



Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg

Fakultät Life Sciences

Studiengang Gesundheitswissenschaften

Bachelorarbeit

**Untersuchung der Qualität der hamburgischen haus-
ärztlichen Grundversorgung von psychosomati-
schen Erkrankungen am Beispiel der chronischen
Müdigkeit**

Tag der Abgabe: 27.02.2020

Vorgelegt von **Fanomezantsoa Heri-Sedra Paula**

Matrikelnummer: XXXXXXXXXX

Gutachter/innen:

1. Prof. Dr.-Ing. habil. André Klußmann
2. Christoph Kranich (Verbraucherzentrale Hamburg)

Eidesstattliche Erklärung

Meine Bachelorarbeit bezieht sich auf mein Praktikumsprojekt „wie gut untersuchen Hausärzte?“ bei der Verbraucherzentrale Hamburg. Zu dem Projekt gehört die Veröffentlichung der Ergebnisse auf der Seite der Verbraucherzentral Hamburg. Demnach ist ein Teil meiner Bachelorarbeit bereits am 16.07.2018 veröffentlicht worden.

Ich erkläre hiermit an Eid statt, dass ich die vorliegende Arbeit ebenso die Veröffentlichte Ergebnis auf der Verbraucherzentral Webseite, selbständig verfasst und dabei keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel benutzt habe. Sämtliche Stellen der Arbeit, die im Wortlaut oder dem Sinn nach Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren entnommen sind, habe ich als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher weder gesamt noch in Teilen einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Danksagung

Im Rahmen meiner Bachelorarbeit möchte ich mich bei meinem Praktikumsbetreuer und bei meinem Zweitkorrektor, Herrn Christoph Kranich, für ihre Unterstützung und ihren Beistand bei der Durchführung meiner Studie bedanken. Sie waren bei Problemen und Fragen im Lauf meines Praktikums immer für mich da.

Ich danke herzlich und besonders Prof. Dr.-Ing. habil. André Klußmann für die Betreuung und Unterstützung bei der Fertigstellung dieser Bachelorarbeit.

Weiterhin möchte ich mich bei den Referenzarzt der Alltagstudie sowie allen Mitarbeitern der Abteilung Gesundheit- und Patientenschutz bedanken, die für mich immer ein offenes Ohr hatten und meine Fragen beantworteten.

Zuletzt möchte ich mich ganz herzlich bei meiner Familie, meinen Freunden und Bekannten für die Unterstützung und Motivation dieser Arbeit bedanken.

Abstract

Psychische sowie psychosomatische Erkrankungen (PE) zählen in Deutschland zu den vier wichtigsten Ursachen für den Verlust gesunder Lebensjahre.¹ Aufgrund dieser Tatsache sollte die Grundversorgung von PE eine große Relevanz für die Gesellschaft einnehmen. Als Allgemeinmediziner stehen Hausärzte häufig als erster Ansprechpartner bei gesundheitlicher Beeinträchtigung zur Verfügung.²

Anhand von verdeckten Arztbesuchen wurde die Qualität der Grundversorgung von PE bei hamburgischen Hausärzten untersucht. Eine Patientin mit anhaltender Müdigkeit besucht 28 Hausarztpraxen. Als Instrument zur Bewertung der Erstgespräch bei den Praxen wurde eine Checkliste, basierend auf Leitlinien und der Beratung eines erfahrenen Allgemeinmediziner, verwendet. Beurteilt wurden die Qualitäten der Anamnese, Untersuchung, Diagnose und Beratung sowie der Arzt-Patient-Beziehung. Zur Bewertung der Leistung der Ärzte wurden die Schulnoten 1 bis 5 verwendet.

Während 14,3 Prozent der Hausärzte eine hervorragende Arbeit ablegten (Note 1), fielen ebenso viele durch (Note 5). Zur Identifizierung von psychosomatischen Erkrankungen spielt die Krankengeschichte des Patienten eine wesentliche Rolle. Diese wurde jedoch nur von einem Drittel der Ärzte im ersten Gespräch ausführlich erhoben. Bei der Datenanalyse wird ein Zusammenhang zwischen Sprechzeit und erbrachte Leistung festgestellt. Neben der unterschiedlichen Arbeitsweise von männlichen und weiblichen Ärzten wurde ebenso ein Unterschied in der Untersuchung von Allgemeinmedizinern und Internisten festgestellt.

Ein wesentlich beobachtetes Problem ist die fehlende Betrachtung der psychosozialen Seite der Patientin. Zur Verbesserung der Qualität der Versorgung brauchen Ärzte eine Ausweitung der Sichtweise und Methode. Nutzung von Leitlinien und die Anspruch Annahme von Fortbildungen ist von hoher Relevanz.

¹ Plass, Vos, Hornberg, 2014.

² Bundesaerztekammer, 2011.

Inhaltsverzeichnis

Eidesstattliche Erklärung	I
Danksagung	II
Abstract	III
Inhaltsverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis	VI
Abbildungsverzeichnis	VII
Tabellenverzeichnis	VII
1 Einleitung	1
1.1 Hintergründe der Anstieg von psychosomatischen Erkrankungen	2
1.2 Ziel der Bachelorarbeit und Fragestellungen	5
1.3 Forschungsstand.....	6
2 Psychosomatische Erkrankungen	7
2.1 Definition	8
2.2 Mögliche Ursache.....	9
2.3 Chronische Müdigkeit	13
2.4 Aufgaben der Hausärzte und Grundversorgung von psychosomatischen Erkrankungen.....	13
3 Methodische Vorgehen	15
3.1 Strukturierte Arztbesuche	15
3.2 Vorstellung der Patientin	15
3.3 Vorstellung des Instruments	17
3.4 Stichprobenbildung und Erhebung	20
3.5 Datenanalyse.....	21
3.5.1 Anamnese	22
3.5.2 Körperliche Untersuchung und Labor.....	22
3.5.3 Wiedervorstellung.....	22
3.5.4 Arzt-Patient-Beziehung	23
3.5.5 IGeL Leistung, Verschreibung von Medikament, Überweisung	23
4 Ergebnisse	23
4.1 Arztmangel	23

4.2	Benotung	24
4.3	Zusammenhang zwischen der Dauer der Untersuchung und der Benotung der Ärzte.....	25
4.4	Vorgehensweise der Ärzte	27
4.5	Unterschied zwischen den Fachrichtungen	31
4.6	Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Hausärzten	32
4.7	Die Stadtteile	35
5	Fazit	36
5.1	Diskussion	36
5.2	Limitation	41
5.3	Ausblick	42
	Literaturverzeichnis	45
	Anhang.....	50
	Anhang A: Checkliste	50
	Anhang B: Kurzversion Leitlinie für Müdigkeit (DEGAM).....	53

Abkürzungsverzeichnis

BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BPS Modell	Biopsychosozial Modell
CM	Chronische Müdigkeit
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
Ebd.	Ebenda: ersetzt die Nachnamen der Autoren und das Erscheinungsjahr, wenn diese zweimal oder mehrmals hintereinander zitiert wurden
KBV	Kassenärztliche Bundesvereinigung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
PE	Psychosomatische Erkrankungen
RFM	Risikofaktormodell
u. a.	und and[e]re, und and[e]res, unter ander[e]
UPD	Unabhängige Patientenberatung Deutschland

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Bevölkerungsanteil mit psychischen Erkrankungen in Deutschland nach Geschlecht und Altersgruppe in Jahr 2011	3
Abbildung 2: Freuds topisches Modell (1900)	11
Abbildung 3: Verteilung der erhaltende Punkt bei der Anamneseerhebung	28
Abbildung 4: Vergleich der Notenverteilung in dem jeweiligen Fachbereich	32
Abbildung 5: Unterschiede zwischen den männlichen und weiblichen Leistungen	34
Abbildung 6: Vergleich der männlichen und weiblichen Internisten	34
Abbildung 7: Vergleich der männlichen und weiblichen Allgemeinmediziner	35

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kriterien zur Bildung von Stadtteilen Gruppen	20
Tabelle 2: Bewertungsschema (Eigene Darstellung)	22
Tabelle 3: Verteilung der Benotung	24
Tabelle 4: Zusammenhang von Dauer der Untersuchung und erhaltende Note ..	26
Tabelle 5: Aufteilung der ausgelosten Hausärzte in den jeweiligen Stadtteilen....	33
Tabelle 6: Vergleich von ärmeren und reicheren Stadtteilen	36

1 Einleitung

Die Abteilung Gesundheit- und Patientenschutz der Verbraucherzentral Hamburg führt seit mehr als zehn Jahre „strukturierte Arztbesuche“ durch. Bei den strukturierten Arztbesuchen wird die Qualität der ersten Besuche von niedergelassenen Ärzten untersucht. Diese Bachelorarbeit wird sich mit der Ermessung der Qualität der Hamburgischen Hausärzte, die im Jahr 2018 durchgeführt wurde, beschäftigen.

Psychische inbegriffen Psychosomatische Erkrankungen (PE) zählen zu den vier wichtigsten Ursachen für den Verlust gesunder Lebensjahre in Deutschland.³ Laut der Zahlen und Fakten zu Psychiatrie und Psychotherapie von der Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) erkranken jährlich 27, 8 % der Bevölkerung an einer psychischen Erkrankung. Aufgrund unklarer Trennung zwischen psychischen und psychosomatischen Erkrankungen werden psychische Erkrankungen als Obergriff verwendet. Dabei werden PE immer mit einbezogen.⁴ Im Kapitel 2 wird diese unklare Abtrennung detailliert erläutert.

Aufgrund ihrer vielgestaltigsten Behandlungen sowie Beratungen werden hausärztliche Praxen von Patienten bei gesundheitlichen Beschwerden als erste heimgesucht.⁵ In den Artikeln von Marco Hübner „Vertrauensperson Hausarzt“ in der Ärzte Zeitung vom 29.08.2014⁶ und von Dr. Manfred Stelzig „Wenn der Arzt sich drückt“ in Spiegel Online am 01.02.2013⁷ wird besagt, dass Patienten mit PE oft unbehandelt bleiben. PE werden in Hausärztelepraxen oft übersehen.⁸ Eine angemessene Grundversorgung von PE ist für die heutige Bevölkerung aufgrund der Änderung in der Gesellschaft und dessen Sozialsystems von großer Bedeutung.⁹

Auf der Suche nach einem guten Hausarzt wendet sich eine junge Frau, die an chronische Müdigkeit leidet, an die Verbraucherzentrale in Hamburg. Nach Absprache wurde die junge Frau zur Patientin für die Studie über strukturierte Arztbesuche. In dieser Bachelorarbeit wird die Qualität der Grundversorgung von PE, in diesem

³ Plass, Vos, Hornberg, 2014.

⁴ Möller, Laux, Deister, 2015, S. 249-251.

⁵ Bundesaerztekammer, 2011.

⁶ Hübner, 2014

⁷ Stelzig, 2013.

⁸ Ebd.

⁹ Bundeskammer, 2011.

Fall von chronischer Müdigkeit, in 28 hamburgischen Hausarztpraxen untersucht und bewertet. Ein Teil der Ergebnisse dieser Arbeit sind bereits in der Alltagsstudie „wie gut untersuchen Hausärzte?“ der Verbraucherzentrale Hamburg veröffentlicht wurden.

Die vorliegende Arbeit besteht aus einer Einleitung, in der der Hintergrund der Anstieg von PE erläutert werden, um die Relevanz der Grundversorgung hervorzuheben. Neben dem Hintergrund beinhaltet die Einleitung das Ziel der Bachelorarbeit und den Forschungsstand. Im zweiten Kapitel wird PE bzw. chronische Müdigkeit definiert und die möglichen Ursachen von PE genannt. Das dritte Kapitel beschreibt die Rollen und Aufgaben von Hausärzten. Im vierten und fünften Kapitel wird einerseits die methodische Vorgehensweise beschrieben und andererseits die Ergebnisse der Studie präsentiert. Abgeschlossen wird die Arbeit mit einem Fazit, welches aus Diskussion, Limitation und Ausblick besteht.

1.1 Hintergründe der Anstieg von psychosomatischen Erkrankungen

Laut der DGPPN erkranken in Deutschland jedes Jahr etwa 27,8 % der erwachsenen Bevölkerung an einer psychischen Erkrankung.¹⁰ In dem folgenden Diagramm wird die Verteilung von psychischen Krankheiten in der deutschen Allgemeinbevölkerung nach Geschlecht und Altersgruppe des Jahres 2011 dargestellt.¹¹

¹⁰ Ebd.

¹¹ Statista, 2018.

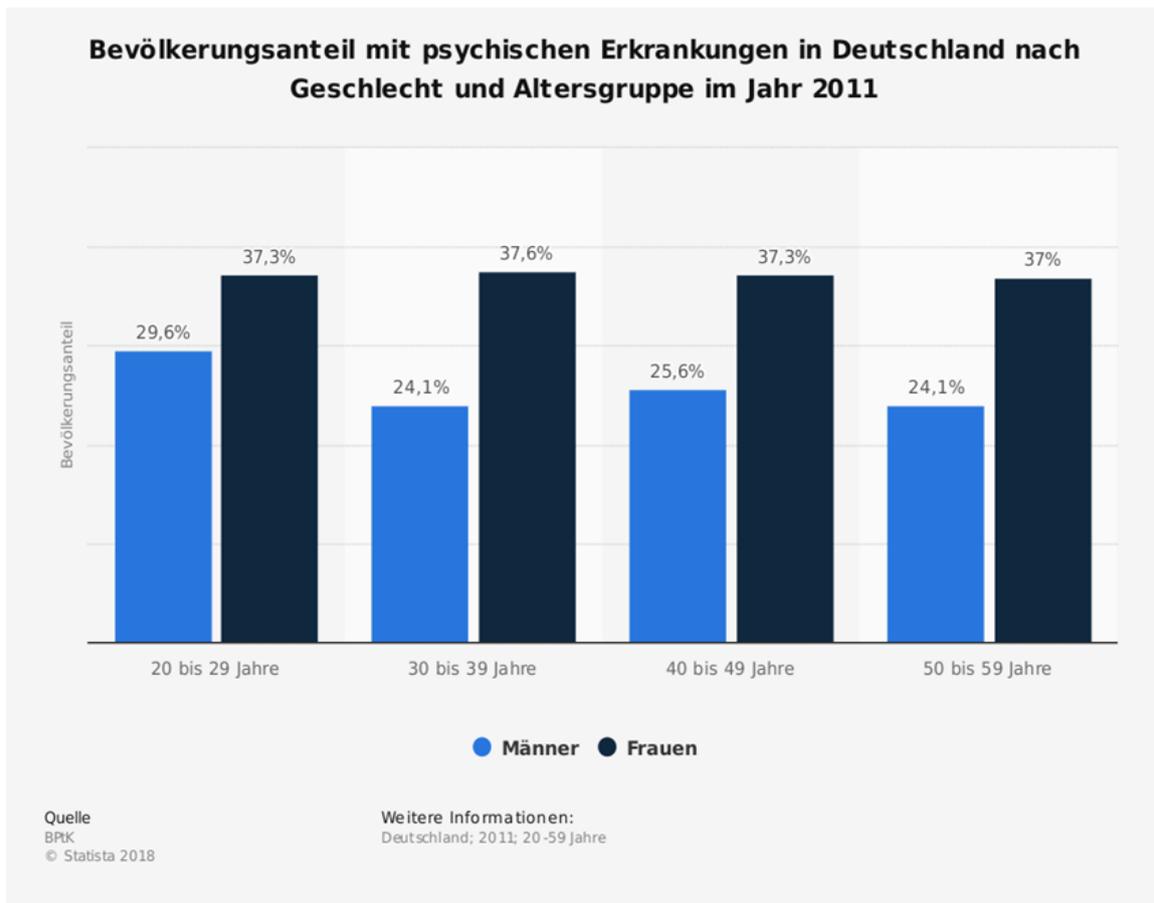


Abbildung 1: Bevölkerungsanteil mit psychischen Erkrankungen in Deutschland nach Geschlecht und Altersgruppe in Jahr 2011

Neue Arbeitswelt

Im laufenden Jahr hat sich die Arbeitswelt massiv verändert.¹² Während die Arbeitnehmer in ältere Arbeitswelt an Belastungen wie Lärm und physikalische Belastungen ausgesetzt waren, erleben die Arbeiter heute eine Vielzahl an Belastungen, die sich mit negativem Stress verbinden.¹³ Die erste Veränderung geschieht mit der Industrialisierung durch die technologische Entwicklung und die Entstehung von neuen Arbeitsmärkten.¹⁴ Die Wirtschaft tritt in die Arbeitswelt und fördert immer wieder eine Steigerung der Produktivität und Leistungsfähigkeit.¹⁵ Neben den Rahmen und dem Konzept des Unternehmens müssen sich die Beschäftigten an den neuen Führungskonzepten, die auf hoher Planung und hohe Selbständigkeit basieren,

¹² Zimmer, 2016, S. 4-6.

¹³ Ebd.

¹⁴ Beckert, 2007, S. 451-460.

¹⁵ Ebd.

anpassen.¹⁶ Neben hohe Leistungserbringung, Flexibilität und Mobilität werden Erwerbstätigen heute häufig mit befristet Arbeitsvertrag konfrontiert, was zu Angst an Arbeitsverlust führen kann.¹⁷ Eine gegenseitige Unterstützung am Arbeitsplatz ist vom Vorteil, jedoch wird durch die neuen Konzepte und Arbeitsbedingungen der Wettbewerb zwischen den Mitarbeitern gefördert.¹⁸ Arbeitsbedingungen, hohe Anforderungen und wenige sozial Unterstützung zwischen Mitarbeitern erhöhen die psychische Belastungen am Arbeitsplatz.¹⁹ Parallel mit der Belastung am Arbeitsplatz hat sich der Lebensstil der Menschen verändert.

Lebensstil

Jedes Individuum in der Gesellschaft besitzt eine soziale Rolle, wie Mutterrolle, Vaterrolle, Studentenrolle oder berufliche Rolle. Ein Individuum kann mehrere Rollen ausüben, was zu Rollenwechsel führt.²⁰ Neben dem Wechselverhältnis zwischen den unterschiedlichen Rollen werden diese sozialen Rollen mit Erwartungen verbunden.²¹ Die Häufung aller Erwartungen sowie Verpflichtungen begünstigen die Überforderungen eines Menschen.²²

Wie in dem vorigen Abschnitt geschildert wurde, bringt die Veränderung in der Arbeitswelt zusätzliche Anforderung im Alltag. Eine klare Abtrennung der Arbeitszeit vom Privatleben wird immer schwieriger.²³ Dazu steigt die Anzahl der pflegebedürftigen Angehörigen, die ebenso zusätzliche Last im Alltag bringt.²⁴

Neben der Außeneinfluss spielt das Ernährungsverhalten eine wichtige Rolle auf die menschliche Gesundheit. Auch hier wird eine starke Änderung beobachtet; der Konsum von ungesundem Lebensmittel steigt in der Gesellschaft.²⁵ Das menschliche Körper ist auf Nahrung angewiesen. Diese versorgt den menschlichen Körper nicht nur mit Energie, sondern liefert ebenso wichtige Nährstoff, die als Baustein der Gesundheit dienen. Der Mangel oder Überfluss an Nahrungskomponenten kann

¹⁶ Schütte, Armin, 2017; Baua, 2017, S. 9.

¹⁷ Beckert, 2007, S. 451-460.

¹⁸ Jäger, 1989, S. 6 / Beckert, 2007, S. 451-460.

¹⁹ Beckert, 2017, S. 451-460; Schütte, Armin, 2017.

²⁰ Weymann, 2007, S. 123ff.

²¹ Ebd., S. 124.

²² Ebd., S. 125.

²³ Baua, 2017, S. 9.

²⁴ Collatz, Gudat, 2011, S. 15.

²⁵ RKI.

jedoch auch ein Defizit in dem Gesundheitskontinuum auslösen.²⁶ Dazu beugt eine ausgewogene Ernährung viele Erkrankungen vor.²⁷ Neben dem Kalorienüberfluss herrscht ein Bewegungsmangel in der Gesellschaft.²⁸ Durch den Einsatz von Technologie und Maschinen, dazu die steigende Anzahl von sitzenden Tätigkeiten, herrscht in Privat- und Berufsalltags, aber auch in der Freizeit ein Bewegungsmangel in der Bevölkerung.²⁹ Regelmäßige körperliche Aktivität trägt einen wesentlichen Beitrag zur Aufrechterhaltung von körperlichem sowie psychischem Wohlbefinden.³⁰ Eine mangelnde soziale Unterstützung oder ein fehlender familiärer Zusammenhalt kann ebenso die Entstehung von PE begünstigen.³¹

1.2 Ziel der Bachelorarbeit und Fragestellungen

Im kommenden Abschnitt „Definition“ wird genauer auf die Komplexität und Ursachen von PE eingegangen. Die Komplexität sowie Ursache der Gruppen Erkrankungen fördern eine Gestaltung von Präventionsmaßnahmen sowie eine Verbesserung der Versorgung. Hierbei muss die Qualität der bestehenden Grundversorgung geprüft werden. Das Ziel der Bachelorarbeit ist es, mithilfe der strukturierten Arztbesuche eine deskriptive Studie, welche die Qualität der Grundversorgung von PE beim Hausarzt in Hamburg untersucht, durchzuführen. Lücken sowie bereits vorhandene Ressourcen der Versorgung sollte dabei aufgedeckt werden. Bei der Forschung der Qualität der hausärztlichen Grundversorgung gegenüber den unspezifischen Symptomen chronischer Müdigkeit werden in der Bachelorarbeit folgende Fragestellung nachgegangen:

- Fragestellung 1: Arbeiten die einzelnen Hausärzte in demselben Musterbild: Bio-psychosozial Anamnese – Klinische Untersuchung – Aufklärung – ggf. Wiedervorstellung?
- Fragestellung 2: Wie ausführlich wird die Anamnese? Werden somatische, psychische und soziale Hintergründe erhoben und können die Hausärzte Aufklärung zu der möglichen Ursache der Beschwerde bieten?

²⁶ Ebd.

²⁷ RKI.

²⁸ RKI, 2003, S. 3

²⁹ Guthold, Stevens, Riley, Bull, 2018

³⁰ Ebd.

³¹ Burgess, Rieger, 2017.

- Fragestellung 3: Gibt es Unterschiede bei der Arbeitsweise von weiblichen und männlichen Ärzten?
- Fragestellung 4: Hat der sozioökonomische Stand der Stadtteile einen Einfluss auf die Arbeitsqualität von Hausärzten?

Folgenden Hypothese wurden zu den jeweiligen Fragestellungen generiert:

- *Hypothese 1*: Wie in der Leitlinie für Müdigkeit geschrieben steht, sollte folgender Vorgang in der Untersuchung stattfinden: Biopsychosozial Anamnese – Körperliche sowie Laboruntersuchung bei Auffälligkeit in der Anamnese – Wiedervorstellung.³²
- *Hypothese 2*: Als Ganzheitsmediziner führen Hausärzte mit Selbstverständlichkeit eine biopsychosoziale Anamnese. Eine klare Diagnose wird nicht bei der ersten Untersuchung erwartet, aber ein Verdacht zu der möglichen Ursache der Beschwerde kann anhand einer ausführlichen Anamnese stehen.
- *Hypothese 3*: Das Geschlecht der Ärzte hat keinen Einfluss auf die Qualität ihrer Arbeit.
- *Hypothese 4*: Der sozioökonomische Stand eines Stadtteils sollte keinen Einfluss auf die Arbeitsqualität der Hausärzte haben.

1.3 Forschungsstand

Thematik der Alltagsstudie sowie auch meine Bachelorarbeit ist die Untersuchung der Qualität der Grundversorgung von PE in hausärztlichen Praxen hinsichtlich eines Patienten. Wie bereits im Kapitel „Anstieg von Psychischen und PE in der Bevölkerung“ erwähnt, steigt die Anzahl an PE in der Bevölkerung. Zum Thema „Psychosomatische Störung“ und Psychosomatik im Hausarztpraxen stehen zahlreiche Forschungsliteraturen zur Verfügung. Über die Qualität der Hausärzte bezogen auf PE aus der Sicht eines Patienten fehlt es jedoch an wissenschaftlicher Literatur. Einer Studie der Klinik für Psychotherapeutische Medizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf mit dem Titel „Warum übersieht der Hausarzt die psychischen Störungen seiner Patienten?“ kommt diese Arbeit nah.³³ In dieser Studie wird Psychische Störung als Oberbegriffe verwendet, denn PE werden in dieser Studie als

³² DEGAM, 2017.

³³ Kruse, Schmitz; Wöller, Heckrath, Tress, 2003.

psychische Störungen eingeordnet. Dieser Tatsache zeigt eine unklare Trennung von psychischer sowie psychosomatischen Störung in Deutschland.³⁴ In den kommenden Abschnitt „Definition von Psychosomatische Erkrankungen“ wird diese Aussage detailliert dargestellt.

120 Konsultationen von Patienten mit psychischen Störungen aus 16 hausärztlichen Praxen in Düsseldorf wurden begleitet und aufgenommen. Die Rekrutierung der Patienten erfolgt in dem Wartezimmer der teilnehmenden Ärzte. Sie wurden über die Studie informiert und gebeten, daran teilzunehmen. Am Ende der Behandlung werden die Symptomatik der Patienten anhand der orientierenden symptomatischen Einschätzung (OSE) beurteilt und eingeordnet. Anschließend befragte eine klinisch erfahrene ärztliche Psychotherapeutin die Patienten mithilfe eines strukturierten klinischen Interviews (SKID). Die Erfassung der Kriterien erfolgt anhand der moderne psychiatrische Diagnostik DSM-III-R-Störung. Beurteilt wird die Beeinträchtigungsschwere (BSS)³⁵. 49,2 % der untersuchten Patienten litten unter somatoformen Störungen, 24,2 % unter Anpassungsstörungen, 12,8 % unter Angststörungen, 8,3 % unter Essstörungen und 8,3 % litten an Abhängigkeitserkrankungen.³⁶

2 Psychosomatische Erkrankungen

Wie im Kapitel 1 bereits erwähnt, besitzt ein Individuum mehrere Rollen. Vor den alltäglichen Herausforderungen bei der Ausübung der unterschiedlichen Rollen kommt es hin und wieder zu Frustration bis zu Trauma.³⁷ Mit Hilfe des Abwehrmechanismus agieren Körper sowie auch die Psyche gegen die Frustration und alle Herausforderungen.³⁸ Der Abwehrmechanismus dient als Schutz vor schlechten Ereignissen, der Körper und die Psyche können sich mit unterschiedlicher Reaktion wehren:³⁹

- Vermeidung, d. h. das Problem wird umgangen.
- Verdrängung von Frustration oder Trauma.

³⁴ Möller, Laux, Deister, 2015, S. 249-251.

³⁵ Kruse, Schmitz; Wöller, Heckrath, Tress, 2003.

³⁶ Ebd.

³⁷ Weymann, 2007, S. 125/ Kuhlmann, 2018, S. 16, 29.

³⁸ Kuhlmann, 2018, S. 16, 29.

³⁹ Kuhlmann, 2018, S. 16, 29.

- Verleugnung, d. h. hier wird nur ein Bruchteil der Realität wahrgenommen.
- Rückzug auf frühere Entwicklungsstufen.
- Affektisolierung oder auch Isolierung, d. h. hier wird das Gefühl bei einem Ereignis ausgeklammert.
- Auch Somatisierungen werden als Abwehrmechanismen gezählt.

An einem Beispiel des Buches von Lena Kühlmann wird die Somatisierung einer Angst veranschaulicht: „Kinder mit Trennungsängsten klagen beispielsweise nicht selten an Schultagen über (echte und nicht gespielte) Bauchschmerzen, die sich meist wieder legen, wenn sie nicht in die Schule gehen müssen. Die Angst, ohne Mama zu sein, kann sich also verkleiden.“⁴⁰ PE beruhen oft auf der Funktion des Abwehrmechanismus.⁴¹

2.1 Definition

Eine genaue Abgrenzung von psychosomatischen und psychischen Störungen besteht derzeit in Deutschland nicht. Die Trennung der beiden Bereiche, dazu die Ausdehnung der Krankheitsspektrum erschwert das Definitionskonzept von PE.⁴² Auch das International Klassifikationssystem ICD-10 und das amerikanische Klassifikationssystem DSM-5 verzichten auf den Begriff „Psychosomatische Störung“.⁴³

Laut Pschyrembel ist „psychosomatische Störung“ der Oberbegriff für Erkrankungen, für die angenommen wird, dass Symptomatik, Ätiologie, Aufrechterhaltung und Therapie der körperlichen Erkrankung durch psychische und somatische Faktoren geprägt werden und für die in der Regel multidisziplinäre Diagnostik und Therapie als erforderlich angesehen werden.⁴⁴ Einfach ausgedrückt sind PE Krankheiten mit körperlichen Beschwerden bzw. organischen Veränderungen und Symptomen, ohne dass eine körperliche Ursache gefunden werden kann, weil die Ursache oft in die Psyche liegt.⁴⁵ Sie umfassen die ICD-Kategorien F4, F5 und den DSM-5.⁴⁶

⁴⁰ Kühlmann, 2018, S.

⁴¹ Ebd.

⁴² Möller, Laux, Deister, 2015, S. 249-251.

⁴³ Ebd.

⁴⁴ Pschyrembel.

⁴⁵ UPD, 2015.

⁴⁶ Möller, Laux, Deister, 2015, S. 253.

Psychosomatose bilden jedoch keine eigene Gruppe, sie sind in den ICD Klassifikationen als „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen“ und in den DSM-5 unter „Psychological Factors affecting medical Conditions“ bezeichnet.⁴⁷ PE kann wie folgend zugeordnet werden:

- Störung mit Organ oder Gewebeschädigung auch als klassische Psychosomatose bezeichnet,
 - Asthma bronchiale
 - Neurodermitis
 - Colitis ulcerosa
 - Essenzielle Hypertonie
 - U.a.
- Störungen mit somatischer Dysfunktion, ohne medizinischen Krankheitsbefund.
 - Somatoforme Störung
 - Dissoziative Störungen
 - Belastung und Anpassung Störung
 - chronisches Müdigkeitssyndrom
 - u.a. (Möller, Laux, Deister, 2015, S.253/ Pschyrembel)

Psychosomatische Erkrankungen können fast alle Organe betreffen und sehr unterschiedliche Symptome verursachen. Häufig stehen Schmerzen im Vordergrund und meisten sind sie unspezifisch, wie zum Beispiel Magenschmerzen, Kopf- oder Rückenschmerzen, Herzrasen, Schwindel, Juckreiz oder chronische Erschöpfung.⁴⁸

2.2 Mögliche Ursache

Körper und Seele bilden eine biologische Einheit, daher können das Denken und Verhalten die körperliche Funktionen beeinflussen.⁴⁹ Ständige Überforderung, Stress, Trauma oder private sowie berufliche Konflikte sind zum Teil die Auslöser der Erkrankungsgruppe.⁵⁰ Ein weiterer Risikofaktor ist die mangelnde soziale

⁴⁷ Ebd.

⁴⁸ UPD, 2015.

⁴⁹ Kasten, 2011, S. 10.

⁵⁰ UPD, 2015.

Unterstützung oder fehlender familiärer Zusammenhalt.⁵¹ Laut Möller entstehen PE unter Einfluss von unbewussten emotionalen Zuständen/Konflikten, die somatische bewältigt werden.⁵² Wie oben im Kapitel 2 genannt, wehrt sich der Körper bei Spannungszuständen mit Hilfe von Abwehrmechanismen. Das vegetative Nervensystem wird beeinflusst, was zu Hormonausschüttungen und Stoffwechsel Veränderungen führt.⁵³ Die vegetative und organe Reaktionen haben Einwirkungen auf das Immunsystem. Diese Achterbahn im Organismus und in der Psyche führt auf Dauer zu einer Regression.⁵⁴

Die Entstehung von PE kann anhand einiger Modelle erklärt werden. Die wesentlichen Modelle werden im Folgenden genauer untersucht.

Konversionsmodell nach Freud

Stress gehört teilweise zum Leben der Menschen dazu. Manche Personen reagieren dagegen widerstandsfähig, anderen hingegen vulnerabel. Vulnerabilität beschreibt die Empfänglichkeit eines Menschen für Stress.⁵⁵ Stress kann durch unterschiedliche „Stressoren“ ausgelöst werden, wie Erkrankungen oder besonders belastende Lebensereignisse. „Überschreitet der Stress die individuelle Belastungsschwelle des Patienten, kommt es zur Ausbildung von körperlichen Symptomen.“⁵⁶ Die Psyche hat zwei Umgang zu Konflikt: „Die Abfuhr der Triebenergie durch Abreaktion bzw. Befriedigung oder die Abwehr der störenden Erregung durch Verdrängung.“⁵⁷ Der Verlauf des Verdrängungsabwehr erläutert Freud in seinem „Freuds topisches Modell (1900)“. Ein unbewusster Konflikt, der verdrängt und nicht gelöst wird, kann sich auf die körperliche Ebene ausdrücken, anhand von körperlichen Symptomen.⁵⁸

⁵¹ Burgess, Rieger, 2017.

⁵² Möller, Laux, Deister, 2015, S. 250.

⁵³ Kuhlmann, 2018, S. 16, 29; Möller, Laux, Deister, 2015, S. 250.

⁵⁴ Kuhlmann, 2018, S. 16, 29; Möller, Laux, Deister, 2015, S. 250.

⁵⁵ Amboss 2019.

⁵⁶ Amboss 2019.

⁵⁷ Boll-Klatt, Kohrs, 2014, S. 18.

⁵⁸ Ebd.

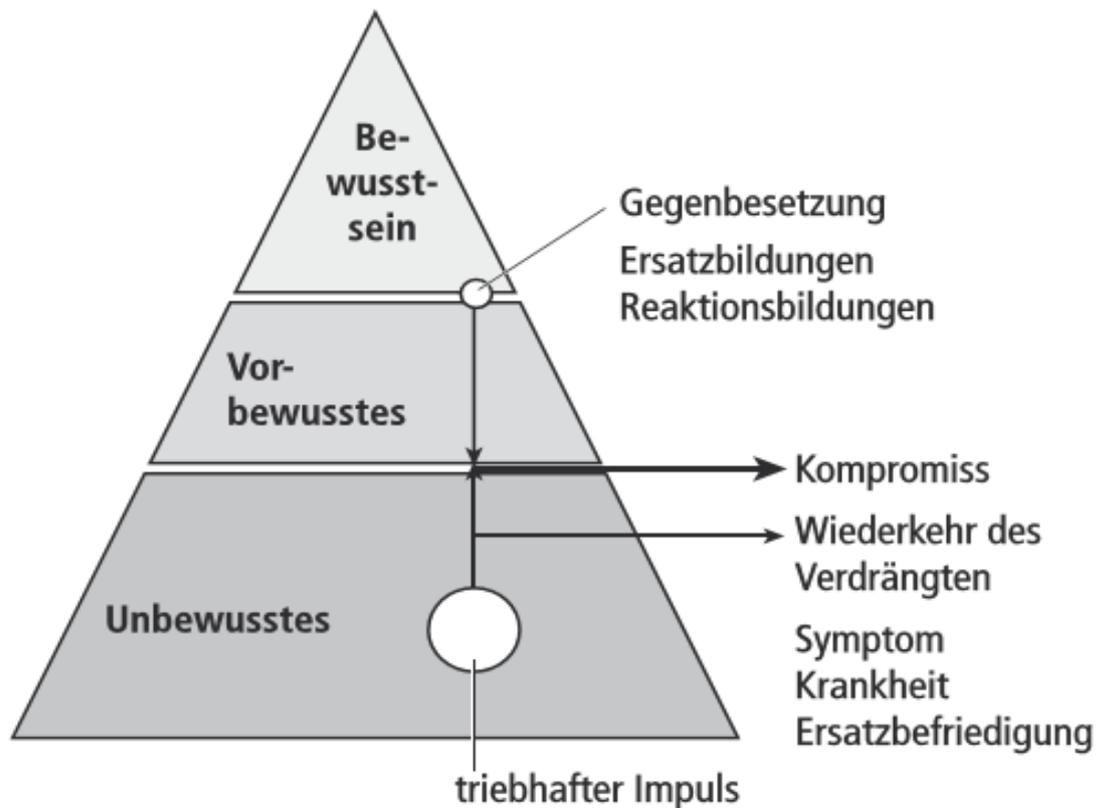


Abbildung 2: Freuds topisches Modell (1900)

Biopsychosoziale Modell (BPS Modell)

Den Begriff „Gesundheit“ mit der Abwesenheit von Krankheit zu definieren, ist besonders bei PE nichtzutreffend. Wie bereits bei der Definition von PE erwähnt wurde, stehen die Beschwerden von PE im Vordergrund, wobei oft kein Befund über körperliche Ursachen vorhanden ist. In dieser Erkrankungsgruppe findet eine Wechselwirkung der seelische und körperliche Zustand statt, daher ist das Biopsychosozial Modell adäquat für die Erklärung der Entstehung von PE⁵⁹. In dem „biopsychosozialen Modell“ ist „Gesundheit und Krankheit kein Zustand, sondern ein dynamischer Prozess, der zu jeder Sekunde im Leben erschaffen sein muss.“⁶⁰ Um das Gleichgewicht zu erhalten, muss der Organismus die Belastungen im Leben bewältigen.⁶¹ Das Modell betrachtet den Mensch als ganzheitliche Einheit von Körper,

⁵⁹ Möller, Laux, Deister, 2015, S. 253.

⁶⁰ Brinkmann, 2014, S. 30-35.

⁶¹ Ebd.

Seele und Gesellschaft. Deswegen werden die biologische, psychische und soziale Dimension eines Menschen betrachtet, um die Ursache von PE herauszufinden.⁶² Die drei Dimensionen beeinflussen sich gegenseitig, um das Gleichgewicht zu erhalten. Laut Univ.-Prof. Dr. Josef W. Egger „stellt sich eine Krankheit ein, wenn der Organismus die *autoregulative Kompetenz* zur Bewältigung von auftretenden Störungen nicht ausreichend zur Verfügung stellen kann und relevante Regelkreise für die Funktionstüchtigkeit des Individuums überfordert sind.“ Hierbei ist die Ebene der Unstimmigkeit nicht von Bedeutung. Relevant ist der Schaden, der auf der jeweiligen Systemebene wirkt.⁶³

Risikofaktormodell (RFM)

RFM ist eine Erweiterung des biomedizinischen Modells.⁶⁴ Während das biomedizinische Modell Gesundheit als Abwesenheit von Krankheit ansieht, nimmt RFM an, dass eine Krankheit multifaktoriell ist, das heißt, dass andere Risiken wie die Lebensgewohnheit, der Umgang mit Beschwerden oder Persönlichkeitsmerkmale die Entstehung einer Krankheit beeinflussen können⁶⁵. Risikofaktoren hängen mit dem Lebensstil einer Person zusammen.⁶⁶ Als Beispiel hierzu kann der Zusammenhang von Rauchen und der Entstehung von Lungenkrebs als Beispiel verwendet werden.

Gesundheitsverhalten

Das Gesundheitsverhalten trägt zur Begünstigung des Auftretens einer Krankheit, aber vor allem zum Schutz vor dem Auftreten oder dem frühzeitigen Erkennen einer Krankheit bei, damit eine geeignete Therapie vereinfacht werden kann.⁶⁷ Gesundheitsverhalten bezeichnet das gesamte Verhalten zur Erhaltung und Förderung der Gesundheit, darunter fallen gesunde Ernährung, regelmäßige Körperaktivität, Gesundheitskontrolle wie Vorsorgeuntersuchung, Pflege von Sozialkontakt oder das Verzicht auf Alkohol, Tabak usw.⁶⁸

⁶² Brinkmann, 2014, S. 30-35.

⁶³ Egger, 2008.

⁶⁴ Hammelstein, Renneberg, 2006, S. 9.

⁶⁵ Brinkmann, 2014, S. 126.

⁶⁶ Brinkmann, 2014, S. 37-39.

⁶⁷ Ebd., S. 40.

⁶⁸ Ebd.

2.3 Chronische Müdigkeit

Wie oben in dem Kapitel „Definition von PE“ genannt, gehört „Chronische Müdigkeit“ (CM) zu PE.⁶⁹ Das „Chronische Erschöpfungssyndrom“ ist ein Komplex an Erkrankungen, die sich durch eine extreme Erschöpfung zeigen, in dem die körperliche und geistige Leistung beeinträchtigt wird.⁷⁰ Der Zustand muss mindesten sechs Monate bestanden haben. Weitere Symptome wie häufige Kopfschmerzen, Halsschmerzen, Muskel und Gelenkschmerzen, Konzentration und Gedächtnisstörung begleitet oft das Krankheitsbild.⁷¹

Oft litten Menschen mit chronischer Erschöpfung vor dem Ausbruch dieser Erkrankung an eine Schädigung der mitochondrialen.⁷² Durch diese Schädigung werden einige chemische Vorgänge im Körper gestört, sodass der Energiestoffwechsel eingeschränkt wird. Somit ist die Ermüdung stark ausgeprägt und eine Erholung findet kaum statt.⁷³ Die Auslöser der Schädigung der mitochondriale DNA und somit der Auslöser für die Entstehung von CM können Infektionen, organische Schäden oder stark psychische Belastungen sein.⁷⁴

2.4 Aufgaben der Hausärzte und Grundversorgung von psychosomatischen Erkrankungen

Vor dem Wandel der heutigen Gesellschaft stehen die Hausärzte mehr Verantwortung gegenüber, somit verändert sich ebenso ihr Berufsbild.⁷⁵ Demnach wurde von dem 114. Deutschen Ärztetag im Jahr 2011 gefördert, dass alle Hausärzte die verabschiedete EntschlieÙung „Eckpunkte zur Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung“ fortzuführen haben.⁷⁶

Aufgrund ihrer vielgestaltigsten Beratungen und Behandlungen, die meistens Wohn nah stattfinden, suchen viele Patienten hausärztliche Praxen bei gesundheitlichen Beschwerden heim, egal ob es sich um psychische oder körperliche Belastung handelt.⁷⁷ In diesen Praxen findet sowohl eine akute als auch lebenslange Betreuung

⁶⁹ Möller, Laux, Deister, 2015, S. 253/ Pschyrembel.

⁷⁰ Strienz, 2015, S. 1; S. 32.

⁷¹ Strienz, 2015, S. 1; S. 32.

⁷² Strienz, 2015, S. 1; S. 32-40.

⁷³ Ebd., S. 38-40.

⁷⁴ DEGAM, 2017, S. 15-23.

⁷⁵ Bundesaerztekammer, 2011.

⁷⁶ Ebd.

⁷⁷ Ebd.

der Bürger statt. Als erst gesundheitliche Ansprechpartner besitzen Hausärzte eine wesentliche Bedeutung in der Gesundheitsversorgung. Die Tätigkeit eines Hausarztes besteht aus der Untersuchung, Behandlung sowie Unterstützung und Beratung bei gesundheitlichen Entscheidungen und der Überweisung zu Fachärzten.⁷⁸ Laut der Mitglieder der „Leitliniengruppe Hessen als Orientierungs- und Entscheidungshilfen für Hausärztliche Pharmakotherapie“ fehlt jedoch eine ganzheitliche Betrachtungsweise im Praxisalltag.⁷⁹ Den Hausärzten ist im Regelfall bewusst, dass eine Trennung von Körper und Psyche ein methodisches Konstrukt ist, um angemessene Untersuchung durchführen zu können.⁸⁰ Um ihre Tätigkeit zu meistern, werden unterschiedliche Kompetenzen erwartet:⁸¹

- Ausgestreckte Anamnese: Problemorientierte Diagnostik unter Berücksichtigung somatischer, psychosozialer, sozio-kultureller und ökologischer Aspekte.
- Pflege der Arzt-Patient-Beziehung, Einbezug der Patient in der Behandlung sowie Therapieentscheidung.
- Erkennung von und Intervention bei psychosomatischen und psychischen Störungen, Krisenintervention, Führung von Suchtkranken, Langzeitbetreuung von Menschen mit chronischen Erkrankungen, Begleitung von Patienten und Angehörigen bei unheilbarer Erkrankung und beim Sterben.
- Gesundheitsförderung: Motivation der Patient für eine gesund Lebestill
- Rationale Pharmakotherapie.
- Versorgungsmanagement vor und nach ambulanten und stationären operativen Eingriffen.
- Basiswissen zu komplementär-therapeutischen Verfahren.

Die hausärztliche Versorgung wird von Allgemeinmediziner, hausärztlich tätigen Internisten und dem Kinder- und Jugendarzt gewährleistet.⁸² Aufgrund ihrer Ganzheitsmedizin und der Patienten-Nahversorgungen sind Hausärzte besten für die Grundversorgung von PE qualifiziert. Die meisten PE sind multikausal und jede

⁷⁸ Bundesaerztekammer, 2011.

⁷⁹ DEGAM, 2014, S. 4.

⁸⁰ DEGAM, 2014, S. 4.

⁸¹ Bundesaerztekammer, 2011.

⁸² Bundesaerztekammer, 2011.

Krankheit hat einem psychosozialen Aspekt.⁸³ Bei einer Untersuchung sollte der Fokus nicht auf Krankheit gelegt werden, sondern auf die kranke Person.⁸⁴

Wie aus dem vorigen Kapitel bekannt, ist die Identifizierung von psychosomatischen Erkrankungen bzw. chronischer Müdigkeit aufgrund der Spezifität und den multifaktoriellen Auslösern nicht einfach. Die DEGAM erstellt Leitlinien für „Müdigkeit“⁸⁵ und „Hausärztliche Leitlinie: Psychosomatische Medizin in der Hausarztpraxis“ zur Orientierungs- und Entscheidungshilfen bei der Versorgungsaufgaben in den Hausärztlichen Praxen.⁸⁶

3 Methodische Vorgehen

3.1 Strukturierte Arztbesuche

Seit dem Jahr 2005 wird hin und wieder ein strukturierter Arztbesuch von der Abteilung „Gesundheit und Patientenschutz“ der Verbraucherzentrale Hamburg durchgeführt. Anhand dieses strukturierten Arztbesuchs versucht die Verbraucherzentrale Hamburg zu zeigen, wie fachgerecht und patientenorientiert die Qualität eines Erstkontakts beim Arzt sein kann. Die Qualität der Arbeit (Anamnese, Untersuchung, Diagnosestellung und Beratung sowie mögliche folgende Therapie) der niedergelassenen Ärzte wird dabei ermessensgemäß. Mit echten Patienten und echten Krankheitsbildern werden bis zu 30 Ärzte besucht. Anschließend werden die gesamten Ergebnisse ohne namentliche Nennung veröffentlicht. Ziel dieses Projekts ist die Sensibilisierung der Ärzteschaft in der ambulanten Versorgung.

3.2 Vorstellung der Patientin

Als eine junge Frau die Verbraucherzentrale bei der Suche eines guten Hausarztes um Rat und Hilfe bittet, wurde sie zu einer Probandin einer Alltagsstudie. Die Patientin litt lange Zeit unter anhaltender Müdigkeit, der Mangel an Energie verstärkte sich, so dass ihr Alltag durch die Erschöpfung sowie Konzentration- und Gedächtnisminderung stark beeinträchtigt wurde. Bei der Untersuchung des Referenzarztes wurde die Vorgeschichte der jungen Frau erhoben. Diese bietet einen wesentlichen Blick in das Wohlbefinden der Patientin. Die 27-jährige Vollzeitstudentin

⁸³ Brinkmann, 2014, S. 126.

⁸⁴ Möller, Laux, Deister, 2015, S. 248; S. 254.

⁸⁵ DEGAM, 2017.

⁸⁶ DEGAM, 2014.

verbringt ihr Leben mit ihrem zweijährigen Sohn und ihrem Freund. Vor einem Vierteljahr erlebt sie ein trauriges Ereignis. Sie begleitet ihre Mutter beim Sterben. Nach dem Ereignis kehrt die Patientin zu ihrem Alltag zurück und nach und nach verstärkt sich ihrer Erschöpfung. Eine Vorerkrankung liegt ebenso vor: Asthma.

Die Anamnese ist die Biographie einer Krankheit und liefert Informationen, an welchen Zeitpunkten des Lebens der Patient Krank geworden ist.⁸⁷ Laut Rüger in seinem Buch Psychodynamische-Psychotherapien schreibt, geht „der kontextuelle Bezug einer Erkrankung verloren, ohne Kenntnis der Lebensgeschichte.“⁸⁸ Wie im Fall der junge Frau liefert die Anamnese einen wichtigen Einblick auf die Erkrankung. Gesundheit bedeutet nicht nur die Abwesenheit von Krankheit in den Organismen, sondern das Erhalten des Gleichgewichtes des körperlichen, psychischen und sozialen Wohlbefindens⁸⁹. An diesem Punkt kann das in Kapitel 2.2 vorgestellte BPS-Modell angewendet werden, um die Widerstände in den drei Dimension aufzuwickeln.⁹⁰ Auffällig ist zunächst der Tod der Mutter, der sich in der psychischen Ebene zuzuordnen lässt. Die Studie von Pennebaker und Beall aus dem Jahr 1986 zeigt den Einfluss von negativen Emotionen auf die körperliche sowie seelische Gesundheit eines Menschen. Anhand der Studie zu „Expressives Schreiben“ kann man die Auswirkung eines Traumas und Stress auf die Gesundheit eines Menschen veranschaulichen.⁹¹ Wie in dem Kapitel 2.2 erwähnt, spielen die psychosozialen Faktoren ebenso eine wichtige Rolle bei der Bildung einer Krankheit. Hierbei kann die Familie als Beispiel verwendet werden. Familie kann sowohl eine Ressource sein als auch Stressoren darstellen. Eine familiäre Unterstützung kann die Vulnerabilität eines Menschen beeinflussen.⁹² Aufgrund der unterschiedlichen Rollenerwartung in einer Familie kann diese auch Belastung bringen und somit eine Überforderung begünstigen. Zurück zu der Patientin der Alltagsstudie: die Rolle als Mutter, Frau und ebenso Studentin sind automatisch mit Anforderung gekoppelt, was zu einem Rollenkonflikt führen kann.⁹³ In der biologischen Ebene werden somatische Risikofaktor, wie Vorerkrankungen, weitere Beschwerden, Essverhalten usw. beachtet.

⁸⁷ Rüger, 2012, S. 38.

⁸⁸ Rüger, 2012, S. 38.

⁸⁹ Brinkmann, 2014, S. 30-35.

⁹⁰ Brinkmann, 2014, S. 94.

⁹¹ Schubert, 2015, S. 245-250, S. 303.

⁹² Ambos, Burgess, Rieger, 2017.

⁹³ Brinkmann, 2014, S. 33.

3.3 Vorstellung des Instruments

Um die Qualität der Ärzte zu messen, werden wahre Fakten verwendet. Deshalb werden die Patienten bzw. Patientinnen vor der Alltagsstudie von einem Referenzarzt oder zwei Referenzärzten untersucht. Demnach startet das Projekt mit der Suche nach einem Referenzarzt zur Abklärung des Ablaufs und Kriterien des Projekts. Der Referenzarzt steht der Herstellung des Fragebogens bzw. der Checkliste beratend zur Seite. Nach der Untersuchung des erfahrenen Allgemeinmediziners wird anhand der Patientengeschichte und der Leitlinie „Müdigkeit der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM)“ eine Checkliste hergestellt. Diese Checkliste spiegelt wider, wie ungefähr die Untersuchung der Patientin aussehen soll. Anhand dieser Checkliste wird die Qualität der Anamnese, Untersuchung, Diagnose und Beratung sowie die Arzt-Patient-Beziehung im Erstgespräch bewertet.

Die Checkliste beinhaltet folgende Eigenschaften.

(1) *Anamnesefragen*

Bei den Anamnesefragen geht es hauptsächlich, um mögliche Ursache herauszufinden. Fragen zu begleitenden Symptomen sowie mögliche Hintergründe sollte vom behandelnden Arzte erfragt werden.

- Dauer und Auftreten der Beschwerden geben Hinweise darüber, ob es sich hier um akute oder chronische Beschwerden handelt.
- Vorstellungen des Patienten zur Ätiologie liefert oft die Vorgeschichte, wie Vorerkrankungen oder belastende Situationen bzw. Tätigkeiten.
- Körperliche Einschränkungen, Belastungen und die Vorgeschichte des Patienten geben Auskunft über den Grad des Leidens, um mögliche Begleitbeschwerden zu erkennen und zu assoziieren, um eine genaue Diagnose zu stellen.
- Lebensumstände bestehend aus Berufsleben, Familienstand usw. sollten Auskunft über mögliche bestehende psychosozial Faktoren geben, die einen Einfluss auf Beschwerden haben können.
- Veränderung der Stimmung, Antrieb kann ein Gleichgewicht in der psychischen Eben darstellen.

- Ernährungsverhalten kann als ein wichtiger Punkt zur Definition der Ätiologie dienen. Zum Beispiel Veganer oder Vegetarier haben ein höheres Risiko an einem Nahrungsstoffmangel, wie Vitamine B12 und Eisen zu leiden.⁹⁴ Dieser Mangel kann ebenso zu einer Erschöpfung führen.
- Gewichtsveränderung und Müdigkeit kann ebenso ein Symptom einer Schilddrüsenstörung sein.⁹⁵
- Nachtschweiß kann bei einige Krankheiten wie Krebs als begleitende Beschwerden von Müdigkeit auftreten.⁹⁶

Jeder Punkt wird auf Grund der Bedeutung unterschiedlich beurteilt. Bei der Anamnese sollte sowohl der somatische, soziale als auch psychische Hintergrund nachgefragt werden. Bei dem ersten Termin sollte die Anamnese im Vordergrund stehen da Patient und Arzt sich noch nicht kennen. Hier kann ebenso beobachtet werden, wie gut die Ärzte die geschilderten Beschwerden ernst nehmen.

(2) *Körperliche Untersuchung*

Laut dem Referenzarzt ist die körperliche Untersuchung beim Erstkontakt nicht zwingend, hängt jedoch davon ab, ob der behandelte Arzt Auffälligkeiten in der Anamnese entdeckt hat oder es besteht ein weiterer Termin, bei dem die körperliche Untersuchung stattfinden soll. Andersherum wird die nicht bestehende körperliche Untersuchung negativ bewertet.

(3) *Labor*

Laboratoriums medizinische Untersuchungen weisen bei vielen Erkrankungen eine große Bedeutung für die Diagnosestellung und Therapiebegleitung auf.⁹⁷ Laut des Referenzarztes sollte bei einem unspezifischen Symptom wie Müdigkeit sowohl psychische als auch somatische Ursachen untersucht werden. Laboruntersuchungen sollten jedoch abhängig von Auffälligkeiten in der Anamnese und körperlichen Untersuchung sein. Laut der Leitlinie für Müdigkeit (DEGAM) sollten bei primär ungeklärter Müdigkeit folgende Laboruntersuchungen durchgeführt werden⁹⁸:

⁹⁴ Mensink, Brettschneider (RKI Journal), 2016.

⁹⁵ DEGAM, 2017.

⁹⁶ Ebd.

⁹⁷ KBV, 2014, S. 1.

⁹⁸ DEGAM, 2017.

- Blut-Glucose,
- Blutbild,
- Blutsenkung/CRP,
- Transaminasen oder γ -GT, TSH.

(4) *Verordnung von Medikamenten oder andere Empfehlungen*

In diesem Kriterium wird das verordnete Medikament bzw. die Leistung erfasst. Bei der Bewertung wird der Grund der Verschreibung beurteilt. Der Punkt beinhaltet ebenso das Angebot an IGELE Leistung, denn laut der Bundesärztekammer und Kassensärztlichen Bundesvereinigung lässt sich folgendes feststellen: „Werbung ist zwar heutzutage allgegenwärtig – in eine Praxis gehört sie allerdings nicht; schließlich geht es um Ihre Gesundheit und nicht um den Verkauf von medizinischen Leistungen und Mitteln.“⁹⁹

(5) *Ausstellung einer Überweisung*

Bei komplexen Beschwerden und Krankheiten kann es passieren, dass der Hausarzt eine Überweisung zu einem Facharzt stellt, in der die vermutete Krankheit oder eine erweiterte Untersuchung vermerkt wird.

(6) *Wiedervorstellung*

In diesem Krankheitsbild sollte ein weiterer Termin stattfinden, um Laborbefunde oder weitere Untersuchungen zu besprechen. Im Fall dass eine Laboruntersuchung durchgeführt wurde und keine Auffälligkeit bestehen, sollte weiter untersucht werden, wo die mögliche Ursache der Krankheit zu finden ist.

(7) *Aufklärung und Beratung und Einbezug des Patienten*

Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, über die Erkrankung, kommende Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten umfassend und rechtzeitig zu informieren sowie aufzuklären.¹⁰⁰ Diese Punkte wurden in der Checkliste hineingebracht, da sie wichtige Kriterien der Arzt-Patienten-Beziehung darstellen. Bei der Studie ging es

⁹⁹ BÄK, KBV, 2015.

¹⁰⁰ Ebd.

hauptsächlich darum, die Qualität der Grundversorgung zu untersuchen. Deshalb wurde neben der Krankheitsuntersuchung ebenso der Umgang der Ärzte zu Patienten bewertet.

3.4 Stichprobenbildung und Erhebung

Nach der Fertigstellung der Checkliste findet die Arztauswahl nach dem Zufallsprinzip statt. Als Bruttostichprobe wurden alle niedergelassenen Allgemeinmediziner sowie Internisten mit hausärztlicher Versorgung in Hamburg ausgewählt. Aus zeitlichen und logistischen Gründen war eine Untersuchung in allen Hamburger Stadtteilen nicht möglich, daher wurden reiche und ärmere Stadtteile ausgesucht. Die Qualität der Ärzte in „reicheren“ und „ärmeren“ Stadtteilen wird in den nachfolgenden Abschnitten verglichen. Folgende Kriterien wurden bei der Bildung der Stadtteilgruppen berücksichtigt:¹⁰¹

- Jährliche durchschnittliche Einkünfte sowie
- Anteil der Empfänger von Arbeitslosengeld-II.

Tabelle 1: Kriterien zur Bildung von Stadtteilen Gruppen

	Alg-II - Empfänger	Durchschnittliche Einkünfte
Ärmere Stadtteile	> 11%	< 28.930
Reichere Stadtteile	< 4%	> 38.806

Die Erhebung der Stichprobe erfolgt über die Portal Jameda der Kassenärztlichen Vereinigung Hamburg und der Ärztekammer Hamburg. Bei der Alltagsstudie sollte ebenso die Seriosität von Jameda untersucht werden, weshalb Jameda als Hauptportal bei der Arztsuche infrage kam. Die Bachelorarbeit wird sich jedoch nicht mit diesem Teil der Studie befassen. Anhand der Kriterien zur Bildung der Stadtteile wurden die zu untersuchenden Stadtteile ausgewählt. 14 Ärzte pro Stadtteil, darunter sieben Frauen und sieben Männer wurden per Zufallsprinzip für die Arztbesuche ausgesucht. Bei der Terminvereinbarung wurden einige Arztpraxis ausfolgenden Gründen gestrichen:

- Volle Kapazität,

¹⁰¹ Statistikamt Nord, 2016.

- Rente,
- keine freien Termine.

Bei der Zufallsauslosung wurden mehrere Ärzte von derselben Praxis ausgelost. Damit die Studie weiterhin verdeckt bleibt, wurden in diesen Fällen nur ein Arzt der Praxen besucht. Somit wurden die nicht besuchten Ärzte gestrichen und weitere Ärzte in demselben Stadtteil wurden neu ausgelost, damit die Anzahl der Stichprobe erhalten bleibt.

Die meisten Ärzte in den armen Stadtteilen arbeiteten ohne Terminvergabe. In reichen Stadtteilen vergaben alle Ärzte Termine. Nach jedem Arztbesuch wurde sofort die Checkliste ausgefüllt. Dazu wurden Notizen über den Ablauf der Untersuchung gemacht. Die Bepunktung wird gemeinsam mit dem Referenzarzt besprochen.

3.5 Datenanalyse

Bei der Auswertung und den Abbildungen sowie Tabellen wurden die Programme Microsoft Excel und Microsoft Word jeweils in der Version 2016 verwendet. Die Daten der Arztbesuche wurden anhand einer deskriptiven Statistik mit Hilfe von Häufigkeitsanalysen ausgewertet. Bei der Illustration wird die Ampelfarbe als Gradeinteilung verwendet. Mit der Ampelfarbe wird die Qualität der Note bzw. der Leistung ausgedrückt: Dunkel und hellgrün für gut und sehr gut, gelb für ausreichend und rot, hell bis dunkel, deutet auf eine ausreichend bis mangelhafte Leistung hin.

Um die Beschwerden zu untersuchen und eine Diagnose zu stellen, müssen Ärzte ungefähr nach den Eigenschaften der Checkliste vorgehen. Für jeden Aspekt der Checkliste waren -5 bis +3 Punkte möglich. Die Punkte variierten je nach Bedeutung der Aspekte. Es konnten insgesamt 26 Punkte erreicht werden. Alle erreichten Punkte wurden in Noten umgewandelt. Dabei wurde das Schulnotensystem verwendet: 1 = sehr gut, 2 = gut, 3 = befriedigend, 4 = ausreichend, 5 = mangelhaft. Das Bewertungsschema wird in Tabelle 2 dargelegt.

Tabelle 2: Bewertungsschema (Eigene Darstellung)

Punkt	Prozent	Note
26	87,5 – 100	1
Ab 23		1
22,75		1
Ab 20	75 - 87,4	2
19,5		2
Ab 17	62,5 – 74,9	3
16,25		3
Ab 13	50 – 62	4
13		4
Weniger		5

3.5.1 Anamnese

Bei einer Erstvorstellung mit diesen Beschwerden ist eine Anamnese von großer Bedeutung. Demzufolge erhielt dieser Aspekt die meisten Punkte (17 Punkte). Aspekte wie Dauer und Auftreten der Beschwerden, Vorgeschichte, Lebensumstände, usw. (siehe Instrument) wurden bewertet. Das Kriterium *Lebensumstände* bekam die höchste Punktzahl (+3 Punkte). Aspekt wie *Nachtschweiß* und *Gewichtsänderung* +1 Punkte. Die restlichen Eigenschaften wurden jeweils mit +2 bepunktet.

3.5.2 Körperliche Untersuchung und Labor

Wie oben genannt sind körperliche Untersuchungen und Laboruntersuchungen bei Beschwerden nichtzwingend bei Erstuntersuchungen notwendig. Es hängt davon ab, ob der behandelnde Arzt Auffälligkeiten in der Anamnese entdeckt oder diese beim nächsten Termin durchgeföhrt. Ärzte, die körperliche Untersuchung durchgeföhrt haben oder die körperlichen Untersuchungen für die Wiedervorstellung empfohlen haben, erhielten zwei Punkte. Ebenso erhielten Ärzte, die Laboruntersuchungen empfohlen haben, zwei Punkte, denn wie oben genannt, weisen diese Ärzte auf eine hohe Gründlichkeit hin.

3.5.3 Wiedervorstellung

Eine komplexe Beschwerde erfordert eine somatische sowie psychische Untersuchung. Die genaue Vorgehensweise eines Arztes bei seiner Untersuchung wird von ihnen selbst definiert. Wenn aber beide Untersuchungen in dem ersten Termin nicht

erfolgen, stellt eine Wiedervorstellung einen positiven Eindruck zu der Arbeit des Arztes dar. Dies wurde demnach positiv +3 Punkte bewertet. Ein Termin für Laboruntersuchungen wurde ebenso positiv bewertet, denn es weist auf somatische Untersuchung hin.

3.5.4 Arzt-Patient-Beziehung

Zu der Arzt-Patient-Beziehung gehören Kriterien wie Einbeziehung des Patienten in die Behandlung, Nutzung einer patientenfreundlichen Sprache, Aufklärung über die Vorgehensweise der Untersuchung sowie Beschwerden, Beruhigung der Sorgen des Patienten und Ratschläge zum Umgang mit den Beschwerden. Auch die Sympathie des Patienten zum behandelnden Arzt spielt hier eine Rolle. Diese Kriterien erhielten zwei Punkte.

3.5.5 IGeL Leistung, Verschreibung von Medikament, Überweisung

Negative Punkte wurden ebenso verliehen. Zum Beispiel Ärzte die Individuelle Gesundheitsleistung (IGeL Leistung) anbieten. Solche Ärzte bekamen bis zu -5 Punkte. Kriterien wie Überweisung ohne plausible Fragestellung, Verschreibung von Medikamenten ohne Diagnose oder ohne Notwendigkeit auf den Zustand des Patienten einzugehen, erhielten bis -2 Punkte. Die negative Bepunktung variierte je nach Grad der Verordnung zwischen -1 bis -5 Punkten. Andersherum wurde eine gute begründete und plausible Überweisung als gut bewertet.

4 Ergebnisse

4.1 Arztmangel

Diese Auffälligkeit zum Arztmangel war kein Ziel der Studie und vor der Arbeit nicht bekannt. Dieses Merkmal wurde bei den Terminvereinbarung in den jeweiligen Arztpraxen festgestellt. Ein Arztmangel herrsch in armen Stadtteilen bei den Praxen mit weiblichen Ärzten. Nachdem 14 Hausärzte aus den armen Stadtteilen ausgelost wurden, wurden Termine mit ihnen telefonisch vereinbart. Hier macht sich die Verknappung der weiblichen Ärzte bemerkbar. Von den sieben gelosten Ärztinnen konnten nur drei von ihnen in ihren Praxen neue Patienten aufnehmen. Demnach wurde weiter gelost, bis sieben Termine in sieben Arztpraxen zustande kamen. Die volle Kapazität lag nicht nur bei den vier nicht besuchten Praxen, sondern bei sieben weiteren Praxen. Insgesamt wurden nach einem Behandlungstermin bei 18 Arztpraxen angefragt, um sieben Termine zu erhalten.

4.2 Benotung

Alle durchgeführten strukturierten Arztbesuche der Verbraucherzentrale wurden benotet. Daher wurden diese Besuche der Reihe ebenso benotet. In dieser Bachelorarbeit werden die Noten als Mittel verwendet, um Zusammenhänge zu veranschaulichen und Fragestellungen zu beantworten.

Ärzte, die die Note 1 erhielten, weisen eine hohe Gründlichkeit ihrer Arbeit auf. Ihre Untersuchungen entsprechen den Erwartungen der Leitlinie und der hergestellten Checkliste. Ausführliche somatische und psychosoziale Anamnese wurden erhoben, gründliche körperliche Untersuchungen wurden durchgeführt und eine Blutuntersuchung wurde empfohlen. Neben den sorgfältigen Untersuchungen sorgten diese Hausärzte für ein Wohlergehen des Patienten und für eine gute Arzt-Patienten-Beziehung.

Hausärzte mit der Note 2 und 3 weisen ebenso eine hohe Gründlichkeit auf, ließen jedoch einige wichtige Aspekte unberücksichtigt oder erhielten negativ Punkten. Punkte wurden bei einigen Ärzten aufgrund des Angebots an der IGeL Leistung oder Empfehlung von inadäquat Medikament wie Ritalin[®] abgezogen.

Ärzte, die eine oberflächliche Anamnese durchführten, erhielten automatisch eine schlechte Benotung aufgrund des hohen Stellenwertes dieses Aspektes. Die Festlegung auf eine Diagnose sowie das Ausstellen von Überweisungen ohne grundlegende Anamnese waren der Grund der Noten 4 und 5. Diese Gruppe haben neben der nachlässigen Anamnese auch IGeL Leistung und unangemessene Medikament verschrieben.

Tabelle 3 stellt die Notenverteilung der untersuchten Hausärzte dar. Wie bei den bereits gezeigten Illustrationen wird hier ebenso das Ampelfarbensystem verwendet.

Tabelle 3: Verteilung der Benotung

Note	Note 1	Note 2	Note 3	Note 4	Note 5
Anzahl der Ärzte	4	5	9	6	4

4.3 Zusammenhang zwischen der Dauer der Untersuchung und der Benotung der Ärzte

Bei der Datenanalyse fiel ein Zusammenhang zwischen der Dauer der Untersuchung und der Leistung der Ärzte auf. Dieser Zusammenhang wird in der nachfolgenden Tabelle dargestellt. Abgebildet wird die Dauer der Untersuchung, die erhaltende Note und die durchschnittliche Note der Ärzte mit derselben Untersuchungsdauer.

Vier Hausärzte widmeten weniger als 5 Minuten ihrer Zeit für die Patientenuntersuchung. Sie erhielten eine Durchschnittsnote von 4,5. Die durchschnittliche Dauer der Sprechzeiten liegt zwischen 10 bis 15 Minuten. Die Mehrheit der Ärzte, die zwischen 10 bis 15 Minuten für die Sprechzeiten verwendeten, erhielten die Noten 3 und 4. Drei weiteren Ärzte haben jedoch mit dieser Durchschnittliche Sprechzeiten eine Note 1 und 2 erhalten. Ärzte, die 20 bis 45 Minuten für die Patienten widmeten, bekamen die Note 1 und 2.

Tabelle 4: Zusammenhang von Dauer der Untersuchung und erhaltende Note

Minuten in Sprechzimmer	Note einzeln Ärzte	Durchschnitt Note
2	5	4,5
5	4	
5	4	
5	5	
10	5	3,1
10	4	
10	3	
10	2	
11	3	
12	3	
12	3	
14	5	
14	4	
14	3	
15	4	
15	4	
15	3	
15	3	
15	2	
15	1	
20	3	2
20	3	
22	2	
23	1	
25	2	
25	1	
30	2	1,5
45	1	

4.4 Vorgehensweise der Ärzte

In dem Theorieteil der Arbeit wurden Modelle wie das Konversionsmodell und das biopsychosoziale Modell beschrieben, die die Entstehung von PE erklären. Laut des biopsychosozialen Modells bilden Körper und Seele eine Einheit und beeinflussen sich gegenseitig. Der schlechte Zustand des Körpers oder der Seele kann sich auf das jeweils andere übertragen und zeigt sich in Form von Beschwerden.¹⁰² Daher sollte eine Anamnese immer beide Pole betrachten. Im Fall der jungen Frau verrät die Anamnese ein Bild zu den möglichen Ursachen der Beschwerde. Um beide Einheiten im Blick zu haben, sind alle Kriterien der Untersuchung, darunter Anamnese, körperliche Untersuchung und Laboruntersuchung von relevant.¹⁰³ Da in der Studie nur die Erstuntersuchung beobachtet wurde, wird nur ein Teil der Versorgung erforscht. Dieser Teil ist jedoch t für den Erfolg einer Behandlung, entscheidet.

Fast alle Ärzte arbeiten mit demselben Muster: Anamnese erheben, körperliche Untersuchung durchführen und Laboruntersuchung empfehlen. 82 % der Ärzte führten eine körperliche Untersuchung durch und nur zwei Ärzte verzichteten auf eine Laborempfehlung. Auch eine Wiedervorstellung wurden von den meisten Ärzten empfohlen.

- **Anamnese**

Alle Ärzte erhoben die Krankengeschichte der Patientin. Die Anamneseerhebung wurde in den meisten Arztbesuchen im Behandlungsraum wie gewöhnlich abgefragt; in zwei Praxen wurde diese jedoch anhand von Fragebögen erfasst. Für die gesamte Anamnese wurden 17 Punkten vergeben:

- 14 bis 17 Punkte wurden als ausführliche Anamnese bezeichnet;
- 13 bis 10 Punkte ist als mittelmäßige Anamnese und
- weniger als 9 Punkte gilt als oberflächliche Anamnese.

In der kommenden Abbildung wird die Ausführlichkeit Anamneseerhebung abgebildet. Anhand der Ampelfarbe wird zusätzlich die Qualität der Leistung angedeutet. Nur 28 % der Ärzte erhoben eine vollständige Bio-psycho-sozial Anamnese. Bei 46

¹⁰² Brinkmann, 2014, S. 30-35; Egger, 2008.

¹⁰³ DEGAM, 2017.

% der Ärzte wurden wichtige Aspekte ausgelassen oder nur wenig nachgefragt. Die restlichen 25 Prozent der Hausärzte führten eine oberflächliche Krankengeschichte.

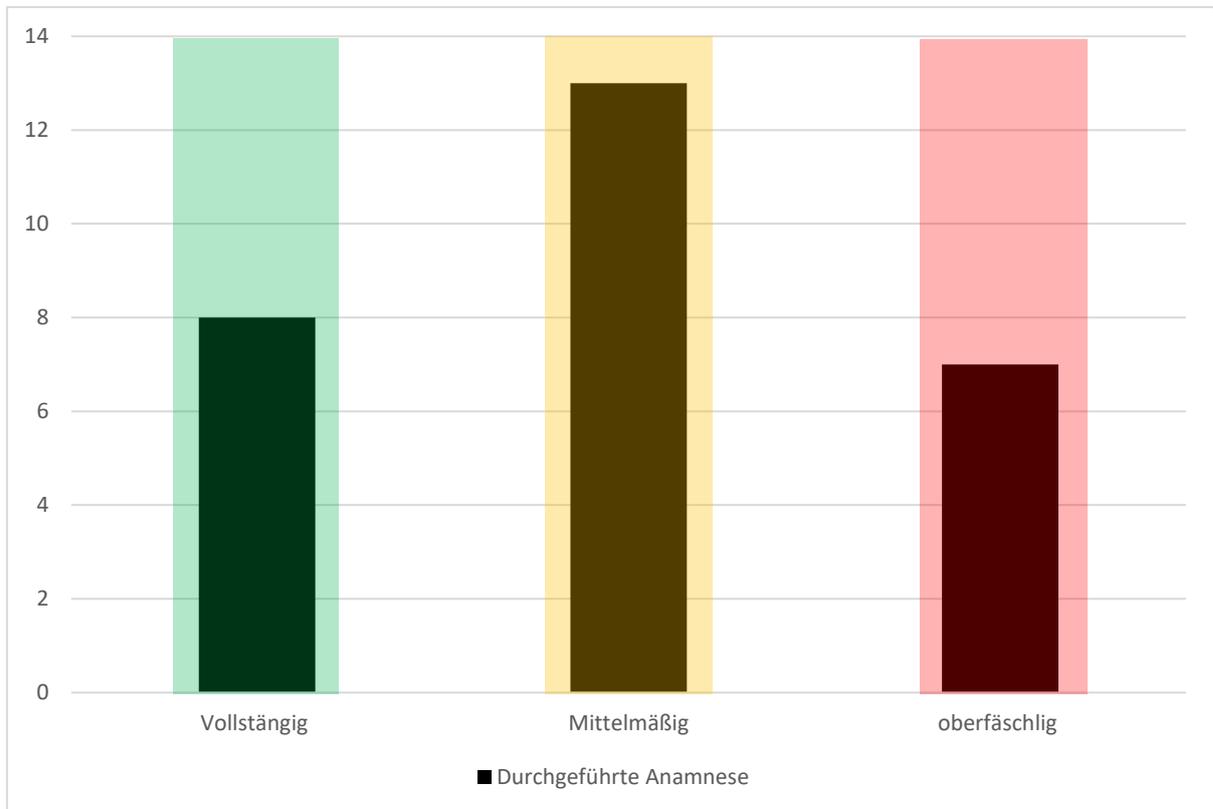


Abbildung 3: Verteilung der erhaltenen Punkte bei der Anamneseerhebung

Um eine sichere Diagnose bei der jungen Frau zu stellen, ist die Abfrage von Lebensumständen aufgrund ihrer Lebensereignisse und den Rollenkonflikten in ihrem Alltag von großer Bedeutung, siehe Anamnese der Patientin. Diese Relevanz kann anhand des Konversionsmodells von Freud und des biopsychosozialen Modells erklärt werden. Rollenkonflikte im Alltag lösen Stress aus, was zur Überschreitung der individuellen Stressschwelle und zur Abbildung von körperlichen Symptomen führen kann.¹⁰⁴ Dieser Punkt wurde von 25 % der Ärzte vernachlässigt.

- **Körperliche Untersuchung**

Fast alle Ärzte führten eine körperliche Untersuchung, wie Messung des Blutdrucks, Palpation, Perkussion und Auskultation durch. Nur fünf Ärzte verzichteten bei der ersten Patientenvorstellung auf diese Untersuchung. Ein Hausarzt war der Meinung, dass die jetzigen Lebensumstände die Auslöser dieser Beschwerden sein

¹⁰⁴ Amboss 2019.

können und verzichtete auf eine körperliche Untersuchung, empfahl jedoch ein Laboruntersuchung, um mögliche biologische Ursachen nicht sofort auszuschließen.

Neben der klassischen klinischen Untersuchung wurden folgende Checks ebenso ausgeführt:

- Ein Arzt tastete die Lymphknoten ab.
- Zwei weitere Hausärzte führten eine Ultraschalluntersuchung durch.
- Zwei Internisten machten ein EKG.

- **Laboruntersuchung**

Fast alle Ärzte schlugen eine Blutentnahme vor, mit der Begründung, dass eine Schilddrüsen-Unterfunktion, ein Diabetes, eine Blutarmut oder ein Eisen- oder Vitamin-D-Mangel Auslöser der Müdigkeit sein könnte. Während ein Arzt auf eine Laboruntersuchung verzichtete, mit dem Grund, dass es sich bei der Patientin um eine psychosomatische Erkrankung handelt, begründet ein anderer Hausarzt seine Vorgehensweise mit dem niedrigen Blutdruck. Letzterer nennt zur Behandlung klassische Methoden, wie eine kalte Dusche oder eine heiße Brühe trinken. In einem anderen Fall sollte eine weitere Vorstellung des Patienten stattfinden.

Bei drei Praxen wurden in Wirklichkeit Blut entnommen und bei allen Ergebnissen zeigen sich keine Auffälligkeiten in den Blutwerten. Laut Leitlinie und der Referenzarzt sollte eine Wiedervorstellung zur weiteren Untersuchung anstehen, sobald das Blutbild Auffälligkeiten aufweist. In diesem Fall liegt eine körperliche Ursache zugrunde. Weist jedoch das Blutbild keine Auffälligkeiten auf, sollten weitere Untersuchung stattfinden, da die Ursache nicht bekannt ist.

- **Überweisung**

Vier Überweisungen wurde von zwei Hausärzte veranlasst:

- HNO
- Orthopäde
- Neurologe
- Psychotherapeuten

Vor den Überweisungen zu HNO, Orthopäde und Neurologe wurde eine oberflächliche Anamnese erhoben. Daher Überweisung wurde negativ bewertet.

- **IGeL Leistung und Medikamente**

Sieben Ärzte boten der Patientin Selbstzahlerleistungen (IGeL) und Medikamente an. Diese Angebote wurden ebenfalls negativ bewertet:

- Zwei Ärzte rieten, dringend einen Vitamin-D-Test auf eigene Kosten zu machen.
- Ein Arzt empfahl das Auffrischen aller Impfungen und ein paar zusätzliche Impfungen zu beantragen, die aber nicht von der Kasse gezahlt würden.
- Drei Ärzte stellten ein grünes Rezept aus: Zwei Allgemeinmediziner verschrieben Medikamente zur Unterstützung des Kreislaufs; ein Arzt verordnete die Einnahme von Vertigo-Vomex® zur Linderung von Stress-Symptomen wie Müdigkeits- und Schwächegefühl.
- Die Einnahme von Ritalin zur Vermeidung der Leistungsminderung fand in einer Praxis ebenso statt.

- **Arzt-Patient-Beziehung**

Die Arzt-Patient-Beziehung beeinflusst das Vertrauen zwischen Arzt und Patient, somit auch den Erfolg oder Misserfolg der Behandlung. Kriterien wie die Einbeziehung des Patienten in die Behandlung und die Nutzung einer patientenfreundlichen Sprache sind Grundstein dieser Beziehung. Bis auf zwei Ärzte war in allen Praxen eine harmonische Arzt-Patienten-Beziehung vorhanden. Ein Arzt nutzte Fachsprache und bei der Behandlung viel medizinische Terminologie. Eine solche Kommunikation erschwert die Verständigung zwischen Arzt und Patient.

In zwei Praxen bekam die Patientin ein Anamnese Fragebogen vor der Untersuchung. Die Erhebung der Krankengeschichte anhand der Fragebogen weisen Vor- und Nachteile auf, beide Seiten spiegelt sich in der Alltagsstudie. Anhand des Fragebogens steht fest, dass die Anamnese vollständig erhoben wird, nur die Arzt-Patient-Beziehung konnte hier vernachlässigt werden. Diese zeigt sich in einer Praxis. Der behandelnde Arzt nutzte die Untersuchungszeit an der Analyse des

gefüllten Fragebogens. Der Hausarzt beendet die Erstuntersuchung mit einer Empfehlung zur Blutentnahme; zwischen Arzt und Patient war kaum Kommunikation. Weiterhin dienten die gefüllten Fragebögen bei weiteren Praxen als Unterstützung. Fragen zum Gesundheitszustand in vergangene Zeit wurden ausführlich als Beihilfe zur Ursachenfindung der Beschwerden gestellt. Arzt und Patient gingen gemeinsam durch den Fragebogen und an den wichtigsten Stellen wurden detailliertere persönliche Fragen gestellt.

Neben der allgemeinen Kommunikation sind Ärzte verpflichtet, die Patienten über die Erkrankung, kommende Untersuchungs- und Behandlungsmöglichkeiten umfassend und rechtzeitig zu informieren sowie aufzuklären.¹⁰⁵ Dieser Punkt wurde ebenso bewertet und fast alle Ärzte erfüllten dieses Kriterium. Bei neun Ärzten fühlte sich die Patientin gut aufgehoben. Diese Hausärzte lieferten eine gute Beratung und Aufklärung. Bei drei Ärzten wurde die Patientin ohne Beratung und Aufklärung entlassen. Außerdem haben diese drei Ärzte Blutentnahme vorgenommen. Ein weiterer Arzt entließ die Patientin mit der Begründung, Stress sei die Ursache der Beschwerde, ohne hierzu weitere Aufklärungen zu leisten.

4.5 Unterschied zwischen den Fachrichtungen

In der Alltagstudie wurden hausärztliche Praxen mit Allgemeinmediziner als auch Internisten mit hausärztlicher Weiterbildung bewertet. Bei der Stichprobenerhebung war die unterschiedliche Fachrichtung der Hausärzte irrelevant. Eine Prüfung der unterschiedlichen Vorgehensweise beider Arztgruppen war nicht das Ziel der Alltagstudie. Deshalb steht die Anzahl der untersuchten Fachärzte nicht im gleichen Verhältnis zueinander. Insgesamt wurden Praxen von neun Internisten und 19 Allgemeinmediziner bzw. praktischen Ärzten von der Patientin besucht.

Bei der detaillierten Analyse der Vorgehensweise und Note der Hausärzte wird ein Unterschied zwischen der Arbeit der Internisten und Allgemeinmediziner entdeckt. Während die Internisten Wert auf die innere Untersuchung legten, schenkte ein Großteil der Allgemeinmediziner Aufmerksamkeit auf Psyche und den sozialen Zustand der Patientin. 66 % der Allgemeinmediziner und 44 % der Internisten fragten nach den Lebensumständen und möglichen seelischen Belastungen. Bei der klinischen Untersuchung empfahlen 67 % der Internisten die Durchführung von

¹⁰⁵ Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), 2015.

Ultraschall und EKG, bei zwei Praxen erfolgt diese gleich beim Ersttermin. Keine Allgemeinmediziner haben diese Untersuchung in Betracht gezogen. Durch das geringe und ungleiche Verhältnis der Anzahl der Ärzte in den jeweiligen Fachbereichen ist der Vergleich wenig aussagekräftig, stellt jedoch eine Hypothese mit hoher Wahrscheinlichkeit dar. Bei der Betrachtung der Notenverteilung fiel auf, dass allgemein die Internisten schlechter als die Allgemeinmediziner in den jeweiligen Notenkategorien abschnitten.

In der folgenden Abbildung wird die erbrachte Leistung der Internisten und allgemein Mediziner gegenübergestellt, um die Unterschiede zu veranschaulichen. Mit der Ampelfarbe wird die Qualität der Leistung ausgedrückt.

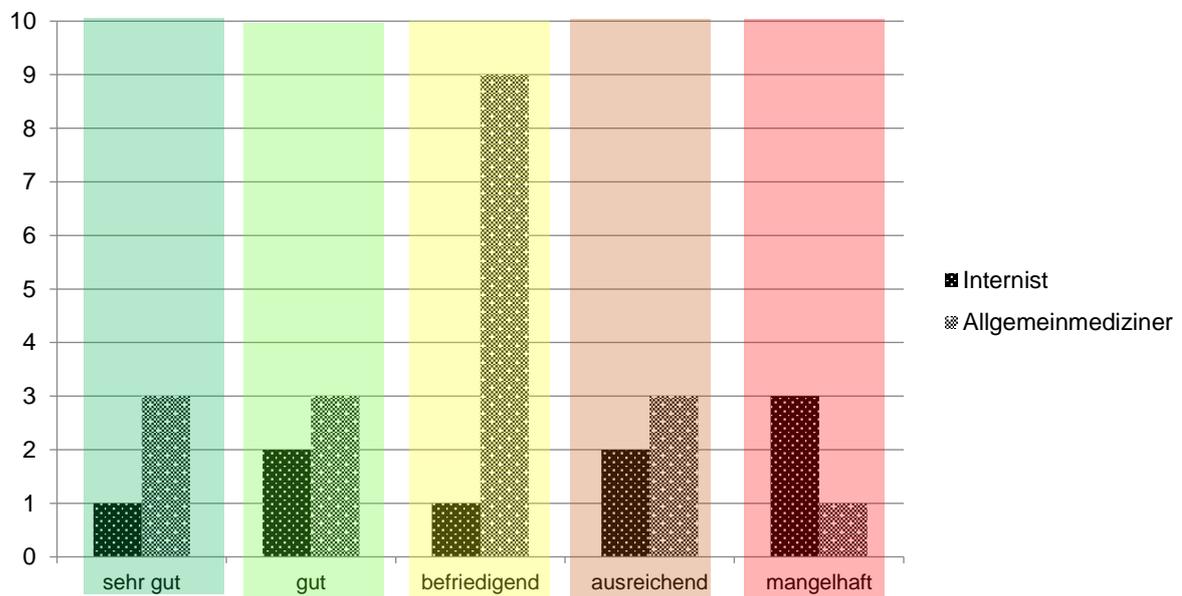


Abbildung 4: Vergleich der Notenverteilung in dem jeweiligen Fachbereich

4.6 Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Hausärzten

Die Erforschung der unterschiedlichen Vorgehensweise der männlichen und weiblichen Hausärzte steht bereits am Anfang der Studie als Ziel gesetzt, daher wurden in den jeweiligen ausgewählten Stadtteilen dieselbe Anzahl an Hausärzten ausgelost.

Tabelle 5: Aufteilung der ausgelosten Hausärzte in den jeweiligen Stadtteilen

	Reiche Stadtteile	Arme Stadtteile
Hausärzte	7	7
Hausärztinnen	7	7

In diesem Abschnitt wird die Note ebenso als Maßstab für den Vergleich verwendet. Wie Kapitel 5.2. erwähnt, stellt die erhaltende Note die Sorgfältigkeit der Arbeit dar. Die gesamte Arbeit wird bewertet, jedoch liegt der Schwerpunkt auf der krankheitsvorgeschiedlichen Erhebung. Genau durch diesen Aspekt punkten die weiblichen Ärzte mehr als die männlichen. Gegenüber den männlichen Ärzten fragten die Ärztinnen aktiver nach der Vorgeschichte, den Lebensumständen sowie möglichen psychischen oder sozialen Belastungen. Eine leichte Differenz zwischen ist bei der Arzt-Patient-Beziehung ersichtlich. Hier zeigen die Ärztinnen gegenüber der Patientin mehr Sympathie und Verständnis. 93 % der weiblichen Hausärzte befindet sich in den Bereichen „sehr gut“ bis „befriedigend“, während dieser Anteil bei den männlichen Ärzten nur 43 % entspricht. Keine männlichen Ärzte erhalten die Note 1 und nur ein Arzt leisten eine „gute“ Untersuchung (Note 2). Dieses ungleiche Verhältnis zeigt sich ebenfalls bei der mangelhaften Leistung. Im Vergleich zu den männlichen Ärzten ist der Anteil der Hausärztinnen mit der Note 5 schwach. Bei der Berechnung der Durchschnittnote zeigt sich ein erheblicher Abstand zwischen den Leistungen beider Geschlechter. Während die Ärztinnen mit einer Durchschnittsnote von 2,3 abschneiden, liegt die Durchschnittnote bei dem männlichen Kollegen bei 3,7.

Die Abbildung 5 erläutert den Unterschied der Leistung bei beiden Geschlechtern. Die Häufigkeit der erhaltenden Note von Ärzten und Ärztinnen wird verglichen. Auch hier wird die Ampelfarbe als Unterstützung bei der statistischen Grafik angewendet.

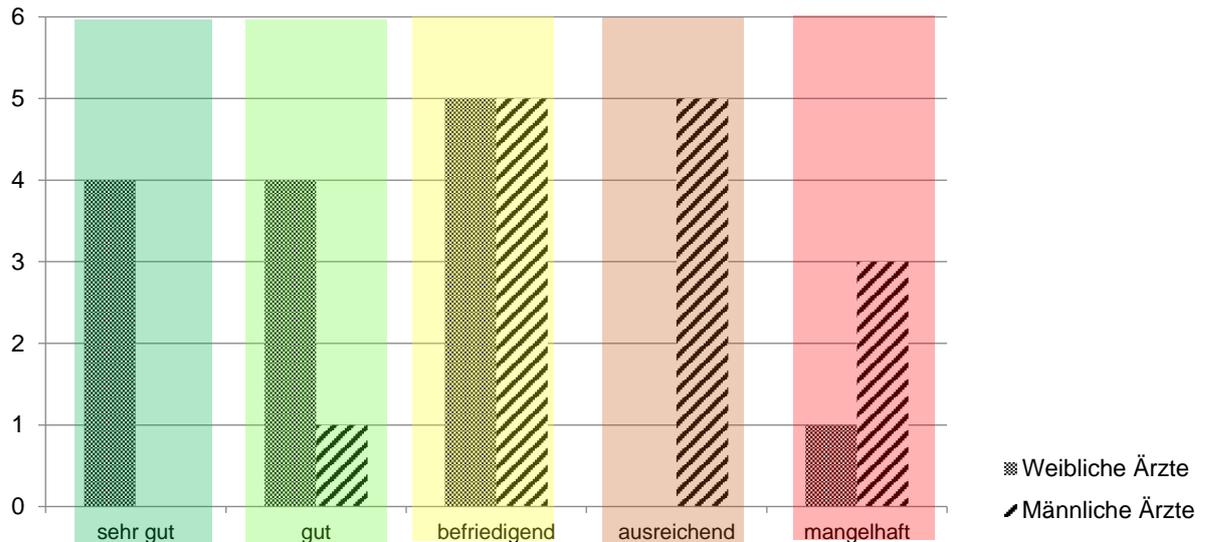


Abbildung 5: Unterschiede zwischen den männlichen und weiblichen Leistungen

Eine Analyse der Geschlechtsunterschiede in der jeweiligen Fachrichtung wurde ebenso durchgeführt. Hier finden ebenso ungleiche Verhältnisse der Benotung zwischen Ärztinnen und Ärzten statt. Bei den Internisten findet ein Vergleich zwischen zwei Frauen und sieben Männern, bei den Allgemeinmedizinerinnen zwischen 12 Frauen und sieben Männern statt.

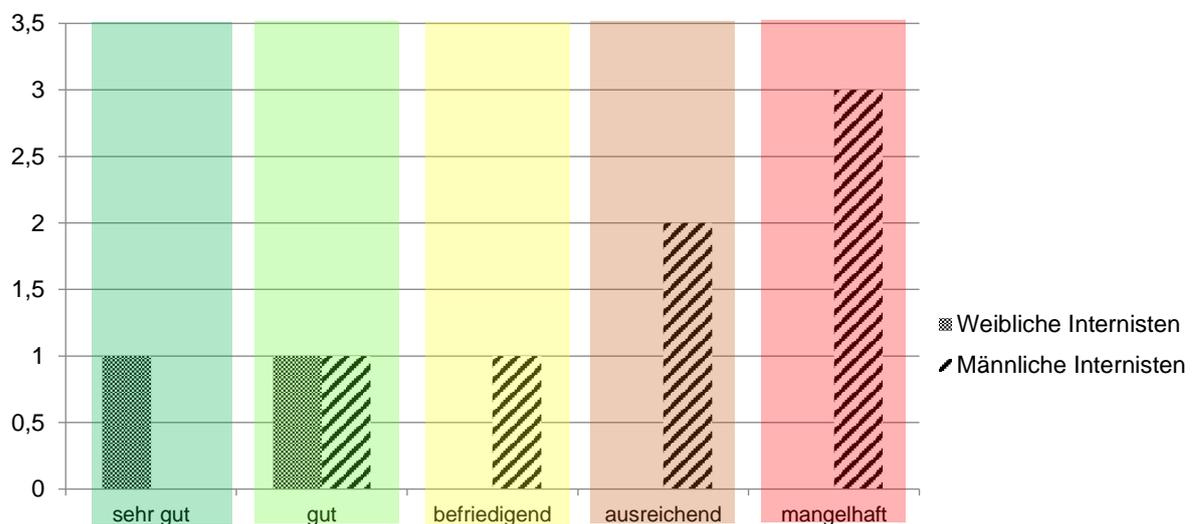


Abbildung 6: Vergleich der männlichen und weiblichen Internisten

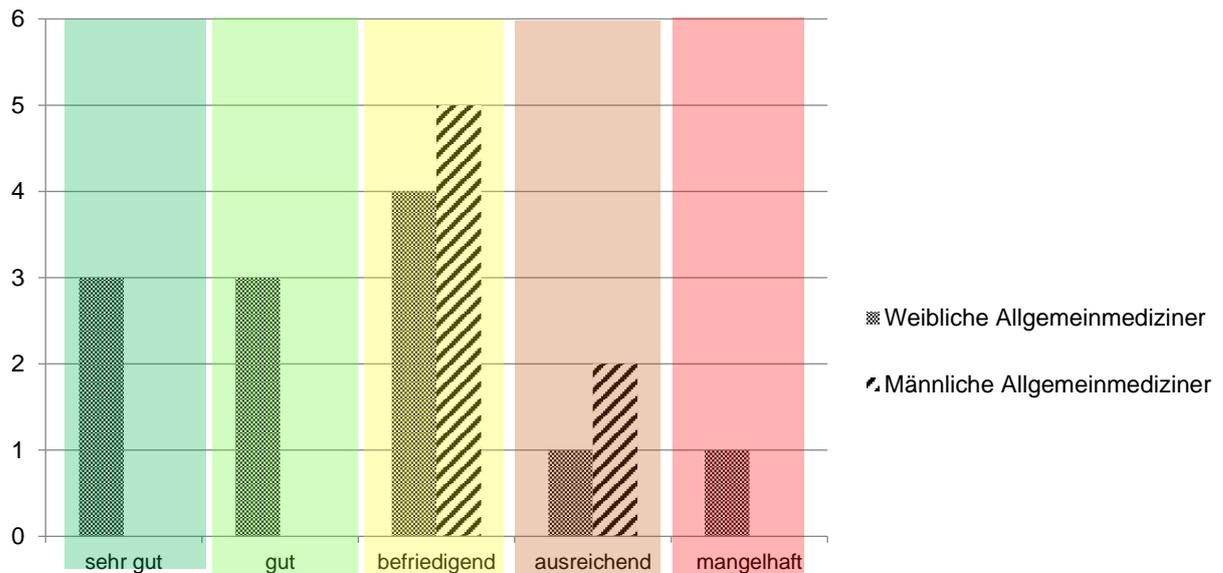


Abbildung 7: Vergleich der männlichen und weiblichen Allgemeinmediziner

4.7 Die Stadtteile

Der Vergleich der Qualität der Hausärzte in den ärmeren und reicheren Stadtteilen war das Ziel der Studie. Demnach wurde dieser Aspekt bei der Stichprobenbildung berücksichtigt. Eine Auseinandersetzung mit den Stadtteilen wurde aus zeitlichen und logistischen Gründen in Erwägung gezogen, da eine Untersuchung in allen Hamburger Stadtteilen für diese Alltagsstudie nicht möglich war. Damit die Anonymität der Ärzte bewahrt bleibt, werden die Stadtteile nicht erwähnt. Wie in der Stichprobenbildung erwähnt wurde, waren die Kriterien zur Bildung der Stadtteile die jährlichen durchschnittlichen Einkünfte der Einwohner und der Anteil der Empfänger von Arbeitslosengeld-II.

In der Tabelle 6 wird der Vergleich von den jeweiligen Hausärzten in ärmeren und reicheren Stadtvierteln darlegt. Bei diesen strukturierten Arztbesuchen wurde kaum ein Unterschied entdeckt. Die Verteilung der Note ist fast identisch, nur in dem Bereich „Note 2“ befindet sich ein minimaler Unterschied. Die Durchschnittsnote weist nur minimale Differenzen auf, während die ärmeren Stadtteile mit der Note 3,1 abschnitten, liegt die Durchschnittsnote der reichen Stadtteile bei 3,0. Die Ampelfarbe wurde hier ebenso genutzt.

Tabelle 6: Vergleich von ärmeren und reicheren Stadtteilen

Note	Ärmere Stadtteile	Reicherer Stadtteil
1	2 Ärzte	2 Ärzte
2	2 Ärzte	3 Ärzte
3	5 Ärzte	5 Ärzte
4	3 Ärzte	2 Ärzte
5	2 Ärzte	2 Ärzte
Durchschnitt	Note 3,1	Note 3,0

5 Fazit

5.1 Diskussion

Das Ziel dieser Arbeit ist die Qualität der hamburgische hausärztliche Grundversorgung bezogen auf psychosomatische Erkrankungen bzw. chronische Müdigkeit zu untersuchen und folgende Fragestellungen zu beantworten:

Fragestellung 1: Arbeiten die einzelnen Hausärzte in demselben Musterbild: Biopsychosozial Anamnese – Klinische Untersuchung – Aufklärung- ggf. Wiedervorstellung?

Hypothese 1: Wie in der Leitlinie für Müdigkeit geschrieben steht, sollte folgender Vorgang in der Untersuchung stattfinden: Biopsychosozial Anamnese – Körperliche sowie Laboruntersuchung bei Auffälligkeit in der Anamnese – Wiedervorstellung.¹⁰⁶

Fragestellung 2: Wie ausführlich wird die Anamnese? Werden somatische, psychische und sozial Hintergründe erhoben und können die Hausärzte Aufklärung zur möglichen Ursache der Beschwerde bieten?

Hypothese 2: Als Ganzheitsmediziner führen Hausärzte mit Selbstverständlichkeit eine biopsychosoziale Anamnese. Eine klare Diagnose wird nicht bei der ersten

¹⁰⁶ DEGAM, 2017.

Untersuchung erwartet, aber ein Verdacht zu der möglichen Ursache der Beschwerde kann anhand einer ausführlichen Anamnese stehen.

Fragestellung 3: Gibt es einen Unterschied bei der Arbeit von weiblichen und männlichen Ärzten?

Hypothese 3: Das Geschlecht der Ärzte haben keinen Einfluss auf die Qualität ihrer Arbeit.

Fragestellung 4: Hat der sozioökonomische Stand eines Stadtteils Einfluss auf die Arbeit von Hausärzten?

Hypothese 4: Der sozioökonomische Stand eines Stadtteils sollte keinen Einfluss auf die Arbeitsqualität der Hausärzte haben.

Hypothese 1 wurde von den hamburgischen Hausärzten illustriert. Die Mehrheit der untersuchten Hausärzte arbeiteten mit demselben Muster „Anamnese, Körperliche Untersuchung, Laborempfehlung“. Die Mediziner stellten eine Wiedervorstellung für Laboruntersuchung oder zur Besprechung des Blutbildergebnisses.

Laut der Referenzarzt der Studie und den Leitlinien zur Müdigkeit verlangt das komplexe Beschwerdebild der Patientin eine mehrstufige Untersuchung. Bis auf zwei Ärzte stellte kein Mediziner bei der Erstuntersuchung eine Diagnose. Bei der Nachfrage zur möglichen Ursache des Beschwerenden deuten 33 % der Ärzte auf einen psychischen Hintergrund hin und weitere Ärzte ließen die Frage offen. Bei dieser Alltagstudie wurde sichtbar, dass eine Abklärung von psychosomatischen Beschwerden für Hausärzte eine Herausforderung darstellen. Eine fachgemäße Vorgehensweise wie aus der „Hausärztliche Leitlinie: Psychosomatische Medizin in der Hausarztpraxis“ kann die Arbeit unterstützen. Hierzu gehören eine sorgfältige Anamnese, gründliche körperliche Untersuchung und ein geeignetes Basislabor. Diese Meinung vertritt ebenso Dr. med. Anne-Kathrin Nethe im Bremer Ärztejournal über psycho-somatische Erkrankungen.¹⁰⁷ In dem Bericht wird die Rolle des Hausarztes in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung aus dem 115. Deutschen Ärztetag wie folgt beschrieben: „Zur hausärztlichen Tätigkeit gehört die

¹⁰⁷ Nethe, 2012.

Lösung gesundheitlicher Probleme durch den Hausarzt selbst oder in Kooperation mit anderen Fachärzten und/oder nichtärztlichen Gesundheitsfachberufen sowie die Unterstützung bei psychischen und sozialen Problemen.“¹⁰⁸ Demnach wird folgende Kompetenz erwartet: „Hausärzte Problemorientierte Diagnostik unter Berücksichtigung somatischer, psychosozialer, soziokultureller und ökologischer Aspekte.“ Aus diesen Gründen wurde Hypothese 2 „Als Ganzheitsmediziner führen Hausärzte mit Selbstverständlichkeit eine biopsychosoziale Anamnese“ gestellt.

Als Ganzheitsmediziner wird die Durchführung einer biopsychosozialen Anamnese von Hausärzten als Selbstverständlichkeit erwartet. Bei den Alltagsstudie erfüllten nur 25 % der Hausärzte diese Kriterien. Neben der ausführlichen Erhebung von Biopsychosozialer Krankengeschichte führten diese sieben Ärzte eine gründliche körperliche Untersuchung durch und empfahlen eine Laboruntersuchung. Bei der Aufklärung zu den möglichen Ursachen der Beschwerde deuten diese Hausärzte auf eine psychische Belastung, empfahlen trotzdem eine Blutuntersuchung, um körperliche Ursachen nicht auszuschließen und eine voreilige Diagnose zu stellen. Weitere Ärzte vernachlässigten einige Aspekte der Anamnese und der klinischen Untersuchung, was zum Übersehen von relevanten Informationen über psychosomatische Erkrankungen führt. In drei Praxen wurde die Laborempfehlung tatsächlich durchgeführt und bei allem weist das Blutbild keine Auffälligkeit auf. Dieses Ergebnis unterstreicht das Krankheitsbild, jedoch fand in den drei Fällen keine weitere Untersuchung statt. Das Laborergebnis schließt nur die organische Ursache der Beschwerde aus, eine weitere Untersuchung oder Überweisung sollten demnach bestehen. Diese einseitige Betrachtung von Krankheitsursachen ist überwiegend der Grund des Übersehens von psychosomatischen Erkrankungen. Die Ärzte fokussieren sich auf die organische Untersuchung, besonders die Internisten. 67 % der untersuchten Internisten empfahlen die Durchführung von Ultraschall und EKG. Dabei erkundigte sich nur 44 % dieser Arztgruppe über mögliche soziale und psychische Belastung der Patientin. In den Artikeln von Marco Hübner „Vertrauensperson Hausarzt“ in der Ärzte Zeitung am 29.08.2014¹⁰⁹ und von Dr. Manfred Stelzig „Wenn der Arzt sich drückt“ in Spiegel Online am 01.02.2013¹¹⁰ werden ebenso über das Übersehen von PE in den hausärztlichen Praxen diskutiert. Hiermit wurde die

¹⁰⁸ Bundesärztekammer, 2011.

¹⁰⁹ Hübner, 2014.

¹¹⁰ Stelzig, 2013.

Hypothese 2 von 75 % der untersuchten Hausärzte widerlegt. Als Ganzheitsmedizinern führte nur 25 % der untersuchten Ärzte ein ausführliche biopsychosoziale Krankheitsgeschichte. Aufgrund der oberflächlichen Anamnese fehlen wichtige Aspekte, um Aufklärung bieten zu können.

Bei der Fragestellung 3 werden mögliche Unterschiede der Arbeitsweise von männlich und weiblichen Hausärzte aufgegriffen. Aufgrund der Fragestellung wurde die Hypothese 3 „das Geschlecht der Ärzte haben kein Einfluss auf die Qualität ihrer Arbeit“ formuliert.

Bei der Beobachtung der Abbildung 5 „Unterschiede zwischen den männlichen und weiblichen Leistungen“ fiel auf, dass die Mehrheit der weiblichen Ärzte im Noten Bereich „sehr gute“ und „befriedigend“ liegt, während die Mehrheit der männlichen Ärzte befriedigende bis mangelhafte Leistung erbrachten. Die weiblichen Ärzte zeigten in der Interaktion Arzt-Patient mehr Sympathie und Verständlichkeit und erhebt eine Krankheitsgeschichte, indem sowohl der biologische, psychische als auch der soziale Zustand der Patientin betrachtet wird. Die Sympathie der Ärztinnen schenkte die Patientin das Gefühl, gut aufgehoben zu sein. Andererseits fokussieren 57 % der männlichen Hausärzte auf mögliche organische Ursachen der Beschwerden und ließ psychische und soziale Aspekte unbeachtet. Besonders stark ist dieser Fokus bei den männlichen Internisten. Diese Aussage trifft jedoch nicht auf allen männlichen Internisten zu, bei einer Praxis fühlt sich die Patientin ebenso gut aufgehoben und verstanden.

In dem Beitrag von Sieverding und Kendel von dem Institut für Medizinische und Psychologie Charité Berlin über der Gender-spezifischen Arzt-Patient-Interaktion findet sich der ungleichen Arbeitsweise der männliche und weiblichen Arzt wieder.¹¹¹ Die Kommunikation zwischen Arzt und Patient hat sich in der letzten Zeit gewandelt, die Patienten werden und sollten in der Untersuchung einbezogen werden.¹¹² Laut der Referenzenarzt dieser Alltagsstudie ist das Einbeziehen des Patienten bei unklaren Beschwerden besondere wichtig. Im Alltag kommunizieren Frauen wärmer und ausdrucksvoller, sodass es dem Gesprächspartner leichter fällt, sich zu offener und intimer Kommunikation zu führen.¹¹³ Sieben Beobachtungsstudien

¹¹¹ Sieverding, Kendel, 2012, S. 1121-1122.

¹¹² Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), 2015.

¹¹³ Sieverding, Kendel, 2012, S. 1121-1122.

fanden zur Untersuchung des Zusammenhangs zwischen dem Geschlecht des Arztes und dem Patientenverhalten in der A-P-Interaktion statt.¹¹⁴ Laut der Ergebnisse der Studie des Instituts für Medizinische und der Psychologie Charité Berlin widmen Ärztinnen mehr Zeit für die psychosoziale Beratung sowie für präventive Untersuchungen. Andersherum sprachen Patienten und Patientinnen mit einer Ärztin länger und gaben mehr biomedizinische und psychosoziale Informationen preis. Ebenso war das Gefühl der Sicherheit in den Gesprächen vorhanden.¹¹⁵

Ein Unterschied zwischen der Leistung von männlichen und weiblichen Ärzten liegt vor, somit ist Hypothese 3 widerlegt.

Hypothese 4 besagt, der sozioökonomische Stand eines Stadtteiles sollte keinen Einfluss auf die Arbeitsqualität der Hausärzte haben. Bei dem Vergleich der Leistung von den jeweiligen Hausärzten in ärmeren und reicheren Stadtvierteln wurden in diese Studie kaum Unterschiede festgestellt. Die Verteilung der Noten ist fast identisch. Weiterhin findet sich bei den Kapazitäten, Terminvergaben und Wartezeiten Unterschiede zwischen der Praxis in reicheren und ärmeren Stadtteilen. Bei der Arztsuche wurde ein Arztmangel in armen Stadtteil festgestellt. Während die meisten Ärzte in den armen Stadtteilen ohne Terminvergabe arbeiten, musste die Patientin im reichen Stadtteil eine Woche bis vier Wochen auf einen Termin warten. In armen Stadtteilen ist schnell ein Termin für eine Behandlung zu bekommen, Wartezeiten von 20 Minuten bis mehr als zwei Stunden sind jedoch zu berücksichtigen. Demgegenüber liegen bei den Praxen in den reicheren Stadtteilen geringe Wartezeiten. Beide Methoden haben Vor- und Nachteile. Die Kapazität, die Wartezeiten und Terminvergabe bestimmt nicht die Qualität der Arbeit eines Arztes, daher ist Hypothese 4 von den untersuchten Hausärzten erwiesen.

Neben der untersuchten Fragestellung konnten weitere Ergebnisse in der Studie festgestellt werden. Die Interaktion zwischen Arzt-Patient beeinflusst die Qualität der Untersuchung. Diese Tatsache zeigt sich nicht nur in der Klärung der Fragestellung 3, sondern auch bei dem Zusammenhang der Sprechzeit und die erhaltende Note. Ärzte, die 15 Minuten oder mehr Zeit für die Untersuchung widmen, erhielten tendenzielle bessere Noten. Die ausgiebige Zeit unterstreicht die Fürsorge der

¹¹⁴ Ebd.

¹¹⁵ Sieverding, Kendel, 2012, S. 1121-1122.

Ärzte, hiermit schenken die Hausärzte Sicherheit, Vertrauen und entfernen die bestehende Hemmung der Patientin. Die längste Untersuchungszeit betrug 45 Minuten. In dieser Praxis wurde viele Zeit der Patientin gewidmet. Alle Punkte der Checkliste der untersuchenden Hausärztin wurde nachgegangen. Dazu fühlte sich die Patientin gut beraten, eine Wiedervorstellung wurde ebenso empfohlen. Diese Ärztin erhielt somit die höchste Punktzahl. Ein untersuchender Arzt zeigt, dass die Durchschnittszeit (ca. 10 Minuten) für den Aufbau einer vertrauten Beziehung zwischen Arzt und Patient ausreichend ist für die Gewährleistung einer guten Untersuchung. Das Ergebnis der Studie der Klinik für Psychotherapeutische Medizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf „Warum übersieht der Hausarzt die psychischen Störungen seiner Patienten?“ zeigt ebenso, dass die Interaktion zwischen Arzt und Patient und die Länge der Sprechstunde die Identifikation einer psychischen Symptomatik beeinflussen. In den kurzen beobachtete Konsultationen dieser genannt Studie wurde nur ein Drittel der psychischen Störungen erkannt, in den mittellangen Konsultationen wurden zwei Drittel erkannt, und in langen Konsultationen wurden 86 Prozent korrekt diagnostiziert. Auch die Strukturen der Interaktionen zwischen den Ärzten und Patienten wurden in dieser Studie genau erforscht. Beurteilt wurden die Äußerungen der Patienten (transitiv, intransitiv; der Intensität der Affiliation) und die Intensität der Kontrolle des Arztes. Bei einer starken Kontrolle der Ärzte in den Sprechstunden neigen die Patienten wenig dazu, über ihr psychisches Problem zu reden. Sie unterordnen sich nur an den gestellten Fragen, was zu einer Überziehung der psychischen Belastung führt.¹¹⁶

5.2 Limitation

Anhand der strukturierten Arztbesuche im Auftrag der Verbraucherzentrale werden die Qualität der unterschiedlichen Fachärzte ermessen. Die vorliegende Arbeit schenkt einen Blick in der Grundversorgung von PE in 28 hamburgischen hausärztliche Praxen. Anhand der verdeckten Ermittlung werden die tatsächlichen Untersuchungen sowie die Verhaltensweisen der Ärzte erfasst. Die Studie weist jedoch einige Limitationen auf:

Aus zeitlichen und logistischen Gründen musste die Anzahl der Stichprobe begrenzt werden, was zu der ersten Limitation der Studie führt. Anhand der Auswertung

¹¹⁶ Kruse, Schmitz, Wöller, Heckrath, Tress, 2003.

wurde festgestellt, dass ein Unterschied zwischen der Arbeit von Internisten und Allgemeinmediziner vorliegt, jedoch ist die Anzahl der Internisten besonders bei den Ärztinnen zu gering, um ein signifikantes Ergebnis im Vergleich zu erzielen.

Die Beschwerde des Patienten ist unspezifisch. Demnach benötigt diese mehrere Untersuchungen. Die Ärzte konnten und sollten nicht bei dem Ersttermin eine Diagnose stellen. Um die Qualität eines Arztes genauer zu beurteilen, fehlt in diesem Fall die Diagnosestellung. Ein zweiter Termin wäre vom Vorteil. Aus ethischen und bürokratischen Gründen ist jedoch ein zweiter Untersuchungstermin schwer durchzusetzen.

Das Mitnehmen eines Laborbefunds hätte die Beurteilung der hausärztlichen Versorgung gestützt, da in dem Fall die mögliche organische Ursache der Beschwerde ausgeschlossen wäre. Demnach kann die folgende Festlegung oder Aufklärung zur möglichen Ursache der Beschwerde exakt beurteilt werden.

5.3 Ausblick

Wie bereits erwähnt, ist die Gesundheit ein Zustand, in dem Körper und Seele im gleichen Gewicht stehen.¹¹⁷ Die vorliegende Arbeit zeigt, dass die Betrachtung beider Pole die Qualität der Grundversorgung beeinflusst. Dieses Faktum sollte nicht nur in Leitlinie stehen, sondern von allen Ärzten umgesetzt werden. Ärzte unterliegen der Fortbildungsverpflichtung, sie müssen dem Gesetz vorgeschriebenen Fünfjahreszeitraums mindestens 250 Fortbildungspunkte nachweisen¹¹⁸, welche Fortbildung in Erwägung gezogen wird, steht den Ärzten frei. Hier wäre die Anspruchsannahme der schon vorhandenen Fortbildung zu PE zu nennen. Aufgrund des Anstieges von PE, was im Kapitel 1.1. dargestellt wurde und dazu der Komplexität der Erkrankung sollte eine Fortbildung über der Erkrankung für Hausärzte zur Pflicht werden. Dazu kann die Nutzung bzw. Berücksichtigung der vorhandenen Leitlinie wie „Psychosomatische Medizin in der Hausarztpraxis“ die Qualität der Versorgung verbessern.

Einem Artikel der Hamburger Abendblatt am 29.01.2007 lautet „Zu geringe Budgets: Ärzte verlassen sozial schwache Stadtteile“. Der Arztmangel in Hamburg wird in dem Artikel hervorgehoben: „Ärzte in sozial schwachen Stadtteilen wie

¹¹⁷ Kasten, 2011, S. 10.

¹¹⁸ KBV, 2016.

Wilhelmsburg, Billstedt und Mümmelmannsberg können nur noch eine Grundversorgung gewährleisten, aufgrund der hohen Patientenaufkommen bei gleichzeitig geringen Budgets, was zu Abwanderung der Ärzte von armen in reiche Stadtteile führt.“¹¹⁹ Die gesundheitspolitische Sprecherin der GAL-Bürgerschaftsfraktion Katja Husen erwähnte in dem Artikel den Appell an die kassenärztliche Vereinigung Hamburg für eine Unterteilung des Hamburger Bereichs ein. Das Problem des Arztmangels in der sozial schwachen Stadt ist heute noch vorhanden und wurde von der strukturierte Arztbesuche aufgespürt. Mehrere Praxen in sozial schwachen Stadtteilen, besonders betroffen sind Praxen mit Ärztinnen, stehen in vollen Kapazitäten (siehe Ergebnisse: Arztmangel). Welche Ursache der heutige Arztmangel hat, wurde in der Studie nicht untersucht. Diese Ursachen könnten einen politischen oder kulturellen Hintergrund haben. In den untersuchten armen Stadtteil liegt der Anteil der Einwohner mit Migrationshintergrund zwischen 51 bis 59 %.¹²⁰ Patienten mit Migrationshintergrund, besonders Frauen, sind aus religiösem und kulturellem Hintergrund mit Scham gegenüber deren Ärzte konfrontiert.¹²¹ Deutschland ist seit dem Jahr 2015 mit einer stetigen Zunahme der Einwanderung konfrontiert¹²², was einer Zunahme an Patientenaufkommen auslöst. Um die Bevölkerung eine angemessene Gesundheitsversorgung bieten zu können, muss eine Unterteilung der Ärzte in den betroffenen Stadtteilen erfolgen.

Sowohl psychische als auch psychosomatische Störungen stellen nicht nur Kosten für Unternehmen dar, sondern sind auch ein gesellschaftliches Problem.¹²³ Die Gestaltung von Präventionsmaßnahmen ist von Bedeutung. Wie in dem Kapitel „Mögliche Ursache von PE“ erläutert wurde, begünstigen psychische sowie soziale Belastungen die Entstehung von PE. Eine Unterstützung der Bevölkerung bzw. Patienten gleich am Anfang der Belastung zu bieten, kann die Bildung der Erkrankung vermeiden. Die erste Stufe der Prävention sollte sich an der Informationsüberbringung sowie Aufklärung über PE richten. Die Bevölkerung soll Kenntnis über die Ursache, Prävention und Therapie der Krankheitsgruppe besitzen. Die Belehrung der Bevölkerung kann anhand Medienkampagnen und öffentlichen

¹¹⁹ Gerlach, 2007.

¹²⁰ Statistikamt Nord, 2018, S. 7.

¹²¹ KBV, 2017, S. 4, 6.

¹²² BAMF, 2016, S. 2.

¹²³ Mendel, Hamann, Kissling, 2010; DGPPN, 2019.

Aufklärungsprogrammen erfolgen. Dazu sollten Beratungsstellen für psychosoziale Belastungen in jeden Stadtteil oder in den meisten betroffenen Settings vorhanden sein.

Die gewonnenen Ergebnisse der Alltagstudie im Auftrag der Verbraucherzentrale bietet einen Einblick in die aktuellen Probleme der Gesundheitssystem (Arztmangel), aber auch in den Defiziten der Hausärzte bezüglich der Grundversorgung von PE. Um die Ergebnisse zu stützen sowie einen Gesamtüberblick der Thematik für Deutschland geben zu können, bedarf es künftig weiteren Studien.

Literaturverzeichnis

Amboss: Fachwissen für Mediziner (2019): Grundlagen der Psychosomatik.
https://www.amboss.com/de/wissen/Grundlagen_der_Psychosomatik, letzter Abruf 22.05.2019

Beckert, J. (2007). Wirtschaft und Arbeit, in: Joas, Hans (Hrsg.): Lehrbuch der Soziologie, Frankfurt/ New York: Campus Verlag.

Boll-Klatt, A.; Kohrs M. (2014). Praxis der psychodynamischen Psychotherapie Grundlagen – Modelle – Konzepte. Stuttgart: Schattauer GmbH.

Brinkmann, R. (2014). Angewandete Gesundheitspsychologie. Hallbergmoos: Pearson Deutschland GmbH.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2016). BAMF-Kurzanalyse Ausgabe 6|2016 der Kurzanalysen des Forschungszentrums Migration, Integration und Asyl des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge.

https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Kurzanalysen/kurz-analyse6_integration-rumaenische-polnische-eingewanderte.pdf?__blob=publicationFile, letzter Abruf 10.10.2019.

Bundesärztekammer (2011). 115. Deutscher Ärztetag in Nürnberg: „Die Rolle des Hausarztes in der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung“.

https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/BAeK_Ground_Hausarzt.pdf, letzter Abruf 10.10.2019

Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) (2015). Woran erkennt man eine gute Arztpraxis? - Checkliste für Patientinnen und Patienten. 4. Aufl., Version 1. Berlin: ÄZQ. <https://www.patienten-information.de/checklisten/arzt-checkliste/#5-erhalte-ich-eine-verst-ndliche-und-neutraleaufkl-rung--information-und-beratung-> letzter Abruf 16.08.2019.

Burgess, S.; Rieger, M.; Junne, F.; Rothermund, E.; Gündel, H.; Zipfel, S.; Michaelis M. (2017) „Psychische und psychosomatische Erkrankungen im Erwerbsalter“, o. J., 8.

<https://www.asu-arbeitsmedizin.com/Archiv/ASU-Heftarchiv/article-776545-110576/psychische-und-psychosomatische-erkrankungen-im-erwerbssalter-.html>,

letzter Abruf 01.04.2019

Collatz, A.; Gudat, K. (2011). Work-Life-Balance, Praxis der Personalpsychologie. Göttingen: Hogrefe Verlag.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2014).

Hausärztliche Leitlinie: Psychosomatische Medizin in der Hausarztpraxis.

http://www.pmvforschungsgruppe.de/pdf/03_publicationen/psychosomatik_II.pdf,

letzter Abruf 01.04.2019

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (2017).

Hausärztliche Leitlinie: Müdigkeit. https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/053-002_Leitlinie%20Muedigkeit/Aktuelle%20Fassung%202018/053-002I_LL_Muedigkeit_180423_online22-05-18.pdf,

letzter Abruf 01.03.2018.

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (2019). Zahlen und Fakten der Psychiatrie und Psychotherapie. https://www.dgppn.de/Resources/Persistent/154e18a8cebe41667ae22665162be21ad726e8b8/Factsheet_Psychiatrie.pdf,

letzter Abruf 10.07.2019.

Egger, J.W. (2008). Grundlagen der "Psychosomatik" - Zur Anwendung des biopsychosozialen Krankheitsmodells in der Praxis. Psychologische Medizin.

<https://www.dgvt-fortbildung.de/interaktive-fortbildung/archiv-der-fachartikel/archiv/egger-jw-2008-das-biopsychosoziale-krankheitsmodell-in-der-praxis/>,

letzter Abruf 16.05.2019.

Gerlach, T. Zu geringe Budgets: Ärzte verlassen sozial schwache Stadtteile, in

Hamburger Abendblatt, am 20.01.2007. [https://www.abendblatt.de/hamburg/article107201194/Zu-geringe-Budgets-Aerzte-verlassen-sozial-schwache-Stadt-](https://www.abendblatt.de/hamburg/article107201194/Zu-geringe-Budgets-Aerzte-verlassen-sozial-schwache-Stadtteile.html)

[teile.html](https://www.abendblatt.de/hamburg/article107201194/Zu-geringe-Budgets-Aerzte-verlassen-sozial-schwache-Stadtteile.html), letzter Abruf 09.10.2019.

Guthold, R.; Stevens, G., Riley, L.; Bull, F. (2018). Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1·9 million participants, in the

Lancet [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X\(18\)30357-7.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/langlo/PIIS2214-109X(18)30357-7.pdf), letzter Abruf 24.07.2019

Hammelstein, P.; Renneberg, B. (2006). Gesundheitspsychologie. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Hübner M. (2014). „Vertrauensperson Hausarzt“ in der Ärzte Zeitung. https://www.aerztezeitung.de/medizin/krankheiten/neuro-psychiatrische_krankheiten/article/867584/psychosomatische-medizin-vertrauensperson-hausarzt.html, letzter Abruf 18.09.2019.

Jäger W. (1989). Industrielle Arbeit im Umbruch, Weinheim: Deutscher Studien Verlag.

Kasten E. (2011). Somatopsychologie. Körperliche Ursachen, Psychischer Störungen. München: Ernst Reinhardt GmbH & Co. KG.

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2016). Fortbildungsverpflichtung der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten. https://www.kbv.de/media/sp/Fortbildungsregelung_der_KBV.pdf, letzter Abruf 09.10.2019

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2017). Vielfalt in der Praxis. Patienten mit migrationshintergrund: infos zur gesundheitskompetenz und tiPPs für die kommunikation. https://www.kvwl.de/arzt/kv_dienste/info/berichte/dok/praxiswissen_vielfalt.pdf, letzter Abruf 10.10.2019

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2014). LABORKOMPENDIUM, Regelungen und Hinweise zur korrekten Beauftragung und Abrechnung von Laborleistungen im ambulanten vertragsärztlichen Bereich sowie Empfehlungen für Laboratoriumsmedizinische Stufendiagnostik. Richtlinie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. http://www.kbv.de/media/sp/Laborkompodium_final_web.pdf, letzter Abruf 16.08.2019

Kuhlmann, L. (2018). Psyche? Hat doch jeder. Neumühlen: Ein Verlag der Edel Germany GmbH.

Kruse, J.; Schmitz, N.; Wöller, W.; Heckrath, C.; Tress, W. (2003). Warum übersieht der Hausarzt die psychischen Störungen seiner Patienten? Stuttgart:

Georg Thieme Verlag. <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/pdf/10.1055/s-2003-814791.pdf>, letzter Abruf 12.05.2019.

Mendel, R.; Hamann, J.; Kissling, W. (2010). Vom Tabu zum Kostenfaktor. https://www.wirtschaftspsychologie-aktuell.de/files/Wirtschaftspsychologie_aktuell_2_2010_Kissling.pdf, letzter Abruf 10.10.2019.

Mensink, G.; Brettschneider, C. (2016). Verbreitung der vegetarischen Ernährungsweise in Deutschland. Journal of Health Monitoring. Berlin: Robert Koch-Institut. https://edoc.rki.de/bitstream/handle/176904/2488/JoHM_2016_02_ernaehrung1a.pdf?sequence=4&isAllowed=y, letzter Abruf 16.08.2019.

Möller H.; Laux G.; Deister A. (2015). Duale Reihe Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Nethe A-K. (2012). Somatoforme Störungen: In der hausärztlichen Praxis. <https://www.praxis-nethe-fasold-welsch.de/publikationen-vorträge/>, Letzte Abruf 16.09.2019.

Plass, D.; Vos, T.; Hornberg, C. et al. (2014). Entwicklung der Krankheitslast in Deutschland. Deutsches Ärzteblatt 111: S. 629–638.

Pschyrembel Online. Klinische Wörterbuch: Psychosomatische Störungen. <https://www.pschyrembel.de/Psychosomatische%20St%C3%B6rung/K0J27>, letzter Abruf 15.05.2019.

RKI. (2003). Beiträge zur Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Bundes-Gesundheitssurvey: Körperliche Aktivität. Berlin: Robert- Koch- Institut, Gesundheitsberichterstattung des Bundes.

RKI. Ernährung. https://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Themen/Ernaehrung/ernaehrung_tab.html, letzter Abruf 08.08.2019.

Rüger Ü., Reimer C. (2012). psychodynamische Psychotherapien. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

Schubert C. (2011). Psychoneuroimmunologie und Psychotherapie. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer GmbH.

Schütte M.; Armin W. (2017). Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt – Wissenschaftliche Standortbestimmung. *Zeitschrift für Arbeitswissenschaft* 71, Nr. 1 (März 2017): S. 1–5. <https://doi.org/10.1007/s41449-017-0050-2>, letzter Abruf 16.07.2019.

Sieverding M.; Kendel F. (2012). Geschlechter(rollen)-aspekte in der Arzt-Patient-Interaktion. [https://www.psychologie.uni-heidelberg.de/ae/diff/gender/pdf-files/Sieverding%20&%20Kendel%20\(2012\)_BundesgesBlatt.pdf](https://www.psychologie.uni-heidelberg.de/ae/diff/gender/pdf-files/Sieverding%20&%20Kendel%20(2012)_BundesgesBlatt.pdf), S. 1121-1122, letzter Abruf 26.09.2019

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (Statistikamt Nord) (Hrsg.) (2016). Hamburger Stadtteil-Profil 2016. https://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/NORD.regional/NR18_Statistik-Profile_HH_2016.pdf, letzter Abruf 09.10.2019

Statistisches Amt für Hamburg und Schleswig-Holstein (Statistikamt Nord) (Hrsg.) (2018). Bevölkerung mit Migrationshintergrund in den Hamburger Stadtteilen Ende 2017. https://www.statistik-nord.de/fileadmin/Dokumente/Statistik_informiert_SPEZIAL/SI_SPEZIAL_III_2018.pdf, letzter Abruf 09.10.2019

Strienz, J. (2015). Leben mit chronischer Erschöpfung- CFS. 3. Auflage. Germering/ München: W. Zuckschwerdt Verlag GmbH.

Unabhängige Patientenberatung Deutschland, UPD (2015). Psychosomatische Erkrankungen, Krankheitsbild der psychosomatischen Erkrankungen. <https://www.patientenberatung.de/de/gesundheit/krankheit-von-a-z/psychosomatische-erkrankungen>, letzter Abruf 16.05.2019

Weymann, A. (2007). Interaktion, Institution und Gesellschaft, in: Joas, H, (hrsg.) Lehrbuch der Soziologie, Frankfurt/Main: Campus Verlag.

Zimbern, A. (2016). Gesund trotz Multitasking. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag.

Anhang

Anhang A: Checkliste

Müdigkeit, Hausärztliche Versorgung

Arzt:

Stadtteil:

Zeit: Anmeldung-Termin: _____ Wochen

Wartezeit: _____ Minuten

Untersuchung: _____ Minuten

Fragen	Punkte	Bemerkungen
Welche Beschwerden?	0	(ist schon gesagt)
Wie lange schon?	/ 2	
Wann treten sie auf?	/ 2	
Körperliche Einschränkungen, Belastungen?	/ 2	
Gewichtsverlauf / -veränderung?	/ 2	
Nachtschweiß?	/ 1	

Vorgeschichte und sonstige Beschwerden?	/ 2	
Lebensumstände (allein? Kinder? Arbeitsplatz?)	/ 3	
Ernährung	/ 1	
Stimmung: lustlos, freudlos, antriebslos? (Depression?)	/ 2	
Körperliche Untersuchung	/ 2	Bemerkungen
Nächste Schritte, z.B.	Punkte	Bemerkungen
Labor (wenn sofort: was wäre nötig?)	2	
Medikamente (ggf, nach Labor? oder sofort ohne Labor?)	/ 1 bis -2	

IGeL	/ -5	
Überweisung an Facharzt (welchen? Lunge?)	-1	
Wiedervorstellung	/ 3	
Ratschläge	Punkte	Bemerkungen
Keine Sorge...	/ 2	

Anmerkungen

Gesamtpunktzahl: /26

Note:

Anhang B: Kurzversion Leitlinie für Müdigkeit (DEGAM)

Definition und Ursachen

Patienten verwenden Bezeichnungen, die emotionale, kognitive, körperliche und Verhaltens-Aspekte beschreiben können. Eine große Zahl von biologischen, seelischen und sozialen Ursachen kommt in Frage, oft in Kombination. Darunter sind eindeutig diagnostizierbare seelische und körperliche Störungen oder Belastungen; oft lässt sich jedoch keine definitive Ursache identifizieren. Die Leitlinie behandelt das Symptom bei Erwachsenen.

Abwendbar gefährliche Verläufe – spezifische Probleme

- Behandlungsbedürftige psychische Störungen, vor allem Depression, Angststörung
- Schlaf-Apnoe-Syndrom und Medikamentennebenwirkungen / Substanzabusus
- Behandelbare schwere körperliche Erkrankungen sind selten und praktisch immer mit Auffälligkeiten in Anamnese und/oder körperlicher Untersuchung verbunden.
- Auf biologische Ursachen fixierte Diagnostik (»Tumorsuche«) führt zu unnötiger Belastung des Patienten und/oder Somatisierung einer Befindlichkeitsstörung.

Hausärztliche Diagnostik

Anamnese		
<ul style="list-style-type: none"> • Charakteristika des Symptoms • assoziierte Beschwerden • Müdigkeit neu/ungewohnt? • Beeinträchtigung im Alltag • Vorstellungen der Patienten zu Ätiologie und Behandlung A 	<ul style="list-style-type: none"> • somatische Anamnese: • Schlaf • Körpergewicht • kardiale/respiratorische/ gastrointestinale/urogenitale/ZNS-Funktion C 	<ul style="list-style-type: none"> • soziale, familiäre, berufliche Situation B • chemische oder Lärmbelästigung B • ähnliche Symptome im privaten/beruflichen Umfeld B • Schnarchen, Einschlafen am Steuer B

<ul style="list-style-type: none"> • Symptome von Depression und Angst A 	<ul style="list-style-type: none"> • Medikamente, psychotrope Substanzen C • Postinfektiös A, chronische • Erkrankung B 	<ul style="list-style-type: none"> • Schlafmangel
---	--	--

Körperliche Untersuchung

<ul style="list-style-type: none"> • abhängig von Auffälligkeiten in der Anamnese! 	<p>Wenn keine Hinweise auf definierte körperliche Störungen: C</p> <ul style="list-style-type: none"> • Abdomen • Atemwege • Schleimhäute • Herz • Lymphregionen • Kreislauf • Muskeltrophik, -kraft, -tonus, -eigenreflexe
---	--

Laboruntersuchung

<ul style="list-style-type: none"> • abhängig von Auffälligkeiten in der Anamnese und körperlicher Untersuchung 	<p>Wenn keine Hinweise auf definierte körperliche Störung:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Blut-Glucose A • Blutbild B • Blutsenkung/CRP C • Transaminasen 	<p>Weitere Diagnostik nur bei definierten Auffälligkeiten in Anamnese oder körperlicher Untersuchung</p>
--	---	--

Therapie

Betreuung im Verlauf	Weitere Möglichkeiten
<ul style="list-style-type: none">• Strukturiert, individuell und flexibel – nach Ätiologie und Situation• Gesprächsbereitschaft, Planung von Folgeterminen, Offenheit für breites Spektrum biologischer, psychischer u. sozialer Faktoren C	<ul style="list-style-type: none">• Symptomtagebuch C• Symptomorientierte aktivierende Maßnahmen A• Verhaltenstherapie A

Diagnostische Hilfen

Depression

Zwei Screening Fragen (Bezug: in den letzten 4 Wochen)

- Haben Sie sich oft niedergeschlagen/schwermütig/hoffnungslos gefühlt?
- Haben Sie wenig Interesse/Freude an Tätigkeiten gehabt?

Werden beide Fragen verneint, kann eine ausgeprägte Depression mit hoher Sicherheit als ausgeschlossen gelten.

Wird mindestens eine Frage bejaht, sollten weitere Symptome (zusätzlich zu Müdigkeit/Mangel an Energie) erfragt werden:

- Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- Vermindertem Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit
- Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen
- Schlafstörungen
- Verminderter Appetit

Eine ausgeprägte Depression liegt vor, wenn einschließlich der Müdigkeit insgesamt fünf oder mehr Kriterien bejaht werden, (darunter mindestens eine der beiden Screening-Fragen).

Angststörung

Screening Fragen (Bezug: letzte 4 Wochen)

- Nervliche Anspannung/Ängstlichkeit/Gefühl, aus dem seelischen Gleichgewicht zu sein
- Sorgen über vielerlei Dinge
- Angstattacke(n)

Chronisches Müdigkeitssyndrom (Systemische Belastungs-Intoleranz-Erkrankung)

Für das chronische Müdigkeitssyndrom (CFS) existieren verschiedene Definitionen. Gemeinsam ist diesen das neue, nicht durch andere Erkrankungen, Substanzen oder Belastung erklärbare Auftreten der Müdigkeit.

Weiter werden gefordert: ein definierter Beginn der Symptomatik und eine starke Beeinträchtigung durch die Müdigkeit im privaten, beruflichen oder sozialen Bereich sowie das Vorhandensein weiterer Zusatzsymptome bzw. -befunde (minor criteria). Über die Anzahl notwendiger Zusatzsymptome bzw. -befunde sowie die Mindestdauer der Müdigkeit für eine Einordnung als „CFS“ differieren die verschiedenen Klassifikationen (siehe Langfassung).

Es handelt sich um eine rein deskriptive und sehr selten erfüllte diagnostische Kategorie, vermutlich heterogener Ätiologie. Die Wirkung der „Etikettierung“ auf den Patienten ist unklar.

Häufige Fehler und Trugschlüsse

- Pathologische Laborwerte werden vorschnell als ausreichende Erklärung akzeptiert.
- Zuerst werden körperliche Ursachen ausgeschlossen und erst danach der psychosoziale Bereich bearbeitet – bis dahin kann eine somatische Fixierung erfolgt sein.
- Bei bekannten chronischen Erkrankungen wird Müdigkeit vorschnell auf den Krankheitsprozess selbst bezogen.
- Scheinassoziationen und selbsterfüllende Prophezeiungen (siehe Langfassung S. 45).

- Bezüglich Eisenmangels und Substitution (siehe Langfassung Kapitel 5.3 und 6.2).

Stärke der Empfehlungen: A basiert auf wissenschaftlichen Studien hoher Qualität, B basiert auf sonstigen Studien, C basiert auf Konsensaussagen oder Expertenurteilen