

Aus der Klinik und dem Klinischen Institut für  
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf  
Direktor: Univ. - Prof. Dr. med. Dr. phil. Wolfgang Tress

**Interaktion in hausärztlichen Praxen  
als Parameter für die Identifikation  
psychischer/psychosomatischer Störungen**

**Dissertation**

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin  
Der Medizinischen Fakultät der Heinrich-Heine-Universität  
Düsseldorf

vorgelegt von  
Dorit Brunotte  
2006

**Als Inauguraldissertation gedruckt  
mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der  
Heinrich – Heine - Universität Düsseldorf**

**gez. Univ. – Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Bernd Nürnberg  
Dekan**

**Referent: Kruse**

**Korreferent: Wöller**

# Inhaltsverzeichnis

<b>1</b>	<b>EINLEITUNG</b> .....	<b>6</b>
<b>2</b>	<b>LITERATURÜBERBLICK</b> .....	<b>9</b>
2.1	DIE ARZT-PATIENT-INTERAKTION.....	9
2.1.1	Modelle der Arzt-Patient-Interaktion.....	9
2.1.2	Funktionen der Arzt-Patient-Interaktion.....	12
2.1.3	Die „gute“ Arzt-Patient-Beziehung.....	13
2.1.4	Die Kontrolle des Arztes.....	14
2.1.5	Der ärztliche Interaktionsstil.....	16
2.2	FALLIDENTIFIKATION.....	19
2.2.1	Der Einfluss der Patientenvariablen auf die Fallidentifikation.....	24
2.2.2	Der Einfluss der Arztvariablen und der Arzt-Patient-Interaktion.....	25
2.2.3	Die Komplexität der diagnostischen Urteilsbildung und ihrer Determinanten.....	31
2.3	ÜBERBLICK.....	32
<b>3</b>	<b>FRAGESTELLUNG</b> .....	<b>33</b>
<b>4</b>	<b>METHODIK</b> .....	<b>35</b>
4.1	STUDIENDESIGN.....	35
4.1.1	Untersuchungsablauf.....	35
4.1.2	Stichproben.....	37
4.2	TRANSKRIPTION.....	40
4.3	UNTERSUCHUNGSTRUMENTE.....	41
4.3.1	Klassifikation der psychischen/psychosomatischen Symptomatik durch die Psychotherapeutin.....	42
4.3.2	Beurteilung der psychischen/psychosomatischen Symptomatik durch den Hausarzt.....	44
4.3.3	Auswertung der Arzt-Patient-Gespräche mit MIPS.....	45
4.4	STATISTISCHE AUSWERTUNG.....	55
<b>5</b>	<b>ERGEBNISSE</b> .....	<b>56</b>
5.1	FALLIDENTIFIKATION.....	56
5.2	INHALTLICHE UND FORMALE GESPRÄCHSMERKMALE.....	56
5.2.1	Inhaltliche Gesprächsmerkmale.....	56
5.2.2	Formale Gesprächsmerkmale.....	61
5.3	GESPRÄCHSMERKMALE UND FALLIDENTIFIKATION.....	69
5.3.1	Inhaltliche Kategorien.....	69
5.3.2	Formale Kategorien.....	72
<b>6</b>	<b>DISKUSSION</b> .....	<b>81</b>
6.1	RELEVANZ DER FRAGESTELLUNG.....	81
6.2	GÜLTIGKEIT DER BEFUNDE.....	82
6.2.1	Auswahl der Variablen und Untersuchungsinstrumente.....	82
6.2.2	Auswahl der Stichproben.....	88
6.3	DISKUSSION DER ERGEBNISSE.....	90

<b>7</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG.....</b>	<b>93</b>
<b>8</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS.....</b>	<b>94</b>
<b>9</b>	<b>LEBENS LAUF VON DORIT BRUNOTTE .....</b>	<b>108</b>
<b>10</b>	<b>DANKSAGUNG .....</b>	<b>109</b>

# Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1:	INHALTLICHE KATEGORIEN (ARZT UND PATIENT) .....	57
ABBILDUNG 2:	INHALTLICHE KATEGORIEN (ARZT) .....	58
ABBILDUNG 3:	INHALTLICHE KATEGORIEN (PATIENT).....	59

# Tabellenverzeichnis

TABELLE 1:	STUDIEN ZUR IDENTIFIKATION PSYCHISCHER/PSYCHOSOMATISCHER STÖRUNGEN IN HAUSÄRZTLICHEN PRAXEN.....	21
TABELLE 2:	VERTEILUNG DER ALTERSGRUPPEN DER ÄRZTE.....	37
TABELLE 3:	VERTEILUNG DER ALTERSGRUPPEN DER PATIENTEN.....	39
TABELLE 4:	VERTEILUNG DER DSM-III-R STÖRUNGEN.....	40
TABELLE 5:	INHALTLICHE KATEGORIEN DES MIPS .....	48
TABELLE 6:	FORMALE KATEGORIEN: FRAGEN .....	50
TABELLE 7:	FORMALE KATEGORIEN: AUSSAGEN .....	51
TABELLE 8:	FORMALE KATEGORIEN: UNABHÄNGIGE ÄUßERUNGEN.....	52
TABELLE 9:	HAUSÄRZTLICHE IDENTIFIKATION PSYCHISCHER/PSYCHOSOMATISCHER SYMPTOME (OSE).....	56
TABELLE 10:	DARSTELLUNG DER MITTELWERTE, STANDARDABWEICHUNG UND EFFEKTSTÄRKE DER INHALTLICHE GESPRÄCHSMERKMALE I VON ARZT UND PATIENT .....	60
TABELLE 11:	DARSTELLUNG DER MITTELWERTE, STANDARDABWEICHUNG UND EFFEKTSTÄRKE DER INHALTLICHE GESPRÄCHSMERKMALE II VON ARZT UND PATIENT .....	61
TABELLE 12:	DARSTELLUNG DER MITTELWERTE UND STANDARDABWEICHUNG DER FORMALEN GESPRÄCHSMERKMALE: INFORMATIONEN (GESAMT, ARZT, PATIENT).....	62
TABELLE 13:	DARSTELLUNG DER MITTELWERTE UND STANDARDABWEICHUNG DER FORMALEN GESPRÄCHSMERKMALE: FRAGEN (GESAMT, ARZT, PATIENT) .....	63
TABELLE 14:	DARSTELLUNG DER FORMALEN GESPRÄCHSMERKMALE: AUSDRUCK (GESAMT, ARZT, PATIENT) .....	64
TABELLE 15:	DARSTELLUNG DER MITTELWERTE UND STANDARDABWEICHUNGEN DER WEITEREN FORMALEN GESPRÄCHSMERKMALE (GESAMT, ARZT, PATIENT) .....	65
TABELLE 16:	DARSTELLUNG DER MITTELWERTE UND STANDARDABWEICHUNGEN DER FORMALEN GESPRÄCHSMERKMALE, DIE AUSSCHLIEßLICH FÜR DEN ARZT KODIERT WERDEN .....	66
TABELLE 17:	DARSTELLUNG DER MITTELWERTE UND STANDARDABWEICHUNGEN DER FORMALEN GESPRÄCHSMERKMALE, DIE AUSSCHLIEßLICH FÜR DEN PATIENTEN KODIERT WERDEN ..	67
TABELLE 18:	VERGLEICH DER FORMALEN GESPRÄCHSMERKMALE I ZWISCHEN ARZT UND PATIENT ..	68
TABELLE 19:	VERGLEICH DER FORMALEN GESPRÄCHSMERKMALE II ZWISCHEN ARZT UND PATIENT ..	69
TABELLE 20:	DARSTELLUNG DER T-TESTS DER INHALTLICHEN KATEGORIEN (ARZT).....	70
TABELLE 21:	DARSTELLUNG DER MITTELWERTE, STANDARDABWEICHUNGEN UND EFFEKTSTÄRKE DER INHALTLICHEN KATEGORIEN (ARZT).....	71
TABELLE 22:	DARSTELLUNG DER T-TESTS DER FORMALEN KATEGORIEN (ARZT).....	73
TABELLE 23:	DARSTELLUNG DER T-TESTS DER FORMALEN KATEGORIEN REAKTIONEN (ARZT) IN GESPRÄCHEN IN DENEN PATIENTEN, IHRE SORGEN DIREKT UND INDIREKT ÄUßERN....	75
TABELLE 24:	DARSTELLUNG DER MITTELWERTE, STANDARDABWEICHUNGEN UND EFFEKTSTÄRKE DER FORMALEN KATEGORIEN (ARZT) .....	76
TABELLE 25:	DARSTELLUNG DER T-TESTS DER FORMALEN KATEGORIEN (PATIENT).....	78
TABELLE 26:	DARSTELLUNG DER MITTELWERTE, STANDARDABWEICHUNGEN UND EFFEKTSTÄRKE DER FORMALEN KATEGORIEN (PATIENT).....	79

# 1 Einleitung

Die vorliegende Arbeit möchte einen Beitrag zur Forschung in der Psychosomatischen Grundversorgung leisten. Sie geht dabei der Frage nach, welche Faktoren die Identifikation psychischer und psychosomatischer Beschwerden und Störungen in hausärztlichen Praxen beeinflussen. Hierbei stellt die Arbeit die Zusammenhänge zwischen ärztlicher Fallidentifikation und der Gestaltung der Arzt-Patient-Interaktion in den Mittelpunkt.

Die Untersuchung ist Teil eines Forschungsprojektes, das im Rahmen des Nordrhein-Westfälischen Forschungsverbundes Public Health vom BMFT unter dem Titel: „Qualitätssicherung in der Psychosomatischen Grundversorgung“ (Leiter: Prof. Dr. Dr. W. Tress, PD Dr. J. Kruse, Prof. Dr. L. Alberti) gefördert wurde.

Der Hausarzt besitzt in der Versorgung der Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen eine „Gatekeeper“ Funktion. Er ist die zentrale Stelle, an der ein Screening stattfindet. Hausärzte sind für viele Menschen mit psychischen und psychosomatischen Störungen der erste Anlaufpunkt im medizinischen Versorgungssystem.

In der WHO Studie „Psychological Problems in General Health Care“ von 1996 wurde ermittelt, dass in Deutschland 15-25% der Patienten in hausärztlichen Praxen unter akuten und behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen leiden (Linden et al. 1996). Dies entspricht internationalen Erfahrungen. Der Verlauf und die konsequente und effektive Behandlung psychischer und psychosomatischer Störungen wird entscheidend durch die Erkennung bzw. Identifikation der Störungen beeinflusst (Johnson und Goldberg 1978). Internationale Studien belegen, dass der Hausarzt ca. 50% der psychischen/psychosomatischen Störungen nicht erkennt. Sie

werden unter dem Begriff „Hidden psychiatric morbidity“ zusammengefasst. Hierunter sind psychische Störungen definiert, die von unabhängigen psychiatrischen Untersuchern als solche diagnostiziert werden, aber vom Hausarzt nicht als solche erkannt werden (Linden et al. 1996). Es stellt sich also die Frage, durch welche Maßnahmen und Schulungen die psychosomatische Grundversorgung verbessert werden kann. Faktoren müssen ermittelt werden, die die Identifikation psychischer und psychosomatischer Störungen durch den Hausarzt beeinflussen.

Eine Reihe von Studien legt nahe, dass die Fallidentifikation des Arztes von der Art der Beschwerdeschilderung des Patienten, der Beeinträchtigungsschwere des Patienten, dem Geschlecht von Arzt und Patient und der Gestaltung der Arzt-Patient-Interaktion abhängig ist. Die Arzt-Patient-Interaktion stellt als komplexes Forschungsgebiet die Basis vieler Studien dar. Diese weisen darauf hin, dass die Dynamik der Arzt-Patient-Kommunikation von zahlreichen gesellschaftlichen und individuellen Faktoren sowie interaktionellen Prozessen abhängig ist. Hierbei muss angemerkt werden, dass die bisherige Forschung von der Untersuchung des ärztlichen Verhaltens geprägt ist. Insbesondere das sozioemotionale und zielorientierte Verhalten, das nonverbale Verhalten und das arzt- oder patientenzentrierte Verhalten des Arztes wurden untersucht und dessen Auswirkung auf den Patienten betrachtet. Die Daten (vgl. Kapitel 2) legen nahe, dass eine größere Zufriedenheit des Patienten, bessere Compliance und auch ein günstigerer Krankheitsverlauf, insbesondere somatoformer Störungen, durch adäquates ärztliches Interaktionsverhalten erreicht werden kann. Darunter verstehen die zitierten Autoren ärztliches Interaktionsverhalten, das nicht durch ärztliche Dominanz bestimmt wird, sondern welches sich am Modell der patientenzentrierten und partnerschaftlichen Interaktion orientiert. Hierzu gehört, dass der Arzt emotional zugewandt, aufmerksam und teilnehmend ist und Informationen adäquat gesammelt und vermittelt werden können.

In meiner Arbeit werde ich zunächst einen *Literaturüberblick* geben. Dieser umfasst die Bereiche Kommunikation und Kommunikationstheorien, sowie die aktuelle Literatur zur Arzt-Patient-Interaktion und die Darstellung der Studien zur Identifikation psychischer und psychosomatischer Störungen. Es folgt die *Fragestellung*, in deren Mittelpunkt der Zusammenhang zwischen ärztlicher Fallidentifikation und der Gestaltung der Arzt-Patient-Interaktion sowie dessen Bedeutung für ärztliche Schulungsprogramme steht. Der *Methodikteil* umfasst Studiendesign, Transkription, Untersuchungsinstrumente und die Darstellung der statistischen Auswertung. Im Abschnitt *Ergebnisse* werden zunächst Häufigkeiten der Gesprächsmerkmale getrennt für inhaltliche und formale Gesprächsmerkmale dargestellt. Anschließend werden die Ergebnisse Gesprächsmerkmale und Fallidentifikation beschrieben. Es folgt die *Diskussion* und *Zusammenfassung*.

## 2 Literaturüberblick

### 2.1 Die Arzt-Patient-Interaktion

„Das Gespräch ist ein essentieller Bestandteil jeder ärztlichen Tätigkeit, in hausärztlichen Praxen jedoch von herausragender diagnostischer und therapeutischer Wirksamkeit.“  
(Mattern und Klimm 1994)

Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient wurde in der Medizin über einen langen Zeitraum als notwendiges Hilfsmittel der ärztlichen Diagnostik und Therapie betrachtet. Als Bestandteil ärztlicher Tätigkeit wurde sie als ein „Mittel zum Zweck“ gesehen, wobei die Arzt-Patient-Interaktion als „eigenständiges Mittel“ nicht hinreichend untersucht wurde. Die Kommunikation während der Konsultation diente der Erfassung von Sachverhalten. Diese sollten es dem Arzt ermöglichen zu ermitteln, welche diagnostischen Untersuchungen und welche therapeutischen Maßnahmen nötig waren. Die Gesprächskompetenz lag im Bereich der ärztlichen Kunst (Wesiack 1996). Hierunter wurden u.a. charismatische Fähigkeiten, Taktgefühl und Einfühlungsvermögen verstanden, Fähigkeiten, die den Ärzten qua Berufung und Stand zu eigen sind.

Die Arzt-Patient-Interaktion ist erst in den letzten Jahrzehnten zum Gegenstand zahlreicher Untersuchungen geworden. Dabei stellt das ärztliche Gespräch das wichtigste Instrument ärztlicher Diagnostik dar. Während es in empirischen Studien mittlerweile zu einem wichtigen Forschungsgegenstand geworden ist, wird es in der Ausbildung in Deutschland immer noch vernachlässigt.

#### 2.1.1 Modelle der Arzt-Patient-Interaktion

Wie in der Kommunikationsforschung gibt es auch in der empirischen Forschung der

Arzt-Patient-Interaktion vielfältige Modelle. Ich möchte hier auf die Modelle von Emanuel und Emanuel (1992), Pellegrino (1989) und Smith und Hoppe (1991) sowie Koerfer, Köhle und Obliers (1994) eingehen.

Emanuel und Emanuel (1992) beschreiben für die Arzt-Patient-Interaktion vier Prototypen:

#### 1. Das Paternalistische Modell

Das Paternalistische Modell (lat. *pater* „Vater“) beinhaltet eine Arzt-Patient-Beziehung, in der der Arzt als Führer auftritt und die Richtung bestimmt. Er geht davon aus, dass der Patient seine diagnostische und therapeutische Sichtweise der Problematik teilt, ohne dies zu hinterfragen. Die Autonomie des Patienten besteht darin, die Anweisung des Arztes zu befolgen.

#### 2. Das Consumer-Modell

Im Consumer-Modell (engl. *consumer* „Verbraucher“) bzw. Informations-Modell ist die Interaktion zwischen Arzt und Patient von einem technischen Umgang geprägt. Der Arzt wird als technischer Experte gesehen, der Empfehlungen ausspricht. Dabei wird die Sichtweise des Patienten nicht exploriert, da sie nicht zur technischen Lösung der Aufgabe beiträgt. Der Patient ist autonom, da der Arzt Empfehlungen gibt, aber nicht befiehlt.

#### 3. Das Interpretations-Modell

Im Interpretations-Modell (lat. *interpretatio* „Auslegung, Deutung“) klärt der Arzt die subjektive Sichtweise des Patienten und bietet ihm technische Hilfe zur Lösung seiner Probleme an. Der Arzt unterstützt den Patienten darin, seine eigenen Beschwerden und Probleme zu interpretieren und deren Bedeutung auszulegen.

#### 4. Das Berater-Modell

In diesem Modell fungiert der Arzt als Berater, der dem Patienten hilft, die besten Wege zur Gesundheit zu finden. Hierbei tritt der Arzt nicht nur als technischer Experte auf, sondern er unterstützt den Patienten darin, seinen eigenen Weg zu finden, indem er klassifiziert und non-direktiv arbeitet.

Pellegrino (1989) beschreibt das Business-Modell (engl. *business* „Geschäft, Handel“), in dem sich Arzt und Patient wie Käufer und Verkäufer gegenüberstehen. Beruhend auf dem Prinzip der legalistischen Ethik, typisiert er daneben noch ein Vertragsmodell, in dem der Arzt vertragsmäßig Leistungen zu erbringen hat, auf die der Patient Anspruch erheben kann.

Das Partnerschafts- oder Kooperationsmodell wird von Smith und Hoppe (1991) sowie Koerfer, Köhle und Obliers (1994) beschrieben. In diesem Modell besitzen beide Partner einen Expertenstatus. Der Arzt besitzt den Expertenstatus in seiner Heilkunst. Der Patient ist Experte für seine Leidensgeschichte und deren subjektiven Bedeutung. Als gleichberechtigte Partner treten Arzt und Patient in einen zirkulären Prozess wechselnder Dominanz. Sie handeln in einem interaktiven Prozess eine gemeinsame Überzeugung aus, was für den Patienten das Beste sein könnte. Im Kooperationsmodell tritt der Patient als Mitgestalter aktiv auf und ist nicht mehr bloßes Objekt des Gesundheitswesens. Die Autonomie des Patienten und die egalitäre Beziehungsstruktur zum Arzt wird hervorgehoben. Dem Arzt kommt die Aufgabe zu, die subjektive Bedeutung der Symptomatik und der Beschwerden für den Patienten zu ermitteln und den Patienten bei deren Interpretation zu unterstützen. Der Arzt ordnet nicht an oder überredet, sondern er überzeugt den Patienten und räumt ihm dabei ein eigenständiges Entscheidungsrecht ein.

## 2.1.2 Funktionen der Arzt-Patient-Interaktion

In den empirischen Studien zur Arzt-Patient-Interaktion ist deren Funktion ein wichtiger Forschungsgegenstand. Es besteht aufgrund zahlreicher Studien Einigkeit darüber, dass das Arzt-Patient-Gespräch zumindest drei Funktionen erfüllen soll (vgl. Kruse 2000):

1. die Etablierung einer guten, vertrauensvollen Beziehung zwischen Arzt und Patient,
2. der wechselseitige Austausch von Informationen zwischen Arzt und Patient,
3. die Entscheidungsfindung und therapeutisches Verfahren.

Hierbei stellt die Definition der einzelnen Funktionen eine Schwierigkeit dar. Besonders die Definition einer „guten Arzt-Patient-Beziehung“ wird sehr unterschiedlich beurteilt (Ong et al. 1995).

In der hausärztlichen Praxis stellt die Versorgung psychisch und psychosomatisch erkrankter Patienten einen Schwerpunkt dar. Adler (1996) legt für die hausärztliche Konsultation korrespondierend folgende Aufgaben fest:

1. Die Beziehung zum Patienten ist so zu gestalten, dass der Patient Vertrauen entwickeln kann.
2. Die relevanten bio-, psycho-, sozialen Daten sind zu explorieren und dem Patienten sind Informationen zu vermitteln.
3. Zusammenhänge zwischen psychischen, sozialen und somatischen Daten sind herzustellen, zu deuten und therapeutische Entscheidungen sind auszuhandeln.

### 2.1.3 Die „gute“ Arzt-Patient-Beziehung

Die Definitionen einer „guten“ Arzt-Patient-Beziehung weichen in den einzelnen Studien erheblich voneinander ab. Einige Autoren (vgl. Goldberg et al. 1993) definieren eine „gute“ Arzt-Patient-Beziehung vor allem darüber, dass der Arzt „gute Manieren“ zeigt. Um dies zu beurteilen, wird das Gespräch zwischen Arzt und Patient auf verschiedene Merkmale untersucht. So sollen gelegentliches Lachen des Arztes, persönliche Bemerkungen, Komplimente, Spaß und allgemeine soziale Kommunikation Kennzeichen einer guten Arzt-Patient-Beziehung sein.

In anderen Studien wird die gute Arzt-Patient-Beziehung in der Tradition von Carl Rogers klientenzentrierter Gesprächstherapie gesehen (vgl. Bensing 1991). Diese Gesprächstherapie ist eine nichtdirektive Psychotherapie, die in engem Zusammenhang mit Rogers Menschenbild gesehen werden muss. Rogers beschreibt hier im Wesentlichen drei Grundzüge des Menschen: (1) den grundsätzlich positiven und konstruktiven Charakter des Menschen, (2) die Aktualisierungstendenz oder Verwirklichungstendenz, als angeborene und lebenslang wirksame Fähigkeit des Menschen, alle seine Anlagen so zu entwickeln, dass er sich als Ganzes erhalten und auf größere Reife hin entwickeln kann und (3) die Selbststeuerung des Menschen als Ausdruck der bewussten Reaktionen. Für die Gesprächstherapie fordert Rogers:

„Für das Verständnis der phänomenalen Welt des Klienten ist es erforderlich, daß der Therapeut mehr als nur den Wortsinn der Mitteilungen des Patienten aufnimmt. Der Therapeut versucht, in die Haut des Klienten zu schlüpfen, er taucht ein in die Welt komplexer Sinngehalte, die der Klient ausdrückt. Im Idealfall äußert sich ein solches Verhalten durch kommentierende Bemerkungen, die sich nicht nur auf das beziehen, was dem Klienten bewußt ist, sondern auch auf die neblige Zone am Rande der Gewahrwerdung.“  
(Rogers 1977)

So definieren die Autoren, die Rogers Theorie zugrunde legen, Empathie, Respekt, Echtheit, bedingungslose Akzeptanz und Wärme als ärztliches Verhalten, das mit

einer guten Arzt-Patient-Beziehung verbunden ist. Der Gegenstand der empirischen Untersuchungen dieser Autoren ist meist der Einfluss des ärztlichen Verhaltens im Sinne von Rogers klientenzentrierter Gesprächstherapie auf das medizinische Geschehen. Besonders die Thematisierung von Gefühlen, das Zuhören und das nonverbale Verhalten steht hier im Zentrum der Untersuchungen.

Ein weiterer Ansatz zahlreicher Studiengruppen ist die Definition einer „guten“ Arzt-Patient-Beziehung im Sinne der patientenzentrierten Interaktion (vgl. Stewart 1995). Ausgehend vom partnerschaftlichen Modell der Arzt-Patient-Interaktion (vgl. 2.1.1) wird hier das Gespräch aufgrund der Gewichtung von Kontrolle und Führung im Gespräch beurteilt. Hierbei wird unter patientenzentrierter Interaktion eine Konsultation verstanden, bei der der Arzt dem Patienten ermöglicht, alle Gründe für die Konsultation, einschließlich der Symptome, Gedanken, Gefühle und Erwartungen auszudrücken. Dem Arzt kommt hierbei die Aufgabe zu, dem Patienten aufmerksam zuzuhören und ihm in seinen Äußerungen zu folgen. Er soll die Sichtweisen, Erfahrungen und Erwartungen des Patienten kennenlernen. Als Experte für seine Heilkunst soll der Arzt dem Patienten helfen, seine Symptome, Beschwerden, Vorlieben, Sorgen und Erwartungen zu äußern. Er übernimmt die Führung bei der differentialdiagnostischen Abklärung und Behandlung, wobei dies im Konsens erfolgen soll.

Bei den vorgestellten Definitionen einer guten Arzt-Patient-Beziehung wird bei bisherigen Forschungsstudien vor allem das Verhalten des Arztes als Parameter beurteilt. Insofern ist die empirische Forschung hier arztlastig (vgl. Street 1992).

#### 2.1.4 Die Kontrolle des Arztes

„The most common forms of the doctor-patient relationship exist on a spectrum of high and low control.“ (Stewart und Roter 1989)

In der Arzt-Patient-Interaktion kommt der Gesprächsführung eine zentrale Bedeutung zu. Die Kontrolle des Arztes oder die Führung durch den Patienten wird auch als arztzentrierte und patientenzentrierte Gesprächsführung bezeichnet. Sie ist Gegenstand zahlreicher Studien.

Michael Balint (vgl. Balint 1970) prägte den Begriff der patientenzentrierten Medizin in Abgrenzung zur krankheitszentrierten Medizin. Er definierte ihn anhand des Ausmaßes der ärztlichen Kontrolle im Gespräch und der Integration der Ausführungen und Sichtweisen des Patienten im Gespräch.

In der krankheits- oder arztzentrierten Gesprächsführung steht die organmedizinische Problematik im Mittelpunkt. Der Arzt führt das Gespräch und stellt direkte Fragen. Hiermit möchte er Informationen erhalten, die aus seiner Sichtweise relevant sind. In der patientenzentrierten Gesprächsführung kommt dem Arzt zunächst die Rolle des Zuhörers zu. In einer partnerschaftlichen Form der Gesprächsführung wird der Patient ermuntert, seine Konsultationsgründe, Symptome und Beschwerden, Vorstellungen, Gefühle und Erwartungen auszudrücken (Henbest und Stewart 1990). Der Arzt bemüht sich hierbei, aktiv der Sichtweise des Patienten zu folgen und seinen Standpunkt kennenzulernen. Er unterstützt den Patienten darin, seine Gefühle auszudrücken. Zur patientenzentrierten Gesprächsführung gehören laut Levenstein (1984) und Stewart (1995) sechs Säulen:

1. Exploration der Beschwerden und Krankheitserfahrung des Patienten
2. Verständnis des Patienten in seiner Person und spezifischen Situation
3. Finden einer gemeinsamen Grundlage
4. Vereinigung von Prävention und Gesundheitsförderung
5. Festigung der Arzt-Patient-Beziehung
6. Realismus

Stewart (1995) legte in seinem Review die positiven Effekte der patientenzentrierten Gesprächsführung auf den Krankheitsverlauf und Gesundheitszustand des Patienten dar. Er dokumentierte 21 Studien, wobei vier klinische Beobachtungsstudien und vier randomisierte und kontrollierte Studien (Evans et al. 1987, Greenfield et al. 1985, Kaplan et al. 1989, Roter und Hall 1991) die positive Wirkung der patientenzentrierten Gesprächsführung untersuchten. Hierbei wurde deutlich, dass drei der vier untersuchten klinischen Beobachtungsstudien und alle vier randomisierten und kontrollierten Studien positive Auswirkungen der patientenzentrierten Gesprächsführung auf die Symptomentwicklung des Patienten nachwiesen. Ärztliches Verhalten erweist sich als hilfreich, wenn der Arzt bei der Anamnese Sorgen, Befürchtungen, Erwartungen und Gefühle des Patienten exploriert, die subjektive Bedeutung der Beschwerden für den Patienten herausarbeitet und den Patienten darin unterstützt, seine Beschwerden vollständig vorzutragen.

Die Übersicht von Stewart berücksichtigt jedoch nicht, dass sich die betrachteten Studien nicht alle auf das gleiche Konzept der patientenzentrierten Gesprächsführung beziehen. So werden in den einzelnen Studien unter diesem Begriff unterschiedliche Verhaltensweisen des Arztes verstanden. Ein Vergleich ist somit problematisch.

### 2.1.5 Der ärztliche Interaktionsstil

Der ärztliche Interaktionsstil ist Gegenstand zahlreicher Erhebungen. Dabei steht die Frage im Mittelpunkt, ob die Form der Kommunikation als Konstante oder als Resultat der Interaktion anzusehen ist. Viele Faktoren spielen beim Interaktionsstil eine Rolle. In den vorliegenden Studien werden vor allem die Persönlichkeit des Arztes, persönliche Charakteristika, wie das Geschlecht des Arztes, die Kommunikation als Prozess, persönliche Charakteristika der Patienten, die Krankheitsschwere und die Rolle der Affekte untersucht.

Viele Autoren sehen in der Persönlichkeit des Arztes den wichtigsten Einflussfaktor für seinen Interaktionsstil (vgl. Byrne und Long 1976, Davenport et al. 1987, Goldberg et al. 1993). Byrne und Long (1976) beschreiben, wie Ärzte stets die gleichen Fragen stellen und diese nur in Lautstärke und Schnelligkeit variieren. Sie bezeichnen dieses Verhalten als statischen Konsultationsstil und nehmen an, dass der größte Teil der Ärzte diesen Interaktionsstil pflegt.

Bei der Untersuchung des Einflusses persönlicher Charakteristika auf den Interaktionsstil des Arztes steht in besonderem Maße das Geschlecht des Arztes im Zentrum zahlreicher Studien (vgl. Meeuwesen et al. 1991, Roter et al. 1991, 1999). Empirische Studien ermittelten, dass sich Ärztinnen weniger dominant verhalten und bedachter darauf sind, eine gleichberechtigte und partnerschaftliche Beziehung zu ihren Patienten zu haben (van den Brink-Muinen et al. 1998, Charon et al. 1994, Hall et al. 1994 a und b, Roter et al. 1991). Während der Konsultation hören Ärztinnen im Vergleich zu ihren männlichen Kollegen ihren Patienten mehr zu, fragen häufiger nach psychosozialen Inhalten, explorieren psychosoziale Grundlagen der Problematik des Patienten und beraten Patienten intensiver, wenn eine solche vorliegt (Bertakis et al. 1995, van den Brink-Muinen et al. 1998, Charon et al. 1994, Roter et al. 1991, Saunders und Kindy 1993, Shapiro et al. 1990). Ärztinnen akzeptieren in höherem Maße die Gefühle ihrer Patienten (Mendez et al. 1986) und reagieren empathischer (Wassermann et al. 1984, Weisman 1985). Psychosozialen Problemen der Patienten schenken Ärztinnen mehr Aufmerksamkeit als Ärzte (Maheux et al. 1990). Sie sind selbst auch eher bereit, Gefühle zu zeigen und Empfindungen und Sorgen auszudrücken (Arnold et al. 1988). Auch auf Seiten der Patienten zeigt sich ein differentes Gesprächsverhalten. So sprechen Patienten mehr mit Ärztinnen als mit Ärzten und geben jenen mehr medizinische und psychosoziale Informationen (Roter et al. 1991). Das Verhältnis ist auch ihrerseits partnerschaftlicher.

Die Arzt-Patient-Interaktion ist als ein Prozess anzusehen, in dem zahlreiche personale und situationsbedingte Einflussfaktoren eine Rolle spielen (Street 1992). Zu diesen gehören Charakteristika der Personen, Einstellung, Wissen, Kommunikationsstil und ein Abstimmungsprozess der Interaktion. Eine Ursache-Wirkungsbeziehung ist nur schwer festzustellen. Ebenso ist die Definition von Ursache und Wirkung schwierig.

Ein weiterer Einflussfaktor des Arzt-Patient-Interaktionsstils ist der Zusammenhang zwischen persönlichen Charakteristika des Patienten und ärztlichem Kommunikationsverhalten (Hall et al. 1994 a, Ross et al. 1982, Stewart 1984 a, Wassermann et al. 1984). Hierbei haben die persönlichen Charakteristika des Patienten, insbesondere Geschlecht, Alter und die Zugehörigkeit zu einer sozialen Schicht, Einfluss auf das ärztliche Kommunikationsverhalten. Sympathische und kompetente Patienten werden nach Gerbert (1984) häufiger wieder einbestellt. Patienten, die sich affektiv expressiv verhalten, bewirken, dass Ärzte ein stärkeres Engagement zeigen und eher Stellung gegenüber dem Patienten beziehen (Greenfield et al. 1985). Der Arzt stellt mehr Informationen zur Verfügung, wenn Patienten mehr Kontrolle über das ärztliche Verhalten anstreben, mehr Fragen stellen (Street 1991, 1992) oder wenn sie Emotionen und Sorgen vermehrt ausdrücken. Ärzte zeigen mehr Sympathie und Wohlwollen gegenüber Patienten eines höheren sozioökonomischen Status (Hall et al. 1993).

Die Krankheitsschwere des Patienten stellt einen wichtigen Parameter beim sozio-emotionalen und zielorientiertem Verhalten des Arztes dar (Hall et al. 1996). Dabei korreliert die Schwere der Erkrankung des Patienten negativ mit der Zufriedenheit über die Konsultationen aus der Sicht des Arztes. So entwickeln Ärzte weniger positive Gefühle und mehr Ärger gegenüber schwer erkrankten Patienten. Ärzte zeigen im globalen Rating insbesondere gegenüber schwerer psychisch erkrankten

Patienten mehr Ärger.

Schwerer erkrankte Patienten zeigen sich während den Konsultationen ärgerlicher, weniger freundlich und ängstlicher. Sie geben dem Arzt weniger positive Rückmeldungen und sprechen pessimistischer über ihre Erkrankung. Parallel dazu drücken Ärzte gegenüber schwerer erkrankten Patienten mehr emotionale Sorgen aus und fokussieren im Gespräch stärker auf die Sorgen des Patienten. Sie streben dabei ein partnerschaftlicheres Verhältnis an. Die Patienten geben ihrerseits mehr biomedizinische und psychosoziale Informationen an den Arzt weiter und sind emotional stärker engagiert. Sie stellen mehr Fragen und fallen dadurch auf, dass sie im Gespräch einen weniger dominanten bis unterwürfigen Tonfall aufweisen.

Ärzte erfahren somit während der Interaktion mit Patienten mit schwereren Erkrankungen einerseits vermehrt negative Affekte, drücken aber ihrerseits sprachlich vermehrt Sorge, Engagement und Unterstützung aus. Dies kann als Ambivalenz der Ärzte erkannt werden (Hall et al. 1996). Diese Ambivalenz drückt sich in den nicht beabsichtigten negativen Affekten und Reaktionen des Arztes auf der einen Seite und dem professionellen Verhalten, der medizinischen Versorgung, auf der anderen Seite aus. Somit kann die kognitive Antwort des Arztes auf schwerer erkrankte Patienten im Widerspruch zu seiner emotionalen Antwort stehen. Auch schwerer erkrankte Patienten verhalten sich ambivalent, indem sie einerseits unzufriedener und ärgerlicher reagieren, sich andererseits aber kooperativ verhalten und im Gespräch einen weniger dominanten bis unterwürfigen Tonfall aufweisen.

## 2.2 Fallidentifikation

Der Begriff „Fallidentifikation“ bezeichnet die Identifikation psychischer und psychosomatischer Störungen von Patienten durch den Hausarzt. Hierbei wird unter Sensitivität des hausärztlichen Urteils der Anteil der psychisch/psychosomatisch erkrankten Patienten gefasst, der vom Hausarzt korrekt als

psychisch/psychosomatisch erkrankt diagnostiziert wird. Die Spezifität ist definiert durch den Anteil unter den nicht erkrankten Patienten, der auch vom Hausarzt als nicht erkrankt eingeschätzt wird. Die diagnostische Beurteilung des Hausarztes wird dabei mit einem „Goldstandard“ verglichen. Unter dem Goldstandard versteht man das Instrument, mit dessen Hilfe die Gruppe der Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen definiert wird. In Studien zur Fallidentifikation ergeben sich Probleme bei der Frage danach, welche Definition des „Goldstandards“ hierbei zugrunde gelegt wird und welche diagnostische Einschätzung des Hausarztes als relevant angesehen wird.

Die vorliegenden Studien zur Fragestellung der hausärztlichen Fallidentifikationsrate unterscheiden sich erheblich in den verwendeten diagnostischen Instrumenten. Sowohl die Krankheitsdefinition als auch die als relevant betrachteten diagnostischen Urteile werden nicht übereinstimmend verwendet. So wird der „Goldstandard“ von den Autoren anhand verschiedener Fragebögen (GHQ, SCL-90-R, HADS etc.) oder mittels strukturierter Interviews (SKID, CIDI etc.) definiert. Die Beurteilung der Hausärzte erfolgt anhand von orientierenden Einschätzungen der Erkrankungen oder die Hausärzte waren aufgefordert, eine Diagnose in einem Klassifikationsschema (ICD 10 etc.) zu stellen. Die in den Untersuchungen ermittelten Fallidentifikationsraten schwanken erheblich, je nach zugrundeliegendem Goldstandard und je nach hausärztlicher Falldefinition, wie der folgende Überblick über die Studien aufzeigt.

*Tabelle 1: Studien zur Identifikation psychischer/psychosomatischer Störungen in hausärztlichen Praxen*

<b>Autoren</b>	<b>Fallidentifikationsrate</b>	<b>Zugrunde liegende diagnostische Einschätzung des Hausarztes</b>
von Korff et al. (1987)	73,5%	sehr unspezifisch (emotionales Erleben)
van der Pasch und Verhaak (1998)	72,0% / 49,0%	sehr unspezifisch (überwiegend somatische Symptomatik)
Gerber et al. (1989)	69,0%	sehr unspezifisch (psychosozialer Stress)
Linden et al. (1996)	60,2%	unspezifisch (psychisch krank)
Ormel et al. (1990)	56,0%	unspezifisch (psychiatrische Erkrankungen oder psych./psysom. Symptome)
Marks et al. (1979)	54,0%	Unspezifisch (psychisch krank)
Badger et al. (1994)	50,5%	Depression als Differentialdiagnose
Goldberg (1999)	50,5%	Unspezifisch (psychisch krank)

Simon et al. (1999)	42,0%	Unspezifisch (psychisch krank)
Tiemens et al. (1999)	40,0%	Spezifische Diagnose (Depression)
Perez-Stable et al. (1990)	35,7%	Hinweis auf die Diagnose einer Depression in den ärztlichen Aufzeichnungen
Jones et al. (1987)	29,1%	Spezifische Diagnose (Depression)
Coyne et al. (1995)	27,9%	Spezifische Diagnose (Depression)

Der Überblick dokumentiert, dass die Fallidentifikationsraten eine weit streuende Verteilung aufweisen, die sich durch die unterschiedlichen Kriterien der Autoren erklären lässt. Hier variiert die Fallidentifikationsrate in eher unspezifischen Einschätzungsskalen erheblich durch die Wahl des cut-off Wertes. Wird eine spezifische diagnostische Beurteilung vom Hausarzt gefordert, so fällt die Fallidentifikationsrate ab. Bei der spezifischen Diagnose einer Depression sinkt die Identifikationsrate erheblich.

Es bleibt festzuhalten, dass ca. 30% bis 70% der psychischen/psychosomatischen Störungen sowie der psychosozialen Beschwerden der Patienten vom Hausarzt nicht ausreichend erkannt werden. Auch im deutschen Sprachraum ist anhand der Ergebnisse der EVaS-Studie (Schach et al. 1989) eine ähnliche Problematik zu vermuten. Diese Erhebung über die Versorgung im ambulanten Sektor der BRD ist als epidemiologische Studie angelegt und hat keine standardisierte Diagnosestellung zum Ziel. Sie untersucht somit nur bedingt die Fallidentifikation in hausärztlichen

Praxen in der BRD. In der deutschen Teilerhebung der WHO-Studie (Linden et al. 1996) identifizieren Hausärzte bei 60,2% der Patienten, die an psychischen/psychosomatischen Störungen im Sinne der ICD-10 litten, eine seelische Erkrankung. Anpassungsstörungen, große Bereiche der somatoformen Störungen und psychosomatische Erkrankungen gingen in diese Studie nicht mit ein. Wie aber bereits erwähnt, sind es insbesondere diese Störungen, die für Patienten in hausärztlichen Praxen charakteristisch sind. Kruse et al. (1999) legt in seiner Feldstudie „Zur hausärztlichen Diagnose und Versorgung psychogener Kranker“ und in der Habilitationsschrift „Diagnostische Falleinschätzung und ihre Determinanten bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Beschwerden und Störungen in hausärztlichen Praxen“ (2000), Zusammenhänge zwischen der Selbstbeschreibung der Patienten und der diagnostischen Einschätzung des Hausarztes und einer Psychotherapeutin dar. Der behandelnde Hausarzt sowie eine Fachpsychotherapeutin schätzten 572 Patienten in 18 städtischen Praxen anhand der „Orientierenden diagnostischen Einschätzung“ (OSE) und des „Beeinträchtigungs-Schwere-Scores“ (BSS) ein. Die Patienten füllten Fragebögen zu ihren Beschwerden aus (SCL-90-R, GHQ-12). Hausärzte und Psychotherapeutin stimmten bei 51,4% der psychogen erkrankten Patienten in ihrem diagnostischen Urteil überein. In 48,6% identifizierte der Hausarzt die psychogene Erkrankung seiner Patienten nicht. Ein pfadanalytisches Modell zeigte auf, dass das diagnostische Urteil der Psychotherapeutin in einem bedeutend engeren Zusammenhang zur Selbstbeschreibung des Patienten steht als die Beurteilung des Hausarztes. Da die Varianzaufklärung des hausärztlichen Urteils mit 32% recht niedrig bleibt, gehen die Autoren davon aus, dass weiteren Faktoren eine große Bedeutung für die hausärztliche Diagnosestellung zukommt.

Aufgrund der dargestellten Datenlage besteht in Deutschland ein weiterer Forschungsbedarf in der Abschätzung der Fallidentifikationsraten in hausärztlichen Praxen und in der Klärung der Gründe dieser Fallidentifikationsraten.

### 2.2.1 Der Einfluss der Patientenvariablen auf die Fallidentifikation

Eine Reihe empirischer Studien (Marks et al. 1979, Pini et al. 1997, Tiemens et al. 1999, Tylee et al. 1993 und 1995, Goldberg et al. 1998, Freeling et al. 1985, Gerber et al. 1989 etc.) untersucht den Einfluss der Patientenvariablen auf die Fallidentifikation. Anhand dieser Untersuchungen lässt sich kein einheitliches Bild zeichnen, welche Charakteristika des Patienten die Identifikation der psychischen/psychosomatischen Störungen beeinflussen.

So wird der Einfluss soziodemographischer Faktoren des Patienten für die Fallidentifikation in hausärztlicher Praxis unterschiedlich beurteilt. Der Einfluss des Klageverhaltens des Patienten und somit das Nichtansprechen psychosozialer Beschwerden wird im Hinblick auf die Fallidentifikation durch den Hausarzt unterschiedlich beurteilt, auch wenn hier deutliche Anhalte für den generellen Einfluss vorliegen. Der Einfluss des Geschlechts und der Einfluss der Beeinträchtigungsschwere kann auch als Ausdruck eines unterschiedlichen Klageverhaltens von Männern und Frauen angesehen werden. Weibliche und stärker beeinträchtigte Patienten weisen ein anderes Klageverhalten in der ärztlichen Sprechstunde auf (Kroenke und Spitzer 1998). Frauen sind im Vergleich zu Männern eher bereit, über ihre Affekte und psychosozialen Probleme zu sprechen. In den verschiedenen Untersuchungen wird deutlich, dass gerade junge Männer mit psychischen und psychosomatischen Störungen und Patienten mit geringerer Beeinträchtigungsschwere häufig übersehen werden (Marks et al. 1979, Goldberg et al. 1998).

Das Klageverhalten der Patienten scheint in allen Studien eine entscheidende Rolle zu spielen. Die Ergebnisse von Kirmayer et al. (1993) machen deutlich, dass das Klageverhalten nicht ausschließlich als eine Variable des Patienten oder seiner Erkrankung betrachtet werden darf. Es wird vielmehr durch die gesamte Arzt-

Patient-Interaktion beeinflusst. Die Gestaltung der Arzt-Patient-Interaktion rückt somit zunehmend in das Zentrum der Aufmerksamkeit.

### 2.2.2 Der Einfluss der Arztvariablen und der Arzt-Patient-Interaktion

Zahlreiche Studien beschäftigen sich mit der Frage, welche Variablen des Arztes seine Fähigkeiten zur Fallidentifikation erhöhen. Die Güte der Ausbildung (Kamerow et al. 1986, Rubinson und Asnis 1989), das medizinische Wissen (Cohen-Cole et al. 1993) und die ärztliche Einstellung zu psychischen/psychosomatischen Störungen (Badger et al. 1984, Goldberg et al. 1982, Verhaak 1986) können nur einen geringen Teil der Varianz hausärztlicher Fallidentifikation erklären.

Eine entscheidende Rolle scheint die patientenzentrierte Gesprächsführung zu spielen. Durch die Führung des Gesprächs können Ärzte die Beschwerdeschilderung ihrer Patienten steuern und damit bestimmen, wie umfassend sie über die Symptomatik informiert sein möchten. Nach einer Untersuchung von Beckmann und Frankl (1984) erhalten Patienten in nur 21% der ärztlichen Konsultationen die Möglichkeit ihre Beschwerden ungestört und umfassend zu schildern. In 69% der Konsultationen unterbrach der Arzt die Beschwerdeschilderung des Patienten und zwar durchschnittlich nach 18 Sekunden. Die Ärzte taten dies überwiegend, indem sie geschlossene Fragen stellten und somit die Kontrolle über das Gespräch übernahmen. Die Patienten setzten nach der Unterbrechung ihre Beschwerdeschilderung nicht fort und dem Arzt gingen auf diese Weise wichtige Informationen verloren. Diese Untersuchung wurde durch Ergebnisse einer Studie von Cape und McCulloch (1999) bestärkt. In dieser Studie wurden Patienten mit psychischen Symptomen befragt, warum sie ihrem Hausarzt ihre psychischen Beschwerden nicht berichteten. Die Patienten gaben vor allem den Zeitfaktor als Begründung an. Sie rechtfertigten ihr „non-reporting“ damit, dass während der hausärztlichen Konsultation nicht genügend Zeit zur Verfügung gestanden habe.

Außerdem seien sie vom Gesprächsverhalten des Arztes irritiert gewesen. Weiter gaben sie an, dass sie der Überzeugung seien, der Hausarzt könne ihnen bei der Bewältigung der psychischen Beschwerden nicht helfen. Die meisten Patienten wollten überdies ihrem Hausarzt nicht zur Last fallen.

Die Ergebnisse dreier Arbeitsgruppen zur Bedeutung der Arzt-Patient-Interaktion für die Fallidentifikation werden im Folgenden dargestellt.

Goldberg et al. (u.a. 1982) untersuchten ihre Daten arztbezogen und betonten damit die Bedeutung des Kommunikationsstils des einzelnen Arztes für die Fallidentifikation. Sie verglichen Ärzte mit hohem und niedrigem Fallidentifikationsindex miteinander und beschrieben das unterschiedliche Interaktionsverhalten. Ärzte, die eine hohe Fallidentifikationsrate aufwiesen, konnten die aktuelle Symptomlage ihrer Patienten besser klarifizieren und stellten mehr Fragen mit psychosozialen Inhalten.

In einer weiteren Studie untersuchte die Arbeitsgruppe (Davenport et al. 1987) den Zusammenhang zwischen der Fallidentifikationsrate und den von den Patienten gegebenen Stichworten oder „cues“. Die Autoren unterschieden vier verschiedene Signalebenen: Haltung (Spannung, Niedergeschlagenheit), Bewegung (agitiert, ruhelos etc.), verbale Signale (Ansprechen der Depression, Angst, Furcht) und vokale Signale (monotone Stimme, Weinen etc.). In Gesprächen mit Ärzten, die einen hohen Identifikationsindex hatten, gaben Patienten signifikant mehr verbale und vokale Hinweise auf psychische Störungen im Gespräch. Die Autoren schlussfolgerten daraus, dass Ärzte, die eine große Anzahl von psychischen und psychosomatischen Störungen erkennen, besser in der Lage sind, ihren Patienten die Möglichkeit einzuräumen, verbale und vokale Hinweise auf ihre Erkrankung zu geben.

Die Arbeitsgruppe (Goldberg et al. 1993) spezifizierte diese Aussage noch weiter. Sie verglichen jeweils zwei mal vier Gespräche, die drei Ärzte mit hohem Identifikationsindex führten und die dreier Ärzte mit niedrigem Identifikationsindex. Ärzte, die eine hohe Anzahl von psychischen Erkrankungen erkannten, stellten in den ersten drei Minuten signifikant mehr Fragen mit psychologischem Inhalt, fragten aber auch direkter. Sie zeigten eine aufmerksamere Haltung, hatten in den ersten drei Minuten mehr Blickkontakt und machten häufiger unterstützende Anmerkungen, während sie zuhörten. Außerdem gaben sie weniger Informationen.

Als wichtiger Aspekt der Analyse stellte sich der Zusammenhang zwischen Arztvariable und der Variable des Gesprächsverhaltens heraus. Bei Ärzten mit hohem Fallidentifikationsindex führten Äußerungen von Empathie und direkte Nachfragen nach sozialen Problemen dazu, dass die Patienten mehr Signale aussendeten, während dies bei den Ärzten mit niedrigem Fallidentifikationsindex nicht der Fall war. Dieses Korrelat trifft auch für die Anzahl der geschlossenen Fragen zu. Ärzten mit hohem Fallidentifikationsindex gelingt es im Gespräch, auch geschlossene Fragen zu verwenden, ohne die Äußerung des Patienten negativ zu beeinflussen. Als Schlussfolgerung kann damit gelten, dass die formale Struktur der Frage nicht mit der interaktionellen Botschaft übereinstimmen muss.

Die Studie von Verhaak (1986) wählte einen anderen Untersuchungsansatz, indem der Zusammenhang zwischen dem Gesprächsstil des Arztes und der ärztlichen Interpretation der Beschwerden der Patienten untersucht wurde. So wurden keine Fallidentifikationsraten bestimmt, da kein Vergleich der hausärztlichen Diagnose mit einem Goldstandard stattfand. Verhaak untersuchte den Zusammenhang zwischen der Tendenz der Ärzte, psychosoziale Probleme bei Patienten anzunehmen, und der Interaktionsgestaltung.

Ärzte, die häufiger eine psychosoziale Komponente in den Beschwerden ihrer Patienten sehen, geben der Exploration während der Konsultation mehr Raum, zeigen mehr Interesse und Empathie und informieren ihre Patienten besser. Außerdem

verweisen sie nicht so häufig an Spezialisten. Bei der weiteren Auswertung der Daten wurde jedoch deutlich, dass es sich hierbei nicht ausschließlich um eine Arztvariable handelt. Sowohl bei Ärzten, die annehmen, dass ihre Patienten unter Beschwerden leiden, die im Zusammenhang mit psychosozialen Problemen stehen, als auch in der Gruppe der Ärzte, die diesen Zusammenhang nicht annehmen, korreliert die Dauer der Konsultation, das nonverbale Signalisieren von Aufmerksamkeit, die stärkere Partizipation des Patienten an der Diagnosestellung und ein stärkeres sondierendes Verhalten mit der Annahme, dass psychosoziale Aspekte die Erkrankung beeinflussen.

In einer zweiten Studie (Pasch und Verhaak 1998) untersuchte die Arbeitsgruppe den Zusammenhang zwischen hausärztlichem Interaktionsstil und der Fallidentifikation psychischer Störungen (*accuracy*) sowie der Interpretation der Beschwerden als psychosozial (*bias*). Die Interpretation der Beschwerden als psychosozial (*bias*) korreliert schwach positiv mit der Aufmerksamkeit des Arztes und einer patientenzentrierten Gesprächsführung. Wesentliche Korrelationen zwischen dem Interaktionsstil und der Fallidentifikation (*accuracy*) konnten die Autoren nicht ermitteln. Bei der Auswertung der Ergebnisse auf Arzzebene zeigte sich, dass das Ausmaß der Uneinigkeit in der Konsultation positiv mit der Fallidentifikation korrelierte.

Badger et al. (1994) untersuchte die Zusammenhänge zwischen dem interaktionellen Verhalten der Ärzte und der Diagnosestellung in einer standardisierten Situation. In dieser Studie wurden 47 Hausärzte von je vier standardisierten Patienten (Schauspielern) in einem Forschungszentrum aufgesucht. Alle Patienten erfüllten die DSM-III-Kriterien einer schweren Depression. Patient A hatte ausgeprägte psychische Beschwerden und litt unter Schwindel. Patient B wandte sich wegen Kopfschmerzen an den Arzt und wies ein flaches affektives Erleben auf. Patient C fühlte sich durch Schmerzen in der Brust und psychosoziale Probleme beeinträchtigt.

Patient D wies ein offen feindseliges Verhalten auf und klagte über Rückenschmerzen. Die Interviews mit den standardisierten Patienten wurden auf Video aufgezeichnet und mit Hilfe des „Interaction-Analysis-System for Interviews Evaluation“ (ISIE-81) ausgewertet.

Bei allen ausgewerteten Interviews fällt eine Prädiktion durch die Items „relative Länge des Gesprächsanteils des Arztes“, „Länge des gesamten Interviews“, „affektives Verhalten“ und „Fragen nach psychosozialen Inhalten“ bei 60% der korrekten Diagnosen und 74% der fehlenden Diagnosen auf. Eine detaillierte Analyse verdeutlicht, dass ein spezifisches Interviewverhalten die Diagnose der Depression bei den verschiedenen standardisierten Patienten prädiziert. Für Patient A konnten die Autoren keinen Einfluss des Interviewverhaltens auf die korrekte Diagnose Depression erkennen. Beim Patienten B hingegen prädizierte das Ansprechen der depressiven Stimmung, der relative Gesprächsanteil des Arztes und die Gesamtlänge des Interviews mit einer Varianzaufklärung von 77% die Identifikation der Depression. Das Ansprechen der neurologischen Symptome und der Ausdruck der Sorge und Anerkennung durch den Arzt sowie die Diskussion der ehelichen Probleme ist bei Patient C von Relevanz. Für die korrekte Diagnose bei Patient D ist die generelle Diskussion psychosozialer Probleme entscheidend.

Die Autoren schließen aufgrund dieser Ergebnisse, dass die Anpassung des ärztlichen Gesprächsstils an die Bedürfnisse des Patienten eine Voraussetzung für die Fallidentifikation zu sein scheint.

Die referierten Studien legen nahe, dass das Wissen der Hausärzte, sowie ihre allgemeine Einstellung zu psychosozialen Problemen und soziodemographische Variablen einen geringen Einfluss auf die Fallidentifikation in hausärztlichen Praxen haben. Die Gestaltung der Arzt-Patient-Kommunikation scheint der entscheidende Parameter in Bezug auf die Identifikation psychischer Störungen in hausärztlichen Praxen zu sein. Aufmerksamkeit und Interesse des Arztes, Sondierung psychosozialer Probleme und die Länge der Konsultation sind dabei positive Parameter der Fallidentifikation psychischer/psychosomatischer Störungen der

Patienten. Widersprüchlich erscheinen die Ergebnisse zur Kontrolle im Arzt-Patienten-Gespräch. Ausgeprägte ärztliche Kontrolle im Gespräch führt laut Marks et al. (1979) zu einer niedrigen Fallidentifikationsrate. Goldberg et al. (1993) sehen hingegen im direktiven Fragestil einen positiven Einfluß auf die korrekte Fallidentifikation. Der Zusammenhang zwischen Fallidentifikationsrate und patientenzentrierter Gesprächsführung, wie sie Stewart (1995) beschreibt, wurde bislang nur unzureichend untersucht. Die patientenzentrierte Gesprächsführung beruht auf einem partnerschaftlichen Verhältnis von Arzt und Patient. Die Verteilung und Gewichtung der Kontrolle und Führung im Gespräch sind dabei zentrale Aspekte.

Die patientenzentrierte Gesprächsführung ermöglicht, dass

- der Patient seine Beschwerden, Symptome, Belastungen und Sorgen dem Arzt schildern kann,
- der Arzt Aufschluss über den Informationsstand und das Informationsbedürfnis des Patienten erhält,
- er die subjektive Sichtweise des Patienten erfragt und
- den Emotionen des Patienten ausreichend Raum geben kann, und
- es ihm gelingt, eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung aufzubauen.

Durch eine patientenzentrierte Gesprächsführung ermöglicht der Arzt dem Patienten, die Gründe für die Konsultation einschließlich der Symptome, der Gedanken, der Gefühle und der Erwartungen umfassend auszudrücken. Der Arzt ist dabei aktiv bemüht, den Standpunkt des Patienten kennenzulernen. Der Patient ist Experte bei seinen Symptomen, Beschwerden, Vorlieben, Sorgen und Erwartungen und führt den Arzt in diese Bereiche ein. Der Arzt übernimmt die Gesprächsführung in den Bereichen differentialdiagnostische Abklärung und Behandlung, wobei hier ein Konsens erfolgen soll.

### 2.2.3 Die Komplexität der diagnostischen Urteilsbildung und ihrer Determinanten

Die ärztliche Urteilsbildung wird u.a. geprägt durch das herangezogene Krankheitsmodell, die Auswahl der Informationen und die Gestaltung des Arzt-Patient-Gesprächs. Die hausärztliche Diagnostik ist somit mehrdimensional und individuell; die „Subjektivität ärztlicher Entscheidungen“ ist ein genuiner Bestandteil ärztlichen Handelns (Abholz 1998). Das Spektrum diagnostizierter Erkrankungen, die Anzahl der Überweisungen oder Verschreibungshäufigkeiten variieren in erheblichem Maße von Praxis zu Praxis, ohne dass dies auf objektivierbare Unterschiede bei den Patienten zurückzuführen ist (Gastpar 1984, Geiselman und Linden 1989, Langwieler 1988, Zintl-Wiegand und Cooper 1979). Bei der Individualität der Diagnose spielen neben dem herangezogenen Krankheitsmodell und der Gestaltung des Arzt-Patient- Gesprächs auch eine Reihe anderer Faktoren eine Rolle.

„Die Varianz in der Darstellung der Symptomatik durch den Patienten, die unterschiedliche Wahrnehmung, Selektion und Interpretation der Symptome durch den Arzt sowie Unsicherheiten aufgrund eingeschränkter Reliabilität, Validität, Sensitivität und Spezifität der angewandten Instrumente – in der Regel der Anamnese – führen dazu, dass ein Befund nicht die einfache Abbildung einer wie auch immer gearteten Wirklichkeit ist, sondern eine aktive, quasi schöpferische Leistung des diagnostizierenden Arztes.“ (Linden und Priebe 1990, 421)

Der Weg von den Symptomen und Befunden zum diagnostischen Schlussbildungsprozess und zu den therapeutischen Entscheidungen ist somit ein komplexer psychologischer Vorgang. Im Verlauf dieses Vorgangs kommt es zur Auswahl und Interpretation von Symptomen durch den Arzt und seinem Patienten.

## 2.3 Überblick

Die Ergebnisse zahlreicher internationaler Studien belegen, dass psychische und psychosomatische Störungen in hausärztlichen Praxen bzw. in der Primärversorgung oftmals übersehen werden. Studien, die sich mit der Fragestellung der Fallidentifikation beschäftigen, zeigen, dass diese von der Art und Schwere der Erkrankung, der Symptomschilderung des Patienten und insbesondere von der Gestaltung der Arzt-Patient-Interaktion abhängig ist. Die erwähnten Studien wurden in einem anderen Versorgungskontext erhoben und lassen sich nicht unmittelbar auf das hausärztliche Versorgungssystem der Bundesrepublik Deutschland übertragen. Weiterhin wurde bisher nur sehr selten untersucht, welchen Einfluss die Beziehung zwischen Arzt und Patient auf das diagnostische Verhalten des Arztes ausübt. Bisher konzentrierte sich die Forschung im Bereich der Arzt-Patient-Interaktion auf den Einfluss der Arzt-Patient-Beziehung auf die Compliance des Patienten, die Patientenzufriedenheit, das Erinnern von gegebenen Informationen und den Krankheitsverlauf.

Mit der Analyse von Arzt-Patient-Interaktionen mit Hilfe des „Medical Interaction Process System“ (MIPS) wird in dieser Untersuchung eine Methode gewählt, die es erlaubt, formale und inhaltliche Elemente in der Arzt-Patient-Interaktion darzustellen und ihre Bedeutung für die ärztliche Diagnosestellung und Entscheidungsfindung zu untersuchen.

### 3 Fragestellung

In epidemiologischen Studien konnte gezeigt werden, dass ein Drittel der Patienten in hausärztlichen Praxen unter psychischen und psychosomatischen Störungen leidet. Besonders häufig sind dabei somatoforme Störungen, Anpassungsstörungen, affektive Störungen und Angsterkrankungen. Der Hausarzt befindet sich in der Rolle des „Gatekeepers“. Er ist Lotse für die fachärztliche Weiterbetreuung der Patienten. Seine Entscheidungen sind somit von versorgungspolitischer Relevanz.

Zahlreiche Studien belegen, dass Hausärzte nur ca. 50% der psychischen und psychosomatischen Störungen ihrer Patienten wahrnehmen. Unzureichend ist erforscht, welche Faktoren das diagnostische Urteil des Hausarztes und somit die Fallidentifikation beeinflussen.

Studien zur Identifikation psychischer/psychosomatischer Störungen in hausärztlichen Praxen stammen überwiegend aus angloamerikanischen Ländern oder den Niederlanden. Sie legen nahe, dass der Arzt-Patient-Interaktion eine besondere Bedeutung für die Fallidentifikation zukommt.

Im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit steht der Zusammenhang zwischen ärztlicher Fallidentifikation und der Gestaltung der Arzt-Patient-Interaktion. Aus diesem Zusammenhang ergeben sich Konsequenzen für die ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung in Schulungs- und Trainingsprogrammen.

#### **Fragestellung:**

- (1) Besteht ein Zusammenhang zwischen einer patientenzentrierten Gesprächsführung des Arztes während der Konsultation und der korrekten Identifizierung psychischer/psychosomatischer Störungen im hausärztlichen Bereich?

(2) Welche Aspekte der patientenzentrierten Gesprächsführung gehen mit der Identifikation psychischer und psychosomatischer Störungen in hausärztlichen Praxen einher?

Als patientenzentrierte Gesprächsführung wird in dieser Arbeit ärztliches Gesprächsverhalten beschrieben, bei dem der Arzt aktiv mit seinem Patienten Erwartungen und Ziele klärt, indem er

- offene Fragen stellt,
- psychische Inhalte in den Vordergrund rückt,
- soziale und demographische Verhältnisse und
- den Lebensstil des Patienten thematisiert.

Der Arzt greift die, vom Patienten geäußerten Sorgen und Bedenken auf, indem er,

- Informationen registriert,
- auf indirekt und direkt geäußerte Sorgen reagiert,
- wiederholt,
- zusammenfasst,
- Empathie zeigt,
- unterstützende Anmerkungen äußert und
- den Patienten bestätigt.

Explorativ soll die Bedeutung weiterer Gesprächsmerkmale untersucht werden.

## 4 Methodik

### 4.1 Studiendesign

Die vorliegende Studie ist Teil eines Forschungsprojektes, das im Rahmen des Nordrhein-Westfälischen Forschungsverbundes Public Health vom BMFT unter dem Titel: „Qualitätssicherung in der Psychosomatischen Grundversorgung“ (Förderungsnummer: 01 EG 9403, Leiter: Prof. Dr. Dr. W. Tress, PD Dr. J. Kruse, Prof. Dr. L. Alberti) gefördert wurde. Die Patientenrekrutierung fand von Anfang 1994 bis Anfang 1996 statt. Die Analyse der Daten erfolgte in den Jahren 2000/2001.

#### 4.1.1 Untersuchungsablauf

Die Patientenrekrutierung in 18 hausärztlichen Praxen im Raum Düsseldorf wurde über einen Zeitraum von zwei mal zwei Wochen durchgeführt.

Eine studentische Hilfskraft identifizierte gemeinsam mit einer Arzthelferin der jeweiligen Praxis anhand einer Patientenliste die Patienten, die die Einschlusskriterien (vgl. 4.1.2.2) erfüllten. Da nicht alle Patienten einbezogen werden konnten, wurden diejenigen Patienten ausgesucht, die ohne lange Wartezeit im Anschluss an die hausärztliche Konsultation von der ärztlichen Psychotherapeutin untersucht werden konnten. 80% der angesprochenen Patienten nahmen an der Untersuchung teil.

Nach Einholung der Einverständniserklärung wurden die Patienten vom Hausarzt untersucht. Im Arztzimmer war ein Kassettenrecorder installiert, der das Gespräch mit dem Patienten aufzeichnete. Das Tonband nahm die gesamte Konsultation mit Anamneseerhebung, Untersuchungen und Therapieempfehlungen etc. auf. Hierbei war kein Projektmitarbeiter im Sprechzimmer anwesend. Dem Patienten wurde im

Anschluss an die Konsultation vom Hausarzt oder der Arzthelferin der Raum genannt, in dem das Untersuchungsgespräch mit einer ärztlichen Psychotherapeutin stattfinden würde.

Der Hausarzt dokumentierte nach der Konsultation sein diagnostisches und therapeutisches Handeln im EVaS Dokumentationsbogen, sowie anhand der Orientierenden Symptomatischen Einschätzung (OSE) und einer Skala zur Beurteilung der Schwere der Beeinträchtigung in Folge psychischer Symptomatik (HBS).

Das Untersuchungsgespräch mit einer ärztlichen Psychotherapeutin fand anschließend in einem Praxisraum statt, der in den Erhebungstagen ausschließlich von der Psychotherapeutin genutzt wurde. So konnte das Gespräch ungestört erfolgen, dessen Dauer im Mittel 30 Minuten betrug. In einem unstrukturierten Interviewteil befragte die klinisch erfahrene ärztliche Psychotherapeutin den Patienten zunächst zu seinen aktuellen Beschwerden, die ihn dazu veranlassten, den Arzt aufzusuchen. Anschließend erfolgte ein strukturiert klinisches Interview (SKID). Die Ärztin konnte somit die Kriterien der DSM-III-R Störung erfassen.

Aus der Gesamtheit der Arzt-Patient-Konsultationen, die auf Tonband aufgezeichnet wurden, erfolgte eine Auswahl von 200 Arzt-Patient-Gesprächen. Diese aufgezeichneten Gespräche wurden entsprechend den Ulmer Transkriptionsregeln (Mergenthaler 1992) von studentischen Hilfskräften transkribiert. Die vom Patienten während der Konsultation geäußerten Beschwerden wurden von einer weiteren erfahrenen Psychotherapeutin und einer Psychiaterin zunächst markiert und anschließend entsprechend der RVC-Klassifikation kodiert.

Aus der Gruppe der transkribierten Arzt-Patient-Gespräche wurden 114 Konsultationen bei denen die Patienten die Kriterien einer DSM-III-R Störung

erfüllten ausgewählt. Die Kodierung der Interaktion dieser Konsultationen erfolgte anhand des „Medical Interaction Process System“ (MIPS). Diese Auswertung mit MIPS erfolgte durch die Autorin im Rahmen ihrer Promotionsarbeit.

#### 4.1.2 Stichproben

##### 4.1.2.1 Stichprobe der Hausärzte

Mit Hilfe der Ärztekammer Nordrhein informierten wir 40 niedergelassene Ärzte der Primärversorgung im Stadtgebiet Düsseldorf über das Untersuchungsprojekt. Außerdem wurde im „Arbeitskreis Allgemeinmedizin“ der Abteilung Allgemeinmedizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf über das Forschungsprojekt berichtet. Die so informierten Ärzte baten wir um ihre Mitarbeit und von insgesamt 21 interessierten Ärzten nahmen 18 Ärzte an der Studie teil. Unter ihnen waren neun Frauen und neun Männer, deren Alter im Mittel bei 42,5 Jahren lag (Range 30-58 Jahre).

*Tabelle 2: Verteilung der Altersgruppen der Ärzte*

<b>Altersgruppe Ärzte</b>	<b>Anzahl der Ärzte</b>	<b>Prozent</b>
30 - 39 Jahre	7	38,9%
40 - 49 Jahre	8	44,4%
50 - 59 Jahre	3	16,7%

Alle Ärzte waren in der Primärversorgung als praktische Ärzte bzw. Fachärzte für „Allgemeinmedizin“ tätig. Je ein Arzt führte darüber hinaus die Facharztbezeichnung

„Urologie“ und „Gynäkologie“, je ein Arzt die Zusatzbezeichnung „Chirotherapie“ und „Sportmedizin“, sowie zwei Ärzte die Zusatzbezeichnung „Naturheilverfahren“. Keiner der Ärzte verfügte über eine psychotherapeutische/psychosomatischen Zusatzqualifikation. Darüber hinaus befand sich auch kein Arzt in psychotherapeutischer Weiterbildung. Nur ein Arzt nahm regelmäßig an einer Balint Gruppe teil. Die Ärzte waren durchschnittlich 6,3 Jahre in niedergelassener Praxis tätig, wobei der Zeitraum zwischen einem Jahr und 26 Jahren variierte. 66,6% der Ärzte waren zwischen 3,5 Jahre und neun Jahre niedergelassen.

#### 4.1.2.2 Stichprobe der Patienten

Im Rahmen des Forschungsprojektes wurden 571 Patienten in den 18 hausärztlichen Praxen untersucht.

Die Einschlusskriterien wurden erfüllt, wenn:

- die Patienten zwischen 16 und 70 Jahren alt waren,
- gesetzlich krankenversichert waren,
- sie über ausreichende Deutschkenntnisse verfügten,
- und die Praxis wegen aktueller Beschwerden bzw. einer neuen Erkrankungsepisode aufsuchten.

Die Patienten wurden über die Studie zur ambulanten medizinischen Versorgung informiert. Ihnen wurde mitgeteilt, dass ihre Teilnahme dazu diene, die medizinische Versorgung zu verbessern; die psychosoziale Fragestellung der Studie wurde nicht hervorgehoben. Von den angesprochenen Patienten, die die Einschlusskriterien erfüllten, nahmen 80% an der Untersuchung teil.

Die Psychotherapeutin und der Hausarzt untersuchten 571 Patienten. Von 474 Patienten liegen sowohl die vollständige Einschätzung der ärztlichen

Psychotherapeutin als auch des Hausarztes vor. Bei 97 Patienten (17,0%) ist die Dokumentation des Hausarztes unvollständig.

Die vorliegende Arbeit bezieht sich auf die 114 Patienten, bei denen eine DSM-III-R Störung vorlag und deren Gespräche transkribiert wurden. Es nahmen 80 Frauen (70,6%) und 34 Männer (29,4%) an der Erhebung teil. Das durchschnittliche Alter der Patienten betrug im Mittel 43,9 Jahre bei einer Standardabweichung von 15,5 Jahren. Die Altersverteilung ist in Tabelle 2 dargestellt. Die soziodemographischen Variablen der 114 Patienten der ausgewählten Stichprobe unterscheiden sich nicht von der Gesamtgruppe der 571 Patienten.

*Tabelle 3: Verteilung der Altersgruppen der Patienten*

<b>Altersgruppe Patienten</b>	<b>Anzahl der Patienten</b>	<b>Prozent</b>
< 20 Jahre	3	3%
20 - 29 Jahre	24	20,6%
30 - 39 Jahre	19	16,7%
40 - 49 Jahre	24	20,7%
50 - 59 Jahre	21	18,6%
60 - 70 Jahre	23	20,4%

Tabelle 4 zeigt die Verteilung der DSM-III-R Störungen der Patienten. Es überwogen mit 34,3% „somatoforme Störungen“. 14,7% der Patienten litten unter „Anpassungsstörungen“; 6,9% der Patienten zeigten „Affektive-/Angst-Störungen“. In 4,9% konnte die DSM-III-R Störung „Körperlicher Zustand“ dokumentiert

werden. Eine „Alkoholerkrankung“ lag in 3,9% der Fälle vor. 1% der Patienten litten unter einer „Essstörung“. In 34,3% lagen „mehrere DSM-III-R Störungen“ vor.

*Tabelle 4: Verteilung der DSM-III-R Störungen*

<b>DSM-III-R Störung</b>	<b>Anzahl</b>	<b>Prozent</b>
Somatoforme Störung	39	34,3%
Affektive-/Angst-Störung	8	6,9%
Anpassungsstörung	17	14,7%
Körperlicher Zustand	6	4,9%
Essstörung	1	1,0%
Alkoholerkrankung	4	3,9%
Mehrere DSM-III-R Störungen	39	34,3%

## 4.2 Transkription

Aus der Gesamtheit der audioaufgezeichneten Arzt-Patient-Konsultationen wurden 200 Gespräche transkribiert.

Die Auswahl erfolgte nach folgenden Kriterien:

- **Vollständigkeit**

Es wurden nur Gespräche transkribiert, die vollständig aufgezeichnet waren, bei denen Anfang und Ende eindeutig, z. B. durch Begrüßung und Verabschiedung zu definieren waren.

- Verständlichkeit

Hierunter fielen alle gut verständlichen Gespräche, die nicht durch intensive Störgeräusche oder sehr undeutliche Sprechweise gestört waren.

- Unterbrechungen

Es wurden nur Gespräche ausgewählt, die nicht häufig durch Telefongespräche oder Dritte unterbrochen wurden.

Diese so ausgewählten Gespräche wurden entsprechend den Ulmer Textregeln (Mergenthaler 1992) transkribiert. Diese Regeln wurden nach den Gesichtspunkten leichte Lesbarkeit, geringer Transkriptionsaufwand und Computerverträglichkeit entwickelt, um linguistisch orientierte Analysen von psychotherapeutischen Interaktionen durchführen zu können. Mit der Transkription ist eine größere Standardisierung verbunden. Sie findet eine weite Verbreitung in deutschsprachigen Ländern. Auch im fremdsprachigen Raum hat das Regelwerk, das in mehreren Übersetzungen vorliegt, Anerkennung gefunden (Mergenthaler und Stinson 1992).

Bei der Transkription werden alle hörbaren Zeichen, d.h. alle sprachlichen Äußerungen sowie situationsgebundene Geräusche, in das Transkript aufgenommen. Worte werden in literarischer Umschrift festgehalten, paraverbale Äußerungen, wie „hm“, „äh“ und „oh“, wie Sätze behandelt. Nicht verbale Äußerungen (lacht, hustet, räuspert sich etc.) und situationsbedingte Geräusche (Telefonklingeln, Computertasten, Schranktür geht auf etc.) werden als Kommentare in Klammern festgehalten.

### 4.3 Untersuchungsinstrumente

Im Rahmen des Forschungsprojektes werden zahlreiche Untersuchungsinstrumente angewandt. Für diese Arbeit sind vor allem die Klassifikationen des Hausarztes (EVaS-Fragebogen, OSE, HBS) und die Beurteilung der ärztlichen

Psychotherapeutin (DSM-III-R) von Bedeutung.

### 4.3.1 Klassifikation der psychischen/psychosomatischen Symptomatik durch die Psychotherapeutin

#### 4.3.1.1 DSM-III-R Klassifikation – SKID Interview

Die ärztliche Psychotherapeutin befragte die Patienten anhand eines strukturierten klinischen Interviews für DSM-III-R (SKID, Wittchen 1990). Das SKID erfasst psychische Störungen und Syndrome und klassifiziert sie mittels Operationalisierungen anhand des DSM-III-R.

Somatoforme Störungen werden bei SKID insbesondere bei der Anwendung in hausärztlichen Praxen nicht hinreichend erfasst (Portegijes et al. 1996). Deshalb wurde die DSM-III-R Störung um den Somatic Symptom Index (SSI 4, 6) erweitert. Vom Somatic Symptom Index 4, 6 spricht man bei Nennung von 4 (Männer) bzw. 6 (Frauen) Symptomen der Symptomliste. Man bezeichnet dies als eine erweiterte Somatisierungsstörung (Escobars et al. 1989). Der Somatic Symptom Index (SSI 4, 6) besitzt eine gute klinische Validität (Portegijes et al. 1996).

Die Definition der DSM-III-R Störung ist im folgenden Text um die erweiterte Somatisierungsstörung (SSI 4, 6) ausgedehnt. Unter DSM-III-R Störungen fallen somit in der vorliegenden Arbeit auch die erweiterten Somatisierungsstörungen (SSI 4, 6). Neben den somatoformen Störungen werden affektive Störungen, Angststörungen, Anpassungsstörungen, Essstörungen, Alkoholismus und körperliche Zustände, bei denen psychische Faktoren eine Rolle spielen, diagnostisch erfasst.

Die Interraterreliabilität der meisten Kategorien des SKID ist als sehr gut zu beurteilen (Wittchen et al. 1990, Segal et al. 1994). Für die vorliegende Studie ist die Übereinstimmung darüber, ob Patienten die Kriterien zumindest einer DSM-III-R Störung erfüllen, von zentraler Bedeutung. Das Vorhandensein einer DSM-III-R

Störung wird bei 94,4% der Patienten übereinstimmend von unabhängigen Ratern beurteilt (Skre et al. 1991) und besitzt somit eine sehr hohe Konformität.

Die DSM-III-R Klassifikation ist rein deskriptiv und in ihrer Intention atheoretisch. Ihre Stärke liegt in der Operationalisierung der deskriptiven syndromalen Merkmale. Die psychische Störung wird als „klinisch auffälliges Verhalten oder psychisches Syndrom oder Merkmalsmuster verstanden, das bei einer betroffenen Person in typischer Weise entweder mit unangenehm erlebten Beschwerden oder mit einer Behinderung einher geht“ (Wittchen et al. 1991). Die Definition beschränkt sich somit auf die Beobachtung klinischer Merkmale, wie Verhaltensweisen und Symptome, die vom Beobachtenden leicht erschlossen werden können. Für die Diagnosestellung dienen spezielle diagnostische Kriterien als Leitfaden.

In der vorliegenden Studie werden die Kriterien der DSM-III-R Klassifikation zur qualitativen Beschreibung einer umschriebenen definierten psychischen Symptomatik verwendet. Der Einsatz der DSM-III-R Klassifikation einschließlich des SSI 4, 6 fungiert dabei als Sammlung typischer operationalisierter Problemstellungen/Symptome.

#### 4.3.1.2 Falldefinition

Für die Auswertung der Studie mittels MIPS legten wir fest, dass ein Patient eine psychische/psychosomatische Störung aufweist, wenn die Psychotherapeutin im SKID Interview die Kriterien der oben genannten DSM-III-R Störungen (affektive Störungen, Angststörungen, Anpassungsstörungen, Essstörungen, somatoforme Störungen, Alkoholismus und körperliche Zustände, bei denen psychische Faktoren eine Rolle spielen) als erfüllt betrachtet.

Um die Interraterübereinstimmung zu überprüfen, wurden 30 mit dem Tonband aufgezeichnete Gespräche der ärztlichen Psychotherapeutin mit den hausärztlichen

Patienten von einer klinisch erfahrenen Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie beurteilt. Bei 83,3% der Patienten stimmte die Falleinschätzung der untersuchenden Psychotherapeutin mit der der Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie überein.

#### 4.3.2 Beurteilung der psychischen/psychosomatischen Symptomatik durch den Hausarzt

##### 4.3.2.1 Orientierende symptomatische Einschätzung (OSE)

Die orientierende symptomatische Einschätzung (OSE) (Ormel et al. 1990) ist ein Instrument zur orientierenden diagnostischen Beurteilung der Beschwerden des Patienten. Oftmals stellt der Hausarzt keine exakt definierte Diagnose, sondern ordnet die Symptome zunächst orientierend ein. Mit Hilfe der OSE kann der Hausarzt seine subjektive ärztliche Einschätzung dokumentieren, ohne psychische oder psychosomatische Störungen z. B. anhand der Kriterien der DSM-III-R Klassifikation zu diagnostizieren.

Die Symptomatik des Patienten konnte klassifiziert werden als:

1. körperliche Symptomatik,
2. körperliche Symptomatik, die sich in Abhängigkeit von psychosozialen Problemen entwickelte,
3. psychischer Symptomatik im engeren Sinne und
4. sonstige Beschwerden.

Mehrfachnennungen waren möglich.

##### 4.3.2.2 Definition der hausärztlichen Falleinschätzung

Für die Auswertung der Studie mittels MIPS legten wir fest, dass der Hausarzt eine psychische/psychosomatische Symptomatik bei seinem Patienten beschreibt, wenn er

in der OSE angibt, dass der Patient unter einer psychischen Störung im engeren Sinne und/oder einer körperlichen Symptomatik leidet, die sich in Abhängigkeit von psychosozialen Problemen entwickelte.

#### 4.3.3 Auswertung der Arzt-Patient-Gespräche mit MIPS

Das MIPS (Medical Interaction Process System) ist ein Kodierungssystem zur Analyse der Arzt-Patient-Interaktion während einer Konsultation (Ford et al. 2000).

Der Kommunikationsprozess der Arzt-Patient-Interaktion ist ein hoch komplexer Vorgang. So existiert keine Methodik der Analyse, die alle Dimensionen der Kommunikation umfasst.

Ein Analysesystem sollte aber folgende Charakteristika aufweisen:

1. Das System sollte berücksichtigen, dass Informationen auf verschiedenen Ebenen transferiert werden (Wasserman und Inui 1983). Die Hauptebenen stellen dabei „Inhalt“ und „Beziehung“ dar (Bateson 1972).
2. Der Kontext der Kommunikation muss in Betracht gezogen werden (Inui und Carter 1985).
3. Es muss eine Beobachtungsweise gewählt werden, die die Beurteilung der Vielfältigkeit von Verhalten in einer Interaktion gewährleistet.
4. Ein Interaktionsanalysesystem sollte Interaktions-Sequenzen festhalten. Hierbei sollten insbesondere zeitliche und inhaltliche Reihenfolgen dokumentiert werden. Es bestehen Wechselwirkungen der Sequenzen, und jede Äußerung hat eine Beziehung zur vorhergehenden und nachfolgenden Behauptung (Watzlawick et al. 1967).
5. Jedes Kodierungssystem sollte so logisch und verständlich wie nur eben möglich aufgebaut sein. Die Formblätter und Manuale sollten benutzerfreundlich und klar

strukturiert, Definitionen und Beispiele kurz und eindeutig sein.

Die Kodierung anhand der MIPS-Klassifikation bezieht sich vor allem auf das Verständnis der Annäherung an den Patienten im Sinne der Patientenzentriertheit. Hierbei wird der Patient als Interaktionspartner gesehen, der vor allem durch indirekte Äußerungen von Sorgen und Bedenken seine Gefühle und Ängste zum Ausdruck bringt. Diese werden, wenn der Arzt angemessen auf sie reagiert, aufgedeckt und ins Zentrum gestellt. Indirekt geäußerte Sorgen und Bedenken des Patienten laden den Arzt ein, sie zu hinterfragen. Die Art und Weise dieser Reaktion (angemessen, unangemessen, gar nicht) wird kodiert.

Die Vorteile der Kodierung mittels MIPS liegen vor allem darin, dass (1) das System eine aufeinander folgende und parallele Kodierung erlaubt, und dass (2) das Design des Auswertungsbogens einen multidimensionalen Blick auf die Konsultation ohne Datenverlust gewährt (vgl. Ford 2000). MIPS stellt somit ein Kodierungssystem dar, welches die Mikro- und Makroanalyse von Arzt-Patient-Gesprächen ermöglicht und gleichzeitig gut anwendbar ist.

#### 4.3.3.1 Grundlagen: MIPS

Alle Interaktionsanalysensysteme beziehen die Identifikation und Kodierung vorherbestimmbarer Verhaltensweisen während einer Arzt-Patient-Interaktionen mit ein. Diese Verhaltensweisen werden quantifiziert aber nicht bewertet. Es gibt eine Reihe verschiedener Analysensysteme, die jedoch alle auf den folgenden Basis-Elementen beruhen:

- Beobachtungsmedium (direkte Beobachtung, Videoaufzeichnungen, Audioaufzeichnungen, Transkripte),
- bestimmte interessierende Verhaltensweisen (verbale Kommunikation, nonverbale Kommunikation, Körpersprache, Inhalte, Kontrolle, Konfliktbewältigungsstrategien etc.),

- ein Klassifizierungssystem für die Kategorisierung von Verhaltensweisen und ein Skalensystem bzw. Maßeinheiten zur Beschreibung der Verhaltensweisen (Sprecheinheiten, Skalen für qualitative Beschreibungen).

Häufig bringt die große Komplexität und Vielgestaltigkeit der ausgetauschten Informationen während einer Konsultation Schwierigkeiten bei der Kodierung mit sich. Die großen Vorteile von MIPS liegen in der Möglichkeit einer parallelen Kodierung. Äußerungen, die sowohl Inhalt als auch Affekte übermitteln, können so hinreichend kodiert werden. Weiterhin kann bei MIPS jeder affektiven Äußerung eine inhaltliche Kategorie zugeordnet werden. Indirekt geäußerte Sorgen und Bedenken können als solche kodiert und auch die Reaktion des Arztes kann festgehalten werden.

#### 4.3.3.2 Auswertung mit MIPS

MIPS kodiert die Arzt-Patient-Interaktion in Inhalt und Austauschmodus. Die basale Kodierungseinheit ist eine „Äußerung“ [*utterance*]. Hierunter wird eine gesprochene Sequenz verstanden, die in ihrer sprachlichen Form und inhaltlichen Aussage in sich geschlossen ist. Einzelne Äußerungen sind üblicherweise für jeden unabhängigen und jeden nicht einschränkenden Nebensatz eines Satzes zu kodieren. Unterbrochene Äußerungen sollten als eine Einheit kodiert werden, besonders solche, die durch Gesprächsanteile des Gesprächspartners unterbrochen werden. Wiederholte Äußerungen sollten nicht einzeln kodiert werden. Eingebettete Äußerungen sollten als einzelne Einheiten gewertet werden.

Jeder einzelnen Äußerung wird eine inhaltliche Kategorie [*content code*] und eine formale Kategorie, die den Austauschmodus beschreibt [*mode of exchange*] zugeordnet. Sie kann sowohl vom Arzt als auch vom Patienten initiiert sein.

Die angewandten inhaltlichen Kategorien des MIPS listet Tabelle 5 auf.

Tabelle 5: Inhaltliche Kategorien des MIPS

<b>Inhaltliche Kategorien</b>	<b>Definition</b>
Eröffnung	Begrüßungen, Einführungen, Vorbereitungen
Medizinische Inhalte	medizinische Informationen
Zusätzliche medizinische Inhalte	chronische Leiden, Krankheiten, Behandlungen und Krankenhausaufenthalte, die nicht in direktem Bezug zum aktuellen Beschwerdebild stehen, incl. Familienanamnese
Tests	Tests, Befunde
Behandlung	Behandlungen des aktuellen Beschwerdebildes
Unerwünschte Nebenwirkungen	unerwünschte Nebenwirkungen der aktuellen Behandlung
Zusätzliche Medikamente	Medikamente und Behandlungen, die zusätzlich zur Hauptmedikation bzw. Hauptbehandlung verordnet werden, incl. Naturheilkundliche Behandlungen
Psychische/Medizinische Inhalte	Äußerungen, Fragen, Sorgen, die sowohl psychische als auch physische Symptome beschreiben
Psychische Inhalte	Äußerungen, Gefühle, Emotionen
Lebensstil	Ernährungsgewohnheiten, Rauchen, Trinken, Drogen, sportliche Aktivitäten, Urlaube, zusätzliche Therapien, z.B. autogenes Training
Soziale und demographische Verhältnisse	Partnerschaften, Familienverhältnisse, Freunde, Wohnsituation, Situation am Arbeitsplatz

Soziale Konversation	Soziale Konversation, die nicht in direktem Zusammenhang zur Konsultation steht, incl. Floskeln und Scherze
Verwaltung/Administration	Praxisverwaltung, Adresse, Terminabsprachen, Formulare etc.
Schluss	Verabschiedungen, schließende Bemerkungen
Nicht kodiert	Äußerungen, die nicht kodierbar sind

Die formalen Kategorien, die den Austauschmodus beschreiben [*mode of exchange*] sind in abhängige Äußerungen [*dependent modes*] und unabhängige Äußerungen [*independent modes*] eingeteilt.

Die abhängigen Äußerungen erfordern eine inhaltliche Kategorie und sind untergliedert in Fragen und Aussagen. Eine Übersicht zeigt Tabelle 6 (Fragen) und Tabelle 7 (Aussagen).

Tabelle 6: Formale Kategorien: Fragen

<b>Formale Kategorien</b> <b>Fragen</b> <b>Abhängige Äußerungen</b> <b>(erfordern inhaltliche Kategorien)</b>	<b>Definition</b>
Offene Fragen	Fragen, die ausführliche Antworten ermöglichen.
Geschlossene Fragen	Direkte, spezifische Fragen, welche ausschließlich ein „ja“ oder „nein“ als Antwort oder eine kurze Antwort ermöglichen.
Suggestivfragen	Fragen, die eine bestimmte Antwort suggerieren.
Komplexe Fragen	Fragensequenz zum gleichen Thema.
Gerichtete offene Fragen	Offene Fragen, welche auf ein bestimmtes Thema fokussiert sind und eine ausführliche Antwort erfordern.

Tabelle 7: Formale Kategorien: Aussagen

<b>Formale Kategorien</b> <b>Aussagen</b> <b>Abhängige Äußerungen</b> <b>(erfordern inhaltliche Kategorien)</b>	<b>Definition</b>
Informationen	Äußerungen, die Auskunft über neue Details geben.
Bestätigung (Arzt Kategorie)	Äußerungen mit zusagendem/zustimmendem Unterton.
Zusammenfassen	Äußerungen, die die Informationen einer Konsultationssequenz zusammenfassen.
Verständnis prüfen	Fragen, die das Erfassen von Interaktionsinhalten prüfen.
Informationen erbitten	Äußerungen, die indirekt Auskunft über bestimmte Themen erbitten (Patient). Äußerungen, die Wahrnehmungen des Arztes wiedergeben und den Patienten spiegeln (Arzt).
Anweisungen/Empfehlungen	Äußerungen, die eine bestimmte Präferenz ausdrücken (Patient). Äußerungen, die ein bestimmtes Vorgehen anraten (Arzt).

Die unabhängigen Äußerungen können mit einer inhaltlichen Kategorie parallel kodiert werden, erfordern aber keine inhaltliche Kategorie. Sie sind in Tabelle 8 dargestellt.

Tabelle 8: Formale Kategorien: Unabhängige Äußerungen

<b>Formale Kategorien</b> <b>Unabhängige Äußerungen</b> <b>(erfordern keine inhaltlichen Kategorien)</b>	<b>Definition</b>
Übereinstimmungen	Antworten, die eine Konformität ausdrücken.
Erleichternde/Unterstützende Äußerungen (Arzt-Kategorie)	Kurze Einheiten, welche den Patienten ermutigen fortzufahren.
Information registrieren	Kurze Einheiten, die Aufmerksamkeit signalisieren und das Erfassen des soeben Gesagten ausdrücken.
Positive Antwort	Antworten, die Anerkennung signalisieren und einen positiven Unterton aufweisen.
Negative Antwort	Antworten, die Enttäuschung und Traurigkeit ausdrücken.
Empathie/Unterstützung (Arzt-Kategorie)	Äußerungen, die Verständnis für die Gefühle des Patienten ausdrücken und Einfühlungsvermögen signalisieren.
Ausdruck: Verärgerung	Äußerungen, bei denen der Tonfall den Unmut des Sprechers erkennen lässt.
Ausdruck: Dankbarkeit	Äußerungen, die Verbundenheit und Erkenntlichkeit kennzeichnen.
Ausdruck: Entschuldigung	Äußerungen, die um Verzeihung bitten und Bedauern enthalten.
Lachen: positiv/negativ	Anerkennendes, zustimmendes, bejahendes Lachen bzw. abschätziges, sarkastisches Lachen.
Wiederholung erbeten	Äußerungen, die die Bitte enthalten, eine Frage oder eine Aussage zu wiederholen.
Bitte mit dem Ausdruck der Bevorzugung (Patienten-Kategorie)	Aufforderung an den Arzt von seiner Funktion und Stellung Gebrauch zu machen (einschließlich Anfragen für Rezepte, Verordnungen, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen etc.).
Unterbrechungen	Jede Unterbrechung in einem Gespräch durch den Gesprächspartner.

Ergänzt werden diese Kategorien um die Klassifizierung von Äußerungen des Patienten, in denen er seine Gefühle und Ängste zum Ausdruck bringt. Hierfür stehen zwei Variablen zur Verfügung: (1) die Variable „direkt geäußerte Sorgen/Bedenken“ [*concerns*] und (2) die Variable „indirekt geäußerte Sorgen/Bedenken“ [*cues*].

- Direkt geäußerte Sorgen/Bedenken [*concerns*]

Diese Äußerungen können anhand ihres affektiven Tonfalls und ihrer Inhalte kodiert werden. Sie beziehen sich auf bestimmten Ängste oder Probleme des Patienten. Als Arzt-Kategorie drücken sie seine Anteilnahme an Sorgen des Patienten aus. Sorgen des Patienten [*concerns*] werden zusätzlich zu Inhalt und Modalität kodiert.

- Indirekt geäußerte Sorgen/Bedenken [*cues*]

Indirekt geäußerte Sorgen/Bedenken des Patienten sind subtile Äußerungen, welche nie eine Reaktion des Arztes direkt herausfordern. Ärzte reagieren nicht immer auf indirekt geäußerte Sorgen/Stichworte ihrer Patienten.

Indirekt geäußerte Sorgen/Stichworte des Patienten sollten immer kodiert werden, egal, ob der Arzt angemessen, unangemessen oder nicht reagiert. Wenn mehrere Sorgen/Bedenken zur gleichen Zeit geäußert werden, sollten diese nummeriert werden. Ebenso sollten die Reaktionen des Arztes auf die Stichworte nummeriert werden.

#### 4.3.3.3 Praktisches Vorgehen

In der vorgelegten Untersuchung erfolgt die Auswertung der Arzt-Patient-Gespräche mit dem „Manual for the Medical Interaction Process System“ (MIPS, Ford 1998) anhand der transkribierten Audioaufzeichnungen. Hierbei geht sowohl der verbale, als auch der paraverbale Austausch zwischen den Interaktionspartnern in die Analyse mit ein, soweit er in den Audioaufzeichnungen festgehalten ist.

Ford et al. (2000) postulieren in der Beschreibung des MIPS, dass die Analyse von

Videoaufzeichnungen die geeignetste Erfassung von Interaktionsprozessen sei. Sie schränken dies jedoch für Aufzeichnungen von Konsultationen ein, bei denen sich die Anwesenheit eines Projektmitarbeiters störend auswirken würde. Da die Situation in der hausärztlichen Praxis eine Aufzeichnung der Gespräche mittels Videokamera nur bei Anwesenheit eines Projektmitarbeiters erlauben würde, wurde bei der vorliegenden Untersuchung auf Videoaufzeichnungen verzichtet. Die Anwesenheit eines Mitarbeiters verändert die zu beobachtende Situation im Sprechzimmer weit mehr als das mitlaufende Tonband. Aus diesem Grund wurden die Konsultationen mittels eines Kassettenrecorders, der vom Hausarzt bedient wurde, aufgezeichnet.

Die Analyse der Konsultationen mittels MIPS umfasst folgende Arbeitsschritte:

1. Bestimmung der basalen Kodierungseinheit [*utterance*]
2. Festlegung des Sprechers [*spkr*]
3. Bestimmung der inhaltlichen Kodierung [*content code*]
4. Bestimmung des Austauschmodus [*mode of exchange*]
5. Kodierung von direkt und indirekt geäußerten Sorgen [*concerns and cues*]

Jede einzelne Äußerung von Arzt und Patient wird mit Hilfe des Kodierungssystems hinsichtlich ihres Inhaltes, ihrer sprachlichen Form und des Bezugs zum Gesprächspartner eingeschätzt. Inhaltlich wird beurteilt, ob sich das Gesprochene auf die medizinische Versorgung, Tests, Therapie, psychologische Themen, Lebensstil, soziale Probleme etc. bezieht. Fragen werden in geschlossene Fragen, offene Fragen, Suggestivfragen und komplexe Fragen klassifiziert. Das Informationsverhalten von Arzt und Patient wird dahingegen geratet, ob sie jeweils positive, negative oder neutrale Informationen vermitteln. Außerdem wird dokumentiert, ob der Arzt und auch der Patient Nachfragen stellen, um das Verständnis zu sichern. Es wird eingeschätzt, ob der Arzt den Patienten frühzeitig beruhigt und ihm Ratschläge erteilt. Weiterhin wird beurteilt, ob der Arzt und der Patient Sorgen implizit oder explizit äußern und wie der jeweilige Gesprächspartner auf diese Sorgen eingeht.

Dabei muss zwischen adäquater, inadäquater und keiner Reaktion unterschieden werden.

#### 4.4 Statistische Auswertung

Die Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mit Hilfe der deskriptiven Statistik. Es wurden Häufigkeitstabellen, Lokalisationsparameter und Dispersionsparameter zur Beschreibung der Daten erstellt. Häufigkeiten wurden als prozentuale Häufigkeiten aufgenommen. Da die Gespräche unterschiedlich lang verliefen, wurden für jedes Gespräch die relativen Häufigkeiten der Kategorien in Bezug zu der Gesamtzahl der kodierten Einheiten des Arztes oder des Patienten oder beider berechnet. Als Lokalisationsparameter diente der Mittelwert. Dieser wurde durch die Standardabweichung als Streuungsmaß ergänzt.

Zur Überprüfung der Mittelwertunterschiede diente der t-Test nach Student (Bortz 2002). Die Überprüfung der Signifikanz erfolgte mit Hilfe der Irrtumswahrscheinlichkeit  $p$ . Zusätzlich wurde die Berechnung der Effektstärke  $d$  durchgeführt. Die Effektstärke ist definiert als Differenz zweier Mittelwerte aus unabhängigen Stichproben, dividiert durch die Standardabweichung (Bortz 2002).

Die Überprüfung der Hypothesen erfolgte anhand von t-Tests nach Student. Zur Beschreibung der explorativ untersuchten Bedeutung weiterer Gesprächsmerkmale diente die Effektstärke.

Die Berechnungen erfolgten mit dem Statistikprogramm SPSS 6.1 (SPSS für Windows).

## 5 Ergebnisse

### 5.1 Fallidentifikation

Es wurden 114 Konsultationen bei denen die Patienten die Kriterien einer DSM-III-R Störung erfüllten ausgewählt und analysiert. Bei 13 Gesprächen liegt ein „Missing value“ vor, da aufgrund der Auswertung nicht eindeutig identifiziert werden konnte, wie der Hausarzt seine Einschätzung vorgenommen hatte.

Insgesamt erkennt der Hausarzt bei 66,3% der von der Psychotherapeutin diagnostizierten Fälle, die psychische/psychosomatische Störung seiner Patienten.

*Tabelle 9: Hausärztliche Identifikation psychischer/psychosomatischer Symptome (OSE)*

<b>Hausarzt beschreibt eine psych./psm. Symptomatik (OSE)</b>		<b>Hausarzt beschreibt keine psych./psm. Symptomatik (OSE)</b>		<b>Gesamt n = 114 missing value = 13</b>	
<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
67	66,3%	34	33,7%	101	100%

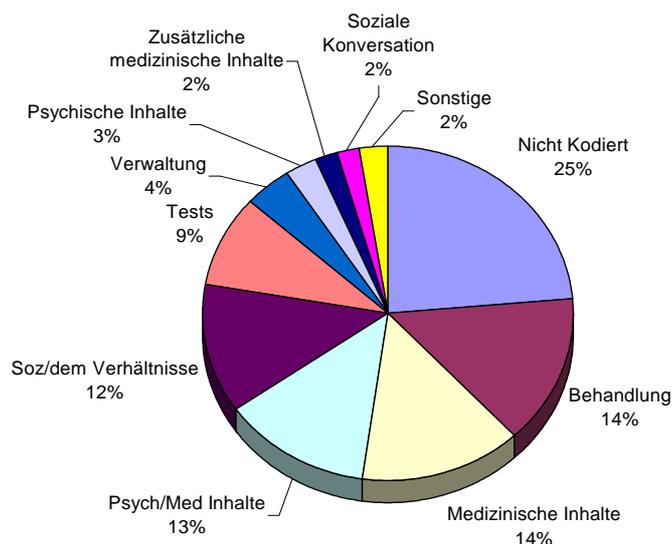
### 5.2 Inhaltliche und formale Gesprächsmerkmale

#### 5.2.1 Inhaltliche Gesprächsmerkmale

Hinsichtlich der inhaltlichen Kategorien wurde in Bezug auf das gesamte Gespräch von Arzt und Patient während der beobachteten Konsultationen in 14% über die „Behandlung“ und ebenfalls in 14% über „Medizinische Inhalte“ gesprochen.

„Psychische/Medizinische Inhalte“ stellten 12% der inhaltliche Kategorien dar, ebenso die Thematisierung der „Sozialen und demographischen Verhältnisse“. Weiterhin wurde inhaltlich in den Konsultationen 8% über „Tests“ und 4% über „Verwaltung“ gesprochen. „Psychische Inhalte“ stellten nur 3% der inhaltlichen Kategorisierung dar. Über „Zusätzliche medizinische Inhalte“ wurde in 2% der Einheiten gesprochen und „Soziale Konversation“ war ebenfalls Bestandteil in 2% der Units. Alle anderen inhaltlichen Kategorien wurden unter 1% kodiert, wobei auf die Kodierung des „Lebensstils“ 0,05% fielen. Eine graphische Darstellung gibt Abbildung 1.

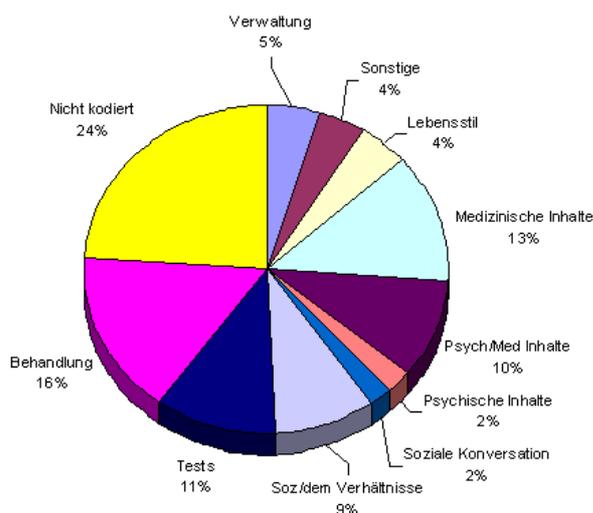
Abbildung 1: Inhaltliche Kategorien (Arzt und Patient)



Betrachtet man nur die Aussagen des Arztes, so wird hinsichtlich der inhaltlichen Kategorien deutlich, dass der Hausarzt 16% der Units über „Behandlung“ spricht, 13% auf „Medizinische Inhalte“ fallen und in 11% über „Tests“ berichtet. 10% der inhaltlichen Kategorien des Arztes befassen sich mit „Psychischen/Medizinischen

Inhalten“ und 9% beziehen sich auf „Soziale und demographische Verhältnisse“. Die Kategorie „Lebensstil“ hat einen Anteil von 4%. Mit 5% ist die Kategorie „Verwaltung“, bezogen auf den ärztlichen Gesprächsanteil, kodiert, wohingegen auf „Psychische Inhalte“ 2% fallen. Auch die „Soziale Konversation“ hat einen Anteil von 2%, bezogen auf den ärztlichen Gesprächsanteil. Auf die Kategorie „Eröffnung“ fallen 1,5%, „Zusätzliche medizinische Inhalte“ werden in 1,4% kodiert. Die Items „Schluss“, „Unerwünschte Nebenwirkungen“ und „Zusätzliche Medikamente“ wurden unter 1% kodiert. Eine graphische Darstellung gibt Abbildung 2.

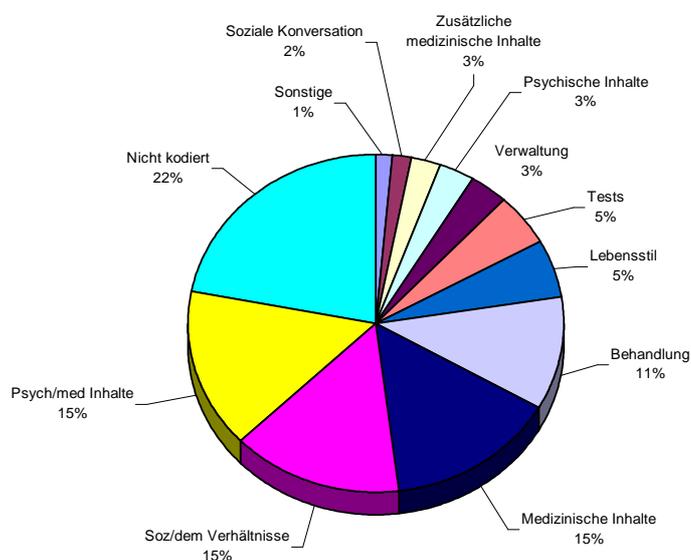
Abbildung 2: Inhaltliche Kategorien (Arzt)



Betrachtet man ausschließlich die Aussagen des Patienten der inhaltlichen Kategorien, so fällt auf, dass dieser mit 15,5% häufiger über „Psychische/Medizinische Inhalte“ spricht. Patienten machen bezogen auf ihren Gesprächsanteil der Konsultation in 15% „Soziale/demographische Verhältnisse“

zum Thema und sprechen ebenso häufig über „Medizinische Inhalte“. Die „Behandlung“ wird bezogen auf den Gesprächsanteil des Patienten mit 11% weniger häufig kodiert, ebenso „Tests“ mit 5%. Das Thema „Lebensstil“ ist in 5% der Units der Patienten zu finden. Jeweils 3% der kodierten Patientenunits haben die Themen „Verwaltung“, „Psychische Inhalte“ und „Zusätzliche medizinische Inhalte“ zur inhaltlichen Kategorie. 1,5% der inhaltlichen Kategorisierung des Gesprächsanteils des Patienten fällt auf die „Soziale Konversation“. Die Items „Zusätzliche Medikamente“, „Unerwünschte Nebenwirkungen“, „Eröffnung“ und „Schluss“ wurden unter 1% kodiert. Der Anteil der „Nicht Kodierten“ Units bezogen auf den Gesprächsanteil des Patienten beträgt 22%. Eine graphische Darstellung gibt Abbildung 3.

Abbildung 3: Inhaltliche Kategorien (Patient)



Vergleicht man die inhaltlichen Kategorien von Arzt und Patient, so imponiert bei der deskriptiven Auswertung, dass sich in den Kategorien „Psychische/Medizinische Inhalte“, „Soziale/demographische Verhältnisse“, „Tests“ und „Eröffnung“ Unterschiede aufzeigen lassen (Effektstärke  $d > 0,5$ ). Der Arzt thematisiert eher „Tests“, er „eröffnet“ die Konsultationen, während der Patient häufiger „Psychische/Medizinische Inhalte“ und „soziale/demographische Verhältnisse“ anspricht. Eine Darstellung gibt Tabelle 10.

*Tabelle 10: Darstellung der Mittelwerte, Standardabweichung und Effektstärke der inhaltliche Gesprächsmerkmale I von Arzt und Patient*

MIPS Kategorien	Gesamt		Arzt		Patient		Effektstärke
	MW (%)	sd	MW (%)	sd	MW (%)	sd	d
Psych/Med Inhalte	12,45	9,20	9,75	7,72	15,49	11,81	0,6
Soz/dem Verhältnis	11,78	13,11	8,69	10,04	14,70	16,49	0,5
Tests	8,36	8,11	11,05	10,22	5,14	6,34	0,7
Eröffnung	0,95	1,06	1,54	1,51	0,14	0,37	1,5

*Tabelle 11: Darstellung der Mittelwerte, Standardabweichung und Effektstärke der inhaltliche Gesprächsmerkmale II von Arzt und Patient*

MIPS Kategorien	Gesamt		Arzt		Patient		Effektstärke
	MW (%)	sd	MW (%)	sd	MW (%)	sd	d
Nicht Kodiert	22,39	6,94	23,92	12,70	21,88	12,98	0,2
Behandlung	13,75	10,95	15,99	12,61	11,06	10,50	0,4
Medizinische Inhalte	13,70	10,65	12,94	10,06	14,54	12,64	0,1
Verwaltung	4,03	4,95	4,74	5,73	3,15	4,49	0,3
Psychische Inhalte	2,65	4,35	2,17	4,51	3,07	4,55	0,2
Zusätzl. med Inhalte	1,98	6,58	1,40	5,13	2,62	8,51	0,2
Soz Konversation	1,90	2,89	2,21	3,11	1,56	2,91	0,2
Zusätzliche Med	0,53	1,67	0,28	1,05	0,79	2,52	0,3
Schluss	0,42	0,72	0,58	0,92	0,22	0,72	0,4
Unerwünschte NW	0,32	1,40	0,32	1,45	0,31	1,60	0,0
Lebensstil	0,05	0,07	4,39	6,85	5,43	7,76	0,1

### 5.2.2 Formale Gesprächsmerkmale

Im Hinblick auf die formalen Gesprächsmerkmale - bezogen auf das gesamte Gespräch von Arzt und Patient - wird deutlich, dass die Items „Informationen“ und „Informationen registrieren“ mit 30,5% und 20% am häufigsten kodiert wurden. Eine Darstellung gibt Tabelle 12.

*Tabelle 12: Darstellung der Mittelwerte und Standardabweichung der formalen Gesprächsmerkmale: Informationen (Gesamt, Arzt, Patient)*

MIPS Kategorien	Gesamt		Arzt		Patient	
	MW (%)	sd	MW (%)	sd	MW (%)	sd
Information geben	30,55	6,88	20,75	10,62	40,93	13,71
Information registrieren	20,21	6,93	23,01	12,28	18,11	12,53
Information negativ	7,90	5,18	2,67	3,44	13,40	8,91
Information erbeten	4,29	3,05	6,72	4,36	1,55	3,83
Information positiv	3,73	2,90	3,05	3,28	4,34	4,14
Information prüfen	0,01	0,14	0,01	0,11	0,02	0,16

Mit 10% hat das Item „Unterbrechung“ Anteil an der Kodierung der formalen Gesprächsmerkmale im Hinblick auf das gesamte Gespräch. „Geschlossene Fragen“, „Negative Informationen“ und „Orientierung“ werden in 8% der Units kodiert, „Offene Fragen“ in 7%.

*Tabelle 13: Darstellung der Mittelwerte und Standardabweichung der formalen Gesprächsmerkmale: Fragen (Gesamt, Arzt, Patient)*

MIPS Kategorien	Gesamt		Arzt		Patient	
	MW (%)	sd	MW (%)	sd	MW (%)	sd
Geschlossene Fragen	7,97	4,09	12,32	7,09	3,18	3,58
Offene Fragen	7,30	3,73	11,27	6,31	2,88	3,40
Suggestivfragen	3,19	2,39	5,42	4,34	0,75	1,58
Komplexe Fragen	0,36	0,73	0,59	1,13	0,12	0,82

Die Kategorie „Zustimmung“ wird in 6% kodiert; „Informationen erbeten“ und „Positive Informationen“ in 4%. „Suggestivfragen“ werden bezogen auf das gesamte Gespräch in 3% der Units gestellt, „Bestätigung“ in 2% der Units gegeben. Die formalen Gesprächsmerkmale „positives Lachen“ und der „Ausdruck Irritation“ wurden in 2% der Units kodiert.

*Tabelle 14: Darstellung der formalen Gesprächsmerkmale: Ausdruck (Gesamt, Arzt, Patient)*

MIPS Kategorien	Gesamt		Arzt		Patient	
	MW (%)	sd	MW (%)	sd	MW (%)	sd
Ausdruck „Irritation“	1,67	1,43	1,05	1,58	0,18	0,69
Ausdruck „Entschuldigung“	0,37	0,65	0,24	0,61	0,79	2,52
Ausdruck „Dankbarkeit“	0,16	0,53	0,14	0,61	0,49	1,10

Die Gesprächsmerkmale „Empathie“, „Unterstützung“ und „Reaktion“ sind formale Kategorien, welche ausschließlich im Gesprächsanteil des Arztes kodiert werden. Der Arzt drückte in 1% der Units - bezogen auf das gesamte Gespräch - seine „Empathie“ aus und zeigte ebenfalls in 1% der Units „keine Reaktion“. „Empfehlungen“ wurden in 1% der Units als Gesprächsmerkmal gegeben.

Die Gesprächsmerkmale „Sorgen äußern“ und „Bevorzugung“ sind formale Kategorien, welche nur für den Patienten kodiert werden. Die Items „Sorgen direkt“ und „Sorgen indirekt“ wurden jeweils in 1% der Units des gesamten Gesprächs kodiert. Alle anderen formalen Gesprächsmerkmale wurden unter 1% kodiert. Eine Darstellung geben die Tabellen 12, 13, 14 und 15.

*Tabelle 15: Darstellung der Mittelwerte und Standardabweichungen der weiteren formalen Gesprächsmerkmale (Gesamt, Arzt, Patient)*

MIPS Kategorien	Gesamt		Arzt		Patient	
	MW (%)	sd	MW (%)	sd	MW (%)	sd
Unterbrechung	10,28	19,86	12,09	36,68	8,54	7,07
Orientierung	7,81	5,47	14,28	9,69	0,23	1,35
Zustimmung	5,69	3,45	2,08	2,24	9,88	6,59
Bestätigung	2,43	2,20	4,41	4,15	0,26	0,77
Lachen positiv	1,69	2,10	1,38	1,75	2,04	3,30
Empfehlungen	0,96	1,85	1,70	3,16	0,09	0,37
Positive Antwort	0,39	0,69	0,34	0,80	0,46	1,21
Negative Antwort	0,16	0,38	0,14	0,45	0,15	0,45
Verständnis	0,07	0,37	0,10	0,64	0,03	0,27
Zusammenfassen	0,03	0,28	0,06	0,60	0,00	0,00
Wiederholung	0,02	0,10	0,02	0,16	0,01	0,07
Lachen negativ/sarkastisch	0,01	0,10	0,00	0,00	0,02	0,19
Beruhigung	0,00	0,03	0,00	0,00	0,01	0,07

Bei der Betrachtung der formalen Gesprächsmerkmale bezogen auf den ärztlichen Gesprächsanteil fällt auf, dass das Item „Information registrieren“ mit 23% der Units häufig kodiert wurde, wohingegen das Item „Information geben“ mit 21% der ärztlichen Units weniger häufig kodiert wurde. Der Arzt gibt in 14% seiner Einheiten „Orientierung“ und „Unterbricht“ seinen Patienten in 12% der Units. Ebenfalls 12% nehmen „Geschlossene Fragen“ ein, „Offene Fragen“ haben einen Anteil von 11%

der ärztlichen Gesprächseinheiten. In 7% der Units des Arztes wird die Kategorie „Informationen erbeten“ kodiert, „Suggestivfragen“ stellt der Arzt in 5% seiner Units. 4% der formalen Gesprächsmerkmale des Arztes fallen auf die Kategorie „Bestätigung“, 3% auf die Kategorie „Positive Information“ und 2,5% auf die Kategorie „Empathie“. Die Items „Keine Reaktion“, „Zustimmung“ und „Empfehlungen“ werden - bezogen auf den ärztlichen Gesprächsanteil - in 2% der Units kodiert. 1% der formalen Gesprächsmerkmale bezogen auf den ärztlichen Gesprächsanteil nehmen die Kategorien „Lachen positiv“, „Unterstützung“ und der „Ausdruck Irritation“ ein. Alle weiteren Kategorien wurden unter 1% kodiert. (vgl. Tabelle 12-15 und 16)

*Tabelle 16: Darstellung der Mittelwerte und Standardabweichungen der formalen Gesprächsmerkmale, die ausschließlich für den Arzt kodiert werden*

MIPS Kategorien	Gesamt		Arzt	
	MW (%)	sd	MW (%)	sd
Empathie Arzt	1,29	1,57	2,50	3,06
Keine Reaktion Arzt	1,12	1,40	2,28	3,20
Unterstützung Arzt	0,57	1,18	1,15	2,41
Reaktion angemessen Arzt	0,30	0,59	0,62	1,23
Reaktion unangemessen Arzt	0,16	0,45	0,33	0,99

Den größten Anteil der formalen Gesprächsmerkmale - bezogen auf den Gesprächsanteil des Patienten - nimmt mit 41% die Kategorie „Information“ ein. In 18% der Units des Patienten wurde das Item „Informationen registrieren“ kodiert, in

13% waren „negative Informationen“ formales Gesprächsmerkmal hinsichtlich des Gesprächsanteils des Patienten und 10% fielen auf das Item „Zustimmung“. Die Kategorie „Unterbrechung“ wurde in 8,5% kodiert. In 4% wurden „positive Informationen“ gegeben, jeweils 3% fielen auf die Items „Geschlossene Fragen“ und „Offene Fragen“. In jeweils 2% wurde „Lachen positiv“, „direkt geäußerte Sorgen und Bedenken“ und in 1,5% „Informationen erbeten“ kodiert. In 1,4% der Units des Gesprächsanteils des Patienten, äußerte dieser seine „Sorgen indirekt“. Alle weiteren Kategorien wurden unter 1% kodiert. (vgl. Tabelle 12-15 und 17)

*Tabelle 17: Darstellung der Mittelwerte und Standardabweichungen der formalen Gesprächsmerkmale, die ausschließlich für den Patienten kodiert werden*

MIPS Kategorien	Gesamt		Patient	
	MW (%)	sd	MW (%)	sd
Sorgen direkt geäußert Patient	0,94	1,19	1,93	2,50
Sorgen indirekt geäußert Patient	0,68	1,03	1,38	1,91
Bevorzugung Patient	0,00	0,00	0,03	0,25

Vergleicht man die formalen Gesprächsmerkmale von Arzt und Patient, so imponiert bei der deskriptiven Auswertung, dass sich in den Kategorien „Information geben“, „Information negativ“, „Information erbeten“, „Geschlossene Fragen“, „Offene Fragen“, „Suggestivfragen“, „Komplexe Fragen“, „Orientierung“, „Zustimmung“, „Bestätigung“, „Ausdruck Irritation“ und „Empfehlungen“ Unterschiede mit einer Effektstärke  $d > 0,5$  zeigen. Eine Darstellung gibt Tabelle 18.

*Tabelle 18: Vergleich der formalen Gesprächsmerkmale I zwischen Arzt und Patient*

MIPS Kategorien	Gesamt		Arzt		Patient		Effektstärke
	MW	sd	MW	sd	MW	sd	d
Information	30,55	6,88	20,75	10,62	40,93	13,71	1,7
Geschlossene Fragen	7,97	4,09	12,32	7,09	3,18	3,58	1,7
Information negativ	7,90	5,18	2,67	3,44	13,40	8,91	1,7
Orientierung	7,81	5,47	14,28	9,69	0,23	1,35	2,6
Offene Fragen	7,30	3,73	11,27	6,31	2,88	3,40	1,7
Zustimmung	5,69	3,45	2,08	2,24	9,88	6,59	1,8
Info erbeten	4,29	3,05	6,72	4,36	1,55	3,83	1,3
Suggestivfragen	3,19	2,39	5,42	4,34	0,75	1,58	1,6
Bestätigung	2,43	2,20	4,41	4,15	0,26	0,77	1,7
Ausdruck Irritation	1,67	1,43	1,05	1,58	0,18	0,69	0,8
Empfehlungen	0,96	1,85	1,70	3,16	0,09	0,37	0,9
Komplexe Fragen	0,36	0,73	0,59	1,13	0,12	0,82	0,5

Tabelle 19: Vergleich der formale Gesprächsmerkmale II zwischen Arzt und Patient

MIPS Kategorien	Gesamt		Arzt		Patient		Effektstärke d
	MW	sd	MW	sd	MW	sd	
Information Registrieren	20,21	6,93	23,01	12,28	18,11	12,53	0,4
Unterbrechung	10,28	19,86	12,09	36,68	8,54	7,07	0,2
Information positiv	3,73	2,90	3,05	3,28	4,34	4,14	0,4
Lachen positiv	1,69	2,10	1,38	1,75	2,04	3,30	0,3
Positive Antwort	0,39	0,69	0,34	0,80	0,46	1,21	0,1
Ausdruck: „Entschuldigung“	0,37	0,65	0,24	0,61	0,79	2,52	0,4
Ausdruck: „Dankbarkeit“	0,16	0,53	0,14	0,61	0,49	1,10	0,4
Negative Antwort	0,16	0,38	0,14	0,45	0,15	0,45	0,0
Verständnis	0,07	0,37	0,10	0,64	0,03	0,27	0,2
Zusammenfassen	0,03	0,28	0,06	0,60	0,00	0,00	0,2
Wiederholung	0,02	0,10	0,02	0,16	0,01	0,07	0,1
Information prüfen	0,01	0,14	0,01	0,11	0,02	0,16	0,1
Lachen: Negativ/sarkastisch	0,01	0,10	0,00	0,00	0,02	0,19	0,2
Beruhigung	0,00	0,03	0,00	0,00	0,01	0,07	0,3

## 5.3 Gesprächsmerkmale und Fallidentifikation

### 5.3.1 Inhaltliche Kategorien

In der Fragestellung gehe ich davon aus, dass der Hausarzt während der Konsultationen, in denen er bei seinen Patienten psychische und psychosomatische Störungen erkennt, inhaltlich häufiger über psychische Inhalte spricht, soziale und

demographische Verhältnisse in den Vordergrund rückt und den Lebensstil des Patienten thematisiert.

Gespräche, in denen der Hausarzt eine psychische/psychosomatische Störung identifiziert, unterscheiden sich von Konsultationen, in denen der Hausarzt eine psychische/psychosomatische Störung nicht identifiziert, in der Frequenz mit der die Kategorie „Psychische Inhalte“ (MW = 3,27, sd = 5,38 von MW = 0,11, sd = 0,46) kodiert wurde. In den Kategorien „Soziale und demographische Verhältnisse“ und „Lebensstil“ fanden sich keine signifikanten Unterschiede. Eine Darstellung gibt Tabelle 20.

*Tabelle 20: Darstellung der t-Tests der inhaltlichen Kategorien (Arzt)*

MIPS Kategorien	Patienten, die die Kriterien der DSM-III-R Störung erfüllen					
	Gesamt	Hausarzt identifiziert psych./psm. Symptomatik		t-Test		
		n=114 MW (sd)	JA n=67 MW (sd)	Nein n=34 MW (sd)	Prüf- größe t	Freiheits- grade df
Soz/dem Verhältnisse	8,69 (10,04)	8,97 (10,71)	7,71 (8,73)	0,59	99	0,56
Lebensstil	4,39 (6,85)	4,72 (7,23)	2,73 (4,85)	1,44	99	0,15
Psychische Inhalte	2,17 (4,51)	3,27 (5,38)	0,11 (0,46)	4,78	68	0,00

Explorativ zeigen sich Mittelwertunterschiede mit einer Effektstärke  $d > 0,5$  in den Kategorien „Nicht Kodiert“, „Behandlung“, „Schluss“ und „Unerwünschte Nebenwirkungen“. Eine Auflistung gibt Tabelle 21.

*Tabelle 21: Darstellung der Mittelwerte, Standardabweichungen und Effektstärke der inhaltlichen Kategorien (Arzt)*

MIPS Kategorien	Patienten, die die Kriterien der DSM-III-R Störung erfüllen  n = 114		Hausarzt identifiziert eine psych./psm. Symptomatik  n = 67		Hausarzt identifiziert nicht eine psych./psm. Symptomatik  n = 34		Effektstärke  d
	MW (%)	sd	MW (%)	sd	MW (%)	sd	
Nicht kodiert	23,92	12,70	26,49	14,10	18,94	8,20	0,7
Behandlung	15,99	12,61	14,27	12,34	20,16	12,39	0,5
Med Inhalte	12,94	10,06	11,97	10,64	15,47	8,01	0,4
Tests	11,05	10,22	9,89	8,71	14,10	11,79	0,4
Psych/Med Inhalte	9,75	7,72	10,65	7,81	8,63	8,00	0,3
Soz/dem Verhältnis	8,69	10,04	8,97	10,71	7,71	8,73	0,1
Verwaltung	4,74	5,73	3,73	3,65	5,15	3,84	0,4
Lebensstil	4,39	6,85	4,72	7,23	2,73	4,85	0,3

Soz Konversation	2,21	3,11	2,13	3,33	2,14	2,63	0
Psychische Inhalte	2,17	4,51	3,27	5,38	0,11	0,46	1,1
Eröffnung	1,54	1,51	1,31	1,46	1,88	1,57	0,4
Zusätzl.med Inhalte	1,40	5,13	1,72	5,20	1,14	5,94	0,1
Schluss	0,58	0,92	0,41	0,79	0,89	1,13	0,5
Unerwünschte NW	0,32	1,45	0,07	0,55	0,76	2,38	0,5
Zusätzliche Med	0,28	1,05	0,40	1,24	0,13	0,78	0,3

### 5.3.2 Formale Kategorien

#### 5.3.2.1 Arzt

In der Fragestellung gehe ich weiter davon aus, dass während einer Konsultation, in der der Hausarzt eine psychische/psychosomatische Störung bei seinem Patienten identifiziert, formale Gesprächsmerkmale der patientenzentrierten Gesprächsführung häufiger kodiert werden. Unter patientenzentrierter Gesprächsführung wird ein ärztliches Gesprächsverhalten verstanden, bei dem der Arzt indirekt und direkt geäußerte Sorgen des Patienten aufgreift, Informationen registriert, auf Sorgen und Bedenken reagiert, wiederholt und zusammenfasst, Empathie zeigt, unterstützende Anmerkungen äußert und den Patienten bestätigt. Weiterhin ist kennzeichnend, dass der Arzt mit seinem Patienten aktiv dessen Erwartungen und Ziele klärt, indem er offene Fragen stellt.

Gespräche, in denen der Hausarzt eine psychische/psychosomatische Symptomatik bei seinen Patienten identifiziert, unterscheiden sich signifikant von denen, in denen er eine psychische/psychosomatische Symptomatik nicht identifiziert. Dieser Unterschied liegt in der Frequenz, mit der die Kategorien „Reaktionen“, „Empathie“, „Unterstützung“, „Bestätigung“ und „Informationen registrieren“ kodiert werden.

Keine signifikante Unterscheidung konnte hingegen für die Kategorien „Offene

Fragen“, „Wiederholung“ und „Zusammenfassen“ festgestellt werden.

Tabelle 22: Darstellung der t-Tests der formalen Kategorien (Arzt)

MIPS Kategorien	Patienten, die die Kriterien einer DSM-III-R Störung erfüllen					
	Gesamt	Hausarzt identifiziert psych./psm. Symptomatik		t-Test		
		n=114 MW (sd)	Ja n=67 MW (sd)	Nein n=34 MW (sd)	Prüf- größe t	Freiheits- grade df
Reaktion angemessen	0,62 (1,23)	0,86 (1,46)	0,10 (0,04)	3,85	76	0,00
Reaktion unangemessen	0,33 (0,99)	0,50 (1,24)	0,04 (0,22)	2,89	68	0,01
Keine Reaktion	2,28 (3,20)	3,23 (3,73)	0,40 (1,06)	5,57	78	0,00
Unterstützung	1,15 (2,41)	1,60 (2,88)	0,26 (0,73)	3,60	81	0,00
Bestätigung	4,41 (4,15)	5,16 (4,63)	3,23 (3,10)	2,49	92	0,02
Empathie	2,50 (3,06)	2,93 (3,13)	1,31 (1,75)	3,34	98	0,00
Info registrieren	23,01 (12,28)	25,28 (13,79)	18,49 (7,74)	3,16	98	0,00

Wiederholung	0,02 (0,16)	0,04 (0,21)	0,00 (0,00)	1,65	66	0,10
Zusammen- fassen	0,06 (0,60)	0,10 (0,79)	0,00 (0,00)	0,71	66	0,48
Offene Fragen	11,27 (6,31)	10,52 (5,99)	12,98 (7,08)	1,83	99	0,07

Die Hausärzte reagierten während Konsultationen, in denen sie eine psychische/psychosomatische Symptomatik identifizieren, häufiger „angemessen“ auf die Sorgen des Patienten (MW = 0,86, sd = 1,46 zu MW = 0,10, sd = 0,04, Effektstärke = 1,0), aber auch häufiger „unangemessen“ (MW = 0,50, sd = 1,24 zu MW = 0,04, sd = 0,22, Effektstärke = 0,6). Auch das Item „keine Reaktion“ wurde während Konsultationen, in denen der Hausarzt, eine psychische/psychosomatische Symptomatik identifizierte, häufiger kodiert (MW = 3,23, sd = 3,73 zu MW = 0,40, sd = 1,06, Effektstärke = 1,2).

Die Ärzte zeigten während Konsultationen, in denen sie eine psychische/psychosomatische Symptomatik identifizieren, signifikant mehr „Empathie“ (MW = 2,93, sd = 3,13 zu MW = 1,31, sd = 1,75, Effektstärke = 0,7), „Unterstützung“ (MW = 1,60, sd = 2,88 zu MW = 0,26, sd = 0,73, Effektstärke = 0,7) und „Bestätigung“ (MW = 5,16, sd = 4,63 zu MW = 3,23, sd = 3,10, Effektstärke = 0,5). Weiterhin unterscheiden sich Gespräche, in denen der Hausarzt eine psychische/psychosomatische Störung identifiziert, von Gesprächen, in denen der er eine psychische/psychosomatische Störung nicht identifiziert, in der Frequenz der Kategorie „Informationen registrieren“ (MW = 25,28, sd = 13,79 zu MW = 18,49, sd = 7,74, Effektstärke = 0,6). Eine Darstellung gibt Tabelle 22.

Betrachtet man ausschließlich die Konsultationen, in denen Patienten ihre Sorgen direkt und indirekt äußern, so ergeben sich keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Frequenz, mit der die Kategorien „Reaktionen“ kodiert werden, zwischen Gesprächen, in denen der Hausarzt eine psychische/psychosomatische Symptomatik bei seinen Patienten identifiziert und denen, in welchen er eine psychische/psychosomatische Symptomatik nicht identifiziert.

Eine Darstellung gibt Tabelle 23.

*Tabelle 23: Darstellung der t-Tests der formalen Kategorien Reaktionen (Arzt) in Gesprächen in denen Patienten, ihre Sorgen direkt und indirekt äußern*

MIPS Kategorien	Patienten, die die Kriterien einer DSM-III-R Störung erfüllen und die ihre Sorgen direkt und indirekt äußern					
	Gesamt	Hausarzt identifiziert psych./psm. Symptomatik		t-Test		
	n=59 MW (sd)	JA n=48 MW (sd)	Nein n=11 MW (sd)	Prüf- größe t	Freiheits- grade df	Sign. p
Reaktion angemessen	0,34 (0,29)	0,21 (0,29)	0,91 (0,30)	1,28	57	0,21
Reaktion nicht angemessen	0,15 (0,17)	0,08 (0,17)	0,46 (0,15)	0,57	57	0,57
Keine Reaktion	0,68 (0,36)	0,71 (0,32)	0,55 (0,52)	1,31	57	0,20

Betrachtet man die formalen Gesprächskategorien explorativ, zeigt sich ein Mittelwertunterschied mit einer Effektstärke  $d > 0,5$  in der Kategorie „Orientierung“. Eine Auflistung gibt Tabelle 24.

*Tabelle 24: Darstellung der Mittelwerte, Standardabweichungen und Effektstärke der formalen Kategorien (Arzt)*

MIPS Kategorien	Patienten, die die Kriterien der DSM-III-R Störung erfüllen n = 114		Hausarzt identifiziert eine psych./psm. Symptomatik n = 67		Hausarzt identifiziert nicht eine psych./psm. Symptomatik n = 34		Effektstärke
	MW (%)	sd	MW (%)	sd	MW (%)	sd	
Info registrieren	23,01	12,28	25,28	13,79	18,49	7,74	0,6
Information geben	20,75	10,62	19,11	10,63	21,73	10,19	0,3
Orientierung	14,28	9,69	12,77	9,09	18,16	10,78	0,5
Geschl. Fragen	12,32	7,09	12,02	7,32	13,48	7,22	0,2
Unterbrechung	12,09	36,68	13,74	47,33	8,84	9,19	0,2
Offene Fragen	11,27	6,31	10,52	5,99	12,98	7,08	0,4
Information erbeten	6,72	4,36	7,26	4,19	6,17	4,80	0,2
Suggestivfragen	5,42	4,34	5,05	4,36	7,00	4,38	0,4
Bestätigung	4,41	4,15	5,16	4,63	3,23	3,10	0,5

Information positiv	3,05	3,28	3,14	3,44	2,50	2,30	0,2
Information negativ	2,67	3,44	2,82	3,66	2,15	2,89	0,2
Empathie	2,50	3,06	2,93	3,13	1,31	1,75	0,7
Keine Reaktion	2,28	3,20	3,23	3,73	0,40	1,06	1,2
Zustimmung	2,08	2,24	2,01	2,26	2,05	2,44	0
Empfehlungen	1,70	3,16	1,97	3,34	0,88	2,49	0,4
Lachen positiv	1,38	1,75	1,35	1,90	1,28	1,47	0
Unterstützung	1,15	2,41	1,60	2,88	0,26	0,73	0,7
Irritation	1,05	1,58	0,94	1,46	1,33	1,93	0,2
Rkt angemessen	0,62	1,23	0,86	1,46	0,10	0,04	1
Komplexe Fragen	0,59	1,13	0,73	1,33	0,41	0,79	0,3
Positive Antwort	0,34	0,80	0,39	0,89	0,29	0,72	0,1
Rkt unangemessen	0,33	0,99	0,50	1,24	0,04	0,22	0,6
Entschuldigung	0,24	0,61	0,25	0,60	0,19	0,69	0,1
Dankbarkeit	0,14	0,61	0,18	0,70	0,08	0,48	0,2
Negative Antwort	0,14	0,45	0,15	0,45	0,09	0,32	0,2
Verständnis	0,10	0,64	0,05	0,39	0,15	0,90	0,2
Zusammenfassen	0,06	0,60	0,10	0,79	0,00	0,00	0,3
Wiederholung	0,02	0,16	0,04	0,21	0,00	0,00	0,4
Informationen prüfen	0,01	0,11	0,02	0,14	0,00	0,00	0,3
Verständnis prüfen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-
Beruhigung	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-
Lachen negativ	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-

### 5.3.2.2 Patient

In der Fragestellung gehe ich davon aus, dass Patienten während Konsultationen in denen der Hausarzt eine psychische/psychosomatische Störungen identifiziert, ihre

Sorgen und Bedenken indirekt und direkt umfassend äußern.

Gespräche, in denen der Hausarzt eine psychische/psychosomatische Störung identifiziert, unterscheiden sich signifikant von Gesprächen, in denen er eine psychische/psychosomatische Störung nicht identifiziert, hinsichtlich der Frequenz mit der die Kategorien „Sorgen indirekt“ und „Sorgen direkt“ kodiert werden.

*Tabelle 25: Darstellung der t-Tests der formalen Kategorien (Patient)*

MIPS Kategorien	Patienten, die die Kriterien der DSM-III-R-Störung erfüllen					
	Gesamt	Hausarzt identifiziert psych./psm. Symptomatik		t-Test		
	n=114 MW (sd)	Ja n=67 MW (sd)	Nein n=34 MW (sd)	Prüf- größe t	Freiheits- grade df	Sign. p
Sorgen direkt geäußert	1,93 (2,50)	2,54 (2,76)	0,48 (1,16)	5,12	91	0,00
Sorgen indirekt geäußert	1,38 (1,91)	1,81 (2,21)	0,58 (1,01)	3,69	91	0,00

Während Konsultationen, bei denen der Hausarzt eine psychische/psychosomatische Symptomatik identifiziert, äußern die betroffenen Patienten signifikant vermehrt ihre „Sorgen direkt“ (MW = 2,54, sd = 2,76 zu MW = 0,48, sd = 1,16, Effektstärke = 1,1). Auch das Item „Sorgen indirekt“ (MW = 1,81, sd = 2,21 zu MW = 0,58, sd =

1,01) ist häufiger kodiert (Effektstärke = 0,8). Eine Darstellung gibt Tabelle 25.

In den Kategorien „Informationen negativ“, „Geschlossene Fragen“, „Offene Fragen“, „Ausdruck Irritation“, „Negative Antworten“, „Verständnis“ und „Informationen prüfen“ zeigen sich explorativ Mittelwertunterschiede mit einer Effektstärke > 0,5. Eine Auflistung gibt Tabelle 26.

*Tabelle 26: Darstellung der Mittelwerte, Standardabweichungen und Effektstärke der formalen Kategorien (Patient)*

MIPS Kategorien	Patienten, die die Kriterien der DSM-III-R Störung erfüllen n = 114		Hausarzt identifiziert eine psych./psm. Symptomatik n = 67		Hausarzt identifiziert nicht eine psych./psm. Symptomatik n = 34		Effektstärke
	MW (%)	sd	MW (%)	sd	MW (%)	sd	
Information geben	40,93	13,71	41,29	12,90	41,35	15,21	0
Info registrieren	18,11	12,53	16,04	11,60	20,69	10,91	0,4
Info negativ	13,40	8,91	15,43	8,62	9,85	8,26	0,7
Zustimmung	9,88	6,59	9,14	5,45	10,43	8,72	0,2
Unterbrechung	8,54	7,07	9,01	6,68	7,36	7,57	0,2
Info positiv	4,34	4,14	4,66	4,31	3,77	3,85	0,2
Geschl. Fragen	3,18	3,58	2,42	2,98	4,53	3,96	0,6

Offene Fragen	2,88	3,40	2,05	2,62	4,37	3,97	0,7
Ausdruck: „Irritation“	2,34	2,32	2,76	2,27	1,67	2,17	0,5
Lachen positiv	2,04	3,30	2,05	3,12	2,44	4,02	0,1
Sorgen direkt	1,93	2,50	2,54	2,76	0,48	1,16	1,1
Information erbeten	1,55	3,83	1,22	1,62	2,32	6,56	0,3
Sorgen indirekt	1,38	1,91	1,81	2,21	0,58	1,01	0,8
Suggestivfrage	0,75	1,58	0,64	1,39	0,74	1,62	0,1
Entschuldigung	0,49	1,10	0,65	1,24	0,27	0,91	0,4
Positive Antwort	0,46	1,21	0,41	0,94	0,73	1,75	0,2
Bestätigung	0,26	0,77	0,22	0,62	0,44	1,10	0,3
Orientierung	0,23	1,35	0,19	1,27	0,40	1,72	0,1
Dankbarkeit	0,18	0,69	0,18	0,50	0,22	1,03	0,1
Negative Antwort	0,15	0,45	0,23	0,55	0,03	0,19	0,5
Komplexe Frage	0,12	0,82	0,15	0,98	0,00	0,00	0,3
Verständnis	0,03	0,27	0,00	0,00	0,84	0,49	3,4
Bevorzugung	0,03	0,25	0,05	0,33	0,00	0,00	0,3
Information prüfen	0,02	0,16	0,26	0,21	0,00	0,00	2,5
Lachen negativ	0,02	0,19	0,03	0,25	0,00	0,00	0,2
Beruhigung	0,01	0,07	0,01	0,09	0,00	0,00	0,2
Wiederholung	0,01	0,07	0,01	0,09	0,00	0,00	0,2
Zusammenfassen	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	-

## 6 Diskussion

### 6.1 Relevanz der Fragestellung

Die vorliegende Arbeit untersucht den Zusammenhang zwischen der hausärztlichen Fallidentifikation und der Gestaltung der Arzt-Patient-Interaktion. Sie geht dabei der Frage nach, welche Aspekte der patientenzentrierten Gesprächsführung mit der Identifikation psychischer und psychosomatischer Störungen in hausärztlichen Praxen einhergehen.

Durch die Stärkung der hausärztlichen Screening-, Filter- und Gatekeeperfunktion in neuen ambulanten Versorgungsmodellen besteht die Notwendigkeit, die Sensitivität des hausärztlichen Urteils in deutschen Stichproben zu erforschen.

Studien zur Identifikation psychischer und psychosomatischer Störungen in hausärztlichen Praxen dokumentieren, dass 15-25% der Patienten unter akuten und behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankungen leiden (vgl. u.a. Linden et al. 1996), deren Verlauf entscheidend durch die Erkennung bzw. Identifikation der Störungen beeinflusst wird (Johnson und Goldberg 1978). Internationale Studien belegen, dass der Hausarzt 30-70% der psychischen/psychosomatischen Störungen nicht erkennt.

Die Frage, durch welche Maßnahmen und Schulungen die psychosomatische Grundversorgung zu verbessern ist, ist also von unmittelbarer praktischer Relevanz. Der Hausarzt ist für viele Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen der erste Ansprechpartner im Gesundheitssystem. Die Identifikation psychischer/psychosomatischer Störungen durch den Hausarzt hat unmittelbaren Einfluss auf den Krankheitsverlauf und Gesundheitszustand der Patienten. Es müssen

Faktoren ermittelt werden, die die Sensitivität des hausärztlichen Urteils beeinflussen.

Zunächst möchte ich diskutieren, ob die angewandte Methodik der Fragestellung entspricht. Dies setzt voraus, dass Variablen adäquat ausgewählt wurden, ein geeignetes Untersuchungsinstrumentarium angewandt wurde und eine möglichst repräsentative Stichprobe untersucht wurde. Anschließend werde ich die Ergebnisse vor dem Hintergrund der referierten Literatur diskutieren.

## 6.2 Gültigkeit der Befunde

### 6.2.1 Auswahl der Variablen und Untersuchungsinstrumente

Die Sensitivität der hausärztlichen Fallidentifikation wurde mit Hilfe der Übereinstimmung des diagnostischen Urteils des Hausarztes und der Beurteilung einer Psychotherapeutin bewertet. Der Hausarzt beurteilte die Symptomatik der Patienten anhand der Skala zur orientierenden symptomatischen Einschätzung (OSE). Die Psychotherapeutin befragte die Patienten mit Hilfe eines strukturierten Interviews (SKID) und prüfte, ob die Symptomatik einer DSM-III-R Diagnose vorlag. Zur Analyse der Arzt-Patient-Interaktion wurde das „Medical Interaction Process System“ (MIPS) verwendet.

#### 6.2.1.1 Das DSM-III-R Klassifikationsschema

Die DSM-III-R Klassifikation als rein deskriptives Konzept der operationalisierten, an deskriptiven, psychopathologischen Merkmalen orientierten Diagnostik hat sich in weiten Bereichen der psychiatrischen und psychotherapeutischen Medizin durchgesetzt. Aufgrund eines strukturierten Interviews (SKID) besteht die Möglichkeit, Symptome und somit Kriterien der DSM-III-R Störung in einer reliablen Form abzufragen und zu erfassen. In der Studie von Skre et al. (1991) wird

eine sehr hohe Interraterreliabilität dokumentiert. Nach der Durchführung eines strukturierten Interviews (SKID) stimmen unabhängig geschulte Rater bei 94,4% der Patienten in ihrem Urteil über das Vorhandensein einer DSM-III-R Störung überein. Die Operationalisierung der deskriptiven symptomatischen Merkmale erlaubt es, eine umschriebene psychische/psychosomatische Symptomatik des Patienten zu charakterisieren.

Die Operationalisierung der Merkmale muss kritisch betrachtet werden. Die deskriptive, syndromatologische Diagnostik anhand des DSM-III-R Klassifikationsschemas geht einher mit der Selektion der Aufmerksamkeit des Untersuchers auf das Material, das objektivierbar und operationalisierbar ist (Schneider und Freyberger 1994). So gehen typische Persönlichkeitsmerkmale und psychodynamische Faktoren nicht in die Diagnostik ein. Auch Sinnzusammenhänge, zwischenmenschliche Interaktionsmuster, Krankheitsverhalten und subjektive Krankheitstheorien des Patienten werden weitestgehend nicht berücksichtigt. Gulbrandsen et al. (1997) macht darauf aufmerksam, dass auch psychosoziale Probleme, wie z.B. Konflikte mit Angehörigen, Erfahrung von Gewalt in der Familie und Einsamkeit, die die Patienten als sehr belastend erleben und das Wohlbefinden sehr einschränken, nicht hinreichend systematisch erfasst werden. Gerade aber die Kenntnis dieser psychosozialen Probleme und die Fähigkeit, sich in die affektive Situation des Patienten einzufühlen, sind für den Hausarzt von großer Relevanz. Nur so kann er die erkannte psychische und psychosomatische Symptomatik in die psychosoziale Welt des Patienten einbinden und verstehen.

Eine weitere Gefahr bei der Verwendung des DSM-III-R und DSM-IV Klassifikationsschemas besteht in der Möglichkeit, häufiger falsch positive Resultate zu erzielen (Spitzer und Wakefield 1999). Insbesondere bei den Diagnosen „Depression“ und „Anpassungsstörung“ ergibt sich das Problem, dass nicht ausreichend zwischen einer normalen und heftigen Trauerreaktion und einer

Depression bzw. Anpassungsstörung differenziert werden kann. Die Unterscheidung, ob eine beobachtete Symptomatik Ausdruck eines normalen oder pathologischen Prozesses ist, ist somit nicht hinreichend möglich, auch aufgrund der mangelnden ätiologischen Orientierung der DSM-III-R. Das Ziel des DSM-III-R Klassifikationsschemas ist die einheitliche Nomenklatur für charakteristische Befunde und Beschwerdekompexe. Wird diese Diagnose anhand der diagnostischen Kategorien gestellt, so wird nicht automatisch eine Krankheit diagnostiziert. Stevens und Foerster (2000) weisen darauf hin, dass eine Erkrankung im rechtlich relevanten Sinne auch erst dann vorliegt, wenn sie zu einer wesentlichen Beeinträchtigung führt.

In der Studie „Qualitätssicherung in der Psychosomatischen Grundversorgung“ litten 70% der untersuchten Patienten unter den Symptomen mindestens einer DSM-III-R Störung. Im Vergleich zu den erhobenen Daten der WHO-Studie in hausärztlichen Praxen in deutschen Zentren (Linden et al. 1996) ist eine gute Übereinstimmung der ermittelten Prävalenzraten bei den Störungsbildern, die in beiden Untersuchungen erhoben wurden, zu verzeichnen.

Die vorliegende Analyse bezieht sich auf 114 Patienten, bei denen eine DSM-III-R Störung vorlag.

#### 6.2.1.2 Die orientierende symptomatische Einschätzung (OSE)

Die Hausärzte beurteilten die Symptomatik der Patienten anhand der „Orientierenden symptomatischen Einschätzung“ (OSE). Diese erlaubt es dem Hausarzt anzugeben, ob er eine psychische Symptomatik im engeren Sinne diagnostizierte oder eine körperliche Symptomatik, die sich in Abhängigkeit von psychosozialen Problemen entwickelte. Die grob orientierende Einschätzung mittels OSE ist ein erster Anhaltspunkt des Hausarztes, um ein weiteres diagnostisches Gespräch mit dem Patienten zur Abklärung der psychischen/psychosomatischen Symptomatik zu führen. Die klinische Relevanz dieser orientierenden Einschätzung wird bei der Betrachtung der weiteren Vorgehensweise der Hausärzte deutlich. Bei 88,2% der

Patienten, bei denen der Hausarzt ein weiteres Gespräch im Sinne der psychosomatischen Grundversorgung plante, hatte er zuvor die Diagnose einer psychischen oder psychosomatischen Symptomatik gestellt. Hier ist anzumerken, dass mit der orientierenden symptomatischen Einschätzung noch keine differenzierte therapeutische Handlungsweise verbunden ist. Die OSE stellt eine erste Orientierung dar, die Anlass dafür geben kann, eine weitere Diagnostik zu planen, und die in differentialdiagnostische Überlegungen einfließt. Das Erkennen einer psychischen/psychosomatischen Symptomatik durch den Hausarzt steht aber als Notwendigkeit am Anfang eines Screenings.

In dieser Studie wurde keine Einschätzungsskala verwendet, in der der Arzt die Symptomatik zwischen den Polaritäten rein somatisch und rein psychosozial einschätzen sollte. Die Problematik dieser Einschätzungsskalen liegt darin, dass die erzielten Ergebnisse primär vom angegebenen Cut-off Wert abhängen. Dies wird besonders in der Studie von van der Pasch und Verhaak (1998) deutlich, in der die Fallidentifikationsrate durch eine Veränderung des Cut-off Wertes von 72% auf 49% sank. Hier kam es darauf an, ob die Identifikation einer psychosozialen Problematik durch den Hausarzt schon dann als solche angesehen wurde, wenn dieser die Kategorie „weitgehend somatisch“ ankreuzte und nicht die Kategorie „ausschließlich somatisch“. Ein weiteres Problem der Einschätzungsskalen ist in der Komorbidität vieler Patienten zu sehen. Patienten können eine psychische/psychosomatische Symptomatik neben einem rein somatischen Problem aufweisen, was sich auf einer kontinuierlichen Skala nicht befriedigend abbilden lässt. In der vorliegenden Studie schätzt der Hausarzt die Symptomatik seiner Patienten deshalb unabhängig in die vier Items der OSE ein. Somit besteht für den Hausarzt die Möglichkeit, neben einer somatischen Symptomatik auch eine psychische/psychosomatische Symptomatik zu kodieren. In der Studie wurde eine Fallidentifikation nur dann als solche angesehen, wenn der Hausarzt positiv eine psychische oder psychosomatische Symptomatik in der OSE beschrieb.

Die Hausärzte wurden nicht aufgefordert, spezifische psychische/psychosomatische Störungen entsprechend dem DSM-III-R Klassifikationsschema zu diagnostizieren. Autoren, die dies fordern, gehen davon aus, dass erst eine exakte wissenschaftliche Diagnose der psychischen/psychosomatischen Störung eine rationale Therapie dieser Störung erlaubt (Tiemens et al. 1999). Dies entspricht aber nicht dem Vorgehen in der hausärztlichen Praxis, da hier die Therapie nicht selten vor der Diagnose erfolgt (Abholz 1998). Desweiteren gibt es zur Zeit eine wissenschaftliche Diskussion darüber, ob sich Behandlung und Krankheitsverlauf des Patienten verändern, wenn der Hausarzt eine spezifische Diagnose korrekt stellt (Goldberg et al. 1998, Simon et al. 1999 u.a.). Unabhängig von den widersprüchlichen Ergebnissen dieser Studien ist für die Fragestellung dieser Arbeit die hausärztliche Screeningfunktion und nicht die Behandlungsfunktion von zentraler Bedeutung. Beim Screening sondiert der Hausarzt, ob ein Patient an einer psychischen oder psychosomatischen Symptomatik leidet; es erfolgt aber keine Zuordnung der Symptome zu den Kriterien einer wissenschaftlichen Diagnose. Die Sondierung erlaubt dem Hausarzt, eine weitere spezifische Abklärung vorzunehmen. Diese Diagnostik kann auf der syndromatologisch-deskriptiven Ebene zu einer ICD oder DSM Diagnose führen. Sie kann aber auch in einem Verständnis der Symptomatik im Sinne einer Gesamtdiagnose (Balint 1969) münden, bei welcher die sozialen, psychischen und biologischen Faktoren in Beziehung zueinander gesetzt werden.

### 6.2.1.3 Das Medical Interaction Process System (MIPS)

Zur Analyse der Arzt-Patient-Interaktion verwandte ich das „Medical Interaction Process System“. MIPS stellt ein Kodierungssystem dar, welches die Mikro- und Makroanalyse von Arzt-Patient-Gesprächen ermöglicht und gleichzeitig gut anwendbar ist. Es werden formale und inhaltliche Gesprächsmerkmale bestimmt. Die Kodierung anhand der MIPS Klassifikation bezieht sich vor allem auf das Verständnis der Annäherung an den Patienten im Sinne der Patientenzentriertheit

(vgl. Ford 2000).

Im Gegensatz zu „Roters Analyse System“ (RIAS) erlaubt MIPS die Abbildung der komplexen Arzt-Patient-Interaktion. Die wechselseitige Beeinflussung des interaktionellen Verhaltens wird berücksichtigt, indem die Kodierung als aufeinander folgende und parallele Kodierung erfolgen kann. Das Design des Auswertungsbogens ermöglicht einen multidimensionalen Blick auf die Konsultation ohne Datenverlust.

Mit Hilfe von MIPS ist es möglich, komplexe Konsultationsprozesse zu kodieren. Bei der Entwicklung dieses Kodiersystems berücksichtigten die Autoren (Ford et al. 2000), dass ein Analysesystem bestimmte Charakteristika aufweisen sollte (vgl. 4.3.4). Sie ließen damit auch Erkenntnisse renommierter Kommunikationswissenschaftler in das Kodiersystem einfließen. Die Hauptebenen „Inhalt“ und „Beziehung“ in Form der Bestimmung der inhaltlichen Kodierung und des Austauschmodus, finden sich als zweites Axiom in Watzlawicks pragmatischer Kommunikationstheorie (1969). Auch das erste Axiom Watzlawicks (1969) ‘Es ist nicht möglich, nicht zu kommunizieren’ geht in das Kodiersystem ein, indem es ermöglicht, die Kategorie „Nicht Kodiert“ zu wählen. Weiterhin fordert Watzlawick in seiner Theorie, dass Kommunikation als situativer Kontext betrachtet werden muss. Inui und Carter (1985) erheben diesen Anspruch auch explizit für Arzt-Patient-Interaktions-Analysesysteme. Mit der Kodierung von abhängigen und unabhängigen Äußerungen ist es anhand MIPS möglich, deren Kontext in einer großen Komplexität darzustellen. Auch die jeweilige biographische und soziale Situation der beteiligten Kommunikationspartner, die laut Schmidt (1992b) betrachtet werden muss, wird in den einzelnen Kategorien deutlich.

Eine parallele Kodierung ermöglicht, Äußerungen, die sowohl Inhalte als auch Affekte übermitteln, hinreichend zu kodieren. Desweiteren können hierbei Zuordnungen vorgenommen werden. So wird deutlich, dass Sprecher und Hörer gleichermaßen

aktive Teilnehmer am Kommunikationsprozess sind (Ungeheuer 1987). Besonders die Variablen „direkt geäußerte Sorgen/Bedenken“ und „indirekt geäußerte Sorgen/Bedenken“ und die Kodierung der Reaktion machen diese stete Aktivität deutlich.

Mit Hilfe des „Medical Interaction Process Systems“ wird ein Kodierungssystem gewählt, das erlaubt, die große Komplexität und Vielgestaltigkeit von ausgetauschten Informationen während der Konsultationen zu analysieren.

Bei der Kodierung der Gespräche beschränkte ich mich auf die Analyse der Gespräche anhand von Transkripten und Tonbändern. Dadurch konnte ich nicht alle Prozesse der Interaktion, soweit dies überhaupt möglich ist, erfassen. Untersuchungen von Davenport et al. (1987) und Maguire et al. (1996) verdeutlichen aber, dass wesentliche Aspekte der Arzt-Patient-Interaktion durch das verbale und paraverbale Verhalten erfasst werden können.

Die Variablenauswahl orientierte sich an der klinisch-praktischen Relevanz und am Stand der Literatur. Hierbei ist die Identifikation psychischer/psychosomatischer Symptome durch den Hausarzt und die Aspekte der Interaktionsgestaltung während der Konsultation von großer Relevanz.

## 6.2.2 Auswahl der Stichproben

### 6.2.2.1 Arztstichprobe

Es waren keine Angaben zur Alters- und Geschlechtsverteilung der hausärztlich tätigen Ärzte von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein erhältlich. So konnten die vorliegenden Angaben zum Alter, Geschlecht und Dauer der Niederlassung nicht zur Gesamtheit der hausärztlich tätigen Ärzte in Düsseldorf oder im Bereich Nordrhein in Bezug gesetzt werden. Aus diesem Grunde werden die hier gewonnenen Daten mit Daten von Studien in hausärztlichen Praxen verglichen. Das

durchschnittliche Alter der teilnehmenden Ärzte betrug 42,5 Jahre und entspricht dem durchschnittlichen Alter der deutschen Ärzte, die sich an der Euconom Studie beteiligten (Bahrs 2000). Der Anteil der Ärztinnen ist mit 50% der untersuchten Praxen sehr hoch. In der Euconom Studie wurde ein 50%iger Frauenanteil angestrebt, der tatsächliche Anteil der Ärztinnen betrug 33,2%.

Im Zusammenhang mit der Arztstichprobe bleibt kritisch anzumerken, dass die Teilnahme an einer Studie dieser Art ein hohes Maß an Kooperation der Hausärzte voraussetzt. Es ist somit davon auszugehen, dass ausschließlich interessierte und motivierte Ärzte an der Studie teilnahmen, die bereit waren, tiefe Einblicke in ihre Praxis zu gewähren und die die Anwesenheit eines Untersuchers in der Praxis und die damit verbundenen Unannehmlichkeiten in Kauf nahmen. Keiner der Ärzte hatte zuvor eine psychotherapeutische Fort- oder Weiterbildung absolviert. Im Anschluss an diese Untersuchung aber nahmen 14 der 18 Ärzte an Fortbildungen im Bereich der Psychosomatischen Grundversorgung teil. Daher ist nicht davon auszugehen, dass es sich um eine repräsentative Stichprobe Düsseldorfer Hausärzte handelt. Vielmehr beziehen sich die Ergebnisse dieser Studie auf eine Arztgruppe, die zu einer Kooperation mit der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zu gewinnen war und somit psychosozialen Fragestellungen aufgeschlossen gegenüberstand.

Es handelt sich also um eine Arztstichprobe, bei der die teilnehmenden Ärzte einerseits eine offene Einstellung zu psychosozialen Fragestellungen zeigten, sie jedoch andererseits keine spezifische Kompetenz in diesem Bereich erworben hatten.

#### 6.2.2.2 Patientenstichprobe

Die Patientenstichprobe wurde aus einer epidemiologischen Studie erhoben. Es ist davon auszugehen, dass es sich um eine charakteristische Stichprobe von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen in hausärztlichen Praxen handelt.

## 6.3 Diskussion der Ergebnisse

In der Studie wurde eine Identifikationsrate von 56,5% ermittelt. Diese bestätigt die Ergebnisse internationaler Studien, die bei vergleichbarer Methodik Identifikationsraten von 49,5% und 56% beschreiben (Ormel et al. 1990, Goldberg et al. 1999, Badger et al. 1994 u.a.). Auch in der WHO-Studie in den Zentren Berlin und Mainz (Linden et al. 1986) kommt es mit einer ermittelten Identifikationsrate von 60,2% zu vergleichbaren Ergebnissen.

Die Untersuchung der Interaktion zwischen Arzt und Patient wurde mit Hilfe des MIPS Kodierungssystems durchgeführt. Hierzu wurden 114 Konsultationen ausgewählt, bei denen die konsultierenden Patienten unter den Symptomen einer DSM-III-R Störung litten.

Die Analyse der Arzt-Patient-Gespräche anhand MIPS ergab einen positiven Zusammenhang zwischen hausärztlicher Fallidentifikationsrate und der Gestaltung der Arzt-Patient-Interaktion im Sinne einer patientenzentrierten Gesprächsführung. Dies steht im Gegensatz zu einer Studie über hausärztlichen Interaktionsstil und Fallidentifikation von van der Pasch und Verhaak (1998), in der die Interpretation der Beschwerden als psychosozial (*bias*) zwar schwach positiv mit der Aufmerksamkeit des Arztes und einer patientenzentrierten Gesprächsführung korreliert, eine wesentliche Korrelation zwischen dem Interaktionsstil und der Fallidentifikation (*accuracy*) jedoch nicht ermittelt werden konnte.

Nach den vorliegenden Daten steht die Exploration von Sorgen, Befürchtungen, Erwartungen und Gefühlen des Patienten und die Herausarbeitung der subjektiven Bedeutung der Beschwerden für den Patienten in einem positiven Zusammenhang zu der Fallidentifikationsrate, neben den positiven Effekten der patientenzentrierten Gesprächsführung auf den Krankheitsverlauf und Gesundheitszustand des Patienten,

die Stewart (1995) in seinem Review dokumentierte.

Die Frage, ob die Anpassung des ärztlichen Gesprächsstils an die Bedürfnisse des Patienten eine Voraussetzung für die Fallidentifikation ist (Badger et al. 1994), lässt sich mit dieser Studie nicht hinreichend beantworten. Festzuhalten bleibt aber, dass Ärzte, die ihren Patienten im Sinne einer patientenzentrierten Gesprächsführung die Möglichkeit geben, Sorgen und Gefühle umfassend zu schildern, eine hohe Fallidentifikationsrate aufweisen.

Die positive Korrelation zwischen der Thematisierung psychischer Inhalte, der Klarifizierung der Symptomlage des Patienten und dem Ausdruck von Empathie, Bestätigung und Unterstützung bestätigt die Ergebnisse von Goldberg et al. (1982). Weitere Ergebnisse dieser Arbeitsgruppe (Davenport 1987 und Goldberg 1993) ermittelten auf der Ebene des einzelnen Arztes, dass die Fallidentifikationsrate des Arztes wesentlich dadurch bestimmt wird, ob die Ärzte den Patienten erlauben, während der Konsultation verbale und vokale Hinweise auf ihre Erkrankung zu senden. Auch dies stützen die erhobenen Daten, indem sie dokumentieren, dass die Verbalisierung von psychischen Inhalten und Sorgen mit einer hohen Fallidentifikationsrate einhergehen. Hierbei scheint die Reaktion des Arztes eine untergeordnete Rolle zu spielen. In der Studie von Kirmayer et al. (1993), wird gefordert, das Klageverhalten des Patienten nicht ausschließlich als eine Variable des Patienten oder seiner Erkrankung zu betrachten, sondern es als Resultat der Gestaltung der Arzt-Patient-Interaktion anzusehen. Dies lässt sich im Hinblick auf die in dieser Studie erhobenen Daten bestätigen, wenn man postuliert, dass die Gestaltung der Arzt-Patient-Interaktion im Sinne einer patientenzentrierten Interaktion Einfluss auf die Möglichkeit des Patienten hat, seine Sorgen und Bedenken umfassend zu schildern. Die direkte oder indirekte Äußerung von Sorgen und Bedenken durch den Patienten geht mit einer höheren Fallidentifikationsrate einher und ist somit ein wichtiger Faktor, welcher die Sensitivität des hausärztlichen

Urteils beeinflusst.

Das Frageverhalten und insbesondere die Verwendung offener Fragen hat in den betrachteten Konsultationen keinen positiven Zusammenhang zur Identifikation psychischer und psychosomatischer Störungen von Patienten. Auch Goldberg et al. (1993) schlussfolgerten, dass die formale Struktur der Frage nicht mit der interaktionellen Botschaft übereinstimmen muss.

Für die ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung ergibt sich folgende Konsequenz: Interaktionelle Kompetenz im Sinne eines Trainings patientenzentrierter Gesprächstechnik sollte ein wesentlicher Bestandteil in Schulungs- und Trainingsprogrammen sein, die sich zum Ziel setzen, die Screeningfunktion der Hausärzte bei Patienten mit psychischen Symptomen und Störungen zu verbessern. Hierbei sollte berücksichtigt werden, dass inhaltlich insbesondere die Thematisierung von psychischen Inhalten relevant zu sein scheint. Dem Patienten sollte die Möglichkeit eingeräumt werden, seine Sorgen und Bedenken umfassend zu schildern. Der Arzt sollte auf diese reagieren, indem er die Möglichkeiten des aktiven Zuhörens nutzt und seine Empathie und Unterstützung ausdrückt.

## 7 Zusammenfassung

Psychische und psychosomatische Störungen zählen in den westlichen Industrienationen zu den häufigsten Krankheitsbildern. Dem Hausarzt kommt bei der Versorgung dieser Patienten eine zentrale Rolle zu. Als erster Ansprechpartner im medizinischen Versorgungssystem besitzt er eine zentrale Screening- und Steuerungsfunktion.

Die vorliegende Studie geht der Frage nach, welche Faktoren die Identifikation psychischer und psychosomatischer Beschwerden und Störungen in hausärztlichen Praxen beeinflussen. Hierbei stellt sie die Zusammenhänge zwischen hausärztlicher Fallidentifikation und der Gestaltung der Arzt-Patient-Interaktion in den Mittelpunkt.

Studien zur Identifikation psychischer/psychosomatischer Störungen in hausärztlichen Praxen weisen darauf hin, dass der Hausarzt einen beträchtlichen Teil der psychischen/psychosomatischen Störungen und psychosozialen Probleme seiner Patienten nicht kennt. Die Literatur zu den Determinanten der diagnostischen Einschätzung lassen vermuten, dass die Beschwerdeschilderung des Patienten, die Schwere der Beeinträchtigung und die Arzt-Patient-Interaktion von besonderer Bedeutung sind. Bisher gibt es nur unzureichende Literatur zur Bedeutung der Arzt-Patient-Interaktion im Hinblick auf die hausärztliche Fallidentifikation psychischer/psychosomatischer Störungen.

Die vorliegende Studie ist Teil eines Forschungsprojektes, das im Rahmen des Nordrhein-Westfälischen Forschungsverbundes Public Health vom BMFT unter dem Titel: „Qualitätssicherung in der Psychosomatischen Grundversorgung“ gefördert wurde. Die Patientenrekrutierung fand von Mitte März 1994 bis Anfang 1996 in 18 Düsseldorfer Hausarztpraxen statt. Es wurden 114 Konsultationen von Patienten, die die Kriterien mindestens einer DSM-III-R Störung erfüllten mit Hilfe des Medical Interaction Process System (MIPS) analysiert.

Als Hauptergebnisse der Untersuchung können festgehalten werden:

Es konnte ein signifikant positiver Zusammenhang zwischen der hausärztlicher Fallidentifikation und der Gestaltung der Arzt-Patient-Interaktion im Sinne einer patientenzentrierten Gesprächsführung ermittelt werden.

Hierbei gingen mit einer bedeutenden Effektstärke folgende Aspekte der patientenzentrierten Gesprächsführung mit der Identifikation psychischer und psychosomatischer Störungen in hausärztlichen Praxen einher:

- Thematisierung psychischer Inhalte durch den Arzt und den Patienten.
- Möglichkeit des Patienten, Sorgen und Bedenken umfassend zu schildern.
- Aktives Zuhören des Arztes, indem er auf Sorgen und Bedenken des Patienten reagiert, Informationen registriert und unterstützende Anmerkungen macht,
- Empathie zeigt sowie Unterstützung und Bestätigung äußert.

Aus diesem Zusammenhang ergeben sich Konsequenzen für die ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung in Schulungs- und Trainingsprogrammen. Das Erlernen einer interaktionellen Kompetenz im Sinne einer patientenzentrierten Gesprächstechnik sollte hierbei im Mittelpunkt stehen.

## 8 Literaturverzeichnis

1 Abholz HH (1998): Entscheidungsfindung und Ethik in der Allgemeinmedizin. In: Kochen MM (Hrsg.): Allgemein- und Familienmedizin. Hippokrates Verlag, Stuttgart

2 Adler RH (1996): Anamnese und körperliche Untersuchung. In: Adler RH, Hermann JH, Köhle K, Schonecke OW, von Uexküll Th, Wesiack W (Hrsg.): Psychosomatische Medizin, 5. Aufl. Urban & Schwarzenberg, München

3 Arnold RM, Martin SC, Parker, RM (1988): Taking care of patients – does it matter whether the physician is a woman? WestJ Med 149: 729-733

4 Badger LW, de Gruy F V, Hartman J, Plant MA, Leeper J, Tempelton B (1994a): Psychological interest, medical interviews and the recognition of depression. Arch Fam Med 3: 899-907

5 Badger LW, de Gruy FV, Hartman J, Plant MA, Leeper J, Anderson R, Ficken R, Gaskins S, Maxwell A, Rand E, Tietze P (1994b): Patient's presentation, interview content and the detection of depression by primary care physicians. Psychosomatic Medicine 56: 128-135

6 Bahrs O (2000): Patientenzentrierung in der hausärztlichen Praxis – eine europäische Vergleichsstudie. Vortrag zum 3. Symposium der Akademie für patientenorientierte Medizin (APAM), Dreierbergen

7 Balint M, Balint E (1970): Psychotherapeutische Techniken in der Medizin. Kindler Verlag, München

- 8 Bateson G (1972): A Theory of Play and Fantasy. In: Steps to Ecology of Mind. Ballantine Books, New York
- 9 Beckmann HB, Frankel, RM (1984): The effect of physician behavior on the collection of data. Ann Intern Med 101: 692-696
- 10 Bensing JM (1991): Doctor-Patient communication and the quality of care. Soc Sci Med 32: 1301-1310
- 11 Bertakis KD, Helms LJ, Callahan EJ, Azari R, Robbins JA (1995): The influence of gender on physician practice style. Med Care 33: 407-416
- 12 Bortz J (2002): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Springer, Berlin
- 13 Byrne PS, Long B (1976): Doctors talking to patients: A study of the verbal behavior of general practitioners consulting in their surgeries. Her Majesty's stationery office, London
- 14 Cape JD, McCulloch (1999): Patients reason for not presenting emotional problems in general practice consultations. Br J Gen Pract 49: 875-879
- 15 Charon R, Greene MG, Adelman RD (1994): Woman readers, woman doctors: A feminist reader-response theory for medicine. In: More ES, Milligan MA (Hrsg.): The empathic practitioner: Empathy, gender and medicine. Rutgers University Press, New Brunswick
- 16 Cohen-Cole SA, Baker J, Bird J (1993): Psychiatric education improves internists

knowledge: A 3-year randomized controlled evaluation. *Psychosom Med* 55: 212-218

17 Coyne L, Twemlow SW, Bradshaw SL, Lerma BH (1995): Some interpersonal and attitudinal factors characterizing patients satisfied with medical care. *Psychol Rep* 77: 51-59

18 Davenport S, Goldberg D, Millar T. (1987): How psychiatric disorders are missed during medical consultations. *Lancet*: 439-441

19 Derogatis LR (1977): SCL-90-R, administration, scoring & procedures manual I for the R(evised) version. Jahn Hopkins University School of Medicine

20 Derogatis LR. (1986): SCL-90-R, Self Report Symptom Inventory. In: *Collegium Internationale Psychiatrie Skalen (Hrsg.): Internationale Skalen für Psychiatrie*. Beltz, Weinheim

21 Escobar JI, Rubio-Stipec M, Canino G, Karno M. (1989): Somatic Symptom Index (SSI): a new and abridged somatisation construct. Prevalence and epidemiological correlates in two large community samples. *Journal of Nervous and Mental Disease* 177: 140-146

22 Evans BJ et al. (1987): A communication skills programme for increasing patients satisfaction with general practice consultations. *Br J Med Psychol* 60: 373-378

23 Ford S, Hall A, Ratcliffe D, Fallowfield L (2000): The Medical Interaction Process System (MIPS): an instrument for analysing interviews of oncologists and patients with cancer. *Social Science & Medicine* 50: 553-566

- 24 Freeling P, Rao BM, Paykel ES, Sireling LI, Burton RH (1985): Unrecognised depression in general practice. *Br Med J Clin Res Ed* 22: 1880-1883
- 25 Gastpar M (1984): Das Problem der Diagnose depressiver Störungen in der Praxis. In: Kielholz P (Hrsg.): *Der Allgemeinpraktiker und seine depressiven Patienten*. Huber, Bern
- 26 Geiselman B, Linden M (1989): Überweisung psychisch kranker Patienten vom Allgemeinarzt zum Nervenarzt. *Münchener Medizinische Wochenschrift* 131: 50-52
- 27 Gerber PD, Barrett J, Manheimer E, Whiting R, Smith R (1989): Recognition of depression by internists in primary care: a comparison of internist and „gold standard“ psychiatric assessments. *J Gen Intern Med* 4: 7-13
- 28 Gerbert B (1984): Perceived likeability and competence of simulated patients: Influence on physicians' management plans. *Soc Sci Med* 18: 1053-1059
- 29 Goldberg D (1978): *Manual of the General Health Questionnaire*. NFER-Nelson, Windsor
- 30 Goldberg D, Steele JJ, Johnson A, Smith C. (1982): Ability of primary care physicians to make accurate ratings of psychiatric symptoms. *Arch Gen Psychiatry* 39: 829-833
- 31 Goldberg DP, Jenkins L, Millar T, Foaagher EB (1993): The ability of trainee general practitioners to identify psychological distress among their patients. *Psychol Med* 23: 185-193
- 32 Goldberg D, Privett M, Üstün B, Simon G, Linden M (1998): The effects of

detection and treatment on the outcome of major depression in primary care: a naturalistic study in 15 cities. *Br J Gen Pract* 48: 1840-1844

33 Goldberg D, Simon GE, Tiemes BG, Ustun TB (1999): Outcomes of recognized and unrecognized depression in an international primary care study. *Gen Hosp Psychiatry* 21 (2): 97-105

34 Greenfield S, Kaplan S, War JE (1985): Expanding patient involvement in care. Effects on patient outcomes. *Ann Intern Med* 102: 520-528

35 Gulbrandsen P, Hjortdahl P, Fugelli P (1997): General practitioners knowledge of their patients' psychosocial problems: multipractice questionnaire survey. *BMJ* 314: 1014-1018

36 Hall JA, Epstein AM, DeCiantis ML, McNeil BJ (1993): Physicians liking for their patients: more evidence for the role of affect in Medical Care. *Health Psychology* 12: 140-146

37 Hall JA, Irish JT, Roter DL, Ehrlich CM, Miller LH (1994a): Gender in medical encounters: An analysis of physician and patient communication in a primary care setting. *Health Psychol* 13: 384-392

38 Hall JA, Irish JT, Roter DL, Ehrlich CM, Miller LH (1994b): Satisfaction, gender and communication in medical visits. *Med Care* 32: 1216-1231

39 Hall JA, Roter DL, Milburn MA, Daltroy LH (1996): Patients health as a predictor of physician and patient behavior in medical visits. A synthesis of four studies. *Med Care* 12: 1205-1218

- 40 Henbest RJ, Stewart M (1990): Patient-centredness in the consultation: 1. Method for easurement. *Fam Pract* 6: 249-254
- 41 Inui TS, Carter WB (1985): Problems and prospects for health services research on provider-patient communication. *Medical Care* 23 (5): 521-538
- 42 Johnstone A, Goldberg D (1978): Psychiatric screening in general practice: a controlled trial. *Lancet* I: 605-608
- 43 Jones M, O'Neill P, Waterman H, Webb C (1997): Building a relationship: communications and relationships between staff and stroke patients on a rehabilitation ward. *J Adv Nurs* 26: 101-110
- 44 Kamerow DB, Pincus HB, McDonald DI (1986): Alcohol abuse, other drug abuse and mental disorders in medical practice. Prevalence, costs, recognition and treatment. *JAMA* 255: 2054-2057
- 45 Kaplan SH, Greenfield S, Ware JE (1989): Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Med Care* 27: 110-127
- 46 Kerek-Bodden HE, Koch H, Brenner G, Flatten G (2000): Diagnosespektrum und Behandlungsaufwand des allgemeinärztlichen Patientenlientels. *Z ärztl Fortb Qual sich* 94: 21-30
- 47 Kirmayer LJ, Robbins JM, Dworkind M, Yaffe MJ (1993): Somatization and the recognition of depression and anxiety in primary care. *Am J Psychiatry* 150: 731-734
- 48 Kroenke K, Spitzer RL (1998): Gender differences in the reporting of physical and somatoform symptoms. *Psychosom Med* 60: 150-155

49 Kruse J (2000): Diagnostische Falleinschätzung bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Beschwerden und Störungen in hausärztlichen Praxen. Habilitationsschrift, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

50 Kruse J, Wöller W, Heckrath C, Clar B, Meyer E (1999): Training der Kommunikation mit Krebspatienten für niedergelassene Ärzte – Das Mönchengladbacher Modellprojekt. In: Kröger F, Petzold ER (Hrsg.). Selbstorganisation und Ordnungswandel in der Psychosomatik. VAS Verlag, Frankfurt

51 Kruse J, Heckenrath C, Schmitz N, Alberti L, Tress W (1999): Zur hausärztlichen Diagnose und Versorgung psychogener Krankheiten – Ergebnisse einer Feldstudie. PPmP 49: 13-22

52 Langwieler G (1988): Ärzte als Subjekt diagnostischer und therapeutischer Entscheidungen. Inaugural-Dissertation. Medizinischer Fachbereich der Freien Universität Berlin

53 Levenstein JH (1984): The patient-centered general practice consultation. South Africa Family Practice 5: 276-282

54 Linden M, Pribe S (1990): Arzt-Patient Beziehung. In: Schwarzer, R.: Gesundheitspsychologie. Hogrefe, Göttingen

55 Linden M, Maier W, Achberger M, Herr R, Helmchen H, Benkert O (1996): Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinarztpraxen in Deutschland. Nervenarzt 67: 205-215

- 56 Maguire P, Booth K, Elliott C, Jones B (1996): Helping health professionals involved in cancer care acquire key interviewing skills – the impact of workshops. *European Journal of Cancer* 9: 1486-1489
- 57 Maheux B, Dufort F, Béland F, Jaques A, Lévesque A (1990): Female medical practitioners. More preventive and patient oriented? *Med Care* 28: 87-92
- 58 Marks J, Goldberg D, Hillier V (1979): Determinants of the ability of general practitioners to manage common mental disorders. *Br J Gen Pract* 41: 357-359
- 59 Mattern H, Klimm HD (1994): Gespräch, psychosomatische Grundversorgung. In: Klimm, H., D.: *Allgemeinmedizin*. Enke, Stuttgart: 81-84
- 60 Meeuwesen L, Schaap C, van der Staak C (1991): Verbal analysis of doctor-patient communication. *Soc Sci Med* 32: 1143-1150
- 61 Mendez A, Shymansky A, Wolraich M (1986): Verbal and non-verbal behaviour of doctors while conveying distressing information. *Med Educ* 20: 437-443
- 62 Mergenthaler E (1992): Die Transkription von Gesprächen, Ulmer Textbank
- 63 Mergenthaler E, Stinson CH (1992): Psychotherapy transcription standards. *Psychotherapie Research* 2: 125-142
- 64 Merten J (1995): Affekte und die Regulation nonverbalen, interaktiven Verhaltens: strukturelle Aspekte des mimisch-affektiven Verhaltens und die Integration von Affekten in Regulationsmodellen. Lang, Bern
- 65 Ong LMH, DeHaes JCM, Hoos AM, Lammes FB (1995): Doctor- Patient

communication: a review of the literature. Soc Sci Med 40: 365-377

66 Ormel J, van den Brink W, Koeter MW, Giel R, van der Meer K, van de Willige G (1990): Recognition, management and outcome of psychological disorders in primary care: a naturalistic follow up study. Psychol Med 20: 909-923

67 Pini S, Beradi D, Rucci P, Piccinelli M, Neri C, Tansella M, Ferrari G (1997): Identification of psychiatric distress by primary care physicians. Gen Hosp Psychiatry 19: 411-418

68 Portegijs PJ, van der Horst FG, Proot IM, Kraan HF, Gunther NC, Kottenerus JA (1996): Somatization in frequent attenders of general practice. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 31: 29-37

69 Pschyrembel Klinisches Wörterbuch 257. Auflage (1994). de Gruyter, Berlin, New York

70 Rogers CR (1951): Client-centered-therapy. Boston, Houghton Mifflin

71 Rogers CR (1977): Therapeut und Klient, München

72 Roter DL, Hall JA (1991): Health education theory: An application to the process of patient-provider communication. Special issue: Theory. Health Education Research 6/2: 185-193

73 Roter DL, Geller G, Bernhardt NA, Larson SM, Doksum T (1999): Effects of obstetrician gender on communication and patient satisfaction. Obstetrics & Gynaecology 93: 635-641

- 74 Rubinson E, Asnis G (1989). Major depression: Marks, misconceptions and nosologic ambiguities. *Psychiatr Ann* 19: 360-364
- 75 Saunders DG, Kindy P (1993): Predictors of physicians' responses to woman abuse: the role of gender, background and brief training. *J Gen Intern Med* 8: 606-609
- 76 Schach E, Schwarz FW, Kerek-Bodden HE (1989): EVaS Studie – Eine Erhebung über die ambulante medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Bd. 39.1, Deutscher Ärzte Verlag, Köln
- 77 Schepank H (1995): Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS). Beltz, Göttingen
- 78 Schmidt S (1992): Über die Rolle der Selbstorganisation beim Sprachverstehen. In: Krohn & Küppers: 293-333
- 79 Schneider A, Appleton L, McLemore Th. (1979): A Reason for Visit Classification for Ambulatory Care. National Center for Health Statistics, Vital and Health Statistics Series 2: Data Evaluation and Methods Research no. 78. U. S. Government Printing Office, Washington D.C.
- 80 Schneider W, Freyberger HJ (1994): Diagnostik nach ICD-10 – Möglichkeiten und Grenzen für die Psychotherapie/Psychosomatik. *Psychotherapeut* 39: 269-275
- 81 Schulte D (1994): Diagnostische Ansätze in der Verhaltenstherapie. In: Janssen PL, Schneider W (Hrsg.): Diagnostik in Psychotherapie und Psychosomatik. Fischer, Stuttgart, Jena, New York

- 82 Segal DL, Herson M, van Hasselt VB (1994): Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-III-R: An Evaluative Review. *Comprehensive Psychiatry*. 35, 316-327
- 83 Shapiro J, Schierner D (1990): Resident psychosocial performance: A brief report. *Fam Pract* 8: 10
- 84 Skre I, Onstad S, Torgersen S, Kringlen E (1991): High interrater reliability for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R Axis I (SKID-I). *Acta Psychiatr Scand* 84: 167-173
- 85 Spitzer RL., Wakefield JC (1999): DSM-IV diagnostic criterion for clinical significance: does it help solve the false positives problem? *Am J Psychiatry* 156: 1856-64
- 86 Stevens A, Foerster K (2000): Genügt für den Nachweis einer Erkrankung die Beschwerdeschilderung? *Versicherungsmedizin* 52, 76-79
- 87 Stewart M (1984): Patient characteristics which are related to doctor-patient interaction. *Fam Pract* 1: 30-36
- 88 Stewart M (1995): Effective physician-patient communication and health outcomes: A review. *Can Med Assoc J* 152: 1423-1433
- 89 Stewart MA, Roter D (1989): *Communicating with medical patients*. Sage, Newbury Park, CA
- 90 Street RL (1991): *Information-giving in medical consultations: The influence of*

patients' communicative styles and personal characteristics. Soc Sci Med 32: 541-548

91 Street RL (1992): Analysing communication in medical consultations. Do behavioral measures correspond to patients' perceptions? Med Care 30: 976-988

92 Tiemens BG, von Korff M, Lin EHB (1999): Diagnosis of depression by primary care physicians versus a structured diagnostic interview – understanding disordance. General Hospital Psychiatry 21: 87-96

93 Tylee A, Freeling P, Kerry S (1993): Why do general practitioners recognize major depression in one woman patient yet miss it in another? Br J Pract, 43:327-330

94 Tylee A, Freeling P, Kerry S, Burns T (1995): How does the content of consultations affect the recognition by general practitioners of major depression in woman? Br J Gen Pract 45: 575-578

95 Üstün TB, Sartorius N (1995): Mental Illness in General Health Care. An International Study. Wiley, Chister, New York, Brisbane, Toronto, Singapore

96 Van der Pasch M, Verhaak PF (1998): Communication in general practice: recognition and treatment of mental illness. Patient Educ Couns 33: 97-112

97 Van den Brink-Muinen A, Bensing JM, Kerssens JJ (1998): Gender and communication style in General Practice. Med Care 36: 100-106

98 Van den Brink-Muinen A, Verhaak PF, Bensing JM, Bahrs O, Deveugele M, Gask L, Leiva F, Mead N, Messerli V, Oppizzi L, Peltenburg M, Perez A (2000): Doctor-patient communication in different European health care systems: Relevance

and performance from the patient`s perspective. *Patient Education and Counselling* 39: 115-127

99 Verhaak PF (1986): Variations in the diagnosis of psychosocial disorders: A general practice observation study. *Soc Sci Med* 23: 595-604

100 Von Korff M, Shapiro S, Burke JD, Teitlebaum M, Skinner EA, German P, Turner RW, Klein L, Burns B (1987): Anxiety and depression in a primary care clinic. Comparison of Diagnostic Interview Schedule, General Health Questionnaire, and practitioner assessments. *Arch Gen Psychiatry* 44: 152-156

101 Wagner P, Schach P, Schwartz FW (1989): RVC: A Reason for Visit Classification for Ambulatory Care – Ein Klassifikationsschema für Kontakianlässe in der ambulanten Versorgung. Deutscher Ärzte Verlag, Köln

102 Wassermann RC, Inui TS (1983): Systematic analysis of clinician-patient interactions: a critique of recent approaches with suggestions for the future research. *Medical Care* 21: 279-293

103 Wasserman RC, Inui TS, Barriatua RD, Carter WB, Lippincott P (1984): Pediatric clinicians support for parents makes a difference: an outcome-based analysis of clinician-parent interaction. *Pediatrics* 74: 1047-1053

104 Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD (1967): *The Pragmatics of Human Communication: A Study of Interactional Patterns, Pathologies and Paradoxes*. WW Norton, New York.

105 Watzlawick P, Beavin JH, Jackson DD (1969): *Menschliche Kommunikation*. Bern, Huber

106 Weisman CS, Teilbaum MA (1985): Physician gender and the physician-patient relationship: recent evidence and relevant questions. Soc Sci Med 20: 1119-1127

107 Wittchen HU (1990): Strukturiertes klinisches Interview für DSM-III-R (SKID). Beltz, Weinheim

108 Wittchen HU, Saß H, Zaudi M, Köhler H (1991): Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen (DSM-III-R). Beltz, Weinheim, Basel: 10

109 Zintl-Wiegand A, Cooper B (1979): Psychische Erkrankungen in der Allgemeinarztpraxis. Eine Untersuchung in Mannheim. Nervenarzt 50: 532-359

## 9 Lebenslauf von Dorit Brunotte

### Angaben zur Person

Name	Dorit Brunotte
Adresse	Friedrich-Wilhelm-Str. 28 47051 Duisburg
Telefon	0203/7287071
e-mail	<a href="mailto:doritbrunotte@web.de">doritbrunotte@web.de</a>
Geburtstag	19.12.1975
Geburtsort	Düsseldorf
Familienstand	verheiratet

### Schule

1982-1986	Gemeinschaftsgrundschule Am See, Duisburg
1986-1995	Gerhard Mercator Gymnasium, Duisburg
1995	Abitur

### Studium

1995-1997	Studium der Humanmedizin an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
1997-2002	Studium der Humanmedizin an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
1996	Aufnahme in die Studienstiftung des Deutschen Volkes
08/1997	Physikum
08/1998	1. Staatsexamen
03/2001	2. Staatsexamen
06/2002	3. Staatsexamen

### Berufliche Tätigkeit

2002-2005	Ärztin in der Frauenklinik am St. Johannes Hospital, Duisburg
seit 01/2006	Ärztin in der Frauenklinik am Klinikum Krefeld

## 10 Danksagung

Mein Dank gilt Herrn PD Dr. med J. Kruse, der die Dissertation sorgfältig betreut hat und mir mit Rat, tatkräftiger Unterstützung und kritischer Diskussion zur Seite stand.

Die vorliegende Untersuchung ist im Zusammenhang mit einer Studie erhoben worden, die dankenswerterweise im Rahmen des Nordrhein-Westfälischen Forschungsverbundes Public Health vom BMFT gefördert wurde. Ohne die Förderung der Forschung wäre das Projekt nicht realisierbar gewesen.

Danken möchte ich den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Forschungsprojektes, allen voran Frau Dr. C. Heckrath, die die Patienten in den hausärztlichen Praxen interviewte. Durch ihren Einsatz gelang es maßgeblich Ärzten und Patienten zur Mitarbeit zu motivieren. Frau I. Dunkel, Frau A. von Trotha und Frau U. Schnieda sei gedankt für die Transkription der Konsultationen und die Dateneingabe. Sie haben sich sehr für das Projekt eingesetzt.

Mein besonderer Dank gilt Frau B. Jacabelino für ihre stets freundliche und tatkräftige Unterstützung bei Koordinationsfragen.

Allen Patientinnen und Patienten sowie den Hausärztinnen und Hausärzten, die an der Studie teilgenommen haben, sei an dieser Stelle besonders gedankt. Sie haben diese Arbeit erst möglich gemacht.

Danken möchte ich auch Herrn Dr. N. Schmitz, der mir mit großer Geduld und Fachkenntnis eine unerlässliche Hilfe bei der statistischen Auswertung war.

Meiner Familie, meinen Freundinnen und Freunden danke ich für die allumfassende Unterstützung, Rücksichtnahme und fortwährenden Ermutigungen, die Arbeit fertigzustellen.

Insbesondere danke ich Antje Brunotte, Emanuela Penev und Sascha Agocs für das Korrektur lesen. Jan Landscheidt für das unermüdliche Abspeichern, Sichern und Ausdrucken von Daten. Patricia Wolff und Oliver Röniger für vielfältige Hilfe, den PC und das Layout betreffend. Nina Krüger für ihre Beratung in kommunikationswissenschaftlichen Fragen. Eleonore Bartel und Anke Möllmann für ihre immer währende Unterstützung in wissenschaftlichen und außerwissenschaftlichen Problemen.

Meiner Mutter Renate Brunotte, meiner Schwester Antje Brunotte, meinem Schwager Stefan Kläs und meinem Mann Sascha Agocs danke ich für ihre Zuversicht, Motivation und Unterstützung.