

Mein Hausarzt hat Zeit für mich – Wunsch und Wirklichkeit

Ergebnisse einer europäischen Gemeinschaftsstudie

von Ottomar Bahrs*

ABSTRACT

Die Ergebnisse einer europäischen Vergleichsstudie zur Hausarzt-Patient-Kommunikation belegen deutliche länder- und gesundheitssystemspezifische Unterschiede. In Belgien, Deutschland und der Schweiz haben die Patienten deutlich höhere Patientenerwartungen an die Hausärzte als in den Primärärztländern. In Ländern mit direktem Zugang zum Facharzt steht den Patienten insgesamt mehr Zeit zur Verfügung, doch wird diese unterschiedlich verteilt. In Deutschland dominieren kurze und häufige Gespräche, während in Belgien und der Schweiz weniger, aber längere Gespräche geführt werden. Damit verknüpft sind spezifische Gesprächs- und Beziehungsstile. Arbeitsbelastung und -unzufriedenheit der Ärzte sind in Deutschland bei weitem am höchsten. Veränderung der Zeittakte könnte ressourcensparend und gesundheitsfördernd sein – für Patienten und Ärzte zugleich.

Schlüsselworte: Hausarzt-Patient-Kommunikation, Inanspruchnahme, Gesprächsdauer, Patientenzentrierung, Arbeitsbelastung, Primärärztsystem, psychosoziale Belastung, sozialkompensatorische Behandlung, Ressourcenorientierung

The results of a European comparative study on GP-patient-communication show significant country- and health system-specific differences. In Belgium, Germany and Switzerland, patients clearly have higher expectations towards their GPs than in countries with a gatekeeper system. In countries with direct access to specialists, physicians have altogether more time for the patients at their disposal, which is, however, distributed differently. In Germany, short and frequent consultations dominate, while in Belgium and Switzerland consultations are fewer, but longer. One reason for this are specific discussion and relations styles. Work load and discontent of the physicians are by far highest in Germany. A modification of the clock pulses might help to save resources and be health-promoting – for patients as well as physicians.

Keywords: GP-patient-communication, utilization, duration of consultations, patient centeredness, work load, gatekeeper system, psychosocial stress, sociocompensatory treatment, resource orientation

■ 1. Eine ubiquitäre Patientenerwartung: Mein Hausarzt hat Zeit für mich

Nicht zufällig heißt es *Sprechstunde*. Insofern Krankheiten nicht nur *in*, sondern *zwischen den Menschen* (von Weizsäcker 1947) sind, gründet ärztliches Handeln in gemeinsamer Beziehungsbildung, die letztlich kommunikativ vermittelt ist. Neben dem Wunsch nach Soforthilfe im Notfall und der Erwartung nach gründlicher körperlicher Untersuchung ist es daher ein prioritäres Patienten Anliegen, dass der Hausarzt Zeit hat und zuhört. Dies gilt unabhängig vom jeweiligen Gesundheitssystem (Wensing M/Mainz J/Grol R 1998; Grol/Wensing 2000; Klingenberg et al. 1996, 137).

Doch was heißt das: Zeit haben? Zeit kann „wie im Fluge

vergehen“ oder „quälend lang“ erscheinen – und beides kann sich auf dasselbe objektiv-messbare Zeitquantum beziehen. Subjektiv erlebte und kalendarische Zeit müssen nicht übereinstimmen, und so lässt sich auch die Frage danach, wann genügend Zeit zur Verfügung steht, nicht ohne Bezug auf die Klärung der zu bewältigenden Aufgaben – Zeit wofür? – beantworten.

In europäischen Hausarztpraxen wird, wie im Folgenden darzustellen ist, Gesprächszeit nach Art und Umfang sehr unterschiedlich zur Verfügung gestellt. Die Vermutung liegt nahe, dass darin auch unterschiedliche Aufgabenstellungen zum Ausdruck kommen. Gerade die deutsche Situation zeigt markante Charakteristika, die im Vergleich zur Situation in den Nachbarländern kritisch diskutiert werden soll.

* Dr. disc. pol. Ottomar Bahrs
Abteilung Medizinische Psychologie der Universität Göttingen

Waldweg 37, 37073 Göttingen · Tel.: (05 51) 39 81 95 ·
Fax: (05 51) 39 81 94 · E-Mail: obahrs@gwdg.de

■ 2. EUROCOM – Eine vergleichende Studie zur Patient-Hausarzt-Interaktion in sechs europäischen Ländern

Die EUROCOM-Studie wurde von 1996-1999 mit finanzieller Unterstützung der EG/EC im Rahmen des BIOMED2-Programms in sechs europäischen Ländern parallel durchgeführt. An der Studie waren insgesamt 3695 Patienten und 190 Hausärzte¹ beteiligt (siehe Tabelle 1). Die Datenerhebung fand 1997/1998 statt. Dabei wurden bei jedem Arzt mit Einverständnis der jeweiligen Patienten 20 aufeinanderfolgende Sprechstundengespräche mit einer festinstallierten Videokamera aufgezeichnet. Die dokumentierten Gespräche wurden nach dem international validierten Roter's Interactional Analysis System (RIAS) kodiert und vergleichend ausgewertet. Darüber hinaus wurden die beteiligten Patienten und Hausärzte befragt, so dass neben soziodemografischen Daten von Patienten, Ärzten und Praxen auch umfangreiche Informationen über Konsultationsanlässe und an die Gespräche herangetragene Erwartungen, über ärztliche Diagnosen und Bewertungen der Situationen aus Patienten- und Arztsicht, über die gesundheitliche Verfassung (aus Patientensicht) sowie über die Interaktionsgestaltung selbst vorliegen². Ein erster zusammenfassender Report wurde 1999 veröffentlicht (van den Brink-Muinen et al. 1999, 2000). Weiterhin liegen spezifische Auswertungen bezüglich der Gesprächszeit (Deveugle et al. 2002), dem Medikamentengespräch (Bahrs 1998, Bahrs/Pohl 2002) sowie zur Patientenzentrierung (Bahrs 2002) vor.

TABELLE 1: Studienbeteiligte

Land	Anzahl der Hausärzte	Anzahl der Patienten	Anzahl ausgewerteter dokumentierter Gespräche
Niederlande	31	582	450
England	27	446	357
Spanien	27	546	435
Belgien	31	602	465
• Flandern	20	385	300
• Wallonien	11	217	165
Deutschland	43	898	679
• Ost	14	280	210
• West	29	618	469
Schweiz	31	621	442
• Deutschschweiz	20	415	294
• Romandie	11	206	148
Alle Länder	190	3695	2828

Quelle: EUROCOM-Studie

2.1. Gesprächsdauer

Für das Gespräch in der hausärztlichen Sprechstunde werden durchschnittlich 12,3 Minuten eingeplant. Die beobachteten Gespräche dauerten durchschnittlich 10,8 Minuten und waren damit systematisch kürzer. Dabei zeigten sich erhebliche länderspezifische Unterschiede (siehe Abbildung 1).

ABBILDUNG 1

Kalkulierte und beobachtete Sprechzeit in Minuten

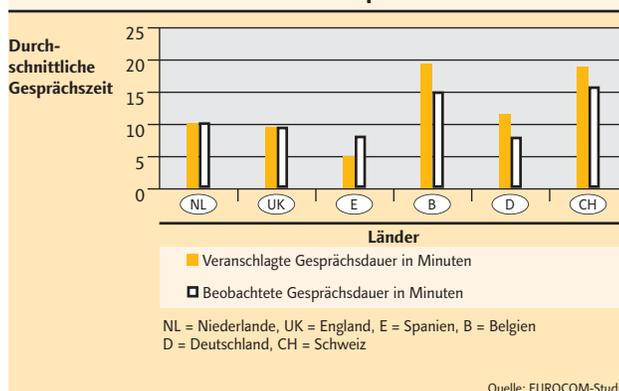


TABELLE 2: Konsultationsdauer

Land	„Kurzgespräch“ Dauer der 25% kürzesten Konsultationen	„Normalgespräch“ Dauer der 50% mittleren Konsultationen	„Langgespräch“ Dauer der 25% längsten Konsultationen	Durchschnittliche Konsultationsdauer
Niederlande	<6,4	<9,2	>12,3	10,1
England	<6,1	<8,5	>12	9,4
Spanien	<5	<7	>9,9	7,8
Belgien	<9,7	<13,8	>18,4	15,2
• Flandern	<9	<12,8	>16,8	14
• Wallonien	<11,8	<16,5	>21,7	17,5
Deutschland	<4,5	<7	>9,7	7,6
• Ost	<4,9	<7,1	>9,7	7,6
• West	<4,3	<6,9	>9,7	7,6
Schweiz	<9,4	<14	>20,2	16
• Deutschschweiz	<8,4	<12	>16,1	13,5
• Romandie	<14	<19,8	>27,5	20,9
Alle Länder	<6,1	<9,2	>13,5	10,8

Quelle: EUROCOM-Studie

In Ländern, in denen ein direkter Zugang zur gebietsärztlichen Versorgung möglich ist (Belgien, Deutschland und Schweiz), wird durchgängig mehr Gesprächszeit eingeplant als in den Ländern mit einem Primärärztsystem. Die Planungen werden in den Nicht-Primärärztländern aber systematisch nicht erreicht, während sich Kalkulation und Realisierung in den Niederlanden und England nicht unterscheiden und in Spanien sogar mehr Gesprächszeit zur Verfügung gestellt wurde als veranschlagt.

Betrachtet man nur die dokumentierten Gespräche, so lassen sich drei Ländergruppen bilden. Deutschland und Spanien sind gleichsam „Kurzgesprächsländer“: die Konsultation ist hier in der Regel nach 8 Minuten vorbei. Selbst die 25 Prozent umfangreichsten Gespräche sind im Durchschnitt nicht länger als die 25 Prozent kürzesten Gespräche in Belgien und der Schweiz, den beiden „Langgesprächsländern“, und entsprechen den Normalgesprächen in den Niederlanden und England (siehe Tabelle 2). Für die „Langgesprächsländer“ gilt das umgekehrte: die 25 Prozent kürzesten

Gespräche entsprechen den Normalgesprächen in den Niederlanden und England.

2.2. Determinanten der Gesprächsdauer

Insgesamt lassen sich patientenbezogene, arztbezogene, interaktionsbezogene, situationsbezogene, praxisbezogene und systembezogene Einflüsse unterscheiden³.

Die systemischen Aspekte wiegen dabei bei weitem am stärksten. Freier Zugang zur gebietsärztlichen Versorgung, hohe Hausarztichte und städtisches Milieu fördern die Gesprächsdauer, hohe Arbeitsbelastung wirkt eher hindernd. Weiterhin spielt die Praxisgröße (Zahl der pro Jahr vom Arzt versorgten Patienten) ebenso eine (fördernde) Rolle wie die Zufriedenheit des Arztes mit den Rahmenbedingungen des ärztlichen Handelns.

Hervorzuheben sind die eindeutigen Bezüge zwischen Gesprächsdauer und Beziehungs- und Gesprächsgestaltung. Erkennbares Interesse des Arztes und dargestellte Ängstlichkeit des Patienten schlagen sich in längeren Gesprächen nieder. Weiterhin korrespondieren längere Gespräche mit einem höheren Maß an Einbeziehung der Patienten in die Problemdefinition, die als Indikator für Patientenzentriertheit gelten kann. Dies findet seinen Ausdruck beispielsweise darin, dass der relative Anteil von Aushandlungsprozessen bei längeren Gesprächen höher ist, psychosoziale Themen stärker thematisiert werden und durchaus auch konfrontative Elemente zu beobachten sind. Direktivität des Arztes und affirmatives Patientenverhalten wirken naheliegenderweise nicht gesprächsfördernd⁴.

Patientenbezogene Prädiktoren der Gesprächsdauer sind das Alter, die subjektiv empfundene Beeinträchtigung insbesondere bezüglich der Bewältigung des Alltags und das Vorliegen psychosozialer Probleme. Konsultationen mit mehrfach belasteten chronisch Kranken und Erstgespräche dauern typischerweise länger. Unseren Daten zufolge nimmt die Gesprächsdauer mit der Häufigkeit der Arztbesuche tendenziell ab. Dies verweist darauf, dass Gesprächszeit unterschiedlich organisiert werden kann.

2.3. Exkurs: Das Problem der sogenannten „high utilizer“

Zunehmend wird die Frage danach aufgeworfen, ob die Inanspruchnahme gesundheitlicher Dienstleistungen gezielt erfolgt. Inadäquate und übermäßige Nutzung der Ressourcen wird insbesondere bei den sogenannten „high utilizern“ vermutet. Übermäßige Inanspruchnahme könnte als Indikator für inadäquate Problempassung bei Patient und/oder Arzt gesehen werden (Appleby et al. 1996) – insofern ist eine Aufklärung der Nutzungsgewohnheiten von erheblicher Bedeutung für Qualitätsförderung und Gesundheitspolitik. Übermäßige Inanspruchnahme stellt weiterhin eine erhebliche Belastung für Behandler und deren Arbeitszufriedenheit dar – ca. 15-20 Prozent der Konsultationen betreffen ca. 3 Prozent der Patienten (Gill et al. 1998; Neal et al. 1998; Vedsted/Olesen 1999 a,b); insofern kann eine an der Entwicklung von Handlungs-

alternativen orientierte Aufklärung über die Nutzungsgewohnheiten einen Beitrag zur Gesundheitsförderung bei Patienten und Behandlern leisten. Weil bei den „high utilizern“ ein erhebliches Einsparpotential vermutet wird, erscheint eine Analyse von Inanspruchnahmeprofilen unter dem Gesichtspunkt der Verteilungsgerechtigkeit und einer bedarfsorientierten Allokation der zur Verfügung stehenden Ressourcen gleichermaßen bedeutsam.

Aus den vorliegenden Literaturberichten geht hervor, dass

- das, was unter einem „high utilizer“ verstanden wird, länderspezifisch differiert⁵;
- hohe Inanspruchnahme als Ausdruck eines subjektiv empfundenen Bedarfs interpretiert werden muss (Baez et al. 1998);
- „high utilizer“ als „abweichend“ empfundene Körperreaktionen schlechter selbst deuten können und mit höherer Ängstlichkeit reagieren als Vergleichsgruppen (Conroy et al. 1999; Portegijs et al. 1996; Sensky et al. 1996);
- Probleme des Bewegungsapparats, chronische Müdigkeit, Verdauungsstörungen, psychische Probleme und soziale Probleme häufiger vorgetragen werden (Andersson et al. 1995; Baez et al. 1998; Coverley et al. 1995; Heywood et al. 1998; Jyvasjarvi et al. 1998; Ridsdale et al. 1994, 1999; Sensky et al. 1996);
- chronisch Kranke häufiger den Hausarzt konsultieren (Baez et al. 1998, Heywood et al. 1998);
- die soziale Situation einen bedeutenden Einflussfaktor darstellt: ältere Menschen, Frauen, Erwerbslose und Patienten mit geringerer Schulbildung haben häufigeren Hausarztkontakt (viele Autoren);
- „high utilizer“ häufiger unter Distress stehen (Karlsson et al. 1995) und somatisieren, d.h. psychosoziale Probleme am eigenen Körper aushandeln (Jyvasjarvi et al. 1998; Portegijs et al. 1996; Sensky et al. 1996);
- hausärztliche Versorgung daher biopsychosozial und sozialkompensatorisch ausgerichtet sein müsste, um nicht die Tendenz zur somatischen Fixierung zu unterstützen (Appleby et al. 1996; Baez et al. 1998; Grol 1985);
- „high utilizer“ häufiger Medikamente erhalten (Cabedo Garcia et al. 1995; Heywood et al. 1998);
- Hausärzte sich zumeist (bei rund 90 Prozent) ihrer „High utilizer“ als einer Problemgruppe mit einem unerfüllten Versorgungsbedarf bewusst sind (Maguire/Clarke 1996);
- ungeklärt ist, ob die hohe Inanspruchnahme als Ausdruck der Leistungsfähigkeit einer (sozialkompensatorisch wirksamen) hausärztlichen Versorgung oder als deren Scheitern zu interpretieren ist (Heywood et al. 1998).

Nun hängt die Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen insgesamt ab vom subjektiv wahrgenommenen Hilfebedarf des

Patienten (funktionelle Beeinträchtigung, Sorge, Anspruchsniveau), vom objektiven Unterstützungsbedarf (Gesundheitszustand, Absicherung im sozialen Netz, soziale Unterstützung, Besorgnis des Behandlers), dem Angebot an Gesundheitsdienstleistungen sowie deren Erreichbarkeit (Finanzen, Zeit). Da sich diese Größen wechselseitig beeinflussen, streift der Blick auf die „high utilizer“ nur einen Teil des Problems. Studien zur primärmedizinischen Versorgung belegen eine große Variabilität der Behandler (Howie et al. 1997; van den Brink-Muinen et al. 1998), auch bezüglich der Inanspruchnahmefrequenzen (Neal et al. 1998). Die Vermutung liegt nahe, dass dabei auch die Interaktion zwischen Patient und Arzt (Balint et al. 1975) und Einflüsse des Gesundheitssystems eine Rolle spielen.

2.4. Häufigkeit der Arztbesuche

Die an der Studie beteiligten Patienten suchen durchschnittlich alle 6 Wochen den Hausarzt auf. Auch bezüglich der Kontaktfrequenz zeigten sich erhebliche Unterschiede zwischen den Ländern (siehe Tabelle 3). Diese sind zwar nicht so markant wie bezüglich der Gesprächsdauer, fallen aber dennoch ins Auge. In Deutschland wird der Hausarzt mit Abstand am häufigsten (12 mal im Jahr) konsultiert, in den Niederlanden mit Abstand am seltensten (4,4 mal im Jahr). Hinsichtlich der Häufigkeit der Arztbesuche sind keine Bezüge zum Gesundheitssystem erkennbar. Die Ergebnisse stimmen weitgehend mit Befunden aus der fast zeitgleich durchgeführten europäischen Gemeinschaftsstudie EUROPEP (Grol et al. 2000, 883; Grol/Wensing 2000, 38) überein.

TABELLE 3: Häufigkeit d. Hausarztbesuche pro Jahr

Land	„low utilizer“ Zahl der 25% seltensten Besuche	„normal utilizer“ Zahl der 50% durchschnittlich häufigen Besuche	„high utilizer“ Zahl der 25% häufigsten Besuche	Durchschnittliche Besuchszahl
Deutschland	<3	<8	>15	12
• Ost	<5	<10	>17	12,7
• West	<3	<7	>15	11,7
England	<3	<6	>12	8,4
Schweiz	<2	<5	>11	7,4
• Deutschschweiz	<2	<5	>10	7,1
• Romandie	<1	<6	>12	8,1
Belgien	<3	<5	>10	7,2
• Flandern	<3	<5	>8	6,5
• Wallonien	<3	<6	>10	8,4
Spanien	<2	<5	>10	6,8
Niederlande	<2	<4	>6	4,4
Alle Länder	<2	<5	>10	8

Quelle: EUROCOM-Studie

2.5. Determinanten der Häufigkeit der Inanspruchnahme

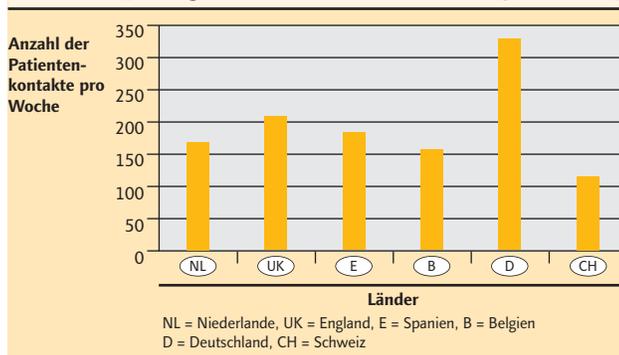
Im Hinblick auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme wurden dieselben Einflüsse geprüft wie bezüglich der Gesprächsdauer. Dabei zeigte sich, dass patientenbezogene Merkmale bezüglich der Kontaktfrequenz eine größere Rolle spielen als bezüglich der Gesprächsdauer. Ältere Menschen, Patienten mit niedrigeren

Bildungsabschlüssen und Frauen nehmen den Hausarzt häufiger in Anspruch. Sie haben geringere Erwartungen bezüglich der medizinischen Versorgung, und aus Arzt- und Patientensicht erscheint ein psychosozialer Beschwerdehintergrund als bedeutsam. Patienten mit höherer Kontaktfrequenz fühlen sich stärker körperlich beeinträchtigt, klagten über Schwierigkeiten bei der Bewältigung ihres Alltags. Oft handelt es sich um chronisch Kranke.

Häufigere Inanspruchnahme findet sich typischerweise bei Patienten, die bereits seit Jahren bei ihrem Hausarzt in Behandlung und diesem – zumindest aus ärztlicher Sicht – gut bekannt sind. Die Häufigkeit der Kontakte wird durch teilnehmende Äußerungen und geringere Gereiztheit des Arztes gefördert. Insgesamt bietet sich so das Bild einer auf Vertrauen gründenden Langzeitbetreuung.

ABBILDUNG 2

Workload¹ (Häufigkeit von Patientenkontakten pro Woche)



NL = Niederlande, UK = England, E = Spanien, B = Belgien
D = Deutschland, CH = Schweiz

¹ Workload wurde definiert als Summe der Anzahl der Sprechstundengespräche und der doppelt gewichteten Zahl der Hausbesuche und der 0,5-fach gewichteten Zahl der telefonischen Beratungen pro Woche.

Quelle: EUROCOM-Studie

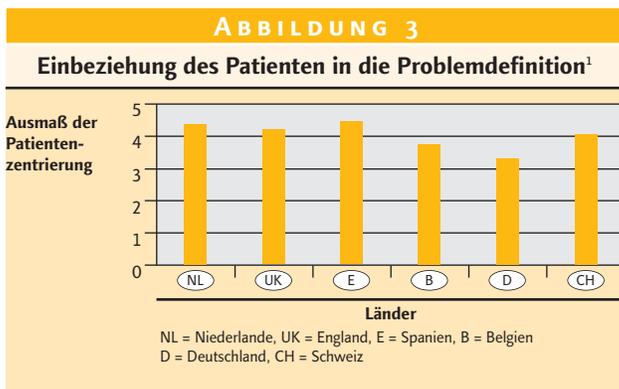
Während arztbezogene Merkmale ohne Einfluss bleiben, wirkt sich die Organisation des Gesundheitssystems deutlich auf die Häufigkeit der Inanspruchnahme aus. In den Ländern ohne Primärarztsystem war neben der individuellen Inanspruchnahme der Patienten auch die Anzahl der wöchentlichen Patientenkontakte – und damit die Arbeitsbelastung – der Hausärzte höher. Bei näherer Betrachtung wird deutlich, dass dieser Effekt nahezu ausschließlich auf die deutsche Situation zurückzuführen ist (siehe Abbildung 2).

2.6. Arbeitsbelastung

Die an der Studie beteiligten Hausärzte sahen durchschnittlich 200 Patienten pro Woche. In der Schweiz gab es mit knapp 120 die durchschnittlich seltensten, in Deutschland mit knapp 330 die häufigsten Konsultationen. Die deutschen Praxen haben damit eine eindeutige Sonderstellung, die nur zu einem geringen Teil mit einem effektiven zeitlichen Mehraufwand einhergeht. Tatsächlich arbeiten die belgischen Hausärzte sogar etwas länger und die Schweizer Kollegen nur unwesentlich weniger als die deutschen.

Hervorzuheben ist aber, dass die Arbeitszeit in den Ländern ohne Primärärztsystem mit durchschnittlich 48 1/2 Stunden wöchentlich gut 11 Stunden höher ist als für die Gatekeeper in England, den Niederlanden und Spanien (*van den Brink-Muinen et al. 1999, 51*). Noch wesentlicher erscheint mir, dass die verfügbare Zeit in Belgien und der Schweiz anders verteilt wird als in Deutschland.

Die hohe Arbeitsbelastung findet ihren Niederschlag nicht nur in den ärztlichen Einstellungen, sondern auch in den konkreten Patient-Arzt-Interaktionen. Die deutschen Ärzte sind mit ihrer Arbeit deutlich unzufriedener – insbesondere mit den Rahmenbedingungen ihres Handelns –, sie haben ein höheres Sicherheitsbedürfnis (schnellere Überweisung) und äußern sich weniger patientenorientiert. Dieses Bild bestätigt sich in den beobachteten Interaktionen, die im Vergleich zu den Nachbarländern stärker arzt dominiert sind und medizinische Aspekte deutlich stärker gewichten als psychosoziale. Insgesamt gesehen sind die Konsultationen in Deutschland am wenigsten patientenzentriert (*siehe Abbildung 3*).



1. Beobachterrating: Ausmaß der Einbeziehung des Patienten in die Problemdefinition, 5-stufige Likert-Skala (1 = gar nicht, 5 = ausgeprägt)

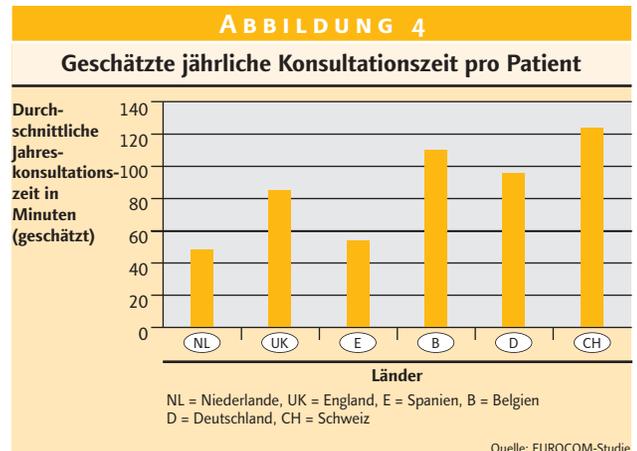
Quelle: EUROCOM-Studie

Kurze und häufige Gespräche – so scheint sich die hausärztliche Sprechstunde in Deutschland charakterisieren zu lassen. Kontaktdauer und -frequenz sollen nunmehr zusammen betrachtet und damit die Frage nach der Zeitverteilung aufgeworfen werden.

2.7. Jährliche Gesprächszeit

Die tatsächliche jährliche Gesprächszeit pro Patient lässt sich verlässlich nur auf Basis einer Verlaufsdocumentation angeben. Die Beobachtungen in den Praxen fanden im Rahmen der EUROCOM-Studie jedoch nur an je 1-3 Tagen statt, so dass die erforderlichen Informationen nicht direkt zur Verfügung stehen. Die jährliche Gesprächszeit wird daher mit Hilfe einer Schätzgröße dargestellt, die sich als Produkt der beobachteten Gesprächszeit und der Häufigkeit der Konsultationen im Vorjahr ergibt (*siehe Abbildung 4*). Die Schätzung deutet darauf hin, dass den Patienten in den Ländern ohne Primärärztsystem systematisch mehr Gesprächszeit eingeräumt wird und die Patienten diese auch in Anspruch nehmen. Dies lässt

sich so interpretieren, dass die Hausärzte in den Ländern, in denen ein direkter Zugang zur gebietsärztlichen Versorgung möglich ist, sich stärker um ihre Patienten bemühen (müssen), die auch in unserer Befragung deutlich höhere Erwartungen an das Gespräch äußerten als Patienten aus den Primärärztländern.



Hervorzuheben ist, dass die deutlichen Unterschiede, die im Hinblick auf Gesprächsdauer und Kontakthäufigkeit zwischen Belgien und der Schweiz auf der einen und Deutschland auf der anderen Seite zu konstatieren sind, im Hinblick auf die gesamte jährliche Gesprächszeit weitgehend eingeebnet sind. Dies deutet darauf hin, dass grundsätzlich auch in Deutschland die pro Patient zur Verfügung stehende Zeit anders verteilt werden könnte.

3. Zusammenfassung und Ausblick

Auf alle beteiligten Länder bezogen suchen Patienten ihren Hausarzt durchschnittlich achtmal (Deutschland: zwölfmal) im Jahr auf, die Gespräche dauern im Mittel knapp elf (Deutschland: knapp acht) Minuten. Die Unterschiede zwischen den Ländern sind beträchtlich. Unsere Daten stimmen – bezogen auf die einzelnen Länder – mit den Ergebnissen anderer Untersucher überein (*Deveugele et al. 2002, 472; Kruse et al. 1999*). Die Gesprächszeit ist offenbar auch angebotsinduziert: mit steigender Hausarztichte nimmt auch die Gesprächszeit zu⁶. Weiterhin zeigten sich auch in der EUROCOM-Studie die bereits berichteten Zusammenhänge zu sozialen Parametern wie Alter, Geschlecht, Erwerbsstatus und Bildungsstand sowie zum Gesundheitszustand. Insofern kann dem hausärztlichen Gespräch eine sozialkompensatorische Funktion zukommen, die u.a. in Abhängigkeit von Praxislage und Bildungsstand der Patienten in Form längerer oder aber in Form häufigerer Gespräche moduliert wird. In ländlichen Gebieten und bei Patienten mit niedrigerem Bildungsstand überwiegen kurze und häufige Konsultationen. Zunahme der Inanspruchnahme ist mit einem wach-

senden Gewicht des psychosozialen Beschwerdehintergrunds assoziiert. Häufige Besucher sind dem Hausarzt besser bekannt. Dennoch ist – wie vermutet – mit zunehmender Besuchsfrequenz die Interaktion zwischen Patient und Arzt durch Spannungen gekennzeichnet, und die Gespräche sind wenig patientenzentriert. Hier deutet sich eine systematische Überforderung der Hausärzte an.

Hohe Inanspruchnahme ist aber vor allem systemisch bedingt. Gesundheitsdienstleistungen werden nirgendwo in Europa so häufig in Anspruch genommen wie in Deutschland. Dies gilt vor allem für die gebietsärztliche, aber auch für die hausärztliche Versorgung (Lüschen et al. 1995, 68).

Die Ergebnisse lassen vermuten, dass Konsultationen, in denen Raum für die Patienten – Beteiligungschance und Zeit – zur Verfügung steht, ressourcensparend sind. Der durch Wiederholungskontakte erforderliche Zeitaufwand für Patienten und Ärzte kann ebenso wie deren emotionale Belastung gesenkt werden. Dementsprechend sollten durch gezielte Qualifizierungsangebote und gesundheitspolitische Akzentsetzungen Anreize dafür geschaffen werden, dass in Deutschland nicht länger die vergleichsweise häufigsten, kürzesten, arztzentriertesten und für Patienten und Ärzte gleichermaßen am meisten belastenden Gespräche geführt werden. Ob es konkrete Veränderungsmöglichkeiten gibt, soll u.a. in dem gerade begonnenen Projekt „Salutogenetische Orientierung in der hausärztlichen Praxis (Gesundheitsfördernde Praxen)“ untersucht werden, das in einer Kooperation der Universitäten Göttingen und Witten/Herdecke sowie des AOK-Bundesverbandes durchgeführt wird (vgl. <http://www.gesundheitsfoerdernde-praxen.de/>).

Grenzen der Studie

Auch wenn bei der Auswahl von Ärzten und Patienten große Sorgfalt aufgewendet wurde, so handelt es sich doch nicht um eine repräsentative Studie. Schon aufgrund der Fragestellung ist zu erwarten, dass Ärzte mit besonderem Interesse für die Patient-Arzt-Interaktion in der Studie überrepräsentiert sind. Dies gilt für alle Länder und stellt insofern die Vergleichbarkeit nicht in Frage. Der Zugang zu den Praxen gestaltete sich in den Teilnahmeländern freilich unterschiedlich, je nach Forschungstradition und Kooperationsbereitschaft der Allgemeinärzte. Eine repräsentative Zufallsauswahl, wie sie in den Niederlanden möglich war, wäre in Deutschland und der Schweiz völlig undenkbar. Dennoch konnte in Deutschland jeder tausendste Hausarzt für die Mitarbeit gewonnen werden, und ein Vergleich mit in den Ländern vorliegenden sozialstatistischen Angaben zeigt, dass Ärzte und Praxen sich nicht signifikant von anderen Grundgesamtheiten unterscheiden (van den Brink-Muinen et al. 1999, 27ff; Bahrs 2002). Mit dem Vorbehalt, dass es sich nicht um Repräsentationsschlüsse handelt, erscheinen mir daher empirisch begründete Verallgemeinerungen durchaus möglich.

Danksagung

Danken möchte ich an dieser Stelle den an der Studie beteiligten Patienten und Ärzten, ohne deren Kooperationsbereitschaft Praxisforschung nicht möglich wäre. Weiterhin danke ich den Koordinatoren der internationalen Studie A. van den Brink-Muinen, P. Verhaak und J. Bensing vom NIVEL-Institut in Utrecht, den nationalen Koordinatoren M. Deveugele (Belgien), L. Gask und N. Mead (England), F. Leiva-Fernandez und A. Perez (Spanien) und V. Messerli, M. Peltenburg und L. Oppizzi (Schweiz), sowie meinen Mitarbeitern D. Pohl, B. Eckelmann, N. Eckelmann, U. Schmidt, K. Buchtal, A. Klingenberg, T. Käshammer und R. Kuhn.

Fußnoten

- 1 International ist der Begriff Hausarzt für Allgemeinärzte (General Practitioners) reserviert, während in Deutschland, dem SGB V folgend, auch Kinderärzte und Gynäkologen hausärztlich tätig sein und ein entsprechendes Selbstverständnis entwickeln können. In die vergleichende Studie wurden ausschließlich Ärzte für Allgemeinmedizin einbezogen.
- 2 Die Studie zielte auf eine Analyse der Interaktionsmuster in einer gegebenen singulären Konsultation. Wir haben daher auf die Erhebung von Verlaufsdaten verzichtet, die Aussagen über die Krankheitschwere ermöglicht hätten. Auch liegen uns aus ärztlicher Sicht lediglich Diagnosen sowie Abschätzungen des Ausmaßes eines psychosozialen Beschwerdehintergrundes vor, so dass wir bezüglich der Krankheitschwere überwiegend auf die Selbsteinschätzungen der Patienten zurückgreifen müssen.
- 3 Dass in den französischsprachigen Gebieten von Belgien und der Schweiz die meiste Gesprächszeit eingeplant und verwandt wird, weist darüber hinaus auf kulturelle Unterschiede hin, denen wir aber im Rahmen der Studie nicht weiter nachgehen konnten.
- 4 Indikatoren für Direktivität sind: Hohe Gesprächsanteile, Themenwechsel sowie Nichtbeachten von Gesprächssignalen des Interaktionspartners (hier in der Regel des Patienten). Bezogen auf formale Merkmale des Gesprächs spreche ich von affirmativem Patientenverhalten bei einem hohen Anteil zustimmender Äußerungen und gleichzeitig geringem Gesprächsanteil des Patienten.
- 5 Dänemark: >3 Hausarztbesuche pro Jahr (Vedstedt/Olesen 1999 a,b); Schweden: >4 Hausarztbesuche pro Jahr (Andersson et al. 1995); Finnland: >10 Hausarztbesuche pro Jahr (Karlsson et al. 1995); England: durchschnittlich 12 (Sensky et al. 1996) bzw. > 12 Hausarztbesuche pro Jahr (Heywood et al. 1998)
- 6 Insofern ist das Phänomen der „high utilization“ auch gesundheits-systemabhängig und kann gerade nicht auf spezifische Patientengruppen reduziert werden. Unsere Ergebnisse legen es weiterhin nahe, neben der Häufigkeit der Arztbesuche auch die Dauer der Konsultationen in die Betrachtung einzubeziehen.

Literatur

- Andersson SO/Mattsson B/Lynoe N (1995):** Patients frequently consulting general practitioners at a primary health care centre in Sweden – a comparative study. In: Scand J Soc Med, 23 (4), 25, 1-7.
- Appleby L/Amos T/Doyle U/Tomenson B/Woodman M (1996):** General practitioners and young suicides: a preventive role for primary care. In: Br J Psychiatry, 168 (3), 330-3.
- Baez K/Aiarzaguena J/Grandes G/Pedrero E/Aranguren J/Retolaza A (1998):** Understanding patient-initiated frequent attendance in primary care: a case-control study. In: Br J Gen Pract, 48 (437), 1824-7.
- Bahrs O (1998):** Methodologische Überlegungen zur Bedeutung komple-

mentärer Verfahren in der Hausarzt-Patienten-Interaktion. In: Konitzer M (Hrsg.): Zur interaktiven Bedeutung der komplementären Verfahren in der hausärztlichen Praxis, Peter Lang, Frankfurt Berlin Bern New York Paris Wien, 45-65.

Bahrs O (2002): Patientenzentrierung in der hausärztlichen Praxis; in: Altgeld Th, Blättner B (Hrsg.): Neue Wege der Patienteninformation. Von der Mitarbeit der Patienten zur gemeinsamen Entscheidung, (im Druck).

Bahrs O/Pohl D (2002): Interaktionsaspekte des Verschreibungsprozesses in der Allgemeinpraxis; in: Z. Allg. Med., 78, 140-144.

Balint M/Hunt J/Joyce D/Marinker M/Woodcock J (1975): Das Wiederholungsrezept - Behandlung oder Diagnose? Klett, Stuttgart.

Cabedo Garcia VR/Poveda Andres JL/Peiro Moreno S/Nacher Fernandez A/Goterris Pinto (1995) MA: Factores determinantes del gasto por prescripción farmaceutica en atención primaria Factors determining costs of drug prescriptions in primary health care. In: Aten Primaria, 31; 16(7),407-8, 410-2, 414-6.

Conroy RM/ Smyth O/Siriwardena R/ Fernandes P (1999): Health anxiety and characteristics of self-initiated general practitioner consultations. In: J Psychosom Res, 46 (1), 45-50.

Coverley CT/Garralda ME/Bowman F (1995): Psychiatric intervention in primary care for mothers whose schoolchildren have psychiatric disorder. In: Br J Gen Pract, 45 (394), 235-7.

Deveugele M/Derese A/van den Brink-Muinen A/Bensing J/de Maesener J (2002): Consultation length in general practice: cross sectional study in six European countries. In: BMJ (England), Aug 31 2002, 325 (7362), 472-473.

Gill D/Dawes M/Sharpe M/Mayou R (1998): GP frequent consulters: their prevalence, natural history, and contribution to rising workload. In: Br J Gen Pract, 48 (437), 1856-7.

Grol, RPTM (1985): Die Prävention somatischer Fixierung. Heidelberg, Springer.

Grol R/Wensing M/Mainz J/Jung HP/Ferreira P/Hearnshaw H/Hjortdahl P/Olesen F/Reis S/Ribacke M/Szecsényi J (European Task Force on Patient Evaluations of General Practice Care (EUROPEP)) (2000): Patients in Europe evaluate general practice care: an international comparison. In: Br J Gen Pract 50 (460), 882-7.

Grol R/Wensing M (2000): Patients evaluate general/family practice – The EUROPEP instrument.

Heywood PL/Blackie GC/Cameron ICH/Dowell AC (1998): An assessment of the attributes of frequent attenders to general practice. Fam Pract, 15 (3), 198-204.

Howie JG/Heaney DJ/Maxwell M (1997): Measuring quality in general practice. Pilot study of a needs, process and outcome measure. In: Occas Pap R Coll Gen Pract, 75, i-xii, 1-32.

Jyvasjarvi S/Keinanen-Kiukaanniemi S/Vaisanen E/Larivaara P/Kivela SL (1998): Frequent attenders in a Finnish health centre: morbidity and reasons for encounter. In: Scand J Prim Health Care, 16 (3), 141-8.

Karlsson H/Lehtinen V/ Joukamaa M (1995): Are frequent attenders of primary health care distressed? In: Scand J Prim Health Care, 13 (1), 32-8.

Klingenberg A/Bahrs O/Szecsényi J (1996): Patientenzufriedenheit in der ambulanten Versorgung - Kontinuierliche Qualitätsförderung durch Einbezie-

hung der Patientenperspektive. In: Die Ersatzkasse, 76 (4), 137-139.

Kruse J/Heckrath C/Schmitz N/Alberti L/Tress W (1999): Zur hausärztlichen Diagnose und Versorgung psychogen Kranker. Ergebnisse einer Feldstudie; in: Psychother Psychosom Med Psychol, 49, 1, 14-22.

Lüschen G/Cockerham W/van der Zee J/Stevens F/Diederiks J/Ferrando MG/d'Houtaud A/Peeters R/Abel T/u. Niemann S (1995): Health systems in the european union - diversity, convergence and integration; Oldenbourg, München.

Maguire N/Clarke J (1996): Do Irish general practitioners know how often their patients consult? In: Ir Med J, 89 (6), 219.

Neal RD/Heywood PL/Morley S/Clayden AD/Dowell AC (1998): Frequency of patients' consulting in general practice and workload generated by frequent attenders: comparisons between practices. In: Br J Gen Pract, 48 (426), 895-8.

Portegijs PJ/van der Horst FG/Proot IM/Kraan HF/Gunther NC/Knottnerus JA (1996): Somatization in frequent attenders of general practice. In: Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 31 (1), 29-37.

Ridsdale L/Evans A/Jerrett W/Mandalia S/Osler K/Vora H (1994): Patients who consult with tiredness: frequency of consultation, perceived causes of tiredness and its association with psychological distress. In: Br J Gen Pract, 44 (386), 413-6.

Ridsdale L/Mandalia S/Evans A/Jerrett W/Osler K (1999): Tiredness as a ticket of entry. The role of patients' beliefs and psychological symptoms in explaining frequent attendance. General Practice Fatigue Group. In: Scand J Prim Health Care, 17 (2), 72-4.

Sensky T/MacLeod AK/Rigby MF (1996): Causal attributions about common somatic sensations among frequent general practice attenders. Psychol Med, 26 (3), 641-6.

van den Brink-Muinen A/Bensing JM/Kerssens JJ (1998): Gender and communication style in general practice. Differences between women's health care and regular health care. In: Med Care, 36 (1), 100-6.

Van den Brink-Muinen A/Verhaak PFM/Bensing JM/Bahrs O/Deveugele M/Gask L/Mead N/Leiva-Fernandes F/Perez A/Messerli V/Opizzi L/Peltenburg M (1999): The Eurocommunication-Study – An international comparative study in six European countries on doctor-patient communication in general practice; Utrecht.

van den Brink-Muinen A/Verhaak PFM/Bensing JM/Bahrs O/Deveugele M/Gask L/Mead N/Leiva-Fernandez F/Messerli V/Opizzi L/Peltenburg M/Perez A (2000): Doctor-patient communication in different European health care systems: relevance and performance from the patients' perspective, Patient education & counseling, 39, 1, 115-127.

Vedsted P/Olesen F (1999a): Frequent attenders in out-of-hours general practice care: attendance prognosis. In: Fam Pract, 16 (3), 283-8.

Vedsted P/Olesen F (1999b): Effect of a reorganized after-hours family practice service on frequent attenders. In: Fam Med, 31 (4), 270-5.

Weizsäcker, V.v. (1947): Der Begriff der Allgemeinen Medizin, Enke, Stuttgart.

Wensing M/Mainz J/Grol R (1998): EUROPEP – Development and validation of an European standardised outcome instrument for patient evaluation of the quality of care in general practice. Report for the international conference in Copenhagen, 3-4 October 1998.

DER AUTOR



Ottomar Bahrs

wurde 1951 in Hamburg geboren. 1978 Diplom-Sozialwirt, 1990 Promotion an der Universität Göttingen. Längjährige Tätigkeit als Medizinsoziologe in Forschung und Lehre an den Universitäten/Hochschulen in Göttingen, Hannover und Kassel; seit 1994 Organisation und

Durchführung von Weiterbildungsveranstaltungen und Seminaren im Auftrag von Ärztekammern und Kassenärztlichen Vereinigungen. Arbeitsschwerpunkte: Umgang mit chronischer Krankheit, Kommunikation zwischen Professionellen und Klienten, Qualitätssicherung durch Qualitätszirkel, Gesundheitsförderung