

S. Wilm<sup>1</sup>  
A. Knauf<sup>1</sup>  
T. Peters<sup>1</sup>  
O. Bahrs<sup>2</sup>

## Wann unterbricht der Hausarzt seine Patienten zu Beginn der Konsultation?

*At Which Point Does the General Practitioner Interrupt his Patients at the Beginning of a Consultation?*

### Zusammenfassung

**Fragestellung:** Dass der Patient zu Beginn einer Konsultation ausreden kann, ohne gleich vom Arzt unterbrochen zu werden, ist ein wichtiges Element patientenzentrierter Allgemeinmedizin. Wie lange lassen Hausärzte ihre Patienten zu Beginn einer Konsultation ununterbrochen sprechen? Hat die Länge der Eingangssequenz Auswirkungen auf die Dauer der gesamten Konsultation?

**Methodik:** Quantitative und qualitative Sekundäranalyse von 137 Konsultationen bei 52 Allgemeinärzten anhand von Mini-Disc- oder Videoaufzeichnungen.

**Ergebnisse:** Je nach Projektzusammenhang des Materials dauert die Eingangsredezeit des Patienten im Mittel 11 bis 24 Sekunden, die gesamte Konsultation knapp 6 bis 11½ Minuten. Eine ausführlichere ununterbrochene Eingangssequenz des Patienten verlängert nicht die Konsultation. Die Unterschiede zwischen den Hausärzten sind groß; hingegen scheinen die Ärzte individuell einen Stil zu bevorzugen, also eher früh oder eher spät zu unterbrechen. Die Unterbrechungen erfolgen meist, um Details der symptombezogenen Anamnese – zeitlicher Beginn und Verlauf, Begleitsymptome – zu ergänzen oder zu vertiefen.

**Diskussion:** Der Zusammenhang von Konsultationsdauer, Patientenzufriedenheit und Qualität hausärztlicher Arbeit ist wichtig. Zu Beginn einer Konsultation ausreden zu können, dürfte zur Zufriedenheit beitragen. Eine längere Konsultationszeit ist dabei nicht zu erwarten.

### Schlüsselwörter

Kommunikation · Konsultationsdauer · Allgemeinmedizin · Arzt-Patient-Beziehung · Deutschland

### Abstract

**Aim:** Uninterrupted listening to patients at the beginning of a consultation is seen as a pivotal part of patient-centered general practice. How long is the initial uninterrupted sequence of patients' talk? Does this duration correlate with the length of the consultation?

**Method:** Secondary quantitative and qualitative analysis of mini-disc or video recordings of 137 consultations involving 52 general practitioners (GPs).

**Results:** Timing for the initial uninterrupted sequence shows a mean duration of 11 to 24 seconds, for the complete consultation 6 to 11½ minutes, depending on the project the material came from. A longer uninterrupted initial sequence of patient's talk does not prolong the consultation. There is a broad variability between GPs, while the individual GP shows a more constant pattern. The interruptions aim at adding details to or deepening details of the symptom oriented history taking, like beginning and process or accompanying symptoms.

**Discussion:** There is a complex relation between consultation length, patient satisfaction and quality of GPs' performance. To finish the initial sequence without being interrupted might enhance patient satisfaction. A longer consultation length will not result.

### Key words

Communication · consultation length · family practice · doctor-patient relation · Germany

### Institutsangaben

<sup>1</sup> Abteilung für Allgemeinmedizin, Universität Düsseldorf

<sup>2</sup> Abteilung Medizinische Psychologie, Universität Göttingen

### Korrespondenzadresse

Dr. med. Stefan Wilm · Abteilung für Allgemeinmedizin · Universitätsklinikum · Postfach 10 10 07 · 40001 Düsseldorf · E-mail: wilm@med.uni-duesseldorf

### Bibliografie

Z Allg Med 2004; 80: 53–57 © Georg Thieme Verlag Stuttgart · New York · ISSN 0014-336251 · DOI 10.1055/s-2004-44933

## Einleitung

Wolfgang Stunder wirft in diesem Heft der ZFA die Frage auf, wie lange Patienten am Anfang eines Hausarztbesuches sprechen, bis sie durch eine Redepause oder andere Zeichen dem Hausarzt die Gesprächsfortsetzung überlassen. Im hausärztlichen Alltag warten wir oft nicht so lange, sondern unterbrechen die Eingangssequenz des Patienten etwa durch Nachfragen; dahinter steckt möglicherweise unsere Angst, den Praxisablauf nicht mehr steuern zu können, wenn die Patienten zu lange ‚klagen‘.

Angeregt durch Stunders Praxisstudie stellten wir uns die Fragen, – wie lange Hausärzte ihre Patienten zu Beginn der Konsultation ununterbrochen sprechen lassen, und – ob die Länge der Eingangssequenz Auswirkung auf die Dauer der gesamten Konsultation hat.

Aus dem deutschsprachigen Raum sind uns dazu keine Untersuchungen bekannt.

## Methodik

Zur Bearbeitung der Fragestellungen wurde auf Material zurückgegriffen, dass aus qualitativen Forschungsprojekten stammt. Die Patient-Arzt-Begegnungen waren unter verschiedenen Studienzielen bei 52 Allgemeinärzten auf MiniDisc oder Video aufgezeichnet worden und wurden nun sekundär ausgewertet. Es handelte sich um:

- Konsultationen von 43 Patienten mit akutem Husten bei 8 nordrheinischen Allgemeinärzten (Lehrärzte; Stadt/Land) im Jahr 2002; die Patienten kamen erstmals wegen dieser Hustenepisode, waren aber dem Arzt schon länger bekannt; die MiniDisc-Aufzeichnung war Arzt und Patient bekannt; es erfolgte eine willkürliche Auswahl der aufzuzeichnenden Konsultationen durch den Arzt [19]
- 57 Konsultationen von 6 standardisierten Patientinnen (Alter Anfang bis Mitte 20) mit akuten Kopfschmerzen bei 32 nordrheinischen Hausärzten (nur Männer; Groß- und Mittelstadt) im Jahr 2002; alles Erstgespräche; hier erfolgte die MiniDisc-Aufzeichnung verdeckt, dazu war aber vom Arzt einige Wochen zuvor eingewilligt worden [19]
- Konsultationen von 37 Patienten mit verschiedenen Beratungsanlässen bei 12 niedersächsischen Hausärzten (Stadt/Land) aus den Jahren 1987–1993; alles Erstgespräche; die Videoaufzeichnung war Arzt und Patient bekannt; es erfolgte eine willkürliche Auswahl der aufzuzeichnenden Konsultationen durch den Arzt; aus den beiden einbezogenen Projekten wurden aus einem Sample von insgesamt 630 Gesprächen alle Erstgespräche zur Sekundäranalyse entnommen [2, 11].

Insgesamt wurden 137 Konsultationen ausgewertet.

Bei allen beteiligten Patienten und Ärzten liegt das Einverständnis zu Aufzeichnung und Auswertung vor. Die einbezogenen Hausärzte decken das Spektrum von sehr kurzer bis langer Niederlassungszeit, Einzel- und Gemeinschaftspraxen, (groß-)städtische und ländliche Region, niedrige bis hohe Scheinzahl pro Quartal breit ab; allerdings sind männliche Hausärzte überrepräsentiert in allen drei Projekten. Bei den Patienten sind Männer

und Frauen in zwei Projekten gleichverteilt; im Kopfschmerzprojekt liegen durch den Einsatz von standardisierten Patientinnen nur Konsultationen mit Frauen vor.

Die quantitative Auswertung erfolgte durch je einen Bearbeiter pro Projekt (A.K.; T.P.; O.B.) direkt anhand der Ton-/Bildaufzeichnungen. Die Eingangsredezeit der Patienten war definiert als die Zeit in Sekunden zwischen der ersten Redeaufforderung durch den Hausarzt – sei diese nun explizit oder nicht – und der ersten Unterbrechung durch den Arzt. Rückmeldungen wie „Mhm“, „Ja“ etc. galten nicht als Unterbrechung. Die Datenverarbeitung erfolgte mit dem Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 11.0.1.

Die qualitative Analyse wurde von einem Untersucher (S.W.) anhand der Transkripte durchgeführt; die entsprechenden Textstellen wurden mit Unterstützung durch das Textanalyseprogramm winMAX im Kontext erfasst.

## Ergebnisse

### Konsultationen wegen akuten Hustens

Bei den 43 Patienten, die wegen akuten Hustens ihren Hausarzt aufsuchten, erfolgte die erste Unterbrechung nach 20 Sekunden (Standardabweichung [s]: 16 Sek.; Spannbreite 3 bis 61 Sek.). Die Konsultationen dauerten insgesamt im Mittel 343 Sekunden entsprechend 5 Minuten 43 Sekunden ([s]: 136 Sek.; Spannbreite 160 bis 658 Sekunden).

Die 16 Konsultationen mit einer Eingangsredezeit des Patienten von weniger als 10 Sekunden dauerten im Mittel 357 Sekunden; die 12 Konsultationen, in denen der Patient mehr als 30 Sekunden ununterbrochen sprechen konnte, dauerten im Durchschnitt 362 Sekunden.

Zu Alter und Geschlecht der Patienten liegen aus dem Hustenprojekt keine Angaben vor.

Die Redeaufforderungen waren überwiegend kurz und werden vermutlich im Alltag des individuellen Arztes oft wiederholt: „Wo fehlt's?“ „Was kann ich für Sie tun?“ „Was gibt's denn?“ „Was haben Sie?“ „Erzählen Sie!“

Seltener wurde auch unmittelbar auf das präsentierte Symptom eingegangen:

Arzt (A): *Herzlich willkommen.*

Patient (P): *(hustet stark)*

A: *Lassen Sie mich mal raten. (lacht) (K190)*

P: *(hustet stark)*

A: *Ja, das klingt ja toll. Wie lang haben Sie es denn schon? (K218)*

Die Hausärzte unterbrachen die Eingangssequenz der Patienten fast ausschließlich, um nach dem zeitlichen Beginn der Erkrankung, nach Fieber, Auswurf oder anderen Begleitsymptomen zu fragen. Dabei ging es meist darum, den Bericht des Patienten um diesen bislang nicht erwähnten Aspekt zu ergänzen.

Frühe Unterbrechungen sollten offensichtlich die Gesamtkonsultationszeit abkürzen, was gelegentlich zu einem ‚Kampf‘ mit

dem Patienten führte:

P: Fieber, Halsschmerzen und Husten und am schlimmsten ist die Übelkeit.

A: Seit wann bist du krank?

P: Seit Samstag.

A: Wie viel Fieber haste?

Begleitperson: 35.

A: 39. (Patient hustet) Ja. ...Geh rüber. Nebenan rein. Machst den Oberkörper bitte frei, ich komm. (K023)

P: ...mich hat's, mich hat ne Erkältung erwischt seit vorgestern. Das fing gestern schon an bei der Arbeit und heute wollt ich noch mal eigentlich zur Kontrolle hin. Ich habe auch leichten Husten, Schnupfen geht schon zurück.

A: Ja.

P: Ich hab schon ähm, ähm Sinupret hab ich genommen seit zwei Tagen von meiner Mutter und die ### Pastillen jeweils.

A: Ja. Vom Gefühl her wird's schon besser und ...

P (unterbricht): ...schon besser und auch ähm, weil ich Freitag noch nicht zur Arbeit gehen wollte und ...

A (unterbricht): ...natürlich, alles klar. Gucken wir in?

P: „Ah.“ (K425)

Der ‚Kampf‘ um die Dominanz im Gespräch ließ Patient und Hausarzt teilweise aneinander vorbei sprechen:

P: Also, ich bin heute hier, weil... ähm... ähm, das hat am Donnerstag vorige Woche angefangen, und da war ich aber nun in Hamburg und mein Mann ist am Freitag hinzu gekommen. Und dann ging es eigentlich einigermaßen... immer Kopfschmerzen, und der Schnupfen will nicht so richtig raus. Und... ähm... Halskratzen und Husten und... also, heut nacht war es also der Höhepunkt. Ich hatte heute also Fieber... ich hab auch nicht gemessen, weil... äh...

A: ...das merkt man so.

P: Mein Mann hatte auch Fieber...

A: (unterbricht) ...Sie haben auch ein rotes Auge.

P: ...wir hatten beide etwas vorgejammert...(bemerkt die Unterbrechung etwas später)...Bitte?

A: Sie haben auch ein rotes Auge. (K154)

A: So, dann erzählen Sie mal. Sie sind erkältet?

P: Ja, vor allem der Husten ist dann so stark...

A: Seit wann haben Sie es?

P: Ich hab es schon selbst mit ACC probiert, also so seit vierzehn Tagen.

A: Dicker geworden sind Sie nicht gerade.

P: Nein, krieg auch Brechreiz deswegen, krieg nicht viel runter.

A: Vierzehn Tage haben Sie es schon?

P: Ja. (K419)

Eine eher abwartende Haltung des Arztes in der Eingangssequenz erbrachte mehr anamnestische Informationen:

P: Ja, ich bin so schlimm erkältet seit gestern und ähm Kopfschmerzen und ähm, wenn ich jetzt huste, dann hab ich das hier ... tut das so weh.

A: Ja.

P: ...und ähm die Knochen hinten im Rücken, hier meine Nieren...

A: Ja.

P: (atmet schwer) ...bis jetzt ja gestern habe ich Paracetamol genommen. Heute Morgen auch.

A: Ja.

P: Aber auch wenn ich jetzt ähm ja was tue, da bin ich so...nass geschwitzt, also...äh ja schlapp eigentlich.

A: Mm. Haben Sie Fieber?

P: Gestern habe ich gemessen, nee 37 neun.

A: Immerhin. Husten Sie was aus? (K234)

### Konsultationen wegen akuter Kopfschmerzen

Die 57 Konsultationen von standardisierten Patientinnen wegen akuter Kopfschmerzen wurden im Mittel nach 11 Sekunden ([s]: 4; Spannbreite 3 bis 29 Sekunden) vom Hausarzt unterbrochen. Sie dauerten im Durchschnitt 563 Sekunden entsprechend 9 Minuten 23 Sekunden ([s]: 307 Sek.; Spannbreite 183 bis 1552 Sek.).

Die Redeaufforderungen waren hier häufig „Was kann ich (denn) für Sie tun?“, weniger häufig „Was haben Sie (für Beschwerden)?“ Mehrere Konsultationen wurden vom Arzt lediglich mit einem Wort („Ja.“ „So.“ „Bitteschön.“) oder wortlos eingeleitet.

Die Unterbrechungen bezogen sich fast ausschließlich auf das geschilderte Symptom Kopfschmerz. Sie versuchten, einen Aspekt, den die Patientin berichtet hatte zu vertiefen; oft ging es um den zeitlichen Verlauf und die Häufigkeit in der Vorgeschichte, seltener um die Lokalisation.

Einige der frühen Unterbrechungen zeigten, wie schnell sich der Hausarzt beim Zuhören und Nachfragen durch (differenzial)diagnostische Überlegungen (sein eigenes Krankheitskonzept [19]) und nicht durch die Patientenerzählung leiten ließ:

P: Also, ich habe seit ungefähr zwei Tagen sehr starke Kopfschmerzen. Habe noch nie so starke Kopfschmerzen gehabt.

A: Noch nie heißt, Sie haben das zwischendurch, aber nicht so stark? Und auf welcher Seite sind die Kopfschmerzen?

P: Also hier oben.

A: Ja.

P: Also, ja, ich habe schon mal Kopfschmerzen gehabt, aber jetzt sind die halt zwei Tagen andauernd und sehr viel stärker als sonst.

A: Nehmen Sie die Pille ein? (AA5)

P: Also ich habe seit nen paar Tagen fürchterliche Kopfschmerzen.

A: Kopfschmerzen seit einigen Tagen?

P: Ja, hier vorne rechts und ich solche Kopfschmerzen hatte ich halt noch nie vorher und ich habe das Gefühl, dass mir manchmal schon ein bisschen übel vor Schmerzen ist.

A: Aber keine Lichtempfindlichkeit oder so? So ständig Kopfschmerzen?

P: Ja.

A: Mhm. Was machen Sie beruflich? (AZ1003)

Manche Hausärzte ließen der Patientin wenig Raum zum Erzählen oder schienen nicht zuzuhören, was die Patientin durcheinander brachte:

P: Ja, ich habe seit Tagen jetzt unerträgliche Kopfschmerzen auf der Seite und, ja. Die kenn ich halt so gar nicht und mir ist eben schon richtig übel davon.

A: Seit Tagen, ja?

P: Ja.

A: Ein Tag, zwei Tage, drei Tage?

P: Ja, so, ja, zwei Tage.

A: Schmerzen rechte Schläfe, gehäufte Seite, ne? (AN2003)

*P: Ähm, dass ich jetzt seit mehreren Tagen hier vorne auf der rechten Seite ganz extreme Kopfschmerzen hab. Und so langsam mach ich mir halt nen bisschen Sorgen.*

*A: Wo?*

*P: Weil ich der Form kenn ich's halt gar nicht. Hier vorne. (HE2002)*

### **Konsultationen wegen verschiedener Beratungsanlässe**

Die 37 Patienten mit einem breiten Spektrum typischer hausärztlicher Beratungsanlässe konnten im Durchschnitt 24 Sekunden ([s]: 26 Sek.; Spannbreite 3 bis 103 Sek.) sprechen, bevor sie vom Arzt unterbrochen wurden. Die gesamte Begegnung dauerte im Schnitt 693 Sekunden entsprechend 11 Minuten 33 Sekunden ([s]: 333 Sek.; Spannbreite 190 bis 1730 Sekunden).

Die Eingangsredezeit der Patienten dauerte bei Männern wie Frauen (gleichverteilt) jeweils 24 Sekunden im Mittel. Ältere Patienten (über 50 Jahre; n = 11) wurden nach 22 Sekunden, jüngere Patienten (n = 26) nach 25 Sekunden unterbrochen.

Qualitative Auswertungen und Fallstudien sind an anderer Stelle publiziert [3, 4].

### **Gemeinsame Auswertung**

Je nach Projektquelle dauerte die Eingangsredezeit des Patienten in der Hausarztpraxis also im Mittel 11 bis 24 Sekunden, die gesamte Konsultation im Mittel knapp 6 bis 11<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Minuten. Eine zusammenfassende (‚gepoolte‘) Auswertung der Zeit erfolgt nicht, weil die Patient-Arzt-Kontakte in Art und Anzahl zu unterschiedlich sind.

Allerdings kann am Gesamtdatenmaterial untersucht werden, ob ein Zusammenhang zwischen der Eingangsredezeit des Patienten und der gesamten Konsultationsdauer besteht. Verlängert die ausführlichere Eingangssequenz des Patienten die Konsultation? Blockieren also die ‚klagenden‘ Patienten, wenn wir sie ausreden lassen, unsere Sprechstunde? Es findet sich kein Zusammenhang (Spearman Rangkorrelations-Koeffizient 0,14;  $p > 0,2$ ; dabei bedeuten der Wert 0 keine Korrelation, die Werte 1 bzw. -1 maximale Korrelation). Längere anfängliche Redezeit des Patienten hat also keine längere Gesamtdauer des Gespräches, eine kürzere Eingangssequenz keine kürzere Konsultationszeit zur Folge.

Wenn man die Hausärzte miteinander vergleichen will, sollten mindestens drei Konsultationen des individuellen Arztes vorliegen, um ein mögliches Muster sichtbar zu machen. Dabei fällt auf, dass die Unterschiede zwischen den Hausärzten in Bezug auf die Eingangsredezeit groß sind. Hingegen scheinen die Ärzte selbst tendenziell einen Stil zu bevorzugen, also eher früh oder eher spät zu unterbrechen.

### **Diskussion**

Das Wissen um die Aufzeichnung einer Konsultation, sei es mit MiniDisc oder auf Video, wird vermutlich das Bemühen um ‚idealeres Handeln‘ der untersuchten Hausärzte hervorrufen. Zudem werden in der Hustenstudie und in den beiden Projekten mit verschiedenen Beratungsanlässen Hausärzte mit besonderem Interesse an Patient-Arzt-Kommunikation teilgenommen

haben. Beide Aspekte lassen die Parameter Eingangsredezeit und Konsultationsdauer im Vergleich überschätzen. Hingegen wiegen diese Verzerrungen in der Kopfschmerzstudie weniger, da Konsultationsanlass und -aufzeichnung den Hausärzten nicht bekannt waren. Hier kann methodisch eingewandt werden, dass die standardisierten Patientinnen eine festgelegte Eingangssequenz benutzten, die möglicherweise früh eine Unterbrechung/Gesprächsübernahme durch den Hausarzt induzierte; dafür spricht die schmalere Spannbreite. Eigentlich wurde erwartet, dass bei Kopfschmerzen, wie bei anderen möglicherweise psychosozial bedingten Beratungsanlässen, ein Erstgespräch eher länger dauert. Aufgrund der Besonderheit des Einsatzes von standardisierten Patientinnen lässt das Material nur begrenzte Aussagen zu.

Zum Vergleich mit der Arbeit von Wolfgang Stunder (in diesem Heft) sind besonders die Erstgespräche geeignet, da er nur Erstgespräche in seiner Praxis einbezog. Die Dauer der Eingangssequenz bei den Patienten mit akutem Husten, die ihrem Hausarzt schon bekannt waren, liegt allerdings zwischen den beiden Erstgesprächsgruppen (Kopfschmerz, verschiedene Beratungsanlässe) unserer Arbeit.

Wolfgang Stunder wartete in seinen Konsultationen bewusst auf Signale des Patienten, dass der Hausarzt das Gespräch übernehmen solle. Im Durchschnitt war dies nach 103 Sekunden der Fall. Die in unseren Projekten untersuchten Konsultationen unter Alltagsbedingungen ließen dem Patienten für seine Eingangssequenz weniger Zeit; hier wurde er bereits nach im Mittel 11 bis 24 Sekunden vom Hausarzt unterbrochen. Diese Eingangsredezeiten liegen in dem Bereich, der in anderen Ländern fest gestellt wurde. Marvel et al. [16] maßen 1995/96 in den USA bei 29 Allgemeinärzten in 264 Konsultationen im Durchschnitt 23 Sekunden. Kollegen mit spezieller Fortbildung in Kommunikation waren patientenzentrierter. Interessanterweise sahen die Allgemeinärzte im Mittel nur 11 Patienten pro Halbtage! Beckman und Frankel [5] hatten schon 1983 ebenfalls in den USA bei Weiterbildungsassistenten in internistischen Praxen in 74 Konsultationen 18 Sekunden ermittelt.

Die Gesamtdauer der Konsultation ist in europäischen Ländern deutlich unterschiedlich; die vergleichende Studie EUROCOM fand 1997/98 für Deutschland im Mittel 7,6 Minuten [1, 9].

In der internationalen Literatur wird seit langem über den vielschichtigen Zusammenhang von Konsultationsdauer, Patientenzufriedenheit und Qualität hausärztlicher Arbeit diskutiert [6, 7, 9, 12–15, 18]. Die patientenzentrierte Allgemeinmedizin sieht die Patient-Arzt-Interaktion als einen komplexen kommunikativen Aushandlungsprozess [19] und fordert längere Konsultationen [10]. Allerdings gibt es Hinweise, dass die subjektiv vom Patienten empfundene Konsultationsdauer wichtig ist, und dass zufriedene Patienten die Dauer ihrer Konsultation als länger einschätzen, als sie wirklich war [8]. Es kommt nicht auf die Zeitdauer an sich an, sondern darauf, was in der Zeit stattfindet [17]. Zu Beginn der Konsultation ausreden zu können, ohne vom Hausarzt unterbrochen zu werden, dürfte zur Zufriedenheit beitragen. Zudem bringt es wichtige spontan geäußerte Informationen, die diagnostische Hinweise und Rückschlüsse auf das Krankheitskonzept des Patienten enthalten. Unsere Daten zei-



gen, dass dadurch keine längere Konsultationszeit zu ‚befürchten‘ ist.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

## Literatur

- <sup>1</sup> Bahrs O. Mein Hausarzt hat Zeit für mich – Wunsch und Wirklichkeit. Ergebnisse einer europäischen Gemeinschaftsstudie. GGW 2001; 3: 17–23
- <sup>2</sup> Bahrs O, Köhle M. Das doppelte Verstehensproblem – Arzt-Patient-Interaktion in der Hausarztpraxis. In: Neubig H. Die Balint-Gruppe in Klinik und Praxis. Band 4. Springer, Berlin 1989; 103–130
- <sup>3</sup> Bahrs O, Köhle M, Wüstenfeld GB. Der Erstkontakt in der Allgemeinmedizin. In: Neubig H. Die Balint-Gruppe in Klinik und Praxis. Band 5. Springer, Berlin 1990; 181–292
- <sup>4</sup> Bahrs O, Szecsenyi J. Patientensignal – Arztreaktionen. Analyse von Beratungsgesprächen in Allgemeinpraxen. In: Lönig P, Rehbein J. Arzt-Patienten-Kommunikation. de Gruyter, Berlin 1993; 1–26
- <sup>5</sup> Beckman HB, Frankel RM. The effect of physician behavior on the collection of data. Ann Intern Med 1984; 101: 692–696
- <sup>6</sup> Bradley NCA. Expectations and experience of people who consult in a training practice. J Royal Coll Gen Pract 1981; 31: 420–425
- <sup>7</sup> Brucks U, von Salisch E, Wahl WB. Soziale Lage und ärztliche Sprechstunde. ebv Rissen, Hamburg 1987
- <sup>8</sup> Cape J. Consultation length, patient-estimated consultation length, and satisfaction with the consultation. Br J Gen Pract 2002; 52: 1004–1006
- <sup>9</sup> Deveugele M, Derese A, Brink-Muinen van der A, Bensing J, De Maeseneer J. Consultation length in general practice: cross sectional study. BMJ 2002; 325: 472–474
- <sup>10</sup> Freeman GK, Horder JP, Howie JGR, Hungin AP, Hill AP, Shah NC, Wilson A. Evolving general practice consultation in Britain: issues of length and context. BMJ 2002; 324: 880–882
- <sup>11</sup> Gerlach FM, Bahrs O, Weiß-Plumeyer M. Fallorientiertes Arbeiten im Qualitätszirkel. Z ärztl Fortb 1995; 89: 397–401

- <sup>12</sup> Howie JGR, Heaney DJ, Maxwell M, Walker JJ, Freeman GK, Rai H. Quality at general practice consultations: cross sectional survey. BMJ 1999; 319: 738–743
- <sup>13</sup> Howie JGR, Porter AMD, Heaney DJ, Hopton JL. Long to short consultation ratio: a proxy measure of quality of care for general practice. Br J Gen Pract 1991; 41: 48–54
- <sup>14</sup> Klingenberg A, Bahrs O, Szecsenyi J. Wie beurteilen Patienten Hausärzte und ihre Praxen? ZaeFQ 1999; 93: 437–445
- <sup>15</sup> Martin CM, Banwell CL, Broom DH, Nisa M. Consultation length and chronic illness care in general practice: a qualitative study. MJA 1999; 171: 77–81
- <sup>16</sup> Marvel MK, Epstein RM, Flowers K, Beckman HB. Soliciting the patient's agenda. Have we improved? JAMA 1999; 281: 283–287
- <sup>17</sup> Ripke T. Patient und Arzt im Dialog – Praxis der ärztlichen Gesprächsführung. Thieme, Stuttgart 1994
- <sup>18</sup> Wiggers JH, Sanson-Fisher R. Duration of general practice consultations: association with patient occupational and educational status. Soc Sci Med 1997; 44: 925–934
- <sup>19</sup> Wilm S, Haase A, Kreuder B. Fragen Hausärzte ihre Patienten nach deren Krankheitskonzept? Z Allg Med 2003; 79: 586–590

## Zur Person



Dr. med. Stefan Wilm  
Jahrgang 1959; 2 Töchter  
Facharzt für Allgemeinmedizin,  
Facharzt für Innere Medizin, Klinische Geriatrie  
Niedergelassen als Allgemeinarzt  
in Gemeinschaftspraxis in Köln  
Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Abteilung  
für Allgemeinmedizin Düsseldorf  
Forschungsschwerpunkte: Krankheitskonzepte;  
Patient-Arzt-Beziehung; Gesundheitsförderung;  
chronische Wunden; Evaluation von medizinischer  
Aus-, Weiter- und Fortbildung

## Buchbesprechung

### Gesundheitspolitik – Eine systematische Einführung

Rolf Rosenbrock, Thomas Gerlinger

320 S., Verlag Hans Huber, Bern, 2004

Es wird hier das erste deutsche Lehrbuch für Gesundheitspolitik – als Einführung – vorgelegt. Politik hat ihre Gesetzmäßigkeiten, ihre Rahmenbedingungen, hat die unterschiedlichen Interessen der im Politikfeld Agierenden zu beachten. Dies wird systematisierend in den ersten Kapiteln kurz dargestellt und danach werden – sehr viel ausführlicher – systematisch und unter Nutzung aktueller Beispiele der Gesundheitspolitik der letzten 2 Jahrzehnte die Felder Prävention, Ambulante und Stationäre Behandlung, pharmazeutische Versorgung, Pflege dargestellt. Insbesondere durch diese Kapitel ist auch für diejenigen, die nicht in der Gesundheitspolitik tätig sind, das Buch spannend, weil es Zusammenhänge in bisher häufig nicht gesehener Weise darstellt. Ein 60-seitiges Kapitel über die Gesundheitspolitik in der Schweiz – deutschsprachiger Käuferkreis – schließt das Buch ab. Zudem bietet die Schweiz auch einige gesundheitspolitische Besonderheiten, aus denen der deutsche Leser – im Sinne des Systemvergleiches – lernen kann.

Das Buch zeichnet sich dadurch aus, dass es nicht nur formale Systeme neutral beschreibt, sondern diese dann in ihren Auswirkungen auf gesundheitlichen Zielsetzungen bewertet. Damit ist das Buch dann selbst wieder politisch; dies nach dem Muster: Wenn man das Ziel A hat, dann kann man feststellen, dass die Struktur B und/oder die Gruppe der Akteure C hier hinderlich/förderlich sind.

Die Autoren, ein Ökonom und ein Soziologe, beide im Wissenschaftszentrum Berlin tätig und der Ökonom über Jahrzehnte gesundheitspolitisch in unserem System erfahren, vermitteln dem, der Politik im Feld der gesundheitlichen Versorgung besser verstehen will, einen sehr guten Einstieg, bei dem deutlich wird, dass es immer wieder Muster gibt, nach denen politische Entscheidungen fallen, diese Muster aber viele Variationen aufweisen, weil sie Ergebnis der Vielfältigkeit menschlicher Auseinandersetzungen von Interessen sind.

Univ.-Prof. Dr. H.-H. Abholz  
Direktor der Abteilung für Allgemeinmedizin  
Universität Düsseldorf