

TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN  
Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät

Dissertation

**Bedeutung der psychischen Komorbidität  
für die Konkordanz in der Arzt-Patienten-Begegnung  
in der Hausarztpraxis**

Eva Maria Wartner

München

April 2013

TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN  
Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät

**Bedeutung der psychischen Komorbidität  
für die Konkordanz in der Arzt-Patienten-Begegnung  
in der Hausarztpraxis**

Eva Maria Wartner

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Medizin (Dr. med.) genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. E. J. Rummeny

Prüfer der Dissertation:

1. Univ.-Prof. Dr. A. Schneider
2. apl. Prof. Dr. M. Sack

Die Dissertation wurde am 9. April 2013 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 16. Oktober 2013 angenommen.

*„Dort, wo es Liebe zum Menschen gibt, findet sich auch Liebe zur Kunst.  
Manche Patienten werden – obgleich sie sich des Ernstes ihrer Lage bewusst sind –  
allein schon durch ihr gutes Einvernehmen  
und die Zufriedenheit mit ihrem Arzt  
wieder gesund.“*

Hippokrates

Meinen Eltern gewidmet.

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>1. EINLEITUNG.....</b>	<b>7</b>
<b>1.1. Patientenzentrierte Medizin.....</b>	<b>7</b>
1.1.1. Die Geschichte der patientenzentrierten Medizin .....	7
1.1.2. Definition, Akzeptanz, Umsetzung und Outcomes patientenzentrierter Medizin .....	9
<b>1.2. Psychische Komorbidität in der Hausarztpraxis .....</b>	<b>13</b>
<b>1.3. Beratungsanlässe in der Hausarztpraxis.....</b>	<b>15</b>
<b>1.4. Konkordanz und Diskordanz in der Arzt-Patienten-Begegnung .....</b>	<b>16</b>
<b>1.5. Rationale für die vorliegende Studie .....</b>	<b>19</b>
<b>1.6. Fragestellungen und Ziele der vorliegenden Arbeit .....</b>	<b>20</b>
<b>2. MATERIAL UND METHODEN .....</b>	<b>21</b>
<b>2.1. Studiendesign .....</b>	<b>21</b>
<b>2.2. Auswahl der hausärztlichen Praxen und deren Patienten .....</b>	<b>21</b>
2.2.1. Einschlusskriterien Patienten.....	22
2.2.2. Ausschlusskriterien Patienten.....	22
<b>2.3. Datenerfassung Patienten .....</b>	<b>22</b>
2.3.1. Verwendeter Fragebogen .....	22
2.3.1.1. Fragen zum Anlass des Arztbesuches .....	22
2.3.1.2. PHQ-D .....	22
2.3.1.3. Autonomie-Präferenz-Index (API).....	25
2.3.1.4. Soziodemographische Angaben.....	25
2.3.2. Daten aus der Patientenakte .....	26
<b>2.4. Datenerfassung Ärzte .....</b>	<b>26</b>
2.4.1. Beratungsanlässe / Diagnosen aus der Arztdokumentation .....	26
2.4.2. Einschätzung der Partizipationspräferenz .....	26

<b>2.5. Dateneingabe und Codierung .....</b>	<b>27</b>
2.5.1. Codierung der Beratungsanlässe und Diagnosen .....	27
2.5.2. Codierung der Übereinstimmung auf Ebene der Beratungsanlässe.....	28
2.5.3. Codierung der Übereinstimmung auf Kommunikationsebene .....	29
<b>2.6. Statistische Methoden .....</b>	<b>30</b>
<b>3. ERGEBNISSE.....</b>	<b>31</b>
<b>3.1. Stichprobenbeschreibung.....</b>	<b>31</b>
3.1.1. Soziodemographische Charakteristiken .....	31
3.1.2. Psychische Komorbidität.....	33
<b>3.2. Beratungsanlässe .....</b>	<b>37</b>
3.2.1. Beratungsanlässe aus Sicht der Patienten .....	37
3.2.2. Beratungsanlässe aus Sicht der Ärzte.....	37
3.2.3. Soziodemographische Prädiktoren für Diskordanz auf Ebene der Beratungsanlässe	39
3.2.4. Psychische Komorbidität als Prädiktor für Diskordanz auf Ebene der Beratungsanlässe .....	41
<b>3.3. Arzt-Patienten-Interaktion .....</b>	<b>43</b>
3.3.1. Partizipations- und Informationsbedürfnis (API) .....	43
3.3.2. Partizipations- und Informationsbedürfnis (API) und Einschätzung der Partizipationspräferenz durch den Arzt.....	45
3.3.3. Soziodemographische Prädiktoren für Diskordanz auf Kommunikationsebene .....	49
3.3.4. Psychische Komorbidität als Prädiktor für Diskordanz auf Kommunikationsebene ....	50
<b>3.4. Zusammenhang zwischen Diskordanz auf Ebene der Beratungsanlässe und             Diskordanz auf Kommunikationsebene .....</b>	<b>53</b>
<b>4. DISKUSSION.....</b>	<b>55</b>
<b>4.1. Diskussion der Methoden .....</b>	<b>55</b>
4.1.1. Stichprobenerhebung.....	55
4.1.2. PHQ zur Bestimmung der psychischen Komorbidität.....	55
4.1.3. API .....	56
4.1.4. Ermittlung von Diskordanz .....	57

<b>4.2. Diskussion der Ergebnisse</b> .....	<b>59</b>
4.2.1. Psychische Komorbidität in der Hausarztpraxis.....	59
4.2.2. Prädiktoren für eine Diskordanz auf Ebene der Beratungsanlässe .....	61
4.2.3. Prädiktoren für eine Diskordanz auf Kommunikationsebene .....	64
4.2.4. Zusammenhang zwischen Diskordanz auf Ebene der Beratungsanlässe und Diskordanz auf Kommunikationsebene .....	69
<b>4.3. Schlussfolgerung</b> .....	<b>71</b>
<b>5. ZUSAMMENFASSUNG</b> .....	<b>73</b>
<b>6. LITERATURVERZEICHNIS</b> .....	<b>75</b>
<b>7. TABELLENVERZEICHNIS</b> .....	<b>85</b>
<b>8. ABBILDUNGSVERZEICHNIS</b> .....	<b>86</b>
<b>9. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS</b> .....	<b>87</b>
<b>10. ANHANG</b> .....	<b>88</b>
10.1. Patientenfragebogen .....	88
10.2. Die International Classification of Primary Care (ICPC-2).....	93
10.3. Die Struktur der ICPC .....	95
10.4. PHQ-Diagnosen und Zusammenhang zu den Klassifikationen ICD-10 bzw. DSM-IV ....	96
<b>11. DANKSAGUNG</b> .....	<b>97</b>
<b>12. LEBENSLAUF</b> .....	<b>98</b>

**Gender-Hinweis:**

In dieser Arbeit wurde aus Gründen der besseren Lesbarkeit bzw. Optik, sowie aus Platzgründen zumeist die männliche Form eines Begriffs verwendet – z.B.: (Haus-)Arzt, Patient, Teilnehmer,... Selbstverständlich beziehen sich diese Begriffe sowohl auf weibliche als auch auf männliche Personen.

# 1. Einleitung

## 1.1. Patientenzentrierte Medizin

### 1.1.1. Die Geschichte der patientenzentrierten Medizin

Das Verständnis der Arzt-Patienten-Beziehung und ihrer Gestaltung hat in der westlichen Medizin des 20. Jahrhunderts einen tiefgreifenden Wandel erfahren. Bis weit in die zweite Hälfte des vergangenen Jahrhunderts hinein herrschte eine vorwiegend biomedizinische und zudem von Paternalismus geprägte Perspektive im Gesundheitswesen vor [104]. Die Autorität des Arztes mit Macht und Kontrolle über Entscheidungen galt lange Zeit als Bedingung für eine erfolgreiche Arzt-Patienten-Beziehung [25]. In seiner klassischen Form, so wie er in der Medizin Mitte des 20. Jahrhunderts praktiziert wurde, bedeutete Paternalismus, dass der Arzt die Agenda für die Arzt-Patienten-Begegnung aufsetzte, die Vorgehensweise im besten Interesse des Patienten entschied, und den Umfang an bereitgestellter Information und Behandlung bestimmte. Von Patienten wurde erwartet, passiv zu kooperieren [120]. In seiner Essenz ging das paternalistische Modell davon aus, dass der Arzt die Werte des Patienten verstand und als dessen Vormund agieren konnte [119]. Beispielsweise würde sich nach paternalistischem Modell ein Arzt, der beim Patienten Symptome einer Depression erkennt, unilateral für Antidepressiva als beste Therapieform entscheiden, ohne den Kontext der depressiven Symptome oder die Meinung des Patienten zu anderen Therapieoptionen wie z.B. der Psychotherapie zu explorieren. Gleichzeitig entwickelten sich Mitte des 20. Jahrhunderts neue Ansätze zur Beschreibung der Arzt-Patienten-Beziehung, wie beispielsweise der des amerikanischen Psychiaters Aaron Lazare in seiner Arbeit „The customer approach to patienthood“:

*„Patienten stellen sich gemeinhin mit einem oder mehreren Anliegen vor... Es ist die Aufgabe des Arztes, dem Patienten das Anliegen zu entlocken, die relevanten klinischen Daten zu erfassen, und in eine Verhandlung mit dem Patienten zu treten, die eine Beziehung wechselseitiger Einflussnahme zwischen Patient und Arzt fördern sollte.“ [89].*

Die klinische Begegnung wird dabei als „Verhandlungs“prozess zwischen dem „Kunden“ Patient und dem „Dienstleister“ Arzt verstanden – ein vom damaligen Zeitgeist radikal abweichendes Verständnis, welches sich im Zuge der Ökonomisierung in der Medizin im medizinischen Alltag jedoch zwischenzeitlich etabliert hat [8].

Doch auch die Erwartungen von Patienten an ihre Rolle im medizinischen Entscheidungsfindungsprozess veränderten sich im Laufe des 20. Jahrhunderts stark, besonders unter dem Einfluss von gesellschaftlichen Bewegungen wie der großen Konsumentenbewegung seit Ende der

1950er Jahre, der Frauenbewegung zwischen den 1960er und 1980er Jahren, sowie der rapide wachsenden Verfügbarkeit von ausführlichen Gesundheitsinformationen über Medien wie dem Fernsehen und dem Internet [25]. Zudem haben breit publizierte medizinische Skandale das Vertrauen von Patienten in das Gesundheitssystem erschüttert, was dazu geführt hat, dass Patienten nun mehr Information zu und Involvierung in ihre Versorgung fordern [27, 29]. Die Involvierung ihrerseits schafft eine bessere Verteilung von (auch juristischer) Verantwortung im medizinischen Entscheidungsprozess [27, 29]. Da sich die Krankheitsmuster mit der sich verändernden Demographie hin zu einer höheren Prävalenz von chronischen Erkrankungen und Multimorbidität verschoben haben und Therapieoptionen vielfältiger geworden sind, gibt es in vielen Fällen keine „beste einzelne Therapie“ mehr, für die der Arzt allein eine Entscheidung treffen kann.

All diese Entwicklungen haben die Wichtigkeit des Selbstbestimmungsrechtes des Einzelnen ins gesellschaftliche Bewusstsein gerückt. Die Bewegung hin zu einer vermehrten Involvierung von Patienten in ihre eigene medizinische Versorgung wird also durch die wachsende Anerkennung von Patientenautonomie angetrieben und erodiert seither die traditionalistische Haltung bezüglich medizinischer Autorität. Viele Patienten und Mediziner kommen zu dem Schluss, dass der Patient selbst in der besten Lage ist, zwischen Nutzen und Risiken verschiedener Behandlungsmöglichkeiten abzuwägen [25, 64] und dass die Entscheidung für oder gegen eine Intervention Teil seines fundamentalen Selbstbestimmungsrechtes ist [42]. Zu Beginn des 21. Jahrhunderts identifizieren sich nun mehr Patienten denn je mit diesem neuen Selbstverständnis: ein wesentlich größerer Anteil der Patienten im Vergleich zu vor dem Jahr 2000 wünscht sich, aktiv an medizinischen Entscheidungsprozessen mitzuwirken (71% seit dem Jahr 2000 vs. 50% vor dem Jahr 2000), wie Chewning et al. ihrem großen Review feststellten [28].

Es hat sich also insgesamt ein fundamentaler Paradigmenwechsel im Verständnis des Arzt-Patienten-Verhältnisses weg von einer größtenteils arztzentrierten, hin zu einer patientenzentrierten Medizin vollzogen. Dies wirkt sich neben der Patientenversorgung auch auf die medizinische Ausbildung, Wissenschaft, Qualitätsmanagement und Medizinrecht aus [86].

## 1.1.2. Definition, Akzeptanz, Umsetzung und Outcomes patientenzentrierter Medizin

Der Begriff „patientenzentrierte Medizin“ wurde 1957 von Michael Balint in seinem Buch „Der Arzt, sein Patient und die Krankheit“, einem Klassiker der ärztlichen Gesprächsführung, eingeführt [5]. Balint griff dabei das Konzept der „klientenzentrierten Therapie“ des amerikanischen humanistischen Psychologen Carl R. Rogers [118] auf und sah im Beziehungsgeschehen zwischen Arzt und Patient einen maßgeblichen Einfluss auf Heilung, Verschlechterung oder gar Chronifizierung derjenigen Leiden, an denen psychische Faktoren beteiligt sind. Obwohl das Konzept der patientenzentrierten Medizin zum Ende des 20. und Anfang des 21. Jahrhunderts mittlerweile breite Anwendung gefunden hat und das konzeptuelle Gerüst weiter ausgebaut worden ist [134], bleibt es nach wie vor unvollständig verstanden [135]. Die Forschung befasst sich unter anderem damit, was patientenzentrierte Medizin ist, ob Patienten Wert darauf legen, wie patientenzentrierte Medizin mit positiven Outcomes assoziiert ist und ob Ärzte sie praktizieren. Mead und Bower versuchen in ihrer Übersichtsarbeit [104], den Begriff „patientenzentriert“ ganzheitlich in fünf Dimensionen zu definieren:

### 1. **Biopsychosoziale Sichtweise**

*Der Arzt soll auf Basis des biopsychosozialen Modells nach Engel [40] für alle Probleme, die der Patient artikuliert, offen sein. Dies bedeutet, seine Wahrnehmung über die somatische Ebene hinaus zu erweitern [5].*

### 2. **Erfassen des subjektiven Krankheitsverständnisses**

*Auch individuelle Erwartungen, Ängste und Gefühle eines Patienten in Bezug auf seine Krankheit sollen berücksichtigt werden [91].*

### 3. **Partnerschaftliches Modell der Arzt-Patienten-Beziehung**

*Arzt und Patient sollen einander als gleichberechtigte Partner begegnen und gleichberechtigt Einfluss und Verantwortung übernehmen. Der Patient soll als Experte für seine Krankheit Entscheidungsprozesse mitbestimmen – auch wenn der Arzt das größere Fachwissen besitzt, soll keine unreflektierte Asymmetrie in der Kompetenz zwischen beiden bestehen. Der mittlerweile etablierte Begriff hierfür ist die „Partizipative Entscheidungsfindung“ (englisch: „Shared Decision Making“) [26].*

### 4. **Therapeutisches Bündnis**

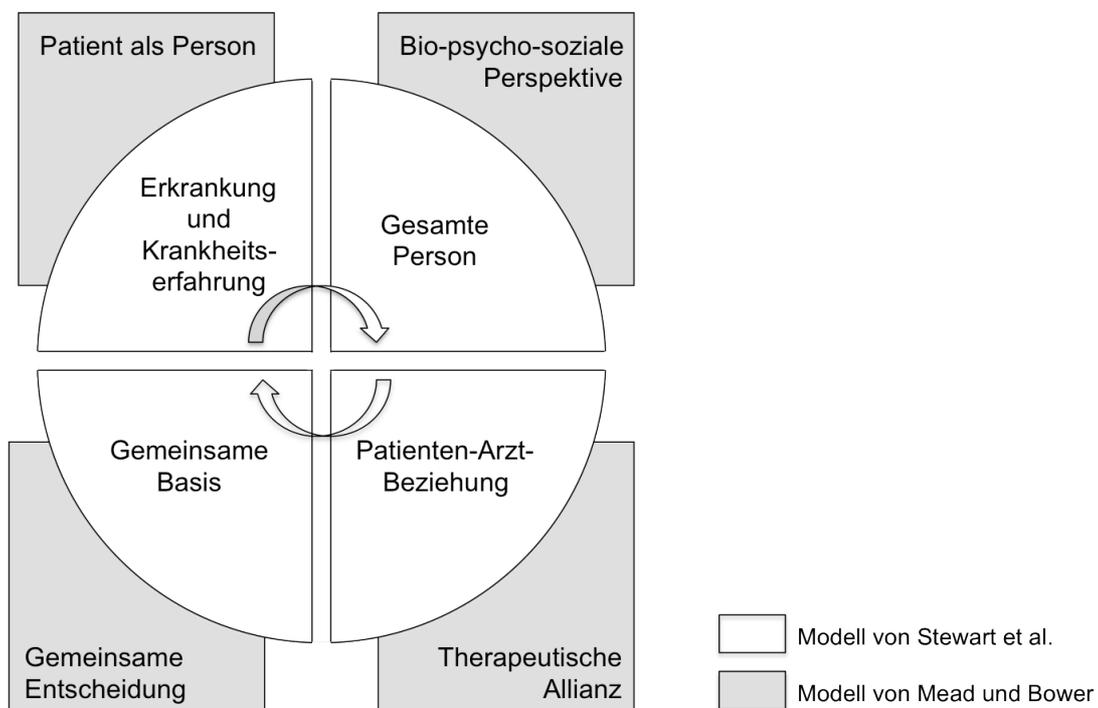
*Für den Therapieverlauf ist die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung essentiell. Der Arzt soll dem Patienten empathisch, echt und uneingeschränkt positiv wertschätzend begegnen – also therapeutische Grundhaltungen kultivieren [117]. In diesem Zusammenhang ist es bedeutsam, dass Arzt und Patient in den Behandlungszielen überein-*

stimmen, dass der Patient Relevanz und Effektivität verschiedener Therapieoptionen versteht, und dass er den Arzt kognitiv und emotional wahrnimmt [122].

#### 5. Persönlichkeit des Arztes

Der Arzt soll sich bewusst sein, dass er sich über seine professionelle Funktion hinaus auch als Persönlichkeit in die Arzt-Patienten-Beziehung einbringt. Patient und Arzt beeinflussen sich im Gespräch gegenseitig. Mithilfe entsprechender Schulung kann der Arzt die dabei sichtbar werdenden Übertragungsmuster positiv nutzen [4].

Hudon et al. erstellten für ihre systematische Literaturübersicht eine anschauliche Grafik zum konzeptuellen Gerüst der patientenzentrierten Medizin und integrierten dabei die (meistzitierten) Definitionsmodelle von Mead und Bower sowie von Stewart et al. [65]. Aus dieser Grafik lässt sich gut ableiten, dass das Konzept der patientenzentrierten Medizin einen zirkulären Charakter besitzt bzw. dass die verschiedenen Elemente des Konzepts ineinander greifen und einander beeinflussen: Den Patienten als Person mit eigener Krankheitserfahrung anzuerkennen, schafft die Voraussetzung für eine ganzheitliche, biopsychosoziale Sichtweise, welche ihrerseits den Nährboden für eine gute Arzt-Patienten-Beziehung mit therapeutischer Allianz bietet – auf der gemeinsamen Basis können dann wiederum Kontrolle und Verantwortung geteilt werden, was wiederum die Selbstbestimmung des Patienten als Person würdigt und stärkt.



**Abbildung 1:** Konzeptuelles Gerüst der Patientenzentrierten Medizin (modifiziert nach Hudon et al. 2011 [65])

Dass Patienten auch tatsächlich Wert auf eine patientenzentrierte Versorgung legen, weisen Untersuchungen wie beispielsweise die von Little et al. nach: Patienten wünschen sich vor allem eine partnerschaftliche Beziehung mit ihrem Arzt, Gesundheitsförderung sowie gute und positive Kommunikation [96]. In der Zusammenschau mit dem konzeptuellen Gerüst wird deutlich, dass eine effektive patientenorientierte Gesprächsführung („patientenzentrierte Kommunikation“) integraler Bestandteil der patientenzentrierten Medizin ist – sie ist der Prozess, über den patientenzentrierte Medizin erreicht wird [15]. Ein möglicher Gesprächsstil ist hierbei das „Aktive Zuhören“ [87], das folgende Gesprächstechniken umfasst: das Setzen von Pausen, die verbale und nonverbale Ermutigung zur Weiterrede („Echoing“), das Paraphrasieren, das Signalisieren von Übereinstimmung und Verständnis, das Äußern von Empathie, sowie das Zulassen von Emotionen. Das Stellen offener Fragen kann den Patienten dazu ermutigen, sein Anliegen, insbesondere auch soziale und emotionale Themen, vorzubringen, und kann daher auch zu patientenorientierten Kommunikationstechniken gezählt werden [32, 143]. Patientenzentrierte Kommunikation bereichert die rein somatische Betrachtungsweise der Probleme des Patienten um wichtige psychosoziale und emotionale Dimensionen und ermöglicht ein adäquates Verständnis des Arztes vom Anliegen seines Patienten. Dies erleichtert wiederum eine gemeinsame Ausrichtung im Sinne eines vertrauensvollen therapeutischen Bündnisses und schafft damit eine Voraussetzung für sinnvolle und effektive Behandlungskonzepte.

Die wissenschaftliche Evidenz für positive Outcomes patientenzentrierter Kommunikation bzw. patientenzentrierter Medizin wird immer stärker. Patienten, deren Ärzte in der Sprechstunde einen patientenzentrierten Ansatz verfolgen, sind zufriedener mit ihrer Behandlung [9, 65, 90, 95, 96, 121] und haben bessere medizinische Outcomes (sowohl psychisch als auch körperlich – [65, 95, 119, 136, 137]). Sie erhalten weniger häufig diagnostische Tests und werden seltener an Fachärzte überwiesen bzw. stationär eingewiesen – damit sind die Kosten ihrer Versorgung insgesamt geringer [17, 65, 95, 136]. Durch Information und Beratung durch den Arzt werden Selbstbestimmung und Kompetenz der Patienten gestärkt [104] und ihre Adherence (Therapie-treue) steigt [9, 90, 116], was insbesondere für den Behandlungserfolg chronischer und psychischer Erkrankungen wichtig ist [97]. Nicht zuletzt stellen Patienten, die dank eines patientenzentrierten Versorgungskonzeptes eine gute Beziehung zu ihrem Arzt haben, weniger häufig Schadensersatzforderungen für medizinische Behandlungsfehler [93].

Für die Hausarztmedizin ist patientenzentrierte Kommunikation von übergeordneter Bedeutung, da besonders für die Interaktion mit chronisch kranken und/oder psychosozial belasteten Patienten patientenzentrierte Gesprächstechniken vorgeschlagen werden [106, 109] und diese einen großen Anteil des hausärztlichen Patientenkollektivs ausmachen. Der Hausarzt ist in der Regel ein längerfristiger Begleiter seiner Patienten (und oft auch deren Familien), teilweise von

Geburt an bis zum Tod. Die Kontaktrate ist dabei hoch: ein deutscher Hausarzt sieht seinen Patienten im Durchschnitt etwa 18 Mal pro Jahr [47]. Durch die langfristige Beziehung mit häufigen Begegnungen sind die Rahmenbedingungen für den Aufbau einer vertrauensvollen Basis vorteilhafter als im punktuellen Kontakt mit einem Facharzt bzw. im Kliniksetting [104, 134]. Der Hausarzt kann gesamtgesundheitliche Entwicklungen über die Zeit hinweg beobachten und kennt seinen Patienten tendenziell umfassender in dessen Biographie und sozialem Kontext. Zudem wird die Rolle des Hausarztes in Deutschland zunehmend als die eines Koordinierenden sämtlicher diagnostischer und Behandlungsschritte verstanden („Gatekeeping-Funktion“) [124].

Hausärzte praktizieren patientenzentrierte Kommunikation jedoch nur unzureichend. Untersuchungen von Roter, Bensing et al. zu Kommunikationsmustern in hausärztlichen Sprechstunden ergaben, dass (bio)psychosoziale Gesprächsmuster in lediglich einem Drittel aller Arzt-Patientengespräche angewandt wurden [14, 121]. Ein möglicher Grund hierfür liegt darin, dass Hausärzte im gegenwärtigen Vergütungssystem relativ geringe Pauschalen für Arzt-Patienten-Gespräche erhalten – sicherlich steht die Vergütung in keinem Verhältnis zur Wichtigkeit der Beziehungsqualität und der Versorgung, die Ärzte für ihre Patienten aufbringen. Die unzureichende Vergütung veranlasst Hausärzte üblicherweise dazu, ihre Patientenvolumina zu erhöhen und die Zeit pro Patient zu reduzieren – wodurch die Begegnung mit dem Patienten in ihrer Qualität abnimmt. Ärzte, die in Eile und Stress sind, ordnen Diagnostik, Überweisungen oder Rezepte an in dem Bemühen an, den Patienten zufrieden zu stellen und die Illusion einer hochwertigen medizinischen Versorgung zu vermitteln.

Zusammenfassend ist festzustellen: patientenzentrierte Medizin gilt als Qualitätsmerkmal der Primärversorgung des 21. Jahrhunderts [67]. Sie ist eine Methode, die auf effektiver Kommunikation, Empathie und einer guten Beziehung zwischen Arzt und Patient fußt und wichtige Outcomes auf Patientenseite verbessert und die Patientenzufriedenheit steigert. Ärzte können ihren Patienten dabei helfen, eine höhere Therapietreue zu erreichen und sich aktiv in ihre medizinische Versorgung einzubringen. Es können also gleichzeitig die Qualität von Patientenversorgung verbessert sowie die Utilisierung im Gesundheitswesen und damit Kosten reduziert werden. Dies ist ein humanistischer Ansatz in der Medizin, der mit „low-tech“ Mitteln arbeitet und sich optional, wenn nötig, der „high-tech“ Medizin bedient – jedoch nicht als Ersatz für die fundamentale Bindung zwischen Patient und Arzt. In vielerlei Hinsicht könnte sich patientenzentrierte Medizin also heilsam auf das Gesundheitswesen auswirken.

## 1.2. Psychische Komorbidität in der Hausarztpraxis

Psychische Gesundheit ist eine Voraussetzung für gute Lebensqualität und Leistungsfähigkeit. Psychische Erkrankungen sind für die betroffenen Patienten daher häufig mit einem substanziellen Verlust an Lebensqualität verbunden [61] und gehen mit vorübergehenden oder dauerhaften Beeinträchtigungen der Teilhabe an wichtigen Lebensbereichen einher.

Die Prävalenz für psychische Erkrankungen ist in der Primärversorgung mit durchschnittlich 25% hoch (Lebenszeitprävalenz bis zu 50%); dies konnte in einer Vielzahl sowohl deutscher als auch internationaler Studien gezeigt werden [10, 54, 69, 101, 146]. In Deutschland rangieren psychische Erkrankungen auf Ebene der Diagnosen kurz nach Beschwerden am muskuloskeletalen, kardiovaskulären und respiratorischen System [47]. Im zweiten Berichtband des Projektes CONTENT fielen 7,7% aller Episoden (synonym: „Behandlungsfall“ oder „Behandlungsepisode“) in die ICPC-2-Kategorie „Psychologisch“ [88]. Die WHO geht davon aus, dass die Depression bis zum Jahr 2020 global die zweithäufigste Erkrankung nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen sein wird [98].

Wegen der großen Bedeutung für das Gesundheitswesen wird die Versorgungssituation psychischer Erkrankungen in Deutschland zunehmend auch im Public Health Bereich beforscht. Das Robert-Koch-Institut bezieht seit dem 1998 durchgeführten Bundesgesundheitsurvey [73] vertiefende Modulstudien zur psychischen Gesundheit in sein Gesundheitsmonitoring mit ein. Aufbauend auf das Bundesgesundheitsurvey wurde zwischen den Jahren 2008 und 2011 eine weitere bundesweite Erhebung, die „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) durchgeführt [50]. Sie liefert neben Beobachtungen zu Adipositas, Diabetes, körperlicher Aktivität und Altersgesundheit auch erste aktuelle Ergebnisse zur psychischen Gesundheit (DEGS-MHS), welche die Vorgängerstudien bestätigen: fast jeder vierte männliche und jede dritte weibliche Erwachsene hat im Erhebungsjahr mindestens zeitweilig unter voll ausgeprägten psychischen Störungen gelitten; am häufigsten waren dabei Angst- und Depressive Störungen, gefolgt von Substanz- und somatoformen Störungen. Typisch waren eine ausgeprägte Komorbidität, eine hohe Anzahl an Ausfallstagen und eine niedrige Behandlungsrate [50].

Es gibt Hinweise, dass die Prävalenz psychischer Erkrankungen in der deutschen Bevölkerung ansteigt: Analysen der deutschen Krankenkassen zeigen einen deutlichen Anstieg psychischer Störungen in den letzten drei Jahrzehnten mit steigenden Ausfallsraten und vermehrten Einweisungen zur stationären Therapie [6, 23, 81]. In den Reha-Berichten des Deutschen Rentenversicherungsbundes nehmen psychische Erkrankungen als Hauptgründe für Frühberentungen

und Rehabilitationsanträge mittlerweile eine zentrale Stellung ein [113]. Dies liegt zum Teil mitunter daran, dass sie heutzutage besser erkannt werden als früher und deshalb auch häufiger in gesundheitsbezogenen Statistiken vorkommen. Es ist jedoch nicht zu leugnen, dass psychische Belastungen und Anforderungen an die psychische Leistungsfähigkeit angestiegen sind, eine ständige Arbeitsverdichtung stattfindet und immer mehr Menschen durch wichtige Stressoren wie die Sorge um den Arbeitsplatz oder Arbeitslosigkeit belastet sind. Psychische Störungen sind also eine gesamtgesellschaftliche Herausforderung – Depression gilt in Deutschland mittlerweile als „Volkskrankheit“ [74].

Hausärzte sind wie bei allen anderen Gesundheitsproblemen auch die primären ärztlichen Ansprechpartner für psychisch erkrankte Patienten [48]. Jedoch stellt sich nur ein Viertel aller betroffenen Patienten bei einem Arzt vor [145]. Die Ursachen hierfür liegen sowohl in mangelndem Bewusstsein und Wissen über psychische Erkrankungen und deren Symptome, als auch in der empfundenen Scham und sozialen Stigmatisierung beispielsweise im Falle einer Depression [34]. Nur etwa 5% nennen beispielsweise eine Depression als Beratungsanlass, dahingegen geben etwa 60% der depressiven Patienten körperliche Beschwerden an [10]. Auch auf Seite der Ärzte besteht häufig ein Mangel an Wahrnehmungsschärfe: eine Reihe von Autoren stellten fest, dass psychische Erkrankungen, insbesondere Depressionen, im primärärztlichen Bereich deutlich unterdiagnostiziert sind [10, 108].

Viele Menschen mit psychischen Störungen erhalten infolgedessen keine oder keine adäquate Therapie. Nicht behandelte psychische Erkrankungen verursachen Leiden für den Patienten, beeinträchtigen die Funktion in der Familie, im sozialen Umfeld sowie im Beruf und bergen ein hohes Chronifizierungsrisiko. Angesichts des schlechten gesundheitlichen Outcomes [49], des gesundheitsökonomischen und volkswirtschaftlichen Schadens [69, 71, 72] und der guten Behandlungsmöglichkeiten in frühen Stadien der Erkrankung [107, 126] ist eine unzureichende Detektionsrate von psychischen Erkrankungen in der Hausarztversorgung als äußerst kritisch einzustufen. In systematischen Literaturübersichten wie denen von Bijl et al. und Pignone et al. konnte gezeigt werden, dass Bemühungen um eine höhere Erkennung von Depressionen und entsprechend adäquater Behandlung und Nachfolgeuntersuchungen die Patientenoutcomes verbessern [18, 112]. Daher appellieren die WHO und die World Organization of Family Doctors (Wonca) in ihrem im Jahr 2008 gemeinsam herausgegebenen Report an eine verbesserte Integration von Behandlung psychischer Erkrankungen in die Primärversorgung [141].

### 1.3. Beratungsanlässe in der Hausarztpraxis

Hausärzte behandeln in ihrem unausgelesenen Patientenkollektiv ein breites Spektrum an Beratungsanlässen bzw. Erkrankungen [88]. Die spezifische Mischung höchst unterschiedlicher Gesundheitsprobleme unter den Beratungsanlässen ist laut Definition der DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin [31]) der tägliche Arbeitsbereich des Allgemeinmediziners und macht ihn somit zum Generalisten. Ein Beratungsanlass ist nicht identisch mit einer klinischen Diagnose – sondern umfasst jegliche Gründe, welche einen Patienten zum Hausarzt führen. Dies kann neben Symptomen oder bereits bekannten Erkrankungen beispielsweise auch eine Nachfrage von diagnostischen Prozeduren (Gesundheitscheck, Blutentnahme) und medizinischen Informationen sein. Die allgemeinmedizinische Versorgung ist eher durch Beratungsanlässe als durch Diagnosen bestimmt, nicht zuletzt deshalb, weil Hausärzte ihre Patienten meist in früheren, von unspezifischeren Symptomen geprägten Stadien sehen als Spezialisten. Das Stellen einer spezifischen Diagnose ist dadurch häufig weder möglich noch sinnvoll [79, 102].

Für eine versorgungsnaher Abbildung von Beratungsanlässen und zur zweckmäßigeren Forschung im Primärversorgungsbereich wurde 1987 von der World Organisation of Family Doctors (WONCA) auf empirischer Grundlage ein eigenes epidemiologisches Tool zur Klassifikation des Arzt-Patienten-Kontaktes entwickelt: die *International Classification for Primary Care* (ICPC-1 [16]). Im Rahmen des vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Projektes CONTENT (**C**ontinuous morbidity registration **e**pidemiologic **n**etwork) wurde an der Universität Heidelberg die deutsche Version der ICPC-2 überarbeitet [140]). Diese Klassifikation vereint drei Elemente der medizinischen Dokumentation: Beratungsanlass, Diagnose/Problem und Behandlungsprozess. Im Rahmen einer Sprechstunde können vom Patienten auch mehrere verschiedene Beratungsanlässe geboten werden. Mit der ICPC-2 steht Hausärzten in verschiedenen Ländern, in über 22 Sprachen übersetzt, seit über 20 Jahren ein Instrument zur Verfügung, welches praxisinterne Beobachtungen und epidemiologische Erhebungen mit geringem Aufwand ermöglicht. In Deutschland kommt dies jedoch bisher nur im Rahmen von Forschungsprojekten zur Anwendung.

Im Kontext einer patientenzentrierten Medizin bedeutet es eine Herausforderung für den Hausarzt, alle verschiedenen Beratungsanlässe während einer Sprechstunde im Sinne einer biopsychosozialen Anamnese zu erfassen.

## 1.4. Konkordanz und Diskordanz in der Arzt-Patienten-Begegnung

Konkordanz (lat. „concordare“: übereinstimmen) bezeichnet in dieser Arbeit die Übereinstimmung bzw. Einigkeit zwischen Arzt und Patient in Bezug auf ein Merkmal der Arzt-Patienten-Begegnung. Entsprechend bezeichnet Diskordanz in dieser Arbeit ein Nichtzustandekommen dieser Art von Übereinstimmung.

Merkmale, die hinsichtlich Konkordanz bzw. Diskordanz untersucht werden können und bereits untersucht wurden, sind unter anderem das Hauptanliegen / der Beratungsanlass des Patienten [20, 52, 130], Erwartungen des Patienten im Vergleich zu deren Erfüllung [12], sowie das Bedürfnis des Patienten, aktiv an medizinischen Prozessen teilzuhaben (Partizipationspräferenz) im Vergleich zur Einschätzung der Präferenz durch den Arzt [77]. Obwohl sich Wissenschaftler bislang zu Definition und Konzept von Konkordanz uneins sind, stimmen sie doch in den positiven Effekten von Konkordanz bzw. den negativen Effekten von Diskordanz in der Arzt-Patienten-Beziehung überein. Folgende Studien bzw. Reviews zu den o.g. Merkmalen, welche auch für diese Arbeit relevant sind, seien exemplarisch herausgestellt:

- In 20-50% sind sich Arzt und Patient uneins über den Beratungsanlass einer Sprechstunde [20, 52, 130], was Staiger et al. zufolge schlechtere Patientenoutcomes nach sich zieht, da Missverständnisse zu Fehldiagnosen und überflüssiger bzw. falscher Diagnostik und Therapie führen können.
- Unerfüllte Erwartungen des Patienten in der Sprechstunde (z.B. an die Ausführlichkeit der Anamnese) führen laut Bell et al. [12] zu niedrigerer Patientenzufriedenheit, geringerer Symptomverbesserung, schlechterer Therapietreue und höherer Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Diese Konsultationen werden zudem von den Ärzten als fordernder wahrgenommen und wirken sich negativ auf die Arztzufriedenheit aus.
- In dem großen Review von Kiesler und Auerbach [77] bildete sich ab, dass eine Fehleinschätzung des Arztes von der Partizipationspräferenz des Patienten negative Folgen für Patientenzufriedenheit und emotionales Wohlbefinden haben und in geringerem Therapieerfolg resultieren kann.

Wesentlich für das Verständnis von Konkordanz in Bezug auf das Konzept der Patientenzentriertheit ist, dass eine patientenzentrierte Haltung für den Arzt nicht bedeutet, die Kontrolle völlig an den Patienten abzugeben [86] – sondern vielmehr, eine gemeinsame Basis zu schaffen, den Patienten ganzheitlich zu verstehen und umfassender auf dessen individuelle Bedürfnisse einzugehen [46]. Hinsichtlich der partizipativen Entscheidungsfindung („Shared Decision Making“)

im Speziellen ist dies deshalb relevant, weil Patienten eine variable Einstellung gegenüber Informiertheit und Partizipation haben, die neben soziodemographischen Faktoren auch abhängig von der Art und Schwere ihrer Erkrankung ist [123, 125]. Dies hat folgende praktische Konsequenz: eine „Einheitslösung“ für Einbeziehung in den Behandlungsprozess gibt es nicht und wäre auch nicht sinnvoll [131]. Der Arzt muss das Informations- und Partizipationsbedürfnis des Patienten mithilfe effektiver Kommunikation identifizieren und sein Kommunikationsmuster flexibel daran anpassen können – also proaktiv Konkordanz initiieren [77, 110] – um gute Patientenoutcomes zu erzielen. Entsprechende Untersuchungen zeigen jedoch, dass Ärzte die Präferenzen ihrer Patienten im Allgemeinen nicht gut einschätzen [115, 139]. Doch auch der Beitrag des Patienten zum Gelingen einer Arzt-Patienten-Interaktion wird beleuchtet: Street und Haidet stellten fest, dass Ärzte ein wesentlich besseres Verständnis ihrer Patienten erlangen konnten, wenn diese sich selbst aktiver in die Sprechstunde einbrachten [139]. Keating et al. spekulieren, dass Patienten oftmals unfähig oder nicht dazu bereit sind, ihre Bedürfnisse auszudrücken, und dass außerdem Zeitmangel in der Sprechstunde den Aufbau eines adäquaten Rappports behindern, den der Arzt bräuchte, um die Präferenzen des Patienten korrekt zu ermitteln [75].

Auch die psychische Gesundheit von Patienten scheint in das Gelingen einer Arzt-Patienten-Beziehung hineinzuspielen: bemerkenswerterweise ist oft ein Mangel an Konkordanz zu beobachten, wenn Patienten eine psychische oder psychosomatische Diagnose aufweisen [61, 62, 68]. Man könnte sogar die Hypothese aufstellen, dass eine solche Diskordanz zur Fixierung auf die psychosomatische Erkrankung beiträgt. So ist es ein gut bekanntes Phänomen, dass sich Patienten mit somatoformen Syndromen mit einer Vielzahl an Symptomen vorstellen, und dementsprechend wiederholt diagnostische Abklärungen fordern, um somatische Erkrankungen auszuschließen – obwohl der Arzt primär einen psychosozialen Hintergrund für die Beschwerden sieht [61]. Wie zuvor erwähnt, wird beobachtet, dass psychosomatische Störungen wie Depression, Angststörungen und somatoforme Syndrome in der Hausarztpraxis unterdiagnostiziert werden [10, 108]. Dies muss jedoch kritisch betrachtet werden: unselektierte Patienten stellen sich mit bis zu 5 Beschwerden (zum Teil auch mehr) in der Praxis vor [125], was es unwahrscheinlich macht, alle Diagnosen innerhalb des ersten Kontakts zu stellen. Außerdem kommen Patienten oft mit Symptomen der ersten Phasen ihrer Erkrankungen. Daher kann während der ersten Begegnung oft keine spezifische Diagnose erhoben werden [79] beziehungsweise oft keine Konkordanz bezüglich des Beratungsanlasses erreicht werden. Dies trifft besonders dann zu, wenn körperliche Symptome mit Depression, Angst- und Somatoformen Störungen in Verbindung stehen, unter anderem, weil die Abgrenzung zu Erkrankungen mit klarer struktureller Pathologie oft schwer fällt [61, 62].

Hinzu kommt auf der interaktionellen Ebene, dass sich die Beziehung zwischen Ärzten und ihren psychisch / psychosomatisch erkrankten Patienten häufig als schwierig gestaltet bzw. diese

Patienten von ihren Ärzten oft als „schwierig“ wahrgenommen werden [56, 62, 68]. In „schwierigen“ Arzt-Patienten-Begegnungen werden Patientenerwartungen oft nicht erfüllt und das Vertrauen in den Arzt und sowie die Patientenzufriedenheit sinken. Zudem verschlechtern sich gesundheitliche Outcomes und die Patienten nehmen häufiger Leistungen des Gesundheitswesens in Anspruch [56, 62].

Die Auseinandersetzung mit psychischer Komorbidität ist also komplex und muss auf verschiedenen Ebenen stattfinden. Das macht sie zu einer besonderen Herausforderung für den Hausarzt. Die Studienlage zeigt, dass es in der Routineversorgung oft schwierig ist, Konkordanz zu erreichen. Konkordanz zwischen Arzt und Patient hinsichtlich Vorstellungen zu Diagnose, Diagnostik, Therapie und anderen Erwartungen an die Begegnung stellt jedoch eine essentielle Voraussetzung für eine gelungene Arzt-Patienten-Interaktion dar, die „das Beste“ im Sinne des Patienten erzielen will – also im Sinne einer patientenzentrierten Versorgung.

## 1.5. Rationale für die vorliegende Studie

Eine gute Übereinkunft zwischen Arzt und Patient ist essentiell für den Behandlungserfolg und für die Zufriedenheit sowohl von Patienten als auch Ärzten. In diesem Zusammenhang kann es als ein Grundrecht jedes Patienten angesehen werden, in seinem Anliegen, das er in die Sprechstunde trägt, adäquat gehört und wahrgenommen zu werden. Im Sinne von effektiver Kommunikation gehört dazu, dass der Arzt eine gute Einschätzung von den Wünschen und Bedürfnissen des Patienten gewinnt, um ihn „da abholen zu können, wo er steht“ – also auf ihn eingehen, Konkordanz und (im besten Falle mit ihm zusammen) ein optimales individuelles Beratungsergebnis entwickeln zu können. Ein wichtiger Aspekt, der sich diesbezüglich auf Patientenseite untersuchen lässt, ist das Bedürfnis des Patienten, aktiv an medizinischen Prozessen teilzuhaben (Partizipationspräferenz) – ein Bedürfnis, auf das ein Arzt flexibel eingehen kann. Die Recherche zur Studienlage ergibt, dass Ärzte das Partizipationsbedürfnis ihrer Patienten nicht gut einschätzen. Auch hinsichtlich des Inhaltes einer Sprechstunde – dem Beratungsanlass – können Arzt und Patient übereinkommen oder verschiedener Ansicht sein. Dies kann einerseits an dem Wissens- und Verständnisunterschied zwischen medizinischem Laien und Experten liegen – Arzt und Patient können beispielsweise das Gleiche meinen, interpretieren und verbalisieren es aber unterschiedlich. Es kann aber auch sein, dass der Patient aus den unterschiedlichsten Gründen nicht in der Lage ist, sein Anliegen klar zur Sprache zu bringen. Hier spielt neben Rahmenbedingungen wie Zeitbegrenzung, Atmosphäre und Verhalten des Arztes auch die Ausdrucksfähigkeit des Patienten eine Rolle. Diese wiederum kann durch psychische / psychosomatische Erkrankungen verändert bzw. beeinträchtigt sein. Zusammen mit der Unschärfe klinischer Symptome führt dies häufig zu Interaktionen, die der Arzt als „schwierig“ empfindet. Möglicherweise sind es solche Interaktionen, in denen die unterschiedlichen Ansichten zur Natur der Erkrankung zu Diskordanz führen. Auf Seite des Gesundheitssystems verursacht dies hohen Aufwand und Kosten; auf Seite des Patienten, dessen psychische / psychosomatische Erkrankung nicht erkannt wurde, zu einem schlechteren gesundheitlichen Outcome.

Die Rationale für die vorliegende Studie ergibt sich also aus folgender Situation heraus: Hausärzte sehen ihre Patienten häufig und sind die vorrangigen Ansprechpartner für psychische Erkrankungen. Trotzdem sind psychische Erkrankungen in der Primärversorgung unterdiagnostiziert und führen zu „schwierigen“ Arzt-Patientenbegegnungen. Arzt-Patienten-Begegnungen, in denen Diskordanz zwischen Arzt und Patient besteht, haben schlechtere Outcomes. Es ist unklar, wie hoch der Anteil an Diskordanz in der Hausarztpraxis ist und welchen Einfluss dabei eine psychosomatische Komorbidität sowie multiple Beschwerden des Patienten haben.

## 1.6. Fragestellungen und Ziele der vorliegenden Arbeit

Vor diesem Hintergrund war es das Ziel der vorliegenden Arbeit, bei einer großen Stichprobe an Patienten in bayerischen Hausarztpraxen den Anteil an der Diskordanz auf Ebene der Beratungsanlässe und auf Kommunikationsebene zu erfassen. Dafür wurden Patientenangaben (mittels Fragebogen) und Arztangaben (aus deren Dokumentation) verglichen.

Auf Ebene der Beratungsanlässe wurde die Übereinstimmung zwischen den vom Patienten vor der Sprechstunde angegebenen Beratungsanlässen und den vom Arzt dokumentierten Diagnosen, beide nach ICPC-2 codiert, untersucht.

Auf Kommunikationsebene wurden das subjektive Partizipationsbedürfnis des Patienten mit dessen Einschätzung durch den Arzt verglichen.

In einem zweiten Schritt wurden Unterschiede zu Patienten ohne Diskordanz und daraus Prädiktoren für Diskordanz herausgearbeitet. Besonderes Augenmerk wurde dabei auf den Einfluss psychischer und psychosomatischer Erkrankungen, sowie der Diskordanz auf Kommunikationsebene gelegt.

Dabei sollten folgende Hypothesen geklärt werden:

- Diskordanz bezüglich der Beratungsanlässe tritt häufiger bei Patienten mit erhöhter psychischer Komorbidität auf.
- Diskordanz auf Kommunikationsebene tritt häufiger bei Patienten mit erhöhter psychischer Komorbidität auf.
- Diskordanz auf Ebene der Beratungsanlässe tritt bei Diskordanz auf Kommunikationsebene häufiger auf.

## **2. Material und Methoden**

### **2.1. Studiendesign**

Die Studie war angelegt als Querschnittserhebung im Zeitraum von April bis August 2010 mit 1101 Patienten aus 13 Hausarztpraxen mit insgesamt 14 Allgemeinärzten.

Alle Patienten erhielten im Wartezimmer durch die Doktorandinnen Elisabeth Hörlein (EH) und Eva Wartner (EW) eine Aufklärung zum Inhalt der Studie und wurden ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der Arzt keine Einsicht in den ausgefüllten Fragebogen haben würde (um sozial erwünschte Antworten zu vermeiden). Des Weiteren erfolgte eine kurze allgemeine Aufklärung zum Datenschutz. Die Patienten füllten die Fragebögen im Anschluss selbständig und direkt im Wartezimmer aus, bevor sie ihren Arzt sahen. Wenn Patienten aus unterschiedlichen Gründen nicht in der Lage waren, den Fragebogen im Wartezimmer auszufüllen, so wurde ihnen angeboten, den Bogen zu Hause auszufüllen und anschließend in der Praxis abzugeben oder einzusenden. Die Daten wurden kumulativ über den gesamten Tag hinweg, jedoch an unterschiedlichen Wochentagen, vor Ort in den Praxen erhoben. In der Arbeit der Doktorandin EH wurde der Zusammenhang zwischen psychischer Komorbidität und Utilisierung im Gesundheitswesen untersucht. In der vorliegenden Arbeit wird eine Untersuchung bezüglich Konkordanz und Diskordanz in der Arzt-Patienten-Interaktion vorgenommen.

Die Zustimmung der Ethikkommission des Klinikums rechts der Isar der TU München wurde vor Durchführung der Studie eingeholt.

### **2.2. Auswahl der hausärztlichen Praxen und deren Patienten**

Bei der Auswahl der Praxen wurde darauf geachtet, eine ausgewogene Mischung zwischen Praxen im städtischen und ländlichen Raum Oberbayerns herzustellen.

Um in den Praxen eine Patientenselektion zu vermeiden, wurden die Patienten konsekutiv erfasst. Wenn die Teilnahme an der Studie aus gesundheitlichen Gründen unzumutbar war oder eine Demenz vorlag, wurde auf die Erfassung verzichtet.

### **2.2.1. Einschlusskriterien Patienten**

Es galten folgende Einschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie:

- Alter: mindestens 18 Jahre
- Ausreichende Deutschkenntnisse, um den Fragebogen beantworten zu können
- Unterschriebene Einverständniserklärung vorliegend
- Arztkontakt oder ambulante Maßnahme am Stichprobentag und/oder Ausstellung eines Überweisungsscheins

### **2.2.2. Ausschlusskriterien Patienten**

Nicht zulässig für die Teilnahme an der Studie waren:

- Alter: jünger als 18 Jahre
- Mangelnde Deutschkenntnisse
- Ausschließliche Rezeptabholung

## **2.3. Datenerfassung Patienten**

### **2.3.1. Verwendeter Fragebogen**

Der von den Patienten auszufüllende achtseitige Fragebogen (siehe Anhang) enthielt folgende Abschnitte:

#### **2.3.1.1. Fragen zum Anlass des Arztbesuches**

Hierbei wurden die Patienten zunächst gebeten, in eigenen Worten diejenigen Beschwerden anzugeben, welche sie zu ihrem Hausarzt geführt hatten. Mehrfachnennungen waren möglich. Im zweiten Teil der Frage sollte die Angabe gemacht werden, ob die genannten Beschwerden den Patienten in den vergangenen 12 Monaten bereits einmal zum Arzt geführt hatten, und wenn ja, wie häufig.

#### **2.3.1.2. PHQ-D**

Der Gesundheitsfragebogen für Patienten PHQ-D ist die validierte deutsche Version des „Patient Health Questionnaire“ (PHQ). Der PHQ-D basiert auf den diagnostischen Kriterien des DSM-IV und dient als Instrument zum vereinfachten Screening, zur Diagnose, zur Schweregradbeurteilung sowie zur Verlaufsmessung von insgesamt acht psychischen Störungen. Diese

sind gleichzeitig die häufigsten psychischen Störungen von Erwachsenen in der Primärmedizin – mit maximal 83 Items und Skalen werden somatoforme Störungen, depressive Störungen, Angststörungen, Essstörungen und Alkoholabusus erfasst. Da der PHQ-D im Sinne eines Modulsystems aufgebaut ist, können die Module für die einzelnen Störungsbereiche flexibel entsprechend der jeweiligen Fragestellung zusammengestellt werden. Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurden die Module „Depressive Störungen“ (PHQ-9), „Angststörungen“ (Panikstörung und Andere Angstsyndrome) und „Somatoforme Syndrome“ (PHQ-15) verwendet. Aufgrund seiner sehr guten diagnostischen Eigenschaften, seiner Praktikabilität und internationalen Verfügbarkeit ist der PHQ zu einem der am häufigsten verwendeten diagnostischen Fragebögen für psychische Störungen weltweit geworden. Er kann sowohl in der klinischen Praxis als auch im Rahmen von Forschungsfragen eingesetzt werden [83, 100]. In der klinischen Praxis können mit Hilfe des Fragebogenergebnisses zusammen mit dem ärztlichen Gespräch auf Basis von Hilfstabellen für die Entsprechung in den diagnostischen Systemen ICD-10 und DSM-IV (siehe Anhang, Kapitel 9.5.) entsprechende Diagnosen gestellt werden. Die Kriteriumsvalidität des PHQ-D wurde 2004 von Gräfe et al. an 528 Patienten und unter Bezugnahme auf das „Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV (SKID-I) als Goldstandard ermittelt [51]. Die Sensitivität des Fragebogens für die Diagnose einer psychischen Störung beträgt bei nicht-psychosomatischem Patientenkollektiv 77%, die Spezifität 83%; was guten Klassifikationseigenschaften entspricht.

### ***Depression***

Die Depressivität wurde anhand von neun Items gemessen (PHQ-9), von denen jedes einzelne mit einem DSM-IV Diagnosekriterium für Major Depression A-Symptomen korrespondiert. Die Patienten wurden im PHQ-9 gefragt, wie oft sie sich im Verlauf der letzten zwei Wochen durch die acht Kernsymptome (Fragen a-h) für Depressivität beeinträchtigt gefühlt hatten und wie oft sie Gedanken hatten, dass sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten (Frage i). Die Antwortmöglichkeiten reichten aufsteigend von „Überhaupt nicht“, „An einzelnen Tagen“, „An mehr als der Hälfte der Tage“ bis zu „Beinahe jeden Tag“. Die Anzahl der depressiven Symptome errechnete sich aus der Summe der Fragen 1a-1h, die mit mindestens „An mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet wurde und wenn Frage 1i (Suizidalität) mit mindestens „An einzelnen Tagen“ beantwortet wurde. Das Vorliegen eines *Major Depressiven Syndroms* wurde erfüllt, wenn 5 oder mehr depressive Symptome vorlagen und Frage 1a oder 1b mit mindestens „An mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet wurde. In der ICD-10 und DSM-IV entspricht die PHQ-Diagnose „Major Depression“ der erstmaligen oder rezidivierenden depressiven Episode. *Andere Depressive Syndrome* (in ICD-10 und DSM-IV die nicht näher bezeichnete depressive Episode und Dysthymie, siehe auch Vergleichstabelle im Anhang) lagen vor, wenn 2, 3 oder 4 depressive Symptome vorhanden waren und Frage 1a oder 1b mit mindestens „An mehr als der

Hälfte der Tage“ beantwortet wurde. Die Validitätsstudie von Gräfe et al. ergab für die Diagnose einer Major Depression (Cutoff von  $\geq 11$ ) eine Sensitivität von 98% und Spezifität von 80%. [51].

### **Angststörungen**

Unter dem Modul „Angststörungen“ werden „Paniksyndrom“ und „Andere Angstsyndrome“ zusammengefasst. Das **Paniksyndrom** wurde über Fragen zu Häufigkeit und Ausprägung von Angstanfällen innerhalb der letzten 4 Wochen ermittelt. Nach Aufaddieren der Items reichte die Skala von 0 (Minimum) bis 15 (Maximum). Ein Paniksyndrom lag vor, wenn alle der Fragen 2a-2e „Ja“ markiert *und* vier oder mehr der Fragen 3a-3k mit „Ja“ beantwortet waren. Nicht gewertet wurden Fälle, in denen mindestens 4 Items nicht beantwortet waren. Die Klassifikationseigenschaften der Skala für Panikstörung sind mit einer Sensitivität von 91% und einer Spezifität von 88% sehr gut [51]. In der ICD-10 bzw. DSM-IV entspricht die PHQ-Diagnose „Paniksyndrom“ den „Panikstörungen“ mit oder ohne Agoraphobie.

**Andere Angstsyndrome** konnten über die Frage, wie oft sich die Patienten im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die genannten Beschwerden beeinträchtigt gefühlt hatten, erfasst werden. Die Antwortmöglichkeiten reichten von „Überhaupt nicht“ über „An einzelnen Tagen“ bis „An mehr als der Hälfte der Tage“. Wurden das Item „Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung oder übermäßige Besorgnis“ (Item 6a) sowie mindestens drei der anderen sechs Items mit „Mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet, so waren die Kriterien für „Andere Angstsyndrome“ erfüllt. Der PHQ-Diagnose „Andere Angstsyndrome“ sind die ICD-10- bzw. DSM-IV-Diagnosen „Generalisierte Angststörung“ und „Nicht näher bezeichnete Angststörung“ zugeordnet (s. Tabelle im Anhang 9.5.).

### **Somatoformes Syndrom**

Die Somatisierung wurde mittels des PHQ-15-Moduls erfasst. Es enthält 15 Fragen zu Symptomen oder Symptomclustern, die mehr als 90% der somatischen Beschwerden/Beratungsanlässen im ambulanten Setting ausmachen. 14 der 15 Fragen entsprechen außerdem den häufigsten somatischen Symptomen bei Somatisierungsstörungen nach DSM-IV. Die PHQ-Diagnose „Somatoformes Syndrom“ fasst die ICD-10- bzw. DSM-IV-Diagnosen „Somatisierungsstörung“, „undifferenzierte Somatisierungsstörung“ und „somatoforme autonome Funktionsstörungen“ zusammen. Für diese Arbeit wurde die kategoriale Auswertung gewählt. Gefragt wurde im somatoformen Modul nach dem Grad der Beeinträchtigung durch die aufgelisteten Beschwerden von „Nicht -“, „Wenig -“ bis „Stark beeinträchtigt“. Aus allen Fragen 4a-4m, die mindestens mit „stark beeinträchtigt“ beantwortet worden waren, wurde die Anzahl somatoformer Symptome ermittelt. Ein somatoformes Syndrom lag vor, wenn die Anzahl somatoformer Symptome mindestens 3 betrug.

### **2.3.1.3. Autonomie-Präferenz-Index (API)**

Der von Ende et al. 1989 entwickelte Autonomie-Präferenz-Index (API) misst einerseits das Informationsbedürfnis eines Patienten, andererseits das Verlangen, in einem medizinischen Entscheidungsprozess aktiv mitzuwirken [39]. Die Items des API liegen in Aussageform vor und werden vom Patienten jeweils auf einer fünfstufigen Likert-Skala von „sehr dafür“ (1) bis „sehr dagegen“ (5) mit einer neutralen Mitte (3) bewertet. Die erste Subskala enthält sechs Fragen zur allgemeinen Einstellung zu medizinischen Entscheidungen. Bei den Items a, b, c und e bedeutet 1, dass der Arzt die Entscheidung treffen soll; 5, dass der Patient die Entscheidung alleine treffen möchte. Bei den Items d und f verhält es sich umgekehrt. Die zweite Subskala besteht aus acht Items, die das Informationsbedürfnis als Patient betreffen. Hierbei bedeutet 1 höchstes Informationsbedürfnis und 5 geringstes Informationsbedürfnis; mit Ausnahme des Items e, wo es sich umgekehrt verhält.

Für die Skalen des API gibt es keine vorgegebenen Cut-off-Werte, entsprechend kann man keine Kategorien erstellen. Daher wurden für Informations- und Partizipationsbedürfnis Summenscores gebildet – dies erfolgte mittels des Algorithmus, der von der Arbeitsgemeinschaft zur Methodik vorgegeben ist [45]. Dabei wurden die Fragen 4 und 6 der Partizipationsskala sowie alle Fragen bis auf Frage 5 der Informationsskala umkodiert. Nach Abzug eines Korrekturfaktors (Partizipation: 6; Information: 8) wurden die entsprechenden Werte der Konstanten (Partizipation: 4,17; Information: 3,125) multipliziert. So ergaben sich für Partizipations- und Informationspräferenz jeweils normalisierte Skalen mit Werten von 0 bis 100. Je höher der Punktwert auf der Skala, desto ausgeprägter war der Wunsch nach Partizipation am medizinischen Entscheidungsprozess bzw. informiert zu werden. Sehr hohe Scores im Bereich der Partizipation lassen auf ein hohes Partizipationsbedürfnis im Sinne von „autonomen“ Partizipationsstil schließen, sehr niedrige hingegen auf einen eher „paternalistischen“ Partizipationsstil.

Die interne Konsistenz des API beträgt 0,82 für jede der beiden Subskalen. Die Test-Retest-Reliabilität liegt bei 0,84 für die Subskala zur Beteiligungspräferenz und 0,83 für die Subskala zur Informationspräferenz [127].

### **2.3.1.4. Soziodemographische Angaben**

Zuletzt wurden über Einfachauswahl Angaben zum Familienstand, zum höchsten erreichten Schulabschluss, zur Berufsausbildung, sowie zum Erwerbsstatus abgefragt.

### 2.3.2. Daten aus der Patientenakte

Zu jedem teilnehmenden Patienten erfassten die Doktorandinnen (EH, EW) aus der elektronischen Patientenakte die aktuelle(n) Diagnose(n), die Versicherungsart, sowie die Anzahl der Arztbesuche, Überweisungen und Arbeitsunfähigkeitstage innerhalb der vergangenen 12 Monate.

## 2.4. Datenerfassung Ärzte

### 2.4.1. Beratungsanlässe / Diagnosen aus der Arztdokumentation

Während oder nach einem Erhebungstag erfassten die beiden Doktorandinnen (EH, EW) aus der elektronischen Patientenakte die durch den Arzt gestellten aktuelle(n) Diagnose(n) des Patienten. Im Anschluss daran wurden die Ärzte jeweils gebeten, die Diagnosen des Stichprobentages zu überprüfen und gegebenenfalls zu vervollständigen.

### 2.4.2. Einschätzung der Partizipationspräferenz

Jeder Arzt wurde gebeten, zu jedem teilnehmenden Patienten eine Einschätzung zu dessen Partizipationspräferenz – paternalistisch, partnerschaftlich oder autonom – vorzunehmen. Diese Einschätzung sollte intuitiv geschehen. Die Hausärzte erhielten durch die Doktorandinnen (EH, EW) folgende Instruktionen:

Als „**paternalistisch**“ werden Patienten beschrieben, welche eine geringe Beteiligung an medizinischen Entscheidungsprozessen aufwiesen und welche im Arzt eine Art „väterliche“ bzw. „mütterliche“ Autoritätsfigur sahen, dessen Entscheidungen und Ratschläge sie kritiklos annahmen.

Als „**partnerschaftlich**“ gelten Patienten, welche sich aktiv im medizinischen Kontakt einbrachten, informiert und dazu bereit waren, zusammen mit dem Arzt auf einer Augenhöhe die für sie besten Entscheidungen zu erarbeiten.

Die Beschreibung „**autonom**“ partizipierender Patienten umfasste ebenfalls eine aktive und informierte Beteiligung in medizinischen Auseinandersetzungen, jedoch eine geringe Bereitschaft, gemeinsam mit dem Arzt eine Entscheidung zu finden.

## 2.5. Dateneingabe und Codierung

Im Zeitraum vom April bis Oktober 2010 nahmen die Doktorandinnen (EH, EW) die Eingabe aller Daten in SPSS 19 vor.

### 2.5.1. Codierung der Beratungsanlässe und Diagnosen

Sowohl die Beratungsanlässe aus Patientensicht als auch die durch den Arzt gestellten Diagnosen wurden nach der International Classification of Primary Care (ICPC-2) codiert, nachdem die Doktorandinnen in der Codierung nach ICPC angeleitet worden waren. Das in den 1980er Jahren entwickelte, problemorientierte Klassifizierungssystem ICPC-2 ist international als Ordnungsprinzip für die Hausarztmedizin anerkannt [142]. Es ermöglicht die Kodierung von Beratungsanlässen (Reason for Encounter), Beurteilungen (Diagnosen) und Anordnungen (Prozeduren). ICPC-2 besitzt einen biaxialen Aufbau, der sich aus 17 Kapiteln und 7 Rubriken zusammensetzt (siehe Anhang). Die 17 Kapitel werden durch Großbuchstaben (A-Z), eingeteilt nach Körperlokalisationen bzw. Organsystemen, angezeigt.

Die 7 Rubriken (Komponenten) sind

- Symptome und Beschwerden
- diagnostische und präventive Maßnahmen
- medikamentöse Behandlung, therapeutische Maßnahmen
- Untersuchungsergebnisse
- administrative Maßnahmen
- Überweisungen und sonstige Gründe für den Kontakt
- Diagnosen

Eine zweistellige Zahl für die Rubrik wird nach den Kapitel-Buchstaben gesetzt. So ergeben sich ICPC-Codes wie beispielsweise „K85“ für „erhöhten Blutdruck“.

Unklare Beratungsanlässe und Diagnosen wurden unter den Autoren diskutiert. Fehlte es an Informationen für eine klare Diagnose, so wurden die betreffenden Beratungsanlässe als „unklar“ codiert. Die Dauerdiagnosen wurden als somatische Diagnosen (z.B. Arterielle Hypertonie, Rückenschmerzen), als psychische/psychosomatische/psychiatrische Diagnosen (z.B. Depression) sowie als Kombination der beiden kategorisiert. Ein Abgleich zwischen den beiden codierenden Doktorandinnen (EH, EW) fand in Form einer Doppelteingabe von 100 Beratungsanlässen vor Beginn der eigentlichen Codierung statt.

## 2.5.2. Codierung der Übereinstimmung auf Ebene der Beratungsanlässe

Der Grad an Übereinstimmung zwischen den vom Patienten angegebenen Beratungsanlässen und den vom Arzt gestellten Diagnosen wurde durch zwei unabhängig voneinander arbeitende Mitarbeiterinnen des Instituts für Allgemeinmedizin (wissenschaftliche Mitarbeiterin: Dr. med. Isabelle Schumann (IS) und Doktorandin: Eva Wartner (EW)) eingeschätzt. Als Übereinstimmungsgrade wurden festgelegt:

- 1) **komplette Übereinstimmung**,
- 2) **korrekte Umbenennung**  
(wenn die Diagnose des Arztes mehrere vom Patienten genannte Beratungsanlässe umfasste, beispielsweise „Bauchschmerzen“, „Erbrechen“ und „Diarrhö“ zu „Gastroenteritis“),
- 3) **inkomplette Übereinstimmung**  
(wenn nur einer von mehreren angegebenen Beratungsanlässen vom Arzt als Diagnose dokumentiert wurde)
- 4) **keine Übereinstimmung**  
(im Sinne einer klaren Nichtübereinstimmung, wenn der Patient eine andere somatische Beschwerde angab als die vom Arzt dokumentierte somatische Diagnose)
- 5) der Patient gab eine **psychosomatische/psychische Beschwerde** an, der Arzt jedoch dokumentierte eine **somatische Diagnose**,
- 6) der Patient gab eine **somatische Beschwerde** an, der Arzt registrierte eine **psychosomatische/psychische Diagnose**,
- 7) **unklar**.

Unterschiede in der Codierung zwischen IS und EW wurden durch Diskussion mit dem Leiter der Studie, Prof. Dr. med. Antonius Schneider als dritten unabhängigen Wissenschaftler aufgelöst.

Zur Vereinfachung der weiteren Analysen wurde aus den sieben Übereinstimmungskategorien eine dichotomisierte Variable erstellt – „Übereinstimmung perfekt“ (Kategorien 1, 2) und „Übereinstimmung mangelhaft“ (Kategorien 3, 4, 5). Bei der Durchsicht der einzelnen Fälle von „inkompletter Übereinstimmung“ (Kategorie 4) fiel auf, dass wichtige Beratungsanlässe vom Arzt übersehen bzw. nicht dokumentiert wurden – daher wurden diese Fälle nicht zur Konkordanzgruppe gezählt. Kategorie 6 wurde zur Vermeidung einer zirkulären Logik von den Berechnungen zur Diskordanz auf Ebene der Beratungsanlässe ausgeschlossen (genauere Erläuterung s. Kapitel 2.6. Statistische Methoden). Kategorie 7 wurde auf Grund fehlender Aussagekraft ebenfalls aus den Regressionsanalysen zur Diskordanz ausgeschlossen.

### 2.5.3. Codierung der Übereinstimmung auf Kommunikationsebene

Auf der Ebene der Kommunikation ließ sich untersuchen, wie gut die Einschätzung des Arztes vom Partizipationsbedürfnis seines Patienten mit dessen Selbsteinschätzung im Fragebogen (API) übereinstimmte. Im Sinne eines explorativen Ansatzes wurden unterschiedliche Cutoff-Werte – bei 20, 30 und 40 Punkten – gewählt, um zwischen niedriger und höherer Partizipationspräferenz zu unterscheiden.

Eine Diskordanz auf Kommunikationsebene lag unter dieser Annahme demnach vor, wenn:

- a) der Arzt den Patienten als **autonom** (1) einschätzte,  
der Patient im API aber einen Score von **< 40 bzw. 30 bzw. 20** erreichte.
- b) der Arzt den Patienten als **partnerschaftlich** (2) einschätzte,  
der Patient im API aber einen Score von **< 40 bzw. 30 bzw. 20** erreichte.
- c) der Arzt den Patienten als **paternalistisch** (3) einschätzte,  
der Patient im API aber einen Score von **> 20 bzw. 30 bzw. 40** erreichte.

Eine Übereinstimmung (Konkordanz) hingegen lag in den umgekehrten Verhältnissen vor.

Hier blieb die ursprüngliche Kategorisierung erhalten, da auch Kategorie 6 Aufschluss über eine potentielle Diskordanz in der Kommunikation gibt.

## 2.6. Statistische Methoden

Die Basisdaten der Stichprobenpopulation wurden deskriptiv beschrieben. Je nach Verteilung der Daten wurde ein t-Test oder  $\chi^2$ -Test durchgeführt.

Die Analysen hinsichtlich API wurden für das Informationsbedürfnis mittels Mann-Whitney U-Test bzw. Kruskal-Wallis-Test (für nichtnormalverteilte Werte) und für das Partizipationsbedürfnis (Normalverteilung) mittels t-Test/ANOVA durchgeführt.

Vor Diskussion der Fälle von Diskrepanz zwischen Patienten- und Arztangabe hinsichtlich des Beratungsanlasses wurde eine Messung der Interrater-Reliabilität zwischen den beiden Untersucherinnen (EW, IS) mittels Cohens Kappa durchgeführt [41].

Über den  $\chi^2$ -Test wurden Unterschiede im Ausmaß der Übereinstimmung in Abhängigkeit der Diagnose psychischer Erkrankungen untersucht.

Zusätzlich wurden multivariate binäre logistische Regressionsanalysen, adjustiert nach Alter, Geschlecht und Schulausbildung, durchgeführt. Die abhängige Variable war Konkordanz (Klassifikationen 1 und 2 zusammengefasst) versus Diskordanz (Klassifikationen 3 bis 5 zusammengefasst). Es mag selbsterklärend sein und der zirkulären Logik folgen, dass die PHQ Skalen in der Klassifikationsgruppe 6 (der Patient stellt sich mit einer somatischen Beschwerde vor, der Arzt dokumentiert eine psychosomatische oder mentale Störung) höher ausfallen. Zudem ist eine derartige Nichtübereinstimmung schlecht als Diskordanz – als Ausdruck einer nicht gelingenden Arzt-Patienten-Begegnung – operationalisierbar. Daher wurde die Klassifikationsgruppe 6 aus der Diskordanz-Gruppe ausgeschlossen. Unabhängige Variablen waren die psychosomatischen Diagnosen, die sich aus der Auswertung des PHQ ergaben. Die Regressionsmodelle wurden nach Alter, Geschlecht, Schulbildung und Praxiszugehörigkeit (zur Kontrolle von Zentrumsseffekten) adjustiert.

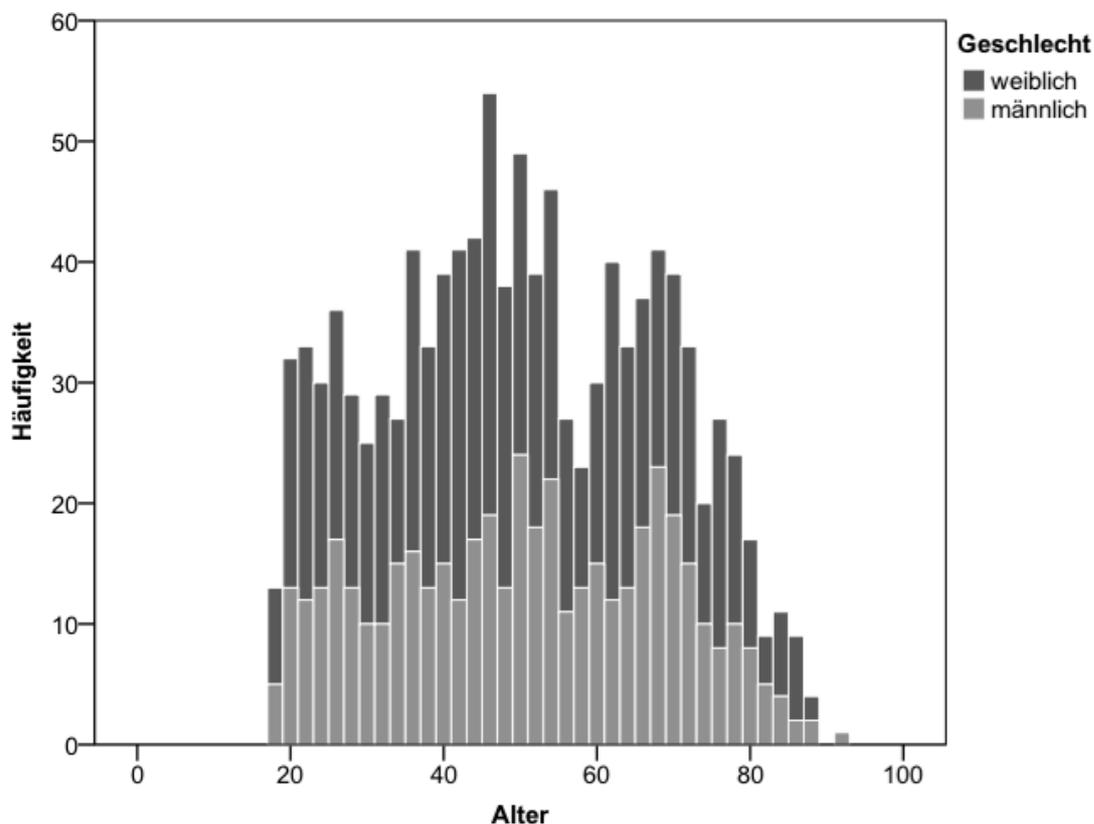
Mit der gleichen Methode wurde die Übereinstimmung auf Kommunikationsebene ausgewertet. Als abhängige Variable diente die korrekte Einschätzung der Hausärzte bezüglich der Partizipationspräferenz ihrer Patienten (Konkordanz versus Diskordanz).

### 3. Ergebnisse

#### 3.1. Stichprobenbeschreibung

##### 3.1.1. Soziodemographische Charakteristiken

Insgesamt füllten 1101 von 1349 angesprochenen Patienten den Fragebogen aus (81,6%). Eine Gesamtübersicht der soziodemographischen Patientencharakteristika der Stichprobe liefert Tabelle 1. Das Durchschnittsalter der Stichprobe betrug 49,5 Jahre (Standardabweichung 17,8), mit einer Spannweite von 18 bis 91 Jahren (siehe auch Abbildung 2). Dieser relativ hohe Gesamtmittelwert weist auf eine Häufigkeitsverteilung zugunsten des höheren Lebensalters hin. Der Altersmittelwert der Nonresponder lag mit 59,1 Jahren (Standardabweichung 16,7) signifikant darüber ( $p < 0,001$ ) und es gab keine signifikanten Geschlechtsdifferenzen zwischen Respondern (weiblich: 57,7%) und Nonrespondern (weiblich: 58,3%) ( $p = 0,885$ , Chi-Quadrat-Test). Der Altersmittelwert der Männer übertraf mit 50,1 Jahren den der Frauen knapp (MW = 49,1).



**Abbildung 2:** Histogramm der Altersverteilung der Stichprobe ( $n = 1101$ ), Mittelwert 49,5 (SD 17,9), gestapelt nach Geschlecht.

**Tabelle 1:** Soziodemographische Patientencharakteristika der Stichprobe

	<b>weiblich</b> n (%)	<b>männlich</b> n (%)	<b>gesamt</b> n (%)	<b>p-Wert</b>
	635 (57,7)	466 (42,3)	1101 (100,0)	
	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)	
<b>Alter</b> in Jahren <i>n</i> = 1101	49,1 (17,8)	50,1 (17,9)	49,5 (17,8)	0,342
<b>Familienstand</b> <i>n</i> = 1067				<b>&lt; 0,001</b>
verheiratet / in fester Partnerschaft lebend	402 (55,4)	324 (44,6)	726 (65,9)	
alleinstehend	155 (58,1)	112 (41,9)	267 (24,3)	
verwitwet	63 (85,1)	11 (14,9)	74 (6,7)	
<b>Schulbildung</b> <i>n</i> = 1058				<b>0,029</b>
< 10 Jahre (max. Mittlere Reife)	430 (60,4)	282 (39,6)	712 (67,3)	
≥ 10 Jahre (Fach-/Abitur)	187 (54,0)	159 (46,0)	346 (32,7)	
<b>Berufsausbildung</b> <i>n</i> = 1050				<b>&lt; 0,001</b>
keine Berufsausbildung	68 (73,1)	25 (26,9)	93 (8,6)	
Lehre / Berufsfachschule	379 (60,3)	250 (39,7)	629 (59,9)	
Fachhochschule / Hochschulstudium	126 (47,0)	142 (53,0)	268 (25,5)	
Sonstige	34 (56,7)	26 (43,3)	60 (5,7)	
<b>Erwerbstätigkeit</b> <i>n</i> = 1063				<b>&lt; 0,001</b>
berufstätig (TZ*, VZ*, k.n.A.)	346 (57,5)	256 (42,5)	602 (56,6)	
berufstätig (TZ*)	153 (86,0)	25 (14,0)	178 (16,7)	
berufstätig (VZ*)	183 (44,9)	225 (55,1)	408 (38,4)	
Hausfrau/-mann / nicht berufstätig	83 (93,3)	6 (6,7)	89 (8,4)	
in Rente/pensioniert	147 (51,8)	137 (48,2)	284 (26,7)	
arbeitslos gemeldet	15 (35,7)	27 (64,3)	42 (4,0)	
<b>Versicherungsart</b> <i>n</i> = 1101				<b>0,034</b>
gesetzlich versichert	593 (58,7)	418 (41,3)	1011 (91,8)	
privat versichert	42 (46,7)	48 (53,3)	90 (8,2)	

• TZ = Teilzeitarbeit, VZ = Vollzeitarbeit

Von den 1101 befragten Patienten machten Frauen mit 57,7% den höheren Anteil aus. Überwiegend sieht man, dass Frauen häufiger in Partnerschaften leben und eine höhere Schulbildung haben. Diese Ergebnisse waren signifikant. Dabei fällt auf, dass letztlich mehr Männer berufstätig sind, oft die höhere Berufsausbildung haben und darüber hinaus häufiger gesetzlich versichert sind. Diese Unterschiede waren signifikant.

### 3.1.2. Psychische Komorbidität

Die Prävalenz der PHQ-Diagnosen lag bei 26,1% (287 Patienten) für das Vorhandensein von mindestens einer psychischen Störung (mindestens eine der folgenden: Depression, Paniksyndrom, Andere Angstsyndrome und Somatoformes Syndrom). Im Einzelnen ergab die Auswertung des PHQ, dass 164 (14,9%) der Patienten an einer Depression, 51 (4,6%) an einem Paniksyndrom, 58 (5,4%) an anderen Angstsyndromen und 180 Patienten (16,5%) an einem somatoformen Syndrom litten (Tabelle 2).

**Tabelle 2:** Prävalenz psychischer Komorbidität (PHQ)

	n (%)
≥ 1 psychische Komorbidität	287 (26,1)
Depression	164 (14,9)
Major Depressives Syndrom	74 (6,7)
Andere depressive Syndrome	90 (8,2)
Andere Angstsyndrome	58 (5,3)
Paniksyndrom	51 (4,6)
Somatoformes Syndrom	180 (16,3)

Die Univariate Varianzanalyse, adjustiert nach Geschlecht und Schulbildung, ergab, dass Patienten mit Depression, insbesondere Major Depressivem Syndrom, signifikant jünger waren als Patienten ohne eine solche Diagnose (42,3 vs. 49,3 Jahre,  $p = 0,005$ , siehe Tabelle 3). Bei den anderen psychischen Erkrankungen waren keine signifikanten Altersunterschiede zwischen betroffenen und nicht betroffenen Patienten zu beobachten.

**Tabelle 3:** Altersmittelwerte bei psychischer Komorbidität (PHQ)

	vorhanden MW (SD)	nicht vorhanden MW (SD)	p-Wert
≥ 1 psychische Komorbidität	47,4 (17,2)	48,9 (17,7)	0,138
Depression	46,2 (16,6)	49,4 (17,7)	<b>0,013</b>
Major Depressives Syndrom	42,8 (15,1)	49,3 (17,7)	<b>0,002</b>
Andere Depressive Syndrome	49,1 (17,4)	48,9 (17,6)	0,743
Andere Angstsyndrome	46,1 (14,7)	49,5 (17,9)	0,208
Paniksyndrom	47,2 (15,1)	49,3 (17,7)	0,336
Somatoformes Syndrom	48,8 (17,8)	48,5 (17,5)	0,959

p-Werte bezogen auf Univariate Varianzanalyse nach Geschlecht und Schulbildung adjustiert

Tabelle 4 liefert einen Überblick über die jeweiligen PHQ-Diagnosen in Hinblick auf die Geschlechtsverteilung, die Schulbildung, die Erwerbstätigkeit, den Familienstand und die Versiche-

rungsart. Die Prozentwerte beziehen sich jeweils auf die für die Zusammenhangsanalyse gültigen Fälle. Frauen litten signifikant häufiger an mindestens einer psychischen Komorbidität als Männer (28,7% vs. 22,5%;  $p = 0,013$ ); im Speziellen an anderen Angstsyndromen (6,6% vs. 3,4%;  $p = 0,020$ ) und somatoformem Syndrom (20,3% vs. 14,1%;  $p = 0,011$ ). Tendenziell signifikant häufiger litten sie auch an einem Paniksyndrom (5,9% vs. 3,4%;  $p = 0,057$ ). Im Bereich der Depressionen waren keine Geschlechterunterschiede zu beobachten. Patienten mit niedriger (< 10 Jahre) Schulbildung wiesen fast doppelt so häufig Anzeichen für andere depressive Syndrome auf ( $p = 0,031$ ) im Vergleich zu Patienten mit Fachabitur oder Abitur. Im Bereich der anderen psychischen Störungen ergaben sich keine signifikanten Unterschiede zwischen niedriger und höherer Schulbildung. Allein stehende Patienten waren von allen psychischen Begleiterkrankungen (außer andere depressive Syndrome) häufiger betroffen, signifikant war dieser Zusammenhang für Angst- oder Paniksyndrom. Im Bereich der Erwerbstätigkeit (hier zusammengefasst in drei Gruppen: arbeitend – nicht arbeitend – arbeitslos) bestanden signifikante Zusammenhänge zum Vorliegen einer Depression: als arbeitslos gemeldete Patienten waren mehr als doppelt so häufig betroffen als arbeitende oder freiwillig nicht arbeitende Patienten. Auch andere Angstsyndrome lagen mit 14,3% signifikant häufiger bei arbeitslosen Patienten vor, also etwa drei Mal häufiger als bei arbeitenden oder freiwillig nicht arbeitenden Patienten. Hinsichtlich der Versicherungsart waren keine Zusammenhänge zu beobachten.

**Tabelle 4:** Psychische Komorbidität (laut PHQ)

	<b>≥ 1 PKM*</b> <i>n</i> = 187	<b>Depression</b> <i>n</i> = 164	<b>Major Depressives Syndrom</b> <i>n</i> = 74	<b>Andere Depressive Syndrome</b> <i>n</i> = 90	<b>Andere Angstsyndrome</b> <i>n</i> = 58	<b>Paniksyndrom</b> <i>n</i> = 51	<b>Somatoformes Syndrom</b> <i>n</i> = 180
	<i>n</i> (%) <i>Patienten gesamt</i>	<i>n</i> (%) <i>Patienten gesamt</i>	<i>n</i> (%) <i>Patienten gesamt</i>	<i>n</i> (%) <i>Patienten gesamt</i>	<i>n</i> (%) <i>Patienten gesamt</i>	<i>n</i> (%) <i>Patienten gesamt</i>	<i>n</i> (%) <i>Patienten gesamt</i>
<b>Geschlecht</b>							
weiblich	182 (28,7) <i>n</i> = 577	101 (16,9) <i>n</i> = 599	48 (8,0) <i>n</i> = 598	53 (8,8) <i>n</i> = 599	42 (6,6) <i>n</i> = 635	36 (5,9) <i>n</i> = 611	119 (20,3) <i>n</i> = 586
männlich	105 (22,5) <i>n</i> = 430	63 (14,2) <i>n</i> = 444	26 (5,9) <i>n</i> = 443	37 (8,3) <i>n</i> = 444	16 (3,4) <i>n</i> = 466	15 (3,4) <i>n</i> = 447	61 (14,1) <i>n</i> = 432
<b>p-Wert</b>	<b>0,013</b>	0,241	0,180	0,770	<b>0,020</b>	0,057	<b>0,011</b>
<b>Schulbildung</b>							
< 10 Jahre (kein Abitur)	197 (30,1) <i>n</i> = 654	114 (16,8) <i>n</i> = 679	50 (7,4) <i>n</i> = 678	64 (9,4) <i>n</i> = 679	37 (5,2) <i>n</i> = 712	37 (5,4) <i>n</i> = 689	127 (19,1) <i>n</i> = 665
≥ 10 Jahre (Fach-/Abitur)	79 (24,8) <i>n</i> = 319	41 (12,5) <i>n</i> = 329	23 (7,0) <i>n</i> = 329	18 (5,5) <i>n</i> = 329	20 (5,8) <i>n</i> = 346	13 (3,9) <i>n</i> = 332	48 (14,9) <i>n</i> = 322
<b>p-Wert</b>	0,082	0,074	0,826	<b>0,031</b>	0,693	0,313	0,106
<b>Familienstand</b>							
verheiratet / in fester Partnerschaft	191 (28,7) <i>n</i> = 665	108 (15,7) <i>n</i> = 690	45 (6,5) <i>n</i> = 688	63 (9,1) <i>n</i> = 690	31 (4,3) <i>n</i> = 726	26 (3,7) <i>n</i> = 700	117 (17,4) <i>n</i> = 674
allein stehend	73 (29,2) <i>n</i> = 250	42 (16,2) <i>n</i> = 259	24 (9,3) <i>n</i> = 259	18 (6,9) <i>n</i> = 259	22 (8,2) <i>n</i> = 267	20 (7,8) <i>n</i> = 258	48 (19,0) <i>n</i> = 252
verwitwet	16 (25,0) <i>n</i> = 64	9 (13,6) <i>n</i> = 66	4 (6,1) <i>n</i> = 66	5 (7,6) <i>n</i> = 66	4 (5,4) <i>n</i> = 74	5 (7,1) <i>n</i> = 70	12 (18,2) <i>n</i> = 66
<b>p-Wert</b>	<i>p</i> = 0,796	<i>p</i> = 0,876	<i>p</i> = 0,328	<i>p</i> = 0,541	<b><i>p</i> = 0,048</b>	<b><i>p</i> = 0,026</b>	<i>p</i> = 0,834

	<b>≥ 1 PKM*</b> <i>n = 187</i>	<b>Depression</b> <i>n = 164</i>	<b>Major Depressives Syndrom</b> <i>n = 74</i>	<b>Andere Depressive Syndrome</b> <i>n = 90</i>	<b>Andere Angstsyndrome</b> <i>n = 58</i>	<b>Paniksyndrom</b> <i>n = 51</i>	<b>Somatoformes Syndrom</b> <i>n = 180</i>
	<i>n (%)</i> <i>Patienten gesamt</i>	<i>n (%)</i> <i>Patienten gesamt</i>	<i>n (%)</i> <i>Patienten gesamt</i>	<i>n (%)</i> <i>Patienten gesamt</i>	<i>n (%)</i> <i>Patienten gesamt</i>	<i>n (%)</i> <i>Patienten gesamt</i>	<i>n (%)</i> <i>Patienten gesamt</i>
<b>Erwerbstätigkeit</b>							
arbeitend (VZ, TZ, k.n.A)	148 (26,0) <i>n = 570</i>	83 (14,2) <i>n = 584</i>	38 (6,5) <i>n = 584</i>	45 (7,7) <i>n = 584</i>	31 (5,1) <i>n = 602</i>	25 (4,3) <i>n = 584</i>	90 (15,6) <i>n = 576</i>
nicht arbeitend (Hausfrau/-mann, pensioniert, sonstiges)	113 (31,0) <i>n = 365</i>	63 (16,3) <i>n = 386</i>	26 (6,8) <i>n = 384</i>	37 (9,6) <i>n = 386</i>	19 (4,5) <i>n = 419</i>	21 (5,3) <i>n = 398</i>	77 (20,7) <i>n = 372</i>
arbeitslos	18 (43,9) <i>n = 41</i>	13 (31,0) <i>n = 42</i>	9 (21,4) <i>n = 42</i>	4 (9,5) <i>n = 42</i>	6 (14,3) <i>n = 42</i>	4 (9,5) <i>n = 42</i>	10 (24,4) <i>n = 41</i>
<b>p-Wert</b>	<b><i>p = 0,022</i></b>	<b><i>p = 0,015</i></b>	<b><i>p = 0,001</i></b>	<b><i>p = 0,572</i></b>	<b><i>p = 0,026</i></b>	<b><i>p = 0,281</i></b>	<b><i>p = 0,075</i></b>
<b>Versicherungsart</b>							
gesetzlich versichert	274 (29,0) <i>n = 945</i>	157 (16,0) <i>n = 979</i>	71 (7,3) <i>n = 978</i>	86 (8,8) <i>n = 979</i>	57 (5,6) <i>n = 1011</i>	51 (5,1) <i>n = 995</i>	173 (18,1) <i>n = 954</i>
privat versichert	13 (21,0) <i>n = 62</i>	7 (10,9) <i>n = 64</i>	3 (4,8) <i>n = 63</i>	4 (6,3) <i>n = 64</i>	1 (1,1) <i>n = 90</i>	0 (0,0) <i>n = 63</i>	7 (10,9) <i>n = 64</i>
<b>p-Wert</b>	<b><i>p = 0,175</i></b>	<b><i>p = 0,278</i></b>	<b><i>p = 0,455</i></b>	<b><i>p = 0,484</i></b>	<b><i>p = 0,065</i></b>	<b><i>p = 0,065</i></b>	<b><i>p = 0,144</i></b>

\* PKM = Psychische Komorbidität, \*\* SF Störung = Somatoforme Störung; p-Werte bezogen auf Chi-Quadrat-Test

## 3.2. Beratungsanlässe

### 3.2.1. Beratungsanlässe aus Sicht der Patienten

Die Patienten gaben über den Fragebogen insgesamt 1646 Beratungsanlässe an, die mediane Anzahl je Patient lag bei 1 Beratungsanlass (**Tabelle 5**). Am häufigsten angegeben wurden

- Prozeduren (C: 27,2% - z.B. „Blutentnahme“, „Vorsorgeuntersuchung“, „Besprechung von Laborergebnissen“),
- Beschwerden am Bewegungsapparat (L: 19,2%),
- Atemwegsbeschwerden (R: 10,6%),
- Allgemein/unspezifische Beschwerden und Beschwerden des kardiovaskulären Systems (A bzw. K: jeweils 8,1%) und
- Verdauungsbeschwerden (D, 7,8%).

Am seltensten wurden von den Patienten Beschwerden am Reproduktionstrakt (X/Y: 0,06%-0,5%) und soziale Probleme (Z: 0,06%) angegeben. Allgemeine/unspezifische Beratungsanlässe, Prozeduren, Beschwerden am Verdauungssystem und Bewegungsapparat und neurologische Beschwerden wurden von Patienten häufiger angegeben, als von den Ärzten codiert wurden. Psychologische Beratungsanlässe (P) machten lediglich einen Anteil von 3,3% aus.

### 3.2.2. Beratungsanlässe aus Sicht der Ärzte

Die Ärzte dokumentierten insgesamt 1425 Diagnosen, darunter am häufigsten

- Beschwerden am Bewegungsapparat (L, 18,6%),
- Prozeduren (C, 13,5%),
- Atemwegsbeschwerden (R, 12,1%),
- Beschwerden des kardiovaskulären Systems (K, 12,0%) und
- psychische Beschwerden (P, 10,7%).

Am wenigsten häufig waren Beratungsanlässe, die das Reproduktionssystem und Soziales betrafen. Ärzte codierten in den Kategorien Kardiovaskulär, Psychologisch, Haut, Endokrinologie und Gynäkologie wesentlich häufiger Diagnosen, als von den Patienten Beschwerden angegeben worden waren. Die mediane Anzahl pro Arzt lag ebenfalls bei 1 Diagnose. **Tabelle 5** gibt eine genauere Aufschlüsselung der von den Patienten angegebenen und von den Ärzten codierten Beratungsanlässe, nach ICPC-2-Kategorien codiert.

**Tabelle 5:** Beratungsanlässe aus Sicht der Patienten (n = 1101) und der Ärzte, nach ICPC-2 codiert

	<b>Patient</b>	<b>Arzt</b>
<b>Gesamtzahl der codierten Beratungsanlässe</b>	1646	1425
<b>mediane Anzahl (Bereich) pro Patient</b>	1 (1-5)	1 (1-3)
<b>codierte Kategorien</b>	<b>n (%)</b>	<b>n (%)</b>
A Allgemein und unspezifisch	133 (8,1)	84 (5,8)
B Blut, blutbildende Organe und Immunmechanismus	12 (0,7)	10 (0,7)
C Prozeduren	448 (27,2)	193 (13,5)
D Verdauungssystem	128 (7,8)	109 (7,6)
F Auge	11 (0,7)	12 (0,8)
H Ohr	25 (1,5)	13 (0,9)
K Kardiovaskulär	134 (8,1)	171 (12,0)
L Bewegungsapparat	316 (19,2)	265 (18,6)
N Neurologisch	79 (4,8)	61 (4,2)
P Psychologisch	54 (3,3)	153 (10,7)
R Atmungsorgane	175 (10,6)	173 (12,1)
S Haut	47 (2,9)	58 (4,1)
T Endokrin/Metabolisch, Ernährung	48 (2,9)	71 (5,0)
U Urologisch	20 (1,2)	23 (1,6)
W Schwangerschaft, Geburt, Familienplanung	5 (0,3)	5 (0,4)
X Weibliches Genitale	9 (0,5)	18 (1,3)
Y Männliches Genitale	1 (0,06)	3 (0,2)
Z Soziale Probleme	1 (0,06)	3 (0,2)

### 3.2.3. Soziodemographische Prädiktoren für Diskordanz auf Ebene der Beratungsanlässe

Die Auswertung der Übereinstimmung zwischen dem vom Patienten angegebenen Beratungsanlass und der durch den Arzt gestellten Diagnose ergab folgende Ergebnisse, welche in Tabelle 6 (aufgeschlüsselt in einzelne Übereinstimmungskategorien) und Tabelle 7 (dichotomisiert in Konkordanz und Diskordanz) dargestellt sind. Zunächst seien die Beobachtungen in Tabelle 6 beschrieben: in 62,8% der Fälle bestand eine komplette Übereinstimmung. 12,1% aller Beratungsanlässe wurden „korrekt umbenannt“, z.B. wenn der Patient „Nackenverspannung“ angab und der Arzt „Schleudertrauma“ dokumentierte. In 11,2% der Fälle trat die Situation auf, dass es zwar eine Übereinstimmung bezüglich eines Beratungsanlasses gab, jedoch weitere vom Patienten angegebene Beschwerden vom Arzt nicht dokumentiert wurden – z.B. wurden die Bluthochdruckmedikation besprochen, jedoch nicht die Knieschmerzen („inkomplette Übereinstimmung“). Absolut keine Übereinstimmung („komplette Nichtübereinstimmung“) zwischen den Beratungsanlässen und den Diagnosen gab es in 9,1%, wenn beispielsweise der Patient Knieschmerzen angab und der Arzt Bluthochdruck dokumentierte. Die Ärzte stellten in 2,5% der Fälle, in denen sich Patienten mit somatischen Beschwerden vorstellten (z.B. Bauchschmerzen), eine psychische Diagnose (z.B. Somatisierungsstörung). In einem einzigen Fall stellte der Arzt eine somatische Diagnose (Knieschmerzen), obwohl der Patient eine psychische Beschwerde (Depression) angab. In 2,2% der Fälle blieb eine Übereinstimmung auch nach Diskussion mit dem Studienleiter unklar.

Der Kappa-Wert für die überzufällige Übereinstimmung zwischen den beiden codierenden Untersucherinnen (IS, EW) lag vor der Diskussion mit dem dritten Untersucher (AS) bei 0,51, was einer moderaten Übereinstimmung (Interrater-Reliabilität) entspricht.

Zusammengefasst und dichotomisiert in

- **perfekte Übereinstimmung = Konkordanz** (Kategorien „komplette Übereinstimmung“ und „korrekte Umbenennung“) und in
- **mangelhafte Übereinstimmung = Diskordanz** („inkomplette Übereinstimmung“, „komplette Nichtübereinstimmung“ und „psychischer Beratungsanlass, somatische Diagnose“),

traten folgende Verhältnisse auf: In 811 (73,7%) der Sprechstunden bestand eine Konkordanz zwischen Arzt und Patient, in 220 (20,0%) kam es zur Diskordanz auf Beratungsanlass-Ebene.

In der Univariaten Varianzanalyse traten signifikante Altersunterschiede zwischen den einzelnen Übereinstimmungskategorien auf ( $p = 0,006$ ), die jedoch nach Dichotomisierung nicht mehr vorhanden waren ( $p = 0,068$ ). Es bestanden im Chi Quadrat Test keine signifikanten Geschlechter- und Schulbildungs-Unterschiede zwischen den einzelnen Übereinstimmungskategorien bzw. zwischen Konkordanz und Diskordanz (Tabelle 6 und Tabelle 7).

**Tabelle 6:** Häufigkeiten der Übereinstimmung (aufgeschlüsselt) auf Ebene der Beratungsanlässe

	Patienten gesamt <i>n</i> = 1082	Alter	Geschlecht			Schulbildung		
			n gesamt	weiblich	männlich	n gesamt	< 10 Jahre	≥ 10 Jahre
	n (%)	MW (SD)		n (%)	n (%)		n (%)	n (%)
Komplette Übereinstimmung	680 (62,8)	48,3 (17,7)	680	393 (57,8)	287 (42,2)	657	440 (67,0)	217 (33,0)
Korrekte Umbenennung	131 (12,1)	51,7 (18,5)	131	65 (49,6)	66 (50,4)	124	77 (62,1)	47 (37,9)
Inkomplette Übereinstimmung	121 (11,2)	53,3 (16,7)	121	78 (64,5)	43 (35,5)	118	82 (69,5)	36 (30,5)
Komplette Nichtübereinstimmung (somatischer BA, somatische Diagnose)	98 (9,1)	48,8 (17,7)	98	55 (56,1)	7 (25,9)	92	65 (70,7)	27 (29,3)
Somatischer BA, psychische Diagnose	27 (2,5)	46,9 (16,1)	27	20 (74,1)	1 (100,0)	27	18 (66,7)	9 (33,3)
Psychischer BA, somatische Diagnose	1 (0,1)	55,0 (-)	1	0 (0,0)	11 (45,8)	1	0 (0,0)	1 (100,0)
Unklar	24 (2,2)	58,8 (18,9)	24	13 (54,2)	8 (42,1)	23	18 (78,3)	5 (21,7)
		<b><i>p</i> = 0,006</b>		<b><i>p</i> = 0,112</b>			<b><i>p</i> = 0,471</b>	

p-Werte bezogen auf Univariate Varianzanalyse (Alter) bzw. Chi-Quadrat (Geschlecht, Schulbildung)

**Tabelle 7:** Häufigkeiten der Übereinstimmung (dichotomisiert) auf Ebene der Beratungsanlässe

	Patienten gesamt	Alter	Geschlecht			Schulbildung		
			n gesamt	weiblich	männlich	n gesamt	< 10 Jahre	≥ 10 Jahre
	n (%)	MW (SD)		n (%)	n (%)		n (%)	n (%)
Übereinstimmung perfekt (Konkordanz)	811 (78,7)	48,8 (17,9)	811	458 (56,5)	353 (43,5)	781	517 (66,2)	264 (33,8)
Übereinstimmung mangelhaft (Diskordanz)	220 (21,3)	51,3 (17,2)	220	133 (60,5)	87 (39,5)	211	147 (69,7)	64 (30,3)
		<b><i>p</i> = 0,068</b>		<b><i>p</i> = 0,290</b>			<b><i>p</i> = 0,342</b>	

p-Werte bezogen auf Univariate Varianzanalyse (Alter) bzw. Chi-Quadrat (Geschlecht, Schulbildung)

### 3.2.4. Psychische Komorbidität als Prädiktor für Diskordanz auf Ebene der Beratungsanlässe

Psychische Komorbidität trat signifikant häufiger auf, wenn „komplette Nichtübereinstimmung“ (35,2%) oder „inkomplette Übereinstimmung“ (40,7%) bezüglich des Beratungsanlasses vorlag (Tabelle 8). Der höchste Anteil psychischer Komorbidität bestand – der zirkulären Logik folgend - bei Patienten mit somatischen Beschwerden, die vom Arzt eine psychosomatische Diagnose gestellt bekamen (54,2%). Diese zum Teil hoch signifikanten Zusammenhänge finden sich analog in den einzelnen psychischen Erkrankungen wieder.

**Tabelle 8:** Übereinstimmung auf Ebene der Beratungsanlässe (aufgeschlüsselt) und PHQ-Diagnosen

	<b>≥ 1 psychische Komorbidität</b> n = 284 (26,2%)	<b>Depression</b> n = 161 (14,9%)	<b>Andere Angstsyndrome</b> n = 58 (5,4%)	<b>Paniksyndrom</b> n = 51 (4,7%)	<b>Somatoformes Syndrom</b> n = 178 (16,5%)
	n (%) <i>Patienten gesamt</i>	n (%) <i>Patienten gesamt</i>	n (%) <i>Patienten gesamt</i>	n (%) <i>Patienten gesamt</i>	n (%) <i>Patienten gesamt</i>
Komplette Übereinstimmung	155 (24,9) n = 623	83 (12,9) n = 645	29 (4,3) n = 680	29 (4,4) n = 656	90 (14,3) n = 630
Korrekte Umbenennung	30 (26,1) n = 115	16 (13,1) n = 122	7 (5,3) n = 131	5 (4,1) n = 123	20 (17,1) n = 117
Inkomplette Übereinstimmung	46 (40,7) n = 113	27 (23,5) n = 115	8 (6,6) n = 121	6 (5,1) n = 118	30 (26,3) n = 114
Komplette Nichtübereinstimmung (somatischer BA*, somatische Diagnose)	32 (35,2) n = 91	20 (21,7) n = 92	7 (7,1) n = 98	7 (7,5) n = 93	25 (27,5) n = 91
Somatischer BA*, psychische Diagnose	13 (54,2) n = 24	9 (34,6) n = 26	3 (11,1) n = 27	2 (8,0) n = 25	7 (28,0) n = 25
Psychischer BA*, somatische Diagnose	1 (100)	1 (100)	1 (100)	1 (100)	1 (100)
Unklar	7 (31,8) n = 22	5 (21,7) n = 23	3 (12,5) n = 24	1 (4,2) n = 24	5 (22,7) n = 22
	<b>p &lt; 0,001</b>	<b>p &lt; 0,001</b>	<b>p &lt; 0,001</b>	<b>p = 0,001</b>	<b>p = 0,001</b>

\* BA = Beratungsanlass; p-Werte bezogen auf Chi-Quadrat-Test

Die Ergebnisse der binär logistischen Regressionsanalyse (Tabelle 9) zeigt, dass bei Vorliegen von psychischer Komorbidität das Risiko für eine Diskordanz auf Ebene der Beratungsanlässe erhöht ist. Das Vorhandensein von Depression und somatoformem Syndrom konnte als hoch signifikant prädiktiv für eine Diskordanz bezüglich des Beratungsanlasses identifiziert werden. Beim Vorliegen einer dieser beiden PHQ-Diagnosen war die Wahrscheinlichkeit für eine Diskordanz auf Beratungsanlass-Ebene also mehr als verdoppelt. Ebenfalls signifikant wurde eine Diskordanz vom Vorhandensein „anderer Angstsyndrome“ prädiziert. Bezüglich des Paniksyndroms ergab sich kein signifikanter Zusammenhang. Ein hoch signifikanter Zusammenhang

bestand zudem zwischen der Anzahl der vom Patienten angegebenen Beratungsanlässe und dem Auftreten von Diskordanz auf Beratungsanlassenebene. Mit jedem zusätzlichen Beratungsanlass (maximal 5) stieg also das Risiko für eine Diskordanz um den Faktor 3,03.

**Tabelle 9:** Psychische Komorbidität und Anzahl der Beratungsanlässe als Prädiktoren für Diskordanz (Beratungsanlass)

	Diskordanz (Beratungsanlass)	
	OR (95% KI)	p-Wert
<b>≥ 1 psychische Komorbidität</b>	1,97 (1,40-2,77)	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Depression</b>	2,27 (1,51-3,40)	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Andere Angstsyndrome</b>	1,78 (1,03-3,10)	<b>0,041</b>
<b>Paniksyndrom</b>	1,51 (0,78-2,92)	<b>0,218</b>
<b>Somatoformes Syndrom</b>	2,20 (1,50-3,22)	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Anzahl der Beratungsanlässe</b>	3,03 (2,48-3,69)	<b>&lt; 0,001</b>

Odds Ration und p-Wert bezogen auf binär logistische Regressionsanalysen, nach Alter, Geschlecht und Schulbildung adjustiert und für Praxiszugehörigkeit (Zentrumseffekt) kontrolliert

Mit der Anzahl der vom Patienten genannten Beratungsanlässe stieg für sich betrachtet die Wahrscheinlichkeit, dass eine Depression, ein somatoformes Syndrom oder mindestens eine psychischen Komorbidität laut PHQ vorlagen. Zusammenhänge zu einer Angst- oder Panikstörung ließen sich nicht feststellen (Tabelle 10).

**Tabelle 10:** Anzahl der Beratungsanlässe als Prädiktor für Psychische Komorbidität

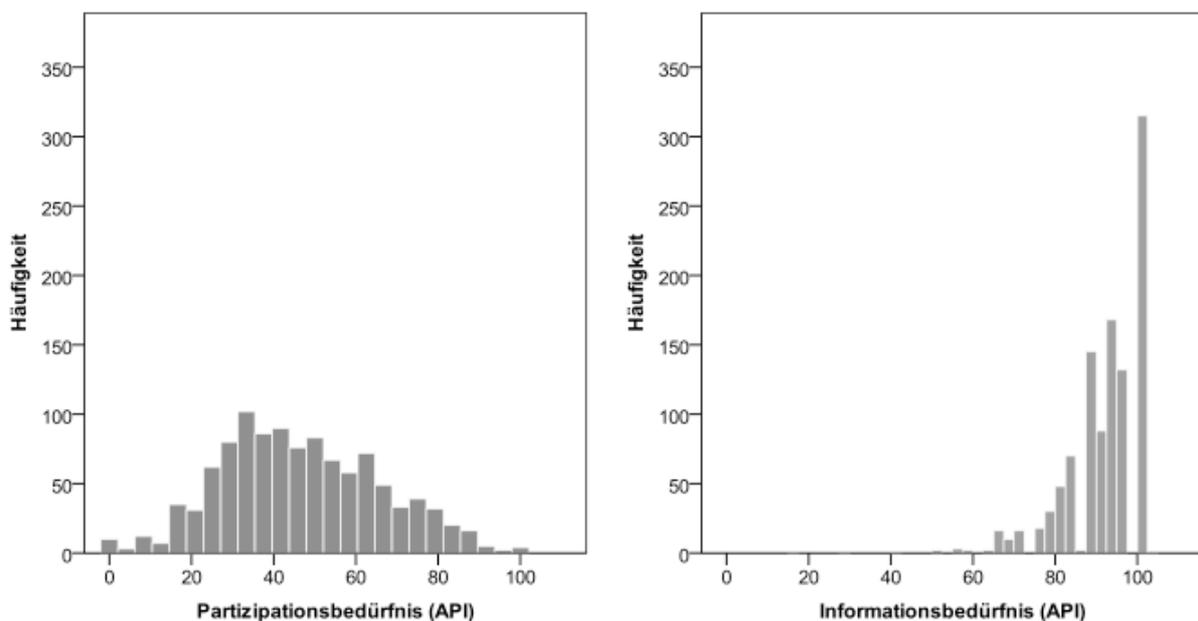
	Anzahl der Beratungsanlässe	
	OR (95% KI)	p-Wert
<b>≥ 1 psychische Komorbidität</b>	1,31 (1,11-1,54)	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Depression</b>	1,32 (1,09-1,61)	<b>0,005</b>
<b>Andere Angstsyndrome</b>	1,20 (0,92-1,56)	<b>0,183</b>
<b>Paniksyndrom</b>	1,15 (0,82-1,60)	<b>0,431</b>
<b>Somatoformes Syndrom</b>	1,45 (1,21-1,74)	<b>&lt; 0,001</b>

Odds Ration und p-Wert bezogen auf binär logistische Regressionsanalysen, nach Alter, Geschlecht und Schulbildung adjustiert und für Praxiszugehörigkeit (Zentrumseffekt) kontrolliert

### 3.3. Arzt-Patienten-Interaktion

#### 3.3.1. Partizipations- und Informationsbedürfnis (API)

Abbildung 3 stellt die jeweiligen Verteilungskurven für die Partizipations- und Informationsscores (API) gemäß der Selbsteinschätzung der Patienten dar. Da die Werte der Partizipationspräferenz eine Normalverteilung aufwiesen, wurde in den nachfolgenden Analysen der t-Test/ANOVA verwendet. Entsprechend wurde für die nicht normalverteilten Werte des Informationsbedürfnisses der Mann-Whitney-U Test bzw. Kruskal-Wallis-Test verwendet.



**Abbildung 3:** Verteilungskurven Informations- und Partizipationspräferenz (API), n = 1074/1071

Tabelle 11 gibt einen Überblick über die Mittelwerte der einzelnen Subkategorien. Im Bereich der **Partizipationspräferenz** ein Mittelwert von 46,6, der auf eine insgesamt moderate Partizipationspräferenz der Stichprobe hinweist. Weibliches Geschlecht, Alter von 35-44 Jahren und hohe Schulbildung hingen signifikant mit einer höheren Partizipationspräferenz zusammen (jeweils  $p < 0,001$ ). Hinsichtlich des **Informationsbedürfnisses** liegen die Mittelwerte in allen beobachteten Untergruppen zwischen 89,5 und 93,0 – über die Gesamtheit betrachtet bei 91,5 – insgesamt weist die Stichprobe also ein sehr hohes Informationsbedürfnis auf (siehe auch Abbildung 3). Frauen wiesen signifikant höhere Mittelwerte auf als Männer, Patienten der mittleren Altersgruppen (35-64 Jahre) signifikant höhere Werte als jüngere oder ältere Patienten. Das Informationsbedürfnis der Patienten unterschied sich nicht zwischen den verschiedenen hohen

Schulabschlüssen oder in Bezug auf den Familienstand. Keine signifikanten Unterschiede sowohl in der Informations- als auch Partizipationspräferenz gab es zwischen gesetzlich und privat versicherten Patienten.

**Tabelle 11:** Mittelwerts-Analyse von Partizipations- und Informationsbedürfnis (API Summenscore)

	<b>API Partizipation</b>	<b>API Information</b>
	MW (SD)	MW (SD)
<b>Gesamt</b> <i>n</i> = 1074	46,6 (19,4)	91,5 (9,4)
<b>Geschlecht</b> <i>n</i> = 1074		
weiblich	48,6 (19,3)	91,9 (9,2)
männlich	43,9 (19,0)	90,8 (9,5)
	<b><i>p</i> &lt; 0,001</b>	<b><i>p</i> = 0,027</b>
<b>Alter</b> <i>n</i> = 1074		
18-24	48,3 (16,1)	89,9 (9,1)
25-34	48,3 (17,9)	90,8 (9,0)
35-44	53,3 (19,6)	92,2 (8,2)
45-54	51,4 (19,5)	92,1 (10,2)
55-64	44,7 (19,4)	92,9 (9,6)
> 64	36,8 (17,1)	90,5 (9,5)
	<b><i>p</i> &lt; 0,001</b>	<b><i>p</i> = 0,002</b>
<b>Familienstand</b> <i>n</i> = 1054		
verheiratet oder in fester Partnerschaft	47,3 (19,6)	91,8 (8,9)
allein stehend	47,6 (19,0)	90,8 (9,3)
verwitwet	38,7 (15,6)	91,1 (11,6)
	<b><i>p</i> = 0,001</b>	<b><i>p</i> = 0,270</b>
<b>Schulbildung</b> <i>n</i> = 1045		
< 10 Jahre	43,9 (18,4)	91,6 (8,9)
≥ 10 Jahre (Abitur/Fachabitur)	52,9 (18,9)	91,5 (9,8)
	<b><i>p</i> &lt; 0,001</b>	<b><i>p</i> = 0,863</b>
<b>Versicherungsart</b> <i>n</i> = 1074		
gesetzlich	46,5 (19,5)	91,4 (9,5)
privat	48,1 (18,1)	92,5 (7,8)
	<b><i>p</i> = 0,453</b>	<b><i>p</i> = 0,338</b>

p-Werte bezogen auf t-Test/ANOVA (Partizipation); bezogen auf Mann-Whitney U-Test (bei 2 unabhängigen Stichproben) bzw. Kruskal-Wallis-Test (bei k unabhängigen) (Information);

### 3.3.2. Partizipations- und Informationsbedürfnis (API) und Einschätzung der Partizipationspräferenz durch den Arzt

1063 (96,5%) Fragebögen konnten hinsichtlich der **Partizipationspräferenz** ausgewertet werden. Der Vergleich zwischen der Einschätzung des Arztes zur Partizipationspräferenz eines Patienten und den Scores in der Selbstauskunft mittels API-Fragebogen ergab folgende Beobachtungen (Tabelle 12): Patienten, welche von ihren Ärzten als autonom oder partnerschaftlich eingestuft wurden, erzielten im API nahezu gleiche Mittelwerte (48,9 bzw. 48,2). Einen signifikant niedrigeren Mittelwert (38,1) hatten jedoch Patienten, welche durch den Arzt als „paternalistisch“ eingeschätzt wurden. Dieser Zusammenhang war hochsignifikant und blieb auch nach Adjustierung nach Alter, Geschlecht und Schulbildung erhalten.

1060 Fragebögen (96,3%) konnten bezüglich des **Informationsbedürfnisses** ausgewertet werden. Aus Tabelle 12 geht hervor, dass diejenigen Patienten, welche von ihrem Arzt als „paternalistisch“ eingeschätzt wurden, einen niedrigeren Informationsbedürfnis-Score-Mittelwert im API erzielten ( $p < 0,001$ ). Die Mittelwerte für autonom und partnerschaftlich eingeschätzte Patienten waren in etwa gleich hoch (91,8 bzw. 92,3).

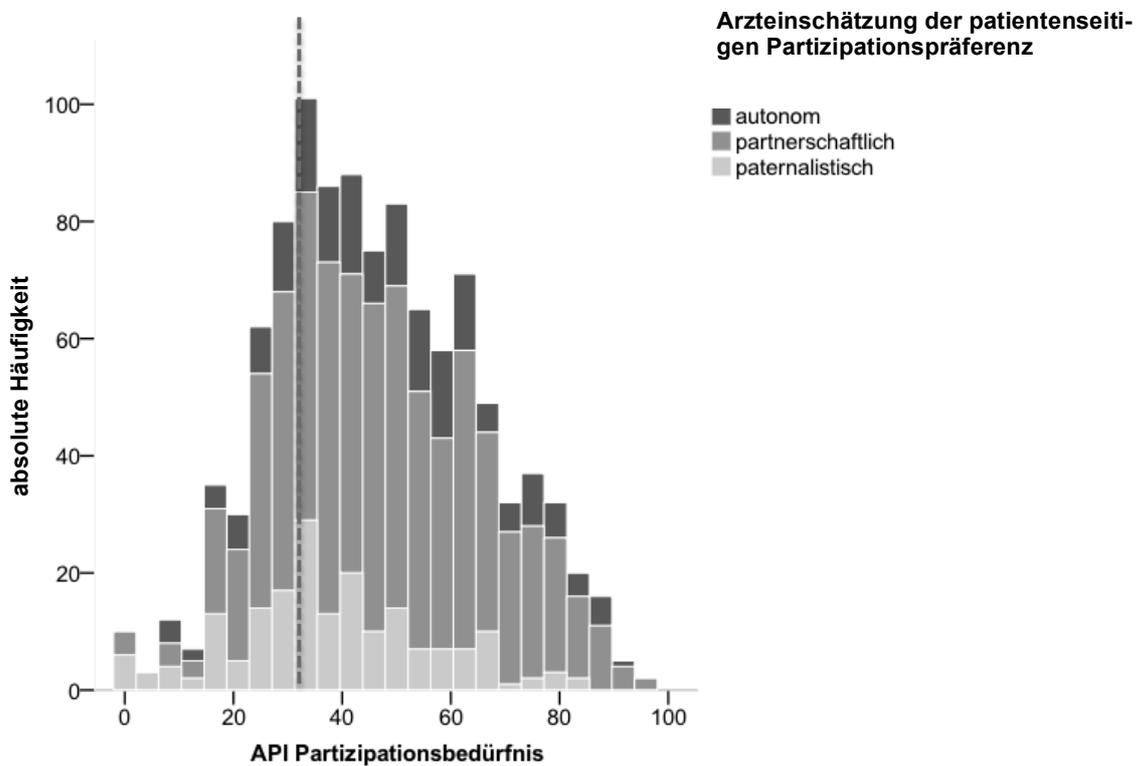
**Tabelle 12:** Mittelwerte API nach Einschätzung der Partizipationspräferenz durch den Arzt

Einschätzung durch den Arzt	API Partizipation n = 1063		API Information n = 1060	
	n (%)	MW (SD)	n (%)	MW (SD)
<b>autonom</b>	183 (17,3)	48,9 (20,0)	184 (17,3)	91,8 (9,3)
<b>partnerschaftlich</b>	690 (65,1)	48,2 (18,9)	690 (64,9)	92,3 (8,2)
<b>paternalistisch</b>	187 (17,6)	38,1 (18,1)	189 (17,8)	88,5 (11,3)
		<b><math>p &lt; 0,001</math></b>		<b><math>p &lt; 0,001</math></b>

p-Werte bezogen auf ANOVA (Partizipation) bzw. Kruskal-Wallis-Test (Information)

Da die Mittelwerte für die Partizipation bei als „autonom“ bzw. „partnerschaftlich“ eingeschätzten Patienten nahezu identisch waren, wurde in den folgenden Analysen zur Übereinstimmung auf Kommunikationsebene zwischen diesen beiden Gruppen nicht mehr unterschieden. Stattdessen wurden bei der Übereinstimmungsanalyse zwischen „höheren“ und „niedrigeren“ Partizipationsscores unterschieden; im Sinne eines explorativen Ansatzes wurden hierbei verschiedene Cutoffs gesetzt. Dies wird nachfolgend beschrieben.

Die nachfolgende Abbildung verdeutlicht das Verhältnis von Arzteinschätzung und Selbsteinschätzung der Patienten, was für das Verständnis der nachfolgenden Diskordanz-Analysen hilfreich sein kann.



**Abbildung 4:** API Partizipationsbedürfnis (vereinfacht) und Einschätzung durch den Arzt, vereinfachte Darstellung

*(Beispiel: Einen Score von ca. 35 erreichten 100 Patienten (siehe gestrichelte Linie) – davon wurden von den Ärzten ca. 30 als paternalistisch, ca. 55 als partnerschaftlich und ca. 15 als autonom eingeschätzt.)*

Abbildung 4 illustriert, dass nicht alle Patienten mit niedrigen Partizipationsscores vom Arzt als paternalistisch bzw. nicht alle Patienten mit hohen Scores als autonom eingestuft wurden. Mit dieser Art von Diskrepanz zwischen Selbsteinschätzung des Patienten und Einschätzung durch den Arzt befassen sich nun die folgenden Analysen. Tabelle 13 stellt die Fälle, in denen es zu einer Fehleinschätzung kam (Diskordanz), und die Fälle, in denen Arzteinschätzung und Selbsteinschätzung des Patienten stimmig waren (Konkordanz), gegenüber und vergleicht dabei die jeweiligen Score-Mittelwerte. Es wurden jeweils drei verschiedene Cutoffs für den Partizipations-Summenscore (API) gesetzt. Weitere Cutoffs ( $< 10$  oder  $> 40$ ) wurden mangels Sinnhaftigkeit nicht untersucht.

**Tabelle 13:** Beziehung zwischen Arzteinschätzung bezüglich Partizipationspräferenz und der Selbsteinschätzung des Patienten (API)

<b>Diskordanz</b>						
<b>Arzteinschätzung</b>	<b>Cutoff 20</b>		<b>Cutoff 30</b>		<b>Cutoff 40</b>	
	n (%)	MW (SD)	n (%)	MW (SD)	n (%)	MW (SD)
autonom*	10 (0,9)	12,5 (3,9)	36 (3,4)	22,2 (7,1)	65 (6,1)	28,0 (8,5)
partnerschaftlich*	29 (2,7)	12,7 (6,0)	138 (13,0)	23,4 (6,7)	255 (24,0)	28,9 (7,9)
paternalistisch**	161 (15,1)	42,9 (14,8)	125 (11,8)	47,7 (13,3)	83 (7,8)	54,3 (11,6)
Diskordanz gesamt	200 (18,8)		299 (28,1)		403 (37,9)	

<b>Konkordanz</b>						
<b>Arzteinschätzung</b>	<b>Cutoff 20</b>		<b>Cutoff 30</b>		<b>Cutoff 40</b>	
	n (%)	MW (SD)	n (%)	MW (SD)	n (%)	MW (SD)
autonom	174 (16,4)	51,0 (18,5)	148 (13,9)	55,4 (16,4)	119 (11,2)	60,3 (14,5)
partnerschaftlich	661 (62,2)	49,8 (17,8)	552 (51,9)	54,4 (15,6)	435 (40,9)	59,5 (13,6)
paternalistisch	28 (2,6)	10,3 (6,9)	64 (6,0)	19,4 (9,5)	106 (10,0)	25,4 (10,6)
Konkordanz gesamt	863 (81,2)		764 (71,9)		660 (62,1)	

\* = z.B.: Arzt schätzt den Patienten als autonom oder partnerschaftlich ein, dieser hat jedoch eine Partizipationspräferenz von < 20 bzw. 30 bzw. 40.

\*\* = z.B. Arzt schätzt den Patienten als paternalistisch ein, dieser hat jedoch eine Partizipationspräferenz von > 20 bzw. 30 bzw. 40.

Zunächst seien die Beobachtungen zu den Fällen, in denen **Diskordanz** bezüglich des Partizipationsbedürfnisses vorlag, geschildert. Diese lag vor, wenn der Arzt einen Patienten beispielsweise als „autonom“ oder „partnerschaftlich einschätzte, dieser jedoch eine Partizipationspräferenz von < 20 / 30 / 40 hatte; oder wenn der Arzt den Patienten als „paternalistisch“ einschätzte, und bei diesem eine Partizipationspräferenz von > 20 / 30 / 40 vorlag.

In weniger als 3% der Fälle wurden Patienten mit Werten unter 20 als autonom bzw. partnerschaftlich eingeschätzt (0,9% bzw. 2,7%) – mit steigendem Cutoff nahm die Häufigkeit einer Diskordanz stark zu (bei als partnerschaftlich eingestuftten Patienten deutlich stärker als bei autonom eingestuftten). Die Mittelwerte dieser als autonom oder partnerschaftlich fehleingeschätzten Patienten waren sehr niedrig – und stiegen ebenfalls mit höherer Cutoff-Grenze bis auf Werte von knapp 30 an.

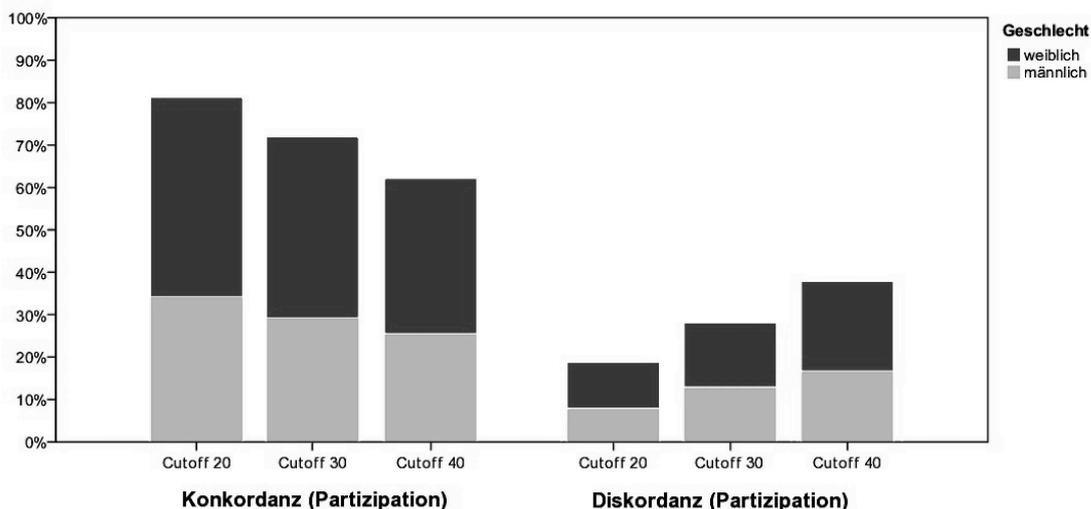
Die Häufigkeit einer Fehleinschätzung bei Patienten mit niedrigen Werten nahm mit Anhebung der Cutoff-Grenze ab: mit 15,1% relativ häufig kam es vor, dass Patienten mit Werten über 20 als paternalistisch eingeschätzt wurden; bei Werten über 30 kam dies noch in 11,8% der Fälle vor und bei Werten über 40 lediglich noch bei 7,8% der Patienten. Diese fälschlich als paternalistisch eingestufte Patienten hatten Partizipations-Mittelwerte von 42,9 (Cutoff 20) bzw. 47,7 (Cutoff 30) bzw. 54,3 (Cutoff 40).

Insgesamt stieg mit Höhe des gesetzten Cutoffs der Anteil an diskordanten Fällen an (18,8 bzw. 28,1 bzw. 37,9% für die Cutoffs 20 / 30 / 40, vgl. auch Abbildung 5).

Vergleichend seien die Fälle betrachtet, in denen eine **Konkordanz** vorlag. Hier bilden sich die Mittelwertverhältnisse spiegelbildlich zu den Fällen ab, in denen Diskordanz vorlag. Patienten, die vom Arzt als autonom eingestuft wurden, hatten die höchsten Mittelwerte im Partizipations-score – ansteigend von 51,0 (Cutoff 20) über 55,4 (Cutoff 30) bis zu 60,3 (Cutoff 40). Gleiches war zu beobachten für diejenigen Patienten, die als partnerschaftlich eingeschätzt wurden, lediglich mit jeweils etwas weniger hohen Partizipationscores (49,8 bzw. 54,4 bzw. 59,5 für die Cutoffs 20 / 30 / 40). Die Mittelwerte der Patienten, welche von den Ärzten als paternalistisch eingeordnet wurden, lagen für einen Cutoff von 20 bei 10,3, für einen Cutoff von 30 mit 19,4 fast doppelt so hoch und für einen Cutoff von 40 bei 25,4.

Insgesamt wurden 81,2% der Patienten von ihren Ärzten bezüglich ihres Partizipationsbedürfnisses korrekt eingestuft, wenn der Cutoff zwischen niedriger und höherer Partizipation bei 20 gelegt wurde. Je höher der Cutoff gewählt wurde, umso weniger häufig kam es zu einer Übereinstimmung: bei einem Cutoff von 30 lag in 71,9% Konkordanz vor, bei einem Cutoff von 40 lediglich noch in 62,1%.

Die nachfolgende Abbildung illustriert, dass bei zunehmendem Cutoff eine abnehmende Konkordanz zu verzeichnen ist und umgekehrt.



**Abbildung 5:** Prozentuale Häufigkeit von Konkordanz und Diskordanz (Partizipation) bei verschiedenen hohen Cutoff-Werten, nach Geschlecht gestapelt

### 3.3.3. Soziodemographische Prädiktoren für Diskordanz auf Kommunikationsebene

Patienten, bei denen eine Nichtübereinstimmung bezüglich des Partizipationsbedürfnisses vorlag, waren unabhängig vom gewählten Cutoff hoch signifikant älter (Tabelle 14).

**Tabelle 14:** Alter in Abhängigkeit von Übereinstimmung (Partizipation)

Übereinstimmung	Altersmittelwerte		
	Cutoff 20	Cutoff 30	Cutoff 40
	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)
Konkordanz	47,4 (17,0)	47,4 (17,2)	47,8 (17,4)
Diskordanz	57,1 (19,1)	53,7 (18,6)	51,4 (18,2)
	<b><i>p &lt; 0,001</i></b>	<b><i>p &lt; 0,001</i></b>	<b><i>p = 0,001</i></b>

p-Werte bezogen auf Univariate Varianzanalyse

Hinsichtlich des Geschlechts waren keine signifikanten Unterschiede zu beobachten. Patienten mit einer Schulbildung von weniger als 10 Jahren hatten unabhängig vom gewählten Cutoff signifikant häufiger eine Diskordanz mit ihrem Arzt bezüglich des Partizipationsbedürfnisses ( $p < 0,001$ , Tabelle 15).

**Tabelle 15:** Diskordanz (Partizipation) und Geschlecht / Schulbildung

	Diskordanz (PB)			
	gesamt	Cutoff 20	Cutoff 30	Cutoff 40
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
<b>Geschlecht</b>				
weiblich	615	116 (18,9)	162 (26,3)	226 (36,7)
männlich	448	84 (18,8)	137 (30,6)	177 (39,5)
		<i>p = 0,963</i>	<i>p = 0,129</i>	<i>p = 0,360</i>
<b>Schulbildung</b>				
< 10 Jahre	696	153 (22,0)	220 (31,6)	286 (41,1)
≥ 10 Jahre	338	41 (12,1)	70 (20,7)	107 (31,7)
		<b><i>p &lt; 0,001</i></b>	<b><i>p &lt; 0,001</i></b>	<b><i>p = 0,003</i></b>

p-Werte bezogen auf Chi-Quadrat-Test

### 3.3.4. Psychische Komorbidität als Prädiktor für Diskordanz auf Kommunikationsebene

Bezüglich der psychischen Komorbidität (PHQ-Diagnosen) ließen sich im Cutoff-Bereich von 30 signifikante Unterschiede zwischen den Fällen, in denen Konkordanz, und den Fällen, in denen Diskordanz bezüglich der Partizipation bestand, beobachten (Tabelle 16). In Arzt-Patienten-Kontakten, in denen Diskordanz zwischen Arzt- und Patienteneinschätzung auftrat, lag signifikant häufiger ein somatoformes Syndrom bzw. mindestens eine psychische Komorbidität vor. Bei einem Cutoff von 20 bzw. 40 ergaben sich keine signifikanten Zusammenhänge.

**Tabelle 16:** Übereinstimmung (Partizipation) und psychische Komorbidität (nach PHQ)

<b>Cutoff bei 20</b>					
	<b>≥ 1 psychische Komorbidität</b>	<b>Depression</b>	<b>Andere Angst- syndrome</b>	<b>Paniksyndrom</b>	<b>Somatoformes Syndrom</b>
	n (%) <i>Patienten gesamt</i>	n (%) <i>Patienten gesamt</i>	n (%) <i>Patienten gesamt</i>	n (%) <i>Patienten gesamt</i>	n (%) <i>Patienten gesamt</i>
Konkordanz (Partizipation)	225 (28,1) <i>n = 800</i>	132 (16,0) <i>n = 823</i>	42 (4,9) <i>n = 863</i>	36 (4,3) <i>n = 831</i>	137 (17,0) <i>n = 808</i>
Diskordanz (Partizipation)	55 (30,1) <i>n = 179</i>	28 (14,8) <i>n = 189</i>	14 (7,0) <i>n = 200</i>	13 (6,7) <i>n = 193</i>	39 (21,2) <i>n = 184</i>
	<i>p = 0,486</i>	<i>p = 0,677</i>	<i>p = 0,224</i>	<i>p = 0,159</i>	<i>p = 0,174</i>
<b>Cutoff bei 30</b>					
	<b>≥ 1 psychische Komorbidität</b>	<b>Depression</b>	<b>Andere Angst- syndrome</b>	<b>Paniksyndrom</b>	<b>Somatoformes Syndrom</b>
	n (%) <i>Patienten gesamt</i>	n (%) <i>Patienten gesamt</i>	n (%) <i>Patienten gesamt</i>	n (%) <i>Patienten gesamt</i>	n (%) <i>Patienten gesamt</i>
Konkordanz (Partizipation)	187 (26,4) <i>n = 709</i>	107 (14,7) <i>n = 728</i>	37 (4,8) <i>n = 764</i>	31 (4,2) <i>n = 736</i>	115 (16,1) <i>n = 715</i>
Diskordanz (Partizipation)	93 (34,4) <i>n = 270</i>	53 (18,7) <i>n = 284</i>	19 (6,4) <i>n = 299</i>	18 (6,3) <i>n = 288</i>	61 (22,0) <i>n = 277</i>
	<b><i>p = 0,013</i></b>	<i>p = 0,120</i>	<i>p = 0,321</i>	<i>p = 0,170</i>	<b><i>p = 0,028</i></b>
<b>Cutoff bei 40</b>					
	<b>≥ 1 psychische Komorbidität</b>	<b>Depression</b>	<b>Andere Angst- syndrome</b>	<b>Paniksyndrom</b>	<b>Somatoformes Syndrom</b>
	n (%) <i>Patienten gesamt</i>	n (%) <i>Patienten gesamt</i>	n (%) <i>Patienten gesamt</i>	n (%) <i>Patienten gesamt</i>	n (%) <i>Patienten gesamt</i>
Konkordanz (Partizipation)	165 (27,0) <i>n = 611</i>	97 (15,4) <i>n = 629</i>	35 (5,3) <i>n = 660</i>	30 (4,7) <i>n = 638</i>	101 (16,3) <i>n = 619</i>
Diskordanz (Partizipation)	115 (31,3) <i>n = 368</i>	63 (16,4) <i>n = 383</i>	21 (5,2) <i>n = 403</i>	19 (4,9) <i>n = 386</i>	75 (20,1) <i>n = 373</i>
	<i>p = 0,155</i>	<i>p = 0,664</i>	<i>p = 0,948</i>	<i>p = 0,873</i>	<i>p = 0,130</i>

p-Werte bezogen auf Chi-Quadrat-Test

Tabelle 17 zeigt die Ergebnisse der binär logistischen Regressionsanalyse zu möglichen Prädiktoren für Diskordanz auf Kommunikationsebene (unter Berücksichtigung aller drei Cutoffs). Bei der Analyse der einzelnen **psychischen Störungen** (laut PHQ) im Bezug auf eine Diskordanz auf Kommunikationsebene ließ sich folgende grundsätzliche Beobachtung machen: signifikante Zusammenhänge waren nur dann festzustellen, wenn der Cutoff für Partizipation bei 30 Punkten gesetzt wurde. Hierbei fiel auf, dass das Risiko für eine Diskordanz um das ca. 1,5-fache erhöht war, wenn mindestens eine psychische Komorbidität vorlag. In der Einzelanalyse ergaben sich zwar keine entsprechenden Korrelationen für Depression, Angst- und Paniksyndrom, jedoch für das somatoforme Syndrom: lag ein solches vor, so war das Risiko für Diskordanz auf Kommunikationsebene um den Faktor 1,52 erhöht ( $p = 0,023$ ).

Auch der Einfluss der Patientenbeteiligung wurde hier untersucht. Hinsichtlich des **Partizipationsbedürfnisses** bildeten sich unabhängig vom gewählten Cutoff und auch nach Adjustierung für Alter, Geschlecht und Schulbildung signifikante bis hoch signifikante Zusammenhänge ab: je niedriger das Partizipationsbedürfnis war, umso höher war das Risiko für eine Diskordanz bezüglich Partizipation. Im Bereich des **Informationsbedürfnisses** war der gleiche Zusammenhang zu beobachten – je niedriger das Informationsbedürfnis, umso höher das Risiko für Diskordanz bezüglich Partizipation – jedoch war diese Signifikanz bei einem Cutoff von 40 nicht mehr nachzuweisen.

Außerdem wurde der Einfluss der **Anzahl der vom Patienten angegebenen Beratungsanlässe** untersucht: auch hier waren nur dann signifikante Zusammenhänge zu verzeichnen, wenn der Cutoff für Partizipation bei 30 Punkten gezogen wurde. Hier stellte sich heraus, dass mit jedem zusätzlich angegebenen Beratungsanlass das Risiko für eine Diskordanz auf Kommunikationsebene um den Faktor 1,18 (95% KI 1,00-1,39;  $p = 0,047$ ) anstieg.

**Tabelle 17: Prädiktoren für Diskordanz (Partizipation)**

<b>Cutoff bei 20</b>				
	<b>Einfaches Odds Ratio</b>		<b>nach AGS* adjustiertes Odds Ratio</b>	
	OR (95% KI)	p-Wert	OR (95% KI)	p-Wert
<b>≥ 1 psychische Komorbidität</b>	1,13 (0,80-1,61)	0,484	1,23 (0,85-1,78)	0,267
<b>Depression</b>	0,91 (0,59-1,42)	0,678	1,03 (0,65-1,64)	0,886
<b>Andere Angstsyndrome</b>	1,47 (0,79-2,75)	0,226	1,74 (0,91-3,33)	0,093
<b>Panikstörung</b>	1,60 (0,83-3,07)	0,162	1,77 (0,90-3,50)	0,100
<b>Somatoforme Störung</b>	1,32 (0,88-1,96)	0,175	1,34 (0,89-2,03)	0,166
<b>Partizipationsbedürfnis</b>	0,97 (0,96-0,98)	<b>&lt; 0,001</b>	0,97 (0,96-0,98)	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Informationsbedürfnis</b>	0,97 (0,95-0,98)	<b>&lt; 0,001</b>	0,97 (0,95-0,98)	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Anzahl der Beratungsanlässe</b>	1,19 (1,00-1,42)	0,056	1,20 (1,00-1,44)	0,053
<b>Cutoff bei 30</b>				
	<b>Einfaches Odds Ratio</b>		<b>nach AGS* adjustiertes Odds Ratio</b>	
	OR (95% KI)	p-Wert	OR (95% KI)	p-Wert
<b>≥ 1 psychische Komorbidität</b>	1,47 (1,09-1,98)	<b>0,013</b>	1,51 (1,11-2,07)	<b>0,009</b>
<b>Depression</b>	1,33 (0,93-1,91)	0,121	1,37 (0,94-2,00)	0,107
<b>Andere Angstsyndrome</b>	1,33 (0,75-2,36)	0,323	1,51 (0,84-2,71)	0,165
<b>Panikstörung</b>	1,52 (0,83-2,76)	0,172	1,65 (0,89-3,04)	0,111
<b>Somatoforme Störung</b>	1,47 (1,04-2,09)	<b>0,029</b>	1,52 (1,06-2,17)	<b>0,023</b>
<b>Partizipationsbedürfnis</b>	0,94 (0,93-0,95)	<b>&lt; 0,001</b>	0,94 (0,93-0,95)	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Informationsbedürfnis</b>	0,98 (0,97-1,00)	<b>0,019</b>	0,98 (0,97-1,00)	<b>0,043</b>
<b>Anzahl der Beratungsanlässe</b>	1,18 (1,01-1,38)	<b>0,040</b>	1,18 (1,00-1,39)	<b>0,047</b>
<b>Cutoff bei 40</b>				
	<b>Einfaches Odds Ratio</b>		<b>nach AGS* adjustiertes Odds Ratio</b>	
	OR (95% KI)	p-Wert	OR (95% KI)	p-Wert
<b>≥ 1 psychische Komorbidität</b>	1,23 (0,93-1,63)	0,155	1,20 (0,89-1,60)	0,229
<b>Depression</b>	1,08 (0,76-1,53)	0,664	1,05 (0,73-1,50)	0,805
<b>Andere Angstsyndrome</b>	0,98 (0,56-1,71)	0,948	1,03 (0,59-1,81)	0,907
<b>Panikstörung</b>	1,05 (0,58-1,89)	0,873	1,09 (0,60-1,98)	0,776
<b>Somatoforme Störung</b>	1,29 (0,93-1,80)	0,131	1,28 (0,91-1,79)	0,157
<b>Partizipationsbedürfnis</b>	0,93 (0,92-0,94)	<b>&lt; 0,001</b>	0,92 (0,91-0,93)	<b>&lt; 0,001</b>
<b>Informationsbedürfnis</b>	1,00 (0,98-1,01)	0,444	1,00 (0,98-1,01)	0,327
<b>Anzahl der Beratungsanlässe</b>	1,14 (0,98-1,32)	0,099	1,13 (0,97-1,32)	0,106

\*AGS = Alter, Geschlecht und Schulbildung; Odds Ratios und p-Werte bezogen auf binär logistische Regression

### 3.4. Zusammenhang zwischen Diskordanz auf Ebene der Beratungsanlässe und Diskordanz auf Kommunikationsebene

Die Häufigkeiten des Auftretens von Diskordanz auf Ebene der Beratungsanlässe bei Diskordanz auf Kommunikationsebene ist im Folgenden dargestellt. Es zeigte sich, dass in den Fällen, in denen eine Diskordanz bezüglich des Beratungsanlasses bestand, häufiger eine Diskordanz bezüglich der Partizipation vorlag als in den Fällen, in denen Patienten- und Arztangaben zum Beratungsanlass sich deckten. Besonders ausgeprägt und signifikant war der Unterschied bei einem gewählten Cutoff von 30 (34,6% vs. 26,5%, Tabelle 18).

**Tabelle 18:** Übereinstimmung (Beratungsanlass, Zeile) und Diskordanz (Kommunikation, Spalte)

Beratungsanlass	Kommunikation	Diskordanz Cutoff 20	Diskordanz Cutoff 30	Diskordanz Cutoff 40
		n (%)	n (%)	n (%)
Übereinstimmung perfekt (Konkordanz)		145 (18,5)	208 (26,5)	286 (36,4)
Übereinstimmung mangelhaft (Diskordanz)		43 (20,4)	73 (34,6)	88 (41,7)
		<i>p</i> = 0,552	<b><i>p</i> = 0,025</b>	<i>p</i> = 0,174

p-Werte bezogen auf Chi-Quadrat-Test

Dankbar wäre, dass z.B. das Alter, das Geschlecht, oder der Hausarzt selbst Einflussvariablen darstellen. Daher wurde ein Regressionsmodell gerechnet, in dem für diese Variablen kontrolliert wurde. Dabei wurde der Einfluss einer Diskordanz auf Kommunikationsebene auf das Auftreten von Diskordanz auf Ebene der Beratungsanlässe untersucht (Tabelle 19). Die Wahrscheinlichkeit, dass in einer Arzt-Patienten-Interaktion eine Unstimmigkeit bezüglich des Beratungsanlasses entstand, war um den Faktor 1,42 erhöht (95% KI 1,02-1,97;  $p = 0,040$ ), wenn der Arzt das Partizipationsbedürfnis seines Patienten nicht dessen Selbsteinschätzung entsprechend einschätzte – jedoch nur, wenn der Cutoff zwischen höherer und niedriger Partizipation im Partizipationsscore bei 30 angelegt wurde. Wenn die Cutoff-Grenze bei 20 oder 40 angelegt war, ließ sich kein signifikanter Einfluss von einer Diskordanz (Kommunikationsebene) auf eine Diskordanz auf Beratungsanlass-Ebene beobachten.

**Tabelle 19:** Kommunikative Aspekte als Prädiktoren für Diskordanz (Beratungsanlass)

	<b>Diskordanz (Beratungsanlass)</b>	
	OR (95% KI)	p-Wert
<b>Diskordanz (Partizipation) Cutoff 20</b>	1,06 (0,72-1,57)	0,776
<b>Diskordanz (Partizipation) Cutoff 30</b>	1,42 (1,02-1,97)	<b>0,040</b>
<b>Diskordanz (Partizipation) Cutoff 40</b>	1,23 (0,91-1,69)	0,174

Odds Ratios und p-Werte bezogen auf binär logistische Regression, adjustiert nach Alter, Geschlecht und Schulbildung, kontrolliert für Zentrumseffekt

## **4. Diskussion**

### **4.1. Diskussion der Methoden**

#### **4.1.1. Stichprobenerhebung**

Die hohe Teilnehmerzahl von 1101 Patienten mit repräsentativen soziodemographischen Charakteristiken und einem sehr breitgefächerten Spektrum an Beratungsanlässen kann man als Stärken dieser Querschnittsstudie hervorheben.

Es konnten Allgemeinärzte mit einem breiten Schwerpunktspektrum rekrutiert werden, was zu einer Ausgewogenheit im Patientenkollektiv der Arztpraxen beitrug. Allerdings nahmen fast ausschließlich Lehrpraxen der TU München an der Studie teil, was zu einer gewissen Selektion geführt haben mag, weil man die Hypothese stellen könnte, dass sich das Engagement der Ärzte in der Lehre auch in ihrer Arzt-Patienten-Interaktion widerspiegelt – vor diesem Hintergrund ist es dennoch auffallend, dass es in dieser Querschnittserhebung zu einem deutlichen Anteil an Diskordanz sowohl auf Kommunikationsebene als auch auf Ebene der Beratungsanlässe kam.

Durch die konsequente Einhaltung einer konsekutiven Teilnehmerrekrutierung sowie durch eine ausgewogene Verteilung der Erhebungszeiträume über die Woche und die Quartale hinweg waren die bestmöglichen Voraussetzungen für eine ausgewogene Stichprobenerhebung gegeben. Darüber hinaus wurde die Studie in städtischen und ländlichen Allgemeinarztpraxen in Oberbayern durchgeführt – es ist jedoch wahrscheinlich, dass die Ergebnisse auch auf andere Regionen Deutschlands übertragbar sind.

#### **4.1.2. PHQ zur Bestimmung der psychischen Komorbidität**

Der PHQ-D ist ein Fragebogen, der ausschließlich auf der Selbstauskunft des Patienten beruht. Er darf nicht als eigenständiger diagnostischer Test verstanden werden: Mit dem PHQ alleine können nicht alle Informationen, die für eine vollständige Diagnostik psychischer / psychosomatischer Erkrankungen nach ICD-10 bzw. DSM-IV nötig sind, erhoben werden – primär wird ein Syndrom diagnostiziert und nicht eine Störung. Daher kann der PHQ-D nicht mehr als ein Screening-Instrument für psychische Komorbidität sein. Der Referenz-Standard ist das SKID-Interview, über das die vorläufigen Diagnosen mit dem Patienten zusammen um weitere anam-

nestische Informationen ergänzt und überprüft werden [51, 99]. In der Untersuchung von Bernd Löwe et al. [100] wurde die Kriterien-Validität des PHQ-D mit derer des Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) und des WHO Well-Being Index 5 (WBI-5), beides gut etablierte Instrumente, verglichen. Der PHQ erreichte dabei die höchsten Werte für die diagnostische Übereinstimmung ( $\kappa = 0,56$ ) mit der IDCL (International Diagnostic Checklist). In der Gesamtbeurteilung war der PHQ-D den beiden anderen Fragebögen signifikant überlegen (insbesondere hinsichtlich der Diagnose der Major Depression nach DSM-IV, depressiver Episoden nach ICD-10, sowie der Panikstörung). Die Autoren kamen zu dem Schluss, dass alle drei Fragebögen für den klinischen Gebrauch gleichermaßen geeignet sind.

Für die Zwecke dieser Studie wurde der PHQ-D als ausreichend geeignet befunden. Auf den Zusammenhang zwischen Diskordanz und psychischer Komorbidität sollten die vorherig genannten diagnostischen Einschränkungen keine Auswirkung haben.

#### **4.1.3. API**

Die Limitation der Skala für das Informationsbedürfnis liegt darin, dass sie wenig Varianz besitzt. Es ergibt sich (wie auch in Abbildung 3 sichtbar) eine rechtsschiefe Verteilung. Dabei handelt es sich um einen Deckeneffekt. Das bedeutet, dass mögliche Unterschiede im Informationsbedürfnis der einzelnen Teilnehmer unter Umständen nicht darstellbar sind. Dieser Deckeneffekt ist bekannt und wurde bereits in einigen anderen Studien (in anderen Zusammenhängen) beschrieben [39, 128]. Dennoch wird der API als das am besten momentan im deutschen Sprachraum verfügbare und geeignete Messinstrument für Partizipationspräferenz und Informationsbedürfnis empfohlen [45].

Limitationen der Skala für das Partizipationsbedürfnis im Zusammenhang mit der Arzteinschätzung waren speziell in dieser Studie zum Einen, dass sich vom Arzt als „autonom“ und „partnerschaftlich“ eingeschätzte Patienten in ihren Mittelwerten im Partizipationsscore nicht unterschieden. Daher konnte für die Diskordanz-Analysen nur zwischen Patienten mit niedrigem und Patienten mit höherem Partizipationsbedürfnis unterschieden werden, was weniger detaillierte Aussagen zur Folge hatte. Zum Anderen gibt es keine vordefinierten Cutoff-Grenzen, die entlang der Partizipationsskala zwischen niedrigem und höherem Partizipationsbedürfnis trennen, da sie in der bisherigen Literatur noch nie kategorial umgewandelt wurde. Die in dieser Studie mit drei unterschiedlichen Cutoffs (20 / 30 / 40) explorative Herangehensweise an dieses Problem brachte jedoch eine bemerkenswerte Erkenntnis zutage: in den Analysen zur Diskordanz auf Kommunikationsebene bildeten sich für einige Variablen nur für den bei 30 gewählten Cutoff durchgehend signifikante Zusammenhänge sowohl in Hinblick auf eine Diskordanz auf Ebene

der Beratungsanlässe, als auch in Hinblick auf die psychische Komorbidität ab – nicht jedoch bei 20 oder 40. Dies legt nahe, dass ein an 30 Punkte angelegter Cutoff eine sinnvolle Grenze zwischen niedrigem (= „paternalistisch“) und höherem („partnerschaftlich“ und „autonom“) Partizipationsbedürfnis sein könnte. Für zukünftige Studien, die sich mit Partizipativer Entscheidungsfindung / Shared Decision Making befassen, könnte dies von Bedeutung sein. Idealerweise müssten die Ergebnisse dieser Arbeit in weiteren Studien validiert werden.

#### **4.1.4. Ermittlung von Diskordanz**

Obwohl versucht wurde, jede ärztliche Diagnose durch Einsicht in die Dokumentation und durch direktes Nachfragen zu erhalten, ist es möglich, dass einzelne Diagnosen nicht dokumentiert wurden – beispielsweise infolge des hohen Arbeitsaufkommens für die Hausärzte – und somit der Anteil an Diskordanz auf Ebene des Beratungsanlasses eventuell überschätzt wurde.

Eine weitere Limitation ist, dass die Patienten ihre Beschwerden vor der Konsultation notierten. Daher bleibt unklar, ob die Patienten vorhatten, alle notierten Beschwerden auch dem Arzt während der Sprechstunde vorzutragen. Weiterhin könnte es sein, dass einige Patienten aus Skepsis gegenüber der Wahrung des Datenschutzes, aus prinzipieller Verslossenheit oder aus Befangenheit gegenüber den rekrutierenden Hilfskräften und mitwartenden Patienten nicht dazu bereit waren, (alle) ihre Beschwerden wahrheitsgemäß auf einem Fragebogen preiszugeben.

Es war zudem eine schwierige Aufgabe, die Übereinstimmung zwischen den Beschwerden der Patienten und den jeweiligen Wahrnehmungen durch die Ärzte in Form von ICPC-2-Diagnosen zu verifizieren. Es wurde versucht, dies durch unabhängige Einstufung der Übereinstimmung zwischen Ärzten und Patienten zu lösen. Der resultierende kappa-Wert von 0,51 wird als moderat eingestuft [103], was für diesen Studientyp als akzeptabel gilt [94]. Nichtübereinstimmungen in der Einstufung wurden zusätzlich durch Diskussion mit einem dritten Wissenschaftler gelöst. Nichtsdestotrotz könnte dies dennoch zu einer gewissen Überschätzung der Diskordanz auf Ebene der Beratungsanlässe geführt haben.

Eine weitere Herausforderung war es, die psychosomatischen Diagnosen von Ärzten mit den vom Patienten präsentierten somatischen Beschwerden in Übereinstimmung zu bringen. Jedoch passierte dies nur bei einer kleinen Anzahl. Diese Gruppe wurde aus der logistischen Regression in den Analysen zur Diskordanz auf Ebene der Beratungsanlässe ausgeschlossen, um

eine zirkuläre Logik vermeiden. Bei diesen Begegnungen bleibt es unklar, ob Arzt und Patient sich über die psychosomatische Ursache der Beschwerde am Ende der Stichpunkt-Sprechstunde oder in einer der folgenden Sprechstunden noch einig wurden. In diesem Zusammenhang muss insgesamt hervorgehoben werden, dass es sich bei der vorliegenden Arbeit um eine Querschnittsbetrachtung ohne Follow-Up handelt und sie damit eine Momentaufnahme darstellt. Es lässt sich daher keine Aussage darüber treffen, ob letztlich zu einem späteren Zeitpunkt nicht doch noch eine Übereinstimmung stattgefunden hätte – hierbei sei besonders an die diagnostische Unschärfe in der Anfangsphase vieler, sowohl von somatischen als auch psychischen und psychosomatischen Erkrankungen, erinnert.

Weitere Faktoren, die zu einer detaillierteren Betrachtung der Hintergründe von Diskordanz beitragen hätten können, jedoch nicht erhoben wurden, sind die klinische Erfahrung der teilnehmenden Ärzte, ihre kommunikative und empathische Kompetenz, sowie die Dauer der bisherigen Arzt-Patienten-Beziehung. Es wäre interessant gewesen, zu untersuchen, ob die Erfahrung eines Arztes auch Einfluss auf das Auftreten von Diskordanz sowohl auf Kommunikations-ebene als auch auf Ebene der Beratungsanlässe geführt hätte (vgl. [148]). Zum Zeitpunkt der Erhebung war die Tiefe der Fragestellung bzw. möglicher relevanter Merkmale jedoch noch nicht entsprechend bewusst.

## 4.2. Diskussion der Ergebnisse

Aufgrund des Designs als Querschnittsstudie können aus der vorliegenden Arbeit selbstredend keine definitiven kausalen Zusammenhänge zwischen dem Vorliegen psychischer Erkrankungen und Diskordanzen in der Sprechstunde der Hausarztpraxis gezogen werden. Alle Ergebnisse können deshalb im Wesentlichen nur hinweisend auf mögliche Zusammenhänge sein und sollten vorsichtig interpretiert werden.

### 4.2.1. Psychische Komorbidität in der Hausarztpraxis

Auch wenn sich nur 3,3% der Patienten mit einem psychischen Beratungsanlass vorstellten, konnte bei etwa einem Drittel aller Patienten über die Auswertung des PHQ-Fragebogens eine psychische / psychosomatische Erkrankung festgestellt werden. Nur ein Bruchteil der Patienten mit psychischen Problemen gibt diese also beim Hausarzt an – wobei nicht bekannt ist, ob sich die Patienten in dieser Querschnittserhebung in einer vorangegangenen bzw. folgenden Sprechstunde zu ihrem psychischen Gesundheitszustand geäußert hat bzw. hätte. Die gleiche Beobachtung machten Becker et al. [10] in ihrer Literaturübersicht zur Prävalenz und Erkennung von depressiven Störungen in deutschen Allgemeinarztpraxen; Anseau et al. an einer großen Stichprobe hausärztlicher Patienten [1]; sowie auch Wittchen, Jacobi et al. in ihrem großen europäischen Review zu psychischen Störungen in der Gesamtbevölkerung [145].

Insgesamt lässt sich feststellen, dass die Prävalenz psychischer / psychosomatischer Erkrankungen mit 26,1% (für das Vorhandensein mindestens einer psychischen Komorbidität) in dieser Arbeit ähnlich hoch war wie in anderen, repräsentativen Studien ähnlichen Settings [78, 129]. Zudem waren weitestgehend ähnliche soziodemographische Zusammenhänge zu beobachten: Frauen, Patienten mit niedriger Schulbildung, alleinstehende und arbeitslose Patienten litten häufiger an einer oder mehreren psychischen Komorbiditäten, jedoch gab es Unterschiede zwischen den einzelnen Erkrankungen, worauf im Folgenden näher eingegangen wird.

Das Vorkommen von Depressionen mit 14,9% (davon „Major Depression“ mit 6,7% und „andere depressive Syndrome“ mit 8,2%) war – je nach verwendetem diagnostischen Instrument – ähnlich hoch wie in anderen Erhebungen zu Depressionen im primärärztlichen Bereich, in denen Prävalenzzahlen zwischen 8 und 12% beschrieben sind [10, 73]. Auch hinsichtlich der Patientencharakteristika sind die Ergebnisse dieser Arbeit vergleichbar: Patienten mit niedriger Schul-

bildung, allein stehende Patienten und nicht arbeitende bzw. arbeitslose Patienten litten häufiger an einer Depression [2, 57, 144]. Der Altersdurchschnitt für Patienten mit Major Depression entspricht den bisherigen Untersuchungen zur Depression – sie trat häufiger im mittleren Alter (MW 46,2 Jahre für Depression, MW 42,8 Jahre für Major Depression) auf und ihr Vorkommen nahm mit dem Alter ab [145]. Im Unterschied zu den genannten Studien war in dieser Arbeit jedoch kein signifikanter Geschlechterunterschied festzustellen.

Die Prävalenzzahlen für Angststörungen – 5,3% für „andere Angstsyndrome“ bzw. das 4,6% für Paniksyndrom – bewegen sich ebenfalls in vergleichbaren Maßstäben bzw. waren sogar vergleichsweise niedrig [1, 84, 101, 147]. Patienten mit „anderen Angstsyndromen“ waren tendenziell älter, signifikant häufiger weiblich, häufiger allein stehend und arbeitslos [2]. Hinsichtlich der Schulbildung waren jedoch keine Unterschiede zu beobachten, was den Untersuchungen von Anseau et al. widerspricht [2]. Für die Panikstörung ergab sich ein ähnliches soziodemographisches Profil, jedoch spielte hier die Erwerbstätigkeit keine Rolle. Die insgesamt niedrigen Altersmittelwerte (46,1 bzw. 47,2 Jahre) stimmen mit der Epidemiologie anderer Untersuchungen überein [76]. Diese Ergebnisse dürfen jedoch aufgrund der geringen Fallzahlen nicht überbewertet werden.

Das Somatoforme Syndrom war in dieser Arbeit ähnlich häufig wie in anderen Studien im primärärztlichen Setting [101, 132]. Frauen waren auch hier öfter betroffen. Die Beobachtung, dass Patienten mit somatoformen Störungen im Durchschnitt jünger sind, konnten hier nicht bestätigt werden; die Altersmittelwerte betroffener und nicht betroffener Patienten waren nahezu gleich.

Bezüglich der Erkennungsrate psychischer Erkrankungen lassen sich in dieser Arbeit nur eingeschränkte Aussagen treffen. Die Analyse der Arztdokumentation ergab einen Anteil von 10,7% in die Kategorie „Psychologisch“ fallende Diagnosen. Für eine Zuordnung dieser Fälle zu tatsächlich von den jeweiligen Patienten angegebenen psychischen Beratungsanlässen bzw. zu tatsächlich laut PHQ positiv für eine psychische Erkrankung gescreenten Patienten sind tiefergehende Analysen nötig, über den Rahmen dieser Arbeit hinausgehen würde. Auch auf eine vorherige oder später gestellte Diagnose einer psychischen Erkrankung sind über diese Zahlen keine Rückschlüsse möglich.

#### 4.2.2. Prädiktoren für eine Diskordanz auf Ebene der Beratungsanlässe

Wie für die Hausarztversorgung üblich, war das Spektrum an Beratungsanlässen in dieser Erhebung sehr breit, und Patienten gaben bis zu fünf verschiedene Beschwerden an. In Hinblick auf dieses breite Spektrum und die Anzahl an Beratungsanlässen scheint der Anteil an Übereinstimmung mit 74,9% zufriedenstellend hoch und entspricht dem Durchschnitt im internationalen Vergleich [63]. Dies soll jedoch nicht den relativ hohen Anteil an Diskordanz in über einem Fünftel aller Sprechstunden (21,3%) verbergen. Eine Diskordanz auf Ebene der Beratungsanlässe wurde am stärksten prädiziert durch das Vorhandensein von Depression, somatoformem Syndrom und von der Anzahl der Beratungsanlässe. Ebenfalls prädiktiv war eine Diskordanz auf Kommunikationsebene und tendenziell auch das Vorhandensein „anderer Angstsyndrome“. Im Folgenden seien diese Beobachtungen detaillierter diskutiert:

Das Verteilungsprofil der in dieser Studie auf Patientenseite erhobenen Beratungsanlässe entspricht weitgehend der üblichen Statistik – Beschwerden am Bewegungsapparat, der Atemwege, des Herz-Kreislauf-Systems und des Verdauungssystems sind die häufigsten Gründe, die einen Patienten zum Hausarzt führen [20, 43, 88]. Sehr häufig wurden auf beiden Seiten auch „Prozeduren“ erfasst, die nicht eindeutig speziellen Beratungsanlass-Kategorien zuzuordnen waren und somit für sich stehen. Dass fast ein Zehntel der von den Patienten genannten Beratungsanlässe in die Kategorie „Allgemein / unspezifisch“ fielen, spiegelt die für die Hausarztmedizin charakteristische Unschärfe vorgetragener Beschwerden wieder. Auf Arztseite war der Anteil dokumentierter „allgemeiner / unspezifischer“ Beratungsanlässe deutlich geringer, vermutlich deshalb, weil sich einige dieser Beschwerden zusammen mit anderen Beratungsanlässen in genaue Diagnosen mündeten.

Die Unterschiede im Gesamtanteil zwischen von Patienten genannten und von Ärzten dokumentierten Beratungsanlässen (beispielsweise wesentlich häufiger genannte Beschwerden am Bewegungsapparat) lassen sich einerseits ebenfalls durch Zusammenmünden mehrerer genannter Beratungsanlässe in eine zusammenfassende Diagnose erklären; sie sind jedoch zum Teil mit Sicherheit auch Resultat von Diskordanz auf Ebene der Beratungsanlässe (komplette Nichtübereinstimmung oder inkomplette Übereinstimmung im Beratungsanlass).

In gut 11% der Fälle dokumentierte der Arzt nicht alle vom Patienten angegebenen Beratungsanlässe. Dieser Anteil ähnelt dem vorangehender und elaborierter Studien von Bell et al., in denen es in bis zu 11,6% der Sprechstunden zu nicht erfüllten Erwartungen kam, was in der Folge zu Unzufriedenheit sowohl auf Patienten- als auch auf Arztseite führte [12, 13] – jedoch wurde in diesen Arbeiten die psychische Komorbidität nicht erfasst.

In der vorliegenden Arbeit war in den Fällen von inkompletter Übereinstimmung mit 53,3 Jahren der höchste Altersmittelwert zu beobachten; was bedeutet, dass bei älteren Patienten entweder nicht alle Beratungsanlässe wahrgenommen bzw. dokumentiert wurden bzw. sie nicht alle Beratungsanlässe in der Sprechstunde vorbrachten. Hierfür gibt es mehrere Erklärungsansätze.

Am naheliegendsten ist eine Begründung über die mit dem Alter einhergehende Multimorbidität der Patienten. Diese stellen sich infolgedessen mit mehreren verschiedenen Beratungsanlässen vor, was den Arzt vor die Herausforderung stellt, diese alle innerhalb einer Sprechstunde zu erheben. Im Rahmen qualitativer Studien (z.B. [36]) konnte gezeigt werden, dass es Ärzte frustriert, sich nicht eingehend um ältere Patienten mit Multimorbidität kümmern und sie an medizinischen Entscheidungsprozessen teilhaben zu lassen zu können. Im Vordergrund stand, dass die Ärzte von dieser Patientengruppe stark herausgefordert waren und sich selbst als „kleinen Teil innerhalb der Gesundheitssystem-Maschine“ sahen – hierbei spielten ein Mangel an Zeit für den Patienten, die Komplexität der Fälle angesichts der Multimorbidität, abnehmende kognitive Leistung des Patienten und inadäquate Vergütungsstrukturen eine Rolle. Diese Erhebungen aus dem stationären Setting lassen sich natürlich auch auf die Verhältnisse in einer Allgemeinarztpraxis übertragen, in der wirtschaftlicher und Zeitdruck eine noch größere Rolle spielen.

Eine weitere mögliche Erklärung ist der bevorzugte Partizipationsstil älterer Patienten: es ist bekannt, dass ältere Patienten ein geringeres Partizipationsbedürfnis als jüngere Patienten haben (also einen paternalistischen Partizipationsstil bevorzugen) [39, 125]. Entsprechend den Beobachtungen von Street und Haidet, die herausfanden, dass eine aktive Partizipation des Patienten förderlich für das Verständnis des Arztes vom Gesundheitszustand seines Patienten ist [139], erschwert es ein sich passiv verhaltender Patient dem Arzt, dessen Beratungsanlässe und Bedürfnisse in Vollständigkeit zu erfahren.

Doch auch der Einfluss der Arzhaltung in der Interaktion mit älteren Patienten sollte nicht unbeleuchtet bleiben: eine interessante Bemerkung dazu kommt aus der Forschung zu „Ageism“ [24] – der Begriff „Ageism“ bezeichnet negative Voreingenommenheit gegenüber älteren Menschen, die besonders in der westlichen Gesellschaft zu beobachten ist. Als einzelner gesellschaftlicher Bereich wurde auch die Medizin untersucht, und es konnte gezeigt werden, dass fast die Hälfte aller Ärzte unabhängig vom Geschlecht und vorhandenen Komorbiditäten ihre älteren Patienten (> 65 Jahre) deutlich anders behandelten als ihre jüngeren Patienten und weniger Engagement zeigten [19, 58]. Es ist vorstellbar, dass das Phänomen „Ageism“ auch in das gehäufte Vorkommen von inkompletter Übereinstimmung hineinspielt.

In knapp einem Zehntel (9,1%) aller dokumentierten Sprechstunden waren sich Arzt und Patient über den Beratungsanlass auf somatischer Ebene komplett uneins (z.B. wenn der Patient sich mit Bauchschmerzen vorstellte und der Arzt niedrigen Blutdruck diagnostizierte). Dies wirft die

Frage auf, was in diesen Sprechstunden wohl passiert sein mag. Der Altersmittelwert dieser Patienten unterschied sich (im Unterschied zur „inkompletten Übereinstimmung“) nicht von dem jener Patienten, bei denen eine komplette Übereinstimmung vorlag. Auch zu Geschlecht und Schulbildung bildeten sich keine Zusammenhänge ab.

In einem einzigen Fall trat die eigenartige Diskordanz auf, dass der Patient im Fragebogen „Depression“ als Beschwerde angab und der Arzt „Knieschmerzen“ dokumentierte. Möglicherweise ist es in diesem Fall bei der Dokumentation oder bei der Erfassung der dokumentierten Diagnose zu einer Verwechslung gekommen.

Der Fokus dieser Arbeit lag auf der Fragestellung, ob das Vorliegen einer psychischen Erkrankung Auswirkungen auf die Arzt-Patienten-Begegnung, insbesondere auf die Konkordanz zwischen Patient und Arzt, hat. Tatsächlich fanden sich zwischen psychischen Diagnosen (laut PHQ) und einer Diskordanz auf Ebene der Beratungsanlässe deutliche, signifikante Zusammenhänge. In bis zu 41% der Fälle von inkompletter Übereinstimmung und in bis zu 35% der Fälle von kompletter Nichtübereinstimmung lag mindestens eine PHQ-Diagnose vor, dabei am häufigsten Depression und das somatoforme Syndrom. Psychische Komorbidität lag dann am häufigsten vor, wenn der Arzt bei somatischem Beratungsanlass eine psychische Diagnose dokumentierte – was in sich keine Diskordanz, sondern eine Übersetzung des Somatischen in psychische Ursachen durch den Arzt darstellt (ob dies eine falsch oder richtig positive Diagnose war, wurde hier nicht weiter untersucht). In der logistischen Regressionsanalyse bildeten sich – unabhängig von Alter, Geschlecht, Schulbildung und Arztpraxis – die Depression, andere Angstsyndrome, das somatoforme Syndrom sowie das Vorliegen mindestens einer PHQ-Diagnose als prädiktiv bis hochprädiktiv für Diskordanz bezüglich des Beratungsanlasses heraus. Diese Patienten erlebten mehr als doppelt so häufig Diskordanz in der Sprechstunde wie Patienten ohne Vorliegen der jeweiligen Störung.

Für die Depression und das somatoforme Syndrom spielt in dieser Arbeit zudem die Anzahl der vom Patienten genannten Beratungsanlässe eine Rolle: sie war prädiktiv für das Vorhandensein der beiden Störungen. Es ist bekannt, dass psychische Erkrankungen häufig mit mehreren Symptomen einhergehen beziehungsweise über diese zum Arzt führen. In der Arbeit von Kroenke und Spitzer [82] wurde herausgearbeitet, dass mit steigender Anzahl von körperlichen Symptomen auch die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer psychischen Erkrankung dramatisch anstieg. Dies deckt sich mit den Ergebnissen dieser Arbeit und könnte zum Teil erklären, dass die Anzahl der Beratungsanlässe für sich betrachtet hoch prädiktiv für eine Diskordanz war: Das Risiko für eine Diskordanz stieg mit jedem zusätzlichen Beratungsanlass um den Faktor 3 (maximal 5 Nennungen möglich). Dies ist ein gleichermaßen eindrückliches wie

auch gut nachvollziehbares Ergebnis. Unter den Rahmenbedingungen einer Arztpraxis, die möglichst viele Patienten in wenig Zeit versorgen möchte (und aus wirtschaftlichen Gründen auch muss), ist es unrealistisch, dass mehrere verschiedene Anliegen eines Patienten in einer einzigen Sprechstunde wahrgenommen und gewürdigt werden können. Dies ist ein in der Hausarztpraxis ubiquitäres und typisches Problem. Ein deutscher Hausarzt behandelt pro Woche etwa 243 Patienten [47, 114] – und somit die doppelte Anzahl im Vergleich zu Ländern wie Großbritannien, USA oder Holland. Dies lässt sich auf neun Minuten Sprechstundenzeit für den einzelnen Patienten herunterrechnen – neun Minuten, die nicht nur die Arzt-Patienten-Interaktion beinhaltet, sondern auch den bürokratischen Teil mit Dokumentation der Diagnosen und der Medikation [80]. Dies hat mit einer hohen Wahrscheinlichkeit Einfluss auf die Qualität der Arzt-Patienten-Interaktion und das Auftreten von Diskordanz. Dies scheint insbesondere für Patienten mit einer Depression und das somatoforme Syndrom der Fall zu sein. Bei Vorliegen mehrerer Beratungsanlässe sowie bei Vorhandensein psychischer / psychosomatischer Störungen gestaltet sich die Arzt-Patienten-Beziehung oft als schwierig [56, 62, 68] und es ist ein Mangel an Diskordanz zu verzeichnen [61, 62, 68]. Eine zu überprüfende Hypothese ist daher, dass es für diese Patienten schwieriger war, dem Arzt ihre Beschwerden im Detail zu schildern und seine volle Aufmerksamkeit zu erhalten. Möglicherweise führten mangelnde Bewusstheit, eine fehlende Selbstwahrnehmung, empfundene Scham oder Stigmatisierung der Patienten dazu, dass diese ihre psychischen Beschwerden bzw. psychosozialen Probleme nicht in der Sprechstunde vortrugen [34]. Insbesondere für so genannte „schwierige“ Patienten könnte mehr Zeit nötig sein, um einen Vertrauensraum zu eröffnen, in dem ihre Wünsche und Bedenken im Detail geäußert werden können. Zusätzlich erhöht ein Zeitmangel die Wahrscheinlichkeit, dass Beschwerden und Erkrankungen übersehen werden.

#### **4.2.3. Prädiktoren für eine Diskordanz auf Kommunikationsebene**

Um die Konkordanz bzw. Diskordanz auf Kommunikationsebene zu ermitteln, wurde die Höhe des Partizipationsbedürfnisses der Patienten (über den Autonomie-Präferenz-Index) mit der Einschätzung des Arztes vom Partizipationsbedürfnis des jeweiligen Patienten verglichen. Diese Art von Übereinstimmungsermittlung basierte auf der Annahme, dass die Einschätzung des Arztes vom Partizipationsbedürfnis seines Patienten widerspiegeln kann, wie sich der Arzt in der Sprechstunde in der Interaktion mit dem Patienten verhielt bzw. welches Kommunikationsmuster er für diesen Patienten verwendete. Kam es also in einem Arzt-Patienten-Vergleich zu Diskordanz bezüglich des Partizipationsbedürfnisses, so ist annehmbar, dass das Partizipati-

onsbedürfnis des jeweiligen Patienten vom Arzt nicht adäquat identifiziert wurde und entsprechend Bedürfnissen auf Kommunikationsebene nicht adäquat begegnet wurde.

Vorweg seien die Ergebnisse der Analysen zu Patientenpartizipations- und Informationsbedürfnis diskutiert: die Ergebnisse in dieser Studie decken sich gut mit bisherigen Beobachtungen [3, 92, 123, 125] – Frauen, jüngere Patienten und Patienten mit höherer Schulbildung wiesen durchschnittlich höhere Mittelwerte auf beiden Skalen auf. Verwitwete Patienten hatten ein deutlich reduziertes Partizipationsbedürfnis, was sich zum Teil über das hohe Alter der meisten verwitweten Patienten erklären lässt. Die Skala für das Informationsbedürfnis unterliegt wie bereits erwähnt einem hohen Deckeneffekt und besitzt daher eine eingeschränkte Aussagekraft: die Mittelwerte fast aller Patienten waren sehr hoch, was einerseits zeigt, dass fast alle Patienten ein hohes Interesse daran haben, möglichst gut über ihren Gesundheitszustand und Behandlungsprozess informiert zu sein – dies ist konsistent mit bisherigen Untersuchungen zu Patientenautonomie [39]. Andererseits lassen sich zwischen unterschiedlichen beobachteten Gruppen hinsichtlich des Informationsbedürfnisses keine stark relevanten Vergleiche ziehen. In dieser Studie bildete sich immerhin ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern ab: Männer hatten durchschnittlich ein um einen Skalenpunkt niedrigeres Informationsbedürfnis als Frauen. Zwischen verschiedenen Altersgruppen zeichneten sich ebenfalls signifikante Unterschiede ab: sehr junge Patienten (18-24 Jahre) hatten mit einem Mittelwert von 89,9 die niedrigsten Scores, im Bereich zwischen 35-64 Jahren erreichten die Mittelwerte der Informationsscores einen Gipfel um circa 92,5, bevor sie jenseits von 64 Jahren wieder auf niedrige 90,5 Punkte sanken. Dies entspricht in etwa auch der „Dynamik“ im Bereich der Partizipation und lässt darauf schließen, dass sich Patienten mittleren Alters vermutlich am „aktivsten“ an medizinischen Entscheidungsprozessen beteiligen und dieses Bedürfnis mit dem Alter abnimmt [125].

Auf Kommunikationsebene bildeten sich in der explorativen Analyse bedeutsame Beobachtungen heraus. Ärzte schätzten die Partizipationspräferenz ihrer Patienten zwar insgesamt betrachtet gut ein, jedoch kam es in einem beträchtlichen Anteil an Fällen zu einer Fehleinschätzung. Nimmt man den Cutoff von 30 Punkten auf dem API-Score als Maßstab, so wurde beispielsweise gut ein Zehntel aller nach Eigenauskunft Patienten falsch als paternalistisch eingeschätzt und eventuell auch in der Interaktion dementsprechend behandelt, obwohl diese Patienten tatsächlich ein höheres Partizipationsbedürfnis hatten. Umgekehrt wurden 13% aller Patienten bei einem Cutoff von 30 als partnerschaftlich eingeschätzt, obwohl sie ein niedrigeres Partizipationsbedürfnis hatten. Patienten mit hohen Partizipationsscores wurden hingegen selten falsch als partnerschaftlich oder paternalistisch eingeschätzt. In etwa einem Drittel aller Fälle lag also die Situation vor, dass der Arzt einen von der Selbsteinschätzung des Patienten abwei-

chenden Eindruck von dessen Bedürfnis, im medizinischen Prozess aktiv teilzuhaben – was im Vergleich zu ähnlichen Untersuchungen [21, 22, 37] jedoch niedrig ist.

Eine solche Fehleinschätzung trat signifikant häufiger auf, wenn der Patient älter war (Altersmittelwert je nach Cutoff 3,5-10 Jahre höher als in konkordanten Fällen), eine niedrigere Schulbildung besaß, per se ein niedrigeres Informations- und Partizipationsbedürfnis hatte, mehrere Beratungsanlässe angab, und wenn laut PHQ ein somatoformes Syndrom oder mindestens eine psychische Komorbidität vorlag. Zur Interpretation dieser Ergebnisse mag es hilfreich sein, die Verwandtschaft mehrerer Faktoren in Betracht zu ziehen. In den Fällen, in denen der Arzt den eigentlich paternalistischen Patienten als partizipationsfreudiger einschätzte, lässt sich beispielsweise folgender „Interpretationscluster“ bilden: ältere Patienten und Patienten mit niedriger Schulbildung gaben unabhängig vom gewählten Cutoff jeweils ein signifikant niedrigeres Partizipationsbedürfnis an [125], und ein niedriges Partizipationsbedürfnis stellte für sich betrachtet ebenfalls unabhängig vom gewählten Cutoff einen Risikofaktor für eine Fehleinschätzung dar. Eine „Überschätzung“ des Partizipationsbedürfnisses kann dazu führen, dass Patienten sich durch die Einladung, sich aktiv am medizinischen Prozess zu beteiligen und zwischen verschiedenen Behandlungsoptionen zu wählen, unter Druck gesetzt fühlen und in emotionalen Stress geraten [53], was für ein einvernehmliches, vertrauensvolles Arzt-Patienten-Verhältnis nicht förderlich wäre .

Im Falle der Fehleinschätzung älterer Patienten ist es möglich, dass unterschiedliche Erwartungen an die Arzt-Patienten-Beziehung aufeinandertreffen: diese Patientengruppe ist Mitte des 20. Jahrhunderts zu einer Zeit aufgewachsen, in der Patientenautonomie noch nicht Teil des Selbstverständnisses und das Paradigma von der Autorität des Arztes vorherrschend war. Daher mag eine Sozialisation zur Unterordnung gegenüber der Autoritätsperson Arzt viele dieser Patienten entsprechend dazu bewegen, eine unterwürfige, passive Patientenrolle einzunehmen [11]. Dagegen ist es womöglich in der heutigen Zeit ein wachsender Anspruch der Ärzte an die Arzt-Patienten-Beziehung bzw. Ausdruck eines modernen Selbstverständnisses, ihre Patienten stärker miteinzubeziehen und ein patientenzentriertes Versorgungsmodell umzusetzen [35]. Dieser paradigmatische Unterschied könnte zum Teil die Diskordanz bei älteren Patienten erklären, falls die Einschätzung des Arztes mehr ein Wunschdenken bzw. eine Projektion auf den Patienten, als eine wirkliche Einschätzung widerspiegelt. Dies ist auch im Hinblick auf die Schulbildung vorstellbar und zu überprüfen. Im Fall der Diskordanz bei Patienten mit niedriger Schulbildung ist vor dem Hintergrund der zahlreich beschriebenen Zusammenhänge zwischen Bildung und Gesundheit [30] zu vermuten, dass diese eine geringere Gesundheitskompetenz und eine niedrigere Fähigkeit zur kritischen Auseinandersetzung mit Information besitzen und daher dem Arzt eher unsicher begegnen und ihm die Führung im medizinischen Prozess überlassen – dies ist ein bekanntes Phänomen und wird auch als Verlust der internalen und externa-

len Kontrollüberzeugung bezeichnet [125]. Ähnliches gilt vermutlich für den älteren, zusätzlich chronisch kranken bzw. multimorbiden Patienten, der auf Grund der zunehmenden Komplexität seiner Beschwerden und sich ständig erneuerndem medizinischen Wissen weniger Verantwortung für Entscheidungen übernehmen will und dazu tendiert, sich auf die Expertise bzw. Verantwortlichkeit Anderer zu verlassen [115]. Diese Hypothese könnte weiter unterstützt zu werden durch den Einfluss der Anzahl an Beratungsanlässen. Es ist leicht vorstellbar, dass die Anzahl an Beratungsanlässen mit zunehmender Morbidität und komplexeren Krankheitsmustern steigt [105]. Mit steigender Anzahl der Beratungsanlässe war in dieser Arbeit auch das Risiko für Diskordanz auf Kommunikationsebene erhöht, und so ist zu vermuten, dass sich der Zusammenhang über andere Einflussfaktoren wie beispielsweise das Alter (und damit einhergehender Multimorbidität und niedrigem Partizipationsbedürfnis) erklären lässt. Dies führt wieder zu der Feststellung zurück, dass Ärzte die Interaktion mit älteren Patienten häufig als herausfordernd und frustrierend wahrnehmen, vor allem weil sie sich angesichts der Multimorbidität inkompetent fühlen, mit abnehmender kognitiver Leistung des Patienten umgehen müssen und weil ihnen nicht ausreichend Zeit zur Verfügung steht, um sich den Bedürfnissen des Patienten im Sinne patientenzentrierter Medizin adäquat zu widmen [36].

Der Zusammenhang zwischen steigender Anzahl an Beratungsanlässen lässt sich womöglich auch über die psychische Komorbidität erklären: Das Risiko für eine Fehleinschätzung des Partizipationsbedürfnisses war – zumindest bei einem gesetzten Cutoff von 30 – in etwa um das 1,5-fache erhöht, wenn laut PHQ ein somatoformes Syndrom oder mindestens eine psychische Komorbidität vorlag. Für das somatoforme Syndrom ist es charakteristisch, dass es mit vielerlei Symptomen (und entsprechend Beratungsanlässen) einhergeht [60, 61], dies konnte in dieser Arbeit bestätigt werden. Bei Vorliegen von mindestens einer psychischen Komorbidität – d.h. beispielsweise somatoformes Syndrom UND Depression, die häufig gemeinsam auftreten [61] – spielt die Anzahl der Beratungsanlässe sicherlich ebenfalls eine Rolle. Dies sind nach dem derzeitigen Wissensstand tendenziell diejenigen Patienten, bei denen Ärzte berichten, dass die Arzt-Patienten-Beziehung sich als „schwierig“ und „fordernd“ gestaltet [56, 62, 68] und deren Konsultationen durch einen Mangel an Konkordanz charakterisiert ist [61, 62]. Es ist daher gut vorstellbar, dass es dem Arzt hier schwer fällt, eine klare Einschätzung der Bedürfnisse des Patienten vorzunehmen, der sich mit multiplen und unspezifischen Beschwerden vorstellt, und ihn entsprechend zu involvieren. Häufig findet hier auch eine Gegenübertragung (der Gefühle des Arztes auf den Patienten) statt [59]. Auch müsste die Hypothese überprüft werden, ob Patienten mit psychischer / psychosomatischer Belastung Hemmungen haben, dem Arzt ihre Bedürfnisse, insbesondere das nach Partizipation, klar mitzuteilen. Die Komplexität ihrer Beschwerden und die damit verbundenen Erwartungen an den Arzt stellen für viele Patienten mit einem somatoformen Syndrom Hindernisse dar, sich dem Arzt anzuvertrauen und dabei auch

emotionale Aspekte ihrer Erkrankung zu erwähnen, geschweige denn zu besprechen [111]. Allerdings äußern Patienten mit somatoformem Syndrom häufig Hinweise auf psychosoziale Belastungen, auf die von den Ärzten nicht eingegangen wird – stattdessen veranlassen Ärzte häufig eine weitergehende Diagnostik, obwohl sie eigentlich der Meinung sind, dass die vorgebrachten Beschwerden nicht struktureller Natur sind [61]. Womöglich ist dies auch eine Reaktion des Arztes auf eine bei psychosomatischen Patienten häufig „forderndere“ und misstrauische Haltung gegenüber dem Arzt [62]: der Arzt hat womöglich selbst Schwierigkeiten, mit der Komplexität der psychosomatischen Beschwerden diagnostisch und therapeutisch adäquat umzugehen und übernimmt daher eventuell zu seiner eigenen Versicherung die Führung im Entscheidungsprozess, während er dem Patienten gleichzeitig weniger Kompetenz (d.h. Partizipationsbedürfnis) zuerkennt. Ärzte mit geringerer Offenheit für psychosoziale Dimensionen von Symptomen nehmen ihre Sprechstunden außerdem häufiger als „schwierig“ wahr [68]. Hier lassen sich also Defizite in der Gesprächsführung bzw. der Aufmerksamkeit im Sinne patientenzentrierter Kommunikation besonders gegenüber Patienten mit psychischer Komorbidität vermuten.

Sowohl bei den Patienten, die hinsichtlich ihrer Partizipationspräferenz „unterschätzt“, als auch bei denjenigen, die „überschätzt“ werden, ist anzunehmen, dass deren Bedürfnisse in der Arzt-Patienten-Interaktion nicht adäquat begegnet wurde, da sich das Fremdbild durch den Arzt vom Selbstbild unterschied. Vor dem Hintergrund des Konzepts der patientenzentrierten Medizin ist es jedoch wichtig, dass der Arzt die Präferenzen des Patienten identifiziert und seinen Kommunikationsstil entsprechend anpasst, also ihn „dort abholt, wo er steht“ [77]. Neben Faktoren auf Patienten- und Arztseite spielen sicherlich auch Rahmenbedingungen der jeweiligen Praxis sowie des Gesundheitssystems im Allgemeinen eine Rolle; im Vordergrund stehen hierbei zeitliche Kapazitäten und Vergütungsstruktur. Sowohl für komplexe Konsultationen [105], als auch für Konsultationen mit psychisch belasteten Patienten [66, 138] ist bekannt, dass diese mehr Zeit in Anspruch nehmen. Gewährt der Arzt sich und seinem Patienten jedoch diese längere Beratungszeit, so können sich sowohl die Erkennungsrate und Versorgung psychischer Erkrankungen [66, 70, 138] als auch die Zufriedenheit auf Patienten- und auf Arztseite verbessern [70]. Zeit könnte einen Schlüsselfaktor für die Schaffung eines Vertrauensraums bzw. Rapports darstellen, in dem der Patient auch psychosoziale Informationen mitteilen, Fragen stellen, sowie Wünsche und Bedenken im Detail äußern kann [75, 139] und der Arzt leichter ein adäquates Bild von den Präferenzen des Patienten erhält [66]. Doch auch die Qualität und Effizienz der Kommunikation innerhalb der zur Verfügung stehenden Zeit spielt für einen guten Rapport und ein eingehendes Verständnis des Arztes von den Anliegen und Bedürfnissen seines Patienten eine wichtige Rolle [136, 137] – hier lassen sich durch entsprechendes Training erwiesenermaßen Verbesserungen in der Patientenversorgung besonders hinsichtlich Shared Decision Ma-

king erzielen [38, 136]. Hinsichtlich der derzeitigen Vergütungsstruktur für Gesprächszeit in der Sprechstunde und dem sich daraus ableitenden ökonomischen Druck besonders auf Hausärzte ist es jedoch nachvollziehbar, dass der „idealistische“ Arzt, selbst wenn er patientenzentrierte Medizin befürwortet und versucht, aufmerksam, empathisch und offen gegenüber seinen Patienten zu sein, auf Grund der finanziellen Rahmenbedingungen der Patientenversorgung seine idealistischen (Kommunikations-)Ziele nicht durchgehend umsetzen kann.

#### **4.2.4. Zusammenhang zwischen Diskordanz auf Ebene der Beratungsanlässe und Diskordanz auf Kommunikationsebene**

Eine zusätzliche interessante Beobachtung war, dass eine Diskordanz auf Kommunikationsebene auch mit Übereinstimmungsmängeln auf Ebene der Beratungsanlässe einherging. Zumindest bei einem gewählten Cutoff von 30 Punkten auf der API-Skala war ein signifikanter Zusammenhang zu erkennen: beim Vorliegen einer Fehleinschätzung des Partizipationsbedürfnisses war das Risiko für eine Diskordanz bezüglich des Beratungsanlasses um das 1,42-fache erhöht.

Nach dem Modell der patientenzentrierten Medizin greifen verschiedene Elemente der Arzt-Patienten-Interaktion ineinander und beeinflussen sich wechselseitig [65]. Dabei ist ein gutes Gespür des Arztes für die Bedürfnisse des Patienten und die Anerkennung des Patienten als Menschen mit eigener Krankheitserfahrung die Voraussetzung dafür, eine ganzheitliche, biopsychosoziale Anamnese zu erhalten [136]. Dies fördert eine einvernehmliche, vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung, in der ein therapeutisches Bündnis und eine gemeinsame Basis für medizinische Entscheidungen gefunden werden können. Nach diesem Modell scheint es umgekehrt nachteilhaft für die Arzt-Patienten-Beziehung und auch für die Korrektheit und Genauigkeit der Diagnosestellung, wenn Arzt und Patient bereits auf Kommunikationsebene nicht übereinstimmen. Schätzt der Arzt seinen Patienten beispielsweise fälschlicherweise als paternalistisch ein und wählt einen autoritäreren / direktiveren statt einen patientenzentrierten Kommunikationsstil, so liegt es nahe, dass der Patient sich weniger dazu eingeladen fühlt, sich zu öffnen und seinen Beratungsanlass klar und mit allen relevanten Zusatzinformationen dazustellen. Besonders Patienten mit komplexen Erkrankungsbildern (wie älteren, multimorbiden, sowie psychisch erkrankten Patienten) könnte dies schwer fallen. Ein enger Zeitrahmen und hohe Durchlaufzahlen erhöhen vermutlich zusätzlich die Wahrscheinlichkeit, dass wichtige Bedürfnisse und Informationen – und damit auch relevante Hinweise auf Beschwerden und Erkrankungen übersehen werden. Dies ist kritisch zu werten, da hierdurch unnötige bzw. überflüssige Diagnostik und zum

Teil falsche Therapien angesetzt werden [130]. Besonders in Bezug auf psychische Erkrankungen ist dies relevant, weil bei diesen eine Fehl- und überflüssige Diagnostik bzw. inadäquate Therapie zur Aggravierung und Chronifizierung der Beschwerden beitragen kann [7, 33, 61]. Nicht zuletzt führen unerfüllte Erwartungen und frustrane Verläufe zu Unzufriedenheit auf Patienten- und Arztseite [130], was eine besonders negative Bedeutung für die in der Patientenversorgung sehr relevante Beziehung zwischen einem Hausarzt und seinem Patienten hat. Wenn patientenzentrierte Medizin und Shared Decision Making als ein Qualitätsmerkmal der heutigen Hausarztmedizin verstanden wird, müssen verstärkt Untersuchungen durchgeführt werden, um das Verständnis dazu erweitern, welche Faktoren eine adäquate Umsetzung in der klinischen Praxis behindern bzw. fördern [44].

### 4.3. Schlussfolgerung

Die Ergebnisse dieser Arbeit verdeutlichen die Komplexität der Arzt-Patienten-Begegnung in der Hausarztpraxis. Patienten sehen ihren Arzt oft im ersten Stadium ihrer Krankheit, in dem Symptome weniger klar abzugrenzen sind als in fortgeschrittenen Stadien einer Erkrankung [79]. Daher kann eine spezifische Diagnose oft noch nicht nach der ersten medizinischen Begegnung erhoben werden; und nicht alle Symptome beziehen sich auf eine spezifische somatische Diagnose, was besonders dann zutrifft, wenn körperliche Symptome mit somatoformen, Angst- oder Depressiven Störungen zusammenhängen [55, 62, 68, 133]. Der hohe Anteil an psychischer Komorbidität in der Gruppe, in der die Ärzte eine psychosomatische oder psychische Diagnose bei Patienten gestellt hatten, die sich mit somatischen Beschwerden vorstellten, könnte den diagnostischen Prozess illustrieren, in dem die Ärzte die psychische Komorbidität hinter dem präsentierten Symptom erkannt haben. Jedoch muss hier angemerkt werden, dass nicht festzustellen war, ob Patienten und Ärzte letztlich bezüglich der psychologischen Ursache der körperlichen Beschwerden übereinkamen.

Die Bedeutung von psychischer Komorbidität wird in dieser Arbeit deutlich: psychische Erkrankungen im Bereich der Primärversorgung sind nicht nur häufig, sondern können auch weitreichende Konsequenzen für die Arzt-Patienten-Begegnung und die Versorgung des Patienten selbst haben. In einem beträchtlichen Anteil an Sprechstunden kommt es zu Diskordanzen sowohl auf Ebene der Beratungsanlässe als auch auf Kommunikationsebene. Mit Diskordanz auf Ebene der Beratungsanlässe gehen unter anderem eine erhöhte psychische / psychosomatische Komorbidität des Patienten, aber auch eine Diskordanz in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient einher. Auch wenn verschiedene Faktoren zu einer Überschätzung des Anteiles an Diskordanz geführt haben könnten, besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen psychischen Faktoren und einer Konkordanz zwischen Arzt und Patient. Auch die Anzahl der vom Patienten genannten Beratungsanlässe ist prädiktiv für eine Diskordanz. Dies alles ist insbesondere deshalb wichtig, da eine Nichtübereinstimmung zwischen der vom Patienten vorgestellten Beschwerde und der Wahrnehmung durch den Arzt zu Fehlentscheidungen bezüglich der Medikation oder der Diagnostik führen kann. Die Verbindung zur psychischen Komorbidität unterstreicht die Wichtigkeit eines eingehenden bzw. adäquaten Verständnisses des Arztes vom Anliegen seines Patienten – ein Arzt muss die Bereitschaft, die Kompetenz und vor allem geeignete Rahmenbedingungen für patientenzentrierte Kommunikation zur Verfügung haben. Er muss eine Einsicht in die Perspektive des Patienten auf dessen Krankheitsgeschehen erlangen können und verstehen, welche Präferenzen der Patient für seine Versorgung hat – insbesondere bei denjenigen Patienten, bei denen vorder- oder hintergründig eine psychische Er-

krankung vorliegt. Prädiktiv für eine Diskordanz auf Kommunikationsebene sind außerdem eine niedrige Schulbildung, hohes Alter, niedriges Partizipationsbedürfnis und wiederum eine erhöhte psychische Komorbidität.

Alle drei zugrundeliegenden Hypothesen konnten in dieser Arbeit bestätigt werden.

Hieraus kann geschlussfolgert werden, dass erstens neue Gesprächsstrategien ausgearbeitet werden sollten, in denen man effizienter mit Beratungsanlässen umgehen kann. Dies könnte beispielsweise eine Gesprächsführung sein, die expliziter darauf eingeht, welche Art von Partizipationspräferenz der Patient bevorzugt und ihn gegebenenfalls zu einer aktiveren Mitarbeit ermuntert. Insbesondere der Interaktion mit älteren (und multimorbiden) Patienten sowie Patienten mit niedrigerer Schulbildung und bekannter psychischer Komorbidität sollte hier Aufmerksamkeit geschenkt werden, um Zufriedenheit und Behandlungserfolg zu verbessern.

Zweitens ist – trotz derzeitig leider ungünstiger Vergütungsstrukturen – die Entwicklung innovativer und elaborierter Screeningmethoden im Wartezimmer anzudenken, die dem Arzt zu Beginn der Sprechstunde sowohl einen Überblick über die mitgebrachten Beratungsanlässe als auch die psychische Gesundheit des Patienten gibt. In diesem Zusammenhang sind auch Untersuchungen nötig, die prüfen, ob eine höhere Erkennungsrate psychischer Erkrankungen auch zu einer Senkung der Diskordanzrate führt.

Drittens sollte untersucht werden, wie sich auf Ebene der medizinischen Aus- und Weiterbildung das neue Paradigma einer Patientenzentrierten Medizin – nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft die effektivste und für alle Beteiligten zufriedenstellendste Form der Arzt-Patienten-Interaktion – stärker implementieren lassen kann.

Viertens und letztens zeigt sich auch anhand dieser Arbeit erneut, dass dem (Haus)arzt mehr Zeit zur Verfügung stehen muss, damit sich dieser dem Patienten im Sinne einer Patientenzentrierten Medizin adäquat widmen kann. Denn es ist, ebenso wie das Selbstbestimmungsrecht jedes Menschen über seinen eigenen Körper, das fundamentale humanistische Recht eines jeden Patienten, adäquat verstanden und behandelt zu werden. Dies kann nur in einem Rahmen geschehen, in dem Zeit für Vertrauensaufbau, Zuhören und Wahrnehmen auch von unausgesprochenen Informationen ist. In diesem Sinne wäre die Aufwertung Patientenzentrierter Medizin auch seitens des Gesundheitssystems wünschenswert, die sich dann auch in der Vergütung der so genannten „sprechenden Medizin“ widerspiegeln sollte.

## 5. Zusammenfassung

Konkordanz zwischen Hausärzten und ihren Patienten ist eine essentielle Voraussetzung für Behandlungserfolg und Patientenzufriedenheit. Die Zielsetzungen dieser Arbeit waren, den Anteil an Diskordanz auf Ebene der Beratungsanlässe sowie auf Kommunikationsebene in Sprechstunden bayerischer Hausarztpraxen zu erfassen und dabei den Einfluss einer psychischen Komorbidität des Patienten auf Diskordanz zu untersuchen. 1101 Patienten füllten den Fragebogen aus, welcher Selbstauskünfte zum Beratungsanlass und zur psychischen Verfassung (PHQ) enthielt. Die Beratungsanlässe wurden mit den vom Arzt dokumentierten Diagnosen nach einem vordefinierten Index abgeglichen. Die Partizipationspräferenz aus der Patientenangabe wurde mit der Einschätzung durch den Arzt verglichen. Faktoren, welche jeweils das Risiko für eine Diskordanz beeinflussten, wurden analysiert.

Der Anteil an Konkordanz bezüglich des Beratungsanlasses war 74,9%; inkomplette Übereinstimmung 11,2%; komplette Nichtübereinstimmung 9,1%. Dass der Arzt eine psychische / psychosomatische Diagnose stellte, während der Patient einen somatischen Beratungsanlass angab, kam in 2,5% der Fälle vor. Das Vorhandensein einer Depression (OR 2,27; 95%KI 1,51–3,41;  $p < 0,001$ ), einer Angststörung (OR 1,78; 95%KI 1,03–3,10;  $p = 0,041$ ), eines somatoformen Syndroms (OR 2,20; 95%KI 1,50–3,22;  $p < 0,001$ ) und die Anzahl der Beratungsanlässe (OR 3,03; 95%KI 2,48–3,69;  $p < 0,001$ ) waren prädiktiv für das Auftreten von Diskordanz auf Ebene des Beratungsanlasses. Die Anzahl der Beratungsanlässe war signifikant assoziiert mit einer Depression (OR 1,32; 95%KI 1,09-1,61) sowie mit einem somatoformen Syndrom (OR 1,45; 95%KI 1,21-1,74).

Diskordanz auf Kommunikationsebene war zumindest bei einem gewählten Cutoff von 30 im Autonomie-Präferenz-Index prädiktiv für das Auftreten von Diskordanz auf Ebene des Beratungsanlasses (OR 1,42; 95%KI 1,02-1,97;  $p = 0,040$ ). Diskordanz auf Kommunikationsebene selbst wurde begünstigt durch höheres Alter (OR 1,02; 95%KI 1,01-1,03;  $p < 0,001$ ), die Anzahl der Beratungsanlässe (OR 1,18; 95%KI 1,00-1,39;  $p = 0,040$ ), und dem Vorhandensein mindestens einer psychischen Komorbidität (OR 1,51; 95%KI 1,11-2,07;  $p = 0,009$ ) oder einer somatoformen Störung (OR 1,52; 95%KI 1,06-2,17;  $p = 0,023$ ). Höhere Schulbildung (OR 0,57; 95%KI 0,42-0,77;  $p < 0,001$ ), höheres Partizipationsbedürfnis (OR 0,94; 95%KI 0,93-0,95;  $p < 0,001$ ) und höheres Informationsbedürfnis (OR 0,98; 95%KI 0,97-1,00;  $p = 0,043$ ) senkten das Risiko für Diskordanz auf Kommunikationsebene.

Der beträchtliche Anteil an Diskordanz kann sowohl auf Ebene der Beratungsanlässe als auch auf der Kommunikationsebene zum Teil durch die psychische Komorbidität der Patienten erklärt

werden. Im Sinne des bio-psycho-sozialen Modells sollten im Rahmen einer gelingenden Arzt-Patienten-Beziehung somatische und psychische Aspekte gleichermaßen gewürdigt werden. Wenn man es als Grundrecht jedes Patienten ansieht, adäquat verstanden zu werden, müssen stärkere Bemühungen stattfinden, um patientenzentrierte Medizin zu verbessern. Zudem sind weitere Studien nötig, um zu untersuchen, ob eine bessere Erkennung psychischer Komorbidität zu einer Senkung der Diskordanzrate führen kann.

## 6. Literaturverzeichnis

1. Anseau M, Dierick M, Buntinkx F, Cnockaert P, De Smedt J, Van Den Haute M, Vander Mijnsbrugge D: **High prevalence of mental disorders in primary care.** *Journal of affective disorders* 2004, **78**(1):49-55.
2. Anseau M, Fischler B, Dierick M, Albert A, Leyman S, Mignon A: **Socioeconomic correlates of generalized anxiety disorder and major depression in primary care: the GADIS II study (Generalized Anxiety and Depression Impact Survey II).** *Depression and anxiety* 2008, **25**(6):506-513.
3. Arora NK, McHorney CA: **Patient preferences for medical decision making: who really wants to participate?** *Medical care* 2000, **38**(3):335-341.
4. Balint E: **The Doctor, the patient, and the group : Balint revisited.** London ;New York: Routledge; 1993.
5. Balint M, Hügel K: **Der Arzt, sein Patient und die Krankheit.** Stuttgart: Klett; 1957.
6. Barmer GEK: **Barmer-GEK-Report Krankenhaus.** In. St. Augustin: Asgard-Verl; 2010.
7. Barsky AJ, Borus JF: **Functional somatic syndromes.** *Annals of internal medicine* 1999, **130**(11):910-921.
8. Bartlett DF: **The new health care consumer.** *Journal of health care finance* 1999, **25**(3):44-51.
9. Beck RS, Daughtridge R, Sloane PD: **Physician-patient communication in the primary care office: a systematic review.** *The Journal of the American Board of Family Practice / American Board of Family Practice* 2002, **15**(1):25-38.
10. Becker N, Abholz HH: **Prevalence and Detection of Depressive Disorders in German General Practice – A Systematic Review.** *Z Allg Med* 2005, **81**: 474–481.
11. Beisecker AE: **Aging and the desire for information and input in medical decisions: patient consumerism in medical encounters.** *The Gerontologist* 1988, **28**(3):330-335.
12. Bell RA, Kravitz RL, Thom D, Krupat E, Azari R: **Unmet expectations for care and the patient-physician relationship.** *Journal of general internal medicine* 2002, **17**(11):817-824.
13. Bell RA, Kravitz RL, Thom D, Krupat E, Azari R: **Unsaid but not forgotten: patients' unvoiced desires in office visits.** *Archives of internal medicine* 2001, **161**(16):1977-1984.
14. Bensing JM, Roter DL, Hulsman RL: **Communication patterns of primary care physicians in the United States and the Netherlands.** *Journal of general internal medicine* 2003, **18**(5):335-342.
15. Bensing JM, Verhaak PF, van Dulmen AM, Visser AP: **Communication: the royal pathway to patient-centered medicine.** *Patient education and counseling* 2000, **39**(1):1-3.
16. Bentsen BG: **International classification of primary care.** *Scandinavian journal of primary health care* 1986, **4**(1):43-50.
17. Bertakis KD, Azari R: **Patient-centered care is associated with decreased health care utilization.** *Journal of the American Board of Family Medicine : JABFM* 2011, **24**(3):229-239.
18. Bijl D, van Marwijk HW, de Haan M, van Tilburg W, Beekman AJ: **Effectiveness of disease management programmes for recognition, diagnosis and treatment of**

- depression in primary care.** *The European journal of general practice* 2004, **10**(1):6-12.
19. Bowling A: **Honour your father and mother: ageism in medicine.** *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* 2007, **57**(538):347-348.
  20. Britt H, Harris M, Driver B, Bridges-Webb C, O'Toole B, Neary S: **Reasons for encounter and diagnosed health problems: convergence between doctors and patients.** *Family practice* 1992, **9**(2):191-194.
  21. Bruera E, Sweeney C, Calder K, Palmer L, Benisch-Tolley S: **Patient preferences versus physician perceptions of treatment decisions in cancer care.** *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2001, **19**(11):2883-2885.
  22. Bruera E, Willey JS, Palmer JL, Rosales M: **Treatment decisions for breast carcinoma: patient preferences and physician perceptions.** *Cancer* 2002, **94**(7):2076-2080.
  23. Bundesverband der Betriebskrankenkassen: **BKK-Gesundheitsreport : Zukunft der Arbeit.** In. Essen: BKK Bundesverband; 2011.
  24. Butler RN: **Ageism.** *Across the board* 1980, **17**(11):31-38.
  25. Charles C, Gafni A, Whelan T: **Decision-making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model.** *Soc Sci Med* 1999, **49**(5):651-661.
  26. Charles C, Gafni A, Whelan T: **Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango).** *Soc Sci Med* 1997, **44**(5):681-692.
  27. Charles C, Whelan T, Gafni A: **What do we mean by partnership in making decisions about treatment?** *BMJ* 1999, **319**(7212):780-782.
  28. Chewning B, Bylund CL, Shah B, Arora NK, Gueguen JA, Makoul G: **Patient preferences for shared decisions: a systematic review.** *Patient education and counseling* 2012, **86**(1):9-18.
  29. Coulter A, Magee H: **The European Patient of the Future.** In. Maidenhead: McGraw-Hill Education; 2007.
  30. Cutler DM, Lleras-Muney A: **Education and health : evaluating theories and evidence.** Cambridge, Mass.: National Bureau of Economic Research; 2006.
  31. **DEGAM Definition Hausarzt** [<http://www.degam.de/index.php?id=303>]
  32. Delbanco TL: **Enriching the doctor-patient relationship by inviting the patient's perspective.** *Annals of internal medicine* 1992, **116**(5):414-418.
  33. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, Angermeyer MC, Bernert S, de Girolamo G, Morosini P, Polidori G, Kikkawa T, Kawakami N, Ono Y, Takeshima T, Uda H, Karam EG, Fayyad JA, Karam AN, Mneimneh ZN, Medina-Mora ME, Borges G, Lara C, de Graaf R, Ormel J, Gureje O, Shen Y, Huang Y, Zhang M, Alonso J, Haro JM, Vilagut G, Bromet EJ, Gluzman S, Webb C, Kessler RC, Merikangas KR, Anthony JC, Von Korff MR, Wang PS, Brugha TS, Aguilar-Gaxiola S, Lee S, Heeringa S, Pennell BE, Zaslavsky AM, Ustun TB, Chatterji S: **Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys.** *JAMA : the journal of the American Medical Association* 2004, **291**(21):2581-2590.

34. Docherty JP: **Barriers to the diagnosis of depression in primary care.** *The Journal of clinical psychiatry* 1997, **58 Suppl 1**:5-10.
35. Edwards A, Elwyn G: **Involving patients in decision making and communicating risk: a longitudinal evaluation of doctors' attitudes and confidence during a randomized trial.** *Journal of evaluation in clinical practice* 2004, **10(3)**:431-437.
36. Ekdahl AW, Hellstrom I, Andersson L, Friedrichsen M: **Too complex and time-consuming to fit in! Physicians' experiences of elderly patients and their participation in medical decision making: a grounded theory study.** *BMJ open* 2012, **2(3)**.
37. Elkin EB, Kim SH, Casper ES, Kissane DW, Schrag D: **Desire for information and involvement in treatment decisions: elderly cancer patients' preferences and their physicians' perceptions.** *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2007, **25(33)**:5275-5280.
38. Elwyn G, Edwards A, Hood K, Robling M, Atwell C, Russell I, Wensing M, Grol R: **Achieving involvement: process outcomes from a cluster randomized trial of shared decision making skill development and use of risk communication aids in general practice.** *Family practice* 2004, **21(4)**:337-346.
39. Ende J, Kazis L, Ash A, Moskowitz MA: **Measuring patients' desire for autonomy: decision making and information-seeking preferences among medical patients.** *Journal of general internal medicine* 1989, **4(1)**:23-30.
40. Engel GL: **The need for a new medical model: a challenge for biomedicine.** *Science* 1977, **196(4286)**:129-136.
41. Fletcher I, Mazzi M, Nuebling M: **When coders are reliable: the application of three measures to assess inter-rater reliability/agreement with doctor-patient communication data coded with the VR-CoDES.** *Patient education and counseling* 2011, **82(3)**:341-345.
42. Ford S, Schofield T, Hope T: **Are patients' decision-making preferences being met?** *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy* 2003, **6(1)**:72-80.
43. Frese T, Herrmann K, Bungert-Kahl P, Sandholzer H: **Inter-rater reliability of the ICPC-2 in a German general practice setting.** *Swiss medical weekly* 2012, **142**:w13621.
44. Frosch DL, Kaplan RM: **Shared decision making in clinical medicine: past research and future directions.** *American journal of preventive medicine* 1999, **17(4)**:285-294.
45. Giersdorf N, Loh A, Bieber C, Caspari C, Deinzer A, Doering T, Eich W, Hamann J, Heesen C, Kasper J, Leppert K, Muller K, Neumann T, Neuner B, Rohlfing H, Scheibler F, van Oorschot B, Spies C, Vodermaier A, Weiss-Gerlach E, Zysno P, Harter M: **[Development and validation of assessment instruments for shared decision making].** *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 2004, **47(10)**:969-976.
46. Glass RM: **The patient-physician relationship. JAMA focuses on the center of medicine.** *JAMA : the journal of the American Medical Association* 1996, **275(2)**:147-148.
47. Gmünder Ersatzkasse: **GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung : Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung.** In. St. Augustin: Asgard-Verl; 2006.
48. Goldberg D: **A bio-social model for common mental disorders.** *Acta psychiatrica Scandinavica Supplementum* 1994, **385**:66-70.

49. Goldberg D, Privett M, Ustun B, Simon G, Linden M: **The effects of detection and treatment on the outcome of major depression in primary care: a naturalistic study in 15 cities.** *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* 1998, **48**(437):1840-1844.
50. Gosswald A, Lange M, Kamtsiuris P, Kurth BM: **[DEGS: German Health Interview and Examination Survey for Adults. A nationwide cross-sectional and longitudinal study within the framework of health monitoring conducted by the Robert Koch Institute].** *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 2012, **55**(6-7):775-780.
51. Gräfe K, Zipfel S, Herzog W: **Screening psychischer Störungen mit dem „Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)“ - Ergebnisse der deutschen Validierungsstudie.** *Diagnostica* 2004, **50**:171-181.
52. Greene MG, Adelman RD, Charon R, Friedmann E: **Concordance between physicians and their older and younger patients in the primary care medical encounter.** *The Gerontologist* 1989, **29**(6):808-813.
53. Hack TF, Degner LF, Dyck DG: **Relationship between preferences for decisional control and illness information among women with breast cancer: a quantitative and qualitative analysis.** *Soc Sci Med* 1994, **39**(2):279-289.
54. Haftgoli N, Favrat B, Verdon F, Vaucher P, Bischoff T, Burnand B, Herzig L: **Patients presenting with somatic complaints in general practice: depression, anxiety and somatoform disorders are frequent and associated with psychosocial stressors.** *BMC family practice* 2010, **11**:67.
55. Hahn SR: **Physical symptoms and physician-experienced difficulty in the physician-patient relationship.** *Annals of internal medicine* 2001, **134**(9 Pt 2):897-904.
56. Hahn SR, Thompson KS, Wills TA, Stern V, Budner NS: **The difficult doctor-patient relationship: somatization, personality and psychopathology.** *Journal of clinical epidemiology* 1994, **47**(6):647-657.
57. Hanel G, Henningsen P, Herzog W, Sauer N, Schaefer R, Szecsenyi J, Lowe B: **Depression, anxiety, and somatoform disorders: vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study.** *Journal of psychosomatic research* 2009, **67**(3):189-197.
58. Harries C, Forrest D, Harvey N, McClelland A, Bowling A: **Which doctors are influenced by a patient's age? A multi-method study of angina treatment in general practice, cardiology and gerontology.** *Quality & safety in health care* 2007, **16**(1):23-27.
59. Hausteiner-Wiehle C, Grosber M, Bubel E, Groben S, Bornschein S, Lahmann C, Eyer F, Eberlein B, Behrendt H, Lowe B, Henningsen P, Huber D, Ring J, Darsow U: **Patient-doctor interaction, psychobehavioural characteristics and mental disorders in patients with suspected allergies: do they predict "medically unexplained symptoms"?** *Acta dermato-venereologica* 2011, **91**(6):666-673.
60. Henningsen P: **S3-Leitlinie „Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden“** In., vol. 2012. <http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-001.html>; 2012.
61. Henningsen P, Zipfel S, Herzog W: **Management of functional somatic syndromes.** *Lancet* 2007, **369**(9565):946-955.
62. Hinchey SA, Jackson JL: **A cohort study assessing difficult patient encounters in a walk-in primary care clinic, predictors and outcomes.** *Journal of general internal medicine* 2011, **26**(6):588-594.

63. Hofmans-Okkes IM, Lamberts H: **Longitudinal research in general practice. The importance of including both patients' and physicians' perspectives on medical events.** *Scandinavian journal of primary health care Supplement* 1993, **2**:42-48.
64. Holman H, Lorig K: **Patients as partners in managing chronic disease. Partnership is a prerequisite for effective and efficient health care.** *BMJ* 2000, **320**(7234):526-527.
65. Hudon C, Fortin M, Haggerty JL, Lambert M, Poitras ME: **Measuring patients' perceptions of patient-centered care: a systematic review of tools for family medicine.** *Annals of family medicine* 2011, **9**(2):155-164.
66. Hutton C, Gunn J: **Do longer consultations improve the management of psychological problems in general practice? A systematic literature review.** *BMC health services research* 2007, **7**:71.
67. Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America: **Crossing the quality chasm : a new health system for the 21st century**, 9. print. edn. Washington: National Acad. Press; 2009.
68. Jackson JL, Kroenke K: **Difficult patient encounters in the ambulatory clinic: clinical predictors and outcomes.** *Archives of internal medicine* 1999, **159**(10):1069-1075.
69. Jackson JL, Kroenke K: **Prevalence, impact, and prognosis of multisomatoform disorder in primary care: a 5-year follow-up study.** *Psychosomatic medicine* 2008, **70**(4):430-434.
70. Jackson JL, Kroenke K, Chamberlin J: **Effects of physician awareness of symptom-related expectations and mental disorders. A controlled trial.** *Archives of family medicine* 1999, **8**(2):135-142.
71. Jackson JL, Passamonti M, Kroenke K: **Outcome and impact of mental disorders in primary care at 5 years.** *Psychosomatic medicine* 2007, **69**(3):270-276.
72. Jacobi F, Klose M, Wittchen HU: **[Mental disorders in the community: healthcare utilization and disability days].** *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 2004, **47**(8):736-744.
73. Jacobi F, Wittchen HU, Holting C, Hofler M, Pfister H, Muller N, Lieb R: **Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS).** *Psychological medicine* 2004, **34**(4):597-611.
74. Kanamüller R: **Volkskrankheit Depression.** In: *Süddeutsche Zeitung*. 2012.
75. Keating NL, Guadagnoli E, Landrum MB, Borbas C, Weeks JC: **Treatment decision making in early-stage breast cancer: should surgeons match patients' desired level of involvement?** *Journal of clinical oncology : official journal of the American Society of Clinical Oncology* 2002, **20**(6):1473-1479.
76. Kessler RC, Keller MB, Wittchen HU: **The epidemiology of generalized anxiety disorder.** *The Psychiatric clinics of North America* 2001, **24**(1):19-39.
77. Kiesler DJ, Auerbach SM: **Optimal matches of patient preferences for information, decision-making and interpersonal behavior: evidence, models and interventions.** *Patient education and counseling* 2006, **61**(3):319-341.
78. King M, Nazareth I, Levy G, Walker C, Morris R, Weich S, Bellon-Saameno JA, Moreno B, Svab I, Rotar D, Rifel J, Maarros HI, Aluoja A, Kalda R, Neeleman J, Geerlings MI, Xavier M, de Almeida MC, Correa B, Torres-Gonzalez F: **Prevalence of common mental disorders in general practice attendees across Europe.** *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 2008, **192**(5):362-367.

79. Knottnerus JA: **Medical decision making by general practitioners and specialists.** *Family practice* 1991, **8**(4):305-307.
80. Koch K, Miksch A, Schurmann C, Joos S, Sawicki PT: **The German health care system in international comparison: the primary care physicians' perspective.** *Deutsches Arzteblatt international* 2011, **108**(15):255-261.
81. Kordt M, DAK: **DAK-Gesundheitsreport 2013.** In: *DAK-Gesundheitsreport 2013.* Ausgabebezeichnung edn.
82. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Linzer M, Hahn SR, deGruy FV, 3rd, Brody D: **Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment.** *Archives of family medicine* 1994, **3**(9):774-779.
83. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Lowe B: **The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review.** *General hospital psychiatry* 2010, **32**(4):345-359.
84. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB, Monahan PO, Lowe B: **Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection.** *Annals of internal medicine* 2007, **146**(5):317-325.
85. Kühlein TL, G; Gutscher, A.; Szecsenyi, J.,: **Kontinuierliche Morbiditätsregistrierung in der Hausarztpraxis - Vom Beratungsanlass zum Beratungsergebnis.** In. München: Urban & Vogel; 2008.
86. Laine C, Davidoff F: **Patient-centered medicine. A professional evolution.** *JAMA : the journal of the American Medical Association* 1996, **275**(2):152-156.
87. Lang F, Floyd MR, Beine KL: **Clues to patients' explanations and concerns about their illnesses. A call for active listening.** *Archives of family medicine* 2000, **9**(3):222-227.
88. Laux, G., Kühlein T, Gutscher A, Szecsenyi J: **Versorgungsforschung in der Hausarztpraxis - Ergebnisse aus dem CONTENT Projekt 2006–2009** [[http://www.content-info.org/public/berichtsband/CONTENT\\_Berichtsband\\_2.pdf](http://www.content-info.org/public/berichtsband/CONTENT_Berichtsband_2.pdf)]
89. Lazare A, Eisenthal S, Wasserman L: **The customer approach to patienthood. Attending to patient requests in a walk-in clinic.** *Archives of general psychiatry* 1975, **32**(5):553-558.
90. Leach MJ: **Rapport: a key to treatment success.** *Complementary therapies in clinical practice* 2005, **11**(4):262-265.
91. Levenstein JH, McCracken EC, McWhinney IR, Stewart MA, Brown JB: **The patient-centred clinical method. 1. A model for the doctor-patient interaction in family medicine.** *Family practice* 1986, **3**(1):24-30.
92. Levinson W, Kao A, Kuby A, Thisted RA: **Not all patients want to participate in decision making. A national study of public preferences.** *Journal of general internal medicine* 2005, **20**(6):531-535.
93. Levinson W, Roter DL, Mullooly JP, Dull VT, Frankel RM: **Physician-patient communication. The relationship with malpractice claims among primary care physicians and surgeons.** *JAMA : the journal of the American Medical Association* 1997, **277**(7):553-559.
94. Lilford R, Edwards A, Girling A, Hofer T, Di Tanna GL, Petty J, Nicholl J: **Inter-rater reliability of case-note audit: a systematic review.** *Journal of health services research & policy* 2007, **12**(3):173-180.

95. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, Ferrier K, Payne S: **Observational study of effect of patient centredness and positive approach on outcomes of general practice consultations.** *BMJ* 2001, **323**(7318):908-911.
96. Little P, Everitt H, Williamson I, Warner G, Moore M, Gould C, Ferrier K, Payne S: **Preferences of patients for patient centred approach to consultation in primary care: observational study.** *BMJ* 2001, **322**(7284):468-472.
97. Loh A, Leonhart R, Wills CE, Simon D, Harter M: **The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression.** *Patient education and counseling* 2007, **65**(1):69-78.
98. Lopez AD, Murray CC: **The global burden of disease, 1990-2020.** *Nature medicine* 1998, **4**(11):1241-1243.
99. Lowe B, Grafe K, Kroenke K, Zipfel S, Quenter A, Wild B, Fiehn C, Herzog W: **Predictors of psychiatric comorbidity in medical outpatients.** *Psychosomatic medicine* 2003, **65**(5):764-770.
100. Lowe B, Spitzer RL, Grafe K, Kroenke K, Quenter A, Zipfel S, Buchholz C, Witte S, Herzog W: **Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses.** *Journal of affective disorders* 2004, **78**(2):131-140.
101. Lowe B, Spitzer RL, Williams JB, Mussell M, Schellberg D, Kroenke K: **Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment.** *General hospital psychiatry* 2008, **30**(3):191-199.
102. Mader FH, Weißgerber H: **Allgemeinmedizin und Praxis : Anleitung in Diagnostik und Therapie**, 5. Aufl. edn. [s.l.]: Springer-Verlag; 2005.
103. McGinn T, Wyer PC, Newman TB, Keitz S, Leipzig R, For GG: **Tips for learners of evidence-based medicine: 3. Measures of observer variability (kappa statistic).** *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne* 2004, **171**(11):1369-1373.
104. Mead N, Bower P: **Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature.** *Soc Sci Med* 2000, **51**(7):1087-1110.
105. Mercer SW, Fitzpatrick B, Gourlay G, Vojt G, McConnachie A, Watt GC: **More time for complex consultations in a high-deprivation practice is associated with increased patient enablement.** *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* 2007, **57**(545):960-966.
106. Michie S, Miles J, Weinman J: **Patient-centredness in chronic illness: what is it and does it matter?** *Patient education and counseling* 2003, **51**(3):197-206.
107. Mulrow CD, Williams JW, Jr., Chiquette E, Aguilar C, Hitchcock-Noel P, Lee S, Cornell J, Stamm K: **Efficacy of newer medications for treating depression in primary care patients.** *The American journal of medicine* 2000, **108**(1):54-64.
108. Nuyen J, Volkers AC, Verhaak PF, Schellevis FG, Groenewegen PP, Van den Bos GA: **Accuracy of diagnosing depression in primary care: the impact of chronic somatic and psychiatric co-morbidity.** *Psychological medicine* 2005, **35**(8):1185-1195.
109. Perestelo-Perez L, Gonzalez-Lorenzo M, Perez-Ramos J, Rivero-Santana A, Serrano-Aguilar P: **Patient involvement and shared decision-making in mental health care.** *Current clinical pharmacology* 2011, **6**(2):83-90.
110. Peters RM: **Matching physician practice style to patient informational issues and decision-making preferences. An approach to patient autonomy and medical paternalism issues in clinical practice.** *Archives of family medicine* 1994, **3**(9):760-763; discussion 764.

111. Peters S, Rogers A, Salmon P, Gask L, Dowrick C, Towey M, Clifford R, Morriss R: **What do patients choose to tell their doctors? Qualitative analysis of potential barriers to reattributing medically unexplained symptoms.** *Journal of general internal medicine* 2009, **24**(4):443-449.
112. Pignone MP, Gaynes BN, Rushton JL, Burchell CM, Orleans CT, Mulrow CD, Lohr KN: **Screening for depression in adults: a summary of the evidence for the U.S. Preventive Services Task Force.** *Annals of internal medicine* 2002, **136**(10):765-776.
113. Deutsche Rentenversicherung: **Reha-Bericht 2012** [[http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/193722/publicationFile/30924/rehabericht\\_2012.pdf](http://www.deutsche-rentenversicherung.de/cae/servlet/contentblob/193722/publicationFile/30924/rehabericht_2012.pdf)]
114. Riens B, Erhart M, Mangiapane S: **Arztkontakte im Jahr 2007 – Hintergründe und Analysen** [<http://www.versorgungsatlas.de/themen/versorgungsprozesse/?tab=6&uid=14>]
115. Robinson A, Thomson R: **Variability in patient preferences for participating in medical decision making: implication for the use of decision support tools.** *Quality in health care : QHC* 2001, **10** Suppl 1:i34-38.
116. Robinson JH, Callister LC, Berry JA, Dearing KA: **Patient-centered care and adherence: definitions and applications to improve outcomes.** *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2008, **20**(12):600-607.
117. Rogers CR: **On becoming a person. A therapist's view of psychotherapy**, 4. print edn. Boston: Houghton Mifflin; 1970.
118. Rogers CR, Dorfman E, Gordon T, Hobbs N, Carmichael L: **Client-centered therapy its current practice, implications, and theory.** Boston: Houghton Mifflin.
119. Roter D: **The enduring and evolving nature of the patient-physician relationship.** *Patient education and counseling* 2000, **39**(1):5-15.
120. Roter D, Hall JA: **Doctors talking with patients/patients talking with doctors : improving communication in medical visits.** Westport, Conn.: Auburn House; 1992.
121. Roter DL, Stewart M, Putnam SM, Lipkin M, Jr., Stiles W, Inui TS: **Communication patterns of primary care physicians.** *JAMA : the journal of the American Medical Association* 1997, **277**(4):350-356.
122. Roth A, Fonagy P: **What works for whom? : a critical review of psychotherapy research**, 2. ed edn. New York, NY [u.a.]: Guilford Press; 2005.
123. Say R, Murtagh M, Thomson R: **Patients' preference for involvement in medical decision making: a narrative review.** *Patient education and counseling* 2006, **60**(2):102-114.
124. Schlette S, Lisac M, Blum K: **Integrated primary care in Germany: the road ahead.** *International journal of integrated care* 2009, **9**:e14.
125. Schneider A, Korner T, Mehring M, Wensing M, Elwyn G, Szecsenyi J: **Impact of age, health locus of control and psychological co-morbidity on patients' preferences for shared decision making in general practice.** *Patient education and counseling* 2006, **61**(2):292-298.
126. Schulberg HC, Raue PJ, Rollman BL: **The effectiveness of psychotherapy in treating depressive disorders in primary care practice: clinical and cost perspectives.** *General hospital psychiatry* 2002, **24**(4):203-212.
127. Simon D, Kriston L, Loh A, Spies C, Scheibler F, Wills C, Harter M: **Confirmatory factor analysis and recommendations for improvement of the Autonomy-Preference-**

- Index (API).** *Health expectations : an international journal of public participation in health care and health policy* 2010, **13**(3):234-243.
128. Spies CD, Schulz CM, Weiss-Gerlach E, Neuner B, Neumann T, von Dossow V, Schenk M, Wernecke KD, Elwyn G: **Preferences for shared decision making in chronic pain patients compared with patients during a premedication visit.** *Acta anaesthesiologica Scandinavica* 2006, **50**(8):1019-1026.
  129. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB: **Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire.** *JAMA : the journal of the American Medical Association* 1999, **282**(18):1737-1744.
  130. Staiger TO, Jarvik JG, Deyo RA, Martin B, Braddock CH, 3rd: **BRIEF REPORT: Patient-physician agreement as a predictor of outcomes in patients with back pain.** *Journal of general internal medicine* 2005, **20**(10):935-937.
  131. Steele DJ, Blackwell B, Gutmann MC, Jackson TC: **The activated patient: dogma, dream, or desideratum?** *Patient education and counseling* 1987, **10**(1):3-23.
  132. Steinbrecher N, Koerber S, Frieser D, Hiller W: **The prevalence of medically unexplained symptoms in primary care.** *Psychosomatics* 2011, **52**(3):263-271.
  133. Steinmetz D, Tabenkin H: **The 'difficult patient' as perceived by family physicians.** *Family practice* 2001, **18**(5):495-500.
  134. Stewart M: **Patient-centered medicine : transforming the clinical method**, 2. edn. Abingdon: Radcliffe Med. Press; 2007.
  135. Stewart M: **Towards a global definition of patient centred care.** *BMJ* 2001, **322**(7284):444-445.
  136. Stewart M, Brown JB, Donner A, McWhinney IR, Oates J, Weston WW, Jordan J: **The impact of patient-centered care on outcomes.** *The Journal of family practice* 2000, **49**(9):796-804.
  137. Stewart MA: **Effective physician-patient communication and health outcomes: a review.** *CMAJ : Canadian Medical Association journal = journal de l'Association medicale canadienne* 1995, **152**(9):1423-1433.
  138. Stirling AM, Wilson P, McConnachie A: **Deprivation, psychological distress, and consultation length in general practice.** *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* 2001, **51**(467):456-460.
  139. Street RL, Jr., Haidet P: **How well do doctors know their patients? Factors affecting physician understanding of patients' health beliefs.** *Journal of general internal medicine* 2011, **26**(1):21-27.
  140. Szecsenyi, J: **CONTENT - Das arztpraxisbasierte Forschungsnetz** [<http://www.content-info.org>]
  141. World Health Organization (WHO): **Integrating Mental Health into Primary Care : A Global Perspective.** In. Geneva: World Health Organization; 2008.
  142. World Health Organization (WHO:) **International Classification of Primary Care, Second edition (ICPC-2)** [<http://www.who.int/classifications/icd/adaptations/icpc2/en/index.html>]
  143. Wissow LS, Roter D, Larson SM, Wang MC, Hwang WT, Johnson R, Luo X: **Mechanisms behind the failure of residents' longitudinal primary care to promote disclosure and discussion of psychosocial issues.** *Archives of pediatrics & adolescent medicine* 2002, **156**(7):685-692.

144. Wittchen HU, Hofler M, Meister W: **Prevalence and recognition of depressive syndromes in German primary care settings: poorly recognized and treated?** *International clinical psychopharmacology* 2001, **16**(3):121-135.
145. Wittchen HU, Jacobi F: **Size and burden of mental disorders in Europe--a critical review and appraisal of 27 studies.** *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology* 2005, **15**(4):357-376.
146. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jonsson B, Olesen J, Allgulander C, Alonso J, Faravelli C, Fratiglioni L, Jennum P, Lieb R, Maercker A, van Os J, Preisig M, Salvador-Carulla L, Simon R, Steinhausen HC: **The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010.** *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology* 2011, **21**(9):655-679.
147. Wittchen HU, Kessler RC, Beesdo K, Krause P, Hofler M, Hoyer J: **Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management.** *The Journal of clinical psychiatry* 2002, **63 Suppl 8**:24-34.
148. Zebiene E, Svab I, Sapoka V, Kairys J, Dotsenko M, Radic S, Miholic M: **Agreement in patient-physician communication in primary care: a study from Central and Eastern Europe.** *Patient education and counseling* 2008, **73**(2):246-250.

## 7. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Soziodemographische Patientencharakteristika der Stichprobe .....	32
Tabelle 2: Prävalenz psychischer Komorbidität (PHQ) .....	33
Tabelle 3: Altersmittelwerte bei psychischer Komorbidität (PHQ).....	33
Tabelle 4: Psychische Komorbidität (laut PHQ) .....	35
Tabelle 5: Beratungsanlässe aus Sicht der Patienten und der Ärzte, nach ICPC-2 codiert .....	38
Tabelle 6: Häufigkeiten der Übereinstimmung (aufgeschlüsselt) auf Ebene der Beratungsanlässe .....	40
Tabelle 7: Häufigkeiten der Übereinstimmung (dichotomisiert) auf Ebene der Beratungsanlässe .....	40
Tabelle 8: Übereinstimmung auf Ebene der Beratungsanlässe (aufgeschlüsselt) und PHQ- Diagnosen .....	41
Tabelle 9: Psychische Komorbidität und Anzahl der Beratungsanlässe als Prädiktoren für Diskordanz (Beratungsanlass).....	42
Tabelle 10: Anzahl der Beratungsanlässe als Prädiktor für Psychische Komorbidität.....	42
Tabelle 11: Mittelwerts-Analyse von Partizipations- und Informationsbedürfnis (API Summenscore).....	44
Tabelle 12: Mittelwerte API nach Einschätzung der Partizipationspräferenz durch den Arzt .....	45
Tabelle 13: Beziehung zwischen Arzteinschätzung bezüglich Partizipationspräferenz und der Selbsteinschätzung des Patienten (API).....	47
Tabelle 14: Alter in Abhängigkeit von Übereinstimmung (Partizipation) .....	49
Tabelle 15: Diskordanz (Partizipation) und Geschlecht / Schulbildung.....	49
Tabelle 16: Übereinstimmung (Partizipation) und psychische Komorbidität (nach PHQ) .....	50
Tabelle 17: Prädiktoren für Diskordanz (Partizipation).....	52
Tabelle 18: Übereinstimmung (Beratungsanlass) und Diskordanz (Kommunikation).....	53
Tabelle 19: Kommunikative Aspekte als Prädiktoren für Diskordanz (Beratungsanlass) .....	54

## 8. **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Konzeptuelles Gerüst der Patientenzentrierten Medizin .....	10
Abbildung 2: Histogramm der Altersverteilung der Stichprobe .....	31
Abbildung 3: Verteilungskurven Informations- und Partizipationspräferenz (API) .....	43
Abbildung 4: API Partizipationsbedürfnis (vereinfacht) und Einschätzung durch den Arzt, vereinfachte Darstellung .....	46
Abbildung 5: Prozentuale Häufigkeit von Konkordanz und Diskordanz (Partizipation) bei verschieden hohen Cutoff-Werten, nach Geschlecht gestapelt.....	48

## 9. Abkürzungsverzeichnis

API	Autonomie-Präferenz-Index
bzw.	beziehungsweise
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (vierte Version)
ICD-10	internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, zehnte Revision
ICPC	International Classification of Primary Care
IDCL	International Diagnostic Checklist
MW	Mittelwert
n	Häufigkeit der Merkmalsausprägungen
OR	Odds Ratio
p	Signifikanzwert
PHQ(-D)	Patient Health Questionnaire (deutsche Version)
SD	Standardabweichung
SKID	Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV
u.a.	unter anderem

# 10. Anhang

## 10.1. Patientenfragebogen



**TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN**  
Klinikum rechts der Isar, Institut für Allgemeinmedizin  
Ärztlicher Direktor  
Univ. Prof. Dr. Antonius Schneider

Liebe Patientin, lieber Patient,

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Bis auf wenige Ausnahmen handelt es sich um Fragen, bei denen Sie aus verschiedenen Antwortoptionen wählen können. Bitte kreuzen Sie jeweils das Kästchen mit der für Sie zutreffenden Antwort an. Falls Sie Fragen haben sollten, wenden Sie sich bitte an den Studienbetreuer, das Praxispersonal oder die Ärztin/den Arzt.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Name: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_ . \_\_ . \_\_\_\_

Datum: \_\_ . \_\_ . \_\_\_\_

Code-Nr.: 

--	--	--

  
(wird von uns vergeben)

### Fragen zum Anlass des Arztbesuchs

1.a. Ich komme wegen folgender Beschwerden zum Hausarzt (Bitte mit eigenen Worten eintragen):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

1.b. Haben Sie diese Ärztin/diesen Arzt bereits früher wegen dieser Beschwerden aufgesucht?

nein       ja    wenn ja: wie oft innerhalb der letzten 12 Monate? \_\_\_\_\_ Mal

### Fragen zu verschiedenen Beschwerden

- |   | Überhaupt nicht          | An einzelnen Tagen       | An mehr als der Hälfte der Tage | Beinahe jeden Tag        |
|---|--------------------------|--------------------------|---------------------------------|--------------------------|
| <b>1. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch folgende Beschwerden beeinträchtigt?</b>   |                          |                          |                                 |                          |
| a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> |
| b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> |
| c. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> |
| d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> |
| e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> |
| f. Schlechte Meinung von sich selbst, Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> |
| g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> |
| h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> |
| i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> |

### 2. Fragen zum Thema „Angst“.

- |  | NEIN                     | JA                       |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Angstattacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Wenn „NEIN“, brauchen Sie die folgenden Fragen nicht mehr beantworten. Bitte weiter bei Frage 4 (nächste Seite).</b>  |                          |                          |
| b. Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Treten manche dieser Anfälle völlig unerwartet auf - d.h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend, und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Litten Sie während Ihres letzten schlimmen Angstanfalls unter Kurzatmigkeit, Schwitzen, Herzrasen oder -klopfen, Schwindel oder dem Gefühl, der Ohnmacht nahe zu sein, Kribbeln oder Taubheitsgefühlen, Übelkeit oder Magenbeschwerden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### 3. Denken Sie bitte an ihren letzten schlimmen Angstanfall.

- |   | NEIN                     | JA                       |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. Bekamen Sie schlecht Luft?.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Hatten Sie Herzrasen, Herzklopfen oder unregelmäßigen Herzschlag?..                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Hatten Sie Schmerzen oder ein Druckgefühl in der Brust?.....                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Haben Sie geschwitzt?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Hatten Sie das Gefühl zu ersticken?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Hatten Sie Hitzewallungen oder Kälteschauer?.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g. Wurde Ihnen übel, hatten Sie Magenbeschwerden oder das Gefühl, Sie würden Durchfall bekommen?..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h. Fühlten Sie sich schwindelig, unsicher, benommen oder einer Ohnmacht nahe?.....                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i. Spürten Sie ein Kribbeln oder hatten Sie ein Taubheitsgefühl in Teilen des Körpers?.....           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| j. Zitterten oder bebten Sie?.....  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| k. Hatten Sie Angst, Sie würden sterben?.....   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Fragen zur Selbstwahrnehmung

Sie finden nun Aussagen aufgelistet, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte geben Sie jeweils das Ausmaß auf der Skala zwischen 6 (Trifft sehr zu) und 1 (Trifft nicht zu) an, inwieweit folgende Aussagen auf Sie zutreffen. Machen sie bitte jeweils nur ein Kreuz in die entsprechende Zeile.

4. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt
a. Bauchschmerzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Rückenschmerzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Bei Frauen: Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Kopfschmerzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schmerzen im Brustbereich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Schwindel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ohnmachtsanfälle.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Herzklopfen oder Herzrasen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Kurzatmigkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 4 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage
a. Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung oder übermäßige Besorgnis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Gefühle der Unruhe, sodass Stillsitzen schwer fällt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Leichte Ermüdbarkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Muskelverspannungen, Muskelschmerzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Lesen oder beim Fernsehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Leichte Reizbarkeit, Überempfindlichkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.a. Ich spüre kleinste Veränderungen in meinem Körper sehr genau.....	6	5	4	3	2	1
7.b. Wenn mir ein Kleidungsstück unbequem ist, bemerke ich es sofort.....	6	5	4	3	2	1
7.c. Mein Körper reagiert sehr empfindlich auf jede Belastung.....	6	5	4	3	2	1
7.d. Wenn etwas mit mir nicht stimmt, bemerke ich es sofort.....	6	5	4	3	2	1
7.e. Ich spüre es sehr früh, wenn ich krank werde.....	6	5	4	3	2	1
7.f. Oft habe ich das Gefühl, irgendetwas juckt oder ist zu eng.....	6	5	4	3	2	1
7.g. Schmuckstücke und Uhren muss ich sofort ausziehen, wenn ich zuhause bin.....	6	5	4	3	2	1
7.h. Ich denke viel über meinen Körper nach.....	6	5	4	3	2	1
7.i. Ich denke viel über meine Gesundheit nach.....	6	5	4	3	2	1
7.j. Vorgänge in meinem Körper nehme ich sehr genau wahr.....	6	5	4	3	2	1

Trifft  
sehr  
zu

Trifft  
nicht  
zu

### Fragen zu medizinischen Entscheidungen

In den folgenden Fragen geht es um Ihre allgemeine Einstellung zu medizinischen Entscheidungen. Ihre Zustimmung oder Ablehnung können Sie in der angegebenen Skala von „sehr dafür“ (1) bis „sehr dagegen“ (5) ausdrücken.

8.a. Wichtige medizinische Entscheidungen sollten von Ihrem Arzt getroffen werden und nicht von Ihnen.	sehr dafür 1	etwas dafür 2	neutral 3	etwas dagegen 4	sehr dagegen 5
8.b. Sie sollten sich dem Rat Ihres Arztes anschließen, auch wenn Sie anderer Meinung sind.	sehr dafür 1	etwas dafür 2	neutral 3	etwas dagegen 4	sehr dagegen 5
8.c. Während eines Krankenhaus-aufenthaltes sollten Sie keine Entscheidungen über Ihre eigene Behandlung treffen.	sehr dafür 1	etwas dafür 2	neutral 3	etwas dagegen 4	sehr dagegen 5
8.d. Über alltägliche medizinische Probleme sollten Sie selbst entscheiden.	sehr dafür 1	etwas dafür 2	neutral 3	etwas dagegen 4	sehr dagegen 5
8.e. Sie werden krank und Ihre Erkrankung verschlechtert sich. Möchten Sie, dass Ihr Arzt Ihre Behandlung in stärkerem Maße in die Hand nimmt?	sehr dafür 1	etwas dafür 2	neutral 3	etwas dagegen 4	sehr dagegen 5
8.f. Sie sollten selbst entscheiden, wie oft Sie eine allgemeine Gesundheitsuntersuchung benötigen.	sehr dafür 1	etwas dafür 2	neutral 3	etwas dagegen 4	sehr dagegen 5

Die folgenden Fragen betreffen Ihr Informationsbedürfnis als Patient.

9.a. Je mehr sich Ihre Erkrankung verschlechtert umso mehr sollten Sie über Ihre Erkrankung aufgeklärt werden.	sehr dafür 1	etwas dafür 2	neutral 3	etwas dagegen 4	sehr dagegen 5
9.b. Sie sollten vollständig verstehen, was infolge der Krankheit in Ihrem Körper vor sich geht.	sehr dafür 1	etwas dafür 2	neutral 3	etwas dagegen 4	sehr dagegen 5
9.c. Auch bei schlechten Untersuchungsergebnissen, sollten Sie umfassend informiert werden.	sehr dafür 1	etwas dafür 2	neutral 3	etwas dagegen 4	sehr dagegen 5
9.d. Ihr Arzt sollte Ihnen den Zweck der Laboruntersuchungen erklären.	sehr dafür 1	etwas dafür 2	neutral 3	etwas dagegen 4	sehr dagegen 5
9.e. Informationen sollten Ihnen nur gegeben werden, wenn Sie danach fragen.	sehr dafür 1	etwas dafür 2	neutral 3	etwas dagegen 4	sehr dagegen 5
9.f. Es ist wichtig für Sie, alle Nebenwirkungen Ihrer Medikamente zu kennen.	sehr dafür 1	etwas dafür 2	neutral 3	etwas dagegen 4	sehr dagegen 5
9.g. Informationen über Ihre Krankheit sind für Sie genauso wichtig wie die Behandlung selbst.	sehr dafür 1	etwas dafür 2	neutral 3	etwas dagegen 4	sehr dagegen 5
9.h. Wenn es mehr als eine Möglichkeit der Behandlung gibt, sollten Sie über alle informiert werden.	sehr dafür 1	etwas dafür 2	neutral 3	etwas dagegen 4	sehr dagegen 5

© Ende

## Angaben zur Einnahme Ihrer Medikation

- |  | Ja                       | Nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 10.a. Nehmen Sie Medikamente? <b>(Falls nein, bitte weiter mit Frage 11)</b>   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.b. Kommt es vor, dass Sie vergessen Ihre Medikamente einzunehmen?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.c. Sind Sie bei der Einnahme Ihrer Medikamente hin und wieder nachlässig?   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.d. Hören Sie manchmal auf Ihre Medikamente einzunehmen, sobald es Ihnen besser geht?  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10.e. Hören Sie manchmal auf Ihre Medikamente einzunehmen, wenn Sie sich bei der Einnahme Ihrer Medikamente schlechter fühlen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

## Fragen zur Person

Im Folgenden finden Sie nun noch einige Fragen zu Ihrer Person

### 11.a. Familienstand

- verheiratet oder in fester Partnerschaft
- alleinstehend
- verwitwet

### 11.b. Welcher ist Ihr höchster Schulabschluss?

- kein Schulabschluss
- Sonderschulabschluss
- Hauptschul-/Volksschulabschluss
- Realschulabschluss/Mittlere Reife
- Fachabitur/Abitur
- Sonstiges:.....

### 11.c. Was ist Ihre Berufsausbildung?

- keine Berufsausbildung
- Lehre/Berufsfachschule
- Fachhochschulstudium/Hochschulstudium
- Sonstiges:.....

### 11.d. Sind Sie derzeit erwerbstätig

- ja und zwar  Teilzeit  Vollzeit
  
- nein, ich bin
  - Hausfrau/Hausmann
  - in Rente/pensioniert
  - arbeitslos
  - sonstiges:.....

**Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!**

# 10.2. Die International Classification of Primary Care (ICPC-2)

ICPC-2 Deutsch/German International Classification of Primary Care – 2 <sup>nd</sup> Edition	Blut, blutbild. Organe, Immunsystem B	Auge F	Bewegungsapparat L
<p><b>Wonca International Classification Committee (WICC)</b></p> <p><b>Prozeduren-Codes</b></p> <p>-30 Ärztliche Untersuchung - komplett -31 Ärztliche Untersuchung - teilweise -32 Allergie-/Sensitivitätstestung -33 Mikrobiol./Immunol. Untersuchung -34 Blutuntersuchung -35 Urinuntersuchung -36 Stuhluntersuchung -37 Histo/zytologische Untersuchung -38 Laboruntersuchung, andere NAK -39 Körperliche Funktionsprüfung -40 Diagnostische Endoskopie -41 Diagnostisches Röntgen/Bildgebung -42 Elektrokardiogramm -43 Diagnostische Untersuchung, andere -44 Präventive Impfung/Medikation -45 Beobachtung/Schulung/Beratung/Diät -46 Konsult. eines and. Grundversorgers -47 Konsultation eines Facharztes -48 Klärung des Beratungsanlasses -49 Vorsorgemaßnahme, andere -50 Medikation/Verschreibung/Injektion -51 Inzision/Drainage/Spülung/Abtragung -52 Exzision/Biopsie -53 Instr. Manipulation/Katheter/Intubation -54 Verschluss/Fixierung/Näht/Prothese -55 Lokale Injektion/Infiltration -56 Verband/Kompression/Tamponade -57 Physikalische Therapie/Rehabilitation -58 Therapeutische Beratung/Zuhören -59 Therap. Maßn./kl. Cher., andere NAK -60 Testresu./Ergebnis eigene Maßnahme -61 Ergebnis Untersuchung/Brief, anderer -62 Administrative Maßnahme -63 Folgevorstellung unspezifiziert -64 Konsult. auf Initiative Leistungser. -65 Konsultation auf Initiative Dritter -66 ÜW an and. Leistungser./Pflegerkraft -67 ÜW an einen Arzt/Spezialisten -68 Überweisung, andere NAK -69 Beratungsanlass, anderer NAK</p> <p><b>Allgemein und unspezifisch A</b></p> <p>A01 Schmerz generalisiert/mehrere Stellen A02 Frösteln A03 Fieber A04 Schwäche/allgemeine Müdigkeit A05 Unwohlsein A06 Ohnmacht/Synkope A07 Koma A08 Schwellung A09 Übermäßiges Schwitzen A10 Blutung/Hämorrhagie NNB A11 Brustschmerz NNB A13 Besorgnis ü./Angst vor med. Behandl. A16 Unruhiges Kleinkind A18 Besorgnis über äußere Erscheinung A20 Gespräch über/Bitte um Sterbehilfe A21 Risikofaktoren bösartige Neubildung A23 Risikofaktoren NNB A25 Angst vor dem Tod / Sterben A26 Angst vor Krebserkrankung NNB A27 Angst vor anderer Krankheit NNB A28 Funktionseinschr./Behinderung (A) A29 Allgemeinsympt./beschw. andere A70 Tuberkulose A71 Masern A72 Windpocken A73 Malaria A74 Röteln A75 Infektöses Mononukleose A76 Virales Exanthem NNB, andere A77 Virale Erkrankung NNB, andere A78 Infektöse Erkrankung NNB, andere A79 Malignom NNB A80 Multiple Traumen/Verletzung A81 Polytrauma/Verletzungen A82 Sekundäreffekte eines Traumas A84 Vergiftung durch mediz. Substanz A85 Unerwünschte Wirk. e. Medikaments A86 Toxischer Effekt nichtmed. Substanz A87 Komplikation mediz. Behandlung A88 Schädli. Folge physikal. Einwirkung A89 Kompl./Auswirk. Prothesenversorgung A90 Angeborene Anomalie/NNB A91 Unerkl. Befund e. Untersuchung NNB A92 Allergie/allergische Reaktion NNB A93 Unreifes Neugeborenes A94 Perinatale Erkrankung, andere A95 Perinatale Tod A96 Tod A97 Keine Erkrankung A98 Gesundheitsförderung/Präventiv.Med. A99 Erkrankung o. bek. Ursache/ Lokalis.</p>	<p>B02 Lymphknoten vergrößert/schmerzhaft B04 Blutsymptomatik / Beschwerden B25 Angst vor HIV / AIDS B26 Angst vor bösart. Blut-/Lymphkran. B27 Angst v. anderer Blut-/Lymphkran. B28 Funktionseinschr./Behinderung (B) B29 Beschw. Lymph-/Immunsystem, andere B70 Lymphadenitis, akute B71 Lymphadenitis, chron./unspezifische B72 Morbus Hodgkin/Lymphom B73 Leukämie B74 Maligne Bluterkrankung, andere B75 Benigne/unspezifische Blutneubildung B76 Milzruptur, traumatische B77 Verletzung Blut-/Lymph-/Milz, andere B78 Vererbliche hämolytische Anämie B79 Angeb. Anomalie Blut/Lymphsystem B80 Eisenmangelanämie B81 Anämie Vitamin B12/Folsäuremangel B82 Anämie unspezifisch, andere B83 Purpura/Gerinnungsstörung B84 Ungeklärte abnorme Leukozyten B87 Splenomegalie B90 HIV-Infektion/AIDS B99 Blut-/Lymph-/Milzkrankung, andere</p> <p><b>PROZEDUREN-CODES</b></p> <p><b>SYMPTOME</b></p> <p><b>INFEKTIONEN</b></p> <p><b>NEUBILDUNGEN</b></p> <p><b>VERLETZUNGEN</b></p> <p><b>FEHLBILDUNGEN</b></p> <p><b>ANDERE DIAGNOSEN</b></p> <p><b>Verdauungssystem D</b></p> <p>D01 Bauchschmerzen/-krämpfe, general. D02 Bauchschmerzen, epigastrische D03 Sodbrennen D04 Rektale/anaale Schmerzen D05 Perianaler Juckreiz D06 Bauchschmerzen, andere Lokalisation D07 Dyspepsie/Verdauungsstörung D08 Flatulenz/Blähungen D09 Übelkeit D10 Erbrechen D11 Durchfall D12 Verstopfung D13 Gelbsucht D14 Bluterbrechen/Hämatemesis D15 Melaena/Teerstuhl D16 Rektale Blutung D17 Stuhlinkontinenz D18 Veränderung Stuhlgang/Verdauung D19 Zahn-/Zahnfleischsympt./-beschw. D20 Mund-/Zungen-/Lippenbeschwerden D21 Schluckbeschwerden D23 Hepatomegalie D24 Abdom. Tastbefund/Resistenz NNB D25 Aufgetriebenes Abdomen/Spannung D26 Angst vor Krebs Verdauungsorgane D27 Angst v. Erkrank. Verdauungss. and. D28 Funktionseinschr./Behinderung (D) D29 Beschw. Verdauungssystem, andere D70 Gastrointest. Infekt., Erreger gesichert D71 Mumps D72 Virushepatitis D73 Gastroenteritis vermutlich infektiös D74 Bösartige Neubildung Magen D75 Bösartige Neubildung Colon/Rektum D76 Bösartige Neubildung Pankreas D77 Bösartige Neubild., andere/NNB (D) D78 Neubild. Verdauungssyst., benign. s. D79 Fremdkörper im Verdauungssystem D80 Verletzung des Verdauungssystems D81 Angeb. Anomalie d. Verdauungssyst D82 Zahn-/Zahnfleischerkrankung D83 Mund-/Zungen-/Lippenerkrankung D84 Speiseröhrenerkrankung D85 Duodenalulkus D86 Peptisches Ulkus, anderes D87 Magenfunktionsstörung D88 Appendizitis D89 Leistenhernie D90 Hiatushernie D91 Abdominelle Hernie, andere D92 Divertikulose/Divertikulitis D93 Reizdarmsyndrom D94 Chron. entzündl. Darmerkrr./Colitis D95 Analfissur/perianaler Abszeß D96 Würmer/andere Parasiten D97 Lebererkrankung NNB D98 Cholezystitis/Cholelithiasis D99 Erkrankung Verdauungssyst., andere</p>	<p>F01 Augenschmerz F02 Augenrötung F03 Augenausfluss/-absonderung F04 Mouches volantes F05 Sehstörung, andere F13 Auge Empfindungsstörung F14 Auge abnorme Bewegung F15 Auge abnormes Aussehen F16 Augenlid Symptome/Beschwerden F17 Brille Symptome/Beschwerden F18 Kontaktlinsen Symptome/Beschw. F27 Angst vor Augenerkrankung F28 Funktionseinschr./Behinderung (F) F29 Auge Symptome/Beschw., andere F70 Konjunktivitis, infektiöse F71 Konjunktivitis, allergische F72 Blepharitis/ Hagelekom/Gerstenkorn F73 Augeninfektion/-entzündung, and. F74 Neubild. Auge/Anhangsgebilde F75 Kontraktion/Bildung im Auge F76 Fremdkörper im Auge F79 Augenverletzung, andere F80 Tränenkanalverschlusß Kleinkind F81 Angeb. Anomalie Auge, andere F82 Netzhautablösung F83 Retinopathie F84 Maculadegeneration F85 Cornealulcus F86 Trachom F91 Refraktionsfehler F92 Katarakt F93 Glaukom F94 Blindheit F95 Strabismus F99 Auge/Anhangsgeb. Erkrank., and.</p> <p><b>Ohr H</b></p> <p>H01 Ohrschmerz H02 Hörstörung H03 Tinnitus, Klingeln, Brummen H04 Ausfluss Ohr H05 Blutung Ohr H13 Verstopfungsgefühl Ohr H15 Besorg. ü. äußere Erscheinung Ohr H27 Angst vor Ohrenerkrankung H28 Funktionseinschr./Behinderung (H) H29 Ohrensympt./-beschw., andere H70 Otitis externa H71 Akute Mittelohrentzündung H72 Muko-/Serotympanon. Paukenerg. H73 Tubenkatarrh/-ventilationsstörung H74 Chronische Mittelohrentzündung H75 Neubildung im/am Ohr H76 Fremdkörper im Ohr H77 Perforation Trommelfell H78 Oberflächliche Verletzung Ohr H79 Ohrenverletzung, andere H80 Angeborene Anomalie Ohr H81 Übermäßige Ohrschmalzabildung H82 Schwindelsyndrom H83 Otosklerose H84 Altersschwerhörigkeit H85 Akustisches Trauma H86 Taubheit H99 Ohr-/Mastoiderkrankung, andere</p> <p><b>Kreislauf K</b></p> <p>K01 Herzschmerz K02 Druck/Engegefühl des Herzens K03 Herz-/Gefäßschmerzen, NNB K04 Palpitation K05 Unregelmäßigg. Herzschlag, and. K06 Auffälligkeiten venös/kapillär K07 Geschwollene Knöchel/Ödeme K22 Risiko Herz-/Gefäßkrankung K24 Angst vor Herzkrankung K25 Angst vor Bluthochdruck K27 Angst anderer Erkrankung K28 Funktionseinschr./Behinderung (K) K29 Herz-/Gefäßbeschwerden, andere K70 Infektion des Herz-/Kreislaufsyst. K71 Rheumat. Fieber/Herzkrank. K72 Neubildung Herz/Gefäßsystem K73 Angeb. Anomalie Herz/Gefäßsyst K74 Ischäm. Herzkrankung mit Angina K75 Akuter Myokardinfarkt K76 Ischäm. Herzkrank. ohne Angina K77 Herzinsuffizienz K78 Vorhofflimmern/-flattern K79 Paroxysmale Tachykardie K80 Herzrhythmusstörung NNB K81 Herz-/Arterielles Geräusch NNB K82 Pulmonale Herzkrankung K83 Herzklappenerkrankung NNB K84 Herzkrankung, andere K85 Erhöhter Blutdruck K86 Bluthochdruck, unkomplizierter K87 Bluthochdruck, komplizierter K88 Orthostatische Dysregulation K89 Transiente zerebrale Ischämie K90 Schlaganfall/zerebrovasc. Insult K91 Zerebrovaskuläre Erkrankung K92 Arteriosklerose, pAVK K93 Lungenembolie K94 Phlebitis/Thrombose K95 Varikosis der Beine K96 Hämorrhoiden K99 Herz-/Gefäßkrankung, andere</p>	<p>L01 Nackensymptomatik/-beschwerden L02 Rückensympt./-beschwerd. BWS/n.s. L03 Untere Rückensympt./-beschwerd. L04 Brustkorbsympt./-beschwerd. (L) L05 Flanken-/Achselnsympt./-beschwerd. L07 Kiefersymptomatik/-beschwerd. L08 Schultersymptomatik/-beschwerden L09 Armsymptomatik/-beschwerden L10 Ellbogensymptomatik/-beschwerden L11 Handgelenksymptomatik L12 Hand-/ Fingersympt./-beschwerd. L13 Hüftsymptomatik/-beschwerden L14 Beinsymptome/-beschwerden L15 Kniehsymptomatik/-beschwerden L16 Sprunggelenksympt./-beschwerden L17 Fuß-/Zehensympt./-beschwerden L18 Muskelschmerzen L19 Muskelsymptomatik/-beschwerd. NNB L20 Gelenksymptomatik/-beschwerd. NNB L26 Angst vor Krebs, muskuloskeletär L27 Angst muskuloskel. Erkrankung, and. L28 Funktionseinschr./Behinderung (L) L29 Muskuloskel. Sympt./Beschw. andere L70 Infektion des muskuloskelet. Systems L71 Bösartige Neubild., muskuloskelet. L72 Fraktur Radius/Ulna L73 Fraktur Tibia/Fibula L74 Fraktur Hand-/Fußknochen L75 Fraktur Femur L76 Fraktur, andere L77 Verstauchung/Zerrung Sprunggelenk L78 Verstauchung/Zerrung des Knies L79 Verstauchung/Zerrung eines Gelenks L80 Luxation/Subluxation Gelenk L81 Verletzung muskuloskeletär NNB L82 Angeb. Anomalie muskuloskelet. L83 Halswirbelsäulensyndrom L84 Rückensyndrom ohne Schmerzausstr. L85 Erworbene Deformierung Wirbelsäule L86 Rückensyndrom mit Schmerzausstr. L87 Bursitis/Tendinitis/Synovitis NNB L88 Rheumatoide/Seropositive Arthritis L89 Arthrose der Hüfte L90 Arthrose des Knies L91 Arthrose, andere L92 Schultersyndrom L93 Tenniselbogen L94 Osteochondrose L95 Osteoporose L96 Akuter Kniebinnenschaden L97 Neubild. muskuloskelet. gutart. n.s. L98 Erworbene Deformität Extremität L99 muskuloskelet.Erkrankung, andere</p> <p><b>Neurologisch N</b></p> <p>N01 Kopfschmerz N03 Gesichtsschmerz N04 Restless legs N05 Kribbeln Finger/Füße/ Zehen N06 Empfindungsstörung, andere N07 Krampfanfälle/neurologische Anfälle N08 Abnorme unwillkürliche Bewegungen N16 Geruchs-/Geschmacksstörung N17 Schwindel/Benommenheit N18 Lähmung/Schwäche N19 Sprachstörung N26 Angst vor Krebs des Nervensystems N27 Angst vor anderem Nervenleiden N28 Funktionseinschr./Behinderung (N) N29 Neurolog. Beschwerden, andere N70 Poliomyelitis N71 Meningitis/Enzephalitis N72 Tetanus N73 Neurologische Infektion, andere N74 Bösartige Neubildung Nervensystem N75 Gutartige Neubildung Nervensystem N76 Neubild. Nervensystem nicht spez. N79 Gehirnschütterung N80 Kopfverletzung, andere N81 Verletzung Nervensystem, andere N85 Angeborene Anomalie Nervensystem N86 Multiple Sklerose N87 Morbus Parkinson N88 Epilepsie N89 Migräne N90 Cluster-Kopfschmerzen N91 Fazialisparese N92 Trigeminusneuralgie N93 Carpalunnelsyndrom N94 Periphere Neuritis/Neuropathie N95 Spannungskopfschmerz N99 Neurologische Erkrankung, andere</p>



**Universitätsklinikum Heidelberg**  
Allgemeinmedizin u. Versorgungsforschung  
Voßstraße 2, Gebäude 37  
D-69115 Heidelberg  
[www.content-info.org](http://www.content-info.org)

<b>Psychologisch P</b>	P01	Gefühl Angst/Unruhe/Spannung	S19	Hautverletzung, andere	U29	Harnwegsproblem, andere	X91	Condylomata acuminata, Frau
	P02	Stressreaktion	S20	Verhornung/Schwielenbildung	U70	Pylonephritis/Pyelitis	X92	Chlamydieninfektion weibl. Genitale
	P03	Depressives Gefühl	S21	Hautbeschaffenheit -sympt./-beschwerd.	U71	Zystitis/Harnwegsinfekt, anderer	X99	Weibl. Genitale Erkrankung, andere
	P04	Reizbares/ärgert. Gefühl/Verhalten	S22	Nagelsymptomatik/-beschwerden	U72	Urethritis	<b>Männliches Genitale Y</b>	
	P05	Senilität, sich alt fühlen/benehmen	S23	Haarausfall/Kahlheit	U75	Bösartige Neubildung der Niere	Y01	Penisschmerz
	P06	Schlafstörung	S24	Haar-/Kopfhautsympt./-beschw., and.	U76	Bösartige Neubildung der Blase	Y02	Schmerz in Hoden/Skrotum
	P07	Vermindertes sexuelles Verlangen	S26	Angst vor Hautkrebs	U77	Bösart. Neubild. Harnorgane, and.	Y03	Harnröhrenausfluss
	P08	Verminderte sexuelle Erfüllung	S27	Angst vor Hauterkrankung, andere	U78	Gutartige Neubildung Harnorgane	Y04	Penissymptome/-beschwerden, andere
	P09	Stammen/Stottern/Tic	S28	Funktionseinschr./Behinderung (S)	U79	Neubildung an Harnorganen	Y05	Skrotum-/Hodensympt./-beschw., and.
	P10	Essstörung beim Kind	S29	Hautsymptomatik/-beschw., andere	U80	Verletzung der Harnorgane	Y06	Prostataasymptome/-beschwerden
	P11	Betrüben/Enuresis	S70	Herpes zoster	U85	Angeborene Anomalie Harnorgane	Y07	Impotenz NNB
	P12	Enkopresis/Stuhlkontrollproblem	S71	Herpes simplex	U88	Glomerulonephritis/Nephrose	Y08	Sexualfunkt. Sympt./-beschw., Mann
	P13	Chronischer Alkoholmissbrauch	S72	Krätze/andere Askariosis	U90	Orthostat. Albuminurie/Proteinurie	Y10	Infertilität/ Subfertilität, Mann
	P14	Akuter Alkoholmissbrauch	S73	Pedikulose/Hautbefall, anderer	U95	Harnstein	Y13	Sterilisierung, Mann
	P15	Tabakmissbrauch	S74	Dermatophyten	U98	Auffälliger Urinstent NNB	Y14	Familienplanung Mann, andere
	P16	Medikamentenmissbrauch	S75	Candidose der Haut	U99	Erkrankung Harnorgane, andere	Y16	Brustsymptome/-beschwerden, Mann
	P17	Drogenmissbrauch	S76	Hautinfektion, andere	<b>Schwangerschaft W</b>			
	P18	Gedächtnisstörung	S77	Bösartige Neubildung Haut	<b>Geburt, Fam.planung</b>			
	P19	Verhaltensauffälligk./Entwickl.stör. Kind	S78	Lipom	W01	Fragliche Schwangerschaft	W27	Angst Geschlechtskh. Mann, andere
	P20	Verhaltensauffälligk./Entwickl.stör. Kind	S79	Benigne/unklare Neubildung Haut	W02	Angst vor Schwangerschaft	W28	Funktionseinschr./Behinderung (Y)
P21	Verhaltensauffälligk./Entwickl.stör. Kind	S80	Sonnenbed. Keratose/Sonnenbrand	W03	Blutung i. d. Schwangerschaft	W29	Genitalbeschwerden Mann, andere	
P22	Verhaltensauffälligk./Entwickl.stör. Kind	S81	Hämangiom/Lymphangiom	W05	Schwangersch.-bed. Übelk./Erb.	W70	Syphilis, Mann	
P23	Verhaltensauffälligk./Entwickl.stör. Kind	S82	Nävus/Leserfleck	W10	Postkoitale Empfängnisverhütung	W71	Gonorrhoe, Mann	
P24	Spezifische Lernstörung	S83	Angeborene Hautanomalie, andere	W11	Orale Empfängnisverhütung	W72	Genitalherpes, Mann	
P25	Lebensphasenproblem Erwachsene	S84	Impetigo	W12	Intrauterine Empfängnisverhütung	W73	Prostatitis/Samenbläschenentzünd.	
P26	Angst vor Geistesstörung	S85	Pilonidaltzyste/-fistel	W13	Sterilisierung, Frau	W74	Orchitis/Epididymitis	
P27	Funktionseinschr./Behinderung (P)	S86	Seborrhoische Dermatitis	W14	Empfängnisverhütung, andere	W75	Balanitis	
P28	Psych. Sympt., Beschwerden, andere	S87	Dermatitis/ Atopisches Ekzem	W15	Infertilität/ Subfertilität, Frau	W76	Condylomata acuminata, Mann	
P29	Demenz	S88	Allergische-/Kontaktdermatitis	W17	Postpartale Blutung	W77	Prostatakrebs	
P71	Organ. Psychosyndrom, anderes	S89	Windeldermatitis	W18	Postpartale Symp./Beschw., and.	W78	Bösart. Neubild. männl. Genitale	
P72	Schizophrenie	S90	Psoriasis	W19	Brust-/Stillingsymptom/-beschwerden	W79	Gutartige/nicht spez. Neubildung (Y)	
P73	Affektive Psychose	S91	Psoriasis	W21	Sorge schwanger.-bed. Aussehen	Y80	Verletzung männliches Genitale	
P74	Angststörung/ Panikattacke	S92	Schweißdrüsenkrankung	W22	Angst vor Schwangerschaftskompl.	Y81	Phimose/überschüssige Vorhaut	
P75	Somatilisierungsstörung	S93	Atherom	W28	Funktionseinschr./Behinderung (W)	Y82	Hypospadie	
P76	Depressive Störung	S94	Eingewachsener Nagel	W29	Schwangerschaftsbeschw., andere	Y83	Hodenhochstand	
P77	Suizid/Suizidversuch	S95	Molluscum contagiosum	W30	Wochenbettinfektion/-sepsis	Y84	Angeb. Anomalie männlichen Genitale	
P78	Neurasthenie	S96	Akne	W71	Kompl. Schwang./Wochenb. Infekt.	Y85	Benigne Prostatahypertrophie	
P79	Phobie/Zwangsstörung	S97	Chronische Ulzeration Haut	W72	Bösartige Neubild. Schwangersch.	Y86	Hydrozele	
P80	Persönlichkeitsstörung	S98	Urtikaria	W73	Gutart./n.s. Neubild. Schwangersch.	Y99	Geschlechtskrankheit Mann, andere	
P81	Hyperaktivität	S99	Hautkrankheit, andere	W76	Verletz. a. Kompl. d. Schwangers.	<b>Soziale Probleme Z</b>		
P82	Posttraumatische Stressstörung	<b>PROZEDUREN-CODES</b>			W78	Kompl. Schwang. d. angeb. Anom.	Z01	Armut/finanzielle Probleme
P85	Mentale Retardierung	<b>SYMPTOME</b>			W79	Schwangerschaft	Z02	Probleme mit Ernährung/Wasser
P86	Amorexia nervosa/Bulimie	<b>INFEKTIONEN</b>			W80	Ungewollte Schwangerschaft	Z03	Wohnungs-/Nachbarschaftsprobleme
P87	Psychose NNB, andere	<b>NEUBILDUNGEN</b>			W81	Ektopische Schwangerschaft	Z04	Soziokulturelle Probleme
P89	Psych. Störung/Erkrank., andere	<b>VERLETZUNGEN</b>			W82	Schwangerschaftstoxikose	Z05	Probleme am Arbeitsplatz
<b>Atmungsorgane R</b>		<b>FEHLBILDUNGEN</b>			W83	Spontanabort	Z06	Probleme mit Arbeitslosigkeit
R01	Schmerzen Atmungssystem	<b>ANDERE DIAGNOSEN</b>			W84	Induzierter Abort	Z07	Problem mit Arbeitslosigkeit
R02	Kurzatmigkeit/Dyspnoe	<b>Endokrin, meta- bolisch, Ernährung T</b>			W85	Hochrisikoschwangerschaft	Z08	Ausbildungsproblem
R03	Atemgeräusch/Giemen/Brummen	T01	Übermäßiger Durst	W86	Schwangerschaftsdiabetes	Z09	Problem mit Sozialhilfe	
R04	Atemproblem, anderes	T02	Übermäßiger Appetit	W87	Unkompl. Entbind., Lebendgeburt	Z10	Rechtliches Problem	
R05	Husten	T03	Appetitverlust	W88	Kompl. Entbindung, Lebendgeburt	Z11	Problem mit Gesundheitssystem	
R06	Nasenbluten/Epistaxis	T04	Ernährungsproblem Kleinkind/Kind	W89	Kompl. Entbindung Totgeburt	Z12	Problem mit Compliance/Kranksein	
R07	Schnupfen/Niesen/verstopfte Nase	T05	Ernährungsproblem Erwachsener	W93	Wochenbettmastitis	Z13	Beziehungsproblem Partner/Partnerin	
R08	Nasensymptome/-beschwerden	T07	Gewichtszunahme	W95	Brusterkr. Schwang./Wochenb. and.	Z14	Problem durch Verhalten des Partners	
R09	Nasennebenhöhlensympt./-beschwerd.	T08	Gewichtsverlust	W96	Komplikation Wochenbett, andere	Z15	Problem mit Erkrankung des Partners	
R21	Hals-/Rachensymptome/-beschwerd.	T10	Wachstumsverzögerung	W99	Störung Schwang./Entbind., and.	Z16	Problem mit Verlust/ Tod des Partners	
R22	Stimmssymptome/-beschwerden	T11	Austrocknung	X01	Genitalschmerz bei der Frau	Z17	Beziehungsproblem mit Kind	
R24	Hämoptysis	T12	Angst vor Krebs endokrines System	X02	Menstruationsschmerz	Z18	Problem mit Erkrankung des Kindes	
R25	Abnormes Sputum/Schleim	T27	Angst metabol./endokr. Erkrank., and.	X03	Intermenstruelle Schmerzen	Z19	Problem durch Verlust/Tod d. Partners	
R26	Angst vor Krebs des Atmungssystems	T28	Funktionseinschränkung (T)	X04	Schmerzen Geschlechtsverkehr (X)	Z20	Beziehungsproblem mit Eltern/Familie	
R27	Angst vor Atemwegserkrankung	T29	Endo./metab./ernäh. Sympt., andere	X05	Fehlende/spärliche Menstruation	Z21	Problem durch Verhalt. Eltern/Familie	
R28	Funktionseinschr./Behinderung (R)	T70	Endokrinologische Infektion	X06	Übermäßige Menstruation	Z22	Problem mit Erkrankung Eltern/Familie	
R29	Sympt./Beschw. Atmungsgang, and.	T71	Bösartige Neubildung Schilddrüse	X07	Unregelmäßige Menstruation	Z23	Problem mit Verlust/Tod Eltern/Familie	
R71	Keuchhusten	T72	Gutartige Neubildung Schilddrüse	X08	Zwischenblutung	Z24	Beziehungsproblem mit Freund	
R72	Streptokokkeninfekt Hals	T73	Gutartige Neubildung Schilddrüse	X09	Prämenstruelle Sympt./Beschwerd.	Z25	Körperl. Misshandlung/sex. Mißbrauch	
R73	Furunkel/ Abszess Nase	T77	Neubild. endokrine unspez., andere	X10	Hinausschieben d. Menstruation	Z26	Angst vor sozialen Problemen	
R74	Infektion obere Atemwege, akute	T78	Thyroglossale Fistel/Zyste	X11	Menopausale Symp./Beschwerd.	Z28	Funktionseinschr./Behinderung (Z)	
R75	Sinusitis akute/ chronische	T80	Angeb. Fehlbild., endokrine/metab.	X12	Postmenopausale Blutung	Z29	Soziale Probleme NNB	
R76	Tonsillitis, akute	T81	Struma	X13	Postkoitale Blutung	<b>ICPC-2 Deutsch/ German International Classification of Primary Care – 2<sup>nd</sup> Edition</b>		
R77	Laryngitis/ Tracheitis, akute	T82	Adipositas	X14	Vaginaler Ausfluss	<b>Wonca International Classification Committee (WICC)</b>		
R78	Akute Bronchitis/Bronchiolitis	T83	Übergewicht	X15	Vaginale Symptome/Beschwerden			
R79	Chronische Bronchitis	T85	Hypothyreose/Thyreotoxische Krise	X16	Vulvasymptome/-beschwerden			
R80	Influenza	T86	Hypothyreose/Myxödem	X17	Unterbauch/Unterleibssympt. (X)			
R81	Pneumonie	T87	Hypoglykämie	X18	Brustschmerz Frau			
R82	Pleuritis/Pleuraerguß	T89	Diabet. mellitus, primär insulinabhäng.	X19	Knoten, Tastbefund weibliche Brust			
R83	Atemwegsinfekt, anderer	T90	Diabet. mell., primär insulinunabhäng.	X20	Brustwarzensympt./-beschw. (X)			
R84	Bösart. Neubildung Lunge/Bronchus	T91	Vitamin-/Nährstoffmangel	X21	Brustsympt./-beschwerd., and. (X)			
R85	Bösart. Neubild. Atemwege, andere	T92	Gicht	X22	Sorge Aussehen weiblicher Brust			
R86	Gutart. Neubildung der Atemwege	T93	Fettstoffwechselstörung	X23	Angst sex. übertragbarer Krankheit			
R87	Fremdkörper Nase/ Larynx/ Bronchus	T99	Endo./metab./ernäh. Erkrank., andere	X24	Angst sexueller Funktionsstörung			
R88	Verletzung Atemwege, andere	<b>Urologisch U</b>			X25	Angst vor Genitalkrebs, Frau		
R89	Angeborene Anomalie Atemwege	U01	Schmerzhaftes Miktion	X26	Angst vor Brustkrebs, Frau			
R90	Hypertr. Gaumen-/Rachenmandeln	U02	Miktion/Harnrang	X27	Angst vor Genital-/Brusterkrankung			
R92	Neubild. Atemwege nicht spezifiziert	U04	Harninkontinenz	X28	Funktionseinschr./Behinderung (X)			
R95	COPD	U05	Miktionsproblem, anderes	X29	Genitalsymptome/-beschw., and.			
R96	Asthma	U06	Hämaturie	X70	Syphilis, Frau			
R97	Heuschnupfen	U07	Miktionsymptome/-beschwerden	X71	Gonorrhoe, Frau			
R98	Hyperventilationssyndrom	U08	Harnverhalt	X72	Vaginalmykose/Candidiasis			
R99	Atemwegserkrankung, andere	U13	Blasensymptom/-beschwerden, andere	X73	Trichomoniasis Genitalbereich			
<b>Haut S</b>		U14	Nierenorgane/-beschwerden, and.	X74	Entzündung im weibl. Becken			
S01	Schmerz/Überempfindlichkeit d. Haut	U26	Angst vor Krebs der Harnorgane	X75	Zervixkarzinom			
S02	Juckreiz	U27	Angst Erkrank. Harnorgane, andere	X76	Bösartige Neubildung Brust, Frau			
S03	Warzen	U28	Funktionseinschr./Behinderung (U)	X77	Bösartige Neubild. (X), andere			
S04	Papel/ Schwellung, lokalisiert				X78	Uterus myomatosus		
S05	Papel/ Schwellung, generalisiert				X79	Gutartige Neubildung, weibl. Brust		
S06	Rötung/Ausschlag, lokalisiert				X80	Gutartige Neubildung weibl. Genital		
S07	Rötung/Ausschlag, generalisiert				X81	Neubild. Genit. (X) n.s., andere		
S08	Hautfarbe verändert				X82	Verletzung weibl. Genitale		
S09	Infizierter Finger/ Zahn				X83	Angeb. Anomalie weibl. Genitale		
S10	Furunkel/ Karbunkel				X84	Vaginitis/Vulvitis		
S11	Hautinfektion posttraumatisch				X85	Zervixerkrankung Neubildung		
S12	Insektenbiss/-stich				X86	Auffälliger Zervix-Abstrich		
S13	Tier-/Menschenbiss				X87	Uterovaginaler Prolaps		
S14	Verbrennung/ Verbrühung				X88	Fibrozyst. Erkrankung Brustdrüse		
S15	Fremdkörper in der Haut				X89	Prämenstr. Spannungssyndrom		
S16	Prellun/ Kontusion				X90	Herpes genitalis, Frau		
S17	Abschürfung/ Kratzer/ Blase							
S18	Lazeration/ Schnitt							

Quelle: [www.content-info.org](http://www.content-info.org)



Universitätsklinikum Heidelberg  
Allgemeinmedizin u. Versorgungsforschung  
Volzstrasse 2, Gebäude 37  
D-69115 Heidelberg

[www.content-info.org](http://www.content-info.org)

### 10.3. Die Struktur der ICPC

Kapitel	Allgemein (A)	Blut, blutbildende Organe, Lymphsystem (B)	Verdauungssystem (D)	Auge (F)	Ohr (H)	Kreislauf (K)	Bewegungsapparat (L)	Neurologisch (N)	Psychologisch (P)	Atmungsorgane ®	Haut (S)	Endokrin, metabolisch, Ernährung (T)	Urologisch (U)	Schwangerschaft, Geburt, Familienplanung (W)	Weibliches Genitale / Brust (X)	Männliches Genitale (Y)	Soziale Probleme (Z)
Komponenten	Beschwerden und Symptome																
	Diagnostik, Früherkennung und Prävention																
	Medikation, Behandlung, Prozeduren																
	Testergebnisse																
	Verwaltung																
	Überweisungen und andere Beratungsanlässe																
	Krankheiten																

Modifiziert nach: Tabelle S. 21 des 1. Berichtsbands des Versorgungsforschungsprojektes  
 CONTENT: „Kontinuierliche Morbiditätsregistrierung in der Hausarztpraxis - Vom Beratungsanlass zum Beratungsergebnis“ [85]

## 10.4. PHQ-Diagnosen und Zusammenhang zu den Klassifikationen ICD-10 bzw. DSM-IV

(Ausschnitt aus der Gesamttabelle)

PHQ-D		ICD-10		DSM-IV
Somatoformes Syndrom	F45.0	Somatisierungsstörung	300.81	Somatisierungsstörung
	F45.1	Undifferenzierte Somatisierungsstörung	300.82	Undifferenzierte somatoforme Störung
	F45.3	Somatoforme autonome Funktionsstörung		
Major Depressives Syndrom	F32	Depressive Episode (erstmal) leicht: F32.0 mittelgradig: F32.1 schwer: F32.2	296.2	Major Depression, einzelne Episode leicht: 296.21 mittelgradig: 296.22 schwer: 296.23
	F33	Rezidivierende depressive Episode leicht: F33.0 mittelgradig: F33.1 schwer F33.2	296.3	Major Depression, rez. Episode leicht: 296.31 mittelgradig: 296.32 schwer: 296.33
Andere depressive Syndrome	F32.9	Nicht näher bezeichnete depressive Episode (z.B. Minor Depression)	311	Nicht näher bezeichnete depressive Störung (z.B. Minor Depression)
	F33.9	Nicht näher bezeichnete rezidivierende depressive Störung		
	F34.1	Dysthymia	300.4	Dysthyme Störung
Paniksyndrom	F41.0	Panikstörung	300.01	Panikstörung ohne Agoraphobie
	F40.01	Agoraphobie mit Panikstörung	300.21	Panikstörung mit Agoraphobie
Andere Angstsyndrome	F41.1	Generalisierte Angststörung	300.02	Generalisierte Angststörung
	F41.9	Nicht näher bezeichnete Angststörung	300.00	Nicht näher bezeichnete Angststörung (z.B. Störung mit Angst und Depression, gemischt)

Modifiziert nach: Tabelle 3 aus dem Manual der Komplettversion und Kurzform der autorisierten deutschen Version des „Prime MD Patient Health Questionnaire“ (PHQ-D); von der Seite der Psychosomatischen Klinik des Universitätsklinikums Heidelberg:

[http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/Psychosomatische\\_Klinik/download/PHQ\\_Manual1.pdf](http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/Psychosomatische_Klinik/download/PHQ_Manual1.pdf)

## 11. Danksagung

- ❖ Mein erster Dank gilt meinem Doktorvater **Prof. Dr. med. Antonius Schneider**, für das Überlassen dieses spannenden, reichhaltigen Promotionsthemas. Sein Wohlwollen, seine Unterstützung und vor allem seine Geduld haben mich gut durch diese Zeit getragen. Vielen Dank für das Lernendürfen auf vielen verschiedenen Ebenen!
- ❖ Ein herzlicher Dank geht außerdem an meine „Doktorschwester“ **Elisabeth Hörlein**. Über dem gemeinsamen Prozess der Doktorarbeit ist eine wundervolle Freundschaft und Reisegemeinschaft entstanden, die immer von kontinuierlicher gegenseitiger Motivation, Unterstützung und Freude getragen war.
- ❖ **Meinen Eltern** gilt mein besonderer Dank für ihre langjährige finanzielle, mentale, emotionale und ideelle Unterstützung durch das Medizinstudium und die Zeit der Doktorarbeit hindurch.
- ❖ An „meine“ Rekrutenpraxen mit den **teilnehmenden Ärzten und ihren tatkräftigen Sprechstundenhilfen** ebenso ein herzlicher Dank für die gute Zusammenarbeit, die lehrreichen Einblicke in ihren Alltag und damit die Erweiterung meines allgemeinmedizinischen Erfahrungshorizontes.
- ❖ **Prof. Dr. med. Klaus Linde, Dr. med. Isabelle Schumann, Nicki Möll** – ich danke Euch ganz herzlich für all Eure Hilfsgriffe im Institut für Allgemeinmedizin.
- ❖ Auch meine Dankbarkeit dem Verein **Medizin und Menschlichkeit e.V.**, insbesondere den einzelnen Kollegen, sei an dieser Stelle hervorgehoben. Hier geben und empfangen zu dürfen, hat mir besonders viel Sinn und Kraft für den Prozess der letzten Jahre gespendet. Es war eine Freude, festzustellen, dass mein Promotionsthema eng mit unserer Vision im Zusammenhang steht. Hier möchte ich speziell meine Korrekturleserinnen nennen:  
*Anna Hägele, Nadja Waschitschek, Johanna Czowalla, Marie Downar, Magdalena Grzesiek, Nike Arnstadt, Ulrike Fehr, Anna Beck, Vanessa Vogelsang, Miriam Spillmann und Maria Durand.*
- ❖ Danke Dir, **Paula**, für Dich in meinem Leben während dieser Zeit.
- ❖ Zuletzt geht mein Dank auch an den **Bayerischen Hausärzteverband** für dessen Unterstützung bei der Präsentation unserer ersten Ergebnisse auf dem DEGAM Kongress in Dresden.

## 12. Lebenslauf

### Persönliche Daten

Eva Wartner

E-Mail: ewartner@googlemail.com

Geburtsdatum/-ort: 13.04.1985 in Augsburg

Nationalität: deutsch

### Ausbildung

06/2012 Zweites Staatsexamen

seit 10/2007 Studium der Medizin, Technische Universität München

08/2007 Erstes Staatsexamen

10/2005-08/2007 Studium der Medizin, Ludwig-Maximilians-Universität München

09/1991-06/2004 Schule mit Abschluss: Abitur, Gymnasium Seligenthal, Landshut

### Praktika/Berufserfahrung im medizinischen Bereich

12/2011 3. Tertial des Praktischen Jahres: *Hämato-Onkologie*,  
Klinikum rechts der Isar, München

10-12/2011 3. Tertial des Praktischen Jahres: *Interdisziplinäre Notaufnahme*,  
Klinikum rechts der Isar, München

08-10/2011 2. Tertial des Praktischen Jahres: *Viszeralchirurgie*,  
Komfo Anokye Teaching Hospital, Kumasi (Ghana)

06-08/2011 2. Tertial des Praktischen Jahres: *Gefäßchirurgie*,  
Klinikum rechts der Isar, München

02-06/2011 1. Tertial des Praktischen Jahres: *Dermatologie*,  
Klinikum rechts der Isar, München

09/2009 Krankenhausfamulatur: *Gynäkologie*, Landshut-Achdorf

03/2009 Krankenhausfamulatur: *Pädiatrie*, St. Marien Landshut

01/2009 Praxishospitation: *Pädiatrie*, Landshut

10/2008 Praxishospitation: *Plastisch-Ästhetische Chirurgie* Landshut-Achdorf

09/2008 Praxisfamulatur: *Allgemeinmedizin*, Berchtesgaden

03/2008 Famulatur: *Geriatric*, Schlossklinik Rottenburg

2007/2008 Pflegepraktika am Krankenhaus München-Schwabing  
(*Wachstation, Innere Notaufnahme*)

## Veröffentlichungen und Mitautorenschaft

- Schneider A, Wartner E, Schumann I, Hörlein E, Henningsen P, Linde K:  
*The impact of psychosomatic co-morbidity on discordance with respect to reasons for encounter in general practice.*  
Journal of psychosomatic research 2013, 74(1):82-85.
- Schneider A, Hörlein E, Wartner E, Schumann I, Henningsen P, Linde K:  
*Unlimited access to health care - impact of psychosomatic co-morbidity on utilisation in German general practices.*  
BMC Fam Pract. 2011 Jun 18; 12(1): 51
- Schneider A, Hörlein E, Wartner E.  
*Bedeutung der psychischen Komorbidität für die Utilisierung in deutschen Hausarztpraxen.*  
Ärztliche Psychotherapie 2012;7:99-105
- Hamann J, Bieber C, Elwyn G, Wartner E, Hörlein E, Kissling W, Toegel C, Berth H, Linde K, Schneider A:  
*How do patients from eastern and western Germany compare with regard to their preferences for shared decision making?*  
Eur J Public Health. 2011 Aug 25; Epub ahead of print
- Schneider A, Schumann I, Hörlein E, Wartner E, Linde K:  
*Psychische Komorbidität, shared decision making und Utilisierung im Gesundheitswesen: eine Erhebung in hausärztlichen Praxen.*  
Z Allg Med 2010; 86 (Sonderausgabe - Hauptprogramm Abstractband); S3-3: 47