

Aus der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie  
Kollegiale Leitung: Prof. Dr. Wolfgang Böcker  
und Prof. Dr. Boris Holzapfel  
vormals Klinik und Poliklinik für Orthopädie, Physikalische Medizin  
und Rehabilitation  
Klinik der Universität München  
Direktor: Prof. Dr. med. Dipl.-Ing. Volkmar Jansson

**Psychische Belastungen in der Orthopädie:  
Sichtweisen von Orthopäden, Belastung ihrer  
Patienten und Besonderheiten der Arzt-Patienten-Interaktion**  
**- eine explorative Mixed Methods Studie -**

Dissertation  
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin  
an der Medizinischen Fakultät der  
Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von  
Maria Giovanna Chiara Durand  
aus Genua

2022

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. Dipl.-Ing. Volkmar Jansson

Mitberichterstatter: Prof. Dr. Julia Seiderer-Nack

Mitbetreuung durch den promovierten Mitarbeiter: Prof. Dr. med. Christof Birkenmaier

Dekan: Prof. Dr. med. Thomas Gudermann

Tag der mündlichen Prüfung: 15.12.2022

*Meiner Familie gewidmet.*

# Inhaltsverzeichnis

<b>Zusammenfassung .....</b>	<b>8</b>
<b>1 Einleitung.....</b>	<b>10</b>
<b>1.1 Theoretischer Hintergrund.....</b>	<b>10</b>
1.1.1 Einführung: Zur Rolle der Psyche in der Chirurgie .....	10
1.1.2 Begriffsklärungen: Psychosomatik, psychische Komorbidität, psychische Faktoren .....	11
1.1.3 Psychische Komorbidität und psychische Faktoren in der Orthopädie .....	14
1.1.4 Schmerzen ohne (ausreichendes) somatisches Korrelat .....	18
1.1.5 Die Arzt-Patienten-Interaktion .....	19
1.1.6 Fazit aus dem Forschungsstand.....	22
<b>1.2 Empirische Studie.....</b>	<b>22</b>
1.2.1 Das Projekt „Patient als Partner“ .....	22
1.2.2 Diese Studie .....	22
1.2.3 Ethische Unbedenklichkeit .....	23
<b>2 Studienteil I - Ärztebefragung.....</b>	<b>24</b>
<b>2.1 Methode.....</b>	<b>24</b>
2.1.1 Studiendesign .....	24
2.1.2 Stichprobenauswahl .....	24
2.1.3 Kurzfragebogen .....	25
2.1.4 Leitfaden .....	25
2.1.5 Durchführung der Interviews .....	26
2.1.6 Transkription.....	26
2.1.7 Qualitative Auswertung der Interviews .....	26
<b>2.2 Ergebnisse.....</b>	<b>27</b>
2.2.1 Stichprobenbeschreibung.....	28
2.2.2 Kategorie 1: Herausforderungen im Zusammenhang mit psychischer Belastung der Patienten.....	29
2.2.3 Kategorie 2: Umgang mit aufgewühlten Patienten.....	31
2.2.4 Kategorie 3: Erkennungsmerkmale von psychisch belasteten Patienten .....	34
2.2.5 Kategorie 4: Ansprechen der psychischen Aspekte mit dem Patienten .....	37
2.2.6 Kategorie 5: Weitere Diagnostik und Behandlung .....	41
2.2.7 Kategorie 6: Hürden .....	45
2.2.8 Einzelfallinterpretationen: Drei verschiedene Ansichten zu OPs und Psyche .....	47
<b>3 Studienteil II - Patientenbefragung.....</b>	<b>57</b>
<b>3.1 Methode.....</b>	<b>57</b>
3.1.1 Studiendesign .....	57
3.1.2 Ablauf der Erhebung.....	57
3.1.3 Stichprobe.....	58
3.1.4 Erhebungsinstrumente.....	58
3.1.5 Gütekriterien .....	60
3.1.6 Statistische Fallzahlschätzung .....	62
3.1.7 Auswertungsmethoden .....	62
<b>3.2 Ergebnisse.....</b>	<b>63</b>
3.2.1 Beschreibung der Stichprobe .....	64

3.2.2	Auswertung des HADS-D Fragebogens: Angst- und Depressionssymptomatik .....	67
3.2.3	Allgemeine Qualität der Arzt-Patient-Gespräche aus Patientensicht (P.A.INT).....	75
3.2.4	Einflussfaktoren auf die Dauer des Gespräches.....	77
<b>4</b>	<b><i>Diskussion</i></b> .....	<b>79</b>
<b>4.1</b>	<b>Diskussion von Studienteil I: Ärztebefragung</b> .....	<b>79</b>
4.1.1	Stichprobenmerkmale und Generalisierbarkeit der Ergebnisse .....	79
4.1.2	Diskussion der Ergebnisse .....	80
<b>4.2</b>	<b>Diskussion von Studienteil II: Patientenbefragung</b> .....	<b>91</b>
4.2.1	Stichprobenmerkmale und Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse.....	92
4.2.2	Diskussion der Ergebnisse .....	92
<b>4.3</b>	<b>Schlussfolgerungen</b> .....	<b>98</b>
<b>5</b>	<b><i>Literaturverzeichnis</i></b> .....	<b>100</b>
<b>6</b>	<b><i>Abbildungsverzeichnis</i></b> .....	<b>110</b>
<b>7</b>	<b><i>Tabellenverzeichnis</i></b> .....	<b>111</b>
<b>8</b>	<b><i>Anhang</i></b> .....	<b>112</b>
<b>8.1</b>	<b>Studienunterlagen</b> .....	<b>112</b>
8.1.1	Ärztebefragung: Einwilligungserklärung .....	112
8.1.2	Ärztebefragung: Fragebogen Demographie und PEF-Präferenz.....	113
8.1.3	Ärztebefragung: Interview-Leitfaden .....	114
8.1.4	Patientenbefragung: Studieninformation .....	116
8.1.5	Patientenbefragung: Einwilligungserklärung .....	121
8.1.6	Patientenbefragung: Fragebogen.....	122
<b>8.2</b>	<b>Auswertung der Fragebögen</b> .....	<b>135</b>
8.2.1	Dauer des Gespräches.....	135
8.2.2	HADS-D .....	136
8.2.3	P.A.INT .....	139
<b>8.3</b>	<b>Unbedenklichkeitsbescheinigung der Ethikkommission</b> .....	<b>143</b>
<b>9</b>	<b><i>Danksagung</i></b> .....	<b>144</b>
<b>10</b>	<b><i>Affidavit</i></b> .....	<b>145</b>

## Gender Disclaimer

In dieser Arbeit wird die männliche Form (generisches Maskulinum) von Personen und Berufsbezeichnungen (z.B. „Orthopäde“, „Ärzte“) zur besseren Lesbarkeit durchgehend beibehalten. Mit dieser Form sind stets alle Geschlechteridentitäten (männlich, weiblich, divers) gemeint.

Zamolxis unser König, [...] sagt,  
so wie man nicht unternehmen dürfe die Augen zu heilen ohne den Kopf,  
noch den Kopf ohne den ganzen Leib,  
so auch nicht den Leib ohne die Seele [...].  
Denn auch derzeit, sagte er, ist eben dieses der Fehler bei den Menschen,  
dass welche versuchen nur für eins von beiden Ärzte zu sein.

*Platon,  
Charmides (De Temperantia)  
Übersetzung von Friedrich E. D. Schleiermacher*

# ZUSAMMENFASSUNG

## Hintergrund

Psychosomatik ist ein weit gefasster Begriff, der psychische Faktoren, psychische Komorbidität sowie funktionelle, somatoforme Störungen miteinschließen kann. Psychische Faktoren und Komorbiditäten können u.a. einen Einfluss haben auf die Schmerzwahrnehmung, das Operationsergebnis und die Patientenzufriedenheit, während funktionelle und somatoforme Störungen Orthopäden vor verschiedenen diagnostischen, kommunikativen und therapeutischen Herausforderungen stellen. Diese explorative mixed methods Studie erforscht die Ansichten und Strategien von orthopädischen Ärzten im Umgang mit psychischen Belastungen ihrer Patienten sowie die Zusammenhänge zwischen der psychischen Belastung der Patienten und der Wahrnehmung und Dauer der Arzt-Patienten-Interaktion.

## Methoden

Im Rahmen des qualitativen Teils dieser Studie (Teil I) wurden neun Ärzte aus der orthopädischen Abteilung einer universitären Klinik leitfadenbasiert interviewt. Die Interviews wurden transkribiert und computerunterstützt durch das Programm MAXQDA basierend auf der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse ausgewertet. Die quantitative Untersuchung (Teil II) befasste sich mit den ambulanten Patienten aus der Poliklinik derselben Abteilung: Im Zeitraum von 20 Wochen wurde der Fragebogen jedem Patienten angeboten, der die Poliklinik betrat und die Einschlusskriterien erfüllte. Es wurden 635 ausgefüllte Fragebögen erhalten. Diese enthielten die standardisierten Fragebögen HADS-D (Hospital Anxiety and Depression Scale, Deutsche Version) und P.A.INT (Patienten-Arzt-Interaktion) sowie demographische und gesundheitsbezogene Fragen. Die Patienten sollten auch angeben, wie lange das Gespräch mit dem Arzt gedauert hatte. Die erhaltenen Daten wurden mit SPSS deskriptiv und inferenzstatistisch ausgewertet.

## Ergebnisse

Die Ergebnisse der Interviewauswertung wurden kategorienbasiert aufgeführt. Aus der Fragestellung ergaben sich folgende Hauptkategorien: Die Herausforderungen im Zusammenhang mit psychischer Belastung, der Umgang der Ärzte mit aufgewühlten Patienten, die Strategien der Ärzte bezüglich Erkennung, Ansprechen und weiterer Diagnostik und Behandlung von Patienten mit psychischen Belastungen, sowie die Hürden, wenn sie solche Aspekte adressieren wollen. Basierend auf der Kategorie der weiteren Diagnostik und Behandlung wurden drei Interviews ausgesucht und darüber eine Fallzusammenfassung verfasst.

Die Auswertung der Fragebögen ergab, dass die Patienten der Poliklinik stärker durch Angst und Depression belastet waren als die Allgemeinbevölkerung. Angst und Depression zeigten darüber hinaus einen hochsignifikanten Zusammenhang mit der Wahrnehmung der Arzt-Patienten-Interaktion ( $p=0$ ) sowie mit der Dauer der Interaktion ( $p=0$  bzw.  $0,003$ ).

## Diskussion

Die Analyse der Interviews ergab, dass die Ärzte in verschiedenen Bereichen ihrer täglichen Arbeit Herausforderungen erleben aufgrund von psychischen Belastungen von Patienten,

u.a. in der Kommunikation, Diagnostik und Behandlung. Das Verständnis von Psychosomatik der Ärzte sowie ihre Strategien bezüglich Diagnostik und Behandlung waren sehr heterogen. Sie beschrieben verschiedene Hürden, die es ihnen schwer machen, psychische Belastungen ihrer Patienten in ihrer täglichen Arbeit zu berücksichtigen, u.a. der Zeitmangel, eine mangelnde Expertise, die Angst der Patienten vor Stigmatisierung und Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit anderen Experten.

Die erhöhte Belastung der orthopädischen Patienten durch Angst und Depression entspricht den Angaben in der Literatur. Der Zusammenhang zwischen psychischer Belastung und der Arzt-Patienten-Interaktion wurde im orthopädischen Bereich noch nicht untersucht und ist in unserer Studie hochsignifikant. Die Gespräche mit Patienten, die durch Angst und Depression belastet waren, waren signifikant länger, dennoch waren die Patienten weniger zufrieden mit der Interaktion als psychisch unbelastete Patienten.

### Fazit

Orthopädische Ärzte werden in der Behandlung von Patienten mit psychosozialen Belastungen mit einer Vielzahl von Problemen konfrontiert: Aufgabenstellung, Zeitmangel, Stigmatisierung, eigenes Unwissen, Mangel an Strukturen oder Kollegen, die sie in solchen Situationen unterstützen können. Dennoch erscheint es unablässig, Patienten mit psychosozialen Belastungen, die gerade in der Orthopädie häufig sind, adäquat zu behandeln. Aufgrund der Ergebnisse wird der Einsatz von Screeninginstrumenten empfohlen, um psychisch belastete Patienten schnell zu erkennen und ihnen eine weitere, parallele Diagnostik und Behandlung durch Experten anbieten zu können. Auch erscheint es sinnvoll und empfehlenswert, gezielte Fortbildungen für Orthopäden anzubieten, in denen sie sowohl Techniken der Arzt-Patienten-Kommunikation als auch wichtige Inhalte zu Diagnostik und Behandlung der für ihr Fach relevantesten psychischen Aspekte und somatoformen Störungen erlernen können.

# 1 EINLEITUNG

## 1.1 Theoretischer Hintergrund

### 1.1.1 Einführung: Zur Rolle der Psyche in der Chirurgie

Unter den Ärzten sind Chirurgen bekannt für Qualitäten wie Entschlossenheit, Tatkraft und handwerkliches Geschick [1]. Die Kunst des Chirurgen besteht darin, Defekte im menschlichen Körper zu erkennen und sie soweit wie möglich zu reparieren oder aber die kranken Anteile zu entfernen. Die Voraussetzung für den Siegeszug der modernen Chirurgie war die Entwicklung der Anästhesie [2]. Sie ermöglichte es, die Patienten für den Eingriff soweit bewusstlos und schmerzfrei zu machen, dass man ihre Körper operieren konnte ohne Interferenzen durch ihre Psyche. Dieses Paradigma funktioniert bis heute hervorragend und hat zu den unglaublichen Errungenschaften der modernen Chirurgie geführt. Chirurgen können heute Eingriffe durchführen, die bis vor einem Jahrhundert absolut undenkbar waren.

Der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie ist in erster Linie ein Chirurg, und als solcher muss er sich mit komplexen Operationstechniken vertraut machen. Im Operationsaal ist er verantwortlich für das Leben des Patienten. Ein Chirurg, der sein Handwerk nicht beherrscht, kann innerhalb von wenigen Minuten, ja von Sekunden falsche Entscheidungen treffen oder falsche Handgriffe machen, die zum großen Schaden oder gar zum Tode des ihm ausgelieferten Patienten führen können. Dass jeder Chirurg also sein primäres Augenmerk in der Ausbildung darauf richtet, ein guter Operateur zu werden, und dass es auch die Ärztekammer so fordert, ist nachvollziehbar und wünschenswert. Doch das gilt für die Zeit während der Operation. Die Arbeit des Chirurgen beginnt aber viel früher: Wenn es nämlich darum geht, eine Diagnose und die Indikation für eine Operation zu stellen. Und sie endet mit der Phase der Restitution und Rehabilitation, wenn der Patient sich - idealerweise - gut erholt hat. In diesen langen und wichtigen Phasen seiner Arbeit ist der Chirurg wieder mit dem ganzen Menschen im Patienten konfrontiert. Oft ist das ein Mensch, der über Schmerzen klagt, die nur er fühlen und beschreiben kann. Ein Mensch, der eine Geschichte mit sich bringt, die es teilweise zu enthüllen gilt. Ein Mensch, der nicht trennbar ist von seinen Erwartungen, Gefühlen und Gedanken hinsichtlich seiner Krankheit und seines Arztes. Mit den Worten von Bernt Hontschik, Facharzt für Allgemeinchirurgie und Schüler von Thure von Uexküll: *„Der psychische oder psychosomatische Anteil am Entstehen und am Verlauf einer Erkrankung, von dessen Existenz auch der Chirurg weiß, befindet sich im Moment der eigentlichen Operation außerhalb des Blickfelds der Beteiligten. Er tritt in der ersten Phase der chirurgischen Tätigkeit (Indikation) und in der dritten Phase (Restitution) aber so stark in den Vordergrund, dass Kenntnisse über die Psychogenese von Krankheiten und die Psychodynamik der Beziehung zwischen Patient und Chirurg in der modernen Chirurgie unverzichtbar sind. [...] Die ärztliche Kunst des Chirurgen besteht darin, in der einen Situation wie ein Uhrmacher (trivial) zu öffnen, zu reparieren und zu schließen, in der anderen Situation (nicht trivial) die Bedeutung der Beziehung zwischen Chirurg und Patient zu erkennen, die Interpretation der Zeichen des Patienten und des*

Arztes als Leitschiene der Entscheidungen beider auf dem Weg der Salutogenese zu suchen.“[3]

## 1.1.2 Begriffsklärungen: Psychosomatik, psychische Komorbidität, psychische Faktoren

„Psychosomatik“: Ein mehrdeutiger Begriff

Der Begriff „Psychosomatik“ wurde zum ersten Mal 1818 von einem deutschen Psychiater, Johann C.A. Heinroth, verwendet, sollte aber erst in den 20er und 30er Jahren des 20. Jahrhunderts durch Autoren wie Deutsch, von Weizsäcker, Dunbar, Alexander, u.a. seinen festen Platz in der medizinischen Literatur finden [4]. Schon seit ihren Ursprüngen lassen sich zwei grundlegende psychosomatische Ansätze identifizieren, der holistische und der psychogenetische Ansatz [5]. Letzterer identifiziert eine Reihe von Erkrankungen, die als „psychosomatisch“ bezeichnet werden, weil davon ausgegangen wird, dass bei ihrer Entstehung oder ihrem Verlauf die Wirkung der Psyche auf den Körper besonders ausgeprägt ist. Früher wurden dazu die klassischen „Psychosomatosen“ gezählt: Ulcus duodeni, Colitis ulcerosa, essentielle Hypertonie, rheumatoide Arthritis, Hyperthyreose, Neurodermitis und Asthma bronchiale, Erkrankungen, welche als „*Folgestände chronisch vegetativer Spannung bei entsprechender Disposition*“[6](S.2) betrachtet wurden. Die Annahme, dass diese Erkrankungen vorwiegend psychogener Natur seien, konnte nicht bestätigt werden. Im heutigen medizinischen Sprachgebrauch meint man mit psychosomatischen Störungen in der Regel funktionelle, somatoforme oder medizinisch unerklärte Störungen: Auch im ICD-10<sup>1</sup> wird der Begriff „psychosomatische Störung“ nur an einer Stelle aufgeführt, nämlich als in die somatoformen Störungen (F45.0, F45.1, F45.9) eingeschlossen [7]. Beide Begriffe sollen allerdings aus dem ICD-11 verschwinden, somatoforme Störungen sollen in Zukunft unter den „somatischen Belastungsstörungen“ (6C20) kodiert werden [8, 9].

Andererseits kann der Begriff Psychosomatik eine allgemeine Betrachtungsweise auf den Menschen bedeuten, mit den Worten von Klußmann: „[...] *ein urärztlich-selbstverständliches Anliegen, das der »gute alte Hausarzt« beherrscht hat: er berücksichtigt seelische Faktoren bei der Diagnosestellung und Behandlung, ohne viel darüber nachzudenken.*“[6](S.1). Der holistische Ansatz erkennt an, dass jede Erkrankung unvermeidlich psychosoziale Aspekte hat [5].

Mehrere Autoren sehen die psychogenetische Deutung des Begriffes als problematisch an, denn sobald wir einige spezielle Erkrankungen als „psychosomatisch“ bezeichnen, unterstellen wir gewissermaßen, dass die Psyche bei anderen Störungen keine Rolle spielen würde. Diese Verwendung des Begriffs birgt also die Gefahr, ein dualistisches Verständnis der Medizin zu fördern. Dazu schreibt Egger, Professor für Biopsychosoziale Medizin an der Medizinischen Universität Graz: „*Dieses Psychogenese-Modell ist im Lichte der biopsychosozialen Theorie allerdings obsolet. Hier gilt nämlich, dass bei jedem Krankheitsprozess auch psychologische und öko-soziale Faktoren als potenzielle Einflussgrößen zu kalkulieren sind. Jedenfalls ist der bereits in die Laiensprache*

---

<sup>1</sup> International Classification of Diseases, zu Deutsch internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision

*eingewanderte Begriff der «psychosomatischen Krankheiten» nicht länger haltbar. Er suggeriert zwei Klassen von Krankheiten, nämlich psychosomatische und nicht-psychosomatische. Eine solche Dichotomie ist auf der Basis des biopsychosozialen Modells weder logisch richtig noch wissenschaftlich nützlich.<sup>2</sup>[10]* Egger bezieht sich hier auf das biopsychosoziale Modell von Engel [11], welches bis heute die in der Wissenschaft vermutlich bekannteste Theorie für die Beziehung zwischen Körper und Psyche darstellt. Engel plädierte 1976 für ein neues Modell für die gesamte Medizin, zur Korrektur der Defizite des alten dem Reduktionismus und Mechanizismus verschriebenen Modells der streng biomechanischen Betrachtung [11]. In den letzten Jahrzehnten sind verschiedene Erweiterungen und Ergänzungen dieses Modells vorgeschlagen worden, u.a. von Egger, aber auch schon früher von den bekanntesten Vätern der psychosomatischen Medizin in Deutschland, Viktor von Weizsäcker und Thure von Uexküll. Sie hatten ein Verständnis von Psychosomatik, das weit über das Psychogenesemodell hinausreichte. Von Uexkülls deklarierte Ziele waren u.a., eine integrierte Medizin in der Praxis zu ermöglichen und „[...] die dualistische Spaltung der Heilkunde in eine Medizin für Körper ohne Seelen und eine Psychologie für Seelen ohne Körper [zu] überwinden“[12].

Schließlich gibt es in Deutschland seit 1992 den Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Früher Facharzt für Psychotherapeutische Medizin, umbenannt im Jahr 2003). Die Psychosomatik ist also ein institutionalisiertes Fach der heutigen Medizin in Deutschland, mit eigenen Fachabteilungen und Kliniken. Charakteristisch für diesen Facharzt ist, dass er seine Patienten hauptsächlich psychotherapeutisch behandelt und gleichzeitig als Arzt einen sicheren Umgang mit der v.a. internistischen und psychiatrischen Diagnostik und Pharmakologie pflegt [13]. Die Definition der Weiterbildungsordnung lautet: „Das Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie umfasst die Erkennung, psychotherapeutische Behandlung, Prävention und Rehabilitation von Krankheiten und Leidenszuständen, an deren Verursachung psychosoziale und psychosomatische Faktoren einschließlich dadurch bedingter körperlich-seelischer Wechselwirkungen maßgeblich beteiligt sind.“[14]

Man kann also im heutigen medizinischen Sprachgebrauch mindestens drei Bedeutungen des Begriffes „psychosomatisch“ wiederfinden: als eine Gruppe von speziellen Störungen, als ärztliche Betrachtungs- und Herangehensweise sowie als medizinische Fachrichtung.

### Psychische Komorbidität tritt bei körperlichen Erkrankungen häufig auf

Der Begriff „Komorbidität“ wurde 1970 von Feinstein geprägt: „Bei einem Patienten mit einer bestimmten Indexerkrankung bezieht sich der Begriff „Ko-morbidität“ auf ein beliebiges zusätzliches ko-existierendes Leiden“<sup>3</sup> [15]. Heutzutage besteht Einigkeit darüber, dass Komorbidität dann besteht, wenn zwei Störungen parallel vorhanden sind, und dass sich der Begriff auf Erkrankungen und Störungen bezieht und nicht auf Begleiterscheinungen wie z.B. Übelkeit, wie es Feinstein ursprünglich beschrieben hatte [16]. Der Begriff birgt die scheinbare Schwierigkeit, dass er eine Hierarchie der Erkrankungen nahelegt, doch die Indexerkrankung ergibt sich aus dem Forschungsziel bzw. aus der Abteilung, in welcher der Patient behandelt wird [16]. In den letzten zwanzig Jahren machten viele Untersuchungen deutlich, dass bei fast allen körperlichen Erkrankungen

<sup>2</sup> Unterstrichene Stellen im Original kursiv.

<sup>3</sup> Original: „In a patient with a particular index disease, the term co-morbidity refers to any additional co-existing ailment“, eigene Übersetzung.

seelische Störungen (insbesondere Angst und Depression) häufiger auftreten als in der körperlich gesunden Allgemeinbevölkerung, und zwar weit über die zufällige Koinzidenz hinaus [17-19]. Hierfür existieren verschiedene Erklärungsmodelle, insbesondere werden ätiologische Zusammenhänge identifiziert. Ausgehend von solchen Erklärungsmodellen schlagen Schüßler et al.[19] sieben Grundmuster von Komorbidität vor. Danach sind somatopsychische Störungen psychische Störungen, die organisch mitbedingt sind: Hiermit sind organische Auswirkungen der Erkrankung oder der pharmakologischen Behandlung auf das ZNS gemeint. Andererseits können seelische Störungen und ihre Auswirkungen körperliche Erkrankungen verursachen und deren Verlauf beeinflussen (z.B. im Zusammenhang zwischen Depression und Herzinfarkt). Darüber hinaus kann eine gemeinsame Ursache für die seelische und die körperliche Erkrankung bestehen, wie z.B. eine schwere Missbrauchserfahrung in der Kindheit. Seelische Störungen können als Folge der körperlichen Erkrankung auftreten: Das ist der Fall bei den Anpassungsstörungen, die als gestörte Bewältigung einer körperlichen Erkrankung auftreten können und bei der Abhängigkeit von Suchtstoffen oder Medikamenten, wenn diese der Flucht aus den Krankheitsauswirkungen dienen. Eine bereits früher aufgetretene seelische Störung kann durch eine körperliche Erkrankung getriggert werden und erneut auftreten oder verstärkt werden. Wenn eine körperliche Erkrankung bei jemandem mit erhöhten Risikobedingungen auftritt, kann die Auseinandersetzung damit zu einer manifesten seelischen Störung führen. Darüber hinaus können komplexe Wechselwirkungen zwischen organischen, pharmakogenen und psychischen Faktoren bestehen. Unabhängig von diesen komplexen ätiologischen Zusammenhängen kann das Vorhandensein einer psychischen Erkrankung den Verlauf der somatischen Erkrankung verändern, und umgekehrt. Die Auswirkungen von psychischer Komorbidität in der Orthopädie werden im nächsten Kapitel dargestellt.

#### Psychische Faktoren: psychische Merkmale, die Einfluss auf somatische Krankheiten haben

Der dritte Begriff, den es zu klären gilt, ist der der „psychischen Faktoren“. Damit sind in der Regel psychische Merkmale gemeint, die an sich nicht krankhaft sind, also keine psychischen Störungen darstellen, und dennoch Auswirkungen auf die Entstehung und den Verlauf von somatischen Erkrankungen haben können [20]. Relevante psychische Faktoren sind insbesondere in der Schmerzforschung bekannt. Dazu gehören Denkmuster, die sich günstig oder ungünstig auf die Schmerzwahrnehmung auswirken können, wie Optimismus vs. katastrophisierendes Denken [21], interne vs. externe Kontrollüberzeugungen [22], realistische, eher optimistische Erwartungen vs. stark unrealistische oder pessimistische Erwartungen [23]. Auch Angst und Depression werden oft zu den psychischen Faktoren gezählt, wobei sowohl eine ängstliche oder depressive Symptomatik gemeint sein kann als auch eine klinische Diagnose. Wenn es um die Erforschung von Risikofaktoren für ein schlechtes Operationsergebnis oder für die Schmerzchronifizierung geht, werden psychische Komorbidität und psychische Faktoren oft gemeinsam betrachtet, so auch in dieser Arbeit bei der Darstellung des bisherigen Forschungsstands.

Diese Übersicht zeigt, dass es verschiedene, unterschiedlich ausgeprägte psychische Merkmale gibt, die facettenreiche Einflüsse auf eine somatische Krankheit, deren Behandlung und die Arzt-Patienten-Beziehung haben können. In den folgenden Abschnitten werden die besonders relevanten Aspekte von psychischen Faktoren, psychischer Komorbidität und Somatisierung in der Orthopädie näher betrachtet, sowie die aktuelle

Studienlage dazu dargestellt. Darüber hinaus wird auf die bisherige Forschung zu den Besonderheiten der Arzt-Patienten Kommunikation bei psychischer Belastung in der Orthopädie eingegangen.

### 1.1.3 Psychische Komorbidität und psychische Faktoren in der Orthopädie

Laut dem aktuellen Wissensstand verursacht die psychische Komorbidität von Patienten in orthopädischer Behandlung vor allem folgende Probleme [19, 24].

In erster Linie ist bekannt, dass sich die allgemeine Lebensqualität verschlechtert, wenn ein Patient neben einem körperlichen, auch ein seelisches Gesundheitsproblem hat [25].

Zudem kann eine psychische Störung dazu führen, dass körperliche Symptome – insbesondere Schmerzen - und funktionelle Einschränkungen stärker wahrgenommen werden [26, 27].

Der Verlauf der körperlichen Erkrankung kann sich auch darüber hinaus verschlechtern, indem es z.B. zur Chronifizierung kommt [27, 28]. Auch die Ergebnisse von medizinischen Behandlungsmaßnahmen wie Operationen [29, 30] oder der Rehabilitationsprozess [31] können negativ beeinflusst werden.

Darüber hinaus kann eine psychische Komorbidität mit einer schlechteren Therapie-Compliance einhergehen [32] und die Arzt-Patienten-Beziehung erschweren [33].

Schließlich gibt es viele Hinweise dafür, dass durch Komorbidität sowohl die Krankenhausliegedauer [34], als auch die Gesundheitskosten [35] steigen.

#### 1.1.3.1 Schmerz und Psyche

##### Zusammenhänge von Schmerz und Psyche aus psychotherapeutischer sowie neurobiologischer Sicht

Aus psychotherapeutischer Sicht sind verschiedene Mechanismen der Beeinflussung der Schmerzentstehung durch die Psyche bekannt [36]: Schmerz kann entstehen oder verstärkt werden durch Lernvorgänge (bekannt ist v.a. die operante Konditionierung), psychodynamische Prozesse (darunter der Konversionsmechanismus) [37] oder als Folge von psychischen Traumata [38]. Im Bereich der Neurobiologie erforschen viele Studien mittels Neuroimaging die Zusammenhänge zwischen Kognition, Emotionen und Schmerzwahrnehmung im ZNS [39]. Auf den Schmerz fokussierte Aufmerksamkeit verstärkt zum Beispiel sowohl die Wahrnehmung der Schmerzstärke als auch die Aktivität in bestimmten Hirnarealen, besonders in der Insula und im primären somatosensiblen Kortex [40]. Eine veränderte Aktivität im anterioren Gyrus cinguli scheint dagegen einherzugehen mit der Wahrnehmung eines besonders unangenehmen Schmerzes und steigt bei der Auslösung von negativen emotionalen Zuständen [41]. Die Placebo-Analgesie, welche hauptsächlich über die Erwartung einer Schmerzreduktion funktioniert, scheint ähnliche Hirnareale zu aktivieren wie ein positiver emotionaler Zustand und kann durch Naloxon reduziert werden, indem der Opioidantagonist die Verbindung zwischen dem anterioren

Gyrus Cinguli und dem periaquäduktalem Grau und damit die subkortikale Schmerzhemmung unterbindet [39, 42].

### Psychosoziale Faktoren spielen eine Rolle bei der Chronifizierung und Entstehung von Rückenschmerzen

Viele der beschriebenen Mechanismen wirken sowohl bei akuten als auch bei chronischen Schmerzen: Die Psyche hat immer eine modulierende Wirkung auf die Schmerzwahrnehmung [43]. Doch eine besonders wichtige Rolle spielen psychische Faktoren beim chronischen Schmerz. Es existieren eine große Anzahl an Quer- und prospektiven Längsschnittstudien sowie mehrere systematische Reviews, z. T. mit statistischen Metaanalysen, welche die Rolle von psychosozialen Faktoren für die Chronifizierung von Rückenschmerzen untersuchen. Dabei haben sich vor allem folgende Merkmale als wichtige Faktoren immer wieder bestätigen lassen [44]: Eine erhöhte *Depressivität* [45-47], *emotionaler Stress* vor allem im Beruf [48] sowie verschiedene ungünstige Formen der *Schmerzverarbeitung und -interpretation*, darunter Katastrophisierungsgedanken [21] und Angst vor Bewegung bzw. die Überzeugung, dass körperliche Aktivität die Schmerzen verschlimmert („fear-avoidance beliefs“)[46, 49]. Diese Einstellung führt in der Regel dazu, dass Patienten ein besonders ausgeprägtes Schonverhalten pflegen. Der gegenteilige Mechanismus besteht im Durchhalten: Patienten versuchen ihre Schmerzen zu ignorieren, bleiben aktiv oder gar überaktiv und übergehen dabei das Bedürfnis nach Ruhe und Erholung. Beide Mechanismen führen zu erhöhter Schmerzintensität und größerer Beeinträchtigung [50]. Laut einer älteren Übersichtsarbeit (Linton 2000) haben psychosoziale Faktoren stärkeren Einfluss auf die Beeinträchtigung durch Rückenschmerzen als biomechanische Faktoren und sind nicht nur an der Chronifizierung sondern auch am Beginn der Schmerzen maßgeblich beteiligt [27]. Die Notwendigkeit, verschiedene Faktoren (somatische, psychologische, berufliche) bei der Diagnostik und Behandlung von unteren Rückenschmerzen zu berücksichtigen ist heute unumstritten und die psychosozialen Risikofaktoren für eine Chronifizierung haben als „Yellow Flags“ Eingang in die *Nationale Versorgungsleitlinie für den nicht-spezifischen Kreuzschmerz* gefunden [51]. Sie spielen vermutlich auch bei spezifischen Rückenschmerzen, besonders bei der Radikulopathie eine ähnlich wichtige Rolle wie bei den unspezifischen Rückenschmerzen [52]. Obwohl sie für Gelenkschmerzen weniger gut untersucht sind, ist „*empirisch nicht anzunehmen, dass für Gelenkschmerzen andere Bedingungen gelten als für Rückenschmerzen*“[53].

### Chronischer Schmerz und Angst sowie Depression bedingen sich gegenseitig

Insbesondere der Zusammenhang von Depression und Angst mit chronischen Schmerzen ist schon lange bekannt, die Prävalenz dieser Störungen ist bei Schmerzpatienten um ein vielfaches erhöht im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung [54, 55]. Die aktuelle neurobiologische Forschung zeigt, dass chronische Schmerzen durch Neuroplastizität Veränderungen im ZNS hervorrufen (u.a. ein Verlust von grauer Substanz), die in zweiter Instanz sowohl zu einer reduzierten Fähigkeit zur endogenen Schmerzkontrolle als auch zu psychischer Komorbidität führen könnten [39]. Doch laut der klinischen Forschung ist am ehesten von einer reziproken Beziehung auszugehen: psychische Störungen erhöhen das Risiko für die Entwicklung von chronischem Schmerz und umgekehrt [54, 56].

### 1.1.3.2 Orthopädische Eingriffe und Psyche

Die Frage ob und inwieweit eine psychische Belastung einen Einfluss auf das Operationsergebnis haben könnte, wurde in den letzten zwei Jahrzehnten intensiv in Studien untersucht. Im orthopädischen Bereich wurde dieser Aspekt besonders in den Bereichen der Wirbelsäulen-Operationen sowie der Totalendoprothesen von Knie und Hüfte untersucht.

#### Risikogruppen für schlechte Operationsergebnisse bei Bandscheibenoperationen: Yellow flags, chronische Schmerzen und psychiatrische Störungen

Bezüglich der Bandscheibenoperationen identifizieren Klinger et al. [20] auf der Basis einer systematischen Literaturrecherche drei Gruppen von psychologischen Risikofaktoren, die nach dem jetzigen Forschungsstand zu einem schlechten Operationsergebnis führen können. Die erste Gruppe besteht aus Patienten, die von den oben beschriebenen *Yellow Flags* betroffen sind. Selbst bei Patienten mit einem Bandscheibenvorfall kann anhand dieser Faktoren ein schlechtes Operationsergebnis mit einer hohen Wahrscheinlichkeit vorhergesagt werden [57]. Die zweite Gruppe besteht aus Patienten, deren Schmerzen bereits chronifiziert sind: Insbesondere sollte die Operationsindikation bei Patienten mit chronischen unspezifischen Rückenschmerzen streng überprüft werden sowie bei bereits erfolglos am Rücken operierten Patienten, da die Erfolgsrate mit jeder zusätzlichen Operation sinkt [58, 59]. Die dritte von Klinger et al. identifizierte Gruppe besteht aus Patienten mit psychischen oder psychiatrischen Erkrankungen. Sie empfehlen, wenn möglich eine präoperative Behandlung der psychiatrischen Störung bzw. den Vorzug einer multimodalen Therapie statt einer operativen. Eine ähnliche Empfehlung leitet sich aus der systematischen Übersichtsarbeit von Daubs et al. ab: Sie verglichen die Fusionsoperation mit konservativer Therapie bei Patienten mit verschiedenen psychischen Störungen und fanden heraus, dass Patienten mit gewissen Persönlichkeitsstörungen, mit Depression und Neurotizismus eher von konservativen als von operativen Maßnahmen profitierten [60].

#### Knie-TEP Operationen: Psychische Gesundheit sowie Katastrophisierung beeinflussen OP-Ergebnis und Zufriedenheit

Die Totalendoprothese des Knies ist eine etablierte Behandlung der fortgeschrittenen Kniearthrose, eine erfolgreiche Operation geht in der Regel mit einer deutlichen Verbesserung von Schmerz und Lebensqualität einher. Jedoch berichten je nach Studie etwa 10-30% der Patienten über bleibende Schmerzen nach der Operation [61] bzw. sind mit dem Operationsergebnis unzufrieden. Die Patientenzufriedenheit nach der Knie-TEP Operation korreliert in der Regel mit einem geringen Schmerz und einer guten Kniefunktion postoperativ [62-64]. Eine systematische Review aus 2015 [65] kommt zu dem Ergebnis, dass präoperative psychologische Faktoren die postoperativen Ergebnisse beeinflussen und zu persistierenden Schmerzen, schlechterer Funktion der Prothese und schlechterer Zufriedenheit der Patienten führen können. Die in den 19 eingeschlossenen prospektiven Studien analysierten psychischen Faktoren waren Angst, Depression, Katastrophisierungsgedanken (gemessen mit der Pain Catastrophizing Scale) und psychische Gesundheit allgemein. Den Autoren war es allerdings nicht möglich den Effekt

der verschiedenen psychischen Faktoren zu vergleichen. Eine weitere systematische Review [66] identifiziert mittels Metaanalysen Katastrophisierung, psychische Gesundheit, Stärke vom präoperativen Knieschmerz und anderweitige Schmerzen als die stärksten unabhängigen Prädiktoren für persistierende Schmerzen nach Knie-TEP Implantation. Darüber hinaus stellten die Autoren fest, dass der Effekt vom präoperativen Schmerz mit der follow-up Zeit abnahm und 6 Monate postoperativ nicht mehr relevant war, während der Effekt der Katastrophisierung von der nach der OP vergangenen Zeit nicht beeinflusst wurde.

#### Hüft-TEP: Psychische Komorbidität und psychische Faktoren korrelieren mit stärkeren prä- und postoperativen Schmerzen, dennoch profitieren Patienten von der OP

Anhaltende postoperative Schmerzen sind nach einer Hüft-Endoprothesen Operation zwar seltener als nach einer Knie-TEP Operation, dennoch berichten gute Studien über einen Anteil von etwa 9% der Patienten [61]. Mehrere Studien untersuchten den Einfluss von präoperativen psychischen Merkmalen auf postoperative Schmerzen und Zufriedenheit. Eine prospektive Studie von 2014 fand heraus, dass weibliches Geschlecht, starke Angst oder Depression, Typ D Persönlichkeit (charakterisiert durch die Tendenz zur negativen Affektivität und zur sozialen Inhibition [67]) und die Schmerzintensität unmittelbar vor der Operation Risikofaktoren sind für starke postoperative Schmerzen [68]. Eine prospektive randomisierte Studie verglich den Einfluss auf das Outcome von verschiedenen Patientenfaktoren, darunter das präoperative psychische Wohlbefinden, mit dem Einfluss von der Wahl des Implantats und kam zu dem Schluss, dass die Patientenfaktoren viel stärkeren Einfluss auf das Ergebnis hatten als die Wahl des Implantats [69]. Rolfson et al. untersuchten die prospektiven Daten von 6148 Patienten aus dem schwedischen Endoprothesenregister und fanden heraus, dass Depression und Angst mit stärkerem präoperativem Schmerz korrelieren und starke Prädiktoren von postoperativem Schmerz sind. Auch in einer weiteren Studie berichteten die psychisch gestressten Patienten über stärkere Schmerzen sowohl prä- als auch postoperativ, unterschieden sich aber im follow up bis zu fünf Jahren postoperativ nicht von der Kontrollgruppe bezüglich der Zufriedenheit mit der Operation und der Bereitschaft, sich noch einmal operieren zu lassen [70]. Riediger et al.[71] fanden heraus, dass Patienten mit Depressivität und Somatisierung zwar deutlich schlechtere prä- und postoperative WOMAC Werte hatten, jedoch im gleichen Maße wie die Patienten ohne diese Merkmale von der Hüft-TEP profitierten. Diese Autoren kommen zu dem Schluss, dass es sinnvoll sei, Patienten auf psychische Faktoren präoperativ zu untersuchen und ihnen ggfs. besondere Aufmerksamkeit zu widmen, dass die Anwesenheit solcher Faktoren jedoch kein Grund sei, ihnen eine Operation vorzuenthalten. Darüber hinaus zeigen Studien zu Knie- und Hüft-TEP, dass präoperative Angst und Depression zwar mit stärkeren Schmerzen prä- und postoperativ einhergehen, allerdings mit der Besserung der Beschwerden postoperativ auch eine Besserung der Depressions- und Angstsymptomatik eintritt [72, 73].

#### Psychiatrische Diagnosen als Risikofaktor für Komplikationen bei Endoprothesen-implantation

Neben dem Operationsergebnis haben Studien auch den Einfluss von psychischen Faktoren auf die Komplikationsrate bei der Implantation von Endoprothesen untersucht. Laut der

retrospektiven Studie von Klement et al. [74] (n= 86'976 Patienten mit einer psychiatrischen Diagnose und 590'689 in der psychiatrisch gesunden Kontrollgruppe) hatten Patienten mit einer psychiatrischen Diagnose signifikant mehr medizinische und chirurgische Komplikationen 30 Tage, 90 Tage sowie zwei Jahre nach einer Hüft-TEP Operation, u.a. Blutungen, Wundkomplikationen, Lungenembolie, Nierenversagen, Sepsis, periprothetische Infektion oder Fraktur und die Notwendigkeit einer Revisionsoperation. Rasouli et al. [35]. fanden, dass eine präoperative Diagnose von Depression oder Angststörung ein unabhängiger Prädiktor war für postoperative Komplikationen nach Knie- oder Hüft-TEP. Eine Metaanalyse von 2018 untersuchte verschiedene Risikofaktoren, u.a. Depression, für Komplikationen und Langzeitergebnisse von Totalendoprothesen und fand, dass Depression ein signifikanter Risikofaktor für perioperative thromboembolische Ereignisse ist, nicht aber für andere Komplikationen [75].

### Fazit zur Rolle der Psyche bei orthopädischen Operationen

Zusammenfassend zeigt die aktuelle Forschung, dass verschiedene psychische Faktoren wie Depressivität, Angst und ungünstige Denkmuster, aber auch psychiatrische Diagnosen einen Einfluss auf die Schmerzen und die Funktionalität prä- und postoperativ haben und wahrscheinlich sogar zu einem erhöhten Risiko für perioperative Komplikationen führen können, insbesondere thromboembolische Ereignisse, nicht jedoch zu erhöhter perioperativer Mortalität. Das Vorhandensein von psychischen Belastungen führt oft auch langfristig zu einer reduzierten Zufriedenheit mit dem Operationsergebnis.

#### 1.1.4 Schmerzen ohne (ausreichendes) somatisches Korrelat

Es gibt eine große Gruppe von Patienten, die heterogene belastende körperliche Beschwerden hat, ohne dass ein somatisches Korrelat festgestellt werden kann, das die Beschwerden ausreichend erklärt. Die Terminologie und Klassifikation von solchen Beschwerdebildern stellt eine große Herausforderung dar [76]. Im englischen Sprachgebrauch sind sie am ehesten als medically unexplained symptoms (MUS) bekannt, im Deutschen als funktionelle Störungen. In den alten Klassifikationssystemen (ICD-10 [7] sowie DSM-IV [77]) wurden sie meist als somatoforme Störungen kodiert. Heute existieren dafür die Diagnosen *somatic symptoms disorders* (aus dem DSM-5)[78] sowie *bodily distress syndrome*, zu Deutsch somatische Belastungsstörung, letztere eine Diagnose, die ursprünglich von Fink [79] vorgeschlagen wurde und erst mit Inkrafttreten vom ICD-11 verfügbar sein wird [9].

In Deutschland befasst sich die S3-Leitlinie „Funktionelle Körperbeschwerden“ zum einen mit Symptomen und Beschwerden, für die keine somatische Erklärung gefunden werden kann (MUS), zum anderen mit definierten Syndromen oder Symptomclustern wie der Fibromyalgie und schließlich mit den somatoformen Störungen, wie sie im ICD-10 definiert sind [80]. Während die Diagnosekriterien der somatoformen Störung nach ICD-10 den Ausschluss einer die Symptome erklärenden somatischen Erkrankung erforderten, die häufig zur Überdiagnostik mit verheerenden Folgen für Patienten führte, wird das für die Diagnose einer somatischen Belastungsstörung im ICD-11 voraussichtlich nicht der Fall sein.

Bei der neuen Diagnose sind vielmehr psychobehaviorale Kriterien von Bedeutung wie die Fokussierung auf die Beschwerden und die fehlende Beruhigung durch mangelnde Ergebnisse der somatischen Diagnostik [81].

Etwa 10% der Allgemeinbevölkerung ist von funktionellen Körperbeschwerden betroffen [82], in medizinischen Kontexten werden deutlich höhere Häufigkeiten angegeben [83]. Insgesamt werden Patienten mit funktionellen Störungen deutlich häufiger von Allgemeinärzten und Fachärzten der somatischen Fächer als von psychiatrischen oder psychosomatischen Fachärzten behandelt [84, 85]. Die Orthopädie zählt zu den vier Fachdisziplinen, die am häufigsten Patienten mit somatoformen Schmerzstörungen versorgen [85]. Funktionelle Störungen sind häufig mit Angst und Depression assoziiert [80, 86], eine psychische Komorbidität gilt als Risikofaktor für einen schwereren Verlauf [81]. Sie bergen insgesamt die Problematik, dass sie schwer zu diagnostizieren sind [87], dass die Patienten Gefahr laufen, durch übertriebene und nicht notwendige Diagnostik und Therapie geschädigt zu werden, aber auch dass ihnen sinnvolle Diagnostik und Therapie vorenthalten wird [81, 88].

## 1.1.5 Die Arzt-Patienten-Interaktion

### 1.1.5.1 Psychisch belastete Patienten in somatischer Behandlung

Im Umgang primär somatisch orientierter Ärzte mit Patienten, die psychische Belastungen oder somatoforme Störungen aufweisen, können sich verschiedene Herausforderungen ergeben.

#### Die Erkennung von psychischen sowie somatoformen Störungen ist für somatisch orientierte Ärzte erschwert

Essenziell wichtig, aber oftmals nicht einfach ist es, psychische Belastung und ihren Einfluss auf die Erkrankung, die Symptomatik oder die Arzt-Patienten-Beziehung zu erkennen. Das ist bei somatoformen Störungen besonders erschwert: Eine systematische Review [87] identifizierte eine Vielzahl von Hindernissen im Diagnoseprozess von funktionellen und somatoformen Störungen in der Allgemeinmedizin, die nicht nur patienten- und arztbezogen sind sondern sich auch aus der Interaktion, dem Kontext und dem Verständnis bzw. der Operationalisierung von solchen Erkrankungen ergeben. Auch eine begleitende Depression oder sonstige psychische Störung zu erkennen, kann einem primär somatisch orientierten Arzt schwer fallen [89-92].

#### Risiken bei der Behandlung von psychisch belasteten Patienten: Stigmatisierung, Ablehnung, Überdiagnostik, iatrogene Schäden

Hat ein Arzt eine psychische Belastung oder psychosomatische Störung erkannt ergibt sich die nächste Schwierigkeit: Es gilt die Störung adäquat zu behandeln, was manchmal die Fähigkeiten von Spezialisten erfordert, und mit dem Patienten so über das Thema zu kommunizieren, dass er es annehmen kann und sich nicht stigmatisiert oder abgelehnt fühlt. Depressive Patienten können sich abgeschoben fühlen, wenn ihr Arzt sie zum Psychiater überweist [93]. Kenntnisse bezüglich psychischer Störungen und der angemessenen Arzt-Patienten-Kommunikation helfen dem somatisch orientierten Arzt

iatrogene Schäden zu vermeiden. Hält ein Arzt an einem monokausalen nozizeptiven Schmerzmodell fest kann das zu übertrieben ausführlicher somatischer Diagnostik führen sowie zu iatrogenen Schäden im engeren Sinne, falls eine ausschließlich somatische Therapie folgt [94]. Darüber hinaus werden bei unspezifischen Kreuzschmerzen die Förderung von passiven Therapiekonzepten und eine lange, schwer begründbare Bescheinigung von Arbeitsunfähigkeit als iatrogene Chronifizierungsfaktoren beschrieben [51]. Die Evidenz hierzu ist jedoch schwach bzw. uneinheitlich [51]. Eine systematische Review konnte zeigen, dass die Überzeugungen der behandelnden Ärzte über Rückenschmerzen mit den Überzeugungen ihrer Patienten assoziiert sind, und dass Ärzte, die nicht biopsychosozial orientiert sind oder Angstvermeidungs-Überzeugungen haben dazu neigen, die Leitlinien nicht zu befolgen und den Patienten zur Reduktion von körperlichen und beruflichen Aktivitäten, sowie zur Bettruhe zu raten [95]. Der Umgang mit Patienten mit funktionellen Störungen gilt allgemein als schwierig, auch bezüglich der Kommunikation zwischen Arzt und Patient [96]. Eine empathische, reflektierte, beruhigende Gesprächsführung gilt als erste therapeutische Intervention, Formulierungen wie „Sie haben nichts“, Stigmatisierung oder der ausschließliche Fokus auf somatische Aspekte sind unbedingt zu vermeiden [97].

#### Die Arzt-Patienten-Beziehung wirkt sich auf die Behandlung aus

Eine gelungene Arzt-Patienten Beziehung, die die psychischen Aspekte berücksichtigt, führt bei der Behandlung von somatischen Erkrankungen zu einer gesteigerten Zufriedenheit von Ärzten und Patienten [98] und weniger Arztkonsultationen [99]. Im rehabilitativen Umfeld führt eine gute Interaktion zwischen Arzt und Patient langfristig zu besseren Ergebnissen, unabhängig von den Patientencharakteristika [100]. Eine gute Qualität der Kommunikation verbessert darüber hinaus die Wahrnehmung der Qualität der Behandlung [101].

#### Psychische Belastungen erschweren die Arzt-Patienten-Beziehung

Es wurde ein Zusammenhang beobachtet zwischen der affektiven Lage des Patienten und der Wahrnehmung der Arzt-Patienten-Beziehung. Eine Studie aus dem Allgemeinmedizinischen Bereich [102] kam zu dem Ergebnis, dass Interaktionen mit Patienten als besonders schwierig erlebt werden, wenn diese ängstlich oder depressiv sind und viele körperliche Symptome haben. Auf Arztseite trägt ein mangelndes biopsychosoziales Verständnis dazu bei, dass solche Interaktionen als schwierig wahrgenommen werden. Patienten, mit denen die Interaktion schwierig war, waren weniger zufrieden mit der Behandlung und suchten die Ambulanz häufiger auf [102]. Studien mit Patienten aus der Kardiologie, Diabetologie und Notfallmedizin zeigen, dass depressive Patienten die Interaktion schlechter bewerten als nicht-depressive Patienten [103-105].

#### 1.1.5.2 Die Arzt-Patienten-Interaktion in der Orthopädie: Stand der Forschung

Eine systematische Review [106] von 2013 untersuchte die Literatur zur Kommunikation zwischen Chirurgen und Patienten und kam zu dem Ergebnis, dass Chirurgen die meiste Zeit

des Gespräches darin investieren, Patienten über Erkrankungen und Behandlungen aufzuklären und ihnen bei Entscheidungen beizustehen. Sie befassen sich allerdings eher selten mit den Sorgen und Emotionen der Patienten und drücken wenig Empathie aus. 14 der 21 Studien, die in die Review eingeschlossen wurden, betrafen Orthopäden.

Fossum et al. untersuchten die Wahrnehmung von Orthopäden und deren Patienten auf Grund der Gespräche in einer orthopädischen Ambulanz ohne besonderes Augenmerk auf die Psyche. Die Gespräche wurden gefilmt und anschließend konnte der betroffene Arzt oder Patient die Videoaufnahme sehen und kommentieren. Die Kommentare wurden qualitativ ausgewertet. Die Arztperspektive ergab keinen Bezug zu psychischen Belastung der Patienten, mit der Ausnahme eines Falles von einem somatisierenden Patienten, der als „schwierig“ erlebt wurde [107]. Die Patientenperspektive beschreibt u.a. das Problem, dass Patienten das Gefühl haben, nicht verstanden oder nicht gehört zu werden, den Arzt nicht als empathisch empfinden oder frustriert darüber sind, dass er nichts für sie tun kann. Besonders enttäuscht waren Patienten angesichts der Aussage, es gebe keinen Grund für ihre Schmerzen, oder dass man nichts für sie tun könne [108].

Daubs et al. [109] verglichen die klinische Einschätzung der psychischen Belastung ihrer Rückenschmerzpatienten durch Ärzte mit den Ergebnissen eines Screening-Fragebogens. Die Sensitivitatsrate der Ärzte für die Erkennung der schweren psychischen Belastungen war mit 28,7% insgesamt sehr niedrig, doch die der operierenden Orthopäden war mit 19,6% signifikant niedriger als die der nicht-operierenden Ruckenspezialisten (41,7%).

Ana Maria Vranceanu, Psychiaterin und außerordentliche Professorin an der Harvard Medical School, hat sich intensiv mit den psychologischen Aspekten in der Orthopädie beschäftigt und mehrere Studien veröffentlicht zum Einfluss von psychischer Belastung auf Schmerzen mit oder ohne Trauma sowie auf das Outcome von Operationen [110-113]. Von ihr stammt auch eine Studie von 2017 [114] über den Umgang von orthopädischen Chirurgen mit psychologischen Aspekten von Erkrankungen: Ihre Forschungsgruppe befragte 350 Orthopäden aus verschiedenen Kontinenten mit Hilfe eines online-Fragebogens. Die Teilnehmer wurden über zwei internationale orthopädische Organisationen rekrutiert (Science of Variation Group und Ankle Platform). Die 132 Fragen zielten auf die Messung des Ausmaßes, in dem Orthopäden psychosoziale Aspekte ihrer Patienten wahrnehmen, überprüfen und mit den Patienten besprechen, sowie wann und wie sie Patienten psychosoziale Behandlungen empfehlen und was für Barrieren sie im Zusammenhang mit dieser Empfehlung wahrnehmen. Die Ergebnisse legten nahe, dass die meisten Orthopäden der Meinung waren, sie seien sehr bemüht um die psychologischen Belastungen ihrer Patienten und um deren Aufspürung. Dennoch waren die Ergebnisse bezüglich eines formalen Screenings neutral, und ebenso die Antworten auf die Frage, ob sie psychologische Hilfe empfehlen würden. Die Studie identifizierte auch einige Hürden, die den Orthopäden bei der Empfehlung von psychologischer Behandlung entgegenstehen: Am häufigsten wurden dabei der Zeitmangel genannt, die Stigmatisierung, die mit psychologischen Belastungen einhergeht und die Unsicherheit darüber, wie man eine solche Empfehlung formulieren sollte. Vranceanu et al. schließen ab mit der Empfehlung, Orthopäden sollten den Fokus auf Empathie und Kommunikationsfähigkeiten setzen um den Übergang vom biomedizinischen zum biopsychosozialen Modell zu fördern [114].

## 1.1.6 Fazit aus dem Forschungsstand

Auch in der Orthopädie spielt die Psyche der Patienten eine wichtige Rolle. So beeinflussen psychische Faktoren die Schmerzwahrnehmung. Psychische Komorbidität, insbesondere durch Angst und Depression, ist bei muskuloskelettalen Erkrankungen häufig und hat Auswirkungen auf die Symptomwahrnehmung, das Operationsergebnis, die Chronifizierung von Beschwerden und die Arzt-Patienten Beziehung. Funktionelle Körperbeschwerden sind im muskuloskelettalen Bereich häufig und stellen für Ärzte eine Herausforderung dar bezüglich der Diagnose, der Therapieauswahl und der Arzt-Patienten-Kommunikation. Bisherige Studien aus anderen Fachbereichen zeigen, dass Angst und Depression von Patienten ihre Wahrnehmung der Arzt-Patienten-Interaktion beeinflussen; im orthopädischen Bereich liegen hierzu jedoch noch keine Untersuchungen vor. Zum Umgang von Orthopäden mit den psychischen Belastungen ihrer Patienten existiert bis heute wenig Literatur, insbesondere fehlen qualitative Studien, welche die Wahrnehmung, die Strategien sowie die Schwierigkeiten in der Auseinandersetzung mit den psychischen Belastungen ihrer Patienten aus der Perspektive der orthopädischen Ärzte beleuchten.

## 1.2 Empirische Studie

### 1.2.1 Das Projekt „Patient als Partner“

Diese Arbeit ist als Teilbereich eines größeren Projektes entstanden: „Der (Arthrose)Patient als Partner – Patient als Partner bei stationären Operationen“. Ziel des Projektes ist es, die Interaktionen zwischen den orthopädischen Ärzten in einer universitären Klinik und deren Patienten vor allem in Hinblick auf die Entscheidung für oder gegen eine Operation zu untersuchen.

### 1.2.2 Diese Studie

Im Rahmen der Testphase der Datenerhebung für das oben dargestellte Projekt kristallisierte sich die Relevanz des Themas der vorliegenden Arbeit heraus. Patienten gaben in den durchgeführten Probe-Interviews, sowie in den Fokusgruppen wiederholt Ängste in Bezug auf die Operation sowie andere starke psychische Belastungen an. Manche von ihnen bedauerten, dass dies nicht von Ärzten angesprochen worden sei, andere hielten es nicht für die Aufgabe der Orthopäden, Fragen nach dem psychischen Befinden zu stellen. Die Ärzte selbst machten zu dem Thema sehr unterschiedliche Angaben. Infolgedessen wurde dem Fragebogen für die Patienten (stationär wie ambulant) der HADS-D Fragebogen hinzugefügt, um die Häufigkeit des Auftretens von begleitender Angst oder Depression im Patientenkollektiv zu erfassen. Auch wurde der Interviewleitfaden für Ärzte mit gezielten Fragen nach dem Umgang mit psychischer Belastung ergänzt<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Die ausführliche Darstellung der Erhebungsinstrumente folgt im Methodenteil.

Die Ärztebefragung und die Patientenbefragung unterscheiden sich erheblich in der Methodik, weswegen Methoden und Ergebnisse für das jeweilige Studienteil getrennt beschrieben werden.

### 1.2.2.1 Fragestellungen dieser Dissertation

Bei dieser Studie handelt es sich um eine explorative Studie, sie verfolgt also das Ziel, die Thematik zu untersuchen und Problembereiche zu definieren, nicht Hypothesen zu testen.

#### Ärztebefragung

Welche Relevanz für die Behandlung und die Interaktion haben psychische Belastungen von Patienten aus Sicht der Orthopäden und welche Strategien der Diagnostik, Gesprächsführung und Therapieeinleitung setzen diese ein im Umgang mit psychisch belasteten Patienten?

#### Patientenbefragung

1. Waren die ambulanten orthopädischen Patienten im Erhebungszeitraum mehr durch Angst oder Depressivität belastet als die Allgemeinbevölkerung? Zeigte diese Belastung einen Zusammenhang mit demographischen oder krankheitsbezogenen Merkmalen?
2. Wie erlebten die Patienten die Interaktionen mit den Ärzten in der orthopädischen Ambulanz?
3. Gibt es Zusammenhänge zwischen der Ausprägung von Angst oder Depressivität und der wahrgenommenen Qualität beziehungsweise der Dauer ihrer Interaktion mit dem Arzt?

### 1.2.3 Ethische Unbedenklichkeit

Die Studie wurde konform der ethischen Prinzipien der Deklaration von Helsinki durchgeführt. Alle wichtigen studienbezogenen Dokumente wurden der Ethikkommission der Ludwig-Maximilian-Universität München vorgelegt, diese erklärte die Studie als ethisch unbedenklich (Unbedenklichkeitserklärung der Ethikkommission: siehe Anhang).

#### 1.2.3.1 Risiken und Nutzen

Es war nicht zu erwarten, dass die Studie Risiken oder Nebenwirkungen für Ärzte oder Patienten verursacht. Die Teilnahme an der Studie erzeugte auch keinen direkten Nutzen für Ärzte oder Patienten. Ein indirekter Nutzen bestand für teilnehmende Patienten darin, ihre persönliche Wahrnehmung der Arzt-Patient-Interaktion und ihre Wünsche daran kundtun sowie langfristig zu einer Verbesserung der Arzt-Patienten-Interaktion beitragen zu können.

Für Ärzte bestand ein indirekter Nutzen darin, ihre persönliche Erfahrung mit Patientenkontakten in ihrem Klinikalltag zu formulieren und zu reflektieren, sowie zu einem besseren Verständnis der Dynamiken in Arzt-Patienten-Interaktionen beizutragen.

### 1.2.3.2 Datenschutz

Die Datenschutzvorschriften wurden eingehalten. Persönliche Daten, die über Ärzte und Patienten erhoben wurden, wurden gespeichert und nur verschlüsselt (pseudonymisiert) weitergegeben, im Verschlüsselungscode erscheinen weder Name noch sonstige persönliche Daten der Teilnehmer. In den Interviews wurden die Angaben anonymisiert: Genannte Personen-, Institutions- und Ortsnamen wurden nicht transkribiert. Die Fragebögen enthielten weder Name noch Geburtsdatum der Teilnehmer. Die Namen der teilnehmenden Personen, Fragebögen, Aufnahmen und Transkripte wurden nicht an Dritte weitergegeben. Die Aufnahmen werden nach erfolgter Analyse gelöscht. Die Unterlagen werden am Uniklinikum für 10 Jahre getrennt voneinander und verschlossen aufbewahrt, so dass nur Mitarbeiter des Forschungsteams Zugriff auf die Daten haben. Bei Widerruf der Einwilligung werden die pseudonymisiert gespeicherten Daten vernichtet. Im Falle von Veröffentlichungen der Studienergebnisse wird die Vertraulichkeit der persönlichen Daten ebenfalls gewährleistet.

## 2 STUDIENTEIL I - ÄRZTEBEFRAGUNG

### 2.1 Methode

#### 2.1.1 Studiendesign

Das Ziel dieses Teils der Studie bestand darin, ein möglichst breites und umfassendes Bild der verschiedenen ärztlichen Strategien und Konzepte zur Psychosomatik in der Orthopädie zu zeichnen. Aus verschiedenen Gründen entschied ich mich für ein qualitatives Design. Zum einen ist dieses Forschungsgebiet bisher nur wenig untersucht worden und qualitative Methoden eignen sich besonders gut zur Untersuchung eines bislang wenig untersuchten Forschungsbereichs sowie zur ersten Hypothesenformulierung [115]. Darüber hinaus eignet sich das Design einer Interviewstudie gut zur Erfassung der subjektiven Sichtweisen der Studienteilnehmer und zur Beleuchtung der gemeinsamen Nenner sowie der besonderen einzelnen Perspektiven und Strategien [115].

#### 2.1.2 Stichprobenauswahl

Die Studie wurde in einer Morgenbesprechung dem gesamten Orthopädie-Team vorgestellt. Anschließend wurden alle Ärzte per Email kontaktiert und erneut zur Teilnahme an der Studie eingeladen. Mit interessierten Ärzten wurde ein Einzeltermin vereinbart, dabei wurden Fragen über die Studie und den praktischen Ablauf geklärt. Im Anschluss unterschrieb der teilnehmende Arzt die Einwilligungserklärung und füllte den Kurzfragebogen aus. Oft wurde im Rahmen dieses ersten Treffens auch das Interview durchgeführt und aufgenommen.

Die Ärzte erfüllten die Einschlusskriterien, wenn sie an der Klinik und Poliklinik für Orthopädie des Klinikums Großhadern zu dem Zeitpunkt tätig waren, über ausreichend gute Deutschkenntnisse verfügten und sich dazu bereit erklärten, an der Studie teilzunehmen und ein Interview zu führen.

Wir konnten insgesamt neun Ärzte als Studienteilnehmer gewinnen. Die Auswahl der Studienteilnehmer erfolgte nach dem Prinzip der „inneren Repräsentativität“ [116], d.h. es sollten möglichst unterschiedliche und gleichzeitig als typisch geltende Fälle herangezogen werden.

Bei der Rekrutierung legten wir demnach Wert darauf, dass unter den Studienteilnehmern verschiedene Altersstufen und Ausbildungsstufen vertreten waren. Das Geschlechterverhältnis in der orthopädischen Klinik war zum Zeitpunkt der Datenerhebung klar zugunsten der männlichen Ärzte verschoben, dieses Verhältnis sollte sich auch in der Stichprobe widerspiegeln. Im Klinikum Großhadern ist die Klinik für Orthopädie in verschiedenen Teams aufgeteilt (Endoprothetik, Kniechirurgie, Sportmedizin, Schulterchirurgie, Hüftarthroskopie, Kinderorthopädie, Tumororthopädie, Wirbelsäulenchirurgie, Handchirurgie / Rheumaorthopädie und Fußchirurgie), die jeweils von Oberärzten geleitet werden und in welche die Assistenzärzte für eine gewisse Zeit hineinrotieren. Wir achteten bei der Rekrutierung der Studienteilnehmer auch darauf, dass möglichst viele dieser Teams vertreten waren. Die genaue Beschreibung der Stichprobe folgt im Kapitel 2.2.1.

### 2.1.3 Kurzfragebogen

Jeder der teilnehmenden Ärzte wurde gebeten, einen Kurzfragebogen vor der Interviewdurchführung auszufüllen. Folgende Daten wurden darin erhoben: Alter, Geschlecht, Berufserfahrung (in Jahren), Stellung (Assistenzarzt/Stationsarzt/Oberarzt). Der komplette Fragebogen ist im Anhang enthalten.

### 2.1.4 Leitfaden

Es wurden teilstrukturierte Interviews anhand eines Leitfadens geführt. Charakteristikum solcher Interviews ist, dass der Interviewer anhand des Leitfadens seine Hauptfragen stellt, gleichzeitig jedoch die Freiheit hat, nach eigenem Ermessen die Reihenfolge der Fragen zu verändern sowie zusätzliche Verständnisfragen oder vertiefende Fragen zu stellen [117]. Der Leitfaden wurde von mir und von Susanne Gesell (Dipl. Psych., Projektleiterin) erstellt. Er wurde für das Gesamtprojekt erstellt und nicht ausschließlich für die vorliegende Arbeit. Daher enthält er mitunter Fragen, die keinen direkten Bezug zum Thema der psychischen Belastung haben. Die Fragen, die für das Thema der vorliegenden Arbeit zentral waren, sind im Teil B des Leitfadens enthalten:

„B. Bio-Psycho-Sozial: Umgang mit psychischen und sozialen Beeinträchtigungen von Patienten

1.) *Wie gehen Sie damit um, wenn ein Patient aufgewühlt oder belastet wirkt?*

*Wie gehen Sie mit Ängsten von Patienten um? Wie erkennen Sie diese?*

*2.) Woran erkennen Sie, dass eine psychosomatische Komponente eine Rolle spielt?*

*Wie gehen Sie damit um?*

*3.) Wie gehen Sie damit um, wenn Sie den Eindruck haben, dass der Patient einen*

*Psychiater/Psychologen bräuchte?“*

Der Interviewleitfaden wurde in einer Gruppe von Doktoranden und Postdoktoranden, der sogenannten „qualitativen Werkstatt“, mit anderen qualitativ Forschenden diskutiert und revidiert, sowie in Probeinterviews überprüft. Der gesamte Interviewleitfaden ist in seiner Endfassung im Anhang enthalten.

### **2.1.5 Durchführung der Interviews**

Sämtliche Interviews wurden auf dem Gelände des Klinikums Großhadern von mir oder von Dipl. Psych. Susanne Gesell durchgeführt. Im Vorfeld erfolgte eine Interviewschulung. Die personenbezogenen Daten der interviewten Ärzte wurden pseudonymisiert. Die Interviews wurden im Zeitraum vom 25.04.2013 bis 23.04.2014 durchgeführt. Die Dauer der Interviews betrug im Durchschnitt 39,4 Minuten, das kürzeste dauerte 22,2 Minuten, das längste 53,1.

### **2.1.6 Transkription**

Alle Interviews wurden aufgenommen und mithilfe der in der Forschung üblichen Transkriptionssoftware „f4“ nach gängigen Transkriptionsregeln [118] transkribiert. Es wurde stets das gesamte Interview transkribiert und mit Zeitmarken versehen. Die Transkription wurde von mir selbst sowie von einer weiteren medizinischen Doktorandin und einer wissenschaftlichen Hilfskraft vorgenommen und wechselseitig überprüft. Das synchrone Arbeiten mit Audio-Aufnahme und Transkription war für die Forschenden jederzeit während der Auswertung möglich. Durch die Nutzung dieser Softwarefunktion konnte die Konnotation des Gesagten durch die Tonlage während der Inhaltsanalyse berücksichtigt werden. Andererseits diente dieses Vorgehen der Überprüfung der korrekten Transkription.

### **2.1.7 Qualitative Auswertung der Interviews**

Die Inhaltsanalyse der Interviews wurde computerunterstützt durch die Software MaxQDA von mir selbst durchgeführt. Um die Methode und das Benutzen der Software zu erlernen, nahm ich neben dem Selbststudium im Mai 2013 an einer mehrtägigen MaxQDA Schulung teil.

Bei der Kodierung und Auswertung orientierte ich mich an Kuckarzs Beschreibung der inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse [119]. Es wurde stets das gesamte Interview berücksichtigt, weil auch an unerwarteter Stelle relevante Teilaspekte zu Tage kommen

können und weil das gesamte Interview von Bedeutung ist, um den Umgang des Arztes mit Patienten im Allgemeinen zu erfassen.

Die einzelnen Kodierschritte wurden im Forschungsteam diskutiert. Bei nicht Übereinstimmung entstand eine produktive Diskussion im Team, die zur weiteren Präzisierung führte.

Die Interviews wurden zunächst angehört und die Transkripte mehrmals komplett durchgelesen im Sinne einer initiierten Textarbeit, bei der es wichtig ist, „*ein erstes Gesamtverständnis für den jeweiligen Text auf der Basis der Forschungsfrage(n) zu entwickeln*“ [119](S. 53). Alle Interviewabschnitte mit Bezug zur Fragestellung wurden identifiziert. Anschließend wurden basierend auf der Fragestellung erste grobe Kategorien gebildet. Die ersten Interviews wurden anhand letzterer kodiert, dabei wurden Auswahl und genaue Definition der Kategorien fortlaufend reflektiert und überarbeitet. Nach der Entstehung geeigneter, klar definierter Kategorien wurden alle Interviews entsprechend kodiert. Das Material wurde bis zur endgültigen Kodierung mehrmals komplett überarbeitet.

In einem zweiten Arbeitsschritt wurden Unterkategorien induktiv am Text erstellt. Dafür wurden sämtliche Codings (so bezeichnet man Textabschnitte, die einer Kategorie zugeschrieben sind) einer Hauptkategorie mit Hilfe einer Softwarefunktion extrahiert, so dass sie nebeneinander betrachtet werden konnten und anhand des Textes sinnvolle, ausschöpfende Unterkategorien bildeten. Auch in diesem Fall wurde das Material mehrmals komplett durchgelesen und die Eignung der Unterkategorien überprüft. So wurde für jede der Hauptkategorien vorgegangen.

Schließlich wurde für jede Kategorie eine Übersichtstabelle erstellt, in der alle Unterkategorien auf einem Blick sichtbar waren. Zur Gewährleistung der Verifizierbarkeit wurden hier alle Abschnitte im Interview dokumentiert, aus denen der kodierte Inhalt stammte.

Dank der QDA-Software war es während des gesamten Arbeitsprozesses möglich Memos zu schreiben, diese nachzulesen, zu überarbeiten oder zu ergänzen. Diese Funktion wurde gerade am Anfang viel genutzt, um aufkommende Ideen und Erkenntnisse einzufangen und für später verfügbar zu machen.

Anschließend folgten Zusammenfassung, Analyse und Darstellung der Ergebnisse als Text. Nach Fertigstellung der Kodierung und der kategorienbasierten Auswertung wurden drei Einzelfallinterpretationen verfasst. Anhand der Kategorie „weitere somatische Diagnostik und Behandlung“ wurden drei Interviews identifiziert, in denen die Ärzte sehr unterschiedliche Haltungen zur Angemessenheit von operativen Behandlungen bei psychisch belasteten Patienten vertraten. Zur Verfassung jeder Einzelfallinterpretation wurden erst eine Fallzusammenfassung anhand aller Kategorien erstellt, dann die Äußerungen des Arztes zum oben genannten Thema genauer beleuchtet und kommentiert.

## 2.2 Ergebnisse

Im Kapitel 2.2.1 wird die Stichprobe der Interviewteilnehmer beschrieben und das Ergebnis des Kurzfragebogens wiedergegeben. In den darauffolgenden Kapiteln wird die

kategorienbasierte Auswertung der qualitativen Inhaltsanalyse in der folgenden Form präsentiert: Für jede Hauptkategorie wird die Übersichtstabelle mit allen Unterkategorien wiedergegeben, sowie der Quellenangabe von allen Textstellen, die derselben Kategorie zugeschrieben wurden. Es folgt die ausführliche Darstellung der Ergebnisse als Fließtext. Die Angabe der Textabschnitte, ob als Zitat wiedergegeben oder als Referenz in der Übersichtstabelle angegeben, erfolgt stets nach dem Schema: „A7, 32“. Dabei steht das A mit der darauffolgenden Ziffer für das Arztpseudonym und damit für das Interview, während die Zahl nach dem Komma für den Abschnitt des Transkriptes steht. Sind zwei Zahlen mit einem Bindestrich verbunden handelt es sich um eine Textstelle, die sich über mehrere Abschnitte erstreckt. Folgen dem Pseudonym mehrere durch ein Komma getrennte Zahlen, handelt es sich um mehrere nicht aufeinanderfolgenden Abschnitte im selben Interview.

Um eine bessere Lesbarkeit zu ermöglichen, wurden zitierte Interviewabschnitte in der vorliegenden Arbeit von störenden Zwischenwörtern oder Zeichen gereinigt, wenn diese irrelevant fürs Verständnis waren. Das betraf Verzögerungssignale wie „ähm“ oder „hm“, Füllwörter wie „ja“, „also“ oder das Zeichen (.), das in den Transkripten für eine kurze Pause steht.

## 2.2.1 Stichprobenbeschreibung

Alle Ärzte aus der orthopädischen Abteilung wurden zur Studienteilnahme eingeladen, 14 erklärten sich zunächst zur Teilnahme an der Studie bereit, neun führten das Interview tatsächlich durch. Im April 2013 waren 28 Ärzte (25 männlich, 3 weiblich) an der orthopädischen Klinik angestellt und im aktiven Dienst, die Teilnahmequote betrug also 32,2%.

Von den neun Ärzten waren acht männlich, nur eine Ärztin nahm an der Studie teil. Das durchschnittliche Alter betrug 40,8 Jahre. Alle Ärzte waren in der Klinik für Orthopädie des Klinikums Großhadern tätig, drei von ihnen als Assistenzärzte, einer als Stationsarzt, fünf als Oberärzte. Die durchschnittliche Berufserfahrung betrug 10,9 Jahre, wobei ein Arzt mit Oberarztstatus keine Angabe hierzu machte. Von den zehn Teams, in denen sich die Abteilung gliedert, waren acht durch mindestens einen Arzt vertreten.

Eine einzige Studienteilnehmerin ist weiblich. Aus Datenschutzgründen wird für sie wie für alle anderen Ärzte die männliche Form benutzt. Wir haben intensiv versucht, eine zweite Frau zu rekrutieren, leider vergeblich. Ebenso schwierig gestaltete sich die Anwerbung von zusätzlichen Assistenzärzten zur Studienteilnahme. Der wichtigste und häufigste Grund für die Verweigerung der Teilnahme war der Zeitmangel.

**Tabelle 2-1 Stichprobe - Deskriptive Statistik**

		Häufigkeit	Prozent
Geschlecht	männlich	8	88,9
	weiblich	1	11,1
Alter	25-40	5	55,6
	41-65	4	44,4
Rolle	Weiterbildungsassistent	3	33,3

	Stationsarzt	1	11,1
	Oberarzt	5	55,6
Ausbildungsjahre	1-10	4	44,4
	über 10	4	44,4
	keine Angabe	1	11,1

## 2.2.2 Kategorie 1: Herausforderungen im Zusammenhang mit psychischer Belastung der Patienten

Diese Kategorie beinhaltet die spontanen Berichte der Ärzte über die Herausforderungen, welche sie in Patientengesprächen erleben. Alle Berichte von Herausforderungen, welche mit Aspekten der Psyche der Patienten zu tun hatten, also mit psychischer Komorbidität, psychischer Belastung oder psychosomatischen Beschwerden, wurden in diese Kategorie aufgenommen. Sie beschäftigt sich also mit der Frage: Welche Aspekte von psychischer Belastung begegnen den Orthopäden im klinischen Alltag und werden von ihnen als Herausforderung erlebt? Wichtig ist, dass die Ärzte hier nicht gezielt nach psychischer Komorbidität oder psychosomatischen Beschwerden gefragt wurden. Die Antworten, die nicht relevant für die Fragestellung waren, wurden nicht kodiert.

**Tabelle 2-2 Kategorie 1: Herausforderungen im Zusammenhang mit psychischer Belastung der Patienten**

Unterkategorie 2. Ebene	Unterkategorie 3. Ebene	Unterkategorie 4. Ebene	Textstellen
<b>Emotionen &gt; Herausforderungen in der Arzt-Patienten-Beziehung</b>	Überbringen schlechter Nachrichten		A8, 10-12 A13, 14
	Aggressivität	aufgrund einer psychiatrischen Störung	A1, 10
	Angst	Angst vor Prognose führt zur Verdrängung	A11, 22-23; A13, 14
<b>Psyche ist an der Erkrankung beteiligt</b>	Psyche > Körper	Psychogenese – Beschwerden ohne somatische Ursache	A4, 5
	Körper < > Psyche	Chronische Schmerzpatienten	A13, 32-36
	Körper > Psyche	Todeswünsche aufgrund einer schweren somatischen Erkrankung (Anpassungsstörung)	A11, 29
<b>Psyche &gt; OP Ergebnis</b>	Glaube des Patienten am OP-Ergebnis /Rolle der „Patientenführung“ nach OP		A7, 25-27, 29-39

	Unrealistische Erwartungshaltung führt zu Unzufriedenheit mit dem OP Ergebnis	A10, 11; A13, 26
<b>Psyche &gt; Behandlung</b>	Angst vor OP führt zur Ablehnung einer notwendigen OP	A14, 8
	Drängen zu einer nicht indizierten OP	A11, 23

Die Ärzte haben sehr heterogene Fälle beschrieben. Diese Kategorie wurde danach gegliedert, auf welchen Bereich der Einfluss der Psyche sich ausgewirkt hat. Es werden Situationen beschrieben, in denen die Emotionalität der Patienten die Arzt-Patienten-Beziehung auf die Probe stellt. Es geht hier um akute emotionale Ausbrüche, die nicht unbedingt etwas mit darunterliegenden psychischen Belastungen zu tun haben müssen. Eine große Herausforderung kann die Überbringung von schlechten Nachrichten darstellen, zum einen, weil es für den Arzt belastend ist, mit den schweren Schicksalen und der Trauer von Patienten konfrontiert zu werden, aber auch weil die Situation Konfliktpotential birgt. Es wurde von einem Patienten berichtet, der plötzlich überreagierte und aggressiv wurde, aus Sicht des Arztes aufgrund einer zugrundeliegenden psychiatrischen Störung. Eine extreme Angst von Patienten, insbesondere der Schock nach einer schweren Diagnose, könne dazu führen, dass Patienten jegliche ihnen vermittelte Information verdrängen und immer wieder aufgeklärt werden müssten, was eine Herausforderung für den Arzt darstelle.

Es werden verschiedene Fälle beschrieben, in denen die Psyche einen erheblichen Anteil an der Erkrankung selbst hat. Es geht dabei um Fälle, in denen der Arzt trotz der starken Beschwerden des Patienten kein somatisches Korrelat finden kann, und letztlich eine psychosomatische Erkrankung vermutet. Darüber hinaus um Patienten mit chronischen Schmerzen, die „*persönlichkeitsunterstützende*“ (A13, 34), über Medikamente hinausgehende Hilfe bräuchten, was in der Klinik oft zeitbedingt unmöglich sei. Schließlich wird der Fall einer schwer somatisch erkrankten Patientin beschrieben, die dermaßen an ihren Schmerzen verzweifelte, dass sie deutliche Suizidwünsche äußerte und – aufgrund ihrer schlechten körperlichen Verfassung – sogar einige der Ärzte davon überzeugen konnte, dass es in Ordnung wäre, sie sterben zu lassen, die Wünsche nach der Abnahme der Schmerzen durch die Behandlung aber zurücknahm. Der Fall stellt ein Beispiel dar für eine psychische Störung, die als Reaktion auf eine körperliche Erkrankung auftritt, und einen erheblichen Einfluss auf das Entscheidungsvermögen und die weitere Behandlung der Patienten haben kann. Darüber hinaus stellt er auch ein Beispiel dar für Probleme in der Zusammenarbeit mit Psychiatern (Siehe Kategorie 6).

Manche Patienten hätten viel zu große Erwartungen an eine Operation, und es sei wichtig, aber auch schwierig, präoperativ eine realistische Erwartungshaltung wiederherzustellen, denn unrealistische Erwartungen könnten zu Unzufriedenheit mit den (aus Sicht des Arztes eigentlich guten) Ergebnissen führen. Andererseits wird von der Schwierigkeit berichtet, nach einer Operation angemessen mit dem Patienten zu kommunizieren. Es wird die These aufgestellt, dass es immer besser sei, optimistisch, vertrauensschürend und motivierend auf den Patienten einzuwirken, unabhängig vom eigentlichen Verlauf der Operation, und dass der Glaube des Patienten einen großen Einfluss auf das Operationsergebnis habe (A7,

35). Dieser Effekt wird beschrieben, als sei er zum Teil vom Arzt moderierbar, zum Teil aber auch von der Persönlichkeitsstruktur des Patienten bzw. von seiner „*Grundeinstellung zu seinem Körper*“ (A7, 37) abhängig. Letztlich wird hier das Thema des Einflusses der Psyche und speziell der Patientenerwartungen auf das Operationsergebnis angesprochen. Dieses Thema wird im Rahmen der Einzelfallinterpretation von A7 (Kapitel 2.2.8.2.) vertieft. Schließlich geht es in manchen Fällen um die Psyche als modulierenden Faktor für die Behandlungsentscheidung. Es wird zum einen die Möglichkeit beschrieben, dass Patienten ihre Ärzte zu nicht indizierten Operationen drängen, zum anderen, dass die Angst vor einer Operation so groß ist, dass Patienten notwendige Operationen ablehnen.

### 2.2.3 Kategorie 2: Umgang mit aufgewühlten Patienten

Diese Kategorie beinhaltet zwei Unterkategorien: In der ersten geht es um die Gründe, weswegen die Patienten akut aufgewühlt sein können, also darum welchen Situationen Orthopäden begegnen, in denen die Emotionalität des Patienten – kurzfristig - in den Vordergrund rückt. In der zweiten Unterkategorie geht es um den Umgang der Ärzte mit solchen Situationen. Im Gegensatz zur Kategorie 1 beantworteten hier die Ärzte eine direkte Frage nach ihrem Umgang mit emotional aufgewühlten Patienten.

**Tabelle 2-3 Kategorie 1, Übersicht 1: Aufgewühlte Patienten: Auslöser**

Unterkategorien: 2. Ebene	Unterkategorien: 3. Ebene	Textstellen
<b>Überbringen schlechter Nachrichten</b> (z.B. Neudiagnose eines malignen Tumors)		A4, 19; A5, 90; A8, 26; A13, 50; A14, 22
<b>Gesundheitszustand</b> (weitere)	Chronische Erkrankung (Tumor, Wirbelsäule)	A7, 55
	Schmerzen	A5, 90
<b>Behandlungsbedingt: Ängste und soziale Probleme</b>	Angst bezüglich des weiteren Krankheits- und Behandlungsverlaufs	A14, 22
	Perioperativ: Ausfallen in der Arbeit	A4, 19
	Perioperativ: Angst vor der Invalidität (bei Einsamkeit)	A10, 30
<b>Depression, familiäre Belastungen</b>		A14, 22
<b>Störungen mit dem Arzt</b>	Unterschiedliche Vorstellungen bezüglich der Behandlung	A8, 26

Als Auslöser für eine emotionale Reaktion wird besonders häufig die Überbringung von schlechten Nachrichten genannt, zum Beispiel die Mitteilung einer Tumordiagnose (A4, A5, A7, A8, A13, A14). Weitere gesundheitsbedingte Auslöser seien das Vorliegen einer chronischen Erkrankung (A7) oder von akuten Schmerzen (A5).

Allgemein können Patienten aufgrund einer schwerwiegenden Diagnose ängstlich bezüglich des Behandlungs- und Krankheitsverlaufes sein (A14). Soziale Belastungen werden im Kontext der Planung einer notwendigen Operation genannt: Manchmal sei das Ausfallen in der Arbeit ein so großes Problem, dass Patienten in Tränen ausbrechen (A4), manchmal löse die soziale Lage eines Patienten Ängste aus bezüglich der perioperativen Versorgung, bspw. bei älteren alleinstehenden Patienten, die mit einer längeren Invalidität nach einer Operation rechnen müssen (A10).

Auch familiäre Belastungen oder das Vorliegen einer Depression (A14) werden als Gründe genannt, warum Patienten sichtlich belastet sein können.

Ärgerlich aufgewühlt seien die Patienten manchmal, wenn Arzt und Patient unterschiedliche Vorstellungen bezüglich der Behandlung haben (A8).

**Tabelle 2-4 Kategorie 1, Übersicht 2: Strategien der Ärzte im Umgang mit aufgewühlten Patienten**

Unterkategorien (2. Ebene)	Unterkategorien (3. Ebene)	Textstellen
<b>Sich Zeit nehmen und mit dem Patienten reden</b>	Fragen beantworten	A4, 19
	Optimistische Haltung vermitteln, positive Aspekte betonen	A11, 50
	Unterstützung eines schwierigen Entscheidungsprozesses	A13, 50-54
	Offenes Gespräch, psychosoziale Diagnostik	A14, 22
	Vertrauen aufbauen	A7, 55; A11, 45, 50
<b>Dem Patienten Freiraum geben</b>		A4, 19; A5, 36, 88; A13, 50
<b>Experten hinzuziehen</b>	Sozialdienst	A10, 30
	„Krisenintervention“, Psychiater/Psychologe	A13, 50; A14, 22
<b>„Dinge bagatellisieren“</b>		A11, 50
<b>Empathie</b>	Empathisch auf den Patienten eingehen	A13, 56
	Authentizität - Vermeidung von emotionaler Beteiligung	A8, 26

Eine häufig genannte Strategie der Ärzte besteht darin, sich Zeit zu nehmen, um mit dem aufgewühlten Patienten zu sprechen. Dabei liegt der Fokus für verschiedene Ärzte oder in verschiedenen Situationen auf unterschiedlichen Dingen: Für manche Ärzte ist dies ein Anlass, um konkrete medizinische oder organisatorische Fragen und Unsicherheiten des Patienten zu klären (A4). Manche legen den Fokus darauf, dem Patienten Mut zu machen und seine Zweifel auszuräumen (A11). Manche gehen etwas weiter und versuchen, dem Patienten bei seinen unmittelbar bevorstehenden Entscheidungen zur Seite zu stehen, ihn dabei zu unterstützen (A13). Für manche Ärzte ist dies eine Gelegenheit, um eine Vertrauensbeziehung zum Patienten aufzubauen (A11, A7). Ein Arzt geht sehr offen an die Sache heran, widmet dem Patienten einfach seine Aufmerksamkeit und versucht herauszufinden, worum es eigentlich bei dem emotionalen Ausbruch geht. Bei der Kategorie „Sich Zeit nehmen und mit dem Patienten reden“ geht es also um unterschiedliche Themen: Zum einen haben die meisten Ärzte hier das Ziel, den Patienten bei der Lösung von praktischen Problemen oder der Klärung von Fragen zu unterstützen. Zum anderen kann es dem Arzt wichtig sein, eine Vertrauensbeziehung zum Patienten aufzubauen. Seltener scheint der dritte Aspekt vertreten zu sein, bei dem es darum geht, mögliche darunterliegende psychische Belastungen aufzudecken.

Das Thema des Vertrauens in den Arzt kann eine wichtige Rolle spielen. Vertrauen kann die Voraussetzung dafür sein, dass man überhaupt einen Zugang zum aufgewühlten Patienten bekommt. Dieser ist entweder bereits vorhanden und gründet auf einer gewissen Sympathie zwischen Arzt und Patient, die nur bedingt beeinflussbar ist (A14). Oder aber er wird mit der Herstellung von Körperkontakt (A11) oder mit dem Einsatz von Empathie (A13) erst in der Situation aufgebaut. Das Gespräch mit einem aufgewühlten Patienten kann sogar als Chance gesehen werden, um eine Vertrauensbeziehung herzustellen, die in der weiteren Behandlung bessere Resultate ermöglicht: *„[...] wenn man sich Zeit nimmt und mit denen spricht, dann fangen die sich ja auch. Bauen dann auch oftmals wirklich ein gutes Vertrauensverhältnis auf, sodass man dann auch eigentlich dann schöne Erfolge hat.“* (A7, 55).

Eine weitere Strategie besteht darin, dem Patienten Zeit zu geben, um ohne den Arzt weiterzukommen (A4, A5, A13). Auch hier kann die scheinbar gleiche Strategie verschiedene Ziele haben, zum einen das Ziel, dass der Patient allein oder mit seinen Vertrauenspersonen die Zeit hat, eine wichtige Entscheidung zu treffen, zum anderen, dass er sich nach einem emotionalen Ausbruch wieder fangen kann. In beiden Fällen vermeidet der Arzt hiermit, dem Patienten zu nahe zu kommen. Das kann den Sinn haben, einen respektvollen Umgang mit dem Patienten zu pflegen, geht aber auch damit einher, dass er sich selbst nicht als wichtige Vertrauensperson zur Verfügung stellt: *„letztlich versuche ich ihm einen Freiraum zu geben. Dass ich sage, wenn das Gespräch jetzt für ihn zu belastend ist, dass man das auch in einer Stunde dann wiederholen kann. Oder halt am nächsten Tag. Oder wenn er sich dafür in Verfassung [...] fühlt“* (A5, 36).

Eine weitere Strategie besteht darin, eine andere Fachgruppe hinzuziehen: dies kann je nach Situation der Sozialdienst sein (A10) oder ein Psychiater bzw. Psychologe (A13, A14).

Es wird in einem Fall davon berichtet, dass es in offenbar aussichtslosen Situationen sinnvoll sein kann, die Ängste des Patienten herunterzuspielen: *„Man kann Dinge bagatellisieren. Also wenn man jetzt irgendwo eine alte Oma hat, bei der man weiß, das ist ohnehin alles nicht mehr so doll, [...] da ist es tatsächlich manchmal sinnvoll, Dinge zu bagatellisieren und eben abzumildern“* (A11, 50).

Das Thema der Empathie beschäftigt einige der Ärzte. Diesbezüglich sind in den Interviews drei verschiedene Sichtweisen zu erkennen. Nach der ersten Sichtweise sei es wichtig, eine empathische Haltung gegenüber dem Patienten einzunehmen, damit sich der Patient verstanden fühle und überhaupt über das berichten könne, was ihn belastet (A13, 56). Wer die zweite Sichtweise vertritt, plädiert für Authentizität im Umgang mit aufgewühlten Patienten, auch wenn diese dazu führen könne, dass man „gefühlskalt“ erscheint. Manche Ärzte würden sich „wahnsinnig emotional“ zeigen und andere „sachlicher“, genauso gebe es Patienten, die einen emotional beteiligten Arzt bevorzugen und andere, die das „wenig professionell“ finden und sich dementsprechend schlecht aufgehoben fühlen würden (A8, 26). Die letzte Sichtweise bringt eine starke Unsicherheit im Umgang mit dem Thema Empathie zum Ausdruck: *„Ja, was mache ich, wenn der jetzt weint? Ich kann ja schlecht sagen «Oh, mein Funk geht jetzt, ich muss weg», ja die normale Reflexreaktion, die wahrscheinlich die meisten dann haben, und sagen «Ich muss jetzt einfach weg». Also wie verhalte ich mich da, sage ich dann «Brauchen Sie mehr Zeit?» oder keine Ahnung, wie viel Empathie zeige ich dann halt auch.“* (A5, 88).

## 2.2.4 Kategorie 3: Erkennungsmerkmale von psychisch belasteten Patienten

Tabelle 2-5 Kategorie 3 – Übersicht

Unterkategorien: 2. Ebene	Unterkategorien: 3. Ebene	Textstellen
<b>Missverhältnis zwischen Befund und Symptomatik</b>	Keinerlei organisches Korrelat	A4, 9, 21; A7, 41; A8, 32; A10, 34; A14, 26
	Blandes organisches Korrelat	A7, 27, 37; A14, 26-28
<b>Ungewöhnliche körperliche Beschwerden</b>	Multilokuläre Beschwerden	A5, 30; A10, 34
	Auftreten von immer wieder neuen Beschwerden	A5, 30
	Art der Schilderung der Beschwerden	A1, 29
<b>Zeitpunkt des Auftretens der Beschwerden</b>	„immer bei der Arbeit“	A14, 26-28
<b>Lange Krankheitsgeschichte</b>		A1, 29; A4, 21; A7, 27; A13, 68
<b>Hoher Erwartungsdruck an den Arzt</b>		A1, 29
	auffällige Persönlichkeit	A4, 23; A13, 68

Unterkategorien: 2. Ebene	Unterkategorien: 3. Ebene	Textstellen
<b>Subjektive Wahrnehmung des Patienten</b>	Körpersprache	A1, 29
	Art der Kommunikation	A1, 29; A5, 30
	Grundeinstellung: der Erkrankung ergeben	A7, 25-27, 37
<b>Sozial</b>	Arbeitsbelastungen	A14, 26-28
	Keine Teilnahme an Berufs- und Freizeitleben	A7, 27
	Umfeld	A4, 23
<b>Erkrankungen, bei denen die psychischen Einflussfaktoren eine große Rolle spielen</b>	(unspezifische) Rückenschmerzen	A1,27; A7, 43
	Muskuläre Schulterbeschwerden, CRPS, Arthrofibrose	A7, 43
<b>Erkrankungen/Zustände, die häufig zu psychischen Störungen führen</b>	Chronische Erkrankungen	A5, 28
	Chronische Schmerzen	A1, 27; A13, 34
	Schwere akute Schmerzzustände	A11, 29
	Gerade erhaltene schwere (Malignom-) Diagnose	A11, 22-23; A13, 14
<b>Ungewöhnliche OP-Ergebnisse</b>	„Sham OPs“	A7, 41
	Unrealistische Erwartungshaltungen → Unzufriedenheit mit OP Ergebnis	A7, 41
<b>Sonstige Erkennungsmerkmale</b>	Junge Patienten	A4, 21
	Bereits dokumentierte psychiatrische Diagnose	A10, 34

Folgendermaßen beschreiben die Ärzte, woran sie erkennen, dass eine psychosomatische Komponente oder eine psychische Belastung des Patienten eine Rolle für die orthopädische Erkrankung spielen könnte.

Eine Möglichkeit, die von den Ärzten beschrieben wird, ist die, dass sich keinerlei organisches Korrelat findet, was mit einer gewissen Ratlosigkeit auf Seiten des Arztes einhergehen kann (A4, A7, A8, A10, A14). In anderen Fällen sind zwar relevante somatische Befunde erhebbbar, diese reichen aber nicht aus, um die beschriebene Symptomatik und die Einschränkungen für das tägliche Leben zu erklären: „Der hat eine Erkrankung, er hat einen Schaden, aber die Schmerzsymptomatik und die Funktionseinschränkungen und die Einschränkungen für sein Leben sind eigentlich nicht so, dass es dazu passt.“ (A7, 27).

Außerdem fänden sich bei Psychosomatikern häufig ungewöhnliche Beschwerden, in dem Sinne, dass sie entweder ungewöhnlich weit ausgebreitet sind, also multilokulär bis den ganzen Körper betreffend (A5, A10), oder aber in dem Sinne, dass der Patient über immer wieder neue Beschwerden klagt (A5). Auch die Art der Beschwerdeschilderung (A1) und der Zeitpunkt des Auftretens (A14) können auffällig sein.

Ein typisches Erkennungsmerkmal von Psychosomatikern sei auch, dass sie häufig eine lange Krankheitsgeschichte hinter sich haben, viele Ärzte bereits konsultiert haben, viel somatische Diagnostik bezüglich ihrer Beschwerden bereits erfolgt ist und trotzdem keine (ausreichende) Erklärung für ihre Beschwerden in der Vergangenheit gefunden wurde (A1, A4, A7, A13). Dies kann dazu führen, dass der Patient mit den vorherigen Behandlern bzw. mit dem Medizinsystem als Ganzes unzufrieden ist: „*Er war bei vielen Ärzten, hat viele, viele Therapien gemacht, aber erzählt, dass das alles immer falsch gemacht worden ist*“ (A7, 27).

Die Frustration mit den bisherigen Arztkontakten kann zu einer irrationalen Hoffnung in den nächsten Arzt führen, was ihm bisweilen unmissverständlich kundgetan wird – was wiederum ein Hinweis auf psychosomatische Zusammenhänge sein könne (A1).

Der subjektive Gesamteindruck vom Patienten kann auf eine psychosomatische Problematik hinweisen. Mehrere Ärzte beschreiben Auffälligkeiten bezüglich der allgemeinen Persönlichkeit, der Körpersprache, der Art der Kommunikation mit dem Arzt: „*Es ist viel unterschwellig, Körpersprache, Haltung, wie er mich anguckt, Gesichtsausdruck*“ (A1, 29). Zu der subjektiven Patientenwahrnehmung gehört auch der allgemeine Eindruck, dass ein Patient extrem introvertiert auf seinen Schmerz achtet und insgesamt im Leben den ganzen Fokus auf sein Leid richtet. Dazu gehört auch das Ausleben von sekundärem Krankheitsgewinn. Dies kann sogar dazu führen, dass der Arzt den Eindruck bekommt, solche Menschen wollten eigentlich gar nicht gesund werden: „*[...] weil sich der Patient schon so in seine Erkrankung ergeben hat und auch diesen sekundären Krankheitsgewinn seines Leides so auslebt, dass er auch nicht wirklich, vielleicht gesund werden möchte. Also es nicht wissentlich, aber unterschwellig.*“ (A7, 25).

Wichtige Hinweise können auch Auffälligkeiten im sozialen Umfeld sein, entweder weil die Patienten nicht mehr am sozialen und beruflichen Leben teilnehmen oder aber weil sich ihre Beschwerden während der Arbeitszeit zuspitzen (A4, A7, A14).

Es werden mehrere Erkrankungen genannt, bei denen die Orthopäden eher eine psychische Beteiligung erwarten als bei anderen: Ein Symptom, das häufig mit psychischen Störungen einhergeht, ob als Ursache, Teilkomponente, oder Folge von chronischen Schmerzen, sei der Rückenschmerz (A1). Haltungsfehler mit einer psychischen Komponente würden auch häufig Schulterbeschwerden verursachen (A7). Psychische Einflussfaktoren würden auch bei Krankheitsbildern wie CRPS oder Arthrofibrose wahrscheinlich eine wichtige Rolle spielen (A7). Überhaupt erwarten die Ärzte bei Patienten mit chronischen Leiden (A5) und insbesondere chronischen Schmerzen (A1, A13) eher eine psychische Beteiligung. Es wird beschrieben, wie sehr schwere akute Schmerzzustände dazu führen können, dass Patienten falsche Entscheidungen treffen bis hin zu vorübergehenden Todeswünschen (A11). Schließlich kann die Mitteilung einer schweren Diagnose dazu führen, dass der Patient vorübergehend wichtige Informationen verdrängt und nicht in der Lage ist, Entscheidungen zu treffen (A11, A13).

Weitere Merkmale können sein: Ungewöhnlich junge Patienten (A4) oder eine bereits dokumentierte psychiatrische Diagnose (A10).

## 2.2.5 Kategorie 4: Ansprechen der psychischen Aspekte mit dem Patienten

Die interviewten Ärzte beschrieben sehr unterschiedliche Strategien, wie sie den Patienten bezüglich der psychischen Aspekte seiner Erkrankung ansprechen. Auch wurde dieser Schritt als potentiell sehr konfliktreich beschrieben. Darum wird diese Kategorie sehr detailliert dargestellt. Sie gliedert sich in drei Unterkategorien:

1. Art des Ansprechens
2. Inhalte des Erstgespräches über psychische Komorbidität
3. Reaktionen der Patienten.

### 1. Art des Ansprechens

Ärzte haben verschiedene Strategien, mit psychosomatischen Zusammenhängen im Patientengespräch umzugehen: Das Thema wird mal überhaupt nicht angesprochen, mal indirekt oder nur bedingt, mal offen und direkt.

**Tabelle 2-6 Kategorie 4, Übersicht 1: Art des Ansprechens**

Subkategorie (2. Ebene) Subkategorie (3. Ebene)Textstellen	Subkategorie (3. Ebene)	Textstellen
<b>Kein Ansprechen</b>	Keinerlei Ansprechen	A5, 32; A7, 47; A8, 32
	Kein Ansprechen mit dem Patienten – Rücksprache mit dem Hausarzt	A10, 34
<b>Indirektes Ansprechen</b>	Hinweise geben und auf Nachfrage hoffen	A5, 32
	Kein klares Ansprechen, aber Empfehlung des konservativen Vorgehens	A10, 34
	Zum Konsil (Psychosomatik, Fibromyalgie, Psychiatrie, etc.) schicken	A10, 34; A14, 30, 38
<b>Bedingtes Ansprechen</b>		A5, 32; A14, 30
<b>Direktes Ansprechen</b>		A1, 32; A4, 21; A11, 53; A13, 70

Eine Strategie besteht darin, komplett zu vermeiden, den betroffenen Patienten auf das Thema Psyche anzusprechen: „*Ich versuche mich da eher, ja, jetzt nicht daran vorbeizumogeln, aber es eher nicht anzusprechen.*“ (A5, 32).

Eine andere Möglichkeit, die beschrieben wird, ist die, das Thema nicht mit dem Patienten, sondern mit dem behandelnden Hausarzt zu besprechen, der den Patienten überwiesen hatte.

Es werden verschiedene Möglichkeiten geschildert, um einen Patienten indirekt an das Thema heranzuführen. Das leitende Thema scheint hier zu sein, dass Ärzte zwar einen Patienten davor bewahren wollen, sich einer ungeeigneten Therapie zu unterziehen, ihn aber andererseits nicht direkt auf das Thema der psychischen Faktoren ansprechen wollen. Hierzu werden verschiedene Strategien beschrieben: Eine besteht darin, Hinweise zu geben und zu hoffen, dass der Patient Interesse zeigt: „[...] *das nicht auf einmal zu machen, sondern dem Patienten immer so einen Tipp in oder so einen Schubser in eine gewisse Richtung zu geben in der Hoffnung, dass er irgendwann mal sagt «Wie meinen Sie das?» oder konkret halt nachfragt, dass man es ihm dann sagt.*“ (A5, 32).

Eine weitere Strategie besteht darin, von einer Operation abzuraten und in Richtung konservative Therapie zu drängen, ohne den Grund hierfür anzusprechen (A10).

Eine andere Möglichkeit, die beschrieben wird, ist die, Patienten zu einem psychosomatischen Konsil weiterzuleiten, ohne sie darauf vorzubereiten: „*Und das ist manchmal so, dass ich die einfach runter schicke, dass ich denen gar nicht groß etwas sage, sondern, dass ich einfach nur sage «Sprechen Sie mal mit den Kollegen und wir machen dann eine allgemeine weite Abklärung»*“ (A14, 30).

Manche Ärzte sprechen das Thema auch mal direkt an, betonen aber, dass sie das nur in gewissen Fällen tun: Nur dann, wenn das Thema entscheidend wichtig für den aktuellen Einweisungsgrund erscheint (A14, 30), oder nur dann, wenn der Patient auf dezentere Hinweise nicht reagiert (A5, 32).

Andere Ärzte sprechen bei Verdacht auf psychosomatische Beteiligung grundsätzlich offen und ausführlich mit dem Patienten über das Thema bzw. nennen keinerlei nötige Bedingungen, um dies zu tun (A1, A4, A11, A13).

## 2. Inhalte des Erstgesprächs über psychische Komorbidität

Im Folgenden werden die Themen aufgeführt, die in einem solchen ersten Gespräch über Psychosomatik von den Ärzten angesprochen werden.

Begriffe in Anführungszeichen („“) stellen Paraphrasen aus dem Interviewtext dar.

**Tabelle 2-7 Kategorie 4, Übersicht 2: Inhalte des Erstgesprächs**

Unterkategorie (Ebene 2)	Unterkategorie (Ebene 3)	Textstellen
<b>Vorhandensein einer psychischen Komponente</b>		A1, 31; A11, 53; A14, 30
<b>Diagnostisches Fragen</b>		A1, 31, 33
<b>Information</b>	Differenzierung von primären und sekundären psychischen Störungen	A1, 31
	Häufigkeit von psychosomatischen Beschwerden	A1, 31
	Vereinfachte Darstellung der neurophysiologischen Zusammenhänge (Schmerzgedächtnis)	A4, 21; A11, 53; A13, 70

<b>Arzt-Patienten-Beziehung</b>	Ernstnehmen der Schmerzen (bei fehlenden somatischen Ursachen)	A4, 21
<b>Empfehlungen für das weitere Vorgehen</b>	„Der Begriff Psychiater darf nicht fallen“	A7, 47; A10, 34; A13, 70
	Weitere Diagnostik: psychosozial (Empfehlung)	A1, 31-33; A14, 38
	Weitere Diagnostik: somatisch (keine Empfehlung)	A4, 21
	Behandlung der psychischen Komponente (Empfehlung)	A1, 31-33
	Besprechung der konservativen somatischen Behandlung	A4, 21; A10, 34
	Besprechung der OP-Indikation	A1, 33; A4, 21; A10, 34; A13, 72

Manchmal wird der Verdacht direkt ausgesprochen, dass eine psychische Komponente beim Patienten eine Rolle spielt.

Es wird die Möglichkeit genannt, im Erstgespräch direkt nach dem psychosozialen Befinden zu fragen, im Sinne von explorativen diagnostischen Fragen.

Eine häufige Strategie besteht in dem Versuch, dem Patienten zu erklären, was der Arzt unter psychosomatischen Beschwerden oder psychischen Belastungsfaktoren überhaupt versteht, um die Akzeptanz für das Thema zu erhöhen. So wird z.B. erwähnt, dass es etwas ist, was viele Patienten betrifft. Außerdem kann erklärt werden, was man unter primären und sekundären psychischen Störungen versteht, denn gerade sekundäre Störungen seien für Schmerzpatienten gut nachvollziehbar. Auch wird darauf hingewiesen, wie man sich wissenschaftlich die Zusammenhänge zwischen Schmerzempfindung und Psyche erklärt. Hierzu wird oft auf das Schmerzgedächtnis hingewiesen und auf die Möglichkeit, dass dieser Mechanismus Störungen aufweist.

Ein Arzt findet es besonders wichtig dem Patienten klarzumachen, dass seine Schmerzen glaubwürdig sind, obwohl zum Zeitpunkt der Untersuchung keine organische Ursache auffindbar ist: „[...] erklären, dass eben eine organische Ursache zum jetzigen Zeitpunkt nicht mehr da ist. Was ja nie bedeutet, dass sie jetzt die Schmerzen nicht HABEN, ja. Also das ist das Wichtigste, was man den Patienten vermitteln muss. Dass man ihnen ja glaubt und dass, und das ist ja auch so, die haben ja auch diese Schmerzen. Die sind halt nur nicht mehr durch das Knie oder irgendwas bedingt.“ (A4, 21).

Einige Ärzte legen auch Wert darauf, aufgrund ihres Verdachtes die bestehenden Möglichkeiten weiterer Diagnostik und Therapie zu besprechen bzw. ihre Empfehlung hierzu zu machen. Die Empfehlungen differenzieren sehr stark voneinander; das ist allerdings Gegenstand der Kategorie „Weitere Diagnostik und Behandlung“. Grundsätzlich werden folgende Themen angesprochen. Was die Diagnostik angeht, so fällt auf, dass zwei entgegengesetzte Strategien beschrieben werden: Manche Ärzte sprechen das Thema einer weitergehenden psychosozialen Diagnostik bei einem Spezialisten an. Andere sprechen dieses Thema gezielt nicht an, um den Patienten nicht zu irritieren. Weitere somatische Diagnostik wird nur einmal als Möglichkeit erwähnt, und zwar empfiehlt der Arzt, dass

keine weitere Diagnostik, v.a. keine Bildgebung, erfolgen sollte. Was die weitere Therapie angeht, spricht ein Arzt das Thema sehr deutlich an, dass es sinnvoll für den Patienten wäre, eine Behandlung der psychischen Komponente einzuleiten. Viele Orthopäden legen Wert darauf, die (bestehende oder nicht bestehende) OP-Indikation zu besprechen. Es wird auch die Möglichkeit genannt, die Indikation für eine konservative somatische Therapie zu besprechen.

### 3. Reaktionen der Patienten

**Tabelle 2-8 Kategorie 4, Übersicht 3: Reaktionen der Patienten**

Unterkategorie: Ebene 2	Textstellen
Negative Reaktionen	A1, 31; A4, 21; A5, 34; A7, 47; A13, 70; A14, 38
Positive Reaktionen	A1, 31; A11, 53; A13, 70

Es werden sowohl negative als auch positive Patientenreaktionen beschrieben.

Als typische negative Reaktion wird beschrieben, Patienten möchten es nicht hören oder nicht wahrhaben, seien beleidigt und fühlten sich in eine Schublade gesteckt: *„In vielen Fällen ist natürlich das Übliche, dass es halt nicht gern gehört, gesehen, oder auch akzeptiert wird [...]“ (A1, 31).*

Dies sei besonders der Fall, wenn man den Begriff „Psychiater“ oder „Psychologe“ fallen lasse (A13), wenn man Patienten zu früh oder zu harsch darauf anspreche (A5) oder auch, wenn Patienten den Eindruck bekämen, der Arzt würde ihre Schmerzen nicht ernstnehmen: *„[...] für die meisten ist das natürlich sehr schwierig, das wollen die auch oft nicht hören oder sagen, sie haben ja die Schmerzen.“ (A4, 21).* Auch möchten viele Patienten ihren Einfluss auf die Erkrankung nicht wahrhaben und würden eine passive Therapieform einer aktiven vorziehen: *„[...] die wollen die Operation, weil damit ist alles weg. Und sehen ja auch oftmals nicht ein, dass sie sozusagen auch selbst an der Erkrankung arbeiten müssen und das sind ja oftmals auch Erkrankungen, die ja auch durch ein langfristiges Fehlverhalten sozusagen erworben erstmal sind. Und das wollen sie auch nicht wahrhaben.“ (A7, 47).*

Auf der anderen Seite werden Situationen beschrieben, in denen Patienten sehr empfänglich für das Thema seien, dankbar oder gar erleichtert darüber, dass jemand Themen zur Sprache bringe, die sie selbst nicht ansprechen konnten. Das kann den Arzt selbst überraschen, dass: *„[...] die meisten Patienten tatsächlich dafür ganz empfänglich sind, das hätte ich/ also ist für mich eine erstaunliche Erfahrung, [...] also es gibt Patienten, die [...] sehr sehr dankbar sind“ (A11, 53).*

Positive Patientenreaktionen werden von den Ärzten in Zusammenhang gebracht mit dem Zustand des Patienten (*„[...] die waren quasi zum Überlaufen voll“ A1, 31*) oder mit der Art und Weise der Aufklärung, die als informativ (A11, A13), offen und rücksichtsvoll (A13) beschrieben wird. Die Haltung des Arztes – wohlwollend und nicht schuldzuweisend - scheint hier eine wichtige Rolle zu spielen: *„[...] ein faires Ansprechen. Den Patienten damit zu überrumpeln, dass er geistig krank ist, ist sicherlich nicht der richtige Weg, eher dem Patienten zu sagen, dass er Schmerzen auf einem anderen Niveau hat, zum Beispiel, Schmerzen, für die er nichts kann, sondern vielleicht einfach, weil seine Schmerzschwelle auf zentraler Ebene etwas heruntersetzt ist, weil er vielleicht Schmerzen mal hatte, die sich einfach so eingebrannt haben, dass er sie so nicht mehr behandeln kann, dass schwierige*

Lebenssituationen gewisse Schmerz[unverständlich, ein Wort] die er sonst vielleicht nicht merken würde, einfach verstärken, und dass man ihm da, dass man da dem Patienten gezielt helfen kann. [...] wenn man das geschickt formuliert, und den Patienten auch wirklich wohlwollend Hilfe anbietet, dann kommt das erfahrungsgemäß gut an.“ (A13, 70).

## 2.2.6 Kategorie 5: Weitere Diagnostik und Behandlung

Diese Kategorie wird in zwei Unterkategorien eingeteilt, die wiederum einzeln dargestellt sind: Die psychotherapeutische sowie die orthopädische Diagnostik und Behandlung.

### Psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung

**Tabelle 2-9 Kategorie 5, Übersicht 1: Weitere psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung**

Unterkategorie 2. Ebene	„Bedingungen“	Textstellen
<b>Hinzuziehen eines Experten (Psychiater, „Fachmann“)</b>	Grundsätzlich bei Vermutung von relevanter psychischer Komponente	A1, 30-33; A11, 53; A14, 30
	Beim Kind	A7, 45
	Nach Ausschluss von somatischen Ursachen	A4, 23
	Keine Besprechung in Anwesenheit von Angehörigen	A4, 23
<b>Überweisung zur Schmerzambulanz (Physikalische Medizin, Anästhesie und Psychologie)</b>		A4, 9; A14, 36-38
<b>Erste Exploration selbst initiieren</b>		A1, 31-33; A14, 22
<b>Über den Hausarzt?</b>		A8, 32; A10, 34
<b>Keine Empfehlung</b>		A4, 21; A7, 46-53; A13, 69-74
<b>Unklar</b>		A5, 28

Bezüglich der psychotherapeutischen Diagnostik und Behandlung beschreiben die Ärzte sehr unterschiedliche Strategien.

Eine Strategie besteht darin, einen Psychiater hinzuzuholen bzw. dem Patienten zu empfehlen, sich bei einem Experten vorzustellen. Einige der Ärzte verfahren grundsätzlich so, wenn sie einen relevanten psychosomatischen Zusammenhang vermuten, und legen auf ein „zweigleisiges“ Vorgehen wert: „Dann würde ich Ihnen dringend empfehlen, sich parallel da mal untersuchen zu lassen von einer Fachfrau oder einem Fachmann, denn dafür bin ich nicht qualifiziert. [...] wir machen das schon ein paar Jahre und wenn Sie ein möglichst gutes Behandlungsergebnis wollen, dann müssten Sie zweigleisig fahren.“ (A1, 33).

Für manche Ärzte ist das nur bedingt die Strategie der Wahl: A7 spricht über Hinzuziehen von Experten bei der Beschreibung eines speziellen Falles, in dem ein Kind ein schweres psychosomatisches Syndrom aufwies, spricht allerdings nicht davon, wenn es um die Behandlung von Erwachsenen geht. A4 spricht nur auf die direkte Nachfrage der Interviewerin von der Möglichkeit eines psychiatrischen Konsils, er ist dabei sehr vorsichtig und betont, dass es wichtig sei, alles Somatische ausgeschlossen zu haben, *bevor* man einen Patienten zum Psychiater schickt, und dass er das Thema bevorzugt dann mit dem Patienten anspreche, wenn er nicht in Begleitung von Angehörigen erscheint (siehe Einzelfallinterpretationen, Kapitel 2.2.8.).

Eine weitere Strategie besteht darin, Patienten, bei denen eine psychosomatische Komponente vermutet wird, an die interdisziplinäre Schmerzambulanz weiterzuleiten, die sowohl mit Ärzten aus der Physikalischen Medizin und Anästhesie als auch mit Psychologen besetzt ist. Somit wird die Entscheidung, ob der Patient einer psychotherapeutischen Diagnostik und Therapie bedarf, an andere Ärzte abgegeben.

Zwei der Ärzte beschreiben, wie sie ein erstes exploratives Gespräch bezüglich der psychischen Problematik selbst initiieren. Dabei spricht der eine Arzt im Rahmen des Routinegesprächs mit dem Patienten darüber, während der andere beschreibt wie er sich extra Zeit nimmt um stationäre Patienten, die auf ihn aufgewühlt oder belastet wirken darauf anzusprechen: *„Ich versuche irgendwann mal am Abend, noch mal zu denen reinzugehen und mit denen zu sprechen, [...] du kannst mit einer Viertelstunde oder einer halben Stunde Aufmerksamkeit und mal klar analysieren, was eigentlich das Problem ist“* (A14, 22): Er beschreibt in erster Linie, wie wichtig es sei, Patienten mit schweren Diagnosen wie Infekt oder Tumore auch psychisch zu begleiten, berichtet aber auch davon, dass er auf dieser Art und Weise auch bei anderen Patienten behandlungsbedürftige Störungen aufdecken würde: *„Und manche Patienten haben auch andere Probleme, also die kommen wegen irgendeiner, keine Ahnung, Schulter-OP oder irgendetwas, und du machst irgendwas und mei, am Anfang hilft es auch noch nicht so gut, und die werden gestresst, und dann merkst du aber irgendetwas stimmt nicht, und manchmal wenn du mit denen sprichst, findest du eigentlich raus, dass gerade irgendwie familiär die Situation maximal angespannt ist, die schwerste Depressionen haben, wo du dann eigentlich ganz andere Leute einschalten musst, und das kriegst du nur raus, wenn du außerhalb von Visite, die einfach viel zu kurz ist, da noch mal nachmittags hingehst“* (A14, 22).

Zwei Ärzte nennen den Hausarzt als geeigneten Behandler, es bleibt aber unklar, inwieweit sie mit dem Hausarzt kommunizieren. A10 sagt: *„Und wenn man da eben überhaupt nichts findet, äh, dann versucht man das auch dem behandelnden Kollegen so mitzuteilen“* (A10, 34): es ist also unklar, ob er die weitere Behandlung des Patienten besprechen würde oder nur die fehlenden orthopädischen Befunde. Auch A8 erwähnt den Hausarzt im Zusammenhang mit Patienten, die Schmerzen ohne somatisches Korrelat beklagen und sagt, er würde sie „zum Hausarzt schicken“, lässt allerdings unklar, ob er den Patienten mit dem Hausarzt besprechen würde. Beide Aussagen lassen eher vermuten, dass die beiden Ärzte es als die Aufgabe des Hausarztes betrachten das weitere Vorgehen mit dem Patienten zu besprechen.

Oft geben die Ärzte an, dass sie bezüglich einer psychosozialen Diagnostik und Behandlung überhaupt keine Empfehlung geben bzw. den Patienten nicht weiterüberweisen. A4 wird an dieser Stelle erneut aufgelistet, weil er auf die Frage hin, wie er mit psychosomatischen Patienten umgehen würde, überhaupt nicht erwähnt, dass er den Patienten eine psychotherapeutische Diagnostik oder Behandlung empfehlen würde (A4, 21). Die

Möglichkeit der Konsultation eines Experten erwägt er erst nach direkter Nachfrage von Seiten der Interviewerin (A4, 23). Bezüglich der Behandlung von Erwachsenen mit relevanten psychischen Faktoren vertritt A7 die Meinung, es sei sinnlos, ihnen eine psychotherapeutische Behandlung anzubieten, weil sie zum Orthopäden kämen mit dem Wunsch nach einer OP und jede Alternative missbilligen und letztlich nicht akzeptieren würden (A7, 53).

Ein Arzt macht die Aussage, dass Patienten, die psychische Probleme entwickeln, „[...] dann letztlich auch behandelt werden müssen“ (A5, 28), erwähnt aber nicht, auf welche Art und Weise.

### Orthopädische Behandlung (operativ und konservativ)

**Tabelle 2-10 Kategorie 5, Übersicht 2: Weitere orthopädische Behandlung**

Unterkategorien (2. Ebene)	Unterkategorien (3. Ebene)		Textstellen
<b>Operation</b>	u.U. sinnvoll, bei guter Schmerztherapie und „guter Patientenführung“		A7, 39, 48-53
	Erfolgreiche „Sham OP“ bei psychisch bedingten Beschwerden		A7, 41
	u.U. sinnvoll, bei begleitender psychiatrischer/psychologischer Behandlung		A1, 33
	Relativ kontraindiziert		A10, 34; A13, 72; A14, 30
	Absolut kontraindiziert		A4, 21
	Keine Aussage		A5, A8, A11
<b>Konservative Behandlung</b>	Sinnvoll	Schmerztherapie	A10, 34; A13, 74
		Physiotherapie	A10, 34; A13, 74
		Osteopathie	A14, 42
	Überweisung	Interdisziplinäre Schmerzambulanz	A4, 9; A14, 36-38
		Fibromyalgie Sprechstunde	A10, 34
	Kontraindiziert		A4, 21
	Keine Aussage / Unklar		A1, A5, A7, A8, A11

#### Operative Behandlung:

Das Thema der Indikation einer Operation bei psychosomatischer Komponente ist eins, über das sich einige Orthopäden sehr ausführlich äußern. Drei Ärzte machen keine klare Aussage hierzu (A5, A8 und A11), sie sprechen in ihrem Interview allerdings generell nur sehr spärlich über das Thema Psychosomatik: A5 sagt, er „versuche es zu vermeiden, den Patienten direkt darauf anzusprechen“ (A5, 32) und macht keine Aussagen zur weiteren Therapie, A8 „übergeht es einfach“ und schickt die Patienten zum Hausarzt (A8, 32), A11 holt einen Psychiater hinzu und äußert sich leider nicht zur weiteren orthopädischen

Therapie, abgesehen von der Aussage: „dann wird's für uns immer schwierig, muss man ehrlicherweise sagen“ (A11, 53).

Die Antwort darauf, ob eine OP-Indikation – bei entsprechenden körperlichen Befunden - trotz einer psychischen Komponente gegeben sei, variiert sehr stark mit der Definition und dem Verständnis davon, was eine psychische Komponente sei. Für die meisten Ärzte verändert die Vermutung einer solchen Komponente ihre Empfehlung bezüglich einer Operation. Wenn sie einschätzen, dass die Beschwerden eher psychisch als somatisch bedingt sind, stellen sie den Nutzen einer Operation in Frage:

*„Wenn man das Gefühl hat, dass man dem Patienten mit dieser Operation nicht helfen kann, dann abraten davon. Sehe ich ganz klar hart so, weil letzten Endes, das Einzige, was man schafft, ist ein weiteres Wundgebiet, mit einer Körperverletzung letzten Endes, die nirgendwo hinführt, und allen Komplikationen, die so eine Operation mit sich bringen kann, inklusive einem Schmerz, der sich jeweils ja noch verschlimmern kann.“ (A13, Abs. 71).*

*„Und das ist sicherlich auch ein Problem, dass manche Patienten operiert werden, obwohl sie eigentlich nicht zwingend hätten operiert sein müssen, sondern der Schmerz auch mal von woanders herkommt. Oder eben so stark verstärkt wird, [...] die werden nachher dann nicht zwingend alle gut. Wenn eben die Ursache des Schmerzes jetzt nicht wirklich nur am Knie oder an der Schulter liegt, ja. Das ist, das ist ein großes Problem.“ (A10, Abs. 34).*

Sie schließen allerdings nicht ganz aus, dass ein Eingriff – angesichts der somatischen Komponente – indiziert sein könne. Gefragt nach dem Einfluss von begleitender Angst oder Depression aufs OP-Ergebnis sagt A1: *„Wir operieren die hier durchaus auch, wenn die etwas haben, was sinnvoll operationswürdig ist, wird eben extrem ausführlich mit ihnen gesprochen. Wir erklären denen, dass wir ihnen nicht die gleichen guten Erfolgsaussichten geben könnten wie jetzt jemandem, der das Begleitproblem nicht hat. Also, dass sie einfach schlechtere Karten haben für ein gutes Outcome. Weil die Schraube halt auch nur eine Schraube ist und keine Lithium-Schraube oder so etwas. [...] wenn Sie ein möglichst gutes Behandlungsergebnis wollen, dann müssten Sie zweigleisig fahren.“ (A1, Abs. 33).*

Zwei der Ärzte ragen gewissermaßen heraus, was die Empfehlung bezüglich einer Operation angeht, weil sie sich beide extrem positionieren, der eine gegen operative Verfahren bei psychosomatischer Komponente (A4), der andere dafür (A7). Diese zwei besonderen Herangehensweisen werden als Fallvorstellung im Kapitel 2.2.8. vorgestellt.

#### **Konservative Behandlung:**

Es geht hier um die konservative Behandlung, die anstatt oder vor einer Operation angeboten wird. Viele Ärzte machen hierzu keine Aussage. Die meisten Ärzte, die sich dazu äußern, berichten davon, dass sie ihren Patienten als erste Wahl vor einer Operation irgendeine Art von somatischer konservativer Behandlung empfehlen: *„Jegliche Form der Schmerztherapie, sei es bei irgendwelchen Rückenleiden zum Beispiel, klassisches Beispiel: Anwendung einer Physiotherapie, das sind aber nicht sechs Einheiten, sondern ist im Prinzip eine lebenslange Einheit, mit Rückenschule, immer wieder Training, kombiniert mit Schmerztherapie, vielleicht hier und da mal eine gezielte Spritze, die irgendwie ein paar Nervenäste betäubt, das sind so Möglichkeiten.“ (A13, 74).* Ein Arzt empfiehlt alternative Behandlungsmethoden und nennt Osteopathie als Beispiel (A14, 42).

In manchen Fällen wird davon berichtet, dass die Ärzte die Patienten weiterüberweisen zur interdisziplinären Schmerzambulanz (A4, 9; A14, 36-38) bzw. – bei Vermutung der

entsprechenden Diagnose – zur Fibromyalgie-Sprechstunde (A10, 34). Hiermit wird die Entscheidung, ob eine konservative Therapie geeignet ist, an weitere Experten abgegeben. Ein Arzt äußert sich zu Patienten mit Schmerzen ohne somatisches Korrelat so, dass jegliche weitere Behandlung kontraindiziert sei, weil sie zur weiteren Fixierung auf den Schmerz führe: *„Und dass für sie das Beste wäre, und das sage ich ihnen aber schon ganz deutlich, dass sie quasi alle Bilder mehr oder minder wegschmeißen und keine weiteren Termine für Krankengymnastik, irgendwelche Bildgebung, Kernspintomographie, oder sonst was ausmachen. Sondern versuchen sozusagen, diesem ganzen Geschehen nicht so viel Raum zu geben und sich auf irgendwelche anderen Sachen zu konzentrieren, irgendwelche schönen Sachen zu machen, bei denen sie Spaß haben und das irgendwie in den Hintergrund zu drängen.“* (A4, 21).

## 2.2.7 Kategorie 6: Hürden

Tabelle 2-11 Kategorie 6, Übersicht: Hürden

Unterkategorien (2. Ebene)	Unterkategorien (3. Ebene)	Textstellen
<b>Rahmenbedingungen</b>	Zeitmangel	A5, 38, 42; A8, 32; A13, 36; A14, 38, 42
	Zu kurze/oberflächliche Patientenkontakte	A10, 34; A14, 26
	Erwartungen an den Chirurgen	A7, 47; A10, 34
	Vergütungsproblem	A7, 45
<b>Arztmerkmale</b>	Mangelnde Fachkompetenz (Psychosomatik)	A10, 34; A11, 53; A14, 38
	Angst vor unerkannter somatischer Ursache	A4, 23
	Nicht meine Zuständigkeit	A8, 32
<b>Beziehungsaspekte</b>	Gestörte Passung zwischen Arzt und Patient	A1, 11; A14, 22
	(Gefahr der) Störung der Arzt-Patienten-Beziehung	A5, 34; A7, 47; A13, 70; A14, 38
<b>Störungen in der Zusammenarbeit mit Psychiatern</b>		A11, 29; A14, 30-32

Die Ärzte geben verschiedene Gründe an, weswegen sie die psychischen Aspekte bei der Behandlung ihrer Patienten nicht berücksichtigen bzw. verschiedene Faktoren, die sie als erschwerend erleben, wenn sie es versuchen. Die Angaben der Ärzte waren spontan, wir stellten keine direkte Frage danach im Interview.

Rahmenbedingungen: Am häufigsten angesprochen wird der Zeitmangel, wobei sich hinter diesem Etikett verschiedene Informationen verstecken: Zum einen beschwerten sich die Ärzte, dass sie insgesamt wenig Zeit für Ihre Patienten haben. Zum anderen haben sie den

Eindruck, dass Psychosomatik besonders viel Zeit kosten würde bzw. dass die Voraussetzung dafür, überhaupt psychosoziale Auffälligkeiten zu bemerken eine umfassende Wahrnehmung des Patienten sei, die wiederum nur nach ausreichender Beschäftigung möglich sei. Zu guter Letzt stellt Psychosomatik nicht ihre Priorität dar, denn die somatischen Aspekte der Behandlung haben Priorität. Die Erwartung an den Chirurgen, von Seiten der Patienten wie der Kollegen, sei die, dass er sich an die somatischen Befunde zu halten habe: „[...] wenn die zu uns kommen, teilweise mit Überweisung, haben wir natürlich den klaren Auftrag, eben uns das Gelenk anzuschauen und zu gucken, ob da was ist oder nicht.“ (A10, 34). Demzufolge fällt dem Zeitmangel am ehesten die Berücksichtigung der Psyche zum Opfer. Ein Arzt spricht über das DRG System als einen der erschwerenden Gründen, um sich dem Patienten umfassend aus einer psychosozialen Perspektive zu widmen, weil jegliche Diagnostik oder Therapie, die über das orthopädische Krankheitsbild hinausgeht, nicht vergütet werde.

Arztmerkmale: Einige Ärzte sind der Ansicht, sie würden die nötigen Fachkompetenzen über Psychosomatik nicht besitzen. Diese Einschätzung kann sich auf die allgemeine psychopathologische Einschätzung des Patienten beziehen (A10, A14), oder aber auf die Gesprächsführung bei vermutetem psychosomatischem Zusammenhang (A11). Ein Arzt beteuert, wie im vorigen Kapitel schon dargestellt, dass es nur dann zulässig sei, einen Patienten zum Psychiater zu überweisen, wenn „man alle somatischen Ursachen wirklich ausgeschlossen hat. Weil einem natürlich nichts Schlechteres passieren kann, als dass man jetzt jemandem sagt, er soll zum Psychiater gehen und er hat dann doch irgendwie eine somatische Ursache, die dann sozusagen nicht erkannt wird. Das darf natürlich nicht sein.“ (A4, 23). Der berechtigte Anspruch, die somatischen Aspekte der Erkrankung nicht zu vernachlässigen, wird also in dem Fall zum Hemmfaktor für eine zweigleisige Herangehensweise.

Beziehungsaspekte: Die Ärzte bringen zur Sprache, dass es eine gute Basis auf der Beziehungsebene bräuchte, um das Thema der Psyche überhaupt mit Patienten erfolgreich anzusprechen, also mit einer positiven Resonanz auf der Patientenseite. Dies sei auch möglich mit Patienten, die man gerade zum ersten Mal sieht, allerdings nur, wenn sie auf der emotional-zwischenmenschlichen Ebene dem Arzt nah oder ähnlich genug sind. Auf der anderen Seite halten es viele Ärzte für riskant, das Thema der psychischen Faktoren anzusprechen, weil sie vermuten, dass dies eine bedeutende Störung in der Arzt-Patient-Beziehung zur Folge haben könnte.

Störungen in der Zusammenarbeit mit Psychiatern: Auch kann es vorkommen, dass der Arzt zwar die Initiative ergreift und ein psychiatrisches Konsil veranlasst, dieses dann aber kein zufriedenstellendes Ergebnis liefert. Dies sei abhängig von der Erfahrung und der Kompetenz des Kollegen und von der Zeit, die er wiederum für den gemeinsamen Patienten investieren kann: „ob die auch das rausfinden, ob die die Zeit haben, die Erfahrung haben, das rauszukitzeln, weil die können den Patienten nur zwanzig Minuten sehen, und wir haben den schon seit einer Woche auf Station. Dann ist das schwierig“ (A14, 32). Auch könne es vorkommen, dass der Psychiater zu einem völlig anderen Schluss käme als der behandelnde Orthopäde, was zu erheblichen Konflikten und Unsicherheiten in der weiteren Patientenbetreuung führe. Ein Fall wird beschrieben, in dem eine schwer körperlich kranke Patientin den Wunsch zu sterben äußerte: „Und daraufhin haben wir dann gesagt: [...] Jetzt holen wir einen Psychiater dazu. Und [...] der machte das Konsil, schrieb drauf: «Patientin will sterben - Bitte sterben lassen».“ (A11, 29). Dies stellte das weitere Behandlungsteam

vor eine schwere ethische und medizinische Frage, es wurde die Entscheidung getroffen, die Patientin weiter somatisch zu behandeln und ihr Zustand konnte soweit gebessert werden, dass sie ihren Todeswunsch beschämt zurücknahm. Der Fall macht deutlich wie das Hinzuziehen eines Experten, der in der weiteren Behandlung nicht involviert und womöglich nicht ausreichend informiert ist, die Patientenbetreuung sogar noch deutlich erschweren kann.

### **2.2.8 Einzelfallinterpretationen: Drei verschiedene Ansichten zu OPs und Psyche**

Da das Thema des Umgangs mit Operationen ein so zentrales für die Fragestellung und für die tägliche Praxis des Orthopäden ist, wurden anhand der Kategorie 5B: „Weitere somatische Diagnostik und Behandlung“ drei Fälle für die Einzelfallinterpretation ausgesucht. Diese drei Ärzte beantworten die Frage, ob Operationen bei Patienten mit psychischer Komorbidität sinnvoll seien, sehr unterschiedlich: A4 ist der einzige Studienteilnehmer, der gewissen Patienten mit psychosomatischem Hintergrund keine weitere somatische Diagnostik oder Behandlung empfiehlt. A7 plädiert dafür, Psychosomatiker zu operieren und nennt verschiedene Strategien der Patientenführung, damit das Ergebnis trotz schlechterer Bedingungen gut wird. A1 ist ein Beispiel für eine moderate Stellungnahme, welche die Möglichkeit der parallelen Behandlung der Psyche berücksichtigt.

### 2.2.8.1 A4

#### Fallbeschreibung:

Als Herausforderung im Umgang mit Patienten nennt A4 Situationen, in denen Patienten unzufrieden sind, weil sie entweder mit einem Behandlungsergebnis nicht zufrieden sind oder weil der Arzt bei der Diagnostik keine Ursache für die Beschwerden finden kann (A4, 5). Gefragt nach konkreten Beispielen berichtet er über den Fall eines Patienten mit stärksten Schulterschmerzen, bei dem keinerlei somatischer Befund vorlag und letztlich keine Ursache zu finden war. Bei diesem Patienten habe er letztlich eine „*psychosomatische Komponente*“ vermutet und er habe ihn zur interdisziplinären Schmerzambulanz weitergeleitet (A4, 9).

Auf die Frage nach seinem Umgang mit aufgewühlten Patienten nennt er als Beispiel zwei Situationen, in denen Patienten aufgewühlt sein können: aufgrund von privaten sozialen Problemen v.a. präoperativ wegen dem Ausfallen in der Arbeit sowie nach der Mitteilung einer schweren Diagnose. Er versuche mehr Zeit für die Patienten zu investieren und konkrete Fragen zu beantworten und ist der Meinung, es sei manchmal sinnvoll einen Folgetermin auszumachen, um den Patienten die Zeit zu geben, über das Thema nachzudenken, bzw. es mit Familie und Hausarzt zu besprechen.

Danach gefragt, wie er damit umgehe, wenn er vermutet, eine psychosomatische Komponente könne eine Rolle für die orthopädische Erkrankung spielen, antwortet er mit einer Beschreibung vom typischen Psychosomatiker: Patienten, die von Arzt zu Arzt rennen, bereits viel bildgebende Diagnostik hinter sich haben und oft jung sind. Diesen Patienten sage er, dass er nicht an eine somatische Ursache ihrer Beschwerden glaube und dass alle schwerwiegenden Ursachen bereits ausgeschlossen worden seien. Weiterhin rate er ihnen, sich keinerlei weiterer Diagnostik oder Therapien zu unterziehen, um dem Geschehen keinen Raum zu geben und stattdessen Ablenkung von ihren Beschwerden zu suchen. Dies sei für die Patienten meistens sehr schwer, sie würden oft darauf antworten, sie hätten ja die Schmerzen. Dennoch sei ihm diese Botschaft sehr wichtig: *„Weil jede weitere Therapie und jede weitere Bildgebung die [Patienten] in diesem Krankheitsgeschehen da irgendwie noch bestätigt. Und das wirklich alles vergessen und versuchen wirklich irgendwas zu machen, was ihnen Spaß macht und dass sie da irgendwo aus diesem Kreis dann rauskommen.“* (A4, 21). Anderen Patienten versuche er das so zu erklären, dass eventuell früher bestehende organische Ursachen zu dem Zeitpunkt der Untersuchung nicht mehr vorhanden seien. Gleichzeitig sei es *„das Wichtigste, was man dem Patienten vermitteln muss“* (A4, 21), dass sie die Schmerzen tatsächlich haben und dass man ihnen glaubt, dass die Schmerzen allerdings nicht (mehr) vom Körper ausgehen, sondern vom ZNS, und dass deswegen körperliche Interventionen keinen Einfluss auf die Beschwerden haben können. Auf die Frage hin, was er tun würde, wenn er den Eindruck habe, der Patient könnte Hilfe von einem Psychiater oder Psychologen gebrauchen, antwortet er, es sei ihm wichtig, mit dem Patienten alleine darüber zu reden; er sieht also eine Schwierigkeit darin, wenn Angehörige beim Gespräch anwesend sind. Voraussetzung für die Überweisung eines Patienten zum Psychiater sei darüber hinaus, dass alle somatischen Ursachen wirklich ausgeschlossen worden sind. Wenn das gegeben ist und die Persönlichkeitsstruktur des Patienten oder seine Schilderung von seinem Umfeld dem Arzt den Eindruck vermitteln, dass es Probleme auf dieser Ebene geben könnte, dann versuche er darauf hinzuweisen und die Patienten entweder über die psychologisch mitbesetzte Schmerzambulanz oder aber über einen Psychiater zu behandeln (A4, 23).

### Fallinterpretation:

Dieser Fall sticht aus mehreren Gründen heraus: Zum einen nennt A4 *spontan* den Umgang mit Psychosomatikern als erste Herausforderung im Umgang mit Patienten. Es scheint also ein Thema zu sein, das ihn beschäftigt und ihm immer wieder begegnet. Zum anderen sticht heraus, dass er deutlich ausschließt, dass jegliche somatische Intervention – selbst die Physiotherapie – bei diesen Patienten sinnvoll sein könnte. Wichtig ist dabei sein Verständnis von Psychosomatik: Es scheint mit Psychogenese bzw. den somatoformen Störungen gleichzusetzen zu sein. Er erwähnt nicht die Möglichkeit, dass die Psyche des Patienten einen relevanten Einfluss auf die Erkrankung oder auf den Behandlungsverlauf haben könnte, außer in den Fällen, in denen sie die Ursache der Beschwerden darstellt. Hier zeichnet sich womöglich die Schwierigkeit mit dem Begriff „psychosomatisch“ ab: Der Begriff „psychosomatische Komponente“ wird im Interview von A4 verwendet (A4, 5) und dann von der Interviewerin genauso wieder aufgegriffen (A4, 20), keiner von den beiden benutzt einen anderen Ausdruck wie zum Beispiel „psychische Faktoren“ oder „psychische Komorbidität“. Es ist denkbar, dass A4 in seinem Alltag ein vielfältigeres Bild von psychischen Einflusskomponenten sieht, es aber im Interview nicht beschreibt, weil er den Begriff Psychosomatik mit somatoformen Störungen bzw. Psychogenese gleichsetzt. Im Interview erweckt er den Eindruck, als würde er seine Patienten einteilen in solche, die körperlich krank sind, einer somatischen Diagnostik und Behandlung bedürfen und psychisch bzw. sozial zwar belastet sein können, aber keine Diagnostik und Therapie brauchen und solche, die somatisch abgeklärt sind und definitiv keine körperliche Erkrankung haben. Als er seine Strategien beschreibt, scheint er dieser zweiten Gruppe nichts anderen zu raten, als jegliche Form der körperlichen Diagnostik und Behandlung zu vermeiden und Ablenkung von ihren Beschwerden zu suchen (A4, 21); dennoch erzählt er im Fallbeispiel, dass er seinen Patienten, bei dem *„eine psychosomatische Komponente mit ins Spiel“* kam (A4, 9) zur Schmerzambulanz weitergeleitet hätte (A4, 9), und sieht auf Nachfrage auch die Möglichkeit, solche Patienten an den Psychiater weiterzuleiten (A4, 23). Seine Aufklärung erscheint stark widersprüchlich bzw. bezüglich der Beziehung zum Patienten ungünstig zu sein: Auf der einen Seite beteuert er, wie wichtig es sei, den Psychosomatikern zu vermitteln, dass man ihnen die Schmerzen glaubt, auf der anderen Seite teilt er den Patienten mit, dass sie nichts Schwerwiegendes haben, dass sie keinerlei Diagnostik oder Therapie bedürfen und dass sie sich von den Beschwerden einfach ablenken sollten (A4, 21). Die Gefahr scheint groß, dass aufgrund seiner Strategie beim Patienten genau die Botschaft ankommt, die er nicht vermitteln möchte, nämlich, dass die Schmerzen nur eingebildet sind.

Auf eine eigentlich sehr offene Frage (*„Wie gehen Sie damit um, wenn Sie den Eindruck haben, dass der Patient sogar einen Psychiater gebrauchen könnte oder Psychologen oder Hilfe in der Richtung?“* (A4, 22)) gibt A4 eine sehr eng gefasste Antwort: Man gewinnt den Eindruck, dass er noch über Patienten mit einer vermuteten somatoformen Störung spreche und dass es ihm um das Herausfinden der Ursache der Beschwerden gehe: *„Also das ist immer so die Voraussetzung, dass man alle somatischen Ursachen wirklich ausgeschlossen hat. Weil einem natürlich nichts Schlechteres passieren kann, als dass man jetzt jemandem sagt, er soll zum Psychiater gehen, und er hat dann doch irgendwie eine somatische Ursache, die dann sozusagen nicht erkannt wird. Das darf natürlich nicht sein.“* (A4, 23). Er macht keine Aussage zur Möglichkeit einer parallelen Behandlung von psychischen und somatischen Störungen oder zu den komplexen Wechselwirkungen

zwischen psychischen und somatischen Beschwerden, die ein solches zweigleisiges Vorgehen rechtfertigen würden.

#### 2.2.8.2 A7

##### Fallbeschreibung:

Gefragt nach seinen Herausforderungen im Patientenkontakt beschreibt A7 verschiedene Situationen, die in erster Linie das Thema der Entscheidungsfindung und des Aufklärungsgespräches betreffen (A7, 5-16). Eine weitere Herausforderung bestehe darin, die Anamnese so zu gestalten, dass Patienten sich erhört fühlen, ohne dass das Gespräch ausufernd wird: Viele Patienten würden - gerade bei Gesprächen, in denen es um die Therapieentscheidung geht - Informationen anführen, welche sie für wichtig halten, die der Arzt aber leicht als irrelevant erkennen kann. Ärzte müssten Patienten einerseits reden lassen, andererseits doch früh unterbrechen, um das Gespräch zu verkürzen (A7, 17-19). Gefragt nach besonders anstrengenden Patienten berichtet er zunächst von extrem fordernden Patienten. Darüber hinaus gebe es „[...] *einen Patiententypus, wo man bereits vor der Operation weiß, es wird nicht gut werden, weil der Patient einfach nicht dazu passt von der Grundeinstellung [...]*“ (A7, 25) – die Therapieentscheidung sei bei diesen Patienten problematisch, weil sie zwar Beschwerden haben, die man verbessern möchte, ein schlechtes Ergebnis dennoch vorprogrammiert sei: „[...] *man weiß eigentlich schon, das wird nichts werden, weil sich der Patient schon so in seine Erkrankung ergeben hat und auch diesen sekundären Krankheitsgewinn seines Leides so auslebt, dass er auch nicht wirklich, vielleicht gesund werden möchte. Also es nicht wissentlich, aber unterschwellig*“ (A7, 25). Auf die Frage hin, woran man solche Patienten erkennen könne, beschreibt er sie folgendermaßen: „*Es ist die Gesamtstruktur des Patienten: Der hat eine Erkrankung, er hat einen Schaden, aber die Schmerzsymptomatik und die Funktionseinschränkungen und die Einschränkungen für sein Leben sind eigentlich nicht so, dass es dazu passt. Er war bei vielen Ärzten, hat viele, viele Therapien gemacht, aber erzählt, dass das alles immer falsch gemacht worden ist und diese Sachen, ist lang aus dem Berufs- und aus dem Freizeitleben ausgeschieden sozusagen, wobei man sich immer denkt «Das würde schon gehen, eigentlich», und hat sich also zu auf sein Leid konzentriert in den letzten Jahren, und das sind so die Problempatienten, ja*“ (A7, 27).

Gefragt nach sonstigen schwierigen Situationen beschreibt er das erste postoperative Gespräch mit dem Patienten: Es sei wichtig, nicht zögerlich oder zweifelnd zu wirken, sondern selbstbewusst und optimistisch, um „*diesen Teil mitwirken*“ (A7, 29) zu lassen. „*Was dann wirklich schwierig ist, bei Patienten, wo man weiß, das kann nichts werden oder wo auch meinetwegen eine Komplikation da ist, wie man sozusagen diese Patienten jetzt dann führt*“ (A7, 29). In solchen Situationen sei es besonders wichtig, dass Angehörige oder andere Behandler den Patienten nicht verunsichern. Die Interviewerin fragt an der Stelle, wie er sich verhalte, wenn es Probleme bei der Operation gegeben habe, woraufhin er antwortet, dass der Eindruck des Operateurs über den Eingriff überhaupt nicht mit dem Ergebnis korreliere: „*Also es ist, Sie können bei drei Patienten haargenau das gleiche machen, beim gleichen Befund, und beim Einen wird's gut und beim Anderen geht es nicht und ich glaube, das ist eben das, was ich glaube, da ist die Patientenführung oder so sehr wichtig. Sie sind immer darauf angewiesen, dass der Patient am Ergebnis mitarbeitet und dass er auch selbst glaubt und möchte und glaubt, dass es gut wird. Und ich glaube, dass das sicher die Hälfte des Therapieerfolges ist. Und deshalb, wenn Sie dem sagen «Passen Sie*

*auf, das ist so schlecht, das wird nichts», dann kann es auch nichts werden. Wenn Sie aber sagen «Pass auf, das wird gut, da müssen Sie jetzt noch das und das tun und dann wird es gut» und dann wird er auch da mitarbeiten und dann haben Sie auch eine wesentlich höhere Chance, dass das dann auch trotzdem gut wird, obwohl die Voraussetzungen nicht so wahnsinnig gut waren“ (A7, 35).* Auf die Frage hin, was er glaube, was diesen Effekt moduliere, antwortet er, es hänge ab von der Grundeinstellung des Patienten zu seinem Körper sowie von seiner Schmerzwahrnehmung und -verarbeitung. Dementsprechend sei zu erwarten, dass ein Patient, der präoperativ schon inadäquate Schmerzen und Einschränkungen angibt, auch postoperativ mit dem Ergebnis unzufrieden sein wird. Auf die Frage, ob man solche Patienten schon präoperativ erkennen könne, benutzt er für diese Patientengruppe erneut die Bezeichnung „*Problempatienten*“ (A7, 27, 39) und meint, man könne etwa 30% von ihnen zwar präoperativ erkennen, es stelle sich dann aber die Frage nach der Konsequenz: Man könne sich dafür entscheiden, sie nicht zu operieren, weil man ein schlechtes Ergebnis erwartet, oder aber man könne sie aufgrund ihres Leidensdruckes doch operieren und müsse dann darauf achten, sie richtig zu „*führen*“ (A7, 39).

Erst an dieser Stelle des Interviews fragt die Interviewerin direkt danach, was für eine Rolle Psyche und Psychosomatik in der Orthopädie spielen. A7 meint, das Thema würde eine große Rolle spielen und berichtet von drei Aspekten. In erster Linie geht es wieder um den Aspekt des Einflusses der Psyche auf das Operationsergebnis; dazu meint A7, orthopädische Ärzte würden immer wieder „*Sham OPs*“ (A7, 41) erleben, und berichtet von dem Fall einer jungen Patientin, die sich nach mehrjährigen Schmerzen einer Arthroskopie unterzog. Der intraoperative Befund sei völlig in Ordnung gewesen und der Arzt habe nichts gemacht, außer das Gelenk anzuschauen, habe dann aber der Mutter berichtet, er habe Narben gelöst. Sechs Wochen postoperativ sei die Patientin völlig beschwerdefrei und sehr dankbar gewesen: „*Wo man sagen muss, das war rein Hokuspokus, mehr war das nicht. Das ist [...], was man psychologisch beeinflussen kann*“ (A7, 41). Das zweite Thema betrifft die präoperativen Erwartungen des Patienten: Es gäbe Patienten, die von einer Operation erwarten, sie würde ihnen zum Beispiel mehr Sportfähigkeit bescheren, als sie jemals hatten. Es sei darum sehr wichtig, solche Missverständnisse zu erkennen und Patienten „*auf eine realistische Erwartungshaltung*“ (A7, 41) zu bringen. Unrealistische Erwartungshaltungen könnten nicht nur zur Unzufriedenheit des Patienten mit dem Operationsergebnis führen, sondern auch zu unnötigen Revisionsoperationen, welche das Ergebnis eher noch verschlechtern würden. Als dritter Aspekt von Psyche in der Orthopädie berichtet er von Patienten, die „*durch ihre psychische Grundeinstellung unter Umständen auch die Erkrankung sozusagen erst hervorrufen oder triggern*“ (A7, 43). Das sei besonders im Bereich der Wirbelsäule der Fall, aber auch im Bereich der Schulter, und es handele sich um muskuläre Verspannungen, die durch eine schlechte Haltung hervorgerufen werden und letztlich zu Beschwerden führen, zum Beispiel bei in sich zusammengesunkenen Schultern. Darüber hinaus seien die psychischen Einflussfaktoren bei Erkrankungen wie CRPS oder Arthrofibrose „*wahrscheinlich auch relativ hoch*“ (A7, 43).

Danach gefragt, wie er damit umgehen würde, wenn er den Eindruck habe, dass ein psychischer Faktor vorhanden sei, antwortet er, er versuche das anzugehen. Häufiger würde man es bei Kindern sehen, darum schildert er den Fall eines Kindes, bei dem erkannt wurde, dass ein soziales Problem der Eltern Grund für die Beschwerden war. Das Kind sei aufgenommen worden und nach langem Aufenthalt unter Einbezug von Kinderpsychologen ohne Operation beschwerdefrei geworden. Hierbei erwähnt er das Problem, dass solche

Interventionen von den Versicherungsträgern nicht vergütet würden, sondern nur nach DRGs entsprechend der Grunderkrankung (A7, 45).

Gefragt nach seinem Umgang mit der Thematik bei Erwachsenen antwortet er, es sei schwierig, an sie heranzukommen: *„[...] auch wenn da ein psychisches Problem dahintersteckt, dann mögen die das oftmals nicht wahrhaben“* (A7, 47). Krank sein werde grundsätzlich gesellschaftlich als *„nicht chic“* (A7, 47) oder nicht opportun angesehen, orthopädische Erkrankungen seien besser angesehen, wenn sie als Sportverletzungen und nicht als Degeneration dargestellt werden können. Psychische Einflusskomponenten oder die Notwendigkeit, jemanden einem Psychiater vorzustellen, seien verpönt und solche Aussagen würden von Patienten *„[...] in der Regel sofort abgeblockt“* (A7, 47). Darüber hinaus seien Patienten in der Orthopädie sehr operativ orientiert: *„[...] die wollen die Operation, weil damit ist alles weg. Und sehen ja auch oftmals nicht ein, dass sie sozusagen auch selbst an der Erkrankung arbeiten müssen, und das sind ja oftmals auch Erkrankungen, die ja auch durch ein langfristiges Fehlverhalten sozusagen erworben erstmal sind. Und das wollen sie auch nicht wahrhaben“* (A7, 47). An dieser Stelle fragt die Interviewerin, ob es darum gehe, dass es eine klar definierbare Patientengruppe gebe mit einer psychischen Komponente, bei der die Schwierigkeit darin bestehe, sie dazu zu bekommen, dass sie das annehmen, akzeptieren oder integrieren können (A7, 48). Er antwortet zwar *„Genau“* (A7, 49), fügt dann aber gleich hinzu: *„Oder Sie müssen versuchen, die aus diesem Problem herauszulösen, indem Sie zum Beispiel sagen: Ok, ich mache jetzt eine Operation und schaffe es dann auch, durch das Einspritzen eines Lokalanästhetikums, Cortison in diesem Bereich einfach direkt nach der Operation zumindest eine vorübergehende Schmerzfreiheit zu schaffen und dass sie in diesem Fenster sozusagen sagen «Ok, das ist jetzt in Ordnung» und ihre Grundeinstellung zu ihrer Erkrankung in dem Moment auch ändern“* (A7, 49).

Gefragt nach den langfristigen Effekten eines solchen Vorgehens antwortet er, dass manche Patienten durch ein solches Vorgehen wirklich langfristig beschwerdefrei werden könnten. Das sei allerdings erschwert oder seltener bei Patienten, bei denen die Problematik schon seit Jahren besteht. Auch würde der Erfolg vom sozialen Umfeld abhängen: Patienten, die sozial eingebunden sind und im Beruf stehen, hätten bessere Aussichten. *„Wenn die sozusagen beruflich schon berentet sind oder arbeitslos sind und das soziale Umfeld schon über die letzten Jahre kaputt gegangen ist, dann schaffen sie es nicht mehr“* (A7, 53). Danach gefragt, wie er mit aufgewühlten Patienten umgehe, antwortet er, er würde versuchen, sich Zeit zu nehmen für den Patienten. Bedarf hätten besonders schwer chronisch kranke Patienten in den Bereichen der Tumororthopädie oder der Wirbelsäule. Wenn man sich Zeit für sie nehme und mit ihnen spräche, würden sich aufgewühlte Patienten wieder fangen und darüber hinaus ein gutes Vertrauensverhältnis aufbauen, was wiederum zu guten Therapieerfolgen beitragen würde (A7, 55).

Gefragt danach, ob er den Eindruck habe, dass es als Operateur notwendig wäre, sich emotional von Patienten zu distanzieren, um einen inneren Konflikt bei der Operation zu vermeiden, antwortet er, dass er darin keinen Konflikt sehe. Das Problem sei eher: *„[...] dass man einfach, dadurch, dass man das Fach überhaupt wählt natürlich, dass das sehr gebahnt ist, dass man mit einer Operation sozusagen alles heilen kann und damit auch die psychische Komponente eher sozusagen nach hinten schiebt und diesen banalen Satz, dass man eben sozusagen «Nur der Stahl kann heilen», man glaubt schon auch sehr daran, dass man durch die Operation alle Probleme löst, teilweise oder verschiebt das so ein bisschen in die Richtung und kann dann auch mal sagen «Ja, mein Gott, wenn es jetzt nichts geholfen*

*hat, dann kann dir halt keiner mehr helfen» oder so. Das ist, glaube ich, eher so ein bisschen das Risiko“ (A7, 57).*

#### Fallinterpretation:

A7 berichtet ebenfalls spontan vom Einfluss der Psyche auf das Operationsergebnis, nennt es aber nicht so. Er spricht nicht von Psychosomatikern oder Patienten mit psychischen Komponenten, sondern von „*Problempatienten*“. Im ersten Moment beschreibt er solche Patienten folgendermaßen: Sie hätten Beschwerden, die durch die somatischen Befunde nicht ausreichend erklärbar sind, hätten lange Patientenkarrerien hinter sich sowie schlechte Erfahrungen mit früheren Ärzten. Darüber hinaus sei bei ihnen kein Erfolg der Operation zu erwarten. Diese Beschreibung lässt eher an Patienten mit somatoformen Beschwerden denken bzw. mit Erkrankungen, bei denen die psychische Komponente eine wesentliche Rolle spielt. Erst an zweiter Stelle berichtet er von Patienten, die aufgrund ihrer Grundeinstellung zum eigenen Körper eine erniedrigte Schmerzwahrnehmungsschwelle haben, ihre Schmerzen schlechter verarbeiten können und weniger als andere von Operationen profitieren. Diese Beschreibung könnte man vereinbaren mit Patienten, die primär somatisch erkrankt, und darüber hinaus durch psychische Faktoren beeinträchtigt sind. A7 nennt beide Gruppen von Patienten „*Problempatienten*“, darum ist schwer zu erkennen, ob er sie wirklich differenziert betrachtet. Problematisch sei jedenfalls bei beiden beschriebenen Patientengruppen, dass Operationen bei ihnen weniger erfolgreich seien als bei anderen.

Bezüglich seines Umgangs mit der psychischen Komponente differenziert er zwischen Kindern und Erwachsenen und vertritt die Meinung, dass man sie bei Kindern leichter direkt angehen könne, während Erwachsene sie nicht wahrhaben wollten. Darum sei es bei Erwachsenen eine gute Option, sie trotz der Vermutung eines schlechten Outcomes zu operieren und gut zu „*führen*“. Damit scheint A7 im Wesentlichen eine gute, gegebenenfalls intensiviertere postoperative Schmerztherapie sowie Krankengymnastik zu meinen, zusammen mit einem zuversichtlichen Auftreten des Operateurs und des restlichen Behandlungsteams. Der Erfolg eines solchen Vorgehens sei abhängig von der Chronizität der Beschwerden und vom sozialen Umfeld des Patienten. Unklar bleibt, ob er bei „*Problempatienten*“ eine ergänzende Psychotherapie als sinnvoll ansehe. Er erwähnt jedenfalls weder die Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Diagnostik noch die Möglichkeit einer vorgeschalteten Psychotherapie, Psychopharmakotherapie oder psychosozialer Beratung. An anderer Stelle im Interview beschreibt er, wie er das Risiko sieht, dass Orthopäden oder allgemein Chirurgen psychische Faktoren bei Patienten unterschätzen und sich dahingehend täuschen, dass sie meinen, sie könnten sämtliche Beschwerden mit einer Operation heilen oder bessern.

Darüber hinaus berichtet er von Arthroskopien als unbeabsichtigte Sham Operationen. In seinem Beispiel scheint der Operationserfolg allein am Placebo-Effekt zu liegen, denn er ist überzeugt, dass bei der Operation nichts gemacht wurde. Diesen Ausdruck benutzt er im Interview allerdings nicht. Gleichzeitig ist ihm eine gute Patientenführung auch bei vollwertigen, ordnungsgemäßen Operationen wichtig, er behauptet sogar, davon überzeugt zu sein, dass der Glaube des Patienten an den Operationserfolg – insbesondere über seine Motivation, am Ergebnis mitzuarbeiten - für die Hälfte des Therapieerfolgs verantwortlich sei. Gleichzeitig ist ihm bewusst, dass zu hohe, unrealistische Patientenerwartungen zu Unzufriedenheit nach einer Operation führen können, wenn der Patient Ergebnisse erwartet, die nicht im Bereich des Möglichen liegen.

Zusammenfassend zeigt A7, dass ihm ein Einfluss von psychischen Faktoren auf den Krankheitsverlauf, besonders auf das Outcome von Operationen sehr wohl bewusst ist. Zum einen beschreibt er, wie psychische Komponenten der Erkrankung sich negativ auf das Operationsergebnis auswirken können, zum anderen, wie die Überzeugung des Patienten, die Operation könne ihm helfen, dazu beiträgt, dass sich sein Zustand postoperativ bessert. Er scheint ein breites Verständnis von der Rolle der Psyche in der Orthopädie zu haben, welches verschiedene Einflussfaktoren auf die Erkrankung und auf die Operation miteinschließt. Er erwähnt jedoch weder Störungen, die somatisch erscheinen, aber primär psychisch sind, noch die Möglichkeit oder gar Notwendigkeit, Patienten, bei denen psychische Aspekte eine wichtige Rolle spielen, systematisch zu erkennen und einer psychotherapeutischen oder psychiatrischen Diagnostik und Behandlung zuzuführen.

### 2.2.8.3 A1

#### Fallbeschreibung:

Gefragt nach problematischen Gesprächssituationen mit Patienten antwortet A1, dass es sich im Wesentlichen um Kommunikationsprobleme handele, zum Beispiel aufgrund von schlechter Auffassungsgabe, Nicht Zuhören Wollen, Persönlichkeitsmerkmalen von Patienten oder Sprachbarrieren (A1, 7). Ein Schlüsselaspekt vom Patientengespräch bestehe darin, „[...] herauszufinden oder herauszuhören oder herauszusehen, was die Patienten denken, wo die Ängste und Befürchtungen liegen und was sie gerne hätten, und wo die individuelle Hauptproblematik liegt, um das halt auch ansprechen zu können“ (A1, 9).

Als Beispiel für eine herausfordernde Situation beschreibt A1 als erstes einen Patienten mit einer schwerwiegenden Deformität, der im Gespräch plötzlich ganz aggressiv wurde und mit einer Klage drohte, nachdem der Arzt ihn darauf angesprochen hatte (A1, 11). Am Ende des Gespräches sei dem Arzt klar geworden, dass der Patient „mit Sicherheit eine psychiatrische Störung“ hatte (A1, 11). Das Beispiel führt ihn zu einer allgemeineren Aussage: „Man kann nicht allen helfen, manchen Leuten kann man nicht helfen oder manchen Leuten können bestimmte Ärzte nicht helfen. Wenn das nicht zufällig gerade so einen Klick macht auf irgendeiner komischen Ebene, wo man sagt, also wo die sich dann öffnen, kann nicht jeder jedem helfen, aber so etwas ist immer schwierig“ (A1, 11). Danach gefragt, ob es Patienten gebe, die er als besonders anstrengend oder nervig empfinden würde, antwortet er, dies seien Patienten, die sehr fordernd sind, sehr viel reden möchten, immer wieder die gleichen Fragen stellen, dabei aber den Eindruck machen, den Inhalt der Antworten nicht aufzunehmen. Das läge seiner Meinung nach an kognitiven Insuffizienzen (A1, 23).

Gefragt nach der Rolle von Psychosomatik und psychischen Belastungen in der Orthopädie antwortet er: „Bei den Rückenschmerzpatienten ist es ein relevanter Prozentsatz. Ob es nun eine Teilkomponente ist, eine Folgeerscheinung von chronischen Schmerzen oder Ursache/Grund der Schmerzen. Bei den Tumoren, Infektionen, Frakturen, Deformitäten, Instabilitäten spielt das eine untergeordnete Rolle“ (A1, 27).

Gefragt nach den Erkennungsmerkmalen von psychisch belasteten Patienten antwortet er: „Es ist viel unterschwellig, Körpersprache, Haltung, wie er mich anguckt, Gesichtsausdruck, Fahrigkeit, die Art und Weise, wie Leiden geschildert wird, die Historie, bei wie viel Ärzten

jemand schon war und wie viel schon gemacht wurde. Und (unv.) «Aber Sie sind meine letzte Hoffnung!», ist natürlich dann «BING!», das ist halt für Anfänger“ (A1, 29). Gefragt nach seinem Umgang damit schildert er: „Ich frage die Leute im Zweifelsfall ganz offen und erkläre denen, dass es halt so ist. Dass ein großer Anteil unserer Patienten so und so, da ein entweder ein Folge- oder Sekundärproblem haben aufgrund von chronischen Schmerzen, oder ein Primärproblem, und dass natürlich unsere Möglichkeiten, da zu helfen mit mechanischen Methoden umso limitierter ist und die Erfolge umso schlechter sind, je mehr man solche Komponenten vernachlässigt“ (A1, 31). Die Reaktion der Patienten sei oft negativ, viele möchten es nicht hören, er habe aber auch schon Fälle von Patienten erlebt, die ihre psychischen Belastungen zwar nicht selbst ansprechen konnten, doch sehr wohl bereit waren, einem danach fragenden Arzt davon zu berichten, und die letztlich über das Psychologie-Konsil in einer geeigneten Einrichtung aufgenommen wurden (A1, 31). An dieser Stelle fragt die Interviewerin spezifisch danach, ob A1 Auswirkungen von psychischen Belastungen wie Angst oder Depression auf das Operationsergebnis beobachtet habe. Er antwortet mit einer deutlichen Stellungnahme: „Wir operieren die hier durchaus auch, wenn die etwas haben, was sinnvoll operationswürdig ist, wird eben extrem ausführlich mit ihnen gesprochen. Wir erklären denen, dass wir ihnen nicht die gleichen guten Erfolgsaussichten geben könnten wie jetzt jemandem, der das Begleitproblem nicht hat. Also, dass sie einfach schlechtere Karten haben für ein gutes Outcome“ (A1, 33). Er würde erleben, dass manche Patienten postoperativ sehr lange noch Beschwerden hätten und dennoch nach drei bis sechs Monaten die Rückmeldung geben würden, dass alles wieder gut sei, oft zusammen mit dem Bericht, dass sie zum Beispiel eine Umschulung gemacht haben: „[...] es gibt ja keine Monokausalitäten, es greift ja alles irgendwie ineinander. Und, wenn es an den Schmerzen mal ein bisschen weniger ist, hat man vielleicht ein bisschen mehr Lebensmut und dann trifft man vielleicht eine Entscheidung, die man sonst nicht getroffen hätte und dann war es die richtige Entscheidung und dann macht das Leben Spaß [...]“ (A1, 33). Essentiell sei es dabei, den Patienten realistische Erwartungshaltungen vor der Operation zu vermitteln. Er würde diesbezüglich in den Entscheidungsgesprächen sowohl auf der somatischen Ebene darüber aufklären, welcher Defekt korrigiert werden könne, als auch auf der psychischen Ebene - bei Verdacht auf Vorhandensein relevanter Faktoren - die Patienten dazu befragen und ihnen gegebenenfalls die Vorstellung bei einem Fachmann empfehlen, mit der klaren Botschaft: „[...] wenn Sie ein möglichst gutes Behandlungsergebnis wollen, dann müssten Sie zweigleisig fahren“ (A1, 33). Es sei ihm auch wichtig zu dokumentieren, dass darüber gesprochen wurde.

#### Fallinterpretation:

A1 zeigt ein breites Verständnis von psychischen Faktoren in der Orthopädie, nämlich als Teilkomponente, Folgeerscheinung von Schmerzen oder aber Ursache von Schmerzen, und sieht sie als sehr häufig vertreten im Bereich der Wirbelsäule, weniger in anderen Bereichen der Orthopädie. Erkennen würde er das Vorhandensein von psychischen Faktoren besonders an Patientenmerkmalen wie Körpersprache oder Art der Schilderung der Beschwerden, an der vorangegangenen Krankengeschichte und an der Haltung dieser Patienten, die den Arzt häufig als ihre letzte Hoffnung ansähen. Er würde im Patientengespräch sehr offen damit umgehen und die psychische Komponente – wenn sie ihm aufgefallen ist – auf jeden Fall ansprechen. Operationen seien bei Menschen mit psychischen Belastungen manchmal indiziert, wenn ein ausreichender somatischer Befund vorliegt („sinnvoll operationswürdig“, A1, 33). Wichtig sei ihm dabei, Patienten mit

psychischen Faktoren vor der Operation darüber aufzuklären, dass sie kein ebenso gutes Ergebnis erreichen können wie Patienten, die rein somatisch erkrankt sind, und dass es für ein möglichst gutes Ergebnis sinnvoll und wichtig wäre, dass sie sich auch von einem weiteren Experten (Psychologe, Psychiater) untersuchen lassen. Die Patienten würden diese Botschaft oft schlecht aufnehmen, es sei ihm dennoch wichtig es anzusprechen, damit sie realistische Erwartungshaltungen aufbauen können, und zu dokumentieren, dass darüber gesprochen wurde. Die Ergebnisse einer Operation bei Vorhandensein von psychischen Faktoren seien multifaktoriell bedingt, im Idealfall würde eine Besserung der Schmerzen dazu führen, dass der Patient mehr Lebensmut bekommt und damit wichtige Änderungen in seiner Lebensführung vornimmt, die zu einer weiteren Besserung der Beschwerden beitragen.

## 3 STUDIENTEIL II - PATIENTENBEFRAGUNG

### 3.1 Methode

#### 3.1.1 Studiendesign

Die Fragebogenerhebung in der orthopädischen Ambulanz ging den Fragen nach, wie stark die Patienten psychisch belastet sind (Fragebogen HADS-D) und wie die Qualität der Arzt-Patient-Interaktion wahrgenommen wird (Fragebogen P.A.INT.).

Es wurde eine explorative quantitative Bedarfserhebung durchgeführt. Alle Patienten, die sich ab Studienbeginn in den Sprechstunden der orthopädischen Ambulanz vorstellten, wurden eingeladen, an der Studie teilzunehmen, vorausgesetzt, sie erfüllten die Teilnahmebedingungen. Es handelte sich demnach um eine Kohortenbefragung.

#### 3.1.2 Ablauf der Erhebung

Die Erhebung startete am 10.06.2013. Im Warteraum der orthopädischen Ambulanz wurden über 20 Wochen (Montag-Freitag, 8:00-13:00 Uhr) alle eintreffenden Patienten, die die Einschlusskriterien erfüllten, zur Studienteilnahme eingeladen. Eine Mitarbeiterin des Forschungsteams (eine Doktorandin oder wissenschaftliche Hilfskraft) sprach sämtliche Patienten an und beschrieb kurz Ablauf und Ziele der Studie, bei Interesse erhielten Patienten das Fragebogenpaket. Dieses konnte nach dem Ausfüllen der Mitarbeiterin zurückgegeben oder am Pflegestützpunkt abgegeben werden. Es bestand für die Patienten auch die Möglichkeit, den Fragebogen zu Hause fertig auszufüllen und ihn anschließend per Post an die Projektleiterin zu senden.

In den ersten 8 Wochen war der Rücklauf leider niedrig, daher entschieden wir, die Erhebungsstrategie im Verlauf zu verändern. In der ersten Erhebungsphase erhielten Patienten nur auf Nachfrage einen frankierten Rückumschlag mit dem Fragebogen. Dabei zeigte sich, dass Patienten ausführlicher auf die offenen Fragen im Fragebogen antworteten, wenn sie den Fragebogen zu Hause ausfüllten und per Post zurückschickten. Um den Rücklauf zu erhöhen und gleichzeitig die Qualität der Antworten zu verbessern, erhielten ab Woche 9 sämtliche Patienten einen frankierten Rückumschlag. In der Folge nahmen mehr Patienten den Fragebogen an, die Rücklaufquote ging allerdings zurück. Die Ablehnung der Studienteilnahme erfolgte nun vermehrt im Nachhinein. Daher wurde entschieden, in den Wochen 16-20 eine vertiefte Erhebung durchzuführen. Nun wurde jeder Patient, der sich zur Studienteilnahme entschloss, mit Namen und Telefonnummer sowie einer Einverständniserklärung offiziell in die Studie aufgenommen. Alle Studienteilnehmer wurden telefonisch an die Rücksendung des Fragebogens erinnert. Nun erklärten sich etwas weniger Patienten bereit, an der Studie teilzunehmen; die meisten von ihnen füllten den Bogen aber tatsächlich aus. Der Rücklauf konnte auf dieser Art und Weise stark verbessert werden.

Die genauen Rücklaufdaten sowie die statistische Ausfallanalyse werden im Ergebnisteil – *Kapitel 3.2.1 Beschreibung der Stichprobe* dargestellt.

### 3.1.3 Stichprobe

Alle Patienten, die in dem Erhebungszeitraum die orthopädische Ambulanz aufsuchten und die Einschlusskriterien erfüllten, wurden eingeladen, an der Studie teilzunehmen. Folgende Einschlusskriterien wurden für die Studienaufnahme festgelegt:

#### **Einschlusskriterien**

1. Alter ab 18 Jahren
2. Ausreichend deutsche Sprachkenntnisse
3. Inhalt der Studie wurde verstanden
4. Bereitschaft, an allen Teilen der Studie teilzunehmen
5. Unterschriebene Einverständniserklärung (nur für den pseudonymisierten Teil)

### 3.1.4 Erhebungsinstrumente

#### 3.1.4.1 Entwicklung und Prüfung des Erhebungsinstrumentes

Die inhaltliche Gestaltung der Fragebögen und die Auswahl der standardisierten Erhebungsinstrumente basierte auf einer systematischen Literaturrecherche sowie auf einige explorativen Interviews mit ambulanten und stationären Patienten. Zunächst wurde ein Fragebogenpaket aus den standardisierten Fragebögen HADS-D (Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version), P.A.INT (Fragebogen zur Bewertung des Gesprächs zwischen Arzt und Patient), sowie relevanten demographischen und offenen Fragen zusammengestellt. Das Paket enthielt außerdem den standardisierten Fragebogen PEF-FB-9 (Fragebogen zur Partizipativen Entscheidungsfindung) sowie weitere offene Fragen zur Entscheidungsfindung. Diese waren für eine andere Studie im Rahmen des Projektes „Patient als Partner“ relevant, jedoch nicht für diese Studie.

Im März 2013 wurden Patienten erstmals zu einer Probeerhebung mit Kurz-Interview eingeladen. Diese diente zum einen der Prüfung der inhaltlichen Validität sowie der Verständlichkeit und Akzeptanz auf Seiten der Patienten. Zum anderen wurden dabei unterschiedliche Erhebungsstrategien mit oder ohne Einbezug der Ärzte erprobt. Zehn orthopädische Ärzte erhielten die Erhebungsinstrumente zur Überprüfung. Darüber hinaus wurden die Erhebungsinstrumente in einer Runde von acht Mitarbeitern der unabhängigen Patientenberatung „Gesundheitsladen e.V.“ in München mit den Doktorandinnen diskutiert.

Infolgedessen wurden die Fragebogenpakete in der Gesamtlänge gekürzt, umstrukturiert, sprachlich vereinfacht und inhaltlich ergänzt. Das Fragebogenpaket wurde in zwei Teile gegliedert, so dass die Patienten die Wartezeit nutzen konnten, um den ersten Teil auszufüllen: Dieser enthielt Fragen zu Demographie und den HADS-D und sollte vor dem Arztgespräch ausgefüllt werden. Der zweite Teil des Fragebogens enthielt Fragen zum

gerade geführten Arztgespräch und sollte danach ausgefüllt werden (offene Fragen zum Gespräch, P.A.INT und PEF-FB-9).

#### 3.1.4.2 Verwendete Fragebögen

Es folgt eine genauere Beschreibung der einzelnen Erhebungsinstrumente.

##### HADS-D Fragebogen: Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version

Die Hospital Anxiety and Depression Scale ist ein kurzer Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung von Angst und Depressivität, der speziell für den Einsatz in nicht-psychiatrischen Krankenhausabteilungen entwickelt wurde [120]. Er umfasst 14 Items, wovon sich jeweils sieben auf die Angst und sieben auf die Depression beziehen. Diese werden dem Patienten abwechselnd dargeboten. Die Angstskala thematisiert allgemeine Befürchtungen und Sorgen, Nervosität und Entspannungsdefizite, ein Item bezieht sich auf Paniksymptome. Die Items der Depressionsskala fragen nach Symptomen eines Verlustes an Motivation und Lebensfreude. Die Antwortalternativen sind ausformuliert, itemspezifisch und vierstufig (0-3). Patienten können den Bogen selbstständig in ca. fünf Minuten bearbeiten. Die kurze Einleitung gibt ihnen vor, anzugeben wie es ihnen in der letzten Woche erging [121]. Wie jeder klinische Fragebogen ermöglicht die HADS-D Aussagen zur psychischen Belastung auf dimensionalem Niveau, jedoch keine Diagnose einer Depression oder Angststörung [24, 121].

##### P.A.INT: Patient-Arzt-Interaktion

Der Fragebogen P.A.INT untersucht fünf verschiedene Dimensionen der Interaktion zwischen Patient und Arzt, nämlich die *affektive Dimension*, die *strukturelle oder instrumentelle Dimension*, *Beteiligung und Einbindung des Patienten*, *Randbedingungen* und *Ergebnisse*. Er umfasst insgesamt 52 Items. Die zu den jeweiligen Dimensionen gehörenden Items sind durch Überschriften und Nummerierungen in dem Fragebogen gekennzeichnet. Diese zusammengehörenden Items können (mit Ausnahme von „gemeinsame Entscheidungsfindung“) zu Summen- oder Mittelwerten zusammengefasst werden. Diese Werte dienen als Indikatoren für die jeweilige Dimension. Die Antworten werden mit einer fünfstufigen Likertskala mit den Ausprägungen 1= „stimmt überhaupt nicht“ bis 5= „stimmt genau“ erhoben. So kann für die errechneten Mittelwerte die Aussage getroffen werden, dass der jeweiligen Aussage umso mehr zugestimmt wurde, je näher sie dem Wert 5 sind.

#### 3.1.4.3 Zusätzlich erhobene Daten

Im ersten Teil des Fragebogens (auszufüllen vor dem Arztgespräch) wurden folgende soziodemographische Daten erhoben: Alter, Geschlecht, Sprache und der höchste Schulabschluss. Es wurde außerdem eine Frage aus dem SF-36<sup>5</sup> zum allgemeinen

---

<sup>5</sup> Der SF-36 (Short-Form-36 Health Survey) ist ein krankheitsübergreifendes Messinstrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Patienten, welcher aus 36 Items besteht und acht Dimensionen der subjektiven Gesundheit umfasst. (Siehe: 122. Morfeld, M., I. Kirchberger, and M. Bullinger, *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. 2., ergänzte und überarbeitete Auflage*. 2011, Göttingen: Hogrefe.)

subjektiven Gesundheitszustand zum Zeitpunkt des Gespräches gestellt: „Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben?“ (ausgezeichnet, sehr gut, gut, weniger gut, schlecht). Zusätzlich sollten die Patienten angeben, ob sie ihre Situation als lebensbedrohlich einschätzten (ja/nein).

Nach dem Gespräch wurden die Patienten gebeten anzugeben, wie lange das Gespräch gedauert hatte sowie aufgrund welcher Erkrankung oder welcher Symptome sie an dem Tag den Arzt aufgesucht hatten. Hierbei hatten die Patienten die Möglichkeit, Arthrose als Erkrankung anzukreuzen und anzugeben, welche Gelenke betroffen sind und wie lange die Arthrose besteht. Alternativ konnten sie eine andere Erkrankung oder aber ihre Symptome als Freitextantwort angeben.

### 3.1.5 Gütekriterien

Für das erstellte Fragebogenpaket als Gesamtes wurden in mehreren Validierungsschritten wichtige Gütekriterien (Kontent- und Konstruktvalidität, Aspekte der Reliabilität wie Umsetzbarkeit, Akzeptanz, Textverständlichkeit sowie Auswertbarkeit) durch einen sorgfältigen Entwicklungsprozess sichergestellt; dazu gehörten eine systematische Literaturrecherche, explorative Interviews mit ambulanten und stationären orthopädischen Patienten, Experteninterviews mit Orthopäden und Ärzten für Physikalische Medizin sowie die Überprüfung des Fragebogens von Seiten der Ärzte und der unabhängigen Patientenberatung (siehe dazu Kapitel 3.1.4.1.). Im Folgenden werden Reliabilität und Validität der eingesetzten standardisierten Fragebögen dargestellt.

#### 3.1.5.1 Objektivität

Die vorgegebene Darbietungsform und die standardisierten Auswertungsvorgaben gewährleisteten die Durchführungs- und Auswertungsobjektivität. Die Interpretationsobjektivität wurde gewahrt durch die Einhaltung der empfohlenen cut-off-Werte.

#### 3.1.5.2 Reliabilität

##### P.A.INT

Die Skaleneigenschaften sowie die Item-Charakteristika wurden in der P.A.INT- Studie an 470 Patienten und 61 Ärzten aus sieben Rehabilitationskliniken ermittelt. Demnach lag die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) mit Ausnahme der Skalen „Entscheidungsfindung“ und „Störfaktoren“ zwischen 0.71 und 0.92 und kann somit als zufriedenstellend bis sehr gut betrachtet werden. Zur Trennschärfe der einzelnen Items sowie zur Retest-, Paralleltest- und Testhalbierungs-Reliabilität liegen keine Daten vor [100, 123, 124].

---

## HADS-D

Die Reliabilität der HADS-D wurde sehr umfangreich getestet [121]. Die Daten zur ursprünglichen Validierung und Normierung der HADS-D stammen von 5579 kardiologischen Patienten sowie 621 Patienten aus verschiedenen Vergleichskollektiven, darunter etwa 300 gesunde Probanden, 33 Patienten mit chronischem Fibromyalgie-Syndrom und 70 Rückenschmerzpatienten. Insgesamt umfasst der Datenpool somit 6200 Patienten, davon 71% Männer und 29% Frauen im Alter von 14 bis 87 Jahren mit einem Mittelwert von  $52,7 \pm 13,5$  Jahren. Die Ergebnisse der Testanalyse werden im HADS-Manual sehr ausführlich dargestellt [121].

Die interne Konsistenz beträgt für die Angstskala 0,80, für die Depressionsskala 0,81 (Cronbach's Alpha-Koeffizient,  $n=5338$ ) und ist in Anbetracht der Kürze des Fragebogens als gut zu bezeichnen. Der Split-half-Koeffizient (korrigiert nach Spearman-Brown) liegt für beide Skalen jeweils bei 0,81, für den gesamten HADS bei 0,88. Die mittlere Trennschärfe der Items liegt bei 0,61 (korrigierte Item-Total-Korrelation zwischen 0,49 min. und 0,72 max.). Es zeigt sich eine globale Retest-Reliabilität ohne wesentlichen Geschlechtsunterschied von je 0,71 für beide Subskalen, wobei sich für Befragungsintervalle von 2-4 Wochen hohe Retest-Korrelationen zwischen 0,81 und 0,89 zeigen. Diese Werte nehmen bei längeren Zeitintervallen progressiv ab und liegen bei über sechswöchigem Intervall für beide Subskalen bei 0,70. Auf diesem Niveau bleiben sie auch nach längeren Intervallen von über einem Jahr weitgehend stabil. Somit weist die HADS-D eine Mittelstellung bezüglich der Stabilität im indirekten Vergleich mit konstruktverwandten Skalen wie z.B. dem Freiburger Persönlichkeitsinventar oder dem State-Trait-Angstinventar auf.

### 3.1.5.3 Validität

#### P.A.INT

Eine ausreichende Inhaltsvalidität kann durch die konsensbasierte Definition des zu erfassenden Konstruktes und durch die theoriebasierte Entwicklung begründet werden [100]. Auch eine Augenscheinvalidität ist durch den eindeutigen Bezug des Inhaltes auf das zu erfassende Konstrukt gegeben. Angaben zur Kriteriumsvalidität und Veränderungssensitivität liegen nicht vor.

#### HADS-D

Auch für die HADS-D gilt, dass Inhaltsvalidität und Augenscheinvalidität durch die konsensbasierte Definition des Konstruktes und den eindeutigen Bezug des Inhaltes auf das Konstrukt begründet werden können.

Mehrere Studien aus den achtziger und neunziger Jahren untersuchten die Korrelation der HADS Subskalen mit etablierten Verfahren (Beck-Depressions-Inventar, Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale, STAI-Angstfragebogen, SCL-90-Inventar u.a.). Zusammenfassend liegen die Korrelationen für beide HADS Skalen mit konstruktverwandten Skalen zwischen 0,6 und 0,8, womit eine mittlere bis hohe Effektstärke für die konvergente Validität angezeigt wird. Besonders niedrige Korrelationen fanden sich interessanterweise in drei Studien aus den achtziger Jahren zwischen HADS-

Werten und unsystematischen Ratings der behandelnden Somatiker (Mittelwerte 0,28 für die Angst-Skala, 0,27 für die Depressionsskala).

Die bis dato vorliegende Evidenz zur faktoriellen Validität der HADS stützt die 2-faktorielle Struktur der Skala. Die mittels 2-faktorieller Lösungen aufgeklärte Varianz kann als befriedigend angesehen werden, die interne Konsistenz der Subskalen dabei als gut bis exzellent.

Hinsichtlich der differentiellen Validität zeigt die HADS erwartungsgemäß Abhängigkeiten von Alters- und Geschlechtsvariablen.

Die Berechnung der Interkorrelation zwischen beiden Skalen der HADS-D erbrachte einen Koeffizienten von 0,65 (n=5946). Zusammen mit der Gesamtskalen-Split-half-Reliabilität von 0,88 weist er auf einen erheblichen Zusammenhang hin. Die Ursache dieser Interkorrelation muss jedoch nicht in einer Diskriminationsunschärfe der HADS Subskalen liegen, denn Vergleiche mit anderen etablierten Ratingverfahren zeigen auch für diese eine erhebliche Interkorrelation. Somit dürfte zumindest ein erheblicher Teil der Interkorrelation Folge des gleichzeitigen Vorliegens von Angst- und Depressionssymptomen in den untersuchten Kollektiven sein.

Das Ergebnis der Faktorenanalyse weist auf gute Konstruktvalidität hin. Die Diskrimination zwischen Patienten mit organischen und solchen mit funktionellen Erkrankungen ist bei männlichen, nicht jedoch bei weiblichen Patienten gegeben. Zwischen Gesunden und somatisch/psychisch Kranken ergeben sich deutliche Mittelwertunterschiede [121].

### 3.1.6 Statistische Fallzahlschätzung

Die Hauptzielgrößen der Studie sind validierte Scores aus dem entsprechenden Indikationsbereich. Zur Auswertung sollten mitunter multivariate Regressionsverfahren eingesetzt werden. Bei diesen Verfahren ergibt sich die Fallzahl aus der Regel, dass man pro Einflussfaktor von Interesse 20 Personen einschließen sollte. Um die Untersuchung von bis zu 10 Einflussfaktoren auf die interessierenden Zielgrößen zu ermöglichen, sollten also mindestens 200 konsekutive Patienten in die Studie eingeschlossen werden. Wir erreichten eine Stichprobengröße von 635 Patienten und liegen damit weit über die statistische Forderung. Prof. Dr. Ulrich Mansmann (IBE, LMU München) unterstützte das Forschungsteam bei der Veranschlagung der statistischen Fallzahlschätzung für das Gesamtprojekt.

### 3.1.7 Auswertungsmethoden

Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Programm *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, Version 25.0). Die in den Fragebögen erfassten Daten wurden explorativ mit deskriptiver und inferenzstatistischer Methodik ausgewertet.

Demographische Daten wurden deskriptiv dargestellt. Für Alter und Dauer des Gespräches wurden Subgruppen zur besseren Darstellung gebildet. Für intervallskalierte Daten wurden jeweils Mittelwert und Standardabweichung berechnet. Für die statistische Ausfallanalyse wurde ein  $X^2$  Test mit dem Signifikanzniveau von 0,1 [125] durchgeführt.

### 3.1.7.1 HADS-D: Hospital Anxiety and Depression Scale, Deutsche Version

Der HADS-D enthält 14 Items (je 7 pro Subskala) mit vierstufigen Antwortmöglichkeiten, das ergibt pro Subskala ein möglicher Wertebereich von 0 bis 21, wobei maximal ein fehlendes Item pro Subskala toleriert und ohne signifikante Verfälschung des Summenwertes durch den Mittelwert der sechs vorhandenen Items derselben Skala geschätzt werden kann. Dies war bei unseren Daten in einem einzigen Fall (Fallnummer 94) bezüglich der Angstskala notwendig. Die fehlende Antwort auf die Frage H11 (A6) wurde gemäß der Anleitung [121] geschätzt und ergänzt. Der Mittelwert der vorhandenen Antworten ergab 1,67 und wurde auf eine 2 aufgerundet.

Von Zigmond und Snaith wurden ursprünglich drei Wertebereiche für jede HADS-Subskala angegeben: demnach gelten Werte von 0-7 als unauffällig, 8-10 als grenzwertig und 11-21 als auffällig [120]. Diese Wertebereiche wurden mehrmals überprüft und laut dem HADS-Manual zeigte sich, dass die günstigste Balance aus Sensitivität und Sensibilität bei diesen Cutoff-Werten zu sein scheint, weswegen diese im Manual empfohlen werden [121].

Zur Zulässigkeit der Mittelwert- und Standardabweichung-Berechnung beim HADS-D sei ebenfalls auf das HADS-Manual verwiesen: *„Wie bei allen vergleichbaren Instrumenten ist auch das Skalenniveau der HADS-D ordinal. Somit müsste folgerichtig auf die Angabe parametrischer Daten verzichtet werden. Diese werden allerdings bei artverwandten Instrumenten sowie in der vorliegenden Literatur zur HADS üblicherweise immer wieder angegeben und verursachen bei ausreichend großen Gruppen auch keine bedeutenden Rechenfehler. Aus Gründen der Vergleichbarkeit werden daher hier neben nicht parametrische Daten auch solche Kennwerte referiert, die idealtypischerweise ein Intervallskalenniveau voraussetzen würden.“*[121]. Für wissenschaftliche Studien haben sich sowohl Mittelwertvergleiche als auch Gruppenbildungen entsprechend der Wertebereiche bewährt, doch letztere bringen naturgemäß eine Reduktion der Varianz mit sich [121].

### 3.1.7.2 P.A.INT: Patient-Arzt-Interaktion

Die verwendete Kurzform des P.A.INT-Fragebogens besteht aus 52 Items, die Antworten werden mit einer fünfstufigen Likertskala erhoben. Gemäß der Anleitung wurden die Werte der zusammengehörenden Items (mit Ausnahme von „III.9. Gemeinsame Entscheidungsfindung“) zu Mittelwerten zusammengefasst. Diese werden als Indikatoren für das erhobene Konstrukt verwendet [100, 123, 126, 127].

### 3.1.7.3 Regressionsanalysen

Die Zusammenhänge zwischen demographischen Daten, der Dauer des Gespräches, HADS- und P.A.INT-Ergebnisse wurden mit linearen Regressionsanalysen geprüft.

## 3.2 Ergebnisse

## 3.2.1 Beschreibung der Stichprobe

### 3.2.1.1 Rücklauf

Die Datenerhebung wurde am 25.10.2013 mit einem Rücklauf von insgesamt 680 Fragebögen abgeschlossen. Insgesamt 45 Fragebögen waren nicht auswertbar wegen zu vieler fehlenden Angaben, daher wurden tatsächlich 635 Fragebögen in die Auswertung aufgenommen und bei der Rücklaufstatistik berücksichtigt.

In den ersten 8 Wochen war der Rücklauf recht niedrig: 62,3% der angesprochenen Patienten erklärten sich zur Studienteilnahme bereit, jedoch kamen nur 34,9% der ausgehändigten Fragebögen komplett ausgefüllt zurück. Um den Rücklauf zu erhöhen und die Qualität der Antworten zu verbessern erhielten ab Woche 9 alle Patienten einen frankierten Rückumschlag. Nun nahmen 78,7% der Patienten den Fragebogen an, trotzdem lag der Rücklauf in den Wochen 9-15 nur bei 31,0%.

Daher wurde entschieden, in den Wochen 16-20 eine vertiefte Erhebung durchzuführen. Die Studienteilnehmer unterschrieben nun eine Einverständniserklärung und ihre Daten wurden pseudonymisiert gespeichert, so dass es uns bei Bedarf möglich war, sie an die Rücksendung des Fragebogens zu erinnern. Nun erklärten sich 75,1% der angesprochenen Patienten bereit, an der Studie teilzunehmen, davon schickten 71,1% den ausgefüllten Fragebogen zurück. Der Rücklauf wurde auf dieser Art und Weise stark verbessert.

Im Folgenden werden die Zahlen der angesprochenen und teilnehmenden Patienten sowie der Rücklauf\* dargestellt.

**Tabelle 3-1 – Erhebung und Rücklauf\***

Erhebungs- Woche	Angesprochene Patienten	Angenommene Fragebögen	Fragebogen Rücklauf*
1-8	1366	851 (62,3%)	297 (34,9%)
9-15	639	503 (78,7%)	156 (31,0%)
16-20	341	256 (75,1%)	182 (71,1%)
<b>Gesamt</b>	<b>2346</b>	<b>1610 (68,6%)</b>	<b>635 (39,4%)</b>

*\*Rücklauf = Zahl der zurückerhaltenen Fragebögen / Zahl der angenommenen Fragebögen*

Die verbreitetsten Gründe für eine Ablehnung der Teilnahme waren:

- Gesundheitlich bedingt (z.B. herabgesetztes Sehvermögen, Hand-, Arm-, Schulterverletzungen, Gips oder Schiene an der schreibenden Hand...)
- Zeitmangel
- „keine Lust“
- kein Vertrauen in Fragebögen als Erhebungsmethode
- Konflikt bzw. Freundschaft oder Verwandtschaft mit einem Arzt („Ich könnte nicht objektiv antworten“)

### 3.2.1.2 Statistische Ausfallanalyse

Wie im Methodenteil bereits dargestellt wurde die Erhebungsstrategie ab Woche 16 intensiviert, um eine bessere Rücklaufquote zu erreichen. Die Patientendaten wurden nun pseudonymisiert gespeichert, um die Patienten an die Abgabe des Fragebogens telefonisch erinnern zu können.

Um mögliche Effekte des Ausfalles bestimmter Patienten und damit verbundene Verzerrungen der Ergebnisse auszuschließen, wurde ein Vergleich der Daten der vertieften Erhebungsgruppe (Woche 16-20) mit einer Rücklaufquote von 71,1%, mit den vorher erhobenen Daten (Woche 1-15), deren Rücklauf nur 33,5% beträgt, durchgeführt.

In einer statistischen Ausfallanalyse wurden die Daten der vertieften Erhebung mit den vorher erhobenen Daten verglichen. Wenn keine Verzerrungen vorliegen, ist die zugehörige Signifikanz größer als das festgelegte Signifikanzniveau. Daher legt man das Signifikanzniveau auf 0,1 fest [125]. In [Tabelle 3.2.](#) sind Mittelwerte und Häufigkeitsverteilung relevanter demographischer Daten in beiden Erhebungsgruppen dargestellt.

Die Teststatistiken im  $\chi^2$ -Test der demographischen Daten Geschlecht, Bildungsstand und Erkrankung (Arthrose) sind jeweils kleiner als die dementsprechenden kritischen Werte. Daher kann angenommen werden, dass die beiden Verteilungen identisch sind. Auch für die Variable Alter ergibt der Gruppenvergleich im T-Test keine p-Werte  $<0,10$ . Es wurden keine signifikanten Unterschiede zwischen den Gruppen festgestellt. Daher ist davon auszugehen, dass trotz des geringen Rücklaufs in Woche 1-15 keine systematischen Verzerrungen vorliegen.

**Tabelle 3-2 Statistische Ausfallanalyse**

Variablen	Woche 1-15 $n_1=453$ , $n_0= 901$ , 33,5% Rücklauf	Vertiefte Erhebung (16-20) $n_1=182$ , $n_0= 74$ , 71,1% Rücklauf	p-Wert (T-Test); Werte des $\chi^2$ -Test und kritische Werte
Alter	n: 452; M: 54,04; SD: 18,127; SdM: 0,853	n:182; M: 53,27; SD: 17,506; SdM: 1,298	p-Wert: 0,620
Geschlecht	w: 255      m: 198	w: 92      m: 90	$\chi^2$ : 1,727 Kritischer Wert: 90%: 2,71; 95%:3,84; 99%:6,63
Bildungsstand	Ohne Abschluss:      6 Hauptschulabschluss:      95 Mittlere Reife:      144 (Fach)Abitur:      64 Abgeschlossenes (Fach-) Hochschulstudium:      144	ohne Abschluss:      2 Hauptschulabschluss:      38 Mittlere Reife:      61 (Fach)Abitur:      33 Abgeschlossenes (Fach-) Hochschulstudium:      48	$\chi^2$ : 2,7945 Kritischer Wert: 90%: 7,78; 95%: 9,49; 99%:13,28
Erkrankung	Arthrose:      299	Arthrose:      123	$\chi^2$ : 0,1450 Kritischer Wert: 90%: 2,71; 95%:3,84; 99%:6,63

$n_1$ = Rücklauf (Rücklauf= Zahl der zurückerhaltenen Fragebögen/ Zahl der angenommenen Fragebögen),  
 $n_0$ = Ausfall (Fragebogen abgelehnt bzw. nicht zurückgeschickt),  
M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, n.s. = nicht signifikant  $p < 0,10$ .  
SdM: Standardfehler des Mittelwertes, kW: kritische Werte

### 3.2.1.3 Demographische Daten, Erkrankung

45,4% der Patienten waren männlich und 54,6% weiblich.

Die Patienten waren durchschnittlich  $53,8 \pm 18$  Jahre alt, wobei ein Patient keine Angabe zum eigenen Alter machte. 14,8% der Patienten waren zwischen 18 und 30 Jahre alt, 46,6% waren zwischen 31 und 60 Jahre alt, 41,5% waren über 60 Jahre alt. Die Tabelle 3.3 gibt einen genaueren Überblick über die vertretenen Altersstufen. Die Patienten beurteilten ihren Gesundheitszustand am Tag des Arztgespräches wie folgt: 2,4% als ausgezeichnet, 9,9% als sehr gut, 37,8% als gut, 38,9% als weniger gut und 11,0% als schlecht. 4,7% der Patienten gaben an, sich in einem lebensbedrohlichen Zustand zu befinden.

Die Patienten konnten im Fragebogen angeben, ob sie an einer Arthrose leiden und wenn ja in welchen Gelenken, ob sie unter einer anderen Erkrankung leiden oder ob sie Beschwerden haben, für die sie keine Diagnose kennen. Die Antworten wurden in SPSS als drei separate Variablen eingegeben. Darauf folgend wurde eine neue Variable erstellt, welche als mögliche Ausprägungen die von den Patienten genannten Erkrankungen hatte. Erkrankungen, die unter fünf Mal genannt wurden, wurden unter „Sonstiges“ notiert. Wenn mehr als eine Erkrankung angegeben wurde, wurde die Ausprägung „Mehrfachnennung“ verwendet.

**Tabelle 3-3 Demographische und gesundheitsbezogene Daten**

Merkmale		Häufigkeit	Prozent
Alter	18 – 30	94	14,8
	31 – 40	56	8,8
	41 – 50	112	17,6
	51 – 60	109	17,2
	61 - 70	116	18,3
	71 - 80	132	20,8
	Über 80	15	2,4
	Keine Angabe	1	0,1
Geschlecht	Männlich	288	45,4
	Weiblich	347	54,6
Aktueller Gesundheitszustand	Ausgezeichnet	15	2,4
	Sehr gut	63	9,9
	Gut	240	37,8
	Weniger gut	247	38,9
	Schlecht	70	11,1
Lebensbedrohlich	Ja	30	4,7
	Nein	605	95,3
Erkrankung	Arthrose (ein Gelenk)	198	31,3

Merkmale	Häufigkeit	Prozent
Arthrose (mehrere Gelenke)	69	10,9
Wirbelsäule (Bandscheibenschäden, Lumbalgie, M. Bechterew,...)	71	11,2
Tumor (maligne und semimaligne)	47	7,4
Traumafolge (Fraktur, Luxation, Meniskusriss, Muskelfaserriss...)	70	11,0
Akute Entzündungen (Sehne, Schleimbeutel...)	20	3,2
Knochennekrose	11	1,7
Osteoporose	9	1,4
Rheumatoide Arthritis	6	0,9
Folgeschäden einer Operation	9	1,4
Schmerzen, Unbekannte Diagnose	12	1,9
Sonstige (Knochenödem, benigner Tumor, Parese, Ganglion, Krallenzehe, internistische Erkrankungen...)	37	5,9
Mehrfachnennungen	73	11,5
Keine Angabe	3	0,5

#### 3.2.1.4 Gesprächsdauer

Bezüglich der Dauer des Arztgespräches machten die Patienten Angaben zwischen 2 und 150 Minuten. Der Mittelwert der angegebenen Dauer lag bei 25,02 Minuten mit einer großen Standardabweichung von 16,18 Minuten. Der Median lag allerdings bei 20 Minuten, insgesamt nur 10 Patienten gaben an, ihre Gespräche hätten länger gedauert als 60 Minuten: Diese Werte kann man als Ausreißer ansehen. Eine ausführliche Tabelle mit einer genaueren Aufschlüsselung der Ausprägungen der Gesprächsdauer sowie das Histogramm dazu befinden sich im Anhang (Kap. 8.2.1.).

### 3.2.2 Auswertung des HADS-D Fragebogens: Angst- und Depressionssymptomatik

#### 3.2.2.1 HADS-D: Deskriptive Statistik

Die Auswertung der beiden Subskalen des Fragebogens HADS-D ergab, dass bezüglich der Angstsymptomatik 96 Patienten (15,1%) auffällig und 125 Patienten (19,7%) grenzwertig auffällig waren. 413 Patienten (65,0%) hatten ein unauffälliges Testergebnis.

Bezüglich der Depressionssymptomatik ergab die Auswertung des HADS-D, dass 68 Patienten (10,7%) auffällig und 95 Patienten (15%) grenzwertig auffällig waren. 472 Patienten (74,3%) hatten ein unauffälliges Testergebnis.

Insgesamt 43 Patienten (6,8%) hatten auffällige Ergebnisse (>10 Punkte) sowohl auf der Angstskala als auch auf der Depressionsskala, während insgesamt 122 Patienten (19,2%) mindestens ein auffälliges Ergebnis hatten (nur auf der Angstskala, nur auf der Depressionsskala oder auf beiden Skalen).

Abbildung 3.1 HADS-D

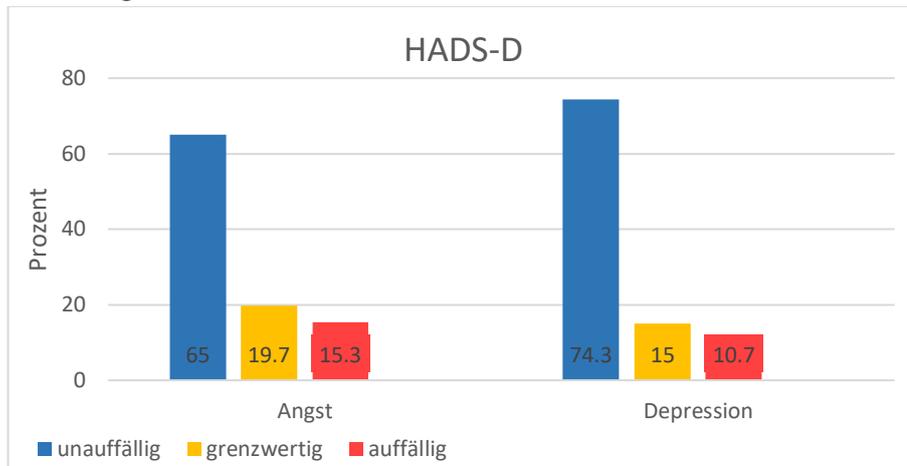


Tabelle 3-4 HADS-D Ergebnisse: Häufigkeit und Prozent

	HADS-D Angst	HADS-D Depression
Unauffällig (0-7)	413 (65,0%)	472 (74,3%)
Grenzwertig (8-10)	125 (19,7%)	95 (15,0%)
Auffällig (11-21)	97 (15,3%)	68 (10,7%)
Gesamt	635 (100%)	635 (100%)

Die Mittelwerte für den HADS-D betragen in der Gesamtgruppe 6,3 ±3,9 für die Angstskala sowie 5,5 ±3,8 für die Depressionsskala. Unter den weiblichen Patienten betrug der Mittelwert 6,6 ±3,8 für die Angstskala sowie 5,4 ±3,8 für die Depressionsskala; unter den männlichen Patienten lag er bei 5,9 ±4,0 für die Angstskala und bei 5,5 ±3,9 für die Depressionsskala.

Die beiden Skalen Angst und Depression waren interkorreliert, die Interkorrelation betrug  $\beta = 0,67$  und war hochsignifikant ( $p = ,000$ ; Varianzaufklärung:  $r^2 = 45,3\%$ ).

Tabelle 3-5 gibt einen Überblick über die Mittelwerte der HADS nach Geschlecht und Altersgruppen.

Tabelle 3-5 - HADS-D nach Geschlecht und Altersgruppen.

Altersgruppen in Jahren							
	≤30	31-40	41-50	51-60	61-70	>70	gesamt
<b>Männer</b>	41/14,2%	23/8%	45/15,6%	56/19,4%	51/17,7%	71/24,7%	287/100%
<b>Angst</b>							
M	5,41	6,57*	5,60	5,98	6,22	6,01	5,94
SD	3,6	3,9	3,8	4,1	4,3	4,2	4,0
<b>Depression</b>							
M	3,54	4,52	4,98	5,64	5,90	6,83*	5,49
SD	3,9	4,2	3,2	4,0	3,9	3,7	3,9

<b>Frauen</b>	53/15,3%	33/9,5%	67/19,3%	53/15,3%	65/18,7%	76/21,9%	347/100%
<b>Angst</b>							
M	6,28	7,06	7,19	7,62*	5,72	6,33	6,6
SD	4,3	3,8	3,8	4,3	3,3	3,3	3,8
<b>Depression</b>							
M	3,66	5,39	5,36	6,34	5,02	6,42*	5,4
SD	3,5	3,5	4,2	4,2	3,0	3,6	3,8

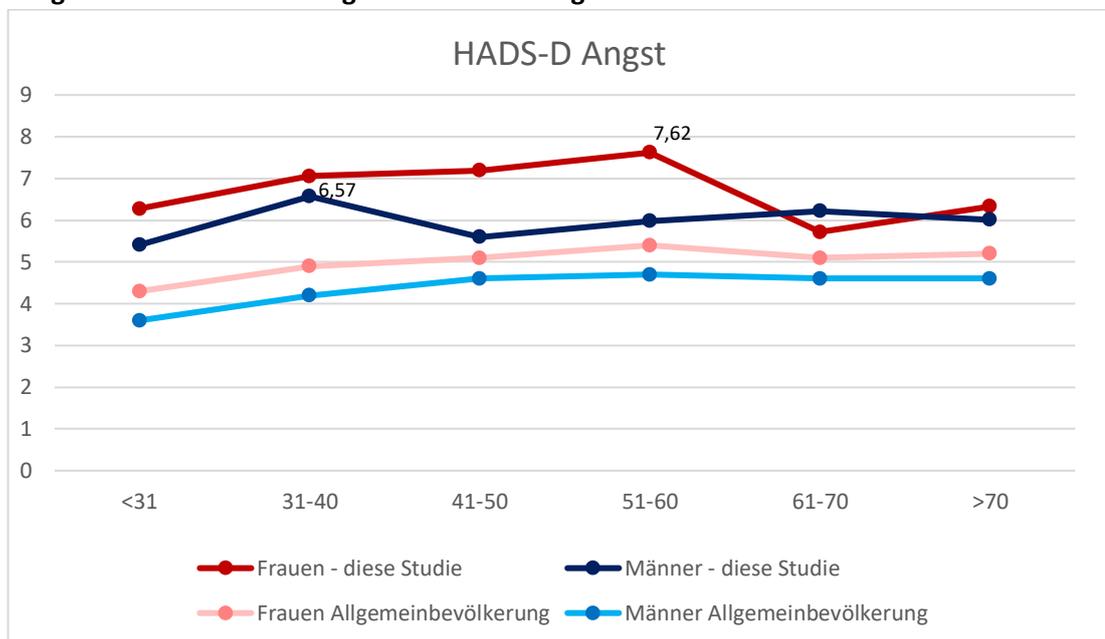
Das \* markiert den jeweils höchsten Wert.

### 3.2.2.2 HADS-D: Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung

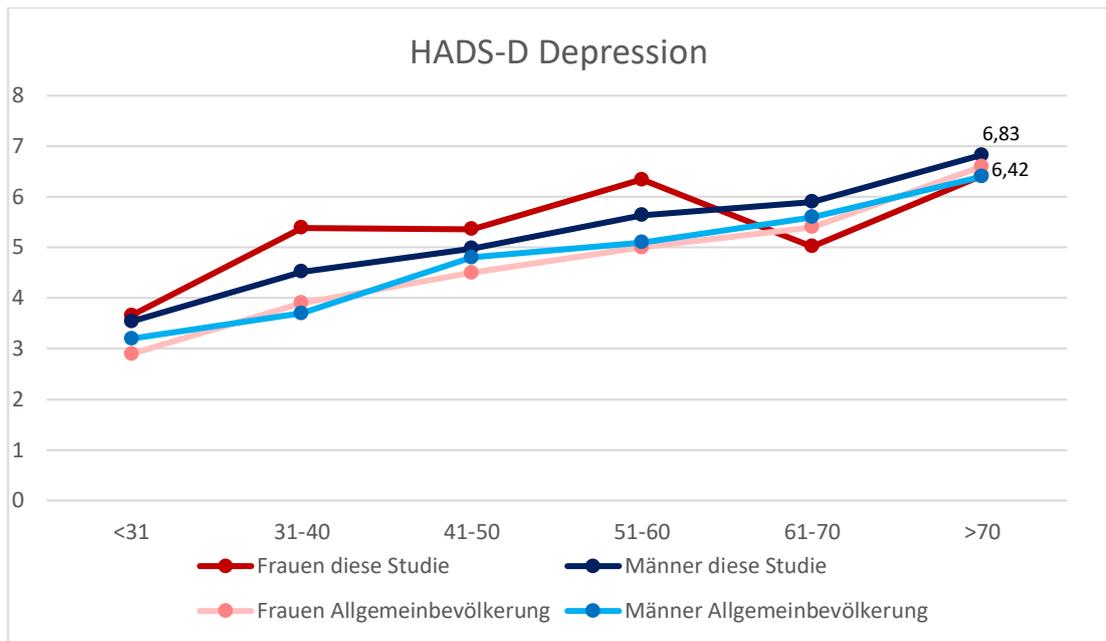
Im Folgenden werden die Ergebnisse der HADS Erhebung unserer Studie mit den Daten der deutschen Allgemeinbevölkerung aus der Normierungsstudie von Hinz und Brähler von 2011 [128] verglichen.

Um die Ergebnisse der HADS-Erhebung unserer Studienpopulation zu denen der Allgemeinbevölkerung in Bezug zu setzen, werden folgend unsere Daten zusammen mit den Daten der deutschen HADS-Normierungsstudie von 2011 graphisch in zwei Liniendiagrammen dargestellt. Wie in der Normierungsstudie geschehen und empfohlen werden die Mittelwerte nach Altersgruppen und Geschlecht berücksichtigt.

**Tabelle 3-6 HADS-D/Angst nach Geschlecht und Altersgruppen. Daten dieser Studie im Vergleich mit denen der Allgemeinbevölkerung**



**Tabelle 3-7 HADS-D/Depression nach Geschlecht und Altersgruppen. Daten dieser Studie im Vergleich mit denen der Allgemeinbevölkerung**



In der Normierungsstudie wird empfohlen, die Daten von weiteren Studien durch eine Regressionsgleichung mit den Daten der deutschen Allgemeinbevölkerung zu vergleichen. Darum werden hier die Ergebnisse der linearen Regressionsanalyse für beide Studien in leicht vergleichbaren Tabellen dargestellt.

**Tabelle 3-8 Ergebnisse der linearen Regressionsanalyse der deutschen HADS Normierungsstudie [128]<sup>6</sup>**

<sup>6</sup> In der Normierungsstudie wurde das Modell 2, basierend auf der non-linearen Alterskomponente mit  $\text{Alter}^2$  verlassen, weil die Zunahme in der Varianzaufklärung mit 0,3% für die Angst und 0% für die Depression minimal war.

**Table 3**

Results from linear regression analysis with anxiety and depression as dependent variables.

	Anxiety				Depression			
	B	Beta	Sig	adj. R <sup>2</sup>	B	Beta	Sig.	adj. R <sup>2</sup>
Model 1				0.014				0.075
Constant	2.930				1.749			
Gender female (1)	0.608	0.086	***		-0.115	-0.014	n.s.	
Age	0.017	0.083	***		0.063	0.274	***	
Model 2				0.017				0.075
Constant	1.487				1.931			
Gender female (1)	0.625	0.089	***		-0.117	-0.148	n.s.	
Age	0.080	0.393	***		0.054	0.239	**	
Age <sup>2</sup>	-0.062	-0.315	**		0.008	0.035	n.s.	

(1) Male as reference category; \*\*:  $P < .01$ ; \*\*\*:  $P < .001$ .

Model 1 (linear): gender and age as predictors; Model 2 (non-linear): gender, age and age<sup>2</sup> as predictors.

**Tabelle 3-9 Ergebnisse der Regressionsanalyse unserer Studie, mit Alter und Geschlecht als unabhängige Variablen**

	Angst				Depression			
	B	$\beta$	Sig.	korr. R <sup>2</sup>	B	$\beta$	Sig.	korr. R <sup>2</sup>
<i>Modell</i>				,005				,050
<b>Konstante</b>	7,363				2,856			
<b>Geschlecht</b>	-,705	-,090	<0,05		-,028	,004	n.s.	
<b>Alter</b>	,000	-,001	n.s.		,049	,230	< 0,01	

### 3.2.2.3 Zusammenhänge zwischen demographischen Daten und HADS

Die Zusammenhänge zwischen den demographischen Daten bzw. dem angegebenen Gesundheitszustand und den Mittelwerten der HADS wurden mittels Regressionsanalysen geprüft. Mit einfachen linearen Regressionen wurden der Einfluss der unabhängigen Variablen Geschlecht, Alter (linear), aktueller Gesundheitszustand, lebensbedrohlicher Zustand, Erkrankung und Grad der Chronifizierung einzeln berechnet: Dabei zeigte das Geschlecht als unabhängige Variable einen signifikanten Zusammenhang mit der Angst, nicht aber mit der Depression. Das Alter als unabhängige Variable zeigte einen signifikanten Zusammenhang mit der Depression, nicht aber mit der Angst. Der Zusammenhang mit den beiden Variablen Gesundheitszustand und lebensbedrohlicher Zustand war immer hochsignifikant. Zwischen dem Alter und dem Gesundheitszustand besteht ein linearer Zusammenhang ( $\beta = 0,346$ , sig.  $< 0,001$ ,  $R^2 = 0,12$ ). Der Zusammenhang mit der Erkrankung war nicht signifikant, der Zusammenhang mit dem Grad der Chronifizierung war auf dem Niveau von 0,1 signifikant, wobei die Patienten, die angaben, unter einer chronischen Erkrankung zu leiden die kleinsten Mittelwerte für Angst und Depression aufwiesen, während Patienten, die sowohl akut als auch chronisch ankreuzten die höchsten Werte aufwiesen.

**Tabelle 3-10 HADS-D-Angst Mittelwerte, SD und Ergebnisse der Regressionsanalysen**

Merkmal	Ausprägung	Häufigkeit	HADS-D Angst M und SD	Regression einzeln		
				β	Sig.	R <sup>2</sup>
Geschlecht	Weiblich (1)	347 /54,6%	6,6 ±3,8	-,092	< ,05	,009
	Männlich (2)	288 /45,5%	5,9 ±4,0			
Alter	18–30	94/14,8%	5,9 ±4,0		n.s.	
	31-40	56/8,8%	6,9 ±3,8			
	41-50	112/17,6%	6,6 ±3,9			
	51-60	109/17,2%	6,8 ±4,3			
	61-70	116/18,3%	5,9 ±3,7			
	>70	147/23,1%	6,2 ±3,7			
	keine Angabe	1 /0,1%	-			
Aktueller Gesundheits- zustand	Ausgezeichnet	15 /2,4%	2,6 ±3,1	,386	< ,001	,149
	Sehr gut	63 /9,9%	4,2 ±3,1			
	Gut	240 /37,8%	5,4 ±3,3			
	Weniger gut	247 /38,9%	7,1 ±3,7			
	Schlecht	70 /11,0%	9,3 ±3,9			
Lebens- bedrohlich	Ja (1)	30 /4,7%	9,6 ±4,3	-,189	< ,001	,036
	Nein (2)	605 /95,3%	6,2 ±3,8			
Erkrankung	Wirbelsäule	71 /11,2%	6,63 ±3,7		n.s.	
	Tumor (maligne, semimaligne)	47 /7,4%	7,74 ±4,0			
	Akute Beschwerden (Traumafolgen und Entzündungen)	90 /14,2%	5,9 ±4,2			
	Arthrose	267 /42,0%	6,7 ±3,7			
	Sonstiges <sup>7</sup>	73 /11,5%	6,68 ±4,4			
	Mehrfachnennungen	84 /13,2%	6,02 ±3,6			
	keine Angabe	3 /0,5%	-			
Chronifizierung	chronisch	262 /41,3%	5,16 ±3,6	,114	< ,01	,013
	akut	301 /47,4%	6,23 ±3,5			
	akut und chronisch	69 /10,9%	7,83 ±5,1			
	keine Angabe	3 /0,5%	-			
<b>Gesamt (635)</b>			<b>6,3 ±3,9</b>			

<sup>7</sup> Osteoporose, Rheumatoide Arthritis, Knochennekrose, Schäden nach einer OP u.a.

**Tabelle 3-11: HADS-D Depression: Mittelwerte, SD und Ergebnisse der Regressionsanalyse**

Merkmal	Ausprägung	Häufigkeit	HADS-D Depression M und SD	Regression einzeln		
				β	Sig.	R <sup>2</sup>
Geschlecht	Weiblich (1)	347 /54,6%	5,4 ±3,8		n.s.	
	Männlich (2)	288 /45,5%	5,5 ±3,9			
Alter	18–30	94/14,8%	3,6 ±3,6	,229	< ,001	,053
	31-40	56/8,8%	5,0 ±3,8			
	41-50	112/17,6%	5,2 ±3,8			
	51-60	109/17,2%	5,9 ±4,1			
	61-70	116/18,3%	5,4 ±3,4			
	>70	147/23,1%	6,6 ±3,6			
	keine Angabe	1 /0,2%	-			
Aktueller Gesundheits zustand	Ausgezeichnet	15 /2,4%	1,3 ±1,6	,534	< ,001	,285
	Sehr gut	63 /9,9%	2,2 ±2,0			
	Gut	240 /37,8%	4,2 ±2,7			
	Weniger gut	247 /38,9%	6,6 ±3,5			
	Schlecht	70 /11,0%	9,4 ±4,8			
Lebensbedr ohlich	Ja	30 /4,7%	9,4 ±4,6	-,230	< ,001	,053
	Nein	605 /95,3%	5,3 ±3,8			
Erkrankung	Wirbelsäule	71 /11,2%	5,49 ±3,9		n.s.	
	Tumor (maligne, semimaligne)	47 /7,4%	5,74 ±4,3			
	Akute Beschwerden (Traumafolgen und Entzündungen)	90 /14,2%	4,78 ±4,0			
	Arthrose	267 /42,0%	5,25 ±3,5			
	Sonstiges <sup>8</sup>	73 /11,5%	6,74 ±4,2			
	Mehrfachnennungen	84 /13,2%	5,44 ±3,9			
	keine Angabe	3 /0,5%	-			
Chronifizier ung	chronisch	262 /41,3%	5,16 ±3,6	,131	< ,01	,017
	akut	301 /47,4%	6,23 ±3,5			
	akut und chronisch	69 /10,9%	7,35 ±4,9			
	keine Angabe	3 /0,5%	-			
<b>Gesamt (635)</b>			<b>5,5 ±3,8</b>			

<sup>8</sup> Osteoporose, Rheumatoide Arthritis, Knochennekrose, Schäden nach einer OP u.a.

### 3.2.3 Allgemeine Qualität der Arzt-Patient-Gespräche aus Patientensicht (P.A.INT)

Nachfolgend werden die fünf Dimensionen des P.A.INT Fragebogens aufgeschlüsselt dargestellt. Gemäß der Anleitung wurden die beiden Items zur gemeinsamen Entscheidungsfindung aus der Mittelwertberechnung ausgeschlossen [123].

Die Auswertung des P.A.INT. Fragebogens zeigte, dass die Patienten im Schnitt mit dem Ergebnis und dem Verlauf der Gespräche (Dimension V) eher zufrieden (M=4,09) waren. Die Bewertung der Dimensionen I bis IV lag durchschnittlich zwischen unentschieden (=3) und stimmt eher (=4). Am niedrigsten fiel die Bewertung der Dimension III - Beteiligung und Einbindung aus (M=3,27). Die Standardabweichung war bei der zweiten und der fünften Dimension recht groß mit jeweils SD= 1,09 und SD= 1,07: Die Werte innerhalb dieser Dimensionen wiesen demnach eine größere Streuung auf.

Abbildung 3.2 P.A.INT

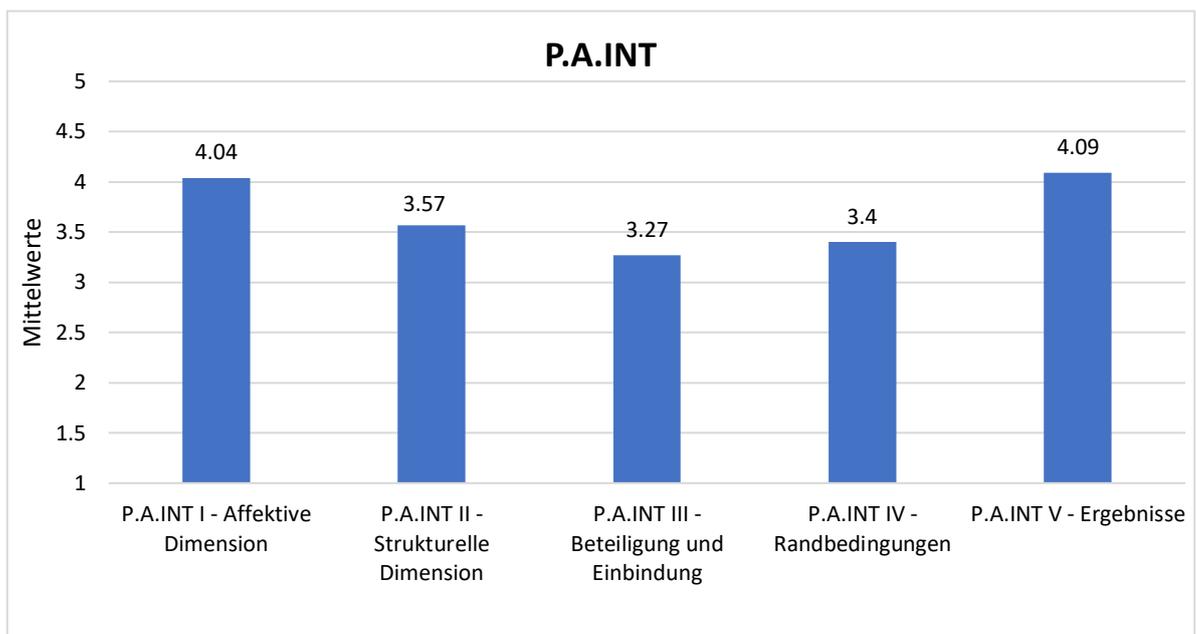


Tabelle 3-12 P.A.INT: Deskriptive Statistik

	Mittelwert	Std.- Abweichung	Minimum	Maximum	N
P.A.INT I	4,04	,80	1,10	5,00	635
P.A.INT II	3,57	1,09	1,00	5,00	635
P.A.INT III	3,27	,91	1,00	5,00	635
P.A.INT IV	3,40	,85	1,20	5,00	635
P.A.INT V	4,09	1,07	1,00	5,00	635

### 3.2.3.1 Zusammenhang zwischen Angst bzw. Depression und Wahrnehmung der Arzt-Patienten-Interaktion

Der Zusammenhang von Angst und Depression mit allen fünf Dimensionen des P.A.INT Fragebogens war immer hochsignifikant. Alle anderen demographischen sowie krankheitsbezogenen Merkmalen ergaben Zusammenhänge mit dem P.A.INT, die nur für manche Dimensionen signifikant waren auf unterschiedlichen Niveaus (siehe Tabelle 3-13).

**Tabelle 3-13 Lineare Regression: fünf P.A.INT Dimensionen als abhängige Variable, HADS sowie demographische und gesundheitsbezogene Daten als unabhängige Variablen.**

Merkmal	Ausprägung	Häufigkeit	Lineare Regressionsanalysen				
			P.A.INT I	P.A.INT II	P.A.INT III	P.A.INT IV	P.A.INT V
Geschlecht	Weiblich (1)	347 /54,6%	n.s.	p< ,05 β= ,087 R²=,006	p< ,05 β= ,091 R²= ,008	p< ,05 β= ,097 R²= ,009	n.s.
	Männlich (2)	288 /45,5%					
Alter	18–30	94/14,8%	p= 0 β= ,138, R²= ,019	n.s.	n.s.	p<,01 β=,115 R²=,013	n.s.
	31-40	56/8,8%					
	41-50	112/17,6%					
	51-60	109/17,2%					
	61-70	116/18,3%					
	>70	147/23,1%					
	keine Angabe	1 /0,1%					
Aktueller Gesundheitszustand	Ausgezeichnet	15 /2,4%	n.s.	n.s.	p< ,01 β= -,106 R²=,011	n.s.	p<,01 β= -,120 R²=,014
	Sehr gut	63 /9,9%					
	Gut	240 /37,8%					
	Weniger gut	247 /38,9%					
	Schlecht	70 /11,0%					
Lebensbedrohlich	Ja (1)	30 /4,7%	n.s.	n.s.	p<,05 β=,096 R²=,009	p<,05 β=,083 R²=,007	n.s.
	Nein (2)	605 /95,3%					
Erkrankung	Wirbelsäule	71 /11,2%	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.
	Tumor (maligne, semimaligne)	47 /7,4%					
	Akute Erkrankungen (Traumafolgen und Entzündungen)	90 /14,2%					
	Arthrose	267 /42,0%					

Merkmal	Ausprägung	Häufigkeit	Lineare Regressionsanalysen				
			P.A.INT I	P.A.INT II	P.A.INT III	P.A.INT IV	P.A.INT V
	Sonstiges <sup>9</sup>	73 /11,5%					
	Mehrfachnennungen	84 /13,2%					
	keine Angabe	3 /0,5%					
Chronifizierung	akut	301 /47,4%	p <,05, β=-,093, R²=,009	n.s.	p <,05 β=-,090 R²= ,008	p <,05 β=-,082 R²= ,007	n.s.
	chronisch	262 /41,3%					
	akut und chronisch	69 /10,9%					
	keine Angabe	3 /0,5%					
HADS Angst			p= 0 β= -,22 R²= ,048	p= 0 β= -,14 R²= ,019	p= 0 β= -,203 R²= ,041	p= 0 β= -,23 R²= ,055	p= 0 β= -,22 R²=,055
HADS Depression			p= 0 β= -,19 R²=,036	p=,001 β= -,136 R²= ,018	p= 0 β= -,19 R²= ,037	p= 0 β= -,195 R²= ,038	p= 0 β= -,22 R²=,040

### 3.2.4 Einflussfaktoren auf die Dauer des Gespräches

Die Analyse der Einflussfaktoren auf die Dauer des Gespräches ergab, dass sowohl die Angst als auch die Depression einen hochsignifikanten Zusammenhang mit der Dauer des Gespräches hatten, ebenso wie der aktuelle Gesundheitszustand des Patienten. Alter, Geschlecht, die Erkrankung, die Chronifizierung und das Vorhandensein einer lebensbedrohlichen Erkrankung zeigten dagegen keinen Zusammenhang mit der Dauer des Arztgesprächs.

**Tabelle 3-14 Dauer des Gespräches in Abhängigkeit von Patientencharakteristika**

	Ausprägung	Häufigkeit N / Prozent	Dauer des Gesprächs in Minuten M und ST	Lineare Regression
Geschlecht	weiblich	347 /54,6%	25 ±17	n.s.
	männlich	288 /45,5%	25 ±15	
Alter	18-30	94/14,8%	25 ±22	n.s.
	31-40	56/8,8%	23 ±14	

<sup>9</sup> Osteoporose, Rheumatoide Arthritis, Knochennekrose, Schäden nach einer OP u.a.

	Ausprägung	Häufigkeit N / Prozent	Dauer des Gesprächs in Minuten M und ST	Lineare Regression
	41-50	112/17,6%	23 ±14	
	51-60	109/17,2%	27 ±18	
	61-70	116/18,3%	26 ±13	
	> 71	147/23,1%	25 ±15	
	keine Angabe	1 /0,1%		
<b>Aktueller Gesundheits- zustand</b>	Ausgezeichnet	15 /2,4%	25 ±22	p= 0 β= ,199 r <sup>2</sup> = ,039
	Sehr gut	63 /9,9%	20 ±10	
	Gut	240 /37,8%	23 ±12	
	Weniger gut	247 /38,9%	25 ±15	
	Schlecht	70 /11,0%	35 ±28	
<b>Lebensbedrohlich</b>	Ja	30 /4,7%	28 ±15	n.s.
	Nein	605 /95,3%	25 ±16	
<b>Erkrankung</b>	Wirbelsäule	71 /11,2%	28 ±19	n.s.
	Tumor	47 /7,4%	24 ±18	
	Akute Erkrankungen (Traumafolgen und Entzündungen)	90 /14,2%	22 ±18	
	Arthrose	267 /42,0%	26 ±15	
	Sonstiges	73 /11,5%	22 ±11	
	Mehrfachnennung	84 /13,2%	25 ±17	
	Keine Angabe	3 /0,5%		
<b>Chronifizierung</b>	Akut	301 /47,4%	24 ±16	n.s.
	Chronisch	262 /41,3%	26 ±17	
	Akut und chronisch	69 /10,9%	25 ±13	
	keine Angabe	3 /0,5%		
<b>HADS-Angst</b>	unauffällig	413 /65%	24 ±15	p= 0 β= ,149 r <sup>2</sup> = ,022
	grenzwertig	125 /19,7%	24 ±12	
	auffällig	97 /15,3	30 ±22	
<b>HADS-Depression</b>	unauffällig	472 /74,3%	24 ±15	p= ,003 β= ,117 r <sup>2</sup> = ,014
	grenzwertig	95 /15,0%	26 ±15	
	auffällig	68 /10,7%	29 ±21	

## 4 DISKUSSION

Die Ergebnisse der beiden Studienteile, also die qualitative Ärztebefragung und die quantitative Patientenbefragung, werden im folgenden Kapitel gesondert diskutiert. Dabei gehe ich jeweils auf die Stichprobenmerkmale sowie die Ergebnisdiskussion ein. Es folgen übergeordnete Schlussfolgerungen.

### 4.1 Diskussion von Studienteil I: Ärztebefragung

Wir befragten mit leitfadengestützten Interviews neun orthopädische Ärzte bezüglich ihrer Patientenkontakte und insbesondere bezüglich ihrer Wahrnehmungen und Strategien im Umgang mit psychisch belasteten Patienten. Diese Ärzte nehmen psychische Belastungen von orthopädischen Patienten durchaus als Herausforderung wahr und beschreiben sehr unterschiedliche Strategien im Umgang mit psychosomatischen Aspekten, die teilweise mit externen oder internen Hürden und teilweise mit unterschiedlichen Auffassungen von Psychosomatik im Zusammenhang stehen.

#### 4.1.1 Stichprobenmerkmale und Generalisierbarkeit der Ergebnisse

Bei diesem Teil der Arbeit handelt es sich um eine qualitative Studie, daher wird keine statistische Repräsentativität angestrebt, sondern die Generalisierbarkeit der Ergebnisse. Wichtig ist dabei, dass die Stichprobe den untersuchten Fall inhaltlich repräsentiert [129]. Die Erhebung wurde vollständig in der orthopädischen Klinik und Poliklinik eines Universitätsklinikum durchgeführt. Diese gliedert sich in zwei stationäre Bereiche und einer Poliklinik, die von ambulanten Patienten aufgesucht wird. Hier behandelte Patienten werden häufig von ihrem Hausarzt oder niedergelassenen Orthopäden speziell in diese Klinik überwiesen. Das Setting ist insoweit speziell, dass hier häufiger als in einer orthopädischen Praxis oder in einer kleineren Klinik Patienten vorstellig werden, bei denen sich die Behandlung als schwierig darstellt. Auch werden viele Patienten von niedergelassenen Orthopäden überwiesen, die eine Indikation zur Operation bereits gestellt haben und in der eigenen Praxis nicht operieren. Der Fokus liegt also häufiger auf der Operation als im niedergelassenen Bereich.

Die untersuchte orthopädische Klinik gliedert sich intern in verschiedene Fachgruppen oder Teams. Die Oberärzte sind in der Regel einem oder mehreren Teams fest zugeteilt bzw. leiten diese und sind Experten für bestimmte Krankheitsbilder oder Operationstechniken. Die Assistenzärzte rotieren im Laufe ihrer Facharztausbildung durch mehrere Teams hindurch. Durch die neun interviewten Ärzte waren acht der insgesamt zehn Teams vertreten.

Bezüglich der Geschlechterverteilung spiegelt unser Kollektiv die Realität der Abteilung sowie der Orthopädie als Fach relativ gut wider: Es handelt sich nämlich um ein hauptsächlich männlich besetztes Fach, wie die Ärztestatistik der Bundesärztekammer zeigt [130]. Im Jahr 2013 waren in Deutschland insgesamt 12984 Fachärzte für Orthopädie bzw. Orthopädie und Unfallchirurgie ärztlich tätig, davon waren lediglich 13,8% weiblich. In der

von uns untersuchten Abteilung waren 28 Ärzte tätig, davon 10,7% weiblich. In unserer Studie stellt die Ärztin 11,1% des Kollektivs dar.

Das Verhältnis von Oberärzten zu Assistenzärzten dagegen ist in unserem Kollektiv leicht zugunsten der Oberärzte verschoben und unterscheidet sich damit von der Realität einer orthopädischen Klinik. Das ist im Sinne einer qualitativen Untersuchung allerdings sinnvoll, denn Oberärzte verfügen über mehr Erfahrung und können über mehr Fälle berichten [129].

## 4.1.2 Diskussion der Ergebnisse

Aufgrund des Designs der qualitativen Interview-Studie können aus der vorliegenden Arbeit keine definitiven kausalen Zusammenhänge gezogen werden. Alle Ergebnisse können deshalb im Wesentlichen nur hinweisend auf mögliche Zusammenhänge sein und sollten vorsichtig interpretiert werden. Ziel unserer Studie war es, das Thema der psychischen Belastungen von orthopädischen Patienten aus Sicht von orthopädischen Ärzten zu beleuchten, mit besonderem Augenmerk auf die Strategien, die sie einsetzen und die Hürden, die ihnen im Umgang mit solchen Patienten begegnen.

### 4.1.2.1 Herausforderungen im Zusammenhang mit psychischer Belastung der Patienten

Diese Kategorie beschreibt welchen Situationen orthopädische Ärzte in ihrer Arbeit begegnen, die mit der psychischen Belastung von Patienten zusammenhängen und als Herausforderungen erlebt werden. Sie ist für die Fragestellung wichtig, um zu beurteilen, welche Relevanz die Thematik der psychischen Belastungen von Patienten im klinischen Alltag hat. Bemerkenswert ist, dass im Interview allgemein nach Herausforderungen im Patientenkontakt gefragt wurde. Dennoch beschrieben acht der neun Ärzte u.a. Herausforderungen, die auf eine psychische Belastung von Patienten zurückzuführen sind. Die Ergebnisse geben einen guten Überblick darüber, welche Bereiche der Arzt-Patienten-Begegnung von psychischen Belastungen beeinflusst werden können: die Beziehung zwischen Arzt und Patient, die Erkrankung, die Behandlungswahl sowie das Behandlungsergebnis. Psychische Belastungen scheinen also etwas zu sein, was den Ärzten im Alltag tatsächlich oft begegnet und vielfältige Herausforderungen mit sich bringt. Auffällig ist auch, dass u.a. ganz extreme Fälle beschrieben werden. A11 beschreibt, wie eine (vermutlich) akute Anpassungsstörung aufgrund von Schmerzen zu Todeswünschen und zur Ablehnung einer notwendigen Operation führte, der gleiche Arzt beschreibt Fälle von Patienten, die im Gegensatz dazu Operationen nachdrücklich fordern, die aus ärztlicher Sicht nicht indiziert sind, und A7 beschreibt wie seines Erachtens die psychische Verfassung und die mentale Einstellung des Patienten die Hälfte des Operationserfolges ausmachen, und durch den Arzt beeinflussbar sind.

Fossum et al.[107] ließen Orthopäden einige ihrer Gespräche mit ambulanten Patienten als Videoaufnahme anschauen und kommentieren. Sie hatten kein besonderes Augenmerk auf das Thema der psychischen Belastungen von Patienten: Dennoch können manche der Themen aus unserer ersten Kategorie wiedergefunden werden. Die meisten Ärzte kommentierten die Tatsache, dass sie ihre Gesprächsführung an die Situation des Patienten

anpassen, beispielsweise bei einem Rückenschmerzpatienten, der eine besonders lange Krankheitsgeschichte erzählen möchte. Des Weiteren wird ein Patient mit einem Tumor beschrieben, der extrem oft die gleichen Fragen zu seiner Erkrankung stellt, sowie einer der unbedingt eine Operation haben möchte, die der Arzt als nicht indiziert betrachtet. Letztlich wird der Fall eines Patienten erwähnt, der seine Symptome somatisiert. Vranceanu et al. fragten Orthopäden direkt danach, ob sie psychische Erkrankungen („illness“) von Patienten beachten bzw. bemerken („notice“), 90% von ihnen antworteten mit ja oder eher ja [114].

#### 4.1.2.2 Umgang mit aufgewühlten Patienten

Diese Kategorie beschäftigt sich mit dem Umgang der Orthopäden mit aufgewühlten Patienten. Sie ist insoweit für die Fragestellung relevant, weil sie auch indirekt zeigen kann, inwieweit die Ärzte die Psyche ihrer Patienten in der Gesprächsführung und Behandlung berücksichtigen. Wenn ein Patient Emotionen zeigt (Trauer, Angst, Wut) kann das eine normale Reaktion auf eine konkrete Situation sein, es kann aber auch das Zeichen einer behandlungs- oder unterstützungsbedürftigen psychischen Belastung sein.

Ein Arzt (A14) legt Wert darauf, es aktiv herauszufinden, mehrere Ärzte gehen in irgendeiner Art und Weise auf den Patienten ein. Andererseits legen einige Ärzte eher Wert darauf, dem Patienten Zeit und Raum zu geben, um sich zu fangen, und wahren damit eine gewisse emotionale Distanz. Besonders A5 und A8 scheinen Schwierigkeiten mit dem Thema zu haben: Sie wirken beide sehr mitgenommen von den Schicksalen ihrer Patienten, sprechen mit ihnen allerdings nicht darüber, sondern flüchten sich fast vor Gesprächen mit emotional aufgewühlten Patienten. Dabei hält es A8 für angemessen, eher kühl und distanziert zu erscheinen, während A5 seine Unsicherheit in Bezug auf das Zeigen von Empathie im Interview darlegt.

Eine verbreitete Definition ärztlicher Empathie liegt von Mercer und Reynolds vor, diese beschreiben sie als *„die Fähigkeit des Arztes die Situation, Perspektive und Gefühle des Patienten (sowie deren Bedeutung) zu verstehen, dieses Verständnis zu kommunizieren und seine Richtigkeit zu überprüfen, sowie auf einer für den Patienten hilfreichen (therapeutischen) Art darauf zu reagieren“* ([131], eigene Übersetzung).

In Studien im akutmedizinischen Setting hat sich die ärztliche Empathie als besonders wirksames Element herausgestellt. Verhalten sich Ärzte empathisch gegenüber ihren Patienten so kann dies mehrere positive Konsequenzen haben [132], u.a. berichten Patienten ausführlicher über ihre Symptome und Sorgen [133] und die Diagnosegenauigkeit wird erhöht [134]. Auch die Fähigkeit, mit der aktuellen Erkrankungssituation umzugehen, wird verbessert [135]. Eine empathische Haltung des Arztes gegenüber dem Patienten führt auch zu mehr Patientenzufriedenheit [136-140], welche wiederum zu einer besseren Compliance [138, 141] und einer gelungenen Arzt-Patienten-Beziehung führt [136]. Bei Patienten mit einer Erkältung konnte gezeigt werden, dass ärztliche Empathie signifikant die Dauer und die Schwere der Symptome verkürzt; dies korrelierte mit messbaren Veränderungen der Immunantwort (nasale IL-8 Konzentration) [142].

Dennoch ergreifen Ärzte laut Studien relativ selten die Gelegenheit, Empathie zu zeigen [143-145]. Die Ergebnisse dieser Kategorie zeigen, wie unterschiedlich die emotionale Aufwühlung eines Patienten von Ärzten gedeutet wird: mal als Gelegenheit um Empathie zu zeigen und Vertrauen aufzubauen, mal als peinliche Situation, aus der der Arzt sich selbst und den Patienten rettet, indem er ihn respektvoll allein lässt. Diejenigen Ärzte, die offen thematisieren, dass sie vorzugsweise nicht empathisch auf Patienten eingehen, scheinen

sich nicht bewusst zu sein, was für Vorteile das Einsetzen von Empathie für den Patienten haben kann, sondern verwechseln Empathie mit einer übertriebenen Anteilnahme (Vergleiche A8, 26: „[...] da kann man nicht anfangen zu sagen: «Jetzt weine ich mit dem Patienten, auch wenn es mir nicht danach ist»“). Sie sorgen sich mehr um die professionelle Distanz und verzichten damit letztlich auf eine wirksame gesundheitsfördernde Interventionsmöglichkeit.

#### 4.1.2.3 Erkennen von psychisch belasteten Patienten

Diese Kategorie stellt dar, welche Merkmale Orthopäden beachten, um psychische Belastungen von Patienten zu erkennen: ein notwendiger und zentraler Schritt für deren Berücksichtigung bei der Behandlung. Bei der Diskussion dieser Kategorie stellt sich erneut die Frage der Definition von Psychosomatik. Wir haben an dieser Stelle überwiegend – leitfadengerecht - danach gefragt, woran die Ärzte erkennen, dass eine „psychosomatische Komponente“ bei einem Patienten eine Rolle spielt. Diese Formulierung wurde in wenigen Fällen mit dem Ausdruck „psychische Aspekte“ oder „psychische Belastungsfaktoren“ ergänzt (A1, A7, A10). A5 wurde nur nach „psychischen Aspekten“ gefragt. Da der Begriff psychosomatisch vielfältige Bedeutungen haben kann (siehe Einleitung, Kapitel 1.1.2) bekamen wir auch vielfältige Antworten. An der Häufigkeit, mit der das Fehlen eines somatischen Korrelates als Erkennungsmerkmal genannt wurde wird jedoch klar, wie für orthopädische Ärzte unter den psychosomatischen Aspekten einer Erkrankung in erster Linie die Somatisierungsstörung bzw. somatische Belastungsstörung oder MUS Relevanz hat. Auch die weiteren beschriebenen Erkennungsmerkmalen sind u.a. mit einer solchen Diagnose vereinbar. Diese sind: das Missverhältnis zwischen Befund und Symptomatik, ungewöhnliche körperliche Beschwerden, das zeitlich begrenzte Auftreten der Beschwerden, eine lange Krankheitsgeschichte, der hohe Erwartungsdruck an den Arzt, die subjektive Wahrnehmung von Patienten, soziale Belastungen.

Das Priorisieren der fehlenden somatischen Befunde als Erkennungsmerkmal ist auf der einen Seite verständlich und sinnvoll, denn die körperliche Untersuchung des Bewegungsapparates sowie die Beurteilung der Bildgebung gehören zur wichtigsten Fachexpertise des Orthopäden. Auf der anderen Seite kann sie nicht das alleinige Merkmal für einen solchen Verdacht darstellen, denn das würde es unmöglich machen, einen somatisierenden Patienten von einem Simulanten oder aber einem Patienten mit einer schwer diagnostizierbaren somatischen Erkrankung zu unterscheiden [146]. Die Priorisierung der somatischen Aspekte, die mit der Fachdisziplin des Orthopäden gewissermaßen einhergeht, bringt bei mindestens einem Arzt auch die Bewertung mit sich, es sei „nichts Dramatisches“ (A8, 32), weil nicht körperlich. Dies ist verständlich in dem Sinne, dass eine psychosomatische Erkrankung in der Regel einen chronischen Verlauf hat und oft nicht in dem Maße akut interventionspflichtig ist, wie z.B. ein Knochenbruch oder ein Tumor, dennoch erscheint diese Bewertung gefährlich und auch ungerechtfertigt, wenn man den Leidensdruck von Menschen mit schweren psychosomatischen Krankheitsbildern berücksichtigt [147, 148].

Die Priorisierung der somatischen Befunde und die gleichzeitige Nichtbeachtung der psychischen Merkmale birgt darüber hinaus die Gefahr, vorhandene körperliche Nebenbefunde fälschlicherweise als die Ursache von Beschwerden zu interpretieren, mit dem Risiko der Indikationsstellung und Durchführung von unnötigen Operationen [147], wie A10 in seinem Interview als „*Problem*“ thematisiert (A10, 34).

Der subjektive Eindruck eines Patienten als Diagnosemittel fordert mehr Erfahrung auf Seiten des Arztes und scheint Ärzte zu verunsichern, die sich lieber auf objektive Marker verlassen möchten. Er kann allerdings eine gute und sinnvolle Ergänzung zu der Beurteilung der somatischen Befunde und der Krankengeschichte darstellen. Insbesondere die emotional betonte Schilderung der Beschwerden und Phänomene der Übertragung und Gegenübertragung sind für psychosomatisch Erkrankte typisch [33].

Einige der Ärzte beschreiben auch wie Patienten, die an einer somatischen Erkrankung leiden, zusätzlich unter psychischen Belastungen leiden können. Zwei der Ärzte (A1, A7) erwähnen, dass bei Rückenschmerzen, aber auch bei muskulären Schulterbeschwerden, CRPS oder Arthrofibrose psychische Einflussfaktoren eine wichtige Rolle spielen können. Andererseits wird beschrieben, wie manche somatischen Erkrankungen häufig zu psychischen Belastungen oder Störungen führen, insbesondere chronische Erkrankungen oder starke Schmerzzustände. Ebenso können Patienten eine akute psychische Reaktion nach der Mitteilung einer schweren Diagnose entwickeln. Es geht hier also um das Thema der sekundären psychischen Störungen. Für Patienten mit somatischen Erkrankungen und begleitenden psychischen Störungen werden keine weiteren Erkennungsmerkmale beschrieben, die Störung wird eher aufgrund der Diagnose oder des Zustands des Patienten vermutet.

In der Literatur werden eine Reihe von wichtigen Hinweisen auf das Vorliegen einer funktionellen psychosomatischen Störung beschrieben, die in den Interviews nicht erwähnt wurden. Das sind u.a.: vegetative Begleitsymptome (Schlaflosigkeit, Verdauungsbeschwerden, Palpitationen...), das Phänomen der Gegenübertragung, also der Ärger des Arztes während des Gespräches sowie die Interpretation der Erkrankung von Seiten des Patienten, insbesondere die Fixierung auf einer somatischen Genese [33, 83, 149].

Das diagnostische Fragen nach dem Befinden bzw. nach psychischen Belastungen als Vertiefung der Anamnese wurde von einem Arzt (A1, 31, 33) erwähnt und in der nächsten Kategorie (Kap. 4.1.2.4) aufgeführt. Viele weitere Anamnesefragen z.B. nach aktuellen Konfliktsituationen, Angst und Depressionssymptomatik oder Belastungen in der Kindheit sollten Bestandteil einer vertiefenden Anamnese bei Verdacht auf eine psychosomatische Störung sein [33], werden aber nicht explizit in den Interviews erwähnt. Die Inanspruchnahme eines Fragebogens als Screeninginstrument (wie das z.B. mit dem HADS-D möglich wäre) wird nie in den Interviews erwähnt. Dies ist im Einklang mit den Ergebnissen von Vranceanu et al. [114]: 82% der 350 befragten Orthopäden gaben an, psychische Störungen durch die Anamnese aufzudecken, 57% aufgrund der medizinischen Unterlagen und nur 24% ließen sich durch einen Fragebogen unterstützen. Obwohl sie weniger zeitintensiv als eine ausführliche psychosoziale Anamnese sind und aktuellere Ergebnisse liefern als die Patientenunterlagen werden Fragebögen offensichtlich selten eingesetzt.

#### 4.1.2.4 Das Gespräch über psychische Belastungen

Aus der Literatur (s.u.) wie auch aus den Interviews zeigt sich, dass das Gespräch mit Patienten über das Vorhandensein von psychischen Faktoren, die Einfluss auf die Beschwerden ausüben, sowie evtl. über die Notwendigkeit einer breiteren auch psychischen Abklärung, eine Schlüsselposition für die Behandlung dieser Patienten innehat.

Kommt es hier zu starken Irritationen auf der Patientenseite, oder wird das Gespräch gar nicht erst aufgesucht, ist die Gefahr groß, dass Arzt und Patient in einem dualistischen Erklärungs- und Behandlungsmodell verharren, was zur Chronifizierung und Verstärkung der Beschwerden führen kann bzw. dazu, dass die psychischen Begleitproblematik unentdeckt und unbehandelt bleibt. Franz und Schiltenswolf empfehlen eine psychosomatische (Mit-)Verursachung frühzeitig (nach 4- bis spätestens 12-wöchiger Behandlungsresistenz) zu eruieren [33]. Die Abfragung und Beachtung von psychosozialen Faktoren wird in den Leitlinien für den unspezifischen [51] aber auch für den spezifischen Kreuzschmerz [150] bzw. für die lumbale Radikulopathie [151] und die Gonarthrose [152] empfohlen. Bezüglich der funktionellen Körperbeschwerden empfehlen Roenneberg et al. [81] ein „Sowohl-als-auch-Vorgehen“, bei dem die Einordnung der Beschwerden als funktionell von Anfang an gleichwertig wie potenziell abwendbar gefährliche Verläufe mitbedacht wird. Die frühzeitige Identifikation der Beschwerden als funktionell sei entscheidend, um mit dem Patienten angemessen umgehen zu können. Wichtig sei dabei, den Patienten zu vermitteln, dass sie mit den funktionellen Beschwerden nicht allein sind, sowie sie darüber zu informieren, dass eine Beschwerdeverbesserung bei der Mehrheit der Patienten möglich ist. Diese prognostische Information kann für Patienten eine bedeutende Entlastung darstellen. Darüber hinaus sprechen Roenneberg et al. von einem „theragnostischen Prozess“, da keine klare Abgrenzung einer diagnostischen und einer therapeutischen Phase möglich sei: Der Behandler sei bei der Diagnostik durch seine Haltung bereits therapeutisch tätig und könne so den möglichen Verlauf funktioneller Körperbeschwerden positiv – oder eben auch negativ - beeinflussen [81].

Betrachtet man die Reaktionen der Patienten, die von den Ärzten berichtet werden, so fällt auf, dass nur drei der Ärzte von positiven Reaktionen auf das Ansprechen der psychischen Belastungen berichten. A1 beschreibt, die positive Reaktion läge an der Einsicht des Patienten, bzw. seinem Bedürfnis danach, auf seine psychischen Belastungen angesprochen zu werden. A11 und A13 berichten beide davon, dass es Patienten durchaus positiv aufnehmen, wenn sie über ein multikausales Erklärungsmodell aufgeklärt werden. Darüber hinaus berichtet A13 davon, dass es wichtig sei, die Patienten nicht gleich dazu zu drängen, psychiatrische Hilfe in Anspruch zu nehmen und eine wohlwollende, hilfebringende Haltung einzunehmen.

Ärzte, die von negativen Reaktionen berichten beschreiben zum Teil auch auffällige „Fehler“ in der Art und Weise, wie sie den Patienten ansprechen. Im Falle von A4 erzählt er zwar der Interviewerin, es sei wichtig, dass Patienten verstehen, dass man ihnen die Schmerzen glaubt. Aus den Konsequenzen, die er für die Behandlung zieht, wenn er eine somatische Ursache ausgeschlossen hat, resultiert dennoch, dass er zumindest keine ernstzunehmende Behandlung dieser Schmerzen weitergeben kann: Er empfiehlt, die Bildgebung zu entsorgen, keinerlei Therapie zu machen und sich abzulenken. Er scheint die Empfehlung zu kennen, dass man Patienten gegenüber äußern sollte, man glaube ihnen die Schmerzen, sein Behandlungskonzept drückt allerdings die entgegengesetzte Botschaft aus. A5 berichtet: *„Ich versuche es zu vermeiden, das Thema anzusprechen“* (A5, 32). Er sieht zwar, dass ein Patient nur dann angemessene Hilfe bekommen kann, wenn man ihn darauf anspricht, empfindet aber diese Konversation als unangenehm und versucht sie zu vermeiden. Gefragt, ob er mit Erwachsenen psychische Belastungen anspricht verneint A7 das und meint, Patienten, die in die Orthopädie kommen möchten solche Problematiken

nicht wahrhaben und wollen operiert werden. Sie würden nicht einsehen, dass sie „*selbst an der Erkrankung arbeiten müssen und das sind ja oftmals auch Erkrankungen, die ja auch durch ein langfristiges Fehlverhalten sozusagen erworben erstmal sind. Und das wollen sie auch nicht wahrhaben*“ (A7, 47). Die Ausdrucksweise von A7 lässt daran denken, dass er im Gespräch mit dem Patienten Gefahr läuft, eine gewisse Schuldzuweisung zu vermitteln, die in Bezug auf psychische Belastungen sicherlich nicht angebracht und auch nicht hilfreich wäre.

Die Kenntnis und das Verständnis des Arztes von psychischen Belastungen und funktionellen Störungen, sowie von deren Einfluss auf die körperlichen Symptome und deren adäquater Therapie scheinen also eine zentrale Rolle zu spielen für die Qualität der Patientengespräche und einen großen Einfluss zu haben auf die Art und Weise, wie Patienten ihre Beratung annehmen können. Patienten, die im Gespräch mit dem Arzt erleben, dass das Thema unangenehm ist, ihre Beschwerden einer Therapie unwürdig sind oder gewissermaßen selbstverursacht sind, werden sich verständlicherweise weder dankbar noch offen zeigen.

#### 4.1.2.5 Weitere Diagnostik und Behandlung

Die Antworten der Ärzte auf die Frage nach ihrem Umgang mit Patienten mit einer psychosomatischen Komponente bzw. psychischen Belastungsfaktoren wurden in diese Kategorie aufgenommen, wenn sie die weitere Diagnostik und Behandlung betrafen. Manchmal berichteten die Ärzte spontan von solchen Fällen und wurden später im Interview erneut gefragt (A4, A7).

An den Ergebnissen fällt v.a. auf, dass sie sehr heterogen sind. Bezüglich der psychotherapeutischen Weiterbehandlung sehen es manche Ärzte als ihre Aufgabe an, einen Experten hinzuzuziehen, andere überweisen den Patienten weiter an die Schmerzzambulanz oder den Hausarzt, wobei unklar bleibt inwieweit sie mit dem Hausarzt kommunizieren, manche Ärzte beginnen selbst ein vertiefendes Gespräch mit dem Patienten, um herauszufinden, inwieweit eine weitere Diagnostik nötig wäre und andere geben überhaupt keine Empfehlung. Auch bezüglich der weiteren somatischen Behandlung sind die Angaben sehr heterogen: Viele der Ärzte finden, dass die Indikation zu einer Operation bei einem Patienten mit psychischen Belastungen oder einer psychosomatischen Komponente mit Vorsicht gestellt werden sollte, wobei nur ein Arzt (A1) erwähnt, dass es sinnvoll sei tatsächlich vorhandene somatische Befunde zu operieren und gleichzeitig den Patienten einer psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlung zuzuführen. Zwei extreme Ansichten werden von A4 und A7 vertreten, darauf wird in den Fallvorstellungen näher eingegangen. Bezüglich der konservativen somatischen Behandlung machen die meisten Ärzte keine Angabe, was vermutlich dem Setting der universitären Klinik mit Schwerpunkt auf das Operieren geschuldet ist (s. Kap. 4.1.1). Einige nennen die Möglichkeiten der konservativen Therapie, A4 vertritt wiederum eine etwas extreme Ansicht was die psychosomatischen Patienten angeht (s. Fallvorstellung).

Die Ergebnisse der weiteren psychotherapeutischen Diagnostik und Behandlung sind begrenzt vergleichbar mit den Ergebnissen von Vranceanu [114]. Im online Fragebogen der amerikanischen Studie konnten die Orthopäden auf einer Likert Skala angeben, inwieweit sie für einen Patienten, bei dem sie eine psychische Störung erkannt haben, eine weitere psychologische Behandlung veranlassen. Das Ergebnis ergab, dass Orthopäden

demgegenüber neutral sind und eher dazu tendieren, die Weiterbehandlung zu veranlassen (3,5/5). Bezüglich der Modalität gaben 57% an, sie würden ihn an den Hausarzt überweisen, 27%, dass sie dem Patienten eine Liste von Therapeuten geben, 18%, dass sie die Nummer der Psychiatrieabteilung aushändigen, 9%, dass sie eine weitere Behandlung gar nicht veranlassen. 19% der Teilnehmer machten andere, in der Studie nicht aufgeschlüsselte Angaben. Im Vergleich dazu ist die Möglichkeit, über den Hausarzt eine weitere Behandlung zu veranlassen in unserer Studie seltener vertreten. Diese Möglichkeit ist den Ärzten aus der in unserer Studie untersuchten Klinik möglicherweise weniger präsent, weil eine universitäre orthopädische Klinik in der Regel erst aufgesucht wird, wenn eine Operation als wahrscheinlich indiziert erscheint (siehe Kapitel 4.1.1). Sie haben also weniger häufig als Orthopäden aus der ambulanten Praxis die Aufgabe, eine erste orientierende Untersuchung durchzuführen, um eine orthopädische Erkrankung auszuschließen, in den Fällen, in denen der Hausarzt bereits eine funktionelle Störung vermutet. In solchen Fällen empfehlen Roenneberg et al. einen mehrstufigen Behandlungsprozess, bei dem der Primärbehandler – in der Regel der Hausarzt - eine Koordinatorfunktion behält [81]. Dennoch sind die Patienten aus unserer Klinik genauso häufig wie in anderen Kliniken von psychischer Komorbidität und psychischen Faktoren betroffen, Aspekte, die eher von einem Psychiater oder Psychologen neben der orthopädischen Behandlung adressiert werden können. Auch ist die Möglichkeit, solche Patienten an die Schmerzambulanz zu überweisen eine Besonderheit unserer Klinik und sicher eine sinnvolle Option. Ein Arzt (A14) stellt gewissermaßen einen besonderen Fall dar, weil er sich extra Zeit nimmt, um abzuklären, wie es dem Patienten geht, und es als die eigene Aufgabe als behandelnder Arzt sieht.

#### 4.1.2.6 Hürden

Diese Kategorie geht der Frage nach, welche Hürden sich den Ärzten stellen, wenn sie versuchen, psychische Aspekte der Erkrankung ihrer Patienten bei Diagnostik und Behandlung zu berücksichtigen. Die Angaben der Ärzte waren spontan, wir stellten keine direkte Frage danach im Interview. Sie gaben als Hürden verschiedene Rahmenbedingungen an, insbesondere der Zeitmangel; Arztmerkmale, v.a. die mangelnde Ausbildung bezüglich der Psychosomatik; Beziehungsaspekte, insbesondere die Sorge, die Arzt-Patienten-Beziehung zu stören; sowie Probleme in der Zusammenarbeit mit Psychiatern.

Vergleicht man unsere Ergebnisse mit denen von Vranceanu et al. [114] so fällt auf, dass auch in der quantitativen Erhebung der Zeitmangel der relevanteste Aspekt war. Ebenso wichtig waren die Aspekte der fachlichen Unsicherheit und der Stigmatisierung von psychischen Erkrankungen bzw. der damit einhergehenden Sorge, Patienten zu irritieren. Diese sind Aspekte, die man in der Praxis mit einem geeigneten Training adressieren und verbessern könnte: Weiland et al. konnten z.B. zeigen, wie bereits ein 14 Stunden Training die Kommunikation der Ärzte mit Patienten mit medizinisch unklaren Beschwerden signifikant verbessern konnte [153]. Übereinstimmend ist auch der Aspekt der Zuständigkeit bzw. der Erwartungen an den Orthopäden (bei Vranceanu: „It is not my job to worry about psychological factors“): Dieser war in beiden Studien vertreten, wurde aber nicht häufig genannt bzw. nicht als besonders relevant bewertet. Interessant ist der Aspekt der Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit Psychiatern: Diese werden in unserer Studie von zwei Ärzten beschrieben und wurden in der Studie von Vranceanu nicht erwähnt. Dies könnte in den Rahmenbedingungen der Klinik begründet sein, in der unsere

Studie stattfand, es könnte aber auch ein Aspekt sein, der auch für andere Orthopäden zutrifft und in der quantitativen Studie nicht berücksichtigt worden ist. Insbesondere der Fall, der von A11 beschrieben wurde (A11, 29) macht deutlich wie das Hinzuziehen eines Experten, der in der weiteren Behandlung nicht involviert und womöglich nicht ausreichend informiert ist, die Patientenbetreuung sogar noch deutlich erschweren kann. Man kann daraus die Empfehlung für die Praxis ableiten, dass man mit dem Konsiliararzt möglichst ein interdisziplinäres Gespräch anstreben sollte, spätestens dann, wenn es zu Irritationen kommt.

Ebenso wenig bei Vranceanu vertreten war der Aspekt der Angst vor den nicht erkannten somatischen Befunden, wie sie im Interview mit A4 (Abs. 23) zum Vorschein kommt. Hintergrund dieser Sorge ist der Druck, somatisch alles abzuklären (vgl. [154] S.565). Laut einer Metaanalyse wird in 8,8% der Fälle die Diagnose einer funktionellen Erkrankung revidiert, weil doch eine somatische Erklärung für die Beschwerden gefunden wird [155]. Allerdings wird hier die Möglichkeit verkannt, früh eine psychosomatische Komorbidität in Betracht zu ziehen und ein sowohl als auch von körperlichen und nicht-körperlichen Krankheitsursachen in Betracht zu ziehen, wie u.a. von Franz und Schiltewolf empfohlen [33].

Der anfangs genannte Aspekt des Zeitmangels erscheint sehr vielschichtig. Er ist zum einen in den effektiven Rahmenbedingungen begründet, bzw. in dem Bedürfnis der Ärzte einen gewissen Zeitplan einzuhalten. Zum anderen drückt er die Überzeugung aus, die Berücksichtigung der Psyche des Patienten sei besonders zeitintensiv. Es kann aber auch ausdrücken, dass die Psychosomatik in der kurzen Zeit keine Priorität hat, weil die somatischen Befunde Priorität haben müssen, was wiederum die Frage aufwirft, ob es nicht möglich wäre beides nebeneinander zu berücksichtigen. Zeitsparend könnte man einen Screening-Fragebogen einsetzen, den Patienten bereits während der Wartezeit ausfüllen können und der wertvolle Hinweise liefern könnte, oder aber wenige zielgerichtete Fragen zur psychischen Komorbidität, wie sie z.B. Köllner und Rupp empfehlen [149].

#### 4.1.2.7 Fallinterpretationen:

A4 präsentiert gewissermaßen drei verschiedene Modelle des Vorgehens bei Patienten mit psychosomatischen Komponenten der Erkrankung. Im ersten Fall, den er spontan als Herausforderung berichtet und als psychosomatisch bezeichnet (ein Mann mit starken Schmerzen ohne somatischen Befund) zieht er die Konsequenz, dass er den Patienten zur Schmerzambulanz weiterüberweist, weil er nicht weiterkommt. Ein Vorgehen, das sehr sinnvoll erscheint, das aber nicht jedem Arzt zur Verfügung steht. In zweiter Instanz, gefragt nach seinem Umgang mit Patienten, bei denen eine psychosomatische Komponente eine Rolle spielt, berichtet er von austherapierten Patienten, die sich beim Erstkontakt bereits mit einer dicken Akte an Bildgebung vorstellen und bei denen keinerlei somatischen Befunde vorliegen: Mit solchen Patienten spricht er ausführlich und rät ihnen davon ab, sich irgendeiner weiteren Diagnostik oder Therapie zu unterziehen. Schließlich wird er gefragt, wie er vorgeht, wenn er den Eindruck hat, dass der Patient eine psychiatrische oder psychotherapeutische Unterstützung brauchen könnte: Dabei betont er, wie wichtig es sei, alles Somatische ausgeschlossen zu haben, bevor man einen Patienten zum Psychiater weiterleitet. Er hat also die berechtigte Sorge, eine falsche Diagnose zu stellen, wie dies laut Literatur in etwa 9% der Fälle geschieht [155]. Er fordert also von sich selbst, alle körperlichen Erkrankungen ausschließen zu können bevor er den Patienten

weiterüberweist, eine Forderung die womöglich aus der ICD-10 Definition der somatoformen Störungen [7] resultiert: Hierbei ist der Ausschluss einer die Symptomatik erklärenden organischen Erkrankung obligat, was oftmals zur Folge hat, dass Patienten eine Überdiagnostik durchmachen müssen mit der Gefahr von iatrogenen Chronifizierung und der Vermittlung der Nachrangigkeit von psychosozialen Aspekten [81]. Die neue Definition der „körperlichen Belastungsstörung“ im ICD-11 versucht unter anderem dieser Problematik gerecht zu werden und fordert demnach keine Ausschlussdiagnostik mehr [156].

Für Ärzte, die von ähnlichen Schwierigkeiten betroffen sind wie A4 wäre es darüber hinaus hilfreich, wenn sie über mehr Kenntnisse über psychische Aspekte bei orthopädischen Erkrankungen verfügen würden, sich durch einen Fragebogen für psychische Belastungen unterstützen lassen würden, oder die Mitbeurteilung eines Psychiaters oder Psychologen erfordern, ohne sich darauf festzulegen, dass die Beschwerden ausschließlich psychischer Genese sind. Im zweiten wie im dritten Fall scheint A4 ein sehr rigides, dualistisches Verständnis von psychosomatischen Beschwerden im Wege zu stehen. Er scheint die Möglichkeit nicht zu sehen, die körperlichen und die psychischen Faktoren einer Störung nebeneinander zu betrachten und zu behandeln.

A7 scheint ein breites Verständnis von psychischen Faktoren und psychosomatischen Aspekten in der Orthopädie zu haben, insbesondere sind ihm die psychischen Einflussfaktoren auf das Operationsergebnis wichtig. Er beschreibt zum einen wie psychische Komponenten der Erkrankung sich negativ auf das Operationsergebnis auswirken können, zum anderen wie die Überzeugung des Patienten, die Operation könne ihm helfen, dazu beiträgt, dass sich sein Zustand postoperativ bessert. Dennoch erwähnt er an keiner Stelle die Möglichkeit oder gar die Notwendigkeit Patienten, bei denen psychische Aspekte eine wichtige Rolle spielen systematisch zu erkennen und einer psychotherapeutischen oder psychiatrischen Diagnostik und Behandlung zuzuführen. Er scheint also die unterstützende Rolle, welche weitere Experten wie Psychologen oder Psychiater in der Patientenbegleitung haben könnten zu verkennen und verzichtet damit auf eine wertvolle Hilfe für den Patienten.

Aus der Erkenntnis, dass viele Patienten ein somatogen orientiertes Krankheitskonzept aufweisen und eher eine passive Behandlungserwartung haben scheint A7 den Schluss zu ziehen, dass er dieser Erwartung entgegenkommt. Dabei wäre es gerade bei solchen Patienten wichtig, die Veränderungsbereitschaft zu explorieren und sie dazu zu motivieren [157].

A7 spricht als Einziger sehr intensiv von einem Thema, das auch in der Forschung sehr aktuell ist und das sicherlich wichtig ist für einen Operateur, der gute Ergebnisse für seine Patienten erzielen will: das Thema der Erwartungen an eine Operation und der Rolle des Operateurs darin, diese Erwartungen in eine günstige Richtung zu lenken. Aus der Placebo- und Nocebo-Forschung wissen wir, dass die Erwartungen eines Individuums seine Schmerzwahrnehmung stark beeinflussen können [39]. Eine Metanalyse von 2015 untersuchte den Effekt von positiven präoperativen Erwartungen auf die postoperative Lebensqualität ohne Auswahl des Operationstyps und konnte hochsignifikante Korrelationen feststellen [158]. Viele klinische Studien konnten zeigen, dass positive präoperative Erwartungen bei einer Knie- oder Hüft-TEP ein wichtiger Prädiktor darstellen für das allgemeine Outcome der Operation [159] sowie bezüglich der Schmerzen [160], der

Funktion [161] und der Patientenzufriedenheit [162] 6-12 Monate postoperativ. Die Kenntnisse über den Nocebo-Effekt als die Induktion eines als negativ wahrgenommene Symptoms durch Sham Behandlung oder durch die Suggestion von negativen Erwartungen stellen für alle Angehörige von Gesundheitsberufen ein Dilemma dar, denn jede ausführliche Aufklärung hat prinzipiell das Potential, einen Nocebo-Effekt auszulösen und sich negativ auf die Behandlung des Patienten auszuwirken [163]. Gleichzeitig erscheint es wichtig, einen Patienten vor der Operation möglichst ehrlich über die Vor- und Nachteile derselben aufzuklären, und ihn mit einem realistischen Bild des zu erwartenden Operationsergebnis auszustatten. Besonders Patienten, die sich einer Knie-TEP unterziehen, scheinen oft unrealistische Erwartungen zu haben [164]. Unrealistische Erwartungen können wiederum mit Unzufriedenheit mit dem Operationsergebnis einhergehen: Selbst wenn sich die Schmerzen und die Funktion postoperativ objektiv verbessern, geschieht dies nicht im dem erwarteten Maße. Bourne et al.[165] stellten fest, dass unrealistische Erwartungen von Patienten der stärkste Prädiktor waren für die Unzufriedenheit nach einer Knie-TEP-Implantation. Umgekehrt war bei Hamilton et al.[166] das Erfüllen der präoperativen Erwartungen der stärkste Prädiktor für die postoperative Zufriedenheit.

Anders als A4 und A7 trennt A1 – was die Behandlungsentscheidung angeht – scharf zwischen den somatischen und den psychischen Aspekten. Die Operationswürdigkeit entscheidet er anhand der somatischen Befunde, die psychischen Befunde nimmt er durchaus wahr und ernst, doch sie haben in erster Linie Bedeutung für die Aufklärung und die psychische Diagnostik und Behandlung. Er sieht es als berechtigt und sinnvoll an, „zweigleisig“ zu behandeln, also parallel sowohl somatisch als auch psychisch. Seine Ansicht, die psychischen Faktoren würden außerhalb des Bereiches der Wirbelsäulenerkrankungen eine untergeordnete Rolle spielen ist aufgrund des aktuellen Forschungsstandes zu relativieren (s. Einleitung).

#### 4.1.2.8 Zusammenfassung

Die Ärzte machten sehr vielfältige Aussagen zu den Möglichkeiten des Einflusses der Psyche auf die orthopädischen Krankheitsbilder sowie zu den Strategien, die sie ergreifen, um diesem Aspekt zu begegnen. Daraus lässt sich ableiten, dass sowohl das Verständnis vom Begriff Psychosomatik als auch die Gewichtung, die die Ärzte den psychischen Aspekten zuschreiben sehr heterogen sind.

Oft wird der Begriff Psychosomatik primär als Psychogenese verstanden (A4, A8). Psychische Aspekte werden u.a. als Persönlichkeitsmerkmale, die Einfluss auf das OP Ergebnis haben (A7), als psychische Komorbidität mit Relevanz für den Krankheitsverlauf (A14) oder aber als Folge von somatischen Erkrankungen (u.a. A11, A13) angesehen. Vielen der Ärzte ist bewusst, dass psychische Faktoren einen Einfluss auf das Operationsergebnis haben können, doch gehen sie unterschiedlich damit um: Wird die Problematik primär als psychische Störung verstanden ohne somatischen Faktoren wird eher von einer Operation abgeraten (A4), doch werden von manchen Ärzten auch die Möglichkeiten genannt, beide Aspekte gleichzeitig zu behandeln (A1) bzw. nur somatisch zu behandeln (A7). Aus den Interviews geht nicht hervor, inwieweit dies anhand der Patientengeschichte entschieden wird bzw. im Team diskutiert wird. Diese Entscheidung scheint eher abhängig zu sein von der Einschätzung des einzelnen Patienten aber auch vom grundsätzlichen Psychosomatik-Verständnis des Arztes bzw. von seiner Bereitschaft, sich

mit dem Thema auseinanderzusetzen. Mehrere Ärzte drücken aus, dass das Abschätzen der Rolle der Psyche vor einer Operation und damit der Operationsindikation bei der Vermutung einer psychischen Komponente sehr schwierig sei (A10, A11).

Auffällig ist, dass mehrere Ärzte Herausforderungen erleben beim Hinzuziehen von weiteren Experten, entweder weil die Patienten dies ablehnen (A7, A10, A13), oder weil die Zusammenarbeit mit diesen Experten schwierig ist (A11, A14). Manche sehen es als die eigene Aufgabe als behandelnder Arzt, Patienten mit psychischen Belastungen intensiv zu begleiten und die psychischen Thematiken sowohl selbst zu explorieren als auch durch einen weiteren Experten behandeln zu lassen (A1, A14); andere sehen ihre Aufgabe darin, primär die somatischen Befunde in Diagnostik und Therapie zu berücksichtigen (A4, A8, A10).

### Nicht erwähnte Thematiken

Einige Begriffe und Themen werden in den Interviews nie erwähnt, obwohl sie im Zusammenhang von Psychosomatik relevant sein könnten. Die Begriffe „psychisches Trauma“ oder „traumatisiert“ werden nie genannt, obwohl ein vorausgegangenes Trauma die Schmerzwahrnehmung und das Schmerzverhalten von Patienten stark beeinflussen kann. Psychische Traumata in der Vergangenheit können zum einen eine posttraumatische Belastungsstörung zur Folge haben, zum anderen korrelieren sie mit einer erhöhten Häufigkeit von chronischen Krankheiten allgemein [167]. Gerade rund um eine Operation, bei der man sich aufgrund der Narkose und der postoperativen Bettlägerigkeit hilflos und ausgeliefert fühlen kann, ist das Risiko hoch für eine (Re)-Traumatisierung, die Konsequenzen für die Psyche und für die Schmerzwahrnehmung haben kann [168, 169]. Es wird nie erwähnt, dass Patienten Beschwerden simulieren können, auch dann, wenn die Orthopäden Fälle besprechen, in denen keinerlei somatische Befunde erhebbar sind. Dennoch kann es für Ärzte ein relevantes und herausforderndes Thema sein, Simulanten von tatsächlich leidenden Patienten zu unterscheiden, besonders wenn es um Rentenbegehren geht [33]. Bezüglich der komorbiden psychischen Erkrankungen werden einige schwere psychiatrische Krankheitsbilder nicht genannt, wie z.B. Psychosen, Substanzabhängigkeit (Alkohol, Drogen, Medikamente) oder das Delir, das gerade postoperativ oder als Reaktion auf Medikamente durchaus ein wiederkehrendes Krankheitsbild auf orthopädischen Stationen ist [170].

### Besonderheiten dieser Studie

Ziel dieses Teils der Studie war es, die verschiedenen Konzepte und Strategien der Orthopäden im Umgang mit Patienten mit psychischen Belastungen zu beleuchten und Problemfelder aufzudecken.

Die Stärke dieser Studie besteht darin, dass die Haltung, Strategien und Hürden der Orthopäden bezüglich der Berücksichtigung der psychischen Aspekte von Erkrankungen qualitativ untersucht wurde, was das Verständnis der verschiedenen Konzepte besser ermöglichte als eine quantitative Untersuchung. Das Design der Studie ermöglicht darüber hinaus die Feststellung, dass unter den Orthopäden – selbst innerhalb eines Teams – wenig Konsens besteht zum Thema Psychosomatik, weder was das Verständnis und die Relevanz für Diagnostik und Therapie noch was die konkreten Behandlungsschritte und die Interaktion mit dem Patienten angeht. Eine Besonderheit unserer Studie besteht darin, dass die Studienpopulation der Ärzte nicht aufgrund des Interesses für das Thema Psychosomatik

ausgesucht wurde und dass sie keine Gelegenheit hatten, ihre Antworten vorzubereiten, weil sie aus der Studieninformation nur wussten, dass es um Patientenkommunikation ging, nicht speziell um psychische Aspekte. Man kann also davon ausgehen, dass es sich um spontane Antworten handelt, die ihr alltägliches Arbeitsleben widerspiegeln.

Bei der einheitlichen Frage nach dem Umgang mit Patienten mit psychosomatischen Komponenten der Erkrankung hatten die Ärzte vermutlich auch aufgrund der Heterogenität der Krankheitsbilder unterschiedliche Fälle vor Augen. Um eine bessere Vergleichbarkeit der Ergebnisse zu erreichen wäre es hilfreicher in zukünftigen Studien den Ärzten konstruierte Fälle vorzulegen und sie nach ihrer Vorgehensweise zu fragen. Die Stärke unseres offenen Vorgehens besteht dennoch darin, dass wir eine sehr große Breite der Möglichkeiten darstellen konnten, obwohl wir eine limitierte Stichprobengröße zur Verfügung hatten, und dass die spontanen Angaben der Ärzte Rückschlüsse auf ihre sehr heterogenen Konzepte von Psychosomatik ermöglichen.

#### 4.1.2.9 Ausblick Teil I: praktische Lösungsansätze

Die Ärzte unserer Studiengruppe erleben die Konfrontation mit psychischen Belastungen ihrer Patienten und funktionellen, somatoformen Krankheitsbildern als Herausforderung in ihrem beruflichen Alltag. Insbesondere zeigte diese Studie, dass Unsicherheiten bestehen bezüglich des Einsatzes von Empathie im Gespräch mit dem Patienten, der Differenzierung von psychischen Faktoren, psychischen Störungen und funktionellen, somatoformen Störungen und den Konsequenzen für die Behandlung, einer erfolgreichen, nicht stigmatisierenden Kommunikation mit dem Patienten sowie der Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen. Um die Arbeit der Orthopäden zu erleichtern und die fachgerechte Behandlung ihrer Patienten zu fördern empfehlen z.B. Zale et al. [171] ein Training für orthopädische Ärzte zu Themen wie Arzt-Patienten-Kommunikation, in dem Aspekte wie z.B. den Ausdruck von Empathie oder der Patientenerwartungen vor einer OP besprochen werden. Aufgrund der vorliegenden Ergebnisse scheint es darüber hinaus sinnvoll, orthopädischen Ärzten eine kurze, gezielte Fortbildung zu den psychischen Aspekten und Erkrankungen, die für sie und ihre Patienten relevant sind, sowie zu den hilfreichsten Behandlungsansätzen anzubieten. Bezüglich der Diagnostik empfehlen mehrere deutschsprachige und internationale Autoren ([171], [157], [172], siehe Kap. 4.2.2.4.) den Einsatz eines Screening-Fragebogens bei allen Patienten, gefolgt von einer vertiefenden Diagnostik durch einen Experten bei Patienten, die im Screening auffällig sind. Entscheidend erscheint darüber hinaus aufgrund der Ergebnisse dieser Arbeit, dass es zu Zusammenarbeit und Austausch zwischen verschiedenen Berufsgruppen kommt (Orthopäden, Psychologen, Psychiater...) um das Verständnis der jeweiligen Fachgebiete zu erhöhen und mit dem Ziel, gemeinsam die besten Empfehlungen für den jeweiligen Patienten zu formulieren.

## 4.2 Diskussion von Studienteil II: Patientenbefragung

In diesem Teil der Studie befragten wir die Patienten einer orthopädischen Ambulanz. In einem Fragebogen konnten sie ihre demographischen und gesundheitlichen Daten angeben

sowie das Arztgespräch in Bezug auf die Qualität der Interaktion bewerten. Mit dem HADS setzten wir ein bewährtes Screeninginstrument für Angst und Depression ein und konnten die Ausprägung dieser Aspekte zu den anderen Daten in Bezug setzen. Unsere Studienpopulation war stärker durch Angst und Depression belastet als die Allgemeinbevölkerung und Angst und Depression hatten einen signifikanten Einfluss auf die Qualität der Interaktion mit dem Arzt sowie auf die Dauer des Arztgespräches.

#### **4.2.1 Stichprobenmerkmale und Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse**

Bei dieser Arbeit handelt es sich um eine explorative Studie. Als Studiendesign wurde eine quantitative Fragebogenerhebung gewählt. Durch das gewählte Design und die Größe der Stichprobe besteht eine hohe statistische Aussagekraft.

Die Erhebung wurde vollständig in der orthopädischen Poliklinik eines Universitätsklinikum durchgeführt. Zu den besonderen Bedingungen dieser Poliklinik siehe Kapitel 4.1.1.

Bei der Erhebung wurde nicht differenziert, ob die Patienten erstmalig in der Poliklinik vorstellig wurden oder bereits dort bekannt waren. Einige der Arztkontakte dienten der Diagnosestellung, andere der OP-Aufklärung und Vorbereitung, andere stellten Kontrolluntersuchungen nach einer Operation oder regelmäßige Kontrollen im Rahmen von chronischen Erkrankungen dar. Jeder Patient, der die Poliklinik im Erhebungszeitraum aufsuchte und der deutschen Sprache mächtig war wurde eingeladen, an der Studie teilzunehmen.

Die Angabe der Erkrankungen beruht lediglich auf der Selbstauskunft der Patienten. Wie von Baumeister gezeigt ist diese Angabe im Allgemeinen vertrauenswürdig und birgt nur minimale Bias beim Untersuchen der Zusammenhänge zwischen körperlicher und psychischer Komorbidität [173].

#### **4.2.2 Diskussion der Ergebnisse**

##### **4.2.2.1 HADS-D Auswertung und Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung**

Die Auswertung der beiden Subskalen des Fragebogens HADS-D ergab, dass 15,1% der Patienten auffällige Ergebnisse auf der Angstskala hatten und 19,7% der Patienten grenzwertig auffällige Ergebnisse. 10,7% der Patienten hatten auffällige Ergebnisse auf der Depressionsskala und 15% grenzwertig auffällige Ergebnisse. Die Mittelwerte für den HADS-D betragen in der Gesamtgruppe  $6,3 \pm 3,9$  für die Angstskala sowie  $5,5 \pm 3,8$  für die Depressionsskala.

##### **Studienintern - Zusammenhänge des HADS mit demographischen und gesundheitlichen Daten**

Die beiden Skalen Angst und Depression waren stark interkorreliert, wie das auch im HADS Manual ([121], S.34) beschrieben wird (vgl. auch Michalski et al. [174]). Grund dafür ist am ehesten die häufige Komorbidität von Angst und Depression [175]. Von den untersuchten Merkmalen hatte der von den Patienten angegebene Gesundheitszustand den stärksten

Zusammenhang mit der Angst ( $\beta = 0,386$ ) und der Depression ( $\beta = 0,583$ ). Auch die Angabe einer lebensbedrohlichen Lage hatte einen starken Zusammenhang mit Angst ( $\beta = 0,189$ ) und Depression ( $\beta = 0,230$ ). Dieser betraf dennoch weniger Patienten, da lediglich 30 von 635 Studienteilnehmer angaben, sich in einem lebensbedrohlichen Zustand zu befinden. Darüber hinaus zeigte das Alter einen Zusammenhang mit der Depression ( $\beta = 0,229$ , höhere HADS Werte mit steigendem Alter). All diese Ergebnisse waren hochsignifikant. Das Geschlecht zeigte einen Zusammenhang mit der Angst ( $\beta = -0,092$ , Frauen > Männer), dieser war allerdings kleiner und auf dem Niveau von 0,05 signifikant. Der Grad der Chronifizierung (akut, chronisch, sowohl als auch) zeigte ebenso einen Zusammenhang mit der Angst und der Depression, wobei die Patienten, die angaben, sowohl akute als auch chronische Beschwerden zu haben, am meisten durch Angst und Depression belastet waren. Die angegebene Erkrankung zeigte dagegen keinen signifikanten Zusammenhang.

### Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung sowie mit anderen Studien

In der deutschen HADS-Normierungsstudie vom 2011 [128] korrelierten die Angst-Mittelwerte mit dem Geschlecht (Frauen > Männer) und geringfügig auch mit dem Alter sowie die HADS-Depression-Mittelwerte mit dem Alter (höhere Werte mit zunehmendem Alter, jeweils  $p < 0,001$ ). In unserer Studie zeigte sich eine ähnliche Tendenz, die Angst gemessen mit der HADS korrelierte mit dem Geschlecht und die Depression mit dem Alter. Ein auffälliger Unterschied besteht in unserer Studie für die Frauen in der Altersstufe 61-70 Jahre: Diese scheinen weit weniger von Angst und Depression betroffen zu sein als aufgrund der restlichen Daten zu erwarten wäre, was besonders dank der Liniendiagramme auffällig wird.

Trotz einer ausführlichen Analyse der Charakteristika dieser besonderen Gruppe war es nicht möglich herauszufinden, aus welchen Gründen sie sich bezüglich der Angst und Depressionsbelastung so untypisch verhält. Die Gruppe der Frauen zwischen 61 und 70 Jahren unterschied sich nicht von den anderen Frauen bezüglich des Merkmals der Lebensbedrohung durch eine Krankheit. Sie unterschied sich geringfügig bezüglich der Chronizität und etwas deutlicher bezüglich des Schulabschlusses (weniger hochwertig) und des Gesundheitszustandes (schlechter). Diese Unterschiede sind dennoch als üblicher gesellschaftlicher und gesundheitlicher Trend auch in der Allgemeinbevölkerung zu erwarten. Bezüglich der Erkrankungen unterschied sich diese Gruppe auch eher geringfügig von den Frauen in den anderen Altersstufen, der deutlichste Unterschied bestand darin, dass keine der Frauen zwischen 61 und 70 an einer Knochennekrose litt oder an Schäden in Folge einer Operation: diese sind die beiden Diagnosen, die mit den höchsten Mittelwerten für beide HADS Skalen einhergehen. Dennoch sind diese Diagnosen insgesamt sehr selten genannt worden (Knochennekrose: 3 Frauen, Schäden nach einer Operation: 8 Frauen) und können allein nicht verantwortlich sein für den großen Unterschied in den HADS Ergebnissen. Die tabellarische Darstellung dieser Analyse befindet sich im Anhang (Tabelle 8.3).

Mit Ausnahme der Frauen im Alter von 61 bis 70 Jahren waren unsere Patienten im Durchschnitt stärker durch Angst und Depression belastet als die Allgemeinbevölkerung (Konstante in der Studie von Hinz und Brähler für die Angst: 2,9 bzw. für die Depression: 1,8. In unserer Studie für die Angst: 7,4, für die Depression: 2,9). Dies ist aufgrund des Settings unserer Studie zu erwarten und im Einklang mit der restlichen Forschung. Insbesondere Patienten mit einer chronischen somatischen Erkrankung weisen im Vergleich

zu gesunden Personen und der Allgemeinbevölkerung ein etwa 1,5- bis 2-fach erhöhtes Risiko für eine psychische Störung auf. Laut umfangreichen epidemiologischen Analysen weisen 16,4–22,7% der Patienten mit einer muskuloskelettalen, kardiovaskulären, onkologischen, respiratorischen oder endokrinen Erkrankung eine affektive Störung auf und 18,5–26,5% eine Angststörung. Darüber hinaus zeigen 9,1–18,0% der Patienten aus obengenannten Gruppen eine somatoforme und 4,8–9,1% eine substanzbezogene Störung [157, 176]. Die Messung dieser Komorbiditäten kann bezüglich der affektiven Störungen aus zwei Gründen überschätzt werden: Zum einen neigen depressive Patienten dazu, ihren Gesundheitszustand schlechter zu bewerten als affektiv ausgeglichene Menschen [173], zum anderen können viele körperliche, v.a. vegetative Beschwerden, die zu den Diagnosekriterien einer Depression gehören auch durch körperliche Erkrankungen bzw. deren Behandlung hervorgerufen werden [16]. Um das zweite Problem zu umgehen verwenden viele Studien wie auch diese Fragebögen wie die HADS, welche die körperlichen Beschwerden nicht als Kriterien beinhalten [121].

Vergleicht man unsere Daten mit denen von Studien, die orthopädische Patienten mit der HADS untersuchten, so liegen unsere HADS-Werte in einem ähnlichen Bereich. In der Studie von Hampton et al. [177] wurden 328 Patienten mit Hüfterkrankungen untersucht, diese wiesen HADS Mittelwerte von  $5,7 \pm 4,1$  für die Angst bzw.  $5,6 \pm 3,8$  für die Depression auf und kamen damit unseren Werten nah. Michalski et al. [174] untersuchten die Prävalenz von Angst und Depression, gemessen mit dem HADS, bei 685 ambulanten chronischen Rückenschmerzpatienten im Vergleich zu den Originaldaten der HADS-D Normierungsstudie von 2001 [178]. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung zeigten Rückenschmerzpatienten signifikant erhöhte Angst- und Depressionswerte, jedoch keine signifikante Altersabhängigkeit. Frauen zeigten gegenüber Männern signifikant höhere Angstwerte. Die Prävalenz für erhöhte Angstwerte lag bei 14,9%, für erhöhte Depressionswerte bei 16,1%, wobei in der Studie der Cut off Wert für die Angst bei 11 und für die Depression bei 9 gesetzt wurde. Komarahadi et al. [179] untersuchten 494 chronische Schmerzpatienten und fanden HADS-Angst-Mittelwerte von  $8,2 \pm 4,3$  bei Männern und  $8,9 \pm 4,2$  bei Frauen sowie HADS-Depressions-Mittelwerte von  $7,2 \pm 4,2$  bei Männern und  $7,5 \pm 4,2$  bei Frauen. Diese waren damit deutlich höher als in unserer Studie oder bei Michalski et al., ein Grund hierfür könnte die unterschiedliche Stichprobenszusammensetzung und die erhöhte Chronizität der Beschwerden sein.

In den beiden deutschen HADS Normierungsstudien aus 2001 [178] und 2011 [128] fanden die Autoren eine nahezu lineare Zunahme von Angst und Depression mit dem Alter in der Allgemeinbevölkerung. In der Studie von Komarahadi [179] zeigten die Mittelwerte für Angst und Depression nach Altersstufen eher einen umgekehrt U-förmigen Verlauf mit einem Maximum in der Gruppe der 40- bis 49-Jährigen. Michalski et al. fanden keine Altersabhängigkeit, die höchsten Mittelwerte für die Angstsкала fanden sie bei 7,2 für die Alterskategorien 18-29 und 50-59 Jahre, für die Depression bei 5,8 in der Alterskategorie 50-59 Jahre. Michalski et al. fanden darüber hinaus für die Depression unter den über 70-jährigen niedrigere, also bessere Werte als in der Allgemeinbevölkerung und postulierten, dass dies an der relativ kleinen Besetzung dieser Altersgruppe in ihrer Studie liegen könnte. Dies kann für unsere Gruppe der Frauen im Alter von 61-70 allerdings nicht zutreffen, denn mit  $n=65$  ist diese Gruppe gut besetzt und eher im mittleren Größenbereich.

Man könnte dieses Phänomen auch damit erklären, dass Menschen in den höheren Altersgruppen auch in der Allgemeinbevölkerung oft an Erkrankungen des Bewegungsapparates leiden, während junge Menschen im Allgemeinen gesünder sind, was

ihre HADS-Ergebnisse in der Allgemeinbevölkerung womöglich verbessert. In unserer Studie stiegen Angst und Depression linear mit dem Verschlechtern des Gesundheitszustandes. Wir haben versucht, die Daten der Patienten mit einem schlechten bis weniger guten Gesundheitszustand auszuschließen und den Verlauf der HADS Kurven für die Patienten mit einem guten bis ausgezeichneten Gesundheitszustand zu betrachten, die kleinsten Mittelwerte für Angst und Depression blieben allerdings in der Gruppe der 51-60-jährigen vertreten bzw. für die Angst der Männer in der Altersgruppe 31-40 Jahre. Die Kurve der Angst für die Männer nahm sogar einen umgekehrten Verlauf im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, mit Werten, die mit dem Alter sinken (siehe Anhang: Tabelle 8.4 sowie die Abbildungen 8.2 und 8.3).

Möglicherweise spielen auch hier nicht untersuchte Einflussgrößen, wie z. B. die soziale Erwünschtheit oder die Bereitschaft, die eigene psychische Belastung zu reflektieren und sie anzugeben eine Rolle. Komarahadi et al. [179] fanden in diesem Zusammenhang eine signifikant mit dem Alter zunehmende Tendenz der sozialen Erwünschtheit, die bei Schmerzpatienten ausgeprägter sein könnte als in der Allgemeinbevölkerung.

#### 4.2.2.2 Allgemeine Qualität der Arzt-Patient-Gespräche aus Patientensicht (P.A.INT)

Der Fragebogen P.A.INT erlaubt eine Beurteilung von fünf Interaktionsdimensionen: die affektive Dimension, mit Fragen zur Empathie, zum Vertrauen und zur Wertschätzung; die strukturelle Dimension, mit Fragen zur Vermittlung von Information; die Dimension der Beteiligung und Einbindung des Patienten im Gespräch sowie an den Entscheidungen; die Rahmenbedingungen, die vor allem Störfaktoren erfragen; und zuletzt die Zufriedenheit mit dem Verlauf und den Ergebnissen des Gesprächs.

Die Auswertung des P.A.INT. Fragebogens zeigte, dass die Patienten im Schnitt mit dem Ergebnis und dem Verlauf der Gespräche eher zufrieden waren. Die Bewertung der anderen Dimensionen lag durchschnittlich zwischen „unentschieden“ und „stimmt eher“. Am niedrigsten fiel die Bewertung der Dimension Beteiligung und Einbindung aus. Die Werte innerhalb der affektiven Dimension sowie der Ergebnisdimension wiesen eine besonders große Streuung auf.

#### Zusammenhänge mit demographischen und gesundheitsbezogenen Daten

Die affektive Dimension der Arzt-Patienten-Interaktion (P.A.INT I) zeigte zum Teil einen Zusammenhang mit dem Alter. Außerdem bewerteten die chronisch kranken Patienten diese Dimension eher positiver.

Die strukturelle Dimension der Interaktion (P.A.INT II) zeigte einen geringen Zusammenhang mit dem Geschlecht.

Die Dimension der Beteiligung und Einbindung (P.A.INT III) zeigte einen Zusammenhang mit dem Geschlecht, dem Gesundheitszustand, der Chronifizierung und dem Vorhandensein einer lebensbedrohlichen Erkrankung.

Die Dimension der Rahmenbedingungen (P.A.INT IV) zeigte einen Zusammenhang mit dem Geschlecht, dem Alter, dem Vorhandensein einer lebensbedrohlichen Erkrankung und der Chronifizierung.

Die Ergebnisdimension (P.A.INT V) zeigte lediglich einen Zusammenhang mit dem allgemeinen Gesundheitszustand.

Mit dem höheren Alter ging eine bessere Bewertung der Interaktion einher. In den Dimensionen, in denen das Geschlecht einen Zusammenhang zeigte, gaben die Männer

eine bessere Bewertung. Lebensbedrohlich erkrankte Patienten bewerteten die Interaktion schlechter, ebenso wie Patienten mit einem schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand. Patienten mit einer chronischen Erkrankung bewerteten die Gespräche im Mittel besser als Patienten mit einer akuten Erkrankung.

#### Zusammenhang zwischen Angst bzw. Depression und Wahrnehmung der Arzt-Patienten-Interaktion

Der Zusammenhang von jeweils Angst oder Depression mit allen fünf Dimensionen des P.A.INT Fragebogens war immer hochsignifikant mit einem standardisierten Koeffizienten zwischen 0,134 und 0,230. Auch andere demographische oder gesundheitsbezogene Daten hatten teilweise einen signifikanten Effekt auf die Wahrnehmung der Arzt-Patienten-Interaktion, jedoch war dieser immer nur für manche der Dimensionen signifikant. Zusammenfassend scheinen die Angst sowie die Depression einen Einfluss darauf zu haben, wie Patienten das Gespräch mit dem Arzt erleben. Dieser Effekt ist signifikanter und weitreichender als der vom Geschlecht, vom Alter oder vom aktuellen Gesundheitszustand.

#### Vergleich mit anderen Studien

Swenson et al. [104] untersuchten den Zusammenhang zwischen Depression und wahrgenommener Qualität der Arzt-Patienten-Interaktion bei Diabetespatienten. Sie fanden, dass eine ausgeprägte depressive Symptomatik mit einer schlechteren Kommunikation in vier von sieben Subskalen des Erhebungsinstrumentes (interpersonal processes of care, IPC) assoziiert war: die Erhebung von Problemen, Sorgen und Erwartungen des Patienten, Erklärungen bezüglich der Erkrankung, Ermächtigung („empowerment“) und Entscheidungsfindung. Im kardiologischen Bereich untersuchten Schenker et al. [103] den gleichen Zusammenhang bei Patienten mit chronischer koronarer Herzerkrankung und fanden ebenso eine schlechtere Bewertung der Arzt-Patienten-Interaktion gemessen mit dem IPC bei Patienten mit starker depressiver Symptomatik. Keine der beiden Studien berücksichtigte die Ausprägung der Angstsymptomatik. Für diese Studien gilt genauso wie für unsere, dass die Erhebung allein auf der Patientenseite geführt wurde und keine objektive Beobachtung der Gespräche stattfand. Darum kann keine Aussage darüber getroffen werden, ob die schlechtere Bewertung der Interaktionen seitens der depressiven (bzw. ängstlichen) Patienten darauf beruht, dass ihre Wahrnehmung aufgrund der psychischen Belastung verzerrt ist, oder aber darauf, dass die Ärzte tatsächlich einen ungünstigeren Umgang mit ihnen pflegen als mit psychisch unbelasteten Patienten, vielleicht weil sie diese Patienten als schwierig wahrnehmen. Es ist auch denkbar, dass diese Patientengruppe andere Bedürfnisse hat als psychisch unbelastete, die Ärzte aber nicht auf diese eingehen.

#### 4.2.2.3 Zusammenhang zwischen Angst bzw. Depression und der Dauer des Gespräches

Die Orthopäden gaben vermehrt als erschwerenden Faktor bzw. Hürde zur Berücksichtigung der psychischen Faktoren den Aspekt des Zeitmangels an. Darunter kann man zum einen verstehen, dass die Berücksichtigung dieser Aspekte besonders viel Zeit kosten würde, zum anderen, dass Menschen mit psychischen Belastungen wie sie z.B. vom HADS messbar sind grundsätzlich mehr Zeit beanspruchen. Aufgrund der Relevanz dieses Aspektes analysierten

wir im quantitativen Teil der Studie den Zusammenhang von verschiedenen Patientenfaktoren, u.a. Angst und Depression, mit der Dauer des Gespräches. Diese Analyse ergab, dass sowohl die Angst als auch die Depression einen hochsignifikanten Zusammenhang mit der Dauer des Gespräches hatten, ebenso wie der aktuelle Gesundheitszustand des Patienten. Andere Patientencharakteristika wie Alter und Geschlecht zeigten dagegen keinen Zusammenhang. Dieser Effekt stieg allerdings nicht kontinuierlich mit dem Verschlechtern des Gesundheitszustandes oder der psychischen Belastung: die Mittelwerte der Dauer des Gespräches bleiben auf einem ähnlichen Niveau für Patienten mit einem Gesundheitszustand von ausgezeichnet bis weniger gut (M: 20-25 Min) und waren deutlich länger für die 70 Patienten, die einen schlechten Gesundheitszustand angaben (M: 35 Min). Ähnlich verhält es sich, wenn man das Ergebnis auf der HADS-Angst-Skala betrachtet: Die Dauer des Gespräches steigt erst für Patienten mit einem auffälligen Testergebnis (M: 30 Min), nicht für Patienten mit einem grenzwertigen Testergebnis (M: 24 Min). Die Dauer des Gespräches stieg eher kontinuierlich mit dem Steigen der HADS-Depressionswerte. All diese Ergebnisse waren hochsignifikant. Aufgrund des Kontextes überrascht nicht, dass die Patienten mit einem besonders schlechten - realen oder von ihnen wahrgenommenen – Gesundheitszustand besonders viel Zeit mit dem Arzt brauchen. Es ist denkbar, dass zum einen die Patienten mehr Fragen haben, zum anderen die Ärzte mehr Zeit für die Anamnese, die Untersuchung oder der Besprechung und Organisation der Weiterbehandlung brauchen. Bezüglich der psychischen Belastung zeigt dieses Ergebnis, dass Patienten, die psychisch belastet sind tatsächlich tendenziell mehr Zeit fürs Arztgespräch beanspruchen. Man kann allerdings aufgrund unserer Daten keine Aussage dazu treffen, wodurch diese längere Dauer bedingt war. Es ist denkbar, dass die psychisch belasteten Patienten mehr Zeit mit dem Arzt gefordert haben, z.B. indem sie aus Ängstlichkeit mehr Fragen gestellt haben, aber auch dass Ärzte sich die Zeit nahmen, um die psychischen Aspekte anzusprechen. Klement et al. [180] untersuchten 219 Konsultationen in der Hausarztpraxis im Hinblick auf Patientenerwartungen und -zufriedenheit mit der Dauer des Gespräches, der Offenheit des Arztes und der Ernstnahme der Beschwerden. Sie fanden, dass Patienten mit psychischen Belastungen höhere Erwartungen bezüglich aller Aspekte haben und nach dem Gespräch mindestens genauso zufrieden sind wie andere Patienten. Die Dauer der Gespräche war im Durchschnitt nur 1,6 Minuten länger.

#### 4.2.2.4 Ausblick Teil II: praktische Lösungsansätze

Der Einsatz von Screeninginstrumenten in allen somatischen Fachrichtungen, um psychische Belastungen zu entdecken und fachgerecht auf sie eingehen zu können wird international aufgrund der Studienlage empfohlen [172]. Härter et al. konnten zeigen, dass die Erkennungsraten komorbider psychischer Störungen bei Patienten mit somatischen Erkrankungen durch die behandelnden Ärzte eher gering sind [181]. Klesse et al. [157] empfehlen ein mehrschrittiges Verfahren, das unter den Bedingungen einer Behandlungseinrichtung (Praxis oder Klinik), wo der Versorgungsfokus somatisch geprägt und die Zeit für eine psychodiagnostische Untersuchung gering ist, realistisch umsetzbar ist. In einem ersten Schritt sollen alle Patienten mit einem geeigneten Instrument, wie z.B. die HADS, der GHQ-12 oder der PHQ-D untersucht werden, um valide Hinweise für das Vorliegen einer psychischen Belastung zu generieren. Dabei schneidet die HADS als

Screeninginstrument für psychische Belastungen bei somatisch erkrankten Patienten besonders gut ab [182]. Zale et al. empfehlen dagegen ein umfangreicheres Screening vorzunehmen, das weitere Aspekte wie z.B. Katastrophisierungsgedanken miteinbezieht [171], wobei man beachten sollte, dass ein zu großer Fragebogenumfang Durchführbarkeit und Akzeptanz der Maßnahme gefährden kann. In einem zweiten Schritt können im Screening auffällige Patienten von einem Experten vertiefend untersucht werden. Es folgt der Schritt der Indikationsstellung und der Erstellung eines Behandlungsplanes. Hierbei empfehlen Reuter und Härter [183], dass es sinnvoll sein kann, die erfasste Symptomatik und ihre mögliche Ätiologie im multiprofessionellen Team zu besprechen.

### **4.3 Schlussfolgerungen**

Während der Ausbildung liegt der klare Schwerpunkt für Orthopäden darin, sich Operationstechniken anzueignen sowie Diagnostik und Therapie der somatischen Krankheitsbilder kennenzulernen. Die Weiterbildungsordnung schreibt dem Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie keine spezifische Ausbildung im Bereich Psychosomatik vor [14]. Betrachtet man Lehrbücher der Orthopädie und Unfallchirurgie, so findet man bei vielen etablierten Texten entweder keinen Hinweis (siehe beispielsweise den Text der Dualen Reihe von Niethard, Pfeil und Biberthaler [184]) oder aber sehr kurz gehaltene Anmerkungen bezüglich der möglichen Beteiligung der Psyche bei orthopädischen Erkrankungen, in der Regel beim Thema Rückenschmerzen (siehe bspw. Rüter und Lohmann, erschienen bei Elsevier [185]). Man könnte den Eindruck gewinnen, Psyche wäre etwas, was den Orthopäden nur dann interessieren sollte, wenn er somatisch überhaupt nichts diagnostizieren – oder mit seiner Therapie nichts bewirken konnte. Dennoch werden Orthopäden oft mit Psychosomatik konfrontiert: Beschwerden ohne somatisches Korrelat, psychische Komorbidität und psychische Faktoren, die die Schmerzwahrnehmung verändern kommen häufig vor und werden von ihnen als Herausforderungen erlebt. Inwieweit die Orthopäden mit dem Patienten darauf eingehen oder sich diesbezüglich weiterbilden, ist letztlich abhängig von ihrem persönlichen Interesse an dem Thema. Wir haben neun Orthopäden aus einer Klinik interviewt: Selbst in dieser relativ kleinen Gruppe waren diverse Konzepte von Psychosomatik vertreten ebenso wie heterogene Konzepte für den Umgang mit psychisch belasteten Patienten bezüglich der Kommunikation, der Diagnostik und der Therapie. Die in dieser Klinik ambulant behandelte Patienten waren – wie in diesem Patientenkollektiv üblich – mehr durch Angst und Depression belastet als die Allgemeinbevölkerung. Die psychische Belastung korrelierte mit einer schlechteren Bewertung der Arzt-Patienten-Interaktion und mit einer längeren Gesprächsdauer. Für die betroffenen Patienten sowie für die behandelnden Orthopäden wäre vieles einfacher, wenn letztere bezüglich der relevanten psychischen Faktoren und der wichtigsten psychosomatischen Krankheitsbilder systematisch ausgebildet werden würden und wenn sie Instrumente zur Hand hätten, die es ihnen erleichtern, relevante psychische Belastungen zu erkennen und angemessen darauf zu reagieren. Auch wäre es wünschenswert, den Austausch und die Zusammenarbeit im Team sowie mit anderen Fachgruppen (Psychiatern, Psychologen) im Rahmen der Behandlung einzelner komplexer

Patienten so zu gestalten, dass es zu gegenseitigem Verständnis und letztlich zu einer gemeinsamen Empfehlung für den Patienten kommt.

## 5 LITERATURVERZEICHNIS

1. Schröder, W. "Aufschneider?" - Nachwuchsförderung in der Chirurgie. Operation Karriere. <https://www.operation-karriere.de/karriereweg/assistenzarzt/traumberuf-chirurg.html>, Zugang am 27.02.2020 2014.
2. Brodsky, J.B., Lemmens, H. J. M., *The history of anesthesia for thoracic surgery*. *Minerva anesthesiologica*, 2007. **73**(10): p. 513-24.
3. Hontschik, B., *Allgemeine Chirurgie und Unfallchirurgie*, in Uexküll, *Psychosomatische Medizin*. 2017. p. 991-1005.
4. Lipowski, Z.J., *What does the Word Psychosomatic really mean? A historic and semantic inquiry*. *Psychosomatic Medicine*, 1984. **46**, Nr. 2: p. 153 - 171.
5. Schüssler, G. and W. Söllner, *Psychosomatische und somatopsychische Störungen*, C. Buddeberg, Editor. 2004, Springer Verlag: Berlin, Heidelberg. p. 499-517.
6. Klußmann, R., *Psychosomatische Medizin: Eine Übersicht*. 2. ed. 1986/1992, Berlin, Heidelberg: Spinger Verlag.
7. DIMDI. *ICD-10-GM, International Classification of Diseases, 10th Revision, German Modification, Version 2020*, <https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlam2020/block-f40-f48.htm>, letzter Zugriff am 13.03.2020.
8. Gureje, O., *Classification of somatic syndromes in ICD-11*. *Curr Opin Psychiatry*, 2015. **28**(5): p. 345-9.
9. WHO, *ICD-11, International Classification of Diseases, 11th Revision*, <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f767044268>, letzter Zugriff am 13.03.2020.
10. Egger, J.W., *Grundlagen der „Psychosomatik“. Zur Anwendung des biopsychosozialen Krankheitsmodells in der Praxis*. *Psychologische Medizin*, 2008. **19**: p. 12-22.
11. Engel, G.L., *The need for a new medical model - A challenge for biomedicine*. *Science*, 1977. **196**: p. 129-136.
12. Köhle, K., „Integrierte Medizin“, in Uexküll, *Psychosomatische Medizin*. 2017. p. 3-22.
13. Niedermeier, N. and I. Pfaffinger, *Der niedergelassene Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, in Uexküll, *Psychosomatische Medizin*. 2017. p. 517-523.
14. *Weiterbildungsordnung für die Ärzte Bayerns vom 24. April 2004 in der Fassung der Beschlüsse des 78. Bayerischen Ärztetages vom 13. Oktober 2019 - in Kraft getreten am 01. Mai 2020*. <https://www.blaek.de/kammerrecht/weiterbildungsordnung>, letzter Zugriff am 12.10.2020.
15. Feinstein, A.R., *The pre-therapeutic classification of co-morbidity in chronic disease*. *J Chronic Dis*, 1970. **23**: p. 455–468.
16. Baumeister, H., S. Kury, and J. Bengel, *Somatopsychische Komorbidität. Definition und Verständnis*. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 2011. **54**(1): p. 9-14.
17. Baumeister, H., et al., *Psychische Störungen bei Patienten mit muskuloskelettalen und kardiovaskulären Erkrankungen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung*. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 2004. **33**: p. 33 - 41.
18. Kessler, R.C. and E.J. Bromet, *The epidemiology of depression across cultures*. *Annu Rev Public Health*, 2013. **34**: p. 119-38.

19. Schüßler, G., P. Joraschky, and W. Söllner, *Depression, Angst und Anpassungsstörungen bei körperlichen Erkrankungen (Komorbidität)*, in Uexküll, *Psychosomatische Medizin*. 2017. p. 587-597.
20. Klinger, R., F. Geiger, and M. Schiltenswolf, *Lässt sich eine „failed back surgery“ verhindern? - Psychologische Risikofaktoren für postoperative Schmerzen nach Wirbelsäulenoperationen*. *Orthopäde*, 2008. **37**(10): p. 1000 - 1006.
21. Wertli, M.M., et al., *Catastrophizing—a prognostic factor for outcome in patients with low back pain: a systematic review*. *The Spine Journal*, 2014. **14**(11): p. 2639-2657.
22. Keedy, N.H., Keffala, V.J., Altmaier, E.M., Chen, J.J., *Health Locus of Control and Self-Efficacy Predict Back Pain Rehabilitation Outcomes*. *The Iowa Orthopaedic Journal*, 2014. **34**: p. 158-165.
23. Peerdeman, K.J., et al., *Relieving patients' pain with expectation interventions: a meta-analysis*. *PAIN*, 2016. **157**(6): p. 1179-1191.
24. Härter, M., et al., *Prävalenz und Risikofaktoren psychischer Störungen bei Patienten mit muskuloskelettalen Erkrankungen – ein Review empirischer Studien*. *Der Schmerz*, 2003. **17**(1): p. 50-59.
25. Baumeister, H., K. Balke, and M. Härter, *Psychiatric and somatic comorbidities are negatively associated with quality of life in physically ill patients*. *J Clin Epidemiol*, 2005. **58**(11): p. 1090-100.
26. Bean, D.J., M.H. Johnson, and R.R. Kydd, *Relationships Between Psychological Factors, Pain, and Disability in Complex Regional Pain Syndrome and Low Back Pain*. *Clin J Pain*, 2014. **30**(8): p. 647-653.
27. Linton, S.J., *A Review of Psychological Risk Factors in Back and Neck Pain*. *Spine*, 2000. **25**(9): p. 1148 –1156.
28. Hasenbring, M., et al., *Psychologische Mechanismen im Prozess der Schmerzchronifizierung*. *Schmerz*, 2001. **15**: p. 442-447.
29. Rosenberger, P.H., P. Jokl, and J. Ickovics, *Psychosocial factors and surgical outcomes: an evidence-based literature review*. *J Am Acad Orthop Surg*, 2006. **14**(7): p. 397-405.
30. Horn-Hofmann, C., et al., *Prediction of persistent post-operative pain: Pain-specific psychological variables compared with acute post-operative pain and general psychological variables*. *Eur J Pain*, 2018. **22**(1): p. 191-202.
31. Mohr, B., et al., *Der Einfluss von Depressivität und Geschlecht auf den Rehabilitationserfolg bei chronischem Ruckenschmerz: Eine Pilotstudie*. *Rehabilitation (Stuttg)*, 2008. **47**(5): p. 284-98.
32. Katon, W., et al., *Diabetes and Poor Disease Control: is Comorbid Depression Associated with Poor Medication Adherence or Lack of Treatment Intensification?* *Psychosom Med*, 2009. **71**(9): p. 965–972.
33. Franz, M. and M. Schiltenswolf, *Psychosomatische Aspekte in orthopädischer Diagnostik und Therapie*, in *Klinikleitfaden Orthopädie Unfallchirurgie*. 2017. p. 719-741.
34. Nickinson, R.S., T.N. Board, and P.R. Kay, *Post-operative anxiety and depression levels in orthopaedic surgery: a study of 56 patients undergoing hip or knee arthroplasty*. *J Eval Clin Pract*, 2009. **15**(2): p. 307-10.
35. Rasouli, M.R., et al., *Direct Cost and Complications Associated With Total Joint Arthroplasty in Patients With Preoperative Anxiety and Depression*. *J Arthroplasty*, 2016. **31**(2): p. 533-6.
36. Eich, W., *Schmerz*, in Uexküll, *Psychosomatische Medizin*. 2017. p. 781-788.
37. Hoffmann, S.O., *Psychodynamisches Verständnis von Schmerz*, in *Handbuch chronischer Schmerz*, H.S. Egle UT, Lehmann KA, Nix WA, Editor. 2003, Schattauer: Stuttgart New York. p. 77-88.

38. Asmundson, G.J., et al., *PTSD and the Experience of Pain: Research and Clinical Implications of Shared Vulnerability and Mutual Maintenance Models*. Can J Psychiatry, 2002. **47**(10): p. 930-937.
39. Bushnell, M.C., M. Ceko, and L.A. Low, *Cognitive and emotional control of pain and its disruption in chronic pain*. Nat Rev Neurosci, 2013. **14**(7): p. 502-11.
40. Dunckley, P., et al., *Attentional modulation of visceral and somatic pain*. Neurogastroenterology & Motility, 2007. **19**(7): p. 569-577.
41. Berna, C., et al., *Induction of Depressed Mood Disrupts Emotion Regulation Neurocircuitry and Enhances Pain Unpleasantness*. Biological Psychiatry, 2010. **67**(11): p. 1083-1090.
42. Eippert, F., et al., *Activation of the opioidergic descending pain control system underlies placebo analgesia*. Neuron, 2009. **63**(4): p. 533-43.
43. Wiech, K., *Deconstructing the sensation of pain: The influence of cognitive processes on pain perception*. Science, 2016. **354**(6312): p. 584-587.
44. Hasenbring, M.I., et al., *Psychosoziale Risikofaktoren für chronischen Rückenschmerz in der Allgemeingesellschaft und im Leistungssport: Von der Modellbildung zum klinischen Screening - ein Review aus dem MiSpEx-Netzwerk*. Schmerz, 2018. **32**(4): p. 259-273.
45. Pincus, T., et al., *A Systematic Review of Psychological Factors as Predictors of Chronicity/Disability in Prospective Cohorts of Low Back Pain*. Spine, 2002. **27**(5): p. E109-E120.
46. Ramond, A., et al., *Psychosocial risk factors for chronic low back pain in primary care--a systematic review*. Fam Pract, 2011. **28**(1): p. 12-21.
47. Bletzer, J., et al., *Chronische untere Rückenschmerzen und psychische Komorbidität. Eine Übersicht*. Schmerz, 2017. **31**(2): p. 93-101.
48. Hoogendoorn, W.E., et al., *Systematic Review of Psychosocial Factors at Work and Private Life as Risk Factors for Back Pain*. Spine, 2000. **25**(16): p. 2114-2125.
49. Wertli, M.M., et al., *The role of fear avoidance beliefs as a prognostic factor for outcome in patients with nonspecific low back pain: a systematic review*. The Spine Journal, 2014. **14**(8): p. 816-36.
50. Andrews, N.E., J. Strong, and P.J. Meredith, *Activity pacing, avoidance, endurance, and associations with patient functioning in chronic pain: a systematic review and meta-analysis*. Arch Phys Med Rehabil, 2012. **93**(11): p. 2109-2121 e7.
51. Bundesärztekammer (BÄK), K.r.B.K., Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), *Nationale VersorgungsLeitlinie Nicht-spezifischer Kreuzschmerz – Langfassung, 2. Auflage. Version 1*. 2017: DOI: 10.6101/AZQ/000353. [www.kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de](http://www.kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de).
52. Carragee, E.J., et al., *Discographic, MRI and psychosocial determinants of low back pain disability and remission: a prospective study in subjects with benign persistent back pain*. The Spine Journal, 2005. **5**(1): p. 24-35.
- #53. Schiltenswolf, M., *Orthopädie*, in Uexküll, *Psychosomatische Medizin*. 2017. p. 1017-1025.
54. Tunks, E.R., J. Crook, and R. Weir, *Epidemiology of Chronic Pain With Psychological Comorbidity: Prevalence, Risk, Course, and Prognosis*. La Revue canadienne de psychiatrie, 2008. **53**(4): p. 224 - 234.
55. Stubbs, B., et al., *Depression and pain: primary data and meta-analysis among 237 952 people across 47 low- and middle-income countries*. Psychol Med, 2017. **47**(16): p. 2906-2917.
56. Jennings, E.M., et al., *Stress-induced hyperalgesia*. Prog Neurobiol, 2014. **121**: p. 1-18.
57. Junge, A., et al., *Predictors of Bad and Good Outcome of Lumbar Spine Surgery: A Prospective Clinical Study With 2 Years' Follow-up*. Spine, 1996. **21**(9): p. 1056-1064.

58. Kim, S.S. and C.B. Michelsen, *Revision surgery for failed back surgery syndrome*. Spine, 1992. **17**(8): p. 957-960.
59. Ragab, A. and R.D. Deshazo, *Management of back pain in patients with previous back surgery*. Am J Med, 2008. **121**(4): p. 272–278.
60. Daubs, M.D., et al., *Fusion versus nonoperative care for chronic low back pain: do psychological factors affect outcomes?* Spine 2011. **36**(21 Suppl): p. S96-109.
61. Beswick, A.D., et al., *What proportion of patients report long-term pain after total hip or knee replacement for osteoarthritis? A systematic review of prospective studies in unselected patients*. BMJ Open, 2012. **2**(1): p. 1-12.
62. Anderson, J.G., et al., *Functional outcome and patient satisfaction in total knee patients over the age of 75*. The Journal of Arthroplasty, 1996. **11**(7): p. 831-840.
63. Baker, P.N., et al., *The role of pain and function in determining patient satisfaction after total knee replacement. Data from the National Joint Registry for England and Wales*. J Bone Joint Surg Br, 2007. **89-B**(7): p. 893–900.
64. Robertsson, O., et al., *Patient satisfaction after knee arthroplasty: a report on 27,372 knees operated on between 1981 and 1995 in Sweden*. Acta Orthop Scand, 2000. **71**(3): p. 262–267.
65. Khatib, Y., et al., *Do Psychological Factors Predict Poor Outcome in Patients Undergoing TKA? A Systematic Review*. Clin Orthop Relat Res, 2015. **473**(8): p. 2630-8.
66. Lewis, G.N., et al., *Predictors of persistent pain after total knee arthroplasty: a systematic review and meta-analysis*. Br J Anaesth, 2015. **114**(4): p. 551-61.
67. Denollet, J., *DS14: Standard Assessment of Negative Affectivity, Social Inhibition, and Type D Personality*. Psychosomatic Medicine, 2005. **67**(1): p. 89-97.
68. Petrovic, N.M., et al., *Factors associated with severe postoperative pain in patients with total hip arthroplasty*. Acta Orthop Traumatol Turc, 2014. **48**(6): p. 615-22.
69. Allen Butler, R., et al., *The Frank Stinchfield Award: The Impact of Socioeconomic Factors on Outcome After THA: A Prospective, Randomized Study*. Clinical Orthopaedics and Related Research®, 2011. **469**(2): p. 339-347.
70. Hossain, M., et al., *Does pre-operative psychological distress affect patient satisfaction after primary total hip arthroplasty?* BMC Musculoskeletal Disorders, 2011. **12**: p. 122-127.
71. Riediger, W., S. Doering, and M. Krismer, *Depression and somatisation influence the outcome of total hip replacement*. International Orthopaedics, 2010. **34**(1): p. 13-8.
72. Hassett, A.L., et al., *Changes in Anxiety and Depression Are Mediated by Changes in Pain Severity in Patients Undergoing Lower-Extremity Total Joint Arthroplasty*. Regional Anesthesia and Pain Medicine, 2018. **43**(1): p. 14-18.
73. Duivenvoorden, T., et al., *Anxiety and depressive symptoms before and after total hip and knee arthroplasty: a prospective multicentre study*. Osteoarthritis Cartilage, 2013. **21**(12): p. 1834-40.
74. Klement, M.R., et al., *Should We Think Twice About Psychiatric Disease in Total Hip Arthroplasty?* J Arthroplasty, 2016. **31**(9 Suppl): p. 221-6.
75. Podmore, B., et al., *Impact of comorbid conditions on outcomes of hip and knee replacement surgery: a systematic review and meta-analysis*. BMJ Open, 2018. **8**(7).
76. Henningsen, P., et al., *Terminology, classification and concepts*, in *Medically Unexplained Symptoms, Somatisation and Bodily Distress*. 2011. p. 43-68.
77. American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*.
78. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*.

79. Fink, P., et al., *Symptoms and syndromes of bodily distress: an exploratory study of 978 internal medical, neurological, and primary care patients*. *Psychosom Med*, 2007. **69**(1): p. 30-9.
80. Roenneberg, C., et al., *Functional Somatic Symptoms*. *Dtsch Arztebl Int*, 2019. **116**(33-34): p. 553-560.
81. Roenneberg, C., C. Hausteiner-Wiehle, and P. Henningsen, „Funktionelle Körperbeschwerden“: *Klinisch relevante Leitlinien-Empfehlungen*. *PSYCH up2date*, 2020. **14**: p. 35–53.
82. Hilderink, P.H., et al., *Prevalence of somatoform disorders and medically unexplained symptoms in old age populations in comparison with younger age groups: a systematic review*. *Ageing Res Rev*, 2013. **12**(1): p. 151-6.
83. Roenneberg, C., et al., „Funktionelle Körperbeschwerden“, *S3-Leitlinie, AWMF-Reg.-Nr. 051-001*. 2018, Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie e.V. (DGPM), DKfPMD u.a.
84. Gaebel, W., et al., *Use of health care services by people with mental illness: secondary data from three statutory health insurers and the German Statutory Pension Insurance Scheme*. *Dtsch Arztebl Int.*, 2013. **110**(47): p. 799-808.
85. Häuser, W., et al., *Administrative Prävalenz, Behandlung und Krankheitskosten der somatoformen Schmerzstörung. Analyse von Daten der BARMER GEK für die Jahre 2008-2010*. *Schmerz*, 2013. **27**(4): p. 380-6.
86. Henningsen, P., T. Zimmermann, and H. Sattel, *Medically unexplained physical symptoms, anxiety, and depression: a meta-analytic review*. *Psychosom Med*, 2003. **65**(4): p. 528-33.
87. Murray, A.M., et al., *The challenge of diagnosing non-specific, functional, and somatoform disorders: A systematic review of barriers to diagnosis in primary care*. *J Psychosom Res*, 2016. **80**: p. 1-10.
88. de Siqueira, S.R.D.T., J.T.T. de Siqueira, and M.J. Teixeira, *Chronic pain, somatic unexplained complaints and multimorbidity: A multimorbidity painful syndrome?* *Med Hypotheses*, 2020. **138**: p. 1-6.
89. Greene, T., Y. Neria, and R. Gross, *Prevalence, Detection and Correlates of PTSD in the Primary Care Setting: A Systematic Review*. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 2016. **23**: p. 160-180.
90. Limburg, K., et al., *Neurologists' Assessment of Mental Comorbidity in Patients With Vertigo and Dizziness in Routine Clinical Care—Comparison With a Structured Clinical Interview*. *Frontiers in Neurology*, 2018. **9**(957): p. 1-6.
91. Mitchell, A., Meader, N., Bird, V., & Rizzo, M., *Clinical recognition and recording of alcohol disorders by clinicians in primary and secondary care: Meta-analysis*. *British Journal of Psychiatry*, 2012. **201**(2): p. 93-100.
92. Coventry, P.A., et al., *Talking about depression: a qualitative study of barriers to managing depression in people with long term conditions in primary care*. *BMC Family Practice*, 2011. **12**(1): p. 1-11.
93. Wittink, M.N., F.K. Barg, and J.J. Gallo, *Unwritten rules of talking to doctors about depression: integrating qualitative and quantitative methods*. *Ann Fam Med*, 2006. **4**(4): p. 302-9.
94. Hoffmann, S.O. and T.W. Franke, *Der lange Weg in die Schmerzkrankheit: Faktoren der Chronifizierung*, in *Handbuch chronischer Schmerz*, U.T. Egle, et al., Editors. 2003, Schattauer: Stuttgart New York. p. 150-161.
95. Darlow, B., Fullen, B., Dean, S., Hurley, D., Baxter, G. and Dowell, A., *The association between health care professional attitudes and outcomes of patients with low back pain*. *Eur J Pain*, 2012. **16**(1): p. 3-17.

96. Maatz, A., et al., *What's 'difficult'? A multi-stage qualitative analysis of secondary care specialists' experiences with medically unexplained symptoms*. J Psychosom Res, 2016. **90**: p. 1-9.
97. Hausteiner-Wiehle, C., H. Sattel, and P. Henningsen, *Patienten mit unklaren Körperbeschwerden. Kein Befund und trotzdem krank?* Dtsch Med Wochenschr, 2015. **140**: p. 1320–1323.
98. Vickers, K.S., et al., *Integration of mental health resources in a primary care setting leads to increased provider satisfaction and patient access*. Gen Hosp Psychiatry, 2013. **35**(5): p. 461-7.
99. Traeger, A.C., et al., *Effect of Primary Care-Based Education on Reassurance in Patients With Acute Low Back Pain: Systematic Review and Meta-analysis*. JAMA Intern Med, 2015. **175**(5): p. 733-43.
100. Dibbelt, S., et al., *Patient-Arzt-Interaktion in der Rehabilitation: Gibt es einen Zusammenhang zwischen wahrgenommener Interaktionsqualität und langfristigen Behandlungsergebnissen?* Rehabilitation (Stuttg), 2010. **49**(5): p. 315-25.
101. Norgaard, B., et al., *Communication skills training for health care professionals improves the adult orthopaedic patient's experience of quality of care*. Scand J Caring Sci, 2012. **26**(4): p. 698-704.
102. Jackson, J.L. and K. Kroenke, *Difficult patient encounters in the ambulatory clinic. Clinical predictors and outcomes*. Arch Intern Med, 1999. **159**: p. 1069-75.
103. Schenker, Y., et al., *Depressive symptoms and perceived doctor-patient communication in the Heart and Soul study*. J Gen Intern Med, 2009. **24**(5): p. 550-6.
104. Swenson, S.L., et al., *The influence of depressive symptoms on clinician-patient communication among patients with type 2 diabetes*. Med Care, 2008. **46**(3): p. 257-65.
105. Haerizadeh, M., et al., *Depression and doctor-patient communication in the emergency department*. Gen Hosp Psychiatry, 2016. **42**: p. 49-53.
106. Levinson, W., P. Hudak, and A.C. Tricco, *A systematic review of surgeon-patient communication: strengths and opportunities for improvement*. Patient Educ Couns, 2013. **93**(1): p. 3-17.
107. Fossum, B., E. Arborelius, and T. Theorell, *How physicians experience patient consultations at an orthopaedic out-patient clinic: a qualitative study*. Patient Education and Counseling, 2002. **47**: p. 127-135.
108. Fossum, B., E. Arborelius, and T. Theorell, *How do patients experience consultations at an orthopaedic out-patient clinic? eighteen patients comment on video-taped consultations: a qualitative study*. European Journal of Public Health, 1998. **8**: p. 59-65.
109. Daubs, M.D., et al., *Clinical impression versus standardized questionnaire: the spinal surgeon's ability to assess psychological distress*. J Bone Joint Surg Am, 2010. **92**(18): p. 2878-83.
110. Vranceanu, A.M., et al., *Disability and psychologic distress in patients with nonspecific and specific arm pain*. Clinical orthopaedics and related research, 2008. **466**(11): p. 2820-6.
111. Vranceanu, A.M., et al., *Psychological factors predict disability and pain intensity after skeletal trauma*. J Bone Joint Surg Am, 2014. **96**(3): p. e20.
112. Vranceanu, A.-M., et al., *A preliminary RCT of a mind body skills based intervention addressing mood and coping strategies in patients with acute orthopaedic trauma*. Injury, 2015. **46**(4): p. 552-557.
113. Vranceanu, A.M., et al., *Health concerns and somatic symptoms explain perceived disability and idiopathic hand and arm pain in an orthopaedics surgical practice: a path-analysis model*. Psychosomatics, 2010. **51**(4): p. 330-7.

114. Vranceanu, A.M., Beks, R.B., Guitton, T.G., Janssen, S.J., Ring, D., *How do orthopaedic surgeons address psychological aspects of illness?* Arch Bone Jt Surg, 2017. **5**(1): p. 2-9.
115. Flick, U., von Kardoff, E., Steinke, I., *Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick*, in *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, U. Flick, von Kardoff, E., Steinke, I., Editor. 2009, Rowohlt Taschenbuch Verlag: Reinbek bei Hamburg.
116. Merkens, H., *Auswahlverfahren, Sampling, Fallkonstruktion*. Qualitative Forschung. Ein Handbuch, 2000. **2**: p. 286-297.
117. Hopf, C., *Qualitative Interviews - ein Überblick*, in *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, U. Flick, E. von Kardoff, and I. Steinke, Editors. 2009, Rowohlt: Reinbek bei Hamburg. p. 349-359.
118. Dresing, T. and T. Pehl, *Praxisbuch Transkription. Regelsysteme, Software und praktische Anleitungen für qualitative ForscherInnen*. 2011, Marburg: Eigenverlag.
119. Kuckarzt, U., *Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 1 ed. 2012.
120. Zigmond, A.S.S., R. P., *The Hospital Anxiety and Depression Scale*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 1983. **67**: p. 361-370.
121. Herrmann-Lingen, C., U. Buss, and R.P. Snaith, *Hospital Anxiety and Depression Scale - Deutsche Version (HADS-D) 3.*, aktualisierte und neu normierte Auflage ed. 2011, Bern: Verlag Hans Huber.
122. Morfeld, M., I. Kirchberger, and M. Bullinger, *SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand. 2., ergänzte und überarbeitete Auflage*. 2011, Göttingen: Hogrefe.
123. Dibbelt, S., et al., *Der PAINT- Fragebogen zur Kontaktbewertung (PAINT-FKB): Ein Instrument zur Erfassung der Qualität der Patienten-Arzt-Interaktion aus zwei Perspektiven*. 16. Rehabilitations-wissenschaftliches Kolloquium in Berlin, DRV-Schriften, 2007. **72**: p. 119 - 121.
124. Dibbelt, S., et al., *Patient-doctor interaction in rehabilitation: The relationship between perceived interaction quality and long-term treatment results*. Patient Education and Counseling, 2009. **76**(3): p. 328-335.
125. Hirsig, R., *Statistische Methoden in den Sozialwissenschaften. Eine Einführung im Hinblick auf computergestützte Datenanalysen mit SPSS für Windows*. Vol. 1. 2006, Zürich: Seismo Verlag.
126. Fleischer, C., *Arzt-Patienten-Interaktion als Beitrag zur Qualitätssicherung in Reha-Kliniken. Diplomarbeit im Fachbereich Humanwissenschaften, Fach Psychologie*. 2006, Universität Osnabrück: Osnabrück.
127. Dibbelt, S., et al., *Patient-doctor interaction in rehabilitation: The relationship between perceived interaction quality and long-term treatment results*. . Patient Education and Counseling, 2009. **76**: p. 328-335.
128. Hinz, A. and E. Brähler, *Normative values for the hospital anxiety and depression scale (HADS) in the general German population*. J Psychosom Res, 2011. **71**(2): p. 74-8.
129. Merkens, H., *Auswahlverfahren, Sampling, Fallkonstruktion*, in *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*, U. Flick, E. von Kardoff, and I. Steinke, Editors. 2009, Rowohlt: Reinbek bei Hamburg. p. 286-298.
130. *Statistik der Bundesärztekammer 2013*. 2014.
131. Mercer, S.W. and W.J. Reynolds, *Empathy and quality of care*. British Journal of General Practice, 2002. **Quality Supplement**: p. 9-12.
132. Neumann, M., et al., *Bedeutung und Barrieren ärztlicher Empathie im Praxisalltag - Stand der Forschung und qualitative Kurzumfrage mit Ärzten*. Rehabilitation (Stuttg), 2010. **49**(5): p. 326-37.

133. Maguire, P., et al., *Helping cancer patients disclose their concerns*. European Journal of Cancer, 1996. **32**(1): p. 78-81.
134. Coulehan, J.L., et al., "Let Me See If I Have This Right ...": Words That Help Build Empathy. Annals of Internal Medicine, 2001. **135**(3): p. 221-227.
135. Mercer, S.W., et al., *Patient enablement requires physician empathy: a cross-sectional study of general practice consultations in areas of high and low socioeconomic deprivation in Scotland*. BMC Fam Pract, 2012. **13**: p. 6.
136. Walsh, S., et al., *Patient-rated physician empathy and patient satisfaction during pain clinic consultations*. Ir J Med Sci, 2019. **188**(4): p. 1379-1384.
137. Pollak, K.I., et al., *Physician empathy and listening: associations with patient satisfaction and autonomy*. J Am Board Fam Med, 2011. **24**(6): p. 665-672.
138. Hojat, M., et al., *Patient perceptions of physician empathy, satisfaction with physician, interpersonal trust, and compliance*. Int J Med Educ., 2010. **1**: p. 83-87.
139. Waters, S., et al., *Identification of factors influencing patient satisfaction with orthopaedic outpatient clinic consultation: A qualitative study*. Man Ther, 2016. **25**: p. 48-55.
140. Menendez, M.E., et al., *Physician Empathy as a Driver of Hand Surgery Patient Satisfaction*. J Hand Surg Am, 2015. **40**(9): p. 1860-5 e2.
141. Kim, S.S., S. Kaplowitz, and M.V. Johnston, *The Effects of Physician Empathy on Patient Satisfaction and Compliance*. Eval Health Prof, 2004. **27**: p. 237-251.
142. Rakel, D.P., et al., *Practitioner Empathy and the Duration of the Common Cold*. Fam Med., 2009. **41**(7): p. 494-501.
143. Easter, D.W. and W. Beach, *Competent patient care is dependent upon attending to empathic opportunities presented during interview sessions*. Current Surgery, 2004. **61**(3): p. 313-318.
144. Morse, D.S., E.A. Edwardsen, and H.S. Gordon, *Missed Opportunities for Interval Empathy in Lung Cancer Communication*. Archives of Internal Medicine, 2008. **168**(17): p. 1853-1858.
145. Levinson, W., R. Gorawara-Bhat, and J. Lamb, *A Study of Patient Clues and Physician Responses in Primary Care and Surgical Settings*. JAMA, 2000. **284**(8): p. 1021-1027.
146. Bransfield, R.C. and K.J. Friedman, *Differentiating Psychosomatic, Somatopsychic, Multisystem Illnesses, and Medical Uncertainty*. Healthcare (Basel), 2019. **7**(4).
147. Schmelzer-Schmied, N., P. Henningsen, and M. Schiltenwolf, *Die somatoforme Schmerzstörung als Traumafolge*. Der Orthopäde, 2006. **35**(12): p. 1265-8.
148. Rosendal, M., et al., "Medically unexplained" symptoms and symptom disorders in primary care: prognosis-based recognition and classification. BMC Fam Pract, 2017. **18**(1): p. 18.
149. Köllner, V. and S. Rupp, *Psychosomatische Aspekte in der Orthopädie*. Der Orthopäde, 2012. **41**(2): p. 136-46.
150. Kroppenstedt, S., A. Halder, and al., *Spezifischer Kreuzschmerz, S2k-Leitlinie, AWMF Registernummer: 033-051*, in *AWMF online - Das Portal der wissenschaftlichen Medizin*. 2017, Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC) u.a.
151. Glocker F., e.a., *S2k Leitlinie Lumbale Radikulopathie*. Deutsche Gesellschaft für Neurologie (Hrsg.), Leitlinien für Diagnostik und Therapie in der Neurologie. Online: [www.dgn.org/leitlinien](http://www.dgn.org/leitlinien) (abgerufen am 08.01.2020) 2018.
152. Stöve, J.e.a., *Gonarthrose, S2k Leitlinie, AWMF Registernummer: 033-004*. 2018: Deutsche Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie (DGOOC).
153. Weiland, A., et al., *Training Medical Specialists to Communicate Better with Patients with Medically Unexplained Physical Symptoms (MUPS). A Randomized, Controlled Trial*. PLoS One, 2015. **10**(9): p. e0138342.

154. Debrunner, A.M., *Orthopädie, orthopädische Chirurgie. Patientenorientierte Diagnostik und Therapie des Bewegungsapparates*. 4. ed. 2002/2005, Bern: Hans Huber.
155. Eikelboom, E.M., et al., *A systematic review and meta-analysis of the percentage of revised diagnoses in functional somatic symptoms*. J Psychosom Res, 2016. **88**: p. 60-67.
156. Gureje, O. and G.M. Reed, *Bodily distress disorder in ICD-11: problems and prospects*. World Psychiatry, 2016. **15**(3): p. 291-292.
157. Klesse, C., et al., *Somatische und psychische Komorbidität*. Psychotherapeut, 2008. **53**(1): p. 49-62.
158. Auer, C.J., et al., *Patients' Expectations Predict Surgery Outcomes: A Meta-Analysis*. Int J Behav Med, 2016. **23**(1): p. 49-62.
159. Tilbury, C., et al., *Patients' pre-operative general and specific outcome expectations predict postoperative pain and function after total knee and total hip arthroplasties*. Scandinavian Journal of Pain, 2018. **18**(3): p. 457-466.
160. Gandhi, R., J.R. Davey, and N. Mahomed, *Patient Expectations Predict Greater Pain Relief with Joint Arthroplasty*. The Journal of Arthroplasty, 2009. **24**(5): p. 716-721.
161. Engel, C., et al., *Impact of Two Types of Expectancy on Recovery From Total Knee Replacement Surgery (TKR) in Adults With Osteoarthritis*. Behavioral Medicine, 2004. **30**(3): p. 113-123.
162. Neuprez, A., et al., *Patients' Expectations Impact Their Satisfaction following Total Hip or Knee Arthroplasty*. PLoS ONE [Electronic Resource], 2016. **11**(12): p. e0167911.
163. Hauser, W., E. Hansen, and P. Enck, *Nocebo phenomena in medicine: their relevance in everyday clinical practice*. Dtsch Arztebl Int, 2012. **109**(26): p. 459-65.
164. Tilbury, C., et al., *Unfulfilled Expectations After Total Hip and Knee Arthroplasty Surgery: There Is a Need for Better Preoperative Patient Information and Education*. Journal of Arthroplasty, 2016. **31**(10): p. 2139-45.
165. Bourne, R.B., et al., *Patient Satisfaction after Total Knee Arthroplasty: Who is Satisfied and Who is Not?* Clinical Orthopaedics and Related Research®, 2010. **468**(1): p. 57-63.
166. Hamilton, D.F., et al., *What determines patient satisfaction with surgery? A prospective cohort study of 4709 patients following total joint replacement*. BMJ Open, 2013. **3**(4): p. 1-7.
167. Scott, K.M., et al., *Associations between lifetime traumatic events and subsequent chronic physical conditions: a cross-national, cross-sectional study*. PLoS One, 2013. **8**(11): p. 1-11.
168. Schofferman J, A.D., Hines R, Smith G, White A *Childhood psychological trauma correlates with unsuccessful lumbar spine surgery*. Spine, 1992. **17**: p. 138 - 144.
169. Cremeans-Smith, J.K., K. Greene, and D.L. Delahanty, *Symptoms of postsurgical distress following total knee replacement and their relationship to recovery outcomes*. Journal of Psychosomatic Research, 2011. **71**(1): p. 55-57.
170. Kyziridis, T.C., *Postoperatives Delir nach Hüftfraktur-Behandlung: eine Übersicht der aktuellen Literatur*. GMS Psychosoc Med, 2006. **3:Doc01** p. 1-12.
171. Zale, E.L., D. Ring, and A.M. Vranceanu, *The Future of Orthopaedic Care: Promoting Psychosocial Resiliency in Orthopaedic Surgical Practices*. J Bone Joint Surg Am, 2018. **100**(13): p. e89.
172. Evans, D.L., et al., *Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations*. Biol Psychiatry, 2005. **58**(3): p. 175-89.
173. Baumeister, H., et al., *High agreement of self-report and physician-diagnosed somatic conditions yields limited bias in examining mental-physical comorbidity*. J Clin Epidemiol, 2010. **63**(5): p. 558-65.

174. Michalski, D. and A. Hinz, *Angst und Depression bei chronischen Rückenschmerzpatienten: Beziehungen zu individuellen Kontrollüberzeugungen und zur muskularen Leistungsfähigkeit*. Psychother Psychosom Med Psychol, 2006. **56**(1): p. 30-8.
175. Wittchen, H.U. and F. Jacobi, *Angststörungen*, RKI, Editor. 2004: Gesundheitsberichterstattung des Bundes.
176. Härter, M., et al., *Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic diseases*. Psychother Psychosom, 2007. **76**(6): p. 354-60.
177. Hampton, S.N., et al., *Pain catastrophizing, anxiety, and depression in hip pathology*. The Bone and Joint Journal, 2019. **101-B**: p. 800–807.
178. Hinz, A. and R. Schwarz, *Angst und Depression in der Allgemeinbevölkerung. Eine Normierungsstudie zur Hospital Anxiety and Depression Scale*. Psychother Psychosom med Psychol, 2001. **51**: p. 193-200.
179. Komarahadi, F.L., et al., *Zusammenhänge von Depressivität und Angstlichkeit mit sozialer Erwünschtheit bei chronischen Schmerzpatienten*. Schmerz, 2004. **18**(1): p. 38-44.
180. Klement, A., et al., *(Erwartete) Konsultationsdauer, psychische (Ko-)Morbidität und Zufriedenheit mit dem ärztlichen Gespräch in der Hausarztpraxis*. Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes, 2015. **109**(8): p. 560-9.
181. Härter, M., et al., *Recognition of psychiatric disorders in musculoskeletal and cardiovascular rehabilitation patients*. Arch Phys Med Rehabil, 2004. **85**(7): p. 1192-7.
182. Härter, M., et al., *Screening for mental disorders in cancer, cardiovascular and musculoskeletal diseases*. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2006. **41**(1): p. 56-62.
183. Reuter, K. and M. Härter, *Screening und Diagnostik komorbider psychischer Störungen bei körperlichen Erkrankungen*. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz, 2011. **54**(1): p. 22-8.
184. Niethard, F.U., J. Pfeil, and P. Biberthaler, *Orthopädie und Unfallchirurgie*. 7. ed. 1989/2014, Stuttgart.
185. Rüter, W. and C.H. Lohmann, *Orthopädie und Unfallchirurgie*. 20. ed. 2014, München.

## 6 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 3.1 HADS-D.....	68
Abbildung 3.2 P.A.INT .....	75
Abbildung 8.1 Dauer des Arztgespräches - Histogramm .....	136
Abbildung 8.2 Liniendiagramm HADS-Angst für Patienten mit gutem bis ausgezeichnetem Gesundheitszustand .....	138
Abbildung 8.3 Liniendiagramm HADS-Depression für Patienten mit gutem bis ausgezeichnetem Gesundheitszustand .....	138

## 7 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 2-1 Stichprobe - Deskriptive Statistik .....	28
Tabelle 2-2 Kategorie 1: Herausforderungen im Zusammenhang mit psychischer Belastung der Patienten.....	29
Tabelle 2-3 Kategorie 1, Übersicht 1: Aufgewählte Patienten: Auslöser .....	31
Tabelle 2-4 Kategorie 1, Übersicht 2: Strategien der Ärzte im Umgang mit aufgewählten Patienten .....	32
Tabelle 2-5 Kategorie 3 – Übersicht.....	34
Tabelle 2-6 Kategorie 4, Übersicht 1: Art des Ansprechens.....	37
Tabelle 2-7 Kategorie 4, Übersicht 2: Inhalte des Erstgespräches.....	38
Tabelle 2-8 Kategorie 4, Übersicht 3: Reaktionen der Patienten .....	40
Tabelle 2-9 Kategorie 5, Übersicht 1: Weitere psychotherapeutische Diagnostik und Behandlung	41
Tabelle 2-10 Kategorie 5, Übersicht 2: Weitere orthopädische Behandlung .....	43
Tabelle 2-11 Kategorie 6, Übersicht: Hürden .....	45
Tabelle 3-1 – Erhebung und Rücklauf .....	64
Tabelle 3-2 Statistische Ausfallanalyse .....	65
Tabelle 3-3 Demographische und gesundheitsbezogene Daten .....	66
Tabelle 3-4 HADS-D Ergebnisse: Häufigkeit und Prozent .....	68
Tabelle 3-5 - HADS-D nach Geschlecht und Altersgruppen.....	68
Tabelle 3-6 HADS-D/Angst nach Geschlecht und Altersgruppen. Daten dieser Studie im Vergleich mit denen der Allgemeinbevölkerung .....	69
Tabelle 3-7 HADS-D/Depression nach Geschlecht und Altersgruppen. Daten dieser Studie im Vergleich mit denen der Allgemeinbevölkerung .....	69
Tabelle 3-8 Ergebnisse der linearen Regressionsanalyse der deutschen HADS Normierungsstudie [123].....	70
Tabelle 3-9 Ergebnisse der Regressionsanalyse unserer Studie, mit Alter und Geschlecht als unabhängige Variablen.....	71
Tabelle 3-10 HADS-D-Angst Mittelwerte, SD und Ergebnisse der Regressionsanalysen.....	73
Tabelle 3-11: HADS-D Depression: Mittelwerte, SD und Ergebnisse der Regressionsanalyse.....	74
Tabelle 3-12 P.A.INT: Deskriptive Statistik.....	75
Tabelle 3-13 Lineare Regression: fünf P.A.INT Dimensionen als abhängige Variable, HADS sowie demographische und gesundheitsbezogene Daten als unabhängige Variablen.....	76
Tabelle 3-15 Dauer des Gespräches in Abhängigkeit von Patientencharakteristika.....	77
Tabelle 8-1 Dauer des Arztgespräches.....	135
Tabelle 8-2 Mittelwerte HADS nach Altersgruppen und Geschlecht.....	136
Tabelle 8-3 Analyse Frauen 61-70 im Vergleich zu anderen Altersgruppen.....	136
Tabelle 8-4 Mittelwerte HADS nach Altersgruppen für Patienten mit gutem bis ausgezeichnetem Gesundheitszustand .....	138
Tabelle 8-5 P.A.INT-Mittelwerte nach Patientencharakteristika .....	141

## 8 ANHANG

### 8.1 Studienunterlagen

#### 8.1.1 Ärztebefragung: Einwilligungserklärung

### Einwilligungserklärung – Ärztinnen und Ärzte

Name der Ärztin/des Arztes in Druckbuchstaben: .....

Geb. Datum: ..... ID-Code:.....

**Ich erkläre mich bereit, an der Studie „Patient als Partner bei stationären Operationen – ein Trainingsprogramm für Ärzte“ teilzunehmen.**

#### *Aufklärung über Inhalte der Studie*

Ich bin von Frau ..... (Projektmitarbeiterin) ausführlich und verständlich über den Ablauf, Inhalt, Dauer sowie die sich für mich daraus ergebenden Anforderungen aufgeklärt worden. Aufgetretene Fragen wurden mir verständlich und genügend beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden. Ich habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr. Ich erkläre mich bereit, an alle Teilen der Studie teilzunehmen.

#### *Freiwilligkeit der Teilnahme und Rücktrittsmöglichkeit (siehe Ärztinformation)*

**Ich nehme an der Studie völlig freiwillig teil. Ich behalte mir jedoch das Recht vor, meine freiwillige Mitwirkung jederzeit zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile für meine Tätigkeit am Uniklinikum entstehen.**

#### *Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung (siehe Ärztinformation)*

Ich bin zugleich damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser Studie ermittelten Daten aufgezeichnet werden. Beim Umgang mit den Daten werden die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes beachtet. Eine Kopie der Ärztinformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt bei der Studienleitung.

.....

Datum und Unterschrift der Ärztin/des Arztes

.....

Datum, Name und Unterschrift der Projektmitarbeiterin

*(Der Arzt erhält eine unterschriebene Kopie der Ärztinformation und Einwilligungserklärung, das Original verbleibt im Studienordner der Projektleitung.)*

## 8.1.2 Ärztebefragung: Fragebogen Demographie und PEF-Präferenz

**Datum:**

**ID:**

### *Sehr geehrte Ärztin, sehr geehrter Arzt!*

Vielen Dank, dass Sie sich bereit erklärt haben, an unserer Studie teilzunehmen!

Als Erstes würden wir Sie bitten, einmalig folgende Angaben zu Ihrer Person zu machen. Alle Angaben werden höchst vertraulich behandelt. Nur Mitarbeiter des Forschungsteams erhalten Einblick in die Daten!

### *1.) Als Erstes haben wir einige Fragen zu Ihrer Person. Bitte geben Sie kurz an:*

A1) Ihr Alter \_\_\_\_\_

A2) Ihr Geschlecht  weiblich  männlich

A3) Die Sprache, die ich am besten verstehen kann, ist: \_\_\_\_\_

A4) Ich bin...

Chefarzt/-ärztin

Oberarzt/-ärztin

Stationsarzt/-ärztin

Assistenzarzt/-ärztin

anderes: \_\_\_\_\_

A5) Ich habe \_\_\_\_\_ Jahre Berufserfahrung seit meinem Studienabschluss.

### *2.) Bei der nächsten Frage geht es um Ihre allgemeine Einstellung zu medizinischen Entscheidungen.*

Wer soll bei einer Erkrankung die medizinische Entscheidung treffen?

nur der Arzt

hauptsächlich der Arzt

der Arzt und der  
Patient

hauptsächlich der  
Patient

nur der Patient

***Vielen Dank für das Beantworten dieser ersten Fragen!***

### 8.1.3 Ärztebefragung: Interview-Leitfaden

#### A. Gesprächssituationen

- 1.) Welche Arten von Gesprächssituationen haben Sie typischerweise?  
Erstgespräch, Diagnosemitteilung, Aufklärung vor der OP, Visite, Entlassung...
- 2.) Welche dieser Gesprächssituationen erleben Sie als besonders herausfordernd? → *frei reden lassen!*
- 3.) Erzählen Sie ein paar Beispiele von schwierigen Patientengesprächen.  
→ *frei reden lassen!*

Was bedeutet das für Sie?

Können Sie dazu noch etwas mehr erzählen?

Wie ging das weiter... ?

- Sie haben ein Beispiel für ein schwieriges Patientengespräch genannt. Gibt es in der Situation noch andere Herausforderungen? Können Sie dafür ein Beispiel nennen?
- Bitte denken Sie nochmal in Ruhe nach: Gibt es darüber hinaus noch andere Situationen, die Sie mit Patienten erleben, die herausfordernd sind?

#### B. Bio-Psycho-Sozial: Umgang mit psychischen und sozialen Beeinträchtigungen von Patienten

- 1.) Wie gehen Sie damit um, wenn ein Patient aufgewühlt oder belastet wirkt?  
Wie gehen Sie mit Ängsten von Patienten um? Wie erkennen Sie diese?
- 2.) Woran erkennen Sie, dass eine psychosomatische Komponente eine Rolle spielt?  
  
Wie gehen Sie damit um?
- 3.) Wie gehen Sie damit um, wenn Sie den Eindruck haben, dass der Patient einen Psychiater/Psychologen bräuchte?

#### C. Andere Einflüsse auf den Patienten-Kontakt

- 1.) Welche anderen Faktoren beeinflussen den Arzt-Patient-Kontakt und in welcher Weise?

z.B. Team, Zeitmangel, Druck zu operieren, Verwaltung, Krankenkasse/Abrechnung, usw.

#### D. Partizipative Entscheidungsfindung

- 1.) Frage im Ärztefragebogen: „Wer soll bei einer Erkrankung die medizinische Entscheidung treffen...“

Wie verstehen Sie die Frage?

Wie haben Sie sie beantwortet?

- 2.) Welche Einstellung haben Sie dazu?

Informierte Patienten?

Empathie und Operation?

- 3.) Wie setzen Sie das um?

- 4.) Falls unter A. noch nicht aufgetaucht: Welche Entscheidungssituationen erleben Sie als besonders schwierig? Beispiele?

#### E. Ergänzungen

- Gibt es für Sie noch weitere wichtige Aspekte zu diesem Thema, die Sie noch ergänzen möchten?

#### F. Inhalte und Umsetzungsbedingungen eines Trainingsprogramms

- 1) Kamen in Ihrer Aus-/Weiterbildung Unterrichtsinhalte zur Patientenorientierung/ Gesprächsführung etc. vor?

Wie sah das konkret aus, **was** wurde vermittelt?

Für **wie wichtig** halten Sie solche Fortbildungsthemen?

- 2) Wie müsste Ihrer Meinung nach so einem Trainingsprogramm aussehen?

Welche **Inhalte** wären für Sie zentral?

Wie viel **Zeit** wären Sie bereit für eine solche Weiterbildung zu investieren?

Welche **Hürden** bei der Einführung einer solchen Schulung sehen Sie?

Haben Sie **Lösungsideen**?

Würden Sie an einer solchen Schulung **teilnehmen**?

**Schlussfrage: Habe ich etwas vergessen, dass Sie noch gerne ansprechen würden?**

## 8.1.4 Patientenbefragung: Studieninformation

### Studieninformation für Patientinnen und Patienten - E - lang

#### „Patient als Partner bei stationären Operationen – ein Trainingsprogramm für Ärzte“

##### *Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,*

wir möchten die Arzt-Gespräche verbessern!

Daher bitten wir Sie, nach Ihrem Arztgespräch das Gespräch zu beurteilen und möglichst genaue Kritik und Anregungen aufzuschreiben. Bitte scheuen Sie sich nicht davor, ehrlich zu sein!

Das Ziel unserer Studie „Patient als Partner bei stationären Operationen – ein Trainingsprogramm für Ärzte“ ist es, herauszufinden, wie der **Kontakt zwischen Arzt und Patient** so gestaltet werden kann, dass sich ein Patient gut unterstützt und ernstgenommen fühlt. Wir befragen auch Ärzte, was ihnen helfen würde, besser auf Patienten eingehen zu können. Am Ende soll ein **Trainingsprogramm** entwickelt werden, welches Ärzten vermittelt, welche Bedürfnisse Patienten bei Behandlungsentscheidungen und bei der stationären Betreuung haben.

##### *Ihre Ansprechpartnerin für alle Fragen zur Studie ist...*

Dipl.-Psych. Isabella Susanne Gesell (Wissenschaftliche Mitarbeiterin), Tel: 089 7095-4085, Mobil: 01578-0365958, Email: Isabella.Gesell@med.uni-muenchen.de, Klinikum der Universität München, Klinik und Poliklinik für Physikalische Medizin und Rehabilitation, Marchioninistraße 15, 81377 München.

##### *Der Aufwand für Sie insgesamt ca. 20 Minuten ...*

- mich über die Studie **aufklären** lassen, die **Einverständniserklärung** ausfüllen und meine **Kontaktdaten** (Name und Telefonnummer) hinterlassen (ca. 5 min.)
- einen **Fragebogen** nach dem Arztgespräch ausfüllen (ca. 15 min.). Den Fragebogen können Sie **gleich vor Ort ausfüllen** und ihn in dafür vorgesehenen Briefkasten werfen **oder zu Hause ausfüllen** und mit dem ausgegebenen frankierten Briefumschlag zurückschicken.

### *Wenn Sie an dieser Studie teilnehmen möchten...*

- Lassen Sie sich von uns **ausführlich informieren**, lesen Sie sich dieses **Informationsmaterial** sorgfältig durch und zögern Sie nicht, **Fragen zu stellen**.
- Die Teilnahme an einer Studie ist natürlich **freiwillig**.
- Sie können **jederzeit ohne Angabe von Gründen ihre Teilnahme abbrechen**, ohne dass Ihnen hierdurch Nachteile in Ihrer medizinischen Betreuung entstehen.
- Erklären Sie ihr **Einverständnis** zur Teilnahme an der Studie **schriftlich**,
  - o wenn Sie **Art und Ablauf der Studie** vollständig verstanden haben,
  - o wenn Sie bereit sind, der **Teilnahme zuzustimmen** und
  - o wenn Sie sich über Ihre **Rechte** als Teilnehmer/in an dieser Studie im Klaren sind.
- Diese Studie, die Patienteninformation und Einwilligungserklärung wurden von der zuständigen **Ethikkommission** geprüft und positiv beurteilt.

### *Der Stand der Forschung...*

Die aktuelle Forschungslage in Deutschland zeigt: Patienten möchten intensiver in medizinische Entscheidungsprozesse einbezogen und mit ihren Bedürfnissen wahrgenommen werden. Fachbegriffe dafür sind „Partizipative Entscheidungsfindung“ oder allgemein „Patientenorientierung“. Dies wird national wie international zunehmend wichtiger für die medizinische Versorgung angesehen. Im Bereich stationärer Operationen erhält Patientenorientierung eine besondere Rolle. Patienten müssen über Vorteile und Risiken einer Operation aufgeklärt werden und mit damit einhergehenden Ängsten und Befürchtungen umgehen. Sie müssen sich zwischen verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten entscheiden. Patienten treten im Krankenhaus in eine neue Welt ein, in der sie sich erst zurechtfinden müssen. Operationen werden oft als starker Kontrollverlust erlebt, der psychisch verarbeitet werden will. Nach einer Operation müssen Patienten zunächst mit Schmerzen und Einschränkungen umgehen, in einer fremden Umgebung mit wenig Intimsphäre. Bisher werden Ärzte kaum geschult, auf diese besonderen Patientenbedürfnisse ausreichend einzugehen, nicht zuletzt, da auch Trainingsprogramme zur Patientenorientierung rund um Operationen fehlen.

### *Ziele des geplanten Forschungsvorhabens...*

Ziel dieses Projektes ist es, ein Trainingsprogramm gezielt für Ärzte in Krankenhäusern zu entwickeln, die in Entscheidungsgespräche mit Patienten über

bestehende Behandlungsmöglichkeiten, in die Aufklärung zu Risiken einer Operation sowie die Vor- und Nachbehandlung bei einer Operation involviert sind. Wie hochwertige Patientenorientierung in diesem Kontext aussehen kann, wird durch schriftliche Befragungen und Interviews mit Patienten und Ärzten untersucht. Im Klinikum Großhadern werden ca. 15 Ärzte und ca. 400 ihrer Patienten, bei denen eine Operation zur Diskussion steht, befragt. Besonders interessiert uns, wie das Gespräch aussieht, in dem die Entscheidung für oder gegen eine Operation bzw. weitere Behandlungsmöglichkeiten getroffen wird. Patienten, die sich im Krankenhaus befinden um sich operieren zu lassen, möchten wir gerne befragen, wie sie persönlich den Kontakt mit den behandelnden Ärzten während ihres Krankenhausaufenthaltes wahrnehmen. Eine ausführliche Analyse des Datenmaterials sowie der Einbezug aktueller Forschungsergebnisse bilden die Basis für die Entwicklung eines Trainingsprogramms mit modernen Lehr- und Lernmethoden.

### *Studiendesign...*

Bei der Studie handelt es sich um eine explorative qualitative und quantitative Bedarfserhebung. „Explorativ“ bedeutet hier, dass Patienten und Ärzte offen ohne fertige Hypothesen befragt werden. Es werden „qualitative und quantitative“ Daten erhoben, d.h. dass sowohl Interviews als auch Fragebögen eingesetzt werden. Man spricht von einer „Bedarfserhebung“, da wir den Bedarf an Patientenorientierung im Krankenhaus erheben möchten. Der Studientyp der quantitativen Befragung nennt sich Kohortenbefragung, d.h. alle Patienten, die ab einem bestimmten Zeitpunkt aufgenommen werden bzw. stationär behandelt werden und die Einschlusskriterien erfüllen, werden eingeladen, an der Studie teilzunehmen. Die Auswahl der zu interviewenden Patienten erfolgt nach dem Prinzip der „inneren Repräsentativität“. D.h. es sollen maximal unterschiedliche und ebenso als typisch geltende Fälle aufgenommen werden. Konkret heißt das: alte und junge, Patienten mit schweren und leichten Operationen, mit akuten und chronischen Erkrankungen, bei unterschiedlichem Schweregrad der Erkrankung, Patienten mit OP-Komplikationen und ohne werden gesucht.

*Falls Sie über die Ergebnisse der Studie informiert werden möchten schreiben Sie uns doch eine E-Mail: [Isabella.Gesell@med.uni-muenchen.de](mailto:Isabella.Gesell@med.uni-muenchen.de).*

### *Genauer Ablauf Ihrer Studienteilnahme...*

Wir führen derzeit Befragungen in der ambulanten orthopädischen Sprechstunde an allen Patient/-innen durch. Aus diesem Grund laden wir Sie als Patient ein, an unserer Studie teilzunehmen. Dies geschieht **vor Ihrem gleich anstehenden Arztgespräch**, da uns gerade dieses Gespräch besonders interessiert. Uns interessiert, wie in diesem Gespräch Entscheidungen über die weitere medizinische Behandlung getroffen werden. Sie haben noch eine Weile Wartezeit, bis Ihr Termin beginnt. Wir möchten

Sie gerne ausführlich informieren und über alle Details aufklären, sodass Sie sich dann noch in Ruhe überlegen können, ob Sie an der Studie teilnehmen möchten.

➔ **Falls Sie sich einverstanden erklären, an der Studie teilzunehmen, geht es wie folgt weiter:**

Wir benötigen von Ihnen zunächst eine schriftliche Einwilligungserklärung. Darüber hinaus bitten wir Sie, Ihre Kontaktdaten (Name und Telefonnummer) zu hinterlassen, damit wir Sie anrufen können, falls Sie vergessen haben, den Fragebogen per Post zu schicken. Sie erhalten einen Fragebogen, auf dem Sie nach dem Arztgespräch dieses Gespräch bewerten können (ca. 15 min. Aufwand). Den Fragebogen können Sie gleich vor Ort ausfüllen und in den dafür vorgesehenen Briefkasten werfen oder zu Hause ausfüllen und mit dem ausgegebenen frankierten Briefumschlag zurückschicken.

Wir garantieren Ihnen, dass Ihr behandelnder Arzt keinerlei Zugriff auf Ihre von uns erhobenen Daten erhält! Nur die Mitarbeiter/-innen des Forschungsteams haben Einblick in die Daten.

***Risiken für Sie...***

Zu erwartende Risiken für den Patienten gibt es nicht.

***Nutzen für Sie...***

Sie haben die Möglichkeit, Ihre persönliche Wahrnehmung des Patient-Arzt-Gesprächs weiterzugeben. Die Ergebnisse dieser und anderer Befragungen fließen in die Arzt-Weiterbildung mit ein. Langfristig tragen Sie zu einer Verbesserung der Patientenorientierung in Krankenhäusern bei.

***Gesonderte datenschutzrechtliche Einverständniserklärung: Auswertung der erhobenen Daten und Datenweitergabe...***

Alle Ihre Angaben sind vertraulich und werden weder von Ihrem Arzt/Ihrer Ärztin noch von anderen Mitarbeiter/-innen der Abteilung (außer dem Forschungsteam) eingesehen. Die Vorschriften über die ärztliche Schweigepflicht und den Datenschutz werden eingehalten. Ihr Name und Ihre Telefonnummer werden einzig mit dem Ziel aufgenommen, Sie anzurufen, falls sie vergessen haben, den Fragebogen zurückzusenden. Persönliche Daten, die von Ihnen erhoben werden, werden gespeichert und nur verschlüsselt (pseudonymisiert) weitergegeben, d.h. weder Ihr Name noch Ihre Initialen oder das Geburtsdatum erscheinen im Verschlüsselungscode. Die Kontaktdaten und zurückgeschickte Fragebögen mit Pseudonymisierungscode werden getrennt voneinander und verschlossen aufbewahrt, so dass nur Mitarbeitende des Forschungsteams Zugriff auf die Daten haben.

Im Falle des Widerrufs Ihrer Einwilligung werden die pseudonymisiert gespeicherten Daten vernichtet.

Der Zugang zu den Originaldaten und zum Verschlüsselungscode ist auf folgende Personen beschränkt: Studienleiterin Dipl. Psych. Susanne Gesell und die Doktorandinnen Maria Durand und Barbara Winkler. Die Unterlagen werden am Uniklinikum für 10 Jahre aufbewahrt. Im Falle von Veröffentlichungen der Studienergebnisse bleibt die Vertraulichkeit der persönlichen Daten gewährleistet.

**Ich bin mit der Erhebung und Verwendung persönlicher Daten und Befunddaten nach Maßgabe der Patienteninformation einverstanden.**

---

Ort, Datum, Unterschrift

## 8.1.5 Patientenbefragung: Einwilligungserklärung

### EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG – PATIENTINNEN UND PATIENTEN

Name der Patientin/des Patienten in Druckbuchstaben: .....

Telefonnummer: ..... ID-Code:.....

**Ich erkläre mich bereit, an der Studie „Patient als Partner bei stationären Operationen – ein Trainingsprogramm für Ärzte“ teilzunehmen.**

#### *Aufklärung über Inhalte der Studie und Versicherungsschutz*

Ich bin von Frau ..... (Projektmitarbeiterin) ausführlich und verständlich über den Ablauf, Inhalt, Dauer, sowie die sich für mich daraus ergebenden Anforderungen aufgeklärt worden. Aufgetretene Fragen wurden mir verständlich und genügend beantwortet. Ich hatte ausreichend Zeit, mich zu entscheiden. Ich habe zurzeit keine weiteren Fragen mehr.

Ich erkläre mich bereit, an allen Teilen der Studie teilzunehmen.

#### *Freiwilligkeit der Teilnahme und Rücktrittsmöglichkeit (siehe Patienteninformation)*

**Ich nehme an der Studie völlig freiwillig teil. Ich behalte mir jedoch das Recht vor, meine freiwillige Mitwirkung jederzeit zu beenden, ohne dass mir daraus Nachteile für meine weitere medizinische Betreuung entstehen.**

#### *Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung (siehe Patienteninformation)*

Ich bin zugleich damit einverstanden, dass meine im Rahmen dieser Studie ermittelten Daten aufgezeichnet werden. Um die Richtigkeit der Datenaufzeichnung zu überprüfen, dürfen Beauftragte der zuständigen Behörde bei der Studienleitung Einblick in meine personenbezogenen Krankheitsdaten nehmen.

Beim Umgang mit den Daten werden die Bestimmungen des Datenschutzgesetzes beachtet.

Eine Kopie der Patienteninformation und Einwilligungserklärung habe ich erhalten. Das Original verbleibt bei der Studienleitung.

.....

.....

Datum und Unterschrift des/r Patienten/in

Datum, Name und Unterschrift der Projektmitarbeiterin

(Der Patient erhält eine unterschriebene Kopie der Patienteninformation und Einwilligungserklärung, das Original verbleibt im Studienordner der Projektleitung.)

## 8.1.6 Patientenbefragung: Fragebogen

### FRAGEBOGEN FÜR PATIENTINNEN UND PATIENTEN E2

„Patient als Partner bei stationären Operationen – ein Trainingsprogramm für Ärzte“

ID-Code:.....

***Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,***

wir möchten die Arzt-Gespräche verbessern!

Daher bitten wir Sie, **nach Ihrem Arztgespräch** das Gespräch zu beurteilen und möglichst genaue Kritik und Anregungen aufzuschreiben. Bitte scheuen Sie sich nicht davor, ehrlich zu sein!

Wenn Sie möchten, können Sie **vor dem Arztgespräch den ersten Teil** des Fragebogens bereits ausfüllen. Hierbei geht es um einige allgemeine Fragen zu Ihrer gesundheitlichen Situation.

#### ERSTER TEIL

***De) Zum Einstieg haben wir ein paar Fragen zu Ihrer Lebenssituation und Ihrem Gesundheitszustand. Bitte geben Sie kurz an:***

**0) Datum:** \_\_\_\_\_ *(Falls Sie den Fragebogen später ausfüllen sollten, geben Sie bitte das*

*Datum an, an dem Sie das Arztgespräch geführt haben)*

**1) Mein Alter:** \_\_\_\_\_ Jahre

**2) Ich bin...**  eine Frau  ein Mann

3) Die Sprache, die ich am besten verstehen kann, ist: \_\_\_\_\_

4) Höchster Schulabschluss

- Ohne Abschluss
- Hauptschulabschluss
- Mittlere Reife
- (Fach-)Abitur
- Abgeschlossenes (Fach-)Hochschulstudium

5) Wie werden Sie hier abgerechnet?  Gesetzlich versichert  Privat versichert

6) Wie würden Sie Ihren allgemeinen Gesundheitszustand derzeit bewerten?

- Ausgezeichnet  Sehr gut  Gut  Weniger gut  Schlecht

7) Schätzen Sie Ihre aktuelle gesundheitliche Situation als lebensbedrohlich ein?

- Ja  Nein

H.) Nun geht es um Ihr Wohlbefinden. Wie ging es Ihnen in der letzten Woche?

1) Ich fühle mich angespannt oder überreizt

- Meistens
- Oft
- Von Zeit zu Zeit/gelegentlich
- Überhaupt nicht

2) Ich kann mich heute noch so freuen wie früher

- Ganz genau so
- Nicht ganz so sehr
- Nur noch ein wenig
- Kaum oder gar nicht

3) Mich überkommt eine ängstliche Vorahnung, dass etwas Schreckliches passieren könnte

- Ja, sehr stark
- Ja, aber nicht allzu stark
- Etwas, aber es macht mir keine Sorgen
- Überhaupt nicht

4) Ich kann lachen und die lustige Seite der Dinge sehen

- Ja, so viel wie immer
- Nicht mehr ganz so viel
- Inzwischen viel weniger
- Überhaupt nicht

**5) Mir gehen beunruhigende Gedanken durch den Kopf**

- Einen Großteil der Zeit
- Verhältnismäßig oft
- Von Zeit zu Zeit, aber nicht allzu oft
- Nur gelegentlich/nie

**7) Ich kann behaglich dasitzen und mich entspannen**

- Ja, natürlich
- Gewöhnlich schon
- Nicht oft
- Überhaupt nicht

**9) Ich habe manchmal ein ängstliches Gefühl in der Magengegend**

- Überhaupt nicht
- Gelegentlich
- Ziemlich oft
- Sehr oft

**11) Ich fühle mich rastlos, muss immer in Bewegung sein**

- Ja, tatsächlich sehr
- Ziemlich
- Nicht sehr
- Überhaupt nicht

**13) Mich überkommt plötzlich ein panikartiger Zustand**

- Ja, tatsächlich sehr oft
- Ziemlich oft
- Nicht sehr oft
- Überhaupt nicht

**6) Ich fühle mich glücklich**

- Überhaupt nicht
- Selten
- Manchmal
- Meistens

**8) Ich fühle mich in meinen Aktivitäten gebremst**

- Fast immer
- Sehr oft
- Manchmal
- Überhaupt nicht

**10) Ich habe das Interesse an meiner äußeren Erscheinung verloren**

- Ja, stimmt genau
- Ich kümmere mich nicht so sehr darum, wie ich sollte
- Möglicherweise kümmere ich mich zu wenig darum
- Ich kümmere mich so viel darum wie immer

**12) Ich blicke mit Freude in die Zukunft**

- Ja, sehr
- Eher weniger als früher
- Viel weniger als früher
- Kaum bis gar nicht

**14) Ich kann mich an einem guten Buch, einer Radio- oder Fernsehsendung freuen**

- Oft
- Manchmal
- Eher selten
- Sehr selten

## ZWEITER TEIL

**AB HIER: ERST NACH DEM ARZTGESPRÄCH AUSFÜLLEN!!!**

Uns interessiert das Arztgespräch, das Sie HEUTE hier in der orthopädischen Poliklinik geführt haben.

Da) Wie lange hat das Gespräch ungefähr gedauert?

Ca. \_\_\_\_\_ Minuten

F1) Was hat Ihnen am Gespräch nicht gefallen?

---

---

---

---

F2) Was hat Ihnen am Gespräch gut gefallen?

---

---

---

---

F3) Was würden Sie sich in Zukunft für Ihre Arztgespräche wünschen?

---

---

---

---

---

*Wir befragen verschiedene Patientengruppen: Daher ist es uns wichtig zu erfahren, was Sie für eine Erkrankung haben.*

**Er1E) Wegen welcher Erkrankung sind Sie heute zum Arzt gekommen?**

- Arthrose /Gelenkverschleiß
- Andere (bitte angeben):

\_\_\_\_\_

Ich weiß es noch nicht, ich leide aber unter folgenden Symptomen:

\_\_\_\_\_

**Er2E) Die Erkrankung, wegen der Sie hier behandelt werden, ist...**     akut      
chronisch

**Falls Sie an Arthrose/Gelenkverschleiß leiden, beantworten Sie bitte die folgenden 2**

**Fragen:**

- **A1) Welche Gelenke sind bei Ihnen betroffen?**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- **A2) Wie lange haben Sie schon Arthrose/Gelenkverschleiß?**

\_\_\_\_\_ Jahre                       Neudiagnose

***Info) Information über die Erkrankung und Behandlungsmöglichkeiten***

**1) Haben Sie sich bereits vor dem heutigen Gespräch oder in der Vergangenheit über Ihre Erkrankung und Ihre Behandlungsmöglichkeiten informiert?**

Nein                       Ja, ein wenig                       Ja, sehr ausführlich

**2) Welche Informationsquellen haben Sie genutzt? (Mehrfachnennungen möglich)**

- Rat von Angehörigen oder Bekannten
- Selbsthilfegruppe(n)
- Internet
- Patientenbroschüre(n)
- Fachliteratur
- Andere Ärzte (z.B. Hausarzt, Orthopäde...)
- Angehörige anderer Heilberufe (z.B. Physiotherapeut, Masseur, Heilpraktiker...)
- Ärzte der orthopädischen Poliklinik in Großhadern (ich bin bereits hier gewesen)
- Sonstiges (bitte angeben):

\_\_\_\_\_

**Im Folgenden geht es um die Entscheidung über die weitere Behandlung.**

**Ent) Welche Entscheidung wurde HEUTE in Ihrem Arztgespräch getroffen?**

- Es soll folgende Operation durchgeführt werden:  
\_\_\_\_\_
- Eine Operation steht zur Diskussion, es ist aber (vorerst) dagegen entschieden worden, weil:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- Es soll folgende konservative Behandlung durchgeführt werden:  
\_\_\_\_\_
- Es soll (vorerst) keine Behandlung durchgeführt werden.
- Es wurde heute keine Entscheidung für das weitere Vorgehen getroffen (z.B. weil es nur ein Kontrolltermin war).
- Sonstiges (bitte angeben):  
\_\_\_\_\_

**Zuf) Falls im heutigen Gespräch eine Entscheidung für das weitere Vorgehen getroffen worden ist:**

**1) Sind Sie mit dieser Entscheidung zufrieden?**

- |  |                                 |                          |                           |                           |
|--|---------------------------------|--------------------------|---------------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/>                 | <input type="checkbox"/>        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>  | <input type="checkbox"/>  |
| <i>Überhaupt<br/>nicht<br/>zufrieden</i> | <i>Eher nicht<br/>zufrieden</i> | <i>Unentschieden</i>     | <i>Eher<br/>zufrieden</i> | <i>Sehr<br/>zufrieden</i> |

**2) Wenn nicht: Warum?**

---

---

---

**Op) Falls eine Operation für Sie ansteht, beantworten Sie bitte die folgenden 5 Fragen (Wenn nicht können Sie auf der nächsten Seite weitermachen):**

**1) Was ist der Grund für die Operation?**

- Schmerzen
- Fehlstellung, Dysplasie
- Andere (bitte angeben):  
\_\_\_\_\_

- Ich weiß es nicht genau

**2) Machen Sie sich Sorgen in Bezug auf die Operation?**

- Überhaupt nicht*       *Etwas*       *Nicht allzu stark*       *Stark*

**3) Was macht Ihnen Sorgen?**

---

---

---

**4) Hat Sie der Arzt/die Ärztin auf mögliche Bedenken und Ängste in Bezug auf die Operation angesprochen?**

- Ja       Nein

**5) Hätten Sie sich gewünscht, dass der Arzt/die Ärztin mehr auf Ihre Bedenken und Ängste eingeht?**

- Ja       Nein

***P.E.F.) In den nachfolgenden Fragen interessiert uns, WIE bei ihrem Arztgespräch gerade eine medizinische Entscheidung getroffen wurde.***

D.h. uns interessiert, wie Ihr Arzt/ihre Ärztin mit Ihnen gesprochen hat. Versuchen Sie sich genau an das Gespräch zu erinnern.

	<i>Trifft überhaupt nicht zu</i>	<i>Trifft weitgehend nicht zu</i>	<i>Trifft eher nicht zu</i>	<i>Trifft eher zu</i>	<i>Trifft weitgehend zu</i>	<i>Trifft völlig zu</i>
1) Mein Arzt/meine Ärztin hat mir ausdrücklich mitgeteilt, dass eine Entscheidung getroffen werden muss.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Mein Arzt/meine Ärztin wollte genau von mir wissen, wie ich mich an der Entscheidung beteiligen möchte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Mein Arzt/meine Ärztin hat mir mitgeteilt, dass es bei meinen Beschwerden unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten gibt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Mein Arzt/mein Ärztin hat mir die Vor- und Nachteile der Behandlungsmöglichkeiten genau erläutert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Mein Arzt/meine Ärztin hat mitgeholfen, alle Informationen zu verstehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Mein Arzt/meine Ärztin hat mich gefragt, welche Behandlungsmöglichkeiten ich bevorzuge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Mein Arzt/meine Ärztin und ich haben die unterschiedlichen Behandlungsmöglichkeiten gründlich abgewogen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Mein Arzt/meine Ärztin und ich haben gemeinsam eine Behandlungsmöglichkeit ausgewählt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	<i>Trifft überhaupt nicht zu</i>	<i>Trifft weitgehend nicht zu</i>	<i>Trifft eher nicht zu</i>	<i>Trifft eher zu</i>	<i>Trifft weitgehend zu</i>	<i>Trifft völlig zu</i>
9) Mein Arzt/meine Ärztin und ich haben eine Vereinbarung für das weitere Vorgehen getroffen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10X) Es ist mir sehr wichtig, detailliert über meine Erkrankung und Behandlungsmöglichkeiten informiert zu sein.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11X) Ich fühle mich so gut über meine Erkrankung, die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten und Ihre Vor- und Nachteile informiert, dass ich für mich eine gute Entscheidung treffen kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12X) Hatten Sie das Gefühl, dass der Arzt Ihnen die Möglichkeit gegeben hat, sich selbst zu entscheiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Bei der nächsten Frage geht es um Ihre allgemeine Einstellung zu medizinischen Entscheidungen.**

**Ent) Wer soll bei Ihrer Erkrankung die medizinische Entscheidung treffen?**

- Nur ich selbst*
 *Hauptsächlich ich selbst*
 *Ich und mein Arzt*
 *Hauptsächlich mein Arzt*
 *Nur mein Arzt*

**P.A.INT.) Hier können Sie nun angeben, wie Sie Ihr Arztgespräch erlebt haben. Bitte kreuzen Sie an, inwieweit die jeweilige Aussage für Sie zutrifft.**

	Stimmt überhaupt nicht	Stimmt eher nicht	Unentschieden	Stimmt eher	Stimmt genau
<b>III.9.1) Wichtige Entscheidungen hat der Arzt/die Ärztin für mich getroffen.</b>	<input type="checkbox"/>				
<b>III.9.2) Wichtige Entscheidungen haben der Arzt/die Ärztin und ich gemeinsam getroffen.</b>	<input type="checkbox"/>				
<b>I.1.1) Ich fühlte mich vom Arzt/der Ärztin verstanden und ernst genommen.</b>	<input type="checkbox"/>				
<b>I.1.2) Der Arzt/die Ärztin konnte verstehen, was gefühlsmäßig in mir vorging.</b>	<input type="checkbox"/>				
<b>I.2.1) Der Arzt/die Ärztin war mir gegenüber ehrlich.</b>	<input type="checkbox"/>				
<b>I.2.2) Ich hatte das Gefühl, dass ich dem Arzt/der Ärztin auch sehr persönliche Probleme anvertrauen konnte.</b>	<input type="checkbox"/>				
<b>I.3.1) Ich fühlte mich vom Arzt/von der Ärztin nicht nur als Patient, sondern auch als Person angenommen.</b>	<input type="checkbox"/>				
<b>I.3.2) Der Arzt/die Ärztin war mit seiner/ihrer ganzen Aufmerksamkeit für mich da.</b>	<input type="checkbox"/>				

I.3.3) Ich fühlte mich beim Arzt/der Ärztin gut aufgehoben.	<input type="checkbox"/>				
I.3.4) Der Arzt/die Ärztin akzeptierte mich auch dann, wenn ich eine andere Meinung als er/sie hatte.	<input type="checkbox"/>				
II.5.1) Der Arzt/die Ärztin hat gewürdigt, dass ich mich bemühe, meine Gesundheit zu verbessern.	<input type="checkbox"/>				
II.5.2) Der Arzt/die Ärztin hat mich für meinen Umgang mit der Erkrankung gelobt.	<input type="checkbox"/>				
II.6.1) Der Arzt/die Ärztin hat mich verständlich über meine Erkrankung informiert.	<input type="checkbox"/>				
II.6.2) Der Arzt/die Ärztin besprach mit mir ausführlich <u>die Ziele</u> der Behandlung.	<input type="checkbox"/>				
II.6.3) Der Arzt/die Ärztin besprach mit mir ausführlich <u>den Ablauf d.</u> Behandlung.	<input type="checkbox"/>				
II.6.4X) Der Arzt/die Ärztin besprach mit mir ausführlich <u>die Risiken</u> der Behandlung.	<input type="checkbox"/>				
II.6.5X) Ich konnte die Informationen zu Zielen, Ablauf und Risiken der Behandlung gut verstehen.	<input type="checkbox"/>				
II.6.6X) Ich habe die genauen Informationen über die Behandlung schon wieder vergessen.	<input type="checkbox"/>				

III.8.1) Der Arzt/die Ärztin hat mit mir über die Auswirkungen der Erkrankung auf meinen Alltag gesprochen.	<input type="checkbox"/>				
III.10.1) Der Arzt/die Ärztin gab mir die Gelegenheit, alle meine Anliegen anzusprechen.	<input type="checkbox"/>				
III.10.2) Der Arzt/die Ärztin hat <u>den Ablauf</u> des Gesprächs bestimmt.	<input type="checkbox"/>				
III.10.3) Der Arzt/die Ärztin hat <u>die Inhalte</u> des Gesprächs bestimmt.	<input type="checkbox"/>				
IV.12.1) Ich fühlte mich im Gespräch mit dem Arzt/der Ärztin wohl und entspannt.	<input type="checkbox"/>				
IV.12.2) Ich hatte den Eindruck, der Arzt/die Ärztin fühlte sich im Gespräch mit mir wohl und entspannt.	<input type="checkbox"/>				
IV.11.1) Bei diesem Gespräch stand der Arzt/die Ärztin unter Zeitdruck.	<input type="checkbox"/>				
IV.11.2) Bei diesem Gespräch wurden wir unterbrochen (z.B. durch Telefon).	<input type="checkbox"/>				
IV.11.3) Vor dem Gespräch musste ich länger warten.	<input type="checkbox"/>				
I.4.1) Ich fand es schwierig mit dem Arzt/der Ärztin gefühlsmäßig in Kontakt zu kommen.	<input type="checkbox"/>				
I.4.2) Es war <u>nicht</u> einfach, mit dem Arzt/der Ärztin Themen	<input type="checkbox"/>				

zu besprechen, die mir wichtig waren.					
V.14.1) Ich bin mit dem <u>Ergebnis</u> dieses Gespräches zufrieden.	<input type="checkbox"/>				
V.14.2) Ich bin mit dem <u>Verlauf</u> dieses Gespräches zufrieden.	<input type="checkbox"/>				
III.7.1) Der Arzt/die Ärztin hat mich nach meiner Sicht der Probleme gefragt.	<input type="checkbox"/>				
III.7.2) Der Arzt/die Ärztin hat mich nach meinen Wünschen die Behandlung betreffend gefragt.	<input type="checkbox"/>				
III.7.3) Der Arzt/die Ärztin und ich waren uns über die Ziele der Behandlung einig.	<input type="checkbox"/>				
III.7.4) Wir haben darüber gesprochen, wie die Ergebnisse der Behandlung konkret aussehen sollen.	<input type="checkbox"/>				
III.7.5) Der Arzt/die Ärztin hatte andere Ziele als ich.	<input type="checkbox"/>				

***Vielen Dank für das Ausfüllen des Fragebogens. Die Ergebnisse der Umfrage werden in das rztetraining einfließen!***

**Werfen Sie Ihren Fragebogen** bitte in den **Briefkasten** mit der Aufschrift „Patientenfragebogen“ im Wartebereich 1! Dieser Briefkasten wird später vom Forschungsteam geleert. Patienten, die in den Räumen der Direktion behandelt werden geben den Fragebogen bitte dort an Frau Rüger ab.

**Alternativ können Sie den Fragebogen auch mit nach Hause nehmen** und uns **per Post** verschicken. Falls Sie vergessen haben, den Fragebogen zu schicken, würden wir Sie **telefonisch daran erinnern**, da es sehr wichtig ist, repräsentative Daten zu haben, d.h. es sollte möglichst wenig Fragebögen geben, die nicht zururckkommen.

**Ganz herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!**

Ihr Forschungsteam

Dipl. Psych. Susanne Gesell (Projektleitung)

Maria Durand und Barbara Winkler (medizinische Doktorandinnen)

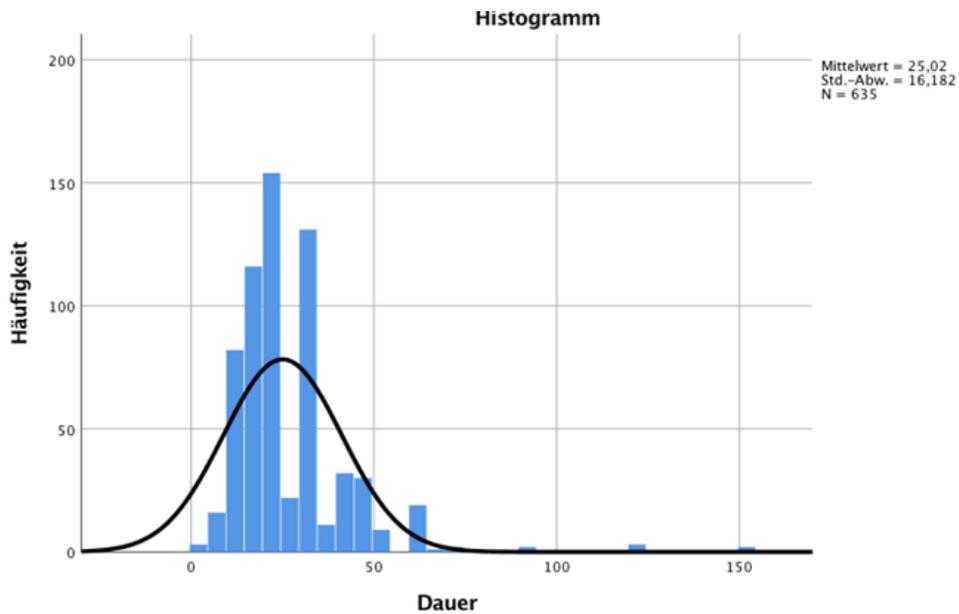
## 8.2 Auswertung der Fragebögen

### 8.2.1 Dauer des Gespräches

Tabelle 8-1 Dauer des Arztgespräches

	Häufigkeit	Prozent
≤ 5 min	15	2,4
6 – 10 min	82	12,9
11 – 15 min	118	18,6
16 – 20 min	155	24,4
21 – 30 min	153	24,1
31 – 45 min	74	11,7
46 – 60 min	28	4,4
61 – 90 min	5	0,8
> 90 min	5	0,8
<b>Gesamt</b>	<b>635</b>	<b>100</b>
<b>Mittelwert</b>	<b>25,02 min</b>	
<b>Std-Abweichung</b>	<b>16,18 min</b>	
<b>Median</b>	<b>20,00 min</b>	
<b>Interquartilrang</b>		
<b>Minimum</b>	<b>2 min</b>	
<b>Maximum</b>	<b>150 min</b>	

Abbildung 8.1 Dauer des Arztgespräches - Histogramm



## 8.2.2 HADS-D

Mittelwerte HADS nach Altersgruppen und Geschlecht

**Tabelle 8-2 Mittelwerte HADS nach Altersgruppen und Geschlecht**

	18-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71+	gesamt
<b>Männlich</b>							
<b>N</b>	41	23	45	56	51	71	287
<b>Angst</b>	5,41	6,57	5,60	5,98	6,22	6,01	5,92
<b>Depression</b>	3,54	4,52	4,98	5,64	5,90	6,83	5,48
<b>Weiblich</b>							
<b>N</b>	53	33	67	53	65	76	347
<b>Angst</b>	6,28	7,06	7,19	7,62	5,72	6,33	6,64
<b>Depression</b>	3,66	5,39	5,36	6,34	5,02	6,42	5,42
<b>Total</b>							
<b>N</b>	94	56	112	109	116	147	634
<b>Angst</b>	5,90	6,86	6,55	6,78	5,94	6,18	6,32 ± 3,9
<b>Depression</b>	3,61	5,04	5,21	5,98	5,41	6,62	5,45 ± 3,8

**Tabelle 8-3 Analyse Frauen 61-70 im Vergleich zu anderen Altersgruppen**

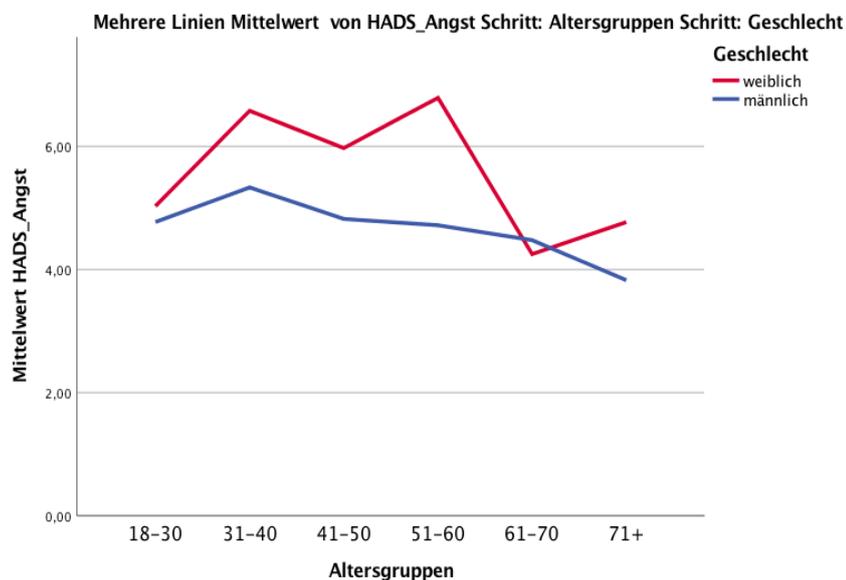
		Frauen 61-70 Jahre	Frauen andere Altersgrup pen	HADS Mittelwerte Angst/Depres sion 61-70 Jahre	HADS Mittelwerte Angst/Depres sion Andere Altersstufen
<b>N =</b>		65	282	A: 5,72 ±3,2 / D: 5,02 ±3,0	A: 6,86 ±3,9 D: 5,51 ±3,9
<b>Chronifizie rung</b>	Akut	33 (50,8)	125 (44,3)	A: 5,94 ±3,4 D: 5,12 ±2,9	A: 6,38 ±3,4 D: 5,00 ±3,8
	Chronisch	26 (40)	124 (44,0)	A: 5,12 ±2,9 D: 4,15 ±2,6	A: 6,81 ±3,9 D: 5,35 ±3,6
	Akut und Chronisch	6 (9,2)	33 (11,7)	A: 7,17 ±4,0 D: 8,17 ±3,2	A: 8,82 ±4,9 D: 8,06 ±4,8
<b>Lebensbed rohlich</b>	ja	2 (3,1)	9 (3,2)	A: 6,00 ±1,4 D: 9,00 ±1,4	A: 10,11 ±3,4 D: 7,78 ±4,4
	nein	63 (96,9)	273 (96,8)	A: 5,71 ±3,3 D: 4,89 ±2,9	A: 6,75 ±3,9 D: 5,44 ±3,9
<b>Erkrankun g</b>	Wirbelsäule	8 (12,3)	31 (11,0)	A: 6,38 ±1,9 D: 4,38 ±3,6	A: 6,94 ±4,0 D: 4,77 ±3,7
	Schmerzen in einer oder mehreren Körperregionen, unbekannte Diagnose	1 (1,5)	6 (2,1)	A: 10,00 D: 5,00	A: 5,00 ±2,8 D: 4,67 ±3,6
	Tumor (maligne, semimaligne)	1 (1,5)	19 (6,7)	A: 7,00 D: 10,00	A: 7,79 ±3,7 D: 4,32 ±3,8
	Traumafolge (Knochenfraktur, Luxation, Meniskusriss, Bänderriss, Muskelfaserriss...)	5 (7,7)	32 (11,3)	A: 4,80 ±4,0 D: 4,80 ±1,9	A: 6,97 ±4,2 D: 5,50 ±4,7
	Akute Entzündungen (Sehne, Sehnenscheide, Schleimbeutel...)	1 (1,5)	11 (3,9)	A: 5,00 D: 6,00	A: 7,45 ±5,7 D: 6,73 ±4,7
	Arthrose, 1 Gelenk	24 (36,9)	82 (29,1)	A: 5,25 ±3,7 D: 4,29 ±2,5	A: 6,95 ±3,7 D: 5,16 ±3,4
	Arthrose, 2+ Gelenke	10 (15,4)	31 (11,0)	A: 6,30 ± 3,2 D: 5,70 ±3,6	A: 6,84 ±3,3 D: 6,10 ±3,5
	Rheumatoide Arthritis	1 (1,5)	4 (1,4)	A: 5,00 D: 6,00	A: 7,75 ±2,8 D: 4,50 ±2,4
	Osteoporose	3 (4,6)	5 (1,8)	A: 6,33 ±2,9 D: 6,33 ±3,8	A: 5,60 ±2,5 D: 6,20 ±3,3
	Knochennekrose	-	3 (1,1)	-	A: 10,00 ±5,3 D: 7,33 ±7,6
	Schäden als Folge einer OP(- Komplikation)	-	8 (2,8)	-	A: 10,25 ±3,5 D: 8,88 ±5,2
	Sonstiges	1 (1,5)	20 (7,1)	-	A: 4,75 ±3,1 D: 4,60 ±3,8
	Mehrfachnennungen	10 (15,4)	29 (10,3)	A: 6,20 ±3,4 D: 6,10 ±3,1	A: 5,93 ±4,0 D: 6,59 ±4,2

HADS-Mittelwerte für Patienten aus unserer Studie mit gutem bis ausgezeichnetem Gesundheitszustand

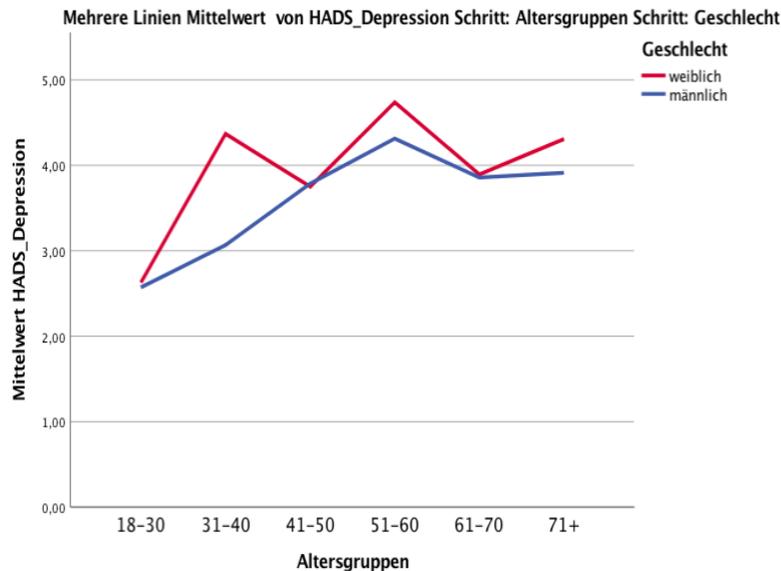
**Tabelle 8-4 Mittelwerte HADS nach Altersgruppen für Patienten mit gutem bis ausgezeichnetem Gesundheitszustand**

	Altersgruppen					
	18-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71+
<b>HADS Depression</b>	2,60	3,79	3,77	4,47	3,88	4,12
<b>HADS Angst</b>	4,90	6,03	5,47	5,49	4,35	4,33

**Abbildung 8.2 Liniendiagramm HADS-Angst für Patienten mit gutem bis ausgezeichnetem Gesundheitszustand**



**Abbildung 8.3 Liniendiagramm HADS-Depression für Patienten mit gutem bis ausgezeichnetem Gesundheitszustand**



### 8.2.3 P.A.INT

#### Items und Zuordnung zu den Dimensionen

Der verwendete Fragebogen P.A.INT. beinhaltet folgende Fragen, die auf einer Skala von *stimmt überhaupt nicht (=1)*, *Stimmt eher nicht (=2)*, *Unentschieden (=3)*, *Stimmt eher (=4)* bis *Stimmt genau (=5)* durch ankreuzen beantwortet werden können.

#### Erste Dimension:

- I.1.1) Ich fühlte mich vom Arzt/der Ärztin verstanden und ernst genommen.
- I.1.2) Der Arzt/ die Ärztin konnte verstehen, was gefühlsmäßig in mir vorging.
- I.2.1) Der Arzt/ die Ärztin war mir gegenüber ehrlich.
- I.2.2) Ich hatte das Gefühl, dass ich dem Arzt/der Ärztin auch sehr persönliche Probleme anvertrauen konnte.
- I.3.1) ich fühlte mich vom Arzt/ von der Ärztin nicht nur als Patient sondern auch als Person angenommen.
- I.3.2) Der Arzt/ die Ärztin war mit seiner/ ihrer ganzen Aufmerksamkeit für mich da.
- I.3.3) Ich fühlte mich beim Arzt/ der Ärztin gut aufgehoben.
- I.3.4) Der Arzt/ die Ärztin akzeptierte mich auch dann, wenn ich eine andere Meinung als er/sie hatte.
- I.4.1) Ich fand es schwierig mit dem Arzt/der Ärztin gefühlsmäßig in Kontakt zu kommen.
- I.4.2) Es war nicht einfach, mit dem Arzt/ der Ärztin Themen zu besprechen, die mir wichtig waren.

#### Zweite Dimension:

- II.5.1) Der Arzt/ die Ärztin hat gewürdigt, dass ich mich bemühe, meine Gesundheit zu verbessern.
- II.5.2) Der Arzt/ die Ärztin hat mich für meinen Umgang mit der Erkrankung gelobt.
- II.6.1) Der Arzt/ die Ärztin hat mich verständlich über meine Erkrankung informiert.
- II.6.2) Der Arzt/ die Ärztin besprach mit mir ausführlich die Ziele der Behandlung.
- II.6.3) Der Arzt/ die Ärztin besprach mit mir ausführlich den Ablauf der Behandlung.

#### Dritte Dimension:

- III.7.1.) Der Arzt/ die Ärztin hat mich nach meiner Sicht der Probleme gefragt.
- III.7.2) Der Arzt/ die Ärztin hat mich nach meinen Wünschen die Behandlung betreffend gefragt.
- III.7.3) Der Arzt/ die Ärztin und ich waren uns über die Ziele der Behandlung einig.
- III.7.4) Wir haben darüber gesprochen, wie die Ergebnisse der Behandlung konkret aussehen sollen.
- III.7.5) Der Arzt/ die Ärztin hatte andere Ziele als ich.
- III.8.1) Der Arzt/ die Ärztin hat mit mir über die Auswirkungen der Erkrankung auf meinen Alltag gesprochen.
- III.9.1) *Wichtige Entscheidungen hat der Arzt/die Ärztin für mich getroffen.*
- III.9.2) *Wichtige Entscheidungen haben der Arzt/ die Ärztin und ich gemeinsam getroffen.*
- III.10.1) Der Arzt/ die Ärztin gab mir die Gelegenheit, alle meine Anliegen anzusprechen.
- III.10.2) Der Arzt/ die Ärztin hat den Ablauf des Gesprächs bestimmt.
- III.10.3) Der Arzt/ die Ärztin hat die Inhalte des Gesprächs bestimmt.

#### Vierte Dimension:

- IV.11.1) Bei diesem Gespräch stand der Arzt/ die Ärztin unter Zeitdruck.
- IV.11.2) Bei diesem Gespräch wurden wir unterbrochen (z.B. durch Telefon).
- IV.11.3) Vor dem Gespräch musste ich länger warten.
- IV.12.1) Ich fühlte mich im Gespräch mit dem Arzt / der Ärztin wohl und entspannt.
- IV.12.2) Ich hatte den Eindruck, der Arzt/ die Ärztin fühlte sich im Gespräch mit mir wohl und entspannt.

#### Fünfte Dimension:

- V.14.1) Ich bin mit dem Ergebnis dieses Gespräches zufrieden.
- V.14.2) Ich bin mit dem Verlauf dieses Gespräches zufrieden.

#### Skalen des P.A.INT-GBB und die Zuordnung zu den Qualitäts-Dimensionen

- I. Affektive Dimension
  - 1. Empathie
  - 2. Offenheit & Vertrauen
  - 3. Wertschätzung & Sympathie
  - 4. Barrieren im Kontakt
- II. Strukturelle oder instrumentelle Dimension
  - 5. Lob & Ermutigung (Verstärkung)
  - 6. Information
- III. Beteiligung und Einbindung des Patienten
  - 7. Kommunikation über Ziele
  - 8. Alltagsbezug (nur 1 Item)
  - 9. Gemeinsame Entscheidungsfindung (Einzelitems, kein Summenwert)
  - 10. Beteiligung am Gespräch
- IV. Randbedingungen
  - 11. Störfaktoren
  - 12. Anspannung
  - 13. Motivation des Patienten (nicht in der Kurzform)
- V. Ergebnisse
  - 14. Zufriedenheit

**Tabelle 8-5 P.A.INT-Mittelwerte nach Patientencharakteristika**

		P.A.INT.I	P.A.INT.I	P.A.INT.I	P.A.INT.I	P.A.INT.
			I	II	V	V
		Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert	Mittelwert
<b>Geschlecht</b>	weiblich	3,98	3,49	3,20	3,32	4,04
	männlich	4,10	3,66	3,36	3,49	4,15
<b>Altersgruppen</b>	18-30	3,99	3,58	3,39	3,31	4,03
	31-40	3,67	3,40	3,09	3,05	3,77
	41-50	3,94	3,54	3,28	3,35	4,08
	51-60	4,05	3,51	3,30	3,44	4,14
	61-70	4,12	3,64	3,37	3,48	4,21
	71+	4,19	3,61	3,15	3,51	4,13
<b>Zustand</b>	Ausgezeichnet	4,19	4,03	3,59	3,48	4,33
	Sehr gut	4,14	3,69	3,49	3,48	4,25
	Gut	4,08	3,61	3,31	3,43	4,20
	Weniger gut	3,97	3,46	3,18	3,36	3,99
	Schlecht	4,01	3,58	3,20	3,31	3,86
<b>Lebensbedrohlich</b>	Ja	3,87	3,33	2,88	3,08	3,83
	Nein	4,04	3,58	3,29	3,41	4,10
<b>Erkrankung</b>	Wirbelsäule	4,11	3,62	3,38	3,40	4,03
	Tumor	3,96	3,51	3,26	3,26	4,05
	Akut (Trauma, Entzündung)	3,91	3,59	3,39	3,28	4,11
	Arthrose	4,10	3,55	3,25	3,48	4,15
	Sonstiges	4,03	3,63	3,24	3,40	4,02
	Mehrfachnennung	3,97	3,53	3,20	3,36	4,06
<b>Chronifizierung</b>	Chronisch	4,15	3,63	3,36	3,49	4,14
	Akut	3,93	3,55	3,23	3,33	4,05
	Akut und Chronisch	4,04	3,39	3,12	3,34	4,04
<b>Angst</b>	unauffällig	4,14	3,67	3,40	3,53	4,24
	grenzwertig	3,96	3,50	3,14	3,25	3,97
	auffällig	3,69	3,21	2,91	3,02	3,62
<b>Depression</b>	unauffällig	4,09	3,62	3,36	3,46	4,18
	grenzwertig	3,99	3,49	3,02	3,30	3,92
	auffällig	3,74	3,29	3,02	3,10	3,72



## 8.3 Unbedenklichkeitsbescheinigung der Ethikkommission

	LUDWIG- MAXIMILIANS- UNIVERSITÄT MÜNCHEN	ETHIKKOMMISSION BEI DER LMU MÜNCHEN	
---	---	-------------------------------------	---

Ethikkommission · Pettenkoferstr. 8 · 80336 München

Frau  
Dipl- Psych. I. S. Gesell  
Physikalische Medizin  
Klinikum Großhadern  
81377 München

Vorsitzender:  
Prof. Dr. W. Eisenmenger  
Telefon+49 (0)89 5160 - 5191  
Telefax+49 (0)89 5160 - 5192  
Ethikkommission@  
med.uni-muenchen.de

[www.ethikkommission.med.uni-muenchen.de](http://www.ethikkommission.med.uni-muenchen.de)

Postanschrift:  
Pettenkoferstr. 8a  
D-80336 München

Hausanschrift:  
Pettenkoferstr. 8  
D-80336 München  
München, 06.12.2012 EM /sc

<b>Titel:</b>	<b>Patient als Partner bei stationären Operationen - ein Trainingsprogramm für Ärzte</b>
<b>Antragsteller:</b>	<b>Dipl- Psych. I. S. Gesell</b>
<b>Projekt- Nr.</b>	<b>526-12</b>

Sehr geehrte Frau Gesell,

die o. g. Studie hat den Mitgliedern der Ethikkommission (EK) der Medizinischen Fakultät unserer Universität zur Prüfung vorgelegen.

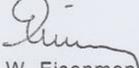
Es wurden keine ethisch- rechtlichen Bedenken gegen die Durchführung der Studie erhoben. Dennoch bittet die EK, folgende Hinweise /Empfehlungen in der Probandeninformation zu beachten:

- Die Kontaktdaten des Prüfarztes sollten unterhalb des Briefkopfes (und nicht erst auf S. 4) angegeben werden.
- Der Versicherungspassus auf S. 4 ist irreführend. Welcher Versicherungsfall sollte hier vorliegen? Dieser Passus ist insgesamt zu streichen!
- Werden die Ärzte nach Studienabschluss über die Ergebnisse informiert?
- Auf den Fragebögen fehlt die Klinikadresse!

Vorsorglich möchte ich darauf hinweisen, dass auch bei einer positiven Beurteilung des Vorhabens durch die EK die ärztliche und juristische Verantwortung für die Durchführung des Projektes uneingeschränkt bei Ihnen und Ihren Mitarbeitern verbleibt. Änderungen des Studienprotokolls sind der EK mitzuteilen.

Für Ihre Studie wünsche ich Ihnen viel Erfolg.

Mit freundlichen Grüßen

  
Prof. Dr. W. Eisenmenger  
Vorsitzender der Ethikkommission

Mitglieder der Kommission:  
Prof. Dr. W. Eisenmenger (Vorsitzender), Prof. Dr. E. Held (stellv. Vorsitzender), Prof. Dr. G. Paumgartner (stellv. Vorsitzender), PD Dr. Th. Beinert, Prof. Dr. H. U. Gallwas, Prof. Dr. D. Kunze, Dr. V. Mönch, Prof. Dr. H. H. Müller, Prof. Dr. R. Penning, Prof. Dr. K. Hahn, Prof. Dr. K. Pfeifer, Dr. Ch. Zach

## 9 DANKSAGUNG

Allen voran möchte ich Herrn Prof. Dr. med. Dipl.-Ing. Volkmar Jansson, Direktor der Orthopädischen Klinik und Poliklinik an der LMU München, für die Überlassung des Themas und die Betreuung dieser Arbeit aufrichtig danken.

Herr Prof. Birkenmaier danke ich herzlich für die Mitbetreuung dieser Arbeit, die achtsame Korrektur des Textes sowie die Unterstützung bei vielen organisatorischen Anliegen.

Einen besonderen Dank möchte ich an Frau Dipl. Psych. Susanne Gesell für die kreative Erstellung des Forschungsprojektes und die engagierte Leitung des Studienteams richten. Immer ermutigend, sowie stets offen für Fragen und Anliegen, trug sie mit ihrem Enthusiasmus maßgeblich zur Entstehung dieser Arbeit bei.

Herrn Prof. Mansmann möchte ich für die Unterstützung bei der Erstellung der statistischen Fallzahlschätzung danken.

Auch Frau Dr. rer. biol. hum. Petra Bäumler soll nicht unerwähnt bleiben, ihr möchte ich für die Hilfestellung bei der statistischen Auswertung der Daten und die wertvollen Ratschläge zum wissenschaftlichen Arbeiten herzlich danken.

Mein Dank gilt auch der unabhängigen Patientenberatung „Gesundheitsladen e.V.“ in München für die wertvolle Unterstützung bei der Überarbeitung der Fragebogenpakete, sowie der „qualitativen Werkstatt“ für die ebenso wertvolle Unterstützung bei der Überprüfung und Revision des Interviewleitfadens.

Herzlichen Dank auch an Angelika Seifert und Prof. Johannes Schmid-Burgk, die sich mit professioneller Sorgfalt dem ersten Korrekturlesen der Arbeit widmeten.

Nicht zuletzt richte ich einen großen Dank an meine Familie, besonders an meine Eltern Maura Perasso und Oreste Durand: Eure tatkräftige Unterstützung zu jeder Zeit und unter allen Umständen ist alles andere als selbstverständlich. Ohne das Engagement von „Nonna“ Maura wäre diese Arbeit wahrscheinlich nie fertig geworden. Danke an dieser Stelle auch an meine Tochter Lilian, die immer wieder Geduld und Verständnis dafür aufbringen musste, dass Mama nicht frei hatte, auch wenn sie zu Hause war. Danke auch an meine Schwiegermutter Benita Struß und meinen Mann Olaf Struß, die an vielen Wochenenden für schmackhafte Verpflegung und gute Laune sorgten.

## 10 AFFIDAVIT

	LUDWIG- MAXIMILIANS- UNIVERSITÄT MÜNCHEN	Promotionsbüro Medizinische Fakultät		
<b>Eidesstattliche Versicherung</b>				

Durand, Maria Giovanna Chiara

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Titel:

*Psychische Belastungen in der Orthopädie: Sichtweisen von Orthopäden, Belastung ihrer Patienten und Besonderheiten der Arzt-Patienten-Interaktion*

selbständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorgelegte Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

Ebenhausen, 02.02.2023

Ort, Datum

Maria Durand

Unterschrift Doktorandin bzw. Doktorand