



seit 1558

Friedrich-Schiller-Universität Jena

Die Sicht des Anderen

Perspektivenübernahme in der Arzt-Patient-Kommunikation als
beispielhafte Experten-Laien-Kommunikation

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades
doctor philosophiae (Dr. phil.)

vorgelegt dem Rat der Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften
der Friedrich-Schiller-Universität Jena
von Dipl.-Psych. Beatrice Venohr
geboren am 28.07.1976 in Meerane

Gutachter

1. Prof. Dr. W. Frindte
2. Prof. Dr. B. Edeler

Tag des Kolloquiums:

17.05.2006

*All I really need to know
I learned in Kindergarten*

Share everything.

Play fair.

Don't hit people.

Put things back where you found them.

Clean up your own mess.

Don't take things that aren't yours.

Say you're sorry when you hurt somebody.

Wash your hands before you eat.

Live a balanced life,

learn some and think some

and draw and paint

and sing and dance

and play and work every day some.

Be aware of wonder.

And then remember the Dick-and-Jane books

and the first word you learned

- the biggest word of all -

LOOK.

Robert Fulghum, 1989

Danksagung

Die ersten Worte dieser Dissertation möchte ich all denen widmen, die für das Gelingen dieser Arbeit in ganz besonderem Maße beigetragen haben und denen ich von Herzen danke.

Mein Dank gilt meiner Familie für ihre bedingungslose Liebe und Unterstützung, meinen Freunden für ihre offenen Ohren, ihre aufmunternden Worte und für ihr Verständnis an allen Tagen und meinen Kollegen für ihre geschätzte Kritik, verbunden mit ihrem unschlagbaren Timing für dringend notwendige Kaffeepausen.

Besonderer Dank gilt des Weiteren meinem Mentor Prof. Dr. Wolfgang Frindte, der mir die uneingeschränkte Freiheit zum Forschen und nach dem Studium eine neue Heimat in seiner durch Kreativität und Teamgeist geprägten Abteilung gab.

Danken möchte ich ebenso meinen Diplomanden Romy Richtsteiger, Christin Hermenau und Dana Schlotzhauer, die im engeren Sinne an dem Werden dieser Dissertation beteiligt waren, sowie allen Ärzten und Patienten, die durch ihre Teilnahme das Gelingen dieses Projektes gewährleistet haben.

Mein Dank gilt außerdem Prof. Dr. Wolfgang Hoffmann, der mir stets seine Unterstützung für die Beendigung meiner Arbeit zusicherte und mir am Institut für Community Medicine an der Universität Greifswald einen fruchtbaren Boden für wissenschaftliche Zukunftsvisionen bot.

Und dir, lieber Michael, da ich dieses Werk ohne dich, deine Liebe und deine Unterstützung, dein Verständnis und deine Geduld, deine Kraft und deine Zeit wohl heute nicht so stolz präsentieren könnte. Danke.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	9
2	Arzt-Patient-Kommunikation aus dem Blickwinkel ausgewählter Forschungsrichtungen.....	11
2.1	Arzt-Patient-Kommunikation aus Sicht der Medizin.....	11
2.2	Arzt-Patient-Kommunikation aus Sicht der Psychologie	14
2.2.1	Shared-Decision-Making (SDM).....	16
2.2.2	Patientenzentriertes Vorgehen und Aspekte einer erfolgreichen Arzt-Patient-Kommunikation	17
2.3	Arzt-Patient-Kommunikation aus Sicht der Sprachwissenschaft	19
2.3.1	Die interne Struktur des Arzt-Patient-Gesprächs	20
2.3.2	Die medizinische Fachsprache	21
2.3.3	Einflussfaktoren auf die Verwendung von Fachsprache	23
2.3.3.1	Einflussfaktoren der Situation	23
2.3.3.2	Einflussfaktoren der Person	26
2.3.4	Sprachliche Anpassung: Interpersonal Speech Accommodation	30
2.3.5	Die ‚Übersetzung‘ medizinischer Fachsprache	33
2.4	Zusammenfassung.....	35
3	Arzt-Patient-Kommunikation: Eine theoretische Einordnung	37
3.1	Definition von Kommunikation	37
3.2	Allgemeine und sozialpsychologische Kommunikationstheorien	39
3.2.1	Allgemeine Kommunikationstheorien.....	40
3.2.1.1	Der Symbolische Interaktionismus.....	40
3.2.1.2	Die Theorie des kommunikativen Handelns von Habermas und die Theorie selbstreferenzieller Systeme von Luhmann	40
3.2.1.3	Das Stimulus-Response-Modell.....	43
3.2.1.4	Lasswell-Formel	44
3.2.1.5	The Mathematical Theory of Communication nach Shannon und Weaver (1949)	44
3.2.1.6	Zusammenfassung.....	45
3.2.2	Sozialpsychologische Kommunikationstheorien.....	45
3.2.2.1	Encoder-/Decoder-Modelle	45
3.2.2.2	Intentionale Modelle.....	46
3.2.2.3	Modelle der Perspektivenübernahme	47
3.2.2.4	Dialog-Modelle	49
3.2.2.5	Zusammenfassung.....	50

3.3	Interpersonale Kommunikation: Ein integratives Modell	50
3.4	Arzt-Patient-Kommunikation: Ein theoretisches Modell	56
3.5	Zusammenfassung.....	61
4	Arzt-Patient-Kommunikation: Eine Experten-Laien-Kommunikation	63
4.1	Theoretische Einordnung und Begriffsbestimmung	63
4.2	Experten-Laien-Kommunikation als Kooperation: Die Theorie des Common Ground.....	68
4.3	Antizipation in der Experten-Laien-Kommunikation.....	72
4.4	Adaptation in der Experten-Laien-Kommunikation	75
4.5	Die Prädominanz der eigenen Perspektive	78
4.6	Zusammenfassung.....	82
5	Belastung und Arbeitszufriedenheit als mögliche Einflussfaktoren auf die Arzt-Patient-Kommunikation	83
5.1	Übersicht bisheriger Forschungsergebnisse.....	84
5.1.1	Belastung praktizierender Ärzte	84
5.1.2	Arbeitszufriedenheit praktizierender Ärzte.....	88
5.2	Differenzierung der Konstrukte Belastung und Arbeitszufriedenheit.....	94
5.3	Exkurs: Arbeitszufriedenheit	96
5.3.1	Definitionen der Arbeitszufriedenheit	97
5.3.2	Theoretische Ansätze der Arbeitszufriedenheit.....	99
5.3.2.1	Inhaltsbestimmte Ansätze der Arbeitszufriedenheit.....	99
5.3.2.2	Prozesstheorien.....	103
5.3.2.3	Das Modell von Bruggemann et al. (1975).....	104
5.3.3	Schlussfolgerung.....	107
5.4	Zusammenfassung.....	108
6	Forschungsanliegen	109
6.1	Fähigkeit zur Perspektivenübernahme praktizierender Ärzte.....	109
6.2	Belastung und Arbeitszufriedenheit praktizierender Ärzte als mögliche Einflussfaktoren auf die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme.....	111
6.3	Übersicht der Forschungsfragen	112

7	Methodisches Vorgehen	113
7.1	Rahmen der Untersuchung.....	113
7.2	Untersuchungsdesign und Durchführung.....	114
7.3	Stichprobe	115
7.4	Statistische Analysemethoden	118
7.5	Operationalisierung von Perspektivenübernahme	120
7.5.1	Die Fähigkeit zur Wissensantizipation	121
7.5.1.1	Voruntersuchung	121
7.5.1.2	Die Verwendung medizinischer Fachbegriffe.....	123
7.5.1.3	Die Analyse der verwendeten medizinischen Fachbegriffe.....	124
7.5.2	Die Fähigkeit zur Wahrnehmung der Patientenkonsultation	128
7.5.2.1	Die Medical Communication Competence Scale (MCCS).....	129
7.5.2.2	Die Analyse der Medical Communication Competence Scale	131
7.5.3	Die Fähigkeit zur Adaptation	135
7.5.4	Der Einfluss von Antizipation auf die Fähigkeit zur Adaptation.....	135
7.5.5	Der Einfluss von Berufserfahrung.....	135
7.6	Operationalisierung von Belastung.....	136
7.6.1	Fragebogen zur Erfassung von Belastungen bei Ärzten und Krankenpflegekräften (FBAS).....	136
7.6.2	Instrument zur Stressbezogenen Arbeitsanalyse (ISTA).....	137
7.6.3	Die Analyse der verwendeten Skalen	138
7.7	Operationalisierung von Arbeitszufriedenheit.....	140
7.7.1	Der Job Diagnostic Survey (JDS).....	140
7.7.2	Die Form der Arbeitszufriedenheit	142
7.7.3	Die Analyse der verwendeten Skalen	144
7.8	Analyse eines potentiellen Einflusses der Belastung und Arbeitszufriedenheit auf die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme	146
8	Ergebnisse.....	147
8.1	Die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme	147
8.1.1	Die Fähigkeit zur Wissensantizipation	147
8.1.1.1	Antizipation der Kenntnis medizinischer Fachbegriffe.....	147
8.1.1.2	Antizipation des Wissens über medizinische Fachbegriffe.....	151
8.1.2	Die Fähigkeit zur Wahrnehmung der Patientenkonsultation.....	154
8.1.3	Die Fähigkeit zur Adaptation.....	161
8.1.4	Der Einfluss von Antizipation auf die Fähigkeit zur Adaptation	162
8.1.5	Der Einfluss von Berufserfahrung	164

8.2	Die Belastung niedergelassener Ärzte	167
8.3	Die Arbeitszufriedenheit niedergelassener Ärzte	169
8.4	Arbeitszufriedenheit und Belastung als potentielle Einflussfaktoren auf die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme	172
8.4.1	Der Einfluss wahrgenommener Belastung.....	172
8.4.1.1	Einfluss auf die Fähigkeit zur Antizipation.....	173
8.4.1.2	Einfluss auf die Fähigkeit zur Adaptation.....	176
8.4.2	Der Einfluss von Arbeitszufriedenheit.....	178
8.4.2.1	Einfluss auf die Fähigkeit zur Antizipation.....	178
8.4.2.2	Einfluss auf die Fähigkeit zur Adaptation.....	183
9	Zusammenfassende Ergebnisdiskussion und Ausblick	185
9.1	Die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme	185
9.2	Die Belastung und Arbeitszufriedenheit niedergelassener Ärzte	190
9.3	Einfluss von Belastung und Arbeitszufriedenheit auf die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme	192
9.4	Ausblick	196
	Literaturverzeichnis	198
	Abbildungsverzeichnis.....	206
	Tabellenverzeichnis	207
	Anhang.....	209
	Anhang A.....	210
	Anhang B.....	233
	Anhang C.....	248
	Ehrenwörtliche Erklärung.....	266

1 Einleitung

Ausgehend von der Frage, inwieweit es Ärzten gelingt, sich im Gespräch mit dem Patienten auf diesen einzustellen, wird es Ziel der vorliegenden Arbeit sein, die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme niedergelassener Ärzte zu untersuchen.

Die Arzt-Patient-Kommunikation wird zur Bearbeitung dieses Themas zunächst aus dem Blickwinkel ausgewählter Forschungsrichtungen beleuchtet. Vorgestellt werden verschiedene Ansätze, die zum einen mögliche Ursachen von Kommunikationsschwierigkeiten zwischen Arzt und Patient sowie verschiedene Einflussfaktoren auf diesen Fachkommunikationstyp analysieren. Zum anderen steht die Erarbeitung ausschlaggebender Komponenten einer erfolgreichen Arzt-Patient-Kommunikation im Mittelpunkt des *Kapitels 2*. Die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme spielt dabei aufbauend auf den darzustellenden Befunden bereits eine wichtige Rolle.

Basierend auf diesen Ausführungen und der zu beschreibenden Notwendigkeit einer einheitlichen Betrachtungsweise erfolgt im *Kapitel 3* die theoretische Einbettung der Arzt-Patient-Kommunikation. Ableitend aus der Definition von Kommunikation und aufbauend auf Theorien zur Beschreibung interpersonaler Kommunikation wird ein theoretisches Modell zur Beschreibung dieser Gesprächssituation erstellt. Die Berücksichtigung der ungleichen Expertise, die den Informationsaustausch zwischen Arzt und Patient unter dem Gesichtspunkt der Experten-Laien-Kommunikation ermöglicht, ist ein entscheidender Bestandteil des erarbeiteten Modells. Der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme als ausschlaggebende Kompetenz des Experten im Gespräch mit einem Laien wird hierbei eine besondere Bedeutung zukommen.

Die im Kapitel 3 beschriebene und im vorgestellten Kommunikationsmodell eingebundene Fähigkeit zur Perspektivenübernahme wird im *Kapitel 4* detailliert im Zusammenhang mit Ergebnissen der Expertiseforschung diskutiert. Ausgangspunkt ist die bereits erwähnte Annahme, dass die Arzt-Patient-Kommunikation als eine

beispielhafte Experten-Laien-Kommunikation anzusehen ist und die Fähigkeit zur Antizipation und zur Adaptation ausschlaggebende ärztliche Kompetenzen im Gespräch mit dem Patienten darstellen. Als Resümee dieser Ausführungen wird demzufolge die Analyse der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme in der Arzt-Patient-Kommunikation, bestehend aus Antizipations- und Adaptationsprozessen im Mittelpunkt der vorliegenden Untersuchung stehen.

Wie im Kapitel 4 allerdings weiterhin zu zeigen sein wird, sollte die Analyse dieser entscheidenden ärztlichen Kompetenz unter der Berücksichtigung zusätzlicher Rahmenbedingungen erfolgen. Angesichts der aktuellen gesundheitspolitischen Diskussionen scheint die Untersuchung einer potentiellen Auswirkung alltäglicher Belastung und Arbeitszufriedenheit niedergelassener Ärzte auf die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme besonders geeignet. Ziel des *Kapitels 5* wird demnach eine ausführliche Darstellung bisheriger Forschungsergebnisse zu diesen beiden Kontextfaktoren sein.

Ableitend erfolgt im *Kapitel 6* die ausführliche Darstellung von Fragestellungen und Hypothesen dieser Arbeit, deren methodische Umsetzung im *Kapitel 7* geschildert wird. Der exakten Operationalisierung der beschriebenen Variablen sowie der statistischen Analyse verwendeter Instrumente kommt dabei ein besonderer Stellenwert zu. Die Datenanalyse und die Darstellung der Ergebnisse werden im Anschluss im *Kapitel 8* erfolgen. In der abschließenden Ergebnisdiskussion im *Kapitel 9* werden die Befunde in bestehende Forschungsergebnisse und theoretische Konzeptionen eingeordnet. Ein Ausblick auf weitere Untersuchungsmöglichkeiten rundet die vorliegende Arbeit ab.

2 Arzt-Patient-Kommunikation aus dem Blickwinkel ausgewählter Forschungsrichtungen

Bei der Betrachtung der umfassenden Literatur zum Thema Arzt-Patient-Kommunikation fällt die Vielfältigkeit aber auch die Fragmentierung dieses Forschungsschwerpunktes auf. Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient wurde zwar von einer Vielzahl verschiedener Forschungsrichtungen beleuchtet, oft standen dabei jedoch nur einzelne Aspekte im Mittelpunkt.

Das vorliegende Kapitel wird einen Einblick in die Betrachtungsweise verschiedener Forschungsrichtungen geben. Aus der Zusammenstellung dieser unterschiedlichen Perspektiven wird ersichtlich, dass die Frage der Verständigung zwischen Arzt und Patient ein komplexes Konstrukt ist, das eine Integration verschiedener Ansichten erfordert. Die Analyse der Arzt-Patient-Kommunikation darf nicht allein aus einem Blickwinkel erfolgen, vielmehr sollten Aspekte aus der Medizin, Psychologie, Sprachwissenschaft, Sprachphilosophie und Soziologie gleichberechtigt berücksichtigt werden.

2.1 Arzt-Patient-Kommunikation aus Sicht der Medizin

Aus Sicht der Medizin wird das Thema Arzt-Patient-Kommunikation häufig mit Studien in Verbindung gebracht, die eine mangelnde Kooperation von Patienten im Zusammenhang mit der Befolgung von ärztlichen Empfehlungen nachweisen. Aus einer Zusammenstellung wichtiger Forschungsergebnisse von Geisler (1987) geht z.B. hervor, dass 35-40% aller verordneten Medikamente nicht eingenommen werden (Geisler, 1987). Selbst die regelmäßige Einnahme lebensnotwendiger Medikamente liegt unter 50%. Hasfords (1997) Angaben zufolge werden allein in Deutschland pro Jahr Arzneimittel im Wert von 500 Millionen bis 1 Milliarde DM nicht verbraucht an Apotheken zurückgegeben oder in den Müll geworfen. Auch hierbei handelte es sich in 80 bis 90% der Fälle um ärztlich verordnete, teils lebensnotwendige Medikamente (Hasford, 1997).

Erste systematische wissenschaftliche Untersuchungen der Frage – Wie viel von dem, was Ärzten ihren Patienten raten, tun diese wirklich? – wurden Anfang der 70er Jahre durchgeführt. Gleichzeitig entstand mit Beginn dieser Untersuchungsreihe der heute in der Fachterminologie weit verbreitete Begriff *Compliance*. Compliance, in den 80er Jahren noch im klassischen Sinne als „Therapiegehorsam“ definiert (Haynes, Taylor & Sackett, 1982), wird in jüngster Zeit im Sinne der „Bereitschaft des Patienten, eine Behandlung einzugehen und aktiv mitzutragen“ verwendet (Prinz-Kaltenborn, 2003).

Petermann (1998), für den Compliance „kein stabiles Persönlichkeitskonstrukt des Patienten, sondern ein komplexes, dynamisches und situationsabhängiges Phänomen [ist]“ (S. 74), weist weiterhin darauf hin, dass nicht nur die Motivation des Patienten, sondern ebenso die motivierende Funktion des Arztes mit einbezogen werden sollte: „Compliance bedeutet, den Patienten in seiner Bereitschaft zu unterstützen, sowohl gesundheitsförderliche Maßnahmen zu initiieren und umzusetzen als auch gesundheitsschädigende möglichst zu unterlassen oder zu vermeiden“ (Petermann, 1998; Petermann & Warschburger, 1997). Die Bedeutung des Compliance-Begriffes hat demnach im Laufe der vergangenen Jahre eine inhaltliche Veränderung vom ursprünglichen Konzept des „Therapiegehorsams“ in Richtung Interaktivität erfahren (Petermann & Warschburger, 1997). Mit anderen Worten sollte die Aufklärung möglicher Ursachen mangelnder Compliance und damit die Frage nach den Bedingungen für die Einhaltung ärztlicher Anweisungen sowohl die Perspektive des Arztes als auch die des Patienten berücksichtigen.

Eine Antwort auf die Frage, welche Faktoren für eine unzureichende Compliance des Patienten verantwortlich sein können, lieferten u. a. Petermann und Mühlig (1998). Die Argumentation der Interaktivität und Komplexität dieses Konstruktes sowie die Ergebnisse einer Vielzahl durchgeführter Studien aufgreifend, erstellten sie eine Checkliste verschiedener Risikofaktoren, die sich in fünf Dimensionen einordnen lassen (Petermann & Mühlig, 1998):

1. Krankheitsmerkmale (z.B. Chronizität)
2. Behandlungsmerkmale (z.B. Therapieunterbrechungen)
3. Behandlungsbedingungen (z.B. Zeitdruck während der Untersuchung)
4. Arzt-Patient-Beziehung (z.B. unbefriedigende Kommunikation)
5. Patientenmerkmale (z.B. negative Vorerfahrung)

Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient scheint demnach für die Compliance des Patienten eine eher untergeordnete Rolle zu spielen. Lediglich die vierte Dimension ‚Arzt-Patient-Beziehung‘ schließt neben weiteren Faktoren Aspekte der Arzt-Patient-Kommunikation mit ein.

Andererseits werden jedoch ungeachtet dieser Tatsache eine Vielzahl von Studien zum Thema Compliance mit der Arzt-Patient-Kommunikation in Verbindung gebracht, deren Untersuchungsgegenstand Risikofaktoren verschiedener Dimensionen sind. Eine mögliche Erklärung für diesen Zusammenhang kann wiederum unmittelbar aus der Definition von Compliance abgeleitet werden. Compliance, definiert als die Bereitschaft des Patienten, eine Behandlung einzugehen und aktiv mitzutragen (unter Berücksichtigung der Interaktionskomponente), beschreibt mit anderen Worten ein wesentliches *Resultat* einer erfolgreichen Arzt-Patient-Kommunikation. Einige Studien ziehen aus diesem Grund den Rückschluss, dass das Erzielen einer erhöhten Compliance auch eine verbesserte Arzt-Patient-Kommunikation einschließt (Hoffmann-Richter, 1985; Klemperer, 2003).

Andere Studien dagegen untersuchen verschiedene Faktoren einer erfolgreichen Arzt-Patient-Kommunikation und bestimmen deren Einfluss anhand des Kooperationsverhaltens des Patienten. Compliance wird in diesem Fall als *Messinstrument* für die Qualität der Arzt-Patient-Kommunikation und ihrer Einflussfaktoren verstanden (Hoffmann-Richter, 1985; Klemperer, 2003).

Die Zulässigkeit dieser beschriebenen indirekten Schlussfolgerungen muss allerdings kritisch betrachtet werden. Die direkte Verbindung verschiedener Risikofaktoren (vgl. z.B. Petermann und Mühlig, 1998) und der Patienten-Compliance ist

unumstritten, der eigentliche Kommunikationsprozess zwischen Arzt und Patient ist in diesem Zusammenhang allerdings nur die klassische „Black Box“. Es können Aussagen darüber getroffen werden, welche Bedingungen verändert wurden und wie diese Veränderungen sich auf das Ergebnis (die Compliance) auswirken, Rückschlüsse auf den Kommunikationsprozess zwischen Arzt und Patient sind allerdings nur bedingt zulässig.

Ziel der folgenden Abschnitte wird es nun sein, mögliche Einflussfaktoren auf die Arzt-Patient-Kommunikation aus der Sicht weiterer Forschungsrichtungen zu beschreiben und systematisch eine Abbildung und Definition des Kommunikationsprozesses, eingebettet in die Interaktion zwischen Arzt und Patient, zu erarbeiten. Dabei werden die Risikofaktoren für die Compliance sowie Compliance als Messinstrument für die Arzt-Patient-Kommunikation immer wieder eine Rolle spielen.

2.2 Arzt-Patient-Kommunikation aus Sicht der Psychologie

Einhergehend mit der Veränderung der inhaltlichen Definition von Compliance vollzog sich parallel ein Wandel in der Betrachtungsweise der Arzt-Patient-Interaktion. Ausgehend von einem paternalistischen Modell, das dem Patienten eine passive, abhängige Rolle gegenüber dem Arzt zuweist, gewinnen nach 1980 zunehmend Modelle und Konzepte an Bedeutung, die die Position des Patienten in der Interaktion hervorheben (Klemperer, 2003). Diese noch heute im Mittelpunkt stehenden Konzepte werden mit Begriffen überschrieben wie

- Patient-centered care,
- Informed choice,
- Informed decision making,
- Shared-Decision-Making (SDM)

und sind als entscheidender Beitrag psychologischer Forschungsarbeiten zum Thema Arzt-Patient-Kommunikation zu verstehen. Im Mittelpunkt des Interesses steht dabei die zunehmende Bedeutung von patientenzentrierten Modellen.

Der mit Hilfe einer Vielzahl neuer Informationsmöglichkeiten aufgeklärte, fragende und fordernde Patient ist mit einer paternalistischen Arzt-Patient-Interaktion, die ihm keinen Spielraum für eigene Entscheidungen einräumt, nicht zufrieden zu stellen. Die Mehrzahl der Patienten wünscht umfangreichere Informationen als sie vom Arzt erhält und ist bereit, eine aktivere Rolle im Umgang mit ihrer Krankheit zu spielen. Eine stärkere Beteiligung an Entscheidungen ist dabei für sie selbstverständlich (Coulter, 2005; Klemperer, 2003).

Dass diese Forderung einer gemeinsamen Entscheidungsfindung – Shared-Decision-Making – nicht nur von den Patienten gewollt, sondern auch gesetzlich verankert ist, geht auf die wachsende Verbraucherbewegung der 70er Jahre zurück. Laut Gesetzgebung wird eine Entscheidung des Arztes ohne umfassende Information des Patienten unter Strafandrohung untersagt. Die informierte Entscheidung (Informed consent) ist damit ethisch und juristisch als Patientenrecht etabliert und gewährleistet somit zumindest ein Minimum an Einbeziehung des Patienten. In einigen Ländern wird darüber hinaus das Konzept der informierten Auswahl (Informed choice) vorgeschrieben, welches eine Information des Patienten über verschiedene Behandlungsoptionen erfordert (Charles, Gafni & Whelan, 1997).

Der Wunsch und das Recht der Patienten, umfassende Informationen über ihre Krankheit zu bekommen und in die Entscheidung mit einbezogen zu werden, können somit als beweisgestützt betrachtet werden. Die Umsetzung dieser Forderung in Anbetracht kommunikativer Möglichkeiten und Grenzen steht jedoch auf einem anderen Blatt. Ziel dieses Abschnittes wird nun eine Vorstellung von Forschungsarbeiten sein, die vor dem Hintergrund der angestrebten gemeinsamen Entscheidungsfindung verschiedene Aspekte der Arzt-Patient-Kommunikation untersuchen. Für eine detaillierte Erörterung dieses Themas bedarf es zunächst allerdings vertiefender Ausführungen des bereits angesprochenen Konzeptes Shared-Decision-Making.

2.2.1 Shared-Decision-Making (SDM)

Eine einheitliche Darstellung des Konzeptes Shared-Decision-Making (SDM) mit Hilfe eines Modells scheint auf den ersten Blick schwierig. Charles et al. (1997) weisen in zwei grundlegenden Aufsätzen darauf hin, dass SDM zwar ein zunehmend propagiertes Konzept sei, dass aber keine Übereinstimmung darin bestehe, was genau darunter zu verstehen sei. Unter ein und demselben Begriff werden unterschiedliche Vorstellungen, Prinzipien und Philosophien der Arzt-Patient-Interaktion verstanden (Charles et al., 1997). Um dennoch eine Beschreibung und Umgrenzung von SDM zu ermöglichen, hat diese Autorengruppe eine Reihe von Schlüsselmerkmalen beschrieben, die in ihrer Ausprägung eher kontinuierlich als dichotom sind:

1. SDM umfasst zumindest zwei Beteiligte – den Arzt und den Patienten.
2. Beide Seiten (Arzt und Patient) unternehmen Schritte, um am Prozess der Entscheidungsfindung teilzunehmen.
3. Das Teilen von Information ist eine Voraussetzung für SDM.
4. Eine Entscheidung über die Behandlung wird getroffen und beide Seiten stimmen der Entscheidung zu.

Diese Schlüsselmerkmale aufgegriffen, kann die positive Wirkung von SDM vor allem in Verbindung mit psychologischen Aspekten empirisch bestätigt werden. Rückgang der Angst, Zufriedenheit mit der Entscheidungsfindung und der getroffenen Entscheidung sowie Einhaltung der Therapie (Compliance) spielen dabei eine besondere Rolle (Klemperer, 2003).

Inwieweit nun die Gestaltung einer erfolgreichen Arzt-Patient-Kommunikation unter Berücksichtigung einer gemeinsamen Entscheidungsfindung vorzunehmen ist, steht u. a. im Fokus verschiedener patientenzentrierter Modelle der Arzt-Patient-Kommunikation. Beispielhaft soll im Folgenden das Modell der „Patientenzentrierten klinischen Methode“ beschrieben werden und eine Ableitung entscheidender Aspekte einer effektiven Arzt-Patient-Kommunikation erfolgen.

2.2.2 Patientenzentriertes Vorgehen und Aspekte einer erfolgreichen Arzt-Patient-Kommunikation

Das hier vorzustellende Modell der „Patientenzentrierten klinischen Methode“ wurde bereits 1986 von einer kanadischen Arbeitsgruppe erstmalig publiziert und beinhaltet in seiner aktuellen Form sechs Komponenten. Parallelen zu dem vorgestellten SDM-Modell bestehen dabei insbesondere in Bezug auf das subjektive Krankheitsverständnis des Patienten und hinsichtlich der Erarbeitung einer gemeinsamen Grundlage zwischen Arzt und Patient (Brown, Stewart & Ryan, 2001, zitiert nach Klemperer, 2003). Die „Patientenzentrierte Methode“ umfasst:

1. Exploration der Vorstellungen und Konzepte des Patienten von Krankheit und Gesundheit.
2. Integration dieser Konzepte zum Verständnis der ganzen Person.
3. Finden einer gemeinsamen Grundlage und Partnerschaft für das weitere Vorgehen.
4. Prävention und Gesundheitsförderung.
5. Pflege und Verbesserung der Arzt-Patient-Beziehung.
6. Realistischer Umgang mit Zeit und der erforderlichen emotionalen und physischen Energie.

Vergleichbar mit dem Konzept Shared-Decision-Making merkt Stewart (2001, zitiert nach Klemperer, 2003) allerdings auch hier an, dass es noch kein einheitliches Verständnis von Patientenzentriertheit gäbe. Deutlich sei lediglich, was patientenzentriertes Vorgehen *nicht* ist: arzt-zentriert, krankheits-zentriert, krankenhaus-zentriert bzw. technologie-zentriert. Stewart weist weiterhin auf ein verbreitetes Missverständnis hin, dass Patientenzentriertheit heiße, alle Informationen und Entscheidungen zu teilen. Vielmehr bedeute Patientenzentriertheit, den Wunsch des Patienten nach Information und Beteiligung in Erfahrung zu bringen und gemäß diesem Wunsch zu handeln.

Diese Ausführungen berücksichtigend und den Kerngedanken patientenzentrierten Vorgehens als wirksames Zusammenspiel von kognitiven *und* emotionalen Aspekten

aufgreifend, können verschiedene Studien zitiert werden, die die Wirksamkeit dieser Methode in Bezug auf den Behandlungserfolg eindeutig belegen.

Di Blasi et al. (2001) konnten z.B. zeigen, dass Ärzte bessere Behandlungsergebnisse erzielen, wenn sie die Erwartungen der Patienten nach ausreichend Informationen erfüllen *und* eine warme, freundliche und beruhigende Art ausstrahlen. Im Gegensatz erzielen Ärzte, die unzureichend Information bereitstellen, nicht auf Ängste eingehen und keine Empathie zeigen, schlechtere Behandlungsergebnisse (Di Blasi, Harkness, Ernst, Georgiou & Kleijnen, 2001).

Stewart und Brown (2001, zitiert nach Klemperer, 2003) bestätigen und ergänzen diese Befunde und nennen neben dem SDM-Konzept folgende drei Aspekte, die sich positiv auf den Behandlungserfolg auswirken:

- Ärzte, welche die Patienten darin unterstützen, ihre Erfahrung vollständig zu beschreiben,
- Empathie und Unterstützung,
- klare Informationen vom Arzt an den Patienten.

Das gesundheitliche Outcome wird in den hier zugrunde liegenden Studien (Stewart, 1995) anhand von emotionaler Gesundheit, Symptomminderung, Leistungsfähigkeit und physiologischen Maßen wie Blutdruck und Blutzuckerspiegel bestimmt. Die Wirksamkeit einer gemeinsamen Entscheidungsfindung in Verbindung mit patientenzentriertem Vorgehen lässt sich somit von psychologischen auf physiologische Variablen ausdehnen (Klemperer, 2003).

Zusammenfassend und in Einklang mit weiteren empirischen Studien und der Literatur zur Arzt-Patient-Kommunikation lassen sich in Anlehnung an Cegala et al. (1998) somit zwei Hauptmerkmale der medizinischen Konsultation klar herausstellen. Zum einen stellt der Informationsaustausch einen entscheidenden Schlüsselfaktor dar und zum anderen scheint die zwischenmenschliche bzw. sozioemotionale Kommunikation eine ausschlaggebende Komponente einer gewinnbringenden Arzt-Patient-Kommunikation zu sein (Beisecker & Beisecker, 1990; Cegala, Coleman & Turner, 1998; Frederikson, 1993; Thompson, 1994). Mit dem Ziel einer präzisen

Definition und Operationalisierung beider Dimensionen kommen Cegala et al. (1998) weiterhin zu dem Schluss, dass Informationsgabe, Informationssuche und Informationsprüfung entscheidende Komponenten des Informationsaustausches sind (Cegala et al., 1998). Einschließlich der Komponente sozioemotionale Kommunikation können letztendlich also vier grundsätzliche Faktoren einer Arzt-Patient-Kommunikation angenommen werden, deren kompetente Verwirklichung zu positiven Auswirkungen auf den Behandlungserfolg führen sollte.

Festzuhalten bleibt, dass aus dem Blickwinkel der Psychologie insbesondere das Konzept der gemeinsamen Entscheidungsfindung und patientenzentriertes Vorgehen im Zusammenhang mit einer erfolgreichen Arzt-Patient-Kommunikation hervorgehoben werden. Ausschlaggebende Komponenten scheinen diesbezüglich Informationsgabe, Informationssuche, Informationsprüfung sowie sozioemotionale Kommunikation zu sein, wobei die Berücksichtigung der Patientenperspektive eine besondere Rolle spielt. Entscheidend ist nicht allein eine umfassende Informationsteilung, sondern ebenso die Einschätzung der individuellen Kenntnisse und Bedürfnisse des Patienten.

Im Folgenden wird nun die Kommunikation zwischen Arzt und Patient vor dem Hintergrund spezifischer Charakteristika dieser Kommunikationssituation und einhergehend die Frage nach der kompetenten kommunikativen Umsetzung der herausgearbeiteten Faktoren im Mittelpunkt stehen.

2.3 Arzt-Patient-Kommunikation aus Sicht der Sprachwissenschaft

Weniger die Bereitschaft, sondern vielmehr die Möglichkeit des Patienten medizinische Empfehlungen zu befolgen, steht im Mittelpunkt einer Vielzahl von Untersuchungen, welche sich mit der Arzt-Patient-Kommunikation aus sprachwissenschaftlicher Perspektive auseinandersetzen. Eine Analyse der internen Organisation von Arzt-Patient-Gesprächen, das Problem der medizinischen Fachsprache sowie der Einfluss demographischer, situationaler und motivationaler Variablen auf den Gesprächsverlauf sind Schwerpunkte dieses Forschungsgebietes.

2.3.1 Die interne Struktur des Arzt-Patient-Gesprächs

Für eine Diskussion der viel zitierten Problematik Fachsprache und deren Bedeutung für die Arzt-Patient-Kommunikation bedarf es vorab einer Klärung der internen Struktur des Arzt-Patient-Gesprächs. Mit dem Ziel diese interne Organisation zu veranschaulichen, untersuchen konversationsanalytisch orientierte Studien das Arzt-Patient-Gespräch auf mikrostruktureller Ebene. Eine Vielzahl detaillierter Analysen des Sprecherwechsels, von Frage-Antwort-Sequenzen, von Unterbrechungen, der Gesprächseröffnung und -beendigung etc. führt zu dem Ergebnis einer grundlegenden Asymmetrie in der Arzt-Patient-Interaktion¹ (Lalouschek, 2002). Aus der Zusammenstellung wichtiger Forschungsergebnisse von Lalouschek (2002) geht z.B. hervor, dass Ärzte sowohl den aktiven Redepart übernehmen und den thematischen Ablauf bestimmen als auch mehr Redezeit beanspruchen. Ebenso unterbrechen sie Initiativen und Erzählversuche von Patienten sehr häufig und wählen bevorzugt geschlossene Fragen. Eine Initiative zur Gabe zusätzlicher Informationen bzw. Erklärungen zu Diagnose und Therapie ist lediglich in sehr geringem Maße zu erkennen.

Auf eine Asymmetrie in der Arzt-Patient-Kommunikation wird allerdings nicht allein aus konversationsanalytischer Perspektive hingewiesen. Vielmehr nimmt eine Vielzahl von Untersuchungen den Arzt als Experten und den Patienten als Laien in Bezug auf das medizinische Fachwissen wahr. Ein Kommunikationsverhältnis, in dem sich auf der einen Seite Expertentum und auf der anderen Seite Laienstatus gegenüberstehen, kann im Sinne Watzlawicks ebenfalls asymmetrisch genannt werden. Im Gegensatz dazu ist ein symmetrisches Kommunikationsverhältnis durch die Ebenbürtigkeit der an der Kommunikation teilnehmenden Partner gekennzeichnet (Dürholtz, 1993).

¹ Für den amerikanischen Raum siehe v.a. Fisher & Todd (1983), Frankel (1984), Mishler (1984), West (1985); für den deutschsprachigen Raum Köhle & Raspe (1982), Bliesener (1980), Löning & Rehbein (1992). Ausführliche Übersichten finden sich in Fehlenberg (1983), Freeman (1987), van Dijk (1989), ten Have (1991), Weinhold (1988, 1991) sowie in den Sammelbänden Ehlich et al. (1989) und Reeder & Wiese (1994) (Lalouschek, 2002).

Diesen Aspekt aufgreifend, untersucht die Sprachbarrierenforschung das Arzt-Patient-Gespräch unter dem Gesichtspunkt einer Experten-Laien-Interaktion. Ursachen von so genannten Sprachbarrieren werden dabei zum einen auf den Gebrauch von medizinischer Fachsprache und zum anderen auf unterschiedliche Realitätsorientierungen sowie Erwartungen und Vorstellungen an das ärztliche Gespräch zurückgeführt (Dürholtz, 1993).

2.3.2 Die medizinische Fachsprache

Für eine Darstellung von Kommunikationsschwierigkeiten aufgrund der Verwendung von medizinischer Fachsprache wird zunächst eine begriffliche Klärung des Terminus ‚Fachsprache‘ angestrebt. Löning (1985) definiert ‚Fachsprache‘ bzw. ‚medizinische Fachsprache‘ als Phänomene, welche durch eine Vielzahl von Merkmalen verschiedener Ebenen charakterisiert sind, wie etwa eine spezifische Ausdrucksweise, typische Redekonstellationen, Textmuster und Anwendungsbereiche sowie die unterschiedliche Integration und Beeinflussung anderer Erscheinungen einer nationalen Sprachgemeinschaft (Umgangssprache, Dialekt). Demzufolge bedarf es aufgrund der Komplexität des Untersuchungsgegenstandes nicht nur einer Betrachtung unter systemlinguistischen Aspekten, sondern auch der zusätzlichen Einbeziehung gesprächsanalytischer und handlungstheoretischer Analysemethoden. Auf eine umfangreiche Darstellung der Heterogenität der Forschungsliteratur zu diesem Thema soll an dieser Stelle mit dem Verweis auf die Arbeit von Löning (1985) verzichtet werden. Als Resümee wird in der vorliegenden Arbeit für eine Spezifizierung des Begriffes Fachsprache die Definition von R. Beier (1981, zitiert nach Löning, 1985) verwendet:

„Wir fassen ‚Fachsprache‘ – in Anlehnung an andere bekannte Definitionsversuche – als einen Bereich (einen Ausschnitt, eine Varietät) der Sprachverwendung auf, der – bedingt durch die Spezifika verschiedener fachlicher Situationen – eine Binnendifferenzierung aufweist. Fachsprache wird von fachlich kompetenten Schreibern bzw. Sprechern gebraucht, um sich mit anderen (auch angehenden) Fachleuten desselben Faches, mit Vertretern anderer Disziplinen oder auch Laien mit bestimmten Zielen über fachliche Sachverhalte zu verständigen. Fachsprache umfaßt die Gesamtheit der dabei verwendeten sprachlichen Mittel. Sie weist charakteristische Besonderheiten auf allen bisher von der Linguistik unterschiedenen innersprachlichen Ebenen auf“ (Beier, 1981, zitiert nach Löning, 1985, S. 22).

Bei der Betrachtung von Einzeluntersuchungen zu verschiedenen Fachsprachen wird deutlich, dass Arbeiten zur medizinischen Fachsprache einen vergleichsweise kleinen Raum einnehmen. Da neben diachronischen Beiträgen vor allem die terminologische Analyse Schwerpunkt der bisherigen Studien darstellt (Löning, 1985), wird im Folgenden zunächst auf die Entwicklung und Funktion der medizinischen Fachsprache näher eingegangen.

Die medizinische Fachsprache entwickelte sich aus einem ursprünglich griechischen Sprachschatz über den lateinischen zum mittelalterlichen Latein, welches arabische Sprachformen der Anatomie integrierte. Die Vorteile der griechischen und lateinischen Termini liegen in der Verbindung von Kürze und Prägnanz und damit in ihrer ökonomischen Aussagekraft. Weiterhin wird die Konstanz der Bedeutung bei klassischen Begriffen hervorgehoben, da sie als ‚tote Sprachen‘ keine Assoziationen und damit keine Mehrdeutigkeit aufgrund hervorgerufener Emotionen ermöglichen (Löning, 1985).

Die funktionalen Vorteile einer solch ausgefeilten Fachterminologie liegen somit in einer reibungslosen und ökonomischen Kommunikation zwischen Fachleuten und in der Vermittlung von wissenschaftlichen Erkenntnissen, welche anscheinend durch die ungenauere und ungenügendere Gemeinsprache nicht zu leisten ist. Kroeber-Riel nennt die Fachtermini dementsprechend „Denkeinheiten der Wissensspeicherung und –verarbeitung“ (Kroeber-Riel, 1967, zitiert nach Löning, 1985, S. 25).

Während medizinische Fachtermini auf der einen Seite eine reibungslose und ökonomische Kommunikation zwischen den Experten ermöglichen, können sie auf der anderen Seite allerdings als Sprachbarriere zwischen Experte und Laie – hier zwischen Arzt und Patient – eine gute Kommunikation und damit Verständigung erschweren.

Empirische Untersuchungen bestätigen diese Vermutung und kamen zu dem Ergebnis, dass zu viele Fremdwörter und Fachausdrücke gebraucht wurden, die von den Ärzten selten übersetzt bzw. erklärt wurden und von den Patienten nicht oder nur in ungenügendem Maße verstanden wurden (vgl. z.B. Pfeiffer & Mann, 1981 und Rechenberg, 1977, zitiert nach Löning, 1985).

Eine umfassende und gültige Beschreibung von Kommunikationsproblemen aufgrund der medizinischen Fachsprache ist dennoch vom systemlinguistischen Ansatz her allein nicht zu leisten. Die Komplexität der Kommunikationssituation zwischen Arzt und Patient und die daraus entstehende Vielfalt möglicher Einflussfaktoren auf die Verwendung von Fachsprache wird Thema des folgenden Abschnitts sein.

2.3.3 Einflussfaktoren auf die Verwendung von Fachsprache

Ausgehend von einer Zusammenstellung wichtiger Einflussfaktoren auf den Fachkommunikationstyp Arzt-Patient-Kommunikation (Löning, 1985), wird es Ziel dieses Abschnittes sein, situationale, personale und motivationale Faktoren herauszustellen, die die Verwendung von Fachsprache bzw. das Gesprächsverhalten zwischen Arzt und Patient entscheidend beeinflussen können.

2.3.3.1 Einflussfaktoren der Situation

Was die situationalen Faktoren betrifft, wird im Besonderen der Grad der Institutionalisierung hervorgehoben. Das Gespräch zwischen Arzt und Patient wird unterschiedlich ausfallen, abhängig davon, ob es an einem Krankenbett in der Klinik oder in einer vertrauten Praxis stattfindet. Die Ergebnisse der soziolinguistischen Institutionenforschung zeigen, „dass die institutionellen Bedingungen in direkter Weise auf die Kommunikation einwirken, sich in ihr widerspiegeln und dass die jeweilige institutionsspezifische kommunikative Praxis in einer Art Wechselwirkung systemerhaltende Funktion hat“ (Lalouschek, 2002, S. 21).

Schon Studenten werden im Laufe ihrer medizinischen Ausbildung institutionsspezifischen Einprägungsprozessen unterworfen, durch die sie sich „spezifische, sozial relevante Verhaltensweisen und Erfahrungen aneignen, die sie benötigen, um sich als adäquate Institutionsmitglieder behaupten zu können“ (Basler et al., 1978, zitiert nach Lalouschek, 2002, S. 24). Hauptaugenmerk liegt dabei auf der Aneignung von Experten-Wissen, das mit der Verinnerlichung von Einstellungen, Erwartungen und Werten im Zusammenhang mit der Ausgestaltung der Arzt-Rolle

einhergeht. Klassische Anforderungen an die Rolle des Arztes sind nach Parson Universalität (Gleichbehandlung aller Kranken), Uneigennützigkeit, fachliche Kompetenz und affektive Neutralität.

Es ist anzunehmen, dass sich nach Erlangung des Status „Arzt“ eine Aufrechterhaltung bzw. Behauptung dieser Position sowohl im Umgang mit dem Patienten als auch auf sprachlicher Ebene manifestiert. Einhergehend mit dieser Vermutung konnte Hoffmann-Richter (1985) im Zusammenhang mit fachlicher Kompetenz z.B. zeigen, dass in einigen fachlichen bzw. organisatorischen Erklärungen der Ärzte gehäuft Fachbegriffe auftraten, welche dazu dienten, das Wissensgefälle zwischen Arzt und Patient aufrechtzuerhalten, wenn nicht gar zu betonen. Diese Ergebnisse stimmen mit einer Hypothese von Waitzkin und Stoeckle (1976, zitiert nach Hoffmann-Richter, 1985) überein, nach der Ärzte dazu neigen, die Unsicherheit des Patienten bewusst aufrechtzuerhalten. Was also die fachliche Kompetenz betrifft, kann der Arzt durch seinen Wissensvorsprung seine Macht bewahren und hat somit die Möglichkeit, die Unsicherheit des Patienten zu kontrollieren (Waitzkin & Stoeckle, 1972, zitiert nach Hoffmann-Richter, 1985).

Einhergehend mit diesen Erkenntnissen stellt Löning (1985) weiterhin fest, dass die Machtbefugnisse des Arztes nachhaltig das kommunikative Verhalten bestimmen und im fachlichen Bereich auffallend mit dem ‚situativen Rang‘ des Gesprächspartners korrelieren. Der ‚situative Rang‘ definiert sich hierbei je nach Privilegiertheit, Gleichrangigkeit bzw. Unterordnung (Berens, 1976, zitiert nach Löning, 1985) und führt wiederum entsprechend der Kombination zu asymmetrischen vs. symmetrischen Beziehungen der Partner. Es wurde bereits darauf hingewiesen, dass in der Arzt-Patient-Beziehung von einem asymmetrischen Kommunikationsverhältnis gesprochen werden kann, da bezogen auf das medizinische Fachwissen der Patient als Laie dem Arzt als Experten nicht gleichrangig gegenübersteht (Löning, 1985).

Der bewusste Einsatz von Fachsprache erklärt sich allerdings nicht allein aus der Machtposition des Arztes heraus, vielmehr wird der bereits diskutierte Vorteil von lateinischen Fachbegriffen deutlich, betrachtet man einen weiteren situationalen Faktor. Löning (1985) stellt bezüglich des ‚Themas‘ fest, dass sich bei den Arzt-

Patient-Gesprächen Variationen sowohl auf der sprachlichen als auch auf der interaktiven Ebene vor allem nach dem Schweregrad der zu besprechenden Krankheit ergeben. Sie konnte diesbezüglich zeigen, dass in Gesprächen mit schwerkranken Krebspatienten Sprache bewusst als psychologisches Mittel eingesetzt wird. Anhand einer Analyse des fachsprachlichen Stils wird erkennbar, dass ein Arzt Patientenfragen durch einen erhöhten Einsatz vager Begriffe zu entgehen versucht, während ein anderer sich bevorzugt hinter neutralen Fachterminologien versteckt (Löning, 1985).

Anders gesehen ermöglicht die Fachsprache dem Arzt, der Forderung nach affektiver Neutralität – eine klassische Anforderung an die Rolle des Arztes – gerecht zu werden. Affektive Neutralität besagt, dass die Qualität der Behandlung nicht von persönlichen Gefühlen gegenüber dem Patienten abhängig gemacht werden darf. Da somit das objektivierbare Symptom und nicht das erkrankte Individuum in den Mittelpunkt rückt, bekommt die Forderung nach affektiver Neutralität Verbotscharakter: Gefühle gegenüber Patienten sind nicht zulässig bzw. dürfen nicht wahrgenommen werden (Lalouschek, 2002).

Dass die Verinnerlichung dieser „sozial relevanten Verhaltensweisen (...), um sich als adäquate Institutionsmitglieder behaupten zu können“ (Lalouschek, 2002, S. 24) Früchte trägt, zeigen die Aufzeichnungen von Stucke (1990). Stucke berichtet aus seiner Arbeit mit Balint-Gruppen, dass Ärzte, angesprochen auf ihre Gefühle, häufig mit dem Satz reagieren: „Ich bin Arzt und darf keine Gefühle zeigen“ (Stucke, 1990). Dass die daraus resultierenden Abwehrstrategien (das Einnehmen einer scheinbar unberührten, professionellen Haltung, Ironie und Zynismus und das Vorgeben ständiger Zeitnot) eine Grundstörung der Arzt-Patient-Beziehung und eine mangelnde Compliance der Patienten bewirken (Lalouschek, 2002), ist verstärkt aus psychologischer Sicht hervorgehoben worden. Das Wahrnehmen von Gefühlen, das Lernen mit ihnen umzugehen und ihr Einsatz als hilfreiches und sinnvolles Instrument im Umgang mit Patienten, steht wiederum im Mittelpunkt der Balint-Gruppen. Das Erlernen dieser Fähigkeit, als eine der Grundlagen patientenzentrierten ärztlichen Handelns, wirkt sich entgegen den beschriebenen institutionsspezifischen

Verhaltensweisen positiv auf die Arzt-Patient-Kommunikation aus und kann unter dem Fokus der situationalen Einflussfaktoren als wirksames Mittel zur Überbrückung des Institutionalierungsgrades angesehen werden (Lalouschek, 2002).

Zusammenfassend tritt also hinsichtlich der situationalen Variablen im Besonderen der Grad der Institutionalisierung in den Vordergrund. Unter dem Fokus Sprache und Institutionalisierung lässt sich nachweisen, dass die vorhandenen Bedingungen die verschiedenen Interaktionssituationen bestimmen und beeinflussen, dass sie in den einzelnen Situationen von den Gesprächspartnern vielfältig reproduziert werden und dadurch im Sinne der Selbsterhaltung und Stabilisierung auf die Institution zurückwirken (Lalouschek, 2002).

2.3.3.2 Einflussfaktoren der Person

Im Zentrum einer Reihe weiterer Untersuchungen steht die Frage, inwieweit sich personale bzw. soziale Faktoren auf die Verwendung von Fachsprache bzw. auf das Gesprächsverhalten und die damit verbundenen Verständnisschwierigkeiten auswirken können.

Während hier Löning (1985) und Hoffmann-Richter (1985) den demographischen Faktoren des Patienten wenig Aussagekraft beimessen, zeigt die Ergebniszusammenstellung von Lalouschek (2002), dass durchaus ein systematischer Einfluss der Variablen Alter, Bildung und Schichtzugehörigkeit der Patienten in Bezug auf die Länge der medizinischen Konsultation, die Aufmerksamkeit seitens der Ärzte und das Ausmaß an zur Verfügung gestellten Informationen und Erklärungen nachgewiesen werden konnte. Street (1991), welcher eine Vielzahl von Studien zur sprachlichen Anpassung analysiert, fasst zusammen, dass es Ärzten mit Patienten im mittleren Alter eher gelingt eine Annäherung im Gespräch zu erzielen, als mit Jugendlichen oder älteren Menschen. Weiterhin konnte gezeigt werden, dass sich Ärzte im Gespräch mit höher gebildeten und sozial besser gestellten Patienten mehr Zeit nehmen, mehr Informationen geben und mehr beruhigendes und empathisches Verhalten erkennen lassen (Street, 1991). Unabhängig vom Verhalten des Arztes identifizierten Lukoschek et al. (2003) das Bildungsniveau des Patienten als

entscheidenden soziodemographischen Faktor im Zusammenhang mit der Fähigkeit medizinische Erklärungen zu verstehen (Lukoschek, Fazzari & Marantz, 2003). Die Berücksichtigung des Bildungsstandes vom Patienten wird damit für eine gelungene Arzt-Patient-Kommunikation unabdingbar.

Bezogen auf den Einfluss demographischer Variablen des Arztes scheint insbesondere das Geschlecht eine wichtige Rolle zu spielen. Wie empirische Untersuchungen belegen konnten, produzieren Ärztinnen und Ärzte im Gespräch mit Patienten entsprechend männliches und weibliches Sprachverhalten. Die durchgeführten Studien zeigen, dass z.B. Ärztinnen weniger unterbrechen, Aufforderungen und Anweisungen indirekter formulieren und psychosozialen Aspekten mehr Aufmerksamkeit schenken (Lalouschek, 2002). Weitere demographische Variablen wie Alter, ethnische Zugehörigkeit und Erfahrung des Arztes werden ebenfalls als Einflussfaktoren auf die Arzt-Patient-Kommunikation diskutiert (Hall, Irish, Roter, Ehrlich & Miller, 1994). Im Zusammenhang mit der Fähigkeit des Patienten medizinische Anweisungen zu verstehen, konnte der gefundene Einfluss der genannten Charakteristika allerdings nicht bestätigt werden (Lukoschek et al., 2003).

Demographische Variablen des Arztes scheinen also wenig zur Aufklärung von Verständnisschwierigkeiten seitens des Patienten beizutragen. Vielmehr treten diesbezüglich Faktoren in den Vordergrund, die Löning (1985) mit ‚spezifischen personalen Faktoren‘ umschreibt. Die bereits erwähnten ‚Machtbefugnisse‘ des Arztes und die sich daraus ableitenden motivationalen Gründe zur bewussten Aufrechterhaltung von Fachsprache sind ein viel zitiertes Beispiel.

„Auch für die Fachsprache gilt die Tatsache, daß Sprache nicht nur Mittel zum Zweck ist – sie ist auch Darstellungsmittel des Sprechers, seiner Identität und sozialen Zugehörigkeit“ (Oksaar, 1988, S. 220).

Die Verwendung von Fachsprache dient somit nicht allein dem fachlichen Austausch, sondern kann ebenso dem Verbergen von Unwissen und Unsicherheit sowie der Wahrung des fachlichen Ansehens dienen. Bereits der Katalane Arnoldus von Vilanova (13.Jh.), einer der bedeutendsten Ärzte des Mittelalters, hat seinen Kollegen

empfohlen, sich hinter einer imponierenden Sprache zu verbergen, wenn sie die Krankheit des Patienten nicht erklären können (Oksaar, 1988).

In Verbindung mit Charaktereigenschaften des Arztes konnte Lukoschek et al. (2003) weiterhin zeigen, dass mangelndes Verständnis der Patienten mit hohem Selbstwert des Arztes einhergeht. Die Überzeugung des Arztes, sehr effektiv in der Erklärung medizinischer Anweisungen zu sein, hängt eng mit Unverständnis der Patienten zusammen, ebenso wie seine Einstellung, die Bereitstellung von umfassenden Informationen sei nicht wichtig.

Zu ‚spezifischen personalen Faktoren‘ zählt Löning (1985) weiterhin das ‚Fachwissen‘, welches wiederum mit dem ‚Fachlichkeitsgrad‘ der Kommunikationspartner korreliert. Je mehr medizinisches Wissen ein Patient hat oder zu haben glaubt, umso mehr Fachbegriffe kann er im Gespräch mit seinem Arzt einsetzen. Löning (1985) verweist in diesem Zusammenhang auf einen weiteren Faktor, der für die Aufklärung von Verständigungsschwierigkeiten zwischen Arzt und Patient eine wichtige Rolle spielt. Aus einer Zusammenstellung von Forschungsergebnissen geht hervor, dass die ‚Betroffenheit‘ der Gesprächsteilnehmer sich nachhaltig auf das Arzt-Patient-Gespräch auswirkt und größtenteils das jeweilige Verhalten bestimmt. Hinsichtlich der Betroffenheit der Patienten fanden Tring et al. (1973, zitiert nach Hoffmann-Richter, 1985) z.B. heraus, dass die Vertrautheit der Patienten mit medizinischen Fachbegriffen mit dem Erleben eigener Erkrankung auf sie bezogen wächst. Hierin liegt für den Patienten als Laien allerdings die Gefahr, das Verständnis von Fachwörtern mit dem wirklichen Verständnis entscheidender Zusammenhänge zu verwechseln. Einhergehend mit dieser Vermutung wies Petterson (1978, zitiert nach Löning, 1985) darauf hin, dass Patienten, welche aufgrund einer länger andauernden Krankheit häufig mit Ausdrücken aus dem Bereich Medizin konfrontiert wurden, den Bekanntheitsgrad des entsprechenden Wortes mit dessen Verständnis gleichsetzten (vgl. auch Lukoschek et al., 2003). Es kann also nicht davon ausgegangen werden, dass die Verwendung von Fachbegriffen seitens des Patienten ausreichend mit Fachwissen unterlegt ist.

Weiterhin kann nicht erwartet werden, dass Patienten nachfragen, wenn sie etwas nicht verstanden haben. Der Hypothese von Pratt (1957, zitiert nach Hoffmann-Richter, 1985) zufolge, stellen Patienten mit wenig Wissen über ihre Krankheit und einem geringen medizinischen Vorwissen bzw. unzureichenden Fachterminikenntnissen sehr wenige Fragen an den Arzt. Cartwright (1968, zitiert nach Hoffmann-Richter, 1985) konnte wiederum zeigen, dass Ärzte und Schwestern fälschlicherweise davon ausgehen, dass Patienten nachfragen, wenn sie etwas wissen möchten. Dass dies nicht so ist, konnte in der Untersuchung von Svarstad (1974, zitiert nach Hoffmann-Richter, 1985) nachgewiesen werden. Seine Ergebnisse zeigen, dass 43% der Patienten keine Fragen stellten, wenn sie etwas nicht verstanden haben, weitere 22% stellten lediglich eine Frage. Die übliche Reaktion der Patienten, wenn sie einen Begriff nicht verstanden haben, war Schweigen (44%) oder die Vorgabe, das Wort verstanden zu haben (33%). Andererseits erfahren die Patienten umso weniger vom Arzt, je weniger Fragen sie stellen. Zwischen der Anzahl der Fragen des Patienten und der Häufigkeit der verwendeten Fachbegriffe durch den Arzt konnte zusätzlich eine negative Korrelation festgestellt werden (Nordmeyer, 1981, zitiert nach Hoffmann-Richter, 1985). Mit anderen Worten geht der Arzt davon aus, der Patient habe die Fachbegriffe verstanden und er könne weiter verwenden, wenn dieser keine Fragen stellt. Der *circulus vitiosus* hinsichtlich der ‚Aktivität‘ des Patienten als weiterer personaler Faktor wird erkennbar.

Im Zusammenhang mit der Verwendung und dem Verständnis von Fachsprache spielen also personale bzw. soziale Faktoren eine entscheidende Rolle. Für eine geeignete Wortwahl des Arztes im Gespräch mit dem jeweiligen Patienten ist die Berücksichtigung des Bildungsniveaus des Patienten, seine Betroffenheit und seine Aktivität unabdingbar. Die Motivation des Arztes und seine Fähigkeit die Perspektive und Lebensumstände des Patienten richtig einschätzen zu können, spielt für diese Aufgabe allerdings ebenso eine ausschlaggebende Rolle. Inwieweit die geforderte sprachliche Anpassungsleistung vom Arzt gewährleistet werden kann bzw. welche motivationalen Beweggründe beider Gesprächspartner für die sprachliche Anpassung mitbestimmend sind, wird Schwerpunkt des folgenden Abschnittes sein.

2.3.4 Sprachliche Anpassung: Interpersonal Speech Accommodation

Für die Untersuchung der Fragestellung, inwieweit eine sprachliche Anpassung in der täglichen Kommunikation zwischen Arzt und Patient gegeben bzw. möglich ist, greifen Bourhis et al. (1989) auf ein Modell zurück, welches als ‚Interpersonal Speech Accommodation‘ bekannt ist. Basierend auf der sozialpsychologischen Communication Accommodation Theory von Giles (1973, zitiert nach Shepard, Giles & Le Poire, 2001) beschreibt dieses Modell die motivationalen Beweggründe der Gesprächspartner für die Verwendung bestimmter linguistischer Codes (Bourhis, Roth & MacQueen, 1989) und definiert drei Möglichkeiten der Gesprächspartner, die Kommunikation zu gestalten:

- 1) *Convergence*: Eine Annäherung der Sprache im Gespräch erfolgt, wenn ein oder beide Gesprächspartner versuchen, ihre jeweilige Sprechweise an den anderen Gesprächspartner anzupassen.
- 2) *Maintenance*: Eine Aufrechterhaltung der jeweiligen Sprechweisen im Gespräch erfolgt, wenn die Gesprächspartner ihre jeweilige Sprechweise nicht an den anderen Gesprächspartner anpassen können oder wollen.
- 3) *Divergence*: Eine Divergenz der jeweiligen Sprechweisen im Gespräch ist das Ergebnis einer bewussten Aufrechterhaltung und Betonung der unterschiedlichen Sprechweisen seitens eines oder beider Gesprächspartner.

Wie bereits erörtert wurde, hängt eine Annäherung (*Convergence*), Aufrechterhaltung (*Maintenance*) oder zunehmende Entfernung (*Divergence*) allerdings nicht allein von der Motivation beider Gesprächspartner, sondern ebenso von der gegenseitigen Wahrnehmung des kommunikativen Stils und den situational-relationalen Anforderungen ab (Bourhis et al., 1989).

Bezogen auf die Arzt-Patient-Kommunikation stimmen zunächst beide Gesprächspartner überein, dass gemeinsame Ziele in der Konsultation (z.B. Informationsaustausch und Hilfe für den Patienten) angestrebt werden sollten und eine Annäherung in der Sprechweise damit unabdingbar ist (Weiss, 1986, zitiert nach Street, 1991). Sie stimmen allerdings ebenfalls darin überein, dass ihre Beziehung

zueinander weitgehend komplementär hinsichtlich ihres Wissens und ihrer kommunikativen Rollen in der Interaktion ist. Ableitend aus diesen Überlegungen werden im Gespräch zwischen dem Arzt als Experten und dem Patienten als Laien zwei Arten der Anpassung im Gespräch erwartet. Auf der einen Seite wird eine Aufrechterhaltung der jeweiligen Sprechweise seitens des Arztes zur Wahrung seiner Position, Kontrolle und Spiegelung seiner Verantwortung vermutet, während auf der anderen Seite eine Annäherung beider Gesprächspartner für eine erfolgreiche Kommunikation und Verantwortungsübertragung an den Patienten die Voraussetzung darstellt. Beide Arten der Anpassung können natürlich im Gespräch auch simultan geschehen, da die Akkommodation zwischen Arzt und Patient nicht allein aufgrund verbaler Kommunikation erfolgen kann, sondern nonverbales Verhalten eine ebenso bedeutende Rolle in diesem Prozess einnimmt (Street, 1991).

Aufbauend auf dieser Theorie führten Bourhis et al. (1989) eine empirische Überprüfung der sprachlichen Anpassungsleistung zwischen Arzt und Patient in einem Krankenhaus durch. Mit Hilfe einer Befragung der Ärzte, des Pflegepersonals und der Patienten zur Selbst- und Fremdeinschätzung hinsichtlich der verwendeten Alltags- und Fachsprache konnte gezeigt werden, dass eine sprachliche Anpassung des Pflegepersonals und der Patienten, nicht aber der Ärzte erfolgt. Da die Ärzte allerdings sehr wohl eine Anpassung angeben (sie geben an, im Gespräch mit dem Patienten 77% Alltagssprache zu verwenden), diese aber weder von dem Pflegepersonal noch von den Patienten bestätigt werden kann, liegt die Vermutung nahe, dass neben möglichen kommunikativen Strategien zur Statuskontrolle die Ärzte nach jahrelanger Berufspraxis zwischen medizinischer Fachsprache und Alltagssprache nicht mehr eindeutig differenzieren können (Bourhis et al., 1989).

Weiterhin wird anhand der Ergebnisse entgegen der Annahme, dass Patienten eine reine Alltagssprache im Gespräch mit den Ärzten fordern, deutlich, dass ein ausgewogenes Verhältnis (50% / 50%) zwischen Alltags- und Fachsprache ein wünschenswertes Optimum für den Patienten darstellt. Dieser Wunsch des Patienten wird anhand der Ergebnisse insofern unterstützt, dass sie im Gespräch mit dem Arzt verstärkt medizinische Fachsprache verwenden und so bemüht sind, sich dem

Sprachgebrauch des Arztes anzupassen. In Übereinstimmung mit den Patienten halten sowohl das Pflegepersonal als auch die Ärzte ein ausgewogenes Verhältnis der Alltags- und Fachsprache für eine optimale Grundlage eines guten Arzt-Patient-Gespräches (Bourhis et al., 1989).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass durchaus in der Arzt-Patient-Kommunikation eine Annäherung der jeweiligen Sprechweisen angestrebt wird, eine Aufrechterhaltung der speziellen linguistischen Codes allerdings besonders seitens der Ärzte zu erkennen ist. Die alleinige Berücksichtigung motivationaler Beweggründe für eine umfassende Analyse mangelnder sprachlicher Anpassungsleistung scheint allerdings nicht aussagekräftig. Diskutiert wird ein Unvermögen, Fachsprache von Alltagssprache aufgrund jahrelanger Berufspraxis unterscheiden zu können. Dem Arzt als Experten scheint es schwer zu fallen, sich in die Perspektive des Patienten als medizinischen Laien hineinversetzen zu können.

Das mangelnde Vermögen der Ärzte, sich in die Lage der Patienten zu versetzen, wurde bereits von Nordmeyer (1981, zitiert nach Hoffmann-Richter, 1985) in Betracht gezogen. Anhand ihrer Studie konnte sie zeigen, dass in untersuchten Visitingesprächen durchschnittlich etwa drei unerklärte Fachtermini vom Arzt verwendet wurden. Neben der Alternativerklärung, den Patienten aus motivationalen Gründen bewusst im Unklaren zu lassen, unterstellt Nordmeyer (1979, zitiert nach Hoffmann-Richter, 1985) in jedem Fall eine „Distanz und Geringschätzung“ seitens des Arztes, der seiner Übersetzungsaufgabe nicht nachkommt. Diese Kritik aufgreifend, wird abschließend ein kurzer Exkurs zur ‚Übersetzung‘ medizinischer Fachbegriffe folgen, der die Schwierigkeit der geforderten Perspektivenübernahme im Zusammenhang mit den bereits angesprochenen situationalen und personalen Einflussfaktoren verdeutlicht.

2.3.5 Die ‚Übersetzung‘ medizinischer Fachsprache

Die Möglichkeit zur ‚Übersetzung‘ medizinischer Fachsprache setzt die Fähigkeit des Arztes voraus, sich in die Perspektive des Patienten hineinversetzen zu können. Berücksichtigt werden sollte insbesondere das Bildungsniveau des Patienten, seine persönliche Betroffenheit und seine Aktivität, die fehlerhafte Schlüsse auf das tatsächlich vorhandene Wissen birgt. Die Perspektivenübernahme wird allerdings weiterhin erschwert, verdeutlicht man sich erneut die situationalen Gegebenheiten eines Arzt-Patient-Gespräches im Krankenhaus. Lalouschek (2002) weist darauf hin, dass

„ ... sich ÄrztInnen und PatientInnen in der Institution Krankenhaus in einem institutionellen, nicht einem individuellen, lebensweltlichen Zusammenhang gegenüberstehen. Die individuelle Krankheit muß also institutionalisiert werden, die subjektiven, umgangssprachlich formulierten Beschwerdeschilderungen der Patienten müssen in objektive, institutionell wahrnehmbare und verarbeitbare Informationen ‚übersetzt‘ werden, wobei medizinisch nicht unmittelbar relevante Bedeutungen und Informationen systematisch ausgeblendet werden“ (Lalouschek, 2002, S. 18).

Dieser Prozess der Institutionalisierung, der die Teilung, Herauslösung und biomedizinischen Reduktion umfasst, wird nach Köhle und Joraschky (1990, zitiert nach Lalouschek, 2002) unter dem Begriff „Fragmentierung“ subsumiert. Dieser ihrer Meinung nach schwerwiegende, die Sicht verzerrende Eingriff in das untersuchte Objekt spiegelt sich in allen Formen des Handelns – auch im sprachlichen Handeln – wider. Für die sprachliche Fragmentierung der Beschwerden haben die Ärzte das Repertoire der medizinischen Fachsprache zur Verfügung. Die Patienten hingegen greifen auf umgangssprachliche Beschreibungen für ihre individuellen Beschwerden zurück, die je nach Ausmaß der Erfahrungen mit dem Gesundheitswesen mehr oder weniger von fachsprachlichen Äußerungen und Begriffen abgelöst oder durchdrungen werden (Lalouschek, 2002).

Aufgrund dieser Bedingungen findet nun in der Arzt-Patient-Kommunikation ein Übersetzungsprozess in zwei Stufen statt. In einem ersten Schritt übersetzt der Arzt die umgangssprachlichen Begriffe des Patienten im Gespräch in eine medizinnahe, allerdings noch nicht rein fachsprachliche Form. Die eigentliche, rein

fachsprachliche Übersetzung erfolgt in Gesprächen mit Kollegen bzw. in schriftlichen Berichten. Über die so vollzogene Kategorisierung der Beschwerden in Symptome werden diese institutionalisiert wahrgenommen und können entsprechend verarbeitet werden (Lalouschek, 2002). Rehbein (1986, zitiert nach Lalouschek, 2002) bezeichnet diesen Vorgang dementsprechend auch als „Institutionalisierung von Krankheit“. Eine Beachtung von psychosozialen Informationen erfolgt nach diesem Modell nicht.

Das auf der einen Seite abgeleitete biomedizinische Krankheitsbild des Arztes steht also der subjektiv erlebten Krankheitsvorstellung des Patienten gegenüber. Mit anderen Worten unterscheiden sich Arzt und Patient nicht allein hinsichtlich ihres medizinischen Wissens, sondern es treffen ebenso zwei grundverschiedene Realitätsorientierungen aufeinander, die es dem Arzt nicht ermöglichen, der geforderten Übersetzungsleistung ohne weiteres nachzukommen. Hoffmann-Richter (1985) fasst die sprachphilosophischen Überlegungen zu diesem Thema wie folgt zusammen:

„Daß der Arzt einfach die Sprache des Patienten verwenden sollte, um ihm etwas zu erklären, mißachtet die Tatsache, dass eine andere Sprache aus einer anderen Wirklichkeit erwächst und umgekehrt eine andere Wirklichkeit eine andere Sprache bedingt. Denn Wirklichkeit liegt nicht vor. Sie entsteht erst durch Aufnahme von Eindrücken und individuelles Verarbeiten und Erleben. Um eine gemeinsame Wirklichkeit herzustellen, muß erst die Wirklichkeit beider Interaktionspartner bekannt sein. ... Erst eine gemeinsame Wirklichkeit, die diese Mehrdimensionalität beinhaltet, ermöglicht eine gemeinsame Sprache, einen gemeinsamen ‚Code‘, wie ihn im Klinikalltag sonst nur die Mediziner benutzen und von dem der Patient als ‚Laie‘ normalerweise ausgeschlossen wird, in seiner ‚Verlorenheit‘ allein bleibt“ (Hoffmann-Richter, 1985, S. 17).

Die hier angesprochene gemeinsame Wirklichkeit im Sinne einer gemeinsamen Grundlage, auf der ein Gespräch aufgebaut werden kann, wird nach Clark *Common Ground* genannt (Clark, 1996):

„Two peoples common ground is, in effect, the sum of their mutual, common, or joint knowledge, beliefs, and suppositions“ (Clark, 1995, S. 93).

Der Aufbau eines Common Ground und damit die Berücksichtigung sowohl des persönlichen Hintergrundes der Patienten als auch der verschiedenen Realitätsorientierungen beider Gesprächspartner ist somit eine notwendige Voraussetzung für das Erkennen und ‚Übersetzen‘ unverständlicher Fachbegriffe. Die Möglichkeit der Herstellung eines Common Ground für den Arzt als Experten und den Patienten als Laien bzw. die Betonung der Perspektivenübernahme für diesen Prozess wird Thema des Kapitels 4: „Arzt-Patient-Kommunikation: Eine Experten-Laien-Kommunikation“ sein.

2.4 Zusammenfassung

Ausgehend von mangelnder Compliance bzw. unzureichendem Verständnis der Patienten wurden verschiedene Ansätze vorgestellt, die zum einen mögliche Ursachen für Kommunikationsschwierigkeiten und unterschiedliche Einflussfaktoren analysieren und zum anderen Komponenten einer erfolgreichen Arzt-Patient-Kommunikation herausstellen. Der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme scheint dabei aufbauend auf den dargestellten Befunden eine besondere Bedeutung zuzukommen.

Zusammenfassend zeigt sich zunächst, dass die viel zitierte Vermutung, Fachsprache sei die gravierendste Verständigungsbarriere (vgl. z.B. Löning, 1985), mit dem Verweis auf die Vielfältigkeit und Komplexität potentieller Einflussfaktoren auf die Arzt-Patient-Kommunikation so nicht bestätigt werden kann. Dennoch spielt die sprachliche Anpassung einhergehend mit der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme für eine gelungene Konsultation eine ausschlaggebende Rolle. Oksaar (1988) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass es in einem Beruf, in dem Fachsprache eine funktionelle Aufgabe hinsichtlich des reibungslosen und ökonomischen Austausches zwischen Fachleuten und in der Vermittlung von wissenschaftlichen Erkenntnissen zukommt, einer Schulung der Experten im sprachlichen Umgang mit Laien bedarf:

„Diejenigen, die in ihrem Beruf Sprache als Werkzeug haben, müßten Möglichkeiten haben, es frühzeitig zu lernen, dieses Werkzeug richtig zu gebrauchen. So wie der Chirurg es lernt, sein Skalpell zu verwenden, und es lernt, nie einfach drauflos zu operieren, ohne eine Menge von Faktoren geklärt zu haben. Die heute sprachlich drauflos Operierenden – müßten sie nicht den Menschen hinter dem Bürger [Patienten] mehr berücksichtigen?“ (Oksaar, 1988, S. 132).

Schlussfolgernd aus den sprachwissenschaftlichen Ausführungen die sprachliche Anpassung und die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme hervorhebend, zeigt sich des Weiteren, dass die Berücksichtigung der Patientenperspektive ebenso im Focus psychologischer Arbeiten zum Thema Arzt-Patient-Kommunikation steht. Demnach bedarf es neben den erörterten Hauptkomponenten einer erfolgreichen Arzt-Patient-Kommunikation - Informationsgabe, Informationssuche, Informationsprüfung und sozioemotionale Kommunikation - ebenso der Kompetenz, die Wünsche der Patienten nach Information und Beteiligung in Erfahrung zu bringen. Die Einschätzung der individuellen Kenntnisse und Bedürfnisse wie die Berücksichtigung patientenspezifischer Hintergründe scheint somit eine wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Arzt-Patient-Kommunikation zu sein.

Wie eingangs erwähnt, basieren die hier zusammengestellten Forschungsergebnisse jedoch auf sehr unterschiedlichen Ansätzen und lassen neben einer einheitlichen Definition von Kommunikation ebenso eine theoretische Einbettung verschiedener Forschungsbefunde vermissen. Diesen Kritikpunkt aufgreifend, wird eine Integration der genannten Ergebnisse einhergehend mit einer theoretischen Einordnung der Arzt-Patient-Kommunikation Ziel des folgenden Kapitels sein. Der einheitlichen Betrachtung der Arzt-Patient-Kommunikation als Experten-Laien-Kommunikation sowie der konsequenten Betonung der Perspektivenübernahme in verschiedenen Forschungsansätzen wird dabei Rechnung getragen.

3 Arzt-Patient-Kommunikation: Eine theoretische Einordnung

Der Überblick über die verschiedenen Forschungsansätze zur Arzt-Patient-Kommunikation führt zu dem Resümee, dass sich die dargestellten Studien zum einen hinsichtlich der verwendeten Betrachtungsweise und Definition unterscheiden und zum anderen eine beträchtliche Variation der Zielsetzung und methodischen Herangehensweise aufweisen (Stewart & Roter, 1989, zitiert nach Frederikson, 1993). Akzente einzelner Blickwinkel sind eine Vielzahl potentieller Einflussfaktoren wie Fachsprache, Persönlichkeitseigenschaften und situative Variablen, deren Einfluss auf die Arzt-Patient-Kommunikation oftmals anhand von Compliance bzw. Patientenzufriedenheit bestimmt wird. Eine Einbettung verschiedener Ergebnisse in einen allgemeingültig akzeptierten theoretischen Rahmen kann nicht verzeichnet werden. Deutlich wird allerdings bereits, dass die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme in der Arzt-Patient-Kommunikation eine besondere Rolle zu spielen scheint.

Ziel dieses Kapitels wird es nun sein, ableitend aus der Definition von Kommunikation Gemeinsamkeiten der unterschiedlichen Ansätze aufzuzeigen und aufbauend auf einer Reihe allgemeiner und psychologischer Kommunikationstheorien sowie einem interpersonalen Modell der Kommunikation ein theoretisches Modell der Arzt-Patient-Kommunikation vorzustellen.

3.1 Definition von Kommunikation

Ausgehend von einer allgemeinen Definition des deutschen Wörterbuchs Wahrig (1997, zitiert nach Frindte, 2001), in welchem sich unter „Kommunikation“ der Eintrag „Verbindung, Zusammenhang, Verkehr, Umgang, Verständigung (zwischen den Menschen), lat. *communicatio* ‚Mitteilung‘“ findet, lässt sich die Schlussfolgerung ziehen, dass mit „Kommunikation“ offenbar all das gemeint ist, was Menschen alltäglich tun: in Beziehung treten, Verbindungen schaffen, sich verständigen, miteinander umgehen (Frindte, 2001). Kommunikation demnach als

Interaktion zwischen Personen verstehend, wird in Anlehnung an die Literatur im Folgenden von ‚zwischenmenschlicher Kommunikation‘ gesprochen. Die Vorstellungen darüber, wie dieses Konstrukt im wissenschaftlichen Zusammenhang zu beschreiben ist, divergieren allerdings erheblich. Knapp, Miller und Fuge (1994) sind dennoch der Meinung, dass wohl die meisten Forscher der Definition von interpersonaler Kommunikation von Bochner (1989) zustimmen würden:

„The most general meaning of the term ‘interpersonal communication’ is simply ‘communication between persons’. Most scholars insist, however, on a narrower and more rigorous conceptualization. The anchor points for such a conceptualization are: 1) at least two communicators; intentionally orienting toward each other; 2) as both subject and object; 3) whose actions embody each other’s perspectives both toward self and toward other. In an interpersonal episode, then, each communicator is both a knower and an object of knowledge, a tactician and a target of another’s tactics, an attributer and an object of attribution, a codifier and a code to be deciphered” (Bochner, 1989, S. 336).

Dieser Beschreibung und dem Kommunikationsforscher Frindte (2001) folgend, kann als erstes entscheidendes Merkmal von Kommunikation somit die soziale Wechselseitigkeit benannt werden. Schlussfolgernd kommunikatives Geschehen als sozialen Prozess verstehend, geht ein weiteres Merkmal kommunikativen Geschehens aus dem dritten Punkt der zitierten Definition von Bochner (1989) hervor. Frindte (2001) formuliert diesen Punkt so, dass miteinander kommunizierende Menschen sich gegenseitig anregen, Vorstellungen, Bilder und Konstruktionen über die Wirklichkeit zu produzieren. Ein zweites Merkmal von Kommunikation sind demnach die individuell und sozial geschaffenen Konstruktionen über die Wirklichkeit, welche die Resultate oder auch die weiteren Voraussetzungen des kommunikativen Geschehens bezeichnen (Frindte, 2001).

Unter der Annahme, dass „Kommunikation . . . ein sozialer Prozess [ist], in dessen Verlauf sich die beteiligten Personen wechselseitig zur Konstruktion von Wirklichkeit anregen“ (Frindte, 2001, S. 17), stellt sich nun die Frage, inwieweit die für eine Verständigung notwendige gemeinsame Wirklichkeit zwischen den Gesprächspartnern erzielt werden kann (Clark, 1996). Diesbezüglich stellt Clark

(1995) wiederum fest, dass es für die Konstruktion einer gemeinsamen Wirklichkeit bzw. für die Herstellung des Common Ground eines Austausches von Informationen bedarf, anhand derer die Beteiligten die Wirklichkeit ihres Gesprächspartners ableiten und die jeweilige Perspektive anpassen können. In Einklang mit diesen Ausführungen und dem Little Oxford Dictionary kann Kommunikation demzufolge auch als „the imparting or exchange of information“ definiert werden (Frederikson, 1993, S. 225).

Diese verschiedenen Ansätze zusammenfassend, wird eine gelungene Kommunikation somit als *Informationsaustausch* beschrieben, *in dessen Verlauf sich die beteiligten Personen wechselseitig zur Konstruktion einer gemeinsamen Wirklichkeit anregen*. Bevor jedoch aufbauend auf dieser Definition eine Ableitung theoretischer Modellannahmen erfolgen kann, soll zunächst ein Überblick über verschiedene Kommunikationstheorien erfolgen, die wiederum unterschiedlichste Definitionsansätze von Kommunikation widerspiegeln.

3.2 Allgemeine und sozialpsychologische Kommunikationstheorien

Bereits Anfang des 19. Jahrhunderts bemühten sich Wissenschaftler der Bereiche Ethnologie, Anthropologie, Sprachwissenschaften, Soziologie, Psychologie sowie allgemeiner Kulturwissenschaften, Kommunikationstheorien zu erstellen, die den Prozess ‚Kommunikation‘ auf theoretischer Ebene veranschaulichen und erklären können. In Anlehnung an den Kommunikationspsychologen Wolfgang Frindte (2001) wird es Ziel dieses Abschnittes sein, eine Auswahl von Kommunikationstheorien überblicksartig darzustellen. Ausschlaggebend für diesen Überblick ist weniger eine ausführliche Darstellung der verschiedenen Theorien, sondern vielmehr der Hintergrund, dass verschiedene Ansätze oftmals als Metatheorie zahlreicher konkreter Interaktions- und Kommunikationstheorien dien(t)en bzw. dass vielfältige Kommunikationsprozesse auch innerhalb so allgemeingültiger Denkrahmen zu beobachten sind.

3.2.1 Allgemeine Kommunikationstheorien

Grundlegend und in ihrer Vorbildwirkung bedeutsam, werden zunächst jeweils drei allgemeine Kommunikationstheorien vorgestellt, die den Kommunikationsprozess zum einen als soziale Interaktion herausstellen und zum anderen Kommunikation als Informationsaustausch zwischen Sender und Empfänger beschreiben.

3.2.1.1 Der Symbolische Interaktionismus

Eine Grundlagentheorie, auf welcher eine Reihe späterer Ansätze zur Erklärung des Kommunikationsprozesses aufbauen, erklärt menschliches Verhalten und Bewusstsein aus den sozialen Wechselwirkungen zwischen den Menschen. In der Tradition des Pragmatismus versuchten im Besonderen amerikanische Sozialwissenschaftler die Beschaffenheit von Kommunikationsprozessen aus den gesellschaftlichen Strukturen zu erläutern. Namen wie George Herbert Mead, John Dewey, W. I. Thomas, Robert E. Park, William James, Charles Horton Cooley, Florian Znaniecki, James Mark Baldwin, Robert Redfield und Louis Wirth werden in diesem Zusammenhang immer wieder genannt und stehen in enger Verbindung zum so genannten Symbolischen Interaktionismus (Frindte, 2001).

Symbolischer Interaktionismus, welcher sich als allgemein soziologisch-sozialpsychologische Kommunikationstheorie interpretieren lässt, besagt, dass Menschen gegenüber den Dingen auf Grund der Bedeutungen handeln, die diese Dinge besitzen. Das heißt, dass das Handeln von Menschen nicht von der objektiven Beschaffenheit der Situationen bestimmt wird, sondern dass vielmehr diese Situationen definiert, interpretiert und gedeutet werden – abhängig von der jeweilig stattfindenden sozialen Interaktion (Frindte, 2001).

3.2.1.2 Die Theorie des kommunikativen Handelns von Habermas und die Theorie selbstreferenzieller Systeme von Luhmann

Die Einbettung von Kommunikation in einen sozialen Kontext betonend, widmen sich zwei weitere allgemeine Kommunikationstheorien dem gesellschaftlichen Phänomen der Kommunikation. Die Rede ist von der Theorie des kommunikativen Handelns von Habermas und der Theorie selbstreferenzieller Systeme von Luhmann. In beiden

Fällen handelt es sich um zwei deutsche, international hoch anerkannte philosophisch-soziologische Entwürfe zur Erklärung nachmoderner Gesellschaftsentwicklungen.

Die Theorie des kommunikativen Handelns von Habermas und die Theorie selbstreferenzieller Systeme von Luhmann betten den Prozess der Kommunikation in Gesellschaftskonzeptionen ein. Habermas stellt hierbei die „verständnisorientierte Kommunikation“ der so genannten „strategischen Kommunikation“ gegenüber, wobei beide Formen darauf abzielen, zum Zwecke des eigenen Erfolgs Einfluss auf die Einstellungen des Kommunikationspartners zu nehmen (Frindte, 2001). Inwieweit es dem Sprecher gelingt, diesen Einfluss auszuüben bzw. zu entscheiden, wann Verständigungsversuche fehlschlagen, ist laut Habermas abhängig von der „kommunikativen Kompetenz“ des Sprechers. Er geht davon aus, dass die kommunikative Kompetenz idealerweise eingesetzt wird, um sich mit anderen Sprechern zu verständigen, d.h. „einen sprachlichen Ausdruck identisch (zu) verstehen“ (Habermas, 1988, zitiert nach Frindte, 2001, S. 37). Die Herstellung einer solchen Verständigung ist abhängig von:

„ ... der kommunikativen Absicht des Sprechers, (a) eine im Hinblick auf den gegebenen normativen Kontext richtige Sprechhandlung zu vollziehen, damit eine als legitim anerkannte interpersonale Beziehung zwischen ihm und dem Hörer zu Stande kommt; (b) eine wahre Aussage (bzw. zutreffende Existenzvoraussetzungen) zu machen, damit der Hörer das Wissen des Sprechers übernimmt und teilt; und (c) Meinungen, Absichten, Gefühle, Wünsche usw. wahrhaftig zu äußern, damit der Hörer dem Gesagten Glauben schenkt“ (Habermas, 1988, zitiert nach Frindte, 2001, S. 37).

Selbstverständlich räumt Habermas bei dieser Sichtweise von Verständigung zwischen den Gesprächspartnern auch mögliche Störungen in der Vermittlung von Information ein. Derartige nicht beabsichtigte Schwierigkeiten können allerdings durch einfache „Reparaturleistungen“ oder „explizite Rechtfertigungsversuche“ behoben werden (Frindte, 2001).

Zusammenfassend beschreibt Habermas das Ideal und die Vision verständiger Kommunikation in der Gesellschaft und obwohl eine Einhaltung dieser Ideale in dieser Form nicht umsetzbar ist, sind sie auch in psychologischen Kommunikationstheorien oft wieder zu finden.

Während Habermas also eine ideale Verständigung zwischen den Kommunikationspartnern eingebettet in den sozialen Kontext beschreibt, stellt Luhmann fest, Kommunikation sei „unwahrscheinlich, obwohl wir sie jeden Tag erleben, praktizieren und ohne sie nicht leben würden“ (Luhmann, 1981, zitiert nach Frindte, 2001, S. 38). In der Kommunikation geht es seiner Meinung nach nicht primär um wechselseitiges Verstehen, vielmehr sind kommunikative Beziehungen in hohem Maße unklar und unbestimmt. Mit anderen Worten begreift er sie nicht als Wechselwirkungen zwischen Menschen, sondern als Elemente von sozialen Systemen:

„Sobald überhaupt Kommunikation unter Menschen stattfindet, entstehen soziale Systeme“ (Luhmann, 1975, zitiert nach Frindte, 2001, S. 38).

Kommunikation hat in diesem Kontext zunächst nichts mit der Übertragung von Information zu tun, ebenso wenig wie Verstehen allein von einer gemeinsamen Wirklichkeit der Kommunikationspartner abhängt. Inwieweit verstanden wurde, hängt allein von dem Fortgang der Handlung ab. Verstehen ist daher immer eine selbstreferenzielle Entscheidung, welche die kommunizierenden Instanzen für sich allein fällen müssen (Frindte, 2001). Luhmann behandelt Kommunikation somit als dreistellige Einheit, bestehend aus Information, Mitteilung und Verstehen, welche folgendermaßen definiert werden können:

„Information ist ‚Neues‘ im Sinne einer von außen kommenden Nachricht; und sie ist zugleich eine Ordnungsbestätigung, da sie ‚konservative‘ Elemente enthält, die sie überhaupt lesbar, aneignungsfähig machen. Mitteilen erfolgt über die zur Verfügung stehenden Kanäle (gesprochene, geschriebene, gesendete Nachricht) und Verstehen ist die Einfügung des Mitgeteilten in den Sinn-Rahmen“ (Faßler, 1997, zitiert nach Frindte, 2001, S. 39).

Insgesamt bleibt zu sagen, dass die Luhmannsche Sicht auf kommunikative Beziehungen eine Menge Fragen und Zweifel aufwirft, weil sie offenbar mit unserem Alltagsverständnis von Kommunikation wenig gemein hat (Frindte, 2001). Es ist jedoch vorstellbar, dass dieser metatheoretische Denkraum für die Einbettung spezifischer Theorien wie z.B. der Diffusionsmodelle dienen kann. Diese Modelle analysieren die Übernahme von Ideen und Handlungen von Einzelnen oder Gruppen,

die an spezifische Informationskanäle angeschlossen sind. Wie zu zeigen sein wird, spielt hier weniger die Entstehung sozialer Systeme, sondern vielmehr die Wirkung von Information auf einzelne Individuen eine ausschlaggebende Rolle. Die Übertragung von Information vom Sender zum Empfänger bzw. der Informationsaustausch zwischen den Gesprächspartnern steht im Zentrum nachfolgender Kommunikationstheorien.

3.2.1.3 Das Stimulus-Response-Modell

Zu den ersten einflussreichen empirischen Forschungen zur Kommunikation innerhalb der Soziologie und Psychologie zählen insbesondere die amerikanischen Arbeiten zur *Diffusion* Anfang des 20. Jahrhunderts. Wie bereits erwähnt, wird unter Diffusion in diesem Zusammenhang die Übernahme von Ideen und Handlungen durch Einzelne oder Gruppen verstanden, die an spezifische Kommunikationskanäle angeschlossen sind. Untersuchungsschwerpunkt war die Wirkung von Propaganda bzw. allgemein gesprochen, die massenmediale Verbreitung von Ideen und deren Einfluss (Frindte, 2001).

Zu einem Vorreiter dieser Welle zählt das von H. D. Lasswell (1927) eingeführte *Stimulus-Response-Modell*, welches sich am so genannten behavioristischen Reiz-Reaktions-Schema orientiert. Kommunikation wird in seiner Theorie als gezielte Übertragung von Informationen betrachtet, mit dem Ziel, die Mitglieder einer Gesellschaft zu beeinflussen. Die Gesellschaft wiederum besteht aus vielen einzelnen, aber gleichartigen Individuen, welche extrem abhängig von der kommunikativen Beeinflussung sind. Gleiche Stimuli können dabei gleich starke Wirkungen bei verschiedenen Individuen auslösen. Die Wirkung von Propaganda bzw. der Einfluss massenmedial verbreiteter Information auf den Einzelnen kann allerdings mit diesem Modell nicht hinreichend erklärt werden. Sowohl individuelle Erfahrungen (Wissen, Einstellung und Deutung) als auch der soziale Kontext (soziale Strukturen, Normen und Werte) sollten für eine Klärung dieser Frage Berücksichtigung finden (Frindte, 2001).

3.2.1.4 Lasswell-Formel

In einem zweiten Ansatz von Lasswell (1948) steht die detaillierte Beschreibung des Kommunikationsprozesses im Vordergrund, mit dem Ziel, die Struktur und Funktion von Kommunikation genau zu beschreiben. Anhand seiner *Lasswell-Formel* versucht er die einseitige Sicht auf Kommunikation als Wirkung vom Sender zum Empfänger (siehe Stimulus-Response-Modell) zu überwinden und definiert den Kommunikationsprozesse mit Hilfe folgender Komponenten (Frindte, 2001):

Wer – sagt was – zu wem – womit – durch welches Medium – mit welcher Absicht – mit welchem Effekt

Alltagskommunikation kann allerdings nur in seltenen Fällen so detailliert analysiert werden, wie es Lasswell fordert. Absicht und Effekt der Kommunikation sowie das tatsächlich Gesagte bleiben aus unterschiedlichen Gründen häufig unklar und können nicht eindeutig bestimmt werden. Allerdings hat auch dieses Modell seine besondere Rolle als Ausgangspunkt nachfolgender differenzierterer Betrachtungsweisen.

3.2.1.5 The Mathematical Theory of Communication nach Shannon und Weaver (1949)

Ein weiteres viel zitiertes Modell zur Beschreibung interpersonaler Kommunikation stammt von den Informationstheoretikern Shannon und Weaver (1949). Nach diesem mathematischen Modell findet Kommunikation dann statt, wenn es einen Informationsfluss gibt, wobei Sender und Empfänger nur dann kommunizieren bzw. sich verstehen können, wenn sie über einen gemeinsamen Code verfügen.

„Eine Nachricht wird von einem Sender/Empfänger ‚encodiert‘, über einen Kanal übertragen und vom Empfänger ‚decodiert‘. ... Fehler in der Kette können sowohl in der Encodierung als auch in der Decodierung auftreten. Zu beachten an diesem Modell ist die für die menschliche Kommunikation wichtige Doppelfunktion, in der eine Person gleichzeitig Sender und Empfänger ist.“ (Ellgring, 1994, S. 197).

Diese Sichtweise von Kommunikation, das heißt, die Konzentration auf den syntaktischen Aspekt von Information, verwundert nicht, da Shannon zur Zeit der Modellentwicklung als Mathematiker und Ingenieur in den Bell Telephone Laboratories arbeitete. Semantische und pragmatische Aspekte bzw. die Bedeutung

und Funktion von Information für Sender und Empfänger blieben demnach bewusst unberücksichtigt (Frindte, 2001). Die Annahme, Kommunikation sei ein sozialer Prozess, findet in diesem Modell ebenfalls keine Berücksichtigung.

3.2.1.6 Zusammenfassung

Zusammenfassend verdeutlicht diese Auswahl allgemeiner Kommunikationstheorien die Vielfältigkeit der Definitionen und Betrachtungsweisen von Kommunikation, wie sie bereits aus den konkreten Forschungsergebnissen zur Arzt-Patient-Kommunikation erkennbar wird. Aufbauend auf den bereits genannten, zum Teil metatheoretischen Kommunikationstheorien, entstanden eine Reihe weiterer Ansätze, die Kommunikation aus verschiedenen Perspektiven beschreiben. Der Versuch einer zusammenfassenden und differenzierten Darstellung zahlreicher Ansätze gelang Krauss und Fussell (1996) hinsichtlich sozialpsychologischer Kommunikationstheorien.

3.2.2 Sozialpsychologische Kommunikationstheorien

Die folgenden Ausführungen dienen weniger einem Überblick sämtlicher sozialpsychologischer Kommunikationstheorien, sondern veranschaulichen aufbauend auf einem Übersichtsartikel von Krauss und Fussell (1996) eine mögliche Zusammenfassung zahlreicher, teils diverser Theorien und Modelle zur Beschreibung von interpersonaler Kommunikation. Mit Hilfe einer umfassenden Literaturrecherche konnten diese Autoren vier Klassen theoretischer Betrachtungen identifizieren, welche im Folgenden kurz vorgestellt und diskutiert werden sollen.

3.2.2.1 Encoder-/Decoder-Modelle

Encoder-/Decoder-Modelle, wie z.B. das bereits vorgestellte Modell von Shannon und Weaver (1949), betrachten Kommunikation als Informationsfluss, in dem eine interne Repräsentation (z.B. eine individuelle Absicht) in einen Code (Sprache, Signal) transformiert (encodiert) wird, welcher wiederum über einen bestimmten Kanal zu einem Empfänger transportiert wird und um ihn zu verstehen decodiert werden muss (Krauss & Fussell, 1996).

Während Shannon und Weaver (1949) dieses Modell entwickelten um vordergründig verbale Informationsübermittlung zu beschreiben, spielen Encoder-/Decoder-Modelle in heutigen kommunikationspsychologischen Diskussionen über verbales Kommunikationsverhalten kaum noch eine ausschlaggebende Rolle. Für die gegenwärtige Forschung zur nonverbaler Kommunikation hingegen als auch im Zusammenhang mit der Erforschung naiver oder impliziter Kommunikationssituationen ist die Bedeutung dieser Modelle jedoch nach wie vor unumstritten (Frindte, 2001).

3.2.2.2 Intentionale Modelle

Weniger die störungsfreie Übermittlung der Nachricht vom Sender zum Empfänger, sondern vielmehr die gelungene Übermittlung der Intention des Senders steht im Zentrum intentionaler Modelle. Intentionale Modelle fokussieren auf die Absichten des Senders dem Empfänger mitzuteilen, was er (der Sender) auch meint (Krauss & Fussell, 1996). In Anlehnung an Habermas geht es also letztlich darum, dass die Kommunikation zwischen den Gesprächspartnern gelingt. Und damit Kommunikation gelingen kann, bedarf es in Übereinstimmung mit der Theorie des kommunikativen Handelns von Habermas bestimmter Kommunikationsregeln, die es Sender und Empfänger ermöglichen, eine Einigung über das Gesprochene herzustellen (Frindte, 2001).

Als Beispiel intentionaler Modelle können die *Konversationsmaximen von Grice (1975)* herangezogen werden. Dieser Ansatz spiegelt im Kern einige Gemeinsamkeiten mit der idealtypisch beschriebenen Sprach- oder Kommunikationssituation von Habermas wider und fasst die angesprochenen Kommunikationsregeln in dem von ihm definierten Kooperationsprinzip zusammen. Dieses Kooperationsprinzip besagt, dass jeder Beitrag zu einer Konversation so zu gestalten ist, wie es zum Zeitpunkt seines Auftretens und bei den von den Partnern akzeptierten Zielen der Interaktion notwendig ist. Bei Einhaltung der vier Basisregeln Qualitätsmaxime, Quantitätsmaxime, Relevanzmaxime und

Klarheitsmaxime können nach Meinung von Grice Konversationen angenehm und effizient sein (Frindte, 2001).

Darauf, dass die Einhaltung derartiger Kommunikationsregeln im Alltag nur schwer umzusetzen ist, wurde bereits im Zusammenhang mit der Theorie des kommunikativen Handelns von Habermas hingewiesen. Wie Lyon (1977, zitiert nach Frindte, 2001) anführt, hängt die Beachtung der Regeln von dem jeweiligen Kontext ab, in dem die Kommunikation eingebettet ist und damit ist Kommunikation zu komplex, um sie durch das Aufstellen idealer Regeln meistern zu können.

3.2.2.3 Modelle der Perspektivenübernahme

Modelle zur Perspektivenübernahme gehen auf den Symbolischen Interaktionismus und auf den bekannten Ausspruch von Mead zurück: „Take the role or attitude of the other“ (Frindte, 2001, S. 45). Kommunikationswissenschaftler, welche diese bereits vorgestellte allgemeine Kommunikationstheorie aufgreifen, verweisen auf die Notwendigkeit, dass jeder Kommunikationspartner versuchen sollte, die Kommunikationssituation so wahrzunehmen und zu erfahren, wie sie vom Gegenüber ebenfalls wahrgenommen und erfahren wird. Für diese Perspektivenübernahme, welche eine wichtige Voraussetzung für die Verständigung der Kommunikationspartner bedeutet, bedarf es der Bereitschaft und Fähigkeit beider, die Kommunikationssituation aus der Sicht des jeweils Anderen betrachten zu können.

Da die Fähigkeit und Bereitschaft zur Perspektivenübernahme in der vorliegenden Arbeit eine besondere Rolle spielt, soll an dieser Stelle kurz das deutsche Modell von Rosemann und Kerres (1986, zitiert nach Frindte, 2001) vorgestellt werden. Dieses Modell der Perspektivenübernahme berücksichtigt unter anderem das in diesem Zusammenhang oft diskutierte Konstrukt der ‚Empathie‘.

Das Vier-Komponenten-Modell von Rosemann und Kerres (1986)

Rosemann und Kerres (1986) beschreiben interpersonales Verhalten mit Hilfe von vier Komponenten:

- Die *kognitiv-prozedurale* Komponente: Diese Komponente bezieht sich unmittelbar auf die Fähigkeit zum Perspektivenwechsel. Fähigkeit insofern, Dinge aus der Perspektive des Anderen zu sehen und sich in den Gesprächspartner hineinversetzen zu können.
- Die *affektiv-intentionale* Komponente: Mit dieser Komponente umschreiben die Autoren das Konstrukt der Empathie und gehen davon aus, dass Menschen mit hoher Empathie eher in der Lage sind, sich in die Situation des Gegenübers hineinversetzen zu können. Es sollte ihnen möglich sein, auf die Gefühle der anderen Person mit eigenen Gefühlen reagieren zu können bzw. unter Umständen mit ihnen zu leiden. Empathie ist nach Meinung von Rosemann und Kerres allerdings keine notwendige Bedingung, da das Verstehen von Schmerz auch dann möglich sein sollte, wenn kein eigener Schmerz erlitten wird.
- Die *kommunikative* Komponente: Mit dieser Komponente werden die Wechselseitigkeit und die laufenden Rückmeldungen beschrieben, welche als Voraussetzung dafür gelten, die Unterschiede und Gemeinsamkeiten zwischen der eigenen Auffassung und der Auffassung des Gesprächspartners entdecken zu können. Mit anderen Worten scheint Feedback für die beschriebene Perspektivenübernahme also eine wichtige Rolle zu spielen.
- Die *kognitiv-strukturelle* Komponente: Diese vierte Komponente, mit welcher die Autoren den Vorgang des interpersonalen Verhaltens beschreiben, beinhaltet die Kenntnis der eigenen Einstellungen, Schemata und Vorstellungen, durch die das kommunikative Handeln auf individueller Seite gesteuert wird. Diese Komponente schließt auch die Rolle von Vorurteilen im Kommunikationsprozess mit ein.

Modelle dieser Art scheinen in Übereinstimmung mit den vorherigen Ausführungen zum Thema Arzt-Patient-Kommunikation offenbar als theoretische Fundierung zur Beschreibung ablaufender Kommunikationsprozesse gut geeignet. Die Annahme, Kommunikation sei in jedem Fall auch eine soziale Interaktion, bleibt allerdings hier weitgehend unberücksichtigt. Andererseits kann angenommen werden, dass der soziale Kontext keiner expliziten Erwähnung bedarf, da die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme auch eine Berücksichtigung situationaler und personaler Bedingungen mit einschließen sollte. Für die vollständige Beschreibung von Kommunikation ist eine Analyse der sozialen Rahmenbedingungen und entstehenden Gesellschaftskonzeptionen dennoch unabdingbar. Die gezielte Herausstellung von Kommunikation als soziale Interaktion wird in Theorien vorgenommen, die von Krauss und Fussell (1996) als ‚Dialog-Modelle‘ beschrieben werden.

3.2.2.4 Dialog-Modelle

Die bisher erwähnten Klassen sozialpsychologischer Kommunikationstheorien fokussieren weitgehend auf kommunikativen Handlungen einer einzelnen Person. Im Mittelpunkt stehen Äußerungen des Sprechers, welche so formuliert werden sollten, dass sie vom Hörer in adäquater Weise transportiert und verstanden werden können. Beide, Sprecher und Hörer werden dabei als unabhängige, informationsverarbeitende Instanzen verstanden.

In der vierten von Krauss und Fussell (1996) identifizierten Klasse steht weniger die einzelne Person, sondern vielmehr die soziale Situation in der kommuniziert wird und die Interaktion der Gesprächspartner im Mittelpunkt des Interesses. Wie bereits in Verbindung mit der Aufstellung idealer Regeln für das Gelingen von Kommunikation hervorgehoben wurde, soll auch hier darauf verwiesen werden, dass Kommunikation ein komplexes Konstrukt ist, welches immer auch in einen sozialen Kontext eingebettet ist. Die Bedeutung einer Mitteilung wird somit erst im Prozess der Kommunikation erzeugt und ist nur eingebunden in den jeweiligen Kontext verständlich und interpretierbar (Frindte, 2001). Nach Krauss und Fussell (1996) ist daher das Ziel einer Kommunikation die Herstellung von Intersubjektivität, d.h. eines gemeinsam geteilten Bedeutungsgehalts bestimmter Symbole und Handlungen, welcher erst in der

Kommunikation miteinander hergestellt werden kann. Die Prozesse dieser Wechselseitigkeit werden im Zusammenhang mit der so genannten Konversationsanalyse (Clark & Wilkes-Gibbs, 1986) und in Verbindung mit dem bereits angesprochenen Common Ground (Clark, 1996) im nächsten Kapitel näher beschrieben. Schwerpunkt dabei wird vor allem die Integration dieses Ansatzes mit dem Prozess der Perspektivenübernahme sein.

3.2.2.5 Zusammenfassung

Ziel dieses Abschnittes war zunächst eine Darstellung und Zusammenfassung wichtiger Kommunikationstheorien, welche die Grundgedanken einer Vielzahl spezifischer Modelle und Theorien zur Erklärung interpersonaler Kommunikation abbilden. Da Encoder-/Decoder-Modelle in der heutigen Diskussion hauptsächlich für die Beschreibung nonverbaler Kommunikation herangezogen werden bzw. Kommunikation zu komplex ist, um sie mit Hilfe idealer Kommunikationsregeln beschreiben zu können, scheinen insbesondere Modelle zur Perspektivenübernahme und Dialog-Modelle bzw. deren Integration für eine Veranschaulichung des Kommunikationsprozesses auf theoretischer Ebene geeignet. Eine andere Herangehensweise für die Ableitung eines theoretischen Rahmens wird im Mittelpunkt des folgenden Abschnittes stehen. Vorgestellt wird ein Modell von Stamp (1999), der eine Analyse empirischer Arbeiten zu interpersonaler Kommunikation vornimmt.

3.3 Interpersonale Kommunikation: Ein integratives Modell

Vergleichbar mit den Forschungsergebnissen zur Arzt-Patient-Kommunikation und der Vielzahl theoretischer Ansätze zur Beschreibung und Erklärung von Kommunikation finden sich ebenso in empirischen Arbeiten zu interpersonaler Kommunikation die Komplexität und Vielfältigkeit der unterschiedlichen Betrachtungsweisen wieder.

Mit dem Ziel diese verschiedenen Untersuchungsaspekte zu veranschaulichen und in einem theoretischen Modell zu integrieren, analysiert Stamp (1999) die in den letzten 25 Jahren in der Zeitschrift „Human Communication Research“ erschienenen Artikel zur interpersonalen Kommunikation. Kriterium für seine Auswahl von 288 aus 646 vorliegenden Arbeiten war die weitgehende Übereinstimmung der Definition mit der

von Bochner (1989). Wie bereits dargestellt, betont Bochner die soziale Wechselseitigkeit von Kommunikation und kennzeichnet somit kommunikatives Geschehen als sozialen Prozess. Die ausschlaggebenden Kriterien sind dabei, dass mindestens zwei Personen - beide als Subjekt und Objekt - mit einer bestimmten Absicht interagieren, wobei für die Gestaltung der Handlungen sowohl die eigene Perspektive als auch die Perspektive der anderen Person eine entscheidende Rolle spielt (Bochner, 1989).

Die anhand dieser Definition ausgewählten 288 Artikel wurden von Stamp (1999) zunächst einer Inhalts- und Schwerpunktanalyse unterzogen. Mit dem Ziel gemeinsame Ansätze bzw. Kerngedanken der verschiedenen Studien herauszustellen, zeigt das Ergebnis dieser Analyse, dass eine Einordnung sämtlicher Artikel in 17 Kategorien möglich wird. Eine Übersicht über das erstellte Kategoriensystem mit einer entsprechenden Zuordnung der Kerngedanken der analysierten empirischen Arbeiten findet sich in Tabelle 1.

Des Weiteren analysiert Stamp (1999) zum einen die dargestellten Beziehungen zwischen diesen einzelnen Kategorien und identifiziert zum anderen das zentrale Phänomen, das mit sämtlichen Begriffsklassen in Verbindung gebracht wurde. Anschaulich zeigt sich beispielsweise, dass Wahrnehmung, Persönlichkeit und Kognition miteinander in Beziehung stehen und aufgrund der gefundenen Zusammenhänge zu der abstrakteren Komponente *Innerer Zustand* zusammengefasst werden können. Diese Dimension hebt sich wiederum von fünf weiteren ab, die entsprechend den durchgeführten Analysen alle in Verbindung mit der Kerndimension *Interaktion/Beziehung* gebracht werden (Stamp, 1999). Grundlage für die Entwicklung eines theoretischen Modells sind demnach sieben abstrakte Komponenten, die entsprechend dem zuvor erstellten System 17 Kategorien beinhalten, wobei die zentrale Dimension *Interaktion/Beziehung*, bestehend aus Konversation, Konflikt und Beziehungsentwicklung das Zentrum des Modells bildet. Die letztgenannte Dimension verkörpert im Gegensatz zu den anderen kein individuelles oder übergeordnetes kulturelles Level, sondern verdeutlicht vielmehr die Eingebundenheit der verschiedenen Komponenten in die Interaktion bzw. Beziehung der beiden Gesprächspartner an sich.

KATEGORIE	BEISPIELE FÜR UNTERSUCHUNGSSCHWERPUNKTE DER EINGEORDNETEN STUDIEN
Cognition (32 Artikel, 11,1%)	Untersuchung von Informationsverarbeitungsprozessen, Codierungsprozessen, Entscheidungssequenzen, Gedächtnis, Motivation, Wissen, Zielen
Nonverbal Communication (24 Artikel, 8,3%)	Entschlüsselung von nonverbalem Verhalten, Körperbewegungen, Blickkontakt, Mimik, Sprechrate, Berührungen
Compliance Gaining (22 Artikel, 7,6%)	Strategien zur Gewinnung von Compliance bzw. Bedürfnis nach Übereinstimmung im sozialen Kontext; Effekte von Non-Compliance
Message Type (22 Artikel, 7,6%)	Analyse der Art der Mitteilung (Orientierung hauptsächlich an verbalen Mitteilungen) – Ausdruck von Kontrolle, Empathie, Aggression
Personality (20 Artikel, 6,9%)	Einfluss persönlicher Charakteristiken der Gesprächspartner – Geschlecht, Selbstwert, Angst, Dominanz
Interpersonal Effects (20 Artikel, 6,9%)	Zwischenmenschliche Wirkungen der Mitteilungen, Situationen oder anderer Variablen – ängstliche Mitteilungen, beruhigende Mitteilungen, Mitteilungen mit verschiedenen Zielen, Konsequenz verschiedener Sprechstile
Conversation (17 Artikel, 5,9%)	Prüfung der Struktur der Konversation – Grammatik, Zeitfaktor, Pausensequenzen, Sprecherwechsel
Close Relationships (17 Artikel, 5,9%)	Untersuchung von Kommunikationsverhalten in engen Beziehungen (Partnerschaft, Familie etc.) – Kommunikationsarten, Verständnis, Zufriedenheit
Perception (16 Artikel, 5,6%)	Wahrnehmung der Welt, des Gesprächspartners oder sich selbst – Verhaltensweisen des Gesprächspartners, Attributionsprozesse, Personenwahrnehmung, zwischenmenschliche Erwartungen
Deception (15 Artikel, 5,2%)	Fokussiert auf zwischenmenschliche Täuschung – Aufdeckung der Täuschung, Täuschung als Konstrukt, Verbindung mit weiteren Persönlichkeitseigenschaften
Initial Interaction (14 Artikel, 4,9%)	Kommunikationsverhalten zu Beginn der Interaktion - Wirkungen von Sympathie, Attraktivität, Ähnlichkeit
Culture (12 Artikel, 4,2%)	Wirkung der Kultur auf das Kommunikationsverhalten – Informationsaneignung, soziale Identität, Kommunikationsprobleme
Relationship Development (12 Artikel, 4,2%)	Kommunikation während der Entwicklung einer engen Beziehung – Veränderung in der Beziehung, Eskalation, Einfluss des sozialen Netzwerkes auf die Beziehungsentwicklung
Apprehension (12 Artikel, 4,2%)	Konstrukt der Auffassungsgabe in der Kommunikation – Effekte der Auffassungsgabe, Erwartung an die Auffassungsgabe der anderen, Verbales und Nonverbales Verhalten und Selbstwert in Verbindung mit Auffassungsgabe
Self-Disclosure (12 Artikel, 4,2%)	Selbstoffenbarung in zwischenmenschlichen Beziehungen – Ausmaß, Valenz, Antizipation der Selbstöffnung anderer, Selbstöffnung als Strategie und in Verbindung mit gezeigtem Verhalten
Competence (11 Artikel, 3,8%)	Kommunikationskompetenz – Perspektivenübernahme, soziale Kompetenz, Aneignung, verschiedene Modelle von Kommunikationskompetenz
Conflict (10 Artikel, 3,5%)	Verschiedene Ansätze zu Konflikten im täglichen Leben – Modelle, Management, Argumentation, Aggression, verbale Konflikttaktiken

Tabelle 1: Untersuchungsschwerpunkte zum Thema interpersonale Kommunikation (Stamp, 1999)

Das auf diesem Weg von Stamp (1999) qualitativ konstruierte Modell der interpersonalen Kommunikation ist in Abbildung 1 dargestellt.

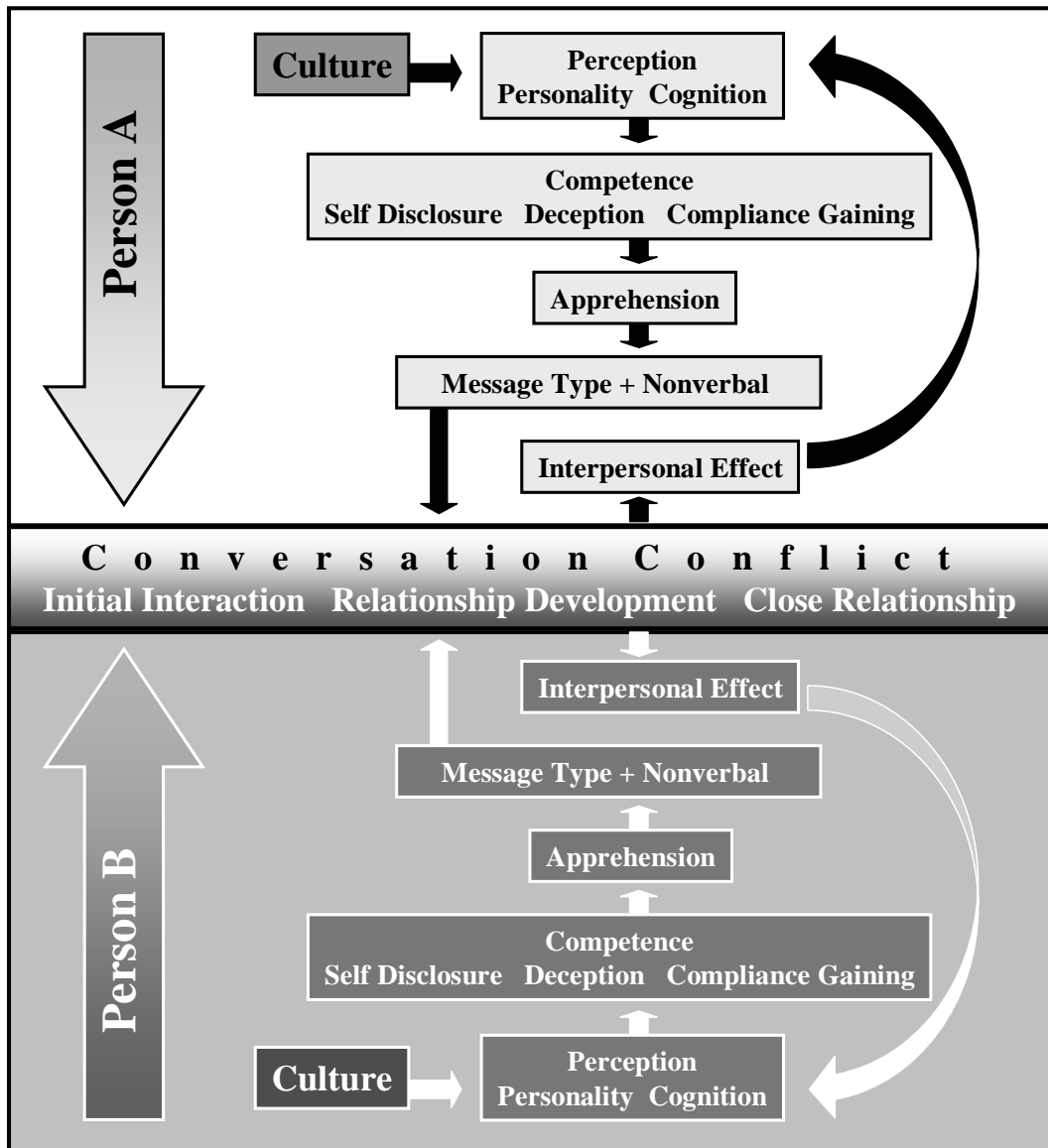


Abbildung 1: Ein qualitativ empirisch konstruiertes Modell interpersonalen Kommunikation (Stamp, 1999)

Wie aus dem Modell in Abbildung 1 hervorgeht, greift Stamp (1999) zunächst die Ansicht auf, dass die Kommunikation zwischen zwei Personen immer auch in einem kulturellen Zusammenhang zu sehen ist. Kultur, von Geertz (1973, zitiert nach Stamp, 1999) definiert als „historically transmitted pattern of meanings embodied in symbols, a system of inherited conceptions expressed in symbolic forms by means of which men communicate, perpetuate, and develop their knowledge about and attitudes toward life“ (S. 541), beeinflusst alle Aspekte unserer kommunikativen Erfahrung und bestimmt unser alltägliches Leben kontinuierlich mit. *Kultur (Culture)* ist demnach die erste Komponente in dem Modell von Stamp (1999) und kennzeichnet den Rahmen, in dem der Kommunikationsprozess verankert ist.

Die zweite genannte Komponente ist der *Innere Zustand* der jeweiligen Person. Zusammengesetzt aus den Kategorien Wahrnehmung (Perception), Persönlichkeit (Personality) und Kognition (Cognition), steht diese Dimension auf der einen Seite in unmittelbarer Verbindung mit der spezifischen Kultur und beeinflusst auf der anderen Seite die dritte Komponente im Modell, die *Zwischenmenschliche Kompetenzen (Competence)* umfasst. Skizziert werden hier drei essentielle Prozesse, beschrieben als:

- Täuschung - was vor dem anderen verborgen wird
- Gewinnung von Übereinstimmung - was man selbst von dem anderen bekommen kann
- und Selbstoffenbarung - was man selbst vor dem anderen preisgeben möchte.

Eine Wertung, welche angewandte Strategie für Kompetenz des Kommunikators spricht, kann jedoch erst unter Berücksichtigung der verschiedenen Umstände erfolgen.

Die *Bereitschaft oder Angst* ganz allgemein (trait apprehension) bzw. unter spezifischen Umständen zu kommunizieren (state apprehension), beeinflusst des Weiteren, welche Kommunikationsstrategie in einer Situation wirklich gezeigt wird. Selbst die Wahrnehmung, dass eine bestimmte Strategie in einer Situation geeignet erscheint, ermöglicht aufgrund von Bedenken bzw. Besorgnis nicht immer die

Ausführung der geplanten Handlung. Die Dimension *Apprehension* kann somit als eine MediatorKomponente zwischen den Kompetenzen und der tatsächlichen Mitteilungen verstanden werden. Das *Mitteilungsverhalten (Message Type)* selbst, setzt sich wiederum aus verbalen und nonverbalen Ausdrucksmitteln zusammen und bildet die fünfte Komponente im Modell.

Die sechste und letzte Komponente des Modells von Stamp (1999) repräsentiert die *Zwischenmenschliche Wirkung*, welche das Zusammenspiel der einzelnen Dimensionen sowohl auf beide Gesprächspartner als auch auf andere Personen hinterlässt. Diese Wirkung wird durch die Beziehung der beiden Kommunikationspartner zueinander vermittelt.

Zusammenfassend gelingt es Stamp (1999) also anschaulich, verschiedene Ansätze und Betrachtungsweisen bezüglich interpersonaler Kommunikation in einem theoretischen Modell zu vereinen bzw. gefundene Zusammenhänge zwischen einzelnen Komponenten zu integrieren. Eine Übereinstimmung mit den zuvor diskutierten theoriegebundenen Darstellungen des Kommunikationsprozesses zeigt sich dabei insofern, dass sowohl die beschriebene soziale Wechselseitigkeit als auch der soziale Kontext betont werden.

Eine Zusammenführung des empirisch konstruierten Modells von Stamp (1999) mit den beschriebenen Kommunikationstheorien anstrebend, wird weiterhin deutlich, dass einhergehend mit den inhaltlichen Prämissen der Dialog-Modelle und aufbauend auf den Überlegungen von Krauss und Fussell (1996) der angesprochene Common Ground (Clark, 1996) in das vorgestellte Modell einzufügen ist. Das Gelingen der Konversation bzw. das Auftreten von Konflikten ist in hohem Maße davon abhängig, inwieweit es beiden Gesprächspartnern gelingt, einen gemeinsamen Bezugsrahmen herzustellen. Die für diesen Prozess noch zu zeigende, bereits oft zitierte Bedeutung von Perspektivenübernahme, wird im Zusammenhang mit der Kategorie Wahrnehmung ebenfalls in dem Modell von Stamp (1999) erwähnt. Die Wahrnehmung der Gesprächspartner, hier in der Dimension *Innerer Zustand* verankert und in enger Verbindung mit Kognition und Persönlichkeit dargestellt, nimmt den obersten Stellenwert im Modell ein. Somit kann begründet durch die

Position des Konstruktes Perspektivenübernahme die Gewichtung dieser Fähigkeit für die interpersonale Kommunikation auch aus theoretischer Perspektive hervorgehoben werden.

Schlussfolgernd lässt sich festhalten, dass sich die Inhalte verschiedener Kommunikationstheorien in das hier vorgestellte empirisch konstruierte Modell von Stamp (1999) integrieren lassen und demnach eine gute Ausgangsbasis für weitere Analysen und Spezifizierungen gegeben scheint. Inwieweit sich die Arzt-Patient-Kommunikation anhand dieser theoretischen Annahmen beschreiben lässt, wird im Mittelpunkt des folgenden Abschnittes stehen.

3.4 Arzt-Patient-Kommunikation: Ein theoretisches Modell

Ableitend aus verschiedenen Forschungsansätzen zur Arzt-Patient-Kommunikation und in Übereinstimmung mit der erarbeiteten Definition von Kommunikation wird es Ziel dieses Abschnittes sein, ein theoretisches Modell für diesen Fachkommunikationstyp zu entwickeln. Das im vorherigen Kapitel vorgestellte empirisch konstruierte Modell interpersonaler Kommunikation von Stamp (1999) sowie die angesprochenen Kommunikationstheorien stellen für dieses Vorhaben die Grundlage dar, die eine Einbettung der spezifischen Forschungsergebnisse ermöglicht.

Die Kritik an bisherigen Forschungsansätzen zur Arzt-Patient-Kommunikation erneut aufgreifend, scheinen die unterschiedlichen Konzepte auf den ersten Blick weder einen gemeinsamen Nenner noch einen allgemeingültig akzeptierten theoretischen Rahmen zu besitzen. Eine Gemeinsamkeit und gleichzeitig ein entscheidender Schlüsselfaktor dieses Fachkommunikationstyps wird jedoch erkennbar, erfolgt eine Analyse vorliegender Literatur anhand der erarbeiteten Definition von Kommunikation. Aufbauend auf der Annahme, dass Kommunikation ein sozialer Prozess ist, wird wie bereits erwähnt, in Anlehnung an den Kommunikationsforscher Frindte (2001) und das Little Oxford Dictionary ‚Kommunikation‘ als Informationsaustausch definiert, in dessen Verlauf sich die beteiligten Personen wechselseitig zur Konstruktion von Wirklichkeit anregen

(Frederikson, 1993). Schlussfolgernd wird nun anhand dieser Definition eine erste Zusammenfassung verschiedener Forschungsansätze insofern möglich, dass eine Verbesserung der Informationsübermittlung sowohl aus medizinischer Perspektive im Zusammenhang mit Compliance als auch in Verbindung mit dem Problem der Fachsprache sowie einer Reihe entscheidender Einflussfaktoren auf die Arzt-Patient-Kommunikation im Vordergrund steht (Frederikson, 1993).

Während eine Vielzahl von Studien die Bedeutung der Informationsvermittlung allerdings lediglich aus konsultationsinhaltlicher Sicht hervorhebt – „information: that which is told“ (Frederikson, 1993, S. 225), - kann in einem nächsten Schritt das Konzept der Information unter der Betonung erweitert werden, dass medizinische Konsultation immer auch in einen sozialen Kontext eingebunden ist. Der Informationsfluss in einem Arzt-Patient-Gespräch enthält demnach neben fachlichen Punkten ebenso Einstellungen, Gefühle, Ängste, Wünsche und Erwartungen der Gesprächspartner. Mit anderen Worten wird die inhaltliche Informationsübertragung durch einen sozioemotionalen Austausch erweitert, wobei ein ergänzender Einsatz verbaler und nonverbaler Kommunikationsmittel erfolgt (vgl. auch Frederikson, 1993).

Den Informationsaustausch zwischen Arzt und Patient somit auf fachliche *und* sozioemotionale Gesichtspunkte beziehend, entspricht diese Dimension vergleichbar mit der Analyse von Stamp (1999) einem zentralen Phänomen, mit dem sämtliche Aspekte der Arzt-Patient-Kommunikation in Verbindung gebracht werden können. Diese Komponente, die ebenfalls weder ein individuelles noch ein übergeordnetes Level verkörpert, beschreibt die Interaktion zwischen Arzt und Patient an sich, wobei das Wechselspiel individueller Mitteilungen (Konversation) mit einer dyadischen Entwicklung der Beziehung einhergeht als auch das Entstehen von Konflikten (z.B. Verständigungsprobleme) beinhaltet. In Anlehnung an Stamp (1999) kann somit der *Informationsaustausch* zwischen Arzt und Patient, bestehend aus fachlichen und sozioemotionalen Komponenten, mit der Dimension *Interaktion/Beziehung* gleichgesetzt werden und demnach als Herzstück des vorzustellenden theoretischen Modells verstanden werden.

Bei der Betrachtung der übrigen Dimensionen, die nach Stamp (1999) einen entscheidenden Einfluss auf die Interaktion der Gesprächspartner haben, wird deutlich, dass diese für die Beschreibung des Spezialfalls Arzt-Patient-Kommunikation in einer Vielzahl der bereits aufgeführten Studien diskutiert wurden. Die übergeordnete Komponente *Kultur* hat dabei in vorliegenden Ausführungen zwar keine explizite Rolle gespielt, kann für nachfolgende Erörterungen allerdings als *Sozialer Kontext* verstanden werden, in den der Kommunikationsprozess eingebettet ist. Aufgrund dieser Erweiterung wird es möglich, nicht allein kulturspezifische sondern auch situationsspezifische Umstände für eine Erklärung des Kommunikationsverhaltens heranzuziehen.

Die Analyse der Forschungsergebnisse zur Arzt-Patient-Kommunikation im Zusammenhang mit den beschriebenen Dimensionen von Stamp (1999) zeigt weiterhin, dass insbesondere die fünfte Dimension - das *Mitteilungsverhalten* – für die Erklärung von Verständigungsschwierigkeiten von besonderem Interesse scheint. Sprachwissenschaftliche Untersuchungen mit Schwerpunkt auf dem Problem der Fachsprache sowie psychologische Forschungsprojekte im Zusammenhang mit patientenzentrierter Gesprächsführung stellen die Art der Mitteilung als ausschlaggebenden Einflussfaktor auf die Arzt-Patient-Kommunikation heraus.

Andere Studien weisen wiederum darauf hin, dass die Gestaltung der Mitteilung von der *Bereitschaft bzw. der Angst* der Gesprächspartner abhängig ist, die ihrerseits mit den *Zwischenmenschlichen Fähigkeiten bzw. Kompetenzen* zusammenhängt. Die Dimension *Zwischenmenschliche Kompetenzen*, die im Modell von Stamp (1999) vor allem auf drei essentielle Prozesse - Täuschung, Gewinnung von Übereinstimmung und Selbstoffenbarung – beschränkt bleibt, scheint in Übereinstimmung mit der zitierten Literatur zur Arzt-Patient-Kommunikation allerdings weniger die Kompetenz, sondern vielmehr die motivationalen Beweggründe der Gesprächspartner widerzuspiegeln. Inwieweit beispielsweise eine Offenbarung von Emotionen, eine umfassende Bereitstellung von Informationen oder auch eine sprachliche Anpassung erfolgt oder zumindest angestrebt wird, hängt neben den vorhandenen Kompetenzen überwiegend von der Motivation der Kommunikationspartner ab. Ein Vorschlag wäre demnach, die Dimension

Zwischenmenschliche Kompetenzen nach Stamp (1999) in die Dimension *Motivation* umzubenennen und das Modell um eine übergeordnete Dimension *Kompetenz* zu erweitern. Aufgrund dieser Zuordnung bleibt der direkte Einfluss von Kompetenz auf die beschriebenen drei Komponenten erhalten, die ihrerseits wiederum mit einer Reihe motivationaler Beweggründe in Verbindung gebracht werden können.

Wie aus den bisherigen Ausführungen weiterhin hervorgeht, wird im Zusammenhang mit der Arzt-Patient-Kommunikation der Dimension *Innerer Zustand*, bestehend aus Wahrnehmung, Persönlichkeit und Kognition, sowohl in dem vorzustellenden Modell als auch in der vorliegenden Arbeit ein besonderer Stellenwert eingeräumt. Wie gezeigt werden konnte, analysieren verschiedene Forschungsrichtungen die Arzt-Patient-Kommunikation aus unterschiedlichen Blickwinkeln, kommen jedoch einheitlich zu dem Ergebnis, dass der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme eine besondere Bedeutung zukommt. Die Einordnung dieser Komponente in die Kategorie Wahrnehmung von Stamp (1999) und entsprechend die Positionierung in dem Modell unterstreicht die Bedeutung dieser Anforderung. Die Wahrnehmung der Perspektive, umschrieben als das „strukturierte Gesamt der Kognitionen (Faktenwissen, Einstellungen, Bewertungen etc.) einer Person bezüglich eines bestimmten Gegenstandsbereichs“ (Bromme & Rambow, 1998, S. 54), sollte demnach in dem modifizierten Modell von Stamp (1999) besonders hervorgehoben werden.

Bevor allerdings eine detaillierte Definition und Analyse von Perspektivenübernahme vor allem im Zusammenhang mit den weiteren Modellbausteinen erfolgen kann, ist darzustellen, dass im Gegensatz zu den zuvor diskutierten Dimensionen diese Komponente nicht symmetrisch in das Kommunikationsmodell Arzt-Patient eingebunden werden kann. Die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme wird ausschließlich in Verbindung mit ärztlicher Kompetenz hervorgehoben, wodurch eine weitere Spezifizierung des Modells von Stamp (1999) erforderlich wird.

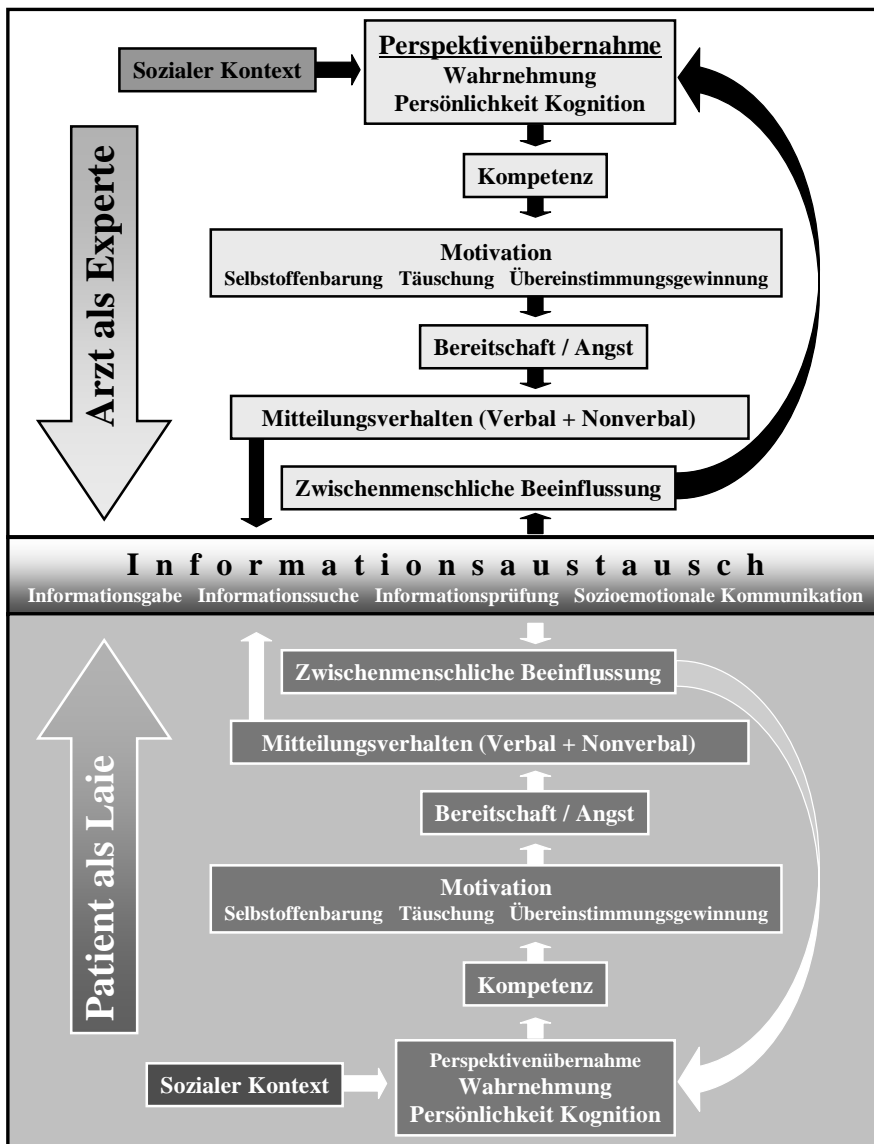


Abbildung 2: Theoretisches Modell der Arzt-Patient-Kommunikation in Anlehnung an Stamp (1999)

Ebenfalls wird zu zeigen sein, dass diese Spezifizierung aufgrund der asymmetrischen Gewichtung einzelner Komponenten in engem Zusammenhang mit der bereits angesprochenen grundlegenden Asymmetrie in der Arzt-Patient-Kommunikation steht. In Anlehnung an Watzlawick kann ein Kommunikationsverhältnis asymmetrisch genannt werden, wenn sich auf der einen Seite Expertentum und auf der anderen Seite Laienstatus gegenüberstehen (Dürholtz, 1993). Die Analyse der vorliegenden Literatur zur Arzt-Patient-Kommunikation

verdeutlicht, dass eine ungleiche Verteilung medizinischen Wissens durchaus berücksichtigt wird, eine einheitliche Betrachtung dieses Fachkommunikationstyps unter dem Gesichtspunkt einer Experten-Laien-Kommunikation bisher jedoch nicht erfolgt ist.

Die Erweiterung des Modells von Stamp (1999) sieht demzufolge für eine umfassende und differenzierte Beschreibung der Arzt-Patient-Kommunikation die Berücksichtigung der ungleichen Verteilung von Expertise vor und stellt den Arzt als Experten dem Patienten als Laien gegenüber. Diese Sichtweise ermöglicht die Einordnung der Arzt-Patient-Kommunikation in die Experten-Laien-Forschung, die Schwerpunkt des nachfolgenden Kapitels sein wird. Bei der Erörterung des diskutierten Fachkommunikationstyps als Experten-Laien-Kommunikation wird die einseitige Betonung von Perspektivenübernahme unterstrichen und die Bedeutung dieser Komponente für einen erfolgreichen Informationsaustausch akzentuiert.

Die zusammenfassende Darstellung des spezifizierten Modells von Stamp (1999) und somit die Einordnung der Arzt-Patient-Kommunikation in einen theoretischen Rahmen ist in Abbildung 2 dargestellt.

3.5 Zusammenfassung

Das vorliegende Kapitel konnte zeigen, dass ableitend aus der Definition von Kommunikation und aufbauend auf Theorien zur Beschreibung Interpersonaler Kommunikation die Erstellung eines theoretischen Modells zur Beschreibung der Arzt-Patient-Kommunikation möglich wird.

Unter Annahme eines sozialen Prozesses wurde Kommunikation als Informationsaustausch definiert, in dessen Verlauf sich die beteiligten Personen wechselseitig zur Konstruktion von Wirklichkeit anregen. Diese Definition aufgreifend, kann in Anlehnung an Frederikson (1993) der Austausch von Information, bestehend aus fachlichen und sozioemotionalen Komponenten, als entscheidender Schlüsselfaktor der Arzt-Patient-Kommunikation und gemeinsames Merkmal einer Vielzahl von Forschungsprojekten herausgestellt werden.

Diese Schlüsselkomponente, die weder ein individuelles noch übergeordnetes Level, sondern vielmehr die Interaktion zwischen Arzt und Patient an sich beschreibt, kann als Herzstück in das Modell zur Interpersonalen Kommunikation von Stamp (1999) eingebunden werden. Informationsaustausch spiegelt das Wechselspiel individueller Mitteilungen (Konversation) sowohl fachlicher als auch sozioemotionaler Art wider, womit eine dyadische Entwicklung der Beziehung sowie die Entstehung von Konflikten einhergehen können. Die Dimension *Interaktion/Beziehung* nach Stamp (1999) wird somit für die Beschreibung der Arzt-Patient-Kommunikation mit *Informationsaustausch* gleichgesetzt.

Die theoretische Einordnung weiterer spezifischer Forschungsergebnisse in das empirisch konstruierte Modell von Stamp (1999) scheint ebenfalls möglich, da in einer Vielzahl von Studien der Einfluss der beschriebenen Dimensionen in Verbindung mit Informationsaustausch diskutiert wird. Im Gegensatz zu einer unspezifischen interpersonalen Kommunikation bedarf es allerdings in Anbetracht der Asymmetrie in der Arzt-Patient-Kommunikation und der ausschlaggebenden Bedeutung von Perspektivenübernahme einer Spezifizierung des vorgegebenen theoretischen Rahmens. Das theoretische Modell von Stamp (1999) wird daher insofern erweitert, dass die ungleiche Verteilung von Expertise Berücksichtigung findet und der Arzt als Experte dem Patient als Laie gegenübergestellt wird. Eine einseitige Betonung von Perspektivenübernahme als entscheidende Kompetenz des Arztes erfolgt ebenfalls.

Aufbauend auf diesem Modell und in Anbetracht der Tatsache, dass eine explizite Analyse der Arzt-Patient-Kommunikation unter dem Gesichtspunkt einer Experten-Laien-Kommunikation bisher nicht vorgenommen wurde, ist es Ziel des folgenden Kapitels, diesen Fachkommunikationstyp in die Expertiseforschung einzuordnen. Der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme als ausschlaggebende Kompetenz des Experten im Gespräch mit einem Laien wird hierbei eine besondere Bedeutung zukommen.

4 Arzt-Patient-Kommunikation: Eine Experten-Laien-Kommunikation

Eine Betrachtung der Arzt-Patient-Kommunikation als eine Experten-Laien-Kommunikation scheint nicht allein aufgrund der bisher beschriebenen Forschungsergebnisse möglich, vielmehr erfüllt dieser Fachkommunikationstyp in Anlehnung an Bromme und Rambow (1998) mehrere Voraussetzungen, die eine Einordnung in die Experten-Laien-Forschung rechtfertigen. Von einer Experten-Laien-Kommunikation kann dann gesprochen werden, wenn sich die untersuchte Berufsgruppe durch einen hohen Professionalisierungsgrad und eine relativ klar ausgeprägte berufliche Identität auszeichnet und Kommunikation und Kooperation mit fachfremden Personen ein wichtiger Bestandteil des beruflichen Alltags sind (Bromme & Rambow, 1998).

Ausgehend von dieser Einordnung wird Schwerpunkt dieses Kapitels die Darstellung der bisherigen Forschungsergebnisse zur Experten-Laien-Kommunikation und eine Ableitung gezielter Forschungsfragen für die Arzt-Patient-Kommunikation sein.

4.1 Theoretische Einordnung und Begriffsbestimmung

Die Auseinandersetzung mit der Kommunikation zwischen Fachleuten und Laien entwickelte sich aus der Beschäftigung mit den Spezifika des Fachwissens von Experten. Ziel der Expertiseforschung – entstanden an der Schnittstelle von Kognitiver Psychologie und Künstlicher Intelligenz-Forschung (Ericsson & Smith, 1991; Hoffmann, 1992; Krems, 1994) – bestand ursprünglich darin, psychologische Grundlagen für die Entwicklung von implementierbaren Expertensystemen bereitzustellen. Experten wurden vor diesem Hintergrund hinsichtlich ihrer Wissensakquisition und Problemlösepsychologie untersucht und diesbezüglich kontrastierend mit Laien gegenübergestellt. Die gefundenen Ergebnisse ermöglichen Rückschlüsse, welche strukturellen bzw. inhaltlichen Eigenschaften das kognitive System des Experten für eine erfolgreiche Performanz in seinem Gebiet aufweisen muss (Ericsson & Smith, 1991; Rambow, 2000).

Mittlerweile kann innerhalb der kognitionswissenschaftlichen Expertiseforschung von einer Aufspaltung in zwei Forschungstraditionen mit unterschiedlichen Zielsetzungen gesprochen werden (Bromme & Rambow, 2000). Thematischer Schwerpunkt ist dabei zum einen die Analyse von Spitzenleistungen (Ericsson & Lehmann, 1996) und zum anderen die Untersuchung von wissensbasiertem Handeln bei komplexen Anforderungen (Sternberg & Horvath, 1999). Die weiteren Ausführungen im Zusammenhang mit der Arzt-Patient-Kommunikation schließen an die letzt genannte Forschungstradition und die damit verbundene Definition von Experte an. Wenn nachfolgend von Experten gesprochen wird, so sind damit „Personen gemeint, die komplexe berufliche Anforderungen bewältigen, für die sie sowohl theoretisches (wissenschaftsbasiertes und akademisch vermitteltes) Wissen als auch praktische Erfahrungen haben sammeln müssen“ (Bromme & Rambow, 2000, S. 2).

Begründet wird die Anknüpfung an diese Forschungstradition, da die Analyse des professionellen Wissens erfahrener und qualifizierter Praktiker die Betrachtung zusätzlicher Faktoren ermöglicht, die in der traditionellen Expertiseforschung bisher wenig Berücksichtigung fanden. Die traditionelle Expertiseforschung weist den Experten als Spezialisten einer Domäne aus, der aufgrund seiner reichhaltigen und differenzierten Wissensbasis einhergehend mit multiplen Problemrepräsentationen sowie kategorialer Wahrnehmung von Fachwissen zu einer schnellen konzeptuellen Problemerkennung sowie Aktivierung entsprechender Problemlösestrategien befähigt ist (Adelson, 1984; Nückles, 2001; Rambow, 2000; Rambow & Bromme, 2000). Bei der Analyse der Bewältigung bestimmter fachlicher Probleme, wie z.B. die Konstruktion eines Bauteils oder aber auch die Diagnoseerstellung durch einen Arzt, wird der Experte dabei allerdings oft als „einsamer Problemlöser“ verstanden (Bromme & Rambow, 2000). Eine Berücksichtigung des Kontextes der Berufstätigkeit bleibt außen vor. Derartige Problemlösungen finden jedoch in den meisten Fällen nicht isoliert statt, sondern sind in eine soziale kommunikativ vermittelte Problembearbeitung eingebunden (Rambow, 2000). Der Arzt muss z.B. seine Diagnose dem Patienten mitteilen, damit dieser eine informierte Entscheidung

treffen kann sowie seine Compliance für die nachfolgende Therapie erwirken. Für die Diagnosestellung benötigt der Arzt wiederum umfangreiche und relevante Informationen vom Patienten.

Die fächerübergreifende Kommunikation mit Laien (oder mit Experten eines anderen Fachgebietes) ist somit für die meisten Experten ein integraler Bestandteil der beruflichen Anforderung, dem gesondert Aufmerksamkeit gewidmet werden sollte. Mit Laien sind hier Personen gemeint, „die zwar von den Problemen betroffen sind, denen aber die Ausbildung und die institutionellen Rahmenbedingungen für eine eigenständige Problemlösung fehlen, und die diese auch gar nicht anstreben“ (Bromme & Rambow, 2000, S. 2). In der Kommunikation zwischen Experten und Laien handelt es sich dabei nicht um eine einseitige Instruktion, sondern es kann vielmehr von einem Prozess der wechselseitigen Beeinflussung gesprochen werden. Für die Bewältigung der Aufgaben, die bis zu einem gewissen Grad eine Vermittlung von Fachwissen an den Laien erfordert, ist ein Informationsaustausch zwischen den Kommunikationspartnern unabdingbar (Bromme & Rambow, 2000).

Aufbauend auf den bisherigen Forschungsergebnissen, die grundlegende Unterschiede zwischen Experten, Novizen und Laien hinsichtlich des Wissens und Denkens belegen (Adelson, 1984; Adelson, 1981; Bromme & Rambow, 1998; Nückles, 2001; Rambow, 2000), stellt sich nun die Frage, in welchem Maße diese Unterschiede bei den Experten bewusst repräsentiert sind und wie es ihnen in der Kommunikation mit Laien gelingt, flexibel damit umzugehen. Fragen, warum es einigen Fachleuten gut gelingt, ihr Fachwissen verständlich zu kommunizieren, während andere von Laien als „Fachidioten“ empfunden werden bzw. inwieweit Experten Aspekte der Laienperspektive realistisch einschätzen und wo systematische Verzerrungen auftreten, schließen sich unmittelbar an (Rambow, 2000).

Für die Beantwortung dieser Fragen reicht der klassische wissens- und problemlösepsychologische Ansatz der Expertiseforschung jedoch nicht mehr aus und sollte um Ansätze aus anderen Teilgebieten der Psychologie erweitert werden. Die Interaktion zwischen Experten und Laien umfasst ebenso Prozesse der interpersonellen Wahrnehmung, der Stereotypbildung und -veränderung, der

persuasiven Kommunikation sowie der Einstellungsänderung. Eine erste Erweiterung der Expertiseforschung mit Ansätzen der kognitiven Sozialpsychologie scheint somit für eine gezielte Analyse der Experten-Laien-Kommunikation geeignet (Rambow, 2000).

Ein weiterer Ansatz, der für das hier vorgeschlagene Modell der Experten-Laien-Kommunikation von zentraler Bedeutung ist, entstammt ursprünglich der Entwicklungspsychologie und wurde später in die Sozialpsychologie übernommen – das Konzept der Perspektivenübernahme. Es konnte gezeigt werden, dass Fachleute nicht nur über mehr Wissen verfügen, sondern dieses Wissen auch anders strukturiert ist² (Adelson, 1984; Adelson, 1981; Bromme & Rambow, 1998; Dürholtz, 1993; Nückles, 2001; Rambow, 2000). Experten verfügen über ein Repertoire von Fachbegriffen, denken in Konzepten die Laien fremd sind, sehen andere Probleme und Lösungen, vielleicht besitzen sie auch andere Einstellungen und Überzeugungen als Laien (Rambow, 2000). Mit anderen Worten: ihre Perspektive, die in Anlehnung an Bromme & Nückles (1999) Meinungen, Einstellungen und Werte, vor allem aber die kognitive Struktur umfasst, die mit den unterschiedlichen Wissensbeständen und Erfahrungen von Personen verbunden ist, unterscheidet sich grundlegend von der eines Laien (Bromme & Nückles, 1999; Schober, 1998). Diese fachliche Perspektive des Experten, die er aufgrund seiner Ausbildung und praktischen Erfahrung über Jahre erworben hat, befähigt ihn, die Anforderungen seiner beruflichen Praxis zu bewältigen (Rambow, 2000).

Neben diesem hohen funktionellen Wert kann sie allerdings zum Hindernis werden, trifft der Experte auf einen Gesprächspartner, dessen Perspektive sich weitgehend von seiner eigenen unterscheidet. Für eine Abstimmung der Kommunikation benötigt er demzufolge Vorstellungen, welches Wissen er voraussetzen kann bzw. welche

² Eine Untersuchung von Dürholtz (1993) konnte z.B. zeigen, dass ausgebildete Mediziner die Klassifikation der Fachbegriffe dem ICD zugrunde legen, während Patienten hingegen die Begriffe primär nach topographischen Merkmalen und sekundär nach der Qualität der mit den jeweiligen Krankheiten assoziierten Beschwerden ordnen. Eine Differenzierung der vorgegebenen Krankheiten erfolgte bei den Patienten ebenfalls in Abhängigkeit der Kontrollüberzeugung. Zusammenfassend verdeutlichen die Ergebnisse von Dürholtz, dass die Krankheitseinordnung des Patienten auf seinen Vorstellungen und alltäglichen Erfahrung beruht, während die Diagnose des Arztes von dem in der jeweiligen Kultur und Gesellschaft vorherrschenden Krankheitsverständnis beeinflusst wird (Dürholtz, 1993).

Auffassungen und Einstellungen sein Gegenüber teilt. Der Experte muss also die Perspektive seines Gesprächspartners – zumindest bis zu einem gewissen Grad – *antizipieren* können und seine eigene Perspektive überschreiten (Nückles, 2001; Rambow, 2000).

Diese Anforderung an den Experten, die Perspektive seines Gesprächspartners zu erkennen und sich in der Kommunikation darauf einzustellen, stellt nach Flavell (1985) ein fundamentales Problem dar, das allerdings nicht allein auf einen Fachkommunikationstyp zu beschränken ist. Das Problem der Perspektivenübernahme ist Bestandteil einer jeden Kommunikation (Clark, 1996) und kann als generelle Beschränkung menschlicher Informationsverarbeitung verstanden werden (Flavell, 1985):

„ ... I believe we are ‚at risk‘ (almost in the medical sense) for egocentric thinking all of our lives, just as we are for certain logical errors ... We experience our points of view more or less directly, whereas we must always attain the other person’s in more indirect manners. Our own points of view are more cognitively ‚available‘ to us than another person’s (Tversky & Kahnemann, 1973) ... For example, the fact that you thoroughly understand calculus constitutes an obstacle to your continuously keeping in mind my ignorance of it while trying to explain it to me; you may momentarily realize how hard it is for me, but that realization may quietly slip away once you get immersed in your explanation” (Flavell, 1985, S. 125).

Das Zitat von Flavell (1985) zeigt weiterhin, dass es sich bei der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme primär um ein Problem des Denkens („We are at risk for egocentric thinking ...“, Flavell, 1985, S. 125) und erst sekundär der Sprache handelt. Aufgrund der beschriebenen Mehrdimensionalität des Problems der Perspektivenübernahme rückt für eine psychologische Analyse der Experten-Laien-Kommunikation somit zum einen die Analyse kognitiver Denk- und Schlussfolgerungsprozesse und zum anderen die sprachliche Anpassungsleistung in den Mittelpunkt (Nückles, 2001). Inwieweit die Vorstellungen des Experten über die Laienperspektive in gesprochene Sprache umgesetzt werden können, beschreiben Modelle, die in der Sprachpsychologie und Psycholinguistik entwickelt wurden (Rambow, 2000).

Zusammenfassend wird für eine umfassende Analyse der Experten-Laien-Kommunikation eine Erweiterung des traditionellen Ansatzes der Expertiseforschung mit Ansätzen aus anderen Teilgebieten der Psychologie angestrebt. Der Experte kann nicht einfach als „einsamer Problemlöser“ betrachtet werden, vielmehr ist die fächerübergreifende Kommunikation mit Laien für die meisten Experten ein integraler Bestandteil der beruflichen Anforderung. Die Herausarbeitung der reichhaltigen und differenzierten Wissensbasis des Experten führt jedoch zu der Vermutung, dass seine fachliche Perspektive die Kommunikation mit einem Laien erschweren kann und dem Prozess der Perspektivenübernahme somit ein besonderer Stellenwert zukommt.

Inwieweit der Experte in der Lage ist, seine eigene Perspektive zu überschreiten und sich in der Kommunikation auf die Perspektive eines Laien einzustellen, wird aufbauend auf Befunden der Psycholinguistik und kognitiven Sozialpsychologie Schwerpunkt nachfolgender Abschnitte sein.

4.2 Experten-Laien-Kommunikation als Kooperation: Die Theorie des Common Ground

Nicht allein in einer Experten-Laien-Interaktion, sondern alltäglich kommunizieren Menschen miteinander, die unterschiedliche Erfahrungen und Wissensbestände haben und sich in ihren Auffassungen über Sachverhalte und hinsichtlich ihrer Deutungen von Ereignissen und Situationen unterscheiden. Diese Perspektivität von Wahrnehmung (Graumann, 1989, zitiert nach Nückles, 2001) aufgreifend, stellt Clark (1996) die Theorie auf, dass Personen miteinander kooperieren müssen, um ein gemeinsames Verständnis, einen so genannten Common Ground zu etablieren (vgl. z.B. Kapitel 2.3.5).

Entscheidend ist jedoch nicht allein, *dass* die Gesprächspartner einen gemeinsamen Bezugsrahmen teilen, sie müssen auch um diese gemeinsame Referenz *wissen* (Clark, 1996). Ein Arzt, der einen Kollegen behandelt, kann nur dann seine Fragen und Informationen auf das geteilte Wissen abstimmen, wenn er *weiß*, dass es sich um einen Kollegen handelt. Anderenfalls bedarf es der Bemühungen beider

Gesprächspartner, gemeinsames Wissen bzw. wechselseitiges Verständnis zu erarbeiten.

Wie dieser Informationsaustausch aussieht, in dessen Verlauf sich die Gesprächspartner wechselseitig zur Konstruktion einer gemeinsamen Wirklichkeit anregen, beschreibt Clark (1996) aufbauend auf einer Reihe empirischer Dialoganalysen. Seine detaillierten linguistischen Analysen (Clark & Wilkes-Gibbs, 1986) belegen einzelne Basiseinheiten des Kommunikationsprozesses – so genannte *Contributions*, die seiner Meinung nach Bestandteil von Gesprächen jeglicher Art sind. Clark zeigt, wie mit jeder dieser Einheit – bestehend aus *Presentation Phase*³ und *Acceptance Phase*⁴ (Clark & Schaefer, 1989) – der Common Ground akkumuliert und gleichzeitig jede dieser Einheiten vor dem Hintergrund des bereits erzielten Common Ground interpretiert wird. Der Erfolg eines Gespräches bzw. die erfolgreiche Herstellung eines Common Ground ist von der Kooperationsbereitschaft der Kommunikationspartner, wie sie sich in den *Contributions* dokumentiert, abhängig (Nückles, 2001). Diese Ergebnisse, die eine Kooperation der Gesprächspartner für die Herstellung eines gemeinsamen Common Ground belegen, fassen Clark und Wilkes-Gibbes (1986) in ihrer *Collaborative Theory of Reference* zusammen.

Die Befunde von Clark & Wilkes-Gibbes (1986) belegen weiterhin, dass beide Kommunikationspartner den Aufwand dieser Dialogkoordination so gering wie möglich halten. Nach dem *Principle of Minimal Collaborative Effort* wird immer nur so viel Kommunikationsaufwand betrieben, wie nötig ist, um den für das jeweilige Ziel der Kommunikation erforderlichen Common Ground zu erreichen.

Zusammenfassend ist es Clark also gelungen, die Koordination der Gesprächspartner für die Etablierung eines gemeinsamen Verständnisses nachzuweisen und detailliert linguistisch zu beschreiben (Clark, 1996; Clark & Schaefer, 1989; Clark & Wilkes-

³ In der *Presentation Phase* präsentiert der Sprecher dem Hörer eine Äußerung, die der Hörer verstehen soll (Nückles, 2001).

⁴ In der *Acceptance Phase* signalisiert wiederum der Hörer, inwieweit er die Äußerung verstanden hat. Positives Feedback kann z.B. durch Kopfnicken signalisiert werden und Unverständnis z.B. durch eine Frage (Nückles, 2001).

Gibbs, 1986; Isaacs & Clark, 1987). Da Clark weiterhin davon ausgeht, dass die Herstellung eines Common Ground durch sprachliches Handeln eine *Antizipation* der Perspektive des Gesprächspartners voraussetzt (Clark, 1994), stellt sich nun die Frage, welche Anhaltspunkte die Gesprächspartner für diese Antizipation nutzen.

Clark hat diesbezüglich in seinen frühen programmatischen Arbeiten Theorien entwickelt, welche kognitiven Heuristiken beispielsweise die Einschätzung eines Common Ground ermöglichen könnten. Neben diskutierten *Heuristiken zur physischen und linguistischen Kopräsenz* (als Bestandteil eines Common Ground gelten demnach Dinge, die unmittelbar physisch präsent sind bzw. im Gespräch bereits erwähnt wurden), gilt sein besonderes Interesse hierbei der *Community-Membership-Heuristik*. Diese Heuristik beschreibt die Annahme, dass die Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe mit gemeinsam geteiltem Wissen verbunden ist. Die Identifikation einer Person als Mitglied einer bestimmten Gruppe lässt demzufolge Rückschlüsse zu, welches Wissen als gemeinsamer Bezugsrahmen vorhanden ist (Clark & Marshall, 1981; Nückles, 2001).

Clark und Marshall (1981) präsentierten diesbezüglich verschiedene Beispiele, die zeigen, wie Informationen über die nationale Identität, Berufsgruppe oder Interessen des Gesprächspartners die an ihn gewandten Äußerungen beeinflussen. Zu wissen, dass der Kommunikationspartner ebenfalls Psychologe ist, ermöglicht z.B. eine Frage, welche Meinung er zu Freud und seinen Theorien vertritt. Eine Diskussion über Experten-Laien-Kommunikation scheint wiederum nicht ohne weiteres möglich, da dies zu einem Spezialgebiet der Psychologie gehört und somit nicht zwingend im Lehrplan vorkommt. Diese Spezifität von Wissensgebieten bzw. die Tatsache, dass eine Person gleichzeitig einer Vielzahl von sozialen Gruppen angehören kann, erfordert demzufolge eine fortlaufende Anregung beider Gesprächspartner zur Etablierung eines Common Ground. Es konnte gezeigt werden, dass Expertiseunterschiede dabei schnell (bereits innerhalb der ersten Contributions) aufgedeckt und in der Kommunikation berücksichtigt werden (Isaacs & Clark, 1987). Die eindeutigste und zugleich ökonomischste Form der Referenzierung stellt die Verwendung von Fachbegriffen dar, die nur dann durch Umschreibungen und

Erläuterung ergänzt bzw. ersetzt werden, wenn sich dies als unumgänglich erweist (Clark & Wilkes-Gibbs, 1986).

Im Unterschied zur Alltagskommunikation gestaltet sich die Herstellung eines Common Ground in der Experten-Laien-Kommunikation allerdings wesentlich schwieriger. Zum einen sind die aufeinander treffenden Perspektiven der Gesprächspartner durch ein systematisches und über einen langen Zeitraum erworbenes Wissensungleichgewicht gekennzeichnet, während sie sich in der Alltagskommunikation meist nur in einzelnen Punkten unterscheiden (Rambow, 2000). Zum anderen wissen die Kommunikationspartner von vornherein, dass ein Experte einem Laien gegenübersteht. Die Experten-Laien-Kommunikation scheint somit ein klassisches Beispiel einer *Non-Community-Membership* zu sein (Bromme, Nückles & Rambow, 1999), wobei diese Statusinformation keinesfalls die Eingrenzung des Wissens, welches als Common Ground anzunehmen ist, erleichtert.

Die Einschätzung einer gemeinsamen Referenz wird vielmehr dadurch erschwert, dass viele Laien bemüht sind, sich über die Verwendung von Fachausdrücken auf die Sprachebene des Experten zu begeben. Wie die Forschungsergebnisse zur Arzt-Patient-Kommunikation z.B. zeigen, versuchen Patienten sich der medizinischen Fachsprache durch den verstärkten Einsatz von Fachbegriffen anzupassen. Aufgrund der persönlichen Betroffenheit und einhergehend mit einer länger andauernden Krankheit besteht jedoch die Gefahr, dass sie den Bekanntheitsgrad des entsprechenden Wortes mit dessen Verständnis gleichsetzen (vgl. z.B. Hoffmann-Richter, 1985; Lukoschek et al., 2003). Der Experte kann dadurch leicht zu einer Überschätzung neigen, wie fundiert das Wissen des Laien tatsächlich ist.

Die Verwendung von linguistischen Heuristiken als auch die Community-Membership-Heuristik scheint somit für die Einschätzung der Laienperspektive und damit für die erfolgreiche Entwicklung eines Common Ground in der Experten-Laien-Kommunikation weniger geeignet.

Auf diesen Befunden aufbauend, stehen nachfolgend weitere psychologische Prozesse im Vordergrund, die die Fähigkeit zur Wissensschätzung als „... most basic perspective-taking task“ (Fussell & Krauss, 1992, S. 378) in der Experten-Laien-Kommunikation erklären können. Da in Anlehnung an Flavell (1985) das Problem der Perspektivenübernahme nicht allein darin besteht, die Partnerperspektive angemessen repräsentieren zu können, wird ein weiterer Schwerpunkt die Analyse von kognitiven Strategien sein, die es ermöglichen, die eigene Sicht auf die Dinge mit dem Wissen um die Informationsbedürfnisse des Partners zu integrieren.

4.3 Antizipation in der Experten-Laien-Kommunikation

Die Analyse der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme in der Experten-Laien-Kommunikation beruht auf der Forschungsfrage, wie gut Menschen überhaupt in der Lage sind, das Wissen anderer zu beurteilen. Empirische Studien, die dieser Frage nachgingen, kamen zu dem Ergebnis, dass die Einschätzung von Alltagswissen anderer Personen erstaunlich genau ist. Gleichzeitig konnte jedoch gezeigt werden, dass eine Über- bzw. Unterschätzung des Wissens abhängig vom eigenen Wissenstand erfolgt (Nickerson, Baddeley & Freeman, 1987; Fussell & Krauss, 1992). Dieser Effekt, der für die Wissensschätzung anderer Personen die Orientierung am eigenen Wissen unterstreicht, kann in Anlehnung an das Konzept von Ross, Greene & House (1977) mit *false consensus effect* umschrieben werden. Personen haben demnach eine egozentrische Tendenz „... to see their own behavioral choices and judgments as relatively common and appropriate to existing circumstances while viewing alternative responses as uncommon, deviant, or inappropriate“ (Ross, Greene & House, 1977, zitiert nach Rambow, 2000, S. 101). Diese Befunde zum *false consensus effect* auf die Experten-Laien-Kommunikation übertragen, müsste diese Verschätzungstendenz – so die Vermutung von Nickerson et al. (1987) - bei Experten verstärkt auftreten. In Anlehnung an die Ausführungen zur *Community-Membership-Heuristik* scheint eine Orientierung am eigenen Wissen, die im Bereich des Alltagswissen zu einer überraschend guten Wissensschätzung führt, im Rahmen der Experten-Laien-Kommunikation allerdings nicht wahrscheinlich. Denkbar wäre hier vielmehr eine Unterschätzung des Laienwissens,

da den Experten die Exklusivität ihres Wissens bewusst ist. Eine andere mögliche Erklärung für die Grundlage ihrer Antizipation könnte die tatsächliche kommunikative Erfahrung im Umgang mit Laien sein, die den Experten befähigt, das Wissen der Laien zuverlässig einzuschätzen (vgl. auch Bromme & Rambow, 2000).

Inwieweit Experten in der Lage sind, das Wissen von Laien zu antizipieren bzw. die Frage nach einer generellen Über- oder Unterschätzung versucht die Forschungsgruppe Bromme, Nückles und Rambow (1999) zu beantworten. Eine Befragung von Computer- und Internetexperten zum Wissenstand von Laien und die Gegenüberstellung mit dem tatsächlichen Wissen konnte die erste Hypothese einer umfassenden Unterschätzung des Wissenstandes bei Laien nicht bestätigen. Die Ergebnisse zeigen, dass die Computerexperten über eine bemerkenswerte Sensitivität für die Verbreitung von Fachkonzepten in der Laienbevölkerung verfügen. Eine Orientierung am eigenen Wissen kann also ausgeschlossen werden. Weiterhin wirkt sich, wie erwartet, die kommunikative Erfahrung von Experten positiv auf die Schätzgenauigkeit aus. Die Urteile beratungserfahrener Experten stimmen mit dem tatsächlich vorhandenen Wissen in höherem Maße überein als die Annahmen von Experten ohne Beratungsfunktion. Diese neigen eher zu einer leichten Überschätzungstendenz (Bromme et al., 1999).

Die Schlussfolgerung, Experten könnten generell das Wissen von Laien gut antizipieren, kann in einer Untersuchung von Rambow (2000) und Bromme & Rambow (1998) so allerdings nicht bestätigt werden. Ihre Untersuchung mit Architekten zeigt, je nach Themenbereich, eine klare Über- bzw. Unterschätzung des Laienwissens. Eine Überschätzung tritt vor allem dann auf, handelt es sich um Fachbegriffe, deren Gebrauch sehr häufig ist und die an der Grenze zur Alltagssprache stehen. Weiterhin überschätzen die Experten das Wissen in Bezug auf Fragen zum aktuellen Architekturgeschehen, während sie die Verbreitung architekturgeschichtlichen Wissens – normalerweise Bestandteil des Schulunterrichts – deutlich unterschätzen. Die Dauer der Berufserfahrung sowie die Variablen Geschlecht und Alter sind für die Wissensschätzung hier offensichtlich nicht von Belang (Bromme & Rambow, 1998; Rambow, 2000).

Die Ergebnisse von Bromme et al. (1999) relativieren sich ebenfalls, bezieht man eine weitere Studie von Piekarski (2000, zitiert nach Nückles, 2001) mit ein. Diese Untersuchung belegt, dass Computerbegriffe dann verbreiteter eingeschätzt werden, wenn sie als Bestandteil der Allgemeinbildung eingeführt werden, als wenn sie in einem expliziten Expertisekontext auftreten. Die Studien von Piekarski (2000) und Rambow (2000) weisen somit auf den Einfluss möglicher Kontextfaktoren hin, die sich in systematischer Weise auf die Genauigkeit der Wissens einschätzung auswirken können (Nückles, 2001). Die Frage, wie unter günstigen Bedingungen abrufbare Fähigkeiten der Perspektivenübernahme im Alltagsgeschehen tatsächlich realisiert werden, verdient demzufolge gesonderte Aufmerksamkeit (Rambow, 2000).

Die beschriebenen Ergebnisse belegen weiterhin, dass eine Verwendung der diskutierten Heuristiken für eine erfolgreiche Antizipation der Perspektive des Gesprächspartners offenbar nicht ausreicht. Eine Analyse weiterer kognitiver Strategien in den Vordergrund der Betrachtungen gestellt, untersucht Nückles (2001) die Planung laiengerechter Erläuterungen von Internet- und Musikexperten. Seine Ergebnisse tragen insofern zu einer Erweiterung der Kopräsenz-Heuristiken (Clark & Marshall, 1981) bei, dass nicht allein aus der Kategorisierung eines Laien als Anfänger oder Fortgeschrittener bekanntes Wissen abgeleitet wird, sondern vielmehr Schlussfolgerungen in Hinblick auf kognitive Ressourcen des Gesprächspartners gezogen werden. Eine Antizipation des Wissens schließt somit auch eine Antizipation der zugrunde liegenden kognitiven Ressourcen des Gesprächspartners mit ein (Nückles, 2001).

Diese Befunde aufgreifend und eine weitere Analyse der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme in der Experten-Laien-Kommunikation anstrebend, wird ein Schwerpunkt dieser Arbeit die experimentelle Untersuchung der Antizipationsfähigkeit von Ärzten sein. Da in Anlehnung an Rambow (2000) (vgl. u. a. auch Bromme & Rambow, 2000 und Schober, 1998) das Konstrukt der Perspektive multidimensional zu begreifen ist und somit unter anderem Aspekte des Wissens, der Wahrnehmungsgewohnheiten, Einstellungen und Bewertungen umfasst,

muss sich auch die Antizipation der Laienperspektive durch den Experten auf die Gesamtheit dieser Aspekte beziehen. Eine Antizipation von Faktenwissen als auch die Einschätzung zusätzlicher Komponenten, die ausschlaggebend für eine erfolgreiche Arzt-Patient-Kommunikation sind, werden im Mittelpunkt der hier vorgestellten Untersuchung stehen.

Wie bereits diskutiert, ermöglichen Aussagen über die Antizipationsfähigkeit der Experten allerdings noch keinerlei Rückschluss auf die Nutzung dieser Apriori-Annahmen in der Kommunikationssituation. Wie Flavell (1985) betont, muss der Experte (Sprecher) die Repräsentationen der Laienperspektive angesichts der hohen Verfügbarkeit und Prädominanz der eigenen Perspektive in der Kommunikation auch aufrechterhalten und berücksichtigen können. Die Beantwortung der Frage, inwieweit das Wissen darüber, was der andere weiß, in der Kommunikation genutzt wird bzw. inwieweit eine *Anpassung* an die Perspektive des Gesprächspartners, eine so genannte *Adaptation* erfolgt, stellt den Schwerpunkt nachfolgender Erörterungen dar.

4.4 Adaptation in der Experten-Laien-Kommunikation

Perspektivenübernahme, nicht nur als Problem der angemessenen Repräsentation des Wissens anderer verstanden, erfordert neben der Analyse von Antizipationsprozessen ebenso die gezielte Untersuchung von Adaptationsprozessen.

Diese Problematik der Anpassung an den Hörer, umschrieben als sprachliche und kommunikative Performanz, ist der Untersuchungsschwerpunkt einer weiteren Studie von Fussell und Krauss (1992). Ihrer Hypothese zufolge, sollte bei stattfindender sprachlicher Anpassung die Beschreibung von Items, die als unbekannt eingeschätzt werden, wesentlich ausführlicher ausfallen als die Erklärung von Items, die der Sprecher als bekannt voraussetzt. Dieser vermutete negative Zusammenhang zwischen der geschätzten Identifizierbarkeit eines Items und der Ausführlichkeit der itembezogenen Beschreibung konnte in der Studie von Fussell und Krauss (1992) bestätigt werden. Ihre Untersuchung hinsichtlich der Bekanntheit von Personen im öffentlichen Leben kam allerdings auch zu dem Ergebnis, dass die

Benennung der Personen ohne zusätzliche Beschreibung in vielen Fällen unabhängig von dem antizipierten Bekanntheitsgrad erfolgte. Übereinstimmend mit dem so genannten *Principle of Minimal Collaborative Effort* (Clark & Wilkes-Gibbs, 1986) und früheren Studien räumen die Autoren daher ein, dass „... our subjects' preferred strategy is to identify a stimulus name and wait to see what happens“ (Krauss & Fussell, 1991, S. 18). In Situationen, in denen ein Feedback des Gesprächspartners verfügbar ist, könnte demnach das antizipierte Wissen für die Gestaltung der Kommunikation eine untergeordnete Rolle spielen (Nückles, 2001).

Die Annahme, dass mögliches Feedback die mangelnde Nutzung des antizipierten Wissens begründet, kann in einer Reihe weiterer Studien so jedoch nicht bestätigt werden. Die Ergebnisse hinsichtlich der untersuchten Nutzung von Apriori-Annahmen in monologischen Kommunikationssituationen implizieren z.B. ebenso eine relativ pessimistische Einschätzung in Bezug auf die grundsätzliche Bedeutung subjektiver Annahmen für die Kommunikation (Nückles, 2001; Krauss & Fussell, 1991; Rambow, 2000). Rambow (2000) zieht aus seiner Studie, die abhängig von der Wissenseinschätzung die sprachliche Anpassung von Architekten gegenüber einer imaginären Laiengruppe untersucht, folgendes Fazit:

„Viele Architekten bleiben bei dem Versuch, den Entwurf laiengerecht darzustellen, in erstaunlichem Maße in ihrer eigenen professionellen Denk- und Ausdrucksweise verfangen, in ihren Erläuterungen finden sich kaum Stellen, an denen sie merklich von einer innerprofessionellen Darstellungsweise abweichen“ (Rambow, 2000, S. 245).

Die Ergebnisse von Studien, die sowohl monologische als auch dialogische Kommunikationssituationen hinsichtlich der Nutzung von Apriori-Annahmen untersuchen, führen somit zu dem Schluss, dass trotz relativ guter Antizipation die sprachliche Anpassung verhältnismäßig unbefriedigend realisiert werden kann (Nückles, 2001).

Sollte es in der Alltagskommunikation jedoch zu einer mangelnden Anpassung an den Hörer kommen, ist die erfolgreiche Herstellung eines Common Ground dennoch nicht notwendigerweise gefährdet. Für den Kommunikationspartner ist es hier sowohl kognitiv als auch emotional verhältnismäßig unproblematisch, Unverständnis zu

signalisieren und Fragen zu stellen. Die Aufgabe bzw. Verantwortung ein gemeinsames Verständnis zu erarbeiten, wird in diesem Fall letztlich vom Sprecher auf den Hörer verlagert (Krauss & Fussell, 1991; vgl. auch Bromme & Nückles, 1999).

Im Gegensatz dazu scheint diese Verantwortungsteilung für die Herstellung eines Common Ground in der Experten-Laien-Kommunikation jedoch dysfunktional (Nückles, 2001). Sollte der Experte eine sprachliche Höreranpassung nicht gewährleisten können, wäre es Aufgabe des Laien, den Gesprächsverlauf zu unterbrechen und sein Unverständnis zu signalisieren. Es konnte jedoch gezeigt werden, dass es Laien aus Achtung vor der Autorität der Experten bzw. aus Angst Unwissen preiszugeben oftmals schwer fällt Fragen zu stellen. Ebenso wissen Laien oft gar nicht was sie nicht wissen bzw. haben aufgrund des komplexen Sachverhaltes Schwierigkeiten adäquate Fragen zu stellen, die wiederum bereits ein hohes Maß an Vorwissen voraussetzen (Nückles, 2001; Rambow & Bromme, 2000). Nordmeyer (1981, zitiert nach Hoffmann-Richter, 1985) konnte z.B. belegen, dass lediglich 22% aller Patienten eine Frage an den Arzt richten, wenn sie etwas nicht verstanden haben. Die Aufgabe ein gemeinsames Verständnis zu erarbeiten kann also nicht, wie in der Alltagskommunikation, ohne weiteres auf den Hörer (Laie) übertragen werden.

Zusammenfassend ist somit festzuhalten, dass die Verantwortung für die Herstellung einer gemeinsamen Basis dem Experten obliegt, wodurch die ausschlaggebende Bedeutung des Antizipations- und Adaptationsprozesses in der Experten-Laien-Kommunikation unterstrichen wird. Kernproblem der Experten-Laien-Kommunikation scheint jedoch nicht primär das Problem der angemessenen Repräsentation der Laienperspektive, sondern vielmehr ein Problem der Aufrechterhaltung und Nutzung dieser Repräsentation angesichts der hohen Verfügbarkeit der eigenen Perspektive zu sein (Nückles, 2001; vgl. auch Flavell, 1985).

Auf diesen Forschungsergebnissen aufbauend, wird demzufolge Thema der vorliegenden Arbeit nicht allein die Fähigkeit zur Antizipation sondern ebenso die Fähigkeit zu Adaptation in der Arzt-Patient-Kommunikation sein. Im Mittelpunkt der Untersuchung werden dabei drei Prozesse stehen, die in Anlehnung an Issacs und

Clark (1987) Phasen der laiengerechten Verbalisierung komplexer fachlicher Inhalte darstellen. Die Bestandteile eines erfolgreichen Adaptationsprozesses sind ihrer Studie zufolge:

- 1) das Feststellen des Ausmaßes der Expertise (assessing).
- 2) das Einbringen des zur Verständigung benötigten Fachwissens durch den Experten (supplying) und
- 3) die Aufnahme dieses Wissens durch den Laien (acquiring)
(Isaacs & Clark, 1987).

Auf die Arzt-Patient-Kommunikation als beispielhafte Experten-Laien-Kommunikation übertragen, lassen sich diese drei Prozesse mit drei der erörterten vier Komponenten eines gelungenen Informationsaustausches (Cegala et al., 1998) gleichsetzen:

- 1) Informationssuche (assessing),
- 2) Informationsgabe (supplying) und
- 3) Informationsprüfung (acquiring).

Ein Ziel dieser Arbeit wird somit die experimentelle Überprüfung der sprachlichen Anpassung des Arztes an den Patienten sein, wobei für eine differenzierte Aussage die einzelnen Bestandteile des Adaptationsprozesses getrennt Beachtung finden.

4.5 Die Prädominanz der eigenen Perspektive

Die beschriebene hohe Verfügbarkeit der eigenen Perspektive in den Mittelpunkt gestellt, zeigt sich weiterhin, dass diese Dominanz nicht allein ein Hindernis für die hörergerechte sprachliche Anpassung darstellt, sondern ebenso die Antizipation des *Verstehens* eines Gesprächspartners erschwert (Nückles, 2001). Die Interpretationen von Ereignissen, Äußerungen und Situationen des Gesprächspartners werden mit anderen Worten ebenfalls vor dem Hintergrund der eigenen Perspektive bewertet. Privilegierte, lediglich dem Sprecher zur Verfügung stehende Informationen, finden dabei nicht in jedem Fall Berücksichtigung (Nückles, 2001).

Vergleichbar mit einem Kriminalfilm, in dem der Zuschauer Informationen erhält, die dem Held noch unbekannt sind und der diese Informationen auch als Privileg versteht, gelingt es Personen in anderen Situationen offenbar nur in unzureichendem Maße, ihr eigenes privilegiertes Wissen auszublenden (Nückles, 2001). Keysar (1994) konnte dieses Phänomen der Prädominanz der eigenen Perspektive empirisch eindrucksvoll belegen. Seinen Ergebnissen zufolge, neigen Menschen in bestimmten Situationen dazu, ihr Verständnis hinsichtlich einer Situation oder Äußerung auf andere Personen zu übertragen, ohne zu berücksichtigen, dass diese über andere Ausgangsinformationen verfügen. Diese Phänomen zeigt sich verstärkt in Kommunikationssituationen, in denen jegliche „externen Repräsentationshilfen“, z.B. in Form von Feedback-Reaktionen fehlen (Keysar, 1994). Die Experten-Laien-Kommunikation, in der der Experte in sehr eingeschränktem Maße kontingente und differenzierte Rückmeldungen zum aktuellen Verstehen vom Laien bekommt, ist charakteristisch für solch eine prädestinierte Situation (Nückles, 2001).

Für eine Erklärung dieser Prädominanz der eigenen Perspektive stellt Keysar das *Perspective-Adjustment-Modell* (Keysar, 1998; Keysar, Barr, Balin & Paek, 1998) auf. Diesem zweistufigen kognitiven Prozessmodell zufolge, wird sowohl die initiale Planungsphase in der Sprachproduktion als auch die initiale Interpretationsphase bei der Sprachrezeption durch die spontane Verfügbarkeit der eigenen, egozentrischen Perspektive bestimmt. Beide Phasen werden dabei als schnelle, quasi automatische und effiziente kognitive Prozesse beschrieben. Eine Berücksichtigung der Perspektive des Gesprächspartners erfolgt erst sekundär durch einen Monitor- und Kontrollprozess. Dieser Prozess, in dem beispielsweise Metawissen über potentielle Verständigungsprobleme zum Tragen kommt (Keysar, 1998), kann zu einer Anpassung und Korrektur an die Perspektive des Kommunikationspartners führen. Allerdings wird dieser Prozess aufgrund der Komplexität und Ressourcenabhängigkeit als langsam beschrieben (vgl. auch Nückles, 2001).

Für eine angemessene Berücksichtigung der Perspektive des Gesprächspartners bedarf es also einer zusätzlichen metakognitiven Anstrengung, die die Neigung zu spontanen, aus der eigenen persönlichen und egozentrischen Perspektive geleiteten

Äußerungen und Interpretationen überwacht (Nückles, 2001). Erste empirische Belege für das vorgestellte *Perspective-Adjustment-Modell* konnten sowohl eine Sprachproduktionsaufgabe (Horton & Keysar, 1996) als auch Experimente zur Sprachrezeption (Keysar et al., 1998) liefern.

Konform mit dem zweistufigen kognitiven Prozessmodell von Keysar gehen auch die Befunde von Brown und Dell (1987). Das Problem der Prädominanz der eigenen Perspektive ebenfalls in den Vordergrund stellend, formulieren diese Autoren drei konkurrierende Hypothesen, die eine sprachliche Anpassung an den Hörer erklären könnten. Die Annahme, dass die Sprecher ihre eigene Verstehenserfahrung, also ihre subjektive Sicht hinsichtlich des Redegegenstandes für die Äußerungsplanung einbeziehen – *Speaker-Experience-Account* – konnte ebenso wie die Annahme, dass eine Anpassung an die Perspektive des Gesprächspartners erfolgt – *Listener-Need-Account* – empirisch nicht bestätigt werden (Brown & Dell, 1987). Die Befunde von Brown und Dell (1987) sprechen vielmehr für den *Conceptual-Constraint-Account*. Diesem Ansatz zufolge, wird die Sprachproduktion ausschließlich durch die konzeptuelle Repräsentation des Redegegenstandes bestimmt, ohne das antizipierte Wissen des Hörers unmittelbar zu berücksichtigen. Sollte Hörerwissen bei der Sprechplanung berücksichtigt werden, so die Schlussfolgerung von Brown und Dell (1987), dann nur im Rahmen eines Monitoringprozesses, wie ihn Keysar (1998) beschreibt. Die Äußerungsplanung wird also primär durch die konzeptuelle Repräsentation im semantischen Gedächtnis des Sprechers und erst sekundär von pragmatischem Wissen, im Sinne von Annahmen über die Perspektive des Hörers bestimmt (Nückles, 2001).

Aufbauend auf diesen Befunden konnte Nückles (2001) weiterhin zeigen, dass die Asymmetrie im Verhältnis von Eigen- und Fremdperspektive sich nicht allein auf der Ebene der Sprachproduktion, sondern ebenso auf der molekularen Ebene der kognitiven Prozesse manifestiert. Nückles (2001) konnte eindrucksvoll mit Hilfe einer Reihe von Experimenten belegen, dass zwar Merkmale eines Adressaten, wie domänenspezifisches Wissen und Intention von Laien im Planungsprozess der Experten für die Gestaltung von Erklärungen Berücksichtigung finden, gegenüber der

Bedeutung der zu erklärenden Konzepte und den damit verbundenen Erfahrungen des Experten allerdings prinzipiell eine eher untergeordnete Rolle spielen (Nückles, 2001). Die Ergebnisse von Nückles (2001) bestätigen und erweitern somit das *Perspective-Adjustment-Modell* von Keysar und unterstreichen die Schlussfolgerungen von Brown und Dell (1987).

Zusammengefasst sprechen die dargestellten Forschungsergebnisse somit für eine starke Dominanz der eigenen Perspektive, die die Kommunikation ohne zusätzliche metakognitive Anstrengung entscheidend beeinflusst. Es konnte weiterhin gezeigt werden, dass sich diese Beeinflussung weniger auf die Antizipation von Wissen, sondern vielmehr auf die Aufrechterhaltung und Nutzung der Wissensrepräsentationen anderer auswirkt. Eine erfolgreiche Anpassung an die Perspektive des Hörers kann demnach nur durch die Aktivierung eines Monitor- und Kontrollprozesses gelingen, in dem beispielsweise Metawissen über potentielle Verständigungsprobleme oder eigene Erfahrung im kommunikativen Umgang zum Tragen kommen.

Da dieser Prozess jedoch als sehr komplex und ressourcenabhängig beschrieben wird, schließt sich unmittelbar die Frage nach der Relevanz konkreter Rahmenbedingungen der Kommunikationssituation an. Perspektivenübernahme als „eine metakognitive Kompetenz verstanden, die eine notwendige Voraussetzung darstellt, um Anpassungen an einen spezifischen Hörer als sprachliche Performanz zu realisieren“ (Nückles, 2001, S. 26) sowie die Herausstellung, dass metakognitive Anstrengungen für diese sprachliche Performanz notwendig sind, führt zu der Frage, inwieweit diese Kompetenzen in Abhängigkeit zusätzlicher, ebenfalls komplexer und ressourcenintensiver Anforderungen stehen.

Die Frage, wie unter günstigen Bedingungen abrufbare Fähigkeiten der Perspektivenübernahme und der perspektivenadäquaten sprachlichen Anpassung bei zusätzlicher Belastung (vgl. auch Rambow, 2000) tatsächlich realisiert werden, wird ein weiterer Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit sein. Eine Untersuchung der täglichen Belastung und der Arbeitszufriedenheit der Mediziner als mögliche Einflussfaktoren auf die beschriebenen Kompetenzen scheint für die Analyse der Arzt-Patient-Kommunikation als beispielhafte Experten-Laien-Kommunikation besonders geeignet.

4.6 Zusammenfassung

Auf den Forschungsergebnissen der Expertiseforschung und insbesondere auf den Befunden der Arbeitsgruppe Bromme, Rambow und Nückles aufbauend, konnte in diesem Kapitel eine differenzierte Beschreibung der Arzt-Patient-Kommunikation unter dem Gesichtspunkt einer Experten-Laien-Kommunikation erfolgen. Die zuvor diskutierte und im theoretischen Kommunikationsmodell eingebundene Fähigkeit zur Perspektivenübernahme wurde dabei zum einen für den Kommunikationsprozess zwischen Arzt und Patient unterstrichen und zum anderen mit Hilfe psycholinguistischer und kognitiv-sozialpsychologischer Forschungsansätze detailliert beschrieben.

Die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme in der Arzt-Patient-Kommunikation als beispielhafte Experten-Laien-Kommunikation scheint demnach nicht allein ein Problem der angemessenen Repräsentation der Patientenperspektive, sondern ebenso ein Problem der Aufrechterhaltung und Nutzung dieser Repräsentationen angesichts der hohen Verfügbarkeit der eigenen Expertenperspektive zu sein. Weiterhin konnte gezeigt werden, dass für eine erfolgreiche Antizipation und Adaptation zusätzliche metakognitive Anstrengungen notwendig werden, die in Form von Monitor- und Kontrollprozessen Schlussfolgerungen und Anpassungsprozesse aufgrund der starken Dominanz der eigenen Perspektive hinterfragen. Eine Untersuchung, inwieweit diese Anforderung in Abhängigkeit weiterer komplexer und ressourcenintensiver Aufgaben realisiert werden kann, wurde bisher jedoch nicht vorgenommen.

Als Resümee der vorliegenden Ausführungen wird demzufolge die Analyse der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme in der Arzt-Patient-Kommunikation, bestehend aus Antizipations- und Adaptationsprozessen in Abhängigkeit zusätzlicher Rahmenbedingungen angestrebt. Wie nachfolgende Erörterungen zeigen werden, scheint für die Analyse dieses Fachkommunikationstyps eine Untersuchung der alltäglichen Belastung und Arbeitszufriedenheit der Ärzte als mögliche Einflussfaktoren auf die beschriebenen Kompetenzen besonders geeignet.

5 Belastung und Arbeitszufriedenheit als mögliche Einflussfaktoren auf die Arzt-Patient-Kommunikation

Die Untersuchung von Arbeitszufriedenheit und Belastung als mögliche Einflussfaktoren auf die Arzt-Patient-Kommunikation basiert auf alarmierenden Befunden aktueller Studien, die die Arbeitssituation der Mediziner und mögliche Auswirkungen sowohl auf die Lebensqualität und Gesundheit der Ärzte als auch in Verbindung mit der Patientenversorgung in den Mittelpunkt der Betrachtungen stellen. Eine Umfrage der Landesärztekammer Thüringen zur Arbeitssituation niedergelassener Ärzte im Jahr 2003 kam z.B. zu dem Ergebnis, dass sich über 69% aller Thüringer Kassenärzte überlastet fühlen und mit den Bedingungen ihrer Berufsausübung nicht zufrieden sind. Starker Zeitdruck, Überlastung, Übermüdung sowie die derzeitige Gesundheitspolitik und der damit einhergehende wachsende bürokratische Aufwand gelten als Ursache dafür, dass sich 40% der befragten Kassenärzte am Ende eines Arbeitstages als überlastet und sogar knapp 30% als völlig ausgelaugt bezeichnen. Eine empfundene mangelnde Patientenversorgung vor allem hinsichtlich der menschlichen Betreuung der Patienten geht mit der zunehmenden Arbeitsbelastung Hand in Hand (Hoffmann-Preiß, 2003).

Während diese und eine Reihe weiterer Studien auf die unbefriedigende Situation aufmerksam machen, scheint eine einheitliche Aussage über Ursache und insbesondere Wirkung von Arbeitszufriedenheit und Belastung praktizierender Ärzte jedoch nicht möglich (Williams, Konrad, Linzer, McMurray, Pathman, Gerrity et al. 2002). Williams et al. (2002) weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass vor allem die Klärung potentieller Auswirkungen von Belastung und Arbeitszufriedenheit wenig Raum hat, da in vielen Forschungsarbeiten eine Beschränkung auf nur selten empirisch belegte beschreibende bzw. vorschreibende Ausführungen vorzufinden ist. Erschwerend kommt hinzu, dass beide Konstrukte selten differenziert betrachtet werden, obwohl sie - auf Forschungsergebnissen der Arbeits- und Organisationspsychologie aufbauend - jeweils mit sehr unterschiedlichen Aspekten in Verbindung stehen (Kahn & Byosiere, 1992).

Für eine Untersuchung der vorliegenden Forschungsfrage, inwieweit sich Belastung und Arbeitszufriedenheit auf die Kommunikation zwischen Arzt und Patient bzw. speziell auf die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme auswirken, bedarf es demnach neben einer Übersicht bisheriger Forschungsergebnisse ebenso einer Differenzierung der verwendeten Konstrukte.

5.1 Übersicht bisheriger Forschungsergebnisse

Die in den 90er Jahren vorgenommenen Neuerungen im Gesundheitswesen und die damit einhergehende steigende Unzufriedenheit der Mediziner gaben Anlass, der Arbeitssituation von Ärzten in Deutschland größere Aufmerksamkeit zu widmen (Rottenfuß, 1998). Steigendes Interesse an diesem Forschungsthema zeigt sich allerdings nicht allein in Deutschland, sondern beispielsweise ebenfalls in den USA und Großbritannien. Eine nachfolgende zusammenfassende Darstellung vorhandener Forschungsergebnisse widmet sich verschiedenen Projekten zu diesem Thema, die neben der Erfassung der aktuellen Situation und Ursachenanalysen insbesondere Auswirkungen auf die Gesundheit der Ärzte sowie mögliche Folgen für die Patientenversorgung diskutieren.

5.1.1 Belastung praktizierender Ärzte

Die Literatur zu diesem Thema zusammenstellend, fällt zunächst auf, dass sich der überwiegende Teil deutschsprachiger Publikationen weniger mit der Untersuchung konkreter Arbeitsbelastungen praktizierender Ärzte sondern vielmehr mit den berufsethischen Ansprüchen der Mediziner auseinandersetzt. Anekdotische Berichte, die sich vor allem auf allgemeine Reflexionen zum Arztideal, zur Ethik ärztlichen Handelns und zur Ausbildungssituation konzentrieren (vgl. z.B. Schmeling-Kludas, 1988, zitiert nach Herschbach, 1991) kommen dabei übereinstimmend zu dem Schluss, dass die Mediziner nicht angemessen auf die Anforderungen im Krankenhaus und den Umgang mit den Patienten vorbereitet werden (Herschbach, 1991). Für eine Beantwortung der Frage, auf welche konkreten Belastungsfaktoren oder Anforderungen die Ärzte nicht ausreichend vorbereitet sind, stehen jedoch nur wenige empirische Arbeiten zur Verfügung.

Diesen Stand der Dinge vor dem Hintergrund einer zunehmenden Unzufriedenheit praktizierender Ärzte aufgreifend, untersucht Herschbach (1991) in einer groß angelegten Studie die tägliche Belastung deutscher Klinikärzte. Seine Ergebnisse zeigen, dass an der Spitze einzelner Belastungsmomente insbesondere die persönliche Betroffenheit im Kontakt mit moribunden Langzeitpatienten und unspezifische Stressoren stehen, die aus dem zu bewältigenden Arbeitsumfang abzuleiten sind. Als sehr belastend werden Büroarbeit, Aufklärungsgespräche sowie Selbstzweifel bezogen auf therapeutische Interventionen erlebt (Herschbach, 1991).

Weitere Studien, die überwiegend aus dem amerikanischen Raum stammen und sowohl Klinikärzte als auch niedergelassene Ärzte untersuchen, kommen zu vergleichbaren Befunden. Diesen Arbeiten zufolge gehören zu den Hauptbelastungen Zeitdruck, hohe Konzentrationsanforderungen, schnelle Entscheidungszwänge, die Bewältigung von administrativen Aufgaben sowie der Umgang mit den emotionalen Bedürfnissen der Patienten (Herschbach, 1991; Linzer, Gerrity, Douglas, McMurray, Williams & Konrad, 2002; Simoens, Scott & Sibbald, 2002).

Die steigende Belastung praktizierender Ärzte in den letzten Jahren betreffend, zeigt sich des Weiteren nicht allein eine Zunahme des empfundenen Stresses, sondern ebenso eine Verlagerung der Belastungsschwerpunkte (Sibbald, Enzer, Cooper, Rout & Sutherland, 2000). Eine von Cooper et al. (1989) entwickelte Liste bestehend aus verschiedenen Stressoren die für die Belastung der Mediziner ausschlaggebend scheinen (Cooper, Rout & Faragher, 1989), wurde 1987, 1990 und 1998 von Sibbald et al. (2000) zufällig ausgewählten Ärzttestichproben vorgelegt. Die Ergebnisse dieser Untersuchung zeigen, dass 11 von 14 Stressoren 1998 im Vergleich zu 1987 als wesentlich belastender eingeschätzt werden. Während 1987 allerdings insbesondere Behandlungsunterbrechungen durch Notfälle sowie nächtliche Hausbesuche und der Umgang mit Problempatienten als besonders belastend galten, ist 1990 für die beiden erstgenannten Stressoren sogar ein Abfall zu verzeichnen. Der Umgang mit Problempatienten zählt jedoch auch 1998 neben Ärger über die Beschwerden von Patienten und mangelnder Zeit für Privatleben zu den drei Hauptbelastungsmomenten (Sibbald et al., 2000).

Eine Übersicht über die verwendete Liste der Stressoren einschließlich der Angaben für die drei Befragungszeitpunkte findet sich in der Tabelle 2 von Sibbald et al. (2000).

Item	Year	n	Rang order of Item ^a	Item score		Change from ^b	
				Mean	SD	1987	1990
Dealing with problem patients	1987	1817	3	3,28	0,85		
	1990	917	4	3,24	0,91	Nil	
	1998	999	1	3,49	0,94	Rise	Rise
Worrying about patient complaints	1987	1817	5	2,47	1,28		
	1990	917	8	2,64	1,21	Nil	
	1998	1000	2	3,27	1,19	Rise	Rise
Dividing time between work and family	1987	1817	8	2,37	0,85		
	1990	917	5	3,22	1,21	Rise	
	1998	996	3	3,18	1,17	Rise	Nil
Unrealistically high expectations of others	1987	1817	6	2,41	0,85		
	1990	917	7	2,80	1,21	Rise	
	1998	1000	4	3,17	1,17	Rise	Rise
Disturbance of home / family life by GP work	1987	1817	4	2,76	0,85		
	1990	917	3	3,50	1,21	Rise	
	1998	1000	5	3,08	1,13	Rise	Fall
Interruptions by emergency calls during surgery	1987	1817	1	3,48	0,85		
	1990	917	2	3,72	1,21	Rise	
	1998	1000	6	2,88	1,19	Fall	Fall
24 h responsibility for patients' lives	1987	1817	7	2,39	1,28		
	1990	917	6	2,94	1,21	Rise	
	1998	997	7	2,83	1,22	Rise	Nil
Finding a locum	1987	1817	11	2,03	1,28		
	1990	917	13	1,97	1,21	Nil	
	1998	991	8	2,76	1,35	Rise	Rise
Adverse publicity in the media	1987	1817	12	2,01	1,28		
	1990	917	9	2,46	1,21	Rise	
	1998	995	9	2,66	1,22	Rise	Rise
Arranging hospital admissions	1987	1817	9	2,32	0,85		
	1990	917	10	2,44	0,91	Nil	
	1998	1000	10	2,64	1,01	Rise	Rise
Dealing with the terminally ill and their relatives	1987	1817	10	2,15	0,85		
	1990	917	11	2,20	1,51	Nil	
	1998	999	11	2,43	0,95	Rise	Rise
Night visits	1987	1817	2	3,45	0,85		
	1990	917	1	3,83	1,21	Rise	
	1998	986	12	2,32	1,39	Fall	Fall
Working environment (e.g. surgery set-up)	1987	1817	14	1,64	0,85		
	1990	917	12	2,03	0,91	Rise	
	1998	997	13	2,22	1,06	Rise	Rise
Fear of assault during visits	1987	1817	13	1,77	0,85		
	1990	917	14	1,88	1,21	Nil	
	1998	1000	14	1,70	0,90	Nil	Fall

^a Items were ranked in ascending order of satisfaction. A rank order of 1 indicates that satisfaction was lowest for this item.

^b t-test, $P < 0,001$, for all changes cited in table.

Each item is rated on a 5-point scale where 1 = no pressure and 5 = high pressure.

Tabelle 2: Ausprägung und Rangordnung verschiedener Stressoren in den Jahren 1987, 1990 und 1998 (aus Sibbald et al., 2000, S. 368)

Neben der Untersuchung, auf welche konkreten Belastungsfaktoren oder Anforderungen die Ärzte nicht ausreichend vorbereitet sein können, steht nun die Frage nach möglichen Auswirkungen dieser zunehmenden Belastung im Raum.

Übereinstimmend mit Forschungsprojekten, die Folgen von Belastung ganz allgemein untersuchen, zeigt sich auch in diesem speziellen Fall, dass das Hauptaugenmerk physischen und psychischen Auswirkungen gilt. Fasst man die vorliegenden Befunde zusammen, kann diesbezüglich davon ausgegangen werden, dass die physische Morbidität und die Mortalität von Ärzten nicht größer als in sozioökonomisch vergleichbaren Gruppen ist (Herschbach, 1991). In konkreten Zahlen bedeutet dieses Ergebnis dennoch, dass bereits 1981 insgesamt 80% der befragten Klinikärzte angeben, mindestens an einem der folgenden fünf Beschwerden zu leiden: Übermüdung, Nervosität/Reizbarkeit, Kreuz-Rückenschmerzen, Kopfschmerzen oder Magen-Darm-Beschwerden (Pröll & Streich, 1984, zitiert nach Herschbach, 1991). Jüngeren Studien zufolge wird bereits von einem erhöhten Risiko für Kardiovaskuläre Erkrankungen gesprochen (Chambers & Belcher, 1994; Firth-Cozens, 1998; O'Connor, O'Connor, White & Bundred, 2001).

Die psychische Morbidität praktizierender Ärzte, insbesondere depressive Erkrankungen und Suizidalität, Scheidungsraten, Drogen- und Alkoholabusus betreffend, wird hingegen schon in den 80er Jahren als überdurchschnittlich hoch eingeschätzt (Herschbach, 1991). Die alarmierenden Befunde einer stressabhängigen Zunahme depressiver Erkrankungen, von Angststörungen und des Alkoholkonsums können in jüngeren Untersuchungen ebenfalls bestätigt werden (Firth-Cozens, 2001; O'Connor, O'Connor, White & Bundred, 2000).

Veranschaulicht man weiterhin allein die klinischen Symptome einer Depression – z.B. Entscheidungsarmut, Gedächtnis- und Konzentrationsdefizite und selektive Aufmerksamkeit – wird deutlich, dass Folgen für den Patienten nicht ausbleiben können (Firth-Cozens, 2001). Tatsächlich zeigen sich in einer Reihe von Untersuchungen sowohl eine stressbedingte Zunahme von Fehlern (Firth-Cozens & Morrison, 1989, zitiert nach Firth-Cozens, 2001; O'Connor et al., 2000) als auch negative Auswirkungen auf die Patientenversorgung und Arzt-Patient-Interaktion (Firth-Cozens, 2001; Linzer et al., 2002; O'Connor et al., 2000; Simoens et al., 2002).

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass die Belastung praktizierender Ärzte vor allem in den letzten Jahren einhergehend mit physischen und psychischen Folgen für den Arzt als auch mit negativen Konsequenzen für den Patienten stetig zunimmt. Insbesondere die überdurchschnittlich hohe psychische Morbidität praktizierender Ärzte, einhergehend mit potentiellen Konzentrations- und Aufmerksamkeitsdefiziten, legt eine Untersuchung der Belastung als möglichen Einflussfaktor auf die Arzt-Patient-Kommunikation, speziell auf die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme, nahe.

5.1.2 Arbeitszufriedenheit praktizierender Ärzte

Die Forschungsergebnisse zur Arbeitszufriedenheit praktizierender Ärzte spiegeln ebenfalls die eingangs erwähnten beunruhigenden Befunde wider, die eine gezielte Untersuchung im vorliegenden Zusammenhang anregen.

Rottenfußler (1998) z.B., die besagte Neuerungen des Gesundheitswesens in den 90er Jahren und ihren eigenen Berufseinstieg für eine umfangreiche Studie zum Anlass nimmt, kommt zu dem Ergebnis, dass sich mehr als drei Viertel der Befragten resignativ oder unzufrieden über ihre vertragsärztliche Tätigkeit äußern. Weiterhin zeigt sich, dass die Unzufriedenheit der Mediziner nicht nur ausgesprochen hoch ist, sondern diese in den letzten Jahren auch stetig zunimmt (Williams & Skinner, 2003). Während in den 70er Jahren noch 95% der Befragten mit ihrem Job zufrieden waren (Mechanic, 1972, zitiert nach Williams & Skinner, 2003), sind es in einer Untersuchung von 1993 nur noch 65% (Skolnik, Smith & Diamond, 1993). Jüngeren Studien zufolge, stimmen sogar 87% der teilnehmenden Ärzte zu, dass die allgemeine Arbeitsmoral gesunken ist und 58% geben an, dass ihr Enthusiasmus für die medizinische Praxis in den vergangenen fünf Jahren nachgelassen hat (Adams, 2002, zitiert nach Williams & Skinner, 2003).

Andere Studien wiederum, wie z.B. die Umfrage der Landesärztekammer Thüringen, können zwar eine hohe Belastung der praktizierenden Ärzte hinsichtlich bestimmter Aspekte nachweisen, die Werte für die allgemeine Arbeitszufriedenheit sind jedoch dennoch erstaunlich hoch (Arnetz, 1997; Devoe, Fryer, Hargraves, Phillips & Green,

2002; Hoffmann-Preiß, 2003). Für eine Aussage zur tatsächlich vorhandenen Arbeitszufriedenheit praktizierender Ärzte bedarf es somit nicht allein der Erfassung eines Gesamturteils, sondern vielmehr der Aufdeckung von einzelnen für die Arbeitszufriedenheit der Mediziner entscheidenden Aspekten.

Eine Zusammenstellung der Ergebnisse hinsichtlich einzelner Schwerpunkte, die Arbeitszufriedenheit praktizierender Ärzte messen bzw. erklären sollen, verdeutlicht wiederum, dass unabhängig vom gewählten Instrument weitgehend übereinstimmende Aspekte im Mittelpunkt des Interesses stehen. Dabei werden einerseits vor allem unangemessene Bezahlung, eine hohe Arbeitsbelastung (Anzahl der Arbeitsstunden), fehlende Anerkennung (Arnetz, 1997; Devoe et al., 2002; Sibbald et al., 2000; Simoens et al., 2002), wenig Zeit für Privatleben (Cooper et al., 1989; Richardsen & Burke, 1991), Probleme im Umgang mit Patienten (Richardsen & Burke, 1991; Rottenfuß, 1998) und unzureichende Kontrolle bzw. mangelnder Einfluss auf das tägliche Geschehen (Arnetz, 1997; Johnson, Hall, Ford, Mead, Levine, Wang et al. 1995; Linzer et al., 2002) mit Unzufriedenheit in Verbindung gebracht. Andererseits sprechen vor allem eine gute Zusammenarbeit mit Kollegen und Patienten, abwechslungsreiche Arbeit sowie die wahrgenommene Verantwortung (Richardsen & Burke, 1991; Sibbald et al., 2000; Simoens et al., 2002) für eine hohe Arbeitszufriedenheit.

Vergleichbar mit den Befunden der Stressforschung zeigt sich allerdings auch hier, dass in den letzten Jahren eine Verlagerung der Urteile in Bezug auf bestimmte Aspekte stattgefunden hat. Eine Übersicht der genannten Faktoren und die jeweiligen Angaben, die diesbezüglich 1987, 1990 und 1998 von praktizierenden Ärzten gemacht wurden, veranschaulicht die Tabelle 3 von Sibbald et al. (2000).

Item	Year	n	Rang order of Item ^a	Item score		Change from ^b	
				Mean	SD	1987	1990
Rate of pay	1987	917	3	4,77	1,71		
	1990	925	7	5,28	1,21	Rise	
	1998	1817	1	3,48	1,52	Fall	Fall
Hours of work	1987	917	1	4,25	1,71		
	1990	925	4	4,69	1,51	Rise	
	1998	1817	2	3,70	1,39	Fall	Fall
Recognition for good work	1987	917	2	4,76	1,28		
	1990	925	1	3,50	1,51	Fall	
	1998	1817	3	4,21	1,39	Fall	Rise
Opportunity to use abilities	1987	917	4	5,04	1,28		
	1990	925	9	5,44	1,21	Rise	
	1998	1817	4	4,64	1,21	Fall	Fall
Choose own method of working	1987	917	8	5,40	1,28		
	1990	925	5	4,77	1,51	Fall	
	1998	1817	5	4,87	1,06	Fall	Nil
Amount of variety in job	1987	917	7	5,38	1,28		
	1990	925	3	4,58	1,51	Fall	
	1998	1817	6	4,94	1,30	Fall	Rise
Physical working conditions	1987	917	5	5,11	1,28		
	1990	925	2	4,44	1,51	Fall	
	1998	1817	7	4,99	1,25	Nil	Rise
Amount of responsibility given	1987	917	9	5,68	1,28		
	1990	925	6	4,80	1,51	Fall	
	1998	1817	8	4,99	1,29	Fall	Nil
Colleagues and fellow workers	1987	917	6	5,24	1,28		
	1990	925	8	5,31	1,21	Nil	
	1998	1817	9	5,31	1,05	Nil	Nil
Overall satisfaction	1987	917		5,23	1,28		
	1990	925		4,26	1,82	Fall	
	1998	1000		4,65	1,24	Fall	Rise

^a Items were ranked in ascending order of satisfaction. A rank order of 1 indicates that satisfaction was lowest for this item.

^b t-test, $P < 0,001$, for all changes cited in table.

Each item is rated on a 7-point scale where 1 = extreme dissatisfaction and 7 = extreme satisfaction.

Tabelle 3: Ausprägung und Rangordnung verschiedener Aspekte von Arbeitszufriedenheit in den Jahren 1987, 1990 und 1998 (aus Sibbald et al., 2000, S. 367)

Neben dieser gut dokumentierten Unzufriedenheit praktizierender Ärzte, wurden jedoch mögliche Auswirkungen auf die Lebensqualität und Gesundheit der Mediziner sowie in Bezug auf die Patientenversorgung bisher nur wenig untersucht. Eine zusammenfassende Darstellung von Williams und Skinner (2003), die das Resümee von 44 analysierten Studien beinhaltet, ist in der Abbildung 3 veranschaulicht.

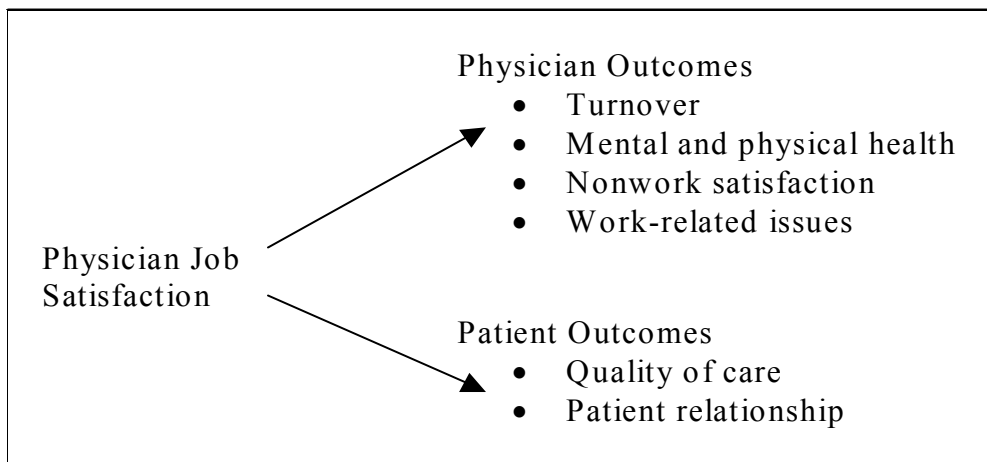


Abbildung 3: Konzeptuelles Modell der Arbeitszufriedenheit praktizierender Ärzte
(aus: Williams & Skinner, 2003, S. 129)

Diesem Modell zufolge, ist eine negative Beziehung zwischen Arbeitszufriedenheit und Jobwechsel sowie zwischen Arbeitszufriedenheit und der Wahrnehmung der eigenen, insbesondere mentalen Gesundheit ein einheitliches Ergebnis mehrerer Untersuchungen. Die mentale Gesundheit – eng verbunden mit Konzepten des Burnouts, der Depression und Angst – wird dabei vor allem dann als gefährdet angesehen, werden die Ärzte lang andauernder Belastung ausgesetzt, die zu Arbeitsunzufriedenheit führt (Williams & Skinner, 2003). Eine ausführliche Erläuterung der hier bestätigten Annahmen des Stressmodells von Lazarus und Folkman (1984, zitiert nach Williams et al., 2002) und Ivancevich und Matteson (1980, zitiert nach Williams et al., 2002) einhergehend mit einer Differenzierung der beiden Konstrukte Belastung und Arbeitszufriedenheit wird im Anschluss an diese Ausführungen folgen.

Verschiedene Studien, die Arbeitszufriedenheit in Verbindung mit weiteren, nicht unmittelbar im Zusammenhang mit der Arbeit stehenden Zufriedenheitsaspekten untersuchen, kommen ebenfalls zu signifikanten Ergebnissen. Da jedoch nur einzelne und sehr unterschiedliche Aspekte (z.B. Anforderungen der Patienten, Arbeitsmenge, politisches Management) im Mittelpunkt der Betrachtung weniger Untersuchungen stehen, basieren mögliche Schlussfolgerung auf schwachen Belegen (Williams & Skinner, 2003).

Anders hingegen die Ergebnisse hinsichtlich des Zusammenhangs mit arbeitsbezogenen Aspekten, die insbesondere die Annahme unterstützen, dass Arbeitszufriedenheit einen bedeutenden Einfluss auf die Wahrnehmung der zugehörigen Rahmenbedingungen des Gesundheitssystems hat (Williams & Skinner, 2003). Richardsen und Burke (1991) kommen diesbezüglich zu dem Schluss, dass „negative attitudes toward the health care system were associated with ... low job satisfaction“ (S. 312).

Die von Williams und Skinner (2003) analysierten Studien bestätigen jedoch nicht allein die Vermutung, dass sich Arbeitszufriedenheit auf die Lebensqualität und Gesundheit der Mediziner auswirkt, sondern liefern des weiteren auch Hinweise über mögliche Folgen hinsichtlich der Patientenversorgung. Aufgeschlüsselt in die Untersuchung der Qualität medizinischer Versorgung und dem Verhalten der Patienten gegenüber, zeigt sich ein erster starker Zusammenhang in Verbindung mit dem Verschreibungsverhalten des Arztes. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass mit zunehmender Unzufriedenheit sowohl die Menge an Verordnungen steigt als auch die Sorgfalt des Verschreibungsverhaltens abnimmt (Grol, Mookink, Smits, Vaneijk, Beek, Mesker et al. 1985; Melville, 1980; Williams & Skinner, 2003). Niedrige Arbeitszufriedenheit geht allerdings nicht allein mit risikobehaftetem Verschreibungsverhalten, sondern ebenso mit unzufriedenen Patienten und mangelnder Compliance – also einer Beeinträchtigung entscheidenden Qualitätskomponenten einer medizinischen Versorgung – einher (Devoe et al., 2002; Grol et al., 1985; Williams & Skinner, 2003).

Speziell die Arzt-Patient-Kommunikation betreffend, geht des Weiteren aus einer Studie von Grol et al. (1985) hervor, dass sich die Arbeitszufriedenheit auf drei Aspekte auswirkt, die entscheidende Kompetenzen des ärztlichen Kommunikationsverhaltens darstellen. Ihren Ergebnissen zufolge, steht die Arbeitszufriedenheit des Arztes in engem Zusammenhang mit dem Ausmaß seiner psychosozialen Aufmerksamkeit sowie seiner Offenheit dem Patienten gegenüber. Ebenfalls beeinflusst wird der Erklärungsumfang ärztlichen Handelns. Mit anderen Worten zeigt die Studie von Grol et al. (1985), dass der zufriedene Arzt mehr Raum für Beiträge, Wünsche und Erwartungen des Patienten (*Informationssuche*) lässt, psychosoziale Signale während der Konsultation wesentlich stärker (*sozioemotionale Kommunikation*) beachtet und seine eigenen Gedanken, Absichten und Handlungen (*Informationsgabe*) ausführlicher erklärt. Erste empirische Belege, die für einen Einfluss von Arbeitszufriedenheit auf die Beziehung zum Patienten und insbesondere auf die Arzt-Patient-Kommunikation sprechen, konnten somit bereits erbracht werden.

Zusammenfassend und in Übereinstimmung mit den Ergebnissen von Williams und Skinner (2003) unterstützen die vorhandenen Ergebnisse also die Annahme, dass sich die Zufriedenheit der Ärzte sowohl auf ihre eigene Lebensqualität und Gesundheit als auch auf die Patientenversorgung und die Arzt-Patient-Kommunikation auswirkt. Anzumerken bleibt jedoch, dass verallgemeinernde Aussagen über mögliche Ursache-Wirkungs-Beziehungen in Anbetracht der unterschiedlichen Definitionen und Datenanalysen, kleinen Stichproben, vor allem aber aufgrund der verschiedenen, teils wenig validen Messinstrumente nicht ohne weiteres getroffen werden können (Williams & Skinner, 2003). Für zukünftige Forschungsprojekte wird demnach von Williams und Skinner (2003) insbesondere die Wahl eines geeigneten Analyseinstrumentes für die Erfassung von Arbeitszufriedenheit aufbauend auf einer zugrunde liegenden theoretischen Konzeption nahe gelegt. Die Umsetzung dieses Diskussionspunktes wird Bestandteil eines nachfolgenden Abschnittes sein.

5.2 Differenzierung der Konstrukte Belastung und Arbeitszufriedenheit

Aufbauend auf den vorliegenden Forschungsergebnissen eine Differenzierung der Konstrukte anstrebend, stellen Williams et al. (2002) fest, dass bislang vorliegende Befunde die theoretischen Konzeptionen von Lazarus und Folkman (1984, zitiert nach Williams et al., 2002) sowie Ivacevich und Matteson (1980, zitiert nach Williams et al., 2002) unterstützen. Diesen Modellen zufolge, führen Anforderungen bzw. Situationen die als belastend eingeschätzt werden zu unmittelbaren physiologischen (z.B. Blutdrucksteigerung) und/oder emotionale Reaktionen (z.B. negative Gefühle), die sich in Abhängigkeit der zeitlichen Dauer als physische und/oder psychische Krankheiten manifestieren können (Williams et al., 2002). In Einklang mit diesen Annahmen wurde bereits erwähnt, dass die mentale Gesundheit vor allem dann als gefährdet gilt, wenn der Arzt lang andauernder Belastung ausgesetzt wird, die zu Arbeitsunzufriedenheit führt (Williams & Skinner, 2003).

Somit also von einer Ursache-Wirkungs-Beziehung von Belastung und Arbeitszufriedenheit ausgehend, führen Williams et al. (2002) weiterhin an, dass bezogen auf die Arbeitssituation des Arztes drei verschiedene Aspekte als mögliche Stressoren in Frage kommen:

- 1) die Ärztecharakteristik,
- 2) die Praxischarakteristik und
- 3) die Patientencharakteristik.

In Abhängigkeit der kognitiven Verarbeitung können diese Stressoren zu wahrgenommener Belastung führen, wobei sowohl die Stressoren als auch die wahrgenommene Belastung die Arbeitszufriedenheit beeinflussen. Die wahrgenommene Belastung und die Arbeitszufriedenheit wirken sich infolge gemeinsam auf die Wahrnehmung der körperlichen und mentalen Gesundheit aus. Mit anderen Worten kann also davon ausgegangen werden, dass beide Konstrukte als Mediatoren zwischen den genannten drei Charakteristiken und der gesundheitlichen Verfassung stehen, wobei der Belastung eine kausale Auslöserfunktion für die Arbeitszufriedenheit zugeschrieben wird (Williams et al. 2002; Kahn & Byosiere, 1992).

Eine Untersuchung dieser angenommenen kausalen Beziehung vornehmend, konnte Williams et al. (2002) zeigen, dass in Übereinstimmung mit der klassischen Stressforschung (Kahn & Byosiere, 1992) der vermutete Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und Belastung bestätigt werden kann. Die Ergebnisse der durchgeführten Analyse belegen, dass anhand der wahrgenommenen Belastung Arbeitszufriedenheit signifikant vorhergesagt werden kann. Die Beziehung zwischen Arbeitszufriedenheit und physischer Gesundheit wird allerdings nicht signifikant, vielmehr wird Arbeitszufriedenheit mit mentaler Gesundheit assoziiert, während die wahrgenommene Belastung einen starken Einfluss auf die psychische *und* physische Gesundheit aufweist (Williams et al., 2002).

Weiterhin sprechen die Befunde von Williams et al. (2002) dafür, dass strukturelle und arbeitsbezogene Gegebenheiten (z.B. administrative Aufgaben, wahrgenommene Kontrolle, Zeitdruck) einen ausschlaggebenden Effekt auf die wahrgenommene Belastung, die Arbeitszufriedenheit und die physische und mentale Gesundheit haben. Eigenschaften des Arztes (z.B. Alter, Einkommen) hingegen wirken sich etwas auf die Arbeitszufriedenheit, jedoch nicht auf die Belastungswahrnehmung aus. Verschiedenen Patientencharakteristiken (prozentuale Erfassung der Patienten mit verschiedenen medizinischen und/oder psychosozialen Problemen) konnte kein Einfluss auf eine der gemessenen Variablen nachgewiesen werden (Williams et al., 2002)

Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass übereinstimmend mit der klassischen Stressforschung wahrgenommene Belastung und Arbeitszufriedenheit in einer kausalen Beziehung zueinander stehen. Mangelnde Arbeitszufriedenheit als Folge von Stresserleben kann damit als letztes abhängiges Glied in der Kette möglicher Einflussfaktoren in Bezug auf die Arzt-Patient-Kommunikation verstanden werden, wodurch die bereits beschriebene Notwendigkeit unterstrichen wird, diesem Konstrukt besondere Aufmerksamkeit zu widmen.

5.3 Exkurs: Arbeitszufriedenheit

Eine Begutachtung der vorhandenen Literatur zum Thema Arbeitszufriedenheit verdeutlicht, dass dieses, der Arbeits- und Organisationspsychologie zugehörige Konstrukt, vor allem innerhalb der letzten vier Jahrzehnte zunehmend an Bedeutung gewonnen hat. Gründe für das steigende Interesse spiegeln sich dabei einerseits in der Annahme wider, dass Arbeitszufriedenheit eine zentrale Voraussetzung für die allgemeine Lebenszufriedenheit und Gesundheit darstellt sowie andererseits entscheidende Auswirkungen auf ein Unternehmen haben kann (Weinert, 1998). Eine Diskussion bezüglich gesundheitlicher Auswirkungen fand dabei vor allem in den 70er und 80er Jahren im Rahmen von Humanisierungsprogrammen und in den 90er Jahren vor dem Hintergrund betrieblicher Gesundheitsförderungen statt (Six & Felfe, 2004). Das ansteigende Interesse der Unternehmen bzw. des Managements begründet sich wiederum insbesondere daraus, dass Arbeitszufriedenheit in Verbindung mit Leistung, Absentismus und Fluktuation gebracht wird. Die Überprüfung der Annahme, dass Arbeitszufriedenheit eine Leistungssteigerung bewirkt bzw. Unzufriedenheit zu Leistungsabfall beiträgt, führte bislang jedoch zu keinen einheitlichen Befunden (Six & Felfe, 2004).

Die Forschungsergebnisse zusammenfassend, besteht unabhängig von den teils unterschiedlichen oder auch entgegen gesetzten Hintergründen ein breiter Konsens darüber, dass der Verbesserung der Arbeitszufriedenheit ein hoher Stellenwert zukommt. Die erforderliche Klärung von Ursachen und Wirkungen, die eine Konzipierung von Maßnahmen zur Erhaltung bzw. Steigerung von Arbeitszufriedenheit erlaubt, gestaltet sich allerdings schwierig. Zum einen werden abhängig von unterschiedlichen Zielsetzungen (Ökonomieziele vs. Humanziele) verschiedene theoretische Konzeptionen zugrunde gelegt und zum anderen erfolgt in Abhängigkeit der arbeits- und organisationspsychologischen Fragestellungen der Einsatz unterschiedlichster Analyseinstrumente (Six & Felfe, 2004). Ein einheitlicher theoretischer Rahmen, der die Ableitung kausaler Wirkungszusammenhänge ermöglicht, scheint demnach nicht gegeben zu sein.

In Übereinstimmung mit der vorliegenden Forschungsfrage, bedarf es somit zunächst einer Übersicht über die Vielzahl vorhandener Definitionen sowie einer Darstellung zugrunde liegender theoretischer Annahmen. Aufbauend auf diesen Erörterungen wird eine Schlussfolgerung angestrebt, die eine Ableitung geeigneter Messinstrumenten für eine Untersuchung praktizierender Ärzte ermöglicht.

5.3.1 Definitionen der Arbeitszufriedenheit

Die angesprochene Vielfalt vorhandener Definitionen betreffend, führt eine Analyse der einschlägigen Überblicksarbeiten zu einer viel zitierten Klassifikation von Neuberger und Allerbeck (1978). Diese Autoren klassifizieren die konzeptionellen Unterschiede und Herangehensweisen verschiedener Forschergruppen u. a. danach, ob Arbeitszufriedenheit in erster Linie als Bedürfnisbefriedigung, Reduktion von Soll-Ist-Diskrepanzen, Wertverwirklichung, affektive Reaktion, Erwartungshaltung, Einstellung oder als Ergebnis komplexer Informationsverarbeitungsprozesse verstanden wird (vgl. z.B. Six & Felfe, 2004).

Diese Klassifikation aufgreifend, ermöglicht einerseits eine Abkürzung der gut dokumentierten „unendlichen Geschichte“ der Arbeitszufriedenheit (Six & Kleinbeck, 1989) und lässt andererseits aber auch das vorhandene Spannungsverhältnis zwischen Theorie und Empirie erkennen (Fischer, 1989). Wie Abbildung 4 veranschaulicht, wird zu Lasten der Operationalisierbarkeit (vgl. Punkt 1 und Punkt 9 in der Abbildung 4) oftmals einem aussagefähigeren theoretischen Konstrukt unter Einschluss des Bezugssystems Vorrang gegeben (Fischer, 1989).

Weiterhin wird anhand dieser Klassifikation von Neuberger und Allerbeck (1978) nicht allein die Vielzahl der verschiedenen Ansätze sondern ebenso ihre Unvereinbarkeit deutlich. Das Ziel, *die* Definition von Arbeitszufriedenheit als Resümee vorhandener Erörterungen abzuleiten, ist nach Nerdinger (1995) nicht möglich. Seinen Überlegungen zufolge, sollte für zukünftige Untersuchungen die Entscheidung für eine Definition vielmehr abhängig von dem Ziel der geplanten Studie bzw. vor dem Hintergrund getroffen werden, was mit dem Konzept eigentlich geklärt werden soll (Nerdinger, 1995). Folgende Ausführungen bezüglich zugrunde liegender Theorien von Arbeitszufriedenheit unterstreichen diese Aussage, die in der vorliegenden Arbeit Berücksichtigung findet.

Definitionen der Arbeitszufriedenheit:**Eine Klassifizierung von Neuberger und Allerbeck (1978)**

1. *Operationale Definitionen:*
Arbeitszufriedenheit ist „eine Kombination psychologischer, physiologischer und situativer Bedingungen, die die Person zu der ehrlichen Äußerung veranlassen: ‚Ich bin mit meiner Arbeit zufrieden‘“ (Hoppock 1935, S. 47).
2. *Arbeitszufriedenheit als Bedürfnisbefriedigung:*
Je vollständiger ein Bedürfnis erfüllt ist, desto größer ist die Zufriedenheit, d.h. die Stärke des Bedürfnisses minus dem Betrag der Bedürfnisbefriedigung (Verstärkung) ist gleich dem Grad der Zufriedenheit“ (Graen, Dawis, Weiss 1968, S. 287).
3. *Arbeitszufriedenheit als (aufgehobene) Soll-Ist-Differenz:*
Arbeitszufriedenheit ist eine „relativ geringe Differenz – bis zur Nulldifferenz – zwischen einem Ist-Wert von Merkmalen und Befriedigungsmöglichkeiten der Arbeitssituation und deren Soll-Wert – den Ansprüchen, Erwartungen, allgemein den Standards des Individuums“ (Groskurth 1974, S. 285)
4. *Arbeitszufriedenheit als Erreichen bestimmter Werte:*
„Arbeitszufriedenheit resultiert aus der Wahrnehmung, daß eine Arbeit die wichtigsten arbeitsbezogenen Werte erfüllt oder ihre Erfüllung erlaubt, vorausgesetzt, daß (und in dem Maße wie) diese Werte kongruent mit den Bedürfnissen der Person sind“ (Locke 1976, S. 1307).
5. *Zufriedenheit als angenehmer personimmanenter Zustand bzw. affektive Bewertungsreaktion:*
„Arbeitszufriedenheit ist ein angenehmes Gefühl oder ein angenehmer psychologischer Zustand einer Person bezüglich ihrer Arbeitssituation“ (Brown, Berrien, Russel 1966, S. 395).
6. *Arbeitszufriedenheit als Gleichgewichtszustand:*
„Unter sonst gleichen Bedingungen werden sich Individuen in solchen Verhaltensweisen engagieren und sie befriedigend finden, die ihr Gefühl kognitiven Gleichgewichts oder kognitiver Stimmigkeit maximieren“ (Korman 1970, S. 35).
7. *Arbeitszufriedenheit als Ergebnis komplexer Informationsverarbeitung:*
„Wir gehen davon aus, daß sich situationsspezifische Bedürfnisse und Erwartungen herausbilden, wenn ein Arbeitender erfährt, inwiefern die Merkmale der Arbeitssituation seine allgemein gegebenen Bedürfnisse betreffen. Daraus ergibt sich ein mehr oder minder bewußter Soll-Wert für konkrete Befriedigungsmöglichkeiten aus dem Arbeitsverhältnis. Die tatsächlichen Befriedigungsmöglichkeiten entsprechen dem Ist-Wert. Der abwägende Vergleich zwischen Ist- und Soll-Wert führt zu einem Urteil auf der Skala ‚befriedigend – unbefriedigend‘ bzw. ‚zufrieden – unzufrieden‘“ (Bruggeman u.a. 1975, S. 1932).
8. *Arbeitszufriedenheit als Entsprechung einer Erwartung:*
„Je mehr die Umwelt den erwarteten Belohnungen des einzelnen entspricht oder zumindest das Eintreffen dieser Belohnungen zu versprechen scheint, umso besser wird die Arbeitszufriedenheit sein“ (Gellermann 1972, S. 43).
9. *Arbeitszufriedenheit als Einstellung zur Arbeit bzw. zu den Aspekten der Arbeitssituation:*
Job satisfaction is ... “an attitude which results from a balance and summation of many specific likes and dislikes experienced in connection with the job” (Bullock 1953, S. 5); sowie: “Faktorenanalysen von Arbeits-Einstellungs-Fragebögen weisen darauf hin, daß Arbeitszufriedenheit als die Zusammenfassung einer Anzahl mäßig korrelierter Teileinstellungen betrachtet werden kann” (Yukl, Wexley 1971, S. 153).

Abbildung 4: Definitionen der Arbeitszufriedenheit nach Neuberger und Allerbeck (1978)
(aus Fischer, 1989, S. 23)

5.3.2 Theoretische Ansätze der Arbeitszufriedenheit

Die bereits angesprochene Feststellung, dass es einhergehend mit der Fülle von Definitionen kein eigenständiges Theoriekonzept der Arbeitszufriedenheit gibt, basiert auf der Tatsache, dass der überwiegende Teil oft zitierter Theorien allgemeine Motivationstheorien sind, die für die Zwecke der Organisationspsychologie lediglich adaptiert wurden (Fischer, 1989).

Ziel dieses Abschnittes wird demnach die Vorstellung von Motivationstheorien sein, die das Entstehen von Arbeitszufriedenheit aus unterschiedlichen Perspektiven erklären. Überblicksreferaten zufolge bedarf es dabei jedoch nicht der Vorstellung jeder einzelnen Theorie, sondern es kann auf eine gängige Gruppeneinteilung zurückgegriffen werden, die eine zusammenfassende Darstellung ermöglicht (Fischer, 1989). Dieser Einteilung zufolge, werden *inhaltlich bestimmte Ansätze*, die Inhalte der Bedürfnisse bzw. Art der Ziele spezifizieren, einer zweiten Gruppe von Theorien gegenübergestellt, in der *kognitive Prozesse*, wie z.B. Erwartungen und die subjektive Kalkulation von Chancen dominieren. Im Anschluss an eine kurze Diskussion dieser beiden Gruppen, wird zusätzlich ein Modell von Bruggeman et al. (1975) vorgestellt, das eine Synthese unterschiedlicher Ansätze widerspiegelt.

5.3.2.1 Inhaltsbestimmte Ansätze der Arbeitszufriedenheit

Zu den bekanntesten Vertretern der Inhaltstheorien zählt Fischer (1989) die *Motivationstheorie von Maslow (1954)*, die *Zwei-Faktoren-Theorie von Herzberg et al. (1959)* und das *Job Characteristic Model von Hackman und Oldham (1975, 1976, 1980)*. Diese theoretischen Ansätze werden im Folgenden kurz vorgestellt und kritisch diskutiert, wobei dem letztgenannten Modell ableitend aus zuvor genannten Kritikpunkten ein besonderer Stellenwert zukommt.

Maslow (1954, zitiert nach Fischer, 1989) zufolge kann Arbeitszufriedenheit dann erzielt werden, wenn die Erfüllung spezieller „hoher“ Bedürfnisse wie Wertschätzung und Selbstverwirklichung aufbauend auf der Befriedigung von Grundbedürfnissen gegeben ist. Der Verdienst der Maslow-Pyramide wird vor allem

darin gesehen, dass die Aufmerksamkeit der Fachwelt auf die ausschlaggebende Bedeutung eines breiten menschlichen Bedürfnisspektrums gelenkt wurde, das bis dahin wenig Berücksichtigung fand (vgl. Taylorismus und Human-Relation-Ansatz). In Anbetracht der umfangreichen Kritik an diesem Ansatz, wird in der heutigen Forschung allerdings lediglich die wissenschaftshistorische Leistung dieses Modells hervorgehoben (Fischer, 1989).

Ein anderes, auch in der heutigen Wissenschaft noch nachwirkendes Paradigma, ist die Zwei-Faktoren-Theorie von Herzberg et al. (1959, zitiert nach Fischer, 1989). Diese Forschergruppe stellt die Hypothese auf, dass sich Arbeitszufriedenheit nicht anhand eines Kontinuums abbilden lässt, sondern vielmehr die Erfüllung verschiedener Faktoren zu den entgegen gesetzten Polen Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit führt. Der entwickelten Zwei-Faktoren-Theorie zufolge, bewirken Kontentfaktoren (auch Motivatoren genannt) wie z.B. Anerkennung, Verantwortung und Aufstiegsmöglichkeiten Arbeitszufriedenheit, während Kontextfaktoren (auch Hygienefaktoren genannt) wie z.B. Bezahlung, Beziehung zu Kollegen und Unternehmenspolitik eher mit Unzufriedenheit in Verbindung gebracht werden. Mit anderen Worten können demnach klassische Maßnahmen der Human-Relation-Doktrin, die sich hauptsächlich auf Kontextfaktoren beziehen, bestenfalls Unzufriedenheit beseitigen, jedoch keine Arbeitszufriedenheit bewirken. Diese kann lediglich im Zusammenhang mit positiven Erfahrungen hinsichtlich der Kontentfaktoren gewährleistet werden (Fischer, 1989).

Der Vorteil dieses Modells wird in der bereits erwähnten Notwendigkeit gesehen, einzelne Aspekte von Arbeitszufriedenheit zu erfassen. Kritische Äußerungen werden allerdings hinsichtlich methodischer, inhaltlicher als auch normativer Gesichtspunkte laut (Fischer, 1989; Weinert, 1998). Bei aller kritischen Resonanz, sollte jedoch der positive Auslöseeffekt auf nachfolgende Untersuchungen nicht unterschätzt werden.

Verschiedene Kritikpunkte vorhandener Modelle aufgreifend sowie die Beibehaltung von Kontent- und Kontextfaktoren favorisierend, führte zu der Entwicklung eines weiteren inhaltsbestimmten Ansatzes, der laut Fischer (1989) in der

organisationspsychologischen Forschung einen außerordentlichen Stellenwert einnimmt. Die Rede ist von dem Job Characteristics Model von Hackman & Oldham (1975, 1976, 1980, zitiert nach Fischer, 1989):

„Dieses Modell faßt den amorphen Bestand früherer Forschungsergebnisse und Theoriereflexionen zusammen und liefert erstmals spezifische theoretische Aussagen solcher Präzision, daß sie einer direkten empirischen Überprüfung unterzogen werden können, ohne gegenüber Falsifikationen aufgrund von Aussageundeutlichkeiten im Modell immun zu sein“ (Schmidt et al., 1981, zitiert nach Fischer, 1989, S. 40).

Hervorzuheben ist allerdings nicht allein die Beibehaltung von Kontext- und Kontentmerkmalen sowie die Verarbeitung bereits angesprochener Kritikpunkte, sondern vielmehr die hier berücksichtigte Tatsache, dass verschiedene Individuen in Abhängigkeit ihrer individuellen Motivationsstruktur unterschiedlich auf die Gestaltung von Arbeitsbereicherungsmaßnahmen ansprechen. Der Betonung dieser individuellen Differenzen Rechnung tragend, wird Arbeitszufriedenheit somit weder ausschließlich als Funktion objektiver Charakteristika der Arbeitssituation noch als alleinige Funktion der Befriedigung universalistischer menschlicher Bedürfnisse verstanden. Hackman und Oldham (1975, 1976, 1980) gehen vielmehr von einer interaktiven Beziehung zwischen Tätigkeitsmerkmalen (Situation) und individueller Motivationsstruktur (Person) aus (Fischer, 1989).

Neben der Berücksichtigung individueller Unterschiede – gemessen anhand des Bedürfnisses nach persönlicher Entfaltung – ist weiterhin hervorzuheben, dass dieses Modell eine umfassende Beschreibung der Arbeitssituation (Tätigkeitsmerkmale), operationalisiert durch fünf Kerndimensionen, enthält. Diese Kerndimensionen Anforderungsvielfalt, Ganzheitlichkeit der Aufgabe, Wichtigkeit der Aufgabe, Autonomie und Rückmeldung bestimmen Hackman und Oldham zufolge die ‚kritischen psychologischen Zustände der Person‘ (erlebte Bedeutsamkeit, erlebte Verantwortung und Wissen um die Ergebnisse der Arbeit) und wirken sich wiederum auf die persönlichen und arbeitsbezogenen Ergebnisse wie allgemeine Arbeitszufriedenheit, intrinsische Arbeitsmotivation, Zufriedenheit mit den Entfaltungsmöglichkeiten, Absentismus und Fluktuation sowie auf die Qualität der Arbeitsleistung aus (Fischer, 1989; Schmidt & Kleinbeck, 1999). In Abbildung 5 ist

das Modell von Hackman und Oldham (1980) in Anlehnung an Fischer (1989) graphisch veranschaulicht.

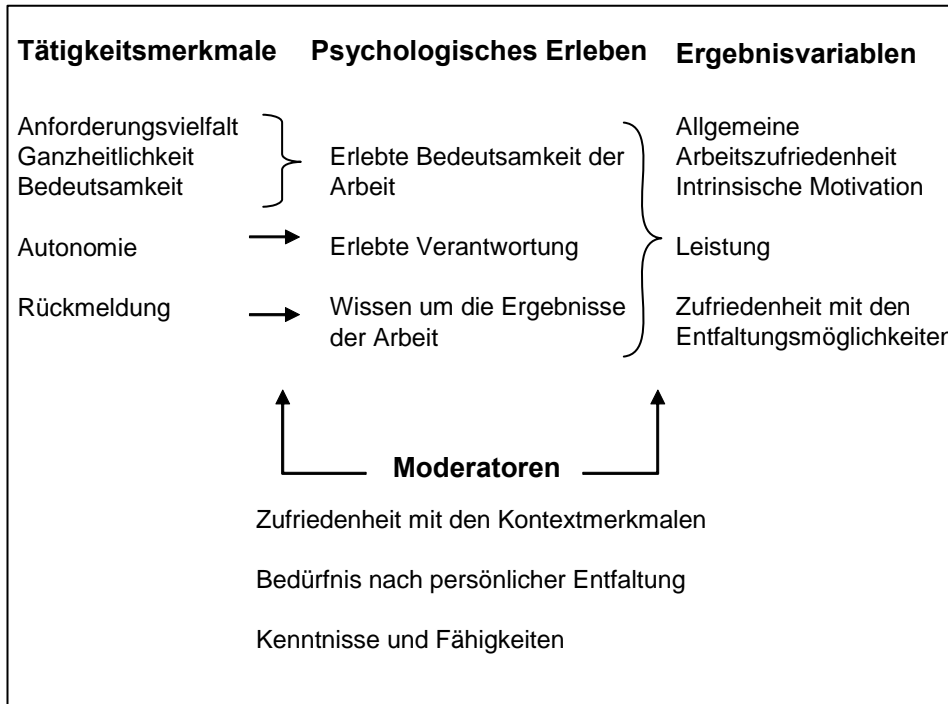


Abbildung 5: Job Characteristics Model nach Hackman und Oldham (1975, aus Fischer, 1989, S. 41)

Selbstverständlich bleibt eine kritische Betrachtung dieses Modells ebenfalls nicht aus. Konfundierungen von Variablen, subjektive Wahrnehmungsverzerrungen (z.B. durch die Bedeutung sozialer Einflüsse) als auch die fehlende Rekonstruierbarkeit bestimmter postulierter Zusammenhänge weisen auf eine notwendige Weiterentwicklung dieser Theorie hin (Fischer, 1989; Weinert, 1998).

Das aus diesen theoretischen Annahmen entwickelte standardisierte Messinstrument - Job Diagnostic Survey (JDS) – scheint allerdings für die subjektive Analyse von Tätigkeiten und somit auch hier für die Erfassung der Arbeitszufriedenheit praktizierender Ärzte besonders geeignet. Gründe für diese Favorisierung sind zum einen in der bereits erwähnten Verwirklichung offenbar ausschlaggebender Aspekte der ärztlichen Tätigkeit ebenso wie in der umfassenden Beschreibung der

Arbeitssituation und in der Berücksichtigung einer integrativen Wirkung von Situation und Person zu suchen.

Zum anderen wurden im Laufe der letzten Jahre sowohl bestimmte Kritikpunkte des theoretischen Modells bei der Gestaltung des Fragebogens bedacht als auch eine deutsche Übersetzung erarbeitet (Schmidt & Kleinbeck, 1999; Schmidt, Kleinbeck, Ottmann & Seidel, 1985). Weiterhin kann darauf verwiesen werden, dass der JDS mittlerweile wohl zu den international bekanntesten Instrumenten der Arbeitsanalysen gehören dürfte (Schmidt & Kleinbeck, 1999) und sich aufbauend auf einer Untersuchung von van Dick et al. (2001) auch für die Erfassung der Arbeitszufriedenheit von Akademikern eignet (van Dick, Schnitger, Schwarzmann-Buchelt & Wagner, 2001). Eine ausführliche Beschreibung dieses standardisierten Messinstrumentes wird im Methodikteil dieser Arbeit erfolgen.

5.3.2.2 Prozesstheorien

Im Gegensatz zu Inhaltstheorien fokussieren *Prozesstheorien* weniger die inhaltlichen Aspekte von Bedürfnissen und Zielen, sondern stellen vielmehr die *kognitiven Prozesse*, wie z.B. Erwartungen und die subjektive Kalkulation von Chancen in den Mittelpunkt ihrer Betrachtungen. Six und Felfe (2004) zufolge zählen die Erwartungs-Valenz-Theorie von Vroom (1964), das Motivationsmodell von Porter und Lawler (1968) und die Equity-Inequity-Theorie von Adams (1963, 1965) zu den bekanntesten Vertretern dieser Gruppe.

Zusammenfassend kann bezüglich dieser Theorien festgehalten werden, dass für das Entstehen von Arbeitszufriedenheit die Valenzen einzelner Aspekte in Abhängigkeit von Erwartung und Instrumentalität (z.B. hinsichtlich der zu erwartenden Belohnung) entscheidend sind. Zusätzlich wird in der Equity-Inequity-Theorie von Adams (1963, 1965) der soziale Vergleich als ausschlaggebender Faktor für die Gegenüberstellung von Aufwand und Ertrag ergänzt (Six & Felfe, 2004; Six & Kleinbeck, 1989).

Diese dargestellten Annahmen der Prozesstheorien, aber auch der Inhaltstheorien, führen jedoch zu einem entscheidenden Problem, das bereits im Zusammenhang mit

der Arbeitszufriedenheitsforschung praktizierender Ärzte angesprochen wurde. Die Analyseinstrumente, die aufbauend auf den genannten Theorien entwickelt wurden, messen eigentlich nur, wie weit sich die untersuchten Personen an ihre Arbeitsrollen bzw. an ihre Arbeitssituation angepasst haben (vgl. z.B. Weinert, 1998). Werden die eigenen Erwartungen und Ansprüche z.B. aufgrund einer kontinuierlichen Verschlechterung der Arbeitsbedingungen gesenkt, führt ein Erwartungs-Wert-Vergleich bzw. die Einschätzung bestimmter Sachverhalte nicht zwangsläufig zu allgemeiner Unzufriedenheit. Der Explikation des jeweils individuellen Bezugssystems muss somit der gleiche Stellenwert eingeräumt werden, wie der Analyse der geäußerten Arbeitszufriedenheit selbst. Diesen Kritikpunkt aufgreifend, steht abschließend die Erläuterung eines weiteren Modells aus, das wesentlich zum Verständnis von Arbeitszufriedenheit beigetragen hat.

5.3.2.3 Das Modell von Bruggemann et al. (1975)

Ein viel zitiertes theoretisches Modell, das sowohl Arbeitszufriedenheit als Funktion des individuellen Anspruches beschreibt als auch die Integration kognitiver und inhaltlicher Prozesse ermöglicht, ist der Arbeitsgruppe von Bruggemann et al. (1975) zu verdanken. Aussagen über Arbeitszufriedenheit können ihren Angaben zufolge nur dann präzise getroffen werden, finden drei zentrale Komponenten Berücksichtigung:

- 1) das Ergebnis eines Vergleichs zwischen den Erwartungen und Ansprüchen an die Arbeitssituation (Soll) und der Wahrnehmung der tatsächlichen Arbeitssituation (Ist),
- 2) das individuelle Anspruchsniveau, das in Abhängigkeit der wahrgenommenen Ist-Soll-Differenz beibehalten, erhöht oder gesenkt werden kann und
- 3) das Problembewältigungsverhalten im Falle der Nicht-Befriedigung der Bedürfnisse und Erwartungen, das entweder Problemlösung, Problemfixierung oder Problemverdrängung beinhalten kann.

Aufbauend auf diesen Annahmen erstellten Bruggemann et al. (1975) ein Modell, das mögliche Konstellationen des Zusammenspiels der genannten Komponenten beschreibt. Ziel dieses Modells ist die Differenzierung unterschiedlicher Formen von Arbeitszufriedenheit, die als Resultate von subjektiven Abwägungs- und Erlebnisverarbeitungsprozessen verstanden werden (Bruggemann, 1976; Bruggemann, Groskurth & Ulich, 1975; Fischer, 1989).

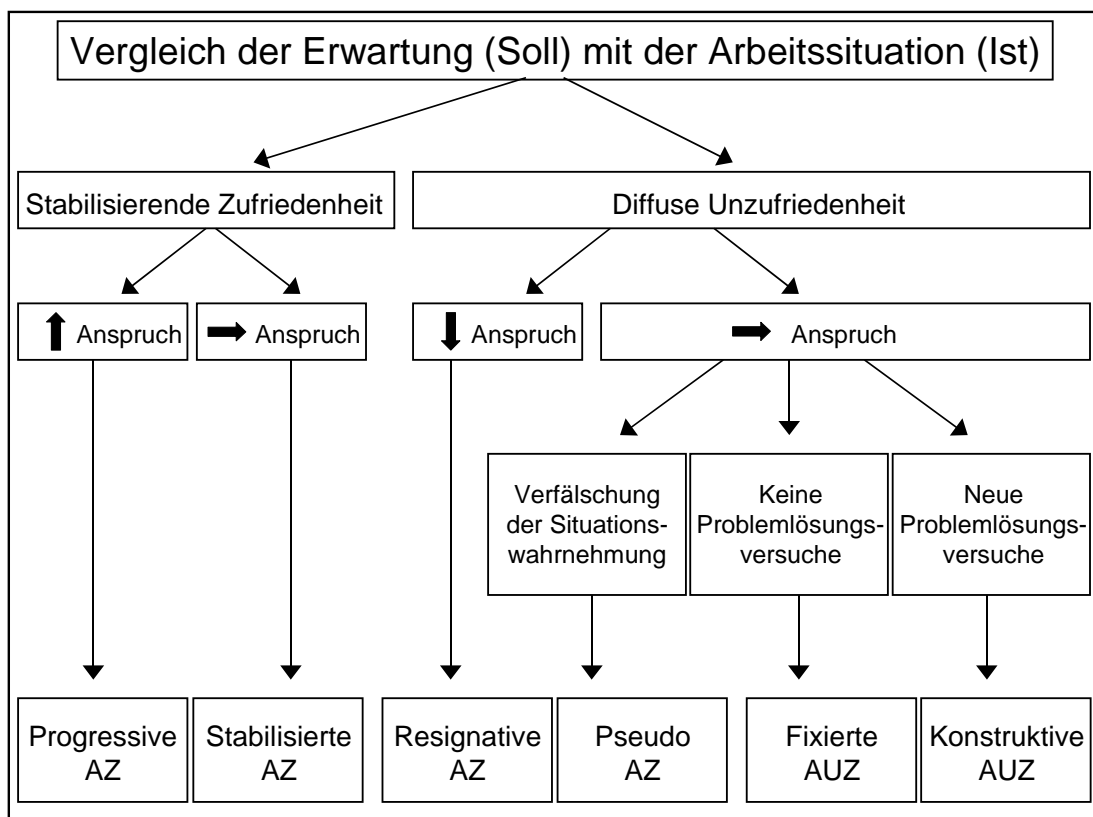


Abbildung 6: Modell der Arbeitszufriedenheit nach Bruggemann et al. (1975)

Wie die Abbildung 6 verdeutlicht, ist der Ausgangspunkt für die Bildung verschiedener Formen der Arbeitszufriedenheit ein Vergleich zwischen den Bedürfnissen und Erwartungen bezogen auf die Arbeitssituation und den wahrgenommen Merkmalen der Arbeitssituation. Bruggemann et al. (1975) geben weiterhin an, dass die Schlussfolgerung aus dieser ersten Gegenüberstellung je nach Differenz entweder zu stabilisierender Zufriedenheit oder diffuser Unzufriedenheit

führt. Basierend auf diesem vorläufigen Ergebnis des Ist-Soll-Vergleiches kann nun in Abhängigkeit des individuellen Anspruchsniveaus und Problemlöseverhaltens Arbeitszufriedenheit weiter differenziert werden. Resultierend aus den subjektiven Abwägungs- und Erlebnisverarbeitungsprozessen leitet die Forschergruppe sechs unterschiedliche Formen von Zufriedenheit ab, die in der Abbildung 7 und in Übereinstimmung mit der Abbildung 6 näher erklärt werden.

Formen der Arbeitszufriedenheit nach Bruggemann et al. (1975)

1. *Progressive Arbeitszufriedenheit:*

Ein Zufriedenheitsurteil, das auf der Befriedigung von Bedürfnissen und Erwartungen beruht und zusätzlich mit dem Wunsch und/oder der Erwartung verbunden ist, weitgehende, neue Ziele zu erreichen;

2. *Stabilisierte Arbeitszufriedenheit:*

Ein Zufriedenheitsurteil, das ebenfalls auf Befriedigung beruht und sich mit dem Wunsch nach Wahrung des Erreichten verbindet;

3. *Resignative Arbeitszufriedenheit:*

Im Gegensatz zu den beiden erstgenannten Zufriedenheitsformen ist sie nicht befriedigungsbedingt, sondern beruht auf einer Minderung des Anspruchsniveaus und auf Resignation;

4. *Pseudo-Arbeitszufriedenheit:*

Eine theoretisch abzuleitende Form, bei der die Zufriedenheitsformulierung auf einer Wahrnehmungsverfälschung hinsichtlich der unbefriedigenden Situation beruht – also auf einem Abwehrmechanismus;

5. *Fixierte Arbeitsunzufriedenheit:*

Bei dieser Form handelt es sich um eine Unzufriedenheitsfeststellung, die fixiert und ausweglos erscheint, weil Möglichkeiten zur Veränderung der unbefriedigenden Aspekte des Arbeitsverhältnisses nicht sichtbar werden;

6. *Konstruktive Arbeitsunzufriedenheit:*

Eine Unzufriedenheitsformulierung, die mit Vorstellungen und Initiativen zur Überwindung der unbefriedigenden Situation verknüpft ist.

Abbildung 7: Die Formen der Arbeitszufriedenheit nach Bruggemann (aus Bruggemann, 1976, S. 71)

Anzumerken bleibt, dass dieses Modell in empirischen Studien nur partiell bestätigt werden konnte (Semmer und Udrys, 1993, zitiert nach Nerdinger, 1995) und kritische Resonanz vor allem bezüglich der Vollständigkeit (Neuberger & Allerbeck, 1978) und Bewusstheit ablaufender Prozesse (Fischer, 1989) nicht ausblieb. Einer Empfehlung von Rosenstiel et al. (2003) zufolge, sollte die Form der Arbeitszufriedenheit in zukünftigen Untersuchungen jedoch unbedingt Berücksichtigung finden, da teils widersprüchliche Befunde mit Hilfe dieses Modells erklärt werden können⁵ und somit hohe Arbeitszufriedenheitswerte, die unter ungünstigen Bedingungen zustande kommen, begründet werden können (Bruggemann et al., 1975; Nerdinger, 1995).

5.3.3 Schlussfolgerung

Schlussfolgernd wird anhand der vorliegenden Forschungsergebnisse zum Thema Arbeitszufriedenheit deutlich, dass ein so vielschichtiges Konstrukt nicht mittels einer globalen Einschätzung erfragt werden kann. Die Befunde der arbeits- und organisationspsychologischen Forschung verweisen in Einklang mit den Ergebnissen der Arbeitszufriedenheitsforschung praktizierender Ärzte vielmehr auf die Notwendigkeit, sowohl Tätigkeitsmerkmale (Kontentmerkmale) als auch Kontextmerkmale differenziert zu analysieren. Die Ausführungen zeigen jedoch weiterhin, dass eine Beurteilung der Angaben diese Aspekte betreffend, erst dann erfolgen kann, wenn der Explikation des jeweils individuellen Bezugssystems der gleiche Stellenwert eingeräumt wird, wie der Analyse der geäußerten Arbeitszufriedenheit selbst. Demnach scheint der Job Diagnostic Survey von Hackman & Oldham (1975, 1976, 1980, in der deutschen Übersetzung von Schmidt et al., 1985) sowie eine Befragung zu Formen der Arbeitszufriedenheit nach Bruggemann et al. (1975) für eine detaillierte Analyse der Arbeitssituation praktizierender Ärzte geeignet.

⁵ Die positiven Ergebnisse von Rottenfußler (1998) bezüglich der allgemeinen Arbeitszufriedenheit niedergelassener Ärzte in Deutschland, relativieren sich z.B. erheblich, wird eine Analyse der Arbeitszufriedenheitsformen nach Bruggemann et al. (1975) durchgeführt. Dieser Analyse zufolge, lassen sich 80% der allgemein zufriedenen Ärzte fixiert oder konstruktiv unzufriedenen bzw. resignativ zufriedenen Ärzten zuordnen.

5.4 Zusammenfassung

Die Darstellung bisheriger Forschungsergebnisse zur Belastung und Arbeitszufriedenheit niedergelassener Ärzte liefert eine Vielzahl von Anhaltspunkten, die eine Untersuchung potentieller Auswirkungen der aktuellen Arbeitssituation auf die Arzt-Patient-Kommunikation nahe legt. Hervorzuheben ist dabei nicht allein die zunehmende Belastung und steigende Unzufriedenheit der Ärzte, sondern ebenso die veranschaulichten Folgen sowohl auf die Lebensqualität und Gesundheit der Mediziner als auch auf die Patientenversorgung.

Auswirkungen auf die Kommunikation zwischen Arzt und Patient werden dabei vor allem mit einer erhöhten psychischen Morbidität dieser Berufsgruppe in Verbindung gebracht, die in Abhängigkeit der wahrgenommenen Belastung und der daraus resultierenden Unzufriedenheit eine weit verbreitete Folge darstellt. Die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme betreffend, sprechen in Abhängigkeit der auftretenden Symptomatik und in Übereinstimmung vorheriger Ausführungen insbesondere abnehmende Arbeitsmoral sowie klassische Erschöpfungsanzeichen einhergehend mit Konzentrationsschwierigkeiten und Aufmerksamkeitsdefiziten für eine Beeinträchtigung dieser ausschlaggebenden Kompetenz.

Aufbauend auf den vorliegenden Erörterungen wird die Erfassung verschiedener Stressoren sowie eine detaillierte Analyse der Arbeitszufriedenheit praktizierender Ärzte und eine Untersuchung potentieller Auswirkungen auf die Arzt-Patient-Kommunikation, speziell auf die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme des Arztes erfolgen.

6 Forschungsanliegen

Übereinstimmend mit den beschriebenen Forschungsergebnissen und theoretischen Annahmen werden in diesem Kapitel die Fragestellungen für das vorliegende Forschungsvorhaben abgeleitet. Die ausführliche Beschreibung der methodischen Vorgehensweise sowie die Auswahl geeigneter Analyseinstrumente wird im Anschluss an diese Ausführungen erfolgen.

6.1 Fähigkeit zur Perspektivenübernahme praktizierender Ärzte

Die bisherigen Forschungsergebnisse zur Arzt-Patient-Kommunikation verdeutlichen, dass der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme des Arztes eine ausschlaggebende Bedeutung für eine gelungene Arzt-Patient-Kommunikation zukommt. Insbesondere im Zusammenhang mit einer gemeinsamen Entscheidungsfindung, die sich entscheidend auf die Compliance auswirken kann, spielen die Bedürfnisse des Patienten sowohl in Bezug auf die Ausführlichkeit und Präsentationsart der Informationen als auch hinsichtlich angepasster sozioemotionaler Kommunikation eine herausragende Rolle. Die Berücksichtigung der Patientenperspektive wird dabei zum einen in Verbindung mit psychologischen Gesichtspunkten und zum anderen aus sprachwissenschaftlicher Perspektive diskutiert.

Diese ausschlaggebende Bedeutung von Perspektivenübernahme und die Kritik an einer fehlenden theoretischen Einbettung der Arzt-Patient-Kommunikation aufgreifend, zeigt sich des Weiteren, dass in Anlehnung an Stamp (1999) und in Einklang mit klassischen Kommunikationstheorien die Entwicklung eines Modells möglich wird, dass dieser entscheidenden Kompetenz Rechnung trägt. Demnach nimmt die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme nicht allein in alltäglichen Kommunikationssituationen einen besonderen Stellenwert ein, sondern gewinnt zusätzlich an Bedeutung, handelt es sich, wie im vorliegenden Fall, um eine Experten-Laien-Kommunikation. Die Forschungsergebnisse zur Arzt-Patient-Kommunikation, die die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme als entscheidende ärztliche Kompetenz im Gespräch mit dem Patienten hervorheben, können somit theoretisch belegt und unterstrichen werden.

Die sich nun unmittelbar anschließende Forschungsfrage nach der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme praktizierender Ärzte muss allerdings angesichts der Forschungsergebnisse zur Experten-Laien-Kommunikation weiter spezifiziert werden. Die Befunde dieser Forschungsrichtung zeigen, dass die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme in der Arzt-Patient-Kommunikation als beispielhafte Experten-Laien-Kommunikation nicht allein ein Problem der angemessenen Repräsentation der Patientenperspektive (Fähigkeit zur Antizipation), sondern ebenso ein Problem der Aufrechterhaltung und Nutzung dieser Repräsentation (Fähigkeit zur Adaptation) angesichts der hohen Verfügbarkeit der eigenen Expertenperspektive zu sein scheint.

Ableitend aus diesen Darstellungen ergeben sich somit zwei differenzierte Forschungsfragen: zum einen hinsichtlich der Fähigkeit zur Antizipation und zum anderen hinsichtlich der Fähigkeit zur Adaptation praktizierender Ärzte. Die Frage nach der Fähigkeit zur Antizipation wird dabei in Anlehnung an Rambow (2000; vgl. auch Bromme & Rambow, 2000 und Schober, 1998) nicht allein auf das medizinische Fachwissen des Patienten beschränkt sondern auf die Einstellungen und Bewertungen des Patienten, die dem Arzt in Anbetracht der gemeinsamen Entscheidungsfindung bewusst sein sollten (Klemperer, 2003), erweitert. Als ausschlaggebende Komponenten einer Arzt-Patient-Kommunikation werden diesbezüglich vier Aspekte angegeben, die von Cegala et al. (1998) als Informationsgabe, Informationsprüfung, Informationssuche und sozioemotionale Kommunikation definiert werden. Schlussfolgernd wird somit neben der Untersuchung der Wissensantizipation ebenfalls die Frage anstehen, in welchem Maße es praktizierenden Ärzten gelingt, die Wahrnehmung der Konsultation aus Sicht der Patienten hinsichtlich der genannten vier Komponenten einzuschätzen. Eine Überprüfung der Adaptationsfähigkeit erfolgt ebenfalls differenziert nach diesen vier Aspekten einer gelungenen Arzt-Patient-Kommunikation.

Weiterhin wird in Anbetracht der teils widersprüchlichen Befunde sowohl die Fähigkeit zur Antizipation als auch die Fähigkeit zur Adaptation in Abhängigkeit der Berufserfahrung praktizierender Ärzte analysiert (Bromme et al., 1999; Bromme & Rambow, 1998; Rambow, 2000). Eine Beantwortung der Frage, ob und in welchem

Maße praktizierende Ärzte die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme als ausschlaggebende Kompetenz ärztlichen Kommunikationsverhaltens haben, kann somit differenziert und in Abhängigkeit der Berufserfahrung gewährleistet werden.

6.2 Belastung und Arbeitszufriedenheit praktizierender Ärzte als mögliche Einflussfaktoren auf die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme

Neben der Berufserfahrung scheinen allerdings noch weitere Faktoren die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme entscheidend mitbestimmen zu können. Die Ausführungen der klassischen Experten-Laien-Forschung weisen diesbezüglich z.B. darauf hin, dass eine Untersuchung dieser Kompetenz bisher vor allem unter günstigen Bedingungen vorgenommen wurde, zusätzliche Belastungsfaktoren dagegen wenig Berücksichtigung fanden.

Diese Anmerkung vor allem angesichts der Tatsache aufgreifend, dass die alltägliche Belastung einhergehend mit zunehmender Arbeitsunzufriedenheit entscheidende Auswirkungen sowohl auf die Gesundheit der Ärzte als auch auf die Patientenversorgung hat, wird in der vorliegenden Arbeit die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme in Abhängigkeit von Belastung und Arbeitszufriedenheit praktizierender Ärzte untersucht. Besonders hervorzuheben ist hierbei der Gesichtspunkt, dass in Abhängigkeit der zeitlichen Manifestation von Belastung und Arbeitszufriedenheit psychische Folgeerkrankungen auftreten können, die mit Konzentrations- und Aufmerksamkeitsdefiziten einhergehen. Da die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme, insbesondere das Problem der Aufrechterhaltung und Nutzung der Patientenperspektive als sehr ressourcenintensiv und abhängig von zusätzlicher metakognitiver Anstrengung beschrieben wird, scheint ein negativer Einfluss von Belastung und Arbeitszufriedenheit auf diese Kompetenz nahe liegend. Der Einfluss von Belastung und Arbeitszufriedenheit wird sowohl in Verbindung mit Antizipations- als auch Adaptationsprozessen untersucht.

6.3 Übersicht der Forschungsfragen

Zusammenfassend sind die herausgestellten Forschungsfragen dieser Arbeit noch einmal in der Tabelle 4 veranschaulicht.

Analyse der Perspektivenübernahme praktizierender Ärzte	
<u>Forschungsfrage 1:</u> Güte der Antizipation	<u>Forschungsfrage 2:</u> Güte der Adaptation
<p>In welchem Maße gelingt es praktizierenden Ärzten, sich in die Perspektive des Patienten hineinzuversetzen?</p> <p>a) bezogen auf das medizinische Fachwissen des Patienten</p> <p>b) bezogen auf die Wahrnehmung der Konsultation aus der Sicht des Patienten hinsichtlich der folgenden vier Komponenten, die für eine gelungene Arzt-Patient-Kommunikation stehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informationsgabe - Informationssuche - Informationsprüfung - Sozioemotionale Kommunikation 	<p>In welchem Maße gelingt es praktizierenden Ärzten, die Repräsentation der Patientenperspektive angesichts der hohen Verfügbarkeit der eigenen Perspektive in der Kommunikation mit dem Patienten aufrechtzuerhalten und zu nutzen?</p> <p>Diese Frage wird ebenfalls differenziert für die folgenden vier Komponenten untersucht, die für eine gelungene Arzt-Patient-Kommunikation stehen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Informationsgabe - Informationssuche - Informationsprüfung - Sozioemotionale Kommunikation
<p><u>Forschungsfrage 3:</u> Abhängigkeit der Antizipations- und Adaptationsgüte von der Berufserfahrung</p> <p>In welchem Maße wird die Fähigkeit zur Antizipation und Adaptation von der Berufserfahrung der praktizierenden Ärzte beeinflusst?</p>	
<p><u>Forschungsfrage 4:</u> Abhängigkeit der Antizipations- und Adaptationsgüte von der erlebten Belastung</p> <p>In welchem Maße wird die Fähigkeit zur Antizipation und Adaptation von der erlebten Belastung des Arztes beeinflusst?</p>	
<p><u>Forschungsfrage 5:</u> Abhängigkeit der Antizipations- und Adaptationsgüte von der Arbeitszufriedenheit</p> <p>In welchem Maße wird die Fähigkeit zur Antizipation und Adaptation von der Arbeitszufriedenheit des Arztes beeinflusst?</p>	

Tabelle 4: Übersicht der Forschungsfragen

7 Methodisches Vorgehen

Aufbauend auf den bisherigen Ausführungen wird es Ziel dieses Kapitels sein, den Rahmen der vorliegenden Untersuchung einschließlich des Untersuchungsdesigns und die Operationalisierung der genannten Variablen detailliert zu beschreiben sowie die verwendeten Messinstrumente hinsichtlich statistischer Gütekriterien zu analysieren. Basierend auf den Ergebnissen dieser Skalenüberprüfung wird eine Beschreibung der statistischen Analyseverfahren erfolgen, die eine Auswertung der gewonnenen Daten entsprechend den aufgestellten Fragestellungen ermöglicht.

7.1 Rahmen der Untersuchung

Aktuelle politische Diskussionen bezüglich der Arbeitssituation praktizierender Ärzte führten zu der Konzipierung der vorliegenden Doktorarbeit, die eine Einbindung von drei Diplomarbeiten ermöglichte. Die in den Medien hervorgehobene steigende Belastung und zunehmende Unzufriedenheit der Mediziner gaben Anlass, diese differenziert zu hinterfragen und potentielle Auswirkungen auf die medizinische Konsultation zu untersuchen. Das ursprüngliche Design sah dabei sowohl eine Befragung von Klinikärzten als auch von niedergelassenen Ärzten vor, wobei die Umsetzung des neuen Arbeitszeitgesetzes aus dem Jahr 2004 Berücksichtigung finden sollte.

Eine erste Kontaktaufnahme mit medizinischen Kollegen verschiedener Kliniken zeigte jedoch, dass die konzipierte Studie bestehend aus drei Fragebögen im klinischen Arbeitsumfeld nicht durchgeführt werden konnte. Zum einen erwies sich die Akquirierung von Ärzten, die zu einer Teilnahme bereit waren als nahezu unmöglich und zum anderen war eine vergleichbar methodische Durchführung der Befragung aufgrund der vorhandenen Bedingungen nicht umsetzbar. Schlussfolgernd erfolgte somit eine groß angelegte Untersuchung niedergelassener Ärzte, die entsprechend dem Arbeits- und Wohnort der Autorin und der Diplomanden hauptsächlich aus Thüringen und Sachsen stammen.

7.2 Untersuchungsdesign und Durchführung

Die theoretisch fundierte Untersuchung niedergelassener Ärzte fand in dem Zeitraum April bis August 2004 statt. Die Akquirierung von Versuchspersonen erfolgte mit Hilfe eines Anschreibens, das an alle 446 eingetragenen Arztpraxen des infrage kommenden Studiengebietes verschickt wurde. Gebeten wurde um die Teilnahme an zwei Forschungsprojekten der Universität Jena, wobei aus methodischen Gründen zwei voneinander unabhängige Vorhaben beschrieben wurden (siehe Anhang A). Zum einen wurde um die Teilnahme an einer Untersuchung zur momentanen beruflichen Belastung niedergelassener Ärzte gebeten und zum anderen erfolgte ein Aufruf, eine Studie zur Kommunikationskompetenz von Arzt und Patient vor allem in Bezug auf das vom Patient eingebrachte medizinische Vorwissen zu unterstützen. Beide Projekte wurden als Fragebogenuntersuchung vorgestellt, deren Dauer mit jeweils 10 Minuten angegeben wurde. Bei anschließender telefonischer Kontaktaufnahme und bekundetem Interesse wurden die Arztpraxen nach Vereinbarung eines Termins für die Durchführung der Untersuchung persönlich aufgesucht.

Die Befragung bezüglich der Arzt-Patient-Kommunikation wurde von einem Versuchsleiter vor Ort dann so vorgenommen, dass unmittelbar nach Beendigung einer beliebig ausgewählten Konsultation dem Arzt und dem Patient unabhängig voneinander ein Fragebogen mit der Bitte um eine Beurteilung der eben stattgefundenen Arzt-Patient-Konsultation vorgelegt wurde. Veranschlagt wurden für das Ausfüllen der jeweiligen Fragebögen besagte 10 Minuten, wobei Wert darauf gelegt wurde, den ausgefüllten Fragebogen von dem Patienten umgehend an sich zu nehmen. Dem Patienten sollte durch dieses Vorgehen weitgehende Offenheit bei der Beantwortung der vorliegenden Fragen ermöglicht werden. Eine ausführliche Beschreibung dieser beiden Fragebogenversionen zur Wahrnehmung der Arzt-Patient-Kommunikation wird im Zusammenhang mit den Ausführungen bezüglich der Operationalisierung der zu untersuchenden Perspektivenübernahme erfolgen.

Zusätzlich wurde dem Arzt ein weiterer Fragebogen ausgehändigt, der seine tägliche Belastung und Arbeitszufriedenheit erfasst. Dieser zweite Fragebogen konnte zu einem beliebigen Zeitpunkt ausfüllt werden und wurde zu einem späteren Termin von einem der Versuchsleiter abgeholt bzw. mit der Post zurückgesandt. Eine detaillierte Beschreibung dieses Fragebogens wird ebenfalls in Verbindung mit der Operationalisierung der verwendeten Konstrukte in einem der folgenden Abschnitte erfolgen.

7.3 Stichprobe

Von den 446 angeschriebenen und schriftlich sowie telefonisch über diese Studie informierten niedergelassenen Ärzten erklärten sich 121 Ärzte (27,1%) und 156 Patienten bereit, dieses Vorhaben zu unterstützen. Eine Stichprobenbeschreibung erfolgt separat für die teilnehmenden Ärzte und Patienten.

Die Ärztstichprobe

Die Ärztstichprobe setzt sich zusammen aus 121 niedergelassenen Ärzten, die überwiegend aus den Bundesländern Thüringen (52,9%) und Sachsen (30,5%) stammen. Eine detaillierte Übersicht der geographischen Zusammensetzung spiegelt die Tabelle 5 wider.

Bundesland	Anzahl der Teilnehmer (N)	Prozentualer Anteil (%)
Thüringen	64	52,9
Sachsen	37	30,5
Bayern	9	7,4
Mecklenburg-Vorpommern	5	4,1
Sachsen-Anhalt	2	4,7
Baden-Württemberg	1	0,8
Brandenburg	1	0,8
Hessen	1	0,8
Rheinland-Pfalz	1	0,8
Gesamt	121	100,0

Tabelle 5: Geographische Zusammensetzung der Stichprobe

Das Alter der Befragten weist einen Mittelwert von $M=49,74$ ($SD=8,57$) auf, wobei der jüngste Arzt 32 und der älteste 66 Jahre alt ist (5 Missings). 66 (54,5%) der insgesamt 121 teilnehmenden Ärzte sind Frauen und 54 (44,6%) Männer (1 Missing). Die Familiensituation betreffend, sind 99 (81,8%) Mediziner verheiratet bzw. leben in einer Partnerschaft, 13 (10,7%) sind ledig und 6 (4,9%) leben getrennt bzw. sind geschieden oder verwitwet. Fast alle der befragten Ärzte (90,1%) haben Kinder und fühlen sich durch ihre Familie und/oder Freunde unterstützt. 5 Ärzte machten keine Angaben über ihre Familiensituation.

Eine Aufschlüsselung nach Fachrichtungen in Tabelle 6 zeigt weiterhin, dass Ärzte aus zehn verschiedenen Fachrichtungen beteiligt sind (2 Missings). Der Großteil der befragten Ärzte besteht dabei aus Fachärzten für Allgemeinmedizin (43,8%). Die zweitgrößte Gruppe bilden Fachärzte für Gynäkologie (14,0%), gefolgt von Fachärzten der Augenheilkunde (7,4%).

Fachrichtung	Anzahl der Teilnehmer (N)	Prozentualer Anteil (%)
Allgemeinmedizin	53	43,8
Gynäkologie	17	14,0
Augenheilkunde	10	7,4
Innere Medizin	9	8,3
Dermatologie	7	5,8
HNO	6	5,0
Chirurgie	6	5,0
Orthopädie	4	3,3
Neurologie / Psychiatrie	4	3,3
Urologie	3	2,5
Gesamt	119	98,4

Tabelle 6: Fachrichtungen der teilnehmenden Ärzte

Bei der Art der Praxis handelt es sich überwiegend um Einzelpraxen ohne weitere Angestellte (64,5%), aber auch Gemeinschaftspraxen (22,3%), Praxisgemeinschaften (7,4%) sowie Einzelpraxen mit einem oder mehreren Angestellten (4,1%) sind vertreten (2 Missings).

Die teilnehmenden Ärzte verfügen im Durchschnitt über 23,88 (SD=8,98) Jahre Berufserfahrung (einschließlich dem praktischen Jahr) (11 Missings), wobei durchschnittlich auf 11,08 (SD=4,71) Jahre berufliche Erfahrung in einer niedergelassenen Praxis zurückgegriffen werden kann (7 Missings).

Bezogen auf die Anzahl täglicher Patientenkontakte geben die Ärzte an, am Tag zwischen 20 und 140 Patienten zu behandeln, was einen Mittelwert von 55,32 (SD=22,15) ergibt (10 Missings). Die wöchentliche Arbeitszeit schwankt zwischen 19 und 75 Stunden mit einem Mittelwert von 50,12 (SD=10,89) Stunden (6 Missings), wobei im Durchschnitt lediglich 30,26 (SD=8,67) Stunden (5 Missings) auf die Praxisöffnungszeiten entfallen.

Ein verstärktes Engagement einiger Teilnehmer hervorhebend, bleibt zu erwähnen, dass von den 121 an der Untersuchung beteiligten Ärzten sich 22 Ärzte bereit erklärten, mehr als eine Patientenkonsultation zu beurteilen. Der überwiegende Teil dieser 13% füllte den Fragebogen für zwei Patienten aus, sechs Ärzte beantworteten drei bis sechs Patientenkonsultationsfragebögen. Insgesamt liegen 156 Beurteilungen der Ärzte für 156 durchgeführte Patientenkonsultationen vor.

Die Patientenstichprobe

Entsprechend der Bereitschaft der Ärzte 156 Patientenkonsultationen zu beurteilen, waren 156 Patienten an der vorliegenden Untersuchung beteiligt. Das mittlere Alter der Patienten beträgt 49,18 Jahre (SD=15,54). Der jüngste Patient ist 17, der älteste 79 Jahre alt (6 Missings). Die Geschlechterverteilung zeigt, dass 96 (61,5%) der Patienten weiblich und 56 (35,9%) männlich sind (4 Missings).

Nach ihrem Familienstand befragt, geben 101 (64,7%) Patienten an, verheiratet zu sein oder in einer Partnerschaft zu leben, 28 (17,9%) sind ledig und 23 (14,8%) leben getrennt bzw. sind geschieden oder verwitwet (4 Missings).

Den Bildungsstand betreffend, zeigt sich, dass der überwiegende Teil der Patientenstichprobe (60,9%) über einen Haupt- oder Realschulabschluss verfügt.

17,3% absolvierten ein (Fach-)Abitur und 17,9% besitzen einen Hochschulabschluss. Eine Versuchsperson hat keinen Schulabschluss (5 Missings).

Gemäß dem Bildungsstand gehören die meisten Patienten zur Berufsgruppe der Angestellten (37,8%) und zur Berufsgruppe der Arbeiter (25%). 12,8% sind bereits pensioniert und 6,4% selbständig. Die verbleibenden 14,1% entfallen zu etwa gleichen Teilen auf Beamte, Hausfrauen, Auszubildende, Studenten und Arbeitslose (6 Missings).

Angaben zur Patientenkonsultation

Im Folgenden werden noch einige Daten zur Patientenkonsultation angegeben, die auf den Angaben des Arztes beruhen.

Demnach kannten die meisten Patienten den Arzt bereits, da lediglich 19 (12,2%) Erstbehandlungen bei diesem Arzt verzeichnet wurden (1 Missing). Anlass für den Arztbesuch war in 17,9% der Fälle eine Routinekontrolle oder Vorsorgeuntersuchung, 35,3% der Patienten kamen zur Behandlung einer akuten Erkrankung und 44,9% suchten den Arzt aufgrund einer chronischen Krankheit auf (3 Missings).

Weiteren Angaben zufolge konsultieren 37,2% der Patienten den Arzt mehrmals im Quartal, weitere 10,3% mehrmals im Monat und 2,6% der Patienten suchen ihren Arzt mehrmals in der Woche auf. Demgegenüber lassen sich 30,1% höchstens einmal im Quartal und 14,7% maximal einmal im Jahr von einem Arzt behandeln (8 Missings).

7.4 Statistische Analysemethoden

Die weitere Beschreibung der methodischen Auswertung schließt neben der Erörterung der Operationalisierung ebenso die Analyse der verwendeten Messinstrumente ein. Da eine Voraussetzung für diese Darstellung ein kurzer Überblick zu statistischen Analysemethoden sein wird, ist es Ziel dieses Abschnittes, grundlegende Vorgehensweisen bezüglich der Verwendung verschiedener Verfahren zu erläutern. Die Auswahl der statistischen Verfahren erfolgt in Abhängigkeit der zu prüfenden Fragestellung, des Skalenniveaus und gemäß den Voraussetzungen der einzelnen Analysemethoden.

Im Fokus der statistischen Überprüfung der verwendeten Messinstrumente steht zunächst die Untersuchung der vorgegebenen theoriegeleiteten Dimensionalität der operationalisierten Variablen. Eine Methode zur Bestimmung der dimensional Struktur korrelierter Merkmale ist die Faktorenanalyse. Dieses Verfahren klassifiziert die Variablen gemäß ihrer korrelativen Beziehung in voneinander unabhängige Gruppen und ermöglicht somit eine Aussage, inwieweit angenommene Faktoren (Subskalen) tatsächlich abgebildet werden können.

Die hier zum Einsatz kommende und in Anlehnung an Bortz (1999) wohl wichtigste Technik zur Bestimmung dieser so genannten „Faktoren“ ist die Hauptkomponentenanalyse (PCA, principal components analysis) (Bortz, 1999). Durchgeführt wird diese Analysemethode in Verbindung mit einer Varimax-Rotation, wobei zuvor eine Eignung der Daten entsprechend dem Kaiser-Meyer-Olkin-Kriterium, dem Bartlett-Test auf Sphärizität und der Anti-Image-Korrelationsmatrix sichergestellt wird (Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2003). Die Bestimmung der Faktorenanzahl orientiert sich sowohl an dem Scree-Test als auch an dem Kaiser-Guttman-Kriterium, nach dem nur Faktoren mit einem Eigenwert über eins interpretiert werden (Bühl & Zöfel, 2002).

In einem zweiten Analyseschritt werden die Items, die aufgrund eindeutig hoher Ladungen den einzelnen Faktoren zuzuordnen sind bzw. einer vorgegebenen Gesamtskala angehören, einer Reliabilitätsanalyse unterzogen. Ziel dieser statistischen Methode ist die Überprüfung der Genauigkeit des vorliegenden Tests, wobei die Eignung der einzelnen Items im Kontext der Sub- bzw. Gesamtskala analysiert wird. Entsprechend den Empfehlungen von Bühl und Zöfel (2002) wird in dieser Arbeit Cronbach's Alpha zur Berechnung des Reliabilitätskoeffizienten gewählt.

Aufbauend auf den Ergebnissen dieser ersten Analyseverfahren, können nun in einem weiteren Auswertungsschritt Skalenmittel-, Skalensummenwerte und Differenzwerte berechnet werden. Diese Ausgangsdaten ermöglichen entsprechend den zu überprüfenden Annahmen Mittelwertvergleiche, Regressionsanalysen sowie die Berechnung von Strukturgleichungsmodellen (Structural Equation Modeling,

SEM). Auf die jeweils zum Einsatz kommende Analysemethode wird im Zusammenhang mit den einzelnen Forschungsfragen eingegangen. Prinzipiell bleibt zu erwähnen, dass zur Beurteilung der Anpassungsgüte der theoretischen Modellstruktur an die empirischen Daten in SEM der von Byrne (2001) empfohlene Chi-Quadrat-Wert (χ^2) und der Root-Mean-Square-Error of Approximation (RMSEA) berechnet wird (Byrne, 2001). Die Analyse der gewonnenen Daten wird mit den Programmen SPSS 12.0 und AMOS 5.0 durchgeführt.

7.5 Operationalisierung von Perspektivenübernahme

Wie die theoretischen Ausführungen im Zusammenhang mit der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme zeigen, wird für eine Untersuchung dieser ausschlaggebenden Kompetenz eine Aufstellung von zwei differenzierten Forschungsfragen erforderlich. Für eine Operationalisierung der Perspektivenübernahme bedarf es somit zum einen geeigneter Messinstrumente, die die Fähigkeit zur Antizipation der Patientenperspektive erfassen und zum anderen Analyseinstrumente, die eine Aussage über die Fähigkeit zur Aufrechterhaltung und Nutzung dieser Repräsentation in der Arzt-Patient-Kommunikation ermöglichen, also Schlussfolgerungen über die Fähigkeit zur Adaptation zulassen.

Weiterhin wird bezüglich der Antizipationsfähigkeit in Anlehnung an die Arbeitsgruppe Rambow (2000; vgl. auch Bromme & Rambow, 2000 und Schober, 1998) nicht allein eine Operationalisierung der Wissensantizipation erfolgen, sondern ebenso die Wahrnehmung der Patientenkonsultation operationalisiert. Die Analyse der Antizipationsfähigkeit des Arztes kann somit differenziert für das medizinische Fachwissen des Patienten und für die zitierten vier entscheidenden Komponenten einer Arzt-Patient-Kommunikation vorgenommen werden (Cegala et al., 1998).

Diese Komponenten – Informationsgabe, Informationssuche, Informationsprüfung und sozioemotionale Kommunikation – werden im Anschluss an die Ausführungen zur Antizipationsfähigkeit in Verbindung mit den Darstellungen zu Operationalisierung der Adaptationsfähigkeit erneut aufgegriffen.

7.5.1 Die Fähigkeit zur Wissensantizipation

Eine Untersuchung der Antizipationsfähigkeit bezüglich des Fachwissens von Laien wurde bisher vor allem in der EDV-Branche und im Fachbereich der Architektur vorgenommen (vgl. u. a. Nückles, 2001 und Rambow, 2000). Als Mittel der Wahl wurden Fachbegriffe des jeweiligen Fachgebietes zusammengestellt, die für die Experten leicht verständlich waren. Diese Begriffe wurden sowohl Experten als auch Laien mit der Bitte vorgelegt, das Wissen des Laien bzw. das eigene Wissen für jeden einzelnen Begriff einzuschätzen. Die Antizipationsfähigkeit des Experten wurde dann anhand eines Vergleiches bestimmt, indem eine Gegenüberstellung des angenommenen Laienwissens mit dem tatsächlichen Wissen des Laien erfolgte.

Da es für die Arzt-Patient-Kommunikation als weitere beispielhafte Experten-Laien-Kommunikation bisher keine vergleichbaren Studien und demzufolge auch keine Vorlage von geeigneten Fachbegriffslisten gibt, bedarf es für die vorliegende Untersuchung vorerst einer Generierung entsprechender Fachbegriffe. Diese Zusammenstellung geeigneter medizinischer Fachbegriffe erfolgte mit Hilfe einer Voruntersuchung.

7.5.1.1 Voruntersuchung

Mit der Bitte um Mithilfe für das Gelingen des vorliegenden Forschungsprojektes wurden Mediziner verschiedener Fachrichtungen gebeten, medizinische Begriffe aufzuschreiben, die ihrer Meinung nach unabhängig von ihrem persönlichen Fachgebiet im medizinischen Alltag sehr häufig gegenüber Patienten verwendet werden bzw. gebräuchlich sind. Diese Begriffe konnten sowohl deutsch als auch lateinisch sein und sollten aus den folgenden vier Bereichen stammen:

- Krankheiten/Diagnosen,
- Krankheitssymptome,
- Behandlungsverfahren/Medikamente
- Untersuchungsverfahren

Für jede medizinische Kategorie wurden 12 Begriffe gesucht, die sich in die nachfolgenden drei Schwierigkeitsstufen einordnen lassen:

- *Leichte Begriffe*: Begriffe, die von der Fachsprache in die Alltagssprache übernommen wurden und die nach eigener Meinung bzw. nach der Meinung von Kollegen von jedem Patienten eindeutig verstanden werden.
- *Begriffe im mittleren Schwierigkeitsbereich*: Begriffe, welche häufig verwendet werden, scheinbar von vielen Patienten verstanden werden, allerdings nur von wenigen ausreichend erklärt werden könnten.
- *Schwere Begriffe*: Fachbegriffe, die aufgrund der eigenen Einschätzung bzw. der Einschätzung von Kollegen vorwiegend Ärzten oder medizinischem Personal geläufig sind, trotzdem gegenüber Patienten häufig verwendet werden, obwohl die Bedeutung der Begriffe nur wenigen Patienten bekannt ist.

Der Fragebogen zu dieser Voruntersuchung findet sich im Anhang A.

Teilgenommen haben insgesamt 73 Ärzte, darunter 21 Frauen und 47 Männer (5 Missings), deren durchschnittliches Alter 36,24 Jahre (SD=9,56) beträgt. Zu einem großen Teil besteht die Stichprobe aus Beschäftigten der Bereiche Pädiatrie (21,9%) und Innere Medizin (20,5%). Daneben sind die medizinischen Gebiete der Gynäkologie, Chirurgie, Anästhesie, Urologie, Allgemeinmedizin, HNO, Neurologie/Psychiatrie, Pneumologie und Notfallmedizin zu etwa gleichen Teilen vertreten. Die Berufserfahrung der Teilnehmer, die ihre Ausbildung abgeschlossen haben bzw. in der Facharztausbildung sind, liegt durchschnittlich bei 8,05 Jahren (SD=8,72).

Die entstandene Liste medizinischer Fachbegriffe wurde anschließend einer Häufigkeitsanalyse unterzogen, mit dem Ziel, die am häufigsten genannten Begriffe in jeder Themen- und Schwierigkeitskategorie zu identifizieren. Auf diese Weise wurden je fünf leichte, fünf mittelschwere und fünf schwere Begriffe ausgewählt, wobei darauf geachtet wurde, dass sich die Fachbegriffe eindeutig einer bestimmten Schwierigkeitsstufe zuordnen lassen. Unter diesen 15 medizinischen Fachbegriffen befinden sich pro Schwierigkeitsstufe drei Krankheiten bzw. Symptome, ein Untersuchungsverfahren und ein Behandlungsverfahren.

Zusätzlich fiel bei der Auswertung der Begriffsliste auf, dass eine Reihe von Fachbegriffen nahezu gleich verteilt allen drei Schwierigkeitsstufen zugeordnet sind. Diese Begriffe, für die offenbar keine Einigung erzielt werden kann, in welchem Maße sie für Laien verständlich sind, werden ebenfalls in die entwickelte Begriffsliste aufgenommen. Da dieser Gruppe von Begriffen aufgrund der Uneinigkeit der Experten ein hoher Aufklärungsgehalt bezüglich der genannten Forschungsfragen eingeräumt wird, werden entsprechend der Häufigkeitsanalyse nicht nur fünf sondern in diesem Fall die zehn häufigsten Begriffe ausgewählt. Sechs der „uneindeutig schweren“ Begriffe betreffen Krankheiten bzw. Symptome, drei sind Untersuchungsverfahren und ein Begriff beschreibt ein Behandlungsverfahren. Eine Zusammenstellung der ausgewählten Begriffe sortiert nach ihrer zugewiesenen Schwierigkeitsstufe veranschaulicht die Tabelle 7.

Leichte Begriffe	Mittelschwere Begriffe	Schwere Begriffe	Uneindeutig schwere Begriffe	
Fieber	Angina pectoris	Ileus	Appendizitis	Pneumonie
Blutdruckmessung	Ödem	Dyspnoe	Gastritis	Computertomographie
Herzinfarkt	Diabetes mellitus	Laparoskopie	Tinnitus	Sonographie
Röntgen	Punktion	Szintigraphie	Hypertonie	Gastroskopie
Operation	Dialyse	Stent	Diarrhoe	Diuretikum

Tabelle 7: Übersicht der generierten medizinischen Fachbegriffe

Zusammenfassend konnte mit Hilfe der beschriebenen Voruntersuchung also eine Liste bestehend aus 25 medizinischen Fachbegriffen generiert werden, die zur Messung der Antizipationsgüte von medizinischem Fachwissen bei Patienten in der Hauptuntersuchung zum Einsatz kam.

7.5.1.2 Die Verwendung medizinischer Fachbegriffe

Die mit Hilfe der Voruntersuchung generierte Liste medizinischer Fachbegriffe wurde in der Hauptuntersuchung unmittelbar im Anschluss an eine Patientenkonsultation sowohl dem Arzt als auch dem Patienten vorgelegt. Die entsprechende Anweisung für den Arzt sah dabei so aus, dass er das Wissen des Patienten in Bezug auf die vorgegebenen Begriffe einschätzen sollte. Gefragt wurde dabei zum einen, ob der

Patient den Begriff kennt (ja/nein) und zum anderen, wie viel er über den jeweiligen Begriff weiß. Die zweite Frage wurde anhand einer 5-stufigen Likert-Skala gestellt, die eine Abstufung der Wissens einschätzung ausgehend von „Der Patient weiß über den Begriff nichts“ bis hin zu dem entgegen gesetzten Pol „Der Patient weiß über den Begriff sehr viel“ ermöglichte. Diese differenzierte Fragestellung bezüglich der Wissensantizipation wurde in Anbetracht der zitierten Forschungsergebnisse gewählt, die dokumentieren, dass Patienten dazu neigen, die Bekanntheit eines Begriffes mit dem tatsächlich vorhandenen Wissen gleichzusetzen (Lukoschek et al., 2003).

Der Patient, der zum selben Zeitpunkt einen identischen Begriffsfragebogen vorgelegt bekommt, wird gebeten, sein eigenes Wissen in Bezug auf die vorgegebenen Begriffe einzuschätzen. Die Gegenüberstellung der beiden Angaben für die jeweiligen Begriffe erlaubt eine Schlussfolgerung, inwieweit der Arzt das vorhandene medizinische Fachwissen seines Patienten antizipieren kann. Eine Differenzierung nach Bekanntheit der Fachbegriffe und Umfang des Wissens kann aufgrund der Fragestellungen gewährleistet werden.

Der geschilderte Liste medizinischer Fachbegriffe ist Bestandteil des Konsultationsfragebogens und in der jeweiligen Version (Arztversion vs. Patientenversion) im Anhang A veranschaulicht.

7.5.1.3 Die Analyse der verwendeten medizinischen Fachbegriffe

Da die in der Voruntersuchung entwickelte Liste medizinischer Fachbegriffe verschiedene Schwierigkeitsstufen beinhaltet, wird in einem ersten Analyseschritt überprüft, inwieweit diese Schwierigkeitsstufen in den Ergebnissen der Hauptuntersuchung erneut abgebildet werden können.

Bereits die deskriptive Auswertung, die in Tabelle 8 veranschaulicht ist, zeigt, dass die leichten Begriffe sowohl von den Ärzten als auch von den Patienten als solche wahrgenommen werden. Nahezu alle Patienten kennen diese Begriffe und geben an, im Durchschnitt „viel Wissen“ über diese Begriffe zu besitzen. Die Ärzte schätzen die Kenntnis und das Wissen der Patienten über die genannten leichten Begriffe vergleichbar ein.

Begriffe	Angaben der Ärzte						Angaben der Patienten					
	Kenntnis			Wissen			Kenntnis			Wissen		
	N	ja	nein	N	M ¹	SD	N	ja	nein	N	M ¹	SD
Leichte Begriffe												
Herzinfarkt	152	151	1	149	2,24	0,78	153	152	1	148	2,37	0,89
Fieber	152	152	0	148	2,76	0,80	153	153	0	146	2,87	0,80
Operation	152	152	0	149	2,55	0,81	153	152	1	145	2,63	0,95
Röntgen	153	153	0	148	2,38	0,75	153	153	0	146	2,65	0,96
Blutdruckmessung	153	153	0	147	2,67	0,84	153	153	0	148	2,74	0,90
Mittlere Begriffe												
Punktion	152	104	48	148	1,08	0,90	153	126	27	149	1,50	1,06
Ödem	152	97	55	148	1,00	0,95	152	109	43	149	1,17	1,14
Diabetes mellitus	152	149	3	146	1,95	0,89	153	145	8	147	2,22	1,12
Angina pectoris	152	117	35	150	1,38	1,01	153	137	16	147	1,75	1,13
Dialyse	151	123	28	149	1,13	0,84	153	146	7	148	1,70	1,07
Schwere Begriffe												
Laparoskopie	150	39	111	147	0,35	0,67	151	45	106	147	0,37	0,84
Stent	152	30	122	149	0,30	0,70	153	46	107	148	0,56	1,08
Dyspnoe	151	21	130	148	0,28	0,71	152	30	122	149	0,32	0,82
Ileus	151	36	115	149	0,36	0,65	152	42	110	149	0,44	0,97
Szintigraphie	152	37	115	150	0,34	0,69	151	52	99	148	0,49	0,94
Uneindeutige Begriffe												
Gastroskopie	150	121	29	147	1,48	1,00	152	113	39	148	1,44	1,24
Appendizitis	150	102	48	143	1,33	1,08	153	64	89	150	0,83	1,20
Hypertonie	152	142	10	149	2,05	0,98	153	126	27	146	1,72	1,30
Diuretikum	151	42	109	149	0,42	0,73	152	40	112	149	0,46	0,98
Gastritis	152	125	27	148	1,41	0,95	153	137	16	146	1,72	1,16
CT	152	142	10	149	1,51	0,88	153	148	5	148	1,95	1,03
Tinnitus	152	92	60	147	0,99	1,05	152	116	36	147	1,53	1,30
Sonographie	152	118	34	149	1,44	1,01	152	110	42	146	1,25	1,21
Diarrhoe	151	72	79	148	0,92	1,05	153	76	77	149	0,99	1,30
Pneumonie	151	88	63	148	0,99	1,00	152	80	72	149	0,87	1,18

¹ Die Items wurden auf einer 5-stufigen-Likert-Skala geratet:

0=kein Wissen 1=wenig Wissen 2=mittleres Wissen 3=viel Wissen 4=sehr viel Wissen

Tabelle 8: Deskriptive Auswertung der medizinischen Fachbegriffe

Ein analoges Ergebnis zu den leichten Begriffen findet sich ebenfalls bezüglich der schweren Begriffe. Die Ärzte gehen davon aus, dass zwischen 74,0% und 86,1% der Patienten diese Begriffe nicht kennen und demzufolge auch kein bzw. sehr wenig Wissen darüber vorhanden ist. Tatsächlich kennen auch 63,5% bis 78,2% der

Patienten die Begriffe nicht und geben ebenfalls an, kein bis sehr wenig Wissen über die Begriffe zu haben. Die Einschätzung der Schwierigkeit in der Voruntersuchung spiegelt sich somit für diese beiden Kategorien in der Hauptuntersuchung wider.

Weiterhin fällt allerdings auf, dass sowohl die Angaben der Patienten als auch der Ärzte bezüglich des uneindeutigen Begriffes ‚Diuretikum‘ vergleichbar mit den Angaben zu den schweren Begriffen sind und der mittlere Begriff ‚Diabetes mellitus‘ und der uneindeutige Begriff ‚Computertomographie‘ eher den leichten Begriffen zugeordnet werden können. Eine Umordnung der genannten Begriffe in die entsprechende Kategorie (siehe Tabelle 9) kann anhand von Faktorenanalysen bestätigt werden, die im Anhang C abgebildet werden.

Leichte Begriffe (7)	Mittelschwere Begriffe (12)		Schwere Begriffe (6)
Herzinfarkt	Punktion	Hypertonie	Laparoskopie
Fieber	Ödem	Gastritis	Stent
Operation	Angina pectoris	Tinnitus	Dyspnoe
Röntgen	Dialyse	Sonographie	Ileus
Blutdruckmessung	Gastroskopie	Diarrhoe	Szintigraphie
Diabetes mellitus	Appendizitis	Pneumonie	Diuretikum
Computertomographie (CT)			

Tabelle 9: Darstellung der neu gebildeten Schwierigkeitskategorien medizinischer Fachbegriffe

Die mittelschweren Begriffe betrachtend, sprechen die Werte zwar nicht dafür, dass ca. 50% der Patienten die Begriffe kennen bzw. diese Begriffe bei ca. 50% der Patienten von dem Arzt als bekannt eingestuft werden, dennoch hebt sich die Einschätzung dieser Begriffe von der Einschätzung der leichten und mittleren Begriffe ab. Eine unterschiedliche Bewertung der mittleren gegenüber den uneindeutigen Begriffen in Bezug auf die durchschnittliche Kenntnis und das Wissen der Patienten scheint es auf den ersten Blick jedoch nicht zu geben. Durchgeführte Faktorenanalysen bestätigen die nahe liegende Zusammenfassung dieser beiden Kategorien zu einer Kategorie, die im Folgenden den Namen ‚mittlere Begriffe‘ trägt. Die neu gebildeten und für die Ergebnisauswertung herangezogenen Kategorien werden mit den durchschnittlichen Skalensummen- bzw.

Skalenmittelwerten und Reliabilitätsangaben (Cronbach's Alpha) in der Tabelle 9 und Tabelle 10 veranschaulicht. Die Reliabilitäten für die einzelnen Skalen sowie für die Gesamtskala sind nach Lienert und Raatz (1994) als gut bzw. sehr gut zu bewerten.

Begriffskategorie	Einschätzung	Kenntnis der Begriffe			Wissen über die Begriffe			Rel α
		N	Σ	SD	N	M ¹	SD	
Leichte Begriffe (7)	Arzteinschätzung	152	6,83	0,68	151	2,28	0,65	0,870
	Patienteneinschätzung	152	6,90	0,34	149	2,49	0,70	0,858
Mittlere Begriffe (12)	Arzteinschätzung	152	8,45	3,01	151	1,27	0,63	0,850
	Patienteneinschätzung	152	8,76	2,88	150	1,36	0,87	0,921
Schwere Begriffe (6)	Arzteinschätzung	151	1,34	1,66	151	0,35	0,46	0,714
	Patienteneinschätzung	151	1,67	1,90	150	0,44	0,72	0,871
Alle Begriffe (25)	Arzteinschätzung	152	16,61	4,47	151	1,33	0,52	0,913
	Patienteneinschätzung	152	17,33	4,40	150	1,45	0,71	0,948

¹ Die Items wurden auf einer 5-stufigen-Likert-Skala geratet:

0=kein Wissen 1=wenig Wissen 2=mittleres Wissen 3=viel Wissen 4=sehr viel Wissen

Tabelle 10: Analyse der neu gebildeten Schwierigkeitskategorien medizinischer Fachbegriffe

Für eine Analyse der Wissensantizipation werden nun in einem ersten Schritt die gebildeten Skalensummen- bzw. Skalenmittelwerte mit Hilfe eines Wilcoxon-Tests verglichen und somit ein erster Eindruck über eine mögliche Über- oder Unterschätzung des vorhandenen Wissens bezüglich der einzelnen Begriffskategorien gewonnen. Die Wahl für diesen nichtparametrischer Test begründet sich damit, dass zum einen die Annahme der Normalverteilung nicht aufrechterhalten werden kann und zum anderen die Daten des Arztes mit den zugehörigen Patientendaten einen Fall darstellen.

In einem zweiten Schritt werden die Angaben des Arztes in Relation mit den zugehörigen Angaben des einzelnen Patienten gesetzt. Statistisch erfolgt dieser angestrebte Paarvergleich mit Hilfe einer Differenzbildung, in dem die angegebenen Werte des Patienten von denen der Ärzte subtrahiert werden. Positive Differenzwerte würden demnach für eine Überschätzung und negative Werte für eine Unterschätzung des Wissens sprechen. Für jedes Arzt-Patient-Paar wird sowohl eine

Differenz für jeden einzelnen Begriff als auch für die Mittelwerte (basierend auf den Differenzen der einzelnen Begriffe) der drei Begriffskategorien gebildet.

Da Aussagen allerdings nicht für eine bestimmte Arzt-Patient-Konsultation angestrebt werden, sondern vielmehr ein allgemeines Urteil über die Fähigkeit zur Wissensantizipation im Fokus der vorliegenden Arbeit steht, erfolgt im nächsten Schritt eine Mittelung der Paarvergleiche über alle Patientenkonsultationen. Für diesen Auswertungsschritt bedarf es der Bildung von absoluten Differenzen, um eine Nivellierung der gebildeten Differenzwerte zu verhindern. Eine Schlussfolgerung über die Qualität der Wissensantizipation kann nun anhand der Höhe der absoluten mittleren Differenzwerte getroffen werden. Eine Aussage über eine mögliche Über- bzw. Unterschätzung des Wissens für jeden einzelnen Begriff und auch für eine Begriffskategorie kann aus den deskriptiven Daten in der Tabelle 8 entnommen werden.

7.5.2 Die Fähigkeit zur Wahrnehmung der Patientenkonsultation

Wie gezeigt werden konnte, umfasst die Perspektive einer Person nicht nur ihr Wissen im Hinblick auf bestimmte Konzepte, sondern ebenso Einstellungen und Wahrnehmungen. Eine Untersuchung der Antizipationsfähigkeit des Arztes schließt aus diesem Grund neben einer Analyse der Wissensantizipation auch einen Vergleich der Wahrnehmung hinsichtlich der Patientenkonsultation ein.

Eine Operationalisierung dieses Aspektes scheint jedoch angesichts der komplexen Interaktionssituation zwischen Arzt und Patient auf den ersten Blick sehr schwierig. Zum einen beschränkt sich eine Vielzahl von empirischen Arbeiten auf die Beobachtung einzelner Komponenten einer Arzt-Patient-Kommunikation und zum anderen wird in den meisten Fällen lediglich die Perspektive des Patienten in den Vordergrund gestellt. Der Autorin ist lediglich eine Studie bekannt, die sowohl die Perspektive der Patienten als auch die der Ärzte untersucht. Diese bereits angesprochene Untersuchung von Cegala et al. (1998) wird die Grundlage für die hier vorgenommene Operationalisierung der Konsultationswahrnehmung bilden.

7.5.2.1 Die Medical Communication Competence Scale (MCCS)

Begründet wird diese Wahl allerdings nicht mit Hilfe des Argumentes, dass keine weiteren Studien zu diesem Forschungsschwerpunkt zur Verfügung stehen, sondern vielmehr damit, dass aufbauend auf der vorhandenen Literatur die herausgestellten entscheidenden Komponenten einer Arzt-Patient-Kommunikation in der Arbeit von Cegala et al. (1998) Berücksichtigung finden. Die vier Komponenten Informationsgabe, Informationssuche, Informationsprüfung und sozioemotionale Kommunikation als Schlüsselfaktoren herausstellend, entwickelten Cegala et al. (1998) die *Medical Communication Competence Scale (MCCS)*, die bezogen auf die genannten Aspekte im Anschluss an eine Konsultation sowohl die Perspektive des Patienten als auch die des Arztes erfassen sollte. In einem zweiten Schritt wurde dieses entwickelte Analyseinstrument einer kritischen Analyse unterzogen, die sowohl die Validität des Instrumentes bestätigte als auch die Reliabilitäten der einzelnen Skalen als gut auswies (Cegala et al., 1998). Aus inhaltlichen und testtheoretischen Gesichtspunkten scheint der Einsatz dieser Skala also für die vorliegende Untersuchung geeignet.

Da die MCCS bestehend aus 83 Items in englischer Sprache vorliegt, wurde im Vorfeld dieser Arbeit eine deutsche Übersetzung mit Hilfe eines Expertenteams erarbeitet. Eine Gegenüberstellung der deutschen und englischen Items findet sich in Anhang B, aus der ebenfalls begründet hervorgeht, warum zwei Fragen aus der Originalversion nicht übernommen wurden. Die hier zum Einsatz gekommene deutschsprachige Fassung der Medical Communication Competence Scale besteht somit aus einer Fragebogenversion für den Arzt mit 40 Items und einer Fragebogenversion für den Patienten mit 41 Items. Beide Versionen sind abgesehen von einer zusätzlichen Frage in der Patientenversion parallel und beinhalten die in Tabelle 11 veranschaulichten Subskalen sowie Zusatzfragen, die ein Gesamturteil erfassen.

MCCS	MCCS Arzt (Anzahl der Items)	MCCS Patient (Anzahl der Items)
Einschätzung der Arztkompetenz	Informationsgabe (9) Informationssuche (4) Informationsprüfung (4) Sozioemotionale Kommunikation (7)	Informationsgabe (9) Informationssuche (4) Informationsprüfung (4) Sozioemotionale Kommunikation (7)
Einschätzung der Patientenkompetenz	Informationsgabe (4) Informationssuche (3) Informationsprüfung (4) Sozioemotionale Kommunikation (2)	Informationsgabe (4) Informationssuche (3) Informationsprüfung (5) Sozioemotionale Kommunikation (2)
3 Zusatzfragen	Ich bin der Meinung, dass der Patient mit dieser Konsultation sehr zufrieden war. Der Patient hat in dieser Konsultation ein großes Informationsbedürfnis gezeigt. Ich konnte dem Informationsbedürfnis des Patienten voll und ganz entsprechen.	Ich bin mit der eben stattgefundenen Konsultation sehr zufrieden. Mein Informationsbedürfnis in dieser Konsultation war sehr groß. Der Arzt wurde diesem Informationsbedürfnis voll und ganz gerecht.

Tabelle 11: Items und Skalen der MCCS in der jeweilige Fragebogenversion (Cegala et al., 1998)

Die Beurteilung der einzelnen Aussagen erfolgt mit Hilfe einer 5-stufigen Likert-Skala. Abhängig von dem Maß ihrer Zustimmung konnten die Versuchspersonen angeben, ob sie der vorgegebenen Aussage

gar nicht – wenig – teils/teils – ziemlich – oder völlig

zustimmen. Zusätzlich wurde bedacht, dass bestimmte Situationen nicht in jeder Konsultation vorkommen und eine entsprechende Antwortkategorie vorgesehen. Anhang A zeigt sowohl die Arzt- als auch die Patientenversion der verwendeten MCCS (Fragebogen zur Patientenkonsultation).

Vorgelegt wurde die jeweilige Version der MCCS unmittelbar im Anschluss an eine Patientenkonsultation. Sowohl der Arzt als auch der Patient wurden unabhängig voneinander gebeten, mit Hilfe der vorgegebenen Aussagen die eben stattgefundenene Konsultation aus ihrer Perspektive zu bewerten. Die Gegenüberstellung der beiden Angaben für jede Aussage erlaubt eine Schlussfolgerung, inwieweit der Arzt die Wahrnehmung des Patienten in Bezug auf verschiedene Details des gemeinsamen Arzt-Patient-Gesprächs einschätzen kann. Eine Differenzierung der

Antizipationsfähigkeit für die einzelnen Komponenten des Informationsaustausches kann mit Hilfe dieser Skala und der geschilderten Auswertung gewährleistet werden. Dabei geht die vorliegende Arbeit im Vergleich zu Cegala et al. (1998) einen Schritt weiter, da nicht allein Gruppenvergleiche sondern ebenso Paarvergleiche vorgenommen werden. Über die Güte der Antizipation bezüglich der Patientenkonsultation, können demnach mit Hilfe der Medical Communication Competence Scale konkrete Aussagen getroffen werden.

7.5.2.2 Die Analyse der Medical Communication Competence Scale

Da für die deutschsprachige Version der Medical Communication Competence Scala (Cegala et al., 1998) noch keinerlei statistische Gütekriterien vorliegen, erfolgt zunächst eine Analyse der beiden Versionen mit Hilfe von Faktorenanalysen.

Wie bereits dargestellt, beinhaltet sowohl die Patienten- als auch die Arztversion des MCCS jeweils zwei Teile, die sich wiederum in vier Subskalen aufteilen lassen. Ein Teil des Fragebogens erfragt die Selbsteinschätzung und einer zweiter Teil die Fremdeinschätzung. Differenziert wird nach der Kompetenz der Informationsgabe, Informationssuche, Informationsprüfung und sozioemotionalen Kommunikation. Schlussfolgernd wurden vier Faktorenanalysen durchgeführt, zwei für die Patientenversion und zwei für die Arztversion, die jeweils die vier Komponenten der ärztlichen Kompetenz und der Patientenkompetenz abbilden sollten.

Da für die Analyse der Antizipation parallele Skalen notwendig sind, werden die Ergebnisse der vier Faktorenanalysen für die ärztliche Eigen- und Fremdkompetenzeinschätzung zum einen und für die Eigen- und Fremdeinschätzung der Patientenkompetenz zum anderen gegenübergestellt.

Die erste Gegenüberstellung bezüglich der Einschätzung der ärztlichen Kompetenz zeigt, dass sowohl in der Patientenversion als auch in der Arztversion drei voneinander unabhängige Faktoren klassifizierbar sind. Mit Hilfe dieser Faktoren können in der Arztversion der MCCS 65,86% und in der Patientenversion der MCCS 66,14% der Gesamtvarianz aufgeklärt werden. Inhaltlich bilden sich dabei weitestgehend die Aspekte Informationsgabe, Informationsprüfung und

sozioemotionale Kommunikation ab. Die Zuordnung der einzelnen Items zu den neu gebildeten Skalen ebenso wie die Einordnung dieser Items entsprechend den Originalskalen nach Cegala et al. (1998) geht aus der Tabelle 12 hervor. Zwei Fragen können entsprechend ihrer Faktorladung in beiden Analysen nicht eindeutig einer Subskala zugeordnet werden und finden somit für die weitere Auswertung keine Berücksichtigung. Die ausführlichen Ergebnisse der Faktorenanalysen werden im Anhang C dargestellt.

MCCS - Skalen zur Kompetenzeinschätzung des Arztes (Anzahl der Items)

Informationsgabe (8)

- Erklärung der Diagnose des medizinischen Problems¹
 - Erklärung der Ursache des medizinischen Problems¹
 - Erklärung der Behandlung des medizinischen Problems¹
 - Erklärung von Vor- und Nachteilen der Behandlungsmöglichkeiten¹
 - Erklärung des Zwecks der jeweils durchzuführenden Tests¹
 - Erklärung der Wirkung des verschriebenen Medikaments¹
 - Erklärung möglicher Nebenwirkungen des Medikaments¹
 - Erklärung langfristiger Folgen der Erkrankung¹
-

Informationsprüfung (5)

- Sicherstellung, dass Erklärungen verstanden wurden³
 - Sicherstellung, dass Anordnungen verstanden wurden³
 - Sicherstellung, dass Patient verstanden wurde³
 - Ermutigung, Fragen zu stellen²
 - Stellen von detaillierten/passenden Fragen²
-

Sozioemotionale Kommunikation (9)

- Verwendung einer verständlichen Sprache⁴
 - Warmes und freundliches Verhalten⁴
 - Herstellung eines vertrauensvollen Verhältnisses⁴
 - Um den Patienten kümmern⁴
 - Schaffung einer entspannten Atmosphäre⁴
 - Zeigen von Mitgefühl⁴
 - Offenes und ehrliches Verhalten⁴
 - Stellen von klaren und verständlichen Fragen²
 - Stellen von offenen Fragen²
-

Anmerkung: Items gehören in der Originalversion der MCCS zu der Skala Informationsgabe¹, Informationssuche², Informationsprüfung³ bzw. Sozioemotionale Kommunikation⁴ (Cegala et al., 1998)

Tabelle 12: Darstellung der neu gebildeten MCCS-Skalen zur Kompetenzeinschätzung des Arztes

Die Kompetenzeinschätzung des Patienten betreffend, lassen sich mit Hilfe der entsprechenden Faktorenanalysen ebenfalls drei Faktoren extrahieren. Hier spiegeln sich inhaltlich die drei Aspekte Informationsgabe, Informationssuche und sozioemotionale Kommunikation wider. Fragen zur Informationsprüfung gehen dabei in den letztgenannten Faktor mit ein, was inhaltlich damit zu begründen ist, dass sämtlichen Items in diesem Faktor Fragen des Patienten beinhalten. Die drei Faktoren klären 75,68% (Arztversion der MCCS) bzw. 70,72% (Patientenversion der MCCS) der Gesamtvarianz auf. Die Zuordnung der jeweiligen Items zu den neu gebildeten Skalen findet sich in der Tabelle 13. Das zusätzliche Item in der Patientenversion wird aufgrund der notwendigen Parallelität beider Versionen nicht berücksichtigt. Auch für diese Analysen sind die ausführlichen Ergebnisse im Anhang C aufgeführt.

MCCS – Skalen zur Kompetenzeinschätzung des Patienten (Anzahl der Items)
Informationsgabe (4)
Vermittlung wichtiger krankheitsrelevanter Informationen ¹
Erklärung von Krankheitssymptomen ¹
Ausführliche Beantwortung der Fragen ¹
Erklärung der Medikamenteneinnahme ³
Informationssuche (6)
Äußerung von Unverständnis ³
Äußerung des Wunsches nach Informationswiederholung ³
Nachfragen bei Unverständnis ³
Nachfragen bzgl. des medizinischen Problems ²
Aktive Suche nach Antworten ²
Stellen von passenden Fragen ²
Sozioemotionale Kommunikation (3)
Herstellung eines vertrauensvollen Verhältnisses ⁴
Offenes und ehrliches Verhalten ⁴
Ehrliche Beantwortung der Fragen ¹
<small>Anmerkung: Items gehören in der Originalversion der MCCS zu der Skala Informationsgabe¹, Informationssuche², Informationsprüfung³ bzw. Sozioemotionale Kommunikation⁴ (Cegala et al., 1998)</small>

Tabelle 13: Darstellung der neu gebildeten MCCS-Skalen zur Kompetenzeinschätzung des Patienten

Abschließend werden für die neu gebildeten Skalen Reliabilitätsprüfungen (Cronbach's Alpha) vorgenommen. Diesbezüglich zeigt die Tabelle 14, dass die interne Konsistenz der neu gebildeten Skalen als gut bzw. sehr gut und somit insgesamt höher als in den Originalskalen von Cegala et al. (1998) einzustufen ist. Lediglich die Reliabilität der Skala Sozioemotionale Kommunikation (MCCS Patientenversion) ist mit einem Wert von 0,780 als zufrieden stellend anzusehen (Lienert & Raatz, 1994), wobei hier allerdings darauf verwiesen werden soll, dass nur drei Items in die Berechnung eingehen.

MCCS-Skalen zur Kompetenzeinschätzung des Arztes		
Skalen	MCCS Arztversion	MCCS Patientenversion
Informationsgabe (8)	0,905	0,904
Informationsprüfung (5)	0,827	0,879
Sozioemotionale Kommunikation (9)	0,921	0,904
Gesamtskala (22)	0,957	0,950
MCCS-Skalen zur Kompetenzeinschätzung des Patienten		
Skalen	MCCS Arztversion	MCCS Patientenversion
Informationsgabe (4)	0,833	0,848
Informationssuche (6)	0,925	0,877
Sozioemotionale Kommunikation (3)	0,880	0,780
Gesamtskala (13)	0,934	0,917

Tabelle 14: Reliabilitäten (Cronach's Alpha) der neu gebildeten MCCS-Skalen

Aufbauend auf diesen testtheoretischen Analysen der MCCS können nun Skalenmittelwerte errechnet werden, wobei unter der Berücksichtigung fehlender Angaben nur die Versuchspersonen eingeschlossen werden, die mindestens zwei Drittel der Aussagen für jede Skala bewertet haben. Die Bildung der Antizipationskennwerte für jedes Item und für die einzelnen Skalen erfolgt ebenso wie die Analyse der Antizipationsfähigkeit analog zu den bereits geschilderten Auswertungsschritten bezüglich der Wissensantizipation niedergelassener Ärzten.

7.5.3 Die Fähigkeit zur Adaptation

Adaptation als kommunikative Anpassung des Arztes im Gespräch mit dem Patienten definiert, kann in der vorliegenden Arbeit insofern operationalisiert werden, dass die Urteile der Patienten bezüglich der ärztlichen Kompetenz in der Patientenkonsultation als Maß für die Fähigkeit zur Adaptation verstanden werden. Die MCCS dient somit neben der Erfassung der Antizipation ebenfalls zur Erfassung der Adaptation, wobei sich diese Analyse lediglich auf eine deskriptive Auswertung der Patienteneinschätzung hinsichtlich der ärztlichen Kommunikationskompetenz beschränkt.

7.5.4 Der Einfluss von Antizipation auf die Fähigkeit zur Adaptation

Zusätzlich erlauben die gewonnenen Daten eine Einschätzung, inwieweit sich die Fähigkeit zur Antizipation auf die Fähigkeit zur Adaptation auswirkt. Für diese Frage wird mit einem Strukturgleichungsmodell der Einfluss der Wissensantizipation (Umfang des Wissens) auf die Einschätzung des Patienten bezüglich der ärztlichen Kommunikationskompetenzen in der Konsultation analysiert. Vorab wird ein möglicher Zusammenhang mit Hilfe von bivariaten Korrelationen untersucht.

7.5.5 Der Einfluss von Berufserfahrung

Für die Überprüfung eines potentiellen Einflusses von Berufserfahrung auf die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme werden zunächst bivariate Korrelationen zwischen den verschiedenen Antizipations- und Adaptationsmaßen und der erfragten Praxiserfahrung ermittelt. Entsprechend dieser ersten Zusammenhangsanalyse wird in einem weiteren Auswertungsschritt die Berechnung von Strukturgleichungsmodellen angestrebt, die eine Aussage hinsichtlich signifikanter Auswirkungen dieser Variable auf verschiedene Aspekte der Perspektivenübernahme ermöglicht.

Abschließend werden die Ärzte gemäß ihrer Angaben in zwei Gruppen eingeteilt und ein Vergleich der erfahrenen vs. weniger erfahrenen Ärzte bezüglich ihrer Fähigkeit zur Perspektivenübernahme durchgeführt. Zusammenfassend kann somit eine differenzierte Aussage getroffen werden, inwieweit sich die Berufserfahrung niedergelassener Ärzte auf die hier im Mittelpunkt stehende Kompetenz der Ärzte als Experten auswirkt.

7.6 Operationalisierung von Belastung

Für die Operationalisierung der Variable Belastung wurden zum einen Analyseinstrumente der klassischen Stressforschung und zum anderen eigens entwickelte Skalen für die Belastung praktizierender Ärzte in Betracht gezogen. Bei der Durchsicht der vorhandenen Messinstrumente zur Erfassung der beruflichen Belastung stellte sich jedoch heraus, dass diese entweder speziell für andere Berufsgruppen entwickelt wurden oder sehr allgemein gestaltet waren, so dass sie den spezifischen Belastungsbedingungen des Arztberufes nicht gerecht werden.

Die Analyse konkreter Belastungsfaktoren dieser Berufsgruppe wurde wiederum nur in einigen wenigen empirischen Arbeiten vorgenommen, wobei die bereits erwähnte Untersuchung deutscher Klinikärzte von Herschbach (1991) besondere Erwähnung finden sollte.

7.6.1 Fragebogen zur Erfassung von Belastungen bei Ärzten und Krankenpflegekräften (FBAS)

Relevant für die vorliegende Untersuchung scheint die Studie von Herschbach (1991) zum einen, da eigens für dieses Forschungsprojekt ein spezifischer Fragebogen zur Erfassung von Belastung bei Ärzten und Krankenpflegekräften (FBAS) entwickelt wurde, der zufrieden stellende statistische Gütekriterien aufweist (Herschbach, 1991). Zum anderen baute die Konzipierung dieser Studie auf vorhandenen Forschungsergebnissen auf und zeichnet sich dadurch aus, dass sich das methodische Vorgehen an Forschungszielen orientiert, die insbesondere durch zwei Aspekte charakterisierbar sind: Anwendungsorientierung, da die Erfassung möglichst konkreter alltagsnaher Belastungen angestrebt wird und die Berücksichtigung einer Vielzahl möglicher Belastungsfaktoren.

Eine Eignung dieses Messinstrumentes für die vorliegende Untersuchung kann weiterhin damit begründet werden, dass dieses Analyseinstrument zahlreiche Aspekte erfasst, die in dem Kapitel 5.1.1 als Hauptbelastungsbereiche praktizierender Ärzte herausgestellt wurden. Eine Übersicht über die in der Untersuchung von Herschbach (1991) verwendeten Subskalen des FBAS (64 Items) mit den zugehörigen Reliabilitätsangaben ist in Tabelle 15 abgebildet.

Skalen des FBAS (Herschbach, 1991) – Originalversion mit 64 Items	Rel
Strukturelle Bedingungen (14)	0,85
Mitleid (12)	0,83
Unbequeme Patienten (12)	0,82
Beruf/Privatleben (5)	0,81
Probleme mit Kollegen (6)	0,63
Spezielle Patientenprobleme (9)	0,72
spezielle Probleme mit Mitarbeitern (4)	0,48
2 Zusatzfragen: Körperlicher Verfall der Patienten und Infektionsangst	-

Tabelle 15: Skalen des FBAS mit den dazugehörigen Reliabilitätsangaben (Herschbach, 1991)

Für die vorliegende Untersuchung wurde der FBAS von Herschbach direkt angefordert und eine überarbeitete Form mit fünf Skalen und 42 Items erhalten. Einige Items konnten aus inhaltlichen Gründen nicht berücksichtigt werden (klinikbezogene Aussagen), während andere entsprechend den Arbeitsbedingungen niedergelassener Ärzte umformuliert werden mussten. Eine Gegenüberstellung der angeforderten Items und der in dieser Untersuchung verwendeten 24 Items findet sich im Anhang B.

Für die Beantwortung der vorgegeben 24 Aussagen stand den Ärzten eine 5-stufige Likert-Skala zur Verfügung, mit der das Ausmaß der Belastungsstärke von „nicht belastend“ (1) bis „sehr belastend“ (5) eingeschätzt werden konnte. Für den Fall, dass bestimmte belastende Gegebenheiten nicht auftreten, wurde die entsprechende Option „trifft nicht zu“ vorgesehen.

7.6.2 Instrument zur Stressbezogenen Arbeitsanalyse (ISTA)

Wie aus der Zusammenstellung bisheriger Forschungsergebnisse hervorgeht, gehören neben den erfassten Belastungsmomenten im FBAS ebenso die Aspekte ‚Zeitdruck‘ und ‚hohe Konzentrationsanforderung‘ zu den Hauptbelastungsbereichen praktizierender Ärzte. Für die Erfassung dieser beiden Bereiche steht ein Verfahren aus der Arbeitspsychologie zur Verfügung, dass neben 17 weiteren Gesichtspunkten diese zwei Aspekte mit jeweils drei Items erfragt. Die Eignung des hier angesprochenen Instruments zur Stressbezogenen Arbeitsanalyse (ISTA) von

Semmer, Zapf und Dunckel (1998) kann damit begründet werden, dass die interne Konsistenz der ausgewählten Skalen als gut zu bewerten ist und die Validität des Instrumentes mehrfach belegt werden konnte (Semmer, Zapf & Dunckel, 1999). Die Formulierung der Items aus dem ISTA und entsprechend das Antwortformat wurden an den FBAS angepasst.

Insgesamt besteht der Fragebogen zur Einschätzung der beruflichen Belastung somit aus 30 Items, wobei nach dem bisherigen Forschungsstand durch die Kombination der Skalen beider Instrumente die relevanten Aspekte der beruflichen Belastung von praktizierenden Ärzten umfangreich erfasst werden können.

Zusätzlich wurde im Rahmen der Konsultationseinschätzung eine Frage zur momentanen Belastungsstärke gestellt, die eine Auswertung der Forschungsfrage ebenso bezogen auf die Belastung im Moment der Konsultation erlaubt.

Der erstellte Fragebogen zur Belastung niedergelassener Ärzte ist im Anhang A abgebildet. Der Bearbeitungszeitpunkt dieses Fragebogens konnte von den Ärzten beliebig gewählt werden.

7.6.3 Die Analyse der verwendeten Skalen

Eine Analyse des Fragebogens zur alltäglichen Belastung niedergelassener Ärzte erfolgte zunächst mit Hilfe einer Faktorenanalyse, die entsprechend den enthaltenen Skalen des FBAS und ISTA sieben Subskalen abbilden sollte. Die Ergebnisse der durchgeführten Faktorenanalyse zeigen jedoch, dass eine Abbildung der verschiedenen Unterskalen nicht gelingt, sondern sich vielmehr drei Faktoren abzeichnen. Diese drei Faktoren klären 41,4% der Gesamtvarianz auf und können inhaltlich folgendermaßen beschrieben werden:

- Patientenbezogene Belastungsfaktoren
- Belastung durch Konzentrationsanforderungen und Zeitdruck
- Belastung durch Rahmenbedingungen und Auswirkungen auf das Privatleben

Die Zuordnung der einzelnen Items zu den neu gebildeten drei Skalen ist in Tabelle 16 dargestellt, wobei die ursprüngliche Einordnung der Items entsprechend den Originalfragebögen zu erkennen ist. Vier Items wurden aufgrund Mehrfachladungen bzw. fehlender inhaltlichen Übereinstimmung aus weiteren Analyse ausgeschlossen. Die Ergebnisse der Faktorenanalyse sind ausführlich im Anhang C zusammengestellt.

Skalen zur beruflichen Belastung niedergelassener Ärzte	Rel
Patientenbezogene Belastungsfaktoren (12)	0,829
Weinende Patienten (FBAS - Mitleid)	
Fortschreitender Krankheitsprozess (FBAS - Mitleid)	
Unrealistische Heilungserwartungen (FBAS - Mitleid)	
Fragen schwerkranker Patienten (FBAS - Mitleid)	
Klammern der Patienten (FBAS - Unbequeme Patienten)	
Vorwurfsvolle Patienten (FBAS - Unbequeme Patienten)	
Aggressive Patienten (FBAS - Unbequeme Patienten)	
Überprüfung von Patienten (FBAS - unbequeme Patienten)	
Wenig Patientenbeiträge (FBAS - unbequeme Patienten)	
Aufsuchen wegen Kleinigkeiten (FBAS - Unbequeme Patienten)	
Unadäquate Behandlung von Kollegen (FBAS - Probleme mit Kollegen)	
Ausbaden von Fehlern der Kollegen (FBAS - Probleme von Kollegen)	
Belastung durch Konzentrationsanforderungen und Zeitdruck (7)	0,817
Zeitknappheit (FBAS - Strukturelle Bedingungen)	
Wenig Zeit für persönliche Patientenprobleme (FBAS - Strukturelle Bedingungen)	
Zusätzlicher Aufwand durch Störung (ISTA - Konzentration)	
Voller Kopf (ISTA - Konzentration)	
Momente höchster Konzentration (ISTA - Konzentration)	
Häufiger Zeitdruck (ISTA - Zeitdruck)	
Hohes Arbeitstempo (ISTA - Zeitdruck)	
Belastung durch Rahmenbedingungen und Auswirkungen auf das Privatleben (7)	0,760
Organisatorische Erledigungen für Praxis (FBAS - Strukturelle Bedingungen)	
Organisatorische Erledigungen für Patienten (FBAS - Strukturelle Bedingungen)	
Körperliche Anstrengung (FBAS - Strukturelle Bedingungen)	
Frage nach dem Nutzen der Arbeit (FBAS - Mitleid)	
Negative Auswirkungen auf das Privatleben (FBAS - Beruf/Privat)	
Wenig Zeit für Privatleben (FBAS - Beruf/Privat)	
Eingeschränkte Pausenzeiten (ISTA - Zeitdruck)	
Gesamtskala (26)	0,884

Tabelle 16: Darstellung der neu gebildeten Skalen zur Erfassung der beruflichen Belastung

Wie die Tabelle 16 weiterhin zeigt, ist die interne Konsistenz (Cronbach's Alpha) der neu gebildeten Subskalen ebenso wie die Reliabilität der Gesamtskala zur Erfassung der beruflichen Belastung niedergelassener Ärzte als überwiegend gut einzustufen.

Aufbauend auf diese Analysen können nun Mittelwerte für die einzelnen Items und Skalen gebildet werden, die zunächst eine deskriptive Auswertung der Belastungsintensität für die einzelnen Aspekte ermöglichen. Zusätzlich wird das Item zur momentanen Belastung während der Patientenkonsultation ausgewertet.

Die Beschreibung weiterer Analyseverfahren in Verbindung mit der Untersuchung möglicher Zusammenhänge zwischen der Perspektivenübernahme und der Belastung erfolgt im Anschluss an die Ausführungen zur Operationalisierung der Arbeitszufriedenheit.

7.7 Operationalisierung von Arbeitszufriedenheit

Die Ausführungen zum Thema Arbeitszufriedenheit kommen zusammenfassend zu dem Schluss, dass ableitend aus inhaltlich bestimmten Ansätzen der Job Diagnostic Survey (JDS) von Hackman und Oldham (1975, 1976, 1980) in der autorisierten deutschen Fassung von Schmidt et al. (1985) für die vorliegende Untersuchung der Arbeitszufriedenheit niedergelassener Ärzte geeignet erscheint. Weiterhin wurde jedoch darauf hingewiesen, dass eine Beurteilung der Kontent- und Kontextmerkmale erst dann erfolgen kann, wenn der Explikation des jeweiligen Bezugssystems der gleiche Stellenwert eingeräumt wird, wie der Analyse der geäußerten Arbeitszufriedenheit selbst. Eine Analyse des entsprechenden Bezugssystems wird demnach durch die Vorgabe verschiedener Formen von Arbeitszufriedenheit ebenfalls durchgeführt (Bruggemann et al., 1975; Bruggemann, 1976; Rottenfuß, 1998).

7.7.1 Der Job Diagnostic Survey (JDS)

Die für diese Untersuchung zugrunde liegende autorisierte deutsche Fassung des JDS von Schmidt et al. (1985) entspricht im formalen Aufbau vollständig der Originalversion von Hackman und Oldham (1974, 1975, 1980). In der Abbildung 6 (Kapitel 5.3.2.1) wurden bereits die enthaltenen Skalen veranschaulicht, die in

Anlehnung an Schmidt und Kleinbeck (1999) zufrieden stellende Ergebnisse hinsichtlich der Objektivität und Konstruktvalidität aufweisen.

Da aus forschungsökonomischen Gründen jedoch nicht alle 83 Items der deutschen Langfassung von Schmidt et al. (1985) Verwendung finden konnten, werden sämtliche Skalen gekürzt und die Formulierungen entsprechend dem ärztlichen Arbeitskontext angepasst. Anhaltspunkte für die vorgenommenen Kürzungen und Umformulierungen lieferte dabei eine veränderte Fassung des JDS von van Dick et al. (2001), der die deutsche Fragebogenversion von Schmidt et al. (1985) bereits für eine Lehrerbefragung anpasste. In dieser Untersuchung nicht berücksichtigt wurde die Skala „Bedürfnis nach persönlicher Entfaltung“, da das individuelle Bezugssystem allgemeiner anhand der Formen von Arbeitszufriedenheit nach Bruggemann et al. (1975) bestimmt werden kann. Aufgrund der in der Literatur beschriebenen Befunde hinsichtlich zufriedenheitsrelevanter Aspekte der ärztlichen Tätigkeit werden zusätzlich vier Fragen ergänzt, wobei ein Item der Zufriedenheit mit den Entfaltungsmöglichkeiten und drei Items der Rubrik der Kontextfaktoren zugeordnet wurden.

Eine Auflistung der insgesamt 37 verwendeten Fragen findet sich im Anhang B, die den entsprechenden Items der Originalversion von Schmidt et al. (1985) (siehe auch Schmidt & Kleinbeck, 1999) sowie den an den Lehrerberuf adaptierten Fragestellungen von van Dick et al. (2001) gegenübergestellt sind. Eine zusammenfassende Darstellung der verwendeten Skalen und Subskalen mit der jeweiligen Anzahl der Items wird in der Tabelle 17 dargestellt. Der in der Untersuchung zum Einsatz gekommene Fragebogen zur Erfassung der Arbeitszufriedenheit niedergelassener Ärzte ist im Anhang A hinterlegt.

Für alle 37 Items, die als Aussagen formuliert wurden, steht für die Beantwortung eine 5-stufige Likert-Skala zur Verfügung, die eine Abstufung der Zustimmung von „trifft gar nicht zu“ – „trifft wenig zu“ – „trifft teils/teils zu“ – „trifft ziemlich zu“ bis „trifft völlig zu“ erlaubt.

Skalen	Subskalen
Tätigkeitsmerkmale (12)	Anforderungsvielfalt (2) Ganzheitlichkeit der Aufgabe (2) Bedeutsamkeit der Aufgabe (1) Autonomie (2) Rückmeldung aus der Aufgabe (1) Rückmeldung durch Andere (2) Zusammenarbeit mit Anderen (2)
Psychologische Erlebniszustände (6)	Erlebte Bedeutsamkeit (2) Erlebte Verantwortung (2) Wissen um die Ergebnisse (2)
Zufriedenheit mit dem Kontext (12)	Arbeitsplatzsicherheit (1) Bezahlung (2) Soziales Klima (3) Gesundheitswesen (original: Führung/Vorgesetzte) (1) Strukturelle Arbeitsbedingungen (2)
Zufriedenheit mit den Entfaltungsmöglichkeiten (4)	
Intrinsische Motivation (3)	
Allgemeine Arbeitszufriedenheit (3)	

Tabelle 17: Skalen des JDS zur Erfassung der Arbeitszufriedenheit niedergelassener Ärzte
(in Anlehnung an Schmidt et al., 1985 und van Dick et al. 2001)

Nachdem das Ausmaß der Arbeitszufriedenheit niedergelassener Ärzte somit differenziert für verschiedene Bereiche erfasst werden kann, steht des Weiteren die Operationalisierung des individuellen Bezugssystems aus.

7.7.2 Die Form der Arbeitszufriedenheit

Wie bereits beschrieben, erfolgt die Operationalisierung des individuellen Bezugssystems über eine Befragung der Ärzte zur Form ihrer Arbeitszufriedenheit. Zur Erhebung dieses Gesichtspunktes wird eine durch Rottenfußler (1998) modifizierte Version des Arbeitszufriedenheits-Kurzfragebogens (AZK) von Bruggemann et al. (1975) verwendet, dessen Inhalte bereits ausführlich in dem Kapitel 5.3.2.3 vorgestellt wurden. Diese Version berücksichtigt zum einen die von Neuberger und Allerbeck (1978) geäußerte Kritik am Originalfragebogen bezüglich der komplexen Formulierungen und hinsichtlich des vorgeschlagenen

Antwortformates und scheint zum anderen aufgrund seiner Kürze aus testökonomischen Gründen sehr gut für die vorliegende Untersuchung geeignet.

Der Vorschlag von Rottenfußer (1998) sieht dabei so aus, dass dem Probanden fünf verschiedene Aussagen mit der Bitte vorgelegt werden, diejenige auszuwählen, die auf seine Arbeitszufriedenheit am ehesten zutrifft. Jede der möglichen Aussagen steht für eine der folgenden von Bruggemann (1976) postulierten Formen der Arbeitszufriedenheit:

- *Progressive Arbeitszufriedenheit*: Die Tätigkeit als niedergelassener Arzt hat meine Bedürfnisse bisher erfüllt und ich kann mich in Zukunft noch verbessern.
- *Stabilisierte Arbeitszufriedenheit*: Die Tätigkeit als niedergelassener Arzt entspricht meinen Bedürfnissen und Wünschen und ich möchte, dass alles so bleibt wie bisher.
- *Resignative Arbeitszufriedenheit*: Die Tätigkeit als niedergelassener Arzt entspricht nicht gerade meinen Bedürfnissen und Wünschen, aber es könnte viel schlimmer sein.
- *Fixierte Arbeitsunzufriedenheit*: Die Tätigkeit als niedergelassener Arzt entspricht nicht gerade meinen Bedürfnissen und Wünschen, aber es gibt auch keine Möglichkeit für mich etwas zu unternehmen und meine Situation zu verbessern.
- *Konstruktive Arbeitsunzufriedenheit*: Die Tätigkeit als niedergelassener Arzt entspricht nicht gerade meinen Bedürfnissen und Wünschen und ich versuche deshalb etwas zu ändern.

Gemäß ihrer Definition wird die Pseudo-Arbeitszufriedenheit sowohl von Bruggemann (1976) als auch von Rottenfußer (1998) nicht operationalisiert, da zur validen Feststellung dieser Form eine Gegenüberstellung des Zufriedenheitsurteils mit der realen Arbeitssituation notwendig ist, die im Rahmen dieser standardisierten und anonymen Befragung nicht erfasst werden kann (vgl. Bruggemann, 1976; Rottenfußer, 1998). Eine Auswertung dieser nominalskalierten Items erfolgt über eine Auswertung der Häufigkeitsverteilung.

7.7.3 Die Analyse der verwendeten Skalen

Wie die vorangehenden Äußerungen andeuten, kann eine Ergebnisdarstellung der Arbeitszufriedenheitsformen unmittelbar erfolgen, während für eine Auswertung der vorliegenden JDS-Fassung zunächst eine Prüfung der verwendeten Skalen notwendig wird. Diese Analyse wird mit Hilfe einer Faktorenanalyse durchgeführt und durch eine Reliabilitätsanalyse der gebildeten Skalen ergänzt.

Die Ergebnisse der vorgenommenen Dimensionsreduktionsanalyse weisen darauf hin, dass entgegen den Annahmen lediglich fünf verschiedene Aspekte von Arbeitszufriedenheit erfasst werden. Demnach können entsprechend den extrahierten Faktoren die Bereiche ‚Anforderungsvielfalt und Ganzheitlichkeit‘, ‚Rückmeldung und Verhältnis zu den Patienten‘, ‚Zusammenarbeit und Verantwortung‘, ‚Entfaltungsmöglichkeiten und erlebte Bedeutsamkeit der Arbeit‘ sowie ‚Zufriedenheit mit Kontextfaktoren‘ als verschiedene Fassetten der Arbeitszufriedenheit niedergelassener Ärzte betrachtet werden. Diese fünf Faktoren klären 50,56% der Gesamtvarianz auf.

Die Bildung der neuen Skalen mit der Zuordnung der entsprechenden Items wird in der Tabelle 18 dargestellt. Die ursprüngliche Zuordnung der Items im Originalfragebogen ist in dieser Übersicht ebenfalls zu erkennen. Sechs Items werden aufgrund von Mehrfachladungen bzw. fehlender inhaltlicher Übereinstimmung von weiteren Analysen ausgeschlossen. Die Ergebnisse der Faktorenanalyse sind ausführlich im Anhang C zusammengestellt.

Eine Reliabilitätsanalyse über die neu gebildeten Skalen unterstreicht diese Zuordnung der Items und weist wie für einzelnen Skalen überwiegend gute bzw. zufrieden stellend hohe internen Konsistenzen aus (siehe Tabelle 18). Von einer Auswertung der intrinsischen Motivation wird ausgehend von der niedrigen Reliabilität der Skala ($\alpha=0,373$) und aufgrund der geringen inhaltlichen Relevanz für die vorliegende Fragestellung abgesehen.

Skalen des JDS (Anzahl der Items)	Rel
Anforderungsvielfalt und Ganzheitlichkeit (4)	0,665
Abwechslungsreiche Arbeit (Tätigkeitsmerkmal: Anforderungsvielfalt)	
Anspruchsvolle und vielfältige Arbeit (Tätigkeitsmerkmal: Anforderungsvielfalt)	
Ganzheitliche Tätigkeit (Tätigkeitsmerkmal: Ganzheitlichkeit)	
Umfassender Einfluss auf die Gesundheit (Tätigkeitsmerkmal: Ganzheitlichkeit)	
Rückmeldung und Verhältnis zu den Patienten (7)	0,788
Bedeutsamkeit für das Leben/Wohlbefinden der Patienten (Tätigkeitsmerkmale: Bedeutsamkeit)	
Aufschluss der Behandlung über Qualität der Arbeit (Tätigkeitsmerkmale: Rückmeldung Aufgabe)	
Häufige Rückmeldung der Patienten (Tätigkeitsmerkmale: Rückmeldung durch Andere)	
Ausreichende Rückmeldung der Patienten (Tätigkeitsmerkmale: Rückmeldung durch Andere)	
Wissen um Ergebnis der Arbeit (Psychologische Erlebniszustände: Wissen um Ergebnisse)	
Beziehung zu Patienten (Kontextzufriedenheit: Soziales Klima)	
Zusammenarbeit mit Patienten (Kontextzufriedenheit: Soziales Klima)	
Zusammenarbeit und Verantwortung (4)	0,688
Hohes Maß an Zusammenarbeit mit Mitarbeitern verlangt (Tätigkeitsmerkmale: Zusammenarbeit)	
Hohes Maß an Zusammenarbeit mit Patienten verlangt (Tätigkeitsmerkmale: Zusammenarbeit)	
Hohes Maß an persönlicher Verantwortung (Psychologische Erlebniszustände: Verantwortung)	
Zufriedenheit mit Zusammenarbeit mit Mitarbeitern (Zufriedenheitskontext: Soziales Klima)	
Entfaltungsmöglichkeiten und Erlebte Bedeutsamkeit (6)	0,813
Bedeutung der Tätigkeit (Psychologische Erlebniszustände: Bedeutsamkeit)	
Viele Dinge erscheinen nutzlos (Psychologische Erlebniszustände: Bedeutsamkeit) (-)	
Persönliche Herausforderung (Zufriedenheit mit den Entfaltungsmöglichkeiten)	
Wertvolle Leistung (Zufriedenheit mit den Entfaltungsmöglichkeiten)	
Persönliche Weiterentwicklung (Zufriedenheit mit den Entfaltungsmöglichkeiten)	
Berufliche Weiterentwicklung (Zufriedenheit mit den Entfaltungsmöglichkeiten)	
Zufriedenheit mit Kontextfaktoren (4)	0,823
Sicherheit der beruflichen Situation (Kontextzufriedenheit: Sicherheit)	
Zufriedenheit mit dem Einkommen (Kontextzufriedenheit: Bezahlung)	
Angemessenheit des Einkommens (Kontextzufriedenheit: Bezahlung)	
Unterstützung durch das Gesundheitswesen (Kontextzufriedenheit: Gesundheitswesen/Führung)	
Gesamtskala (25)	0,830
Allgemeine Arbeitszufriedenheit (3)	0,753
Gesamtzufriedenheit	
Zufriedenheit mit der Art der Tätigkeit	
Berufswechsel	

Tabelle 18: Darstellung der neu gebildeten JDS-Skalen zur Erfassung von Arbeitszufriedenheit

Aufbauend auf den geschilderten Analysen werden in einem weiteren Schritt Skalenmittelwerte gebildet und eine deskriptive Auswertung sowohl für die Skalen als auch für die einzelnen Items angestrebt. Eine Darstellung des methodischen Vorgehens für die Auswertung der vermuteten Zusammenhänge erfolgt im folgenden Abschnitt.

7.8 Analyse eines potentiellen Einflusses der Belastung und Arbeitszufriedenheit auf die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme

Für eine Überprüfung der vermuteten Zusammenhänge zwischen der Belastung bzw. Arbeitszufriedenheit niedergelassener Ärzte und der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme werden zunächst bivariate Korrelationen zwischen den verschiedenen Antizipations- und Adaptationskennwerten und den berechneten Skalenmittelwerten bezüglich der Belastung und Arbeitszufriedenheit ermittelt.

Aufbauend auf dieser ersten Zusammenhangsanalysen werden in einem weiteren Schritt Strukturgleichungsmodelle analysiert, die eine Aussage hinsichtlich signifikanter Auswirkungen der beiden Variablen differenziert für verschiedene Aspekte in Verbindung mit der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme ermöglichen.

Abschließend werden die Ärzte entsprechend ihrer Angaben in Gruppen eingeteilt und ein Vergleich der hoch vs. niedrig zufriedenen bzw. belasteten Ärzte bezüglich der unterschiedlichen Kompetenzmerkmale vorgenommen.

Zusammenfassend können somit detaillierte Aussagen getroffen werden, inwieweit sich die Belastung und Arbeitszufriedenheit niedergelassener Ärzte auf die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme auswirkt.

8 Ergebnisse

Aufbauend auf den Schilderungen des methodischen Vorgehens, wird in diesem Kapitel die schrittweise Auswertung der aufgestellten Forschungsfragen erfolgen, wobei die Abfolge der Ergebnisdarstellung dem Aufbau des vorherigen Kapitels entspricht. Eine theoretische Einbettung und Interpretation der dargestellten Befunde wird Thema des abschließenden Diskussionsteils dieser Arbeit sein.

8.1 Die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme

Entsprechend den Ausführungen zur Operationalisierung der Perspektivenübernahme werden die Ergebnisse zunächst für die Fähigkeit zur Antizipation – differenziert nach den drei genannten Aspekten – vorgestellt und anschließend die Auswertung der gewonnenen Daten bezüglich der Fähigkeit zur Adaptation besprochen.

8.1.1 Die Fähigkeit zur Wissensantizipation

Die Fähigkeit der Ärzte das medizinische Fachwissen der Patienten einzuschätzen, wird anhand zweier Fragen analysiert. Zum einen werden sowohl die Ärzte als auch die Patienten nach der Kenntnis bestimmter Begriffe und zum anderen nach dem Wissensumfang bezüglich dieser Begriffe befragt.

8.1.1.1 Antizipation der Kenntnis medizinischer Fachbegriffe

Für die Beantwortung der Frage, wie gut der Arzt die Kenntnis des Patienten hinsichtlich verschiedener Fachbegriffe einschätzen kann, wird zunächst ein Mittelwertsvergleich für die gebildeten Summenwerte der einzelnen Begriffskategorien durchgeführt. Die Ergebnisse des Wilcoxon-Tests zeigen, dass die Angaben der Ärzte und Patienten, wie viel medizinische Fachbegriffe aus dem Begriffsfragebogen bekannt sind, weitestgehend übereinstimmen. Wie die Tabelle 19 veranschaulicht, sind für die einzelnen Mittelwertsvergleiche keine signifikanten Unterschiede zu verzeichnen. Erkennbar wird jedoch eine leichte Unterschätzung der Anzahl bekannter Begriffe, die sich insbesondere für die Kategorie der schweren Begriffe zeigt.

		Deskriptive Auswertung			Analyse Wilcoxon Test		
		N	Σ	SD	N	Z	p
Einschätzung der Begriffskenntnis							
Leichte Begriffe (7)	Arzteinschätzung	154	6,83	0,68	152	-0,839	0,402
	Patienteneinschätzung	153	6,90	0,34			
Mittlere Begriffe (12)	Arzteinschätzung	154	8,45	3,01	152	-0,914	0,360
	Patienteneinschätzung	153	8,76	2,88			
Schwere Begriffe (6)	Arzteinschätzung	153	1,34	1,66	151	-1,791	0,073
	Patienteneinschätzung	153	1,67	1,90			
Alle Begriffe (25)	Arzteinschätzung	154	16,61	4,47	152	-1,319	0,187
	Patienteneinschätzung	153	17,33	4,40			

Tabelle 19: Übereinstimmung in der Einschätzung der Kenntnis medizinischer Fachbegriffe

Für eine gezielte Analyse dieser tendenziellen Unterschätzung wird in einem zweiten Schritt ein Paarvergleich zwischen den Angaben des Arztes und den Angaben des Patienten herangezogen. Die Ergebnisse für jeden einzelnen Begriff sind in Tabelle 20 veranschaulicht. Aus dieser Tabelle geht zum einen die Anzahl der Ärzte hervor, die die Kenntnis bezüglich einzelner Begriff unter- oder überschätzen bzw. das Wissen ihrer Patienten korrekt einschätzen. Zum anderen kann ableitend aus diesen Angaben die Schlussfolgerung gezogen werden, wie viel Prozent der Ärzte mit den Angaben ihren Patienten übereinstimmen. Als Antizipationsmaß dient der Mittelwert der absoluten Differenzen, wobei höhere Werte eine geringere Übereinstimmung zwischen Arzt und Patient widerspiegeln und Werte nahe Null für eine sehr gute Antizipationsfähigkeit der Ärzte sprechen.

Begriffe	N	Schätzung der Kenntnis (N)			Absolute Differenzen		100%ige Übereinstimmung
		Unter- 1	Korrekte 0	Über- -1	M	SD	Paare in Prozent
Leichte Begriffe							
Herzinfarkt	150	0	150	0	0,00	0,00	100,00
Fieber	150	0	150	0	0,00	0,00	100,00
Operation	150	0	149	1	0,01	0,08	99,38
Röntgen	151	0	151	1	0,00	0,00	100,00
Blutdruckmessung	151	0	151	0	0,00	0,00	100,00
Diabetes mellitus	150	3	139	8	0,07	0,26	92,62
CT	150	10	135	5	0,10	0,30	90,01
Mittlere Begriffe							
Punktion	150	33	105	12	0,30	0,46	70,03
Ödem	149	30	102	17	0,32	0,47	68,48
Angina pectoris	150	27	116	7	0,23	0,42	77,34
Dialyse	149	25	120	4	0,19	0,40	80,52
Gastroskopie	147	16	106	25	0,28	0,45	72,08
Appendizitis	148	13	84	51	0,43	0,50	56,75
Hypertonie	150	6	121	23	0,19	0,40	80,67
Gastritis	150	21	118	11	0,21	0,41	78,67
Tinnitus	149	39	96	14	0,36	0,48	64,40
Sonographie	149	15	112	22	0,25	0,43	75,18
Diarrhoe	149	35	83	31	0,44	0,50	55,71
Pneumonie	148	21	97	30	0,34	0,48	65,54
Schwere Begriffe							
Laparoskopie	146	22	108	16	0,26	0,44	73,93
Stent	150	24	117	9	0,22	0,42	77,96
Dyspnoe	148	19	117	12	0,21	0,41	79,03
Ileus	148	22	110	16	0,26	0,44	74,29
Szintigraphie	148	32	97	19	0,34	0,48	65,54
Diuretikum	148	19	107	22	0,28	0,45	72,29

Tabelle 20: Antizipation der Kenntnis medizinischer Fachbegriffe (Paarvergleich auf Itemebene)

Die Auswertung auf Itemebene zeigt zunächst, dass insbesondere die Einschätzung der Begriffskennntnis für die mittleren Begriffe schwierig ist. Während in der Kategorie der schweren Begriffe lediglich der Begriff Szintigraphie verstärkt Probleme bereitet (34,5% fehlende Übereinstimmung), sind es in der mittleren Schwierigkeitsstufe mehrere Begriffe, die die Antizipationsfähigkeit des Arztes auf die Probe stellen. Die Übereinstimmung für die Begriffe Ödem, Appendizitis,

Tinnitus, Diarrhoe und Pneumonie liegt lediglich zwischen 55,7% und 68,5%. Mit anderen Worten schätzen über 30% der Ärzte die Kenntnis dieser fünf mittleren Begriffe bei ihren Patienten falsch ein.

Eine Analyse dieser Fehleinschätzungen zeigt weiterhin, dass der bereits erwähnte Eindruck einer tendenziellen Unterschätzung der Begriffskennntnis bestätigt werden kann. Die Anzahl der Unterschätzungen ist im Vergleich mit den aufgezeigten Überschätzungen für alle drei Begriffskategorien höher. Entgegen dieser allgemeinen Tendenz wird die Kenntnis des leichten Begriffs Diabetes mellitus, des schweren Begriffes Diuretikum und der mittleren Begriffe Gastroskopie, Hypertonie, Sonographie, Pneumonie und vor allem des mittleren Begriffs Appendizitis jedoch überschätzt. Somit zeigt sich auch in dieser Untersuchung keine alleinige Über- oder Unterschätzung bezogen auf die Einschätzung medizinischer Fachbegriffskennntnis, sondern vielmehr eine themenspezifische Fehleinschätzung.

Zusammenfassend geht aus diesen Ergebnissen und der Tabelle 21 hervor, dass die Ärzte die medizinischen Fachbegriffskennntnisse ihrer Patienten insgesamt sehr gut einschätzen können. Die befragten Ärzte stimmten bei der Beurteilung aller Begriffe im Durchschnitt mit 78,8% ihrer Patienten überein. Eine besonders hohe Übereinstimmung zeigt sich dabei vor allem für die leichten Begriffe (97,4%), während die Einschätzung der schweren (73,8%) und vor allem der mittleren Begriffe (70,5%) etwas größere Probleme bereitet.

Schwierigkeitskategorie	N	Absolute Differenzen		Durchschnittliche Übereinstimmung
		M	SD	Paare in Prozent
Leichte Begriffe (7)	152	0,03	0,06	97,43
Mittlere Begriffe (12)	152	0,29	0,20	70,45
Schwere Begriffe (6)	151	0,27	0,27	73,84
Alle Begriffe (25)	152	0,21	0,12	78,82

Tabelle 21: Antizipation der Kenntnis medizinischer Fachbegriffe (Paarvergleich auf Kategorieebene)

8.1.1.2 Antizipation des Wissens über medizinische Fachbegriffe

Neben der Frage, ob verschiedene Fachbegriffe bekannt sind, wurde ebenfalls nach dem Umfang des Wissens für jeden der dargebotenen Fachbegriffe gefragt. Übereinstimmend mit den vorgenommenen Schwierigkeitsstufen verfügen die Patienten sowohl nach Eigen- als auch Fremdeinschätzung über relativ viel Wissen bei den leichten, über wenig Wissen bei den mittleren und über nahezu kein Wissen bei den schweren Begriffen.

Die durchgeführten Mittelwertsvergleiche für die Skalenmittelwerte der einzelnen Kategorien und für den Gesamtmittelwert über alle Begriffe zeigt weiterhin, dass auch in Bezug auf den Umfang des Wissens, die Ärzte sehr gut in der Lage sind, das durchschnittliche Wissen ihrer Patienten einzuschätzen. Aus der Tabelle 22 geht hervor, dass die Ärzte lediglich für die Kategorie der leichten Begriffe das Wissen der Patienten signifikant unterschätzen.

Einschätzung des Wissens		Deskriptive Auswertung			Analyse Wilcoxon Test		
		N	M*	SD	N	Z	p
Leichte Begriffe (7)	Arzteinschätzung	151	2,28	0,65	146	-3,078	0,002
	Patienteneinschätzung	149	2,49	0,70			
Mittlere Begriffe (12)	Arzteinschätzung	151	1,27	0,63	147	-0,772	0,440
	Patienteneinschätzung	150	1,36	0,87			
Schwere Begriffe (6)	Arzteinschätzung	151	0,35	0,46	147	-1,057	0,291
	Patienteneinschätzung	150	0,44	0,72			
Alle Begriffe (25)	Arzteinschätzung	151	1,33	0,52	147	-1,388	0,165
	Patienteneinschätzung	150	1,45	0,71			

* Das Wissen wurde mit einer 5-stufigen Likert-Skala erfasst: 0=kein 1=wenig 2=mittleres 3=viel 4=sehr viel Wissen

Tabelle 22: Übereinstimmung in der Einschätzung des Wissens über medizinische Fachbegriffe

Da dieser Gruppenvergleich jedoch noch keinen Rückschluss auf die patientenspezifische Antizipationsgüte des Arztes zulässt, werden basierend auf den paarweise gebildeten Antwortdifferenzen sowohl absolute Differenzen für jeden einzelnen Begriff als auch für die Skalenmittelwerte gebildet. Die gewonnenen

Antizipationskennwerte in Tabelle 23 verdeutlichen, dass die Einschätzung des Arztes in Bezug auf das vorhandene Wissen des jeweiligen Patienten ebenfalls recht gut ist. Grundlage für diese Schlussfolgerung bildet die Tatsache, dass die gemessenen Antizipationskennwerte einen Wert von 1,11 (für den Begriff Diarrhoe) nicht überschreiten, obwohl die absoluten Differenzen Mittelwerte zwischen 0 und 4 annehmen können.

Kategorie	N	Absolute Differenzen		100%ige Übereinstimmung
		M	SD	Paare in Prozent
Leichte Begriffe				
Herzinfarkt	143	0,64	0,68	46,13
Fieber	140	0,70	0,72	43,59
Operation	140	0,76	0,74	39,35
Röntgen	140	0,77	0,74	40,94
Blutdruckmessung	141	0,70	0,67	41,81
Diabetes mellitus	140	0,86	0,80	36,45
CT	143	0,98	0,90	34,24
Mittlere Begriffe				
Punktion	143	0,94	0,88	35,66
Ödem	143	0,89	1,01	46,13
Angina pectoris	143	0,99	0,87	28,68
Dialyse	143	0,98	0,94	34,24
Gastroskopie	141	0,93	0,84	34,07
Appendizitis	139	0,99	1,02	42,42
Hypertonie	141	1,09	0,91	27,65
Gastritis	140	1,03	0,91	32,11
Tinnitus	141	1,05	1,06	36,17
Sonographie	141	0,90	0,81	36,17
Diarrhoe	143	1,11	1,05	34,24
Pneumonie	143	0,89	0,95	42,64
Schwere Begriffe				
Laparoskopie	140	0,41	0,73	70,01
Stent	143	0,50	0,94	72,74
Dyspnoe	143	0,42	0,84	74,81
Ileus	144	0,49	0,85	68,04
Szintigraphie	144	0,56	0,88	62,51
Diuretikum	144	0,58	0,90	63,16

Tabelle 23: Antizipation des Wissens über medizinische Fachbegriffe (Paarvergleich auf Itemebene)

Eine 100%ige Übereinstimmung der Angaben von Arzt und Patient kann im Durchschnitt allerdings nur für 45% der Paarvergleiche festgestellt werden. Die befragten Ärzte stimmen dabei bei der Beurteilung der schweren Begriffe mit Mittel mit 68,6% ihrer Patienten überein, während sowohl die durchschnittliche Übereinstimmung für die Kategorie der mittleren (36%) als auch für die der leichten Begriffe (40,4%) deutlich geringer ausfällt. Tabelle 24 veranschaulicht die geschilderten Ergebnisse.

Schwierigkeitskategorie	N	Absolute Differenzen		Durchschnittliche Übereinstimmung
		M	SD	Paare in Prozent
Leichte Begriffe (7)	146	0,80	0,49	40,36
Mittlere Begriffe (12)	147	0,97	0,53	35,85
Schwere Begriffe (6)	147	0,51	0,60	68,55
Alle Begriffe (25)	147	0,81	0,42	44,96

Tabelle 24: Antizipation des Wissens über medizinische Fachbegriffe (Paarvergleich auf Kategorieebene)

In Einklang mit den Ergebnissen für die Antizipation der Begriffskennntnis, verdeutlichen demnach auch diese Befunde, dass die Einschätzung des Wissens für die mittleren Begriffe am schwierigsten ist. Im Vergleich sind die mittleren absoluten Differenzen für diese Begriffskategorie am höchsten und weisen nur geringe Schwankungen auf. Auffallend ist jedoch, dass die fünf mittleren Begriffe Ödem, Appendizitis, Tinnitus, Diarrhoe und Pneumonie die höchste prozentuale Übereinstimmung aufweisen, während die Antizipation der Begriffskennntnis gerade für diese Begriffe am schlechtesten ist. Der Begriff Hypertonie wiederum bereitet kaum Probleme was die Bekanntheitseinschätzung betrifft, verzeichnet allerdings die geringste prozentuale Übereinstimmung für die Einschätzung des vorhandenen Wissens.

In der Kategorie der schweren Begriffe scheint sowohl die Antizipation der Begriffskennntnis als auch die Antizipation des Wissens für den medizinischen Fachbegriff Szintigraphie die größten Probleme zu verursachen. Entgegen den Befunden zur Einschätzung der Begriffskennntnis fällt den Ärzten die Antizipation des vorhandenen Wissens für diese Kategorie jedoch insgesamt am leichtesten.

Die Einschätzung des Wissens in Bezug auf die leichten Begriffe scheint den Ärzten allerdings sichtlich Schwierigkeiten zu bereiten. Während die Antizipation hinsichtlich der Bekanntheit von den vorgegebenen leichten Begriffen nahezu fehlerfrei gelingt, stimmen die Angaben der Ärzte und Patienten in Bezug auf den Umfang des entsprechenden Wissens im Durchschnitt lediglich zu 40,4% überein. Die durchschnittliche Übereinstimmung für die Kategorie der mittleren Begriffe liegt bereits bei 35,9% und hebt sich somit nicht wesentlich von der Kategorie der leichten Begriffe ab. Die Mittelwerte der absoluten Differenzen der letzt genannten Kategorie sind jedoch deutlich geringer im Vergleich zu den Differenzwerten der mittleren Begriffe und sprechen demnach für eine bessere Antizipationsgüte der Ärzte.

Eine zusätzliche Analyse dieser Fehleinschätzungen zeigt weiterhin, dass auch hier das Wissen der Patienten im Durchschnitt eher unterschätzt wird (siehe Tabelle 8, Kap. 7.5.1.3). Den deskriptiven Daten zufolge unterschätzen die Ärzte das Wissen der Patienten vor allem für die leichten Begriff Diabetes mellitus und Computertomographie, für die mittleren Begriffe Punktion, Angina pectoris, Dialyse, Gastritis und Tinnitus und für die schweren Begriffe Stent, Ileus und Szintigraphie. Eine Überschätzung des Wissens zeigt sich hingegen insbesondere für die mittleren Begriffe Appendizitis, Hypertonie, Sonographie und Pneumonie. Diese Aufschlüsselung der einzelnen Über- bzw. Unterschätzungen stimmt weitestgehend mit den aufgezeigten Fehleinschätzungstendenzen für die Begriffskennntnis überein. Eine einheitliche Über- oder Unterschätzung kann demnach weder für die Antizipation der Kenntnis noch für die Antizipation des Wissens verschiedene medizinische Fachbegriffe betreffend festgestellt werden.

8.1.2 Die Fähigkeit zur Wahrnehmung der Patientenkonsultation

Eine Aussage, inwieweit die Ärzte die Perspektive der Patienten während einer Konsultation einschätzen können, kann mit Hilfe der MCCS (Cegala et al., 1998) vorgenommen werden. Diese Skala beinhaltet sowohl differenzierte Fragen bezüglich der wahrgenommenen Kompetenz des Arztes als auch des Patienten, wobei die Parallelität der Arzt- und Patientenversion eine Auswertung hinsichtlich der Antizipationsfähigkeit des Arztes ermöglicht.

Eine erste Auswertung der deskriptiven Statistik in Tabelle 25 zeigt, dass die Kompetenz des Arztes für alle drei Bereiche sowohl von den Ärzten selbst als auch von den Patienten sehr hoch eingeschätzt wird. Den positiv formulierten Aussagen wird im Durchschnitt von beiden Gruppen mit „ziemlicher“ bis „völliger“ Zustimmung begegnet.

Bereiche Arztkompetenz	Einschätzung des Arztes				Einschätzung des Patienten			
	Situation ist vorgekommen				Situation ist vorgekommen			
	nein (N)	ja (N)	M*	SD	nein (N)	ja (N)	M*	SD
Informationsgabe								
Diagnose	8	147	3,20	0,67	16	129	3,47	0,66
Ursache	8	147	3,14	0,73	21	124	3,33	0,76
Behandlungserklärung	6	149	3,30	0,61	17	127	3,29	0,82
Behandlungsmöglichkeiten	33	122	3,04	0,83	37	102	3,30	0,81
Testerklärung	40	115	3,12	0,79	37	108	3,31	0,85
Medikamentenwirkung	39	116	2,98	0,95	37	108	3,26	0,84
Medikamentnebenwirkungen	44	111	2,86	1,03	51	95	2,99	1,08
Folgen der Erkrankung	30	125	2,93	1,00	39	105	3,24	0,86
Informationsprüfung								
Sicherstellung Erklärungsverständnis	2	153	3,08	0,73	7	139	3,49	0,76
Sicherstellung Anordnungsverständnis	5	150	3,19	0,69	17	128	3,45	0,77
Sicherstellung Patientenverständnis	5	150	3,06	0,69	19	127	3,39	0,74
Ermütigung zum Fragen stellen	10	145	2,84	0,86	23	123	3,17	0,93
Stellen von passenden Fragen	4	151	3,06	0,68	26	120	3,23	0,85
Sozioemotionale Kommunikation								
Verständlichen Sprache	1	153	3,39	0,65	0	151	3,44	0,74
Warmes und freundliches Verhalten	0	154	3,34	0,66	0	151	3,64	0,61
Vertrauensvolles Verhältnis	0	154	3,44	0,63	0	151	3,74	0,51
Um den Patienten kümmern	0	154	3,45	0,63	0	151	3,74	0,50
Entspannten Atmosphäre	1	153	3,20	0,73	4	145	3,52	0,67
Zeigen von Mitgefühl	14	140	3,00	0,80	15	133	3,25	0,85
Offenes und ehrliches Verhalten	1	153	3,55	0,57	0	151	3,74	0,50
Stellen von verständlichen Fragen	3	151	3,15	0,69	6	140	3,61	0,57
Stellen von offenen Fragen	8	146	2,92	0,84	19	131	3,20	0,79

* Das Maß der Zustimmung wurde mit einer 5-stufigen Likert-Skala erfasst: 0=gar nicht 1=wenig 2=teils/teils 3=ziemlich 4=völlig

Tabelle 25: Einschätzung der ärztlichen Kompetenz

Eine Mittelwertvergleich der gebildeten Skalenmittelwerte, der auch hier mit Hilfe des nichtparametrischen Wilcoxon-Tests durchgeführt wird, zeigt weiterhin, dass die Patienten abgesehen von der Skala Informationsgabe die ärztliche Kompetenz signifikant höher einschätzen als die Ärzte selbst. Die Patienten sind allerdings insgesamt der Meinung, dass entsprechend zu bewertende Situationen weniger häufig auftraten als dies nach der Einschätzung der Ärzte der Fall war. Die genannten Ergebnisse sind in Tabelle 26 veranschaulicht.

Wahrnehmung der ärztlichen Kompetenz		Deskriptive Auswertung			Analyse Wilcoxon Test		
		N	M [*]	SD	N	Z	p
Informationsgabe	Arzteinschätzung	133	3,06	0,63	95	-1,816	0,069
	Patienteneinschätzung	111	3,27	0,62			
Informationsprüfung	Arzteinschätzung	152	3,06	0,56	128	-4,166	0,000
	Patienteneinschätzung	131	3,34	0,66			
Sozioemotionale Kommunikation	Arzteinschätzung	154	3,28	0,52	149	-5,504	0,000
	Patienteneinschätzung	150	3,55	0,48			
Gesamtkompetenz	Arzteinschätzung	147	3,16	0,51	116	-3,693	0,000
	Patienteneinschätzung	122	3,41	0,52			

* Das Maß der Zustimmung wurde mit einer 5-stufigen Likert-Skala erfasst: 0=gar nicht 1=wenig 2=teils/teils 3=ziemlich 4=völlig

Tabelle 26: Übereinstimmung in der Einschätzung der ärztlichen Kompetenz

Ein vergleichbares Bild zeichnet sich bezüglich der Einschätzung der Patientenkompetenz ab. Zum einen stimmen auch hier Ärzte und Patienten den vorgegebenen Aussagen im Mittel „ziemlich“ bis „völlig“ zu und zum anderen bewerten die Patienten ihren eigenen Betrag deutlich höher als die Ärzte ihn bewerten. Dieser Unterschied in der Einschätzung zeigt sich insbesondere für die Skala der Informationssuche. Ebenso sind die Ärzte der Meinung, bestimmte Situationen haben häufiger stattgefundenen als dies laut Einschätzung der Patienten gegeben war. Für einen umfassenden Überblick wurden die Ergebnisse in den Tabellen 27 und 28 dargestellt.

Bereiche Patientenkompetenz	Einschätzung des Arztes				Einschätzung des Patienten			
	Situation ist vorgekommen				Situation ist vorgekommen			
	nein (N)	ja (N)	M*	SD	nein (N)	ja (N)	M*	SD
Informationsgabe								
Vermittlung relevanter Informationen	8	147	3,05	0,77	15	137	3,34	0,67
Erklärung von Krankheitssymptomen	8	147	3,02	0,80	12	140	3,38	0,66
Ausführliche Fragenbeantwortung	1	154	3,10	0,84	3	149	3,44	0,66
Erklärung der Medikamenteneinnahme	33	122	3,05	0,89	38	113	3,39	0,81
Informationssuche								
Äußerung von Unverständnis	21	134	2,74	0,95	32	117	3,38	0,75
Informationswiederholungswunsch	29	126	2,59	0,94	43	149	3,25	0,84
Nachfragen bei Unverständnis	25	130	2,62	1,05	47	102	3,23	0,91
Nachfragen	14	141	2,77	0,98	9	140	3,33	0,86
Aktive Suche nach Antworten	19	136	2,74	1,00	19	129	3,06	0,92
Stellen von passenden Fragen	5	149	2,72	0,94	3	146	3,47	0,63
Sozioemotionale Kommunikation								
Vertrauensvolles Verhältnis	0	155	3,40	0,66	1	148	3,57	0,63
Offenes und ehrliches Verhalten	0	155	3,48	0,66	1	147	3,77	0,52
Ehrliche Beantwortung der Fragen	2	153	3,41	0,73	2	149	3,72	0,52

* Das Maß der Zustimmung wurde mit einer 5-stufigen Likert-Skala erfasst: 0=gar nicht 1=wenig 2=teils/teils 3=ziemlich 4=völlig

Tabelle 27: Einschätzung der Patientenkompetenz

Wahrnehmung der Patientenkompetenz		Deskriptive Auswertung			Analyse Wilcoxon Test		
		N	M*	SD	N	Z	p
Informationsgabe	Arzteinschätzung	153	3,06	0,67	144	-4,655	0,000
	Patienteneinschätzung	145	3,40	0,58			
Informationssuche	Arzteinschätzung	131	2,67	0,83	101	-6,403	0,000
	Patienteneinschätzung	115	3,26	0,64			
Sozioemotionale Kommunikation	Arzteinschätzung	155	3,43	0,61	148	-5,416	0,000
	Patienteneinschätzung	148	3,69	0,46			
Gesamtkompetenz	Arzteinschätzung	146	2,98	0,64	132	-6,843	0,000
	Patienteneinschätzung	139	3,44	0,51			

* Das Maß der Zustimmung wurde mit einer 5-stufigen Likert-Skala erfasst: 0=gar nicht 1=wenig 2=teils/teils 3=ziemlich 4=völlig

Tabelle 28: Übereinstimmung in der Einschätzung der Patientenkompetenz

Da diese durchgeführten Gruppenvergleiche allerdings lediglich erste Anhaltspunkte für die Antizipationsfähigkeit der Ärzte in Bezug auf die Patientenwahrnehmung der Konsultation liefern, werden im nächsten Schritt Paarvergleiche angestrebt, die Aussagen über die patientenspezifische Antizipationsgüte des Arztes ermöglichen. Basierend auf den paarweise gebildeten Antwortdifferenzen werden für diesen Auswertungsschritt sowohl absolute Differenzen für jedes einzelne Item als auch für die Skalenmittelwerte errechnet und ein Mittelwertsvergleich für die Gesamtskalendifferenzwerte vorgenommen. Mit dem letztgenannten Analyseschritt können entsprechend Aussagen getroffen werden, inwieweit Unterschiede in der Antizipationsgüte für die ärztliche Kompetenz bzw. für Kompetenz der Patienten bestehen.

Die Ergebnisse in Tabelle 29 und Tabelle 30 zeigen, dass analog zu den Befunden der Wissensantizipation die Ärzte insgesamt gut in der Lage sind, die Wahrnehmung der Patienten für verschiedene Aspekte einer Arzt-Patient-Konsultation einzuschätzen. Die Antizipationskennwerte, die auch hier Werte zwischen 0 und 4 annehmen können, liegen für die Skalenmittelwerte zwischen 0,59 und 0,96, wobei die Antizipation der sozioemotionalen Kommunikationsaspekte am besten gelingt, während die Einschätzung der Informationsprüfung des Arztes und vor allem der Informationssuche des Patienten die größten Differenzen in der gegenseitigen Wahrnehmung aufweist. Diese Unterschiede in der Antizipationsgüte des Arztes für die verschiedenen Kompetenzbereiche zeigen sich nicht allein in den absoluten Differenzen, sondern ebenso in der prozentualen Übereinstimmung der Paare und in den Angaben, inwieweit eine Situation in dem Gespräch überhaupt vorgekommen ist.

Signifikante Unterschiede in der Antizipationsgüte bezüglich der Wahrnehmung eigener ärztlicher Kompetenzen ($M=0,67$; $SD=0,38$) und der Wahrnehmung der Patientenkompetenzen ($M=0,74$; $SD=0,46$) können nicht festgestellt werden ($Z=-1,075$; $p=0,282$).

Bereiche Arztkompetenz	Übereinstimmung Situationsvorkommen		Absolute Differenzen			100% ige Übereinstimmung
	N	Paare in Prozent	N	M	SD	Paare in Prozent
Informationsgabe						
Diagnose	145	80,10	123	0,66	0,72	46,32
Ursache	145	78,20	119	0,71	0,81	46,26
Behandlungserklärung	144	78,20	122	0,71	0,70	41,00
Behandlungsmöglichkeiten	142	60,30	84	0,80	0,79	40,52
Testerklärung	145	66,00	86	0,64	0,70	48,73
Medikamentenwirkung	145	69,90	90	0,74	0,83	44,44
Medikamentnebenwirkungen	146	66,70	78	0,69	0,96	56,40
Folgen der Erkrankung	144	64,10	88	0,76	0,80	42,02
Informationsprüfung						
Sicherstellung Erklärungsverständnis	146	87,80	137	0,82	0,81	39,41
Sicherstellung Anordnungsverständnis	145	81,40	125	0,71	0,76	42,45
Sicherstellung Patientenverständnis	146	78,20	122	0,79	0,59	30,31
Ermütigung zum Fragen stellen	146	76,30	116	0,85	0,86	40,51
Stellen von passenden Fragen	146	76,90	118	0,79	0,76	39,02
Sozioemotionale Kommunikation						
Verständlichen Sprache	150	95,50	149	0,59	0,67	50,37
Warmes und freundliches Verhalten	150	96,20	150	0,57	0,63	49,38
Vertrauensvolles Verhältnis	150	96,20	150	0,51	0,60	54,68
Um den Patienten kümmern	150	96,20	150	0,49	0,59	55,98
Entspannten Atmosphäre	148	92,30	144	0,60	0,63	47,29
Zeigen von Mitgefühl	147	78,80	121	0,67	0,65	42,14
Offenes und ehrliches Verhalten	150	95,50	149	0,44	0,57	60,42
Stellen von verständlichen Fragen	145	87,20	136	0,75	0,67	37,54
Stellen von offenen Fragen	149	80,80	124	0,73	0,76	43,52
Bereiche Patientenkompetenz						
Informationsgabe						
Vermittlung relevanter Informationen	152	87,80	133	0,67	0,61	40,61
Erklärung von Krankheitssymptomen	152	89,70	136	0,67	0,71	46,33
Ausführliche Fragenbeantwortung	152	94,90	148	0,82	0,73	35,13
Erklärung der Medikamenteneinnahme	151	72,40	97	0,74	0,87	48,47
Informationssuche						
Äußerung von Unverständnis	149	72,40	105	0,92	0,86	36,26
Informationswiederholungswunsch	149	64,70	89	0,92	0,80	31,40
Nachfragen bei Unverständnis	149	66,00	90	1,13	1,00	29,98
Nachfragen	149	84,60	129	0,85	0,79	36,40
Aktive Suche nach Antworten	148	74,40	113	0,80	0,84	43,37
Stellen von passenden Fragen	148	89,70	140	0,96	0,84	29,99
Sozioemotionale Kommunikation						
Vertrauensvolles Verhältnis	148	94,20	148	0,49	0,58	55,43
Offenes und ehrliches Verhalten	148	94,20	147	0,46	0,58	57,86
Ehrliche Beantwortung der Fragen	151	94,20	147	0,53	0,63	53,77

Tabelle 29: Wahrnehmung der Arzt-Patient-Konsultation (Paarvergleich auf Itemebene)

Kompetenzbereiche	Absolute Differenzen			Durchschnittliche Übereinstimmung
	N	M	SD	Paare in Prozent
Arztkompetenz				
Informationsgabe	93	0,70	0,56	45,71
Informationsprüfung	128	0,81	0,53	38,34
Sozioemotionale Kommunikation	149	0,59	0,41	49,03
Gesamtkompetenz	116	0,67	0,38	45,40
Patientenkompetenz				
Informationsgabe	143	0,71	0,55	42,63
Informationssuche	101	0,96	0,64	34,57
Sozioemotionale Kommunikation	148	0,49	0,47	55,68
Gesamtkompetenz	129	0,74	0,46	41,92
Gesamtkonsultation	120	0,69	0,34	44,11

Tabelle 30: Wahrnehmung der Arzt-Patient-Konsultation (Paarvergleich auf Skalenebene)

Wie die Tabelle 30 weiterhin zeigt, beträgt der durchschnittliche Differenzwert für sämtliche Angaben in der Medical Communication Competence Scale $M=0,69$ ($SD=0,34$). Die deutliche Mehrheit der Ärzte (81,8%) kommt dabei mit ihren Patienten über das Vorkommen der genannten Situationen überein und durchschnittlich 44,1% aller Arzt-Patienten-Paare können eine 100%ige Einigung über die Bewertung der vorgegebenen Situationen erzielen. In Anbetracht der 5-stufigen Likert-Skala und den vergleichsweise geringen Differenzwerten kann mit dieser Gesamtanalyse eine gute Antizipationsfähigkeit der Ärzte bestätigt werden.

Neben der Einschätzung verschiedener Aspekte die Kompetenz des Arztes und des Patienten betreffend, wurden beide Versuchspersonengruppen abschließend um drei Gesamturteile bezüglich der eben stattgefundenen Konsultation gebeten.

Auch diese Gegenüberstellung in der Tabelle 31 zeigt, dass die Urteile der Patienten signifikant höher ausfallen als die der Ärzte, wobei insbesondere die fehlende Übereinstimmung hinsichtlich des Informationsbedürfnisses der Patienten deutlich wird. Den Angaben der Patienten zufolge ist ihr Informationsbedürfnis wesentlich größer als dieses von den Ärzten eingeschätzt wird. Insgesamt sprechen die Antizipationskennwerte, die in der Tabelle 32 veranschaulicht sind, allerdings auch für diese drei Gesamturteile für eine gute Antizipationsfähigkeit der Ärzte.

		Deskriptive Auswertung			Analyse Wilcoxon Test		
		N	M [*]	SD	N	Z	p
Gegenüberstellung der Gesamturteile							
Patientenzufriedenheit mit der Konsultation	Arzteinschätzung	154	3,04	0,59	146	-7,231	0,000
	Patienteneinschätzung	147	3,61	0,55			
Informationsbedürfnis des Patienten war sehr groß	Arzteinschätzung	154	2,56	1,00	146	-4,661	0,000
	Patienteneinschätzung	147	3,09	0,94			
Dem Informationsbedürfnis konnte entsprochen werden	Arzteinschätzung	153	2,99	0,71	145	-6,265	0,000
	Patienteneinschätzung	147	3,54	0,70			

* Das Maß der Zustimmung wurde mit einer 5-stufigen Likert-Skala erfasst: 0=gar nicht 1=wenig 2=teils/teils 3=ziemlich 4=völlig

Tabelle 31: Übereinstimmung des Gesamteindrucks

Gegenüberstellung der Gesamturteile	Absolute Differenzen			Durchschnittliche Übereinstimmung
	N	M	SD	Paare in Prozent
Patientenzufriedenheit mit der Konsultation	146	0,68	0,66	42,47
Informationsbedürfnis des Patienten war sehr groß	146	0,99	0,96	36,30
Dem Informationsbedürfnis konnte entsprochen werden	145	0,73	0,76	43,44

Tabelle 32: Wahrnehmung des Gesamteindrucks (Paarvergleich auf Itemebene)

In Anbetracht dieser Ergebnisse, die zusammenfassend die Fähigkeit des Arztes zur Antizipation der Patientenperspektive belegen, stellt sich nun die Frage, inwieweit diese Repräsentation im Gespräch mit dem Patienten aufrechterhalten bzw. genutzt werden kann.

8.1.3 Die Fähigkeit zur Adaptation

Die Fähigkeit zur kommunikativen Anpassung des Arztes wurde ebenfalls mit Hilfe der MCCS bestimmt, die eine Einschätzung des Patienten für die beschriebenen drei Kompetenzbereiche des Arztes ermöglicht. Wie bereits eine deskriptive Analyse der gewonnenen Daten im Zusammenhang mit der Fähigkeit zur Antizipation der Patientenkonsultation verdeutlicht, wird die ärztliche Kompetenz für alle drei Bereiche – Informationsgabe, Informationsprüfung und sozioemotionale Kommunikation – als sehr hoch eingeschätzt. Die Patienten stimmen den

vorgegebenen Aussagen im Mittel „ziemlich“ bis „völlig“ zu, was für eine ausgesprochene Zufriedenheit der Patienten bezüglich der kommunikativen Anpassung des Arztes spricht. Im Vergleich ist die Zufriedenheit mit den sozioemotionalen Aspekten des kommunikativen Verhaltens am größten. Auf eine ausführliche Darstellung der Ergebnisse für die einzelnen Items und Skalen wurde bereits in dem Abschnitt 8.1.2. Tabelle 25 und Tabelle 26 eingegangen.

8.1.4 Der Einfluss von Antizipation auf die Fähigkeit zur Adaptation

Weiterhin steht die Frage im Raum, inwieweit sich die Fähigkeit zur Antizipation auf die Fähigkeit zur Adaptation auswirkt. Für die Beantwortung dieser Frage wurden zunächst bivariate Korrelationen errechnet, die einen Zusammenhang zwischen der Wissensantizipation und der Aufrechterhaltung und Nutzung dieser Repräsentation der Patientenperspektive im Gespräch nahe legen.

Adaptation	Antizipation des Begriffswissens für			
	alle Begriffe	leichte Begriffe	mittlere Begriffe	schwere Begriffe
Informationsgabe	0,301**	0,202*	0,309**	0,218*
Informationsprüfung	0,288**	0,283**	0,265**	0,172
Sozioemotionale Kommunikation	0,251**	0,098	0,251**	0,214*
Gesamtkompetenz	0,323**	0,243**	0,324**	0,231*

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 33: Korrelation zwischen Antizipations- und Adaptationskennwerten

Wie aus der Tabelle 33 allerdings ersichtlich wird, sprechen die ermittelten Korrelationen gegen den erwarteten Zusammenhang. Da höhere Antizipationskennwerte eine schlechtere Antizipationsgüte der Ärzte angeben und höhere Mittelwerte der Adaptationsmaße für eine größere Zufriedenheit der Patienten sprechen, werden negative Korrelationen erwartet. Dem entgegen scheint eine bessere Wissensantizipation der Ärzte zu einer schlechteren Anpassung im Arzt-Patient-Gespräch zu führen. Nahezu alle Korrelationen zwischen den einzelnen Skalen werden auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) bzw. 0,05 (2-seitig) signifikant.

Eine weitere Analyse dieses gefundenen Zusammenhangs zwischen Wissensantizipation und Adaptation wird mit Hilfe eines Strukturgleichungsmodells angestrebt. Die Ergebnisse dieser Berechnung weisen darauf hin, dass sich die Fähigkeit zur Wissensantizipation sowohl signifikant auf die Informationsgabe ($\beta=0,42$; $p<0,01$), auf die Informationsprüfung ($\beta=0,43$; $p<0,01$) als auch auf die sozioemotionale Kommunikation ($\beta=0,36$; $p<0,01$) auswirkt. Wie die Abbildung 8 allerdings ebenfalls veranschaulicht, sollte von einer Interpretation der gefundenen Zusammenhänge aufgrund mangelnder Modellanpassung ($N=156$; $\chi^2=200,531$; $df=17$; $p=0,000$; $RSMEA=0,264$) abgesehen werden.

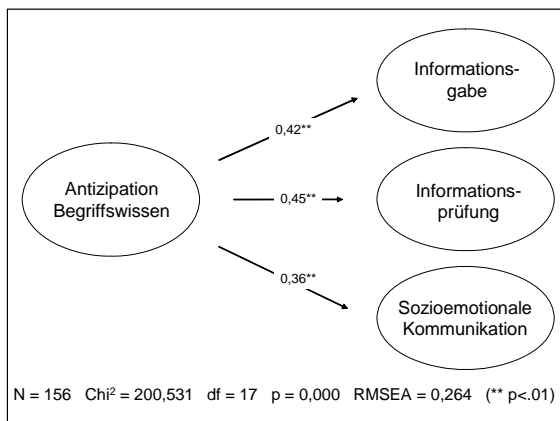


Abbildung 8: Einfluss der Wissensantizipation auf die Fähigkeit zur Adaptation (Standardisierte Lösung des Strukturmodells)

Die abschließende Analyse des Zusammenhangs zwischen der durchschnittlichen Wissensantizipation für alle Begriffe und dem Gesamtadaptationsmaß weist hingegen bei sehr guter Modellanpassungsstatistik ($N=156$; $\chi^2=0,376$; $df=1$; $p=0,540$; $RSMEA=0,000$) einen standardisierten Pfadkoeffizienten von 0,32 aus. Dieser Pfad wird zudem hoch signifikant ($p<0,01$), wodurch ein Einfluss der Antizipation des Wissens auf die kommunikative Anpassung im Arzt-Patient-Gespräch belegt werden kann. Dieser positive Pfadkoeffizient bestätigt jedoch auch hier, dass eine bessere Antizipationsfähigkeit der Ärzte zu einer schlechteren Adaptation im Gespräch zu führen scheint.

8.1.5 Der Einfluss von Berufserfahrung

Ein potentieller Einfluss der Berufserfahrung niedergelassener Ärzte auf die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme wird zunächst ebenfalls mit Hilfe bivariater Korrelationen bestimmt. Die Fähigkeit zur Antizipation wird dabei differenziert für die drei Aspekte Begriffskenntnis, Begriffswissen und Wahrnehmung der Patientenkonsultation betrachtet. Die Ergebnisse der durchgeführten Korrelationsanalysen sind in der Tabelle 34 veranschaulicht.

Fähigkeit zur Antizipation	Berufserfahrung
Kenntnis der Begriffe	0,006
leichte Begriffe	-0,010
mittlere Begriffe	-0,032
schwere Begriffe	0,052
Wissen über die Begriffe	-0,067
leichte Begriffe	-0,020
mittlere Begriffe	-0,046
schwere Begriffe	-0,053
Wahrnehmung der Patientenkonsultation	-0,225*
Gesamtkompetenz des Arztes	-0,301**
Informationsgabe	-0,215*
Informationsprüfung	-0,258**
Sozioemotionale Kommunikation	-0,211*
Gesamtkompetenz des Patienten	-0,089
Informationsgabe	-0,001
Informationssuche	-0,059
Sozioemotionale Kommunikation	-0,090
Fähigkeit zur Adaptation	Berufserfahrung
Gesamtkompetenz des Arztes	0,077
Informationsgabe	0,023
Informationsprüfung	0,028
Sozioemotionale Kommunikation	0,048

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 34: Korrelation zwischen Berufserfahrung und der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme

Wie die Tabelle 34 zeigt, sprechen die errechneten Korrelationen insofern für einen Zusammenhang zwischen der Berufserfahrung und der Fähigkeit zur

Perspektivenübernahme, dass sich mit steigender Berufserfahrung (in Jahren) die Wahrnehmung der eigenen (ärztlichen) Kompetenz zu verbessern scheint. Die Einschätzung der Ärzte und die Einschätzung der Patienten die Kompetenz des Arztes bezüglich Informationsgabe, Informationsprüfung und sozioemotionale Kommunikation betreffend, gleichen sich mit zunehmender Berufserfahrung stetig an. Die Korrelationen zwischen diesen Antizipationskennwerten und der Berufserfahrung werden auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) bzw. 0,05 (2-seitig) signifikant. Der stärkste Zusammenhang scheint dabei zwischen der Berufserfahrung und dem Aspekt Informationsprüfung zu bestehen ($r=-0,258$, $p<0,01$).

Die Berechnung von Strukturgleichungsmodellen unterstützt auf den ersten Blick diese Befunde, von einer Interpretation der in Abbildung 9 veranschaulichten Ergebnisse sollte in Anbetracht der Modellidentifikationsprobleme jedoch abgesehen werden.

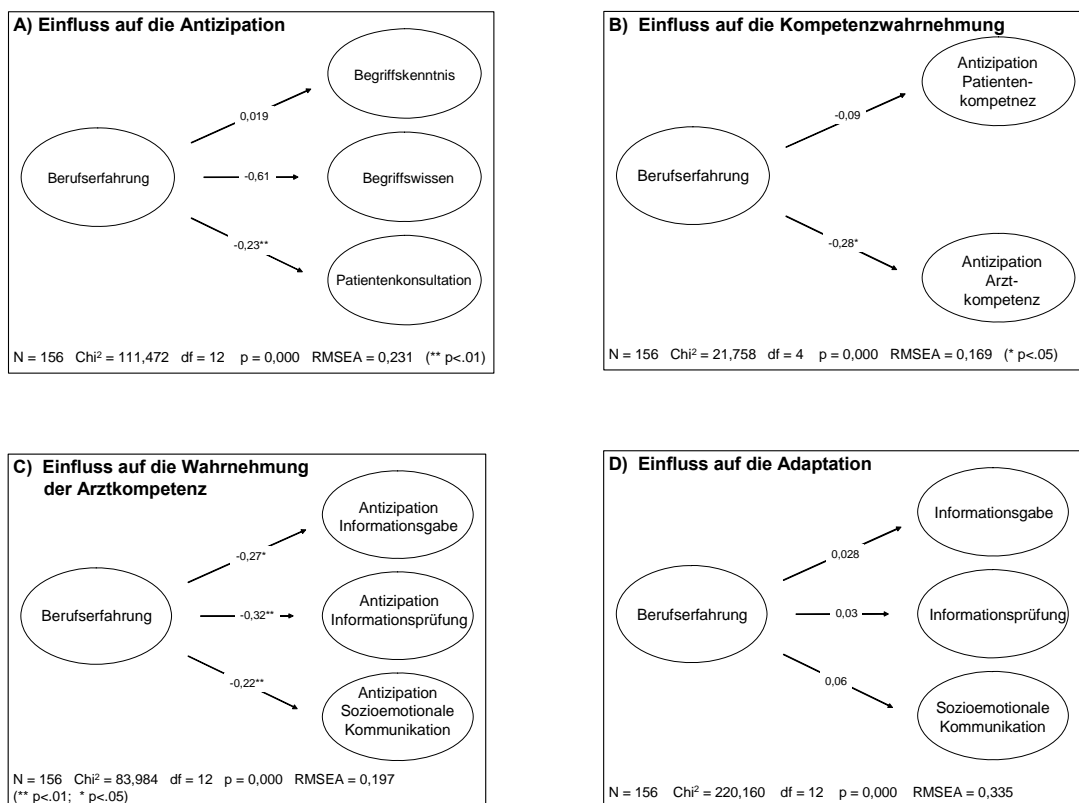


Abbildung 9: Einfluss der Berufserfahrung auf die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme (Standardisierte Lösung des Strukturmodells)

Eine abschließende Überprüfung inwieweit sich die Gruppe der Ärzte mit langjähriger (>20 Jahre) Berufserfahrung von der Ärztegruppe mit weniger beruflicher Erfahrung (<20 Jahre) hinsichtlich der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme unterscheidet, ist in der Tabelle 35 dargestellt.

Fähigkeit zur Perspektivenübernahme	Berufserfahrung						U-Test nach Mann u. Whitney		
	< 20 Jahre			> 20 Jahre			N	Z	p
	N	M	SD	N	M	SD			
Antizipation der Begriffskenntnis	62	0,21	0,13	75	0,21	0,12	137	-0,654	0,513
leichte Begriffe	62	0,03	0,07	75	0,02	0,06	137	-0,060	0,952
mittlere Begriffe	62	0,29	0,90	75	0,28	0,20	137	-0,188	0,851
schwere Begriffe	61	0,26	0,26	75	0,31	0,28	136	-0,961	0,336
Antizipation des Begriffswissens	61	0,82	0,51	72	0,81	0,36	133	-0,673	0,501
leichte Begriffe	60	0,82	0,41	72	0,78	0,57	132	-1,221	0,222
mittlere Begriffe**	61	0,96	0,63	72	0,98	0,47	133	-1,185	0,236
schwere Begriffe	61	0,55	0,68	72	0,52	0,55	133	-0,062	0,951
Wahrnehmung der Konsultation	54	0,74	0,41	56	0,65	0,28	110	-0,996	0,319
Gesamtkompetenz des Arztes	51	0,76	0,45	54	0,61	0,33	105	-1,571	0,116
Informationsgabe	42	0,81	0,69	44	0,60	0,42	86	-1,198	0,231
Informationsprüfung	54	0,90	0,58	62	0,73	0,48	116	-1,634	0,102
Sozioemotionale Kommunikation	62	0,66	0,46	73	0,57	0,38	135	-0,890	0,374
Gesamtkompetenz des Patienten	59	0,75	0,48	58	0,72	0,44	117	-0,341	0,733
Informationsgabe	60	0,71	0,59	69	0,67	0,53	129	-0,191	0,849
Informationssuche	43	0,96	0,65	50	0,97	0,61	93	-0,240	0,811
Sozioemotionale Kommunikation	61	0,48	0,50	72	0,47	0,45	133	-0,007	0,994
Fähigkeit zur Adaptation*									
Gesamtkompetenz des Arztes	53	3,34	0,59	58	3,47	0,42	111	-0,816	0,414
Informationsgabe	46	3,19	0,70	55	3,34	0,52	101	-0,762	0,446
Informationsprüfung	55	3,26	0,74	64	3,40	0,59	119	-0,719	0,472
Sozioemotionale Kommunikation	62	3,54	0,50	74	3,57	0,43	136	-0,144	0,886

* Das Maß der Zustimmung wurde mit einer 5-stufigen Likert-Skala erfasst: 0=gar nicht 1=wenig 2=teils/teils 3=ziemlich 4=völlig

Tabelle 35: Fähigkeit zur Perspektivenübernahme in Abhängigkeit der Berufserfahrung

Wie die Ergebnisse in der Tabelle 35 zeigen, spiegelt sich auch hier eine tendenziell bessere Wahrnehmung der ärztlichen Kompetenz in Abhängigkeit der Berufserfahrung wider. Ein signifikanter Unterschied der Mittelwerte kann jedoch weder für diesen Vergleich noch für die Testung der Mittelwerte bezüglich der

Antizipation der medizinischen Fachbegriffe, der Wahrnehmung der Patientenkompetenz als auch der Fähigkeit zur Adaptation festgestellt werden. Die Ärzte mit einer Berufserfahrung über 20 Jahre unterscheiden sich demnach in ihren Einschätzungen nicht wesentlich von den Ärzten, die weniger als 20 Jahre berufliche Erfahrung ausweisen.

8.2 Die Belastung niedergelassener Ärzte

Für eine Beantwortung der Frage, inwieweit sich die Belastung niedergelassener Ärzte auf die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme auswirkt, bedarf es zunächst einer deskriptiven Auswertung der empfundenen Belastung.

Aufbauend auf der Analyse der verwendeten Skalen werden somit Mittelwerte für die einzelnen Items und Skalen gebildet, die in der Tabelle 36 dargestellt werden.

Wie die Tabelle 36 verdeutlicht, sprechen die Angaben der Ärzte insgesamt für eine „mittelmäßige“ ($M=3,10$; $SD=0,57$) Belastung. Der Umgang mit den Patienten verursacht dabei die geringste Belastung ($M=2,84$; $SD=0,61$), gefolgt von den Rahmenbedingungen und den Auswirkungen auf das Privatleben ($M=3,02$; $SD=0,79$), während für die Konzentrationsanforderungen und für den wahrgenommene Zeitdruck die höchsten Belastungswerte auftreten ($M=3,64$; $SD=0,75$). Die durchschnittlichen Angaben der Ärzte weisen für den letztgenannten Bereich auf eine „ziemliche“ Belastung der niedergelassenen Ärzte hin.

Eine Auswertung auf Itemebene zeigt weiterhin, dass auffallend „wenig“ Belastung im Zusammenhang mit den Fehlern von Kollegen und der Frage nach dem Nutzen der Arbeit entsteht. Hingegen werden die Begleitung eines langen fortschreitenden Krankheitsprozesses, Zeitknappheit, häufiger Zeitdruck, hohes Arbeitstempo und die gleichzeitig Bewältigung vieler Dinge am stärksten belastend erlebt.

Auf die Frage nach der Belastung während der letzten Stunde, die im Zusammenhang mit der Patientenkonsultation gestellt wurde, geben die Ärzte an, sich im Durchschnitt „wenig“ ($M=2,21$; $SD=0,94$) belastet gefühlt zu haben.

Skalen mit den entsprechenden Items	N	M*	SD
Patientenbezogene Belastungsfaktoren			
Weinende Patienten	121	3,12	1,07
Fortschreitender Krankheitsprozess	120	3,78	0,98
Unrealistische Heilungserwartungen	120	2,58	0,96
Fragen schwerkranker Patienten	119	3,23	1,07
Klammern der Patienten	121	3,21	0,98
Vorwurfsvolle Patienten	120	2,39	1,01
Aggressive Patienten	121	2,79	0,99
Überprüfung von Patienten	120	2,58	0,98
Wenig Patientenbeiträge	120	2,95	0,94
Aufsuchen wegen Kleinigkeiten	120	2,82	1,09
Unadäquate Behandlung von Kollegen	121	2,63	1,12
Ausbaden von Fehlern der Kollegen	121	2,02	1,02
<i>Skala</i>	121	2,84	0,61
Belastung durch Konzentrationsanforderungen und Zeitdruck			
Zeitknappheit	120	3,96	0,86
Wenig Zeit für persönliche Patientenprobleme	120	3,12	1,11
Zusätzlicher Aufwand durch Störung	121	3,43	1,12
Voller Kopf	120	3,86	0,96
Momente höchster Konzentration	119	3,56	1,30
Häufiger Zeitdruck	120	3,94	0,86
Hohes Arbeitstempo	120	3,68	1,23
<i>Skala</i>	121	3,64	0,75
Belastung durch Rahmenbedingungen und Auswirkungen auf das Privatleben			
Organisatorische Erledigungen für Praxis	121	3,40	1,08
Organisatorische Erledigungen für Patienten	120	3,44	1,06
Körperliche Anstrengung	121	2,36	1,47
Frage nach dem Nutzen der Arbeit	120	2,08	1,39
Negative Auswirkungen auf das Privatleben	121	2,73	1,30
Wenig Zeit für Privatleben	121	3,47	1,10
Eingeschränkte Pausenzeiten	120	3,67	1,12
<i>Skala</i>	121	3,02	0,79
Gesamtskala	121	3,10	0,57

* Das Ausmaß der Belastung wurde mit einer 5-stufigen Likert-Skala erfasst: 1= nicht 2=wenig 3=mittelmäßig 4=ziemlich 5=sehr

Tabelle 36: Belastung niedergelassener Ärzte

Eine Auswertung dieser Belastungswerte im Zusammenhang mit der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme niedergelassener Ärzte wird im Anschluss an die deskriptive Auswertung der Arbeitszufriedenheit erfolgen.

8.3 Die Arbeitszufriedenheit niedergelassener Ärzte

Die Arbeitszufriedenheit niedergelassener Ärzte wurde zum einen mit der autorisierten deutschen Fassung des Job Diagnostic Survey von Schmidt et al. (1985) in Anlehnung an van Dick et al. (2001) analysiert, während zum anderen das individuellen Bezugssystem von Bruggemann et al. (1975) in Anlehnung an Rottenfuß (1998) erfasst wurde.

Bezogen auf das Ausmaß der Arbeitszufriedenheit zeigen die Ergebnisse des JDS, dass die Angaben der Ärzte insgesamt für eine weitestgehende Zufriedenheit mit der erlebten Arbeitssituation sprechen. Sowohl der Gesamtskalenmittelwert über alle fünf verschiedenen Subskalen ($M=2,70$; $SD=0,37$) als auch die Aussagen bezüglich der allgemeinen Arbeitszufriedenheit ($M=3,11$; $SD=0,73$) werden im Durchschnitt mit der Option „trifft ziemlich zu“ bewertet. Deutlich wird jedoch, dass das erfragte Gesamturteil bezüglich der allgemeinen Arbeitszufriedenheit einen höheren Mittelwert aufweist, als der Mittelwert der einzelnen Bereiche.

Die Auswertung der verschiedenen Fassetten von Arbeitszufriedenheit analysierend, fällt weiterhin auf, dass insbesondere die Angaben bezüglich der Zusammenarbeit und Verantwortung ($M=3,43$; $SD=0,48$) und auch hinsichtlich der Anforderungsvielfalt und Ganzheitlichkeit ($M=3,08$; $SD=0,58$) auf eine hohe Zufriedenheit der Ärzte hinweisen. Im Gegensatz dazu sind die Befragten vor allem mit den Kontextfaktoren ($M=1,40$; $SD=0,77$) nicht zufrieden. Die Unterstützung durch das Gesundheitswesen, die mit „wenig zutreffend“ ($M=0,77$; $SD=0,68$) beurteilt wird, spiegelt in diesem Zusammenhang den Aspekt der größten Unzufriedenheit wider. Im Vergleich weniger zufrieden äußern sich die Ärzte des Weiteren über mögliche Entfaltungsmöglichkeiten ($M=2,68$; $SD=0,63$) und auch über die Rückmeldung und das Verhältnis zu den Patienten ($M=2,81$; $SD=0,48$).

Auswertung des JDS (Anzahl der Items)	N	M*	SD
Anforderungsvielfalt und Ganzheitlichkeit			
Abwechslungsreiche Arbeit	121	3,11	0,80
Anspruchsvolle und vielfältige Arbeit	120	3,47	0,69
Ganzheitliche Tätigkeit	119	3,37	0,76
Umfassenden Einfluss auf die Gesundheit	121	2,41	0,96
<i>Skala</i>	121	3,08	0,58
Rückmeldung und Verhältnis zu den Patienten			
Bedeutsamkeit für das Leben/Wohlbefinden der Patienten	121	3,12	0,73
Aufschluss der Behandlung über Qualität der Arbeit	117	2,66	0,80
Häufige Rückmeldung der Patienten	119	2,52	0,78
Ausreichende Rückmeldung der Patienten	121	2,47	0,79
Wissen um Ergebnis der Arbeit	120	2,94	0,73
Beziehung zu Patienten	121	3,12	0,63
Zusammenarbeit mit Patienten	121	2,86	0,66
<i>Skala</i>	121	2,81	0,48
Zusammenarbeit und Verantwortung			
Hohes Maß an Zusammenarbeit mit Mitarbeitern verlangt	121	3,52	0,70
Hohes Maß an Zusammenarbeit mit Patienten verlangt	121	3,28	0,76
Hohes Maß an persönlicher Verantwortung	121	3,65	0,53
Zufriedenheit mit Zusammenarbeit mit Mitarbeitern	121	3,27	0,66
<i>Skala</i>	121	3,43	0,48
Entfaltungsmöglichkeiten und Erlebte Bedeutsamkeit			
Bedeutung der Tätigkeit	121	3,30	0,71
Persönliche Herausforderung	121	2,68	0,83
Wertvolle Leistung	121	2,83	0,82
Persönliche Weiterentwicklung	121	2,28	0,90
Berufliche Weiterentwicklung	120	2,33	0,87
<i>Skala</i>	121	2,68	0,63
Zufriedenheit mit Kontextfaktoren			
Sicherheit der beruflichen Situation	121	1,57	1,03
Zufriedenheit mit dem Einkommen	120	1,81	1,05
Angemessenheit des Einkommens	119	1,46	1,04
Unterstützung durch das Gesundheitswesen	121	0,77	0,68
<i>Skala</i>	121	1,40	0,77
Gesamtskala			
	121	2,70	0,37
Allgemeine Arbeitszufriedenheit			
Gesamtzufriedenheit	121	3,02	0,87
Zufriedenheit mit der Art der Tätigkeit	121	2,92	0,75
Berufswechsel	121	3,40	1,04
<i>Skala</i>	121	3,11	0,73

* Das Maß der Zustimmung wurde mit einer 5-stufigen Likert-Skala erfasst: 0=gar nicht 1=wenig 2=teils/teils 3=ziemlich 4=völlig

Tabelle 37: Arbeitszufriedenheit niedergelassener Ärzte

Zusammenfassend bestätigt die detaillierte Aufschlüsselung der Mittelwerte einzelner Skalen und Items in Tabelle 35 die Notwendigkeit einer differenzierten Beurteilung verschiedener Aspekte von Arbeitszufriedenheit und erklärt den hohen Gesamtmittelwert der Skalen, der insgesamt für eine weitestgehende Zufriedenheit niedergelassener Ärzte spricht.

Da jedoch eine Beurteilung der erfassten Kontext- und Kontextmerkmale erst dann erfolgen kann, wenn der Explikation des jeweiligen Bezugssystems der gleiche Stellenwert eingeräumt wird, wie der Analyse der geäußerten Arbeitszufriedenheit selbst, wird in Anlehnung an Bruggemann et al. (1975) mit Hilfe des Arbeitszufriedenheits-Kurzfragebogens (AZK) nach Rottenfußler (1998) eine zusätzliche Analyse des individuellen Bezugssystems durchgeführt.

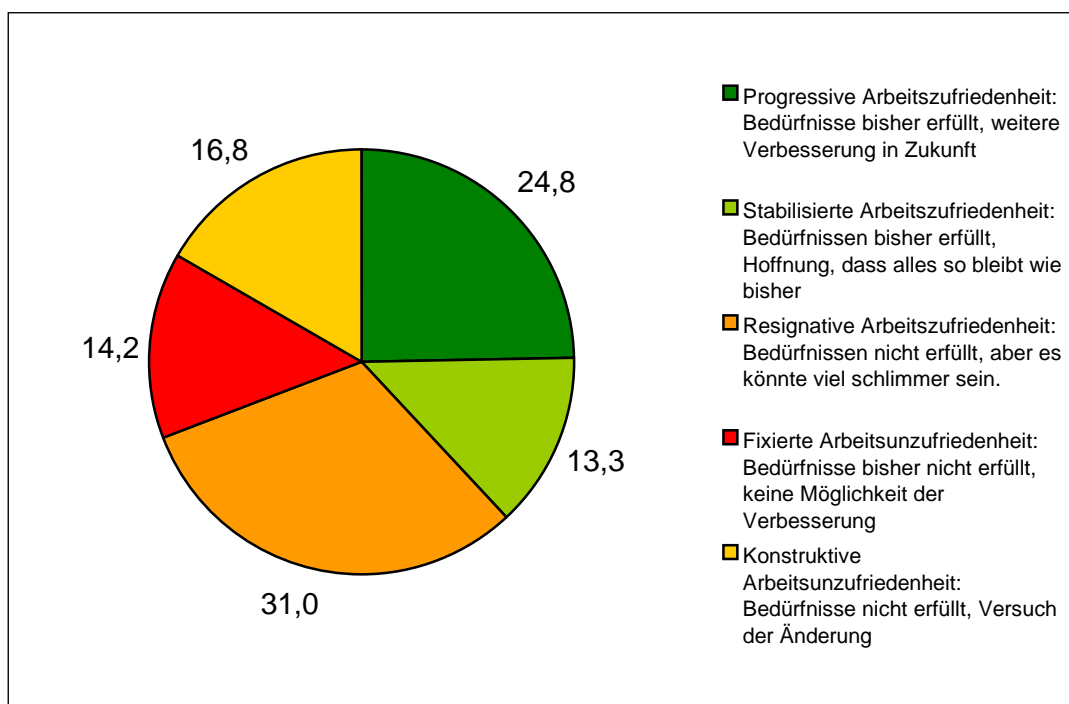


Abbildung 10: Arbeitszufriedenheit der niedergelassenen Ärzte nach Bruggemann et al. (1975)

In Einklang mit bereits zitierten Forschungsprojekten (Rottenfuß, 1998) zeigt sich auch hier, dass befragt nach der Form der Arbeitszufriedenheit die gewonnenen Daten für eine weitaus größere Unzufriedenheit der praktizierenden Ärzte (N=113) sprechen, als dies die Ergebnisse des JDS vermitteln. Wie die Abbildung 10 veranschaulicht, lassen sich 61,9% der niedergelassenen Ärzte mit „diffus unzufrieden“ (Bruggemann et al., 1975) beschreiben, wovon 31% der Probanden eine resignative Arbeitszufriedenheit, 14,2% eine fixierte und 16,8% eine konstruktive Arbeitsunzufriedenheit angeben. Lediglich 38,1% der Befragten geben an, dass ihre Bedürfnisse und Wünsche bisher erfüllt wurden, wovon 24,8% davon ausgehen, dass sie sich noch weiter verbessern werden, während 13,3% der Ärzte hoffen, dass alles so bleibt. Somit sollten auch in dieser Untersuchung die Angaben zum Ausmaß der Arbeitszufriedenheit unter Berücksichtigung des offenbar gesenkten Anspruchsniveaus betrachtet werden.

8.4 Arbeitszufriedenheit und Belastung als potentielle Einflussfaktoren auf die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme

Ausgehend von den dargestellten Ergebnissen bezüglich der Belastung und Arbeitszufriedenheit niedergelassener Ärzte wird in dem folgenden Abschnitt ein potentieller Einfluss dieser Faktoren auf die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme, differenziert für die Fähigkeit zur Antizipation und Adaptation überprüft.

8.4.1 Der Einfluss wahrgenommener Belastung

Der Einfluss wahrgenommener Belastung auf die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme wird dabei zum einen für die ermittelte durchschnittliche Belastung und zum anderen für die Angaben bezüglich der Belastung während der Patientenkonsultation bestimmt. Wie bereits beschrieben, werden für die Auswertung der vermuteten Zusammenhänge bivariate Korrelationen und Strukturgleichungsmodelle berechnet, die durch Gruppenvergleiche zwischen hoch vs. wenig belasteten Ärzten ergänzt werden.

8.4.1.1 Einfluss auf die Fähigkeit zur Antizipation

Ein potentieller Zusammenhang zwischen der wahrgenommenen Belastung und der Fähigkeit zur Antizipation wird zunächst mit Hilfe von bivariaten Korrelationen bestimmt, wobei die Fähigkeit zur Antizipation differenziert für die drei Aspekte Antizipation der Begriffskennntnis, Antizipation des vorhandenen Wissens über medizinische Fachbegriffe und Antizipation der Wahrnehmung der Patientenkonsultation betrachtet wird. Der Zusammenhang der Antizipationsfähigkeit mit der wahrgenommenen Belastung wird wiederum getrennt für die durchschnittliche Belastung und für die momentane Belastung während der Patientenkonsultation untersucht. Die Ergebnisse der bivariaten Korrelationsbestimmung sind in der Tabelle 38 veranschaulicht.

Fähigkeit zur Antizipation	Durchschnittliche Belastung	Belastung während der Patientenkonsultation
Kenntnis der Begriffe	0,044	-0,105
leichte Begriffe	-0,043	0,114
mittlere Begriffe	-0,029	-0,149
schwere Begriffe	0,139	-0,007
Wissen über die Begriffe	0,085	-0,119
leichte Begriffe	0,024	-0,056
mittlere Begriffe	0,047	-0,247**
schwere Begriffe	0,121	0,046
Wahrnehmung der Patientenkonsultation	-0,100	-0,042
Kompetenz des Arztes	-0,117	-0,051
Informationsgabe	-0,133	-0,039
Informationsprüfung	-0,077	-0,052
Sozioemotionale Kommunikation	-0,098	-0,053
Kompetenz des Patienten	-0,009	-0,038
Informationsgabe	0,023	-0,103
Informationssuche	-0,038	-0,005
Sozioemotionale Kommunikation	-0,088	0,087

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 38: Korrelation zwischen der Belastung und der Fähigkeit zur Antizipation

Wie aus der Tabelle 38 hervorgeht, kann der vermutete Zusammenhang zwischen der *durchschnittlichen* Belastung niedergelassener Ärzte und der Fähigkeit zur Antizipation nicht bestätigt werden. Deutlich wird jedoch, dass eine höhere Belastung *während der Konsultation* signifikant positiv mit einer genaueren Antizipationsgüte für die Wissensschätzung mittlerer Begriffe zusammenhängt.

Eine weitere Berechnung des vermuteten Zusammenhangs zwischen der Belastung niedergelassener Ärzte und der Fähigkeit zur Antizipation mit Hilfe von Strukturgleichungsmodellen bestätigt weitgehend die bislang geschilderten Ergebnisse. Anhand der fehlenden Modellanpassung wird zumindest deutlich, dass die durchschnittliche Belastung keinen Einfluss auf die Fähigkeit zur Antizipation zu haben scheint. Von einer Interpretation der Analyseergebnisse der berechneten Strukturgleichungsmodelle in Abbildung 11 sollte aufgrund der dargestellten Modellanpassung jedoch abgesehen werden.

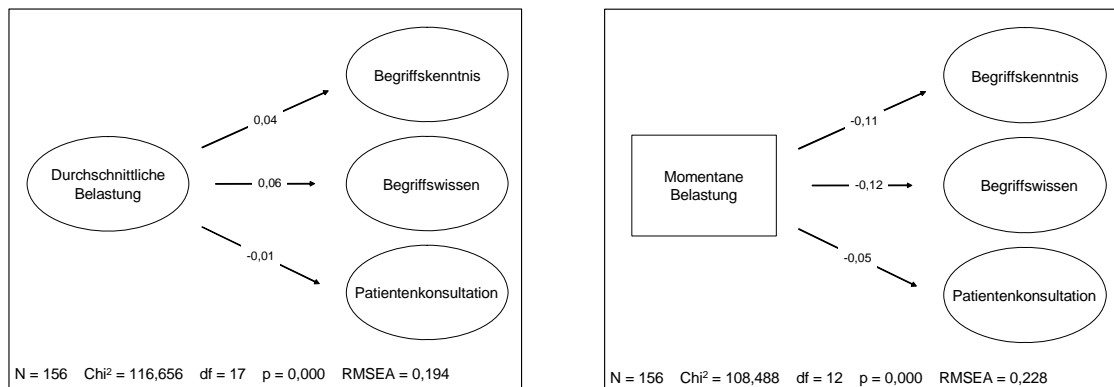


Abbildung 11: Einfluss von Belastung auf die Fähigkeit zur Antizipation
(Standardisierte Lösung des Strukturmodells)

Eine anschließende Überprüfung inwieweit sich die Gruppe der hoch belasteten Ärzte von der Gruppe der nicht, wenig oder mittelmäßig belasteten Ärzte hinsichtlich der Fähigkeit zur Antizipation unterscheidet, unterstreicht diese ersten Befunde.

	Durchschnittliche Belastung						Mann-Whitney-U		
	hoch ($\geq 3,0$)			niedrig ($< 3,0$)			Test		
	N	M	SD	N	M	SD	N	Z	p
Fähigkeit zur Antizipation									
Kenntnis der Begriffe	72	0,22	0,13	79	0,20	0,12	151	-0,713	0,476
leichte Begriffe	72	0,02	0,05	79	0,03	0,07	151	-0,116	0,907
mittlere Begriffe	72	0,29	0,20	79	0,30	0,21	151	-0,047	0,963
schwere Begriffe	72	0,31	0,28	78	0,23	0,25	150	-1,697	0,090
Wissen über die Begriffe	71	0,86	0,42	75	0,76	0,42	146	-1,620	0,105
leichte Begriffe	71	0,81	0,44	74	0,79	0,53	145	-0,575	0,565
mittlere Begriffe	71	1,01	0,54	75	0,94	0,53	146	-0,957	0,339
schwere Begriffe	71	0,59	0,61	75	0,43	0,58	146	-2,143	0,032
Patientenkonsultation	60	0,66	0,34	60	0,71	0,34	120	-0,863	0,388
Kompetenz des Arztes	57	0,63	0,36	59	0,70	0,41	116	-0,754	0,451
Informationsgabe	45	0,64	0,54	48	0,76	0,58	93	-1,059	0,290
Informationsprüfung	61	0,79	0,50	67	0,82	0,56	128	-0,101	0,920
Sozioemotionale Kommunikation	70	0,54	0,39	78	0,64	0,43	148	-1,205	0,228
Kompetenz des Patienten	61	0,72	0,49	68	0,75	0,44	129	-0,531	0,595
Informationsgabe	65	0,73	0,56	78	0,70	0,54	143	-0,190	0,849
Informationssuche	52	0,92	0,62	49	0,99	0,66	101	-0,365	0,715
Sozioemotionale Kommunikation	69	0,45	0,50	78	0,52	0,44	147	-1,287	0,198

Tabelle 39: Einfluss durchschnittlicher Belastung auf die Fähigkeit zur Antizipation

Die durchgeführten Mittelwertsvergleiche in der Tabelle 39 und Tabelle 40 zeigen zum einen, dass ein umfassender Einfluss der durchschnittlichen Belastung ebenso wie der momentanen Belastung auf die Fähigkeit zur Antizipation niedergelassener Ärzte nicht belegt werden kann. Zum anderen ist die Antizipationsfähigkeit der *momentan* hoch belasteten Ärzte im Vergleich signifikant besser bezüglich der Einschätzung des Wissens über medizinische Fachbegriffe im mittleren Schwierigkeitsbereich. Eine hohe *durchschnittliche* Belastung scheint sich des Weiteren signifikant negativ auf die Wissensantizipation der schweren Begriffe auszuwirken.

Fähigkeit zur Antizipation	Momentane Belastung						Mann-Whitney-U		
	hoch ($\geq 3,0$)			niedrig ($< 3,0$)			Test		
	N	M	SD	N	M	SD	N	Z	p
Kenntnis der Begriffe	55	0,20	0,13	97	0,21	0,12	152	-0,457	0,648
leichte Begriffe	55	0,04	0,07	97	0,02	0,06	152	-1,717	0,086
mittlere Begriffe	55	0,28	0,21	97	0,29	0,20	152	-0,410	0,682
schwere Begriffe	54	0,24	0,25	97	0,28	0,28	151	-0,791	0,429
Wissen über die Begriffe	54	0,70	0,35	93	0,87	0,45	147	-2,543	0,011
leichte Begriffe	54	0,75	0,43	92	0,83	0,52	146	-1,163	0,245
mittlere Begriffe	54	0,76	0,41	93	1,10	0,56	147	-3,831	0,000
schwere Begriffe	54	0,47	0,49	93	0,53	0,65	147	-0,116	0,907
Patientenkonsultation	50	0,66	0,41	70	0,70	0,29	120	-1,682	0,093
Kompetenz des Arztes	47	0,62	0,42	69	0,70	0,36	116	-1,814	0,070
Informationsgabe	41	0,66	0,61	52	0,74	0,52	93	-1,229	0,219
Informationsprüfung	50	0,74	0,55	78	0,85	0,52	128	-1,381	0,167
Sozioemotionale Kommunikation	55	0,52	0,40	94	0,63	0,41	149	-1,750	0,080
Kompetenz des Patienten	50	0,74	0,51	79	0,73	0,43	129	-0,053	0,958
Informationsgabe	54	0,71	0,63	89	0,71	0,50	143	-0,510	0,610
Informationssuche	44	0,98	0,62	57	0,94	0,66	101	-0,629	0,529
Sozioemotionale Kommunikation	54	0,51	0,51	94	0,48	0,45	148	-0,068	0,946

Tabelle 40: Einfluss momentaner Belastung auf die Fähigkeit zur Antizipation

8.4.1.2 Einfluss auf die Fähigkeit zur Adaptation

Vergleichbar mit den geschilderten Zusammenhangsanalysen die Fähigkeit zur Antizipation betreffend, weisen auch hier die berechneten Korrelationen darauf hin, dass sowohl die durchschnittliche Belastung als auch die Belastung während der Konsultation keinen Einfluss auf die Fähigkeit zur Adaptation hat. Die ermittelten bivariaten Korrelationen, die in der Tabelle 41 zusammengestellt sind, werden in keinem der dargestellten vermuteten Zusammenhänge signifikant.

Fähigkeit zur Adaptation	Durchschnittliche Belastung (FBAS)	Belastung während der Patientenkonsultation
Einschätzung der Arztkompetenz	0,026	-0,047
Informationsgabe	0,022	-0,149
Informationsprüfung	-0,051	-0,092
Sozioemotionale Kommunikation	-0,017	-0,004

Tabelle 41: Zusammenhang zwischen der Belastung und der Fähigkeit zur Adaptation

Die Analyseergebnisse der Strukturgleichungsmodelle in Abbildung 12 bestätigen dieses Ergebnis insofern, dass die erstellten Modelle keine Modellanpassung ausweisen. Von einer Interpretation der dargestellten Modelle sollte allerdings auch hier aufgrund der Anpassungsindizes abgesehen werden.

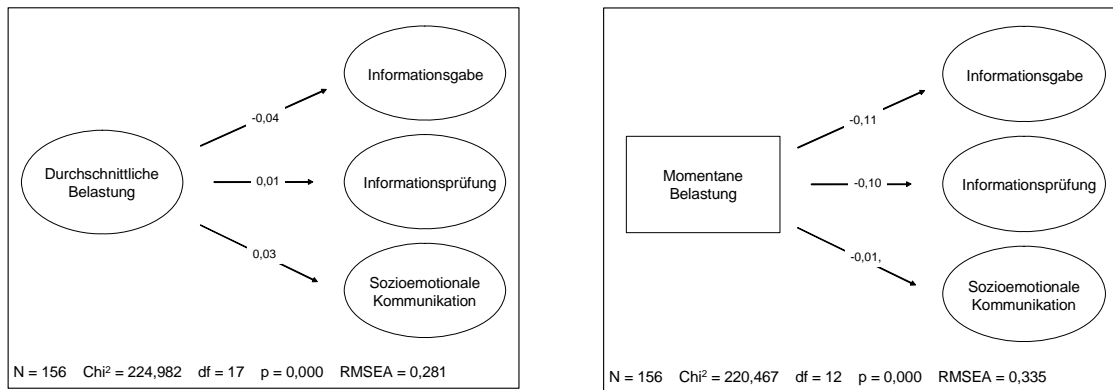


Abbildung 12: Einfluss von Belastung auf die Fähigkeit zur Adaptation (Standardisierte Lösung des Strukturmodells)

Wie die Tabelle 42 weiterhin zeigt, können signifikante Mittelwertsunterschiede bezüglich den verschiedenen Adaptationskennwerten zwischen den gebildeten Gruppen mit niedriger vs. hoher *durchschnittlicher* Belastung in diesem Zusammenhang ebenfalls nicht verzeichnet werden.

Fähigkeit zur Adaptation	Durchschnittliche Belastung						Mann-Whitney-U Test		
	hoch ($\geq 3,0$)			niedrig ($< 3,0$)			N	Z	p
	N	M	SD	N	M	SD			
Gesamtkompetenz des Arztes	60	3,43	0,49	62	3,38	0,54	122	-0,372	0,710
Informationsgabe	54	3,33	0,56	57	3,22	0,67	111	-0,656	0,512
Informationsprüfung*	62	3,33	0,65	69	3,36	0,67	131	-0,467	0,641
Sozioemotionale Kommunikation	71	3,53	0,48	78	3,56	0,48	149	-0,690	0,490

Tabelle 42: Einfluss durchschnittlicher Belastung auf die Fähigkeit zur Adaptation

Die Mittelwertsvergleiche in der Tabelle 43 hingegen verdeutlichen, dass die Kompetenz der Ärzte insbesondere für die Informationsgabe und Informationsprüfung von den Patienten höher eingeschätzt wird, handelt es sich um Ärzte, die sich *während der Konsultation* wenig belastet fühlen. Die

Mittelwertsunterschiede werden dabei für die Skala Informationsprüfung auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) bzw. für die Skala Informationsgabe auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

	Momentane Belastung						Mann-Whitney-U		
	hoch ($\geq 3,0$)			niedrig ($< 3,0$)			Test		
Fähigkeit zur Adaptation	N	M	SD	N	M	SD	N	Z	p
Gesamtkompetenz des Arztes	48	3,32	0,50	74	3,46	0,52	122	-1,656	0,098
Informationsgabe	45	3,13	0,63	66	3,37	0,60	111	-2,039	0,041
Informationsprüfung*	50	3,17	0,66	81	3,45	0,64	131	-2,718	0,007
Sozioemotionale Kommunikation	56	3,50	0,44	94	3,58	0,50	150	-1,646	0,100

* Dieser Mittelwertsvergleich ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 43: Einfluss der momentanen Belastung auf die Fähigkeit zur Adaptation

Zusammenfassend kann somit kein Einfluss der durchschnittlichen Belastung auf die Fähigkeit zur Adaptation nachgewiesen werden, die Zufriedenheit der Patienten mit der stattgefundenen Konsultation ist allerdings bezüglich Informationsprüfung und Informationsgabe wesentlich höher, wurden Ärzte bewertet, die zu diesem Zeitpunkt eine geringe Belastung angeben.

8.4.2 Der Einfluss von Arbeitszufriedenheit

Analog zu den geschilderten Analysen den potentiellen Einfluss der wahrgenommenen Belastung auf die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme betreffend, wird differenziert für die Fähigkeit zur Antizipation und Adaptation im folgenden Abschnitt die Auswirkung von Arbeitszufriedenheit überprüft und dargestellt.

8.4.2.1 Einfluss auf die Fähigkeit zur Antizipation

Ein potentieller Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und der Fähigkeit zur Antizipation wird zunächst auch hier mit Hilfe von Korrelationen bestimmt, wobei die geschilderte Aufteilung der verschiedenen Aspekte des Antizipationsvermögens beibehalten wird.

Die Tabelle 44 zeigt, dass im Vergleich zu den dargestellten Ergebnissen bezüglich der Auswirkung ärztlicher Belastung, bei diesen Berechnungen durchaus ein Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit und der Fähigkeit zur Antizipation zu erkennen ist. Die bivariaten Korrelationen zwischen Arbeitszufriedenheit (Durchschnittswert des JDS) und der Fähigkeit zur Antizipation der Konsultationswahrnehmung werden auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant. Differenziert betrachtet, scheint sich dabei Arbeitszufriedenheit hypothesenkonform insbesondere auf die Wahrnehmung der Informationsprüfung (ärztliche Kompetenz), Informationssuche (Patientenkompetenz) und sozioemotionalen Kommunikation auszuwirken, während kein Zusammenhang in Verbindung mit der Informationsgabe zu verzeichnen ist.

Fähigkeit zur Antizipation	Arbeitszufriedenheit (JDS)
Kenntnis der Begriffe	0,137
leichte Begriffe	0,133
mittlere Begriffe	0,130
schwere Begriffe	0,026
Wissen über die Begriffe	0,046
leichte Begriffe	0,071
mittlere Begriffe	0,115
schwere Begriffe	-0,015
Wahrnehmung der Patientenkonsultation	-0,281**
Kompetenz des Arztes	-0,214*
Informationsgabe	-0,120
Informationsprüfung	-0,290**
Sozioemotionale Kommunikation	-0,182*
Kompetenz des Patienten	-0,256**
Informationsgabe	-0,159
Informationssuche	-0,237*
Sozioemotionale Kommunikation	-0,199*

* Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

** Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,01 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 44: Korrelation zwischen Arbeitszufriedenheit und der Fähigkeit zur Antizipation

Wie die Abbildung 13 weiterhin zeigt, können die geschilderten Zusammenhänge insofern bestätigt werden, dass ein signifikant negativer Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit und der Antizipation der Konsultationswahrnehmung besteht. Mit anderen Worten scheint ein hohes Ausmaß der Arbeitszufriedenheit mit einer verbesserten Antizipationsfähigkeit die Konsultationswahrnehmung betreffend einherzugehen. Die Arbeitszufriedenheit scheint sich jedoch nicht auf die Antizipation des Fachwissens auszuwirken (Abbildung 13a). Da die Interpretation dieser Ergebnisse in Anbetracht der mangelnden Modellanpassung ($N=156$; $\chi^2=113,792$; $df=17$; $p=0,000$; $RMSEA=0,192$) nur unter Vorbehalt erfolgen sollte, wird ein zweites Modell unter Ausschluss der Begriffskenntnisantizipation erstellt. Dieses Modell (Abbildung 13b) unterstreicht bei guter Anpassung ($N=156$; $\chi^2=10,610$; $df=7$; $p=0,157$; $RSMEA=0,058$) die geschilderten Befunde und weist für den Einfluss der Arbeitszufriedenheit auf die Antizipation der Konsultationswahrnehmung einen standardisierten Pfadkoeffizienten von $-0,30$ ($p<0,01$) aus.

Unterschiede in der Antizipationsgüte bezüglich ärztlicher Kompetenzen im Vergleich zur Antizipationsgüte der Patientenkompetenzen können in Abhängigkeit der Arbeitszufriedenheit nicht verzeichnet werden.

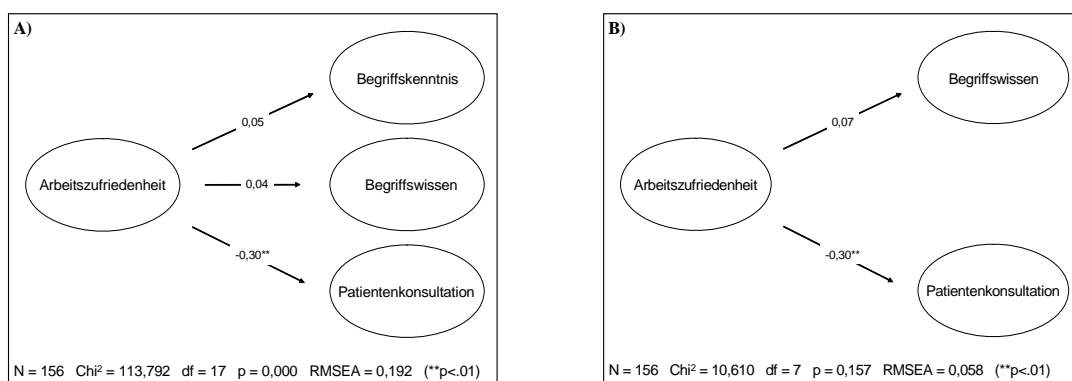


Abbildung 13: Einfluss von Arbeitszufriedenheit auf die Fähigkeit zur Antizipation (Standardisierte Lösung des Strukturmodells)

Basierend auf weiteren bivariaten Korrelationsberechnungen zwischen den Antizipationskennwerten für die Konsultationswahrnehmung und einzelnen Aspekten von Arbeitszufriedenheit wird ein weiteres Strukturgleichungsmodell berechnet. Ausgehend von signifikant negativen Korrelationen zwischen dem Antizipationsmaß für die Patientenkonsultation und dem Aspekt ‚Anforderungsvielfalt und Ganzheitlichkeit‘ ($r=-0,283$; $p<0,01$), ‚Rückmeldung und Verhältnis zu den Patienten‘ ($r=-0,330$; $p<0,01$) und ‚Zusammenarbeit und Verantwortung‘ ($r=-0,310$; $p<0,01$) zeigt sich in der Abbildung 14, dass der letztgenannte Faktor einen Einfluss auf die Antizipation der Konsultationswahrnehmung ausübt. Bei relativ guter Modellanpassung ($N=156$; $\chi^2=25,371$; $df=14$; $p=0,031$; $RMSEA=0,072$) kann für den genannten Zusammenhang ein standardisierter Pfadkoeffizient von $-0,38$ ($p=0,087$) festgestellt werden. Der Einfluss des Faktors ‚Zusammenarbeit und Verantwortung‘ wird auf dem Niveau von $0,10$ (2-seitig) signifikant. Für die Aspekte ‚Entfaltungsmöglichkeit und erlebte Bedeutsamkeit‘ sowie ‚Zufriedenheit mit den Kontextfaktoren‘ kann kein direkter Zusammenhang mit der Wahrnehmung der Patientenkonsultation festgestellt werden.

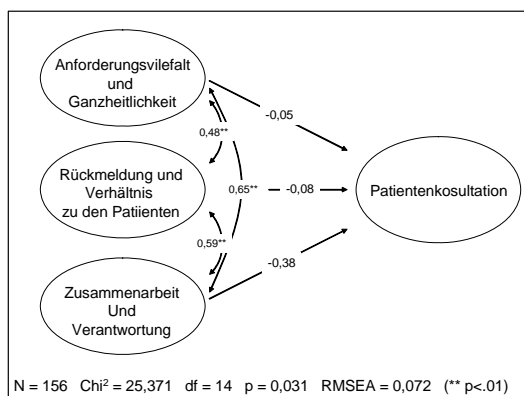


Abbildung 14: Einfluss verschiedener Aspekte von Arbeitszufriedenheit auf die Wahrnehmung der Patientenkonsultation (Standardisierte Lösung des Strukturmodells)

Im Anschluss erfolgt eine Überprüfung inwieweit sich die Gruppe der hoch zufriedenen Ärzte von der Gruppe der wenig zufriedenen Ärzten (Trennwert ist der Median bei 2,70) hinsichtlich der Fähigkeit zur Antizipation unterscheidet. Die Vermutung, dass sich der geschilderte Einfluss von Arbeitszufriedenheit ebenso in den Mittelwerte widerspiegelt, erwies sich zwar als zutreffend, die Mittelwertsunterschiede zwischen den zwei gebildeten Arztgruppen mit niedriger vs. hoher Arbeitszufriedenheit werden jedoch lediglich für den Aspekt der ärztlichen Informationsprüfung statistisch bedeutsam ($Z=-2,631$; $p<0,01$). Die Ergebnisse der durchgeführten Mittelwertsvergleiche sind in der Tabelle 45 dargestellt.

	Arbeitszufriedenheit (JDS)						Analyse		
	niedrig ($\leq 2,7$)			hoch ($>2,7$)			Mann-Whitney Test		
	N	M	SD	N	M	SD	N	T	p
Fähigkeit zur Antizipation									
Kenntnis der Begriffe	72	0,20	0,14	80	0,22	0,11	152	-1,088	0,276
leichte Begriffe	72	0,02	0,05	80	0,03	0,08	152	-0,961	0,336
mittlere Begriffe	72	0,27	0,21	80	0,31	0,20	152	-1,176	0,240
schwere Begriffe	71	0,28	0,29	80	0,25	0,25	151	-0,533	0,594
Wissen über die Begriffe	68	0,81	0,42	79	0,81	0,43	147	-0,023	0,981
leichte Begriffe	68	0,79	0,41	78	0,81	0,55	146	-0,255	0,799
mittlere Begriffe	68	0,93	0,52	79	1,01	0,55	147	-1,222	0,222
schwere Begriffe	68	0,56	0,61	79	0,46	0,59	147	-1,518	0,129
Patientenkonsultation	58	0,75	0,38	62	0,63	0,30	120	-1,686	0,092
Kompetenz des Arztes	54	0,73	0,38	62	0,62	0,38	116	-1,503	0,133
Informationsgabe	46	0,73	0,54	47	0,68	0,59	93	-0,866	0,386
Informationsprüfung	62	0,93	0,54	66	0,69	0,50	128	-2,631	0,009
Sozioemotionale Kommunikation	70	0,63	0,39	79	0,55	0,42	148	-1,323	0,186
Kompetenz des Patienten	69	0,80	0,52	60	0,67	0,37	129	-0,987	0,323
Informationsgabe	71	0,76	0,59	72	0,66	0,50	143	-0,737	0,461
Informationssuche	53	1,04	0,69	48	0,86	0,57	101	-1,109	0,268
Sozioemotionale Kommunikation	72	0,54	0,52	76	0,45	0,42	148	-0,881	0,378

Tabelle 45: Fähigkeit zur Antizipation in Abhängigkeit der Arbeitszufriedenheit

Abschließend werden die Ärzte entsprechend den angegebenen Formen der Arbeitszufriedenheit nach Bruggemann et al. (1975) in Gruppen aufgeteilt und bezüglich ihrer Antizipationsfähigkeit für die verschiedenen Aspekte untersucht. Vergleichbar mit den durchgeführten Mittelwertsvergleichen zeigen sich jedoch auch

hier keine statistisch bedeutsamen Gruppenunterschiede hinsichtlich der verschiedenen Antizipationskriterien. Weder der verwendete nonparametrische Kruskal-Wallis-Test (N=152), der die vorgegebenen fünf Gruppen auf unterschiedliche Ausprägungen analysiert, noch der im Anschluss durchgeführte Mann-Whitney-Test, der die gebildeten zwei Arztgruppen der „diffus Unzufriedenen“ und „stabilisiert Zufriedenen“ miteinander vergleicht, kann signifikante Unterschiede für die getesteten Variablen aufdecken.

Zusammenfassend kann somit festgehalten werden, dass durchaus ein Einfluss von Arbeitszufriedenheit auf die Fähigkeit zur Antizipation, genauer gesagt auf die Einschätzung der Patientenkonsultationswahrnehmung nachweisbar ist, signifikante Unterschiede zwischen den gebildeten Gruppen der befragten Ärzten für die verschiedenen Aspekte der Antizipationsfähigkeit allerdings nicht zu belegen sind.

8.4.2.2 Einfluss auf die Fähigkeit zur Adaptation

Entgegen den geschilderten Zusammenhangsanalysen die Fähigkeit zur Antizipation betreffend, weisen die berechneten bivariaten Korrelationen in der Tabelle 46 darauf hin, dass kein Zusammenhang zwischen der Arbeitszufriedenheit und der Fähigkeit zur Adaptation besteht.

Fähigkeit zur Adaptation	Ermittelte Arbeitszufriedenheit (JDS)
Einschätzung der Arztkompetenz	-0,030
Informationsgabe	-0,056
Informationsprüfung	0,077
Sozioemotionale Kommunikation	0,024

Tabelle 46: Korrelation zwischen Arbeitszufriedenheit und der Fähigkeit zur Adaptation

Die durchgeführten Gruppenvergleiche der hoch vs. wenig zufriedenen Ärzte bestätigen diese ersten Zusammenhangsanalysen und belegen, dass entsprechend der Einteilung der Gruppen basierend auf dem JDS keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich der Fähigkeit zur Adaptation nachweisbar sind. Tabelle 47 veranschaulicht die Ergebnisse der angesprochenen Mittelwertsvergleiche.

Fähigkeit zur Adaptation	Arbeitszufriedenheit						Mann-Whitney-U		
	niedrig ($\leq 2,7$)			hoch ($>2,7$)			Test		
	N	M	SD	N	M	SD	N	Z	p
Gesamtkompetenz des Arztes	58	3,45	0,52	64	3,37	0,51	122	-1,071	0,284
Informationsgabe	52	3,35	0,65	59	3,20	0,59	111	-1,522	0,128
Informationsprüfung*	65	3,42	0,62	66	3,26	0,69	131	-1,349	0,177
Sozioemotionale Kommunikation	71	3,55	0,47	79	3,55	0,49	150	-0,231	0,818

* Dieser Mittelwertsvergleich ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Tabelle 47: Fähigkeit zur Adaptation in Abhängigkeit der Arbeitszufriedenheit

Vergleichbar mit den geschilderten Ergebnissen die Antizipationsfähigkeit niedergelassener Ärzte betreffend, zeigen sich weiterhin keine statistisch bedeutsamen Mittelwertsunterschiede für die fünf verschiedenen Arztgruppen, die in Anlehnung an Bruggemann et al. (1975) gebildet wurden.

In Einklang mit den geschilderten Ergebnissen kann für die Berechnung eines Strukturgleichungsmodells bezüglich dieses Zusammenhangs keine Modellanpassung erzielt werden (siehe Abbildung 15). Die Annahme, dass sich die Arbeitszufriedenheit der niedergelassenen Ärzte auf die Fähigkeit zur Adaptation auswirkt, findet somit in der vorliegenden Untersuchung keine Unterstützung.

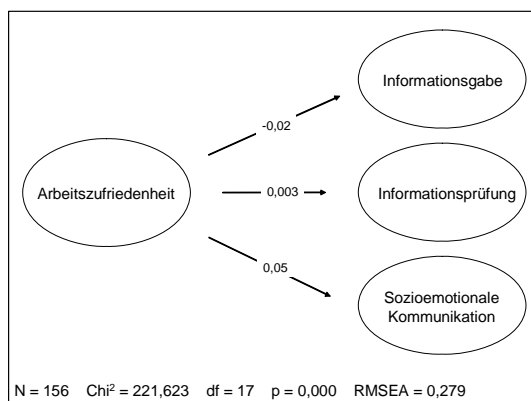


Abbildung 15: Einfluss der Arbeitszufriedenheit auf die Fähigkeit zur Adaptation (Standardisierte Lösung des Strukturmodells)

9 Zusammenfassende Ergebnisdiskussion und Ausblick

Untersuchungsschwerpunkt der vorliegenden Forschungsarbeit ist die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme niedergelassener Ärzte. Ausgangspunkt ist die theoriegebundene Annahme, dass die Arzt-Patient-Kommunikation als eine beispielhafte Experten-Laien-Kommunikation anzusehen ist und die Fähigkeit zur Antizipation und zur Adaptation entscheidende ärztliche Kompetenzen im Gespräch mit dem Patienten darstellen. Angesichts aktueller gesundheitspolitischer Diskussionen und aufbauend auf beschriebenen Forschungsergebnissen wird die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme in Abhängigkeit der Belastung und Arbeitszufriedenheit niedergelassener Ärzte untersucht.

9.1 Die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme

Die gewonnenen Ergebnisse bezüglich der Fähigkeit zur Antizipation weisen übereinstimmend mit bisherigen Forschungsergebnissen zunächst darauf hin, dass der Arzt als Experte über eine bemerkenswerte Sensitivität für die Verbreitung von Fachkonzepten in der Laienbevölkerung verfügt. Sowohl die Einschätzung der Kenntnis als auch die Beurteilung des vorhandenen Wissens ausgewählter medizinischer Fachbegriffe zeigt eine hohe Übereinstimmung mit der Selbsteinschätzung der Patienten. Im Fall einer Fehleinschätzung zeigt sich weiterhin, dass in Einklang mit den Befunden von Bromme und Rambow (1998) und Rambow (2000) weder eine klare Über- noch Unterschätzung des Laienwissens zu verzeichnen ist. Die Expertise-Hypothese, die von einem generalisierten *false consensus* ausgeht, kann somit auch in dieser Studie nicht bestätigt werden. Erkennbar wird vielmehr, dass in Abhängigkeit der Schwierigkeitskategorie und der Fragestellung einzelne Begriffe sowohl über- als auch unterschätzt werden. Tendenziell zeigt sich entgegen bestehenden Befunden (vgl. z.B. Rambow & Bromme, 1998) allerdings eher eine Unterschätzung des zu beurteilenden Patientenwissens. Diese Tendenz ist in Abhängigkeit von der Schwierigkeit des Begriffes unterschiedlich stark ausgeprägt, was bestehende Hinweise auf

bereichsspezifische Unterschiede in der Antizipationsgüte von Experten bestätigt (Bromme & Rambow, 1998).

Betrachtet man zunächst die Kategorie der leichten Begriffe, fällt eine besonders hohe Übereinstimmung in Bezug auf die Kenntnis dieser Begriffe auf. Das Wissen über die Bedeutung der Begriffe dieser Kategorie wird hingegen deutlich unterschätzt. Im Vergleich hierzu scheint die Einschätzung der Kenntnis schwerer Begriffe wesentlich problematischer, während die Wissens einschätzung für diese Begriffskategorie den Ärzten insgesamt am leichtesten fällt. Begründet wird dieser Befund damit, dass offenbar Einigkeit über die Kenntnis der leichten Fachbegriffe besteht, aber Unsicherheit über die korrekte inhaltliche Bedeutung herrscht. Andererseits können die Ärzte schlechter einschätzen, ob die verschiedenen schweren Fachbegriffe geläufig sind, während sie weitgehend sicher sind, dass der Patient wenig über diese Begriffe weiß. Es zeigt sich, dass das Wissen der Patienten für diese Begriffskategorie eher unterschätzt wird.

Eine Analyse der mittleren Begriffe zeigt wiederum, dass für diese Kategorie sowohl die Einschätzung der Begriffskennntnis als auch die Beurteilung des Wissensumfanges die größten Probleme bereitet. Im Vergleich sind die mittleren absoluten Differenzen für diese Begriffskategorie am höchsten und weisen nur geringe Schwankungen auf. Auffallend ist auch hier, dass für fünf mittlere Begriffe die Einschätzung des Wissens im Gegensatz zur Beurteilung der Begriffskennntnis wesentlich besser gelingt. Eine einheitliche Über- oder Unterschätzung des Wissens ist für diese Kategorie nicht zu verzeichnen. Eine Unterschätzung des Wissens zeigt sich für die Begriffe Angina pectoris, Dialyse, Gastritis und Tinnitus, während das Wissen insbesondere für die mittleren Fachbegriffe Appendizitis, Hypertonie, Sonographie und Pneumonie überschätzt wird. Denkbar ist, dass die letztgenannten Fachbegriffe an der Grenze zur Alltagssprache stehen, da nachgewiesen werden konnte, dass Fachbegriffe dieser Kategorie verstärkt überschätzt werden (Bromme & Rambow, 1998).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Antizipationsfähigkeit der befragten Ärzte hinsichtlich des Fachwissens ihrer Patienten als gut zu bewerten ist. In Anbetracht möglicher Kontextfaktoren, die sich in systematischer Weise auf die Genauigkeit der Wissens einschätzung auswirken können (Nückles, 2001), ist im Praxisalltag sogar eine exaktere Antizipationsfähigkeit denkbar, als dies die Ergebnisse dieser Studie vermitteln. Der Studie von Piekarski (2000, zitiert nach Nückles, 2001) zufolge relativiert sich die tendenziell aufgezeigte Unterschätzung des Laienwissens, berücksichtigt man die Tatsache, dass Fachbegriffe dann verbreiteter eingestuft werden, wenn sie als Bestandteil der Allgemeinbildung und nicht in einem expliziten Expertisekontext auftreten. Die Annahme, dass sich die Berufserfahrung auf die Präzision der Wissensantizipation auswirkt, kann in dieser Untersuchung und in Einklang mit Bromme und Rambow (1998) und Rambow (2000) jedoch nicht bestätigt werden.

Die Untersuchung der Antizipationsfähigkeit niedergelassener Ärzte beschränkt sich in Anlehnung an Rambow (2000; vgl. auch Bromme & Rambow, 2000 und Schober, 1998) nicht alleine auf das medizinische Fachwissen der Patienten, sondern schließt ebenso die Wahrnehmung der Patientenkonsultation mit ein. Differenziert für die vier ausschlaggebenden Aspekte einer Arzt-Patient-Kommunikation – Informationsgabe, Informationssuche, Informationsprüfung und sozioemotionale Kommunikation – zeigt sich auch hier, dass die Ärzte insgesamt sehr gut in der Lage sind, die Sichtweise ihrer Patienten zu übernehmen. Die Antizipation sozioemotionaler Kommunikationsaspekte gelingt dabei am besten, während die Einschätzung der ärztlichen Informationsprüfung und vor allem die Beurteilung der Informationssuche der Patienten die größten Differenzen in der gegenseitigen Wahrnehmung aufweist. Die Berufserfahrung scheint sich auf die Wahrnehmung der Konsultation insofern auszuwirken, dass sich die Wahrnehmung der eigenen (ärztlichen) Kompetenz mit steigender Berufserfahrung verbessert. Die Korrelationen sprechen dafür, dass der Aspekt der Informationsprüfung von der praktischen Erfahrung des Arztes besonders profitiert.

Die geringere Übereinstimmung bezüglich der Informationssuche erneut aufgreifend, zeigt sich des Weiteren, dass sich dieser Befund ebenso in der Frage nach dem Informationsbedürfnis des Patienten widerspiegelt. In Einklang mit den geschilderten Forschungsergebnissen kann bestätigend festgehalten werden, dass die Mehrzahl der Patienten umfangreichere Informationen wünscht, als dies von den Ärzten eingeschätzt wird (Coulter, 2005; Klemperer, 2003). Dennoch sind die Patienten der Meinung, dass der Arzt ihrem Informationsbedürfnis entsprochen hat und das in einem wesentlich stärkeren Maße, als der Arzt diesen Gesichtspunkt selbst einschätzt. Demgegenüber scheint neben dem Informationsaustausch die zweite ausschlaggebende Komponente einer erfolgreichen Arzt-Patient-Kommunikation – eine empathische und unterstützende sozioemotionale Kommunikation – nicht allein die geringsten Unterschiede in der gegenseitigen Wahrnehmung aufzuweisen, sondern ebenso auf volle Zufriedenheit bei den Patienten zu treffen. Die Befürchtung von Cegala et al. (1998), Wahrnehmungsunterschiede seien die Hauptursache von Missverständnissen und Verständigungsschwierigkeiten, findet somit in der vorliegenden Arbeit keine Unterstützung.

Die sich unmittelbar anschließende Forschungsfrage, inwieweit sich die insgesamt gute Antizipationsfähigkeit der niedergelassenen Ärzte auf die Fähigkeit zur Adaptation auswirkt, liefert allerdings weniger viel versprechende Befunde. Die bereits zitierten pessimistischen Einschätzungen in Bezug auf die Bedeutung subjektiver Annahmen für die Kommunikation, können auch in dieser Studie nicht widerlegt werden. Es zeigt sich vielmehr, dass eine verbesserte Wissensantizipation mit einer signifikant schlechteren Anpassung im Gespräch einhergeht. Möglich ist, dass ein vermutetes hohes Fachwissen in der Konsultation überschätzt wird, während der Arzt bei einem weniger informierten Patienten eine sprachliche Anpassung nicht gewährleisten kann. Diese Annahme geht konform mit den Befunden von Rambow (2000), der zu dem Schluss kommt, dass Experten „in einem erstaunlichen Maße in ihren eigenen professionellen Denk- und Ausdrucksweisen verfangen“ sind (Rambow, 2000, S. 245). Die Tatsache, dass die Berufserfahrung ebenfalls keinen Einfluss auf die Fähigkeit zur Adaptation hat, unterstreicht diese Schlussfolgerung.

Die relativ gute Antizipation des Arztes wirkt sich jedenfalls auch in der vorliegenden Untersuchung in keiner Weise positiv auf die Fähigkeit zur Adaptation des Arztes aus.

Entgegen dieser Darstellung, die eine verhältnismäßig unbefriedigende sprachliche Anpassung vermuten lässt, zeigt sich jedoch, dass die bereits angesprochene hohe Zufriedenheit der Patienten für sämtliche Bereiche der einzuschätzenden ärztlichen Kompetenzbereiche zu verzeichnen ist. Den positiv formulierten Aussagen bezüglich der Informationsgabe, Informationsprüfung und sozioemotionalen Kommunikation wird im Durchschnitt mit „ziemlicher“ bis „völliger“ Zustimmung begegnet. Ebenso sind Patienten mit ihrem eigenen Beitrag wie mit der gesamten Konsultation sehr zufrieden.

Im Gegensatz dazu schätzen die Ärzte sowohl den eigenen kommunikativen Beitrag als auch den des Patienten signifikant schlechter ein, als dies die Patienten tun. Erklärt wird dieses bereits bekannte Phänomen (vgl. z.B. Cegala et al., 1998) mittels bestimmter Antworttendenzen der Patienten, die trotz der Zusicherung der Anonymität der erhobenen Daten eine allgemeine Hürde in der sozialwissenschaftlichen Forschung darstellen (Mummendey, 2003). Der Effekt der sozialen Erwünschtheit, basierend auf Dankbarkeitseffekten oder der Befürchtung persönlicher Nachteile, ist wohl eine der bekanntesten Barrieren von Patientenbefragungen dieser Art (Aust, 2004). Andererseits sollte im Falle einer tatsächlich weniger positiv erlebten Konsultation auch die Wirksamkeit kognitiver Dissonanzreduktionsprozesse (Frey & Gaska, 1993) bedacht werden. Demnach kann sowohl das eigene Anspruchsniveau zur Behebung kognitiv dissonanter Wahrnehmungen gesenkt werden als auch die Wahrnehmung der Konsultation nachträglich mit anderen positiven Erfahrungen mit dem jeweiligen Arzt in Übereinstimmung gebracht werden.

Zusammenfassend sprechen die Ergebnisse bezüglich der Fähigkeit zur Antizipation und Adaptation für eine ausgesprochen hohe Kompetenz der Ärzte in der Arzt-Patient-Konsultation, wobei in Anlehnung an Clark und Wilkes-Gibbs (1986) sowohl

die Existenz eines inhaltlichen Aspektes (*Was*) als auch eines Beziehungsaspektes (*Wie*) in der Arzt-Patient-Kommunikation herausgestellt werden kann. Die Bedeutung dieser Annahme, dass eine Kommunikationssituation aus verschiedenen Komponenten besteht (vgl. auch Rosemann & Kerres, 1986, zitiert nach Frindte, 2001), wird in der vorliegenden Untersuchung nicht allein im Zusammenhang mit dem „Collaborative Model of Communication“ von Clark und Wilkes-Gibbes (1986), sondern ebenso in Einklang mit dem zweiten Axiom kommunikativen Handelns nach Watzlawick und Beavin (1972, zitiert nach Frindte, 2001) deutlich. Eine erfolgreiche Herstellung eines Common Ground zwischen Arzt und Patient setzt neben der Fähigkeit zur Antizipation der Gesprächsinhalte ebenso die Antizipation und Adaptation zwischenmenschlicher Kommunikationsaspekte voraus. Beides scheint den Ärzten ausgesprochen gut zu gelingen, was wiederum zu der besagten Zufriedenheit der Patienten führt. Eine Einordnung der vorgestellten Befunde ist damit sowohl in allgemeine kommunikationspsychologische Konzepte als auch in Kommunikationstheorien möglich, welche die Notwendigkeit der Perspektivenübernahme fokussieren.

Die Diskussion der Frage, inwieweit diese Kompetenzmerkmale in Abhängigkeit der Arbeitszufriedenheit und Belastung stehen, wird im Anschluss an die Ausführungen bezüglich dieser Kontextfaktoren erfolgen.

9.2 Die Belastung und Arbeitszufriedenheit niedergelassener Ärzte

Wie aus aktuellen politischen Diskussionen und insbesondere aus einer Umfrage der Landesärztekammer Thüringen zur Arbeitssituation niedergelassener Ärzte im Jahr 2003 hervorgeht, fühlen sich 69% aller Thüringer Kassenärzte überlastet und sind mit den Bedingungen ihrer Berufsausübung wenig zufrieden. Starker Zeitdruck, Übermüdung sowie die derzeitige Gesundheitspolitik und der damit einhergehende wachsende bürokratische Aufwand gelten als Ursache, dass sich 40% der befragten Ärzte am Ende eines Arbeitstages als überlastet bzw. knapp 30% als völlig ausgelaugt bezeichnen. An der Spitze einzelner Belastungsmomente stehen neben

den bereits genannten Aspekten ebenso hohe Konzentrationsanforderungen und die persönliche Betroffenheit im Kontakt mit moribunden Langzeitpatienten (Herschbach, 1991; Hoffmann-Preiß, 2003; Linzer et al., 2002; Simoens et al., 2002).

Vergleicht man diese Befunde mit den vorliegenden Ergebnissen dieser Studie, so geben die Ärzte im Durchschnitt zwar eine „mittelmäßige“ Belastung an, die Angaben bezüglich Zeitdruck, Zeitknappheit, Arbeitstempo, der gleichzeitigen Bewältigung vieler Dinge sowie hinsichtlich der Begleitung eines lang fortschreitenden Krankheitsprozesses sprechen jedoch auch in dieser Umfrage für eine „ziemliche“ Belastung der teilnehmenden Ärzte. Einen Gesichtspunkt der Arbeitszufriedenheit vorwegnehmend, spiegelt die negative Beurteilung des Aspektes ‚Unterstützung durch das Gesundheitswesen‘ (Item des JDS) übereinstimmend mit den zitierten Studien die größte Unzufriedenheit der befragten Ärzte wider.

Auf die Frage nach der erlebten Belastung während der letzten Stunde geben die Ärzte im Durchschnitt an, sich „wenig“ belastet gefühlt zu haben.

Die Umfrageergebnisse der Landesärztekammer Thüringen erneut aufgreifend, führt diese Befragung zwar eine hohe Belastung der praktizierenden Ärzte an, die Werte für die allgemeine Arbeitszufriedenheit sind jedoch erstaunlich hoch (Hoffmann-Preiß, 2003; vgl. auch Devoe et al., 2002; Arnetz, 1997). Vergleichbare Befunde bringt auch die vorliegende Studie hervor. Trotz der aufgezeigten Aspekte, die auf eine „ziemliche“ Belastung der niedergelassenen Ärzte hinweisen, sprechen die Angaben der Ärzte insgesamt für eine weitestgehende Zufriedenheit mit der erlebten Arbeitssituation. Zufriedenheit zeigt sich dabei in Übereinstimmung mit bereits zitierten Forschungsergebnissen insbesondere für die Aspekte ‚Zusammenarbeit und Verantwortung‘ sowie ‚Anforderungsvielfalt und Ganzheitlichkeit‘. Im Gegensatz dazu sind die befragten Ärzte vor allem mit den Kontextfaktoren wie Bezahlung, Sicherheit und Unterstützung durch das Gesundheitswesen weitaus weniger zufrieden (vgl. auch Arnetz, 1997; Devoe et al., 2002; Sibbald et. al., 2000; Simoens et al., 2002).

Wie die theoriegebundenen Ausführungen zum Konstrukt der Arbeitszufriedenheit jedoch nahe legen, sollte eine Beurteilung der erfassten Arbeitszufriedenheit lediglich vor dem Hintergrund des jeweiligen Bezugssystems erfolgen. In Einklang mit der vorgestellten Arbeit von Rottenfuß (1998) zeigt sich auch hier, dass befragt nach der Form der Arbeitszufriedenheit die gewonnenen Daten für eine ungleich größere Unzufriedenheit der niedergelassenen Ärzte sprechen, als dies die Ergebnisse des JDS vermitteln. Demnach lassen sich 61,9% der Befragten mit „diffus unzufrieden“ beschreiben, wovon 31% der Probanden eine resignative Arbeitszufriedenheit, 14,2% eine fixierte und 16,8% eine konstruktive Unzufriedenheit angeben. Insbesondere der auffallend hohe Anteil der resigniert zufriedenen und fixiert unzufriedenen Ärzte lässt auf ein individuell niedrigeres Anspruchsniveau der teilnehmenden Ärzte aufgrund der Relation an tatsächlichen Begebenheiten schließen. Lediglich 38,1% der Befragten geben an, dass ihre Bedürfnisse und Wünsche bisher erfüllt wurden, wovon 24,8% davon ausgehen, dass sie sich noch weiter verbessern werden, während 13,3% der Ärzte hoffen, dass alles so bleibt.

Somit sollten auch in dieser Untersuchung die Angaben zum Ausmaß der Arbeitszufriedenheit in Anbetracht des offenbar gesenkten Anspruchsniveaus relativiert werden.

9.3 Einfluss von Belastung und Arbeitszufriedenheit auf die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme

Ausgehend von den dargestellten Ergebnissen, die sowohl für eine Belastung als auch eine Unzufriedenheit der niedergelassenen Ärzte mit der momentanen Arbeitssituation sprechen, stellt sich nun die Frage, inwieweit sich diese Faktoren auf die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme auswirken. Basierend auf der Annahme, dass der Prozess der Perspektivenübernahme sehr komplex und ressourcenabhängig ist, sollten ungünstige Rahmenbedingungen dieser Art die hier diskutierte ausschlaggebende ärztliche Kompetenz negativ beeinflussen.

Tatsächlich konnte in der vorliegenden Untersuchung zunächst kein Einfluss der durchschnittlichen Belastung auf die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme festgestellt werden. Es zeigt sich allerdings, dass die Zufriedenheit der Patienten mit der stattgefundenen Konsultation bezüglich Informationsprüfung und Informationsgabe signifikant höher ist, werden Ärzte bewertet, die zu diesem Zeitpunkt eine geringe Belastung angeben. Die Theorie, dass zusätzliche metakognitive Anstrengungen (z.B. in Form momentaner Belastungserscheinungen) sich weniger auf die Antizipation von Wissen, sondern vielmehr auf die Aufrechterhaltung und Nutzung der Wissensrepräsentationen auswirkt, findet somit in dieser Arbeit unterstützende Argumente (vgl. Nückles, 2001). Ein Einfluss der momentanen Belastung auf die Fähigkeit zur Antizipation kann nur insofern festgestellt werden, dass die hoch belasteten Ärzte das Wissen der Patienten bezüglich der mittleren Begriffe signifikant besser einschätzen können als die im Moment der Konsultation gering belasteten Ärzte. Antizipation von Fachwissen als Problemlösendes Denken verstanden, ist im Fall höherer Belastung ein verstärkter Einsatz von Heuristiken denkbar, die sich in der Vergangenheit bewährt haben (Clark & Marshall, 1981; Funke, 2003).

Geht man weiterhin in Übereinstimmung mit der klassischen Stressforschung davon aus, dass die beschriebene Belastung der Ärzte in kausalem Zusammenhang mit der Arbeitszufriedenheit steht, dann wird dem Zufriedenheitsfaktor als letztes abhängiges Glied in der Kette eine besondere Bedeutung als möglicher Einflussfaktor auf die Arzt-Patient-Kommunikation zuteil. Auswirkungen auf die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme sind dabei vor allem angesichts der beschriebenen negativen Folgen bezüglich der mentalen Gesundheit zu erwarten. Folgen der steigenden Unzufriedenheit konnten bislang sowohl im Zusammenhang mit der Lebensqualität und Gesundheit der Ärzte (Williams & Skinner, 2003) als auch in Verbindung mit Beeinträchtigungen entscheidender Qualitätskomponenten medizinischer Versorgung (Williams & Skinner, 2003; Grol et al., 1985; Devoe et al., 2002) sowie negativen Konsequenzen für die Arzt-Patient-Kommunikation (Grol et al., 1985) belegt werden.

Entgegen den Befunden von Grol et al. (1985) kann in der vorliegenden Arbeit jedoch kein Zusammenhang zwischen Arbeitszufriedenheit und der Fähigkeit zur Adaptation festgestellt werden. Der Arzt lässt unabhängig von seiner Zufriedenheit gleichermaßen Raum für Beiträge, Wünsche und Erwartungen des Patienten (Informationssuche) und erklärt Absichten und Handlungen (Informationsgabe) vergleichbar. Ebenso scheint sich die Arbeitszufriedenheit wenig auf die sozioemotionale Kommunikation auszuwirken. In Anbetracht der engen Verbundenheit der beiden Konstrukte von Belastung und Arbeitszufriedenheit sollte hier allerdings erneut darauf verwiesen werden, dass die Belastung der Ärzte durchaus einen Einfluss auf die genannten Aspekte hat. Somit kann in Übereinstimmung mit Grol et al. (1985) dennoch ein Effekt negativer Gefühle (z.B. Anspannung und Zeitmangel) auf die Informationsgabe und in dieser Studie auch auf die Informationsprüfung nachgewiesen werden.

Ein Einfluss der Arbeitszufriedenheit auf die Fähigkeit zur Antizipation ist hingegen in einem deutlichen Maße zu verzeichnen. Hypothesenkonform scheint sich die Zufriedenheit der Ärzte sowohl auf die Wahrnehmung der eigenen (ärztlichen) Kompetenz als auch auf die Wahrnehmung der Patientenkompetenz auszuwirken. Kein statistisch signifikanter Zusammenhang besteht zwischen der Arbeitszufriedenheit und der Antizipation des Fachwissens sowie der Wahrnehmung bezüglich der Informationsgabe während der Patientenkonsultation. Keine Unterschiede in der Güte der Antizipation können für die nach Bruggemann (1976) gebildeten Ärztegruppen verzeichnet werden. Die Ergebnisse von Büssing et al (2000), die bislang den ersten und einzigen Beleg erbringt, dass sich die Form der Arbeitszufriedenheit auf die Leistung auswirkt, können somit in dieser Untersuchung nicht repliziert werden (Büssing, Bissels, Herbig & Krüsken, 2000).

Die Analyse einzelner Aspekte von Arbeitszufriedenheit im Zusammenhang mit der Fähigkeit zur Antizipation zeigt des Weiteren, dass insbesondere der Faktor ‚Zusammenarbeit und Verantwortung‘ einen relevanten Prädiktor für die Güte der Konsultationswahrnehmung darstellt. Mit anderen Worten weist dieses Ergebnis darauf hin, dass sich die Antizipationsfähigkeit der Ärzte verbessert, ist ein hohes

Maß Verantwortung und Zusammenarbeit mit Mitarbeitern der Praxis und Patienten gegeben. Ein direkter Zusammenhang mit der Antizipation des Fachwissens kann jedoch für diesen Aspekt von Arbeitszufriedenheit nicht festgestellt werden. In Anlehnung an Rosemann und Kerres (1986, zitiert nach Frindte, 2001) liegt für diesen Effekt eine theoriegeleitete Erklärung vor. Die bereits in der Einleitung zitierten Autoren gehen davon aus, dass sich interpersonales Verhalten mit Hilfe eines Modells zur Perspektivenübernahme beschreiben lässt, wobei vier Komponenten hervorzuheben sind: die kognitiv-prozedurale, die affektiv-intentionale, die kommunikative und die kognitiv-strukturelle Komponente. Davon ausgehend, dass ein hohes Maß an interpersonaler Zusammenarbeit eine Rückmeldung über die Qualität der eigenen Arbeit enthält, scheint insbesondere eine Beeinflussung der affektiv-intentionalen Komponente wahrscheinlich. Es kann davon ausgegangen werden, dass ein guter sozialer Kontakt der Ärzte die Antizipation sozioemotionaler Kommunikationsaspekte in der Patientenkonsultation positiv verstärkt.

Demgegenüber ist anzunehmen, dass sich Belastung und Ärger im Moment der Konsultation eher auf die kognitiven Fähigkeiten des Arztes auswirken und somit eine Beeinflussung auf die kognitiv-prozedurale Komponente interpersonaler Kommunikation denkbar wird. Die Auswirkungen der momentanen Belastung auf die Fähigkeit der Wissensantizipation im mittleren Schwierigkeitsbereich unterstreicht diese Vermutung.

Ebenso zeigt sich in Einklang mit den Befunden von Rambow (2000), dass die Vorstellung einer einheitlichen Fähigkeit zum Perspektivenwechsel (im Sinne eines relativ stabilen Traits) in Frage zu stellen ist. Die Veridikalität (von lat. veridicus „wahr, durch Erfahrung bestätigt“) des Perspektivenwechsels scheint im Wesentlichen von bereichsspezifischem Wissen über eine bestimmte Fremdperspektive abzuhängen (Rambow, 2000). Zusammenfassend kann also festgehalten werden, dass die ermittelten Zusammenhänge zwischen der Arbeitszufriedenheit bzw. der Belastung niedergelassener Ärzte und verschiedenen Bereichen der Perspektivenübernahme die Existenz mehrerer Ebenen in der Arzt-Patient-Kommunikation bestätigt.

9.4 Ausblick

Insgesamt wecken die vorliegenden Befunde zur Fähigkeit der Perspektivenübernahme niedergelassener Ärzte sehr optimistische Erwartungen für einen erfolgreichen Informationsaustausch zwischen Arzt und Patient. Es konnte gezeigt werden, dass die befragten Ärzte sowohl bezüglich des Fachwissens ihrer Patienten als auch hinsichtlich verschiedener Komponenten einer Arzt-Patient-Konsultation über einen validen Common Ground (vgl. Clark, 1995) einhergehend mit einer ausgeprägten Fähigkeit zur Perspektivenübernahme verfügen.

Anzumerken bleibt jedoch, dass derart positive Befunde weder im Zusammenhang mit der Experten-Laien-Forschung noch aus dem Forschungsgebiet der Arzt-Patient-Kommunikation bekannt sind (vgl. z.B. Bromme & Rambow, 1998; Aust, 1994). Einen entscheidenden Einfluss auf die hier dargestellten Ergebnisse wird die auffallend selektive Teilnahmebereitschaft der Probanden haben. Die Erfahrung bei der Probandenakquirierung weist darauf hin, dass vorwiegend regional sehr beliebte Arztpraxen mit einem großen Patientenstamm an dieser Studie teilgenommen haben, die zu dem ein großes Interesse am Thema dieser Untersuchung haben. Ein kontrolliert randomisiertes Studiendesign sollte für zukünftige Projekte eine anzustrebende, jedoch sehr schwierig umzusetzende Voraussetzung sein.

In Anbetracht der entscheidenden Bedeutung einer erfolgreichen Arzt-Patient-Kommunikation für das Behandlungsergebnis (Little, Everitt, Williamson, Warner, Moore, Gould et al. 2001) sollten weitere Erkenntnisse über Verständigungsbarrieren zwischen Arzt und Patient auch im Interesse der Ärztekammern und der Krankenkassen liegen. Eine Unterstützung von Kooperationspartnern für die Durchführung zukünftiger Forschungsprojekte offenbart Möglichkeiten, den vorliegenden Ansatz weiter zu erforschen. Eine bundesweit repräsentative Stichprobe sowie die Ergänzung der Fragebogenuntersuchung mittels persönlich durchgeführter Interviews sind erste Maßnahmen, die einen positiven Einfluss auf die Validität der Ergebnisse versprechen. Die Betrachtung der Arzt-Patient-Kommunikation aus dem Blickwinkel

der Experten-Laien-Forschung ist basierend auf den dargestellten Ausführungen ein viel versprechender Forschungsansatz, der weiterer empirischer Untersuchung bedarf.

Die Möglichkeit in Betracht ziehend, dass die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme im medizinischen Alltag keine vergleichbar positiven Ergebnisse zeigt, steht abschließend die Frage im Raum, wie diese ausschlaggebende Kompetenz der Ärzte verbessert bzw. geschult werden kann. Angesichts der Tatsache, dass bereits eine Verpflichtung der niedergelassenen Ärzte zu kontinuierlicher fachlicher Fortbildung besteht, ist der Vorschlag zusätzlicher Kommunikationsseminare eher unrealistisch. Denkbar wäre jedoch sowohl eine Einbindung von Kommunikationsaspekten in bestehende Fortbildungsangebote als auch eine Integration kommunikationspsychologischer Aspekte in die Ausbildung der Mediziner. In Anlehnung an Rambow (2000) ist bei der inhaltliche Planung von derartigen Fortbildungs- bzw. Ausbildungsangeboten folgender Aufbau zu empfehlen:

- Schaffung eines grundlegenden Verständnisses für die Problematik der Experten-Laien-Kommunikation und Verdeutlichung der Bedeutung von Perspektivität in der Kommunikation.
- Vermittlung von konkretem Laienwissen insbesondere im Vergleich zur eigenen professionellen Sichtweise.
- Formulierung von einprägsamen Regeln, wie in der Kommunikation auf Laien besser eingegangen werden kann. Exemplarisches Einüben dieser Regeln an geeigneten Beispielen (Rambow, 2000).

Unabhängig von dem Erfolg viel versprechender Trainingsprogramme und von weiteren Erkenntnissen in diesem umfangreichen Forschungsgebiet bleibt letztendlich bezogen auf ‚die Sicht des Anderen‘ jedoch vor allem eins zu betonen:

And then remember the Dick-and-Jane books and the first word you learned – the biggest word of all – LOOK.

(Fulghum, 1989)

Literaturverzeichnis

- Adelson,B. (1981). Problem solving and the development of abstract categories in programming languages. *Memory & Cognition* 9(4), 422-433.
- Adelson,B. (1984). When novices surpass experts: The difficulty of a task may increase with expertise. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, & Cognition* 10(3), 483-495.
- Arnetz,B.B. (1997). Physicians' view of their work environment and organisation. *Psychotherapy and Psychosomatics* 66(3), 155-162.
- Aust,B. (2004). *Zufriedene Patienten? Eine kritische Diskussion von Zufriedenheitsuntersuchungen in der gesundheitlichen Versorgung*. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung, Forschungsgruppe Gesundheitsrisiken und Präventionspolitik. Forschungsbericht.
- Backhaus,K., Erichson,B., Plinke,W., & Weiber,R. (2003). *Multivariate Analysemethoden: Eine anwendungsorientierte Einführung*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Beisecker,A.E., & Beisecker,T.D. (1990). Patient information-seeking behaviors when communicating with doctors. *Medical Care* 28(1), 19-28.
- Bochner,A.P. (1989). Interpersonal communication. In E.Barnouw, G.Gerbner, W.Schramm, T.L.Worth, & L.Gross (Eds.), *International encyclopedia of communications* (pp. 336-340). New York: Oxford University Press.
- Bortz,J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.
- Bourhis,R.Y., Roth,S., & MacQueen,G. (1989). Communication in the hospital setting: A survey of medical and everyday language use amongst patients, nurses and doctors. *Social Science & Medicine* 28(4), 339-346.
- Bromme,R., & Nückles,M. (1999). Perspective-taking between medical doctors and nurses: A study on multiple representations of different experts with common tasks. In M.W.van Someren, P.Reimann, H.P.A.Boshuizen, & T.de Jong (Eds.), *Learning with multiple representations* (pp. 175-196). Oxford: Elsevier.
- Bromme,R., Nückles,M., & Rambow,R. (1999). Adaptivity and anticipation in expert-laypeople communication. In S.E.Brennan, A.Giboin, & D.Traum (Eds.), *Psychological models of communication in collaborative systems.AAAI Fall Symposium Series* (pp. 17-24). Menlo Park, CA: AAAI.

- Bromme,R., & Rambow,R. (1998). Die Verständigung zwischen Experten und Laien: Das Beispiel Architektur. In W.K.Schulz (Ed.), *Expertenwissen: Soziologische, psychologische und pädagogische Perspektiven* (pp. 49-65). Opladen: Leske & Budrich.
- Bromme,R., & Rambow,R. (2000). Experten-Laien-Kommunikation als Gegenstand der Expertiseforschung: Für eine Erweiterung des psychologischen Bildes vom Experten. Positionsreferat auf dem 42. Kongress der DGPs in Jena. In R.K.Silbereisen (Ed.), *Bericht über den 42. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Jena 2000* Lengerich: Pabst.
- Brown,P.M., & Dell,G.S. (1987). Adapting Production to Comprehension - the Explicit Mention of Instruments. *Cognitive Psychology* 19(4), 441-472.
- Bruggemann,A. (1976). Zur empirischen Untersuchung verschiedener Formen der Arbeitszufriedenheit. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft* 30(2), 71-74.
- Bruggemann,A., Groskurth,P., & Ulich,E. (1975). *Arbeitszufriedenheit*. Bern: Huber.
- Bühl,A., & Zöfel,P. (2002). *SPSS 11 - Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows*. München: Addison-Wesley.
- Büssing,A., Bissels,T., Herbig,B., & Krüsken,J. (2000). Formen von Arbeitszufriedenheit im Experiment: Differentielle Auswirkungen auf die Beziehung von Wissen und Handeln. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie* 44(1), 27-37.
- Byrne,B.M. (2001). *Structural Equation Modeling with AMOS: Basic concepts, applications and programming*. Mahwah: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cegala,D.J., Coleman,M.T., & Turner,J.W. (1998). The development and partial assessment of the Medical Communication Competence Scale. *Health Communication* 10(3), 261-288.
- Chambers,R., & Belcher,J. (1994). Predicting Mental-Health Problems in General-Practitioners. *Occupational Medicine-Oxford* 44(4), 212-216.
- Charles,C., Gafni,A., & Whelan,T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: What does it mean? (Or it takes at least two to tango). *Social Science & Medicine* 44(5), 681-692.
- Clark,H.H. (1994). Discourse in production.*Handbook of psycholinguistics* (pp. 985-1021). San Diego: Academic Press.
- Clark,H.H., & Marshall,C.R. (1981). Definite references and mutual knowledge. In A.K.Joshi, B.L.Webber, & I.A.Sag (Eds.), *Elements of discourse understanding* (pp. 10-63). Cambridge: University Press.

- Clark,H.H., & Schaefer,E.F. (1989). Contributing to Discourse. *Cognitive Science* 13(2), 259-294.
- Clark,H.H. (1996). *Using language*. Cambridge: University Press.
- Clark,H.H., & Wilkes-Gibbs,D. (1986). Referring as a collaborative process. *Cognition* 22(1), 1-39.
- Cooper,C.L., Rout,U., & Faragher,B. (1989). Mental-Health, Job-Satisfaction, and Job Stress Among General-Practitioners. *British Medical Journal* 298(6670), 366-370.
- Coulter,A. (2005). Shared decision-making: the debate continues. *Health Expectations* 8(2), 95-96.
- Devoe,J., Fryer,G.E., Hargraves,J.L., Phillips,R.L., & Green,L.A. (2002). Does career dissatisfaction affect the ability of family physicians to deliver high-quality patient care? *Journal of Family Practice* 51(3), 223-228.
- Di Blasi,Z., Harkness,E., Ernst,E., Georgiou,A., & Kleijnen,J. (2001). Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. *Lancet* 357(9258), 757-762.
- Dürholtz,D. (1993). *Zur Kommunikation zwischen Arzt und Patient*. Frankfurt a. M.: Lang.
- Ericsson,K.A., & Lehmann,A.C. (1996). Expert and exceptional performance: Evidence of maximal adaptation to task constraints. *Annual Review of Psychology* 47 273-305.
- Ericsson,K.A., & Smith,J. (1991). *Toward a general theory of expertise: Prospects and limits*. New York: Cambridge University Press.
- Firth-Cozens,J. (2001). Interventions to improve physicians' well-being and patient care. *Social Science & Medicine* 52(2), 215-222.
- Firth-Cozens,J. (1998). Individual and organizational predictors of depression in general practitioners. *British Journal of General Practice* 48(435), 1647-1651.
- Fischer,L. (1989). *Strukturen der Arbeitszufriedenheit*. Göttingen: Hogrefe.
- Flavell,J.H. (1985). *Cognitive development (2nd ed.)*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Frederikson,L.G. (1993). Development of an integrative model for medical consultation. *Health Communication* 5(3), 225-237.

- Frey,D., & Gaska,A. (1993). Die Theorie der kognitiven Kontrolle. In D.Frey, & M.Irle (Eds.), *Theorien der Sozialpsychologie. Band 1: Kognitive Theorien* Bern: Hans Huber.
- Frindte,W. (2001). *Einführung in die Kommunikationspsychologie*. Weinheim und Basel: Beltz.
- Fulghum,R. (1989). *All I really need to know I learned in Kindergarten*. New York: Ballantine Books.
- Funke,J. (2003). *Problemlösendes Denken*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Fussell,S.R., & Krauss,R.M. (1992). Coordination of knowledge in communication: Effects of speakers' assumptions about what others know. *Journal of Personality and Social Psychology* 62(3), 378-391.
- Geisler,L. (1987). *Arzt und Patient - Begegnung im Gespräch*. Frankfurt a. M.: Pharma-Verlag.
- Grol,R., Mokkink,H., Smits,A., Vaneijk,J., Beek,M., Mesker,P., & Meskerniesten,J. (1985). Work Satisfaction of General-Practitioners and the Quality of Patient-Care. *Family Practice* 2(3), 128-135.
- Hall,J.A., Irish,J.T., Roter,D.L., Ehrlich,C.M., & Miller,L.H. (1994). Satisfaction, Gender, and Communication in Medical Visits. *Medical Care* 32(12), 1216-1231.
- Hasford,J. (1997). Zur Bedeutung der Compliance für die öffentliche Gesundheit. In R.Weitkunat (Ed.), *Public health und Gesundheitspsychologie: Konzepte, Methoden, Prävention, Versorgung, Politik* (pp. 366-370). Bern: Huber.
- Haynes,R.B., Taylor,D.W., & Sackett,D.L. (1982). *Compliance Handbuch*. München: Oldenburg Verlag.
- Herschbach,P. (1991). *Psychische Belastung von Ärzten und Krankenpflegekräften*. Weinheim: VCH-Verlag, Edition Medizin.
- Hoffmann,R.R. (1992). *The psychology of expertise. Cognitive research and empirical AI*. New York: Springer.
- Hoffmann-Preiß,K. (2003). Über 69% aller Thüringer Kassenärzte fühlen sich überlastet - viele würden den Arztberuf nicht mehr ergreifen. Eine Umfrage der Landeskammer Thüringen zur Arbeitssituation niedergelassener Ärzte - Teil 1 der Umfrageergebnisse. *Ärzteblatt Thüringen* 14(9), 543-546.
- Hoffmann-Richter,U. (1985). *Der Knoten im roten Faden*. Bern: Lang.
- Horton,W.S., & Keysar,B. (1996). When do speakers take into account common ground? *Cognition* 59(1), 91-117.

- Isaacs, E.A., & Clark, H.H. (1987). References in conversation between experts and novices. *Journal of Experimental Psychology: General* 116(1), 26-37.
- Johnson, J.V., Hall, E.M., Ford, D.E., Mead, L.A., Levine, D.M., Wang, N.Y., & Klag, M.J. (1995). The Psychosocial Work-Environment of Physicians - the Impact of Demands and Resources on Job Dissatisfaction and Psychiatric Distress in A Longitudinal-Study of Johns-Hopkins Medical-School Graduates. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 37(9), 1151-1159.
- Kahn, R.L., & Byosiere, P. (1992). Stress in Organizations. In M.D. Dunnette, & L.M. Hough (Eds.), *Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (pp. 571-650). Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Keysar, B. (1998). Language users as problem solvers: Just what ambiguity problem do they solve? In S.R. Fussell, & R.J. Kreuz (Eds.), *Social and cognitive approaches to interpersonal communication* (pp. 175-200). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Keysar, B. (1994). The Illusory Transparency of Intention - Linguistic Perspective-Taking in Text. *Cognitive Psychology* 26(2), 165-208.
- Keysar, B., Barr, D.J., Balin, J.A., & Paek, T.S. (1998). Definite reference and mutual knowledge: Process models of common ground in comprehension. *Journal of Memory and Language* 39(1), 1-20.
- Klemperer, D. (2003). *Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen: Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation*. Berlin: Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health, Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB).
- Krauss, R.M., & Fussell, S.R. (1991). Perspective-Taking in Communication - Representations of Others Knowledge in Reference. *Social Cognition* 9(1), 2-24.
- Krauss, R.M., & Fussell, S.R. (1996). Social psychological models of interpersonal communication. In E.T. Higgins (Ed.), *Social Psychology: Handbook of Basic Principles* (pp. 655-701). New York: Guilford Press.
- Krems, J.F. (1994). *Wissensbasierte Urteilsbildung: Diagnostisches Problemlösen durch Experten und Expertensysteme*. Bern: Huber.
- Lalouschek, J. (2002). *Ärztliche Gesprächsausbildung*. Radolfzell: Verlag für Gesprächsforschung.
- Lienert, G.A., & Raatz, U. (1994). *Testaufbau und Testanalyse*. Weinheim: Beltz.
- Linzer, M., Gerrity, M., Douglas, J.A., McMurray, J.E., Williams, E.S., & Konrad, T.R. (2002). Physician stress: results from the physician worklife study. *Stress and Health* 18(1), 37-42.

- Little,P., Everitt,H., Williamson,I., Warner,G., Moore,M., Gould,C., Ferrier,K., & Payne,S. (2001). Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations. *British Medical Journal* 323(7318), 908-911.
- Löning,P. (1985). *Das Arzt-Patienten-Gespräch*. Bern: Lang.
- Lukoschek,P., Fazzari,M., & Marantz,P. (2003). Patient and physician factors predict patients' comprehension of health information. *Patient Education and Counseling* 50(2), 201-210.
- Melville,A. (1980). Job-Satisfaction in General-Practice - Implications for Prescribing. *Social Science & Medicine Part A-Medical Sociology* 14(6A), 495-499.
- Mummendey,H.D. (2003). *Die Fragebogenmethode*. Göttingen: Hogrefe.
- Nerding,F.W. (1995). *Motivation und Handeln in Organisationen. Eine Einführung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Neuberger,O., & Allerbeck,M. (1978). *Messung und Analyse von Arbeitszufriedenheit: Erfahrungen mit dem Arbeitsbeschreibungsbogen*. Bern: Hans Huber.
- Nickerson,R.S., Baddeley,A., & Freeman,B. (1987). Are Peoples Estimates of What Other People Know Influenced by What They Themselves Know. *Acta Psychologica* 64(3), 245-259.
- Nückles,M. (2001). *Perspektivenübernahme von Experten in der Kommunikation mit Laien: Eine Experimentalserie im Internet*. Münster: Waxmann.
- O'Connor,D.B., O'Connor,R.C., White,B.L., & Bundred,P.E. (2000). The effect of job strain on British general practitioners' mental health. *Journal of Mental Health* 9(6), 637-654.
- O'Connor,D.B., O'Connor,R.C., White,B.L., & Bundred,P.E. (2001). Are occupational stress levels predictive of ambulatory blood pressure in British GPs? An exploratory study. *Family Practice* 18(1), 92-94.
- Oksaar,E. (1988). *Fachsprachliche Dimensionen*. Tuebingen: Narr.
- Petermann,F. (1998). *Compliance und Selbstmanagement*. Göttingen: Hogrefe.
- Petermann,F., & Mühlig,S. (1998). Grundlagen und Möglichkeiten der Compliance-Verbesserung. In F.Petermann (Ed.), *Compliance und Selbstmanagement* (pp. 73-102). Göttingen: Hogrefe.

- Petermann,F., & Warschburger,P. (1997). Asthma und Allergie: Belastungen, Krankheitsbewältigung und Compliance. In R.Schwarzer (Ed.), *Gesundheitspsychologie: ein Lehrbuch* (pp. 431-454). Göttingen: Hogrefe.
- Prinz-Kaltenborn,R. Subjektive Krankheitstheorien und Compliance in der Arzt-Patient-Beziehung. 2003. Universität Zürich.
- Rambow,R. (2000). *Experten-Laien-Kommunikation in der Architektur*. Münster: Waxmann.
- Rambow,R., & Bromme,R. (2000). Was Schöns "reflective practitioner" durch die Kommunikation mit Laien lernen könnte. In G.H.Neuweg (Ed.), *Wissen - Können - Reflexion. Ausgewählte Verhältnisbestimmungen* (pp. 201-219). Innsbruck: Studienverlag.
- Richardsen,A.M., & Burke,R.J. (1991). Occupational Stress and Job-Satisfaction Among Physicians - Sex-Differences. *Social Science & Medicine* 33(10), 1179-1187.
- Rottenfuß,R. (1998). *Ausgebrannte Mediziner? Arbeitszufriedenheit und Burnout-Gefährdung von Vertragsärzten*. Regensburg: Roderer.
- Schmidt,K.-H., & Kleinbeck,U. (1999). Job Diagnostic Survey (JDS - deutsche Fassung). In H.Dunckel (Ed.), *Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren* (pp. 205-230). Zürich: VDF Hochschulverlag.
- Schmidt,K.-H., Kleinbeck,U., Ottmann,W., & Seidel,B. (1985). Ein Verfahren zur Diagnose von Arbeitsinhalten: Der Job Diagnostic Survey (JDS). *Psychologie und Praxis, Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie* 29 162-172.
- Schober,M.F. (1998). Different kinds of conversational perspective-taking. In S.R.Fussell, & R.J.Kreuz (Eds.), *Social and cognitive approaches to interpersonal communication* (pp. 145-174). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Semmer,N.K., Zapf,D., & Dunckel,H. (1999). Instrument zur streßbezogenen Arbeitsanalyse ISTA. In H.Dunckel (Ed.), *Handbuch psychologischer Arbeitsanalyseverfahren* (pp. 179-204). Zürich: VDF Hochschulverlag.
- Sibbald,B., Enzer,L., Cooper,C., Rout,U., & Sutherland,V. (2000). GP job satisfaction in 1987, 1990 and 1998: lessons for the future? *Family Practice* 17(5), 364-371.
- Simoens,S., Scott,A., & Sibbald,B. (2002). Job satisfaction, work related stress and intentions to quit of Scottish GPs. *Scottish Medical Journal* 47(4).
- Six,B., & Felfe,J. (2004). Einstellungen und Werthaltungen im organisationalen Kontext. In H.Schuler (Ed.), *Enzyklopädie der Psychologie. Themenbereich D. Organisationspsychologie - Grundlagen und Personalpsychologie* (pp. 597-619). Göttingen: Hogrefe.

- Six, B., & Kleinbeck, U. (1989). Arbeitsmotivation und Arbeitszufriedenheit. In E. Roth (Ed.), *Enzyklopädie der Psychologie, Themenbereich D, Serie III, Band 3: Organisationspsychologie* (pp. 348-398). Göttingen: Hogrefe.
- Skolnik, N.S., Smith, D.R., & Diamond, J. (1993). Professional Satisfaction and Dissatisfaction of Family Physicians. *Journal of Family Practice* 37(3), 257-263.
- Stamp, G.H. (1999). A qualitatively constructed interpersonal communication model - A grounded theory analysis. *Human Communication Research* 25(4), 531-547.
- Sternberg, R.J., & Horvath, J.A. (1999). *Tacit knowledge in professional practice*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Stewart, M.A. (1995). Effective Physician-Patient Communication and Health Outcomes - A Review. *Canadian Medical Association Journal* 152(9), 1423-1433.
- Street, R.L.J. (1991). Accommodation in medical consultations. In H. Giles, & J. Coupland (Eds.), *Contexts of accommodation: Developments in applied sociolinguistics* (pp. 131-156).
- Stucke, W. (1990). *Die Balint-Gruppe*. Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Thompson, T.L. (1994). Interpersonal communication and health care. In M.L. Knapp, & G.R. Miller (Eds.), *Handbook of interpersonal communication* (pp. 696-779). Newbury Park, CA: Sage.
- van Dick, R., Schnitger, C., Schwarzmann-Buchelt, C., & Wagner, U. (2001). Der Job Diagnostic Survey im Bildungsbereich. Eine Überprüfung der Gültigkeit des Job Characteristics Model bei Lehrerinnen, Lehrern, Hochschulangehörigen und Erzieherinnen mit berufsspezifischen Weiterbildungen des JDS. *Zeitschrift für Arbeits- und Organisationspsychologie* 45(2), 74-92.
- Weinert, A. (1998). Arbeitszufriedenheit. *Organisationspsychologie* (pp. 201-233). Weinheim: Beltz Psychologie Verlags-Union.
- Williams, E.S., Konrad, T.R., Linzer, M., McMurray, J., Pathman, D.E., Gerrity, M., Schwartz, M.D., Scheckler, W.E., & Douglas, J. (2002). Physician, practice, and patient characteristics related to primary care physician physical and mental health: Results from the physician worklife study. *Health Services Research* 37(1), 121-143.
- Williams, E.S., & Skinner, A.C. (2003). Outcomes of physician job satisfaction: A narrative review, implications, and directions for future research. *Health Care Management Review* 28(2), 119-139.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Ein qualitativ empirisch konstruiertes Modell interpersonaler Kommunikation (Stamp, 1999).....	53
Abbildung 2: Theoretisches Modell der Arzt-Patient-Kommunikation in Anlehnung an Stamp (1999).....	60
Abbildung 3: Konzeptuelles Modell der Arbeitszufriedenheit praktizierender Ärzte.....	91
Abbildung 4: Definitionen der Arbeitszufriedenheit nach Neuberger und Allerbeck (1978).....	98
Abbildung 5: Job Characteristics Model nach Hackman und Oldham (1975).....	102
Abbildung 6: Modell der Arbeitszufriedenheit nach Bruggemann et al. (1975).....	105
Abbildung 7: Die Formen der Arbeitszufriedenheit nach Bruggemann	106
Abbildung 8: Einfluss der Wissensantizipation auf die Fähigkeit zur Adaptation .	163
Abbildung 9: Einfluss der Berufserfahrung auf die Fähigkeit zur Perspektivenübernahme	165
Abbildung 10: Arbeitszufriedenheit der niedergelassenen Ärzte nach Bruggemann et al. (1975)	171
Abbildung 11: Einfluss von Belastung auf die Fähigkeit zur Antizipation	174
Abbildung 12: Einfluss von Belastung auf die Fähigkeit zur Adaptation.....	177
Abbildung 13: Einfluss von Arbeitszufriedenheit auf die Fähigkeit zur Antizipation.....	180
Abbildung 14: Einfluss verschiedener Aspekte von Arbeitszufriedenheit auf die Wahrnehmung der Patientenkonsultation	181
Abbildung 15: Einfluss der Arbeitszufriedenheit auf die Fähigkeit zur Adaptation.	184

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Untersuchungsschwerpunkte zum Thema interpersonale Kommunikation (Stamp, 1999).....	52
Tabelle 2: Ausprägung und Rangordnung verschiedener Stressoren in den Jahren 1987, 1990 und 1998	86
Tabelle 3: Ausprägung und Rangordnung verschiedener Aspekte von Arbeitszufriedenheit in den Jahren 1987, 1990 und 1998	90
Tabelle 4: Übersicht der Forschungsfragen	112
Tabelle 5: Geographische Zusammensetzung der Stichprobe	115
Tabelle 6: Fachrichtungen der teilnehmenden Ärzte	116
Tabelle 7: Übersicht der generierten medizinischen Fachbegriffe	123
Tabelle 8: Deskriptive Auswertung der medizinischen Fachbegriffe.....	125
Tabelle 9: Darstellung der neu gebildeten Schwierigkeitskategorien medizinischer Fachbegriffe.....	126
Tabelle 10: Analyse der neu gebildeten Schwierigkeitskategorien medizinischer Fachbegriffe.....	127
Tabelle 11: Items und Skalen der MCCS in der jeweilige Fragebogenversion	130
Tabelle 12: Darstellung der neu gebildeten MCCS-Skalen zur Kompetenzeinschätzung des Arztes	132
Tabelle 13: Darstellung der neu gebildeten MCCS-Skalen zur Kompetenzeinschätzung des Patienten.....	133
Tabelle 14: Reliabilitäten (Cronach's Alpha) der neu gebildeten MCCS-Skalen	134
Tabelle 15: Skalen des FBAS mit den dazugehörigen Reliabilitätsangaben	137
Tabelle 16: Darstellung der neu gebildeten Skalen zur Erfassung der beruflichen Belastung	139
Tabelle 17: Skalen des JDS zur Erfassung der Arbeitszufriedenheit niedergelassener Ärzte	142
Tabelle 18: Darstellung der neu gebildeten JDS-Skalen zur Erfassung von Arbeitszufriedenheit.....	145
Tabelle 19: Übereinstimmung in der Einschätzung der Kenntnis medizinischer Fachbegriffe.....	148
Tabelle 20: Antizipation der Kenntnis medizinischer Fachbegriffe (Paarvergleich auf Itemebene)	149
Tabelle 21: Antizipation der Kenntnis medizinischer Fachbegriffe (Paarvergleich auf Kategorieebene).....	150
Tabelle 22: Übereinstimmung in der Einschätzung des Wissens über medizinische Fachbegriffe.....	151

Tabelle 23: Antizipation des Wissens über medizinische Fachbegriffe (Paarvergleich auf Itemebene)	152
Tabelle 24: Antizipation des Wissens über medizinische Fachbegriffe (Paarvergleich auf Kategorieebene).....	153
Tabelle 25: Einschätzung der ärztlichen Kompetenz.....	155
Tabelle 26: Übereinstimmung in der Einschätzung der ärztlichen Kompetenz.....	156
Tabelle 27: Einschätzung der Patientenkompetenz	157
Tabelle 28: Übereinstimmung in der Einschätzung der Patientenkompetenz	157
Tabelle 29: Wahrnehmung der Arzt-Patient-Konsultation (Paarvergleich auf Itemebene)	159
Tabelle 30: Wahrnehmung der Arzt-Patient-Konsultation (Paarvergleich auf Skalenebene).....	160
Tabelle 31: Übereinstimmung des Gesamteindrucks.....	161
Tabelle 32: Wahrnehmung des Gesamteindrucks (Paarvergleich auf Itemebene) ...	161
Tabelle 33: Korrelation zwischen Antizipations- und Adaptationskennwerten	162
Tabelle 34: Korrelation zwischen Berufserfahrung und der Fähigkeit zur Perspektivenübernahme.....	164
Tabelle 35: Fähigkeit zur Perspektivenübernahme in Abhängigkeit der Berufserfahrung	166
Tabelle 36: Belastung niedergelassener Ärzte	168
Tabelle 37: Arbeitszufriedenheit niedergelassener Ärzte	170
Tabelle 38: Korrelation zwischen der Belastung und der Fähigkeit zur Antizipation	173
Tabelle 39: Einfluss durchschnittlicher Belastung auf die Fähigkeit zur Antizipation	175
Tabelle 40: Einfluss momentaner Belastung auf die Fähigkeit zur Antizipation	176
Tabelle 41: Zusammenhang zwischen der Belastung und der Fähigkeit zur Adaptation	176
Tabelle 42: Einfluss durchschnittlicher Belastung auf die Fähigkeit zur Adaptation.....	177
Tabelle 43: Einfluss der momentanen Belastung auf die Fähigkeit zur Adaptation.	178
Tabelle 44: Korrelation zwischen Arbeitszufriedenheit und der Fähigkeit zur Antizipation	179
Tabelle 45: Fähigkeit zur Antizipation in Abhängigkeit der Arbeitszufriedenheit ..	182
Tabelle 46: Korrelation zwischen Arbeitszufriedenheit und der Fähigkeit zur Adaptation	183
Tabelle 47: Fähigkeit zur Adaptation in Abhängigkeit der Arbeitszufriedenheit.....	184

Anhang

Anhang A

- 1) Anschreiben
- 2) Fragebogen der Voruntersuchung
- 3) Fragebogen zur Erfassung der beruflichen Belastung und Arbeitszufriedenheit
- 4) Fragebogen zur Erfassung der Perspektivenübernahme – Arztversion
- 5) Fragebogen zur Erfassung der Perspektivenübernahme – Patientenversion



seit 1558

Friedrich-Schiller-Universität Jena

Friedrich-Schiller-Universität Jena · Postfach · D-07740 Jena

Dr. med. Mustermann
 Facharzt für Allgemeinmedizin
 Musterstrasse 99

07745 Jena

Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften

Institut
 für Psychologie

Am Steiger 3 / Haus 1
 D-07743 Jena

Abteilung
 Kommunikationspsychologie

Telefon: 0 36 41 · 94 52 85
 Telefax: 0 36 41 · 94 52 81

Dipl.-Psych.
 Beatrice Venohr

E-Mail: beatrice.venohr@uni-jena.de

Jena, den 08.04.04

Studie der FSU Jena zur Arbeitssituation niedergelassener Ärzte

Sehr geehrter Herr Dr. Mustermann,

es gibt sehr viele Untersuchungen zur Arbeitssituation von Klinikärzten, allerdings werden kaum Studien zu diesem Thema bei niedergelassenen Ärzten durchgeführt.

Aus diesem Grund möchten wir Erkenntnisse zu den folgenden zwei Forschungsschwerpunkten gewinnen, die zunehmend bedeutsamer werden.

- 1) Wir sind interessiert an der Erforschung Ihrer momentanen beruflichen Belastung, die sich von Klinikärzten im Besonderen aufgrund Ihrer beruflichen Selbständigkeit abhebt. (Fragebogenuntersuchung: Dauer max. 10 Minuten)**

Ein großer Teil Ihres Berufsalltages besteht aus Patientenkontakten und der Vermittlung von Diagnosen und Behandlungsinformationen. In diesem Zusammenhang wurden bisher lediglich die Kommunikationskompetenzen des Arztes untersucht, die Rolle des Patienten hingegen weniger betrachtet.

- 2) Da eine gute Kommunikation zwischen Arzt und Patient nicht allein vom Arzt getragen wird, interessiert uns vor allem das eingebrachte medizinische Vorwissen des Patienten und seine Bereitschaft, zur erfolgreichen Verständigung beizutragen. (Fragebogenuntersuchung: Dauer max. 10 Minuten)**

Mit den gewonnenen Ergebnissen möchten wir für Sie eine Präsentation zu den genannten Schwerpunkten vorbereiten. Weiterhin bieten wir bei Interesse einen Trainingsnachmittag an, dessen inhaltliche Gestaltung von Ihnen gewählt werden kann (z.B. Stressbewältigung, Zeitmanagement).

Diese Studie wird im Rahmen zweier Diplomarbeiten und einer Dissertation durchgeführt und ermöglicht durch die Kooperation der Abteilung für Kommunikationspsychologie mit dem Lehrstuhl für Arbeits- und Organisationspsychologie der FSU Jena.

Wir würden uns sehr über Ihre Unterstützung freuen und werden uns in den nächsten Tagen telefonisch mit Ihnen in Verbindung setzen, um einen Termin zu vereinbaren. Bei Rückfragen stehen wir Ihnen jederzeit gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen

Dipl.-Psych. Beatrice Venohr



seit 1558

Friedrich-Schiller-Universität Jena

Friedrich-Schiller-Universität Jena · Postfach · D-07740 Jena

Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften

Institut
für Psychologie

Am Steiger 3/Haus 1
D-07743 Jena

Abteilung
Kommunikationspsychologie

Telefon: 0 36 41 · 94 52 85
Telefax: 0 36 41 · 94 52 81

Dipl.-Psych.
Beatrice Venohr

E-Mail: beatrice.venohr@uni-jena.de

Jena, den 06.11.2003

Welche medizinischen Begriffe kennen die Patienten?

Im Rahmen einer Untersuchung des Instituts für Psychologie (Abteilung Kommunikationspsychologie) bitten wir um Ihre Mithilfe bei der Erstellung eines Fragebogens.

Die Ergebnisse einer neuen Studie weisen darauf hin, dass das Wissen von Patienten hinsichtlich medizinischer Begriffe und deren Bedeutung häufig unterschätzt, aber auch überschätzt wird. Aufgrund dieses Befundes möchten wir die Übereinstimmung zwischen der Wissens einschätzung und dem tatsächlichen Wissen der Patienten am Beispiel einiger ausgewählter Begriffe überprüfen.

Um diese Untersuchung durchführen zu können, benötigen wir Ihren fachmännischen Rat bei der Auswahl geeigneter Begriffe für einen Fragebogen.

INSTRUKTION:

Bitte überlegen Sie sich medizinische Begriffe, die Ihrer Meinung nach unabhängig von Ihrem persönlichen Fachgebiet im medizinischen Alltag sehr häufig gegenüber Patienten verwendet werden bzw. gebräuchlich sind. Die medizinischen Begriffe sollen aus den folgenden 4 Bereichen stammen:

- Krankheiten/Diagnosen
- Krankheitssymptome
- Behandlungsverfahren/Medikamente
- Untersuchungsverfahren

Die Begriffe können sowohl deutsch als auch lateinisch sein.

Für jede medizinische Kategorie suchen wir 12 Begriffe, die sich in die nachfolgenden 3 Schwierigkeitsstufen einordnen lassen.

Leichte Begriffe: Begriffe, die von der Fachsprache in die Alltagssprache übernommen wurden und die nach Ihrer Meinung bzw. nach der Meinung Ihrer Kollegen von jedem Patienten eindeutig verstanden werden (z.B. Injektion).

Begriffe im mittleren Schwierigkeitsbereich: Begriffe, welche häufig von Ihnen bzw. Ihrer Kollegen verwendet werden, scheinbar von vielen Patienten verstanden werden, allerdings nur von wenigen ausreichend erklärt werden könnten (z.B. Diabetes mellitus).

Schwere Begriffe: Fachbegriffe, die aufgrund Ihrer Einschätzung oder aufgrund der Einschätzung Ihrer Kollegen vorwiegend Ärzten oder medizinischem Personal geläufig sind, trotzdem gegenüber Patienten häufig verwendet werden, obwohl die Bedeutung der Begriffe nur wenigen Patienten bekannt ist (z.B. PET).

AUFLISTUNG MEDIZINISCHER BEGRIFFE

Bitte nennen Sie **für jede der medizinische Kategorie 12 Begriffe**, die **Ihrer Meinung nach** sehr häufig im Umgang mit Patienten verwendet werden. Ordnen Sie die Begriffe in die **drei** genannten **Schwierigkeitsbereiche** (leicht / mittel / schwer) ein.

MEDIZINISCHE KATEGORIE	LEICHTE BEGRIFFE	BEGRIFFE IM MITTLEREN SCHWIERIGKEITSBEREICH	SCHWERE BEGRIFFE
Krankheiten / Diagnosen			
Krankheitssymptome			
Behandlungsverfahren / Medikamente / Therapien			
Untersuchungsverfahren zur Erstellung einer Diagnose			

Abschließend möchten wir Sie um einige persönliche Angaben bitten, die selbstverständlich vertraulich behandelt werden!

Persönliche Daten:

Alter: _____

Geschlecht: weiblich
 männlich

Stand der Ausbildung: Praktisches Jahr (PJ)
 Arzt im Praktikum (AiP)
 Arzt in der
 Facharztausbildung/Assistenzarzt
 Facharzt
 Oberarzt
 Chefarzt
 Niedergelassener Arzt

Fachbereich/Abteilung: _____

Berufserfahrung (in Jahren) _____
(ab Beginn AiP)

Bei Fragen und Anmerkungen stehe ich Ihnen gern und jederzeit zur Verfügung!

Dipl.-Psych. Beatrice Venohr

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!!!



seit 1558

Friedrich-Schiller-Universität Jena

Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften

Friedrich-Schiller-Universität Jena · Postfach · D-07740 Jena

Institut
für Psychologie

Am Steiger 3 / Haus 1
D-07743 Jena

Abteilung
Kommunikationspsychologie

Telefon: 0 36 41 · 94 52 85
Telefax: 0 36 41 · 94 52 81

**Dipl.-Psych.
Beatrice Venohr**

E-Mail: beatrice.venohr@uni-jena.de

Jena, den 17.03.04

STUDIE DER FSU JENA

ZUR BERUFLICHEN BELASTUNG NIEDERGELASSENER ÄRZTE

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft, unsere Untersuchung zu unterstützen.

Wie bereits im Anschreiben erwähnt, interessiert uns in dieser Studie die Einschätzung Ihrer momentanen beruflichen Belastung.

Im ersten Teil dieses Fragebogens finden Sie Aussagen zu Ihrer Tätigkeit. Bitte geben Sie an, in welchem Maße Sie diesen Aussagen zustimmen.

Der zweite Teil besteht aus einer Liste mit Belastungssituationen, wie Sie in Ihrem Praxisalltag vorkommen können. Beurteilen Sie hier bitte die auftretende Häufigkeit der beschriebenen Situationen. Die aufgeführten Angaben treffen nicht auf jeden Praxisalltag in gleichem Maße zu. Beachten Sie für diesen Fall bitte die entsprechende Antwortmöglichkeit!

Im gesamten Fragebogen geht es nicht um richtige oder falsche Antworten. Wir sind allein an Ihren persönlichen Einschätzungen interessiert. Ihre Daten werden selbstverständlich anonym behandelt.

Für Fragen stehen wir Ihnen jederzeit gern zur Verfügung bzw. nutzen Sie bitte für Anmerkungen die Rückseite des Fragebogens!

Anmerkung: Um die Komplexität des Fragebogens nicht zusätzlich zu erhöhen, wurden ausschließlich männliche Personenbezeichnungen verwendet. Selbstverständlich werden alle TeilnehmerInnen in diesem Rahmen mit angesprochen.

VIELEN DANK FÜR IHRE UNTERSTÜTZUNG!

Bitte beantworten Sie im folgenden einige allgemeine Fragen zu Ihrer Tätigkeit!					
Bitte überlegen Sie, in welchem Ausmaß diese Aussagen auf Ihre momentane Arbeitssituation zutreffen!	trifft gar nicht zu ①	trifft wenig zu ②	trifft teils/teils zu ③	trifft ziemlich zu ④	trifft völlig zu ⑤
1. Meine Arbeit ist sehr abwechslungsreich.	①	②	③	④	⑤
2. Ich bin sehr zufrieden mit der Beziehung zu meinen Patienten.	①	②	③	④	⑤
3. Die Behandlung gibt mir Aufschluss darüber, wie gut ich eigentlich arbeite.	①	②	③	④	⑤
4. Ich betrachte meine Arbeit als ganzheitliche Tätigkeit.	①	②	③	④	⑤
5. Meine Arbeit ist bedeutsam für das Leben und Wohlbefinden meiner Patienten.	①	②	③	④	⑤
6. Ich kann selbst bestimmen, wie ich bei der Ausführung Meiner Arbeit vorgehe.	①	②	③	④	⑤
7. Meine Patienten geben mir häufig Rückmeldung über die Qualität meiner Arbeit.	①	②	③	④	⑤
8. Meine Arbeit verlangt ein hohes Ausmaß an Zusammenarbeit mit meinen MitarbeiterInnen in der Praxis.	①	②	③	④	⑤
9. Meine Arbeit ist sehr anspruchsvoll und verlangt von mir viele unterschiedliche Fähigkeiten.	①	②	③	④	⑤
10. Ich kann auf die Gesundheit meiner Patienten umfassend und nicht nur in wenigen Bereichen Einfluss nehmen.	①	②	③	④	⑤
11. Ich werde durch die Regelungen des Gesundheitswesens so bestimmt, dass ich kaum eigene Vorstellungen in meine Arbeit einbringen kann.	①	②	③	④	⑤
12. Das Ausmaß der Rückmeldung durch meine Patienten ist für mich ausreichend.	①	②	③	④	⑤
13. Meine Arbeit verlangt ein hohes Maß an Zusammenarbeit mit den Patienten.	①	②	③	④	⑤
14. Ich bin sehr zufrieden mit der Sicherheit meiner beruflichen Situation.	①	②	③	④	⑤
15. Ich bin sehr zufrieden mit meinem Einkommen.	①	②	③	④	⑤
16. Die Höhe meines Einkommens finde ich meinen Leistungen angemessen.	①	②	③	④	⑤
17. Ich bin sehr zufrieden mit der Zusammenarbeit mit meinen MitarbeiterInnen in der Praxis.	①	②	③	④	⑤
18. Ich bin sehr zufrieden mit der Zusammenarbeit mit meinen Patienten.	①	②	③	④	⑤

Bitte überlegen Sie, in welchem Ausmaß diese Aussagen auf Ihre momentane Arbeitssituation zutreffen!	trifft gar nicht zu ①	trifft wenig zu ②	trifft teils/teils zu ③	trifft ziemlich zu ④	trifft völlig zu ⑤
1. Ich bin sehr zufrieden mit der Unterstützung durch das Gesundheitswesen.	①	②	③	④	⑤
2. Ich bin sehr zufrieden mit den strukturellen Bedingungen in meiner Praxis (räumliche/technische Ausstattung, Personal).	①	②	③	④	⑤
3. Ich bin sehr zufrieden mit meinen Arbeitszeiten.	①	②	③	④	⑤
4. Ich bin sehr zufrieden mit meinen Möglichkeiten, mich durch die Arbeit persönlich weiterzuentwickeln.	①	②	③	④	⑤
5. Ich bin sehr zufrieden mit dem Gefühl, durch meine Arbeit etwas Wertvolles zu leisten.	①	②	③	④	⑤
6. Ich bin sehr zufrieden mit dem Ausmaß, in dem mich mein Beruf persönlich herausfordert.	①	②	③	④	⑤
7. Ich bin sehr zufrieden mit meinen Möglichkeiten, mich beruflich weiterzuentwickeln.	①	②	③	④	⑤
8. Meine Tätigkeit bedeutet mir sehr viel.	①	②	③	④	⑤
9. Ich empfinde ein hohes Maß an persönlicher Verantwortung für meine Arbeit.	①	②	③	④	⑤
10. Meine eigene Stimmung wird im allgemeinen nicht davon beeinflusst, wie gut ich meine Arbeit mache.	①	②	③	④	⑤
11. Ich weiß gewöhnlich, ob ich meine Arbeit zufriedenstellend gemacht habe.	①	②	③	④	⑤
12. Mit der Art meiner Tätigkeit bin ich sehr zufrieden.	①	②	③	④	⑤
13. Ich empfinde große persönliche Zufriedenheit, wenn ich meine Arbeit gut mache.	①	②	③	④	⑤
14. Viele Dinge, die ich während meiner Arbeit zu tun habe, erscheinen mir nutzlos.	①	②	③	④	⑤
15. Ich bin damit überfordert, für alle meine Aufgaben die Verantwortung zu übernehmen.	①	②	③	④	⑤
16. Ob ich meine Arbeit gut oder schlecht mache, kann ich selbst kaum feststellen.	①	②	③	④	⑤
17. Ich denke häufig darüber nach, den Beruf zu wechseln bzw. mich beruflich zu verändern.	①	②	③	④	⑤
18. Ich fühle mich unwohl, wenn ich merke, dass ich meine Arbeit schlecht gemacht habe.	①	②	③	④	⑤
19. Alles in allem bin ich mit meinem Beruf sehr zufrieden.	①	②	③	④	⑤

Sie finden im folgenden eine Liste mit Belastungssituationen, wie sie in Ihrem Praxisalltag vorkommen können.

Geben Sie bitte an, wie stark die folgende Situation Sie belastet!

	Situation trifft nicht zu	nicht	wenig	mittel- mäßig	ziemlich	sehr
	○	①	②	③	④	⑤
1. Ich verbringe zu viel Zeit mit organisatorischen Erledigungen für meine eigene Praxis. (z.B. Abrechnung)	○	①	②	③	④	⑤
2. Ich habe Phasen, in denen ich mich frage, welchen Nutzen meine Arbeit hat.	○	①	②	③	④	⑤
3. Manche Patienten klammern sich sehr stark an mich.	○	①	②	③	④	⑤
4. Ein unangenehmer Aspekt meiner Arbeit sind meine Bereitschaftsdienste.	○	①	②	③	④	⑤
5. Ich erfahre zuweilen, dass KollegInnen Patienten nicht die adäquate Behandlung zukommen lassen.	○	①	②	③	④	⑤
6. Meine Arbeit fordert häufig so viel Konzentration, dass jede Störung zusätzlichen Aufwand bedeutet.	○	①	②	③	④	⑤
7. Meine Arbeit wird durch die beengten Verhältnisse in der Praxis beeinträchtigt.	○	①	②	③	④	⑤
8. Es kommt vor, dass Patienten mir vorwurfsvoll gegenüber treten, weil die Therapie keinen rechten Erfolg zeigt.	○	①	②	③	④	⑤
9. Meine momentane Arbeitssituation beeinträchtigt mein Privatleben negativ.	○	①	②	③	④	⑤
10. Manchmal muss ich die Fehler anderer Kollegen ausbaden.	○	①	②	③	④	⑤
11. Meine Arbeit ist körperlich anstrengend.	○	①	②	③	④	⑤
12. Der Anblick weinender Patienten macht mich betroffen.	○	①	②	③	④	⑤
13. Ich muss zuweilen mit Patienten zurechtkommen, die aggressiv sind.	○	①	②	③	④	⑤
14. Zeitweilig bin ich in meine Arbeit so eingespannt, dass ich mich nicht genug meinem Privatleben widmen kann.	○	①	②	③	④	⑤

Geben Sie bitte an, <u>wie stark</u> die folgende Situation Sie <u>belastet</u> !	Situation trifft nicht					
	zu	nicht	wenig	mittel- mäßig	ziemlich	sehr
	○	①	②	③	④	
1. Ich muss bei meiner Arbeit oft viele Dinge gleichzeitig im Kopf haben.	○	①	②	③	④	
2. Für die Aufgaben, die ich erfüllen muss, ist die Zeit häufig zu knapp.	○	①	②	③	④	
3. Ich erlebe bei manchen Patienten den über lange Zeit fortschreitenden Krankheitsprozess.	○	①	②	③	④	
4. Es gibt Patienten, die alles überprüfen möchten, was ich tue.	○	①	②	③	④	
5. Ich stehe häufig unter Zeitdruck.	○	①	②	③	④	
6. Ich habe zu wenig Zeit, um auf die persönlichen Probleme einzelner Patienten einzugehen.	○	①	②	③	④	
7. Ich habe mit Patienten zu tun, die unrealistische Heilungserwartungen äußern.	○	①	②	③	④	
8. Ich habe mit Patienten zu tun, die von sich aus zu wenig zur Behandlung beitragen.	○	①	②	③	④	
9. Es gibt oft Momente bei meiner Arbeit, die für kurze Zeit höchste Konzentration erfordern.	○	①	②	③	④	
10. Es kommt immer wieder vor, dass ich aus dem Gespräch mit einem Patienten plötzlich herausgerissen werde.	○	①	②	③	④	
11. Zuweilen muss ich beim Einschlafen oder Aufwachen an die Probleme einzelner Patienten denken.	○	①	②	③	④	
12. Stress entsteht häufig dadurch, dass manche Patienten mich wegen Kleinigkeiten aufsuchen.	○	①	②	③	④	
13. Es kommt oft vor, dass ich wegen zu viel Arbeit verspätet in den Feierabend bzw. die Pause gehen kann.	○	①	②	③	④	
14. Ich muss zuweilen die Fragen schwerkranker Patienten nach ihrer Prognose beantworten.	○	①	②	③	④	
15. Bei meiner Arbeit wird ein hohes Arbeitstempo verlangt.	○	①	②	③	④	
16. Ich verbringe zu viel Zeit mit organisatorischen Erledigungen für meine Patienten (z.B. Telefonate, Gutachten etc.).	○	①	②	③	④	

Bitte entscheiden Sie sich für ein Gesamturteil bezüglich Ihrer Tätigkeit!

- Die Tätigkeit als niedergelassener Arzt... hat meine Bedürfnisse bisher erfüllt und ich kann mich in Zukunft noch verbessern.
- entspricht meinen Bedürfnissen und Wünschen und ich möchte, dass alles so bleibt wie bisher.
- entspricht nicht gerade meinen Bedürfnissen und Wünschen, aber es könnte viel schlimmer sein.
- entspricht nicht gerade meinen Bedürfnissen und Wünschen, aber es gibt auch keine Möglichkeit für mich, etwas zu unternehmen und meine Situation zu verbessern.
- entspricht nicht gerade meinen Bedürfnissen und Wünschen und ich versuche deshalb, etwas zu ändern.

Bitte beantworten Sie abschließend einige allgemeine Fragen zu Ihrer Person!

1. Geschlecht: männlich weiblich
2. Alter (in Jahren) _____
3. Familienstand: ledig
 verheiratet / in einer Partnerschaft lebend
 geschieden / getrennt lebend
 verwitwet
4. Ich habe Kinder ja nein
5. Ich fühle mich durch meine Familie/Freunde unterstützt.
- | | | | | |
|--------------------------------|----------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
| stimme
gar nicht
zu
① | stimme
wenig
zu
① | stimme
teils/teils
zu
② | stimme
ziemlich
zu
③ | stimme
völlig
zu
④ |
|--------------------------------|----------------------------|----------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|
6. Meine Berufserfahrung in Jahren (ab Beginn AiP) _____
7. Ich arbeite seit _____ Jahren als niedergelassener Arzt.
8. Ich bin Facharzt für _____
9. Ich behandle pro Tag durchschnittlich _____ Patienten.
10. Pro Tag kommen durchschnittlich _____ unbestellte Patienten in die Praxis.
11. Arbeitszeit: ? offizielle Praxisöffnungszeiten: _____ Stunden pro Woche
 ? meine tatsächliche Arbeitszeit: _____ Stunden pro Woche
 ? mit Hausbesuchen verbrachte Zeit: _____ Stunden pro Woche
12. Praxisart: Einzelpraxis ohne weitere angestellte Ärzte
 Einzelpraxis mit einem oder mehreren angestellten Ärzten
 Gemeinschaftspraxis
 Praxisgemeinschaft

VIELEN DANK FÜR IHRE UNTERSTÜTZUNG!



seit 1558

Friedrich-Schiller-Universität Jena

Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften

Friedrich-Schiller-Universität Jena · Postfach · D-07740 Jena

Institut
für PsychologieAm Steiger 3 / Haus 1
D-07743 JenaAbteilung
KommunikationspsychologieTelefon: 0 36 41 · 94 52 85
Telefax: 0 36 41 · 94 52 81Dipl.-Psych.
Beatrice VenohrE-Mail: beatrice.venohr@uni-jena.de

Jena, den 17.03.04

STUDIE DER FSU JENA ZUR PATIENTENKONSULTATION ARZTBEFragung

Vielen Dank für Ihre Bereitschaft, unsere Untersuchung zu unterstützen.

Wie bereits im Anschreiben erwähnt, interessiert uns in dieser Studie Ihre Einschätzung der eben stattgefundenen Patientenkonsultation.

Im ersten Teil dieses Fragebogens möchten wir Sie bitten, das eingebrachte medizinische Vorwissen des Patienten einzuschätzen.

Im zweiten Teil beurteilen Sie bitte die Zusammenarbeit mit dem Patienten hinsichtlich verschiedener Aspekte. Die aufgeführten Fragen treffen nicht auf jede Konsultation in gleichem Maße zu. Beachten Sie für diesen Fall bitte die entsprechende Antwortmöglichkeit!

Im gesamten Fragebogen geht es nicht um richtige oder falsche Antworten.

Wir sind allein an Ihren persönlichen Einschätzungen interessiert.

Ihre Daten werden selbstverständlich anonym behandelt.

Für Fragen und Anmerkungen stehen wir Ihnen jederzeit gern zur Verfügung!

Anmerkung: Um die Komplexität des Fragebogens nicht zusätzlich zu erhöhen, wurden ausschließlich männliche Personenbezeichnungen verwendet. Selbstverständlich werden alle TeilnehmerInnen in diesem Rahmen mit angesprochen.

VIELEN DANK FÜR IHRE UNTERSTÜTZUNG!

Bitte schätzen Sie das Wissen des Patienten in bezug auf die folgenden Begriffe ein!

Begriff:	Der Patient kennt den Begriff:		Der Patient weiß über den Begriff ...				
	Ja	Nein	nichts	wenig	mittel	viel	sehr viel
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	①	②	③	④
1. Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	①	②	③	④
2. Gastroskopie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	①	②	③	④
3. Punktion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	①	②	③	④
4. Fieber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	①	②	③	④
5. Laparoskopie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	①	②	③	④
6. Appendizitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	①	②	③	④
7. Stent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	①	②	③	④
8. Dyspnoe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	①	②	③	④
9. Operation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	①	②	③	④
10. Ileus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	①	②	③	④
11. Hypertonie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	①	②	③	④
12. Diuretikum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	①	②	③	④
13. Ödem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	①	②	③	④
14. Röntgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	①	②	③	④
15. Diabetes mellitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	①	②	③	④
16. Szintigraphie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	①	②	③	④
17. Gastritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	①	②	③	④
18. Angina pectoris	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	①	②	③	④
19. Computertomographie (CT)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	①	②	③	④
20. Tinnitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	①	②	③	④
21. Sonographie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	①	②	③	④
22. Diarrhoe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	①	②	③	④
23. Blutdruckmessung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	①	②	③	④
24. Pneumonie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	①	②	③	④
25. Dialyse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	①	②	③	④

Im folgenden möchten wir Sie bitten, Fragen zur eben stattgefundenen Konsultation zu beantworten.

Bitte überlegen Sie, inwieweit sie diesen Aussagen zustimmen.

nicht vorgekommen	stimme gar nicht zu	stimme wenig zu	stimme teils/teils zu	stimme ziemlich zu	stimme völlig zu
<input type="radio"/>	①	②	③	④	⑤

Die Mitarbeit des Patienten war sehr gut, hinsichtlich:

1. der Tatsache, mir wichtige krankheitsrelevante Informationen zu vermitteln (bezogen auf die Krankheitsgeschichte).	<input type="radio"/>	①	②	③	④
2. der Tatsache, mir die Krankheitssymptome zu erklären.	<input type="radio"/>	①	②	③	④
3. der Erklärung, welche Medikamente er einnimmt.	<input type="radio"/>	①	②	③	④
4. der ausführlichen Beantwortung meiner Fragen.	<input type="radio"/>	①	②	③	④
5. der ehrlichen Beantwortung meiner Fragen.	<input type="radio"/>	①	②	③	④
6. der Tatsache, mich wissen zu lassen, was er nicht verstanden hat.	<input type="radio"/>	①	②	③	④
7. der Tatsache, mich wissen zu lassen, welche Informationen ich wiederholen sollte.	<input type="radio"/>	①	②	③	④
8. der Tatsache, Dinge nachzufragen, die er nicht verstanden hat.	<input type="radio"/>	①	②	③	④
9. der Tatsache, Nachfragen bezüglich seines medizinischen Problems zu stellen.	<input type="radio"/>	①	②	③	④
10. der aktiven Suche nach Antworten auf seine Fragen.	<input type="radio"/>	①	②	③	④
11. der Tatsache, passende Fragen zu stellen.	<input type="radio"/>	①	②	③	④
12. der Tatsache, ein vertrauensvolles Verhältnis herzustellen.	<input type="radio"/>	①	②	③	④
13. der Tatsache, offen und ehrlich zu sein.	<input type="radio"/>	①	②	③	④

Bitte überlegen Sie, inwieweit sie diesen Aussagen zustimmen.	nicht vorge- kommen ○	stimme gar nicht zu ①	stimme wenig zu ②	stimme teils/teils zu ③	stimme ziemlich zu ④	stimme völlig zu ⑤
<u>Ich habe dem Patienten folgende Sachverhalte sehr gut erklärt:</u>						
1. die Diagnose seines medizinischen Problems.	○	①	②	③	④	⑤
2. die Ursache seines medizinischen Problems.	○	①	②	③	④	⑤
3. die Behandlung seines med. Problems.	○	①	②	③	④	⑤
4. die Vor- und Nachteile der jeweiligen Behandlungsmöglichkeit(en).	○	①	②	③	④	⑤
5. den Zweck des jeweilig durchzuführenden Tests (z.B.: Blut- o. Urintests, Röntgen usw.).	○	①	②	③	④	⑤
6. wie das verschriebene Medikament wirkt.	○	①	②	③	④	⑤
7. wie dieses Medikament einzunehmen ist.	○	①	②	③	④	⑤
8. welche möglichen Nebenwirkungen dieses Medikament hat.	○	①	②	③	④	⑤
9. welche langfristigen Folgen die Erkrankung hat.	○	①	②	③	④	⑤
<u>Ich bin sehr zufrieden mit meiner Arbeit hinsichtlich:</u>						
10. der Tatsache, dem Patienten einen Überblick über seine Problematik gegeben zu haben und wichtige Informationen noch einmal wiederholt zu haben.	○	①	②	③	④	⑤
11. der Sicherstellung, dass der Patient meine Erklärungen verstanden hat.	○	①	②	③	④	⑤
12. der Sicherstellung, dass der Patient meine Anordnung verstanden hat.	○	①	②	③	④	⑤
13. der Abklärung, ob ich die Information des Patienten verstanden habe.	○	①	②	③	④	⑤
14. der Tatsache, dass ich den Patienten ermutigt habe, Fragen zu stellen.	○	①	②	③	④	⑤
15. der Tatsache, dem Patienten die passenden Fragen gestellt zu haben.	○	①	②	③	④	⑤

Bitte überlegen Sie, inwieweit sie diesen Aussagen zustimmen.	nicht vorge- kommen ○	stimme gar nicht zu ①	stimme wenig zu ②	stimme teils/teils zu ③	stimme ziemlich zu ④	stimme völlig zu ⑤
<u>Ich bin sehr zufrieden mit meiner Arbeit hinsichtlich:</u>						
1. der Tatsache, meine Fragen klar und verständlich formuliert zu haben.	○	①	②	③	④	⑤
2. der Tatsache, offene Fragen verwendet zu haben (= Fragen ohne strikte ja/nein Antwort).	○	①	②	③	④	⑤
3. der Tatsache, eine Sprache verwendet zu haben, die der Patient auch verstehen kann (wenige/keine Fachtermini).	○	①	②	③	④	⑤
4. der Tatsache, warmherzig und freundlich gewesen zu sein.	○	①	②	③	④	⑤
5. der Tatsache, ein vertrauensvolles Verhältnis hergestellt zu haben.	○	①	②	③	④	⑤
6. der Tatsache, dem Patienten gezeigt zu haben, dass ich mich um ihn kümmere.	○	①	②	③	④	⑤
7. der Tatsache, dafür zu sorgen, dass sich der Patient entspannt und wohl fühlt.	○	①	②	③	④	⑤
8. der Tatsache, dem Patienten Mitgefühl gezeigt zu haben.	○	①	②	③	④	⑤
9. der Tatsache, offen u. ehrlich gewesen zu sein.	○	①	②	③	④	⑤
<u>Beurteilen Sie weiterhin bitte folgende 3 Aussagen:</u>						
10. Ich bin der Meinung, dass der Patient mit dieser Konsultation sehr zufrieden war.	stimme gar nicht zu ①	stimme wenig zu ②	stimme teils/teils zu ③	stimme ziemlich zu ④	stimme völlig zu ⑤	
11. Der Patient hat in dieser Konsultation ein großes Informationsbedürfnis gezeigt.	stimme gar nicht zu ①	stimme wenig zu ②	stimme teils/teils zu ③	stimme ziemlich zu ④	stimme völlig zu ⑤	
12. Ich konnte dem Informationsbedürfnis des Patienten voll und ganz entsprechen.	stimme gar nicht zu ①	stimme wenig zu ②	stimme teils/teils zu ③	stimme ziemlich zu ④	stimme völlig zu ⑤	

Abschließend möchten wir Sie bitten, noch einige allgemeine Fragen zu beantworten!

1. Der Patient war das erste Mal bei mir in Behandlung.
 schon mehrmals bei mir in Behandlung.
2. Der Grund seines Arztbesuches war eine: Routinekontrolle / Vorsorge
 Behandlung einer akuten Krankheit
 Behandlung einer chronischen Krankheit
3. Wie oft kommt der Patient durchschnittlich in Ihre Sprechstunde?
- | | | | | |
|--|--|--|-------------------------------|--|
| sehr selten
(max. ein Mal
im Jahr) | selten
(höchstens einmal
im Quartal) | gelegentlich
(mehrmals im
Quartal) | oft
(mehrmals
im Monat) | sehr oft
(mind. ein Mal
pro Woche) |
| <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
4. Der Patient ist meiner Meinung nach bereits sehr gut über Ursache, Folgen und Behandlungsmöglichkeiten seiner aktuellen Beschwerden informiert und sein Wissen über dieses Krankheitsbild ist sehr umfassend.
- | | | | | |
|---------------------------|-----------------------|-----------------------------|--------------------------|------------------------|
| stimme
gar nicht
zu | stimme
wenig
zu | stimme
teils/teils
zu | stimme
ziemlich
zu | stimme
völlig
zu |
| ① | ① | ② | ③ | ④ |
5. Wie stark interessiert sich der Patient Ihrer Meinung nach für die Medizin und informiert sich durch TV/Zeitschriften/Internet über verschiedene medizinische Themen?
- | | | | | |
|-------|-------|-------------|----------|------|
| nicht | wenig | mittelmäßig | ziemlich | sehr |
| ① | ① | ② | ③ | ④ |
6. Wie stark belastet haben Sie sich in der letzten Stunde gefühlt?
- | | | | | |
|-------|-------|-------------|----------|------|
| nicht | wenig | mittelmäßig | ziemlich | sehr |
| ① | ① | ② | ③ | ④ |

Fragen und Anmerkungen:

VIELEN DANK FÜR IHRE UNTERSTÜTZUNG!



seit 1558

Friedrich-Schiller-Universität Jena

Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaften

Friedrich-Schiller-Universität Jena · Postfach · D-07740 Jena

Institut
für PsychologieAm Steiger 3 / Haus 1
D-07743 JenaAbteilung
KommunikationspsychologieTelefon: 0 36 41 · 94 52 85
Telefax: 0 36 41 · 94 52 81Dipl.-Psych.
Beatrice VenohrE-Mail: beatrice.venohr@uni-jena.de

Jena, den 17.03.04

STUDIE DER UNIVERSITÄT JENA ZUM ARZT-PATIENT-GESPRÄCH PATIENTENBEFRAGUNG

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

eine gute Verständigung zwischen Arzt und Patient ist ausschlaggebend für den Behandlungserfolg. Diese Verständigung wird häufig durch Zeitdruck, Zeitmangel und zu häufige Verwendung von schwierigen Fachbegriffen seitens des Arztes erschwert.

Eine gute Kommunikation zwischen Arzt und Patient hängt allerdings nicht allein vom Arzt ab. Deshalb interessieren wir uns nicht nur für die Sichtweise des Arztes, sondern vor allem für Ihre Einschätzung des Arzt-Patient-Gesprächs.

Wir möchten Sie bitten, Ihr eigenes Wissen in bezug auf verschiedene Fachbegriffe einzuschätzen und das Behandlungsgespräch insgesamt zu bewerten. Die aufgeführten Fragen treffen nicht auf jede Konsultation in gleichem Maße zu. Beachten Sie für diesen Fall bitte die entsprechende Antwortmöglichkeit!

Nur mit Ihrer Hilfe wird es möglich sein, Verständigungsschwierigkeiten aufzudecken und die Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient zu bereichern.

Im gesamten Fragebogen geht es nicht um richtige oder falsche Antworten.

Wir sind allein an Ihrer persönlichen Einschätzung interessiert.

Ihre Daten werden selbstverständlich anonym behandelt.

Bitte nutzen Sie die Möglichkeit, den ausgefüllten Fragebogen in den beigefügten Briefumschlag zu stecken und diesen zu verschließen.

Für Fragen und Anmerkungen stehen wir Ihnen jederzeit gern zur Verfügung!

Anmerkung: Um die Komplexität des Fragebogens nicht zusätzlich zu erhöhen, wurden ausschließlich männliche Personenbezeichnungen verwendet. Selbstverständlich werden alle TeilnehmerInnen in diesem Rahmen mit angesprochen.

VIELEN DANK FÜR IHRE UNTERSTÜTZUNG!

Bitte schätzen Sie Ihr Wissen in bezug auf die folgenden Begriffe ein!

Begriff:	Ich kenne den Begriff:		Ich weiß über den Begriff ...				
	Ja	Nein	nichts	wenig	mittel	viel	sehr viel
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	②	③	④	⑤
1. Herzinfarkt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	②	③	④	⑤
2. Gastroskopie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	②	③	④	⑤
3. Punktion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	②	③	④	⑤
4. Fieber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	②	③	④	⑤
5. Laparoskopie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	②	③	④	⑤
6. Appendizitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	②	③	④	⑤
7. Stent	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	②	③	④	⑤
8. Dyspnoe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	②	③	④	⑤
9. Operation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	②	③	④	⑤
10. Ileus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	②	③	④	⑤
11. Hypertonie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	②	③	④	⑤
12. Diuretikum	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	②	③	④	⑤
13. Ödem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	②	③	④	⑤
14. Röntgen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	②	③	④	⑤
15. Diabetes mellitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	②	③	④	⑤
16. Szintigraphie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	②	③	④	⑤
17. Gastritis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	②	③	④	⑤
18. Angina pectoris	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	②	③	④	⑤
19. Computertomographie (CT)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	②	③	④	⑤
20. Tinnitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	②	③	④	⑤
21. Sonographie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	②	③	④	⑤
22. Diarrhoe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	②	③	④	⑤
23. Blutdruckmessung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	②	③	④	⑤
24. Pneumonie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	②	③	④	⑤
25. Dialyse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	①	②	③	④	⑤

<u>Im folgenden möchten wir Sie bitten, einige Fragen zu dem eben stattgefundenen Arzt-Patient-Gespräch zu beantworten.</u>						
Bitte überlegen Sie, inwieweit Sie diesen Aussagen zustimmen.	nicht vorge- kommen <input type="radio"/>	stimme gar nicht zu <input type="radio"/>	stimme wenig zu <input type="radio"/>	stimme teils/teils zu <input type="radio"/>	stimme ziemlich zu <input type="radio"/>	stimme völlig zu <input type="radio"/>
<u>Der Arzt hat mir folgende Sachverhalte sehr gut erklärt:</u>						
1. die Diagnose meines medizinischen Problems.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. die Ursache meines medizinischen Problems.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. was ich selbst zur Besserung beitragen kann.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. die Vor- und Nachteile der jeweiligen Behandlungsmöglichkeit(en).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. den Zweck des jeweilig durchzuführenden Tests (z.B.: Blut- o. Urintests, Röntgen usw.).	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. wie das verschriebene Medikament wirkt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. wie dieses Medikament einzunehmen ist.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. welche möglichen Nebenwirkungen dieses Medikament hat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. welche langfristigen Folgen die Erkrankung hat.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<u>Der Arzt hat hinsichtlich der folgenden Punkte sehr gute Arbeit geleistet:</u>						
10. Er hat mir einen guten Überblick über meine Problematik gegeben und wichtige Informationen noch einmal wiederholt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Er hat sichergestellt, dass ich seine Erklärungen verstanden habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Er hat sichergestellt, dass ich seine Anordnung verstanden habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Der Arzt hat abgeklärt, ob <u>er</u> verstanden hat, was ich ihm mitgeteilt habe.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Er hat mich ermutigt Fragen zu stellen.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Er hat mir umfangreiche krankheitsbezogene Fragen gestellt.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Er hat seine Fragen klar und verständlich formuliert.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Bitte überlegen Sie, inwieweit sie diesen Aussagen zustimmen.	nicht vorge- kommen ○	stimme gar nicht zu ①	stimme wenig zu ②	stimme teils/teils zu ③	stimme ziemlich zu ④	stimme völlig zu ⑤
<u>Der Arzt hat hinsichtlich der folgenden Punkte sehr gute Arbeit geleistet:</u>						
1. Er hat mir Fragen gestellt, bei denen ich auch Details erzählen konnte.	○	①	②	③	④	⑤
2. Er hat eine für mich verständliche Sprache verwendet (wenige/keine Fachbegriffe).	○	①	②	③	④	⑤
3. Er hat sich warmherzig und freundlich verhalten.	○	①	②	③	④	⑤
4. Er hat ein vertrauensvolles Verhältnis hergestellt.	○	①	②	③	④	⑤
5. Er hat mir gezeigt, dass er sich um mich kümmert.	○	①	②	③	④	⑤
6. Er hat dafür gesorgt, dass ich mich entspannt und wohl fühle.	○	①	②	③	④	⑤
7. Er hat mir gegenüber Mitgefühl gezeigt.	○	①	②	③	④	⑤
8. Er war offen und ehrlich.	○	①	②	③	④	⑤
<u>Ich denke, ich habe ...</u>						
9. dem Arzt wichtige krankheitsrelevante Informationen sehr gut vermittelt. (bezogen auf meine Krankheitsgeschichte).	○	①	②	③	④	⑤
10. dem Arzt meine Krankheitssymptome sehr gut beschrieben.	○	①	②	③	④	⑤
11. dem Arzt sehr gut erklärt, welche Medikamente ich einnehme.	○	①	②	③	④	⑤
12. die Fragen des Arztes sehr ausführlich beantwortet.	○	①	②	③	④	⑤
13. die Fragen des Arztes ehrlich beantwortet.	○	①	②	③	④	⑤
14. den Arzt wissen lassen, was ich nicht verstanden habe.	○	①	②	③	④	⑤
15. den Arzt wissen lassen, was er noch einmal wiederholen sollte.	○	①	②	③	④	⑤

Bitte überlegen Sie, inwieweit sie diesen Aussagen zustimmen.	nicht vorgekommen ○	stimme gar nicht zu ①	stimme wenig zu ②	stimme teils/teils zu ③	stimme ziemlich zu ④	stimme völlig zu ⑤
<u>Ich denke, ich habe ...</u>						
1. mich rückversichert, dass ich die Anweisungen des Arztes richtig verstanden habe.	○	①	②	③	④	⑤
2. den Arzt gebeten, mir gewisse Dinge zu erklären, die ich nicht verstanden habe.	○	①	②	③	④	⑤
3. dem Arzt alle Fragen gestellt, die ich auf dem Herzen habe.	○	①	②	③	④	⑤
4. selbst aktiv nach Antworten auf meine Fragen gesucht.	○	①	②	③	④	⑤
5. alle für mich wichtigen Informationen bekommen.	○	①	②	③	④	⑤
6. dazu beigetragen, ein vertrauensvolles Verhältnis herzustellen.	○	①	②	③	④	⑤
7. mich dem Arzt gegenüber offen und ehrlich verhalten.	○	①	②	③	④	⑤
<u>Beurteilen Sie bitte weiterhin folgende drei Aussagen:</u>						
8. Ich bin mit der eben stattgefundenen Konsultation sehr zufrieden.		stimme gar nicht zu ①	stimme wenig zu ②	stimme teils/teils zu ③	stimme ziemlich zu ④	stimme völlig zu ⑤
9. Mein Informationsbedürfnis in dieser Konsultation war sehr groß.		stimme gar nicht zu ①	stimme wenig zu ②	stimme teils/teils zu ③	stimme ziemlich zu ④	stimme völlig zu ⑤
10. Der Arzt wurde diesem Informationsbedürfnis voll und ganz gerecht.		stimme gar nicht zu ①	stimme wenig zu ②	stimme teils/teils zu ③	stimme ziemlich zu ④	stimme völlig zu ⑤

Anhang B

- 1) Entwicklung des Fragebogens zur Erfassung der Perspektivenübernahme
Medical Communication Competence Scale – MCCS (Cegala et al., 1998)
- 2) Entwicklung des Fragebogens zur Erfassung beruflicher Belastung
FBAS (Herschbach, 1991)
ISTA (Semmer et al., 1999)
- 3) Entwicklung des Fragebogens zur Erfassung der Arbeitszufriedenheit
Job Diagnostic Survey – JDS
(Hackman & Oldham, 1974, 1975, 1980)
(Schmidt et al., 1985; Schmidt & Kleinbeck, 1999)
(van Dick et al., 2001)

MEDICAL COMMUNICATION COMPETENCE SCALE (MCCS)

Cegala, D.J., Coleman, M.T. & Turner J.W. (1998)

Gegenüberstellung des Originalfragebogens mit der erarbeiteten deutschen Übersetzung

Fragebogenversion für den Arzt

MCCS ORIGINALFRAGEBOGEN (Cegala, Coleman & Turner, 1998)	MCCS – DEUTSCHE ÜBERSETZUNG
Doctors´ Self-Competence: Information giving	Einschätzung der ärztlichen Kompetenz: Informationsgabe
<i>I provided good explanations of the following to the patient:</i>	<i>Ich habe dem Patienten folgende Sachverhalte sehr gut erklärt:</i>
1) The diagnosis of his or her medical problem	14) die Diagnose seines medizinischen Problems
2) The causes of his or her medical problem	15) die Ursache seines medizinischen Problems
3) The treatment for his or medical problem	16) die Behandlung seines med. Problems
4) The advantages and disadvantages of treatment options	17) die Vor- und Nachteile der jeweiligen Behandlungsmöglichkeit(en)
5) The purpose of any tests that were needed	18) den Zweck des jeweilig durchzuführenden Tests (z.B.: Blut- od. Urintests, Röntgen usw.)
6) How prescribed medication will help his or her problem	19) wie das verschriebene Medikament wirkt
7) How to take prescribed medication	20) wie dieses Medikament einzunehmen ist
8) The possible side effects of the medication	21) welche möglichen Nebenwirkungen dieses Medikament hat
9) The long-term consequences of his or her medical problem	22) welche langfristigen Folgen die Erkrankung hat
Doctors´ Self-Competence: Information verifying	Einschätzung der ärztlichen Kompetenz: Informationsprüfung
<i>I did a good job of:</i>	<i>Ich bin sehr zufrieden mit meiner Arbeit hinsichtlich:</i>
10) Reviewing, or repeating, important information for the patient	23) der Tatsache, dem Patienten einen Überblick über seine Problematik gegeben zu haben und wichtige Informationen noch einmal wiederholt zu haben
11) Making sure the patient understood my explanations	24) der Sicherstellung, dass der Patient meine Erklärungen verstanden hat
12) Making sure the patient understood my directions	25) der Sicherstellung, dass der Patient meine Anordnung verstanden hat
13) Checking my understanding of information the patient provided	26) der Abklärung, ob ich die Information des Patienten verstanden habe

Doctors´ Self-Competence: Information seeking	Einschätzung der ärztlichen Kompetenz: Informationssuche
<i>I did a good job of:</i>	<i>Ich bin sehr zufrieden mit meiner Arbeit hinsichtlich:</i>
14) Encouraging the patient to ask questions	27) der Tatsache, dass ich den Patienten ermutigt habe, Fragen zu stellen
15) Asking the patient the right questions	28) der Tatsache, dem Patienten die passenden Fragen gestellt zu haben
16) Asking questions in a clear, understandable manner	29) der Tatsache, meine Fragen klar und verständlich formuliert zu haben
17) Using open-ended questions	30) der Tatsache, offene Fragen verwendet zu haben (= Fragen ohne strikte ja/nein Antwort)
Doctors´ Self-Competence: Socioemotional Communication	Einschätzung der ärztlichen Kompetenz: Sozioemotionale Kommunikation
<i>I did a good job of:</i>	<i>Ich bin sehr zufrieden mit meiner Arbeit hinsichtlich:</i>
18) Using language the patient could understand	31) der Tatsache, eine Sprache verwendet zu haben, die der Patient auch verstehen kann (wenige/keine Fachtermini)
19) Being warm and friendly	32) der Tatsache, warmherzig und freundlich gewesen zu sein
20) Contributing to a trusting relationship	33) der Tatsache, ein vertrauensvolles Verhältnis hergestellt zu haben
21) Showing the patient I cared about him or her	34) der Tatsache, dem Patienten gezeigt zu haben, dass ich mich um ihn kümmere
22) Making the patient feel relaxed or comfortable	35) der Tatsache, dafür zu sorgen, dass sich der Patient entspannt und wohl fühlt
23) Showing compassion	36) der Tatsache, dem Patienten Mitgefühl gezeigt zu haben
24) Being open and honest	37) der Tatsache, offen u. ehrlich gewesen zu sein

Doctors' Other-Competence: Information giving	Einschätzung der Patientenkompetenz: Informationsgabe
<i>The patient did a good job of:</i>	<i>Die Mitarbeit des Patienten war sehr gut, hinsichtlich:</i>
25) Providing relevant history associated with his or her medical problem	1) der Tatsache, mir wichtige krankheitsrelevante Informationen zu vermitteln (bezogen auf die Krankheitsgeschichte)
26) Explaining symptoms associated with his or her medical problem	2) der Tatsache, mir die Krankheitssymptome zu erklären
28) Answering my questions thoroughly	4) der ausführlichen Beantwortung meiner Fragen
29) Answering my questions honestly	5) der ehrlichen Beantwortung meiner Fragen
Doctors' Other-Competence: Information verifying	Einschätzung der Patientenkompetenz: Informationsprüfung
<i>The patient did a good job of:</i>	<i>Die Mitarbeit des Patienten war sehr gut, hinsichtlich:</i>
27) Explaining what medications he or she is taking	3) der Erklärung, welche Medikamente er einnimmt
30) Letting me know when he or she didn't understand something	6) der Tatsache, mich wissen zu lassen, was er nicht verstanden hat
31) Letting me know when I need to repeat something	7) der Tatsache, mich wissen zu lassen, welche Informationen ich wiederholen sollte
32) Asking me to explain terms he or she didn't understand	8) der Tatsache, Dinge nachzufragen, die er nicht verstanden hat
Doctors' Other-Competence: Information seeking	Einschätzung der Patientenkompetenz: Informationssuche
<i>The patient did a good job of:</i>	<i>Die Mitarbeit des Patienten war sehr gut, hinsichtlich:</i>
33) Asking me questions about his or her medical problem	9) der Tatsache, Nachfragen bezüglich seines medizinischen Problems zu stellen
34) Pursuing answers to his or her questions	10) der aktiven Suche nach Antworten auf seine Fragen
35) Asking appropriate questions	11) der Tatsache, passende Fragen zu stellen
Doctors' Other-Competence: Socioemotional Communication	Einschätzung der Patientenkompetenz: Sozioemotionale Kommunikation
<i>The patient did a good job of:</i>	<i>Die Mitarbeit des Patienten war sehr gut, hinsichtlich:</i>
36) Contribution to a trusting relationship	12) der Tatsache, ein vertrauensvolles Verhältnis herzustellen
37) Being open and honest	13) der Tatsache, offen und ehrlich zu sein
Zusätzliche Fragen	
To what extent were you able to satisfy the patient's objective(s) in seeing the doctor today?	Ich bin der Meinung, dass der Patient mit dieser Konsultation sehr zufrieden war.
How would you characterize this patient's desire for information relevant to this visit?	Der Patient hat in dieser Konsultation ein großes Informationsbedürfnis gezeigt.
To what extent did you meet this patient's information needs?	Ich konnte dem Informationsbedürfnis des Patienten voll und ganz entsprechen.

Fragebogenversion für den Patienten

MCCS ORIGINALFRAGEBOGEN (Cegala et al., 1998)	MCCS – DEUTSCHE ÜBERSETZUNG
Patient´ Other-Competence: Information giving	Einschätzung der ärztlichen Kompetenz: Informationsgabe
<i>The doctor explained the following to my satisfaction:</i>	<i>Der Arzt hat mir folgende Sachverhalte sehr gut erklärt:</i>
17) What my medical problem was	1) die Diagnose meines medizinischen Problems
18) The causes of my medical problem	2) die Ursache meines medizinischen Problems
19) hat I could do to get better	3) was ich selbst zur Besserung beitragen kann
20) The benefits and disadvantages of treatment choices (that is, choices about what I could do to get better)	4) die Vor- und Nachteile der jeweiligen Behandlungsmöglichkeit(en)
21) The purpose of any tests that were needed	5) den Zweck des jeweilig durchzuführenden Tests (z.B.: Blut- o. Urintests, Röntgen usw.)
22) How prescribed medicine would help my problem	6) wie das verschriebene Medikament wirkt
23) How to take prescribed medication	7) wie dieses Medikament einzunehmen ist
24) The possible side effects from the medicine	8) welche möglichen Nebenwirkungen dieses Medikament hat
25) The long-term consequences of my medical problem	9) welche langfristigen Folgen die Erkrankung hat
Patient´ Other-Competence: Information verifying	Einschätzung der ärztlichen Kompetenz: Informationsprüfung
<i>The doctor did a good job of:</i>	<i>Der Arzt hat hinsichtlich der folgenden Punkte sehr gute Arbeit geleistet:</i>
26) Reviewing or repeating important information	10) Er hat mir einen guten Überblick über meine Problematik gegeben und wichtige Informationen noch einmal wiederholt
27) Making sure I understood his or her explanations	11) Er hat sichergestellt, dass ich seine Erklärungen verstanden habe
28) Making sure I understood his or her directions	12) Er hat sichergestellt, dass ich seine Anordnung verstanden habe
29) Checking his or her understanding of what I said	13) Der Arzt hat abgeklärt, ob er verstanden hat, was ich ihm mitgeteilt habe
Patient´ Other-Competence: Information seeking	Einschätzung der ärztlichen Kompetenz: Informationssuche
<i>The doctor did a good job of:</i>	<i>Der Arzt hat hinsichtlich der folgenden Punkte sehr gute Arbeit geleistet:</i>
30) Encouraging me to ask questions	14) Er hat mich ermutigt Fragen zu stellen
31) Asking me questions related to my medical problem	15) Er hat mir umfangreiche krankheitsbezogene Fragen gestellt
32) Asking me questions in a clear, understandable manner	16) Er hat seine Fragen klar und verständlich formuliert
33) Asking questions that allowed me to elaborate on details	17) Er hat mir Fragen gestellt, bei denen ich auch Details erzählen konnte

Patient´ Other-Competence: Socioemotional Communication	Einschätzung der ärztlichen Kompetenz: Sozioemotionale Kommunikation
<i>The doctor did a good job of:</i>	<i>Der Arzt hat hinsichtlich der folgenden Punkte sehr gute Arbeit geleistet:</i>
34) Using language I could understand	18) Er hat eine für mich verständliche Sprache verwendet (wenige/keine Fachbegriffe)
35) Being warm and friendly	19) Er hat sich warmherzig und freundlich verhalten
36) Contributing to a trusting relationship	20) Er hat ein vertrauensvolles Verhältnis hergestellt
37) Showing he or she cared about me	21) Er hat mir gezeigt, dass er sich um mich kümmert
38) Making me feel relaxed or comfortable	22) Er hat dafür gesorgt, dass ich mich entspannt und wohl fühle
39) Showing compassion	23) Er hat mir gegenüber Mitgefühl gezeigt
40) Being open and honest	24) Er war offen und ehrlich
Patient´ Self-Competence: Information giving	Einschätzung der Patientenkompetenz: Informationsgabe
<i>I did a good job of:</i>	<i>Ich denke, ich habe ...</i>
1) Presenting important history associated with my medical problem	25) dem Arzt wichtige krankheitsrelevante Informationen sehr gut vermittelt (bezogen auf meine Krankheitsgeschichte)
2) Describing the symptoms of my medical problem	26) dem Arzt meine Krankheitssymptome sehr gut beschrieben
3) Explaining my medical problem	<i>Kein Äquivalent bei der Fremdeinschätzung vorhanden – aus diesem Grund und aufgrund der Ähnlichkeit mit dem Item 26 wurde dieses Item in der vorliegenden Arbeit nicht berücksichtigt</i>
5) Answering the doctor´s questions thoroughly	28) die Fragen des Arztes sehr ausführlich beantwortet
6) Answering the doctor´s questions honestly	29) die Fragen des Arztes ehrlich beantwortet
Patient´ Self-Competence: Information verifying	Einschätzung der Patientenkompetenz: Informationsprüfung
<i>I did a good job of:</i>	<i>Ich denke, ich habe ...</i>
4) Explaining what medicines I am taking	27) dem Arzt sehr gut erklärt, welche Medikamente ich einnehme
7) Letting the doctor know when I didn´t understand something	30) den Arzt wissen lassen, was ich nicht verstanden habe
8) Letting the doctor know when I needed him or her to repeat something	31) den Arzt wissen lassen, was er noch einmal wiederholen sollte
9) Making sure I understood the doctor´s directions	32) mich rückversichert, dass ich die Anweisungen des Arztes richtig verstanden habe
10) Repeating important information to make sure I understood correctly.	<i>Kein Äquivalent bei der Fremdeinschätzung vorhanden – aus diesem Grund wurde dieses Item in der vorliegenden Arbeit nicht berücksichtigt</i>
11) Asking the doctor to explain terms I didn´t understand	33) den Arzt gebeten, mir gewisse Dinge zu erklären, die ich nicht verstanden habe

Patient´ Self-Competence: Information seeking	Einschätzung der Patientenkompetenz: Informationssuche
<i>I did a good job of:</i>	<i>Ich denke, ich habe ...</i>
12) Asking the doctor all the questions that I had	34) dem Arzt alle Fragen gestellt, die ich auf dem Herzen habe
13) Getting the answers to my questions	35) selbst aktiv nach Antworten auf meine Fragen gesucht
14) Getting all the information I needed	36) alle für mich wichtigen Informationen bekommen
Patient´ Self-Competence: Socioemotional Communication	Einschätzung der Patientenkompetenz: Sozioemotionale Kommunikation
<i>I did a good job of:</i>	<i>Ich denke, ich habe ...</i>
15) Contributing to a trusting relationship	37) dazu beigetragen, ein vertrauensvolles Verhältnis herzustellen
16) Being open and honest	38) mich dem Arzt gegenüber offen und ehrlich verhalten
Zusätzliche Fragen	
To what extent were you able to satisfy your objective(s) in seeing the doctor today?	Ich bin mit der eben stattgefundenen Konsultation sehr zufrieden.
How would you characterize your desire for information relevant to this visit?	Mein Informationsbedürfnis in dieser Konsultation war sehr groß.
To what extent the doctor meet your information needs?	Der Arzt wurde diesem Informationsbedürfnis voll und ganz gerecht.

Skalierung der Items:

Skalierung der Originalitems:

Item 1 – 37: 7-Punkt Likertskala:
strongly agree / agree / slightly agree / not sure / slightly disagree / disagree / strongly disagree

Zusatzfragen: 3-Punkt Skala
Objectives: all were met / some were met / none were met
Information desire: wanted a great deal / wanted a moderate amount / wanted little or no information
Information Needs Met: more information than wanted / exactly the amount wanted / Less information than wanted

Skalierung der Items in dieser Untersuchung:

Alle Items: 5-Punkt Likertskala
Stimme gar nicht zu / stimme wenig zu / stimme teils/teils zu / stimme ziemlich zu / stimme völlig zu

Zusatzoption bei Item 1 – 37: „nicht vorgekommen“

FRAGEBOGEN ZUR ERFASSUNG BERUFLICHER BELASTUNG

Grundlage für diesen Fragebogen bildet der Fragebogen zur Erfassung von Belastungen bei Ärzten und Krankenpflegekräften (FBAS) von Herschbach (Herschbach, 1991) - Der vorliegende Originalfragebogen mit 42 Items wurde direkt von Herschbach angefordert und erhalten.

Ergänzungsfragen aus dem Instrument zur Stressbezogenen Arbeitsanalyse – ISTA (Semmer et al., 1999)

FBAS ORIGINALFRAGEBOGEN	ITEMFORMULIERUNG IN DER VORLIEGENDEN UNTERSUCHUNG
Items der Subskala: Strukturelle Bedingungen	
1) Ich verbringe zu viel Zeit mit Büroarbeiten.	1) Ich verbringe zu viel Zeit mit organisatorischen Erledigungen für meine eigene Praxis (z.B. Abrechnung).
2) Für Sterbende haben wir nicht genügend Einzelzimmer.	<i>In einer Arztpraxis von geringer bzw. keiner Bedeutung</i>
12) Bei uns klingelt das Telefon zu oft.	30) Ich verbringe zu viel Zeit mit , organisatorischen Erledigungen für meine Patienten(z.B. Telefonate, Gutachten etc.).
23) Für das, was ich beruflich leiste, bin ich unterbezahlt.	<i>Im Zusammenhang mit Arbeitszufriedenheit erfragt</i>
26) Meine Arbeit wird durch die beengten Verhältnisse in den Krankenzimmern beeinträchtigt.	7) Meine Arbeit wird durch die beengten Verhältnisse in der Praxis beeinträchtigt.
27) Meine Arbeit ist körperlich anstrengend.	11) Meine Arbeit ist körperlich anstrengend.
28) Für die Aufgaben, die ich erfüllen muss, ist die Zeit häufig zu knapp.	16) Für die Aufgaben, die ich erfüllen muss, ist die Zeit häufig zu knapp.
29) Ich muss immer wieder Tätigkeiten übernehmen, bei denen ich mich frage, ob sie eigentlich in meinen Zuständigkeitsbereich fallen.	<i>In einer Arztpraxis von geringer bzw. keiner Bedeutung</i>
30) Ich habe zu wenig Zeit, um auf die persönlichen Probleme einzelner Patienten einzugehen.	20) Ich habe zu wenig Zeit, um auf die persönlichen Probleme einzelner Patienten einzugehen.
31) Es kommt immer wieder vor, dass ich aus dem persönlichen Gespräch mit einem Patienten plötzlich herausgerissen werde.	24) Es kommt immer wieder vor, dass ich aus dem Gespräch mit einem Patienten plötzlich herausgerissen werde.
Items der Subskala: Mitleid	
5) Es kommt vor, dass auf meiner Station / Abteilung gleichzeitig mehrere Patienten im Sterben liegen.	<i>In einer Arztpraxis von geringer bzw. keiner Bedeutung</i>
9) Ich habe Phasen, in denen ich mich frage, welchen Nutzen meine Arbeit hat.	2) Ich habe Phasen, in denen ich mich frage, welchen Nutzen meine Arbeit hat.
17) Der Anblick weinender Patienten macht mich betroffen.	12) Der Anblick weinender Patienten macht mich betroffen.
18) Manche Patienten erfahren zu wenig Unterstützung von ihren Angehörigen.	<i>Zielt vor allem auf die Behandlung von Krebspatienten ab (Original wurde für Onkologie entwickelt)</i>

19) Ich erlebe bei manchen Patienten den über lange Zeit fortschreitenden Krankheitsprozess.	17) Ich erlebe bei manchen Patienten den über lange Zeit fortschreitenden Krankheitsprozess.
20) Ich habe mit Patienten zu tun, die unrealistische Heilserwartungen äußern.	21) Ich habe mit Patienten zu tun, die unrealistische Heilungserwartungen äußern.
21) Ich muss zuweilen an die Kinder von unheilbar kranken Patienten denken.	<i>Zielt vor allem auf die Behandlung von Krebspatienten ab (Original wurde für Onkologie entwickelt)</i>
25) Zuweilen muss ich beim Einschlafen oder Aufwachen an die Probleme einzelner Patienten denken.	25) Zuweilen muss ich beim Einschlafen oder Aufwachen an die Probleme einzelner Patienten denken.
36) Ich frage mich zuweilen, ob ich dem Patienten mit der von mir durchgeführten Maßnahme / Therapie wirklich etwas Gutes getan habe.	<i>Zielt vor allem auf die Behandlung von Krebspatienten ab (Original wurde für Onkologie entwickelt)</i>
39) Gegen meine Überzeugung werden manche sterbenden Patienten mit allen Mitteln am Leben erhalten.	<i>Zielt vor allem auf die Behandlung von Krebspatienten ab (Original wurde für Onkologie entwickelt)</i>
40) Ich muss mit ansehen, wie sehr mancher Patient unter der von mir durchgeführten Maßnahme / Therapie leidet.	<i>Zielt vor allem auf die Behandlung von Krebspatienten ab (Original wurde für Onkologie entwickelt)</i>
41) Manchmal stirbt ein Patient, den ich sehr gemocht habe, in meiner Abwesenheit.	<i>In einer Arztpraxis von geringer bzw. keiner Bedeutung</i>
42) Ich muss zuweilen die Fragen schwerkranker Patienten nach ihrer Prognose beantworten.	28) Ich muss zuweilen die Fragen schwerkranker Patienten nach ihrer Prognose beantworten.
Items der Subskala: Unbequeme Patienten	
3) Manche Patienten klammern sich sehr stark an mich an.	3) Manche Patienten klammern sich sehr stark an mich.
4) Es kommt vor, dass Patienten mir vorwurfsvoll gegenüberreten, weil die Therapie keinen rechten Erfolg zeigt.	8) Es kommt vor, dass Patienten mir vorwurfsvoll gegenüberreten, weil die Therapie keinen rechten Erfolg zeigt.
6) Ich muss zuweilen mit Patienten zurechtkommen, die aggressiv sind.	13) Ich muss zuweilen mit Patienten zurechtkommen, die aggressiv sind.
7) Es gibt Patienten, die alles überprüfen möchten, was ich tue.	18) Es gibt Patienten, die alles überprüfen möchten, was ich tue.
8) Ich habe mit Patienten zu tun, die von sich aus zu wenig zur Behandlung beitragen.	22) Ich habe mit Patienten zu tun, die von sich aus zu wenig zur Behandlung beitragen.
11) Manche Angehörige trauen es uns einfach nicht zu, den Patienten optimal zu versorgen.	<i>In einer Arztpraxis von geringer bzw. keiner Bedeutung</i>
35) Viel Hektik entsteht häufig dadurch, dass manche Patienten mich wegen Kleinigkeiten rufen.	26) Stress entsteht häufig dadurch, dass manche Patienten mich wegen Kleinigkeiten aufsuchen.
38) Es ärgert mich, wenn Patienten versuchen, das Personal gegeneinander auszuspielen.	<i>In einer Arztpraxis von geringer bzw. keiner Bedeutung</i>

Items der Subskala: Beruf / Privatleben	
10) Ein unangenehmer Aspekt meiner Arbeit sind meine Nachtdienste.	4) Ein unangenehmer Aspekt meiner Arbeit sind meine Bereitschaftsdienste.
22) Ich muss zu viele Wochenenddienste ableisten.	
32) Der Kontakt zu meinen Freunden und Bekannten leidet immer wieder unter meinen unregelmäßigen Dienstzeiten.	<i>In einer Arztpraxis von geringer bzw. keiner Bedeutung</i>
34) Manche Krise mit Freunden / meiner Familie ist auf meine Arbeitssituation zurückzuführen.	9) Meine momentane Arbeitssituation beeinträchtigt mein Privatleben negativ.
37) Zeitweilig bin ich in meine Arbeit so eingespannt, dass ich mich meiner Familie / meinen Freunden nicht genug widmen kann.	14) Zeitweilig bin ich in meine Arbeit so eingespannt, dass ich mich nicht genug meinem Privatleben widmen kann.
Items der Subskala: Probleme mit Kollegen	
13) Ich sehe zuweilen, dass Kollegen / Kolleginnen wenig einfühlsam mit schwerkranken Patienten umgehen.	5) Ich erfahre zuweilen, dass KollegInnen Patienten nicht die adäquate Behandlung zukommen lassen.
14) Ich habe zuwenig Freiraum, eigenverantwortliche Entscheidungen zu treffen.	<i>In einer Arztpraxis von geringer bzw. keiner Bedeutung</i>
15) Ich erfahre für meine Arbeit zu wenig Anerkennung von meinen Vorgesetzten.	<i>In einer Arztpraxis von geringer bzw. keiner Bedeutung</i>
16) Ich habe Ärger / Reibereien mit Kollegen.	<i>In einer Arztpraxis von geringer bzw. keiner Bedeutung</i>
24) Manchmal muss ich die Fehler anderer ausbaden.	10) Manchmal muss ich die Fehler anderer Kollegen ausbaden.
33) In einigen Fällen muss ich auf höhere Anweisung hin, trotz eigener Skepsis, eine bestimmte Maßnahme / Therapie durchführen.	<i>In einer Arztpraxis von geringer bzw. keiner Bedeutung</i>
ISTA ORIGINALFRAGEN	ITEMFORMULIERUNG IN DER VORLIEGENDEN UNTERSUCHUNG
Items der Subskala: Konzentrationsanforderung	
Wie häufig kommt es vor, dass Sie sich bei der Arbeit so konzentrieren müssen, dass Störungen zu zusätzlichem Aufwand führen?	6) Meine Arbeit fordert häufig so viel Konzentration, dass jede Störung zusätzlichen Aufwand bedeutet.
Wie oft müssen Sie bei Ihrer Arbeit viele Dinge gleichzeitig im Kopf haben?	15) Ich muss bei meiner Arbeit oft viele Dinge gleichzeitig im Kopf haben.
Wie oft gibt es Momente bei Ihrer Arbeit, die für kurze Zeit höchste Konzentration erfordern?	23) Es gibt oft Momente bei meiner Arbeit, die für kurze Zeit höchste Konzentration erfordern.
Items der Subskala: Zeitdruck	
Wie häufig stehen Sie unter Zeitdruck?	19) Ich stehe häufig unter Zeitdruck.
Wie oft kommt es vor, dass Sie wegen zuviel Arbeit nicht oder verspätet in die Pause gehen können?	27) Es kommt oft vor, dass ich wegen zuviel Arbeit verspätet in den Feierabend bzw. in die Pause gehen kann.
Wie oft kommt es vor, dass Sie wegen zuviel Arbeit nicht oder verspätet in den Feierabend gehen können?	
Wie oft wird bei Ihrer Arbeit ein hohes Arbeitstempo verlangt?	29) Bei meiner Arbeit wird ein hohes Arbeitstempo verlangt.

JOB DIAGNOSTIC SURVEY (JDS)

Die Entwicklung des vorliegenden Fragebogens zur Erfassung der Arbeitszufriedenheit orientiert sich am Originalfragebogen von Hackman & Oldham (1975, 1976, 1980), der von Schmidt et al. 1985 ins Deutsche übersetzt wurde (vgl. auch Schmidt & Kleinbeck, 1999). Ebenso findet eine modifizierte Fragebogenform aus einer Untersuchung zur Arbeitszufriedenheit im Lehrerberuf von van Dick et al. (2001) Berücksichtigung.

DEUTSCHE ÜBERSETZUNG Schmidt et al. (1985)	ITEMFORMULIERUNG IN DER UNTERSUCHUNG VON van Dick et al. (2001)	ITEMFORMULIERUNG IN DER VORLIEGENDEN UNTERSUCHUNG
Tätigkeitsmerkmale		
Anforderungsvielfalt		
Wie viel Abwechslung beinhaltet Ihre Arbeit? Das heißt, in welchem Ausmaß verlangt Ihre Arbeit die Durchführung vieler unterschiedlicher Arbeitsgänge, die den Gebrauch einer Vielzahl von Fertigkeiten und Fähigkeiten erfordern?	Meine Arbeit ist sehr abwechslungsreich.	1) Meine Arbeit ist sehr abwechslungsreich.
Meine Arbeit verlangt von mir eine Vielzahl von verschiedenen, komplexen Fähigkeiten mit hohen Anforderungen.	Meine Arbeit ist sehr anspruchsvoll und verlangt von mir viele unterschiedliche Fähigkeiten.	9) Meine Arbeit ist sehr anspruchsvoll und verlangt von mir viele unterschiedliche Fähigkeiten.
Meine Arbeitstätigkeiten sind ganz einfach und sie wiederholen sich kurzfristig.	Viele Merkmale meiner Tätigkeit sind sehr einfach und wiederholen sich ständig.	<i>Dieses negativ formulierte Item wurde aus testökonomischen Gründen nicht verwendet.</i>
Ganzheitlichkeit der Aufgabe		
In welchem Ausmaß beinhaltet Ihre Arbeit das Herstellen eines vollständigen und erkennbaren Arbeitsproduktes? Das heißt, umfasst Ihre Arbeit die Herstellung oder Bearbeitung eines kompletten Arbeitsproduktes mit einem erkennbaren Anfang und Ende?	Ich betrachte meinen Beruf als eine ganzheitliche Aufgabe.	4) Ich betrachte meine Arbeit als ganzheitliche Tätigkeit.
Meine Arbeit gibt mir die Möglichkeit, eine angefangene Arbeit zu Ende zu führen.	Ich kann auf die Entwicklung der Kinder als Persönlichkeit umfassend und nicht nur in wenigen Teilaspekten Einfluss nehmen.	10) Ich kann auf die Gesundheit meiner Patienten umfassend und nicht nur in wenigen Bereichen Einfluss nehmen.
Meine Arbeit ist so gestaltet, dass ich nicht die Möglichkeit habe, ein vollständiges Arbeitsprodukt von Anfang bis Ende herzustellen oder zu bearbeiten.	<i>Item wurde nicht verwendet</i>	<i>Diese Item wurde in Anlehnung an van Dick et al. (2001) nicht verwendet.</i>

Bedeutsamkeit der Aufgabe		
Im Ganzen gesehen: Wie wichtig oder bedeutsam ist Ihre Arbeit? Das heißt, beeinflussen die Ergebnisse Ihrer Arbeit Leben und Wohlbefinden anderer Menschen?	Meine Arbeit ist bedeutsam für das Leben und Wohlbefinden der Kinder.	5) Meine Arbeit ist bedeutsam für das Leben und Wohlbefinden meiner Patienten.
Die Art und Weise, wie gut ich meine Arbeit mache, beeinflusst viele Leute.	Die Kinder betrifft es ganz direkt, wie gut oder schlecht ich meine Arbeit mache.	<i>Dieses Item wurde aus inhaltlichen Gründen nicht verwendet</i>
Insgesamt ist meine Arbeit nicht sehr wichtig und bedeutend.	Insgesamt ist meine Arbeit nicht sehr bedeutend, da andere Faktoren wie Freunde, das Elterhaus oder die Gesellschaft für das Wohlergehen der Kinder viel wichtiger sind als die Schule.	<i>Dieses Item wurde aus inhaltlichen Gründen nicht verwendet</i>
Autonomie		
Wie viel Selbständigkeit haben Sie bei Ihrer Arbeit? Das heißt, in welchem Ausmaß können Sie selbst bestimmen, wie Sie bei der Ausführung Ihrer Arbeit vorgehen.	Ich kann völlig frei entscheiden, wie ich meine Arbeit gestalte.	6) Ich kann selbst bestimmen, wie ich bei der Ausführung meiner Arbeit vorgehe.
Meine Arbeit gibt mir beträchtliche Gelegenheit, frei und unabhängig zu entscheiden, wie ich dabei vorgehe.	Meine Arbeit kann von mir sehr selbständig geplant werden.	<i>Dieses Item wurde aus testökonomischen Gründen aufgrund der großen Ähnlichkeit zu Item 6) nicht verwendet</i>
Ich habe überhaupt keine Möglichkeit, persönliche Initiative und persönliches Urteil bei meiner Arbeit einzubringen.	Ich werde durch Richtlinien und Vorgaben so bestimmt, dass ich kaum eigene Vorstellungen in meine Arbeit einbringen kann.	11) Ich werde durch die Regelungen des Gesundheitswesens so bestimmt, dass ich kaum eigene Vorstellungen in meine Arbeit einbringen kann.
Rückmeldung aus der Aufgabe		
In welchem Ausmaß liefert Ihnen Ihre Arbeit selbst Informationen über Ihre Arbeitsleistung? Das heißt, liefert Ihre Arbeit selbst Hinweise darüber, wie gut Sie arbeiten, unabhängig von den Informationen, die Ihnen Vorgesetzte und Mitarbeiter geben?	Die Leistungen der Kinder zeigen mir sehr gut, wie gut oder schlecht meine Arbeit ist.	4) Die Behandlung gibt mir Aufschluss darüber, wie gut ich eigentlich arbeite.
Bei der Durchführung meiner Arbeitstätigkeiten kann ich gut feststellen, wie gut ich arbeite.	<i>Item wurde nicht verwendet</i>	<i>Diese Item wurde in Anlehnung an van Dick et al. (2001) nicht verwendet</i>
Meine Arbeitstätigkeit selbst gibt keine Hinweise darauf, ob man sie gut oder schlecht macht.	Die Tätigkeit selber gibt mir nur wenige Hinweise, wie gut ich eigentlich arbeite.	<i>Dieses Item wurde aus inhaltlichen Gründen nicht verwendet</i>

Rückmeldung durch andere		
In welchem Ausmaß lassen Ihre Vorgesetzten oder Mitarbeiter Sie wissen, wie gut Sie Ihre Arbeit tun?	Das Ausmaß der Rückmeldung von Seiten der Leitung ist für mich ausreichend.	7) Meine Patienten geben mir häufig Rückmeldung über die Qualität meiner Arbeit.
Meine Vorgesetzten lassen mich sehr oft wissen, wie gut ich meine Arbeit mache.	Die Leitung gibt mir häufig Rückmeldung über die Qualität meiner Arbeit.	12) Das Ausmaß der Rückmeldung durch meine Patienten ist für mich ausreichend.
Von meinen Vorgesetzten oder Mitarbeitern erfahre ich nie, wie gut ich meine Arbeit mache.	Von der Leitung erfahre ich fast nie, ob ich gut arbeite.	<i>Dieses Item wurde aus inhaltlichen Gründen nicht verwendet</i>
Zusammenarbeit mit Anderen		
In welchem Ausmaß verlangt Ihre Arbeit eine enge Zusammenarbeit mit anderen Leuten (z.B. Kollegen, Kunden oder mit Mitarbeitern anderer Abteilungen)?	In meiner Arbeit bin ich auf enge Zusammenarbeit mit KollegInnen angewiesen.	8) Meine Arbeit verlangt ein hohes Ausmaß an Zusammenarbeit mit meinen MitarbeiterInnen in der Praxis.
Meine Arbeit verlangt ein großes Maß an Zusammenarbeit mit anderen Leuten.	Meine Arbeit verlangt von mir ein hohes Maß an Zusammenarbeit mit den Kindern.	13) Meine Arbeit verlangt ein hohes Maß an Zusammenarbeit mit den Patienten.
Meine Arbeit kann von einem ganz allein gemacht werden ohne Zusammenarbeit mit anderen Leuten.	<i>Item wurde nicht verwendet.</i>	<i>Diese Item wurde in Anlehnung an van Dick et al. (2001) nicht verwendet</i>
Psychologische Erlebniszustände		
Erlebte Bedeutsamkeit		
Die Arbeit, die ich mache, bedeutet mir sehr viel.	Meine Tätigkeit bedeutet mir sehr viel.	26) Meine Tätigkeit bedeutet mir sehr viel.
Die Mehrzahl der Dinge, die ich während meiner Arbeit zu tun habe, erscheint mir nutzlos und unbedeutend.	Viele Tätigkeiten außerhalb meiner Arbeit erscheinen mir nutzlos und unbedeutend.	32) Viele Dinge, die ich während meiner Arbeit zu tun habe, erscheinen mir nutzlos.
Erlebte Verantwortung		
Ich empfinde ein hohes Maß an persönlicher Verantwortung für die Arbeit, die ich tue.	Ich empfinde ein hohes Maß an Verantwortung für meine Tätigkeit.	27) Ich empfinde ein hohes Maß an persönlicher Verantwortung für meine Arbeit.
Ich meine, ich sollte mir persönlich Lob oder Tadel über die Ergebnisse meiner Arbeit zuschreiben.	Ich bin klar verantwortlich dafür, ob meine Kinder etwas lernen oder nicht.	<i>Dieses Item wurde aus inhaltlichen Gründen nicht verwendet</i>
Ich bin allein dafür verantwortlich, ob die Arbeit gut gemacht wird oder nicht.	<i>Item wurde nicht verwendet</i>	<i>Diese Item wurde in Anlehnung an van Dick et al. (2001) nicht verwendet</i>
Es ist schwer, mich viel darum zu kümmern, ob die Arbeit gut oder schlecht gemacht wird.	<i>Item wurde nicht verwendet</i>	33) Ich bin damit überfordert, für alle meine Aufgaben die Verantwortung zu übernehmen.

Wissen um die Ergebnisse		
Ich weiß gewöhnlich, ob ich meine Arbeit zufriedenstellend gemacht habe oder nicht.	Ich weiß gewöhnlich, ob ich meine Arbeit zufriedenstellend gemacht habe.	29) Ich weiß gewöhnlich, ob ich meine Arbeit zufriedenstellend gemacht habe.
Es fällt mir oft schwer festzustellen, ob ich meine Arbeit gut oder schlecht ausgeführt habe.	Ob ich meine Arbeit gut oder schlecht mache, kann ich kaum feststellen.	34) Ob ich meine Arbeit gut oder schlecht mache, kann ich selbst kaum feststellen.
Allgemeine Arbeitszufriedenheit		
Allgemein gesprochen bin ich mit meiner Arbeit sehr zufrieden.	Alles in allem bin ich mit meinem Beruf sehr zufrieden.	37) Alles in allem bin ich mit meinem Beruf sehr zufrieden.
Ich bin im allgemeinen mit der Art meiner Tätigkeit zufrieden.	Mit der Art meiner Tätigkeit bin ich im Allgemeinen zufrieden.	30) Mit der Art meiner Tätigkeit bin ich sehr zufrieden.
Ich denke häufig darüber nach, meine jetzige Arbeit an den Nagel zu hängen.	Ich denke häufig darüber nach, den Beruf zu wechseln.	35) Ich denke häufig darüber nach, den Beruf zu wechseln bzw. mich beruflich zu verändern.
Intrinsische Motivation		
Meine Meinung über mich selbst wächst, wenn ich meine Arbeit gut mache.	<i>Item wurde nicht verwendet</i>	<i>Diese Item wurde in Anlehnung an van Dick et al. (2001) nicht verwendet</i>
Ich empfinde eine große persönliche Zufriedenheit, wenn ich meine Arbeit gut mache.	Ich empfinde große persönliche Zufriedenheit, wenn ich meine Arbeit gut mache.	31) Ich empfinde große persönliche Zufriedenheit, wenn ich meine Arbeit gut mache.
Ich fühle mich schlecht und unglücklich, wenn ich sehe, dass ich meine Arbeit schlecht ausgeführt habe.	Ich fühle mich unwohl, wenn ich merke, dass ich meine Arbeit schlecht gemacht habe	36) Ich fühle mich unwohl, wenn ich merke, dass ich meine Arbeit schlecht gemacht habe.
Meine eigene Stimmung wird im allgemeinen nicht davon beeinflusst, wie gut ich meine Arbeit mache.	Meine eigene Stimmung wird normalerweise nicht davon beeinflusst, ob ich meine Arbeit gut oder schlecht mache.	28) Meine eigene Stimmung wird im allgemeinen nicht davon beeinflusst, wie gut ich meine Arbeit mache.

Zufriedenheit mit den Entfaltungsmöglichkeiten		
Wie zufrieden sind Sie mit ...?	Ich bin sehr zufrieden mit ...	Ich bin sehr zufrieden mit ...
... den Möglichkeiten, durch die Arbeit sich persönlich weiterzuentwickeln.	... meinen Möglichkeiten, mich durch die Arbeit persönlich weiterzuentwickeln.	24) ... dem Ausmaß, in dem mich mein Beruf persönlich herausfordert.
... mit dem Gefühl, durch Ihre Arbeit etwas Wertvolles zu leisten	... dem Gefühl, durch meine Arbeit etwas Wertvolles zu leisten.	23) ... dem Gefühl, durch meine Arbeit etwas Wertvolles zu leisten.
... dem Maß an selbständigen Denk- und Handlungsmöglichkeiten, die Sie bei Ihrer Arbeit einsetzen können.	... dem Maß an selbständigen Denk- und Handlungsmöglichkeiten, die ich in der Tätigkeit einsetzen kann.	<i>Dieses Item wurde aus inhaltlichen Gründen nicht verwendet</i>
... dem Ausmaß, in dem Ihre Arbeit Sie persönlich herausfordert	... dem Ausmaß, in dem mein Beruf mich persönlich herausfordert	22) ... meinen Möglichkeiten, mich durch die Arbeit persönlich weiterzuentwickeln.
		Zusätzlich eingefügt: 25) ... meinen Möglichkeiten, mich beruflich weiterzuentwickeln.
Bedürfnis nach persönlicher Entfaltung		
Wie sehr wünschen Sie sich ...	Wie sehr wünschen Sie sich	Diese Skala wurde in der vorliegenden Untersuchung nicht berücksichtigt
... eine anregende und herausfordernde Arbeit?	... eine anregende und herausfordernde Arbeit?	<i>Item wurde nicht verwendet</i>
... die Möglichkeit, selbständig und unabhängig zu denken und zu handeln?	... die Möglichkeit, in der Arbeit selbständig und unabhängig denken und handeln zu können?	<i>Item wurde nicht verwendet</i>
... die Möglichkeiten bei meiner Arbeit, etwas neues zu lernen?	... die Möglichkeiten bei Ihrer Arbeit, etwas Neues zu lernen?	<i>Item wurde nicht verwendet</i>
... Gelegenheiten zu kreativen Arbeiten?	... die Gelegenheit, in der Arbeit kreativ zu sein?	<i>Item wurde nicht verwendet</i>
... Gelegenheiten, sich bei der Arbeit persönlich weiterzuentwickeln?	... Gelegenheiten, sich in der Arbeit persönlich weiterzuentwickeln?	<i>Item wurde nicht verwendet</i>
... das Gefühl, dass man bei der Arbeit etwas sinnvolles und nützlich erreichen kann?	... das Gefühl, dass Sie bei der Arbeit etwas Sinnvolles erreichen können?	<i>Item wurde nicht verwendet</i>

Anhang C

- 1) Analyse der verwendeten medizinischen Fachbegriffe
- 2) Analyse der Medical Communication Competence Scale
- 3) Analyse der verwendeten Skalen zur Erfassung beruflicher Belastung (FBAS und ISTA)
- 4) Analyse der verwendeten Skalen zur Erfassung von Arbeitszufriedenheit (JDS)

Faktorenanalyse zur Bildung von Schwierigkeitskategorien der verwendeten medizinischen Fachbegriffe

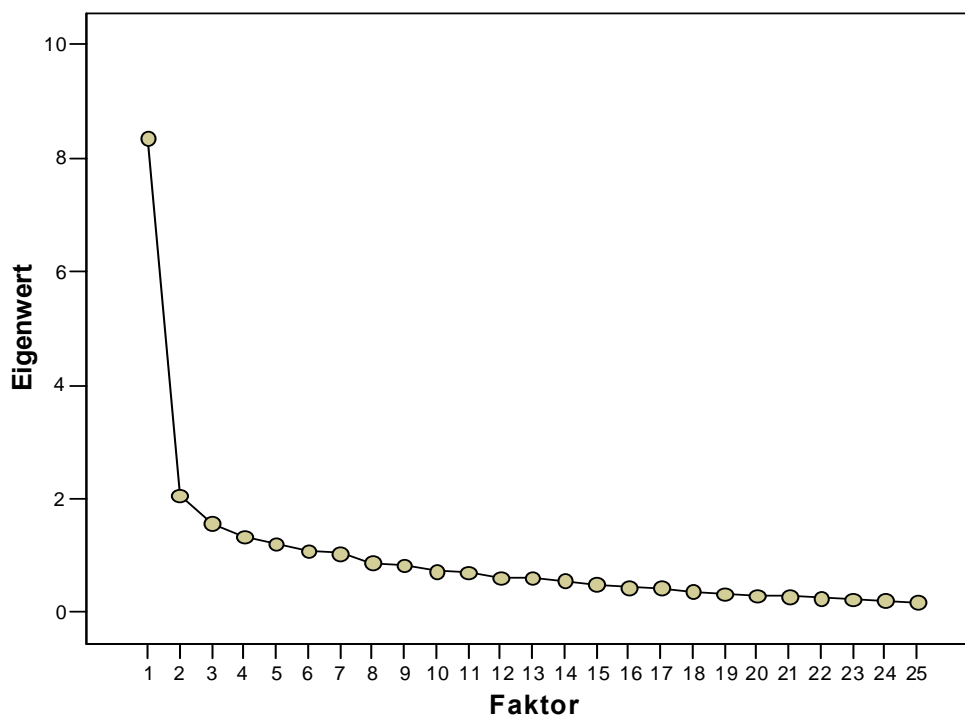
- 1) Analysiert werden die Angaben des Arztes bezüglich des Patientenwissens über einzelne medizinische Fachbegriffe

KMO- und Bartlett-Test

Maß der Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin.		,857
Bartlett-Test auf Sphärizität	Ungefähres Chi-Quadrat	1505,891
	df	300
	Signifikanz nach Bartlett	,000

Screepplot

Screepplot



Rotierte Komponentenmatrix

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.

	Komponente		
	1	2	3
Leichter Begriff: Röntgen	,758		,213
Leichter Begriff: Operation	,744		
Leichter Begriff: Fieber	,741		,239
Uneindeutiger Begriff: CT	,677		
Mittlerer Begriff: Diabetes mellitus	,675	,314	
Leichter Begriff: Blutdruckmessung	,663	,409	
Leichter Begriff: Herzinfarkt	,620	,283	
Uneindeutiger Begriff: Gastroskopie	,478	,352	,275
Mittlerer Begriff: Dialyse	,426		,414
Uneindeutiger Begriff: Tinnitus	,389	,267	,299
Mittlerer Begriff: Angina pectoris	,450	,599	
Uneindeutiger Begriff: Hypertonie	,503	,514	
Uneindeutiger Begriff: Appendizitis		,491	,287
Mittlerer Begriff: Ödem	,331	,480	,239
Uneindeutiger Begriff: Gastritis	,387	,414	,236
Mittlerer Begriff: Punktion	,220		,664
Uneindeutiger Begriff: Pneumonie		,532	,580
Uneindeutiger Begriff: Diarrhoe		,434	,505
Uneindeutiger Begriff: Sonographie	,298	,285	,462
Schwerer Begriff: Dyspnoe		,701	,312
Uneindeutiger Begriff: Diuretikum		,683	
Schwerer Begriff: Stent		,535	
Schwerer Begriff: Laparoskopie			,711
Schwerer Begriff: Szintigraphie	,295		,519
Schwerer Begriff: Ileus		,441	,465

Die Rotation ist in 6 Iterationen konvergiert.

Komponententransformationsmatrix

Komponente	1	2	3
1	,686	,566	,457
2	-,727	,504	,466
3	,034	-,652	,758

Erklärte Gesamtvarianz

Komponente	Anfängliche Eigenwerte		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	8,363	33,451	33,451
2	2,060	8,239	41,690
3	1,567	6,270	47,960

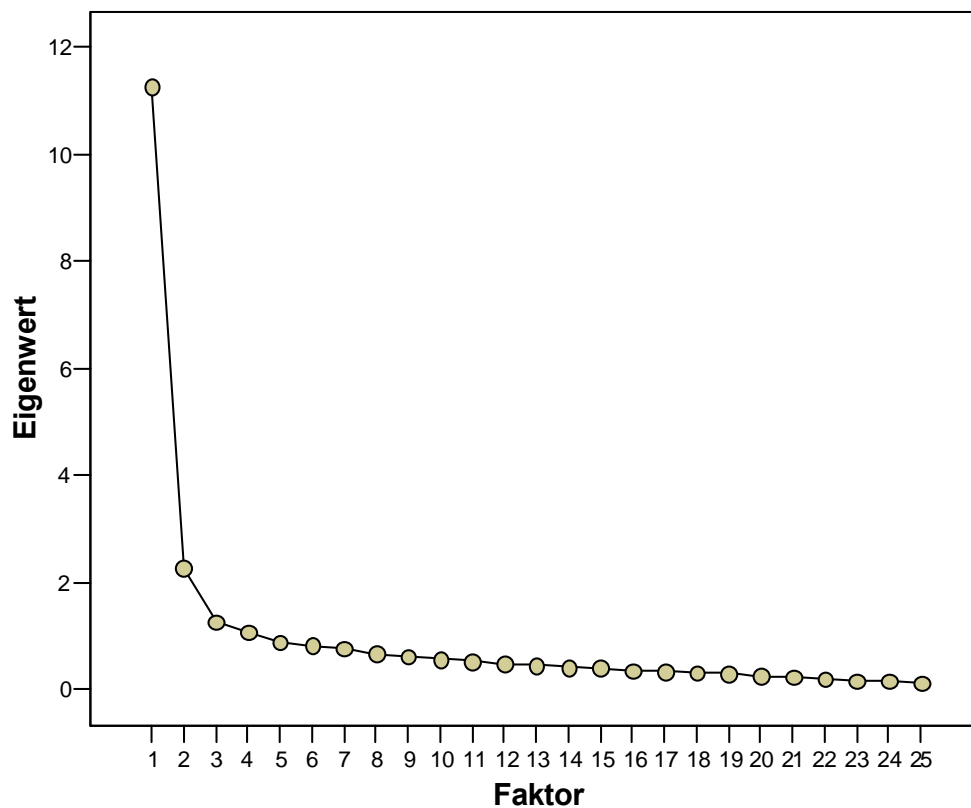
- 2) Analysiert werden die Angaben des Patienten bezüglich des eigenen Wissens über einzelne medizinische Fachbegriffe

KMO- und Bartlett-Test

Maß der Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin.		,920
Bartlett-Test auf Sphärizität	Ungefähres Chi-Quadrat	2058,588
	df	300
	Signifikanz nach Bartlett	,000

Screepplot

Screepplot



Rotierte Komponentenmatrix

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.

	Komponente		
	1	2	3
Schwerer Begriff: Ileus	,851		,290
Uneindeutiger Begriff: Diuretikum	,824	,275	
Schwerer Begriff: Dyspnoe	,786		,212
Schwerer Begriff: Laparoskopie	,725	,250	
Schwerer Begriff: Szintigraphie	,637	,325	
Schwerer Begriff: Stent	,403	,502	
Uneindeutiger Begriff: Appendizitis	,713	,332	
Uneindeutiger Begriff: Pneumonie	,689	,393	
Uneindeutiger Begriff: Diarrhoe	,579	,383	,254
Uneindeutiger Begriff: Gastritis	,371	,693	,209
Mittlerer Begriff: Angina pectoris	,224	,686	,332
Uneindeutiger Begriff: Sonographie	,361	,667	
Mittlerer Begriff: Ödem	,416	,633	,248
Uneindeutiger Begriff: Tinnitus		,622	,252
Uneindeutiger Begriff: Hypertonie	,445	,583	,205
Uneindeutiger Begriff: Gastroskopie	,328	,541	,336
Mittlerer Begriff: Punktion	,323	,488	,260
Mittlerer Begriff: Dialyse		,432	,522
Uneindeutiger Begriff: CT		,575	,456
Leichter Begriff: Fieber	,276		,794
Leichter Begriff: Röntgen		,323	,750
Leichter Begriff: Operation	,223		,731
Leichter Begriff: Blutdruckmessung		,369	,678
Leichter Begriff: Herzinfarkt	,271	,452	,529
Mittlerer Begriff: Diabetes mellitus	,268	,385	,501

Die Rotation ist in 6 Iterationen konvergiert.

Komponententransformationsmatrix

Komponente	1	2	3
1	,624	,615	,481
2	-,724	,225	,652
3	,293	-,756	,586

Erklärte Gesamtvarianz

Komponente	Anfängliche Eigenwerte		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	11,269	45,075	45,075
2	2,277	9,108	54,183
3	1,273	5,092	59,275

Faktorenanalyse zur Bildung von Subskalen der MCCS

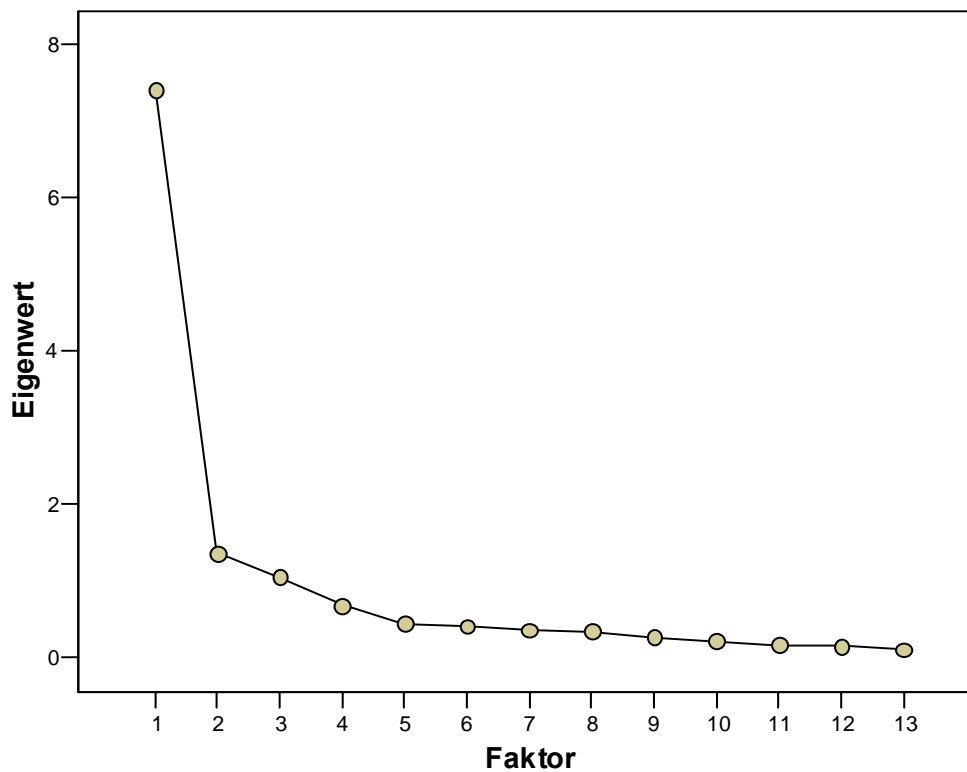
- 1) Analysiert werden die Angaben des Arztes bezüglich der Kommunikationskompetenz des Patienten in der Arzt-Patient-Konsultation

KMO- und Bartlett-Test

Maß der Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin.		,893
Bartlett-Test auf Sphärizität	Ungefähres Chi-Quadrat	1050,084
	df	78
	Signifikanz nach Bartlett	,000

Screepplot

Screepplot



Rotierte Komponentenmatrix

	Komponente		
	1	2	3
Infoprüfung: Nachfragen bei Unverständnis	,864		,204
Infoprüfung: Äußerung des Wunsches nach Informationswiederholung	,852		
Infoprüfung: Äußerung von Unverständnis	,791		,378
Infosuche: Nachfragen bzgl. des medizinischen Problems	,702	,380	,302
Infosuche: Aktive Suche nach Antworten	,645	,374	,463
Infosuche: Stellen von passenden Fragen	,608	,585	
Infogabe: Erklären von Krankheitssymptomen		,840	
Infogabe: Vermittlung wichtiger krankheitsrelevanter Informationen		,794	,306
Infogabe: Ausführliche Beantwortung der Fragen	,228	,720	,412
Infoprüfung: Erklärung der Medikamenteneinnahme	,241	,608	
Sozioemotionale Kommunikation: Offenes und ehrliches Verhalten	,318	,222	,862
Sozioemotionale Kommunikation: Herstellung eines vertrauensvollen Verhältnisses	,349	,248	,801
Infogabe: Ehrliche Beantwortung der Fragen		,331	,797

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung. Die Rotation ist in 6 Iterationen konvergiert.

Komponententransformationsmatrix

Komponente	1	2	3
1	,638	,555	,534
2	-,716	,683	,145
3	,284	,474	-,833

Erklärte Gesamtvarianz

Komponente	Anfängliche Eigenwerte		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	7,412	57,015	57,015
2	1,370	10,535	67,550
3	1,057	8,129	75,679

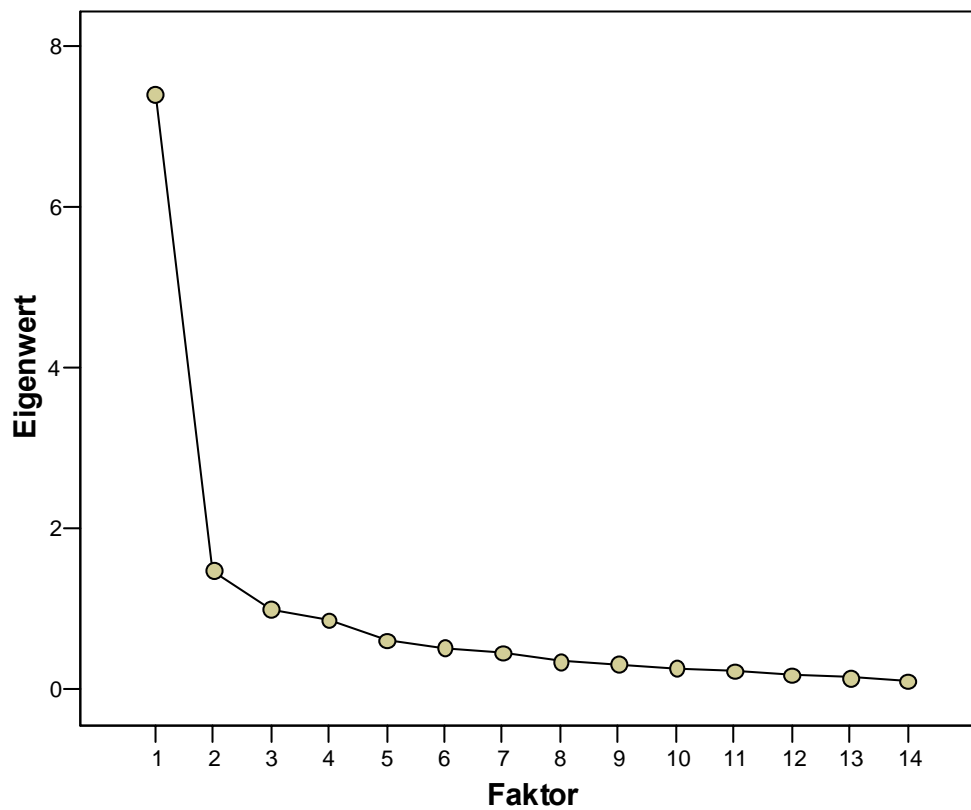
- 2) Analysiert werden die Angaben des Patienten bezüglich der eigenen Kommunikationskompetenz in der Arzt-Patient-Konsultation

KMO- und Bartlett-Test

Maß der Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin.		,861
Bartlett-Test auf Sphärizität	Ungefähres Chi-Quadrat	753,154
	df	91
	Signifikanz nach Bartlett	,000

Screepilot

Screepilot



Rotierte Komponentenmatrix

	Komponente		
	1	2	3
Infosuche: Nachfragen bzgl. des medizinischen Problems	,834		
Infoprüfung: Nachfragen bei Unverständnis	,771		,284
Infoprüfung: Rückversicherung, dass Anweisungen verstanden wurden (kein Äquivalent)	,754	,496	
Infosuche: Aktive Suche nach Antworten	,633	,317	,331
Infosuche: Stellen von passenden Fragen	,613	,530	
Infoprüfung: Äußerung des Wunsches nach Informationswiederholung	,521	,408	,258
Infoprüfung: Äußerung von Unverständnis	,438	,562	,444
Sozioemotionale Kommunikation: Offenes und ehrliches Verhalten	,244	,825	
Infogabe: Ehrliche Beantwortung der Fragen	,205	,761	,355
Sozioemotionale Kommunikation: Herstellung eines vertrauensvollen Verhältnisses	,429	,704	
Infogabe: Ausführliche Beantwortung der Fragen		,627	,587
Infogabe: Vermittlung wichtiger krankheitsrelevanter Informationen	,216		,823
Infogabe: Erklären von Krankheitssymptomen	,262	,213	,806
Infoprüfung: Erklärung der Medikamenteneinnahme			,792

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.
Die Rotation ist in 6 Iterationen konvergiert.

Komponententransformationsmatrix

Komponente	1	2	3
1	,612	,610	,504
2	-,523	-,166	,836
3	,594	-,775	,217

Erklärte Gesamtvarianz

Komponente	Anfängliche Eigenwerte		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	3,533	25,233	25,233
2	3,402	24,297	49,530
3	2,966	21,188	70,719

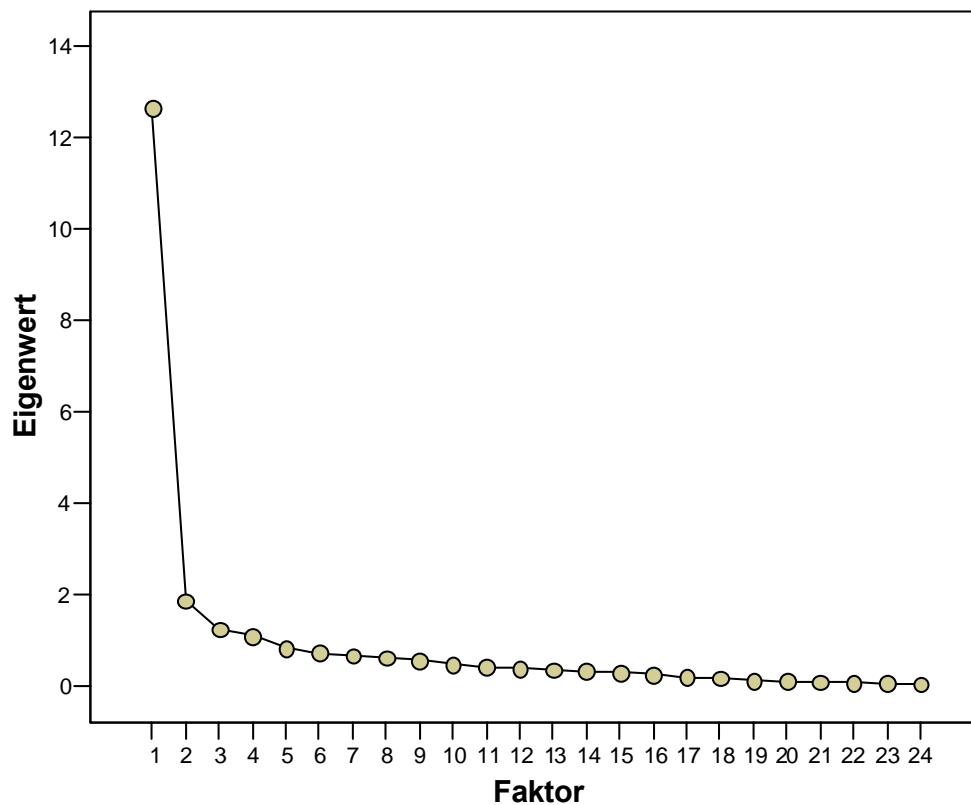
- 3) Analysiert werden die Angaben des Arztes bezüglich der eigenen ärztlichen Kommunikationskompetenz in der Arzt-Patient-Konsultation

KMO- und Bartlett-Test

Maß der Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin.		,884
Bartlett-Test auf Sphärizität	Ungefähres Chi-Quadrat	1638,272
	df	276
	Signifikanz nach Bartlett	,000

Screepilot

Screepilot



Rotierte Komponentenmatrix

	Komponente		
	1	2	3
Sozioemotionale Kommunikation: Um den Patienten kümmern	,823	,254	
Sozioemotionale Kommunikation: Warmes und freundliches Verhalten	,796	,315	,231
Sozioemotionale Kommunikation: Herstellung eines vertrauensvollen Verhältnisses	,735	,358	,226
Infosuche: Stellen von klaren und verständlichen Fragen	,720		,340
Infoprüfung: Überblick über die Problematik	,703		,393
Infosuche: Stellen von offenen Fragen	,698	,319	
Sozioemotionale Kommunikation: Verwendung einer verständlichen Sprache	,674		,346
Sozioemotionale Kommunikation: Schaffung einer entspannten Atmosphäre	,631	,343	,251
Sozioemotionale Kommunikation: Zeigen von Mitgefühl	,600	,308	,375
Sozioemotionale Kommunikation: Offenes und ehrliches Verhalten	,583	,401	,345
Infogabe: Erklärung der Medikamenteneinnahme		,817	
Infogabe: Erklärung möglicher Medikamentennebenwirkungen		,812	
Infogabe: Erklärung der Medikamentenwirkung	,297	,796	
Infogabe: Erklärung des Zwecks der jeweils durchzuführenden Tests	,258	,630	,351
Infogabe: Erklärung der Behandlung	,410	,592	,451
Infogabe: Erklärung von Vor- und Nachteilen der Behandlungsmöglichkeiten	,385	,569	,214
Infogabe: Erklärung der Krankheitsursache	,488	,563	,389
Infogabe: Erklärung der Krankheitsfolgen		,541	,499
Infogabe: Erklärung der Diagnose	,450	,537	,383
Infoprüfung: Sicherstellung, dass Anordnungen verstanden wurden	,224	,334	,748
Infosuche: Ermutigung, Fragen zu stellen	,302		,731
Infoprüfung: Sicherstellung, dass Patient verstanden wurde	,406		,691
Infoprüfung: Sicherstellung, dass Erklärungen verstanden wurden	,265	,364	,680
Infosuche: Stellen von passenden Fragen	,645		,490

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.
Die Rotation ist in 6 Iterationen konvergiert.

Komponententransformationsmatrix

Komponente	1	2	3
1	,676	,544	,497
2	-,570	,814	-,116
3	-,467	-,205	,860

Erklärte Gesamtvarianz

Komponente	Anfängliche Eigenwerte		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	6,678	27,825	27,825
2	5,049	21,037	48,862
3	4,080	16,999	65,861

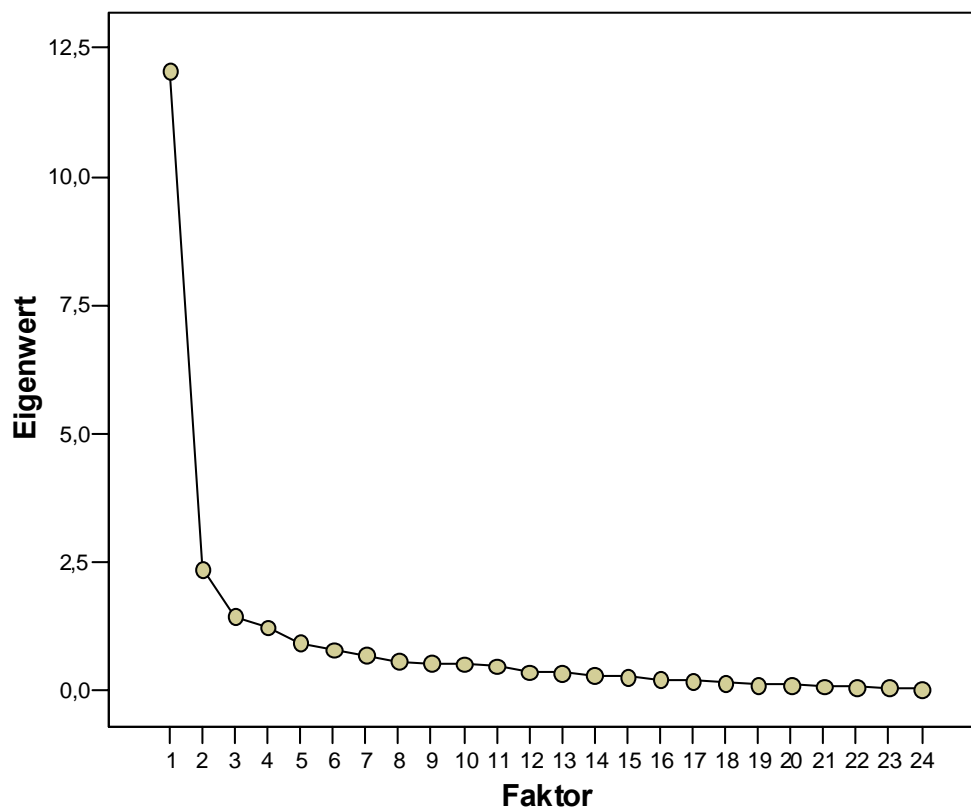
- 4) Analysiert werden die Angaben des Patienten bezüglich der Kommunikationskompetenz des Arztes in der Arzt-Patient-Konsultation (Fragebogen)

KMO- und Bartlett-Test

Maß der Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin.		,854
Bartlett-Test auf Sphärizität	Ungefähres Chi-Quadrat	1311,327
	df	276
	Signifikanz nach Bartlett	,000

Screeplot

Screeplot



Rotierte Komponentenmatrix

	Komponente		
	1	2	3
Infoprüfung: Sicherstellung, dass Patient verstanden wurde	,843	,211	,206
Infoprüfung: Sicherstellung, dass Anordnungen verstanden wurden	,810		,304
Infoprüfung: Sicherstellung, dass Erklärungen verstanden wurden	,771		,242
Infosuche: Ermutigung, Fragen zu stellen	,632	,288	,381
Infosuche: Stellen von passenden Fragen	,402	,295	,441
Infogabe: Erklärung der Medikamenteneinnahme	,685	,218	,222
Sozioemotionale Kommunikation: Warmes und freundliches Verhalten		,854	
Sozioemotionale Kommunikation: Herstellung eines vertrauensvollen Verhältnisses	,204	,849	
Sozioemotionale Kommunikation: Um den Patienten kümmern		,789	,399
Sozioemotionale Kommunikation: Schaffung einer entspannten Atmosphäre	,225	,687	,203
Sozioemotionale Kommunikation: Verwendung einer verständlichen Sprache	,443	,638	
Infosuche: Stellen von offenen Fragen	,248	,635	,208
Sozioemotionale Kommunikation: Zeigen von Mitgefühl	,382	,559	,446
Sozioemotionale Kommunikation: Offenes und ehrliches Verhalten	,537	,507	
Infosuche: Stellen von klaren und verständlichen Fragen	,708	,453	,208
Infogabe: Erklärung der Krankheitsursache	,226		,900
Infogabe: Erklärung der Diagnose	,271		,843
Infoprüfung: Überblick über die Problematik	,380	,280	,677
Infogabe: Erklärung der Behandlung	,351	,333	,593
Infogabe: Erklärung der Medikamentenwirkung	,555	,242	,557
Infogabe: Erklärung der Krankheitsfolgen	,534		,489
Infogabe: Erklärung möglicher Medikamentennebenwirkungen	,572		,487
Infogabe: Erklärung von Vor- und Nachteilen der Behandlungsmöglichkeiten	,724		,472
Infogabe: Erklärung des Zwecks der jeweils durchzuführenden Tests	,456	,335	,391

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.
Die Rotation ist in 6 Iterationen konvergiert.

Komponententransformationsmatrix

Komponente	1	2	3
1	,670	,511	,539
2	-,409	,860	-,309
3	-,619	-,015	,785

Erklärte Gesamtvarianz

Komponente	Anfängliche Eigenwerte		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	6,363	26,513	26,513
2	4,895	20,394	46,907
3	4,615	19,227	66,135

Faktorenanalyse zur Bildung von Subskalen zur Erfassung der beruflichen Belastung

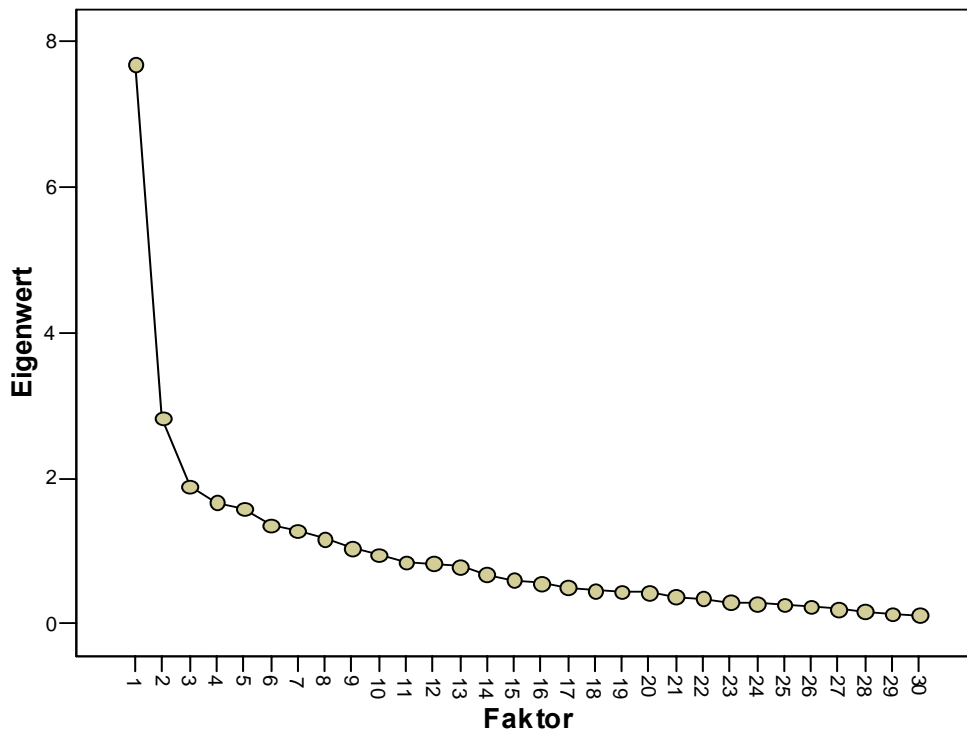
Analysiert werden die Angaben des Arztes bezüglich seiner Belastung (FBAS / ISTA)

KMO- und Bartlett-Test

Maß der Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin.		,759
Bartlett-Test auf Sphärizität	Ungefähres Chi-Quadrat	1508,231
	df	435
	Signifikanz nach Bartlett	,000

Screepplot

Screepplot



Rotierte Komponentenmatrix

	Komponente		
	1	2	3
Unrealistische Heilungserwartungen (FBAS – Mitleid)	,816		
Vorwurfsvolle Patienten (FBAS – Unbequeme Patienten)	,690		,270
Agressive Patienten (FBAS – Unbequeme Patienten)	,668		,290
Wenig Patientenbeiträge (FBAS – Unbequeme Patienten)	,629	,301	
Überprüfung von Patienten (FBAS – Unbequeme Patienten)	,613		
Aufsuchen wegen Kleinigkeiten (FBAS – Unbequeme Patienten)	,521		,259
Ausbaden von Fehlern der Kollegen (FBAS – Unbequeme Patienten)	,496		,297
Fragen schwerkranker Patienten (FBAS – Mitleid)	,486		
Unadäquate Behandlung von Kollegen (FBAS – Probleme mit Kollegen)	,440		
Unterbrechung der Gespräche (FBAS – Strukturelle Bedingungen)	,391		
Klammern der Patienten (FBAS – Unbequeme Patienten)	,372	,237	,240
Weinende Patienten (FBAS – Mitleid)	,369	,265	,222
Bereitschaftsdienste (FBAS – Beruf / Privat)	,259		
Fortschreitender Krankheitsprozess (FBAS – Mitleid)	,446	,642	
Voller Kopf (ISTA – Konzentration)		,795	
Momente höchster Konzentration (ISTA – Konzentration)		,792	
Hohes Arbeitstempo (ISTA – Zeitdruck)		,679	,228
Zeitknappheit (FBAS – Strukturelle Bedingungen)		,632	,421
Häufiger Zeitdruck (ISTA – Zeitdruck)		,602	,440
Wenig Zeit für persönliche Patientenprobleme (FBAS – Strukturelle Bedingungen)		,479	
Beim Einschlafen an Patientenprobleme denken (FBAS - Mitleid)	,413	,439	
Zusätzlicher Aufwand durch Störung (ISTA – Konzentration)		,391	,468
Negative Auswirkungen auf das Privatleben (FBAS – Strukturelle Bedingungen)	,266		,771
Wenig Zeit für Privatleben (FBAS – Strukturelle Bedingungen)	,280		,677
Frage nach dem Nutzen der Arbeit (FBAS – Mitleid)	,338		,597
Organisatorische Erledigungen für Patienten (FBAS – Strukturelle Bedingungen)			,589
Organisatorische Erledigungen für die Praxis (FBAS – Strukturelle Bedingungen)			,579
Eingeschränkte Pausenzeiten (ISTA – Zeitdruck)		,408	,477
Körperliche Anstrengung (FBAS – Strukturelle Bedingungen)			,315
Beengte Verhältnisse (FBAS – Strukturelle Bedingungen)			,310

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.
Die Rotation ist in 6 Iterationen konvergiert.

Komponententransformationsmatrix

Komponente	1	2	3
1	,642	,523	,560
2	,638	-,770	-,013
3	,425	,366	-,828

Erklärte Gesamtvarianz

Komponente	Anfängliche Eigenwerte		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	4,665	15,549	15,549
2	4,032	13,438	28,988
3	3,713	12,378	41,366

Faktorenanalyse zur Bildung von Subskalen zur Erfassung der Arbeitszufriedenheit

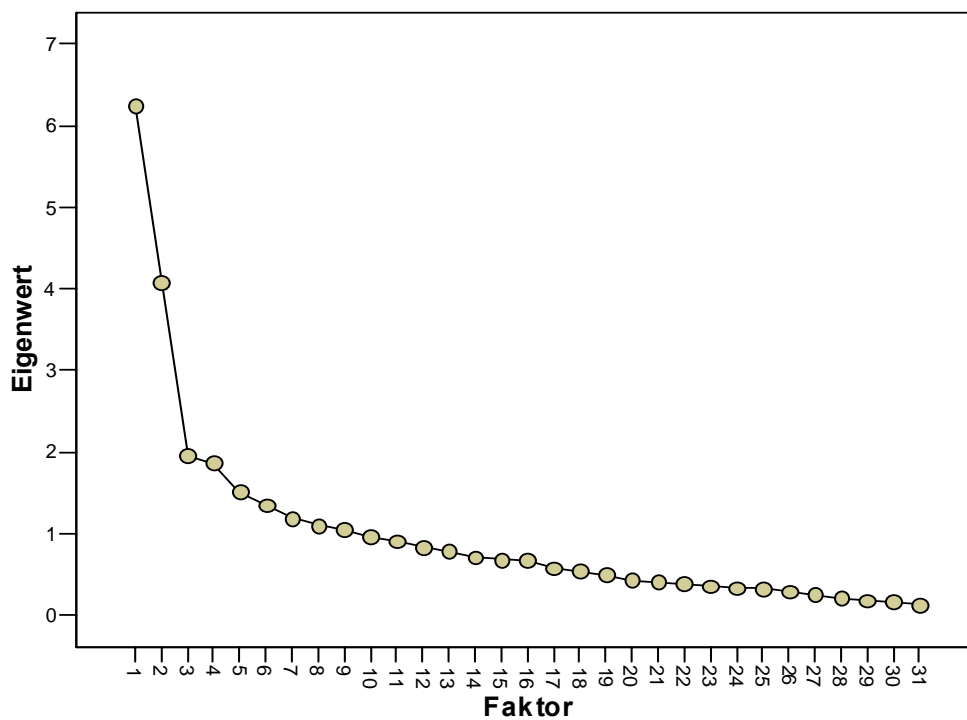
Analysiert werden die Angaben des Arztes bezüglich seiner Arbeitszufriedenheit (JDS)

KMO- und Bartlett-Test

Maß der Stichprobeneignung nach Kaiser-Meyer-Olkin.		,754
Bartlett-Test auf Sphärizität	Ungefähres Chi-Quadrat	1376,999
	df	465
	Signifikanz nach Bartlett	,000

Screepplot

Screepplot



Rotierte Komponentenmatrix

	Komponente				
	1	2	3	4	5
Persönliche Herausforderung (Zufriedenheit mit den Entfaltungsmöglichkeiten)	,690		,300		
Wertvolle Leistung (Zufriedenheit mit den Entfaltungsmöglichkeiten)	,656		,319	,205	
Berufliche Weiterentwicklung (Zufriedenheit mit Entfaltungsmöglichkeiten)	,647	,232		,254	
Persönliche Weiterentwicklung (Zufriedenheit mit Entfaltungsmöglichkeiten)	,645	,284		,231	
Viele Dinge erscheinen nutzlos (Psychologische Erlebniszustände: Erlebte Bedeutsamkeit) (-)	,558			-,364	
Bedeutung der Tätigkeit (Psychologische Erlebniszustände: Erlebte Bedeutsamkeit)	,534				,305
Überforderung durch Verantwortung (Psychologische Erlebniszustände: Erlebte Verantwortung) (-)	,492			-,367	
Zufriedenheit mit Arbeitszeit (Kontextzufriedenheit: Strukturelle Bedingungen)	,430			,226	
Qualität der Arbeit feststellbar (Psychologische Erlebniszustände: Wissen um Ergebnisse)	,367		,275		-,319
Zufriedenheit mit strukturellen Bedingungen (Kontextzufriedenheit: Strukturelle Bedingungen)	,305		,233		
Sicherheit der Berufssituation (Kontextzufriedenheit: Sicherheit)		,822			
Angemessenheit des Einkommens (Kontextzufriedenheit: Bezahlung)	,204	,817			
Zufriedenheit mit dem Einkommen (Kontextzufriedenheit: Bezahlung)		,807			
Unterstützung durch das Gesundheitswesen (Kontextzufriedenheit: Gesundheitswesen)		,617		,205	
Selbstbestimmung bei Ausführung der Aufgabe (Tätigkeitsmerkmale: Autonomie)	,342	,353	,249		
Ausreichende Rückmeldung der Patienten (Tätigkeitsmerkmale: Rückmeldung durch Andere)			,719		
Häufige Rückmeldung der Patienten (Tätigkeitsmerkmale: Rückmeldung durch Andere)			,710		
Bedeutsamkeit für das Leben und Wohlbefinden der Patienten (Tätigkeitsmerkmale: Bedeutsamkeit)	,272		,618	,295	,209
Aufschluss der Behandlung über die Qualität der Arbeit (Tätigkeitsmerkmale: Rückmeldung Aufgabe)	,275		,616		
Zusammenarbeit mit Patienten (Kontextzufriedenheit: Soziales Klima)	,355	,208	,480		,385
Beziehung zu Patienten (Kontextzufriedenheit: Soziales Klima)	,427		,472	-,218	,214
Wissen um die Ergebnisse der Arbeit (Psychologische Erlebniszustände: Wissen um Ergebnisse)	,353		,412		

	Komponente				
	1	2	3	4	5
Anspruchsvolle und vielfältige Tätigkeit (Tätigkeitsmerkmale: Anforderungsvielfalt)		-,226		,711	
Abwechslungsreiche Arbeit (Tätigkeitsmerkmale: Anforderungsvielfalt)				,666	
Ganzheitliche Tätigkeit (Tätigkeitsmerkmale: Ganzheitlichkeit)				,582	
Umfassenden Einfluß auf die Gesundheit der Patienten (Tätigkeitsmerkmale: Ganzheitlichkeit)			,331	,505	
Zufrieden mit Zusammenarbeit mit Mitarbeitern (Kontextzufriedenheit: Soziales Klima)				-,215	,679
Hohes Ausmaß an Zusammenarbeit mit Mitarbeitern verlangt (Tätigkeitsmerkmale: Zusammenarbeit)		-,249		,212	,661
Hohes Ausmaß an Zusammenarbeit mit Patienten verlangt (Tätigkeitsmerkmale: Zusammenarbeit)			,325	,218	,644
Hohes Ausmaß an persönlicher Verantwortung (Psychologische Erlebniszustände: Erlebte Verantwortung)	,308	-,222		,297	,592
Bestimmung durch Gesundheitswesen (Tätigkeitsmerkmale: Autonomie) (-)		,328			-,468

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse. Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.
Die Rotation ist in 7 Iterationen konvergiert.

Erklärte Gesamtvarianz

Komponente	Rotierte Summe der quadrierten Ladungen		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	4,029	12,998	12,998
2	3,240	10,453	23,451
3	3,226	10,407	33,858
4	2,641	8,520	42,378
5	2,537	8,183	50,561

Komponententransformationsmatrix

Komponente	1	2	3	4	5
1	,703	,320	,575	,230	,141
2	-,156	-,633	,215	,494	,532
3	-,488	,652	,083	,026	,574
4	-,108	,264	-,253	,837	-,393
5	,481	,047	-,743	,039	,461

Ehrenwörtliche Erklärung

Ich versichere, dass mir die geltende Promotionsordnung bekannt ist.

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne die Hilfe eines Promotionsberaters bzw. die unerlaubte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel verwendet habe. Alle Stellen, die inhaltlich oder wörtlich aus Veröffentlichungen stammen, sind kenntlich gemacht.

Diese Arbeit lag in gleicher oder ähnlicher Weise noch keiner Prüfungsbehörde vor und wurde bisher noch nicht veröffentlicht.

Des Weiteren versichere ich, dass ich weder eine gleiche, eine in wesentlichen Teilen ähnliche oder eine andere Abhandlung an einer anderen Hochschule oder Fakultät als Dissertation eingereicht habe. Zudem gibt es weder frühere noch laufende Promotionsverfahren.

Ich versichere, dass ich nach bestem Wissen die reine Wahrheit gesagt und nichts verschwiegen habe.

Greifswald, den 09. November 2005

.....

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name	Beatrice Venohr
Geburtsdatum	28. Juli 1976
Geburtsort	Meerane
Familienstand	ledig
Staatsangehörigkeit	deutsch

Schulbildung

1983 - 1991	Polytechnische Oberschule Pestalozzi Glauchau
1991 – 1995	Georgius-Agricola-Gymnasium Glauchau
05/1995	Abschluss: Allgemeine Hochschulreife

Hochschulausbildung

10/1995 – 04/1996	Diplomstudiengang Erziehungswissenschaften Pädagogische Hochschule Erfurt
05/1996 – 03/2002	Diplomstudiengang Psychologie Julius-Maximilians-Universität Würzburg Schwerpunkte: Rechtspsychologie Kinder- und Jugendpsychiatrie Thema der Diplomarbeit: Kriterienorientierte Aussagenanalyse: Empirische Untersuchung zu einem Training von Glaubwürdigkeitskriterien
03/2002	Hochschulabschluss: Diplompsychologin

Berufserfahrung

04/2002 – 09/2004	Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Psychologie, Abteilung Kommunikationspsychologie, Friedrich-Schiller-Universität Jena (Prof. Dr. W. Frindte)
-------------------	--

Derzeitige Tätigkeit

Seit 07/2005	Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Community Medicine, Abteilung für Versorgungsepidemiologie und Community Health, Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald (Prof. Dr. W. Hoffmann)
--------------	--

Praktische Tätigkeiten	
03/1997 – 04/1997	Praktikum im Landkreis Mittweida Krankenhaus; Krankenhaus Rochlitz, Fachabteilung Kinder- und Jugendneuropsychiatrie
08/1997 – 03/2002	Studentische Hilfskraft am Lehrstuhl für Differentielle Diagnostische und Rechtspsychologie, Prof. Dr. W. Hommers, Universität Würzburg
05/2001 – 03/2002	Tutorientätigkeit im Rahmen der Veranstaltung „Test- und Fragebogenkonstruktion“, Eigenverantwortliche Leitung der Lehrveranstaltung für SPSS
10/2003	Praktikum an der Fachklinik für Innere Medizin, Kardiologie, Pneumologie und Orthopädie; Dünenwald Klinik Trassenheide
Auslandserfahrung	
05/1998 – 07/1998	Forschungspraktikum am Psychologischen Institut in der Abteilung Entwicklungspsychologie in Trondheim; Norwegen
09/1998 – 10/1998	Betreuung von Menschen mit Behinderungen; Winged Fellowship Sandpipers; Großbritannien
08/1999 – 04/2000	Auslandsaufenthalt Australien, Neuseeland; WWOOF (Willing Workers on Organic Farms)
Besondere Kenntnisse	
Statistikkenntnisse	Sehr guter und routinierter Umgang mit SPSS und Amos
Fremdsprache	Englisch: fließend in Wort und Schrift Russisch: Grundkenntnisse
Interessen	
Musik, Literatur, Sport, Reisen	
Wissenschaftliche Veröffentlichungen	
Venohr, B., Wettig, S. & Frindte, W. (2003). Computernutzungsmöglichkeiten, Einstellungen zu Neuen Medien und Computerangst bei Jugendlichen: Anzeichen einer neuen Digitalen Segmentierung der Geschlechter? <i>Poster präsentiert auf der 3. Tagung der Fachgruppe Medienpsychologie in der DGPs vom 10.-12. September 2003.</i>	
Kesper, H., Schön, L.-H., Wettig, S., Venohr, B. & Frindte, W. (2004). Multimedia Learning Module and Traditional Lecture: Mutual Improvement. In: <i>Proceedings of ED MEDIA 2004, World Conference on Educational Multimedia, Hypermedia & Telecommunications</i> . Lugano, Switzerland, Norfolk, VA/USA: AACE.	
Greifswald, 09. November 2005	