

Aus dem Institut für Theoretische Chirurgie
Kommissarischer Leiter: Prof. Dr. med. M. Rothmund
und der
Klinik für Strahlentherapie
Geschäftsführende Direktorin: Prof. Dr. med. R. Engenhardt-Cabillic

des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg
in Zusammenarbeit mit dem Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH,
Standort Marburg

Das Aufklärungsgespräch vor Strahlentherapie

Eine qualitative und quantitative Analyse der Arzt-Patienten-Interaktion mit Hilfe des Roter Interaction Analysis System (RIAS)

Inaugural-Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der gesamten Humanmedizin
dem Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg
vorgelegt von

Juliane Andrea Kürten aus Mainz

Marburg 2008

„Ein guter Arzt muß Begeisterung mitbringen, eine moralische Affinität zu den Gefühlen seiner Patienten; um ihnen zu helfen, muß er imstande sein zu fühlen, was sie fühlen.“

(H. Selye)

INHALTSVERZEICHNIS

1	EINLEITUNG	1
1.1	Einführung	1
1.2	Therapieoptionen bei Tumorerkrankungen	1
1.3	Grundlagen und Anwendungsgebiete der Strahlentherapie	3
1.3.1	Kurative Strahlentherapie	4
1.3.2	Palliative Strahlentherapie	5
1.4	Das Aufklärungsgespräch	6
1.4.1	Das Aufklärungsgespräch aus der Sicht des Arztes	7
1.4.2	Das Aufklärungsgespräch aus der Sicht des Patienten	7
1.5	Das Aufklärungsgespräch vor Strahlentherapie	8
1.6	Fragestellungen dieser Studie	9
2	METHODEN	11
2.1	Studiendesign	11
2.2	Ein- und Ausschlusskriterien	11
2.3	Rahmenbedingungen der Aufklärungsgespräche	12
2.3.1	Ärzt Kollektiv	12
2.3.2	Ablauf des Gesprächs	12
2.4	Durchführung der Datenerhebung	12
2.5	Roter Interaction Analysis System (RIAS)	13
2.5.1	Entstehung	13
2.5.2	Überblick über die internationale Bedeutung des RIAS	13
2.5.3	Charakteristiken	14
2.6	Praktische Anwendung	15
2.6.1	Bogen 1	15
2.6.2	Bogen 2	20

2.6.3	Bogen 3	20
2.7	Statistische Auswertung	20
3	ERGEBNISSE	22
3.1	Stichprobe der Patienten	22
3.2	Charakterisierung der Patienten	22
3.3	Qualitative und quantitative Beurteilung des Gesprächs	24
3.3.1	Qualitative Beurteilung	24
3.3.2	Quantitative Beurteilung	25
3.4	Gesamtstimmung der Beteiligten im Gespräch	25
3.4.1	Verteilung der Mittelwerte	25
3.4.2	Welche Unterschiede zeigen sich in der Einschätzung der Gesamtstimmung zwischen den Ärzten und innerhalb des dazugehörigen Patientenkollektivs?	29
3.5	Gesprächsinhalte	30
3.5.1	Welche inhaltlichen Unterschiede gibt es im Aufbau der Aufklärungsgespräche zwischen den Ärzten?	30
3.5.2	Mit welchen Gesprächsinhalten reagieren die Patienten auf ihren Arzt?	32
3.6	Inwiefern beeinflussen sich die Gesprächsinhalte von Arzt und Patient gegenseitig?	33
3.7	Welche Unterschiede gibt es in den Gesprächsinhalten zwischen männlichen und weiblichen Patienten?	36
3.8	Wie häufig wird in der Aufklärung über Therapiealternativen gesprochen und wie oft werden die Patienten nach ihrer Meinung zur Therapie gefragt?	38
4	DISKUSSION	39
4.1	Überblick	39

4.2	Inhaltliche Unterschiede im Gesprächsaufbau und in der Gesamtstimmung des Gesprächs	39
4.3	Reaktion des Patienten auf den aufklärenden Arzt	40
4.4	Gegenseitige Beeinflussung von Arzt und Patient im Gespräch	41
4.5	Gibt es Unterschiede in den Gesprächsinhalten zwischen männlichen und weiblichen Patienten?	42
4.6	Zufriedenheit der Patienten mit dem Aufklärungsgespräch	43
4.6.1	Einfluss des Kommunikationsstils	43
4.6.2	Vermittlung von Informationen	44
4.6.3	Psychoemotionale Gesprächsinhalte	45
4.7	Inwieweit kann und soll der Patient in die Entscheidungsfindung einbezogen werden? – Gespräch über Meinung des Patienten, Therapiealternativen und die Therapieentscheidung	46
4.8	Häufigkeit der Arzt-Patienten-Kontakte	48
4.9	Die Rolle der Angehörigen	48
4.10	Auswirkungen einer erfolgreichen Aufklärung	49
4.10.1	Auswirkungen von Informationsüberfluss und -mangel oder Versagen der Bewältigungsstrategien	49
4.11	Schlussfolgerungen und Bedeutung für den klinischen Alltag	50
5	ZUSAMMENFASSUNG	53
6	LITERATURVERZEICHNIS	55
7	ANHANG	63

1 Einleitung

1.1 Einführung

Weltweit nimmt die Häufigkeit an Tumorerkrankungen stetig zu und stellt mittlerweile die zweithäufigste lebensbedrohliche Krankheit nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen dar (34). In der Bundesrepublik Deutschland erkranken jährlich 218.250 Männer und 206.000 Frauen neu an Krebs (69). Dies bedeutet, dass jeder dritte bis vierte Bürger ein Tumorpatient werden wird.

Dagegen ist die Zahl der Krebstoten in Europa im Schnitt zurückgegangen, immerhin können heute circa 50% der Patienten geheilt werden (57). Gründe sind verbesserte diagnostische und therapeutische Maßnahmen. Ein deutlicher Erkenntnisgewinn im Bereich der Arzneimittelforschung, speziell auf dem Gebiet der Chemo- und Antikörpertherapien, und die sich ständig weiterentwickelnden technischen Möglichkeiten z.B. im Bereich der Präzisionsstrahlentherapie. Möglicherweise spiegelt die höhere Heilungsrate den Erfolg des europäischen Anti-Krebs-Programms, eines Präventions- und Früherkennungsprogramm, wider (68).

1.2 Therapieoptionen bei Tumorerkrankungen

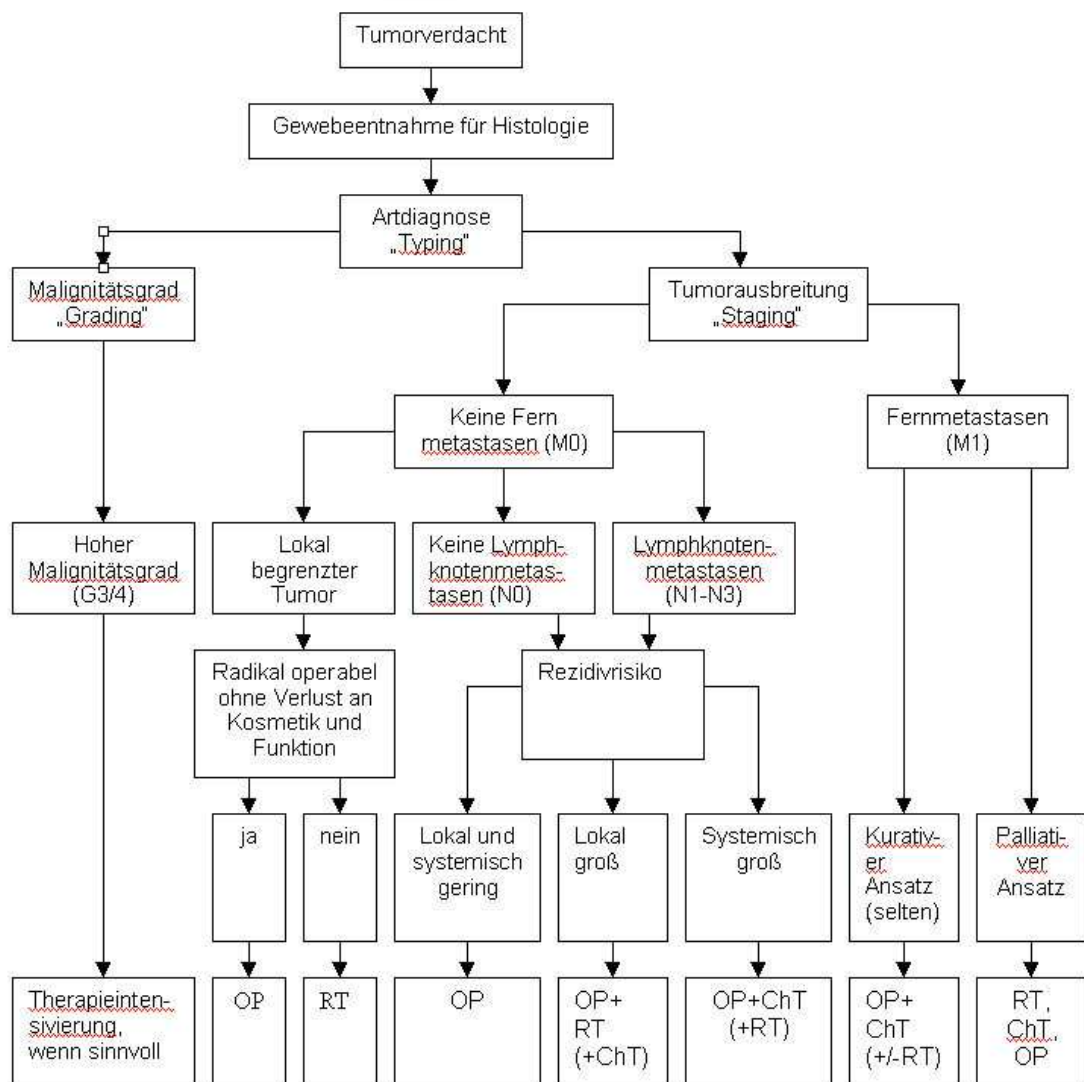
Die drei Säulen der Krebstherapie sind Operation, Strahlentherapie und medikamentöse Therapie. Entscheidend für die Wahl der Behandlungsform ist die Kenntnis über die Art des Tumors (Typing), den Malignitätsgrad (Grading) und die Tumorausbreitung (Staging) (Abb. 1 aus (25)).

Bei ca. 60% aller Patienten besteht im Verlaufe einer Tumorerkrankung eine Indikation zur Strahlentherapie, davon rund die Hälfte mit kurativer Zielsetzung, d. h. um eine Heilung zu erreichen. Bei den übrigen 50% hat die Radiotherapie aufgrund des weit fortgeschrittenen Krankheitsstadiums nur noch palliative Bedeutung, um bestehende Tumorbedingte Beschwerden zu lindern oder zu beseitigen, drohende Komplikationen zu verhindern, möglicherweise die Überlebenszeit zu verlängern und v. a. die Lebensqualität der Patienten zu verbessern (25).

Die Therapieentscheidung sollte immer interdisziplinär erfolgen. Die Indikation zur Strahlentherapie erfolgt unter Berücksichtigung des betroffenen Organs und

seiner von der Histologie abhängigen Strahlensensibilität, anhand des Tumorstadiums und des histopathologischen Gradings. Sie ist heute meist in einen kombinierten Behandlungsplan mit chirurgischen und chemotherapeutischen Maßnahmen eingebunden. Ziel der Kombinationsbehandlung ist die Heilung bei gleichzeitiger maximaler Schonung der Risikostrukturen [9].

Abbildung 1 Grundsätze für die Therapieentscheidung in der Onkologie.



OP = Radiotherapie, RT = Radiotherapie, ChT = Chemotherapie

1.3 Grundlagen und Anwendungsgebiete der Strahlentherapie

Strahlentherapie oder auch Radiotherapie ist die Anwendung ionisierender, hochenergetischer Strahlen (9). Ihr Hauptindikationsgebiet ist die Behandlung von bösartigen Tumoren, doch ist sie auch bei einer Reihe gutartiger Erkrankungen indiziert, obgleich durch die Einführung der Antibiotika und anderer spezifisch wirkender Medikamente eine deutliche Einschränkung der sog. Entzündungsbestrahlung eingetreten ist.

Der Strahlentherapie stehen heute eine Reihe verschiedener Strahlenarten und Strahlenqualitäten zur Verfügung. Beim klinischen Einsatz kommen der Photonenstrahlung (Quantenstrahlung, elektromagnetische Strahlung) und Korpuskularstrahlung (Elektronen, Protonen) die größte Bedeutung zu. Unter Ausnutzung spezieller Bestrahlungsmethoden, einer exakten Dosimetrie und der bildgestützten Bestrahlungsplanung ist eine weitgehend wirkungsvolle und schonende Behandlung der Patienten mit Konzentrierung der Strahlung auf das Zielvolumen unter optimaler Schonung gesunder angrenzender Körpergewebe und -organe möglich.

Die Strahlentherapie kann methodisch in zwei Untergruppen aufgeteilt werden. In der Regel erfolgt die Teletherapie oder Strahlenanwendung von außen (perkutane Bestrahlung). Weitere Möglichkeiten sind die Applikation umschlossener radioaktiver Strahler in Körperhöhlen (endokavitäre Bestrahlung) oder Einbringen von Implantaten in den Tumor (interstitielle Bestrahlung), die so genannte Brachytherapie. Im Folgenden soll auf das teletherapeutische Verfahren näher eingegangen werden, da dieses in der Behandlung der Studienteilnehmer zur Anwendung kam. In Linearbeschleunigern werden Elektronen- und Röntgenbremsstrahlung mit Energien bis 23 MeV erzeugt, die von extern auf den Körper des Patienten einwirken. Das Standardverfahren der Teletherapie ist die dreidimensionale konformale Strahlentherapie. Zur computergestützten Berechnung des Strahlengangs und der Dosis werden Schnittbildaufnahmen angefertigt. Vor Therapiebeginn liegt der Patient in der errechneten Bestrahlungsposition auf einem Simulator. Die zu bestrahlende Körperregion befindet sich im Überschneidungsbereich mehrerer, aus verschiedenen Richtungen einwirkender Strahlen, die durch Bleiblenen der Zielkontur angepasst sind. Die Bestrahlungsfelder werden am Ende der Simulation auf der Haut markiert. Zur exakten Repositionierung werden bei

Bestrahlungen im Kopfbereich Fixationsmasken angefertigt.

Die Dauer der Bestrahlung liegt zwischen ein und zehn Minuten, in denen sich der Patient alleine im Bestrahlungsraum befindet. Über eine Kamera besteht Sichtkontakt und über eine Sprechanlage kann er jederzeit Kontakt zum medizinischen Personal aufnehmen.

Zu den Prinzipien der Behandlung gehört die zeitliche Unterteilung der Gesamtdosis - die Fraktionierung und die Protrahierung – wodurch die Gewebetoleranz aufgrund der Regenerations- und Reparationsfähigkeit erhöht wird. Bei der Fraktionierung wird die Gesamtdosis auf mehrere Einzeldosen aufgeteilt. Unter dem Begriff Protrahierung versteht man die kontinuierliche Bestrahlung mit niedriger Dosisleistung über einen Zeitraum von mehreren Stunden bis Tagen. Eine sich über mehrere Wochen erstreckende Therapie ist demnach nicht gleichbedeutend mit besonders aggressivem Vorgehen, sondern Ausdruck einer möglichst schonenden Behandlung zur Verhinderung unnötiger Nebenwirkungen.

Unerwünschte Wirkungen der Therapie können nur an den bestrahlten Körperregionen auftreten. Jedes Organ hat eine eigene Toleranzdosis (gemessen in Gray), die sich aus der Strahlensensibilität des Gewebes, dessen Regenerationsfähigkeit und dem bestrahlten Anteil des Organs ergibt. Die Toleranzdosis sollte nicht überschritten werden. Zu den Frühreaktionen, die in Abhängigkeit von der Dosis, der Eindringtiefe und der Anzahl der applizierten Einzeldosen auftreten, zählen vor allem Entzündungen im Bestrahlungsfeld wie z.B. die Strahlendermatitis, Strahlenenteritis, Strahlenzystitis und Strahlenpneumonie. Als Spätreaktionen nach mehr als 6 Monaten sind vor allem Pigmentierungsstörungen der Haut, Verhärtungen der Subcutis, Lungenfibrosen, Darmstrikturen, Xerostomie und Geschmacksverlust zu beobachten (10).

1.3.1 Kurative Strahlentherapie

Die kurative Therapie ist auf eine dauerhafte Heilung des Krebskranken ausgerichtet. Die Strahlentherapie wird primär allein oder in Kombination mit Chemotherapie eingesetzt, wenn ein Tumor ausreichend strahlenempfindlich ist und bei gleicher Heilungsaussicht im Vergleich zur Operation ein besseres funktionelles oder kosmetisches Ergebnis erwartet wird. Zu dieser Gruppe von Tumoren zählen z.B. Hauttumore, Larynx- und Epipharynxkarzinome,

Prostatakarzinome, das Analkarzinom und einige Hirntumore (25).

Unter dem Begriff der (neo)adjuvanten Bestrahlung versteht man die Bestrahlung vor oder nach einer Operation. Die Ziele der präoperativen Radiotherapie sind die Verkleinerung des Tumors, um eine Operation im Gesunden zu ermöglichen, die Zerstörung von Tumorausläufern zur Vermeidung von Lokalrezidiven und die Abtötung der Tumorzellen zur Verhinderung des Einnistens und der Metastasenbildung bei der Verschleppung von Tumorzellen während der Operation. Die postoperative Radiotherapie kommt zum Beispiel bei organerhaltender Operation bei Brustkrebs oder bei Darmkrebs zum Einsatz mit dem Ziel, lokale, regionale oder systemische Rezidive zu vermeiden. Die Radiotherapie nach Chemotherapie dient der Stabilisierung oder dem Erreichen einer Vollremission z.B. beim kleinzelligen Bronchialkarzinom oder bei malignen Lymphomen. Im Rahmen der Therapie bestimmter Leukämien und dem kleinzelligen Bronchialkarzinom steigt das Risiko für einen zerebralen Befall. Hier wird die Überlebenszeit durch eine prophylaktische Bestrahlung signifikant verbessert (25).

1.3.2 Palliative Strahlentherapie

Die palliative Strahlentherapie kommt zur Anwendung in fortgeschrittenen Tumorstadien, v. a. bei Metastasierung in Knochen und Zerebrum. Ziel ist vor allem die Verbesserung der Lebensqualität durch Beseitigung oder Verhinderung von Schmerzen, Blutungen, Dyspnoe, Stenosen, Verschlüssen und die Prävention und Therapie von Frakturen. Sie erfolgt möglichst schonend in einem kurzen Therapiezeitraum. Die Einzel- und Gesamtdosis und die Dosisverschreibung muss der Lebenserwartung des Patienten angepasst sein.

Es wird zwischen Stabilisierungs- und Schmerzbestrahlungen unterschieden. Die Stabilisierungsbestrahlung kommt bei instabilen Skelettabschnitten, neurologischen Ausfällen und Tumoren, die durch eine primäre Chemotherapie nicht beherrscht werden können, zur Anwendung. Im Rahmen einer Schmerzbestrahlung können bereits mit ein bis zwei Fraktionen tumorbedingte Schmerzen gelindert werden, für eine Stabilisierung sind protrahiertere Bestrahlungsschemata und höhere Bestrahlungsdosen erforderlich (25).

1.4 Das Aufklärungsgespräch

Auch wenn die Daten über Heilungschancen maligner Tumoren Hoffnungen wecken, geht die Diagnose „Krebs“ und die anschließende Therapie mit psychischen und physischen Belastungen des Patienten einher. Tagtäglich wird der Patient mit neuen Herausforderungen im Umgang mit seiner Erkrankung konfrontiert, besonders zur Zeit der Therapie. Die Ängste vor einer Strahlentherapie sind verständlich. Mit ihr wird etwas Unheimliches, mit den eigenen Sinnen nicht erfassbares verbunden, da man sie weder hören, riechen, schmecken, sehen noch tasten kann (10, 16, 22).

Um den Patienten ausreichend auf diese Phase vorzubereiten, ist eine umfangreiche und sensible Aufklärung erforderlich, mit dem Ziel, ein vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis zu schaffen, Informationen auszutauschen und Therapieentscheidungen zu treffen (6). Die Wichtigkeit des Aufklärungsgesprächs spiegelt sich mittlerweile auch in der Aufnahme in Leitlinien wider (36, 38, 53, 55).

Die optimale inhaltliche und zeitliche Gestaltung des Aufklärungsgesprächs stellt sowohl für den Arzt als auch für den Patienten eine schwierige Aufgabe dar. Dies ergibt sich zwangsläufig aus den unterschiedlichen Rahmenbedingungen für die beteiligten Personen (Abb.2).

Abbildung 2 Aufklärungsgespräch: Unterschiedliche Situation für die Beteiligten

	Arzt	Patient
Lebenssicht	Arbeitssituation	Existenzielles Lebensgefühl
Wissen	Expertenwissen	Laienwissen
Rolle	aktiv	eher passiv
Bewusstsein	wach	absorbiert oder „gefesselt“
Gefühle	kontrolliert	„Gefühlschaos“
Spielraum	eng	weit
Weltsicht	„mitten drin“	„am Rande“ oder isoliert
Zeiterleben	Normalzeit	„Innere Zeit“

(In Anlehnung an Klusmann 2000)

1.4.1 Das Aufklärungsgespräch aus der Sicht des Arztes

Der Arzt beginnt das Aufklärungsgespräch mit dem Ziel, sachlich-medizinische Informationen zu vermitteln, die sich an einem klar strukturierten Themenkatalog orientieren. Die erwünschten Gesprächsinhalte umfassen das Ziel der Behandlung und deren Ablauf, akute Nebenwirkungen und Spätkomplikationen, Nachsorgeuntersuchungen und Verhaltensregeln für den Patienten während und nach der Therapie. Dabei unterliegt der Arzt bestimmten Restriktionen, die ihn in seiner Freiheit als aufklärenden Arzt einschränken. Hierzu gehören der Zeitdruck, dem der Arzt in seinem Arbeitsalltag unterliegt, sowie rechtliche Verpflichtungen von Seiten des Gesetzgebers (29). Der Arzt erlebt sich oft als Dienstleistender und Mediator einer „Fünf-Minuten-Medizin“ und versucht aus Angst vor Schadensersatzklagen so viele Fakten wie möglich über Nebenwirkungen und Spätfolgen darzulegen (54).

Weiterhin muss bedacht werden, dass nicht jeder Patient über ausreichendes Wissen bezüglich seiner Krankheit und Prognose verfügt. Es besteht möglicherweise zusätzlicher Aufklärungsbedarf, den der Arzt in seiner Gesprächsplanung nicht berücksichtigt hat. Zuletzt ist zu bedenken, dass der aufklärende Arzt eine Gruppe von Kollegen vertritt, die an der bisherigen Therapieplanung beteiligt waren und ihre Bemühungen verwirklicht sehen wollen. Auch wenn diese Vorleistungen das Gespräch nicht beeinflussen sollten, versucht der Arzt den gemeinsamen Zielen mit seinen Kollegen gerecht zu werden (29).

1.4.2 Das Aufklärungsgespräch aus der Sicht des Patienten

Im Gegensatz dazu stehen die Erwartungen des Patienten an das Aufklärungsgespräch. Auch wenn die meisten Patienten primär den Gewinn an Information über zu erwartende Nebenwirkungen, organisatorische Abläufe und Therapiealternativen angeben, kommen während des Gesprächs dennoch emotional betonte Wünsche auf. Dazu zählen insbesondere „Angst nehmen, beruhigen und Hoffnung geben“. Als zweitwichtigste Erwartung an das Gespräch ist der Aufbau von Vertrauen zu nennen (32). Sozialpsychologische Untersuchungen haben gezeigt, dass gerade in Situationen extremer Unsicherheit der Vertrauensgewinn eine zentrale Rolle einnimmt (30, 31). Der

Patient erlebt die medizinische Situation als ein bedrohliches, ungewohntes Ereignis, das Angst hervorruft und dessen Risiko nicht abschätzbar ist (24, 27, 32). Soziale und psychologische Hilfe stellt somit einen wichtigen Aspekt im Aufklärungsgespräch dar (27, 32). Das Bewusstsein des Patienten ist primär von existentieller Sorge eingenommen, die einen rein sachlichen Gesprächsverlauf kaum ermöglicht. In seiner mentalen Welt dominiert die Emotionalität, die sich im Aufklärungsgespräch widerspiegeln kann. Häufig drängen sich dem Patienten elementare Fragen und Gedanken auf: „Wie konnte das geschehen? Wie wird es weitergehen? Ich will nicht mehr! Ich zweifle, ob ich die Belastungen ertragen kann. Alternative Therapien scheinen mir mehr zu versprechen. Wenn also die fundamentale Angst, sterben zu müssen, überhand nimmt, wird sich der Patient vom medizinisch-fachlichen Charakter des Gesprächs distanzieren (29).

1.5 Das Aufklärungsgespräch vor Strahlentherapie

Lamszus und Verres stellten in ihrer Studie zu dem Thema „Strahlentherapie im Erleben von Patienten“ eine große Variabilität in den Belastungen der Strahlentherapiepatienten fest. Auch wenn keine generalisierte Aussage getroffen werden konnte, arbeiteten die Autoren drei Hauptkriterien heraus. Die größte Angst der Strahlentherapiepatienten stellt die Möglichkeit der Erfolglosigkeit bzw. ein Fortschreiten der Erkrankung dar. Am zweithäufigsten wurde die Angst vor zeitlich-organisatorischen Problemen genannt. Erst an dritter Stelle stehen die Nebenwirkungen der Strahlentherapie (33).

Einige Studien zeigten, dass emotionaler Stress besonders zu Anfang der Strahlentherapie hoch ist und während der Behandlung abnimmt. Andere Untersuchungen beschrieben eine eher gleich bleibende Belastung der Tumorpatienten. Interessanterweise kommt es nach Beendigung der Strahlentherapie nicht zu einem Abfall des Stressniveaus, vielmehr stehen die Angst vor dem Verlust körperlicher Leistungsfähigkeit, sozialen Einschränkungen und Unkontrollierbarkeit der Krankheit im Vordergrund. Einer der wichtigsten Gründe dafür ist die Beendigung der engen Beziehung zum medizinischen Personal nach Abschluss der Therapie (7, 58). Patienten, die bereits zu Anfang ein hohes Stresslevel aufweisen, zeigen dies in den meisten Fällen auch gegen Ende der Strahlentherapie. Dies unterstreicht die Bedeutung Krankheitsbezogener psychosozialer Unterstützung durch Strahlentherapeuten

und die möglichst frühzeitige Identifikation von Risikopatienten (58).

Aufgrund der unterschiedlichen Themengewichtung im Aufklärungsgespräch durch den Arzt einerseits und den Patienten andererseits ist der Patient häufig mit dem Verlauf des Gesprächs unzufrieden. Speziell im Bezug auf die Strahlentherapie konnte folgendes evaluiert werden:

Während vor Therapiebeginn der organisatorische Ablauf der Strahlentherapie und die damit verbundene Angst vor Unbekanntem kritisiert wird, steht nach Abschluss der Behandlung eine nicht vollständige Aufklärung über Nebenwirkungen im Vordergrund (37, 52). Dabei sollte bedacht werden, dass in emotional belastenden Situationen Gedächtnisleistungen nachweislich reduziert sind und die Aufnahmekapazität für neue Informationen häufig eingeschränkt ist. Ein weiterer Grund, warum Patienten die dargebotenen Erklärungen nicht behalten, missverstehen oder sogar ignorieren, könnte auch eine unzureichende psychische Anpassung des Patienten an die Erkrankung und Behandlung sein (3, 27, 29, 37, 42). Es ist demnach nicht verwunderlich, dass eine geringe Übereinstimmung der Einschätzung zum Verlauf des Gesprächs zwischen Arzt und Patient besteht (52). So unterschätzen Ärzte häufig die gewünschte Menge und Qualität der Informationen und überschätzen die Effektivität ihrer Aufklärung (11, 37).

Die Aufklärung vor Strahlentherapie stellt eine wichtige und schwierige Aufgabe des Arztes dar. Sie bietet die Möglichkeit der seelischen Unterstützung des Patienten durch Aufbau eines Vertrauensverhältnisses durch die passende Gewichtung emotionaler und sachlich-medizinischer Gesprächsschwerpunkte.

1.6 Fragestellungen dieser Studie

Die vorliegende Studie ist Teil eines größeren Projektes. Ergebnisse der zugrunde liegenden Untersuchung besagen, dass ein zufrieden stellendes Aufklärungsgespräch einen geringeren Grad an Nebenwirkungen und weniger Stresserleben (Einsamkeit, Panik) während der Strahlentherapie bewirkt (32). Die vorliegende Studie beschäftigt sich mit der inhaltlichen Bewertung von Aufklärungsgesprächen zur Strahlentherapie unter Verwendung des Roter Interaction Analysis System (RIAS) (43). In besonderem Interesse steht die empirische Beantwortung folgender Fragestellungen:

- Gibt es Unterschiede in den Gesprächsinhalten zwischen den drei Ärzten und korrespondieren diese mit ihren Persönlichkeitsmerkmalen?
- Gibt es Unterschiede in der Beurteilung der Gesamtstimmung des Gesprächs?
- Besteht eine gegenseitige Beeinflussung von Gesprächsinhalten zwischen Arzt und Patient?
- Welche Unterschiede gibt es im Gesprächsaufbau zwischen männlichen und weiblichen Patienten?
- Wie häufig wird in der Aufklärung über Therapiealternativen gesprochen und wie oft werden die Patienten nach ihrer Meinung zur Therapie gefragt?
- Welche Rolle spielen Angehörige oder Freunde während des Aufklärungsgesprächs?

2 Methoden

2.1 Studiendesign

Die vorliegende Studie basiert auf einer zuvor durchgeführten, prospektiven Kohortenstudie mit Mehrfachmessungen, bei der Arzt-Patienten-Gespräche auf Tonband aufgenommen wurden und somit bereits zu Beginn dieser Studie zur Verfügung standen. Es handelt sich dabei um Aufklärungsgespräche mit Krebspatienten, die zur strahlentherapeutischen Behandlung in die Universitätsklinik Marburg kamen. Vor und nach dem Aufklärungsgespräch wurden die Patienten zum Ausfüllen eines Fragebogens aufgefordert. Ein dritter Bogen wurde nach Beendigung der Strahlentherapie ausgeteilt (2).

Das Studienprotokoll wurde von der lokalen Ethikkommission genehmigt.

2.2 Ein- und Ausschlusskriterien

Zu den Einschlusskriterien gehörten: Diagnose Krebs mit Indikation zur Strahlentherapie, Fähigkeit des Patienten, Fragebögen selbständig auszufüllen, sowie das schriftliche Einverständnis zur Teilnahme an der Studie. Ausschlusskriterien waren das Vorliegen unvollständiger und fehlender Aufzeichnungen auf Tonband und Aufnahmen mit Ärzten, die weniger als drei Gespräche führten.

Aus einer Stichprobe von 63 Patienten wurden nach Prüfung der Ein- bzw. Ausschlusskriterien 57 Patienten in die Studie aufgenommen. Während die 63 Aufklärungsgespräche von sechs Ärzten durchgeführt wurden, waren an der Aufklärung der 57 in der Studie aufgenommenen Patienten nur drei Ärzte beteiligt.

2.3 Rahmenbedingungen der Aufklärungsgespräche

2.3.1 Ärztekollektiv

Die Aufklärungsgespräche wurden annähernd gleichmäßig verteilt von drei Fachärzten für Strahlentherapie durchgeführt. Charakterlich unterschieden sie sich in ihren Grundzügen folgendermaßen:

Arzt 1 (männlich): kommunikativ, humorvoll, optimistisch

Arzt 2 (weiblich): gewissenhaft, seriös, empathisch

Arzt 3 (männlich): höflich- distanziert, sachlich, ernst

2.3.2 Ablauf des Gesprächs

Alle Patienten, die zum terminlich vereinbarten Aufklärungsgespräch in der Universitätsklinik Marburg erschienen, waren bereits über ihre Diagnose informiert. Die Aufzeichnung der Gespräche erfolgte bei Vorliegen einer Einverständniserklärung des Patienten mit einem Grenzflächen- Elektret-Kondensatormikrofon MPC50 (beyerdynamic). Es erfolgte die Aufklärung über den Ablauf der Strahlentherapie, angestrebte Effekte und mögliche Nebenwirkungen. Die Patienten wurden ermutigt, jegliche Art von Fragen zu stellen.

2.4 Durchführung der Datenerhebung

In der Vorphase der Datenerhebung erlernte der Kodierende anhand von 30 Aufklärungsgesprächen das Schema des Roter Interaction Analysis System unter der Supervision eines externen Beurteiler. Jede einzelne Auswertung wurde unter Begründung der Zuordnungen analysiert. Nachdem auf diese Weise Sicherheit mit dem Kodierungsschema erzielt werden konnte, erfolgte die Kodierung aller 57 Gespräche durch die geübte Person. Alle Protokolle wurden anschließend hinsichtlich Plausibilität und Vollständigkeit vom externen Beurteiler geprüft. In acht Fällen erwies sich eine eindeutige Zuordnung als schwierig und wurde somit im Konsens zwischen dem Kodierenden und dem externen Beurteiler getroffen.

2.5 Roter Interaction Analysis System (RIAS)

2.5.1 Entstehung

Das Roter Interaction Analysis System ist eine Methode zur Kodierung der Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Als Grundlage diente eine Arbeit von Robert Bales zur Einschätzung von Verhaltensmustern kleiner Gruppen im Prozess des Problemlösens und der Entscheidungsfindung. Es gibt vier entscheidende Unterschiede zwischen dem Roter Interaction Analysis System und der Bales` Process Analysis:

- Die Kodierung erfolgt für „Vier-Augen-Gespräche“ im medizinischen Sektor. Der gesamte Dialog wird in Kategorien eingeordnet, die meist Arzt und Patient und teilweise nur einer Person zugeordnet werden können.
- Die Kategorien reflektieren direkt den Inhalt oder Zusammenhang des Gesprächs zwischen Arzt und Patient.
- Die Identifizierung und Klassifizierung des Gesprächs erfolgt direkt von Hörkassetten und nicht von Abschriften.
- Die Verwendung von Hörkassetten ermöglicht auch eine Beurteilung der Stimmqualität in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient. Somit kann der emotionale Kontext des Dialogs zusätzlich zu den gesprochenen Worten erfasst werden (70).

2.5.2 Überblick über die internationale Bedeutung des RIAS

Die Zahl der empirischen Studien zur Bewertung der Kommunikation zwischen Arzt und Patient ist in den letzten zwei Jahrzehnten kontinuierlich angestiegen. Eine der am häufigsten gebrauchten Untersuchungsmethoden stellt das Roter Interaction Analysis System dar. Es wurde in über 75 Kommunikationsstudien in Nord-Amerika, Europa, Asien, Afrika und Lateinamerika auf unterschiedlichen medizinischen Gebieten angewendet. Dazu zählen die Bereiche der Pädiatrie, Notfallmedizin, Gynäkologie, Onkologie, Chirurgie, Pflege, Sterbebegleitung, palliative Medizin, genetische Beratung, Familienplanung, Geburtshilfe und Zahnmedizin (44).

2.5.3 Charakteristiken

Das RIAS besteht aus Kategorien, die sowohl sozial-emotionale als auch medizinische Aussagen widerspiegeln. Zu den medizinischen Inhalten gehören das Gespräch über die Krankengeschichte, Testergebnisse, Untersuchungen und Therapien. Die sozial-emotionalen Themen umfassen Ausdrücke der Beunruhigung, des Optimismus, der Empathie, Gelächter und „small-talk“.

Gegenüber anderen Systemen hat RIAS vier entscheidende Vorteile: es ist praktisch, funktionell, flexibel und zeigt ein hohes Maß an Reliabilität und Validität (12, 13, 15, 16, 18, 19, 25, 41, 45, 46, 49-51, 67).

Praktisch:

Der Kodierende arbeitet direkt von der Hörkassette oder Videoaufnahme ohne Anfertigung einer Niederschrift. Auch wenn so linguistische Möglichkeiten des Gesprächs nicht ausgeschöpft werden können, wird als viel wichtigeres Kodierungskriterium des RIAS die Stimme der Gesprächspartner und Betonungen einzelner Sätze und Wörter berücksichtigt. Ein zweiter praktischer Vorteil ist der zeitsparende Aspekt dieses Systems. Es kann leicht und in kurzer Zeit, gewöhnlich in weniger als einer Woche intensiven Trainings, erlernt werden. Innerhalb von sechs bis acht Wochen ist weiterhin ein hohes Maß an Reliabilität und eine akzeptable Kodierungsgeschwindigkeit erreicht.

Funktionell:

RIAS ist vielfältig einsetzbar. Es wird zur Beurteilung von Gesprächen zwischen Patienten und Humanmedizinern, Zahnmedizinern, Krankenpflegepersonal, in der genetischen Beratung und selbst im Bereich der Tiermedizin verwendet. Lazare und Kollegen beschrieben einen gebräuchlichen Rahmen zur Interpretation einer RIAS-kodierten Kommunikation in ihrem Modell der drei Funktionen. Dazu gehören der Informationsgewinn, um die Probleme des Patienten verstehen zu können, die Vermittlung medizinischer Informationen durch den Arzt und die Motivation des Patienten für eine Therapie und das affektive Verhalten zum Aufbau einer zwischenmenschlichen Beziehung.

Flexibel und adaptierfähig:

Das RIAS kann an verschiedene medizinische Situationen und Umstände adaptiert werden, z.B. zum Gebrauch in der Onkologie, Gynäkologie, Pädiatrie, in Diskussionen über Tod oder in Studien über Patienten mit spezifischen

Krankheitsbildern wie Asthma, Diabetes usw. Die Flexibilität des Systems spiegelt sich in drei Aspekten wider. Erstens können mehrere Gesprächspartner kodiert werden bzw. Notizen über die Rolle weiterer am Gespräch beteiligter Personen gemacht werden. Weiterhin kann eine Spezifizierung in Anpassung an den zu untersuchenden Inhalt der Studie entwickelt werden, indem Unterkategorien hinzugefügt oder auch bestehende gekürzt werden. Als drittes Kriterium der Flexibilität besteht die Möglichkeit, Gesprächsinhalte, die im spezifischen Interesse der Studie stehen, wie z.B. Informationen zu Medikamenten oder bestimmten Arten der Prävention zu dokumentieren.

Reliabilität und Validität:

Die Reliabilität des RIAS, d.h. die Reproduzierbarkeit bei Messwiederholungen, liegt basierend auf dem Pearson-Korrelationskoeffizient durchschnittlich um 0.85 sowohl für Arzt- als auch Patienten-Kategorien. Ähnliche Werte wurden von Studien mit Übersetzungen des RIAS in europäische Sprachen erreicht. Ebenso werden hohe Level der Validität erreicht.

2.6 Praktische Anwendung

Die Auswertung der Kassetten erfolgte nach dem Roter Interaktion Analysis System (RIAS) (43). Geringe Abänderungen des Schemas wurden vorgenommen. So wurde keine Unterscheidung zwischen offenen und geschlossenen Fragen getroffen sowie folgende Kategorien hinzugefügt: „*Grenzen der Medizin“, „*?Orga“, „*?NW“, „*Gives Therapie-alternativen“, „*Gives-Orga“, „*Gives-NW“, „*Übertragung von Verantwortung“. Die verwendete Fassung besteht aus vier Bögen, wobei zwei während des Abhörens der Tonbänder, zwei weitere nach Beendigung des Gesprächs ausgefüllt wurden.

2.6.1 Bogen 1

Der erste Kodierungsbogen enthält 43 tabellarisch aufgelistete Kodierungsvariablen. Davon können 33 sowohl dem Arzt als auch dem Patienten, acht ausschließlich dem Arzt und zwei ausschließlich dem Patienten zugeordnet werden.

Jede Sinneinheit wurde einzeln kodiert. Ein Satz wurde als eine Sinneinheit betrachtet, wenn er nur einen Gedanken enthielt bzw. sich einem Thema

widmete. Zusammengesetzte Sätze wurden häufig am Komma getrennt, da sie mehr als eine Äußerung beinhalteten.

Die am häufigsten gebrauchten oder inhaltlich wichtigsten Kodierungsvariablen sind in folgender Tabelle (Tab.1) in übergeordnete Kategorien zusammengefasst und erläutert. Mehrere Studien standen als Orientierungshilfe für die Wahl der Großgruppen zur Verfügung (15, 23, 39, 45, 49, 50, 68). Einige übergeordnete Kategorien wurden von der Arbeitsgruppe neu entwickelt.

Tabelle 1

Kategorie	Kodierung Patient	Kodierung Arzt	Erklärung
Alltags- gespräch	„Personal“	„Personal“	Gespräch über nicht-medizinische Themen wie Wetter, Sport, Begrüßung und Verabschiedung
	„Laughs“	„Laughs“	Witze machen, Lachen
Positives Gespräch	„Agree“	„Agree“	Ausdrücke der Übereinstimmung
	„Approve“	„Approve“	Komplimente an die andere Person
	„Compl“	„Compl“	Komplimente an unbeteiligte Personen
Negatives Gespräch	„Disapprove“	„Disapprove“	Kritik gegenüber der anderen Person
	„Crit“	„Crit“	Kritik gegenüber unbeteiligten Personen
Einbeziehung des Patienten		„?Opinion“	Aufforderung zur Stellungnahme über Diagnose, Prognose, Therapie etc.
		„*Gives Therapiealternativen“	Informationen über alternative Behandlungsmöglichkeiten
Medizinische Fragen	„?Med“	„?Med“	Fragen zur Anamnese
	„?Thera“	„?Thera“	Fragen zu jetzigen Therapien, Medikamentenanamnese
	“?L/S”	“?L/S”	Fragen zu Arbeit, Lebensgewohnheiten, Familie
	“*?Orga”	“**?Orga”	Fragen zum organisatorischen Ablauf der kommenden Zeit
	„*?NW“		Fragen nach zu erwartenden Nebenwirkungen

Medizinische Antworten	„Gives-Med“	„Gives-Med“	Aussagen zu Diagnose, Prognose, Untersuchungsergebnisse
	„Gives-Thera“	„Gives-Thera“	Aussagen zu Medikamenten und kommenden Therapien
	“Gives-L/S”	“Gives-L/S”	Aussagen zu Lebensgewohnheiten und medizinischen Problemen Dritter
	“*Gives-Orga”	“*Gives-Orga”	Aussagen zum organisatorischen Ablauf der kommenden Zeit
		“*Gives-NW”	Informationen über zu erwartende Nebenwirkungen
Ausdrücke der Unsicherheit	„*Übertragung von Verantwortung“		Übertragung von Verantwortung von Arzt auf Patient oder umgekehrt
	“Bezug auf Aussagen Dritter”		Wiederholen von Aussagen Dritter
Gespräch auf Gefühlsebene		„Empathy“	Paraphrasieren und Interpretieren der emotionalen Verfassung
		„Legit“	Ausdrücke, die zeigen, dass Ängste, Verhaltensweisen und Gedanken des Patienten normal und verständlich sind
		„?P/S-F“	Fragen zu Ängsten, Sorgen und Gefühlen, die aktuell relevant sind
		„Partner“	Aussagen, die das Arzt-Patienten-Verhältnis betonen
	„R/O“	„R/O“	Ausdrücke des Optimismus und der Hoffnung, positive prognostische Aussagen
	„?Reassures“		Fragen der Beunruhigung, die Rückversicherung fordern
	„Concern“		aktuelle Besorgnis, negative emotionale Beschreibung der gesundheitlichen Situation

Aufbau von Distanz zwischen Arzt und Patient		„?Understand“	Frage danach, ob der andere dem Gespräch folgen kann im Sinne des Aufbaus von Distanz
		*„Übertragung von Verantwortung“	Übertragung von Verantwortung von Arzt auf Patient oder umgekehrt
		*„Grenzen der Medizin“	Grenzen medizinischer Möglichkeiten und medizinischen Wissens
Einfluss auf den Patienten		„Orient“	Information über den Ablauf des Gesprächs oder die Untersuchung
		„C-Med/Thera“	Aufforderung zur Medikamenteneinnahme oder Änderung der Lebensumstände
		“C-L/S-P/S”	Aussagen mit der Intention, Verhaltensweisen des anderen zu ändern

*Die mit Sternchen markierten Variablen waren ursprünglich nicht im RIAS enthalten und sind hinzugefügt worden.

2.6.2 Bogen 2

Nach Beendigung der Kodierung des auf Tonband aufgenommenen Gesprächs wurde der Bogen "Qualitative und quantitative Beurteilung des Gesprächs" ausgefüllt. Dieser besteht aus vier übergeordneten Kategorien:

1. Qualität der Aufzeichnung mit Differenzierung in: „gut“; „teilweise schlecht verständlich“; „enthält nicht hörbare Abschnitte“ und „schlecht“ (mit der Möglichkeit eines Freitextes zur Begründung).
2. Gegebenenfalls Angabe eines abrupten Anfangs oder Endes des Gesprächs.
3. Unterbrechung des Gesprächs durch andere am Gespräch beteiligte Personen, durch Telefonate, durch Klinikpersonal oder durch Verlassen des Raumes durch Arzt oder Patient.
4. Dauer des Gesprächs in Minuten.

2.6.3 Bogen 3

Zuletzt erfolgte auf einem weiteren Bogen die Bewertung der Gesamtstimmung des Gesprächs. Der Bogen ist inhaltlich in zwei Rubriken unterteilt. In der Rubrik "Affekt" wird die Stimmung des Patienten in den Punkten Wut/Irritation, Angst/Nervosität, Depression/Traurigkeit sowie Beunruhigung beurteilt. Dagegen erfolgt die Bewertung des Arztes lediglich in den Punkten Wut/Irritation und Angst/Nervosität.

In der Rubrik "Verhalten" werden die Eigenschaften Dominanz, Interesse/Aufmerksamkeit, Freundlichkeit/Wärme, Verantwortung/Engagement und Hetze/Eile sowohl für den Arzt als auch den Patient verschlüsselt.

Alle genannten Kategorien sind auf einer Skala von eins bis sechs einzuordnen, wobei eins als "nicht zutreffend" und sechs als "sehr zutreffend" definiert ist. Regeln zur praktischen Bewertung der Gesamtstimmung finden sich im Anhang.

2.7 Statistische Auswertung

Zu Beginn der statistischen Auswertung wurden alle zugrunde liegenden und in der Analyse der Tonbandkassetten kodierten Variablen in eine gemeinsame Datenbank übertragen.

Die Durchführung einer deskriptiven Statistik erfolgte unter Berechnung der Lagemaße Mittel- und Medianwert, sowie der Streuungsmaße

Standardabweichung, Standardfehler und Varianz. Die Verteilungseigenschaften der Patientencharakteristika Alter, Geschlecht, Therapieziel, Familienstand und Diagnose wurden unter Verwendung des χ^2 -Test (Chi-Quadrat-Test) untersucht. Variablen der Klasse Gesamtstimmung innerhalb der drei Arztkollektive bzw. innerhalb der jeweiligen Patientenkollektive wurden unter Verwendung des oneway ANOVA auf statistische Zusammenhänge evaluiert. Die inhaltlichen Unterschiede im Aufbau der Aufklärungsgespräche der drei Ärzte sowie in der Reaktion der Patienten auf diese Aufklärungsgespräche wurden als unabhängige Stichproben mit Hilfe des Kruskal-Wallis-H-Test analysiert. Eine gegenseitige Beeinflussung von Arzt und Patient in den Gesprächsinhalten wurden mittels Korrelationsanalyse nach Spearman untersucht. Geschlechterspezifische Unterschiede in den Gesprächsinhalten wurden als unabhängige Stichproben mit dem t-Test auf statistisch relevante Differenzen überprüft.

Unterschiede werden bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < 0,05$ als signifikant interpretiert. Da es sich bei den allen Berechnungen um explorative Analysen und nicht um die Überprüfung von a priori definierten Hypothesen handelte, wurde auf eine Bonferroni-Korrektur verzichtet (40). Alle Berechnungen wurden mit dem Programm SPSS für Windows ausgeführt.

3 Ergebnisse

3.1 Stichprobe der Patienten

Von den $n = 63$ auf Hörkassette aufgenommenen Arzt-Patienten-Aufklärungsgesprächen war nach Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien eine Stichprobe von $n = 57$ relevant für die Auswertung dieser Studie.

Die Gründe für den Ausschluss von 6 Gesprächen waren: fehlende oder unvollständige Aufnahmen ($n = 2$) und Gesprächsaufnahmen von Ärzten, die weniger als 3 Aufklärungen durchgeführt haben ($n = 4$).

3.2 Charakterisierung der Patienten

Tabelle 2 ist zu entnehmen, dass die Patientenvariablen „Alter“, „Geschlecht“, „Therapieziel“, „Familienstand“ und „Diagnose“ keine signifikanten Unterschiede in der Verteilung zwischen den drei Ärzten aufweisen. Vergleiche zwischen den drei Patientengruppen sind demnach sinnvoll durchführbar und vertretbar.

Tabelle 2 Patientencharakteristika (n = 57)

	Arzt 1-3 n = 57	Arzt 1 n = 24	Arzt 2 n = 19	Arzt 3 n = 14	p-Wert
Alter (in Jahren)					
Mittelwert	60	57	63	60	,414*
Spannweite	24-92	24-76	50-84	31-92	
Geschlecht (in %)					
weiblich	51	48	55	50	,894*
männlich	49	52	45	50	
Therapieziel (in %)					
kurativ	68	56	75	78,6	,245*
palliativ	32	44	25	21,4	
Familienstand (in %)					
mit Partner	81	88	80	71,4	,436*
ohne Partner	19	12	20	28,6	
Diagnose (Anzahl der Tumore)					
Mamma	19	6	8	5	
Metastasen	9	4	4	1	
Lymphome	5	3	1	1	
Gastrointestinaltrakt	6	3	1	2	
Gehirn	5	1	3	1	
Atemwege	4	1	1	2	
Urogenitaltrakt (w)	1	1			
Urogenitaltrakt (m)	7	4	1	2	
andere	1	1			
Diagnose (in %)					
Mamma-Ca	33	24	40	35,7	,495*
Kein Mamma-Ca	67	76	60	64,3	

*Diese Werte beziehen sich auf den Chi-Quadrat-Test nach Pearson.

3.3 Qualitative und quantitative Beurteilung des Gesprächs

3.3.1 Qualitative Beurteilung

Die folgenden Erläuterungen beziehen sich auf die Tabelle 3a. Ein Anteil von 91% der Gespräche wurden im Bezug auf die Qualität der Aufzeichnung als „gut“ eingestuft, auch die fünf unter „teilweise schlecht“ und „schlecht“ kategorisierten Aufzeichnungen konnten in die Auswertung der Studie aufgenommen werden.

Ein Großteil der Aufklärungen (83%) stand vollständig auf Tonband zur Verfügung, bei den übrigen Gesprächen fehlten die Begrüßung und/oder die Verabschiedung.

Der Gesprächsverlauf wurde in den meisten Fällen durch Aussagen einer Begleitperson des Patienten, Telefonate, Klinikpersonal oder Verlassen des Raumes durch den Arzt bzw. Patienten unterbrochen. Interessant hierbei ist, dass knapp über die Hälfte der Patienten (29 von 57 Patienten) in Begleitung einer weiteren Person (Verwandte oder Freunde) kamen, die übrigen 28 Patienten führten das Aufklärungsgespräch alleine mit dem aufklärenden Arzt.

Tabelle 3a Qualitative Beurteilung des Gesprächs

	Anzahl der Gespräche	Anteil (%)
Qualität der Aufzeichnung		
gut	52	91
teilweise schlecht	4	7
schlecht	1	2
Anfang und Ende des Gesprächs		
Vollständige Gesprächsaufnahme	47	83
abrupter Anfang	8	14
abruptes Ende	1	2
abrupter Anfang und abruptes Ende	1	2
Unterbrechung des Gesprächs durch		
dritte anwesende Personen	29	52
Telefonate	14	25

Klinikpersonal	39	70
Verlassen des Raumes durch Arzt	10	18

3.3.2 Quantitative Beurteilung

Tabelle 3b bezieht sich auf die Länge der Gespräche, die im Durchschnitt 28 Minuten mit einer Standardabweichung von 9,6 Minuten betragen. Der Median liegt bei 27 Minuten. 19% der Dialoge wurden nach weniger als 21 Minuten beendet, lediglich 9% dauerten länger als 50 Minuten.

Tab. 3b Länge des Gesprächs

Dauer des Gesprächs (in Minuten)	Anzahl der Gespräche	Anteil (%)
12-20	11	19
21-30	24	42
31-40	17	30
51-57	5	9

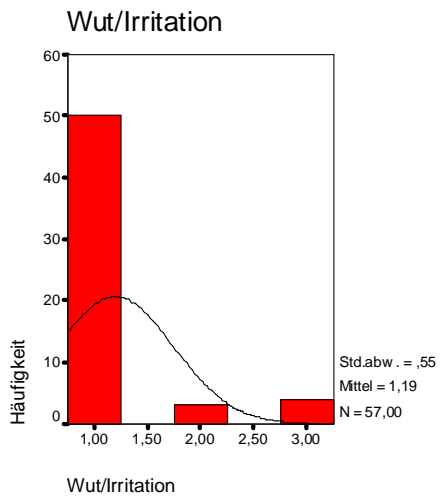
3.4 Gesamtstimmung der Beteiligten im Gespräch

3.4.1 Verteilung der Mittelwerte

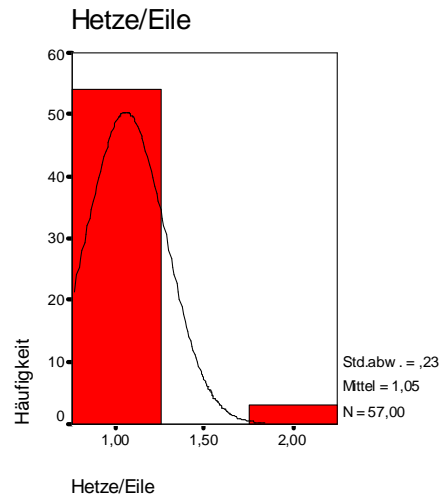
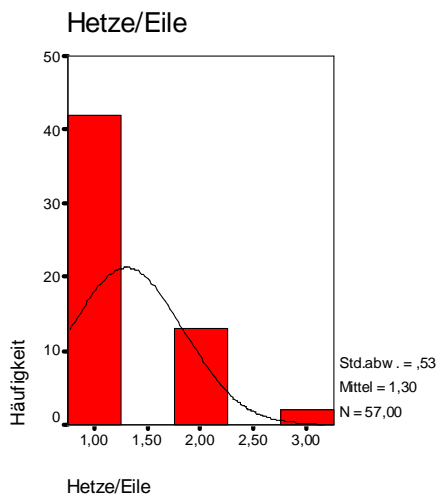
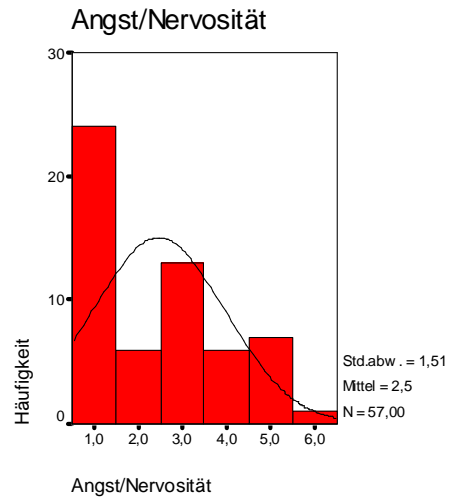
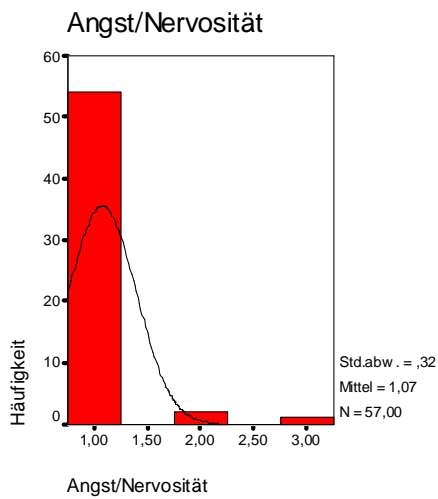
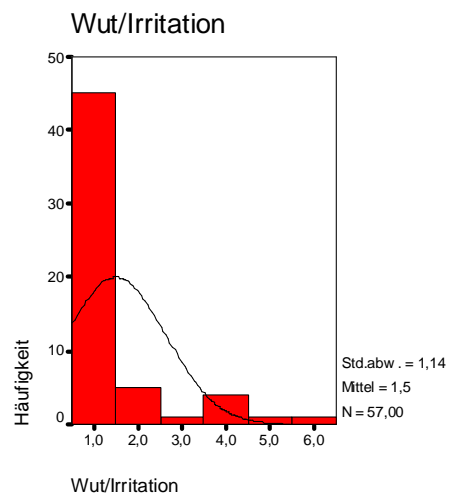
Negative Gesprächseindrücke wie „Wut/Irritation“, „Angst/Nervosität“, „Depression/Traurigkeit“, „Hetze/Eile“, und „Beunruhigung“ erhielten vorwiegend niedrige Werte in der Beurteilung durch den Kodierenden (Abb.3). Gesprächseindrücke mit positivem Inhalt wie „Interesse/Aufmerksamkeit“, „Freundlichkeit/Wärme“ und „Verantwortung/Engagement“ wurden dagegen mit hohen Werten belegt (Abb. 4). Lediglich der Mittelwert der Variable „Dominanz“ lag im mittleren Bereich der möglichen Kodierungswerte (Abb.5).

Abbildung 3 negative Gesprächseindrücke

Arzt



Patient



Patient

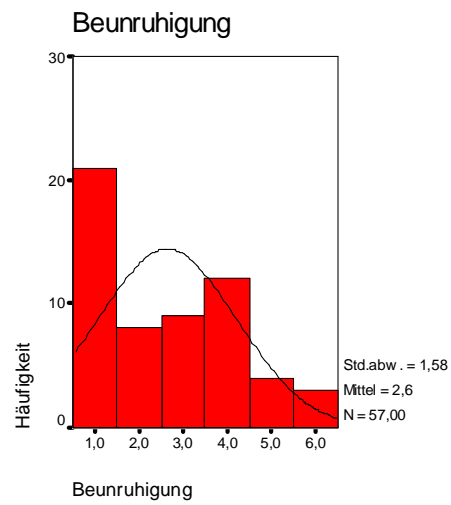
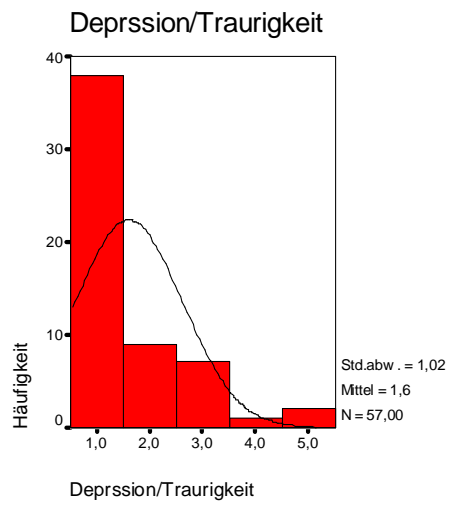
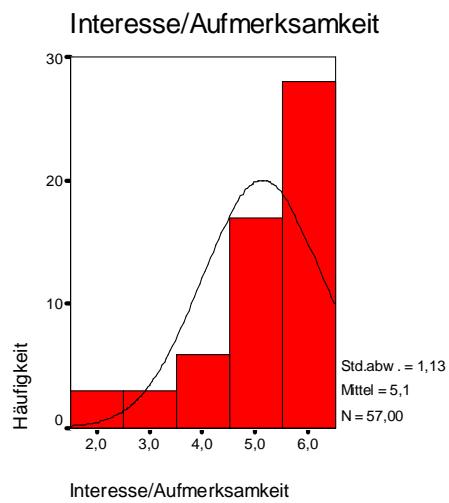
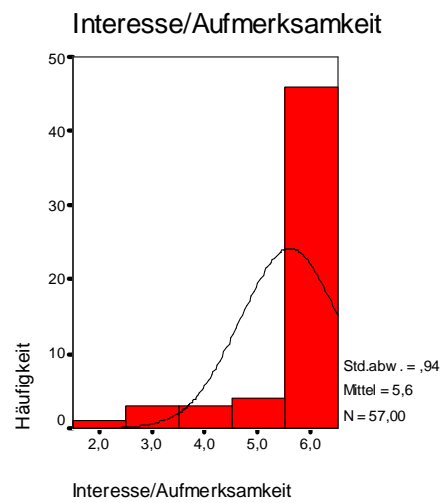


Abbildung 4 positive Gesprächseindrücke

Arzt



Patient



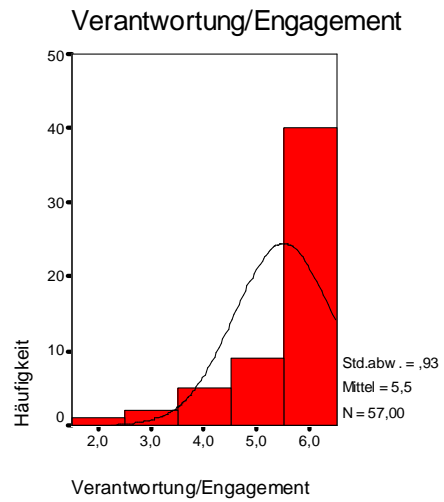
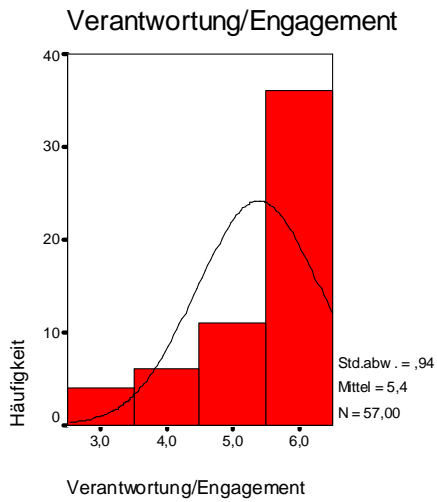
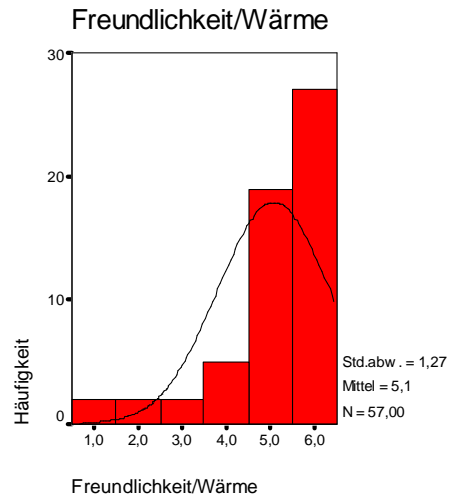
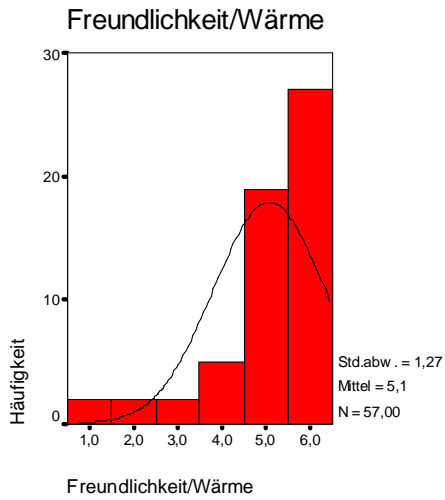
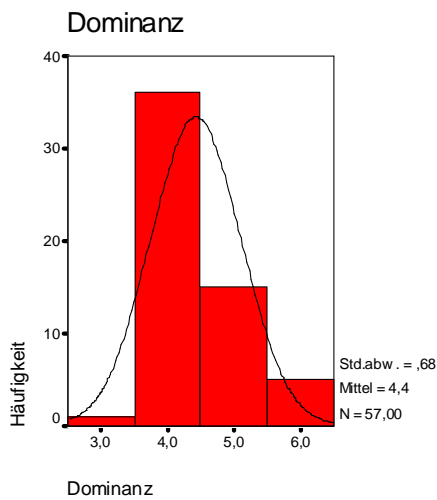
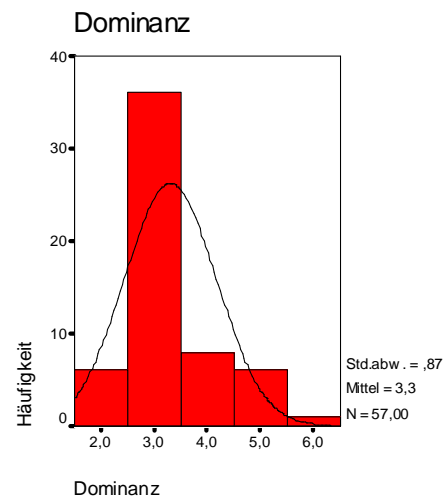


Abbildung 5 Dominanz im Gespräch

Arzt



Patient



3.4.2 Welche Unterschiede zeigen sich in der Einschätzung der Gesamtstimmung zwischen den Ärzten und innerhalb des dazugehörigen Patientenkollektivs?

Die Bewertung der Stimmung des Arztes ist in Tabelle 4a dargestellt. Während die Variablen „Wut/Irritation“, „Angst/Nervosität“ und „Dominanz“ für die drei Ärzte annähernd gleich bewertet wurden, findet man in den Bereichen „Interesse/Aufmerksamkeit“ ($p = ,001$), „Freundlichkeit/Wärme“ ($p = ,000$), „Verantwortung/Engagement“ ($p = ,001$) und „Hetze/Eile“ ($p = ,001$) signifikante Unterschiede zwischen den aufklärenden Ärzten. Arzt 1 wurde mit den geringsten Punktwerten für „Interesse/Aufmerksamkeit“ und „Verantwortung/Engagement“ und mit den höchsten Punktzahlen für „Hetze/Eile“ im Vergleich zu den beiden anderen Ärzten bewertet. Arzt 2 erhielt in den drei Variablen „Interesse/Aufmerksamkeit“, „Freundlichkeit/Wärme“ und „Verantwortung/Engagement“ die höchsten Ergebnisse. Arzt 3 erreichte in der Beurteilung der Variable „Freundlichkeit/Wärme“ mit einem deutlichen Abstand zu den anderen Ärzten die geringste Punktzahl.

Tabelle 4a Gesamtstimmung der Ärzte während der Gespräche

	Arzt 1 n = 24	Arzt 2 n = 19	Arzt 3 n = 14	p-Wert
Wut/Irritation	1,3 (0,6)	1,2 (0,5)	1,1 (0,5)	,803
Angst/Nervosität	1,1 (0,4)	1,0 (0,0)	1,1 (0,3)	,452
Dominanz	4,4 (0,6)	4,4 (0,8)	4,5 (0,7)	,866
Interesse/Aufmerksamkeit	4,7 (1,2)	5,9 (0,3)	4,8 (1,3)	,001
Freundlichkeit/Wärme	5,3 (1,1)	5,8 (0,5)	4,4 (1,0)	,000
Verantwortung/Engagement	4,8 (1,0)	5,8 (0,5)	5,6 (0,8)	,001
Hetze/Eile	1,6 (0,7)	1,1 (0,2)	1,1 (0,4)	,001

Die Werte stellen Mittelwerte und Standardabweichungen (in Klammern) dar (Oneway Anova).

Weniger signifikante Unterschiede ergaben sich in der Bewertung der Patienten (Tabelle 4b). Lediglich die Variable „Dominanz“ weist einen p-Wert von ,011 auf. Den höchsten durchschnittlichen Punktwert erhielt hierbei das Patientenkollektiv von Arzt 2, das demnach am stärksten in das Gespräch miteinbezogen wurde.

Tabelle 4b Gesamtstimmung des Patienten während des Gesprächs

	Arzt 1 n = 24	Arzt 2 n = 19	Arzt 3 n = 14	p-Wert
Wut/Irritation	1,3 (0,7)	1,6 (1,2)	1,8 (1,6)	,350
Angst/Nervosität	2,4 (1,5)	2,4 (1,4)	2,7 (1,7)	,770
Depression/Traurigkeit	1,7 (1,0)	1,4 (0,8)	1,6 (1,3)	,756
Beunruhigung	2,3 (1,5)	2,7 (1,6)	3,1 (1,7)	,380
Dominanz	3,0 (0,8)	3,7 (1,1)	3,3 (0,5)	,011
Interesse/Aufmerksamkeit	5,4 (1,0)	5,6 (1,1)	5,8 (0,5)	,380
Freundlichkeit/Wärme	5,3 (1,0)	5,3 (1,4)	4,4 (1,3)	,089
Verantwortung/Engagement	5,4 (0,9)	5,6 (1,0)	5,6 (1,0)	,674
Hetze/Eile	1,0 (0,2)	1,1 (0,2)	1,1 (0,3)	,928

Die Werte stellen Mittelwerte und Standardabweichungen (in Klammern) dar (Oneway Anova).

3.5 Gesprächsinhalte

3.5.1 Welche inhaltlichen Unterschiede gibt es im Aufbau der Aufklärungsgespräche zwischen den Ärzten?

Die Unterschiede im inhaltlichen Gesprächsaufbau zwischen den drei Ärzten finden sich in Tabelle 5a. Da die Mittelwerte in den Bereichen „Positives Gespräch“ und „Negatives Gespräch“ immer unter 1,3 lagen und die p-Werte jeweils $> 0,05$ betragen, bleiben diese Kategorien im weiteren Verlauf unbeachtet. Die restlichen sieben Kategorien zeigen dagegen signifikante Unterschiede im Gesprächsaufbau zwischen den drei Ärzten.

Charakteristisch für den Dialog von Arzt 1 mit dem dazugehörigen Patientenkollektiv sind das häufige Aufkommen von Alltagsgesprächen und die Versuche, Einfluss auf den Patienten zu nehmen. Letzteres drückt sich in Aussagen aus, die die Intention haben, Verhaltensweisen oder Lebensumstände des Patienten zu ändern. Weiterhin fällt auf, dass selten Fragen zur Meinung des Patienten gestellt werden oder über Therapiealternativen gesprochen wird. Beide Aspekte sind in der Rubrik „Einbeziehung des Patienten“ subsumiert. Arzt 2 spricht am häufigsten psychoemotionale Inhalte an („Gespräch auf

Gefühlsebene“) und bemüht sich am meisten um die Einbeziehung des Patienten. Weiterhin konnte bei ihm die geringste Anzahl von Kodierungen im Bereich „Einfluss auf den Patient“ festgestellt werden. Der Gesprächsinhalt von Arzt 3 konzentriert sich auf die Vermittlung medizinischen Wissens. In diese Rubrik fallen Aussagen zu Untersuchungsergebnissen, Medikamenten, Therapien, Nebenwirkungen, zur Diagnose und zum organisatorischen Ablauf der kommenden Zeit. Auch in der Kategorie „Aufbau von Distanz“ zeigte Arzt 3 im Durchschnitt deutlich mehr Kodierungen als die beiden anderen Ärzte.

Tabelle 5a Gesprächsinhalte der Ärzte

	Arzt 1 n = 24	Arzt 2 n = 19	Arzt 3 n = 14	p-Wert
Alltagsgespräch	17,5	4,9	4,5	,000
Gespräch auf Gefühlsebene	4,7	9,7	4,4	,054
Positives Gespräch	1,2	0,5	0,9	,194
Negatives Gespräch	0,0	0,2	0,1	,146
Einbeziehung des Patienten	0,8	5,0	3,8	,001
Einfluss auf den Patient	25,5	11,1	14,9	,000
Aufbau von Distanz	0,2	0,8	3,9	,000
Medizinische Fragen	14,5	8,9	11,4	,005
Medizinische Antworten	101,6	125,1	151,9	,008

Die Werte stellen Mittelwerte der Kodierungen dar (Kruskal-Wallis-Test).

3.5.2 Mit welchen Gesprächsinhalten reagieren die Patienten auf ihren Arzt?

Tabelle 5b bezieht sich auf die Kodierung der den drei Ärzten zugehörigen Patientenkollektive. Während auch in dieser Auswertung die Unterschiede in der Kategorie „Negatives Gespräch“ für die Patientenkollektive der drei Ärzte nicht signifikant abweichen, konnte für die Kategorie „Positives Gespräch“ ein signifikanter Unterschied evaluiert werden.

Das Patientenkollektiv von Arzt 1 trifft überdurchschnittlich häufig Aussagen aus der Rubrik „Alltagsgespräch“. Insgesamt stellt man bei ihm die niedrigste Kodierungsanzahl fest, dicht gefolgt vom Patientenkollektiv von Arzt 3. Eine deutlich höhere Anzahl an Kodierungen ist dagegen bei der Patientengruppe von Arzt 2 zu verzeichnen. Dieses Ergebnis bestätigt die Einschätzung der Gesamtstimmung des Patienten durch den Kodierenden in der Kategorie „Dominanz“ (Tabelle 2b). Die höchsten Werte wurden in den Bereichen „Gespräch auf Gefühlsebene“, „Positives Gespräch“, „Medizinische Antworten“ und „Medizinische Fragen“ kodiert. Das Patientenkollektiv von Arzt 3 äußert, dicht gefolgt von dem von Arzt 2, am häufigsten „Ausdrücke der Unsicherheit“ und am seltensten Aussagen aus dem Bereich „Positives Gespräch“ und „Alltagsgespräche“.

Tabelle 5b Gesprächsinhalte der Patienten

	Arzt 1 n = 24	Arzt 2 n = 19	Arzt 3 n = 14	p-Wert
Alltags- gespräch	9,3	4,6	2,2	,007
Gespräch auf Gefühlsebene	2,6	6,2	2,9	,007
Positives Gespräch	1,7	3,0	1,2	,029
Negatives Gespräch	0,7	2,7	1,9	,135
Medizinische Fragen	7,2	13,7	10,4	,028
Medizinische Antworten	33,8	69,3	37,1	,002
Ausdrücke der Unsicherheit	2,4	4,7	4,9	,032

Die Werte stellen Mittelwerte der Kodierungen dar (Kruskal-Wallis Test).

3.6 Inwiefern beeinflussen sich die Gesprächsinhalte von Arzt und Patient gegenseitig?

Tabelle 6a zeigt, dass Arzt und Patient bei Begrüßung und Verabschiedung sowie in Gesprächen über Wetter, Sport und nicht-medizinische Themen mit Inhalten aus den gleichen Kategorien antworten. Ebenso wird Lachen erwidert oder als Antwort auf Aussagen aus der Kategorie „Personal“ gegeben.

Tabelle 6a Alltagsgespräch

Patient \ Arzt	Laughs n = 57	Personal n = 57
Laughs	,538***	,395**
Personal	,281*	,693***

Darstellung der Korrelationskoeffizienten (Spearman-Rho).

*** p<0,001; ** p<0.01; * p<0,05

In der folgenden Tabelle 6b finden sich die Auswertungen über die Reaktionen der Ärzte auf die emotionalen Gesprächsinhalte des Patienten. Aktuelle Besorgnisse („Concern“) und Aussagen, die eine psychosoziale Dimension aufweisen wie z.B. Stress, emotionale Folgen nach Erhalt medizinischer Informationen usw. („Gives-P/S“), werden vom Arzt im signifikanten Bereich mit Aussagen aus den Kategorien „Empathy“ und „Legit“ kommentiert. Der Arzt bemüht sich demnach, die emotionale Verfassung des Patienten zu paraphrasieren und ihm zu verdeutlichen, dass Gedanken oder Verhaltensweisen normal und verständlich sind. Auf Fragen der Beunruhigung, die eine Rückversicherung fordern („?Reassures“), antwortet der Arzt ebenso mit Aussagen aus dem Bereich „Legit“. P-Werte, die auf einem höheren Signifikanzniveau liegen, ergeben sich jedoch für die Korrelationen mit den Kategorien „Gives-Med“ und „Gives-NW“.

Tabelle 6b Reaktion auf emotionale Gesprächsinhalte des Patienten

Patient \ Arzt	Concern n = 57	Gives-P/S n = 57	?Reassures n = 57
Empathy	,323*	,474***	
Legit	,328*	,561***	,280*
Gives-Med			,424*
Gives-NW			,449***

Darstellung der Korrelationskoeffizienten (Spearman-Rho).

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

Zuletzt sollen in Tabelle 6c die Reaktionen auf medizinische Themen betrachtet werden. Auf Fragen mit medizinischen und therapeutischen Inhalten („?Med“ und „?Thera“) sowie Fragen zu Nebenwirkungen („?NW“) erfolgen Antworten aus inhaltlich entsprechenden Kategorien („Gives-Med“, „Gives-Thera“ und „*Gives-NW“). Auf medizinische und therapeutische Fragen des Patienten werden auch die Grenzen der medizinischen Möglichkeiten und des medizinischen Wissens vermittelt. Diese Kategorie („*Grenzen der Medizin“) zeigt in keinem anderen Bereich signifikante Korrelationen. Bezieht sich der Patient im Aufklärungsgespräch auf Aussagen Dritter, wie z.B. die Stellungnahme eines anderen Arztes zum medizinischen Problem, erfolgte sowohl eine Kodierung in

Bereichen mit medizinischen Inhalten („Gives-NW“ und „Gives-Therapiealternativen“) als auch eine Kodierung in den Kategorien mit Gesprächsinhalten der Gefühlsebene („Empathy“ und „Legit“). Weitere signifikante Korrelationen mit den Einordnungen des Arztes auf dem Gebiet der Gefühlsebene ergaben sich zwischen den Kategorien „Legit“ mit „?Med“, „?Thera“, „*Gives-NW“ und „*Bezug auf Aussagen Dritter“ sowie „Empathy“ mit „Gives-Med“, „*Gives-NW“ und „*Bezug auf Aussagen Dritter“. Ausdrücke des Optimismus und der Hoffnung bzw. positive prognostische Aussagen des Arztes („R/O“) erfolgen im Bereich signifikanter p-Werte als Antwort auf Fragen zur Therapie und zu Nebenwirkungen („?Thera“ und „*?NW“).

Tabelle 6c Reaktion auf medizinische Themen

Arzt \ Patient	?Med n = 57	?Thera n = 57	*?NW n = 57	Gives-Med n = 57	Gives-Thera n = 57	*Gives-NW n = 57	*Bezug auf Aussagen Dritter n = 57
Grenzen der Medizin	,295	,323*					
Gives-Med	,414**	,329*		,503***			
Gives-Thera		,549***			,383**		
Gives-NW		,463***	,342**				,366**
R/O		,353**	,313*				
Legit	,307*	,444**				,287*	,294*
Empathy				,318*		,327*	,335**
Personal				-,262*			
?Med				,491***			
?Thera					,398**		
*Gives-Therapiealternativen							,353**

Darstellung der Korrelationskoeffizienten (Spearman-Rho).

*** $p < 0,001$; ** $p < 0,01$; * $p < 0,05$

3.7 Welche Unterschiede gibt es in den Gesprächsinhalten zwischen männlichen und weiblichen Patienten?

Tabelle 7 zeigt einen Vergleich zwischen den gewählten Gesprächsinhalten der Patienten in Abhängigkeit vom Geschlecht. Die Studie wurde mit 29 weiblichen und 28 männlichen Patienten durchgeführt. Signifikante Unterschiede zwischen den Gruppen ergaben sich in den fünf Kategorien „Concern“ ($p = ,035$), „*Übertragung von Verantwortung“ ($p = ,042$), „?Med“ ($p = ,037$), „?NW“ ($p = ,000$) und „*?Thera“ ($p = ,003$). Lediglich in der Rubrik „Übertragung von Verantwortung“ wurden häufiger Kodierungen bei männlichen Patienten verzeichnet, in allen anderen Kategorien dominierten die Frauen in der Anzahl der Kodierungen.

Tabelle 7 Vergleich der Gesprächsinhalte zwischen männlichen und weiblichen Patienten

	Weiblich n = 29	Männlich n = 28	p-Wert
Approve	0,97	0,75	,571
*Bezug auf Aussagen Dritter	3,48	3,82	,790
Comp	0,34	0,32	,906
Concern	2,90	0,79	,035
Crit	1,21	1,96	,526
?Reassures	1,10	0,50	,061
Laughs	1,03	1,18	,711
Orient	2,72	2,18	,453
Personal	4,38	5,46	,524
R/O	1,59	0,86	,171
*Übertragung von Verantwortung	0,00	0,25	,042
?Med	1,79	0,43	,037
?Thera	7,55	4,00	,003
?NW	2,3	0,61	,000
*?Organisation	2,24	1,03	,057
Gives-Med	29,93	26,68	,638
Gives-Thera	10,03	10,86	,758
*Gives-NW	0,62	0,31	,310
Gives-L/S	5,28	5,50	,888
Gives-P/S	3,62	1,39	,071
*Gives-Organisation	1,58	1,96	,513
?Service	0,14	0,14	,963

Die Werte stellen Mittelwerte der Kodierungen dar (t-Test)

3.8 Wie häufig wird in der Aufklärung über Therapiealternativen gesprochen und wie oft werden die Patienten nach ihrer Meinung zur Therapie gefragt?

Tabelle 8a zeigt, dass bei knapp der Hälfte (46%) der 57 Gespräche keine Kodierung in der Kategorie „Gives-Therapiealternativen“ erfolgte. Bei 25% fielen ein bis drei, bei 14% vier bis fünf und bei 11% sechs bis acht Äußerungen zu diesem Thema. Lediglich 3 Aufklärungsgespräche scheinen ein ausführlicheren Dialog über Therapiealternativen zur Strahlentherapie zu beinhalten. Hier wurden 15-25 Kodierungen verzeichnet.

Tabelle 8a Gespräch über Therapiealternativen

Anzahl der Kodierungen	Anzahl der Gespräche (n = 57)	Prozentzahl
0	26	46
1-3	14	25
4-5	8	14
6-8	6	11
15-25	3	5

Die Angaben beziehen sich auf die Variable „Gives-Therapiealternativen“.

Die folgende Tabelle (Tab. 8b) gibt Auskunft darüber, wie häufig die Patienten nach ihrer Meinung zur Therapie gefragt wurden. In 50 Gesprächen (88%) erfolgte keine Aufforderung des Patienten zur Stellungnahme bezüglich Diagnose, Prognose oder Therapie. In fünf Gesprächen konnte eine Kodierung und in zwei Gesprächen zwei Kodierungen der Variable „?Opinion“ gefunden werden.

Tabelle 8b Frage nach der Meinung des Patienten

Anzahl der Kodierungen	Anzahl der Gespräche	Prozentzahl
0	50	88
1	5	9
2	2	4

Die Angaben beziehen sich auf die Variable „?Opinion“.

4 Diskussion

4.1 Überblick

Zur Charakterisierung eines Aufklärungsgesprächs müssen zahlreiche Einzelfaktoren berücksichtigt werden, die vielfach kombiniert sein können und so für jeden Arzt-Patienten-Kontakt ein individuelles Gesprächsprofil ergeben. Zu den wichtigsten, in der Literatur beschriebenen Einflussgrößen zählen (28, 39, 55, 43, 34, 31, 17, 6, 51, 29, 18):

- Charakteristiken des Arztes (Geschlecht, Alter, berufliche Erfahrung)
- Gesprächsinhalte
- Gesprächsaufbau
- Charakteristiken des Patienten (Geschlecht, Alter, körperliches Befinden, seelisches Befinden, soziale Anbindung, kognitive Eigenschaften)
- Häufigkeit der bisherigen Arztkontakte im Rahmen der aktuellen Erkrankung
- Beisein von Angehörigen oder Freunden
- Gegenseitige Empathie/Antipathie
- Rahmenbedingungen (Zeitfaktor, Ort der Aufklärung)

4.2 Inhaltliche Unterschiede im Gesprächsaufbau und in der Gesamtstimmung des Gesprächs

Obwohl es sich in der Studie um Aufklärungsgespräche für eine einzige Therapieform, nämlich die Strahlentherapie handelt und sich die drei Patientengruppen nicht signifikant in ihren Charakteristiken Alter, Geschlecht, Familienstand sowie Diagnose und Therapieziel unterscheiden, werden dennoch im Gespräch unterschiedliche Themen in Abhängigkeit vom aufklärenden Arzt verbalisiert. Demnach erfolgt ein medizinisches Aufklärungsgespräch nur bis zu einem gewissen Grad in standardisierter Form und hängt wesentlich von persönlichen Merkmalen der aufklärenden Person ab.

Arzt 1, beschrieben als kommunikativ, humorvoll und optimistisch, spricht zum Beispiel signifikant häufiger als die beiden anderen Ärzte über Alltagsthemen und stellt seltener Fragen zur Meinung des Patienten. Arzt 2 dagegen, charakterisiert als gewissenhaft, seriös und empathisch, spricht am häufigsten psychoemotionale Inhalte an und bemüht sich am meisten um die Einbeziehung des Patienten ins Gespräch, z. B. durch Fragen

zur Meinung des Patienten. Arzt 3 wird als höflich- distanziert, sachlich und ernst eingeschätzt. Auch diese Charakterzüge spiegeln sich im Gespräch wider, indem sich der Arzt auf die Vermittlung medizinischen Wissens konzentriert und Dialogmerkmale zeigt, die zum Aufbau von Distanz gegenüber dem Patienten führen.

Deutlich weniger signifikante Unterschiede ergeben sich dagegen in der Bewertung der Gesamtstimmung im Gespräch durch den Kodierenden. Während bei den Ärzten vier von acht Kategorien (Interesse/Aufmerksamkeit, Freundlichkeit/Wärme, Verantwortung/Engagement, Hetze/Eile) signifikante Differenzen zeigten, galt dies bei den drei Patientengruppen lediglich in der Kategorie Dominanz. Für diese Beobachtung können verschiedene Gründe denkbar sein. Zum einen könnte es sein, dass die Ärzte aufgrund ihrer täglichen Arbeit ein relativ festes individuelles Gesprächsschema verfolgen und sich dies auch in der Bewertung der Gesamtstimmung des Gesprächs niederschlägt. Die Patienten dagegen befinden sich in einer Art existenzieller Ausnahmesituation, in der sie jeweils unterschiedlich auf ihren Arzt und die Erkrankung in ihrer Komplexität (Art, Prognose, Symptomatik usw.) sowie in Abhängigkeit von persönlichen Eigenschaften und sozialem Rückhalt reagieren. Zum anderen könnte eine Erklärung darin liegen, dass es sich bei der Bewertung der Gesamtstimmung in größerem Umfang als bei der inhaltlichen Kodierung um eine subjektive Einschätzung des Kodierenden handelt und somit störanfälliger ist.

Mit Hilfe des Roter Interaction Analysis System ist es möglich, inhaltliche Unterschiede in den Aufklärungsgesprächen aufzuzeigen und für jeden Arzt ein Gesprächsprofil zu erstellen, anhand dessen individuell angepasste Schulungen durchgeführt werden könnten.

4.3 Reaktion des Patienten auf den aufklärenden Arzt

Die Unterschiede in den Gesprächsinhalten der drei Ärzte setzen sich in den drei Patientengruppen fort. Je nach Themengewichtung durch den Arzt kann das Gespräch in eine bestimmte inhaltliche Richtung gesteuert werden und damit eine positive oder negative Beeinflussung auf der Gefühlsebene des Patienten erfolgen.

Positive Gesprächsinhalte wie das Ausdrücken von Zustimmung oder Wertschätzung Dritter sowie das Ansprechen emotionaler Aspekte führen dazu, dass sich der Patient häufiger verbal äußert und stärker ins Gespräch einbringt. Auch die Unterlassung von Ausdrücken, die durch Vorschläge zur Änderungen von Verhaltensweisen oder

Alltagsabläufe Einfluss auf den Patienten nehmen könnten, führen zu einer stärkeren Partizipation im Aufklärungsdialog.

Verunsicherung des Patienten kann entstehen, wenn im Gespräch eine Konzentration auf die Vermittlung medizinischen Wissens (Aussagen zu Untersuchungsergebnissen, Medikamenten, Therapien, Nebenwirkungen, zur Diagnose und zum organisatorischen Ablauf der kommenden Zeit) stattfindet und verbal die Verantwortung für die Therapie auf den Patienten übertragen wird. Hierdurch entsteht eine Überforderung des Patienten.

Andererseits äußerten Patienten seltener Bedenken und stellten weniger medizinische Fragen, wenn Alltagsthemen, d.h. nicht-medizinische Inhalte Gegenstand des Gesprächs waren, die Gefühlsebene des Patienten kaum im Gespräch zur Geltung kam und der Arzt das Aufklärungsgespräch verbal dominierte. Diese Feststellung sollte jedoch nicht zu der Annahme verleiten, dass tatsächlich weniger Angst oder Zweifel beständen. Diese Gefühle werden bei diesem Gesprächsstil des Arztes lediglich nicht verbalisiert.

4.4 Gegenseitige Beeinflussung von Arzt und Patient im Gespräch

Es konnte herausgearbeitet werden, dass Gesprächsinhalte von Arzt und Patient nach Kodierung statistisch signifikant auf verschiedenen Gesprächsebenen korrelieren und somit eine wechselseitige Beeinflussung der Gesprächspartner stattfindet.

Beispielsweise wird Lachen oder das Gespräch über nicht-medizinische Themen wie Wetter oder Sport mit ebensolchen Gesprächsinhalten beantwortet. Aktuelle Besorgnisse des Patienten und Aussagen, die eine psychosoziale Dimension aufweisen wie z.B. Stress, emotionale Folgen nach Erhalt medizinischer Informationen usw., werden vom Arzt signifikant mit empathischen Aussagen kommentiert. Der Arzt bemüht sich demnach, die emotionale Verfassung des Patienten zu paraphrasieren und ihm zu verdeutlichen, dass derartige Gedanken oder Verhaltensweisen normal und verständlich sind. Ebenso korrelieren die Kodierungen aus dem medizinisch-fachlichen Gesprächskomplex von Arzt und Patient auf hohem Signifikanzniveau. So werden auf Fragen mit medizinischen und therapeutischen Inhalten sowie auf Fragen zu Nebenwirkungen Antworten aus inhaltlich entsprechenden Kategorien gegeben. Auch die Grenzen der medizinischen Möglichkeiten und des medizinischen Wissens werden erläutert, wenn der Patient medizinische und therapeutische Fragen stellt.

4.5 Gibt es Unterschiede in den Gesprächsinhalten zwischen männlichen und weiblichen Patienten?

Im Rahmen dieser Untersuchung konnten keine signifikanten Unterschiede in der Gesprächszufriedenheit der Patienten in Abhängigkeit vom Geschlecht des Arztes festgestellt werden. Um eine Aussage über die Geschlechterabhängigkeit treffen zu können, müssten erheblich mehr Ärzte in ähnlicher Aufteilung zwischen Männern und Frauen in die Studie einbezogen werden. Dagegen war die Anzahl der Patienten groß genug, um Aussagen über das unterschiedliche Gesprächsverhalten zwischen Männern und Frauen zu treffen.

Die vorliegenden Ergebnisse zeigen signifikante Abweichungen in einigen Gesprächsinhalten zwischen männlichen und weiblichen Patienten. So äußern Frauen wesentlich häufiger Ängste, die ihre momentane gesundheitliche Situation oder die Zukunft betreffen. Dabei werden sowohl Sorgen über physische Einschränkungen als Folge der Strahlentherapie als auch psychische Belastungen bis hin zur Depression verbalisiert. Zum einen scheint es Frauen leichter zu fallen, ihre Gefühle im Aufklärungsgespräch auszudrücken, zum anderen haben sie wohl auch ein gesteigertes Bedürfnis, emotionalen Stress in Worte zu fassen. Weiterhin konnte beobachtet werden, dass Frauen signifikant mehr Fragen über zu erwartende Nebenwirkungen der Strahlentherapie, medizinische Sachverhalte und organisatorische Angelegenheiten stellten.

Männer versuchten dagegen signifikant häufiger, die Verantwortung in Bezug auf Therapieentscheidungen oder den organisatorischen Ablauf auf den Arzt zu übertragen. Dies kann zum Beispiel als Zeichen der Überforderung mit dem aktuellen medizinischen Problem, aber auch als Vertrauensbeweis gegenüber dem Arzt verstanden werden, der in den Augen des Patienten vorrangig über das notwendige medizinische Wissen und Erfahrungen verfügt.

Einige Studien haben bereits das unterschiedliche Gesprächsverhalten zwischen Männern und Frauen untersucht und beschrieben. So konnten ähnliche Ergebnisse im Bezug auf die eher emotional betonten Gesprächsinhalte, das schnellere und häufigere Gespräch über negative Gefühle und Sorgen von weiblichen Patienten gefunden werden (18, 51, 62). Dies führt in der Beurteilung des Aufklärungsgesprächs zu dem Eindruck, Frauen seien die ängstlicheren Patienten (18). Die Besorgnis der Patientinnen scheint sich jedoch nicht im negativen Sinne auf die Zufriedenheit mit

dem Aufklärungsgespräch auszuwirken. Im Gegenteil, es liegen Daten vor, dass Frauen insgesamt die zufriedeneren Patienten sind (71). Weiterhin lassen Untersuchungen von Stiggelbout und Kiebert erkennen, dass jüngere Patienten und Frauen generell eine aktive Rolle in der Entscheidungsfindung bevorzugen und ältere Patienten und Männer sich demgegenüber eher passiv verhalten (61). Diese Beobachtung bestätigt sich auch in der vorliegenden Studie, in der männliche Patienten signifikant häufiger als Frauen die Verantwortung in Bezug auf Therapieentscheidungen oder den organisatorischen Ablauf auf den Arzt übertragen.

4.6 Zufriedenheit der Patienten mit dem Aufklärungsgespräch

Auch wenn mit Hilfe des RIAS signifikante Unterschiede im Gesprächsaufbau (Gewichtung psychoemotionaler und informativer Themenkomplexe) zwischen den Ärzten aufgedeckt wurden, ergaben die Untersuchungen der zuvor durchgeführten, zugrunde liegenden Arbeit keine Unterschiede in der Zufriedenheit der Patienten zwischen den drei aufklärenden Ärzten. Dies ist nicht unbedingt verwunderlich, wenn man die Vielzahl der Einzelfaktoren bedenkt, die die Zufriedenheit des Patienten beeinflussen. Da jeder Mensch andere Bedürfnisse und Wünsche an ein Aufklärungsgespräch stellt und sich daraus zahlreiche Kombinationsmöglichkeiten aus Geschlecht, Alter, Erfahrungswert des Arztes, Charakteristiken des Patienten und inhaltlichem Aufbau des Gesprächs ergeben, müssten die zu untersuchenden Kohorten sowohl der Ärzte als auch der Patienten wesentlich größer sein.

Es stellt sich die Frage, wie der Arzt in adäquater Weise den Wünschen des Patienten gerecht wird, ohne die eigenen Interessen und Pflichten zu vernachlässigen. Der Arzt sollte einen Kompromiss zwischen der Vermittlung des eigenen Themenkataloges und den Gesprächswünschen des Patienten finden, d.h. eine adäquate Gewichtung zwischen der Informationsgabe und den psychoemotionalen Gesprächsinhalten vornehmen. Ein grundlegendes Prinzip dabei ist die Sicherstellung einer gemeinsamen Wortwahl, Nachfragen bei Verständnisproblemen und die Aufforderung zu Rückfragen (3).

4.6.1 Einfluss des Kommunikationsstils

Studien zeigen, dass umfangreich informierte Patienten nicht zwangsläufig zufriedener mit der medizinischen und psychologischen Betreuung sind. Neben der Menge oder

dem Inhalt der Information spielt auch die Art der Weitergabe eine entscheidende Rolle für die Zufriedenheit der Strahlenpatienten (1, 54, 59). Da die meisten Patienten die Kompetenz des Arztes auf Grund mangelnden medizinischen Wissens nicht einschätzen können, verlassen sie sich in der Beurteilung der Leistungsqualität auf das sozialemotionale Verhalten des Arztes. Es ist also von großer Bedeutung, in welcher Darstellungsweise der Arzt neue Inhalte vermittelt und weniger, wie viele Informationen vermittelt werden (47). Die gewünschte emotionale Unterstützung und der Kommunikationsstil erfordern ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen und Flexibilität seitens des aufklärenden Arztes (54). Diese Aussage sollte nicht zu der Annahme verleiten, ein guter Gesprächsstil des Arztes unter Einbeziehung des Patienten und Beachtung seiner individuellen Bedürfnisse könne eine umfangreiche sachlich-medizinische Aufklärung ersetzen. Nach Gattellari et al ist die Offenbarung an Information sehr wichtig für die Entwicklung eines Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient (13). Auch in der Psychoonkologie ist die Wahrhaftigkeit und Ehrlichkeit des Arztes eine unabdingbare Voraussetzung für den Gewinn an Vertrauen. Das Verschweigen wichtiger Informationen nimmt dem Patienten die Möglichkeit, sein Leben zu verändern oder gar von seiner Familie Abschied zu nehmen (3). Gelingt es dem aufklärenden Arzt, die genannten Aspekte sinnvoll zu kombinieren, kann die Zufriedenheit des Patienten erheblich gesteigert werden. Das Gefühl des Patienten, gut informiert worden zu sein, einhergehend mit einer höheren Zufriedenheit am Gespräch, führt letztendlich zu geringeren Nebenwirkungen, geringerer Appetitlosigkeit und weniger Panikgefühlen. Weiterhin korreliert die Gesprächszufriedenheit mit einem hohen Maß an Vertrauen gegenüber dem medizinischen Personal und der Behandlung (32).

4.6.2 Vermittlung von Informationen

Bei der Vermittlung strahlentherapeutischen Wissens sollten der Umfang und die Intensität der Darstellung in Abhängigkeit des Patiententyps erfolgen. Frühere Studien haben gezeigt, dass eine Abhängigkeit des Informationsbedürfnisses von Geschlecht, Alter, Zeitpunkt des Aufklärungsgesprächs im Krankheitsverlauf, sozialer und medizinischer Situation besteht (8, 20, 26, 37, 52, 61). Befragungsergebnisse von Kaufmann und Ernst deuten z.B. darauf hin, dass jüngere Patientinnen mit Brustkrebs im Vergleich zu älteren eine höhere Kommunikationsbereitschaft und Eigenverantwortung zeigen, besser über ihre Krankheit informiert und stärker in die

Therapieplanung und -entscheidung einbezogen werden möchten (21, 26, 27, 61). In Untersuchungen zum zeitlichen Aspekt der Informationsgabe konnte gezeigt werden, dass ein gestuftes Informationsprogramm im Vergleich zum einmaligen Gespräch zwischen Arzt und Patient eine schonende Gewöhnung an die bedrohliche Situation darstellt und weniger Angst vor der Strahlentherapie und größere Zufriedenheit hervorruft (8, 41, 54). Da Angst gegen Ende der Therapie häufig zunimmt und der Bedarf an Information über die Zeit hinweg variiert, ist es wichtig, in Kontakt mit dem Patienten zu bleiben und ihm weitere Informationen anzubieten (8).

4.6.3 Psychoemotionale Gesprächsinhalte

Psychoemotionale Gesprächsinhalte entsprechen so gut wie ausschließlich dem Wunsch des Patienten. Es konnte eine Abhängigkeit von Geschlecht, Bildungsstand, persönlichen Charakteristiken, Bewältigungsstrategien und krankheitsassoziierten Faktoren wie dem Ausmaß an Symptomen und dem Leidensdruck festgestellt werden (12, 27). Jüngere Patienten erwarten beispielsweise mehr psychologische Hilfe (27). Einen möglichen Erklärungsansatz hierfür liefern Sanson-Fisher et al mit der Annahme, Erwachsene im hohen Alter vertreten häufig den Standpunkt, sie müssten selbst mit dem Problem umgehen können und ihre Emotionen unter Kontrolle halten. Ihre Studie konnte weiterhin einen höheren Bedarf psychosozialer Bedürfnisse unter Frauen im Vergleich zu Männern nachweisen (51). Patienten mit niedrigem sozialökonomischen Status haben ebenso einen signifikant höheren Bedarf an psychologischer Unterstützung (35).

Wie bereits erwähnt, verlässt der Arzt ungern die medizinisch-sachliche Gesprächsebene. Er möchte nicht nur schnell seinen Themenkatalog erfüllen, sondern fühlt sich vielmehr überfordert, auf Ängste, Trauer, Unzufriedenheit, Sorgen, aber auch Hoffnungen des Patienten zu reagieren. Daraus erklärt sich, dass kaum spezifische Fragen zum psychischen Wohlbefinden und zur Lebensqualität des Patienten gestellt werden (12). Dabei würde ein aktives Zuhören im Sinne der Empathie schon ausreichen, dem Patienten Angst zu nehmen und depressive Symptome zu mindern (63). Ratschläge oder Wertungen zur Krankheitsbewältigung und erst recht Vergleiche mit Patienten, denen es schlechter geht, wären hier kontraproduktiv. Die Patienten sollen die Bestätigung erhalten, dass ihre Gefühle und Reaktionen nachvollziehbar und menschlich sind (33).

Studien haben gezeigt, dass Patienten ihre Emotionen selten direkt und spontan

während des Gesprächs verbalisieren. Meist neigen sie zur Gabe indirekter Hinweise, wenn sich ein passender Gesprächsinhalt bietet. Diese Situation stellt ein Problem in der Identifizierung emotional gestresster Patienten dar (12).

Im Zentrum psychosozialer Gespräche steht als Ziel nicht die Veränderung von Charakterzügen und Verhaltensweisen, sondern die ehrliche Vermittlung des Bemühens, den Patienten mit seinen psychischen Leiden ernst zu nehmen und gemeinsam seine existenzielle Krise zu überwinden (63).

4.7 Inwieweit kann und soll der Patient in die Entscheidungsfindung einbezogen werden? – Gespräch über Meinung des Patienten, Therapiealternativen und die Therapieentscheidung

Die vorliegende Studie ergab, dass in 88% der Aufklärungsgespräche die Patienten nicht nach ihrer Meinung zur Therapie gefragt wurden, in den übrigen Gesprächen erfolgte dies ein- bis zweimal während des Arztbesuches. Auch wenn diese Angaben auf den ersten Blick erschrecken mögen, muss bedacht werden, dass die Patienten von ihrem betreuenden Arzt über die Strahlentherapie vorinformiert und erst anschließend zum Aufklärungsgespräch überwiesen wurden. Da jedoch mehrere Studien eine positive Beziehung zwischen der Bitte um Meinung des Patienten und gesteigerter Patientenzufriedenheit aufzeigen konnten, ist es dennoch ratsam, den Patienten aktiv in den Entscheidungsprozess einzubeziehen (14).

Weiterhin zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Studie, dass das Patientenkollektiv des Arztes mit den häufigsten Kodierungen in der Kategorie „Aufbau von Distanz“ verunsicherter reagierte als die übrigen Patientenkollektive. Während der Arzt überdurchschnittlich häufig die Entscheidung zur Strahlentherapie als eine Entscheidung des Patienten postulierte sowie auf die Grenzen der medizinischen Möglichkeiten und des medizinischen Wissens verwies, stützte sich der Patient vermehrt auf Aussagen Dritter und versuchte, oftmals mit Verweis auf seine mangelnde fachliche Kompetenz, die Verantwortung über die Therapieentscheidung auf den behandelnden Arzt zu übertragen. Die häufigen Fragen des Arztes, ob der Patient dem Gespräch folgen könne und alles verstehe, verdeutlichten weiterhin die Distanz zwischen den beiden Gesprächspartnern, besonders auf dem Gebiet des medizinisch-fachlichen Wissens.

Einen möglichen Erklärungsansatz für die Reaktion der Patienten stellt eine Studie von

Gattellari et al dar. Interessanterweise konnte hier eine gesteigerte Angst bei Patienten festgestellt werden, die durch den behandelnden Arzt zur Teilnahme an der Therapieentscheidung ermutigt wurden. Möglicherweise erweckte dieses Vorgehen des Arztes die Befürchtung, er wolle eine Art Haftung und Mitverantwortung vom Patienten verlangen. Anstatt ihn also wie erwünscht aktiv in die Entscheidungsfindung einzubeziehen, fühlte er sich stärker in die passive Rolle gedrängt. Ebenso kann eine Überforderung mit der Situation entstehen, wenn sich der Patient nicht sicher genug fühlt, eigene Entscheidungen bezüglich seiner Krankheit zu treffen. Möglicherweise hat er Angst davor, seine Entscheidung bei Auftreten negativer Konsequenzen zu bereuen oder sich zu blamieren. Es besteht für diese Patientengruppe demnach keine andere Wahl, als die Empfehlungen des behandelnden Arztes anzunehmen und sich auf seine Erfahrungen und sein Wissen zu verlassen (13).

Daneben kann die gesteigerte Angst aber auch Ausdruck einer Entscheidungsunsicherheit sein, die den Patienten zum Austausch mit anderen, zum Einholen weiterer Informationen und zur vermehrten Beschäftigung mit Selbstheilungskräften veranlasst. Insoweit kann sie auch einen positiven Einfluss auf den Patienten ausüben (24). Durch Anpassung der Bewältigungsstrategien an die neue Situation kann die Angst auf Dauer reduziert werden (13). Weiterhin fördern der Erhalt der Selbstbestimmung und die Einbeziehung in wichtige Entscheidungsprozesse die Compliance des Patienten, seine Zufriedenheit mit der Wahl der Therapie und seine gesundheitliche Entwicklung (3, 6, 11, 61). Eine wichtige Voraussetzung für die Einbeziehung des Patienten in die Therapieplanung ist jedoch eine umfangreiche Aufklärung über seine Erkrankung einschließlich Prognose und Therapiealternativen sowie das Vorhandensein emotionaler und intellektueller Kapazitäten (11, 13, 66, 67). Da dies häufig nicht der Fall ist, ist es fraglich, ob die meisten Patienten gut genug vorbereitet sind, weit reichende Entscheidungen bezüglich einer Therapie treffen zu können (49).

Auch in dieser Arbeit wurden in knapp der Hälfte aller Aufklärungsgespräche (46 %) keine Aussagen zu Therapiealternativen getroffen. Bei 49 % der Gespräche erfolgten 1-8 Kodierungen und in lediglich 5 % der Gespräche kam es zu einem ausführlichen Dialog über Therapiealternativen mit 15-25 Kodierungen.

Weiterhin hatte nur etwa die Hälfte der Patienten Vorinformationen zur Strahlentherapie durch andere Ärzte, Verwandte/Bekannte oder die Medien erhalten,

wobei keine Angaben zur Qualität oder zum Ausmaß der bereits erhaltenen Informationen gemacht wurden (2). Auch über psychische und kognitive Eigenschaften des Patienten liegen keine Daten vor. Aufgrund der Ergebnisse dieser Studie sowie Berichten aus anderen bereits genannten Untersuchungen kann man annehmen, dass die Patienten entweder über zu wenig Informationen verfügten oder aber nicht die erforderlichen persönlichen Eigenschaften mitbrachten, um mit der Aufgabe der Therapieentscheidung zurechtzukommen.

4.8 Häufigkeit der Arzt-Patienten-Kontakte

Ein denkbarer Grund für die fehlenden Unterschiede in der Gesprächszufriedenheit in dieser Studie ist, dass es sich in der Mehrzahl der Fälle um einen ersten Kontakt zwischen Arzt und Patient handelte und somit noch kein Vertrauensverhältnis aufgebaut werden konnte. Graugaard et al beschreiben, dass Patienten in einem zweiten und dritten Gespräch zufriedener waren als während des ersten Treffens und der Anteil sozialemotionaler Inhalte zuungunsten der medizinisch-sachlichen Inhalte zugenommen habe (15).

Weiterhin ist zu bedenken, dass der Patient kurz vor Therapiebeginn steht, möglicherweise große Angst vor der Strahlentherapie hat und häufig über wenig Informationen hinsichtlich Ablaufs, Dauer und Nebenwirkungen der Therapie verfügt. In dieser Situation ist es schwierig, differenzierte Aussagen des Patienten über die eigene Zufriedenheit bereits eine Stunde nach dem Aufklärungsgespräch zu verlangen. Es können lediglich erste Eindrücke in die Beurteilung eingebracht werden, eine fundierte Stellungnahme mit Kritik oder Lob an einzelnen Gesprächselementen kann erst mit zeitlichem Abstand erfolgen.

4.9 Die Rolle der Angehörigen

In dieser Studie kamen 29 Patienten in Begleitung einer weiteren Person wie z.B. Ehepartner, Lebenspartner, Kinder oder Freunde mit zum Aufklärungsgespräch. 28 Patienten kamen alleine. Auch wenn keine weiterführenden Befragungen der Patienten über z.B. die Auswirkung einer Begleitperson auf die emotionale Bewältigung der Situation durchgeführt wurden, soll dieser Aspekt nicht außer Acht gelassen werden. Die Krebserkrankung stellt nicht nur für den Patienten, sondern auch für die Familienangehörigen eine erhebliche psychische Belastung dar, unter der Familien

einerseits zerbrechen, andererseits aber auch ihre emotionalen Beziehungen vertiefen können. Die Einbeziehung von nahe stehenden Personen ist für eine gemeinsame Krankheitsverarbeitung und gegenseitiges Verstehen und Unterstützen von zentraler Bedeutung. Auch ihnen sollte die Möglichkeit zur psychoonkologischen Beratung gegeben werden, um Hilfestellungen im Umgang mit der neuen Situation zu erhalten (3). Sie selbst können dem Patienten emotionale Unterstützung bieten, das Gespräch im Nachhinein zusammen mit ihm reflektieren, sich aber auch persönlich vom Arzt über Therapiemöglichkeiten und deren Konsequenzen informieren lassen.

4.10 Auswirkungen einer erfolgreichen Aufklärung

Die exakte Einschätzung der Patientenbedürfnisse stellt hohe Ansprüche an das psychologische Wissen des aufklärenden Arztes. Je größer sein Erfahrungsschatz ist, desto leichter wird es ihm fallen, die Bedürfnisse des Patienten zu beurteilen und darauf einzugehen (29, 54). Schwieriger dagegen gestaltet sich die Einschätzung der vorhandenen Bewältigungs-/Copingstrategien. Nach Sehlen et al hat der Familienstand einen signifikanten Einfluss auf problemorientiertes Coping, während Alter, Kinder, Ausbildung, T/M-Status oder kurative/palliative Therapie keinen Einfluss auf Copingstrategien haben (60). Erfolgt trotz geschilderter Schwierigkeiten eine Informationsgabe durch das medizinische Personal in Anpassung an die individuellen Bedürfnisse und die Ausprägung der Bewältigungsstrategien des Patienten, können das Gefühl der Kontrollierbarkeit und der Selbstwirksamkeit erheblich gesteigert, Selbstheilungskräfte gefördert, Angst reduziert und die Symptomatik deutlich verbessert werden (32, 42). Als Vorstufe hierzu kann man die gesteigerte Compliance, d.h. die Mitarbeit während der Behandlung (41, 59), sowie Selbstheilungskräfte im Sinne von Entspannungs- und Meditationstechniken, Naturheilverfahren oder Diät ansehen (26).

4.10.1 Auswirkungen von Informationsüberfluss und -mangel oder Versagen der Bewältigungsstrategien

Eine schlechte Arzt-Patienten-Kommunikation ist eng verknüpft mit Unsicherheit, Verleugnungsstrategien, Angst, Depression, Non-Compliance und einer problematischen psychischen Anpassung an die Krebserkrankung (39).

Bei Informationsüberfluss oder Versagen der Bewältigungsstrategien des Patienten

können emotionaler Stress, reduzierte Kooperation in der Therapie und vermehrtes Auftreten von Nebenwirkungen die Folge sein. Informationen, die also ursprünglich die Selbstwirksamkeit und das Gefühl, das eigene Schicksal aktiv kontrollieren zu können, steigern sollten, haben hierdurch weiteren Stress induziert (26, 42). Der von Bandura 1977 geprägte Begriff der Selbstwirksamkeitserwartung spielt insbesondere bei Krebspatienten eine entscheidende Rolle. Man versteht darunter die Vorstellung, ein Individuum besitze die Fähigkeit zur Kontrolle von Ereignissen, die das Wohlbefinden betreffen (42). Selbst wenn dem medizinischen Personal bekannt ist, dass die jetzige Lebenssituation dem Patienten abfordert, Fertigkeiten für den Umgang mit dieser Erkrankung zu entwickeln, wird man kaum Zeit und ausreichendes psychologisches Wissen haben, um eine exakte Einschätzung über die richtige Dosierung an Informationen treffen zu können. Ein ähnliches Problem ergibt sich bei Einschätzung der vorhandenen Bewältigungs-/Copingstrategien.

Erhält der Patient nach seinem Empfinden zu wenig oder lediglich oberflächliche Auskünfte im Aufklärungsgespräch, wird dies das Gefühl der Besorgnis steigern (13, 27). Schnell kann der Eindruck entstehen, der Arzt verheimliche eine potentiell bedrohliche Nachricht (13). Weiterhin kann das Auftreten von Nebenwirkungen laut Poroch bei einem Mangel an Information über eine Strahlentherapie fälschlicherweise als Ausbruch oder Fortschreiten der Erkrankung gedeutet werden und erneut Angst induzieren. Als negative Konsequenz daraus wären z.B. Wut gegenüber dem Arzt oder Zweifel an der Effizienz der Therapie denkbar (41).

Die richtige Gewichtung einzelner Aspekte im Gespräch stellt eine schwierige Aufgabe des Arztes dar. Das Ziel besteht darin, weder zu viel Hoffnung zu wecken noch unnötige Verzweiflung auszulösen. Klusmann, Appold und Leuschner bezeichnen diesen Prozess als Vorgang des „Austarierens“, indem der Arzt seine eigenen Aussagen ergänzt, abmildert, relativiert etc. und hierdurch die Intensität der Darstellung verändern kann (29).

4.11 Schlussfolgerungen und Bedeutung für den klinischen Alltag

Auch wenn Mediziner über wichtige Aspekte in der Kommunikation mit Patienten informiert sind, verfügen die wenigsten über die interpersonellen Fähigkeiten für eine maximal effiziente Gesprächsführung (45). Die Ausbildung von Ärzten auf dem Gebiet der Gesprächsführung könnte Patienten helfen, mit Krankheiten und deren Therapien besser umzugehen und Ängste vor bedrohlichen Ereignissen zu reduzieren (24).

Eine erfolgreiche Trainingsmethode wäre die Aufnahme von Aufklärungsgesprächen auf Tonträger mit anschließendem Feedback-Gespräch, in dem sowohl Kommunikationsstil als auch der Klang der Stimme beurteilt werden sollten (1, 39, 47). Da mit Hilfe des RIAS sowohl der Inhalt des Gesprächs als auch die Stimmqualität der beteiligten Personen beurteilt werden können, stellt sie, wie bereits mehrfach nachgewiesen, eine geeignete Methode zur Schulung von medizinischem Personal dar (45, 65).

Entscheidend ist das Erlernen eines patientenzentrierten Gesprächsstils. Es handelt sich hierbei um eine Methode, in der die Gedanken des Patienten im Mittelpunkt des Gesprächs stehen und in der der Patient unter Beachtung seiner individuellen Wünsche aktiv in den Behandlungsprozess einbezogen wird (27, 45, 61, 67). Charakteristiken einer solchen Aufklärung sind offen endende Fragen, das Eingehen auf emotionale Belange, die Kombination aus biomedizinischen und psychosozialen Inhalten in Abhängigkeit von der Behandlung und der Verfassung des Patienten und die Sicherstellung gegenseitigen Verstehens (27, 45). In einer Studie von Roter et al konnte der Erfolg eines solchen Trainingsprogramms in Bezug auf größere Zufriedenheit mit dem Gespräch und die vermehrte Weitergabe biomedizinischer Informationen durch den Patienten nachgewiesen werden (45). Eine Reihe weiterer Studien bestätigt die Beziehung zwischen einer gesteigerten Compliance und dem patientenzentrierten Gesprächsstil (39). Der größte Effekt wird dabei den offen endenden Fragen des Arztes beigemessen. Die weitaus verbreitetere Verwendung geschlossener Fragen zur Kontrolle und zeitlichen Lenkung des Gesprächs zeigte eine verminderte klinische Effektivität (45). Ebenso konnten die Befürchtungen der Ärzte hinsichtlich unbeherrschbarer und erheblich längerer Arzt-Patienten-Gespräche bei Eingehen auf Sorgen des Patienten widerlegt werden (48, 64).

In einer weiteren Studie von Roter et al erkannten Ärzte bereits nach einer achtstündigen Schulung im Sinne des patientenzentrierten Stils signifikant häufiger psychosoziale Probleme des Patienten und benutzten vermehrt die erlernten Strategien für den Umgang mit emotional gestressten Patienten. Im Gegensatz zur Vergleichsgruppe resultierte daraus ein gesteigerter klinischer Erfolg sowie eine größere Reduktion der emotionalen Belastung beim Patienten für bis zu sechs Monate nach dem medizinischen Gespräch (48). Auch Vegni und Moja beschrieben eine erhöhte Aufmerksamkeit der Ärzte nach einem 16-stündigen Kommunikationstraining in Bezug auf die psychosozialen Belange der Patienten (65).

Weitere Fähigkeiten, die Ärzten in Schulungen beigebracht wurden und einen positiven

Effekt auf die Patienten hatten, sind eine geringere verbale Dominanz und der Aufbau einer Partnerschaft durch Ermutigung des Patienten, seine Meinung, Erwartungen und Hoffnungen zu beschreiben (49).

Da ein kranker Mensch sehr sensibel Unstimmigkeiten zwischen verbalem und nonverbalem Verhalten des Arztes erkennen und somit seine Authentizität einschätzen kann, spielt neben dem verbalen Verhalten auch die Mimik und Gestik eine entscheidende Rolle im Umgang mit dem Patienten (39, 47). Unter Berücksichtigung dieses Kriteriums sind Videoaufnahmen bereits erfolgreich zu Schulungszwecken eingesetzt worden (5, 64). Nonverbale Gesprächstechniken sollten laut Bensing, Kerrens und van der Pasch bereits in der medizinischen Ausbildung gelehrt werden (4).

Im Unterschied zur Weiterentwicklung von Therapieregimen und technischen Hilfsmitteln, die kostspielig und langwierig in der Entstehung sind, ist eine Verbesserung der Informationsgabe und der Arzt-Patienten-Kommunikation eine Kosten sparende und viel versprechende Maßnahme, die zudem leicht und integriert in die Routinepraxis erlernt werden kann (27, 48).

5 Zusammenfassung

Die vorliegende Studie befasst sich mit der Analyse von Arzt-Patienten-Interaktionen im Aufklärungsgespräch vor einer Strahlentherapie.

Es handelt sich um eine Kohortenstudie mit Krebspatienten, die zum strahlentherapeutischen Aufklärungsgespräch das Universitätsklinikum Marburg besuchten. Die Datenerhebung erfolgte durch das Abhören und Kodieren von Aufklärungsgesprächen, die auf Tonbandkassetten aufgenommen worden waren. Hierbei wurde das modifizierte Roter Interaction Analysis System (RIAS) verwendet. Auf diese Weise erfolgte neben einer qualitativen Analyse (Bewertung der Gesamtstimmung) und einer quantitativen Analyse (Kodierungshäufigkeit von einzelnen Variablen) die Dokumentation der äußeren Umstände. Von den insgesamt 63 zur Verfügung stehenden Tonbandaufnahmen erfüllten 57 die Einschlusskriterien und wurden in die Studie aufgenommen. Die Aufklärungsgespräche wurden von drei Fachärzten für Strahlentherapie geführt, deren Patientengruppen sich in den demographischen Basisdaten wie Alter, Geschlecht und Familienstand ebenso wie in den klinischen Kriterien Diagnose und Therapieziel nicht wesentlich unterschieden.

Die Untersuchung der Arzt-Patienten-Interaktionen unter Verwendung des RIAS ergab in zahlreichen Kategorien sowohl der inhaltlichen Kodierung (quantitative Analyse) als auch der Kodierung der Gesamtstimmung (qualitative Analyse) signifikante Unterschiede im Gesprächsverhalten sowohl der drei Ärzte als auch der jeweiligen Patientengruppe.

Obwohl es sich in der Studie um Aufklärungsgespräche für eine einzige Therapieform, nämlich die Strahlentherapie, handelte und sich die drei Patientengruppen nicht signifikant in ihren Charakteristiken unterschieden, dennoch die Gesprächsinhalte signifikant in Abhängigkeit vom aufklärenden Arzt differierten. Demnach erfolgt ein medizinisches Aufklärungsgespräch nur bis zu einem gewissen Grad in standardisierter Form und hängt wesentlich von persönlichen Merkmalen der aufklärenden Person ab.

Gesprächsinhalte wie das Ausdrücken von Zustimmung oder die positive Charakterisierung Dritter sowie das Ansprechen emotionaler Aspekte führten dazu, dass sich der Patient häufiger verbal äußerte und stärker in das Gespräch einbrachte. Auch das Vermeiden von Äußerungen des Arztes, die Einfluss auf den Patienten hinsichtlich der Änderung von Verhaltensweisen oder Alltagsabläufen haben könnten, führte zu einer stärkeren Partizipation des Patienten am Aufklärungsdialog.

Demgegenüber zeigte sich Verunsicherung der Patienten und daraus folgend nur geringe Beteiligung am Gespräch, wenn die Vermittlung medizinischen Wissens (Aussagen zu Untersuchungsergebnissen, Medikamenten, Therapien, Nebenwirkungen, zur Diagnose und zum organisatorischen Ablauf der kommenden Zeit) im Vordergrund stand. Ähnliche Effekte zeigten sich, wenn die Entscheidung und damit die Verantwortung für die Therapie dem Patienten zugewiesen wurden.

Weiterhin konnte belegt werden, dass eine Beeinflussung der Gesprächspartner auf verschiedenen Gesprächsebenen stattfand. Sprach der Patient emotionale Themen an, zeigte Verunsicherung, Ängste oder negative Gefühle, antwortete der Arzt darauf mit empathischen Aussagen oder auch näheren fachlichen Erläuterungen. Sprach ein Gesprächspartner medizinisch-fachliche Gesprächsinhalte, beziehungsweise nicht-medizinische, alltägliche Themenbereiche an, wurden diese überzufällig häufig innerhalb der entsprechenden Kodierungskategorien beantwortet.

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen weiterhin ein geschlechtsspezifisches Gesprächsverhalten. Frauen verbalisierten signifikant häufiger Ängste und Sorgen und stellten mehr Fragen zu Nebenwirkungen der Strahlentherapie, zu medizinischen Sachverhalten und zu organisatorischen Abläufen. Männer versuchten dagegen häufiger, die Verantwortung für Therapieentscheidungen oder organisatorische Abläufe auf den Arzt zu übertragen.

Die Einbeziehung der Patienten in die Entscheidung über die Therapie und den Therapieablauf unter Berücksichtigung ihrer kognitiven und psychoemotionalen Situation in den Aufklärungsgesprächen wird häufig vernachlässigt oder ineffektiv durchgeführt. 88% der in die Studie involvierten Patienten wurden nicht nach ihrer Meinung zur Therapie gefragt, mit weiteren 46% der Patienten wurde nicht über Therapiealternativen gesprochen. Wurden die Patienten zu einer Entscheidung bezüglich des weiteren Therapieverlaufes aufgefordert, konnte bei einem Großteil der untersuchten Patienten deutliche Anzeichen von Überforderung beobachtet werden.

Zusammenfassend ist als Ergebnis dieser Studie festzustellen, dass eine effiziente und umfassende Schulung und Fortbildung von Ärzten, Medizinstudenten und medizinischem Personal auf dem Gebiet der Gesprächsführung eine wichtige Aufgabe darstellt, um dem Patienten durch adäquate Kommunikation eine verantwortliche Beteiligung am Therapiegeschehen zu ermöglichen und damit einen wesentlichen Beitrag zum Therapieerfolg zu leisten.

6 Literaturverzeichnis

1. Ambady N, Laplante D, Nguyen T, Rosenthal R, Chaumeton N, Levinson W. 2002. Surgeons' tone of voice: a clue to malpractice history. *Surgery* 132: 5-9
2. Baumgartner G. 2005. Aufklärung zur Strahlentherapie: Patientenerwartungen und Auswirkung auf das Erleben der Strahlenbehandlung. Medizinische Dissertation, Universität Marburg
3. Behrends R, Gruber U, Hartl L, Kotterik S, Lipp T, et al. 2001. Supportive Maßnahmen und symptomorientierte Therapie. München: Tumorzentrum München. 279-97 pp.
4. Bensing JM, Kerssens JJ, van der Pasch M. 1995. Patient-directed gaze as a tool for discovering and handling psychosocial problems in general practice. *Journal of Nonverbal Behavior* 19(4): 223-42
5. Bensing JM, Sluijs EM. 1985. Evaluation of an interview training course for general practitioners. *Soc Sci Med* 20: 737-44
6. Bredart A, Bouleuc C, Dolbeault S. 2005. Doctor-patient communication and satisfaction with care in oncology. *Curr Opin Oncol* 17: 351-4
7. Buick DL, Petrie KJ, Booth R, Probert J, Benjamin C, Harvey V. 2000. Emotional and Functional Impact of Radiotherapy and Chemotherapy on Patients with Primary Breast Cancer. *J of Psychosoc Oncol* 18(1): 39-62
8. D' haese S, Vinh-Hung V, Bijdekerke P, Spinnoy M, De Beukeleer M, et al. 2000. The effect of timing of the provision of information on anxiety and satisfaction of cancer patients receiving radiotherapy. *J Cancer Educ* 15: 223-7
9. De Gruyter W. 2002. *Pschyrembel*. Berlin, New York

10. Deutsche. 2005. Die blauen Ratgeber - Strahlentherapie. Deutsche Krebshilfe e.V., Bonn
11. Deyo RA, Cherkin DC, Weinstein J, Howe J, Ciol M, Mulley AG, Jr. 2000. Involving patients in clinical decisions: impact of an interactive video program on use of back surgery. *Med Care* 38: 959-69
12. Eide H, Frankel R, Haaversen AC, Vaupel KA, Graugaard PK, Finset A. 2004. Listening for feelings: identifying and coding empathic and potential empathic opportunities in medical dialogues. *Patient Educ Couns* 54: 291-7
13. Gattellari M, Voigt KJ, Butow PN, Tattersall MH. 2002. When the treatment goal is not cure: are cancer patients equipped to make informed decisions? *J Clin Oncol* 20: 503-13
14. Gordon GH, Joos SK, Byrne J. 2000. Physician expressions of uncertainty during patient encounters. *Patient Educ Couns* 40: 59-65
15. Graugaard PK, Eide H, Finset A. 2003. Interaction analysis of physician-patient communication: the influence of trait anxiety on communication and outcome. *Patient Educ Couns* 49: 149-56
16. Haasche A, Hassenstein U. 1996. [Needs and expectations of cancer patients from their physicians: what do patients expect?]. *Geburtshilfe Frauenheilkd* 56: M39-41
17. Hall JA, Irish JT, Roter DL, Ehrlich CM, Miller LH. 1994. Satisfaction, gender, and communication in medical visits. *Med Care* 32: 1216-31
18. Hall JA, Roter DL. 1995. Patient gender and communication with physicians: results of a community-based study. *Womens Health* 1: 77-95

19. Hall JA, Roter DL. 1998. Medical communication and gender: a summary of research. *J Gend Specif Med* 1: 39-42
20. Hammick M, Tutt A, Tait DM. 1998. Knowledge and perception regarding radiotherapy and radiation in patients receiving radiotherapy: a qualitative study. *Eur J Cancer Care (Engl)* 7: 103-12
21. Harrison DE, Galloway S, Graydon JE, Palmer-Wickham S, Rich-van der Bij L. 1999. Information needs and preference for information of women with breast cancer over a first course of radiation therapy. *Patient Educ Couns* 38: 217-25
22. Hubert A, Kantor G, Dilhuydy JM, Toulouse C, Germain C, et al. 1997. Patient information about radiation therapy: a survey in Europe. *Radiother Oncol* 43: 103-7
23. Inui TS, Carter WB, Kukull WA, Haigh VH. 1982. Outcome-based doctor-patient interaction analysis: I. Comparison of techniques. *Med Care* 20: 535-49
24. Johnson JE. 1996. Coping with radiation therapy: optimism and the effect of preparatory interventions. *Res Nurs Health* 19: 3-12
25. Kaufmann GW, Moser E, Sauer R. 2001. Strahlentherapie und Radioonkologie. In: *Radiologie: Urban & Fischer*
26. Kaufmann M, Ernst B. 2000. Was Frauen mit Krebs erfahren, empfinden, wissen und vermissen. *Dtsch Ärztebl* 47
27. Kerr J, Engel J, Schlesinger-Raab A, Sauer H, Holzel D. 2003. Communication, quality of life and age: results of a 5-year prospective study in breast cancer patients. *Ann Oncol* 14: 421-7
28. Kerssens JJ, Bensing JM, Andela MG. 1997. Patient preference for genders of health professionals. *Soc Sci Med* 44: 1531-40

29. Klusmann D, Appold S, Leuschner C. 1998. Das ärztliche Aufklärungsgespräch, 82-104 In: R. Verres & D. Klusmann (Hrsg.): Strahlentherapie im Erleben der Patienten
30. Koller M. 1988. Risk as a determinant of trust. *Basic Appl Soc Psychol* 9: 265-76
31. Koller M. 1992. Sozialpsychologie des Vertrauens: Ein Überblick über theoretische Ansätze. *Psychol Beitr* 34:98-112
32. Koller M, Schmitz G, Becker K, Lorenz W, Engenhardt-Cabillic R. 2004. Welche Art von Information brauchen Krebspatienten? Zusammenhänge zwischen der Patientenaufklärung und dem Erleben der Strahlentherapie, 46-57 In: Bartsch HH, Weis J, (Hrsg.): *Gemeinsame Entscheidung in der Krebstherapie*. Basel: Karger
33. Lamszus K, Verres R. 1998. Strahlentherapie im Erleben von Patienten, 54-65 In: R. Verres & D. Klusmann (Hrsg.): *Strahlentherapie im Erleben der Patienten*. Heidelberg
34. Landis SH, Murray T, Bolden S, Wingo PA. 1998. Cancer statistics, 1998. *CA Cancer J Clin* 48: 6-29
35. McIlmurray MB, Thomas C, Francis B, Morris S, Soothill K, Al-Hamad A. 2001. The psychosocial needs of cancer patients: findings from an observational study. *Eur J Cancer Care (Engl)* 10: 261-9
36. Molls M, Müller RP, Seegenschmiedt MH, Kamprad F. 2001. Aufklärung in der Radioonkologie. Rahmenbedingungen und praktische Durchführung. Tübingen. 1-7 pp.
37. Montgomery C, Lydon A, Lloyd K. 1999. Psychological distress among cancer patients and informed consent. *J Psychosom Res* 46: 241-5

38. National. 2000. Psychosocial clinical practice guidelines. Information, support and counselling for women with breast cancer., Canberra
39. Ong LM, Visser MR, Lammes FB, de Haes JC. 2000. Doctor-patient communication and cancer patients' quality of life and satisfaction. *Patient Educ Couns* 41: 145-56
40. Perneger TV. 1998. What's wrong with Bonferroni adjustments. *Bmj* 316: 1236-8
41. Poroch D. 1995. The effect of preparatory patient education on the anxiety and satisfaction of cancer patients receiving radiation therapy. *Cancer Nurs* 18: 206-14
42. Ream E, Richardson A. 1996. The role of information in patients' adaptation to chemotherapy and radiotherapy: a review of the literature. *Eur J Cancer Care (Engl)* 5: 132-8
43. Roter. 2001. *The Rotor Interaction Analysis System (RIAS) - Coding Manual*, Baltimore
44. Roter D, Larson S. 2002. The Roter interaction analysis system (RIAS): utility and flexibility for analysis of medical interactions. *Patient Educ Couns* 46: 243-51
45. Roter D, Rosenbaum J, de Negri B, Renaud D, DiPrete-Brown L, Hernandez O. 1998. The effects of a continuing medical education programme in interpersonal communication skills on doctor practice and patient satisfaction in Trinidad and Tobago. *Med Educ* 32: 181-9
46. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. 2002. Physician gender effects in medical communication: a meta-analytic review. *Jama* 288: 756-64
47. Roter DL, Hall JA, Katz NR. 1987. Relations between physicians' behaviors and analogue patients' satisfaction, recall, and impressions. *Med Care* 25: 437-51

48. Roter DL, Hall JA, Kern DE, Barker LR, Cole KA, Roca RP. 1995. Improving physicians' interviewing skills and reducing patients' emotional distress. A randomized clinical trial. *Arch Intern Med* 155: 1877-84
49. Roter DL, Larson S, Fischer GS, Arnold RM, Tulsy JA. 2000. Experts practice what they preach: A descriptive study of best and normative practices in end-of-life discussions. *Arch Intern Med* 160: 3477-85
50. Roter DL, Stewart M, Putnam SM, Lipkin M, Jr., Stiles W, Inui TS. 1997. Communication patterns of primary care physicians. *Jama* 277: 350-6
51. Sanson-Fisher R, Girgis A, Boyes A, Bonevski B, Burton L, Cook P. 2000. The unmet supportive care needs of patients with cancer. Supportive Care Review Group. *Cancer* 88: 226-37
52. Schafer C, Dietl B, Putnik K, Altmann D, Marienhagen J, Herbst M. 2002. Patient information in radiooncology results of a patient survey. *Strahlenther Onkol* 178: 562-71
53. Schafer C, Herbst M. 2003. Ethical aspects of patient information in radiation oncology. An introduction and a review of the literature. *Strahlenther Onkol* 179: 431-40
54. Schlömer-Doll U, Doll D. 2000. Information und emotionale Unterstützung. *Dtsch Arztebl* 46
55. Schlund GH. 2001. [Requirements for patient education exemplified by radiotherapy]. *Strahlenther Onkol* 177: 121-4
56. Schmid Mast M, Kindlimann A, Hornung R. 2004. [How gender and communication style of physicians affect patient satisfaction: the little difference]. *Schweiz Rundsch Med Prax* 93: 1183-8
57. Schneider G. 2002. Mit Strahlen Leben erhalten. Informationen für

Bestrahlungspatienten, deren Angehörige und allen Interessierten. Wuppertal: 3S-Verlag. 52 pp.

58. Sehlen S, Hollenhorst H, Schymura B, Herschbach P, Aydemir U, et al. 2003. Psychosocial stress in cancer patients during and after radiotherapy. *Strahlenther Onkol* 179: 175-80
59. Sehlen S, Hollenhorst H, Schymura B, Song R, Aydemir U, et al. 2000. Radiotherapy: Impact of Quality of Life and Need for Psychological Care: Results of a Longitudinal Study. *Onkologie* 23: 565-70
60. Sehlen S, Song R, Fahmuller H, Herschbach P, Lenk M, et al. 2003. Coping of cancer patients during and after radiotherapy - a follow-up of 2 years. *Onkologie* 26: 557-63
61. Stiggelbout AM, Kiebert GM. 1997. A role for the sick role. Patient preferences regarding information and participation in clinical decision-making. *Cmaj* 157: 383-9
62. Street RL, Jr., Gordon HS, Ward MM, Krupat E, Kravitz RL. 2005. Patient participation in medical consultations: why some patients are more involved than others. *Med Care* 43: 960-9
63. ten Kroode HF. 1998. Active listening to cancer patients' stories. *Neth J Med* 53: 47-52
64. van Dulmen AM, van Weert JC. 2001. Effects of gynaecological education on interpersonal communication skills. *Bjog* 108: 485-91
65. Vegni E, Moja EA. 2004. Effects of a course on ophthalmologist communication skills: a pilot study. *Educ Health (Abingdon)* 17: 163-71
66. Verhaak CM, Kraaimaat FW, Staps AC, van Daal WA. 2000. Informed consent in palliative radiotherapy: participation of patients and proxies in treatment

decisions. Patient Educ Couns 41: 63-71

67. Wensing M, Elwyn G, Edwards A, Vingerhoets E, Grol R. 2002. Deconstructing patient centred communication and uncovering shared decision making: an observational study. BMC Med Inform Decis Mak 2: 2
68. Wurzbacher K. 2003. Forschungsreaktor FRM II: Krebsbehandlung mit Neutronen fragwürdig. Andere Strahlenarten wirken effektiver und schonender. München: Umweltinstitut München e.V. 24 pp.
69. www.krebshilfe.de (04.11.2007)
70. www.RIAS.org (23.08.2007)
71. Zander-Heinz AC, Budischewski K. 2003. Bedeutung und Messung der Lebensqualität In: Adamietz, I., Knecht, R., Laubert, A., Schilcher, R.B. (Hrsg.): Maligne Rezidive im Kopf-Hals-Bereich. Stuttgart, New York

7 Anhang

Kodierungsbogen 1

Fallnummer:	Arzt	Patient
1. Agree		
2. Approve		
3. BC		-----

4. *Bezug auf Aussagen Dritter		
5. Check		
6. Comp		
7. Concern		
8. Crit		
9. Disapprove		
10. Empathy		
11. ?Bid		
12. ?Opinion		-----

13. ?Reassures		
14 ?Understand		

Fallnummer:	Arzt	Patient
15. *Grenzen der Medizin		-----

16. Laughs		
17. Legit		
18. Orient		
19. Partner		-----

20. Personal		
21. R/O		
22. SDis		-----

23. *Übertragung von Verantwortung		
24. ?Med		
25. ?Tera		
26. *?Therapiealternativen		
27. *?NW		
28. ?L/S		

Fallnummer:	Arzt	Patient
29. ?P/S-F		
30. ?Other		
31. *?Organisation		
32. Gives-Med		
33. Gives-Thera		
34. *Gives- Therapiealternativen		-----

35. *Gives-NW		
36. Gives L/S		
37. Gives-P/S	-----	

38. *Gives-Organisation		
39. Gives-Other		
40. C-Med/Thera		-----

41. C-L/S-P/S		-----

42. ?Service	-----	

43. *Sonstiges		

Kodierungsregeln

1. „Agree“ = Shows Agreement or Understanding	Zeichen des Verstehens, der Übereinstimmung soziale Höflichkeiten und Entschuldigungen, die keine Antwort auf Gefühle des anderen sind negative Ausdrücke der Zustimmung
2. „Approve“ = Shows Approval-Direct	Komplimente, die direkt die andere Person betreffen Zeigen von Dankbarkeit Jegliche Ausdrücke, die Zustimmung, Respekt oder Lob dem anderen gegenüber bringen Äußerung, die positive Gefühle als Antwort auf eine Aussage des anderen beinhaltet Komplimente über eine Sache oder Person, die direkt mit dem Gesprächspartner in Verbindung stehen
3. „BC“ = Back channel (Arzt-Kategorie)	Ausdrücke, die den Sprecher zum Weiterreden ermuntern
4. „*Bezug auf Aussagen Dritter“	Wiederholen von Aussagen Dritter, z.B. auf Stellungnahmen eines anderen Arztes zum medizinischen Problem
5. „Check“ = Paraphrase/Checks for understanding, accuracy, confirmation, clarification	Fragen, die etwas eben Gesagtes reflektieren und so zur Wiederholung oder näheren Erläuterung auffordern Paraphrasieren oder Wiederholen des Gesagten zur Versicherung, ob etwas richtig verstanden wurde Wiederholen von unpräzisen Aussagen z.B. zur Zeit in einer anderen Formulierung Bezug auf schon eine Weile zurückliegend Gesagtes Wiederholen von bekanntem Wissen z.B. aus Akte
6. „Comp“ = Gives Compliment-General	Komplimente über am Gespräch unbeteiligten Personen, soweit diese Aussagen keine emotionalen Folgen im Sinne von Hoffnung für den anderen darstellen und somit in die Kategorie „R/O“ fallen

7. „Concern“ = Shows Concern or Worry	Ereignis, das während des Gesprächs von unmittelbarem Interesse ist aktuelle Besorgnis, die sich nicht auf ein allgemeines Problem oder die Vergangenheit bezieht negative emotionale Beschreibung der gesundheitlichen Situation Entschuldigungen, die als Frage, nicht als Höflichkeitsfloskel verwendet werden Fragen der Besorgnis, in denen der andere als Subjekt fungiert z.B. während der Untersuchung Selbstkritik
8. „Crit“ = Shows Criticism-General	Kritik, Unverständnis, Widerspruch gegenüber am Gespräch unbeteiligten Personen Sarkasmus defensive Aussagen im Bezug auf Dritte
9. „Disapprove“ = Shows Disapproval-Direct	Unstimmigkeit, Kritik, Verneinung, Widerspruch, die direkt die andere Person betreffen Sarkasmus Aussagen der Verteidigung, des Protests
10. „Empathy“	Paraphrasieren, Interpretieren oder Benennen der emotionalen Verfassung des anderen
11. „?Bid“ = Bid for Repitition	Nachfrage, wenn etwas akustisch nicht verstanden wurde
12. „?Opinion“ = Asks for Opinion (Arzt-Kategorie)	Frage nach Meinung, Stellungnahme zur Diagnose, Behandlung, Prognose, Ätiologie Frage nach Erlaubnis
13. „?Reassures“ = Asks for Reassurance	Fragen der Beunruhigung, besonders verdeutlicht durch Tonfall und Intonation, die Rückversicherung fordern
14. „?Understand“ = Asks for Understanding	Frage danach, ob der andere dem Gespräch folgen kann

15. „*Grenzen der Medizin“ (Arzt-Kategorie)	Vermittlung von Grenzen der medizinischen Möglichkeiten und des medizinischen Wissens
16. „Laughs“ = Laughs, Tell Jokes	Witze machen, den anderen unterhalten, Lachen als Antwort auf Witze
17. „Legit“ = Legitimizes	Ausdrücke, die zeigen, dass Ängste, Verhaltensweisen und Gedanken des anderen normal und verständlich sind Ausdrücke, die generalisieren und normalisieren
18. „Orient“ = Gives Orientation, Instructions	Information, was im folgenden Gespräch oder in der Untersuchung passiert, Leitung der anderen Person Aufforderung, etwas zu tun
19. „Partner“ = Partnership (Arzt-Kategorie)	Aussagen, die das Arzt-Patienten-Verhältnis bezüglich Therapieplanung, Entscheidungsfindung etc. betonen und häufig „Wir“ beinhalten
20. „Personal“ = Personal Remarks, Social Conversation	Begrüßung und Verabschiedung Antwort auf Begrüßung und freundliche Gesten Gespräch über Wetter, Sport, nicht-medizinische Themen
21. „R/O“ = Reassures, encourages or shows optimism	Ausdrücke, die Optimismus und Hoffnung ausdrücken, sehr persönlich sind und die jetzige Situation von Arzt und Patient betreffen prognostische Aussagen, die emotionale Konsequenzen haben positive emotionale Beschreibung über sich selbst, nahe stehende Personen oder über die medizinische Situation Aussagen, die zum Ausdruck bringen, sich der Gefühle des anderen bewusst zu sein und darauf Rücksicht zu nehmen
22. „Sdis“ = Selfdisclosure (Arzt-Kategorie)	Preisgabe persönlicher Erfahrungen, die bedeutend oder hilfreich für den Patienten sein könnten
23. „*Übertragung von Verantwortung“	Übertragung von Verantwortung von Arzt auf Patient mit der Intention der Entscheidungsfreiheit, Eigenverantwortlichkeit Übertragung von Verantwortung von Patient auf Arzt als Zeichen der Überforderung mit dem aktuellen medizinischen Problem oder des Vertrauensbeweises gegenüber dem Arzt

24. „?Med“ = Asks Questions	Fragen nach Kranken- oder Familiengeschichte, vorangegangene Behandlungen, Symptome, Allergien, körperlichem Befinden
25. „?Thera“ = Asks Questions	Fragen zur vergangenen, momentanen oder zukünftigen Medikamenteneinnahme, Behandlungsmaßnahmen und Anpassung der Lebensumstände, die konkret mit der jetzigen Krankheit zu tun haben
26. „*?Therapie-alternativen	Fragen nach Alternativen zur angestrebten Strahlentherapie
27. „*?NW“	Fragen nach möglichen Nebenwirkungen der Therapie
28. „?L/S“ = Asks Questions	Fragen zu Lebensgewohnheiten wie Rauchen, Diät, Schlaf, Alkohol und Sport, Körperpflege, Familien- und Wohnungssituation, Arbeit, gesundheitliche Präventionen und Krankenversicherung, die nichts mit der aktuellen Krankheit zu tun haben
29. „?P/S-F“ = Asks Questions	Fragen bezüglich Emotionen, Ängste, Sorgen, Gefühle wie Stress und persönliche Vorlieben bzw. Abneigungen, die im jetzigen Gespräch relevant sind
30. „*?Organisation“	Fragen zum organisatorischen Ablauf der kommenden Zeit z.B. nach Terminen, Fahrmöglichkeiten, anfallende Kosten, Krankenhausaufenthalt etc.
31. „?Other“ = Asks Questions	Fragen zur Klinik und Klinikablauf, Untersuchung, Studie, die nicht in oben genannte Kategorien fallen
32. „Gives-Med“ = Gives Information	Aussagen zu körperlichem Befinden, Symptomen, Diagnosen, Prognosen, vergangene Untersuchungen, Ergebnisse, persönliche und familiäre Krankengeschichte, Allergien Antworten mit „Ja“ oder „Nein“ auf eine Frage mit neuem Informationsgehalt

33. „Gives-Thera“ = Gives Information	Aussagen über den jetzigen oder kommenden Behandlungsplan bezüglich Medikamenteneinnahme, Gespräch über Medikamentenallergien, Krankenhausaufnahme, zukünftige Arzt-Patienten-Termine, geplante Tests Informationen über Medikamenteneinnahmen in der Vergangenheit, nicht jedoch über therapeutische Maßnahmen, diese werden unter „Gives-Med“ kodiert
34. „*Gives-Therapiealternativen“ (Arzt-Kategorie)	Informationen über alternative Behandlungsmöglichkeiten
35. „*Gives-NW“	Informationen über mögliche Nebenwirkungen im Bezug auf die angestrebte Therapie Tipps für die akute Behandlung der möglicherweise auftretenden Nebenwirkungen
36. „Gives-L/S“ = Gives Information	Aussagen zu Lebensgewohnheiten (Schlaf, Diät, Rauchen, Alkohol, Sport), familiäre Situation, Wohnungssituation, Arbeitsplatz und Gesundheitsgewohnheiten, die nichts mit einem spezifischen medizinischen Problem zu tun haben Informationen über medizinische Kosten Medizinische Probleme oder Behandlungen anderer Personen Aussagen dieser Kategorie sind stimmungsneutral.
37. „Gives-P/S“ = Gives Information (Patienten-Kategorie)	Aussagen, die eine psychosoziale Dimension aufweisen (Stress, Gefühle, philosophische Inhalte, medizinische oder therapeutische Informationen mit emotionalen Folgen) Gespräche über Depression, Alkoholismus, Aufmerksamkeitsdefizitstörung und psychoaktive Medikamente, soweit es um deren Wirkung auf den Patienten geht Aussagen dieser Kategorie sind weniger persönlich und intensiv als Aussagen, die in die Kategorien „Reassures, Concern, Approves und Disapproves“ fallen.
38. “*Gives-Organisation”	Aussagen zum organisatorischen Ablauf der kommenden Zeit bezüglich Terminen, Fahrmöglichkeiten, anfallende Kosten, Krankenhausaufenthalt etc.

39. „Gives-Other“ = Gives Information	Aussagen zu klinischer Bürokratie, Studie, Datum
40. „C-Med/Thera“ = Counsels or Direct Behavior (Arzt- Kategorie)	Aufforderungen/Aufträge zu Medikamenteneinnahmen, zukünftigen Terminen, Tests, Veränderung von Lebensumständen wie z.B. mit dem Rauchen aufhören, Diät ändern etc., die direkt mit dem aktuellen medizinischen Problem assoziiert sind
41. „C-L/S-P/S“ = Counsels or Direct Behavior (Arzt- Kategorie)	Aussagen, die die Intention haben, Verhaltensweisen des anderen zu ändern bezüglich Familie, tägliche Aktivitäten, Arbeit, allgemeine Gesundheitsvorsorge und psychosoziales Denken Aufforderungen zu den Themen Rauchen, Diät, Sport, Gewichtskontrolle, Alkohol und Medikamente, die nicht das aktuelle medizinische Problem betreffen Alle Aussagen des Arztes, die eine psychosoziale Komponente beinhalten.
42. „?Service“ = Request for Services or Medication (Patienten-Kategorie)	Bitten des Patienten an den Arzt, etwas für ihn auszuführen wie z.B. Attest oder Rezept ausschreiben, Blutwerte kontrollieren etc.
43. „*Sonstiges“	Aussagen, die in keine der oben genannten Kategorien fallen Gespräche mit weiteren Personen

Kodierungsbogen 2

Fallnummer.:

Datum der Kodierung:

ID des Kodierenden:

Geschlecht des Arztes:

ID des Arztes:

Geschlecht des Patienten:

ID des Patienten:

Qualitative und quantitative Beurteilung des Gesprächs:

1. Qualität der Aufzeichnung

___ gut

___ teilweise schlecht verständlich

___ enthält nicht hörbare Abschnitte

___ schlecht

(Begründung: _____)

2. Anfang und Ende des Gesprächs

___ abrupter Anfang

___ abruptes Ende

3. Unterbrechung des Gesprächs durch

___ dritte, am Gespräch beteiligte Personen

___ Telefonate

___ Klinikpersonal

___ Verlassen des Raumes durch Arzt oder Patient

4. Länge des Gesprächs

___ Minuten

Kodierungsbogen 3

Fallnummer:

Bewertung der Gesamtstimmung des Gesprächs:

1. Affekt

Arzt	Nicht zutreffend			sehr zutreffend		
Wut/Irritation	1	2	3	4	5	6
Angst/Nervosität	1	2	3	4	5	6
Patient						
Wut/Irritation	1	2	3	4	5	6
Angst/Nervosität	1	2	3	4	5	6
Depression/Traurigkeit	1	2	3	4	5	6
Beunruhigung	1	2	3	4	5	6

2. Verhalten

Arzt						
Dominanz	1	2	3	4	5	6
Interesse/Aufmerksamkeit	1	2	3	4	5	6
Freundlichkeit/Wärme	1	2	3	4	5	6
Verantwortung/Engagement	1	2	3	4	5	6
Hetze/Eile	1	2	3	4	5	6
Patient						
Dominanz	1	2	3	4	5	6
Interesse/Aufmerksamkeit	1	2	3	4	5	6
Freundlichkeit/Wärme	1	2	3	4	5	6
Verantwortung/Engagement	1	2	3	4	5	6
Hetze/Eile	1	2	3	4	5	6

Regeln zur Bewertung der Gesamtstimmung des Gesprächs

Affekt

Allgemein: 1 gilt als nicht zutreffend, 6 als sehr zutreffend

Im Falle einer Verbalisierung des zu bewertenden Aspekts erfolgt eine Kodierung entsprechend dem Inhalt des Gesagten. Ansonsten wird der Eindruck, den der Kodierende vom Patienten erhält, kodiert. Da man nur Vermutungen anstellen kann, kann dieser nicht bei 6 eingeordnet werden.

Arzt

Wut/Irritation:

Entstehung von Wut oder Irritation im Laufe des Gesprächs gegenüber dem Patienten, erkennbar an gereiztem Tonfall, Ungeduld und damit verbundenem fehlendem Einfühlungsvermögen in die Gedanken des anderen

Angst/Nervosität:

Dem behandelnden Arzt sind seine medizinische Bedenken bezüglich des gesundheitlichen Zustandes des Patienten und der Prognose für den Patienten anzumerken. Dies meint nicht im Sinne einer Verbalisierung des Problems, sondern an Tonfall, Gesprächsablauf, Suchen nach den richtigen Worten, ernster Stimmung.

Patient

Wut/Irritation

Entstehung von Wut oder Irritation im Laufe des Gesprächs gegenüber dem Arzt, erkennbar an gereiztem Tonfall, Ungeduld und damit verbundenem fehlendem Verständnis für das, was der andere sagt und meint.

Angst/Nervosität

Der Patient äußert Angst vor der kommenden Zeit, d.h. vor der Therapie und den damit verbundenen Nebenwirkungen bzw. wirkt nervös, angespannt und ängstlich ohne dies zu verbalisieren. Die Angst bezieht sich konkret auf die kommende Behandlung.

Depression/Traurigkeit

Der Patient wirkt niedergeschlagen, kraftlos und traurig.

Beunruhigung

Diese Kategorie bezieht sich im Gegensatz zur Kategorie Angst/Nervosität auf die Auswirkungen der Krankheit im Alltag, auf die gesundheitliche Zukunft und die Heilungschancen.

Verhalten

Arzt

Dominanz

Bei ausgewogenem Dialog, bei dem Arzt und Patient sich gegenseitig ausreden und den anderen zu Wort kommen lassen, aber dennoch der Arzt das Gespräch lenkt, wird bei Arzt 4 und bei Patient 3 kodiert. Ist der Arzt dominanter, neigt dazu, den anderen zu unterbrechen oder möchte seinen gewohnten Ablauf des Aufklärungsgesprächs durchziehen, wird entsprechend höher eingestuft. Dies schließt nicht aus, auch die Dominanz des Patienten höher einzustufen.

Interesse/Aufmerksamkeit

Dies wird verdeutlicht durch das Eingehen auf Fragen oder Erzählungen des Patienten, beispielsweise durch Fragen zu näheren Erläuterung oder Ermutigung zum Weitersprechen.

Freundlichkeit/Wärme

Ausdrücke des Verstehens, der Ermutigung, der emotionalen Unterstützung, Komplimente direkt an den Patienten, Lachen mit dem Patienten, Vertrauen und Wohlbefinden beim Patienten aufbauen

Verantwortung/Engagement

Dies bezieht sich auf die medizinischen Aufgaben des Arztes, wie z.B. Anamnese, Aufklärung über Therapie mit Nebenwirkungen, Erläuterung medizinischer Sachverhalte, Tipps zur Gestaltung des Alltags während und nach der Therapie usw.

Hetze/Eile

Wird nach der Uhrzeit gefragt oder werden sonstige Aussagen zum zeitlichen Ablauf des Gesprächs oder zu weiteren Terminen des Arztes gemacht, kodiert man dies unter angegebener Kategorie

Patient

Dominanz

Bei ausgewogenem Dialog, bei dem Arzt und Patient sich gegenseitig ausreden und den anderen zu Wort kommen lassen, aber dennoch der Arzt das Gespräch lenkt, wird bei Arzt 4 und bei Patient 3 kodiert. Ist der Arzt dominanter, neigt dazu, den anderen zu unterbrechen oder möchte seinen gewohnten Ablauf des Aufklärungsgesprächs durchziehen, wird entsprechend höher eingestuft. Dies schließt nicht aus, auch die Dominanz des Patienten höher einzustufen.

Interesse/Aufmerksamkeit

Stellt der Patient Fragen? Folgt er dem Gespräch aufmerksam? Ist der Patient an dem, was der Arzt berichtet, interessiert?

Freundlichkeit/Wärme

Ausdrücke des Patienten, die die Wertschätzung des Arztes und seiner Tätigkeit verdeutlichen, Komplimente direkt an den Arzt, Lachen mit dem Arzt

Verantwortung/Engagement

Was tut der Patient aktiv zur Bewältigung der kommenden Zeit? Ändert er seine Lebensumstände? Wie behandelt er selbst seine Nebenwirkungen?
Nimmt er die Erkrankung und Therapie ernst? Zeigt er Eigeninitiative oder übergibt er alle Verantwortung auf die behandelnden Ärzte?

Hetze/Eile

Ist der Patient unter Zeitdruck? Möchte er lieber erst gar nicht so viel über die Therapie wissen und schnell das Gespräch hinter sich bringen.