

Psychologisches Institut der Universität Zürich, Sozial- und Gesundheitspsychologie

M. Schmid Mast, A. Kindlimann, R. Hornung

## Wie sich das Geschlecht und der Kommunikationsstil von Ärzten auf die Patientenzufriedenheit auswirken: Vom kleinen, aber feinen Unterschied

How Gender and Communication Style of Physicians Affect Patient Satisfaction: The Little Difference

### Zusammenfassung

Wenn Ärzte patientenorientiert kommunizieren, also emotionale Teilnahme zeigen, der Bedeutung einer Krankheit für das Leben der Betroffenen nachgehen, die Patienten in den Entscheidungsprozess mit einbeziehen, dann sind Patienten besonders zufrieden mit der ärztlichen Konsultation. Ein solcher patientenorientierter Kommunikationsstil ist eher bei Ärztinnen als bei Ärzten zu finden. Patienten müssten demzufolge mit Konsultationen bei Ärztinnen zufriedener sein als mit Konsultationen bei Ärzten. Die Forschung zeigt jedoch, dass kein Unterschied besteht: Patienten sind mit Ärztinnen gleich zufrieden wie mit Ärzten. Dieses Geschlecht-Interaktionsstil-Paradox wird beleuchtet und anhand von Geschlechterrollenstereotypen und Erwartungen der Patienten erklärt.

**Schlüsselwörter:** Arzt-Patienten-Kommunikation – Geschlechterstereotyp, Patientenzufriedenheit – Gender

Die ärztliche Kommunikation ist ein wichtiger Teil der medizinischen Konsultation und wirkt sich auf das Erleben, das Verhalten und die Gesundheit der Patienten<sup>1</sup> aus. So beeinflusst der ärztliche Gesprächsstil, wie zufriedene Patienten mit einem Arztbesuch sind [1,2], ob sie zum nächsten vereinbarten Arzttermin erscheinen [3, 4], wie sehr sie sich an die ärztlichen Ratschläge und Verordnungen halten [5] und wie viel der ärztlichen Information sie erinnern [2]. Auch das subjektive Gesundheitsgefühl von Patienten [1] und, wie stark sich ihre Gesundheit verbessert [6,7], hängen mit dem ärztlichen Kommunikationsstil zusammen. Und Ärztinnen kommunizieren anders mit Patienten als Ärzte [8]. Diese Unterschiede werden im Folgenden beschrieben und ihr Einfluss am Beispiel der Patientenzufriedenheit erläutert.

### Ärztliche Kommunikation und Patientenzufriedenheit

#### Warum ist Patientenzufriedenheit überhaupt wichtig?

Patientenzufriedenheit korreliert positiv mit Gesundheitseffekten [9]. Sie hängt mit der Bereitschaft von Patienten, sich an Behandlungspläne zu halten, dem besseren gesundheitlichen Befinden von Patienten und somit mit einem erfolgreichen Behandlungsverlauf zusammen [10]. Es wird davon ausgegangen, dass zufriedene Patienten eher treue Kunden in Arztpraxen

und Kliniken sind als unzufriedene [11,12, 13]. Zufriedene Patienten klagen ihre Ärzte nach Behandlungsfehlern weniger gerichtlich an [14,15]. Ausserdem ist es plausibel anzunehmen, dass zufriedene Patienten die Zusammenarbeit auch für den behandelnden Arzt befriedigender machen. So ist die Berücksichtigung von Patientenzufriedenheit aus Überlegungen zur Versorgungsqualität, zu marktwirtschaftlichen Vorteilen einer Praxis und zur Arbeitszufriedenheit von Ärzten wichtig.

#### Patientenorientierte Kommunikation: partnerschaftlich und emotional

Der patientenorientierte Kommunikationsstil basiert auf dem biopsychosozialen Modell von Engel [16], bei dem die Position des Patienten in den Mittelpunkt der Arzt-Patienten-Beziehung rückt. Typisch für einen patientenorientierten Kommunikationsstil ist, 1. dass Patienten als Experten des Erlebens ihrer Krankheit angesehen werden und deshalb umfassend informiert und in Entscheidungen bezüglich Diagnostik und Behandlung einbezogen werden und 2. dass auf das emotionale Erleben eingegangen wird, indem der Arzt Patienten nach ihren Gefühlen fragt, sich versucht, in die Lage der Patienten hineinzuversetzen und Mitgefühl und Anteilnahme ausdrückt.

Diese beiden Aspekte der patientenorientierten Kommunikation lassen sich auf zwei Dimensionen abbilden, nämlich auf

<sup>1</sup> Die männliche Form steht für Patienten und Patientinnen

die Dimensionen *Partnerschaftlichkeit und Emotionalität*.<sup>2</sup> Partnerschaftlichkeit zielt auf die Verringerung des Status- und Machtunterschiedes zwischen Arzt und Patient. Der Arzt gibt Kontrolle ab, indem er Fachwissen mit dem Patienten teilt und dieses verständlich darlegt, den Patienten in die Entscheidungsfindung mit einbezieht («shared decision making») und durch Nachfragen und Einbeziehen des Patienten eine partnerschaftliche Beziehung etabliert. Beim emotionalen Kommunikationsstil wird dem Gefühlserleben des Patienten und dem Beziehungsaspekt zwischen Arzt und Patient grosse Bedeutung zugemessen. Der Arzt signalisiert Interesse, Wärme, Freundlichkeit, Verständnis und Mitgefühl.

Diese beiden Dimensionen decken sich mit der von *Krupat et al.* [17] vorgeschlagenen Unterscheidung von «sharing» (Teilen von Macht, Kontrolle und Information zwischen Arzt und Patient) und «caring» (ärztliches Interesse am emotionalen Erleben des Patienten und am Aufbau einer guten Beziehung zum Patienten) als zwei Aspekten von patientenorientierter Interaktion. Die beiden Dimensionen sind nicht ganz unabhängig voneinander [17].

### Implikationen eines emotionalen ärztlichen Kommunikationsstils

In der empirischen Forschung zur Arzt-Patienten-Interaktion ist der Aspekt der Emotionalität früh als wichtiger Faktor erkannt und untersucht worden. *Ben-Sira* [18] zeigte, dass für Patienten die affektive Komponente im ärztlichen Kommunikationsstil einer der wichtigsten Faktoren bei der Evaluation der ärztlichen Behandlung ist. Viele Studien belegen einen positiven Zusammenhang zwischen einem emotionalen Kommunikationsstil des Arztes und der Patientenzufriedenheit. Beispielsweise sind Patienten zufriedener, wenn der Arzt freundlich ist und in der Konversation nicht ausschliesslich auf medizinische Inhalte fokussiert, sondern auch sogenannt

soziale (definiert als «nicht-medizinische») Konversation betreibt [19], nonverbale Direktheit wie Nähe, nach vorne Lehnen und Blickkontakt zeigt, mehr Zeit für die Konsultation aufwendet [20] und über bessere nonverbale Kommunikationsfähigkeiten verfügt [3].

### Implikationen eines partnerschaftlichen ärztlichen Kommunikationsstils

Obwohl Machtunterschiede in der Literatur zur Arzt-Patienten-Beziehung durchaus diskutiert werden [21], ist dieser Aspekt vergleichsweise wenig empirisch untersucht. Eine Ausnahme bildet die Fragebogenstudie von *Buller und Buller* [22]. In dieser wird gezeigt, dass ein nicht partnerschaftlicher, dominanter ärztlicher Kommunikationsstil mit weniger Patientenzufriedenheit zusammenhängt. Die Präferenz für einen partnerschaftlichen Interaktionsstil zeigt sich zudem darin, dass Patienten zufriedener sind, wenn der Arzt viel Information vermittelt, nachfragt, den Patienten einzubeziehen versucht und eine wenig kontrollierende Haltung einnimmt [19, 20].

### Geschlechtsunterschiede im ärztlichen Kommunikationsstil

Frauen kommunizieren anders als Männer [23,24]. Der weibliche Kommunikationsstil ist charakterisiert durch den Ausdruck von Emotionen [25], den Einbezug des Gegenübers, dem Vermitteln von Anteilnahme, Interesse und Selbstoffenbarung [26]. Diesem sozioemotionalen Kommunikationsstil der Frauen steht ein mehr direkter, instrumenteller Kommunikationsstil von Männern gegenüber [25]. Inwieweit der Kommunikationsstil von Ärzten und Ärztinnen sich ebenfalls durch diesen Unterschied kennzeichnet, ist nicht a priori klar. Es könnte durchaus sein, dass die Selektion für den Arztberuf und die männlich dominierte, auf die Kommunikation von Faktenwissen konzentrierte, ärztliche Ausbildung bestehende Geschlechtsunterschiede im Kommunikationsstil nivelliert. Untersuchungen zeigen allerdings, dass dem nicht so ist: Ärztinnen und Ärzte unterscheiden sich in ihrem Kommunika-

tionsverhalten in auffällig ähnlicher Weise voneinander, wie dies Frauen und Männer generell tun [8]. *Roter et al.* führten mit 29 publizierten Studien eine quantitative Meta-Analyse zu Geschlechtsunterschieden in der ärztlichen Kommunikation durch. Ihre Resultate zeigen, dass obwohl sich Ärztinnen und Ärzte nicht in der vermittelten Fachkompetenz (z.B. medizinische Informationen geben) unterscheiden, Ärztinnen im Vergleich zu Ärzten mehr positiv kommunizieren (z.B. Ermutigung und Unterstützung äussern) und mehr Verhalten zeigen, das dem Aufbau einer partnerschaftlichen Beziehung dient (z.B. nach den Gründen für den Arztbesuch fragen oder den Patienten in die Entscheidungsfindung bezüglich der weiteren Behandlung mit einbeziehen). Ärztinnen stellen zudem auch mehr psychosoziale Fragen (z.B. wie sich die Krankheit oder die Beschwerden auf den Alltag des Patienten auswirken) und schenken den Emotionen der Patienten mehr Bedeutung (z.B. Fragen darüber, was die Patienten und Patientinnen beunruhigt oder Äusserung von Anteilnahme). Auch sind die Konsultationen bei Ärztinnen im Schnitt zwei Minuten länger als diejenigen bei Ärzten.

Zusammenfassend zeigt sich, dass der Kommunikationsstil von Ärztinnen partnerschaftlicher und emotionaler ist als derjenige von Ärzten. Es soll nicht unerwähnt bleiben, dass diese Unterschiede auf dem Hintergrund von vielen Gemeinsamkeiten im Kommunikationsstil von Ärztinnen und Ärzten auftreten [8]. Insbesondere sei noch einmal darauf hingewiesen, dass keine Unterschiede in der Menge, der Qualität und der Art der vermittelten biomedizinischen Informationen festgestellt werden. Es gibt also in der Güte der rein medizinischen Betreuung und Kompetenz keine Geschlechtsunterschiede.

### Patientenzufriedenheit in Abhängigkeit von Geschlecht und Kommunikationsstil des Arztes

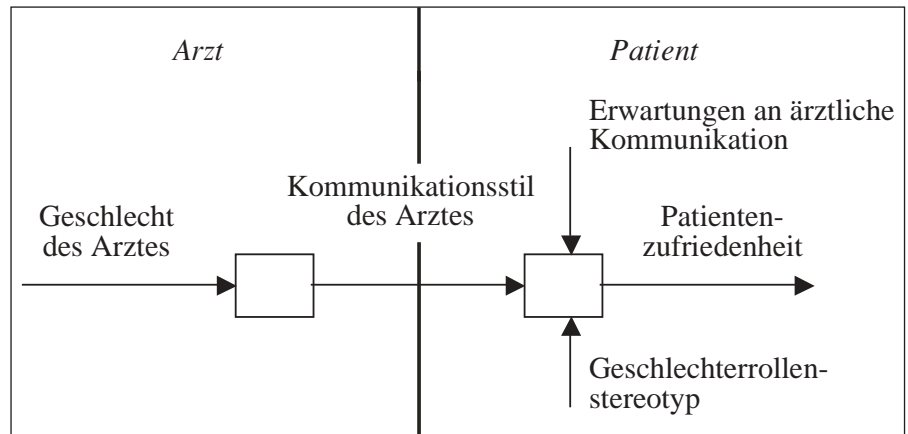
Der Kommunikationsstil von Ärztinnen – hohe Emotionalität und hohe Partnerschaftlichkeit – entspricht genau demjenigen Interaktionsstil, den Patienten im All-

<sup>2</sup> Die Arzt-Patienten-Kommunikation besteht nicht ausschliesslich aus den Dimensionen Partnerschaftlichkeit und Emotionalität, sondern zum Beispiel auch aus Fachkompetenz und vermittelter Information des Arztes.

gemeinen bevorzugen und der zu grösserer Patientenzufriedenheit führt. Patienten, so würde man nun erwarten, sollten also mit Ärztinnen zufriedener sein als mit Ärzten. Paradoxerweise scheint dies nicht der Fall zu sein: Hall, Irish, Roter et al. [27] zeigten, dass es in Bezug auf die Patientenzufriedenheit mit Ärztinnen und Ärzten keinen Unterschied gibt. Selbst wenn dieses Paradox auf die unterschiedliche Validität der durchgeführten Studien zurückzuführen wäre,<sup>3</sup> bliebe unklar, wie sich der ärztliche Kommunikationsstil und das Geschlecht des Arztes auf die Patientenzufriedenheit auswirken. Verbinden sie sich beispielsweise additiv, so würden wir erwarten, dass Patienten mit Ärztinnen, die emotional und partnerschaftlich kommunizieren besonders zufrieden sind. Vielleicht ist es aber auch nur der Kommunikationsstil, der für die Patientenzufriedenheit ausschlaggebend ist, so, dass Patienten besonders zufrieden sind, wenn der ärztliche Kommunikationsstil emotional und partnerschaftlich ist, unabhängig davon, ob es sich um einen Arzt oder eine Ärztin handelt.

In realen Arzt-Patienten-Interaktionen sind die Variablen Geschlecht und Kommunikationsstil miteinander konfundiert (d.h. sie korrelieren miteinander). So kann aus Studien, die den Einfluss des Geschlechts auf die Patientenzufriedenheit untersuchen nicht klar hervorgehen, ob wirklich das Geschlecht oder der mit dem Geschlecht einhergehende Kommunikationsstil die ausschlaggebende Variable ist. Das gleiche gilt für Studien, die den Kommunikationsstil nicht unabhängig vom Geschlecht untersuchen. Wir wissen also bis heute nicht, welche der beiden Variablen die grössere Rolle für die Patientenzufriedenheit spielt und wie (und ob) sie miteinander interagieren. Eine Antwort auf diese Fragen kann nur durch eine experimentelle Studie

<sup>3</sup> Die Meta-Analyse über den Geschlechtsunterschied in der ärztlichen Kommunikation beruht auf einer quantitativen Analyse von 29 Studien [8] und kann daher als valider betrachtet werden als die Analyse des (nicht vorhandenen) Unterschiedes in der Patientenzufriedenheit zwischen Ärzten und Ärztinnen, welche auf einer qualitativen Zusammenschau von 10 Studien beruht.



**Abb. 1:** Wirkungsgefüge für ausgewählte Einflussfaktoren auf die Patientenzufriedenheit auf Seiten des Arztes und auf Seiten des Patienten: Das Geschlecht des Arztes beeinflusst, wie der Arzt kommuniziert. Der ärztliche Kommunikationsstil beeinflusst die Patientenzufriedenheit, abhängig von den Erwartungen des Patienten an die ärztliche Kommunikation und abhängig von den Geschlechterrollenstereotypen des Patienten. Beispiele im Text.

gefunden werden, in welcher die beiden Variablen ärztliches Geschlecht und ärztlicher Kommunikationsstil unabhängig voneinander variiert werden und dann deren Auswirkung auf die Patientenzufriedenheit untersucht wird. Da eine solche Studie bis heute noch aussteht, spekulieren wir im Folgenden über den möglichen Einfluss von Geschlecht und Kommunikationsstil des Arztes auf die Patientenzufriedenheit aufgrund der in der Literatur bekannten Befunde. Als Überblick dient das Modell in Abbildung 1, in dem die Wirkinflüsse von verschiedenen, uns relevant erscheinenden Variablen dargestellt sind. Auf der Arztseite wirkt das Geschlecht auf den ärztlichen Kommunikationsstil. Auf der Patientenseite beeinflussen der ärztliche Kommunikationsstil, die Erwartungen an denselben und die Geschlechterrollenstereotype die Patientenzufriedenheit. Dabei gilt es zu berücksichtigen, dass die Patientenzufriedenheit auch mit vielen hier nicht besprochenen Faktoren wie Alter, Bildung, sozioökonomischem Status, Schwere und Art der Krankheit zusammenhängt [28].

### Erwartungen der Patienten

Krupat et al. [17] untersuchten die Erwartungen der Patienten an den ärztlichen Kommunikationsstil in Bezug auf Partnerschaftlichkeit und Emotionalität. Sie fanden, dass Patienten am zufriedensten sind,

wenn sich der von ihnen erwartete ärztliche Kommunikationsstil mit dem tatsächlich angetroffenen deckt. Wünscht sich beispielsweise ein Patient einen partnerschaftlich kommunizierenden Arzt, dann ist er zufriedener, wenn er vom Arzt in Entscheidungen einbezogen als wenn er davon ausgeschlossen wird. Erwartet ein Patient aber, dass der Arzt für ihn entscheidet, ist er mit einem nicht partnerschaftlich, d.h. dominant kommunizierenden Arzt zufriedener als mit einem partnerschaftlich kommunizierenden.

Frauen gelten als emotionaler als Männer [25,29,30]. Im Vergleich zu Männern sind sie besser im Erkennen von Emotionen bei anderen [29], zeigen mehr Gefühle [30] und reden mehr über Gefühle [25]. Frauen gelten auch als partnerschaftlicher als Männer [31,32,34]. Sie haben eine Präferenz für egalitäre soziale Strukturen [31], sind weniger bereit, Führungsfunktionen zu übernehmen [32,33], und haben einen partizipativeren Führungsstil [34]. Wenn zum Beispiel ein Patient einen emotionalen und partnerschaftlichen Kommunikationsstil bevorzugt, könnte er mit der Konsultation bei einer Ärztin schon alleine deswegen zufriedener sein, weil eine Ärztin mit höherer Wahrscheinlichkeit emotional und partnerschaftlich kommuniziert. Je nachdem, wie ausgeprägt die Geschlechterrollenerwartungen der Patienten sind und wie sehr sie sich mit den Erwar-

tungen an den ärztlichen Kommunikationsstil decken, wird daher die Patientenzufriedenheit variieren.

### Geschlechterrollenstereotype

Arzt ist eine stereotyp männliche Rolle und so wird «Arzt sein» eher mit einem Mann als mit einer Frau assoziiert [35]. Gleichzeitig entspricht ein emotionaler Kommunikationsstil dem weiblichen Stereotyp und ein dominanter, d.h. nicht partnerschaftlicher Kommunikationsstil dem männlichen Stereotyp [36]. Was passiert nun, wenn ein Arzt oder eine Ärztin geschlechterrollenkonform oder nicht geschlechterrollenkonform kommuniziert? *Burgoon et al.* [37] fanden in ihrer Studie, dass bei Ärzten die Patientenzufriedenheit hoch war, unabhängig davon, wie dominant sie kommunizierten. Bei Ärztinnen jedoch hing die Patientenzufriedenheit von der Dominanz des ärztlichen Kommunikationsstil ab: die Patientenzufriedenheit war höher, je weniger dominant Ärztinnen kommunizierten. Es kann vermutet werden, dass weil das Antreffen eines Mannes in der Arztrolle sich mit dem Arztstereotyp deckt, Ärzte in der Art ihres Kommunikationsstils von Patienten mehr Freiheiten zugebilligt bekommen als Ärztinnen. Nach den Resultaten von *Burgoon et al.* müssen Ärztinnen allerdings gemäss ihrer Geschlechterrolle kommunizieren, damit Patienten zufrieden sind. Dies passt sehr gut zu Befunden aus der Führungsforschung, die zeigen, dass weibliche Führungskräfte positiver eingeschätzt werden, wenn sie nicht direktiv, sondern demokratisch und egalitär führen [38]. Ärztinnen haben also zufriedener Patienten, wenn sie emotional und partnerschaftlich, d.h. geschlechterrollenkonform kommunizieren als wenn sie wenig emotional und wenig partnerschaftlich, d.h. nicht geschlechterrollenkonform kommunizieren.

### Relevanz der Befunde für die Praxis

Die Mehrheit der Befunde weist in eine klare Richtung: für die Praxis ist nicht nur Fachkompetenz wichtig, sondern auch ein partnerschaftlicher, emotionaler Kommunikationsstil. Dieser Kommunikationsstil

### Keymessages

1. Patientenzufriedenheit ist bei Ärzten weniger abhängig von ihrem Kommunikationsstil als bei Ärztinnen.
2. Geschlechterrollenstereotype und Erwartungen der Patienten moderieren den Zusammenhang von ärztlichem Kommunikationsstil und Patientenzufriedenheit.
3. Geschlechterrollenkonforme Kommunikation von Ärztinnen führt zu mehr Patientenzufriedenheit während nicht-geschlechterrollenkonforme Kommunikation von Ärztinnen zu weniger Patientenzufriedenheit führt.

### Lernfragen

1. Welche Aspekte der ärztlichen Kommunikation führen zu hoher Patientenzufriedenheit?
2. Welches sind die Hauptunterschiede zwischen Ärztinnen und Ärzten in der Kommunikation mit ihren Patienten?
3. Wie wirken sich Geschlechterrollenstereotype und Erwartungen der Patienten auf die Zufriedenheit mit einer Ärztin und einem Arzt aus?

führt zu besseren Effekten wie beispielsweise einer höheren Patientenzufriedenheit. Partnerschaftlich heisst zum Beispiel, Patienten mit einer offenen Frage zu Beginn der Konsultation Zeit geben, den Grund für den Arztbesuch darzulegen. Patienten werden in der Regel bereits nach 22 Sekunden das erste Mal unterbrochen [39]. *Langewitz et al.* [40] haben gezeigt, dass wenn der Arzt oder die Ärztin die Patienten ausreden lässt, sich die Konsultationszeit nur wenig verlängert, denn der grösste Teil aller Patienten (78%) hatte in zwei Minuten ihr Initialstatement abgeschlossen. Dabei gilt es auch zu berücksichtigen, dass längere Konsultationen zu mehr Patientenzufriedenheit führen [41]. Emotional kommunizieren heisst zum Beispiel, sich für die psychosozialen Aspekte der Beeinträchtigung oder Krankheit von Patienten zu interessieren. Dies ist wichtig, weil die gleichen Diagnosen und Behandlungen von verschiedenen Individuen ganz unterschiedlich wahrgenommen werden und sich auch auf das Leben der Patienten unterschiedlich auswirken [42]. Neben dem Haupteffekt des Kommunikationsstils auf die Patientenzufriedenheit gibt es deutliche Anzeichen dafür, dass das Geschlecht des Arztes den Zusammenhang zwischen Kommunikationsstil und Patientenzufriedenheit moderiert. Dabei gibt es Hinweise, dass bei Ärzten die Art, wie sie kommunizieren, weniger Einfluss auf die

Patientenzufriedenheit ausübt als bei Ärztinnen. Insbesondere zeigt sich, dass Ärztinnen besonders zufriedene Patienten haben, wenn sie kongruent zu ihrer Geschlechterrolle kommunizieren, nämlich emotional und partnerschaftlich. Entsprechend haben sie besonders unzufriedene Patienten, wenn sie inkongruent zu ihrer Geschlechterrolle kommunizieren, nämlich kühl und dominant. Also müssen Ärztinnen sich ihres Kommunikationsstils und dessen Auswirkungen bewusster sein als Ärzte, wenn sie mit zufriedenen Patienten arbeiten möchten.

Da die Passung zwischen ärztlichem Kommunikationsstil und den Erwartungen an den ärztlichen Kommunikationsstil von Seiten der Patienten zu höherer Patientenzufriedenheit führt, würde eine flexible Anpassung des ärztlichen Kommunikationsstils an die Erwartungen eines Patienten die positivsten Auswirkungen haben. Dazu müsste der Arzt oder die Ärztin einerseits verschiedene Kommunikationsstile beherrschen und andererseits in Erfahrung bringen, welchen Stil ein Patient wünscht. Dabei könnten Ärztinnen im Vorteil sein. Frauen haben nämlich grundsätzlich eine grössere interpersonale Sensitivität als Männer, das heisst, sie können andere besser einschätzen [29,43]. Zum Beispiel erkennen Frauen die Emotionen von anderen besser und können Intentionen und Motive anderer besser erschliessen [44].

Ärzte und Ärztinnen können also in der Kommunikation mit Patienten von unterschiedlichen Vorteilen durch ihr Geschlecht profitieren. Es lohnt sich, sich der spezifischen Vorteile des eigenen Geschlechts bewusst zu sein und sie gezielt zur Erhöhung der Patientenzufriedenheit und den damit verbundenen positiven Effekten auf die Gesundheit zu nutzen.

## Summary

Patients are particularly satisfied with the medical consultation when physicians adopt a patient-oriented communication style which is characterized by emotional participation, exploring the meaning of a disease for the life of the patient, and including the patient in decision making. Female physicians are much more likely to adopt such a patient-oriented communication style than male physicians. As a consequence, patients should be more satisfied after consultations with female than with male physicians. However, research shows that there is no difference: patients are equally satisfied with female and male physicians. This article sheds light on this paradox and explains it based on gender role stereotypes and patient expectations.

**Key words:** Physician-patient communication – gender stereotype – patient satisfaction – gender

## Résumé

Les patients sont généralement plus satisfaits avec la consultation médicale si un médecin a un style de communication médical qui exprime sa participation émotionnelle, qui explore l'importance d'une maladie pour la vie du patient et qui inclue le patient dans le processus de décision médicale. Un tel style de communication peut être trouvé plus fréquemment chez les femmes médecins que chez les hommes médecins. En conséquence, les patients devraient être plus satisfaits après une consultation avec une femme médecin qu'après une consultation chez un hom-

me médecin. Par contre, la recherche montre qu'il n'y a pas de différence: les patients sont également satisfaits des femmes médecins et des hommes médecins. Ce paradoxe est investigué et expliqué sur la base de stéréotypes liés au sexe et des attentes des patients.

**Mots-clés:** Communication entre médecin et patient – stéréotypes liés au sexe – satisfaction des patients – sexe

## Danksagung

Dieser Artikel wurde finanziell durch einen Forschungskredit der Universität Zürich an die Erstautorin unterstützt. Wir bedanken uns sehr bei Claudia Dietz und Elisa Choi für wichtige Vorarbeiten zum Thema des vorliegenden Artikels.

## Korrespondenzadresse

*Dr. phil. Marianne Schmid Mast  
Psychologisches Institut der  
Universität Zürich  
Sozial- und Gesundheitspsychologie  
Rämistrasse 66  
8001 Zürich*

*E-Mail:  
m.schmidmast@psychologie.unizh.ch*

## Bibliographie

1. Bertakis KD, Callahan EJ, Helms LJ, et al. Physician practice styles and patient outcomes: Differences between family practice and general internal medicine. *Med Care* 1998; 36: 879-91.
2. Roter DL, Hall JA, Katz NR. Relations between physicians' behaviors and analogue patients' satisfaction, recall, and impressions. *Med Care* 1987; 25: 437-49.
3. DiMatteo MR, Hays RD, Prince LM. Relationship of physicians' nonverbal communication skills to patient satisfaction, appointment noncompliance, and physician workload. *Health Psychol* 1986; 5: 581-94.
4. Roter DL. Patient participation in the patient-provider interaction: The effects of patient question asking on the quality of interaction, satisfaction and compliance. *Health Educ Monographs* 1977; 5: 281-315.
5. Safran DG, Taira DA, Rogers WH, et al. Linking primary care performance to outcomes of care. *J Fam Pract* 1998; 47: 213-20.
6. Mumford E, Schlesinger HJ, Glass GV. The effects of psychological intervention on recovery from surgery and heart attacks: An analysis of the literature. *Am J Public Health* 1992; 72: 141-51.
7. Orth, JE, Stiles WB, Scherwitz L, et al. Patient exposition and provider explanation in routine interviews and hypertensive patients' blood pressure control. *Health Psychol* 1987; 6: 29-42.
8. Roter DL, Hall JA, Aoki Y. Physician gender effects in medical communication. *JAMA* 2002; 288: 756-64.

1 Ein ärztlicher Kommunikationsstil, welcher von Emotionalität (z.B. Ausdruck von Empathie) und Partnerschaftlichkeit (z.B. Patienten in Entscheidungsfindung einbeziehen) geprägt ist, führt im Allgemeinen zu hoher Patientenzufriedenheit.  
2. Ärztinnen fragen im Vergleich zu Ärzten ausführlicher nach den Gründen für den Arztbesuch, stellen mehr psychosoziale Fragen, äussern häufiger Unterstützung und Ermutigung, nehmen eher Emotionen der Patienten auf und beziehen Patienten häufiger in die Entscheidungsfindung bezüglich der weiteren Behandlung ein. Die Konsultation bei einer Ärztin dauert länger als bei einem Arzt (im Durchschnitt zwei Minuten). Ärztinnen und Ärzte unterscheiden sich jedoch nicht in der Menge und Qualität der biomedizinischen Informationen, die sie ihren Patienten vermitteln.  
3. Wenn ein Patient den Arztberuf dem Geschlechterstereotyp gemäss als typisch männlich einstuft, dann könnte er schon alleine deswegen mit der Konsultation bei einem Arzt zufriedener sein als mit der Konsultation bei einer Ärztin. Wenn ein Patient einen emotionalen und partnerschaftlichen Kommunikationsstil erwartet, dann könnte er aufgrund dieser Erwartung mit der Konsultation bei einer Ärztin zufriedener sein, weil Ärztinnen eher emotional und partnerschaftlich kommunizieren als Ärzte.

9. Pascoe GC. Patient satisfaction in primary health care: A literature review and analysis. *Eval Program Plann* 1983; 6: 185-210.
10. Ong LML, DeHaes JCJM, Hoos AM, et al. Doctor-patient communication: A review of the literature. *Soc Sci Med* 1995; 40: 903-18.
11. Langewitz W, Conen D, Nübling M, et al. Kommunikation ist wesentlich – Defizite der Betreuung im Krankenhaus aus der Sicht von Patienten und Patientinnen. *Psychotherapie und Psychosomatische Medizin* 2002; 5: 348-54.
12. Mojon-Azzi SM, Mojon DS. Marketingpotential der Arztpraxis. *Praxis* 2001; 90: 718-21.
13. Schwartz FW, Haase I. Gesundheitliche Versorgung als Dienstleistung – neue Aspekte der Qualitätssicherung? *Gesundheits-Wesen* 1994; 56: 636-37.
14. Beckman HB, Markakis KM, Suchman AL, et al. The doctor-patient relationship and malpractice. *Arch Int Med* 1994; 101: 1365-70.
15. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, et al. Physician-patient communication: The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons. *JAMA* 1997; 277: 553-59.
16. Engel GL. The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 1977; 196: 129-36.
17. Krupat E, Yeager CM, Putnam S. Patient role orientations, doctor-patient fit, and visit satisfaction. *Psychol Health* 2000; 15: 707-19.
18. Ben-Sira Z. Affective and instrumental components in the physician-patient relationship: An additional dimension of interaction theory. *J Health Soc Behav* 1980; 21: 170-80.
19. Williams S, Weinman J, Dale J. Doctor-patient communication and patient satisfaction: A review. *Fam Pract* 1998; 15: 480-92.
20. Hall JA, Roter DL, Katz NR. Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Med Care* 1988; 26: 657-75.
21. Roter DL, Hall JA. Doctors talking with patients/patients talking with doctors: Improving communication in medical visits. Westport, CT: Auburn House/Greenwood Publishing Group, Inc., 1992.
22. Buller MK, Buller DB. Physicians' communication style and patient satisfaction. *J Health Soc Behav* 1987; 28: 375-88.
23. Lakoff R. *Language and women's place*. New York: Harper & Row, 1975.
24. Tannen D. *Du kannst mich einfach nicht verstehen*. Hamburg: Goldmann, 1991.
25. Mulac A. The gender-linked language effect: Do language differences really make a difference? In DJ Canary, K Dindia (Eds.), *Sex differences and similarities in communication: Critical essays and empirical investigations of sex and gender in interaction* (pp. 127-153). Mahwah, NJ: Erlbaum, 1998.
26. Dindia K, Allen M. Sex differences in self-disclosure: A meta-analysis. *Psychol Bull* 1992; 112: 106-24.
27. Hall JA, Irish JT, Roter DL et al. Satisfaction, gender, and communication in medical visits. *Med Care* 1994; 32: 1216-1231.
28. McKinstry B. Do patients wish to be involved in decision making in the consultation? A cross sectional survey with video vignettes. *BMJ* 2000; 321: 867-71.
29. Hall JA. *Nonverbal sex differences: Communication accuracy and expressive style*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1984.
30. Brody LR, Hall JA. Gender and emotion. In M Lewis, JM Haviland (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 447-60). New York, NY: Guilford Press, 1993.
31. Pratto F, Stallworth LM, Sidanius J. The gender gap: Differences in political attitudes and social dominance orientation. *Brit J Soc Psychol* 1997; 36: 49-68.
32. Megargee EI. Influence of sex roles on the manifestation of leadership. *J Appl Psychol* 1969; 53: 377-82.
33. Nyquist LV, Spence JT. Effects of dispositional dominance and sex role expectations on leadership behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology* 1986; 50: 87-93.
34. Eagly AH, Johnson BT. Gender and leadership style: A meta-analysis. *Psychol Bull* 1990; 108: 233-56.
35. Lenton AP, Blair IV, Hastie R. Illusions of gender: Stereotypes evoke false memories. *J Exp Soc Psychol* 2001; 37: 3-14.
36. Bem SL. The measurement of psychological androgyny. *J Cons Clin Psychol* 1974; 42: 155-62.
37. Burgoon M, Birk TS, Hall JR. Compliance and satisfaction with physician-patient communication: An expectancy theory interpretation of gender differences. *Hum Commun Res* 1991; 18: 177-208.
38. Eagly AH, Makhijani MG, Klonsky BG. Gender and the evaluation of leaders: A meta-analysis. *Psychol Bull* 1992; 111: 3-22.
39. Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda: Have we improved? *JAMA* 1999; 281: 283-87.
40. Langewitz W, Denz M, Keller A, et al. Spontaneous talking time at start of consultation in outpatient clinic: Cohort study. *BMJ* 2002; 325: 682-83.
41. Gross DA, Zyzanski SJ, Borawski EA, et al. Patient satisfaction with time spent with their physician. *Fam Pract* 1998; 46: 133-37.
42. Reynolds P, Hurley S, Torres M, et al. Use of coping strategies and breast cancer survival: Results from the Black/White cancer survival study. *Am J Epidemiol* 2000; 152: 940-49.
43. Hall JA. How big are nonverbal sex differences: The case of smiling and sensitivity to nonverbal cues. In DJ Canary, K Dindia (Eds.), *Sex differences and similarities in communication: Critical essays and empirical investigations of sex and gender in interaction* (pp. 155-77). Mahwah: Erlbaum, 1998.
44. Rosenthal R, Hall JA., DiMatteo MR, et al. *Sensitivity to nonverbal communication: The PONS test*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press, 1979.