

Aus der

Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin

Universitätsmedizin Rostock

Direktor: Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Wolfgang Schneider

## **Warum Weiterbildung zur Psychosomatischen Grundversorgung?**

### **Evaluation eines Curriculums zur ärztlichen Weiterbildung**

Inauguraldissertation

zur

Erlangung des akademischen Grades

Doktor der Medizin

der Medizinischen Fakultät

der Universität Rostock

vorgelegt von

Kerstin Schmiedeberg

aus Boltenhagen

Boltenhagen 2014

Abgabedatum: 20.12.2014

Verteidigung: 23.06.2015

Gutachter: Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Wolfgang Schneider Klinik und Poliklinik f.  
Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin Universität Rostock

Gutachter : Prof. Dr. med. Harald J. Freiburger Klinik und Poliklinik für Psychiatrie  
und Psychotherapie Universität Greifswald

Gutachter: Prof. Dr. med. Attila Altiner Universität Rostock Institut für  
Allgemeinmedizin

Dekan: Prof. D. med. Emil Christian Reisinger

meiner Tochter Julia gewidmet

## Inhaltsverzeichnis

	<b>Seite (n)</b>
<b>I Einleitung</b>	
I. 1 Zur Organisation und den Inhalten der psychosomatisch – psychotherapeutischen Versorgung	<b>2</b>
I. 2 Zur Entwicklung der Psychosomatischen Medizin	<b>3</b>
I. 3 Rahmenbedingungen der Psychosomatischen Grundversorgung – Gesetze, Verordnungen	<b>3</b>
I. 4 Die Lernziele der Psychosomatischen Grundversorgung	<b>6</b>
<b>II Psychosomatik</b>	
II. 1 Geschichtlicher Überblick	<b>6</b>
II. 2 Psychosomatische Krankheitskonzepte	<b>8</b>
II. 3 Ziele und Methoden der Psychosomatischen Diagnostik	<b>10</b>
II. 4 Warum Weiterbildung zur Psychosomatischen Grundversorgung – illustrative Beispiele	<b>12</b>
II. 5 Die psychosoziale Kompetenz des Arztes wird zu wenig honoriert	<b>15</b>
II. 6 Probleme der Diagnostik und Differentialdiagnostik	<b>15</b>
II. 7 Was kann der Hausarzt tun?	<b>19</b>
II. 8 Empirische Studien zur Psychosomatischen Grundversorgung	<b>19</b>
<b>III Studienteil</b>	
III. 1 Empirische Fragestellungen	<b>22</b>
III. 2 Zum Kursaufbau der Weiterbildung in Psychosomatischer Grundversorgung	<b>22</b>
III. 3 Erster Untersuchungsteil: Kursevaluation	<b>25</b>
III. 4 Zusammenhang zwischen den einzelnen Variablen des Erwartungsbogens und den einzelnen Merkmalen des Kursabschlussbogens	<b>30</b>
III. 5 Katamneseuntersuchung	<b>32</b>
III. 5.1 Erwartungen an die Katamnese	<b>33</b>
III. 5.2 Auswertung der Katamneseergebnisse	<b>35</b>
III. 5.3 Einfluss von Geschlechter- und Altersvariablen auf die katamnestiche Bewertung	<b>37</b>
III. 5.4 Vergleich der katamnestiche Bewertung in Abhängigkeit vom Beschäftigungsverhältnis	<b>40</b>
III. 6 Studienteil 3: Faktorenanalytische Untersuchung der Psychosomatischen Basisdiagnostik (PBD) – ein Ansatz zur Konstruktvalidierung	<b>42</b>
III. 6.1 Hintergrund	<b>42</b>
III. 6.2 Zum methodischen Vorgehen bei der empirischen Untersuchung der Psychosomatischen Basisdiagnostik	<b>44</b>
III. 6.3 Ziele und Methoden der Faktorenanalyse	<b>47</b>
III. 6.4 Die Auswertung der Faktorenanalyse	<b>49</b>
III. 6.5 Die 3-faktorielle Lösung	<b>50</b>
III. 6.6 Inhaltliche und methodische Gesamtbewertung der Faktorenanalyse	<b>55</b>
III. 6.7 Beurteilung der psychosomatischen Basisdiagnostik durch die an der Evaluationsstudie zur PBD beteiligten Ärzte	<b>56</b>
<b>IV Diskussion</b>	
IV. 1 Ergebnisse der Kurserwartungen	<b>58</b>
IV. 2 Die Ergebnisse der Katamnestiche Studie	<b>62</b>
IV. 3 Die Sinnhaftigkeit der Psychosomatischen Basisdiagnostik im Rahmen der Psychosomatischen Basisdiagnostik (PBD)	<b>66</b>
IV. 4 Resümée	<b>69</b>

<b>V</b>	<b>Literatur</b>	<b>73 – 75</b>
<b>VI</b>	<b>Abbildungen und Tabellen</b>	<b>76</b>
<b>VII</b>	<b>Anhang</b>	<b>77 – 96</b>
<b>VIII</b>	<b>Thesen</b>	<b>97</b>
<b>IX</b>	<b>Lebenslauf</b>	
<b>X</b>	<b>Selbständigkeitserklärung</b>	

## Evaluation eines Curriculums zur ärztlichen Weiterbildung

### I Einleitung

Die Weiterbildung in der Psychosomatischen Grundversorgung soll den Arzt dazu befähigen, bei der Behandlung mit seinen Patienten, systematisch die Entwicklung einer positiven Arzt-Patient-Beziehung zu fördern. Dies gilt generell für die Behandlung aller Patienten. Aufgrund der Bedeutung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen soll er im Rahmen dieser Weiterbildung das Handwerkzeug erlangen, bedeutende Hinweise auf das Vorliegen derartiger Erkrankungen zu erkennen und die wichtigen differenzialdiagnostischen Überlegungen und Schritte umzusetzen. Dabei ist nicht nur das Erkennen dieser Störung für den Arzt wichtig, sondern auch die Fähigkeit, sie zu begleiten. Angesichts der besorgniserregenden Entwicklung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen ist die Ausbildung in Psychosomatischer Grundversorgung für alle ärztlichen Fachgruppen bedeutungsvoller als jemals zuvor.

Nach 23-jähriger hausärztlicher Tätigkeit kann ich diese Sichtweise nur bestätigen und möchte Ärzte aller Fachrichtungen motivieren, diese Ausbildung zu absolvieren. Der Hausarzt steht in der Regel im Focus des Gesundheitsmanagements/ der medizinischen Versorgung, da der erste Arzt-Patienten Kontakt häufig dort stattfindet; Im Kontakt mit dem Arzt, wird das Individuum zum Patienten. Der Patient erhält zumeist eine Diagnose, denn es findet zu selten nur ein (Beratungs-) Gespräch über z. B. soziale oder familiäre Probleme und eine Unterstützung bei der Bewältigung von Konflikten statt, bei denen keine Pathologisierung einer momentanen schlechten Stimmungslage erfolgt.

Wir Ärzte müssen lernen, dass unsere Rolle lange nicht mehr nur auf den Kranken reduziert ist, sondern wir agieren auch als Berater und Vermittler in belastenden Lebenssituationen (Pflege eines Angehörigen, Arbeitsplatzverlust).

Ein entscheidender Aspekt im täglichen Umgang mit den Patienten besteht darin, diesen nicht selbstverständlich auf dem Weg in die Krankheit zu begleiten oder diesen gar auf diesen Weg durch ungerechtfertigte oder zu frühe diagnostische Prozeduren, Diagnosestellungen und unangemessene Therapien „hineinzuschieben“, sondern Menschen mit Problemen, bei der Konfliktbewältigung ggf. vor drohenden psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen zu bewahren.

Gerade diese ganzheitliche Sichtweise ist Gegenstand und Ziel des Fachgebietes der Psychosomatischen Medizin wie auch der Psychosomatischen Grundversorgung. Diesem hohen Bedarf an den noch zu beschreibenden Kompetenzen steht noch ein geringes Angebot an qualifizierten Weiterbildungsangeboten gegenüber und noch immer weisen viele Ärzte nicht die genügenden Kompetenzen auf diesem Gebiet auf.

In dieser Arbeit wird ein Curriculum zur ärztlichen Weiter- und Fortbildung in Psychosomatischer Grundversorgung, das seit Mitte der neunziger Jahre im Bereich der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern durchgeführt wird, evaluiert.

### **I.1 Zur Organisation und den Inhalten der psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgung**

Zu unterscheiden sind 3 Ebenen der Psychosomatisch- psychotherapeutischen Versorgung (P. L. Janssen 2009).

**Die Psychosomatische Grundversorgung:** Sie ist die Basisversorgung, die den psychosomatischen Verständnisansatz in die hausärztliche und fachärztliche Versorgung integriert.

**Die Zusatzbezeichnung Psychotherapie und Psychoanalyse:** Gebietsärzte nahezu aller Fachrichtung können berufsbegleitend eine Qualifikation Psychotherapie oder Psychoanalyse erwerben. Sie werden damit tätig in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie oder in der Verhaltenstherapie bzw. in analytischer Psychotherapie in ihrem Gebiet. Seit 2005 ist die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ in die „fachgebundene Psychotherapie“ umbenannt worden und die Inhalte dieser Qualifizierung sollen stärker die Krankheitsbilder und Problemstellungen des jeweiligen Fachgebietes im Fokus haben.

**Der Gebietsarzt für Psychotherapeutisch Medizin; heute Psychosomatische Medizin und Psychotherapie:** Dieser ist Spezialist für den psychosomatisch-psychotherapeutischen Versorgungsansatz mit Schwerpunkt in der Behandlung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen.

## **I.2 Zur Entwicklung der Psychosomatischen Medizin**

Die folgende Darstellung orientiert sich an einer umfassenden Darstellung dieser Entwicklung von P. L. Janssen (2009).

1. Im Jahr 1970 erfolgte eine bedeutsame Novellierung der ärztlichen Approbationsordnung, die durch eine bio- psycho- soziale Umorientierung der medizinischen Ausbildung charakterisiert war. Es wurden die Fächer Medizinische Psychologie, Medizinische Soziologie in die Vorklinik und ein obligates Praktikum für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie im zweiten ärztlichen Studienabschnitt eingeführt. Daraufhin entstanden die ersten Lehrstühle für Psychosomatische Medizin an den Universitäten der Bundesrepublik und nach der Wende 1989 auch in den neuen Bundesländern.
2. 1978 Einführung der Zusatzbezeichnung Psychoanalyse (die Deutsche Gesellschaft für Psychotherapie, GPT und die Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie, AÄGP) hatten die Einführung eines Facharztes für psychosomatische Medizin gefordert ).
3. 1980 Integration der Verhaltenstherapie in die Richtlinien-Psychotherapie und in die stationäre psychosomatisch- psychotherapeutische Behandlung.
4. 1984 Konzeptualisierung der Psychosomatischen Grundversorgung und in der Folgezeit Einführung in die Richtlinien-Psychotherapie als psychosomatisch- psychotherapeutische Basisversorgung.
5. 1989 nach der Wiedervereinigung Umorientierung auch der psychosomatisch- psychotherapeutischen Medizin durch die Integration des ehemaligen Zweifacharztes Psychotherapie der DDR.
6. 1998 Beschluss des Bundestages zum Psychotherapeutengesetz.

## **I.3 Rahmenbedingungen der Psychosomatischen Grundversorgung – Gesetze, Verordnungen**

Verschiedene Gesetze und Verordnungen berühren die Psychosomatische Grundversorgung. In Teilen tradieren und fördern sie strukturelle Mängel, die zu einer Minderung der Behandlungsqualität in diesem besonders sensiblen und wichtigen Versorgungsfeld führen .



Bereits im Medizinstudium sollten die Weichen so gestellt werden, dass eine solide Basis für eine sprechende, patientenorientierte Grundkompetenz für die zukünftigen Ärzte geschaffen wird. Dem sollte durch eine angemessene Gewichtung der psychosozialen Anteile in der Ärztlichen Approbationsordnung Rechnung getragen werden.

In die Muster – Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer wurde zwar die Psychosomatische Grundversorgung 1992 als obligatorischer Bestandteil aller klinischen Weiterbildungsgänge aufgenommen, es fehlen jedoch (mit Ausnahme der Allgemeinmedizin und der Frauenheilkunde und Geburtshilfe) verbindliche Richtlinien zu deren Umsetzung. Dadurch wird eine bundeseinheitliche Verwirklichung der im Prinzip als richtig und wichtig an erkannten Weiterbildungsanteile erschwert.

In den Psychotherapie- Vereinbarungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Krankenkassen ist die Psychosomatische Grundversorgung seit 1987 enthalten und seit 1994 auch in angemessener Form geregelt. Vielfach bestehen jedoch Mängel in der inhaltlichen Programmgestaltung. Dazu gehören z. B.: überregionale Crash- Kurse ohne Verbindung zur regionalen Versorgungslandschaft, Blockveranstaltungen ohne ausreichende Zeit zur Übung und Anwendung des Erlernten, fehlende Erfahrung der Ausbilder in der Psychosomatischen Grundversorgung. Außerdem gelten die Psychotherapie – Vereinbarungen nur für die ambulante Versorgung. Ihre Übertragung auf den stationären Bereich steht aus(z. B. Pflegesatzvereinbarungen). Die mangelhafte Verzahnung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wirkt sich in der Psychosomatischen Grundversorgung besonders ungünstig aus, weil hier das persönliche Vertrauensverhältnis zum behandelnden Arzt und die Kontinuität der Betreuung besonders wichtig sind. Sowohl die hausärztliche Betreuung chronisch Kranker während eines Krankenhausaufenthaltes, als auch die ambulante Betreuung Schwerkranker durch einzelne Ärzte an spezialisierten Kliniken (z. B. Onkologie) wären in hohem Maße wünschenswert.

Das Sozialgesetzbuch wird mit seiner fast durchgängigen Zentrierung auf den einzelnen Kranken der Wirklichkeit der Psychosomatischen Grundversorgung längst

nicht mehr gerecht. Heute wird der Patient durchgängig als Teilnehmer eines Beziehungs- und Behandlungssystems gesehen und verstanden. Die Ausblendung der Familie in allen Regelwerken erschwert deren sinnvolle Einbeziehung. Die Angehörigen treten allenfalls als Begleitperson oder Ko-Therapeuten in Erscheinung, nicht aber als Beteiligte am Krankenhaus- und Behandlungsprozess.

Ebenso hinderlich ist, dass die gerade in der Psychosomatischen Grundversorgung wichtige Kooperation der Ärzte nicht gefördert und angemessen honoriert wird. Gemeinsame Gespräche, z. B. Hausarzt und Psychotherapeut, die ausführliche Abstimmung mehrerer ambulanter und stationärer Behandler oder die Einbeziehung des sozialen Umfeldes (Arbeit, Wohnung etc.) sind allenfalls gegen die bestehenden Regularien und mit materiellen Opfern der beteiligten Ärzte und Psychotherapeuten möglich.

Im Jahr 1994 wurde der Arbeitskreis Psychosomatische Grundversorgung vom Vorstand der Bundesärztekammer berufen. Die Aufgabe und das Ziel des Arbeitskreises bestanden in der Beratung des Vorstandes der Bundesärztekammer zu folgenden Fragen:

- Erarbeitung eines Modellcurriculums als Beitrag zur Verbesserung der Strukturqualität
- Vorschlag erprobter Instrumente und Maßnahmen zur Verbesserung der Prozessqualität
- Entwicklung von Kriterien und Maßnahmen zur Dokumentation der Ergebnisqualität, einschließlich der Abschätzung des Aufwandes und des Nutzens der Behandlung
- Untersuchung der für die Qualität der Psychosomatischen Grundversorgung förderlichen oder hinderlichen Rahmenbedingungen (vor allem Gesetze, Verordnungen und Finanzierungsmodalitäten)

Die Psychosomatische Grundversorgung weist in diesem System für die Qualität der Versorgung psychischer und psychosomatischer Störungen eine entscheidende Bedeutung auf. Beim Hausarzt, in der Facharztpraxis oder im Krankenhaus kann ein Großteil der anfallenden Störungen erstmals erkannt werden. Hier bekommen die Patienten die erste Unterstützung und Aufklärung und hier wird ihnen erklärt, ob weitere Maßnahmen angezeigt sind und wo diese in einem zunehmend unübersichtlich gewordenen System gefunden werden können. Keinesfalls steht die

Psychosomatische Grundversorgung in Konkurrenz zu den anderen spezialisierten psychotherapeutischen und / oder psychiatrischen Leistungen. Beide, die medizinischen Grundversorger/Hausärzte und die Spezialisten, ergänzen einander, keiner kommt ohne den anderen aus, wenn eine angemessene Versorgungsqualität erreicht werden soll.

#### **I.4 Die Lernziele der Psychosomatischen Grundversorgung:**

- Basisdiagnostik: erkennen und unterscheiden der wichtigsten psychischen, psychosomatischen und somatopsychischen Störungsbilder und Probleme
- Basistherapie: beratende und unterstützende Maßnahmen des Arztes, meist als erweitertes Gespräch mit dem Patienten allein, ggf. zusammen mit Angehörigen (z. B. Partner)
- Kooperation mit psychotherapeutischen und psychiatrischen Spezialisten, zur differenzialdiagnostischen Klärung oder Weiter- bzw. Mitbehandlung. Der Arzt ist hier Wegweiser und Vermittler

Die Didaktik wird bestimmt durch die Ausgewogenheit von Wissenserwerb, praktischen Übungen (z. B. Rollenspiele, Live Demonstrationen) und patienten- bzw. berufsbezogener Selbsterfahrung, bevorzugt in Balintgruppen.

## **II. Psychosomatik**

### **II.1 Geschichtlicher Überblick**

Das Gebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie ist in der ärztlichen Ausbildung seit 1970 und in der Weiterbildung seit 1992 verankert, hat jedoch eine wesentlich längere Tradition in der Geschichte der medizinischen Disziplinen.

Bis heute besteht bei Ärzten und Patienten eine Unkenntnis darüber, was Psychosomatische Medizin genau ist und welchen Stellenwert diese in der medizinischen Versorgung hat. Sie wird entweder mit der Psychiatrie oder der Psychologie verwechselt.

Bereits in der Antike sind die Wurzeln der Psychosomatischen Medizin zu finden. Hippokrates, Platon- um nur einige zu nennen, schrieben damals schon der Psyche

beim Entstehen von Krankheiten eine große Bedeutung zu.

Erst im 19. Jahrhundert wurde es konkreter und es kristallisierte sich ein eigenständiger Bereich heraus. Als Grund dafür muss die vorausgegangene Umorientierung der Medizin zu rein naturwissenschaftlichen Konzepten angesehen werden.

Mit der Weiterentwicklung von Physiologie, Zellulärpathologie und Neuroanatomie setzten sich die Konzepte, die den Menschen als mechanistisch funktionierende Maschine ansahen, mehr und mehr durch (vgl. Uexküll u. Wesiack, 1990). Der Anfang dieser Sichtweise wird meist fälschlich im Dualismus Descartes (1631) gesehen, der aber gerade für die Medizin eine monistische Haltung einnahm (vgl. Weiner 1986 ).

Als Gegensatz zu diesen mechanistischen Modellen entwickelte sich das holistische Modell der Psychosomatik, welches das dualistische Wesen des Menschen aus Körper und Psyche in die Krankheitskonzepte integrierte.

Der Begriff Psychosomatik wurde erstmals von Johann Christian August Heinroth (1818) gebraucht. In der Folge wurde er von den Schülern Freud's; Felix Deutsch (1928), Otto Fenichel und G. W. Groddeck (1923) wieder eingeführt (siehe z. B. Janssen (2009)).

V. von Weizsäcker (1951) verstand Krankheit als pathologische Form der Selbstverwirklichung und forderte die Einführung des Subjektes in die Medizin.

F. G. Alexander (1950) entwickelte im Weiteren das Modell der „vegetativen Neurose“. Er nahm für bestimmte Erkrankungen, neben einer körperlichen Disposition, einen spezifischen auslösenden psychischen Konflikt an. Auch wenn heute nicht mehr von der Spezifität des psychischen Konfliktes ausgegangen wird, hat dieses Modell noch immer großen Einfluss auf die von einer multifaktoriellen Genese ausgehenden Krankheitsmodelle.

In jüngere Zeit setzen sich sogenannte „bio- psycho- soziale Modelle“, in den USA von H. Weiner und Mayer (1990) und in Deutschland von Th. v. Uexküll formuliert, in der Psychosomatik durch. Das von Uexküll'sche Modell geht von einer hierarchisch angelegten Ordnung von Subsystemen (Molekular-, Zell-, Organ-, Personen- und

Gesellschaftsebene) aus, die miteinander wechselseitig im Austausch stehen. Es wird versucht, diese Wechselwirkungen qualitativ und quantitativ zu beschreiben und Gesetzmäßigkeiten im Zusammenspiel von physiologischen und sozialen Faktoren bei der Pathogenese zu entdecken (z. B. v. Uexküll und Wesiack 2011).

## **II.2 Psychosomatische Krankheitskonzepte**

Die Psychosomatik beschäftigt sich neben den allgemeinen theoretischen Fragen nach dem Leib-Seele Dualismus auch konkret mit der Frage, wie seelische Faktoren eine körperliche Erkrankung beeinflussen. Hier haben sich mehrere psychosomatisch-psychotherapeutische Krankheitskonzepte herausgebildet, auf die im Folgenden kurz eingegangen wird.

**Psychosoziale Faktoren können bei den verschiedenen Krankheitsbildern eine unterschiedliche Bedeutung aufweisen bzw. Rolle spielen. Sie können ursächlich wirken, den Verlauf einer Erkrankung beeinflussen oder die Folge einer körperlichen Erkrankung sein. Letztlich können diese unterschiedlichen Einflussfaktoren jedoch auch interagieren.**

**Bei den klassischen Neurosen oder auch den Persönlichkeitsstörungen wird davon ausgegangen, dass insbesondere frühe Beziehungserfahrungen für die psychische Entwicklung eines Menschen von Relevanz sind. Dies gilt für die „gesunde“ Entwicklung wie für die psychosoziale Prädestinierung von psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen. So wird im Neurosenkonzept der klassischen Psychoanalyse davon ausgegangen, dass frühkindlich angelegte Konflikte oder konflikthafte Motive, die durch Verdrängungsmechanismen unbewusst gehalten werden, letztlich zur Herausbildung einer neurotischen Symptomatik führen (Konfliktmodell, siehe z. B. Arbeitskreis OPD, 2006). Das Konversionsmodell von Freud (siehe auch Hoffmann und Hochapfel 2009) sieht in der Symptombildung den Versuch, unbewusste seelische Konflikte zu lösen. Es kommt durch die Symptombildung zur Vermeidung der Bewusstwerdung von unerträglichen Affekten und Triebwünschen. Die Symptome haben dabei einen, für den Konflikt typischen, Symbolcharakter (Freud 1905).**

Bei nachhaltigen Störungen der Persönlichkeitsentwicklung (siehe Arbeitskreis OPD, 2006), z. B. durch emotionale Vernachlässigung, Gewalterfahrungen oder kindlichem sexuellen Missbrauch, entstehen strukturelle Defizite, die zu Persönlichkeitsstörungen führen können, die unterschiedlichste psychische und psychosomatische Symptome und Probleme aufweisen können.

Auch bei den Posttraumatischen Belastungsstörungen (siehe Freyberger und Kuwert 2013) wird davon ausgegangen, dass diese in der Hauptsache durch psychosoziale Faktoren (hier die Traumatisierung) bedingt sind. Der Betroffene, der vor der Konfrontation mit dem Trauma eine relativ unauffällige psychosoziale Entwicklung genommen hat, bildet infolge der Traumatisierung unterschiedlichste psychische und psychosomatische Symptome aus. Auch wenn bei diesen hier etwas schematisiert dargestellten Erkrankungen psychosoziale Bedingungen eine zentrale Rolle spielen, sind sicherlich auch genetische oder konstitutionelle Einflüsse zu berücksichtigen. Für psychische Erkrankungen im engeren Sinn sind vielfach psychotherapeutische Behandlungen angezeigt. Dem Hausarzt oder auch einem anderen Facharzt fällt dann die Aufgabe zu, diese Patienten zu identifizieren und sie für eine vertiefende psychosomatisch-psychotherapeutische Diagnostik oder eine Psychotherapie zu motivieren.

Insbesondere bei schweren und chronischen körperlichen Erkrankungen haben psychische Faktoren oftmals einen Einfluss auf den Verlauf der Krankheit oder psychische Störungen können eine Folge der körperlichen Grunderkrankung darstellen.

Mit dem Eintreten einer somatischen Erkrankung und ggf. deren Chronifizierung resultieren eine Reihe von Bewältigungsaufgaben: Es müssen das emotionale Gleichgewicht sowie ein befriedigendes Selbstbild aufrechterhalten werden. Dies u. U. bei einer unvorhersagbaren Zukunft bei schweren Erkrankungen. Darüber hinaus müssen die Beziehungen zu Familie und Freunden oder auch die berufliche Integration so gut wie möglich gestaltet werden.

**Weitere Belastungen, die sich aus einer schweren körperlichen Erkrankung ergeben können, sind der Umgang mit Schmerzen, Handicaps und Behinderungen sowie die Bewältigung von Krankenhausaufenthalten und die Belastung von speziellen Behandlungsmaßnahmen (z. B. Knochenmarktransplantation).**

**Bei chronischen Erkrankungen wie z. B. einer dialysepflichtigen Nierenerkrankung ist es für den Patienten notwendig angemessene Beziehungen zu seinen Behandlern zu entwickeln und aufrechtzuerhalten. Bei Patienten mit primär körperlichen Erkrankungen fällt den somatischen Behandlern die Aufgabe zu, diese angemessen zu unterstützen und zu beraten. Psychische Probleme können bei den Patienten dazu führen, dass diese Schwierigkeiten entwickeln, sich angemessen auf die medizinisch notwendigen Maßnahmen einzulassen. Gerade bei Patienten mit chronischen Erkrankungen weist der Hausarzt eine wichtige Funktion auf, diese bei einer möglichst guten Bewältigung ihrer Erkrankung und den damit verbundenen Belastungen und Einschränkungen zu unterstützen, denn er begleitet diese Patienten in der Regel im Alltag. Dies bedeutet, dass der Hausarzt nicht nur die medizinischen Probleme und Therapien fokussiert, sondern auch mit dem Patienten über die mit der Erkrankung verbundenen funktionellen Beeinträchtigungen und etwaige psychische und soziale Komplikationen spricht und sie bei deren Überwindung soweit als möglich unterstützt. Oftmals ist auch eine Einbeziehung von Angehörigen angezeigt, um die familiäre Unterstützung zu fördern.**

### **II.3 Ziele und Methoden der Psychosomatischen Diagnostik**

**Die folgende Auflistung zeigt die unterschiedlichen relevanten Merkmalsbereiche bei der psychosomatischen Diagnostik auf:**

- 1. Symptome (somatische wie psychische)**
- 2. Probleme (z. B. Partnerschaftskrisen, berufliche Probleme)**
- 3. Persönlichkeitsentwicklung**

4. Konflikte oder traumatische Belastungen (z. B. Gewalterfahrungen, sexueller Missbrauch)
5. Lerngeschichte; Auslöser, aufrechterhaltende Bedingungen
6. Chronisches Krankheitsverhalten

Bei der psychosomatischen Diagnostik stehen Beziehungsaspekte sowie die subjektive Sichtweise und das Erleben des Patienten im Vordergrund; dies gilt für Patienten mit psychischen Erkrankungen im engeren Sinn wie u. U. eingeschränkt auch für Patienten mit Organerkrankungen. Entsprechend stellt das systematische Interview den zentralen Baustein des diagnostischen Prozesses dar. Dieses wird halbstrukturiert geführt; d. h. die zentralen Themenstellungen werden „offen“ thematisiert und der Patient erhält die Gelegenheit, seine subjektive Sicht über die angesprochenen Fragestellungen darzulegen. Dabei ist für den Interviewer das emotionale Erleben von besonderer Bedeutung, da sich darin die besondere Problemstellung des Patienten ausdrücken kann (siehe Schneider und Parpart 2013). Die ausführliche biografische Anamnese ergibt wichtige Informationen über die individuelle Entwicklung des Patienten. Für die systematische Erhebung der Symptomatik ist ein eher exploratives Vorgehen angezeigt, dass in das Interview integriert wird. Wichtige diagnostische Hinweise können sich aus der Verhaltensbeobachtung oder die Interaktion des Patienten mit dem Arzt ergeben. Allerdings erfordert dies eine hohe Kompetenz und Erfahrung vom Interviewer, die auch die Weiterbildung in der Psychosomatischen Grundversorgung nur rudimentär vermitteln kann. Bei dem Spezialisten für Psychosomatik / Psychotherapie werden vielfach noch unterschiedliche psychologische Testinstrumente eingesetzt, die differenzierte und ergänzende Aussagen zur Symptomatik, zur persönlichen Entwicklung, der Krankheitsverarbeitung oder der Psychotherapiemotivation ermöglichen. Auch dieser Ansatz übersteigt die Kompetenzen der ärztlichen Versorger im Feld der Psychosomatischen Grundversorgung; für diesen Bereich sind eher Screeningverfahren, die zu unterschiedlichen Themenfeldern Aussagen machen können, wünschenswert. Die in meiner Studie evaluierte Psychoso-



**matische Basisdiagnostik (PBD) stellt einen Ansatz dar, die oben beschriebenen diagnostischen Merkmalsbereiche komprimiert und umsetzbar für die Anwendung in der Arztpraxis zu systematisieren. Selbstverständlich ist die notwendige Organdiagnostik in einem angemessenen Ausmaß vorzunehmen.**

**Bedeutsam ist noch, dass dem psychosomatischen Interview – und dies gilt auch und gerade für das ärztliche Gespräch – die Aufgabe zukommt, den Patienten, soweit angezeigt, für die Wahrnehmung einer vertiefenden psychosomatisch-psychotherapeutischen Intervention zu motivieren (siehe Schneider und Parpart 2013). Dafür ist gerade die Herstellung einer vertrauensvollen und entängstigenden Arzt-Patient-Beziehung angezeigt.**

#### **II.4 Warum Weiterbildung zur Psychosomatischen Grundversorgung – illustrative Beispiele**

**In unserer Gesellschaft sind körperlich Kranke, die gleichzeitig eine psychische Störung aufweisen und jene, deren körperliche Leiden durch eine psychische Störung getriggert wird, medizinisch unterversorgt .**

**So hat fast ein Fünftel der Erwachsenen neben einer körperlichen Erkrankung auch eine behandlungsbedürftige psychische Störung, wie etwa eine Depression oder Angststörung. Nur 20 % der Patienten erhalten in diesem Land eine adäquate Therapie ihres seelischen Leidens (siehe z. B. Jacobi 2007).**

**Besonders für chronische Erkrankungen wie Herzinsuffizienz, Krebs, Diabetes mellitus, COPD, gibt es inzwischen eine starke Evidenz dafür, dass sie das Risiko für psychische Erkrankungen erhöhen. Weisen die Patienten eine Komorbidität mit psychischen Störungen auf, haben sie in der Regel einen hohen Leidensdruck und ihr Gesundheitszustand verschlechtert sich dramatisch (Helmes et al 2007).**

So haben nach einer WHO Erhebung mit über 20.000 Patienten jene mit einer körperlichen Erkrankung und gleichzeitiger Depression den schlechtesten Outcome (Herzog et al 2012).

Die Konsequenzen der psychisch-somatischen Komorbidität sind gravierend; es resultieren häufig eine eingeschränkte Arbeitsfähigkeit, mehr Berentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit sowie eine höhere Sterblichkeit und Krankheitskosten.

Damit diese Krankheitskombination frühzeitig erkannt wird, müssen Primärärzten geeignete Diagnoseverfahren an die Hand gegeben werden. Genau dies kann in der Ausbildung der Psychosomatischen Grundversorgung erlernt werden. Es reicht nicht aus nur auf die Erfahrungen im Umgang mit den Patienten zurückzugreifen, das geforderte spezielle Wissen muss erlernt werden bzw. in Balintgruppen reflektiert werden. Einen zentralen Anteil dieser Ausbildung stellt der Erfahrungsaustausch der Teilnehmer und Teilnehmerinnen dar, die Diskussion über Probleme der Arzt-Patient-Beziehung, Aspekte der Krankheitsverarbeitung aufseiten der Patienten sowie angemessene Therapieansätze.

Ein Beispiel:

Es gibt im Gesundheitspass Diabetes ein Screening auf begleitende Depression mit fünf Fragen, die der Patient selbst beantworten kann. Soma-tisch tätige Ärzte bekommen so einen Hinweis auf das Vorliegen etwaiger psychischer Probleme bei ihren Patienten, die bedeutsam für den Krankheitsverlauf seien, da die Prognose von Diabetikern bei Vorliegen einer psychischen Komorbidität deutlich – u. a. aufgrund der ungünstigen Therapiecompliance – verschlechtert ist (Herpertz 2009).

Im zweiten Schritt braucht es neue Therapieverfahren. Gegenwärtig werden die psychischen Störungen überwiegend medikamentös behandelt, doch die wenigsten Patienten wollen dieses. Ebenso wenig wollen sie zum Psychotherapeuten geschickt werden. Sie brauchen also einen „guten Doktor“, der sich Zeit für sie nimmt und mit ihnen spricht. Doch diese Gesprächsleistung wird dem Arzt nicht angemessen bezahlt. Idealerweise sollten diese Patienten in einem integrierten Versorgungszentrum be-

**handelt werden. Realität ist aber, dass die psychischen Probleme der Patienten, wenn sie dann überhaupt behandelt werden, nur fragmentarisch und in verschiedenen Sektoren des Gesundheitssystems ohne Absprache und gegenseitige Rückmeldung therapiert werden.**

**Die Folge sind schlechtere Behandlungsergebnisse. In der klinischen Praxis braucht es Diagnoseverfahren und eine integrierte Versorgung sowie die Überwindung von Schnittstellen.**

Bühning (2014) berichtet die Ergebnisse einer Studie zur Inanspruchnahme des Versorgungssystems bei psychischen Erkrankungen anhand der Routinedaten von drei Ersatzkassen und Daten der Deutschen Rentenversicherung Bund. Diese hätte eine sehr hohe Inanspruchnahme-Prävalenz aufgezeigt. Von zehn Millionen Versicherten nahm ein Drittel (3,3 Millionen) das Versorgungssystem mit einer psychischen Diagnose (F0–F5) in Anspruch. Greift man einzelne Diagnosen heraus, wurden drei Viertel der von Depressionen Betroffenen von Hausärzten und somatischen Fachärzten behandelt, gefolgt von Nervenärzten und Psychiatern. Diese Arztgruppen rechnen bei psychischen Diagnosen am häufigsten verbale Interventionen ab, Psychiater überwiegend psychiatrische Gespräche. Richtlinien-Psychotherapie wird vor allem von Psychologischen Psychotherapeuten und Fachärzten für Psychosomatische Medizin abgerechnet. Greift man einzelne Diagnosen heraus, wurden drei Viertel der von Depressionen Betroffenen von Hausärzten und somatischen Fachärzten behandelt.

**So wiesen viele von einem Allgemeinarzt behandelten Patienten die eine oder andere leichte psychische Störung auf, und das sind genau diejenigen, die mit der größten Wahrscheinlichkeit Placeboresponder sind (vgl. Frances 2013).**

**Ist der Patient wieder hergestellt, bringt er die Verbesserung seines Befindens in der Regel mit einer Arznei in Verbindung, die er eingenommen hat, und ist bereit, das Medikament überflüssigerweise und über einen längeren Zeitraum einzunehmen.**

**Die niedergelassenen Hausärzte sind oftmals „gehetzt“, unterbezahlt und überarbeitet. Sie haben nur Minimalkenntnisse auf den Gebieten der Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. Zweckmäßigkeit ob-**

**siegt bisweilen über ärztliche Sorgfalt und der schnellste Weg, den Patienten wieder wegzuschicken, weil den Ärzten ja auch oft gar nichts anderes übrig bleibt, ist nun mal der Griff nach dem Rezeptblock. Dass ein Großteil der psychiatrischen Diagnostik und Therapie in hausärztlichen Praxen stattfindet, ist absolut unvernünftig. Die Diagnosestellung des Vorliegens einer psychischen und psychosomatischen Erkrankung erfordert Sachkenntnis, Erfahrung und Zeit!**

**Der Fehler liegt in erster Linie im System und weniger beim Arzt. Idealerweise sollte der Hausarzt Dreh- und Angelpunkt für alle ärztlichen Behandlungen sein, stattdessen haben unsere expertenverliebten Gesundheitssysteme die Hausärzte abgewertet und mit viel zu geringen Mitteln ausgestattet.**

**Die Spuren der diagnostischen Inflation finden wir überall. In den letzten 15 Jahren haben wir explosionsartige Epidemien psychischer Störungen erlebt. Die bipolare Störung bei Kindern – eine DSM- IV- Diagnose nahm um das Vierfache zu, die Autismusfälle schwollen auf das Zwanzigfache an, die Aufmerksamkeitsdefizit- Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) verdreifachten sich und die bipolaren Störungen bei Erwachsenen verdoppelten sich (siehe Frances 2013).**

**Der Psychotherapie fehlt auch die einheitliche, eingängige Botschaft, um der verführerisch täuschenden Pharmawerbung, wonach alles nur ein leicht behebbares „chemisches Ungleichgewicht“ sei, entgegen zu wirken. Sie hat aber eine vielwichtigere Geschichte zu erzählen, dass sie bei Menschen mit geringen bis mäßig schweren Problemen im Vergleich ebenso effizient ist wie Medikamente. Zwar dauert sie etwas länger, bis sie wirkt und kostet erst einmal mehr, doch ist die Wirkung weitaus nachhaltiger, was sie langfristig womöglich wieder günstiger macht als eine Langzeitmedikation. Tabletten schlucken ist eine passive Angelegenheit. Eine Psychotherapie hingegen nimmt den Patienten in die Verantwortung und „zwingt“ ihn mehr oder weniger, seine Einstellung zum Leben zu überdenken und zu ändern.**

## **II.5 Die psychosoziale Kompetenz des Arztes wird zu wenig honoriert**

Immer mehr Patienten kritisieren eine standardisierte und technologisch ausgerichtete Medizin bei der die Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung und die Gefühlswelt der Patienten immer mehr verloren gegangen ist. Der Ruf nach mehr Patientenorientierung in der Medizin wird lauter. Prof. Dr. Claudia Witt, Direktorin des Institutes für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsmedizin an der Berliner Charité, hat sich intensiv mit diesem Kritikpunkt auseinandergesetzt und ausführlich dazu publiziert.

„Die psychosoziale Kompetenz eines Arztes wird in unserem System zu wenig honoriert. Wer durch ein intensives Gespräch eine unnötige, teure Untersuchung überflüssig macht, wird sogar wirtschaftlich bestraft. In die sprechende Medizin investieren unsere Kassen kaum. Vielleicht auch, weil man meint, deren Nutzen nicht messen und objektivieren zu können“ (Witt 2010).

Larisch et al (2005) konnten an einer Studie mit 43 Hausärzten zeigen, dass diese bei der Behandlung von Patienten mit Somatisierungsstörungen nach einem Training in relevanter Weise gegenüber einer „Routinebehandlung“ Kosten einsparen konnten. Dies war insbesondere durch nennenswerte Einsparungen durch eine Minimierung von Kosten durch wiederholte – nicht indizierte und nicht ergiebige – diagnostische Maßnahmen begründet.

Man denke hier auch an die Complianceprobleme bei chronischen Erkrankungen. Es wäre m. E. durchaus angezeigt, Aspekte wie Empathiefähigkeit als Teil des Qualitätsmanagements zu definieren. Die vorhandenen Evaluationsmethoden lassen das zu. Die Kassen könnten also, wenn sie wollten durchaus messen, ob sich mehr Geld für eine sprechende Medizin rentiert.

## **II.6 Probleme der Diagnostik und Differentialdiagnostik**

Ich möchte dieses anhand von „Depression versus Burnout“, darstellen.

Immer mehr Menschen leiden unter einem Burnout. Was für die einen nur eine

Modediagnose ist, sehen andere als Indiz für steigende Anforderungen in der Arbeitswelt. Fest steht, das ein Burnout – Syndrom die psychische und körperliche Gesundheit der Betroffenen erheblich beeinträchtigen kann. Insbesondere Schmerzleiden bilden mit dem Burnout ein fatales Gespann. Das Burnout- Syndrom erfährt in den letzten Jahren zunehmende Aufmerksamkeit und scheint durch zahlreiche prominente Beispiele salonfähig geworden zu sein (Schneider 2013). Dabei wird diese Bedeutung kontrovers diskutiert. Von den einen als Modediagnose oder Depression der Erfolgreichen abgetan, wird es von anderen als ernst zunehmender Hinweis für die gesundheitlichen Auswirkungen der allgemein erhöhten Anforderungen in der Arbeitswelt gesehen. Nach einer Repräsentativerhebung aus dem Jahr 2011 wurde in Deutschland bei 1,9 Millionen Menschen ab 14 Jahren von einem Arzt ein Burnout -Syndrom diagnostiziert und die Tendenz der AU – Tage aufgrund von Burnout steigt laut den Statistiken verschiedener Krankenkassen (AOK, TK, BKK, DAK, Bundespsychotherapeutenkammer 2012).

Dabei hat offensichtlich ein Bedeutungswandel stattgefunden. Betraf in den 1970er -Jahren Burnout vor allem Idealisten, die an ihren überhöhten altruistischen Ansprüchen gescheitert waren, scheinen heute vor allem eskalierende Ansprüche von außen mit intensivem Konkurrenzdruck eine Rolle zu spielen und nahezu alle Berufe mit einzubeziehen. Hillert und Marwitz (2006) bringen den Einfluss der veränderten Arbeitsplatzfaktoren für das Individuum auf die Formel:

$$\text{Leistungssteigerung} \times \text{Flexibilität} - \text{Sicherheit} = \text{Burnout}$$

In der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO, 1999) ist das Burnout – Syndrom nicht als eigenständige Krankheit anerkannt, sondern wird unter „Problemen verbunden mit Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung mit der Ziffer Z 73.0 „Ausgebranntsein: Burnout- Zustand der totalen Erschöpfung,, eingeordnet.

Kennzeichnend ist eine Trias von Symptomen:

1. Emotionale Erschöpfung, verbunden mit Reizbarkeit, Anspannung und Antriebsschwäche (Ich fühle mich von meiner Arbeit völlig ausgelaugt, sie macht einfach keinen Spaß mehr)
  - 1.1.1.1. Depersonalisierung verbunden mit Gleichgültigkeit,

Zynismus, Distanz (Bei manchen Klienten oder Kunden interessiert es mich nicht wirklich, was aus ihnen wird)

2. Eingeschränkte Leistungsfähigkeit und Erleben von Misserfolg, verbunden mit Sinnentleerung, Unwirksamkeit und Hyperaktivität (Ich habe immer seltener das Gefühl, dass ich etwas Wesentliches bewirke).

Abb. 1 Burnout- Konzept der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN, 2012)



Abbildung 4: DGPPN-Kategorisierung von Burnout-Beschwerden mit den entsprechenden Maßnahmen-Ebenen.

Patienten schreiben sich nicht selten selbst die Diagnose „Burnout“ zu. Für den Arzt stellen sich dann die folgenden Fragen: Liegt tatsächlich ein „Ausgebrannt sein“ vor oder doch eine Depression? Wann greift er selbst z. B. mit ärztlich therapeutischen Gesprächen im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung und / oder mit Medikamenten ein. Wann überweist er an einen Facharzt?

Geuenich (2013) berichtet aus einer neueren Studie von Mestel (2013), der aufgrund seiner Ergebnisse explizit darauf hinweise, dass es sich lohne, ein Burnoutsyndrom zu diagnostizieren, da dieses einen von der Depression unabhängigen Bereich erfasse. Aber es gebe noch einen anderen als einen rein wissenschaftlichen Grund,

sich weiterhin mit der Diagnose Burnout zu beschäftigen. Patienten würden sich nicht selten mit einem Burnout an ihren Hausarzt wenden und Interesse an einer gezielten Behandlung zeigen. Die Selbstdiagnose erwies sich einer anderen Studie zufolge (Geuenich 2013) als ein positiver Prädiktor für den Therapie-Outcome (Webendörfer.S. et al. 2013). Zudem hatte die sich selbst zugewiesene Burnout – Diagnose keinerlei negative Auswirkungen auf die Frage einer Rückkehr in den Beruf. Unter diesem Blickwinkel bieten sich Chancen in der Patientenfürsorge und -führung an.

In der Studie wurden 132 depressive Patienten befragt. Von diesen erhielten 79 (40 Männer, 39 Frauen) die Zusatzdiagnose Burnout. Alle wurden zu Beginn ihrer psychotherapeutisch – klinischen Behandlung mithilfe von Fragebögen SCL-90 (Symptomcheckliste 90 deutsche Version von Franke, 2002) und den Burnout – Screening - Skalen von Geuenich und Hagemann (2009) zu beruflichen und außerberuflichen Beschwerden und Ressourcen befragt. Unter berufliche Beschwerden fallen hier Aspekte wie Dauerstress durch zu lange Arbeitstage, Sorge vor Überforderung im Beruf, Arbeitsunzufriedenheit etc. Außerberufliche Beschwerden bezeichnen hier in erster Linie Beschwerden mit Bezug auf die eigene Person / das Selbst, darunter Niedergeschlagenheit, Konzentrationsstörungen, Ängste etc. Berufliche Ressourcen sind z. B. die hohe Identifikation mit der Arbeitsaufgabe, eine gute Integration ins Team. Zu den außerberuflichen Ressourcen gehören Lebensbejahung, die Wahrnehmung eigener Talente und persönlicher Stärke, Zielorientierung, Sinnhaftigkeit im Handeln. Erwartungsgemäß (bei gleicher Diagnose Depression) sind sich die Stichproben der Patienten mit Burnout vs. ohne Burnout in ihrem Beschwerdebild recht ähnlich. Zwar sind die beruflichen und psychischen Beschwerden bei den Patienten mit Burnout stärker ausgeprägt, aber der Unterschied ist nicht groß genug, um Signifikanz zu erreichen. Der Einfluss der Merkmale Alter und Geschlecht wurde für beide Stichproben und für die Gesamtstichprobe untersucht. Er war insgesamt zu vernachlässigen.

Fragen zur Differenzierung :

Die Ergebnisse zeigen, dass Burnout etwas anderes ist als eine Depression. Konkrete Fragen zur Differenzierung sind nach diesen Autoren:

1. Wie hoch schätzt der Patient die Relevanz des berufsbedingten Stresses für die vorliegenden Beschwerden ein (Burnout, Primat der Arbeit)?



2. Über wie viele berufliche Ressourcen und persönliche Ressourcen verfügt der Patient (Burnout, eher viele und längerfristig konstante)?

### **II.7 Was kann der Hausarzt tun ?**

Unabhängig von der Diagnose, d. h., ob ein Burnout oder eine Depression im Vordergrund steht, sind folgende Kriterien handlungsleitend:

- ° Schwere der Symptomatik
- ° Einschränkung des beruflichen, sozialen und privaten Lebens
- ° Fehlen von ausgleichenden, stabilisierenden Aspekten, z. B. Familiärer Rückhalt, finanzielle Absicherung, verlässlicher Freundeskreis, eigene Resilienzen (aktive Problembewältigung, Zielorientierung, Introspektionsfähigkeit, Frustrationstoleranz, Optimismus, Lebensbejahung)

Je stärker diese Merkmale ausgeprägt sind, umso mehr ist der behandelnde Arzt gefragt, den Patienten zu unterstützen. Je komplexer und schwerer die Problematik, um so sinnvoller ist eine fachärztliche Begleitung. Hierbei sind Burnout und Depression gleichermaßen anzugehen, denn der Focus liegt auf dem Funktionsniveau und Leidensdruck des Patienten. Zudem lassen sich beim Vollbild Burnout regelmäßig depressive Beschwerden beobachten. In vielen Fällen ist es nicht alleine mit einer kürzeren oder auch längeren Krankschreibung getan. Bei der Burnout – Bewältigung ebenso wie bei der Depression bedarf es in der Regel eines Prozesses der tiefgründigen Auseinandersetzung mit der eigenen Person und den eigenen Handlungsmustern.

### **II.8 Empirische Studien zur Psychosomatischen Grundversorgung**

Obwohl es doch eine Vielzahl von Kursangeboten zur Weiterbildung in Psychosomatischer Grundversorgung gibt, die zumeist von fest zusammen arbeitenden „Weiterbündnissen“ aus Kliniken mit unterschiedlich enger Anbindung an die jeweiligen Landesärztekammern aber auch von Einzelpersonen mit einer entsprechenden Weiterbildungsbefugnis der Landesärztekammern angeboten werden, liegen kaum Veröffentlichungen zu Evaluationsstudien vor. Es ist davon auszugehen, dass die jeweiligen Einrichtungen und Anbieter in vielen Fällen

ihre Curricula und Weiterbildungen systematisch evaluieren, diese jedoch kaum veröffentlicht werden. In der Regel kooperieren Fachärzte aus dem Gebiet der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie bzw. Psychiatrie und Psychotherapie mit Allgemeinmedizinern bei der Konzeptualisierung und Durchführung der Weiterbildungen. Allerdings gibt es auch Weiterbildungen für spezielle Fachgruppen – insbesondere der Gynäkologie und Geburtshilfe - die inhaltlich entscheidend von den entsprechenden Fachgruppen in Kooperation mit Psychosomatischen Medizinern mitgestaltet werden. Auch für das Fachgebiet der Arbeitsmedizin gibt es in unterschiedlichen Regionen in Deutschland spezielle Angebote; unter anderem auch von einer Gruppe um W. Schneider (siehe Schneider et al 2013), die diese Angebote seit 2002 durchführt.

Im folgenden sollen drei Veröffentlichungen zu empirischen Befunden der Evaluation der Weiterbildung skizziert werden.

Kruse et al (2001) diskutieren die Standards, die an die Weiterbildung zur Psychosomatischen Grundversorgung anzulegen sind und betonen, dass auch nach Abschluss der Weiterbildung von Moderatoren angeleitete Qualitätszirkel, nachhaltigere Effekte in der klinischen Praxis ermöglicht werden könnten.

Es würden jedoch nur wenige aussagekräftige Wirkstudien vorliegen. Eine günstige Wirkung der Grundversorgung auf die Symptomentwicklung sei in mehreren Studien gezeigt worden. In den Studien hätte es Hinweise gegeben, dass die Intervention eher bei leichten Störungen und wenn ein spezifisches Verfahren eingesetzt wurde, wirksam war. Selbst relativ einfache Maßnahmen, wie die regelmäßige Wiedereinbestellung und Beschwerdeexploration bei somatoformen Störungen, hätten statistisch gesicherte Wirkungen gezeigt.

So formulieren die Autoren, dass den Kosten der Intervention ein erheblicher Nutzen gegenüber stehe. Eine Metaanalyse aller verfügbaren Studien habe eine Kostenreduktion um rund ein Drittel gezeigt. Dies vor allem durch Verringerung der Krankenhauseinweisungen, wenn geeignete Maßnahmen bereits in der Grundversorgung zur Verfügung gestellt wurden. Außerdem werde das psychosomatische Krankheitsverständnis und die Behandlungszufriedenheit verbessert.

Vauth et al (1999) haben einen systematischen Ansatz der Weiterbildung zur Psychosomatischen Grundversorgung evaluiert. Der Ansatz weist ein

störungsspezifisches Vorgehen auf und integriert pharmakologische und verbale Interventionen. Es werden unterschiedliche Phasen der Intervention differenziert, die einmal die Akzeptanz der Beschwerden des Patienten durch den Arzt umfassen. In einem nächsten Schritt wird dialogisch an einem psychosomatischen Störungskonzept und einer aktiven Veränderungsmotivation gearbeitet; in der nächsten Phase soll der Patient zur systematischen Beobachtung und Dokumentation des Problemverhaltens sowie zum Symptommanagement angeleitet werden. Abschließend soll soweit notwendig die Indikationsstellung zur psychiatrisch-psychosomatischen oder psychotherapeutischen vertiefenden Diagnostik und Therapie gestellt werden und der Patient für diese Maßnahme motiviert werden. In der Weiterbildung sollen die Ärzte für diesen Ansatz des Vorgehens qualifiziert werden. Eine Evaluation der Effekte der Weiterbildung bei 200 Teilnehmern zeigte gute Ergebnisse.

Veit et al (2008) haben ihre Weiterbildungen auf der Grundlage des Curriculums zur Psychosomatischen Grundversorgung über einen Zeitraum von zehn Jahren unter verschiedenen Aspekten evaluiert. Von 1346 Teilnehmerinnen und Teilnehmern, die in den Jahren von 1998 bis 2008 an den Curricula teilgenommen haben, sind von über 1200 Ärztinnen und Ärzten der unterschiedlichsten Fachgruppen die Evaluationsbögen bearbeitet worden. Bewertet werden sollten zum Einen die Lernziele (z. B. unterschiedliche psychische Störungen und deren Symptome, Störungen des Selbsterlebens, dysfunktionales Krankheitsverhalten sowie Kompetenzen des Arztes im Umgang mit diesen). Die Lernziele wurden über die verschiedenen Jahre hinweg kontinuierlich mit sehr gut bis gut bewertet. Der „Erkenntnisgewinn“ wurde über die Jahre mit 1,64 (1=sehr gut; 2=gut) als ausgesprochen gut bewertet. Die Autoren weisen in diesem Zusammenhang darauf hin, dass eine geringe Zahl an Teilnehmerinnen und Teilnehmern durchaus eine kritische Motivation oder eine initial negative Haltung gegenüber dem Kurs aufgewiesen haben, weil sie diesen im Rahmen einer Nachqualifikation als Voraussetzung zur Abrechnung von bestimmten kassenärztlichen Leistungen absolvieren mussten. Es zeigt sich in diesen Studien, dass die Akzeptanz der Kursinhalte bei den Teilnehmerinnen und Teilnehmern überaus positiv war und die Lerneffekte als gut bis sehr gut beurteilt wurden. Vor dem Hintergrund dieser doch recht spärlichen Studienlage ist eine systematische Evaluation der Weiterbildung in

Psychosomatischer Grundversorgung, bei der auch untersucht wird, welche Effekte diese Weiterbildung für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in ihrem Alltag hat, von besonderem Interesse.

### III.

#### III.1 Empirische Fragestellungen:

In der Promotion wurden drei unterschiedliche Fragestellungen aus dem Bereich der psychosomatischen Grundversorgung aufgegriffen und empirisch untersucht.

1. Wurden 6 Weiterbildungskurse zur psychosomatischen Grundversorgung, evaluiert, die von Professor Dr. Dr. Wolfgang Schneider und Kollegen in den Jahren 2007 – 2010 durchgeführt worden sind.
2. Wurde von Februar 2011 – bis Mai 2011 eine Katamnesestudie durchgeführt, um mögliche (positive) Effekte der Weiterbildung für das praktische Handeln der Teilnehmer und deren Nachhaltigkeit herauszuarbeiten.
3. Wurde ein diagnostisches Instrument – die Psychosomatische Basisdiagnostik (PBD) zur systematischen Erhebung von psychosozialen Merkmalen in Bezug auf die Konstruktvalidität sowie die Anwendbarkeit und Praktikabilität untersucht.

Die statistische Auswertung der unterschiedlichen Erhebungsinstrumente (Evaluationsbögen, Katamnesefragebogen und der Psychosomatischen Basisdiagnostik, PBD und des Beurteilungsbogen zur Basisdiagnostik) erfolgte mit dem Computerprogramm „Statistical Package for the Social Sciences“ (SPSS, Version 15.0). Die Auswahl der statistischen Methoden sowie die Interpretation der Ergebnisse orientierte sich an den Statistikbüchern „Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler“ von J. Bortz und Schuster (2010) und Kopp und Lois (2014).

#### III.2 Zum Kursaufbau der Weiterbildung in Psychosomatischer Grundversorgung

Zum besseren Verständnis, werden die organisatorischen Rahmenbedingungen, die Inhalte und die methodischen Vorgehensweisen dieser Weiterbildungskurse, die Gegenstand des empirischen Teils der vorliegenden Dissertation sind, hier dargestellt. Professor Dr. Dr. Wolfgang Schneider führt seit Mitte der Neunzigerjahre

in enger Kooperation mit der Ärztekammer Mecklenburg - Vorpommern Weiterbildungs-veranstaltungen zur psychosomatischen Grundversorgung verantwortlich durch.

Die Kurse zur psychosomatischen Grundversorgung umfassten 50 Stunden Theorie und Interventionen in der psychosomatischen Grundversorgung und entsprachen sowohl den Anforderungen seitens der Ärztekammer für ausgewählte Facharztgruppen, für die im Rahmen der Weiterbildung zum Facharzt der Nachweis über die Teilnahme an einer Weiterbildung in der psychosomatischen Grundversorgung obligatorisch ist. Dies gilt zurzeit für die Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin und zum Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe. Weiterhin qualifiziert die Weiterbildung in psychosomatischer Grundversorgung für die Abrechnung der entsprechenden psychosomatischen Ziffern im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung.

Die Kurse wurden in zwei zweieinhalbtägigen Blöcken mit jeweils 25 Stunden in Rostock Warnemünde durchgeführt.

Inhaltlich wurden zum einen die relevanten psychischen und psychosomatischen Erkrankungen vorgestellt, die diagnostischen Methoden und Vorgehensweisen erarbeitet sowie relevante differenzialdiagnostische Erwägungen und Herangehensweisen aufgezeigt. Das Ziel bestand darin, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer für eine psychosomatische Basisdiagnostik zu qualifizieren und ihre Kompetenz zu einer angemessenen differenziellen Indikationsstellung zu erhöhen. Dafür wurden die unterschiedlichen psychosozialen Interventionen, psychotherapeutischen Methoden aber auch psychopharmakologischen Ansätze aufgezeigt.

Im zweiten Teil der Kurse wurden insbesondere die Prinzipien einer psychosomatisch orientierten Gesprächsführung herausgearbeitet und erprobt. Darauf aufbauend wurden spezielle Beratungsthemen oder -probleme (z. B. zur Motivierung der Patienten für die Aufnahme vertiefender psychosomatischer Interventionen, psychosoziale Beratung von Patienten mit chronischen Erkrankungen) vorgestellt und erprobt.

Die Kurse wiesen insgesamt einen hohen Praxisbezug auf, da über die Arbeit mit Patienten der Universitätsklinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin Rostock sowohl die psychische und psychosomatische Symptomatik bzw. Problematik illustriert wurde als auch etwaige psychosoziale Verursachungsfaktoren

und aufrechterhaltende Bedingungen aufgezeigt werden konnten. Über die Arbeit mit den Patienten konnten die Kursteilnehmerinnen und Teilnehmer die Grundprinzipien und Vorgehensweisen des psychosomatischen Interviews kennenlernen und in Kleingruppen mit Patientinnen und Patienten der Klinik selbst aktiv erproben. Ergänzend wurden spezielle Beratungsansätze bei unterschiedlichsten Problembereichen (z. B. Begleitung von Schwerstkranken, Arbeit am Krankheits- und Behandlungskonzept der Patienten) in Rollenspielen systematisch erprobt.

An den Kursen nahmen weitere Dozenten teil, die die Kleingruppenarbeit anleiteten. Die Arbeit in kleinen Gruppen umfasste 3 - 5 Teilnehmerinnen und Teilnehmer und beinhaltete vor allem Fallvorstellungen, bei denen ausgewählte Patienten der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, ausführlichen psychosomatischen Interviews unterzogen wurden. Nachdem in einem ersten Schritt die Interviews von den Kursleitern durchgeführt wurden, haben die Teilnehmer dann die Gelegenheit erhalten, selbst aktiv die Patienten umfassend zu interviewen, um dann in einem nächsten Schritt, die notwendigen diagnostischen und differenzialdiagnostischen Erwägungen herauszuarbeiten und entsprechende therapeutische Planungen vorzunehmen. Diese enge Verzahnung von theoretischer und praktischer Tätigkeit sollte einen möglichst hohen und praxisnahen Lerneffekt gewährleisten.

Darüber hinaus wurden die Prinzipien einer psychosomatischen und beziehungsorientierten Gesprächsführung sowie spezielle Beratungsgespräche (z. B. zur Vermittlung eines psychosomatischen Krankheitskonzeptes, zur Förderung einer Motivierung des Patienten für die Wahrnehmung von psychosomatischen Behandlungsangeboten oder auch zur Führung von Gesprächen bei Patienten mit schweren körperlichen Erkrankungen) in Rollenspielen eingeübt.

Bei zwei Kursen (2012 und 2013) wurde als diagnostisches Beurteilungssystem die **Psychosomatische Basisdiagnostik (PBD)**, mit der im vorab nur unsystematisch in einigen Kursblöcken gearbeitet wurde, systematisch eingesetzt, erprobt und in einem nächsten Schritt untersucht. (siehe Kap. 3.6)

Die Kurse in psychosomatischer Grundversorgung umfassten jeweils fünf Tage, die in zwei jeweils zweieinhalbtägige Blöcke aufgeteilt waren. Zwischen den beiden Kursblöcken lagen jeweils Zeiträume zwischen zwei und drei Monate. Die Balintgruppenarbeit erfolgte in der Regel im Anschluss an die beiden Kursblöcke und wurde in einem Zeitraum von ca. sechs Monaten in einem zweiwöchigen Turnus

durchgeführt. Dabei entsprach die Zusammensetzung der Balintgruppen nicht jeweils dem Teilnehmerkreis der Kursblöcke zur Psychosomatischen Grundversorgung.

### **III.3. Erster Untersuchungsteil: Kursevaluation**

In einem ersten systematischen Untersuchungsteil wurden sechs komplette Kurse zur psychosomatischen Grundversorgung evaluiert, die in den Jahren von 2007 bis 2010 durchgeführt worden sind. Die Rekrutierung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer an der Weiterbildung erfolgte über Annoncen in Mecklenburg-Vorpommerns Ärzteblatt; ein Teil der Kursabsolventen hatte sich unabhängig von den Annoncen direkt im Sekretariat des Veranstalters (Professor Schneider) angemeldet. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren entweder erstens Assistenzärztinnen oder –ärzte für die Fachrichtungen Allgemeinmedizin oder Gynäkologie und Geburtshilfe oder zweitens niedergelassene Fachärzte bzw. Fachärztinnen, die kurz vor der Niederlassung in eigener Praxis standen. Die Teilnehmer aus der Gruppe 1 benötigten die Weiterbildung für die Facharztweiterbildung; die Teilnehmer der Gruppe 2 benötigten diese für die Abrechnung von Leistungen der Psychosomatischen Grundversorgung im Rahmen der Kassenärztlichen Tätigkeit.

Dabei wurden den Teilnehmerinnen und Teilnehmern zu Beginn des Kurses ein Erwartungsbogen und zum Abschluss des Kurses ein Evaluationsbogen vorgegeben. In Bezug auf **die Kurserwartungen** wurde erfragt, inwieweit die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihren Wissensstand in Bezug auf psychische und psychosomatische Erkrankungen verbessern wollten und ihr Verständnis sowie ihre Fähigkeit mit den Problemen ihrer Patienten besser umzugehen, verbessern wollten. Weiterhin wurde erfragt, inwieweit ihnen an einem engen Austausch mit Kollegen und an einer guten Kursatmosphäre gelegen sei. Abschließend wurde die generelle Motivation zur Kursteilnahme erfragt.

## Abbildung 2: Eingangsfragebogen „Psychosomatische Grundversorgung“

### Erwartungen an den Kurs:

#### **Verbesserung meines Wissensstandes über psychosomatische Erkrankungen und Problemstellungen**

1 stimmt gar nicht	2	3	4	5	6	7 stimmt voll
--------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

#### **Erhöhung meines Verständnisses für die Probleme meiner Patienten**

1 stimmt gar nicht	2	3	4	5	6	7 stimmt voll
--------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

#### **Verbesserung meiner Fähigkeit mit den Patienten umzugehen**

1 stimmt gar nicht	2	3	4	5	6	7 stimmt voll
--------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

#### **Einen engen Austausch mit den Kolleginnen und Kollegen**

1 stimmt gar nicht	2	3	4	5	6	7 stimmt voll
--------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

#### **Eine gute und angenehme Atmosphäre im Kurs**

1 stimmt gar nicht	2	3	4	5	6	7 stimmt voll
--------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

#### **Ich bin für den Kurs sehr motiviert**

1 stimmt gar nicht	2	3	4	5	6	7 stimmt voll
--------------------------	---	---	---	---	---	---------------------

**Sonstiges bitte auf der Rückseite notieren! *Danke sehr!!!!!!***

Im **Evaluationsbogen** sollte beurteilt werden, inwieweit im Kurs wichtige theoretische Inhalte und praktische Anregungen vermittelt worden seien. Es sollte dann beurteilt werden, ob die theoretischen Inhalte angemessen und verständlich vermittelt worden sind und ob die praktischen Übungen (Rollenspiele,



Kleingruppenarbeit) angemessen und interessant vermittelt worden sind. Weiter sollte beurteilt werden, inwieweit der Kurs den Teilnehmer dazu motiviert hat, in seinem ärztlichen Handeln zukünftig verstärkt auf die bewusste Gestaltung der Arzt-Patienten-Beziehung zu achten. Abschließend sollte die Kursatmosphäre bewertet werden.

**Abbildung 3: Evaluationsbogen „Psychosomatische Grundversorgung“**

**Im Kurs sind für mich wichtige theoretische Informationen vermittelt worden**

1 stimmt nicht	2	3	4 unentschieden	5	6	7 stimmt voll- ständig
----------------------	---	---	--------------------	---	---	------------------------------

**Im Kurs habe ich wichtige praktische Anregungen erhalten**

1 stimmt nicht	2	3	4 unentschieden	5	6	7 stimmt voll- ständig
----------------------	---	---	--------------------	---	---	------------------------------

**Die theoretischen Inhalte sind angemessen und verständlich vermittelt worden**

1 stimmt nicht	2	3	4 unentschieden	5	6	7 stimmt voll- ständig
----------------------	---	---	--------------------	---	---	------------------------------

**Die praktischen Inhalte (Rollenspiele, Übungen) sind angemessen und inter-  
essant vermittelt worden**

1 stimmt nicht	2	3	4 unentschieden	5	6	7 stimmt voll- ständig
----------------------	---	---	--------------------	---	---	------------------------------

**Der Kurs hat mich motiviert in meinem ärztlichen Handeln zukünftig verstärkt  
auf die bewusste Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung zu achten**

1 stimmt nicht	2	3	4 unentschieden	5	6	7 stimmt voll- ständig
----------------------	---	---	--------------------	---	---	------------------------------

**Die Kursatmosphäre habe ich als angenehm erlebt**

1 stimmt nicht	2	3	4 unentschieden	5	6	7 stimmt voll- ständig
----------------------	---	---	--------------------	---	---	------------------------------

**Bemerkungen bitte auf der Rückseite notieren! *Danke sehr!!!!!!***

Die unterschiedlichen Fragen / Merkmalsbereiche sowohl des Erwartungs- als auch des Evaluationsbogens sollten auf einer siebenstufigen Likertskala (1 = stimmt gar nicht bis 7 =stimmt vollständig) beurteilt werden.

Nachdem sich eingangs bei der Einführung der Kursevaluation gezeigt hat, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer das Ausfüllen des Eingangs- und des Evaluationsbogens nur anonymisiert durchführen wollten, hat der Kursleiter darauf verzichtet, eine Kodierung der Bögen, aus der das Alter, das Geschlecht und die Fachrichtung bzw. die spezielle Art der ärztlichen Tätigkeit hervorgehen würde, vornehmen zu lassen. Als Hauptmotiv für diese Vorgehensweise in diesem Zusammenhang war anzusehen, dass die Kursatmosphäre durch entsprechende Diskussionen über Sinn und Zweck dieser Art von Kodierung der Bögen gerade zu Beginn Schaden zu nehmen drohte. Tatsächlich war es so, dass sich im ersten Kurs als eine entsprechende Kodierung eingeführt werden sollte, sich doch erheblicher Widerstand seitens eines Teils der Gruppe zeigte. Angeführt wurde, dass die Evaluationen seitens der Ärztekammer jeweils anonym durchgeführt werden würde. So einigten wir uns mit der Gruppe darauf, dass jeder Teilnehmer sowohl seinen Eingangsbogen als auch den Evaluationsbogen mit einer Nummer, aufsteigend nach seiner Sitzordnung in der Gruppe, kennzeichnen sollte.

Damit haben wir in Kauf genommen, dass wir zwar die zusammengehörigen Eingangsbogen und Evaluationsbögen identifizieren konnten, jedoch keine differenzierten Aussagen zum Geschlecht, zum Alter, der Fachrichtung oder der Art der ärztlichen Tätigkeit machen konnten. Uns war durchaus bewusst, dass uns damit relevante und interessante Informationen verloren gehen würden, denn letztlich ist zu erwarten, dass diese Variablen einen Einfluss sowohl auf die Kurserwartungen wie auch auf die Kursevaluation aufweisen würden.

Wir haben aus den sechs Kursen insgesamt 137 bearbeitete Bögen (Eingangsbogen wie Evaluationsbögen) zurückerhalten, die nahezu vollständig ausgefüllt waren. Die genauen Statistiken sind im Anhang zu ersehen.

Entlang der Empfehlung von Kopp und Lois (2014) haben wir für die Skalenwerte der einzelnen Items der Likertskalen den arithmetischen Mittelwert gebildet. Dies gilt sowohl für die Fragebögen zur Evaluation der Kurse, die Auswertung des Katamnesebogens und der Beurteilung der Arbeit mit der PBD durch die beteiligten

Ärztinnen und Ärzte.

Im Folgenden sollen die **Ergebnisse des Erwartungsbogens** dargestellt werden:

**Tabelle 1 : Mittelwerte des Erwartungsbogens**

<b>Erwartungsbogen</b>	<b>Mittelwert</b>
Verbesserung des Wissensstandes	5,93
Erhöhung des Verständnisses für die Probleme der Patienten	5,68
Verbesserung meiner Fähigkeit mit den Patienten umzugehen	5,80
Enger Austausch mit den Kollegen	4,72
Gute und angenehme Kursatmosphäre	5,77
Ich bin für den Kurs sehr motiviert	5,33

Es hat sich gezeigt, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Rahmen der Weiterbildung insbesondere ihren Wissensstand über psychosomatische und psychische Erkrankungen (5,93 ), ihre Fähigkeit mit den Patienten umgehen zu können (5,80) sowie ihr Verständnis für die Probleme ihrer Patienten (5,68) verbessern möchten. Weiterhin ist ihnen auch an einer guten und angenehmen Kursatmosphäre (5,77) gelegen. Insgesamt zeigen sie sich als relativ gut für die Kursteilnahme motiviert (5,33). So findet sich doch eine ausgesprochen positive Erwartungshaltung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gegenüber der Weiterbildung. Den niedrigsten Wert hat das Item „enger Austausch mit Kollegen“ (4,72) erhalten.

Die **Abschlussbewertung der Weiterbildungskurse** hat die folgenden mittleren Bewertungen ergeben.

**Tabelle 2: Mittelwerte der Fragen der Abschlussevaluation**

<b>Evaluationsbogen</b>	<b>Mittelwert</b>
Vermittlung wichtiger theoretischer	5,60

Informationen	
Ich habe im Kurs wichtige praktische Anregungen erhalten	5,90
Die theoretischen Inhalte sind angemessen und verständlich vermittelt worden	5,64
Die praktischen Inhalte (Rollenspiele, Übungen) sind angemessen und interessant vermittelt worden	5,91
Der Kurs hat mich motiviert in meinem ärztlichen Handeln zukünftig verstärkt auf die bewusste Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung zu achten	6,16
Die Kursatmosphäre habe ich als angenehm erlebt	6,16

Als besonders positiv ist die Kursatmosphäre (6,16) durch die Teilnehmer beurteilt worden; aber sie geben auch mit der gleich positiven Ausprägung an, dass der Kurs sie motiviert habe, zukünftig verstärkt auf die bewusste Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung (6,16) zu achten. Weiterhin sind die praktischen Anregungen (5,90) sowie die Vermittlung von praktischen Inhalten durch die Teilnehmer und Teilnehmerinnen (5,91) als positiv beurteilt worden. Den niedrigsten Wert weist die Vermittlung wichtiger theoretischer Informationen auf bzw. die Frage, inwieweit diese theoretische Inhalte angemessen und verständlich vermittelt worden seien. Allerdings sind diese Bewertungen mit einem Mittelwert von 5,60 bzw. 5,64 durchaus als positiv anzusehen. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Kursevaluation eine insgesamt gute bis sehr gute Bewertung ergeben hat.

#### **III.4 Zusammenhang zwischen den einzelnen Variablen des Erwartungsbogens und den einzelnen Merkmalen des Kursabschlussbogens**

In diesem Auswertungsabschnitt ist für uns von Interesse, inwieweit unterschiedliche Erwartungen an den Kurs einen Einfluss auf die Kursbewertung durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben. Wir sind dabei so vorgegangen, dass wir für die unterschiedlichen Erwartungsitems über Mediansplitting jeweils Gruppen mit einer geringen bzw. hohen Bewertung dieses Items gebildet haben und dann für diese Subgruppen die Mittelwerte über die unterschiedlichen Variablen des Evaluationsbogens berechnet haben. In einem nächsten Schritt haben wir einen T-Test für die Mittelwertgleichheit bei unabhängigen Stichproben gerechnet. Dabei

haben sich für die unterschiedlichen Eingangsvariablen die folgenden signifikanten Unterschiede ergeben.

Aus Gründen der Übersichtlichkeit sollen hier nur die signifikanten Ergebnisse dargestellt werden.

**Tabelle 3: Signifikante Korrelationen zwischen dem Kurserwartungsbogen und dem Kursabschlussbogen**

Evaluationsitems/ Erwartungsitems	1 Informa- tionen	2 praktische Inhalte	3 Vermittlung angemessen	4 prakt. Übungen angemessen	5 Kurs hat mich motiviert	6 Kursatmos- phäre angenehm
1. Wissensstand	.005	.016	.012	.000	.004	.018
2. Verständnis				.009	.003	
3. Fähigkeit		.002	.043	.005	.000	.026
4. Austausch m. Kollegen			.001	.015		
5. angenehme Atmosphäre	.034		.003	.001		.003
6. Motivation				.005	.013	

Es zeigt sich, dass insbesondere das Item „**Wissensstanderhöhung**“ signifikante Unterschiede bei der Evaluation des Kurses aufgezeigt hat. Dies bedeutet, dass die Gruppe von Teilnehmern, *die Erhöhung ihres Wissensstands* im Rahmen der Kursweiterbildung erreichen wollen, den Kurs über die unterschiedlichen Bewertungsvariablen hinweg signifikant besser beurteilt als die Gruppe von Teilnehmern die initial einen geringeren Wunsch nach Wissenszuwachs durch den Kurs aufweist. Auch die Personen, die zu Beginn angeben, dass sie durch den *Kurs ihren Umgang mit Patienten verbessern möchten*, bewerten den Kurs auf dem Evaluationsbogen auf fünf Items signifikant besser als die Teilnehmer, deren diesbezügliche Erwartungshaltung im Eingangsbogen niedriger ist. Auch das Erwartungsitem **angenehme Kursatmosphäre** trennt signifikant bei vier Items des Evaluationsbogens. Die Gruppen, die die Erwartungsvariablen 2,4 und 6 unterschiedlich bewertet haben, zeigen lediglich in zwei Variablen des *Kursabschlussbogens* signifikante Unterschiede.

Entlang dieser Ergebnisse wird deutlich, dass eine positivere Erwartungshaltung gegenüber unterschiedlichen Facetten der Weiterbildung insgesamt eine bessere Bewertung des Kurses wahrscheinlich macht. Von Interesse ist jedoch, dass die Personen, die sich zu Kursbeginn als höher motiviert dargestellt haben, nur zwei

Variablen des Evaluationsbogens signifikant besser beurteilen, als die zu Beginn geringer motivierte Gruppe der Teilnehmer. Diese sind: die angemessene und interessante Vermittlung der praktischen Inhalte (4) und die Motivation, zukünftig verstärkt auf die Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung zu achten (5). So scheint es, dass die initiale Motivation einen nicht so großen Einfluss auf die Kursbewertung aufweist, wie wir erwartet haben.

### **III.5 Katamneseuntersuchung**

In diesem Untersuchungsteil haben wir untersucht, inwieweit die Kursteilnahme für die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in der darauf folgenden alltäglichen klinischen Praxis ihren Niederschlag gefunden hat. Insbesondere geht es um die Frage, inwieweit sie durch den Kurs Wissen erworben haben, das ihnen im Alltag bedeutsam ist. Weiterhin waren wir daran interessiert, ob sie sich aufgrund der in den Kursen erworbenen Kompetenzen besser in der Lage sehen, psychosomatische oder psychische Probleme aufseiten ihrer Patienten zu erkennen und eine höhere Kompetenz zur Gesprächsführung und Gestaltung der Arzt- Patient- Beziehung erworben haben. Ferner war für uns von Interesse, inwieweit die Teilnehmerinnen und Teilnehmer den Eindruck hatten, dass sie durch ein verändertes therapeutisches Vorgehen und durch eine günstigere Gestaltung der Arzt- Patient- Beziehung aufseiten der Patienten eine höhere Akzeptanz sowie eine höhere Behandlungszufriedenheit erzielen würden. Von Interesse für uns war auch, inwieweit die Erfahrungen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer während des Kurses in Psychosomatischer Grundversorgung eine positive Auswirkung auf ihre Zufriedenheit in ihrem ärztlichen Handeln aufweisen würde. Abschließend sollten die befragten Kolleginnen und Kollegen einschätzen, wie hoch der Anteil ihrer Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen sowie mit psychosozialen Problemen am Krankheitsgeschehen sei.

#### **III.5.1 Erwartungen an die Katamnese**

Aufgrund der positiven Ergebnisse der Kursevaluationen haben wir erwartet, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Kurse, aufgrund der psychosomatischen Weiterbildung, sowohl ihr theoretisches Wissen als auch ihre diagnostische und

therapeutische Kompetenz als auch ihre Fähigkeit zur Gestaltung der Arzt – Patient – Beziehung als verbessert einschätzen würden. Darüber hinaus haben wir erwartet, dass sie ihre Akzeptanz aufseiten der Patienten als verbessert ansehen würden und sie ihre Therapieergebnisse ebenso als positiver einschätzen würden. – Darüber hinaus haben wir erwartet, dass auch die Variablen Alter und Geschlecht einen Einfluss auf die Bewertung der unterschiedlichen im Katamnesebogen erfragten Kompetenzen, Fähigkeiten sowie die Therapieergebnisse aufweisen würden. Dabei erwarteten wir, dass jüngere Teilnehmerinnen und Teilnehmer offener für psychosomatische Denk- und Handlungsmuster seien; und sich Frauen gegenüber Männern ebenso offener für die psychosomatischen Denk- und Handlungsmuster zeigen würden.

#### Abbildung 4: Katamnesebogen

**Bitte antworten Sie auf die Fragen, indem Sie in der 5- stufigen Skala (von „trifft nicht zu“ bis „trifft voll zu“) das Feld ankreuzen, das Ihrer Einschätzung entspricht.**

	<b>Meine Teilnahme am Kurs „Psychosomatische Grundversorgung“ hat.....</b>	<b>trifft nicht zu</b>					<b>trifft voll zu</b>
<b>1.</b>	mein theoretisches Wissen über psychosomatische Themen und Problemstellungen erweitert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.</b>	mich besser in die Lage versetzt, psychische und psychosomatische Erkrankungen zu erkennen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.</b>	mich in die Lage versetzt, bewusster und erfolgreicher die Arzt-Patienten-Beziehung zu gestalten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.</b>	meine Kompetenzen bei der Gesprächsführung mit Patienten verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5.</b>	mich in die Lage versetzt, meine Patienten kompetenter und sachlich angemessener zu beraten.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6.</b>	meine Kompetenz zur angemessenen und rechtzeitigen Überweisung zu Spezialisten (Psychiater, Psychotherapeuten) erhöht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7.</b>	meine Akzeptanz bei meinen Patienten erhöht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8.	die Zufriedenheit meiner Patienten erhöht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	meine Behandlungsergebnisse verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	meine Zufriedenheit in meiner ärztlichen Tätigkeit erhöht.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte kreuzen Sie das für Sie zutreffende Kästchen an!**

11. Wie hoch schätzen Sie den Anteil der Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen in ihrer Praxis ein?

0 %	0-20 %	20-40%	40-60 %	80-100 %
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Wie hoch schätzen Sie den Anteil der Patienten mit psychosozialen Problemstellungen (z. B. am Arbeitsplatz, in der Partnerschaft, in der Familie) in ihrer Praxis ein?

0 %	0-20 %	20-40%	40-60 %	80-100 %
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bitte tragen Sie Ihr Alter ein und kreuzen Sie die für Sie zutreffenden Angaben an!**

Alter?	weiblich?	männlich?	niedergelassen?	angestellt?
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Vielen Dank für Ihre Teilnahme!**

Wir haben diesmal eine fünfstufige Likertskala (1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft voll zu) vorgegeben, da wir davon ausgegangen sind, dass eine weitere Ausdifferenzierung der Bewertungsmaßstäbe die Motivation der Ärztinnen und Ärzte zur Mitarbeit beeinträchtigen würde.

Die Katamneseuntersuchung wurde von Februar 2011 bis Mai 2011 durchgeführt. Angeschrieben wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Kurse, die zwischen dem Jahr 2007 bis 2010 an den Kursen teilgenommen hatten. Dabei wurden insgesamt 162 Teilnehmerinnen und Teilnehmer angeschrieben. Ihnen wurde der Zweck der katamnestischen Untersuchung mitgeteilt und des Weiteren, dass diese Katamnese ein Teil einer medizinischen Dissertation darstellen würde. Der Katamnesebogen wurde den Studienteilnehmerinnen und -teilnehmern in einem



Brief mit einem frankierten Rückumschlag mit der Bitte zugesandt, diesen innerhalb von 4 Wochen an uns zurückzusenden. Wir haben bei der Katamneseuntersuchung die Teilnehmerinnen und Teilnehmer gebeten, ihr Alter, ihr Geschlecht, ihre Arbeitssituation (selbstständig in eigener Praxis oder im Krankenhaus angestellt) anzugeben. Nachdem wir nach vier Wochen 78 bearbeitete Katamnesebögen zurückerhalten haben, wurden die Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die den Bogen nicht bearbeitet zurückgesandt haben, noch einmal gebeten, diesen innerhalb von vier Wochen an uns zurückzusenden. So erhielten wir noch einmal 48 auswertbare Katamnesebögen zurück. Insgesamt haben wir 126 (77,%) verwertbare Katamnesebögen zurückerhalten; ein durchaus befriedigender Prozentsatz für derartige Befragungen.

### III. 5.2 Auswertung der Katamneseergebnisse

Insgesamt haben wir 126 bearbeitete Katamnesebögen zurückerhalten, die in die Gesamtauswertung eingehen. Bei zehn Katamnesebögen fehlten jedoch die Angaben zum Geschlecht; sodass wir bei den entsprechenden Auswertungen ein n von 116 haben. Bei den 116 Katamnesebögen, auf denen die Angaben zum Geschlecht und Alter enthalten waren, entfielen 69 auf Frauen und 47 auf Männer. Das Durchschnittsalter der Gesamtgruppe lag bei 42,14 der Frauen bei 42,36 sowie der Männer bei 41,85. 77 der an der Katamnese teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte waren selbstständig in niedergelassenen Praxen; 37 im Krankenhaus angestellt.

In einem ersten Schritt sollen die Bewertungen (Mittelwerte der unterschiedlichen Katamnesefragestellungen) dargestellt werden. Dabei bilden wir diese in einer Rangreihe von der positivsten Bewertung bis zur "schwächsten" Bewertung ab. Wie sich gezeigt hat, sind einige Items nicht allen Teilnehmerinnen und Teilnehmern beantwortet worden. Dies betraf z.B. die Items „Akzeptanz und Zufriedenheit der Patienten“ und die Einschätzung, ob die Ärzte durch die Weiterbildung ihre Behandlungsergebnisse verbessert haben.

**Tabelle 4: Reihung der Mittelwerte der Items des Katamnesebogens**

	Mittelwert Gesamtgruppe	N
Wissen	4,18	126
Erkennen psychosomatischer	3,99	126

Probleme		
Gestaltung der Arzt – Patient – Beziehung	3,79	125
Gesprächsführung	3,69	124
Behandlungskompetenz	3,68	124
Überweisungskompetenz	3,67	125
Zufriedenheit Arzt	3,43	126
Ergebnisverbesserung	3,11	122
Schätzung des Anteile von Patienten mit psychosozialen Problemen	3,04 = zwischen 20 und 40%	124
Zufriedenheit Patienten	2,97	124
Akzeptanz bei Patienten	2,89	124
Schätzung des Anteils an Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen	2,68 =bis 20 %	125

**Insgesamt zeigt sich ein gutes bis befriedigendes Ergebnis:** Die Ärztinnen und Ärzte beurteilen den Wissenszuwachs durch die Kursteilnahme als durchaus positiv. Ebenso beurteilen sie, dass ihre Kompetenz zur Gesprächsführung und zur Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung sich deutlich durch die Weiterbildung gebessert hat und sich auch ihre Behandlungs- und Überweisungskompetenz verbessert hätte. Alles dies führt dazu, dass sie ein mehr an Zufriedenheit mit ihrer ärztlichen Tätigkeit durch die Kursteilnahme aufweisen. Unsicher sind die Ärztinnen/Ärzte jedoch in der Beurteilung in Bezug auf die Zufriedenheit ihrer Patienten, ihrer Akzeptanz auf Seiten der Patienten. Der Anteil von Patienten mit psychosozialen Problemen wird im Mittel zwischen 20 und 40% eingeschätzt; der Anteil von Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen unter 20%.

### III.5.3 Einfluss von Geschlechter- und Altersvariablen auf die katamnestische Bewertung

Wir haben vorab die Hypothese aufgestellt, dass sich Unterschiede bei der Bewertung der Katamnesefragen in Abhängigkeit vom Geschlecht und dem Alter der Studienteilnehmer finden würden. Dies war in unserer Annahme begründet, dass weibliche Teilnehmerinnen offener für psychosomatische Inhalte und Methoden seien und jüngere Ärztinnen und Ärzte sich gegenüber psychosomatischen Inhalten und Methoden offener zeigen würden als Ältere.

Deshalb haben wir dann untersucht, inwieweit sich Unterschiede **zwischen den**

**Geschlechtern bei der Bewertung der unterschiedlichen Katamnesefragen** zeigen würden. Dafür sind T-Test für die Mittelwertgleichheit zwischen den Geschlechtern für die einzelnen Items des Katamnesebogens berechnet worden. Die folgende Tabelle zeigt die Mittelwerte für die Items des Katamnesebogens getrennt nach Geschlechtern sowie die Ergebnisse der Signifikanzprüfung; die Gruppenstatistiken und die Tests bei unabhängigen Stichproben nach Geschlecht finden sich im Anhang.

**Tabelle 5: Katamnesevergleich in Abhängigkeit vom Geschlecht  
Auszug aus den Gruppenstatistiken und zweiseitige Signifikanzprüfung**

	Geschlecht	N	Mittelwert	Sig. (2-seitig)
Wissen	weiblich	72	4,06	,058
	männlich	48	4,40	
Erkennung Psm	weiblich	72	3,96	,490
	männlich	48	4,08	
Arzt/Pat-Beziehung	weiblich	71	3,77	,844
	männlich	48	3,81	
Gesprächsführung	weiblich	70	3,64	,537
	männlich	48	3,75	
Behandlungskompetenz	weiblich	71	3,62	,540
	männlich	48	3,73	
Überweisungskompetenz	weiblich	71	3,75	,584
	männlich	48	3,65	
Akzeptanz bei Pat	weiblich	70	2,83	,367
	Männlich	48	3,02	
Zufriedenheit Pat	weiblich	70	2,91	,368
	männlich	48	3,10	
Ergebnisverbesserung	weiblich	70	3,04	,467
	männlich	47	3,19	
Zufriedenheit Arzt	weiblich	72	3,33	,392
	männlich	48	3,52	
Schätzung Psm Anteil	weiblich	69	2,65	,569
	männlich	48	2,73	
Schätzung Psycho-Soz	weiblich	70	3,03	,927
	männlich	48	3,04	

Dabei zeigten sich entgegen unseren Erwartungen keine signifikanten Differenzen in der Beurteilung der unterschiedlichen Merkmale zwischen den Geschlechtern.

Um zu prüfen, inwieweit die **Variable Alter einen Einfluss auf die Beurteilung** im Rahmen der Katamneseuntersuchung aufwies, haben wir einen Median – Split vorgenommen und die Gesamtstichprobe sowie die Teilstichproben (siehe Univarianzanalyse) in einer Altersgruppe von 43 Jahren und älter sowie in eine

Gruppe von 42 Jahre und jünger aufgeteilt. In einem T-Test bei unabhängigen Stichproben nach Alter für die Mittelwertgleichheit ergab sich nur ein signifikanter Unterschied. Die "jüngere" Stichprobe schätzte den Anteil an psychosozialen Problemen in ihrer klinischen Tätigkeit als höher ein, als die Stichprobe der "älteren" Ärztinnen und Ärzte.

**Tabelle 6: Katamnesevergleich in Abhängigkeit vom Alter (Mediansplit)**

**Auszug aus den Gruppenstatistiken und zweiseitige Signifikanzprüfung**

	Alter (Klassiert)	N	Mittelwert	Sig. (2-seitig)
Wissen	<= 42	65	4,22	,896
	43+	52	4,19	
Erkennung Psm	<= 42	65	3,91	,249
	43+	52	4,12	
Arzt/Pat-Beziehung	<= 42	65	3,71	,258
	43+	51	3,92	
Gesprächsführung	<= 42	64	3,61	,271
	43+	51	3,80	
Behandlungskompetenz	<= 42	65	3,55	,126
	43+	51	3,82	
Überweisungskompetenz	<= 42	65	3,68	,558
	43+	51	3,78	
Akzeptanz bei Pat	<= 42	65	2,89	,623
	43+	50	3,00	
Zufriedenheit Pat	<= 42	65	3,02	,983
	43+	50	3,02	
Ergebnisverbesserung	<= 42	65	3,25	,136
	43	49	2,94	
Zufriedenheit Arzt	<= 42	65	3,51	,363
	43+	52	3,31	
Schätzung Psm Anteil	<= 42	64	2,72	,597
	43+	51	2,65	
Schätzung Psycho-Soz. Probleme	<= 42	64	3,19	<b>,013</b>
	43+	51	2,84	

Wir wollten in einem nächsten Schritt erkunden, ob unsere Annahme, dass jüngere Frauen stärker von der Psychosomatischen Weiterbildung profitiert haben (die Items der Katamnese positiver beurteilten) als „ältere“ Frauen und Männer jedweden Alters, zutrifft. Um diese Hypothese zu prüfen, haben wir eine Univarianzanalyse mit den unabhängigen Variablen Geschlecht und Alter gerechnet. **Dabei ergaben sich im Gegensatz zu unserer Erwartung keine systematischen Unterschiede.**

Da die statistischen Prüfungen aufgrund der großen Anzahl an Items des Katamnese-

sebokens eine Vielzahl von Testungen umfassen, deren Ergebnisdarstellung im Text der Dissertation zu unübersichtlich wäre, haben wir das Gesamt an Gruppenvergleichen sowie die Test für die Zwischensubjekteffekte im Anhang aufgeführt. An diesem Ort sollen nur beispielhaft für das Item „Wissenszuwachs durch die Weiterbildung“ die Gruppenvergleiche auf der Basis einer univariaten Varianzanalyse sowie die Testung von Zwischensubjekteffekten dargestellt werden.

**Tabelle 7: Gruppenvergleich (Univariate Varianzanalyse) für das Item Wissenszuwachs mit den unabhängigen Variablen Geschlecht und Alter**

**Deskriptive Statistiken**

Abhängige Variable: Wissen

Geschlecht	Alter (Klassiert)	Mittelwert	Standardabweichung	N
Weiblich	<= 42	4,09	1,190	34
	43+	4,09	,853	35
	Gesamt	4,09	1,025	69
Männlich	<= 42	4,37	,765	30
	43+	4,41	,870	17
	Gesamt	4,38	,795	47
Gesamt	<= 42	4,22	1,015	64
	43+	4,19	,864	52
	Gesamt	4,21	,947	116

**Tabelle 8: Tests der Zwischensubjekteffekte, Abhängige Variable Wissen**

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	Df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	2,472(a)	3	,824	,918	,435
Konstanter Term	1914,101	1	1914,101	2131,802	,000
Geschlecht	2,434	1	2,434	2,711	,102
MDAlter	,012	1	,012	,013	,908
Geschlecht * MDAlter	,015	1	,015	,017	,897
Fehler	100,562	112	,898		
Gesamt	2156,000	116			
Korrigierte Gesamtvariation	103,034	115			

a R-Quadrat = ,024 (korrigiertes R-Quadrat = -,002)

**III.5.4 Vergleich der katamnestischen Bewertung in Abhängigkeit vom Beschäftigungsverhältnis**

Von besonderem Interesse für uns war weiterhin die Frage, ob die Art der ärztlichen Tätigkeit (in eigener Praxis oder in Klinik angestellt) einen Einfluss auf die katamnestiche Bewertung durch die befragten Ärztinnen und Ärzte haben würde. Wir haben erwartet, dass niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in eigener Praxis offener für psychosomatische Aspekte der ärztlichen Tätigkeit seien als angestellte Ärzte.

Die folgenden Tabellen zeigen die Ergebnisse der Katamnese im Vergleich des Beschäftigungsverhältnisses.

**Tabelle 9: Katamnese Vergleich in Abhängigkeit Beschäftigungsverhältnis  
Gruppenstatistiken**

	Selbstständig/ angestellt	N	Mittelwert	Standard-ab- weichung	Standard-feh- ler des Mittel- wertes
Wissen	Niedergelassen	77	4,27	,868	,099
	Angestellt	37	4,08	1,064	,175
Erkennung Psm	Niedergelassen	77	4,12	,888	,101
	Angestellt	37	3,81	,995	,164
Arzt/Pat-Beziehung	Niedergelassen	77	3,95	,916	,104
	Angestellt	36	3,53	1,055	,176
Gesprächsführung	Niedergelassen	76	3,84	,849	,097
	Angestellt	36	3,47	,971	,162
Behandlungskompetenz	Niedergelassen	77	3,73	,853	,097
	Angestellt	36	3,53	1,082	,180
Überweisungskompetenz	Niedergelassen	77	3,79	,908	,103
	Angestellt	36	3,64	,961	,160
Akzeptanz bei Pat	Niedergelassen	76	2,93	1,204	,138
	Angestellt	36	2,94	1,013	,169
Zufriedenheit Pat	Niedergelassen	76	3,00	1,143	,131
	Angestellt	36	2,97	1,108	,185
Ergebnisverbesserung	Niedergelassen	75	3,27	1,031	,119
	Angestellt	36	2,78	1,124	,187
Zufriedenheit Arzt	Niedergelassen	77	3,45	1,153	,131
	Angestellt	37	3,32	1,180	,194
Schätzung Psm Anteil	Niedergelassen	77	2,68	,677	,077
	Angestellt	34	2,71	,799	,137
Schätzung Psycho-Soz	Niedergelassen	77	3,01	,752	,086
	Angestellt	35	3,11	,796	,135

**Tabelle 10: T-Test bei unabhängigen Stichproben nach  
Beschäftigungsverhältnis**

	T-Test für die Mittelwertgleichheit					
	T	Df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standard- fehler der	95% Konfidenzintervall der Differenz

					Differenz		
					Obere	Untere	
Wissen	1,024	112	,308	,192	,187	-,179	,562
Erkennung Psm	1,656	112	,101	,306	,185	-,060	,672
Arzt/Pat-Beziehung	2,163	111	<b>,033</b>	,420	,194	,035	,805
Gesprächsführung	2,055	110	<b>,042</b>	,370	,180	,013	,727
Behandlungskompetenz	,974	56,105	,334	,199	,205	-,211	,610
Überweisungskompetenz	,821	111	,413	,153	,187	-,217	,523
Akzeptanz bei Pat.	-,044	110	,965	-,010	,232	-,470	,449
Zufriedenheit Pat.	,121	110	,904	,028	,229	-,426	,482
Ergebnisverbesserung	2,271	109	<b>,025</b>	,489	,215	,062	,916
Zufriedenheit Arzt	,560	112	,576	,130	,232	-,330	,591
Schätzung Psm Anteil	-,207	109	,836	-,031	,148	-,323	,262
Schätzung Psychosozialer Anteil bei den Patienten	-,649	110	,518	-,101	,156	-,411	,208

Bei der Untersuchung dieser Fragestellung gingen 77 niedergelassene Ärzte und 37 angestellte Ärzte ein. Signifikante Unterschiede auf dem 5%- Signifikanzniveau zeigten sich in der Beurteilung der **Arzt – Patient – Beziehung**: niedergelassene Ärzte beurteilten ihre durch den Kurs erworbene Fähigkeit zur Gestaltung der Arzt – Patient - Beziehung günstiger (3,95) als angestellte Ärzte (3,53). Auf der Ebene der **Gesprächsführung** zeigte sich ein gleichgerichteter Unterschied: niedergelassene Ärzte bewerteten diese mit 3,84; angestellte Ärzte mit 3,47. Ebenso zeigte sich ein gleichgerichteter Unterschied auf dem Merkmal **Ergebnisverbesserung**: niedergelassene Ärzte beurteilten dieses Merkmal mit 3,27; angestellte Ärzte mit 2,87. So hat sich doch auf relevanten Items des Katamnesebogens gezeigt, dass niedergelassene Ärztinnen und Ärzte subjektiv stärker von der Weiterbildung in Psychosomatischer Grundversorgung profitieren als angestellte Ärztinnen und Ärzte.

### **III.6. Studienteil 3: Faktorenanalytische Untersuchung der Psychosomatischen Basisdiagnostik (PBD) – ein Ansatz zur Konstruktvalidierung**

#### **III.6.1 Hintergrund**

Das Ziel der Verbesserung der psychosomatischen diagnostischen Kompetenzen im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung besteht nicht darin, die Teilnehmerinnen und Teilnehmer dazu zu befähigen, eine angemessene psychiatrische oder psychosomatische Differenzialdiagnostik vorzunehmen. Vielmehr geht es darum, dass die Ärzte für die Wahrnehmung von psychischen und psychosomatischen Problemstellungen ihrer Patienten sensibilisiert werden, um vor diesem Hintergrund – soweit möglich – eine angemessene Beratung vorzunehmen und ggf. eine Indikationsstellung zur vertiefenden Diagnostik oder zur Behandlung durch Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie oder durch Psychologische Psychotherapeuten vorzunehmen. Um diese hier skizzierten Inhalte und Kompetenzen einer psychosomatischen Diagnostik systematisch zu vermitteln, hat die Arbeitsgruppe (unter Teilhabe der Promovendin; K. S.) um Prof. Dr. Dr. Wolfgang Schneider in den Kursen ein diagnostisches Instrument – die **Psychosomatische Basisdiagnostik (PBD)** – eingeführt. Dieses diagnostische Instrument wurde in den Jahren 2002 - 2004 von einer multizentrischen Arbeitsgruppe für den Einsatz in der Psychoonkologie entwickelt und damals mit onkologischen Kollegen validiert (siehe Pouget-Schors et. al 2004). Einen weiteren theoretischen Bezug für dieses Instrument stellt die Achse I – Krankheitserleben und Behandlungserwartung – der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD 2006) dar. Bei beiden Instrumenten handelt es sich um Fremdbeurteilungsinstrumente, die auf einem systematischen Interview sowie einer Verhaltensbeobachtung der Ärzte beruhen.

Konzeptionell sind die Autoren der **Psychosomatischen Basisdiagnostik(PBD)** davon ausgegangen, dass es nicht nur für die behandelnde Ärzte darum geht, psychische oder psychosomatische Erkrankungen zu erkennen, sondern dass auch das Erkennen von relevanten biopsychosozialen Wechselbeziehungen ebenso wichtig ist. Diese Interaktionen können unterschiedliche Richtungen aufweisen. Die psychosozialen Faktoren können ursächlich für die Erkrankung sein, wie z. B. bei den neurotischen Erkrankungen, bei Persönlichkeitsstörungen oder bei Somatisierungsstörungen. Sie können den Verlauf von "chronischen" Erkrankungen



beeinflussen (z. B. bei den entzündlichen Darmerkrankungen oder der Neurodermitis) oder sie können eine Folge einer körperlichen Grunderkrankung sein (z. B. Depressionen bei einer Krebserkrankung) und die Therapiecompliance und die Therapieerfolge in einem gewissen Ausmaß mit beeinflussen. So besteht das Ziel der Psychosomatischen Basisdiagnostik primär darin, dass die weiterzubildenden Ärzte einerseits in die Lage versetzt werden sollen, relevante Hinweise / Symptome für das Vorliegen von psychischen / psychosomatischen Problemstellungen zu erkennen sowie zum Anderen psychosoziale Belastungen und funktionelle Einschränkungen infolge von Erkrankungen bzw. den damit verbundenen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu reflektieren. Weiterhin sind Aspekte der Krankheitsverarbeitung sowie der Motivation der Patienten für psychosomatische Behandlungsansätze aber auch das Ausmaß an sozialer Unterstützung für eine basale Psychosomatische Diagnostik von Bedeutung. Auf der Grundlage der Beurteilung der unterschiedlichen Merkmale / Merkmalsgruppen sollte die Kompetenz der Kursteilnehmer zur Indikationsstellung zu einer weiterführenden/vertiefenden psychosomatisch - psychotherapeutischen Diagnostik oder Therapie erhöht werden.

### **III.6.2 Zum methodischen Vorgehen bei der empirischen Untersuchung der Psychosomatischen Basisdiagnostik**

Im Rahmen der Kurse für Psychosomatische Grundversorgung haben wir das ursprüngliche Instrument leicht verändert und dann in einem ersten Kurs die Arbeit mit dem Instrument erprobt. Von Interesse war für uns hier, inwieweit die im Instrument enthaltenden unterschiedlichen Merkmalsbereiche von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern als relevant angesehen wurden und sie ihren inhaltlichen Gehalt nachvollziehen konnten. Dabei wurde konkret so vorgegangen, dass an den unterschiedlichen Kurstagen verschiedene Krankheitsbilder (z. B. Depressionen, Angststörungen, psychosomatische Erkrankungen wie Somatisierung oder Essstörungen aber auch körperliche Erkrankungen mit psychosomatischen Komplikationen) zum einen theoretisch vorgestellt wurden aber dann vor allem auf der Grundlage von Patientenvorstellungen und ausführlichen psychosomatischen Interviews sowohl die relevanten Symptome, Verlaufscharakteristika aber auch

relevante psychosoziale Hintergrundbedingungen sowie Aspekte der Krankheitsverarbeitung herausgearbeitet wurden. **Zur ersten Erprobung der PBD wurden deren Merkmale bei der theoretischen Vorstellung wie bei der praktischen Fallarbeit (mit Live-Patienten) akzentuiert herausgearbeitet, um den Teilnehmerinnen und Teilnehmern einen Zugang zur inhaltlichen Rationale des Instrumentes zu vermitteln.**

Das unter inhaltlichen Gesichtspunkten entwickelte System umfasste die folgenden Merkmalsbereiche:

**Abbildung 5: Psychosomatische Basisdiagnostik**

PBD Psychosomatische Basisdiagnostik				Datum								
<b>Patient:</b>				Arztcodierung:								
Geschlecht: <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich				Alter: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse; width: 50px; height: 15px; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td><td style="width: 10px; height: 10px;"></td></tr></table>								

W. Schneider, K. Schmiedeberg 2013

A 1

1) Diagnose: .....

....

2) Symptome (körperlich und psychisch): .....

.....

.....

<b>Bl oc k</b>			Ratingscore					Beurteilbarkeit des Merkmals		
			1 <small>niedrig od. nicht vorhanden</small>	2	3 <small>mittel</small>	4	5 <small>hoch</small>	leicht	mittel	Schwer
A	2	Ausmaß d. somatischen Symptome u. Probleme insgesamt								
S	• Wie beeinträchtigt / verändert die Krankheit das Leben des Patienten? (Subjektive Belastungen)									
m	3	Belastung durch somatische Funktionseinschränkung								
at	4	Belastung durch Schmerzen								
is										
ch										

e u n d p s y c h i s c h e S y m p t o m a t i k	A	5	Belastung durch diagnostische u. / od. med.-therapeutische Maßnahmen											
	A	6	Belastung durch Einschränkungen im Alltag											
	A	7	Beeinträchtigung des Selbstgefühls, des Selbstwertes u. der Lebenspläne											
	• Welche psychischen Symptome / Probleme liegen beim Patienten derzeit vor?													
	A	8	Emotionale Probleme (Angst, Depression, Wut, Scham, Kränkung)											
	A	9	Vegetative Symptome											
	A	10	Verhaltensauffälligkeiten, Probl. im zwischenmenschlichen Bereich											
	A	11	Kognitive Störungen (Konzentration, Aufmerksamkeit, Gedächtnis)											
	A	12	Hinweise auf psychotisches Erleben u. Verhalten (z. B. Wahn, Halluzination)											
	A	13	Eingeschränkte Compliance im med.-therapeutischen Bereich											
	A	14	Ausmaß psychischer Symptome u. Probleme insgesamt											
	Bl oc k B: K ra n k h e i t s v e r a r b e i t u n g	A 15 Indikation zur psychosomatischen Grundversorgung aufgrund von Qualität / Ausmaß somatischer u. psychischer Symptome / Belastungen <span style="float:right">nein / fraglich / ja</span>												
		Ratingscore			1	2	3	4	5	Beurteilbarkeit des Merkmals				
					niedrig od. nicht vorhanden		mittel		hoch	leicht	mittel	Schwer		
B	1	Dysfunktionale Krankheitsver- arbeitung des Patienten												
B	2	Unzureichende soziale Ressourcen des Patienten												
Bl oc k C : M o t i v a t i o n	B 3 Indikation zur psychosomatischen Grundversorgung aufgrund d. Krankheitsverarbeitung u. der sozialen Ressourcen <span style="float:right">nein / fraglich / ja</span>													
	Ratingscore			1	2	3	4	5	Beurteilbarkeit des Merkmals					
				niedrig od. nicht vorhanden		mittel		hoch	leicht	mittel	Schwer			
C	1	Motivation des Patienten für psychosomatische Maßnahmen												

Das diagnostische Instrument wurde den Teilnehmerinnen und Teilnehmern von 2 Kursen vorgestellt und mit diesen diskutiert. In einem nächsten Schritt wurde ein Patient, der im Rahmen der Weiterbildung vorgestellt wurde, in der Gruppe auf der Grundlage der psychosomatischen Basisdiagnostik diagnostiziert, um die Arbeit mit dem Diagnosensystem zu erproben. Diese Bewertung erfolgte im Rahmen einer Gruppendiskussion, sodass etwaige offene Fragen in der Gruppe abgehandelt

werden konnten. **Das primäre Ziel dieses Studienteils bestand darin, das diagnostische Instrument unter dem Aspekt der Konstruktvalidierung und unter testtheoretischen Gesichtspunkten zu analysieren**

Die Konstruktvalidierung sowie die Qualität der testtheoretischen Parameter sollten dann auf der Basis einer Faktorenanalyse erfolgen. Mit den Teilnehmern von 2 Psychosomatikkursen aus den Jahren 2011 und 2012, die systematisch in die Arbeit mit dem PBD im Rahmen der Kurse eingearbeitet worden waren, haben wir dann verabredet, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer in den nächsten 5 Wochen nach dem Abschluss der Weiterbildung jeweils 10 ihrer Patientinnen oder Patienten auf der Grundlage der PBD beurteilen sollten. Dabei sollten sie jeweils nach einem Zufallsprinzip vorgehen, dass gewährleisten sollte, dass nicht eine selektive Auswahl von Patienten getroffen werden würde. Als Auswahlprinzip wurde festgelegt, dass jeweils an zwei Wochentagen, der letzte am Vormittag behandelte Patient mit diesem diagnostischen Instrument bewertet werden sollte, unabhängig davon, ob bei diesem psychosomatische Probleme vorliegen würden oder nicht. Es ging uns in diesem Studienteil nicht darum, die Umsetzung bzw. die Arbeit mit diesem Instrument an einer ausgewählten Patientengruppe zu untersuchen, sondern wie bereits formuliert, Aussagen über die Faktorenstruktur bzw. Teststatistiken zu erhalten.

Aufgrund unterschiedlicher Argumente verzichteten wir dabei darauf, dass diese Patienten explizit eine psychische bzw. psychosomatische Erkrankung aufweisen sollten. Diese umfassten folgende Aspekte:

1. Es war davon auszugehen, dass die Kolleginnen und Kollegen in Bezug auf eine angemessene diagnostische Einschätzung insgesamt doch noch eher unsicher waren; so wurde auch von einigen Teilnehmern argumentiert.
2. Der Einsatz der PBD ist durchaus für alle Patientengruppen geeignet; unabhängig davon, ob sie eine psychische oder psychosomatische Erkrankung aufweisen würden. So sind psychosomatische Aspekte bei jeder Diagnostik zu berücksichtigen.
3. Es wurde mehrfach angeführt, dass nicht sicher sei, ob in dem vorgegebenen Zeitraum überhaupt eine entsprechende Anzahl von Patienten mit einer psychischen oder psychosomatischen Mitbeteiligung an ihrer Erkrankung sich in den Praxen vorstellen würde.

Die Festlegung auf eine relativ kurze Zeitdauer und die relativ geringe Anzahl an zu

bearbeitenden Bögen der PBD ergab sich aus dem Diskussionsprozess mit den Ärztinnen und Ärzten, die sich zu einer Mitarbeit bereit erklärt hatten. Über einen längeren Zeitraum sei die Arbeit mit der PBD im Praxisalltag unhandlich und nicht umsetzbar. So erhielten wir aus diesen beiden Kursen insgesamt 300 bearbeitete Fälle (Beurteilungsbögen), die die Grundlage für die Faktorenanalyse sowie die Analyse weiterer testtheoretischer Kennwerte darstellte.

Nach Abschluss dieser Serie von zehn diagnostischen Bewertungen sollten die Ärztinnen und Ärzte einen allgemeinen Fragebogen ausfüllen, indem sie Auskunft darüber geben sollten, inwieweit das diagnostische Instrument im klinischen Alltag praktikabel, nützlich und geeignet sei, die Probleme ihrer Patienten angemessen abzubilden (Passgenauigkeit). Weiterhin sollten sie beurteilen, inwieweit sie die Arbeit mit dem diagnostischen Instrument als hilfreich und wirtschaftlich akzeptabel ansehen würden. Abschließend wurde erfragt, ob das diagnostische Instrument Ihnen geholfen hätte, ein besseres Verständnis für psychische und psychosomatische Probleme ihrer Patienten zu entwickeln und ob sie dieses auch zukünftig in ihrem Praxisalltag anwenden wollten.

### **III.6.3 Ziele und Methode der Faktorenanalyse**

**Bei einer Faktorenanalyse** (siehe Bortz und Schuster 2012, Brosius 2013) handelt es sich um ein multivariates Verfahren, das auf die Reduktion von einer großen Zahl an Variablen auf wenige latente Variablen (Faktoren) abzielt, die auf die Ausprägung der Variablen einen Einfluss haben. Dabei soll die Faktorenanalyse möglichst viel an Information (Varianz) enthalten, die in den ursprünglichen Variablen enthalten war.

Bei der Faktorenanalyse werden auf Grundlage der z- standardisierte Matrix der Variablenwerte eine Korrelationsmatrix gebildet und in einem nächsten Schritt die Faktorladungsmatrix bestimmt. Bevorzugt sollen bei der Faktorenanalyse Faktoren extrahiert werden, die möglichst viel Varianz der einzelnen Variablen erklären. Dazu ist die Methode der Hauptkomponentenanalyse geeignet, die wir in einem ersten Schritt vorgenommen haben (siehe III.6.4). In einem nächsten Schritt ist zu klären, wie viele Faktoren extrahiert werden sollen. Da wir ja auf eine Reduktion der Variablen durch die Faktorenanalyse abzielen, sind Faktoren zu extrahieren, die einen Eigenwert von  $> 1$  aufweisen (Kaiser Guttman Regel), da ein Faktor mit einem Eigenwert von 1 so viel Varianz aufklärt, wie eine einzelne Variable; es käme nicht zu

einer Reduktion der Variablen. Der Eigenwert eines Faktors kann grundsätzlich zwischen 1 und der Anzahl an Variablen ( $P$ ) liegen. Wir sind bei der weiter unten dargestellten 3-Faktorenlösung nach dieser Regel (siehe Tab. 11) vorgegangen. Auch die Methode des Screeplots (siehe Abbildung 6 und 7) kann zur Entscheidung herangezogen werden, wie viele Faktoren extrahiert werden sollen. Der „Knick“ im Verlauf der Eigenwerte gibt an, wie viele Faktoren extrahiert werden. Als weiteres Kriterium für die zu extrahierenden Faktoren könnte auch die Festlegung eines bestimmten Varianzanteils, den eine Faktorenanalyse erklären soll, herangezogen werden.

Mit einer Hauptkomponentenanalyse wird die Position der Faktoren zunächst nach dem Prinzip der Maximierung der Varianzaufklärung gewählt. Nach Bestimmung von Zahl und Lage der Faktoren ist eine Rotation um den Ursprung ohne Informationsverlust möglich. Dabei wird das Prinzip der Einfachstruktur verfolgt, bei dem die Variablen möglichst auf einem Faktor hoch und auf anderen Faktoren möglichst niedrig laden. Die Faktorladung ist das Maß für den Zusammenhang zwischen Variable und Faktor (quadrierte Werte der Faktorladungsmatrix) und kann Werte zwischen 0 und 1 annehmen.

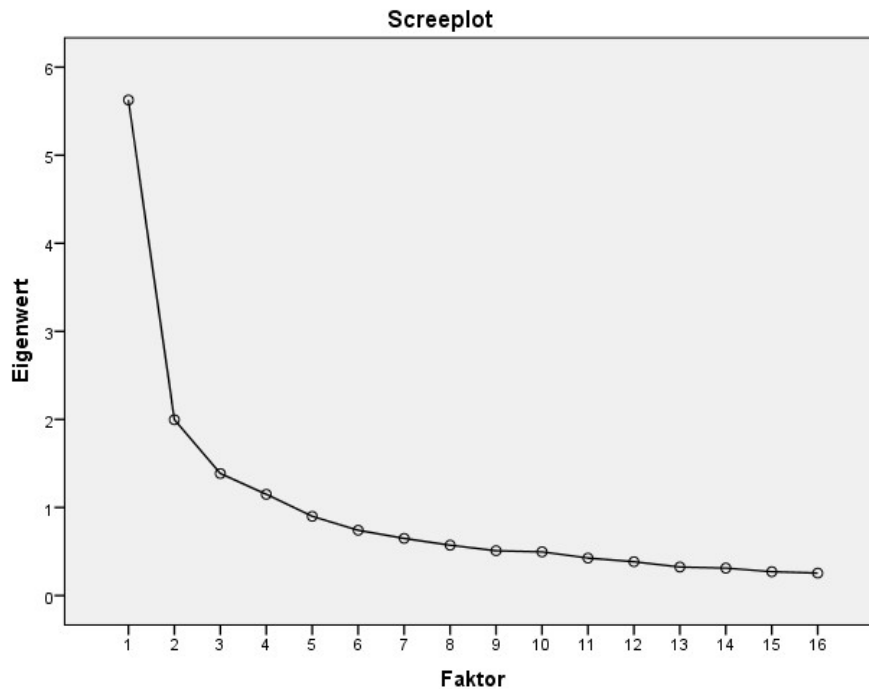
Wie in den Kap. III.6.4 und III.6.5 gezeigt wird, haben wir eine Varimaxrotation sowohl bei der vierfaktoriellen als auch bei der letztlich für uns entscheidenden Dreifaktorenlösung vorgenommen.

Die berechneten Faktoren müssen letztlich inhaltlich interpretiert werden. Die Grundlage für die inhaltliche Bewertung / Interpretation bilden die Faktorladungen der Variablen auf den verschiedenen Faktoren (siehe III.6.5).

### **III.6.4 Die Auswertung der Faktorenanalyse**

In die Faktorenanalysen gingen 289 Beurteilungsbögen ein. In einer ersten Faktorenanalyse extrahierten wir auf der Basis einer Hauptkomponentenanalyse und einer Varimaxrotation mit einer Kaisernormalisierung eine Vierfaktorenlösung, die eine kumulierte Varianz von 63,500 (siehe Screeplot) aufwies.

#### **Abbildung 6: Screeplot für eine vierfaktorielle Lösung**



Folgende Faktoren wurden auf der Basis der 4-Faktorenlösung extrahiert.

Faktor 1: **psychischer Bereich** (7 Items, aufgeklärte Varianz = 35,17, Cronbachs Alpha .856),

Faktor 2: **somatische Funktionseinschränkungen und symptomatische Belastung** (4 Items, aufgeklärte Varianz = 12,48, Cronbachs Alpha von .881)

Faktor 3: **Hemmnisse in Bezug auf psychosomatische / psychotherapeutische Maßnahmen** (3 Items, aufgeklärte Varianz = .866, Cronbachs Alpha von .727)

Faktor 4: Der **4. Faktor**, dem 2 Items zugeordnet worden sind, war in sich thematisch ausgesprochen heterogen. Er umfasste die 2 Items des PBD 'Belastung durch diagnostische und / oder medizinische therapeutische Maßnahmen' (Faktorenladung 846) sowie 'Hinweise auf psychotisches Erleben und Verhalten'. Dazu war die Faktorladung des letzten Items mit .533 relativ niedrig ausgeprägt. Die Reliabilität dieses Faktors war zudem mit .246 Cronbachs Alpha als nicht akzeptabel anzusehen. Die aufgeklärte Varianz betrug 7,18)

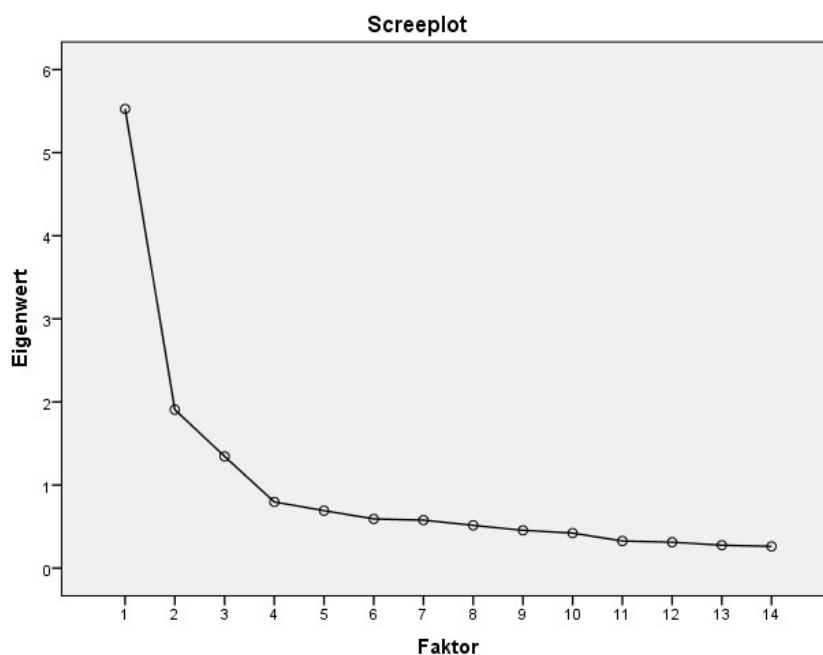
Die hier skizzierte 4-Faktorenlösung war aufgrund der inhaltlichen Heterogenität der zwei Items des Faktors 4, der niedrigen Faktorladung der Items (siehe Anhang) sowie der niedrigen Reliabilität dieses Faktors, gemessen mit einem Cronbach Alpha

von .246 als unbefriedigend anzusehen.

### III.6.5 Die 3-faktorielle Lösung

Auf dem Hintergrund dieser Befunde haben wir eine weitere Faktorenanalyse berechnet, bei der wir die inhaltlich sowie faktorenanalytisch unbefriedigenden Items A 5 (Belastung durch diagnostisch / medizinische Maßnahmen) und A 12 (psychotisches Erleben) nicht mehr berücksichtigt haben. Als Extraktionsmethode haben wir wiederum eine Hauptkomponentenanalyse durchgeführt und eine Varimaxrotierung mit Kaisernormalisierung vorgenommen. In die Faktorenanalyse gingen diesmal 290 Beurteilungsbögen ein. Es ergab sich nach dem Scree-Test eine **3-Faktoren-Lösung**, die insgesamt eine kumulierte Varianz von 62,698 aufwies, die als durchaus zufriedenstellend anzusehen ist.

**Abbildung 7: Scree-Test für eine 3-faktorielle Lösung**



**Tabelle 11: Faktorenanalyse, ohne Items A5 (Belastung durch dia./med. Maßnahmen) , A12 (psychot. Erleben)**

Komponente	Anfängliche Eigenwerte		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte Varianz %
1	5,526	39,469	39,469



2	1,907	13,624	53,093
3	1,345	9,606	62,698
4	,796	5,687	68,385
5	,691	4,939	73,324
6	,592	4,226	77,550
7	,577	4,125	81,674
8	,515	3,676	85,350
9	,455	3,249	88,599
10	,421	3,010	91,609
11	,326	2,331	93,939
12	,312	2,225	96,165
13	,276	1,970	98,135
14	,261	1,865	100,000

Extraktionsmethode:  
Hauptkomponentenanalyse.  
Rotationsmethode:  
Varimax mit Kaiser-Normalisierung.

62,70% aufgeklärte Gesamtvarianz  
(N=290)

**Tabelle 12: Rotierte Komponentenmatrix**

Faktor	1	2	3
Emotionale Probleme (Angst, Depression, Wut, Scham, Kränkung)	,813	,122	,189
Motivation des Pat. für psychosomat. Maßnahmen	,732	,123	-,274
Ausmaß psychischer Symptome u. Probleme insgesamt	,730	,109	,394
Beeinträchtigung des Selbstgefühls, des Selbstwertes u. der Lebenspläne	,677	,333	,094
Verhaltensauffälligkeiten, Probleme im zwischenemenschl. Bereich	,631	,161	,473
Vegetative Symptome	,592	,236	,293
Kognitive Störungen (Konzentration, Aufmerksamkeit, Gedächtnis)	,556	,033	,293
Belastung durch somat. Funktionseinschränkung	,201	,850	,075
Ausmaß der somat. Symptome u. Probleme insgesamt	,228	,781	,100
Belastung durch Schmerzen	-,086	,740	,110
Belastung durch Einschränkungen im Alltag	,413	,729	-,009
Eingeschränkte Compliance im med.-therapeut. Bereich	,049	,053	,844
Unzureichende soz. Ressourcen des Pat.	,219	,117	,745
Dysfunktionale Krankheitsverarbeitung des Pat.	,507	,095	,562

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.  
Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.

Faktorenanalytisch haben sich drei Faktoren ergeben, die inhaltlich über die zugeordneten Items von uns - wie folgend dargestellt – interpretiert werden. Als weitere, für die Testkonstruktion und Analyse relevante Item – Kennwerte sind die Item-Schwierigkeit und die Item-Trennschärfe anzusehen. Die Item-Schwierigkeit gibt an, wie schwer eine Aufgabe für Personen einer Stichprobe im Sinne des erfassten Konstruktes zu beantworten war. Da es sich hier nicht um einen Leistungstest handelte, bedeutet die Itemschwierigkeit, wie viele Personen einer Aussage im Sinne des Kriteriums zugestimmt haben. Die Schwierigkeiten der einzelnen Items sind aus den Tabellen 13 - 15 zu ersehen. Für die faktorenanalytisch extrahierten Skalen stellt die Item-Trennschärfe den wichtigsten Item-Kennwert dar. Die Trennschärfe soll hierbei eine Einschätzung ermöglichen, wie gut ein Item zwischen Personen mit niedriger und hoher Merkmalsausprägung trennt. Methodisch beruht diese Aussage auf dem korrelativen Zusammenhang eines einzelnen Items mit dem Gesamttest (hier der einzelnen Skala). Der Wertebereich der Item-Trennschärfe liegt zwischen  $-1$  und  $1$ . Bei einer hohen positiven Trennschärfe erfasst das Item etwas Ähnliches wie der Gesamttest. Eine Trennschärfe nahe  $0$  weist darauf hin, dass ein Item mit dem restlichen Test nichts gemeinsam hat. Eine negative Trennschärfe kann einen Hinweis darauf geben, dass ein Item umgekehrt als beabsichtigt verstanden oder – wahrscheinlicher – bei der Auswertung nicht richtig gepolt wurde (siehe Brosius 2013). Ein weiterer wichtiger Kennwert für die Güte einer Skala ist Cronbachs Alpha, das ein Maß für das Ausmaß darstellt, in dem die unterschiedlichen Items oder Merkmale eines Testinstrumentes zueinander in Beziehung stehen. Wir sprechen von interner Konsistenz. Zu beachten ist jedoch, dass ein hohes Cronbach Alpha keinen Beleg für die Eindimensionalität einer Skala darstellt. Werte größer als  $.65$  werden in der Regel als akzeptabel angesehen.

### **Faktor 1: psychischer Bereich**

(7 Items, Cronbachs Alpha  $.856$ )

### **Tabelle 13: Faktor 1, Psychischer Bereich**

Items	Faktorladung	Mittelwert Itemschwierigkeit	Korrigierte Item-Skala- Korrelation, Trennschärfe	N
Emotionale Probleme (Angst, Depression, Wut, Scham, Kränkung)	,813	<b>3,12 (62,4)</b>	<b>,743</b>	294
Motivation des Pat. für psychosomat. Maßnahmen	,732	<b>2,14 (42,8)</b>	<b>,480</b>	294
Ausmaß psychischer Symptome u. Probleme insgesamt	,730	<b>2,69 (53,8)</b>	<b>,713</b>	294
Verhaltensauffälligkeiten, Probleme im zwischenmenschl. Bereich	,677	<b>2,44 (48,8)</b>	<b>,676</b>	294
Beeinträchtigung des Selbstgefühls, des Selbstwertes u. der Lebenspläne	,631	<b>3,00 (60)</b>	<b>,614</b>	294
Vegetative Symptome	,592	<b>2,93 (58,6)</b>	<b>,607</b>	294
Kognitive Störungen (Konzentration, Aufmerksamkeit, Gedächtnis)	,556	<b>2,05 (41)</b>	<b>,506</b>	294

Dieser Faktor weist inhaltlich eine hohe Konvergenz auf, d. h. die Items beziehen sich auf ähnliche Merkmalsbereiche. Die Faktorladungen der einzelnen Items sind hoch bis sehr hoch und die Items laden nicht hoch auf den anderen zwei Faktoren. Auch die Testkennwerte der Itemschwierigkeit wie der Trennschärfe sind ausgesprochen zufriedenstellend. Die Reliabilitätswerte dieses Faktors sind als ausgesprochen gut zu bewerten.

Inhaltlich fokussiert dieser Faktor emotionale Probleme sowie das Ausmaß von psychischen Symptomen oder Verhaltensauffälligkeiten bzw. interaktionellen Problemen sowie Beeinträchtigungen des Selbstgefühls. Darüber hinaus umfasst er das Merkmal zur Motivation für psychosomatische Maßnahmen.

Wie die Tabelle 13 zeigt, weisen die unterschiedlichen Items des Faktor 1 allesamt hohe Faktorladungen auf; für das Item 1“ Emotionale Probleme“ (.813) bis zum Item „kognitive Störungen“ (.556) auf. Dies bedeutet, dass die 7 Items inhaltlich eine hohe

Nähe zueinander aufweisen.

**Tabelle 14: Faktor 2 – somatische Funktionseinschränkungen und Ausmaß der Symptome**

(4 Items, Cronbachs Alpha .812)

Items	Faktorladung	Mittelwert Itemschwierigkeit	Korrigierte Item- Skala- Korrelation (Trennschärfe)	N
Belastung durch somat. Funktionseinschränkung	,850	<b>3,35 (67)</b>	<b>,747</b>	298
Ausmaß der somat. Symptome u. Probleme insgesamt	,781	<b>3,48 (69,6)</b>	<b>,669</b>	298
Belastung durch Einschränkungen im Alltag	,740	<b>3,32 (66,4)</b>	<b>,655</b>	298
Belastung durch Schmerzen	,729	<b>2,63 (52,6)</b>	<b>,487</b>	298

Die Faktorladungen der vier Items sind hoch. Ebenso sind die Trennschärfen dieser Items ausgesprochen gut bis zufriedenstellend, sodass auch hier von einem hohen inhaltlichen Zusammenhang der unterschiedlichen Items der Skala auszugehen ist. Die Reliabilität (Cronbachs Alpha) dieses Faktors ist ebenfalls als gut zu bewerten; die Schwierigkeitsindizes liegen in einem akzeptablen Bereich.

**Tabelle 15: Faktor 3 - Hemmnisse in Bezug auf psychosomatische / psychotherapeutische Maßnahmen**

(3 Items, Cronbachs Alpha von .727)

Items	Faktorladung	Mittelwert Itemschwierigkeit	Korrigierte Item- Skala- Korrelation (Trennschärfe)	N
Eingeschränkte Compliance im med.- therapeut. Bereich	,844	<b>2,02 (40,4)</b>	<b>,547</b>	299
Unzureichende soz. Ressourcen des Pat.	,745	<b>2,12 (42,4)</b>	<b>,554</b>	299
Dysfunktionale	,562	<b>2,36 (47,2)</b>	<b>,545</b>	299

Krankheitsverarbeitung des Pat.				
------------------------------------	--	--	--	--

Zwei der Items zeigen eine hohe Faktorladung auf. Eine gewisse Sonderstellung nimmt das Item Dysfunktionale Krankheitsverarbeitung ein, das auf diesem Faktor mit .562 lädt und auf dem Faktor 1 eine ähnlich hohe Faktorladung (.507) zeigt. Die Item-Schwierigkeit sowie die Trennschärfekoeffizienten sind als befriedigend bis gut anzusehen. Zwei der Items laden hoch auf diesem Faktor. Der Faktor bzw. die Subskala beinhaltet Merkmale, die sich auf die Teilnahme an einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlung oder auch erst einmal einer entsprechenden Diagnostik tendenziell negativ auswirken können.

### **III.6. 6 Inhaltliche und methodische Gesamtbewertung der Faktorenanalyse**

Die PBD weist eine gute Konstruktvalidität auf. Sie umfasst 3 Skalen, die insgesamt eine Varianzaufklärung von 62,70 aufweisen. Die Skalen weisen in sich inhaltlich einen hohen und sinnvollen Zusammenhang auf (siehe Trennschärfen der Items) und bilden die relevanten Merkmalsbereiche, die im Rahmen einer psychosomatisch – psychotherapeutischen Basisdiagnostik von Bedeutung sind, aus inhaltlichen Gesichtspunkten adäquat ab. Auch der Testkennwert „Schwierigkeit“ der Items auf den unterschiedlichen Skalen ist als gut bis befriedigend anzusehen. Eine mittlere Schwierigkeit bedeutet, dass es eine genügende Varianz der Bewertung der Items gegeben hat.

So liegt mit der PBD sowohl inhaltlich als auch unter methodischen Gesichtspunkten ein diagnostisches Fremdbeurteilungsinstrument vor, das für die klinische psychosomatische Diagnostik als gut geeignet anzusehen ist.

### **III.6.7 Beurteilung der psychosomatischen Basisdiagnostik durch die an der Evaluationsstudie zur PBD beteiligten Ärzte**

Die insgesamt 36 Ärztinnen und Ärzte, die an der Konstruktvalidierungsstudie teilgenommen haben, wurden zum Abschluss ihrer Patientenbeurteilung mit der PBD gebeten, die psychosomatische Basisdokumentation auf der Grundlage eines von uns entwickelten Bewertungsbogens zu beurteilen. Der Bogen umfasste 8 Items, die auf einer fünfstufigen Likert - Skala von 1 (überhaupt nicht) bis 3 (einigermaßen) bis 5 (sehr) zu beantworten waren. Es ging hier um die Fragen, inwieweit die Anwendung der Psychosomatischen Basisdiagnostik für einen praktisch tätigen Arzt

praktikabel, nützlich, passgenau, notwendig oder angezeigt bzw. ökonomisch umsetzbar sei. Weiterhin sollten die an der Studie teilnehmenden Ärzte, ebenfalls auf einer fünfstufigen Likert – Skala, angeben, inwieweit sie gern mit dem Instrument gearbeitet hätten, sie durch die Anwendung ihr psychosomatisches Diagnostikverständnis verbessert hätten und sie auch zukünftig mit dem Beurteilungsbogen arbeiten würden.

Die folgende Tabelle zeigt die Mittelwerte der Beurteilungen

**Tabelle 16: Bewertung Ratingbogen**

<b>Deskriptive Statistik</b>						
	N	Mini- Mum	Ma- xi- mum	Mittel- Wert	Standar- dab-wei- chung	Varianz
<b>Praktikabilität des</b> Ratingbogens zur PBD	36	1	5	2,92	,906	,821
<b>Nützlichkei</b> t des Ra- tingbogens zur PBD	36	1	5	2,92	,906	,821
<b>Passgenauigkeit</b> <b>des</b> Ratingbogens zur PBD	36	1	5	2,44	,909	,825
<b>Notwendigkeit</b> des Ratingbogens zur PBD	35	1	5	2,51	,742	,551
<b>ökonomische Um-</b> <b>setzbarkeit</b> des Ra- tingbogens zur PBD	36	1	5	2,83	1,159	1,343
<b>Ich habe gern mit</b> <b>dem Instrument ge-</b> <b>arbeitet</b>	36	1	5	2,69	,856	,733
<b>Ich habe durch die</b> <b>Anwendung mein</b> <b>psychosomati-</b> <b>sches Diagnostik-</b> <b>verständnis verbes-</b> <b>sert</b>	36	1	5	2,94	1,094	1,197
<b>Ich werde auch zu-</b> <b>künftig mit dem Be-</b> <b>urteilungsbogen ar-</b> <b>beiten</b>	36	1	5	2,25	,996	,993

Gültige Werte (Listenweise)	35					
-----------------------------	----	--	--	--	--	--

Die Mittelwerte der Bewertungen liegen zwischen 2,25 und 2,92 (siehe Tabelle). Dies legt nahe, dass die Praktikabilität und Nützlichkeit sowie Akzeptanz des Bogens bei den an der Studie teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten höchstens im mittleren Bereich oder niedriger liegt. Dies bedeutet, dass die Akzeptanz für den Bogen und die Bereitschaft, mit diesem zu arbeiten, eher als geringer anzusehen ist.

Wir hatten den Teilnehmerinnen und Teilnehmern auch die Möglichkeit eingeräumt, freie Äußerungen zum Bogen bzw. zur Arbeit mit dem Bogen der Basisdokumentation vorzunehmen. Dabei haben wir allerdings nur 5 Rückmeldungen erhalten; dies ist unserer Erfahrung nach nicht unüblich im Rahmen derartiger Studien.

1. Bogen ist im Rahmen der geplanten Dissertation gut, ich glaube nicht, dass er sich in der Praxis allgemein durchsetzen wird
2. Der Bogen war auf meine derzeitigen Patienten (fast ausschließlich akute P.) eher nicht anwendbar
3. Die Patienten vom heutigen Tag überfordernd, die Fragestellung war zu "medizinisch" formuliert
4. Ich erkenne keine zusätzliche Nutzung für mich, es hätte meine Therapieentscheidung nicht geändert.
5. Könnte ein erkennbarer Nutzen zu Tage treten, wenn ich besser eingearbeitet worden wäre? Möglich / Fraglich

Wie sich zeigt, wird hier insbesondere darauf abgehoben, dass die PBD für die klinische Praxis nicht als nützlich angesehen würde und dass sie wenig geeignet sei, die Probleme von primär somatisch erkrankten Patienten zu beschreiben. In einer Aussage wird formuliert, dass das Instrument ggf. nützlicher sein könnte, wenn die Einführung in die Arbeit mit dem Instrument "besser" gewesen wäre.

## **IV. Diskussion**

### **IV. 1 Ergebnisse der Kurserwartungen:**

Es hat sich gezeigt, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Rahmen der Weiterbildung insbesondere ihren Wissensstand über psychosomatische und psychische Erkrankungen (5,93 ), ihre Fähigkeit mit den Patienten umgehen zu

können (5,80) sowie ihr Verständnis für die Probleme ihrer Patienten (5,68) verbessern möchten. Weiterhin ist ihnen auch an einer guten und angenehmen Kursatmosphäre (5,77) gelegen. Insgesamt zeigen sie sich als relativ gut für die Kursteilnahme motiviert (5,33). So findet sich doch eine ausgesprochen positive Erwartungshaltung der Teilnehmerinnen und Teilnehmer gegenüber der Weiterbildung. Den niedrigsten Wert hat das Item „enger Austausch mit Kollegen“ (4,72) erhalten.

Neben dem Wissen über psychische und psychosomatische Erkrankungen und deren Behandlung wird vor allem auch erwartet, dass die Fähigkeit zum Umgang mit den Patienten verbessert wird. Diese letzte Erwartungshaltung drückt aus, dass die **Arzt-Patient-Beziehung von den Kursteilnehmern als ein zentraler Baustein des ärztlichen Handelns angesehen wird**. Konvergent dazu ist die positive Bewertung des Items „ich möchte mein Verständnis für die Probleme meiner Patienten verbessern“ anzusehen.

Dies wird m. E. dadurch belegt, dass bei der Abschlussbewertung der Kurse die Aussage, dass die Ärzte zukünftig verstärkt auf die bewusste Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung achten wollen, mit am positivsten bewertet (6,16) worden ist. Insgesamt haben sich die Kursteilnehmer im Erwartungsbogen als gut für die Kursteilnahme motiviert bezeichnet.

Im **Kursabschlussbogen** werden dann weiterhin der hohe praktische Bezug (5,90) und die gute Vermittlung von praktischen Inhalten (5,91) betont. Darin bildet sich am ehesten ab, dass die intensive praktische Arbeit mit Live-Patienten sowie die Möglichkeit selbst Interviews mit Patienten zu führen sowie die vielfältigen Diskussionen über die psychosozialen Entwicklungsbedingungen und Probleme sowie die diagnostischen und therapeutischen Aspekte besonders positiv bewertet worden sind. Dieser rege Austausch in der gesamten Seminargruppe wie in der Kleingruppenarbeit aber auch die Rollenspiele, bei denen Interviewsequenzen und spezielle Beratungsprobleme erprobt wurden, haben dazu geführt, dass auch die Kursatmosphäre besonders positiv (6,16) bewertet wurde. In diesem Zusammenhang sollte auch darauf hingewiesen werden, dass die spezielle Art der Kursgestaltung durch die Seminarleiter, die eben nicht in der Form von „Frontalunterricht“ umgesetzt worden ist, sondern den Teilnehmern einen großen Raum gab, sich aktiv an der Weiterbildung zu beteiligen und in einen engen Austausch mit den anderen Kursteilnehmern zu kommen, sicherlich auch einen



erheblichen Beitrag sowohl auf das Erleben der Kursatmosphäre als auch auf die positive Bewertung der praktischen Anteile geleistet hat.

Den niedrigsten Wert bei den Abschlussbeurteilungen weist die Vermittlung wichtiger theoretischer Informationen auf bzw. die Frage, inwieweit diese theoretische Inhalte angemessen und verständlich vermittelt worden seien. Allerdings sind diese Bewertungen mit einem Mittelwert von 5,60 bzw. 5,64 durchaus als positiv anzusehen. Dennoch ist m. E. davon auszugehen, dass die Wertestandards der Kursteilnehmer sich während des Kurses nachhaltig verändert haben. Haben diese zu Beginn des Kurses noch den Erwerb von theoretischen Kenntnissen über psychische und psychosomatische Erkrankungen als wichtigstes Ziel angegeben, hat sich diese Wertung über die Kurserfahrung doch verändert.

Es zeigt sich, dass insbesondere das Item „**Wissensstanderhöhung**“ signifikante Unterschiede bei der Abschlussevaluation des Kurses aufgezeigt hat. Dies bedeutet, dass die Gruppe von Teilnehmern, die die Erhöhung ihres Wissensstands im Rahmen der Kursweiterbildung erreichen wollen, den Kurs über die unterschiedlichen Bewertungsvariablen hinweg signifikant besser beurteilten als die Gruppe von Teilnehmern, die initial einen geringeren Wunsch nach Wissenszuwachs durch den Kurs aufweist. Auch die Personen, die zu Beginn angeben, dass sie durch den Kurs **ihren Umgang mit Patienten verbessern möchten**, bewerten den Kurs auf dem Evaluationsbogen auf fünf Items signifikant besser als die Teilnehmer, deren diesbezügliche Erwartungshaltung im Eingangsbogen niedriger ist. Auch das Erwartungsitem **angenehme Kursatmosphäre** trennt signifikant bei vier Items des Evaluationsbogens. Die Gruppen, die die Erwartungsvariablen 2,4 und 6 unterschiedlich bewertet haben, zeigen lediglich in zwei Variablen des Kursabschlussbogens signifikante Unterschiede.

**Entlang dieser Ergebnisse wird deutlich, dass eine positivere Erwartungshaltung gegenüber unterschiedlichen Facetten der Weiterbildung insgesamt eine bessere Bewertung des Kurses wahrscheinlich macht.** Zur Erinnerung, die Gruppen wurden mediangesplittet bezüglich der unterschiedlichen Erwartungsbogenitems. Von Interesse ist jedoch, dass die Personen, die sich zu Kursbeginn als höher motiviert dargestellt haben, nur zwei Variablen des Evaluationsbogens signifikant besser beurteilen, als die zu Beginn geringer motivierte Gruppe der Teilnehmer. Diese sind: die angemessene und interessante

Vermittlung der praktischen Inhalte (4) und die Motivation, zukünftig verstärkt auf die Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung zu achten (5). **So scheint es, dass die initiale Motivation einen nicht so großen Einfluss auf die Kursbewertung aufweist, wie wir erwartet haben.**

Hier ist auch Bezug zu nehmen, auf die täglich zum Abschluss des Kurstages vorgenommenen „Blitzlichter“, bei denen die Teilnehmer die Gelegenheit hatten, ihre Einschätzung und Stimmung am Ende eines Kurstages in der Gruppe mitzuteilen. Bei diesen „Blitzlichtern“ wurde in der Regel betont, dass gerade die offene und diskussionsorientierte Atmosphäre als sehr positiv erlebt wurde. Insbesondere in den „Blitzlichtern“ zum Abschluss des Gesamtkurses, die bei ca. 20 Teilnehmern jeweils ca. 1 Stunde umfasst haben, wurde die zu eigener Aktivität motivierende Kursgestaltung durch die Kursleiter seitens der Kursteilnehmer betont. Bei diesen Abschlussblitzlichtern wurde auch vielfach betont, wie positiv der Austausch mit den Kolleginnen und Kollegen erlebt worden ist. So ist insgesamt davon auszugehen, dass durch die positiv erlebte Kursatmosphäre, die Möglichkeit sich selbst einzubringen vor allem auch emotionale Lerninhalte eine besondere Bedeutung für die Kurse aufgewiesen haben. Diese umfassten die emotionale Mitbeteiligung bei den Gesprächen mit den Patienten, in denen diese ihre persönlichen Probleme oftmals affektiv sehr beteiligt schildert haben. Das innere Engagement sowohl als teilnehmender Zuhörer als auch ggf. als Interviewer. In diesem Zusammenhang ist uns dann auch der Eindruck entstanden, dass sich die Kursteilnehmerinnen und Teilnehmer im Rahmen der Weiterbildung zunehmend mit der „Rolle“ des psychosomatisch orientierten Arztes identifizieren konnten, etwaige Scheu oder Ängste im Umgang mit Patienten mit psychischen und psychosomatischen Problemen abgebaut worden sind. Das diese häufiger bestanden haben, wurde vielfach gerade in den Eingangsgesprächen aber auch bei Fallschilderungen der Teilnehmer deutlich: „der psychosomatische Patient als schwieriger Patient“.

So ist es durch die Kurse oftmals zu einer Veränderung von inneren Einstellungen und Haltungen der Ärzte gegenüber Patienten mit psychischen und psychosomatischen Problemen gekommen. Aber auch in Bezug auf die Bedeutung, die der Arzt-Patient-Beziehung und der Gesprächsführung zugeschrieben wird, haben sich die Einstellungen und Haltungen der Teilnehmer geändert. Dies entspricht den Zielvorstellungen, die die Kursleiter für ihre Seminare explizit formulieren; bedeutsamer als die Vermittlung von Wissen oder theoretischen Kenntnissen sei

ihnen die positive Beeinflussung von „inneren Haltungen und Einstellungen“ bei den Ärzten. Etwaige Ängste / Vorurteile im Umgang mit diesen Patienten und Themen sollten abgebaut werden und stattdessen Offenheit und auch Interesse an diesen Themenstellungen sollten gefördert werden. Auf dieser Grundlage sollte sich auch ein positives Interesse an einer psychosomatisch orientierten Gesprächsführung entwickeln. Letzteres ist durch die „Modelle“ der Interviewführung durch die Kursleiter gefördert worden, die einen „angstfreien“ und persönlichen Zugang zu den Patienten gezeigt haben. Das Miterleben von Gesprächen, bei denen die subjektive (persönliche) Seite der Patienten – dies sowohl in Bezug auf deren lebensgeschichtliche Entwicklung aber auch hinsichtlich aktueller Probleme - Raum erhalten hat, hat sicherlich zu der beschriebenen Einstellungsänderung bei einer Reihe von Teilnehmern geführt.

**Methodenkritik an der Erhebungen der Kurserwartungen und der Abschlussbewertung des Kurses:** Methodisch nachteilig ist insbesondere, dass die Variablen Geschlecht, Alter und der Fachrichtung, angestellt oder in eigener Praxis, auch die Anzahl Jahre ärztlicher Tätigkeit aus den in der Arbeit genannten Gründen (Anonymität der Bewertungen in den überschaubaren Kursen) nicht bei der Kursevaluation erhoben worden sind. Weiterhin wäre auch von Interesse, ob die Teilnahme an der Weiterbildung im Rahmen der Facharztausbildung erfolgt ist oder primär der Abrechnung der entsprechenden Ziffern für die KV gedient hat.

## **IV.2 Die Ergebnisse der Katamnesestudie**

Insgesamt zeigt sich ein gutes bis befriedigendes Ergebnis: Die Ärztinnen und Ärzte beurteilen den Wissenszuwachs durch die Kursteilnahme als durchaus positiv. Ebenso beurteilen sie, dass ihre Kompetenz zur Gesprächsführung und zur Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung sich deutlich durch die Weiterbildung gebessert hat und sich auch ihre Behandlungs- und Überweisungskompetenz verbessert hätte. Alles dies führt dazu, dass sie ein mehr an Zufriedenheit mit ihrer ärztlichen Tätigkeit durch die Kursteilnahme aufweisen. Überraschend ist jedoch, dass gerade der Wissenszuwachs bei der Katamnese besonders positiv bewertet wird, da die Variable Wissen und Wissensvermittlung bei der Abschlussbewertung des Kurses im Verhältnis zu den praktischen Lernerfolgen (Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung und Gesprächsführung) weniger positiv bewertet worden ist.

Unsicher sind die Ärztinnen / Ärzte jedoch in der Beurteilung in Bezug auf die

Zufriedenheit ihrer Patienten, ihrer Akzeptanz auf Seiten der Patienten sowie der angemessenen Abschätzung des Anteils an Patienten mit psychosomatischen Erkrankungen sowie mit psychosozialen Problemen. Es zeigten sich jedoch keine Unterschiede zwischen den Geschlechtern. Hier hätten wir erwartet, dass Frauen, für die vielfach berichtet wird (z. B. Schneider et al 1999), dass diese einen besseren Zugang zu emotionalen Themen haben würden als Männer, die Lernerfolge in Bezug auf die Gestaltung der Arzt-Patienten-Beziehung und auch ihre Kompetenz zur Gesprächsführung höher bewerten würden als Männer.

Ebenso hatten wir erwartet, dass die Variable „Alter“ einen Einfluss auf die Bewertungen in der Katamnese aufweisen würde. Dies in dem Sinn, dass jüngere die Effekte der Kursteilnahme auf den unterschiedlichen Variablen (z. B. Handhabung der Patient-Arzt-Beziehung, Gesprächsführung, Zufriedenheit mit der ärztlichen Tätigkeit) günstiger und nachhaltiger bewerten würden als ältere Ärztinnen und Ärzte. Hier ging unsere Vorstellung ein, dass jüngere Ärztinnen / Ärzte offener für psychosoziale Themenstellungen und auch eigenes psychosomatisches Engagement als positiver erleben würden, als ältere. Diese Annahme war vor allem in dem häufig berichteten Befund begründet (Schneider et al 1999), dass das Alter wie das Geschlecht sich auf die Offenheit für psychische Prozesse und Erleben aber auch in Bezug auf Psychotherapie in dem geschilderten Sinn niederschlagen.

Es fand sich jedoch nur auf einer Variable des Katamnesebogens ein signifikanter Unterschied. Die „jüngere“ Stichprobe schätzte den Anteil an psychosozialen Problemen in ihrer klinischen Tätigkeit als höher ein, als die Stichprobe der „älteren“ Ärztinnen und Ärzte. Dieser Befund lässt sich nun in unterschiedliche Richtungen interpretieren. Die jüngeren Ärzte interpretieren die Probleme ihrer Patienten eher unter einer psychosozialen Perspektive. Dies kann einmal angemessen sein; d. h. sie schreiben ihren Patienten zu recht psychosoziale Probleme zu. Oder sie interpretieren die Probleme ihrer Patienten zu einem gewissen Anteil zu „unrecht“ als psychosozial begründet oder mit beeinflusst. Wenn ihre Einschätzung des Vorliegens von einem höheren Anteil an Patienten mit psychosozialen Problemen angemessen ist, bleibt zu fragen, inwieweit sich diese Patienten in einem stärkeren Ausmaß jüngere Behandler aussuchen würden. Dies wäre jedoch nur bei Ärzten in freier Praxis möglich, da die Patienten in der Klinik keine Möglichkeit zur Arztwahl aufweisen. Letztlich lassen sich diese Fragen, auf der Basis unserer Daten auch nicht beantworten. Berücksichtigen wir, dass sich auf den anderen Variablen keine

Altersunterschiede ergeben, sollte der hier diskutierte Befund nicht überinterpretiert werden.

Ebenso fanden sich keine signifikanten Effekte, wenn die Variablen Alter und Geschlecht als unabhängige Variable gesetzt wurden. So ist insgesamt davon auszugehen, dass diese beiden Variablen keinen relevanten Einfluss auf die Effekte der Kursteilnahme und die spätere klinische Praxis unter psychosomatischen Gesichtspunkten aufgewiesen haben.

Deutlichere Unterschiede zeigten sich bei dem Vergleich der Beantwortungen der Katamnesefragen, in Abhängigkeit von der Art des beruflichen Beschäftigungsverhältnisses.

Bei der Untersuchung dieser Fragestellung gingen 77 niedergelassene Ärzte und 37 angestellte Ärzte ein. Es fanden sich dabei signifikante Unterschiede auf dem 5%-Niveau. Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte beurteilten ihre Fähigkeit die **Arzt – Patient – Beziehung** 3.95 durch die Kursteilnahme positiver zu gestalten und auch ihre Kompetenz zur Gesprächsführung (3,84) günstiger als angestellte Ärzte (3,59 und 3,47). Ein gleichgerichteter signifikanter Unterschied zeigte sich bei der Beurteilung der Therapieergebnisse. Auch hier beurteilten die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte ihre Therapieergebnisse infolge der Teilnahme am Kurs Psychosomatische Grundversorgung positiver (3,27) als die angestellten Ärzte (2,78). Zu beachten ist bei diesen Ergebnissen im Vergleich zu den Ergebnissen bei der Evaluation, dass im Katamnesebogen eine Beurteilungsrang von (1 - trifft gar nicht zu bis 5 - trifft vollständig zu) vorgegeben waren; die Beurteilungen bei der Evaluationsstudie jedoch auf einer siebenstufigen Likertskala vorzunehmen war. Daher die unterschiedlich hohen Ausprägungen bei der Bewertung in diesen beiden Studienteilen.

Bei der Interpretation dieser Befunde sind verschiedene Aspekte von Interesse. 1. Ist wohl davon auszugehen, dass niedergelassene Ärztinnen und Ärzte einen größeren Gestaltungsspielraum bei ihrer Tätigkeit aufweisen, ihre eigenen Schwerpunkte und Werteorientierungen umsetzen können als angestellte Ärztinnen und Ärzte, die in die Handlungsrationale und Wertorientierungen ihrer Kliniken eingebunden sind. Unter diesem Gesichtspunkt ist davon auszugehen, dass die Niedergelassenen einen größeren Wert auf die Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung und eine „gute“ Gesprächsführung legen als die angestellten Ärztinnen und Ärzte. Auf diesem Hintergrund beurteilen die Niedergelassenen dann auch ihre Therapieergebnisse

besser als die angestellten Ärzte. Dieser Befund ist interessant auch unter dem Gesichtspunkt, dass gerade niedergelassene Ärzte vielfach darüber klagen, dass infolge der Abrechnungsmodi (EBM) in der Praxis relativ wenig Zeit für intensivere und längere Gespräche bestehen würde. Aber scheinbar bleibt trotz aller organisatorischen und finanziellen Rahmenbedingungen doch ein gewisser Spielraum dafür, die Arzt-Patient-Beziehung sowie die Gesprächsgestaltung positiv zu beeinflussen. Im Rahmen der Psychosomatikkurse ist in diesem Zusammenhang auch immer sowohl von den Kursleitern wie von den Teilnehmern betont worden, dass es nicht darum gehen würde, ausführlicher psychosomatische Gespräche und Beratungen bei jedem Patienten umzusetzen, sondern dass diese doch eher bei einer überschaubareren Zahl von Patienten anzuwenden sind. Bei diesen sei es günstig, spezielle Beratungszeiten zu verabreden, zu denen ein längeres Gespräch besser in den alltäglichen Praxisablauf passen würde. Z. B. sollte diese am Schluss eines Praxistages erfolgen. Dies hätte den Vorteil, dass keine anderen Patienten warten müssten und der Arzt mehr Muße und Ruhe bei der Beratung aufweisen würde (siehe auch Schneider et al 2013).

Zusammenfassend sind die Ergebnisse der Katamnesestudie wie folgt zu bewerten. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer kommen mit einer positiven Erwartungshaltung in die Kurse und beurteilen diese zum Abschluss als positiv bis sehr positiv. Insbesondere wird der hohe Praxisbezug geschätzt. Die Teilnehmer werden insbesondere für die Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung sowie der Gesprächsführungskompetenz sensibilisiert. Die Kurse beeinflussen nicht nur das theoretische Wissen der Teilnehmer über psychische und psychosomatische Erkrankungen (Ursachen, Symptomatik, Verlauf und Therapie), sondern scheinen insbesondere auch die Haltungen und Einstellungen der Ärztinnen und Ärzte in Bezug auf etwaige psychosoziale Problemstellungen in Richtung auf ein mehr an Offenheit und Interesse positiv zu verändern. Dazu gehört auch der Abbau von etwaig vorhandenen Vorurteilen gegenüber Patienten mit psychischen oder psychosomatischen Problemstellungen, Erkrankungen sowie von möglichen „Ängsten“ im Umgang mit diesen. So hat ein Arzt in einem der von uns evaluierten Kursen gesagt, dass er es vermeide, Gefühle bei Patienten anzusprechen, denn er wissen nicht, wie er reagieren solle, wenn ein Patient z. B. seine ganze Enttäuschung oder Trauer herauslassen würde und zu weinen beginnen würde. Bei der Evaluierung der Kurse sind die Balintgruppen, die wie oben beschrieben, einen

festen Bestandteil der Weiterbildung zur Psychosomatischen Grundversorgung darstellen, nicht berücksichtigt worden. Da jeder Teilnehmer an der Katamnese studie über 15 Doppelstunden an einer Balintgruppe teilgenommen hat, fließen die Erfahrungen in der Balintgruppenarbeit mit in die Katamnesebewertung. In welchem Ausmaß lässt sich entlang unserer Daten nicht beurteilen. Diese Fragestellung könnte ggf. im Rahmen einer gesonderten wissenschaftlichen Arbeit aufgegriffen werden.

Entlang dieser Ergebnisse bildet sich die Sinnhaftigkeit der stärkeren Integration von psychosomatischen Lehrinhalten in die ärztliche Weiterbildung m. E. deutlich ab. Zu überlegen wäre jedoch, entsprechende Angebote vertiefend anzubieten; zu diskutieren wäre hier, ob etwaige Vertiefungsseminare verbindlich gefordert oder obligatorisch angeboten werden sollten. Um Ärztinnen und Ärzte für die hier diskutierten Fragestellungen zu sensibilisieren und zu qualifizieren, ist es notwendig, psychosomatische Denk- und Handlungsansätze stärker in das Medizinstudium zu integrieren. Dabei sollten diese nicht nur als Spezialfach unterrichtet werden, sondern die Inhalte müssten auch stärker in die anderen medizinischen Fächer integriert werden, was bislang unserer Erfahrung nach, nur ungenügend geschieht. Weiterhin sollte auch während der klinisch-praktischen Tätigkeit während der Facharztausbildung eine stärkere Gewichtung der psychosomatischen Ansätze erfolgen; auch dies geschieht nur rudimentär oder gar nicht.

### **IV.3 Die Sinnhaftigkeit der Psychosomatischen Basisdiagnostik im Rahmen der Psychosomatischen Basisdiagnostik (PBD)**

Die Konstruktvalidierung der Psychosomatischen Basisdiagnostik (PBD) hat eine faktorenanalytisch wie inhaltlich gute / sinnvolle dreifaktorielle Lösung ergeben. Die drei Faktoren erklären eine kumulierte Varianz von 62,698 auf, die als zufriedenstellend bis gut anzusehen ist. Dies bedeutet, dass sie 62,698 der in den verschiedenen Variablen enthaltenen Informationen aufweisen.

Die **Faktorenlösung** weist eine Einfachstruktur auf, d. h., dass die Variablen nahezu durchgehend auf einem Faktor hoch und auf den anderen Faktoren niedrig laden. Eine Ausnahme bildet lediglich die Variable dysfunktionale Krankheitsverarbeitung, die mit .507 auf dem Faktor 1 und mit .562 auf dem Faktor 3 lädt. Diese eindeutige

Zuordnung der unterschiedlichen Variablen zu den drei Faktoren sowie ihre inhaltlichen Aussagen erlaubt eine klare inhaltliche Interpretation (siehe unten). Auch die Cronbach Alphaswerte für die drei Subskalen sind gut und belegen, dass die Items der verschiedenen Skalen eine hohe innere Konsistenz aufweisen, was für entsprechende Instrumente zu fordern ist. Dies bedeutet jedoch nicht, dass die drei Subskalen voneinander – nach methodischen Gesichtspunkten – unabhängig sind. Aus inhaltlicher Sicht untersuchen die drei Subskalen jedoch voneinander verschiedene Merkmalsbereiche.

Danach setzt sich das Konstrukt der Psychosomatischen Basisdiagnostik aus den folgenden drei Subskalen oder inhaltlichen Schwerpunkten zusammen:

### **Faktor 1: Psychischer Bereich (7 Items)**

Dieser Faktor beinhaltet nahezu ausschließlich das Ausmaß an psychischen Symptomen oder Beeinträchtigungen des Selbsterlebens und des Verhaltens sowie interaktionelle Probleme. Eine Ausnahme stellt lediglich das Item „Motivation des Patienten für psychosomatische Maßnahmen“ dar. Dessen Faktorladung ist mit  $.732$  auf dem Faktor 1 hoch; es lädt jedoch negativ ( $-.274$ ) auf dem Faktor 3 (Hemmnisse gegenüber psychosomatisch-psychotherapeutischen Maßnahmen). Dies bedeutet, dass eine hohe Motivation für psychosomatische Maßnahmen eine negative Korrelation zu Hemmnissen gegenüber entsprechenden Interventionen aufweist, was inhaltlich gut nachvollziehbar ist.

### **Faktor 2 – somatische Funktionseinschränkungen und Ausmaß der Symptome (4 Items)**

Dieser Faktor beinhaltet somatische oder körperlich anmutende Symptome, bei denen nicht klar ist, ob sie körperlich bedingt sind oder durch psychische oder psychosomatische Faktoren verursacht sind oder zumindest mit beeinflusst werden. Dazu gehören Symptome wie Erschöpfung, unklare körperliche Missempfindungen, Schwindel oder chronische Schmerzen. Entsprechende Symptome und Beschwerden sind insbesondere für Somatisierungsstörungen charakteristisch, finden sich jedoch auch häufig bei anderen psychischen Erkrankungen wie z. B. Depressionen und Angsterkrankungen. Weiterhin finden sich hier Variablen, die sich auf Funktionsbeeinträchtigungen und Belastungen beziehen.



### **Faktor 3: Hemmnisse in Bezug auf psychosomatische / psychotherapeutische Maßnahmen (3 Variablen)**

Dieser Faktor umfasst Variablen, die auf etwaige Hemmnisse des Patienten hinweisen, sich auf eine vertiefende psychosomatische, psychotherapeutische oder psychiatrische Diagnostik einzulassen. Dazu gehört eine eingeschränkte Compliance im medizinisch-therapeutischen Bereich, d. h. der Patient kooperiert nur eingeschränkt beim indizierten diagnostischen oder therapeutischen Vorgehen. Inwieweit dieses Verhalten oder eine derartige Haltung eines Patienten jedoch zwangsläufig bedeutet, dass er auch an psychosomatischen Maßnahmen nicht kooperieren würde, bleibt zu hinterfragen. Vorstellbar ist doch auch, dass ein Patient, bei dem psychosomatische Interventionen indiziert wären, dieses „spürt“ und deshalb nicht bei den von seinen ärztlichen Behandlern indizierten somatischen Maßnahmen kooperiert. Jedoch spricht vieles dafür, dass sich eine eingeschränkte Compliance im somatischen Bereich auch auf dem Gebiet der Psychosomatik und Psychotherapie wiederfindet (siehe OPD II, Achse I, 2006). Weiterhin enthält dieser Faktor die Variable „dysfunktionale Krankheitsverarbeitung“ und „unzureichende soziale Ressourcen des Patienten“. Beide Variablen stellen einen Anlass dar, zu prüfen, inwieweit eine psychosomatische Beratung oder Behandlung den Patienten bei der Bewältigung seiner Erkrankung – und dies gilt sowohl für (chronische) körperliche als auch für psychische oder psychosomatische Krankheiten, sinnvoll unterstützen könnte.

Herausgefallen bei der dreifaktoriellen Lösung sind die Items „Belastung durch diagnostische und medizinische Maßnahmen“ sowie „psychotisches Erleben“ aufgrund kritischer methodischer Befunde. Sie wurden trotz ihrer heterogenen inhaltlichen Aussage bei der vierfaktoriellen Lösung einem Faktor zugeordnet und das letztere Item wies noch eine relativ geringe Faktorladung von .533 auf. Diese Argumente sprachen dafür, diese Items aus der faktorenanalytischen Lösung herauszunehmen und es ergab sich die dargelegte inhaltlich und methodisch zufriedenstellende Dreifaktorenlösung. Es steht zu vermuten, dass diese beiden Items den Beurteilern inhaltlich zu vage waren und sie bei deren Bewertung unterschiedliche inhaltliche Bezüge zu Grunde gelegt haben und sich daraus die dargelegte unbefriedigende faktorielle Zuordnung ergeben hat.

Inhaltlich konzeptionell waren diese beiden Items in der im Kurs und bei der in der Studie verwendeten Version der PBD einer gemeinsamen Skala A zugeordnet

gewesen. Die Variablen dieser ursprünglich verwendeten Version sind jedoch – inhaltlich gut nachvollziehbar - durch die Faktorenanalyse anders gruppiert worden. Ob es nun sinnvoll ist, zukünftig diese beiden Variablen aus der PBD zu eliminieren, ist jedoch kritisch zu diskutieren, da beide für die Diagnostik relevanter psychischer oder psychosomatischer Problemstellung und die Indikationsstellung zu einer vertiefenden psychosomatischen Diagnostik relevant sind.

Die Ärztinnen und Ärzte sollten für psychotisches Erleben und Verhalten sensibilisiert werden und entsprechende Probleme erkennen können. Und auch das Merkmal „Belastungen durch diagnostische und medizinische Maßnahmen“ kann oftmals eine Indikation zur psychosomatischen Beratung darstellen. Insofern würde ich empfehlen, diese Variablen bei der PBD zu belassen. Bei der dreifaktoriellen Lösung sollte die Variable „Belastungen durch diagnostische und therapeutische Maßnahmen“ dem Faktor 2 somatische Funktionseinschränkungen und Ausmaß der Symptome zugeordnet werden, der dann ggf. in „Somatische Funktionseinschränkungen und Ausmaß der Symptome sowie Belastungen durch diagnostische und therapeutische Maßnahmen“ umbenannt werden sollte. Das Item „psychotisches Erleben und Verhalten“ sollte dem Faktor 1 „psychischer Bereich,“ zugeordnet werden, zu dem es inhaltlich gut passt. Bei der Diskussion der Ergebnisse der Faktorenanalyse hat die Arbeitsgruppe um Prof. Schneider die gleiche Sichtweise eingenommen, sodass zukünftig die PBD die drei hier dargestellten Skalen unter Integration der zwei hier diskutierten Items umfassen wird.

#### **IV.4 Resümee**

So ist sowohl aus inhaltlichen als auch aus methodischen Argumenten davon auszugehen, dass die PBD gut geeignet ist, im Rahmen der Weiterbildung zur Psychosomatischen Grundversorgung mit dem Ziel eingesetzt zu werden, den Teilnehmerinnen und Teilnehmern einen systematischen Zugang zu relevanten Problembereichen psychosomatischer Diagnostik zu vermitteln. Das Instrument vermittelt einen Zugang zu den relevanten psychischen Symptomen und psychosozialen Problemen von Patienten (wie z. B. emotionale Probleme, Beeinträchtigungen des Selbstgefühls und des Selbstwertes) sowie somatischen Belastungen und damit verbundenen funktionellen Beeinträchtigungen. Darüber hinaus berücksichtigt es auch Belastungen von Patienten durch medizinische Interventionen, die gerade auch für schwer körperlich und chronisch kranke

Menschen zu massiven emotionalen Belastungen (Ängste oder Depressionen) und Verminderung der Kooperationsbereitschaft und –fähigkeit führen können. Beide Aspekte, das Vorliegen von relevanten psychischen Beeinträchtigungen und die Belastung durch körperliche Beschwerden und damit verbundenen funktionalen Einschränkungen im Alltag sind bedeutsame Indikatoren für eine vertiefende psychosomatische Diagnostik, die den Bedarf für eine weiterführende Beratung oder Therapie prüfen soll und den Patienten ggf. für derartige Maßnahmen motivieren kann. Bei der Indikationsstellung für eine psychosomatische oder psychotherapeutische Diagnostik oder Behandlung sind jedoch die Motivation des Patienten bzw. etwaige Hemmnisse gegenüber derartigen Interventionen (Faktor 3) zu berücksichtigen. Soweit der Patient nur ungenügend für derartige Maßnahmen motiviert ist und / oder relevante Hemmnisse gegenüber psychosomatischen Handlungsansätzen aufzeigt, ist der Behandler aufgerufen, diesen über eine angemessene Beratung zu motivieren. Der Erwerb einer entsprechenden Beratungskompetenz gehört auch zu den zentralen Lernzielen der Psychosomatischen Grundversorgung (siehe z. B. Schneider et al 2013).

Nach dem Verständnis des hier dargelegten Ansatzes zur Psychosomatischen Grundversorgung stellen diese Aspekte die zentralen Lernziele für eine psychosomatische Diagnostik bzw. ein psychosomatisches Verständnis etwaiger Probleme von Patienten dar. Nach den Vorstellungen der Kursleiter sollte die PBD über einen gewissen Zeitraum regelmäßig angewendet werden, damit die Ärztinnen und Ärzte in der Beurteilung der Merkmale sicher werden und diese letztlich verinnerlichen und etwaige Auffälligkeiten in diesen Dimensionen in ihren Patientenkontakten (Untersuchungen und Beratungen) zukünftig stärker und selbstverständlicher beachten. Soweit die Ziele und Hoffnungen der Kursleiter bei der Implementierung der PBD in die Weiterbildung.

Von Interesse war im Weiteren die Bewertung PBD durch die Studienteilnehmerinnen und –teilnehmer: Die Bewertungen konnten auf einer fünfstufigen Likertskala von 1 =stimmt überhaupt nicht bis 5 =stimmt sehr vorgenommen werden.

Die Ergebnisse bezüglich der Praktikabilität, Nützlichkeit und Passgenauigkeit zeigten Mittelwerte zwischen 2,92 bis 2,44. Darin drückt sich aus, dass die Studienteilnehmer die Arbeit mit der PBD nach diesen Kriterien als wenig positiv bewerten. Eine Bewertung von 3 hätte in etwa eine befriedigend Wertung bedeutet. Gleiches gilt für die Einschätzung der Notwendigkeit mit diesem Ansatz zu arbeiten

sowie der ökonomischen Umsetzbarkeit. Auch die Fragen, ob die Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer gern mit diesem Instrument gearbeitet haben und dieses auch zukünftig anwenden werden, sind leicht negativ beurteilt worden. Am günstigsten ist das Item „Ich habe durch die Anwendung mein psychosomatisches Diagnostikverständnis verbessert“ bewertet worden (2,94). Aber auch diese Wertung entspricht in Schulnoten, die anders als unser Bewertungssystem eine Varianz von 1 - 6 aufweisen, bestenfalls ein „befriedigend“, weist jedoch in die oben formulierte Argumentationslinie, dass die wiederholte systematische Prüfung von Merkmalen zu einer Verinnerlichung von diagnostischen Konzepten führt.

Die hier dargelegten Bewertungen der Arbeit mit der PBD spiegeln m. E. unterschiedliche Facetten wider. Die systematische Arbeit mit der PBD hat nicht gut in den klinischen Alltag der Studienteilnehmer gepasst. Sowohl die Art der Patienten, ihre Problemdarstellung und Symptomatik sowie die Zeit und die inhaltliche Schwerpunktsetzung der Ärzte im diagnostischen und therapeutischen Prozess haben m. E. dazu geführt, dass die Studienteilnehmer die Anwendung der PBD für sich als inhaltlich nicht sonderlich bereichernd angesehen haben. Ggf. hätten sich andere Ergebnisse gefunden, wenn die Studienteilnehmer die Aufgabe erhalten hätten, Patienten mit psychischen und psychosomatischen Problemstellungen mit diesem Instrument zu beurteilen. Dies hatten wir bei der Planung dieses Studienansatzes jedoch bewusst nicht als Voraussetzung formuliert, da wir von der Annahme ausgegangen sind, dass die Studienteilnehmer mit der angemessenen Beurteilung dieser Voraussetzung überfordert seien und letztlich eine Diagnostik unter psychosomatischen Perspektiven bei jedem Patienten indiziert sei. Die Frage, ob relevante symptomatische oder psychosoziale Problemstellungen bei Patienten vorliegen, sollte bei jedem Patientenkontakt „mitgedacht“ werden; wenn keinerlei Hinweise in diese Richtung vorliegen, zeigt sich dies sehr schnell in den Untersuchungen und Beratungen und kostet den Arzt keinerlei zusätzlichen Aufwand, so die Vorstellung der Kursleiter. Aber die Bewertungen zeigen doch, dass diese Sichtweise von den an der Studie teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte nicht oder zumindest nur eingeschränkt geteilt wird.

Aus der Sicht der psychosomatisch geschulten Allgemeinpraktikerin kann die Erhebung der in der PBD enthaltenen Merkmalsbereiche (z. B. die emotionalen oder kognitiven Belastungen) im Praxisalltag häufig eher schwierig sein. Dabei liegt das

Problem m.E. oftmals weniger in der mangelnden kommunikativen Kompetenz des Arztes begründet, die entsprechenden diagnostischen Themenbereiche im Gespräch anzusprechen, sondern eher in der Skepsis der Patienten, auf diese besonders empfindliche oder heikle Problematik angesprochen zu werden. Die Thematisierung dieser Fragen bringt u. U. mehr Abstand als Nähe in die Kommunikation zwischen dem Arzt und dem Patienten. Nach meiner Erfahrung kommen ca. 90% der Patienten in die Hausarzt- oder Gynäkologenpraxis, um somatische Beschwerden abklären zu lassen. Oft ist eine ausgesprochen sensible Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung und der Kommunikation vorzunehmen, um etwaige psychosomatische Probleme herauszuarbeiten. Dies ist in dem hohen Anspruch der Patienten begründet, alle Beschwerden hochtechnisiert abklären zu lassen. So wird z. B. bei Schmerzen im Bewegungsapparat erwartet, dass computertomografische oder magnetresonanztomografische Untersuchungen durchgeführt werden; bei Thoraxschmerzen werden Röntgenaufnahmen oder Herzkatheter erwartet; bei abdominellen Beschwerden die Durchführung von Ultraschalluntersuchungen, Gastroskopie oder Koloskopie; bei Kopfschmerzen werden häufig zu schnell invasive Untersuchungen wie z. B. die Liquorpunktion indiziert. Hier zeigt sich häufig bei den immer besser aufgeklärten Patienten eine diagnostische Erwartungshaltung, der von den Ärzten selbstverständlich nachgegangen wird. Dies ist einerseits in der Aus- und Weiterbildung der Ärzte begründet, die vor allem technische diagnostische Maßnahmen fokussiert sowie im Abrechnungssystem der ärztlichen Versorgung. Der Patient sollte unbedingt auch über mögliche Gefahren einer zu invasiven Diagnostik aufgeklärt werden.

Erst allmählich – wenn sich keine somatischen Befunde oder Ursachen der Beschwerden finden lassen, beginnt der Patient sich für anders gelagerte Hintergründe seiner Beschwerden zu öffnen. Erst wenn der Patient soweit ist, ist die Motivation des Patienten für ein ärztlich-diagnostisches Gespräch, das psychosomatische Fragestellungen umfasst, gegeben und es können sich fruchtbare inhaltliche und therapeutische Gespräche ergeben. Leider schreibt uns der EBM (Einheitliche Bewertungsmaßstab) nur eng begrenzte Zeiten für die verbale Intervention vor. Diese Gespräche sind meiner Erfahrung nach vielfach angezeigt. Z. B. bei der Trauerbewältigung, Burn-Out-Prozessen, bei depressiven Episoden, Mobbing am Arbeitsplatz oder bei familiären oder partnerschaftlichen Konflikten. Entscheidend ist, dass es dem Arzt gelingt, ein entsprechendes Gespräch mit dem

Patienten zu initiieren. Dazu benötigt er unbedingt die Fähigkeit zum Führen eines patientenzentrierten Interviews oder der Beratung. Hilfreich zum Erlernen dieser Kompetenzen kann der kollegiale Austausch, z. B. in der Form von Balintgruppen sein.

Weiterhin sind natürlich angemessene Kenntnisse auf dem Gebiet der Psychosomatischen Medizin gefordert.

So ist wenig nachvollziehbar, dass die psychosomatischen Denk- und Handlungsansätze nicht einen festen Bestandteil im Studentenunterricht und bei der Weiterbildung aller klinischen Fächer darstellen.

So formulierte eine junge Gynäkologin einer Universitätsklinik, die an einem Psychosomatikweiterbildungskurs ausschließlich aus abrechnungstechnischen Gründen teilnahm, brüskiert: Ich nehme doch nur Brüste ab, mich interessiert doch die Frau nicht, das sollen andere machen. Das Desinteresse dieser Kollegin hatte aus meiner Sicht durchaus einen negativen Effekt auf die Kursatmosphäre. Glücklicherweise war die Haltung dieser Kollegin jedoch nicht repräsentativ für die meisten Kursteilnehmer, wie unsere Evaluation der Kurse gezeigt hat.

## Literatur

Alexander, F.: Psychosomatic Medicine. New York, Norton 1950

Arbeitskreis OPD: Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik – OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Huber, Bern, 2006

Bortz J. und Schuster C.: Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. Springer Verlag, Berlin, Heidelberg, 7.Auflage 2010

Brosius, F.: SPSS 21, Heidelberg:mitp

Bundespsychotherapeutenkammer: BPTK-Studie zur Arbeitsunfähigkeit. Psychische Erkrankungen und Burnout. [www.bptk.de/uploads/media/20120606\\_AU-Studie-2012](http://www.bptk.de/uploads/media/20120606_AU-Studie-2012)

Bühning, P. Ärztliche Psychotherapie: Die meisten psychisch Kranken werden von Ärzten behandelt, Dtsch Arztebl 2014; 111(29-30): A-1284 / B-1106 / C-1050

Deutsche Gesellschaft f. Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN): Positionspapier der DGPPN zum Burn-Out 7.3. 2012 [www.dgppn.de/fileadmin/user.../pdf/.../stn-2012-03-07-burnout.pdf](http://www.dgppn.de/fileadmin/user.../pdf/.../stn-2012-03-07-burnout.pdf); Zugriff 18.10.2014

Frances, A.: Normal. Gegen die Inflation psychischer Diagnosen. Dumont, Köln, 2013

- Franke, G. H.: SCL-90-R, deutsche Übersetzung der Symptom-Checkliste von S. Derogatis. Beltz Test GmbH, Göttingen, 2. Aufl., 2002
- Freyberger, H. J., Kuwert, P.: Posttraumatische Belastungsstörung. Konzeptualisierung als Krankheit der Postmoderne. *Psychotherapeut*, Bd . 58, 3, 2013, 269-275
- Freud S.: Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie 1905. GW V. 3. Aufl., S. Fischer, Frankfurt a. M., 1968, 27-145
- Geuenich, K.: Burn-Out oder Depression. *Der Hausarzt*, 2013, 15-18
- Geuenich, K. und Hagemann, W.: Burnout-Screening Skalen (BOSS). Hogrefe, Göttingen, 2009
- Helmes, A., Schumacher, M-, Bengel J.: Interventionen bei psychischen Belastungen und Störungen bei körperlichen Erkrankungen. In Härter, M., Baumeister, H., Bengel, J. (Hrsg.): Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, 2007, 83-95
- Herpertz, S.: Diabetes Mellitus. In P.L. Janssen, Joraschky, P. und Tress, W. (Hrsg.): Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Deutscher Ärzte-Verlag, 2. Aufl., 2009, 252-257*
- Herzog, W., Beutel, M. und Kurse J. (Hrsg.): Psychosomatische Medizin und Psychotherapie heute. Zur Lage des Fachgebietes in Deutschland. Schattauer, Stuttgart, 2012*
- Hillert, A. und Marwitz.M.: Die Burnout-Epidemie oder brennt die Leistungsgesellschaft aus. Beck, München, 2006*
- Hoffmann, S.O. und Hochapfel, F. R.: Neurotische Störungen und Psychosomatische Medizin. A. Eckart-Henn, Heuft, G. Hochapfel, F. R. und Hoffmann, S.O. (Hrsg.), Schattauer, Stuttgart, 8. Aufl., 2009
- Jacobi, F.: Psychische Störungen bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung. In Härter, M., Baumeister, H., Bengel, J. (Hrsg.): Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, 2007, 45-54
- Janssen, P. L.: Geschichte der Psychosomatischen Medizin und Psychotherapie in Deutschland. In P. L. Janssen, Joraschky, P. und Tress, W. (Hrsg.): Leitfaden Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Deutscher Ärzte-Verlag 2. Aufl., 2009, 1-12
- Kopp, J. & Lois, D.: Sozialwissenschaftliche Datenanalyse. Eine Einführung. 2. überarbeitete und aktualisierte Auflage. Spr Kruse, W; Cierpka, M; Wirsching, M, Saß, H.: Psychosomatische Grundversorgung: Erheblicher Nutzen. *Dtsch Arztebl* 2001; 98(38): A-2396 / B-2046 / C-1919
- Kruse, W; Cierpka, M; Wirsching, M, Saß, H.: Psychosomatische Grundversorgung: Erheblicher Nutzen. *Dtsch Arztebl* 2001; 98(38): A-2396 / B-2046 / C-1919
- Larisch, A., Fisch, V. Fritsche K.: Kosten-Nutzen-Aspekte psychosozialer Interventionen bei somatisierenden Patienten in der Hausarztpraxis. *Zschrft. Für klinische Psychologie und Psychotherapie*. Hogrefe-Verlag, Göttingen, 4, 2005, 282-290
- Mestel, R. Was ist Burnout? Zur Konstruktvalidität der Z 73.0. (2013). Erschienen als

Posterbeitrag im Schriftenband anlässlich des Deutschen Kongresses für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie im Jahr 2013. <http://deutscher-psychosomatik-kongress.de/ebook2/#/184-185/zoomed>

Pouget-Schors, D., Schneider, W., Birke, K., Sellschopp, A., Dahlbender, R. W.: Achse I: Krankheitserleben und Behandlungsvoraussetzungen. In Dahlbender, R. W., Buchheim, P. und Schüßler, G. (Hrsg.): OPD – Lernen an der Praxis. Verlag Hans Huber, Bern, 2004, 69-82

*Schneider, W.: Medikalisierung sozialer Prozesse. Psychotherapeut, Bd. 58, 3, 2013, 209-236*

Schneider,

Schneider, W., Klauer, Th., Tetzlaff M. und Janssen, P. L.: Zum Einfluss der Psychotherapiemotivation auf den Psychotherapieverlauf. *Nervenarzt*, 70, 1999, 240-149

Schneider, W., Gerecke, U., Kastner, M., Parpart, J. und M. Peschke: Psychosoziales Gesundheitsmanagement. Huber, Bern, 2013

Schneider, W. und Parpart, J.: Grundprinzipien der Gesprächsführung und Beratung. In Schneider, W., Gerecke, U., Kastner, M., Parpart, J. und Peschke M.: Psychosoziales Gesundheitsmanagement im Betrieb. Huber, Bern, 2013, 143-160

[Vauth, R.](#), [Härter, M.](#), [Hohagen, F.](#) [Kemmerich C.](#), [Herrmann, J.M.](#), Haag, G., Nolte, [W. Niebling](#), [G. Stadtmüller](#), [K. Fritzsche](#) K.: Psychosomatische Grundversorgung auf der Grundlage des Plissit- Modells. Entwicklung und Evaluation eines Weiterbildungsmodells. *Der Nervenarzt*, 70,1,1999, 54-63

Veit, I, Heuft, G und Borg G.: Psychosomatische Grundversorgung in Westfalen. Ein Erfolgsprojekt mit Zukunft - Ergebnisse der Evaluation. *Westfälisches Ärzteblatt*, 11, 2008, 26-28

v. Uexküll v. T. und W. Wesiack : Integrierte Medizin als Gesamtkonzept der Heilkunde: ein bio-psycho-soziales Modell: In Uexküll Psychosomatische Medizin Theoretische Modelle und klinische Praxis. R. H.Adler, Herzog, W., Joraschky, P., Köhle, K., Langewitz, W., Söllner, W., Wesiack, (Hrsg.):Urban & Fischer, München, 7.Auflage, 2011, 3-40

v. Weizsäcker, V.: Der kranke Mensch. Eine Einführung in die medizinische Anthropologie. 1951 Gesammelte Werke, Bd. 9, S. Fischer , Frankfurt am Main, 1951, 325-641

Webendörfer, S., Benoit, D., Bischoff, C., Limbacher, K. (2013). Das subjektive Krankheitskonzept Burnout bei Patienten in der psychosomatischen Rehabilitation - Vorteil oder Chronifizierungsrisiko. Erschienen im DRV-Schriftenband 101 anlässlich des 22. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquiums im Jahr 2013.

Weiner H. und Mayer, W.: Der Organismus in Gesundheit und Krankheit. Auf dem Weg zu einem integrierten bio-psycho-sozialen Modell. Folgerungen für die Theorie der Psychosomatischen Medizin. *Psychother. Med. Psychol.* 1990, 40: 81-101

Weltgesundheitsorganisation (WHO): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapiti V (F), 3.Aufl. Verlag Hans Huber, Bern, 1999

Witt, C.: Der gute Arzt aus interdisziplinärer Sicht. In C. Witt (Hrsg.) Der gute Arzt aus interdisziplinärer Sicht – Ergebnisse eines Expertentreffens. KVC-Verlag, Essen, 2010,43-54





## Abbildungen

	Seite (n)
Abbildung 1: Burnout- Konzept der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)	17
Abbildung 2: Eingangsfragebogen „Psychosomatische Grundversorgung“	26
Abbildung 3: Evaluationsbogen „Psychosomatische Grundversorgung“	27
Abbildung 4: Katamnesebogen	33
Abbildung 5: Psychosomatische Basisdiagnostik	45
Abbildung 6: Scree-test für eine vierfaktorielle Lösung	49
Abbildung 7: Scree-test für eine 3-faktorielle Lösung	50

## Tabellen

	Seite (n)
Tabelle 1: Mittelwerte des Erwartungsbogens	29
Tabelle 2: Mittelwerte der Fragen der Abschlussevaluation	30
Tabelle 3: Signifikante Korrelationen zwischen dem Kurserwartungsbogen und dem Kursabschlussbogen	31
Tabelle 4: Reihung der Mittelwerte der Items des Katamnesebogens	36

Tabelle 5:	Katamnesevergleich in Abhängigkeit vom Geschlecht	37
Tabelle 6:	Katamnesevergleich in Abhängigkeit vom Alter (Mediansplit)	38
Tabelle 7:	Gruppenvergleich (Univariate Varianzanalyse) für das Item Wissenszuwachs mit den unabhängigen Variablen Geschlecht und Alter	39
Tabelle 8:	Tests der Zwischensubjekteffekte, Abhängige Variable Wissen	40
Tabelle 9:	Katamnese Vergleich in Abhängigkeit Beschäftigungsverhältnis	40
Tabelle 10:	T-Test bei unabhängigen Stichproben nach Beschäftigungsverhältnis	41
Tabelle 11:	Faktorenanalyse, ohne Items A5 (Belastung durch dia./med. Maßnahmen) , A12 (psychot. Erleben)	51
Tabelle 12:	Rotierte Komponentenmatrix	51
Tabelle 13:	Faktor 1, Psychischer Bereich	53
Tabelle 14:	Faktor 2 – somatische Funktionseinschränkungen und Ausmaß der Symptome	54
Tabelle 15:	Faktor 3 - Hemmnisse in Bezug auf psychosomatische / psychotherapeutische Maßnahmen	55
Tabelle 16:	Bewertung Ratingbogen	56

### Eingangsfragebogen

#### Deskriptive Statistik

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert		Standard-abweichung	Varianz
	Statistik	Statistik	Statistik	Statistik	Standard-fehler	Statistik	Statistik
Wissensstand	137	2	7	5,93	,108	1,264	1,598
Verstaendn umgehen	137	2	7	5,68	,100	1,175	1,381
Kollegen	137	2	7	5,80	,111	1,301	1,693
Athmo	136	2	7	4,72	,118	1,377	1,896
motiv	136	2	7	5,77	,104	1,217	1,481
Gültige Werte (Listenweise)	136	2	7	5,33	,113	1,322	1,749

### Evaluationsbogen

#### Deskriptive Statistik

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert		Standard-abweichung	Varianz
	Statistik	Statistik	Statistik	Statistik	Standard-fehler	Statistik	Statistik
Information	136	2	7	5,60	,094	1,098	1,206
Anregung	137	2	7	5,90	,092	1,073	1,151
Vermittlung	137	2	7	5,64	,101	1,187	1,410
Inhalte	136	2	7	5,91	,096	1,125	1,266
motiviert	136	2	7	6,16	,086	,998	,996

Athmo	137	2	7	6,16	,086	1,002	1,003
Gültige Werte (Listenweise)	135						

## **Katamnese**

### **Deskriptive Statistik**

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert		Standard- abweichung	Varianz
	Statistik	Statistik	Statistik	Statis- tik	Standard-feh- ler	Statistik	Statistik
Wissen	126	1	5	4,18	,086	,967	,934
Erkennung Psm	126	1	5	3,99	,085	,959	,920
Arzt/Pat-Beziehung	125	1	5	3,79	,091	1,018	1,037
Gesprächsführung	124	1	5	3,69	,083	,923	,851
Behandlungskompetenz	124	1	5	3,68	,085	,942	,887
Überweisungskompetenz	125	1	5	3,67	,089	,990	,980
Akzeptanz bei Pat	124	1	5	2,89	,103	1,149	1,320
Zufriedenheit Pat	124	1	5	2,97	,101	1,126	1,267
Ergebnisverbesserung	122	1	5	3,11	,096	1,062	1,127
Zufriedenheit Arzt	126	1	5	3,43	,103	1,155	1,335
Gültige Werte (Listenweise)	121						

## Gruppenvergleiche (Univariate Varianzanalyse) für Katamnesebogen mit den unabhängigen Variablen Geschlecht und Alter

### Deskriptive Statistiken

Abhängige Variable: Wissen

Geschlecht	Alter (Klassiert)	Mittelwert	Standardabweichung	N
weiblich	<= 42	4,09	1,190	34
	43+	4,09	,853	35
	Gesamt	4,09	1,025	69
männlich	<= 42	4,37	,765	30
	43+	4,41	,870	17
	Gesamt	4,38	,795	47
Gesamt	<= 42	4,22	1,015	64
	43+	4,19	,864	52
	Gesamt	4,21	,947	116

### Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Wissen

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	2,472(a)	3	,824	,918	,435
Konstanter Term	1914,101	1	1914,101	2131,802	,000
Geschlecht	2,434	1	2,434	2,711	,102
MDAlter	,012	1	,012	,013	,908
Geschlecht * MDAlter	,015	1	,015	,017	,897
Fehler	100,562	112	,898		
Gesamt	2156,000	116			
Korrigierte Gesamtvariation	103,034	115			

a R-Quadrat = ,024 (korrigiertes R-Quadrat = -,002)

### Deskriptive Statistiken

Abhängige Variable: Erkennung Psm

Geschlecht	Alter (Klassiert)	Mittelwert	Standardabweichung	N
weiblich	<= 42	3,85	1,132	34
	43+	4,06	,938	35
	Gesamt	3,96	1,035	69
männlich	<= 42	3,97	,890	30
	43+	4,24	,831	17
	Gesamt	4,06	,870	47
Gesamt	<= 42	3,91	1,019	64
	43+	4,12	,900	52
	Gesamt	4,00	,969	116

### Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Erkennung Psm

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	1,824(a)	3	,608	,641	,590
Konstanter Term	1729,039	1	1729,039	1823,882	,000
Geschlecht	,567	1	,567	,599	,441
MDAlter	1,489	1	1,489	1,571	,213
Geschlecht * MDAAlter	,028	1	,028	,029	,865
Fehler	106,176	112	,948		
Gesamt	1964,000	116			
Korrigierte Gesamtvariation	108,000	115			

a R-Quadrat = ,017 (korrigiertes R-Quadrat = -,009)

### Deskriptive Statistiken

Abhängige Variable: Arzt/Pat-Beziehung

Geschlecht	Alter (Klassiert)	Mittelwert	Standardabweichung	N
weiblich	<= 42	3,65	1,125	34
	43+	3,97	,834	34
	Gesamt	3,81	,996	68
männlich	<= 42	3,80	1,031	30
	43+	3,82	1,074	17
	Gesamt	3,81	1,035	47
Gesamt	<= 42	3,72	1,076	64
	43+	3,92	,913	51
	Gesamt	3,81	1,008	115

### Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Arzt / Pat-Beziehung

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	1,785(a)	3	,595	,579	,630
Konstanter Term	1538,567	1	1538,567	1498,001	,000
Geschlecht	,000	1	,000	,000	,988
MDAlter	,798	1	,798	,777	,380
Geschlecht * MDAAlter	,596	1	,596	,580	,448
Fehler	114,006	111	1,027		
Gesamt	1784,000	115			
Korrigierte Gesamtvariation	115,791	114			

a R-Quadrat = ,015 (korrigiertes R-Quadrat = -,011)

### Deskriptive Statistiken

Abhängige Variable: Gesprächsführung

Geschlecht	Alter (Klassiert)	Mittelwert	Standardabweichung	N
weiblich	<= 42	3,42	,969	33
	43+	3,85	,857	34
	Gesamt	3,64	,933	67
männlich	<= 42	3,77	,898	30
	43+	3,71	1,047	17
	Gesamt	3,74	,943	47
Gesamt	<= 42	3,59	,944	63
	43+	3,80	,917	51
	Gesamt	3,68	,934	114

### Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Gesprächsführung

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	3,410(a)	3	1,137	1,313	,274
Konstanter Term	1432,490	1	1432,490	1654,816	,000
Geschlecht	,251	1	,251	,290	,591
MDAlter	,891	1	,891	1,030	,312
Geschlecht * MDAlter	1,578	1	1,578	1,822	,180
Fehler	95,221	110	,866		
Gesamt	1646,000	114			
Korrigierte Gesamtvariation	98,632	113			

a R-Quadrat = ,035 (korrigiertes R-Quadrat = ,008)

### Deskriptive Statistiken

Abhängige Variable: Behandlungskompetenz

Geschlecht	Alter (Klassiert)	Mittelwert	Standardabweichung	N
weiblich	<= 42	3,56	,991	34
	43+	3,74	,898	34
	Gesamt	3,65	,943	68
männlich	<= 42	3,53	,973	30
	43+	4,00	,866	17
	Gesamt	3,70	,954	47
Gesamt	<= 42	3,55	,975	64
	43+	3,82	,888	51
	Gesamt	3,67	,943	115

### Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Behandlungskompetenz

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	2,977(a)	3	,992	1,119	,345
Konstanter Term	1456,171	1	1456,171	1641,520	,000
Geschlecht	,379	1	,379	,427	,515
MDAlter	2,740	1	2,740	3,088	,082
Geschlecht * MDAAlter	,558	1	,558	,629	,429
Fehler	98,467	111	,887		
Gesamt	1650,000	115			
Korrigierte Gesamtvariation	101,443	114			

a R-Quadrat = ,029 (korrigiertes R-Quadrat = ,003)

### Deskriptive Statistiken

Abhängige Variable: Überweisungskompetenz

Geschlecht	Alter (Klassiert)	Mittelwert	Standardabweichung	N
weiblich	<= 42	3,65	1,041	34
	43+	3,91	,793	34
	Gesamt	3,78	,928	68
männlich	<= 42	3,73	1,048	30
	43+	3,53	1,068	17
	Gesamt	3,66	1,048	47
Gesamt	<= 42	3,69	1,037	64
	43+	3,78	,901	51
	Gesamt	3,73	,976	115

### Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Überweisungskompetenz

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	2,042(a)	3	,681	,709	,549
Konstanter Term	1455,016	1	1455,016	1515,045	,000
Geschlecht	,581	1	,581	,605	,438
MDAlter	,024	1	,024	,025	,873
Geschlecht * MDAAlter	1,455	1	1,455	1,515	,221
Fehler	106,602	111	,960		
Gesamt	1709,000	115			
Korrigierte Gesamtvariation	108,643	114			

a R-Quadrat = ,019 (korrigiertes R-Quadrat = -,008)



### Deskriptive Statistiken

Abhängige Variable: Akzeptanz bei Pat

Geschlecht	Alter (Klassiert)	Mittelwert	Standardabweichung	N
weiblich	<= 42	2,79	1,095	34
	43+	2,91	1,182	33
	Gesamt	2,85	1,132	67
männlich	<= 42	2,93	1,258	30
	43+	3,18	1,015	17
	Gesamt	3,02	1,170	47
Gesamt	<= 42	2,86	1,167	64
	43+	3,00	1,125	50
	Gesamt	2,92	1,146	114

### Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Akzeptanz bei Pat

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	1,666(a)	3	,555	,417	,741
Konstanter Term	918,850	1	918,850	689,341	,000
Geschlecht	1,089	1	1,089	,817	,368
MDAlter	,844	1	,844	,634	,428
Geschlecht * MDAlter	,108	1	,108	,081	,776
Fehler	146,623	110	1,333		
Gesamt	1121,000	114			
Korrigierte Gesamtvariation	148,289	113			

a R-Quadrat = ,011 (korrigiertes R-Quadrat = -,016)

### Deskriptive Statistiken

Abhängige Variable: Zufriedenheit Pat

Geschlecht	Alter (Klassiert)	Mittelwert	Standardabweichung	N
weiblich	<= 42	2,94	1,071	34
	43+	2,94	1,197	33
	Gesamt	2,94	1,127	67
männlich	<= 42	3,07	1,112	30
	43+	3,18	1,237	17
	Gesamt	3,11	1,147	47
Gesamt	<= 42	3,00	1,084	64
	43+	3,02	1,204	50
	Gesamt	3,01	1,133	114

### Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Zufriedenheit Pat

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	,893(a)	3	,298	,227	,877
Konstanter Term	967,819	1	967,819	738,801	,000
Geschlecht	,866	1	,866	,661	,418
MDAlter	,077	1	,077	,059	,809
Geschlecht * MDAAlter	,082	1	,082	,063	,803
Fehler	144,098	110	1,310		
Gesamt	1177,000	114			
Korrigierte Gesamtvariation	144,991	113			

a R-Quadrat = ,006 (korrigiertes R-Quadrat = -,021)

### Deskriptive Statistiken

Abhängige Variable: Ergebnisverbesserung

Geschlecht	Alter (Klassiert)	Mittelwert	Standardabweichung	N
weiblich	<= 42	3,24	1,017	34
	43+	2,88	1,023	33
	Gesamt	3,06	1,028	67
männlich	<= 42	3,23	1,135	30
	43+	3,06	1,289	16
	Gesamt	3,17	1,180	46
Gesamt	<= 42	3,23	1,065	64
	43+	2,94	1,107	49
	Gesamt	3,11	1,089	113

### Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Ergebnisverbesserung

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	2,789(a)	3	,930	,780	,508
Konstanter Term	990,086	1	990,086	830,552	,000
Geschlecht	,212	1	,212	,178	,674
MDAlter	1,788	1	1,788	1,500	,223
Geschlecht * MDAAlter	,222	1	,222	,186	,667
Fehler	129,937	109	1,192		
Gesamt	1223,000	113			
Korrigierte Gesamtvariation	132,726	112			

a R-Quadrat = ,021 (korrigiertes R-Quadrat = -,006)

### Deskriptive Statistiken

Abhängige Variable: Zufriedenheit Arzt

Geschlecht	Alter (Klassiert)	Mittelwert	Standardabweichung	N
weiblich	<= 42	3,50	1,237	34
	43+	3,17	1,071	35
	Gesamt	3,33	1,159	69
männlich	<= 42	3,50	1,253	30
	43+	3,59	1,176	17
	Gesamt	3,53	1,213	47
Gesamt	<= 42	3,50	1,234	64
	43+	3,31	1,112	52
	Gesamt	3,41	1,180	116

### Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Zufriedenheit Arzt

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	3,049(a)	3	1,016	,725	,539
Konstanter Term	1261,012	1	1261,012	899,065	,000
Geschlecht	1,157	1	1,157	,825	,366
MDAlter	,385	1	,385	,274	,602
Geschlecht * MDAlter	1,157	1	1,157	,825	,366
Fehler	157,089	112	1,403		
Gesamt	1512,000	116			
Korrigierte Gesamtvariation	160,138	115			

a R-Quadrat = ,019 (korrigiertes R-Quadrat = -,007)

### Deskriptive Statistiken

Abhängige Variable: Schätzung Psm Anteil

Geschlecht	Alter (Klassiert)	Mittelwert	Standardabweichung	N
weiblich	<= 42	2,64	,742	33
	43+	2,68	,684	34
	Gesamt	2,66	,708	67
männlich	<= 42	2,80	,761	30
	43+	2,59	,712	17
	Gesamt	2,72	,743	47
Gesamt	<= 42	2,71	,750	63
	43+	2,65	,688	51
	Gesamt	2,68	,720	114

### Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Schätzung Psm Anteil

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	,636(a)	3	,212	,402	,752
Konstanter Term	754,011	1	754,011	1430,139	,000
Geschlecht	,037	1	,037	,071	,790
MDAlter	,194	1	,194	,368	,545
Geschlecht * MDAlter	,418	1	,418	,792	,375
Fehler	57,995	110	,527		
Gesamt	880,000	114			
Korrigierte Gesamtvariation	58,632	113			

a R-Quadrat = ,011 (korrigiertes R-Quadrat = -,016)

### Deskriptive Statistiken

Abhängige Variable: Schätzung Psycho-Soz

Geschlecht	Alter (Klassiert)	Mittelwert	Standardabweichung	N
weiblich	<= 42	3,24	,792	33
	43+	2,82	,576	34
	Gesamt	3,03	,717	67
männlich	<= 42	3,13	,860	30
	43+	2,88	,781	17
	Gesamt	3,04	,833	47
Gesamt	<= 42	3,19	,820	63
	43+	2,84	,644	51
	Gesamt	3,04	,763	114

### Tests der Zwischensubjekteffekte

Abhängige Variable: Schätzung Psycho-Soz

Quelle	Quadratsumme vom Typ III	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Korrigiertes Modell	3,626(a)	3	1,209	2,137	,100
Konstanter Term	961,114	1	961,114	1698,814	,000
Geschlecht	,017	1	,017	,029	,864
MDAlter	2,955	1	2,955	5,223	,024
Geschlecht * MDAlter	,186	1	,186	,328	,568
Fehler	62,233	110	,566		
Gesamt	1116,000	114			
Korrigierte Gesamtvariation	65,860	113			

a R-Quadrat = ,055 (korrigiertes R-Quadrat = ,029)

## Faktorenanalyse mit allen Items

Komponente	Anfängliche Eigenwerte		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	5,627	35,170	35,170
2	1,997	12,479	47,649
3	1,386	8,662	56,312
4	1,150	7,188	63,500
5	,900	5,623	69,123
6	,742	4,636	73,759
7	,649	4,059	77,819
8	,572	3,577	81,396
9	,509	3,181	84,577
10	,496	3,103	87,679
11	,426	2,663	90,342
12	,384	2,401	92,743
13	,324	2,025	94,769
14	,312	1,948	96,717
15	,271	1,691	98,408
16	,255	1,592	100,000

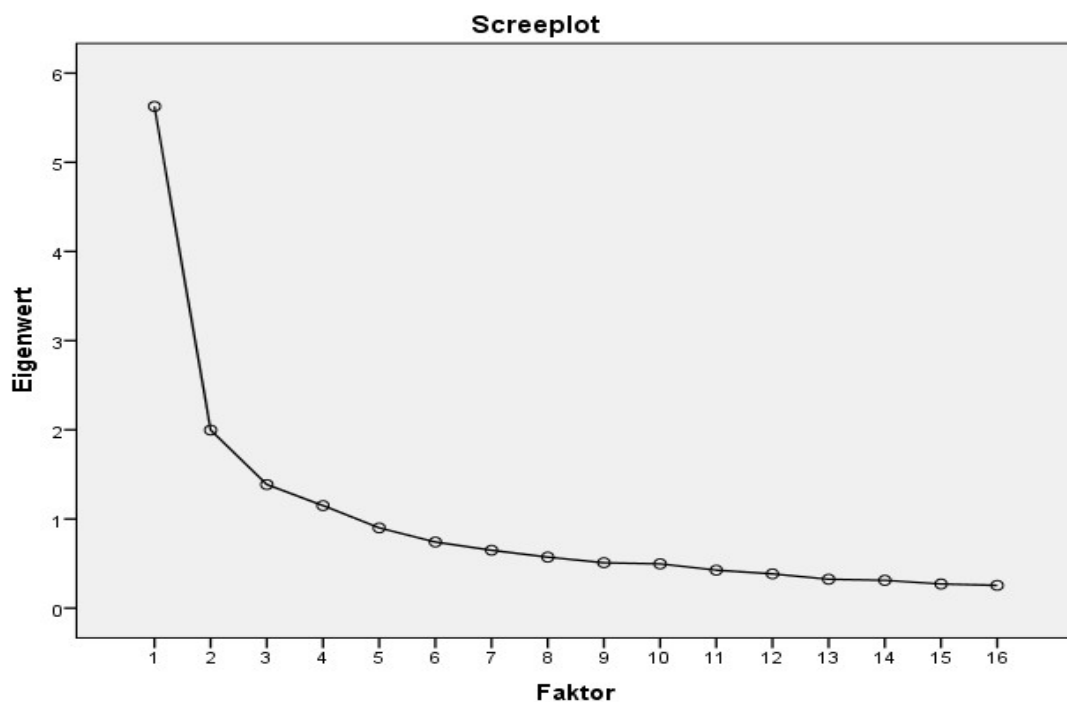
Extraktionsmethode:

Hauptkomponentenanalyse.

Rotationsmethode:

Varimax mit Kaiser-Normalisierung.

63,50% aufgeklärte Gesamtvarianz  
(N=289)



### Rotierte Komponentenmatrix<sup>a</sup>

	Komponente			
	1	2	3	4
Emotionale Probleme (Angst, Depression, Wut, Scham, Kränkung)	,796	,149	,157	,119
Ausmaß psychischer Symptome u. Probleme insgesamt	,739	,125	,376	-,027
Motivation des Pat. für psychosomat. Maßnahmen	,714	,129	-,309	,115
Verhaltensauffälligkeiten, Probleme im zwischenemenschl. Bereich	,668	,162	,454	-,148
Beeinträchtigung des Selbstgefühls, des Selbstwertes u. der Lebenspläne	,637	,356	,053	,315
Vegetative Symptome	,599	,261	,285	-,101
Kognitive Störungen (Konzentration, Aufmerksamkeit, Gedächtnis)	,585	,022	,263	,047
Belastung durch somat. Funktionseinschränkung	,203	,840	,080	-,025
Ausmaß der somat. Symptome u. Probleme insgesamt	,227	,786	,111	-,107
Belastung durch Einschränkungen im Alltag	,394	,730	-,022	,105
Belastung durch Schmerzen	-,084	,719	,097	,177
Eingeschränkte Compliance im med.-therapeut. Bereich	,068	,062	,839	,074
Unzureichende soz. Ressourcen des Pat.	,255	,099	,725	,152
Dysfunktionale Krankheitsverarbeitung des Pat.	,502	,109	,547	,114
Belastung durch diagn. u./od. med.-therapeut. Maßnahmen	-,088	,237	,083	,846
Hinweise auf psychotisches Erleben und Verhalten (z.B. Wahn, Halluzination)	,318	-,183	,153	,533

### Faktor 1: psychischer Bereich

#### Reliabilitätsstatistiken

Cronbachs Alpha	Cronbachs Alpha für standardisierte Items	Anzahl der Items
,856	,854	7

#### Itemstatistiken

	Mittelwert (Itemschwierigkeit)	Standard-abwei- chung	N
Emotionale Probleme (Angst, Depression, Wut, Scham, Kränkung)	<b>3,12 (62,4)</b>	1,437	294
Ausmaß psychischer Symptome u. Probleme insgesamt	<b>2,69 (53,8)</b>	1,333	294
Motivation des Pat. für psychosomat. Maßnahmen	<b>2,14 (42,8)</b>	1,253	294
Verhaltensauffälligkeiten, Probleme im zwischenemenschl. Bereich	<b>2,44 (48,8)</b>	1,317	294
Beeinträchtigung des Selbstgefühls, des Selbstwertes u. der Lebenspläne	<b>3,00 (60)</b>	1,323	294
Vegetative Symptome	<b>2,93 (58,6)</b>	1,291	294
Kognitive Störungen (Konzentration, Aufmerksamkeit, Gedächtnis)	<b>2,05 (41)</b>	1,219	294

### Item-Skala-Statistiken

	Skalenmittelwert, wenn Item weg- gelassen	Skalenvarianz, wenn Item weg- gelassen	Korrigierte Item- Skala-Korrelati- on (Trennschärfe)	Quadrierte multi- ple Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weg- gelassen
Emotionale Probleme (Angst, Depression, Wut, Scham, Kränkung)	15,26	31,271	<b>,743</b>	,577	,817
Ausmaß psychischer Sympto- me u. Probleme insgesamt	15,68	32,633	<b>,713</b>	,534	,822
Motivation des Pat. für psy- chosomat. Maßnahmen	16,23	36,433	<b>,480</b>	,266	,855
Verhaltensauffälligkeiten, Pro- bleme im zwischenemenschl. Bereich	15,94	33,259	<b>,676</b>	,499	,828
Beeinträchtigung des Selbst- gefühls, des Selbstwertes u. der Lebenspläne	15,38	34,039	<b>,614</b>	,422	,837
Vegetative Symptome	15,45	34,398	<b>,607</b>	,398	,838
Kognitive Störungen (Konzen- tration, Aufmerksamkeit, Ge- dächtnis)	16,32	36,349	<b>,506</b>	,287	,851

### Auswertung der Itemstatistiken

	Mittelwert	Minimum	Maximum	Bereich	Maximum / Mini- mum	Varianz	Anzahl der Items
Item-Mittelwerte	2,625	2,054	3,119	1,065	1,518	,179	7
Item-Varianzen	1,721	1,485	2,064	,579	1,390	,034	7

## Faktor 2: somatische Einschränkungen

### Reliabilitätsstatistiken

Cronbachs Alpha	Cronbachs Alpha für standardisierte Items	Anzahl der Items
,812	,819	4

### Itemstatistiken

	Mittelwert (Itemschwierigkeit)	Standardabweichung	N
Belastung durch somat. Funktionseinschränkung	<b>3,35 (67)</b>	1,313	298
Ausmaß der somat. Symptome u. Probleme insgesamt	<b>3,48 (69,6)</b>	1,181	298
Belastung durch Einschränkungen im Alltag	<b>3,32 (66,4)</b>	1,290	298
Belastung durch Schmerzen	<b>2,63 (52,6)</b>	1,472	298

### Item-Skala-Statistiken

	Skalenmittelwert, wenn Item weg- gelassen	Skalenvarianz, wenn Item weg- gelassen	Korrigierte Item- Skala-Korrelati- on (Trennschärfe)	Quadrierte multi- ple Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weg- gelassen
Belastung durch somat. Funk- tionseinschränkung	9,43	9,895	<b>,747</b>	,592	,708
Ausmaß der somat. Sympto- me u. Probleme insgesamt	9,30	11,125	<b>,669</b>	,507	,751
Belastung durch Einschrän- kungen im Alltag	9,46	10,620	<b>,655</b>	,464	,753
Belastung durch Schmerzen	10,15	10,890	<b>,487</b>	,245	,841

### Auswertung der Itemstatistiken

	Mittelwert	Minimum	Maximum	Bereich	Maximum / Mini- mum	Varianz	Anzahl der Items
Item-Mittelwerte	3,195	2,628	3,483	,856	1,326	,148	4
Item-Varianzen	1,738	1,395	2,167	,772	1,553	,102	4



### Faktor 3: Hemmnisse für PM/PT Maßnahmen

#### Reliabilitätsstatistiken

Cronbachs Alpha	Cronbachs Alpha für standardisierte Items	Anzahl der Items
,727	,727	3

#### Itemstatistiken

	Mittelwert (Itemschwierigkeit)	Standardabweichung	N
Eingeschränkte Compliance im med.-therapeut. Bereich	<b>2,02 (40,4)</b>	1,237	299
Unzureichende soz. Ressourcen des Pat.	<b>2,12 (42,4)</b>	1,205	299
Dysfunktionale Krankheitsverarbeitung des Pat.	<b>2,36 (47,2)</b>	1,268	299

#### Item-Skala-Statistiken

	Skalenmittelwert, wenn Item weg- gelassen	Skalenvarianz, wenn Item weg- gelassen	Korrigierte Item- Skala-Korrelati- on (Trennschärfe)	Quadrierte multi- ple Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weg- gelassen
Eingeschränkte Compliance im med.-therapeut. Bereich	4,48	4,506	<b>,547</b>	,300	,641
Unzureichende soz. Ressour- cen des Pat.	4,38	4,593	<b>,554</b>	,307	,634
Dysfunktionale Krankheitsver- arbeitung des Pat.	4,14	4,401	<b>,545</b>	,297	,645

**Faktor 4: (nicht benannt da inhaltlich heterogen)**

**Reliabilitätsstatistiken**

Cronbachs Alpha	Cronbachs Alpha für standardisierte Items	Anzahl der Items
,246	,267	2

**Itemstatistiken**

	Mittelwert (Itemschwierigkeit)	Standardabweichung	N
Belastung durch diagn. u./od. med.-therapeut. Maßnahmen	<b>2,35 (47)</b>	1,118	299
Hinweise auf psychotisches Erleben und Verhalten (z. B. Wahn, Halluzination)	<b>1,22 (24,4)</b>	,721	299

**Item-Skala-Statistiken**

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation (Trennschärfe)	Quadrierte multiple Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Belastung durch diagn. u./od. med.-therapeut. Maßnahmen	1,22	,520	<b>,154</b>	,024	.
Hinweise auf psychotisches Erleben und Verhalten (z. B. Wahn, Halluzination)	2,35	1,250	<b>,154</b>	,024	.

**Auswertung der Itemstatistiken**

	Mittelwert	Minimum	Maximum	Bereich	Maximum / Minimum	Varianz	Anzahl der Items
Item-Mittelwerte	1,786	1,217	2,355	1,137	1,934	,647	2
Item-Varianzen	,885	,520	1,250	,730	2,405	,266	2

**Faktorenanalyse, ohne Items A5 (Bel. durch dia./med. Maßnahmen), A12 (psychot. Erleben)**

Komponente	Anfängliche Eigenwerte		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte Varianz %
1	5,526	39,469	39,469
2	1,907	13,624	53,093
3	1,345	9,606	62,698
4	,796	5,687	68,385
5	,691	4,939	73,324
6	,592	4,226	77,550
7	,577	4,125	81,674
8	,515	3,676	85,350
9	,455	3,249	88,599
10	,421	3,010	91,609
11	,326	2,331	93,939
12	,312	2,225	96,165
13	,276	1,970	98,135
14	,261	1,865	100,000

Extraktionsmethode:

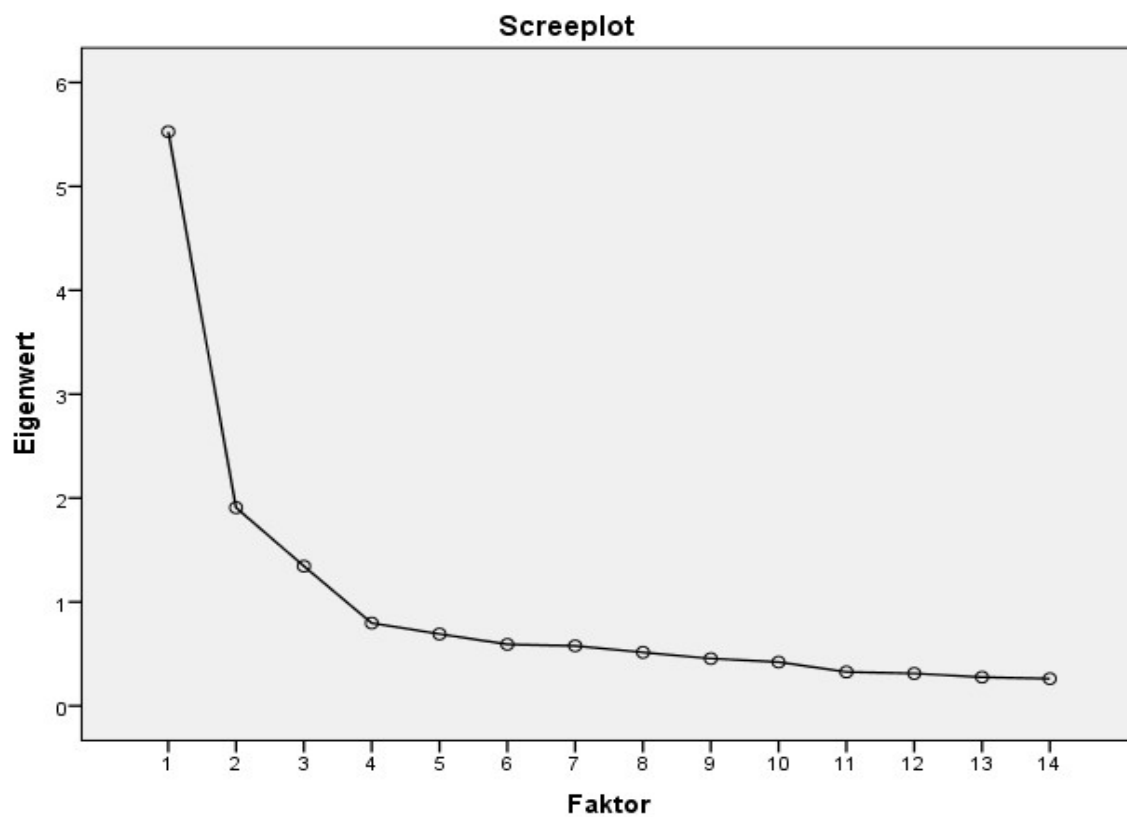
Hauptkomponentenanalyse.

Rotationsmethode:

Varimax mit Kaiser-Normalisierung.

62,70% aufgeklärte Gesamtvarianz

(N=290)



**Rotierte Komponentenmatrix<sup>a</sup>**

	Komponente		
	1	2	3
Emotionale Probleme (Angst, Depression, Wut, Scham, Kränkung)	,813	,122	,189
Motivation des Pat. für psychosomat. Maßnahmen	,732	,123	-,274
Ausmaß psychischer Symptome u. Probleme insgesamt	,730	,109	,394
Beeinträchtigung des Selbstgefühls, des Selbstwertes u. der Lebenspläne	,677	,333	,094
Verhaltensauffälligkeiten, Probleme im zwischenemenschl. Bereich	,631	,161	,473
Vegetative Symptome	,592	,236	,293
Kognitive Störungen (Konzentration, Aufmerksamkeit, Gedächtnis)	,556	,033	,293
Belastung durch somat. Funktionseinschränkung	,201	,850	,075
Ausmaß der somat. Symptome u. Probleme insgesamt	,228	,781	,100
Belastung durch Schmerzen	-,086	,740	,110
Belastung durch Einschränkungen im Alltag	,413	,729	-,009
Eingeschränkte Compliance im med.-therapeut. Bereich	,049	,053	,844
Unzureichende soz. Ressourcen des Pat.	,219	,117	,745
Dysfunktionale Krankheitsverarbeitung des Pat.	,507	,095	,562

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.  
 Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.

**Faktor 1: psychischer Bereich**

**Reliabilitätsstatistiken**

Cronbachs Alpha	Cronbachs Alpha für standardisierte Items	Anzahl der Items
,856	,854	7

**Itemstatistiken**

	Mittelwert (Itemschwierigkeit)	Standard-ab- weichung	N
Emotionale Probleme (Angst, Depression, Wut, Scham, Kränkung)	<b>3,12 (62,4)</b>	1,437	294
Ausmaß psychischer Symptome u. Probleme insgesamt	<b>2,69 (53,8)</b>	1,333	294
Motivation des Pat. für psychosomat. Maßnahmen	<b>2,14 (42,8)</b>	1,253	294
Verhaltensauffälligkeiten, Probleme im zwischenemenschl. Bereich	<b>2,44 (48,8)</b>	1,317	294
Beeinträchtigung des Selbstgefühls, des Selbstwertes u. der Lebenspläne	<b>3,00 (60)</b>	1,323	294
Vegetative Symptome	<b>2,93 (58,6)</b>	1,291	294
Kognitive Störungen (Konzentration, Aufmerksamkeit, Gedächtnis)	<b>2,05 (41)</b>	1,219	294

### Item-Skala-Statistiken

	Skalenmittelwert, wenn Item weg- gelassen	Skalenzvarianz, wenn Item weg- gelassen	Korrigierte Item- Skala-Korrelati- on (Trennschärfe)	Quadrierte multi- ple Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weg- gelassen
Emotionale Probleme (Angst, Depression, Wut, Scham, Kränkung)	15,26	31,271	<b>,743</b>	,577	,817
Ausmaß psychischer Sympto- me u. Probleme insgesamt	15,68	32,633	<b>,713</b>	,534	,822
Motivation des Pat. für psy- chosomat. Maßnahmen	16,23	36,433	<b>,480</b>	,266	,855
Verhaltensauffälligkeiten, Pro- bleme im zwischenemenschl. Bereich	15,94	33,259	<b>,676</b>	,499	,828
Beeinträchtigung des Selbst- gefühls, des Selbstwertes u. der Lebenspläne	15,38	34,039	<b>,614</b>	,422	,837
Vegetative Symptome	15,45	34,398	<b>,607</b>	,398	,838
Kognitive Störungen (Konzen- tration, Aufmerksamkeit, Ge- dächtnis)	16,32	36,349	<b>,506</b>	,287	,851

### Auswertung der Itemstatistiken

	Mittelwert	Minimum	Maximum	Bereich	Maximum / Mini- mum	Varianz	Anzahl der Items
Item-Mittelwerte	2,625	2,054	3,119	1,065	1,518	,179	7
Item-Varianzen	1,721	1,485	2,064	,579	1,390	,034	7

## Faktor 2: somatische Einschränkungen

### Reliabilitätsstatistiken

Cronbachs Alpha	Cronbachs Alpha für standardisierte Items	Anzahl der Items
,812	,819	4

### Itemstatistiken

	Mittelwert (Itemschwierigkeit)	Standardabweichung	N
Belastung durch somat. Funktionseinschränkung	<b>3,35 (67)</b>	1,313	298
Ausmaß der somat. Symptome u. Probleme insgesamt	<b>3,48 (69,6)</b>	1,181	298
Belastung durch Einschränkungen im Alltag	<b>3,32 (66,4)</b>	1,290	298
Belastung durch Schmerzen	<b>2,63 (52,6)</b>	1,472	298

### Item-Skala-Statistiken

	Skalenmittelwert, wenn Item weg- gelassen	Skalenvarianz, wenn Item weg- gelassen	Korrigierte Item- Skala-Korrelati- on (Trennschärfe)	Quadrierte multi- ple Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weg- gelassen
Belastung durch somat. Funk- tionseinschränkung	9,43	9,895	<b>,747</b>	,592	,708
Ausmaß der somat. Sympto- me u. Probleme insgesamt	9,30	11,125	<b>,669</b>	,507	,751
Belastung durch Einschrän- kungen im Alltag	9,46	10,620	<b>,655</b>	,464	,753
Belastung durch Schmerzen	10,15	10,890	<b>,487</b>	,245	,841

### Auswertung der Itemstatistiken

	Mittelwert	Minimum	Maximum	Bereich	Maximum / Mini- mum	Varianz	Anzahl der Items
Item-Mittelwerte	3,195	2,628	3,483	,856	1,326	,148	4
Item-Varianzen	1,738	1,395	2,167	,772	1,553	,102	4

### Faktor 3: Hemmnisse für PM/PT Maßnahmen

#### Reliabilitätsstatistiken

Cronbachs Alpha	Cronbachs Alpha für standardisierte Items	Anzahl der Items
,727	,727	3

### Itemstatistiken

	Mittelwert (Itemschwierigkeit)	Standardabweichung	N
Eingeschränkte Compliance im med.-therapeut. Bereich	<b>2,02 (40,4)</b>	1,237	299
Unzureichende soz. Ressourcen des Pat.	<b>2,12 (42,4)</b>	1,205	299
Dysfunktionale Krankheitsverarbeitung des Pat.	<b>2,36 (47,2)</b>	1,268	299

### Item-Skala-Statistiken

	Skalenmittelwert, wenn Item weg- gelassen	Skalenvarianz, wenn Item weg- gelassen	Korrigierte Item- Skala-Korrelati- on (Trennschärfe)	Quadrierte multi- ple Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weg- gelassen
Eingeschränkte Compliance im med.-therapeut. Bereich	4,48	4,506	<b>,547</b>	,300	,641
Unzureichende soz. Ressour- cen des Pat.	4,38	4,593	<b>,554</b>	,307	,634
Dysfunktionale Krankheitsver- arbeitung des Pat.	4,14	4,401	<b>,545</b>	,297	,645

## **Thesen zur Dissertation „Warum Weiterbildung zur Psychosomatischen Grundversorgung?“**

### **Evaluation eines Curriculums zur ärztlichen Weiterbildung“**

In der vorliegenden Dissertation wird das ärztliche Weiterbildungsangebot zur „Psychosomatischen Grundversorgung“, das von Prof. Dr. Dr. Wolfgang Schneider seit Mitte der neunziger Jahre durchgeführt wird, systematisch evaluiert und es wird darüber hinaus ein methodischer Ansatz zur Verbesserung der diagnostischen Kompetenzen der Weiterbildungsteilnehmerinnen und –teilnehmer auf dem Gebiet psychischer und psychosomatischer Erkrankungen auf seine Effektivität und Nützlichkeit für die ärztliche Tätigkeit überprüft.

#### **Hintergrund:**

##### **Warum Psychosomatische Grundversorgung?**

Die Bedeutung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen zeigt sich durch eine große Zunahme an Arbeitsunfähigkeitszeiten und Berentungen wegen verminderter Erwerbsfähigkeit bei diesen Krankheiten.

In vielen Untersuchungen im System der medizinischen Versorgung ist nachgewiesen worden, dass bei Patienten ein hoher Bedarf an psychosomatischer Unterstützung besteht. Der Anteil an psychosomatischen Patienten liegt im niedergelassenen Bereich nach Schätzungen bei 25%-50%. Demgegenüber gibt es nur ein geringes Angebot an psychosomatischer Unterstützung im ambulanten Bereich. Hypothesen, die die Diskrepanz zwischen hohem Bedarf und niedrigem Angebot erklären sind unter anderem:

- es besteht im niedergelassenen ärztlichen Bereich nur ein geringes Interesse an Psychosomatischer Medizin
- Ärzte schätzen den Bedarf an psychosomatischen Interventionen zu niedrig ein
- es besteht bei den Ärzten eine zu geringe Motivation psychosomatische Diagnostik und entsprechende Interventionen vorzunehmen, da diese nach dem EBM nicht angemessen abgerechnet werden können



- psychosomatische Inhalte werden während des Medizinstudiums und der ärztlichen Weiterbildung oftmals nicht ausreichend berücksichtigt

Die **psychosomatische Grundversorgung** ist ein obligatorischer Bestandteil der Facharztweiterbildungen in den Fächern Allgemeinmedizin und Gynäkologie und Geburtshilfe. Weiterhin stellt sie die Voraussetzung für die Abrechnung der psychosomatischen Ziffern im Rahmen der kassenärztlichen Tätigkeit dar.

**Untersuchungsansätze:** Im Rahmen der Dissertation wurden folgende Fragestellungen empirisch untersucht.

1: **Evaluation von sechs Blockkursen zur Psychosomatischen Grundversorgung**, die jeweils aus zwei zweieinhalbtägigen Kursblöcken bestanden, die von W. Schneider gemeinsam mit Kollegen in den Jahren 2007-2010 durchgeführt wurden. In der Studie hat sich gezeigt, dass die Teilnehmerinnen und Teilnehmer im Rahmen der Weiterbildung (Erwartungsbögen) insbesondere ihren Wissensstand über psychosomatische und psychische Erkrankungen, ihre Fähigkeit mit den Patienten umgehen zu können sowie ihr Verständnis für die Probleme ihrer Patienten verbessern möchten. Zum Kursabschluss wurden insbesondere die Wissensvermittlung sowie der hohe Praxisbezug, der zu einer Verbesserung der Gesprächskompetenzen sowie des Umgangs mit den Patienten führen würde, als sehr positiv bewertet.

2: Im Rahmen der Evaluation der Weiterbildung wurde von Februar 2011 bis Mai 2011 eine **Katamneseuntersuchung** auf der Grundlage eines strukturierten Fragebogens durchgeführt. Die Ärzte bewerteten bei der Katamnese den Wissenszuwachs, ihre verbesserte Kompetenz bei der Gesprächsführung und bei der Gestaltung der Arzt-Patient-Beziehung als wichtigste positive Ergebnisse durch die Kursteilnahme. Weiterhin gaben sie an, dass ihre Zufriedenheit mit ihrer ärztlichen Tätigkeit durch diese Faktoren positiv beeinflusst sei. Unterschiede in der Bewertung der Effekte durch die Teilnahme an der Weiterbildung zur Psychosomatischen Grundversorgung in Abhängigkeit vom Geschlecht und Alter fanden sich jedoch nicht.

3: wurde ein systematisiertes Modell (**die Psychosomatische Basisdiagnostik, PBD**) zur Vermittlung diagnostischer Kompetenzen in Bezug auf psychische und psychosomatische Erkrankungen bzw. für psychosoziale Aspekte am Krankheitsgeschehen in den Jahren 2011 und 2012 in den Kursen eingesetzt und trainiert. Dieses diagnostische Instrument wurde dann von den Teilnehmern von zwei Kursen systematisch bei jeweils zehn Patienten in ihren Praxen erprobt. Die Konstruktvalidierung sowie die Qualität der testtheoretischen Parameter des diagnostischen Modells erfolgte dann auf der Basis einer Faktorenanalyse. Die Fakto-

renanalyse der bearbeiteten 290 Beurteilungsbögen ergab eine 3-faktorielle Lösung, die eine kumulierte Varianz von 62,698 aufwies. Die herausgearbeiteten Faktoren waren 1. Probleme im psychischen Bereich; 2. Somatische Funktionseinschränkungen und Ausmaß der Symptome; 3. Hemmnisse in Bezug auf psychosomatische/psychotherapeutische Maßnahmen.

Nach der diagnostischen Bewertung von 10 Patienten mit der PBD haben die an der Studie beteiligten Ärztinnen und Ärzte die Anwendbarkeit und Praktikabilität der Psychosomatischen Basisdiagnostik beurteilt. Die Nützlichkeit und die Praktikabilität des Instrumentes wurden seitens der Ärzte als „mittel“ bis „niedrig“ eingeschätzt. So ist die Akzeptanz des diagnostischen Ansatzes in Bezug auf die Anwendung in der täglichen Praxis bei den an der Studie beteiligten Ärzten eher als gering anzusehen.

### **Resumee**

Die Kursevaluation hat insgesamt gute Ergebnisse erbracht. Jedoch scheint der Transfer des erworbenen Wissens und der Erfahrungen in die Praxis nicht unproblematisch, wie sich aus den Katamnesedaten aber auch aus der Arbeit mit der PBD zeigt. Als relevante Gründe dafür sind u.a. strukturelle Aspekte der ärztlichen Tätigkeit und Ausbildung anzusehen. Dazu gehören der Zeitfaktor sowie die geringe Bewertung psychosomatischer Leistungen im Abrechnungssystem sowohl im Bereich der Niederlassung wie im Krankenhaus. Darüber hinaus werden psychosomatische Zugänge zum Patienten und dessen Erkrankung während der medizinischen Ausbildung und ärztlichen Weiterbildung zu wenig berücksichtigt. Als Konsequenz aus diesen Befunden ist eine stärkere Verankerung psychosomatischer Denk- und Handlungsmuster in das Medizinstudium zu fordern und eine über den Kurs in Psychosomatischer Grundversorgung hinausgehende berufsbegleitende Vertiefung psychosomatischer Kompetenzen in Bezug auf die diagnostischen Fähigkeiten, der Gesprächsführung und der Beratung. Darüber hinaus sollte die Umsetzung entsprechende Maßnahmen durch eine entsprechende Finanzierung dieser Leistungen gefördert werden.

### **Lebenslauf**

---

Name: Kerstin Schmiedeberg

Geburtsdatum: 25. November 1960

Geburtsort: Ludwigslust, Deutschland

### Ausbildung

Grundschule 1967 – 1975

Erweiterte Oberschule

„Thomas Mann“ 1975 – 1979

Abitur 1979

### Praktische Ausbildung

1979 – 1982 Tätigkeit als pflegerische Hilfskraft in der Klinik für Innere Medizin des Kreiskrankenhauses Wismar

### Studium

1982 – 1988: Studium der Humanmedizin an der „Wilhelm Piek Universität“ Rostock

1988: Staatsexamen

### Beruf

1988 – 1989 Ärztin im Praktikum in der Klinik für Innere Medizin Wismar

1989: Beginn der Facharztausbildung für Innere Medizin in Wismar

seit Juli 1991 Niederlassung in eigener Praxis als *Praktische Ärztin*

1995 Zusatzbezeichnung *Balneologie und Klimatologie*

1999 Absolvierung Facharztprüfung für *Allgemeinmedizin*

## **Selbständigkeitserklärung**

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne Benutzung anderer als der genannten Hilfsmittel angefertigt habe.

Die aus den Quellen direkt und indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Boltenhagen, den 12.12.2014

Kerstin Schmiedeberg