

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Eine qualitative Analyse des Managements von Patienten mit
nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden bei
niedergelassenen Fachärzten der psychosozialen Fachrichtungen unter besonderer
Berücksichtigung der Kooperation mit Hausärzten

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Marie Charlotte Münchmeyer

aus Karlsruhe

Datum der Promotion: 07. Dezember 2018

I Vorbemerkungen

Zum verbesserten Lesbarkeit der Arbeit wird im Folgenden das sprachliche Maskulinum verwendet – Personen weiblichen Geschlechts sowie queere, trans- und intergeschlechtliche Menschen sind selbstverständlich trotzdem inhaltlich inbegriffen.

Vereinfachend wurde weiterhin das Begriffspaar „Hausarzt – Facharzt“ gewählt, wobei der „Facharzt“ hier alle Ärzte psychosozialer Fachrichtungen umfasst, also psychiatrische, psychosomatische, neurologisch und psychotherapeutisch tätige Kollegen. Dass selbstverständlich auch die überwiegende Mehrheit der Hausärzte Facharztstitel tragen, nämlich für Allgemeinmedizin und/oder Innere Medizin, soll damit in keiner Weise negiert werden.

II Abkürzungsverzeichnis

AWMF	Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.
DAG SHG	Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin
DGPM	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V.
DKPM	Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin
DSM-IV/DSM-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD-10/ICD-11	Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (engl. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)
MUS	Medically unexplained symptoms
NFS	Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden

III Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1 - Das Ablaufmodell der theorie- und empiriegeleiteten Kategorienbildung nach Steigleder 2008 ⁸²	24
Abbildung 2 - Charakteristika von Patienten mit NFS	42
Abbildung 3 – Von den Fachärzten genannte negativ konnotierte Persönlichkeits- und Kontaktcharakteristika	45

Tabelle 1 - Auswahl häufiger funktioneller Syndrome ^{2,8}	2
Tabelle 2 - Einteilung somatoformer Störungen nach ICD-10 ³	4
Tabelle 3 - Merkmale qualitativer und quantitativer Forschung ^{75,76}	16
Tabelle 4 - Vorgehensweise zur Typenbildung anhand des Beispiels "Sicht auf Leitlinien"	26
Tabelle 5 - Interviewpartner nach Fachrichtung	27
Tabelle 6 - Interviewpartner nach psychotherapeutischer Spezialisierung	28
Tabelle 7 - Anzahl Patientenfälle bezogen aufs Quartal	28
Tabelle 8 - Zuordnung der Interviewpartner zu Typen	87
Tabelle 9 - Ergebnisse geordnet nach Fachrichtungen.....	88

IV Inhaltsverzeichnis

I	Vorbemerkungen	
II	Abkürzungsverzeichnis	
III	Abbildungs- und Tabellenverzeichnis	
IV	Inhaltsverzeichnis	
V	Abstract	
1	Einleitung	1
1.1	Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden	1
1.1.1	Beschreibung des Krankheitsbildes	1
1.1.2	Epidemiologie	3
1.1.3	Einteilung nach ICD-10	3
1.1.4	Sozialmedizinische und gesellschaftliche Implikationen	4
1.1.5	Aktueller Diskurs über Begrifflichkeiten	5
1.1.6	S3-Leitlinie 2012	7
1.1.7	NFS in der haus- und fachärztlichen Versorgung	8
1.1.8	Spezialist versus Generalist	9
1.1.9	Diagnostische Unsicherheit und standardisierte Testverfahren	10
1.2	Stand der Forschung	11
1.2.1	Qualitative Forschung im Bereich der NFS	11
1.2.2	Forschung an den Schnittstellen der Versorgung	12
2	Fragestellungen	13
3	Methoden	14
3.1	Studienhintergründe	14
3.1.1	Methodologie empirischer Sozialforschung	15
3.1.2	Begründung für ein qualitatives Forschungsdesign	15
3.2	Datenerhebung	16
3.2.1	Rekrutierung von Studienärzten	16
3.2.2	Interviewleitfaden	17
3.2.3	Vorbereitung der Interviews	20
3.2.4	Interviewführung	21
3.3	Auswertung der Daten	21
3.3.1	Transkription der Interviews	21
3.3.2	Qualitative Inhaltsanalyse	21

3.3.3	Typenbildung	24
4	Ergebnisse.....	27
4.1	Beschreibung der Stichprobe	27
4.1.1	Studienärzte.....	27
4.1.2	Interviews	28
4.2	Ergebnisse der Befragung	28
4.2.1	Gedanken zum Begriff der „somatoformen Störung“	29
4.2.2	Behandlungsverlauf.....	30
4.2.3	Herausforderungen	61
4.2.4	Leitlinien	69
4.2.5	Zusammenarbeit mit Hausärzten.....	72
4.2.6	Typenbildung	87
4.2.7	Weitere interessante Aspekte	89
5	Diskussion	92
5.1	Diskussion der inhaltlichen Kategorien	92
5.1.1	Begrifflichkeiten.....	92
5.1.2	Zugang zur psychosozialen Fachpraxis.....	92
5.1.3	Diagnostik	93
5.1.4	ICD-10.....	99
5.1.5	Therapie.....	101
5.1.6	Herausforderungen	107
5.1.7	Leitlinien	112
5.1.8	Zusammenarbeit mit Hausärzten.....	113
5.1.9	Unterschiede nach Fachrichtung	121
5.2	Methodenkritik	122
5.2.1	Auswahl der Stichprobe und Forschungsmethodik.....	122
5.2.2	Qualitätskriterien qualitativer Forschung.....	124
6	Ausblick	125
7	Literaturverzeichnis	128
VI	Eidesstattliche Versicherung	
VII	Lebenslauf	
VIII	Publikationsliste/Anteilserklärung	
IX	Danksagung	

V Abstract

Eine qualitative Analyse des Managements von Patienten nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden bei niedergelassenen Fachärzten der psychosozialen Fachrichtungen unter besonderer Berücksichtigung der Kooperation mit Hausärzten

Einleitung

Die Schnittstelle zwischen haus- und fachärztlich psychiatrischer und psychosomatischer Versorgung im ambulanten Sektor ist bisher nur wenig erforscht. Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden (NFS) werden häufig fachrichtungsübergreifend betreut und stellen Haus- wie Fachärzte oftmals vor große Herausforderungen, so dass sich eine Betrachtung der Versorgungssituation hier anbietet, um Perspektiven für eine verbesserte Zusammenarbeit und Patientenversorgung aufzeigen zu können.

Methoden

Es wurden teilstandardisierte Leitfadenterviews mit 15 niedergelassenen Fachärzten der Fachrichtungen Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Neurologie/Nervenheilkunde in Berlin geführt und inhaltsanalytisch nach Mayring in der Adaptation nach Steigleder ausgewertet.

Ergebnisse

Die befragten Fachärzte explorieren neue Patienten größtenteils offen und ohne Rückgriff auf strukturierte Diagnoseinstrumente. Die Kodierung nach ICD-10 erfolgt interindividuell sehr heterogen. Therapeutisch legen die interviewten Spezialisten den Schwerpunkt auf stützende Gespräche und Psychotherapie; Pharmakotherapie spielt lediglich eine untergeordnete Rolle. Die S3-Leitlinie „Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Störungen“ war den Ärzten größtenteils wenig gegenwärtig und wurde als eher wenig relevant für die eigene praktische Arbeit mit Patienten eingeschätzt.

Die Befragten würdigten die Herausforderungen im hausärztlichen Setting und beschrieben durchweg eine große Zufriedenheit mit der hausärztlichen Arbeit. Direkte Kommunikation mit dem Hausarzt gäbe es jedoch selten. Als stärkende Ressourcen im Umgang mit schwierigen Patienten beschrieben die psychosozialen Fachärzte vor allem ein großzügigeres Zeitkontingent und ihre fundierte Ausbildung. Mehrere Fachärzte wünschten sich eine Stärkung der Position des

Hausarztes zur niederschweligen Versorgung dieser Patienten, andere sahen die Zuständigkeit klar im fachärztlichen Bereich und votierten für frühzeitige Überweisungen.

Schlussfolgerungen

Eine Überarbeitung und Vereinfachung der Diagnosekodierung erscheint dringend notwendig, um der ambulanten Versorgungsrealität adäquat gerecht zu werden. Neue Leitlinien sollten transparent erstellt und nachdrücklicher kommuniziert werden, um ihre Sichtbarkeit für und Anwendung durch niedergelassene Ärzte zu erhöhen. Eine Verbesserung des ambulanten Managements von Patienten mit NFS könnte eventuell durch vereinfachte Zugangsmöglichkeiten zur differentialdiagnostischen fachärztlich psychosozialen Abklärung sowie durch mehr zeitliche wie finanzielle Ressourcen für stützende Gespräche im Rahmen der Sprechstundenmedizin erzielt werden. Umsetzbarkeit und Nutzen solcher Maßnahmen müssten in weiterführenden Studien untersucht werden.

A qualitative survey of the management of patients with non-specific, functional and somatoform bodily symptoms among psychiatric and psychosomatic physicians in private practice with a special focus on the cooperation with family practitioners

Background

The interface of primary care and outpatient treatment in specialized psychiatric and psychosomatic practice has so far hardly been examined. Patients with non-specific, functional and somatoform bodily symptoms (NFS) are treated jointly across multiple disciplines and pose significant challenges for both primary care physicians and psychosocial specialists. An assessment of the present approach to care might offer helpful perspectives for improved cooperation and patient care in the future.

Methods

We conducted non-standardized, guideline-led interviews with 15 physicians in private practice in psychiatry, psychosomatic medicine, psychotherapy and neurology in Berlin, Germany. The resulting data was evaluated through content analysis according to Mayring in its adaptation by Steigleder.

Results

The interviewed specialists explore new patients mostly openly and without recourse to structured diagnostic tools. The diagnostic coding according to ICD-10 shows high

interindividual heterogeneity. Therapeutically, the interviewed specialists focus on supportive conversations and psychotherapy; pharmacotherapy plays only a minor role. The physicians were largely unacquainted to the German S3-guideline "Management of patients with non-specific, functional, and somatoform bodily symptoms" and considered it to have little relevance to their own hands-on work with patients.

The interviewees acknowledged the challenges in the primary care setting and consistently described a high degree of satisfaction with the family practitioner's work. However, direct communication with the family physician seems to be rather rare. A more generous time quota and thorough training concerning the management of difficult patients were identified as strengthening resources by the interviewees. Several specialists saw a consolidation of the role of primary care physicians as necessary for better low-threshold care for these patients, others clearly allocated the responsibility in the specialist area and voted for early referrals.

Conclusions

A timely revision and simplification of the coding manual for diagnoses seems necessary in order to adequately reflect ambulatory patient care realities. New guidelines should be conceived transparently and be communicated with greater emphasis to increase their visibility and use by doctors in private practice. An improvement of the outpatient management of patients with NFS might be achievable by simplified access to psychosocial specialists for differential diagnosis as well as by increased time and financial resources for supportive conversations in the context of regular consultation hours. The feasibility and usefulness of such measures would have to be evaluated through further studies.

1 Einleitung

1.1 Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden

1.1.1 Beschreibung des Krankheitsbildes

Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden (NFS) leiden unter körperlichen Symptomen, für die auch nach angemessener somatischer Differentialdiagnostik kein ausreichendes organisches Korrelat gefunden werden kann¹. NFS können differenzialdiagnostisch oder zusätzlich zu organischen Krankheitsbildern auftreten. Hierbei kann ein kausaler, wechselseitiger Zusammenhang zwischen den körperlichen und psychosozialen Symptomkomponenten ebenso bestehen wie eine weitgehende Unabhängigkeit der verschiedenen Beschwerden voneinander. Eine klare Grenzziehung zwischen der somatisch-organischen und der psychosozialen Ebene ist nicht immer möglich².

NFS sind typischerweise charakterisiert durch eine im zeitlichen wie räumlichen Verlauf wechselhafte Symptomatik, welche die Betroffenen subjektiv als Beeinträchtigung erleben. Die Beschwerden sind oft verbunden mit einer ausgeprägten Gesundheitsangst und einer übermäßigen Inanspruchnahme des Gesundheitssystems durch die Patienten. Häufig werden die betroffenen Patienten im Arztkontakt als sehr fordernd erlebt, insbesondere im Hinblick auf die Durchführung umfassender diagnostischer Maßnahmen. Selbst unbedenkliche Untersuchungsergebnisse führen dabei jedoch oftmals nicht zur Beruhigung der Patienten; vielmehr drängen die Betroffenen auf weiterführende Spezialdiagnostik oder Wiederholungsuntersuchungen^{1,3}. Aus Angst, potentiell gefährliche körperliche Erkrankungen zu übersehen, geben Ärzte diesem Drängen oftmals nach⁴. Diese weit verbreitete Sichtweise wird von anderen Autoren jedoch angezweifelt; so fanden Salmon et al. 2005 und Ring et al. 2005^{5,6}, dass Angebote zu somatischen Interventionen in Wahrheit häufiger von den Ärzten ausgingen, während Patienten sich vorwiegend emotionale Unterstützung von ihrem Arzt wünschten. Patienten bieten oftmals emotionale Schwierigkeiten und Sorgen im Gespräch an, diese Themen werden von den Ärzten laut Salmon et al. 2004⁷ jedoch häufig nicht aufgegriffen.

NFS können sich mit Schmerzen und Funktionsstörungen in diversen Organsystemen äußern. Eine exemplarische Auswahl häufiger Beschwerden nach Fachrichtung stellt die folgende Tabelle 1 dar. Sie zeigt eindrücklich, dass medizinisches Personal so gut wie jeder Spezialisierungsrichtung an der Versorgung dieser Patientengruppe beteiligt ist.

Tabelle 1 - Auswahl häufiger funktioneller Syndrome^{2,8}

Allgemeinmedizin /Innere Medizin	<ul style="list-style-type: none"> • unspezifische Allgemeinsymptome wie Abgeschlagenheit, außergewöhnliche Müdigkeit, Schlafstörungen, Schweißausbrüche, Kreislaufbeschwerden • abdominelle Beschwerden wie Reizdarm/Reizmagen • thorakale Beschwerden wie Herzrasen/Herzstolpern oder Atembeklemmung
Orthopädie und Schmerztherapie	<ul style="list-style-type: none"> • Rückenschmerzen • Fibromyalgiesyndrom • chronische Schmerzen unterschiedlichster Lokalisation
Neurologie	<ul style="list-style-type: none"> • (Spannungs-)Kopfschmerz • Schwindel • atypischer Gesichtsschmerz • Post-Lyme-(Borelliose)-Syndrom
Gynäkologie	<ul style="list-style-type: none"> • chronischer Unterbauchschmerz der Frau • Dysmenorrhoe • Dyspareunie
Umweltmedizin	<ul style="list-style-type: none"> • Multiple Chemikalienunverträglichkeit • Sick building syndrome
Urologie	<ul style="list-style-type: none"> • psychogene Blasenentleerungsstörung • Reizblase
Dermatologie	<ul style="list-style-type: none"> • somatoformer Juckreiz

Während die Patienten in der Regel ein rein somatisches Erklärungsmodell für ihre Beschwerden heranziehen, erwägen die behandelnden Ärzte oft zusätzlich eine psychosoziale Genese. Diese Diskrepanz in der Ursachenzuschreibung kann in der Arzt-Patienten-Interaktion zu Spannungen und Konflikten führen⁴. Hausteiner-Wiehle et al. 2014 haben „*ungünstiges Behandlerverhalten*“ als wichtige Ursache von Behandlungsabbrüchen identifiziert, welches unter anderem durch „*voreilige Versprechungen seitens der Behandler*“ geprägt ist und dazu beiträgt, einen Teufelskreislauf aus Erwartung und Enttäuschung aufrecht zu erhalten⁹. Patienten mit NFS sind häufig durch enttäuschende Erfahrungen mit anderen Ärzten negativ vorgeprägt; dieses Misstrauen kann in der Konsequenz eine Herausforderung für neu hinzugezogene Behandler bedeuten¹⁰.

1.1.2 Epidemiologie

Haller et al. 2015 fanden in einem systematischen Review und Metaanalyse von insgesamt 32 Studien aus den Jahren 1990 bis 2012 einen Anteil von Patienten in der Hausarztpraxis mit einer nach DSM-IV und/oder ICD-10 diagnostizierbaren somatoformen Störung von 26,2% bis 34,8%¹¹. Demnach ist beinahe jeder dritte Patient in der Hausarztpraxis von einer somatoformen Störung betroffen.

Der bundesweite Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ des Bundesgesundheits surveys von 1998 fand eine Vier-Wochen-Querschnitts-Prävalenz von 7,5% für somatoforme Störungen in der Allgemeinbevölkerung und eine Lebenszeitprävalenz von 12,9%¹². Die aktuellere Untersuchung im Rahmen des Zusatzmoduls „Psychische Gesundheit“ (DEGS1-MH) der bevölkerungsrepräsentativen „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ (DEGS1) ergab eine 12-Monats-Prävalenz somatoformer Störungen von 3,5% in der deutschen Bevölkerung¹³. Damit gehören somatoforme Störungen neben Angststörungen, Suchterkrankungen und affektiven Störungen zu den häufigsten psychischen Störungsbildern. Es zeigen sich signifikante Unterschiede in der Prävalenz der Erkrankung nach Geschlecht; Frauen leiden demnach häufiger unter somatoformen Störungen als Männer¹²⁻¹⁴. Als Ursache hierfür wird ein unterschiedliches Krankheitsverhalten zwischen den Geschlechtern ebenso diskutiert wie eine mögliche Östrogenabhängigkeit der Schmerzwahrnehmung¹⁵. Weitere prädisponierende Faktoren für das Auftreten von NFS sind ein niedriger sozioökonomischer Status, lediger Beziehungsstatus sowie ein schlechter körperlicher Gesundheitszustand¹⁶.

Patienten mit NFS haben ein deutlich erhöhtes Risiko für das komorbide Auftreten einer Depression oder Angststörung¹⁷ mit dreifach erhöhter Wahrscheinlichkeit gegenüber Zufall¹⁸, Goldberg et al. 2016 schätzten Prävalenzen von bis zu 78,9% für eine komorbide Depression und/oder Angststörung¹⁹. Dies ist mit einer besonders gravierenden funktionellen Beeinträchtigung der Patienten assoziiert¹⁹ und könnte auf eine gemeinsame Ätiologie oder Kausalzusammenhänge zwischen den Störungen hindeuten²⁰.

1.1.3 Einteilung nach ICD-10

Die Einteilung von NFS erfolgt aktuell unter der übergeordneten Diagnose *F45.- Somatoforme Störungen* nach dem internationalen diagnostischen Klassifikationssystem ICD-10 im Rahmen des Kapitel V F00-F99 *Psychische und Verhaltensstörungen* unter F40-F48 *Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen* und umfasst die in Tabelle 2 dargestellten Diagnosen:

Tabelle 2 - Einteilung somatoformer Störungen nach ICD-10³

F45.- Somatoforme Störung
F45.0 Somatisierungsstörung
F45.1 Undifferenzierte Somatisierungsstörung
F45.2 Hypochondrische Störung
F45.3- Somatoforme autonome Funktionsstörung
F45.4- Anhaltende Schmerzstörung
F45.8 Sonstige somatoforme Störungen
F45.9 Somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet

Neben der Einteilung in unterschiedliche Ausprägungen somatoformer Störungen nach psychiatrischen Gesichtspunkten erfolgt in der ICD-10 parallel die Klassifikation als funktionelle Syndrome der verschiedenen somatischen Fachrichtungen. Dazu zählen zum Beispiel die Diagnose *K58.- Reizdarmsyndrom* aus Kapitel XI *K00-K93 Krankheiten des Verdauungssystems* oder *M79.7- Fibromyalgiesyndrom* aus Kapitel XIII *M00-M99 Krankheiten des Muskel-Skelettsystems und des Bindegewebes*. Hierin spiegelt sich die typische Fokussierung somatischer Fachärzte auf Diagnosen ihres eigenen Fachgebiets wider, obgleich Henningsen et al. 2004 zeigen konnten, dass zwischen diesen unterschiedlichen funktionellen Syndromen deutliche Überlappungen bestehen¹⁵.

Hilfreich können für die Beschreibung der zunächst unklaren körperlichen Beschwerden auch die Diagnoseschlüssel des Kapitels XVIII *R00-R99 Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind* sein, mit deren Hilfe sich die vom Patienten präsentierten Symptome zunächst ohne Festlegung auf eine definitive Ursachenzuordnung kodieren lassen. Die Diagnosen aus Kapitels XXI *Z00-Z99 Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitswesens führen* erlauben zusätzlich die Kodierung von Beratungsanlässen und psychosozialen Belastungen der Patienten³.

1.1.4 Sozialmedizinische und gesellschaftliche Implikationen

Somatoforme Störungen und funktionelle somatische Syndrome sind assoziiert mit Funktionseinschränkungen und verminderter Lebensqualität^{21,22}, vermehrten krankheitsbedingten Arbeitsausfällen und erhöhtem Risiko für Berufsunfähigkeit und

Frühberentung^{23,24} in einem vergleichbaren Ausmaß wie bei Krankheitsbildern mit eindeutiger organischer Genese²² und stellen insofern ein medizinisch wie gesellschaftlich ernstzunehmendes Erkrankungsbild dar.

Patienten mit NFS gelten als sogenannte „*high utilizer*“ des Gesundheitssystems^{4,25}, gekennzeichnet durch eine „*überproportionale, dysfunktionale und vor allem kostenintensive Inanspruchnahme*“⁴¹ medizinischer Versorgung. Sie suchen überdurchschnittlich häufig Haus- und Facharztpraxen sowie die Rettungsstellen der Krankenhäuser auf und werden häufiger stationär aufgenommen als andere Patientengruppen. Die Anzahl der Arztkontakte ist dabei etwa doppelt bis dreifach so hoch wie bei nicht-somatisierenden Patienten^{26,27}. Auch nach Bereinigung nach Komorbiditäten ergeben sich dadurch erhöhte Kosten im ambulanten wie stationären Bereich^{28,29}. Ursächlich hierfür sind am ehesten die bei dieser Patientenklientel besonders stark ausgeprägten hypochondrischen Krankheitsängste³⁰.

Der Deutsche Rentenversicherungsbund spricht von 5454 Rentenzugängen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit mit der Erstdiagnose einer F45.- Somatoforme Störung bezogen auf 100 000 aktiv Versicherte im Jahr 2015³¹.

1.1.5 Aktueller Diskurs über Begrifflichkeiten

Ein zentrales Problem der Forschung an der Versorgungssituation von Patienten mit NFS ist sicherlich die diffuse begriffliche Eingrenzung. Welche Patienten als dieser Gruppe zugehörig wahrgenommen werden, liegt häufig im Ermessensspielraum der behandelnden Ärzte und kann nicht an „objektiven“ Kriterien wie Laborwerten oder auffälliger Bildgebung festgemacht werden. Verschiedenste Begriffe sind in Verwendung – „funktionelle Beschwerden“, „*medically unexplained symptoms*“, „somatoforme Störung“ und viele mehr. Jeder davon legt das Gewicht auf einen anderen Aspekt des Krankheitsbildes bzw. Symptomkomplexes und weist unterschiedliche Stärken und Schwächen auf. Während die sogenannten „funktionellen“ Syndrome eine Beschreibung typischer somatoformer Symptomkomplexe innerhalb der spezifischen Anforderungen der verschiedenen somatischen Fachrichtungen darstellen und es Ärzten ermöglichen, eine gewisse Ambiguität in der Ursachenzuschreibung im Spannungsfeld zwischen Soma und Psyche zuzulassen³², erscheint aus psychosozialer Sicht die Formulierung einer fachrichtungsübergreifenden Krankheitsdefinition sinnvoll, um Gemeinsamkeiten aufdecken und eine allgemeine Handlungsstrategie entwickeln zu können.

Die sehr offene und vor allem im englischsprachigen Raum verbreitete Formulierung „*medically unexplained symptoms*“ (MUS) beschreibt alle körperlichen Symptome wie zum Beispiel

Schmerzen oder Funktionseinschränkungen, für die keine klare organische Kausalität gefunden werden können. Die Beurteilung eines Symptoms als MUS resultiert dabei entweder aus „*physiologischer Implausibilität*“ der Beschwerden oder ist die Folge ergebnisloser Differentialdiagnostik zur Klärung einer somatischen Ursache³³. Deary 1999 beschreibt MUS als „*einen der besseren beschreibenden Begriffe, weil er das ehrliche Unwissen in den Vordergrund rückt*“ (engl. „*MUS is among the better descriptive terms, because it brings honest ignorance to the fore*“).³⁴ Beinahe zwei Drittel aller Patienten in der Hausarztpraxis präsentieren mindestens ein MUS, weniger als die Hälfte dieser Patienten leiden jedoch unter einer somatoformen Störung im engeren Sinne²⁶. Der alleinige Blick auf die präsentierten körperlichen Symptome erscheint daher zu unspezifisch für die Definition einer klinisch tauglichen diagnostischen Kategorie.

Für die aktuelle Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) wurde daher die Kategorie „Somatische Belastungsstörung“ („Somatic Symptom Disorder“) eingeführt, welche sowohl somatische Symptome unklarer als auch medizinisch erklärbarer Genese einschließt, dafür aber zusätzlich „*unangemessene und anhaltende Gedanken bezüglich der Ernsthaftigkeit der vorliegenden Symptome*“, „*anhaltend stark ausgeprägte Ängste in Bezug auf die Gesundheit oder die Symptome*“ sowie einen „*exzessiven Aufwand an Zeit und Energie, die für die Symptome oder Gesundheitsorgen aufgebracht werden*“ als weitere Kriterien umfasst³⁵. Kritik an der neugeschaffenen diagnostischen Kategorie wurde von Hiller und Rief 2014 aufgrund ihres „*überinklusiven Charakters*“ geäußert, welcher die Validität der Diagnose in Frage stelle³⁶.

Für die revidierte Version der ICD-Klassifikation wird der Begriff „Bodily distress disorder“ diskutiert, welcher an der Notwendigkeit meist multipler medizinisch nicht ausreichend erklärbarer Beschwerden als Basis festhält. Zusätzlich werden eine bedeutende Funktionseinschränkung durch und übertriebene Aufmerksamkeit der Betroffenen gegenüber den wahrgenommenen Symptomen sowie die mangelnde Linderung durch medizinische Abklärung und unauffällige Befunde festgeschrieben³⁷. Der Terminus „bodily distress disorder“ soll Ärzten eine neutrale Ursachenzuschreibung für die vom Patienten erlebten Beschwerden ermöglichen. Damit kann die Unsicherheit ausdrückende Formulierung „*medically unexplained*“ ebenso vermieden werden³⁸ wie der eine Psychogenese implizierende Begriff „somatoforme Störung“, welchen Patienten oftmals als Affront gegen die Validität ihres körperliches Erlebens auffassen³⁹.

Dagegen greift der vor allem im allgemeinmedizinischen Kontext gebräuchliche Ausdruck „nicht-spezifischer“ Körperbeschwerden noch einen Schritt früher an. Er beschreibt lediglich die vorerst *„fehlende Zuordenbarkeit vieler Beschwerden zu einer spezifischen Erkrankung“*² und soll damit eine *„frühe und möglicherweise irreführende Etikettierung“*¹⁵ und vorzeitige *„Medikalisierung“* vermeiden. Außerdem soll so die Notwendigkeit einer *„offene[n], somatische[n] und psychosoziale[n] Paralleldiagnostik“* betont werden. Allerdings stellt auch die Formulierung „nicht-spezifisch“ eine Definition per Ausschluss dar² und läuft ebenso wie MUS die Gefahr der Überinklusivität. Insofern erfüllt auch diese Formulierung nicht die Anforderungen einer fachübergreifenden Positivdefinition eines einheitlichen Störungsbildes.

In der S3-Leitlinie „Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“ wird daher treffend konstatiert: *„Aufgrund ihrer Heterogenität, unzureichender Validität, unzureichender Akzeptanz, und aufgrund der überhöhten Bedeutung des problematischen Kriteriums der fehlenden somatischen Erklärbarkeit sind alle bislang gebräuchlichen Begrifflichkeiten als letztlich unzureichend einzustufen.“*² Insbesondere moderate Ausprägungen des Störungsbildes, welche trotzdem mit einem hohen Risiko für Chronifizierung einhergehen, werden durch die derzeit existierenden diagnostischen Einteilungen nicht ausreichend abgebildet⁴⁰. Weitere Forschung mit dem Ziel eines tiefergehenden Verständnisses des Störungsbildes erscheint unter diesen Gesichtspunkten daher dringend geboten.

Für die hier vorliegende Arbeit wurde die Entscheidung getroffen, in Anlehnung an die für Deutschland maßgebliche S3-Leitlinie die Formulierung *„nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden“* zu verwenden. Die Abkürzung NFS wurde zuerst von Döpfmer et al. 2016 eingeführt⁴¹.

1.1.6 S3-Leitlinie 2012

Neben mehreren syndromspezifischen Leitlinien zum Management funktioneller Störungen in den unterschiedlichen somatischen Fachrichtungen wurde 2012 eine Fächer und Versorgungsebenen übergreifende S3-Leitlinie *„Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“* verabschiedet. Diese entstand in Zusammenarbeit medizinischer Fachgesellschaften der unterschiedlichsten Spezialisierungsrichtungen, der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen (DAG SHG) und der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF) unter Federführung des Deutschen Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM)

und der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM) und stellt insbesondere die Gemeinsamkeiten in der Versorgung dieser Patientengruppe in den Vordergrund. Weiterhin betont sie die Zuständigkeit von Ärzten „*aller Disziplinen*“ für „*genuin ärztliche Aufgaben wie [...] Anamnese [und] Gesprächsführung*“ im Gegensatz zum Fokus auf berufspolitische Sonderinteressen und richtet sich „*an Angehörige aller Gesundheitsberufe vor allem im ärztlichen, aber auch im nicht-ärztlichen Bereich, und darüber hinaus an Wissenschaftler, Gesundheitspolitiker und –ökonomen.*“²

Die Leitlinie liefert daher vorrangig grundlegende Handlungsvorschläge und Strategien im Umgang mit Patienten mit NFS. Sie versucht, „*Standards für die Diagnostik und Behandlung von Erwachsenen mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden in Deutschland [zu] setzen und ihre Anwender bei diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen [zu] unterstützen*“. Insbesondere wird der Stellenwert einer aktiven und bewussten Gestaltung der Arzt-Patienten-Beziehung hervorgehoben, welche durch ein klares Setting und eine offene, interessierte und sachliche, aber zurückhaltende Haltung des Arztes charakterisiert sein sollte².

1.1.7 NFS in der haus- und fachärztlichen Versorgung

F45.- Somatoforme Störung inklusive ihrer Unterformen ist nach F32.- Depressive Episode der am häufigsten kodierte Diagnoseschlüssel aus dem ICD-10-Kapitel V F00-F99 „*Psychische und Verhaltensstörungen*“ in der Hausarztpraxis⁴². Dabei ist in der hausärztlichen Praxis in der Regel zunächst unklar, welche Genese hinter der von Patienten präsentierten häufig unspezifischen Symptomatik steht. Kommt beim behandelnden Arzt der Verdacht auf eine unzureichende organmedizinische Erklärbarkeit der Beschwerden auf, sollte laut S3-Leitlinie von Anfang an eine somatische und psychosoziale Simultandiagnostik erfolgen². Diese sollte zeitlich gestrafft und in ihrem Umfang der Symptomatik angemessen sein; Redundanz von Untersuchungen ist zu vermeiden⁴. Bei NFS besteht ein hohes Risiko von Chronifizierung, so dass dem frühzeitigen Erkennen, dem Durchbrechen des „*dysfunktionalen Krankheitsverhaltens*“²⁷ und einem strukturierten Management durch den Hausarzt ein hoher Stellenwert zukommen².

Für viele Patienten ist die Behandlung im Rahmen der hausärztlichen Möglichkeiten ausreichend. Eine zusätzliche Konsultation und Differentialdiagnostik bei einem Facharzt aus einer psychosozialen Fachrichtung ist jedoch bei besonders komplexen oder zeitaufwändigen Fällen angemessen, um eine optimale Versorgung zu gewährleisten und gleichzeitig den Hausarzt zu entlasten. Als „*psychosoziale Fachrichtungen*“ sollen hier in Anlehnung an die

Verwendung in der S3-Leitlinie die Fachrichtungen „Psychiatrie“, „Psychiatrie und Psychotherapie“, „Psychiatrie und Neurologie“, „Nervenheilkunde“ sowie „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ gelten². Nicht-ärztliche Psychotherapeuten wurden im Rahmen dieser Arbeit nicht mit betrachtet.

In Facharztpraxen für Psychiatrie und Psychotherapie werden 6,4% der Patienten und in Facharztpraxen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie 8,8% der Patienten unter der Erstdiagnose F45 Somatoforme Störung geführt. Unter den vollstationären Patienten in Fachabteilungen für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie machen F45 Somatoforme Störungen 8% der Erstdiagnosen aus⁴³. Der bundesweite Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ des Bundesgesundheits surveys von 1998 ergab dabei eine psychotherapeutische Behandlungsquote für Patienten mit somatoformen Störungen von nur 40,5%¹². Der Anteil nicht psychotherapeutisch versorgter Patienten war damit bei dieser Patientengruppe am zweithöchsten nach Patienten mit Suchterkrankungen⁴⁴. Es besteht also insgesamt eine organmedizinische Über- und psychosoziale Unterversorgung von Patienten mit NFS.

1.1.8 Spezialist versus Generalist

Die World Health Organization (WHO) forderte bereits im „World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope“ eine deutliche Stärkung der Rolle der hausärztlichen Primärversorgung für das Management psychischer Störungen. Hausärzte sollen dementsprechend als erste Ansprechpartner und gegebenenfalls Behandler für Patienten mit psychosozialen Auffälligkeiten dienen⁴⁵.

Dagegen steht die von Seiten der Fachspezialisten oftmals geübte Kritik an der als defizitär wahrgenommenen psychosozialen Versorgung in der Primärmedizin. So wird unter anderem ein zu häufiges Übersehen psychosozialer Krankheitsbilder angemahnt, Kruse et al. 2004 nennen Nichterkennungsraten von 40-70% für psychische Störungen in der Hausarztpraxis⁴⁶. Allerdings steigt die Wahrscheinlichkeit, dass eine Erkrankung erkannt wird, mit dem Schweregrad der Beeinträchtigung an. Als besonders problematisch benennen die Autoren, dass Patienten psychische Beschwerden in der hausärztlichen Sprechstunde häufig nicht von sich aus ansprechen⁴⁶. Mögliche Gründe hierfür sehen Cape und McCulloch 1999 unter anderem im knappen Zeitkontingent in der Hausarztpraxis, der Scham des Patienten, seinem Bedürfnis, dem Hausarzt nicht zur Last fallen zu wollen oder einem etwaigen vom Patienten erlebten Kompetenzmangel für psychosoziale Themen auf Seiten des Hausarztes⁴⁷.

Weiterhin liegt in der allgemeinmedizinischen Praxis mit ihrem generalistischen Anforderungsprofil und einem hermeneutischen Fallverständnis der Fokus weniger auf der konkreten Diagnosefindung als dies beim Spezialisten in der Regel der Fall ist. Ziel ist laut Sielk und Abholz 2005 ein „*mehr an Gesundheit*“, nicht ein „*mehr an Diagnose*“; Pragmatismus spiele eine wichtige Rolle⁴⁸. Werkzeuge hierfür sind zum Beispiel abwartende Offenheit, die Akzeptanz diagnostischer Unsicherheiten und das Stellen von Diagnosen über den Verlauf mehrerer Konsultationen hinweg. Schwellenwerte für das Abweichen von der normalen interpersonellen Variabilität hin zu einem Leiden mit Krankheitswert können dabei vom Hausarzt anders beurteilt werden, als dies durch formale diagnostische Testverfahren geschieht⁴⁸. Gerade im für die Primärmedizin typischen Niedrigprävalenzbereich liefern diese Tests oftmals eine künstlich erhöhte Morbidität⁴⁹ und messen laut Abholz 2005 „*„eindimensional“*“, was in der Arbeit des Generalisten nur „*mehrdimensional*“ wahrgenommen wird⁵⁰. Dies könnte eine mögliche Erklärung für die Diskrepanz in den Erkennungsraten psychischer Störungen zwischen epidemiologischer Forschung und hausärztlicher Versorgungspraxis darstellen.

Gerade im Bereich der NFS überlappen jedoch die Anforderungen an die Haus- und Facharztmedizin. Patienten präsentieren neben den psychischen zusätzlich auch eine Vielzahl an somatischen Beschwerden, wodurch sich auch psychosoziale Fachärzte in gewissem Grad mit einem primärmedizinischen Aufgabenspektrum konfrontiert sehen. Die Untersuchung des Managements von Patienten mit NFS durch spezifisch ausgebildete Fachärzte der psychosozialen Fächer kann insofern einen Erkenntnisgewinn zu Strategien im Umgang mit diesen Patienten liefern, von dem auch Hausärzte in ihrer praktischen Tätigkeit profitieren können, ganz im Sinne des WHO-Reportes, der ebenfalls eine gründliche psychosoziale Aus- und Weiterbildung von Hausärzten als Schlüssel zu einer besseren Integration psychischer Gesundheitsversorgung in den primärmedizinischen Sektor formuliert⁴⁵. Außerdem wird „*durch wechselseitige Kenntnis des Vorgehens die Kooperation zwischen den Versorgungsbereichen und Fachgruppen*“⁵¹ gestärkt und ein Schritt in Richtung des Abbaus eventuell vorhandener Ressentiments getätigt.

1.1.9 Diagnostische Unsicherheit und standardisierte Testverfahren

Diagnostische Unsicherheit ist der häufigste Anlass für die Überweisung von Patienten aus der Hausarzt- in die Facharztpraxis⁵² und insofern eine zentrale Thematik an der Schnittstelle zwischen den Versorgungsebenen. Gerade NFS können im Gegensatz zu vielen anderen

Krankheitsbildern zunächst schwerer greifbar sein. Zwar können häufig anamnestisch psychosoziale Belastungen und mögliche Auslösefaktoren identifiziert werden, diese müssen jedoch nicht zwangsläufig ursächlich für die von Patienten erlebten Beschwerden sein. Letztlich muss jedes Vorgehen „eine permanente Gratwanderung zwischen abwartendem Offenhalten auf der einen und schnellem Handeln bei abwendbar gefährlichen Verläufen auf der anderen Seite“⁵³ darstellen. Als möglicher Ausweg aus diesem Dilemma könnte eine Abklärung der psychosozialen Positivsymptomatik im Sinne standardisierter diagnostischer Tests dienen, welche die subjektive klinische Einschätzung der Ärzte um ein gewisses Maß an Objektivität und Vergleichbarkeit erweitern sollen⁵⁴; der Einfluss von Beziehungsvariablen auf die Diagnosefindung wird reduziert².

Die Testverfahren lassen sich grob in Selbst- und Fremdbeurteilungsskalen unterteilen. Selbstbeurteilungsinstrumente sind durch die Betroffenen selbst auszufüllende Fragebögen; Fremdbeurteilungsskalen umfassen klinische Interviews sowie vom Arzt auszufüllende Checklisten, welche oftmals ein breites Spektrum psychosozialer Symptome über die Kennzeichen von NFS hinaus erfassen. Einen Überblick über mögliche Testverfahren geben neben der S3-Leitlinie zusätzlich Morschitzky 2007⁵⁴ und Hiller und Rief 2006⁵⁵.

Im Rahmen der diagnostischen Möglichkeiten der Hausarztpraxis erscheint der Einsatz solcher Testverfahren aufgrund des immensen Zeitaufwandes kaum möglich. Auch die S3-Leitlinie schreibt diesen diagnostischen Hilfsmitteln nur eine „untergeordnete Rolle“ zu². In der vorliegenden Studie soll daher auch eruiert werden, wie psychosoziale Fachärzte mit diagnostischer (Rest-)Unsicherheit umgehen und inwiefern strukturierte Testverfahren im konkreten praktischen Alltag dieser Ärzte zur Anwendung kommen.

1.2 Stand der Forschung

1.2.1 Qualitative Forschung im Bereich der NFS

Qualitative Forschungsmethoden sind in der Medizin ein verhältnismäßig neues Instrument. Im Bereich der NFS wurden jedoch schon mehrere qualitative Befragungen mit Hausärzten (vgl. u.a. Wileman et al. 2002⁵⁶, Dowrick et al. 2008⁵⁷, Stone 2013⁵⁸, Harkness et al. 2013⁵⁹, Ivetic et al. 2013⁶⁰, Hansen et al. 2013⁶¹, Natschke et al. 2016⁶², Heinbokel et al. 2017⁶³), Patienten (vgl. u.a. Risør 2009⁶⁴, Dwamena et al. 2009⁶⁵, Nunes et al. 2013⁶⁶, Lind et al. 2014a⁶⁷, Lind et al. 2014b⁶⁸) oder mit beiden dieser Gruppen (vgl. Ratanawongsa et al. 2011⁶⁹, Anderson et al. 2008⁷⁰) durchgeführt. Die Untersuchungen mit Hausärzten stellten vorrangig das Management dieser Patienten in der hausärztlichen Praxis und die von den befragten Ärzten erlebten

Herausforderungen sowie ihre generelle Haltung dieser Patientengruppe gegenüber in den Vordergrund. Natschke et al. 2016 befragte die Hausärzte zusätzlich zur Zusammenarbeit mit niedergelassenen psychosozialen Fachärzten, zur Kodierung nach ICD-10 sowie zum Umgang mit Leitlinien⁶².

Mehrere der Patientenbefragungen fokussierten auf die eigene Wahrnehmung des Krankheitsbildes durch betroffene Patienten. Sprachliche Muster in der Beschreibung dieser Beschwerden wurden analysiert und Aspekte der Beziehung zwischen Hausarzt und Patient aus Patientensicht ausgeleuchtet. Lind et al. 2014a befragten Patienten weiterhin zu Stressfaktoren in ihrem lebensgeschichtlichen Hintergrund und beschrieben eine „*emotionale Vermeidungskultur*“ (engl. „*emotional avoidance culture*“) als prädisponierenden Faktor für das Auftreten einer somatoformen Störung⁶⁷. Darüber hinaus untersuchten Lind et al. 2014b die Probleme, mit denen sich diese Patienten in ihrem Alltag durch die Störung konfrontiert sehen⁶⁸.

Bisher fehlen dem Wissen der Autorin nach dagegen jegliche qualitative Studien zu NFS auf der Basis von Interviews mit niedergelassenen Fachärzten der psychosozialen Fachrichtungen und auch die S3-Leitlinie benennt den „*Vergleich von Therapieansätzen der Primärversorgung mit denen der Sekundärversorgung*“ derzeit als Forschungsdefizit².

1.2.2 Forschung an den Schnittstellen der Versorgung

Vorausgegangene Studien haben bereits einzelne Aspekte der Zusammenarbeit unterschiedlicher Fachgruppen in der Versorgung von Patienten mit psychosomatischen Krankheitsbildern beleuchtet. Bisher fehlen jedoch Studien mit einem spezifischen Fokus auf das fachrichtungsübergreifende Management von Patienten mit NFS.

Spießl und Cording 2001 untersuchten im Regensburger Raum die Schnittstelle zwischen psychiatrischen Kliniken und niedergelassenen Psychiatern sowie Hausärzten und führten dazu Interviews mit insgesamt 51 niedergelassenen Ärzten. Diese wünschten sich von den Kliniken insbesondere einen regelmäßigen Informationsaustausch bezüglich der gemeinsamen Patienten sowie eine schnelle Übermittlung der Arztbriefe, eine Rücküberweisung der Patienten nach Abschluss der stationären Therapie sowie die Verordnung möglichst kostengünstiger Medikamente von Seiten der Klinik. Die Hausärzte sprachen sich weiterhin für ein verbessertes Weiterbildungsangebot zu psychiatrischen Themen aus⁷¹.

Cruppé et al 2005 beschäftigten sich mit der Kommunikation zwischen Konsultations-Liason-Psychiatrie und Hausärzten⁷²; Wohlgenannt et al. 2006 führten 66 semistrukturierte Interviews

mit österreichischen Hausärzten über deren Einstellung zur Psychotherapie und ihr Kooperationsverhalten mit Psychotherapeuten durch⁷³.

Melchinger²⁰⁰⁸ setzte sich im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit Fragen der strukturellen Versorgung auseinander und geht dabei insbesondere auf die Einbindung von Psychiatrischen Institutsambulanzen und Sozialpsychiatrischen Diensten ein. Er beschreibt ein weitgehendes Nebeneinander statt Miteinander unterschiedlicher ambulanter psychosozialer Einrichtungen, das von gegenseitigen Ressentiments geprägt ist, und zeigt die finanziellen Zwänge auf, unter denen die jeweiligen Fachgruppen stehen⁷⁴. Zwar wird hier kein Bezug auf die hausärztliche Versorgung genommen, trotzdem beleuchtet das Gutachten eindrucksvoll die dringende Notwendigkeit einer verbesserten Kommunikation im ambulanten Bereich.

Während also zur Kooperation zwischen Klinik und Niedergelassenen sowie zwischen verschiedenen ambulanten psychosozialen Fachgruppen bereits einige Forschung betrieben wurde, stellt die Schnittstelle zwischen Hausärzten und niedergelassenen psychosozialen Fachärzten, insbesondere aus der Sicht der Fachärzte betrachtet, im deutschen Raum bislang eine Lücke dar, zu deren Verringerung die vorliegende Arbeit beizutragen versucht.

2 Fragestellungen

Insbesondere die fortlaufende Kontroverse um Begrifflichkeiten und diagnostische Kategorien zur Beschreibung des weiten und uneinheitlichen Feldes der NFS lässt weitere Forschung hin zu einem besseren Verständnis des Störungsbildes unabdingbar erscheinen. In der hier vorliegenden Untersuchung soll dabei vor allem dem konkreten Management dieser Patienten im Praxisalltag und den von den behandelnden psychosozialen Fachärzten erlebten Herausforderungen Aufmerksamkeit geschenkt werden. Dabei spielt die Anknüpfung an die bereits besser erforschte Primärversorgung dieser Patienten im hausärztlichen Sektor im Sinne der Untersuchung der interdisziplinären Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen haus- und fachärztlicher ambulanter Versorgung eine tragende Rolle.

Die im Folgenden vorgestellten Forschungsfragen bilden die Basis des vorliegenden Forschungsvorhabens:

Was kennzeichnet die Versorgung von Patienten mit unklaren somatischen Beschwerden bei niedergelassenen Fachärzten der psychosozialen Fachrichtungen?

- Wie ist der typische Werdegang dieser Patienten in der Praxis?

- Welche besonderen Charakteristika zeichnen diese Patienten aus? Wie beeinflussen diese den Umgang im Arzt-Patienten-Kontakt? Welche Schwierigkeiten treten auf?
- Worauf legen die befragten Ärzte besonderen Wert bei der Anamnese und Therapie bei diesen Patienten? Welche Rolle spielen jeweils die medikamentöse Therapie bzw. Psychotherapie? Auf welche Art wird der Therapieerfolg eingeschätzt?
- Welche Rolle spielen Leitlinien für die Arbeit der befragten Ärzte?

Wie gehen die Befragten bei der Kodierung nach ICD-10 bei Patienten mit NFS vor?

- Wie und zu welchem Zeitpunkt wird eine Kodierung vorgenommen?
- Welche konkreten Diagnoseschlüssel werden von den befragten Ärzten verwendet?
- Als wie zuverlässig schätzen die Ärzte ihre eigene Kodierung ein?

Wie nehmen die befragten Fachärzte die Zusammenarbeit mit ihren hausärztlichen Kollegen wahr und wo sehen sie Verbesserungsbedarf?

- Wie schätzen die befragten Fachärzte die Qualität der Arbeit der Hausärzte in Bezug auf Patienten mit NFS ein? Welche Rolle sehen Sie für die Hausärzte in der Betreuung dieser Patienten?
- Wie gestaltet sich die Zusammenarbeit mit hausärztlichen Kollegen? Wann kommt es zu Konfliktsituationen?
- Welche Verbesserungsmöglichkeiten in der Zusammenarbeit mit Hausärzten sehen die befragten Fachärzte?

3 Methoden

3.1 Studienhintergründe

Die vorliegende Untersuchung ist Bestandteil einer zweiteiligen Studie am Institut für Allgemeinmedizin der Charité Berlin, die sich mit der aktuellen Situation in der Versorgung von Patienten mit nicht spezifischen Körperbeschwerden im ambulanten Bereich beschäftigt. Zuerst wurden im Rahmen einer weiteren Dissertation am Institut für Allgemeinmedizin Hausärzte im Raum Berlin um ihre Einschätzung gebeten (vgl. Natschke et al. 2016⁶²), danach sollten ergänzend ambulant tätige Kollegen aus psychosozialen Fachgebieten zu diesem Thema befragt werden. Dadurch wird der Blick auf die Schnittstelle zwischen Hausärzten und niedergelassenen Fachärzten aus beiden Perspektiven möglich.

3.1.1 Methodologie empirischer Sozialforschung

Gläser und Laudel 2010 formulieren vier methodologische Grundprinzipien sozialwissenschaftlicher Forschung, von denen sich Forscher bei der Konzeption von Untersuchungen leiten lassen sollten⁷⁵:

- Das Prinzip der Offenheit ist ein wichtiges Paradigma qualitativer Forschung und beschreibt das Zulassen neuer und unerwarteter Informationen und Beobachtungen. Diese sollten nicht vorschnell in vorgefertigte Kategorien einsortiert werden, da sonst die Gefahr besteht, dass theoretische Vorüberlegungen und gegebenenfalls vorhandene Unterstellungen zu einer Verzerrung der tatsächlichen Ergebnisse führen.
- Das Prinzip des theoriegeleiteten Vorgehens meint die Anknüpfung jedes neuen Forschungsprojektes an bereits vorhandenes theoretisches Wissen.
- Das Prinzip des regelgeleiteten Vorgehens fordert das Befolgen expliziter, intersubjektiv kommunizierbarer Regeln durch alle am Forschungsprozess beteiligten Wissenschaftler, um den Prozess des Erkenntnisgewinns transparent zu machen und methodologische Willkür auszuschließen.
- Das Prinzip vom Verstehen als Basishandlung sozialwissenschaftlicher Forschung beschreibt das Verstehen als zentrale Aufgabe des Forschers und „unverzichtbares Mittel“ des Forschungsprozesses.

3.1.2 Begründung für ein qualitatives Forschungsdesign

„Qualitative Forschung hat den Anspruch, Lebenswelten ‚von innen heraus‘ aus der Sicht der handelnden Menschen zu beschreiben. Damit will sie zu einem besseren Verständnis sozialer Wirklichkeit(en) beitragen und auf Abläufe, Deutungsmuster und Strukturmerkmale aufmerksam machen.“⁷⁶

In Abgrenzung zur quantitativen Forschung untersucht qualitative Forschung nicht Fakten und Häufigkeiten, sondern versucht subjektives Wissen und Sichtweisen als Grundlage von Handlungen zusammenzutragen, um daraus auf inhaltliche Zusammenhänge schließen zu können⁷⁷. Qualitative Methoden können insofern nützlich sein, um komplexe Zusammenhänge offen und umfassend auszuleuchten und aus den gewonnenen Einblicken Hypothesen zu erarbeiten, die in der Folge mittels quantitativer Methoden und geschlossener Fragestellungen überprüft werden können.

Eine grobe Übersicht über die charakteristischen Unterscheidungsmerkmale quantitativer und qualitativer Forschung bietet die unten stehende Tabelle 3. Zur Beantwortung der Fragestellungen, die den Ausgangspunkt der hier vorliegenden Studie darstellen, erscheint entsprechend die Wahl qualitativer Methoden zur Erhebung und Auswertung der Daten zielführend.

Tabelle 3 - Merkmale qualitativer und quantitativer Forschung^{75,76}

Quantitative Forschung	Qualitative Forschung
hohes Maß an Standardisierung	geringeres Maß an Standardisierung
Unabhängigkeit der Forscher vom Forschungsgegenstand	subjektive Wahrnehmung der Forscher als Bestandteil des Erkenntnisgewinns
Auswertungsbasis sind numerische Datensätze	Auswertungsbasis sind Texte, Audio- und Videoaufzeichnungen
will statistische Zusammenhänge aufdecken (relationsorientiert)	will Sinnzusammenhänge aufdecken (mechanismenorientiert)
hypothesentestendes Verfahren	hypothesengenerierendes Verfahren

3.2 Datenerhebung

Im Vorfeld der Datenerhebung wurde bei der zuständigen Ethikkommission der Antrag auf Überprüfung der ethischen Unbedenklichkeit des geplanten Studiendesigns gestellt unter der Antragsnummer EA4/012/15. Ein zustimmendes Votum wurde in der Sitzung vom 18.02.2015 erteilt.

3.2.1 Rekrutierung von Studienärzten

Mit der Rekrutierung von Studienärzten wurde im Februar 2015 begonnen. Als Basis wurde die Online-Arztuche der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin genutzt und eine Liste erstellt, die alle niedergelassenen Ärzte mit abgeschlossener Facharztausbildung im Raum Berlin enthielt, die in mindestens einer der folgenden Suchkategorien gelistet waren:

- Nervenheilkunde/ Neurologie u. Psychiatrie
- Psychiatrie
- Psychiatrie und Psychotherapie
- Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
- Psychotherapeutisch tätiger Arzt

Die Suche ergab 380 Treffer. Daraufhin wurden alle diejenigen Ärzte ausgeschlossen, die zusätzlich in anderen Fachrichtungen praktisch tätig sind, darunter u.a. Fachärzte für Allgemeinmedizin, Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, insgesamt 51 Ärzte. Die übrigen 329 Fachärzte wurden in drei Gruppen eingeteilt:

- Gruppe 1: „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ (n=86)
- Gruppe 2: „Nervenheilkunde“ sowie „Neurologie und Psychiatrie“ (n=58)
- Gruppe 3: „Psychiatrie“ sowie „Psychiatrie und Psychotherapie“ (n=185)

Um ein möglichst breites Spektrum an Meinungen in den Interviews abbilden zu können, wurde versucht, Fachärzte aus allen psychosozialen ärztlichen Fachrichtungen für Gespräche zu gewinnen und entsprechend in jeder Rekrutierungswelle Ärzte aller drei Gruppen kontaktiert. Dabei ist der Anspruch qualitativer Forschung nicht, repräsentative Aussagen treffen zu wollen, sondern vielmehr eine möglichst breite Fächerung vorhandener Sichtweisen aufzudecken, um dem Ziel der „theoretischen Sättigung“ möglichst nahe zu kommen. Theoretische Sättigung beschreibt denjenigen Zeitpunkt, ab welchem der Interviewende in weiteren Interviews nur noch wenig Neues hört und beim Auswerten keine neuen Kategorien aufgrund des hinzugekommenen Textmaterials mehr zum Kategoriensystem hinzugefügt werden müssen⁷⁸. Die Erfahrung aus vorangegangenen qualitativen Studien am Institut für Allgemeinmedizin der Charité zeigt, dass eine theoretische Sättigung nach ungefähr 15 Interviews zu erwarten ist.

Im Februar, Mai und Juni 2015 wurden insgesamt 142 Ärzte per Fax oder E-Mail angeschrieben und im Abstand von ein bis zwei Wochen telefonisch kontaktiert. Daraus ließen sich die benötigten 15 Interviewpartner gewinnen.

3.2.2 Interviewleitfaden

Die wichtigste Entscheidung bei der Planung einer qualitativen Untersuchung stellt die Auswahl des Interviewtyps für die Datenerhebung dar. Dabei wird zunächst grundlegend nach dem Grad der Standardisierung von Interviews unterschieden. Im Rahmen der hier vorliegenden Studie wurde eine Befragung mittels teilstandardisierter Leitfadeninterviews durchgeführt. „Teilstandardisiert“ beschreibt solche Interviews, in welchen weder die exakten Fragen noch feste Antwortmöglichkeiten vorgegeben sind. Im Gegensatz zu „nichtstandardisierten Interviews“ werden die zu erfragenden Themen jedoch in einem Interviewleitfaden festgehalten, der also bestimmte Vorgaben an die oder den Interviewenden stellt. Die Reihenfolge und genaue Formulierung der Fragen bleibt dabei offen und kann individuell dem Gesprächsverlauf

angepasst werden⁷⁵. Dadurch kann ein hoher Grad an Natürlichkeit in den Interviews erzielt werden; die Gesprächssituation ist weniger künstlich als in Interviews mit einem höheren Grad an Standardisierung. Zugleich hilft der Leitfaden, das Dilemma aus begrenzter Gesprächszeit und ausuferndem Informationsinteresse zu lösen, indem er einen klaren Fokus der Interviewthemen festlegt. Dabei sollen alle zur Beantwortung der Untersuchungsfrage relevanten Informationen – und möglichst auch nur diese – erhoben werden⁷⁵.

Die Konzeption des Interviewleitfadens orientiert sich also grundlegend an den zu beantwortenden Forschungsfragen. Dabei wurde versucht, die verschiedenen Aspekte jedes Themas möglichst umfassend auszuleuchten. Die Interviewpartner sollten dazu angeregt werden, möglichst spezifisch zu den für diese Studie relevanten Themen zu sprechen, ohne dabei durch zu eng gegriffene Fragen in eine bestimmte Antwortrichtung gedrängt zu werden. Dresing und Pehl 2013 beschreiben eine Auswahl verschiedener Fragetypen⁷⁹:

- Textgenerierende Fragen sind besonders offen gestellt und sollen die Interviewpartnerin oder den Interviewpartner zu einer ausführlichen Antwort anregen.
- Prozessorientierte Fragen beziehen sich primär auf die Beschreibung von Abläufen und Hintergründen.
- Aufrechterhaltende Fragen geben keinen neuen Gesprächsinput, sondern dienen vielmehr dazu, die Gesprächspartnerin oder den Gesprächspartner zu motivieren, ein begonnenes Thema weiter auszuführen.
- Provozierende oder unterstellende Fragen können bei stockender Interviewdynamik dazu anregen, Meinungen und Sichtweisen zu offenbaren, sollten aufgrund ihres Konfliktpotentials jedoch sparsam eingesetzt werden.

Die Fragen sollten dabei generell möglichst knapp und sprachlich einfach formuliert sein. Weiche Formulierungen mit Abtönungspartikeln wie „mal“, „doch“ oder „eigentlich“ können helfen, Fragen offener zu gestalten. Nicht sinnvoll sind Fragen mit Ja-Nein-Antwort, vielmehr sollten Fragen eine ausführliche Beantwortung herausfordern oder ermöglichen. Auch auf suggestive und wertende Fragen sollte verzichtet werden, um zu verhindern, dass Antworten durch die Vorannahmen der oder des Interviewführenden verzerrt werden⁷⁹.

Entsprechend der Forschungsfragen charakterisieren die folgenden thematischen Schwerpunktfragen die drei großen Themenblöcke des Interviewleitfadens:

Was kennzeichnet die Versorgung von Patienten mit Beschwerden mit unklaren somatischen Beschwerden bei niedergelassenen Fachärzten der psychosozialen Fachrichtungen?

- Auf welchem Weg kommen Patienten zu Ihnen in die Praxis (zum Beispiel Eigeninitiative oder Überweisung vom Hausarzt)?
- Wie ist der Werdegang dieser Patienten bei Ihnen in der Praxis?
- Gibt es Besonderheiten in Ihrer Anamneseführung bei diesen Patienten?
- Spielen Fragebögen oder klinische Interviews, also strukturierte Diagnose-Instrumente, eine Rolle für Sie bei der Arbeit mit diesen Patienten?
- Was sind für Sie die konkreten Hinweise, dass NFS bei einem Patienten bestehen könnten?
- Wo liegt Ihr Schwerpunkt in der Behandlung dieser Patienten?
- An welchem Punkt würden Sie sich bei einem Patienten zu einer medikamentösen Therapie entscheiden?
- Welche Therapieansätze durch Hausärzte haben Sie schon gesehen? Wie schätzen Sie diese ein?
- Woran machen Sie fest, ob Ihre Therapie Erfolg zeigt? Gibt es feste Kontrollen im Verlauf?
- Haben Sie schon Situationen im Umgang mit diesen Patienten erlebt, die Sie an Ihre eigenen Grenzen gebracht haben oder die Sie als besonders schwierig empfanden? Wie sind Sie mit diesen Herausforderungen umgegangen?
- Welche Bedeutung haben Leitlinien für Ihre praktische Arbeit?
- Auf welche Weise könnte die Versorgung von Patienten mit NFS aus Ihrer Sicht verbessert werden?

Wie gehen die Befragten bei der Kodierung nach ICD-10 bei Patienten mit NFS vor?

- Wie ist Ihr Vorgehen in Bezug auf die Vergabe von Diagnoseschlüsseln nach ICD-10?
- Welche konkreten Diagnoseschlüssel verwenden Sie bei diesen Patienten? Welche Diagnosen verwenden Sie neben dem F45.- Spektrum noch?
- Für wie zuverlässig erachten Sie die von Ihnen kodierten Diagnosen?
- Welche Relevanz haben die kodierten Diagnoseschlüssel für ihre eigene ärztliche Arbeit?

Wie nehmen die befragten Fachärzte die Zusammenarbeit mit ihren hausärztlichen Kollegen wahr und wo sehen sie Verbesserungsbedarf?

- Welche Erfahrungen haben Sie persönlich in der Zusammenarbeit mit Hausärzten gemacht?
- Gibt es Hausärzte, mit denen Sie besonders häufig Kontakt haben? Wie ist diese Zusammenarbeit zustande gekommen?
- Zu welchem Zeitpunkt halten Sie die Überweisung von Patienten mit unklaren Körperbeschwerden in eine psychosoziale Facharztpraxis für sinnvoll? Gibt es Faktoren, die Patienten eher zu Ihnen bzw. eher ins hausärztliche Regime platzieren?
- Welche Relevanz haben die Informationen auf dem Überweisungsschein für Sie? Haben Sie den Eindruck, von den Hausärzten ausreichende Informationen über die bisher durchgeführten Untersuchungen und Therapieversuche zu erhalten zu haben?
- Welche Informationen melden Sie an die überweisenden Ärzte zurück? In welcher Form und zu welchen Zeitpunkten? Aufgrund welcher Anlässe schreiben Sie einen Arztbrief an den Hausarzt, wann rufen Sie in der hausärztlichen Praxis an? Gibt es auch Fälle, in denen Sie keinerlei Rückmeldungen an die Hausärzte geben? Wann wäre das der Fall?
- Können Sie mir von Konfliktsituationen berichten, in die Sie in der Zusammenarbeit mit Hausärzten geraten sind?
- Welche Aspekte der Zusammenarbeit mit Hausärzten funktionieren bereits besonders gut? Wo sehen Sie Verbesserungsmöglichkeiten? Was würde zu Ihrer persönlichen Zufriedenheit beitragen?

3.2.3 Vorbereitung der Interviews

Nach gründlicher Lektüre von Literatur mit Hinweisen und Hilfestellungen zum Führen von Experteninterviews wurden vor dem ersten regulären Gespräch zunächst zwei Probeinterviews mit einer befreundeten psychologischen Psychotherapeutin sowie einer Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin geführt, um die Lenkung des Gesprächsverlauf zu üben und den Interviewleitfaden auf seine Praxistauglichkeit zu überprüfen. Weiterhin konnte in diesem Zusammenhang die Aufnahmetechnik auf ihre Funktionsfähigkeit getestet werden. Zur Aufnahme wurde ein Olympus Digital Voice Recorder DS-30 verwendet.

3.2.4 Interviewführung

Die Gespräche wurden jeweils in der Praxis des befragten Arztes durchgeführt, in einem Fall auch bei der Interviewpartnerin zuhause. Dadurch sollte zum einen der Aufwand für die Interviewpartner möglichst gering gehalten werden, zum anderen kann angenommen werden, dass die gewohnte Umgebung zu einer größeren Offenheit in den Gesprächen beitragen könnte.

Zu Beginn der Interviews wurde die Studie stets noch einmal in knappen Worten vorgestellt, etwaige Fragen der Interviewpartner geklärt und um das Ausfüllen des Kurzfragebogens sowie der Einwilligungserklärung gebeten. Den Ärzten wurde erneut die Anonymität und Vertraulichkeit ihrer Daten sowie sorgfältiger Datenschutz zugesichert, um eine Vertrauensbasis zu schaffen. Danach wurde das Aufnahmegerät eingeschaltet und das Interview anhand des Leitfadens geführt. Zum Abschluss des Gesprächs wurde den Interviewpartner außerdem die Frage gestellt, ob Sie noch etwas zur Thematik hinzufügen möchten, das im Verlauf des Interviews noch nicht zu Sprache kam, um ihnen so unabhängig vom Interviewleitfaden den Raum zu geben, weiterführende Aspekte anzusprechen, die sie ergänzend für relevant erachteten.

3.3 Auswertung der Daten

3.3.1 Transkription der Interviews

Eine Transkription geht unvermeidbar mit Informationsverlusten einher⁸⁰. Da für diese Untersuchung ausschließlich der Inhalt der Gespräche analysiert werden soll, nicht jedoch die sprachliche Ausdrucksweise der Interviewpartner, konnte auf die Hinweise Mayrings zur Interviewtranskription als Richtschnur zurückgegriffen werden⁸¹.

Es wurde wörtlich und vollständig unter Einbeziehung von Wortwiederholungen, Unvollständigkeiten, Lauten des Nachdenkens oder Unverständnisses ins Schriftdeutsche transkribiert. Umgangssprachliche Äußerungen wurden für die Übertragung ins Schriftdeutsch geglättet. Echte Dialektausdrücke wurden beibehalten und nach Gehör geschrieben, dialektale Färbungen jedoch ins Hochdeutsche übertragen. Parasprachliche Äußerungen wie Lachen wurden ebenso wie Pausen im Gesprächsfluss in Klammern festgehalten⁸¹. Die Transkription der Gespräche erfolgte mit der Transkriptionssoftware *f4transkript* Version 5.60.2 für Windows.

3.3.2 Qualitative Inhaltsanalyse

Die Auswertung qualitativer Daten konfrontiert Forschende mit einer großen Fülle „*unscharfer Datenmaterials*“, welches „*auch schwer interpretierbare, irrelevante und widersprüchliche*

*Informationen enthalten kann*⁷⁵ Als hilfreiches Verfahren zur regelgeleiteten inhaltlichen Auswertung qualitativer Daten hat sich im deutschsprachigen Raum seit den achtziger Jahren die qualitative Inhaltsanalyse nach Philipp Mayring bewährt. Mayring unterscheidet dreierlei „Grundformen des Interpretierens“⁸¹:

- Zusammenfassende Inhaltsanalyse beschreibt die Reduktion des vorhandenen Textmaterials auf ein kondensiertes, überschaubares Abbild des Ausgangsmaterials unter Erhaltung aller wesentlichen Inhalte.
- Zur explizierenden Inhaltsanalyse wird weiteres Material an unklaren Textstellen herangetragen, um das inhaltliche Verständnis zu erweitern.
- Strukturierende Inhaltsanalyse will relevante Aspekte aus dem Textmaterial herausfiltern und das Material anhand eines im Vorfeld festgelegten Kategoriensystems ordnen und einschätzen.

Zur Auswertung des in dieser Studie gewonnenen Datenmaterials erscheint entsprechend eine strukturierende Inhaltsanalyse sinnvoll, da sie eine Fokussierung auf die zu beantwortenden Fragestellungen erlaubt, also auf im Vorhinein theoriegeleitet bestimmte Kriterien. Relevante Textausschnitte werden aus ihrem Gesprächskontext entnommen, den Kategorien des Analyserasters zugeordnet und relativ unabhängig vom Text weiterverarbeitet und analysiert. Die erlaubt die Analyse auch größerer Textmengen⁷⁵.

Das allgemeine Ablaufmodell strukturierender Inhaltsanalyse nach Mayring umfasst acht Teilschritte⁸¹:

1. Bestimmung der Analyseeinheiten
2. Festlegen der Strukturierungsdimensionen (theoriegeleitet)
3. Bestimmung der Ausprägungen (theoriegeleitet), Zusammenstellung des Kategoriensystems
4. Formulierung von Definitionen, Ankerbeispielen und Kodierregeln zu den einzelnen Kategorien
5. Materialdurchlauf: Fundstellenbezeichnung
6. Materialdurchlauf: Bearbeitung und Extraktion der Fundstellen
7. Überarbeitung, ggf. Revision von Kategoriensystem und Kategoriendefinition. (Bei Änderungen ggf. erneuter Durchlauf ab Schritt 3.)
8. Ergebnisaufbereitung

Beim Transfer in die Forschungspraxis weist Mayrings Methodik jedoch Schwächen auf. Steigleder 2008 hat vorhandene Literatur zum Thema ausgewertet und zudem die Umsetzung der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring anhand von Studien, die nach dieser Methodik durchgeführt wurden, ausführlich beleuchtet und typische Unklarheiten und Schwierigkeiten bei der praktischen Anwendung des Mayrischen Ablaufmodells identifiziert⁸². Insbesondere die Anwendung eines starren Kategoriensystems mit vordefinierten Merkmalsausprägungen auf den gesamten Textcorpus bei Mayring erscheine problematisch, da sich für eventuell neu auftretende Aspekte in späteren Abschnitten des Textmaterials keine Veränderungen am Kategoriensystem mehr vornehmen ließen. Die Revision der Kategorien laut Schritt 7 erfolgt bei Mayring nach einer Kodierung von ungefähr 30-50% des Ausgangstextes, im Folgenden ist das Kodierschema unveränderlich^{75,81}. Die konkrete Umsetzung dieser Überprüfung des Kategoriensystems bleibe „in der Mayringschen Grundlagenliteratur ungeklärt“ und habe die Forscher in den untersuchten Studien vor große Schwierigkeiten gestellt⁸².

Steigleders Vorschlag für eine modifizierte Vorgehensweise, welche den Bedürfnissen der Forschungspraxis ein größeres Gewicht einräumt, stellt das nachfolgende Ablaufmodell in Abbildung 1 dar. Der Einfluss empirischen Erkenntnisgewinns aus dem Text zusätzlich zum theoriegeleiteten Vorgehen auf die Erarbeitung des Kategoriensystems wird ebenso wie die ständige Überprüfung und Revision des Kategoriensystems und des Kodierplans hier im Kontrast zu Mayrings Methodik deutlich stärker betont⁸². In der vorliegenden Studie wurde daher die Entscheidung für eine Auswertung der geführten Interviews anhand der modifizierten Methodik der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Steigleder getroffen.

Wichtig ist für den Forschungsprozess weiterhin das Festhalten sogenannter „*Memos*“, also kurzer Notizen, in denen beim Durcharbeiten der Texte auftauchende Assoziationen, Fragen und Gedanken der oder des Forschenden vermerkt werden können⁸².

Die technische Realisation der Auswertung erfolgte computergestützt mithilfe von *f4analyse* Version 1.0.0-rc4 für Windows. Im Anschluss an die Zuordnung des gesamten Datenmaterials zu den Kategorien des Kategoriensystems wurden die Fundstellen aus *f4analyse* in Microsoft Office Word 2007 extrahiert. Die abschließende Rücküberprüfung der Kategorien und extrahierten Fundstellen sowie die endgültige Ergebnisaufbereitung erfolgen händisch.

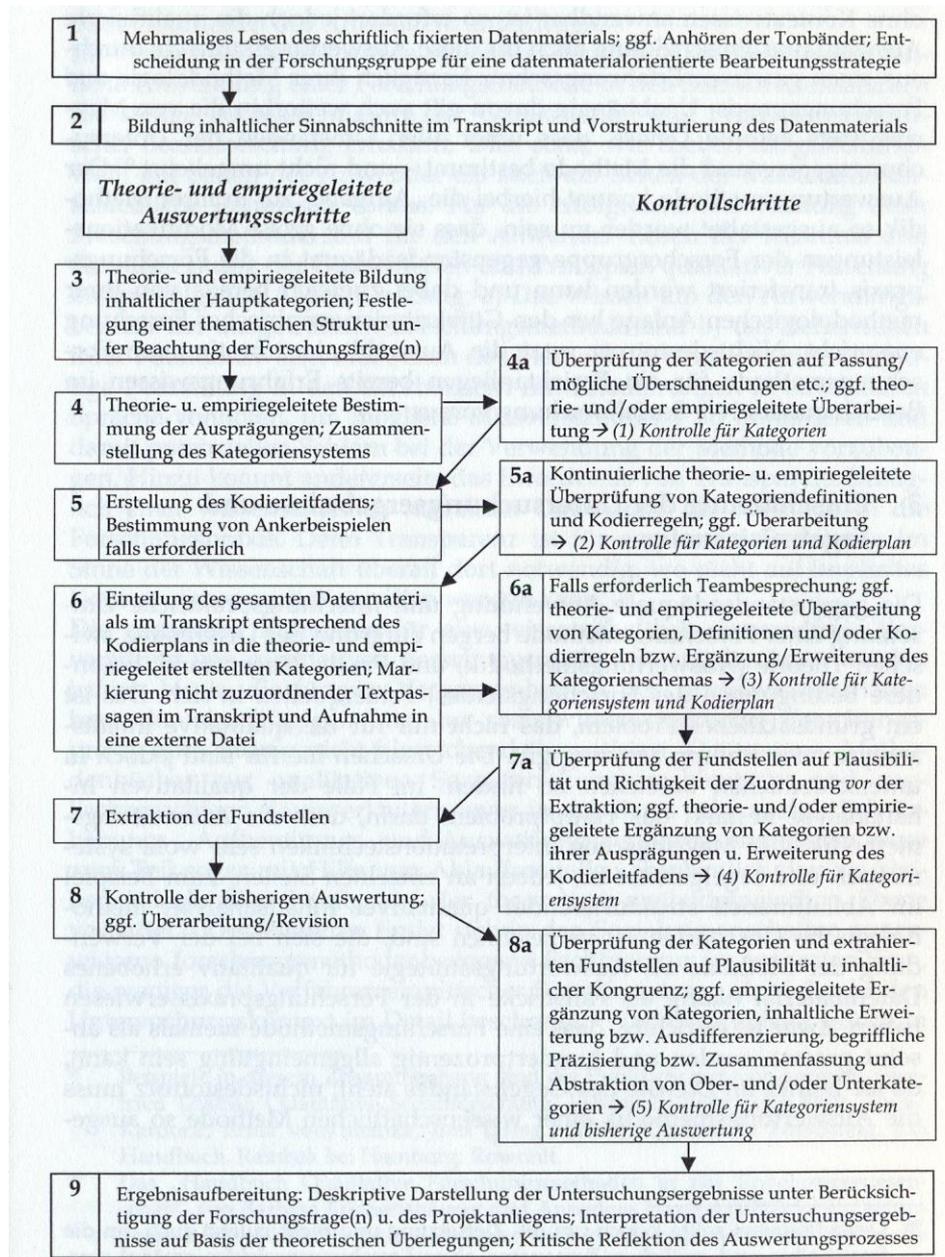


Abbildung 1 - Das Ablaufmodell der theorie- und empiriegeleiteten Kategorienbildung nach Steigleder 2008⁸²; Abdruck mit freundlicher Genehmigung der Autorin

3.3.3 Typenbildung

Ziel der Typisierung ist die inhaltliche Strukturierung des Datenmaterials. Dadurch können Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen den Fällen aufgedeckt und diese in Typen zusammengefasst werden. Mayring beschreibt die Typenbildung nur sehr rudimentär. Die hier durchgeführte Typisierung beruft sich daher auf die genauere Erläuterung möglicher Vorgehensweisen durch Kelle und Kluge 2010⁸³.

Die Typen wurden in der vorliegenden Studie nicht induktiv, also aus dem Material heraus gewonnen, sondern stattdessen auf die fachrichtungsspezifische Aufteilung der Interviewpartner

gestützt. Ziel war es, herauszufinden, ob und inwiefern die unterschiedlichen in der Studie vertretenen Fachgruppen im Hinblick auf die verschiedenen Fragestellungen in ihren Antworten voneinander abweichen, also ob zum Beispiel ärztliche Psychotherapeuten andere Meinungen vertreten als neurologisch und psychiatrisch tätige Kollegen. Dazu sollten relevante Untersuchungskategorien identifiziert werden, bei denen die Aussagen innerhalb einer definierten Gruppe möglichst konsistent sind (interne Homogenität), sich jedoch von denen der anderen Gruppen klar abgrenzen (externe Heterogenität). Die spezifische Kombination von Merkmalsausprägungen innerhalb eines Typus wirft dabei natürlicherweise die Frage nach möglichen Kausalbezügen zwischen den Merkmalen auf. Das Hinterfragen dieser inhaltlichen Sinnzusammenhänge bildet eine wichtige Grundlage für die anschließende materialgeleitete Theoriebildung.

Kluge 1999 formulierte dazu ein „*Stufenmodell empirisch begründeter Typenbildung*“⁸⁴:

1. Erarbeitung relevanter Vergleichsdimensionen
2. Gruppierung der Fälle und Analyse empirischer Regelmäßigkeiten
3. Analyse inhaltlicher Sinnzusammenhänge
4. Charakterisierung der gebildeten Typen

Im Rahmen der allgemeinen inhaltlichen Auswertung fielen Kategorien mit einem besonders breiten Spektrum divergierender Antworten auf. Diese wurden zunächst in Form von Memos festgehalten, um nach der Bearbeitung des kompletten Materials noch einmal gesondert durchgesehen zu werden. Die so gewonnene Auswahl an möglichen Vergleichsdimensionen wurde dann auf diejenigen Kategorien eingengt, welche im Hinblick auf die Ausgangsfragestellungen zum Vergleich in besonderem Maße interessant und relevant erschienen. Die hieraus hervorgehenden Kategorien wurden als Merkmale in eine EXCEL-Tabelle eingetragen, das Datenmaterial nach den jeweils dazugehörigen Aussagen aller Interviewpartner durchforstet und die Quintessenz der jeweiligen Auskünfte in der Tabelle notiert. Nachfolgend wurde jedes der Merkmale daraufhin überprüft, ob das jeweilige Thema in ausreichend vielen Gesprächen erfragt wurde, um eine aussagekräftige Einschätzung jeder der befragten Gruppen treffen zu können. Zusätzlich wurden die Merkmalsausprägungen auf die interne Homogenität und externe Heterogenität hin überprüft. Merkmale, welche diese Kriterien nicht ausreichend erfüllten, wurden gestrichen und die Vergleichsdimensionen somit weiter eingegrenzt. Die übriggebliebenen Merkmale spannen nun den resultierenden Merkmalsraum für

die Typenbildung auf. Exemplarisch soll das Vorgehen hier anhand des Merkmals „Sicht auf Leitlinien“ in Tabelle 4 demonstriert werden:

Tabelle 4 - Vorgehensweise zur Typenbildung anhand des Beispiels "Sicht auf Leitlinien"

	<p>XX4A gelegentlich gelesen, eigene Therapie stimme ungefähr mit Leitlinien überein, das sei ausreichend</p> <p>XX5B Leitlinien als Schutz bei juristischen Klagen und gegen wissenschaftliche Verwarlosung, bei NFS aber weniger wichtig als für andere Krankheitsbilder</p> <p>XX5D arbeitet "<i>selbstverständlich</i>" Leitlinien-orientiert</p>
<p>Sprechstundenmedizin - neurologisch- psychiatrisch</p>	<p><i>Die Leitlinien haben einen eher hohen Stellenwert und werden überwiegend befolgt. Leitlinien werden als wichtiges Qualitätskriterium ärztlicher Arbeit wahrgenommen.</i></p>
	<p>XX4B Leitlinien als störend empfunden, arbeitet lieber frei explorierend</p> <p>XX5A keine Aussage</p> <p>XX6A lesen sei "<i>lange her</i>", nur im Rahmen von Fortbildungen mit Leitlinien konfrontiert, aber auch ok so, weil klinische Erfahrung das aufwiege</p> <p>XX6B für andere Krankheitsbilder relevanter, diese Leitlinie sei wenig hilfreich, weil primär die Abklärung Soma/Psyche betreffend, die bei ihm schon weitestgehend gelaufen ist</p> <p>XX8A gar nicht bekannt. Nur Fortbildungen/Kongresse zur Weiterbildung über NFS</p>
<p>Sprechstundenmedizin - psychiatrisch</p>	<p><i>Die Leitlinien sind wenig bekannt und werden als irrelevant für die eigene Tätigkeit wahrgenommen. Bei anderen Erkrankungen (z.B. Depression) seien Leitlinien wichtiger.</i></p>
	<p>XX7C Kritik an der Leitlinienentstehung: Interessenskonflikte der Autoren. Außerdem kommt die Fachrichtung Psychosomatische Medizin angeblich kaum vor. Findet Leitlinien deswegen nicht relevant.</p> <p>XX9A Kritik an der Leitlinienentstehung: Interessenskonflikte der Autoren. Außerdem kommt die Fachrichtung Psychosomatische Medizin angeblich kaum vor. Weiterhin sei individualisierte Behandlung sinnvoller als das Befolgen von Leitlinien. Findet Leitlinien deswegen nicht relevant.</p>
<p>Sprechstundenmedizin - psychosomatisch</p>	<p><i>Die Entstehung der Leitlinien wird stark kritisiert; es gäbe deutliche Interessenskonflikte. Zudem werde die Fachrichtung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie nicht</i></p>

	<i>ausreichend erwähnt. Daher sei die Leitlinie irrelevant.</i>
XX4C	nur "Hintergrundwissen"
XX5C	nicht gelesen, weil wenig daraus erwartet. Leitlinie propagiere "Verwaltung" von Patienten, Therapeut möchte sich aber um die Persönlichkeitsentwicklung seiner Patienten kümmern.
XX7A	eigene Ideen/Reihenfolgen in der Praxis implementiert statt Leitlinien, "Zwangsfortbildungspunkteschnapp"
XX7B	nur mal überflogen, Leitlinien seien nicht individuell genug
XX7D	"ich arbeite nicht nach Leitlinien". Leitlinien passen nicht auf den Einzelfall.
Ärztliche Psychotherapie	<i>Die Leitlinien sind wenig bekannt und werden als irrelevant für die eigene Tätigkeit wahrgenommen, da sie die Individualität jedes einzelnen Patientenfalles nicht berücksichtigen.</i>

Natürlich liegt in der Stärke von Typisierung – Tendenzen erkennbar zu machen und mögliche Zusammenhänge aufzuzeigen – zugleich auch ihre Schwäche. So besteht stets die Gefahr einer unzulässigen Verallgemeinerung auf Kosten der inhaltlichen Exaktheit. Eine Typisierung sollte daher immer nur als Hilfsmittel zum Verständnis aufgefasst werden und die Komplexität des vorliegenden Datenmaterials nicht kleinreden.

4 Ergebnisse

4.1 Beschreibung der Stichprobe

4.1.1 Studienärzte

Zwischen Februar und Juli 2015 wurden insgesamt 142 Praxen durch die Doktorandin per Fax oder E-Mail kontaktiert. Bei circa zwei Drittel davon erfolgte im Abstand von etwa zwei Wochen zudem eine telefonische Nachverfolgung. Eines der Interviews kam über eine persönliche Empfehlung eines zuvor interviewten Facharztes zustande. Insgesamt konnte so die folgende Auswahl an Ärzten verschiedener Fachrichtungen für die Interviews gewonnen werden.

Tabelle 5 - Interviewpartner nach Fachrichtung

FÄ für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	5
FÄ für Neurologie, Nervenheilkunde oder Neurologie und Psychiatrie	4
FÄ für Psychiatrie oder Psychiatrie und Psychotherapie	6

Die Aufteilung auf verschiedene psychotherapeutische Verfahren zeigte sich dabei wie folgt:

Tabelle 6 - Interviewpartner nach psychotherapeutischer Spezialisierung

Verhaltenstherapie	3
Psychoanalyse	3
tiefenpsychologisch fundierte PT	4
Psychoanalyse + tiefenpsychologisch fundierte PT	3
keine psychotherapeutische Ausbildung	2

Es wurde ein möglichst breites Sample an Interviewpartnern aus dem gesamten Stadtgebiet Berlins befragt, unter anderem aus Marzahn/Hellersdorf, Spandau, Steglitz, Reinickendorf und Mitte. Das Verhältnis von Frauen zu Männern war mit 7:8 annähernd ausgewogen, die Interviewpartner waren im Durchschnitt 51,5 Jahre alt, der jüngste Interviewpartner dabei 42 Jahre, der älteste 63 Jahre. Die früheste Praxisniederlassung einer der befragten Ärzte fand im Jahr 1983 statt, die aktuellste im Jahr 2013. Im Durchschnitt waren die Interviewpartner bereits seit 13 Jahren in eigenen Niederlassungen tätig. Auch die ungefähre Anzahl an Scheinen pro Quartal zeigt ein sehr breites Spektrum zwischen den Praxen.

Tabelle 7 - Anzahl Patientenfälle bezogen aufs Quartal

40	45	55	78	80	140	200	200	365	500	500	900	1000	1050	1100
----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	------	------

4.1.2 Interviews

Insgesamt wurden zwischen April und September 2015 15 Interviews geführt. Diese dauerten im Durchschnitt ca. 48,5 Minuten, dabei hatte das kürzeste Gespräch eine Dauer von ca. 30 Minuten, das längste ca. 65 Minuten. Alle Interviews wurden von der Doktorandin geführt und fanden in der jeweiligen Praxis der Studienärzte statt, abgesehen von einem Interview, das bei der Ärztin zuhause durchgeführt wurde. Es kam bei keinem der Interviews zu einer Unterbrechung oder technischen Problemen bei der Aufnahme.

4.2 Ergebnisse der Befragung

Im Folgenden werden die inhaltlichen Ergebnisse der Untersuchung vorgestellt. Viele der befragten Ärzte äußerten sich kritisch zu den Begrifflichkeiten der diagnostischen Kategorien, daher sollen einleitend einige Gedanken dazu vorgestellt werden. Nachfolgend wird der chronologische Ablauf des Kontaktes zwischen dem Patienten und dem Facharzt dargestellt.

Dabei soll auch der Frage nachgegangen werden, wie sich die praktische Umsetzung der Kodierung nach ICD-10 in den psychosozialen Fächern gestaltet. Im Anschluss wird der Umgang mit Leitlinien und insbesondere die Zusammenarbeit an der Schnittstelle zwischen hausärztlicher und fachärztlicher Versorgung ausführlich beleuchtet.

Die exemplarischen Auszüge aus den Interviews sind durch Kursivschrift und Anführungszeichen gekennzeichnet und werden in sprachlich geglätteter Form wiedergegeben, Wortwiederholungen, nonverbale Äußerungen, Laute des Unverständnisses und ähnliches wurden gestrichen, umgangssprachliche Ausdrücke ins Hochdeutsche übertragen.

4.2.1 Gedanken zum Begriff der „somatoformen Störung“

Mehrere Interviews begannen damit, dass die Ärzte zunächst das generelle Konzept der NFS infrage stellten.

*„Da muss man erstmal fragen, [...] was sind eigentlich somatoforme Beschwerden?“
(Interview XX9A, Absatz 4)*

Dabei zeigten sich zwei grundlegende Argumentationsstränge für die Kritik an den diagnostischen Kategorien der verschiedenen somatoformen Störungen. Ein großes Problemfeld sind die starken Überschneidungen zwischen den als „funktionell“ bezeichneten Beschwerden und Syndromen in den somatischen Fachrichtungen und den psychosozialen Diagnosebezeichnungen und die daraus resultierenden begrifflichen Ungenauigkeiten. So fallen Schmerzen am Bewegungsapparat in der Orthopädie häufig unter „*Fibromyalgiesyndrom*“ oder „*psychosomatische Muskelschmerzen*“ (Interview XX5B, Absatz 153), in der Neurologie gibt es den „*Spannungskopfschmerz*“ (Interview XX4A, Absatz 81) und auch andere Fachrichtungen haben eigene Begriffe für die jeweils ihr Fachgebiet betreffenden Ausprägungen von NFS, die zu einer Parallelnomenklatur führen.

„Wenn der Hausarzt Reizdarm sagt, dann sagt der Psychiater somatoforme Störung, somatoforme Funktionsstörung oder sowas.“ (Interview XX4A, Absatz 81)

Dabei hat sich die Terminologie auch geschichtlich verändert. Bis ins zwanzigste Jahrhundert hinein fielen zum Beispiel Somatisierungsstörungen unter den Begriff der „*Hysterie*“ (Interview XX4A, Absatz 171). Während heutzutage eine deutliche Abgrenzung zwischen somatoformen Störungen und Depression vorgenommen wird, zeigten geschichtlich verwendete Termini die vorhandenen Überschneidungen, auch was medikamentöse Therapiemöglichkeiten angeht, deutlicher auf:

„Früher gab es so den schönen Begriff der larvierten Depression, also der körpernahen Depression, schade, den hat's irgendwann aus der Kurve getragen bei den vielen Veränderungen des Diagnosen. [...] Da konnte man dann ganz gut einfach auch die die antidepressive Behandlung unterbringen.“ (Interview XX5B, Absatz 95)

Einige der befragten Ärzte merkten auch an, dass eine Grenzziehung zwischen der seelischen und somatischen Komponente der Erkrankung häufig schwierig sein kann.

„Jetzt da zu sagen, was ist eigentlich der, was ist der somatoforme Anteil, ist ganz schwer zu sagen.“ (Interview XX9A, Absatz 4)

Aus einer ganz anderen Perspektive heraus argumentierten zwei weitere Kritiker der Begrifflichkeit „somatoforme Störungen“. Demnach sei die Einteilung der Ätiologie in seelisch und körperlich zwar kulturgeschichtlich und christlich-religiös bedingt, jedoch heutzutage weder zeitgemäß noch besonders hilfreich in der Therapie dieser Beschwerden.

„Also ich bin nun gegen die Trennung von Leib und Seele, [...] ich find diese Trennung künstlich. [...] [Somatoforme Störung] ist eine lächerliche Kategorie, die entsteht, weil die Leute so einen Grund suchen, den sie dann nicht finden.“ (Interview XX7A, Absätze 3 und 7)

Sinnvoll seien vielmehr ein ganzheitlicher Ansatz und die Linderung von Leiden, ungeachtet der Ursache.

Außerdem seien „somatoforme Störungen“ für Patienten keine gut greifbaren Konzepte und daher in der Kommunikation mit Patienten eher wenig relevant; die vordergründigen Sorgen der Patienten lägen oftmals anderswo.

„Somatisierung sehe ich dann auch nicht so im Vordergrund, weil die Patienten auch nicht so viel damit anfangen können, sagen wir mal so vielleicht.“ (Interview XX8A, Absatz 177)

4.2.2 Behandlungsverlauf

4.2.2.1 Zugang der Patienten zur Praxis

Die Mehrzahl der Patienten wird über den Hausarzt sowie andere somatische Fachärzte zur psychosozialen Abklärung und gegebenenfalls Psychotherapie in die Facharztpraxis überwiesen. Dabei beklagen die befragten Ärzte häufig die eher geringe intrinsische Behandlungsmotivation der Patienten, die in der Regel zwar der Aufforderung ihres Hausarztes „brav“ (Interview XX7D, Absatz 19) Folge leisten, die dahinterliegenden Gründe aber nicht verstehen.

„Ich weiß eigentlich nicht, warum ich hier bin, ich wurde eben geschickt und deswegen bin ich mal gekommen.“ (Interview XX4C, Absatz 15)

Eine ähnliche Problematik zeigt sich, wenn sozialmedizinische Fragestellungen den Anlass für die Facharztkonsultation darstellen.

„Das ist dann ein Grund, der auch von außen kommt, also wo dann der Patient mehr oder weniger freiwillig hier ist und mehr oder weniger motiviert sich mit mir zu unterhalten.“ (Interview XX4A, Absatz 153)

Neben der psychosozialen Vorstellung werden die Patienten auch oft an Fachärzte in ihrer Funktion als Neurologen überwiesen, insbesondere, wenn die abzuklärenden Symptome neurologischer Natur sind.

„Ich bin ja Neurologin, das heißt, die kommen meistens mit irgendwelchen scheinbar neurologischen Beschwerden, sei es Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, ja, meistens sind es Schmerzsyndrome.“ (Interview XX5D, Absatz 7)

Manche Patienten kontaktieren die Praxen auch aus eigenem Antrieb, insbesondere wenn zum Beispiel aufgrund von psychosozial erkrankten Freunden oder Verwandten bereits eine gewisse Offenheit gegenüber diesen Fachrichtungen beim Patienten vorhanden ist. Das selbstständige Hinwenden an Praxen der psychosozialen Fachrichtungen habe dabei im Laufe der vergangenen Jahre zugenommen.

„Patienten selber kommen mit somatoformen Beschwerden, aber dann meistens nur, wenn irgendjemand in der Familie oder ein guter Freund sowas auch hatte. [...] Wenn ich jetzt über meine gesamte Berufserfahrung von ja jetzt doch zwanzig, fünfundzwanzig Jahren gucke, hat das zugenommen, eindeutig.“ (Interview XX5B, Absatz 17)

Nur eine der Interviewten gab an, dass Patienten ihre Praxis nie direkt kontaktieren würden.

Generell bemängeln die interviewten Ärzte, dass Patienten mit unklaren Körperbeschwerden oft erst nach mehreren Monaten bis Jahren bei ihnen in der Praxis vorstellig werden. Allerdings sei der Zugang aufgrund mangelnder Kapazitäten und der damit verbundenen langen Wartezeiten auch schwierig. Weiterhin zeige sich im Schnitt eine Verkürzung des Krankheitsverlaufs bis zum erstmaligen Kontakt zu einer psychosozialen Facharztpraxis in den vergangenen Jahren.

„Damals waren somatoforme Störungen gefühlt immer sechs, sieben Jahre unterwegs [...], jetzt [...] dauert es höchstens noch zwei, drei Jahre. Was immer noch ganz schön lange ist.“ (Interview XX5B, Absatz 19)

Zwei der Befragten betonten, dass sie die Terminvereinbarung mit den Patienten persönlich am Telefon vornehmen.

„Die Terminvereinbarung, die mache ich persönlich. Und da kläre ich schon bestimmte basale Dinge ab. Ob der Patient grob gesprochen bei uns richtig ist oder ob man sich den Termin sparen kann.“ (Interview XX7C, Absatz 21)

Kriterien für die Auswahl spezifischer Facharztpraxen durch Patienten

Die meisten Patienten suchen sich, soweit die befragten Ärzte dies überblicken können, die Kontaktdaten der Praxen aus unterschiedlichen Verzeichnissen – zum Beispiel den Listen der Kassenärztlichen Vereinigung oder über Internetportale wie *jameda*⁸⁵ – und kontaktieren die Praxen per E-Mail oder Telefon. Teilweise empfehlen auch Einrichtungen wie die Schwulenberatung, das Behandlungszentrum für Folteropfer oder Beratungsstellen für Menschen mit Alkoholabhängigkeit den Kontakt zu spezifischen Praxen. Einen weiteren wichtigen Grund sehen die befragten Ärzte in ihren jeweiligen Fremdsprachenkenntnissen.

„Die kommen ja zu mir wegen der Möglichkeit der Verständigung in ihrer Muttersprache.“ (Interview XX6A, Absatz 41)

Überweisung an spezifische Fachrichtungen durch den Hausarzt

Mehrere Interviewpartner beklagten die ihrer Meinung nach oft undifferenzierten Überweisungen durch hausärztliche Kollegen.

„Die können das überhaupt nicht differenzieren! Da steht dann ganz oft einfach nur Psychologe, [...] ganz oft steht Neurologe, eigentlich nie Psychiater [...]. Psychotherapie steht auch öfter. [...] Selbst Hausärzte, wo man denkt, die haben ja auch Medizin studiert, [...], die müssten das ja eigentlich [...] wissen, das klappt nicht.“ (Interview XX8A, Absatz 117)

Insbesondere eine explizite Überweisung in die Psychiatrie sei selten, häufig wählten die Hausärzte die Überweisung in die Neurologie oder Psychotherapie vorbeugend als bequemen Ausweg aus einer etwaigen Konfrontation mit den psychosozialen Fachrichtungen gegenüber potentiell eher abwehrenden Patienten.

Informationsgehalt und Relevanz des Überweisungsscheins

Die auf dem Überweisungsschein festgehaltenen Informationen über die Patienten unterscheiden sich je nach überweisendem Arzt deutlich. Während einige Kollegen keinerlei patientenspezifische Informationen notieren, beschreiben viele die schwerwiegendsten

körperlichen Symptome des Patienten in Schlagworten oder geben Informationen über bereits durchgeführte diagnostische Schritte mit dem Hinweis auf ein fehlendes ausreichendes organisches Korrelat der Beschwerden. Teilweise werden auch zum Beispiel V.a. Depression oder V.a. psychosomatische Störung als unspezifische Überweisungsanlässe genannt.

„Da steht meistens entweder nichts drauf [...], also nur praktisch ne Fachrichtung oben ohne Grund [...], oder es steht Depression [...] oder depressives Syndrom, Belastungsreaktion steht oft drauf. [...] Also meistens ist das ganz kurz angebunden.“
(Interview XX6B, Absatz 37)

Konkrete Verdachtsdiagnosen wie V.a. Somatoforme Schmerzstörung, V.a. Somatisierungsstörung oder ähnliches würden dabei so gut wie nie über den Überweisungsschein kommuniziert.

„Also Somatisierungsstörungen habe ich auf einem Hausarztüberweisungsschein noch nie gelesen.“ (Interview XX8A, Absatz 95)

Die befragten Ärzte schätzten daher die Relevanz des Überweisungsscheins für ihre eigene Arbeit als eher gering ein.

„Also für mich ist der Schein nicht wichtig.“ (Interview XX4B, Absatz 13)

„Ist für uns jetzt auch nicht so relevant, was da drauf steht, weil Sie haben eh nur drei oder vier Zeilen und da kriegen Sie nicht so was Komplexes drauf.“ (Interview XX5B, Absatz 53)

4.2.2.2 Diagnostik

Anamnese

Im Rahmen der Anamnese versuchen die befragten Ärzte zunächst einen generellen Eindruck über den Patienten zu erhalten und abzuschätzen, inwiefern ein seelisches Krankheitsgeschehen vorhanden ist.

„[Ich] sage dem Patienten auch, ich möchte erstmal einen Überblick haben, ich möchte erstmal wissen, wer Sie überhaupt sind.“ (Interview XX9A, Absatz 24)

Dabei achten die befragten Fachärzte darauf, den Patienten ausreichend Raum für die Darstellung ihrer subjektiven Beschwerden zu lassen und gehen im Folgenden zudem grob auf die Biografie und soziale Situation der Patienten ein.

*„Das ist so ein typisches Erstgespräch [...], da erzählt erstmal der Patient relativ frei von seinen Beschwerden und Problemen und ich versuche dann eben noch zu explorieren so Beschwerdebeginn, Verlauf, den Zugang zu mir, also wer hat das veranlasst, die Einstellung des Patienten selber dazu, weil ja da oft Vorbehalte bestehen. [...] Wenn ich es schaffe, frage ich auch was zur sozialen Situation, zu Auslösebedingungen, genau.“
(Interview XX4C, Absatz 11)*

Jedoch ist zu bemerken, dass Patienten oftmals mit vorgefertigten Erklärungsmodellen für ihre Beschwerden in die Praxis kommen und nicht über alle Symptome gleichermaßen von sich aus berichten. Daher erfragen die meisten der interviewten Ärzte im Erstgespräch grob ein breites Spektrum möglicher seelischer Beeinträchtigungen; insbesondere wird auf eine depressive Symptomatik sowie Angst- und Zwangskomponenten geachtet.

„Das ist sozusagen die Sprachregelung, die durch die ganze Werbung, die läuft, viele Patienten übernommen haben. Die sagen nur ich hab eine Depression, oder ich hab Burnout. Und alles weitere muss man dann fragen, ob sie vielleicht eine Angstsymptomatik haben, ob sie eine schwere Zwangssymptomatik haben und was man dann immer bei diesen Patienten, die ja erstmal mit diesem Stichwort, ich hab eine Depression, kommen, man muss immer nach den körperlichen Beschwerden fragen, weil die zu dem Krankheitserleben dazugehören.“ (Interview XX7C, Absatz 25)

Dabei ist eine klare Grenzziehung zwischen den verschiedenen Krankheitsbildern nicht immer von Anfang an möglich, insbesondere bestehen oftmals Überschneidungen zwischen somatoformen und depressiven Beschwerden. Auch die Grenze zum hypochondrisch-wahnhaften müsse bei manchen Patienten ausgelotet werden.

„Dieses Feld von somatoformer Störung überlappt sich ja durchaus auch mit depressiven Beschwerden. Das ist ja manchmal auch eine Frage, nimmt man es in die Diagnostik somatoformer Störungen oder sieht man es eher als Depression im Sinne von einer larvierten Depression oder nimmt man es mehr auch als Angststörung.“ (XX5C, Absatz 39)

Stehen somatische Beschwerden des Patienten deutlich im Vordergrund und wird dann eine Erkrankung im Formenkreis der somatoformen Störungen vermutet, liegt der Fokus zunächst darauf, herauszufinden, ob eine Psychogenese der präsentierten körperlichen Beschwerden infrage kommt und für welche seelischen Konflikte und Belastungen diese symbolhaft stehen

könnten. Dazu zwingend erforderlich ist der Aufbau einer tragfähigen Beziehung zwischen Patient und Facharzt.

„Das wichtigste [...] ist es, mit den Patienten über diese körperlichen Beschwerden erstmal zu reden. Anders kann man gar keine Beziehung herkriegern, ja, wenn man gleich anfängt, mit den Patienten über die Mutter zu reden [...], das fließt natürlich auch am Anfang mit ein, aber der Patient muss erst, muss sich erstmal hier medizinisch korrekt aufgehoben fühlen.“ (Interview XX9A, Absatz 24)

Allerdings sind nicht alle der befragten Ärzte gleichermaßen an der körperlichen Seite der Beschwerden von Patienten interessiert. Dieser ärztliche Psychotherapeut berichtete zum Beispiel, dass er sehr schnell versuche, mit den Patienten auf die seelischen Komponenten ihrer Beschwerden zu sprechen zu kommen:

„Ich würde jemanden, der mir 20 Minuten lang erzählt, dass ihm irgendwas wehtut, da würd ich nur darauf aus sein, zu verstehen, was dahinter ist. Also was quasi das Symptom symbolisiert an dahinterliegender Problematik.“ (Interview XX4B, Absatz 53)

Krankheitsverständnis

Häufig besteht eine deutliche Diskrepanz in der Ursachenzuschreibung unklarer Körperbeschwerden zwischen den Patienten und dem Facharzt. Patienten halten dabei in der Regel an einem rein somatischen Krankheitsbild fest, weshalb die Erarbeitung eines psychogenetischen Krankheitsmodells mit den Patienten von vielen Ärzten als sehr mühsam beschrieben wird.

„Das ist immer wieder nicht ganz leicht für die Patientin, die Psychogenese ihrer Beschwerden anzuerkennen. Ist ja für die meisten erstmal sehr schwer, sich das vorzustellen, dass man solche ausgeprägten körperlichen Beschwerden haben kann und sich das gar nicht erklären kann so.“ (Interview XX6A, Absatz 7)

Andere Patienten suchen den Kontakt zur fachärztlichen psychosozialen Praxis aus der Motivation heraus, „nichts unversucht zu lassen“ (Interview XX4C, Absatz 13) und sind bis zu einem gewissen Grad aufgeschlossen und bereit, sich mit der Möglichkeit einer Psychogenese auseinanderzusetzen, können diese dann aber häufig nicht für sich selbst akzeptieren.

„Er versteht auch, dass ich ihn danach frage, aber er findet, bei ihm trifft das nicht zu sozusagen. Also er ist jetzt nicht total abgeneigt, auch darüber nachzudenken, aber kann es sich eben für sich selber überhaupt nicht vorstellen.“ (Interview XX8A, Absatz 15)

Abklärung etwaiger organischer Ursachen der Beschwerden

Die befragten Fachärzte stimmten durchweg darin überein, dass die gründliche Abklärung der Frage nach der Genese der Beschwerden des Patienten inklusive der Überprüfung der bereits erfolgten somatischen Diagnostik in ihren Aufgabenbereich fiele.

*„Also das muss man schon ernst nehmen und nicht sagen, naja, ist ja alles nur Psyche.“
(Interview XX7A, Absatz 63)*

Um sich ein eigenes Bild über die Krankheitssituation der Patienten verschaffen zu können, lassen sich alle der befragten Fachärzte daher die wichtigsten Befunde selber vorlegen und fordern diese gegebenenfalls auch aus anderen Praxen und Kliniken an.

„Das mache ich bei den somatoformen Störungen immer. Entweder der Patient hat schon eine ganze Mappe von Unterlagen von Untersuchungen, die lass ich mir dann mitbringen und dann gucken wir die durch und [...] wenn dann noch was unvollständig ist, dann fordere ich das an. Also mit dem Einverständnis des Patienten.“ (Interview X4C, Absatz 45)

Meist wurden bereits sehr viele Untersuchungen durchgeführt, die jedoch in aller Regel keine pathologischen Befunde ergaben.

„Das ist für mich also wichtig, um eben abschätzen zu können, inwieweit die Patienten tatsächlich irgendwas Körperliches haben und inwieweit nicht.“ (Interview XX7D, Absatz 33)

Wichtig ist dies zum einen, um den Patienten deutlich zu signalisieren, dass sich der Arzt für ihre Beschwerden interessiert und auch über die notwendige medizinische Fachkompetenz verfügt, zum anderen, um den Patienten tatsächlich nach bestem Wissen und Gewissen versichern zu können, dass alle nach dem aktuellen Stand der medizinischen Forschung relevanten organischen Differenzialdiagnosen abgeklärt worden sind und der Fokus auf mögliche psychische Ursachen ihrer Beschwerden sinnvoll erscheint.

*„Es führt kein Weg daran vorbei aus meiner Sicht, dass man bei psychosomatischen Patienten [...] die Befunde durchprüfen muss. Sorgfältig. Und das ist enorm aufwändig.“
(Interview XX7C, Absatz 11)*

Sollten dabei Zweifel an der Vollständigkeit der Befunde beim Arzt aufkommen, raten diese ihren Patienten in jedem Fall, der organischen Diagnostik weiter nachzugehen. Kleinere körperliche Untersuchungen führen manche der befragten Ärzte auch selbstständig durch.

Außerdem stellen die Fachärzte entweder direkte Überweisungen für somatische Fachrichtungen aus oder bitten die Patienten, dies beim nächsten Besuch in der Hausarztpraxis anzusprechen und sich dort eine Überweisung geben zu lassen. Letzteres ist dabei weniger einer organisatorischen Notwendigkeit geschuldet und mehr dem Wunsch, den Hausarzt nicht in seinem Verantwortungsbereich zu untergraben.

Besondere Schwierigkeiten macht den interviewten Ärzten die Grenzziehung, wann die somatische Diagnostik ausreichend gründlich durchgeführt wurde und nicht weiter verfolgt werden sollte.

„Es wird einfach immer wieder auch solche Fehler geben und es wird auch diagnostische Fehleinschätzungen geben. Es geht eher darum, sie so geringfügig wie möglich zu machen. Aber [...] dafür gibt's nicht wirklich eine Regel, wann man aufhört, das hat viel mit Gefühl zu tun. Ich glaube, alles andere ist geschwindelt.“ (Interview XX5B, Absatz 151)

Den Ausschluss einer organischen Ursache mit hundertprozentiger Sicherheit zu erzielen ist dabei nicht möglich.

„Manchmal muss man auch mit so einer Unsicherheit dann leben, das ist ja überhaupt auch etwas, was die Patienten lernen müssen, ja auch mit Unsicherheiten zu leben.“ (Interview XX4C, Absatz 152)

Die möglichst gründliche Abklärung der möglichen organischen Ursachen unklarer Körperbeschwerden liegen dabei nicht nur selbstverständlich im Interesse der betroffenen Patienten, sondern bewahren auch den behandelnden Arzt vor der „großen Peinlichkeit“ (Interview XX5B, Absatz 149), eine somatische Ursache übersehen zu haben.

Strukturierte diagnostische Instrumente

Die im Einleitungsteil vorgestellten spezifischen diagnostischen Verfahren zur Erfassung von somatoformen Störungen werden von den befragten Ärzten in der Praxis nicht eingesetzt. Dabei gaben neun der Interviewpartner an, überhaupt keine strukturierten Testverfahren zu nutzen, die restlichen sechs untersuchen Patienten mit verschiedenen Screeningtests, die unter anderem somatoforme Symptome mit erfassen, jedoch nicht primär den Fokus auf die Diagnostik von NFS richten.

„Spielt bei mir ganz wenig eine Rolle. Ich bin da ganz konservativ. Strukturierte Diagnoseinstrumente benutze ich sehr wenig, weil ich denke, dass es am besten ist, den

Patienten frei zu explorieren. Das gilt jetzt aber nicht nur für Somatisierung, sondern das ist so grundsätzlich mein Ansatz.“ (Interview XX5A, Absatz 29)

Mehrfach erwähnt wurden dagegen vor allem die Checklisten zur Diagnoseklassifikation ICD-10, die eine hilfreiche Basis für die Orientierung in der Diagnostik bieten.

„Nein [...], ich hab zwar im Kopf ein Vorgehen, naja, im Grunde nach ICD-10 und ICD-10-Checklisten, aber ich benutze keinen strukturierten Fragebogen oder so.“ (Interview XX4C, Absatz 25)

Ebenfalls kommen in mehreren Praxen allgemeine Screeningtests zur Erfassung der Ausprägung psychiatrischer Symptome zum Einsatz wie das *ICD-10 Symptom Rating (ISR)*, welches in enger Anlehnung an die ICD-10 entwickelt wurde und einige Items zu somatoformen Störungen umfasst.

„Und dann setze ich zusätzlich noch den ISR-90 ein, da hab ich einen kurzen Fragebogen zu den Symptomen, [ein] Rating, wo somatoforme Beschwerden eine Untergruppe sind.“ (Interview XX5C, Absatz 15)

Vermutlich ist in der oben zitierten Aussage neben dem ISR auch die *Symptom Checkliste 90-R (SCL-90-R)* gemeint. Diese enthält unter anderem Somatisierung als eine von neun erfragten Skalen und deckt insgesamt ein breites Spektrum psychiatrischer Symptome ab⁸⁶.

Von den weiteren genannten strukturierten diagnostischen Instrumenten erfasst keines explizit somatoforme Beschwerden. Vielmehr beschrieben die befragten Ärzte ein grobes Screening in Richtung klassischer Komorbiditäten in Anpassung auf die spezifische Problematik des Patienten. Genannt wurden hier die *Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)*, welche Angst und Depression bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen oder unklaren Körperbeschwerden erfasst und als Screening zur Schweregradbestimmung oder Verlaufsbeurteilung eingesetzt werden kann, der *Mini Mental Status Test* und *DemTect*, welche jeweils Screeningverfahren für kognitive Beeinträchtigung, insbesondere Demenz, darstellen, sowie das *Verhaltensdiagnostiksystem (VDS-30)* zur Erfassung dysfunktionaler Persönlichkeitszüge⁸⁷. Eine Interviewpartnerin nutzt zusätzlich das *Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV II (SKID II)*.

„Ich benutze den SKID-II [...] für Persönlichkeitsstörungen, da benutze ich aber wenn dann nur das Screening, dann gibt es ja auch diesen strukturierten Interviewleitfaden, da würde man zwei, drei Stunden für benutzen, das mach ich nicht, das ist nicht zu lösen.“

[...] Ich benutze den HADS, aber das ist ja auch nur ein Screeninginstrument. [...] Es ist ein Zeit-Ding.“ (Interview XX5D, Absatz 51)

In zwei der teilnehmenden Praxen führen die Ärzte regelmäßig in jährlichem Abstand das System zur *Dokumentation und Qualitätssicherung im Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* durch. In diesem Rahmen werden zum Beispiel administrative Parameter wie die vergebenen Diagnosen und die Dokumentation erbrachter Leistungen festgehalten. Zudem füllen Patienten eine Selbstauskunft über erfolgte Arztbesuche etc. im vergangenen Jahr aus, die ebenfalls Aufschluss über den Grad der Beeinträchtigung von Patienten geben und zur Verlaufsbeobachtung hilfreich sein können. Parallel zu diesem Dokumentationssystem führen die beiden genannten Ärzte den ISR bei ihren Patienten durch.

„Wir verwenden prinzipiell in diesem Dokumentationssystem, was wir machen, den ISR, [...] den haben wir deswegen integriert in diese Erhebung, weil das lizenzfrei ist und keine zusätzlichen Kosten hat und das ist absolut geprüft und gecheckt auf Validität und das wird bei allen unseren Patienten einmal alle 12 Monate geprüft und da sehen wir sehr schöne Kurven.“ (Interview XX7C, Absatz 111)

Einer der befragten Fachärzte erwähnte numerische und visuelle Analogskalen zur subjektiven Schmerzbeurteilung durch Patienten. Insbesondere das Führen einer Art Schmerztagebuch könne sowohl wertvolle diagnostische Aufschlüsse geben als auch therapeutisch hilfreich sein, indem die Patienten ihre Wahrnehmung mit dem tatsächlichen Auftreten der Beschwerden besser in Relation zu setzen lernen.

„Was sich tatsächlich bewährt hat, [sind] Schmerzskalen. [...] Und was mir wichtig ist, der Lerneffekt ist für mich, dass es nicht immer hier ist, sondern dass es sich auch mal ändert sozusagen, auch mal besser, schlechter ist. (Interview XX7A, Absatz 63)

Insgesamt herrschte in den Interviews aber klar die Meinung vor, dass die klinische Erfahrung des Arztes sowie eine gründliche Anamnese für die diagnostische Einschätzung von Patienten mit unklaren Körperbeschwerden deutlich relevanter sei als strukturierte Testverfahren.

„Da muss ich sagen, bin ich was die Aussagekraft von Test anbetrifft sehr nüchtern.“ (Interview XX7C, Absatz 113)

Anhaltspunkte für das Vorliegen von NFS

Es gibt zwei hauptsächliche Faktoren, die bei den befragten Fachärzten die Idee entstehen lassen, dass bei einem Patienten eine somatoforme Störung vorliegen könnte. Zum einen ist das die

Ausprägung des Beschwerdebildes, welches der Patient zeigt, zum anderen die Analyse der Dynamik des Arzt-Patienten-Kontaktes.

Ausprägung des Beschwerdebildes

Die Patienten stellen sich häufig mit multiplen körperlichen Beschwerden in der Praxis vor, die im zeitlichen Verlauf in ihrer Ausprägtheit und Lokalisation am Körper fluktuieren.

„Und die Symptome wechseln ja auch, also somatoforme Syndrome haben ja eine enorm hohe Varianz. Die haben ja oft Symptomwechsel. Also da sitzt es erst im Kreuz, dann tut aber die Schulter auch weh und dann gibt es Kopfschmerzen, dann gibt es vorübergehend mal einen Abusus, dann kommt eine Phase von Depression, also [...] die Symptomprägnanz einer neurotischen Erkrankung unterliegt enormen Veränderungen im Verlauf.“ (Interview XX7C, Absatz 117)

Dabei bedienen sich die Patienten häufig ungewöhnlicher Ausdrücke, um ihre Beschwerden zu beschreiben.

„Neulich hatte ich eine Patientin, die sagte, sie hatte Knochenglühen bei gleichzeitigem Frieren. Verstehen Sie?“ (Interview XX6A, Absatz 91)

Die präsentierten Beschwerden lassen sich in ihrem Zusammenspiel typischerweise keinem bekannten somatischen Krankheitsbild zuordnen.

„Was Sie mir schildern, passt meines Erachtens nicht zu den Beschwerden einer organischen Erkrankung.“ (Interview XX5A, Absatz 21)

Nicht immer fehlt ein körperliches Korrelat der Symptome völlig. Doch selbst wenn sich in der somatischen Diagnostik pathologische Befunde gezeigt haben, reichen diese in ihrer Ausprägung nicht aus, um die subjektiv wahrgenommenen Beschwerden des Patienten zufriedenstellend zu begründen. Auch die mangelnde Wirksamkeit aller bisherigen Therapieversuche spricht für das Vorliegen einer psychogenen Komponente der Beschwerden.

Dynamik des Arzt-Patienten-Kontaktes

Auch die Selbstbeobachtung im Gespräch mit dem Patienten gibt dem Facharzt nützlichen Aufschluss über mögliche seelische Konflikte des Patienten.

„Im Kontakt merken Sie es dann relativ doll. [...] Das ist schwer zu beschreiben, so ein bisschen was sperriges. Sie haben so das Gefühl, besonders vorsichtig sein zu müssen.“

[...]Man wird so ein bisschen ärztlicher, ein bisschen formaler.“ (Interview XX5B, Absatz 123)

Wichtiger Anhaltspunkt sind dabei diejenigen Emotionen, welche der Arzt bei sich selbst in Reaktion auf das Verhalten der Patienten wahrnehmen und in welchen sich häufig unterschwellige Gefühle der Patienten wie Aggression und Frustration widerspiegeln können.

„Da sind dann eben so Elemente wie Übertragung, Gegenübertragungsanalysen. [...] Wo lenken mich meine Patienten in meiner üblichen Art und Weise aus? [...] Dieses so angestoßen werden und zu bemerken, huch, das fühlt sich jetzt anders an. Und das ist oft für den diagnostischen Prozess wertvoll, aber man muss es knallhart sagen, es ist einzig und allein eine Hypothese, die man dann untermauern muss, ansonsten gilt die nicht.“ (Interview XX5B, Absatz 125)

Allerdings ist bei der Analyse des interpersonellen Kontaktes auch Vorsicht geboten, um nicht unwillentlich einem Bauchgefühl den Vorrang gegenüber objektiven Befunden einzuräumen. Diese sollten natürlich weiterhin stets in aller gebotenen Gründlichkeit überprüft werden.

„Also ich bin sowieso sehr intuitiv und das ist dann gefährliches Eis, die subjektive Wahrnehmung zu nehmen. Das ist wirklich nur ein Bauchgefühl.“ (Interview XX4B, Absatz 129)

Die Einordnung aller dieser Faktoren in ein Gesamtbild ergibt beim behandelnden Facharzt die Einschätzung, dass bei dem Patienten NFS vorliegen.

„Das ist glaub ich einfach Erfahrung. [...] Ich behaupte mal, mit einer gewissen klinischen Erfahrung sieht man die meisten Sachen.“ (Interview XX5D, Absätze 9 und 51)

Typische Charakteristika von Patienten mit NFS

Zur besseren Veranschaulichung stellt Abbildung 2 die von den befragten Ärzten genannten typischen Patientencharakteristika grafisch dar.



Abbildung 2 - Charakteristika von Patienten mit NFS

Fokus auf das Kranksein

Wichtigstes Charakteristikum von Patienten mit NFS ist ein starker Aufmerksamkeitsfokus der Patienten auf ihre körperlichen Beschwerden und die damit einhergehende starke Inanspruchnahme somatischer Ärzte.

„Viele von den Patienten beschreiben natürlich, dass sie tausend verschiedene Ärzte somatischerseits konsultiert haben im Vorfeld.“ (Interview XX6B, Absatz 91)

Als problematisch beschreiben die befragten Ärzte dabei vor allem die entstehenden Kapazitätsprobleme in den somatischen Facharztpraxen.

„Dass die [...] halt wirklich so breit mit Fachärzten [...] betreut sind, wo andere keine Termine kriegen, das ärgert mich einfach aus.“ (Interview XX8A, Absatz 151)

Außerdem ist der Alltag der Patienten so von der Auseinandersetzung mit ihren Beschwerden dominiert, so dass oftmals wenig Zeit und emotionale Kapazität für andere Aspekte des Lebens bleiben. Die Lebensqualität der Patienten wird dadurch enorm eingeschränkt.

„Und jetzt ist eigentlich wirklich nur noch Untersuchungen.“ (Interview XX8A, Absatz 13)

Beziehungsarmut und Bedürfnis nach Versorgtwerden

Die Schwierigkeiten, denen Menschen mit NFS häufig in sowohl beruflichem wie auch sozialem Kontext begegnen, können einen Hinweis geben auf eine Beziehungslosigkeit, welche das Leben der Patienten bereits seit frühester Kindheit prägt.

„Dass die in der Regel [...] weniger funktionierende Beziehungen haben, also dass die eher alleinstehend sind, dass die eben im Beruf Schwierigkeiten haben.“ (Interview XX7D, Absatz 15)

„Es spiegelt sich letztlich auch wieder der Patient wider in einer Beziehungslosigkeit, die er bekommen hat. [...] Eine etwas funktionelle Verwaltung, die sie von ihren Eltern bekommen haben.“ (Interview XX5C, Absatz 105)

Allerdings betonte einer der Interviewpartner, dass selbstverständlich nicht alle Patienten auffällige Beziehungssysteme aufweisen würden:

„Also da gibt es jegliches Beziehungsgeflecht, also Patienten mit somatoformen Beschwerden haben kein Beziehungsgeflecht, das sich von anderen entscheidend unterscheidet, sonst könnte man ja eigentlich die Diagnose auch über das Beziehungsgeflecht stellen.“ (Interview XX9A, Absatz 26)

Trotzdem beschrieben mehrere Ärzte, dass NFS sich bei Patienten häufig als Resultat eines nicht erfüllten Bedürfnisses nach Zuwendung und Umsorge manifestieren.

„Da [ist] immer noch ein Loch, wo die Bedürfnisse sind, also die Bedürfnisse nach Versorgtwerden. Und die [...] Menschen mit den somatoformen Störungen, die wollen ja versorgt werden. [...] Der Funktionsverlust ist das Symbol für [...] „kümmere dich um mich“.“ (Interview XX4A, Absatz 173)

NFS als „Stresskrankheit“

Andere Ursachen für das Auftreten psychogener körperlicher Beschwerden können Stressfaktoren sein, die, wenn sie sich akkumulieren, zur Dekompensation der Patienten in Form einer Art „Stresskrankheit“ (Interview XX7D, Absatz 201) führen können. Darunter fallen belastende Lebensumstände wie die Pflege kranker Angehöriger, finanzielle Sorgen, eine hohe zeitliche wie körperliche Arbeitsbelastung, Probleme in der Partnerschaft und Familie oder ähnliches. Nicht immer lassen sich die Auslösefaktoren jedoch derartig eindeutig zuordnen.

„Der war überlastet, [...] irgendwie Arbeit gedisst, überarbeitet, erschöpft, kaputt, plus Freundin hat ihn gerade sitzen lassen.“ (Interview XX7A, Absatz 17)

„Da steckt vielleicht auch eine allgemeine Lebensunzufriedenheit dahinter. [...] Das Leben war nicht so schön, wie sie es gerne gehabt hätten und [...] das drückt sich dann in einer Vielzahl von Klagen über organische Beschwerden aus.“ (Interview XX5D, Absatz 147)

Geringe Introspektionsfähigkeit

Mehrere Interviewpartner griffen auf die Begrifflichkeiten der „Struktur-niveaus“ zurück, welche Heinz Kohut in den 1960er Jahren zur Beschreibung des psychischen Reifegrades und der Persönlichkeitsstruktur eines Menschen etablierte⁸⁸.

„Patienten mit [...] somatoformen Störungen [sind] ja häufig noch recht undifferenzierte Persönlichkeiten [...], noch auf so mittlerem oder auch unterem Struktur-niveau.“ (Interview XX7B, Absatz 105)

Das untere Struktur-niveau nach Kohut ist gekennzeichnet durch schwerere Konflikt-Pathologien und eine geringe Fähigkeit zur Selbstreflexion und wenig ausgeprägtes Einfühlungsvermögen. Der typische Abwehrmechanismus steht zwischen Spaltung und Verdrängung, häufig spielen Idealisierung und Entwertung im interpersonellen Kontakt eine Rolle. Im mittleren Struktur-niveau stehen nur leichtere Konflikt-Pathologien im Vordergrund, bevorzugter Abwehrmechanismus ist die Verdrängung. Darüber hinaus gibt es zwei weitere Kategorien, als unterste Stufe die Desintegration mit schweren Störungen der Ich-Funktionen, Affektlabilität und labilem Realitätsbezug sowie das hohe beziehungsweise reife Struktur-niveau mit intakter Entwicklung der Persönlichkeit.

Insbesondere der schlechte Zugang zur eigenen Gefühlswelt spielt bei Patienten mit NFS eine entscheidende Rolle. Traumatische Erlebnisse und seelische Konflikte können so bewusstseinsfern bleiben und sich als Resultat in körperlichen Symptomen manifestieren, weil die Patienten sich nicht direkt mit ihnen auseinandersetzen können.

„Viele psychosomatische Patienten [haben] [...] so ein bisschen alexithymes sich selbst nicht gut lesen können, ihre eigenen Gefühle nicht gut wahrnehmen können. Heute würde man das vielleicht so mit den Konzepten auch so einer gewissen Asperger-Grundstörung bezeichnen.“ (Interview XX5B, Absatz 125)

„Die haben so viel Leid mitgemacht und haben wirklich keine Möglichkeit, das adäquat zu artikulieren, [...] [so dass] dann eben wie gesagt der Schmerz ins Körperliche überschwapppt.“ (Interview XX6A, Absatz 41)

Auch für die behandelnden Ärzte stellt dieses mangelnde Bewusstsein für Emotionen bei den Patienten eine Herausforderung im diagnostischen Prozess dar, weil Patienten dem Arzt häufig wenig hilfreiche Informationen zu ihren Problemen geben können.

*„[Er] konnte gar nicht viel mehr über seine Beschwerden Auskunft geben, als dass er immer so angespannt ist. [...] Er sagte immer nur „I’m so tense, I’m so tense.““
(Interview XX6A, Absatz 25)*

Teilweise fehlt Patienten allerdings nicht unbedingt die Fähigkeit zur Reflektion, sondern es mangelt vielmehr an der Bereitschaft, sich inneren Konflikten zu stellen und unangenehme Gedanken und Gefühle auszuhalten.

*„Die sind dann aber so wenig introspektionsfähig oder introspektionswillig, vielleicht auch aus Angst, ihr wirkliches Leben, in dem sie unzufrieden sind, zu realisieren.“
(Interview XX5D, Absatz 147)*

Anstrengend oder nicht?

Die folgende Abbildung 3 illustriert, mit welchen Adjektiven die befragten Ärzte diese Patienten im Laufe der Interviews beschrieben haben:

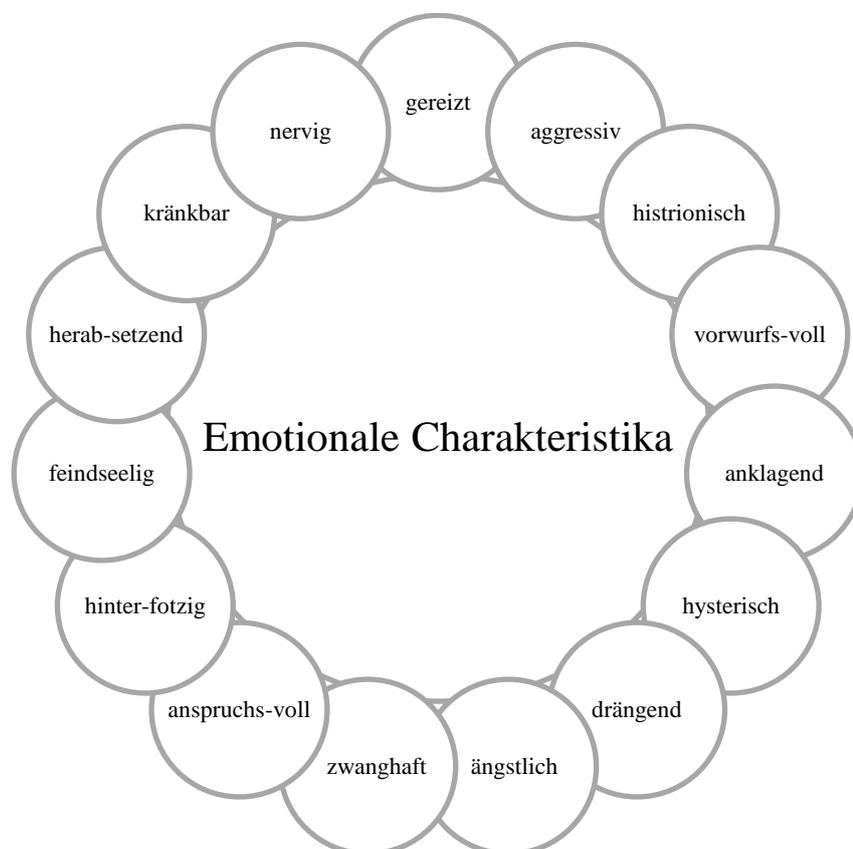


Abbildung 3 – Von den Fachärzten genannte negativ konnotierte Persönlichkeits- und Kontaktcharakteristika

Trotz allem hatten die interviewten Fachärzte sehr unterschiedliche Ansichten darüber, ob diese Patienten nun besonders anstrengend seien oder nicht. Einige gaben an, die Patienten vor allem zu Beginn eines Behandlungsverlaufes als kraftraubend zu erleben, weil die Darstellung der anfangs ja unklaren körperlichen Symptome zu diesem Zeitpunkt noch sehr viel Raum erfordere und viel Energie dafür aufgewendet werden müsse, die Patienten an die Auseinandersetzung mit seelischen Themen und den Gedanken einer möglichen Psychogenese heranzuführen.

„Was ja so extrem anstrengend ist, [ist], dass die sich da in ihren tausend somatischen Symptomen [...] verzetteln und man das Gefühl hat, [...] jetzt komm doch mal bitte zum Punkt.“ (Interview XX5D, Absatz 85)

Auch die Hoffnungslosigkeit und Resignation, mit der sich Patienten oftmals in der Sprechstunde präsentieren, sei mühsam zu handhaben.

„Doch, es ist schon sehr anstrengend. Wenn ein Patient ständig klagt und jammert und nichts hilft, das ist anstrengend, gerade in der Sprechstundenmedizin.“ (Interview XX4B, Absatz 107)

Das teils drängende, fordernde Auftreten der Patienten könne weiterhin dazu führen, dass Ärzte unbeabsichtigt übereilte und dadurch fehlerhafte Entscheidungen trafen, um sich aus der konflikthafter Situation des Patientenkontaktes zu lösen.

„Das liegt auch am krankheitsbedingten Symptomverhalten der Patienten, dass sie manchmal durch das neurotische Verhalten, durch was drängendes, durch eine Verwirrtheit, durch zwanghaftes Verhalten, den Arzt, mit dem die sprechen, dazu bringen, dass er Fehler macht.“ (Interview XX7C, Absatz 9)

Einige der befragten Ärzte sehen das Gros der Schwierigkeiten mit diesen Patienten jedoch eher in somatischen Praxen, wo psychosomatisch kranke Menschen den Rhythmus der Praxis stärker stören, weil der Umgang mit ihnen oft mehr Geduld und Fingerspitzengefühl erfordert als bei der Mehrzahl der Patienten in somatischen Praxen üblich. In psychosozialen Praxen seien solche Patienten dagegen keine Seltenheit und die Ärzte damit auch eher auf die besonderen Herausforderungen eingestellt.

„Das ist für somatische Kollegen ein großes Problem, [...] die erleben das als sehr, sehr anstrengend, das würde ich jetzt hier nicht so sehen. [...] Ich würde die nicht anstrengender erleben als jetzt eine andere Patientenklientel bei mir. Also das [...] sind halt psychiatrische Patienten, die sind natürlich gesprächsbedürftig, aber das gehört ins Fach.“ (Interview XX6B, Absatz 83)

Begegnet der Arzt dem Patienten mit einer offenen, zugewandten Haltung und ehrlichem Interesse und fühlt der Patient sich dadurch angenommen und verstanden, relativierten sich die Schwierigkeiten im Kontakt zudem deutlich.

„Die erlebe ich hier nicht als nervig, weil sie sich ja hier für voll und ernst genommen fühlen.“ (Interview XX7A, Absatz 147)

Als wichtigster Faktor, durch welchen Patienten mit zunächst unklaren Körperbeschwerden sich als eher anstrengende Klientel auszeichnen können, nannten die befragten Ärzte den enormen Zeitaufwand für die Versorgung dieser Patienten.

Hoher Zeitaufwand

Dieser erhöhte Zeitbedarf ergibt sich aus mehreren Gründen. Zum einen haben diese Patienten häufig bereits eine lange Krankheitsgeschichte durchlebt, die, ebenso wie die oftmals konflikthafte familiäre wie berufliche Situation der Patienten, anamnestisch erhoben werden muss.

„Auch für uns sind das Patienten, die eher zeitaufwändig sind. [...] [Das] sind ja oft sehr lange und komplexe Vorgeschichten.“ (Interview XX5B, Absatz 113)

Zum anderen besteht die Notwendigkeit, neben der üblichen Abklärung etwaiger psychischer Erkrankungen des Patienten auch die Diagnostik der diversen somatischen Beschwerden zu überprüfen oder gegebenenfalls zu initiieren.

„Die können sehr aufwändig sein, [...] wenn noch nicht alles geklärt ist. Wenn es immer hin und her geht. Noch eine Untersuchung oder nicht, wo ist die Grenze?“ (Interview XX4B, Absatz 121)

Außerdem verlaufen NFS leider oftmals chronisch, so dass im Verlauf bei vielen Patienten die Notwendigkeit entsteht, Gutachten im Rahmen sozialmedizinischer Fragestellungen und Versorgungsansprüche zu erstellen.

„Der sozialmedizinische Part [...] ist eine sehr aufwändige Sache.“ (Interview XX9A, Absatz 8)

Vereinzelt verschärft sich die Krankheitssituation eines Patienten dergestalt, dass eine Versorgung im Setting der Praxis dem behandelnden Arzt nicht mehr möglich erscheint, so dass eine stationäre Einweisung notwendig wird.

„Das war sehr, sehr zeitaufwändig, sehr zeitintensiv, den hab ich auch selber zweimal ins Krankenhaus überwiesen, weil es einfach gar nicht mehr ging ambulant.“ (Interview XX6B, Absatz 89)

Bei der Frage nach den zeitlichen Möglichkeiten zeigten sich große Differenzen zwischen den Fachrichtungen. So gaben psychotherapeutisch arbeitende Ärzte überwiegend an, ausreichend Zeit für diese Patienten zur Verfügung zu haben, während Ärzte, welche Patienten vorrangig im Rahmen der Sprechstunde betreuen, eher von Schwierigkeiten im Umgang mit den Patienten berichteten.

„Dieses Setting [ist] sehr gut geeignet [...], damit zu arbeiten, ich habe genügend Zeit, [...] das alles durchzugehen. Wichtig ist eigentlich nur [...], dass [die Patienten] eben dieser Verhaltenstherapie zustimmen, weil dann haben wir wirklich ausreichend Zeit.“ (Interview XX4C, Absatz 53)

Allerdings erklärte auch ein interviewter Psychiater, nicht mit Zeitknappheit zu kämpfen zu haben:

„Das ist für einen Psychiater jetzt nicht das große Problem, der Psychiater ist ja eigentlich die einzige Fachrichtung, in der noch Zeit und Raum ist, dass der Arzt sich mit dem Patienten auch ausführlicher unterhält.“ (Interview XX5A, Absatz 45)

Weiterhin betonte einer der befragten Ärzte, wie wichtig es sei, eben diese Zeit im Umgang mit den Patienten zur Verfügung zu stellen, um die Konflikthaftigkeiten des Kontaktes wirklich darzustellen und untersuchen zu können.

„Aber ohne das geht es auch nicht, weil diese schwierigen Seiten sich entfalten müssen im Kontakt. [...] Dafür ist das da.“ (Interview XX7C, Absatz 163)

Misstrauen der Patienten gegenüber Ärzten

Typisch sind für Patienten eine gewisse Zurückhaltung und ein gewisser Argwohn ihren behandelnden Ärzten gegenüber, der unter anderem geprägt ist von der öffentlichen medialen Diskussion über die Strukturierung des deutschen Gesundheitssystems mit seiner stark unterschiedlichen Vergütung von ärztlichen Leistungen für privat und gesetzlich Versicherte, welche nach Sicht der befragten Ärzte bei den Patienten Ängste wecke, mit ihren Beschwerden nicht ernst genommen und nicht gründlich genug untersucht zu werden. Dass keine somatische Ursache für ihre Beschwerden gefunden werden kann, attribuieren manche Patienten demnach

einem mangelnden Willen und Interesse der behandelnden Ärzte statt dem tatsächlichen Fehlen eines entsprechend ausgeprägten organischen Korrelates.

„[Diese] Patienten [haben] wenig Vertrauen zu ihren Ärzten. [...] Hat bestimmt den Grund, dass Ärzte wenig Zeit haben zu reden, aber auch durch Medien und so. [...] Dass dann eben so Gedanken kommen, naja, der hat sich das nicht richtig angeguckt, ich bin ja nur Kassenpatient, ich werde abgewimmelt.“ (Interview XX4C, Absätze 158-160)

Weiterhin verstärkt wird dieses Misstrauen dadurch, dass die betroffenen Menschen oft schon viele verschiedene mögliche Differentialdiagnosen und Therapieansätze mit Fachärzten diverser Fachrichtungen besprochen haben und nichts letztlich zutraf oder ihnen eine dauerhafte Linderung ihrer Beschwerden verschaffen konnte.

„Die Patienten [...] sind misstrauisch und haben dies und das und jenes gehört und nichts hat wirklich geholfen.“ (Interview XX7D, Absatz 13)

Besondere Anforderungen an die behandelnden Ärzte

Hieraus ergeben sich spezifische Besonderheiten des Arzt-Patienten-Kontaktes. Die enge persönliche Bindung, die für ein produktives Gespräch über derart intime Themen wie seelische Konflikte zwingend notwendig ist, erfordert, dass Behandler und Patient auf persönlicher Ebene gut zueinander passen und eine gewisse Sympathie vorhanden ist.

„Die Beziehung zwischen einem Psychiater und seinem Patienten [ist] eine ganz spezielle [...], das ist eine sehr persönliche Bindung, bei der man auch in persönlichen Kontakt mit dem Arzt oder der Ärztin treten muss, und auch ein Stück weit häufig mehr von sich preisgeben muss oder soll, als es in anderen Fachrichtungen üblich ist. [...] Was ich damit sagen will, ist, dass das Verhältnis ein enges, persönliches ist, enger und persönlicher als in anderen Fachrichtungen und dass eben Menschen unterschiedlich gut zueinander passen.“ (Interview XX5A, Absatz 103)

Der Arzt sollten zudem besonders „engagiert“ und „menschlich einfühlsam“ (Interview XX6A, Absatz 55) ein und eine Offenheit dem Patienten gegenüber ausstrahlen.

„Das ist was, wo Sie die Nähe zu einem anderen Menschen so herstellen können, dass sie heilend wird. Das ist das Entscheidende. [...] Die wirklich wichtige Variable ist eben der interpersonelle Kontakt.“ (Interview XX5B, Absatz 83)

4.2.2.3 Kodierung der Diagnosen nach ICD-10

In der Regel vergeben die befragten Ärzte bereits nach dem Erstkontakt mit einem Patienten Diagnosen nach ICD-10 und kodieren diese elektronisch in ihrem Praxisdokumentationssystem. Einmal vergebene Diagnosen werden im Verlauf meist beibehalten und nur selten verändert. Die konkrete Herangehensweise und insbesondere die Sorgfältigkeit bei der Kodierung sind dabei von Person zu Person sehr unterschiedlich.

„Die sind nichts wert.“ (Interview XX4B, Absatz 101)

„Also ich versuch schon, eine genaue Kodierung vorzunehmen.“ (Interview XX4C, Absatz 65)

Drei der befragten Ärzte sprachen die Schwierigkeit an, psychische Störungen adäquat durch einen an Symptomen orientierten Katalog von Diagnosen zu kategorisieren. Problematisch sei dabei vor allem die Darstellung der Ursachen sowie der Schwere einer Erkrankung.

„Die ICD-10 ist ja ein ganz fragwürdiges Konstrukt, weil sie rein deskriptiv ist und der gesamte Bereich der Ätiologie ja ausgeklammert ist.“ (Interview XX7C, Absatz 101)

Innerhalb des F-Spektrums differenziert der Großteil der befragten Ärzte spezifisch zwischen den Diagnosen und kodiert endständig. Dabei finden vor allem die unter F45.- gelisteten Diagnoseschlüssel Verwendung. Nur einer der befragten Ärzte gab an, regelhaft die Diagnose F45.9 „Somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet“ zu verwenden.

„Ach, F45.9 und fertig. [...] Also manchmal hab ich Lust und Laune und dann sehe ich zufällig das Wort, was passt und dann klicke ich das an, aber es ist nicht mein Bier, das geht mich nichts an, das interessiert mich nicht.“ (Interview XX4B, Absätze 103-105)

Die meisten der befragten Fachärzte sehen eine präzise Kodierung innerhalb ihres Fachgebietes in gewisser Weise auch als Teil ihres professionellen Ehrgefühls.

„Ich finde auch ehrlich gesagt, eine Facharztpraxis sollte so wenig und so selten wie möglich .9 haben, das geht nicht aus meiner Sicht. Das ist peinlich. „ (Interview XX5B, Absatz 59)

Der wichtigste Einflussfaktor auf die Kodierung von Diagnosen nach ICD-10 ist die Abrechnung gegenüber den Kostenträgern. Möchte der Arzt bei einem Patienten ein Medikament ansetzen, muss dafür eine entsprechende Indikation bestehen und dokumentiert sein.

„Ich muss dann natürlich gucken, wenn ich Antidepressiva verordne, dann muss es ja zur Diagnose auch wieder passen. [...] Das heißt, irgendwo muss die Diagnose auch auftauchen, sonst steht irgendwann die Krankenkasse vor der Tür.“ (Interview XX4A, Absatz 93)

Verwendung von Diagnosen außerhalb des F-Spektrums

Vier Ärzte nutzen zur Kodierung des Krankheitsbildes eines Patienten nach ICD-10 ausschließlich die Diagnosen aus dem F-Bereich.

„Also für mich reichen die Fs, aber das ist ja das, was für unsere Fachrichtung leider zählt, was ich ja eben verkaufen muss.“ (Interview XX7A, Absatz 151)

Alle anderen nutzen auch Diagnoseschlüssel aus anderen Bereichen. Hierbei wurden insbesondere orthopädische Diagnosen (M) und neurologische Diagnosen (G) erwähnt, also Bereiche, in welche sich viele der körperlichen Beschwerden von Patienten mit NFS einordnen lassen. Die Ärzte verschlüsseln dabei tatsächliche somatische Diagnosen und Symptome der Patienten aus anderen Fachgebieten wie zum Beispiel Lumbalkanalstenosen, Migräne oder einen Diabetes mellitus. Außerhalb des F-Spektrums kodieren die befragten Ärzte die Diagnosen allerdings nur lückenhaft und vergeben aufgrund von mangelndem Detailwissen selten endständige Diagnoseschlüssel. Die funktionellen Syndrome der somatischen Fachrichtungen finden dabei keinerlei Verwendung.

„Diese funktionellen Diagnosen der anderen Fachrichtungen [...] kodiere ich in der Regel nicht. Das brauche ich auch nicht [...], weil das erfasst ist in [...] meiner eigenen Aufzeichnung und in der somatoformen Störung.“ (Interview XX6B, Absatz 73)

Auch die Verschlüsselung von R- und Z-Diagnosen wird sehr unterschiedlich gehandhabt. Vier Interviewpartner gaben an, diese Diagnosen niemals zu vergeben, weitere vier nutzen sie häufig und ein Arzt gelegentlich, bei den restlichen Ärzten kamen R- und Z-Diagnosen im Laufe des Interviews nicht zur Sprache. R-Diagnosen werden dabei eher zu Beginn eines Behandlungsverlaufes eingesetzt, wenn die Ursachen der körperlichen Beschwerden von Patienten noch unklar sind und zuerst einmal die auftretenden Symptome deskriptiv festgehalten werden. Ein Arzt nannte gerade dies als Grund für seine seltene Verwendung von R-Diagnosen:

„Das sind ja unklare Befunde, ja, und eigentlich bemühe ich mich, diese Befunde im Laufe des Quartals so zu klären, dass ich sie bei der Abrechnung schon gar nicht mehr da habe.“ (Interview XX9A, Absatz 70)

Ein Arzt erklärte außerdem, Z-Diagnosen zum Beispiel bei jungen Patienten einzusetzen, die nur zu wenigen Beratungsanlässen in die Praxis kommen und bei denen Entscheidung wie die über eine Verbeamtung oder den Abschluss einer Berufsunfähigkeitsversicherung noch ausstehen, wofür eine F-Diagnose hinderlich sein könnte. Verschlüssele er dagegen bereits eine F-Diagnose, würde er die Kontaktanlässe der Z-Diagnosen nicht zusätzlich kodieren.

„Z-Diagnosen verwende ich eigentlich dann, wenn ein Patient kommt und mich ein paar Mal sehen möchte und vielleicht jung ist, [...] aber unter Umständen versicherungsrechtlich noch etwas unternehmen möchte, zum Beispiel eine BU mal abschließen oder vielleicht sich mal privat krankenversichern zu lassen oder sich verbeamten zu lassen, ja, das sind halt solche Dinge, die dann schwierig werden, wenn man ihnen gleich eine F-Diagnose gibt.“ (Interview XX9A, Absatz 70)

Dieses Entscheidungskriterium wurde allerdings von in keinem der anderen Gespräche von der oder dem InterviewpartnerIn angesprochen.

Unabhängig von den somatoformen Störungen werden psychiatrische und psychosomatische Komorbiditäten natürlich ebenso nach ICD-10 verschlüsselt, insofern sie bei Patienten eine Rolle spielen.

4.2.2.4 Therapie

Die möglichen Therapieoptionen bei Patienten mit NFS sind weit gefächert. Welche Therapie für einen Patienten zum aktuellen Zeitpunkt im Krankheitsverlauf sinnvoll und machbar erscheint, ist individuell sehr unterschiedlich und muss in gründlicher Abwägung vom Facharzt gemeinsam mit dem Patienten besprochen und entschieden werden.

„Jeder Patient ist sehr individuell und insofern spreche ich dann auch immer sehr individuelle Empfehlungen aus.“ (Interview XX5A, Absatz 33)

Therapieziele

Eine psychosoziale Betreuung und ganz besonders eine psychotherapeutische Behandlung setzt die aktive Mitarbeit des Patienten voraus. Erstes Ziel jedes therapeutischen Kontaktes muss daher sein, das Störungsmodell eines Patienten soweit zu verändern, dass eine Psychogenese ihrer oder seiner körperlichen Beschwerden zumindest in Betracht gezogen werden kann. Nur dadurch kann überhaupt das Interesse an und die Offenheit für eine Therapie der seelischen Ursachen der Erkrankung entwickelt werden.

„Sie können niemanden psychiatrisch behandeln, und schon gar nicht psychotherapeutisch, gegen seinen Willen.“ (Interview XX5A, Absatz 107)

Längerfristig stehen die Steigerung der Lebensqualität sowie das frühzeitige Abwenden einer Chronifizierung der Erkrankung und der häufig daraus resultierenden sozialmedizinischen Verläufe mit Frühberentung etc. im Vordergrund. Weiterhin sollte versucht werden, mit dem Patienten eine abwartende Haltung gegenüber neu auftretenden Symptomen zu entwickeln, so dass nicht jede neue körperliche Beschwerde zu einem erneuten Ingangsetzen des diagnostischen Apparates und ausführlicher Recherche über die Beschwerden, zum Beispiel im Internet, führt.

„Ich denke, die sollen soweit kommen [...], dass sie sagen, ich erreiche wieder ein lebenswertes Leben, also wo ich auch mal noch was genießen kann.“ (Interview XX7B, Absatz 119)

Um die Ursache von Beschwerden überhaupt als in die Seele gehörend einordnen zu können, müssen Patienten dabei zunächst lernen, in sich hinein zu hören und ihre eigenen Emotionen zu erkennen und zu benennen.

„Die müssen lernen, über sich zu erzählen und auch überhaupt eine Sprache für ihre Gefühle oder überhaupt ihre Gefühle zu benennen, also Gefühle muss man benennen können, um mit denen umgehen zu können, sonst wirken sie eben auf den Körper.“ (Interview XX7D, Absatz 19)

Nicht-medikamentöse Therapieansätze

Bereits die Möglichkeit des Kontaktes zu einer psychosozialen Facharztpraxis entlastet akut betroffene Patienten häufig deutlich. Dabei ist es wichtig, den Zugang zum Arzt explizit von den Symptomen abzukoppeln und stattdessen feste Termine für die Konsultationen zu vereinbaren. Im Rahmen der Sprechstundenmedizin sind neben der Anamneseerhebung und Befundbesprechung auch kürzere stützende Gespräche zeitlich machbar.

„Häufig hilft es den Leuten ja schon, wenn man einfach drüber redet.“ (Interview XX5D, Absatz 19)

Vereinzelt werden mit Patienten auch probatorische Psychotherapiesitzungen vereinbart, um Zeit für ein ausführlicheres ärztliches Gespräch zu schaffen, ohne gleich eine Richtlinienpsychotherapie für den Patienten beantragen zu müssen. Diese niederschwelligere therapeutische Anbindung ist ein großer Vorteil der Behandlung im Rahmen der Sprechstundenmedizin.

Darüber hinaus kann das Zeigen von Entspannungsübungen und Übungen zur Verschiebung der Schmerzwahrnehmung hilfreich sein, ebenso wie eine zusätzliche physiotherapeutische Behandlung bei einer orthopädischen Beschwerdesymptomatik. Ein Arzt gab weiterhin an, Patienten mit Zwei-Punkt-Technik zu behandeln.

Insbesondere bei einfacher strukturierten oder sehr desorganisierten Patienten sowie bei Patienten, bei denen keine Psychotherapie in Muttersprache durchgeführt werden kann, sollte auch eine Überweisung zur stationären psychosomatischen Rehabilitation in Erwägung gezogen werden.

„Wo ich gerne hinüberweise, wenn ich Patienten habe [...], die nicht gut des Deutschen mächtig sind, [...] die teilweise Analphabeten sind, wo ich das Gefühl habe, Psychotherapie ist jetzt [...] nicht zielführend, also die Leute sind viel zu schlicht strukturiert und [...] sind auch gar nicht in der Lage, wirklich einmal in der Woche zu Terminen hier zu erscheinen, weil sie selber viel zu chaotisch und unstrukturiert sind, [...] ist die Abteilung für Naturheilverfahren im Immanuelkrankenhaus. Die haben ein Zwei-Wochen-Programm für Patienten.“ (Interview XX6A, Absatz 85)

Als Therapie der ersten Wahl nannten allerdings alle befragten Fachärzte eine Psychotherapie. Dies soll im Folgenden detaillierter ausgeführt werden.

„Tabletten sind da bei sowas sicher die zweitrangige Therapie, die erstrangige ist natürlich die Psychotherapie.“ (Interview XX4B, Absatz 39)

Psychotherapie

Damit eine Psychotherapie für einen Patienten sinnvoll erscheint, müssen gewisse Voraussetzungen erfüllt sein. Neben einem schwerwiegenden Leidensdruck und einer Offenheit des Patienten, sich auf eine Psychotherapie einzulassen, sollten auch eine gewisse Intelligenz, Introspektionsfähigkeit und auch Introspektionswilligkeit vorhanden sein. Außerdem muss die Möglichkeit zur inneren Entwicklung bestehen.

„Wo hab ich das Gefühl, das wird sich lohnen, [...] wo ist vielleicht noch was zu bewegen, wo erscheint mir jemand noch entwicklungsfähig und flexibel und wo hab ich ganz ehrlich das Gefühl, das ist so verhärtet, das ist so eisern oder... [...]. Also ich meine natürlich ist es fair, jedem Menschen die Möglichkeit zu geben zu versuchen, ob sich da im Rahmen von einer psychotherapeutischen, mindestens einer Kurzzeittherapie was entwickeln kann, aber ganz ehrlich, man hat ja auch irgendwie begrenzte Ressourcen.“ (Interview XX6A, Absatz 19)

Psychotherapie bietet gegenüber der Betreuung von Patienten im Rahmen der Sprechstundenmedizin vor allem ein deutlich großzügigeres Zeitkontingent und ermöglicht es daher, die tieferliegenden seelischen Konflikte von Patienten langsam auszuloten und behutsam Denkanstöße für eine Veränderung zu setzen.

„Im Rahmen psychiatrischer Gespräche lässt sich das natürlich ins Detail [...] oder tiefgründig nicht so einfach herausarbeiten, sondern das [...] ist dann Aufgabe einer Psychotherapie.“ (Interview XX5A, Absatz 123)

Ob Patienten eine Verhaltenstherapie, Psychoanalyse oder tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie empfohlen wird, hängt sehr von der individuellen Persönlichkeit der Patienten sowie der eigenen therapeutischen Ausrichtung des Arztes ab. Häufig erscheint die Wahl der Therapierichtung daher eher zufällig als auf medizinischen Gründen basierend.

„Eigentlich passt man den Patienten dem Konzept an.“ (Interview XX9A, Absatz 90)

Nur zwei der befragten Ärzte gaben an, bei Patienten mit NFS explizit Verhaltenstherapie zu bevorzugen.

„Na von den somatoformen Patienten [...] ist Verhaltenstherapie ja nun wirklich Mittel der ersten Wahl.“ (Interview XX5B, Absatz 81)

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und analytische Therapieverfahren eignen sich eher für Patienten mit „komplexen[n] psychodynamisch relevanten[n] Größen“ (Interview XX5B, Absatz 81), Verhaltenstherapie beschreiben einige Interviewpartner dagegen als wirksamer bei Patienten, die eher unreflektierte Persönlichkeitsstrukturen aufweisen oder bei denen die Schmerzsymptomatik stark dominiert.

„Oder es kommt auch vor, dass wir Patienten dann, die nicht so reflektiert sind, dann zur Verhaltenstherapie schicken.“ (Interview XX7C, Absatz 35)

Auch der zwischen den Therapieverfahren stark variierende notwendige zeitliche Rahmen kann ein Kriterium für die Entscheidung für eine spezifische Psychotherapierichtung sein.

Gruppenpsychotherapie

Psychotherapie im Rahmen von Gruppen wird von den befragten Ärzten als hilfreiches Instrument in der Behandlung von Patienten mit NFS angesehen. In der Gruppe kommen die psychosozialen Hintergrundkonflikte der Patienten häufig einfacher zur Sprache als im Einzelgespräch mit einem Therapeuten.

„Diese Patienten [...] [können] von einem Gruppenverfahren sehr viel mehr profitieren, weil die dann auch von anderen Patienten konfrontiert werden mit deren krankhaften Überzeugungen und das Ganze sehr viel emotionaler ist als so eine dialogische Einzeltherapie.“ (Interview XX7C, Absatz 131)

Insbesondere in gemischten Gruppen mit Patienten mit unterschiedlichen psychischen Störungen kommt es dann auch schnell zu Interessenskonflikten und Konfrontationen, wenn Patienten ihre körperlichen Beschwerden ausführlich darzustellen versuchen. Die Kommunikation zwischen den Gruppenmitgliedern ist dabei oftmals recht harsch und direkt.

„Das ist so der große Vorteil der Gruppe, das kann halt der Arzt nie zu den Patienten sagen, du gehst mir mit deinem Genöle ganz schön auf den Sack.“ (Interview XX9A, Absatz 110)

Das „verbindliche Beziehungssetting“ (Interview XX9A, Absatz 112) innerhalb einer Therapiegruppe schafft gleichzeitig aber auch die Bedingungen, die auftretenden Konflikte untersuchbar und besprechbar zu machen und dadurch eine innere Entwicklung zu fördern.

Explizit psychoedukative Gruppen ausschließlich für Patienten mit NFS diskutierten die befragten Ärzte dagegen kontrovers. Während zwei Interviewpartner gute Erfahrungen mit solchen Gruppen gemacht haben, befürchtet ein Arzt, dass sich die Patienten nur gemeinsam in das Klagen über ihre körperlichen Beschwerden hineinsteigern könnten. Außerdem biete eine solche Gruppe nicht den gleichen verbindlichen Rahmen, um Patienten die Darstellung ihrer Sorgen und Probleme zu erlauben.

„Ich halte von Psychoedukation gar nichts. [...] Also es wird [...] von vielen Patienten als Belehrung erlebt. [...] Und es hat vor allem keine Nachhaltigkeit, es geht ja nicht an die Wurzel, ja? [...] Die haben ein unterschiedliches Niveau, manche nehmen das dann als Kränkung wahr, dass sie da sitzen müssen [...] und dass sie nicht alleine quasi mit dem Arzt reden dürfen.“ (Interview XX9A, Absatz 112)

Medikamentöse Therapie

Die Behandlung mit Psychopharmaka hat bei NFS einen eher geringen Stellenwert.

„Man kann eigentlich somatoforme Störungen nicht pharmakologisch behandeln.“ (Interview XX9A, Absatz 34)

Werden Medikamente angesetzt, ist die Behandlung in der Regel nicht auf Dauer angelegt, sondern soll ausgeschlichen werden, sobald der Patient sich ausreichend stabilisiert hat.

„Also ich nehme es häufig erstmal in der ersten Zeit und gucke halt, dass die sich stabilisieren und dass sie dann eben einfach zugänglicher sind, entweder für ein Gespräch oder für eine Änderung ihrer Situation oder für eine Psychotherapie und irgendwann versuchen wir dann natürlich, wieder auszuschleichen, klar.“ (Interview XX5D, Absatz 27)

Am häufigsten nutzen die befragten Ärzte verschiedene antidepressive Medikamente. Grund dafür ist zum einen die häufige Überschneidung von NFS mit einer depressiven Symptomatik, zum anderen nutzen die befragten Ärzte oftmals die entspannende, leicht angstlösende oder schlafanstoßende Wirkung verschiedener antidepressiver Medikamente aus. Spezifische Wirkstoffe werden je nach Wirkungsprofil abgestimmt auf die individuell im Vordergrund stehende Problematik der Patienten verordnet. Konkret wurden in den Interviews die folgenden Wirkstoffe genannt: Opipramol, Amitriptylin, und Trimipramin (jeweils trizyklische Antidepressiva), Mirtazapin (noradrenerges und spezifisch serotonerges Antidepressivum) sowie Duloxetin (selektiver Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmeinhibitor). Opipramol und Amitriptylin kamen mit jeweils vier Nennungen dabei am häufigsten vor.

„Wenn Schlafstörungen und eine Ängstlichkeit, was depressives mitschwingt, gebe ich entweder die alten Antidepressiva oder Angstlöser, sowas wie Opipramol, gerne auch Amitriptylin, wenn Schmerzen dabei sind.“ (Interview XX9A, Absatz 34)

„Na bei Depressiven eher [...] selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer oder SSNRI, so zur allgemeinen Entspannung ist ein bisschen Amitriptylin immer ganz gut [...], wirklich niedrig dosiert, 10, 15, 20, höchstens 50 mg. Da haben die noch nicht so viel Nebenwirkungen, deshalb nehmen sie sie, es wirkt nicht antidepressiv, aber es wirkt entspannend. Und die können wieder schlafen.“ (Interview XX7D, Absatz 65)

„Cymbalta nehme ich sehr gerne [...], Duloxetin, [...] das [...] ist zugelassen bei neuropathischen Schmerzen, [...] gegen Depressionen und [...] bei Blasenstörungen [...] und das wirkt sehr gut bei somatoformen Beschwerden. Somatoforme Schmerzen.“ (Interview XX5D, Absatz 25)

Auch die Behandlung von Schmerzen im Rahmen der NFS erfolgt meistens mit Hilfe antidepressiver Medikamente.

„Was kann es für eine Form von psychopharmakologischer Unterstützung geben, um Schmerzen zu lindern, ohne dass sie davon abhängig wird, also so Psychopharmaka wie

*Amitriptylin oder Mirtazapin, die sich günstig auf die Schmerzschwelle auswirken.“
(Interview XX6A, Absatz 15)*

Eine Behandlung von NFS mit Opiaten, wie sie gelegentlich von Schmerztherapeuten und anderen somatischen Ärzten verordnet werde, lehnen die befragten Fachärzte dagegen strikt ab.

„Also 3x60 mg Morphin am Tag geht jetzt gar nicht bei so einer jungen Frau, also ist nicht indiziert aus meiner fachärztlichen Sicht. [...] Sie können doch so einer seelisch wirklich sehr kranken Person nicht noch zusätzlich eine Morphinabhängigkeit bescheren, also geht wirklich gar nicht für mich so.“ (Interview XX6A, Absatz 21)

Ein Arzt äußerte sich außerdem kritisch gegenüber dem Einsatz von selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern:

*„[Ich gebe] nicht so in dem Ausmaße, wie es üblich ist, die Serotonin-Wiederaufnahmehemmer. Erstens bringen sie wenig, zweitens haben sie zu viele Nebenwirkungen, drittens sind sie vielleicht genauso schädlich wie die Erkrankung.“
(Interview XX9A, Absatz 34)*

Ein weiterer Facharzt betonte, dass viele Patienten mit NFS an innerer Unruhe leiden und findet daher besonders dämpfende Medikation indiziert:

„Und wenn Patienten eine Medikation brauchen, ist es in der Regel eine etwas sedierende Medikation, keine psychoanaleptische Medikation, also keine stimulierende, antriebssteigernde Medikation, sondern eher sedierende Medikation.“ (Interview XX7C, Absatz 45)

Auch atypische Neuroleptika wie Quetiapin und Sulpirid setzen zwei Fachärzte in der Behandlung von NFS ein. Dies sei besonders bei Patienten mit einem eher hypochondrischen, eventuell ins Wahnhafte gehenden Krankheitsbild hilfreich.

„Man [kann] beobachten [...], dass Patienten, die ausgeprägte körperliche Symptome haben, unter Umständen eine Distanz zu der Beschwerdesymptomatik durch eine neuroleptische Behandlung erlangen können.“ (Interview XX5A, Absatz 33)

Auch Homöopathika werden von einem der befragten Ärzte als nützliches Hilfsmittel in der Therapie dieser Patienten beschrieben.

Weiterhin werden selbstverständlich auftretende psychische Komorbiditäten psychopharmakologisch behandelt, wenn dazu die Notwendigkeit besteht.

*„Wenn es begleitend Depressionen oder depressive Symptomatik gibt [...] oder überhaupt Komorbiditäten, [...] Angst, [...] das wäre sicherlich so der Hauptgrund.“
(Interview XX6B, Absatz 23)*

Verzicht auf die eigene Verordnung psychopharmakologischer Medikamente

Vier der Interviewpartner gaben an, keinerlei psychiatrische Medikation zu verordnen. Als Gründe dafür nannten sie zum einen ein mangelndes Budget bei vorrangig psychotherapeutisch tätigen Ärzten, zum anderen fehlendes Interesse an medikamentöser Therapie.

*„Ich hab hier ein Budget von 3,15€ pro Quartal und Patient, glaube ich. Da verschreiben Sie ein teures Zeug und dann ist das Budget für alle Patienten weg. [...] Und der Gerechtigkeit halber verschreibe ich für niemanden etwas. [...] Das ist leider Gottes eine Aufspaltung dieser Zulassungsgeschichten, das heißt, wenn Sie quatschen und nur quatschen, werden Sie gut honoriert, [...] wenn Sie als Psychiater so viel quatschen, dann kriegen Sie nicht Geld, sondern da kriegen Sie nur weniger oder Sie müssen gar nichts verschreiben und dann klappt das sozusagen. Also das ist das Problem.“
(Interview 7A, Absatz 129)*

„Die [medikamentöse Therapie] interessiert mich nicht. [...] Wenn der Patient Medikamente lieber haben will, dann ist er eh besser bei jemandem aufgehoben, der medikamentös arbeitet.“ (Interview XX5C, Absätze 55-57)

Einige der ärztlichen Psychotherapeuten lagern die Pharmakotherapie auch an die Hausärzte oder an fachärztliche Kollegen aus, um sich in der begrenzten Therapiezeit nicht mit Gesprächen über die Medikation aufhalten zu müssen.

„Oft lagere ich das lieber aus oder trenne das lieber von der Therapie, also dass die Medikamentenversorgung und auch Krankschreibungen [...] über die Hausärzte läuft. [...] Einige Patienten haben auch einen Facharzt [...] für Nervenheilkunde. Also ich trenne das lieber, weil das nach meiner Erfahrung sonst zu Interessenskollisionen kommt oder Motivationskollisionen.“ (Interview XX4C, Absatz 31)

Dieses Vorgehen kann allerdings zu Konflikten mit den beteiligten Kollegen führen:

Manche psychiatrischen Kollegen [haben] nicht verstanden [...], dass ich ja nichts verschreiben kann hier, weil ich kein Budget habe, [...] und die haben sich leicht verarscht gefühlt.“ (Interview XX7A, Absatz 127)

4.2.2.5 Behandlungserfolg

Die befragten Fachärzte machen ihren Behandlungserfolg bei Patienten mit NFS an vielen unterschiedlichen Parametern fest. Besonders relevant sind dabei der Gesamteindruck von dem Patienten, ersichtlich aus zum Beispiel Haltung, Kleidung und Körperpflege, sowie die Selbstauskunft der Patienten über den Rückgang ihrer körperlichen Beschwerden und die verbesserte Funktionsfähigkeit im Alltag.

„Wenn die Beschwerden rückläufig sind und der Patient ausreichend stabilisiert ist in einer Weise, dass er sagt, so komm ich zurecht, so kann ich gut leben, dann [...] ist das ein therapeutischer Erfolg.“ (Interview XX5A, Absatz 111)

Diejenigen Fachärzte, die angaben, in der Erstdiagnostik Symptomratings und andere strukturierte Testverfahren einzusetzen, nutzen diese häufig auch zur Verlaufskontrolle.

Häufig gehen die körperlichen Symptome zu Beginn eines Behandlungsverlaufes relativ rasch zurück. Zwar kann es dabei zu einer Verschlechterung der seelischen Verfassung von Patienten kommen, weil seelische Konflikte keinen Ausgleich durch Somatisierung mehr finden, dafür stärkt der Zugewinn an Lebensqualität durch verminderte Schmerzen und weitere Beschwerden jedoch zumeist deutlich die Therapiemotivation der Patienten, so dass sich langfristig eine Besserung abzeichnet. Allerdings gab es auch kritische Stimmen unter den Interviewpartner, was die Aussichten auf Therapieerfolge angeht:

„Die Summe der somatoformen Beschwerden ist konstant über die Jahre.“ (Interview XX4A, Absatz 57)

Erfolge in der Behandlung werden jedoch nicht nur über den Rückgang körperlicher Beschwerden definiert. Auch die Annahme eines psychogenen Störungsmodells durch Patienten sowie das Entwickeln einer abwartend-offenen Haltung gegenüber körperlichen Regungen und die Bereitschaft zur Reflektion ihrer inneren Konflikte können bereits als Fortschritt gewertet werden.

„Wenn das Verständnis halt bei den Patienten entstanden ist, dass sie, wenn die Schmerzen oder die Störung dann auftritt, erstmal nachdenken müssen, was jetzt aktuell los ist, was es für Auslöser geben kann und wenn die da einfach dieses Modell dann angenommen haben.“ (Interview XX7B, Absatz 81)

Ebenso sprechen eine reduzierte Zahl von Kontaktaufnahmen zum medizinischen Versorgungssystem sowie geringere Arbeitsfehlzeiten für eine Verbesserung der

Krankheitssituation. Zwei der befragten Ärzte überprüfen diese Parameter regelhaft einmal pro Jahr im Rahmen des Dokumentations- und Qualitätssicherungssystem Psychosomatische Medizin und Psychotherapie.

„Da wende ich jedes Jahr diese evidenzbasierte Untersuchung an [...], wo nicht nur eben über das subjektive Befinden etwas gefragt wird vom ICD-10-Fragebogen, sondern [...] auch [...] wie viele AU-Zeiten, wie viele Krankenhausbesuche, wie viele Hausarztbesuche, wie viele Facharztbesuche, wie viele Krankenhaustage, wie viele apparative Untersuchungen. [...] Da sieht man natürlich schon [...], dass das signifikant dann abnimmt.“ (Interview XX9A, Absatz 32)

Auch sich selber weniger mit diesen Patienten auseinander setzen zu müssen, kann insbesondere bei sehr zeitaufwändigen und kraftraubenden Patienten ebenfalls vom Arzt als Erfolg wahrgenommen werden.

„Ganz anstrengend war die, [...] die kam dreimal in der Woche und ja, und meinen Sie wirklich und da ist da nichts und wirklich und wirklich und ja, und kann das wirklich, soll ich wirklich jetzt nicht gehen, nicht, ... Also ganz schlimm. [...] Und dann war sie bei ihm [dem Psychotherapeuten] und mein Behandlungserfolg war einfach auch, dass sie zu mir nicht mehr gekommen ist.“ (Interview XX8A, Absatz 187)

4.2.3 Herausforderungen

Die befragten Fachärzte sehen sich mit einer Vielzahl von Herausforderungen im Umgang mit Patienten mit NFS konfrontiert. Problematisch kann zum Beispiel sein, dass Patienten zwar durch den Kontakt zum Facharzt entlastet werden, dann aber zwischen den Terminen in ihrem Alltag dekompensieren und mit einer erneuten Verschärfung der somatischen Beschwerden reagieren.

„Meistens ist ja hier dann erstmal alles ein bisschen [...] ruhig[er], da ist auch von den Beschwerden ein bisschen weniger da [...], wenn sie aber zuhause sind, ist alles wieder...“ (Interview XX8A, Absatz 151)

Allerdings soll hier der Fokus auf Herausforderungen gelegt werden, denen die Ärzte ganz konkret in der Praxis begegnen.

Vorbehalte gegenüber der psychosozialen Medizin

Gerade zu Beginn eines Behandlungsverlaufes stehen Patienten dem Kontakt zu den Fachrichtungen Psychiatrie oder Psychosomatik häufig mit einer gewissen inneren Abwehr gegenüber.

„Der Psychiater hat so einen schlechten Ruf, das ist der Irrenarzt, und wer ist schon gerne irre?“ (Interview XX4A, Absatz 109)

Problematisch kann insbesondere sein, wenn Patienten sehr früh mit der Möglichkeit einer Psychogenese konfrontiert werden, bevor aus ihrer Sicht eine ausreichende somatische Abklärung stattgefunden hat.

„Also meine Hypothese ist, [...] dass halt vielleicht zu schnell psychosomatische Erklärungsansätze dargeboten werden.“ (Interview XX4C, Absatz 89)

Insbesondere sozialanamnestische und biografische Fragen, die für die Patienten primär meist in keinem Zusammenhang zu ihren Beschwerden zu stehen scheinen, können Unverständnis und Verärgerung hervorrufen.

„Die fühlen sich dann immer irgendwie in die Ecke gedrängt [...] und auch beleidigt.“ (Interview XX7B, Absatz 43)

Dabei sehen einige der befragten Ärzte das Problem unter anderen im gesellschaftlichen Image der Fachrichtungen. Es erfordert Mut von Patienten, ihrem Umfeld gegenüber den Besuch beim Psychiater einzugestehen.

„Es gibt ja zum Teil auch Vorbehalte gegenüber der Fachrichtung Psychiatrie. Zum Teil wird das ja auch heute noch in der Gesellschaft als stigmatisierend empfunden.“ (Interview XX5A, Absatz 107)

Allerdings bemerkte ein Interviewpartner, dass sich seit einigen Jahren insbesondere in den jüngeren Generationen ein deutlicher Wandel abzeichne. Er zog bekannte Fernsehserien aus dem Vorabendprogramm als Beispiele für die steigende mediale Repräsentation psychischer Krankheitsbilder heran und postulierte eine damit einhergehende Normalisierung psychischer Krankheiten in der gesellschaftlichen Wahrnehmung.

„Es ist nichts mehr wirklich verwerfliches, ja? Und insofern ist man auch bereiter inzwischen, eine psychiatrische Erkrankung anzunehmen. Und da sehen Sie einen ganz klaren Generationenshift, also Menschen in Ihrer Generation fällt es eher leichter. [...] Menschen, die über fünfzig sind, haben mehr Probleme. Da ist es eher so ein ganz

mühsames, brückenbauendes Ringen. Modelle, sozusagen, die ihnen das Gesicht wahren.“ (Interview XX5B, Absatz 23)

Erarbeitung eines psychogenetischen Krankheitsverständnisses

In engem Bezug dazu steht die Erarbeitung eines veränderten Störungsmodells mit den Patienten. Natürlich sind Patienten durch die Notwendigkeit der Vorstellung in einer psychosozialen Praxis bereits im Vorfeld mit der Idee konfrontiert, dass seelische Aspekte an der Entstehung ihrer Beschwerden beteiligt sein könnten.

„Bevor die Leute hier her gekommen sind, haben die aber meistens einen Prozess hinter sich, in dem sie schon irgendwie verstanden haben, dass sie jetzt zu so einem... gehen müssen.“ (Interview XX4B, Absatz 19)

Trotzdem fällt es manchen Patienten sehr schwer, sich auf die gründliche Auseinandersetzung mit potenziellen seelischen Ursachen einzulassen und möglicherweise unangenehme Gefühle und Gedanken tiefer zu hinterfragen.

„Nicht jeder [...] ist bereit, dieses Krankheitsverständnis auch zu verändern. [...] Und da kommt es dann schon mal vor, dass ein Patient auch unwirsch geht und sagt, ich glaube das nicht. Steht ihm zu.“ (Interview XX5B, Absatz 109)

Hier ist viel Fingerspitzengefühl von Seiten des behandelnden Arztes gefragt, um den Patienten für ein solches Gespräch zu öffnen. Zentral ist immer, die Betroffenen ernst zu nehmen und ihre Beschwerden nicht für ungültig zu erklären.

„Ich glaube an Ihre Beschwerden, ich glaube aber auch, dass ein erheblicher Teil der Beschwerden durch ein psychisches Problem mit verursacht wird.“ (Interview XX5D, Absatz 89)

Trotzdem muss der behandelnde Arzt ausdrücklich auf der hohen Wahrscheinlichkeit einer Psychogenese der Beschwerden des Patienten beharren und das Gespräch über Sorgen und Belastungen der Patienten immer wieder aufs Neue suchen.

„Ich denke immer, irgendwann [...] muss der das doch selber irgendwie verstehen, obwohl ich es wirklich mindestens schon gefühlt hundert Mal, aber wahrscheinlich mindestens zwanzig Mal [...] mit ihm besprochen habe.“ (Interview XX8A, Absatz 23)

Krankheitsgewinn

Die interviewten Ärzte fühlen sich häufig frustriert, wenn sie den Eindruck haben, ohne Mitarbeit der Patienten für eine Verbesserung ihrer Beschwerden zu kämpfen. Kontraproduktiv ist hier, dass Patienten aus ihren fortgesetzten körperlichen Beschwerden auch Vorteile ziehen, die unbewusst einer Behandlungsmotivation entgegen stehen und eine Chronifizierung fördern können.

*„Also das ist ja immer schwierig sozusagen, sind sie jetzt im Rahmen der psychiatrischen Situation tatsächlich erwerbsunfähig oder arbeitsunfähig oder kultiviert man nur eine Chronifizierung, in dem man sie dann auch dauernd aus dem Arbeitskontext fernhält.“
(Interview XX6B, Absatz 91)*

Primärer oder auch „innerer“ Krankheitsgewinn beschreibt dabei die unbewusst verlaufende Vermeidung unangenehmer Situationen und Emotionen und die Linderung innerer Konflikte durch die Übertragung aus der Seele auf den Körper.

„Diese Beschwerden [dürfen] ja auch nicht besser werden [...], die brauchen sie ja im Moment, um bestimmte Konflikte zu lösen, um bestimmte Versorgungsansprüche durchzusetzen, jetzt nicht nur gegenüber Ämtern, sondern auch innerhalb von familiären Systemen oder Partnerschaften.“ (Interview XX9A, Absatz 10)

Sekundärer oder „äußerer“ Krankheitsgewinn umfasst alle Zuwendungen durch die Gesellschaft oder das soziale Umfeld der Patienten wie finanzielle und emotionale Zuwendungen und die Entbindung von Pflichten in Beruf, Familie und Haushalt.

„So dass nicht in jedem Fall der Patient jetzt mit voller Kraft an seiner Gesundheit arbeiten kann, sondern ein Teil der Motivation auch dahin läuft, eventuell einen Krankenstand zu verlängern [...] eben aus sozialen Gründen wie Arbeitsplatzkonflikte [...] oder [...] um eine soziale Absicherung zu bekommen.“ (Interview XX4C, Absatz 33)

Konflikte bezüglich des sekundären Krankheitsgewinns kommen in der Arzt-Patienten-Beziehung zur Zuspitzung, sobald externe Leistungserbringer eine Einschätzung der Krankheitssituation eines Patienten in Form eines Gutachtens anfordern.

Gatekeeper für den Zugang zu Leistungen

Der begutachtende Arzt befindet sich in einem Dilemma zwischen den konträren Anforderungen seiner Rollen. Während er aus Sicht der Patienten die Rolle des „uneingeschränkten Helfers“ verkörpert, stellt die Gesellschaft und Solidargemeinschaft den Anspruch an eine faire

Verteilung knapper Ressourcen durch objektive medizinische Sachverständige⁸⁹. Dies führt zu einem internen Rollenkonflikt des Arztes, zum anderen zu einer Verschiebung des Kräfteverhältnisses innerhalb der Arzt-Patienten-Beziehung von gleichberechtigter Partnerschaft hin zum Patienten als Bittsteller und dem Arzt als Gatekeeper für den Zugang zu Leistungen durch staatliche Stellen oder Versicherungen.

„[Der] Patient [ist] aus verschiedensten Gründen innerlich zu der Überzeugung gekommen [...], ich sehe in einer fortgesetzten Erwerbstätigkeit keine Perspektive. So und dann geht eine längere Leidensgeschichte los, oft mit vorübergehenden Arbeitsunfähigkeiten, dann mit einer Schwerbeschädigung, dann mit einem ersten Antrag auf Erwerbsunfähigkeit, [...] das sind ja Verläufe, die gehen oft ein, zwei, drei, vier Jahre [...]. Und die machen Schwierigkeiten, [...] es geht um viel Geld, also in Anführungsstrichen viel Geld, über die Jahre, [...] das [ist] oft auch sehr aggressiv aufgeladen.“ (Interview XX7C, Absatz 67)

Dabei ist vor allem der äußerst langwierige Verlauf der sozialmedizinischen Entscheidungsfindung kraftraubend. Außerdem stehen ein Rentenbegehren oder andere Anträge auf Versorgungsleistungen der Therapiemotivation der Patienten konträr entgegen. Die Symptome und der Funktionsverlust müssen erhalten bleiben, selbst nachdem alle möglichen Therapieoptionen ausgeschöpft wurden. Diese Situation kann für den behandelnden Arzt teilweise sehr frustrierend sein.

„Vordergründig durchaus zugänglich, weil sie sich unter einer Auflage empfinden, alles versucht haben zu müssen, um beweisen zu können, nichts hilft, bis dann letzten..., manche lassen sich auch operieren, bis dann letzten Endes der Rententräger sagt, ok, alles probiert, nichts hilft. Das ist ein relativ typischer Ablauf. Und das ist für den behandelnden Arzt [...] oft sehr unbefriedigend, weil man von vorne herein die Erfolglosigkeit im Programm hat“ (Interview XX7C, Absatz 71)

Problematisch wird es insbesondere, wenn Patienten bewusst oder unbewusst ihre Ärzte gegeneinander ausspielen, um das innerliche Bild aufrecht erhalten zu können, dass keiner ihnen helfen könne.

„Also diese Patienten sind dann schnell enttäuscht und fühlen sich misshandelt und kränkbar. [...] Zu uns kommen sie und sagen, mein Hausarzt hilft mir nicht, das hat mir alles nichts gebracht, dann sind sie bei uns beim Termin, dann gehen sie zum Hausarzt und sagen, das hilft alles nichts, bringt alles nichts, ich bin unheilbar. Weil wenn unsere

Behandlung helfen würde, wäre die Rente in Gefahr. [...] Patienten mit somatoformen Störungen, gerade wenn es dann um den Krankheitsgewinn geht, spielen Ärzte gegeneinander aus.“ (Interview XX7C, Absätze 67 und 145)

Hat einer der behandelnden Ärzte den Eindruck, vom Patienten nicht die ganze Wahrheit berichtet zu bekommen, stellt dies einen typischen Anlass für direkte Kommunikation mit hausärztlichen Kollegen dar.

Behandlungsabbruch und Doktorhopping

Vereinzelt können Uneinigkeiten mit Patienten im Rahmen sozialmedizinischer Fragestellungen sich bis hin zu einem Abbruch der Behandlung durch den Patienten verschärfen.

„Es gibt ja einen gewissen Prozentsatz von Patienten mit somatoformen Störungen, die natürlich auch sich absolut nicht arbeitsfähig fühlen oder erwerbsfähig und da kommt man natürlich oft in eine Konfliktsituation, dass man sagt irgendwie man sieht die eigentlich jetzt nicht erwerbsunfähig oder arbeitsunfähig in dem Kontext, die kommen dann oft auch nicht wieder, also die sich da nicht ausreichend gesehen und gewürdigt fühlen.“ (Interview XX6B, Absatz 91)

Der Patient sucht sich dann gegebenenfalls einen anderen Arzt, welcher eben zum Beispiel die gewünschte Krankschreibung fortsetzt.

Aber auch in anderem Zusammenhang kann es zum sogenannten „Doktorhopping“ kommen. Insbesondere zu Beginn eines Behandlungsverlaufes entscheiden sich Patienten häufiger dagegen, weitere Termine in der Praxis wahrzunehmen.

„Es ist aber auch schon vereinzelt vorgekommen, dass Patienten mit einer somatoformen Störung [...] innerhalb der probatorischen Sitzungen nicht mehr gekommen sind. [...] Aber in der Regel lassen sie sich soweit motivieren, eine Therapie zu beginnen, und dann bleiben sie auch in der Regel dabei.“ (Interview XX4C, Absatz 51)

Das kann daran liegen, dass der betreffende Patient sich für eine Psychotherapie generell nicht oder noch nicht bereit fühlt oder diese nicht als hilfreiche Option für sich selber sehen kann. Manchmal stimmt aber auch einfach die Sympathie zwischen Patient und Therapeut nicht.

„Häufig ist es dann eben so, dass sich ergibt, dass Patient und Arzt nicht zusammen passen, [...] in der Regel wird das beidseitig so empfunden und dann kommt das auch schon häufiger vor, dass die Patienten sich einen anderen Arzt suchen.“ (Interview XX5A, Absatz 103)

Einer der befragten Ärzte übte auch Selbstkritik und gab an, vereinzelt unbemerkt in einen Kreislauf aus negativer gegenseitiger Übertragung zu rutschen und dem nicht rechtzeitig entgegenzuwirken.

„Bei aller Professionalität kann das schon mal sein, dass auch der Patient einen an eine Konfliktperson erinnert und man hat es im Moment nicht ganz auf dem Schirm [...], man ist plötzlich in einer Dynamik drin und hat das nicht rechtzeitig gemerkt und dann ist der Patient noch nicht wirklich in Beziehung und meinetwegen geht er dann. [...] Dann ist es leider so passiert.“ (Interview XX9A, Absatz 98)

Umgang mit Herausforderungen und negativen Emotionen

Schwierige Situationen im Umgang mit Patienten sind also in psychiatrischen, psychosomatischen und psychotherapeutischen Praxen alltäglich und ihre Bewältigung wird von den befragten Ärzten als normaler Bestandteil ihrer ärztlichen Aufgaben wahrgenommen.

„Weil ich so den Anspruch an mich habe, ok, wenn ich Psychotherapeut bin, dann muss ich auch mit schwierigen Situationen zurechtkommen.“ (Interview XX5C, Absatz 57)

Hilfreich im Umgang mit Konflikten kann es sein, diese als nützliches diagnostisches Tool und integralen Teil des Heilungsprozesses aufzufassen und sie bis zu einem gewissen Punkt anzunehmen, anstatt sich ihnen entgegen zu stellen.

„Und dass es natürlich in Behandlungen auch mal zu Konflikten kommt, ist ja Teil der Behandlung, ja, aber das sind besprechbare, untersuchbare Konflikte. [...] Also mit Konflikten haben wir es natürlich ständig zu tun.“ (Interview XX9A, Absatz 98)

Weiterhin helfen die umfassende Schulung bezüglich des Managements schwieriger Patienten im Rahmen der Facharztweiterbildung und die hohe Frustrationstoleranz, welche viele Ärzte sich im Laufe ihres Berufslebens angeeignet haben.

„Ich kann da auch nicht alle heilen. Das ist auch nicht mein Anspruch. Wenn das nicht gut läuft, dann haben sie wenigstens mal jemanden getroffen, der ihnen das gesagt hat.“ (Interview XX4A, Absatz 55)

Die befragten Ärzte beschrieben es als sehr „entlastend“ (Interview XX5B, Absatz 119), sich bewusst zu machen, dass der Heilungsprozess eines Patienten nicht mit ihnen als Person steht und fällt. Manchmal sind Patienten zu dem spezifischen Zeitpunkt des Facharztkontaktes einfach noch nicht dazu bereit, sich auf die tiefere Auseinandersetzung mit seelischen Konflikten

einzulassen und erreichen vielleicht erst zu einem späteren Zeitpunkt diese insbesondere für eine psychotherapeutische Behandlung notwendige Offenheit und Therapiebereitschaft.

Auch die eigene Supervision helfe zu lernen, konflikthafte Dynamiken in der Arzt-Patienten-Beziehung schneller zu identifizieren und in der Folge die eigenen Emotionen aus dem negativen Kreislauf herauszunehmen und diesen dadurch zu unterbrechen, meinten zwei der befragten Ärzte.

„Ich meine das erreicht man halt nur durch eigene Therapie und Supervision, [...] [dass] man es schafft, diese Übertragung eben selber zu sehen und dadurch, dass man diese Aggressionen dann nicht mehr auf sich bezieht, macht es einen dann nicht mehr so aggressiv. Und dann kann man da auch aussteigen aus diesem Spiel [...] Aber dafür braucht man halt selber Supervision, [...] das erreicht man nicht von alleine.“ (Interview XX5D, Absatz 157)

Ebenso können die bewusste emotionale Abgrenzung vom Patienten und ein deutlicheres Zueigenmachen der ärztlichen Rolle bei der Distanzierung von einer konflikthafte Dynamik helfen.

„[Man muss] sehr professionell sein. Also auch sich schützend professionell. Und es kann auch sein [...], dass man mal ein bisschen kalt und zynisch wird, um sich selbst zu schützen und dann damit die Hoffnung verbindet, dass man den Patienten los ist.“ (Interview XX4B, Absatz 107)

Eine Interviewpartnerin schilderte auch, dass der zwischenmenschliche Austausch mit Kollegen in der Praxis in Einzelfällen dazu beitragen könne, akute Spannungen zu reduzieren.

„Aber ich habe es auch schon gehabt, [...] da haben die mich so geärgert, da bin ich rausgegangen zu meinem Kollegen, habe gesagt, so, ich muss jetzt mal ein ablästern, ich kann nicht mehr. Und dann habe ich den Dampf raus gelassen, habe das Ganze wieder so ein bisschen rationalisieren können und dann [...] war [es] ok.“ (Interview XX5D, Absatz 159)

Allerdings lassen sich nicht immer konstruktive Lösungen für die Herausforderungen finden, mit denen sich die befragten Ärzte im Zusammenhang mit Patienten mit NFS konfrontiert sehen. Teilweise sprachen die Interviewten auch schlicht von Resignation und dem Zurückschrauben therapeutischer Anstrengungen, also einem gewissen Laissez-faire im Umgang mit chronifizierten Patienten, bei denen alle therapeutischen Ideen des Arztes ausgeschöpft sind.

„Ich muss sagen, im Moment bin ich eigentlich eher so, dass ich nichts mehr versuche, weil ich auch nicht mehr richtig weiß, was.“ (Interview XX8A, Absatz 23)

Die Bitte an einen Patienten, dass er sich doch einen anderen Arzt suchen möge und damit letztlich die Aufkündigung der Beziehung von Seiten des Arztes bleibt dabei als letzter Ausweg.

„Die war immer unzufrieden, klagend, jammernd, nicht so fordernd, sondern so "mir kann ja sowieso keiner helfen" und irgendwann hab ich gesagt "ja, ich auch nicht". Dann hab ich sie zu einer Kollegin geschickt.“ (Interview XX4A, Absatz 161)

In den Interviews wurde jedoch deutlich, dass die meisten der befragten Ärzte eine solche von ihnen initiierte Beendigung der Behandlung aufgrund unüberbrückbarer Differenzen mit dem Patienten in gewissem Maße als Versagen ihrer ärztlichen Kompetenzen empfinden.

„Das ist dann sowas wie eine Bankrotterklärung von einem Arzt. [...] Das ist schon sehr elementar, wenn ich jemandem sagen muss, ich kann ihn nicht mehr betreuen. [...] Das bringt mich wirklich jedes Mal an meine Grenze.“ (Interview XX6A, Absatz 65)

4.2.4 Leitlinien

Die Sicht auf Leitlinien ist sehr kontrovers. Fünf der befragten Fachärzte gaben an, die S3-Leitlinie „Umgang mit Patienten mit nicht spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“ gar nicht gelesen zu haben oder ihr keinerlei Relevanz beizumessen, weitere vier sagten, sie hätten die Leitlinie nur überflogen oder die Lektüre von Leitlinien zum Thema läge schon sehr weit zurück.

„Ich kenne sie nicht im Einzelnen, ich habe sie nicht gelesen.“ (Interview XX5C, Absatz 83)

Inhaltlich mit den aktuellen Leitlinien konfrontiert sehen sich die meisten der interviewten Ärzte im Rahmen von Kongressen und Weiterbildungen. Diese werden überwiegend als interessant und der Wissensgewinn als sehr positiv und wichtig wahrgenommen, sieht man von einem Facharzt ab, welcher abwertend von „Zwangsfortbildungspunkteschnapp“ (Interview XX7A, Absatz 105) sprach.

Leitlinien wurden von den befragten Ärzten vor allem als grobe Richtschnur beschrieben, die zur Orientierung hilfreich sei.

„Ich finde es gut, dass es sie gibt, dass man eine Idee hat, was bei den meisten wahrscheinlich hilft.“ (Interview XX7D, Absatz 93)

Weiterhin kann die Berufung auf Empfehlungen aus den Leitlinien bezüglich des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens im Falle einer juristischen Konfrontation mit Patienten helfen, die getroffenen Entscheidungen gegenüber der Gutachterin oder dem Gutachter zu begründen und zu rechtfertigen.

„Es gibt jetzt die juristische Antwort: leitliniengerechte Therapie schützt Sie davor, verklagt zu werden.“ (Interview XX5B, Absatz 127)

Leitlinien sind dabei – anders als Richtlinien – jedoch nicht streng zu befolgen, sondern individuell auf den spezifischen Patientenfall abzustimmen. So kann und muss gegebenenfalls von den Empfehlungen der Leitlinien abgewichen werden, wenn dies begründet und wohl dokumentiert geschieht.

Die Auseinandersetzung mit Leitlinien kann darüber hinaus dazu beitragen, wissenschaftliche Korrektheit und Aktualität zu gewährleisten. Insbesondere im Bereich der Pharmakotherapie gibt es beständig Weiterentwicklungen, so dass sich die Vorgaben für die besten evidenzbasierten Therapiemaßnahmen über die Jahre verändern können.

„Außerdem ist es hilfreich, immer wieder einer gewissen Tendenz – also das ist glaube ich für den Niedergelassenen ein echtes Risiko, gerade, wenn man alleine arbeitet [...], dass Sie so einer wissenschaftlichen Verwahrlosung anheimfallen. [...] Es kann, wenn man nicht mehr selber aufmerksam ist, sehr leicht passieren, dass man dann so ne Willkür macht. [...] Und da finde ich Leitlinien durchaus wirklich auch inhaltlich etwas sehr hilfreiches, immer mal wieder durchzulesen, so, wie ist denn jetzt der offizielle Gang der Dinge, wenn ich jetzt eine somatoforme Störung habe, woran muss ich denken?“ (Interview XX5B, Absatz 127)

Kritische Sichtweisen auf die Leitlinien

Von mehreren Ärzten wurde angesprochen, dass die Leitlinien schlecht in den Ablauf der Praxis reinpassen würden und die Patienten nach Leitlinienvorgaben eher verwaltet als angemessen individuell betreut werden würden.

„Das, was ich mache, da geht es mehr um eine Arbeit an der Persönlichkeit. Und da ist mein Eindruck, dass dieser Aspekt der Entwicklung von Persönlichkeiten, dass der in dem Ganzen relativ wenig auftaucht, sondern es geht darum, Patienten zu verwalten.“ (Interview XX5C, Absatz 87)

Insbesondere diejenigen Ärzte, die primär psychotherapeutisch tätig sind, gaben an, dass die Leitlinien sehr auf die diagnostische Abgrenzung zwischen somatischer und psychischer Genese fokussiert seien und damit für ihre eigene Arbeit wenig Relevanz hätten.

„Also irgendwie fand ich das bislang wenig hilfreich, also da geht es ja viel auch um die Frage Abklärung somatisch oder nicht.“ (Interview XX6B, Absatz 107)

Häufig wurde außerdem erwähnt, dass Leitlinien für andere psychiatrische Krankheitsbilder wie zum Beispiel Depression oder Schizophrenie einen höheren Stellenwert besäßen, die Leitlinien zu NFS wurden dagegen als wenig wichtig bewertet. Es gäbe einfach zu viele Leitlinien, so dass gar nicht die Zeit vorhanden sei, sich mit allen ausführlich auseinander zu setzen.

Weiterhin wurde die Entstehung der Leitlinien kritisiert, die stark von Interessenskonflikten geprägt sei. Dabei wird insbesondere der dominanter Einfluss der Hochschulmedizin gegenüber den Interessen der Niedergelassenen sowie die angebliche monetäre Beeinflussung durch die pharmazeutische Industrie bemängelt.

„Ich nehme Leitlinien so relativ [...] und so beeinflusst, wie sie sind. [...] Die Interessenskonflikte in Leitlinien sind groß [...], gerade, was Pharmakotherapie angeht, sind sie eigentlich nicht ernst zu nehmen.“ (Interview XX9A, Absatz 76)

Auch die sehr zurückhaltende Erwähnung der Fachrichtung „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ rief bei zwei befragten Fachärzten aus diesem Fachgebiet Unverständnis hervor.

„Also Versorgung im Fachgebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie kommt da ja kaum vor. [...] Grotesk. Also deswegen kann ich nur sagen, diese Leitlinie ist aus meiner Sicht nicht sehr relevant.“ (Interview XX7C, Absatz 141)

Fraglich ist hier jedoch, inwiefern diese Kritik sich tatsächlich spezifisch auf die S3-Leitlinie „Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“ bezieht oder eventuell vielmehr negative Vorerfahrungen mit Leitlinien zu anderen Themen widerspiegelt, die zu einer prädeternierten Abwehrhaltung gegen die neue Leitlinie führen, welche kaum durch deren tatsächlichen Inhalt bedingt ist. So gibt die Leitlinie beispielsweise sehr zurückhaltende Empfehlungen bezüglich der Pharmakotherapie, eine Beeinflussung durch Interessen der pharmazeutischen Industrie erscheint dadurch eher unwahrscheinlich.

„[In Leitlinienkommissionen] sitzen zum großen Teil Leute drin mit Interessenkonflikten. Die finanzielle Verpflichtungen haben gegenüber Geldgebern. Und also zum Beispiel

*jetzt die S3-Leitlinie Depression, kann ich nur sagen, bin ich äußerst kritisch zu.“
(Interview XX7C, Absatz 135)*

Abgesehen von diesen ausdrücklich leitlinienkritischen Interviewpartnern scheinen die meisten der befragten Fachärzte jedoch ein insgesamt eher neutrales Verhältnis zu den Leitlinien zu pflegen, welches sich gut in folgendem Statement zusammenfassen lässt:

„Die liegen auf unserem Schreibtisch. Ja, ich les das auch manchmal, aber ich hab dann immer so das Gefühl, ich mach nicht so viel falsch, also kann es so bleiben, wie ich's mache.“ (Interview XX4A, Absatz 77)

4.2.5 Zusammenarbeit mit Hausärzten

Die befragten Fachärzte hatten ein durchweg positives Bild von der Arbeit der Hausärzte.

„Wir haben total gute Beziehungen zu den Hausärzten. [...] Ich bin mit den Hausärzten hier total zufrieden, also, die sind nett, die sind zuverlässig und das ist ok.“ (Interview XX4A, Absätze 127-133)

Das gemeinsame Ziel – für die von ihnen betreuten Patienten Verbesserungen herbeizuführen – und eine relativ klare Rollenverteilung sorgen für einen größtenteils reibungslosen und unkomplizierten Ablauf der Zusammenarbeit zwischen den Fachgruppen.

„Die bemühen sich, ihre Arbeit gut zu machen, ich bemühe mich, meine Arbeit gut zu machen, das gelingt uns mehr oder minder oft gut. Meistens funktioniert es auch wirklich gut, die Zusammenarbeit, aber vor allem ist sie schön unaufgeregt. Und ich glaube, das ist das, was alle wollen.“ (Interview XX5B, Absatz 105)

Natürlich gibt es auch gelegentlich Entscheidungen durch Hausärzte, die bei den Fachärzten Unverständnis hervorrufen, allerdings sind sich die befragten Ärzte der oftmals schwierigen Arbeitsbedingungen ihrer hausärztlichen Kollegen bewusst.

„Wenn ich natürlich hier im [...] siebeneinhalb Minuten Takt Leute abfertigen müsste, dann hätte ich auch Probleme mit denen.“ (Interview XX7A, Absatz 147)

Daher ist es für die befragten Ärzte gut nachvollziehbar, dass Patienten mit somatoformen Störungen in der Hausarztpraxis ein anstrengender Störfaktor sein können und eine adäquate Versorgung dieser Patienten im hausärztlichen Setting schwierig sein kann.

„Die Hausärzte sind ja in der Regel froh, wenn man sie ihnen abnimmt.“ (Interview XX6B, Absatz 97)

4.2.5.1 Hausärztlicher Zuständigkeitsbereich aus Sicht der befragten Fachärzte

Die Hausärzte haben gegenüber ihren fachärztlichen Kollegen den Vorteil, viele ihrer Patienten schon seit vielen Jahren zu kennen und detailliert über deren familiäre wie berufliche Situation, Vorerkrankungen und belastende Faktoren Bescheid zu wissen. Gelegentlich sind auch Familienangehörige in der gleichen Praxis in Behandlung. Dies führt dazu, dass der Hausarzt im Laufe der Zeit ein recht umfassendes Bild über den Patienten im „Längsschnitt“ (Interview XX7C, Absatz 63) erhalten hat.

„Die [...] wirklich für mich fast wichtigste Information ist, was schreibt der Hausarzt. Das sind Leute, die kennen die Patienten seit zwanzig Jahren und wenn der Hausarzt schreibt, [...] die wird immer schlechter, dann glaub ich das.“ (Interview XX5D, Absatz 131)

Außerdem ist der Besuch beim Hausarzt deutlich niedrigschwelliger als der Besuch in einer psychosozialen Facharztpraxis, sowohl was die Verfügbarkeit kurzfristiger Termine angeht, als auch in Bezug auf die Hemmschwelle, um eine Konsultation zu bitten.

Allerdings ist auch klar, dass nicht jeder Patient eine solch enge Bindung zu seinem Hausarzt aufweist. Zum Teil spielen hier Umzüge eine Rolle, zum Teil suchen die Patienten auch immer wieder andere Praxen auf, weil sie sich bei den behandelnden Ärzten nicht gut aufgehoben fühlen.

„Es ist selten nur ein Hausarzt, sondern es sind oft zwei, drei Hausärzte, die jemand angibt.“ (Interview XX5C, Absatz 109)

Auch unbewusste innere Zwänge der Patienten können zu Praxiswechseln während des diagnostischen Prozesses führen.

„Ich sehe häufig Patienten, die [...] dann, wenn es darum geht, die Befunde komplett zu machen, den Hausarzt wechseln. Ja? Unbewusst, nicht weil sie wissen, welcher Befund eigentlich fehlt [...], sondern weil sie die Vorstellung aufrecht erhalten müssen, man findet nichts.“ (Interview XX9A, Absatz 12)

Eine der interviewten Ärztinnen wünscht sich hier deutlichere Worte von Seiten der hausärztlichen Kollegen an die Patienten:

„Ich hab ein paar Patienten, die dann so Doktorhopping machen und wo es dann anscheinend keinen Arzt gibt, der den Patienten dann mal ganz klar sagt, dass das jetzt idiotisch ist, parallel meinetwegen zu einem Allgemeinarzt und einem Internisten zu

laufen und dann mal was von dem einen, mal was vom anderen zu haben so. [...] Und auch, wenn es zeitaufwändig ist, aber da dann dem Patienten zu sagen, dass er sich auch entscheiden muss und dass das nicht angeht, also da dann vielleicht auch mal sich unbeliebt zu machen und zu sagen, ne, Stopp, aber so geht's nicht, das scheint mir manchmal sinnvoll.“ (Interview XX6A, Absatz 77)

Der Hausarzt als Koordinator

Die befragten Ärzte sehen Hausärzte überwiegend in der Rolle der Koordinatorin oder des Koordinators, die oder der dafür zuständig ist, alle wichtigen in Frage kommenden Differentialdiagnosen abzuklären und dazu gegebenenfalls andere Fachärzte hinzuzuziehen.

„Ich denke, die Aufgabenverteilung ist klar. Der Hausarzt findet körperliche Symptome vor und seine Aufgabe ist es, zu erforschen, ob da was Organisches dahinter steckt. Und wenn er nichts findet, dann weiß der Hausarzt schon, dass dann doch ein Psychiater hinzugezogen werden sollte.“ (Interview XX5A, Absatz 127)

Besonderen Wert legen die Interviewpartner dabei darauf, vollständige Befunde der erfolgten Diagnostik zu erhalten. Während der Interviews tauchte mehrfach der Vorschlag auf, Patienten zur konsequenten Führung einer Befundmappe aufzufordern, aus welcher die Fachärzte selber die nach ihrem Ermessen für sie relevanten Befunde heraussuchen und lesen können. Hausärzte als Koordinatoren der medizinischen Versorgung von Patienten werden hier besonders in der Verantwortung gesehen.

„Das einzige, was mich wirklich nervt, ist, wenn Befunde nicht mitgegeben werden, weil das einfach unsinnig ist. [...] Ich würde mir wünschen, wenn ein bisschen mehr Druck dahinter wäre [...], dass die Unterlagen bei uns sind.“ (Interview XX5B, Absatz 103)

Auch nach bereits etabliertem Kontakt zur fachärztlich psychiatrischen, psychosomatischen oder psychotherapeutischen Praxis übernehmen nicht alle der befragten Fachärzte die weitere Überweisung an somatische Praxen bei neu aufgetretenen oder noch nicht ausreichend abgeklärten Beschwerden. Häufig wird auch hier zunächst an den betreuenden Hausarzt als Koordinator zurück verwiesen.

„Wenn ein Patient mir neue Symptome schildert, die ich jetzt noch nicht gut einordnen kann, dass ich dann sage, ich habe Verdacht auf zusätzlich noch Düüüüü, würden Sie bitte die Abklärung dessen veranlassen. Und ich erklär den Patienten dann eben auch, dass der Hausarzt ja eben der Koordinator ist und ich nur die Fachärztin bin.“ (Interview XX6A, Absatz 47)

Die Überweisung in die Facharztpraxis

„Eigentlich gehören psychosomatische Patienten selbstverständlicherweise zum Facharzt.“ (Interview XX9A, Absatz 90)

Viele der interviewten Fachärzte gaben an, dass Patienten eher spät im Krankheitsverlauf den Weg in ihre Praxis fänden. Die Ursachen dafür sehen sie allerdings in der Regel nicht in einem Versäumnis der Hausärzte, sondern vielmehr als dem Krankheitsbild immanent sowie als Resultat der nicht ausreichenden Versorgung mit den verschiedenen psychosozialen Facharztpraxen.

„Also ganz oft zu spät. Mit schon schwerst chronifizierten Zuständen. Was ich jetzt aber nicht zwangsläufig auf die Hausärzte zurückführen würde, sondern eher auch auf den Umgang der Patienten mit dem ärztlichen System, also da kommen schon viele sehr spät.“ (Interview XX6B, Absatz 41)

„Schöner wäre es, wenn die Patienten eher zu uns kommen, das liegt aber nicht an den Hausärzten, sondern [...] das liegt daran, dass wir zu wenig Zeit haben, zu wenig Valenzen für Termine.“ (Interview XX4A, Absatz 105)

Allerdings wurde in diesem Zusammenhang auch Kritik an hausärztlichen Kollegen laut. So sei *„nicht jeder Hausarzt [...] von Bescheidenheit supermäßig gesegnet.“ (Interview XX5B, Absatz 99)* Manche Kollegen würden Patienten zu lange selber zu behandeln versuchen, bevor fachärztliche Expertise hinzugezogen werde.

„Gerade wenn es um solche Sachen wie Arbeitsfähigkeit geht oder sowas, nicht erst sechs Monate sozusagen Schmerzmedikamente und Krankschrift machen und wenn sie dann merken, das bringt irgendwie gar nichts und es passiert nichts, dann zum Psychiater schicken.“ (Interview XX6B, Absatz 103)

Anlässe für die Überweisung zum Facharzt stellen dabei zum Beispiel *„krisenhafte Zuspitzungen“* und *„sozialmedizinische Implikationen“ (Interview XX7C, Absatz 63)* dar. Generell sei der richtige Zeitpunkt für eine Überweisung allerdings nicht primär an der Krankheitssituation des Patienten festzumachen, sondern hinge auch stark von den eigenen Bedürfnissen des Hausarztes im Umgang mit diesen Patienten ab.

„Also meine Philosophie ist da immer, sobald der Hausarzt das Gefühl hat, es nervt ihn, ist ein ganz wichtiges Moment, so als Gegenübertragungsreaktion, es nervt ihn, es wiederholt sich, der Patient perseveriert, er kommt nicht weiter, oder der Patient wünscht

es vielleicht auch, dass er dann ohne große Rückfragen den Patienten schicken kann. Objektive Kriterien glaube ich sind eher pseudo.“ (Interview XX7C, Absatz 155)

Vorarbeit am Krankheitsverständnis

Mehrere der überwiegend psychotherapeutisch tätigen Interviewpartner erwähnten, dass Patienten nicht ausreichend darauf vorbereitet seien, was sie beim Therapeuten erwarten.

„Für mich ist die schwierigste Situation, wenn ich den Eindruck habe, die Patienten sind vom Hausarzt nicht genügend vorbereitet auf die Psychotherapie. Ich habe eine Zeit lang auch selber Hausärzte [...] in psychosomatischer Grundversorgung unterrichtet und versucht, den Hausärzten nahe zu bringen, dass es zuerst mal ihre Aufgabe ist [...], den Patienten nahe zu bringen, was Psychotherapie bezogen auf ihr Beschwerdebild sein könnte. [...] Mein Eindruck ist, wenn jemand zu früh vom Hausarzt weggeschickt wird, weil er zeitaufwändig ist, die betreffende Person fühlt sich weggeschickt und ist aber nicht offen, sich wirklich bei mir auf eine Psychotherapie einzulassen.“ (Interview XX5C, Absatz 61)

Das Problem sei dann häufig, dass die Patienten noch nicht bereit seien, sich auf eine Psychotherapie einzulassen. Diese Überzeugungsarbeit müsse vom überweisenden Arzt geleistet werden, sonst sei der Termin beim Psychotherapeuten oftmals zwecklos und der Weg in eine Psychotherapie vorerst verbaut.

Eigenständige Therapieversuche durch Hausärzte

Die Frage, ob Hausärzte Patienten mit NFS in Eigenregie medikamentös behandeln sollten oder nicht, brachte eine breite Auswahl unterschiedlicher Antworten hervor. Einige Interviewpartner sprachen den hausärztlichen Kollegen selber die Verantwortung über die Entscheidung zu, ob sie sich für eine eigenständige Psychopharmakotherapie ausreichend ausgebildet fühlten und die entsprechende Zeit für Kontrollgespräche im Therapieverlauf aufzuwenden bereit seien.

„Wenn ein Hausarzt Zeit, Muße und die Gabe hat, einen Patienten mit somatoformer Störung zu leiten und dabei auch entsprechende Erfolge zu verzeichnen ist, [...] dann spricht nichts dagegen, dass das ein Hausarzt in Eigenregie macht.“ (Interview XX5A, Absatz 107)

Allerdings sei natürlich zu berücksichtigen, dass das Hausärzten für ihre Patienten zur Verfügung stehende Arzneimittelbudget häufig bereits mit anderen Medikamenten ausgeschöpft sei, so dass Hausärzte die oftmals teuren psychiatrischen Medikamente nicht ohne Verluste

verordnen könnten.

*„Wenn er das macht, dann muss er natürlich auch die Psychopharmaka auch aus seinem Arzneimittelbudget bestreiten und dann ist die Frage, inwieweit da Raum vorhanden ist.“
(Interview XX5A, Absatz 109)*

Allerdings finden einige der befragten Fachärzte die medikamentöse Therapie von NFS durch Hausärzte prinzipiell eher problematisch, eben weil eine ausreichende Kompetenz in der Therapie mit Psychopharmaka oftmals nicht vorhanden sei und Patienten dann schlechte Erfahrungen mit potentiell hilfreichen Medikamenten machten und diese nicht erneut zu nehmen bereit seien.

„Ich [bin] da immer ein bisschen unglücklich drüber [...], weil meistens ist es dann doch nicht in der richtigen Dosierung oder zu schnell oder zu hoch, dann gab es ganz furchtbare Nebenwirkungen, dann sind die Medikamente verbrannt. Also wenn die Entscheidung sowieso kommt, zum Facharzt zu schicken, dann wär ich eher dankbarer, wenn es unmediziert ist.“ (Interview XX5B, Absatz 99)

Insbesondere die zu schnelle Verordnung von antidepressiven Medikamenten und „abhängigkeitsverursachenden Mitteln“ (Interview XX6A, Absatz 75) wie Benzodiazepinen wurde mehrfach angesprochen, wobei letzteres selbstverständlich seltener vorkommt, dann jedoch ein schwerwiegendes Problem darstellen kann.

„Manche sind sehr freigiebig mit Antidepressiva.“ (Interview XX7D, Absatz 83)

„Ein Konfliktthema ist tatsächlich, wenn die Hausärzte gerne Tranquilizer verordnen, Benzodiazepine, weil als Psychiaterin bin ich da echt zurückhaltend und würde Benzodiazepine in sehr wenigen Situationen für indiziert halten.“ (Interview XX6A, Absatz 29)

Delegierte Aufgaben

Viele Fachärzte für Psychiatrie haben kein eigenes Labor oder nehmen nur einmal in der Woche Blutproben fürs Labor ab. Deswegen werden oftmals Patienten mit der Bitte nach Laborkontrollen in die hausärztliche Praxis überwiesen. Notwendig sein können diese zum einen aus differentialdiagnostischen Überlegungen heraus – zum Beispiel kann die Überprüfung des Vitamin B12-Spiegels bei einer depressiven Begleitsymptomatik angezeigt sein –, zum anderen als Überwachung von Laborparametern im Rahmen der psychopharmakologischen Behandlung.

„Wenn ich als Psychiaterin Medikamente verordne, bin ich ja schon auch gehalten, einfach korrekterweise eine Laborüberweisung zu machen und eben einmal ein EKG und ich hab dann ja wie so eine Art minimalistischen Vordruck, das sind Leberwerte, drei Stück, GOT, GPT, γ -GT, Kreatinin, Blutzucker, TSH und kleines Blutbild, das ist nicht viel. Und dann hab ich schon erlebt, dass Patienten wiederkamen zu mir und gesagt haben, der Hausarzt sei ganz empört gewesen, dass ich das abverlangt hätte, das würde das Budget sprengen.“ (Interview XX6A, Absatz 27)

Natürlich reagieren nicht alle Hausärzte abwehrend auf die Bitte nach der Übernahme von Laborkontrollen, in aller Regel funktioniert die Zusammenarbeit auch hier unproblematisch.

„Ich mache zweierlei Erfahrungen, die einen, die sagen, ok, machen wir, die anderen, die so ein bisschen jammern, oh, geht auf's Budget, und die dritten, die dann ganz böse werden und sagen A sie lassen sich nichts vorschreiben oder B sie sind hier keine Servicestation.“ (Interview XX7A, Absatz 117)

4.2.5.2 Zusammenarbeit mit spezifischen Kollegen

Nahezu alle der interviewten Fachärzte beschrieben fest etablierte Kontakte zu spezifischen Hausarztpraxen.

„Ja, das hat ja jeder so ein Stück weit, so seine Stammüberweiser.“ (Interview XX5A, Absatz 79)

Entstanden seien diese Kooperationen meist über geografische Nähe, also die Lage der Praxen im gleichen Stadtviertel oder gar Ärztehaus. Patienten suchen sich oftmals Ärzte in der Nähe des Wohnortes, so dass sich häufig Überschneidungen ergeben.

„Das liegt oft einfach an der räumlichen Nähe.“ (Interview XX6B, Absatz 51)

Eine der befragten Ärztinnen gab auch an, Visitenkarten an die umliegenden allgemeinmedizinischen und internistischen Praxen verteilt zu haben, als sie sich niedergelassen habe, um die Hausärzte auf verfügbare Kapazitäten bei ihr in der Praxis aufmerksam zu machen.

Oftmals entstehen Kontakte in weiterer Entfernung über Berlin verteilt zufällig über gemeinsame Patienten und eine gegenseitige Zufriedenheit mit der Arbeit des Kollegen.

„Die sind zum allermeisten durch zufällige Überweisungen haben die gemerkt, oh, da passiert was, den Patienten geht's besser, Patienten kriegen kurzfristig einen Termin, den Patienten werden Angebote gemacht, den kann man telefonisch erreichen. Und über solche Kriterien haben sich dann diese Kooperationen entwickelt.“ (Interview XX7C,

Absatz 147)

Einige Interviewpartner hatten zudem nach von ihnen gehaltenen Vorträgen und Weiterbildungen oder im Zusammenhang mit Gutachten neue Patienten von Hausärzten empfohlen bekommen. Eine untergeordnete Rolle spielen außerdem private Freundschaften zwischen Ärzten verschiedener Fachrichtungen, die zum Beispiel noch aus Studientagen stammen.

Nur einer der befragten Ärzte, ein ärztlicher Psychotherapeut, erklärte, derzeit keinerlei feste Zusammenarbeiten mit Hausärzten zu unterhalten.

„Also ich habe nicht den klassischen Hausarzt, der mit mir irgendwie zusammenarbeitet und mir schickt oder so, wenn ihm da was aufgefallen ist. Das habe ich momentan nicht, das hatte ich mal, als ich in [Berliner Stadtviertel] gearbeitet habe.“ (Interview XX7A, Absatz 15)

4.2.5.3 Kommunikation

Zusammenarbeit erfordert Kommunikation. Im Falle des Informationsaustausches zwischen ärztlichen Kollegen sind folgende Wege der Verständigung denkbar: direkter persönlicher oder telefonischer Kontakt, schriftlicher Austausch über Briefe, kurze Notizen oder per Fax oder eine indirekte Kommunikation über den Patienten als Vermittler.

Zu patientenbezogener Kommunikation von Angesicht zu Angesicht kommt es dabei nahezu ausschließlich in Ärztehäusern, in denen sich hausärztliche und psychosoziale Praxen in unmittelbarer Nähe zueinander befinden. Die anderen Kommunikationskanäle werden deutlich häufiger genutzt. Allerdings scheint es stark von den persönlichen Präferenzen der jeweiligen Ärzte abzuhängen, inwiefern diese ausgeschöpft werden.

Faxe werden vorrangig zur schnellen Befundübermittlung genutzt und kommen insbesondere zum Einsatz, wenn ein Arzt fehlende Unterlagen über Patienten kurzfristig aus der Hausarztpraxis nachfordert. Oftmals wird dies allerdings nicht von den Ärzten selber aus der Hausarztpraxis erbeten, sondern die Bitte, die Befunde anzufordern, wird an die Praxisangestellten übertragen.

„Wenn mir die Patienten erzählen, dass es Untersuchungen gegeben hat, dann ist es ziemlich einfach, in der Praxis anzurufen und sich das faxen zu lassen.“ (Interview XX4A, Absatz 23)

Direkte Kommunikation zwischen ärztlichen Kollegen scheint relativ selten stattzufinden. Viele Interviewpartner beklagten einen zu geringen Austausch zwischen den involvierten Behandler.

„Es ist ein gewisses Problem, [...] [dass] wenig Kommunikation stattfindet zwischen zuweisendem Arzt und mir als Facharzt.“ (Interview XX5C, Absatz 53)

Die Ursachenattribution zeigte sich in den Gesprächen sehr vielfältig. Zum einen kann die mangelnde Kommunikation als Ausdruck der generell typischen Beziehungslosigkeit bei NFS gelten.

„Und dass sich dieses Beziehungslose und dieses nicht wirkliche Interesse an der Person auch an dieser ganzen Schnittstellenthematik von Hausarzt zu Facharzt zeigt.“ (Interview XX5C, Absatz 105)

Zum anderen sei Kommunikation sehr zeitaufwändig und dabei oftmals nicht zielführend:

„Ich persönlich mache wenig direkte Verbindung mit den Hausärzten oder mit den Ärzten überhaupt. [...] [Denn] die Informationen, die für mich relevant sind, kriege ich von denen nicht wirklich.“ (Interview XX7D, Absatz 139 - 141)

Einige Ärzte bevorzugen auch den Austausch über den Patienten als Vermittler. Damit wird die Verantwortung für ihre eigene medizinische Versorgung stärker in die Hand der Patienten gelegt, so dass diese *„sich als mündige Bürger fühlen können“* (Interview XX6A, Absatz 47).

„Also ich möchte ja, dass meine Patienten in der Lage sind, mit ihren Ärzten sehr persönlich zu reden. Ja, nicht dass über die geredet wird, sondern dass die lernen, für sich einzutreten und für sich Wege zu finden.“ (Interview XX7D, Absatz 145)

Rückmeldungen an den HA

Ein wichtiger Aspekt von Kommunikation zwischen Ärzten ist die Befundmitteilung in Form von Arztbriefen. Jedoch variieren der Umfang des Briefes und die Frequenz, mit der Fachärzte ihren hausärztlichen Kollegen Arztbriefe zukommen lassen, interpersonell deutlich.

„Dann kommt die Erstkonsultation bei mir, [...] mit einem Arztbrief an den überweisenden Arzt. Kriegt er immer.“ (Interview XX7C, Absatz 29)

„In der Regel bekommen die Hausärzte von uns keine Rückmeldung, weil es ein sehr großer Aufwand ist, sowas zu befunden.“ (Interview XX4B, Absatz 61)

Einigkeit herrschte jedoch darüber, dass Hausärzte auf jeden Fall eine Rückmeldung erhalten sollten, wenn sie diese explizit einfordern. Bei einigen der befragten Fachärzte macht dies sogar die Mehrzahl der Anlässe für Befundberichte an Hausärzte aus.

„Meistens wenn es verlangt ist, also wenn der Hausarzt es haben möchte, also das macht wahrscheinlich dreiviertel mindestens aus.“ (Interview XX6B, Absatz 59)

Andersherum stellen auch eigene Bitten des Facharztes an den hausärztlichen Kollegen, zum Beispiel bezüglich von Laborkontrollen oder der Verordnung eines Medikamentes, einen Anlass für das Verfassen eines Arztbriefes dar.

„Also im Prinzip auch nur, wenn ich was vom Hausarzt will, beispielsweise eine Medikation. Sonst geb ich auch keinen Bericht.“ (Interview XX7B, Absatz 23)

Auch die Vorschriften im Rahmen einer Richtlinienpsychotherapie können Gründe für die Rückmeldung von Informationen über den Behandlungsverlauf an den überweisenden Arzt sein, welche gegebenenfalls Hausärzte umfassen können.

„Also in dem Format der Psychotherapie ist ja sowieso am Anfang und dann jährlich und am Abschluss ein Befundbericht gefordert.“ (Interview XX4C, Absatz 41)

Oftmals ist der Umfang der Arztbriefe recht knapp gehalten und umfasst nur eine kurze Information über die Diagnosen und den vorläufigen Behandlungsplan in Form von wenigen Zeilen, geht jedoch nicht ausführlicher auf anamnestische Befunde ein.

„Das ist dann meistens ein Auszug aus der Karteikarte plus ein paar Worte, was ich vorhabe.“ (Interview XX5B, Absatz 47)

Telefonische Kontaktaufnahme

Auch eine direkte Kommunikation zwischen Hausärzten und Fachärzten zum Austausch von Informationen über Patienten oder zur Klärung akuter Fragen findet bei weitem nicht zu allen Patienten statt. Es gibt jedoch typische Auslöser, die Ärzte dazu bewegen, telefonisch Kontakt zu ihren Kollegen aufzunehmen. Dabei kann die Initiative sowohl von hausärztlicher als auch fachärztlicher Seite ausgehen.

„Ach wirklich nur in den Fällen, wo entweder ich oder der Hausarzt wirklich gar nicht weiterwissen und das Gefühl haben, da muss jetzt irgendwie was passieren, aber das ist, also das ist ein verschwindender Bruchteil.“ (Interview XX6B, Absatz 55)

Hausärzte rufen Fachärzte in deren Wahrnehmung vor allem bei akuten Fragen an, zum Beispiel

zur Änderung der psychiatrischen Medikation bei Nebenwirkungen oder ähnlichem. Ein weiterer Grund wäre die direkte Vereinbarung eines Termins in der fachärztlichen Praxis bei Patienten, die akut dekompensieren oder bei denen der behandelnde Hausarzt eine möglichst zeitnahe fachärztliche Vorstellung aus anderen Gründen für indiziert hält.

„Optimal finde ich, wenn mich zum Beispiel die Kollegin anruft, manchmal direkt aus dem Sprechzimmer raus, Patient sitzt noch ihr gegenüber, und mir sagt, sie braucht für die betreffende Person einen Termin und ich ihr den Termin direkt sage und sie mit dem Patienten das bespricht.“ (Interview XX5C, Absatz 67)

Im Folgenden sollen jedoch insbesondere die Faktoren vorgestellt werden, welche Fachärzte dazu bewegen, ihre hausärztlichen Kollegen anzurufen. Es kann zum Beispiel vorkommen, dass aus dem Erstgespräch mit dem Patienten der Grund für die Überweisung in die Facharztpraxis nicht ersichtlich ist. In diesem Fall kann eine mündliche Rücksprache mit dem überweisenden Arzt Klarheit schaffen.

„Wenn ich das Gefühl kriege, ich versteh überhaupt nicht, was der Hausarzt da will oder was da zwischen Patienten und Hausarzt läuft.“ (Interview XX7D, Absatz 139)

Manchmal empfinden die befragten Ärzte es auch als hilfreich, im diagnostischen Prozess eine Einschätzung der somatischen Komponenten durch den Hausarzt zu erfragen.

„Da hab ich jetzt zum Beispiel vor gar nicht allzu langer Zeit mit dem Hausarzt telefoniert, um zu fragen, was denn da jetzt aus seiner Sicht tatsächlich organisch verifizierbar ist und wofür es kein Korrelat gibt.“ (Interview XX6B, Absatz 55)

Wenn einer der Fachärzte im Kontakt mit Patienten den Eindruck gewinnt, es könnte ein potentiell gefährliches organisches Krankheitsgeschehen hinter einem Teil der Beschwerden stehen, wird ebenfalls das Telefonat als unmittelbare Möglichkeit der Weitergabe dieser Vermutung genutzt, um eine zeitnahe Abklärung zu initiieren.

„Also wenn ich mir richtig Sorgen um jemanden mache, ja, wenn ich zum Beispiel das Gefühl habe, dass jemand unklaren Gewichtsverlust [hat] oder [...] wo ich denke, da hat der Hausarzt vielleicht irgendwas malignes übersehen, da müssen wir nochmal gemeinsam gucken. Oder wenn mir die häusliche Dynamik überhaupt nicht klar ist, [...] also wenn ich da überhaupt keinen Überblick habe oder das Gefühl habe, bei einer sehr komplizierten psychosozialen Gemengelage, vielleicht ist noch ein Verbündeter zusätzlich sinnvoll.“ (Interview XX6A, Absatz 35)

Auch als potentiell langjähriger Begleiter des Patienten kann der Hausarzt bei Unklarheiten eine wertvolle Quelle von Informationen sein und eine geschätzte Verbündete oder ein geschätzter Verbündeter, um dem Patienten gegenüber mehr Nachdruck entstehen zu lassen, zum Beispiel im Hinblick auf die Notwendigkeit vorgeschlagener Therapien, den Wiedereintritt ins Arbeitsleben, etc.

„Es kommt in Fällen vor, [...] bei denen die Patienten schwer leitbar sind. Dann kommt das häufiger vor, dass ich auch mal mit den Hausärzten kommuniziere sozusagen, auch, um mir einen Verbündeten zu holen, um Nachdruck gegenüber dem Patienten entstehen zu lassen in Bezug auf die von mir sinnvoll erachtete Behandlung, der der Patient skeptisch oder ablehnend gegenüber steht.“ (Interview XX5A, Absatz 51)

Diese gemeinsame Linie aller beteiligten Ärzte spielt insbesondere im Rahmen sozialmedizinischer Fragestellungen eine große Rolle.

„Die typische Situation [...] sind sozialmedizinische Fragestellungen. Arbeitsunfähigkeit, Berufsunfähigkeit, Erwerbsunfähigkeit, Schwerbeschädigungen. Das sind die Thematiken, die oft Telefonate mit den Kollegen oder auch schriftlichen Austausch mit sich bringen.“ (Interview XX7C, Absatz 53)

Auch die Abstimmung der Medikation oder geplanter weiterer diagnostischer Maßnahmen kann ein Telefonat notwendig machen. Teilweise geht es den befragten Fachärzten dabei primär darum, beim Hausarzt ein Bewusstsein für das sinnvolle Vorgehen bei einem Patienten mit NFS zu schaffen.

„Wenn die dann eben tausendmal zum Herzkatheter geschickt werden oder irgendwie so, dass ich dann anrufen würde und sagen würde, wenn es geht nicht mehr, oder auch nicht jede zweite Woche ein EKG oder so.“ (Interview XX8A, Absatz 109)

Obwohl die meisten befragten Fachärzte angaben, dass der Zeitaufwand und die schlechte gegenseitige Erreichbarkeit die größten Hindernisfaktoren gegen häufigere Telefonate mit Kollegen darstellten, machten sie trotzdem auch deutlich, dass sie den Kontakt konsequent suchen, wenn sie es für notwendig befinden.

„Aber das ist schwer, einander zu erreichen, also einen Hausarzt zu erreichen ist schwer, und mich zu erreichen ist auch schwer. Also Telefon ist schwierig.“ (Interview XX4A, Absatz 25)

„[Aber] wenn ich was vom Hausarzt wissen will, telefoniere ich so lange, bis ich es

habe, und umgekehrt läuft das auch.“ (Interview XX4A, Absatz 27)

Konfliktlösungsstrategien

Auch im Rahmen der Lösung von eventuellen Konflikten gibt es verhältnismäßig wenig direkte Kommunikation zwischen Hausärzten und Fachärzten. In der Regel erklären Fachärzte ihre abweichende Meinung eher den Patienten und überlassen es diesen, die Information an ihren behandelnden Hausarzt weiterzutragen.

*„Dann würde ich eher die Patienten ermuntern, mit ihrem Hausarzt das zu klären.“
(Interview XX7D, Absatz 147)*

Gegebenenfalls erfolgt zudem ein kurzer schriftlicher Hinweis an den Hausarzt. Ein direkter Anruf bei dem Kollegen wird dagegen in Fällen von Meinungsverschiedenheiten eher selten getätigt.

„Dann schreib ich vielleicht ein kleines Zettelchen "Bitte wegen Risiko von Abhängigkeit Tranquilizer eher nur selektiv einzusetzen" oder sowas. Aber ich versuche hauptsächlich mit meinen Patienten dann zu reden, weil ich meine, die nehmen es ja ein, die sind ja im Zweifel abhängig.“ (Interview XX6A, Absatz 31)

4.2.5.4 Vorschläge zur Verbesserung der Versorgung von Patienten mit NFS

Immer wieder erwähnten die befragten Ärzte, wie kontraproduktiv es sei, wenn somatische Kollegen somatoform erkrankten Patienten gegenüber sagen würde, diese „hätten nichts“. Selbst wenn keine organische Ursache für die Beschwerden der Betroffenen gefunden werden kann, so verursachen die Beschwerden ja selbstverständlich trotzdem ein Leiden, welches es ernst zu nehmen gilt.

„Was wirklich verboten ist als Intervention, ist zu sagen, Sie haben nichts, das ist verboten in der psychosomatischen Grundversorgung.“ (Interview XX7C, Absatz 121)

Patienten sollten behutsam an die Möglichkeit herangeführt werden, dass psychische Faktoren zur Entstehung oder Zuspitzung der körperlichen Beschwerden beitragen könnten und es sollte ihnen ein gangbarer Weg aufgezeigt werden, wie in dieser Richtung weitere diagnostische Schritte unternommen werden könnten.

„Wenn die dann nur hören, das ist psychisch und da können wir nichts machen, dann kriegen die halt dieses Gefühl, die wollen gar nichts für mich machen und ich werde nur abgeschoben, da setzt sich keiner wirklich mit mir auseinander.“ (Interview XX7D, Absatz 35)

Stärkung der Rolle des Hausarztes

Mehrere der befragten Ärzte wünschten sich, dass bereits in der hausärztlichen Praxis bessere Möglichkeiten zur Versorgung von Patienten mit NFS geschaffen würden. Insbesondere fänden sie es sinnvoll, durch eine bessere Honorierung auch den Hausärzten die bei diesen Patienten zwingend erforderlichen ausführlicheren Patientengespräche zu ermöglichen.

„Ich denke, der Hausarzt müsste mehr Zeit haben für den einzelnen Patienten. Oder eben auch mal längere Gespräche bezahlt bekommen.“ (Interview XX7D, Absatz 177)

Daneben sollte eine noch umfangreichere psychosomatische Weiterbildung von Hausärzten in Betracht gezogen werden, um diese im Umgang mit konflikthaften Konstellationen besser zu schulen. Regelmäßige Fortbildungen könnten sinnvoll sein, um Handlungsstrategien und Werkzeuge im Umgang mit diesen Patienten *„immer wieder ins Gedächtnis [zu] rufen“* (Interview XX7A, Absatz 135). Dies könnte zu einer Entlastung von Hausärzten führen, weil Situationen dadurch leichter handhabbar werden könnten und die Patienten in der Konsequenz nicht mehr als so anstrengend wahrgenommen würden.

„Die Allgemeinmediziner brauchen sicherlich noch mehr Fortbildungen in Psychosomatik.“ (Interview XX6A, Absatz 73)

Mehr Kommunikation

Nahezu alle Interviewpartner finden es bedauerlich, dass zwischen den Hausärzten und ihnen als Fachärzten nicht mehr direkte Kommunikation stattfindet.

„Also ich fände es eher besser, noch mehr zu kommunizieren. Also ich fände es besser, einmal zu viel telefoniert als einmal zu wenig.“ (Interview XX7C, Absatz 165)

Gründe dafür sehen die befragten Ärzte zum einen im Zeitmangel und der schwierigen gegenseitigen Erreichbarkeit, zum anderen aber auch im Abrechnungssystem.

„Also das ist aber von beiden Seiten sehr sparsam. Also es wird ja nicht vergütet.“ (Interview XX4C, Absatz 95)

Allerdings äußerten sich die Fachärzte kontrovers dazu, inwiefern mit einer höheren Vergütung der Kommunikation, zum Beispiel in Form eines gesonderten Abrechnungspostens, zwischen niedergelassenen Ärzten wirklich auch eine häufigere und die Versorgung der Patienten verbessernde Kommunikation erreicht werden kann.

„Also ich kann mir gut vorstellen, dass das Hausärzte motivieren würde und auch

natürlich so Behandler wie mich noch mehr motivieren würde.“ (Interview XX4C, Absatz 103)

„Weiß ich nicht, ob das ein Ansporn wäre oder ob alle nur irgendwelche Nummern da eintragen würden zum, weiß man ja nicht, ist ja auch wieder, kann gut betrogen werden sozusagen.“ (Interview XX8A, Absatz 137)

Als eine weitere Möglichkeit, die interdisziplinäre Zusammenarbeit zu fördern, brachte einer der Interviewpartner regionale Versorgungsnetzwerke zur Sprache:

„Wir können uns im ambulanten System noch sehr viel besser vernetzen, als wir das momentan tun. Ich finde die Förderung der Praxisnetze in diesem Sinne auch gut, hat natürlich wieder einen hohen administrativen Aufwand, aber der Hausarzt, der [...] will lieber wissen, wo kriege ich meinen Patienten unter und ist der Patient dann dort gut versorgt.“ (Interview XX9A, Absatz 84)

Gesamtgesellschaftliche Veränderungen

Eine der befragten Ärztinnen hält Veränderungen innerhalb des medizinischen Versorgungssystems generell für eher kosmetisch und empfindet die Möglichkeiten als größtenteils ausgeschöpft.

„Aber das [Verbesserungen innerhalb des ärztlichen Verantwortungsbereiches] wäre sozusagen das, im System zu bleiben. Und ich glaube, das ist ausgereizt.“ (Interview XX7D, 174)

Eine wirkliche Verbesserung der Situation von Menschen mit NFS sei demnach nur durch ein generelles gesellschaftliches Umdenken zu erreichen, bei dem das Wohlergehen der oder des Einzelnen und die gezielte Unterstützung der schwächsten Mitglieder der Gesellschaft höher priorisiert werden müsse als größtmögliche wirtschaftliche Effizienz.

„Kosteneffizienz und für alle das Beste, geht nicht. Ja? [...] Und je mehr sozusagen versucht wird, das kosteneffizient zu machen, umso weniger Platz ist für die, die speziell sind.“ (Interview XX7D, Absätze 237-239)

Dazu zählen für die genannte Ärztin auch höhere Sozialleistungen, welche eine Absicherung über die Deckung der absolut basalen Grundbedürfnisse hinaus ermöglichen. Dies könnte Patienten entlasten und zu einer deutlichen Verbesserung ihrer Lebensqualität führen.

„Wenn die 200€ mehr zur Verfügung hätte, ginge es der besser. Ja, dass die sich nicht mehr Gedanken machen muss, ob sie in ihrer Wohnung bleiben kann, das letzte, was in

ihrem Leben stabil ist. [...] Oder wenn die sich, wenn sie sparsam ist, einmal im Jahr zwei Wochen an der Ostsee leisten könnte, einfach. [...] Ja? Das ist nicht drin. [...] Die steht unter so einem ständigen Druck, den ich nicht wegnehmen kann.“ (Interview XX7D, Absätze 185-189)

4.2.6 Typenbildung

Die Interviewpartner decken ein breites Spektrum der Akteure in der ambulanten Versorgung ab. Dabei sind sie mit vielfältigen Anforderungen konfrontiert, die sich je nach Ausrichtung der Praxis deutlich unterscheiden können. Es erscheint daher zweckmäßig, die Untersuchungsergebnisse bezüglich dieser Faktoren zu filtern und die entstehenden Gruppen auf Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu überprüfen. Die ursprüngliche Einteilung in drei Gruppen (siehe Tabelle 5, S. 27) wurde um „Ärztliche Psychotherapie“ als weitere Kategorie ergänzt; die zunächst getroffene Einteilung also auf all diejenigen Fachärzte begrenzt, welche vorrangig im Rahmen von Sprechstundenmedizin mit Patienten mit NFS konfrontiert sind. Zur Gruppe „Sprechstundenmedizin – psychiatrisch“ zählen insofern auch zwei Ärzte, welche zwar in geringem Maße psychotherapeutisch tätig sind, jedoch zeitlich überwiegend Sprechstundenmedizin betreiben.

Tabelle 8 - Zuordnung der Interviewpartner zu Typen

Sprechstundenmedizin			Ärztliche Psychotherapie
neurologisch-psychiatrisch	psychiatrisch	psychosomatisch	
200-1050 Scheine/Quartal	500-1100 Scheine/Quartal	140-200 Scheine/Quartal	<100 Scheine/Quartal
XX4A, XX5B, XX5D	XX4B, XX5A, XX6A, XX6B, XX8A	XX7C, XX9A	XX4C, XX5C, XX7A, XX7B, XX7D

Zur Trennung wurde neben der Selbstauskunft der Interviewpartner im Laufe der Gespräche zusätzlich die Anzahl der Scheine pro Quartal hinzugezogen. Dabei ist zu beachten, dass eine der neurologischen Kolleginnen aufgrund zeitaufwändiger Gutachterinnentätigkeit lediglich 200 Scheine im Quartal angab.

Die untenstehende Tabelle 9 stellt die Ergebnisse der Typenbildung übersichtlich dar. Interessant ist dabei neben den Unterschieden in den Aussagen der vier Gruppen vor allem auch die

Auswahl der Merkmale. Erfasst werden konnten hier ja nur solche inhaltliche Kategorien, zu denen innerhalb der jeweiligen Gruppe große Gemeinsamkeiten bestehen und zwischen den Gruppen Unterschiede deutlich werden. Dadurch fielen mehrere zunächst erfasste Kategorien durchs Raster. Hervorzuheben ist hier besonders die Vorgehensweise bei der elektronischen Kodierung von Diagnoseschlüsseln nach ICD-10, welche zwischen den befragten Ärzten zwar hochgradig variiert, ohne dass sich dabei jedoch typische Charakteristika für die einzelnen Fachgruppen zeigen. Vielmehr scheint die Sorgfalt bei der Kodierung innerhalb des F-Spektrums, ebenso wie das Hinzuziehen von Diagnosen aus den R-, Z- und verschiedenen somatischen Bereichen, stark vom persönlichen Interesse der jeweiligen Ärztin bzw. des jeweiligen Arztes geprägt zu sein.

Bei anderen Themen zeigte sich dagegen ein Konsens über die Grenzen der psychosozialen Fachrichtungen hinweg. Zum Beispiel gaben alle Interviewpartner an, sich stets selber einen eigenen Eindruck von den somatischen Befunden ihrer Patienten mit NFS zu verschaffen, unabhängig davon, ob sie überwiegend psychotherapeutisch oder stundenbasiert tätig sind. Auch in der Zusammenarbeit und Kommunikation mit Hausärzten unterschieden sich die Gruppen kaum voneinander. Alle drückten eine überwiegende Zufriedenheit mit der Arbeit ihrer hausärztlichen Kollegen aus. Die beschriebenen kleineren Konflikte sind eher als Einzelfälle anzusehen und lassen sich nicht verstärkt einer Gruppe zuordnen.

Tabelle 9 - Ergebnisse geordnet nach Fachrichtungen

	Sprechstundenmedizin			Ärztliche Psychotherapie
	Neurologisch-psychiatrisch	Psychiatrisch	Psychosomatisch	
Typischer Zugang zur Praxis	Hausärztliche Überweisung zur neurologischen Abklärung von Beschwerden.	In der Regel auf hausärztliche Überweisung. Die Patienten wissen oft nicht genau, warum sie sich eigentlich beim Facharzt vorstellen sollen.	Ungefähr die Hälfte der Patienten kommt auf (haus-) ärztliche Überweisung, die andere Hälfte sucht direkt den Kontakt zur Praxis.	In der Regel auf hausärztliche Überweisung. Die Patienten sind von der Notwendigkeit einer Psychotherapie meist nicht überzeugt, wollen aber nichts unversucht lassen.
Fokus in der Diagnostik	Hier steht primär die neurologische/organische Diagnostik im Vordergrund.	Zuerst wird die somatische Diagnostik auf Vollständigkeit überprüft, dann wird der Fokus auf die Seele gesetzt.	Soma und Psyche sind gleich relevant. Die umfassende Diagnostik beider Aspekte wird angestrebt.	Der Fokus liegt hier klar auf der Psyche. Somatische Befunde werden lediglich überprüft, um sicherzugehen, dass die Diagnostik abgeschlossen ist.

Stellenwert verschiedener Therapieoptionen	Ärztliche Gespräche im Rahmen der Sprechstunde entlasten die Patienten. Wichtig sei die Verankerung eines Störungsmodells. Gegebenenfalls Antidepressiva, insbesondere bei Schmerzen oder symptomatisch bei gastrointestinalen Beschwerden.	Erstrangig ist die (Überweisung zur) Psychotherapie. Außerdem gegebenenfalls Antidepressiva, v.a. zur Schmerztherapie. In schweren Fällen Überweisung zur psychosomatischen Rehabilitation.	Mittel der ersten Wahl sind Psychotherapie bzw. Gruppenpsychotherapie. Gegebenenfalls Medikation mit Antidepressiva (Opipramol, Amitriptylin) oder atypischen Neuroleptika.	An erster Stelle steht hier die Persönlichkeitsentwicklung durch Psychotherapie. Außerdem werden häufiger Entspannungsübungen gezeigt. Medikation wird in der Regel an Kollegen ausgelagert.
Sicht auf Leitlinien	Die Leitlinien haben einen eher hohen Stellenwert und werden überwiegend befolgt. Leitlinien werden als wichtiges Qualitätskriterium ärztlicher Arbeit wahrgenommen.	Die Leitlinien sind wenig bekannt und werden als irrelevant für die eigene Tätigkeit wahrgenommen. Bei anderen Erkrankungen (z.B. Depression) seien Leitlinien wichtiger.	Die Entstehung der Leitlinien wird stark kritisiert; es gäbe deutliche Interessenskonflikte. Zudem werde die Fachrichtung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie nicht ausreichend erwähnt. Daher sei die Leitlinie irrelevant.	Die Leitlinien sind wenig bekannt und werden als irrelevant für die eigene Tätigkeit wahrgenommen, da sie die Individualität jedes einzelnen Patientenfalles nicht berücksichtigen.
Wahrnehmung der Patienten als anstrengend?	Patienten mit NFS seien schon eher anstrengend, insbesondere weil nur ein knappes Zeitkontingent zur Verfügung stünde, allerdings sei dies durch die fundierte Ausbildung und Erfahrung gut zu meistern.	Hier sind die Meinungen sehr heterogen. Die einen sehen die Patienten als sehr anstrengend aufgrund der Erfolglosigkeit und Redundanz, die anderen als auch nicht schwieriger als andere psychiatrische Patienten.	Die Patienten werden zwar als anstrengend wahrgenommen, das gehöre aber dazu und sei durch die gute Ausbildung und ausreichend Zeit gut zu handhaben.	Schwierige Situationen träten zwar auf, seien im Rahmen einer Psychotherapie jedoch erwartbar und gut zu handhaben, da ausreichend Zeit vorhanden sei.

4.2.7 Weitere interessante Aspekte

Mehrfach kamen im Rahmen der Interviews spannende Themen zur Sprache, welche bei der Erstellung des Interviewleitfadens gar nicht in Betracht gezogen wurden. Zwei besonders interessante Punkte sollen hier in knapper Form Erwähnung finden.

Kulturelle Besonderheiten

Einer der befragten Psychotherapeuten beschrieb, wie der jeweilige kulturelle Hintergrund der Patienten in die ärztliche Einschätzung mit einbezogen werden sollte, um Missverständnisse zu vermeiden.

„Ja, Mentalität. Da ich ja hier mindestens 35 Länder in fünf verschiedenen Sprachen habe; die Darstellung von Schmerzen, von Beschwerden pro Land, wenn man das nicht berücksichtigt, kann man auch in Teufels Küche kommen. Also die Osmanen, die das so total übertreiben müssen, damit sie das Gefühl haben, ernst genommen zu werden, werden dann deswegen vom Germanen nicht ernst genommen, ja. Die Italiener und Franzosen, die es immer an der Leber haben, ja? [...] Oder die Argentinier, wo alles, alles, aber auch wirklich alles über die cochones geht, ne? [...] Das ganze Gemüt geht darüber. Sitzen hier und erzählen von dicken Eiern, meinen aber, sie sind wütend, sie sind sauer, sie sind traurig, alles pelotas, ja. [...] Und das Ganze gibt's auch in anderen Nuancen, anderen Ideen, anderen Ausrichtungen pro Land. Und ich denke, dieses Kulturelle ist tatsächlich etwas, was auch schon bei Preußen und Süddeutschen anders ist. Oder Osis und Wesis in der Psychotherapie, kann ich Ihnen flüstern. [...] Und das ist wichtig, nicht. Also woher kommt wer. Auch die Deutschen, nicht nur die Ausländer.“
(Interview XX7A, Absätze 169-171)

Diese Beschreibung wirkt einerseits selbstverständlich stark verallgemeinernd und provokativ, andererseits wirft sie aber auch einen wichtigen Aspekt auf, der in den anderen Interviews wenig bis gar nicht angesprochen wurde. Die kulturelle Prägung von Patienten bildet das Bezugssystem, in welchem Krankheitsüberzeugungen entstehen, und schafft den Rahmen für die sprachliche Beschreibung körperlicher Beschwerden.

Ein Auszug aus einem weiteren Gespräch stützt die These, dass die unterschiedliche Präsentation von Beschwerden im ärztlichen Alltag gegebenenfalls zu einer Fehlkommunikation zwischen dem Patienten und dem Arzt führen kann:

„Das sind ausgesprochen langwierige [...] Auseinandersetzungen, wo ich dann auch schon mal Patienten gesagt habe, ich glaube, es tut mir leid, aber mit der Haltung kommen Sie und ich nicht mehr weiter vorwärts. [...] Also das ist dann sowas wie eine Bankrotterklärung von einem Arzt, aber ich hatte hier wirklich auch komplett hysterische junge bosnische Frauen, [...] die wirklich ernsthaft behaupteten, es ginge gar nichts, nur Schmerz, Schmerz [in slavischem Akzent] und nur Rente, Rente. Und ich hab gesagt, nein, auf dem Weg begleite ich Sie nicht.“ (Interview XX6A, Absatz 65)

Es erscheint durchaus möglich, dass hier ein grundlegender kultureller Unterschied im Kommunikationsverhalten zum Abbruch der Zusammenarbeit zwischen der Fachärztin und ihren Patienten geführt haben könnte.

Regionalisierte Versorgung

Die meisten der interviewten Fachärzte berichteten von einer Nachfrage nach Terminen, die ihre Kapazitäten weit übersteige. Einer der befragten Ärzte hat sich in Folge dessen vor einigen Jahren dazu entschieden, nur noch Patienten aus dem direkten geografischen Umfeld der Praxis neu aufzunehmen.

*„Hier kenn ich alle, das ist viel günstiger, als wenn ich irgendwo dann Physiotherapeuten oder sonstiges empfehlen soll, wo ich mich überhaupt nicht auskenne. Und mein Gedächtnis reicht definitiv nicht für die gesamte Großstadt Berlin aus.“
(Interview XX5B, Absatz 33)*

Er beschreibt die Vorteile, die ein solches System mit sich bringt. Dazu zählen zum Beispiel die engere Zusammenarbeit mit einem kleineren Kreis von Kollegen, die sich untereinander dadurch besser kennen und gegenseitig einzuschätzen wissen, sowie das verstärkte Gefühl, zuständig zu sein.

„Das macht auch ein anderes Verantwortungsgefühl, wenn man dann dafür verantwortlich ist. [...] So ein bisschen simuliere ich das ja mit dieser Regionalversorgung, einfach, weil mir das lieber ist.“ (Interview XX5B, Absatz 135)

Zugleich ist ihm aber auch bewusst, dass eine solche Regionalisierung auch Nachteile mit sich bringen würde:

„Aber da fällt Ihnen die freie Arztwahl weg. Dann haben Sie den großen Anschiss, wenn dann ein schlechter Psychiater in Ihrem Kiez sitzt. Das ist dann der Nachteil, also Sie können dann nicht mehr suchen.“ (Interview XX5B, Absatz 133)

Er beschreibt diese „Idee [als] politisch absolut null durchsetzbar“ (Interview XX5B, Absatz 131), ebenso wie die Einrichtung eines zentralen medizinischen Dokumentationssystems, auf das alle an der Versorgung eines Patienten beteiligten Ärzte zugreifen können.

„Die beste Lösung wäre, wir hätten irgendwie sowas wie einen Pool, wo man dann eben auch zugreifen kann mit gegenseitigem Einverständnis. Aber das scheint datenrechtlich ja doch eher etwas schwierig zu sein.“ (Interview XX5B, Absatz 29)

5 Diskussion

5.1 Diskussion der inhaltlichen Kategorien

5.1.1 Begrifflichkeiten

Wie zu Beginn der Arbeit ausführlich dargelegt wurde, sind in Forschung und klinischer Praxis viele verschiedene Begrifflichkeiten für NFS in Gebrauch. Diese Heterogenität in der Benennung macht auch eine vergleichende Beurteilung der Studienlage schwierig, da unterschiedliche Autoren sich verschiedener Datengrundlagen und Einschlusskriterien bedienen. Eine eindeutige Benennung fiel den teilnehmenden Ärzten ebenso wie der Interviewerin schwer, oft schien es eine implizite Annahme zu geben, dass allen Beteiligten schon klar sei, um welche Patienten es geht. Wenn derartige Kommunikationsbarrieren schon zwischen medizinisch gut ausgebildeten Gesprächspartnern bestehen, verheißt dies auch Unschärfen in der Kommunikation mit den betroffenen Patienten. Insbesondere der problematische Dualismus zwischen funktionellen Diagnosen der somatischen Fachrichtungen und dem eher psychiatrischen Begriff der „somatoformen Störung“ wurde von mehreren der Interviewten von sich aus angesprochen. Das Benennen ihres Leidens spielt jedoch auch für viele Patienten eine wichtige Rolle: einerseits kann es helfen, die Beschwerden zu legitimieren und Schuldgefühle einzudämmen, andererseits wird der Patient rückversichert, dass seinen Beschwerden keine organisch schwerwiegende Ursache zugrunde liegt^{90,91}. Die Patienten sollten sich also mit der Diagnose identifizieren können. Daher erscheint die fortgesetzte Suche nach einer adäquaten Begrifflichkeit und diagnostischen Kategorie besonders relevant, für die hier aus Gründen der Knappheit jedoch auf die entsprechende Literatur verwiesen werden soll.

5.1.2 Zugang zur psychosozialen Fachpraxis

Der Zugang zur psychosozialen Facharztpraxis erfolgt entweder aufgrund einer Überweisung aus der Hausarztpraxis oder im Sinne einer Selbstzuweisung durch eigenständige Vorstellung des Patienten. Bei der Analyse der aufgenommenen Gespräche kristallisierten sich in diesem Zusammenhang zwei Problematiken heraus: zum einen benannten fast alle befragten Ärzte die langen Wartezeiten im Zugang als relevantes strukturelles Hindernis für eine gute Patientenversorgung. Dies deckt sich mit Daten der Bundespsychotherapeutenkammer von 2011, welche eine Wartezeit von durchschnittlich 12,5 Wochen für das Erstgespräch in einer psychotherapeutischen Praxis und weiteren drei Monaten auf einen Therapieplatz fand⁹².

Zum anderen erzählten mehrere der Interviewten von ihrem Eindruck, dass keine differenzierte Entscheidung für eine spezifische psychosoziale Fachrichtung stattfände. Es ist anzunehmen, dass dieser Effekt sowohl durch einen niedrigen Wissensstand über die Spezifitäten der Fachrichtungen bedingt ist⁹³, als aber auch durch die langen Wartezeiten verstärkt wird, welche Patienten dazu zwingen, den erstmöglichen Termin anzunehmen, unabhängig von der konkreten fachlichen Ausrichtung des psychosozialen Facharztes. Die interviewten Fachärzte wünschten sich daher eine bessere Aufklärungsarbeit sowie fachrichtungsspezifische Überweisung und Anleitung bei der Therapeutensuche durch den betreuenden Hausarzt. Auch integrierte Versorgungsangebote könnten ein hilfreiches Instrument zur Führung der Patienten darstellen. Die generelle Ablehnung psychosozialmedizinischer Angebote, zum Beispiel aus Angst vor gesellschaftlicher Stigmatisierung, erscheint aus Sicht der befragten Ärzte glücklicherweise rückläufig, wird derzeit jedoch noch als relevantes Problem beschrieben (vgl. auch Freidl et al. 2007⁹⁴).

5.1.3 Diagnostik

5.1.3.1 Allgemeine Anamneseerhebung

Das im Rahmen dieser Untersuchung erhobene Vorgehen der psychosozialen Fachärzte bei der Diagnostik von NFS entspricht grundlegend den Empfehlungen der S3-Leitlinie „Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“². Zunächst versuchen sich die Fachärzte einen generellen Eindruck über den neuen Patienten zu verschaffen und mit offenen Fragen den zentralen Beschwerdeklagen des Patienten einen Raum zu geben. Im Anschluss erfolgt die ausführliche Anamnese mit konkreten Nachfragen zu den körperlichen Symptomen, dem Verlaufsmuster und eventuellen Beeinflussungsmöglichkeiten, aber auch zur sozialen und beruflichen Situation, möglichen Belastungsfaktoren und Ressourcen der Patienten.

5.1.3.2 Abgrenzung psychosozialer von somatischen Beschwerdeursachen

Peters et al 2009 schlossen aus einer qualitativen Interviewstudie mit Patienten mit MUS auf drei wichtige Verhaltensweisen für Ärzte im Gespräch mit diesen Patienten: sie müssten den Patienten helfen, ihre komplexen Beschwerden zu sortieren und zu verstehen, eine tragfähige Arzt-Patienten-Beziehung aufbauen, so dass psychosoziale Nachfragen von den Patienten als angemessen wahrgenommen werden, sowie kommunizieren, dass die Aufmerksamkeit auf psychosoziale Faktoren die Vigilanz gegenüber somatischen Ursachen nicht mindert⁹⁵. Eine zu frühe Rückversicherung, dass die vorhandenen körperlichen Beschwerden als ungefährlich

eingeschätzt werden, kann beim Patienten durch die mangelnde Adressierung seiner spezifischen Ängste zu einer exazerbierten Präsentation der somatischen Symptome führen, was wiederum eine erhöhte Wahrscheinlichkeit für ein überwiegend somatisches Management nach sich zieht⁹⁶. Vor diesem Hintergrund erscheint es sinnvoll, die bereits erfolgte somatische Ursachenforschung selber zumindest grob zu überprüfen, wie es alle im Rahmen der hier vorliegenden Untersuchung befragten psychosozialen Fachärzte handhaben, und gegebenenfalls weitere Diagnostik in die Wege zu leiten, wenn ihnen diese lückenhaft erscheint. Inwiefern hierbei die von der Leitlinie geforderten Prinzipien von „Zurückhaltung und Bedacht“² Beachtung finden, wurde im Rahmen der Interviews nicht erfragt. Es war nicht möglich, aus dem gesammelten Gesprächsmaterial eine klare Grenzziehung zwischen zu viel und zu wenig organischer Diagnostik zu formulieren. Trotz eines grundlegenden Bewusstseins für die Problematik möglicherweise schädlicher Überdiagnostik schienen die Interviewpartner eher dazu zu tendieren, sich im Zweifel durch mehr Diagnostik abzusichern, um ein Übersehen etwaiger organischer Ursachen möglichst sicher zu vermeiden. Das Aushalten der Unwägbarkeiten diagnostischer Unsicherheit erscheint also auch für die behandelnden Ärzte nicht immer einfach. Sicherlich liegen die Ursachen hierfür unter anderem in einem medizinrechtlichen System, in welchem Ärzte für das Übersehen somatischer Erklärungen für Beschwerden belangt werden können, während das adäquate Management unspezifischer Körperbeschwerden auf der psychosozialen Ebene juristisch schwieriger einzufordern ist^{2,10}.

Das Ziel, dem Patienten gegenüber medizinische Kompetenz auszustrahlen, wurde in den Interviews ebenso als Grund für die eigene Auseinandersetzung mit den somatischen Vorbefunden genannt. Es kann angenommen werden, dass auch weitere Diagnostik teilweise vor diesem Hintergrund angeordnet wird. Bokhoven et al. 2009 fanden jedoch, dass die Überweisung zu weiteren diagnostischen Tests gegenüber abwartendem Offenhalten keinen Einfluss auf die Krankheitsangst sowie die Behandlungszufriedenheit der Patienten hatte⁹⁷ und Ring et al. 2005 kamen zu dem Ergebnis, dass weitere Untersuchungen häufig auf Initiative des Arztes durchgeführt werden und nicht wie häufig vermutet aufgrund von Bitten oder Forderungen der Patienten⁶. Dementgegen stehen die Beobachtungen von Bösner et al. 2011, wonach die Initiative für Überweisungen aus der Hausarztpraxis zu ambulanten Fachärzten ähnlich häufig von den Patienten wie von den Hausärzten ausgeht⁹⁸.

Die Leitlinie betont die absolute Notwendigkeit einer somatischen und psychosozialen Paralleldiagnostik: „Das Abwarten der somatischen Ausschlussdiagnostik trotz des Vorliegens (auch nur geringfügiger) Hinweise auf psychosoziale Belastungen ist kontraindiziert!“² In den

Interviews kam demgegenüber mehrfach zur Sprache, dass der jeweilige Facharzt die Vollständigkeit der somatischen Befunde im psychosozialen Erstgespräch überprüfe. Darin spiegelt sich die Erwartungshaltung einer zeitlichen Aufeinanderfolge der organischen und psychosozialen Abklärung der Beschwerden auch von Seiten der psychosozialen Fachärzte wieder, welcher das Modell von NFS als reine Ausschlussdiagnose bei nicht vorhandener organischer Erklärbarkeit von Beschwerden zugrunde liegen könnte. Zwar wünschten mehrere Gesprächspartner eine frühere Einbeziehung der psychosozialen Fachärzte im Sinne frühzeitiger Überweisungen durch die betreuenden Hausärzte, welche diese – auch fachärztliche – Paralleldiagnostik besser ermöglichen würde, in der Praxis scheint ein solches Vorgehen derzeit jedoch eher selten angewandt zu werden und eine Simultandiagnostik allenfalls beim Hausarzt selber zu erfolgen.

5.1.3.3 Besonderheiten der Gesprächsführung

In den Interviews kam zur Sprache, dass es anfangs oftmals schwierig sei, Patienten zu einem Gespräch über psychosoziale Aspekte ihres Leidens zu motivieren, weil diese durch den Patienten als für die somatisch empfundenen Beschwerden irrelevant wahrgenommen werden und eine Verschiebung der ärztlichen Aufmerksamkeit weg von den sie belastenden körperlichen Symptomen befürchtet wird. Diese Ergebnisse decken sich mit Murray et al. 2016, die einen systematischen Review zu den diagnostischen Barrieren von NFS in der Hausarztpraxis auf Basis quantitativer und qualitativer Daten durchgeführt haben⁹⁹. Salmon et al. 2004 beschrieben dagegen, dass von den Patienten spontan gegebene Hinweise auf psychosoziale Belastungen oder Erklärungsmodelle von den behandelnden Hausärzten häufig nicht aufgegriffen werden, wodurch wichtige Chancen verstreichen, frühzeitig auch in psychosoziale Richtung Diagnostik zu betreiben⁷. Hierfür scheint bei den interviewten psychosozialen Fachärzten ein größeres Bewusstsein vorhanden zu sein, insofern sich dies ohne Aufzeichnung und Analyse tatsächlicher Patientengespräche nur aus der Selbstauskunft der Befragten konstatieren lässt. Gegebenenfalls hilft aber bereits die Tatsache der Spezialisierung in einer der psychosozialen Fachrichtungen dabei, die Hemmschwelle für das Erfragen der seelischen Situation zu senken, weil zu vermuten wäre, dass Patienten derlei Fragen in diesem Kontext eher erwarten und diese daher nicht als grenzüberschreitend wahrnehmen, wie dies eventuell beim unausgelesenen Patientengut in der hausärztlichen Praxis der Fall sein könnte.

Die befragten Fachärzte beschrieben fast durchgängig ein starkes Festhalten ihrer Patienten an einem rein somatischen Krankheitsverständnis. Psychosoziale Ursachen ihrer Beschwerden könnten sich viele Patienten für sich selbst nicht vorstellen. Es erscheint fraglich, inwiefern diese

Einschätzung sich mit der Realität deckt bzw. eine wie große Rolle der Bias durch die erwartete „typisch somatoforme“ Einstellung des Patienten spielt, wie er zum Beispiel durch verschiedene Fortbildungscurricula perpetuiert wird^{1,9}. Die direkte Auswertung aufgezeichneter Konsultationsgespräche könnte hier einen besseren Einblick geben.

Einen weiteren möglichen Erklärungsansatz für das von den Fachärzten wahrgenommene stark somatische Krankheitsmodell der Patienten liefert Risør 2009: Sie zeigt, dass Patienten abhängig vom Kontext jeweils verschiedene Idiome zur Erklärung ihrer Beschwerden bemühen. Im Kontakt mit medizinischem Personal konzentrierten sie sich vorrangig auf das „*symptomatische Idiom*“, weswegen bei den Ärzten der fälschliche Eindruck einer ausschließlichen Fokussierung auf die körperlichen Erklärungsansätze entstehe. Andere („*persönliche*“, „*soziale*“ und „*moralische*“) Idiome spielten in anderen sozialen Settings eine wichtige Rolle und bildeten alle Teil des Krankheitsverständnisses der Patienten⁶⁴. Behandler sollten sich insofern bemühen, ihren Patienten die „*Beschwerden als gemeinsam zu erklärendes Phänomen*“ zu vermitteln, um so den Weg zu verschiedenen Betrachtungsweisen zu öffnen². Eine kontrollierendes Interaktionsmuster mit dominanter Position des Arztes und sich unterordnendem Patienten geht laut Kruse et al. 2004 zudem mit niedrigeren Erkennungsraten psychischer Symptomatik einher⁴⁶, auch aus diesem Grund ist eine Begegnung auf Augenhöhe stets anzustreben.

5.1.3.4 Patienten- und Beziehungscharakteristika

Als Anhaltspunkte für das Vorliegen von NFS kristallisierten sich aus den Interviews sowohl Charakteristika der präsentierten Beschwerden und der psychosozialen Anamnese als auch Eigenheiten des Arzt-Patienten-Kontaktes heraus. Die im zeitlichen Verlauf und in der Lokalisation häufig wechselnden körperlichen Beschwerden werden durch die Patienten oftmals sprachlich merkwürdig oder ungewöhnlich erscheinend beschrieben. Dies fanden auch Wileman et al. 2002 in Interviews mit Hausärzten⁵⁶. Die Beschwerdesymptomatik passt von ihrem Muster in der Regel auf kein bekanntes somatisches Krankheitsbild oder wird durch dieses nicht ausreichend erklärt. Selbst bei Vorhandensein organischer Korrelate verbleibt eine „*Diskrepanz zwischen Befund und Befinden*“. Diese subjektive Wahrnehmung des „*Nichtpassens gewohnter kognitiver Schemata*“ wurde auch im Rahmen der FUNKTIONAL-Studie unter dem Begriff der „*Musterirritation*“ als leitendes diagnostisches Moment funktioneller und somatoformer Störungen herausgearbeitet¹⁰⁰. Dazu zählt als wichtiger Anhaltspunkt auch die Analyse der Arzt-Patienten-Beziehung inklusive derjenigen Gefühle, die der Arzt im Sinne der Gegenübertragung bei sich selber wahrnimmt. Die Beziehung wird oftmals von beiden Beteiligten als „*schwierig*“ empfunden². Schäfert et al. 2005 beschreiben hier als typische Gefühle auf Seiten der Behandler

„Nichtwissen, Unsicherheit, Hilflosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Scheitern, Selbstzweifel, Idealisierung und Entwertung, Machtkampf, Gefühl des Manipuliertwerdens, Vermissen von Dankbarkeit, Langeweile, Ungeduld, Genervtsein, Abschalten, Verstimmung, Wut, Ärger, Frustration, Erschöpfung, Ablehnung des Patienten und der Wunsch, sich zu entziehen.“¹⁰⁰ Alle diese Emotionen wurden auch in den Gesprächen der vorliegenden Untersuchung angesprochen und das kritische Hinterfragen der eigenen Gefühle im Sinne einer diagnostischen Funktion thematisiert. Auch die Nicht-Wirksamkeit vorausgegangener Therapieversuche und das Berichten über frühere Enttäuschungen mit anderen Ärzten nannten die befragten Fachärzte als typische Anhaltspunkte in der Anamnese bei Patienten mit NFS.

Weiterhin konnten patientenspezifische Merkmale aus den Interviews identifiziert werden. Besonders deutlich machten die befragten Ärzte, dass die Aufmerksamkeit, welche Patienten der Krankheit entgegenbringen, ihnen übermäßig erscheint. Dies wird auch von der vorläufigen Fassung der ICD-11 als eines von zwei Hauptkriterien für die neu formulierte Bodily distress disorder (BDD) aufgegriffen³⁷.

Eine besondere Rolle spielen laut den befragten Fachärzten auch eine gewisse Beziehungslosigkeit sowie eine mangelnde Introspektionsfähigkeit. Schäfert et al. 2005 beschreiben dies als „*karge emotionale Kontakte*“¹⁰⁰, Lind et al. 2014b fanden, dass Patienten mit NFS oftmals „*Schwierigkeiten mit ihrem Selbstvertrauen sowie der Selbstwahrnehmung körperlicher Empfindungen, Gefühle, Verletzbarkeit und Bedürfnissen*“ aufweisen (engl. „*Generally, patients had difficulties with self-confidence and self-recognition of bodily sensations, feelings, vulnerability, and needs.*“) ⁶⁸. De Gucht und Heiser 2003 beschrieben in einem quantitativen Literaturreview eine moderate bis große Effektstärke für die Koinzidenz von somatoformen Störungen und Alexithymie¹⁰¹, also dem „*Unvermögen, Gefühle hinreichend wahrzunehmen und zu beschreiben*“¹⁰². Bankier et al. 2001 fanden, dass somatisierende Patienten dabei insbesondere Schwierigkeiten mit der Identifizierung und Unterscheidung körperlicher und emotionaler Empfindungen aufweisen. Die Fähigkeit, Gefühle auszudrücken, sei hingegen nicht eingeschränkt¹⁰³. Im Gegensatz dazu beschrieben die hier interviewten Ärzte auch Probleme ihrer Patienten, Emotionen adäquat zu benennen und zu kommunizieren.

Die von den befragten Ärzten wahrgenommenen typischen Persönlichkeitseigenschaften passen damit insgesamt ins Bild des bisherigen Standes der wissenschaftlichen Forschung. Mik-Meyer und Obling 2012 fanden in einer Interviewstudie mit dänischen Hausärzten Patientenbeschreibungen wie „*sensibel*“ (engl. „*sensitive*“), „*freudlos*“ (engl. „*joyless*“) oder „*müde*“ (engl. „*tired*“), aber auch „*unfähig zum Leben [...] Jammerer [...] bemitleidenswerte*

Menschen“ (engl. „*inept at living [...] whiners [...] pitiable people*“). Sie hätten eine „*niedrige Schwelle für Frustration [...], Widrigkeiten, Stress und Anforderungen*“ (engl. „*they have a low threshold [for] frustration [...], adversity, stress and demands*“)¹⁰⁴. Wichtig erscheint jedoch insbesondere folgende Erkenntnis von Kroenke 2006: „*Nur weil psychosoziale Belastungen vorhanden sind, müssen diese noch keine Teilursachen für anhaltende Körperbeschwerden sein.*“¹⁰⁵ Dies ist sicherlich eine Falle, in die viele Behandler, auch die hier Befragten, schon einmal getappt sind, und für die es gilt, ein Bewusstsein zu entwickeln.

Bezeichnend sind zudem die oftmals auftretenden psychischen Komorbiditäten, insbesondere Angst, Depression, Suchterkrankungen und Posttraumatische Belastungsstörungen². Diese wurden von den meisten befragten Fachärzten spontan benannt und als mögliche krankheitstreibende Faktoren oder Komorbiditäten gezielt mit beachtet.

5.1.3.5 Einsatz strukturierter Diagnoseinstrumente

Die Diagnosestellung erfolgt also zusammenfassend aus dem Gesamteindruck des Patienten im ärztlichen Gespräch. Strukturierte diagnostische Instrumente werden von den im Rahmen dieser Studie befragten Ärzten insgesamt eher zurückhaltend eingesetzt. Während einige Fachärzte keinerlei strukturierte Testverfahren in ihren Praxen einsetzen, verwenden andere verschiedene allgemeine Screening-Instrumente wie das *ICD-10 Symptom Rating* (ISR), die *Symptom Checkliste 90-R* (SCL-90-R), die *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), das *Verhaltensdiagnostiksystem* (VDS-30) sowie das Screening auf *Basis des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV II* (SKID II). Diese Testverfahren erfassen unter anderem die Ausprägung von Somatisierung, sind jedoch nicht spezifisch als diagnostische Instrumente für NFS entwickelt worden.

Als für die Praxis nützlichste „objektive“ Kriterien für die Diagnostik von NFS nannten die befragten Fachärzte die Checklisten zur Diagnoseklassifikation ICD-10. Insgesamt werteten die Interviewpartner jedoch ein gründliches Anamnesegespräch im Zusammenspiel mit ihrer klinischen ärztlichen Erfahrung als die ausschlaggebenderen diagnostischen Anhaltspunkte. Die vertiefende psychosoziale Anamnese sahen auch die von Natschke et al. 2016 befragten Berliner Hausärzte als zentrales Element der Diagnostik von NFS^{41,62}. Zum gleichen Schluss kam die Leitlinienkommission; diese konstatiert, die derzeit verfügbaren Testverfahren (also sowohl Selbst- als auch Fremdbeurteilungsinstrumente) seien „*in aller Regel für den breiten klinischen Gebrauch noch nicht geeignet*“ und spielten „*im klinischen Alltag eine eher untergeordnete Rolle*“².

Die Formulierung psychobehavioraler Kriterien im Sinne einer Positivsymptomatik, wie sie im Rahmen der Überarbeitung der DSM und ICD diskutiert wird, ist dabei sicherlich ein Schritt in die richtige Richtung, um das Bewusstsein dafür zu schärfen, NFS nicht lediglich als Ausschlussdiagnose somatischer Ursachen zu begreifen^{2,37}.

Nichtsdestotrotz wird ein gewisses Maß an diagnostischer Unsicherheit Patienten mit NFS und deren behandelnde Ärzte auch in Zukunft weiterhin begleiten. Um diese Unsicherheit aushalten zu können, ist eine vertrauensvolle Beziehung zum behandelnden Arzt für diese Patienten besonders wichtig⁴⁰. Offene und ehrliche Kommunikation fördert in diesem Kontext maßgeblich die Patientenzufriedenheit¹⁰⁶. In Patienteninterviews, die Kornelsen et al. 2016 mit einer kanadischen Studienpopulation durchführten, zeigte sich sogar, dass ein gemeinsames Erleben der diagnostischen Unsicherheit zu einem tieferen Bündnisgefühl mit dem behandelnden Arzt führen und somit die wichtige therapeutische Beziehung stärken können¹⁰⁷.

5.1.4 ICD-10

Nach §295 „Abrechnung ärztlicher Leistungen“ des Sozialgesetzbuches (SGB) Fünftes Buch (V) sind Ärzte in Deutschland verpflichtet, Diagnosen nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung zu verschlüsseln¹⁰⁸. Diese Diagnoseverschlüsselung dient zum einen der Abrechnung gegenüber den Leistungsträgern, zum anderen bilden die so gewonnenen Daten häufig die Grundlage epidemiologischer Forschung.

Die Leitlinie sieht vor, dass zu Beginn des diagnostischen Prozesses bei Patienten mit NFS eine „*rein symptomatische Beschreibung*“ mittels der ICD-10-Diagnosen R00 bis R99 oder nach ICPC-2 vorgenommen werden sollte. Alle relevanten (somatischen wie psychosozialen) Verdachtsdiagnosen sollten während der Abklärung der Beschwerden parallel verschlüsselt werden, um so einer verfrühten und einseitigen Ursachenzuschreibung entgegenzuwirken^{2,40}. Im Verlauf könnten dann bei hinreichender Diagnosesicherheit die relevanten Diagnosen aus dem F-Spektrum (Somatoforme Störung F45.0 bis F45.9; Dissoziative Bewegungsstörungen, Krampfanfälle oder Sensibilitäts-/Empfindungsstörungen: F44.4 bis F44.7; Neurasthenie: F48.0) bzw. laut S3-Leitlinie „*bei eindeutig auf ein Organsystem bzw. eine Funktion begrenzten Beschwerden die jeweiligen funktionellen Syndrome*“ kodiert werden. Auf die Verschlüsselung „*relevanter komorbider Bedingungen*“ sei zu achten².

Die aus den Interviews extrahierten Aussagen zur realen Umsetzung der Kodierung in den fachärztlich-psychozialen Praxen unterschieden sich hiervon je nach Facharzt deutlich. Zum einen kann kaum von einem zeitlichen Verlauf der Kodierung gesprochen werden – die meisten der befragten Fachärzte verschlüsseln bereits während des Erstgesprächs eine Diagnose und übernehmen diese im weiteren Verlauf weitgehend unverändert. Zum anderen findet eine simultane Verschlüsselung somatischer und psychosozialer Verdachtsdiagnosen praktisch nicht statt, allenfalls relevante somatische Komorbiditäten werden außerhalb des F-Spektrums verschlüsselt.

Besonders interessant erscheint jedoch die hohe interindividuelle Varianz in Bezug auf die Verschlüsselung von Diagnosen aus Kapitel F, also dem Kerngebiet der psychosozialen Fachrichtungen. Während einige Kollegen differenziert und spezifisch vierstellige Diagnoseziffern verwenden – überwiegend aus dem Bereich der F45.0 bis F45.9 „Somatoforme Störung“ – sehen andere die Verschlüsselung als rein organisatorische Notwendigkeit im Rahmen der Abrechnung gegenüber den Krankenkassen an, insbesondere für die Verordnung medikamentöser Therapien. Dies resultiert in einer Kodierung von F45.9. „Somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet“ oder in laut Selbsteinschätzung wenig sorgfältiger Vergabe von Diagnoseschlüsseln. Es ist also nicht von mangelnder Aufmerksamkeit gegenüber den individuellen Störungsbildern der Patienten oder Defiziten in der Versorgung auszugehen, sondern vielmehr von einem nur gering ausgeprägten Interesse für eine detaillierte Kodierung, da diese keine notwendige Funktion im direkten Kontakt mit den Patienten erfüllt. Schäfert et al. 2010 fanden eine ähnlich breite interindividuelle Variabilität von Diagnoseraten somatoformer und funktioneller Störungen auch unter Hausärzten und betonten die jeweilige „Zweckbindung“ oder Handlungskonsequenz als Anstoß für die Verschlüsselung von Diagnosen⁴⁰. Wockenfuss et al. 2009 zeigten für den primärmedizinischen Sektor sogar, dass vergebene Diagnosen nur auf Kapitellevel zuverlässig sind, drei- und vierstellige Diagnoseschlüssel allerdings eine hohe Interrater-Variabilität aufweisen¹⁰⁹. Auch Stausberg et al. 2006 fanden eine hohe Interrater-Variabilität und forderten eine deutliche Vereinfachung der kleinteiligen diagnostischen Kategorien nach ICD-10¹¹⁰. Inwiefern die Situation in der niedergelassen psychosozialen Fachmedizin dem gleicht, sollte sicherlich quantitativ überprüft werden. Ein Überdenken des derzeitigen Systems zur Diagnoseverschlüsselung erscheint jedoch dringend notwendig, über mögliche Wege wurde bereits andernorts diskutiert (vgl. u.a. Mayou et al. 2005¹¹¹, Kroenke 2006¹⁰⁵, Löwe et al. 2008¹¹², Creed et al. 2009¹¹³, Lahmann et al. 2010¹ und Fink und Schröder 2010¹¹⁴). Einigkeit besteht am ehesten über die Notwendigkeit, das derzeit erforderliche

Kriterium der „*fehlenden somatischen Erklärbarkeit*“ der Beschwerden³ durch psychobehaviorale Positivkriterien wie übermäßige Auseinandersetzung mit den Beschwerden und funktionelle Beeinträchtigung der Alltagsfunktionen zu ersetzen². Hier setzt auch die derzeit für die Neuklassifizierung nach ICD-11 verwendete Kategorie der „Bodily distress disorder“ an³⁷. Der Begriff „Bodily distress disorder“ bzw. „Bodily distress syndrome“ wurde zuerst von der dänischen Arbeitsgruppe um Fink et al. 2007 vorgeschlagen¹¹⁵. Fink und Schröder 2010 konnten zeigen, dass dieser 90-100% aller Patienten mit Diagnosen wie Fibromyalgie, Reizdarmsyndrom, chronisches Müdigkeitssyndrom und Somatoforme Störung einzuschließen vermag und somit geeignet erscheint, die funktionellen Syndrome der verschiedenen Fachrichtungen unter einer gemeinsamen Diagnose zusammenzuführen¹¹⁴.

Mehrfach kam in den Interviews auch generelle Kritik an der Verwendung der ICD-10 im psychosozialen Setting zur Sprache, da diese insbesondere die komplexe und bei jedem Patienten individuell unterschiedliche Ätiologie psychosomatischer Krankheitsbilder nicht adäquat abzubilden vermöge. Dazu äquivalent beschrieben Kammerer et al. 2016 auf Basis einer Befragung von Hausärzten zum Vorgehen bei der Verschlüsselung von Depression nach ICD-10, dass *„nur dann mittels ICD-10 diagnostiziert und kodiert wird, wenn ein medizinischer Handlungsbedarf gesehen wird, der eine nach ICD-10 verschlüsselte Diagnose voraussetzt.“*¹¹⁶

Es ist bekannt, dass NFS in der hausärztlichen Routineversorgung gegenüber Prävalenzstudien zahlenmäßig deutlich unterdiagnostiziert erscheinen^{40,117} und insbesondere soziale und psychische Kontextfaktoren eher informell in der elektronischen Krankenakte festgehalten werden anstatt diese gesondert zu verschlüsseln⁴⁰. Die aus den Interviews gewonnenen Einblicke legen nahe, dass auch in den fachärztlich psychosozialen Praxen vergleichbare Daten zu erheben sein dürften. Den Einsatz von R- und Z-Diagnosen bejahte nur ein Teil der befragten Ärzte, oftmals erfolgt die Kodierung dieser Faktoren nicht oder nur sporadisch. Rückschlüsse auf eine angemessene Versorgung der Patienten lassen sich aus dem Kodierverhalten also kaum ziehen.

5.1.5 Therapie

Zur Therapie von NFS stehen unterschiedliche Ansätze zur Verfügung. Die zusammengetragenen Interventionen sortieren Heijmans et al. 2011 in einer Metaanalyse wissenschaftlicher Editorials und narrativer Experteninterviews zu MUS in drei übergeordnete Bestandteile des therapeutischen Regimes: das Schaffen einer sicheren therapeutischen Umgebung, generische Interventionen – wie regelmäßige Terminvereinbarungen und Psychoedukation – und spezifische Interventionen – wie Psychotherapie und Pharmakotherapie.

Insbesondere der hohe Stellenwert der therapeutischen Beziehung sowie der generischen Interventionen wurden von den Experten betont⁹⁰. Bei sehr schweren Verläufen oder akuten Verschlechterungen kann eine (teil)stationäre Behandlung notwendig sein², mit der auch einige der Interviewpartner bei ihren Patienten sehr gute Erfahrungen beschrieben, darauf soll im Folgenden jedoch nicht ausführlicher eingegangen werden, sondern der Fokus auf der Behandlung im ambulanten Setting gerichtet bleiben.

5.1.5.1 Die therapeutische Beziehung

Die aktive und bewusste Gestaltung einer tragfähigen Arzt-Patienten-Beziehung nimmt auch in den hier geführten Interviews für viele der befragten Ärzte eine zentrale Rolle ein und ist nicht nur für eine zielführende Anamneseerhebung unabdinglich, sondern bildet die Basis jeder therapeutischen Intervention. Anderson et al. 2008 identifizierten aufgrund einer qualitativen Studie mit 36 Hausärzten und 49 von ihnen betreuten Patienten die Bereitschaft des Arztes zum Zuhören als wichtigsten Faktor, damit die Patienten sich angenommen und gut betreut fühlen. Weiterhin spielten die Validierung der Symptome, also das Zurkenntnisnehmen und Anerkennen des subjektiven Empfindens des Patienten, sowie die zuverlässige Verfügbarkeit und Übernahme von Verantwortung für die Behandlung des Patienten eine wichtige Rolle⁷⁰. Insbesondere dieser letzte Aspekt wurde von einigen der befragten Fachärzte sehr betont: ihre Praxis sei ein Ort, an dem die Patienten nach ihrer gegebenenfalls erlebten Odyssee durch verschiedene Praxen und Fachrichtungen ankommen und sich angenommen fühlen können sollen. Insbesondere für Patienten mit eher schwachen Beziehungsmustern in ihrem Leben sei es therapeutisch sehr wertvoll, den Aufbau einer stabilen Beziehung zu erfahren, in der sie sich wertgeschätzt und ernstgenommen fühlen. Dies benennt die S3-Leitlinie auch als Kernaufgabe des Managements betroffener Patienten in der Hausarztpraxis². Houwen et al. 2017 analysierten Videoaufnahmen von Patientengesprächen in der Hausarztpraxis und befragten die Patienten im Anschluss. Patienten gaben besonders positive Erfahrungen mit dem Arztkontakt an, wenn sie sich als gleichwertige Partner wahrgenommen fühlten und der Arzt spezifisch auf ihre individuellen persönlichen Umstände eingegangen war¹¹⁸. Diesen Anspruch an die Arzt-Patienten-Beziehung verfolgen auch die hier interviewten Ärzte.

5.1.5.2 Generische Interventionen

Die S3-Leitlinie nennt mehrere allgemeingültige therapeutische Ansätze, die für Patienten mit NFS sinnvoll erscheinen. Dazu gehören das Entkatastrophisieren der Beschwerden und die Ermutigung zur Eigenverantwortung für die eigene Gesundheit². Aus den hier geführten Interviews ergab sich in diesem Zusammenhang, dass mehrere Fachärzte zum Beispiel darauf

Wert legen, dass Patienten ihre Vorbefunde eigenständig mitbringen, anstatt diese direkt vom betreuenden Hausarzt anzufordern, um somit die Notwendigkeit einer aktiven Mitarbeit des Patienten zu betonen.

Eine regelmäßige, nicht beschwerdegebundene Terminvereinbarung, wie sie unter anderem in der Leitlinie empfohlen wird², empfanden die meisten der interviewten Ärzte dagegen als weniger relevant. Ebenso schien die Ermutigung zu angemessener körperlicher und sozialer Aktivierung, auf die die Leitlinienautoren sehr viel Wert legen, den meisten befragten Fachärzten weniger relevant gegenüber der Schulung der Selbstwahrnehmung und Etablierung eines biopsychosozialen Krankheitsmodells. Letzteres wird von den interviewten Ärzten häufig im Sinne eines Teufelskreismodells erklärt. Schäfert et al. 2005 betonen, dass alleine diese Aufklärung und das nachfolgend verbesserte Krankheitsverständnis eine große Entlastung für die Patienten darstellen können¹⁰⁰. Allerdings beschrieb eine der befragten Ärztinnen auch die Gefahr verstärkter Ablehnung durch den Patienten, wenn dieser das Gefühl hat, in seiner Intelligenz unterfordert oder belehrt zu werden. Es sei wichtig, Patienten nicht auf eine verallgemeinernde Diagnose zu reduzieren, sondern sie als multidimensionale Individuen mit Wissen über und Interesse an der eigenen Gesundheit wertzuschätzen und ihnen entsprechend zu begegnen.

In den Interviews kam darüber hinaus mehrfach zur Sprache, dass die Vergütung regelmäßiger stützender Gespräche im Rahmen der Sprechstunde gegenüber einer Richtlinienpsychotherapie eher schlecht sei und sich für die Behandler finanziell nicht lohne. Es könnte sinnvoll sein, für die Zukunft ein Vergütungssystem zu erarbeiten, welches eine flexiblere Entscheidung über das benötigte Ausmaß an Betreuung durch einen Facharzt oder Therapeuten zulässt, um auch diejenigen Patienten angemessen unterstützen zu können, welche eventuell keine komplette Psychotherapie benötigen oder den zeitlichen Aufwand dafür nicht in ihren Alltag integrieren können (vgl. auch Fritzsche et al. 2010¹¹⁹).

5.1.5.3 Spezifische Interventionen: Psychotherapie

Alle in der vorliegenden Studie befragten Fachärzte benannten eine Psychotherapie als Therapie der ersten Wahl für Patienten mit NFS. Dagegen empfiehlt die Leitlinie eine Fachpsychotherapie oder fachgebundene Psychotherapie lediglich bei schwerem Krankheitsverlauf oder auf expliziten Wunsch der Patienten². Diese Diskrepanz kann am ehesten durch die unterschiedliche Patientenpopulation erklärt werden – während die Leitlinie sich insbesondere am Patientengut der Hausarztpraxis orientiert und einen Leitfaden zum Management aller Patienten mit NFS

darzustellen anstrebt, darf angenommen werden, dass bei den psychosozialen Fachärzten vorrangig ausgesuchte Patienten mit besonders ausgeprägter Beschwerdesymptomatik vorstellig werden.

Viele Interviewpartner betonten dabei eine ganzheitliche Sicht auf den Patienten und sahen die Psychotherapie nicht primär als Lösung für das konkrete Problem unerklärter Körperbeschwerden, sondern vielmehr als Werkzeug für eine tiefgreifende Persönlichkeitsentwicklung für die Patienten.

Die befragten Fachärzte beschrieben eine oft eher zufällige Auswahl der Psychotherapierichtung, welche durch die Vorstellung beim entsprechenden Therapeuten und dessen Ausrichtung zustande kommt, vom Patienten bzw. dem überweisenden Arzt jedoch oftmals nicht spezifisch angestrebt wurde. Bislang gibt es kaum Studien, welche die unterschiedlichen psychotherapeutischen Schulen in Bezug auf ihren Nutzen für diese Patienten gegenüberstellen. Die beste Evidenz liegt derzeit für die kognitive Verhaltenstherapie vor¹²⁰. Gottschalk und Rief 2012 fanden eine Verbesserung der Lebensqualität und des globalen Funktionsniveaus sowie eine Reduktion komorbider Depressivität durch KVT und heben insbesondere die Stärkung der Selbstwirksamkeit und des Selbstwertgefühls, den Abbau des Rückversicherungsbedürfnisses sowie des Schon- und Vermeidungsverhaltens und die Erarbeitung eines realistischen Gesundheitsbegriffes durch diese Therapieform als zielführend hervor¹²¹. Auch Allen et al. 2006 konnten in einer randomisierten Vergleichsgruppenstudie an 84 Patienten eine signifikant stärkere Reduktion somatischer Symptome durch KVT plus medizinischer Standardversorgung gegenüber der reinen Standardversorgung durch psychiatrische Konsultationen feststellen¹²². Sumathipala 2007 legte einen systematischen Review der bis dato vorhandenen Untersuchungen vor und kam zu dem Schluss, dass KVT zur Milderung von sowohl physischen Symptomen als auch psychologischem Stress führen kann. Auch hier wurde jedoch eine kurze Dauer der Follow-up-Untersuchungen bemängelt¹²³.

Häufig wurde von den Interviewpartnern berichtet, dass ihrer Meinung nach insgesamt zu wenige der Patienten mit NFS Psychotherapie angeboten bekämen bzw. wahrnähmen. Auch Sammet et al. 2007 schätzten die Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Angebote als unzureichend ein¹²⁴ und der Bundesgesundheitsurvey aus dem Jahr 1998 zeigte eine psychotherapeutische Behandlungsquote von lediglich 40,5% für Patienten mit der Diagnose einer somatoformen Störung – die zweitniedrigste Quote neben Suchterkrankungen⁴⁴.

Ein möglicher Weg, mehr Patienten eine Psychotherapie anbieten zu können, bestünde in der Behandlerzeit sparenden Gruppentherapie. Die befragten Fachärzte hatten damit überwiegend wenig Erfahrung, schätzten eine Gruppentherapie aber als potentiell hilfreich für ihre Patienten ein. Schröder et al. 2012 konnten in einer vergleichenden Studie mit 120 Patienten zeigen, dass auch KVT-Gruppentherapie eine effektivere Therapiealternative zur Standardtherapie darstellt¹²⁵.

Auf eine Aussage, welche Therapieform für diese Patienten am besten geeignet sei, ließen sich die meisten der hier befragten Fachärzte nicht explizit ein. Lediglich zwei Ärztinnen, von denen eine selber als Verhaltenstherapeutin arbeitet, schätzte kognitive Verhaltenstherapie als überlegen ein. Dies muss nicht unbedingt bedeuten, dass andere psychotherapeutische Verfahren für diese Patientengruppe zwangsläufig schlechter geeignet sind, es besteht derzeit jedoch ein deutliches Forschungsdefizit.

5.1.5.4 Spezifische Interventionen: Medikamentöse Therapie

In den Interviews wurde insgesamt deutlich, dass Psychopharmaka aus der Sicht der behandelnden Ärzte bei Patienten mit NFS lediglich eine untergeordnete Rolle spielen. Wurde dennoch von der Verschreibung von Medikamenten berichtet, erfolgte dies zumeist aufgrund deren entspannender, schlafanstoßender, antinozizeptiver und/oder anxiolytischer Wirkung. Das konkrete Verschreibungsverhalten der hier befragten Experten unterschied sich interindividuell sehr deutlich und beruhte hauptsächlich auf den persönlichen klinischen Erfahrungen. Vorrangig wurde vom Einsatz unterschiedlicher antidepressiver Wirkstoffe berichtet, lediglich zwei Fachärzte setzen auch atypische Neuroleptika bei diesen Patienten ein. Eine Rezeptierung von Placebos, wie sie Natschke et al. 2016 in ihrer Befragung von Berliner Hausärzten bei 15 der 18 befragten Hausärzte fanden⁶², wurde von keinem der interviewten Fachärzte beschrieben.

Kleinstäuber et al. 2014 kamen in ihrem Cochrane Report zu dem Ergebnis, dass die Datenlage zum Einsatz medikamentöser Therapien bei Patienten mit NFS insgesamt als sehr schlecht zu bewerten sei mit wenigen, niedrigqualitativen Studien mit zumeist kleinen Studienpopulationen und kurzen Follow-up-Zeiträumen. Die Rate an unerwünschten Nebenwirkungen wurde als insgesamt relativ groß beurteilt. Aufgrund niedriger Effektstärken für trizyklische Antidepressiva konnte keine Aussage über die Wirksamkeit zur Behandlung somatoformer Störungen getroffen werden; Antidepressiva der neueren Generation zeigten moderate Effekte für die Reduktion von körperlichen Symptomen, Angst und Depression bei diesen Patienten. Die Daten deuten weiterhin darauf hin, dass eine Kombination aus Antidepressivum plus Antipsychotikum der

Monotherapie mit einem Antidepressivum überlegen sein könnte. Weiterhin können natürliche Präparate wie Johanniskraut zur signifikanten Schweregradreduktion körperlicher Symptome eingesetzt werden¹²⁶. Kapfhammer 2012 fand dagegen einen statistisch bedeutsamen und klinisch relevanten primär antinozizeptiven Effekt für duale sowie selektiv serotonerge Wirkstoffe, der weitgehend unabhängig von deren antidepressiver und anxiolytischer Wirkung auftritt¹²⁷.

Die S3-Leitlinie empfiehlt den Einsatz antidepressiver oder antipsychotischer Medikamente bei Patienten mit NFS lediglich bei schmerz-dominanten Verläufen oder psychiatrischen Komorbiditäten und äußert sich kritisch zur Verschreibung von Medikamenten zur Symptomlinderung wie zum Beispiel nichtsteroidale Antirheumatika zur Schmerztherapie. Eine Indikationsstellung sei hier nur nach gründlicher Nutzen-Risiko-Abwägung und zeitlich begrenzt vertretbar. Opioide und Benzodiazepine seien zu vermeiden². Diese Haltung wurde einstimmig von den hier befragten Ärzten geteilt.

Weitere, großangelegte Studien zur Untersuchung der Wirksamkeit medikamentöser Therapieansätze für Patienten mit NFS erscheinen im Kontext der derzeit schlechten Evidenz und des primär erfahrungsbasierten Verschreibungsverhaltens dringend notwendig.

5.1.5.5 Behandlungserfolg

Die am häufigsten genannten Antworten auf die Frage, woran die Ärzte den Erfolg ihrer therapeutischen Bemühungen messen, umfassten einen verbesserten Gesamteindruck des Patienten, die Abnahme der körperlichen Beschwerden und eine Reduktion der Konsultationsfrequenz durch die Patienten. Mehrere der Interviewpartner beschrieben jedoch eine langfristige Persistenz des Krankheitsbildes, bei dem das anzustrebende und realistischere Ziel eher eine Begleitung des Patienten durch den Krankheitsprozess sowie ein verbessertes Coping als eine tatsächliche Heilung sein sollte. Dies deckt sich mit den Ergebnissen von Sammet et al. 2007, welche die Befindlichkeit von Patienten mit somatoformen Störungen im 2- bzw. 4-Jahres-Follow-up beurteilten und eine Beschwerdepersistenz mit erheblicher psychosozialer Beeinträchtigung bei der überwiegenden Mehrheit der Patienten fanden¹²⁴. Auch eine Münchener Untersuchung an Jugendlichen und jungen Erwachsenen beschreibt ein stabiles Bild von Somatisierung im Verlauf nach durchschnittlich 42 Monaten¹²⁸. Stone et al. 2013 benannten daher den Fokuswechsel von Heilung zu Coping als eine von vier grundlegenden Strategien im Management von Patienten mit MUS⁵⁸ und auch Gottschalk und Rief 2012 betonten den Stellenwert der „*Relativierung hoher Ansprüche (Bewältigung statt Heilung) und*

*Entwicklung eines realistischen Bildes von körperlicher Gesundheit*¹²¹. Kornelsen et al. 2016 fanden in Patienteninterviews heraus, dass die Patienten oftmals das Gefühl hatten, eine Sackgasse erreicht zu haben und von ihrem betreuenden Arzt ad acta gelegt zu werden, ohne dass gemeinsam eine weitere Strategie besprochen wurde¹⁰⁷. Ein fortgesetztes ärztliches Management dieser Patienten kann unter anderem durch das Erlernen von Bewältigungsstrategien helfen, ihnen eine hoffnungsvollere Zukunftsperspektive aufzuzeigen.

5.1.6 Herausforderungen

Viele der herausfordernden Situationen, mit denen sich Ärzte im Umgang mit Patienten mit NFS konfrontiert sehen, wurden bereits im Rahmen der Diagnostik und Therapie angesprochen. Eine ausführlichere Auseinandersetzung mit den spezifischen Herausforderungen soll nun in diesem Abschnitt folgen.

5.1.6.1 Der „schwierige“ Patient

Patienten mit NFS werden in der S3-Leitlinie oftmals als aus Behandlersicht besonders schwierig oder anstrengend beschrieben: *„Die Behandler-Patient-Beziehung wird vor allem bei Patienten mit schwerer verlaufenden nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden von den Behandlern oft als schwierig erlebt (Evidenzgrad: 2b).“* *„Der Patient [wird] als anstrengend, anspruchlich und vorwurfsvoll erlebt.“*² Die diesen Aussagen zugrundeliegenden Studien beziehen sich überwiegend auf die primärärztliche Versorgung (vgl. u.a. Wileman et al. 2002⁵⁶ und Woivalin et al. 2004¹²⁹), nur wenige untersuchten ein klinisches Setting (siehe Sharpe et al. 1994¹³⁰ und Hahn et al. 1994¹³¹) und Carson et al. 2004 befassten sich mit niedergelassenen Neurologen, gehen jedoch nicht in die Tiefe bezüglich der Ursachen der Einschätzung von Patienten mit unklaren Beschwerden als *„sehr/extrem schwierig zu helfen“* (engl. *„very/extremely difficult to help“*)¹³². Eine Untersuchung, die ihren Fokus auf die spezifischen Sichtweisen niedergelassener psychiatrischer, psychosomatischer und psychotherapeutisch tätiger Fachärzte legt, ist der Autorin nicht bekannt. Die hier vorliegenden Ergebnisse sind insofern neuartig. Salmon et al. 2005 schlagen vor, dass die Ursachen für die erlebte Belastung durch Patienten mit MUS nicht in den Patienten, sondern vielmehr in den behandelnden Ärzten zu suchen seien⁵. Die nachfolgend diskutierten Ergebnisse untermauern diese These und tragen somit zur Erweiterung des Wissens über die ambulante Versorgungssituation in Deutschland bei.

Auch in den hier durchgeführten Interviews wurden viele negativ konnotierte Beschreibungen im Zusammenhang mit Patienten mit NFS verwendet, die überwiegend im Zusammenhang mit

Gefühlen von Frustration und Hilflosigkeit stehen. Als ursächlich wurde insbesondere der vermehrte Zeitaufwand im Management dieser Patienten genannt sowie die Schwierigkeit, mit dem Patienten ein gemeinsames Narrativ im Grenzbereich zwischen Soma und Psyche zu finden und realistische Erwartungen zu diskutieren. Auch Murray et al. 2016 fanden in ihrem systematischen Review der diagnostischen Barrieren von NFS in der Hausarztpraxis, dass Hausärzte die von den Patienten kommunizierten Erwartungen über ihre Behandlung und den Verlauf ihrer Erkrankung als unrealistisch und unerreichbar einschätzten⁹⁹ und Rask et al. 2016 zeigten eine Korrelation zwischen einer langen Dauer der Konsultation und der vom Behandler erlebten Belastung auf¹³³. Es ist anzunehmen, dass diese unter anderem daraus resultiert, dass sich der Behandler gezwungen fühlt, mehr Zeit für den Patienten einzuräumen, als ihm im Durchschnitt für eine Konsultation zur Verfügung steht, und dadurch unter Zeitdruck gerät. Wileman et al. 2002 beschreiben, wie dieser Druck oftmals zum Ergreifen einer aktiveren und autoritativeren Rolle durch den Arzt führt, in der Hoffnung damit den Gesprächsverlauf zielgerichteter und schneller zu gestalten⁵⁶. Dies kann wiederum die notwendige Ausgewogenheit in der Behandler-Patient-Beziehung kompromittieren, die im vorherigen Kapitel ausführlich diskutiert wurde. Auch die hier befragten Ärzte beschrieben die ihnen insbesondere im Rahmen der Psychotherapie zur Verfügung stehende erweiterte Konsultationszeit gegenüber der Sprechstundenmedizin und insbesondere der Hausarztpraxis als sehr relevante Ressource für ein angemessenes und stressärmeres Management dieser Patienten.

Insgesamt scheint die emotionale Dringlichkeit der oben genannten Gefühle bei den befragten Fachärzten im Schnitt jedoch weniger gravierend. Zwar schilderten einige Gesprächspartner spezifische Patientenfälle auch hier als besonders kräftezehrend, jedoch scheint die Toleranz für ein gewisses Level an „Anstrengendsein“ bei den meisten der befragten Ärzte stärker ausgeprägt. Persönliche Charakteristika des Behandlers scheinen hier eine Rolle zu spielen. Insgesamt wurde jedoch eine Vielzahl an Ressourcen beschrieben, die den Fachärzten helfen, potentiell belastende Stresssituationen vielmehr als interessante Herausforderungen oder schlichtweg Normalität wahrzunehmen. Diejenigen Faktoren, welche die Patienten „anstrengend“ und „schwierig“ machen können, wurden größtenteils als krankheitsimmanente und gut aushaltbare Bestandteile der typischen psychosozialen Arzt-Patienten-Beziehung akzeptiert. Insbesondere helfe die gute Ausbildung und langjährige Erfahrung im Umgang mit „schwierigen“ Patienten, diese Situationen zu bewältigen und eine hohe Frustrationstoleranz zu entwickeln. Johansen und Risør 2017 führten eine Metasynthese mehrerer qualitativer Studien zu MUS durch und kamen zu dem Ergebnis, dass Ärzte mit zunehmender *„Erfahrung eher bereit sind, Unsicherheit zu tolerieren*

und sich vom Ideal der Heilung in Richtung der „Realität“ zu bewegen“ (engl. „with experience, doctors tolerate more insecurity, leave the ideal of curing and move towards “reality”⁹¹); beides Faktoren, die Ursachen insbesondere der Gefühle von Unzulänglichkeit und geminderter arbeitsbezogener Zufriedenheit darstellen können^{99,134}. Wichtig erscheint vor diesem Hintergrund auch die aktive Wissensweitergabe erfahrenerer Ärzte an ihre jüngeren Kollegen, wie von Stone 2014 beschrieben¹³⁵. Die eigenen Emotionen sichtbar und besprechbar zu machen, wirkt Gefühlen von Frustration oder Scham entgegen. Auch ein kurzes Gespräch mit anderen Kollegen in der Praxis, wie es eine der befragten Fachärztinnen beschreibt, könne helfen, Frust abzubauen; laut Schäfert et al. 2005 wird die „wechselseitige Unterstützung als Ressource genutzt“ und „Prozesse der Spaltung und Entwertung [...] aufgefangen und vermieden“. Weiterhin trägt die persönliche Psychohygiene im Sinne einer aktiven Reflexion eigener Emotionen und Gegenübertragungsmomente, zum Beispiel im Rahmen von Supervision oder Balintgruppen, zur Entlastung bei¹⁰⁰. Ärzte der psychosozialen Fachrichtungen nehmen schon im Rahmen der Facharztweiterbildung verstärkt an solchen Angeboten teil.

Johansen und Risør 2017 beschreiben zusammenfassend die typische Erfahrung von Hausärzten, „in einer unlösbaren, unentrinnbaren Situation festzustecken“ (engl. „GPs tell about experiences of being stuck in an insolvable, inescapable situation“⁹¹). Ähnliches wurde nur von zwei der befragten psychosozialen Ärztinnen anhand von Fallbeispielen geschildert, die daraufhin mit einer Reduktion der therapeutischen Anstrengungen bzw. der Überweisung des Patienten an einen Kollegen reagierten. Diese Reaktion erscheint jedoch wenig hilfreich, da schließlich jeder Behandlerwechsel den Zyklus aus Hoffnung und Enttäuschung aufrecht erhält⁵⁸. Insgesamt scheint dieses Gefühl einer „geteilten Hilflosigkeit“ (engl. „shared helplessness“⁹¹) jedoch unter den psychosozialen Fachärzten deutlich seltener vorzuherrschen. Dies ist insofern besonders wichtig, als die persönlichen Emotionen der behandelnden Ärzte laut Wileman et al. 2002 möglicherweise deren berufliche Professionalität und die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung einschränken⁵⁶ und somit potentiell schädlich für den Patienten sein könnten.

In einzelnen Fällen kann sich die Dynamik der Arzt-Patienten-Beziehung derartig entwickeln, dass es zum Abbruch der Behandlung durch den Patienten bzw. zum Arztwechsel kommt. Dies geschieht oft zu einem frühen Zeitpunkt in der Zusammenarbeit, wenn zum Beispiel die Sympathie zwischen den Beteiligten nicht passt oder wenn der Arzt es nicht schafft, den krankheitstypischen Zyklus aus anfangs übersteigerter Idealisierung gefolgt von unweigerlicher Enttäuschung frühzeitig zu durchbrechen. Die vom betreuenden Arzt gegebene Einschätzung der Beschwerden und eventuelle Therapieempfehlungen werden entsprechend vom Patienten nur als

eine von verschiedenen Informationsquellen und möglichen Erklärungsansätzen angesehen und entsprechend gegen ihre eigenen körperlichen Wahrnehmungen und Erklärungsmodelle abgewogen, wie Salmon 2000 darlegt¹³⁶.

Die befragten Fachärzte betonten die Eigenverantwortlichkeit der Patienten und sahen sich primär als unterstützende Wegbegleiter. Sie waren sich bewusst, dass der Heilungsprozess nicht mit ihnen persönlich steht oder fällt und empfanden dies als sehr entlastend. Trotz allem berichteten die hier interviewten Fachärzte nicht von auffällig gehäuften Therapieabbrüchen und Behandlerwechseln, wie sie aus anderen Studien bekannt sind². Dies könnte möglicherweise darauf hinweisen, dass ein vermehrter Fokus auf die körperlichen Symptome und deren Erklärbarkeit, wie er in somatischen Facharztpraxen und teilweise auch in der Hausarztpraxis zu erwarten ist, dysfunktionales Inanspruchnahmeverhalten verstärkt aufrechterhält, während psychosoziale Fachärzte ihre Patienten tendenziell eher auf diese Mechanismen aufmerksam machen und sie so eventuell häufiger zu durchbrechen vermögen.

Ratanawongsa et al. 2011 zeigten weiterhin, dass die behandelnden Ärzte ihre Beziehung zum Patienten oftmals negativer einschätzen, als diese vom Patienten selber wahrgenommen wird⁶⁹. Eine aktive Erfragung der Zufriedenheit des Patienten kann zu einer Rückversicherung des Arztes beitragen und das Vertrauen beider Seiten in die therapeutische Beziehung stärken.

5.1.6.2 Sozialmedizinische Fragestellungen

Sozialmedizinische Fragestellungen, die häufig im Zusammenhang mit längerfristiger Arbeitsunfähigkeit oder Erwerbsunfähigkeit stehen, wurden von den meisten befragten Fachärzten als mögliche Reibungspunkte in der Betreuung von Patienten mit NFS genannt. Patienten fühlten sich laut den Interviewpartnern in ihrem Leiden nicht ernstgenommen und gewürdigt, wenn Ärzte im Zuge von Krankschreibungen oder Rentenanträgen nicht vollständig die Sichtweise des Patienten teilten. Die Gatekeeperfunktion, die Ärzten in diesem Zusammenhang zukommt, führt zu einem Machtgefälle in der Arzt-Patienten-Beziehung, wodurch sich Konflikte zuspitzen (vgl. auch Salmon 2000¹³⁶) und gegebenenfalls bis zum Behandlerwechsel führen können. Einige der Befragten und insbesondere die psychotherapeutisch tätigen Kollegen lagerten diese Aufgaben aufgrund dessen soweit möglich an andere Ärzte aus, beispielsweise an den Hausarzt oder den im Rahmen der Sprechstundenmedizin betreuenden Psychiater.

Dwamena et al. 2009 beschrieben, dass insbesondere Patienten mit MUS und geringer „*psychologischer Einsicht*“ (engl. „*psychological insight*“) eine starke Anspruchshaltung zeigten,

von alltäglichen sozialen und beruflichen Pflichten entschuldigt zu werden, und dies als Selbstverständlichkeit wahrnehmen⁶⁵. Auf Seiten des Behandlers kann es wiederum zu Zweifeln an der Legitimität der Beschwerden kommen, wenn der Eindruck entsteht, dass finanzielle und soziale Vorteile zentrale Ursachen für die Aufrechterhaltung der Beschwerdeklage darstellen⁹. Der anhaltende Kampf um die Legitimität durch die mangelnde organische Erklärbarkeit der körperlichen Symptome kann bei den Patienten zu einer Aggravierung der Symptome führen und die Abgrenzung des Selbst von der Krankheit erschweren⁵⁸.

Auch wenn zwischen dem Patienten und dem behandelnden Arzt Einstimmigkeit bezüglich der Legitimität des Leidens und der Notwendigkeit einer Entlastung von beruflichen und sozialen Obligationen besteht, stellen insbesondere Verfahren zur Bewilligung einer Erwerbsunfähigkeitsrente häufig langwierige und kraftraubende Prozesse dar, die von den interviewten Fachärzten als belastende Faktoren in der Beziehung zu ihren Patienten wahrgenommen wurden.

5.1.6.3 Rolle von Migration und kulturellen Unterschieden

Einer der interviewten Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie brachte die Sprache auf die Rolle von Migration und kulturellem Hintergrund für die Interaktion zwischen Arzt bzw. Therapeut und Patient. Dieses Thema gewinnt vor dem Hintergrund der wachsenden Multikulturalität in Berlin und Deutschland zunehmend an Relevanz und spielt sicherlich nicht nur für Patienten mit NFS eine wichtige Rolle.

Csöff et al. 2010 konnten in einer Stichprobe älterer Patienten mit NFS keine signifikanten Unterschiede in der Beschwerdebhäufigkeit zwischen Personen mit oder ohne Migrationshintergrund finden¹³⁷. Kizilhan 2009 beschreibt jedoch, dass türkischsprachige Patienten gegenüber deutschsprachigen vermehrt über Schmerzen klagten und „*sich als gebrochene, schwache Menschen*“ präsentierten¹³⁸. Dieses Bild vermittelte auch der erwähnte Interviewpartner. Ivbijaro et al. 2005 stellen allgemeingültiger dar, auf wie verschiedenartige, kulturell spezifische sprachliche Metaphern Patienten zur Beschreibung von Symptomen einer Depression zurückgreifen. Diese Umschreibungen können für Ärzte aus anderen Kulturkreisen häufig un- oder missverständlich sein und als Kommunikationsbarriere zwischen Patient und Behandler wirken¹³⁹. Diese Schwierigkeiten lassen sich fraglos auf andere psychosoziale Krankheitsbilder übertragen.

5.1.7 Leitlinien

Um Entscheidungen auf Leitlinien basierend treffen zu können, ist die vorhergehende Auseinandersetzung mit den jeweiligen Leitlinien zwingend notwendig. Insgesamt neun von fünfzehn der befragten Fachärzte gaben jedoch an, die S3-Leitlinie „Umgang mit Patienten mit nicht spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“ entweder gar nicht gelesen oder lediglich überflogen zu haben. Kunz 2005 untersuchte die Einstellungen gegenüber und Anwendung von Leitlinien generell in der Hausarztpraxis und fand auch hier, dass nur rund 40% der Untersuchungsgruppe in den vorausgegangenen sechs Monaten Leitlinien angewandt und sich ein knappes Viertel der Ärzte sogar bisher noch mit überhaupt keiner Leitlinie auseinander gesetzt hatten¹⁴⁰. Natschke et al. 2016 erhoben in ihrer Hausarztbefragung sogar, dass die S3-Leitlinie lediglich 6 der 18 befragten Ärzte gegenwärtig war, von welchen wiederum nur 4 die Empfehlungen bewusst umzusetzen versuchten⁶². Die im Rahmen dieser Befragung erhobenen Ergebnisse zeigten also ein mit der bekannten Situation in der hausärztlichen Praxis vergleichbares Bild auch in den fachärztlich psychosozialen Praxen.

In den Vorbemerkungen zur Leitlinie aus dem Jahr 2012 heißt es: *„Die Leitlinie soll [...] Standards für die Diagnostik und Behandlung von Erwachsenen mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden in Deutschland setzen und ihre Anwender bei diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen unterstützen.“*² Kunz 2005 nennt die Wahrnehmung von Leitlinien als *„Entscheidungshilfe zur Erhöhung der eigenen Therapiesicherheit“* als Ergebnis ihrer Hausarztbefragung und fand eine 60%ige Zustimmung zu der Aussage, dass *„Leitlinien dazu gedacht [seien], die Behandlungsqualität zu erhöhen.“*¹⁴⁰. Die Funktion als orientierungsgebende Richtschnur beschrieben auch die hier befragten Fachärzte als Hauptaufgabe der Leitlinie. Kunz 2005 beschreibt weiterhin die Wahrnehmung von Leitlinien als *„Argumentationshilfen“* im Sinne eines Schutzes vor Regressforderungen¹⁴⁰, wie sie auch in einem der vorliegenden Interviews angesprochen wurde. Insbesondere die überwiegend psychotherapeutisch tätigen Kollegen betonten jedoch, dass die Informationen nicht allgemeingültig auf jeden Patientenfall anwendbar seien und Leitlinien die Individualität eines konkreten Patientenfalles nicht widerzuspiegeln vermögen. Dies erkennen die Leitlinienautoren explizit an: *„Allerdings sollten Diagnostik und Behandlung, insbesondere Psychotherapie, immer individualisiert erfolgen und können bzw. sollen nicht vollends standardisiert werden. Letztendlich bleibt die diagnostische und therapeutische Verantwortung daher beim Behandler selbst.“*²

Zwei der befragten Ärzte kritisierten die ihrer Ansicht nach mangelnde Hervorstellung der Fachrichtung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in der Leitlinie. Die Leitlinienautoren scheinen sich von „zu starke[n] Polarisierungen und Zuständigkeitsgerangel“ jedoch bewusst abzugrenzen und schreiben bereits in den Vorbemerkungen, dass „spezielle [berufspolitische] Anliegen der beteiligten Fachgesellschaften“ soweit möglich in der S3-Leitlinie außen vor gelassen werden sollen². Tatsächlich werden durch die durchgängige Verwendung der fachrichtungsübergreifenden Begrifflichkeiten „psychosozial“ und „Psychotherapie“ Entscheidungen für oder gegen spezifische Fachrichtungen weitestgehend umgangen. Der Stellenwert der Psychosomatik wird also tatsächlich nicht explizit hervorgehoben. In Anbetracht dessen, dass die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM) und das Deutsche Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM) die beiden federführenden Fachgesellschaften der S3-Leitlinie darstellen, ist insgesamt allerdings eher von bestehenden Vorurteilen und politischen Animositäten der beiden Interviewpartner auszugehen.

Einen weiteren wiederkehrenden Kritikpunkt stellte in den Interviews der als überproportional stark wahrgenommene Einfluss der Hochschulmedizin und Mangel der ambulanten Perspektive auf die Entstehung der Leitlinien dar. Auch gut die Hälfte der von Kunz 2005 befragten Hausärzte kritisierten, dass Leitlinien häufig „von Experten entwickelt [werden], die nur wenig vom Praxisalltag verstehen“¹⁴⁰ und Selbmann 2009 bestätigt, dass Fachexperten aus Universitäten und Lehrkrankenhäusern weiterhin die wichtigste Rolle in der Leitlinienentwicklung spielten, obgleich „das AWMF-Regelwerk [...] ausdrücklich die Beteiligung von Vertretern der späteren Anwender und der Patienten“ empfehle¹⁴¹. Bewusster kommunizierte Transparenz bei der Leitlinienerstellung könnte dazu beitragen, die Reichweite und Akzeptanz künftiger Leitlinien zu erhöhen.

5.1.8 Zusammenarbeit mit Hausärzten

5.1.8.1 Rollenverteilung zwischen Haus- und Facharzt

Insgesamt zeigten sich die interviewten Fachärzte mit der Arbeit ihrer hausärztlichen Kollegen sehr zufrieden und beschrieben eine überwiegend reibungslose und unaufgeregte Zusammenarbeit aufgrund klar abgegrenzter Kompetenzbereiche. Sie sahen die Zuständigkeit des Hausarztes in seiner Rolle als erster Ansprechpartner für Patienten, der die somatische und psychosoziale Differentialdiagnostik einleitet und koordiniert. Dies entspricht den Guidelines der S3-Leitlinie, welche den Stellenwert der Koordination und Begleitung des diagnostischen und

therapeutischen Prozesses durch den Hausarzt betont, unter anderem im Sinne einer fortgesetzten Betreuung auch nach der Überweisung zum psychosozialen Facharzt². Während einige der Befragten – insbesondere aus der Psychosomatischen Medizin – in Abgrenzung dazu eine eigene Übernahme der Koordinatorfunktion für diese Patienten beschrieben, sah die Mehrzahl der Befragten diese Aufgabe klar beim Hausarzt und forderte die Patienten insbesondere bei neu aufgetretenen somatischen Beschwerden zur Wiedervorstellung bei ihrem Hausarzt auf.

Natschke et al. 2016 berichteten aus den von ihnen durchgeführten Interviews mit Berliner Hausärzten, dass die befragten Hausärzte ihre Arbeit und insbesondere das zeitaufwändige hausärztliche Gespräch durch die fachärztlichen Kollegen nicht adäquat gewürdigt sehen⁶². In den hier vorliegenden Facharztinterviews präsentierte sich ein deutlich anderes Bild: die hausärztliche Arbeit wurde sehr wertschätzend beschrieben und die teils schwierigen Bedingungen in der Hausarztpraxis – insbesondere der hohe Zeitdruck, unter dem Hausärzte oftmals zu arbeiten gezwungen sind – wurden von mehreren Gesprächspartnern thematisiert und als herausfordernde Situation für die hausärztlichen Kollegen anerkannt. Es könnte einem besseren Zusammen Arbeitsklima insofern zuträglich sein, wenn Fachärzte sich dieser Diskrepanz in der Wahrnehmung bewusst werden und sich gegenüber dem Patienten oder in der Kommunikation mit dessen Hausarzt bewusst wertschätzend äußern.

Neben dem hohen Zeitbedarf für die Betreuung von Patienten mit NFS wurde von den befragten Fachärzten insbesondere eine dysfunktionale Beziehung zwischen Hausarzt und Patient als wichtiger Grund für eine Überweisung in ihre Praxis identifiziert. Kernhof et al. 2013 stellten in einer Untersuchung zu stationärer Psychotherapie fest, dass „*Desinteresse und aggressiv-resignative Gefühle in der Gegenübertragung*“ wichtige Prädiktoren für einen ungünstigen Therapieverlauf darstellen¹⁴². Dies lässt sich sicherlich auch auf andere Behandler-Patienten-Interaktionen übertragen. Insofern erscheint die von den Interviewpartnern vorgeschlagene Überweisung in die Facharztpraxis von Patienten, die beim Hausarzt negative Emotionen wie Gereiztheit etc. hervorrufen, als sinnvolle und hilfreiche Lösungsstrategie und keinesfalls als persönliches Versagen des Hausarztes und sollte gegebenenfalls in zukünftigen Weiterbildungscurricula thematisiert werden. Lahmann et al. 2010 argumentieren jedoch gegen eine „*vorschnelle Überweisung*“ weg aus der Hausarztpraxis aus der Sorge heraus, dass sich insbesondere Patienten mit einem somatisch geprägten Krankheitsverständnis dadurch „*abgeschoben*“ fühlen könnten, und heben die Bedeutung der Betreuung im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung hervor¹. Goldberg et al. 2017 konnten zeigen, dass eine zu den NFS komorbide affektive oder Angststörung in der Facharztkonsultation häufiger erkannt

wurde als in der Hausarztpraxis¹⁴³. Dies unterstreicht den potentiellen diagnostischen Mehrwert einer frühzeitigen fachärztlichen Vorstellung des Patienten, der auch von mehreren Interviewpartnern beschrieben wurde, die sich eine verstärkte Einbeziehung ihrer Fachrichtungen in die Differenzialdiagnostik bei Patienten mit NFS wünschen. Es bleibt letztlich in der Verantwortung des Hausarztes, hier die richtige Balance und einen angemessenen Zeitpunkt für eine etwaige Überweisung zu finden. Leider ist diese Entscheidungsfreiheit in der Praxis allerdings durch die mehrfach angesprochenen langen Wartezeiten und mangelnden Kapazitäten der niedergelassenen psychosozialen Fachrichtungen stark eingeschränkt. Eine Stärkung der hausärztlichen Ressourcen erscheint in Anbetracht dessen auch gesundheitspolitisch sinnvoll.

Erklärt man dagegen die primäre Betreuung von Patienten mit NFS durch den Hausarzt zum Ziel, wie es in der aktuellen S3-Leitlinie vorgesehen ist², sehen sowohl die hier befragten Fachärzte als auch die von Natschke et al. 2016 interviewten Hausärzte deutlichen Bedarf für eine Überarbeitung des Abrechnungssystems zugunsten einer besseren Honorierung auch ausführlicher Gesprächsleistungen des Hausarztes⁶². Dies könnte zur zeitlichen Entlastung der behandelnden Ärzte beitragen und dadurch auch Spannungen in der Arzt-Patienten-Interaktion reduzieren.

Auf die Frage nach Konflikten in der Zusammenarbeit mit Hausärzten brachten mehrere Interviewpartner die Sprache auf Laboruntersuchungen. Einige der Befragten unterhalten keine eigene Laborkooperation und können die zum Beispiel nach Verschreibung von Medikamenten notwendigen Spiegelkontrollen und andere Blutwerte nicht selber bestimmen. Diese werden dann beim Hausarzt erbeten, für den dies eine erhebliche Belastung des eigenen Budgets bedeuten kann. Dadurch kann es zu Spannungen zwischen den Fachrichtungen kommen. Als mögliche Strategie erscheint es gerade bei teureren Untersuchungen sinnvoll und fair, Fachärzte zur Nutzung von Überweisungsscheinen für Laboratoriumsuntersuchungen (Muster 10)¹⁴⁴ an den Hausarzt zu ermutigen, so dass die notwendigen Kontrollen über das Budget des anfordernden Facharztes abgerechnet werden können. Dem Hausarzt obliegt dann jedoch weiterhin der organisatorische und personelle Aufwand der Blutentnahme in seiner Praxis. Auch hierfür eine adäquate Abrechnungsmöglichkeit zu schaffen, wäre ein denkbarer gesundheitspolitischer Ansatz, um Konflikte zwischen den Fachrichtungen zu reduzieren.

Trotz der teils unterschiedlichen Sichtweisen und Schwerpunkte der haus- und fachärztlichen Arbeit zeigte sich in den Interviews eine von gegenseitigem Respekt und Wertschätzung geprägte Zusammenarbeit im ambulanten Bereich, die als tragfähige Basis für die Entwicklung

gemeinsamer Versorgungskonzepte in der Zukunft fungieren kann (vgl. auch Döpfmer et al. 2016⁴¹).

5.1.8.2 Bitten an die hausärztlichen Kollegen

Aus den Facharztinterviews konnten einige konkrete Wünsche und Bitten formuliert werden, welche die Fachärzte an ihre hausärztlichen Kollegen stellen. Insgesamt wünschen sich die befragten Fachärzte vor allem, dass Hausärzte psychosoziale Beschwerden von Patienten verstärkt erfragen und die Möglichkeit einer psychogenen bzw. somatoformen Krankheitsgenese unspezifischer Körperbeschwerden offen thematisieren. Hausärzte sollten ihre Patienten möglichst früh im Krankheitsprozess eindringlich zu einer Vorstellung beim psychosozialen Facharzt motivieren, wenn sie eine NFS für möglich oder wahrscheinlich erachten. Insbesondere längerfristige Krankschreibungen oder gar Rentenantragsprozesse sowie der Beginn einer psychopharmakologischen Behandlung vor dem Hinzuziehen eines Facharztes baten die Gesprächspartner nach Möglichkeit zu vermeiden. Auch Schäfert et al. 2005 empfehlen die Überweisung an die Fachpsychotherapie bei Ausbleiben einer Verbesserung nach sechs Monaten psychosomatischer Grundversorgung oder bei Krankschreibung für mehr als vier Wochen¹⁰⁰. In der Wahrnehmung der interviewten Fachärzte findet dies im Moment jedoch oft erst nach mehreren Jahren statt. Die Überweisung sollte weiterhin differenziert an eine spezifische Fachrichtung erfolgen und auch mit dem Patienten explizit abgesprochen werden. Im Vorfeld der Konsultation beim Facharzt sollte der Hausarzt dem Patienten eindringlich die Mitnahme aller bisherigen Befundberichte nahelegen, um eine möglichst produktive Erstvorstellung zu ermöglichen.

Mehrere Interviewpartner sahen den Hausarzt weiterhin in der Pflicht, mit dem Patienten die Möglichkeit und Relevanz einer psychotherapeutischen Behandlung zu besprechen, die verschiedenen therapeutischen Ausrichtungen zu erklären und durch die gemeinsame Arbeit am Krankheitsverständnis bzw. der Krankheitsursachenzuschreibung eine Behandlungsmotivation beim Patienten zu schaffen. Doering 2009 hält diesen Prozess dagegen für so komplex und aufwändig, dass er die Vorbereitung zur Psychotherapie vielmehr als einen Kernbereich der fachärztlich psychosomatischen Arbeit definiert¹⁴⁵. Kleinstäuber et al. 2011 betonen die Schaffung der Therapiemotivation als zentralen Ansatzpunkt für die Verbesserung der Versorgung von Patienten mit NFS und beschreiben insbesondere die Angst der Patienten vor Stigmatisierung aufgrund einer psychischen Erkrankung als wichtiges zu überwindendes Hindernis für die Behandlung mittels Psychotherapie¹⁴⁶ und auch Schäfert et al. 2005 betonen, dass *„die Motivation zur Psychotherapie [...] als Ziel der Gespräche, nicht etwa als Bringschuld*

des Patienten“ zu begreifen sei¹⁰⁰. Es erscheint daher sinnvoll, Psychotherapie sowohl in der haus- als auch fachärztlichen Sprechstunde als Behandlungsoption der ersten Wahl zu thematisieren und die Erarbeitung eines angemessenen Krankheitsmodells als langfristigen kooperativen Prozess zu betrachten.

5.1.8.3 Zusammenarbeit und Kommunikation

Insgesamt berichteten die befragten Fachärzte eher von einem Koexistieren der Fachrichtungen als von einer Zusammenarbeit. Auch von hausärztlicher Seite wird die Kooperation mit psychosozialen Fachärzten laut Natschke et al. 2016 als „*schwierig bis nicht existent*“ beschrieben. Als Ursachen nannten die dort befragten Hausärzte neben dem Mangel an direktem fallbezogenem Austausch insbesondere auch die langen Wartezeiten für die Vorstellung in der psychosozialen Facharztpraxis⁶². Auch die hier interviewten Fachärzte sprachen davon, dass zum Beispiel direkte telefonische Kommunikation zwischen den involvierten Behandlern nur in den seltensten Fällen stattfände – während einige Ärzte sich für ein Mehr an Kontakt aussprachen, sahen andere wenig Notwendigkeit für einen verstärkten Austausch mit den mitbehandelnden Ärzten. Insgesamt scheint der Wunsch nach mehr Kommunikation und engerer Zusammenarbeit stärker von haus- denn fachärztlicher Seite gehegt zu werden⁴¹.

Entsprechend beschrieben die Interviewpartner zum Beispiel den typischen Informationsgehalt der Überweisungsscheine als spärlich bis generisch, bewerteten dies jedoch überwiegend als wenig relevant für ihre eigene Arbeit. Dieses Ergebnis der vorliegenden Studie stellt den Stellenwert des Überweisungsscheins als Medium der ärztlichen Kommunikation im Allgemeinen in Frage. Hier gäbe es sicherlich Potential für weitere Untersuchungen, im Zuge derer auch die Erfahrungen von Fachärzten weiterer Fachrichtungen erfragt werden sollten.

Eine Asymmetrie im Kommunikationsbedürfnis zwischen Haus- und Facharzt besteht auch in Hinblick auf Arztbriefe und Befundmitteilungen. Während sich die von Natschke et al. befragten Hausärzte mehr Rückmeldungen durch den Facharzt wünschen^{41,62}, sehen die hier interviewten Fachärzte das Verfassen entsprechender Briefe als unliebsamen Mehraufwand ohne Mehrwert für ihre eigene Arbeit. Hoedeman et al. 2010 führten eine Metaanalyse zur Effektivität schriftlicher Befundmitteilungen inklusive Therapievorschlügen nach psychiatrischer Konsultation an den Hausarzt durch und betrachteten sechs randomisierte kontrollierte Studien, wobei in zwei Fällen dem Arztbrief eine gemeinsame Patientenkonsultation mit Haus- und Facharzt in der hausärztlichen Praxis vorausging. Sie beschreiben eine insgesamt limitierte Evidenz für das Outcome auf Patientenebene – verbesserte körperliche und soziale

Funktionsfähigkeit sowie Reduktion der Somatisierungssymptomatik –, fanden jedoch eine Verminderung der Gesundheitskosten und ein verbessertes Behandler-bezogenes Outcome. Insgesamt sehen sie eine Effektivität von Konsilbriefen daher nicht sicher nachgewiesen¹⁴⁷. Erkennt man jedoch die Behandlerzufriedenheit als in sich selbst relevantes Ziel an, untermauern die Ergebnisse von Hoedeman et al. 2010 die hier gewonnene Einschätzung, dass Arztbriefe vom Fach- an den Hausarzt einen bedeutsamen Beitrag zum besseren Management von Patienten mit NFS beitragen können.

Die S3-Leitlinie sieht den Hausarzt in der Pflicht, „eine gute Kooperation mit Vor-/Mitbehandlern“ im Sinne eines „persönlichen Netzwerkes“ aufzubauen, innerhalb dessen die „Abstimmung eines gemeinsamen Versorgungskonzeptes“ erfolgen soll². Dies alleine den Hausärzten zu überlassen, erscheint aufgrund der dargestellten Diskrepanz zwischen den Ansprüchen an Kommunikation und Zusammenarbeit auf haus- und fachärztlicher Ebene unrealistisch. Vielmehr sollten systematisch bessere Plattformen für direkten Austausch zwischen Behandlern geschaffen werden. Auch finanzielle Anreize für das Verfassen von Arztbriefen oder die Einführung verpflichtender Kurzbefundberichte im Anschluss an Konsultationsgespräche nach Überweisung in die Facharztpraxis wären denkbare Ansätze, um die von Hausärzten gewünschten Rückmeldungen zu forcieren.

Eine weitere Möglichkeit bestünde in der Verbesserung des direkten telefonischen Austauschs zwischen den Behandlern. Dieser wurde von mehreren Interviewpartnern als hilfreichste, da zeitnahe und mit verhältnismäßig geringem Aufwand verbundene Kommunikationsform beschrieben.

Im Berliner Raum ist am Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge in Kooperation mit dem Institut für Allgemeinmedizin der Charité eine tägliche konsiliarische Telefonsprechstunde als Pilotprojekt seit 2012 etabliert. Die Sprechstunde soll insbesondere „der allgemeinen fachlichen Beratung, der Fallbesprechung oder der Überweisung schwer behandelbarer Patienten“ dienen. Zwei Jahre nach Beginn wurden Hausärzte zu ihrer Zufriedenheit mit dem Angebot befragt; 21 von 22 Befragte schätzten das Angebot als „hilfreich“ oder „sehr hilfreich“ ein, insbesondere für die Rücksprache zwecks möglicher Therapiemaßnahmen¹⁴⁸. Cruppè et al. 2006 fanden in einer Fragebogenerhebung mit 211 Hausärzten der KV Nordbaden, dass 63% der Hausärzte die Möglichkeit einer „telefonischen Kurzfallkonferenz mit der Option, telefonische Rücksprache am gleichen oder folgenden Tag mit einem Kollegen der Klinik in Anspruch zu nehmen“ positiv bewerten würden¹⁴⁹.

Jedoch sollte auch die direkte Interaktion mit den Mitbehandlern des konkreten Patienten gefördert werden – insgesamt bewerteten die meisten hier befragten Fachärzte dies derzeit als zwar erstrebenswert, aber impraktikabel. Die Wiedereinführung der Abrechnungsmöglichkeit patientenbezogener Telefonate mit Kollegen könnte zur Erhöhung der Kommunikationsfrequenz beitragen. Monetäre Anreize alleine wurden von einer Interviewpartnerin jedoch als nicht ausreichend zur Überwindung der organisatorischen Hindernisse angesehen. Denkbar wären daher zum Beispiel feste und auf der Praxiswebseite veröffentlichte wöchentlich Telefonsprechzeiten aller niedergelassenen Ärzte, welche die interdisziplinäre Erreichbarkeit vereinfachen würden.

Keine der Studienpraxen nimmt an einem fest koordinierten Versorgungsnetzwerk teil. Die engste Kooperation mit Ärzten anderer Fachrichtungen bestand bei zwei Interviewpartnern, welche mit ihrer Praxis jeweils in Ärztehäusern angesiedelt sind. Sie beschrieben direkte und informelle Kontakte zu Kollegen im Haus, die die Kommunikationsbarriere zwischen Fach- und Hausarzt deutlich senken. Die Überweisung an einen Therapeuten, den der Hausarzt *„kennt und persönlich wertschätzt“*, kann laut Schäfert et al. 2005 außerdem dazu beitragen, die Hemmschwelle des Patienten zur Vorstellung in der psychosozialen Facharztpraxis zu reduzieren¹⁰⁰. Sonnenmoser 2011 stellt zudem die Hypothese auf, dass ein Mangel an Kontakten des Hausarztes zu lokal angesiedelten psychosozialen Fachärzten vermehrt zu zögerlichem Überweisungsverhalten des Hausarztes beitragen kann¹⁵⁰. Ein zunehmender Zusammenschluss von Ärzten verschiedenster Fachrichtungen in Ärztehäusern oder gar in enger organisierten Medizinischen Versorgungszentren könnte insofern eine niederschwelligere und streng lokale Alternative zu organisatorisch aufwändigen strukturierten Praxisnetzen darstellen.

5.1.8.4 Weiterbildung

Wie bereits angesprochen, stellen sich Patienten mit NFS in der Regel als Erstes in der Hausarztpraxis vor, um eine Einschätzung ihrer Beschwerden zu erhalten. Auch langfristig findet die Betreuung oftmals durch den Hausarzt statt, sei es bei eher leichter Krankheitsausprägung, wegen mangelnder Kapazitäten beim Facharzt oder aufgrund einer Präferenz des Patienten. Um eine möglichst gute Versorgung sicherzustellen, erscheint es daher sinnvoll, Hausärzte spezifisch im Management dieser Patientengruppe zu schulen. Sirri et al. 2017 führten eine Fragebogenstudie mit 347 italienischen Hausärzten durch, in der 77,5% der Ärzte in der Selbsteinschätzung angaben, mehr Ausbildung über MUS zu benötigen¹⁵¹. Auch die hier interviewten Fachärzte äußerten sich teilweise unzufrieden über den Wissensstand ihrer

hausärztlichen Kollegen und monierten insbesondere eine übermäßige Fokussierung auf die Somatik.

Aus den hier geführten Interviews geht deutlich hervor, dass die befragten Fachärzte ihre gute Ausbildung und umfangreiche Erfahrung im Umgang mit psychosozial oder im Kontakt schwierigen Patienten als besonders stärkende Ressource für das Handling dieser Patienten empfinden. Boeckle et al. 2014 untersuchten die vom Arzt erlebte Belastung durch die Betreuung dieser Patienten und konnten zeigen, dass Allgemeinmediziner mit spezifischer psychosomatischer Weiterbildung die persönliche Belastung deutlich geringer einschätzten als solche ohne entsprechende Weiterbildung¹⁵². Außerdem nehmen laut Cruppé et al. 2006 Hausärzte mit Zulassung zur Psychosomatischen Grundversorgung signifikant häufiger an einer Balint-Gruppe oder Supervision teil als diejenigen ohne eine solche Zulassung. Allerdings handelte es sich hier im Schnitt nur um 11% der befragten Hausärzte gegenüber 70% der psychosozialen Fachärzte¹⁴⁹. Die verpflichtende Einführung der Psychosomatischen Grundversorgung als Teil der allgemeinmedizinischen Facharztweiterbildung im Rahmen der neuen Weiterbildungsverordnung 2004 stellt also einen wichtigen Schritt in die richtige Richtung dar.

Die befragten psychosozialen Fachärzte benannten überwiegend den Besuch von Fortbildungen und Kongressen als Quelle für aktualisiertes Wissen. Auch Leitlinien wurde eine wichtige Rolle für den Wissenstransport bzw. als zuverlässiges Nachschlagewerk zugesprochen. Allerdings steht im Widerspruch dazu die insgesamt eher seltene Lektüre und Beachtung der S3-Leitlinie zu NFS sowohl durch die hier interviewten Fachärzte als auch die von Natschke et al. 2016 interviewten Hausärzte⁶². Dementsprechend beschrieben auch rund 46% der 825 Berliner Hausärzte, die Kunz 2005 per Fragebogen zu ihrem Umgang mit Leitlinien befragte, die „*klinischen Erfahrungen im Umgang mit Patienten*“ als gegenüber Leitlinien relevantere Informationsquelle zur fachlichen Weiterbildung, weiterhin jeweils etwa 38% den „*Austausch mit Kollegen*“ und „*Fortbildungen/Kongresse*“¹⁴⁰.

In den vergangenen Jahrzehnten wurden mehrere Pilotprojekte zur spezifischen Schulung von Hausärzten im Management von Patienten mit NFS entwickelt, unter anderem das TERM-Modell¹⁵³ sowie das FUNKTIONAL-Projekt¹⁰⁰. Die meisten bisher durchgeführten Schulungsprogramme beruhen auf dem Reattributionsmodell, das erstmals von Goldberg et al. 1989 publiziert¹⁵⁴ und seitdem kontinuierlich weiterentwickelt und abgewandelt wurde. In der Regel konnten durch die Schulungen vorrangig die Zufriedenheit und das Kompetenzgefühl des Behandlers erhöht werden, ein Benefit für die Symptomatik der Patienten konnte dagegen nicht

belegt werden (vgl. u.a. Rosendal et al. 2005¹⁵⁵, Larisch et al. 2005¹⁵⁶, Rief et al. 2006¹⁵⁷ und Gask et al. 2011¹⁵⁸).

Rief 2007 schlägt aufgrund der großen alltäglichen Relevanz unspezifischer Körperbeschwerden die Implementierung einer verbesserten Ausbildung im Umgang mit betroffenen Patienten, zum Beispiel durch Rollenspiele, bereits im Rahmen von Studium und Facharztweiterbildung vor¹⁰. Dies spiegelt sich in der Aufnahme des Lernziels „Ärztliche Gesprächsführung“ in die aktualisierte Approbationsordnung von 2012 wieder. Ringel et al. 2015 stellen ein mögliches Best Practice Beispiel für die Lehre im Medizinstudium vor¹⁵⁹.

5.1.9 Unterschiede nach Fachrichtung

Bei der Analyse der Interviewergebnisse nach Fachrichtung zeigte sich ein deutlicher Gradient zwischen einer eher organisch orientierten, leitlinienbasierten Betrachtungsweise in der Gruppe „Sprechstundenmedizin – neurologisch-psychiatrisch“ bis hin zu der eher individualistischen und überwiegend auf die Psyche fokussierten Sicht in der Gruppe „Ärztliche Psychotherapie“ (vgl. Tabelle 9 auf S. 88). Selbstverständlich ist dies eine vereinfachte Darstellung, trotz allem lässt sie sich schlüssig auf die jeweils unterschiedlichen Arbeitsbedingungen der einzelnen Gruppen zurückführen. Die Fachärzte, welche Patienten vorrangig im Rahmen der Sprechstunde betreuen, sehen diese tendenziell früher im Krankheitsverlauf als psychotherapeutisch tätige Kollegen. Zu diesem Zeitpunkt kommt also der Abklärung, ob die gezeigten Beschwerden somatischer oder psychischer Genese sind, ein wichtiger Teil der Aufmerksamkeit zu, wohingegen diese Fragestellung bei der Überweisung in eine Psychotherapie häufig bereits weitestgehend beantwortet wurde. Ebenso erscheint bei Kollegen, welche neben psychiatrischen auch rein neurologische Patienten betreuen, die verstärkte Ausprägung eher klassisch körpermedizinischer Sichtweisen, zum Beispiel in der Wahrnehmung dieses Patientenkontingents, verständlich. Am deutlichsten zeigte sich hier die Abhängigkeit der ärztlicherseits wahrgenommenen Belastung, des „Anstrengendseins“ der Patienten, von dem für den einzelnen Patienten zur Verfügung stehenden Zeitkontingent.

Es konnte in den Interviews kein Unterschied im Kodierverhalten der verschiedenen psychosozialen Spezialisierungen mithilfe der ICD-10-Klassifikation gefunden werden. Vielmehr scheint das Vorgehen von den persönlichen Überzeugungen der Ärzte geprägt zu sein. Zwar fanden Kruse und Herzog 2012 im Auftrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, dass eine F45-Diagnose unter den psychosozialen Fachrichtungen bei Fachärzten für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit 8% der Fälle am häufigsten gestellt wurde

(gegenüber 5,2% bei den Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie und 2,5% bei den Nervenärzten)¹⁶⁰, allerdings erscheint es wahrscheinlich, dass dies nicht ausschließlich aus einer verstärkten Aufmerksamkeit bezüglich NFS bei den psychosomatischen Fachärzten resultiert, sondern ebenso auch mit der Selektion des Patientengutes der verschiedenen Fachrichtungen in Zusammenhang stehen könnte. Insgesamt ist trotz allem in allen Spezialisierungsrichtungen von einer Unter-Diagnosekodierung auszugehen, stellt man diese Zahlen den einleitend dargestellten epidemiologischen Schätzwerten aus der Hausarztpraxis gegenüber.

Auch im Hinblick auf die Anwendung von Leitlinien zeigten sich deutliche Unterschiede zwischen den Behandlergruppen. So findet die S3-Leitlinie „Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“ am ehesten bei den neurologisch-psychiatrisch ausgerichteten Kollegen Beachtung im Praxisalltag. Kunz 2005 fand in ihrer Untersuchung von Hausarztpraxen, dass Praxen mit einer größeren Anzahl von Kassenscheinen pro Quartal gegenüber solchen mit einer kleineren Scheinzahl mit höherer Wahrscheinlichkeit Leitlinien anwandten¹⁴⁰. Die hier vorliegenden Ergebnisse spiegeln eine vergleichbare Abhängigkeit von der Zahl der Behandlungsfälle pro Quartal so nicht wider, da in den hier vorliegenden Interviews nicht nur die überwiegend psychotherapeutisch arbeitenden Ärzte mit geringer Scheinzahl, sondern daneben auch die in psychiatrischer oder psychosomatischer Sprechstundenmedizin tätigen Kollegen mit größeren Scheinzahlen einen relevanten Stellenwert der Leitlinie für ihre praktische Arbeit verneinten.

5.2 Methodenkritik

5.2.1 Auswahl der Stichprobe und Forschungsmethodik

Als Grundsatz qualitativer Forschung wird die „Gegenstandsangemessenheit“ der gewählten Methodik definiert^{75,76}. Die hier erfolgte Entscheidung für eine Datengewinnung mittels teilstandardisierter Leitfadeninterviews sowie die Auswertung anhand der von Steigleder revidierten qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring erfüllen das Kriterium der Gegenstandsangemessenheit insofern, als mithilfe dieser Methoden ein Einblick in das Management von NFS in der psychosozialen Facharztpraxis erarbeitet werden konnte. Auf Basis des gewonnenen Datenmaterials konnten zum einen die eingangs aufgestellten Forschungsfragen beantwortet werden, zum anderen blieb innerhalb der Interviews der Freiraum, Denkanstößen der Interviewpartner zu folgen und so weitere interessante und relevante Aspekte zur Sprache kommen zu lassen.

Die Auswahl der Stichprobe erfolgte dabei nicht repräsentativ; dies ist bei qualitativer Forschung jedoch auch nicht zielführend. Vielmehr soll ein möglichst breites Spektrum an Meinungen und Auffassungen abgedeckt werden. Dies konnte durch die Auswahl von Ärzten verschiedener psychosozialer Fachrichtungen und Zusatzqualifikationen mit unterschiedlicher Dauer an Berufserfahrung und aus verschiedenen Berliner Stadtvierteln mit heterogenen Patientenpopulationen und Versorgungssituationen erreicht werden. Die Stichprobe war ausgewogen und zur Beantwortung der Fragestellungen angemessen gewählt. Besonders deutlich zeigt sich dies in dem differenzierten Kategoriensystem, welches sich aus dem akquirierten Material bilden ließ. Allerdings ist anzumerken, dass den teilnehmenden Ärzten kein finanzieller oder sonstiger Vorteil aus der Teilnahme entstand. Insofern kann vermutet werden, dass es sich um überdurchschnittlich motivierte Kollegen handelt, welche sich gegebenenfalls bereits im Vorfeld stärker für das Thema NFS interessierten als kontaktierte Fachärzte, die sich nicht zur Teilnahme bereit erklärten. Auch ein Interesse für wissenschaftliche Forschung und daraus eventuell erwachsende verstärkte eigene fachliche Weiterbildung sind anzunehmen.

Die Entscheidung für eine Anzahl von fünfzehn Interviews stellt einen Kompromiss aus den zur Verfügung stehenden personellen und zeitlichen Ressourcen und dem zu erreichenden inhaltlichen Informationsgewinn dar. Ein gutes Anzeichen für inhaltliche Sättigung ist mangelndes Hinzukommen neuer Kategorien bei der Analyse und Kodierung weiterer Interviews. Dies spricht dafür, dass kaum noch weitere neue Themen angesprochen wurden und weitere Interviews einen verhältnismäßig geringeren Erkenntnisgewinn böten⁷⁵. Allerdings ist inhaltliche Sättigung natürlich nur in der Kombination mit einem ausreichend breiten Sample ein sinnvolles Kriterium.

Obwohl mit der Durchführung der Interviews in der jeweiligen Praxis des Arztes eine möglichst angenehme und gewohnte Gesprächsumgebung für den Interviewpartner geschaffen werden sollte, bleibt jedes Interview stets eine künstliche Situation. Eine gewisse Beeinflussung des Gesagten durch die Aufnahmesituation ist insofern nicht zu vermeiden. Auch wenn selbstverständlich eine Anonymisierung der Interviewtranskripte erfolgte, so ist die eigentliche Interviewsituation trotzdem sehr persönlich. Ein gewisses Maß an Färbung durch soziale Erwünschtheit kann daher nicht ausgeschlossen werden.

Wichtig ist zudem, zu beachten, dass alle vorgestellten Einblicke in die Versorgungssituation auf der Selbstauskunft der behandelnden Ärzte beruhen. Eine Gegenvalidierung durch die unmittelbare Beobachtung von Patientenkonsultationen in der Praxis könnte lohnenswert sein.

5.2.2 Qualitätskriterien qualitativer Forschung

Es herrscht große Uneinigkeit bezüglich der Auswahl angemessener Gütekriterien für qualitative Forschung. Die drei klassischen Qualitätsmerkmale quantitativer Untersuchungen – Objektivität, Reliabilität und Validität – lassen sich nur schlecht auf die qualitative Forschung übertragen⁷⁶. Es gab in der Vergangenheit einige Versuche, quantitative Qualitätskriterien in die qualitative Forschung zu übertragen. Reliabilitätsüberprüfung wäre zum Beispiel im Sinne der Berechnung eines Koeffizienten der Übereinstimmungen in der Kodierung durch unterschiedliche Forscher denkbar¹⁶¹, der Wert eines solchen quasiquantitativen Ansatzes innerhalb einer qualitativen Forschungsmethodik ist jedoch umstritten. Malterud 2001 argumentiert, dass der Vorteil der Beteiligung mehrerer Forscher nicht in der Konsensfindung, sondern vielmehr in der Vielzahl sich gegenseitig ergänzender und erweiternder Sichtweisen zu finden ist¹⁶².

Zur Validitätsüberprüfung könnte der Vergleich mit einem Außenkriterium herangezogen werden. Allerdings muss in diesem Fall die Gültigkeit des von außerhalb der eigenen Untersuchung herangezogenen Materials bereits feststehen, um eine Überprüfung der Validität damit gewährleisten zu können, was wiederum die Durchführung einer neuen Untersuchung weitestgehend obsolet machen könnte („Zirkularität von Validierung“)⁸¹.

Überprüfbare Qualitätskriterien beruhen außerdem oft auf einem hohen Grad an Standardisierung der Forschung. Dies steht im Widerspruch zum wichtigen Grundprinzip der Offenheit qualitativer Forschung, welche zum Generieren neuer Hypothesen unabdingbar ist. Eine hohe Interraterreliabilität ist beispielsweise nur dann erreichbar, wenn die Kodierung annähernd ausschließlich deskriptiv erfolgt. Gerade im Aufspüren subtiler und unterschwelliger Aussagen aus dem Textmaterial durch eine interpretative und zwangsläufig subjektive Herangehensweise des Forschenden liegt jedoch eine der Stärken qualitativer Forschung⁷⁶. Malterud 2001 betont den Stellenwert von Reflexivität und Transparenz der beteiligten Forscher über ihre eigenen Vorannahmen und wie diese ihren Blickwinkel auf das Datenmaterial beeinflussen könnten¹⁶². Insofern erscheinen stärker prozessorientierte statt ergebnisorientierte Qualitätsmerkmale zur Beurteilung qualitativer Studien besser geeignet¹⁶³. Seale 1999 propagiert die Auseinandersetzung mit möglichst vielen verschiedenen methodischen Ansätzen und die Ausbildung einer pragmatischen und skeptischen Geisteshaltung im Sinne eines „*methodologischen Bewusstseins*“ (engl. „*methodological awareness*“) unter Zuhilfenahme und Kombination von Qualitätskriterien aus unterschiedlichen Schulen und Ausrichtungen qualitativer Forschung¹⁶⁴.

Als anzustrebende Qualitätsziele für qualitative Untersuchungen benennen Lincoln und Guba 1985 die Begriffe Glaubwürdigkeit, Vertrauenswürdigkeit, Übertragbarkeit, Zuverlässigkeit und Bestätigbarkeit.¹⁶⁵ Diese Qualitätsmerkmale seien durch eine Kombination unterschiedlicher Methoden zu erreichen, von welchen eine Auswahl mit ihrer Anwendung auf die vorliegende Studie im Folgenden dargestellt werden soll.

- Die „*Triangulation verschiedener Methoden, Forscher und Datensorten*“ erlaubt eine Betrachtung des gleichen Forschungsgegenstandes aus unterschiedlichen Blickwinkeln und fördert insofern ein tiefergehendes Verständnis desselben, erfordert jedoch einen hohen Aufwand an Zeit und Personal, der im Rahmen dieser Untersuchung nicht zu realisieren war.
- „*Peer debriefing*“ bezeichnet regelmäßige Besprechungen mit anderen Forschenden zur Aufdeckung „blinder Flecken“ im eigenen Vorgehen und zur gemeinsamen Reflektion des Forschungsprozesses. Dies wurde im Rahmen der monatlich stattfindenden qualitativen Forschungswerkstatt am Institut für Allgemeinmedizin der Charité sowie im direkten Diskurs mit Kollegen am Institut umgesetzt.
- Die „*Analyse abweichender Fälle*“ beschreibt die gesonderte Auseinandersetzung mit auffälligen Fällen im gewonnenen Datenmaterial. Als auffällig können zum Beispiel abweichende sprachliche Muster oder ein überdurchschnittlich starker inhaltlicher Fokus auf ein spezifisches Thema gelten. Letzteres resultierte in die Darstellung der „Einzelergebnisse“ als weitgehend vom Interviewleitfaden unabhängiges Produkt einzelner Interviews.

Steigleder 2008 empfiehlt zusätzlich im Rahmen der Auswertung des Textmaterials nach jedem Analyseschritt einen Kontrollschritt, bei dem die jeweils erarbeiteten Kategorien auf Angemessenheit und Plausibilität überprüft sowie die Zuordnung von Fundstellen zu Kategorien auf ihre Richtigkeit hin kontrolliert werden⁸². Diese Kontrollschritte wurden im Verlauf des Auswertungsprozesses entsprechend durchlaufen. Die zusätzlich vorgeschlagene Prozessdokumentation wurde in Form eines Forschungstagebuchs geführt und macht getroffene Entscheidungen nachvollziehbar, z.B. für gröbere Veränderungen am Kategoriensystem.

6 Ausblick

Im Rahmen der hier vorliegenden Untersuchung wurde deutlich, dass das Management von Patienten mit NFS und die Entscheidungsfindung im Praxisalltag in allererster Linie auf dem

persönlichen fachlichen Erfahrungsschatz der betreuenden Ärzte basieren. Sowohl die S3-Leitlinie als auch die spezifischen diagnostischen Kategorien der ICD-10-Klassifikation spielen lediglich eine untergeordnete Rolle in der direkten Versorgung dieser Patienten. Die Ergebnisse aus den Interviews zeigen eindrucklich die interindividuelle Heterogenität der Vorgehensweisen bei der Verschlüsselung der Diagnosen nach ICD-10. Dies ist ein deutlicher Hinweis darauf, dass in Zukunft eine für die Praxis leichter handhabbare Einteilung unter Berücksichtigung der diagnostischen Unsicherheit und Unschärfe gefunden werden muss. Es wäre sicherlich lohnenswert, in kommenden Jahren zu überprüfen, inwiefern die Neuordnung und Vereinfachung der diagnostischen Kategorien, wie sie gerade im Rahmen der DSM-V und ICD-11 erfolgt, das individuelle Kodierverhalten ambulant und klinisch tätiger Ärzte beeinflusst und ob die vorherrschende Heterogenität durch die Neuklassifikation verringert werden konnte.

Ein zentrales Problem in der derzeitigen Versorgung von Patienten mit NFS stellen zudem die oftmals langen Wartezeiten dar, welche den Zugang zu einer psychotherapeutischen Behandlung erschweren. Die Möglichkeiten der nicht-medikamentösen Therapie dieser Patienten und insbesondere die Prävention einer Chronifizierung der Beschwerden durch frühzeitige adäquate psychotherapeutische Maßnahmen können daher nicht voll ausgeschöpft werden. Ein Ausbau entsprechender Angebote in der Zukunft ist anzustreben. Auch eine großzügigere Honorierung unstrukturierter ärztlicher Gesprächsleistungen in der Haus- und Facharztpraxis als niederschwelligere Alternative zur Richtlinienpsychotherapie sowie die Stärkung fächerübergreifender ärztlicher Kommunikation erscheinen als vielversprechende Ansätze für eine zukünftige Verbesserung des Managements von Patienten mit NFS. Um die Effektivität solcher Maßnahmen besser einschätzen zu können, wäre ein interventionelles Studiendesign für die Hausarztpraxis unter Berücksichtigung des patienten- und behandlerbezogenen Outcomes notwendig.

Auch die Einführung einer elektronischen Patientenakte, wie von einem der hier interviewten Fachärzte vorgeschlagen, könnte langfristig helfen, das Management von Patienten mit NFS zu optimieren, indem Wissensaustausch zwischen KoBehandlern gefördert wird, vorhandene diagnostische Befunde zusammengeführt werden und die kostenintensive und für den Patienten potentiell schädliche Mehrfachdiagnostik leichter vermeidbar wird. Dadurch wird der Aufwand spezifisch zu verfassender Arztbriefe gemindert und letztlich Barrieren der Zusammenarbeit abgebaut. Datenschutzrechtliche Bedenken stehen der Implementierung eines derartigen zentralen medizinischen Dokumentationssystems in Deutschland derzeit noch entgegen¹⁶⁶, in

Anbetracht der zunehmenden globalen Digitalisierung erscheint die Einführung eines solchen Systems in den kommenden Jahrzehnten jedoch sicherlich realistisch.

Letztlich wäre auch eine Erweiterung des Forschungsfokus auf Ärzte aller weiteren somatischen Fachrichtungen, Klinikärzte, psychologische Psychotherapeuten, Praxispersonal, Physiotherapeuten und alle weiteren Behandler, die an der Versorgung von Patienten mit NFS beteiligt sind, interessant und könnte helfen, ein umfangreicheres Verständnis für dieses komplexe und multidimensionale Krankheitsbild zu entwickeln und gemeinsame, stärker auf Vernetzung bedachte Managementkonzepte zu entwickeln. Denn wie es auch in der S3-Leitlinie heißt: *„Eine gute Vernetzung sichert als strukturelles Moment am ehesten die Nachhaltigkeit der Versorgungsanstrengungen.“*²

7 Literaturverzeichnis

1. Lahmann C, Henningsen P, Noll-Hussong M, Dinkel A. Somatoforme Störungen. *PPmP - Psychother · Psychosom · Medizinische Psychol.* 2010;60(6):227–236. doi:10.1055/s-0030-1248479.
2. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF). S3 Leitlinie Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden AWMF-Reg.-Nr. 051-001 Langfassung. 2012;(51):1–232. http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-001_S3_Nicht-spezifische_funktionelle_somatoforme_Koerperbeschwerden_2012-04.pdf.
3. ICD-10-GM Version 2018 Systematisches Verzeichnis. 2017;(22. September 2017).
4. Sauer N, Eich W. Somatoforme Störungen und Funktionsstörungen. *Dtsch Arztebl.* 2007;Jg. 104(Heft 1-2):A45–A57.
5. Salmon P, Ring A, Dowrick CF, Humphris GM. What do general practice patients want when they present medically unexplained symptoms, and why do their doctors feel pressurized? *J Psychosom Res.* 2005;59(4):255–262. doi:10.1016/j.jpsychores.2005.03.004.
6. Ring A, Dowrick CF, Humphris GM, Davies J, Salmon P. The somatising effect of clinical consultation: What patients and doctors say and do not say when patients present medically unexplained physical symptoms. *Soc Sci Med.* 2005;61(7):1505–1515. doi:10.1016/j.socscimed.2005.03.014.
7. Salmon P, Dowrick CF, Ring A, Humphris GM. Voiced but unheard agendas: Qualitative analysis of the psychosocial cues that patients with unexplained symptoms present to general practitioners. *Br J Gen Pract.* 2004;54(500):171–176.
8. Sattel H, Schaefer R, Häuser W, Herrmann M, Ronel J, Henningsen P, Hausteiner-Wiehle C. Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. *DMW - Dtsch Medizinische Wochenschrift.* 2014;139(12):602–607. doi:10.1055/s-0034-1369857.
9. Hausteiner-Wiehle C, Schäfer R. Therapeutische Beziehung und Gesprächsführung. *Z Gerontol Geriatr.* 2014;47:165–175. doi:10.1007/s00482-012-1291-9.
10. Rief W. Analyzing the problems in managing patients with medically unexplained symptoms. *J Gen Intern Med.* 2007;22(5):704–706. doi:10.1007/s11606-007-0151-2.
11. Haller H, Cramer H, Lauche R, Dobos G. Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care - a systematic review and meta-analysis of prevalence. *Dtsch Arztebl Int.* 2015;112(16):279–287. doi:10.3238/arztebl.2015.0279.
12. Wittchen H-U, Müller N, Pfister H, Winter S, Schmidt-kunz B. Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland - Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsyveys „Psychische Störungen“. *Gesundheitswesen.* 1999;61(Sonderheft 2):216–222. <http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Der+Bundes-Gesundheitssurvey+1998:+Erfahrungen,+Ergebnisse,+Perspektiven#0>.
13. Jacobi F, Höfler M, Strehle J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch MA, Maske U, Hapke U, Gaebel W, Maier W, Wagner M, Zielasek J, Wittchen H-U. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Nervenarzt.* 2014;85(1):77–87. doi:10.1007/s00115-013-3961-y.
14. Kapfhammer H-P. Geschlechtsdifferenzielle Perspektive auf somatoforme Störungen. *Psychiatr Psychother.* 2005;1/2:63–74.
15. Henningsen P, Derra C, Türp JC, Häuser W. Funktionelle somatische Schmerzsyndrome. *Der Schmerz.* 2004;18:136–140. doi:10.1007/s00482-003-0299-6.
16. Jacobi F, Wittchen HC, Holting C, Hofler M, Pfister H, Al E. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med.* 2004;34:1–15.
17. Budtz-Lilly A, Vestergaard M, Fink P, Carlsen AH, Rosendal M. Patient characteristics and frequency of bodily distress syndrome in primary care: a cross-sectional study. *Br J Gen Pract.* 2015;65(638):e617–e623. doi:10.3399/bjgp15X686545.

18. De Waal MWM, Arnold IA, Eekhof JAH, Hemert AM Van. Somatoform disorders in general practice: Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. *Br J Psychiatry*. 2004;184(6):470–476. doi:10.1192/bjp.184.6.470.
19. Goldberg DP, Reed GM, Robles R, Bobes J, Iglesias C, Fortes S, Mari JDJ, Lam T, Minhas F, Razzaque B, Garcia JÁ, Rosendal M, Dowell CA, Gask L, Mbatia JK, Saxena S. Multiple somatic symptoms in primary care: A field study for ICD-11 PHC, WHO's revised classification of mental disorders in primary care settings. *J Psychosom Res*. 2016;91:48–54. doi:10.1016/j.jpsychores.2016.10.002.
20. Lieb R, Meinlschmidt G, Araya R. Epidemiology of the Association Between Somatoform Disorders and Anxiety and Depressive Disorders: An Update. *Psychosom Med*. 2007;69(9):860–863. doi:10.1097/PSY.0b013e31815b0103.
21. Mack S, Jacobi F, Beesdo-Baum K, Gerschler A, Strehle J, Höfler M, Busch MA, Maske U, Hapke U, Gaebel W, Zielasek J, Maier W, Wittchen H-U. Functional disability and quality of life decrements in mental disorders: Results from the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Eur Psychiatry*. 2015;30(6):793–800. doi:10.1016/j.eurpsy.2015.06.003.
22. Joustra ML, Janssens KAM, Bültmann U, Rosmalen JGM. Functional limitations in functional somatic syndromes and well-defined medical diseases. Results from the general population cohort LifeLines. *J Psychosom Res*. 2015;79(2):94–99. doi:10.1016/j.jpsychores.2015.05.004.
23. Rask MT, Ørnbøl E, Rosendal M, Fink P. Long-Term Outcome of Bodily Distress Syndrome in Primary Care. *Psychosom Med*. 2017;79(3):345–357. doi:10.1097/PSY.0000000000000405.
24. Rask MT, Rosendal M, Fenger-Grøn M, Bro F, Ørnbøl E, Fink P. Sick leave and work disability in primary care patients with recent-onset multiple medically unexplained symptoms and persistent somatoform disorders: a 10-year follow-up of the FIP study. *Gen Hosp Psychiatry*. 2015;37(1):53–59. doi:10.1016/j.genhosppsy.2014.10.007.
25. Mewes R, Rief W, Brähler E, Martin A, Glaesmer H. Lower decision threshold for doctor visits as a predictor of health care use in somatoform disorders and in the general population. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008;30(4):349–355. doi:10.1016/j.genhosppsy.2008.04.007.
26. Fink P, Sørensen L, Engberg M, Holm M, Munk-Jørgensen P. Somatization in primary care. Prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. *Psychosomatics*. 1999;40(4):330–338. doi:10.1016/S0033-3182(99)71228-4.
27. Nanke A, Rief W. Zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bei Patienten mit somatoformen Störungen. *Psychotherapeut*. 2003;48(August):329–335. doi:10.1007/s00278-003-0323-4.
28. Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:903–910. doi:10.1001/archpsyc.62.8.903.
29. Hessel A, Geyer M, Hinz A, Brähler E. Inanspruchnahme des Gesundheitssystems wegen somatoformer Beschwerden - Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung. *Z Psychosom Med Psychother*. 2005;51(1):38–56.
30. Jyväskylä S, Joukamaa M, Väisänen E, Larivaara P, Kivelä S, Keinänen-Kiukaanniemi S, Va E, Kivela S, Keina S. Somatizing frequent attenders in primary health care. *J Psychosom Res*. 2001;50(4):185–192. doi:10.1016/S0022-3999(00)00217-8.
31. Gesundheitsberichterstattung (GBE) der Länder - Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit. 21.10.2016. <http://www.gbe-bund.de>. Published 2016. Zugegriffen Dezember 6, 2017.
32. Kanaan RA, Armstrong D, Wessely SC. The function of „functional“: a mixed methods investigation. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2012;83(3):248–250. doi:10.1136/jnnp-2011-300992.
33. Brown RJ. Introduction to the special issue on medically unexplained symptoms: Background and future directions. *Clin Psychol Rev*. 2007;27(7):769–780. doi:10.1016/j.cpr.2007.07.003.
34. Deary IJ. A taxonomy of medically unexplained symptoms. *J Psychosom Res*. 1999;47(1):51–59.
35. Falkai P, Wittchen H-U, Hrsg. *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-5*. 1. Auflage. Göttingen: Hogrefe; 2015.

36. Hiller W, Rief W. Die Abschaffung der somatoformen Störungen durch DSM-5 – ein akademischer Schilfbürgerstreich? *Psychotherapeut*. 2014;59(6):448–455. doi:10.1007/s00278-014-1081-1.
37. ICD-11 Beta Draft. <http://id.who.int/icd/entity/767044268>. Published 2017. Zugegriffen Dezember 12, 2017.
38. Lam TP, Goldberg DP, Dowell a. C, Fortes S, Mbatia JK, Minhas F a., Klinkman MS. Proposed new diagnoses of anxious depression and bodily stress syndrome in ICD-11-PHC: An international focus group study. *Fam Pract*. 2013;30(1):76–87. doi:10.1093/fampra/cms037.
39. Stone J. What should we say to patients with symptoms unexplained by disease? The „number needed to offend“. *Bmj*. 2002;325(7378):1449–1450. doi:10.1136/bmj.325.7378.1449.
40. Schaefer R, Kaufmann C, Bölter R, Herzog W. Hausärztliche Diagnosevergabe bei funktionellen/somatoformen Beschwerden. In: Laux G, Kühlein Th, Gutscher A, Szecsenyi J, Hrsg. *Versorgungsforschung in der Hausarztpraxis Ergebnisse aus dem CONTENT-Projekt 2006-2009*. München: Springer Medizin; 2010:67–75.
41. Döpfner S, Münchmeyer MC, Natschke T, Herrmann W, Holzinger F, Burian R, Berghöfer A, Heintze C. Die ambulante Betreuung von Patienten mit somatisch nicht erklärten Beschwerden. Eine vergleichende qualitative Studie. *Nervenarzt*. Oktober 2016. doi:10.1007/s00115-016-0226-6.
42. *Die 50 häufigsten ICD-10-Schlüsselnummern nach Fachgruppen - aus dem ADT-Panel des Zentralinstituts*.; 2012.
43. Herpertz S, Herpertz S, Schaff C, Roth-Sackenheim C, Falkai P, Henningsen P, Holtmann M, Bergmann F, Langkafel M. *Studie zur Versorgungsforschung: Spezifische Rolle der Ärztlichen Psychotherapie - Vorläufiger Abschlussbericht Dezember 2011*.; 2011.
44. Wittchen H-U, Jacobi F. Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland - Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz*. 2001;44(10):993–1000. doi:10.1007/s001030100269.
45. WHO. *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*. World Health Organization; 2001. doi:10.1007/s001270170010.
46. Kruse J, Schmitz N, Wöller W, Heckrath C, Tress W. Warum übersieht der Hausarzt die psychischen Störungen seiner Patienten? Determinanten der hausärztlichen Identifikation psychischer Störungen. *PPmP Psychother Psychosom Medizinische Psychol*. 2004;54(2):45–51. doi:10.1055/s-2003-814791.
47. Cape J, McCulloch Y. Patients' reasons for not presenting emotional problems in general practice consultations. *Br J Gen Pract*. 1999;49(448):875–879.
48. Sielk M, Abholz HH. Warum bezeichnen Allgemeinärzte andere Patienten als depressiv als Psychiater es tun? *Z Allgemeinmed*. 2005;81:486–490. doi:10.1055/s-2005-872577.
49. Hensler S, Wiesemann A. Diskreditierende Versorgungsstudien in deutschen Hausarztpraxen. *Z Allgemeinmed*. 2003;(79):579–585.
50. Abholz H-H. Warum lassen sich Hausärzte so leicht der Vernachlässigung in der Patientenversorgung überführen? - Berechtigte Kritik oder Missverständnis des Faches. *ZFA - Zeitschrift für Allg*. 2005;81(9):397–404. doi:10.1055/s-2005-836881.
51. Schäfer R, Henningsen P, Häuser W, Herrmann M, Ronel J, Matzat J, Sattel H, Hausteiner-Wiehle C. Nichtspezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden: S3-Leitlinie und Patientenversion. *Psychotherapeut*. 2014;59(2):155–174. doi:10.1007/s00278-014-1030-z.
52. Rosemann T, Wensing M, Rueter G, Szecsenyi J. Referrals from general practice to consultants in Germany: If the GP is the initiator, patients' experiences are more positive. *BMC Health Serv Res*. 2006;6(1):5. doi:10.1186/1472-6963-6-5.
53. Hartel S. Diagnostische Strategien bei Patienten mit Kopfschmerz in der Hausarztpraxis. Eine qualitative Untersuchung. 2014.
54. Morschitzky H. *Somatoforme Störungen: Diagnostik, Konzepte und Therapie bei Körpersymptomen ohne Organbefund*. 2. Auflage. Wien: Springer; 2007.

55. Hiller W, Rief W. <F45> Somatoforme Störungen. In: Beiglböck W, Feselmayer S, Honemann E, Hrsg. *Handbuch der klinisch-psychologischen Behandlungen*. Wien: Springer; 2006:323–342. doi:https://doi.org/10.1007/3-211-36649-0_15.
56. Wileman L, May C, Chew-Graham C a. Medically unexplained symptoms and the problem of power in the primary care consultation: a qualitative study. *Fam Pract*. 2002;19(2):178–182. doi:[10.1093/fampra/19.2.178](https://doi.org/10.1093/fampra/19.2.178).
57. Dowrick C, Gask L, Hughes JG, Charles-Jones H, Hogg JA, Peters S, Salmon P, Rogers AR, Morriss RK. General practitioners' views on reattribution for patients with medically unexplained symptoms: a questionnaire and qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2008;9(1):46. doi:[10.1186/1471-2296-9-46](https://doi.org/10.1186/1471-2296-9-46).
58. Stone L. Reframing chaos: A qualitative study of GPs managing patients with medically unexplained symptoms. *Aust Fam Physician*. 2013;42(7):501–502.
59. Harkness EF, Harrington V, Hinder S, O'Brien SJ, Thompson DG, Beech P, Chew-Graham CA. GP perspectives of irritable bowel syndrome - an accepted illness, but management deviates from guidelines: a qualitative study. *BMC Fam Pract*. 2013;14(1):92. doi:<http://dx.doi.org/10.1186/1471-2296-14-92>.
60. Ivetic V, Kersnik J, Klemenc-Ketis Z, Svab I, Kolsek M, Poplas-Susic T. Opinions of Slovenian family physicians on medically unexplained symptoms: A qualitative study. *J Int Med Res*. 2013;41(3):705–715. doi:[10.1177/0300060513480079](https://doi.org/10.1177/0300060513480079).
61. Hansen HS, Rosendal M, Fink P, Risør MB. The General Practitioner's Consultation Approaches to Medically Unexplained Symptoms : A Qualitative Study. *ISRN Fam Med*. 2013;2013.
62. Natschke T, Heintze C, Döpfmer S. Patienten mit nicht-spezifischen somatoformen Körperbeschwerden in der Hausarztpraxis. *Z Allg Med*. 2016;92(4):176–181. doi:[10.3238/zfa.2016.0176](https://doi.org/10.3238/zfa.2016.0176).
63. Heinbokel C, Lehmann M, Pohontsch NJ, Zimmermann T, Althaus A, Scherer M, Löwe B. Diagnostic barriers for somatic symptom disorders in primary care: study protocol for a mixed methods study in Germany. *BMJ Br Med J*. 2017;7(e014157). doi:[10.1136/bmjopen-2016-014157](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-014157).
64. Risør MB. Illness explanations among patients with medically unexplained symptoms: different idioms for different contexts. *Heal An Interdiscip J Soc Study Heal Illn Med*. 2009;13(5):505–521. doi:[10.1177/1363459308336794](https://doi.org/10.1177/1363459308336794).
65. Dwamena FC, Lyles JS, Frankel RM, Smith RC. In their own words: qualitative study of high-utilising primary care patients with medically unexplained symptoms. *BMC Fam Pract*. 2009;10:67. doi:[10.1186/1471-2296-10-67](https://doi.org/10.1186/1471-2296-10-67).
66. Nunes J, Ventura T, Encarnação R, Pinto PR, Santos I. What do patients with medically unexplained physical symptoms (MUPS) think? A qualitative study. *Ment Health Fam Med*. 2013;10(2):67–79. <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3822638&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>.
67. Lind AB, Delmar C, Nielsen K. Struggling in an emotional avoidance culture: a qualitative study of stress as a predisposing factor for somatoform disorders. *J Psychosom Res*. 2014;76(2):94–98. doi:[10.1016/j.jpsychores.2013.11.019](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.11.019).
68. Lind AB, Risør MB, Nielsen K, Delmar C, Christensen MB, Lomborg K. Longing for existential recognition: a qualitative study of everyday concerns for people with somatoform disorders. *J Psychosom Res*. 2014;76(2):99–104. doi:[10.1016/j.jpsychores.2013.11.005](https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2013.11.005).
69. Ratanawongsa N, Wright SM, Vargo EM, Carrese JA. Challenges in primary care relationships: Seeing it from both sides. *Patient Educ Couns*. 2011;85(1):40–45. doi:[10.1016/j.pec.2010.07.042](https://doi.org/10.1016/j.pec.2010.07.042).
70. Anderson M, Hartz A, Nordin T, Rosenbaum M, Noyes R, James P, Ely J, Agarwal N, Anderson S. Community physicians' strategies for patients with medically unexplained symptoms. *Fam Med*. 2008;40(2):111–118. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18247177>.
71. Spießl H, Cording C. Kurz, strukturiert und rasch übermittelt: Der »optimale« Arztbrief. *Dtsch Medizinische Wochenschrift*. 2001;126:184–187. doi:[10.1055/s-2001-11200](https://doi.org/10.1055/s-2001-11200).
72. de Cruppé W, Hennch C, Buchholz C, Müller A, Eich W, Herzog W. Communication between psychosomatic C-L consultants and general practitioners in a German health care system. *Gen Hosp Psychiatry*. 2005;27:63–72. doi:[10.1016/j.genhosppsy.2004.08.005](https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2004.08.005).

73. Wohlgenannt M, Margreiter U, Lang M, Hagleitner J. Ärzte und Ärztinnen für Allgemeinmedizin als potenzielle Schnittstelle zwischen Patient(inn)en und Psychotherapeut(inn)en in Bezug auf psychische und psychosomatische Probleme. *Psychother Forum*. 2006;14:206–210.
74. Melchinger H. *Strukturfragen der ambulanten psychiatrischen Versorgung unter besonderer Berücksichtigung von Psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpsychiatrischen Versorgung außerhalb der Leistungspflicht der Gesetzlichen Krankenversicherung*. Hannover; 2008.
75. Gläser J, Laudel G. *Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse als Instrumente rekonstruierender Untersuchungen*. 4. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | Springer; 2010.
76. Flick U, von Kardorff E, Steinke I, Hrsg. *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. 8. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt; 2010.
77. Flick U. *Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*. 3. Auflage. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt; 1998.
78. Morse JM. Strategies for sampling. In: Morse JM, Hrsg. *Qualitative nursing research: A contemporary dialogue*. Rev. Ed. Newbury Park, CA: Sage; 1991:117–131.
79. Dresing T, Pehl T. *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. 5. Auflage. Marburg: Dr. Dresing und Pehl GmbH; 2013.
<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:Praxisbuch+Interview+,+Transkription+&+Analyse#0>.
80. Kuckartz U. *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. Weinheim und Basel: Beltz Juventa; 2012.
81. Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken*. 11., aktua. Weinheim: Beltz Pädagogik; 2010.
82. Steigleder S. *Die strukturierende qualitative Inhaltsanalyse im Praxistest. Eine konstruktiv kritische Studie zur Auswertungsmethodik von Philipp Mayring*. Marburg: Tectum Verlag; 2008.
83. Kelle U, Kluge S. *Vom Einzelfall zum Typus. Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2010. doi:10.1007/978-3-531-92366-6.
84. Kluge S. *Empirisch begründete Typenbildung. Zur Konstruktion von Typen und Typologien in der qualitativen Sozialforschung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 1999. doi:10.1007/978-3-322-97436-5.
85. jameda GmbH. jameda. www.jameda.de. Zugegriffen Dezember 18, 2017.
86. Tritt K, Heymann F Von, Zaudig M, Loew T, Söllner W, Fischer HF, Bühner M. Das ICD-10-Symptom-Rating (ISR): Zusammenhänge mit der SCL-90-R. *Klin Diagnostik und Eval*. 2010;3(1):22–37.
87. Sulz S, Beste E, Kerber A, Rupp E, Scheuerer R, Schmidt A. Neue Beiträge zur Standarddiagnostik in Psychotherapie und Psychiatrie – Validität und Reliabilität der VDS90-Symptomliste und VDS30-Persönlichkeitsskalen. *Psychotherapie*. 2009;14(2):215–232.
88. Kohut H. *The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders*. New York: International Universities Press; 1971.
89. Hausotter W. Ärztliche Gutachten. Eine elementare ärztliche Aufgabe. *Dtsch Arztebl*. 1999;96(22):1481–1483.
90. Heijmans M, olde Hartman TC, van Weel-Baumgarten E, Dowrick C, Lucassen PLBJ, van Weel C. Experts' opinions on the management of medically unexplained symptoms in primary care. A qualitative analysis of narrative reviews and scientific editorials. *Fam Pract*. 2011;28(4):444–455. doi:10.1093/fampra/cmr004.
91. Johansen M-L, Risør MB. What is the problem with medically unexplained symptoms for GPs? A meta-synthesis of qualitative studies. *Patient Educ Couns*. 2017;100(4):647–654. doi:10.1016/j.pec.2016.11.015.
92. *BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPtK*. Berlin; 2011.
http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK-

Studien/belastung_moderne_arbeitswelt/Wartezeiten_in_der_Psychotherapie/20110622_BPtK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie.pdf.

93. Heuft G, Freyberger H, Schepker R. *Expertise: Die spezifische Rolle der ärztlichen Psychotherapie in Deutschland - im Auftrag der Bundesärztekammer.*; 2012.
94. Freidl M, Spitzl SP, Prause W, Zimprich F, Lehner-Baumgartner E, Baumgartner C, Aigner M. The stigma of mental illness: anticipation and attitudes among patients with epileptic, dissociative or somatoform pain disorder. *Int Rev Psychiatry*. 2007;19(2):123–129. doi:10.1080/09540260701278879.
95. 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. *J Gen Intern Med*. 2009;24(4):443–449. doi:10.1007/s11606-008-0872-x.
96. Rosendal M, Olesen F, Fink P. Management of medically unexplained symptoms. *BMJ*. 2005;330(7481):4–5. doi:10.1136/bmj.330.7481.4.
97. van Bokhoven M a., Koch H, van der Weijden T, Grol RPTM, Kester AD, Rinkens PELM, Bindels PJE, Dinant G-J. Influence of Watchful Waiting on Satisfaction and Anxiety Among Patients Seeking Care for Unexplained Complaints. *Ann Fam Med*. 2009;7(2):112–120. doi:10.1370/afm.958.
98. Bösner S, Träger S, Hirsch O, Becker A, Ilhan M, Baum E, Donner-Banzhoff N. Vom Hausarzt zum Facharzt - Aktuelle Daten zu Überweisungsverhalten und -motiven. *Z Allgemeinmed*. 2011;87(9):371–377. doi:10.3238/zfa.2011.0371.
99. Murray AM, Toussaint A, Althaus A, Löwe B. The challenge of diagnosing non-specific, functional, and somatoform disorders: A systematic review of barriers to diagnosis in primary care. *J Psychosom Res*. 2016;80:1–10. doi:10.1016/j.jpsychores.2015.11.002.
100. Schäfert R, Benedikt G, Sauer N, Wilke S, Herzog W, Szecscenyi J, Zipfel S. FUNKTIONAL-Forschungsprojekt. Früherkennung und Behandlung funktioneller/somatoformer Beschwerden in der Allgemeinarztpraxis. *NOTFALL & HAUSARZTMEDIZIN*. 2005;31(12):527–536.
101. De Gucht V, Heiser W. Alexithymia and somatisation: A quantitative review of the literature. *J Psychosom Res*. 2003;54(5):425–434. doi:10.1016/S0022-3999(02)00467-1.
102. Alexithymie. Pschyrembel Online. <https://www.pschyrembel.de/alexithymie/K020H/doc/>. Published 2017. Zugegriffen Dezember 13, 2017.
103. Bankier B, Aigner M, Bach M. Alexithymia in DSM-IV Disorder: Comparative Evaluation of Somatoform Disorder, Panic Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder, and Depression. *Psychosomatics*. 2001;42(3):235–240. doi:10.1176/appi.psy.42.3.235.
104. Mik-Meyer N, Obling AR. The negotiation of the sick role: general practitioners' classification of patients with medically unexplained symptoms. *Sociol Health Illn*. 2012;34(7):1025–1038. doi:10.1111/j.1467-9566.2011.01448.x.
105. Kroenke K. Physical symptom disorder: a simpler diagnostic category for somatization-spectrum conditions. *J Psychosom Res*. 2006;60(4):335–339.
106. Wübken M, Oswald J, Schneider A. Umgang mit diagnostischer Unsicherheit in der Hausarztpraxis. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*. 2013;107(9–10):632–637. doi:10.1016/j.zefq.2013.10.017.
107. Kornelsen J, Atkins C, Brownell K, Woollard R. The Meaning of Patient Experiences of Medically Unexplained Physical Symptoms. *Qual Health Res*. 2016;26(3):367–376. doi:10.1177/1049732314566326.
108. Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 295 Abrechnung ärztlicher Leistungen. Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/___295.html. Zugegriffen Oktober 26, 2016.
109. Wockenfuss R, Frese T, Herrmann K, Claussnitzer M, Sandholzer H. Three- and four-digit ICD-10 is not a reliable classification system in primary care. *Scand J Prim Health Care*. 2009;27(September 2000):131–136. doi:10.1080/02813430903072215.
110. Stausberg J, Lehmann N, Kaczmarek D, Stein M. Reliability of diagnoses coding with ICD-10. *Int J Med Inform*. 2008;77:50–57. doi:10.1016/j.ijmedinf.2006.11.005.

111. Mayou R, Kirmayer LJ, Simon G, Kroenke K, Sharpe M. Somatoform disorders: Time for a new approach in DSM-V. *Am J Psychiatry*. 2005;162(7):847–855. doi:10.1176/appi.ajp.162.5.847.
112. Löwe B, Mundt C, Herzog W, Brunner R, Backenstrass M, Kronmüller K, Henningsen P. Validity of current somatoform disorder diagnoses: Perspectives for classification in DSM-V and ICD-11. *Psychopathology*. 2008;41(1):4–9. doi:10.1159/000109949.
113. Creed F, Guthrie E, Fink P, Henningsen P, Rief W, Sharpe M, White P. Is there a better term than „Medically unexplained symptoms“? *J Psychosom Res*. 2010;68(1):5–8. doi:10.1016/j.jpsychores.2009.09.004.
114. Fink P, Schröder A. One single diagnosis, bodily distress syndrome, succeeded to capture 10 diagnostic categories of functional somatic syndromes and somatoform disorders. *J Psychosom Res*. 2010;68(5):415–426. doi:10.1016/j.jpsychores.2010.02.004.
115. Fink P, Toft T, Hansen MS, Ørnbøl E, Olesen F. Symptoms and Syndromes of Bodily Distress: An Exploratory Study of 978 Internal Medical, Neurological, and Primary Care Patients. *Psychosom Med*. 2007;69(1):30–39. doi:10.1097/PSY.0b013e31802e46eb.
116. Kammerer K, Falk K, Döpfmer S, Heintze C. Stärken und Schwächen der ICD-10 bei der Depressionsdiagnostik aus Sicht von HausärztInnen. *Das Gesundheitswes*. 2016;(EFirst). doi:10.1055/s-0041-111840.
117. Noll-Hussong M, Otti A. Funktionelle und somatoforme Störungen im Spiegel von ICD-10-Routinedaten. *PPmP - Psychother · Psychosom · Medizinische Psychol*. 2015;65(11):439–444. doi:10.1055/s-0035-1555925.
118. Houwen J, Lucassen PLBJ, Stappers HW, Assendelft PJ, van Dulmen S, olde Hartman TC. Medically unexplained symptoms : the person, the symptoms and the dialogue. *Fam Pract*. 2017;(4):1–7. doi:10.1093/fampra/cmw132.
119. Fritzsche K, Schmitt MF, Nübling M, Wirsching M. Ärztliche psychotherapie in der haus- und facharztpraxis: Eine empirische Untersuchung in Südbaden. *Z Psychosom Med Psychother*. 2010;56(4):348–357. doi:10.13109/zptm.2010.56.4.348.
120. Hausteiner-Wiehle C, Schäfer R, Sattel H, Ronel J, Herrmann M, Häuser W, Martin A, Henningsen P. Neue Leitlinien zu funktionellen und somatoformen Störungen. New Guidelines on Functional and Somatoform Disorders. *Psychther Psych Med*. 2013;63:26–31.
121. Gottschalk J-M, Rief W. Psychotherapeutische Ansätze für Patienten mit somatoformen Störungen. *Nervenarzt*. 2012;83(9):1115–1127. doi:10.1007/s00115-011-3445-x.
122. Allen L, Woolfolk R, Escobar J, Gara M, Hamer R. Cognitive-Behavioral Therapy for Somatization Disorder. A Randomized Controlled Trial. *Arch Intern Med*. 2006;166(14):1512–1518.
123. Sumathipala A. What is the Evidence for the Efficacy of Treatments for Somatoform Disorders? A Critical Review of Previous Intervention Studies. *Psychosom Med*. 2007;69(9):889–900. doi:10.1097/PSY.0b013e31815b5cf6.
124. Sammet I, Bohn T, Schrauth M, Leibing E. Was folgt der Diagnose einer somatoformen Störung? *PPmP - Psychother · Psychosom · Medizinische Psychol*. 2007;57(12):462–468. doi:10.1055/s-2007-970892.
125. Schröder A, Rehfeld E, Ørnbøl E, Sharpe M, Licht RW, Fink P. Cognitive-behavioural group treatment for a range of functional somatic syndromes: Randomised trial. *Br J Psychiatry*. 2012;200:499–507. doi:10.1192/bjp.bp.111.098681.
126. Kleinstäuber M, Witthöft M, Steffanowski A, van Marwijk H, Hiller W, Lambert MJ. Pharmacological interventions for somatoform disorders in adults (Review). In: Kleinstäuber M, Hrsg. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2014. doi:10.1002/14651858.CD010628.pub2.
127. Kapfhammer HP. Psychopharmakotherapeutische Ansätze bei somatoformen Störungen und funktionellen Körpersyndromene. *Nervenarzt*. 2012;83(9):1128–1141. doi:10.1007/s00115-011-3446-9.
128. Lieb R, Zimmermann P, Friis RH, Höfler M, Tholen S, Wittchen HU. The natural course of DSM-IV somatoform disorders and syndromes among adolescents and young adults: A prospective-longitudinal

- community study. *Eur Psychiatry*. 2002;17(6):321–331. doi:10.1016/S0924-9338(02)00686-7.
129. Woivalin T, Krantz G, Mäntyranta T, Ringsberg KC. Medically unexplained symptoms: Perceptions of physicians in primary health care. *Fam Pract*. 2004;21(2):199–203. doi:10.1093/fampra/cmh217.
 130. Sharpe M, Mayou R, Seacroatt V, Surawy C, Warwick H, Bulstrode C, Dawber R, Lane D. Why do doctors find some patients difficult to help? *Q J Med*. 1994;87:187–193.
 131. Hahn SR, Thompson KS, Wills TA, Stern V, Budner NS. The difficult doctor-patient relationship: somatization, personality and psychopathology. *J Clin Epidemiol*. 1994;47(6):647–657.
 132. Carson AJ, Stone J, Warlow C, Sharpe M. Patients whom neurologists find difficult to help. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2004;75(12):1776–1778. doi:10.1136/jnnp.2003.032169.
 133. Rask MT, Carlsen AH, Budtz-Lilly A, Rosendal M. Multiple somatic symptoms in primary care patients: a cross-sectional study of consultation content, clinical management strategy and burden of encounter. *BMC Fam Pract*. 2016;17:100. doi:10.1186/s12875-016-0478-z.
 134. Bovier PA, Perneger T V. Stress from uncertainty from graduation to retirement - A population-based study of Swiss physicians. *J Gen Intern Med*. 2007;22(5):632–638. doi:10.1007/s11606-007-0159-7.
 135. Stone L. Managing the consultation with patients with medically unexplained symptoms: a grounded theory study of supervisors and registrars in general practice. *BMC Fam Pract*. 2014;15(192):1–15. doi:10.1186/s12875-014-0192-7.
 136. Salmon P. Patients who present physical symptoms in the absence of physical pathology: A challenge to existing models of doctor-patient interaction. *Patient Educ Couns*. 2000;39:105–113. doi:10.1016/S0738-3991(99)00095-6.
 137. Csöff RM, Macassa G, Lindert J. Körperliche Beschwerden bei älteren Migranten in Deutschland. *Zeitschrift für Psychiatr Psychol und Psychother*. 2010;58(3):199–206. doi:10.1024/1661-4747.a000028.
 138. Kizilhan JI. Interkulturelle Aspekte bei der Behandlung somatoformer Störungen. *Psychotherapeut*. 2009;54(4):281–288. doi:10.1007/s00278-009-0656-8.
 139. Ivbijaro GO, Kolkiewicz LA, Palazidou E. Mental health in primary care: ways of working – the impact of culture. *Prim Care Ment Heal*. 2005;(3):47–53.
 140. Kunz AU. Leitlinien in der Medizin: Anwendung, Einstellungen und Barrieren - Eine Befragung Berliner Hausärzte. 2005.
 141. Selbmann H-K. Die Rolle der Hochschulmedizin bei der Entwicklung von Leitlinien. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz*. 2009;52(9):925–928. doi:10.1007/s00103-009-0922-5.
 142. Kernhof KM, Obbarius A, Kaufhold J, Merkle W, Grabhorn R. Gegenübertragung im stationären Therapie-Setting. *Psychotherapeut*. 2013;58(2):152–158. doi:10.1007/s00278-012-0942-8.
 143. Goldberg DP, Lam T, Minhas F, Razzaque B, Jesus J De, Gask L, Ángel J, Dowell AC, Rosendal M, Reed GM. Primary care physicians' use of the proposed classification of common mental disorders for ICD-11. *Fam Pract*. 2017;34(5):574–580. doi:10.1093/fampra/cmz033.
 144. Kassenärztliche Bundesvereinigung. Erläuterungen zur Vereinbarung über Vordrucke für die vertragsärztliche Versorgung. http://www.kbv.de/media/sp/02_Erlaeuterungen.pdf. Zugegriffen Dezember 2, 2017.
 145. Doering S. Behandlungsvorbereitung in der psychosomatischen medizin und psychotherapie. *Z Psychosom Med Psychother*. 2009;55(1):27–36.
 146. Kleinstäuber M, Witthöft M, Hiller W. Efficacy of short-term psychotherapy for multiple medically unexplained physical symptoms: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2011;31(1):146–160. doi:10.1016/j.cpr.2010.09.001.
 147. Hoedeman R, Blankenstein AH, van der Feltz-Cornelis CM, Krol B, Stewart R, Groothoff JW. Consultation letters for medically unexplained physical symptoms in primary care (Review). *Cochrane database Syst Rev*. 2010;(12):CD006524-CD006524. doi:10.1002/14651858.CD006524.pub2.
 148. Döpfmer S, Burian R, Curschmann N, Bayer G, Heintze C, Diefenbacher A. Aufbau und Evaluation einer

- telefonischen psychiatrischen Konsiliarsprechstunde für Hausärzte. In: *Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. 49. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Bozen 17.-19.09.2015*. Düsseldorf: German Medical Science GMS Publishing House; 2015. doi:10.3205/15degam145.
149. Cruppé W, Müller A, Herzog W, Eich W. Psychosomatische Versorgungspraxis und Kooperationsbedarf aus Sicht niedergelassener Ärzte und Psychologen. *Psychother Psych Med*. 2006;56:299–306. doi:10.1055/s.
 150. Sonnenmoser M. Zusammenarbeit zwischen Ärzten und Psychotherapeuten: Erkennen und weiterleiten. *Dtsch Arztebl*. 2011;8(August):358–359.
 151. Sirri L, Grandi S, Tossani E. Medically unexplained symptoms and general practitioners: a comprehensive survey about their attitudes, experiences and management strategies. *Fam Pract*. 2017;34(2):201–205. doi:10.1093/fampra/cmz130.
 152. Boeckle M, Liegl G, Leitner A, Pieh C. Wie belastend ist die Behandlung von Patienten mit somatoformen Störungen? *Z Psychosom Med Psychother*. 2014;60:383–391.
 153. Fink P, Rosendal M, Toft T. Assessment and Treatment of Functional Disorders in General Practice: The Extended Reattribution and Management Model - An Advanced Educational Program for Nonpsychiatric Doctors. *Psychosomatics*. 2002;43(2):93–131. doi:10.1176/appi.psy.43.2.93.
 154. Goldberg D, Gask L, O'Dowd T. The treatment of somatization: Teaching techniques of reattribution. *J Psychosom Res*. 1989;33(6):689–695. doi:10.1016/0022-3999(89)90084-6.
 155. Rosendal M, Bro F, Sokolowski I, Fink P, Toft T, Olesen F. A randomised controlled trial of brief training in assessment and treatment of somatisation: Effects on GPs' attitudes. *Fam Pract*. 2005;22(4):419–427. doi:10.1093/fampra/cmi033.
 156. Larisch A, Fisch V, Fritzsche K. Kosten-Nutzen-Aspekte psychosozialer Interventionen bei somatisierenden Patienten in der Hausarztpraxis. *Z Klin Psychol Psychother*. 2005;34(4):282–290. doi:10.1026/1616-3443.34.4.282.
 157. Rief W, Martin A, Rauh E, Zech T, Bender A. Evaluation of general practitioners' training: how to manage patients with unexplained physical symptoms. *Psychosomatics*. 2006;47(4):304–311. doi:10.1176/appi.psy.47.4.304.
 158. Gask L, Dowrick C, Salmon P, Peters S, Morriss R. Reattribution reconsidered: Narrative review and reflections on an educational intervention for medically unexplained symptoms in primary care settings. *J Psychosom Res*. 2011;71(5):325–334. doi:10.1016/j.jpsychores.2011.05.008.
 159. Ringel N, Mutschler A, Kroll K, Weiss C, Fellmer-Drug E, Schultz JH, Herzog W, Schafert R, Junger J. How to handle communicative challenges in patients with somatoform disorders. *Medizinische Welt*. 2015;66(5):232–236. <http://www.schattauer.de/en/magazine/subject-areas/journals-a-z/die-medizinische-welt/contents/archive/issue/2265/manuscript/25049/download.html%0Ahttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&CSC=Y&NEWS=N&PAGE=fulltext&D=emed17&AN=606310220>.
 160. Kruse J, Herzog W. *Zwischenbericht zum Gutachten „Zur ambulanten psychosomatischen/psychotherapeutischen Versorgung in der kassenärztlichen Versorgung in Deutschland – Formen der Versorgung und ihre Effizienz“*. Gießen; 2012.
 161. Krippendorff K. Reliability in content analysis: Some common misconceptions and recommendations. *Hum Commun Res*. 2004;30(3):411–433. doi:10.1093/hcr/30.3.411.
 162. Malterud K. Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *Lancet*. 2001;358:483–488. doi:10.1016/S0140-6736(01)05627-6.
 163. Morse JM, Barrett M, Mayan M, Olson K, Spiers J. Verification Strategies for Establishing Reliability and Validity in Qualitative Research. *Int J Qual Methods*. 2002;1(2):13–22. doi:10.1177/160940690200100202.
 164. Seale C. Quality in Qualitative Research. *Qual Inq*. 1999;5(4):465–478. doi:10.1177/107780049900500402.
 165. Lincoln YS, Guba EG. *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park: Sage Publications; 1985.
 166. Mühlbacher A, Berhanu S. *Die elektronische Patientenakte: Ein internetbasiertes Konzept für das Management von Patientenbeziehungen.*; 2003. <http://hdl.handle.net/10419/36412>.

VI Eidesstattliche Versicherung

Ich, Marie Charlotte Münchmeyer, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema:

„Eine qualitative Analyse des Managements von Patienten nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden bei niedergelassenen Fachärzten der psychosozialen Fachrichtungen unter besonderer Berücksichtigung der Kooperation mit Hausärzten“

selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE www.icmje.org) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem Betreuer, angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autor bin, entsprechen den URM (s.o.) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.

Datum

Unterschrift der Doktorandin

VII Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

VIII Publikationsliste/Anteilserklärung

Marie Charlotte Münchmeyer hatte folgenden Anteil an den folgenden Publikationen:

S. Döpfmer, M.C. Münchmeyer, T. Natschke, W. Herrmann, F. Holzinger, R. Burian, A. Berghöfer, C. Heintze: *Die ambulante Betreuung von Patienten mit somatisch nicht erklärten Beschwerden. Eine vergleichende qualitative Studie.* Der Nervenarzt 2016

Das obenstehende Paper beschreibt die Betreuungssituation von Patienten mit NFS im Vergleich zwischen dem hausärztlichen und psychosozialen ambulanten Setting. Die Autorin zeichnet für alle diejenigen Daten und Ergebnisse verantwortlich, welche die ambulanten psychosozialen Fachrichtungen betreffen – dies umfasst die Erarbeitung des Interviewleitfadens, die Durchführung aller beschriebenen Facharztinterviews, die Transkription der Audioaufnahmen sowie die Analyse des gewonnenen Datenmaterials.

M.C. Münchmeyer, C. Heintze, S. Döpfmer: *Management von Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. Eine qualitative Befragung von niedergelassenen Fachärzten psychosozialer Fachrichtungen.* Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. 50. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Frankfurt am Main 29.09.-01.10.2016. German Medical Science GMS Publishing House 2016

Der Inhalt des Kongressbeitrages wird vollständig von der Doktorandin verantwortet.

Unterschrift, Datum und Stempel des betreuenden Hochschullehrers

Unterschrift der Doktorandin

IX Danksagung

Mein besonderer Dank gebührt meinem Doktorvater Professor Dr. med. Christoph Heintze für die Möglichkeit der Promotion am Institut für Allgemeinmedizin und die ausführlichen Gespräche zur thematischen Fokussierung.

Bei Frau Dr. med. Susanne Döpfmer bedanke ich mich herzlichst für ihre stetige Zusammenarbeit, die zahlreichen Ratschläge und konstruktive Kritik.

Allen Mitarbeitern des Institutes für Allgemeinmedizin möchte ich für die angeregten und lehrreichen Diskussionen über qualitative Methodik im Rahmen der Forschungswerkstatt danken.

Herzlicher Dank gilt selbstverständlich auch ganz besonders allen teilnehmenden Ärzten, welche sich mir zu einem Interview zur Verfügung gestellt haben. Ohne ihre Gesprächsbereitschaft wäre die hier vorliegende Arbeit nicht möglich gewesen.

Für die finanzielle Unterstützung meines Promotionsvorhabens danke ich der „Stiftung Allgemeinmedizin – The Primary Health Care Foundation“ und insbesondere Professor Dr. med. Jochen Gensichen.

Schlussendlich möchte ich mich auch bei meiner Familie und meinen Freunden für Ihre Unterstützung und Geduld aus vollem Herzen bedanken.