

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

DISSERTATION

**Der Problemfall- Patient in der Allgemeinmedizinischen Praxis-
Analyse von Krankengeschichten allgemeinmedizinisch unter-
suchter Patienten**

zur Erlangung des akademischen Grades

Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät

Charité- Universitätsmedizin Berlin

von

Dipl. med. Ute Schulz

aus Pritzwalk

Gutachter: 1. Prof. Dr. med. U. Schwantes
2. Prof. Dr. med. T. Lichte
3. Prof. Dr. med. A. Heinz

Datum der Promotion: 16. 05. 2010

Für die Überlassung des Themas und für die Unterstützung bei der Anfertigung dieser Dissertation möchte ich Frau Prof. Dr. med. G. C. Fischer herzlich danken.

Besonderer Dank gilt Frau Dr. B. Rossa für ihre Anregungen beim Entwurf dieser Arbeit, insbesondere für die Empfehlungen zur inhaltlichen Gestaltung des Fragebogens und für ihre vielfältige Hilfe bei der Sichtung der Patientenunterlagen.

Dank sagen möchte ich auch Frau Rischmüller, die mir bei der Erfassung der umfangreichen Daten ebenfalls half.

Für seine unermüdliche Hilfe bei der statistischen Auswertung möchte ich mich ganz herzlich bei Dipl.-Ing. Holger Kschischenk bedanken.

Ohne die Bereitschaft aller Genannten, Zeit und Mühe aufzuwenden, wäre diese Untersuchung nicht möglich gewesen.

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	6
1. Analyse des Problemfall- Patienten, seiner methodischen Erfassung und medizinischen Bearbeitung im Spiegel der Literatur.....	9
1.1 Begriffsbestimmung "Problemfall- Patient"	9
1.2 Beschreibung des Krankheitsbildes des Problemfall- Patienten.....	11
1.3 Ausgewählte Krankheitsformen von Problemfall- Patienten.....	13
1.3.1 Somatoforme Störungen	14
1.3.1.1 Somatisierungsstörung.....	15
1.3.1.2 Somatoforme Schmerzstörung.....	16
1.3.2 "larvierte" Depression	17
1.3.3 Angststörungen	19
1.4 Probleme bei der Erkennung von Problemfall- Patienten.....	21
1.5 Diagnostisches Mittel zur Erkennung des Problemfall- Patienten	23
1.6 Therapeutische Behandlung von Problemfall- Patienten.....	24
1.7 Eigenschaften des Problemfall- Patienten	25
1.8 Entstehungsursachen des Problemfall- Patienten	30
1.8.1 Persönlichkeit.....	30
1.8.2 Lebensereignisse und soziale Unterstützung	32
2. Fragestellung und Hypothese.....	37
3. Methodik	39
3.1 Stichprobe	39
3.2 Datenerhebung	39
3.3 Erhebungsinstrument	41
3.4 RVC- Klassifikationsschema.....	42
3.5 Statistisches Verfahren.....	43
4. Ergebnisse	46
4.1 Patientenkollektiv	46
4.1.1 Alters- und Geschlechtsverteilung.....	46
4.1.2 Verteilung der Patienten nach der Krankenversicherung.....	47
4.1.3 Nationalitätenzugehörigkeit.....	47
4.1.4 Wohnsitz	47
4.1.5 Familienstand.....	47
4.1.6 Berufliche Stellung	49
4.2 Untersuchungsergebnisse.....	52
4.2.1 Konsultationsverhalten	52
4.2.1.1 Konsultationsform	52
4.2.1.2 Bekanntheit der Patienten	55
4.2.1.3 Überweisungsgrund	56
4.2.1.4 Überweisung mit oder ohne Verdachtsdiagnose oder Problembeschreibung	58
4.2.2 Anamnestiche Daten.....	58
4.2.2.1 Frühere Erkrankungen.....	58
4.2.2.2 Patienten Anliegen	60
4.2.2.3 Zeitdauer der Anliegen.....	61
4.2.2.4 Vorausgegangene medikamentöse Behandlung.....	64
4.2.2.5 Alkohol- und Nikotinverhalten.....	67

4.2.3	Diagnostische Untersuchung in der Allgemeinmedizinischen Poliklinik	69
4.2.3.1	Basisdiagnostik	69
4.2.3.2	Vorläufige Arbeitsdiagnosen	70
4.2.3.3	Zusatzdiagnostik	72
4.2.3.4	Diagnostik psychosozialer Probleme	76
4.2.3.5	Ergebnisse der Diagnosesicherung	77
4.2.3.6	Endgültige Diagnosen	79
4.2.3.6.1	Beziehung zwischen "Vorläufigen Diagnosen" nach Basisdiagnostik zu "Endgültigen Diagnosen" nach Zusatzdiagnostik	80
4.2.3.6.2	"Psychiatrische Krankheiten" als "Endgültige Diagnosen"	82
4.2.4	Therapeutische Behandlung in der Allgemeinmedizinischen Poliklinik der MHH.	84
4.2.5	Weiterbehandlung nach abgeschlossener Diagnostik in der Allgemein- medizinischen Poliklinik der MHH	88
4.2.6	Vergleich der Verdachtsdiagnosen der überweisenden Ärzte mit den Poli- klinikergebnissen	90
5.	Diskussion.....	92
5.1	Methodendiskussion	92
5.2.	Prüfung der Hypothesen	95
6.	Bedeutung der Ergebnisse für die Betreuung allgemeinmedizinischer Problem- fall- Patienten in der hausärztlichen Praxis.....	111
7.	Zusammenfassung.....	113
	Literatur.....	116
	Literaturanhang	126
	Abbildungsverzeichnis.....	127
	Tabellenverzeichnis	128
	Anhang.....	129

Einleitung

Der Begriff „Problemfall– Patient“ entstammt dem Jargon der ärztlichen Praxis. Er umschreibt von Fachgebiet zu Fachgebiet vielleicht unterscheidbare, im Wesentlichen aber jedoch in etwa übereinstimmende Assoziationen. In der Hausarztpraxis beziehen diese sich z.B. auf ein Missverhältnis zwischen subjektiver Hilfsbedürftigkeit und objektivem Hilfsbedarf, auf eine Zeit raubende und letztlich ineffektive Versorgung sowie einen hohen Gesprächsaufwand. Mit dem Begriff des Problemfall- Patienten werden ferner psychosoziale Krankheitsbilder und Formen einer iatrogenen Krankheitsfixierung und -chronifizierung assoziiert. Der heute gebräuchliche Begriff der sog. „Somatisierungsstörung“ (s. unten) beschreibt am ehesten Krankheitsbild und Versorgungsproblematik dieser Patienten im primärmedizinischen Sektor.

Ungeachtet der unscharfen Definition und Abgrenzung sind diese „Problemfall- Patienten“ im gesamten medizinischen Versorgungssystem von erheblicher Bedeutung: Sie nehmen das Gesundheitswesen überdurchschnittlich häufig in Anspruch, in relativ großem Umfang werden bzw. wurden an ihnen bereits Untersuchungen von teilweise hohem technischen Niveau und in unterschiedlichen Fachrichtungen und Versorgungsbereichen vorgenommen, sie erfordern einen überdurchschnittlichen Beratungsbedarf. Nicht zuletzt handelt es sich um eine Patientengruppe, die aufgrund des hohen Interventionsaufkommens in besonderem Maße Kosten verursacht.

Problemfall- Patienten, entsprechend denjenigen mit Somatisierungsstörungen, spielen auch in der Allgemeinpraxis eine wichtige Rolle. Durch die häufige Inanspruchnahme des Hausarztes durch diese Patienten kommt es zu einer Praxisprävalenz von 20- 30%. Angesichts der hausärztlichen Funktionen, wie sie von der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) beschrieben werden, muss der Hausarzt von einem erweiterten Krankheitsverständnis ausgehen, das soziale, psychologische, arbeitsweltliche, familiäre und biographische Komponenten und die Persönlichkeit des Patienten einbezieht. Hinzu kommt, dass die Entwicklung einer sog. Krankheitskarriere zum Problemfall- Patienten vielfach in der Hausarztpraxis ihren Anfang nehmen dürfte. Insofern muss angenommen werden, dass Hausärzte im negativen wie positiven Sinne an einer Entwicklung von Konstellationen, die als Problemfall imponieren, beteiligt sind.

In der vorliegenden Arbeit wurde versucht, das Bild des Problemfall- Patienten aus hausärztlicher Sicht näher zu beleuchten. Anhand der Allgemeinmedizinischen Poliklinik der Medizinischen Hochschule Hannover zugewiesenen Patienten sollten deren Charakteristika analysiert werden. Damit wurde ein Bild darüber möglich, wann ein Patient sich für den Hausarzt als Problem darstellte und inwieweit hier überhaupt von einem homogenen Erscheinungsbild ausgegangen werden konnte.

Neue Studien belegen die Aktualität dieser Fragestellung. „Körperliche Beschwerden ohne organischen Befund“, welche kennzeichnend für somatoforme Störungen sind, sind häufig. Diese Störungen stellen sich als Problemfallkonstellationen für viele hausärztlich tätige Mediziner dar, besonders wenn sie nicht psychosozial geschult sind. Die Zunahme dieser Krankheitsangebote bedarf einer entsprechenden Fortbildung für die Hausärzte. Sie erfüllen bei der Versorgung dieser schwierigen Patientengruppe eine Schlüsselrolle (Schäfer et al., 2005; Bühring, 2005). Patienten mit diesen Störungen beziehungsweise die Interaktion mit ihnen ist „schwierig“, worin ihr typisches Charakteristikum liegt. Hausärzten kommt bei dieser Patientengruppe eine zentrale Screening-, Filter-, Präventions- und Behandlungsfunktion zu. Hier muss der Arzt die richtige Versorgungsnotwendigkeit erkennen, d.h. er muss bei inadäquater Behandlung, diese als sein Bearbeitungsproblem erkennen. Ziel seiner Diagnostik soll die frühe Erkennung dieser Beschwerden sein, um eine iatrogene Fixierung und Chronifizierung durch Übersehen beziehungsweise Fehlbehandlung dieser Problematik zu vermeiden. Hier ist von zentraler Bedeutung die praktische Umsetzung der Simultandiagnostik, womit gemeint ist, dass parallel sowohl die notwendige organische Diagnostik als auch frühzeitig eine erweiterte biopsychosoziale Anamnese durchgeführt werden muss. Immer noch frustrierend ist, dass diese psychosozial bedingten Erkrankungen, die sich in chronischen Schmerzen und anderen Organbeschwerden äußern können, heute immer noch eine häufige Odyssee zu diversen Fachärzten sowie apparative Mehrfachuntersuchungen nach sich ziehen. Patienten mit dieser Krankheitsproblematik kennzeichnet eine hohe Kontaktrate bei Ärzten sowie ein hoher Ressourcenverbrauch, sie bedürfen einer intensiven Betreuung. Eine frühzeitige Einbindung psychosozialer Kompetenz in deren Versorgung kann dies verhindern helfen, zitiert *Loew* (Bühring, 2005). Hierin liegt ein großes ökonomisches Einsparpotential.

Solange trotz einiger Bemühungen in den Vergütungssystemen technische Leistungen im Vergleich zu Gespräch und Gesamtmanagement der Erkrankung dieser Patienten besser bewertet werden und diese mit den Händen zu greifenden Befindungsstörungen auch bei einem gutwilligen Kollegen zu dem Zwang aus ökonomischen Gründen führen, diese zu „medikalisieren“ und apparativ abzuklären, kann dem Bedürfnis nach Kommunikation und medizinischer Aufklärung, welche in unserer Gesellschaft nahezu grenzenlos zu sein scheint, nicht entsprochen werden (Füessl, 2006)

Nicht zuletzt erfordert die Zunahme dieses Krankheitsangebotes einen umfassenden psychosozialen Fortbildungsbedarf aller tätigen Hausärzte. Trotz unbestreitbarer Erfolge kann die moderne technisch ausgerichtete Medizin den Bedürfnissen des somatoform gestörten Problemfall- Patienten allein nicht gerecht werden. Wenn überhaupt, kann man hier nur durch das Gespräch zur richtigen Diagnose kommen, dem ältesten therapeutischen Mittel, auf das auch wir Ärzte keinesfalls verzichten können und sollen: die kathartische Wirkung eines guten Gesprächs für den Patienten (Füessl, 2006).

Es handelte sich bei der Bearbeitung des Konstrukts „Problemfall- Patient“ in der allgemeinmedizinischen Praxis um ein für die Allgemeinmedizin wichtiges Problem, welches an Wichtigkeit und Aktualität zugenommen hat. Die vorliegende Untersuchung soll Einblick geben und damit zur Reflexion und Diskussion anregen.

1. Analyse des Problemfall- Patienten, seiner methodischen Erfassung und medizinischen Bearbeitung im Spiegel der Literatur

1.1 Begriffsbestimmung „Problemfall- Patient“

Der in dieser Arbeit durchgehend verwendete Begriff „Problemfall- Patient“ findet eine definitorische Entsprechung bei Ripke (2001), der den von ihm „schwierig“ genannten Patienten folgendermaßen beschreibt:

„Schwierig ist der Patient, der durch seine Person und durch seine Probleme den Arzt in der Erfüllung seiner ärztlichen Ziele vor Probleme stellt, die dieser für nicht oder nur sehr schwer lösbar hält. Er wird aufgrund seiner besonderen Persönlichkeit im Umgang nicht selten als störend und zeitraubend wahrgenommen, zumal er häufig auch die Kompetenz des Arztes überschreitet. Dennoch benötigt gerade er einen hilfreich zugewandten Arzt.“

Während der Begriff „schwieriger Patient“ mehr auf den Patienten fokussiert, soll „Problemfall- Patient“ stärker auf diejenigen verweisen, die, wie Ripke es sagt, „in der Erfüllung ihrer ärztlichen Ziele vor Probleme“ gestellt werden.

In allen medizinischen Fachgebieten haben Mediziner mit diesen Problemfall- Patienten zu tun, deren Problemkonstellationen verschieden sind. Je nach Problemwahrnehmung kann es für den Arzt z.B. ein Patient mit einer unklaren Diagnose, ein unheilbar schwer Kranker, ein chronisch Kranker, ein Patient mit teurem Medikamentenverbrauch oder ein Patient mit für die Behandlung sich widersprechenden Leitlinien sein. Aber es sind auch Eigenschaften, Charakter und Verhalten von Patient und Arzt an der Entstehung von Problemkonstellationen beteiligt. Eine schwierige Arzt- Patient- Beziehung kann durch das Aufeinandertreffen zweier nicht zu einander passender Charaktere mit abwehrenden Haltungen zueinander, deren Meinungen sich z.B. über medizinische Inhalte unterscheiden, hervorgerufen werden.

Demzufolge versteht jeder Praktiker unter einem „schwierigen Patienten“ entsprechend seinen Erfahrungen etwas anderes. Vielfältige Assoziationen sind an diesem Begriff geknüpft und sehr Heterogenes wird darunter verstanden (Ripke, 2001).

Auch aus der Definition von Ripke geht hervor, dass nicht nur Persönlichkeitseigenschaften des „schwierigen Patienten“ darunter gefasst werden können. Grundsätzlich meint dieser Ausdruck auch eine verfahrenere Situation, in der nicht nur der Patient, sondern ebenso

der Arzt oder auch die nicht passende Beziehung zwischen beiden für die Störung verantwortlich gemacht werden müssen (Ripke, 2001).

Wichtig für den behandelnden Arzt ist, hilfreich mit dem schwierigen Patienten umzugehen. Dies bedeutet, den Charakter der Schwierigkeiten zu analysieren und daraus eine jeweils differenzierte Konsequenz zu ziehen (Ripke, 2001).

Auch bei der Behandlung von psychosozial erkrankten Problemfall- Patienten trifft der Arzt in der allgemeinmedizinischen Praxis auf Patienten mit wiederkehrenden Mustern, die dem „schwierigen Patienten“ gleichen. Hinzu kommt, dass ihre überwiegend psychosozialen Probleme, die diese Problemfall- Patienten haben, für den Hausarzt schwierig zu erkennen und zu behandeln sind. Ihre Bearbeitung kostet ihm viel Zeit und Geduld. Es entwickeln sich oft schwierige Konstellationen, die eine adäquate Behandlung benötigen. Hier bringt das Hinzuziehen eines Facharztes nicht gerade die Lösung. Die psychosozial erkrankten Problemfall- Patienten wird der Hausarzt nicht wieder los. Sie gehören ursprünglich zu seinem Fachgebiet, weil sie ihm sowieso zurück überwiesen werden und hier weiter betreut werden müssen.

Der Begriff „Problemfall- Patient“ taucht in der wissenschaftlichen Literatur nicht auf. Es findet sich jedoch eine Fülle von wissenschaftlichen Auseinandersetzungen, die sich mit der von Ripke (s.o.) gegebenen Definition in Einklang bringen ließen. Es handelte sich hier im Wesentlichen um Arbeiten, die sich mit der Notwendigkeit auseinandersetzen, die Problembeschreibung bei Versorgungsanlässen nicht allein auf den somatischen Befund zu konzentrieren, sondern (insbesondere in der Primärmedizin), darüber hinaus psychosoziale Aspekte zu berücksichtigen, insbesondere auch die persönliche Zielsetzung und Leitvorstellung des Patienten offen zu legen.

Insgesamt ließ sich aus der wissenschaftlichen Literatur die Hypothese ableiten, dass Problemfall- Patienten vor allem durch eine sach- und zeitgerechte Beachtung eines entsprechend umfassenden Patientenbildes frühzeitig erfasst und die für sie charakteristische Krankheits- und Versorgungsentwicklung, zumindest in Grenzen, verhindert werden kann. Zur Häufigkeit von Problemfall- Patienten fanden sich allenfalls Schätzangaben zum Aufkommen von sog. Somatisierungsstörungen (s.u.), Angaben zur realen Häufigkeit von Problemfall- Patienten in der Hausarztpraxis fehlten weitgehend.

Angesichts der engen Beziehung zu psychosozialen Fragestellungen soll im Folgenden ein Blick in die entsprechende Literatur erfolgen.

1.2 Beschreibung des Krankheitsbildes des Problemfall- Patienten

Das umschriebene Krankheitsbild des Problemfall– Patienten kennzeichnet einen Patienten mit psychosozialen Störungen, der neben psychischen Symptomen vor allem körperliche Symptome klagt. Dies kann dazu beitragen, dass die eigentliche seelische Erkrankung übersehen wird und die ärztlichen Bemühungen sich voreilig auf die vom Patienten vorgebrachten Leitklagen konzentrieren (Linden, 2002).

Auch erkennen viele Menschen selbst nicht, dass sie neben ihren körperlichen Symptomen auch psychische Symptome haben, andererseits verschweigen sie aufgrund des Stigmas ihre Stimmungen und Gefühle und sprechen nicht darüber (Wittchen, 1998).

Für den Arzt wird es daher notwendig, vom biomedizinischen Modell loszulassen und eine wissenschaftliche Medizin mit ausgedehnterer Sicht (das biopsychosoziale Modell) zu praktizieren, zitieren *Engel et al.* (Adler et al., 1996).

Als wünschenswert wird die Integration psychosozialen Denkens in die ärztlichen Denk- und Handlungsformen zur Herausbildung einer entsprechend handelnden Arztpersönlichkeit erachtet (Kettler, 2002).

Dies bedeutet, dass der Arzt neben der biologischen auch stets von Anfang an die psychosozialen Komponenten der Krankheitsentstehung berücksichtigen muss, um so der Entstehung von Somatisierung und Chronifizierung der Erkrankung entgegenzuwirken (Sigg, 1999; Heuft et al., 2000).

Der Stellenwert der psychosozialen Grundversorgung durch den Hausarzt findet seinen Niederschlag in der Gestaltung der Anamneseerhebung (Olbrich, 2001).

Hierbei ist der Hausarzt gegenüber anderen Fachgruppen im Vorteil. Durch seinen Vertrauensvorsprung und sein Wissen um die Lebensumstände des Patienten ist die „Schwelle“ für die Behandlung bei ihm niedriger als beim psychiatrischen Experten (Greil, 2002; Wiegand, 2001).

Noch schwieriger wird das Problem für den Arzt, wenn die psychosozialen Beschwerden nur unterschwellig und zusammen mit anderen psychischen und vor allem somatischen Erkrankungen („Komorbidität“) auftreten und deren Komplikationshäufigkeit vergrößern (Helmchen, 2001).

Die wechselnde Symptomatik und Vielfalt der Beschwerden, gekennzeichnet durch Intensitäts-, -Fluktuations -und Lokalisationswechsel der Symptome, erschweren zusätzlich die Diagnostik dieser Störungen. Nur durch eine sorgfältige somatische und gleichfalls

Diagnostik dieser Störungen. Nur durch eine sorgfältige somatische und gleichfalls psychotherapeutische Differentialdiagnostik, wird man hinter chronifizierten/ chronifizierenden somatischen Beschwerden die ursächlichen funktionellen Ursachen herausfinden können. Diese sind multifaktorielle Faktoren, die zusammenwirken, u.a.: genetische Prädispositionen, psychosoziale Belastungen, Persönlichkeitsfaktoren (Remschmidt, 1999). Neurotische Kernkonflikte aus der Jugend und der Adoleszenz, Aktualkonflikte und die Traumareaktivierungen sind in den letzten Jahren als Ursache funktioneller Somatisierung herausgearbeitet worden (Heuft et al., 2000).

Die Mehrzahl der Erkrankungen von Problemfall- Patienten, die in den Hausarztpraxen gesehen werden, mögen im Vergleich etwa zu akuten Psychosen weniger eindrücklich sein oder einen fließenden Übergang zu nicht krankhaften Alltagsverstimnungen zeigen. Dennoch handelt es sich um ernst zu nehmende Erkrankungen, die zu erheblichen Beeinträchtigungen der Lebensqualität und komplexen langwierigen Versorgungsverläufen führen können.

Darüber hinaus haben sie erhebliche sozialmedizinische Folgen. Die Tatsache, dass etwa die Zahl der Arbeitsausfalltage wegen psychosozialer Erkrankungen doppelt so hoch als bei entsprechenden somatischen Erkrankungen wie Herz- Kreislauf- Erkrankungen oder Stoffwechselerkrankungen ist, mag als Hinweis gelten. Auch an Frühberentungen haben psychosoziale Erkrankungen einen überproportional hohen Anteil (Linden, 2002).

Mit der Einführung des neuen Fachgebietes „Psychotherapeutische Medizin“ hat der Deutsche Ärztetag 1992 die Integration konsequent weiter geführt und damit einem erweiterten Krankheitsverständnis Rechnung getragen (Kettler, 2002).

Am 1. 1. 1999 trat das neue Psychotherapeutengesetz in Kraft (Meier, 1998; Okon u. Knickenberg, 2000): Hausärzte können jetzt mit psychologischen Psychotherapeuten zusammenarbeiten. Obwohl das Leistungsspektrum der psychosomatischen Grundversorgung schon angesichts der Vielzahl der Patienten, die den Hausarzt mit seelischen Störungen (beim Allgemeinarzt: zwischen 56,2 und 60,2%, Loosen, 2000; 50 bis 60%, Schach et al., 1989) in der Praxis aufsuchen, eine Domäne des Hausarztes ist (Meier, 1998), bestehen hier immer noch Qualitätsdefizite bei Hausärzten, bemängelt *Benkert* (Loosen, 2000). Die Erkennung psychosozialer Störungen und die Einleitung einer spezifischen Therapie ist gerade unter allgemeinärztlichen Arbeitsbedingungen nicht selten unzureichend (Linden, 2002).

Untersuchungen der Weltgesundheitsbehörde WHO haben eindrucksvoll dokumentiert, dass jeder dritte Patient, der seinen Hausarzt aufsucht, unter einer manifesten psychosozialen Störung leidet. Allerdings erkennen Hausärzte leider immer noch zu selten auch das seelische Leiden ihrer Patienten, da sie ebenso wie viele andere Gesundheitsberufe nur mangelhaft im Erkennen, der Diagnostik und der Therapie psychosozialer Störungen ausgebildet und erfahren sind.

Die Folgen für viele Patienten mit psychosozialen Störungen, die eigentlich gut behandelbar wären, sind, aus Unwissen gar nicht oder fehlbehandelt zu werden. Überweisungen zu Spezialisten wie Diplom- Psychologen sind außerordentlich selten. Chronifizierung, jahrelange Leidensprozesse, Verschlimmerung, Arbeitsunfähigkeit und belastete Sozialbezüge von Patienten mit psychosozialen Störungen sind eher die Regel als die Ausnahme (Wittchen, 1998).

Obwohl die wissenschaftliche Forschung neben einer fast unübersehbaren Vielzahl von einzelnen körperlichen Erkrankungen, die es gibt, auch Hunderte verschiedener psychosozialer Erkrankungsformen kennt, für die es- in durchaus vergleichbarer Weise wie bei körperlichen Erkrankungen- unterschiedliche diagnostische Methoden und erfolgreiche Behandlungsverfahren gibt, ist dies in der Bevölkerung, aber auch bei den psychosozialen Berufen, dem Beratungssektor und den politischen Entscheidungsträgern, vielfach nicht bekannt. Vor allem gibt es erhebliche Wissensdefizite bezüglich der Unterschiedlichkeit psychosozialer Störungen, ihres Verlaufs, der vielgestaltigen Behandlungsverfahren und der Arbeitsweisen der verschiedenen Behandlungsinstitutionen (Wittchen, 1998).

1.3 Ausgewählte Krankheitsformen von Problemfall- Patienten

Der Problemfall- Patient in der Hausarztpraxis ist zumeist ein Patient mit psychosozialen Störungen. Epidemiologische Untersuchungen haben gezeigt, dass fast jeder zweite Bundesbürger- Kinder und Adoleszente wie Erwachsene- zumindest einmal in seinem Leben an einer psychosozialen Störung erkrankt (Wittchen, 1998). Die Krankheitsbilder imponieren zumeist als somatoforme Störungen, depressive Störungen und Angststörungen (s. unten). Sie finden sich durchweg bei Frauen häufiger (Riecher- Rösler, 2002) und sie treten oft gleichzeitig (komorbid) auf. Diese Erkrankungen lassen sich schwer erkennen, da körperliche Beschwerden, wie oben beschrieben, oft ganz im Vordergrund stehen.

1.3.1 Somatoforme Störungen

Die Ätiologie hinsichtlich Disposition und Auslösung somatoformer Störungen ist, wie bei den meisten psychosozialen Störungen, genauso multifaktoriell zu verstehen wie die Aufrechterhaltung der Störung. Nicht nur individuelle genetische, biographische und psychobiologische Faktoren spielen hier eine Rolle, sondern auch übergeordnete kulturelle Einflüsse auf Wahrnehmungs- und Äußerungsformen von Distress sowie soziale und sozialpolitische Faktoren wie sekundärer Krankheitsgewinn/ Gratifikation von Krankheitsverhalten, Behandlerverhalten und Trends der Medikalisierung sozialer Phänomene wie zum Beispiel Arbeitsplatzabbau über Berentung wegen chronischem Rückenschmerz (Gündel u. Henningsen, 2005).

Hierbei handelt es sich um Störungen mit wiederholter Darbietung oder Erleben körperlicher Symptome, die aber keine entsprechende organische pathogenetische Grundlage haben. Somatisierungen psychosozialer Konflikte sind hauptsächlich am Bewegungsapparat lokalisiert, können aber auch andere Körpersysteme betreffen (Klein, 2000). Die große Anzahl körperlicher Symptome bei psychosozialen Störungen kann zu umfangreichen diagnostischen Tests und Untersuchungen führen (Wittchen, 1998).

Die Diagnose und Therapie der somatoformen Störungen ist somit auch deswegen wichtig, weil die Folgekosten dieser Erkrankungen unser Gesundheitswesen (häufige Untersuchungen!) in hohem Maße belasten (Ebert u. Loew, 2001).

Differenziert werden in der ICD- 10 und DSM IIII mehrere Unterformen (Ebert u. Loew, 2001; Egle et al., 2000):

- Somatisierungsstörung (F45.0)
- hypochondrische Störung und dysmorphophobe Störung (F45.2)
- somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3)
- somatoforme Schmerzstörung (F45.4).

Hierbei handelt es sich um aktuelle Diagnosekonzepte mit deskriptivem und theoriefreiem Charakter (Bschor, 2000).

Im Einzelnen werden die Unterformen Somatisierungsstörung und die somatoforme Schmerzstörung genauer beschrieben. Diese Beschreibungen helfen, die psychosoziale Problemfallsituation zu verstehen.

1.3.1.1 Somatisierungsstörung

Betroffene Patienten klagen über multiple körperliche Beschwerden, die seit Jahren bestehen und bereits in der Regel mehrfach organmedizinisch abgeklärt oder gar behandelt worden sind. Typisch ist der chronische Krankheitsverlauf mit wechselnden Symptomen und unterschiedlicher Intensität. Spontanremissionen sind selten. Die Störungen können in jedem Alter beginnen, häufig in der Jugend (fast immer bis zum 25- 30. Lebensjahr). Frauen sind häufiger betroffen als Männer. Familiäre Häufungen finden sich. Komorbidität tritt insbesondere gehäuft mit Angststörungen auf. Die Lebenszeitprävalenz beträgt 0,2-2%. Wesentlich ist die Konzentration auf die körperlichen Beschwerden, die zum „Lebensinhalt“ für die Betroffenen werden. Der Einfluss psychosozialer Vorgänge auf die verschiedenen Organsysteme (psychophysische Koppelung) ist belegt. Stress, Sorgen, Unzufriedenheit oder kognitive Grundannahmen, was körperliche Gesundheit ist, und entsprechende Selektion der Aufmerksamkeit auf nicht dazu passende Wahrnehmungen beeinflussen, wie eine Person Körpersensationen wahrnimmt und verarbeitet. Wie psychosoziale Belastung anderen mitgeteilt wird, ist außerdem individuell verschieden (Ebert u. Loew, 2001). Diese Patienten leiden durch die ständigen Sorgen wegen der Symptome. Deshalb kommt es zu häufigen Arztkonsultationen. Sie beharren hartnäckig auf der Überzeugung von einem körperlichen Leiden und fordern die Fortsetzung weiterer diagnostischer und somatisch- therapeutischer Anstrengungen (Bschor, 2000; Wittchen, 1998).

Bringt der Arzt nicht die erhoffte körperliche Erklärung für die Beschwerden, so zweifeln die Patienten an seiner Qualität und suchen einen anderen auf („doctor hopping“) (Egle et al., 2000).

Für eine erfolgreiche Behandlung müssen die Patienten verstehen lernen, dass psychosoziale Prozesse körperliche Symptome beeinflussen. Da viele Patienten eine psychiatrische Behandlung aber ablehnen, sollte das Symptom zunächst als ein körperliches akzeptiert werden und mit dem Patienten die Symptomatik, ihre Folgen und die damit verbundenen Kognitionen, Befürchtungen (Verhaltensanalyse) besprochen werden (Ebert u. Loew, 2001).

1.3.1.2 Somatoforme Schmerzstörung

Sie ist die häufigste psychosoziale Störung mit dem Leitsymptom Schmerz, früher auch „psychogenes Schmerzsyndrom“ genannt. Studien zur Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung fehlen bisher. In der Allgemeinpraxis wird von fünf bis zehn Prozent ausgegangen (Egle et al., 2000).

Der Beginn der Schmerzsymptomatik liegt üblicherweise vor dem 35. Lebensjahr, nicht selten schon in Kindheit und Jugend. Frauen sind im Verhältnis 2 bis 3: 1 häufiger betroffen. Somatoforme Schmerzen laufen auf einer rein zentralen Ebene ab, werden vom Patienten jedoch peripher lokalisiert. Die Lokalisation variiert stark. Die anatomischen Grenzen der sensiblen Versorgung werden bei der Beschreibung der Schmerzen nicht eingehalten. Besonders häufig betroffen sind die Extremitäten, aber auch Gesichtsbereich und Unterleib. Als erster Indikator für eine somatoforme Schmerzstörung können die Schmerzbeschreibungen des Patienten verwendet werden: Somatoforme Schmerzpatienten beschreiben ihre Schmerzen häufig mit affektiven Begriffen (z.B. scheußlich, grauenhaft, beängstigend). In der Vorgeschichte dieser Patienten finden sich nicht selten eine Reihe anderer funktioneller Beschwerden sowie eine insgesamt erhöhte vegetative Reaktionsbereitschaft.

Wichtigstes diagnostisches Verfahren zum Nachweis einer somatoformen Schmerzstörung ist die biografische Anamnese (Egle et al., 2000; Heuft et al., 2000).

Diese Patienten beschreiben ihre Kindheit und Jugend als glücklich. Erst bei genaueren Nachfragen wird dann ein erhebliches Ausmaß an emotionaler Deprivation, körperlicher Misshandlung und auch sexueller Missbrauchserfahrungen deutlich.

Das Erwachsenenalter ist auf dem Hintergrund der als Resultat dieser Kindheitsentwicklung entstandenen Selbstwertproblematik von einer permanenten Suche nach Anerkennung und einer hohen Kränkbarkeit geprägt. Eine psychosoziale Verursachung der Schmerzen wird von diesen Patienten deshalb auch aus Angst vor einer damit verbundenen Stigmatisierung meist abgelehnt.

Die Selbstwertproblematik wird durch Überaktivität und Leistungsorientierung zu kompensieren versucht. Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung in Kindheit und Jugend stehen zur Bewältigung äußerer Belastungs- und innerer Konfliktsituationen im Erwachsenenalter nur unreife Konfliktbewältigungsstrategien zur Verfügung. Überfordernde Belastungssituationen sind dann meist der Auslöser für das Schmerzgeschehen (Egle et al., 2000; Heuft et al., 2000).

Im Umgang mit diesen Patienten ist wichtig, dass ihnen ihre Schmerzen genauso „geglaubt“ werden wie jenen, bei denen eine organische Ursache nachweisbar ist.

Eine vertrauensvolle Arzt- Patient- Beziehung ist deshalb die wesentliche Voraussetzung für die Motivierbarkeit dieser Patienten zu einer Psychotherapie.

Grundlage ist ein biopsychosoziales Schmerzverständnis aller Beteiligten. Fachspezifische (Zufalls-) befunde und Normvarianten sind dem Patienten nicht vorschnell als ursächlich relevant zu vermitteln.

Im Mittelpunkt der Behandlung steht die bei diesen Patienten fehlende Differenzierung von Schmerz und Affekt. Das Fokussieren auf die Kommunikation ist ein notwendiger Schritt, um Gefühle verbalisieren und später zwischen Körpersymptom und Affekt differenzieren zu können.

Bei dieser Erkrankung besteht keine Indikation für Analgetika, Antidepressiva sind nur indiziert, wenn zusätzlich die Kriterien einer depressiven Störung erfüllt sind (Egle et al., 2000).

1.3.2 „larvierte“ Depression

Nach der 1997 präsentierten WHO- Studie Global Burden of Disease avanciert die Depression zur wichtigsten Volkskrankheit. Sie rangiert direkt nach den kardiovaskulären Erkrankungen auf Platz zwei- Tendenz steigend. In Deutschland leiden ungefähr 15% der Bevölkerung zumindest einmal im Leben an einer Episode einer depressiven Erkrankung; manche Schätzungen setzen das Risiko sogar noch höher an. Depressionen kommen in allen Altersgruppen häufig vor. Sie beginnen bei den meisten Menschen im Alter von Ende zwanzig bis Anfang dreißig. Ergebnisse des Bundesgesundheits surveys 1998/ 99 und zweier aktueller Versorgungsstudien (Allgemeinpraktikerstudie und Depression- 2000-Studie) aus Deutschland geben hinreichend sichere Hinweise darauf, dass jeder zehnte Patient in deutschen Hausarztpraxen depressiv ist. Hausärzte besitzen eine Schlüsselstellung, denn sie tragen die Verantwortung für das Erkennen, Behandeln und Überweisen von depressiven Patienten (Wittchen, 1998; Sachverständigenrat, (Schwartz et al.), 2000/ 2001).

Möller (2001) beschreibt ebenfalls die Depression mit bis zu 20% an Patienten als die wichtigste psychosoziale Erkrankung in der hausärztlichen Praxis.

Klein (2000) gibt an, dass 17% der Europäer an einer Depression leiden, wobei ältere Patienten über 65 Jahre häufiger als jüngere erkranken. Ebenfalls sieht er den Hausarzt zwischen 12 und 25% seiner Klientel regelmäßig mit depressiven Störungen konfrontiert. Auch ihre Angaben sind Schätzungen, die sich auf andere epidemiologische Studien berufen.

In der allgemeinmedizinischen Praxis ist sie wahrscheinlich jene psychosoziale Krankheit, mit welcher der Hausarzt am häufigsten konfrontiert ist (zwischen 12 und 25 %) (*Kasper et al.*, 1997; *Wittchen*, 1998; *Klein*, 2000).

Die Ursachen von depressiven Störungen sicher beurteilen zu können ist schwierig (*Ebert u. Loew*, 2001).

Fast die Hälfte der Depressionen beim Hausarzt bleibt unentdeckt (*Wiegand*, 2001; *Kasper*, 1997). Es ist deshalb von großer Wichtigkeit, dass Ärzte der Primärversorgung über ausreichende Kenntnisse in der Diagnostik und Therapie der Depression verfügen.

Eine Depression erkennt man an den typischen Symptomen des depressiven Syndroms.

Neben den eigentlichen psychischen Symptomen (Antriebslosigkeit, Freudlosigkeit) sind es vor allem die psychomotorischen (Hemmung, Agiertheit) sowie die körperlichen/vegetativen Symptome (Kraftlosigkeit, Vitalitätsverlust, Schlafstörungen, Libidoverlust, Appetitmangel, Gewichtsabnahme), die das Bild beherrschen können und es oft schwierig machen, die Depression zu erkennen (*Möller*, 2001).

Die Hälfte der depressiven Patienten, die zu ihrem Hausarzt gehen, präsentieren sich vorrangig oder nur mit somatischen Beschwerden, psychische Symptome sind fast nicht mehr erkennbar und treten in den Hintergrund. Die körperlichen Beschwerden sind breit gefächert, können den gesamten Körper betreffen und sind oftmals unspezifisch oder schwer fassbar. Bevorzugt sind Kopf und Brust betroffen. Namentlich wurden diese Depressionsformen in den 70er- und 80er- Jahren als „larvierte“ oder „maskierte“ Depressionen benannt. Insgesamt findet sich eine hochgradige Überschneidung mit den für die somatoformen Störungen angegebenen körperlichen Symptomen. Zur Stellung der Diagnose „larvierte“ Depression muss die Depression positiv bewiesen werden. Sie darf nicht allein deswegen angenommen werden, weil sich für hartnäckige körperliche Klagen keine somatischen Ursachen aufspüren lassen (*Bschor*, 2000).

Dennoch hat das Konzept der larvierten Depression bei manchen Autoren eine erhebliche Ausweitung auf viele andere Diagnosen. Diese fast den Charakter der Beliebigkeit anneh-

mende Ausweitung der Diagnose führte zu dem Vorwurf, das Konzept der larvierten Depression sei „vage“, eine „Verlegenheitslösung“ und die somatischen Symptome würden praktisch jede gängige Patientenklage umfassen. Eine weitere Ursache für das Verlassen dieser Diagnose bestand in der Entwicklung hin zu operationalisierten, möglichst rein deskriptiven und theoriefreien Diagnoseklassifikationssystemen (DSM III, ICD– 10) (Bschor, 2000).

Der traditionellen Vorgehensweise wurde eine noch zu sehr uneinheitliche Diagnosenstellung eingeräumt. Die psychopathologisch weitgehend einheitlichen Erscheinungsformen der meisten depressiven Episoden führten zu einer Rückkehr zur psychopathologischen Diagnostik und Verlaufsdiagnostik in den neueren Systemen (Ebert u. Loew, 2001).

Die heute gebräuchlichen Diagnosen dieses aktuellen Diagnosekonzepts stellen wieder mehr die körperliche Symptomatik in den Vordergrund:

- Somatisierungsstörung oder somatoforme Störung,
- Psychosomatische Störung,
- Dissoziative Störung(Konversionsstörung),
- Hypochondrische Störung,
- Neurasthenie (Bschor, 2000).

Wegen der hohen Depressionsprävalenzzahlen fordert *Hegerl* zu einem Screening auf. Mit einigen Kernfragen sollte versucht werden, bei jedem Patienten unabhängig von den geäußerten Beschwerden nach einer Depression zu fahnden (Satzger- Harsch, 2000).

Hierfür eignen sich mit hoher Treffsicherheit und geringem Aufwand die neu entwickelten diagnostischen Mittel „Screening- Fragebogen (IHL), ein einfacher Patienten- Fragebogen mit nur sechs Fragen, und der „ICD- 10- gerechte Arzt- Fragebogen“ (Müller et al., 2000).

1.3.3 Angststörungen

Unter Angststörungen leiden mehr Menschen als an jeder anderen Form von psychosozialen Krankheiten. Jeder Fünfte ist im Verlauf seines Lebens von einer Form von Angststörungen (GAS, Phobie, Panik) betroffen (Wittchen, 1998). Laut einer WHO– Studie werden Angststörungen– vergleichbar mit depressiven Störungen– nur etwa in der Hälfte der Fälle adäquat diagnostiziert (Boerner, 1999). Dabei leiden 15 % der Menschen im Laufe ihres Lebens in irgendeiner Form daran (Kasper, 1999).

Angst entwickelte sich als eine Reaktion mit hohem Überlebenswert. Wenn die Angst allerdings ein gewisses Ausmaß überschreitet, bringt sie mehr Nachteile als Vorteile. Überstarke Angst schränkt unser Denken und unser Verhalten ein, auch die Konzentrations- und Leistungsfähigkeit. Angstreaktionen ähneln starken Stressreaktionen. Wie bedrohlich dabei eine Belastung ist, hängt von unseren Gedanken ab (Wittchen, 1998).

Neben der mangelnden Kenntnis spezifischer Diagnosekriterien und der genauen Differenzierung der Angststörungen nach ICD-10 in der Allgemeinpraxis dürften auch noch andere Faktoren für die geringe diagnostische Erkennungsrate verantwortlich sein. Nach klinischer Erfahrung neigen die meisten Patienten mit Angstsyndromen dazu, aufgrund von Scham und Schuldgefühlen nicht über ihre Störung zu sprechen, sondern ärztliche Konsultationen aufzusuchen, weil sie eine Vielzahl körperlicher Missempfindungen beunruhigen und sie eine entsprechende organmedizinische Abklärung wünschen (Boerner, 1999; Kasper, 1999).

Patienten mit Angsterkrankungen klagen sowohl über psychische (Angst zu sterben, Angst vor Kontrollverlust) als auch über körperliche Beschwerden wie Herzrasen, Parästhesien, Durchfall, Zittern etc. (Kasper, 1999; Wittchen, 1998).

Charakteristisch für die Angststörungen sind bei einem großen Teil trotz adäquater Therapie der chronische Verlauf, das Phänomen der Vielgestaltigkeit und ein hohes Maß an Komorbidität, z. B. in Verbindung mit Depressionen, somatoformen Störungen sowie Suchterkrankungen (Boerner, 1999; Heidenreich et al., 2000). Angststörungen treten häufiger bei Frauen als bei Männern auf.

Das erstmalige Auftreten der Symptomatik sowie Exazerbationen sind oft mit akuten Belastungen durch äußere Umstände oder Lebensereignisse verbunden (Heidenreich et al., 2000).

Häufig ist das Angstsyndrom charakterisiert von ängstlichem Affekt und begleitenden körperlichen Missempfindungen, die zu erheblichen differentialdiagnostischen Problemen führen können.

Angst versteht sich als ein psychopathologisches Syndrom oder Leitsymptom (sekundäre Angst), das bei einer Reihe internistischer Erkrankungen, wie arterieller Hypertonus, Hyperthyreose oder im Rahmen einer psychiatrischen Erkrankung wie Depression, Schizophrenie begleitend auftreten kann. Wenn Betroffene sich in ärztliche Behandlung begeben, dann sind bereits vielfältige Komplikationen aufgetreten. Dann drohen Suizidalität und

unter sozialmedizinischen Aspekt wiederholte und längere Arbeitsunfähigkeiten sowie ein signifikantes Ausmaß an Frühberentung.

Bei frühzeitigem Erkennen sind Angsterkrankungen in der Regel gut behandelbar (Boerner, 1999; Kasper, 1999).

1.4 Probleme bei der Erkennung von Problemfall- Patienten

Der Arzt für Allgemeinmedizin, ist sowohl bezüglich der großen Zahl seiner Patienten als auch bezüglich des sehr breit gefächerten Krankengutes einem besonderen Druck ausgeliefert (Wesiak, 1996).

Hinzu kommen die verunsichernden gesellschaftlichen Entwicklungen, die sich sehr rasch in den letzten Jahren abspielten und immer mehr zuspitzen. Diese werfen Fragen nach dem Vertrauen gegenüber Ärzten im Allgemeinen und Hausärzten im Besonderen sehr aktuell auf. Trotz ökonomischer Sachzwänge muss der beratende Arzt den Patienten stets als Mensch und nicht als Wirtschaftsobjekt sehen. Für die Arbeit des Hausarztes bedeutet dies, ein Arzt- Patient- Verhältnis zu schaffen, in welchem der Patient nicht enttäuscht wird und sein Vertrauen in den Arzt und seiner Medizin nicht erschüttert wird (Große, 2006).

In einer Umfrage 1999 wünschen sich rund 90% der Patienten von ihrem Hausarzt, dass dieser genug Zeit hat zum Zuhören, Erklären und Reden und rund 80% der Befragten möchten die Möglichkeit haben, offen mit ihm über ihre Probleme reden zu können (Groos, 1999; Lamers, 2002). Dies muss der Arzt wissen und berücksichtigen, wenn er sich den Erfolg bei seinen Patienten sichern will. Er darf die Kommunikation nicht dem Zufall überlassen, so *Lamers* (2002).

Der Arzt muss die Bedürfnisse des Patienten erkennen und sich nicht nur am „äußeren“ Erkrankungsbild orientieren (Wahle, 2001). Der Mediziner und Soziologe *Pflanz* äußerte sich darüber so, dass die Diskrepanz zwischen Anspruchsniveau und Verwirklichungsmöglichkeiten als pathogener Faktor ernst zu nehmen ist. Nicht die objektive soziale Lage ist dabei bestimmend, sondern die subjektive Wahrnehmung und Einstellung der Betroffenen. Dies bedeutet zwar keineswegs ein Aufkündigen der naturwissenschaftlichen Grundlagen, wohl aber eine systematische Ergänzung des heute und zukünftig produzierten medizini-

schen Verfügungswissens durch vermehrtes soziales Orientierungswissen (Atteslander, 1999).

Es ist deshalb unabdingbar, dass Hausärzte eine ebenso zuverlässige Routine für die Erkennung und Behandlung psychosozialer Erkrankungen entwickeln wie für körperliche Untersuchungen (Kielhorn, 1999).

Gleichwertig und von Anfang an mit der Abklärung körperlicher Erkrankungen muss die psychosoziale Exploration erfolgen. Der Begriff der Ausschlussdiagnostik birgt eine gefährliche Illusion. So ist die Hinwendung zur funktionellen und psychosozialen Diagnostik keine Frage des „Entweder– Oder“. Beides kann nebeneinander bestehen, sich gegenseitig verstärken und komplizieren (Sturm, 2001). Die eingehende psychosoziale Exploration, die zur Stellung der Diagnose psychosozialer Erkrankungen unerlässlich ist, kostet dem Arzt Zeit und verlangt von ihm Wissen und Erfahrung (V. Uexküll u. Köhle, 1996).

In der Bundesrepublik Deutschland gilt für die vertragsärztliche Versorgung- für die sog. Richtlinienpsychotherapie- ein dreistufiges Versorgungssystem, welches 1984 von Paul Janssen, dem damaligen Vorsitzenden des Fachausschusses der Bundesärztekammer vorgeschlagen wurde. Das übergeordnete Ziel dieses Versorgungssystem ist es, den psychosozialen Zugang differenziert in die medizinische Versorgung einzubeziehen, um so den Versorgungsbedürfnissen der Bevölkerung gerecht zu werden. Fort- und Weiterbildung werden auf dieses Konzept abgestimmt (Köhle et al., 1996).

Folgende Bereiche werden unterschieden:

- Psychosomatische Grundversorgung: Sie soll die „Basisversorgung“ sichern, d.h. den psychosomatischen Verständnisansatz in die hausärztliche und- noch nicht formalisiert- in die klinische Versorgung integrieren helfen.
- Zusatzbezeichnung Psychotherapie: Sie soll Ärzten, die weiter in ihrem (somatischen) Fachgebiet arbeiten, ermöglichen, wissenschaftlich anerkannte Psychotherapieverfahren in ihre Tätigkeit zu integrieren.
- Gebietsarzt Psychotherapeutische Medizin und Zusatzbezeichnung Psychoanalyse: Der Gebietsarzt soll die spezialisierte psychotherapeutische Versorgung

insgesamt, der Facharzt mit Zusatzbezeichnung „Psychoanalyse“ die Krankenversorgung mit dieser speziellen Methode sicherstellen.

Die Voraussetzungen sind durch Ausbildung (1970) und Weiterbildung sowie durch die Einführung der psychosomatischen Grundversorgung als Bestandteil der kassenärztlichen Versorgung (seit dem 01. 10. 1987) bereits gestellt worden (Kielhorn, 1999).

1.5 Diagnostisches Mittel zur Erkennung des Problemfall- Patienten

Auch wenn technische Ersatzhandlungen scheinbar „objektive“ Daten schaffen und den Eindruck von diagnostischer Sicherheit vermitteln (Füessl, 2006), können im High-Tech-Zeitalter 70% bis 80% richtiger Diagnosen nur allein durch eine ausführliche Anamnese und sorgfältige Untersuchung gestellt werden (Leiß, 1994). Diese Patienten lassen sich in der niedergelassenen Praxis zunächst ohne kompliziertere technische Hilfsmittel und ohne fachärztlichen Rat erfassen und es müssen schon weitreichende Entscheidungen getroffen werden. Dies zwingt den Arzt, das Wesentliche bzw. das Problem dieser Patienten zu erkennen und sich darauf zu konzentrieren (Wesiak, 1996). Er muss eine vertrauensvolle Arzt- Patient- Beziehung schaffen und basierend darauf die Anamnese so gestalten, dass er die nötigen psychosozialen anamnestischen Angaben erhält, die ihm wichtig erscheinen im Zusammenhang mit den erhobenen somatischen Daten (Wiemann, 1993; Adler, 1996). Fragebögen sind zur Erfassung kognitiver Prozesse sinnvoll (Thomas et al., 1996). Die Untersuchung soll sachlich, effizient und professionell durchgeführt werden. Dem Drängen auf wiederholte körperliche Untersuchungen darf nicht einfach entsprochen werden. Der Patient muss aufgeklärt werden, dass die Körperuntersuchung allein nicht immer zur Lösung seines Hilfebedarfs beiträgt, sondern das Verstehen der Motive hinter dem Bedürfnis ihm weiterhilft, zitiert *Adler* (Adler et al., 1996). Bei Beschwerdeschilderung, die nicht so spezifisch ist für funktionelle Diagnostik, ist die apparative Zusatzdiagnostik unerlässlich, allerdings sollte diese verhältnismäßig bleiben (Tölle, 1999). Zur Erkennung psychosozialer Problemkonstellationen bietet sich als effiziente Lösung bislang lediglich das multiaxiale Diagnostizieren an, etwa nach den Dimensionen Symptomatik, Ätiologie, Persönlichkeitsstruktur und Charakteristik des zeitlichen Verlaufs, bemerken *Tress et al.* (Adler et al., 1996).

1.6 Therapeutische Behandlung von Problemfall- Patienten

Die Therapieform orientiert sich bei einem Problemfall- Patienten nicht nur an dem Erkrankungsbild selbst, sondern auch an dem Bedürfnis des Patienten und insbesondere auch an den therapeutischen Fähigkeiten des Hausarztes (Wahle, 2001).

Grundlage der Behandlung dieser Patienten ist das verständnisvolle, stützende, ärztliche Gespräch (supportive Psychotherapie) (Kasper et al., 1997; Leiß, 1994). Neben psychologischem Wissen ist ärztlich- menschliche Begleitung wichtig, denn diese Patienten haben ein feines Gespür dafür, welchem Arzt man sich anvertrauen kann und mit wem man auch über persönliche Probleme sprechen kann (Himmel u. Kochen, 1999).

Problemfall- Patienten sind „schwierige“ Patienten mit psychosozialen Störungen. Sie erfordern mehr Zuwendung als andere Patienten und nehmen auch mehr Zeit des Arztes in Anspruch (Linden, 2002). Meist kann dem Patienten aber so bereits geholfen werden, nur zum Teil ist eingehende Psychotherapie notwendig (Tölle, 1999; Kasper et al., 1997; Linden, 2002). Wegen ihrer Häufigkeit ist es ausgeschlossen, dass alle Patienten mit psychosozialen Erkrankungen in eine fachärztliche Betreuung weiterverwiesen werden (Linden, 2002). Rund 70% befragter Patienten erachten es außerdem als besonders wichtig, vorerst von ihren Hausärzten vor einer Inanspruchnahme eines anderen Facharztes beraten zu werden (Groos, 1999). Es gibt sogar Hinweise, dass eine intensivere Therapie unter Hinzuziehung von Fachärzten und Psychotherapeuten nicht unbedingt zu besseren Ergebnissen, sondern zunächst einmal nur zu höheren Kosten führt. Von daher gehört die Behandlung psychosozialer Störungen zu den wichtigsten Aufgaben in der hausärztlichen Praxis (Linden, 2002).

Wirkfaktor der gezielten Psychotherapie ist der Versuch über die Interaktion, das Erleben und Verhalten von Patienten, die in Bezug auf ihre Emotionen, Verhaltensweisen oder Gedanken Leidensdruck verspüren, zu verändern. Wichtig dabei ist eine tragfähige und belastbare Beziehung zwischen Therapeut und Patient herzustellen und sich vor der Therapie auf ein gemeinsames Behandlungsziel zu einigen. Neben der Einzeltherapie (Normalfall psychotherapeutischen Arbeitens) gibt es die Gruppentherapie (Okon u. Knickenberg,

2000). Verhaltenstherapie hat zum Ziel, die Fähigkeit zur Bewältigung von unvermeidbaren Lebensproblemen aufzubauen und unrealistische Erwartungen und Wahrnehmungsverzerrungen zu reduzieren (Kasper et al., 1997).

Neben Psychotherapie sind physiotherapeutische Maßnahmen (Massagen, Packungen, Reizstrom, Reflextherapie) und sportliche Aktivitäten sinnvoll, empfiehlt *Dimeo* (Moreano, 2001). Zu diesen therapeutischen Maßnahmen raten auch *Tölle* (1999) und *Sturm* (2002).

Als medikamentöse Therapie werden Medikamente, die nicht der Gruppe der Analgetika zugehören, besonders wegen der geklagten somatischen Symptome eingesetzt. So werden z.B. mit peripher wirksamen Muskelrelaxantien chronische Rückenschmerzen behandelt. Analgetika sollten wenn möglich vermieden werden. So kann eine iatrogene Chronifizierung der Leitklagen verhindert werden.

Antidepressiva werden verabreicht, wenn depressives Verhalten und Angst bestehen (Egle et al., 2000; Sturm, 2002; Linden, 2002). Der Einsatz dieser Medikamentengruppe in der Schmerz– Kombinationstherapie ist insofern von Vorteil, als dadurch die Einzeldosen der Mittel gering gehalten werden können, so dass die Nebenwirkungen weniger in Erscheinung treten können als bei der Anwendung von Maximaldosen einzelner Mittel bei gleicher Wirkung (Sturm, 2002).

1.7 Eigenschaften des Problemfall- Patienten

Die bisherige Zusammenstellung der Ergebnisse der Literatur lässt in etwa folgende Eigenschaften erkennen, die auch dem Problemfall- Patienten der allgemeinmedizinischen Praxis zuzuschreiben sind und die wie folgt zusammengestellt werden sollen:

Problemfall- Patienten in der allgemeinmedizinischen Praxis sind zumeist durch psychosoziale Krankheitsbilder gekennzeichnet

Die Frage „...eher organisch– eher psychisch...“ stellt sich in etwa 40% der Praxisfälle bereits bei der Erstberatung. Da es sich hier um fließende Übergänge handelt (s. oben zu Krankheitsformen des Problemfall– Patienten) und die Klassifizierung daher große Ermessensspielräume zulässt, nehmen die sehr unterschiedlichen Angaben über die Häufigkeiten in der Literatur nicht Wunder (Klein, 2000). *Kielhorn* (1999) berichtet über das gleiche

Ergebnis: Vier von zehn Patienten, die in die Praxis des Hausarztes kommen, weisen psychosoziale Störungen auf. Voraussetzung ist jedoch, dass diese Patienten von den eher organmedizinisch orientierten Hausärzten als solche erkannt werden.

Patienten mit funktionellen Störungen sind in der Praxis besonders des Allgemeinarztes und Internisten sehr häufig (es werden 25% bis 40% angegeben) (Tölle, 1999), 21% bis 33% der Patienten der primärversorgenden Ärzte (Allgemeinmediziner und Internisten) leiden an psychoneurotischen oder psychosomatischen Erkrankungen, berichten *Meyer et al.* (1991) (Köhle, 1996), nach vielfältigen Untersuchungen haben 20 bis 40 % der Patienten körperliche Beschwerden ohne organpathologischen Befund (Hentschel u. Kämmerer, 2002).

Allgemeinmediziner versorgen mit 50% bis 60% den größten Teil der Patienten (Kontakte) mit psychosozialen Problemen, die in ambulanten Praxen behandelt werden (Schach et al., 1989); ein nahezu deckungsgleiches Ergebnis über seelische Störungen beim Hausarzt (56–60%) erhalten *Loosen* (2000) und *Wittchen* (1998), der angibt, dass jeder zweite deutsche Bundesbürger einmal in seinem Leben an einer psychosozialen Störung erkrankt.

Diese Angaben verdeutlichen, dass es sich für den Arzt lohnt, sich im Sinne der psychosomatischen Grundversorgung eingehend mit den psychosozialen Störungen zu befassen (Tölle, 1999).

Somatisierungen psychosozialer Konflikte sind hauptsächlich am Bewegungsapparat lokalisiert. Sie können aber auch als Migräne, Herzneurose, Magen– Darm– Störungen usw. auftreten (Klein, 2000).

Punktprävalenzen für chronische Rückenschmerzen wurden von *Olbrich u. Ruch* (2001) bis zu 40% und von *Schwartz et al.* (2000/ 2001) für die deutsche Bevölkerung von 27–40% angegeben. Im ADT- Panel- ZI (Kerek- Bodden et al., 2002) wurden Rückenschmerzen (für Männer 16%, für Frauen 15,9%) als dritthäufigste Diagnose angegeben. Bei chronifizierten Rückenbeschwerden bringt nur das multimodale Behandlungskonzept unter Berücksichtigung medizinisch/ somatischer, psychosozialer und trainingswissenschaftlicher Erkenntnisse einen Erfolg (Reck, 1999; Olbrich u. Ruch, 2001; Frenkel, 2001).

Problemfall- Patienten sind Patienten in chronischer Krankheitssituation

In den fortgeschrittenen Industrienationen stellt die angemessene Versorgung chronisch Kranker die wichtigste und größte Herausforderung für das Gesundheitswesen dar. Chronische Krankheiten verursachen einen erheblichen Teil der direkten und– in einem noch höherem Maße– der indirekten Krankheitskosten, z.B. durch Produktionsausfälle, Lohnersatzleistungen oder vorgezogene Rentenzahlungen. Dies liegt zum einen an dem Zusammenhang zwischen demographischer Alterung der Bevölkerung und chronischer Krankheitslast. Zum anderen trägt der medizinische Fortschritt selbst zu einer Zunahme chronisch Kranker bei. Eine zuverlässige Quantifizierung der chronischen Krankheitslast ist schwierig. Schätzungsweise leidet ungefähr die Hälfte aller ambulant und stationär behandelten Patienten in Deutschland an einer chronischen Krankheit. Der Anteil von chronisch Kranken in der Bevölkerung liegt in einer Größenordnung von 40% (Schwartz et al., 2000/ 2001).

Mit zwei langfristigen Veränderungen– dem Wandel der Arbeitsbedingungen und der Zunahme chronischer Erkrankungen und Beschwerdezustände, der *neuen* Befindlichkeitsstörungen in der Bevölkerung– haben psychosoziale Beanspruchungen besondere Aufmerksamkeit gefunden, bemerkt *Slesina* (1987) (V. Ferber, 1996).

Häufig wird von den Leistungserbringern die psychosoziale Belastung durch eine chronische Erkrankung unterschätzt. Dieses einseitig biomedizinische Krankheitsverständnis wird dem in westlichen Ländern dominierenden Spektrum multifaktoriell determinierter chronischer Krankheiten nicht gerecht und bedarf der Komplettierung durch ein ´konditionales` Krankheitskonzept, das psychosoziale, umwelt- und verhaltensbezogene Faktoren angemessen berücksichtigt (Schwartz et al., 2000/ 2001).

Für den psychosozial erkrankten Patienten ist charakteristisch der chronisch– rezidivierende Verlauf mit der Gefahr des Abgleitens in ein schwer beeinflussbares chronisches Endstadium, wenn keine psychosomatische Therapie erfolgt (Sturm, 2001). In der Medizinischen Poliklinik werden Patienten durch die Integration des psychosozialen Verständnisansatzes bereits im Durchschnitt 3,5 Jahre nach Krankheitsmanifestation erreicht, berichten *Haag u. Stuhr*, (1992) (Köhle, 1996). *Jungck* (1998) kritisiert, dass bei Patienten mit chronischen Schmerzen im Schnitt zehn Jahre mit Behandlungsversuchen bei acht verschiedenen Fachärzten vergehen, bevor eine interdisziplinäre schmerztherapeutische Therapie be-

gonnen wird (Sohn, 2001). Psychosoziale und physikalische Belastungen tragen wesentlich zur Entstehung und Chronifizierung von Rückenschmerzen bei (Schwartz et al., 2000/2001). Aufgabe für den Arzt/ Schmerztherapeuten muss es daher sein, nach neuester Erkenntnis die Prädiktoren für die Chronifizierung zu kennen, um so mit dem multimodalen Behandlungskonzept Erfolg zu haben (Sohn, 2001; Reck, 1999).

Jeder dritte Bundesbürger hat heute Probleme bis hin zu manifesten Schmerzsyndromen am Bewegungsapparat. All zu oft wird in der täglichen Praxis an der „Wurzel“ vorbeitherapiert. Die Chronifizierung ist das Ergebnis (Frenkel, 2000).

Den Problemfall- Patienten charakterisiert ein multifaktorielles und multimorbides Krankheitsbild

Eine Verschiebung des Morbiditätsspektrums der letzten Jahrzehnte von den akuten zu den chronischen Krankheiten hat sich vollzogen. Dies ist eine Entwicklung, an der die höhere Lebenserwartung der Bevölkerung einen gewissen Anteil haben mag, die aber zur Hauptsache mit der veränderten Ätiologie der Krankheiten zu tun hat, mit dem Wandel von der Monokausalität zur multifaktoriellen Ätiologie der Krankheiten, merkt *Nuyens* an (Dreibholz u. Haehn, 1982).

Die biomedizinische Kompetenz der Leistungserbringer bei der Versorgung chronisch Kranker muss somit mit einer entsprechenden psychosozialen Kompetenz einhergehen (*Schwartz et al.*, 2000/ 2001).

Meist bestehen mehrere Symptome auf körperlicher, seelischer und sozialer Ebene nebeneinander, wobei die Akzentuierungen erheblich wechseln, von Person zu Person wie auch im Krankheitsverlauf. Eine wirkliche Monosymptomatik indessen darf als Rarität gelten (Tress et al., 1996).

Für unterschwellige Depressionen, Somatisierungs- und Angst- Störungen ist belegt, dass sie nicht nur doppelt so häufig wie spezifizierte „überschwellige“ Störungen sind, sondern zusammen mit anderen psychischen und vor allem somatischen Erkrankungen („komorbid“) gehäuft auftreten (Helmchen, 2001). Daher stellt die Differentialdiagnose psychosozialer Körperstörungen älterer Menschen in der Allgemeinmedizin, deren Prävalenz jenseits des sechzigsten Lebensjahres etwa der bei Erwachsenen im mittleren Lebensalter ent-

spricht, besonders hohe Anforderungen. Oft bestehen weitere somatische Erkrankungen, die mit den psychosomatischen Körpersymptomen interagieren (Heuft et al., 2000). Der Eintritt in den Ruhestand ist eine für die Gesundheit sensible Lebensphase. Ergebnisse des ADT- Panel- ZI registrieren eine Zunahme der Komplexität und Chronizität von Gesundheitsproblemen ganz besonders im Alter (Kerek- Bodden et al., 2002). Die gleiche Aussage hierüber treffen *Schwartz et al.* (2000/ 2001). Europäische Feldstudien der letzten Jahre zeigen übereinstimmend, dass etwa 30- 35% der über 65- Jährigen an einer krankheitswertigen psychischen Störung leiden (Theilig, 2008).

Beim Problemfall- Patienten besteht die Gefahr der „Somatischen Fixierung“

Unter „Somatischer Fixierung“ versteht *Fischer* (1986) das Phänomen, dass Patienten sich dauerhaft in der Krankenrolle erleben und in Abhängigkeit von der Medizin geraten, was durch die dauernde einseitige Betonung der somatischen Seite ihrer Beschwerden erfolgen kann.

Der Begriff „Somatische Fixierung“ stammt von *Grol et al.*, einer holländischen Arbeitsgruppe, aus dem Jahre 1985 und erlaubt folgende Definition:

Wir sprechen von somatischer Fixierung, wenn ein Mensch infolge fortwährenden inadäquaten Umgangs mit und inadäquater Reaktion auf Krankheit, Missempfindungen, Beschwerden oder Probleme mehr als unbedingt nötig von anderen, namentlich von ärztlichen Helfern, abhängig wird oder sich auf dem Weg der Medizin festfährt, und zwar durch eigenes Verhalten, durch Einwirkung seines sozialen Umfeldes oder durch Einflüsse seitens der Vertreter des Gesundheitssystems.

Somatische Fixierung ist ein dynamisches Geschehen, dass nicht nur intrapersonal, sondern in gleicher Weise also auch in zwischenmenschlichen Beziehungen abläuft: zu Hause, im sozialen Umfeld oder in der Beziehung zu professionellen Helfern, u.a. zum Hausarzt. Dieser Prozess spielt sich nicht nur bei vagen oder nervösen Beschwerden und Störungen ab, sondern auch bei morphologisch fassbaren Erkrankungen.

Inadäquates Reagieren dabei heißt: Unterschätzung oder Unterbewertung als auch Überschätzung oder Überbewertung eines oder mehrerer Aspekte, meist ergänzt sich beides. Oft handelt es sich dabei um eine Überbewertung somatischer Probleme auf Kosten der Aufmerksamkeit für die nichtsomatische Seite des Krankheitsgeschehens.

Dieser unangemessene Umgang mit der Krankheit schafft die Voraussetzungen für eine Verschlechterung der Genesung.

Beim Umgang mit diesem Problem kommt dem Hausarzt eine Schlüsselposition zu (Grol et al., 1985).

Der Sachverständigenrat im Gesundheitswesen (Schwartz et al., 2000/ 2001) beschreibt „Somatische Fixierung“ des Gesundheitswesens 15 Jahre später folgendermaßen: „Die psychosozialen, lebensweltlichen und biographischen Bezüge chronisch Kranker und ihrer Angehörigen werden oftmals nicht oder nur unzureichend berücksichtigt.“

1.8 Entstehungsursachen des Problemfall- Patienten

Im Zentrum der Untersuchung für die Entstehung dieses Patienten steht die Frage nach der ätiologischen Bedeutung des psychoanalytisch konzipierten Konstrukts Persönlichkeit und der sozialwissenschaftlichen Konstrukte Lebensereignisse und soziale Unterstützung für psychosoziale Erkrankungen im Langzeitverlauf (Tress et al., 1996).

1.8.1 Persönlichkeit

Neben einer richtigen Sichtweise (fachliche Kompetenz, gesellschaftliche Hintergründe) für das Wesentliche des Problems des Patienten (s. oben auch zum Prozess der somatischen Fixierung) sind auch Wesens- und Charakterzüge sowie seine soziale Kompetenz und Kommunikation des Arztes für eine erfolgreiche Arzt- Patient- Beziehung mitbestimmend.

Das Verhältnis des Problemfall- Patienten zu seinem Arzt hat viel mit gegenseitigem Vertrauen zu tun und beeinflusst die Zufriedenheit und Zusammenarbeit mit ihm. Problemfall- Patienten möchten ernst genommen werden und sich gut aufgehoben fühlen, ausreichend einbezogen und über die Krankheit informiert werden. Im gemeinsamen Gespräch sollten die Behandlungsmöglichkeiten diskutiert, deren Vor- und Nachteile aufgezeigt, Wünsche und Erwartungen des Patienten erfragt und offen gelegt werden. Anschließend sollen Arzt und Patient gemeinsam zu einer Entscheidung über das weitere Vorgehen kommen. Die angemessene Beteiligung des Patienten verlangt vom Arzt gute kommunikative Fähigkeiten sowie die Bereitschaft, den Patienten als gleichberechtigten Partner im Behandlungsprozess anzusehen. Diese Mühe lohnt sich. Denn eine Entscheidung, die vom Patienten

mitgetragen wird, erhöht die Therapietreue und kann so zu besseren Behandlungsmöglichkeiten führen (Amhof, 2006).

Die Beziehungsarbeit, die gerade im Umgang mit somatoform gestörten Patienten von großer Bedeutung ist und kaum überschätzt werden kann, ist ausschlaggebend für den Therapieerfolg mit diesen Patienten. Sie hat ihren entscheidenden Ausgangspunkt in der Selbstwahrnehmung des Arztes. Dies gelingt ihm am ehesten aus einer Haltung der Gelassenheit heraus. Der Arzt muss die Interaktion „von außen“ betrachten und durch das Erkennen von eigenen und Patientenanteilen diese entsprechend verändern. Sorgfältiges Entgegen- und Ernstnehmen der Klagen des Patienten und sich andererseits nicht durch die hohen Erwartungen des Patienten unter Druck setzen lassen und Verantwortung an den Patienten immer wieder zurückgeben, sind wesentliche Voraussetzungen für das Gelingen dieser Arzt- Patient- Beziehung (Schäfert et al., 2005).

Patientenorientierte Selbsterfahrungsgruppen für Ärzte wie die *Balint- Gruppen* trainieren die ärztlichen Fähigkeiten zur förderlich diagnostisch- therapeutischen Nutzung der Arzt- Patient- Beziehung in der Praxis (Rossa et al., 1991; Honnegger, 1989; Scherer u. Hülpesch, 1990; Ripke, 2001; Schäfert et al., 2005). Die Psychohygiene des Arztes ist dabei äußerst wichtig: Intervention im Team oder mit Kollegen, Qualitätszirkel, Balintgruppe oder Supervision können Entlastung und ein besseres Verständnis des Problemfall- Patienten und der eigenen Person bringen (Schäfert et al., 2005).

Neben der Droge „Arzt“ oder einer verfahrenen Situation der Arzt- Patient- Beziehung selbst, können ebenso die Merkmale der Persönlichkeit „Patient“ diese erschweren. *Gerrad u. Riddel* (1988) fanden, dass Problemfall- Patienten alle eine und mehr von zehn Schlüsselcharakteristiken aufwiesen. Es sind folgende:

- Diese Patienten verlangen nach ständiger Hilfe, lassen sich aber nicht adäquat helfen;
- Sie haben komplizierte Familienverhältnisse;
- Ihre wirklichen und vorgestellten Beschwerden reflektieren ihr Verhalten, z. B. auf Verlust oder auf eine schwierige Erkrankung oder sind ein Teil ihrer Persönlichkeit;
- Ein persönliches Bindeglied ist für sie der Charakter des Arztes;

- Es bestehen Kultur und Glaubensunterschiede zwischen Patient und Arzt;
- Armut und Verlust sind für diese Patienten von Nachteil;
- Ihre Krankheitsbilder sind medizinisch kompliziert- „Manchmal weiß der Patient mehr darüber als der Arzt“;
- Es besteht zwischen Arzt und Patient eine medizinische Verbindung, die eine Spirale von Erwartungen im Patienten auslöst;
- Diese Patienten spielen „böse“ und „manipulierte“ Spiele mit ihren Ärzten- Hier müssen die ärztlichen Kollegen untereinander Informationen erhalten, um die realen Positionen beleuchten zu können;
- Diese Patienten haben Geheimnisse- Viele schwierige Patienten haben Gefühle, die von ihnen gemieden werden, sie in der ärztlichen Konsultation auszusprechen– Dieses Familien- oder Personengeheimnis ist der Kern ihres Lebens und ihrer Probleme.

Bei Patienten mit somatoformen Störungen und anderen psychosozialen Erkrankungen ist heute bekannt, dass sie unerträgliche Gefühle mit Hilfe der Fixierung der bewussten Wahrnehmung auf primär körperliche Symptome abwehren, beziehungsweise haben sie eine verminderte oder fehlende Fähigkeit, Gefühle bewusst wahrzunehmen und zu verbalisieren (Alexithymie) (Gündel u. Henningsen, 2005).

Der Umgang mit Patienten mit somatoformen Störungen gilt traditionell als schwierig, weil diese Patienten häufig trotz gegenteiliger Versicherung der Ärzte auf eine organische Ursache ihrer Beschwerden beharren und psychosoziale Erklärungsmodelle sowie entsprechend auch psychotherapeutische Hilfe zumindest initial ablehnen (Gündel u. Henningsen, 2005).

Da oftmals bei diesen Patienten frustrane Behandlungsvorerfahrungen vorliegen, sind sie ausgesprochen misstrauisch. Eine gelassene Haltung, die den Patienten ernst nimmt, ist zu empfehlen. Gerade im hausärztlichen Bereich sollten frühzeitig psychosoziale Zusammenhänge ihnen zur Erklärung ihrer Beschwerden dargelegt werden, denn je später dies erfolgt, desto schwerer wird ihnen dieser Schritt fallen, diese als Erkrankungsursachen zu akzeptieren.

1.8.2 Lebensereignisse und soziale Unterstützung

Da die Menschen unterschiedliche Wahrnehmungen davon haben, was belastend ist, und mit Belastungen in verschiedener Weise umgehen, ist es schwierig, den Stresspegel von

Lebensereignissen exakt zu messen bzw. mit Sicherheit zu sagen, welche Wirkung diese auf ein bestimmtes Individuum haben werden. Eine Reihe von Skalen sind daher entwickelt worden, um herauszufinden, welche Lebensereignisse für die meisten Menschen am belastendsten sind (Wittchen, 1998).

Die Schlüsselfrage in der Lebensereignisforschung ist aber die- so *Antonowski* (1987),- die nach der Erforschung der „Ressourcen“, also jene Faktoren, die Personen im Angesicht belastender Ereignisse widerstandsfähiger oder invulnerabel machen (Filipp u. Aymanns, 1996).

Vulnerabilitätsfaktoren erhöhen die „Anfälligkeit“ oder Empfänglichkeit eines Individuums für eine Erkrankung. Dies geschieht nicht über eine konkrete Bedrohung, sondern durch das Fehlen von Problembewältigungsressourcen (z.B. durch das Fehlen unterstützender sozialer Beziehungen) oder indem Bewältigungskapazitäten in anderer Art und Weise gebunden werden (z.B. durch Zugehörigkeit zu einer materiell benachteiligten Schicht). Diese Faktoren sind aber mit dem Auftreten von Lebensereignissen und chronischen Schwierigkeiten als Auslöser von Krankheit verknüpft. Vulnerabilitätsfaktoren sind Teil der besonderen alltäglichen Lebensumstände einer Person (Geyer, 1991). Sie bezeichnen einen Mangel an Kapazitäten oder Mitteln, der im Alltag nicht unbedingt spürbar sein muss, aber in Belastungs- und Bedrohungssituationen zum Tragen kommt, indem Copingressourcen in anderer Weise gebunden werden und zur Bewältigung anstehender Probleme nicht mehr verfügbar sind (Geyer, 1999).

Vulnerabilität bezeichnet also Bedingungen, die alleine für den Ausbruch von Erkrankungen nicht von Bedeutung sind, sie verstärken jedoch die Belastungswirkungen auftretender Stressoren. Im „Vulnerabilitätsmodell“ nach *Dohrenwend* (1986) sind es Faktoren, die Belastungen moderieren und den Ausbruch spezifischer Erkrankungen steuern, wie z.B. unterstützende Netzwerke, potentiell gefährdende Arbeitsumgebungen und chronische Belastungen. Genetische Vulnerabilität, körperliche Behinderungen, individuelle Fähigkeiten sowie Persönlichkeitsvariablen (starkes Selbstvertrauen oder die Gewissheit der eigenen Kompetenz und Durchsetzungsfähigkeit) sind spezifizierte Merkmale einer Person. Diese sozialen Situationen und persönliche Dispositionen vermitteln die Wirkung lebensverändernder Ereignisse. Z.B. nimmt ein Individuum durch einen hohen Neurotizismusgrad auf-

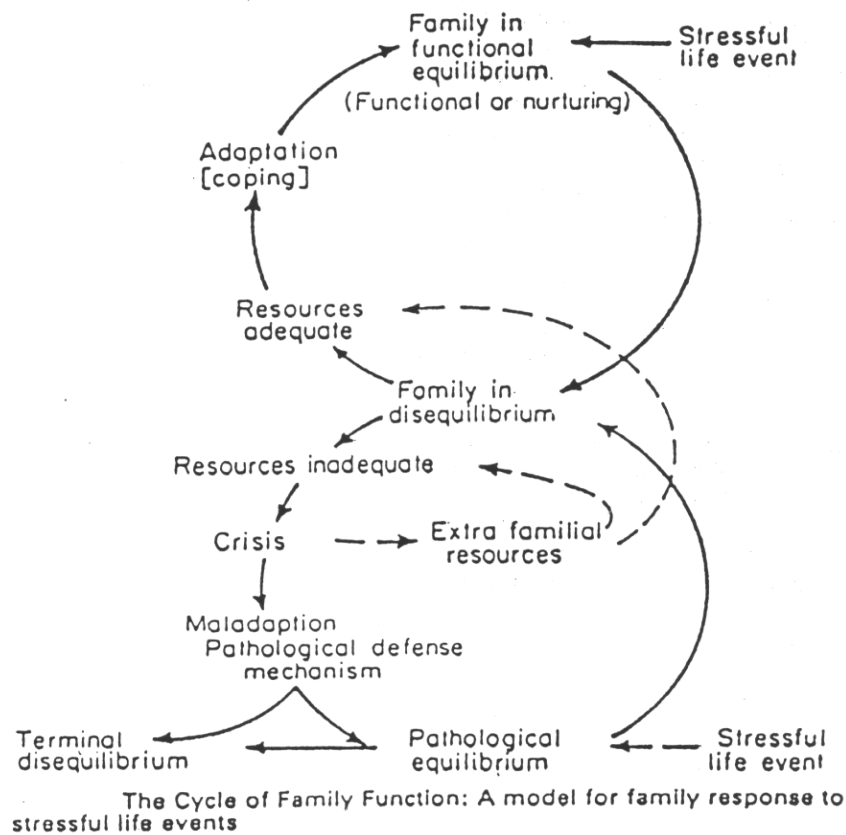
trete Erlebnisse als dramatischer wahr als eine Person mit niedrigerem Neurotizismus. (Geyer, 1999). Soziale Situationen umfassen allgemein Lebensbedingungen, die die Bewältigung von Problemen erleichtern oder mit einem Mangel an Ressourcen verbunden sind, wie z.B. Arbeitslosigkeit, finanzielle Schwierigkeiten und soziale Unterstützung. Letztere hat sich mittlerweile unabhängig von der Lebensereignisforschung als eigene Forschungsrichtung etabliert (Geyer, 1999).

Wird eine Situation (z.B. Lebensereignis) bedrohlich, werden nun die Möglichkeiten mit dieser Situation umzugehen (Coping) erwogen (Huber u. Reckhardt, 1986; Barrand, 1991; Filipp u. Aymanns, 1996).

Zu den Ressourcen zählt, wie oben bereits erwähnt, die soziale Unterstützung. Eine Vielzahl von Studien belegt, dass Menschen, die über hinreichenden sozialen Rückhalt verfügen, die Auseinandersetzung mit belastenden Lebensereignissen gerade auch im Hinblick auf mögliche gesundheitliche Folgen unbeschadet überstehen als jene, die nur unzureichende soziale Unterstützung erfahren, bemerken *Schwarzer u. Leppin* (1989) (Filipp u. Aymanns, 1996). Die Suche nach Unterstützung durch nahestehende Personen (wie Familienangehörige oder Freunde) stellt die am häufigsten realisierte Bewältigungsform dar (Filipp u. Aymanns, 1996).

Smilksteins „Cycle of Family Function“ (Abb. 1) ist ein Denkmodell, das zeigt, wie die Mitglieder einer gesunden Familie sich als zusammengehörig erleben, die Familie ihnen Geborgenheit und die nötigen Ressourcen zur Entwicklung der Persönlichkeit bietet sowie Rückhalt in den Schwierigkeiten des Lebens. Wird die familiäre Homöostase „Equilibrium“ durch ein Lebensereignis eines Familienmitgliedes (Gruppenmitgliedes) gestört, kann die Störung entweder auf Familienebene überwunden werden (oberer Kreis) oder zur Krise führen, so dass die Familie Unterstützung extrafamiliärer Ressourcen benötigt (mittlerer Kreis) (Huber u. Reckhardt, 1986).

Abb. 1: Nach Smilkstein, (Huber und Reckhardt, 1986)



Birley benennt den Allgemeinarzt als wichtigste Instanz der „primären Betreuung“ unter dem ausdrücklichen Hinweis auf dessen Kenntnis der Familie (Familie als Krankheitseinheit) (Huber u. Reckhardt, 1986). Der familienmedizinische Ansatz wurde vor allem von der Allgemeinmedizin aufgegriffen.

Ergebnisse der allgemein- und familienmedizinischen Forschung belegen, dass Patienten es wünschen, ihren Hausarzt als erste Instanz bei familiären Ereignissen, Konflikten und Problemen aufsuchen zu können:

- 37% der Patienten sind es, die sich bei psychosozialen Problemen ihrem Allgemeinmediziner unter den Akademikern anvertrauen und davon bezeichnen ihn 95% als hilfreich (Corney, 1990);

- 90% der Patienten wünschen sich, von ihrem Familienarzt über nichtmedizinische Probleme, gemessen an Lebensereignissen, befragt zu werden (Yaffe u. Stewart, 1986);
- *Yaffe u. Stewart* (1985) werden 25% der Lebensereignisse aller Patienten wahr;
- die Hälfte der Patienten wünscht sich Hilfe bei „live- cycle“- Problemen von ihren Familienärzten (Rosenberg u. Steinert, 1987);
- die Mehrzahl der Patienten (57% von 78% Patienten, die postalisch über Familienarzteinbindung bei persönlichen Problemen befragt wurden und die darauf antworteten) wünschten sich, von ihrem Familienarzt gefragt zu werden (Hansen et al., 1987);
- 82% der Patienten möchten über ihre Probleme mit dem Hausarzt reden können (Groos, 1999).

Persönlichkeitsvariablen haben sich ebenfalls als Prädiktoren für das Hilfesuchverhalten erwiesen, das belegt, dass es unangemessen ist, soziale Unterstützung lediglich als externe Ressource aufzufassen, die von den Merkmalen des Empfängers unabhängig ist (Filipp u. Aymanns, 1996). „Bewältigung“ ist ein Zusammenspiel verschiedener Bewältigungsreaktionen und weniger eine spezifische Einzelreaktion, die bestimmte positive Effekte zeitigt (Filipp u. Aymanns, 1996).

2. Fragestellung und Hypothesen

Erstmals soll eine empirische Beschreibung des Konstruktes Problemfall- Patient aus allgemeinmedizinischer Sicht erfolgen.

Anhand retrospektiv aufgearbeiteter Patientenunterlagen wird der Frage nachgegangen, welcher Patiententyp es ist, der als problematisch von seinem Hausarzt erkannt und für ihn zum Bearbeitungsproblem wird.

Welche Probleme sind es, die z.B. wegen fehlender Plausibilitätskriterien für die Erkrankung auf der einen Seite oder einer aus Erfahrung relativ langen Erkrankungsdauer auf der anderen sich auszeichnen und die diesen Patienten irgendwann zu einem Problem für den Hausarzt werden lassen. Ist es der Patient mit einer so genannten „Hausarztkrankheit“, der Multimorbide, der chronisch kranke Patient, der alternde einsame Patient oder der Patient mit psychosozialer Symptomatik? Ist es der Patient, bei dem sich diagnostische oder therapeutische Probleme ergeben oder ist es der Patient, bei dem sich die Arzt– Patient- Beziehung schwierig gestaltet?

Zur Bearbeitung der zentralen Fragestellung wird eine differenzierte Beschreibung des Kollektives erfolgen und mit Hilfe dieser Studie wird des weiteren geklärt werden, mit welchen diagnostischen Mitteln sich der allgemeinmedizinische Problemfall- Patient identifizieren lässt.

Zur Klärung dieser Fragen werden die Krankenakten der in der Allgemeinmedizinischen Poliklinik der MHH untersuchten Patienten in standardisierter Weise analysiert (s. Kap. 3.2).

Es wird von folgenden Hypothesen ausgegangen:

- Hypothese 1: *Problemfall- Patient in der allgemeinmedizinischen Praxis ist der Patient, dessen objektiver Hilfebedarf oft nicht mit seiner subjektiven Hilfebedürftigkeit übereinstimmt.*

- Hypothese 2: *Die sich im Umgang mit diesem Patienten entwickelnde Beziehungsproblematik gestaltet sich schwierig und wird von beiden Seiten unterdrückt.*
- Hypothese 3: *Charakteristisch für diesen Patienten ist seine chronische Problem- und Krankheitssituation.*
- Hypothese 4: *Der Problemfall- Patient in der allgemeinmedizinischen Praxis ist ein zumeist psychosozial erkrankter Patient.*
- Hypothese 5: *Es handelt sich oft um ein multimorbides Krankheitsbild.*
- Hypothese 6: *Das diagnostische Problem dieses Patienten lässt sich meistens allein mit den allgemeinärztlichen Mitteln wie der Anamnese, der patientenorientierenden Gesprächsführung und der klinischen Untersuchung lösen.*

3. Methodik

3.1 Stichprobe

Die Stichprobe der vorliegenden retrospektiven Studie umfasste all diejenigen Patienten, die im Erhebungszeitraum von Juli 1985 bis Dezember 1991 in der Allgemeinmedizinischen Poliklinik untersucht wurden. Es wurden Daten von insgesamt 477 Patienten erhoben und ausgewertet. Hierbei handelte es sich um 295 Frauen und 182 Männer im Alter von 12 bis 90 Jahren. Die Erhebungsdaten wurden entnommen aus dem jeweiligen Abschlußbericht an den weiterbehandelnden Arzt bzw. der einstigen Epikrise einer jeden Patientenbehandlung. Als weitere Datenquelle dienten die kompletten Krankenakten der Patienten, die auf Mikrofilmen im Archiv der Medizinischen Hochschule gelagert waren.

Es ist anzumerken, dass es sich bei dieser Stichprobe um kein typisches Patientengut der Primärversorgung handelte. Die Patienten wurden von ihren behandelnden Hausärzten, die über die Existenz der oben genannten Einrichtung als Möglichkeit für ein fachgleiches Konsil wussten, überwiesen oder sie wandten sich aus eigenem Antrieb oder auf Empfehlung an die Poliklinik. Bei der überwiegenden Mehrzahl der Patienten erfolgten wiederholte Kontakte zur Poliklinik, zumindest eine zweite Beurteilung ihrer Anliegen und Beschwerden.

Unter Beachtung dieser Selektionseinflüsse konnten die Untersuchungsergebnisse keine Repräsentativität für die Primärversorgung beanspruchen. Sie lieferten aber der Primärversorgung wichtige Hinweise für den alltäglichen Umgang mit diesen Patienten.

3.2 Datenerhebung

Es wurden zur Auswertung der Stichprobe von allen Patienten im Erhebungsbogen folgende Daten aus den Krankenakten erfasst:

- **soziodemographische Variablen** (Geschlecht, Alter, Krankenversicherung, Nationalität, Wohnort, Familienstand, Arbeitsverhältnis);
- **Untersuchungszeitraum und untersuchender Abteilungsarzt;**

- **Angaben über den Vorstellungsbedarf** (Konsultationsgrund und- form, Erst- oder Wiederholungsvorstellung mit oder ohne Verdachtsdiagnose oder Problembeschreibung des überweisenden Arztes);
- **anamnestische Daten** (Anliegen der derzeitigen Beschwerden, die mit den Worten des Patienten geschildert wurden, Erkrankungsdauer geschilderter Beschwerden, Erkrankungsart „früherer Erkrankungen“, Medikamentengewohnheiten, Alkohol- und Nikotingebrauch);
- **diagnostische Leistungen** (Basisdiagnostik: Anamnese körperlicher Beschwerden, psychische Exploration, körperliche Untersuchung, Fragebogendiagnostik (BFB, VFB, DFB, Family- APGAR); verlaufsbezogene Zusatzdiagnostik: Labor, apparative Diagnostik, Konsile verschiedener Fachabteilungen der MHH);
- **stationäre Diagnostik** als mögliche zwischenzeitliche Notwendigkeit;
- **Eruierung eines psychosozialen Problems im Untersuchungszeitraum in der Allgemeinmedizinischen Poliklinik der MHH** (Zuordnung und Erfordernis spezifischer therapeutischer Hilfe);
- **ermittelte Diagnosen** (bis zu drei vorläufige Arbeitsdiagnosen vor verlaufsbezogener Zusatzdiagnostik, bis zu sechs Enddiagnosen);
- **Angaben der Diagnosesicherung** (quantitativ: Anzahl der diagnostischen Möglichkeiten, qualitativ: Einsatz welcher diagnostischer Mittel);
- **therapeutische Behandlung** (als Empfehlung für den Hausarzt, z.T. Einleitung therapeutischer Maßnahmen durch die Allgemeinmedizinische Poliklinik der MHH selbst, sofern das Einverständnis des überweisenden Hausarztes vorlag oder beides, Anzahl der Therapiearten, egal, ob durchgeführt und/ oder empfohlen, Therapiearten: ärztlich- therapeutisches Gespräch, autogenes Training, Verhaltenstherapie (Gruppenbehandlung adipöser Hypertoniker, paradoxe Intervention, systemische Desensibilisierung), Medikamentenverordnung (Analgetika/ Antiphlogistika, Psychopharmaka, sonstige Medikamente, Mehrfachverordnung), sonstige Therapieformen

(physikalische Therapie, Physiotherapie, Bewegungstherapie, Sport, Diät), sonstige Leistungen (Kuren, Impfungen, Verbände);

- **Angaben über die Weiterbehandlung des Patienten** (Rücküberweisung an Hausarzt, Überweisung zu Spezialisten, Weiterbehandlung durch Allgemeinmedizinische Poliklinik der MHH, Krankenhauseinweisung, Kureinweisung, sonstige Empfehlungen, Mehrfachbehandlung);
- **Behandlungsergebnis** der Allgemeinmedizinischen Poliklinik (übereinstimmendes oder nichtübereinstimmendes Ergebnis mit der Verdachtsdiagnose des überweisenden Arztes).

Die Verschlüsselung der Daten eines jeden Patienten erfolgte mit Hilfe eines standardisierten modifizierten Erhebungsinstruments, abgeleitet aus dem Fragebogen der EvaS- Studie (1988). Die personenbezogenen Angaben wurden anonymisiert und in codierter Form auf den Erhebungsbogen übertragen.

Jeder Patient erhielt eine Probandennummer. So wurden alle Patienten in einer Liste nach alphabetischer Reihenfolge erfasst. Doppelerhebungen ein und desselben Patienten konnten somit vermieden werden. Die getrennte Aufbewahrung der codierten Fragebögen und der erstellten Namensliste der Stichprobe entsprach den Bestimmungen des Datenschutzes. Bei Wiederholungskonsultationen eines Patienten innerhalb der Einrichtung wurde das schriftliche Ergebnis der ersten Konsultation in die Datenauswertung einbezogen.

3.3 Erhebungsinstrument

Die EVaS- Studie von 1988 (Erhebung über die Versorgung im ambulanten Sektor)- eine in ihrer Form erstmalig durchgeführte Stichprobenerhebung unter niedergelassenen Ärzten der Bundesrepublik Deutschland-, hatte als Gegenstand der Erhebung den Inhalt der durch diese Ärzte erbrachten ambulanten medizinischen Versorgung (Schach et al., 1989). Sie erlaubte Einblicke in diagnostische und therapeutische Strukturen niedergelassener Arztgruppen. In diesem Zusammenhang wurden auch Daten über die Versorgung ausgewählter Anliegen und Diagnosen (u.a. Versorgung von Patienten mit psychosozialen Problemen) gewonnen.

Der EVaS- Bogen war ein Kontaktdokumentationsbogen, wo der Arzt der Berichterstatter war. Zur eigenen Datenauswertung wurde der EVaS- Fragebogen so verändert, dass eine gezielte Untersuchung der Stichprobe bezüglich der Fragestellung, auch unter Berücksichtigung der Besonderheiten der Dokumentation psychosozialer Probleme, erfolgen konnte und die dafür wichtigen diagnostischen Schritte in der Allgemeinmedizin aufgezeigt werden konnten. Der modifizierte Fragebogen nach EVaS wurde EDV- gerecht konzipiert (s. Anhang).

3.4 RVC- Klassifikationsschema

Die Verschlüsselung der Patientenanliegen und Diagnosen des Arztes erfolgte ebenfalls wie in der EVaS- Studie mit der erweiterten deutschen Version des *Reason for Visit Classification* (RVC). Die Verschlüsselung selbst erfolgte mit Hilfe von EDV.

Die Hauptgründe für die Anwendung dieses Schlüssels zu dieser Zeit waren:

- die besondere Eignung des RVC für die Verschlüsselung von Patientenanliegen in der ambulanten Praxis,
- die bequeme Erweiterungsfähigkeit des RVC,
- die hohe Kompatibilität mit anderen weitverbreiteten Klassifikationssystemen in der primärärztlichen Versorgung,
- die bereits erfolgreiche Anwendung des RVC in den USA (NAMCS- Studie, 1974) und Vorerfahrungen mit einer Schlüsselvariante in der Koblenz- Studie (1978).

Das Verschlüsselungsprinzip des RVC basierte auf der Zuweisung von Krankheiten oder Beschwerden zu einem bestimmten Organ, Körpersystem oder einer anatomischen Lage. War die Zuweisung unter topographischen Gesichtspunkten nicht möglich, wurde anhand der Ätiologie klassifiziert. Zusätzlich bestand die Möglichkeit, auch nicht unmittelbar krankheitsbezogene Kontaktpunkte zu klassifizieren (Schwartz u. Schach, 1989).

Die acht Module des RVC waren:

1. Symptome,
2. Krankheiten,
3. Diagnostik, Screening, Prävention,

4. Behandlung,
5. Verletzungen, Vergiftungen, nachteilige Wirkungen,
6. Testergebnisse,
7. Administrative Anlässe,
8. Unkodierbare Eintragungen.

Da der RVC ein Schlüssel für Patientenanliegen, d.h. in der Hauptsache für Symptome und Beschwerden ist, verwundert es nicht, dass die meisten Ergänzungen im Krankheiten- Modul nötig waren (Schwartz u. Schach, 1989, Wagner et al., 1984).

Der dokumentierte Schweregrad psychischer Probleme in der EVaS- Studie übertraf den durchschnittlichen Grad sonstiger Diagnosen (Schwartz u. Schach, 1989).

Divergierende Definitionen (wie z.B. „Neurose“), unterschiedliche Krankheitskonzepte und verschiedenartige Traditionen in Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie sowie die mangelnde Vergleichbarkeit wissenschaftlicher Arbeit und Vorgehensweisen auf diesen Gebieten lassen die Notwendigkeit einer übergreifenden, gemeinsamen Klassifikation pathophysiologischer und besonders psychopathologischer Vorgänge und Zustände deutlich werden (Herrmann et al., 1996).

Nach *Sass* (1990) ist es notwendig, ein Klassifikationssystem zu schaffen, welches biographische, strukturelle und dynamische Aspekte psychischer Erkrankungen („Störungen“) bei der Diagnosestellung berücksichtigt (Herrmann et al., 1996).

3.5 Statistisches Verfahren

Zur statistischen Berechnung wurde der Assoziationskoeffizient verwendet. Es war ein Verfahren zur Analyse von Ähnlichkeiten (beziehungsweise Unähnlichkeiten) zwischen zwei Beobachtungsobjekten. Der Assoziationskoeffizient ist ein Maß für die Häufigkeit, mit welcher zwei Ereignisse X und Y in derselben Gruppe vorzufinden sind (Dice, 1945).

Die Berechnung der Größen erfolgte mittels Tabellenkalkulationsprogramm unter Verwendung von Linux Basis Applixware 4.3.

Quellen zur statistischen Berechnung waren die „Deskriptive Statistik“ (Fersche, 1978) und Grundlagen der Statistik- Beschreibende Verfahren (Schwarze, 1981).

Bei Merkmalen, die auf einer Nominalskala gemessen werden, ist die Kontingenztabelle die Grundlage.

Aus dem Vergleich der beobachteten Häufigkeiten mit dem für den Fall der Unabhängigkeit errechneten Häufigkeiten können Aussagen über den Zusammenhang der Merkmale X und Y getroffen werden.

Um ein Maß für die Abhängigkeit der Merkmale X und Y zu erhalten, wird die Größe Chi-Quadrat (χ^2) = X^2 verwendet.

Die Größe Chi-Quadrat ist unmittelbar ein Maß dafür, wie stark die beobachtete Verteilung von der bei Unabhängigkeit ergebenden Verteilung abweicht.

$$X^2 = \sum_{j=1}^m \sum_{k=1}^q \left(\frac{h(x_j; y_k) - h_e(x_j; y_k)}{h_e(x_j; y_k)} \right)^2$$

mit $h(x_j; y_k)$ = absolute Häufigkeit der Kombinationen der Merkmalsausprägungen x_j und y_k

$h_e(x_j; y_k)$ = absolute errechnete Häufigkeit der Kombinationen der Merkmalsausprägungen x_j und y_k

m = Anzahl der Zeilen

q = Anzahl der Spalten

Da Chi-Quadrat bei unterschiedlich großen Kontingenztafeln unterschiedlich große Werte annehmen kann, verwendet man als Zusammenhangsmaß den Kontingenzkoeffizienten C (nach Pearson).

$$C = \sqrt{\frac{X^2}{X^2 + n}}$$

mit X^2 = Chi-Quadrat

n = Anzahl der Beobachtungswerte

Um zu erreichen, dass sich ein Zusammenhangsmaß mit Werten zwischen 0 und 1 ergibt, verwendet man den korrigierten Kontingenzkoeffizienten C_{kor} .

$$C_{\text{kor}} = C \sqrt{\frac{C^*}{C^* - 1}}$$

mit $C^* = \min(m, q)$

Bei Unabhängigkeit der Merkmale X und Y ist $C_{\text{kor}} = 0$.

Um bei nominal messbaren Merkmalen untersuchen zu können, wie ausgeprägt die Zuordnung zwischen den x- und y-Werten ist, verwendet man den Assoziationskoeffizienten.

$$A_{yx} = \frac{\sum_{j=1}^m h(\bar{y}_D / x_j) - h(\bar{y}_D)}{n - h(\bar{y}_D)}$$

Der Assoziationskoeffizient A ist ein Maß für die Abhängigkeit des Merkmales Y von X.
mit

$h(\bar{y}_D / x_j)$ = absolute Häufigkeit des y-Wertes der zu x_j gehörigen bedingten Verteilung Y,

$h(\bar{y}_D)$ = absolute Häufigkeit des y-Wertes der Randverteilung von Y.

Der Wert des Assoziationskoeffizienten liegt immer zwischen 0 und 1. Stimmen die Merkmalsausprägungen der häufigsten Werte aller bedingten Verteilungen überein, dann nimmt der Assoziationskoeffizient A_{yx} den Wert 0 an.

4. Ergebnisse

4.1 Patientenkollektiv

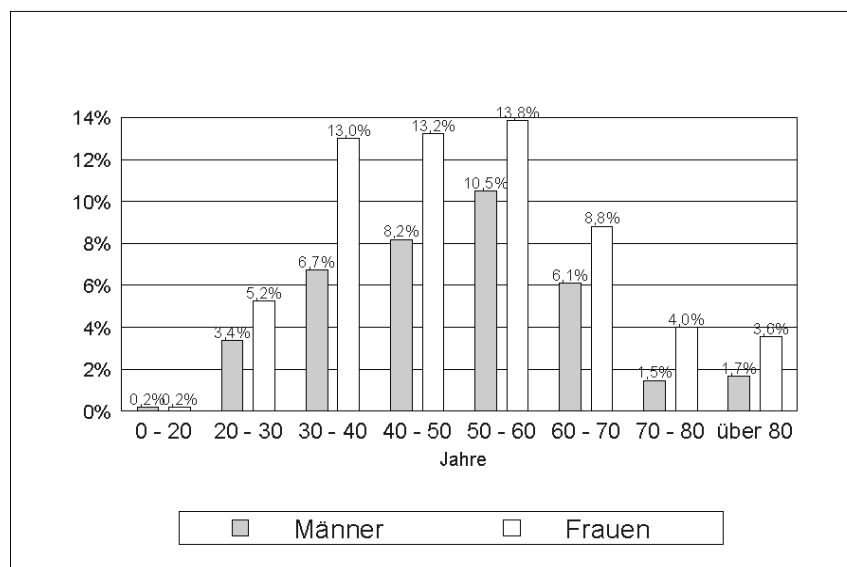
Es wurden von 477 Patienten, die in der allgemeinmedizinischen Poliklinik der MHH untersucht wurden, die vollständigen Krankenakten retrospektiv ausgewertet.

Die Untersuchungen wurden von fünf Ärzten vorgenommen. Allein 82% der Patienten wurden aus dem Blickfeld einer Ärztin (Dr. Rossa), die zusätzlich über die fachärztliche Qualifikation als Facharzt für Psychotherapie verfügte, betrachtet und waren damit deutlich in überrepräsentierter Zahl. Zunächst sollten die soziologischen Einflussvariablen, die der Beschreibung der Stichprobe dienen, ausgewertet werden.

4.1.1 Alters- und Geschlechtsverteilung

In der unter Berücksichtigung des im Untersuchungszeitraum Juli 1985 bis Dezember 1991 behandelten Patientenkollektivs, bei dem es sich um eine Klientel von 295 Frauen und 182 Männer im Alter von 12- 90 Jahren handelte und dessen Durchschnittsalter 45 Jahre betrug, überwog deutlich das weibliche Geschlecht (62%). Das zur Berechnung dieser Größen verwandte Bezugsdatum war der 31. 12. 91. Die Alters- und Geschlechtsverteilung ist in Abb. 2 dargestellt.

Abb. 2: Alters- und Geschlechtsverteilung ($n = 477$)



Die Gruppe der 50- 60- Jährigen überwog sowohl bei den Frauen als auch bei den Männern.

4.1.2 Verteilung der Patienten nach der Krankenversicherung

Die Zuordnung der Patienten zu Krankenkassenarten, zeigt Tab. 1.

Tab. 1: Verteilung der Patientengruppe nach der Krankenversicherung ($n= 477$)

Kassenart	Patientenanzahl (%)
RVO- Kassen	49,0%
Ersatzkassen	36,5%
private Kassen	12,0%
nicht erkennbar	2,5%

Patienten, die einer privaten Krankenversicherung angehörten, waren innerhalb des Patientenkollektivs deutlich unterrepräsentiert, 85,5% waren Kassenpatienten, wobei die RVO-Kassen- Versicherten dominierten.

4.1.3 Nationalitätenzugehörigkeit

Die Nationalitätenzugehörigkeit stellte sich entsprechend ihren Anteilen an der Gesamtbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland dar. 90% untersuchter Patienten waren Deutsche, 10% Ausländer.

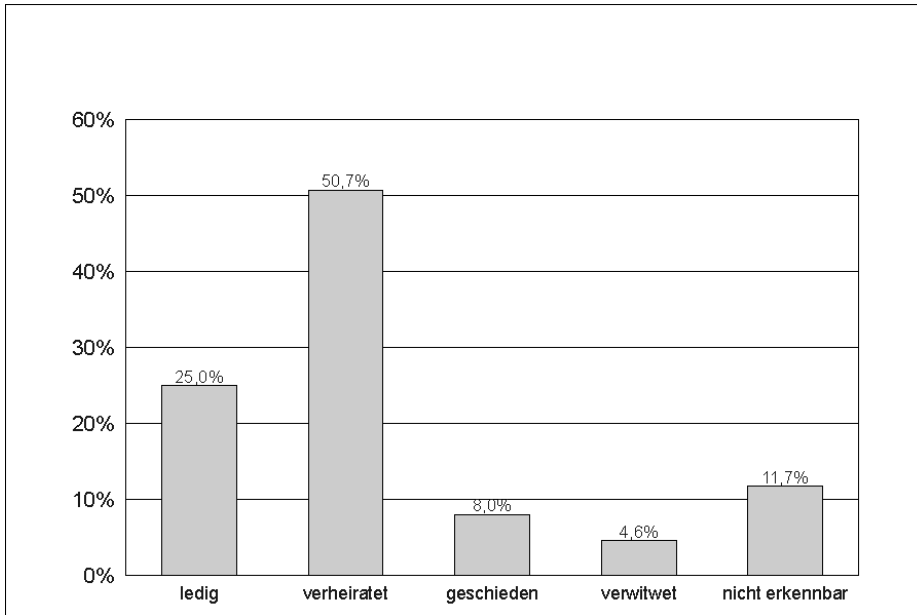
4.1.4 Wohnsitz

64% der Patienten hatten ihren Wohnsitz in der Stadt oder stadtnahen Randgebieten mit noch städtischem Charakter. Hingegen wohnten 36% der Patienten in ländlichen Gebieten.

4.1.5 Familienstand

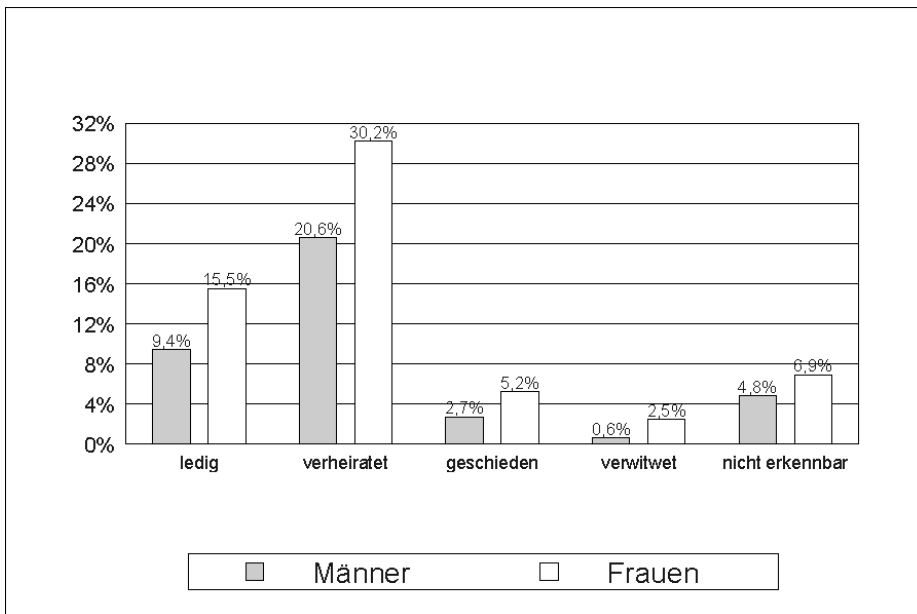
Abb. 3 gibt eine Übersicht über den Familienstand des gesamten Patientenkollektivs. Der Anteil verheirateter Patienten war am höchsten (51%), gefolgt von den ledigen Patienten (25%). Bei fast 12% war der Familienstand nicht mehr zuzuordnen.

Abb. 3: Familienstand des untersuchten Kollektivs ($n= 477$)



Die Anteile der Familienstände der Geschlechtsgruppen in der untersuchten Klientel zeigt Abb. 4.

Abb. 4: Familienstand der Männer und Frauen ($n= 477$)



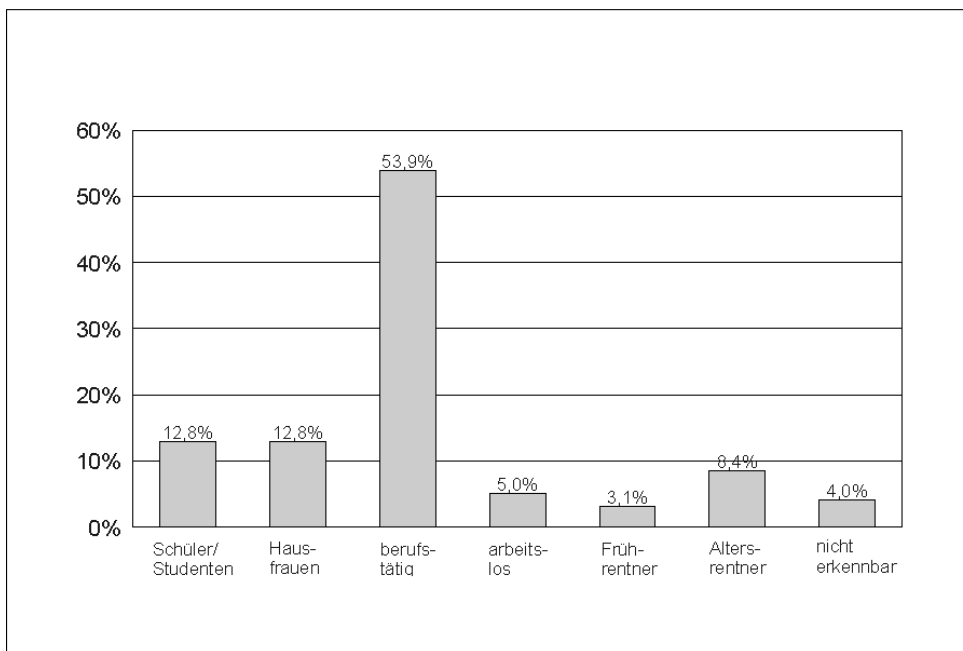
Aus dem Diagramm wird ersichtlich, dass der Anteil verheirateter Patienten sowohl in der Frauengruppe als auch in der Männergruppe deutlich überwog. Die zweite Prädominanz war die Gruppe der Ledigen. In der Gruppe „nicht erkennbar“ sind diejenigen Männer und

Frauen aufgelistet, die keine Angaben zu ihrem Familienstand äußerten und immerhin noch 5% bei den Männern und 7% bei den Frauen ausmachten.

4.1.6 Berufliche Stellung

Die berufliche Stellung der Patienten wird in Abb. 5 dargestellt.

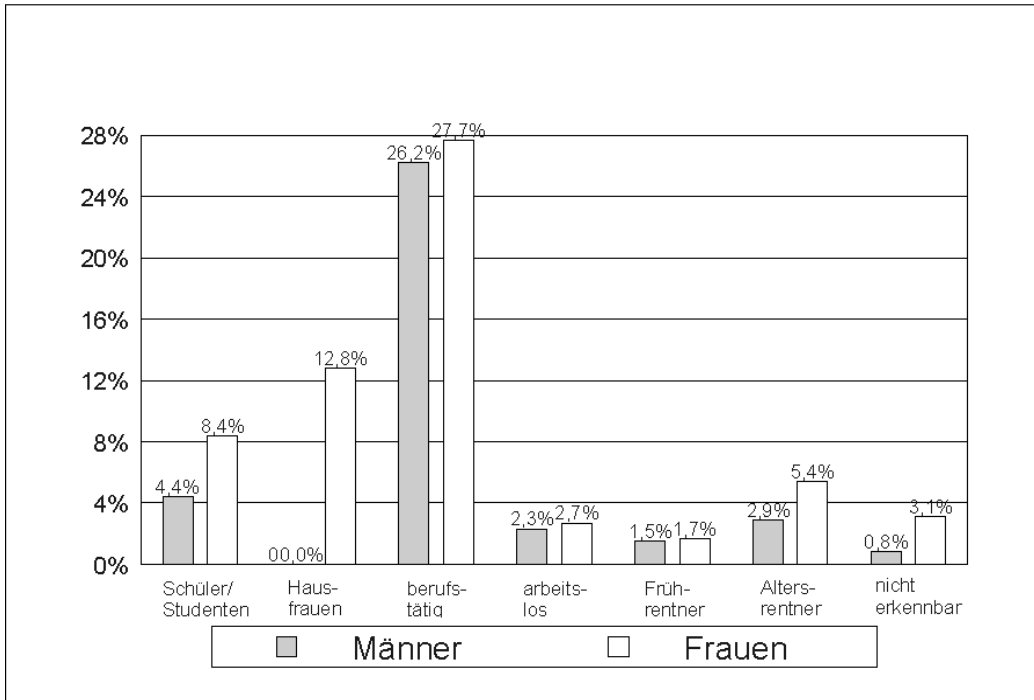
Abb. 5: Berufliche Stellung im untersuchten Kollektiv ($n= 477$)



Mit 54% dominierte die Anzahl der Erwerbstätigen. 42% waren nicht erwerbstätige Gruppen. 4% konnten keiner Gruppe zugeordnet werden.

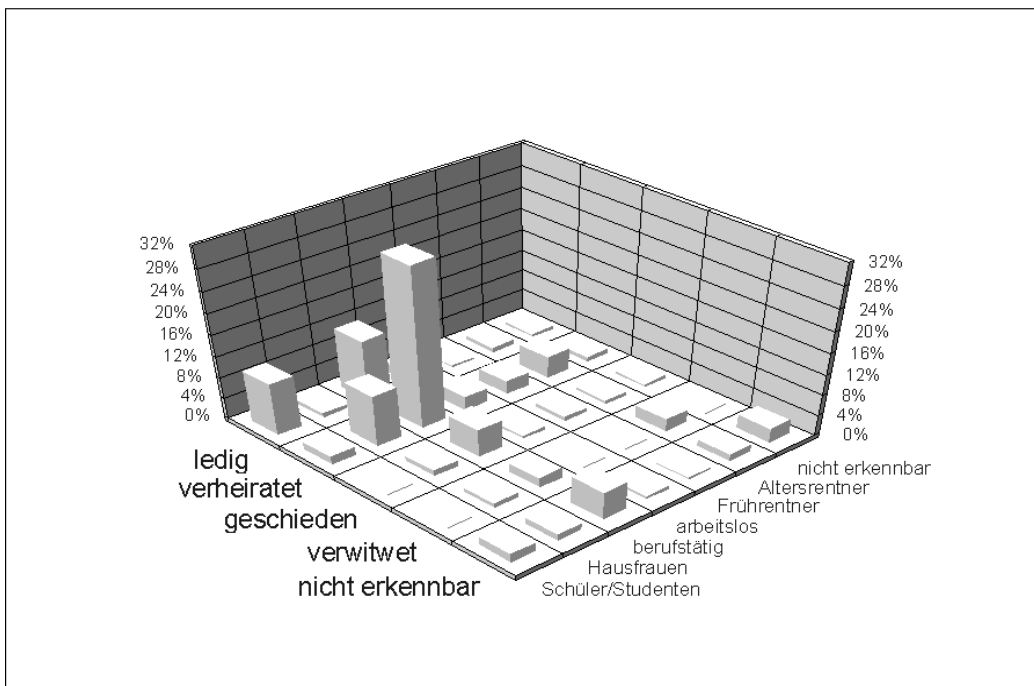
Der Anteil der Gruppe der Berufstätigen war auch bei geschlechterspezifischer Aufteilung am größten (Abb. 6).

Abb. 6: Berufliche Stellung der Männer und Frauen ($n= 477$)



In Abb. 7 korrespondierend mit der Tab. 2 werden die prozentualen Anteile der beruflichen Stellung und die der Familienstände des Patientenkollektivs grafisch dargestellt.

Abb. 7: Berufliche Stellung und Familienstand des Patientenkollektivs ($n= 477$)



Tab. 2: Berufliche Stellung und Familienstand des Patientenkollektivs

Angaben in % (n= 477)	Schüler/ Studenten	Haus- frauen	Berufs- tätig	Arbeits- los	Früh- rentner	Alters- rentner	nicht er- kennbar
ledig	9,9	0,6	11,5	1,7	0,2	0,6	0,4
verheiratet	1,5	9,6	30,2	2,5	2,3	4,0	0,6
geschieden	0	0,8	5,2	0,4	0,6	0,4	0,4
verwitwet	0	0,6	1,7	0	0	2,3	0
nicht er- kennbar	1,5	1,0	5,2	0,4	0,2	1,0	2,5

Die am häufigsten besetzte Gruppe wurde von den verheirateten Berufstätigen gebildet (30%). Mit deutlichem Abstand folgten die ledigen Berufstätigen (12%), die ledigen Schüler und Studenten (10%) und die verheirateten Hausfrauen (10%). Wesentlich geringer fielen die Anteile geschiedener Berufstätiger und Berufstätiger mit nicht erkennbarem Familienstand mit jeweils 5% aus.

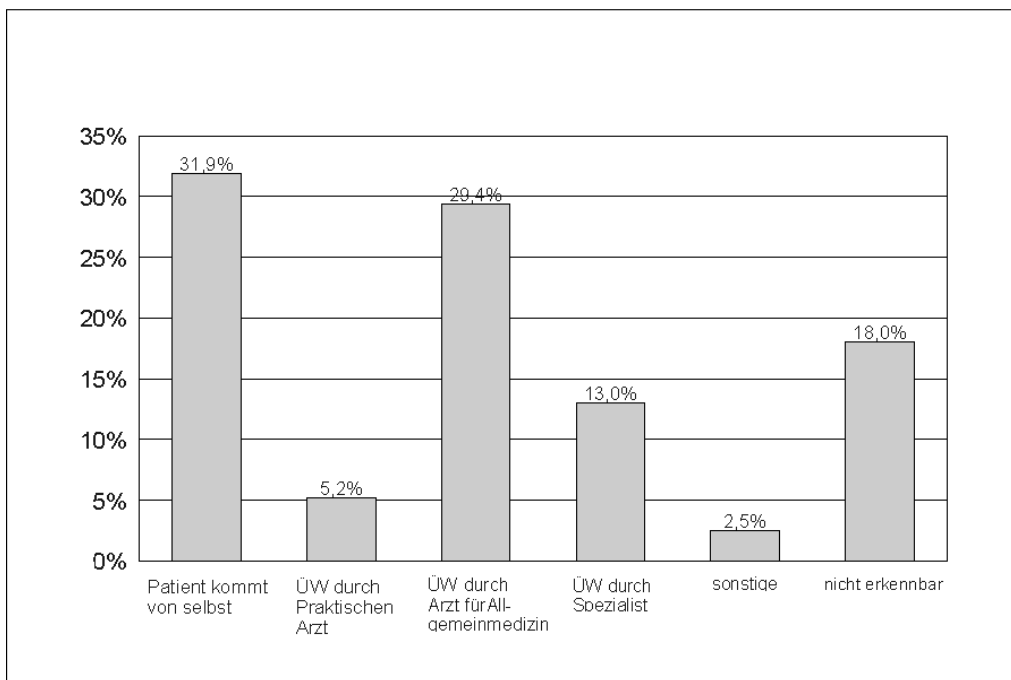
4.2 Untersuchungsergebnisse

4.2.1 Konsultationsverhalten

4.2.1.1 Konsultationsform

Die verschiedenen genutzten Möglichkeiten für Patienten sich in der Allgemeinmedizinischen Poliklinik der MHH vorzustellen, zeigt Abb. 8.

Abb. 8: Konsultationsform ($n= 477$)



In der Grafik dominierte die Patientengruppe mit 32%, die von selbst die allgemeinmedizinische Abteilung im Untersuchungszeitraum aufsuchte. An zweiter Stelle (29%) folgte die Gruppe mit allgemeinmedizinischer Überweisung.

In der Gegenüberstellung der Konsultationsform zur gestellten vorläufigen Hauptdiagnose eines Patienten, die nach der Basisdiagnostik eines jeden Patienten gestellt wurde, zeigt sich, dass im untersuchten Kollektiv signifikante Unterschiede bestanden.

Von den Patienten, die von selbst kamen und deren vorläufige Hauptdiagnose eine Erkrankung aus dem psychiatrischen Formenkreis (6%) war, waren prozentual am häufigsten vertreten, gefolgt von Patienten mit einer Erkrankung von Skelett, Muskeln und des Bindegewebes (4%). Patienten, die durch den Facharzt für Allgemeinmedizin überwiesen wurden und bei denen eine der beiden genannten Erkrankungen als vorläufige Hauptdiagnose eben-

falls gestellt wurde, kamen ebenfalls signifikant häufiger vor. Hier waren es die Patienten mit einer Erkrankung des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes (6%), welche die erste Stelle einnahmen, Patienten mit einer psychiatrischen Erkrankung (5%) folgten (Tab. 3).

Tab. 3: Gegenüberstellung von Konsultationsform zur vorläufigen Hauptdiagnose in Prozent ($n= 477$)

Vorläufige Hauptdiagnose nach RVC-Modul	Patienten kamen von selbst	Überweisung durch Praktischen Arzt	Überweisung durch Arzt für Allgemeinmedizin	Überweisung durch Spezialisten	sonstige	nicht erkennbar
D 000-099			0,42	0,21	0,21	0,42
D 100-199	0,21		0,63			0,42
D 200-249	1,89	0,21	1,26	0,84	0,21	1,89
D 250-299			0,42			0,42
D 300-349	5,66	0,84	4,82	2,94		1,26
D 350-399	0,84	0,42	1,47	0,42		0,63
D 400-449						0,21
D 500-599	3,35	0,84	2,31	1,68	0,21	3,35
D 600-649	3,35	0,42	1,26	0,84		0,42
D 650-699	2,73		2,73	0,63		2,10
D 700-799	0,42					0,21
D 800-899	0,63	0,21	0,84	0,42		0,21
D 900-949	3,98	0,21	5,87	1,47	0,21	1,89
D 950-989						0,21
J 001-799	0,21		0,21			
J 800-899			0,21			
S 001-099	1,68	0,42	2,10	0,63	0,42	1,05
S 100-199	0,63			0,21		0,21
S 200-259	0,21		0,42		0,21	0,21
S 260-299	0,84		0,42	0,21	0,21	0,42
S 300-399	0,63			0,42		
S 400-499	0,63		0,21			0,21
S 500-639	0,63	0,42	0,63	0,21	0,21	
S 640-829	0,21			0,42		0,21
S 830-899						0,63
S 900-999	1,68	0,63	1,68	0,63		0,63
T 200-299			0,21	0,21		
X 100-199	0,42					0,21
X 300-399						0,42
O 000-000	0,63	0,21		0,21		

9 999-999	0,42	0,42	1,26	0,42	0,63	0,21
-----------	------	------	------	------	------	------

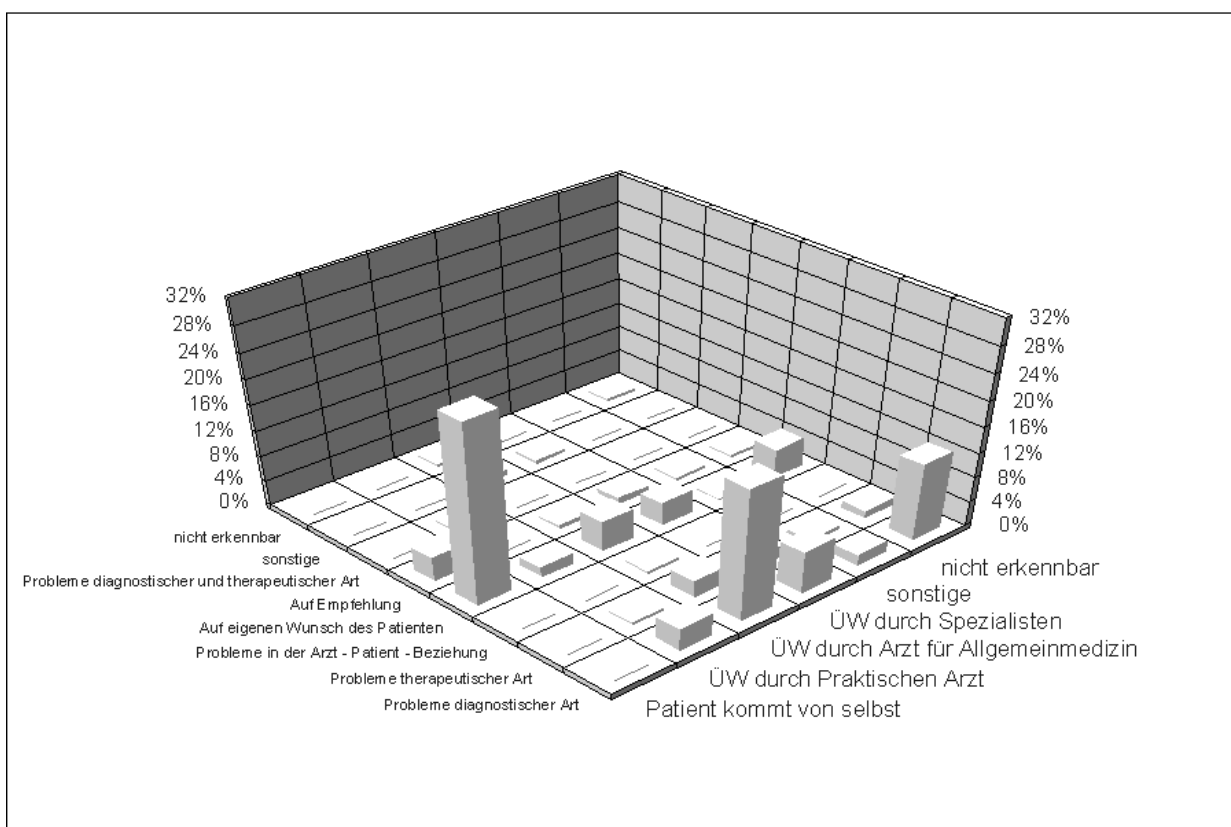
* Legende der RVC- Module s. Anhang

* 0 000-000- keine

* 9 999-999- nicht erkennbar

Die Gegenüberstellung der Konsultationsformen zu den Überweisungsgründen der Patienten dieses untersuchten Kollektivs lässt in der Abb. 9 korrespondierend mit der Tab. 4 folgende Ergebnisse erkennen.

Abb. 9: Gegenüberstellung von Konsultationsform und Überweisungsgrund (n= 477)



Tab. 4: Gegenüberstellung von Konsultationsform und Überweisungsgrund

Angaben in % (n= 477)	Patient kommt von selbst	ÜW durch Praktischen Arzt	ÜW durch Arzt für All- gemein- medizin	ÜW durch Spezialis- ten	sonstige	nicht erkenn- bar
nicht erkennbar	0	0	0,2	0	0	0,2
sonstige	0	0	0,6	0,4	0	0
Probleme dia- gnostischer und	0	0,2	0	0	0	0

therapeutischer Art						
Auf Empfehlung	3,8	0	0,4	0,8	0,2	0,2
Auf eigenen Wunsch des Patienten	28,1	1,5	4,6	3,6	0,2	4,4
Probleme in der Arzt- Patient- Beziehung	0	0	0,2	0	0	0
Probleme therapeutischer Art	0	0,2	2,5	1,7	0,4	1,1
Probleme diagnostischer Art	0	3,4	20,8	6,5	1,7	12,2

In der Abb. 9 (korrespondierend mit der Tab. 4) wird klar erkennbar, dass die Patienten, die von selbst in die Allgemeinmedizinische Poliklinik kamen und den Wunsch hatten, hier untersucht zu werden, die größte Patientengruppe bildeten (28%). Die zweithäufigste Gruppe war die Gruppe überwiesener Patienten durch den Arzt für Allgemeinmedizin mit diagnostischen Problemen als Überweisungsgrund (21%). Patienten mit nicht erkennbarem Überweisungsgrund und diagnostischen Problemen waren mit 12% vertreten. Patienten, die durch einen Spezialisten überwiesen wurden und diagnostische Probleme hatten, kamen mit 7% vor. Wesentlich geringer fielen die prozentualen Anteile aller anderen Gegenüberstellungen innerhalb des Patientenkollektivs aus.

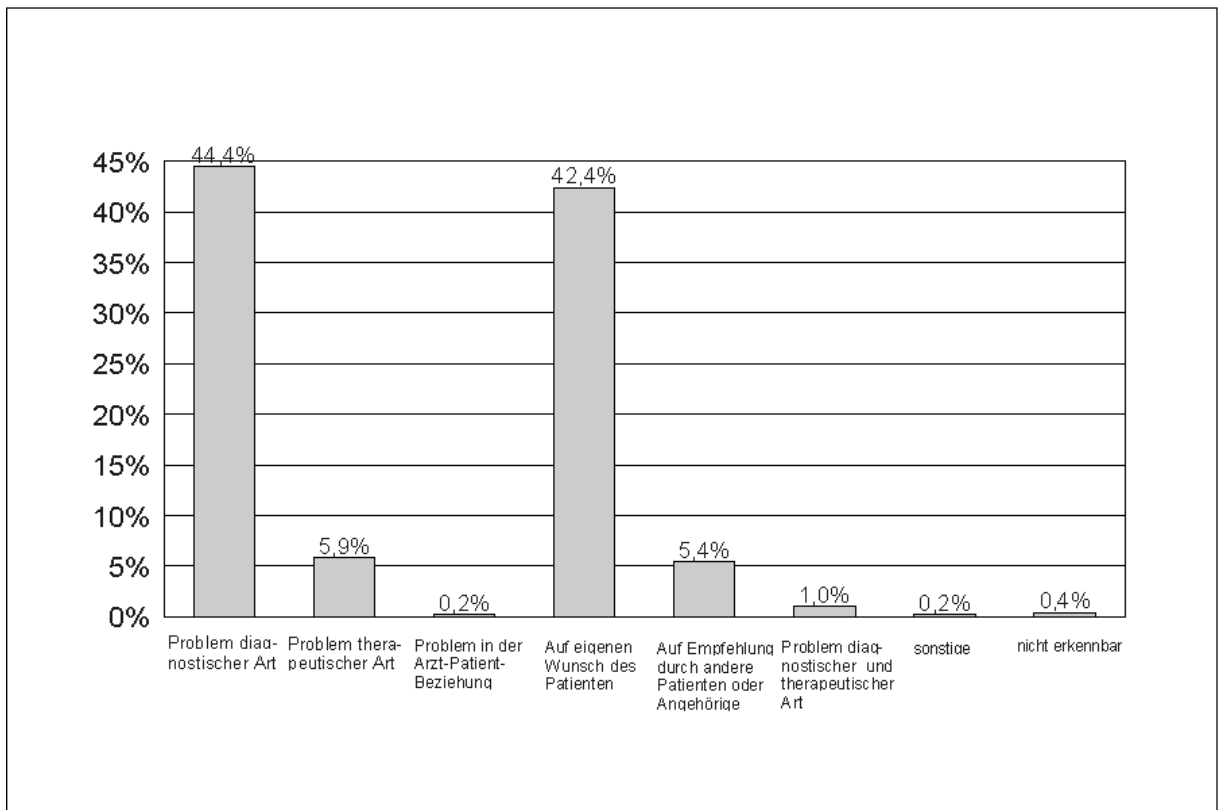
4.2.1.2 Bekanntheit der Patienten

Patienten, die bereits vor dem oben genannten Erhebungszeitraum in der Allgemeinmedizinischen Poliklinik untersucht wurden oder die sich im Erhebungszeitraum mehrmals vorstellten (u.a. wegen Fortführung ärztlich therapeutischer Gespräche, Teilnahme am autogenen Training), galten für den Abteilungsarzt als bekannt. Es überwog deutlich der Anteil nicht bekannter Patienten mit 91% gegenüber dem Anteil der bekannten Patienten (9%) in der erhobenen Gruppe.

4.2.1.3 Überweisungsgrund

Die Überweisungen für Patientenvorstellungen in der Allgemeinmedizinischen Poliklinik der MHH hatten verschiedene Gründe, die sich signifikant unterschieden. Abb. 10 zeigt diese Unterschiede.

Abb. 10: Überweisungsgrund ($n= 477$)



Mit sehr großem Abstand hoben sich mit 44% diagnostische Probleme und mit 42% Vorstellungen auf eigenem Wunsch der Patienten als Überweisungsgründe ab. Dagegen waren bei nur 6% der Patienten therapeutische Probleme der Grund zur Überweisung und bei weiteren 5% der Patienten war der Grund eine Empfehlung durch andere Patienten oder Angehörige zur Vorstellung in der Allgemeinmedizinischen Poliklinik der MHH. So gut wie gar nicht wurden Arzt- Patient- Beziehungsprobleme als Grund genannt (0,2%).

Bei der Gegenüberstellung von Überweisungsgrund und dem wichtigsten Anliegen des Patienten (Tab. 5) heben sich Unterschiede hervor.

Tab. 5: Gegenüberstellung von Überweisungsgrund und Hauptanliegen in Prozent (n= 477)

Hauptanliegen nach RVC-Modul	Problem diagnostischer Art	Problem therapeutischer Art	Problem in der Arzt-Patient-Beziehung	Auf eigenen Wunsch des Patienten	Auf Empfehlung durch andere Patienten oder Angehörige	Problem diagnostischer und therapeut. Art	sonstige	nicht erkennbar
D 250-299	0,63							
D 350-399				0,21				
D 500-599				0,21				
D 650-699				0,21				
D 700-799	0,21							
D 800-899	0,21							
D 900-949		0,21						
J 800-899	0,21							
S 001-099	13,84	0,84		10,9	1,89			0,21
S 100-199	1,26	2,94		3,35	1,05	0,21	0,42	
S 200-259	4,19	0,21	0,21	3,56			0,21	
S 260-299	2,31			3,14	0,42			
S 300-399	0,63	0,21		0,63				
S 400-499	0,84	0,21		3,56				
S 500-639	5,03	0,84		5,45	0,63			
S 640-829	0,84	0,21		1,26				0,21
S 830-899	1,26			1,26	0,21			
S 900-999	11,74	0,21		6,92	1,26		0,42	
X 100- 199	0,84			1,68				
X 300-399	0,42							

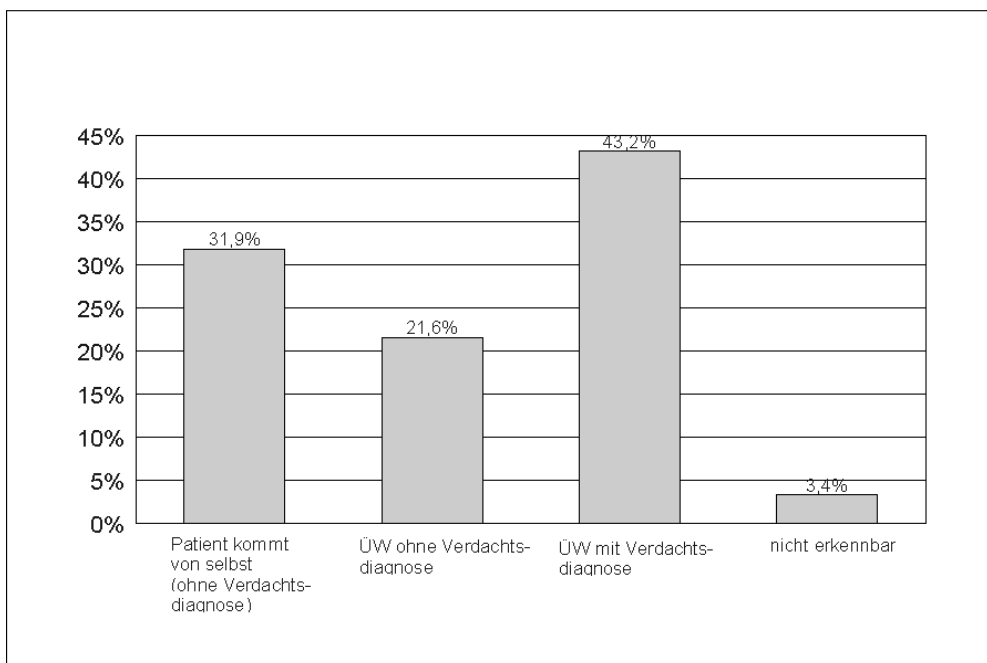
* Legende der RVC- Module s. Anhang

Allgemeine Symptome (14%) und Symptome des Skeletts und der Muskulatur (12%) dominierten als wichtigstes Anliegen bei den Patienten, die wegen eines diagnostischen Problems überwiesen wurden. Auch bei den Patienten, die auf eigenen Wunsch eine Untersuchung in der Allgemeinmedizinischen Abteilung der Poliklinik wünschten, war ebenfalls eine Signifikanz für „Allgemeine Symptome“ (11%) und Symptome des Skeletts und der Muskulatur (7%) als wichtigstes Anliegen zu erkennen. Geringer fielen die prozentualen Anteile aller anderen Gegenüberstellungskonstellationen aus.

4.2.1.4 Überweisung mit oder ohne Verdachtsdiagnose oder Problembeschreibung

53,5% der Patienten kamen ohne eine Verdachtsdiagnose oder Problembeschreibung in die Allgemeinmedizinische Poliklinik. Hierunter fielen die Patienten, die von selbst kamen (32%) und die Patienten, die ohne eine Verdachtsdiagnose oder Problembeschreibung überwiesen wurden (21,5%). Demgegenüber wurden 43% der Patienten mit einer Verdachtsdiagnose oder Problembeschreibung überwiesen (Abb. 11).

Abb. 11: Überweisungsverhalten ($n= 477$)

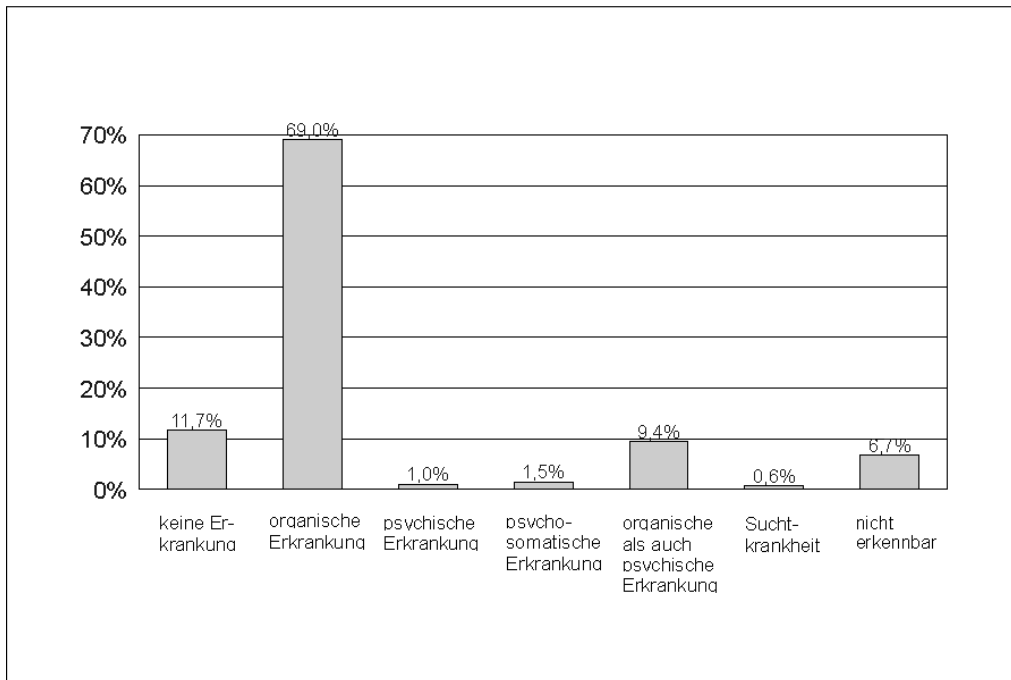


4.2.2 Anamnestische Daten

4.2.2.1 Frühere Erkrankungen

Bei der anamnestischen Befragung des Patientenkollektivs nach den früheren Erkrankungen gaben mehr als zwei Drittel (69%) der 477 Patienten an, organische Erkrankungen gehabt zu haben (Abb. 12).

Abb. 12: Frühere Erkrankungen (n= 477)

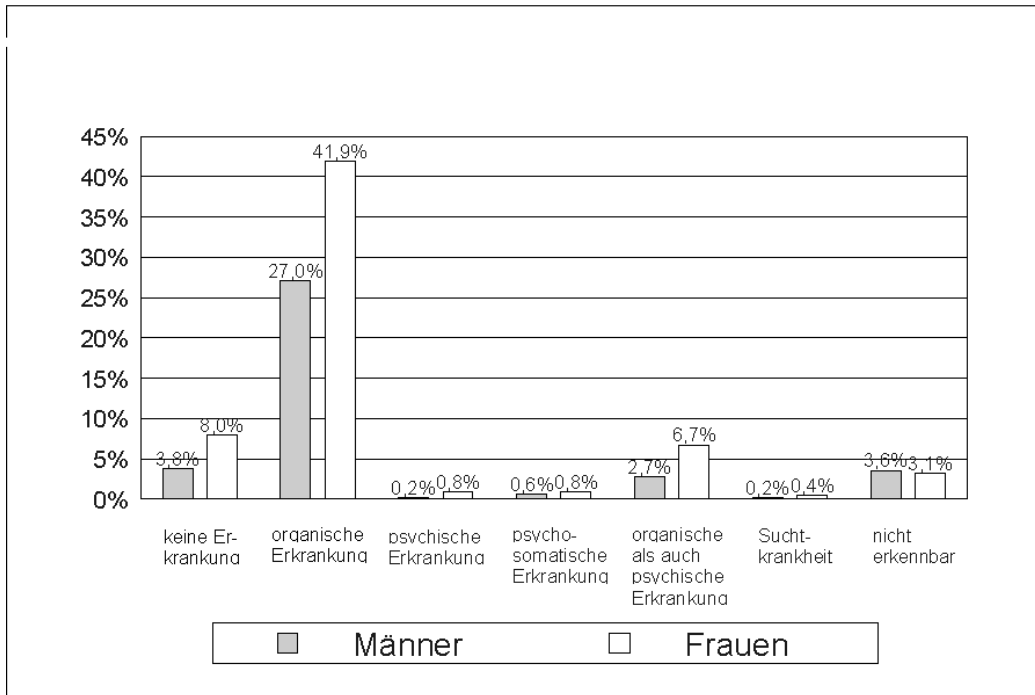


Mit sehr deutlichem Abstand folgten die Patienten, die sowohl organisch als auch psychisch erkrankt waren (9,5%). Nur sehr wenige Patienten äußerten sich, psychosomatisch (1,5%), psychisch (1%) oder suchtkrank (0,5%) gewesen zu sein. 12% hatten keine früheren Erkrankungen.

Die Verteilung früherer Erkrankungen der Geschlechtsgruppen in der Patientengruppe zeigt Abb. 13.

Die prozentualen Unterschiede zugunsten der Frauen in der grafischen Darstellung werden verursacht durch den höheren Anteil an Frauen als Männer in der gesamten Patientengruppe, die mit dem Faktor 1,6 überrepräsentiert waren.

Abb. 13: Frühere Erkrankungen der Männer und Frauen ($n= 477$)



4.2.2.2 Patientenanliegen

Die den Arztbriefen entnommenen bis zu drei wichtigsten Anliegen eines jeden Patienten durch den Untersucher wurden nach der RVC- Klassifikation verschlüsselt und per Computer ausgewertet.

Tab. 6 gibt eine Übersicht, wie sich die Patientenanliegen (Haupt- und zwei Nebenanliegen) in der gesamten Erhebungsgruppe prozentual verteilen.

Tab. 6: Patientenanliegen in Prozent ($n= 477$)

Patientenanliegen nach RVC- Modul	Anzahl der Patienten mit		
	Hauptanliegen	1. Nebenanliegen	2. Nebenanliegen
Allgemeine Symptome	27,67	15,72	12,58
Psychische und geistige Störungen	9,22	17,82	11,95
Symptome des Nervensystems ohne Sinnesorgane	8,39	7,76	5,03
Symptome des Herzens und der Gefäße	5,87	5,03	3,14
Symptome der Augen und Ohren	1,47	1,68	1,68
Symptome der Atmungsorgane	4,61	6,08	3,35

Symptome der Verdauungsorgane	11,95	9,22	6,08
Symptome der Harn- und Geschlechtsorgane	2,52	1,89	3,35
Symptome der Haut, der Nägel, der Haare	2,73	1,05	1,47
Symptome des Skeletts und der Muskeln	20,55	12,16	6,71
Diagnosen (gesamt)	1,89	0,84	0,63
Allgemeine Untersuchungen	2,52		
Spezielle Untersuchungen, diagnostische Tests	0,42		
Verletzungen	0,21		

Aus der Tab. 6 wird ersichtlich, dass „Allgemeine Symptome“ (28%) und Symptome des Skeletts und der Muskeln (20,5%) als „Wichtigstes Anliegen“ (Hauptanliegen) dominierten. Diese Symptome wurden auch häufig bei den Patienten als Nebenanliegen erfasst.

Neben der körperlichen Anamnese des Patienten wurde in der Allgemeinmedizinischen Poliklinik der „Psychosozialen Exploration“ große Bedeutung beigemessen. Die Häufigkeit psychischer Störungen war nicht unbeträchtlich innerhalb der Patientengruppe. Als Hauptanliegen waren sie in 9% vertreten. Noch häufiger wurden diese Störungen als Nebenanliegen der Patienten registriert. Sie waren in 18% erstes Nebenanliegen, in 12% zweites Nebenanliegen.

Die Anliegen und Beschwerden, mit denen die Patienten in die Allgemeinmedizinische Poliklinik kamen oder überwiesen wurden, waren meist komplexer Natur.

79% der analysierten Patientengruppe äußerten mindestens zwei Anliegen, von denen wiederum 56% sogar drei Anliegen im Gespräch vortrugen.

4.2.2.3 Zeitdauer der Anliegen

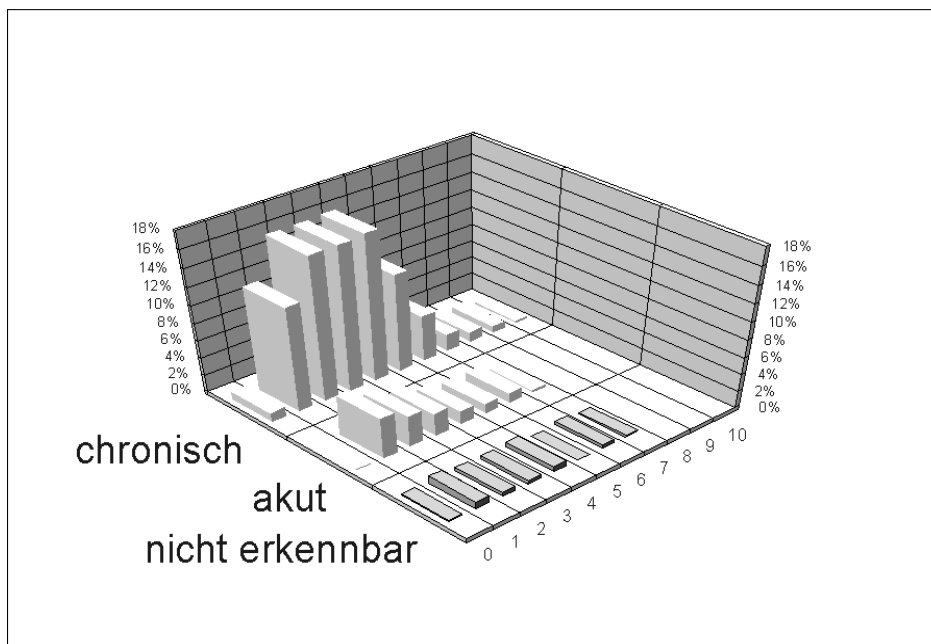
Neben der Erfassung der Anliegen der Patientengruppe wurde in der Studie auch deren Zeitdauer untersucht und in zwei Kategorien unterteilt: „Akute“ und „Chronische“ Erkrankungen.

Die „Akuten“ Erkrankungen dauerten nicht länger als drei Monate, während die „Chronischen“ Erkrankungen über dieses Zeitmaß fortbestanden. Die Dauer der Erkrankung bezog sich immer auf das jeweils wichtigste Anliegen der Patienten. Neben der verbalen Be-

schreibung wurde die Erkrankungsdauer auch zeitlich erfasst, d.h. in genauer Angabe von Tagen, Wochen, Monaten und Jahren.

Das Ergebnis der Erkrankungsdauer zeigt, dass es sich vorwiegend um untersuchte Patienten in chronischer Krankheitssituation (82%) handelte. Unter den chronisch Kranken gab es allein nahezu ein Drittel (31,5%) der Patienten, deren Erkrankungsdauer mehr als drei Jahre betrug. Die Abb. 14 korrespondierend mit der Tab. 7 zeigen, dass es sich bei den chronisch Erkrankten um zumeist multimorbide Patienten handelte. Ihren Diagnosenhäufigkeitsgipfel hatten diese chronisch erkrankten Patienten mit 16,5% bei Erkrankungen mit vier Enddiagnosen. Im Gegensatz dazu lag bei Patienten mit einer akuten Erkrankung der Diagnosenhäufigkeitsgipfel bei Erkrankungen mit nur einer Enddiagnose (4,6%).

Abb. 14: Anzahl endgültiger Diagnosen zur verbalen Erkrankungsdauer (n= 477)



Tab. 7: Anzahl endgültiger Diagnosen zur verbalen Erkrankungsdauer

Angaben in % (n= 477)	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
chronisch	1,05	11,95	16,35	16,35	16,56	11,11	5,24	1,89	1,05	0,63	0,21
akut	0	4,61	3,56	2,52	1,47	1,05	1,05	0,21			
nicht erkennbar	0,21	0,84	0,42	0,42	0,63	0	0,42	0,21			

Die Gegenüberstellung von akuten und chronischen Erkrankungen zur „Endgültigen Hauptdiagnose“ in Tab. 8 unterstreicht, dass unter den chronisch kranken Patienten, die Patienten mit einer Erkrankung des Muskel-, Skelett- und Bindegewebsapparates (15%) oder einer psychiatrischen Erkrankung (13,5%) als „Endgültige Hauptdiagnose“ am häufigsten auftraten. Patienten mit einer akuten Erkrankung hatten am häufigsten als „Endgültige Hauptdiagnose“ dagegen eine Kreislauferkrankung (3%) oder eine Erkrankung der Atmungsorgane (2,5%).

Tab. 8: Gegenüberstellung von akuten und chronischen Erkrankungen zur „Endgültigen Hauptdiagnose“ in Prozent ($n= 477$)

Hauptdiagnosen nach RVC-Modul	nicht erkennbar	akute Erkrankungen	chronische Erkrankungen
D 000-099		0,63	1,47
D 100-199			1,26
D 200-249	0,21	0,21	9,64
D 250-299	0,21	0,42	1,05
D 300-349	0,63	1,26	13,42
D 350-399		0,21	3,98
D 400-449		0,21	
D 450-499			0,21
D 500-599	1,05	2,73	9,85
D 600-649		2,31	5,45
D 650-699	0,42	1,68	7,13
D 700-799	0,21	0,84	1,05
D 800-899	0,21	0,63	1,68
D 900-949		1,89	14,68
D 950-989			0,21
J 001-799		0,21	
J 800-899			0,21
S 001-099		0,42	3,14
S 100-199		0,21	0,63
S 200-259			1,05
S 260-299		0,21	0,42
S 300-399			0,21
S 400-499			0,63
S 500-639			0,42
S 640-829			0,42
S 830-899			0,63
S 900-999		0,42	1,89
T 200-299			0,21
T 500-599			0,21
X 300-399			0,21
9 999-999	0,21		1,05

- * Legende der RVC- Module s. Anhang
- * 9 999-999- nicht erkennbar

4.2.2.4 Vorausgegangene medikamentöse Behandlung

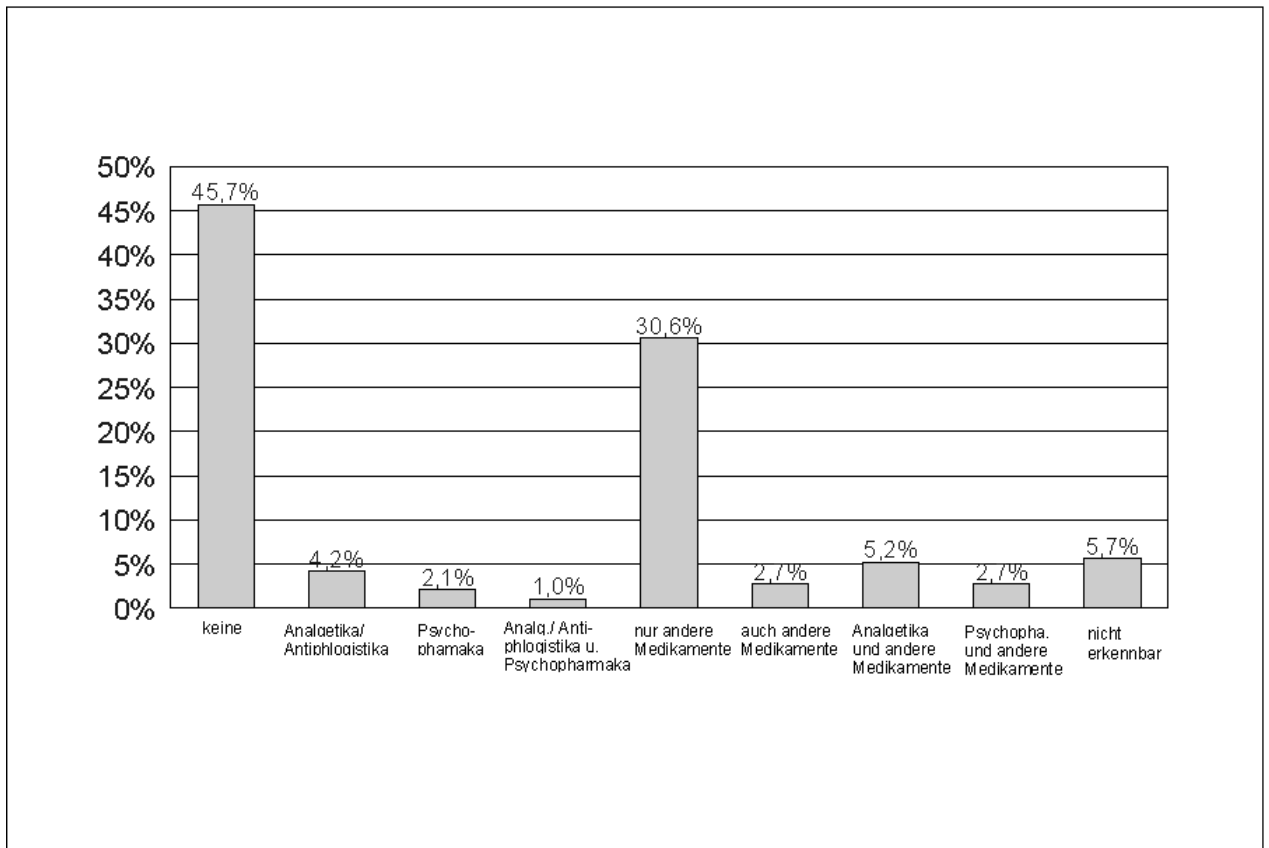
Die Erhebung der vorausgegangenen medikamentösen Behandlung berücksichtigte die Wirkstoffkomponenten der Pharmaka, insbesondere die Analgetika/ Antiphlogistika und Psychopharmaka, jedoch nicht die Dauer der Medikamenteneinnahmen, die sich im Einzelnen nicht isolieren ließen. Eine Unterteilung der von den Patienten bisher eingenommenen Dauermedikamente in sieben Pharmakagruppen wurde vorgenommen.

Wie es mit der Einnahme von Dauermedikamenten in der Erhebungsgruppe aussah, zeigt Abb. 15.

Die Abb. 15 verdeutlicht, dass erhebliche Unterschiede in der Dauermedikamenteneinnahme der Patientengruppe bestanden. 46% der Patienten nahmen keine Dauermedikamente ein. 48,5% der Patienten nahmen ein Dauermedikament (Zusammenfassung der einzelnen Gruppenaufsplitterungen). 5,5 % der Patienten wiesen keine Angaben über eine Medikation auf.

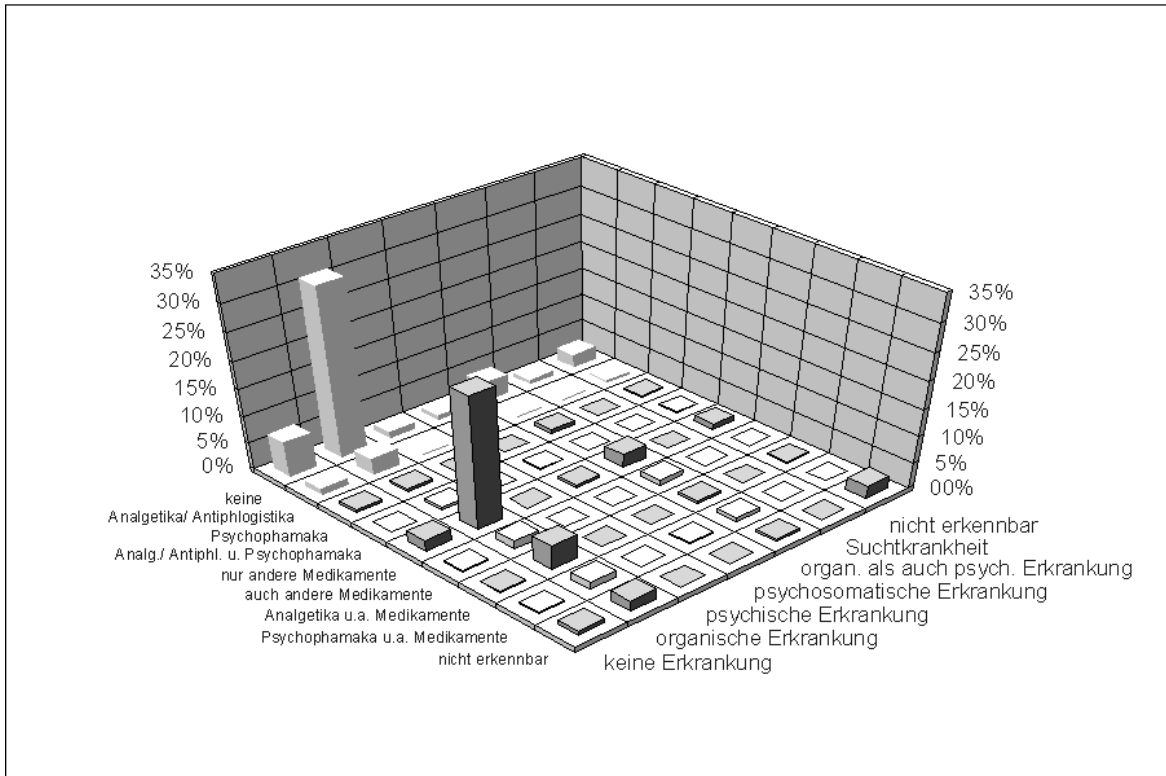
Die getrennte Betrachtung der einzelnen Pharmakagruppen, die als Dauermedikamente eingenommen wurden, zeigt, dass 31% der Patienten „nur andere Medikamente“ einnahmen, deutlich geringer fielen die Anteile der Patienten aus, die nur Analgetika/ Antiphlogistika oder Psychopharmaka auch in Kombination beider oder in Kombination mit anderen Medikamenten einnahmen.

Abb. 15: Einnahme von Dauermedikamenten ($n= 477$)



Die Abb. 16 unterstreicht die immensen Unterschiede der „Früheren Erkrankungen“ zur Dauermedikamenteneinnahme.

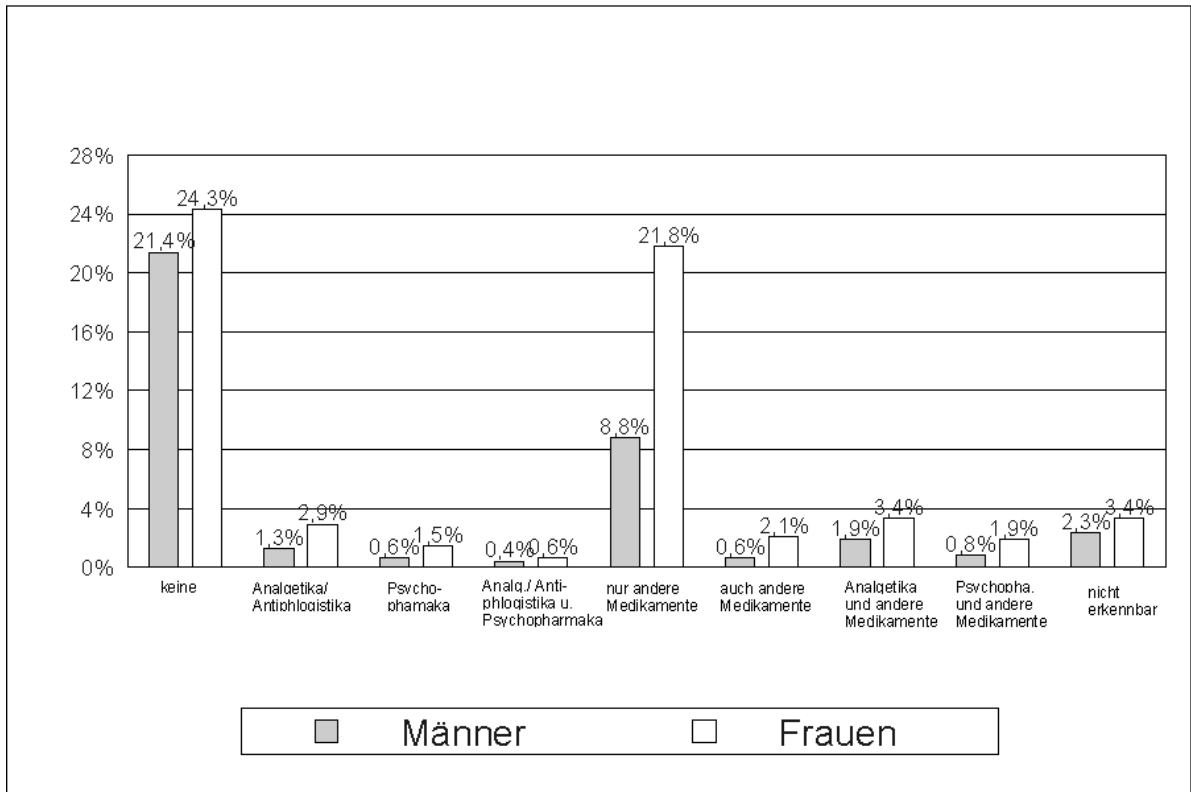
Abb. 16: Gegenüberstellung von früheren Erkrankungen zur Einnahme von Dauermedikamenten ($n = 477$)



Patienten, die früher organisch erkrankt waren, heben sich in der Abb. 16 von den Konstellationen früher psychisch Erkrankter deutlich ab. Der größte Teil früher organisch Erkrankter nahm keine (31%) oder nur andere Medikamente ein (24,5%).

Die Abb. 17 listet eine Differenz der Pharmakaeinnahme trotz des Mehranteiles der Frauen in der Erhebungsgruppe auf und lässt erkennen, dass die Frauen mehr dazu neigten, Medikamente zu nehmen.

Abb. 17: Einnahme von Dauermedikamenten der Männer und Frauen (n= 477)



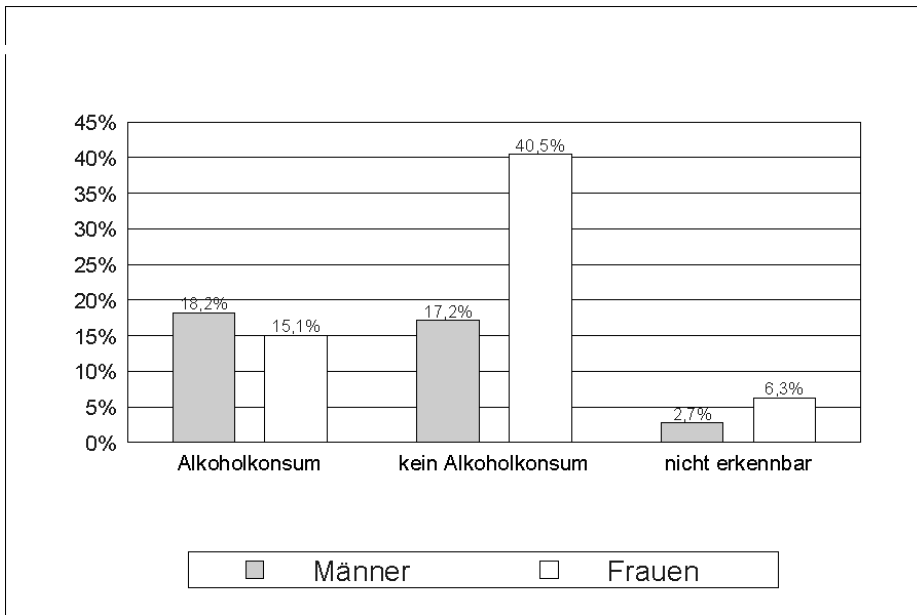
4.2.2.5 Alkohol- und Nikotinverhalten

In der retrospektiven Analyse erschien die Aufteilung in die Gruppe nicht alkoholtrinkender und alkoholtrinkender Patienten sinnvoll. In die Gruppe der alkoholtrinkenden Patienten wurden auch die Patienten mit gelegentlichem Alkoholkonsum zugeordnet.

Das Ergebnis dieser Untersuchung erbrachte, dass 33% der Befragten Alkohol tranken und 58% der Patienten angaben, dies nicht zu tun. Bei 9% konnte das Trinkverhalten nicht eruiert werden.

In der Abb. 18 wird das Alkoholverhalten der Geschlechtsgruppen in dem Patientenkollektiv dargestellt.

Abb. 18: Alkoholverhalten der Männer und Frauen ($n = 477$)



Die grafische Darstellung weist einen auffällig hohen Anteil nichttrinkender Frauen auf. Die Gruppe der alkoholtrinkenden Männer überwog trotz der Dominanz des Frauenanteiles in der Befragungsgruppe.

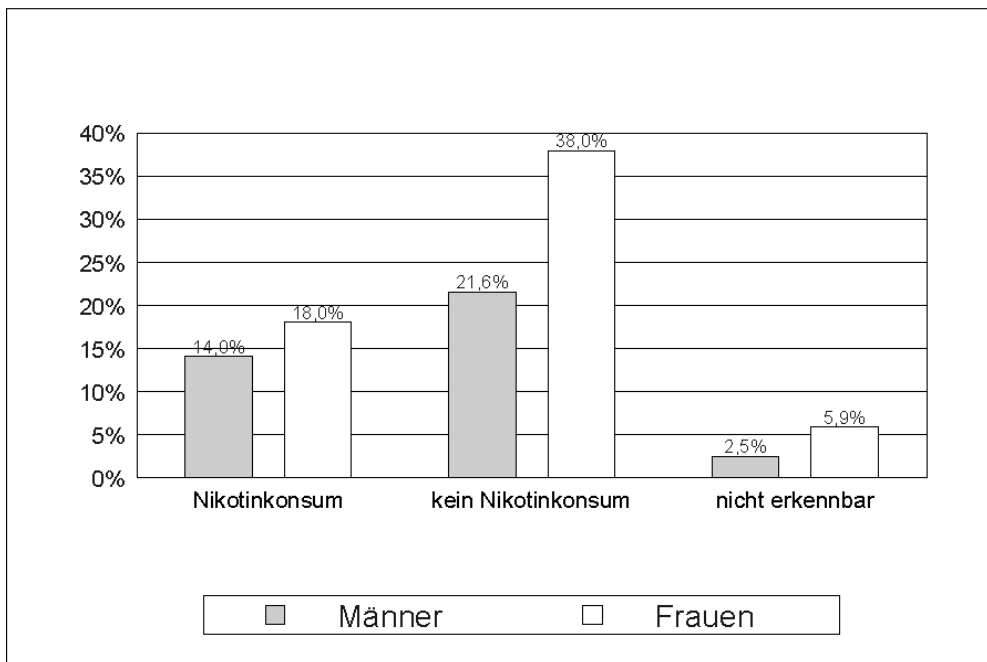
Der Beurteilung des Nikotinverhaltens ging ebenfalls eine Aufteilung der Patienten in zwei Gruppen voraus. Hier wurde zum einen in die Gruppe der Nichtraucher und zum anderen in die Gruppe der Raucher, egal, ob Gelegenheitsraucher oder regelmäßige Raucher, unterschieden.

Folglich rauchten 32% der Patienten, 60% hingegen verneinten den Nikotinkonsum, bei 8% der Patienten konnte nicht ermittelt werden, ob sie rauchten oder nicht.

Unter Berücksichtigung methodenbedingter Befragungsschemata stimmt das Untersuchungsergebnis mit der Angabe an Rauchern in der Bundesrepublik Deutschland im Statistischen Jahrbuch von 1997 (Stand April 1995) von 27% annähernd überein.

Wie sich das Nikotinverhalten der Geschlechtsgruppen in der Erhebungsgruppe verhielt, zeigt Abb. 19.

Abb. 19: Nikotinverhalten der Männer und Frauen (n= 477)



Analog dem Alkoholverhalten wies auch diese Grafik einen deutlich höheren Prozentsatz nicht rauchender Frauen gegenüber nicht rauchenden Männern auf.

Interessant ist dagegen der hohe weibliche Anteil mit Nikotinkonsum gegenüber den Männern in der „Nikotingruppe“.

4.2.3 Diagnostische Untersuchung in der Allgemeinmedizinischen Poliklinik

4.2.3.1 Basisdiagnostik

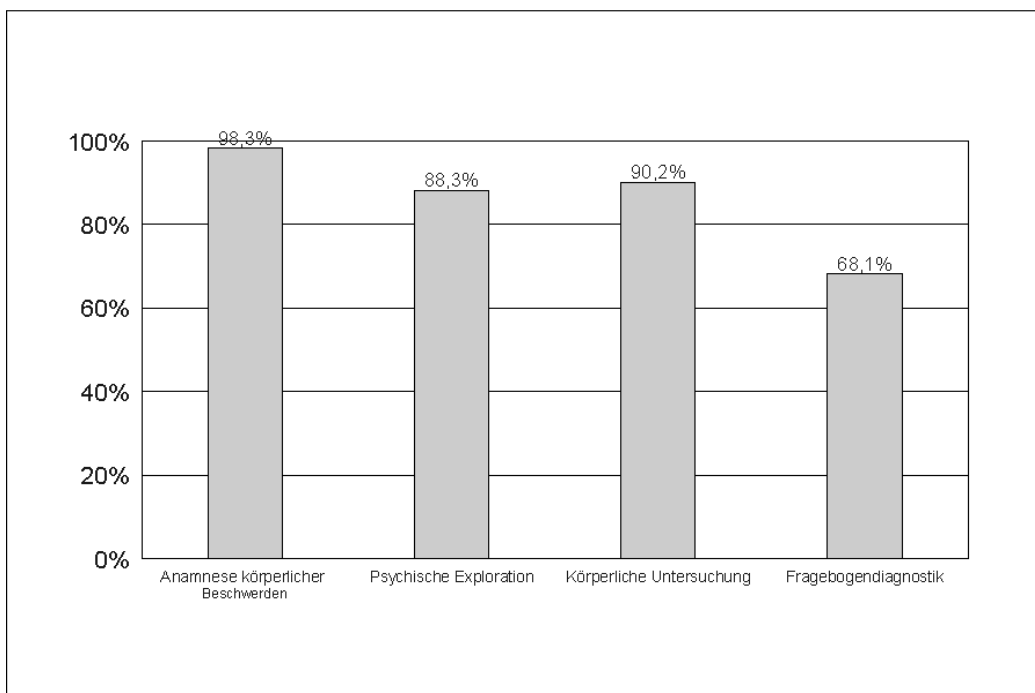
Die Basisdiagnostik in der Allgemeinmedizinischen Poliklinik umfasste die ausführliche Anamnese der körperlichen und psychosozialen Beschwerden und die orientierende Ganzkörperuntersuchung. Diese Untersuchungsstudie sollte klären helfen, ob diese diagnostischen Mittel allein ausreichten, den allgemeinmedizinischen Problemfall lösen zu können. In Ergänzung zum Erstgespräch und zur orientierenden Ganzkörperuntersuchung wurde zusätzlich jedem Patienten auf freiwilliger Basis eine Psycho- Sozio- Fragebogendiagnostik seit Juli 1985 angeboten. Dieses Angebot umfasste zur routinemäßigen Diagnostik den Einsatz folgender Fragebögen (s. Anhang):

- Beschwerdefragebogen (BFB) nach Höck und Hess (1975)
- Verhaltensfragebogen (VFB) nach Höck und Hess (1976)

- Depressionsfragebogen (DFB) nach Kielholz (1985)
- Family- APGAR nach Smilkstein (1978).

Die Abb. 20 demonstriert die Anteile der einzelnen angewandten Methoden der Basisdiagnostik einschließlich der Fragebogendiagnostik innerhalb der Patientengruppe.

Abb. 20: Basisdiagnostik (n= 477)



Das Diagramm zeigt, dass nahezu alle Patienten (98%) in der Anamnese nach körperlichen Beschwerden befragt wurden und bei 88% der Patienten im Rahmen des Erstgespräches auch eine psychosoziale Exploration erfolgte. Körperlich untersucht wurden 90% der Patienten. Über zwei Drittel der Patienten füllten auch die Fragebögen (68%) aus.

4.2.3.2 Vorläufige Arbeitsdiagnosen

Als Ergebnis durchgeführter Basisdiagnostik standen die „Vorläufigen Arbeitsdiagnosen“. Sie halfen dem Abteilungsarzt die Zusatzdiagnostik, welche zur endgültigen Klärung des Beschwerdebildes verlaufsbezogen herangezogen wurde, richtungsweisend und gezielt einzusetzen.

Zur Beantwortung der Frage, ob die diagnostischen Mittel der Basisdiagnostik allein ausgereicht hätten, den angelandeten Problemfall in der Allgemeinmedizinischen Poliklinik der MHH identifizieren zu können, ist ein späterer Vergleich der gestellten „Vorläufigen Arbeitsdiagnosen“ mit den nach verlaufsbezogener Zusatzdiagnostik erhaltenen „Endgültigen Diagnosen“ erforderlich.

Mit Hilfe eines geeigneten Testverfahrens wird ermittelt, ob zwischen den Diagnosen bedeutende Unterschiede bestehen. Bis zu drei der „Vorläufigen Arbeitsdiagnosen“ wurden im Fragebogen nach dem RVC verschlüsselt.

Welche Diagnosen wie häufig als „Vorläufige Arbeitsdiagnose“ eins, zwei oder drei erfasst wurden, zeigt Tab. 9.

Tab. 9: „Vorläufige Diagnosen“ in Prozent

Vorläufige Diagnosen nach RVC- Modul	Anzahl der Patienten mit vorläufiger		
	Hauptdiagnose	1. Nebendiagnose	2. Nebendiagnose
Symptome (gesamt)	21,38	12,58	8,6
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	1,26	0,42	0,84
Neubildungen	1,26	0,84	1,05
Endokrinopathien	6,29	4,82	3,56
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	0,84	0,84	0,84
Psychiatrische Krankheiten	15,51	9,43	10,27
Krankheiten des Nervensystems	3,77	2,31	0,84
Krankheiten des Auges	0,21		0,21
Krankheiten des Ohres			0,21
Krankheiten des Kreislaufsystems	11,74	8,6	6,5
Krankheiten der Atmungsorgane	6,29	3,98	2,73
Krankheiten der Verdauungsorgane	8,18	6,08	4,82
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	0,63	2,31	1,26
Krankheiten der Haut, des Unterhautzellgewebes	2,31	2,73	0,42
Krankheiten von Skelett, Muskeln, Bindegewebe	13,63	11,95	4,19
Kongenitale Anomalien	0,21	0,21	
Untersuchungen, Tests	1,05	0,63	0,21
prä- und postoperative Behandlungen u. a. Therapien	0,42	0,42	0,42
Verletzungen	0,63	0,42	
nicht bekannt	3,35	3,35	3,35

Allgemeine und organspezifische Symptome als Komplex zusammen kamen als „Vorläufige Arbeitsdiagnose“ am häufigsten vor. Bei 21% der Patienten waren sie die „Vorläufige Hauptarbeitsdiagnose“, in 12,5% zweite „Vorläufige Arbeitsdiagnose“ und in 9% dritte „Vorläufige Arbeitsdiagnose“.

Mit einigem Abstand, aber noch in beträchtlicher Anzahl, und unter der Berücksichtigung, dass es sich bei der Vorstellung des Patienten in der Allgemeinmedizinischen Poliklinik bereits um eine Zweitbeurteilung seines Beschwerdebildes durch einen psychotherapeutisch geschulten Facharzt handelte, folgten die psychiatrischen Erkrankungen. Sie waren 15,5% „Vorläufige Hauptarbeitsdiagnose“, 9,5% zweite „Vorläufige Arbeitsdiagnose“ und 10% dritte „Vorläufige Arbeitsdiagnose“. Psychiatrische Diagnosen waren als dritte „Vorläufige Arbeitsdiagnose“ unter allen Diagnosen am häufigsten vertreten (s. Tab. 9).

Bildet man die Summe aus „Vorläufiger Hauptarbeitsdiagnose“ und den „Vorläufigen Nebendarbeitsdiagnosen“ für die Krankheitsgruppe Skelett, Muskel- und Bindegewebe, so konnte diese an dritter Stelle registriert werden.

Die Ergebnisse der Basisdiagnostik zeigen, dass es sich um komplexe Krankheitsbilder handelte. Bei 72% der Patienten wurden mindestens zwei „Vorläufige Diagnosen“ gestellt, von denen 50% der Patienten sogar drei „Vorläufige Diagnosen“ hatten.

4.2.3.3 Zusatzdiagnostik

In Ergänzung zur Basisdiagnostik erfolgte eine weiterführende Zusatzdiagnostik (Labor, technische Diagnostik, Fachkonsil) patienten- und verlaufsbezogen. Mit Hilfe dieser Zusatzdiagnostik konnten Somatisierungen für das Vorhandensein verschiedener geäußerter unspezifischer Symptome insb. des häufig geklagten Symptoms „Rückenschmerz“ diagnostiziert oder ausgeschlossen werden.

Die in der Allgemeinmedizinischen Poliklinik durchgeführten Laboruntersuchungen untergliederten sich in Basis- und Zusatzlabor.

Folgende Parameter des Basislabors wurden bestimmt: Blutbild, Blutkörperchensenkungsgeschwindigkeit, Urinsediment, Harnsäure, Elektrolyte und Glukose.

Alle weiteren Laborbestimmungen, wie z.B. Enzymbestimmungen, bakterielle Untersuchungen wurden dem Zusatzlabor zugeordnet.

Bei 89 % der Patienten kamen das Basis- und Zusatzlabor zum Einsatz.

Ein weiteres technisches Hilfsmittel, welches routinemäßig angewandt wurde, war die EKG-Schreibung. Vier verschiedene Schreibmethoden sowie die Mehrfachanwendung dieser bei ein und demselben Patienten waren möglich : Ruhe- Standard- EKG, Rhythmusstreifen, Belastungs- EKG und Langzeit- EKG.

Eine EKG- Untersuchung hatten 76% der Patienten, bei 62% reichte das Ruhe- Standard- EKG aus, 14% benötigten Mehrfachanwendungen.

Des Weiteren standen als apparative diagnostische Möglichkeiten dem untersuchenden Abteilungsarzt auch das EMG und das EEG zur Verfügung . Ihr Einsatz erfolgte selektiert. Bei 1% der Patienten wurde eine EMG- Untersuchung vorgenommen und in 2,5% eine EEG- Untersuchung veranlasst.

Im Spektrum der apparativen Diagnostik kamen auch sonographische und radiologische Verfahren wie Röntgen inklusive CT- Diagnostik, nuklearmedizinische Verfahren und das moderne bildgebende Verfahren der Kernspintomographie zur Anwendung. Neben der Art der angewandten Technik modifizierte auch die Anzahl der verschiedenen Untersuchungen an verschiedenen Organen oder Organbereichen.

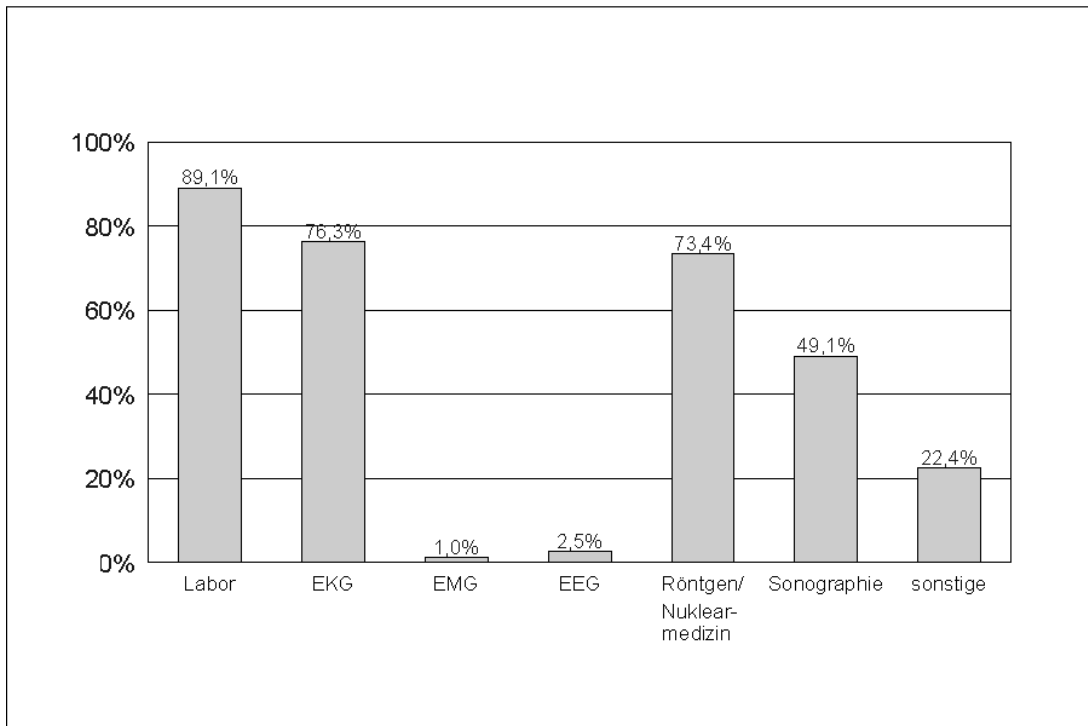
Bildgebende radiologische, nuklearmedizinische und kernspintomographische Untersuchungen wurden bei 73% der Patienten durchgeführt. 39% hatten eine Untersuchung, 34% zwei und mehrere Untersuchungen dieser Art.

Sonographische Untersuchungen waren bei 49% der Patienten erforderlich. Die Sonographie einer bestimmten Körperregion beanspruchten davon 44% der Patienten, bei 5% wurden zwei sonographische Untersuchungen durchgeführt und 0,5% hatten drei Sonographieuntersuchungen.

Bisher unberücksichtigte Untersuchungen, wie z.B. Steh- Schellong, Spirometrie, Krebsfrüherkennungsuntersuchung, die auch in der Allgemeinmedizinischen Poliklinik eingesetzt wurden, erschienen unter „Sonstige“ Untersuchungen. 22 % der Patienten hatten eine oder mehrere dieser sonstigen Untersuchungen.

Einen Gesamtüberblick liefert die Abb. 21 über die durchgeführte Labor- und technische Zusatzdiagnostik.

Abb. 21: Zusatzdiagnostik (n= 477)



Konsile waren in folgenden Fachabteilungen der Medizinischen Hochschule möglich: Innere Medizin, Chirurgie, Orthopädie, Neurologie, Psychiatrie, Psychotherapie, Gynäkologie, Urologie, HNO, Ophthalmologie, Dermatologie und Schilddrüsenambulanz. Sie dienten der diagnostischen Bearbeitung des Krankheitsproblems, hatten aber auch eine beratende und falls erforderlich therapeutische Funktion.

Bei jedem Patienten wurden die Konsile in den verschiedenen Fachabteilungen, die zur Lösung seines Problemfalles notwendig waren, aufgezeichnet. Zum einen wurde ihre Anzahl und zum anderen wurden die Fachrichtungen selbst, in denen sich der Patient vorgestellt hat, erfasst. Bei der Erhebung wurden allerdings mehrere Vorstellungen eines Patienten in ein und derselben Fachabteilung nur einmalig registriert.

62% der Erhebungsgruppe benötigten ein Konsil. Das Konsil in nur einer anderen Fachabteilung hatten 25%, 37% der Patienten stellten sich in zwei und mehr Fachabteilungen vor.

Der Durchschnitt der Konsilhäufigkeit lag bei 1,4 bei einer Streubreite von 0- 13 Konsilmöglichkeiten, wobei die 13. Konsilmöglichkeit einer Zusammensetzung aus sechs seltenen Konsilen (Osteoporoseambulanz, Schmerzambulanz, sexualmedizinische Sprechstun-

de, Allergologie, Phoniatrie und die Vorstellung beim Zahnarzt) entsprach. Diese seltenen Konsile beanspruchten 2,5% der untersuchten Gruppe.

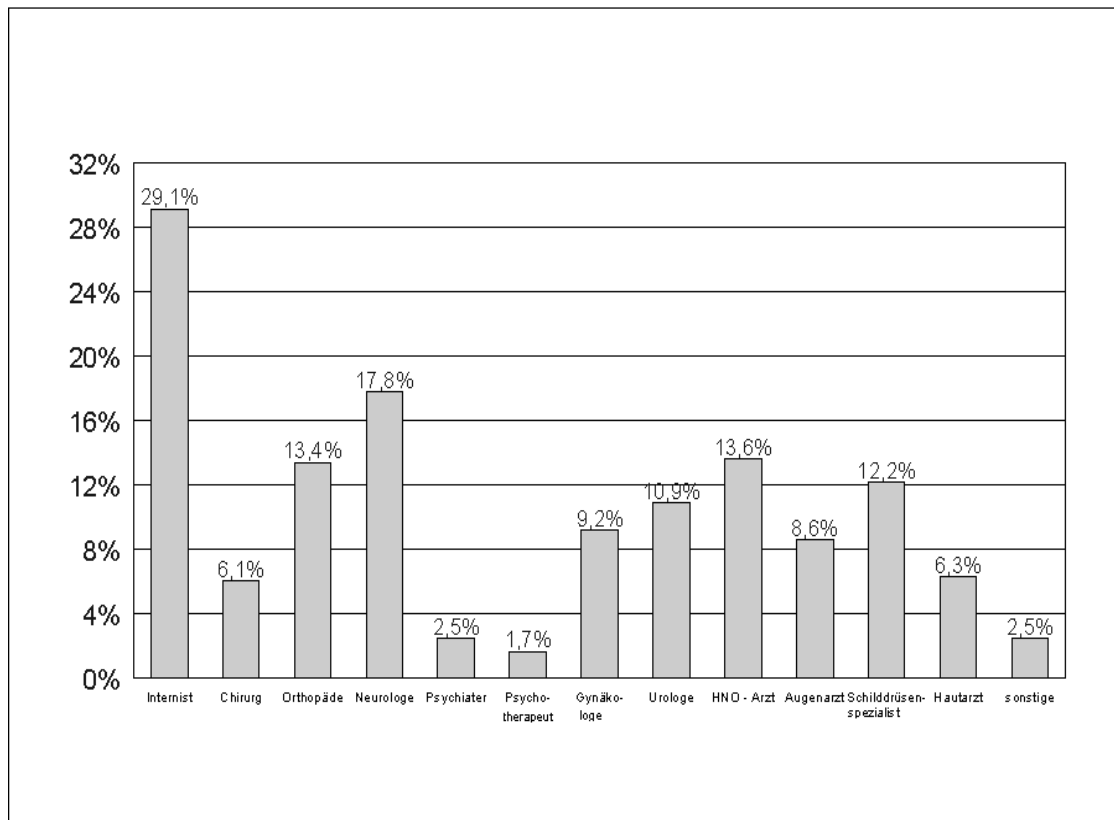
Das Konsil beim internistischen Subspezialisten (Kardiologe, Nephrologe etc.) wurde am häufigsten aufgesucht (29%). Ein neurologisches Konsil hatten 18% der Patienten. Deutlich geringer fielen die Konsultationen in den anderen Fachabteilungen aus.

Die Anteile der Fachkonsile beim Psychiater mit 2,5% und beim Psychotherapeuten mit 1,7% fielen am niedrigsten aus.

Eine Übersicht über die Häufigkeiten der verschiedenen Fachkonsile der Patientengruppe gibt Abb. 22.

Die Untersuchungen der 477 Patienten in der Allgemeinmedizinischen Poliklinik der MHH wurden ambulant durchgeführt. 3% der Patienten mussten auch zwischenzeitlich während der poliklinischen Untersuchungszeit zusätzlich stationär behandelt werden.

Abb. 22: Häufigkeiten verschiedener Fachkonsile ($n = 477$)



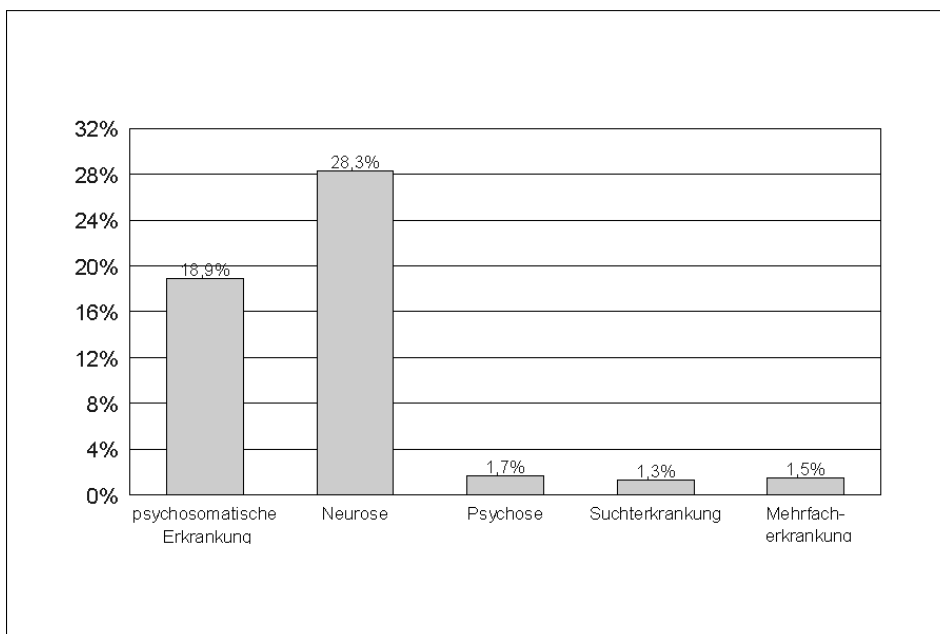
4.2.3.4 Diagnostik psychosozialer Probleme

Die umfassende psychosoziale Problemanalyse in der Allgemeinmedizinischen Poliklinik bot die Voraussetzung für das Aufdecken psychosozialer Einflussfaktoren- und Problemsituationen.

Innerhalb der untersuchten Patientengruppe kam bei 52% der Patienten ein psychosoziales Problem während ihrer gesamten Behandlungszeit in der Allgemeinmedizinischen Poliklinik zur Sprache. Diese Patienten, bei denen diese Probleme als Krankheitsursachen mit zu berücksichtigen waren, litten an folgenden psychischen Krankheitsbildern in Mehrheit mit 28% neurotisch und 19% psychosomatisch. Die Anteile an psychotisch kranken Patienten, an suchtkranken Patienten und an Patienten, mit einer psychischen Mehrfacherkrankung waren sehr gering. Abb. 23 zeigt diese deutlichen Unterschiede grafisch.

Spezifische therapeutische Hilfe war bei über vier Fünftel (83%) der Patienten mit einem psychosozialen Problem erforderlich.

Abb. 23: Psychische Krankheitsbilder ($n = 477$)



Spezifische therapeutische Hilfen untergliederten sich in: „Ambulante medikamentöse Therapie, ärztlich-therapeutische Gespräche, autogenes Training, Verhaltenstherapie oder gar stationäre psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung.“

Welche Behandlungsarten und zu welchen Anteilen diese in der Patientengruppe angewandt wurden, wird in Kap. 4.2.4 behandelt.

4.2.3.5 Ergebnisse der Diagnosesicherung

Die Diagnosesicherung der untersuchten Patientengruppe in der Allgemeinmedizinischen Poliklinik der MHH basierte hauptsächlich auf den Methoden der Basisdiagnostik, wie folgende Ergebnisse zeigen:

Die komplette Basisdiagnostik einschließlich der Psycho- Sozio- Fragebogendiagnostik wurde bei 61% der Patienten angewandt. Schließt man die Fragebogendiagnostik, die auf freiwilliger Basis vom Patienten ausgefüllt werden konnte, aus, so erhöht sich der Patientenanteil auf 78%. Dagegen wurde bei nur 22% der Patienten zur Diagnosesicherung zur Basisdiagnostik auch die gesamte Zusatzdiagnostik benötigt, d.h., dass bei diesen Patienten neben der vollständigen Basisdiagnostik, der Labor- und gesamten technischen Zusatzdiagnostik ein oder mehrere Konsile notwendig waren.

Die Diagnosesicherung ohne eine Vorstellung beim Fachspezialisten in der MHH, aber vollständiger Labor- und technischer Zusatzdiagnostik neben der Basisdiagnostik hatten 29%.

Kamen zur Basisdiagnostik einfache apparative Methoden wie Labor und die EKG-Schreibung, welche routinemäßig durchgeführt wurden, hinzu, erhöht sich der Patientenanteil auf 53%.

Die gesamte Basisdiagnostik und Laboruntersuchung, als die am häufigsten angewandte apparative Methode der Zusatzdiagnostik, benötigten 60%.

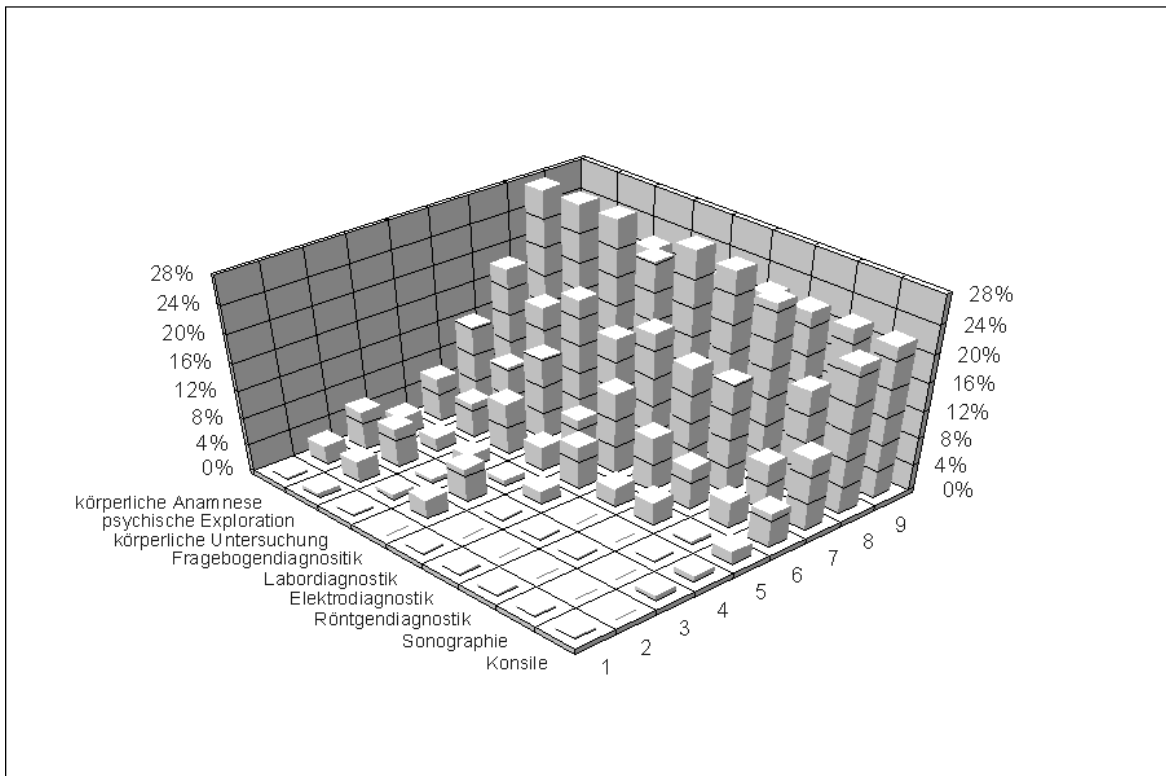
Diese rechnerischen Ergebnisse und die in der Abb. 24 korrespondierend mit der Tab. 10 dargestellten Ergebnisse hierüber legen dar, dass die Methoden der Basisdiagnostik die Grundlage der Diagnostik in der Allgemeinmedizinischen Poliklinik der MHH bildeten. Einfache, apparativ wenig aufwendige diagnostische Verfahren wurden zur Diagnosesicherung mit herangezogen.

Die Zusatzdiagnostik wurde- wenn durchgeführt- nur verlaufsbezogen eingesetzt, sie bewies sich nicht als Grundlage für die diagnostische Basisuntersuchung (in der Abb. 24 korrespondierend mit der Tab. 10 deutlich zu erkennen für die Diagnosesicherungsmethodenanzahl 1- 4).

Tab. 10: Methodenanzahl der Diagnosensicherung zu den diagnostischen Methoden

Angaben in % (n= 477)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Körperliche Anamnese	0,2	2,7	5,7	2,5	6,3	12,2	18,7	27,9	22,0
Psychosoziale Exploration	0,6	2,9	5,7	1,9	5,0	8,4	15,3	27,9	22,0
Körperliche Untersuchung	0,2	0,6	0,6	1,9	7,5	12,2	18,7	27,9	22,0
Fragebogendiagnostik	0	2,7	5,0	0,8	3,6	5,5	15,3	24,3	22,0
Labordiagnostik	0,2	0	0,2	1,9	6,3	11,9	18,4	27,9	22,0
Elektrodiagnostik	0,2	0	0,2	0	2,7	8,0	15,9	27,3	22,0
Röntgendiagnostik	0,2	0	0,2	0	3,4	6,1	16,1	25,2	22,0
Sonographie	0,2	0	0	0,2	0,4	3,8	7,1	15,5	22,0
Konsile	0,2	0	0,6	0,8	1,9	5,0	10,7	21,4	22,0

Abb. 24: Methodenanzahl der Diagnosensicherung zu den diagnostischen Methoden
(n= 477)



4.2.3.6 Endgültige Diagnosen

Als Untersuchungsergebnisse der Patienten, die als „Problemfall- Patienten“ in der Allgemeinmedizinischen Poliklinik der MHH anlandeten, standen ihre „Endgültigen Diagnosen“. Der für die untersuchte Patientengruppe erhaltene Durchschnitt an „Endgültigen Diagnosen“ von 3,2 bei einer Streubreite von 0- 10 „Endgültigen Diagnosen“ zeigen, dass es sich hauptsächlich um Problemfall- Patienten mit multimorbidem Krankheitsbild handelte. Im Fragebogen wurden bis zu sechs „Endgültige Diagnosen“ für jeden Patienten nach dem RVC- Klassifikationsschema verschlüsselt. Die Verschlüsselung der Diagnosen schaffte die Voraussetzung für den Vergleich der „Vorläufigen Diagnosen“ vor erweiterter Zusatzdiagnostik mit den „Endgültigen Diagnosen“ und diente der Beantwortung der Fragestellung, inwieweit die allgemeinärztlichen Mittel der Basisdiagnostik allein ausreichten, um den Problemfall lösen zu können (s. Kap. 4.2.3.6.1).

Die „Endgültigen Diagnosen 1- 6“ wurden 19 verschiedenen RVC- Modulgruppen zugeordnet.

Tab. 11 gibt einen Gesamtüberblick, welchen RVC- Modulgruppen die „Endgültigen Diagnosen“ angehörten und zeigt ihre Häufigkeiten in den jeweiligen Modulgruppen als „Endgültige Diagnose 1- 6“, die in der Patientengruppe gestellt wurden.

Tab. 11: „Endgültige Diagnosen“ in Prozent ($n= 477$)

Endgültige Diagnosen nach RVC- Modul	Anzahl der Patienten mit endgültiger						
	Hauptdiagnose	1. Nebendiagnose	2. Nebendiagnose	3. Nebendiagnose	4. Nebendiagnose	5. Nebendiagnose	Summe aller Diagnosen
Symptome (gesamt)	10,69	9,85	5,66	5,03	1,68	1,05	33,96
Infektiöse und parasitäre Krankheiten	2,1	1,26	1,05	0,63	1,05	0,42	6,51
Neubildungen	1,26	1,47	1,26	1,47	0,84	0,42	6,72
Endokrinopathien	10,06	12,16	10,48	6,29	3,56	1,05	43,60
Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe	1,68	1,47	2,1	1,26	1,26	0,21	7,98
Psychiatrische Krankheiten	15,3	11,32	6,08	3,35	3,77	2,94	42,76
Krankheiten des Nervensystems	4,19	1,89	2,1	1,05	0,42		9,65
Krankheiten des Auges	0,21	0,21	0,21	1,05	0,21	0,21	2,10
Krankheiten des Ohres	0,21		0,21				0,42
Krankheiten des Kreislaufsystems	13,63	9,01	7,34	4,82	1,89	1,47	38,16
Krankheiten der Atmungs-	7,76	5,45	5,03	1,05	0,63	0,84	20,76

organe							
Krankheiten der Verdauungsorgane	9,22	6,92	7,13	4,82	2,1	0,63	30,82
Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane	2,1	2,1	1,89	2,10	1,89		10,08
Krankheiten der Haut, des Unterhautzellgewebes	2,52	1,89	1,26	1,26	0,42	0,42	7,77
Krankheiten von Skelett, Muskeln, Bindegewebe	16,56	14,26	8,81	6,50	3,14	1,05	50,32
Kongenitale Anomalien	0,21	0,42		0,42			1,05
Untersuchungen, Tests	0,21	0,21					0,42
prä- und postoperative Behandlungen u. a. Therapien	0,42	0,84	0,42	0,21	0,42		2,31
Verletzungen	0,42	0,63	0,21	0,63		0,21	2,10

Entsprechend ihren Häufigkeiten in den RVC- Modulgruppen ergibt die Summe der „Endgültigen Diagnosen 1- 6“ folgendes Ergebnis: Der RVC- Modulgruppe „Skelett, Muskeln und Bindegewebe“ gehörten die „Endgültigen Diagnosen 1- 6“ am häufigsten an.

Endokrinopathien folgten und Krankheiten des psychiatrischen Formenkreises bildeten die dritthäufigste RVC- Modulgruppe. Die differenzierte Auswertung der Hauptenddiagnosen führt zu folgenden Resultaten: Krankheiten von Skelett, Muskeln und Bindegewebe bildeten die zahlenmäßig stärkste Gruppe. Ihr Prozentanteil betrug 16,5%. Psychiatrische Krankheiten (15%) kamen als zweithäufigste Hauptenddiagnose vor und Krankheiten des Kreislaufsystems (14%) nahmen den dritten Platz ein. Die RVC Modulgruppe „Symptome (gesamt)“ wurde mit 11% als endgültige Hauptdiagnose registriert. Diese Gruppe erreichte den vierten Platz als „Endgültige Diagnosen 1- 6“.

4.2.3.6.1 Beziehung zwischen „Vorläufigen Diagnosen“ nach Basisdiagnostik zu „Endgültigen Diagnosen“ nach Zusatzdiagnostik

Zur Beantwortung der bereits in Kap. 4.2.3.6 erörterten Fragestellung wurde zunächst eine Kontingenztabelle (Tab. K1, siehe Anhang) aufgestellt.

Diese Kontingenztabelle enthielt alle Häufigkeiten, die sich aus dem Zusammenhang zwischen allen „Vorläufigen Diagnosen“ (3) und allen „Endgültigen Diagnosen“ (6) ergaben. Mittels der bereits in Abschnitt 3.5 beschriebenen statistischen Verfahren wurden folgende Maßzahlen ermittelt:

- Qui- Quadrat= 3343,35**
- Kontingenzkoeffizient nach Pearson= 0,71

- Assoziationskoeffizient $A_{yx} = 0,148$.

Der Wert des Kontingenzkoeffizienten zeigte deutlich einen starken Zusammenhang zwischen „Vorläufigen und endgültigen Diagnosen“, wogegen der Assoziationskoeffizient A_{yx} , als die Abhängigkeit der „Endgültigen Diagnosen“ von den „Vorläufigen Diagnosen“ interpretiert, einen sehr kleinen Wert annahm.

Dieser resultierte aus einer großen Streuung der Werte, bedingt durch den Eingang der Häufigkeitssummen, auch der niederbewerteten Diagnosenkombinationen.

Unter der Prämisse, dass die erste der „Vorläufigen sowie endgültigen Diagnosen“ überwiegende Bedeutung hat, ergab sich die Aufstellung einer zweiten Kontingenztabelle (Tab. K2, s. Anhang).

Diese Kontingenztabelle enthielt alle Häufigkeiten, die sich aus dem Zusammenhang zwischen „Vorläufiger Hauptdiagnose“ und der „Endgültigen Hauptdiagnose“ ergaben. Es ergaben sich folgende Maßzahlen:

- Qui- Quadrat= 3696,99
- Kontingenzkoeffizient nach Pearson= 0,96
- Assoziationskoeffizient $A_{yx} = 0,56$.

Aus dem Vergleich der beiden Kontingenzkoeffizienten wurde ein nochmals gewachsener Zusammenhang im Fall der zweiten Kontingenztabelle deutlich (Tab. K2, s. Anhang).

Bei weitem ausschlaggebender ist aber der erhöhte Assoziationskoeffizient im Fall des Vergleiches der „Vorläufigen Hauptdiagnose“ zur „Endgültigen Hauptdiagnose“. Durch die Größe dieses Assoziationskoeffizienten wurde bestätigt, dass in der Mehrzahl der vorliegenden Fälle die Untersuchungen ohne Zusatzdiagnostik ausreichend waren (die Untersuchungen mittels Zusatzdiagnostik keine zusätzlichen Erkenntnisse brachten, außer eine Bestätigung).

Betrachtet man die Häufigkeitsverteilung aus dem Blickwinkel der psychiatrischen Erkrankungen, wäre zu vermuten, dass eine Summenhäufigkeit zwischen vorläufig diagnostizierten Symptomen und der „Endgültigen Hauptdiagnose“ auftritt. Dieses war jedoch nicht der Fall. Auch dieser Aspekt untermauerte die bereits oben getroffene Aussage, dass durch die fachspezifische psychotherapeutische Untersuchung ohne Zusatzdiagnostik bereits Diagnosen festgesetzt wurden. Anhand der vorliegenden Ergebnisse zeigte sich aber gleichzeitig,

dass diese Diagnostizierung gerechtfertigt war, da auch nach Untersuchung mittels Zusatzdiagnostik in den meisten Fällen die bereits bestehende Diagnose nur noch bestätigt werden konnte. Um das Argument zu entkräften, dass bereits beim ersten Anliegen der Patienten eine fertige Diagnose vorlag, war die Betrachtung der Häufigkeitsverteilung zwischen erstem Anliegen und erster vorläufiger Diagnose notwendig.

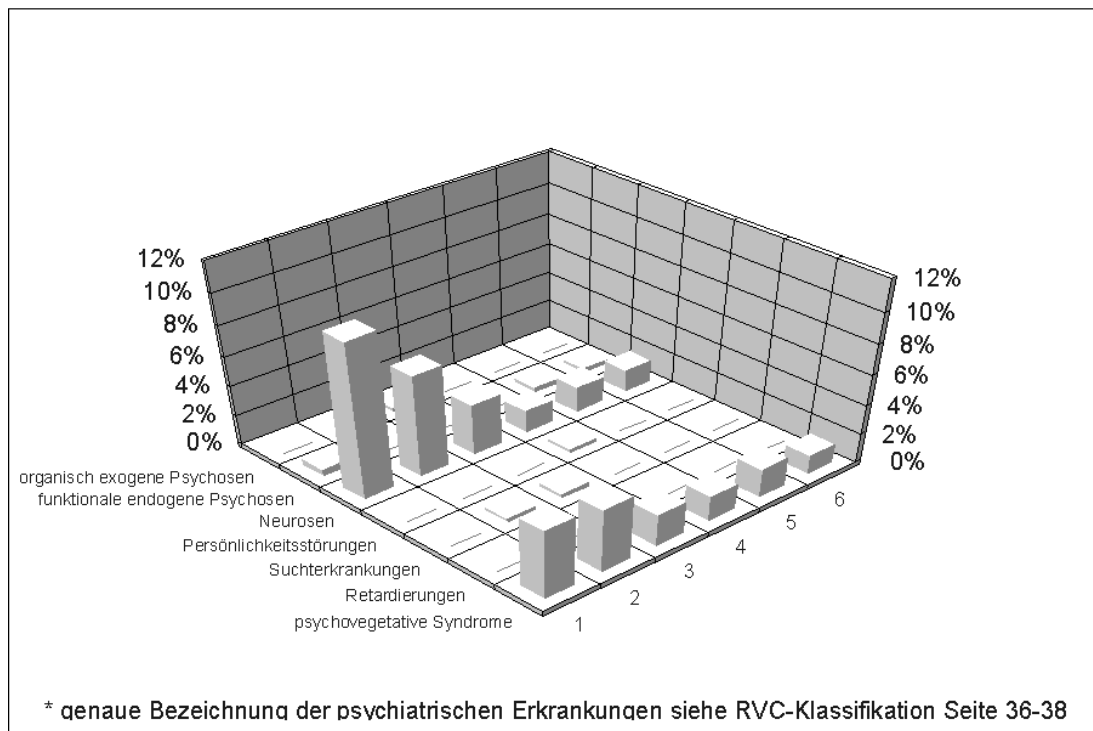
Tab. K3 (s. Anhang) zeigt deutlich, dass Summenhäufigkeiten des ersten Anliegens aus dem nichtpsychiatrischen Bereich und der ersten vorläufigen Diagnose im psychiatrischen Bereich auftraten.

4.2.3.6.2 „Psychiatrische Krankheiten“ als „Endgültige Diagnosen“

Die Abschlussergebnisse der Patientengruppe in der Allgemeinmedizinischen Poliklinik der MHH ließen erkennen, dass Patienten mit psychiatrischen Krankheitsbildern (Definitivfestlegung dieser Krankheitsgruppe entsprechend der damals angewandten RVC- Klassifikation, s. Anhang) erheblich zu Problemfall- Patienten avancierten. Erinnerung sei, dass bei jedem zweiten untersuchten Patienten ein psychosoziales Problem während des gesamten Arzt- Patienten- Kontaktes zur Sprache kam und zu 43% „Psychiatrische Krankheiten“ als „Endgültige Diagnosen 1- 6“ dann auch erhoben wurden.

Die Abb. 25 korrespondierend mit der Tab. 12 lassen erkennen, dass Neurosen, neurotische Störungen- und Entwicklungen (25% als „Endgültige Diagnosen 1- 6“) und psychovegetative Erkrankungen (16% als „Endgültige Diagnosen 1- 6“) als psychiatrische „Endgültige Diagnosen“ deutlich überwogen. Beide Erkrankungsbilder waren häufiger „Endgültige Hauptdiagnose“ als eine der fünf „Endgültigen Nebendiagnosen“. 10% betrug der Anteil an Neurosen, neurotischen Störungen- und Entwicklungen als häufigste psychiatrische „Endgültige Hauptdiagnose“ und 4,5% der Anteil an psychovegetativen Syndromen als zweithäufigste psychiatrische „Endgültige Hauptdiagnose“.

Abb. 25: Unterteilung der psychiatrischen Erkrankungen als „Endgültige Diagnosen 1- 6“
(n= 477)



Tab. 12: Unterteilung der psychiatrischen Erkrankungen als „Endgültige Diagnosen 1- 6“

Angaben in % (n= 477)	1	2	3	4	5	6
Organisch exogene Psychosen	0	0	0,21	0	0	0
Funktionale endogene Psychosen	0,42	0	0	0	0,21	0,21
Neurosen	10,27	6,71	3,35	1,47	1,68	1,47
Persönlichkeitsstörungen	0	0	0	0,21	0	0
Suchterkrankungen	0	0,21	0,21	0	0	0
Retardierungen	0	0	0	0	0	0
Psychovegetative Syndrome	4,6	4,2	2,1	1,7	1,9	1,3

Organisch exogene Psychosen, funktionale endogene Psychosen, Suchterkrankungen u.a. psychiatrische Krankheiten konnten als „Endgültige Diagnosen“ auch nach der Zweitbeurteilung durch die Allgemeinmedizinische Poliklinik nur zu einem ganz geringen Prozentsatz gestellt werden (Prozentangaben zur Abb. 25 in Tab. 12). Es ist anzumerken, dass es sich bei der Beurteilung der Krankheitsbilder der Patienten in der Allgemeinmedizinischen Poliklinik bereits um eine Zweitbeurteilung durch einen weiteren Arzt handelte. Die Betrachtung wurde in 82% der Patientenfälle aus dem geschulten Blickwinkel einer Fachärztin für Psychotherapie vorgenommen. Die Diagnosen der restlichen Patientenfälle wurden durch Weiterbildungsassistenten der Abteilung gestellt und anschließend von der oben genannten Fachärztin supervidiert.

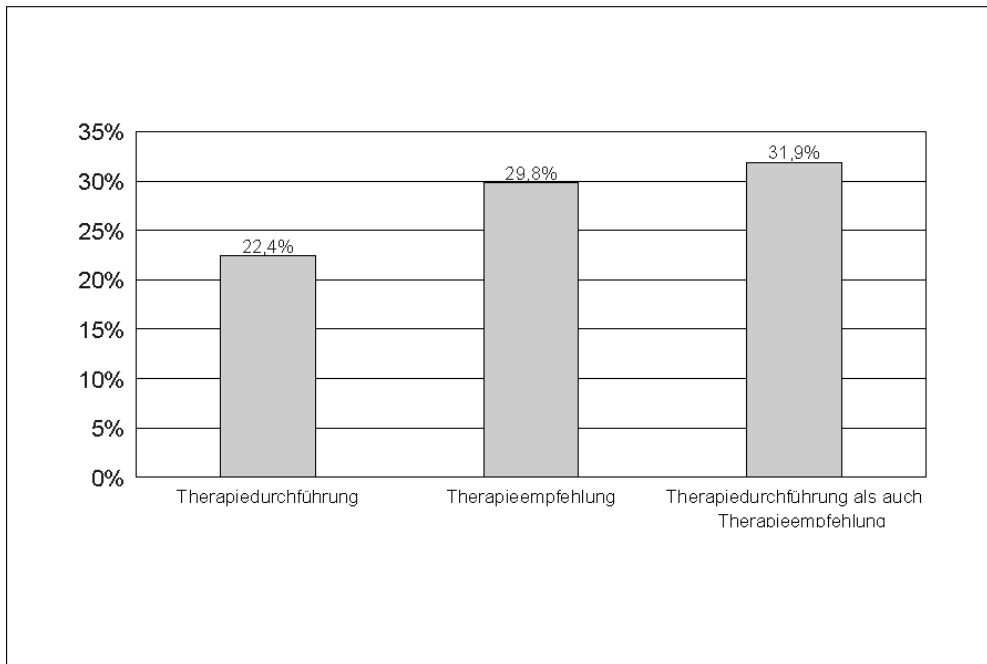
4.2.4 Therapeutische Behandlung in der Allgemeinmedizinischen Poliklinik der MHH

Die Allgemeinmedizinische Poliklinik gab nach abgeschlossener Diagnostik dem behandelnden Hausarzt nicht nur Therapieempfehlungen für die Behandlung seines Patienten weiter, auch waren therapeutische Weiterbehandlungen während und nach der diagnostischen Untersuchung in Absprache mit dem überweisenden Arzt in der oben genannten Einrichtung möglich.

Die Mehrzahl der untersuchten Patienten (84%) wurde in der Poliklinik therapeutisch beraten und/ oder therapiert.

Abb. 26 stellt die Anteile empfohlener und/ oder durchgeführter Behandlungen in der Patientengruppe grafisch dar.

Abb. 26: Durchgeführte und/ oder empfohlene Therapien ($n= 477$)



Die Behandlungsvorschläge und/ oder Behandlungen aus den Konsilen in der MHH, denen die Patienten aus der Allgemeinmedizinischen Poliklinik zur Problemfalllösung vorgestellt wurden, flossen in dieses Ergebnis mit hinein.

Bei 22,5% der Patienten wurde die erforderliche Therapie in der Allgemeinmedizinischen Poliklinik selbst durchgeführt, bei weiteren 32% erfolgte eine Therapieempfehlung als auch eine Behandlung durch die allgemeinmedizinische Einrichtung. 30% der Patienten wurden in der Poliklinik nicht behandelt, aber mit Therapieempfehlungen an ihre Hausärzte zurück überwiesen.

Die Weiterbehandlung in der Allgemeinmedizinischen Poliklinik bestand hauptsächlich darin, dass psychotherapeutische Gespräche mit den Patienten geführt, ihnen die Technik des autogenen Trainings gezeigt oder nötige Verhaltensveränderungen mit den Patienten erörtert wurden.

Die Allgemeinmedizinische Poliklinik der MHH führte neben der Gruppenbehandlung adipöser Hypertoniker noch die paradoxe Intervention und die systemische Desensibilisierung durch. Diese psychotherapeutischen Behandlungsmethoden konnten den Patienten auch nur zu deren Weiterbehandlung empfohlen werden. In diese Empfehlungen flossen die Erfahrungen und Kenntnisse über die Behandlung mit Problemfallerkranken, über die man in der Allgemeinmedizinischen Poliklinik bereits derzeit verfügte, mit hinein.

Das ärztlich-therapeutische Gespräch wurde von den oben genannten Methoden favorisiert (31%), gefolgt vom autogenen Training (27,5%). Die Verhaltenstherapie wurde bei 7,5% der Patienten durchgeführt oder empfohlen.

Neben den psychotherapeutischen Behandlungsmethoden wurden physikalische Therapien empfohlen und/ oder verordnet, die unter „Sonstige Therapieformen“ zusammengefasst wurden. Die physikalische Therapie untergliederte sich in die Physiotherapie, die Bewegungstherapie, den Sport und die Diät. Bei mehr als die Hälfte der Patienten (59%) empfahl und/ oder verordnete man diesen Therapiekomplex und dieser wurde somit auch am häufigsten angewandt (s. Abb. 28).

Sofern örtliche medizinische Maßnahmen zur Behandlung des Patienten nicht ausreichten, empfahl die Allgemeinmedizinische Poliklinik auch Rehabilitationsmaßnahmen und Kuren. Diese Therapievorschläge wurden neben weiteren Therapiemaßnahmen wie Impfungen und Verbände unter „Sonstige Leistungen“ zusammengefasst, die immerhin noch 12% in der Erhebungsgruppe ausmachten.

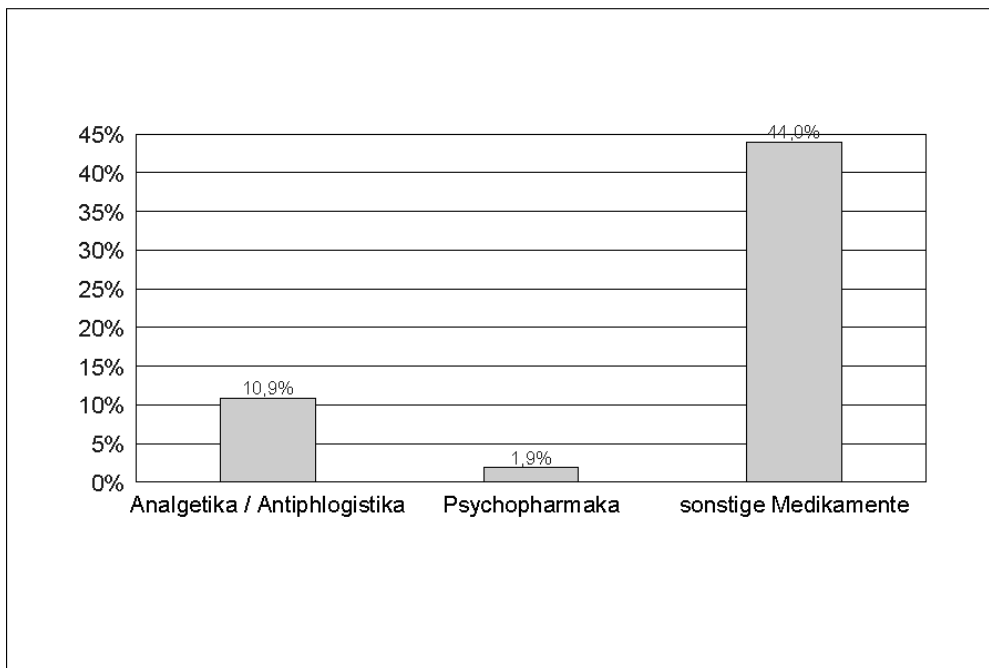
Des Weiteren ist eine Medikamententherapie in der Allgemeinmedizinischen Poliklinik inbegriffen gewesen.

50% der Patienten verordnete und/ oder empfahl man Medikamente. 25% von ihnen verordnete und/ oder empfahl man gleich mehrere Medikamente.

Entsprechend der Aufteilung ihrer pharmakologischen Herkunft entfielen 44% nur auf „andere Medikamente“, 11% auf Analgetika/ Antiphlogistika und 2% auf Psychopharmaka (Abb. 27).

Aus der Abb. 27 wird ersichtlich, dass sowohl Analgetika/ Antiphlogistika als auch die Psychopharmaka sehr sparsam zum Einsatz kamen.

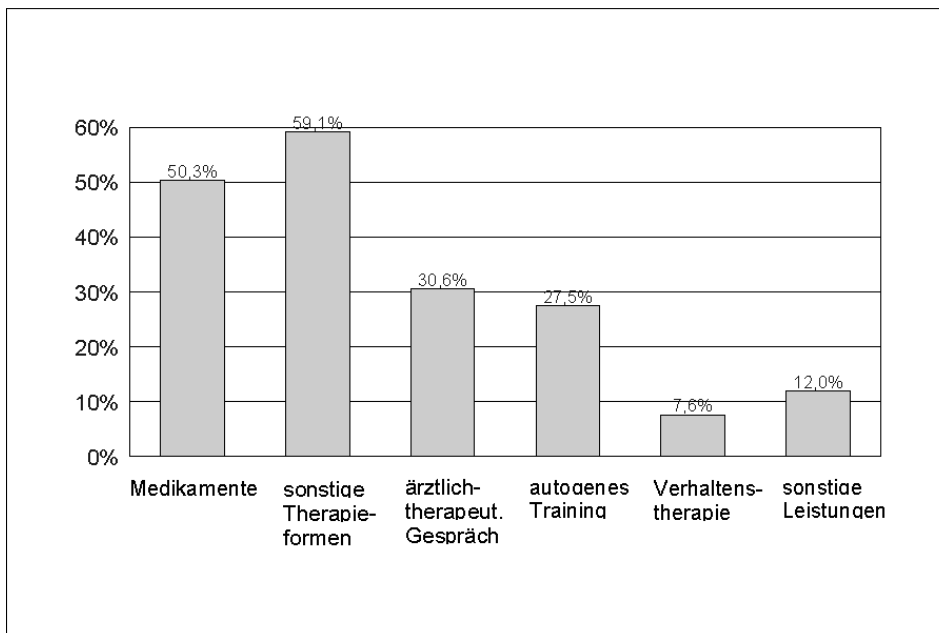
Abb. 27: Empfohlene und/ oder verordnete Medikamentengruppen (n= 477)



Im Ergebnis der therapeutischen Empfehlungen und/ oder Behandlungen der untersuchten Gesamtgruppe stützten sich diese neben psychotherapeutischen Behandlungsformen auf physiotherapeutische Maßnahmen und psychopharmaka- und analgetika/ antiphlogistikaarmer Arzneimitteltherapie.

Der Methodendurchschnitt empfohlener und/ oder durchgeführter Behandlungen für die Patientengruppe lag bei 1,9 bei einer Streubreite von 0- 6 Behandlungsmethoden. In welcher unterschiedlich hoher Anzahl die einzelnen Methoden in der Patientengruppe Anwendung fanden und/ oder empfohlen wurden, zeigt Abb. 28.

Abb. 28: Empfohlene und/ oder durchgeführte Behandlungsarten (n= 477)



4.2.5 Weiterbehandlung nach abgeschlossener Diagnostik in der Allgemeinmedizinischen Poliklinik der MHH

Nach Abschluss der Diagnostik und bereits begonnener Behandlung des Patienten, sofern diese hier notwendig war und das Einverständnis des Hausarztes zur Therapie durch die Allgemeinmedizinische Poliklinik vorlag, wurden auf der Grundlage der vorliegenden Untersuchungsergebnisse in einem schriftlichen Abschlußbericht ausführliche Anregungen zur weiterführenden Behandlung des Patienten dem überweisenden Arzt zugesandt. Durch die integrierende Bewertung aller zusammengeführten Daten wurde dem behandelnden Arzt ein Ansatz zu weiterführenden Problemlösungen angeboten. Meistens konnte jetzt der weitere Hilfebedarf des Patienten durch die Weiterbehandlung bei seinem Hausarzt gedeckt werden.

Durch die Vorstellung in der allgemeinmedizinischen Ambulanz der MHH erfuhr der Patient inzwischen Akzeptanz seiner Erkrankungsursachen. Diese trug dazu bei, Voraussetzungen einer vertraulichen Arzt- Patient- Beziehung zu schaffen, welche die Problematik seiner Erkrankung auf Dauer entspannte oder gar beseitigte und ihn zur aktiven Mitarbeit befähigte.

Der Anteil an Patienten (37,5%), der seinen Hausärzten zurück überwiesen wurde, war am größten. 14,5% der Patienten empfahl man die Weiterbehandlung beim Spezialisten. Es ist

zu beachten, dass zu der Gruppe der Spezialisten auch die hausärztlich tätigen Internisten gezählt wurden und dadurch der Anteil eine mögliche Aufwertung erfuhr.

Die Patienten konsultierten die Allgemeinmedizinische Poliklinik wegen unterschiedlicher, meist bereits chronifizierter Beschwerden, bei denen eine Vielzahl an Ursachen berücksichtigt werden mussten. Diese komplexen Krankheitsbilder verlangten dann eine interdisziplinäre Weiterbehandlung.

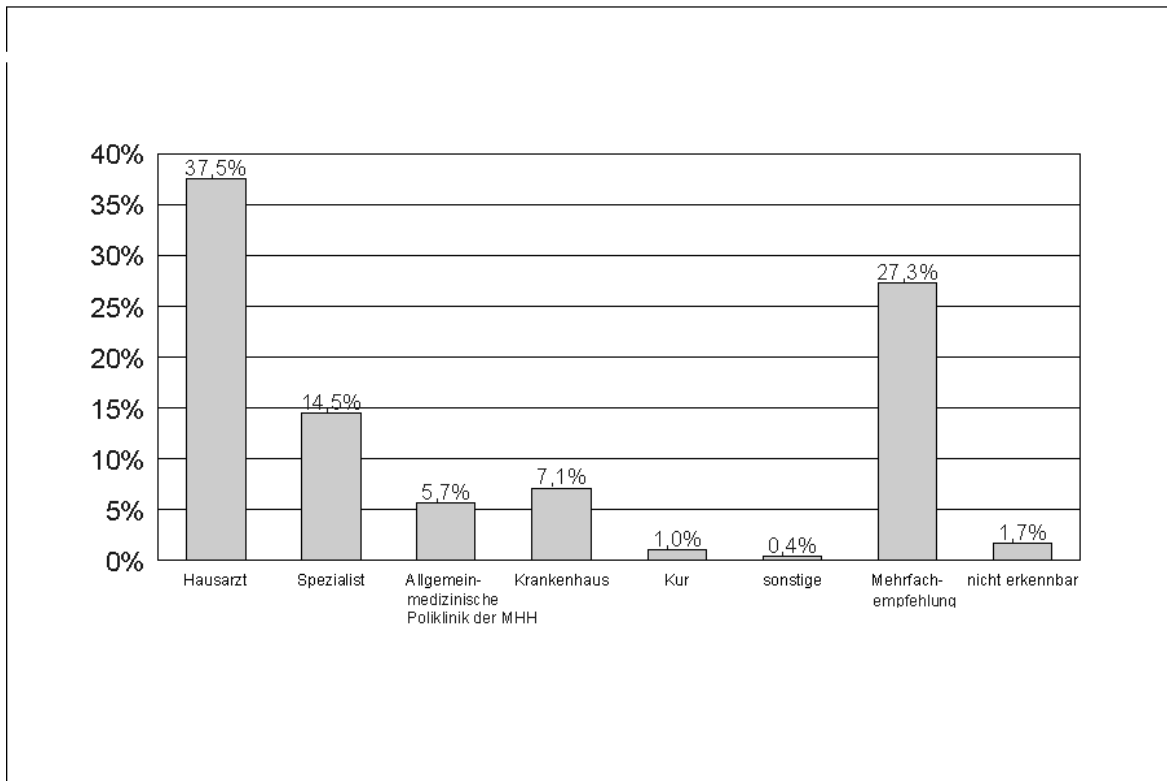
Für 27% der Patienten wurden Mehrfachempfehlungen an die Hausärzte weitergegeben. Neben Empfehlungen zur hauptsächlich ambulanten Weiterbehandlung wurden auch Vorschläge zur stationären Therapie, sofern der Krankheitsverlauf des Patienten diese erforderte, unterbreitet.

Die Empfehlung zur Einweisung ins Krankenhaus wurde für 7% der Patienten ihren behandelnden Ärzten gegeben .

Auf Wunsch des überweisenden Arztes konnte die Weiterbehandlung seines Patienten auch von der Allgemeinmedizinischen Einrichtung übernommen werden. Dies war bei 6% aller hier untersuchten Patienten der Fall.

Eine Gesamtübersicht über die Empfehlungen zur Weiterbehandlung der Patienten gibt Abb. 29.

Abb. 29: Empfehlungen zur Weiterbehandlung (n= 477)

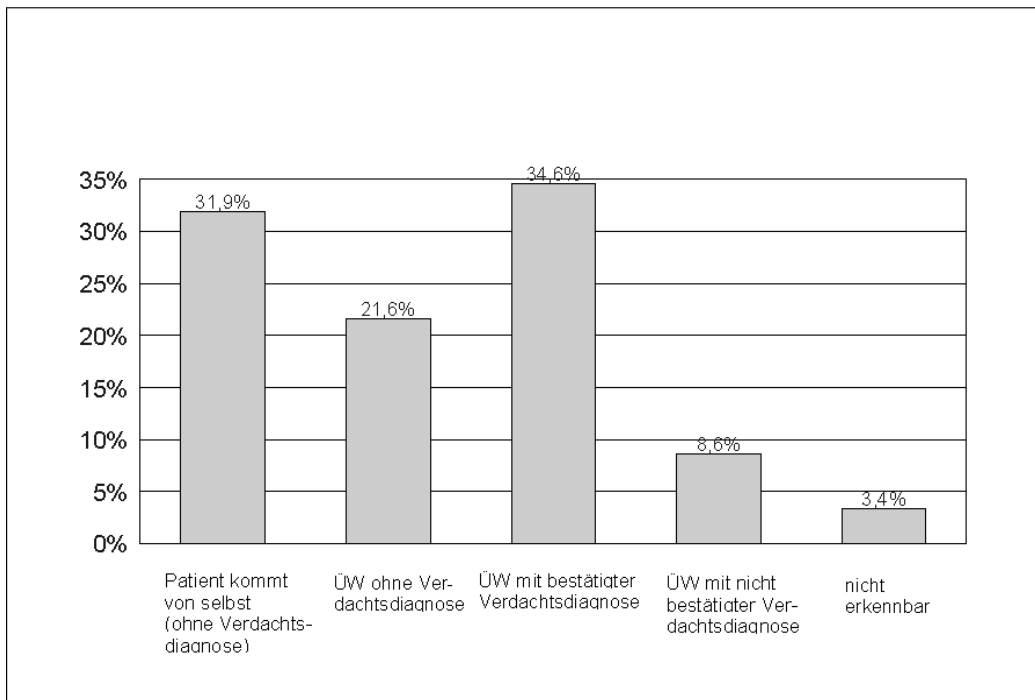


4.2.6 Vergleich der Verdachtsdiagnosen der überweisenden Ärzte mit den Poliklinikergebnissen

Unterschiedlichste Beweggründe gaben den behandelnden Ärzten, die von der Existenz der Allgemeinmedizinischen Poliklinik der MHH als fachgleiches Konsil wussten und sich von dieser als solche Hilfe erhofften, Anlass zur Überweisung ihrer Patienten. Darüber hinaus konsultierten diese Einrichtung Patienten, die auf eigenen Wunsch oder auf Empfehlung Angehöriger oder anderer Patienten von selbst kamen.

Die Einzelaufteilung ist aus dem Diagramm der Abb. 30 ersichtlich und untermauert, dass bei 35% der Patienten, die mit einer Verdachtsdiagnose oder Problembeschreibung überwiesen wurden, das erhaltene Poliklinikergebnis nach abgeschlossener Diagnostik den Verdacht der Kollegen bestätigte.

Abb. 30: Vergleich der Verdachtsdiagnosen oder Problembeschreibungen mit den Poliklinikergebnissen ($n= 477$)



5. Diskussion

5.1 Methodendiskussion

Die vorliegende Untersuchungsstudie beschäftigte sich damit, herauszufinden, welche Patienten es waren, die als Bearbeitungsprobleme ihrer überweisenden Ärzte in der Allgemeinmedizinischen Poliklinik der MHH anlandeten. Zu diesem Zweck wurde ein Kollektiv von 477 Patienten untersucht. Für den Rahmen der Studie erschien die Zahl untersuchter Patienten ausreichend.

Ähnliche Forschungsinhalte in dieser Größenordnung fanden sich in der Literatur folgender Studien: Rosenberg u. Steinert, 1987; Hansen et al., 1987; Adler et al., 1996.

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine retrospektive Studie, die als Grundlage ihrer Auswertung die Abschlußberichte an die weiterbehandelnden Ärzte bzw. die Epikrisen und die kompletten Krankenakten der damals in der Allgemeinmedizinischen Poliklinik untersuchter Patienten benutzte und diese mittels modifizierten EVaS- Fragebogen nach ausgewählten Variablen analysierte. Als mögliche Fehlerquellen könnten bei dieser retrospektiven Untersuchungsmethode berücksichtigt werden, dass Arztbriefe von unterschiedlichen Behandlern in die Auswertung einbezogen wurden und verschiedene Untersucher bzw. Behandler über personenbedingte Unterschiede verfügten, wie personenspezifische Unterschiede in der Untersuchung, in der diagnostischen und therapeutischen Entscheidung.

Da aber in 82% der Fälle die Untersuchungen von ein und der selben Ärztin, welche als Oberärztin in der Abteilung tätig war, vorgenommen wurden und der Rest, der von Weiterbildungsassistenten untersucht wurde, durch sie supervidiert wurde, ist die Fehlerentstehung hierdurch als sehr gering einzuschätzen oder gar zu vernachlässigen.

Die zu analysierenden Daten wurden mit Hilfe des modifizierten EVaS- Fragebogen für jeden Patienten erfasst. Die Verwendung dieses Fragebogens wurde aufgrund seines bewährten Einsatzes in der EVaS- Studie (1988) gewählt. Diese Methode bot den Vorteil, dass ausgewählte Inhalte in Variablen mit einer begrenzten Anzahl von Merkmalsausprägungen übertragen werden konnten. Die sprachliche Vielfalt wurde damit auf ein statistisch auswertbares Maß begrenzt. Ein Nachteil dieser Methode war, dass die Übertragung von Arztbriefinhalten in Merkmalsausprägungen von Variablen während des Kodiervorganges von der Interpretation durch den Untersucher abhängt. Sofern der untersuchende oder be-

handelnde Arzt z.B. die Diagnosen selbst verschlüsselt, sind Interpretationsmöglichkeiten durch Dritte ausgeschlossen. Dieses Verfahren war hier nicht anwendbar, da die Diagnosen unverschlüsselt vorlagen und diese von der Autorin selbst mit Hilfe eines geeigneten Klassierungssystems, hier nach dem RVC, kodiert werden mussten. Da alle Arztbriefe und Krankenakten darauf hin von ihr verschlüsselt wurden, blieben die Bedingungen der Datentransformation im gesamten Erhebungszeitraum konstant.

Die Auswertung der Krankengeschichten wurde mit dem RVC- Klassifikationsschema 1991 begonnen und im weiteren Verlauf beibehalten und nicht der ICD- 10- SGBV angepasst, weil eine feinere Differenzierung diesem Schema zugrunde lag. Der RVC wurde für den Einsatz in der ambulanten Versorgung im deutschsprachigem Raum entwickelt und hatte zum Ziel, Patienten bzw. Lainterminologie zu klassifizieren (Wagner et al., 1984). Das Schema stellt auf die Besuchsgründe und die Problemeinschätzung des Patienten ab und unterscheidet sich damit wesentlich von der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD), so der *Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit* (1979), die sich vornehmlich um die Kodierung von Krankheiten und Todesursachen bemüht (Wagner et al., 1984). Mit dem RVC können auch behandlerbezogene Daten erfasst werden. Außerdem wird eine Differenzierung zwischen kurativen und präventiven Anlässen durchgeführt. Des Weiteren können auch symptombezogene Beratungsanlässe erfasst werden, selbst, wenn eine endgültige Diagnose noch nicht feststeht. Die ICD- 10- SGBV bietet allenfalls die Möglichkeit der undifferenzierteren Betrachtung, z.B. durch die Angabe Punkt 8- „Sonstige“ und Punkt 9- „nicht näher bezeichnet“.

Wie in der EVaS- Studie war es auch hier das Ziel, eine möglichst wörtliche Wiedergabe der Patientenanliegen und Arzt Diagnosen zu erreichen. Auch hierfür bot der RVC die Voraussetzung. Der Vorteil dieses Klassifikationssystems lag in der besonderen Eignung zur Verschlüsselung der Patientenanliegen der Probanden dieser Untersuchungsstudie. Diese Verschlüsselung der Anliegen bot wiederum die Voraussetzung, die Kontaktpunkte der Patienten mit den gestellten Diagnosen ihrer behandelnden Ärzte in Beziehung bringen zu können.

Schwartz u. Schach (1989), *Wagner et al.* (1984) äußerten, dass: „Anfangs nachteilig war, dass der RVC ein Schlüssel für Patientenanliegen ist, d.h. in der Hauptsache für Symptome und Beschwerden, so dass die meisten Ergänzungen im Krankheiten- Modul nötig waren.“

Dies schien gerechtfertigt, da die ICD für die Diagnosen ambulant tätiger Ärzte nur teilweise geeignet ist (Wagner et al., 1984).

Der dokumentierte Schweregrad psychischer Probleme übertraf in der EVaS- Studie den durchschnittlichen Grad sonstiger Diagnosen (Schwartz u. Schach, 1989).

Divergierende Definitionen (wie z.B. „Neurose“), unterschiedliche Krankheitskonzepte und verschiedenartige Traditionen in Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie sowie die mangelnde Vergleichbarkeit wissenschaftlicher Arbeit und Vorgehensweisen auf diesen Gebieten ließen die Notwendigkeit einer übergreifenden, gemeinsamen Klassifikation pathophysiologischer und besonders psychopathologischer Vorgänge und Zustände deutlich werden (Herrmann et al., 1996).

Da die in der ICD aufgeführten psychiatrischen Krankheiten vor allem durch deskriptive Kriterien definiert werden, d.h., dass die operationalisierte Diagnostik im diagnostischen Prozess sich auf die Erfassung objektiv beobachtbarer Kriterien reduziert, ist die genaue Beobachtung des Kranken und seiner Symptome Voraussetzung für die richtige Benutzung dieses Glossars. Hier ist von Nachteil, dass vielfältige Kompromisse, Überschneidungen, Unschärfen und Vernachlässigungen dann zwar zu einer Lösung dieser Probleme führen, jedoch bei fast allen an der Lösung Beteiligten Unzufriedenheit und Kritik hervorrufen (Herrmann et al., 1996).

Von großem Nachteil jedoch bis heute ist, dass sowohl der RVC, als auch die ICD- 10, die seit dem 01. 01. 1996 auch für Kassenärzte eingeführt wurde und die ICD- 10- SGBV (Stand Juli 1999), Klassifikationssysteme sind, die nach *Herrmann et al.* (1996) auf die multikausale Genese dieser Erkrankungen nicht eingehen, sondern lediglich zwischen psychisch und somatisch unterscheiden. In der vorliegenden Untersuchung wurden die Haupt- und Nebendiagnosen der Reihenfolge benannt und mit Hilfe des RVC verschlüsselt. Hiermit konnte dem multimorbiden Charakter der Krankheiten der Problemfall- Patienten entsprochen werden, jedoch konnten die multikausalen Zusammenhänge ihrer Diagnosen und Krankheiten, die mit- und untereinander bestanden, damit nicht erfasst werden. Dieser Mangel kann zu Verschiebungen und Verzerrungen in der realistischen Darstellung der Erkrankungen als Diagnosen geführt haben. Nach *Sass* (1990) ist es notwendig, ein Klassifikationssystem zu schaffen, welches biographische, strukturelle und dynamische Aspekte psychischer Erkrankungen („Störungen“) bei der Diagnosestellung berücksichtigt (Herrmann et al., 1996). Solange dieses übergreifende Klassifikationssystem fehlt, wird die

wirkliche Darstellung psychiatrischer Krankheitsbilder als Diagnosen fehlerhaft und lückenreich bleiben.

Zur statistischen Berechnung wurden der Assoziationskoeffizient und der Kontingenzkoeffizient C (nach Pearson) verwandt. Es waren Verfahren, die zur Analyse von Ähnlichkeiten (beziehungsweise Unähnlichkeiten) zwischen zwei Beobachtungsobjekten geeignet waren. Hier zur Analyse der Abhängigkeit (bzw. Unabhängigkeit) der gestellten Arztdiagnosen nach der Basisdiagnostik zu den gestellten Arztdiagnosen nach der Zusatzdiagnostik. Die Berechnung der Größen erfolgte mittels Tabellenkalkulationsprogramm unter Verwendung von Linux Basis Applixware 4.3. Bei Merkmalen, die auf einer Nominalskala gemessen wurden, war die Kontingenztabelle die Grundlage. Diese Größen ermöglichten es, die gestellten Diagnosen in Beziehung zu bringen und das Maß ihres Zusammenhangs zu bestimmen.

5.2 Prüfung der Hypothesen

Die Ergebnisse dieser Untersuchungsstudie bestätigen die in den Hypothesen getroffenen Aussagen über das Konstrukt „Problemfall- Patient“ in der allgemeinmedizinischen Praxis.

Die Behauptungen lauten:

Hypothese 1:

Problemfall- Patienten in der allgemeinmedizinischen Praxis sind Patienten, deren objektiver Hilfebedarf oft nicht mit ihrer subjektiven Hilfebedürftigkeit übereinstimmt.

Das Ergebnis der Untersuchungsstudie zeigte, dass es sich in 82 % um chronische Krankheitszustände handelte. Allein 31,5 % der Patienten waren bereits länger als drei Jahre erkrankt. Die Überweisungsgründe dieser Patienten waren überwiegend diagnostische Bearbeitungsprobleme ihrer behandelnden Ärzte an die Allgemeinmedizinische Poliklinik. Der Anteil der überwiesenen Patienten mit therapeutischen Problemen war dem gegenüber sehr gering. Aus diesen Ergebnissen ließ sich ableiten, dass es sich dabei um längerfristige hausärztliche diagnostisch-therapeutische Bearbeitungsprobleme mit unzureichenden Krankheitsbewältigungsstrategien handelte.

Die Abschlussergebnisse der Patientengruppe in der Allgemeinmedizinischen Poliklinik der MHH zeigten, dass psychiatrische Krankheiten mit 43% die dritthäufigste Diagnose-

gruppe an „Endgültigen Diagnosen“ bildeten. Bei der anamnestischen Befragung der Patienten gaben jedoch nur 12% an, eine frühere psychische Erkrankung gehabt zu haben. Nach ausführlicher psychosozialer Exploration, die bei nahezu jedem Patienten durchgeführt wurde, kam bei jedem zweiten Patienten ein psychosoziales Problem während der Behandlungszeit in der MHH zur Sprache.

Dieser erheblich gewachsene Anstieg an psychosozial erfassten kranken Patienten nach der Vorstellung in der Allgemeinmedizinischen Poliklinik zeigt, dass das diagnostisch-ärztliche Erstgespräch mit psychosozialem Hintergrund das entscheidende diagnostische Mittel für die dort entstandene Ergebnisverbesserung hierfür war.

Der Stellenwert der psychosozialen Grundversorgung durch den Hausarzt findet seinen Niederschlag in der Gestaltung der Anamneseerhebung (Olbrich, 2001). Sie hat einen erheblichen Anteil daran, ob einem Problemfall-Patienten die richtige Diagnostik und Therapie frühzeitig genug zukommt.

Anzunehmen ist, dass bei den ambulant behandelnden Ärzten die psychosoziale Belastung durch eine chronische Krankheit in noch zu hohem Maße unterschätzt wurde.

Hier bedarf es der Kompletierung durch ein konditionales Krankheitskonzept, das psychosoziale, umwelt- und verhaltensbezogene Faktoren angemessen berücksichtigt (Schwartz et al., 2000/ 2001).

Für den psychosozial erkrankten Patienten ist charakteristisch der chronisch-rezidivierende Verlauf mit der Gefahr des Abgleitens in ein schwer beeinflussbares chronisches Endstadium, wenn keine psychosomatische Therapie erfolgt (Sturm, 2001).

Es ist äußerst wichtig, die Prädiktoren für die Chronifizierung richtig und frühzeitig genug zu erkennen, um so mit dem multimodalen Behandlungskonzept Erfolg zu haben (Sohn, 2001; Reck, 1999).

Oft wird in der täglichen Praxis an der „Wurzel“ vorbeitherapiert (Frenkel, 2000).

Hier ist von zentraler Bedeutung die praktische Umsetzung der Simultandiagnostik. Parallel muss von Anfang an sowohl die notwendige organische Diagnostik als auch eine erweiterte biopsychosoziale Anamnese durchgeführt werden, fordert *Loew* (Bühring, 2005).

Sehr wahrscheinlich ist, dass es sich bei der großen Zahl der Patienten der Erhebungsgruppe, die als endgültige Diagnosen eine Erkrankung des Skeletts, der Muskeln und des Bindegewebes hatten (50% als „Endgültige Diagnose 1- 6“), um größtenteils somatoforme Schmerzstörungen des Bewegungsapparates gehandelt haben muss. Zum Zeitpunkt der

Erhebung der Studie war in der zur Auswertung der Diagnosen verfügbaren RVC- Klassifikation dieser Begriff noch nicht definiert. Symptome des Bewegungsapparates und auch allgemeine Symptome (s. Ergebnisse) wurden als Krankheitsangebot in der Erhebungsgruppe sehr häufig genannt. Somatisierungen psychosozialer Konflikte sind hauptsächlich am Bewegungsapparat lokalisiert (Klein, 2000). Die Kontingenztabelle K3 zeigt deutlich, dass Summenhäufigkeiten des ersten Anliegens aus dem nichtpsychiatrischen Bereich und der ersten vorläufigen Diagnose im psychiatrischen Bereich auftraten. Das Klagen von überwiegend körperlichen Symptomen kann in diesen Fällen dazu beigetragen haben, dass die eigentliche psychosoziale Erkrankung übersehen wurde und die Bemühungen der ambulant tätigen Kollegen sich voreilig auf die vom Patienten vorgetragenen Leitklagen konzentrierten.

Diese psychosozial bedingten Erkrankungen, die sich in chronischen Schmerzen und anderen Organbeschwerden äußern können, dürfen heutzutage keine häufige Odyssee zu diversen Fachärzten mehr durchlaufen sowie apparative Mehrfachuntersuchungen nach sich ziehen. Patienten mit dieser Krankheitsproblematik kennzeichnet eine hohe Kontaktrate bei Ärzten sowie ein hoher Ressourcenverbrauch, sie bedürfen einer intensiven Betreuung, bemerkt *Loew* (Bühning, 2005). Ihrem ständigen Drängen trotz gegenteiliger Versicherung der Ärzte nach wiederholter organischer Abklärung ihrer Beschwerden darf nicht entsprochen werden (Adler, 1996).

Diesen Patienten hilft das verständnisvolle und stützende ärztliche Gespräch diagnostisch und therapeutisch weiter (Füessl, 2006). Es bildet die Grundlage der Behandlung dieser Patienten (Kasper et al., 1997).

Sie müssen lernen, psychosoziale Modelle als Erklärung ihrer Krankheitsursache anzunehmen und die für ihre richtige Behandlung notwendige psychotherapeutische Hilfe nicht ablehnen (Gündel u. Henningsen, 2005). Oft kann ihnen bereits geholfen werden durch mehr Zuwendung und Zeit, um ihren Bedürfnissen zu entsprechen (Linden, 2002).

Für diese Patienten ist das Fokussieren auf die Kommunikation ein notwendiger Schritt, um Gefühle verbalisieren und später zwischen Körpersymptom und Affekt differenzieren zu können (Egle et al., 2000).

Der Hausarzt kann nur durch gute kommunikative Fähigkeiten zur richtigen Diagnose gelangen und seinem Patienten hiermit auf lange Sicht eine wirkliche Hilfe sein (Amhof, 2006). Es gibt Hinweise darauf, dass die Hinzuziehung von Fachärzten und Psychothera-

peuten nicht unbedingt zu besseren Ergebnissen führt. Von daher gehört die Behandlung psychosozialer Störungen zu den wichtigsten Aufgaben in der hausärztlichen Praxis (Linden, 2002). Hier kann durch eine sach- und zeitgerechte Beachtung frühzeitig dieses umfassende Krankheitsbild erfasst und die für diesen Patienten charakteristische lange Krankheits- und Versorgungsentwicklung, zumindest in Grenzen, verhindert werden.

Hypothese 2:

Die sich im Umgang mit diesem Patienten entwickelnde Beziehungsproblematik gestaltet sich schwierig und wird von beiden Seiten unterdrückt.

Die Ergebnisse der Untersuchungsstudie bestätigen diese Hypothese.

Den Krankenakten der Patienten konnte man entnehmen, dass nur 0,2% der ambulant tätigen Ärzte, es waren Allgemeinmediziner, als Überweisungsgrund ein Problem in der Arzt-Patient-Beziehung angaben und kein einziger Patient, der überwiesen oder von selbst die Allgemeinmedizinische Poliklinik zur Behandlung aufsuchte, gab selbiges Problem mit seinem Hausarzt an.

Keiner der überweisenden Ärzte und von ihnen behandelten Patienten gab an, Schwierigkeiten in ihrer Beziehung zueinander zu haben. Offensichtlich fiel es den Ärzten sowie den Patienten schwer, über einen derartigen Beziehungskonflikt zu sprechen oder ihn als solchen überhaupt zu erkennen.

Ätiologische Bedeutung für die Entstehungsursache des Problemfall-Patienten hat neben den sozialwissenschaftlichen Konstrukten Lebensereignisse und soziale Unterstützung auch das psychoanalytisch konzipierte Konstrukt Persönlichkeit (Tress et al., 1996).

Neben der Droge „Arzt“ oder einer verfahrenen Situation der Arzt-Patient-Beziehung selbst, können ebenso die Merkmale der Persönlichkeit „Patient“ diese erschweren (Gerrad u. Riddel, 1988).

Der Arzt muss wissen, dass gerade problembelastete schwierige Patienten Gefühle und Gedanken mit sich herumtragen, die von ihnen gemieden werden, sie in der ärztlichen Konsultation auszusprechen. Es sind Familien- und Personengeheimnisse, die zum Kern ihres Lebens und ihrer Probleme werden (Gerrad u. Riddel, 1988).

Sie wehren diese unerträglichen Gefühle mit Hilfe der Fixierung der bewussten Wahrnehmung auf primär körperliche Symptome ab, beziehungsweise haben sie eine verminderte

oder fehlende Fähigkeit, Gefühle bewusst wahrzunehmen und zu verbalisieren (Alexithymie).

Der Umgang mit diesen somatoform oder einer anderen Art psychosozial gestörten Patienten gilt für den Arzt traditionell als schwierig (Gündel u. Henningsen, 2005).

Hier muss der Arzt für Allgemeinmedizin, trotz großer Patientenzahlen und einem breit gefächerten Krankengut, in vertrauensvoller Atmosphäre eine Beziehung für den psychosozial erkrankten Patienten schaffen, die ihm Zufriedenheit bietet und ihn zur Zusammenarbeit motiviert (Amhof, 2006). Der Patient muss vom Arzt die Möglichkeit bekommen, über seine Probleme und Konflikte, über sein Erleben der eigenen Situation, über sein berufliches und familiäres Umfeld, über Partnerschaft, über sein früheres Leben und über seine früheren Erkrankungen berichten zu können und er selbst erfährt dadurch oft bereits unmittelbare Hilfe.

Mitbestimmend für eine erfolgreiche Arzt- Patient- Beziehung sind dabei die Wesens- und Charakterzüge des Arztes sowie seine Kommunikationsfähigkeit und soziale Kompetenz (Amhof, 2006).

Der Arzt muss seinen Patienten als gleichberechtigten Partner sehen. Eine Entscheidung, die vom Patienten mitgetragen wird, erhöht die Therapietreue und kann so zu besseren Behandlungsmöglichkeiten führen (Amhof, 2006).

Die Beziehungsarbeit hat ihren entscheidenden Ausgangspunkt in der Selbstwahrnehmung des Arztes. Dies gelingt ihm am ehesten aus einer Haltung der Gelassenheit heraus. Der Arzt muss die Interaktion „Von außen“ betrachten und durch das Erkennen von eigenen und Patientenanteilen diese entsprechend verändern. Sorgfältiges Entgegen- und Ernstnehmen der Klagen des Patienten und sich andererseits nicht durch die hohen Erwartungen des Patienten unter Druck setzen lassen und Verantwortung an den Patienten immer wieder zurückgeben, sind wesentliche Voraussetzungen für das Gelingen dieser Arzt- Patient- Beziehung (Schäfert et al., 2005).

Bei diesbezüglichen Schwierigkeiten haben Ärzte die Möglichkeit, ihre Fähigkeiten in patientenorientierten Selbsterfahrungsgruppen wie die Balint- Gruppen zu trainieren. Balint-Gruppen können dem Arzt Entlastung und ein besseres Verständnis über seinen schwierigen Patienten und über seine eigene Person bringen (Ripke, 2001; Schäfert et al., 2005).

Hypothese 3:

Charakteristisch für diese Patienten ist ihre chronische Problem- und Krankheitssituation

In den fortgeschrittenen Industrienationen stellt die angemessene Versorgung chronisch Kranker die wichtigste und größte Herausforderung für das Gesundheitswesen dar. Chronische Krankheiten verursachen einen erheblichen Teil der direkten und– in einem noch höherem Maße– der indirekten Krankheitskosten, z.B. durch Produktionsausfälle, Lohnersatzleistungen oder vorgezogene Rentenzahlungen. Dies liegt zum einen an dem Zusammenhang zwischen demographischer Alterung der Bevölkerung und chronischer Krankheitslast. Zum anderen trägt der medizinische Fortschritt selbst zu einer Zunahme chronisch Kranker bei (Schwartz et al., 2000/ 2001).

Eine zuverlässige Quantifizierung der chronischen Krankheitslast ist schwierig. Schätzungsweise leidet ungefähr die Hälfte aller ambulant und stationär behandelten Patienten in Deutschland an einer chronischen Krankheit. Der Anteil von chronisch Kranken in der Bevölkerung liegt in einer Größenordnung von 40% (Schwartz et al., 2000/ 2001).

Schach et al. (1989) fanden heraus, dass es sich bei der Hälfte (49,6%) aller Arzt-Patienten-Kontakte um chronisch kranke Patienten handelte.

Das Ergebnis über die Erkrankungsdauer in der Eigenstudie zeigte einen deutlich höheren Anteil chronisch Kranker als in der oben zitierten Literatur. Hier handelte es sich fast ausschließlich um untersuchte Patienten in chronischer Krankheitssituation (82%). Unter ihnen waren 32%, deren Erkrankungsdauer mehr als drei Jahre betrug.

Als wichtiger Aspekt ist zu berücksichtigen, dass bei der ärztlichen Kennzeichnung keine verbindliche Definition des Begriffs „Chronisch“ zu unterstellen war (Schach et al., 1989). Hier wurde die Festlegung durch die Autorin getroffen. Außerdem handelte es sich um kein Krankengut aus der Primärversorgung, sondern um eine selektierte Patientengruppe, deren Krankheitsbilder in der Allgemeinmedizinischen Poliklinik der MHH zum zweiten Mal beurteilt wurden.

15% der chronisch kranken Patienten und nur 2% der akut Kranken in der Untersuchungsstudie hatten als endgültige Hauptdiagnose eine Erkrankung des Muskel- und Bewegungsapparates und bei 13,5% der chronisch Kranken wurde als endgültige Hautdiagnose eine psychiatrische Erkrankung und in 1,25% bei den akut Kranken diagnostiziert. (Definitionsfestlegung der Krankheiten nach RVC- Modul, 1984). Diese beiden Krankheitsbilder wa-

ren mit deutlichem Abstand die beiden häufigsten chronischen Erkrankungen in der Erhebungsgruppe.

Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass hauptsächlich somatoforme Störungen am Bewegungsapparat und andere psychosoziale Erkrankungen ursächlich für die chronischen Krankheitszustände in der Erhebungsgruppe waren. In der EVaS- Studie (Schach et al., 1989) entfielen nur 6,4% der Patienten wegen persönlicher Kontakte bei chronischen Erkrankungen auf psychiatrische Krankheiten. Der Anteil in der Eigenstudie war doppelt so hoch. Zweitklassifikationen steigern die Prävalenz psychosozial eingestufte Erkrankungen (Schach et al., 1989). Wie bereits oben bemerkt, handelte es sich in der Allgemeinmedizinischen Poliklinik der MHH um ein selektiertes Krankengut, bei dem die Anamneseerhebung und Gesprächsführung fachpsychotherapeutisch geführt wurde.

Zwei Drittel der hier untersuchten Patienten (50% der hier als chronisch krank definierten Patienten) konnten durch die Integration des psychosomatischen Verständnisansatzes in der Allgemeinmedizinischen Poliklinik schon vor dem besagten Durchschnitt von 3,5 Jahren nach *Haag u. Stuhr* erreicht werden (Adler et al., 1996). Ein Abgleiten in ein schwer beeinflussbares chronisches Endstadium wurde durch den gezielten Einsatz psychosomatischer Therapie hier verhindert (Sturm, 2001).

Psychosoziale und physikalische Belastungen tragen wesentlich zur Entstehung und Chronifizierung von Rückenschmerzen bei (Schwartz et al., 2000/ 2001). Gerade das Erkennen psychosozialer Prädiktoren für die Chronifizierung von Rückenschmerzen, inzwischen eine Art „Volkskrankheit“, ist äußerst wichtig. Hier vergehen oft im Schnitt zehn Jahre, ehe der Patient eine interdisziplinäre schmerztherapeutische Therapie erhält, bemerkt *Jungck* (Sohn, 2001).

Bei chronifizierten Rückenbeschwerden bringt nur das multimodale Behandlungskonzept unter Berücksichtigung medizinisch/ somatischer, psychosozialer und trainingswissenschaftlicher Erkenntnisse einen Erfolg (Reck, 1999; Olbrich u. Ruch, 2001; Frenkel, 2001; Sohn, 2001).

Die Ergebnisse der Untersuchungsstudie legen dar, dass auch hier unter den chronisch kranken Patienten 50% eine „Endgültige Diagnose 1-6“ aus dem Organbereich „Muskel- und Bewegungsapparat“ hatten. Für die deutsche Bevölkerung wird eine Punktprävalenz von 27- 40% für Rückenleiden angegeben (Schwartz et al., 2000/ 2001). In der Erhebungsgruppe waren es 10% mehr rückenleidende Patienten als bundesweit angegeben. Mit

16,5% (akute und chronische Fälle zusammen) war eine Erkrankung des Muskel- und Bewegungsapparates die häufigste endgültige Hauptdiagnose bei allen untersuchten Patienten. Diese Angabe deckt sich mit den Prozentangaben im ADT- Panel- ZI (2002) für Rückenschmerzen (für Männer 16%, für Frauen 15,9%). Rückenschmerzen wurden hier als dritthäufigste Diagnose angegeben.

Hypothese 4:

Es handelt sich um multimorbide Krankheitsbilder

Die Zahl der für die untersuchte Patientengruppe im Durchschnitt erhaltener „Endgültiger Diagnosen“ beträgt 3,2 bei einer Streubreite von 0- 10 „Endgültigen Diagnosen“. Der Häufigkeitsgipfel lag für die chronisch kranken Patienten dieser Erhebungsgruppe bei vier „Endgültigen Diagnosen“. Ihr Anteil betrug 16,5%.

Im Gegensatz dazu lag bei den akut erkrankten Patienten der Häufigkeitsgipfel bei einer „Endgültigen Diagnose“ anteilig von 4,6% (s. Tab. 7).

Die grafische Darstellung (s. Abb. 14 korrespondierend mit Tab. 7) demonstriert den deutlich hohen Anteil an Mehrfachdiagnosen der chronisch Kranken. Dieses Ergebnis bestätigt die Hypothese, dass die Problemfall- Patienten der Erhebungsgruppe chronisch Kranke mit komplexen Krankheitsbildern waren.

Schach et al. (1989) belegten, dass die persönlichen Kontakte wegen chronischer Krankheiten in hohem Maße durch Probleme der Multimorbidität geprägt werden, wobei im statistischen Durchschnitt auf jeden Kontakt fast drei diagnostische Angaben entfallen.

Diese Aussage kann durch das erhaltene Ergebnis der Untersuchungsstudie bestätigt werden.

Bereits in der anamnestischen Befragung äußerten die meisten Patienten der Erhebungsgruppegruppe mehrfache Anliegen. Auch hier zeigte sich, dass komplexe Ursachen für die Behandlungsschwierigkeiten dieser Patienten verantwortlich waren.

79% der Patienten äußerten mindestens zwei Anliegen. Unter ihnen waren 56% der untersuchten Stichprobe mit drei Anliegen und Beschwerden.

Für die Anforderungen an die medizinische Versorgung bedeutet das, die Interdependenz der unterschiedlichen Risikofaktoren und der einzelnen Krankheiten zu berücksichtigen.

Hier muss neben der biomedizinischen Kompetenz der Leistungserbringer bei der Versor-

gung chronisch Kranker von Anfang an eine entsprechende psychosoziale Kompetenz einhergehen (Schwartz et al., 2000/ 2001).

Tress et al., (1996) machen wegen der erscheinenden Vielfalt der Krankheitsbilder auf diagnostische Schwierigkeiten ihrer Festlegung aufmerksam. Meist bestehen mehrere Symptome auf körperlicher, seelischer und sozialer Ebene nebeneinander, wobei die Akzentuierungen erheblich wechseln, von Person zu Person wie auch im Krankheitsverlauf. Eine wirkliche Monosymptomatik indessen darf als Rarität gelten.

Für unterschwellige Depressionen, Somatisierungs- und Angst- Störungen ist belegt, dass sie doppelt so häufig wie spezifizierte „überschwellige“ Störungen vorkommen und zusammen mit anderen psychosozialen und vor allem somatischen Erkrankungen („komorbid“) gehäuft auftreten (Helmchen, 2001).

In der Allgemeinmedizin stellt die Differentialdiagnose psychosomatischer Körperstörungen älterer Menschen, deren Prävalenz jenseits des sechzigsten Lebensjahres etwa der bei Erwachsenen im mittleren Lebensalter entspricht, besonders hohe Anforderungen dar. Oft bestehen weitere somatische Erkrankungen, die mit den psychosomatischen Körpersymptomen interagieren (Heuft et al., 2000). Dieses muss der behandelnde Hausarzt wissen. Der Eintritt in den Ruhestand ist eine für die Gesundheit sensible Lebensphase.

Beachtliche 26% betrug der Anteil der über sechzigjährigen Patienten in der Erhebungsgruppe.

Ergebnisse des ADT- Panel- ZI registrierten eine Zunahme der Komplexität und Chronizität von Gesundheitsproblemen ganz besonders im Alter (Kerrek- Bodden et al., 2002).

Europäische Feldstudien der letzten Jahre zeigen übereinstimmend, dass etwa 30- 35% der über 65- Jährigen an einer krankheitswertigen psychischen Störung leiden (Theilig, 2008).

Hypothese 5:

Die Problemfall- Patienten in der allgemeinmedizinischen Praxis sind zumeist psychosozial erkrankte Patienten

Die Auflistung der Summenhäufigkeiten der „Endgültigen Diagnosen 1- 6“ aller Patienten aus den 19 RVC- Modulgruppen ergab folgendes Ergebnis der Häufigkeit nach: „Organbereich Muskeln- und Bewegungsapparat mit 50%, gefolgt von den Endokrinopathien mit 44% und den psychiatrischen Krankheiten mit 43%.“

Im Vergleich mit dem Ergebnis des ADT- Panel- ZI über häufige Diagnosen in der Allgemeinpraxis bestand ein signifikanter Unterschied in der Rangfolge. Hier lag an erster Stelle die essentielle Hypertonie, gefolgt von den Lipoproteinstoffwechselstörungen. Rückenschmerzen besetzten die dritte Position. Psychiatrische Störungen wie depressive Episoden rangierten hier nur auf Platz neun.

Dieser Vergleich ist nur bedingt anwendbar, da es sich bei dem ADT- Panel- ZI um ein Krankengut aus der Primärmedizin handelte.

Da die vorliegende Untersuchung aber keine epidemiologische Studie ist, denaturiert sie die spontane Eliminierung. Hier unterzogen sich die Patienten einer zweiten Beurteilung ihrer Probleme und Beschwerden durch die Allgemeinmedizinische Poliklinik. Neben einer ausführlich durchgeführten diagnostischen psychosozialen Anamnese wurden den Patienten zusätzlich Fragebögen mit psychosozialen Fragen angeboten, die von über zwei Dritteln der Patienten auch genutzt wurden.

Die intensive hinreichend psychotherapeutisch ausgerichtete Untersuchung in der Poliklinik ergab, dass bei 52% der bearbeiteten Problemfälle psychosoziale Probleme zur Sprache kamen. Diese betrafen jeden zweiten Patienten.

Loosen (2000) sah 56- 60% an psychosozialen Störungen beim Hausarzt und *Wittchen* (1998) zeigte anhand epidemiologischer Untersuchungen, dass fast jeder zweite Bundesbürger- Kinder und Adoleszente wie Erwachsene- zumindest einmal in seinem Leben an einer psychosozialen Störung erkrankt.

In der Untersuchungsstudie entfielen von den 43% psychiatrischer Diagnosen allein 41% auf psychoneurotische und psychofunktionelle (vegetative- und somatische) Krankheitsbilder.

Kielhorn (1999) berichtete, dass vier von zehn Patienten (40%), die in die Praxis des Hausarztes kommen, psychosoziale Störungen aufweisen. Für die Häufigkeit von Patienten mit funktionellen Störungen in der allgemeinmedizinischen Praxis gaben *Tölle* (1999) 25- 40% an. *Meyer et al.* (1991) berichteten, dass 21- 33% ihrer Patienten an psychoneurotischen und psychosomatischen Erkrankungen litten (*Köhle*, 1996). Nach Befunden von *Hentschel u. Kämmerer* (2002) hatten 20- 40% der Patienten körperliche Beschwerden ohne organpathologischen Befund.

Klein (2000) bemerkte, dass sich in etwa bei 40% der Praxisfälle bereits bei der Erstberatung die Frage: „...eher organisch- eher psychisch...“ stellte.

Unter Berücksichtigung modifizierter Betrachtungsanalysen oben genannter Literatur rangiert das Ergebnis mit 41% für psychoneurotische und psychofunktionelle Störungen dieser Studie im oberen Bereich.

Die Einordnung von Erkrankungen in ein Klassifikationssystem wird insbesondere bei psychosozialen Inhalten als grundsätzlich problematisch gewertet.

Zum Zeitpunkt der Untersuchungsauswertung (1985- 1991) fehlten streng festgelegte Definitionen psychosozialer Krankheitsbilder und es bestanden noch große Ermessensspielräume zur Klassifizierung dieser Erkrankungen. Dies waren die Hauptprobleme der Fallidentifikation in psychiatrisch- epidemiologischen Studien.

Inzwischen wurde die ICD- 10- SGBV mit einem Anhang für psychische Störungen (Kapitel V) weiter differenziert klassifiziert, die seit dem 01. 01. 2000 von allen Medizinern gesetzlich angewandt wird und seit dem 01. 01. 2004 trat die ICD- 10- GM 2004 in Kraft, eine modifizierte Version der ICD- 10- SGBV. Beide ICD- Versionen bieten im Gegensatz zu älteren Klassifizierungssystemen eine detailliertere Einteilung u.a. von affektiven, neurotischen, belastungsabhängigen und somatoformen Störungen.

In der Erhebungszeit dieser Studie war der RVC das derzeit gängige Klassifizierungssystem zur Diagnosenverschlüsselung. Der RVC von 1984 differenzierte in organisch, endogen und psychogen verursachte psychiatrische Krankheiten wie am Beispiel der Depressionen.

Die Auswertung der Untersuchungsstudie mittels des RVC listete 25% psychoneurotische Störungen und 16% psychofunktionelle (-vegetative und- somatische) Störungen auf. Diese psychischen Krankheitsstörungen wurden zusammen als psychiatrische Diagnosen mit 41% in deutlicher Überzahl gestellt.

Die psychoneurotischen Störungen, Entwicklungen und Beschwerden wurden in dem RVC ab dem Modul (D 3100) geführt. Diesem Modul wurden alle depressiven Neurosen (ein Synonym für die leichtere chronische Variante der Depression, die heute dysthyme Störung genannt wird), depressiven Syndromen- und Reaktionen und auch Angstneurosen, phobische Neurosen, somatisierte Depressionen u.a. untergeordnet. Eine getrennte Unterteilung in Depressionen, Ängste und Somatisierungen ermöglichte der RVC damals nicht. Hierin könnte der Grund für den hohen Prozentsatz allein an psychoneurotischen Störungen dieser Studie im Vergleich zur Durchschnittshäufigkeit von Depressionen in der Literatur kausal diskutiert werden.

Die Depression ist eine der häufigsten Erkrankungen in der Bevölkerung und in der hausärztlichen Praxis (Schwartz et al., 2000/ 2001).

Nach der 1997 präsentierten internationalen WHO- Studie Global Burden of Disease avanciert die Depression zur wichtigsten Volkskrankheit. Berücksichtigt man die durch die Erkrankung verlorenen Lebensjahre, rangiert die unipolare Depression direkt nach kardiovaskulären Erkrankungen auf Platz zwei- Tendenz steigend (Wittchen, 2000).

In der Untersuchungsstudie, die vor ca. 20 Jahren ausgewertet wurde, lagen psychiatrische Erkrankungen (zumeist psychoneurotische und psychofunktionelle Erkrankungen) auf Platz drei, nur knapp 1% hinter den Endokrinopathien.

Zahlreiche Literaturstudien in Deutschland untermauern den hohen Anteil depressiv kranker Menschen in der Bevölkerung:

In Deutschland leiden ungefähr 15% (12- 25%) der Bevölkerung zumindest einmal im Leben an einer Episode einer depressiven Erkrankung; manche Schätzungen setzen das Risiko sogar noch höher an (Wittchen, 1998).

Möller (2001) sah ebenfalls die Depression mit bis zu 20% bei Patienten in der hausärztlichen Praxis.

Kasper et al. (1997) bemerkten, dass die Depression zu den häufigsten psychiatrischen Störungen gehört. 17% (12- 25%) der Gesamtbevölkerung erkranken an ihr.

Klein (2000) sah ebenfalls 17% (12- 25%) der Europäer an einer Depression leiden.

Die Mehrzahl der depressiven Patienten befindet sich in hausärztlicher Behandlung. Dabei wird bei mindestens einem Drittel die Depression nicht erkannt und bei mehr als der Hälfte nicht konsequent behandelt (Schwartz et al., 2000/ 2001).

Die Depression ist eine unbedingt behandlungsbedürftige Erkrankung, die in allen Altersgruppen extrem häufig ist. Es ist ein Trugschluss zu glauben, eine Depression käme bei jüngeren Menschen oder Männern gravierend seltener vor (Wittchen, 2000).

Ergebnisse der Untersuchungsstudie belegen diese Aussage. Der Anteil an unter 40- jährigen Problemfall- Patienten in der Erhebungsgruppe lag bei 29%. 38% der erkrankten Patienten waren männlich innerhalb dieses Krankenkollektivs.

In Übereinstimmung mit *Klein* (2000), der ältere Patienten über 65 Jahre häufiger als jüngere depressiv erkrankt sah, überschritten auch in dieser Studie 26% der Problemfallgruppe das 60. Lebensjahr.

Die langfristige Prognose der Patienten ist umso besser, wenn bereits eine erste depressive Episode adäquat behandelt wird (Wittchen, 2000).

Eine Depression als solche zu erkennen, ist oft schwierig. Im Gegensatz zu den organischen oder strukturellen Veränderungen kann der psychische Zustand wie die Depression wahrgenommen werden, muss er aber nicht. Er muss auch nicht dauernd vorhanden und beobachtbar sein. Psychomotorische und körperliche/ vegetative Symptome können neben den eigentlichen psychischen Symptomen das Bild beherrschen (Möller, 2001).

Insgesamt findet sich eine hochgradige Überschneidung mit den für die somatoformen Störungen angegebenen körperlichen Symptomen. Wiederum muss die Diagnose der Depression positiv bewiesen werden. Sie darf nicht allein deswegen angenommen werden, weil sich für hartnäckige Klagen keine somatischen Ursachen aufdecken lassen (Bschor, 2000). Wegen der noch zu unscharfen und gar fehlenden Definitionsfestlegungen dieser Krankheitsbilder zum Zeitpunkt der Erhebung der Studie wird es sich unter dem hohen Prozentsatz an psychoneurotischen Störungen auch um somatisierte Depressionen und Somatisierungen selbst gehandelt haben.

Mit dem Bundesgesundheitsurvey 1998/ 99 erfolgte in der deutschen Allgemeinbevölkerung erstmals eine repräsentative Erhebung von psychosozialen Störungen und den damit verbundenen Beeinträchtigungen (Wittchen, 2000).

Ergebnisse des Bundesgesundheitsurveys 1998/ 99 und zweier aktueller Versorgungsstudien (Allgemeinpraktikerstudie und Depression- 2000- Studie) aus Deutschland gaben hinreichend sichere Hinweise darauf, dass jeder zehnte Patient in deutschen Hausarztpraxen depressiv ist (Schwartz et al., 2000/ 2001).

In der vorliegenden Untersuchungsstudie hatten 25% ein psychoneurotisch- depressives Erkrankungsbild.

Durch das richtige Erkennen des entscheidenden diagnostischen Mittels, der psychosozialen Exploration als Hilfe, wurde dieses Ergebnis möglich. Den wahren Hilfebedarf eines Problemfall- Patienten frühzeitig zu erkennen, muss das Ziel eines jeden Hausarztes werden.

Hausärzte, so *Wittchen* (2000), besitzen eine Schlüsselstellung, denn sie tragen die Verantwortung für das Erkennen, Behandeln und Überweisen von depressiven Patienten.

Wegen der hohen Depressionsprävalenzzahlen forderte *Hegerl* zu einem Screening auf. Mit einigen Kernfragen sollte versucht werden, bei jedem Patienten unabhängig von den

geäußerten Beschwerden nach einer Depression zu fahnden, ähnlich wie durch eine Blutdruckmessung nach Hypertonikern gescreent wird (Satzger- Harsch, 2000).

Mit hoher Treffsicherheit und geringem Aufwand kann mit den neu entwickelten diagnostischen Hilfsmitteln „Screening- Fragebogen (IHL), einem einfachen Patienten- Fragebogen mit nur sechs Fragen, und dem „ICD- 10- gerechten Arzt- Fragebogen“ die Diagnose der in der Hausarztpraxis häufigen Depressionen gestellt werden (Müller et al., 2000).

Das Ergebnis für psychofunktionelle- und somatische Störungen in der Erhebungsgruppe lag mit 16 % unter den Angaben von *Hentschel u. Kämmerer* (2002) von 20 bis 40% und von *Tölle* (1999) von 25 bis 40%.

Wegen der nicht immer einheitlich benutzten Begriffe (Tölle, 1999) und der fließenden Übergänge (Klein, 2000) gibt es bei der Klassifizierung psychosomatischer Störungen heute immer noch große Ermessensspielräume.

Zum Zeitpunkt der Auswertung der Erhebungsstudie (1985- 1991) hatten die Diagnosen für psychosomatische Erkrankungen noch unvollständigen deskriptiven Charakter. Ihnen fehlte die Ausführlichkeit. Es bestanden noch deutliche Begriffs- und Wissensdefizite hierüber. Begriffe wie „Somatisierung“, „Somatoforme Schmerzstörung“ und „Angststörung“ fehlten derzeit vollständig in Klassifikationssystemen wie dem RVC. Diese Störungen wurden in der Erhebungsstudie nach RVC zu einem großen Teil den Neurosen (z.B. Angstneurose) oder Depressionen (z.B. somatisierte Depression) zugeordnet. Der noch verbliebene Teil psychofunktioneller Erkrankungen wurde unter dem RVC- Modul- D3300- „Andere psychiatrische Krankheiten“ verschlüsselt.

Diagnosen wie „Somatoforme Störungen- und Schmerzstörungen“ beschrieben in der überblickten Literatur *Egle et al.* (2000), *Ebert u. Loew* (2001) und wurden als Diagnosebegriffe in der ICD- 10- SGBV aufgelistet, die 1999 verlegt wurde.

Studien zur Prävalenz der somatoformen Schmerzstörung in der Allgemeinbevölkerung fehlten bisher. In der Allgemeinpraxis wird von fünf bis zehn Prozent ausgegangen (*Egle et al.*, 2000).

Unter Angststörungen leiden mehr Menschen als an jeder anderen Form von psychosozialen Krankheiten. Jeder Fünfte ist im Verlauf seines Lebens von einer Form von Angststörungen (GAS, Phobie, Panik) betroffen (Wittchen, 1998).

Hingegen kann eine Ursache für den in der Literatur beschriebenen Anstieg an psychosomatischen Erkrankungen der eingetretene Wandel des Erkrankungsspektrums auf Bevölkerungsebene durch die immer größere Zunahme psychosozialen Stresses sein.

Hypothese 6:

Die Diagnostik des Problemfall- Patienten kann überwiegend mit allgemeinärztlichen Mitteln wie der Anamnese, der patientenorientierenden Gesprächsführung und der klinischen Untersuchung gelöst werden

Bei 51,5% der Problemfall- Patienten gestaltete sich ihre diagnostisch-therapeutische Krankheitsbearbeitung für ihre Hausärzte als schwierig. 47% derer wurden deshalb von ihren behandelnden Ärzten in die Allgemeinmedizinische Poliklinik der MHH überwiesen. Es waren Patienten, deren Krankheitsprobleme nicht allein nur auf somatische Befunde basierten, sondern bei denen ebenso psychosoziale Aspekte zu berücksichtigen waren. Weitere 48% der Patienten kamen auf eigenen Wunsch oder auf Empfehlung zur abklärenden Untersuchung in die allgemeinmedizinische Poliklinik.

Vorrangig präsentierten die Patienten der Untersuchungsgruppe allgemeine Symptome und Symptome des Muskel- und Bewegungsapparates als Ursachen ihrer Beschwerden (Tab. 5).

Da die Hausärzte sich noch zu sehr primär auf somatische Symptome bei diesen Patienten konzentrieren, übersehen sie ihre psychosozialen Ursachen (Wesiak, 1996; Kasper et al., 1997). Hierin sehen die Autoren den diagnostischen Irrtum, der nicht zuletzt durch gesellschaftspolitische Probleme des Versorgungssystems legitimiert wurde.

Inadäquates Reagieren nach *Grol et al.* (1985) heißt: „Unterschätzung oder Unterbewertung als auch Überschätzung oder Überbewertung eines oder mehrerer Aspekte, meist ergänzt sich beides. Oft handelt es sich dabei um eine Überbewertung somatischer Probleme auf Kosten der Aufmerksamkeit für die nichtsomatische Seite des Krankheitsgeschehens.“ Um die Befindungsstörung dieser Patienten rasch erkennen zu können und zu behandeln, muss der Hausarzt sich nicht aus ökonomischen Zwang heraus „medikalisieren“, sondern mit Hilfe der Kommunikation medizinisch das Krankheitsbild aufklären (Füessl, 2006). Die Kommunikation ist hier der Schlüssel für eine erfolgreiche Anamnese- und Gesprächsführung in der diagnostisch-therapeutischen Auseinandersetzung mit diesen Problemfall-Patienten.

Die Kommunikationsfähigkeit des Arztes bestimmt, ob diese Patienten die nötigen erforderlichen Verhaltensänderungen vornehmen und die dafür benötigte Einstellung gewinnen (Lamers, 2002).

Die eingehende psychosoziale Exploration neben einer gründlichen körperlichen Untersuchung, die zur Stellung der Diagnose hier unerlässlich bei ihnen ist, verlangt aber auch Zeit und das nötige Wissen und die nötige Erfahrung vom behandelnden Arzt (Uexküll u. Köhler, 1996).

Allzu oft wird bei ihnen der Einsatz nur technischer Medizin verwandt und der Inanspruchnahme von Fachspezialisten auf Drängen dieser Patienten stattgegeben. Hieraus erwachsen hohe Kosten für das Gesundheitssystem, die dem Patienten nicht die erhoffte Hilfe bringen, sondern die „Erstarrung“ in seiner Erkrankung. Somatisierung und Chronifizierung sind die Folgen (Bschor, 2000).

Ergebnisse der Diagnosesicherung dieser Untersuchung zeigten, dass die entscheidenden Mittel zur Problemfalllösung in der Erhebungsgruppe herkömmliche Mittel (Anamnese, psychosoziale Exploration, körperliche Untersuchung) der medizinischen Evidenz waren (grafisch erläutert in der Abb. 24 korrespondierend mit der Tabelle 10).

Bei 78% der Patienten dieser Erhebungsstudie, die in der damaligen Allgemeinmedizinischen Poliklinik der MHH untersucht wurden, konnten ihre Krankheitsprobleme durch die allgemeinärztlichen Mittel ohne aufwändige körperlich- technische Hilfsmittel und ohne fachärztlichen Rat gelöst werden.

Standardroutinen wie einfache Labor- und apparative Diagnostik (EKG- Schreibung) kamen, falls erforderlich, hinzu.

Dagegen waren es 22% der Patienten, bei denen zur Diagnosesicherung zur Basisdiagnostik auch die gesamte Zusatzdiagnostik benötigt wurde, d.h., dass bei ihnen neben der vollständigen Basisdiagnostik, der Labor- und gesamten technischen Zusatzdiagnostik ein oder mehrere Konsile notwendig waren.

Die Zusatzdiagnostik wurde- wenn durchgeführt- nur verlaufsbezogen eingesetzt. Sie bildete nicht die Grundlage für die diagnostische Basisuntersuchung (in der Abb. 24 deutlich zu erkennen für die Diagnosesicherungsmethodenanzahl 1- 4). Die Berechnung der statistischen Werte (Ergebnis des Kontingenzkoeffizienten und des Assoziationskoeffizienten) bestätigen ebenfalls die Aussage der Hypothese, dass in der Mehrzahl der vorliegenden Fälle die Untersuchungen ohne Zusatzdiagnostik ausreichend gewesen wären (die Untersu-

chungen mittels Zusatzdiagnostik keine zusätzlichen Erkenntnisse brachten, außer eine Bestätigung).

Auch wenn technische Ersatzhandlungen scheinbar „objektive“ Daten schaffen und den Eindruck von diagnostischer Sicherheit vermitteln (Füessl, 2006), können im High-Tech-Zeitalter immer noch 70% bis 80% richtiger Diagnosen nur allein durch eine ausführliche psychosoziale Anamnese und eine sorgfältige körperliche Untersuchung gestellt werden (Leiß, 1994). Problemfall– Patienten lassen sich, wie von *Wesiak* (1996) für die „Psychosomatische Medizin in der Praxis des niedergelassenen Arztes“ beschrieben, ohne komplizierte technische Hilfsmittel erfassen und es können schon weitreichende Entscheidungen getroffen werden.

6. Bedeutung der Ergebnisse für die Betreuung allgemeinmedizinischer Problemfall- Patienten in der hausärztlichen Praxis

Die Untersuchungsergebnisse zeigen, dass Problemfall- Patienten im niedergelassenen hausärztlichen Bereich vorwiegend chronische multimorbide Krankheitsbilder aufweisen, deren Erkrankungen in einem überdurchschnittlich hohen Maß psychosozial ausgelöst und mitbestimmt werden. Die Anforderungen an die Arbeit eines Allgemeinmediziners sind dementsprechend gewachsen, um diesen Patienten adäquat helfen zu können.

Er müsste sich hierfür die nötigen diagnostischen Voraussetzungen schaffen. Dies gelänge ihm durch die Berücksichtigung von psychosozialen Aspekten in Ergänzung zur biomedizinischen Abklärung bei Versorgungsanlässen in der Primärmedizin.

Eine psychosozial ausgerichtete Anamnesetechnik wäre das richtige Mittel, die wirklichen Hintergründe der Erkrankung bei den meisten Problemfall- Patienten in der Allgemeinmedizinischen Praxis zu erkennen, um sie dann auch adäquat behandeln zu können.

In Ergänzung zur Anamnesetechnik könnte der Einsatz validierter Fragebögen hierfür hilfreich sein. Das ausführliche ärztliche Gespräch mit dem Patienten könnte nicht nur die Grundlage für eine gründliche psychosoziale Diagnostik bieten, sondern hätte auch gleichzeitig eine therapeutische Funktion.

Der Patient würde die Ursachen seiner Krankheit verstehen und akzeptieren lernen. Die persönliche Zielsetzung und Leitvorstellung des Patienten würde offen gelegt werden.

Dies ermöglicht ihm bestehende Ängste abzubauen und motiviert ihn dadurch, den Leidensdruck zu mindern und eine effiziente Therapie mit zu gestalten. Im Feedback könnte

der behandelnde Arzt durch die persönliche Offenbarung des Patienten nötige Informationen seiner Entwicklung und Lebensumstände gewinnen und sie therapeutisch im Interesse des Patienten nutzen.

Für jeden hausärztlich tätigen Mediziner wäre es wichtig, zu wissen, dass sich die meisten Bearbeitungsprobleme seiner Problemfall- Patienten mit Hilfe der allgemeinärztlichen Mittel allein lösen ließen. Das hausärztlich diagnostisch- therapeutische Gespräch, welches in jeder primärärztlichen Praxis durchgeführt werden könnte, bildet die Grundlage für eine erfolgreiche Behandlung dieser Patienten. Gute kommunikative Fähigkeiten des Hausarztes könnten den wirklichen Hilfebedarf eines Problemfall- Patienten aufdecken. Damit ließen sich die allzu oft üblichen apparativ technisch- aufwändigen Mehrfachuntersuchungen und wiederholten Facharztuntersuchungen vermeiden. Dies würde nicht nur Kosten, sondern auch wertvolle Zeit im diagnostischen Procedere sparen. Zweifellos ist hier noch weitere Forschung erforderlich.

Wünschenswert wäre, dass psychosoziale Krankheitsursachen zukünftig frühzeitig bei chronisch- multimorbiden Problemfall- Patienten in der Hausarztpraxis erwogen, erkannt und behandelt werden, um diesen Patienten einen langen Leidensweg ersparen oder zumindest diesen bei ihnen in Grenzen halten zu können.

Dazu ist dann aber eine psychosomatische Fortbildung der tätigen Hausärzte eine *Conditio sine qua non*.

Diesbezüglich sollten junge Ärzte und Studenten von Anfang an auf diese Problematik geschult werden, um derartige Bildungsmängel zu verhindern.

Diesem Ansatz trägt die kassenärztliche Vereinigung mit entsprechenden Weiterbildungen seit dem 01. 10. 1987 mit der Einführung der psychosomatischen Grundversorgung Rechnung. Eine Erweiterung dieses Krankheitsverständnisses wurde mit der Einführung des neuen Fachgebietes „ Psychotherapeutische Medizin“ 1992 gelegt und das Psychotherapeutengesetz vom 01. 01. 1999 sorgt für eine Verstärkung der Zusammenarbeit von Hausärzten mit psychologischen Psychotherapeuten.

Nicht zuletzt müsste ein Kostenerstattungssystem geschaffen werden, welches gebührend diese Leistungen anerkennt und entsprechend honoriert, um die viel zu häufigen unnötigen apparativen bzw. technischen Aufwendungen ökonomisch einzusparen und der heute immer noch höheren Bewertung instrumenteller Fähigkeiten und „ apparativer Massenabfertigungen“, die auch Risiken in sich bergen, in der Realität zu entgegnen.

7. Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit untersuchte die Frage, wer die eigentlichen Problemfall- Patienten in der hausärztlichen Praxis sind. Es sind überwiegend chronisch- multimorbid erkrankte Patienten mit zumeist psychosozialen Problemen.

Diese Krankheitsbilder bereiteten den behandelnden Hausärzten lange Zeit Bearbeitungsprobleme, die sie veranlassten, diese Patienten zur diagnostischen Abklärung in die damalige Allgemeinmedizinische Poliklinik der MHH zu überweisen.

Den Hintergrund der Überweisungen dieser Patienten an die Poliklinik bildeten die damaligen Rahmenbedingungen unseres Gesundheitssystems, welche Möglichkeiten und Grenzen der psychosomatischen Grundversorgung durch Hausärzte bestimmten.

Psychosoziale Erkrankungen haben durch ihren wachsenden Anstieg in der Bevölkerungsmorbidität einen hohen Stellenwert erlangt. Es muss daher ein Versorgungssystem geschaffen werden, welches sich mit der Notwendigkeit auseinandersetzt, die Problembeschreibung bei Versorgungsanlässen in der Primärmedizin nicht allein auf den somatischen Befund zu konzentrieren, sondern darüber hinaus psychosoziale Aspekte berücksichtigt.

Der Erhebung entsprechender Daten ging eine theoretische Diskussion zur Klärung des Begriffes „Problemfall- Patient“ in der allgemeinmedizinischen Praxis in Verbindung mit der Beschreibung dieses Begriffes voraus. In der überblickten Literatur beschrieb Ripke (2001) den schwierigen Patienten im engeren Sinne als Problemfall. Die Merkmalsausprägungen in dieser Beschreibung des schwierigen Patienten charakterisieren heute den Problemfall- Patienten in der allgemeinmedizinischen Praxis in den grundsätzlichen Charakterzügen.

Außerdem wurden seine Entstehungsursachen im weiten Feld zwischen Gesundheitswesen einerseits und Lebensraum des Patienten andererseits diskutiert.

Physiologische, innerpersönliche und psychosoziale Ursachen lassen zusammen Problemfall- Patienten entstehen. Lebensereignisse und soziale Unterstützung auf der einen Seite und die Persönlichkeiten Arzt und Patient auf der anderen Seite wirken in diesem Entstehungsprozess mit ein.

Wegen einer bis heute fehlenden einheitlichen Definition mit plausiblen Kriterien für den Problemfall- Patienten in der Allgemeinmedizin wurde versucht, durch die detaillierte Analyse der vollständigen Krankenakten die Merkmale dieser Patienten herauszufinden. Wei-

terhin sollte geprüft werden, welche diagnostischen Mittel zu deren Problemfalllösung erforderlich waren.

Zur Klärung der oben genannten Frage wurden die Krankenakten von 477 Patienten, die in der Allgemeinmedizinischen Poliklinik im Rahmen eines fachgleichen Konsils untersucht wurden, analysiert. Die Gesamtzahl von 477 Patienten entsprach dem üblichen Umfang ähnlicher Studien. Dem Charakter einer Pilotstudie entsprechend wurden Häufigkeiten berechnet.

Der weibliche Patientenanteil (62%) überwog in dieser Studie. Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 45 Jahre. Hierbei handelte es sich überwiegend um Patienten in chronischer Krankheitssituation (82%), deren multimorbide Krankheitsbilder (Diagnosendurchschnitt von 3,2) durch eine zumeist psychosoziale Symptomatik gekennzeichnet waren. Bei jedem zweiten Patienten kam ein psychosoziales Problem zur Sprache, welches bei 43% der Patienten durch eine psychiatrische Haupt- oder Nebendiagnose nach abgeschlossener Diagnostik bestätigt wurde. Unter psychoneurotischen (25%) und psychosomatischen (16%) Störungen litten diese Patienten am häufigsten, Psychosen (1%) und Suchterkrankungen (0,4%) waren selten.

Bei 48% überwiesener Patienten in die Allgemeinmedizinischen Poliklinik waren diagnostische Bearbeitungsprobleme ihrer behandelnden Hausärzte die Hauptgründe. Allgemeine Symptome (28%) und körperliche Symptome, speziell der Muskeln und des Bewegungsapparates (21%) überwogen als Hauptanliegen bei den Patienten, psychosoziale Probleme äußerten dagegen nur 9% der Patienten.

Allein mit den allgemeinärztlichen Mitteln (ausführliche Anamnese mit psychosozialer Exploration, klinische Untersuchung) konnten in den meisten Fällen (78%) die Diagnosen gesichert werden. Einfache Labor- und Apparatemedizin (z.B. EKG) wurden routinemäßig mit herangezogen. Reichten diese Untersuchungsmethoden zur Problemlösung nicht aus, wurden verlaufsbezogen spezielle apparative Untersuchungen oder Fachkonsile veranlasst, welche in der Mehrzahl der Fälle keine zusätzlichen neuen Erkenntnisse brachten, außer eine Bestätigung.

Um den Problemfall-Patienten im Alltag unter den Bedingungen einer allgemeinmedizinischen Routinepraxis zu erkennen, bedarf es der Kommunikationsgeschicklichkeit des Allgemeinarztes. Durch die Kommunikation gelingt es ihm, den objektiv-wahren Hilfebedarf des Patienten zu erkennen, um ihn dann adäquat diagnostisch und therapeutisch

behandeln zu können.

Literatur

- Adler, R. H., Hermann, J. M., Köhle, K., Schonecke, O. W., Uexküll, Th. von, Wesiak, W.
Uexküll- Psychosomatische Medizin,
5. Aufl., Urban & Schwarzenberg, München- Wien- Baltimore, 1996
- Adler, R. H. mit einem Teilbeitrag von Hemmeler, W., neubearbeitet von Adler, R. H.
Anamnese und körperliche Untersuchung
In: Adler et al. (Hrsg.): Uexküll- Psychosomatische Medizin
S. 307- 321, 5. Auflage, Urban & Schwarzenberg, 1996
- Amhof, R.
Die beste Reklame für die Praxis sind zufriedene Patienten
Ärztl. Praxis, Nr. 5, 2006, S. 4
- Atteslander, P.
Zukünftige Aufgabe der Medizin–
Gefragt ist die soziale Kompetenz des Arztes
Dt. Ärztebl., 1999, 96, Heft 23, A– 1549- 1550
- Barrand, K.
The consultation in general practice
1. Patients, problems and resources
Med. J Austr. 1991, 154: 671- 676
- Benkert, O.
Psychopharmaka
Medikamente- Wirkung- Risiken
C. H. Beck Wissen, Beck'sche Reihe 2013, 1997
- Boerner, R.J.
Angst– und Panikerkrankungen in der Hausarztpraxis–
Angst erkennen– erster Schritt zur Heilung
Der Hausarzt, 13/ 99, S. 26- 30
- Bschor, T.
Wenn der Körper unter der Seele leidet–
So demaskieren sie „larvierte“ Depressionen
MMW– Fortschr. Med., Nr. 38, 2000, S. 26- 28
- Bühning, P.
Chance durch Integration- Psychosomatische Medizin
Dt. Ärztebl., 2005, Jg. 102, H. 46, A3152
- Corney, R. H.
A survey of professional help sought by patients for psychosocial problems
B J Gen. Pract. 1990, 40: 365- 368

- Dreibholz, J. u. Haehn, K.- D.
Hausarzt und Patient- Lehrbuch der Allgemeinmedizin
Schlütersche Verlagsanstalt 1982
S. 108- 169
- Ebert, D. u. Loew, Th.
Psychiatrie systematisch
4. Aufl.– Bremen :UNI– MED, 2001
(Klinische Lehrbuchreihe)
ISBN 3- 89599– 153– 8
- Egle, U. T., Nickel, R., Schwab, R., Hoffmann, S. O.
Die somatoforme Schmerzstörung
Dt. Ärztebl., 2000, 97, A– 1469- 1473
- Fersche, F.
Descriptive Statistik
Physika- Verlag, 1978
- Filipp, S.- H. u. Aymanns, P.
Bewältigungsstrategien (Coping)- Kapitel 18
In: Adler et al. (Hrsg.): Uexküll- Psychosomatische Medizin
S. 277- 290, 5. Auflage, Urban & Schwarzenberg, 1996
- Fischer, G. Ch.
Die hausärztliche Langzeitbetreuung– Schwierigkeiten und Möglichkeiten
Antrittsvorlesung– Univ. Prof. Dr. med.
Medizinische Hochschule Hannover, 1989
- Fischer, G. Ch.
Besonderheiten der allgemeinärztlichen Forschung
ZfA 1988, 64: 170- 174
- Fischer, G. Ch.
Die Allgemeinmedizin als forschende Medizin dargestellt am Beispiel internationaler
Forschungsergebnisse
Allgemeinmedizin 1986, 15: 58- 64
- Fischer, G. Ch., Gerlach, F. M., Pangritz, J., Pullwitt, D. H., Rossa, B.
Allgemeinmedizin an deutschen Hochschulen
Dt. Ärztebl. 1993, 90: A1- 1641- 1645
- Fischer, G. Ch., Rossa, B., Schug, St.
Poliklinik ohne langfristigen Versorgungsauftrag
Dt. Ärztebl. 1991, 88: B- 2396- 2398
- Fischer, W., Schmidt, P.- W.
Erfahrungen im Problemfallseminar

Z. ärztl. Fortbild. 1982, 76: 791- 794

Frenkel, J.

Der chronische Schmerz- Patient- „Killer“ der Praxis?
Der Hausarzt , 12/ 00, S. 42- 45

Füessl, H.S.

Sind sie ein guter Zuhörer- Jede dritte Diagnose wird erst durch ein Gespräch möglich
MMW- Fortschr. Med. Nr. 3/ 2006, S. 23- 24

Gerrard, T. J., Riddell, J. D.

Difficult patients black holes and secrets
B M J 1988, Vol. 297: 530- 532

Geyer, Siegfried

Lebensverändernde Ereignisse und Brustkrebs
1. Aufl.- Bern; Stuttgart; Toronto: Huber, 1991
(Huber- Psychologie- Forschung)
ISBN 3- 456-82014-3

Geyer, Siegfried

Macht Unglück krank ?- Lebenskrisen und die Entwicklung von Krankheiten
Weinheim; München: Juventa Verlag 1999
(Materialien)
ISBN 3- 7799-1398- 4

Graubner, B.

ICD- 10- GM 2004- Systemisches Verzeichnis
Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesund-
heitsprobleme
10. Revision- German Modification Version 2004- Stand 15. August 2003
Deutscher Ärzte- Verlag Köln

Greil. W.

Psychisch Kranke ärztlich führen-
„Psychiatrisches Management“ ist schon die halbe Therapie
MMW- Fortschr. Med., Nr. 29- 30/ 2002, S. 25

Grol, M., van Eijk, J. Th. M., Huygen, F. J. A, Mesker, P. J. R., Mesker- Niesten, J., van
Mierlo, G. H. J., Mokking, H. G. A., Smits, A. J. A., Beek, M. M. L.

Die Prävention somatischer Fixierung
Springer- Verlag, Berlin- Heidelberg- New York- Tokio, 1985

Groos, B.

Umfrage unter Patienten: Großes Lob für Hausärzte
Der Hausarzt, 5/ 99, S. 21

Große, K.

Dem (Haus-)arzt vertrauen
Notfall & Hausarztmedizin, 2006; 32 (1), S. 3

Gündel, H., Henningsen, P.

Aspekte des psychotherapeutischen Umgangs bei Patienten mit somatoformen Störungen- Aufbau einer therapeutischen Beziehung
Notfall & Hausarztmedizin, 2005; 31: 590- 593

Hansen, J. P., Bobula, J., Meyer, D., Kushner, K. and Pridham, K.

Treat or Refer: Patients ' Interest in Family Physician Involvement in Their Psychosocial Problems
J Fam. Pract. 1987, Vol. 24, No. 5: 499- 503

Heidenreich, Th., Herrlich, J., Pflug, B.

Psychotherapie bei generalisierten Angststörungen hat sich bewährt- Erfolge mit kognitiv- verhaltenstherapeutischen Behandlungsansätzen
Forschung u. Praxis, 302/ 00, S. 6- 9

Helmchen, H.

Unterschwellige psychische Störungen- Wann ist der Patient behandlungsbedürftig krank ?
MMW- Fortschr. Med., Nr. 23/ 2001, S. 19

Hentschel, H. J., Kämmerer W.

Zur psychosomatischen Grundversorgung:
„Die Beschwerden sind psychosomatisch“-
Wie sage und erkläre ich dies meinem Patienten ?
Niedersächs. Ärztebl. 2002, 9: 19- 22

Herrmann, J. M., Holzamer- Herrmann, M., Stiels, W.

ICD- 10 und DSM- III- R- eine kritische Stellungnahme zum Gebrauch der internationalen Diagnoseschlüssel- Kapitel 23
In: Adler et al. (Hrsg.): Uexküll- Psychosomatische Medizin
S. 342- 351, 5. Auflage, Urban & Schwarzenberg, 1996

Heuft, G., Schneider, G. , Nehen, H. G., Kruse, A.

Funktionelle Störungen bei Älteren Menschen
Dt. Ärztebl, 97, 2000 A2310- 2313

Honegger, R.

Der schwierige IV- Patient aus der Sicht des praktizierenden Psychiaters
Schweiz. Rundschau Med. (Praxis) 1989, 78: 260- 262

Huber, T., Reckhardt, M.

Untersuchung über die Krankengruppe des Allgemeinarztes unter Berücksichtigung von Familien und lebensverändernden Ereignissen
Zentrum f. öffentl. Gesundheitspflege- MHH 1986

- Kämmerer, W.
 „Ich hab` bestimmt` nen Herzinfarkt!“- autonome somatoforme Funktionsstörungen:
 Herzneurose
 Notfall & Hausarztmedizin, 2005; 31: 572- 578
- Kasper, S.
 Angsterkrankungen: Diagnostik und Pharmakotherapie
 2. Aufl., München: MMV, Medien- u. Medizin- Verl., 1999, ISBN 3- 8208- 1347- 0
- Kasper, S., Möller, H. J., Müller- Spahn, F .
 Depression
 Diagnose und Pharmakotherapie
 Georg Thieme Verlag Stuttgart- New York, 1997
- Kerek- Bodden, H., Koch, H., Brenner, G. und Flatten, G.
 Diagnosespektrum und Behandlungsaufwand des allgemeinärztlichen Patientenklie-
 tels- Ergebnisse des ADT- Panels des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versor-
 gung
 Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Köln, 2002
- Kettler, R.
 Psychosomatische Medizin
 „Ureigenste ärztliche Aufgabe“
 Dt. Ärztebl., 2002, 99, A 250
- Kielhorn, R.
 Hausarzt als Weichensteller- Psychosomatik in der hausärztlichen
 Versorgung
 Der Hausarzt 1999; No. 10: 19- 20
- Klein, R.
 Probleme in der Primärversorgung-
 Der Depressive beim Allgemeinarzt
 Der Allgemeinarzt, 19/ 2000, 1464- 1467
- Koczorek, M.
 Antidepressiva in der Schmerztherapie-
 Schmerzgedächtnis gelöscht
 MMW- Fortschr. Med., Nr. 42/ 2001, S. 18
- Köhle, K.
 Institutionalisierung- Bedarf- Kapitel 38
 In: Adler et al. (Hrsg.): Uexküll- Psychosomatische Medizin
 S. 503- 506, 5. Auflage, Urban & Schwarzenberg, 1996
- Köhle, K., Janssen, P. L., Richter, R. mit Teilbeiträgen von Adler R. H. u. Wesiak W.
 Fort- und Weiterbildung unter Berücksichtigung der Entwicklung in der Schweiz und
 in Österreich

In: Adler et al. (Hrsg.): Uexküll- Psychosomatische Medizin
S. 93- 101, 5. Auflage, Urban & Schwarzenberg, 1996

Lamers, W. M.

Tipps zum Umgang mit ihren Patienten–
Gute Kommunikation- erfolgreiche Praxis
Der Hausarzt, 5/ 02, S. 68– 70

Lau, D. u. Steinkohl, M.

Andere Länder; andere Sitten–
Migranten in der hausärztlichen Versorgung
Der Allgemeinarzt, 7/ 2001; S. 512- 518

Lau, K.- P.

Allgemeinärzte sind "Fachärzte für Geborgenheit"
Der Praktische Arzt 1994, 31: 20

Leiß, O.

Was charakterisiert den "guten Doktor?"
Der Praktische Arzt 1994, 31: 36- 42

Linden, M.

ICD– 10 Primary Health Care–
Die WHO unterstützt Sie bei der hausärztlichen Psychotherapie
MMW– Fortschr. Med., Nr. 29– 30/ 2002, S. 26– 28

Loosen, W.

Psychiatrie: Hausärzte zu wenig informiert?
Der Hausarzt, 3/ 00, S. 30

Mauerer, Ch. u. Wolfersdorf, M.

Psychopharmakotherapie in der Hausarztpraxis -
Wichtiger Baustein für die seelische Gesundheit
Der Hausarzt, 1999, 17: 26- 32

Meier, U.

Neues Psychotherapeutengesetz–
Psychotherapie- nicht ohne Hausarzt?
Der Hausarzt, 16/ 98, S. 16

Möller, H. J.

Depression– Eine Herausforderung für den Allgemeinarzt
MMW– Fortschr. Med., CME– Sonderheft, 2001 (143. Jg.), S. 34- 46

Moreano, B.

Erfolge auch bei therapierefraktären Fällen–
Jogging statt Antidepressiva?

- MMW– Fortschr. Med., Nr. 15/ 2001, S. 9
- Müller, D., Ihl, R., Zimmer, B., Künzel, D.
Depression in der Hausarztpraxis
Zeitsparende Diagnosehilfen- individuelle (Phyto)- Therapieempfehlungen
Biocur News, Sonderdruck, Dez./ 2000
Beilage in der Zeitschrift der Kassenarzt
- Okon, E. u. Knickenberg, R.
Psychotherapie– Gravierende Änderungen
Der Hausarzt, 3/ 00, S. 28– 29
- Olbrich, D. u. Ruch, A.
Diagnostik bei Rückenschmerzen umfasst nicht nur das Soma-
Gehen Sie auch psychischen Belastungen auf den Grund
MMW– Fortschr. Med., Nr.18/ 2001, S. 22- 25
- Reck, R.
Volkskrankheit Rückenschmerz–
Die Last mit dem Kreuz
Der Hausarzt, 12/ 99, S. 40- 42
- Remschmidt. H.
Depressive Störungen auf verschiedenen Altersstufen
Dt. Ärztebl., 1999, 96, A- 1501- 1503
- Riecher– Rösler, A.
Psychische Erkrankungen– Leiden Frauen anders?
Der Hausarzt, Sonderheft/ 2002, S. 34- 36
- Ripke, Th.
Schwierige Patienten in Ihrer Praxis–
Wie sie „überleben“
Der Hausarzt, 16/ 01, S. 36– 38
- Rosenberg, E. E., Steinert, Y. E.
Psychosocial problems: What help do rural and urban
patients want from their family physicians?
CMAJ 1987, Vol. 136: 137- 141
- Rossa, B., Fischer, G. Ch., Gerhardt, G., Jentsch, K.
”Droge Arzt“: Die Arzt- Patient- Beziehung im diagnostisch-
therapeutischen Prozess
Niedersächs. Ärztebl. 1991, 18: 19- 21
- Satzger- Harsch, U.

Schärfen Sie Ihren Blick für die Depression
Der Hausarzt, 20/ 00, Beilage, S. 1- 4

Schach, E., Schwartz, F. W., Kerek- Bodden, H. E.

Die EVaS- Studie

Eine Erhebung über die ambulante medizinische Versorgung in der
Bundesrepublik Deutschland

Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik
Deutschland

Wissenschaftliche Reihe- Band 39.1

Deutsch. Ärzte- Verlag Köln 1989

S. 7- 18 f., 68- 93, 149- 182

Schäfer, R., Benedikt, G., Sauer, N., Wilke, S., Herzog, W., Szecscenyi, J., Zipfel, S.,
Henningsen, P.

Früherkennung und Behandlung funktioneller/ somatoformer Beschwerden in der All-
gemeinpraxis- Funktional- Forschungsobjekt

Notfall & Hausarztmedizin, 2005; 31: 580- 589

Scheerer, S., Hülsch, K.

Balintgruppe, Fallbesprechungsgruppe und Problemfallseminar-
Möglichkeiten medizinpsychologischer und fachspezifisch psycho-
therapeutischer Fort- und Weiterbildung in der Allgemeinmedizin

Z. ärztl. Fortbild. 1990, 84: 1269- 1271

Schimmer, M.

Der familienmedizinische Ansatz in der Allgemeinmedizin

Dt. Ärztebl., 1999, 96, A- 291- 292

Schwartz, F. W. u. Schach, E.

B Zusammenfassung

In: Schach et al. (Hrsg.): Die EVaS- Studie- Eine Erhebung über die ambulante medi-
zinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Zentralinstitut für die Kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik
Deutschland

Wissenschaftliche Reihe- Band 39.1

Deutsch. Ärzte- Verlag Köln 1989, S. 18- 30

Schwartz, F. W., Wille, E., Fischer, G. C., Kuhlmeier, A., Lauterbach, K. W., Rosenbrock,
R., Scriba, P. C.

Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit

Band III

Über-, Unter- und Fehlbesetzung

Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen

Gutachten 2000/ 2001

Ausführliche Zusammenfassung

Schwarze, J.

Grundlagen der Statistik: Beschreibende Verfahren
Verlag Neue Wirtschafts-Briefe, 1981

Sigg, K.

Therapie und Diagnostik von Rückenschmerzen–
Interdisziplinär vorgehen!
Der Hausarzt, 20/ 99, S. 24– 26

Sohn, W.

Stellenwert der Schmerztherapie in der ärztlichen Praxis
Frühe Aufmerksamkeit und interdisziplinäre Zusammenarbeit zur Verhinderung von
Chronifizierung
Der Kassenarzt, 45/ 2001, S. 36- 43

Sohn, W.

„Unklare Schmerzen“–
Oft nur schlecht abgeklärt
Der Hausarzt, 19/ 01, S. 54– 63

Sohn, W.

Der akute Schmerz in der Hausarztpraxis–
Verständnis und Kompetenz als Grundlage
Der Hausarzt, 16/ 99, S. 37- 40

Steinert, Y. E., Rosenberg, E. E.

Psychosocial Problems: What Do Patients Want?
What Do Physicians Want to Provide?
Fam. Med. 1987, 19: 346- 350

Sturm, D.

Müdigkeit, Abgeschlagenheit, Leistungsverlust–
Diagnostisch am Ball bleiben
Der Hausarzt, 15/ 01, S. 38– 41

Sturm, D

Maßgeschneidert für den Hausarzt–
Schmerzmedikation für die Praxis
Der Hausarzt, 4/ 02, S. 45- 49

Theilig, A. M.

Die Seele alter Menschen leidet anders-
Spezielle Behandlungsstrategien
Der Hausarzt, 20/ 08, S. 43- 47

Tölle, R.

Funktionelle Beschwerden- Somatisierungsstörungen
Dt. Ärztebl. 1999; 96: No. 3; A- 128- 130

- Thomas, W., Muck- Weich, Ch. u. Schonecke, O. W.
Methoden psychologischer Diagnostik- Kapitel 22
In: Adler et al. (Hrsg.): Uexküll- Psychosomatische Medizin
S. 322- 341, 5. Auflage, Urban &Schwarzenberg, 1996
- Tress, W., Manz, R. u. Sollors- Mossler, B.; neubearbeitet von Tress, W., Schepank, H. u. Franz, M.
Epidemiologie- Kapitel 6
In: Adler et al. (Hrsg.): Uexküll- Psychosomatische Medizin
S. 103- 112, 5. Auflage, Urban &Schwarzenberg, 1996
- Von Ferber, Ch.
Arbeit, Gesundheit u. Krankheit- Kapitel 19
In: Adler et al. (Hrsg.): Uexküll- Psychosomatische Medizin
S. 291- 300, 5. Auflage, Urban &Schwarzenberg, 1996
- Von Uexküll, Th., Köhle, K.
Funktionelle Syndrome- Kapitel 50
In: Adler et al. (Hrsg.): Uexküll- Psychosomatische Medizin
S. 655- 669, 5. Auflage, Urban &Schwarzenberg, 1996
- Wagner, P., Schach, E., Schwartz, F. W.
A Reason for Visit Classification for Ambulatory Care–
Ein Klassifikationsschema für Kontakttanlässe in der ambulanten
Versorgung
Erweiterte deutsche Fassung
Manuskript: Systematischer Teil
Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland,
Köln 1984
- Wahle, K.
Untersuchung des Instituts für Praxisforschung im BDA (PRAFO)–
Psychische Störungen in Zeiten der Krise
Der Hausarzt, 20/ 01, S. 14– 16
- Wesiak, W.
Psychosomatische Medizin in der Praxis des niedergelassenen Arztes- Kapitel 39
In: Adler et al. (Hrsg.): Uexküll- Psychosomatische Medizin
S. 507- 515, 5. Auflage, Urban &Schwarzenberg, 1996
- Wiegand, M.
Depressionen in der Allgemeinarztpraxis– Hausärzte immer kompetenter
Der Kassenarzt, 41, 2001, S. 41– 42
- Wiemann, K.
MSD- MANUAL der Diagnostik und Therapie
5. Auflage, Urban & Schwarzenberg, München 1993, 2278- 2280, 2700, 2759– 2760

Wittchen, H.- U.

Handbuch psychische Störungen- Eine Einführung
Herausgegeben von F. I. Kass, J. M. Oldham und H. Pardes
2. Auflage, 1998, Psychologie Verlagsunion, Weinheim
ISBN 3- 621- 27395- 6

Wittchen, H.- U.

Schärfen sie ihren Blick für die Depression
Der Hausarzt, 20/ 00, Beilage, S.1- 4
Berichterstattung: Ulla Satzger- Harsch

Yaffe, M. J., Stewart, M. A.

Factors Influencing Doctors' Awareness of the Life Problems
of Middle- aged Patients
Med. Care 1985, Vol. 23, No. 11: 1276- 1282

Yaffe, M. J., Stewart, M. A.

Patients' Attitudes to the Relevance of Nonmedical Problems
in Family Medicine Care
J Fam. Pract. 1986, Vol. 23, No. 3: 241- 244

Literaturanhang

ICD- 10- SGBV

Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesund-
heitsprobleme

10. Revision- Systemisches Verzeichnis

Version 1.3- Stand Juli 1999

Deutscher Ärzte- Verlag Köln

Statistisches Jahrbuch 1997 für die Bundesrepublik Deutschland

Statistisches Bundesamt, Wiesbaden 1997

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Nach Smilkstein, in: Huber und Reckhardt (1986).....	35
Abb. 2: Alters- und Geschlechtsverteilung (<i>n</i> = 477).....	46
Abb. 3: Familienstand des untersuchten Kollektivs (<i>n</i> = 477)	48
Abb. 4: Familienstand der Männer und Frauen (<i>n</i> = 477).....	48
Abb. 5: Berufliche Stellung (<i>n</i> = 477)	49
Abb. 6: Berufliche Stellung der Männer und Frauen (<i>n</i> = 477).....	50
Abb. 7: Berufliche Stellung und Familienstand des Patientenkollektivs (<i>n</i> = 477)	50
Abb. 8: Konsultationsform (<i>n</i> = 477)	52
Abb. 9: Gegenüberstellung von Konsultationsform und Überweisungsgrund (<i>n</i> = 477) .	54
Abb. 10: Überweisungsgrund (<i>n</i> = 477)	56
Abb. 11: Überweisungsverhalten (<i>n</i> = 477).....	58
Abb. 12: Frühere Erkrankungen (<i>n</i> = 477)	59
Abb. 13: Frühere Erkrankungen der Männer und Frauen (<i>n</i> = 477).....	60
Abb. 14: Anzahl endgültiger Diagnosen zur verbalen Erkrankungsdauer (<i>n</i> = 477)	62
Abb. 15: Einnahme von Dauermedikamenten (<i>n</i> = 477).....	65
Abb. 16: Gegenüberstellung von früheren Erkrankungen zur Einnahme von Dauermedikamenten (<i>n</i> = 477).....	66
Abb. 17: Einnahme von Dauermedikamenten der Männer und Frauen (<i>n</i> = 477)	67
Abb. 18: Alkoholverhalten der Männer und Frauen (<i>n</i> = 477).....	68
Abb. 19: Nikotinverhalten der Männer und Frauen (<i>n</i> = 477).....	69
Abb. 20: Basisdiagnostik (<i>n</i> = 477).....	70
Abb. 21: Zusatzdiagnostik (<i>n</i> = 477).....	74
Abb. 22: Häufigkeiten verschiedener Fachkonsile (<i>n</i> = 477).....	75
Abb. 23: Psychische Krankheitsbilder (<i>n</i> = 477).....	76
Abb. 24: Methodenanzahl der Diagnosesicherung zu den diagnostischen Methoden (<i>n</i> = 477)	78
Abb. 25: Unterteilung der psychiatrischen Erkrankungen als "Endgültige Diagnosen 1-6" (<i>n</i> = 477)	83
Abb. 26: Durchgeführte und/ oder empfohlene Therapien (<i>n</i> = 477).....	85
Abb. 27: Empfohlene und/ oder verordnete Medikamentengruppen (<i>n</i> = 477)	87
Abb. 28: Empfohlene und/ oder durchgeführte Behandlungsarten (<i>n</i> = 477)	88
Abb. 29: Empfehlungen zur Weiterbehandlung (<i>n</i> = 477)	90
Abb. 30: Vergleich der Verdachtsdiagnosen oder Problembeschreibungen mit den Poli- klinikergebnissen (<i>n</i> = 477)	91

Tabellenverzeichnis

Tab. 1: Verteilung der Patientengruppe nach der Krankenversicherung ($n= 477$).....	47
Tab. 2: Berufliche Stellung und Familienstand des Patientenkollektivs	51
Tab. 3: Gegenüberstellung von Konsultationsform zur vorläufigen Hauptdiagnose in Prozent ($n= 477$).....	53
Tab. 4: Gegenüberstellung von Konsultationsform und Überweisungsgrund.....	54
Tab. 5: Gegenüberstellung von Überweisungsgrund und Hauptanliegen in Prozent ($n= 477$)	57
Tab. 6: Patientenanliegen in Prozent ($n= 477$)	60
Tab. 7: Anzahl endgültiger Diagnosen zur verbalen Erkrankungsdauer	62
Tab. 8: Gegenüberstellung von akuten und chronischen Erkrankungen zur "Endgültigen Hauptdiagnose" in Prozent ($n= 477$)	63
Tab. 9: "Vorläufige Diagnosen" in Prozent	71
Tab. 10: Methodenanzahl der Diagnosesicherung zu den diagnostischen Methoden	78
Tab. 11: "Endgültige Diagnosen" in Prozent ($n= 477$)	79
Tab. 12: Unterteilung der psychiatrischen Erkrankungen als "Endgültige Diagnosen 1-6"	83

Anhang

1. Modifizierter Fragebogen nach EVaS
2. RVC- Klassifikationsschema (Module)
3. Beschwerdefragebogen nach *Höck und Hess* (BFB 1975)
4. Verhaltensfragebogen nach *Höck und Hess* (VFB 1976)
5. Depressionsfragebogen nach *Kielholz* (DFB 1981)
6. Family- APGAR nach *Smilkstein* (1978)
7. Kreuztabelle 1 (K1)
8. Kreuztabelle 2 (K2)
9. Kreuztabelle 3 (K3)

**Patientenfallerhebung : Allgemeinmedizinische Poliklinik MHH
(Modifizierter EVaS- Fragebogen)**

VAR :

- | | | | |
|------------------------------------|--|---------------------------|---|
| 1 Probandennummer | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 29 Vorläufige Diagnosen : | |
| 2 Jahr der ersten
Untersuchung | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 3 Jahr der letzten
Untersuchung | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 4 Abteilungsarzt | <input type="checkbox"/> | 30 Fragebogendiagnostik | <input type="checkbox"/> |

Patientendaten :

- | | | | |
|--|---|-------------------------|---|
| 5 Geschlecht | <input type="checkbox"/> | 32 VFB | <input type="checkbox"/> |
| 6 Geburtsdatum | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 33 DFB | <input type="checkbox"/> |
| 7 Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> | 34 F- Apgar | <input type="checkbox"/> |
| 8 Nationalität | <input type="checkbox"/> | 35 Labor | <input type="checkbox"/> |
| 9 Wohnort | <input type="checkbox"/> | 36 EKG | <input type="checkbox"/> |
| 10 Familienstand | <input type="checkbox"/> | 37 EMG | <input type="checkbox"/> |
| 11 Arbeitsverhältnis | <input type="checkbox"/> | 38 EEG | <input type="checkbox"/> |
| 12 Form der Konsultation | <input type="checkbox"/> | 39 Röntgen / Anzahl | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 13 Patient bekannt | <input type="checkbox"/> | 40 Sonographie / Anzahl | <input type="checkbox"/> |
| 14 Überweisungsgrund | <input type="checkbox"/> | 41 Konsile / Häufigkeit | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |
| 15 Vorliegen einer ärztl.
Verdachtsdiagnose | <input type="checkbox"/> | 42 Internist | <input type="checkbox"/> |

Anamnese:

- | | | | |
|----------------------------------|---|---------------------------|--------------------------|
| 16 Alkohol | <input type="checkbox"/> | 44 Orthopäde | <input type="checkbox"/> |
| 17 Nikotin | <input type="checkbox"/> | 45 Neurologe | <input type="checkbox"/> |
| 18 Dauermedikation | <input type="checkbox"/> | 46 Psychiater | <input type="checkbox"/> |
| 19 Frühere Erkrankungen | <input type="checkbox"/> | 47 Psychotherapeut | <input type="checkbox"/> |
| 20 Wichtigste Anliegen in Worten | | 48 Gynäkologe | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 49 Urologe | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 50 HNO- Arzt | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 51 Augenarzt | <input type="checkbox"/> |
| 21 Erkrankungsdauer | <input type="checkbox"/> | 52 Schilddrüsenspezialist | <input type="checkbox"/> |
| 22 23 24 25 | <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | 53 Hautarzt | <input type="checkbox"/> |
| | | 54 Sonstige | <input type="checkbox"/> |

Diagnostik:

- | | | | |
|---|--------------------------|--|--------------------------|
| 26 Anamnese körperlicher
Beschwerden | <input type="checkbox"/> | 55 Stationäre Diagnostik | <input type="checkbox"/> |
| 27 Psychische Exploration | <input type="checkbox"/> | 56 Kam bei diesem Kontakt ein
psychisches Problem zur Sprache | <input type="checkbox"/> |
| 28 Körperliche Untersuchung | <input type="checkbox"/> | 57 Zuordnung | <input type="checkbox"/> |
| | | 58 Spezif. therap. Hilfe erforderlich | <input type="checkbox"/> |

59 Zur Diagnosefindung erforderliche Methodenanzahl

Diagnosesicherung durch :

60 Anamnese körperlicher Beschwerden

61 Psychische Exploration

62 Körperliche Untersuchung

63 Fragebogendiagnostik

64 Labor

65 Elektrodiagnostik

66 Röntgen

67 Sonographie

68 Konsile

69 Endgültige Diagnosen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

70 Endgültige Diagn. zahl

Therapie :

71 Therapie

72 Behandlungsmethodenanzahl

73 Medikamente

74 Analgetika/ Antiphlogistika

75 Psychopharmaka

76 Sonstige

77 Mehrfachverordnung

78 Sonstige Therapieformen

79 Ärztlich - therap. Gespräch

80 Autogenes Training

81 Verhaltenstherapie

82 Sonstige Leistungen

Behandlungsverlauf :

83 Behandlungsempfehlung

84 Bestätigung der ärztl. Verdachtsdiagnose durch das Poliklinikergebnis

RVC - Module

S001 - S099	Allgemeine Symptome	1
S100 - S199	Psychische und geistige Stoerungen	4
S200 - S259	Symptome des Nervensystems (ohne Sinnesorgane)	7
S260 - S299	Symptome des Herzens und der Gefaesse	9
S300 - S399	Symptome der Augen und Ohren	10
S400 - S499	Symptome der Atmungsorgane	12
S500 - S639	Symptome der Verdauungsorgane	14
S640 - S829	Symptome der Harn - und Geschlechtsorgane	17
S830 - S899	Symptome der Haut der Naegel und der Haare	21
S900 - S999	Symptome des Skeletts und der Muskeln	23
D001 - D099	Infektiöse und parasitaere Krankheiten	27
D100 - D199	Neubildungen	30
D200 - D249	Endokrinopathien	33
D250 - D299	Krankheiten des Blutes und der blutbild. Organe	35
D300 - D349	Psychiatrische Krankheiten	36
D350 - D399	Krankheiten des Nervensystems	39
D400 - D449	Krankheiten des Auges	41
D450 - D499	Krankheiten des Ohres	44
D500 - D599	Krankheiten des Kreislaufsystems	45
D600 - D649	Krankheiten der Atmungsorgane	48
D650 - D699	Krankheiten der Verdauungsorgane	51
D700 - D799	Krankheiten der Harn - und Geschlechtsorgane	54
D800 - D899	Krankheiten der Haut des Unterhautzellgewebes	58
D900 - D949	Krankheiten von Skelett Muskeln Bindegewebe	60
D950 - D989	Kongenitale Anomalien	63
D990 - D999	Perinatale Morbiditaet und Mortalitaet	65
X100 - X199	Allgemeine Untersuchungen	66
X200 - X299	Spezielle Untersuchungen	67
X300 - X399	Diagnostische Tests	68
X400 - X499	Andere Screening - und praeventive Verfahren	70
X500 - X599	Familienplanung	71
T100 - T199	Medikation	72
T200 - T299	Prae - und postoperative Behandlung	73
T400 - T499	Spezifische Arten der Therapie	74
T500 - T599	Spezifische therapeutische Verfahren	76
T600 - T699	Medizinische Beratung	78
T700 - T799	Beratung wegen sozialer Probleme	79
T800 - T899	Verlaufskontrolle	80
J001 - J799	Verletzung nach Art und / oder Lokalisation	81
J800 - J899	Verletzung ona	85
J900 - J999	Vergiftungen und nachteilige Wirkungen	86
R100 - R700	Testergebnis - Modul / auch Nachfragen wegen Erg.	87
A100 - A140	Administrations - modul	89
U990 - U999	Uncodierbare Eintragungen	90

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Datum:

Beschwerdenfragebogen (BFB)

1-12		
13-18		19-20
		21-22
		23-24
		25-26

Name:

Geschlecht:

27

Alter:

Beruf:

28-29

30

Ergebnis:

Unterschrift:

Zum umfassenden Erkennen und Beurteilen Ihrer augenblicklichen Erkrankung ist die Kenntnis aller Ihrer weiteren Beschwerden notwendig, auch der, die außerhalb unseres Fachgebietes liegen. Dadurch wird es Ihrem Arzt leichter, die Zusammenhänge in Ihrem Krankheitsgeschehen zu erfassen. Wir bitten Sie daher, den Fragebogen sorgfältig auszufüllen und alle Fragen zu beantworten. Die Angaben werden selbstverständlich vertraulich behandelt, bitte geben Sie den Fragebogen deshalb nach dem Ausfüllen persönlich Ihrem Arzt.

Anleitung:

Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die zutreffenden Antworten an, z. B.:

Falls Sie unter Sehstörungen leiden (Frage 1), machen Sie ein Kreuz unter Ja.

Sehstörungen. Ja Nein

Haben Sie keine Sehstörungen, dann machen Sie bitte ein Kreuz unter Nein.

Sehstörungen Ja Nein

Unterstreichen Sie bitte zusätzlich Ihre Hauptbeschwerden!

Ich leide unter folgenden Beschwerden:

- | A. | Ja | Nein | | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|--|--------------------------|--------------------------|
| 31 Sehstörungen, Doppelsehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 48 blutiger Auswurf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 32 Augenflimmern, Schmerzen in den Augen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 49 Atemnot, Luftmangel bei Aufregung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 33 Tränen, Brennen der Augen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 50 Geruchsempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 34 Lichtempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | D. | | |
| B. | | | 51 Luftmangel, Atemnot bei Belastung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 35 Schwerhörigkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 52 Herzklopfen, -stolpern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 36 Ohrenscherzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 53 Herzdruck, -stiche, Herzschmerzen, Herzanfälle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 37 ständige Ohrgeräusche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 54 geschwollene Knöchel | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 38 Geräuschempfindlichkeit | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 55 Wadenschmerzen beim Gehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 39 häufiger Schnupfen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 56 Schwindelgefühle, Ohnmachten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40 Heuschnupfen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 57 Schweißausbrüche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 41 häufiges Nasenbluten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 58 Kribbeln, Prickeln oder Einschlafen der Hände, Arme und Beine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 42 häufige Halsschmerzen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 59 Kältegefühl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 43 Druck, Würgen im Hals | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 60 Hitzeempfindungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 44 Reizhusten, Stimmchwierigkeiten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 61 Fieber | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 45 Sprachstörungen, Stottern | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| C. | | | | | |
| 46 Neigung zu Bronchitis, chron. Husten | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |
| 47 Asthmaanfälle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | |

K. An früheren Krankheiten hatte ich:

	Ja	Nein		Ja	Nein
31 Scharlach, Diphtherie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	45 Operationen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
32 sonstige Infektionskrankheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	46 Gallenleiden, Lebererkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
33 Meningitis, Enzephalitis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	47 Nieren-, Blasenleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
34 Nasennebenhöhlenentzündungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	48 Leisten- und Nabelbruch	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
35 Mittelohrentzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	49 Hautleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
36 häufige Mandelentzündungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	50 Unterleibserkrankung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
37 Lungenentzündung, Rippenfell- entzündung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	51 Geschlechtskrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
38 Nervenleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	52 Venenentzündung, Krampfadern Hämorrhoiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
39 Migräne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	53 Rheuma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
40 Unfälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	54 Blutarmut	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
41 Asthma	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	55 Epilepsie	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
42 Tuberkulose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	56 Zuckerkrankheit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
43 Herzleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	57 Geschwülste oder Krebs	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
44 Magen-, Zwölffingerdarmgeschwür	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	58 Wie oft waren Sie in den letzten 3 Jahren im Krankenhaus?mal	
			59 Wie oft waren Sie in den letzten 3 Jahren krankgeschrieben?mal	
			60 Wie oft waren Sie überhaupt zur Kur?mal	

L. Lebensgewohnheiten

	Ja	Nein		Ja	Nein
61 Haben Sie eine vorwiegend sitzende Beschäftigung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	70 Nehmen Sie häufig Schlaf- oder Beruhi- gungsmittel bzw. Schmerztabletten ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
62 Treiben Sie Sport?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	71 Trinken Sie mehr als 2 Tassen Bohnen- kaffee täglich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
63 Haben Sie Schichtarbeit?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	72 Rauchen Sie mehr als 15 Zigaretten täglich?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
64 Stehen Sie im Abend- oder Fernstudium	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	73 Trinken Sie fast täglich ein alko- holisches Getränk?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
65 Beträgt die Anfahrtszeit zu Ihrem Betrieb mehr als 45 Minuten?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	74 Haben Sie ein Hobby?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
66 Fühlen Sie sich beruflich überlastet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	75 Können Sie am Wochenende ausspannen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
67 Fühlen Sie sich den Anforderungen Ihrer Tätigkeit voll gewachsen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	76 Haben Sie Konflikte in der Ehe?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
68 Fühlen Sie sich durch gesellschaftliche Funktionen stark in Anspruch genommen bzw. durch Doppelbelastung (Beruf, Haushalt usw.) überlastet?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	77 Gibt es Spannungen in der Familie?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
69 Leiden Sie im Betrieb bzw. Wohnung unter Lärmbelastung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	78 Haben Sie ausreichend Wohnraum?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Verhaltensfragebogen

Geschlecht:

Beruf:

Alter:

Datum:

Die folgenden Fragen sollen Auskunft geben über Ihr Verhalten, Empfinden und Ihre Erlebnisweisen. Kreuzen Sie bitte bei allen Fragen die für Sie zutreffende Antwort an, es gibt dabei keine richtigen oder falschen Antworten. Beantworten Sie bitte die einzelnen Fragen schnell und spontan und achten Sie darauf, keine Frage auszulassen. Insgesamt sollte der Test nur wenige Minuten beanspruchen.

- | | Ja | Nein |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 1. Ich mache mir Sorgen über meine Gesundheit. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 2. Nehmen Sie an, daß Sie innerlich besonders gespannt sind? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 3. Ich muß oft über etwas nachgrübeln, so daß ich nicht schlafen kann. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 4. Ich fühle mich leicht verletzt. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 5. Es fällt mir schwer, mit Freunden zu sprechen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 6. Haben Sie oft ohne besonderen Grund ein Gefühl der Teilnahmslosigkeit oder Müdigkeit? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 7. Manchmal komme ich zu spät zu einer Verabredung oder zur Arbeit. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 8. Ich habe oft das Gefühl gehabt, daß Fremde mich kritisch betrachten. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 9. Werden Sie manchmal durch unnütze Gedanken belästigt, die Ihnen immer wieder durch den Kopf gehen, obwohl Sie sie abwelsen? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 10. Ich bin ziemlich nervös. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 11. Manchmal schlebe ich etwas auf, was ich eigentlich gleich tun mußte. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 12. Niemand scheint mich zu verstehen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 13. Ich bin ziemlich reizbar. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 14. Meine Tischmanieren sind zu Hause weniger gepflegt als in Gesellschaft. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 15. Wenn man nicht gegen mich eingestellt gewesen wäre, wäre ich viel erfolgreicher gewesen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 16. Ich nehme mir unangenehme Erfahrungen zu lange zu Herzen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 17. Schon die Möglichkeit, daß ich Pech haben könnte, regt mich auf. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 18. Ich habe sehr seltsame und freudartige Erlebnisse gehabt. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 19. Sind Sie manchmal ohne ersichtlichen Grund abwechselnd fröhlich und traurig? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 20. Manchmal kommen mir Gedanken und Vorstellungen, die ich ungern erzählen würde. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 21. Sind alle Ihre Gewohnheiten gut und wünschenswert? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 22. Unter den Leuten, die ich kenne, sind einige, die ich nicht mag. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 23. Ich träume tagsüber mehr als für mich gut ist. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 24. Sind Sie leicht verstimmbar? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 25. Ich muß oft dagegen ankämpfen, meine Schüchternheit nicht zu zeigen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 26. Ich spreche manchmal über Dinge, von denen ich nur wenig verstehe. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

- | | Ja | Nein |
|--|-----------------------|-----------------------|
| 27. Ich wünschte, ich könnte so glücklich sein, wie andere Leute zu sein scheinen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 28. Gelegentlich zittere ich oder habe Schüttelanfälle. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 29. Antworten Sie auf jeden persönlichen Brief immer so schnell Sie können? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 30. Wechselt Ihre Stimmung oft mit oder ohne ersichtlichen Grund? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 31. Haben Sie manchmal Angstgefühle, ohne daß eine wirkliche Gefahr vorhanden ist? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 32. Ich sage nicht immer die Wahrheit. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 33. Kritik oder Schelten verletzen mich stark. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 34. Ich habe Zeiten, in denen ich so ruhelos bin, daß ich nicht lange auf einem Stuhl sitzen kann. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 35. Haben Sie sich manchmal zu viele Sorgen über belanglose Dinge gemacht? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 36. Manchmal bekomme ich schlechte Laune. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 37. Ich bin oft unzufrieden. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 38. Es fällt mir schwer, meine Gedanken bei einer Aufgabe oder Arbeit zu behalten. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 39. Ich tue vieles, was ich hinterher bereue. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 40. Ich bin meistens glücklich. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 41. Ich habe wenig Selbstvertrauen. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 42. Ab und zu verliere ich meine Geduld und werde wütend. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 43. Manchmal komme ich mir wirklich nutzlos vor. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 44. Oft fühle ich mich einfach miserabel. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 45. Ich grübele viel. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 46. Ich leide an Unterlegenheitsgefühl. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 47. Es tut mir manchmal überall weh. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 48. Hin und wieder gebe ich ein bißchen an. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 49. Mitunter habe ich Alpdrücken. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 50. Ich habe es mit den Nerven. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 51. Es fällt mir schwer, Gesprächsstoff zu finden, wenn ich jemanden kennenlerne. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 52. Meine schwersten Kämpfe habe ich mit mir selbst auszufechten. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 53. Manchmal klatsche ich ein wenig. | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| 54. Hatten Sie manchmal das Gefühl großer, nicht zu überwindender Schwierigkeiten? | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

A

Prüfen Sie nach, ob Sie auch jede Frage beantwortet haben!

Depressionsfragebogen nach Kielholz (DFB)

- | | ja | nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Haben Sie die Fähigkeit verloren, sich zu freuen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Hat Ihr Interesse an den Dingen des Lebens generell nachgelassen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Sind Sie weniger initiativ als noch vor Wochen und Monaten? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Fühlen Sie sich tagsüber erschöpft, ohne Schwung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Fühlen Sie sich nervös, innerlich angespannt, ängstlich? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Fällt es Ihnen schwer, Entscheidungen zu treffen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Haben Sie Schlafstörungen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Haben Sie Schmerzen, verspüren Sie einen Druck auf der Brust? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Haben Sie wenig Appetit, haben Sie an Gewicht verloren? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Haben Sie Schwierigkeiten in sexueller Hinsicht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Neigen Sie in letzter Zeit vermehrt zum Grübeln? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Plagt Sie das Gefühl, Ihr Leben sei sinnlos geworden? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

F - APGAR - Fragebogen 1

Bitte für jede Frage nur 1 Feld ankreuzen!

	fast immer	manchmal	selten
1. Ich bin überzeugt, daß ich mich fast immer an meine Familie wenden kann, mit der Bitte um Hilfe, wenn mich etwas ängstigt.			
2. Ich bin zufrieden damit, wie meine Familie über Dinge mit mir spricht und Probleme mit mir löst.			
3. Ich bin überzeugt, daß meine Familie meine Wünsche akzeptiert und unterstützt, neue Aktivitäten oder Richtungen aufzunehmen.			
4. Ich bin zufrieden, mit der Art und Weise, wie meine Familie Gefühle ausdrückt und auf meine Gefühle reagiert, solche wie Ärger, Traurigkeit oder Liebe.			
5. Ich bin zufrieden damit, wie meine Familie und ich Zeit zusammen verbringen			

Tab. K1

Kontingenztabelle vorläufiger (3) zu endgültigen (6) Diagnosen

	D 001-099	D 100-199	D 200-249	D 250-299	D 300-349	D 350-399	D 400-449	D 450-499	D 500-599	D 600-649	D 650-699	D 700-799
D 001-099	9	2	5	2	9	2			8	7	4	2
D 100-199		3	4	2	10	1			9	4	5	2
D 200-249	2	6	98	10	56	10	1	1	88	20	33	7
D 250-299	1	2	7	9	7	2			6	6	9	
D 300-349	3	4	24		159	14		1	35	22	36	2
D 350-399		1	2	2	23	22			7	7	6	2
D 400-449	1		1		5	3			2	2	1	
D 450-499									1			
D 500-599	6	7	40	3	35	14			140	18	31	8
D 600-649	2	3	13	1	29	5	1	1	23	61	10	5
D 650-699	5	6	22	2	48	7	2	1	48	16	94	5
D 700-799	1	2	4	1	11	3	1		15	7	10	14
D 800-899	5	2	4		15	1			7	5	3	1
D 900-949	3	5	19	5	55	19			52	16	26	12
D 950-989		1	6		8	4		1	12	7	9	3
J 001-799		1	1		1	1			3	1		
J 800-899		1							1			
S 001-099		3	5		11	2			11	3	6	3
S 100-199		1	1		3	1			4	3	3	2
S 200-259			6	3	1	1		1	3	1	2	1
S 260-299	1	1	2	1					2	1	2	1
S 300-399			1		2				1			
S 400-499		1			5				1	2	1	1
S 500-639			1		3	1			4	3	2	
S 640-829			5	1	8	1			4	3	2	
S 830-899					2						2	
S 900-999			1		6	2			8	6	4	
T 200-299					1				1		2	1
T 500-599			2						7			
X 200-299									1			
X 300-399											1	
0.000-000	33	38	146	30	495	82	7		268	153	243	48
Summe	72	90	420	72	1008	198	12	6	768	372	546	120

* Legende der RVC - Module s. Anhang , 0.000-000 - keine , 9.999-999 - nicht erkennbar

	S 500-639	S 640-829	S 830-899	S 900-999	T 200-299	T 500-599	X 100-199	X 200-299	X 300-399	0 000-000	9 999-999	Summe
D 001-099	2	1		3						15	3	93
D 100-199	3	1		1		1	1			19	9	96
D 200-249	11	3	1	17	1	1	4	1	2	110	24	624
D 250-299	1			1					1	26	12	114
D 300-349	15	9	1	20	2	1		1		137	21	612
D 350-399	5	1		1	1		1			22		138
D 400-449				2						4		30
D 450-499										2		6
D 500-599	17	3		8	4	1	2	1	4	82	18	546
D 600-649	4	3		9			3		1	56	15	297
D 650-699	21	1		7			1	1		73	15	441
D 700-799	7			2				1	1	17	18	144
D 800-899	1	1		4						21	6	111
D 900-949	10	7	1	32	2	3	2	1		119	9	594
D 950-989	2		3	6	1	1	1			26	6	141
J 001-799	1			2			1			4		27
J 800-899												3
S 001-099	1	2		8	1					36	12	141
S 100-199					1					16	3	60
S 200-259	1			1						9		39
S 260-299	1	1								3		18
S 300-399										3		15
S 400-499							1			5	3	21
S 500-639	3	1								3		18
S 640-829	2	6	2	3						11		63
S 830-899	1	1	3							5	3	21
S 900-999	1		1	18						15		90
T 200-299	1				2	1				4		18
T 500-599	1				1					2		15
X 200-299												3
X 300-399												3
0 000-000	56	31	15	125	7	2	19		2	1410	111	4044
Summe	168	72	30	270	24	12	36	6	12	2256	288	8586

Tab. K2

Kontingenztabelle vorläufiger Hauptdiagnose zu endgültiger Hauptdiagnose

	D.001-099	D.100-199	D.200-249	D.250-299	D.300-349	D.350-399	D.400-449	D.500-599	D.600-649	D.650-699	D.700-799	D.800-899
D.001-099	5											
D.100-199		1						1				
D.200-249			23	1	4			3	1	2		
D.250-299			1	3				1				1
D.300-349					53			1	2	2		
D.350-399					1	13						1
D.400-449					1							
D.450-499												
D.500-599			1		1			39	3	4		
D.600-649			2		3	1	1	1	3	4		
D.650-699	1	1	1		1	1		2	1	26		
D.700-799								1			2	1
D.800-899		1										7
D.900-949					5			3	2	2		1
D.950-989											1	
J.001-799												
J.800-899												
S.001-099		1			1	1		1	1			
S.100-199											1	
S.200-259						1						
S.260-299		1						1				
S.300-399												
S.400-499		1			2							
S.500-639											1	
S.640-829												
S.830-899												
S.900-999						1		1				
T.200-299												
T.500-599									1			
X.300-399												
0.000-000			1		1						1	
Summe	6	6	30	4	74	18	1	56	30	39	3	11

* Legende der RVC - Module s. Anhang, 0.000-000 - keine, 9.999-999 - nicht erkennbar

	S.830-899	S.900-999	T.200-299	X.100-199	X.300-399	0.000-000	9.999-999	Summe
D.001-099								10
D.100-199								9
D.200-249		1						46
D.250-299					1			10
D.300-349		2			1			71
D.350-399		1	1					19
D.400-449								1
D.450-499					1			3
D.500-599				1	1			65
D.600-649				2				38
D.650-699								43
D.700-799								9
D.800-899	1							13
D.900-949		14						77
D.950-989								1
J.001-799								1
J.800-899					1			2
S.001-099								16
S.100-199								4
S.200-259								5
S.260-299								3
S.300-399								1
S.400-499								3
S.500-639								2
S.640-829	1							2
S.830-899	1							3
S.900-999			6					11
T.200-299				1				1
T.500-599								1
X.300-399					1			1
0.000-000		1						6
Summe	3	25	2	3	2	5	16	477

Tab. K3: Kontingenztabelle des ersten Anliegens zur vorläufigen Hauptdiagnose												
	D. 250-299	D. 350-399	D. 500-599	D. 650-699	D. 700-799	D. 800-899	D. 900-949	J. 800-899	S. 001-099	S. 100-199	S. 200-259	S. 260-299
D. 001-099									3	1		
D. 100-199									3			1
D. 200-249	1								17		2	1
D. 250-299	2								2			1
D. 300-349							1		17	30	8	2
D. 350-399		1							2		12	
D. 400-449									1			
D. 500-599			1		1				16	1	9	10
D. 600-649									9	2	1	2
D. 650-699									4	1	2	1
D. 700-799									1			
D. 800-899									6			
D. 900-949								1	6	2	1	2
D. 950-989												
J. 001-799												
J. 800-899												
S. 001-099									22		1	
S. 100-199										3		1
S. 200-259									1		3	
S. 260-299									5			4
S. 300-399												1
S. 400-499												
S. 500-639									1			1
S. 640-829									2			
S. 830-899												
S. 900-999			1						3	1		1
T. 200-299									2			
X. 100-199									2			
X. 300-399												
0 000-000									2	1	1	
9 999-999							1		6	1		1
Summe	3	1	1	1	1	1	1	1	132	44	40	28

* - Legende der RVC - Module s. Anhang, 0 000-000 - keine, 9 999-999 - nicht erkennbar

Anmerkung

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

Erklärung

„Ich, Ute Schulz, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertationsschrift mit dem Thema: „Der Problemfall- Patient in der Allgemeinmedizinischen Praxis- Analyse von Krankengeschichten allgemeinmedizinisch untersuchter Patienten“ selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.“