



Online verfügbar unter [www.sciencedirect.com](http://www.sciencedirect.com)

ScienceDirect

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/zefq>



## SCHWERPUNKT

# (Erwartete) Konsultationsdauer, psychische (Ko-)Morbidity und Zufriedenheit mit dem ärztlichen Gespräch in der Hausarztpraxis



*(Expected) Consultation length, mental (co-)morbidity and patient satisfaction in the family practice encounter*

Andreas Klement<sup>1,5,\*</sup>, Matthias Oemler<sup>1</sup>, Andreas Wienke<sup>2,5</sup>, Matthias Richter<sup>3,5</sup>, Uwe Wolfradt<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Sektion Allgemeinmedizin, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Deutschland

<sup>2</sup> Institut für Medizinische Epidemiologie, Biometrie und Informatik, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Deutschland

<sup>3</sup> Institut für Medizinische Soziologie, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Deutschland

<sup>4</sup> Institut für Psychologie, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Deutschland

<sup>5</sup> Profizentrum für Gesundheitswissenschaften, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Halle (Saale), Deutschland

Eingegangen/submitted 12. Februar 2015; überarbeitet/revised 16. Juli 2015; akzeptiert/accepted 24. August 2015

### SCHLÜSSELWÖRTER

Konsultationszeit;  
Patientenzufriedenheit;  
Arzt-Patient-  
Interaktion;  
psychische  
Störungen;  
Primärversorgung

### Zusammenfassung

**Einleitung:** Psychische Störungen sind in Hausarztpraxen häufig, aber als Einflussgrößen auf Konsultationen wenig untersucht. Wir berichten über den Einfluss psychischer Störungen auf Erwartungen zu Zeit, Offenheit und Ernstnahme sowie Zufriedenheit mit dem ärztlichen Gespräch.

**Methoden:** Vor Konsultation wurde an 219 Patienten ein Screening auf Angststörung (GAD-7), Depression (PHQ-9) und Hypochondrie (WI-7) durchgeführt. Vor und nach Konsultation wurden Erwartungen bzw. Bewertungen zum ärztlichen Gespräch erfasst. Die Subgruppenanalyse erfolgte mittels Mann-Whitney-U-Test.

**Ergebnisse:** Etwa die Hälfte der Patienten war screen-positiv. Vor Konsultation waren die Erwartungen der screen-positiven höher als die der screen-negativen Patienten – nicht jedoch die Erfahrungen nach der Konsultation. Ein Zusammenhang zwischen Gesprächsdauer und Zufriedenheit zeigte sich nicht.

\* Korrespondenzadresse: Prof. Dr. med. A. Klement, Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Sektion Allgemeinmedizin, Magdeburger Straße 8, 06112 Halle (Saale), Deutschland  
E-Mail: [andreas.klement@medizin.uni-halle.de](mailto:andreas.klement@medizin.uni-halle.de) (A. Klement).

**KEYWORDS**

Consultation length;  
patient satisfaction;  
doctor-patient  
interaction;  
mental disorders;  
primary care

**Diskussion:** Patienten mit positivem Screening-Ergebnis auf psychische Störungen nehmen nicht notwendigerweise längere Konsultationsdauern in Anspruch, wenn deren Erwartungen hinsichtlich Offenheit und Ernstnahme befriedigt werden. Dies unterstreicht die Bedeutung von Gesprächskompetenz in der Aus- und Weiterbildung des hausärztlichen Nachwuchses.

**Summary**

**Introduction:** Mental disorders are common in family practice, but their meaning for variables of consultation is rarely considered. Thus, we examined the influence of mental disorders on patients' expectations regarding time, openness and seriousness as well as ratings of satisfaction with the consultation.

**Methods:** Prior to consultation for 219 patients a screening for anxiety (GAD-7), depression (PHQ-9) and hypochondriasis (WI-7) was performed. Before and after the consultation patient expectations and ratings were recorded. Subgroup analysis was based on Mann-Whitney U tests.

**Results:** Almost half of the sample were screen-positive. Prior the consultation, screen positive patients had higher ratings for expectations compared with screen negative patients, but did not differ in their experiences after the consultation. There was no association between consultation length and ratings for satisfaction.

**Discussion:** Patients screened positive for mental disorders do not necessarily require longer consultation length, if their expectations regarding openness and seriousness are met. This is underlines the importance of communication skills in undergraduate medical education and specialist training for future GPs.

**Einleitung**

Hausärztliche Versorgung ist gekennzeichnet durch Niedrigschwelligkeit, Wohnortnähe, Langzeitbetreuung und Orientierung an Erwartungen und Bedürfnissen der Patienten. Das hausärztliche Gespräch in der Konsultation ist dabei das zentrale diagnostische und therapeutische Instrument, in dessen Mittelpunkt der Patient mit seinen Ressourcen (z.B. Motivation zur Verhaltensänderung) steht [1,2]. Folglich ist die Berücksichtigung von patientenseitigen Erwartungen und Bewertungen im Sinne einer patientenzentrierten Konsultation eine maßgeblich relevante Einflussgröße für den Erfolg des Behandlungsprozesses in der Primärversorgung. In der Literatur finden sich zahlreiche Belege, dass beide - Patienten und Ärzte - von einem patientenzentrierten ärztlichen Gespräch profitieren [3]. Es trägt zum Verständnis von Patienten und ihren Beschwerden bei, unterstützt die therapeutische Beziehung, sichert den Behandlungserfolg und fördert die berufliche Zufriedenheit der Hausärzte [4,5]. Weitere positive Effekte einer patientenzentrierten Konsultation sind die Reduktion der Krankheitsdauer und der Behandlungskosten [6,7]. Entsprechend wird in der aktuellen europäischen Forschung für die Allgemeinmedizin die patientenzentrierte Versorgung als erste der drei Kern-Kompetenzen von Hausärzten genannt und es werden Arbeiten zu deren Wirkung in der Routineversorgung gefordert [8]. Mit dem Ziel der Reduktion von ungerechtfertigten Unterschieden in der Versorgungsqualität wird die Erfassung und Berücksichtigung von Patientenerwartungen ebenso gefordert wie deren Integration in ein möglichst patientenzentriertes Gespräch [9].

Eine Vielzahl von Einzelfaktoren auf eine patientenzentrierte Gesprächsführung sind beschrieben worden. Ein integrierendes Rahmenmodell geht davon aus, dass Hintergrundmerkmale sowohl direkte als auch indirekte Effekte auf patienten- und arztseitige Zielgrößen (z.B. Behandlungs- oder Berufszufriedenheit) ausüben [10]. Zu den Hintergrundmerkmalen der Patienten zählen hierbei

soziodemografische Merkmale (z.B. Alter, Geschlecht und sozioökonomischer Status), Persönlichkeitsmerkmale (z.B. Intro- vs. Extraversion), sowie Erwartungen und Krankheitsmerkmale (Anzahl, Entität, Chronizität) [11–15].

Ein bedeutsames Krankheitsmerkmal mit Wirkung auf die Arzt-Patienten-Kommunikation ist das Vorliegen einer oder mehrerer psychischer Störungen. Trotz der zunehmend hohen Prävalenz psychischer Störungen in der Hausarztpraxis ist jedoch noch wenig über die gesprächsbezogenen Erwartungen und Bewertungen dieser Patientengruppe bekannt [16,17]. Berichtete Ein-Monats-Prävalenzen der Major Depressionen (10%) und Generalisierten Angststörung (8%) zeigen deren große Bedeutung für die hausärztliche Versorgung [17–20]. Die Hypochondrische Störung (4%) weist eine geringere, aber dennoch relevante Prävalenz auf, lässt sich jedoch von den somatoformen/funktionellen Störungen (18%) nur schwer abgrenzen [17,21]. Psychische Störungen in Hausarztpraxen treten häufig in Form von „mild mental syndromes“ und in Mischformen untereinander auf, die nicht angemessen in den gültigen Klassifikationssystemen abgebildet werden [17]. Aber das Vorliegen dieser Störungsbilder ist bedeutsam für die Nutzung des Gesundheitssystems: Patienten mit psychischer Komorbidität weisen erheblich höhere Inanspruchnahmen medizinischer Dienste, mehr Überweisungen und längere Arbeitsunfähigkeitszeiten auf als Patienten ohne derartige Störungsbilder [22–25].

Neben der Zeitdauer wird der ärztlichen Empathie hinsichtlich patientenseitiger Erwartungen und Zufriedenheit mit der Konsultation seit langem große Bedeutung zugewiesen. Die umfangreiche Literatur zum Konstrukt „ärztliche Empathie“ verweist (in unterschiedlichen Operationalisierungen) im Wesentlichen auf die Einflussgrößen Offenheit und Ernstnahme des Patienten und seiner Anliegen durch den Arzt [26–28]. In einer Vielzahl von Empfehlungen zum Umgang mit psychischen Störungen wird zu einer besonders empathischen und patientenzentrierten Gesprächsführung geraten, wenngleich das Vergütungssystem hierfür keine Anreize bietet und knappe zeitliche

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/10518543>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/10518543>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)