

AUS DEM LEHRSTUHL FÜR PSYCHIATRIE, PSYCHOSOMATIK UND  
PSYCHOTHERAPIE  
DER UNIVERSITÄT AM BEZIRKSKLINIKUM REGENSBURG  
(DIREKTOR: PROF. DR. MED. R. RUPPRECHT)  
DER FAKULTÄT FÜR MEDIZIN  
DER UNIVERSITÄT REGENSBURG

DER IDEALE ARZT

Inaugural – Dissertation  
zur Erlangung des Doktorgrades  
der Medizin

der  
Fakultät für Medizin  
der Universität Regensburg

vorgelegt von  
Susanne Theisel

2012

Dekan: Prof. Dr. Dr. Torsten E. Reichert

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Hermann Spießl

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Peter Hau

Tag der mündlichen Prüfung: 20.09.2012

Zur Publikation in: Psychiatrische Praxis

2 2 Seiten

4.227 Wörter

31.817 Zeichen inkl. Leerz.

## Der „ideale“ Arzt aus Sicht psychiatrischer Patienten

Originalarbeit

Susanne Theisel<sup>1</sup> , Tanja Schielein<sup>1</sup> , Herrmann Spießl<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der  
Universität am Bezirksklinikum Regensburg

<sup>2</sup>Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Bezirkskrankenhaus  
Landshut

### Korrespondenzadresse:

Priv.-Doz. Dr. med. Herrmann Spießl

Bezirkskrankenhaus Landshut

Prof.- Buchner- Str.22

84034 Landshut

Tel.0871/6008-140, Fax 0871/6008-148

Email: h.spiessl@bkh-landshut.de

## Zusammenfassung

Anliegen: Ziel ist es zu erfassen, wie der ideale Arzt aus Patientensicht sein sollte.

Methode: Mittels problemzentrierter Interviews wurden die Erwartungen von 60

allgemeinpsychiatrischen Patienten erhoben. Ergebnisse: Der ideale Arzt sollte

insbesondere „erreichbar sein und sich Zeit nehmen“ (75%), „freundlich und

sympathisch sein“ (63%), „Engagement und Interesse zeigen“ (60%), „ein

verständnisvoller, einfühlsamer Ansprechpartner sein“ (60%), „auf die Bedürfnisse

der Patienten eingehen“ (55%). Schlussfolgerung: Die Umsetzung der

Patientenerwartungen an einen idealen Arzt erfordern optimales Zeitmanagement

und soziale Kompetenz, was bereits in Ausbildung von Ärzten mehr berücksichtigt

werden müsste.

Schlüsselwörter

Arzt-Patient-Beziehung

Patientenzufriedenheit

Qualitätsmanagement

Soziale Kompetenz

## Summary

### The “ideal” doctor from the view of psychiatric patients

**Objective:** The study aimed to investigate the expectations of patients in a general psychiatric hospital regarding an “ideal” doctor. **Methods:** 60 problem centred interviews with psychiatric in-patients were analysed by using a summarizing content analysis. **Results:** Analysis of interview data showed three fundamental areas, which are important for patients: doctors’ personality, physician-patient-interaction and treatment as well as doctors’ treatment environment. The “ideal” doctor 1. is reachable and takes his time (75%), 2. is friendly and congenial (63%), 3. shows commitment and interest (60%), 4. is an understanding and sensitive contact person (60%), 5. is responsive to needs of patients (55%). **Conclusions:** For that reason, optimal time management and social competence is necessary and should be a part of medical students’ and doctors’ education. Focusing on patients’ expectations can positively influence their treatment satisfaction.

### Keywords

Physician-patient-interaction

Patients’ satisfaction

Quality management

Social competence

## Konsequenzen für Klinik und Praxis

Aus der Literatur ist bekannt, dass aus Sicht von Medizinstudenten, Ärzten und Patienten der „ideale“ Arzt insbesondere kompetent, vertrauenswürdig, zuverlässig, sympathisch, ehrlich und freundlich sein soll.

Unsere Untersuchung zeigt, dass in der Einschätzung von psychiatrischen Patienten die persönlichen Eigenschaften des Arztes wesentlich sind und daneben Aspekte der Arzt-Patient-Beziehung und der Behandlung sowie des Behandlungsumfeldes des Arztes eine Rolle spielen.

Seit der Antike wird diskutiert, was den „guten“ Arzt ausmachen soll. „Gute Ärzte sind solche, die sich aus fremden Leiden eigene Sorgen bereiten“ schrieb Hippokrates vor 2500 Jahren [1]. Bereits Medizinstudenten im vorklinischen Studienabschnitt haben ein einheitliches und konstantes Bild vom „idealen“ Arzt: Neben Kompetenz, Aufmerksamkeit und Interesse gegenüber dem Patienten soll der Arzt sympathisch, ehrlich und freundlich sein [2,3]. Auch für praktizierende Ärzte stellt sich die Frage nach dem berufseigenen Idealbild. So schrieb Dörner: „Jeder Arzt denkt im Stillen, im Selbstgespräch darüber nach, wie er ein guter Arzt sein kann. Kein Arzt kann nicht darüber nachdenken“ [4]. Bei jungen Ärzten steht insbesondere die Kompetenz in der Behandlung im Vordergrund, ältere Kollegen halten den persönlichen Einsatz und die partnerschaftliche Arzt-Patienten-Beziehung für am wichtigsten [5].

Fragt man Patienten nach deren Erwartungen an den Hausarzt, stehen dessen Erreichbarkeit und Verfügbarkeit an oberster Stelle, daneben werden Verlässlichkeit, Vertrauen, Information über die Erkrankung und Kommunikation gewünscht [6]. Von den Patienten bemängelt wird vor allem die fehlende kommunikative Kompetenz der Ärzte [7]. Diese ist jedoch wesentlich für die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung. Besonders im psychiatrischen Krankenhaus wird vom Arzt – neben Kompetenz, Einfühlsamkeit und „Kümmern“ - das Gespräch erwartet [10]. Die kommunikative Qualität des Stationsteams ist von zentraler Bedeutung für die Zufriedenheit psychisch kranker Menschen [11].

Patienten sind heute u.a. durch den gestiegenen Konkurrenzdruck von Leistungsanbietern im Gesundheitswesen nicht zuletzt auch „Kunden“ [12]. Insbesondere im Rahmen des Qualitätsmanagements (QM) sollen ihre Bedürfnisse festgestellt und in der Therapie berücksichtigt werden [13]. So kann eine

Behandlung, die den Vorstellungen der Patienten entspricht, eine hohe Therapietreue und damit den Behandlungserfolg sichern [14].

Die meisten solcher (im QM etablierten) Patientenbefragungen wurden bisher mit Experten generierten Fragebögen durchgeführt [15,16]. Das birgt die Gefahr, dass für Patienten relevante Aspekte nicht aufgeführt werden und so die subjektive Sicht der Patienten nur unzureichend erfasst werden kann [17]. Für die vorliegende Fragestellung erschien uns daher – wie bei den Studien zur „Nutzerzufriedenheit [18] - die Verwendung qualitativer Methoden besonders geeignet, um subjektive Meinungen valide zu erfragen, insbesondere da die Vorstellungen psychiatrischer Patienten von einem idealen Arzt noch nicht evaluiert wurden.

## Methode

### Stichprobe

An vier Stichtagen wurden mittels der Psychiatrischen Basisdokumentation (BADO) insgesamt 205 Patienten der Diagnosegruppen Schizophrenie (ICD-10 F20), bipolare Störung (ICD-10 F31), Depression (ICD-10 F32/33) und Persönlichkeitsstörung (ICD-10 F60/61) im Alter zwischen 18-65 Jahren zufällig ausgewählt. Von den 205 gezogenen Patienten waren 99 nicht zu erreichen (90 kurz zuvor entlassen, neun auf Station nicht anzutreffen). 106 (100%) der Patienten konnten zu ihrer Teilnahme befragt werden: 36 Patienten (34%) lehnten die Teilnahme an der Studie ab, 10 Patienten (9%) waren laut Aussage der behandelnden Ärzte zu krank um teilzunehmen; 60 Patienten (57%) beteiligten sich an der Studie (Tab. 1). Pro Diagnosegruppe (F20, F31, F32/33, F60/61) wurden je 15 Interviews geführt.

## Instrument

Mit den Patienten wurden durch eine nicht an der Behandlung beteiligten Person (S.T.) problemzentrierte, halbstrukturierte Interviews (nach Witzel [19]) geführt. Vorteil dieser Interviewform ist, dass durch das freie Erzählen sehr gut subjektive Meinungen evaluiert werden können. Diese blieben dem Interviewer beim systematischen Abfragen sowie bei Verwendung eines von Experten generierten Fragebogens möglicherweise verwehrt. Vor Beginn des Interviews wurden die Teilnehmer über die Pseudonymisierung und den Datenschutz aufgeklärt (Genehmigung der Studie durch die Ethikkommission der Universität Regensburg). Es wurden die Thematik und der Gesprächsablauf erläutert und um ihr Einverständnis für die Aufzeichnung des Interviews auf Tonband gebeten. Dann wurde mit der Einstiegsfrage „Wie sollte Ihrer Meinung nach der ideale Arzt sein?“ begonnen. Im Weiteren wurde nach den Vorstellungen der Patienten an den idealen Arzt bei Aufnahme, während der Behandlung und bei Entlassung gefragt. Die Interviews fanden je nach Wunsch der Patienten im Patientenzimmer, in den Aufenthaltsräumen der jeweiligen Station oder in den Räumen der Arbeitsgruppe Versorgungsforschung und Sozialpsychiatrie statt.

## Datenanalyse

Die Auswertung der Interviews erfolgte mittels der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse (nach Mayring [20]). Die auf diese Weise extrahierten 608 Aussagen der Patienten konnten nach inhaltlichen Aspekten in 41 Statements bzw. drei Kategorien zusammengefasst werden. Bezüglich der Auswertung der Daten durch die Interviewerin (S.T.) und eine nicht in die Befragung involvierte klinische Psychologin (T.S.) konnte durch ein Training (an zwei Probeinterviews) und die reflexive Verständigung über das schrittweise Vorgehen bei der Analyse des

sprachlichen Materials eine Interraterkorrelation (Cohen's Kappa) von 0,89 erreicht werden. Nach der qualitativen Inhaltsanalyse wurden die Aussagen quantitativ ausgewertet, wobei pro Interview jeweils nur eine Aussage pro Statement bzw. Kategorie gezählt wurde, auch wenn diese wiederholt vom Patienten genannt wurde.

### Statistische Analyse

Um signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Patientengruppen bezüglich ihrer Diagnose sowie bestimmter soziodemographischer und krankheitsbezogenen Variablen hinsichtlich ihrer Vorstellungen eines idealen Arzt festzustellen, wurden Chi-Quadrat-Tests berechnet (SPSS 11.0)

hier bitte Tabelle 1 einfügen

### Ergebnisse

Die meisten Patienten zeigten sich der Studie gegenüber sehr aufgeschlossen und begrüßten, dass sie nach ihrer Meinung gefragt wurden. Die 608 Aussagen der 60 Patienten ließen sich in 41 Statements abbilden. Inhaltlich ließen sich die 41 Statements drei Kategorien zuordnen:

1. „Persönlichkeit des Arztes“
2. „Arzt-Patient-Beziehung und Behandlung“
3. „Behandlungsumfeld des Arztes“

#### 1. Persönlichkeit des Arztes

239 von 608 Aussagen betrafen die „Persönlichkeit des Arztes“ (39% aller Aussagen). Von 41 Items konnten zehn Items dieser Kategorie zugeordnet werden, davon die ersten vier am häufigsten genannten Items (Tab. 2).

Gerade in Situationen, in denen es den Patienten schlecht geht, ist die Erreichbarkeit und Verfügbarkeit des Arztes für die Patienten sehr wichtig. Dass der ideale Arzt Zeit hat bzw. sich Zeit nimmt, wurde von 75% der befragten Patienten – und damit am häufigsten - genannt: „Der Arzt sollte halt immer Zeit haben. ... Man hat immer wieder irgendwelche Fragen oder Ängste oder so. Dann ist halt schön, wenn man bloß klopfen braucht und sagen kann: Haben sie bitte Zeit oder so. (...) Weil man grad zu dem Zeitpunkt denkt: Jetzt geht es mir schlecht. Und der Arzt hat aber morgen erst Zeit. Also, das ist dann irgendwie nicht schön.“

Eine weitere wichtige Eigenschaft, die Persönlichkeit des Arztes betreffend, ist für 63% der Patienten, dass der Arzt freundlich und sympathisch ist: „Also, wenn die Chemie nicht stimmt, dann kann man auch nicht so reden als Patient. Man würde gern mehr erzählen und würde gern alles erzählen, aber das geht nicht (...).“

Engagement und Interesse zeigen, ist die dritthäufigst (60% der Patienten) genannte Eigenschaft des idealen Arztes: „Ja, er muss halt Interesse zeigen für die Problematik, was ich denn hab‘. Nicht sich einfach reinhocken und das muss ich mir jetzt anhören, weil es mein Job ist. Sondern ich will mir das anhören, weil ich jetzt wirklich demjenigen helfen will.“

Ebenso ist es für 60% der Befragten wichtig, im Arzt einen verständnisvollen und einfühlsamen Ansprechpartner zu finden: „Er sollte auch verständnisvoll sein, grad für die Probleme. Auch für die Probleme, wo man, wenn jemand gesünder ist oder fitter ist, sagt: So ein Quatsch, das sind überhaupt keine Probleme. Das ist halt auch wenn man psychisch krank ist, schon Kleinigkeiten, die man sich da zu Herzen nimmt.“

Dass der Arzt kompetent ist und über Fachwissen verfügt, erwarten 43% der Befragten von einem idealen Arzt: „Dass er weiß, was gemacht wird oder woher etwas kommt. Das ist mir auch immer ganz wichtig.“

## 2. Arzt-Patient-Beziehung und Behandlung

Die meisten Aussagen der Patienten (343 von 608 Aussagen) bezogen sich auf die „Arzt-Patient-Beziehung und Behandlung“ (56,4% aller Aussagen). 26 von 41 Items sind dieser Kategorie zuzuordnen (Tab. 3).

55% der Patienten erwarten, dass der ideale Arzt auf die Bedürfnisse der Patienten eingeht: „Manchmal ist es z.B. bei mir so, ich weiß halt genau, was mir jetzt gut tun würde, aber das nimmt er halt dann nicht an. Dass eigene Meinung auch beachtet wird, das kann sehr wichtig sein.“

Die Erwartung, regelmäßig mit dem Arzt sprechen zu können, äußern 48% der befragten Personen: „Zum Beispiel mal spazieren gehen und da Gespräch machen. Er sollte halt nicht nur Medikamente verschreiben. Auch mit den Patienten reden auf jeden Fall.“

Eine weitere Anforderung an den idealen Arzt ist es, dass er den Patienten Vertrauen und Geborgenheit vermittelt, 47% der befragten Patienten machten dies deutlich: „Man sollte sich wohlfühlen im Gespräch. Wenn ich kein Vertrauen hab (...), da ist der nix für mich. Nur wenn ich Vertrauen hab, kann ich mich öffnen ihm gegenüber. Das sind dann mal Kleinigkeiten aber, enorm wichtig.“

Ebenso entscheidend für 47% der Patienten ist eine verständliche Aufklärung. Patienten erwarten ausreichend Informationen über die Erkrankung und ihre Behandlungsmöglichkeiten: „Und ich finde man sollte die Symptome mit den Patienten besprechen. Weil der Patient hat auch ein Recht zu erfahren, wie der Arzt zu seiner Diagnose kommt.“

Eine gute, fast freundschaftliche und gleichberechtigte Beziehung zwischen Arzt und Patient zu ermöglichen, ist für 42% ein wichtiges Kriterium: „Ansonsten Vertrauen, gegenseitige Achtung. Was auch ganz wichtig ist: Dass man auf einem Niveau ist. Menschlich gesehen. Also dass der Arzt sich nicht über den Patienten stellt.“

42% der Befragten gaben an, dass sie von einem idealen Arzt eine erfolgreiche Behandlung erwarten: „Schon, dass sie mir halt helfen können. Wenn ich an der Schizophrenie erkrankt bin oder besser gesagt an der Psychose, dass sie mir halt dann mit den richtigen Medikamenten helfen können.“

### 3. Behandlungsumfeld des Arztes

26 von 608 Aussagen betrafen das „Behandlungsumfeld des Arztes“ (4,3% aller Aussagen). Fünf von 41 Items konnten dieser Kategorie zugeordnet werden (Tab.4). Hier ist es für die Patienten am wichtigsten, dass der ideale Arzt mit den an der Behandlung beteiligten Kollegen zusammenarbeitet. 20% der Befragten meinten, es sollen Informationen weitergegeben und austauscht werden: „Und die besprechen sich dann einmal in der Woche zur Kurvenvisite. Und dann besprechen sie, welche Patienten entlassen werden oder auch für Medizin kriegen. Und da fühl' ich mich von der Frau Doktor schon auch verstanden. Und auch von den anderen Ärzten.“

## Unterschiede zwischen den Patientengruppen

Die Chi-Quadrat-Tests ergaben keine signifikanten Unterschiede bezüglich eines idealen Arztes zwischen den Patienten hinsichtlich soziodemographischer und krankheitsbezogener Variablen, ebenso wenig hinsichtlich der vier untersuchten Diagnosegruppen, d.h. trotz unterschiedlicher Psychopathologie bestehen dieselben Erwartungen an den Arzt.

hier bitte Tabellen 2-4 einfügen

## Diskussion

Ziel der Studie war es, die Vorstellungen allgemeinspsychiatrischer Patienten an den idealen Arzt zu eruieren, um daraus mögliche Konsequenzen für die Behandlung ableiten zu können.

Unter methodologischen Gesichtspunkten wurden spezifische Gütekriterien qualitativer Forschung berücksichtigt [21]: Das gewählte Setting eines halbstrukturierten Interviews mit offenen Fragen durch eine nicht in die Patientenbehandlung involvierte Person (S.T.) „im Feld“ sollte Antworten nach der „sozialen Erwünschtheit“ bzw. positive Antworttendenzen, eine Reaktivität des abgefragten Materials und Störfaktoren in der sozialen Beziehung von Interviewer und Befragten gering halten, aber zugleich die notwendige Nähe zum Gegenstand herstellen. Die Datenauswertung erfolgte regelgeleitet mit der qualitativen Inhaltsanalyse [20]. Die Aussagen erscheinen plausibel und aufgrund der Stichprobenauswahl und der hohen Antwortrate repräsentativ zumindest für allgemeinspsychiatrische Patienten einer psychiatrisch-psychotherapeutischen Klinik, insbesondere da keine Unterschiede hinsichtlich soziodemographischer und

krankheitsbezogener Variablen (incl. Diagnose) gefunden wurden. Bezüglich der Generalisierung der Ergebnisse bleibt offen, ob somatische Patienten oder auch Sucht- und gerontopsychiatrische Patienten bzw. ambulant behandelte Patienten andere Erwartungen an einen idealen Arzt haben, da nur allgemeinspsychiatrische Patienten im stationären Setting interviewt wurden.

Für eine Generalisierung spricht aber, dass die Ergebnisse inhaltlich in Einklang mit Teilergebnissen bisheriger Studien (gerade aus dem Bereich der Patientenzufriedenheitsforschung) stehen. Aufgrund des Fokus auf den Arzt werden die idealtypischen Anforderungen an ihn in der vorliegenden Studie erstmals zusammenfassend eruiert. Patienten wünschen sich in erster Linie einen Arzt, der erreichbar ist und genügend Zeit hat bzw. sich Zeit nimmt [8,11,22]. Der Wunsch nach Kommunikation („Gespräche“) wird in vielen Studien berichtet [8-11,22-26]. Patienten möchten aufgeklärt werden über ihre Diagnose und die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten [22,24,26]. Sie wünschen sich ein Mitspracherecht bei den Therapiemaßnahmen [21,25,27]. Alle Entscheidungen sollen von Arzt und Patient gemeinsam getroffen werden [6,22,27], Patienten wollen ein gutes Verhältnis zu ihrem Arzt [11], sie favorisieren eine gleichberechtigte Arzt-Patient-Beziehung [22,28]. Mitsprache bei der Therapie ist auch wichtig für die Patientenzufriedenheit [17], in der Therapie soll auf ihre Bedürfnisse eingegangen werden.

Die Ergebnisse verifizieren wissenschaftlich fundiert anhand von immerhin 60 Interviews bisherige Klischees. In den Interviews stellte sich insbesondere heraus, dass für Patienten die Persönlichkeit des Arztes eine besonders wichtige Rolle spielt. Die „soft skills“ der Ärzte sind (heute) offenbar mehr oder zumindest genauso gefragt wie bloßes Fachwissen, dies zeigten auch Befragungen zu Patientenerwartungen an

die Klinikbehandlung [8,9]. So werden an zweiter Stelle der Vorstellungen eines idealen Arzt „freundliche und sympathische Ärzte“ genannt, z.B. weit vor „erfolgreicher Therapie“, welche sich mit 42% der Nennungen nicht unter den „Top 10“ befindet. Freundlichkeit, Interesse und der persönliche Einsatz des Arztes für die Belange der Patienten („sich kümmern“) sind wichtige Anforderungen der Patienten an einen idealen Arzt und auch wesentliche Faktoren für die Patientenzufriedenheit [17]. Im ärztlichen Gespräch sind dementsprechend Einfühlungsvermögen und Verständnis gefragt [8,22]. Interessanterweise ist das Arztideal von Patienten nicht dem von Medizinstudenten und Ärzten unähnlich: Der Arzt soll kompetent, vertrauenswürdig, zuverlässig, sympathisch, ehrlich und freundlich sein [2,5].

Außer Frage steht, dass nicht immer und nicht alle idealtypischen Anforderungen an den Arzt von diesem auch realisiert werden können. Die Zeit, welche Ärzte laut Psychiatrie-Personalverordnung (PsychPV) pro Patient und Tag zur Verfügung haben, steht im Gegensatz zum Wunsch der Patienten nach ständiger ärztlicher Betreuung und Verfügbarkeit. In psychiatrisch-psychotherapeutischen Kliniken sind zudem Ärzte in den letzten Jahren weniger geworden (PsychPV unter 100%, Nicht-Besetzen von Arztstellen aufgrund Ärztemangels) bei gleichzeitiger Zunahme von Fallzahl und Fallschwere, was eine erhebliche Leistungsverdichtung bedeutet und u.a. die Frage nach der Delegation ärztlicher Leistungen aufwirft [29]. Können die gewünschte Patientenorientierung und insbesondere die Forderungen der Patienten nach mehr Zeit und Gesprächen in Zeiten begrenzter ökonomischer Ressourcen im „Unternehmen Krankenhaus“ überhaupt umgesetzt werden“?

Zwar hat der Arzt im Klinikbetrieb (zu) wenig Zeit für die Patientenversorgung, aber die vorhandene Zeit kann effektiv genutzt werden. Die „Droge Arzt“, d.h. seine

„persönlichen“ Eigenschaften, kann den Therapieverlauf positiv beeinflussen. Zwischenmenschliche Fähigkeiten sind Schlüsselqualifikationen der Ärzte gerade in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Klinik [30,31] - und Freundlichkeit kostet weder Zeit noch Geld. Auch durch kommunikative Kompetenz kann die tägliche Arbeit effektiver gestaltet und das Outcome der Behandlung verbessert werden [30,32,33]. Schließlich stärkt eine gelungene Kommunikation das Vertrauen der Patienten in ihren Arzt und damit die Arzt-Patient-Beziehung, was zur Zufriedenheit der Patienten beiträgt, den Therapieerfolg sichert und auch die Compliance verbessert [34-36].

Der Erwerb sozialer und kommunikativer Kompetenz sollte daher bereits im Medizinstudium eine größere Rolle spielen, kompetenzbasierte Trainingsprogramme werden gefordert [37]. An einigen Universitäten sind innovative Lernmethoden wie Skills-Labs (zur Verbesserung klinisch-praktischer Fertigkeiten) und standardisierte Patienten-Programme mit Schauspielerpatienten (zum Kommunikationstraining) bereits etabliert. Ferner werden problemorientiertes Lernen und computerbasierte patientenzentrierte Trainingsprogramme – wie auch Kurse zu Zeitmanagement und Stressbewältigung - an einigen Fakultäten angeboten [38]. Dabei soll aber nicht formal korrektes Verhalten gelernt werden, viel mehr geht es um echte Empathie, was von den akademischen Lehrern persönlich vermittelt werden sollte.

Fachkompetenz, Empathie und Patientenorientierung sind weiterhin die Leitthemen für Ärzte und Psychiater [39,40]. „Ein Patient sollte sich jedes Mal, wenn er einen Arzt gesehen hat, besser fühlen“, sagte einst eine sibirische Ärztin [1]. Das ist auch heute noch ein erstrebenswertes Ziel.

Interessenkonflikte: Keine.

## Literatur

1. Lown B. Die verlorene Kunst des Heilens. Anleitung zum Umdenken. Schattauer, Stuttgart, New York 2002
2. Von Schmädell D, Götz K. Das Arztideal bei Medizinstudenten. Allgemeinarzt 2000; 22: 738-743
3. Schäfer S, Kowalski A, Zipfel S, Schrauth M. Selbstbild, Arztbild und Arztideal von Medizinstudierenden im Verlauf von 20 Jahren. Psychother Psychosom Med Psychol 2007; 57: DOI: 10.1055/s-2007-970703
4. Dörner K. Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. Schattauer, Stuttgart, New York 2001
5. Jurkat HB, Reimer C, Plewnia CG. Arztideal und der ideale Arzt. Ärztliche Wunsch- und Leitbilder in Abhängigkeit von der Dauer der Berufstätigkeit. Allgemeinarzt 1999; 21: 969-972
6. Klingenberg A, Bahrs O, Szecsenyi J. Was wünschen Patienten vom Hausarzt? Erste Ergebnisse aus einer europäischen Gemeinschaftsstudie. Z Allgemeinmed 1996; 72: 180-186
7. Langewitz W, Conen D, Nübling M, Weber H. Kommunikation ist wesentlich - Defizite der Betreuung im Krankenhaus aus der Sicht von Patienten und Patientinnen. Psychother Psychosom Med Psychol 2002; 52: 348-354
8. Spießl H, Spießl A, Cording C. Die „ideale“ stationär-psychiatrische Behandlung aus Sicht der Patienten. Psychiat Prax 1999; 26: 3-8
9. Spießl H, Leber C, Kaatz S, Cording C. Was erwarten Patienten von einer psychiatrischen Abteilung an einem Allgemeinkrankenhaus? Psychiat Prax 2002; 29: 417-419
10. Fleischmann H. Was erwarten psychisch Kranke von der Behandlung im psychiatrischen Krankenhaus? Psychiat Prax 2003; 30: S136-S139
11. Möller-Leimkühler AM, Dunkel R. Zufriedenheit psychiatrischer Patienten mit ihrem stationären Aufenthalt. Nervenarzt 2003; 74: 40-47
12. Duttweiler S. Vom Patienten zum Kunden? Ambivalenzen einer aktuellen Entwicklung. Psychotherapeut 2007; 52:121-126
13. Philipp M, Laux G. Qualitätsmanagement in der Psychiatrie. Fortschr Neurol Psychiat 2008; 76: 236-249
14. Priebe S, McCabe R, Bullenkamp J, Hansson L, Lauber C, Martinez-Leal R, Rössler W, Salize H, Svensson B, Torres-Gonzales F, van den Brink R, Wiersma D, Wright DJ. Structured patient clinician communication and 1-year outcome in community mental healthcare: Cluster randomised trial. Br J Psychiatry 2007; 191: 420-426

15. Leimkühler AM. Die Qualität klinischer Versorgung im Urteil der Patienten. In: Gaebel W (Hrsg). Qualitätssicherung im psychiatrischen Krankenhaus. Springer, Berlin, New York 1995, 163-172
16. Spießl H, Cording C, Klein HE. Erfassung der Patientenzufriedenheit in der Psychiatrie. Krankenhauspsychiatrie 1995; 6: 156-159
17. Spießl H, Leber C, Radlinger P, Kaatz S, Binder H, Hambrecht M, Klein HE. Patientenzufriedenheit in psychiatrischen Kliniken. Nervenheilkunde 2009; 28: 481-486
18. Spießl H, Schmid R, Cording C, Klein HE, Adler L. Die Bedeutung der Nutzerzufriedenheit für die psychiatrische Versorgung. Krankenhauspsychiatrie 2006; 17: 2-8
19. Witzel A. Verfahren der qualitativen Sozialforschung. Überblick und Alternativen. Campus Verlag, Frankfurt a.M. 1982
20. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2003
21. Mayring P. Einführung in die qualitative Sozialforschung. Psychologie Verlags Union, Weinheim 1996
22. Kahlert A. Bedürfnisse von Patienten mit einer bipolaren Erkrankung während des stationären Aufenthaltes. Psychiat Prax 2006; 33: S7-S11
23. Swoboda E, Kühnel B, Waanders R, König P. Zufriedenheit der Patienten mit der psychiatrischen Versorgung im Krankenhaus. Ergebnisse einer Patientenbefragung. Krankenhauspsychiatrie 2000; 11: 13-20
24. Asadi-Lari M, Tamburini M, Gray D. Patient`s needs, satisfaction, and health related quality of life: Towards a comprehensive model. Health Qual Life Outcomes. 2004; 2:32
25. Merten M. Patientenzufriedenheit: Nicht genug geredet. Dtsch Arztebl 2005; 102: A3389
26. Reichart T, Kissling W, Scheuring E, Hamann J. Patientenbeteiligung in der Psychiatrie - eine kritische Bestandsaufnahme. Psychiat Prax 2008; 35: 111-121
27. Bieber C, Ringel N, Eich W. Partizipative Entscheidungsfindung und ihre Umsetzung im Gesundheitswesen. Klinikarzt 2007; 36: 21-25
28. Längle G, Baum W, Wollinger A, Renner G, U`ren R, Schwärzler F, Eschweiler GW. Indicators of quality of In-patient psychiatric treatment: the patient`s view. Int J Quality Health Care 2003; 15: 213-221
29. Spießl H, Hausner H, Hajak G, Klein HE. Delegation und Substitution ärztlicher Aufgaben - Wohin führt der Weg in der Psychiatrie? Psychiat Prax 2008; 35: 265-266

30. Cheragi-Sohi S, Bower P. Can the feedback of patients assessment, brief training, or their combination, improve the interpersonal skills of primary care physicians? A systemic review. *BMC Health Services Research* 2008; 8: 179
31. Khera N, Stroobant J, Primhak RA, Gupta R, Davies H. Training the ideal hospital doctor: the specialist registrars´ perspective. *Med Educ* 2001; 35: 957-966
32. Teutsch C. Patient-doctor-communication. *Med Clin North Am* 2003; 87: 1115-1145
33. Kuyken W, Tsvirikos D. Therapist competence, comorbidity and cognitive-behavioral therapy for depression. *Psychother Psychosom* 2009; 78: 42-48
34. Keating NL, Gandhi TK, Orav EJ, Bates DW, Ayanian JZ. Patient characteristics and experiences associated with trust in specialist physicians. *Arch Intern Med* 2004; 164: 1015-1020
35. Weng HC. Does the physician´s emotional intelligence matter? Impacts of the physician´s emotional intelligence on the trust, patient-physician relationship and satisfaction. *Health Care Manage Rev* 2008; 33:280-288
36. Lee YY, Lin IL. Trust but verify: The interactive effects of trust and autonomy preferences on health outcome. *Health Care Anal* 2009; 17: 244-260
37. Rodriguez-Paz JM, Kennedy M, Salas E, Wu AW, Sexton JB, Hunt EA, Pronovost PJ. Beyond “see one, do one, teach one“: toward a different training paradigm. *Qual Saf Health Care* 2009; 18: 63-68
38. Kruppa E, Jünger J, Nikendei C. Einsatz innovativer Lern- und Prüfungsmethoden an den Medizinischen Fakultäten der Bundesrepublik Deutschland. Eine aktuelle Bestandsaufnahme. *Dtsch Med Wochenschr* 2009; 134: 371-372
39. Herzig S, Biehl L, Stelberg H, Hick C, Schmeißer N, Koerfer A. Wann ist ein Arzt ein guter Arzt? Eine inhaltsanalytische Untersuchung von Aussagen medizinischer Professionsvertreter. *Dtsch Med Wochenschr* 2006; 131: 2883-2888
40. Bhugra D, Sivakumar K, Holsgrove G, Butler G, Leese M. What makes a good psychiatrist? A survey of clinical tutors responsible for psychiatric training in the UK and Eire. *World Psychiatry* 2009; 8: 119-120

## Tabellen

Tab. 1: Patientenstichprobe (n=60)

Merkmal	Merkmalsausprägung	Anzahl (n)	Prozent (%)
Geschlecht	weiblich	33	55
	männlich	27	45
Wohnsituation	Privatwohnung	54	90
	Betreutes Wohnen	1	2
	Therapeutisches Heim	4	7
	Sonstige	1	2
Lebt zusammen mit	allein	25	42
	Eltern	8	13
	Partner	18	30
	Kinder	11	18
	Sonstige Verwandte/Bekannte	9	15
Muttersprache	Deutsch	57	95
	andere	3	5
Schulabschluss	keiner	1	1,7
	Hauptschule ohne Qualifikation	12	20
	Hauptschule mit Qualifikation	14	23
	Mittlere Reife	13	22
	Abitur	16	27
	Sonstige	3	5
Berufsabschluss	(noch) keiner	14	23
	Lehre abgeschlossen	31	52
	Fachschule	4	7
	Hochschule	11	18
Derzeitig / zuletzt ausgeübter Beruf	Ungelernter Arbeiter	4	7
	Facharbeiter	13	22
	Angestellter, Beamter	22	37
	Selbstständiger	7	12
	in Ausbildung oder nie erwerbstätig	10	17
Jetzige berufliche Situation	unklar	5	8
	Berufstätig Vollzeit	7	12
	Berufstätig Teilzeit	4	7
	Nicht berufstätig, Hausfrau	2	3
	Ausbildung	2	3
	Beschützt beschäftigt	1	2
	Arbeitslos gemeldet	6	10
	Erwerbsunfähigkeits- / Berufsunfähigkeitsrente	14	23
	Unklar	6	10

Tab. 2: Erwartungen an den „idealen“ Arzt aus Sicht allgemeinspsychiatrischer Patienten (n=60), Kategorie „Persönlichkeit des Arztes“

Item	Anzahl (n) Nennungen	Prozent (%) Nennungen
Erreichbar sein und sich Zeit nehmen	45	75
Freundlich und sympathisch sein	38	63
Engagement und Interesse zeigen	36	60
Verständnisvoller, einfühlsamer Ansprechpartner sein	36	60
Über Kompetenz und Fachwissen verfügen	26	43
Aufmerksam zuhören	18	30
Ruhig und geduldig sein	17	28
Offen und ehrlich sein	16	27
Pünktlich und zuverlässig sein	6	10
Kritikfähig sein	1	2

Tab. 3: Erwartungen an den „idealen“ Arzt aus Sicht allgemeinspsychiatrischer Patienten (n=60), Kategorie „Arzt-Patient-Beziehung und Behandlung“

Item	Anzahl (n) Nennungen	Prozent (%) Nennungen
Auf Bedürfnisse des Patienten eingehen	33	55
Regelmäßige Gespräche während des Aufenthaltes führen	29	48
Vertrauen und Geborgenheit vermitteln	28	47
Verständlich über Erkrankung und Behandlung aufklären	28	47
Kooperatives Arzt-Patient-Verhältnis auf Augenhöhe pflegen	27	45
Erfolgreich therapieren	25	42
Patienten ernst nehmen	21	35
Patienten entlasten und Zuversicht vermitteln	17	28
Weiterbehandlung sichern mit Möglichkeit der Wiederaufnahme	17	28
Menschlichen, respektvollen Umgang mit Patienten pflegen	16	27
Individuell behandeln	16	27
Verschiedene und moderne Therapien anbieten	14	23
Gute und ausführliche Diagnostik durchführen	14	23
Medikamente adäquat einsetzen	13	22
Verhaltenstipps zur Krankheitsbewältigung geben	9	15
Eigenverantwortlichkeit und Selbstvertrauen stärken	8	13
Patienten Feedback über den Behandlungsverlauf geben	6	10
Ganzen Menschen sehen	5	8
Klare Rollenverteilung zwischen Arzt und Patient anstreben	5	8
Exakt dokumentieren und Akten führen	3	5
Sich an Schweigepflicht halten	3	5
Zwei-Klassen-Medizin vermeiden	2	3
Zur Rückfallprophylaxe anleiten	1	2
Ungestörte Gespräche führen	1	2
Gespräche mit den Angehörigen führen	1	2
Prompt reagieren bei erneuter Symptomatik	1	2

Tab.4 Erwartungen an den „idealen Arzt“ aus Sicht allgemeinspsychiatrischer Patienten (n=60), Kategorie „Behandlungsumfeld des Arztes“

Item	Anzahl (n) Nennungen	Prozent (%) Nennungen
Multiprofessionell und interdisziplinär zusammenarbeiten	12	20
Angenehmes Stationsklima schaffen	7	12
Visite nur mit behandelndem Arzt und Pflegekraft durchführen	4	7
Arztwechsel ermöglichen	2	3
Für saubere und angenehme Räumlichkeiten sorgen	1	2

## DANKSAGUNG

Ich bedanke mich bei Herrn Prof. Dr. Herrmann Spießl für die freundliche Bereitstellung des Themas und die kompetente Unterstützung.  
Weiterer Dank gilt der Arbeitsgruppe Sozialpsychiatrie und Versorgungsforschung am Bezirksklinikum Regensburg, insbesondere meiner Betreuerin Frau Tanja Schielein.

Susanne Theisel

