

Soziale Patienten Anliegen – eine Erhebung in Hausarztpraxen

Patients' Social Problems – a Survey in Family Practices

Detmar Jobst¹, Stefanie Joos²

Hintergrund: Soziale Probleme führen zu Konsultationen in Hausarztpraxen, wenn sie z.B. mit psychischen Belastungen einhergehen. Zwar beachten Hausärzte gemäß ihrem Selbstverständnis in der täglichen Praxis solche Patienten Anliegen, doch sind medizinische Mittel allein kaum in der Lage, soziale, nicht krankheitsbedingte Patientenprobleme und -anliegen zu lösen. Über Art und Umfang solcher Probleme ist wenig bekannt. Die vorliegende Studie will daher soziale, nicht krankheitsbedingte Patienten Anliegen in Hausarztpraxen in Deutschland zahlenmäßig erfassen und genauer beschreiben.

Methoden: Strukturierte teilnehmende Beobachtung: Die Beobachter sind Teil des genau geplanten Geschehens, in dieser Studie 45 beobachtende Hausärzte. Sie sollten nach jeder von max. 40 aufeinander folgenden Konsultationen schriftlich beantworten, ob und welche sozialen, nicht krankheitsbedingten Patienten Anliegen sie bemerkt haben und wie zeitaufwendig diese waren.

Ergebnisse: In 1706 Patienten konsultationen wurden 256 (14,4 %) solcher Anliegen dokumentiert. Geordnet nach ICPC (Int. Classification of Primary Care) ergaben sich 63 Probleme am Arbeitsplatz und in der Ausbildung (25,6 %), 54 (21,9 %) Probleme in Familie und Partnerschaft, 27 (10,9%) Probleme im Zusammenhang mit Tod oder Krankheit eines Partners. Weniger als 10 % entfielen auf (versicherungs)rechtliche, soziokulturelle und Ernährungsprobleme, Wohnungs-, Nachbarschafts- und Geldprobleme. 36 (14,6 %) Lebensprobleme waren nicht kategorisierbar. In knapp einem Drittel der Fälle beanspruchten soziale Patienten Anliegen mehr als die Hälfte der Konsultationszeit.

Schlussfolgerungen: Je mehr Patienten mit Rat und Hilfe zu sozialen Problemen versorgt werden wollen, desto wichtiger sind geschärfte Wahrnehmung und kompetenter Umgang durch Hausärzte. Eine Medikalisierung sollte kritisch gesehen werden. Realistische Hilfe und Unterstützung besteht in der Vermittlung an spezialisierte Beratungsstellen. Je mehr Hausärzte über die sozialen Dienste, Wohlfahrtseinrichtungen und über Erwerbsbetriebe in ihrer Stadt wissen, desto eher können sie Patienten gezielt zuweisen bzw. vermitteln. Hierzu ist es besonders hilfreich, neben den Adressen und Öffnungszeiten der örtli-

Background: Patients suffering from psychic disorders on account of social problems are sometimes motivated to see their family practitioner (FP). FPs consider these problems in their daily work, but medical care alone can hardly solve social problems if they are not caused by a disease. There is little evidence about number and kind of such patients' social, not disease-triggered problems. The present survey aims to record and quantify social problems in German family practices.

Methods: Structured and participant observation (SPO): 45 FPs in this survey took part in the precisely planned observation as observers. They were asked to provide a written record after each of a maximum of 40 consecutive consultations stating whether and which social but not disease-triggered problems have occurred and how time-consuming they have been.

Results: 1706 patient consultations were recorded. 256 (14.4 %) of them focused on social problems. In line with the categories of the International Classification of Primary Care (ICPC), social problems included the following: conflict at the patient's place of work or education in 63 cases (25.6 %), family or personal relationship problems in 54 cases (21.9 %), death or illness of a partner in 27 cases (10.9 %). Less than 10 % of each of all cases were related to insurance and other legal matters, social and cultural life, food, housing, neighborhood or financial difficulties. In 36 cases (14.6 %), individual problems of daily life could not be categorized. In almost one third of the cases, social problems took up more than half of the patient consultation time.

Conclusions: As more patients need advice and help with social problems, it is important for FPs to have an enhanced awareness and specific expertise in this area. A medicalization of such problems must be seen critically. Realistic help and support can be better given by specialized social help desks. The more FPs know about relevant social services, charities and companies in town, the better they are able to assign a patient or to arrange an appointment. It is therefore particularly helpful not only to know the addresses and opening times of the local social help services, but also to be able to name advisers working there. Thus, FPs would

¹ Institut für Hausarztmedizin, Universitätsklinikum Bonn

² Abteilung Allgemeinmedizin u. Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg

Peer reviewed article eingereicht: 16.06.2014, akzeptiert: 12.11.2014

DOI 10.3238/zfa.2014.0496-0501

chen Beratungsstellen auch persönliche Ansprechpartner zu nennen. Auch auf diese Weise würden Hausärzte ihrer Koordinations- und Integrationsfunktion entsprechend dem Arbeitsauftrag der DEGAM-Fachdefinition gerecht.

Schlüsselwörter: Soziale, nicht krankheitsbedingte Patientenanliegen; Epidemiologie; hausärztliche Zeitbelastung; psychosoziale Probleme; Medikalisation

follow their task of „coordinating and integrating“ as described by the working-definition of the German College of General Practitioners and Family Physicians (DEGAM).

Keywords: Patients' Social not Disease-Triggered Problems; Epidemiology; Time Burden of Family Practitioners; Psychosocial Problems; Medicalisation

Hintergrund

Soziale Probleme wie finanzielle Schwierigkeiten, Streit in der Familie, Ärger mit dem Vermieter, Sorgen um den Arbeitsplatz oder Mobbing im Beruf sind mit Konsultationen in Hausarztpraxen verbunden, wenn sie mit psychischen Belastungen einhergehen. Dann verlangen Patienten in der Allgemeinpraxis aufgrund eines sozialen Problems nach Lösungen, teilweise medizinischen Lösungen. Da den genannten sozialen Problemen ursächlich meist keine Krankheiten zugrunde liegen, sind medizinische Mittel allein kaum in der Lage, eine entsprechende Lösung anzubieten. Soziale Probleme stellen durch ihre bio-psycho-soziale Leidensdimension ein komplexes Versorgungsproblem dar.

Die DEGAM-Fachdefinition von 2002 konstatiert, dass „somatische, psycho-soziale, soziokulturelle und ökologische Aspekte bei der allgemeinmedizinischen Tätigkeit“ berücksichtigt würden [1]. In den Zukunftspositionen Allgemeinmedizin der DEGAM von 2012 [2] heißt es sogar, dass „Armut, soziale Isolation und insbesondere auch erlebte soziale Ungleichheit auf die Entstehung sowie den Verlauf von Krankheit erhebliche Auswirkungen [haben]“. Mit diesen Zitaten wird gesagt, dass Hausärzte es in ihrer Tätigkeit mit der sozialen Realität der Patienten zu tun haben und es ihre Aufgabe ist, diese einzubeziehen und damit umzugehen.

So interessierten uns Antworten auf folgende Fragen: Mit welchen nicht krankheitsbezogenen sozialen Anliegen suchen Patienten in Deutschland ihre Hausärzte auf? Wie häufig kommen solche Anliegen vor? Welchen Umfang haben sie im Rahmen der Konsultationen bei Hausärzten? Die Fragen sind von Interesse, weil auch solche sozialen Probleme an Hausärzte herangetragen werden, für die es keine medizinischen Lösungen gibt. Beispielsweise können „Armut und soziale

Isolation durch hausärztliche Tätigkeit nicht behoben werden“ [3].

In der Literatur findet man nur wenige Erkenntnisse über Art und Häufigkeit sozialer Probleme im hausärztlichen Bereich [4].

In einer Fokusgruppen-Studie konnte 2007 gezeigt werden, dass nicht krankheitsbezogene Patientenanliegen die teilnehmenden Ärzte teilweise stark improvisieren lässt. „Beliebiges Handeln nach Tagesform und Gestimmtheit markierten einen eher unprofessionellen Umgang mit den nicht krankheitsbezogenen [sozialen] Patientenanliegen“ [5]. Problematisch erscheint auch eine gewisse Selbstverständlichkeit, mit der Ärzte und Patienten den Weg der Medikalisation suchen, z.B. in Form von Beruhigungsmitteln oder längerfristiger Krankschreibung. Solche Hilfeversuche werden angewendet, weil andere Lösungsmöglichkeiten Ärzten nicht zur Verfügung zu stehen scheinen.

Ziel der vorliegenden Studie war es, soziale, nicht-krankheitsbedingte Patientenanliegen in der Hausarztpraxis zahlenmäßig zu erfassen und genauer zu beschreiben.

Methoden

Design

Wir benutzten eine sozialemprirische Forschungsmethode, die sich an die sog. strukturierte teilnehmende Beobachtung anlehnt (*structured and participant observation* = SPO). SPOs fokussieren auf soziale Phänomene [6]. Obwohl die SPO den qualitativen Untersuchungsformen zugeordnet wird, kann sie auch quantitative Elemente einschließen [7]. Die Beobachter sind bei der SPO Teil des Geschehens, mal in einer mehr passiven, mal in einer aktiven Rolle [8], wie in unserer Arbeit die beteiligten Hausärzte. Der genaue Beobachtungsmodus ist vorab festzulegen.

Rekrutierung

Die Rekrutierung erfolgte in zwei Wellen, nämlich 2007 über einen bundesweiten List-Server (Internet-Gesprächsplattform für Allgemeinmediziner/Hausärzte) und 2009 durch schriftliches und mündliches Vorstellen des Studienvorhabens vor den allgemeinmedizinischen Studien- und Lehrärzten der Universität zu Köln und der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn. Hierdurch konnten 45 hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte für die Teilnahme gewonnen werden.

Datenerhebung

Im Anschreiben wurden die Kollegen mit dem eingangs geschilderten Hintergrund der Untersuchung vertraut gemacht, erhielten die Dokumentationsbögen und eine Kopie des ICPC-Kapitels Z (s. unten) zu ihren Händen. Die Hausärzte wurden gebeten, bis zu 40 konsekutive Konsultationen eines auf die Rekrutierung folgenden festgelegten Praxistages auf soziale Probleme hin zu beobachten und auf dem Dokumentationsbogen folgende Fragen unmittelbar nach der Konsultation eines jeden Patienten schriftlich zu beantworten:

- Haben Sie soziale, nicht krankheitsbedingte Gründe bei diesem Patientenbesuch wahrgenommen? Wenn ja, welche? (Kurzer Freitext)
- Schätzen Sie bitte, wie viel Prozent der Konsultationszeit diese Gründe einnahmen? (mögliche zeitliche Anteile: < 10 %, 10–30 %, 31–50 %, 51–70 %, 71–90 %, > 90 %)

Die Dokumentation sollte konsekutiv für alle Patienten durchgeführt werden. Zu dokumentieren waren alle Patientenanliegen, die den beobachtenden Ärzten sozial, aber nicht durch Krankheit begründet erschienen (Einschlusskriterien). Zur Orientierung diente das ausgedruckt vorliegende Kapitel Z des ICPC. Auszuschließen waren körperliche, psy-

ICPC-Code	Problembeschreibung	Anzahl	Anteil in Prozent N = 1706	Beispiele aus den ärztlichen Dokumentationen
Z05	Probleme am Arbeitsplatz	39	2,3	Arbeitsbelastung, Konkurrenz, Angst vor Arbeitsplatzverlust, Streit mit Arbeitskollegen, Wechselschichten
Z29	Nicht näher beschriebenes soziales Problem	31	1,8	
Z10	Problem mit Gesundheitssystem	17	1,0	Krankenversicherung, berufliche Unfallversicherung, Berentung, Pflegeversicherung, Krankentagegeld, Patientenverfügung
Z20	Beziehungsprobleme mit Eltern/Familie	17	1,0	Selbstmord(versuch) in der Familie, Suchterkrankung des Vaters, Behinderung des Sohnes, Konkurs des Schwiegersohnes, familiärer Streit
Z02	Ernährung, Hunger, Wasserversorgung	16	0,9	Übergewicht, Hunger, Ernährungsberatung
Z06	Arbeitslosigkeit	16	0,9	Schulden, Konflikte mit der Arbeitsagentur, Streit mit dem Arbeitgeber
Z14	Problem mit Erkrankung des Partners	12	0,7	Krebserkrankung, psychiatrische Erkrankungen, Angst vor Partnerverlust
Z13	Problem durch Verhalten des Partners	11	0,6	Häusliche Gewalt, Liebesentzug, Scheidung, sexueller Übergriff
Z16	Beziehungsproblem mit Kind	10	0,6	Schulprobleme
Z01	Armut/finanzielle Probleme	9	0,5	
Z04	Soziokulturelle Probleme	8	0,5	Mobbing
Z07	Ausbildungsproblem	8	0,5	Prüfungssituation, Verlust des Ausbildungsplatzes
Z15	Problem mit Verlust/Tod des Partners	8	0,5	
Z21	Problem durch Verhalten Eltern/Familie	8	0,5	Körperliche Übergriffe, Alkoholkrankheit eines Angehörigen
Z28	Behinderung	6	0,4	
Z09	Rechtliches Problem	5	0,3	
Z12	Beziehungsproblem Partner/Partnerin	5	0,3	
Z27	Angst vor sozialen Problemen	5	0,3	
Z03	Wohnungs-/ Nachbarschaftsprobleme	4	0,2	
Z18	Problem mit Erkrankung des Kindes	3	0,2	
Z23	Problem mit Verlust/Tod Eltern/Familie	4	0,2	
Z24	Beziehungsproblem mit Freund	3	0,2	
Z08	Problem mit Sozialhilfe	1	0,1	
Summe		246	14,4	

Tabelle 1 Soziale Probleme, Zuordnung entsprechend ICPC

chische und psychosomatische Störungen, Beschwerden und Erkrankungen. Im Falle einer verpassten Dokumentation war die entsprechende Zeile freizulassen. Wegen ihrer Nähe zum Krankheitsgeschehen sollten Vorsorgewünsche (z.B. Sporttauglichkeitsattest) und Hilfen mit medizinischem Hintergrund (z.B. E-Rollstuhl) als krankheitsbedingte Konsultationsanlässe gewertet werden (Ausschlusskriterien).

Ein Ethikvotum für diese Studie war nicht nötig, da weder in den Routineablauf der Praxen eingegriffen noch interveniert oder Patientendaten aufgezeichnet wurden. Von den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten wurden Angaben zu Alter, Geschlecht, Ort und Zeitdauer ihrer niedergelassenen ärztlichen Tätigkeit erbeten.

Datenauswertung

Die dokumentierten Konsultationsgründe der Patienten wurden vom Erstautor in Zusammenarbeit mit der Statistikerin in die Kategorie Z des ICPC eingeordnet (International Classification of Primary Care). Diese hausarztnahe internationale Diagnose-Klassifikation wurde bevorzugt, weil soziale Probleme dort differenzierter aufgeschlüsselt werden können als in der ICD 10. Die ICPC gliedert sie in 29 (Tab. 1), die ICD 10 lediglich in 11 Kategorien. Das soziale Kapitel Z ist in der ICPC eigenständig, während in der ICD das Kapitel Z allgemein „Faktoren, die den Gesundheitszustand beeinflussen“ listet.

Die Beobachtungsdaten aller Ärztinnen und Ärzte konnten ausgewertet werden. Die Häufigkeiten und die zeitlichen Konsultationsanteile wurden ausgerechnet und in absoluten und prozentualen Zahlen mitgeteilt, ebenso wie die Streuungen und die Medianwerte. Unterschiede von Dokumentationen zwischen Ärztinnen und Ärzten wurden mittels Mann-Whitney-Test unter Verwendung von SPSS 22 berechnet.

Ergebnisse

Ärztliche Studienteilnehmerinnen und -teilnehmer

Von den 45 ärztlichen Studienteilnehmern waren zehn weiblich. Von 39 erfuhr wir Niederlassungsjahr und

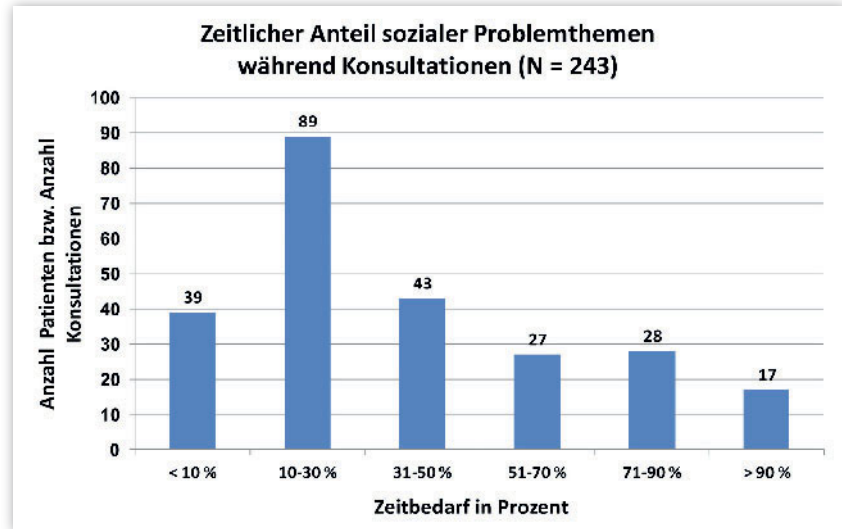


Abbildung 1 Zeitlicher Anteil sozialer Themen bei den ärztlichen Konsultationen

Geburtsjahr. Die durchschnittliche Niederlassungsdauer betrug 2009 16,9 Jahre (Spanne 4–31 Jahre, Median 20 Jahre), das Durchschnittsalter betrug 54 Jahre (Spanne 37–68 Jahre, Median 54 Jahre). Von 32 Studienteilnehmern wurde der Ort der Niederlassung benannt. 21 Ärztinnen und Ärzte (46 %) praktizierten demnach in Universitätsstädten mit medizinischen Fakultäten.

Dokumentation sozialer, nicht krankheitsbedingter Probleme

Es wurden 1706 Patientenkonsultationen erfasst. In 246 (14,4 %) Fällen dokumentierten die Studienärzte soziale, nicht krankheitsbedingte Gründe (Tab. 1). Aus krankheitsbedingten Gründen (incl. Vorsorgeleistungen und Reiseberatungen) fanden hingegen 1460 (85,6 %) Konsultationen statt.

Systematisierend zusammengefasst kamen 63 Probleme am Arbeitsplatz und in der Ausbildung (25, 6 % von N = 246), 54 (21,9 %) Probleme in Familie und Partnerschaft und 36 (14,6 %) nicht kategorisierbare Lebensprobleme zur Sprache; 27-mal (10,9%) wurde der Tod oder die Krankheit eines Partners thematisiert. Seltenere als in jeweils 10 % kamen versicherungsrechtliche und rechtliche, soziokulturelle und Ernährungs-Probleme, Wohnungs-, Nachbarschafts- und Geldprobleme vor (Tab. 1).

Zeitbedarf nicht krankheitsbedingter, sozialer Probleme

Abbildung 1 zeigt grafisch und in absoluten Zahlen, welcher zeitliche Anteil für die Besprechung sozialer Probleme von den Ärzten dokumentiert wurde (in drei Fällen wurden keine Angaben gemacht). Wie in der hausärztlichen Medizin üblich, bringt die Mehrzahl der Patienten offensichtlich weitere Anliegen mit in die Sprechstunde. Hier kommt eine zusätzliche Beanspruchung der Ärzte durch soziale Probleme zum Ausdruck.

Häufigkeitsverteilung nicht krankheitsbedingter, sozialer Probleme

Ein Drittel der männlichen Ärzte dokumentierte nicht mehr als 0–3,2 % soziale Probleme, ein weiteres Drittel 3,4–14,6 %, das letzte Drittel jedoch 15–58,6 %. Ein Drittel der Ärztinnen dokumentierte kein soziales Problem, ein Drittel 2,7–10 %, das letzte Drittel 22,5–37,0 %. Damit zeigte die Dokumentation der Hausärzte eine stark ungleiche (schiefe) Häufigkeitsverteilung (Streuweite 0–59 %, Median 7,4 %). Die Prozentangaben beziehen sich auf die Anteile sozialer Anliegen an allen Patientenanliegen der jeweiligen Ärztin/des jeweiligen Arztes. Mit dem nicht-parametrischen Mann-Whitney-Test konnte kein signifikanter Unterschied zwischen Ärztinnen und Ärzten in der Dokumentationshäufigkeit sozialer Patientenprobleme festgestellt werden (exakte Signifikanz für nicht abhängige Variablen $p = 0,730$).

Diskussion

In einem Siebtel (14,4 %) aller Patientenbesuche spielten soziale, nicht krankheitsbezogene Themen und Probleme in unserer Untersuchung eine Rolle – selten beanspruchten sie die gesamte, jedoch in 29,6 % mehr als die Hälfte der Konsultationszeit.

Dey Piccolo et al. (1998) interviewten 319 italienische Hausarzt-Patienten mit sozialen Problemen oder belastenden Ereignissen und fanden, dass zwei Drittel der Patienten diese bei ihren Hausärzten zur Sprache brachten [9]. Eine Befragung von 89 norwegischen Hausärzten zeigte 1998, in guter Übereinstimmung mit der vorliegenden Erhebung, dass in 17 % von 1401 Konsultationen die Maßnahmen und Entscheidungen der Ärzte von den sozialen Beschwerden ihrer Patienten beeinflusst waren. Einige dieser Beschwerden betrafen den Arbeitsplatz, persönliche Konflikte, Einsamkeit, wirtschaftliche Belastungen und Arbeitslosigkeit für mehr als sechs Monate [10]. Eine englische Studie belegte 1999, dass in 10,1 % von 1862 notfallmäßigen Hausbesuchsfällen dringliche Hilfe wegen eines sozialen Notfalls angefordert worden war [11].

In 10 von 30 europäischen Ländern sahen sich Haus- und Familienärzte (N = 7.233, zufällig ausgewählt), unter ihnen 165 deutsche Ärzte und Ärztinnen, als erste Anlaufstelle für psychosoziale Probleme [12]. Daten eines landesweiten Surveys in niederländischen Hausarztpraxen (N = 189.731; 2000–2002) zeigten, dass Patienten mit psychischen oder sozialen Schwierigkeiten doppelt so oft ihre Hausärzte aufsuchten wie Patienten mit somatischen Problemen. Stress, soziale Probleme und „andere psychosoziale Probleme“ waren hier die Ursache für 9,9 % aller Diagnosen [13].

Im Gegensatz dazu zeigen die Ergebnisse des deutschen CONTENT-Projektes (CONTinuous Morbidity Registration Epidemiologic NeTwork, 2010, N = 121.677) deutlich geringere Zahlen sozialer Patientenanliegen in der hausärztliche Sprechstunde. Hier wurden nur 484 Patientenfälle (0,4 %) dem Kapitel Z, jedoch 9369 (7,7 %) dem psychologischen Kapitel P des ICPC zugeordnet. Die Autoren selbst meinen, dass die wenigen berichteten Z-Diagnosen durchaus einem *underreporting* entsprechen könnten [14]. Dieses könnte eine direkte Auswirkung des medizinischen Sprachgebrauchs sein, der so-

Prof. Dr. med. Detmar Jobst ...



... ist Facharzt für Allgemeinmedizin seit 1988 in eigener Praxis in Bonn und seit 2007 Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin in Bonn. Seine Veröffentlichungen beschäftigen sich u. a. mit Naturheilweisen und psychosomatischen Störungen in der Hausarztpraxis. Seit 2012 ist er stellvertretender Direktor des neugegründeten Instituts für Hausarztmedizin am Uniklinikum Bonn.

ziale Probleme gerne als „psychosozial“ bezeichnet und damit sowohl eine ätiologische Zuordnung erschwert als auch eine eindeutige Differenzierung verhindert.

36,2 % der in CONTENT erfassten sozialen Probleme betrafen den Arbeitsplatz, 20,2 % Beziehungsprobleme, 6,95 % den Verlust eines Angehörigen oder Partners. Die übrigen sozialen Schwierigkeiten verteilten sich auf das Kapitel Z. Auch in der vorliegenden Studie waren Arbeitsplatz- und Beziehungsprobleme führend; mit 10,9 % war der Tod oder Verlust eines Angehörigen hier größer.

Etliche Studienärzte in unserer Untersuchung notierten keine oder wenige soziale Probleme. Ein Drittel konnte solche Probleme jedoch häufig erkennen. Diese Unterschiedlichkeit kann vielfältige Gründe haben, z.B. die Ausrichtung des Arztes (etwa ein Zusatztitel „Psychotherapie“), die Lage der Praxis oder den gewählten Wochentag. Als Problem der Erkennbarkeit von Patientenanliegen vermuteten Kapour H. et al. 2004 [15], dass „nicht jeder Stress und jedes Lebensproblem offen berichtet wird“, vgl. auch Barry C. et al. [16]. Wenn Hausärzte ermunternde Signale geben würden, könnte mehr über die emotionale und soziale Agenda von Patienten in Erfahrung gebracht werden, kolportieren Campion et al. [17].

Stärken und Schwächen

Die Abgrenzung, also die Erkennbarkeit und Einordnung sozialer Probleme halten die Autoren der vorliegenden Studie beim hausärztlichen Tun für wesentlich. Als Hilfestellung zur ärztlichen Abgrenzung wurden daher neben anderen auch psychosomatische Beschwerden den körperlichen Erkrankungen zugewiesen. Die Aufteilung der ICPC in ein psychologisches P- und ein soziales Z-Kapitel stützt diese Überlegung.

Eine Definition, was genau ein sozialer, nicht krankheitsbedingter Konsultationsanlass sei, erhielten die Studienärzte nur mittelbar durch die ICPC Kap. Z in den Studienunterlagen. Als impliziter Teil der Forschungsfragen lag es in ihrem Ermessen, eine Abgrenzung zu finden. Vielleicht deshalb wurden, entgegen dem Studienprotokoll, in einigen Fällen präventive Anliegen (1,3 %), Attest-Wünsche (3,5 %) oder reisemedizinische Gründe (0,5 %) von den Ärzten den sozialen Anliegen zugeordnet – nicht in 14,4 % sozialer Anliegen enthalten. Offenbar hatten die Studienärzte hingegen wenig Schwierigkeiten, den zeitlichen Anteil sozialer Anliegen zu schätzen – nur in 3 von 246 Fällen fehlte er.

Schwächen der ICPC im Kapitel Z fallen dort auf, wo sie nicht trennscharf unterscheidet zwischen sozialen, nicht krankheitsbedingten Gründen (finanzielle Probleme, Arbeitsplatzprobleme) und möglichen sozialen, durchaus durch Krankheit entstandenen Ursachen, wie etwa Ernährungsproblemen oder der Erkrankung eines Kindes oder Familienangehörigen.

Es könnte bei der nicht repräsentativen Praxiskohorte zu einer verstärkten Aufmerksamkeit für soziale Probleme bei einigen Ärztinnen oder Ärzten gekommen sein, die z.B. aus spezifischem eigenem Interesse an der Studie teilnahmen (*overreporting* durch Selektion). Gegen ein systematisches *overreporting* spricht die Zahl der Ärzte/-innen, die keine oder kaum soziale Anliegen dokumentierten. Hingegen würde vermutlich die Erfassung von sog. *psycho*-sozialen Anliegen eine insgesamt deutliche höhere Quote mit sich bringen, vgl. die o.a. Ergebnisse von CONTENT.

Die Methode der teilnehmenden Beobachtung hat bei der Frage nach dem Zeitbedarf zu 243 vollständigen Dokumentationen (von N = 246) geführt und belegt damit eine realistische Aufgabenstellung und eine gute Aufmerksamkeit der beobachtenden Ärzte. Mit durch-

schnittlich 37,9 Dokumentationen je Praxis kann man von einer starken Beachtung der Vorgaben ausgehen, nicht mehr als 40 Konsultationen an einem Tag zu dokumentieren. Dieses Limit sollte vor einem Überwiegen von Praxen mit großen Patientenzahlen schützen.

Schlussfolgerungen

In dieser Untersuchung konnte gezeigt werden, dass ca. ein Drittel der Hausärzte häufig mit Patientenanliegen wie beruflichen Problemen, Finanznöten, familiären Querelen, Ehestreitigkeiten und weiteren sozialen Schwierigkeiten umgehen muss. Eine geschärfte Wahrnehmung und ein kompetenter Umgang mit sozialen Patientenanliegen durch Hausärzte erscheint notwendig, je mehr Patienten mit Rat und Hilfe hierzu versorgt werden wollen.

„Hausärztinnen und Hausärzte sind nicht primär organ- oder aufgabenorientiert, sondern sehen sich als Spezialisten für den ganzen Menschen. Darin ist kein Anspruch auf Allzuständigkeit enthalten [...]“ [18]. Da Hausärzte in der Regel keine Sozialarbeiter sind, besteht eine realistische Hilfe und Unterstützung in der Vermitt-

lung an spezialisierte Beratungsstellen, die in Städten häufig, aber auch im ländlichen Raum vorhanden sind. Es erscheint daher wichtig, dass Hausärzte entsprechende Beratungsstellen in ihrer Umgebung kennen und ihren Patienten konkrete Angebote darüber machen können. Je mehr Hausärzte über soziale Dienste, Wohlfahrtseinrichtungen und über Erwerbsbetriebe in ihrem Kreis oder ihrem Stadtteil wissen, desto eher können sie Patienten gezielt zuweisen bzw. vermitteln. Das Ergebnis der Studie legt eine solche gezielte Zuweisung zu Spezialisten, hier allerdings im Sozialbereich, nah. Bei Fragen des Arbeitsrechtes wäre ein Kontakt zu Betriebsärzten oder sogar Betriebsräten im Einzelfall hilfreich, ebenso die Kenntnis und Adresse eines Fachanwaltes für Arbeitsrecht oder einer Schlichtungsstelle [2, 19].

Unbeantwortet bleibt die implizite Frage nach der Rolle des gebräuchlichen Begriffs „psycho-sozial“. Könnte dieser Begriff Ärzte wegen der mangelnden Trennschärfe sogar zur Medikalisierung statt zu effektivem Handeln im Sinne des Vorgenannten anregen?

Der neuseeländische Autor Antony Raymond hat effektives Handeln zwischen sozial und psychologisch auf die et-

was mystische Formel gebracht, die medizinische Hausarzt-Praxis habe „a latent psychological function as well as a latent social one. [...] It is, in a sense, the very secrecy of the process which makes it effective“ [20], schreibt er. Dieses Geheimnis zu erforschen, bleibt weiteren Studien vorbehalten – ein sicher lohnendes Projekt.

Danksagung: Die Studie entstand nicht im Auftrag Dritter. Ein Studienzentrum, die Studienleitung oder die Studienteilnehmer wurden nicht gefördert. Wir danken den Studienpraxen daher besonders herzlich für ihr Engagement! Unser Dank gilt ebenso der versierten Unterstützung durch Frau Rister-Mende, Königswinter, für ihre statistische Expertise und Mitarbeit.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Detmar Jobst
Institut für Hausarztmedizin
Universitätsklinikum Bonn
Sigmund-Freud-Str. 25, 53105 Bonn
Tel.: 0228 287-11156
Praxis: 0228 478391
www.allgemeinmedizin.uni-bonn.de

Literatur

1. DEGAM, Fachdefinition, Beschluss der Jahreshauptversammlung vom 21.9.2002. <http://www.degam.de/fachdefinition.html> (letzter Zugriff am 01.11.2014)
2. Abholz HH, Attila A, Bahrs O, et al. Allgemeinmedizin – spezialisiert auf den ganzen Menschen. Positionen zur Zukunft der Allgemeinmedizin und der hausärztlichen Praxis. DEGAM 2012; 16. http://www.degam.de/files/Inhalte/DegamInhalte/Ueber_uns/Positionspapier/DEGAM_Zukunftspositionen.pdf (letzter Zugriff 11.11.2014)
3. Ebenda. S. 17
4. Bikson K, McGuire J, Blue-Howells J, Seldin-Sommer L. Psychosocial problems in primary care: patient and provider perceptions. *Soc Work Health Care* 2009; 48: 736–49
5. Jobst D, Fuchs A, Joest A, Nagel N. Needs and wishes of healthy patients – how should physicians deal with them? *Gesundheitswesen* 2007; 69: 607–11
6. Ogden L. Structured observation. University of Strathclyde, 2000. <http://www.strath.ac.uk/aer/materials/3datacollection/unit5/structure-dobservationanddata> (letzter Zugriff am 21.07.14)
7. DeWalt KM, DeWalt BR, Wayland CB, Participant observation. In: Russel Bernard H (Ed.). *Handbook of methods in cultural anthropology*. AltaMira Press, 1998: 259–299, zitiert nach: http://en.wikipedia.org/wiki/Participant_observation (letzter Zugriff am 21.07.14)
8. Spradley JP. *Participant Observation*. Orlando, Florida: Harcourt College Publishers, 1980: 58–62
9. Del Piccolo L, Saltini A, Zimmermann C. Which patients talk about stressful life events and social problems to the general practitioner? *Psychol Med* 1998; 28: 1289–99
10. Pål Gulbrandsen P, Fugelli P, Sandvik L, Hjortdahl P. Influence of social problems on management in general practice. *BMJ* 1998; 317: 28–32
11. Shipmann C, Dale J. Responding to out-of-hours-demand. *Fam Pract* 1999; 16: 23–27
12. Bourma W. *Profiles of General Practice in Europe*. Utrecht, NIVEL 2003. <http://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/profiles-of-general-practice-in-europe.pdf> (letzter Zugriff 21.07.14)
13. Zantinge EM, Verhaak PFM, Bensing JM. The workload of GPs: patients with psychological and somatic problems compared. *Fam Pract* 2005; 22: 293–297
14. Kühlein T, Laux G, Gutscher A, Szecsenyi J. *Versorgungsforschung in der Hausarztpraxis*. München: Springer/Urban und Vogel, 2010
15. Kapur N, Hunt I, Lunt M, McBeth J, Creed F, Macfarlane G. Psychosocial and illness related predictors of consultation rates in primary care – a cohort study. *Psychol Med* 2004; 34: 719–28
16. Barry C, Bradley CP, Britten N, Stevenson FA, Barber N. Patients' unvoiced agendas in general practice consultations. *BMJ* 2000; 320: 1246–50
17. Champion PD, Butler NM, Cox AD. Principle agendas of doctors and patients in general practice consultations. *Fam Pract* 1992; 9: 181–90
18. Siehe Literaturstelle 2, ebenda, S. 4
19. Kasperski J, Power K, VanderBent SD. *Social work, primary care and family health*. Ontario College of Family Physicians 2005
20. Raymond A. *General practice – consultation and outcome: a social analysis of the patient practitioner encounter*. New Zealand, University of Auckland, 1992