

PSYCHIATRIE HEUTE

Seelische Störungen erkennen, verstehen, verhindern, behandeln

Prof. Dr. med. Volker Faust

Arbeitsgemeinschaft Psychosoziale Gesundheit

ARZT-PATIENT-KONTAKT UND GESCHLECHT

Gesundheit ist das höchste Gut. Das geht aus allen Befragungen hervor. Wer hier Probleme hat, geht zum Arzt. Dort will er seine Bedenken und Beschwerden vorbringen und hofft auf Rat, Zuspruch, diagnostische Abklärung und therapeutische Empfehlungen. Da kann man sich gut vorstellen, wie wichtig schon die Gesprächs-Atmosphäre ist.

Doch die ist auch von vielen Faktoren abhängig. Das beginnt mit dem Leidenbild des Patienten und endet noch lange nicht mit dem überfüllten Wartezimmer, was natürlich seinen eigenen Einfluss auf beide Seiten hat.

Ein spezifischer, bisher nur begrenzt erforschter Aspekt ist das Thema „Arzt-Patient-Kontakt und Geschlecht“. Was weiß man darüber, insbesondere was die Aspekte männlicher Arzt und Patient, weiblicher Arzt und Patient, gegengeschlechtliche Konstellation und nicht zuletzt zusätzlich Alter von Arzt und Patient anbelangt? Da gibt es schon bisher eine Reihe von interessanten Erkenntnissen, die so manches erklären könnten. Und die in nicht wenigen Fällen auch korrektur-bedürftig sind. Einige Hinweise dazu deshalb im nachfolgenden kurz gefassten Beitrag.

Erwähnte Fachbegriffe:

Arzt-Patient-Kontakt und Geschlecht – Therapeut-Patient-Kontakte – ärztliche Behandlungssituation – ärztliche Beratungssituation – Arztpraxis – Beratungsstelle – „sprechende Medizin“ – Ärzte-Mangel – Arzt und männlicher Patient – Ärztin und männlicher Patient – Arzt und weibliche Patientin – Ärztin und weibliche Patientin – Kommunikations-Stil und Geschlecht – Beratungs-Angebote und Geschlecht – Informations-Angebot und Geschlecht – ärztliche Konsultations-Dauer – ärztliche Beratung-Dauer – Patienten-Verhalten und Geschlecht des Arztes – Arzt-Verhalten und Geschlecht des Patienten – psychosoziale Atmosphäre und Geschlecht im Arzt-Patient-Verhalten – Arzt-Patient-Kommunikation und Alter – Rollen-Konflikte im Arzt-Patient-Kontakt – stereotype Vorstellungen im Arzt-Patient-Verhalten – ärztliche Weiterbildung zur Frage: Arzt-Patient-Kontakt – u.a.m.

Unterscheiden sich Frauen und Männer in ihrem zwischenmenschlichen Kontakt, d. h. partnerschaftlich, familiär, nachbarschaftlich, beruflich, im Alltag generell? Selbst diejenigen, die sich mit dieser Frage noch nie konkret beschäftigt haben, müssen nach einigem Nachdenken zugeben: ja, es gibt Unterschiede. Dies entspricht sowohl der Alltags-Erfahrung als auch den wissenschaftlichen Ergebnissen entsprechender Untersuchungen (zumeist aus dem angelsächsischen Bereich, jedenfalls was die englisch-sprachigen Publikationen nahe legen).

So vermitteln Frauen beispielsweise mehr persönliche Informationen über sich selber als Männer. Außerdem besitzen sie einen wärmeren und mehr auf das Gegenüber ausgerichteten non-verbalen Interaktionsstil, d. h. ein (nicht) mehr auf den sprachlichen Austausch beschränkter Kontakt. D. h. sie lächeln mehr, schauen den anderen mehr in die Augen, halten weniger körperliche Distanz, nehmen selber weniger Raum ein und zeigen mehr Gefühle. Frauen haben auch die Neigung, ihren Status herunterzuspielen und sich in einer Konversation auf das gleiche Niveau wie der Gesprächs-Partner zu stellen. Männer tendieren eher dazu, den Status-Unterschied zu betonen.

So leiten Frau Professor Dr. Marianne Schmid-Mast und Frau Dipl.-Psychologin Christina Klöckner-Cronauer von der Arbeits- und Organisations-Psychologie der Universität Neuchâtel ihren Beitrag über *Geschlechtsspezifische Aspekte des Gesprächs zwischen Arzt bzw. Ärztin und Patient bzw. Patientin* ein. Dieser interessante Artikel ist ein Kapitel aus dem lesenswerten Buch: *Th. Langer und M. W. Schnell (Hrsg.): Patient-Arzt-Arzt-Patient-Gespräch. Marseille-Verlag, München 2009.*

In diesem Sammelband geht es um das Gespräch zwischen Arzt und Patient, d. h. seinen Stellenwert in der Behandlungs- und Beratungs-Situation im Alltag von Klinik, Praxis, Beratungsstelle u. a. In einer vor allem naturwissenschaftlich geprägten modernen Medizin ist das nicht gerade das Zentrum des wissenschaftlichen Interesses – und damit auch nicht der Schwerpunkt im Therapeut-Patient-Kontakt, leider. Dabei weiß man schon seit über hundert Jahren, wie wichtig dieser Faktor ist, ausgedrückt in dem Begriff der „sprechenden Medizin“.

Nun würde man annehmen, in jeder Arzt-Patient-Beziehung wird nicht nur untersucht, sondern auch gesprochen, d. h. gefragt, interpretiert, gemeinsam abgewogen und überlegt, gemahnt, gewarnt, empfohlen, getröstet u. a. Dies trifft in vielen Fällen auch (noch) zu, wird aber immer weniger. Die Patienten sind ratlos, verunsichert oder gar unzufrieden bis entrüstet, die Ärzte auch nicht glücklich, aber ohne Alternative. Warum?

Es fehlt die Zeit (ein Hausarzt muss zwischen 50 und 100 Patienten pro Tag behandeln, manchmal sogar mehr) und die Kraft, man kann es sich denken. Und es fehlt inzwischen an Ärzten. Es ist viel zu wenig bekannt, dass in den

letzten Jahren eine regelrechte Flucht aus Deutschland zu beobachten ist – von Ärztinnen und Ärzten ins Ausland (Skandinavien, Niederlande, Irland, Österreich, Schweiz u. a.). Es droht ein Ärzte-Defizit in den Kliniken und auf dem Lande – bzw. es droht nicht, es ist bereits ein ernster Mangel, der inzwischen sogar von der Politik registriert wird. Kurz: Die „sprechende Medizin“ ist ein Ideal (und wird auch nicht selten so hoch-stilisiert, dass man die „Praxis-Ferne“ (also nicht Nähe) dieser Verfechter förmlich spürt). Doch dieses Ideal wird immer unrealistischer.

Natürlich wird es bis zu einer gewissen Grenze kompensiert durch die modernen technischen Möglichkeiten. Aber die sind nur die eine Seite. Auf die will zwar heute niemand mehr verzichten, aber den „Arzt als Arzt“ (wie früher?) hätte man sich trotzdem noch gerne erhalten.

Nun gibt es neben den erwähnten Defiziten auch einen Ausbildungs-Mangel im Medizin-Studium, ja ein Defizit in der Weiterbildung der Assistenzärzte und Fortbildung der Fachärzte, was diesen Punkt anbelangt. Das soll sich in anderen Nationen etwas günstiger darstellen, aber letztlich ist es ein universelles Problem, nämlich die unzureichende Kommunikation im Arzt-Patient-Gespräch. Dabei beschäftigt sich damit nicht nur die Medizin selber, sondern auch die Psychologie, Soziologie, Linguistik (Sprachwissenschaft) und Philosophie. Jede Perspektive bringt ihre eigenen Aspekte ein, nur ob sie dort ankommt, wo sie nötig ist, das bleibt eine offene Frage – bis jetzt. Denn es mehren sich die Stimmen, die diese ursächliche Aufgabe der Medizin stärker berücksichtigt sehen wollen, trotz der erwähnten Belastungen. Und es mehren sich auch die entsprechenden Publikationen, die hier differenziert das diagnostische, therapeutische und präventive Arzt-Patient-Gespräch beleuchten, in allen Facetten, für alle medizinischen Disziplinen (also nicht nur Psychiatrie und Psychotherapie, sondern auch Chirurgie, innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Neurologie u. a.).

Einer dieser theoretisch gut fundierten und gleichzeitig praxis-bezogenen Beiträge ist das erwähnte Buch *Patient-Arzt-Arzt-Patient-Gespräch*. Aus ihm sollen nachfolgend die wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Thema geschlechtsspezifische Aspekte des Gesprächs zwischen Arzt bzw. Ärztin und Patient bzw. Patientin kurz referiert werden.

Unterscheiden sich Ärztinnen und Ärzte im Arzt-Patient-Gespräch?

Unterscheiden sich nun Ärztinnen und Ärzte in gleicher Weise wie Frauen und Männer im Allgemeinen? Dies muss nicht sein, stellen die Wissenschaftlerinnen der Universität Neuchâtel fest. Denn es ist nicht zuletzt die Ausbildung der jungen Mediziner, die fakten-orientiert ist und wenig Raum für geschlechtsspezifische Unterschiede lasse (wobei das weibliche Geschlecht inzwischen bei den Studenten überwiegt, wir werden also in Zukunft mehr Ärztinnen als Ärzte haben). Trotzdem zeigt die Forschung:

Ärztinnen und Ärzte haben einen unterschiedlichen Kommunikations-Stil, der dem allgemeinen geschlechts-typischen Unterschied (s. o.) recht nahe kommt.

Im Einzelnen:

- Zum einen lassen entsprechende Untersuchungen jedoch erst einmal erkennen, dass es offensichtlich keinen generellen Unterschied gibt. Denn Ärzte und Ärztinnen teilen ihren Patienten gleich viele medizinische Informationen mit. Auch die vermittelte Informations-Qualität ist identisch. Und selbst zwischenmenschliche Aspekte wie Gesprächsinhalte ohne medizinisch-relevante Informationen, beispielsweise in Begrüßung und Verabschiedung, lassen auch keine Unterschiede erkennen.
- Dagegen tauschen Ärztinnen mit ihren Patienten mehr Informationen in Bezug auf psychosoziale Themen aus, diskutieren also eher die Auswirkungen einer Diagnose oder Behandlung für den betreffenden Kranken. Das gleiche gilt für Gespräche darüber, wie das Leidensbild den Alltag und die spezifischen Lebensumstände beeinflussen kann, also z. B. Erwerbs- und Familienleben u. a.
- Ärztinnen versuchen auch eher eine partnerschaftliche Beziehung zum Patienten herzustellen. Das heißt, den Kranken eine aktive Rolle in der Konsultation zuzuweisen und den Status zwischen sich und dem Patienten zu relativieren. Wie kann sich dies äußern? Beispielsweise durch Fragen nach den Erwartungen an die Behandlung. Oder durch die Einbeziehung in die Entscheidungs-Findung bei der Therapie-Wahl.
- Ein weiterer geschlechts-spezifischer Unterschied zeigt sich in der so genannten positiven Kommunikation. Darunter verstehen die Wissenschaftler Ermutigung und stützende Zuversicht, und zwar sowohl direkt als auch non-verbal, d. h. durch Lächeln, Nicken u. a.
- Neben diesen eher inhaltlichen Aspekten gibt es auch messbare Faktoren, z. B. die mittlere Konsultations-Dauer. Das mag zwar in Minuten gemessen nicht sehr eindrucksvoll ausfallen (bei Ärztinnen im Schnitt zwei Minuten länger), kann aber zur rechten Zeit, am rechten Platz und in bestimmten Situationen durchaus bedeutsam werden.

Schlussfolgerung: Ärztinnen interessieren sich also mehr für die Folgen einer Erkrankung im Leben des Patienten und kommunizieren partnerschaftlicher.

- Andererseits unterscheiden sich Ärztinnen und Ärzte *nicht* in Bezug auf ihre Emotionalität im jeweiligen Kommunikations-Stil. D. h. sie fragen

durchaus vergleichbar nach den Gefühlen oder Befürchtungen und äußern auch letztlich ähnlich ihr Mitgefühl, wenn nicht gar Betroffenheit.

- Zuletzt sollte man auch nicht vergessen, dass die Fachrichtung eine Rolle spielt, z. B. Allgemeinmedizin, Chirurgie, Nervenheilkunde oder Gynäkologie. Die hier referierten Ergebnisse – so Frau Professor Schmid-Mast und Frau Dipl.-Psychologin Klöckner-Cronauer – basieren auf Untersuchungen in Allgemeinpraxen. Wie wichtig die Berücksichtigung der medizinischen Spezialisierung und damit des jeweiligen Fachgebiets ist, zeigt sich an Kommunikations-Untersuchungen mit Gynäkologinnen und Gynäkologen. Hier ist nämlich manches gerade umgekehrt: So kommunizieren männliche Ärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe emotionaler als weibliche und ihre Konsultationen sind sogar länger. Mit anderen Worten: Hier herrscht noch reichlich Forschungsbedarf mit differenzierten Untersuchungs-Strategien – und damit Erkenntnissen.

Patienten-Verhalten

Es mag zwar weniger auffallen, doch die Wissenschaft hat längst herausgefunden: Ob wir mit einer Frau oder mit einem Mann sprechen, beeinflusst auch unser Kommunikations-Verhalten. So werden Frauen beispielsweise im Gespräch länger angesehen, mehr angelächelt, mehr vertrauliche Informationen anvertraut und man nähert sich ihnen auch räumlich eher als Männern.

Das könnte nun auch für das Arzt-Patient- bzw. Ärztin-Patient-Verhältnis zutreffen. Andererseits haben wir gehört, dass der Arzt seinen eigenen Kommunikations-Stil hat, was sich natürlich auch auf das Verhalten des Patienten auswirken muss bzw. zumindest kann. Denn diese Erkenntnis ist alt, nämlich dass das Verhalten des einen Interaktions-Partners dasjenige des anderen beeinflusst. So wird beispielsweise ein unterstützendes Verhalten eher mit ähnlichem Verhalten beantwortet und auf dominantes Verhalten entsprechend reagiert, wenngleich in Abhängigkeit von verschiedenen Faktoren der Kommunikations-Partner.

Dies gilt letztlich auch für den Arzt-Patient-Kontakt, wenngleich modifiziert. So fand man beispielsweise:

- Je mehr der Arzt den Patienten ansieht und je mehr er sich in seiner Sitz-Position auf den Patienten ausrichtet, desto mehr zeigt auch der Patient das gleiche Verhalten.
- Allerdings gilt dies nicht für ärztliches dominantes Verhalten, beispielsweise die Sprech-Zeit. Hier fand man heraus: Je mehr der Arzt spricht, desto weniger tut dies der Patient.

Schlussfolgerung: Ein zwischenmenschlich auf Zuwendung und Unterstützung gerichtetes Arzt-Verhalten führt eher zum gleichen Verhaltens-Muster des Patienten, beim eher dominanten Auftreten nimmt sich dagegen der Patient zurück.

Wie steht es nun aber mit dem Verhalten der Patienten gegenüber Ärztin oder Arzt? Entsprechende Untersuchungen zeigen:

- Die Patienten weiblicher Ärzte sprechen mehr mit ihrer Doktorin. Dabei äußern sie sowohl mehr biomedizinische (also im engeren Sinne auch krankheits-relevante) als auch mehr psychosoziale Informationen, was beispielsweise Familie, Beruf u. a. anbelangt. Oder kurz: In der Konsultation mit einer Ärztin kommunizieren die Patienten in der Regel „inhaltlich ergiebiger“ (z. B. durch Äußerungen der Zustimmung) und machen öfter Bemerkungen, die zum Aufbau einer partnerschaftlichen Arzt-Patient-Beziehung beitragen, so die Wissenschaftlerinnen M. Schmid-Mast und C. Klöckner-Cronauer.
- Was jedoch die emotionale Ebene, also mit Schwerpunkt auf der Gefühls-Sphäre anbelangt, so wird dies interessanterweise bei männlichen Ärzten genauso geäußert wie bei weiblichen.
- Gleichwohl gibt es einen diagnostischen Vorteil für weibliche Ärzte. Dies vor allem dadurch, dass die Kranken mehr von den ggf. wichtigen biomedizinischen Fakten mitteilen, also mehr krankheits-relevante und damit für die Diagnose bedeutsame Informationen vermitteln. Dies ist deshalb so aufschlussreich, weil umgekehrt Ärztinnen und Ärzte bezüglich ihrer eigenen biomedizinischen Informationen an den Patienten oder die Patientin offenbar keine Unterschiede erkennen lassen.
- Es gibt aber auch Anzeichen dafür, dass manche Patienten auf Ärztinnen dominanter reagieren als auf Ärzte.

Schlussfolgerung: Für die Experten heißt das, dass sich Patienten in der Regel bei weiblichen Ärzten wohler fühlen, sich im zwischenmenschlichen Kontakt mit Ärztinnen mehr beteiligen und vor allem engagieren, d. h. auch mehr von sich preis geben und in der Konsultation eher „ermutigt“ reagieren. Das Geschlecht des Arztes hat also einen Einfluss auf das Kommunikations-Verhalten des Patienten oder konkret: Das „Kommunikations-Klima durch Ärztinnen erscheint positiver, was die gesundheitliche Ausgangslage des Kranken anbelangt.

Beeinflusst das Geschlecht des Patienten das Arzt-Patient-Gespräch?

Während das Geschlecht des Arztes in der Arzt-Patient-Konsultation offenbar eine nicht zu unterschätzende Rolle spielt, scheint das Geschlecht des Patienten weniger Einfluss zu haben. Was hat die Wissenschaft dabei herausgebracht?

- Frauen gehen häufiger zum Arzt. Sie nehmen auch aktiver am Arzt-Patient-Gespräch teil. Sie stellen mehr Fragen und zeigen sich insgesamt interessierter. Das schlägt sich auch im Äußeren nieder, ist also auch über Mimik und Gestik registrierbar.

So kann beispielsweise der mimische Schmerz-Ausdruck kranker Frauen als Hinweis auf das jeweilige Schmerz-Empfinden durch den Arzt deutlich besser genutzt werden als bei kranken Männern. Wenn man dies verallgemeinert, dann sind Mimik und Gestik von Patientinnen offenbar einfacher zu deuten als der Gesichts- und Körper-Ausdruck von männlichen Kranken, deren Sozialisation, also gesellschaftliche Entwicklung, Eingliederung und geschlechts-typische Verhaltensweisen natürlich auch ein anderes Verhaltensmuster nahe legen („Mann“).

So erscheinen also Patientinnen dem Arzt engagierter und involvierter, d. h. sie gehen eher auf den Arzt-Patient-Kontakt ein bzw. in ihm auf.

- Aber auch das Arzt-Verhalten ändert sich in Abhängigkeit vom Geschlecht des Patienten. Dies zeigt sich einerseits in Bezug auf Diagnose und Therapie und andererseits auf das ärztliche Kommunikations-Verhalten, so die Schweizer Wissenschaftlerinnen:

Bezüglich der Diagnose findet man beispielsweise, dass bei gleichen Beschwerden bei Patientinnen eher psychologische Ursachen angenommen werden als bei männlichen Kranken. Und dass Patientinnen weniger intensiv diagnostisch abgeklärt werden als Patienten. Das ergänzt und erklärt sich: Wenn schon mehr seelische und psychosoziale Ursachen bei der Frau eine Rolle spielen (sollen), dann braucht es beispielsweise weniger technische Abklärungen, es erklärt sich ja offenbar seelisch rascher, nachvollziehbarer, effektiver. Das hat – man kann es sich denken – Vor- und Nachteile, die der Arzt in seine Überlegungen sorgfältig einbringen und der Patient abwägend registrieren sollte.

- Das Geschlecht des Patienten beeinflusst aber auch das Gesprächs-Verhalten des Arztes. So werden Patientinnen einfühlsamer behandelt, vermehrt nach ihrer Meinung und ihren Gefühlen gefragt und erhalten mehr Informationen als männliche Kranke.

Das kann verschiedene Ursachen haben, eine aber wurde schon erwähnt: Frauen fragen mehr als Männer. Wer mehr Fragen stellt, bekommt auch mehr Antworten. Kurz: Mit Patientinnen wird mehr kommuniziert, und das offenbar eher in einer emotionaleren und partnerschaftlicheren Art und Weise.

Wie verhält es sich mit der gleich- und gegengeschlechtlichen Arzt-Patient-Kommunikation?

Was aber steht nun zu erwarten, wenn es zu einer „gegen-geschlechtlichen“ Arzt-Patient-Konsultation kommt? Auch das wurde untersucht. Ergebnis: Es scheint so zu sein, dass sich Ärzte und Ärztinnen mehr für die Beschwerden der gleich- als gegen-geschlechtlichen Patienten interessieren. Sie besprechen auch offenbar persönliche Anliegen lieber mit Patienten des gleichen Geschlechts.

Offenbar steht jedoch bei Ärztinnen die Patientin und ihre Beschwerden eher im Mittelpunkt als bei Ärzten mit männlichen Kranken. Dazu passt auch die Erfahrung, dass der Gesprächs-Anteil zwischen Ärztin und weiblichen Patienten eher ausgeglichen ist. Dagegen redet der Arzt mehr als sein männlicher Patient.

Da nun aber die Redezeit ein Indikator für Dominanz im weitesten Sinne ist, ergibt sich für die Wissenschaftlerinnen dieses Beitrages die Schlussfolgerung: Der Gesprächs-Stil zwischen Ärztin und Patientin ist eher an einem partnerschaftlichen und gleich-gestellten Kommunikations-Modell orientiert. Dagegen ist unter Männern, also auch unter Arzt und Patient, der Status- oder Macht-Unterschied nicht zu übersehen.

Das hat Konsequenzen, wenn die Patienten die Kommunikations-Atmosphäre bzw. ihre Zufriedenheit bezüglich dieses Kontakts bewerten sollen:

- Denn in rein männlichen Kontakten Arzt-Patient führen beispielsweise häufige Unterbrechungen zu geringerer Patienten-Zufriedenheit.
- Dagegen steigt in rein weiblichen Konsultations-Situationen Ärztin-Patientin die Patienten-Zufriedenheit sogar mit der Zunahme der ärztlichen Unterbrechungen an.
- Unterbrechungen werden ja nun in der Regel als Zeichen von Einflussnahme gesehen. Das hat aber - je nach psychologischer Ausgangsbasis - spezifische Vor- und Nachteile. Oder kurz: Männer fühlen sich eher unterbrochen. Bei Frauen hingegen werden solche Zwischenfragen scheinbar mehr als Ermutigung zum Weitererzählen und als Zeichen von ärztlichem Interesse gesehen.

Geschlecht und Alter

Wo finden sich nun die größten Schwierigkeiten. Auch das war Grund eingehender Untersuchungen, mit dem Ergebnis: Am problematischsten scheint die Konsultation zwischen Ärztin und Patient zu sein, wobei das Alter des männlichen Kranken diese Interaktions-Schwierigkeiten noch verstärkt, und zwar deutlich. Oder mit einem Satz:

- Je älter der Patient und je jünger die Ärztin, desto unzufriedener ist der männliche Kranke mit dem Arzt-Patient-Gespräch.

Das muss nun von zwei Seiten aus gesehen werden, man kann es sich denken:

- Ärztinnen, die männliche Patienten behandeln, lächeln mehr als in allen anderen Arzt-Patient-Konsultationen und benutzen am wenigsten Fachausdrücke. Gleichzeitig vermitteln sie im Gespräch mit ihrem männlichen Gegenüber aber auch mehr Dominanz und weniger Freundlichkeit, beispielsweise schon durch ihre Stimme. Dieser etwas ungewöhnliche, weil gegenläufige Trend wird von den Experten als Anzeichen für entsprechendes Unbehagen seitens der Ärztinnen gedeutet.
- Doch dieses Unbehagen scheint auf beiden Seiten zu beeinträchtigen. Auch männliche Patienten haben in dieser Konstellation einen dominanteren und eher gelangweilten Stimm-Ausdruck im Gespräch mit der Ärztin. Und was noch viel wichtiger ist: Schon allgemein wird in diesem, doch für den Kranken bedeutsamen Informations-Austausch weniger über die entscheidenden Ursachen, Motive, medizinischen Fakten und vor allem psychosozialen Umfeld-Bedingungen gesprochen, als wenn sich Ärztinnen von weiblichen Patienten ein Bild machen wollen. Hier läuft sogar noch weniger ab als in sämtlichen anderen Arzt-Patient-Konstellationen.

Da kommen die Fachleute in ihrer Interpretation umgehend zur Sache:

Das ist für sie ein Rollen-Konflikt. Den findet man zwar häufig und auf allen Ebenen, doch im Arzt-Patient-Verhältnis hat er seine besonderen Nachteile – für beide Seiten. Zwar wird dies von ärztlicher Seite sicher nicht unkommentiert gelassen, doch ist zumindest nicht auszuschließen, dass es den Ärztinnen hier mitunter(!) an konkreten Aus- und Weiterbildungs-Informationen mangelt. Und den Dozenten gegebenenfalls(!) an einer möglichst realistischen Einschätzung solcher Situationen mit konkreten Empfehlungen zum ärztlichen Kommunikations-Alltag.

Da aber die Anzahl der Frauen im Arztberuf steigt, könnte dies ein wachsendes Problem werden – wieder für beide Seiten. Zum einen das Problem, dass die stereotype Vorstellung vom Arzt als Mann in der Allgemeinheit und hier vor

allem bei männlichen Patienten (nicht zuletzt im höheren Lebensalter) nicht möglichst konsequent korrigiert wird. Andererseits dass schon junge Studentinnen und Assistenzärztinnen in der Weiterbildung nicht nachhaltig genug auf dieses Phänomen hingewiesen und „psychologisch geschult“ werden.

Dabei käme dann auch zur Sprache, dass die dominante Stimme von Ärztinnen ein Versuch sein könnte, sich von diesem Geschlechter-Stereotyp zu befreien. Und dass die dominante und gelangweilte Stimme des Patienten darauf hinweisen könnte, dass männliche Kranke versuchen, der Ärztin die Dominanz streitig zu machen.

Oder kurz: Es ist nicht zu übersehen, dass Patienten in Abhängigkeit vom Geschlechts andere Erwartungen an das ärztliche Verhalten haben als sonst, so Frau Professor Dr. Schmid-Mast und Frau Diplom-Psychologin Klöckner-Cronauer. Zumindest sollte man sich die Grundlage dieser wissenschaftlichen Erkenntnisse durch den Kopf gehen lassen, um – wie gesagt - für beide Teile zu einem sinnvolleren Verhaltens-Kompromiss zu kommen. Denn hier geht es ja letztlich um die Gesundheit, also des „Menschen höchstes Gut“.

Schlussfolgerung und Ausblick

Im Grunde ist es also relativ einfach: Die Patienten-Zufriedenheit beeinflusst den Behandlungs-Verlauf – positiv oder negativ. Deshalb ist sie ein guter Indikator für die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung. Das gilt für männliche und weibliche Ärzte und Patienten zugleich.

Nun bemüht sich die Forschung um eine Vielzahl von Gesichtspunkten, die die zwischenmenschliche Kommunikation generell und ein so bedeutsames zwischenmenschliches Phänomen wie den Arzt-Patient-Kontakt im speziellen beeinflussen könnten. Dazu gehört auch die Frage, ob die Zufriedenheit des Patienten vom Geschlecht des Arztes abhängt. Und das wissen wir jetzt: Es gibt einen Einfluss. Allerdings auch einige bisher schwerer nachvollziehbare Erkenntnisse, die noch der wissenschaftlichen Erklärung harren. Einiges aber scheint nun doch klar zu werden, nämlich:

Das Geschlecht von Ärzten und Patienten spielt eine Rolle, auch wenn es bisher durchaus unterschiedliche Forschungs-Ergebnisse geben mag. Dabei sind zusätzliche Faktoren bedeutsam, wobei das jeweilige Alter und der Status nicht unterschätzt werden sollten (s. o.).

Grundsätzlich positiv ist ein patienten-orientierter Kommunikations-Stil vonseiten des Arztes. D. h. es muss etwas Emotionales mitschwingen, vor allem Mitgefühl und Unterstützungswille. Es gilt die Patienten-Perspektive zu berücksichtigen und den Kranken als vollwertigen Gesprächs-Partner einzubeziehen. So etwas kommt grundsätzlich gut an, man kann es sich denken. Die Wissenschaft bestätigt dies auch.

Betrachtet man nun aber die Forschungs-Ergebnisse unter geschlechts-spezifischer Perspektive, so ist diese Grund-Erkenntnis offenbar komplexer, muss differenzierter gesehen werden, nämlich:

- Männliche Ärzte sollten sich beispielsweise klar sein, dass ihr natürlicher Kommunikations-Stil von ihren Patienten häufig als weniger partnerschaftlich oder zur Teilnahme aktivierend wahrgenommen wird. Und dass ihnen diese Patienten deshalb weniger Informationen mitteilen, als sie beispielsweise weiblichen Kollegen anvertrauen würden.
- Weibliche Ärzte dagegen sollten sich der Schwierigkeiten bewusst sein, die in Konsultationen mit männlichen und vor allem älteren männlichen Patienten auftreten können.

Grundsätzlich geht es deshalb weniger darum, allen Medizinerinnen einen einheitlichen „besten“ Gesprächs-Stil zu vermitteln. Wichtiger ist es, auf die unterschiedlichen Belange des männlichen oder weiblichen Kranken einzugehen – und zwar in Abhängigkeit von Faktoren, die man sicher noch umfassender und gründlicher zugleich beforschen sollte. Geschlecht und Alter sind aber auf jeden Fall von Bedeutung.

LITERATUR

Interessantes, vor allem alltags-bedeutsames Forschungs-Thema, mit dem sich aber derzeit überwiegend englisch-sprachige Experten und damit die dortige Fachliteratur beschäftigen. Einen guten Ein- und Überblick vermittelt das zitierte Fachbuch und der hier als Kurzfassung vorgestellte Beitrag:

Langer, Th., M.W. Schnell (Hrsg.): Patient-Arzt-Arzt-Patient-Gespräch. Hans Marseille-Verlag, München 2009

Schmid-Mast, M., C. Klöckner-Cronauer: Geschlechtsspezifische Aspekte des Gespräches zwischen Arzt bzw. Ärztin und Patient- bzw. Patientin. In: Th. Langer, M. W. Schnell (Hrsg.): Patient-Arzt-Arzt-Patient-Gespräch. Hans Marseille-Verlag, München 2009