



MEDIZINISCHE
UNIVERSITÄT
INNSBRUCK

Diversity- und Gender-Sensibilität im ärztlichen Gespräch

FREIES WAHLFACH (LV-NR. 999.039 WS, LV-NR. 999.539 SS)

EIN BEOBACHTUNGS- UND REFLEXIONSTOOL FÜR DAS KLINISCH-PRAKTISCHE JAHR UND DEN PHD-STUDIENGANG FÜR KLINISCH-MEDIZINISCHE WISSENSCHAFTEN



KERNDATEN DER LEHRVERANSTALTUNG

Titel der Lehrveranstaltung	Diversity- und Gender-Sensibilität im ärztlichen Gespräch
(Art der LV) Lehrformat	SE
Semesterwochenstunde	1
LeiterIn der LV BetreuerInnen der LV	Margarethe Hochleitner Ulrike Nachtschatt
Stellung im Studienplan Semester/Phase	Freies Wahlfach Klinisch-Praktisches- Jahr, PhD für klinisch-medizinische Wissenschaften
ECTS (workload der Studierenden)	1
(Inhalt) Kurzbeschreibung	Ziel des Seminars ist, die eigene Beobachtungsfähigkeit zu schärfen, um Sensibilität für die vielfältigen Einflussfaktoren im ärztlichen Gespräch und für ihre Auswirkungen zu entwickeln.
Unterrichtssprache/n	Deutsch
(Lehr- und Lernmethoden) Kurssyllabus	Selbständige, eigenständige Arbeit; Gesprächsbeobachtung – Reflexion – Protokollerstellung
Abhaltungstermine	individuell organisiert
Teilnahmekriterien & Anmeldung	
Beurteilungsschema: (Bewertungsmethode und Prüfungsmodus)	1) Beobachtung von vier unterschiedlichen ärztlichen Gesprächen ; Erstellung schriftlicher Beobachtungsprotokolle ;
Prüfungsmethode (Leistungserfassung)	2) Zusammenfassung eines Fachartikels (s. empfohlene Fachliteratur), Reflexion, eigene Stellungnahme und Begründung ;
Beurteilungskriterien	
Leistungsbeurteilung	Die Beobachtungsprotokolle und die schriftliche Reflexion sind zu senden an: ulrike.nachtschatt@i-med.ac.at
Empfohlene Fachliteratur	Siehe Ilias, Literaturliste
Kontakt	Ulrike Nachtschatt, ulrike.nachtschatt@i-med.ac.at
LV-Unterlagen	LV-Informationsbroschüre Beobachtungsprotokoll (Vorlagen) Download: Siehe I-med Inside

EINLEITUNG

Das **Wahlfach** ist für Studierende im **klinisch-praktischen Jahr** und im **PhD für klinisch-medizinische Wissenschaften** konzipiert, die am Beginn ihrer Karriere als klinisch tätige MedizinerInnen stehen. Für sie beginnt mit dem KPJ bzw. dem Start der PhD-Ausbildung die klinische Praxis, in der bisher Erlerntes erprobt und vertieft wird, PatientInnen begleitet werden und klinische Alltagserfahrungen im Zusammenspiel von ÄrztInnen, Pflegepersonal, MTDs, PatientInnen und Angehörigen gesammelt werden. Kommunikation und Sprache stellen dabei das Handwerkszeug dar, um die täglichen Interaktionen zu gestalten: *Informationen geben, Informationen erfragen, Zuhören, Vertrauen aufbauen, Handlungen initiieren*, etc. – d. h. Aktionen des *Mitteilens* und des *Verstehens* - stellen keine Selbstverständlichkeit dar. Situationsadäquat und lösungsorientiert zu kommunizieren muss gelernt und geübt werden. Das hier vorgestellte Beobachtungs- und Reflexionstool soll Unterstützung und Anleitung bieten, Achtsamkeit und Verständnis für komplexe Kommunikationsprozesse zu entwickeln.

ZIELSETZUNG DES BEOBACHTUNGS- UND REFLEXIONSTOOLS

Ein **Beobachtungs- und Reflexionstool** ist nicht der geeignete Rahmen, um die Vielfalt an theoretischen Kenntnissen über Interaktionen und ihre unterschiedlichen Ebenen zu vermitteln, wie sie im folgenden Abschnitt kurz angerissen werden. **Sein Ziel** ist vielmehr die eigene **Beobachtungsfähigkeit zu schärfen**, um **Sensibilität für die vielfältigen Einflussfaktoren im Kommunikationsprozess** sei es auf einer verbalen, paraverbalen oder nonverbalen Ebene **zu entwickeln**. Kommunikation ist Beziehungsarbeit, d. h. es gibt keine vorgeformten, allgemeingültigen Patentlösungen, sondern es gilt, sich Kenntnisse und Kompetenzen zu erarbeiten, um im direkten Gespräch selbst situationsadäquate und kontextabhängige Lösungen zu finden. Nicht jede, nicht jeder geht mit den gleichen Erwartungen, Zielen oder Hintergründen ins Gespräch. Demgemäß unterschiedlich können sich die Perspektiven auf diese gestalten:

„Es gilt also, eine gewisse Sensibilität zu entwickeln, dass die eigenen Erwartungen an bestimmte Kommunikationsmuster (z.B. prägnante Schilderung von Symptomen und Beschwerden in einer bestimmten Reihenfolge) nicht automatisch von den PatientInnen geteilt werden. Diese Bereitschaft zur Akzeptanz wird auch als Differenzierungsfähigkeit bezeichnet und beinhaltet die Reflexion eigener Vorstellungen, Erwartungen und Orientierungssysteme und die Anerkennung, dass diese nicht die einzig gültigen sind“ (Jakubeit, Schattenhofer, 1996 zitiert nach Menz, 2011, S. 227).

KOMMUNIKATIONSTHEORETISCHER HINTERGRUND

Das ärztliche Gespräch in all seinen unterschiedlichen Facetten steht trotz großer technischer und diagnostischer Fortschritte in der Medizin nach wie vor im Zentrum medizinischer Interventionen (Menz, 2015; Hedegaard, Ahl, Rovio-Johansson, & Siouta, 2014; Sandhu, Adams, Singleton, Clark-Carter, & Kidd, 2009; Sator, Gstettner, & Hladschik-Kermer, 2008;). Es ist das wichtigste Instrument von ÄrztInnen. Sein Erfolg oder Misserfolg, Verständnisschwierigkeiten oder Missverständnisse wirken auf einer Beziehungsebene und haben Einfluss auf den Heilungsprozess und die Compliance von PatientInnen (Menz, 2013). Zwi-

schenmenschliche Kommunikation und dazu zählt die Sonderform des ärztlichen Gesprächs ist komplex und vielschichtig, der Fokus einer Kommunikationsanalyse kann aus unterschiedlichen Perspektiven erfolgen und soziologisch, psychologisch oder soziolinguistisch geprägt sein. Folgende Perspektiven sind u.a. möglich:

Ärztliche Gespräche sind einmal zu unterteilen in **Gesprächstypen**, die – je nach Anlass und Inhalt – unterschiedliche Zielsetzungen verfolgen: Anamnese, Erstgespräch, Befundbesprechung, Therapiegespräche, Visiten, Entlassungsgespräche. Zusätzliche Komplexität erlangen sie wenn es sich um Mehrparteiengespräche (bei Kindern) handelt oder die Kommunikation mittels (Laien)-DolmetscherInnen erfolgt. Die Funktion von Gesprächen und ihre Gewichtung sind in den einzelnen medizinischen Fächern unterschiedlich ausgeprägt. So unterscheidet sich zum Beispiel ein Therapiegespräch nach einem gebrochenen Bein grundlegend von einem an der medizinischen Psychologie oder der internistischen Abteilung für Hämatologie und Onkologie.

Eine weitere Differenzierung benennt unterschiedliche **Ebenen der Interaktion**: die Ebene der medizinischen Inhalte auf der Sachebene, der psychosozialen Faktoren auf der Beziehungsebene, des sprachlich-aktiven Prozesses und des Gesprächssettings, bzw. der Rahmenbedingungen (Nowak, 2015). Diese vier Ebenen laufen in Gesprächen jeweils parallel und gleichzeitig. Sie bedingen einander und haben alle Einfluss auf das Gesprächsergebnis.

Zusätzliche Komplexität gewinnt das Gespräch in der Berücksichtigung der **gegenseitigen Bedingtheit der Kommunikationsbeteiligten** und der gemeinsamen Konstruktion des Gesprächs, der **Rahmenbedingungen** und der **Diversity-Dimensionen** wie Gender, Status, Bildung, Alter oder kultureller Hintergrund. So komplex und vielschichtig Gesprächsanalysen damit werden, sie sind ohne Berücksichtigung dieses Kontextes nicht durchzuführen und stellen KommunikationswissenschaftlerInnen vor große methodische Herausforderungen.

Innerhalb dieser komplexen Rahmenbedingungen lassen sich mit aller Vorsicht in der Interpretation der Studien Unterschiede im Gesprächsverhalten von Frauen und Männern im medizinischen Kontext feststellen, die signifikante Auswirkungen auf den Kommunikationsprozess und die Ergebnisse der Gespräche haben können (Street Jr., 2002):

Ärztinnen involvieren PatientInnen mehr in Entscheidungen, geben psychosozialen Themen mehr Raum, zeichnen sich durch einen empathischeren Kommunikationsstil aus und verwenden mehr Zeit für den PatientInnenkontakt. Ärzte sind in ihrem Stil direkter, legen ihren Fokus mehr auf die Sachebene und unterbrechen häufiger. Am Entspanntesten funktionieren gleichgeschlechtliche Dyaden (Ärztin/Patientin, Arzt/Patient), am Spannungsreichsten ist die Gesprächskonstellation Ärztin/Patient; (Sandhu H. , Adams, Singleton, Clark-Carter, & Kidd, 2009; Hall & Roter, 2002; Roter, Hall, & Aoki, 2002).

DAS BEOBACHTUNGS- UND REFLEXIONSTOOL: WAS IST ZU TUN?

Sie arbeiten in diesem freien Wahlfach selbständig und selbstorganisiert. Als Leistungsnachweis benötigen Sie **vier Beobachtungsprotokolle** sowie die **Zusammenfassung und Reflexion eines** in der Literaturliste angegebenen **Artikels** Ihrer Wahl.

Nehmen Sie sich im Rahmen Ihrer klinischen Tätigkeit viermal vor, ganz bewusst für eine begrenzte Zeit (ein, zwei Stunden oder auch bestimmte Gesprächssituationen, bei denen Sie als Dritte, als Dritter, dabei sind) explizit auf den Ablauf von Gesprächen zu achten. Wichtig ist, dass Sie die Rolle einer Beobachterin, eines Beobachters einnehmen und nicht selbst das Gespräch führen. **Beobachten** Sie gezielt den Gesprächsverlauf, treffen Sie im Anschluss daran eine (in diesem Fall natürlich) subjektive **Einschätzung**, wie das Gespräch Ihrer Ansicht nach verlaufen ist und halten Sie in einem kurzen, **schriftlichen Beobachtungsprotokoll** die wichtigsten Beobachtungen fest. Orientieren Sie sich dabei an den folgenden Fragestellungen:

1) Beobachtung von Gesprächssituationen im klinischen Alltag

- Welche **Personen** sind am Gespräch beteiligt? Ist es eine symmetrische, eine asymmetrische¹ Gesprächssituation?
- Was sind das **Thema** und das **Ziel** des Gesprächs?
- Wie ist der **Kommunikationsstil** der Beteiligten?
 - der ÄrztInnen
 - des/der PatientIn
 - des Pflegepersonals
 - beteiligter Dritter (z.B. Eltern, Angehörige)

Stichworte zum Kommunikationsstil: direktiv, sachlich, empathisch, eher fragend, patientInnenorientiert, etc.

- Gibt es **Unterbrechungen**? Wenn ja, wer unterbricht wen?
 - der Arzt/die ÄrztIn die PatientInnen?
 - der Patient/die Patientin den Arzt/die Ärztin?
 - Ist es eine unterstützende oder eine kompetitive Unterbrechung?
 - Sind die Unterbrechungen erfolgreich? Wie wirken sie sich auf das Gespräch aus?
 - Unterbrechungen durch Dritte: KollegInnen, Telefonate, Zimmernachbarn, ...?
- Werden **Suggestivfragen** gestellt, die die ‚gewünschten‘ Antworten bereits implizit vorwegnehmen?

¹ Symmetrisch: von gleichem Status, auf einer Ebene der Berufshierarchie; Asymmetrisch: z.B. Arzt/Ärztin – PatientIn; Arzt/Ärztin – Pflegepersonal; ExpertIn – Laie/Laiin

2) Einschätzung der Gesprächssituationen:

- Im Vergleich mit dem Ziel des Gesprächs, wie schätzen Sie die Zufriedenheit der GesprächspartnerInnen (Arzt/Ärztin – PatientIn) mit dem Ergebnis ein?
- Wollten Ihrer Einschätzung nach der Arzt/die Ärztin und der Patient/die Patientin im Gespräch dasselbe?
- Wie hat sich das Gespräch Ihrer Meinung nach auf die Compliance ausgewirkt?

3) Reflexion anhand der schriftlichen Beobachtungsprotokolle:

- Verwenden Sie die Online verfügbaren Vorlagen und notieren Sie Stichworte zu den o.g. Fragen, dem Gesprächstyp und den Rahmenbedingungen², unter denen die Gespräche stattfinden. Anonymisieren Sie die Personen³ und die Station. Ihre Reflexion soll Gesprächssituationen analysieren, gleichzeitig dürfen keine Rückschlüsse auf konkrete Personen möglich sein.
- Geben Sie Ihre Einschätzung ab und begründen Sie diese.
- Notieren Sie eventuell Ideen, Anregungen, wenn Sie etwas anders gemacht hätten und begründen Sie diese.

4) Zusammenfassung, Reflexion eines Artikels der Sekundärliteratur:

- Fassen Sie die Ergebnisse zusammen, nehmen Sie dazu Stellung und begründen Sie diese.

Schicken Sie Ihre vier Beobachtungsprotokolle sowie die schriftliche Reflexion an:

Koordinationsstelle für Gleichstellung, Frauenförderung, Geschlechterforschung, Mag.^a Ulrike Nachtschatt,
ulrike.nachtschatt@i-med.ac.at

Die **Vorlage** für das **Beobachtungsprotokoll** finden Sie bei den LV-Unterlagen im I-med Inside

² Z.B.: Wo findet das Gespräch statt: PatientInnenzimmer (wieviele MitpatientInnen?), OP, Gesprächsraum, Ambulanz, ...; wie viele Personen sind noch im Raum, Gesprächsstörungen, etc.

³ Z.B. mA1, mA2, wA1, wA2, .. (männlicher, weiblicher Ärzte/Ärztinnen), mP1, fP1, ... (männlicher/weiblicher Patient 1,2,3, ...)

LITERATURHINWEISE

- Hall, J., & Roter, D. (2002). Do patients talk differently to male and female physicians? A meta-analytic review. *Patient Education and Counseling*, S. 48, 217-224.
- Hedegaard, J., Ahl, H., Rovio-Johansson, A., & Siouta, E. (2014). Gendered Communicative Construction of Patients in Consultation Settings. *Women & Health*, S. 54:6, 513-529.
- Menz, F. (2011). Ärztliche Gespräche mit PatientInnen mit geringen Deutschkenntnissen. In M. Peintinger, *Interkulturell kompetent Ein Handbuch für Ärztinnen und Ärzte* (S. 225-235). Wien: facultas.wuv Universitätsverlag.
- Menz, F. (2013). Wie viel Kommunikation braucht die Medizin? Kritische Diskursanalyse im Feld von Migration und Gesundheit. In L. Kaelin, *Wie viel Deutsch braucht man, um gesund zu sein?: Migration, Übersetzung und Gesundheit* (S. 3-17). Wien: Verlag Österreich.
- Menz, F. (2015). Handlungsstrukturen ärztlicher Gespräche und ihre Beeinflussung durch institutionelle und soziale Rahmenbedingungen. In A. Busch, & T. Spranz-Fogasy, *Handbuch Sprache in der Medizin* (S. 75-92). Berlin, Boston: Walter de Gruyter.
- Nowak, P. (2015). Leitlinien für das Arzt-Patient-Gespräch - sinnvolle Hilfestellung für den ärztlichen Alltag? In A. Busch, & T. Spranz-Fogasy, *Handbuch Sprache in der Medizin* (S. 348-365). Berlin, Boston: Walter de Gruyter.
- Roter, D., Hall, J., & Aoki, Y. (2002). Physician Gender Effects in Medical Communication. A Meta-analytic Review. *JAMA*, S. August 14, Vol. 288, Nr. 656-764.
- Sandhu, H., Adams, A., Singleton, L., Clark-Carter, D., & Kidd, J. (2009). The impact of gender dyads on doctor-patient communication: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, S. 76: 348-355.
- Sator, M., & Jünger, J. (2015). Arzt-Patienten-Kommunikation in der medizinischen Ausbildung. In A. Busch, & T. Spranz-Fogasy, *Handbuch Sprache in der Medizin* (S. 333-347). Berlin, Boston: Walter de Gruyter.
- Sator, M., Gstettner, A., & Hladschik-Kermer, B. (2008). "Seitdem mir der Arzt gesagt hat 'Tumor' - Das war's." Arzt-Patient-Kommunikation an der onkologischen Ambulanz. Eine sprachwissenschaftliche Pilotstudie zu Problemen der Verständigung. *Wiener Klinische Wochenschrift*, S. 120/5-6: 158-170.
- Street Jr., R. L. (2002). Gender differences in health care provider-patient communication: are they due to style, stereotypes, or accomodation? *Patient Education and Counseling*, S. 48, 201-206.



MEDIZINISCHE
UNIVERSITÄT
INNSBRUCK

Koordinationsstelle f. Gleichstellung, Frauenförderung, Geschlechterforschung

Innrain 36/3, 6020 Innsbruck, Austria

Tel. +43 512 9003 - 71851, Fax +43 512 9003 - 73024

geschlechterforschung@i-med.ac.at

<http://www.gendermed.at/en/>

f. d. Inhalt verantwortlich: Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ med. Margarethe Hochleitner

Konzept und Ausarbeitung: Mag^a Ulrike Nachtschatt,

Ausgabe: Oktober 2017