

Präv Gesundheitsf
<https://doi.org/10.1007/s11553-023-01071-2>
 Eingegangen: 11. Mai 2023
 Angenommen: 19. Juli 2023

© The Author(s) 2023



Julian Wangler¹ · Michael Jansky

¹ Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie, UNIVERSITÄTSMEDIZIN Mainz, Mainz, Deutschland

Somatoforme Störungen als Herausforderung für die Arzt-Patient-Beziehung – eine quantitative Fragebogenerhebung zu Beobachtungen und Umgangsstrategien von Hausärzt*innen

Zusatzmaterial online

Zusätzliche Informationen sind in der Online-Version dieses Artikels (<https://doi.org/10.1007/s11553-023-01071-2>) enthalten.

In der hausärztlichen Versorgung sind somatoforme Symptomatiken verbreitet. Für behandelnde Ärzt*innen kann es sich im Umgang mit betroffenen Patient*innen herausfordernd gestalten, eine Compliance-förderliche Beziehung herzustellen und stabilisierende Maßnahmen zu ergreifen. Eine Studie hat untersucht, wie Allgemeinmediziner*innen auf Patienten mit somatoformen Störungen eingehen und auf welche Strategien sie setzen.

Die Prävalenz nicht-spezifischer funktioneller und somatoformer Körperbeschwerden in der Primärversorgung wird mit einem Anteil zwischen 15 und 31 % angegeben [5, 24, 28]. Solche Patient*innen werden typischerweise mit stark unterschiedlichen körperlichen Beschwerden ohne hinreichenden organischen Befund in der Hausarztpraxis vorstellig [19, 21]. Im Zuge einer langen

Anamnese-geschichte haben Betroffene nicht selten eine übersteigerte Körperwahrnehmung und zeigen psychische Dysfunktionalitäten [3, 18, 27]. Trotz fehlender Hinweise auf eine Ursache und wiederholter ärztlicher Versicherungen, dass die Krankheitszeichen nicht körperlich begründbar sind, sind Betroffene von einer physischen Ursache überzeugt. Demgegenüber wird die Möglichkeit einer psychischen Problematik, die die Beschwerden auslöst, meist zurückgewiesen ([23]; [Abb. 1](#)).

Im Kontext somatoformer Störungen bestehen mehrere Probleme in der Arzt-Patient-Interaktion [15, 22]. Erstens legen Patient*innen mit unklaren Körperbeschwerden verbreitet ein appellatives Verhalten an den Tag, das von einem hartnäckigen Drängen auf konkrete Untersuchungen (z. B. weiterführende Diagnostik) bestimmt ist. Zweitens treffen sie dabei bei Ärzt*innen auf ein anamnestisches Verständnis und Vorgehen, das gewährleisten soll, keine verborgene Krankheit zu übersehen und sämtliche potenziell auslösenden Faktoren einzubeziehen. Drittens kann es, falls organische Ursachen nicht gefunden werden können, zu einer Diskrepanz zwischen den jeweiligen Ursachenüberzeu-

gungen kommen, die zusätzliches Konfliktpotenzial bereithält [18]. Schließt der Arzt organische Ursachen eindeutig aus und fasst andere Erklärungsmuster ins Auge, fühlt sich der Patient möglicherweise missverstanden, wirft dem Arzt fachliche Inkompetenz vor und beendet das Betreuungsverhältnis [11, 12].

Für den deutschsprachigen Raum existiert eine interdisziplinäre S3-Leitlinie zum Krankheitsbild der somatoformen Störung [28]. Deren Handlungsempfehlungen für diagnostische und therapeutische Fragestellungen eignen sich grundsätzlich auch für den hausärztlichen Bereich. Des Weiteren existieren diagnostische Instrumentarien (Internationale Diagnosen-Checkliste für ICD-10 ‚Somatoforme Störung‘ oder der PHQ-15 zur Erfassung des Schweregrades somatischer Symptome; [14]).

Während zu Aspekten wie Prävalenz [9] und hilfreichen therapeutischen Strategien [13] für den deutschsprachigen Raum bereits Forschungsarbeiten vorgelegt worden sind, fehlt es jedoch an Studien, die den tatsächlichen Umgang von Hausärzt*innen im alltäglichen Praxisgeschehen in den Blick nehmen. Insbesondere Kommunikationsstrategien zur Herstellung eines tragfähigen Arzt-

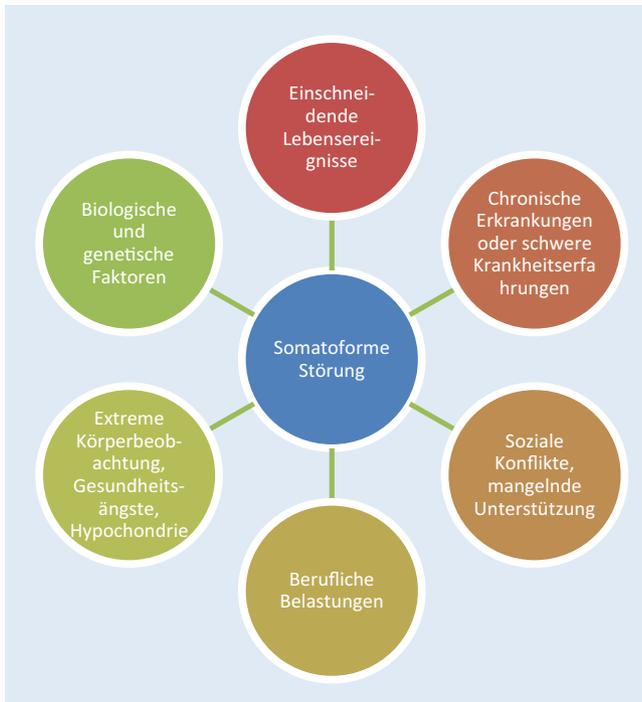


Abb. 1 ◀ Beispielhafte psychosoziale Ursachen somatoformer Störungen

Patient-Verhältnisses, das die Grundlage für ein erfolgreiches Management ist, sind bis dato kaum erforscht worden.

Erkenntnisinteresse

Ziel der Studie ist es, zu eruieren, wie Hausärzt*innen das Beschwerdebild der somatoformen Störungen im Versorgungsalltag wahrnehmen, welche Bedeutung sie diesen beimessen und wie sie mit betroffenen Patient*innen umgehen. Ein besonderer Fokus liegt auf der Bestimmung von erlebten Patient*innencharakteristika, vermuteten Ursachen somatoformer Störungen, erlebten Herausforderungen in der Sprechstunde, Betreuungs- und Stabilisierungsstrategien sowie diagnostischen Unterstützungsformen.

Methodik

Studiendesign und Erhebungsinstrument

Die explorative Untersuchung wurde als online-basierte Befragung ausgestaltet, mittels derer hausärztliche Mediziner*innen befragt wurden. Sie basiert zum einen auf einer umfassenden Literaturrecherche. Zum anderen wurden

Vorstudien der Autoren berücksichtigt, bei denen Gesundheitsängste eine Rolle spielen [29, 30].

Das konzipierte Erhebungsinstrument (s. Anhang, Ausfülldauer: ca. 12 min) setzt sich aus folgenden Komponenten zusammen: a) Auftreten somatoformer Störungen im Praxisalltag, b) Patient*innencharakteristika, c) diagnostisches Vorgehen und Leitlinienorientierung, d) erlebte Herausforderungen und Stabilisierungsstrategien, e) Interdisziplinäre Zusammenarbeit, f) Vorschläge zur Optimierung.

Neben den standardisierten Fragen wurden mehrere offene Fragen eingesetzt (6, 8, 16, 21; siehe Zusatzmaterial online). Als soziodemografische Merkmale wurden Geschlecht, Alter, Facharzt*innenhintergrund, Praxisumgebung, Praxisform und Patient*innen pro Quartal erhoben. Vor dem Feldeinsatz wurde ein Pretest mit 15 zufällig ausgewählten Hausärzt*innen durchgeführt.

Rekrutierung und Teilnehmer*innen

Auf schriftlich-postalischem Weg zur Teilnahme an der anonymisierten Befragung eingeladen wurden zwischen Januar und April 2023 sämtliche 6506 als

Behandler*innen aktive Hausärzt*innen in Hessen ($n = 3839$) und Rheinland-Pfalz ($n = 2667$). Es handelte sich um ein einmaliges Anschreiben, in dem die zu befragenden Ärzt*innen u.a. einen passwortgeschützten Zugang zur Online-Befragung mitgeteilt bekamen. Die Teilnehmer*innen erhielten keine Incentives.

Datenanalyse

Nach Bereinigung des Datensatzes wurden die Daten mittels SPSS 23.0 für Windows ausgewertet. Zur Feststellung von signifikanten Unterschieden zwischen zwei Gruppen kam ein t-Test bei unabhängigen Stichproben zum Einsatz (Mittelwertdifferenz auf dem Niveau $p < 0,001$).

Die Auswertung der offenen Fragen basiert auf einer Nachkodierung im Sinne der qualitativen Inhaltsanalyse [29].

Ergebnisse

Stichprobe

Von den 1415 bearbeiteten Fragebögen gingen 1398 vollständig ausgefüllte Bögen in die Auswertung ein (Rücklauf: 21%). Anhand der erhobenen soziodemografischen Merkmale ist die Stichprobe wie folgt strukturiert:

- Geschlecht: 51 % männlich, 49 % weiblich,
- Durchschnittsalter: 55 (Median: 54) Jahre,
- Praxisumgebung: 49 % mittel- und großstädtisch, 51 % ländlich-klein-städtisch,
- Praxisform: 50 % Einzelpraxen, 46 % Gemeinschaftspraxen, 4 % Sonstiges,
- Patient*innen pro Quartal: 20 % < 1000, 35 % 1000–1500, 24 % 1501–2000, 21 % > 2000.

Somatoforme Störungen im Praxisalltag

Gefragt nach dem vermuteten Anteil, den nicht-spezifische somatoforme Beschwerden an den Praxiskonsultationen ausmachen, geben 41 % einen Bereich zwischen 16–20 % an, gefolgt von 25 %, die von 10–15 % ausgehen.

J. Wangler · M. Jansky

Somatoforme Störungen als Herausforderung für die Arzt-Patient-Beziehung – eine quantitative Fragebogenerhebung zu Beobachtungen und Umgangsstrategien von Hausärzt*innen

Zusammenfassung

Hintergrund. In der hausärztlichen Versorgung sind somatoforme Symptomatiken verbreitet und können eine besondere Herausforderung darstellen. Bislang fehlt es an Studien, die den Umgang von Hausärzt*innen mit entsprechenden Patient*innen in den Blick nehmen. Insbesondere Strategien zur Herstellung eines tragfähigen Arzt-Patient-Verhältnisses sind kaum erforscht worden. **Ziel der Arbeit.** Die Studie hat eruiert, wie Hausärzt*innen das Beschwerdebild der somatoformen Störungen wahrnehmen, welche Bedeutung sie diesen beimessen und wie sie mit Patient*innen umgehen. Der Hauptfokus liegt auf erlebten Patient*innencharakteristika, vermuteten Ursachen somatoformer Störungen, Herausforderungen in der Sprechstunde, Betreuungs- und Stabilisierungsstrategien sowie diagnostischen Unterstützungsformen.

Material und Methoden. Mittels schriftlicher Befragung zwischen Januar und April 2023 wurden insgesamt 1398 Hausärzt*innen in Hessen und Rheinland-Pfalz anonymisiert befragt. Zur Feststellung von signifikanten Unterschieden zwischen zwei Gruppen kam ein t-Test bei unabhängigen Stichproben zum Einsatz.

Ergebnisse. Die Befragten benennen zahlreiche Strategien, mit denen sie positive Erfahrungen gemacht haben, wenn es darum geht, Patient*innen zu stabilisieren. Die Schaffung einer tangentialen Arzt-Patient-Beziehung wird mit Maßnahmen flankiert, einerseits körperliche Ursachen konsequent auszuschließen, andererseits Patient*innen möglichst gut einschätzen zu können und behutsam an das Krankheitsbild somatoformer Störungen heranzuführen. Aktuelle Leitlinien sind den meisten Ärzt*innen nicht bekannt.

Die Zusammenarbeit mit Spezialist*innen und Therapeut*innen wird verbreitet als schwierig beschrieben.

Schlussfolgerung. Hausärzt*innen greifen auf ein breites Spektrum an Kommunikations- und Stabilisierungsstrategien beim Management somatoformer Körperbeschwerden zu. Dennoch wird der Kontakt mit dieser Patient*innengruppe im Praxisalltag als beschwerlich erlebt. Langfristig wäre neben der Schaffung von mehr therapeutischen Betreuungskapazitäten und interdisziplinären Strukturen eine Stärkung niedrigschwelliger Therapie- und Unterstützungsangebote hilfreich.

Schlüsselwörter

Nicht spezifische funktionelle Körperbeschwerden · Somatoforme Störung · Gesundheitsangst · Hausarzt · Management

Somatoform disorders as a challenge for the doctor–patient relationship—a quantitative survey on observations and coping strategies of general practitioners

Abstract

Background. Somatoform symptoms are common in primary care and can pose a challenge. So far, there have been hardly any studies that look at how general practitioners (GPs) deal with such patients. In particular, strategies for creating a sustainable doctor–patient relationship have hardly been researched.

Objectives. The study determined how GPs perceive the symptoms of somatoform disorders in everyday care, what importance they attach to them and how they deal with affected patients. The main focus is on experienced patient characteristics, suspected causes of somatoform disorders, challenges in medical consultation, care and stabilization strategies as well as on diagnostic tools.

Materials and methods. In the course of a written survey a total of 1398 GPs in Hesse and Rhineland-Palatinate were anonymously interviewed between January and April 2023. A t-test was used to determine significant differences between two groups in independent samples.

Results. Respondents name numerous strategies with which they have had positive experiences when it comes to stabilizing patients. The creation of a tangential doctor–patient relationship is accompanied by measures to consistently rule out physical causes and to be able to assess patients as well as possible, while gently introducing them to the clinical picture of somatoform disorders. Most doctors are not aware of current guidelines for the care of these patients.

Working with specialists and therapists is widely described as difficult.

Conclusion. General practitioners access a wide range of communication and stabilization strategies when managing somatoform physical symptoms. Nevertheless, contact with this group of patients is experienced as difficult in everyday practice. In the long term, in addition to the creation of more therapeutic care capacities and interdisciplinary structures, it would be helpful to strengthen low-threshold therapy and support offers.

Keywords

Psychosomatic disorders · Somatoform disorders · General practitioner · Health anxiety · Management

Es gehen 37 % aller Befragten davon aus, dass Patient*innen, die von nicht-spezifischen somatoformen Körperbeschwerden betroffen sind, in den letzten Jahren stark zunehmend in der hausärztlichen Versorgung zu beobachten sind. 23 % geben an, der Anteil habe moderat zugenommen (25 %: nicht zunehmend).

Patient*innencharakteristika

Mit Blick auf verschiedene Symptomatiken geben 83 % der Befragten Panikattacken und Angststörungen unter betroffenen Patient*innen an, gefolgt von anhaltenden Schmerzen wie z. B. Kopf-, Brust- oder Rückenschmerzen

(81 %). Nach Erfahrung von 69 % klagen Patient*innen über Müdigkeits- und Erschöpfungszustände, aber auch über Herz-Kreislauf-Probleme (61 %) sowie Magen-Darm-Beschwerden (55 %).

Bei Patient*innen mit somatoformen Problematiken beobachten die Befragten ein verstärktes Frequentieren der Sprech-

Tab. 1 Charakteristika von Patient*innen mit somatoformen Beschwerden

Frage: Welche der folgenden Charakteristika treffen Ihrer Ansicht bzw. Erfahrung nach häufig auf Patient*innen zu, die von somatoformen Körperbeschwerden/Störungen betroffen sind? (N = 1398; Mehrfachangabe)

Patient*innen stellen viele Fragen	93 %
Überempfindlichkeit, Patient*innen sind leicht reizbar, schnell gekränkt	80 %
Überarbeitung, berufsbedingter Stress	78 %
Patient*innen lassen sich leicht von anderen Informationsquellen beeinflussen	79 %
Patient*innen sind aggressiv, konfliktbereit	44 %
Patient*innen sind ängstlich, nervös, steigern sich leicht in etwas hinein	82 %
Patient*innen sind häufig von psychischen Störungen wie depressiven Verstimmungen, Panik- oder Zwangsstörungen betroffen	74 %
Patient*innen kommen mit falschen Erwartungen oder Annahmen in die Sprechstunde (z. B. konsultierte Informationen, hausärztliche Rolle)	85 %
Patient*innen kommen überdurchschnittlich oft in die Sprechstunde	95 %
Patient*innen sind kritischer gegenüber mir als Arzt	53 %
Patient*innen haben wenig Vertrauen, sind misstrauisch	39 %
Patient*innen haben einen übertriebenen Medikamentengebrauch	35 %
Patient*innen fordern häufig eine weiterführende apparative Diagnostik ein	86 %
Patient*innen sind schwer von ihren Ansichten bzw. Sorgen oder Befürchtungen abzubringen	75 %
Es fehlt diesen Patient*innen an Einsicht in ihren tatsächlichen Zustand	38 %
Patient*innen tendieren dazu, sich körperliche Beschwerden einzubilden	40 %
Patient*innen tendieren zur Selbstmedikation	38 %
Patient*innen brechen schnell den Kontakt zum Arzt ab, wenn sie in ihren Erwartungen enttäuscht werden	51 %
Patient*innen leiden unter einer chronischen Erkrankung	47 %

stunde in Verbindung mit zahlreichen Fragen zum eigenen Beschwerdebild sowie das Einfordern apparativer Diagnostik (s. [Tab. 1](#)). Ebenfalls verbreitet benennen die Befragten falsche oder übertriebene Erwartungen in Bezug auf vom Hausarzt zu erbringende Leistungen. Den Ärzt*innen fällt oft eine extreme Sensibilität und Nervosität bei Patient*innen auf. Sind Betroffene erst überzeugt, die Ursache ihrer Erkrankung zu kennen, so lassen sie sich nach Erfahrung der Befragten häufig schwer von ihren Ansichten und Sorgen abbringen.

Geht es um vermutete oder tatsächliche Ursachen für die Entstehung somatoformer Störungen, führen die Befragten allem voran außergewöhnliche Belastungen wie z. B. Arbeitslosigkeit, Trennung, Unfälle, Operationen oder den Verlust einer nahen stehenden Person (82 %), aber auch Belastungen und Konflikte im Beruf (79 %) an. Ebenfalls genannt wird ein routinemäßig sorgenvoller Umgang mit Körperbeschwerden bzw. Hypochondrie (68 %).

Diagnostisches Vorgehen und Leitlinienorientierung

Mit 29 % kodiert ein kleinerer Teil im Bereich der neurotischen Belastungs- und somatoformen Störungen nach ICD-10. Hiervon wiederum geben 20 % an, dies häufig zu tun, weitere 27 % gelegentlich. Ein anderer Teil der Befragten gibt an, sich auf die Beschreibung von Komorbiditäten wie Depressionen, Angststörungen und/oder Diagnosen wie nicht klassifizierter chronischer Schmerz zu beschränken.

In einer Nachfrage wurden Gründe ermittelt, weshalb der ICD-Code für dieses Krankheitsbild kaum Verwendung findet. Im Zentrum steht, dass den befragten Hausärzt*innen eine frühzeitige Festlegung auf den ICD-Code angesichts einer so komplexen Beschwerdeproblematik verfrüht und unterkomplex erscheint.

„Die ICD-Terminologie ist zu konkret und erfordert eine rasche Festlegung. Kann ich sicher sein, dass es nicht in Wahrheit eine

Depression oder eine anderweitige Problematik ist?“

„Oft ist man sich nicht sicher, was tatsächlich hinter solchen Beschwerden steht und wie diese evtl. miteinander interagieren. Daher vermeide ich ICD.“

Damit zusammenhängend, wird eine zu geringe inhaltliche Kenntnis somatoformer Körperbeschwerden angeführt, sodass eine Festlegung auf den ICD-Code überstürzt erscheint. Viele Befragte nehmen für sich nicht in Anspruch, eine konkrete Diagnose zu stellen, sondern konzentrieren sich auf den weitgehenden Ausschluss gängiger physischer Ursachen.

„Für mich endet meine Arbeit dort, wo ich keinen Hinweis auf eine klare körperliche Ursache finde.“

Andere Befragte benennen die Konsequenzlosigkeit einer Kodierung.

„Es ist nichts damit erreicht, den Patienten eine Schublade zu stecken.“

„Es geht hier um ganzheitliche Medizin, d. h. den Patienten in seiner ganzen Vielschichtigkeit zu betrachten und ihm möglichst zu helfen. Ein ICD-Code ist nur ein Etikett.“

Eine Folgefrage ermittelte, dass lediglich 12 % der befragten Ärzt*innen bestimmte diagnostische Hilfsmittel wie (psychosomatische) Checklisten oder Fragebögen zur Diagnostik oder für differenzialdiagnostische Überlegungen zu diesem Krankheitsbild einsetzen. Ein analoges Bild zeigt sich mit Blick auf die interdisziplinäre S3-Leitlinie zu somatoformen Störungen. 29 % der Befragten geben an, dass diese ihnen bekannt ist.

Es bewerten 40 % derjenigen Ärzt*innen, die die S3-Leitlinie kennen, diese als eher nützlich. In einer offenen Nachfrage üben zahlreiche Befragte Kritik an der Leitlinie: *„Umständlich und unpraktisch“, „zu anwendungsfern“, „keine individuelle Betrachtung des Patient*innen möglich“, „Wird der Komplexität psychosomatischer Leiden nicht gerecht“.*

Tab. 2 Erlebte Herausforderungen im Umgang mit Patient*innen mit somatoformen Beschwerden

Frage: Bei der Betreuung und Behandlung von Patient*innen mit nicht-spezifischen somatoformen Körperbeschwerden/Störungen kann es für Ärzt*innen zu Herausforderungen kommen. Als wie groß erleben Sie die folgenden möglichen Herausforderungen, wenn Sie an Ihre bisherigen Erfahrungen mit diesen Patient*innen denken?

(N = 1398; Kategorien ‚sehr herausfordernd/eher herausfordernd‘ bzw. ‚weniger herausfordernd/gar nicht herausfordernd‘ zusammengefasst)

Genügend Zeit für diese Patient*innen zur Verfügung stellen	89%/11 %
Unbegründeten Sorgen oder Ängsten in Bezug auf eine mögliche Erkrankung entgegenwirken bzw. diese ausräumen	83%/17 %
Auf alle Fragen und Wünsche dieser Patient*innen eingehen (z. B. in Bezug auf apparative Diagnostik)	81%/19 %
Patienten ein realistisches Bild von den Möglichkeiten und Grenzen ärztlicher Diagnostik bzw. Behandlung vermitteln	80%/20 %
Missverständnisse und Enttäuschungen auf Seiten der Patient*innen vermeiden bzw. ausräumen	84%/16 %
Sicherstellung der Compliance	88%/12 %
Patient*innen dazu bewegen, psychosoziale Hilfsangebote in Anspruch zu nehmen (z. B. Psychotherapie, Resilienztraining)	73%/27 %

Herausforderungen und Stabilisierungsstrategien

Im Praxisalltag erleben 63 % aller Befragten das Management von Patient*innen mit nicht-spezifischen somatoformen Körperbeschwerden als sehr oder eher anstrengend (29 % weniger bzw. gar nicht anstrengend). Der Anteil, der generell Herausforderungen erlebt, liegt unter Ärzt*innen in Kleinstädten und Landgemeinden klar höher als solchen in Mittel- und Großstädten (75 % zu 53 %, $p < 0,001$).

In Bezug auf den Umgang mit somatoformen Patient*innen zeigen sich im Erleben der befragten Ärzt*innen verschiedenste Herausforderungen (vgl. **Tab. 2**). Neben dem Problem, ausreichend Zeit für die Konsultation zur Verfügung zu stellen, findet es eine klare Mehrheit der Befragten durchaus schwierig, so auf diese Praxisklientel einzuwirken, dass ausufernden Angstzuständen in Bezug auf das Vorhandensein einer ernsthaften Erkrankung vorgebeugt werden kann und Missverständnisse vermieden werden. Eng hiermit verknüpft ist die Sicherstellung der Compliance. Rund drei Viertel der Befragten empfinden es als herausfordernd, Patient*innen dazu zu motivieren, entsprechende psychosoziale Hilfen zu nutzen.

Trotz der Anforderungen und Problematiken, die somatoforme Beschwerden

mit sich bringen, benennen die Befragten zahlreiche Strategien, mit denen sie positive Erfahrungen gemacht haben, wenn es darum geht, Patient*innen zu stabilisieren (**Tab. 3**). Die meisten Befragten artikulieren, dass sie die eingehende und kontinuierliche Befassung mit dem Patienten in einer entspannten Gesprächssituation als besonders wichtig erachten, damit eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Interaktion auf Augenhöhe entstehen kann. Ein großer Teil der Ärzt*innen legt Wert darauf, Hintergrund und Lebenslage des Patienten einzuschätzen.

Mit der Zurückhaltung im Rahmen der tangentialen Gesprächsführung geht einher, dass keine falschen Erwartungen geweckt, nüchterne Aufklärung geleistet und überzogene Untersuchungen vermieden werden. Dies erfordert ggf. eine frühzeitige Relativierung unangemessener Wünsche und Forderungen. Hinsichtlich ihres Vorgehens zeigen sich die Befragten bemüht, psychosoziale Themen zunächst eher beiläufig anzureißen. Nach Ansicht der Befragten sollten regelmäßige, d. h. von Beschwerden und Ängsten unabhängige, zeitlich begrenzte Termine vereinbart werden. Auch um Patient*innen an das Krankheitsbild somatoformer Störungen heranzuführen, werden teils Informationsmaterialien zusammengestellt. Beschwerdetagebücher sollen helfen, genauer zu bestimmen, unter

welchen Alltagsbedingungen Symptome auftreten.

Neben dem Verweis auf Entspannungstechniken hebt eine Reihe von Ärzt*innen den Stellenwert regelmäßiger körperlicher Betätigung als therapeutisches Instrument hervor, um z. B. Aufmerksamkeitsroutinen zu verändern und die Rückgewinnung von subjektiv empfundener Souveränität im Alltag zu unterstützen. Die meisten der Befragten sind bei der medikamentösen Behandlung somatoformer Störungen klar zurückhaltend.

Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Mit Blick auf die interdisziplinäre Zusammenarbeit hat nur ein Teil der Befragten den Eindruck, sich auf die Kooperation mit Gebietsärzt*innen verlassen zu können, wenn es um die diagnostische Abklärung und/oder Behandlung von somatoformen Beschwerden geht. 42 % empfinden die Kooperation in diesem Bereich als sehr oder eher gut, wohingegen 48 % diese als eher oder sehr schlecht einstufen. Während 53 % der Ärzt*innen in Groß- und Mittelstädten die Zusammenarbeit mit Fachkolleg*innen aus Psychiatrie/Psychosomatik und Neurologie als gut bewerten, sind dies unter Ärzt*innen in Kleinstädten und Landgemeinden 32 % ($p < 0,001$). Ein ähnliches Bild zeigt sich mit Blick auf die Kooperation mit Psychotherapeut*innen. 44 % bewerten diese als sehr oder eher gut, während 49 % diese als eher oder sehr schlecht einstufen.

Eine Folgefrage liefert Hinweise auf die Ursachen der festgestellten Unzufriedenheit. So sind 40 % der Ansicht, dass die fachärztlichen Kolleg*innen der Psychiatrie und Psychotherapie sie i. d. R. ausreichend über durchgeführte Untersuchungen, Ergebnisse und/oder therapeutische Maßnahmen informieren. Im Fall von Psychotherapeut*innen geben 62 % an, dass sie aufgrund langer Wartezeit insgesamt eher zurückhaltend geworden seien, wenn es um die Überweisung geht und ggf. andere Lösungen suchen. 73 % geben an, dass sie sich beim Management von Patient*innen mit somatoformen Beschwerden oft allein gelassen fühlen. Während der Anteil unter

Tab. 3 Strategien beim Management somatoformer Störungen mit Ziel einer Stabilisierung von Patient und Arzt-Patient-Verhältnis

Frage: Hier stehen verschiedene vorstellbare Vorgehensweisen, die der Hausarzt anwenden kann, um Patient*innen mit nicht-spezifischen somatoformen Körperbeschwerden/Störungen zu stabilisieren bzw. positiv auf sie einzuwirken, sodass auch das Arzt-Patient-Verhältnis davon profitiert. Welche davon haben Sie bereits angewandt und damit gute Erfahrungen gemacht? (N = 1398; Mehrfachangabe)

Dimension: Gesprächsführung	Tangentiale Gesprächsführung: Arzt-Patient-Gespräch folgt Beschwerdebericht des Patienten; Patient erhält Raum für Darlegung; Vermeidung konfrontativer Gesprächstechniken; Ausstrahlung einer gelassenen, sachlichen Haltung	91 %
	Versicherung der Glaubwürdigkeit der Beschwerden	82 %
	Kennenlernen des Patienten, um eine Einschätzung seiner Persönlichkeit zu erhalten	74 %
	Keine übertriebenen Erwartungen in Bezug auf Diagnostik und Therapie schüren; überhöhte Patientenerwartungen dämpfen	87 %
	Hinweise auf psychosoziale Probleme vorsichtig als relevant markieren und eher beiläufig ansprechen („Stress“, „Belastung“ etc.)	72 %
	Diagnostische Befunde nicht negativ formulieren („Sie haben nichts“)	69 %
	Längerfristiger Aufbau einer Motivation für eine möglichst ganzheitliche Behandlung	71 %
	Dimension: Behandlungsrahmen und Zielstellungen	Einräumen von mehr Beratungszeit (z. B. ausführliche Erläuterung, emotionale Unterstützung)
Vereinbarung regelmäßiger Termine (zeitkontingent- statt beschwerdegesteuert)		79 %
Formulierung realistischer, konkreter und überprüfbarer Therapieziele (Verbesserung der Lebensqualität statt Ziel vollständige Heilung)		77 %
Einlegen von Zwischenschritten; nicht zu viele Ziele in zu kurzer Zeit		78 %
Dimension: therapeutische Maßnahmen und Strategien	Nutzung von ausgewählten Informationsmaterialien, um dem Patienten sukzessive zu verdeutlichen, dass es Beschwerdebilder ohne klare körperliche Ursache gibt	73 %
	Beschwerde- bzw. Angsttagebuch: Wann und in welcher Weise treten Beschwerden auf?	60 %
	Verschreibung unterstützender Maßnahmen, z. B. Verfahren zur Entspannung und Stressbewältigung, Achtsamkeitstraining	62 %
	Dosierte körperliche Aktivität als Zugang zu einem veränderten Körperbewusstsein (Abbau von Angst und Kontrollverlust)	59 %
	Physiotherapeutische Angebote	65 %
	Verweis auf niedrigschwellige psychosoziale bzw. -therapeutische Angebote (z. B. spezielle Angebote der Krankenkassen)	48 %
	Verweis bzw. Vermittlung zu psychosozialen Hilfsangeboten (z. B. Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen)	44 %
	Überweisung des Patienten zu einem Psychotherapeuten	48 %
Medikamentöse Therapie vorzugsweise nur bei ausgeprägten Komorbiditäten	27 %	

urbanen Ärzt*innen bei 59 % liegt, beträgt dieser unter Landärzt*innen 86 % ($p < 0,001$).

Optimierungsvorschläge

Mit Blick auf eine mögliche Optimierung der Versorgung somatoformer Körperbeschwerden benennt ein Teil der Befragten (45 %) die Schaffung von deutlich mehr psychotherapeutischen Therapieplätzen. Dahinter folgen verschiedene Vorschläge, die darauf hinauslaufen, Krankenkassen stärker als Ansprechpartner*innen bei psychosomatischen Problematiken zu verankern (30 %).

Als vielversprechend eingestuft wird die Verfügbarkeit von Online-Therapieangeboten, sei es als Angebote bestimmter Krankenkassen oder in Form digitaler Gesundheitsanwendungen. Ein Teil

der Befragten (29 %) versucht, somatoforme Patient*innen, wo eine psychosoziale Betreuung nötig erscheint, an solche Angebote heranzuführen. Der Gedanke ist dabei, dass sich Betroffene regulären Therapien oftmals versperren, aber womöglich ein niedrigschwelliges, anonymisiertes Hilfsangebot annehmen.

Diskussion

Zusammenfassung und Befunde anderer Studien

Die Befunde der Befragung zeigen, dass in der hausärztlichen Wahrnehmung somatoforme Störungen einen beträchtlichen und steigenden Anteil der Patient*innenkonsultationen ausmachen. Betroffene Patient*innen weisen ein charakteristisches Verhaltensprofil

auf, das Hausärzt*innen vor Herausforderungen stellen kann [18]. So können Betroffene bei Hausärzt*innen Vorbehalte, negative Positionierungen und konfliktäre Haltungen auslösen [20]. Im Lichte der Befunde zeigt sich, dass Allgemeinmediziner*innen mögliche psychische Ursachen und verstärkende Belastungsfaktoren im Blick haben.

Anhand der erhobenen Ergebnisse lässt sich ablesen, dass Hausärzt*innen eine stabile Arzt-Patient-Beziehung als zentrale Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung erachten. Entsprechend unternehmen sie verschiedene Anstrengungen, um eine belastbare, tangentielle Konsultationsgrundlage zu schaffen [8, 26]. Dies flankieren sie mit Maßnahmen, einerseits körperliche Ursachen konsequent auszuschließen, andererseits Patient*innen möglichst gut ein-

schätzen zu können und behutsam an das Krankheitsbild somatoformer Störungen heranzuführen. Die befragten Allgemeinmediziner*innen legen überwiegend Wert darauf, genügend Beratungszeit für diese Patient*innenklientel einzuräumen. Wie bereits Stone feststellte, können Hausärzt*innen die Interaktion mit Patient*innen, die von physisch ungeklärten Beschwerden betroffen sind, als persönliche und ethische Bereicherung erleben, weil das Bild der ganzheitlichen, sprechenden Medizin hier voll zur Geltung kommen kann [25]. Darüber zeigen sich bei den gewählten Vorgehensweisen Parallelen zum Umgang mit gesundheitsängstlichen Patient*innen, die mit dem Phänomen der Cyberchondrie in Verbindung gebracht werden [29, 30].

Überraschend gering fallen Kenntnis und Nutzung der S3-Leitlinie aus. Unter den Befragten finden sich Vorbehalte und Kritik in Bezug auf deren Anwendbarkeit. Ein wesentliches Problem scheint in einer zu geringen Praxisnähe und Überkomplexität zu bestehen [1, 11, 25]. In der Arbeit von Natschke et al. fiel die Einstellung von Hausärzt*innen mit Blick auf die S3-Leitlinie zu somatoformen Beschwerden ebenfalls kritisch aus [20]. Die Autor*innen regten daraufhin die Erstellung einer Anwenderversion für Hausärzt*innen an.

Allerdings scheint fraglich, ob eine solche praxisorientierte, kompakte Fassung etwas an dem grundsätzlichen Befund ändern wird, dass Hausärzt*innen diagnostische Richtlinien und Hilfsmittel bei somatoformen Störungen eher meiden und nach ihrem persönlichen Fallverständnis vorgehen [11]. Offensichtlich wird eine explizite Diagnose als somatoforme Störung nicht als hilfreich im Umgang mit dem Beschwerdebild erlebt, ähnlich wie bei Depressionen [10, 16, 17]. Dies verweist darauf, dass Hausärzt*innen eine Diagnose als potenzielles Problem für den Umgang mit Patient*innen erleben und Hintergründe des Zustandekommens aufgrund der individuellen Verschiedenheiten somatoformer Probleme dadurch nicht geklärt werden können [25]. Frühere Studien konnten ebenfalls belegen, dass z. B. Fragebögen als Screening-Instrumente

in der Hausarztpraxis nur begrenzt angewandt werden [5, 6, 24, 27, 29]. Die Kodierung nach ICD-10 ist dahingehend als herausfordernd zu bezeichnen, da zahlreiche überlappende Diagnosen beschrieben werden [2, 7, 14].

An den Schnittstellen der interdisziplinären Zusammenarbeit sowohl mit Fachkolleg*innen aus Psychiatrie/Psychosomatik und Neurologie als auch mit Psychotherapeut*innen erleben Hausärzt*innen diverse Schwierigkeiten. Lange Wartezeiten und kommunikative Problematiken (z. B. Mangel an direktem fallbezogenem Austausch) führen dazu, dass Allgemeinärzt*innen oft auf sich selbst zurückgeworfen sind. Durchgehend auffällig in den Befunden der vorliegenden Arbeit ist, dass Landärzt*innen die Betreuung somatoformer Störungen als größere Herausforderung erleben. Dies kann damit zusammenhängen, dass sich Ärzt*innen außerhalb urbaner Zentren weit weniger auf ein adäquates Versorgungs- und Unterstützungsnetz verlassen können. Die Notwendigkeit einer besseren Kooperation sowie der Stärkung interdisziplinärer Strukturen wird damit deutlich [27]. Nach Dafürhalten der befragten Ärzt*innen sind es beim Krankheitsbild somatoformer Störungen v. a. niedrigschwellige Lösungen wie Online-Therapien, die helfen können, den Mangel an psychosomatischen Betreuungskapazitäten zu kompensieren. Hier können gerade die gesetzlichen Krankenkassen eine proaktivere Rolle spielen [4]. Die Entwicklung neuer Angebote wie digitaler Gesundheitsanwendungen stellt in diesem Kontext eine große Chance dar.

Stärken und Schwächen

Mit der Befragung konnte eine ausreichend große, heterogene Stichprobe gewonnen werden. Dennoch kann die Studie keinen repräsentativen Anspruch erheben (begrenzte Fallzahl, regionale Rekrutierung). Zudem kann nicht ausgeschlossen werden, dass Ärzte mit thematischem Interesse in stärkerem Maße teilgenommen haben.

Schlussfolgerungen

Hausärzt*innen greifen auf ein breites Spektrum an Kommunikations- und Stabilisierungsstrategien bei der Betreuung somatoformer Körperbeschwerden zu. Dennoch wird der Kontakt mit dieser Patient*innengruppe im Praxisalltag als besondere Herausforderung erlebt. Langfristig wäre neben der Schaffung von mehr therapeutischen Betreuungskapazitäten und interdisziplinären Strukturen eine Stärkung niedrigschwelliger Therapie- und Unterstützungsangebote hilfreich.

Fazit für die Praxis

- In der hausärztlichen Versorgung sind somatoforme Symptomatiken verbreitet und können eine besondere Herausforderung darstellen.
- Hausärzt*innen greifen auf ein breites Spektrum an Kommunikations- und Stabilisierungsstrategien bei der Betreuung somatoformer Körperbeschwerden zu. Dennoch wird der Kontakt mit dieser Patient*innengruppe im Praxisalltag als durchaus beschwerlich erlebt.
- Langfristig wäre neben der Schaffung von mehr therapeutischen Betreuungskapazitäten und interdisziplinären Strukturen eine Stärkung niedrigschwelliger Therapie- und Unterstützungsangebote hilfreich.

Korrespondenzadresse

Dr. Julian Wangler

Zentrum für Allgemeinmedizin und Geriatrie,
UNIVERSITÄTSMEDIZIN Mainz
Am Pulverturm 13, 55131 Mainz, Deutschland
Julian.Wangler@unimedizin-mainz.de

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. J. Wangler und M. Jansky geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Dieser Beitrag beinhaltet keine Studien an Menschen oder Tieren. Da es sich um eine anonymisierte Befragung von Hausärzt*innen handelt und keinerlei Patient*innendaten erhoben bzw. klinische Tests

durchgeführt wurden, war ein Ethikantrag laut den Statuten der Ethikkommission der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz nicht erforderlich. Sämtliche Befragte wurden im Vorfeld über den Gegenstand der Befragung informiert und um Einwilligung gebeten.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- Bishop FL, Dima AL, Ngui J et al (2015) "Lovely pie in the sky plans": a qualitative study of clinicians' perspectives on guidelines for managing low back pain in primary care in England. *Spine* 40(23):1842–1850
- Budtz-Lilly A, Schröder A, Rask MT et al (2015) Bodily distress syndrome: a new diagnosis for functional disorders in primary care? *BMC Fam Pract* 16:180
- Ebel H, Steinmeyer EM, Müller-Küppers M (2002) Somatoform disorders—an empirical multidimensional diagnostic approach in psychopathology, personality and illness behaviour. *Neurol Psychiatry Brain Res* 10:1–7
- Eichenberg C, Küsel C (2016) E-Mental-Health. E-Mental-Health: Erkenntnisse über Wirkmechanismen fehlen noch. *Dtsch Arztebl* 4:176–179
- Fink P, Hansen MS, Oxhøj ML (2004) The prevalence of somatoform disorders among internal medical inpatients. *J Psychosom Res* 56(6):413–418
- Fink P, Rosendal M, Olesen F (2005) Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care. *Aust NZ J Psychiatry* 39(9):772–781
- Fink P, Sørensen L, Engberg M et al (1999) Somatization in primary care. Prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. *Psychosomatics* 40(4):330–338
- Gottschalk JM, Rief W (2012) Psychotherapeutische Ansätze für Patienten mit somatoformen Störungen. *Nervenarzt* 83:1115–1127
- Haller H, Cramer H, Lauche R et al (2015) Somatoforme Störungen und medizinisch unerklärbare Symptome in der Primärversorgung. *Dtsch Arztebl Int* 112:279–287
- Harkness EF, Harrington V, Hinder S et al (2013) GP perspectives of irritable bowel syndrome—an accepted illness, but management deviates from guidelines: a qualitative study. *BMC Fam Pract* 14:92
- Hartz AJ, Noyes R, Bentler SE et al (2000) Unexplained symptoms in primary care: perspectives of doctors and patients. *Gen Hosp Psychiatry* 22:144–152
- Hausteiner-Wiehle C, Henningsen P, Häuser W et al (2013) Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden: S3-Leitlinien mit Quellentexten und Praxismaterialien und Patientenleitlinien. Schattauer, Stuttgart
- Henningsen P, Zipfel S, Herzog W (2007) Management of functional somatic syndromes. *Lancet* 369(9565):946–955
- Hiller W, Zaudig M, Mombour W (2012) ICDL. Internationale Diagnosen Checkliste für ICD-10. Huber, Bern
- Jablensky A (1999) The concept of somatoform disorders: a comment on the mind-body problem in psychiatry. In: Ono Y, Janca A, Asai M, Sartorius N (Hrsg) *Somatoform Disorders. A worldwide perspective*. Springer, Tokio, S3–10
- Jobst D (2006) Wie diagnostizieren Hausärzte eine somatoforme Störung? Praxis-Untersuchung zur Anzahl von Symptomen, psychosozialen Problemen und inadäquatem Krankheitsverhalten von Patienten. *Z Allg Med* 82(5):209–213
- Kammerer K, Falk K, Döpfner S et al (2018) Stärken und Schwächen der ICD-10 bei der Depressionsdiagnostik aus Sicht von HausärztenInnen. *Gesundheitswesen* 80(1):40–42
- Kapfhammer H (2005) Der somatisierende Patient – eine diagnostische und therapeutische Herausforderung. *Psychotherapie* 10:230–243
- Morschitzky H (2007) Statistik somatoformer Störung. In: Morschitzky H (Hrsg) *Somatoforme Störungen*. Springer, Wien, S219
- Natschke T, Heintze C, Döpfner S (2016) Patienten mit nicht-spezifischen somatoformen Körperbeschwerden in der Hausarztpraxis. Eine qualitative Befragung von betreuenden Hausärzten. *Z Allg Med* 92(4):176–181
- Rief W (2008) Somatoforme Störungen. In: Linden M, Hautzinger M (Hrsg) *Verhaltenstherapie manual*. Springer, Heidelberg, S568–573
- Ringel N, Mutschler A, Kröll K et al (2015) Kommunikative Herausforderungen bei Patienten mit somatoformen Störungen meistern. *Med Welt* 5:232–237
- Rudolf G, Henningsen P (1998) Somatoforme Störungen: Theoretisches Verständnis und therapeutische Praxis. Schattauer, Stuttgart
- Sauer N, Eich W (2007) Somatoforme Störungen und Funktionsstörungen. *Dtsch Arztebl* 104:45–54
- Stone L (2013) Reframing chaos—a qualitative study of GPs managing patients with medically unexplained symptoms. *Aust Fam Physician* 42:501–502
- Schaefer R, Boelter R, Faber R et al (2008) Tangential, nicht frontal. Annäherung an eine schwierige Patientengruppe. *Psychother Dialog* 3:252–259
- Schäfer R, Hanel G (2011) Gesundheitsängste in der Primärversorgung. In: Hoefert W, Klotter C (Hrsg) *Gesundheitsängste*. Pabst, Lengerich, S44–67
- Schaefer R, Hausteiner-Wiehle C, Häuser W et al (2012) Klinische Leitlinie: Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden. *Dtsch Arztebl Int* 109:803–813
- Wangler J, Jansky M (2020) General practitioners' challenges and strategies in dealing with Internet-related health anxieties—results of a qualitative study among primary care physicians in Germany. *Wien Med Wochenschr* 170(13–14):329–339
- Wangler J, Jansky M (2023) Enquiries and health concerns—a survey of German general practitioners regarding experiences and strategies in patient care. *J Public Health (Berl)* (Online First). <https://doi.org/10.1007/s10389-023-01909-1>