

Kommunikation zwischen Facharzt und Patient
am Beispiel Fahrtauglichkeit bipolarer Patienten

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der
Philosophischen Fakultät
der
Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität
zu Bonn

vorgelegt von
Amalia Graf-Czikajlo
aus
Heidenheim an der Brenz

Bonn 2010

Gedruckt mit der Genehmigung der Philosophischen Fakultät
der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn

Zusammensetzung der Prüfungskommission:

Priv.-Doz. Dr. Bernd Schlöder.
(Vorsitzende/Vorsitzender)

Prof. Dr. Reinhold Bergler
(Betreuerin/Betreuer und Gutachterin/Gutachter)

Prof. Dr. Georg Rudinger
(Gutachterin/Gutachter)

Priv.-Doz. Dr. Michael Kavšek
(weiteres prüfungsberechtigtes Mitglied)

Tag der mündlichen Prüfung: 22.Juni 2010

Inhaltsverzeichnis

A Problemstellung – Einführung und Gegenstand der Untersuchung	I
1. Bipolare Erkrankung	9
1.1. Der Krankheitsbegriff „Bipolare Erkrankung“	9
1.2. Phasen der bipolaren Störung	11
1.2.1 Zusammenfassung	14
1.3. Epidemiologie	15
1.3.1 Zusammenfassung	15
1.4. Ätiologie	19
1.4.1 Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell	21
1.4.2 Forschungstrend: Das Temperament	23
1.4.3. Zusammenfassung	27
1.5. Symptome der Krankheitserkennung und Einordnung in die Klassifikation	28
1.6. Kulturelle Rahmenbedingungen der bipolaren Erkrankung	30
1.6.1. Bipolare Erkrankung in Kunst und Kultur	33
1.7. Verlauf und Behandlung der bipolaren Erkrankung	35
1.7.1. Leitlinien zur Erkrankung	38
1.8. Bipolare Erkrankung und Lebensqualität	40
2. Kulturelle Rahmenbedingungen	42
2.1. Rechtliche Rahmenbedingungen des Psychiaters	46
2.1.1. Pflichten des Arztes	48
2.2. Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen	51
2.3. Gesundheitsökonomische Rahmenbedingungen	54
3. Rahmenbedingungen des behandelnden Arztes: Psychiater	55
3.1. Persönlichkeit und Rollenverständnis des Psychiaters	55
3.1.1. Zusammenfassung	62
3.2. Der Einfluss impliziter Persönlichkeitstheorien und Eindrucksbildung auf die psychiatrische Tätigkeit	62
3.3. Persönlichkeit und Rollenverständnis des Psychiaters	65
4. Kommunikation im Arztalltag	67
4.1. Rahmenbedingungen von Kommunikation	67
4.2. Kommunikationsmodelle	73
4.3. Die Rolle der Psychologie des ersten Eindrucks in der Kommunikation	79
4.4. Bedeutung des Arzt-Patienten-Gesprächs	81
4.5. Besonderheiten der Arzt- Patientenkommunikation in der Psychoedukation	92
4.6. Zusammenfassung	93

5. Compliance	95
5.1. Rahmenbedingungen für Compliance	98
5.2. Psychoedukation und Compliance.....	101
6. Risikoverhalten	104
6.1. Risikowahrnehmung	104
6.2. Verarbeitungsmechanismen	106
6.3. Risikofaktoren und -verhalten von bipolar Erkrankten	107
6.4. Risikoverhalten im Straßenverkehr: bipolar Erkrankte und Fahrtauglichkeit.....	109
6.4.1. Auswirkung der Medikamente auf die Fahrleistung	113
6.5. Verkehrsteilnahme von psychisch Kranken: Ein Ländervergleich	117
7. Grundannahmen und Modelle der vorliegenden Untersuchung	121
7.1. Das heuristische Modell	123
7.2. Operationalisierung des heuristischen Modells	128
7.3. Aufbau, Methode und Stichprobe der Untersuchung	131
7.3.1. Pilotstudie	131
7.3.2. Auswertungsmethoden der psychologischen Pilotstudie.....	132
7.3.3. Fragebogenkonstruktion	133
7.3.3.1. Operationalisierung des Konstruktes med. / psychologische Aspekte.....	134
7.3.3.2. Operationalisierung des Konstruktes der Arzt-Patientenbeziehung	147
7.3.3.3. Operationalisierung des Konstruktes Arzt- Patientengespräch	155
7.3.3.4. Operationalisierung des Konstruktes Patientenpersönlichkeit /-verhalten	159
7.3.3.5. Operationalisierung des Konstruktes Arztverhalten bezogen auf die Gesprächsführung in Problemsituationen am Beispiel Fahrtauglichkeit	167
7.3.3.6. Operationalisierung des Konstruktes Kompetenz der Ärzte.....	176
7.3.3.7. Operationalisierung des Konstruktes Arztbiographie.....	183
7.3.4. Exkurs. Spektrum der ärztlichen Biographien der Pilotstudie.....	184
7.3.5. Pretest des Fragebogens für die Hauptuntersuchung.....	187
7.3.6. Standardisierte Modellstudie (Hauptuntersuchung)	188
8. Kommunikation in einer kritischen Situation: Ergebnisse einer empir. Analyse bei Psychiatern am Beispiel bipolarer Patienten bzgl. der Thematik Fahreignung	192
8.1. Aufklärungsbereitschaftsbilanz Facharzt.....	192
8.2. Einfluss der soziodemographischen Merkmale auf die Aufklärungsbilanz.....	197
8.3. Einfluss der Arzt-Patienten-Beziehung auf die Aufklärungsbilanz	200
8.3.1. Erwartungen an den Patienten	202
8.3.2. Beziehung zu Kurzzeit- und Langzeitpatienten	205
8.3.2.1. Dauer der Beziehung zu Kurzzeit- und Langzeitpatienten.....	205
8.3.2.2. Qualität der Beziehung zu Kurzzeit und Langzeitpatienten	206

8.3.3 Vertrauensverhältnis Arzt Patient und Arzt-Angehöriger	221
8.3.4. Kooperationsbereitschaft (Therapieziel und Therapieerfolg)	223
8.3.5. Compliance der Patienten (Arztsicht)	228
8.3.6 Einfluss des sozialen Umfeldes des Patienten (Arztsicht)	230
8.4. Einfluss der Arzt – Patienten Gesprächs auf die Aufklärungsbilanz	235
8.4.1 Zeitlicher Gesprächsaufwand	235
8.4.2 Gesprächsinhalte	237
8.4.3 Konflikte während des Gesprächs: Ansprache von Probleme durch die Patienten	243
8.5. Einfluss der Kompetenz der Ärzte auf die Aufklärungsbilanz	246
8.5.1. Gesprächsführungskompetenz	247
8.5.1.1. Gesprächsführungskompetenz: Argumentation	248
8.5.2. Gesprächsführungskompetenz: Bewertungskriterien	253
8.5.3. Fortbildungsbereitschaft	258
8.5.4.Rechtliche Rahmenbedingungen	261
8.6. Einfluss von Verhaltensmerkmalen der Ärzte auf die Aufklärungsbilanz	263
8.6.1 Umgang mit der Problemsituation Fahrtauglichkeit	264
8.6.2. Umgang mit gesundheitsökonomischen Rahmenbedingungen	266
8.6.3. Einflussnahme des Arztes auf die Compliance des Patienten	268
8.7. Einfluss von Einstellung und Verhalten des Patienten in Bezug auf die Verkehrsteilnahme (Arztsicht) auf die Aufklärungsbilanz	273
8.7.1. Verkehrsverhalten: Teilnahme am Straßenverkehr	274
8.7.2 Einstellung der Patienten: Bedeutung von Mobilität	278
8.7.3. Charakteristika bipolarer Patienten	281
8.8 Einfluss von medizinischen / psychologischen Aspekten in Bezug auf die Aufklärungsbilanz zur Verkehrsteilnahme	287
8.8.1. Krankheitsstadium der Patienten. Einfluss der Klientel	288
8.8.2. Persönliches Interesse an der Erkrankung	291
8.8.3. Subjektive Wahrnehmung und Erleben der Erkrankung	294
8.8.3.1 Subjektive Wahrnehmung der Erkrankung	295
8.8.3.2. Erleben der Erkrankung	299
8.8.4. Umgang mit der Erkrankung	302
8.8.5. Medizinische Aspekte im Umgang mit der Erkrankung	305
8.9. Prädiktoren für die Aufklärungsbereitschaft des Arztes.....	308
8.9.1. Prädiktoren für die abhängige Variable „ Wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr“	314
8.9.2. Prädiktoren für die abhängige Variable: „Erfahrungswerte für die allgemeine Gefährdung im Straßenverkehr“	318
8.9.3. Prädiktoren für die abhängige Variable "Abraten vom Autofahren"	320

8.10. Clusteranalyse: Gruppierung der Ärzte.....	324
9. Diskussion und Schlussfolgerung	332
9.1. Ausgangslage, Fragestellung und Zielsetzung	332
9.2. Erhebungsmethode und Analyse	334
9.3 Ergebnisse zur Psychologie der Ärzte	336
9.4.Schlussfolgerungen für mögliche Fortbildungskonzeptionen	339
9.4.1. Schlussfolgerungen für mögliche Fortbildungskonzeptionen - Arzttypus „Verantwortungsvoll Handelnder“	340
9.4.2 Schlussfolgerungen für mögliche Fortbildungskonzeptionen - Arzttypen „Selbstsicherer Profi“ und „Bewusster Verdränger“	348
9.5. Ausblick	349
Literaturverzeichnis	350
Anhang A	
Anhang B	
Anhang C	
Anhang D	
Danksagung.....	

A. Problemstellung – Einführung und Gegenstand der Untersuchung

Der Begriff Bipolare Erkrankung ist abgeleitet aus dem Lateinischen: „Bi“ bedeutet „zwei“, und unter „Pol“ versteht man eines von zwei (äußersten) Enden. Das eine Ende wird als das extreme Gegenteil des anderen betrachtet. „Himmelhoch jauchzend – zu Tode betrübt“, fasst der Volksmund diesen Gegensatz zusammen, wenn es um Stimmungen geht. Zwischen diesen Extremen findet sich dabei ein Kontinuum an unterschiedlichen Stimmungsschwankungen, die diese Erkrankung facettenreich machen. Gleichzeitig erschwert dies einen positiven Krankheitsverlauf. Denn durch die unterschiedlichen Ausprägungen der bipolaren Erkrankung ergeben sich Beeinträchtigungen, die sich auf unterschiedliche Funktionsbereiche im Alltagsleben auswirken können, etwa auf die Teilnahme am Straßenverkehr.

Die motorisierte Teilnahme am Individualverkehr und die damit verbundene Fahrerlaubnis haben in der Gesellschaft einen sehr hohen Stellenwert. Der Besuch von unterschiedlichen Institutionen wie des Arbeitsplatzes, der Arztpraxis, der Tagesklinik sowie soziokulturellen Veranstaltungen ist nicht selten nur mit eigenem Kraftfahrzeug zu bewerkstelligen. Die Anforderungen des Einzelnen im Verkehr hinsichtlich Dichte und Tempo nehmen zu. Es findet sich eine statistisch signifikante Häufung von schuldhaft verursachten Verkehrsunfällen von Fahrern mit positivem Nachweis von Alkohol oder der Kombination von Alkohol und Arzneimitteln. Unter letzteren nehmen Psychopharmaka eine Spitzenstellung ein (Statistisches Bundesamt, 2005; Vaa, 2003). Ärzte sind verpflichtet, ihre Patienten über die Risiken aufzuklären (Spießl, Hausner, Hajak und Cording, 2008). Die Aufklärungspflicht psychiatrischer Fachärzte formuliert Laux et al. (1997):

„Der Arzt muss den Patienten auf die Gefahren der Beeinträchtigung der Verkehrssicherheit infolge möglicher reduzierter Reaktions- und Wahrnehmungsfähigkeit hinweisen, insbesondere auch auf eventuelle Wechselwirkungen mit anderen (Psycho-)pharmaka und Alkohol. Die selbstkritische Einsichts- und Kooperationsfähigkeit des Patienten stellt den entscheidenden Beurteilungsfaktor dar, bei uneinsichtigen Patienten muss der Arzt im Einzelfall abwägen, ob er unter Berufung auf seine Schweigepflicht von Schritten wie einer Meldung absieht oder einen rechtfertigenden Notstand annimmt.“

Und weiter führen Brunbauer und Laux (2008) aus:

„Gleichzeitig sind in den letzten Jahren vermehrt Fragen der Verkehrssicherheit bei Arzneimittelaufnahme in den Mittelpunkt des Interesses gerückt. Vor diesem Hintergrund ist die Thematik sowohl für den Patienten als auch für den Behandelnden mit großer Unsicherheit verbunden und wird oftmals nicht aktiv angesprochen.“

Die Thematik der Fahrtauglichkeit psychisch Kranker wird bis auf wenige Beiträge in der Literatur (vgl. Kapitel 6) eher vernachlässigt. Es sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass sich die meisten Untersuchungen, die sich mit der Thematik Fahrproblematik beschäftigen, auf altersbedingte Mobilitätseinschränkungen beziehen. Dabei steht der allgemeinärztlich tätige Arzt im Mittelpunkt der Untersuchungen (vgl. Engin et al., 2009; Kocherscheidt, 2009; Rudinger & Kocherscheidt, 2007, 2009; Wurster, 2005; Pafferroth, 1994).

In Deutschland besteht für die Fahrtauglichkeit psychisch Kranker eine Empfehlung mit nicht eindeutigen Kriterien (vgl. Kapitel 6). Die Verantwortung für die Entscheidung einer Fahrtauglichkeit obliegt dem einzelnen Arzt.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich daher mit der alltäglichen, aber immer wieder zu einer Herausforderung werdenden Kommunikation zwischen Arzt und Patient bei bipolar Erkrankten unter Berücksichtigung von Risikoverhalten. Als Beispiel für Risikoverhalten wurde in der vorliegenden Arbeit die motorisierte Teilnahme im Straßenverkehr als ein wesentlicher Funktionsbereich im Alltagsleben gewählt, nicht zuletzt deshalb, weil dabei neben einer Eigengefährdung auch eine Fremdgefährdung entstehen kann, ohne dass im Regelfall Konsequenzen zwingend antizipiert werden. Es ist nicht nur das Patientenwohl, sondern auch das Allgemeinwohl von Interesse.

Jedes einzelne Arzt-Patientengespräch bedeutet einen eigenständigen Kommunikationsprozess, der die subjektive Wirklichkeit des Arztes auf der einen Seite und die subjektive Wirklichkeit des Patienten auf der anderen Seite umfasst (Payk, 2001). Ein effektives Arzt-Patientengespräch ist nach Beauchamp und Childress (2001) der Garant für die Achtung der Selbstbestimmung des Kranken, ohne dass die Fürsorge für ihn zu kurz kommt, für das Prinzip des Nichtschadens und der Gerechtigkeit, also für die ethischen Grundprinzipien in der Medizin. Ein gelungenes Arzt-Patientengespräch wirkt sich immer positiv auf das Krankheitsle-

ben, den Krankheitsverlauf, auf das Befinden und die persönliche Kompetenz, mit der Erkrankung umzugehen, aus (Geisler, 2004).

Welches sind nun im Falle bipolarer Erkrankung die speziellen Bedingungen eines Gesprächs und wie ist eine effektive Beratungssituation erreichbar? Bei der speziellen Situation des Gesprächs mit bipolaren Patienten spielen neben den krankheitsbedingten Einflüssen zum Beispiel die sozialen Rahmenbedingungen eine nicht unbedeutende Rolle. Zudem handelt es sich in den meisten Fällen um eine chronische Erkrankung. Diese erfordert eine lebenslange Betreuung und eine gelungene Kommunikation zwischen Arzt und Patient (s.o.), um eine gute Arzt-Patientenbeziehung zu initiieren, aufrecht zu erhalten und die angestrebten Therapieziele auf Arzt- und Patientenseite zu erreichen. Dem Facharzt obliegt auch die Aufgabe, risikoreiches Verhalten zu erkennen und dieses im Gespräch mit den Patienten adäquat zu kanalisieren oder mit den ihm zur Verfügung stehenden probaten Mitteln entsprechend einzugreifen.

Neben den krankheitsimmanenten Aspekten sind dabei auch die Beurteilung der angemessenen medikamentösen Therapie und die Einschätzung des Arztes zum allgemeinen Gesamtgesundheitszustand des Patienten ausschlaggebend. Idealerweise erfolgt diese Einschätzung im klinischen Krankheitsverlauf in regelmäßigen Abständen (Brunnauer und Laux, 2008). Gegen eine solche Regelmäßigkeit spricht allerdings, dass das Arztgespräch in Deutschland recht kurz ist. Deutschland bildet das Schlusslicht in Europa, was die Gesprächsdauer angeht (Deveugle et al., 2002). Zudem wird die Qualität der Gespräche unterschiedlich definiert: Für den Arzt stehen während dessen Visite die objektiven Kriterien der Krankheit im Vordergrund, das Interesse des Patienten dagegen wird vom Krankheitserleben dominiert (Westphale und Köhle, 1982). In der Alltagspraxis bestehen auf Arztseite zudem kommunikative Defizite (Geisler, 1997; Goedhuijs, 2001). Oftmals wird zum Beispiel nach einer ausführlichen Erstanamnese bei der weiteren regelmäßigen Vorstellung der Patienten aus Zeitgründen nur der Allgemeinzustand verfolgt (Diagnoseaspekt). Das Arzt-Patientengespräch hat durch die verschiedenen Honorarreformen in den vergangenen Jahren an Stellenwert verloren. Dies spiegelt sich auch in der Arbeitsweise der Ärzte wider. Längere Gespräche sind kaum möglich, und unter Zeitdruck kommt es vor, dass niedergelassene Ärzte in der Kommunikation zu sparsam sind: Manche Ärzte erklären zu wenig, Fachbegriffe werden nicht ins Deutsche übersetzt oder subjektiv empfundene

Probleme nicht ernst genug genommen (Frisch, 2009). In diesem Zusammenhang wird auch die Bedeutung der Psychologie des ersten Eindrucks in der Kommunikation zwischen Arzt und Patient diskutiert. Nach Bergler und Hoff (2001, S. 82) steht der erste Eindruck am Beginn jeder Interaktion und Kommunikation. Er stellt Weichen und ist teilweise bereits durch ganz bestimmte Erwartungen, die man aufgrund minimaler Informationen über – in diesem Fall – den Patienten hat, mit beeinflusst.“ Da es keine wertfreien Eindrucksurteile (vgl. Bergler, 1997) gibt, spielt der erste Eindruck bzw. die daraus abgeleiteten „Vorurteile über ein Patienten(Krankheits-)bild“ eine nicht unwesentliche Rolle für die Bereitschaft, Prävention aktiv zu betreiben.

Daher bildet das Arzt-Patienten-Gespräch unter Berücksichtigung spezieller Gesprächsbedingungen, die Aufklärung und die Beurteilung der Fahrtauglichkeit bei bipolarem Patientenbild einen Schwerpunkt der vorliegenden Arbeit. Weil die zentralen Ansprechpartner der bipolaren Patienten und zwar über Jahre oder lebenslang, die Fachärzte sind, richtet sich der Fokus bei der zu treffenden Untersuchungsgruppe auf die Facharztgruppe der Psychiater-Neurologen- Nervenärzte. Ziel war es, durch eine empirische Befragung zu dem Thema „Fahrtauglichkeit bipolarer Patienten“ die Sicht und das Vorgehen von Fachärzten im Gespräch mit Patienten sowie die Bereitschaft der Mediziner, aufzuklären und nötigenfalls vom Autofahren abzuraten, zu untersuchen. In der Literatur finden sich kaum Hinweise hinsichtlich des Vorgehens in der Praxis, nur Empfehlungen oder Richtlinien. Abschließend wird in der Arbeit auch diskutiert, unter welchen Bedingungen Fachärzte Fortbildung in diesem Bereich aufgrund subjektiver Kompetenzdefizite für unabdingbar halten. Die Studie verdeutlicht die Einflüsse auf den Arzt, seine Probleme und zeigt Anhaltspunkte auf, mit deren Hilfe die Situation der Beteiligten in diesem spezifischen risikobehafteten Verhaltensbereich verbessert werden könnte.

1. Bipolare Erkrankung

1.1. Der Krankheitsbegriff „Bipolare Erkrankung“

Die bis heute gebräuchliche Unterscheidung der bipolaren Erkrankung in Bipolar I und Bipolar II geht auf Dunner und Mitarbeiter (1976) zurück. Bipolar-I-Patienten weisen wenigstens einmal eine ausgeprägte Manie auf und mussten mindestens einmal wegen einer manischen Episode hospitalisiert werden. An Bipolar II Erkrankte weisen unterdessen hypomanische Episoden neben den depressiven Episoden auf. Neben Bipolar I und II wurden noch weitere Subtypen definiert. Bipolar III beschreibt das vereinzelt bei Patienten immer wieder gesehene Auftreten hypomaner Episoden unter antidepressiver Therapie. Bipolar IV beschreibt Patienten, die aufgrund einer positiven Familienanamnese an einer bipolaren Störung leiden. Allerdings hat sich in der Diagnose nur erstere Aufteilung – Bipolar I und Bipolar II – durchgesetzt.

Neben der Definition von Dunner (1976) ist die von Angst (1996) vorgenommene Aufteilung zu erwähnen (vgl. Maneros, 2004). Er unterscheidet wie folgt:

1. Kerntyp bipolarer Erkrankungen: Das Auftreten manischer und depressiver Episoden ist von solcher Intensität, dass eine Klinikeinweisung erforderlich ist.
2. Vorherrschend manischer Typ: leidet mindestens einmal an einer Manie, die eine Klinikeinweisung erfordert. Depressive Episoden treten mild oder gar nicht auf.
3. Vorherrschend depressiver Typ: Depressionen erfordern eine Klinikeinweisung, der Erkrankte hat auch hypomanische Phasen, die keine Einweisung erfordern.

Der Begriff Hypomanie ist auf Hippokrates zurückzuführen und wurde im Jahre 1881 von Erich Mendel beschrieben. Nach heutigem Verständnis ist die Hypomanie nichts anderes als eine leichtere Form der Manie. Allerdings ist eine wahnhaft- oder halluzinatorische Ausgestaltung (produktiv-psychotische Symptome) bei diesem Krankheitsbild ausgeschlossen (Maneros, 2004).

Post et al. (2005) beschreibt die „Bipolar Affektive Störung“ als chronische Erkrankung mit schweren Komplikationen, hoher Mortalität und Prävalenz.

Heutzutage wird die psychiatrische Erkrankung *bipolare Störung* durch die beiden folgenden Klassifikationssysteme definiert: **I**nternational **C**ode of **D**iagnosis (ICD-10) – eine von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebene internationale Klassifikation der Krankheiten - und DSM-IV (**D**iagnostic and **S**tatistical **M**anual of Mental Disorders), ein nationales US-amerikanisches Klassifikationssystem. Der Vollständigkeit halber ist neben diesen Definitionen in der Medizin auch noch das Klassifikationssystem von Leonhard (1964; vgl. Maneros, 2004) bekannt, auf das nicht näher eingegangen wird, da es sich kaum durchgesetzt hat.

Der Wandel der Klassifikationssysteme ist vor allem dadurch gekennzeichnet, dass die traditionelle, klinisch-typologisch orientierte Diagnostik durch eine kriterienorientierte Diagnostik ersetzt wurde (Erfurth & Arolt, 2003). Dies spiegelt sich auch in der Weiterentwicklung der beiden gebräuchlichsten Klassifikationssysteme wider.

Im US-amerikanischen Raum, aber auch im deutschsprachigen Raum findet zunehmend DSM-IV Verwendung, da diese Klassifikation als praxisnäher empfunden wird: Im DSM-IV finden sich relevante Unterschiede zur ICD-10 (Erfurth & Arolt, 2003). So erfolgt neben der klassischen manisch-depressiven Erkrankung, die von der DSM-IV als Bipolar-I-Störung bezeichnet wird, die Beschreibung der Bipolar-II-Störung. Eine ausführliche Darlegung der Unterschiede findet sich bei Erfurth:

„Das Hauptmerkmal der Bipolar-II-Störung ist das Auftreten einer oder mehrerer Episoden einer Major-Depression zusammen mit mindestens einer hypomanen Episode. Eine manische oder gemischte Episode in der Anamnese schließt die Diagnose einer Bipolar-II-Störung aus. Bei der Bipolar-II-Störung erkennen die Betroffenen die hypomanen Episoden oft nicht als Krankheit, wohingegen für Außenstehende die Verhaltensauffälligkeiten des Erkrankten problematisch sein können. Oft erinnern sich die Betroffenen ohne Hinweise von Familienmitgliedern oder engen Freunden nicht an hypomane Phasen, insbesondere wenn sie sich in einer depressiven Episode befinden. Fremdanamnesen sind für die Diagnose der Bipolar-II-Störung daher oft entscheidend“.

Die Einführung des Begriffs der Bipolar-II-Störung ist für die Differenzierung und das Verständnis bipolarer Störungen von großer Bedeutung (Erfurth & Arolt,

2003). Ein weiterer wichtiger Unterschied zwischen ICD-10 und DSM-IV besteht darin, dass DSM-IV mit Episoden-Zusatzcodierungen (zum Beispiel *mit katatonen Merkmalen, chronisch, mit melancholischen Merkmalen*) sowie Verlaufs-Zusatzcodierungen (zum Beispiel saisonale Muster) stärkere diagnostische Differenzierungen als ICD-10 zulässt.

Solche Zusatzcodierungen können von großem klinischen Wert sein, da sie möglicherweise therapeutische Konsequenzen haben, etwa für die Wahl der Medikation.

Akiskal und Pinto (1999) kritisieren, dass DSM-IV (jetzt mit zwei Leerzeichen) an der klinischen Realität vorbeigehe. Daher schlagen sie eine differenziertere Einteilung der Bipolarität vor, die sieben Ausprägungen hat (Bipolar I Depression plus Manie / Bipolar I 1/2 Depression plus protrahierte Hypomanie / Bipolar II Depression plus Hypomanie / Bipolar II 1/2 Depression plus Zykllothymia / Bipolar III Depression plus Antidepressiva-assoziierte Hypomanie / Bipolar III 1/2 Bipolarität maskiert und demaskiert durch Abusus von Drogen, z.B. Stimulantien / Bipolar IV Depression plus hyperthymes Temperament). Durchgesetzt hat sich diese Aufteilung nicht, allerdings wird die Beschreibung des Bipolar III Zustandes als wichtige notwendige Ergänzung zu DSM-IV gesehen (Erfurth, 2003).

Die verschiedenen Aufteilungen geben den Experten die Möglichkeit, ein größeres Spektrum krankhafter Stimmungsschwankungen zu erfassen und durch eine genauere Diagnose maßgeschneiderte Therapieoptionen anbieten zu können (Egger et al., 2006).

1.2. Phasen der bipolaren Störung

Bei der manischen Phase (Manie) handelt es sich gemäß Definition ICD-10 um eine abgrenzbare, mindestens eine Woche dauernde Periode gehobener, expansiver oder gereizter Stimmung, wobei für diese Diagnose noch drei weitere Kriterien aus einer Auswahlliste erfüllt sein müssen. Diese umfasst die Aktivität/Psychomotorik, die Gesprächigkeit, die Konzentrationsfähigkeit respektive Ablenkbarkeit, das formale Denken, das Schlafbedürfnis, die Libido, das Nähe-Distanz-/ und sonstige zwischenmenschliche und gesellschaftliche Verhalten sowie den Realitätsbezug von Denken, Planen und Verhalten. Die aus den Normabweichungen resultierenden Beeinträchtigungen der Lebensführung müssen schwer sein.

Die manische Phase wird unterschieden nach der hypomanischen Phase (Hypomanie), der manischen Phase ohne psychotische Symptome und der manischen Phase mit psychotischen Symptomen. Alle drei Definitionen beinhalten auch das Kriterium Autofahren. Dieses fällt unter *Ablenkbarkeit oder leichtsinniges Verhalten, dessen Risiken die Betroffenen nicht erkennen, z.B. Lokalrunden ausgeben, törichte Unternehmungen, rücksichtsloses Autofahren (deutliche Geschwindigkeitsübertretungen, riskante Überholmanöver)*. „Es kommt unter Umständen zu wilden und rasanten Autofahrten, die sowohl für den Patienten als auch für die anderen Verkehrsteilnehmer gefährlich sein können...“ (Schäfer & Rüther, 2004, S. 86).

Hypomane Episoden sind durch Überaktivität, Konzentrationsschwierigkeiten, Ablenkbarkeit und übermäßige Vertraulichkeit gekennzeichnet. Das Ausmaß der Veränderungen bei der Hypomanie ist auffällig, aber nicht so ausgeprägt, dass eine vollständige Arbeitsunfähigkeit oder eine ausgeprägte soziale Ablehnung daraus erfolgt oder größere ökonomische Verschuldungen auftreten. Subjektiv erlebte Produktivität am Arbeitsplatz, das einer objektiven Arbeitsbewertung nicht stand hält oder vermehrte Geldausgaben, die nicht zum finanziellen Ruin führen, sind dagegen mit dieser Diagnose vereinbar. „Wenn eine kurze hypomanische Phase nur als Einleitung oder Nachwirkung einer Manie (F30.1 und F30.2) auftritt, soll sie nicht getrennt diagnostiziert werden.“ (ICD-10, S. 133).

Das Ausmaß der beeinträchtigenden Stimmung in der manischen Phase ohne psychotische Symptome geht deutlich über das bei der Hypomanie hinaus, die berufliche und soziale Funktionstüchtigkeit wird durch die Störung mehr oder weniger vollständig unterbrochen. Es besteht eine deutliche Expansion mit Ideenflucht, Hemmungsverlust, Risikoverhalten und Größenwahn (Habermeier & Hoff, 2002).

Die für die manische Phase typische Antriebssteigerung in Verbindung mit psychotischen Realitätsverkennungen kann zu starken Erregungszuständen führen und in Aggressivität und Gewalttätigkeit münden. Oft ist eine Verständigung in der akuten manisch-psychotischen Phase sehr erschwert, was zu einer gefährlichen Steigerung der Symptomatik führen kann.

Die Manie mit psychotischen Symptomen (F30.2) erfährt nun eine weitere Differenzierung: Die Manie mit synthymen psychotischen Symptomen (F30.20) und die Manie mit parathymen psychotischen Symptomen (F30.21). Wenn psychoti-

sche Symptome vom Patienten kongruent zur Stimmung wahrgenommen werden (z. B. Liebeswahn bei gehobener Stimmung oder Verfolgungswahn bei gereizt, misstrauischer Stimmung), dann spricht man von *synthymen* psychotischen Symptomen. Passen die Wahnvorstellungen dagegen nicht zum eigenen Stimmungsbild, werden sie als „fremd“ empfunden, spricht man von *parathymen* psychotischen Symptomen.

Anhand eines Auszugs aus mehreren Fallbeispielen (vgl. Schäfer & Rütger, 2004) soll die Bedeutung der manischen Phase für Patienten verdeutlicht werden:

... die Patientin schlief nur noch drei Stunden, war sehr unruhig, erregt, fremdaggressiv, innerlich gespannt und gereizt. (vgl. Schäfer & Rütger, 2004, S. 73)

... es kam zu einer manischen Symptomatik mit gesteigertem Antrieb, vermehrtem Redefluss, unsinnigen und überflüssigen finanziell überhöhten Einkäufen, gehobener Stimmung und vermindertem Schlafbedürfnis... (vgl. Schäfer & Rütger, 2004, S. 74)

... Im Rahmen von manischen Episoden war es zu erheblichen Konzentrationsstörungen und vermehrtem Redefluss gekommen. Die Gedanken waren gelockert, zum Teil zerfahren und die Patientin berichtete über optische Halluzinationen. Es fiel ein vermindertes Schlafbedürfnis auf (2-4 Stunden pro Nacht)... (Schäfer & Rütger, 2004, S. 75)

Neben der manischen Phase als Akutphase der bipolaren Erkrankung ist ein weiteres Kennzeichen das Auftreten depressiver Akutphasen. Charakteristische Symptome einer depressiven Phase sind zum Beispiel vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Schuldgefühle und Gefühl der Wertlosigkeit, Schlafstörungen, Suizidgedanken, verminderter Appetit (nach ICD- 10). Die Übersicht der Einteilung Bipolare Störung nach ICD-10 ist im Anhang A aufgeführt.

Ein Auszug aus einem Fallbeispiel (vgl. Schäfer & Rütger, 2004) soll die Bedeutung der depressiven Phase für Patienten verdeutlichen:

... Es kam zu Schlafstörungen, vermehrter Erschöpfbarkeit, Konzentrationsproblemen, sozialem Rückzug mit Aufgabe der Hobbys, vermehrten Ängsten und Selbsttötungsgedanken. Die Stimmung der Patientin war traurig und verzweifelt, in ihrem Antrieb war sie verlangsamt, sie war misstrauisch und ängstlich... (Schäfer & Rütger, 2004, S. 73)

... die Patientin klagte über eine herabgesetzte Stimmung, war vorzeitig erschöpft und müde und in allem verlangsamt, weswegen es auch Probleme bei der Arbeit gab. Am belastendsten war für sie der fehlende Antrieb. Sie konnte sich schlecht konzentrieren, der Schlaf war nicht erholsam, sie wachte frühmorgens auf und musste vermehrt grübeln... (Schäfer & Rüter, 2004, S. 77)

1.2.1. Zusammenfassung

Die bipolare Störung erfährt unterschiedliche Definitionen, die das Krankheitsbild beliebig auf der Dimension manisch-depressiv zu zerlegen scheinen. Die Unterteilung zwischen Bipolar I und Bipolar II lässt an dem bislang angenommenen Spektrum einer Dimension von manisch bis depressiv zweifeln. Denn diese geht vielmehr von einem bipolaren Spektrum und einem depressiven Spektrum aus.

Die Diskussion um ICD 10 und DSM-IV zeigt aber auch die Unvollkommenheit der zurzeit in Deutschland verwendeten ICD-10 im Hinblick auf die affektiven Erkrankungen (Erfurth, 2003). DSM-IV scheint dabei praxisnäher, da er die Erkrankung stärker fragmentiert und wichtige Einzelaspekte für die Diagnostik und Therapie aufgreift. Nach Bräunig und Krüger (2002) enthalten die ICD-10-Kriterien vor allem Schwächen in Bezug auf die akuten Episoden und in der Verlaufsdiagnostik. Es fehlen „scharfe“ Definitionen, etwa in der Frage: Wie viele typische Symptome werden benötigt, um eine Diagnose eindeutig zu stellen? Derzeit werden die diagnostische Sensitivität und Spezifität herabgesetzt mit der Folge falsch positiver und falsch negativer Diagnosen. Die Kriterien im DSM IV werden somit als valider und besser operationalisiert angesehen (Bräunig und Krüger, 2006).

Eine besondere Herausforderung bleibt auch die Definition der Hypomanie in Abgrenzung zu Manie und hyperthymen Wesenszügen. Hyperthyme Wesenszüge bedeuten, es liegen lebenslang hypomane Charakteristika vor: Die betreffenden Personen sind extrovertiert, oft übermäßig optimistisch und gut gelaunt, dabei im persönlichen Umgang freundlich zugewandt, manchmal ungehemmt. Sie sind im allgemeinen selbstsicher, manchmal bis zur Selbstüberschätzung, und können sich im sozialen Kontext gut darstellen. Dabei fällt ihre mangelnde Fähigkeit zur Sorgfalt bis hin zur Nachlässigkeit und ihr mangelndes Durchhaltevermögen auf (Erfurth & Arolt, 2003).

Es wird also insgesamt eine wichtige Aufgabe für die Zukunft sein, das Krankheitsbild klarer und eindeutiger diagnostisch abzugrenzen anhand psychopathologischer Phänomene und Verlaufskriterien.

1.3. Epidemiologie

Nach dem 2001 erstellten Bericht der WHO (vgl. WHO, 2001) zählen psychische Störungen in Europa zu den führenden Ursachen von Krankheit und Behinderung. Dem Bericht zufolge wird es eine deutliche Zunahme der Erkrankungen geben. In einem weiteren Bericht von 2009 heißt es (vgl. WHO, 2008):

„In den letzten Jahren haben die meisten Länder der Region die psychische Gesundheit als einen Bereich mit vorrangigem Handlungsbedarf erkannt. Neuropsychiatrische Störungen sind in der Europäischen Region für 19,5% der gesamten Verluste an behinderungsfreien Lebensjahren (DALY-Verluste) verantwortlich – und damit die zweitwichtigste Ursache für solche Verluste. Nach den neuesten verfügbaren Daten (2002) sind neuropsychiatrische Störungen die bedeutendste Ursache für mit Behinderung gelebte Lebensjahre (YLD) in der Europäischen Region; ihr Anteil an deren Gesamtzahl aufgrund aller Ursachen beträgt 39,7%. Bipolare Störungen sind für 2,3% aller YLD verantwortlich“.

Die bipolare Erkrankung kann als eine relativ häufig vorkommende Krankheit betrachtet werden mit erheblichen Einschränkungen für die Erkrankten. Es können des Weiteren erhebliche sozioökonomische Belastungen entstehen.

Nach Sichtung unterschiedlicher weltweit durchgeführter epidemiologischer Studien zeigt sich, dass die Lebenszeitprävalenz (=Vorkommen / Auftreten der in der bis zum Erhebungszeitpunkt verstrichenen Lebenszeit) der bipolaren Störung bei ungefähr 1 % liegt (Bland, 1997; Arolt & Behnken, 2006; Maj et al., 2002). Aufgrund unterschiedlicher Diagnosekriterien in den verschiedenen Studien zur bipolaren Erkrankung fallen auch die Prävalenzraten (s.u.) unterschiedlich aus.

Daher ist es wichtig darauf zu achten, welche Kriterien eingeschlossen wurden. „Variationen und Unschärfen in den Erkrankungsdefinitionen haben unmittelbaren Einfluss auf die Erhebung von Prävalenzraten. Bei der Diagnostik bipolarer Störungen stellt insbesondere die oft schwierig zu erhebende hypomanische oder gemischte Episode ein wesentliches Problem dar, das zur Unterschätzung der Prävalenz bipolarer Störungen führen kann“ (Weissbuch bipolare Störungen,

2006, S. 16). Daneben können auch andere Faktoren die Varianzen in den Prävalenzraten erklären. Solche Faktoren sind zum Beispiel die Art der Stichprobenziehung, der Untersuchungsaufbau (mit oder ohne Screeningverfahren, im zeitlichen Quer- oder Längsschnitt), die Möglichkeit zum Informationsgewinn durch Angehörige oder medizinisches Personal oder die Qualifikation der Interviewer. Eine ausführliche Übersicht über die Studien zur Epidemiologie der bipolaren Störungen und der möglichen Beeinflussung der Varianz der Prävalenzrate bietet das Weissbuch Bipolare Störungen (2006). Im Zusammenhang der vorliegenden Arbeit dient die Zusammenfassung der Prävalenzen nur dazu, zum Thema hinzuführen und das damit einhergehende Problem der Diagnose, Behandlung und Aufklärung zu verdeutlichen.

In den Studien werden unterschiedliche Prävalenzmessungen vorgenommen: Zum einen untersuchen die Autoren die

- Inzidenz: Anzahl der Neuerkrankungen
- Punktprävalenz: Definierter Zeitpunkt (Tag x) zur Messung der Zahl der Erkrankten (+/- 7 Tage)
- Einjahresprävalenz: Anzahl der Erkrankten im vorangegangenen Jahr
- Lebenszeitprävalenz: Auftreten der Erkrankung in der bis zum Erhebungszeitpunkt verstrichenen Lebenszeit
- Streckenprävalenz: Bestand der Patienten in einem bestimmten Zeitraum; wenn keine weiteren Angaben gemacht werden, wurde ein halbes Jahr zugrunde gelegt

Die Forschungsliteratur zeigt je nach festgelegten Schwerpunkten hinsichtlich des Krankheitsbegriffs zum Teil große Varianzen, so dass je nach Definition oder Ausdehnung des Krankheitsbegriffs die Angaben zur Prävalenz zwischen 1% bis zu 3-4% der Bevölkerung schwanken. Angst und Gamma (2002) ermittelten in einer epidemiologischen Studie aus Zürich sogar eine Prävalenz von 8%.

Die Inzidenz der Bipolar-I-Störung, der klassischen manisch-depressiven Erkrankung, wird mit 1% und bis zu 3% angegeben. Betrachtet man das gesamte bipolare Spektrum, so wird die Inzidenz sogar zwischen 5–10% angegeben (Arolt & Behnke, 2006; Egger et al., 2006).

Während die Prävalenzraten aus den Studien der achtziger Jahre deutliche Varianzen aufzeigen, liefern die epidemiologischen Studien in den neunziger Jahren

für Bipolar-I-Störungen ein relativ einheitliches Bild. Sie ergeben im Mittel eine Punktprävalenz von ca. 0,5%, eine Einjahresprävalenz von 1% und eine Lebenszeitprävalenz von 1%. Bei den Bipolar-II-Störungen errechnet sich eine Streckenprävalenz von zwischen 0,2% und 0,6% und eine Lebenszeitprävalenz zwischen 0,1-3,3% (Arolt & Behnke, 2006). Die Unterscheidung der epidemiologischen Studien zwischen Bipolar I und Bipolar II lassen darauf schließen, dass das Vorkommen der Bipolar-II-Erkrankung ungefähr doppelt so hoch liegt wie Bipolar I.

Neben der Unterscheidung zwischen Bipolar I und Bipolar II ist das Konzept der Zylothymia (Brieger & Marneros, 2000) in der Psychiatrie etabliert. Hier zeigen sich Strecken- bzw. Lebenszeitprävalenz von ca. 1%.

Unterschiede in der Epidemiologie machen auch die folgenden Daten aus den USA deutlich. Die Prävalenz von Bipolar-I- und -II-Störungen gemäß der Epidemiologic Catchment Area Study (ECA) und der National Comorbidity Study (NCS) (U.S. Department of Health and Human Services, 1999).

	Prävalenz gemäß ECA	Prävalenz gemäß NCS	Beste Schätzung
Eine affektive Störung	7,1	11,1	7,1
Bipolar-I	1,1	1,3	1,1
Bipolar-II	0,6	0,2	0,6

Tabelle 1: Vergleich der Prävalenzen USA, ECA und NCA, 1999

Wann ist mit der Erkrankung zu rechnen? Die Erstmanifestation erfolgt häufig in der Jugend bzw. im frühen Erwachsenenalter; vor der Manifestation der ersten manischen Episode treten in der Regel depressive Episoden auf (Akiskal et al., 2000; Bland, 1997; Robb, 1999). So findet man bei Torrey (1999), dass die Erstmanifestation sich zwischen dem 15. und 19. Lebensjahr häuft; im Mittel findet sie im 18. Lebensjahr statt. Dies fällt auch mit dem Alter des Fahrerlaubnis-erwerbs zusammen, so dass an dieser Stelle gefragt werden kann, ob es einen Zusammenhang gibt zwischen den sogenannten Disco-Unfällen und nicht er-

kannter bipolarer Erkrankung? Denn auch hier ist die Risikogruppe im Alter von 18 bis 25 Jahren (Marthiens & Schulze, 1989).

Die frühe Form der bipolaren Störung kann allerdings, wenn auch selten, vor der Pubertät auftreten. Diese ist jedoch schwer von anderen schweren psychiatrischen Störungen wie der Schizophrenie oder auch ADHS (Attentional Deficit Hyperactivity Disorder) zu unterscheiden (Torrey, 1999).

Bei manchen Patienten können die Symptome einer bipolaren Störung auch erstmals im späteren Erwachsenenalter auftreten. In dieser Altersgruppe zeigen sich die manischen und depressiven Symptome in der Regel schon seit Jahren, eine Behandlung aber ist bei leichtem Schweregrad häufig ausgeblieben. Die Erstmanifestation der bipolaren Störung bei älteren Patienten ist gewöhnlich mit Schädigungen des Zentralnervensystems wie einem Schlaganfall verbunden (Marneros et. al, 2000; Angst, 2000; Tohen, 1994).

Der Frage, wie häufig bipolare Störungen in fortgeschrittenem Alter auftreten, widmet sich Blow (2005). Nach Blow (2005) lässt sich diese Frage nur schwer beantworten, denn die Daten schwanken zwischen 5-19%. Dies lässt vermuten, dass die Prävalenz mit dem Alter sogar weiter zunimmt. Derzeit wird angenommen, dass sie mit dem Alter verschwindet.

1.3.1. Zusammenfassung

Insgesamt sind bipolare Störungen vergleichsweise häufige psychiatrische Erkrankungen. Allerdings werden bipolare Störungen im derzeitigen medizinischen Versorgungssystem nicht ausreichend als solche erkannt, die Patienten können daher nicht adäquat behandelt werden. Aufgrund dieser Fehl- oder Nichtbehandlung können zudem erhebliche ökonomische Belastungen entstehen (vgl. WHO, 2009).

Die unterschiedlichen Prävalenzraten weisen darauf hin, dass in Deutschland zu bipolaren Störungen noch Forschungsbedarf besteht. Denn die derzeitigen Daten zur Prävalenz sind nicht zuverlässig für das Gesamtspektrum der Bipolarität. Damit einhergehend ist eine Verbesserung der Diagnostik im ambulanten und stationären Versorgungssektor von Nöten. Auch fehlen Daten zum Verlauf der Erkrankungen unter den gegenwärtigen Versorgungsbedingungen sowie damit verbunden auch zur sozioökonomischen Bedeutung dieser Erkrankungsgruppe (Arolt & Behnken, 2006).

Damit wird indirekt gefordert, klare Kriterien zu definieren, die einen Ein- oder Ausschluss von Patienten zu diesem Krankheitsbild Bipolarität definieren. Insgesamt wäre daher eine Einigung auf eine für alle Diagnostiker nachvollziehbare, eindeutige Operationalisierung der unterschiedlichen Krankheitsbilder der Bipolarität wünschenswert. Dies würde auch eine einheitliche Definition der Krankheit ermöglichen.

1.4. Ätiologie

Die Ursache (Ätiologie) der bipolaren Erkrankung ist eine Störung des Hirnstoffwechsels, der seine Manifestation in der Psyche findet. Wie es nun zu einer Manifestation der Erkrankung kommt, zeigen verschiedene Erklärungsansätze auf. Die Vulnerabilität für die bipolare Erkrankung ist nach derzeitigem Erkenntnisstand multifaktoriell bedingt. Die Auslösung der Erkrankung dürften sowohl in einer genetischen Prädisposition (Erkrankungswahrscheinlichkeit) als auch in psychosozialen Faktoren, die den Beginn, Verlauf und das Ende der Erkrankung bestimmen, begründet liegen.

- *Genetische Prädisposition:* Verwandte ersten Grades von Menschen mit einer Bipolar-I-Erkrankung haben ein siebenfach höheres Erkrankungsrisiko als andere Menschen. Die Wahrscheinlichkeit, an einer affektiven Erkrankung im allgemeinen Sinne zu leiden, ist sogar um das 15- bis 20-fache erhöht (Bräunig & Dietrich, 2004).

Somit sind bipolare Erkrankungen keine klassische Erbkrankheit im Sinne der Mendelschen Vererbungslehre, lediglich tragen bestimmte Gene zum Erkrankungsrisiko bei - zum Beispiel wurden Veränderungen auf den Chromosomen 18, 4, und 21 bei manisch-depressiven Personen festgestellt etc., Forsthoff und Grunze (2005). Jedes einzelne Gen bzw. jeder einzelne genetische Defekt hat relativ gesehen für das Erkrankungsrisiko nur einen geringen Effekt. Summieren sich die veränderten verschiedenartigen Gene in einer Person, so ist die Disposition an einer bipolaren Störung zu erkranken bei weiteren auslösenden Umfeldfaktoren über die Lebensspanne hinweg aber deutlich erhöht.

- *Biologische Faktoren:* Es zeigen die Neurotransmitter (= heterogene biochemische Stoffe, die Informationen von einer Nervenzelle zu einer anderen weitergeben) bei bipolar Erkrankten Abweichungen von denen Nicht-Erkrankter. Hier spielen vor allem die Botenstoffe Serotonin, Dopamin und No-

radrenalin eine Rolle. So zeigt sich, dass eine Depression durch einen Mangel von Noradrenalin und Serotonin begünstigt wird. Auch zeigen die entsprechenden Rezeptoren eine Veränderung auf. Eine Manie zum Beispiel wird durch das Vorliegen einer erhöhten Konzentration von Dopamin und Noradrenalin begünstigt (Meyer, 2005).

- *Umfeldfaktoren:* Wie eingangs erwähnt spielen auch Umfeldfaktoren, die im Laufe eines Lebens Einfluss nehmen auf die psychische Gesundheit, eine nicht unwesentliche Rolle.

So können sich kritische Lebensereignisse oder traumatische Ereignisse ungünstig auswirken, wenn sie nicht adäquat verarbeitet werden können (Lazarus und Launier, 1981), und bei entsprechender Disposition die Erkrankung auslösen (Filipp, 1990; Wagner & Bräunig, 2004). Zu diesen Ereignissen zählen zum Beispiel Trennungen, Mobbing, Verlust des Arbeitsplatzes, Vertreibung und Verfolgung, Folter, sexueller Missbrauch, Vergewaltigung und körperliche Misshandlung im Kindes- und Jugendalter sowie der Verlust eines geliebten Angehörigen (vgl. Meyer, 2005). Aber auch sonstiger Stress wie auch angstauslösende Veränderungen haben einen nicht unerheblichen Einfluss. Bei bereits Erkrankten kann z. B. ein Wohnungswechsel Phasen auslösen. Vor allem sind bei bipolar erkrankten Menschen auch psychosozialer Stress, Konflikte in der Partnerschaft, in Familie und Beruf zu nennen (vgl. ebenda).

Zu den auslösenden Faktoren zählt zudem der Faktor Lebenswandel: Ein unregelmäßiger Tag-/Nacht-Rhythmus, Schlafmangel, Überarbeitung, Alkohol- und sonstiger Drogenmissbrauch können Phasen auslösend wirken (vgl. Erfurth et al. 2005; Meyer & Hautzinger, 2004; Wagner & Bräunig, 2004). Die Mehrheit der Betroffenen berichtet im reflektierenden Rückblick, dass sie unmittelbar vor der ersten spürbaren Krankheitsepisode unter intensivem Stress gestanden hätten. Bei nicht anfälligen (vulnerablen) Menschen hätte dieser Stress allerdings keine manische oder depressive Episode ausgelöst, da sie Stress körperlich anscheinend besser oder anders verarbeiten. Spätere Krankheits-Phasen bei vorhandener Bipolarität können bereits durch minimalen Stress oder Einflüsse ausgelöst werden. Mentzos (2001) diskutiert den Faktor Lebenswandel auch unter dem Gesichtspunkt der Schwächung des Selbstwertgefühls (=Wegfall einer tragenden Säule des gesunden Zustandes) als auslösenden Faktor.

Verschiedene Faktoren bedingen die bipolare Erkrankung. Zur Erklärung der Krankheitsentstehung dient das Vulnerabilitäts- (oder Diathese)-Stress-Modell (vgl. Kapitel 1.5.1). Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell ist ein Paradigma der klinischen Psychologie sowie der Gesundheitspsychologie und verbindet biologische, psychologische und Umweltfaktoren.

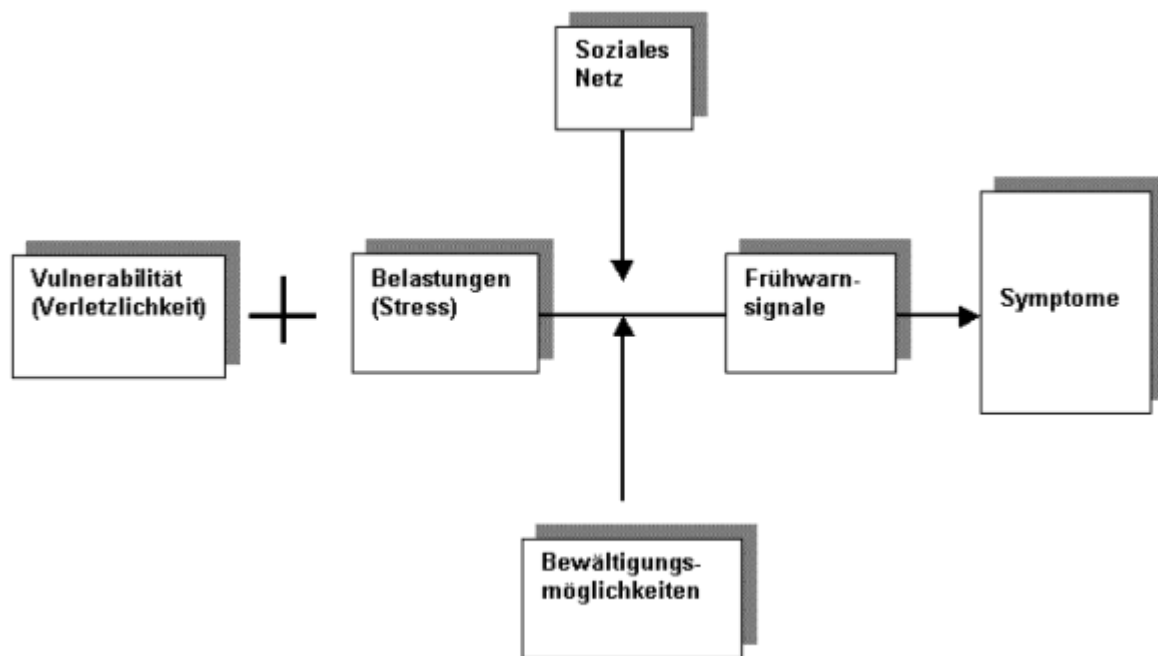
Unter Vulnerabilität versteht man die Disposition für eine bestimmte Krankheit. In dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell wird der Begriff Vulnerabilität als Tendenz eines Menschen verstanden, auf eine bestimmte Art und Weise auf Belastungen zu reagieren. Unter Stress versteht man belastende Umweltereignisse oder Lebenssituationen. Die Reaktion auf Belastungen wird beeinflusst durch die Wirkung von Risikofaktoren und Schutzfaktoren.

Untersucht werden mit Hilfe des Modells die Wechselwirkungen zwischen Vulnerabilität und Stress. So gibt es Untersuchungen basierend auf dem Vulnerabilitäts-Stress-Modell zum Beispiel auch zu Hautkrankheiten (vgl. Stangier, 2003) wie Neurodermitis. Gieler et al. (2001) fand heraus, dass 30-40% der Patienten in einer dermatologischen Ambulanz depressive oder Angstsymptome angeben, die Folge einer maladaptiven Krankheitsbewältigung darstellen.

1.4.1. Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell wurde in der Psychiatrie ursprünglich zur Erklärung der multifaktoriellen psycho-sozio-biologischen Entstehung für die Schizophrenie von Zubin und Spring (1977) aufgestellt. Demnach zeichnen sich schizophreniegefährdete Menschen durch einen Mangel an psychischer Gesundheit und Bewältigungskompetenz aus, welche zusammen mit stressvollen lebensgeschichtlichen, situativ-sozialen und/oder körperlich-hormonellen Belastungen im ungünstigsten Fall zum Ausbruch einer Psychose führt.

Mittlerweile wird das Vulnerabilität-Stress-Modell als allgemeines Erklärungsmodell bei vielen psychischen Erkrankungen, wie zum Beispiel die Depression oder die bipolare Störung, herangezogen (vgl. Wittchen & Hoyer, 2006).



Grafik 1: Das Stress-Vulnerabilitätsmodell nach Zubin und Spring (1977)

Nach diesem Modell bricht nur dann eine Erkrankung aus, wenn zwei Faktoren zusammen kommen. Dies sind der Faktor Vulnerabilität (Verletzlichkeit) und in der Regel zusätzliche Belastungen, der oder die Stressfaktor(en). Die Vulnerabilität kann anlagebedingt oder lebensgeschichtlich erworben sein.

Zubin und Spring (1977) gehen dabei von einer individuell unterschiedlichen Empfindlichkeit und Erkrankungsanfälligkeit aus: Während die einen Menschen bei privatem oder beruflichem Stress mit Ängsten reagieren, sprechen andere mit affektiven Störungen wie der bipolaren Erkrankung oder der Depression an.

Zusätzlich kommt dem sozialen Netz (Angehörige und Freunde) beziehungsweise der Unterstützung, die das Individuum erfährt, eine bedeutende Rolle zu. Aber auch das Individuum selbst trägt entscheidend zu der Erkrankungsbereitschaft bei: Ein bipolarer Patient muss zum Beispiel bereit sein zu erkennen, unter welchen Umständen eher eine (hypo-) manische Phase auftritt oder eine depressive. Und, er sollte seine eigenen Bewältigungsmöglichkeiten nutzen, die er im besten Fall durch das Erkennen und die Bewältigung von seinen typischen Krankheitssymptomen entwickelt hat.

1.4.2. Forschungstrend: Das Temperament

Das Konstrukt des Temperaments hat in der psychiatrischen Forschung an Bedeutung gewonnen (vgl. Akiskal, 2002).

Temperament ist laut Definition der Encyclopaedia Britannica „ein Aspekt der Persönlichkeit, der emotionale Anlagen und Reaktionen umfasst sowie deren Geschwindigkeit und Intensität“.

Schon in der Antike wurde versucht, das Temperament des Menschen mit Hilfe einer Typologie zu erfassen. Nach der Lehre des Hippokrates kannte die Antike vier Temperamente. Diese wurden abgeleitet aus der Mischung der vier Körpersäfte (Blut, Schleim, gelbe und schwarze Galle) und waren verantwortlich für die körperliche und gesundheitliche Konstitution (=Verfassung, auf den Menschen bezogen ist dies seine gesamte leib-seelische Beschaffenheit, wie sie sich aus der angeborenen Anlage unter den Einflüssen des Lebens entwickelt hat). Der Sanguiniker wurde mit dem Blut in Verbindung gebracht: ein leicht ansprechbarer, wechselhafter Mensch ohne große Tiefe. Der Choleriker entsprach der gelben Galle - ein heftiger, leidenschaftlicher und unzufriedener Zeitgenosse. Der schwerblütige und grüblerische Melancholiker wurde der „schwarzen Galle“ zugeordnet und der schwer ansprechbare, langsame Phlegmatiker dem Schleim. Die Vorstellungen der Säftelehre der Antike sind inzwischen medizinisch widerlegt. Auch die Temperamenttypologie erfuhr eine Weiterentwicklung.

Kretschmer (1921), der nach eigenen Angaben unter Geisteskranken eine Beziehung zwischen ihrem Körpertyp und der Art ihrer Erkrankung aufgrund seiner Erfahrungen und Beobachtungen als Psychiater festgestellt hatte, löste die Einteilung von den Körpersäften ab und differenzierte nach Körpertyp und Charakter: Seine Beobachtungen übertrug er auf eine Typenlehre (s. u.), die auch den Durchschnittsmenschen und das Genie einschließt. Die Lehre Kretschmers unterscheidet insgesamt vier Typen, zwischen denen es viele Mischformen gibt. Ist der Körperbau nach einem der somatischen Konstitutionstypen (pyknisch, leptosom und athletisch), verknüpft mit spezifischen Temperamenten und seelischen Erkrankungen, stark ausgeprägt, lässt sich daraus relativ sicher auf ein bestimmtes Temperament, eine Art des Erlebens und Verhaltens schließen (vgl. Kretschmer, 1921). Die Wahrscheinlichkeit, einen Typen falsch zuzuordnen, wird erhöht, wenn sich Menschen in ihrem Verhalten stark nach den Vorstellungen ihrer Umwelt richten oder nach dem Rollenbild, das die Gesellschaft für ihren Beruf, ihr

Geschlecht, ihr Alter oder ihre Schicht entworfen hat. Sie tragen gleichsam eine Maske, die sie erst in einer sehr vertrauten Beziehung ablegen würden; der gelegentliche Beobachter bekommt ihr »Gesicht« nicht zu sehen (vgl. ebenda).

Nach Kretschmer (1921) findet sich zum Beispiel das „manisch-depressive Irresein“ besonders unter Pyknikern, die vom Körperbau her rundwüchsig sind. Dem Durchschnittsmensch dieses Körpertyps entspricht ein „zyklothymes“ Temperament, das zwischen Heiterkeit und Melancholie schwankt. Nach außen ist er kontaktfreudig und extrovertiert. Unter zyklotyphen Genies finden sich viele Humoristen, die ihre bitteren Wahrheiten hinter Witz und Komik verstecken. Die stärkere Ausprägung des Hin und Her zwischen »himmelhoch jauchzend« und »zu Tode betrübt« heißt zyklod, der Extremfall ist das »manisch-depressive Irresein« (s.o).

Der leptosome oder schlankwüchsige Typ neigt am ehesten zur Schizophrenie. Zwischen einer krankhaften Entwicklung und der Entsprechung im normalen Bereich, die schizothym heißt, steht die „schizoide“ Ausprägung. Der Leptosome schwankt zwischen den Polen reizbar und stumpf. Nach außen ist er eher verschlossen, introvertiert. Er geht nicht leicht Beziehungen ein, kann sich aber sehr innig binden. Er neigt zum Grübeln und ist oft sehr empfindsam. Er hängt sich gern an Ideale, die er manchmal mit Fanatismus verfolgt. Der Realität kann er sich schwerer anpassen. Des Weiteren gibt es noch den Athletiker, der eine starke Muskelbildung und starken Knochenbau aufweist. Dies geht meist mit einem „viskösen“, d. h. zähflüssigen Temperament einher. Der Athletiker wirkt auch in seinen Gefühlsäußerungen schwerfällig; er ist nicht leicht zu bewegen. Unter Genies ist der Typ so gut wie nicht vertreten. Als nächstliegende Form der Geisteskrankheit sah Kretschmer bei diesem Typen das „Katatonische Syndrom“ an, eine Störung der Antriebe und Bewegungen. Auch die Epilepsie ist mit dem athletischen Typen in Verbindung gebracht worden. Eine vierte kleine Gruppe nannte Kretschmer „dysplastisch“, also dem Körperbau nach verformt. Charakterlich stellte er sie den Leptosomen nahezu gleich (vgl. Kretschmer, 1921).

Kretschmers Ansatz wurde von späteren Forschern verfeinert oder modifiziert, diese im Einzelnen aufzuführen, wäre für diese Arbeit nicht zielführend. Verwiesen sei beispielhaft auf Sheldon und seine Werke im Jahre 1940 über die Variationen der menschlichen Physis und des menschlichen Temperamentes. Ein weiteres Beispiel wäre die Konstitutionslehre von Schlegel (1957; in Payk, 2001),

die von einem „andropomorphen“ (männlich geformten) und einem „gynäkomorphen“ (weiblich geformten) Grundtypen ausgeht, zwischen denen er zahllose Zwischenstufen annimmt. Hier wird der Körperbau insbesondere mit den Formen sexuellen Empfindens und Verhaltens in Verbindung gebracht.

Auch Galen (vgl. Payk, 2001) differenzierte diese Theorie aus und definierte die noch heute bekannten Temperamentstypen: den Melancholiker – einen schwermütigen, in sich gekehrten Menschen, der eher auf Leid denn auf Freude reagiert; den Sanguiniker – einen lebhaften, temperamentvollen und lebensbejahenden Typus mit heftigen, kurzdauernden Affektreaktionen, vom Wesen heiter und beweglich; den Phlegmatiker – eine Person, die sich durch Trägheit, Schwerfälligkeit, Gleichgültigkeit und Teilnahmslosigkeit auszeichnet, und den Choleriker, der emotional aufbrausend und unbeständig ist. Galen ging davon aus, dass neben den ererbten Anteilen die Konstitution wesentlich durch Erfahrungen in der (frühen) Kindheit erworben werden als typische Reaktionen auf Umweltreize. Von Unterschieden in der Konstitution wird gesprochen, wenn ein Mensch fast durch nichts aus der Ruhe gebracht werden kann, ein anderer aber schon nach kleinen Belastungen die Fassung verliert (vgl. Lambrecht, 1994; Payk, 2001).

Betrachtet man die Relevanz des Temperaments für die bipolaren Störungen in der psychiatrischen Forschung von heute, so zeigen sich folgende Schwerpunkte:

- Akiskal hat dem Thema Temperament bei affektiven Störungen besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Ausgehend von Kraepelins Vorstellungen von „Grundzuständen“, fasst er das Temperament als im Wesentlichen genetisch bedingte Persönlichkeitscharakteristik auf. Basierend auf seinen Ergebnissen zu der Vorhersagekraft zyklischer Merkmale bei depressiven Episoden (s.u.) für die zukünftige Entwicklung einer Bipolar-II-Störung (Akiskal et al., 1995), wurde ein Temperamentsfragebogen (TEMPS= Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego) entwickelt.

Akiskal et al. (1995) fanden in einer Auswertung der prospektiven Collaborative Depression Study des National Institute of Mental Health (NIMH) heraus, dass das Risiko von bislang unipolaren Patienten, eine Bipolar-II-Störung zu entwickeln, durch bestimmte Temperamentsauffälligkeiten vorherbestimmt wird: Emotionale Labilität, ein hohes Maß an Energie – zu

verstehen als Tatkraft, etwa neue Vorhaben anzugehen - und eine Tendenz zu Tagträumen waren mit einer Sensitivität von 91% Prädiktoren. Daraus wird geschlossen, dass Temperament bipolare Störungen modifiziert.

Kritisch anzumerken ist, dass es allerdings unklar bleibt, ob unipolar diagnostizierte Patienten eventuell Fehldiagnosen unterlagen. Rührt dann die Entwicklung einer Bipolar-II-Störung nicht daher, dass zum Beispiel hypomane Phasen zwischen den depressiven Phasen nicht als solche erkannt wurden? Liefert nun das Temperament eine Vorhersagekraft für Fehldiagnosen oder modifiziert es bipolare Störungen?

- Die Zumischungshypothese (Akiskal, Hantouche et al., 1998) geht davon aus, dass bipolare Patienten mit depressivem (und ängstlichem) Temperament gehäuft gemischte Episoden entwickeln, während ein hyperthymes Temperament eher zu manischen Episoden prädestiniert. Nach verschiedenen Studien scheint die Zumischungshypothese ein Faktor zu sein, um gemischte Episoden zu erklären (Bauer, Simon, Ludman & Unutzer, 2005). Dabei ist zu beachten, dass anhand der Ergebnisse die Ätiologie gemischter Episoden nicht umfassend erklärt werden können.
- Des Weiteren besteht die Auffassung, dass Temperament eine Prädisposition für bipolare Störungen ist: Einige Studienergebnisse weisen darauf hin, dass Probanden mit einem hypomanischem oder hyperthymentem Temperament (vgl. Charakteristika hyperthymen Typ, Kapitel 1.2.1) vermehrt bipolare Störungen entwickeln (Meyer & Hautzinger, 2003).

Evans et al. (2005) untersuchten 85 bipolare Familien im Vergleich zu 63 Kontrollpersonen mit Hilfe eines klinischen Interviews (SCID) und zwei standardisierten Fragebögen zur Erfassung des Temperaments (*Temps-A*: Temperament Evaluation of Memphis, Pisa, Paris and San Diego - auto-questionnaire version; erfasst die Temperamente bei psychiatrischen Patienten und health volunteers; *TCI-125*: Temperament and Character Inventory). Sie stellten fest, dass es zwar signifikante Unterschiede zwischen Bipolar I, Bipolar II, nicht betroffenen Familienmitgliedern (aus Familien, in denen es zu bipolarer Erkrankung gekommen war) und den Kontrollpersonen gab. Allerdings zeigten die Kontrollpersonen höhere Werte auf der hyperthymenten Skala als die Untersuchungsgruppe. Evans et al. ziehen den

Schluss, dass die Ergebnisse die Annahme unterstützen, dass in Familien mit bipolar Erkrankten gewisse zeitstabile Eigenschaften (traits) zugrunde liegen, die ein Teil des Bipolarspektrums sind. Im Einzelnen weisen demnach die hyperthyme Skala des TEMPS-A und der Angst(reaktiv)faktor Unterschiede zur Kontrollgruppe auf. Die höheren Werte der Kontrollgruppe im Bereich hyperthymes Temperament werden als a) Artefakt des selbstaufgefüllten Fragebogens erklärt b) als Konsequenz der Zusammenlegung der beiden Bipolar-Gruppen I und II oder als c) als Ergebnis eines „protective“ factor. Obwohl sie weitere Studien fordern, sehen sie die Skalen insgesamt als nutzbar für genetische Mapping-Studien (Evans et al., 2005). In einer weiteren Forschungsarbeit fanden Evans et al. (2008) heraus, dass eine Verbindung zwischen dem cyclothymen Temperament (vgl. Seite 22) und der genetischen Prädisposition für bipolare Störungen besteht (Chromosom 18).

Insgesamt steht die Gen-Forschung, was das bipolare Störungsbild betrifft, am Anfang. Welche Zusammenhänge tatsächlich bestehen, ist somit noch nicht geklärt. Studien zum Temperament als Prädisposition bipolarer Erkrankter liefern widersprüchliche Ergebnisse (Kesebir et al., 2005; Mendlowicz, Jean-Louis, Kelsoe & Akiskal, 2005). Kritisch angemerkt sei an dieser Stelle, dass bei diesen Studien eine systematische Analyse möglicher Beeinflussungen durch Umweltfaktoren im Studiendesign nicht berücksichtigt wurde.

- Die neueren Instrumente der Temperamentforschung (z.B. die TEMPS-Fragebögen oder das TEMPS-Interview) wiederum erfassen zwar verlässlich unterschwellige psychopathologische Symptomkomplexe (Bloink et al., 2005). Allerdings bleibt festzuhalten, dass verschiedene Temperamente statistisch nicht voneinander unabhängig sind. Zudem sind die Wechselwirkungen zwischen Persönlichkeit bzw. Temperament und affektiver Störung komplex (Akiskal, Hirschfeld & Yerevanian, 1983).

1.4.3. Zusammenfassung

Das Temperament spielt schon seit der Antike eine große Rolle. Damals wie heute diente es als untersuchungswerter Erklärungsansatz bei bipolar affektiven Patienten. Auch wenn in der Psychologie gilt, dass die theoretischen Annahmen zu traits nicht als alleinbestimmendes Merkmal gelten sollten (vgl. Fisseni, 1993),

wird auch in den neueren Temperamentfragebögen das Temperament in diagnostischer, therapeutischer und prognostischer Hinsicht genutzt. Aus medizinischer Sicht sprechen Beobachtungen für die Relevanz des Temperaments als Beitrag für das Verständnis bipolar affektiver Störungen (Brieger, 2006). Andererseits fehlt der tatsächliche Nachweis, dass von einer Temperamentlehre ausgegangen werden kann.

Die Typologisierung anhand der Konstitution und der neueren Forschung zu den Temperamenten stellt sich als schicksalhaft und damit als nicht veränderbar dar, sie ist hinzunehmen. Die Lehre der Konstitution und der Temperamente in der Psychologie verfolgt einen anderen Ansatz: Je nach augenblicklichem Zustand und nach der Lerngeschichte des einzelnen können seine ursprünglichen, in der Konstitution verankerten Temperamentsanlagen umgestaltet werden. „Allerdings sind wir auch so wie wir sind, weil wir eine bestimmte Einstellung, ein bestimmtes Verhalten zur Welt, zum Leben haben, dass aus der Lebensgeschichte erworben wurde“ (vgl. Riemann, 1993, S. 18).

Riemann (1993) benutzt die Unterteilung nach schizoiden, depressiven, zwanghaften und hysterischen Persönlichkeiten, verbindet diese aber mit Möglichkeit, sich zu verändern: „Die Nachentwicklung ... vernachlässigter, fehlgeleiteter oder überfremdeter und unterdrückter Teilaspekte unseres Wesens kann die erworbene Struktur verändern und vervollständigen zugunsten Reife, Abrundung, in dem Ausmaß, wie es der einzelne für sich zu erlangen vermag“ (Riemann, 1993, S.18).

Die Ergebnisse der medizinischen Forschung und der Psychologie geben Hinweise darauf, dass ein übergreifender Ansatz zum Temperament zur Erklärung des Krankheitsbildes Vorteile bieten kann, sowohl in diagnostischer als auch damit epidemiologischer Hinsicht.

1.5. Symptome der Krankheitserkennung und Einordnung in die Klassifikation

Nach Grunze und Severus (2005) wird nur ein geringer Teil aller bipolar Erkrankten derzeit korrekt diagnostiziert. Nicht nur in der Öffentlichkeit, sondern auch unter Ärzten sind die Symptome manisch-depressiver Krankheiten immer noch sehr wenig bekannt, obwohl viele – in Deutschland mindestens 2 Millionen

Menschen – von bipolaren Störungen betroffen sind und der Bekanntheitsgrad der Erkrankung allmählich steigt.

Nach Egger et al. (2006) vergehen durchschnittlich acht Jahre, bis bipolar Erkrankte die richtige Diagnose gestellt bekommen. Die Patienten haben in der Regel mehrere Ärzte konsultiert, darunter auch Fachärzte. Für die Patienten bedeutet dies eine Verlängerung bis zur wirksamen Therapie und damit vermeidbarer sozialer und wirtschaftlicher Schaden. Des Weiteren sind diese Patienten stark suizidgefährdet.

Die Hypomanien nehmen Ärzte oft nicht zur Kenntnis, oder sie erfahren in der meist kurzen Anamnese nichts davon, zum einen, weil der Patient nicht davon berichtet, zum anderen, weil nicht nachgefragt wird. Unter solchen Bedingungen können bipolare Störungen auch nicht angemessen behandelt werden. Diese Patienten werden häufig unter der Diagnose „unipolare Depression“ geführt. Diese Diagnose ist die häufigste Fehldiagnose bei bipolaren Störungen (Ghaemi et al., 2000).

Bei der Manie sind Störungen der Affektivität – entweder als Euphorie oder als Reizbarkeit – fundamental für die Diagnose (Marneros, et al., 1989b; Silverstone & Hunt, 1992). Auf dem Höhepunkt der manischen Symptomatik verlieren die Aktivitäten jeden Sinn und jede Kontinuität. So können sie zu einem „Aktivitäten-Salat“ ausarten (Marneros, 2004, S. 103): Geld wird wahllos ausgegeben, unangemeldete Besuche zu jeder Tages- und Nachtzeit erstattet.

Probleme gibt es bei der Diagnose von Patienten mit einer unipolaren Depression. Es besteht die Gefahr, Patienten als „falsch unipolar“ zu diagnostizieren – das sind Patienten, die später manische oder hypomanische Episoden aufweisen (Goodwin & Jamison, 1990).

Zudem geben Brieger und Marneros (2000) zu bedenken, dass Komorbidität Phänomenologie, Verlauf und Prognose psychischer Erkrankungen und damit auch bipolarer Störungen beeinflusst. Jede Diagnose erfolgt mit einem gewissen Maß an Unsicherheit, obwohl die Reliabilität operationalisierter Diagnostik und standardisierter Interviews diesen Fehler in den vergangenen Jahren sicherlich erheblich reduziert hat. Dennoch kommt es bei Komorbiditäten zu Summationseffekten dieser Fehler.

Überdies kann die Erkrankung viele Jahre lang verdeckt verlaufen. Zum Beispiel können die Symptome des Mischzustandes – wenn mit den manischen euphori-

schen Symptomen depressive Symptome einhergehen - das eigentliche Krankheitsbild verdecken. Davon sind ungefähr 30% der Erkrankten betroffen. Bestimmte Merkmale, die weichen bipolaren Zeichen, sollen helfen, verdeckte bipolare Erkrankungen schneller zu entdecken. Beispiele für weiche Zeichen sind: periodische Depressionen mit abruptem Beginn und Ende; Auftreten rezidivierender Depressionen bei einem Menschen mit hypothymenten (manischen) Temperament. (vgl. Weißbuch bipolare Störungen, 2006).

Bei Kindern und gerade auch bei Jugendlichen, bei denen es erstmals zu einer Manifestation der bipolaren Erkrankung kommt, ist die Abgrenzung zur „Attentional Deficit Hyperactivity Disorder“ (ADHD) schwierig (Findling et al., 2001; Geller et al. 2002).

Auch die Abgrenzung zu anderen psychischen Erkrankungen wie der Schizophrenie oder einer schizoaffektiven Störung erschwert die Diagnose. Psychotische Symptome, die bei schweren Manien vorkommen können, führen oft zur Fehldiagnose. Dabei zeigt sich erneut die Schwierigkeit der Diagnose durch ICD-10, die das Krankheitsbild nicht hinreichend definiert (vgl. Bräunig & Krüger, 2006). Zudem wird die Diagnose Manie nur selten als Primärdiagnose gestellt (vgl. ebenda).

Fehldiagnosen wirken sich dann nicht nur auf die Behandlung und die Genese des Erkrankten aus, sondern auch auf die Art und Weise, den Umfang und die Problematiken, die im Arzt-Patientengespräch erörtert werden. So werden dann bestimmte Themen je nach Krankheitsbild nicht angesprochen oder nur gestreift (vgl. Geisler, 1997).

1.6. Kulturelle Rahmenbedingungen der bipolaren Erkrankung

Bipolare Störungen finden schon in der Antike Erwähnung. Erste Schriftzeugnisse von Hippokrates von Kos (460-377 v. Chr.; vgl. Payk, 2001) zeigen differenzierte Beschreibungen der Krankheitszustände. So unterschied er im 5. Jahrhundert vor Christi Geburt die Melancholie von der Manie. Er beschrieb die Entstehung der Melancholie als einen Überschuss an „schwarzer Galle“, die von der organisch erkrankten Milz ins Blut ausgeschieden werde, den gesamten Körper überflute, ins Gehirn eindringe und Schwermut verursache (griechisch: μελαγχολία von μέλας, melas, „schwarz“, + χολή, cholé, „Galle“). Den Begriff „Mania“ (Manie) verwendete Hippokrates, um einen Zustand der Ekstase und Raserei zu be-

schreiben. Der griechische Begriff $\mu\alpha\nu\acute{\iota}\alpha$ - manía = Raserei ist bis heute in der Wissenschaft gebräuchlich. Statt des griechischen Wortes „Melancholie“ wird heute der Begriff „Depression“ (lat. depressere = niederdrücken) für den Gegenpol der bipolaren Erkrankung verwendet.

Im 1. Jahrhundert nach Christus erkannte der griechische Arzt Aretaeus von Kappadokien einen Zusammenhang zwischen beiden diametralen Zuständen, heutzutage als bipolare Störung benannt. Er vermutete, dass „Manie und Melancholie unterschiedliche Erscheinungsformen ein und desselben Prozesses sind“ (Marneros, 2004, S. 9).

Während des Mittelalters wurde das Wissen der Antike zu Gunsten von Dämonen und Hexen aufgegeben. Nicht wenige derer, die der Hexerei bezichtigt wurden, fielen diesem Glaube des Pöbels und (kirchlichen) Instanzen zum Opfer. Erkrankte wurden als „Besessene“ verteufelt, verfolgt und umgebracht (vgl. Labisch, 1992).

In der katholischen Kirche, die bei der Hexenverfolgung und Teufelsaustreibungen im Abendland maßgebend war, zählten unter anderem „Superbia“ (Stolz, Eitelkeit, Hochmut, Arroganz), „Ira“ (Zorn, Wut) und „Luxuria“ (Wollust, Unkeuschheit) zu den sieben Hauptlastern („Wurzelsünden“), die in Todsünden münden konnten. Diese sind mit den heute beschriebenen Symptomen der Manie kongruent. In dem Laster „Acedia“ (Faulheit, Trägheit, Trägheit des Herzens) war die „Melancolia“ oder heutige Depression mit eingeschlossen (vgl. Alexander & Selesnick, 1969; Labisch, 1992; Bauer, 1999).

Das antike Wissen wurde erst von französischen Forschern im 19. Jahrhundert wieder entdeckt und aufgegriffen. Jean-Pierre Falret (vgl. Marneros, 2004) schilderte im Jahr 1851 einen Wechsel von Depressionen, Manien und einem gesunden Intervall als „la folie circulaire“ (= zirkuläres Irresein). Im Jahre 1858 präsentierte Jules Baillarger sein Konzept der „folie à double forme“ als unterschiedliche Erscheinungsformen derselben Krankheit. Baillarger ging davon aus, dass die Krankheitseinheit nur den Übergang von Manie und Melancholie beschreibt. Das freie Intervall zwischen den beiden Extremzuständen akzeptiert er im Gegensatz zu Falret nicht für die Diagnose (vgl. Marneros, 2004).

In der deutschen Psychiatrie ist als Forscher u. a. Emil Kraepelin zu nennen. 1899 führte er die Ausführungen zum zirkulären Irresein weiter und das Konzept des „manisch-depressives Irresein“ ein, wobei er auch schon Mischzustände ab-

grenzte, bei denen manische und depressive Symptome gleichzeitig vorkommen. Auch Kraepelin (1919) ging von einer Erkrankung mit den Ausdrucksformen Manien und Depressionen aus. Mit seinem Konzept war allerdings die Unterscheidung zwischen uni- und bipolaren Störungen hinfällig geworden. Kraepelins Kritiker Wernicke (1900) - später auch sein Schüler Kleist (1949) - definierten das Krankheitsbild in unterschiedlicher Art und Weise: als regelmäßiges Alternieren manischer und depressiver Zustände, die durch kürzere oder längere Intervalle miteinander verbunden sind (vgl. Pillmann et al., 2000). Wernicke im Jahr 1900 unterschied nach „reiner Manie“, „affektiver Melancholie“ und „zirkulärer Geisteskrankheit“ (vgl. Marneros, 2004). Mit Kleist findet 1949 die Unterscheidung zwischen uni- und bipolaren affektiven Störungen Eingang in die Psychiatrie (vgl. Marneros, 2004)

Der Nationalsozialismus machte sich die positiven Fortschritte in der Psychiatrie zu Eigen und missbrauchte sie für seine Zwecke. Die öffentliche Wahrnehmung der deutschen Psychiatrie leidet noch heute darunter (vgl. Payk, 2001). Festzuhalten bleibt auch: Viele Psychiater trugen zur „Vernichtung unwerten Lebens“ aktiv bei. Manisch-Depressive („zirkulär Irre“) wurden als „erbkrank“ eingestuft, zwangssterilisiert oder mit der Diagnose „Schizophrenie“ ermordet. Zehntausende geistig behinderter und psychisch kranker Menschen wurden vergast („Aktion T4“). In der Sprache der Nationalsozialisten hieß es, man habe ihnen „Euthanasie“ angedeihen lassen und den „Volkskörper“ von kranken, schwächelnden, unwerten Elementen und Erbgut gereinigt (vgl. Payk, 2001; Labisch, 1992).

Nach dem Zweiten Weltkrieg, 1949, traf Karl Kleist erstmals eine erbbiologische Unterscheidung zwischen unipolaren und bipolaren Krankheitsformen (vgl. Marneros, 2004). Leonhard (1957, 1995a) unterschied fünf Unterformen der bipolaren Erkrankung. Im Jahre 1966 veröffentlichten Jules Angst (Angst, 1966) und Carlo Perris (Perris, 1966) unabhängig voneinander, dass die bipolare Erkrankung als eine eigenständige Krankheit und damit getrennt von unipolar affektiven Erkrankungen zu betrachten sei. Pierre Pichot (Pichot, 1995) bezeichnet dies auch als die „Wiedergeburt“ der bipolaren Erkrankungen.

Damit hat die erneute Auseinandersetzung mit einer differenzierten Betrachtung in der Psychiatrie begonnen. Verschiedene Konzepte zu der bipolaren Erkrankung wurden im Laufe der Jahre diskutiert. Dunner et al. (1976) führten die Unterscheidung nach Bipolar-I (mindestens eine manische oder gemischte Episode) und Bipolar-II (rezidivierende Depressionen mit Hypomanien) ein. Akiskal et al.

(1979) spricht erweitert von der Bipolar-III Störung, bei der die Hypomanie als Folge von Medikamentengabe gesehen wird. Inzwischen gehen die aktuellen Konzepte von einem bipolaren Spektrum und von einem depressiven Spektrum aus (Akiskal & Mallya 1987, Akiskal & Pinto 1999, Akiskal et al. 2002; Marneros, 2004). Es handelt sich um Gruppen von Störungen (bipolare, unipolare bzw. depressive affektive Erkrankungen), „die in unterschiedlichen Formen existieren, aber durch relevante Gemeinsamkeiten verbunden sind“ (vgl. Marneros, 2004, S. 25). Man unterschied zunächst zwischen Bipolar-I-Erkrankungen (dominantes Merkmal Manie) und Bipolar-II-Erkrankungen (dominantes Merkmal Depression; vgl. Kapitel 1.1), die später ausdifferenziert wurden (vgl. ebenda).

Seit gut einem Jahrzehnt erfährt die bipolare Erkrankung eine zunehmende Bedeutung, und es findet eine breite Aufklärung in der Fachgesellschaft zu diesem Krankheitsbild statt. Dies wird durch die Beschäftigung mit dem Krankheitsbild und in Folge davon der vermehrten Veröffentlichung von Fachartikeln deutlich. Zudem widmen sich auch unterschiedliche Gremien bzw. Organisationen dem Krankheitsbild (vgl. Weißbuch bipolare Störungen, 2006 oder homepage der Deutschen Gesellschaft für bipolare Störungen www.dgbs.de). So sieht man an der Erstellung von Leitlinien (Pfennig et al., 2008), dass eine Eigenständigkeit und Notwendigkeit von Therapie und Umgang mit der Erkrankung realisiert wird. Auch das Medium Internet trägt zur Aufklärung und Entmythologisierung des Krankheitsbildes in der Öffentlichkeit (vgl. zum Beispiel www.dgbs.de; www.schattenkampf.de).

1.6.1. Bipolare Erkrankung in Kunst und Kultur

In Kunst und Kultur finden sich viele berühmte Beispiele von Menschen, die an der Erkrankung „bipolar“ litten (leiden). Im Zusammenhang mit der bipolaren Erkrankung wird häufig Kreativität in Verbindung gebracht. Diese Kreativität oder Kreativitätsschübe werden auf den gesteigerten Antrieb in hypomanen Phasen zurückgeführt. Ungewöhnliche und gewagte Projekte entstehen dabei, und Ziele werden mit großem Engagement verfolgt (Jamison, 1989; Jamison 1994). Allerdings ist die Gleichsetzung von Personen mit besonderen Begabungen mit erkrankten Personen nicht adäquat, denn die Folgen für die Erkrankten sind schwerwiegend, vor allem wenn die Erkrankung unbehandelt bleibt (Jamison, 1995b).

Die Liste berühmter Künstler, Wissenschaftler, Entdecker und Politiker, bei denen eine bipolare Störung bekannt ist oder vermutet wird, ist lang. Zu den Berühmtheiten, die als bipolar diagnostiziert wurden, zählen zum Beispiel Ernest Hemingway, Vincent van Gogh und Edvard Munch. Weitere bekannte Beispiele aus den Bereichen Prosa und Lyrik, Musik, Theater und Bildende Kunst sind Kurt Cobain, Virginia Woolf und Robert Schumann (Jamison, 1994).

Im Rahmen dieser Arbeit wird exemplarisch als berühmtes und gut dokumentiertes Beispiel Vincent van Gogh beschrieben: In seinen Tagebüchern und Briefen berichtete er zum Beispiel über seine zerrissene Persönlichkeit, seine Depressionen und sein „Irresein“ („d'exaltation ou de délire“, „tristesse“, „accès“, „crises“ und „maladie mentale“). Über seine Manien schrieb van Gogh unter anderem in seinem „Brief 607“ aus dem Jahr 1890: „Ich bin selbst erstaunt,... dass mir derartig wirre und grässliche religiöse Vorstellungen kommen...“ (Arnold, 1993).

In den Monaten Mai bis Juni 1889 – kurz vor seinem Psychiatrie-Aufenthalt – hatte van Gogh eine erstaunlich große Zahl von Meisterwerken gemalt, unter anderem seine bekannte und intensiv farbige „Sternennacht“ mit Zypressen, die sich als bipolares Bild „mit entgegengesetzten Farben“ auszeichnet, wie es Vincent van Gogh in der psychiatrischen Anstalt von Saint-Rémy-de-Provence in einem Brief vom 21. Mai 1889 an seinen Bruder Theo beschrieb (Arnold, 1993).

Solche Phasen, die als Manie mit überflutender Aktivität und nachfolgender Depression erklärbar sind und von vielen Fachleuten als solche angesehen werden, brachten ihn in die psychiatrische Anstalt, wohin ihn sein Vater schon früher hatte bringen wollen. Auch weitere Familienmitglieder waren belastet, so weiß man von seinem Bruder Cornelius Vincent, dass er Suizid beging. Seine Schwester Wilhelmina Jacoba war nachweislich psychisch erkrankt, und auch sein Bruder Theo erkrankte psychisch. Als wichtigste Quellenbelege seiner Krankheit dienen die zahlreichen Briefe zwischen seinem Bruder Theo, Vincent van Gogh selbst und Doktor Théophile Peyron, dem Psychiater der Anstalt in Saint-Rémy-de-Provence.

Zu den deutschen Berühmtheiten, bei denen eine bipolare Erkrankung angenommen wird, zählt unter anderem auch Johann Wolfgang von Goethe. Als Beispiel aus jüngerer Zeit sei der Musiker Gordon Matthew Sumner, bekannt als Sting, genannt, der sich in einem Interview als manisch-depressiv bezeichnet

hat. Auch die deutsche Theaterregisseurin Andrea Breth bekennt sich offen zu ihrer Krankheit.

Über das Erkrankungsbild sind auch Dokumentarfilme gedreht worden. Zum Beispiel gibt es einen Fernsehweiteiler mit dem Ziel der Aufklärung und Sensibilisierung der Öffentlichkeit (BBC, 2006, *The Secret of the Manic Depressive*). Die deutsche Gesellschaft für bipolare Störungen e.V. stellt eine DVD zur Verfügung, in der Betroffene und Angehörige von ihren Erfahrungen berichten („Die Pole des Saturn. Leben zwischen Manie und Depression“, siehe hierzu: <http://www.dgbs.de/filme.php>; Überprüfung der Internetseite Dezember 2009).

In der Unterhaltungsbranche gibt es einige Spielfilme, die sich der Thematik „Bipolarität“ angenommen haben. Hier sind als bekanntere Filme „Mr. Jones“ (USA, 1993) zu nennen sowie „Tattoo Mum – Eine magische Mutter“ (GB 2003). Diese Mutter kennt nur die Extreme „himmelhoch jauchzend“ und „zu Tode betrübt“. Die Töchter müssen ihre Probleme selber lösen. „Liebe Amelie“ (D 2004) handelt wiederum von der 17-jährigen Amelie, die manisch-depressiv ist und deren Erkrankung für die gesamte Familie zur Zerreißprobe wird. Neu erschienen ist der Film „Immer wieder Achterbahn“ (<http://www.dgbs.de/filme.php>; ; Überprüfung der Internetseite Dezember 2009), der einen Einblick in den Alltag der Betroffenen und ihrer Angehörigen gewährt. Verdeutlicht werden die Auswirkungen der Depressionen und Manien, die sich mit Phasen der Normalität abwechseln. Es sind Geschichten von Menschen, die nicht aufgeben, obwohl die Krankheit ihre Lebensplanung mehrfach zerstört hat.

1.7. Verlauf und Behandlung der bipolaren Erkrankung

Wie in Kapitel 1.3 beschrieben kann das erstmalige Auftreten der bipolaren Erkrankung in jedem Alter erfolgen. Die ersten Symptome zeigen sich meistens zwischen dem 15. und 30. Lebensjahr. Häufig, aber nicht ausschließlich, treten manische oder depressive Episoden nach einem kritischen oder belastenden Lebensereignis auf (vgl. Kapitel 1.4.)

Der Verlauf der Erkrankung setzt sich interindividuell in unterschiedlicher Weise aus hypomanischen, manischen, depressiven oder gemischt manisch-depressiven Episoden zusammen (Bräunig & Krüger, 2002).

Generell lässt sich sagen, dass die manischen Episoden in der Regel kürzer dauern als die depressiven und die symptomfreien Intervalle im Lebensverlauf

kürzer werden. Mit zunehmendem Lebensalter treten depressive Episoden häufiger auf und dauern länger an. Bei den meisten bipolar Erkrankten ist eine lebenslange, chronische Behandlung notwendig (Assion & Reinbold, 2007).

„Die Entscheidung zur Langzeitbehandlung sollte frühzeitig und konsequent erfolgen. Das Rezidivrisiko liegt bei Bipolar-I-Verläufen bei ca. 95%. Eine ungünstige Beeinflussung des Krankheitsverlaufes durch Rezidive wird diskutiert“ (Ricken et al., 2007, S. 10). Wiederkehrende Episoden können zu bleibenden neuropsychologischen Beeinträchtigungen führen. Trotz aggressiver pharmakologischer Behandlungsregime können bei einigen Patienten nur relativ unbefriedigende Langzeitergebnisse erzielt werden (vgl. Ricken et al., 2007).

Studien zum Beispiel von Tohen et al. (2003) oder Vieta et al. (2005) zeigen, dass ca. 40% der Erkrankten nach manischen oder depressiven Phasen ihr ursprüngliches kognitives Funktionsniveau (Aufmerksamkeit, Gedächtnis /Lernen/ exekutive Funktionen wie Handlungsorientiertheit, Antizipation, Planung etc.) nicht mehr erreichen. Bei bleibender Konzentrationsschwäche oder Müdigkeit spricht man von Residualsymptomen. Dauert die Krankheit länger an und ist diese gleichzeitig mit mehreren Klinikaufhalten verbunden, dann laufen die Erkrankten Gefahr, den Verlust von sozialen Kontakten im persönlichen oder beruflichen Umfeld zu erleben. Insgesamt zeigen ca. 40% der Erkrankten einen günstigen Verlauf und können ihr soziales Umfeld beziehungsweise ihre gesellschaftliche Position erhalten. Bei mehr als der Hälfte der Erkrankten aber ist eine Herabsetzung des Funktionsniveaus feststellbar (Vieta et al., 2005). Für die vorliegende Arbeit bedeutet dies, dass bei diesen Patienten anzunehmen ist, dass auch die Fahrtauglichkeit herabgesetzt ist.

Eine erfolgreiche Behandlung der bipolaren Störung beruht auf den Säulen somatische Behandlung, psychotherapeutische Unterstützung und Soziotherapie. Die Wirksamkeit der *Interpersonal and social rhythm therapy* (Frank, et al. 1997, Frank, 2005) der kognitiven Verhaltenstherapie und Familientherapie wurden nachgewiesen. Für den Behandlungsverlauf von großem Nutzen sind geregelte Lebensführung, ein geregelter Schlaf-Wach-Rhythmus, die Vermeidung von Schlafmangel und die Begrenzung des Alkoholkonsums auf kleinste Mengen. Ärztliche Unterstützung sollte auch bei sozialen Problemen (Schule, Beruf, Fahrtüchtigkeit) erfolgen (Langosch, 2007). Dazu gehören auch eine ausführliche Aufklärung des Patienten und eine genaue Dokumentation des Therapie- und Krankheitsverlaufes. Diese lässt sich standardisiert mittels der Life Chart Method do-

kumentieren – auf einem Monatsbogen kann die tägliche Stimmung zu verschiedenen Tageszeiten festgehalten und somit schneller auf Unregelmäßigkeiten reagiert werden (vgl. hierzu auch Kapitel 5).

Desweiteren ist es wichtig, die Patienten dahingehend zu schulen, ihre persönlichen Frühwarnzeichen zu erkennen, um weitere Beeinträchtigungen in der Lebensgestaltung zu vermeiden. Mögliche Frühwarnzeichen einer manischen Episode sind (vgl. Assion & Reinbold, 2007, S. 22, 23, 107):

- ungewöhnlich starkes Selbstbewusstsein
- deutlich mehr Pläne als sonst
- das Gefühl, zu wenig Zeit für alle Aktivitäten zu haben
- andauernde Hochstimmung
- Zunahme der Aktivitäten
- verstärktes Mitteilungsbedürfnis
- Gedankenrasen
- übermäßige Gespanntheit/Reizbarkeit
- verminderte Aufmerksamkeitsleistung
- vermindertes Schlafbedürfnis.

Mögliche Frühwarnzeichen einer depressiven Episode sind (vgl. Assion & Reinbold, 2007, S. 22, 23, 107):

- sinkende Aktivität
- Interessenverlust
- Niedergeschlagenheit
- depressive Verstimmungen
- Schlafstörungen
- reduzierte Aufmerksamkeitsleistung
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Selbstzweifel
- Zukunftssorgen.

Die medikamentöse Behandlung der bipolaren Erkrankung ist in vielen medizinischen Lehrbüchern diskutiert, und regelmäßig finden Veröffentlichungen mit den neuesten Erkenntnissen zum Thema statt. Im Folgenden wird nur ein Überblick gegeben, soweit er für diese Arbeit notwendig ist. Wichtig ist, dass eine Behandlung phasenabhängig (Akiskal & Tohen, 2005) und individuell erfolgt.

In der Phasenprophylaxe (symptomfreie Intervalle) kommen vor allem Lithium und Valproinsäure (Valproat) als Phasenprophylaktikum zum Einsatz. In der manischen Phase findet teilweise eine Dosiserhöhung der Phasenprophylaktika statt oder es kommen Antipsychotika wie Olanzapine, Risperidone, Quetiapin, seltener Aripiprazole (atypische Antipsychotika) oder noch seltener Haloperidol und andere klassische Neuroleptika zum Einsatz (Dunner, 2005; Vieta und Goikolea, 2005; Mühlbacher et al., 2005). Die klassischen Neuroleptika sind aufgrund der Nebenwirkung extrapyramidale Störungen (EPS) zu vermeiden. Bipolare Patienten zeigen im Vergleich zu anderen psychiatrischen Patienten, für die eine Neuroleptika-Therapie angezeigt ist, ein zwei- bis dreifach höheres Risiko, diese Nebenwirkungen zu zeigen (Mukherjee et al. 1986). In der depressiven Episode werden von den Antidepressiva die Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) bevorzugt, ferner ein Phasenprophylaktikum. Seltener wird Lamotrigin eingesetzt, obwohl es in der depressiven Phase und auch als Fortführung in der Phasenprophylaxe empfohlen wird (Goodwin et al. 2004; Mühlbacher et al., 2005).

1.7.1. Leitlinien zur Erkrankung

Vorrangiges Ziel der Leitlinien zur Erkrankung der bipolaren Störungen ist es, Therapeuten, Betroffenen, Angehörigen und weiteren Leistungserbringern im Gesundheitswesen eine Entscheidungshilfe anhand krankheitsspezifischer Informationen und Empfehlungen zu Diagnostik und Therapie zur Verfügung zu stellen. Leitlinien sind keine Richtlinien, sondern sie geben ausschließlich Handlungsempfehlungen wieder, die der individuellen Situation des Patienten und den gegebenen Versorgungsmöglichkeiten angepasst werden müssen.

Zu erwähnen sind die Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT; erste guideline 1997). In die neuere Auflage von 2005 sind Informationen und Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie bipolarer Störungen eingegangen. Exemplarisch dargestellt seien hier die Inhalte der CANMAT: Lithium, Valproat und einige atypische Antipsychotika werden als first-line Therapie für die Manie empfohlen. Lithium, Lamotigin, Antidepressiva gehen in die Empfehlung

für die Behandlung der bipolaren Depression ein. In der Rezidivprophylaxe bipolarer Störungen sollten Lithium, Lamotrigin, Valproat und Olanzapin eingesetzt werden. Neben diesen medikamentösen Empfehlungen werden zudem in dieser Richtlinie empfohlen die Begleitung der Therapie mit psychosozialer Therapie (Psychoedukation) und die Anwendung des Disease Management Models (=systematisches Behandlungsprogramm für chronisch kranke Menschen) unter Einbindung eines Teams aus dem Gesundheitswesen als Bedingungen für eine optimale Therapie bipolarer Patienten (Yatham et al. 2004). Im Jahre 2006 fand die jüngste Überarbeitung in Bezug auf die medikamentösen Empfehlungen statt. Als weiteres Präparat wurde Quetiapin in den Empfehlungen aufgenommen.

Die American Psychiatric Association (APA, Practice Guideline, 2002; Guideline Watch, 2005) hat ebenfalls einen Leitfaden für die bipolare Behandlung herausgegeben und überarbeitet diesen regelmäßig, so dass wie auch bei den kanadischen Leitlinien die neuesten Erkenntnisse aus der evidence-based medicine Eingang finden.

In Großbritannien hat das National Institute of Clinical Excellence (NICE) seine guidelines im Juli 2006 ebenfalls neu aufgelegt. Auch hier finden die in der kanadischen Leitlinie erwähnten Medikamente Eingang.

Die in Kapitel 1.7 aufgeführten Erkenntnisse der diskutierten medikamentösen Behandlung finden sich in den Leitlinien der „World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for the Biological Treatment of Bipolar Disorders (Grunze et al. 2004). Das medikamentöse Therapieschema wird nach den unterschiedlichen Krankheitsstadien differenziert.

In Deutschland werden offizielle Leitlinien für die bipolare Störung im Jahr 2010 erscheinen. Die deutsche Gesellschaft Bipolare Störungen arbeitet in Kooperation mit der Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) an evidenzbasierten S3 - Leitlinien für die Diagnostik und Therapie bipolarer Störungen. S3 bezeichnet die Entwicklungsstufe 3, das heißt die höchste Entwicklungsstufe mit Erarbeitung der Empfehlungen unter Berücksichtigung der fünf Elemente einer systematischen Leitlinienentwicklung: (1) Logik, (2) Evidenz-Basierung, (3) Konsensus, (4) Entscheidungs- und (5) Outcome-Analyse (AWMF und ÄZQ, 2001). Der Projektstand ist unter <http://www.leitlinie-bipolar.de> einsehbar.

Die Leitlinie umfasst für Therapeuten, Patienten und Angehörige ein Konzept für eine qualifizierte Gesundheitsversorgung mit den Themen Prävention, Diagnostik, Therapie und Nachsorge bei Bipolaren Störungen (Pfennig et al., 2008). Beispiele für Leitlinien sind unter www.awmf-online.de einsehbar.

1.8. Bipolare Erkrankung und Lebensqualität

Die Beeinträchtigungen der Erkrankung bipolare Störungen haben einen signifikanten Einfluss auf die Lebensqualität (Judd & Akiskal, 2003; Calabrese et al. 2003; Hirschfeld et al., 2003; Murray & Llopez, 1996; Yatham et al., 2004). Im Vergleich zur gesunden Bevölkerung weisen die bipolar Erkrankten erhöhte Probleme auf, ihrer Arbeitsleistung und ihren Freizeitaktivitäten nachzukommen, aber auch in ihrem sozialen und familiären Umfeld zu interagieren.

Im Jahre 1990 identifizierte die World Health Organization (WHO) bipolare Erkrankung als eine der sechs führenden Erkrankungen, die eine Behinderung im Leben im Alter von 15-44 Jahren nach sich ziehen. Die Betroffenen zeigen einen signifikanten Anstieg in der Nutzung von Gesundheitsdiensten und Sozialhilfe. Zudem ist nochmals auch in diesem Zusammenhang das erhöhte Suizidrisiko zu nennen. Eine neuere Veröffentlichung aus dem Jahre 2004 der WHO weist darauf hin, dass neuropsychiatrische Störungen in der Europäischen Region für 19,5% der gesamten Verluste an behinderungsfreien Lebensjahren (DALY-Verluste) verantwortlich sind und damit die zweitwichtigste Ursache für solche Verluste. Nach den neuesten verfügbaren Daten (2002) sind neuropsychiatrische Störungen die bedeutendste Ursache für mit Behinderung gelebte Lebensjahre (YLD) in der Europäischen Region; ihr Anteil an deren Gesamtzahl aufgrund aller Ursachen beträgt 39,7%. Schizophrenie und bipolare Störungen sind jeweils für 2,3% aller YLD verantwortlich.

Die Suizidraten in der Europäischen Region sind hoch. So beträgt die durchschnittliche Prävalenzrate in der Region 15,1 pro 100.000 Einwohner; die höchsten Raten haben die GUS-Staaten (22,7 pro 100.000 Einwohner), gefolgt von den Ländern, die der EU seit 2004 beigetreten sind (15,5 pro 100 000 Einwohner; vgl. WHO, 2008).

Nur wenige Länder haben konkrete Angaben dazu gemacht, wie viel sie für die Förderung der psychischen Gesundheit und für die Prävention psychischer Störungen ausgeben. Die wenigen verfügbaren Zahlen sind durchgängig niedrig und

liegen bei höchstens 1% des Etats für psychische Gesundheit (vgl. WHO, 2008). Für die Zukunft lässt dies eine Zunahme der psychischen Erkrankungen, absolut auf die Bevölkerung gesehen, befürchten. Somit ist dringender Handlungsbedarf für die Versorgung und auch den Umgang mit den psychischen Erkrankungen gegeben.

Je früher die Krankheit erkannt wird, umso besser kann man als Patient lernen, Frühwarnzeichen zu erkennen. Die medikamentöse Einstellung erfolgt früher, und bei einem großen Teil der Patienten (> 50%) wird die berufliche und soziale Mobilität nicht wesentlich beeinträchtigt (Tohen et al., 2003; Vieta et al., 2005). Verläuft die Krankheit ungünstiger (bei > 40%) dann sind die Betroffenen in ihrem Alltag starken Beeinträchtigungen ausgesetzt. Zu nennen sind in diesem Zusammenhang der Verlust des Partners, meist wegen Untreue des Erkrankten, finanzieller Ruin und/oder auffälliges Verhalten im Rahmen einer Manie. Daneben kommt es häufig zu Arbeitsausfällen und zum Teil zu Berufsunfähigkeit. Die Familienstruktur wird durch die Beeinträchtigung oder den Ausfall der erkrankten Person immer wieder gestört, und die Kinder der Betroffenen leiden sehr unter dem Ausfall ihres Elternteils in den entsprechenden Krankheitsphasen. „Der Partner erlebt den Betroffenen in seiner übertriebenen Gereiztheit oder Euphorie als fremd und empfindet die Sicherheit der Familie bzw. der Partnerschaft bedroht“ (vgl. Marneros, 2004, S.312).

Zudem sind Komorbiditäten häufig, etwa Alkoholabusus. Alkohol und andere Drogen werden von psychiatrischen Patienten allgemein häufiger konsumiert als von anderen Menschen (vgl. Maneros, 2004, S. 512). „Zusätzlich zur bipolar affektiven Störung auftretender Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit führt zu mehr Krankheitsepisoden, mehr Krankenhausaufenthalten und geringerer Compliance“ (Marneros, 2004, S.516).

Ebenfalls haben die Betroffenen unter Stigmatisierung zu leiden. Daher ist es wichtig, Eltern, Kinder und andere darüber zu informieren, dass die bipolare Störung eine lebenslange Erkrankung darstellt, die eine langfristige Behandlung erfordert. Der Patient, die Familie und andere müssen in die Lage versetzt werden, mit einer chronischen Erkrankung zu leben. Dazu müssen Strategien zur Entwicklung eines verbesserten Selbstbewusstseins, zum Abbau von Schuld- und Verlustgefühlen und Möglichkeiten der Lösung von Konflikten mit Familienmitgliedern, Peer-Gruppen etc. vermittelt werden (Marneros, 2004).

2. Kulturelle Rahmenbedingungen

Der Begriff Kultur ist einer der meist gebrauchten Begriffe innerhalb der Sozialwissenschaften (Bergler et al., 1995). Ausführlich werden die unterschiedlichen Definitionen von Kultur in der Arbeit von Hoff (2002) dargestellt. In dieser Arbeit wird der Begriff Kultur in Anlehnung an Bergler (1993) verwendet. Folgende zentrale Inhalte der Kultur werden zu Grunde gelegt. Eine Kultur besteht aus einem System von Werten und gemeinsamen (gewünschten) Zielen. Sie ist gekennzeichnet durch Normen und Verhaltensregeln des Zusammenlebens, Kompetenzen, Sprachen, Sitten und Gebräuche.

In Anlehnung an Webers Begrifflichkeit des Idealtypus eignet sich nach Labisch (1992) der Begriff Gesundheit besser als der Krankheitsbegriff, um den wechselseitigen Wirkungen von Medizin und Kultur nachzugehen. „Idealtypen sind Gedankengebilde, die Beziehungen und Vorgänge des historischen Lebens zu einem «in sich widerspruchsfreien Kosmos gedachter Zusammenhänge» vereinen“ (vgl. Labisch, 1992, S. 40). Der Gesundheitsbegriff erfährt je nach kulturellem Hintergrund unterschiedliche Bedeutungen. Gleichzeitig trägt der Gesundheitsbegriff Werte (Labisch, 1992).

Durchstreift man die Geschichte nach Erkrankungen des Geistes, so geht dies mit einem Streifzug durch unterschiedliche gesellschaftliche Formen einher. Abhängig vom Kulturkreis und den vorherrschenden Strömungen wurden dann diese Erkrankungen (nicht) behandelt:

Soweit über Gesundheit magisch-animistische Vorstellungen, etwa von Besessenheit durch böse Geister oder Strafen von Götter, existierten, hatte der Heilkundige die Rolle des Zauberers und Schamanen, der die krankheitsverursachenden Mächte vertreibt (vgl. Payk, 2001).

In der altägyptischen Heilkunde wurden Religion und Medizin eng miteinander verbunden. Neben der Anrufung der Götter setzten die Priesterärzte wahrscheinlich Schlafmohn, Alraune und Hanf zur Beruhigung der Geisteskranken ein (vgl. Payk, 2001).

In der indischen Ayurweda-Medizin im 5. Jhd. V. Chr. kannte man Übungen zur geistigen Konzentration und Reinigung. Aus der indischen Heilkunde stammt das Wissen über die Schlangenzug, die 1558 von L. Rauwolf wiederentdeckt wurde

und die bis in die neuere Zeit noch aufgrund ihrer beruhigenden und angst-dämpfenden Wirkung als Psychopharmakon eingesetzt wurde (vgl. Payk, 2001).

In der chinesischen Medizin löste das Ying und-Yang-Prinzip und die Lehre der fünf Elemente Holz, Feuer, Erde, Metall und Wasser die alten religiösen Konzepte ab. Diese wurden durch die Lehre des Konfuzius (551-479 v. Chr.) und dem Taoismus des 3. Jhd. v. Chr. beeinflusst und durch die Konzepte von Diätetik und Drogenkunde ergänzt.

Ein medizinisches Konzept für psychiatrische Erkrankungen beginnt erst mit der griechischen Medizin der Antike (vgl. Ackerknecht, 1985). Die naturphilosophische Heilkunst der Asklepiaden (7. Jhd. V. Chr.) überliefert schulmäßig durchgeführte Behandlungen. Nach Anamnese verordneten sie ganzheitlich orientiert Medikamente, Diäten, Bäder, Gespräche, Theaterbesuche oder Opferungen. Hysterische, depressive oder epileptische Frauen wurden als Orakel herangezogen. Bereits im 6. Jhd. V. Chr. lehrten Alkmaion von Kroton (570-500 v. Chr.) und sein Schüler sowie auch der Vorsokratiker Empedokles aus Agrigent (492-432 v. Chr.), dass der Ursprung des Verstandes im Gehirn liegt, das Gemüt hingegen im Herzen. Die hippokratische Medizin löste dann die Heilkunst der Asklepiaden ab. Hippokrates (460-433 v. Chr.) sah das Gehirn als Zentrum geistig-seelischer Tätigkeit. Geistesstörungen waren eine Krankheit des Gehirns. In den medizinischen Abhandlungen – zusammengefasst im *corpus hippocraticum* - wird unter anderem von verschiedenen Arten von Delirien, Wahnvorstellungen und Epilepsien als Folge von Gehirnschädigungen berichtet. Das Thema Depression wurde schon in dieser Zeit recht differenziert beschrieben. Die Versorgung der *Dementis* und *Debilis* beschränkte sich meist auf ein Anleinen oder Wegsperrern zu Hause.

Soranus von Ephesus (98-138 n.Chr.), der in der Tradition der hippokratischen Nosologie der Geisteskrankheiten stand, bekämpfte Gewalt gegenüber psychisch Kranken. Er verbot sie zu schlagen und zu fesseln und lehnte körperliche Bestrafung ab. Zudem schuf er eine theoretische Vorstellung einer allgemeinen Psychopathologie, die bis in das 17. Jhd. gelehrt wurde. Galenos von Pergamon (129-199 n.Chr.) sammelte als Gladiatorarzt genaue Kenntnisse über Verletzungen des Schädels und Gehirns. Seine Abhandlungen stellen erste systematische psychotherapeutische Lehren dar (vgl. Payk, 2001).

Ab dem 6. Jhd. n. Chr. verlagerte sich die Medizin größtenteils auf Mönchsärzte und Ordensgeistliche. Gesundheit war auf das jenseitige Heil ausgerichtet: Sie war gesehen als Gewissheit der Gnade Gottes, Krankheiten waren Prüfungen oder Strafe Gottes (Labisch, 1992). Wissen und Erfahrungen gingen in der christlich- monastischen und später scholastischen Kultur des Mittelalters verloren. Einzug hielten rituelle Gebräuche in Form von Gebeten, Fasten, etc., später auch exorzistische Handlungen. Dem Geisteskranken wurde als dem von „ unreinen Geistern Besessenen“ Gebet, geistlicher Trost und Segnung zuteil (vgl. Entralgo, 1969). Nach der antiken und spätantiken Medizin erfolgten Rückschritte, was die Erkennung und Behandlung von Krankheiten, besonders von Nerven- und Geisteskrankheiten, angeht. Beispielhaft erwähnt seien Dämonismus und der Hexenwahn des späten Mittelalters sowie der Renaissance, welche sich besonders nachteilig für die Geisteskranken zu Zeiten der Inquisition auswirkten (vgl. Payk, 2000, Labisch, 1992).

Als einer der ersten wandte sich der Arzt Cornelius Agrippa von Nettesheim bei Köln (1486-1535) gegen die vorherrschenden Vorstellungen von Geisteskranken und vertrat mit Nachdruck, dass es sich nicht um Besessene, sondern um tatsächlich Kranke handele. Johann Weyer (1515-1588) warf den Ärzten vor, über die Besessenen wie „Blinde über Farben zu urteilen“. Auch Paracelsus sprach sich gegen die Besessenheitshypothese aus, empfahl allerdings gleichzeitig Gebete und Gottvertrauen als allumfassendes Heilmittel.

Erste Asyle für Geisteskranke wurden in der Tradition der arabischen Medizin auf europäischem Boden im 15. Jahrhundert in Spanien errichtet. Das erste deutsche „Irrenhaus“ war vermutlich die 1488 erstellte Breslauer „Klause“. Die Geisteskranken wurden angekettet und weggesperrt. Oder sie wurden gekennzeichnet und durften, mit Narrenkappen und Bändern versehen, betteln und umherziehen. Im 16. Jahrhundert wurden Geisteskranke öffentlich ausgestellt in Käfigen oder „Narreteien“. Das Leipziger Georgenhaus diente der Verwahrung Geistesgestörter und Krimineller. Es wurde zwischen 1668 und 1671 eingerichtet, entstand also noch vor dem Zucht-, Armen- und Waisenhaus zu Waldheim. Hier wurden ab 1671 Irre aufgenommen (vgl. Payk, 2001).

Zu Zeiten der Aufklärung verbesserte sich die Situation insoweit, dass zur Erklärung des Wahnsinns medizinische Theorien herangezogen wurden. Allerdings überdauerte der Glaube an Hexen und Zauberei bis ins 18. Jahrhundert hinein.

Noch 1738 wurde in Deutschland ein sechsjähriges geisteskrankes Mädchen wegen Hexerei verbrannt (vgl. Panse, 1964).

Erkenntnistheoretiker wie zum Beispiel Willis (1622-1675) oder Bacon (1561-1626) forderten eine spezialärztliche Behandlung der Geisteskranken. So begründete W. Battie (1704-1776), stark von dem Erkenntnistheoretiker Locke (1632-1704) – Zeitgenosse von Descartes („vernunftbestimmter moderner Rationalismus“) beeinflusst - in England die Psychiatrie als eigenes Fach.

In Deutschland trug Kant, Philosoph des Idealismus, entscheidend zu der These bei, dass Geisteskranke („Irre“) für ihre Krankheit selbstverantwortlich seien. Daher kann auch der Irre sich aus dieser Krankheit befreien. Vertreter der empirischen Psychologie wie Berkeley u. a. hatten keinen nachhaltigen Einfluss auf die Behandlung der Geisteskranken.

Ende des 18. Jahrhundert wurden die Irrenhäuser eingeführt und mechanische Zwangsmittel und körperliche Züchtigungsmethoden abgeschafft. Seit dem Beginn des 19. Jahrhunderts kam es zu einer Reform der Versorgung der psychisch Kranken in Europa. Die Krankenhäuser wurden in zwei Aufgabenbereiche eingeteilt: die Behandlungen nach akuten und chronischen Leiden. Diese Aufteilung besteht in Deutschland immer noch.

Ein Paradigmenwechsel weg von dem religiös-anthropologischen Konzept der „Psychiker“ hin zu dem somatischen Krankheitsbegriff der „Somatiker“ trug ebenfalls zu einer besseren Situation der Geisteskranken bei. Die Idee der „Somatiker“, dass eine gegenseitige Beeinflussung von Leib und Seele bestehe, die bei der Entwicklung von geistigen Störungen ihren Ausgang von der Psyche nehme, wird Johann Christian August Heinroth (1773 - 1843) zugeschrieben. Seine Arbeit stellt die Einführung des Begriffes ‚psychosomatisch‘ in das Zentrum und untersucht sein Krankheitskonzept auf psychosomatische Grundgedanken. Die Aufteilung zwischen „Psychiker“ und „Somatiker“ und deren Folgen kann man bis in die Gegenwart verfolgen. Während die „Psychiker“ die Auffassung vertreten, die Seele bzw. die Psyche würde psychische Probleme bzw. Geisteskrankheiten verursachen, betrachten die „Somatiker“ die psychischen Störungen als Folge einer Gehirn- bzw. Körperkrankheit. Das Konzept der „Somatiker“ setzte sich bis Mitte des 19. Jahrhunderts durch. Fortschritte im Bereich der Hirnforschung trugen dazu bei, dass der therapeutische „Nihilismus“ überwunden wurde. Hinzu kamen die Erklärungen von psychologisch–psychodynami-

scher Seite durch Dubois (1848-1918) und Janet (1859-1947), welche Anweisungen für die Behandlung (Freud, 1856-1939) beinhalteten (vgl. Payk, 2000; Shepherd, 1982, Ackerknecht, 1985).

Zerstört wurden diese Fortschritte, die auch mit dem Aufbau von komplementären Versorgungssystemen einhergingen, also der Vernetzung der akuten und chronischen Behandlungsstationen, nach dem ersten Weltkrieg durch die wirtschaftlichen Nöte und den Rassenwahn der Nationalsozialisten. Das psychiatrische Denken wurde von Interessen jenseits der Medizin gelenkt. Von der Zwangssterilisation bis hin zur vorsätzlichen Tötung – die Verantwortlichen der Verbrechen (im Rahmen unterschiedlicher Aktionen, zum Beispiel „Aktion T4“, „14f13“, etc.), die zwischen 1934 und 1945 begangen wurden, kamen zumeist straffrei davon. Über dieses Kapitel der deutschen Psychiatrie wurde bis in die sechziger Jahre geschwiegen, als eine erste Aufarbeitung des Themas stattfand (vgl. Labisch, 1992).

In den fünfziger und sechziger Jahren kam die so genannte Antipsychiatrie-Bewegung auf. In den Anstalten wurde zum Teil nicht mehr medikamentös, sondern nur noch in Sitzungen etc. therapiert, auch zum Schaden der Patienten (Schott und Tölle, 2006).

Nach der Wiedervereinigung der beiden deutschen Staaten wurden die Psychiater, die in Ostdeutschland gegen Menschen-, Berufs und Strafrecht verstoßen hatten, nur selten zur Rechenschaft gezogen. Zu einer Aufarbeitung dieses Kapitels der deutschen Psychiatrie ist es bisher nicht gekommen.

Gegenwärtig wird die Unterscheidung somatogen versus psychogen zu Gunsten eines Konzepts aufgegeben, das beide Aspekte miteinander vereint. Das Wiederaufleben der Wechselwirkungstheorie nach Descartes auf höherer Ebene scheint zu einem besseren Verständnis der Korrelation zwischen Hirnfunktion und psychischen Vorgängen beizutragen. Behandelt wird nach dem Prinzip, dass Bestand hat, was sich in Diagnostik und Therapie des klinischen Alltags sich bewährt hat (vgl. Payk, 2001). Ziel ist es, die Patienten im Rahmen ihrer Möglichkeiten in die Gesellschaft einzugliedern.

2.1. Rechtliche Rahmenbedingungen des Psychiaters

Das Wissen um die Rechte und Pflichten des Psychiaters in Bezug auf Rechtsfragen in der Psychiatrie ist als ein Bestandteil der Kompetenz des Arztes zu verste-

hen; sie werden deshalb in dem folgenden Kapitel kurz zusammengefasst, wobei sich diese Arbeit auf die für sie wichtigen Bestandteile beschränkt. Der interessierte Leser wird auf die Literatur und gültige Gesetzgebung (vgl. Rudolf & Röttgers, 2000) verwiesen. Die Zusammenfassungen der wichtigsten rechtlichen Rahmenbedingungen lehnen sich im Wesentlichen an die Ausführungen von Rudolf und Röttgers (2000) an.

Zwischen Arzt und Patient kommt in der Regel ein Behandlungsvertrag zustande, indem der Patient den Arzt aufsucht und dieser die Behandlung beginnt. Dieser Vertrag stellt einen so genannten Dienstvertrag nach §611ff. BGB dar. Hier ist festgehalten, dass der Arzt dem Patienten eine kunstgerechte Bemühung um die Genesung schuldet, aber keinen Heilerfolg. Der Vertrag setzt voraus, dass der Patient geschäftsfähig ist, dies ist erst einmal mit der Volljährigkeit einer Person gegeben. In der Notfall- und Intensivmedizin gibt es die Ausnahme der Behandlung ohne Auftrag (Geschäftsführung ohne Auftrag, §§677, 680, 683 BGB), wenn der Patient nicht geschäftsfähig ist und ein gesetzlicher Vertreter nicht verfügbar. Juristisch wird das Verhältnis zwischen Arzt und Patient als zivilrechtlich angesehen und bewertet.

Der Patient muss der Behandlung des Weiteren zustimmen, basierend auf dem Recht der Menschenwürde nach Art. 1 (1) Grundgesetz und dem Grundrecht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit gemäß Art. 2 (1) und (2) Grundgesetz. Daher muss vor jeder Behandlung der Arzt den Patienten hinreichend aufklären. Eine Behandlung ohne Einwilligung des Patienten ist nicht zulässig. Eine Behandlung ohne Einwilligung stellt rechtmäßig eine Körperverletzung dar.

Der Psychiater muss zudem beachten, dass die Rechtsprechung die Behandlung mit vielen Psychopharmaka, insbesondere Neuroleptika, als „persönlichkeitsverändernden Eingriff“ sieht. Die krankheitsbedingte veränderte Persönlichkeit wird zum Ausgangspunkt der Betrachtung genommen und stellt besonders hohe Anforderungen an Aufklärung und Einwilligung dar. Eine Einwilligung ist zudem auch nur dann wirksam, wenn der Einwilligende auch einwilligungsfähig ist. Bei psychisch Kranken kann dies nur der Arzt feststellen (BGHZ, 29, 46, 51). Die Einwilligungsfähigkeit des Erkrankten ist individuell abzustimmen. Voraussetzung für die Einwilligungsfähigkeit des psychisch Kranken ist, dass dieser der Aufklärung folgen kann und auf deren Basis eine eigene Entscheidung treffen kann.

2.1.1. Pflichten des Arztes

Haftungsansprüche ergeben sich aus dem Arzt-Patienten Vertrag. Bei risikoreicheren Behandlungsverfahren trägt der Arzt die Verantwortung. Sorgfaltpflichtverletzungen werden an der berufsfachlich gebotenen Sorgfalt gemessen. Ein Arzt, der auf Anweisung des Vorgesetzten handelt, kann auch dann in Anspruch genommen werden, wenn die Anweisungen zum Beispiel fachlich überholt oder fehlerhaft sind.

Zu den Pflichten gehören die Haftung bei Behandlungsfehlern, die Aufklärung des Patienten, die Dokumentationspflicht, die Schweigepflicht, das Offenbarungsrecht und das Akteneinsichtsrecht des Patienten.

Die Dokumentationspflicht umfasst die Befunde bei Aufnahme und im Verlauf, die diagnostische Einordnung und die Begründung für therapeutische Entscheidungen. Das Offenbarungsrecht liegt zum Beispiel vor, wenn der Bruch der Schweigepflicht als kleineres Übel gegenüber den Folgen der Wahrung der Schweigepflicht erscheinen lässt. Dies ist zum Beispiel dann gegeben, wenn ein krankheitsbedingt fahruntüchtiger Patient sich weigert, auf die Nutzung eines Kraftfahrzeuges zu verzichten. In diesem Fall kann eine Mitteilung an die Straßenverkehrsbehörde oder an die Polizei geboten sein, eine Dokumentation der Güterabwägung ist zu empfehlen.

Die meisten Haftpflichtprozesse machen unterlassene oder unvollständige Aufklärung geltend. Ein Schadensersatzanspruch ergibt sich auch dann, wenn zwar kein Behandlungsfehler vorliegt, die Einwilligung des Patienten durch den Arzt aber nicht nachgewiesen werden kann. Die Einwilligung ist wiederum nur dann wirksam, wenn eine umfassende Aufklärung vorangegangen ist. Die Beweispflicht liegt auf Seiten des Arztes. Daher ist eine gute Dokumentation durch den Arzt anzuraten.

Die Schweigepflicht regelt §203 StGB (Strafgesetzbuch): Der Arzt ist zur Verschwiegenheit verpflichtet auch gegenüber Angehörigen von Patienten. Offenbarungspflichten bestehen gegenüber den Kostenträgern und sind im Sozialgesetzbuch (SGB) geregelt. Das Offenbarungsrecht kann sich aus einer Rechtsgüterabwägung ergeben, die den Bruch der Schweigepflicht als kleineres Übel gegenüber den Folgen bei Wahrung der Schweigepflicht entsteht, wie zum Beispiel bei einer vorliegenden Fahruntüchtigkeit des Patienten (vgl. Kapitel 2.1., Absatz 2).

Die Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen (Verkehrstüchtigkeit) ist durch die „Verordnung zur Zulassung von Personen zum Straßenverkehr und zur Änderung straßenverkehrsrechtlicher Vorschriften“ – Fahrerlaubnisverordnung (FeV) in der Fassung vom 19.01.2009 geregelt, zuletzt geändert durch die Dritte Verordnung zur Änderung der Fahrerlaubnis-Verordnung vom 07. Januar 2009 (Bundesgesetzblatt Jahrgang 2009 Teil I Nr. 2 S. 29, ausgegeben zu Bonn am 15. Januar 2009).

Die Verordnung regelt auch die zentrale Rolle der „Begutachtungsstellen für Fahreignung“. Darüber hinaus werden in der Anlage 4 der FeV „häufiger vorkommende Erkrankungen und Mängel“ mit ihren verkehrsrechtlichen Bewertungen aufgeführt. Es existieren zudem die „Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung“. Beide zuletzt genannten dienen als Empfehlung. Bei Entscheidungsfindungen werden sie bei Gericht oder der Behörde als Regelfall zugrunde gelegt.

Zum Umgang mit affektiven Störungen im Straßenverkehr gilt in der Regel folgendes: Die Fahrtüchtigkeit wird ausgeschlossen während der akuten Phasen. Bei schweren melancholischen Phasen, die mit wahnhaften Realitätsbezugsstörungen, Stupor und/ oder Suizidalität einhergehen (vgl. Rudolf & Röttgers, 2000, S. 97), dies gilt auch für jedwede manische Phase (vgl. ebenda). Mehrfache Wiedererkrankung schließt auf Dauer eine Verkehrstüchtigkeit aus, es sei denn, durch eine medikamentöse Prophylaxe kann eine Wiedererkrankung mit hoher Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden (vgl. ebenda). Nach mehreren Rezidiven gehen die Begutachtungsrichtlinien davon aus, dass eine Eignung für die Fahrtüchtigkeit nicht mehr besteht, nach Anlage 4 FeV wird bei Symptommfreiheit die Eignung bejaht und lediglich für den Fall der rezidivierenden manischen Episoden oder schweren depressiven Episoden eine Eignung verneint (vgl. ebenda). Im Folgenden sei der Auszug aus der FeV gegeben:

Anlage 4 (zu den §§ 11, 13 und 14)

- Eignung und bedingte Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen

Vorbemerkung (Nach: Rudolf & Röttgers, 2000, S.194-195; S. 200)

1. Die nachstehende Aufstellung enthält häufiger vorkommende Erkrankungen und Mängel, die die Eignung zum Führen von Kraftfahrzeugen längere Zeit beeinträchtigen oder aufheben können. Nicht aufgenommen sind Erkrankungen, die seltener vorkommen oder nur kurzzeitig andauern (z. B.

grippale Infekte, akute infektiöse Magen-/Darmstörungen, Migräne, Heuschnupfen, Asthma).

2. Grundlage der im Rahmen der §§ 11, 13 oder 14 vorzunehmenden Beurteilung, ob im Einzelfall Eignung oder bedingte Eignung vorliegt, ist in der Regel ein ärztliches Gutachten (§ 11 Abs. 2 Satz 2), in besonderen Fällen ein medizinisch-psychologisches Gutachten (§ 11 Abs. 3) oder ein Gutachten eines amtlich anerkannten Sachverständigen oder Prüfers für den Kraftfahrzeugverkehr (§ 11 Abs. 4).
3. Die nachstehend vorgenommenen Bewertungen gelten für den Regelfall. Kompensationen durch besondere menschliche Veranlagung, durch Gewöhnung, durch besondere Einstellung oder durch besondere Verhaltenssteuerungen und -Umstellungen sind möglich. Ergeben sich im Einzelfall in dieser Hinsicht Zweifel, kann eine medizinisch-psychologische Begutachtung angezeigt sein.

Auszug aus der FeV Anlage 4:

		Eignung oder bedingte Eignung zur Führung einer Fahrzeugklasse		Beschränkungen / Auflagen bei bedingter Eignung	
	Krankheiten, Mängel	Klasse ¹ A, A1, B, BE, M, S, L, T	Klasse ¹ C, C1, CE, C1E, D, D1, DE, D1E, FzF	Klasse ¹ A, A1, B, BE, M, S, L, T	Klasse ¹ C, C1, CE, C1E, D, D1, DE, D1E, FzF
7.5	Affektive Psychosen				
7.5.1	bei allen Manien und sehr schweren Depressionen	Nein	Nein	---	---
7.5.2	Nach Abklingen der manischen Phase und der relevanten Symptome einer sehr schweren Depression	Ja, wenn nicht mit einem Wiederauftreten gerechnet werden muss, ggf. unter medikamentöser Behandlung	Ja bei Symptomfreiheit	regelmäßige Kontrollen	regelmäßige Kontrollen

¹ Klassen = Fahrzeugklassen

Fortsetzung

Auszug aus der FeV Anlage 4:

		Eignung oder bedingte Eignung zur Führung einer Fahrzeugklasse		Beschränkungen / Auflagen bei bedingter Eignung	
	Krankheiten, Mängel	Klassen ¹ A, A1, B, BE, M, S, L, T	Klassen C, C1, CE, C1E, D, D1, DE, D1E, FzF	Klassen A, A1, B, BE, M, S, L, T	Klassen C, C1, CE, C1E, D, D1, DE, D1E, FzF
7.5.3	bei mehreren manischen oder sehr schweren depressiven Phasen mit kurzen Intervallen	nein	nein	---	---
7.5.4	nach Abklingen der Phasen	Ja, wenn Krankheitsaktivität geringer und mit einer Verlaufsform in der vorangegangenen Schwere nicht mehr gerechnet werden muss	nein	regelmäßige Kontrollen	---

¹ Klassen = Fahrzeugklassen

2.2. Gesundheitspolitische Rahmenbedingungen

Nachdem jahrelang der Patient keine Beachtung im Sinne eines Mitspracherechts im Gesundheitswesen fand, wurde im Jahre 2003 das Gesundheitswesen dahingehend reformiert, dass der Patient zumindest bei der Ausgestaltung der Gesundheitsversorgung eine beratende Rolle einnimmt (vgl. Bundesministerium für Gesundheit, 2007; Rosenbrock & Gerlinger, 2004).

Die Beteiligung von Patienten im Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland wird in drei unterschiedlichen Ebenen beschrieben: der Makroebene, der Mesoebene und der Mikroebene.

Die Makroebene beschreibt die Patientenbeteiligung im Sinne des aktiven Einflusses von Patienten auf die Regulierung der medizinischen Versorgung. Im Januar 2004 berief die Bundesregierung eine Beauftragte für die Belange von Patienten. Die Patientenbeauftragte ist die Ansprechpartnerin für Patientinnen und Patienten und vertritt deren Anliegen in der Politik, in Gremien und in der Öffentlichkeit. Ihre Aufgabe ist es, Patientenrechte - zum Beispiel freie Arztwahl, Anspruch auf eine qualifizierte und sorgfältige medizinische Behandlung nach den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst, eine qualifizierte Pflege und Betreuung etc. - zu stärken und diese im Gesundheitssystem weiterzuentwickeln (vgl. Bundesministerium für Gesundheit (BMG), Broschüre Patientenrechte in Deutschland, 2007).

Die Patientenbeauftragte vertritt die Belange der Patienten im Gemeinsamen Bundesausschuss, der seine Arbeit am 1.1.2004 aufgenommen hat. Der Gemeinsame Bundesausschuss ist ein Gremium von Ärzten, Krankenkassen und Krankenhäusern mit der Aufgabe zu konkretisieren, welche ambulanten oder stationären medizinischen Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sind. Entsprechen Leistungen diesen Anforderungen, zählen diese zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Diese Richtlinien gelten verbindlich.

Im Gemeinsamen Bundesausschuss sitzen Organisationen wieder Deutsche Behindertenrat (DBR), die als Interessenvertretung der gesetzlich Versicherten tätig sind. Diese Organisationen müssen bestimmte Kriterien erfüllen, die in der Patientenbeteiligungsverordnung festgelegt sind, um als Interessenvertretung der gesetzlich Versicherten anerkannt zu werden. Benannt werden in der Verordnung der Deutsche Behindertenrat (DBR), die BundesArbeitsGemeinschaft der PatientInnenstellen (BAGP), die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. und der Verbraucherzentrale Bundesverband e. V. Die Interessenvertretungen haben in diesem Gremium ein Mitberatungs- und Antragsrecht, jedoch keine Stimmrecht. Patientenvertreter und Patientenorganisationen im Gemeinsamen Bundesausschuss müssen nachweisen können, dass sie durch Offenlegung ihrer Finanzierung neutral und unabhängig sind (vgl. Verordnung zur Beteiligung von Patientinnen und Patienten in der Gesetzlichen Krankenversicherung vom 19.12.2003 (Patientenbeteiligungsverordnung - PatBeteiligungsV).

Auf der Makroebene wird beispielsweise darüber beraten und ohne Patientenbeteiligung beschlossen, ob inhalierbares kurzwirksames Humaninsulin von den gesetzlichen Krankenkassen erstattungsfähig ist. Ökonomisch stellt sich dabei die Frage, ob die Vorteile für den Patienten die Nachteile der hohen Behandlungskosten überwiegen.

Mit der Mesoebene sind Strukturen oder Institutionen gemeint, beispielsweise Einrichtungen der Patientenberatung, die eine Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen fördern.

Die Mikroebene der Patientenbeteiligung bezieht sich auf die konkrete Behandlungsentscheidung von Arzt, Patient und gegebenenfalls Angehörigem in der ärztlichen Konsultation. Auf der Mikroebene wird als Vorbildfunktion eines anzustrebenden Arzt-Patientengesprächs das Modell der Partizipativen Entscheidungsfindung aufgeführt. Das Modell beschreibt die Beteiligung von Patienten an den sie betreffenden individuellen Behandlungsentscheidungen, die meistens im Arzt-Patienten-Gespräch getroffen werden. Daher kommt der ärztlichen Konsultation in dem Modell eine besondere Aufmerksamkeit zu (vgl. Gerdes et al. 1999, Büchi et al. 2000, Vollmann 2000, Dierks et al. 2001, Isfort et al. 2002).

In Kapitel 4.4. wird ausführlich auf das Modell der Partizipativen Entscheidungsfindung eingegangen. Es soll allerdings darauf hingewiesen werden, dass im Fachbereich Psychiatrie für die Einbindung von psychisch Erkrankten in die Behandlungsentscheidung erste Ergebnisse von Hamann et al (2006) aus Skandinavien vorliegen. Hamann et al. (2006) banden schizophrene Patienten (n=107) nach dem Modell der Partizipativen Entscheidungsfindung in die Behandlungsentscheidung ein. Sie stellten fest, dass eine Einbindung der Schizophreniepatienten i. S. dieses Modells einen positiven Effekt auf das „involvement“ (Beteiligung am Prozess) der Patienten in die Behandlung, das Wissen um die Krankheit und die Therapie und das Verhalten (compliance) in Bezug auf die Medikation hat. Die Fortführung dieses Ansatzes in der Psychiatrie trägt in Zukunft dann auch zur Entstigmatisierung der Patienten bei.

2.3. Gesundheitsökonomische Rahmenbedingungen

Die jährlichen Kosten bipolarer Störungen in Deutschland belaufen sich auf etwa 5,9 Mrd. Euro. Auf die Krankenkassen entfallen an direkten Kosten 138 Mio. Euro. Die übrig bleibenden rund 5,7 Mrd. Euro entfallen auf indirekte Krankheitskosten. Unter den indirekten Kosten schlagen vor allem die Ausfälle wegen krankheitsbedingter Erwerbsunfähigkeit und Arbeitslosigkeit zu Buche. Dieses Ergebnis unterstreicht die Forderung nach einer verbesserten Versorgung, um damit auch negative Auswirkungen auf das Arbeitsleben der Patienten zu reduzieren (Runge & Grunze, 2004).

Die sozioökonomischen Auswirkungen von affektiven Störungen auf die Volkswirtschaft belaufen sich in den USA auf 45 Milliarden Dollar (Studie von 1991). Bipolare Störungen gehören laut WHO (vgl. WHO, 2001, 2008) zu den 10 Krankheiten, die weltweit am meisten zu dauernder Behinderung führen.

Die unternehmerischen Kosten von Depressionen in der Bundesrepublik Deutschland werden auf 3-4 % des Bruttoinlandsproduktes beziffert. Zwei Drittel dieser Kosten entfallen auf Produktivitätseinbußen durch verminderte Leistungsfähigkeit der Erkrankten, ein Drittel der Kosten entstehen durch die krankheitsbedingte Abwesenheit vom Arbeitsplatz (Aronsson et al., 2000). In der Auswertung der Produktionsausfälle und des Verlusts an Bruttowertschöpfung nach Diagnosegruppen für das Jahr 2003 stehen psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen mit 45,54 Millionen Arbeitsunfähigkeitstagen und einem Produktionsausfall von 4,14 Milliarden Euro an der Spitze der Ursachen für Produktionsausfälle (Aronsson et al., 2000). Dem Themenheft zur Gesundheitsberichterstattung von 2006 (Arzneimittelverordnungen - Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2006) ist zu entnehmen, dass die Arzneimittel-Verordnungen bei depressiven Erkrankungen einen Anteil von 80,6 % von allen Verordnungen von Arzneien für das Zentralnervensystem ausmachen.

3. Rahmenbedingungen des behandelnden Arztes: Psychiater

3.1. Persönlichkeit und Rollenverständnis des Psychiaters

Das Rollenverständnis des Psychiaters wird in Autobiografien von berühmten Psychiatern beschrieben und vor allem von Payk (2001) thematisiert. Der Autor widmet sich der Frage, wer und wie die Personen sind, die sich mit geistig und seelisch Kranken befassen. Payk greift hierbei unter anderem auf autobiografische Berichte von unterschiedlichen Psychiatern zurück, um das Spektrum von Motiven, den Beruf zu ergreifen und die Ausübung der Tätigkeit als Psychiater zu beschreiben. Die kulturellen und sozialen Rahmenbedingungen der persönlichen Berufsfindung tragen wesentlich zum Verständnis der psychiatrischen Arbeit in den jeweiligen Kulturkreisen und Zeitgeschehen bei.

Zurückblickend fällt auf, dass die psychiatrische Pflege im Vergleich zu anderen Bereichen der Medizin stets eine Männerdomäne gewesen ist, während in anderen Bereichen Frauen dominieren. Dies kommt daher, dass bis ins 19. Jahrhundert hinein die so genannten Irren gefängnisähnlich untergebracht waren. Wie andernorts sind auch im Bereich der psychiatrischen Pflege Frauen tätig gewesen. Erst durch Dorethea L. Dix (1802-1887), Lehrerin und Pflegeleiterin in den USA, sowie Florence Nightingale (1820-1910) aber kam es einer Verbesserung der Pflege und Unterbringung der psychiatrisch Erkrankten. Nightingale war englische Pflegereformerin und zudem eine kritische Beobachterin und Ratgeberin für das britische Gesundheitswesen. In dieser zweiten Funktion und unter ihrer Leitung führte die britische Regierung die systematische Erhebung einer Statistik zu den Bevölkerungszahlen, Geburts- und Todesraten sowie zu Todesursachen ein.

Das Image des Berufsstandes der Psychiater wird auch heute noch durch negative und „grausame“ Geschehnisse in der Vergangenheit und in jüngerer Zeit beeinflusst. Die früheren Jahrhunderte sind geprägt von einem inhumanen Umgang mit Geisteskranken. Im zwanzigsten Jahrhundert ist die „Euthanasie“ während des Nationalsozialismus eine der grausamsten Taten, an denen Psychiater beteiligt waren. Sie haben sich schuldig oder mitschuldig gemacht an den Tötungen von psychisch kranken Kindern und Erwachsenen, und dies begann schon 1934. Nach dem Krieg kam hinzu, dass ein Großteil der Täter von einer harten Bestrafung verschont blieb und zum Teil wieder rehabilitiert im Gesundheitswesen Kar-

riere machte. Eine Aufarbeitung dieses Themas begann erst in den sechziger Jahren (vgl. Payk, 2001, Labisch, 1992).

Zu dem negativen Bild des Psychiaters haben sicherlich auch die Missstände beigetragen, die in den Anstalten in den fünfziger und sechziger Jahren herrschten und angesichts derer die „Antipsychiatrie“-Bewegung entstand. Zu nennen sind weiterhin die Untersuchungen zum sexuellen Missbrauch in der Psychotherapie, die in den siebziger Jahren aufkamen (vgl. Moggi et al., 1994)

Auch in den neunziger Jahren, nach dem Fall der Mauer, wurden die Psychiater aus Ostdeutschland, die gegen Menschen- Berufs und Strafrecht verstoßen hatten, nur selten zur Rechenschaft gezogen (vgl. Müller & Mitzscherlich, 2006).

Auch die Tabuisierung der meisten psychiatrischen Erkrankungen in der Gesellschaft sorgt für das negativ besetzte Bild der in dieser Disziplin tätigen Mediziner. Einerseits sind die Menschen erleichtert, weil die betroffenen Personen von jemanden aufgefangen werden, andererseits begegnet man der Tätigkeit der Psychiater mit Zwiespältigkeit, Misstrauen und Beklemmung. Hinzu kommt das Gefühl der Ohnmacht und Hilflosigkeit, jemanden ausgeliefert zu sein. Bis heute stellt es für die Patienten eine Überwindung dar, sich zu „ihrem“ Psychiater zu bekennen (Payk, 2001).

Damals wie heute setzt der Psychiater seine Person als diagnostisches und therapeutisches Medium ein. Dadurch muss der Psychiater seine Glaubwürdigkeit unmittelbar unter Beweis stellen und einlösen. In ihrem Handeln ist die Fachgruppe der Psychiater nicht mit anderen Facharztgruppen vergleichbar. Dies fängt damit an, dass der Psychiater keine objektiven Messkriterien in seiner Tätigkeit besitzt. Zwar berufen sich manche auf Blutwerte, auf sichtbare Veränderungen im Organismus u. ä. bei ihrer Diagnosefindung, letztlich aber liegt deren Würdigung und Gewichtung für eine Diagnose im Ermessen des Psychiaters. Messkriterien im Sinne einer ICD-Definition oder DSM-IV liegen vor, jedoch obliegt die Einschätzung eines Krankheitsbildes der behandelnden Person.

Einem hohen Stellenwert kommt nach Payk (2001) die Zusammenarbeit mit dem Patienten zu, die anderer Art ist als bei einem Allgemeinarzt. Es muss Vertrauen aufgebaut werden, da die meisten Erkrankungen eine lebenslange Behandlung erfordern. Ein Allgemeinmediziner zum Beispiel muss bei vielen Patienten Vertrauen nur für kurze Zeit und nur auf ein Gebiet beschränkt aufbauen. Der Aufbau von lebenslangen Patienteninteraktionen erfordert Offenheit von beiden

Seiten, dem Patienten und dem Psychiater. Der Psychiater lässt damit eine größere Verwundbarkeit zu als die anderen Facharztgruppen. Diese Verwundbarkeit liegt auch darin begründet, dass der Patient ihn sowohl als Profi als auch als Person und Mitmensch wahrnimmt. Von dem Profi wird Hilfe bei seinem spezifischen Problem erwartet. Bei der Person werden Eigenheiten, Vorzüge und Nachteile beobachtet.

Kritisch anzumerken ist hier, dass auch die Interaktion im Arzt-Patientengespräch beim Allgemeinmediziner Vertrauen und Offenheit erfordert, damit die „richtige“ Diagnose gestellt werden kann. Zudem umfasst seine Klientel auch chronisch erkrankte Patienten, die er über einen längeren Lebensabschnitt betreut. Bei Erkrankungen, die eine (lebens-) lange Betreuung durch den Arzt erfordern, sind die Grundvoraussetzungen Vertrauen, Offenheit, und Sympathie (vgl. Bergler et al, 1995), damit complianten Verhalten stattfinden kann (vgl. Kapitel 5).

Erste Beschreibungen über die Aufgaben und Eigenschaften der Seelenärzte finden sich bei J.Ch. Reil (1803).

„Der psychische Arzt vermeide alles üppige Wortgepränge; trage seine Ideen und Gründe so deutlich und einleuchtend hervor, dass der gemeinste Menschenverstand sie fassen kann. Spricht er zu viel so hat dies den Nachteil, dass er dem Kranken als einen Schwätzer erscheint, der kein Zutrauen findet, und der Kranke kann aus Ohnmacht den Schwall nicht fassen und verliert das Wichtige über dem Unwichtigen weil ihm die Ruhepunkte nicht verstattet werden, die sein schwaches Gehirn nöthig hat. Der Arzt lasse es gut seyn, wenn der Kranke durch einen tiefen Seufzer seinen Gründen Beifall gegeben und dadurch angezeigt hat, dass er für dieselben nicht ganz taub sey. Ist der Kranke ein und abermals seines Irrthums überführt, so darf der Arzt den wiederkehrenden Wahn nicht mit neuen Gründen bestreiten. Er verweist auf die schon gegebenen und mahnt ihn zum Glauben an. Oft wirken die Vorstellungen zwar nicht auf der Stelle; aber nachher, bey einer günstigeren Zeit, fängt der Kranke an sie zu beachten und ihren Gehalt zu mustern. Ist er taub für die ersten triftigen Gründe, so ist er es auch für die folgenden schwächeren“ (J.CH. Reil, 1803; nach Payk, 2001, S.196).

G.A.E. v. Nostiz und Jänckendorf (1829), zuständiger Dezernent des Königreichs Sachsens für die Heil- und Verpflegungsanstalt Sonnenstein, schreibt, dass als Leiter von Irrenanstalten nur Ärzte geeignet seien, die folgende Merkmale besitzen: Scharfblick, Beobachtungsgeist, Witz, guter Willen, Beharrlichkeit, Geduld, Übung, einen imponierenden Körper und eine Miene, die Ehrfurcht einflößt (vgl. Payk, 2001).

Stransky (1914) bemerkt in seinem Lehrbuch der Psychiatrie, dass die Beobachtung mit allen Sinnen und die adäquate Einfühlungsgabe für die Ausübung des Berufs wichtig sind. Stransky spricht hier die empirische Beobachtung der Erkrankung, die Empathie des Betreuers an, die allerdings auch in anderen medizinischen Disziplinen sowie generell im Umgang mit Menschen notwendig ist.

E. Kraepelin (1856-1926) beschreibt in seinen „Lebenserinnerungen“ (1919) seine Motive, Psychiater zu werden. So folgte Kraepelin dem Rat eines mit seinem Vater befreundeten Arztes, Irrenarzt zu werden, da er sich neben dem Interesse an Medizin auch psychologischen Fragestellungen widmete

Unterschiedliche Autobiografien von Psychiatern oder Veröffentlichungen in deren Lehrbüchern beschreiben einerseits die Motivation, sich für den Beruf des Psychiaters zu entscheiden, andererseits aber auch die Schwierigkeiten, die dieser Beruf mit sich bringt:

Betrachtet man neuere Veröffentlichungen, so ist aus dem US-amerikanischen Raum S. Bergmann, Professor der Harvard Medical School, einer der populärsten Autoren. Bergmann beschreibt unter dem Pseudonym Samuel Shem in seinem Buch „Doctor Fine“ das psychiatrische Leben. Seine Hauptfigur ist Psychiater geworden, weil sie selbst einen Psychiater braucht. Des Weiteren beschreibt er, dass Psychiater sich auf ihre eigenen Leiden spezialisieren (vgl. Shem, 1999).

R. Klitzmann, Psychiater an der New Yorker Columbia University, schildert in seiner 1995 erschienenen Autobiografie, dass er es attraktiv fand, mit Menschen zu sprechen, etwas über ihr Leben und ihre Gedanken zu erfahren und ihren Geist und ihr Gehirn zu verstehen. Allerdings stellte Klitzmann im Laufe seiner Tätigkeit fest, dass der hohe Druck an Erwartungen seitens der Patienten nur durch Supervision – die Besprechung einzelner Fälle im Kollegenkreis - zu bewältigen sei. Auf Ebene der Kollegen fühlte er sich einerseits dem Netzwerk zugehörig, andererseits frustrierte ihn die akademische Welt, und die Macht der Institutionen irritierte ihn. Neuerungen wurden vorschnell kritisiert. Klitzmann stellte fest,

dass viele Psychiater in ihrer Routine erstarrten und ihre Sensibilität und Warmherzigkeit verlören. Er erlebte die Fragwürdigkeit von Psychoanalytikern, die sich für alle Erkrankungen zuständig erklärten, als seien sie im Besitz einer alles umfassenden Erkenntnis. Diese verglich er mit denjenigen Schulmedizinern, die ihre „Allmacht“ auf der Verträglichkeit von Medikamenten aufbauten.

In seinen Ausführungen konstatiert Payk (2001), dass es keine Hinweise gibt, denen zufolge Psychiater nicht mehr oder weniger intelligent, kreativ, temperamentvoll, fleißig oder genügsam seien als zum Beispiel Lehrer, Verkäufer, Journalisten oder Busfahrer. Ihr, wenngleich zwiespältiges, Ansehen in der Öffentlichkeit beruht auf ihrer akademischen Ausbildung und ihrem Umgang mit einer schwierigen Klientel.

Neben den Autobiographien gibt es einige wenige Untersuchungen, die sich mit der Fragestellung hinsichtlich von Persönlichkeitseigenschaften von Spezialisten und zum Teil mit deren Auswirkungen befassen.

Bandura (1956) überprüfte die Selbsteinschätzung von Psychotherapeuten, die sich in der Ausbildung befanden, hinsichtlich der Beziehung des Persönlichkeitsmerkmals Ängstlichkeit und der Fähigkeit zur bewussten Beobachtung und Selbstbeschreibung des eigenen Erlebens (Introspektion). Zu dieser Zeit lagen Erkenntnisse vor, dass Angst eine Determinante von Motivation ist. Durch Angst kann es zu der Entwicklung und später auch zur Erhaltung von fehlangepasstem (maladaptiven) Verhalten kommen. Die Effektivität der therapeutischen Situation hängt davon ab, inwieweit diese Ängste modifiziert oder beseitigt werden. In der Praxis ist dies nicht immer der Fall, da die Angstsituationen der Patienten auch in unterschiedlichem Ausmaß für den Psychotherapeuten eine angstgeladene Situation darstellen. Bandura stellte die Hypothese auf, dass diejenigen Psychotherapeuten, die geübter sind in der Introspektion, also ein besseres Verständnis von sich selbst haben, auch die therapeutische Situation besser kontrollieren und damit effektiver in dieser spezifischen therapeutischen Situation sind. Das Ergebnis war, dass Therapeuten, die sich als eher ängstlich einschätzten, dies auf die therapeutische Situation übertrugen und dann als Verstärker der Ängste des Patienten fungierten. Die übrigen Psychotherapeuten wurden auch von den Supervisoren als weniger kompetent erlebt und bestätigten damit Banduras Annahmen (Bandura, 1956). Die Supervision wird bis heute im therapeutischen Prozess angewandt, um eine Reflexion der Patientenfälle durch mehrere Personen zu er-

möglichen und keine Abhängigkeit der Therapie von einem Behandler zu schaffen.

Zusammenhänge zwischen den Charakteren von Therapeuten und Patienten zeigten auch Beckmann und Richter (1969) in ihren Untersuchungen auf. So wählten Analytiker mit eher aggressiv getönter Dominanz schutzbedürftig anmutende Patienten. Sie stellten weiterhin fest, dass ältere erfahrene Analytiker für Stereotypisierungen weniger anfällig waren als jüngere.

Weitere Untersuchungen zu Persönlichkeitseigenschaften von Psychotherapeuten finden sich zum Beispiel bei Sandell u.a. (1999). Die Untersuchungsgruppe um Sandell fand heraus, dass neben dem Alter und der Anzahl der praktischen therapeutischen Erfahrung die eigenen therapeutischen Ideale und Einstellungen einen großen Einfluss auf die Arbeitsweise und auf die Ergebnisse („patient outcome“) haben. Den größten Erfolg hatten Therapeuten, die Werte wie aktive Unterstützung des Patienten, Freundlichkeit und Güte vertraten und in ihre Arbeit mit einfließen ließen.

Strupp et al. (1969) stellten fest, dass die Haltung des Therapeuten gegenüber seinem Patienten der Hauptbestandteil erfolgreicher Psychotherapie ist: Therapeuten, die unterstützend auf den Patienten wirken und empathisch sind, haben die höchste Wahrscheinlichkeit, Therapieerfolge zu erzielen. Strupp et al. (1969) entwickelten einen Bewertungsfragebogen (Post Therapy Client Questionnaire) für Patienten, der die Eigenschaften des Therapeuten einbezieht.

In diesem Zusammenhang ist auf die impliziten Persönlichkeitstheorien hinzuweisen. Diese gehen davon aus, dass bei der Beurteilung von Personen (Personenwahrnehmung) oder Situationen u. a. persönliche Überzeugungen mit einfließen, deren Gültigkeit unterstellt wird, ohne dass eine vertiefte kritische Analyse erfolgt. Man spricht daher auch von Alltagstheorien. Bei der Bewältigung von Situationen des Alltagslebens orientieren sich Menschen häufig an subjektiven Annahmen über den Zusammenhang von Sachverhalten - im Gegensatz zu wissenschaftlichen Theorien, die schriftlich ausformuliert und mit anerkannten Methoden empirisch überprüft werden (= explizite Theorien). Zu impliziten Theorien gehören viele Plausibilitätsannahmen, so etwa, dass körperliche Sauberkeit mit dem Vorhandensein eines Badezimmers zu tun hat. Aus dem Vorhandensein einer Persönlichkeitseigenschaft wird auf das Vorhandensein einer oder mehrerer anderer Eigenschaften geschlossen (zum

Beispiel: "dumm, faul, frech"). Die subjektive Gewissheit der Gültigkeit impliziter Theorien ergibt sich einerseits aus der Selektivität der Wahrnehmung, andererseits im interpersonalen Kontext als Effekt der Sich-selbst-erfüllenden-Prophezeiung (self-fulfilling prophecy), da man sich gegenüber einer anderen Person so verhält, dass deren Reaktion die eigene Annahme bestätigt. Ferner handelt es sich oft um sozial geteilte Ansichten, so dass ein Beweis der Richtigkeit darin gesehen wird, dass weitere Personen die gleiche Meinung vertreten (vgl. Neubauer, 1986). Bei den oben genannten Annahmen über die Persönlichkeit des Therapeuten scheinen in einigen Untersuchungen implizite Theorien ergebnisweisend zu sein. So scheinen das Ergebnis von Beckmann und Richter (1968) und auch die Untersuchung von Strupp et al. (1969) eher Alltagplausibilitäten widerzuspiegeln als theoretische Annahmen.

Rogers (1973) fordert als wichtige Merkmale des Gesprächstherapeuten Echtheit, Warmherzigkeit, Verständnis und Mitgefühl.

Shepherd (1982) fand in seiner Studie heraus, dass die Motivation, Psychiater zu werden, hauptsächlich auf Wissbegierde und dem Wunsch, etwas Nützliches zu tun, basiert. Des Weiteren besteht ein Interesse an Medizin, Psychologie oder Philosophie. Kritisch anzumerken ist hierzu, dass angezweifelt werden kann, dass dieses Ergebnis nicht auch auf andere Berufsgruppen zutrifft. Denn auch eine Entscheidung für den Beruf etwa des Ingenieurs oder des Biologen basiert wohl auf einer Motivation, die auf Wissbegierde und den Wunsch, etwas Nützliches zu tun, zurückgeht. Das Interesse an Medizin, Psychologie und Philosophie ist eher auch kaum als Psychiater-spezifisch anzusehen.

Nach Payk (2001) gehört zum Antrieb und der Motivation zu psychiatrischem Engagement die Einstellung, den Patienten aus den Fesseln seiner Erkrankung, zum Beispiel, Angst, Wahn, Zwang, zu befreien und dessen Lebensfreude zu wecken. Er unterscheidet zwei Gruppen von Personen, die sich für den Beruf des Psychopezialisten entscheiden. Erstere entwickeln schon recht früh ein Interesse an Besonderheiten der menschlichen Psyche und an psychologischen Betrachtungsweisen und Gesetzmäßigkeiten. Sie haben frühzeitig klare berufliche Vorstellungen. Diese Schüler sind hoch motiviert, und es bildet sich frühzeitig ein verlässliches Fundament für die künftige psychiatrische Tätigkeit aus Überzeugung und dem Gefühl der Berufung heraus. Die zweite Hauptgruppe ist die Gruppe der Spätberufenen, die sich noch in der Orientierungsphase befinden und sich eher zögerlich für die Psychiatrie entscheiden (vgl. Payk, 2001). Payk lässt allerdings

offen, was dies für die weitere berufliche Ausübung bedeutet. Sind im weiteren Verlauf der Berufsausübung keine Unterschiede mehr feststellbar oder ist der Umgang mit Patienten oder der patient-outcome unterschiedlich?

3.1.1. Zusammenfassung

Insgesamt lassen die unterschiedlichen Untersuchungen die Aussage zu, dass es anscheinend Persönlichkeitseigenschaften gibt, die zumindest die psychiatrische Arbeit erleichtern. Hierzu zählen ungeteilte Aufmerksamkeit, differenzierte Wahrnehmung, Offenheit und Authentizität und selbstkritisches Reflektieren. Diese Persönlichkeitsmerkmale sind sicherlich auch in anderen Tätigkeitsgebieten wie im Ingenieurwesen förderlich für die Arbeit. Für die Entwicklung eines Arzt-Patienten-Verhältnisses, für den Aufbau eines Interaktionsprozesses und den weiteren Verlauf der Therapie sind dies allerdings Grundvoraussetzungen (vgl. Kapitel 4 und Kapitel 5).

Das Image des Psychiaters ist abhängig von den soziokulturellen Rahmenbedingungen seiner Zeit. Dies lässt sich in der ganzen Geschichte der Psychiatrie sehr eindeutig nachweisen (vgl. Kapitel 2.2). Die Qualität psychiatrisch-psychotherapeutischer Arbeit wird durch berufliche Kenntnisse und Erfahrungen, aber auch anscheinend durch die Persönlichkeit des Therapeuten oder dessen Vorstellungen von der Gestaltung seiner Arbeit mitbestimmt. Um eine realistische Einschätzung der therapeutischen Situation immer wieder aufs Neue zu erlangen und nicht den eigenen impliziten Persönlichkeitstheorien zu unterliegen, scheint es für den Beruf des Psychiaters eine besondere Bedeutung zu haben, die eigenen Grenzen realistisch einzuschätzen und auch gegebenenfalls Dritten kenntlich zu machen.

3.2. Der Einfluss impliziter Persönlichkeitstheorien und Eindrucksbildung auf die psychiatrische Tätigkeit

In Kapitel 3.1 wurde dargestellt, dass die Einschätzung zu einem Krankheitszustand, einem Krankheitsbild und den damit verbundenen Therapiemaßnahmen dem behandelnden Arzt, hier dem Psychiater, obliegt. Objektive Messkriterien im engeren Sinne fehlen. Die Arbeit des Psychiaters stützt sich somit im Wesentlichen auf die Information, die er während der Arzt-Patienten-Situation sammeln und verarbeiten kann. Am Beginn jeder Interaktion und Kommunikation steht der erste Eindruck (Bergler, 2001). Bergler (2001, S. 49) bemerkt hierzu: „Er ist das Ergebnis der kurzfristigen Verarbeitung relevanter Schlüsselreize.“

Somit fließt in die Einschätzung des Patienten auch der erste Eindruck mit ein. Der erste Eindruck beeinflusst die weitere Wahrnehmung und Beurteilung eines Menschen und hat damit Bedeutung auch für die sich entwickelnde Beurteilungs- und Beziehungsqualität mit dieser Person (vgl. Bergler, 1976, 1986, 1997; Bierhoff, 1986, 1993; Schlamberger, 1982).

Der Arzt greift in der nachfolgenden Einschätzung auf sein vorhandenes Wissensreservoir zurück und bedient sich je nach Situation mehr oder weniger seiner Erfahrungen und Vorstellungen, die er im Laufe seiner Tätigkeit gesammelt hat.

Im Zuge der Bildung eines Eindrucks nutzen wir unsere impliziten Persönlichkeitstheorien, um Wissenslücken zu füllen. Um andere Menschen zu verstehen, beobachten wir ihr Verhalten, stellen aber auch Vermutungen an über ihre Gefühle, Charakterzüge und Motive (Aronson, 2008). Theorien hierzu widmen sich der Fragestellung, warum persönliches Wissen und individuelle Erwartungen unsere Wahrnehmung anderer beeinflussen. Die Untersuchungen in diesem Bereich gehen auf Kelly (1955) zurück. Um Menschen und Ereignisse um uns herum zu verstehen und vorherzusagen, verhalten wir uns wie „naive Wissenschaftler“, indem kognitive Konstrukte (Kategorien zur Klassifizierung) geschaffen werden und die Welt nach Mustern eingeteilt wird. „Konstrukte sind höchst persönliche Angelegenheiten“ (Forgas, 1995, S.37).

Die Qualität der Wahrnehmungsurteile hängt weit mehr vom Betrachter selbst ab als vom Betrachteten, denn in die eigene Wahrnehmung fließen die persönlichen Erwartungen mit ein. Dies konnte in verschiedenen Untersuchungen aufgezeigt werden (zum Beispiel Rosenberg et al., 1972). Bond und Forgas (1984) zeigten auf, dass die impliziten Persönlichkeitstheorien kulturabhängig sind. Auch weitere Untersuchungen bestätigen, dass implizite Persönlichkeitstheorien stark an die jeweilige Kultur gebunden sind (vgl. Anderson, 1995; Chiu et al., 2000).

Unsere Wahrnehmung wird nicht nur von Erwartungen, sondern auch von impliziten Typologien im Sinne von zusammengefassten Persönlichkeitsmerkmalen zu Menschentypen (zum Beispiel der „Extravertierte“) beeinflusst. Dies erleichtert uns die Zuordnung von nahezu unbekanntem Menschen und unsere Aufgabe der Personenwahrnehmung. Schreiben wir Menschen allein aufgrund ihrer Mitgliedschaft zu einer sozialen Gruppe bestimmte positive oder negative Eigenschaften zu, so wird von Stereotypen gesprochen (vgl. Bergler, 1987). Im Unterschied dazu bringen Vorurteile eine negative, unsere Einstellungen und Emotionen be-

treffende Reaktion zum Ausdruck. In der Forschung geht es weitgehend um negative Vorurteile, allerdings ist festzuhalten, dass es auch positive Vorurteile gibt (vgl. Schäfer & Petermann, 1988)

Die Bewertung unserer Umwelt erfolgt zunächst nach Sympathie und Antipathie. Anschließend erfolgt die weitere Beurteilung und Beschreibung (vgl. Bergler, 1987, Bergler & Hoff, 2001). Es werden weitere Merkmale dem neuen Reiz zugeordnet (Persönlichkeitsmerkmale etc.). Jede Person hat so für sich ein Informationssystem aufgebaut, das neue Reize einordnet. Auf die bestehenden Informationssysteme haben kategoriale Etikettierungen wie „extravertiert“ oder „introvertiert“ sogar dann einen Einfluss, wenn andere relevante Informationen systematisiert sind. Eine Folge davon ist, dass wir dann nur noch solche Informationen aufnehmen, die das vorhandene System bestätigen. Besonders für Menschen wie Verkäufer, Lehrer, Krankenschwestern und Ärzte, die täglich mit bekannten und unbekanntem Menschen in Berührung kommen, ist die Kategorisierung nach Typen Strategie erster Wahl. Dies ist auch notwendig, um mit der Informationsflut zurechtzukommen. Umso wichtiger wird es, im Lichte späterer Erfahrung diese zu modifizieren.

Der Prozess der Eindrucksbildung wird individuell weiter fortgeführt, denn nun kommt auch die Frage nach dem „warum“ zum Tragen. Warum handeln Menschen auf bestimmte Art und Weise? Im Sinne der Arzt-Patienten Bewertung: Welches Krankheitsbild steckt hinter dem Verhalten?

Die Attributionstheorien befassen sich mit eben dieser Frage. Um die Ursachen anderer zu ermitteln, können zwei Attributionen vorgenommen werden, entweder die internale, persönlichkeitsbezogene oder die externale, situationsbezogene. Nach dem Kovariationsmodell (Kelly, 1967) werden Informationen über das eigene Verhalten bewertet hinsichtlich Konsens, Distinktheit und Konsistenz. Bei der Verhaltensklärung anderer Personen unterliegt diese Bewertung der Korrespondenzverzerrung, d.h. man unterliegt der Tendenz, aus dem beobachteten Verhalten eines Handelnden auf dessen Persönlichkeitseigenschaften zu schließen, auch wenn die Schlussfolgerung nicht gerechtfertigt ist, da es andere mögliche Ursachen für das Verhalten gibt (Fiske & Taylor, 1991; Gilbert 1998b). Heider (1958) bezeichnete dieses Phänomen als fundamentalen Attributionsfehler. Der Attributionsprozess besteht aus zwei Schritten auf Seiten des Betrachters, anfänglich aus der internalen Attribution, die durch den zweiten Schritt der externalen Attribution modifiziert werden kann. Der Korrespondenz-

verzerrung unterliegen alle Menschen aus unterschiedlichen Kulturen, jedoch sind Angehörige kollektivistischer Kulturen sensibler für situationsbedingte Verhaltensursachen (vgl. Choi et al., 1999). Zur Fehlinterpretation des Verhaltens anderer kommt hinzu, dass wir geneigt sind, das Verhalten anderer in deren Persönlichkeit begründet zu sehen, während wir das eigene Verhalten eher mit der uns umgebenden Situation erklären (Akteur-Beobachter-Divergenz).

So werfen diese Theorien die Frage auf: Welchen Einfluss haben unsere Eindrücke? Konkret stellt sich zum Beispiel die Frage: Warum vergehen im Durchschnitt acht Jahre, bevor eine Diagnose „bipolar“ richtig gestellt wird? Warum finden in Arzt-Patienten-Gesprächen nur bestimmte Inhalte Platz? So fordert denn auch Scharfetter (2000), in die Patienten hineinzuhorchen. Das allerdings ist eine nie abgeschlossene Aufgabe.

3.3. Persönlichkeit und Rollenverständnis des Psychiaters aus Sicht der Patienten

Es gibt nur wenige Untersuchungen, die sich mit der Frage beschäftigen, wie Patienten den „idealen“ Psychiater sehen. Forth (1963) beschreibt, dass die Befähigung zum Psychiater nicht nur am beruflichen Erfolg messbar wird, sondern auch die Beurteilung durch Kollegen, Vorgesetzte und die Einschätzung der Patienten ins Gewicht fällt.

Nord et al. (2000) fanden heraus, dass Patienten „guten“ Therapeuten die Charakteristika „große Offenheit“ und „wenig Akzeptanzprobleme“ zuschreiben.

Die Ergebnisse weiterer Untersuchungen zeigen folgendes: Ein Psychiater oder Psychotherapeut soll intelligent, urteilsfähig und schöpferisch sein. Aufgeführt werden weiterhin die Fähigkeit, Verantwortung zu tragen und sich auf den Patienten einlassen zu können. Daneben sollen Psychotherapeuten eine natürliche Autorität besitzen, Ruhe ausstrahlen, dem Patienten emotionalen Halt geben, flexibel, kreativ, aber auch selbstkritisch sein. (Holt & Luborski, 1958; Caudill, 1957; Kächele, 1992; nach Payk, 2001)

„Erfolgreiche Psychiater schaffen es, eine therapeutische Beziehung herzustellen, die durch aktive, persönliche Beteiligung gekennzeichnet ist und nicht durch passive, permissiv-übertolerante Haltung oder eine solche, die Verantwortung an Pflegedienste oder Hilfspersonal delegiert“ (Payk, 2001, S. 200). Letztere be-

schreibt Psychiater, die sich dem Urteil des Pflegepersonals anschließen anstatt auf das eigene zu vertrauen.

In einer Studie von Laux (1977) wurden die Persönlichkeitseigenschaften des Psychiaters von der Bevölkerung als „hilfreich“, „vertrauenserweckend“ und „sehr wichtig“ beschrieben. Die Einstellung gegenüber den Heilberufen war zunächst einmal positiv, weil diese eine für die Bevölkerung notwendige Aufgabe übernehmen. Nach dem Besuch des Psychiaters oder Psychotherapeuten wandelte sich die Vorstellung, das abstrakte wird (negativ) konkret: Eine Konsultation war eher negativ besetzt oder mit einer Tendenz zur Verheimlichung verbunden.

Die Erwartungen an den Behandelnden wurden nicht erfüllt, Enttäuschung war die Folge und damit eine negative Besetzung. Die Bevölkerung war somit über den Beruf des Psychiaters schlecht informiert.

Auch Angermeyer et al. (1999) fanden ungefähr weitere 20 Jahre später heraus, dass bei psychischen Problem erst einmal der Allgemeinarzt aufgesucht wurde, gefolgt vom Seelsorger. Insgesamt zeigte es sich, dass die Bevölkerung über den Beruf des Psychiaters nur schlecht informiert war bzw. negative Vorurteile das Verhalten nicht unwesentlich mitbestimmten.

Insgesamt zeigen diese Untersuchungen, dass ein Mangel an Informationen über die Tätigkeit der Psychiaters und Psychotherapeuten herrscht. Hier bedarf es Aufklärung, um zum einen Hürden, die vor dem Besuch psychiatrischer Einrichtungen oder Psychologen überwunden werden müssen, zu minimieren und zum anderen einen Beitrag zu leisten, um Psychiatrie, Psychotherapie und somit auch psychisch erkrankte Patienten zu entstigmatisieren.

4. Kommunikation im Arztalltag

Es gibt Hunderte von Definitionen für den Begriff Kommunikation, je nachdem, welche Fachrichtung sich mit ihm beschäftigt und welche Aspekte dabei im Vordergrund stehen. Prinzipiell werden zwei unterschiedliche Auffassungen des Phänomens Kommunikation einander gegenüber gestellt. Die erste versteht unter Kommunikation absichtliche und an ein Gegenüber gerichtete Mitteilungen und darauf aufbauende Prozesse (vgl. Lewandowsky, 1979). Die zweite geht auf Paul Watzlawick zurück (vgl. Watzlawick, 1969) und bezieht jedes menschliche Verhalten in den Kommunikationsbegriff mit ein. Kommunikation wird dabei aus psychologischer Perspektive definiert. Watzlawick (1969) kommt zu dem Ergebnis: "Man kann nicht NICHT-KOMMUNIZIEREN... Wenn man (...) akzeptiert, dass alles Verhalten in einer zwischenpersönlichen Situation Mitteilungscharakter hat, d.h. Kommunikation ist, so folgt daraus, dass man, wie immer man es auch versuchen mag, nicht nicht-kommunizieren kann. Handeln oder Nichthandeln, Worte oder Schweigen haben alle Mitteilungscharakter: Sie beeinflussen andere, und diese anderen können ihrerseits nicht nicht auf diese Kommunikation reagieren und kommunizieren damit selbst." (in: Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien, S.17.)

Im Lehrbuch zur Sozialpsychologie (vgl. Stroebe et al., 1990, S. 474) ist Kommunikation der Austausch von Mitteilungen zwischen zwei oder mehr Kommunikationsteilnehmern, der durch intentionale und bewusste Verwendung eines gegenseitig verständlichen Symbolsystems gekennzeichnet ist.

Die Definition Kommunikation aus dem Wörterbuch der Psychologie (Dorsch, 2009, S.343) lautet:

Kommunikation (lat. Communicatio - Verbindung, Mitteilung) ist die wichtigste Form sozialer Interaktion, der Prozess der Informationsübertragung mit den Komponenten: Kommunikator und Kommunikant (die einseitig oder wechselseitig einwirken), den Kommunikationsmitteln (die als sprachliche oder nicht-sprachliche Zeichen auftreten), den Kommunikationskanälen (die akustisch, optisch usw.) von Mensch zu Mensch oder über die sogenannten Massenmedien Presse, Funk, Film, Fernsehen sich bieten und den Kommunikationsinhalten aller Art.

Kommunikation hat also immer etwas mit Interaktion zu tun, und jedes Verhalten kann als Signal dienen (vgl. Watzlawick, 1980).

Auch in der Diskussion im Fachbereich Medizin kommt Kommunikation eine zentrale Bedeutung zu, denn „Arztsein ist ein sprechender Beruf“ (Geisler, 2004, S.1). Jedes Arzt-Patienten-Gespräch ist eine Interaktion, und jedes Verhalten kann auch hier als Signal dienen (vgl. Watzlawick, 1980).

Stein (2000) konstatiert, dass ein niedergelassener Arzt 60-80 Prozent seiner Zeit mit Gesprächen verbringt, ein Klinikarzt 40-50 Prozent. Diese Feststellung gewinnt in den vergangenen beiden Jahrzehnten wieder an Bedeutung.

Während noch bis Mitte des 19. Jahrhunderts eine ganzheitliche Medizin praktiziert wurde und das Gespräch gemäß dem Ausspruch „*medicus curat verbis, herbis, lapidibus*“ galt, bewegte sich die Medizin mit der Spezifizierung und Differenzierung weg vom ganzheitlichen Aspekt hin zu einer „stummen Medizin“ (Lüth, 1974). Erst mit der Integration der sozialwissenschaftlichen Fächer im Medizinstudium kommt es wieder zu einer zentralen Bedeutung der Kommunikation in der Arzt-Patienten-Beziehung: Das Ziel jeder ärztlichen Gesprächsführung ist die Konsensbildung mit dem Patienten. Aufklärung des Patienten geht mit einer Erhöhung der subjektiven Zufriedenheit mit dem Arzt-Patient-Verhältnis einher. Dadurch wachsen Fähigkeit und Bereitschaft, ärztlichen Handlungsanweisungen zu folgen, sowie die Neigung zur Kooperation (vgl. Mann, 1984).

Diese Beschreibung von Mann zur ärztlichen Gesprächsführung zeigt die Stufen der Compliance-Entwicklung auf. Kommunikation in der Medizin ist somit nach den Aussagen von Mann (1984) auf die Einhaltung von compliance der Patienten ausgerichtet.

4.1. Rahmenbedingungen von Kommunikation

Der Kommunikationsprozess beinhaltet den sachlichen Austausch, die Beziehungsmöglichkeiten zwischen Individuen (Gesellschaften), Einflussnahme und Selbstdarstellung (vgl. Schulz von Thun, 1981). Nach Speierer (1985) lassen sich vier Funktionen des ärztlichen Gesprächs unterscheiden:

1) Kommunikative Funktion

- sie dient der Gestaltung der Beziehung mit den Zielen der Herstellung eines partnerschaftlichen Arbeitsbündnisses, einer Atmosphäre, die es dem Patienten erlaubt, sich mit der Krankheit auseinanderzu-

setzen, und die schließlich eine Verständigung zwischen Arzt und Patient mit einem Konsens erlaubt.

2) Diagnostische Funktion

- sie dient der Sammlung von Informationen über eine Person, das Beziehungsangebot der Person an den Arzt, die Krankheit (objektiven Aspekte), das subjektive Krankheitserleben und das relevante soziale Umfeld. Ziel ist es, authentische Daten zur Person und das Beziehungsangebot des Patienten zu gewinnen.

3) Informative Funktion

- sie dient der Übermittlung von Informationen vom Arzt zum Patienten (zum Beispiel Aufklärung über die Krankheit, Ursache, Prognose, Therapie etc.)

4) Beratende und (psycho-) therapeutische Funktion

- sie erfüllt zwei Aufgaben, die Beteiligung des Patienten an diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen, die Beteiligung des Patienten am Behandlungsplan und an der Behandlungsdurchführung

Werden diese Funktionen im Arzt-Patienten Gespräch berücksichtigt, so entsteht effektive Kommunikation (vgl. Speierer, 1985).

Kann sich ein Arzt ein umfassendes Bild von der Situation des Patienten machen, darauf aufbauend angemessen diagnostisch und therapeutisch handeln, dann ist die Kommunikation zwischen Arzt und Patient nach Ahrens und Hasenbring (1994) gelungen. Sie vernachlässigen allerdings den Aspekt, dass der Arzt auch psychologisch handeln muss, also im Konsens mit dem Patienten.

Gestört werden kann die Kommunikation durch asymmetrische Verbalhandlungen (Siegriest, 1978), das sind Gesprächsinitiativen, die vom Thema oder von der Person ablenken (Themen- oder Adressatenwechsel), das Thema transformieren (Beziehungskommentar) oder auf die Frage des Patienten nur scheinbar eingegangen wird. Dies passiert zum Beispiel dann, wenn der Patient prognostisch ungünstig erkrankt, wie dies bei einigen Karzinomarten der Fall ist und der Arzt nur einen Teil der Informationen weitergibt (=funktionale Unsicherheit). Exemplarisch für eine asymmetrische Kommunikation sei an dieser Stelle das Visitengespräch herausgegriffen. Nach Nordmeyer et al. (1982) handelt es sich auch beim Visitengespräch um eine asymmetrische Kommunikation, wobei der Arzt domi-

nant und aktiv ist. In der durchschnittlich ca. 3,5 Minuten dauernden Visite reden die Ärzte mit einem Redeanteil von 63% signifikant mehr als die Patienten. 82% der Fragen, bei denen es sich überwiegend um direkte und Suggestivfragen handelt, werden vom Arzt gestellt. Nordmeyer et al. fanden auch heraus, dass die Ärzte signifikant häufiger unterbrechen und dass sie pro Visitengespräch ca. drei Fachtermini nicht oder ungenügend erklären.

Erschwert werden Kommunikationsprozesse bei dem in der Literatur besprochenen Problempatienten (Deneke, 1994). Problempatienten unterliegen keiner einheitlichen Definition: Ärzte sprechen von Problempatienten, wenn die Diagnosefindung im rein organmedizinischen Sinne schwierig ist, eine psychosoziale Ätiologie der Krankheit zugrunde liegt oder die Beziehung zum Patienten als schwierig erlebt wird („nerviger Patient“, vgl. Nordmeyer et al. 1981). Die Beziehung zum Problempatienten ist gefährdet, weil der Patient die Handlungen des Arzt als inkongruent wahrnimmt, weil die verbale und nonverbale Kommunikation nicht deckungsgleich sind und gleichzeitig die äußere Situation und die innere Befindlichkeit des Patienten zu einer infantil abhängigen Position führt (=double bind, vgl. Watzlawick et al. 1969)

Eine Lösung für die Besprechung von Problempatienten bieten die Balint-Gruppen an. Die Methode der Balint-Gruppen ist nach Michael Balint (1896-1970) benannt, der Fallkonferenzen veranstaltete (vgl. Balint, 1964, 1974, 2001; Loch, 1972). Mit Hilfe der Balint-Methode kann durch die Übertragungs-Gegenübertragungsdynamik das Verhältnis zum Problempatienten entweder verbessert werden - diese Methode ist „ein Vorgang, bei dem ein Mensch Gefühle, Phantasien, Wünsche, Einstellungen und Reaktionsmuster, die aus seinen früheren Interaktionserfahrungen mit einer bestimmten Bezugsperson stammen, auf eine andere Bezugsperson wiederholt“ (vgl. Deneke et al., 1977, S. 271) - oder aber besondere Beziehungsstörungen innerhalb der Arzt-Patienten-Dyade (ist Dyade ein Fachbegriff? Ansonsten könnte man es erklären) können besser verstanden werden.

Es wäre aber falsch, die Ausführungen zu Balint nur auf Problempatienten zu beziehen. Er hat sich in seinen Ausführungen insgesamt eingehend damit auseinandergesetzt, wie Arzt und Patienten kommunizieren und wie Patienten in die Therapie einbezogen werden (vgl. Balint, 1974, S.230ff). Zum Beispiel führte er an, dass der Arzt seinen Patienten zu einer angemessenen Einstellung (= eine Haltung, die eine gute Voraussetzung für die Therapie schafft, vgl. Balint, 1974,

S.230) gegenüber ihrer Krankheit verhelfen muss; und weiter: „...der Arzt wird bei chronischen Erkrankungen unter allen Umständen versuchen müssen, die Mitarbeit des Patienten heranzuziehen, um einen annehmbaren Kompromiss zwischen seiner Lebensform und den Forderungen der Krankheit zu stellen.“ (vgl. Balint, 1974, S.231).

Nach Mann (1984) gliedert sich die ärztliche Gesprächsführung in zwei Aspekte, den sachlichen Aspekt der Erhebung und Vermittlung von Information sowie den sozio-emotionalen Aspekt der transparent-offenen sowie verstehend-einfühlenden Kommunikation. Die Erhebung der Sachinformationen erfolgt in der Anamnese. Hier werden der biologisch-somatische Aspekt, der psychische Aspekt und der soziale Aspekt erfasst. Voraussetzungen für eine erfolgreiche Informationsermittlung sind die Aufnahmefähigkeit (und auch Aufnahmewilligkeit) des Patienten und die Verständlichkeit der Mitteilung. Hinsichtlich des sozio-emotionalen Aspektes steht der Arzt zwischen der Forderung der aufrichtigen Information und dem Gebot, nicht zu schaden (ethisches Grundprinzip). Die Zuversicht des Patienten muss gestärkt werden. Aktives Zuhören ist hier ein wesentliches Mittel. Das offen-transparente Einbringen erfolgt zumeist durch Ich-Botschaften.

Nach Buschmann-Steinhage (1994) lässt sich die ärztliche Gesprächsführung auf fünf grundlegende und oft bestätigte Dimensionen zurückführen:

1. Direktivität - arztzentriert (geschlossene Fragen, der Arzt lenkt das Gespräch, in dem er Themen vorgibt und nach seinem Ermessen wechselt) vs. patientenzentriert (Patient wird in das Gespräch eingebunden, kann in seiner Sprache, seine Situation schildern etc., um eine gemeinsame Entscheidung über die Behandlung zu treffen).
2. Positive Wertschätzung (den Patienten als Person bedingungslos zu akzeptieren), emotionale Zuwendung, innere Teilnahme – unterstützt durch eine entsprechende non-verbale Kommunikation
3. Selbstkongruenz (Echtheit): Dies ist besonders wichtig, um keinen Widerspruch zwischen dem gesagten und den non-verbale Verhaltensweisen zu provozieren, der auf Seiten des Patienten Verwirrung und Missverständnisse zurück lässt (Friedmann, 1982). Denn die Glaubwürdigkeit der non-verbale Elemente dominiert über das verbal Geäußerte. Daher wirkt non-verbale Kommunikation stärker auf den Patienten oder Angehörigen als die

verbale und es führt bei Widersprüchen zur Unglaubwürdigkeit des Sprechers (Arzt).

4. Empathie – Gedanken, Gefühle und Sorgen und Wünsche möglichst vollständig und zutreffend aufnehmen sowie verstehen, und damit zeigen, dass er (Arzt) es auch wahrnehmen kann (vgl. Rogers, 1977). Dann kann auch der Patient offener über sich selbst sprechen und ein vollständigeres und zutreffenderes Bild seiner Probleme und Bedürfnisse liefern.
5. Informationsvermittlung: Ausmaß (eigenen Redeanteil nicht über den des Patienten stellen) und Verständlichkeit (zum Beispiel Fachtermini in eine patientenverständliche Sprache übersetzen)

Idealerweise sollte neben dem Patienten auch der Angehörige einbezogen werden. Denn der Angehörige oder das soziale Netzwerk des Patienten tragen wesentlich zur Genesung des Patienten bei (vgl. George & George, 2003).

Diese Regeln für das Arzt-Patienten-Gespräch decken sich im Wesentlichen mit den Voraussetzungen gelungener Kommunikation im Allgemeinen, wie in den folgenden Ausführungen deutlich werden wird. „Kommunikation ist der Austausch von wechselseitig verständlichen Informationen auf eine sympathische Art und Weise („gemeinsamer Code“)" (Bergler, 1998, in: Bergler, 2004, S. 240). In diesem einen Satz werden gleich mehrere Bedingungen für gelungene Kommunikation deutlich:

1. Jedes Verhalten hat kommunikativen Charakter.
2. Kommunikation unterliegt einer Struktur, die von den Gesprächspartnern beeinflusst wird, und
3. bedient sich verbaler und non-verbaler Anteile, die unterschiedlich interpretiert werden können.
4. Kommunikation hat einen Inhalts- und einen Beziehungsaspekt (vgl. Watzlawick, 1969, 1976). Gelungene Kommunikation bedeutet Einigkeit beim Inhalts- und Beziehungsaspekt oder, wenn Uneinigkeit bezüglich der Inhalte bestehen, die Beziehung nicht beeinträchtigt wird.
5. Kommunikation muss verständlich sein und
6. auf die Bedürfnisse des anderen eingehen.
7. Basis aller Kommunikation ist Sympathie.

Daher beginnt gelungene Kommunikation beim Du und nicht beim Ich (Vgl. Bergler, 2004, 2002; Bergler & Hoff, 2001; Schulz von Thun, 1981).

Kommunikation bedeutet also gleichzeitig Interaktion. Kommunikation prägt unser tägliches Leben und unsere Beziehungen zu anderen. Durch verbale und non-verbale, beabsichtigte, unbeabsichtigte und auch unbewusste Botschaften senden wir unsere Gesamtinformation aus: Körpersprache bestimmt zu 55% die Wirkung der Mitteilungen. Tonfall, Sprechtempo und Lautstärke 38% und nur 7% hängt von den tatsächlichen Wörtern ab (Cole, 2003, S. 64-65). Blakar (1985) merkt an, dass Individuen, Organisationen und Gesellschaften ohne interpersonale Kommunikation nicht lebensfähig sind. Bergler (2004) drückt dies vereinfacht aus, „wer nicht kommuniziert, lebt nicht“ (vgl. auch Watzlawick, erstes Axiom „man kann nicht nicht kommunizieren“, 1969).

4.2. Kommunikationsmodelle

Bei der Arzt-Patienten-Kommunikation wird in der Medizinsoziologie zwischen verschiedenen Modellen unterschieden (vgl. Emmanuel & Emmanuel, 1992; Scheibler et al., 2003).

- Das Paternalistische Modell

In diesem Modell dominiert der Arzt (vgl. Parsons, 1951, Scheibler et al., 2003). Der Arzt entscheidet alleine, welche Behandlung für den Patienten am besten ist, wie der Gesundheitszustand des Patienten ist und welche diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen notwendig sind, um zur Genesung des Patienten beizutragen. Die Kriterien werden als objektiv messbar angenommen. Ein Informationsaustausch mit dem Patienten wird nur soweit vorgenommen, dass eine Steuerung des Patienten durch den Arzt möglich ist. Zweifel seitens des Patienten werden umgangen. Die Zustimmung des Patienten ist Formsache, seine Beteiligung erfolgt in eingeschränkter Form; der Arzt ist der Beschützer des Patienten. Das paternalistische Modell der Arzt-Patient-Beziehung korreliert mit dem biomedizinischen Modell von Krankheit (vgl. Engel 1996): Die Arzt-Patient-Kommunikation konzentriert sich auf die Wiederherstellung struktureller und funktioneller Veränderungen des Organismus. Emotionale, kognitive Bedürfnisse der Patienten oder patientenrelevante Behandlungsziele bleiben weitgehend unberücksichtigt.

Kritisch anzumerken ist hier, dass nach dem paternalistischen Modell handelnde Ärzte Patienten benötigen, die die Entscheidung des Arztes zu 100% akzeptieren, ohne nachzufragen. Der Patient gehorcht. Der gesellschaftliche Wandel aber voll-

zieht sich hin zu einem immer mündiger werdenden Patienten (vgl. Wasem 6 Nolting, 2002; Best et al., 2004). Bei Patienten zum Beispiel mit chronischen Erkrankungen, die prozessartig verschiedene Stufen bis zur Akzeptanz der Erkrankung durchlaufen und immer wieder auch motiviert werden müssen, Compliance zu zeigen, stößt dieses Modell an seine Grenzen.

- **Das Konsumenten-Modell**

Nimmt man das paternalistische Modell, dass dem Arzt die alleinige Entscheidung über Therapie zuspricht, als einen Endpunkt, dann stellt den Gegenpol das informative Modell oder auch Konsumenten-Modell dar (vgl. Donabedian 1992; Haug & Lavin 1983; Reeder 1972; Vertinsky et al. 1974). In diesem Modell stellt der Arzt dem Patienten alle medizinischen Informationen (Informationen über die Krankheit, Behandlungsmöglichkeiten und deren Chancen und Risiken) zur Verfügung. Der Patient führt das ihm vermittelte Wissen mit seinem Selbstwissen zusammen und kann somit eine informierte Entscheidung selbständig treffen. Der Arzt setzt dann anschließend die Patientenentscheidung um. In diesem Modell ist der Patient autonom und kontrolliert die Entscheidung.

Keinen Eingang finden in das Modell Reflexion und Abwägung der Entscheidung. Auch die Patientenwünsche nach Empathie und Beratung sind nicht in dem Prozessgeschehen zwischen Arzt und Patient vorgesehen (vgl. Klemperer, 2003).

Schwierig gestaltet sich die Anwendung des Modells, wenn ein Patient – aus welchen Gründen auch immer – nicht hinreichend entscheidungsfähig ist. Dies kann zum Beispiel dann der Fall sein, wenn er affektiv beeinträchtigt ist.

- **Das interpretative Modell**

Emmanuel und Emmanuel (1992) sprechen von dem interpretativen Modell, wenn vier Bedingungen erfüllt sind. Erstens holt der Arzt die Informationen (=Vorstellungen und Werte) über den Patienten ein. Zweitens werden Informationen über den Gesundheitszustand, die Risiken und Chancen von Therapiemaßnahmen an den Patienten weitergegeben. Drittens hilft der Arzt dem Patienten anhand der Informationen, seine Wünsche, Vorstellungen und Werte zu erkennen und zu interpretieren – hier liegt die Annahme zugrunde, dass der Patient unfertig ist im Wissen über sich selbst und im Konflikt mit spezifischen Situationen. Viertens trifft der Patient die Entscheidung.

In diesem Modell trifft zuletzt der Patient eine Entscheidung, die allerdings nur scheinbar selbständig getroffen wird, denn der Arzt hat zuvor seine Einflussnahme auf den Patienten ausgeübt. Im Idealfall hilft er, den Patientenwunsch zu erfüllen. Dies wird sich aber in praxi kaum durchführen lassen, da in dem Kommunikationsprozess vom Sender Signale wie Interpretationen des Patientenwunsches) ausgehen, auf den Patienten einwirken und die Entscheidung beeinflussen.

- **Das „professional as agent“ Modell**

Beim „professional as agent model“ hat der Arzt die Aufgabe, die Therapiepräferenzen vom Patienten aktiv zu erfragen. Aufgrund des Wissens um die Patientenpräferenzen und des Krankheitsbildes trifft der Arzt dann die optimale Therapiealternative. Der Arzt besitzt allerdings wie in dem paternalistischen Modell die alleinige Entscheidungsgewalt. Im Unterschied zu dem paternalistischen Modell teilt er die zur Verfügung stehenden Informationen über Krankheit und Therapie dem Patienten mit (vgl. Mead & Bower, 2000). Auch hier ist wie beim paternalistischen Modell kritisch anzumerken, dass wieder von einem „gehorchenden“ Patientenbild ausgegangen wird und das Modell bei aufkommenden Widerständen seitens der Patienten keine Gültigkeit mehr hat (s.o.).

- **Das abwägende (deliberative) Modell**

In dem abwägenden Modell (deliberative Modell) beschreiben Emanuel und Emanuel (1992) eine gemeinsame Arzt-Patienten-Entscheidung. Der Arzt stellt die Informationen zur Verfügung, er ermittelt im Gespräch die Patientenwerte und Lebensumstände. Auf Basis dieses Wissens erarbeitet er eine Lösung und bespricht diese mit dem Patienten. Der Arzt versucht den Patienten zu überzeugen, ohne ihn zu einer Entscheidung zu zwingen. Dieses Modell ist in weiten Bereichen kongruent mit dem Modell der partizipativen Entscheidungsfindung, das im Folgenden erläutert wird.

- **Das Modell der Partizipativen Entscheidungsfindung**

Dieses Modell der Arzt-Patienten-Kommunikation, das im Übrigen derzeit im Mittelpunkt des Forschungsinteresses der deutschsprachigen und europäischen Länder steht, ist das Shared Decision Making Modell (SDM) oder auf deutsch das Modell der Partizipativen Entscheidungsfindung (PET) (vgl. Charles et al. 1994). Charles und Mitarbeiter (1999) sehen das Modell auf einem Kontinuum an Möglichkeiten als Mittelplatz zwischen zwei Extremen, dem paternalistischen und dem

informativen Modell. In dem Modell der Partizipativen Entscheidungsfindung werden alle Informationen vom Arzt an den Patienten weitergegeben und Entscheidungen über Diagnose, Information über die Krankheiten und Therapiealternativen, Auswahl der Therapiealternative vom Arzt und Patienten geteilt. Nach Charles et al. (1994) müssen vier Bedingungen erfüllt sein, um von einer geteilten Entscheidung (shared decision) sprechen zu können:

1. SDM (oder PET) umfasst zumindest zwei Beteiligte, den Arzt und den Patient. Möglich ist auch die Beteiligung von mehreren Personen sowohl auf der Arztseite als auch auf der Patientenseite
2. Arzt- und Patientenseite unternehmen Schritte, um an dem Prozess der Entscheidungsfindung teilzunehmen.

Der Arzt hat die Aufgabe, eine Atmosphäre zu schaffen, die eine gleichwertige (symmetrische) Kommunikation ermöglicht. Der Patient ist bereit, seine Präferenzen mitzuteilen, Fragen zu stellen, Argumente abzuwägen und Verantwortung für den weiteren Therapieverlauf und für die Definition von Therapiezielen mit zu übernehmen. Der Arzt informiert verständlich über die Behandlungsoptionen, Chancen und Risiken, zudem bringt er die Präferenzen des Patienten in Erfahrung. Er beteiligt sich an der Verarbeitung der Informationen durch den Patienten und gleicht dann seine Behandlungspräferenzen mit denen des Patienten ab, ohne seine Werte dem Patienten aufzudrängen.

3. Der gegenseitige Informationsaustausch, der die am Prozess Beteiligten immer gleichermaßen auf den aktuellen Stand hält, ist die Voraussetzung von SDM /PEF. Teil des Informationsaustauschs sollte auch die Klärung der jeweils bevorzugten Rolle im Entscheidungsprozess sein.
4. Eine Entscheidung über die Behandlung wird getroffen, der beide Seiten zustimmen. Dies heißt nicht, dass beide Seiten die Wahl für die beste halten, wichtig ist nur, dass beide dazu bereit sind, die Behandlung durchzuführen. Durch die gegenseitige Akzeptanz teilen beide Seiten die Verantwortung.

Die Methodenentwicklung im Bereich des SDM/PEF befindet sich im deutschsprachigen Raum noch in den Anfängen und bedarf Forschung in Hinsicht auf valide Messinstrumente, die eine differenzierte Erfassung der unterschiedlichen Entscheidungsprozesse erlauben. Zudem fehlen Messinstrumente, die krankheits-

spezifische Partizipations- und Informationspräferenzen ermöglichen (vgl. Scheibler et al., 2003). Die meisten Forschungsarbeiten befassen sich mit der Frage, inwieweit Patienten wünschen, in den Behandlungsentscheidungsprozess einbezogen zu werden, wie oft dies tatsächlich der Fall ist und wie Ärzte diesem Prozess gegenüberstehen. Übereinstimmend wird bei Patienten, die in den Behandlungsentscheidungsprozess einbezogen wurden, eine gesteigerte Zufriedenheit festgestellt. Auch sind verbesserte Behandlungsergebnisse nachweisbar (vgl. Fischbeck & Huppmann, 2002; Pimentel et al. 1999; Protiere et al. 2000).

Exemplarisch soll anhand einer Untersuchung die Funktionsweise des PET aufgezeigt werden. Protheroe et al. (1999) beschäftigten sich mit der Frage, welches Ausmaß einer Minderung des Schlaganfallrisikos dem Patienten eine Behandlung akzeptabel erscheinen lässt. Es ging dabei um die Entscheidung für oder gegen eine Blutverdünnungsbehandlung bei Vorhofflimmern, einer Form von Herzrhythmusstörung, die einen eigenständigen Risikofaktor für den Schlaganfall darstellt. Die Behandlung mit einer blutgerinnungshemmenden Substanz senkt das relative Risiko um 68 %. Die aktuellen Leitlinien zu dem Krankheitsbild empfehlen, präventiv eine blutgerinnungshemmende Substanz einzusetzen.

In dem Behandlungsentscheidungsprozess wurde das Instrument der Entscheidungsanalyse (decision analysis) angewandt. In der Entscheidungsanalyse werden explizit erfasst: die Wahrscheinlichkeiten von Ereignissen, die sich aus einer Behandlung für einen individuellen Patienten ergeben (erwünschte und unerwünschte Wirkungen) und die Bewertung dieser Ergebnisse durch den Patienten. Für die 97 teilnehmenden Patienten im Alter von 70 bis 85 Jahren wurde das individuelle Risikofaktorenprofil für das Auftreten eines Schlaganfalls erfasst. Daraus wurde unter Zugrundelegung der aktuellen wissenschaftlichen Literatur für jeden Patienten errechnet: das absolute Risiko für ein thromboembolisches Ereignis, die relative Risikoreduktion, die Wahrscheinlichkeit für unerwünschte Wirkungen und die Wahrscheinlichkeit, einen zu Pflegebedürftigkeit führenden Schlaganfall zu erleiden.

Es stellte sich heraus, dass die auf dieser Grundlage getroffenen Entscheidungen der Patienten für oder gegen eine Behandlung von den aktuellen Leitlinien zur präventiven Behandlung eines Schlaganfalls erheblich abwichen und zwar in beide Richtungen: ein größerer Teil entschied sich gegen die Behandlung trotz

bestehender Empfehlung durch die Leitlinien, bei einem kleineren Teil war es umgekehrt.

Diese Studie zeigte, dass SDM in Form der Entscheidungsanalyse erhebliche Auswirkungen auf die Entscheidung von Patienten haben kann. Die Autoren weisen ausdrücklich darauf hin, dass ein Teil der angesprochenen Patienten nicht am SDM teilnehmen wollten, SDM auch hier kein Verfahren ist, das von allen Patienten gewünscht wird. Voraussetzung für die Anwendung einer Entscheidungsanalyse ist das Vorliegen valider Daten über den Verlauf einer Krankheit und die Wirkungen einer Therapie.

In den vergangenen Jahren haben im Behandlungsentscheidungsprozess die sogenannten Entscheidungshilfen (decision aids) an Bedeutung gewonnen. Mit „Entscheidungshilfen“ werden Interventionen bezeichnet, „die strukturierte, detaillierte und spezifische Informationen für die Optionen bei Behandlungen und Krankheitsfrüherkennungsmaßnahmen bereit stellen“ (vgl. Klemperer, 2003, S.30). Diese Hilfsmittel, wie zum Beispiel die bildhafte Darstellung der unterschiedlichen Optionen von Medikamentenwirkung oder Nebenwirkungen, sollen nicht die Arztkommunikation ersetzen, sondern erleichtern.

Eine Übersichtsstudie von O'Connor et al. (1999) zu Verbesserungen der Entscheidungsfindung durch Entscheidungshilfen (decision aids) zeigte, dass Entscheidungshilfen das Wissen um die Therapie verbessern, Konflikte bei der Entscheidung mindern und die Beteiligung der Patienten an der Entscheidung verbessern, ohne die Angst zu erhöhen. Allerdings zeigten sich keine positiven Effekte auf die mit der Erkrankung verbundene Angst, auf die Zufriedenheit mit der getroffenen Entscheidung und dem Entscheidungsfindungsprozess. Auch mit dem Einsatz von Entscheidungshilfen kam es individuell genauso häufig zu Entscheidungen für wie gegen eine „leitlinienkonforme“ Entscheidung über die Therapie.

Aufgrund der Ergebnisse zu SDM/PEF kann festgehalten werden, dass die Patientenzufriedenheit und das subjektive Erleben bezüglich der Behandlungsergebnisse durch ein solches Vorgehen gesteigert werden konnten. Weitere untersuchte Parameter führten allerdings zu kontroversen Ergebnissen. Bezüglich der positiven Wahrnehmung durch die Patienten ist daher kritisch zu hinterfragen, inwieweit die Psychologie des ersten Eindrucks oder die Reduzierung von Dissonanz während des Interaktionsprozesses Einfluss nehmen (vgl. Festingers Dissonanztheorie, 1957; Gilbert, 1998b). Es ist auch zu hinterfragen, ob die verbes-

serten Behandlungsergebnisse nicht nur auf der Beteiligung im Entscheidungsprozess basieren, sondern eventuell auf das Phänomen der Nachentscheidungsdissonanz (die Präferenz verhält sich dissonant zu allen positiven Gesichtspunkten der abgelehnten Alternativen) oder der self-fulfilling prophecy theory (vgl. Rosenthal, 1994) zurückzuführen sind.

Des Weiteren muss man sich dann die Frage stellen, inwieweit dann dieses Verfahren notwendig ist? Reicht es eventuell, die Gesprächskompetenz, also die kommunikative Kompetenz, von Ärzten insoweit zu verbessern, dass ein gewinnbringendes Gespräch inhaltlich und zeitlich gesehen für beide Seiten – Arzt und Patient - möglich wird? Wäre es sinnvoll, Ärzte insoweit psychologisch zu schulen, dass sie sich bewusst machen, inwieweit sich ihr erster Eindruck, ihre Einstellung ihrem Patienten gegenüber auf den Kommunikations- bzw. Interaktionsprozess auswirken kann?

Im Folgenden soll daher die Rolle der Psychologie des ersten Eindrucks in der Kommunikation und Verbesserungsmöglichkeiten der kommunikativen Kompetenz des Arztes im Arzt-Patientengespräch aufgezeigt werden.

4.3. Die Rolle der Psychologie des ersten Eindrucks in der Kommunikation

Menschen machen sich immer, wenn sie einem anderen Menschen begegnen, ein Bild von ihrem Gegenüber. Dieser erste Eindruck entsteht spontan und wirkt sich auf die weitere Wahrnehmung und Beurteilung aus und somit auch auf die Beziehungsqualität (vgl. Bergler, 1976, 1986, 1997; Bergler & Hoff, 2001; Bierhoff, 1986, 1993; Aronson et al., 2008). Der erste Eindruck auf Basis von Schlüsselreizen geht mit einer Bewertung von Sympathie und Antipathie einher. Sympathie ist die Basis von Kontaktfindung und Kommunikation (vgl. Bergler, 1997, Bergler & Hoff, 2001).

Die Konsequenzen hieraus lassen sich anlehnend an Bergler (Bergler & Hoff, 2001, S. 73f.) auch auf das Arzt-Patienten-Gespräch bzw. -Beziehung übertragen; es handelt sich dabei um

- Aufmerksamkeits- und Interessenzuwendung
- Selektive Suche nach sympathischen bei Vernachlässigung der unsympathischen Eigenschaften
- Kommunikative Zuwendung:
 - Offenheit für Argumentationen und Entwicklungen,
 - Bereitschaft zur persönlichen Veränderung,
 - Bereitschaft zur Informationsverarbeitung,
 - erhöhte Lernbereitschaft,
 - motivierte Bereitschaft zu kreativer und produktiver Auseinandersetzung
- Zuordnung positiver Eigenschaften und Kompetenzen, zum Beispiel Glaubwürdigkeit, Problemlösungskompetenz und kommunikative Kompetenz

Sympathie fördert zentral die kommunikative Zuwendung; die sich daraus ergebenden Verhaltensweisen lassen sich auch auf die Arzt-Patienten-Kommunikation übertragen (vgl. Bergler & Hoff, 2001). Besitzt der Arzt einen positiven ersten Eindruck von einem Patienten, dann sind die folgenden Verhaltensweisen in hohem Maße wahrscheinlich:

- Der Arzt nimmt sich zum Beispiel mehr Zeit für den Patienten, hört aktiv zu und ist offen für Argumente, lässt sich etwas sagen.
- Der Arzt sucht den Kontakt, die Kontakthäufigkeit- und / oder Intensität nimmt bzw. nehmen zu, der Arzt hat Geduld, investiert mehr in den Menschen.
- Bei sympathischen Patienten wird Skepsis minimiert, Zweifel treten in den Hintergrund.
- Sympathie führt zu Schlussfolgerungen, die durch objektive Daten und Informationen nicht hinreichend gesichert sind. Zum Beispiel: Der Patient mit der Diagnose „bipolare Störung“ wird von dem Arzt als compliant eingestuft, als jemand, der sich an die Arzt-Anweisungen hält, ob-

wohl er selten zur Psychoedukation erscheint und mindestens einmal im Jahr eine akute Phase durchlebt.

Sympathie und auch Antipathie sind somit entscheidende Determinanten menschlichen Verhaltens (vgl. Bergler 1997, Bergler & Hoff, 2001). Sympathie und Antipathie dienen der Vereinfachung von Urteilsprozessen und schaffen Bewertungsentlastung. Sympathie macht effektive Kommunikation möglich. Sympathiegefühle entstehen immer erst in Prozessen, in zirkulären Beziehungen, in der Kommunikation und somit auch in der Situation der Arzt-Patienten-Beziehung (vgl. ebenda).

Nach der Einschätzung als sympathisch oder unsympathisch, zu welcher es in der ersten Zehntelsekunde einer Begegnung kommt (vgl. Todorov und Willis, 2006), werden in einer weiteren Phase den neuen Reizen (Personen, Dingen) Merkmale zugeordnet (vgl. Kapitel 3.2; Bergler, 2001). Auf Basis dieser Zuordnungen anhand von erst einmal äußeren Merkmalen werden Rückschlüsse auf Charakter und Verhalten gezogen (vgl. Bergler 1966, 2001). Bezieht man diese Erkenntnisse auf die Begegnung von Arzt und Patient, könnte dies zum Beispiel bei der Konsultation eines bipolaren Patienten, den der Arzt schon länger kennt, bedeuten, dass alleine durch das Auftreten eine erste Einordnung des aktuellen Gesundheitszustandes erfolgt und eine ausführliche Exploration nicht mehr weiter verfolgt wird.

Macht sich der Arzt diese Prozesse bewusst, liefern sie ihm auch die Chance, „blinde Flecke“ in seiner Kommunikationsgestaltung dem Bewusstsein näher zu bringen. Dies bedeutet gleichzeitig einen Kompetenzzuwachs auf Seiten des Arztes.

4.4. Bedeutung des Arzt-Patientengespräches

In dem heutigen Gesundheitsalltag, den im Falle fehlender Gesundheit das Aufsuchen medizinischer Fachkräfte prägt, wird der Patient zunehmend als entscheidende Größe für das Behandlungsergebnis erkannt. Im Rahmen dieser Entwicklung wurde im Jahre 2001 vom Bundesgesundheitsministerium der Förderungsschwerpunkt „Der Patient als Partner“ (vgl. hierzu auch Kapitel Gesundheitsökonomische Rahmenbedingungen) eingerichtet (www.patient-als-partner.de).

Dieser Erkenntnis wird auch insoweit Rechnung getragen, als sich die Forschung seit Ende der 90er Jahre intensiver mit dieser Thematik auseinandersetzt. Dies

schlägt sich nieder in neueren Konzepten (vgl. Kapitel 6.1) wie Evidence Based Medicine (Sackett, 1999) oder Shared-Decision-Making (Charles et al. 1997). In diesen Konzepten werden Patienten als aktive Partner begriffen.

Dem gegenüber aber besteht weiterhin auch die Sichtweise, Patienten als passiv Leidende oder als Objekte ärztlicher Entscheidungen und Maßnahmen zu begreifen und sie danach zu unterteilen, inwieweit sie die Entscheidungen oder Maßnahmen befolgen (compliant sind).

In dieser Arbeit wird der Patient ebenfalls als eine Stellgröße für das Behandlungsergebnis gesehen. Denn im medizinischen Bereich ist eine Diagnose im Zusammenhang mit dem behandelten Subjekt zu bewerten. Beauchamp und Childress (2001) halten in ihren Prinzipien der biomedizinischen Ethik fest, dass ein effektives Arzt-Patientengespräch folgendes beinhalten muss: die Selbstbestimmung des Patienten ist zu achten, ohne die Fürsorge für ihn zu vernachlässigen, zudem gilt das Prinzip des Nichtschadens und der Gerechtigkeit.

Viele Einflussfaktoren, die im Arzt-Patientengespräch zu eruieren sind, spielen für das Behandlungsergebnis eine Rolle. So beschreibt Piechotta (2008) es als Qualitätsmerkmal, dass „medizinische Entscheidungen und Behandlungen systematisch als interaktiver Prozess gestaltet werden sollen, an dem der Patient mit seinem subjektiven Krankheitsverständnis und seinen Möglichkeiten aktiv beteiligt ist und damit wesentlich zum Behandlungserfolg beiträgt“ (Piechotta, 2008, S.29).

Geisler (2004) stellt fest, dass der Kommunikationsprozess auf Arzt- und Patientenseite ein hohes Maß an Engagement erfordert. Beide Gesprächspartner müssen sich in dem Kommunikationsprozess mit ihren spezifischen subjektiven Wirklichkeiten wieder finden können.

Der Kommunikationsprozess ist also ein aktiver Prozess, während des Gesprächs tritt der Arzt mit dem Patienten in eine Interaktion. Diese Interaktion ist erst einmal gekennzeichnet von einer Assymetrie, die eine soziale Distanz nach sich zieht. Diese soziale Distanz ist mindestens aufgrund folgender vier Gegebenheiten zu erwarten (Siegrist, 1994):

1. Es besteht ein Kompetenz- und Wissensgefälle zwischen dem Experten und dem Laien.

2. Der Patient trifft in der Regel als Hilfesuchender auf den Arzt; es besteht ein Abhängigkeitsgefälle. Dieses wird verstärkt durch die unterschiedliche Situation von Arzt und Patient. Während der Arzt in einer Situation der beruflichen Routine handelt, stellt für den Patienten die Situation in der Regel ein einschneidendes Moment dar: Krankheit löst bei dem gesellschaftlichen Wesen Mensch eine Krise aus, weil es zu einer Störung der Interaktion mit anderen kommt. Sein Platz im gesellschaftlichen Gefüge wird zeitlich begrenzt oder dauerhaft verändert. Krankheit kommt insoweit eine besondere Bedeutung zu, da der Körper Träger und Vermittler von Beziehungen der Person zur gesellschaftlichen Mitwelt ist.
3. Der Arzt besitzt Entscheidungsmacht, die in die Biographie des Patienten deutlich eingreifen kann.
4. Die Distanz wird durch soziokulturelle Unterschiede der Herkunft und des Lebensstils verstärkt. Dies gilt vor allem für Patienten aus unteren sozioökonomischen Schichten. Bernstein (1972) bezeichnet den Sprachcode dieser Patienten als restringierten Sprachcode, das heißt, Gesprächsabsichten werden in diesem Fall häufig durch nicht-verbale Sprache dargestellt im Gegensatz zum elaborierten Code der Mittelschicht. Dadurch gelingt es schlechter, eine aktive Rolle als Patient einzunehmen, welche beinhaltet, Fragen zu stellen, und es kann zu einem Bruch in der Kommunikation führen. Durch mangelnde sprachliche Gewandtheit, Kompetenz, unterschiedliches Tempo, Scheu und übersteigerte Autoritätsbeziehung zum Arzt kann dieser Bruch weiter vertieft werden (Siegrist, 1977, 1978, vgl. Bliesener, 1982). Die Bereitschaft des Arztes zuzuhören wird geringer, und die initiative Gesprächsführung wird vom Arzt ausgehen. Dies führt zu Erwartungsenttäuschungen auf Seiten der Patienten (Bliesener, 1982). Folgen davon sind, dass der Patient zunehmend passiv wird und aufgrund der Verständnisprobleme zudem die Compliance des Patienten gefährdet ist.

Im Krankenhaus wie in der Arztpraxis ist der häufigste Kritikpunkt die Diskrepanz zwischen Informations- und Kommunikationsbedürfnissen des Patienten und der vom Patienten erfahrenen kommunikativen Zuwendung von Seiten des behandelnden Arztes (Köhle & Raspe, 1982). Auch neuere empirische Studien stellen diese Diskrepanz fest. In einer Studie von Dierks et al. (2001) zu Patientensou-

veränität stuften 93% der befragten Patienten das informative Arztgespräch als „sehr wichtig“ ein, aber nur 30% der Ärzte erfüllten subjektiv dieses Kriterium.

Little et al. (2001) haben die Erwartungen der Patienten an einen Arztbesuch untersucht. Ihr Fragebogen orientierte sich an der patientenzentrierten Methode. Das heißt, der Fragebogen hat drei Funktionen der medizinischen Konsultation erfasst.

- a) Aufbau einer Arzt-Patienten-Beziehung (gemessen an: persönliche Begrüßung, aktives Zuhören, Aufdecken und Eingehen auf emotionale Bedürfnisse des Patienten)
- b) Sammeln von Informationen (Unterbrechungen während der Patientenaufnahmen vermeiden, subjektive Krankheitsmodelle des Patienten zulassen, ein gemeinsames Verständnis der Erkrankung schaffen)
- c) einem Behandlungsplan zustimmen (Informationen zur Verfügung stellen, ein angemessener Gebrauch von Spiegelung der Zustimmung; Aushandeln eines Behandlungsplans bzw. einer Verhaltensänderung)

Hierzu haben Little et al. (2001) Patienten vor dem Arztbesuch befragt, worauf sie Wert legen. Demnach legen die Patienten vor allem Wert auf ein befriedigendes Gespräch mit dem Arzt, das Zuhören und Interesse an den Patienten prägen. Kritisch anzumerken ist jedoch, dass die Skala zur Ermittlung der Patientenbedürfnisse vorwiegend im positiven Antwortbereich angesiedelt war („Stimme sehr stark zu, stimme stark zu, stimme zu, neutral, stimme nicht zu“), was das Antwortverhalten (positiv) beeinflusst.

Als weiteres Ergebnis ist festzuhalten, dass eine geringe Zustimmung zu der Aussage „meine emotionalen Bedürfnisse verstehen“ gegeben wurde und eine hohe Zustimmung zu der Aussage „ich möchte wirklich verstanden werden“. Die unterschiedliche Zustimmung zu diesen Aussagen stellt zunächst erst einmal einen Widerspruch dar. Hier stellt sich die Frage, was unter Patientenbedürfnissen verstanden werden kann?

Stewart (2001) merkt außerdem zu diesen Ergebnissen an, dass es kein einheitliches Verständnis von Patientenzentriertheit gebe. Zudem bedeutet Patientenzentriertheit nicht, alle Informationen und Entscheidungen zu teilen, sondern den Wunsch des Patienten nach Information und Beteiligung in den Behandlungsprozess in Erfahrung zu bringen und gemäß diesem Wunsch zu handeln. Dies heißt,

dass nach der Bedeutung der Erkrankung für den Patienten (subjektives Erklärungsmodell der Erkrankung) gefragt werden soll. Zudem sollten subjektive Belange wie Glaube, Aberglaube, Ängste, Erwartungen oder Familienerfahrungen berücksichtigt werden. Zu seiner Definition von Patientenzentriertheit gehört es weiterhin, die ganze Person in ihrer persönlichen Entwicklung zu verstehen und ihr soziales Umfeld wie Familie, kultureller Hintergrund und soziale Stellung zu erfassen. Das ermöglicht Rückschlüsse auf die Entstehung und die Aufrechterhaltung von Krankheit. Die Beteiligung der Patienten in dem Prozess bedeutet bei Stewart (2001), gemeinsame Behandlungsziele und Erfolgskriterien für eine gelungene Behandlung zu finden und festzulegen. Es sollte Konsens darüber bestehen, welcher der beiden Partner (Arzt-Patient) in dem Prozess welche Rolle erhält. Zudem soll der Aspekt Vorsorge und Gesundheitsförderung in die Arzt/Patienten –Interaktion einfließen.

Nach Raspe (1983) erleichtern Information, Instruktion und Zuwendung die Phase der Rekonvaleszenz und beschleunigen diese in medizinisch bedeutsamen Dimensionen.

Die neueren Studienansätze gelangen unter Berücksichtigung des Ansatzes der Partizipativen Entscheidungsfindung (Charles et al. 1997, 1999)- im Rahmen des geförderten Projektes des Gesundheitsministeriums (vgl. erster Absatz 6.1) - zu dem gleichen Ergebnis. Als ausführlicheres Beispiel sei das Ergebnis der Studie der Freiburger Universitätsklinik (von 2001 bis 2005) aufgeführt, die eine partnerschaftliche Beteiligung depressiver Patienten (Schweregrad leicht, mittel und schwer) am Behandlungsprozess untersuchte. Grundlage war die Einbindung des Patienten nach dem Modell der „Partizipativen Entscheidungsfindung“ (PEF): Bei depressiven Patienten, die vom Arzt stärker an medizinischen Behandlungsentscheidungen beteiligt werden, verbessert sich demnach die Behandlungszufriedenheit und das Befinden - ohne dass ein zusätzlicher Zeitaufwand bei der ärztlichen Konsultation nötig wäre. Es zeigt sich eine Verschiebung vom Redeanteil des Arztes zu Gunsten des Patienten.

Das Projekt war in vier Arbeitsschritten unterteilt. Als erstes entwickelte die Freiburger Gruppe patientengerechte Informationsmaterialien, die sich an Leitlinien orientierten. Zweitens entwickelte und überprüfte sie schriftliche Entscheidungshilfen für Patienten. Drittens schulte sie Ärzte mit dem Ziel, die Information von Patienten und deren Beteiligung an der Entscheidung zu verbessern. Grundlage war dabei das Modell der „Partizipativen Entscheidungsfindung“ (PEF; vgl. 6.2.).

Viertens überprüfte sie die Auswirkungen dieser so genannten PEF für Ärzte und Patienten hinsichtlich der Zufriedenheit von Patienten, der Akzeptanz der Behandlung, der Einnahme von Medikamenten, der zusätzlichen Konsultationszeit sowie hinsichtlich des Behandlungserfolgs. Konkret wurden über 400 Patienten befragt, die in Südbaden bei insgesamt 30 Hausärzten wegen Depressionen in Behandlung waren. Davon hatten zwanzig Ärzte eine spezielle Fortbildung zur PEF erhalten, ihre Patienten wurden zusätzlich mit Informationsmaterialien und Entscheidungshilfen versorgt. Die Kontrollgruppe mit den restlichen zehn Arztpraxen wendete die bisher übliche Behandlung an. Nach acht Wochen wurden die Patienten zu dem Ausmaß ihrer Beteiligung, der Zufriedenheit und Akzeptanz der Behandlung sowie zu dem Behandlungsergebnis befragt. Resultat der Befragungen: Patienten der fortgebildeten Ärzte erlebten sich stärker beteiligt und waren zufriedener mit der Behandlung. Die Konsultationszeit wurde durch die vermehrte Einbeziehung von Patienten bei den medizinischen Entscheidungen nicht verlängert. Darüber hinaus zeigte sich ein höherer Behandlungserfolg bei stärker beteiligten Patienten. Die Entscheidungsbeteiligung erfordert also vom Arzt nicht mehr Zeit, sondern vor allem ein anderes Informations- und Gesprächsverhalten.

Als Beispiel für die Auswertung eines PEF - Modells (BMG, Förderstudie Depression, www.patient-als-partner.de/index.php?article_id=22&clang=0patient-partner.de) sei oben genannte Studie aufgezeigt. Die Patientenbeteiligung beeinflusst demnach die Adhärenz (Therapietreue) positiv, die wiederum die Behandlungseffekte begünstigen (vgl. Abbildung 4.4.1).

Das Studiendesign dieser Studie ist komplex. Mittels eines Interventions- und Kontrollgruppendesigns mit Messwiederholung und gezielten Fortbildungsmaßnahmen zur Implementierung von SDM sollen positive Effekte hinsichtlich Therapietreue, Lebensqualität, Arzt-Patient-Beziehung, klinischer Ergebnisse, Zufriedenheit, Informationsbedürfnis und Partizipationspräferenz erzielt werden. Die Auswertung erfolgte mittels univariater Varianzanalyse und einem Strukturgleichungsmodell.

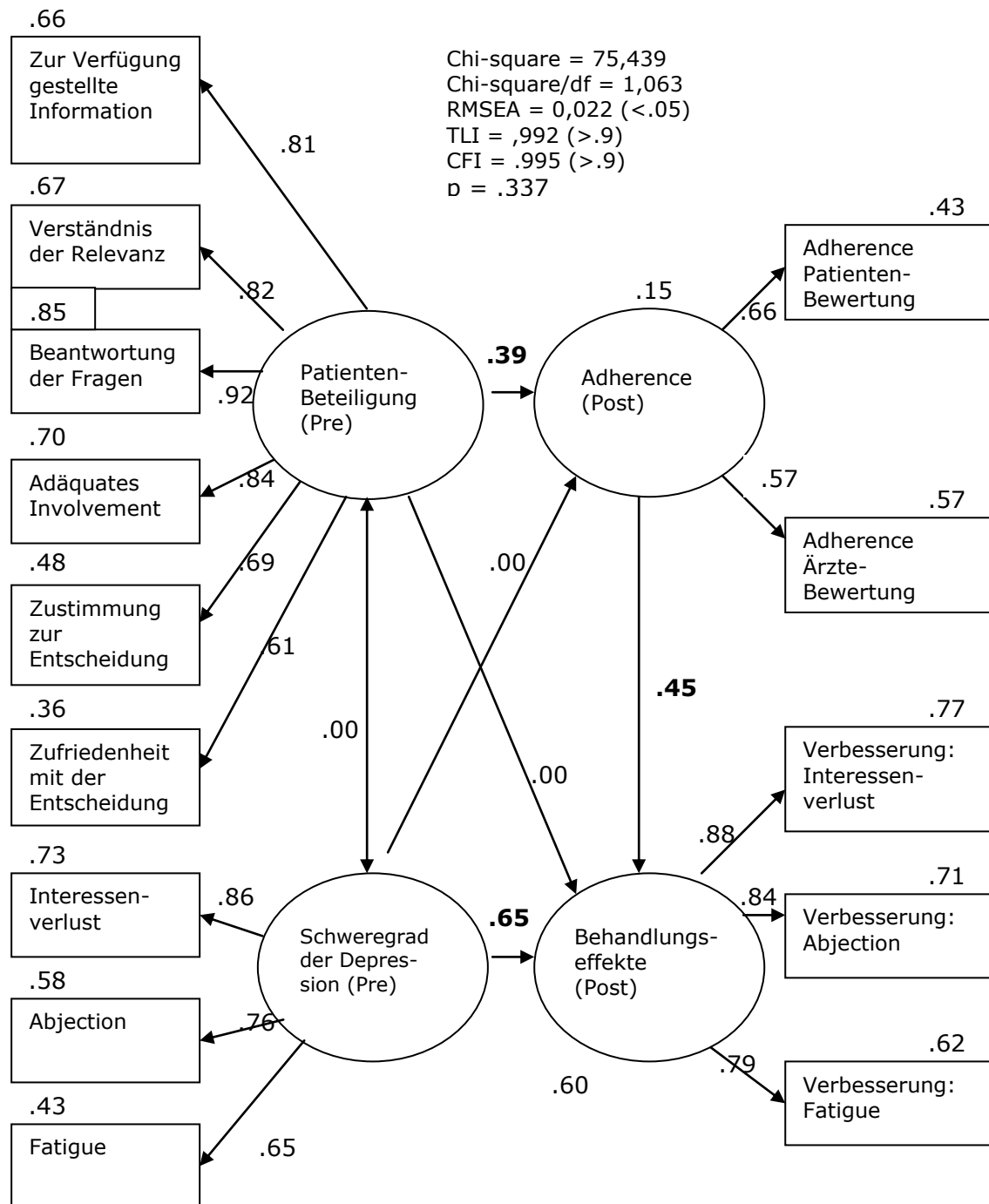
Es wurden sowohl auf Patienten- als auch auf Arztseite in unterschiedlichem Umfang Informationen und Instruktionen ausgehändigt. Der Arzt erhielt eine Fortbildung, die folgende Themen-Module umfasste: Partizipative Entscheidungsfindung / ärztliche Gesprächsführung / Einstellungen der Ärzte / Therapie / Suizidalität / Patienteninformation / Diagnosemitteilung / Diagnostik. Die Patienten erhielten eine Patienteninformation zur Erkrankung und Entscheidungshilfen zur

Therapie. Es wurden folgende Messinstrumente verwendet: Brief Patient Health Questionnaire (PHQ) - Themenbereiche depressive Störung und Angst; SF-12 zur Messung gesundheitsbezogener Lebensqualität; Autonomy-Preference-Index (API) zur Messung der Partizipationspräferenz und des Informationsbedürfnisses der Patienten; Patient Perceived Involvement (PICS) in Care Scale; Combined Outcome Measure for Risk Communication and Treatment (COMRADE); Decision Making Effectiveness; Multidimensional-Health-Locus-of-Control-Scale (MHLC); Selbstwirksamkeitsskala; Messung der Zufriedenheit mit dem Entscheidungsprozess; Fragebogen zur Soziodemographie; Dokumentation der Behandlung durch den Arzt (BADO).

Es bleibt die Frage offen, ob die erwünschten Effekte auf die Informationen für den Patienten, auf die Intervention in Form der Entscheidungshilfen (Instruktionen) oder auf das zusätzliche Training für die Ärzte in der Untersuchungsgruppe zurückzuführen sind.

Kritisch in Frage zu stellen ist zudem, ob ein Defizit der Studie nicht darin besteht, dass eine weitere Kontrollgruppe fehlt. Es stellt sich die Frage, ob die gleichen Ergebnisse auch mit einer definierten Gruppe, die nach dem patientenzentrierten Vorgehen in die Behandlung einbezogen worden wären (vgl. Kapitel 6.2), erzielt worden wären.

Abbildung 4.4.1: Strukturgleichungsmodell: PEF- Modell Depression, BMG, Förderstudie; Ergebnisse 2006.



Eine weitere Überprüfung des PEF (SDM) Modells sollte zeigen, welche Interventionen sinnvoll und effektiv einzusetzen sind. Coulter und Ellins (2006) stellten zunächst einmal nach Literaturübersicht fest (vgl. Coulter & Ellins, 2006, Kap. 2, S.64), dass die Ärzte in der täglichen Praxis Probleme bei der Umsetzung von SDM haben. Gründe hierfür liegen darin, dass die Ärzte die spezifischen Wünsche ihrer Patienten oft nicht berücksichtigen, sondern sich auf die medizinische Da-

tenlage (Krankheit, Diagnose, Therapiemöglichkeiten) konzentrieren und die Patienten nicht aktiv in den Entscheidungsprozess einbeziehen. Interventionen zu SDM unterscheiden sich laut dieser Studie in drei Bereiche von dem vielfach praktizierten Arztverhalten.

- a) Es finden unterschiedliche Formen des Kommunikationstrainings und der Gesprächsführung bei Ärzten statt.
- b) Es findet eine unterschiedliche Beratungsqualität der Patienten statt, damit diese im Gespräch mit dem Arzt die eigene Position besser vertreten können.
- c) Informationen und Entscheidungshilfen für Patienten werden durch unterschiedliche Medien vermittelt (Broschüren, Videos, Entscheidungsbäume, etc.).

Bei der Anwendung von PEF konnten zum Teil Erfolge durch den Einsatz von Interventionen aufgezeigt werden: Im Bereich der Gesprächsführung (Ärzte) zeigte sich eine Verbesserung des Informationsstands der Patienten und eine höhere Zufriedenheit, Patienten zeigten weniger Ängste und eine bessere Compliance, aber die Befunde hinsichtlich des medizinischen Effekts waren widersprüchlich. Die Patientenberatung zeigte nur einen positiven Effekt auf den Informationsstand. Die Anwendung von Entscheidungshilfen für den Patienten führten zu einem besseren Informationsstand und eine bessere Übereinstimmung zwischen Patientenwünschen und ärztlichem Verhalten, hinsichtlich der Patientenzufriedenheit und den gesundheitlichen Effekte aber konnte keine übereinstimmende Befundlage aufgezeigt werden.

Insgesamt wird damit für die Autoren noch ein sehr umfassender Forschungsbedarf offenbar, da keine der bislang praktizierten Strategien eindeutige und durchschlagende Erfolge aufweisen konnte. Es konnten keine eindeutigen Ergebnisse bezüglich der Effekte auf Gesundheitszustand, Zeitaufwand und Kosten festgestellt werden.

Insgesamt liegen durch diese Studien Erkenntnisse dazu vor, dass mit der Anwendung von PEF (SDM) der Informationsstand zur Erkrankung und auch die Patientenzufriedenheit mit der Therapie verbessert werden können. Die Bedeutung der Anwendung des Modells in Bezug auf die Verbesserung des Gesundheitszustandes jedoch ist weiterhin unklar. Bei zuletzt genanntem ist die Fehlerquelle noch zu identifizieren. Hier stellt sich auch die Frage, ob die Definition des Krite-

riums *Gesundheitszustand* zutreffend ist oder ob ökonomische Kriterien wie Gesundheitskosten im Vordergrund stehen sollen.

In Bezug auf die Defizite der verbalen Kommunikation gibt es hinreichende kommunikationstheoretische Erkenntnisse, welche dem Arzt zur optimalen Nutzung der persönlichen Fähigkeiten und zum Erwerb neuer Fertigkeiten in der Gesprächsführung helfen können. Eine Voraussetzung ist dabei, dass der Arzt bereit ist, diese zu nutzen. Defizite liegen vor allem in der Bereitschaft, den Patienten „anzuhören“, das heißt auf Wünsche und Bedürfnisse des Patienten einzugehen. Nicht zu vergessen ist auch die Patientenbereitschaft an dem Prozess im Sinne von PEF aktiv teilzunehmen. Es gibt durchaus Patienten, die eine Entscheidung dem Arzt gänzlich überlassen wollen, ebenso wie es Patienten gibt, die in den Entscheidungsprozess, die den Therapieverlauf betreffen, eingebunden sein wollen.

4.5. Besonderheiten der Arzt-Patientenkommunikation in der Psychoedukation

Der Begriff Psychoedukation fasst „die systematischen, didaktisch-psychotherapeutischen Interventionen zusammen, die dazu geeignet sind, Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, das Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen“ (vgl. Bäuml & Pischl-Walz, 2003). Psychoedukation basiert theoretisch im Wesentlichen auf der Verhaltenstherapie. Im Rahmen der Psychotherapie bezeichnet Psychoedukation daher auch denjenigen Behandlungsanteil, bei dem aktive Informationsvermittlung, der Austausch von Informationen unter den Betroffenen und die Behandlung allgemeiner Krankheitsaspekte im Vordergrund stehen (vgl. Bäuml & Pischl-Walz, 2003).

Während es für das Krankheitsbild „Schizophrenie“ ein Konsensuspapier (Beispiel für den Aufbau eines Konsensuspapiers, vgl. Anhang A) zur Psychoedukation gibt, liegt dies für bipolare Störungen derzeit noch nicht vor. Einen Überblick über die vorhandenen Programme zu Psychoedukation bei bipolaren Störungen und deren Beitrag zur Verbesserung der Medikamenten-Compliance, des Informationsstandes der Patienten, der Schwere der Symptomatik, des psychosozialen Funktionsniveaus sowie der subjektiven Verbesserung der Lebensqualität liefert Erfurth et al. (2008).

In diesem Kapitel sollen die gemeinsamen Ziele und Inhalte von Psychoedukation bei der Diagnose „Bipolar“ unter der für diese Arbeit wichtigen Aspekt der „Bedingungen für eine effektive oder gelungene Kommunikation hinsichtlich der Einbeziehung von Risikoverhalten“ betrachtet werden.

Neben der regelmäßigen Einnahme von stimmungsstabilisierenden Medikamenten, die die Symptomatik der bipolaren Erkrankung kontrollieren, aber nicht heilen, ist auch eine zusätzliche Psychoedukation sinnvoll. Die Gründe hierfür sind:

- Erhöhung der Compliance bezüglich der Einnahme der Medikamente
- Akzeptanz der chronischen Erkrankung durch den Patienten und Erleichterung der Krankheitsbewältigung. Erkennung von auslösenden internalen oder externalen Stressoren für eine akute Phase.
- Veränderung des subjektiven Krankheitskonzeptes dahingehend, dass der Patient Einfluss auf seine Erkrankung nehmen und Kontrolle ausüben kann, die über die reine Medikamenteneinnahme hinaus geht. Zum Beispiel kann ein bipolarer Patient, der einen Überblick über die möglichen Frühwarnzeichen der Erkrankung erhält, lernen, seine eigenen Warnzeichen bzw. Risikosituationen, die eine erneute akute Phase eher bedingen, zu erkennen und adäquat mit ihnen umzugehen, zum Beispiel durch Vermeidung von Risiko-Situationen. Eine Veränderung des subjektiven Krankheitskonzepts wird nur durch Einstellungs- und Verhaltensänderung gelingen.

Die Bedeutung der Psychoedukation für den Patienten lässt sich in der Regel unter folgenden Aspekten zusammenfassen:

- Akzeptanz der Krankheit und damit auch der Pharmakotherapie bzw. der Medikamenten-Compliance, da sich der Verlauf ohne medikamentöse Behandlung massiv verschlechtern und die Erkrankung auch tödlich enden kann, zum Beispiel durch Selbst- und Fremdgefährdung infolge von Selbstüberschätzung oder Suizid (vgl. Goodwin & Jamison, 1990). Ein Beispiel für Selbst- und Fremdgefährdung: Größenphantasien beim Autofahren, etwa durch die Vorstellung, Ampelphasen kontrollieren zu können (vgl. Meyer & Hautzinger, 2004, S. 100).
- Durch die Teilnahme an Psychoedukation sollen die Patienten motiviert werden, sich und ihre Erkrankung besser kennen zu lernen. Im Einzelnen:
 - sich ihr subjektives Krankheitserleben bewusst zu machen

- ein Gefühl der Kontrolle über ihr Leben zu erlangen
In verschiedenen Studien wurde festgestellt, dass die wahrgenommene Kontrolle –die Überzeugung, dass wir unsere Umwelt beeinflussen können dahingehend, ob wir gute oder schlechte Folgen erleben - Auswirkungen auf die Gesundheit hat (vgl. Taylor et al., 1984; Heckhausen & Schulz, 1995; Thompson, 2002). Auch das Konzept der „Selbstwirksamkeit“ - der Glaube an die eigene Fähigkeit, bestimmte Handlungen auszuführen, um ein erwünschtes Ergebnis zu erzielen (vgl. Bandura, 1997; Schwarzer, 2004) - unterstützt dieses Lernziel.
- adäquat auf Situationen zu reagieren, eigene identifizierte Warnsignale zu beachten - zum Beispiel Denkfehler zu erkennen, wie diesen: „die anderen Autofahrer fahren absichtlich so langsam“ (vgl. Meyer & Hautzinger, 2003, S.101; Bäuml et al., 2003)
- Problemlösekompetenzen zu entwickeln für (alltägliche) Probleme und Konfliktsituationen. Kritik im Sinne des Gesprächs über Bereiche, die unangenehm sein können, können als Angriff erlebt werden, etwa die Anregung, angesichts einer offenbar bevorstehenden akuten Phase, in den kommenden Wochen kein Auto zu fahren. Das Ziel ist es, dem Patienten zu helfen, mit seiner Problematik umgehen zu lernen. (vgl. Meyer & Hautzinger, 2004, S.101; Bäuml et al., 2003)
- Verhalten in zwischenmenschlichen Situationen zu lernen, was etwa Angehörige und Freunde angeht, zudem den Umgang mit Konflikten
- einen Notfallplan zu erarbeiten, um Krisen zu bewältigen

Manien werden ohne Kenntnis von ersten Symptomen, Stressoren etc. häufig erst dann als Problem wahrgenommen, wenn die Konsequenzen sehr dramatisch sind, etwa in Form hoher Schulden, polizeilich veranlasster Klinikunterbringung, Arbeitsplatzverlust, etc.. Hypomanien werden nach der Phase der Depression als angenehm empfunden, man ist wieder produktiv, energiegeladen. Unter normalen Umständen wird dies als harmlose Verbesserung der Stimmung angesehen werden, bei Personen mit einer bipolar affektiven Störung kann dies aber als Anzeichen hypomaner oder manischer Episode gelten, die zu konflikträchtigen Situation führen können (vgl. Meyer & Hautzinger, 2003).

Ziel aller Interventionen ist es, Balance und Stabilität, das heißt eine Regelmäßigkeit im Leben herzustellen, die weder durch zu wenig noch durch zu viel Aktivitäten gekennzeichnet ist. Auf allen Ebenen ist Ausgewogenheit anzustreben, dies bedeutet zum Beispiel, auf einen geregelten Schlaf-Wach-Rhythmus zu achten, ein ausgewogenes Verhältnis von Arbeit und Freizeit anzustreben oder soziale Kontakte aufrechtzuerhalten. Bedingungen wie kritische Alltagsbelastungen („daily hassles“; vgl. Lazarus, 1999) und kritische Lebensereignisse (vgl. Lazarus & Folkmann, 1984) bedeuten für einen bipolar Erkrankten Gefahr eines Rezidivs, also das Risiko einer erneuten manischen oder depressiven Akutphase.

Insgesamt wird das Thema Fahrtüchtigkeit in der Psychoedukation als ein individueller Risikobereich angesehen: Die meisten Psychoedukationsprogramme sind dahingehend aufgesetzt, durch die (Teil-) Erarbeitung der oben genannten Punkte (s. Bedeutung der Psychoedukation für den Patienten, Abschnitt 2) individuell auf den Krankheitsverlauf des Erkrankten einzugehen. Daher bleibt hier Raum, das Thema adäquat anzusprechen. Es bleiben aber auch Fragen offen. Wer etwa überprüft und in welchen Abständen, bei dem Einzelnen, ab wann Psychoedukation verhaltenswirksam wird und ab wann alte Verhaltensweisen wieder einsetzen? Die meisten Patienten befinden sich nicht stationär in einem strukturierten Klinikumfeld, sondern im Alltag und sehen ihren Arzt in (un-)regelmäßigen Abständen. Die Frage ist dann: Wie werden dort die Patienten zu einer Teilnahme an Psychoedukation motiviert? Inwieweit werden außerhalb der Klinik die Angehörigen geschult, auf Frühwarnsignalen zu achten, ohne in speziellen Situationen über zu reagieren oder evt. auch nicht zu resignieren?

4.6. Zusammenfassung

Die unterschiedlichen Kommunikationsansätze zwischen Arzt und Patient bieten die Möglichkeit, Risikoverhalten und sich daraus ergebende Konsequenzen wie die Einschränkung von Fahrtüchtigkeit individuell anzusprechen. Das derzeit im Fokus stehende Modell der partizipativen Entscheidungsfindung (PEF) ist sicherlich ein Weg, die Patienten stärker in den Entscheidungs- und Behandlungsprozess mit einzubeziehen und nicht mehr als ausführendes Subjekt der vom Arzt verordneten Therapie(n) zu sehen. Das Modell liefert auch die Möglichkeit, im Dialog mit dem Patienten kritische Themen wie die Aufgabe der Fahrerlaubnis für eine begrenzte oder auch unbegrenzte Zeit zu bearbeiten. Dies ist prinzipiell zu begrüßen. Allerdings lassen die Ergebnisse der unterschiedlichen Studien weiterhin wesentliche Fragen offen.

Patientenzentrierte Kommunikation wie zum Beispiel die Kommunikation der Ba-lint-Gruppen erzielen ebenfalls gute Ergebnisse in den Bereichen Informationsstand und Patientenzufriedenheit (vgl. Kapitel 4.2) bei prozessgeleiteter Kommunikation. Es scheint aber fragwürdig, ob alle Patienten die gleiche Behandlung erfahren sollten, was ihre Einbindung in Entscheidungsprozesse angeht. Auch andernorts wurde schon angemerkt (vgl. Kapitel 4), dass unter anderem unter einer gelungenen Kommunikation zu verstehen sei, auf die Bedürfnisse des anderen (individuell) einzugehen. Somit gibt es „den Patienten“ nicht und vielmehr ist dann eine auf das jeweilige Individuum zugeschnittene Strategie angebracht. Es wäre sicher sinnvoll, Patientengruppen zu identifizieren, die sich aufgrund zuvor definierter Merkmale unterscheiden, um eine effektivere Therapie darauf aufzubauen. Dies steht sicherlich den derzeitigen Denkvorgaben noch entgegen, kann sich aber langfristig gesehen dennoch als gewinnbringend für den Patienten und seine spezifische Situation erweisen.

Das Interesse an dem Modell PEF erweckt den Anschein, dass der Aspekt „Kosten sparen“ eine stärkere Bedeutung hat als in den Ergebnissen zu dem Modell dargestellt wird und es die Kosteneffizienz, als nicht unbedeutende Voraussetzung für die Aufnahme als Standardinstrument, zu beweisen gilt. Inwieweit sich diese Annahme bewahrheitet, bleibt noch unbeantwortet. Es wäre zu prüfen, ob die Einführung eines (weiteren) standardisierten Programms, von dem evt. nur eine bestimmte (Teil-) Patientengruppe profitiert, effizient ist.

Generell reicht es sicherlich nicht aus, in kontrollierten Situationen Studien durchzuführen, um Patienten als eine Stellgröße im Geflecht des Gesundheitssystems zu beeinflussen. Es ist gleichermaßen ein Nachdenken darüber erforderlich, inwieweit man (junge) Mediziner - schon in ihrem Studium - auf das Gespräch mit ihren Patienten vorbereitet und welche Bedingungen in jeder spezifischen Arzt-Patienten-Situation für eine gelungene Kommunikation gegeben sein müssen, um mit dem zu Kurierenden ein effektives Arzt-Patienten-Gespräch führen zu können. Regelmäßiges kritisches Analysieren der Arzt-Patienten-Situation vor allem im Falle chronisch Erkrankter kann zudem zu einem Überdenken von festgefahrenen Meinungen oder Einstellungen führen (vgl. Kapitel 4.3) und gewinnbringend im Sinne des Arzt- und Patientennutzen genutzt werden. Für die vorliegende Arbeit würde dies bedeuten, dass Aufklärungsgespräche durch den Arzt mit bipolaren Erkrankten nicht intuitiv oder situationsbedingt erfolgen, sondern gesteuert und präventiv.

5. Compliance

Im Lexikon der Psychologie (www.psychology48.com/deu/d/compliance/compliance.htm) wird der Begriff Compliance wie folgt beschrieben:

„Compliance, Therapiemitarbeit, hat als Begriff in den letzten zehn Jahren einen starken Bedeutungswandel erfahren. Ursprünglich ging der Compliance-Begriff davon aus, dass der Patient seinem Arzt/Therapeuten gegenüber zum „Gehorsam“ verpflichtet ist. Diese asymmetrische Sicht darf als überholt gelten, da sie von einem unmündigen Patienten ausgeht, der „Befehle“ im Rahmen der Behandlungsanforderungen umsetzen soll. Heute versteht man unter Compliance die Bereitschaft und die Fähigkeit des Patienten, an der Behandlung seiner Erkrankung aktiv mitzuwirken. Somit steht bei der Compliance (manchmal auch als „Adherence“ bezeichnet) das eigenverantwortliche Handeln des Patienten und seine bewusste Einwilligung in die Behandlung im Mittelpunkt.“

Bei chronischen Erkrankungen kommt Compliance eine besondere Bedeutung zu, da der Patient sein Bemühen um Mitarbeit zumindest langfristig, oftmals lebenslang aufrechterhalten muss. Voraussetzung hierfür ist eine (lebens-) lange Motivation und bezogen auf die vielfältigen Behandlungsanforderungen eine flexible Entscheidungskompetenz. Schlechte Compliance ist zugleich eine Besonderheit vieler chronisch Erkrankter, vermutlich weil die Patienten ihre Krankheit nicht ernst nehmen oder ein unangemessenes Krankheitsmodell aufweisen. Sie schätzen den Nutzen der Therapie gering ein oder haben massive Ängste vor den Nebenwirkungen der Behandlung, die die Compliance reduzieren (vgl. ebenda).

Gemessen wird das Ausmaß der Compliance durch Patientenbefragung, technische Registriergeräte, das Blutbild oder einfaches „Pillenzählen“ (= Anzahl der verbrauchten Medikamente). Bei Patienten mit einer körperlichen Krankheit versucht man seit einigen Jahren eine angemessene Krankheits- und Behandlungseinsicht zu vermitteln mit Hilfe von Patientenschulungsprogrammen und damit einen Einfluss auf die Compliance zu nehmen. Unter psychologischen Gesichtspunkten ist die Reduzierung des Compliance-Begriffs auf die medikamentöse Compliance unzureichend, da der Aspekt der Bereitschaft, auch den Lebensstil zu ändern, unberücksichtigt bleibt (vgl. ebenda).

Compliance in der Medizin bezeichnet nach Haynes et al. (1982) bzw. Schneller (1980) das Ausmaß der Befolgung bzw. Nicht-Befolgung ärztlicher Anordnungen. Nach Linde (1986) kann Compliance als das Verhältnis eines Istwertes (=tatsächliche Therapiedurchführung) zu einem Sollwert (Therapiestandard) angesehen werden. Auch hier bezieht sich Compliance auf die Patienten-Compliance, das heißt das Befolgen der Therapie bzw. Verordnung.

Die Patienten-Compliance im Sinne der medikamentösen Compliance wurde in vielen Studien untersucht. Es werden drei Arten unterschieden (vgl. Haynes et al, 1982):

1. Intelligente Non-Compliance (der Patient führt die Therapiemaßnahme nicht weiter oder nicht mehr durch, aufgrund zum Beispiel von Unverträglichkeit des Medikamentes, subjektiver Unwirksamkeit der Medikation etc.)
2. Adaptive Non-Compliance (der Patient führt die Therapiemaßnahme nicht weiter oder nicht mehr durch, weil ihm seine subjektiv erlebte Lebensqualität ohne Therapie höher erscheint als ohne)
3. Beanspruchungs-Non-Compliance (der Patient führt die Therapiemaßnahme nicht weiter oder nicht mehr durch, weil er sich in einer schweren Lebenskrise befindet und er daher nicht mehr fähig ist, den Behandlungsplan zu befolgen)

Nach Bock (1998) sollte Compliance als wechselseitiger dialogischer Prozess zwischen Arzt und Patient verstanden werden, bei dem auch die nächsten Bezugspersonen durch den Arzt einbezogen werden müssen. Es besteht die Gefahr - insbesondere bei psychotischen Patienten - mangelnde Compliance des Patienten auf seine fehlende Krankheitseinsicht zurückzuführen und somit das Problem nur an den Patienten zu delegieren.

Nach Fleischhacker (2003) spricht man von Compliance, wenn der Arzt das Problem des Patienten versteht, es medizinisch beschreiben kann und gegebenenfalls zu klaren Therapieoptionen gelangt. Darüber hinaus fühlt sich der Patient wiederum vom Arzt mit seinem Problem verstanden. Der vorgeschlagene Therapieansatz wird von dem Patienten verstanden und er beteiligt sich aktiv an der Therapie, weil er sich davon die Lösung seines Problems verspricht.

Die Begriffbestimmung von Compliance nach Fleischhacker (2003) bezieht sich auf den heutigen, erweiterten Compliancebegriff (vgl. Kapitel 5, Abschnitt 1).

Daneben scheint in der Medizin die Ablösung des Begriffs Compliance (=Befolgen der ärztlichen Anweisung; vgl. ebenda), zu Gunsten von Adhärenz angestrebt zu werden: Daneben scheint in der Medizin die Ablösung des Begriffs Compliance (=Befolgen der ärztlichen Anweisung; vgl. ebenda) zu Gunsten von Adhärenz angestrebt zu werden:

Nach Lutfey und Wishner (2003) ist Compliance von der Adhärenz zu unterscheiden (vgl. ebenda), da der Begriff Compliance im medizinischen Sinne verstanden wird. Das heißt Compliance steht für die Bereitschaft des Patienten, eine medizinische Behandlung zu befolgen. Der Begriff Adhärenz umfasst die Einhaltung der gemeinsam von Arzt und Patient gesetzten Therapieziele. Unterschiede zu der psychologischen Definition von Compliance sind in dieser Begriffsfassung nicht festzustellen.

Im (sozial-)psychologischen Sinne wird Compliance nicht als das Befolgen bzw. Nicht-Befolgen einer Anweisung gesehen. Compliance ist vielmehr das Resultat eines Prozesses. An diesem Prozess sind zwei oder mehr Personen beteiligt. Der Prozess wird durch die Kommunikation der Personen - verbaler und non-verbaler Natur (vgl. Kapitel 4) - wechselseitig beeinflusst. Am Ende des Prozesses erfolgt eine Übereinstimmung („Passung“ bzw. auch „Nicht-Passung“) zwischen den Personen (vgl. Bergler, 2006).

Nach Petermann (2000) bezieht sich Compliance auf die Fähigkeit, Bereitschaft und Gelegenheit von Patienten, die an sie gestellten Therapieanforderungen und Therapiebeteiligung zu erfüllen. Compliance im heutigen Verständnis ist nicht das passive Befolgen eines Behandlungsplans, sondern das Resultat einer gelungenen Arzt-Patienten-Kooperation. In dieser Kooperation entscheidet der Patient, aktiv an dem Behandlungsplan mit zu arbeiten, und nimmt an Patientenschulungen teil. Neben der Definition von Compliance beschreibt der Begriff zugleich die Rahmenbedingungen von Compliance (vgl. Kapitel 5.1.).

Inhaltlich hat sich der Begriff Compliance im Laufe der vergangenen Jahre (s.o. unterschiedliche Definitionen) von einem Konzept der Therapiebefolgung des Patienten hin zu einem solchen der Interaktivität entwickelt. Da bislang in der Forschung keine andere Begrifflichkeit den der Compliance als überlegen durchsetzen konnte, wird im Rahmen der vorliegenden Studie weiterhin der Begriff Compliance genutzt.

In der vorliegenden Studie wird also auf jenes psychologische Compliance-Konzept zurückgegriffen, das den wechselseitigen Prozess zwischen Arzt und Patient herausstellt und auf eine Übereinstimmung zwischen beiden abzielt (Therapiekoooperation und Konsens). Abschließend ist zu bemerken, dass, wenn eine Einschränkung des Compliance-Begriffes vorgenommen wird, diese explizit genannt wird - zum Beispiel wenn es um Compliance in Bezug auf die Medikamenteneinnahme geht.

5.1. Rahmenbedingungen für Compliance

Compliantes Verhalten kann erst dann entstehen, wenn eine gelungene Arzt-Patienten-Kooperation aufgebaut wurde. Die Kriterien für eine gelungene Arzt-Patienten-Kooperation definiert Petermann (2000, S. 11):

1. Arzt und Patient bauen eine vertrauensvolle Beziehung auf
2. Arzt und Patient arbeiten als gleichberechtigte Partner zusammen
3. Der Patient kann eigenständig Entscheidungen treffen
4. Der Patient kann eigenständig Behandlungsmaßnahmen planen und realisieren

Compliance-Probleme (Petermann, 2000) tauchen auf bei der

1. Kooperation in der medikamentösen Behandlung (zum Beispiel werden Medikamente dann häufiger abgesetzt, wenn man sich wieder gesund fühlt oder die Nebenwirkungen als nicht annehmbar angesehen werden) oder
2. Notwendigkeit der Änderung des Lebensstils (zum Beispiel sollte im Falle einer bipolaren Erkrankung ein ausgewogenes Verhältnis von Wach- und Schlafphasen erreicht werden, Schichtarbeit steht diesem Ziel entgegen)
3. Veränderter Motivationslage des Patienten (zum Beispiel zeigt der Patient in den ersten Wochen Compliance in Bezug auf die Medikamenteneinnahme, erkennt aber nach einiger Zeit nicht mehr den Sinn der Medikamenten-Compliance, da er subjektiv keine Verbesserung verspürt)

Nach Bergler (2006) bestimmt die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung das Ausmaß des Compliance-Verhaltens. Die Qualität der Beziehung ist abhängig davon, inwieweit der Patient dem Arzt Vertrauen, Glaubwürdigkeit und Sympathie entgegenbringt. Zudem trägt auch das Ausmaß der Überzeugung von den Fähigkeiten des Arztes bezogen auf die fachliche, diagnostische, therapeutische und

psychotherapeutische Kompetenz wesentlich zur Compliance bei (vgl. Bergler, 2006, S. 1-2). „Compliance... ist immer das Resultat der vielfältigen personellen Wechselwirkungen im biografischen Entwicklungsverlauf und den jeweiligen situativen Rahmenbedingungen“ (Bergler, 2006, S.2). Das Ausmaß von Compliance ist eine Funktion der wechselseitigen Ähnlichkeit oder Unähnlichkeit von Beurteilungs- und emotionalen Bewertungsmustern zwischen Arzt und Patient (modifiziert nach Bergler, 2006). Die Beurteilungs- und emotionalen Bewertungsmuster umfassen

- das Psychogramm der beteiligten Personen (zum Beispiel Wissen um die Erkrankung, Erwartungen an die Therapie, erlebte Kompetenz, menschliche Akzeptanz etc.),
- die Übereinstimmung in der Diagnosestellung seitens des Arztes und das subjektive Krankheitsverständnis des Patienten
- die Bereitschaft zur Kooperation im weiteren Therapieverlauf mit einem gemeinsamen definierten Therapieziel

Daneben betonen andere Autoren bei Compliance ergänzend die subjektiven Krankheitstheorien (vgl. Stavrianidou, 1999), das heißt die Vorstellungen von Ursachen und Verlauf einer Krankheit sowie der Rollenverteilung von Patient und Arzt.

Becker (1984) sieht in der Nicht-Übereinstimmung von subjektiven Krankheitstheorien des Arztes und des Patienten eine der Hauptursachen für die Non-Compliance. Er spricht sich für eine Auseinandersetzung seitens des Arztes mit den „naiven“ Krankheits- und Gesundungsvorstellungen des Patienten (vgl. Prinz-Kaltenborn, 2003).

Linden (1985) unterstreicht den Einfluss von Krankheitskonzepten von Patienten auf das Gesundheitsverhalten und die Compliance der Patienten, insbesondere auch in Psychiatrie und Psychotherapie. In der Behandlung depressiver Störungen muss zum Beispiel bei suboptimaler Therapie, wenn das angestrebte Therapieergebnis nur bedingt erreicht wird und die Patienten weiter über Beschwerden klagen, immer die Möglichkeit von unzureichender Compliance beachtet werden. Die Ablehnung der Therapie, wenn sich der Patient schon im Austausch mit dem Arzt befindet, kann durch einen Nicht-Beginn der Behandlung signalisiert werden: der Patient löst zum Beispiel das Rezept nicht ein oder entscheidet nach Einlösen des Rezeptes, dass dies nicht die richtige Therapie für ihn sei. Hier könnte die Ur-

sache in zugrunde liegenden Krankheitskonzepten und der damit verbundenen Behandlungserwartung begründet sein. Wer meint, dass seine Depression mit aktuellen Lebensproblemen zusammenhängt, wird eine psychologische Unterstützung eher erwarten als eine medikamentöse Therapie (vgl. Linden, 1987a). Das subjektive Krankheitskonzept der Patienten beeinflusst auch den Attributionsstil des Patienten (vgl. hierzu Kapitel 4). Menschen, die Krankheit als von außen bestimmtes Schicksal erleben, werden sich fragen, was sie tun müssen, um ihre derzeitigen „Probleme“ zu lösen. Menschen, die Krankheit als Funktion ihres eigenen Handelns erleben, werden eine ärztliche Anordnung auch eine medikamentöse Therapie als adäquate Lösung eher akzeptieren (Linden et al., 1988). Linden (1994) geht davon aus, dass der Patient nicht zum Arzt geht, um Handlungsanweisungen passiv zu befolgen, sondern mit einer bestimmten Vorstellung darüber, was er meint. Der Patient ist Subjekt in der Therapie, d.h. er handelt mit dem Arzt die Therapie aus (Linden, 1994). Daher sollte bei jeder Therapie in Frage gestellt werden, welche Alternativen zur Verfügung stehen in Hinblick auf die Compliance des Patienten.

Zu der Annahme von Linden (1994), dass der Patient informiert und als „Handelnder“ zum Arzt geht, ist anzumerken, dass ebenso eine andere Patientengruppe denkbar ist, die Handlungsanweisungen passiv befolgt, weil sie sich auf den Experten (Arzt) verlässt.

In Bezug auf die These vom „aktiven“ Patienten im Sinne von Linden (1994) kann man zum Beispiel als Therapieziel Phasenfreiheit (Stimmungsstabilität) in der Behandlung bipolarer Störungen anstreben oder aber Behandlungsfreiheit mit dem Risiko gelegentlicher Rezidive. Dies verdeutlicht auch, dass jede Therapieempfehlung auch Wertentscheidungen mit berücksichtigen muss, die nicht allein auf medizinische Erkenntnisse und durch den Arzt zu treffen sind. Es ist die Entscheidung des Patienten, ob er eine Dauermedikation mehr fürchtet als Rezidive und deren Folgen (Linden, 1985).

Die oben genannten Untersuchungen zu den Rahmenbedingungen von Compliance zeigen die wesentlichen unterschiedlichen Einflussfaktoren auf und verdeutlichen die Komplexität, die Arzt und Patient im gemeinsamen Gespräch ausgesetzt sind. Eine ausführliche thematische Abhandlung der Krankheitstheorien findet sich in der Dissertation von Prinz-Kaltenborn (2003). Es wurden nur für die vorliegende Arbeit wesentliche Aspekte beschrieben.

5.2. Psychoedukation und Compliance

Was die Wirksamkeit von psychotherapeutischen Verfahren im Vergleich zu medikamentösen Therapien angeht, gibt Marneros (2004, S. 311ff.) einen differenzierten Überblick zur aktuellen Studienlage. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass

- die derzeitige Datenlage dafür spricht, dass sowohl medikamentöse als auch nicht-medikamentöse Zusatzverfahren zur wirksamen Rezidivprophylaxe, das heißt Verhinderung eines erneuten Auftretens der akuten manischen und depressiven Phasen (=Wiedererkrankung des Patienten), erforderlich sind
- Individual-, Gruppen- und Familientherapie die bekanntermaßen problematische Medikamenten-Compliance bei bipolaren Patienten erhöht
- sowohl die durchschnittliche Dauer eines Klinikaufenthaltes als auch die Gesamt-Anzahl der Klinikaufenthalte eines Patienten verringert werden können (Marneros, 2004)

Relevant in der Psychoedukation bipolarer Patienten unter der Einbindung der Angehörigen und damit für Compliance ist die Bearbeitung der folgenden Themen (vgl. Marneros, 2004; Meyer & Hautzinger, 2004, vgl. Kapitel 4.5.):

- Erlebte Auswirkungen der einzelnen Krankheitsepisoden (Manie, Depression, prophylaktischen Phase) auf den Patienten (Patient und Angehörige)
- Psychosoziale Belastungsfaktoren wie Kritik, Feindseligkeit, emotionales Überengagement oder auch kritische Lebensereignisse, das heißt Veränderungen in der Lebenssituation einer Person (Patient und Angehörige)
- Akzeptanz der Erkrankung (Patient und Angehörige)
- Medikamenten-Compliance (vor allem in der Phasenprophylaxe, da sich dann die Patienten gesund fühlen und das Gefühl haben, die Medikation nicht mehr zu brauchen)
- Herstellung einer Balance zwischen physischer, psychischer und sozialer Über- und Unterstimulierung mittels Selbstbeobachtung (bewusst auf seelische Vorgänge und Zustände gerichtete Aufmerksamkeit) und Protokollierung von Tagesabläufen, um Kontrolle über die Krankheit zu erleben

- Suizidalität – Unterscheidung zwischen wahrem Wunsch zu sterben vs. dem Sehnen nach einer Ruhepause oder Unterstützung von Dritten

Die Bearbeitung dieser Themenbereiche spiegeln nur teilweise die Bedingungen für Compliance im psychologischen Sinne wider (vgl. hierzu auch Kapitel 4): Denn Compliance „ist das Resultat aus der vielfältigen personellen Wechselwirkungen im biografischen Entwicklungsverlauf und den jeweiligen situativen Rahmenbedingungen“ (vgl. Bergler, 2006, S.2). Der Erfolg der Psychoedukation hängt wesentlich davon ab, inwieweit der Therapeut die Bedingungen eigenen und fremden Verhaltens kennt und versteht, um dann darauf aufbauend die Gesprächssituation aus dem Blickwinkel des Patienten entsprechend entlastend gestalten zu können (vgl. ebenda). Wissen und Verhalten sind also Determinanten der Verhaltensumsetzung.

Wissen um die Erkrankung und persönliche Risikofaktoren ist eine Voraussetzung für gesundheitsförderndes Verhalten. Das gleiche gilt für die Akzeptanz der Erkrankung und die Gestaltung von Strukturen, die ein Leben mit anderen und mit der Erkrankung ermöglichen.

Psychoedukation sollte auch die Angehörigen einbinden (s.o.). Die Einbindung von Angehörigen kann unter bestimmten Bedingungen helfen, Vorurteile und Stereotypen (vgl. Kapitel 4.1.) über die Erkrankung abzubauen (bei manchen aber auch diese weiter aufzubauen), den Patienten Unterstützung von außen zu geben und (weiterhin) soziale Eingebundenheit zu erfahren. Somit unterstützt Psychoedukation Compliance-Verhalten, wenn in der Kommunikation mit dem Patienten und/oder Angehörigen die relevanten Einflussfaktoren aufgegriffen werden.

Für die vorliegende Arbeit ist die Berücksichtigung des Aspekts Psychoedukation wesentlich bei der Problematik Fahrtauglichkeit bipolarer Patienten. Denn im Rahmen der Psychoedukation werden dem Patienten die wesentlichen subjektiv als wichtig einzuschätzenden persönlichen Risikofaktoren vermittelt. Die Verkehrsteilnahme ist in der (hypo-)manischen Akutphase ausgeschlossen, Risiken bestehen auch in der depressiven Phase. Die Fahrtauglichkeit kann individuell für Patienten auch in der phasenfreien Zeit eingeschränkt sein, wenn zum Beispiel die motorisierte Verkehrsteilnahme als persönlicher Stressor erkannt wird. Psychoedukation stellt eine Hilfe für die Patienten dar, das Thema Fahrtauglichkeit zu besprechen und die entsprechende Relevanz im eigenen Verhalten zuzu-

schreiben. Da die Teilnahme am Straßenverkehr für bipolare Patienten ein Risikoverhalten bedeuten kann, wird auch die Thematik Risikoverhalten im nachfolgenden Kapitel gesondert betrachtet.

6. Risikoverhalten

Die Definition nach Dorsch (1998, S. 744) beginnt mit: „Risikoverhalten bezeichnet Verhalten in Risikosituationen und bedeutet somit nicht riskantes Verhalten“. Dies stellt eine Tautologie dar. Die nachfolgende Ausführung wird allerdings fassbar: „Das Verhalten in Risikosituationen kann dadurch gekennzeichnet sein, dass

- a) in einer bestimmten Ausgangslage verschiedene Handlungsalternativen mit entsprechenden Handlungszielen gewählt werden können
- b) das Nicht-Erreichen des gewählten Handlungsziels zu einem Zustand führt, der subjektiv unerwünschter ist als die Ausgangslage.“

Ein Überblick über den Forschungsstand zum Risikoverhalten wird ausführlich bei Bergler et al. (2000) und Schwarzer (2005) beschrieben.

6.1. Risikowahrnehmung

Risiko ist weder eine grundsätzlich negative noch eine grundsätzlich positive Größe menschlichen Erlebens. Risiko kann Angst, Unsicherheit und passive Betroffenheit auslösen, ebenso aber Verarbeitungs-, Leistungsmotivation und Kreativität aktivieren (Bergler et al., 2000, S. 11).

Risikofaktoren sind keine objektiven, sondern im Wesentlichen psychologische Größen. Erst ein Reiz, der als Risiko wahrgenommen wird, gewinnt Einfluss auf das Verhalten.

Im Folgenden werden die für die vorliegende Arbeit wichtigen Aspekte von Risikowahrnehmung aufgeführt:

- Die eigenen Fähigkeiten, Risiken zu kontrollieren, werden vielfach überschätzt (wenn zum Beispiel Patienten Auto fahren; manchmal überschätzt auch der Arzt die Compliance seines Patienten; nach Klingholz, 1992)
- Vorurteile als vermeidbare Risikofaktoren (= Handeln, das auf Vorurteilen gegründet ist, vgl. hierzu Kapitel 4.1.)
- Die psychologische Risikobilanz – die immer zur Anwendung gelangt, wenn es um persönliche Handlungs-, Entscheidungsalternativen geht, zum Beispiel das persönliche Präventionsverhalten (vgl. Bergler et al., 2000).

Das Bilanzierungsmodell von Bergler (1986, 2000) hat sich als Modell mit hohem Erklärungs- und Vorhersagewert für konkretes menschliches Verhalten herausgestellt. Psychologische Bilanzen sind Motivationsgrundlage für menschliche Entscheidungen und menschliches Verhalten. Da die Entscheidung, mit dem bipolaren Patienten ein Aufklärungsgespräch hinsichtlich von Fahrtauglichkeit zu führen, ebenfalls auf einer persönlichen Bilanzierung in Bezug auf den Arzt beruht, sei dieser Aspekt näher beschrieben:

Entscheidend für Handlungen und Entscheidungen ist die naive persönliche Risikobilanz, das heißt man wägt die Vor- und Nachteile einer Verhaltensweise und deren Konsequenzen hinsichtlich ihrer subjektiven Eintrittswahrscheinlichkeit ab. Entscheiden und Verhalten ergeben sich aus der gleichzeitigen Einschätzung möglicher subjektiver Nutzen und Kostenfaktoren von risikohaltigem Verhalten. Das heißt: das Ausmaß der erlebten Bedrohung, der persönlichen Bedeutung eines Risikofaktors (zum Beispiel der Fahrtauglichkeit eines Patienten als Bedrohung für den Patienten oder für andere Verkehrsteilnehmer) hängt einerseits davon ab, wie wichtig einem Menschen bestimmte Bedürfnisse oder Wertvorstellungen sind (Fahrtauglichkeit versus eventuell weitere Stigmatisierung durch Aufgabe der Mobilität, vgl. Kapitel 6.3.), andererseits davon, inwieweit er damit rechnet, ein Risikofall zu werden, und welchen Stellenwert der in Frage kommende Risikofaktor in der subjektiven Gefährdungshierarchie einnimmt (wie gefährlich schätze ich eine Verkehrsteilnahme ein?). Je größer die Bedeutung eines Verhaltens für mein persönliches Leben ist oder je ausgeprägter der antizipierte Nutzen im Vergleich zu den Kosten ist, umso intensiver beschäftige ich mich damit.

Eine ausführliche Diskussion zu dem Bilanzierungsmodell findet sich bei Bergler (1986, 2000) und Hoff (2002).

6.2. Verarbeitungsmechanismen

Risiken können mit Hilfe der folgenden Mechanismen verarbeitet werden (vgl. Bergler et al., 2000).

a) Verdrängungsmechanismen

- Aktive Verdrängung (man vermeidet es, persönliche Risikofaktoren wahrzunehmen, zum Beispiel durch das Nicht-Erscheinen bei Psychoedukationsgruppen oder durch die Nicht-Einnahme von Medikamenten als Zeichen der Krankheitsverdrängung)
- Kontrollillusion (man entwickelt ein Gefühl der Kontrolle in Situationen, die tatsächlich nur vom Zufall bestimmt sind)
- Unrealistischer Optimismus: Glaube an die Unverletzbarkeit
- Risikoverdrängung durch zeitlich begrenzte Risikobeherrschung (Risiko, das nicht täglich konkret erlebt werden kann und dann zum Beispiel zur Vernachlässigung der Prophylaxe führt)
- Risikoverdrängung durch „Übersättigung“ (bei ständiger vorhandener Präsenz). Übersättigung tritt dann nicht ein, wenn Risiko als motivierende Herausforderung zur selbstverantwortlichen Gestaltung der eigenen Lebensqualität gesehen wird (zum Beispiel „ich halte mich an die Prophylaxe, damit ich ein normales Leben führen kann“)

b) Verschiebungsmechanismen

- Umgang mit Risiken durch externale Kausalattribution (vgl. Kapitel 4) und damit Entlastung von Selbstverantwortlichkeit

c) Aktive Risikoverarbeitung

- Optimismus (als Grundhaltung für die Ausbildung und Aktivierung von Ressourcen)
- Risikobereitschaft (Notwendigkeit des selbstverantwortlichen Umgangs mit Risikofaktoren und ihrer kreativen Verarbeitung, zum Beispiel in der Psychoedukation: Erarbeitung der persönlichen Risikofaktoren und Suche nach kreativen Lösungen zur Bewältigung der Risiken)
- Leistungsmotivation („ich kann das Risiko bewältigen“, auch hier wird im Rahmen der Psychoedukation versucht den bipolar Erkrankten

Selbstvertrauen in die eigenen Stärken zu geben und ihre Kompetenzen auszubauen)

Die rein rationale Aufklärung (Wissen) ist keine hinreichende, wohl aber eine notwendige Bedingung für eine aktive Risikobewältigung (Verhalten). Erst wenn Wissen emotional aufgeladen wird, kann es verhaltens- und handlungsrelevant werden (Bergler, 2000).

6.3. Risikofaktoren und -verhalten von bipolar Erkrankten

a) Stigmatisierung durch Krankheit.

Was heißt Stigmatisierung durch Krankheit? Krankheiten, die Angst, Unsicherheit oder Unverständnis erregen, werden oft nicht nur nicht akzeptiert, sondern ziehen die Ausgrenzung der Erkrankung und der Kranken nach sich. Diese Menschen sind durch ihre Erkrankung stigmatisiert (Mahlzahn, 1979). Bei chronischen Erkrankungen wie psychischen Krankheiten sind solche Vorurteile verbreitet und resistent (Mahlzahn, 1979). Stigmatisierung ist ein wichtiges Thema bei den betroffenen bipolar Erkrankten und ihren Angehörigen. Für einen psychisch Kranken bedeutet dies, in seiner Gesamtheit störend zu sein. Als *Irrer abgestempelt* heißt eine Totalisierung der Krankenrolle.

Psychisch Kranke werden in hohem Maße mit Vorurteilen und Stereotypisierungen konfrontiert. Es folgt soziale Distanzierung von den Kranken durch die Mitmenschen, um sich selbst damit emotional zu entlasten (vgl. Maneros, 2004, Mahlzahn, 1979, Angermeyer und Freyberger, 1982). Durch diese Angst vor Stigmatisierung kann ein Verleugnungsprozess der Erkrankung verstärkt werden (vgl. Kapitel 6.2.). Gefährdet sind damit Compliance sowie Therapieverlauf und -erfolg.

Zur Stigmatisierungsangst gehören auch die finanziellen und emotionalen Folgen der Erkrankung. Die betroffenen Erkrankten verlieren oftmals die Unterstützung der Freunde, der Familienmitglieder und werden aus der Gesellschaft, etwa durch den Verlust des Arbeitsplatzes, ausgegrenzt (Maneros, 2004).

Gegen die Stigmatisierung kämpfen zahlreiche Prominente, die selber erkrankt sind und sich zu ihrer Erkrankung öffentlich bekennen, beziehungsweise Projekte, die den oft sehr kreativen, nicht prominenten Erkrankten helfen sollen, Selbstvertrauen zu gewinnen und so ihre Anerkennung in der

Gesellschaft zu erkämpfen (Jamison, 2005). Ein solches Projekt ist z. B. in Deutschland die Homepage Bipol-Art.

b) Alkohol- und sonstiger Substanzmissbrauch

Dies ist die häufigste Begleiterkrankung bipolar Erkrankter. Zudem kann der Substanzmissbrauch zu Wechselwirkungen mit den verordneten Medikamenten führen (Maneros, 2004).

c) Stress und Schlafmangel (Wehr, 1989; Meyer & Hautzinger, 2004)

Stress und Schlafmangel wirken sich negativ auf die angestrebte Balance aus (wie ausgewogenes Verhältnis von Schlaf und Wachphasen; Ruhe und Aktivierung; vgl. Kapitel 5.2.). Risikoverhalten wie die Zufuhr von Koffein wirkt sich zudem ungünstig auf die Schlafdauer aus und fördert Nervosität und Unruhe; Bipolare können in besonderer Weise dafür anfällig sein und eine Manie dadurch auslösen. Der Genuss von Alkohol als weiteres Risikoverhalten wirkt sich – abgesehen von der Gefahr einer Abhängigkeit – negativ auf Schlaftiefe und Schlafdauer aus und wirkt enthemmend, was einer antimani-schen Prophylaxe entgegensteht. Zudem verstärkt Alkohol Depressivität.

d) Suizidgefährdung

Patienten mit bipolarer Störung weisen ein erhöhtes Suizid-Risiko auf (Simpson und Jamison 1999): Mindestens jeder vierte Patient unternimmt einen Selbsttötungsversuch, 20 % versterben an Suizid (Simpson & Jamison 1999). Gefährdet sind vor allem junge Männer zu Beginn der Erkrankung und Patienten, die kurz zuvor aus dem Krankenhaus entlassen worden sind (Simpson & Jamison 1999, Angst et al. 1999).

Die Risikofaktoren Suizidalität und Stigmatisierung bipolar Erkrankter weichen von den Werten der Norm-Bevölkerung ab. Die anderen Risikofaktoren gelten zwar auch für die Normalbevölkerung - so kann Alkoholgenuss gebräuchlich und sozial angepasst wirken, in anderen Situationen aber auch als missbräuchlich (Hoff, 2001), vor allem bei Autofahrern-, für bipolar Erkrankte bedeutet Alkoholkonsum allerdings auch ein erhöhtes Risiko für den Therapieerfolg und die damit verbundenen Folgen eine zusätzliche Belastung (vgl. Meyer & Hautzinger, 2004).

6.4. Risikoverhalten im Straßenverkehr: Bipolare Erkrankung und Fahrtauglichkeit

Die Mobilität vieler Patienten hängt oftmals von der Benutzung eines Fahrzeugs ab, weshalb die Untersuchung der Fahrsicherheit unter einer Psychopharmakatherapie eine hohe praktische Relevanz hat (Brunnauer & Laux, 2008). Das Aufsuchen eines Arztes, der Tagesklinik, des Arbeitsplatzes und soziokulturellen Veranstaltungen ist nicht selten nur mit Hilfe des eigenen Kraftfahrzeugs möglich. Die Anforderungen an den Verkehr nehmen hinsichtlich Dichte und Tempo zu. Es findet sich eine statistisch signifikante Häufung von schuldhaft verursachten Verkehrsunfällen bei Fahrern mit positivem Nachweis von Alkohol oder der Kombination von Alkohol und Arzneimitteln. Unter letzteren nehmen Psychopharmaka eine Spitzenstellung ein (Laux, 2002). Nach Cremona (1986) geht man davon aus, dass etwa ein Viertel aller Autounfälle durch Alkohol, Drogen, körperliche Krankheiten oder psychische Störungen verursacht wird.

Vaa (2003) veröffentlichte im Rahmen des EU-Forschungsprogrammes IMMORTAL (Impaired Motorists, Methods Of Roadside Testing and Assessment for Licensing) Ergebnisse einer Metaanalyse über 62 Studien zum Thema „Unfallrisiko Krankheit“. Die Analyse weist auf ein um den Faktor 1,3 allgemein erhöhtes Unfallrisiko im Vergleich zu Gesunden hin. Als Faktoren mit hohem Risiko für die Verkehrssicherheit werden vor allem Alkoholismus, psychische und neurologische Erkrankungen, Drogen und Medikamente aufgezählt.

Nach Schätzungen der Deutschen Verkehrswacht wird etwa jeder vierte Verkehrsunfall direkt oder indirekt durch Wirkungen und/oder Nebenwirkungen von Medikamenten mit beeinflusst. Mindestens 10 % der bei Unfällen Verletzten oder Getöteten standen unter dem Einfluss von Psychopharmaka (Berghaus, 1997).

Oftmals erweisen sich Verkehrsunfälle bei genauerer Untersuchung als Suizide (spontan oder geplant). Nach einer finnischen Studie wurden in offiziellen Statistiken 2,6% aller Verkehrstoten (Fahrer) als Suizid klassifiziert, das Ergebnis der Studie legt einen wahrscheinlichen Prozentsatz von 5,9% nahe. Dies stellt einen nicht unerheblichen Teil der Verkehrstoten. Dabei zeigte sich weiterhin, dass 43% der Verunglückten eine psychische Erkrankung hatten – identifiziert durch die medikamentöse Therapie - die genaue Diagnose konnte nicht eingesehen werden (Ohberg et al., 1997).

Nicht nur die Datenlage zu Verkehrsunfällen bei psychischen Einschränkungen ist defizitär. „Systematische Studien zur Frage der Auswirkungen von Psychopharmaka auf psychomotorische und kognitive Leistungen in klinischen Populationen existieren nur vereinzelt; bezogen auf die Frage der Fahrtüchtigkeit stellt sich die Datenlage als noch unbefriedigender dar. Die meisten Untersuchungen wurden an gesunden Probanden unter Einmaldosierungen durchgeführt und sind somit nur begrenzt.“ (Brunnauer & Laux, 2007, S.48)

In Deutschland besteht keine Meldepflicht für Erkrankungen, die die Fahrtüchtigkeit einschränken können. Der Verkehrsteilnehmer hat jedoch die Pflicht zur Vorsorge, dass er nicht aufgrund physischer oder psychischer Erkrankungen beeinträchtigt ist, sich sicher im Straßenverkehr zu bewegen. Der Behandelnde wiederum hat Aufklärungspflicht gegenüber dem Patienten; er muss ihn über Risiken der Erkrankung, der Therapie und über eventuelle Konsequenzen für den Alltag informieren. Erst wenn die Ansprache (Response) auf die medikamentöse Behandlung einschätzbar ist und keine verkehrsrelevanten Einschränkungen beobachtbar sind, kann eine aktive Verkehrsteilnahme verantwortet werden.

Psychische Erkrankungen gehen oftmals mit einer Vielzahl neurobiologischer Auffälligkeiten einher, die dazu führen, dass Leistungen wie Wahrnehmung, Aufmerksamkeit, Lernen und Gedächtnis oder das Denken, auch nach weitgehender Remission (Wiederherstellung des gesunden Zustandes) der Krankheitssymptomatik, beeinträchtigt sind (Brunnauer & Laux, 2008). Diese Faktoren können von sich aus Beeinträchtigungen der Verkehrssicherheit bewirken. Bei depressiven Patienten stellen diese Faktoren hinsichtlich der Fahrsicherheit ein größeres Problem dar als pharmakogene Faktoren. Bei der Beurteilung pharmakogener Effekte auf neuropsychologische Funktionen ist zu berücksichtigen, dass sich die Leistungsfähigkeit der Patienten nach einer akuten Erkrankungsphase noch über längere Zeit stabilisiert, das heißt er muss gemäß der Leistungsfähigkeit konstante Werte aufweisen, die eine Fahrtauglichkeit bestätigen (vgl. unten Tabelle 6.4.1.) oder der behandelnde Arzt stellt eine Fahrtauglichkeit fest. Es muss die Fahrsicherheit unter medikamentöser Therapie im Verlauf, das heißt in regelmäßigen Abständen, beurteilt werden. Aufgrund der hohen interindividuellen Varianz der Reaktionen auf ein Psychopharmakon ist eine individuelle Beurteilung der Verkehrssicherheit erforderlich (Brunnauer & Laux, 2008).

Kriterien für die Überprüfung der Leistungsdiagnostik sind laut Anlage 5 der FeV:

- Orientierungsleistung – Zielorientierung im optischen Raum,
- Konzentrationsleistung – Störreize aktiv unterdrücken,
- Aufmerksamkeitsleistung – Verarbeitung mehrerer Informationen gleichzeitig,
- Belastbarkeit – Aufrechterhaltung der Aufmerksamkeit bei hoher Reizfrequenz,
- Reaktionsfähigkeit – Reaktionsbereitschaft unter Einfach- und Mehrfachanforderungen.

Rein physische Leistungsvoraussetzungen wie Kraft und Beweglichkeit sind nicht in die Kriterien eingeschlossen. Ebenfalls ist die Erhebung allgemeiner Persönlichkeitseigenschaften nicht Gegenstand einer Beurteilung. Es kann auf die Durchführung von Leistungstests nur dann verzichtet werden, wenn die medizinische oder psychologische Befundlage von sich aus eine günstige Prognose ausschließt (vgl. Brunbauer und Laux, 2007). Tabelle 1 gibt einen Überblick über Leistungsanforderungen und die Kompensation von Eignungsmängeln innerhalb der Fahrerlaubnisklassen.

Tabelle 6.4.1: Anforderungen an die Leistungsfähigkeit

	Anforderungen	Kompensationsfaktoren
Gruppe 1	Mindestens Prozentrang 16* IQ > 70	<ul style="list-style-type: none"> • Trotz einzelner funktionaler Mängel insgesamt ausreichende intellektuelle Kapazitäten • Fahrerfahrung • Fahrverhaltensprobe positiv • Sicherheits- und verantwortungsbewusste Grundeinstellung, • Krankheitseinsicht
Gruppe 2	Mindestens Prozentrang 33* in der Mehrzahl der Verfahren, Ausnahmslos Prozentrang 16*; IQ > 85	

* Bezogen auf altersunabhängige Normwerte; ein Prozentrang von 16 bedeutet, dass 84% der Normstichprobe in diesem Test ein besseres Ergebnis erzielen

Nach Laux (2003) sollten Patienten im Initialstadium einer Psychopharmaka-Behandlung vorübergehend auf die Führung eines Kraftfahrzeugs verzichten und die Wiederbenutzung nach einer fünf- bis 14-tägigen Medikamentenadaptationsphase sowie nach Rücksprache mit dem behandelnden Arzt wieder aufnehmen.

Zu beachten sind die Nebenwirkungen wie Sedierung (Müdigkeit) oder Akkomodationsstörungen. Hauptrisikofaktor ist die Kombination von Psychopharmaka und Alkohol.

Laboruntersuchungen zu Fragen der Fahrtüchtigkeit belegen, dass etwa 20–30 % der Patienten mit depressiven Erkrankungen je nach Medikamentengruppe kurz vor der Entlassung aus der stationären Behandlung erhebliche Beeinträchtigungen in Bezug auf die Verkehrssicherheit aufweisen (Brunnauer et al. 2004, 2006). Für depressive Patienten liegt zudem folgende Empfehlung vor (vgl. Tabelle 6.4.2., nach Laux und Dietmaier, 2006):

Tabelle 6.4.2. Empfehlungen zur Fahrtauglichkeit unter Antidepressiva (TÜV-Empfehlung)

	Tri- und tetrazyklische Antidepressiva	Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI)
Arzneistoffe (Beispiele)	Amitriptylin, Clomipramin, Doxepin, Imipramin, , Maprotilin, Mianserin, Nortriptylin, Opipramol, Trimipramin	Citalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin
Gefahrenindex (Mittelwert)	Antidepressiva allgemein: (2,6) deutliche Beeinträchtigung	1,5 (1,4) = Fehlende bis leichte Beeinträchtigung
Für die Verkehrssicherheit relevante Nebenwirkungen	Besonders zu Behandlungsbeginn: Müdigkeit, Benommenheit, Schwindel (häufig), orthostatische Hypotonie, Tachykardie	Besonders zu Behandlungsbeginn: Übelkeit, Unruhe, Schlafstörungen
Beurteilung	Wegen der möglichen Einschränkung des Reaktionsvermögens sollte das Führen von Fahrzeugen zumindest während der ersten 10 bis 14 Tage der Behandlung unterbleiben. Die Entscheidung trifft im Einzelfall der Arzt unter Berücksichtigung des Krankheitsbildes der individuellen Reaktion, der Dosierung und der Anwendungsdauer.	Wegen der eher aktivierenden Effekte in der Regel keine Leistungsbeeinträchtigungen. Die Entscheidung trifft im Einzelfall der Arzt unter Berücksichtigung des Krankheitsbildes, der individuellen Reaktion, der Dosierung und der Anwendungsdauer.
Empfehlung	Der Patient soll sich selbst beobachten. Schon kleine Änderungen der Bewusstseinslage während der Therapie sind dem Arzt mitzuteilen. Vor allem in der Anfangsphase in Kombination mit anderen Medikamenten ist äußerste Vorsicht geboten. Der Alkoholverzicht ist besonders ernst zu nehmen.	Der Patient soll sich selbst beobachten. Schon kleine Änderungen der Bewusstseinslage während der Therapie sind dem Arzt mitzuteilen

Vor diesem Hintergrund ist die Thematik der Fahrtüchtigkeit sowohl für den Patienten als auch für den behandelnden Arzt mit großer Unsicherheit verbunden und wird oftmals nicht aktiv angesprochen (Brunnauer & Laux, 2008).

Insgesamt gibt es für die Fahrtauglichkeit auf der einen Seite klare Kriterien bezüglich der Leistungsfähigkeitsanforderung. Auf der anderen Seite stehen diesen aber Kompensationsfaktoren entgegen, Handlungsempfehlungen werden uneindeutig und lassen dem Arzt somit in der Entscheidung einen Handlungsspielraum, den unterschiedliche Arzttypen unterschiedlich nutzen. So wird es Mediziner geben, die sich auf die klaren Leistungsfähigkeitskriterien zurückziehen, und andere, die alle Aspekte der Kompensationsfaktoren einbeziehen oder nur Teile davon als wichtig erachten. Da es zudem keine Studien auf Krankheitsbilder bezogen zu den Fahrleistungen und auch Fahreinschränkungen gibt, stellt sich die Frage, welche Patientenklientel bei der Erstellung der Kompensationsfaktoren berücksichtigt wurde.

6.4.1. Auswirkungen der Medikamente auf die Fahrleistung

Innerhalb der Verkehrssicherheit spielt der Faktor Arzneimitteleinnahme eine nicht unwesentliche Rolle: 15–20 % der in Deutschland verfügbaren Medikamente können die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen (De Gier, 1993).

Die Medikamente, die ein bipolarer Patient im Verlauf seiner Erkrankung einnehmen muss, haben unterschiedlichen Auswirkungen auf seine Fahrleistung. Systematische Studien zur Frage der Auswirkungen psychotroper Medikation (=Psychopharmaka) auf psychomotorische und kognitive Leistungen in klinischen Populationen existieren nur vereinzelt; bezogen auf die Frage der Fahrtüchtigkeit stellt sich die Datenlage als noch unbefriedigender dar (Berghaus, 1997). Die meisten Untersuchungen fanden mit gesunden Probanden unter Einmaldosierungen statt und sind somit nur begrenzt auf klinische Alltagsbedingungen übertragbar. In Deutschland hat der TÜV Rheinland, basierend auf den Studienergebnissen der Arbeitsgruppe um Wolshrijn et al. (1991) zum Themenbereich Medikamente und Verkehrssicherheit, eine Einzelbewertung verschiedener Medikamenten- und Substanzgruppen unter Berücksichtigung unterschiedlicher Dosierungsvarianten errechnet. Diese Einteilung gibt ein Maß der Gefährdung (von 1=keine, 2=leichte, 3=deutlich und 4=ernsthafte Gefährdung) der Verkehrssicherheit bei den verschiedenen Medikamentengruppen, stellt jedoch keine abschlie-

Bende Bewertung dar (Brunnauer & Laux, 2008). Demnach wird Neuroleptika eine deutliche Gefährdung zugesprochen, Antikonvulsiva und Antidepressiva eine leichte bis deutliche Gefährdung. Bei einer deutlichen Gefährdung wird empfohlen, vom Führen eines Fahrzeuges zumindest eine Zeitlang abzusehen (vgl. Tabelle 6.4.2.). Bei einer leichten Gefährdung obliegt die Entscheidung dem behandelnden Arzt.

Ausführliche Beschreibungen zu den einzelnen Substanzgruppen und Substanzen finden sich zum Beispiel auch bei Laux (1997), Maneros (2004), Brunnauer und Laux (2008). Im Folgenden wird eine Zusammenfassung zu den Antidepressiva (Einsatz bei depressiven Phasen), Antipsychotika (Einsatz bei manischen Phasen) und Phasenprophylaktika als Erhaltungsmedikation gegeben, in Anlehnung an Brunnauer und Laux (2008) bzw. Laux et al. (1997).

- Antidepressiva

Zu Beginn einer Behandlung ist bei hoher Initialdosis, bei Infusionstherapie sowie bei stark sedierenden Antidepressiva eine Fahrtüchtigkeit nicht gegeben, und es ist von einer Verkehrsteilnahme abzuraten. Denn Akuteffekte von insbesondere sedierenden Antidepressiva können das Unfallrisiko erhöhen, nach Abklingen der Symptomatik sind mit Antidepressiva behandelte Patienten in der Regel wieder fahrtüchtig (Brunnauer & Laux, 2008).

Neuere Untersuchungen zeigen, dass im Vergleich zu den älteren trizyklischen Antidepressiva Moclobemid, Paroxetin, Citalopram, Venlafloxin und Fluoxetin die Fahrsicherheit nicht beeinträchtigen, das heißt, signifikante Beeinträchtigungen kognitiver und psychomotorischer Leistungsparameter (wie Aufmerksamkeit, Müdigkeit etc.) bleiben aus; für diese Substanzen trifft der „Standard-Hinweis für Verkehrsteilnehmer“ in der Fach- und Gebrauchsinformation nicht zu (vgl. Laux, 1995).

- Neuroleptika

Zu Beginn der Behandlung besteht in der Regel keine Fahrtauglichkeit, später in der Erhaltungsmedikation ist laut Laux et al. (1997; 2008) eine Verkehrsteilnahme in der Regel nicht zu verneinen. Entscheidender als die Pharmakotherapie ist aber das Krankheitsbild: Patienten floriden Psychosen (=Stadium der vollständigen Symptomausprägung) sind ungeeignet, ein Kraftfahrzeug zu führen. Die Effekte von Neuroleptika/Antipsychotika weisen eine große Variabilität auf, häufig ist es schwierig, die Defizite eindeutig der Krankheit oder der Medikation

zuzuordnen. Neuere atypische Neuroleptika scheinen hinsichtlich der Effekte auf Vigilanz und Psychomotorik Vorteile gegenüber konventionellen Neuroleptika wie Haloperidol aufzuweisen. Neuroleptika vom Typ der Phenothiazine und auch Hypericin können zu Photosensibilisierung führen, eine starke Sonneneinstrahlung sollte vermieden werden. Die Ausführungen in diesem Abschnitt zeigen wiederum auf, dass in der Erhaltungstherapie die Einschätzung der Fahrtauglichkeit des Patienten dem behandelnden Arzt obliegt.

- Tranquilizer und Hypnotika

Tranquilizer und Hypnotika beeinträchtigen häufig Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit.

- Phasenprophylaxe

Nach abgeklungener Psychose ist die Fahrtauglichkeit in der Regel wiederhergestellt. Nicht die Dosierung der Medikation, sondern die individuell unterschiedlichen Funktionsbeeinträchtigungen sind relevant und im Einzelfall zu prüfen (Laux, 1995; 1997). Allerdings liegen zu Patienten unter einer rezidivprophylaktischen Langzeitmedikation mit Stimmungsstabilisierern hinsichtlich Fahrtauglichkeit kaum Untersuchungsdaten vor. Unter Lithiumsalzen ist auf die initiale Sedierung zu achten. In Abhängigkeit von Plasmakonzentrationen wurden reduzierte Reaktionszeiten beschrieben (Hatcher et al., 1990; Etminan et al. 2004). Unter Carbamazepin kann es dosisabhängig zu Müdigkeit kommen, unter Valproat wurden Einzelfälle chronischer Enzephalopathien beobachtet, was sich in Störungen höherer kortikaler Funktionen und Teilnahmslosigkeit äußerte (vgl. Brunbauer & Laux, 2008). Für das in jüngster Zeit auch als Stimmungsstabilisierer eingesetzte Topiramamat geht man von negativen Effekten auf attentionale und kognitive Funktionen sowie von negativen Auswirkungen auf die Verkehrssicherheit aus (vgl. Martin et al., 1999; Gordon & Logan, 2006).

Brunbauer und Laux (2008) halten fest, dass der behandelnde Arzt Psychopharmaka sorgfältig auch unter verkehrsmedizinischen Aspekten auswählen sollte und stets eine individuelle Beurteilung der Fahrtauglichkeit unter Berücksichtigung des Krankheitsbildes und -verlaufes, der individuellen Reaktion auf das verordnete Präparat und die Dosierung treffen muss. Er muss den Patienten dazu anhalten, sich selbst zu beobachten und schon kleine Veränderungen des Bewusstseins während der Therapie dem Arzt mitzuteilen. Er ist insbesondere darüber zu informieren, dass er keine eigenmächtige Selbstmedikation vornehmen

darf. In Zweifelsfällen ist eine neuropsychologische Untersuchung verkehrsrelevanter Leistungsfunktionen anzuraten.

Zur Aufklärungspflicht des Arztes (Laux et al., 1997):

„Der Arzt muss den Patienten auf die Gefahren der Beeinträchtigung der Verkehrssicherheit infolge möglicher reduzierter Reaktions- und Wahrnehmungsfähigkeit hinweisen, insbesondere auch auf eventuelle Wechselwirkungen mit anderen (Psycho-)pharmaka und Alkohol. Die selbstkritische Einsichts- und Kooperationsfähigkeit des Patienten stellt den entscheidenden Beurteilungsfaktor dar, bei uneinsichtigen Patienten muss der Arzt im Einzelfall abwägen, ob er unter Berufung auf seine Schweigepflicht von Schritten wie einer Meldung absieht oder einen rechtfertigenden Notstand annimmt.“(Laux et al. , 1997, S. 116)

Marneros (2004) hält im Zusammenhang von Delikten bipolar Erkrankter fest: „Manische Patienten begehen wahrscheinlich häufiger als depressive Patienten Delikte. ... Straßenverkehrsdelikte, wie etwa überhöhte Geschwindigkeit, Missachtung von Vorfahrtszeichen und Verkehrsampeln, sind ebenfalls im Rahmen der manischen Betriebsamkeit, Enthemmung, Omnipotenz oder falschen Einschätzung der Realität zu finden“ (Marneros, 2004, S.541-542).

Insgesamt findet eine eher zurückhaltende Auseinandersetzung mit der Verkehrsteilnahmemöglichkeit bipolar Erkrankter statt. Die aktive Auseinandersetzung mit der Aufklärung bzw. der Gesprächsführung zu diesem Thema ist ebenfalls nur gering ausgeprägt. Die Relevanz für die Praxis ist gegeben, denn Verkehr beeinträchtigende Medikamente werden bei bipolar Erkrankten eingesetzt. Es treten im Krankheitsverlauf immer wieder kritische Phasen auf, die Aufdosierung, Umstellung und das Absetzen von Medikamenten umfassen. Und nicht zuletzt ist der Psychopharmaka verordnende Arzt dazu verpflichtet, den Patienten über mögliche, die Verkehrssicherheit beeinträchtigende Nebenwirkungen zu informieren und dies entsprechend auch dokumentieren.

In Deutschland sind die Kriterien für eine Fahrtauglichkeit zum Teil deutlich unschärfer festgelegt als in anderen Ländern, wie im folgenden Kapitel erläutert wird.

6.5. Verkehrsteilnahme von psychisch Kranken: Ein Ländervergleich

Zu der Fahreignung bei affektiven Störungen findet sich bei Afflerbach et al. (2004, S. 704) folgende Erläuterung: „Die wesentlichen, verkehrsrelevanten Beeinträchtigungen, die von einer depressiven Erkrankung ausgehen und im Mittelpunkt des verkehrsmedizinischen Interesses stehen, sind psychomotorische Leistungseinbußen und die Reduktion emotionaler Funktionen, die für die Verhaltenssteuerung von Bedeutung sind. Das Maß der Einschränkung korreliert mit dem symptomatischen Ausprägungsgrad der depressiven Störung. Verläufe mit wahnhafter oder agitierter Depression oder mit suizidalen oder stuporösen Symptomen sowie rezidivierende Verläufe zählen zu den schweren Depressionen und schließen die Fahreignung aus. Gleiches gilt für alle Ausprägungsarten bipolarer Störungen. Bei geringer ausgeprägten depressiven Erkrankungen kann die Fahreignung gegeben sein, wenn die Leistungsfähigkeit nicht wesentlich beeinträchtigt ist.“

Für die Schweiz gelten die folgenden Kriterien für Fahreignung und psychische Erkrankung (Afflerbach et al., 2004, S.705):

- a.** Bei schwereren Verläufen depressiver Erkrankungen, allen Formen bipolarer Zustandsbilder und bei schizophrenen Störungen ist die Fahreignung nicht gegeben. Nach Abklingen der akuten Krankheitsphase sind je nach Art und Schweregrad der Erkrankung unterschiedliche Fahrkarenzfristen einzuhalten.
- b.** Eine Beeinträchtigung der Fahreignung resultiert am häufigsten aus dem missbräuchlichen oder verkehrsrelevanten Konsum psychotroper Substanzen (vor allem Alkohol). Für bipolar Erkrankte stellt der Alkoholkonsum häufig eine deutliche Einschränkung dar (vgl. Kapitel 6.3.).
- c.** Medikamente mit sedierender Wirkung, hier ist vor allem an Sedativa (z.B. Benzodiazepine), sedierende Antipsychotika und Antidepressiva zu denken, können vorübergehend die Fahreignung beeinträchtigen. Die kontinuierliche Therapie einer psychischen Erkrankung, welche die Fahreignung einschränkt, wirkt sich auf die verkehrsmedizinische Beurteilung insgesamt jedoch günstig aus.

- d.** Unter verkehrsmedizinischen Gesichtspunkten ist der Einsatz nicht sedierender Substanzen zu bevorzugen (z.B. atypische Antipsychotika, SSRI-Antidepressiva).
- e.** Eine mögliche Beeinträchtigung der Fahreignung durch Medikamente sollte nach Erstverordnung oder Dosiserhöhung eines Präparates über einen ausreichenden Zeitraum (einige Wochen) hinweg beobachtet werden, bis aufgrund der überprüften Leistungskriterien eine Fahreignung nicht verneint werden kann.
- f.** Die Aufklärung bezüglich einer möglichen Beeinträchtigung der Fahreignung durch psychische Krankheit oder durch Arzneimittelwirkungen dient der Information des Patienten und der forensischen Absicherung des behandelnden Arztes. Durchführung und Inhalte des Aufklärungsgespräches sind in der Krankengeschichte zu dokumentieren.

Die Fahrkarenzzeiten in der Schweiz sind in der nachfolgenden Tabelle für die bipolare Erkrankung aufgeführt:

Tabelle 6.5.1.: Empfohlene Fahrkarenzfristen, verkehrsmedizinische Beurteilungskriterien und Therapieauflagen bei Psychosen und Persönlichkeitsstörungen (Arbeitsgruppe Verkehrsmedizin, nach Afflerbach et al, 2004)

Störungstyp	Fahrkarenzdauer	Kriterien, die eine Befürwortung der Fahreignung günstig beeinflussen
Schwere (rezidivierende) Depressionen; alle bipolaren Störungen, alle affektiven Störungen mit Suizidalität	>1 Jahr Bei einmaliger, schwerer depressiver Episode: bis zur deutlichen Besserung der Symptomatik	Besserung der Symptomatik, bei Rezidiven 1 Jahr Symptomfreiheit, gute Therapiecompliance, evaluierte Pharmakotherapie (vorzugsweise SSRI), im Zweifelsfall Fahrprobe, psychologische Testung (v.a. kognitiver Fähigkeiten → Aufmerksamkeit, Reaktionsgeschwindigkeit und Informationsverarbeitung etc.)
Leichtere Depressionen	–	Leichte bis mittelgradige, nicht verkehrsrelevant wirksame, depressive Symptomatik, keine kognitiven Leistungsschwächen, Pharmakotherapie

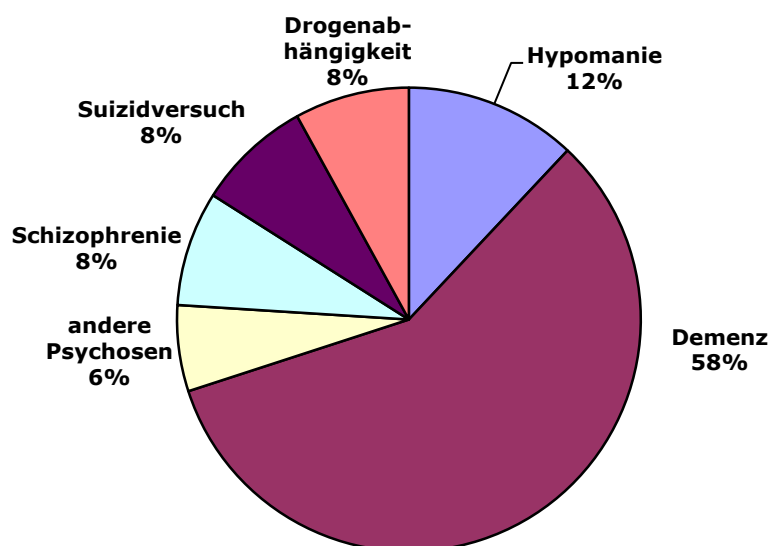
In Großbritannien widmet sich eingehend Harris (2000) der Fahrtauglichkeit psychisch Erkrankter. Die Ergebnisse von Cremona (1986), dass Patienten in der hypomanen Phase schneller Auto fahren als üblicherweise und sich dies ungünstig auf die Verkehrsteilnahme auswirken könne, bewertet er als intuitiv ableitbar. Aus den Studien, die sich mit depressiven Patienten befassen, leitet er

ab, dass die Inzidenz von Autofahrern, die sich suizidieren, wahrscheinlich unterschätzt wird (Harris, 2000):

- Patienten in der depressiven Phase mit psychomotorischen Verzögerungen können Konzentrationsstörungen und eine erhöhte Suizidalität während des Fahrens aufweisen (Isherwood et al, 1982; Silverstone, 1988).
- Ohberg et al. (1997), die zwischen 1987 und 1991 Unfalldaten mit Teams bestehend aus Polizei, Arzt, Autotechniker und Straßenverkehrsamtspezialist in Finnland sammelten, berichten folgende Ergebnisse: Mindestens 5,9% der tödlichen Unfälle waren Selbstmorde (Frontalkollisionen mit einem größeren Fahrzeug). In 4% der Fälle führte der Unfall zu dem Tode einer weiteren Person. Risikofaktoren waren junges Alter, kritische Lebensereignisse, psychiatrische Störungen, Alkoholabusus und Fahren unter Alkoholeinfluss (vgl. Kapitel 6.4.).

Nach Harris (2000) waren 20% der Unfallverursacher psychisch erkrankt. Daraus leitet er ab, dass eine nicht unerhebliche Anzahl psychisch Erkrankter ein Kraftfahrzeug führt. Daher plädiert er für eine genauere Beobachtung der Fahrtauglichkeit dieser Patienten und für die rechtzeitige Aufklärung über ihre Risiken. Harris (2000) gibt einen Überblick über die Ursachen von Unfällen in Großbritannien, die er anhand von Polizeiberichten (n=250) ermittelte:

Abbildung 6.5.1: Psychiatrische Störungen als Unfallursache, nach Polizeibericht, 1995(n=50)



Harris (2000) erkennt an, dass Autofahrer mit einer psychiatrischen Störung sicherer fahren, wenn sie auf eine Medikation eingestellt sind, die ihre Krankheit wirksam behandelt. In diesem Punkt sind sich die Psychiater über alle Länder hinweg einig. Allerdings merkt Harris (2000) an, dass eine inadäquate Behandlung oder der Mangel an Compliance die Fahrtauglichkeit sowohl durch die Krankheit als auch durch die Medikamente beeinträchtigt werden kann. Daher sollten Patienten immer nach ihren Fahrgewohnheiten befragt werden, um sie entsprechend beraten zu können. Medizinische Standards im Umgang mit psychiatrischen Erkrankungen in Bezug auf die Thematik Fahreignung sind seit 1994 etabliert, aber zwei Studien Mitte der neunziger Jahre (Humphreys & Roy, 1995; Thompson & Nelson, 1996) zeigen, dass Psychiater diese in hohem Maße nicht kennen. Die Behörde „Driver and Vehicle Licensing Agency (DVLA)“ hat die medizinischen Standards für die Fahreignung festgeschrieben. Ein Führerscheinbesitzer hat demnach die Pflicht, die DVLA davon zu unterrichten, dass sein medizinischer Zustand seine Fahreignung beeinflussen kann (vgl. Harris, 2000).

Auch im europäischen Vergleich sind Studien zur Fahreignung bipolar Erkrankter nur in geringem Umfang vorhanden. Das Wissen über Aufklärungsgespräche und verfügbare Instrumentarien ist gering. Möglicherweise finden entsprechende Studien auch aus anderen Gründen nicht statt, etwa, um eine weitere Stigmatisierung der Erkrankten zu vermeiden.

7. Grundannahmen und Modelle der vorliegenden Untersuchung

Die Arbeit beschäftigt sich mit der alltäglichen, aber immer wieder herausfordernden Situation der Arzt-Patienten Kommunikation bei bipolar Erkrankten unter Berücksichtigung von Risikoverhalten. Als Beispiel für Risikoverhalten wurde in der vorliegenden Arbeit die motorisierte Teilnahme im Straßenverkehr als ein Funktionsbereich im Alltagsleben gewählt. Da hier neben der Eigengefährdung auch eine mögliche Fremdgefährdung entstehen kann, ohne dass Konsequenzen zwingend antizipiert werden, ist nicht nur das Patientenwohl sondern auch das Allgemeinwohl von Interesse.

Die Thematik der Fahrtauglichkeit psychisch Kranker wird bis auf wenige Beiträge in der Literatur (vgl. Kapitel 6) eher vernachlässigt. Während zum Beispiel in der Schweiz eine klare Handlungsrichtlinie für den Umgang mit dieser Thematik kommuniziert wird (vgl. Kapitel 6.5.), besteht in Deutschland eine Empfehlung mit nicht eindeutigen Kriterien (vgl. 6.4.). Die Verantwortung für die Entscheidung einer Fahrtauglichkeit obliegt dem einzelnen Arzt.

Bei jedem einzelnen Arzt-Patientengespräch begibt man sich in einen eigenständigen Kommunikationsprozess, der die Wirklichkeit des Arztes auf der einen Seite und die Wirklichkeit des Patienten auf der anderen Seite umfasst (vgl. Kapitel 4). In der vorliegenden Arbeit wird die Sicht des Arztes erfasst. Somit wird auch die Wirklichkeit des Patienten aus der Perspektive des Arztes wiedergegeben. Daher war es zum einen wichtig Kontrollfragen einzubauen, um Hinweise auf sozial erwünschte Antworten zu erhalten. Zum anderen wird ein weiteres Augenmerk in der Auswertung darauf hin zu richten sein, inwieweit es Abweichungen von den Normalstereotypen gibt. Das heißt, unabhängig von dem verständlichen Versuch sich selbst gut darzustellen, stellt sich die Frage, ob es eine Gruppe kritisch (selbst-)reflektierender Psychiater gibt.

Bei der bipolaren Erkrankung handelt es sich in den meisten Fällen um eine chronische Erkrankung, die somit eine lebenslange Betreuung und dadurch einen wechselseitigen kontinuierlichen Kommunikationsprozess erfordert (vgl. Kapitel 4). Dieser ist notwendig, um wiederum eine auf gegenseitiges Vertrauen aufbauende Arzt-Patientenbeziehung aufrecht zu erhalten. Schließlich obliegt dem Facharzt auch die Aufgabe, risikoreiches Verhalten zu erkennen und dieses im Gespräch mit den Patienten adäquat zu besprechen und ihn auf die Gefahren sei-

nes Verhaltens hinzuweisen oder mit den ihm zur Verfügung stehenden probaten Mitteln entsprechend einzugreifen (vgl. Kapitel 3). In den Explorationen gab es Hinweise darauf, dass teilweise keine Notwendigkeit gesehen wurde, solche Gespräche zu führen oder kompetente Dritte einzubeziehen. Teilweise wurde zwar die Notwendigkeit für entsprechende Gespräche gesehen. Aufgrund von Zeitmangel wurden sie aber als nicht durchführbar betrachtet. Nur wenige Ärzte sahen sich in der Verpflichtung den Patienten über mögliche Risiken hinsichtlich der Fahrtauglichkeit aufzuklären oder sogar dahingehend ein Fahrverbot auszusprechen. Spannend ist, inwieweit diese Unterschiede in der standardisierten Befragung zu Tragen kommen oder auch nicht - aus den oben genannten Gründen wie zum Beispiel sozial erwünschtes Antwortverhalten.

Ziel war es durch eine empirische Befragung zu diesem Thema die Sicht und Vorgehensweise der Fachärzte in Bezug auf eine im Arzt-Patienten-Gespräch nicht allgegenwärtige Thematik des Krankheitsbildes zu untersuchen.

Die vorliegende Untersuchung hatte folgende grundsätzliche Fragestellungen zu klären:

- a. Welche situativen Bedingungen (Tätigkeit in der Klinik vs. Praxis; zur Verfügung stehende Zeit für ein Gespräch etc.) beeinflussen die Bereitschaft des Arztes ein Gespräch über die Fahrtauglichkeit des Patienten zu führen?
- b. Welche sozialen Rahmenbedingungen (Angehörige, Einbindung in Psychoedukation etc.) beeinflussen die spezielle Situation des Gesprächs mit bipolaren Patienten neben den krankheitsbedingten Einflüssen?
- c. Welche allgemeinen psychologischen Bedingungen (z. B. Struktur der Arzt-Patienten Beziehung, subjektives Krankheitserleben, Kommunikationskompetenz) determinieren in welchem Ausmaß die Bereitschaft zu einem Gespräch über die Fahreignung mit dem Patienten zu führen?
- d. Welches Modell erlaubt eine hinreichende Erklärung, wie in Bezug auf das Arzt-Patienten Gespräch mit der Thematik Fahreignung eine effektivere Beratungssituation bewerkstelligt werden kann?

In einem heuristischen Modell sollen nun zunächst die zentralen vorliegenden Konstrukte und Annahmen, die sich aus der Literaturanalyse ergeben, und mögliche Bedingungen zur Bereitschaft eines Gesprächs über die Fahrtauglichkeit der bipolaren Patienten darstellen, zusammengefasst und in ihrer interdependenten Beziehung einander zugeordnet werden.

7.1. Das heuristische Modell

Das heuristische Modell soll evaluieren, welche Einflussfaktoren mit welchem Gewicht auf die Aufklärungsbereitschaft über die Fahreignung des bipolaren Patienten seitens des Arztes einwirken. Die Aufklärungsbereitschaft, also die kommunikative Bereitschaft die Problematik der Fahreignung anzusprechen, wird hier verstanden als Ergebnis eines Prozesses (Arzt-Patient-Interaktion), das heißt als sich ständig verändernder Zustand im Kontakt mit dem Patienten und seiner Umgebung.

Aus der kritischen Betrachtung der Kommunikationsmodelle (vgl. Kapitel 4.2.) und deren Anwendung in der Arzt-Patienten-Situation (vgl. Kapitel 4.4.) wurde deutlich, dass eine Abwendung der klassischen Kommunikationsmodelle hin zu prozessorientierten Betrachtungsweisen unabdingbar ist. Das Modell der Partizipativen Entscheidung (PET; vg. hierzu auch Kapitel 4.2.) erklärt die Einbindung des Patienten in das Gesprächsgeschehen und in die Therapieentscheidung, die beiden Gesprächspartnern „objektiv“ einen Nutzen bringen sollen. Bei dem vorliegenden Thema „Fahrtauglichkeit“ allerdings, ist der Nutzen des Gesprächs für den Patienten nicht zwingend ersichtlich. Für den Arzt bedeutet das Gespräch eine notwendige Maßnahme aber in letzter Konsequenz Ungewissheit im Ausgang. Übertragen auf die vorliegende Arbeit, erklärt das PET nicht, unter welchen Rahmenbedingungen der Arzt bereit ist, die Fahrtauglichkeit und die damit verbundenen Konsequenzen für den Patienten anzusprechen.

Mobil sein unter Anspruchnahme des Kraftfahrzeugs stellt ein scheinbar unverzichtbares Kult(ur) -Gut dar (vgl. Kapitel 6.4.). Das Fahren eines Automobils bedeutet in Deutschland das Aufrechterhalten des Zugehörigkeitsgefühls zu der Masse der Autofahrer, von Gewohnheiten, Normen der Kultur: Man signalisiert den Ansprüchen der westlichen Kultur zu genügen. Gestützt wird dies durch die Automobilindustrie, den Staat (man denke an die „Abwrackprämie“ im Jahr 2009). Das „In-Frage-Stellen“ der Fahrtauglichkeit stellt dann in der heutigen

Kultur die Wegnahme einer scheinbar unverzichtbaren Bewegungsmöglichkeit und der kulturellen Zugehörigkeit dar.

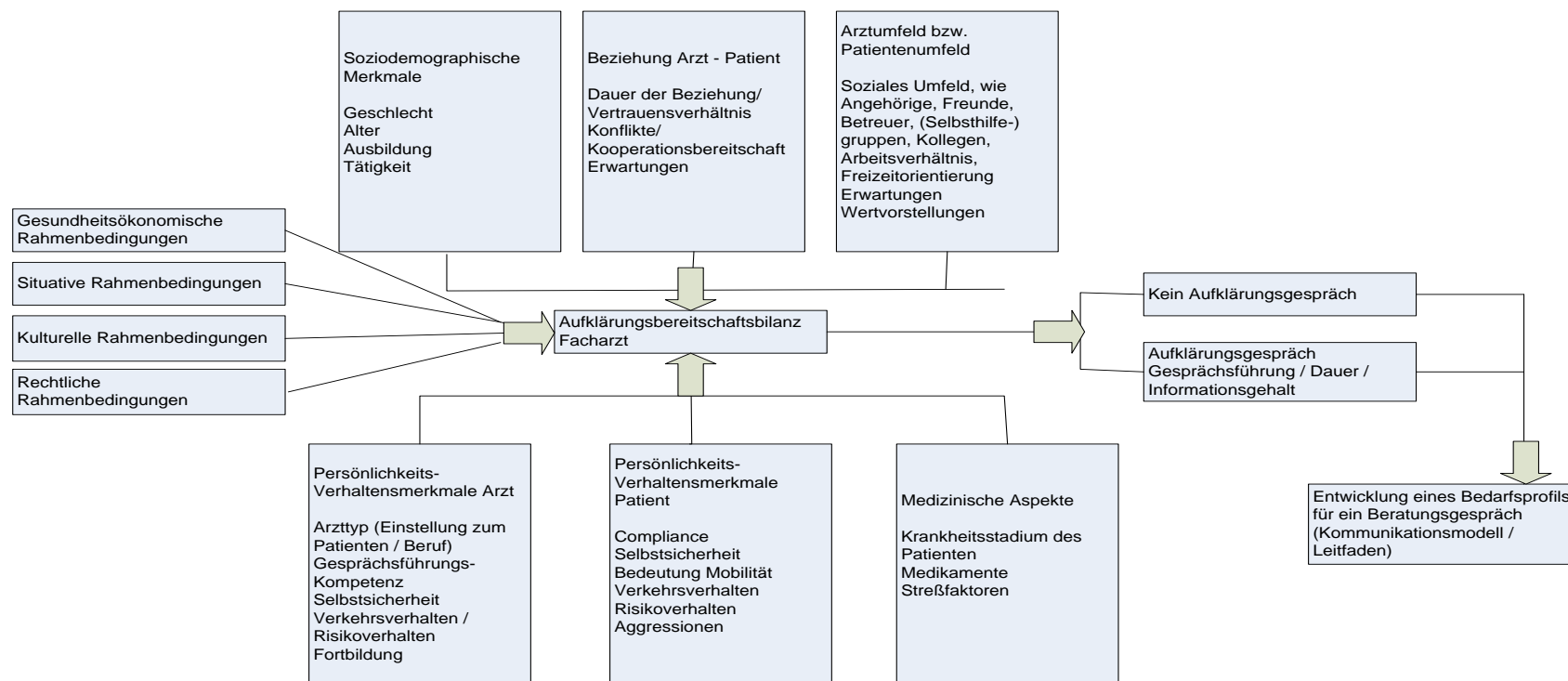
Im Zentrum des heuristischen Modells (Abbildung 7.1.) steht daher die zu untersuchende Beziehung zwischen den unterschiedlichen psychologischen und situativen Einflussfaktoren der Arzt-Patienten-Interaktion und der Bereitschaft des Arztes ein Aufklärungsgespräch zur Fahrtauglichkeit zu führen bzw. die sich daraus ergebende Konsequenz, an welche Bedingungen ein solches Gespräch geknüpft ist. Eine vollständige Aufnahme aller durch die Literaturanalyse gefundenen möglichen Faktoren in das heuristische Modell würde dessen Erklärungsgehalt reduzieren. Aus diesem Grund erfolgt hier eine Beschränkung auf wesentliche Determinanten, die sich einerseits als relevant für die Arzt-Patienten-Interaktion gezeigt haben, andererseits als Erklärungsansatz für die Aufklärungsbereitschaft des Arztes beitragen können.

Es wurden die folgenden möglichen Einflussfaktoren identifiziert:

Zu den objektiv messbaren Kriterien zählen die *Soziodemographische Merkmale des Arztes* erhoben durch die Variablen Alter, Geschlechtsunterschiede, Ausbildung und Tätigkeit (Klinik vs. Praxis).

In der *Beziehung zwischen Arzt und Patient* sind die wechselseitig kommunizierten Erwartungen relevant, wie zum Beispiel das gemeinsam definierte Therapieziel (vgl. Kapitel 4). Daneben spielt das Vertrauensverhältnis eine wesentliche Rolle, dies wird diagnostizierbar zum Beispiel durch das Annehmen von Informationen oder Empfehlungen wie des Besuchs der Psychoedukationsgruppe (vgl. Kapitel 4.5.). Hinzu kommt die Kooperationsbereitschaft bzw. im negativen Sinne die Konfliktbereitschaft auf Arzt- und Patientenseite, zum Beispiel, ob sich der Patient meldet, wenn er merkt, dass es ihm wieder schlechter geht. Als objektiv messbares Kriterium der Arzt-Patientenbeziehung gilt die zeitliche Dauer der Beziehung (Monate, Jahre).

Abbildung 7.1: Erstes heuristische Modell zur Durchführung eines effektiven Facharzt-Beratungsgesprächs mit Bipolaren Patienten hinsichtlich Ihrer Verkehrsteilnahmemöglichkeiten



Das *Arzt- bzw. Patientenumfeld* nimmt bei der Behandlung von chronischen Erkrankungen eine nicht unbedeutende Rolle ein. Die Psychohygiene des Arztes, das heißt seine Fähigkeit sich in hoch belasteten Situationen psychisch gut zu regulieren und die eigene Gesundheit und Arbeitsfähigkeit zu schützen, wirkt sich auch auf die Durchführung seiner Aufgaben mit den Patienten aus. Die Unterstützung der Patienten durch ihr soziales Umfeld hilft das Krankheitsbild und damit auch die damit einhergehenden Konsequenzen zu akzeptieren. Die Einbindung von Angehörigen, die Aufklärung im direkten sozialen Umfeld ermöglicht eine höhere Akzeptanz für die Situation des Betroffenen und hilft eine eventuell vorhandene Stigmatisierung abzubauen (vgl. Kapitel 6.3.).

Als *Gesundheitsökonomische Rahmenbedingungen* werden die (subjektiv) empfundenen vorherrschenden gesundheitspolitischen Bedingungen und deren Auswirkungen auf die Tätigkeit als Arzt definiert (vgl. Kapitel 2.3.), zum Beispiel die persönliche Verantwortung für die Verteilung des zur Verfügung stehenden Budgets pro Patient.

Die *situativen Rahmenbedingungen* des Arztes werden zum einen verstanden als die objektiv vorhandenen Bedingungen in der Klinik oder in der Praxis, wie Tagesablauf in der Klinik mit vorgegebenen Visiten, Sprechstunden oder Sprechstundenzeiten in der Praxis. Darüber hinaus wird auch die Möglichkeit berücksichtigt, diese Bedingungen zu verändern (zum Beispiel Dauer des einzelnen Arzt-Patienten-Gesprächs). Erfasst wird in diesem Zusammenhang auch die Bereitschaft der Ärzte Kompetenzen zu erwerben und diese zu nutzen, zum Beispiel durch Fortbildungen (vgl. Kapitel 4).

Kulturelle Rahmenbedingungen beziehen sich zum einen auf die objektiv vorhandenen Möglichkeiten in dem Untersuchungsland, mit den Patienten zu agieren, wie zum Beispiel die Möglichkeit Gespräche zu führen oder benötigte Therapien einzuleiten. Zum anderen wird auf kulturell bedingte Unterschiede im Umgang mit den Patienten eingegangen: Inwieweit sind Störungen des Gesprächsverlaufs abhängig vom kulturellen Hintergrund des Patienten oder gibt es kulturelle Unterschiede, die für das Ausmaß des praktizierten compliance Verhaltens hinsichtlich der (Nicht-) Verkehrsteilnahme verantwortlich sind (vgl. Kapitel 4.1).

Rechtliche Rahmenbedingungen werden durch das gültige Gesetz hinsichtlich der Fahrtauglichkeit geklärt (vgl. Kapitel 3). Im Rahmen der Exploration wurden die Ärzte befragt, ob sie bestimmte festgelegte Bewertungskriterien bezogen auf die

Verkehrstauglichkeit bipolarer Patienten berücksichtigen (müssen sie überhaupt auf die Verkehrstauglichkeit achten?) und darüber hinaus, inwieweit diese krankheitsspezifischer Natur sind?

Die Einflussfaktoren *Persönlichkeits- Verhaltensmerkmale des Arztes* beinhalten die Einstellung des Arztes dem Patienten gegenüber, gekennzeichnet durch eine eher paternalistische oder eher kooperative Umgangsform, die Einstellung gegenüber seinem Beruf, seine Gesprächsführungskompetenz, die Einschätzung des eigenen Risikoverhaltens und sein berichtetes Verhalten im Straßenverkehr, und schließlich seine Einstellung gegenüber den Besuch von Fortbildungen, die über den Pflichtbedarf hinausgehen (vgl. Kapitel 3.1.).

Die *Persönlichkeits- Verhaltensmerkmale auf Seiten des Patienten* umfassen die folgenden Aspekte: Wie compliant ist der bipolare Patient aus Arztsicht bezogen auf die Medikamenteneinnahme und den Besuch von Psychoedukationsgruppen. Des Weiteren wird die Selbstsicherheit des Patienten erfasst, definiert durch die aktive Selbst-Einbindung in die Arzt-Patienten-Interaktion (vgl. Kapitel 5.1.). Zudem fällt in diesen Merkmalsbereich, inwieweit ein Patient die Arzt-Empfehlungen zur (Nicht-)Teilnahme am Straßenverkehr einhält (vgl. Kapitel 4.5.), die Straßenverkehrsteilnahme subjektiv als Risikoverhalten wahrnimmt (vgl. Kapitel 6.4.) und welche Bedeutung die motorisierte Straßenverkehrsteilnahme für den Patienten hat.

Schließlich beeinflussen auch *medizinische Aspekte* das Arzt-Patienten Geschehen und die Aufklärungsbereitschaft seitens des Arztes nicht unerheblich. So ist die mögliche Einflussnahme des Arztes auf den bipolaren Patienten durch das Krankheitsbild, gekennzeichnet durch die Phase in der sich der Patient befindet, begrenzt. Ebenfalls beeinflussen die verabreichten Medikamente und die damit verbundenen Auswirkungen (Nebenwirkungen) das Patientenleben (Müdigkeit, Konzentrationsfähigkeit). Bedeutsam sind auch die persönlichen Stressfaktoren des Patienten, wie zum Beispiel ein unregelmäßiger Tagesablauf oder Substanzabusus oder die Verkehrsteilnahme, die wesentlich den Verlauf der Erkrankung mitbestimmen (vgl. Kapitel 6.4.1.).

7.2. Operationalisierung des heuristischen Modells

Zunächst soll noch einmal daran erinnert werden, dass in der vorliegenden Arbeit in Explorationen die oben beschriebenen Einflussfaktoren aus der Arztperspektive erhoben worden sind. Daher können keine Aussagen aus Patientensicht gemacht werden, zum Beispiel inwieweit ist Autofahren für den Patienten tatsächlich von Bedeutung oder was ist ihr Therapieziel.

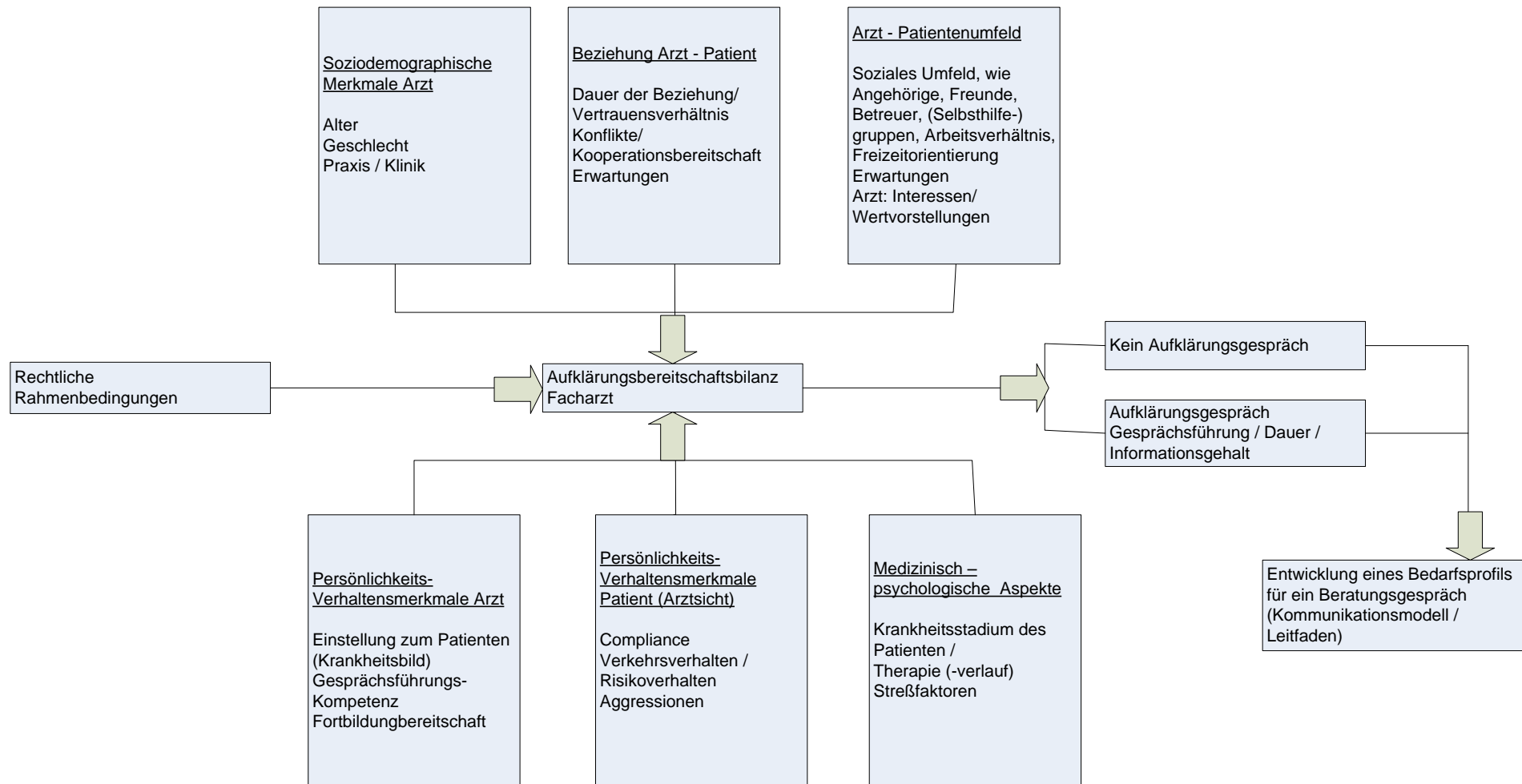
Auf Basis einer eingehenden Literaturanalyse und den bisherigen Studien zu den Einflussfaktoren auf die Kommunikationsqualität und die Entscheidung kritische Themengebiete anzusprechen, wurde das heuristische Modell weiterentwickelt, das die einschlägigen Konstrukte berücksichtigt, die den Prozess der wechselseitigen Kommunikation in der Arzt-Patienten Beziehung - aus der Perspektive des Arztes - mit seinen Einflussfaktoren zu erklären vermag (Abbildung 7.2).

Es lassen sich folgende Arbeitsthese formulieren:

Die Qualität der Arzt-Patienten-Kommunikation ist abhängig von

- der Einstellung des Arztes gegenüber dem Krankheitsbild und dem antizipierten Krankheitsbild des Patienten
- dem persönlichen Interesse am Krankheitsbild
- der Bereitschaft einen eher paternalistischen oder eher partizipativen Kommunikationsstil zu pflegen
- dem persönlichen Therapieziel: dies beeinflusst die dem Patienten entgegengebrachte Aufmerksamkeit.

Abbildung 7.2: Heuristisches Modell 2 – Bedingungen für die Durchführung eines effektiven Facharzt-Beratungsgesprächs mit bipolaren Patienten hinsichtlich ihrer Verkehrsteilnahmemöglichkeiten



Die Bilanz, das heißt das individuelle Abwägen von Vor- und Nachteilen, die subjektiv mit dem Führen eines Aufklärungsgespräches verbunden werden (nach Bergler, 1986, 2000a), ist abhängig:

- von der vorherrschenden Krankheitsphase des Patienten
- von der Auswahl der Medikation
- von dem objektiven Kenntnisstands über das vorhandene Risiko
- von der subjektiven Risikoeinschätzung
- von der Arzt-Einschätzung hinsichtlich der Patientenpersönlichkeit: Compliance (Medikamenten-Compliance, Compliance an Psychoedukation teilzunehmen)
- von der Arzt-Einschätzung hinsichtlich der persönlich situativen Problematiken (Risikofaktoren)
- von der Arzt-Einschätzung hinsichtlich des antizipierten Risikos, dass der Patient die Symptombefreiheit nicht aufrecht erhalten kann
- von den gesundheitsökonomischen Rahmenbedingungen.

Die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung ist abhängig:

- von dem Vertrauen zwischen Arzt und Patient
- von der wechselseitigen Kooperationsbereitschaft und Konfliktbereitschaft zwischen Arzt und Patient
- von den subjektiven Erwartungen an den Patient
- von der Dauer der Erkrankung (Kurzzeitpatient versus Langzeitpatient).

7.3. Aufbau, Methode und Stichprobe der Untersuchung

Die Untersuchung wurde in drei Schritten durchgeführt:

- 1) Pilotstudie (2007) in Form von Explorationen
- 2) Entwicklung eines Fragebogens und Pre-Test des Fragebogens für die Hauptuntersuchung in Form von Face to Face Befragungen
- 3) Hauptuntersuchung (2008). Der standardisierte Fragebogen wurde an einer repräsentativen Stichprobe von 121 Ärzten (psychiatrisch tätige Fachärzte) erhoben.

Die einzelnen Untersuchungsschritte werden im Folgenden methodisch erläutert.

7.3.1. Pilotstudie

Die psychologische Pilotstudie diente der umfassenden Exploration der subjektiven Realität der Arzt - Patientenkommunikation (Arztperspektive) und der dabei relevanten Einflussfaktoren. Hierzu wurden zehn Einzelinterviews mit Psychiatern, die bipolare Patienten behandeln, geführt. Die Hälfte der Fachärzte war in einem Krankenhaus oder Klinik, die andere Hälfte war als niedergelassene Ärzte tätig. Die Fachärzte wurden ausschließlich mit offenen Fragen exploriert mit durchschnittlich 60 Minuten; die Stichprobe entsprach in ihrer demographischen Zusammensetzung derjenigen der Hauptstudie. Die Methode der Exploration wurde gewählt, um die optimale Gewinnung des konzept-adäquaten Itempools zu gewährleisten, das heißt, die überhaupt vorhandenen Entscheidungsmuster und Verhaltensmuster im Sprachgebrauch des Arztes abbilden zu können.

Innerhalb der explorativen Pilotstudie wurden entsprechend des heuristischen Modells 2 (vgl. S. 117) folgende Themenbereiche berücksichtigt:

Soziodemographische Merkmale des Arztes: Alter, Geschlecht, Region, Tätigkeit (Klinik vs. Praxis), Facharztausbildung, Dauer der Tätigkeit.

Medizinische Aspekte: Welche Rolle spielen bipolare Patienten im Vergleich zum Gesamtklientel / Interesse an der Erkrankung / Subjektive Wahrnehmung der Krankheitsphasen / Therapie (-verlauf) und Umgang mit den Patienten nach Krankheitsphasen / Wichtigkeit der Patientenbiographie für den Therapieverlauf / Aggressions- und Risikoverhalten der bipolaren Patienten

Arzt-Patientenbeziehung: Unterschiede in der Beziehung nach Dauer der Erkrankung bzw. Wissen um die Krankheitsbiographie (Kurzzeit- vs. Langzeitpatienten) / Umgang mit bipolaren Kurzzeit- bzw. Langzeitpatienten / Definition des Therapieerfolgs / angenommene Erwartungen der bipolaren Patienten an den Arzt

Arzt-Patientengespräch: Zeitlicher Gesprächsaufwand, unterschieden nach Phasen der Erkrankung / Aktiver Gesprächsanteil bezogen auf Arzt und Patient / Gesprächsinhalte / Störungen im Gesprächsverlauf bzw. Ansprache von Problemsituationen / Compliance-Aspekte im Gespräch

Patienten - Persönlichkeit/Verhaltensmerkmale:

- a) Mobilität: Teilnahme der bipolaren Patienten am Straßenverkehr - Möglichkeiten und Grenzen / Bedeutung für den Patienten
- b) Risikoverhalten/ Risikofaktoren allgemein / Autofahren als Risikofaktor

Arzt – Verhaltensmerkmale bezogen auf die Problemstellung „Teilnahme bipolarer Erkrankter am Straßenverkehr“: Umgang mit dieser Problemstellung / Zeitaufwand der Problembehandlung / Gestaltung der Gespräche (Einbezug von Angehörigen / Dritten) / Einflussmöglichkeiten auf den Patienten / Verhalten (Compliance) des Patienten / Einfluss von gesundheitsökonomischen Aspekten auf die Gesprächsführung

Kompetenz der Ärzte: Wissen um rechtliche Rahmenbedingungen / Gesprächsführungskompetenz / Interesse an bzw. Nutzung von Fortbildungen zur Kompetenzerweiterung

Arzt-Biographie: Gründe für die Wahl des Berufes / definierte Rolle des Arztes / persönliches Risikoverhalten bzw. Aggressionsverhalten / Rolle des sozialen Umfelds

7.3.2. Auswertungsmethoden der psychologischen Pilotstudie

Die erhobenen Daten wurden wörtlich mitprotokolliert und inhaltsanalytisch ausgewertet. Mit Hilfe der Inhaltsanalyse werden Äußerungen und Antworten, die in den Interviews ermittelt wurden, zu übergeordneten thematischen Aspekten und Zusammenhängen zusammengefasst (Bergler et al., 1995). Bei der inhaltsanalytischen Auswertung wurde die induktive abgeleitete Bildung von Kategorien ge-

wählt, das heißt die Entwicklung eines Kategoriensystems anhand des vorliegenden Datenmaterials (A-Posteriori – Kategorien). Diese Methode erlaubt Kategorien zu bilden, die sich aus den Antworten der befragten Personen ergeben und damit deren alltägliche Lebenswelt repräsentieren (Bergler et al., 1995). Die Bildung der Kategorien erfolgt nach dem Prinzip der Unabhängigkeit der einzelnen Kategorien, das heißt die Zuordnung muss eindeutig zu einer Kategorie erfolgen und darf die Zuordnung anderer Antworten nicht beeinflussen (Lisch & Kriz, 1978). Die aus der inhaltsanalytischen Auswertung gewonnenen Daten dienen der Konstruktion des Fragebogens der Hauptuntersuchung.

7.3.3. Fragebogenkonstruktion

Die Fragebogenkonstruktion der Hauptstudie ist abgeleitet aus den Ergebnissen der Pilotstudie. Für jedes dort erhobene Konstrukt wurden nach der inhaltsanalytischen Auswertung (Content-Analyse) die jeweiligen Fragen für die Hauptbefragung formuliert. Dabei machte die sich aus der psychologischen Pilotstudie ergebende Datenmenge eine Selektion und Konzentration notwendig: Die zentralen Aussagen wurden kategorisiert und diese Kategorien, das heißt die verbale Umsetzung der Ärzteaussagen, bilden die Grundlage der Formulierung des Fragebogens. In diesem Kontext ist interessant, dass die Auskunftsfreude über die zur Verfügung stehenden Medikamente im Vordergrund stand. Das Thema Medikamente entfiel allerdings im Interesse der Ökonomie des Fragebogens und der Aufgabenstellung. Andere Konstrukte konnten im Gegensatz dazu aufgrund der geringen Auskunftsfreude einiger Probanden nicht hinreichend operationalisiert werden und wurden daher in der Hauptbefragung nicht erhoben (Einstellung zum Beruf / Persönlichkeit des Arztes). Aus zwei vollständigen Interviews können die motivierenden Variablen aufgezeigt werden, weshalb die Wahl auf diesen Beruf fiel und welche unterschiedlichen Persönlichkeiten dahinter stehen. Es werden die zwei Interviewauszüge im Exkurs (vgl. Kapitel 7.3.4.9.) exemplarisch aufgeführt.

Des Weiteren mussten Konstrukte aufgrund der Einschränkungen durch die Ärzte hinsichtlich des als zumutbaren angegebenen Zeitfensters für die Hauptbefragung (Dauer = 20 Minuten) teilweise aufgegeben werden (vgl. Kapitel 7.3.5. Pre-Test des Fragebogens). Hierzu zählt zum Beispiel die Bedeutung von kulturellen Hintergründen für complianties Verhalten.

Im Folgenden wird schrittweise die Fragebogenkonstruktion transparent und nachvollziehbar aufgezeigt. Tabellarisch wird zunächst das Ergebnis der Explora-

tionen auf Basis der wörtlichen Äußerungen der Pilotstudie aufgeführt mit dem Vermerk, welche Fragen für die Hauptstudie daraus abgeleitet wurden. Dieses Vorgehen ist wichtig, denn „in der Psychologie sind die Variablen nicht vorgegeben, sondern müssen konstruiert werden“ (Fisseni, 1990, S. 16). Wuttke (1980, S.29) äußert sich weiterhin dazu „da es keine gültigen Kriterien darüber gibt, wann die Operationalisierung einer Variablen gelungen ist, ist eine genaue Beschreibung dieser Operationalisierung unerlässlich“ (Wuttke, 1980, S. 29).

Schließlich werden die sich für die Hauptstudie ergebenden Fragen im Einzelnen im Anschluss an die Ergebnisse der Content-Analyse aufgeführt.

7.3.3.1. Operationalisierung des Konstruktes Medizinische / Psychologische Aspekte

Die in den Explorationen erhobenen Fragen zu den medizinischen und psychologischen Aspekten umfassen die drei Bereiche *Rolle der bipolaren Patienten im Vergleich zum Gesamtklientel / Interesse an der Erkrankung / Subjektive Wahrnehmung der Krankheitsphasen*. Die daraus hervorgehobenen Themen wurden inhaltsanalytisch ausgewertet. Eingegangen sind in den standardisierten Fragebogen die sich für die Befragung ergebenden wesentlichen Kategorien. Dies geschah auch im Hinblick auf die Ökonomie des Fragebogens, eine Aufnahme aller Antworten, hätte den Rahmen des Fragebogens gesprengt. So finden zum Beispiel die Einstellungsitems zum Interesse an der Erkrankung oder der subjektiven Wahrnehmung der Krankheitsphasen Berücksichtigung in den Fragen drei bis sechs. Da in Bezug auf die Phasenprophylaxe wenige Äußerungen gemacht wurden, mit der Begründung, dass die Patienten den Kontakt zum Arzt nicht aktiv suchen ohne eine vorherrschende Problemstellung, wurde in der Hauptbefragung zusätzlich die Frage sieben aufgenommen (Abbildung 7.3).

Tabelle 7.1: Wörtliche Äußerungen zum Konstrukt medizinische / psychologische Aspekte der Krankheit (Pilotstudie)

Die wesentlichen Inhalte (Kategorien) der Explorationen zu den medizinischen Aspekten: Klientel / Abgrenzung der Erkrankung –	Fragenableitung „Hauptbefragung“
1. Abgrenzung der Erkrankung Ich grenze die Erkrankung nach dem gängigen Schema Bipolar I versus Bipolar II ab / Ich beziehe mich in der Krankheitsdefinition auf den ICD 10 / Ich nutze zur Definition der Erkrankung den DSM IV/ die Unterscheidung nach manischer, depressiver Phase und Phasenprohylaxe ist die primäre	Fragen 1-3
2. Klientel Praxis Am einfachsten ist es die Gesamtpatienten in meinem Bereich über das Quartal zu erfassen / der Abrechnungszeitraum (Quartal) bestimmt das Denken über die Anzahl der Patienten	Fragen 1-3
3. Klientel Klinik Auf der Station wird in Wochen gedacht / ein Spanne von 4 Wochen ist zu überblicken in der Psychiatrie	Fragen 1-3

Abbildung 7.3: Fragenkomplex in der Hauptstudie (Fragen 1-3)

1. Wie viele Patienten mit einer psychischen Störung behandeln Sie insgesamt in einem durchschnittlichen Quartal (Klinik: Monat) ?
 Anzahl Patienten
2. Und wie viele dieser Patienten haben eine bipolare Störung?
 Anzahl bipolare Patienten
3. Wenn Sie alle Ihre bipolaren Patienten gleich 100 setzen. Wie viele Ihrer bipolaren Patienten befinden sich aktuell in der manischen Phase, in der depressiven Phase bzw. in der Phasenprophylaxe?
 % Anzahl manische Phase
 % Anzahl depressive Phase
 % Anzahl Phasenprophylaxe

Tabelle 7.2: Wörtliche Äußerungen zum Konstrukt medizinische / psychologische Aspekte der Krankheit (Pilotstudie)

Die wesentlichen Inhalte (Kategorien) der Explorationen zu den medizinischen Aspekten: Interesse an der Erkrankung / Subjektive Wahrnehmung der Krankheitsphase	Fragenableitung „Hauptbefragung“
<p>1. <u>Interesse an bipolare Erkrankung (n=10)</u></p> <p>a. <u>Durchschnittliches bis geringes Interesse (n=5)</u> ...ich habe insoweit ein Interesse als dass es zu dem Spektrum der psychiatrischen Erkrankung gehört / mein Interesse liegt schwerpunktmäßig in der Schizophrenie, bipolare Erkrankung laufen mit/ ...ein durchschnittliches Interesse/ insgesamt ein durchschnittlich bis geringes Interesse, aber die Patienten sind behandlungsbedürftig../ so olala, also eher gering...</p> <p>b. <u>Großes Interesse (n=5):</u> es macht Schwierigkeiten die richtige Diagnose zu stellen, aber das macht den Reiz aus, daher liegt mein Interesse verstärkt auf bipolare Erkrankungen / ich würde die bipolaren Erkrankungen schon als meinen Interessenschwerpunkt verstehen / mein Steckenpferd sind generell die endogenen Erkrankungen / ...großes Interesse.../ mir macht es Spaß mich mit der Thematik auseinanderzusetzen</p>	Frage 4
<p>2. <u>Wahrnehmung der Erkrankung- Manie - positive Äußerungen (n=6)</u></p> <p>a. <u>Erleben (n=6)</u> die Manie ist spannend, interessant... / Maniker sind faszinierend, die Facetten der Erkrankung machen den Reiz aus... / Manie ist anstrengend... / Manie ist lebendig / Der Patient in der (hypo-)manischen Phase ist teilweise sogar eine willkommene Abwechslung im Behandlungsalltag / ein Maniker erhellt auch schon mal den Alltag</p> <p>b. <u>Patientensicht (n=4)</u> Patienten in der manischen Phase fühlen sich sehr wohl, sie genießen zum Teil den Rausch, die die Manie mit sich bringt / Sehen Sie, im Vergleich zu ihren depressiven Phasen sehen sie die Manie zum Teil als Befreiung / besonders Patienten, die stärker unter den Depression leiden, genießen die Manie / ... die Unbesonnenheit in der manischen Phase ist des einen Glück des anderen Leid...</p>	Frage 4 / Frage 5 Frage 6
<p>3. <u>Wahrnehmung der Erkrankung- Manie - negative Äußerungen (n=3)</u></p> <p>Es ist schwierig die Manie abzugrenzen... / man benötigt einen zu großen Zeitaufwand / man braucht viel Zeit für den Patienten</p>	Frage 4 / Frage 5 Frage 6

Fortsetzung

Tabelle 7.2: Wörtliche Äußerungen zum Konstrukt medizinische / psychologische Aspekte der Krankheit (Pilotstudie)

Die wesentlichen Inhalte (Kategorien) der Explorationen zu den medizinischen Aspekten: Interesse an der Erkrankung / Subjektive Wahrnehmung der Krankheitsphase	Fragenableitung „Hauptbefragung“
<p>4. <u>Wahrnehmung der Erkrankung - Depression - positive Äußerungen (n=5)</u></p> <p>a. <u>Interesse (n=3)</u></p> <p>Mein Interesse gehört der Depression ../ ... die Depression ist die aufmerksamkeitsstärkere Phase, weil sie gefährlich sein kann auch schon wegen der möglichen Selbsttötung / depressive Patienten verdienen mehr Aufmerksamkeit</p>	Frage 4 / Frage 5 Frage 6
<p>5. <u>Wahrnehmung der Erkrankung- Depression -negative Äußerungen (n=5)</u></p> <p>Wenn die Depression kommt ,dann ziehen sich die Patienten zurück auf allen Ebenen – wie eine Schnecke, die sich in ihr Haus verkriecht- sie sind verzagt/ schlecht erreichbar, suchen aber Hilfe... / Depression ist rundherum bedrückend../ ein depressiver Patient kann einem den ganzen Tag nachgehen... / Depression ist Rückzug, eine Ablösung von den Freuden...</p>	Frage 4 / Frage 5 Frage 6
<p>6. <u>Wahrnehmung der Erkrankung- allgemein -negative Äußerungen (n=5):</u></p> <p>Es ist ein hin und her, auf und ab der Gefühle... schrecklich/ solche Patienten fordern einen, die sind anstrengend, diese extremen Schwankungen zum Teil ... / das Leben der Patienten ist ein Chaos... / ...es fängt schon mit dem Tagesrhythmus an, der aufgebaut werden muss... / ... es ist schon schwierig auch für die Patienten, wissen Sie, die leiden ja unter ihrer Erkrankung, besonders wenn sie im Nachhinein (Phasenprophylaxe) darüber nachdenken...</p>	Frage 4 / Frage 5 Frage 6

Abgeleitet wurden basierend auf diesen Aussagen die Fragen vier, fünf und sechs des standardisierten Fragebogens (Abbildung 7.4).

Abbildung 7.4: Fragen zu Interesse / Erleben der Erkrankung (Fragen 4 / 5 / 6 der Hauptuntersuchung)

4. Wie hoch ist Ihr persönliches rein medizinisches Interesse an dieser Erkrankung? Bitte geben Sie an, welchen Aussagen Sie am ehesten zustimmen. (Mehrfachnennungen möglich)

Persönlich habe ich meinen Interessenschwerpunkt auf manisch depressive Erkrankungen gelegt	0
Mein Steckbrief sind generell die endogenen Erkrankungen	0
Mein Interesse an der bipolaren Störung gilt der manischen Phase – sie ist lebendig, interessant in ihren Facetten	0
Mein Interesse ist eher auf die depressive Phase fokussiert - diese ist die aufmerksamkeitsstärkere, weil sie gefährlich sein kann (Suizidgefahr)	0
Mein Interesse an der bipolaren Erkrankung ist nur durchschnittlich ausgeprägt- ich behandle bipolar Erkrankte, weil es dazu gehört	0
Mein Interesse an diesem Krankheitsbild ist eher gering, die Patienten sind sehr anstrengend im Behandlungsalltag	0

5. Es ist ja vielfach sehr unterschiedlich wie man als Arzt Krankheitsbilder erlebt. Im Folgenden finden Sie einige Aussagen von Kollegen, die wir in vorausgegangenen Untersuchungen erhalten haben. Bitte geben Sie an, inwieweit Sie aufgrund Ihrer persönlichen Erfahrungen den folgenden Aussagen zu bipolaren Störungen und deren wesentlichen Symptome zustimmen, eher zustimmen, eher nicht zustimmen oder sogar nicht zustimmen können.

	Stimme zu	Stimme eher zu	Weder – noch	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu
Ich erlebe persönlich bipolare Störungen als ein unerträgliches auf und ab der Gefühle	⑤	④	③	②	①
Ich erlebe die Patienten als extrem anstrengend: Mal sind sie euphorisch, mal niedergeschlagen, aber nicht wie bei einem gesunden Menschen, sondern extremer	⑤	④	③	②	①
Ich erlebe die Patienten irgendwie als lebendiges Chaos: Vormittags geht es dem Patienten schlechter als nachmittags wegen Durchschlafprobleme, nachmittags dreht er auf und kommt dann abends nicht zur Ruhe	⑤	④	③	②	①
Für mich sind die Patienten in der manischen Phase besonders unbesonnen	⑤	④	③	②	①
Ich erlebe manische Patienten als Personen mit einem inadäquaten Optimismus	⑤	④	③	②	①
Ich erlebe depressive Patienten als besonders verzagt	⑤	④	③	②	①
Depressive Patienten erlebe ich als besonders bedrückt	⑤	④	③	②	①
Ich erlebe depressive Patienten als Menschen, die sich in ihr Schneckenhaus zurückziehen	⑤	④	③	②	①
Ich erlebe bipolare Patienten als eher unter ihren Gefühlsschwankungen Leidende	⑤	④	③	②	①

Fortsetzung

Abbildung 7.4: Fragen zu Interesse / Erleben der Erkrankung (Fragen 4 / 5 / 6 der Hauptuntersuchung)

6. An welche Phase der Erkrankung denken Sie zuerst, wenn Sie von bipolaren Störungen hören? Bitte wählen Sie aus, ob für Sie diese Aussage eher zutrifft oder nicht.

	Trifft eher zu	Trifft weniger zu
a) An die Manie, die ist angenehmer zu ertragen, wenn der Patient nicht zu manisch ist und ins Krankenhaus muss (Hypomanie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) An die Manie – die ist sehr fordernd bis der Patienten gut eingestellt ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) An die Depression, die ist gefährlich, hier muss man sehen, dass der Patient sich nicht umbringt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Depression, man fühlt sich stärker für das Wohl des Patienten verantwortlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) An die Phasenprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Filter: Wenn Antwort in Frage 6 = e

7. Sie haben eben die Phasenprophylaxe als besonders wesentlich hervorgehoben. Was verbinden Sie persönlich mit den Patienten, die sich in der Phasenprophylaxe befinden? (offene Nennungen)

Die wörtlichen Aussagen zu der Thematik *Therapie (-verlauf) und Umgang mit den Patienten nach Krankheitsphasen* innerhalb des Konstruktes medizinische Aspekte sind in Tabelle 7.3 aufgeführt. Die daraus erfolgte Operationalisierung bilden die Fragen Nummer acht, elf und zwölf des Fragebogens.

Die „*Wichtigkeit der Patientenbiographie für den Therapieverlauf*“ wurde in der Hauptbefragung nur durch das Item «*Die Persönlichkeit spielt bei mir immer eine entscheidende Rolle. Ich unterscheide zwischen endogener und psychopathologischer Prä-Morbidität*» aufgenommen, da die übrigen Äußerungen zu allgemein gehalten waren (Beispiel: „ja, spielt schon eine Rolle, aber das aufzuführen, ist zu komplex“).

Tabelle 7.3: Medizinische Aspekte- Therapie (-verlauf) und Umgang mit der Erkrankung

Die wesentlichen Inhalte (Kategorien) der Explorationen zu den medizinischen Aspekten: Therapie (-verlauf) und Umgang mit den Patienten nach Krankheitsphasen	Fragenableitung „Hauptbefragung“
<p>1. <u>Umgang mit dem Patienten (n=10)</u></p> <p>a. <u>Manische Phase (n=8)</u> In der manischen Phase ist Verständnis wie in der Depression nicht angebracht, Sie müssen normal reden / die manischen Patienten sind schwierig, die denken, sie wissen alles besser / ...oftmals muss man lange diskutieren, bevor sie behandeln können/ Maniker sind von sich selbst überzeugt, alle anderen haben ihrer Meinung nach keine Ahnung</p> <p>b. <u>Depressive Phase (n=9)</u> Verständnis zeigen, ist wichtig für die depressiven Patienten../ einige fühlen sich besser, wenn man Mitleid zeigt, .../ Gespräche werden einfacher, wenn man auf das Leid eingeht, ja Mitleid zeigt.../ Verständnis ist wichtig</p> <p>c. <u>Allgemein Phasenbehandlung (n=5)</u> Man muss erkenne, wann die Symptomatik von der manischen zur depressiven Phase überspringt.../ die Gefahr besteht, den Übergang zu verpassen.../ wenn man zum Beispiel die manische Phase nicht auffängt, dann schlittert der Patient von einem Extrem ins nächste... /</p>	Frage 8
<p>2. <u>Einbinden von Psychotherapie (n=6)</u></p> <p>Psychotherapeutische Arbeit ist wichtig in allen Phasen der Erkrankung / ist wichtig.../ ... ist sehr sinnvoll../ manchmal wollen Patienten nicht daran (Psychotherapie) teilnehmen, dann kommen die Angehörigen ins Spiel.../ wenn der Patient häufiger fehlt, dann bespreche ich mich mit den Angehörigen...</p>	Frage 8
<p>3. <u>Bedingungen für einen positiven Therapieverlauf (n=10)</u></p> <p>a. <u>Medikamenteneinnahme (n=6)</u> Medikamenteneinnahme ist immer ein wichtiges Thema../ meine nehmen die Medikamente regelmäßig ein / wenn der Patient die Erkrankung akzeptiert, dann stimmt auch die Medikamenten-Compliance</p>	Frage 8, Frage 11, Frage 12

Fortsetzung

Tabelle 7.3: Medizinische Aspekte- Therapie (-verlauf) und Umgang mit der Erkrankung

Die wesentlichen Inhalte (Kategorien) der Explorationen zu den medizinische Aspekten: Therapie (-verlauf) und Umgang mit den Patienten nach Krankheitsphasen	Fragenableitung „Hauptbefragung“
<p>3. <u>Bedingungen für einen positiven Therapieverlauf (n=10)</u></p> <p>b. <u>Vertrauen – Compliance (n=10)</u></p> <p>Compliance ist auch abhängig von der Beziehung zum Arzt / man muss eine vertrauensvolle Atmosphäre schaffen / wenn der Patient seine Medikamente nicht nimmt, dann muss man den Partner einbinden oder die Angehörigen/ für die Compliance spielt natürlich auch das soziale Umfeld eine Rolle, Freunde, Angehörige / in die Behandlung beziehe ich Partner, Angehörige, Freunde mit ein.../ der Therapieverlauf gestaltet sich einfacher, wenn zum Beispiel der Partner mit mir zusammen arbeitet../ die Unterstützung der Angehörige ist wichtig.../ Zuspruch durch die Angehörigen ist wichtig, damit der Patient die Therapie auch durchhält / die Patienten vertrauen mir und befolgen deshalb meinen Anweisungen, auch zum Beispiel zwei Wochen auf das Autofahren zu verzichten / die Patienten, die sich gut kennen, die spüren, wenn es bedrohlich wird (in die Akutphase abzurutschen), um rechtzeitig etwas dagegen zu tun, und sie melden sich dann auch bei mir, weil das Vertrauensverhältnis da ist</p>	Frage 8, Frage 11, Frage 12
<p>4. <u>Therapieverlauf – negativ (n=10)</u></p> <p>a. <u>Compliance (n=4)</u></p> <p>Manchmal wollen Patienten nicht an der Psychotherapie teilnehmen, dann kommen die Angehörigen ins Spiel, wir leisten dann gemeinsam Überzeugungsarbeit / wenn der Patient häufiger in den Sitzungen fehlt, dann bespreche ich mich auch mit den Angehörigen, wie wir hier fortfahren können/ Probleme mit dem Medikament nehmen die Angehörigen oftmals eher wahr als der Patient / es gibt natürlich Patienten, die machen Auslassversuche bei der Medikamenteneinnahme - man muss über diese Unstimmigkeiten reden, es bringt nur nicht immer die gewünschten Ergebnisse oder sagen wir, nicht sofort</p> <p>b. <u>Unstimmigkeiten zwischen Arzt und Patient (n=2)</u></p> <p>Die Therapie hängt auch davon ab, ob Verstimmtheiten zwischen dem Arzt und dem Patienten oder den Angehörigen ausgeräumt werden können / Verstimmtheiten zwischen mir und der Familie kommen vor, Angehörige sind schon mal anstrengend, wenn die Medikamenteneinnahme nicht klappt, dann häufen sich auch schon mal die Beschwerden</p>	Frage 8, Frage 11, Frage 12

Diese Antworten bildeten die Grundlage der Operationalisierung der folgenden Fragenkomplexe der Hauptstudie, die Fragen acht, elf und zwölf.

Abbildung 7.5: Fragenkomplex zu Therapieverlauf und Umgang mit der Erkrankung (Frage 8, Frage 11-12)

8. Der Umgang mit der Erkrankung wird von Arzt zu Arzt sehr unterschiedlich beschrieben. Im Folgenden lesen Sie hierzu einige Aussagen von Ihren Kollegen. Bitte geben Sie an, in welchem Ausmaß Sie persönlich den Aussagen zustimmen können. Sie können Ihre Antwort abstimmen, von stimme zu... bis stimme nicht zu.

	Stimme zu	Stimme eher zu	Weder – noch	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu
In der manischen Phase darf man kein Verständnis zeigen, sondern muss ganz normal mit dem Patienten reden	⑤	④	③	②	①
Ich muss mit manischen Patienten oftmals lange diskutieren, um sie von der Behandlung zu überzeugen	⑤	④	③	②	①
Ich zeige bei depressiven Patienten Mitleid, dann ist das Gespräch einfacher	⑤	④	③	②	①
Bei den depressiven Patienten ist beim Gespräch „Verständnis zeigen“ wichtig	⑤	④	③	②	①
Psychotherapeutische Arbeit ist wichtig in allen Phasen der Erkrankung	⑤	④	③	②	①
Die Gefahr liegt im Erkennen der Symptomatik von der manischen zur depressiven Phase, da darf man den Übergang nicht verpassen, sonst schlittert der Patient von einem Extrem ins nächste	⑤	④	③	②	①
Die Persönlichkeit des Patienten spielt bei mir immer eine entscheidende Rolle. Ich unterscheide zwischen endogener und psychopathologischer Prä-Morbidität	⑤	④	③	②	①
Es ist für mich sehr relevant das soziale Umfeld in die Behandlung mit einzubeziehen	⑤	④	③	②	①
Der Therapieverlauf wird einfacher, wenn der Partner des Patienten mit mir zusammen arbeitet	⑤	④	③	②	①
Der ständige Zuspruch während der Therapie durch Familie/Freunde ist für den Patienten wichtig, um weiterzumachen.	⑤	④	③	②	①
Die Mitarbeit durch Angehörige ist wichtig für den weiteren Therapieverlauf	⑤	④	③	②	①
Ich empfinde Angehörige auch schon mal als sehr anstrengend, wenn es zum Beispiel Probleme mit dem Medikament gibt.	⑤	④	③	②	①
Häufiger müssen Verstimmtheiten zwischen mir und der Familie ausgeräumt werden.	⑤	④	③	②	①
Wenn der Patient seine Medikamente nicht nimmt, dann kommt der Partner zu mir und wir besprechen, was weiter zu tun ist	⑤	④	③	②	①
Wenn der Patient nicht an der Psychoedukation teilnimmt, dann bespreche ich mit den Angehörigen, was weiter zu tun ist	⑤	④	③	②	①

Abbildung 7.5: Fragenkomplex zu Therapieverlauf und Umgang mit der Erkrankung (Frage 8, Frage 11-12)

11. Der Therapieverlauf wird ja nach dem gegenwärtigen Erkenntnisstand durch unterschiedliche Faktoren bestimmt. Bitte geben Sie an, inwieweit die folgenden Faktoren aufgrund Ihrer persönlichen Erfahrungen für einen „guten Therapieverlauf“ sehr wichtig (4), eher wichtig (3), eher nicht wichtig (2) oder vielleicht sogar unwichtig (1) sind.

	Sehr wichtig	Eher wichtig	Eher nicht so wichtig	unwichtig
Die Wahl der Medikamente in der Akutphase	④	③	②	①
Die Wahl der Medikamente in der Phasenprophylaxe	④	③	②	①
Das Einbeziehen der Angehörigen zu Beginn in den Therapieverlauf	④	③	②	①
Die regelmäßige Kontrolle der Medikamenteneinnahme durch die Angehörigen	④	③	②	①
Der Zuspruch der Angehörigen, die Therapie durchzuhalten	④	③	②	①
Die begleitende Psychotherapie	④	③	②	①
Die Schaffung einer angenehmen Atmosphäre während aller Konsultationen	④	③	②	①
Der Patient akzeptiert seine Erkrankung	④	③	②	①
Der Patient nimmt seine Medikamente regelmäßig ein	④	③	②	①
Der Patient hört auf mich, wenn ich ihm Handlungsanweisungen gebe, zum Beispiel zwei Wochen auf das Autofahren zu verzichten	④	③	②	①
Der Patient macht häufig Auslassversuche bei der Medikamenteneinnahme, um zu sehen, ob es auch ohne Medikamente geht	④	③	②	①
Der Patient kennt sich und spürt, wenn es bedrohlich wird (in die Akutphase abzurutschen), um rechtzeitig den Arzt aufzusuchen	④	③	②	①

12. Die Arzt-Patientenbeziehung kann zum einen eher vertrauensvoll, zum anderen aber auch schon mal problematisch sein. Im Folgenden lesen Sie zwei Alternativen, die Ihre Kollegen uns in vorangegangenen Untersuchungen genannt haben. Bitte geben Sie aufgrund ihrer persönlichen Erfahrung an, in welchem Ausmaß die Aussagen im allgemeinen Ihr Verhältnis zu Ihren Patienten eher widerspiegeln:

Es besteht eher ...	Stimme zu	Stimme eher zu	Mal so, mal so	Stimme eher zu	Stimme zu	Es besteht doch immer wieder eher ...
eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung	③	②	①	②	③	eine gestörte Arzt-Patientenbeziehung wegen Unstimmigkeiten zwischen Arzt und Patient
eine vertrauensvolle Arzt-Angehörigen-Beziehung	③	②	①	②	③	eine gestörte Arzt-Angehörigenbeziehung wegen Unstimmigkeiten zwischen Arzt und Angehörigen

7.3.3.2. Operationalisierung des Konstruktes Arzt-Patienten-Beziehung

Im Rahmen der Arzt-Patientenbeziehung spielen das Therapieziel und der wahrgenommene Therapieerfolg des Arztes eine nicht unerhebliche Rolle. Die Antworten zu dem angestrebten Therapieziel und Therapieerfolg sind in Tabelle 7.4 abgebildet. Die Operationalisierung hierzu decken Frage neun und dreizehn ab. Da die Definition des Therapieziels entscheidende Auswirkungen für den Therapieverlauf darstellt, in dem Sinne, in welchem Maße sich der Arzt einsetzt, das Therapieziel zu erreichen, wurde zudem die Möglichkeit in Form eines zusätzlichen Items (anderes Ziel, und zwar....) in der Frage neun offen gelassen, um nicht genannte Therapieziele einfügen zu können.

Tabelle 7.4: Arzt-Patientenbeziehung: Therapieziel / Therapieerfolg

Die wesentlichen Inhalte (Kategorien) der Explorationen zu den Aspekten der Arzt-Patientenbeziehung: Therapieziel / Therapieerfolg	Fragenableitung „Hauptbefragung“
<p>1. Therapieziel (n=10)</p> <p>a. <u>Phasenprophylaxe (n=5)</u> Ich möchte, dass er seine Medikamente in der Phasenprohylaxe regelmäßig einnimmt / ich versuche mit dem Patienten eine stabile Phasenprohylaxe zu erreichen/ ich möchte Rückfälle vermeiden</p> <p>b. <u>Alltag / Integration (n=5)</u> Einen normalen Alltag zu erreichen / das der Patient einfach jeden Tag normal erlebt / das der Patient im Leben bleibt, nicht immer wieder herausgerissen wird und dann die Therapie von „neuem“ beginnen muss/ Integration in die Familie, in das zurückgelassene Umfeld / das der Patient wieder im Leben steht, bei seiner Familie akzeptiert ist</p> <p>c. <u>Arbeit (n=2)</u> Wichtig ist, dass der Patient wieder arbeiten kann/ mein Ziel ist, dass der Patient die normalen Dinge im Leben wie arbeiten gehen machen kann ohne Beeinträchtigung</p> <p>d. <u>Familie (n=2)</u> Vielen Patienten ist die Familie wichtig, hier möchte ich als Arzt, dass er wieder normal im Familienleben teilnimmt/ Ein wichtiges Ziel ist, die Integration des Patienten in die Familie</p>	<p>Frage 9</p>

Fortsetzung

Tabelle 7.4: Arzt-Patientenbeziehung: Therapieziel / Therapieerfolg

Die wesentlichen Inhalte (Kategorien) der Explorationen zu den Aspekten der Arzt-Patientenbeziehung: Therapieziel / Therapieerfolg	Fragenableitung „Hauptbefragung“
<p>2. Therapieerfolg (n=10)</p> <p>a. <u>Stabilität (n=5)</u></p> <p>Erfolg zu haben in der Therapie ist, dass ich mein Ziel mit dem Patienten erreiche, also den Patienten langfristig stabil zu halten / wenn ein Patient in der Phasenprophylaxe ohne Rückfälle über Jahre bleibt/ wenn das Ziel Stabilität des Patienten über Jahre erreicht ist / wenn der Patient über Jahre keine Akutphasen erlebt hat / wenn die Phasenprophylaxe lange andauert</p> <p>b. <u>Normales Leben (n=5)</u></p> <p>Wenn der Patient wieder ein normales Leben führen kann in der Familie / wenn die Patienten normal im Leben stehen, also arbeiten, eine Familie haben /wenn der Patient wieder in der Familie gut zurecht kommt oder am Arbeitsplatz/ wenn er wieder ganz normal arbeiten geht / wenn es ihm gut geht und er zurecht kommt im Leben</p> <p>c. <u>Problematische Zeiten überwinden – Phasenprophylaxe (n=3)</u></p> <p>Wenn der Patient durch die problematische Zeiten während der Phasenprophylaxe kommt, also nicht in die Akutphase rutscht / wenn die Patienten sagen „ich bin gar nicht mehr so ausgelassen wie früher“, da müssen sie als Arzt alle Register ziehen, damit der Patient compliant belibt, stabil bleibt / die Patienten haben „Angst sich nicht zu spüren“, als Arzt muss man dann helfen, damit die Patienten dennoch weiter compliantes Verhalten zeigen</p>	Frage 13

Aus diesen Antworten wurden nach der inhaltsanalytischen Auswertung die folgenden Fragen (Abbildung 7.6) entwickelt.

Abbildung 7.6: Fragen zu Therapieziel / Therapieerfolg

9. Als behandelnder Arzt kann man mit der Therapie der Patienten unterschiedliche Ziele verfolgen. Welche der folgenden Ziele bei der Behandlung bipolarer Patienten sind für Sie persönlich denn am wichtigsten? Da es möglich ist, mehr als ein Ziel zu verfolgen, geben Sie bitte Ihre zwei wichtigsten Ziele an. Sollten Sie andere Ziele verfolgen als die hier aufgeführten, dann führen Sie dieses bitte auf.

	Primär angestrebtes Ziel (bitte nur eine Antwort)	Sekundär angestrebtes Ziel (bitte nur eine Antwort)
Ich möchte mit dem Patienten eine stabile Phasenprophylaxe erreichen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich möchte den Patienten so schnell wie möglich seinen normalen Alltag ermöglichen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich möchte den Patienten wieder in das Leben integrieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich möchte, dass der Patient wieder arbeiten gehen kann	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich möchte, dass der Patient wieder in der Familie seinen Platz findet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anderes Ziel, und zwar: _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13. Therapieerfolg wird von Ihren Kollegen unterschiedlich definiert. Welcher Definition können Sie persönlich am ehesten zustimmen? (Nur eine Antwort bitte)

A) Therapieerfolg heißt für mich persönlich, den Patient zu stabilisieren, also aus der Akutphase herauszuholen	<input type="radio"/>
B) Therapieerfolg heißt für mich persönlich, dass der Patienten stabil in der Phasenprophylaxe bleibt	<input type="radio"/>
C) Therapieerfolg heißt für mich persönlich, der Patient kann wieder arbeiten gehen und ganz normal am Leben teilnehmen	<input type="radio"/>

Die Wahrnehmung des Patienten aus Arztsicht und die Einstellung zum Krankheitsbild bestimmen die Art der Arzt-Patientenbeziehung mit. Die explorativ gewonnenen Antworten zu der Wahrnehmung der Patienten in den Krankheitsphasen sind in Tabelle 7.5 abgebildet. Die Operationalisierung hierzu bildet die Frage zehn ab.

Tabelle 7.5: Arzt-Patientenbeziehung: Wahrnehmung der Patienten in den Krankheitsphasen

Die wesentlichen Inhalte (Kategorien) der Explorationen zu den Aspekten der Arzt-Patientenbeziehung: Wahrnehmung der Patienten in den Krankheitsphasen	Fragenableitung „Hauptbefragung“
1. <u>Bipolare Patienten (n=4)</u> Die Patienten leiden häufig an Schlafstörungen / oft haben die Patienten Schlafmangel/ einige Patienten werden aggressiv bei Sonneinstrahlung	Frage 10
2. <u>Patienten generell: Krankheitseinsicht (n=5)</u> Die meisten sind erst einmal nicht einsichtig, was ihre Krankheit an geht/ die Patienten zeigen leider zu wenig Krankheitseinsicht / zu Beginn der Erkrankung sind die Patienten weniger einsichtig, was ihre Krankheit betrifft / nach 'ner Zeit nimmt die Einsicht der Patienten zu, sie merken, dass sie nicht so tun können als hätten sie nichts / so nach 2 Jahren wird es besser mit der Einsicht .. / mit der Zahl der Exazerbationen nimmt auch die Einsicht meist zu / wenn die Patienten mehrere Exazerbationen erlebt haben, dann kennen sie auch besser ihre eigenen Schwachpunkte	Frage 10
3. <u>Patienten generell: Konzentration (n=3)</u> Konzentrationsstörungen treten häufiger auf... / sie können sich schlechter konzentrieren .../ es gibt häufiger Probleme mit der Aufmerksamkeit	Frage 10
4. <u>Phasenprophylaxe (n=4)</u> viele brauchen einen geregelten Tagesablauf, sonst bleiben sie nicht stabil / die regelmäßige Medikamenteneinnahme muss kontrolliert werden (am besten durch Angehörige) / Angehörige helfen , wenn die Patienten die Medikamenteneinnahme kontrollieren, so werden Rückfälle versucht zu vermeiden / hier kommt es schon mal vor, dass sie sich so gut fühlen, dass die Medikamente vergessen werden	Frage 10

Fortsetzung

Tabelle 7.5: Arzt-Patientenbeziehung: Wahrnehmung der Patienten in den Krankheitsphasen

Die wesentlichen Inhalte (Kategorien) der Explorationen zu den Aspekten der Arzt-Patientenbeziehung: Wahrnehmung der Krankheitsphasen (Patienten)	Fragenableitung „Hauptbefragung“
<p>5. <u>Manische Patienten (n=10)</u></p> <p>a. <u>Persönlichkeit (n=6)</u> Maniker sind schnell gekränkt / Maniker sind empfindlich / manische Patienten reagieren gereizt, aggressiv, wenn man mit ihnen eine Absprache treffen will / Maniker agieren oft nach dem Motto „Hunde, die bellen, beißen nicht“ / manische Patienten machen sich wenig Gedanken, was die Folgen ihres Tuns sind / die Konsequenzen kümmern sie nicht / die manischen Patienten gefährden auch schon mal andere zum Beispiel wenn sie alkoholisiert fahren, oder im Rahmen ihres Größenwahns zu schnell fahren / manische Patienten fallen häufiger im Straßenverkehr auf / manische Patienten sammeln Strafzettel / manische Patienten fahren oftmals zu schnell mit dem Auto</p> <p>b. <u>Konzentration (n=3)</u> Bei manischen Patienten sehe ich Aufmerksamkeitsstörungen / manische Patienten können nicht ruhig dem Gespräch folgen / die Patienten springen oftmals von einer Idee zur nächsten</p> <p>c. <u>Compliance (n=4)</u> Maniker lehnen die Medikamente eher ab / manische Patienten diskutieren über die Einnahme der Medikamente / manische Patienten neigen stärker auch zu non-compliantem Verhalten</p> <p>d. <u>Substanzabusus (n=4)</u> In den manischen Phasen kommt es häufiger zu Alkoholabusus /manische Patienten trinken oder sind eher gefährdet zu viel Alkohol zu trinken</p>	Frage 10
<p>6. <u>Depressive Patienten (n=10)</u></p> <p>e. <u>Persönlichkeit (n=3)</u> Depressive Patienten erzählen alles immer wieder, die ganze Leidensgeschichte / die negativen Gedanken der depressiven Patienten belasten (schon mal) / depressive Patienten sehe ich als latent aggressiv an, weniger verbal, eher brechen sie plötzlich aus und werden dann handgreiflich</p> <p>f. <u>Substanzabusus (n=5)</u> Depressive sind eher gefährdet Alkohol in Übermaß zu trinken / die depressiven Patienten trinken schon mal eher / Depressive suchen in Alkohol Zuflucht / depressive Patienten nehmen häufig Drogen/ der Substanzabusus bei depressiven Patienten kommt häufiger vor</p> <p>g. <u>Suizidalität (n=5)</u> Bei den depressiven Patienten ist die Gefahr des Suizids gegeben / Depressive sind suizidgefährdet</p>	Frage 10

Abbildung 7.7: Frage 10 für den Fragebogen in der Hauptuntersuchung zu der Wahrnehmung der Patienten in den Krankheitsphasen

10. Im Folgenden geht es um Beschreibungen bzw. Charakteristika von Patienten mit bipolaren Störungen. Sie finden hierzu wieder einige Aussagen, die wir in vorangegangenen Untersuchungen von ärztlichen Kollegen erhalten haben. Diesen Aussagen können Sie mit Hilfe der angegebenen Skala von stimme zu bis stimme nicht zu aufgrund der eigenen Erfahrungen in unterschiedlichem Ausmaß zustimmen.	Stimme zu	Stimme eher zu	Weder -noch	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu
Die Patienten sind meistens sehr schnell gekränkt	⑤	④	③	②	①
Die Patienten sind in der manischen Phase generell wenig selbstkritisch	⑤	④	③	②	①
Meistens machen sich die manischen Patienten keine Gedanken um die Konsequenzen ihrer Handlungen	⑤	④	③	②	①
Die Patienten sind eigentlich nur zu Beginn der Erkrankung wenig krankheitseinsichtig	⑤	④	③	②	①
Nach mehreren Exazerbationen können die Patienten besser mit der Erkrankung umgehen und kennen ihre eigenen Schwachpunkte	⑤	④	③	②	①
Die Patienten haben oftmals Konzentrationsstörungen	⑤	④	③	②	①
Die Patienten sind in den ersten zwei Jahren der Erkrankung nicht krankheitseinsichtig	⑤	④	③	②	①
Die Patienten haben immer wieder Probleme mit der Aufmerksamkeit	⑤	④	③	②	①
Manische Patienten haben ein gesteigertes Autonomiebedürfnis	⑤	④	③	②	①
Manische Patienten sind häufig sexuell enthemmt	⑤	④	③	②	①
Manische Patienten können Risiken im Straßenverkehr nicht realistisch einschätzen	⑤	④	③	②	①
Manische Patienten verfolgen ihre eigenen eigentlich nur für sie logischen Wahnideen („ich bin der Beste auf meinem Gebiet“)	⑤	④	③	②	①
Manische Patienten können nicht ruhig dem Gespräch folgen, sie springen oftmals von einer Idee zur nächsten	⑤	④	③	②	①
Bipolare Patienten leiden generell an Schlafstörungen	⑤	④	③	②	①
Bipolare Patienten leiden generell an Schlafmangel	⑤	④	③	②	①
Manische Patienten lehnen die Medikation eher ab als depressive	⑤	④	③	②	①
Manisch Patienten neigen stärker zu non-compliance als depressive	⑤	④	③	②	①
Depressive Patienten fangen immer wieder mit ihrer Leidensgeschichte von vorne an	⑤	④	③	②	①
Die negativen Gedanken der depressive Patienten belasten mich häufig schon sehr	⑤	④	③	②	①
Es kommt nicht selten vor, dass depressive Patienten „im Alkohol Zuflucht suchen	⑤	④	③	②	①

Fortsetzung

Abbildung 7.7: Frage 10 im Hauptfragebogen zu Wahrnehmung der Patienten in den Krankheitsphasen

10.) Im Folgenden geht es um Beschreibungen bzw. Charakteristika von Patienten mit bipolaren Störungen...	Stimme zu	Stimme eher zu	Weder – noch	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu
Depressive Patienten sind nach außen selten verbal aggressiv, aber oft in Handgreiflichkeiten verwickelt	⑤	④	③	②	①
Manische Patienten agieren oft nach dem Motto „Hunde, die bellen, beißen nicht“	⑤	④	③	②	①
In der Phasenprophylaxe verhalten sich alle gleich: „Mir geht es jetzt gut, ich brauche die Medikamente nicht“ - bis es zur nächsten Exazerbation kommt	⑤	④	③	②	①
Das Aggressionsverhalten ist bei den bipolaren Patienten bei Sonneneinstrahlung erhöht	⑤	④	③	②	①
Depressive Patienten haben ein erhöhtes Risiko Drogen zu nehmen	⑤	④	③	②	①
Depressive Patienten haben ein erhöhtes Risiko alkoholsüchtig zu werden	⑤	④	③	②	①
Die Patienten brauchen Angehörige, die auch die regelmäßige Medikamenteneinnahme kontrollieren	⑤	④	③	②	①
Die Patienten brauchen Angehörige, damit der geregelte Tagesablauf gewährleistet wird					
Die Patienten brauchen Angehörige, damit Rückfälle vermieden werden	⑤	④	③	②	①
Depressive Patienten sind stark suizidgefährdet	⑤	④	③	②	①
Manische Patienten überschätzen sich in ihren Handlungen – sie glauben alles erreichen zu können	⑤	④	③	②	①
Hypomanische Patienten sind oftmals im Straßenverkehr auffällig wegen (stark) überhöhter Geschwindigkeit	⑤	④	③	②	①
Hypomanische Patienten neigen dazu, Strafzettel zu sammeln	⑤	④	③	②	①
Depressive Patienten fahren selten Auto	⑤	④	③	②	①
Wenn depressive Patienten Auto fahren muss ich Angst haben, dass sie sich selbst gefährden	⑤	④	③	②	①
Bei manischen Patienten muss ich Angst haben, dass sie andere und sich selbst gefährden, wenn sie in ein Auto steigen	⑤	④	③	②	①
Bipolare Patienten sind generell eher gefährdet alkoholisiert zu fahren	⑤	④	③	②	①
Besonders manische Patienten sind eher gefährdet alkoholisiert zu fahren	⑤	④	③	②	①
Besonders depressive Patienten sind eher gefährdet alkoholisiert zu fahren	⑤	④	③	②	①
Manische Patienten sind eher gefährdet als depressive Patienten alkoholisiert zu fahren	⑤	④	③	②	①

Im Rahmen des Konstrukts *Arzt-Patientenbeziehung* wurde auf die Unterschiede in der Beziehung zwischen Arzt und Patient nach Dauer der Erkrankung bzw. das Wissen um die Krankheitsbiographie eingegangen. Die Ärzte wurden nach ihrer Beziehung (=erlebte Beziehung) zu ihren Patienten befragt, die sie bis zu einem Jahr kannten im Vergleich zu ihren Patienten, die sie schon lange begleiten (ein Jahr und länger). Darüber hinaus sollten sie angeben, wie sich der Umgang mit diesen beiden Patientengruppen gestaltet.

Tabelle 7.6: Arzt-Patientenbeziehung: Kurzzeit- und Langzeitpatienten

<p>Die wesentlichen Inhalte (Kategorien) der Explorationen zur Arzt-Patientenbeziehung: Kurzzeitpatienten (Arzt behandelt den Patienten wegen Bipolarität seit ca. einem Jahr) - und Langzeitpatienten (Behandlung seit > ein Jahr)</p>	Fragenableitung „Hauptbefragung“
<p>1. Kurzzeitpatienten (n=10)</p> <p>a. <u>Beziehung zwischen Arzt und Kurzzeitpatient (n=5)</u> Man muss erst einmal kommunikativ Zugang zu dem Patienten finden / der Aufbau einer Beziehungsebene zu mir muss gewährleistet werden / wir müssen erst einmal ein „Handelsabkommen“ schließen</p> <p>b. <u>Suizid (n=3)</u> Bei den Patienten ist ein möglicher Suizid bedrohlicher / man befürchtet eher Selbstmordabsichten / Gefahr der Selbsttötung schwebt im Raum</p> <p>c. <u>Krankheitseinsicht (n=5)</u> Zu Beginn der Erkrankung zeigt der Patient eher mangelnde Krankheitseinsicht/ in den Akutphasen zeigen sie wenig Einsicht/ er hat eine mangelnde Medikamentencompliance zu Beginn/ die Patienten kommen nur selten zur Psychoedukation / in Phasen des „wieder besser Gehens“ nehmen sie die vereinbarten Termine unregelmäßig wahr</p> <p>d. <u>Hypomanie / Manie (n=7)</u> In auftretenden akuten Phasen, wenn der Patient keine Einsicht zeigt, muss eine Zwangsbehandlung erfolgen, die kommt Gott sei Dank selten in der Praxis vor / in der Klinik werden die hochmanischen Patienten häufiger mit Blaulicht eingeliefert / in der akuten manischen oder hypomanen Phase fühlen sich die Patienten wohl und lehnen eine Behandlung ab / sie haben noch keine negativen Erfahrungen (Konsequenzen des Handelns) gesammelt / bedrohliche Konsequenzen sind noch nicht erfolgt / die manische Phase beschert Hochgefühle, daher unternehmen Patienten auch schon mal Auslassversuche der Medikamente / die Einsicht, das Manie im Nachgang negative Konsequenzen und damit negative Gefühlslagen beschert, erfolgt oft erst nach mehreren Phasen.</p> <p>e. <u>Depression (n=2)</u> in der akuten depressiven Phase ist der Leidendruck der Patienten hoch / die lassen sich freiwillig behandeln / die kommen vorbei</p>	Frage 14, Frage 16, Frage 17

Fortsetzung

Tabelle 7.6: Arzt-Patientenbeziehung: Kurzzeit- und Langzeitpatienten

<p>Die wesentlichen Inhalte (Kategorien) der Explorationen zur Arzt-Patientenbeziehung: Kurzzeitpatienten (Arzt behandelt den Patienten wegen Bipolarität seit ca. einem Jahr) - und Langzeitpatienten (Behandlung seit > ein Jahr)Arzt-Patientenbeziehung: Kurzzeit- und Langzeitpatienten</p>	<p>Fragenableitung „Hauptbefragung“</p>
<p>1. <u>Langzeitpatienten – positiv (n=10)</u></p> <p>a. <u>Beziehungsebene (n=4)</u></p> <p>In der Regel hat man eine vertrauliche Arzt-Patientenbeziehung aufgebaut / die Konsultationen mit den Langzeitpatienten sind einfacher im Vergleich zu den Kurzzeitpatienten / man kennt die Patienten schon/ Absprachen erfolgen aktiver vom Patienten aus / man sieht sich stärker als Begleiter des Patienten</p> <p>b. <u>Krankheitsbewusstsein (n=5)</u></p> <p>Langzeitpatienten kennen ihre Risiken / die Patienten kennen die persönlichen Frühwarnzeichen vor Ausbruch einer akuten Phase / die nehmen dann ihre Medikamente und fragen aktiv nach, rufen an und sagen, ich habe das und das, was soll ich nun tun / relativ einfach ist das bei dem Patient, mit dem man gut reden kann, die haben ihr Krankheitsbewusstsein / die merken schon, wenn wieder Gefahr in Verzug ist</p> <p>c. <u>Compliance (n=2)</u></p> <p>Bei Langzeitpatienten ist die Chance höher ein normales Leben zu führen / sie erkennen sie Notwendigkeit einer (oftmals) lebenslangen Medikation und einer ausgeglichenen und kontrollierten Lebensweise</p>	<p>Frage 15, Frage 16, Frage 17</p>
<p>2. <u>Probleme mit Langzeitpatienten (n=5)</u></p> <p>a. <u>Motivation (n=2)</u></p> <p>Die unsicheren und unselbständigen Langzeitpatienten, die muss man immer wieder motivieren / Einige Langzeitpatienten sieht man leider häufiger wegen neuen Episoden, die Motivation fehlt und die Behandlung dauert sehr lange, bis es ihnen wieder gut geht.</p> <p>b. <u>Keine Krankheitseinsicht (n=2)</u></p> <p>Es gibt Langzeitpatienten, die wollen keinen Arzt, keine Medikamente. Alles ist normal. In der Manie sagen die, jetzt schaffe ich endlich alles, was ich machen will / Einige Langzeitpatienten kommen zwangsweise, Ausnahmezustände werden oft verdrängt, die Therapiemöglichkeiten sind schlechter</p> <p>c. <u>Suizid (n=2)</u></p> <p>Ich habe einen Patienten, der kommt immer in der depressiven Phase, wenn die Manie gerade zu Ende ist. Da steht dann der Lebensüberdruß im Vordergrund, suizidale Gedanken / es ist schwierig (bei suizidalen Gedanken) den Kontakt aufzubauen. Es ist eine seelische Belastung und man muss Zuversicht ausstrahlen, dass die Krankheit in den Griff zu kriegen ist und die Phase wieder vorbei geht</p>	

Die aus den wörtlichen Aussagen entwickelten Items (Frage 14 bis Frage 16) zu Kurzzeit- und Langzeitpatienten sind im Folgenden (Abbildung 7.8) aufgeführt. Ein besonderes Augenmerk wurde auf die Compliance gerichtet, da sich diese für den weiteren Therapieverlauf als besonders wichtig herausgestellt hat. Zudem wurde offen noch einmal die durchschnittliche Dauer der Beziehung zum Patienten abgefragt als Kontrollfrage, um zu erfahren, inwieweit die Fragen unter den vorgegebenen Instruktionen beantwortet wurden oder implizite Kategorien zur Krankheitsdauer zugrunde gelegt wurden.

Abbildung 7.8: Fragen 14 bis 17 in der Hauptuntersuchung zu Kurz- und Langzeitpatienten

14. Die nächsten Fragen beziehen sich auf die besondere Arzt-Patientenbeziehung bei bipolaren Erkrankungen. Zunächst geht es um die so genannten Kurzzeitpatienten, die Sie ca. seit einem Jahr wegen der Erkrankung bipolare Störung behandeln. Bitte geben Sie an, inwieweit Sie aufgrund Ihrer persönlichen Erfahrungen den folgenden Aussagen zustimmen oder nicht zustimmen können.	Stimme zu	Stimme eher zu	Weder -noch	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu
Ich muss diese Patienten erst einmal von der Notwendigkeit der Medikation überzeugen	⑤	④	③	②	①
Ich gebe den Patienten Termine in kurzen Abständen, um sie besser beobachten zu können	⑤	④	③	②	①
Das Vertrauen kann bei diesen Patienten nur langsam aufgebaut werden	⑤	④	③	②	①
Ich sehe die Patienten in kurzen Abständen wegen der erhöhten Suizidgefahr	⑤	④	③	②	①
Ich lade die Angehörigen regelmäßig ein zur Besprechung der aktuellen Situation des Patienten	⑤	④	③	②	①
Die Patienten sind eher krankheitsuneinsichtig	⑤	④	③	②	①
Die Patienten brauchen ständig meine Unterstützung, um die Medikamenteneinnahme durchzuhalten.	⑤	④	③	②	①
Die Patienten kommen eher selten zur Psychoedukation	⑤	④	③	②	①
Ich bin für die Kurzzeitpatienten in Notfällen immer telefonisch zu erreichen.	⑤	④	③	②	①
Es ist schwierig bei diesen Patienten Übergänge in den Phasen rechtzeitig zu erkennen	⑤	④	③	②	①
Es ist besonders schwierig, die richtige Medikation auszuwählen	⑤	④	③	②	①
Ich erwarte, dass die Patienten regelmäßig zu den Terminen erscheinen	⑤	④	③	②	①
Zu Beginn des Kontakts wird die Beziehung eher gestört durch den Wunsch der Patienten nach sofortiger Heilung	⑤	④	③	②	①
Die Patienten möchten, dass ich alles tue, damit es ihnen bald wieder gut geht	⑤	④	③	②	①

Fortsetzung

Abbildung 7.8: Frage 14 bis Frage 17 im Hauptfragebogen zu kurz- und Langzeitpatienten

<p>15. Kommen wir nun auf die Langzeitpatienten zu sprechen, d.h. Patienten, die Sie schon ein Jahr und länger wegen der Erkrankung bipolare Störung behandeln. Bitte geben Sie an, inwieweit Sie aufgrund Ihrer persönlichen Erfahrungen den folgenden Aussagen zustimmen, eher zustimmen, weder-noch, eher nicht zustimmen oder nicht zustimmen können.</p>					
	Stimme zu	Stimme eher zu	Weder - noch	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu
Mit diesen Patienten besteht eine Beziehung, die durch Vertrauen geprägt ist	⑤	④	③	②	①
Das jahrelange von mir in regelmäßigen Abständen betreute Krankheitsbild stellt eine unsichtbare Verbindung zwischen Arzt und Patient dar	⑤	④	③	②	①
Der Patient fühlt sich bei mir gut aufgehoben	⑤	④	③	②	①
Die Angehörigen werden nur noch bei schwierigen Situationen einbezogen	⑤	④	③	②	①
Die Patienten sind eher krankheitseinsichtig	⑤	④	③	②	①
Die Patienten klären viele Fragen auch schon mal telefonisch ab	⑤	④	③	②	①
Ich muss mit den Patienten immer wieder die Wichtigkeit der dauerhaften Medikamenteneinnahme besprechen	⑤	④	③	②	①
Ich muss die Angehörigen immer wieder von der Wichtigkeit der dauerhaften Medikamenteneinnahme überzeugen	⑤	④	③	②	①
Ich erwarte, dass die Patienten regelmäßig an Psychoedukation teilnehmen, was die meisten auch tun	⑤	④	③	②	①
Die Patienten möchten ungeachtet meiner Sprechzeiten auf mich zurückgreifen, wann immer sie (!) es für notwendig erachten	⑤	④	③	②	①
<p>16. Das Verhalten der Patienten kann in Bezug auf regelmäßige Medikamenteneinnahme, Wahrnehmen der Arzttermine und Besuch von Psychoedukationsgruppen unterschiedlich sein. Wie hoch ist der Anteil unter Ihren Patienten mit den folgenden Verhaltensmustern?</p>					
	Bitte % Anzahl eintragen:				
% Anzahl der bipolaren Patienten, die ihre Medikamente jeden Tag einnehmen					
% Anzahl der bipolaren Patienten, die ihre Medikamente auch schon mal tageweise vergessen einzunehmen					
% Anzahl der bipolaren Patienten, die wochenweise ihre Medikation schon mal auslassen					
% Anzahl der bipolaren Patienten, die regelmäßig zu den verabredeten Arztterminen erscheinen					
% Anzahl der bipolaren Patienten, die regelmäßig zu den festgelegten Psychoedukationsterminen erscheinen					

Fortsetzung

Abbildung 7.8: Frage 14 bis Frage 17 im Hauptfragebogen zu Kurz- und Langzeitpatienten

17. Wie lange kennen Sie im Durchschnitt Ihre Kurzzeitpatienten und wie lange Ihre Langzeitpatienten?

Kurzzeitpatienten: _____ Anzahl Monate

Langzeitpatienten: _____ Anzahl Jahre

7.3.3.3. Operationalisierung des Konstruktes Arzt-Patientengespräch

In 6 von 10 Interviews beklagten die Ärzte den Mangel an vorhandener Zeit für die Arztgespräche mit den Patienten, die sich durch die gesundheitsökonomischen Rahmenbedingungen verschlechtert haben. Die wörtlichen Antworten der Befragten hierzu finden sich in Tabelle 7.7.

Tabelle 7.7: Arzt-Patientengespräch: Zeitmangel

Die wesentlichen Inhalte (Kategorien) der Explorationen zum Arzt-Patientengespräch: Zeitmangel	Fragenableitung „Hauptbefragung“
<p>1. Negative Äußerungen (n=10)</p> <p>a. <u>Mangel an Zeit für Patientengespräche (n=6)</u> Im Grunde genommen, fehlt es an Zeit für die Patienten / Man kann es sich nicht mehr leisten, mit dem Patienten ausführliche Gespräche zu führen, wir arbeiten sowieso schon für zu wenig Geld / die Vergütung für Gespräche ist zu gering / es kann zu wenig Zeit veranschlagt werden für Patientengespräche / man bräuchte mehr Zeit für die Patienten, aber das ist durch die Änderungen im System immer weniger möglich</p> <p>b. <u>Das Beste aus der Situation machen (n=4)</u> Ich arbeite so wie vorher auch / natürlich macht es einem das System nicht leicht, aber an meiner Arbeitsweise habe ich nichts geändert / man ist für den Patienten da wie zuvor</p>	<p>Frage 18 / Frage 19</p>

Um dem Thema und damit den Einfluss der vorhandenen versus dem gewünschtem Zeitbedarf gerecht zu werden, wurden in die Hauptbefragung die Fragen 18 und Frage 19 abgeleitet (Abbildung 7.9).

Abbildung 7.9: Frage 18/19 im Hauptfragebogen zu der tatsächlich zur Verfügung stehenden und idealer Gesprächsdauer mit den Patienten

18. Wenn Sie jetzt einmal an Ihre Arzt-Patientengespräche mit Ihren bipolaren Patienten denken, wie viel Zeit müssten Sie im Idealfall so durchschnittlich für einen Patienten in einer Akutphase manisch bzw. depressiv und wie viel bei der Phasenprophylaxe veranschlagen?

Akutphase: _____ Minuten
 Phasenprophylaxe: _____ Minuten

19. Und wie viel Zeit bleibt Ihnen heutzutage nach den gesundheitspolitischen Änderungen wirklich für den Patienten?

Akutphase: _____ Minuten
 Phasenprophylaxe: _____ Minuten

In der Pilotstudie wurden im Rahmen des Konstruktes *Arzt-Patientengespräch* einerseits die Gesprächsinhalte der Arztkommunikation, andererseits auch die immer wiederkehrenden Fragen der Patienten an den Arzt exploriert. Die wörtlichen Aussagen hierzu finden sich nachfolgend in Tabelle 7.8.

Tabelle 7.8: Arzt-Patientengespräch: Gesprächsinhalte

Die wesentlichen Inhalte (Kategorien) der Explorationen zum Arzt-Patientengespräch: Gesprächsinhalte	Fragenableitung „Hauptbefragung“
<p>1. <u>Gesprächsinhalte Arzt(n=10)</u></p> <p>a. <u>Frage nach dem allgemeinen Wohlbefinden (n=6)</u> Erst einmal frage ich, wie es dem Patienten geht / Man beginnt mit „ wie geht es Ihnen (heute / denn)?“ / der Einstieg ist die Frage nach dem Befinden / „Wie geht’s, gibt es etwas besonderes, ist irgend etwas vorgefallen?.</p> <p>b. <u>Compliance (Medikamente) (n=4)</u> Und wie klappt es mit der Einnahme der Tabletten / Fällt es Ihnen leicht oder schwer die Tabletten täglich zu nehmen / Gibt es Probleme bei der Einnahme der Tabletten?</p> <p>c. <u>Nebenwirkungen (n=8)</u> Gibt es Probleme mit dem Medikament? (n=3) / Wie fühlen Sie sich mit dem Medikament? / Wie vertragen Sie das Medikament? (n=3) / Kommen Sie gut mit dem Medikament zu recht?</p> <p>d. <u>Soziales Umfeld (n=4)</u> Wie läuft es in der Familie / Ist alles in Ordnung zu Hause? / Gibt es Schwierigkeiten zu Hause? / Ist etwas Besonderes in der Familie vorgefallen?</p> <p>e. <u>Beruf (n=3)</u> Wie läuft es mit der Arbeit? / Haben Sie Probleme, Ihrer Arbeit nachzugehen?/ Ist an Ihrem Arbeitsplatz alles on Ordnung?</p>	<p>Frage 20, Frage 21</p>

Fortsetzung

Tabelle 7.8: Arzt-Patientengespräch: Gesprächsinhalte

Die wesentlichen Inhalte (Kategorien) der Explorationen zum Arzt-Patientengespräch: Gesprächsinhalte	Fragenableitung „Hauptbefragung“
<p>f. <u>Straßenverkehrsteilnahme (n=1)</u> Aufklärung über mögliche Einschränkungen an der Straßenverkehrsteilnahme wie Autofahren</p>	Frage 20, Frage 21
<p>2. <u>Negative Äußerungen zu Gesprächsinhalten</u></p> <p>a. <u>Einhalten der Termine (n=2)</u> Es ist schon schwierig mit Patienten, die nicht regelmäßig erscheinen, da fängt man erst einmal im Gespräch an, „es ist wichtig, dass Sie regelmäßig kommen“ / Wenn man sagen muss, dass das Einhalten der Gesprächstermine sehr wichtig ist, stört das den eigentlichen Gesprächsverlauf</p> <p>b. <u>Compliance (Medikamente / Psychoedukation) (n=4)</u> Wenn man im Gespräch merkt, dass der Patient die Tabletten nicht nimmt, dann muss man sich Zeit dafür nehmen, obwohl man vielleicht gar keine hat, das stört mich manchmal schon / Wenn der Patient von sich aus sagt, dass er es nicht schafft, die Tabletten jeden Tag zu nehmen, das bedeutet das Gespräch, die Zusammenarbeit neu zu definieren, das stört die Kommunikation / wenn es wieder Probleme mit der Compliance gibt, dann empfinde ich es als stören, aber es wird gelöst / wenn der Patient unregelmäßig zur Psychoedukation erscheint, wird der Therapieverlauf gestört und das muss thematisiert werden, das empfinde ich schon als störend / wenn ich höre, dass die Psychoedukationsgruppe wiederholt ausgefallen lassen wurde</p> <p>c. <u>Medikamente (n=3)</u> Es dauert (lange), wenn man die Medikamente besprechen muss, die Nebenwirkungen, die Vorteile / ich stelle nur ein Medikament zur Alternative, sonst werden die Gespräche zu lang / Wenn ich über Wirkung –Nebenwirkung zu lange aufgehalten werde / wenn ich die Vor- und Nachteile der Medikamente mit dem Patienten besprechen muss</p>	Frage 20, Frage 21

Die von den befragten Ärzten besprochenen Gesprächsinhalte stellen einerseits den alltäglich geforderten Gesprächsablauf dar. Andererseits kommt es je nach Gesprächsverläufen auch vor, dass der Patient nicht dem prototypischen Gesprächsverlauf des Arztes folgt, das heißt Störungen in der Arzt-Patientenbeziehung bemerkbar werden. Diese Störungen wurden in den Explorationen identifiziert durch Nachfragen „wie machen sich Störungen im Gesprächsverlauf bemerkbar und was können Sie dagegen tun? Ein Beispiel für eine im Gespräch identifizierte Störvariable ist das Thema „Compliance“. Um letztgenannten Aspekt

in der Hauptbefragung zu berücksichtigen, aber den Fragebogen nicht unnötig auszuweiten, wurden die genannten Gesprächsinhalte kritisch in den auf die wörtlichen Äußerungen aufbauenden Fragen (Frage 20 bis Frage 21) hinterfragt. Das Thema Aufklärung über mögliche Einschränkungen an der Straßenverkehrsteilnahme fiel in diesem Zusammenhang zwar nur einmal, es wurde aufgenommen, da diese Information einen wesentlichen Bestandteil der Arbeit darstellt.

Abbildung 7.10: Fragen 20 / 21 in der Hauptuntersuchung zur Thematik Gesprächsinhalte und „Störungen im Gesprächsverlauf“

20. Arzt-Patienten-Gespräche können ja ganz unterschiedlich ablaufen. Nicht selten kommt es ja auch vor, dass man Angelegenheiten besprechen muss, die man selbst als störend empfindet. Bitte geben Sie aufgrund Ihrer persönlichen Erfahrungen an, welche Angelegenheit Sie am meisten stören, schon mal eher stören, eher nicht so stören oder am wenigsten stören könnte.

Angelegenheiten, die von Seiten des Arztes besprochen werden:	Am meisten stören mich	Stören mich schon mal eher	Stören mich eher nicht so	Stören mich am wenigsten
Fragen nach dem aktuellen Wohlbefinden / Zustand	④	③	②	①
Frage nach der Medikamenteneinnahme	④	③	②	①
Fragen nach Problemen mit den Medikamenten (Nebenwirkungen)	④	③	②	①
Fragen nach möglichen Probleme in der Familie, für die sich der Patient verantwortlich fühlt	④	③	②	①
Fragen nach möglichen Probleme im Berufsleben (soweit vorhanden)	④	③	②	①
Wenn ich wiederholt darauf aufmerksam machen muss, dass das Einhalten der Gesprächstermine sehr wichtig ist	④	③	②	①
Wenn ich wiederholt darauf aufmerksam machen muss, dass eine regelmäßige Medikamenteneinnahme notwendig ist				
Wenn ich darauf aufmerksam machen muss, dass das die Besuche der Psychoedukationsgruppe sehr wichtig ist	④	③	②	①
Wenn ich die Medikamentenwirkung mit ihren Vor- und Nachteilen besprechen muss	④	③	②	①
Aufklärung über mögliche Einschränkungen an der Straßenverkehrsteilnahme (Autofahren)	④	③	②	①

Fortsetzung

Abbildung 7.10: Fragen 20 / 21 in der Hauptuntersuchung zur Thematik Gesprächsinhalte und „Störungen im Gesprächsverlauf“

21. Nun sprechen auch Patienten von sich aus den Arzt an. Wie ist das bei den folgenden Fragen an den Arzt. Bitte geben Sie an, welche Angelegenheiten Ihre bipolaren Patienten im Gespräch mit Ihnen *so gut wie immer ansprechen* – *manchmal ansprechen* – *selten ansprechen* oder *so gut wie nie ansprechen*?

Angelegenheiten, die bipolare Patienten besprechen möchten:	Ansprache durch die Patienten...			
	So gut wie immer	Manchmal	Selten	So gut wie nie
Ist es überhaupt sinnvoll die Medikamente regelmäßig einzunehmen	④	③	②	①
Muss ich die Medikamente wirklich dauerhaft einnehmen	④	③	②	①
Wann kann ich einen Auslassversuch machen?	④	③	②	①
Ich habe aktuell Probleme in meinem sozialen Umfeld, zum Beispiel in der Familie, mit Freunden	④	③	②	①
Ich habe aktuell Probleme in meinem Berufsleben (soweit vorhanden)	④	③	②	①
Ich habe Probleme mit der regelmäßigen Medikamenteneinnahme	④	③	②	①
Ich habe Probleme mit dem regelmäßigen Einhalten der Gesprächstermine	④	③	②	①
Ich möchte eigentlich nicht mehr weiter an der Psychoedukationsgruppe teilnehmen	④	③	②	①
Ich habe gewisse Probleme bei der motorisierten Teilnahme am Straßenverkehr (Autofahren)	④	③	②	①

7.3.3.4. Operationalisierung des Konstruktes Patienten- Persönlichkeit und Verhalten

Die Äußerungen zur Kenntnis über die Teilnahme am Straßenverkehr bezogen sich bei jedem einzelnen Arzt auf seine spezifische Klientel. In den Explorationen wurde die Frage gestellt, ob die Ärzte bipolare Patienten betreuen, die Auto fahren oder motorisiert am Straßenverkehr teilnehmen (Tabelle 7.9).

Tabelle 7.9: Patienten-Persönlichkeit und Verhalten: Teilnahme der bipolaren Patienten am Straßenverkehr

Die wesentlichen Inhalte (Kategorien) der Explorationen zur Patienten Persönlichkeit und Verhalten: Teilnahme der bipolaren Patienten am Straßenverkehr	Fragenableitung „Hauptbefragung“
<p>1. Teilnahme am Straßenverkehr (n=10)</p> <p>a. <u>Fußgänger (n=10)</u> Als Fußgänger nehmen alle am Straßenverkehr teil / alle gehen schon einmal zu Fuß / alle gehören zu der Kategorie Fußgänger</p> <p>b. <u>Fahrradfahrer / Zweiradkraftfahrer (n=4)</u> Einige fahren regelmäßig Fahrrad / einer fährt Fahrrad, weil er nicht mehr Auto fahren möchte / ich denke, ein bis zwei Patienten fahren Fahrrad / einer kommt immer mit dem Moped zu mir</p> <p>c. <u>Autofahrer (n=6)</u> Natürlich fahren einige Auto / wenn der Patient gut eingestellt ist, fährt er auch Auto / ich denke so 20% fahren Auto / 10% fahren Auto / fast alle meiner Patienten fahren Auto (70%) / bei mir fahren so 30% der Patienten Auto</p> <p>2. Teilnahme am Straßenverkehr in den verschiedenen Phasen</p> <p>a. <u>Manische Phase (n=3)</u> Na ja, wenn der Patient das nicht so merkt oder einen Höhenflug hat, dann fährt er auch schon mal Auto / in der hypomanischen Phase fahren einige Patienten auch Auto / das kommt in der hypomanischen und manischen Phase schon mal vor, dass Auto gefahren wird</p> <p>b. <u>Depressiven Phase (n=2)</u> Ein depressiver Patient fährt eher seltener Auto, er bleibt zu Hause, aber ich habe es auch schon erlebt, dass Einige fahren regelmäßig Fahrrad / einer fährt Fahrrad, weil er nicht mehr Auto fahren möchte / ich denke, ein bis zwei Patienten fahren Fahrrad / einer kommt immer mit dem Moped zu mir</p> <p>c. <u>Autofahrer (n=6)</u> Natürlich fahren einige Auto / wenn der Patient gut eingestellt ist, fährt er auch Auto / ich denke so 20% fahren Auto / 10% fahren Auto / fast alle meiner Patienten fahren Auto (70%) / bei mir fahren so 30% der Patienten Auto</p>	<p>Frage 20, Frage 21</p>

Für die Hauptuntersuchung wurde deshalb auf eine kategorisierte Antwortvorgabe verzichtet und stattdessen eine halb-offene Frage gewählt, die die Möglichkeiten der Verkehrsteilnahme berücksichtigt. Zudem wurde phasenspezifisch die motorisierte Teilnahme der Patienten am Straßenverkehr abgefragt (Abbildung 7.11).

Abbildung 7.11: Frage 22, 23-26 in der Hauptuntersuchung zur Verkehrsteilnahme der Klientel und die Einstellung des Arztes

22. Wie viele Ihrer bipolaren Patienten nehmen nach Ihrer Kenntnis als Verkehrsteilnehmer am Straßenverkehr teil und zwar als

	Angabe in Prozent
Fußgänger	
Fahrradfahrer	
Zweiradkraftfahrer (Moped, Motorroller etc.)	
Autofahrer	

23. Wie viele Ihrer bipolaren Patienten, die sich in der hypomanischen Phase befinden, fahren nach Ihrer Kenntnis Auto oder nehmen motorisiert am Straßenverkehr teil?

_____ % Anzahl der hypomanischen Patienten, die Auto fahren

A. Und bei wie vielen dieser Patienten sehen Sie aufgrund Ihrer persönlichen Erfahrungen die Teilnahme am Straßenverkehr eher als kritisch an?

_____ % Anzahl der hypomanischen Patienten, bei denen die Teilnahme am Straßenverkehr eher kritisch anzusehen ist

24. Wie viele Ihrer bipolaren Patienten, die sich in der manischen Phase befinden, fahren nach Ihrer Kenntnis Auto oder nehmen motorisiert am Straßenverkehr teil?

_____ % Anzahl der manischen Patienten, die Auto fahren

A. Und bei wie vielen dieser Patienten sehen Sie aufgrund Ihrer persönlichen Erfahrungen die Teilnahme am Straßenverkehr eher als kritisch an?

_____ % Anzahl der manischen Patienten, bei denen die Teilnahme am Straßenverkehr eher kritisch anzusehen ist

25. Und wie viele Ihrer bipolaren Patienten, die sich in der depressiven Phase befinden, fahren Auto oder nehmen motorisiert am Straßenverkehr teil?

_____ % Anzahl der depressiven Patienten, die Auto fahren

A. Und bei wie vielen dieser Patienten sehen Sie aufgrund Ihrer persönlichen Erfahrungen die Teilnahme am Straßenverkehr eher als kritisch an?

_____ % Anzahl der depressiven Patienten, bei denen die Teilnahme am Straßenverkehr eher kritisch anzusehen ist

26. Wie viele Ihrer bipolaren Patienten, die sich in der Phasenprophylaxe befinden, fahren Auto oder nehmen motorisiert am Straßenverkehr teil?

_____ % Anzahl der manischen Patienten, die Auto fahren

A. Und bei wie vielen dieser Patienten sehen Sie aufgrund Ihrer persönlichen Erfahrungen die Teilnahme am Straßenverkehr eher als kritisch an?

_____ % Anzahl der Patienten in der Phasenprophylaxe, bei denen die Teilnahme am Straßenverkehr eher kritisch anzusehen ist

Zudem war es notwendig im Rahmen des heuristischen Modells, die Bedeutung von Autofahren und Fahrtauglichkeit für die Patienten Klientel, die das Autofahren ausüben, aus der Arztperspektive zu verstehen. Die wörtlichen Äußerungen aus den Explorationen sind in Tabelle 7.10 dargestellt.

Tabelle 7.10: Patienten-Persönlichkeit und Verhalten: Bedeutung von Autofahren für die Patienten (Arztperspektive)

Die wesentlichen Inhalte (Kategorien) der Explorationen zur Patienten Persönlichkeit und Verhalten: Bedeutung von Autofahren	Fragenableitung „Hauptbefragung“
<p>1. Autofahren bedeutet (n=10)</p> <p>a. <u>Freiheit (n=4)</u> Autofahren bedeutet für die Patienten, frei bestimmen zu können, was sie machen / das bedeutet Freiheit, gesund zu sein / die Patienten werden nicht daran erinnert, krank zu sein / Autofahren heißt für sie frei sein</p> <p>b. <u>Fortbewegungsmittel (n=3)</u> Die Möglichkeit weiter arbeiten gehen zu können (n=1)/ zur Arbeit zu fahren (n=2)</p> <p>c. <u>Normalität (n=2)</u> Ein Stück Normalität im Leben / wie alle anderen zu sein</p> <p>d. <u>Stigmatisierung (n=2)</u> durch den Nicht-Wegfall eines normalen Verhaltens als Außenseiter gesehen zu werden / nicht stigmatisiert zu werden</p>	Frage 30

Die daraus entwickelten Items für die Hauptuntersuchung finden sich in Frage 30 wieder (Abbildung 7.12)

Abbildung 7.12: Frage 30 in der Hauptuntersuchung zur Bedeutung von Mobilität

<p>30. Was verbinden Ihre Patienten mit dem Autofahren? Welche Bedeutung hat das Autofahren für Ihre bipolaren Patienten? Bitte kreuzen Sie diejenigen Aussagen an, die in Frage kommen.</p>		
	Ja	Nein
<p>Autofahren bedeutet für den Großteil meiner Patienten Freiheit, die sie sich trotz Ihrer Einschränkungen durch ihre Krankheit nehmen können</p>	O	O
<p>Autofahren heißt für meine Patienten nichts anderes als die beste Möglichkeit zu Ihrem Arbeitsplatz zu kommen</p>	O	O
<p>Autofahren heißt für meine Patienten ein Stück Normalität, an der Sie nicht an Ihre Krankheit erinnert werden</p>	O	O
<p>Autofahren bedeutet nicht stigmatisiert zu sein</p>	O	O
<p>Anderes, und zwar _____</p>	O	O

Neben der Einstellung zu dem speziellen Risikoverhalten Autofahren wurden in den Explorationen der Pilotstudie allgemein die krankheitsspezifischen Risikofaktoren und das Risikoverhalten der bipolaren Patienten erhoben. Hierzu wurden in

der Pilotstudie die persönlichen Überzeugungen der Ärzte über die Möglichkeit der Teilnahme von bipolaren Patienten am Straßenverkehr je nach Krankheitsphase exploriert. Die wörtlichen Äußerungen zu dem speziellen Risikoverhalten Autofahren zeigt Tabelle 7.11, die allgemeinen Risikofaktoren bzw. Risikoverhalten werden in Tabelle 7.12 aufgeführt.

Tabelle 7.11: Patienten-Persönlichkeit und Verhalten: Risikoverhalten Autofahren

Die wesentlichen Inhalte (Kategorien) der Explorationen zur Patienten Persönlichkeit und Verhalten: Risikoverhalten Autofahren	Fragenableitung „Hauptbefragung“
<p>1. Fahrverhalten – kein Risikofaktor (n=4)</p> <p>Bipolare Patienten zeigen kein anderes Fahrverhalten als andere Personen / Ich sehe keinen Risikofaktor „Verkehrsteilnahme“ / die Teilnahme am Straßenverkehr stellt kein Risiko dar/ depressive Patienten fahren selten Auto, daher sehe ich hier kein Risiko</p>	Frage 27
<p>2. Fahrverhalten Manische Phase (n=10)</p> <p>a. <u>Fahrverhalten – Risikofaktor (n=6)</u></p> <p>Wenn sich eine erneute manische Phase ankündigt, kann es zu aggressiveren Fahrverhalten kommen / „gute Laune am Steuer“ nennen das meine Patienten, überhöhte Geschwindigkeiten und der Verlust der Einschätzung der Fahrmöglichkeiten sind erste Anzeichen für das Kippen in die (hypo-) manische Phase / die Teilnahme im Straßenverkehr (Autofahren) kann einen persönlichen Risikofaktor für den Patienten darstellen / sie sind schon mal auffällig wegen (stark) überhöhter Geschwindigkeit / sie „sammeln“ Strafzettel / sie können andere und sich selbst gefährden, wenn sie dann in ein Auto steigen / es kommt vor (in der manischen Phase), die mieten sich bestenfalls oder kaufen sogar einen Porsche und fahren wie berauscht quer durch die Lande.</p>	Frage 27 Frage 28
<p>3. Fahrverhalten Depressive Phase (n=3)</p> <p>a. <u>Fahrverhalten – Risikofaktor (n=3)</u></p> <p>Einige depressive Patienten trinken zu viel und fahren dann noch / einige versuchen sich damit umzubringen / wenn depressive Patienten Auto fahren habe ich manchmal schon ein ungutes Gefühl, dass sie sich selbst gefährden</p>	Frage 27 Frage 28

Fortsetzung

Tabelle 7.11: Patienten-Persönlichkeit und Verhalten: Risikoverhalten Autofahren

Die wesentlichen Inhalte (Kategorien) der Explorationen zur Patienten Persönlichkeit und Verhalten: Risikoverhalten Autofahren	Fragenableitung „Hauptbefragung“
<p>4. Fahrverhalten während der Phasenprophylaxe (n=10)</p> <p>b. <u>Phasenprophylaxe – kein Problem der Fahrtauglichkeit (n=7)</u></p> <p>Autofahren stellt kein Problem dar / Autofahren ist kein Problem, solange die Patienten gut eingestellt sind</p> <p>c. <u>Phasenprophylaxe – Problem bei der Fahrtauglichkeit (n=3)</u></p> <p>Wenn eine fehlende Einsicht bei den Patienten vorliegt, dass sie ihre Medikamente brauchen, und wenn dann eine (hypo-)manische Phase eintritt, dann werden die Patienten auch leichtfertig, was Autofahren angeht / wenn Autofahren ein Risikofaktor ist, dann kann ein Kippen in die Akutphase erfolgen / wenn die Schwelle zur Akutphase überschritten wird warum auch immer, wirkt sich das auch auf die Fahrtauglichkeit aus</p>	Frage 27 Frage 28
<p>5. Medikamente und Fahrverhalten (n=2)</p> <p>Einige Medikamente machen müde / die Patienten reagieren unterschiedlich auf die Medikamente und eine Nebenwirkung ist Müdigkeit, ...beeinflusst das Fahrverhalten eventuell</p>	Frage 27
<p>6. Konzentrations-, Aufmerksamkeitsstörungen und Fahrverhalten (n=3)</p> <p>Einige Patienten leiden aufgrund ihrer Erkrankung an Konzentrationsstörungen, die können dann auch nicht mehr so lange am Stück arbeiten, dies kann Auswirkungen auch auf die Fahrtauglichkeit haben / die Aufmerksamkeit ist teilweise schon eingeschränkt, auch im Straßenverkehr/ manche haben Probleme aufgrund von Konzentrationsschwächen im Straßenverkehr teilzunehmen, tun es trotzdem manchmal</p>	Frage 27
<p>7. Patientenberichte (n=3)</p> <p>Einige wollen selber nicht mehr Auto fahren / einige wissen um ihr Probleme beim Autofahren / die erzählen schon mal, wenn sie Probleme beim Fahren haben</p>	Frage 28

Tabelle 7.12: Patienten-Persönlichkeit und Verhalten: Risikofaktoren und Risikoverhalten der Patienten

Die wesentlichen Inhalte (Kategorien) der Explorationen zur Patienten Persönlichkeit und Verhalten: Risikoverhalten (Risikofaktoren)	Fragenableitung „Hauptbefragung“
1. Bipolare Patienten - Risikoverhalten <p>a. <u>Nein</u> (n=3), (es gibt kein erhöhtes Risikoverhalten bei bipolar erkrankten Personen)</p> <p>b. <u>Ja</u> (n=7), (bipolare Patienten müssen ihre Risikofaktoren kennen, um Risikoverhalten zu vermeiden)</p>	Frage 27 Frage 28
2. Risiken manischer Patienten (n=10) <p>a. <u>Substanzabusus und Fahrverhalten (n=2)</u> Manische Patienten fahren häufiger mal alkoholisiert / Manische Patienten sind eher gefährdet als depressive Patienten alkoholisiert zu fahren</p> <p>b. <u>Selbstüberschätzung</u> Manische Patienten haben ein gesteigertes Autonomiebedürfnis / Maniker sind nicht kritisch sich selbst gegenüber / sind wenig kritisch / wenig selbstkritisch / sie denken sie sind die Besten auf ihrem Gebiet...</p> <p>c. <u>Sexuelle Enthemmung</u> Bei einigen manischen Patienten kommt eine sexuelle Enthemmung häufiger mal vor / Die manischen Patienten sagen ja nicht, dass sie nackt auf der Straße herumgelaufen sind, weil es ihnen danach war und jedem zeigen wollten, wie schön sie sind. Na ja, und den Verkehr natürlich dadurch behindert haben</p> <p>d. <u>Aggressionen</u> Reiben sich schon mal mit anderen auf, aber überlassen dann das Feld gerne anderen / einige werden richtig aggressiv, dann wird es schon mal gefährlich</p>	Frage 27 Frage 28
3. Risiken in der Phasenprophylaxe (n=10) Ein Risiko ist, wenn sie anfangen zu denken, ich brauche meine Medikamente nicht / die Patienten fühlen sich gesund, sie sehen nach einer Zeit nicht mehr ein die Medikamente zu nehmen - bis es zur nächsten Exazerbation kommt / die regelmäßige Medikamenteneinnahme stellt ein Problem dar, die muss kontrolliert werden (am besten durch Angehörige) / viele brauchen einen geordneten Tagesablauf, sonst bleiben sie nicht stabil / Rückfälle sind ein Risiko also neue Episoden, wenn sie „keine Lust mehr“ auf Medikamente haben	Frage 27 Frage 28

Die wörtlichen Äußerungen dienten als Grundlage für die Entwicklung der Items bezüglich der Fragen nach

- a) den Möglichkeiten der Teilnahme am Straßenverkehr bei bipolaren Patienten,
- b) die Einschätzung des Arztes in diesen Situationen den Anweisungen des Rates zu befolgen, also auf das Autofahren zu verzichten.

Die so entstandenen Fragen 27 und Nummer 28 finden sich in Abbildung 7.13.

Abbildung 7.13: Fragen 27 / 28 in der Hauptuntersuchung zum Risikoverhalten
Autofahren

27. Man kann ja in Bezug auf die Teilnahme der Patienten am Straßenverkehr nun unterschiedlicher Meinung sein. Wie steht es um Ihre persönliche Überzeugung über die Möglichkeiten der Teilnahme am Straßenverkehr bei bipolaren Patienten? Welcher der im Folgenden angeführten Meinungen Ihrer Kollegen können Sie aufgrund Ihrer Erfahrungen als eher zutreffend (1) bzw. eher nicht zutreffend (2) ansehen?

	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu
Zum Teil ist es schon ein echtes Problem in den Akutphasen motorisiert am Straßenverkehr teilzunehmen	①	②
In der hypomanischen Phase kann es teilweise Probleme geben wegen „zu guter Laune am Steuer“ (Einschätzung der Geschwindigkeit fraglich)	①	②
Allein in der manischen Phase kann es teilweise Probleme geben wegen „zu guter Laune am Steuer“ (Einschätzung der Geschwindigkeit fraglich)	①	②
Während der manischen Phase ist Autofahren eigentlich nicht möglich, da die Patienten sich selbst überschätzen und Gefahren unterschätzen	①	②
Hypomanie ist doch oftmals ein großes Problem, da die Patienten sich selbst überschätzen und Gefahren unterschätzen	①	②
In der Phasenprophylaxe ist Autofahren kein Problem	①	②
Bei Konzentrationsstörungen oder Aufmerksamkeitsstörungen kann es zu Problemen kommen	①	②
Bei Müdigkeit durch die Medikamente kann die Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein	①	②
Einige Patienten lassen sich leichter ablenken und können oftmals Gefahren im Straßenverkehr nicht richtig einschätzen	①	②
Depressive Patienten nehmen selten am Straßenverkehr teil, weil sie sich zu Hause verkriechen	①	②

Fortsetzung

Abbildung 7.13: Fragen 27 / 28 in der Hauptuntersuchung zum Risikoverhalten
Autofahren

28. In welchen Situationen raten Sie denn persönlich Ihren Patienten auf das Autofahren zu verzichten? Bitte geben Sie an, in welchen Situationen Sie vom Autofahren abraten.

	Ich rate vom Autofahren ab
Bei einer möglichen negativen Auswirkung der Medikamentenwirkung auf die Fahrtüchtigkeit in der manischen Phase	<input type="radio"/>
Bei einer möglichen negativen Auswirkung der Medikamentenwirkung auf die Fahrtüchtigkeit in der hypomanen Phase	<input type="radio"/>
Bei einer möglichen negativen Auswirkung der Medikamentenwirkung auf die Fahrtüchtigkeit in der depressiven Phase	<input type="radio"/>
In der Phasenprophylaxe, wenn ich das Gefühl habe, der Patient ist nicht compliant	<input type="radio"/>
Wenn der Patient von sich aus Probleme aus dem Bereich Straßenverkehr schildert	<input type="radio"/>
Wenn ich weiß, dass der Patient häufiger wegen Alkohol am Steuer aufgefallen ist	<input type="radio"/>
Wenn ich weiß, dass die derzeitige mangelnde Krankheitseinsicht die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen könnte	<input type="radio"/>
Wenn ich Hinweise auf eine aufkommende akute Phase im Krankheitsverlauf sehe	<input type="radio"/>

7.3.3.5. Operationalisierung des Konstruktes Arzt-Verhalten bezogen auf die Problematik „Gesprächsführung in Problemsituationen am Beispiel Fahrtauglichkeit“

Die Ärzte wurden nach ihrem Umgang mit der speziellen Gesprächssituation zur Fahrtauglichkeit ausführlich exploriert. Beispielfragen aus der Exploration sind die Folgenden: Das Thema Fahrtüchtigkeit ist ja sicherlich für manche Ihrer Patienten höchst sensibel. Wie gehen Sie aufgrund Ihrer Erfahrungen dieses Thema an? Können Sie mir einmal einen prototypischen Gesprächsverlauf hierzu schildern? Ist die Fahrtauglichkeit ein Problem, dass die Patienten auch schon mal von sich aus ansprechen? Wenn Patienten davon überzeugt sind, dass sie eigentlich trotz ihrer Erkrankung ohne Risiko ein Kraftfahrzeug führen können, wie begegnen Sie dem? Was sind Ihre Argumente?

Die wörtlichen Äußerungen aus den Explorationen sind in Tabelle 7.13 dargestellt.

Tabelle 7.13: Arzt-Verhalten: Gesprächskompetenz in Problemsituationen- Fahrtauglichkeit

<p>Die wesentlichen Inhalte (Kategorien) der Explorationen zu den speziellen Erfordernissen in der Gesprächskompetenz bei Ansprache der Fahrtauglichkeit</p>	<p>Fragenableitung „Hauptbefragung“</p>
<p>1. <u>Gesprächsführung Arzt (n=10)</u></p> <p>a. <u>Berücksichtigung der Fahreignung – nie (n=3)</u> Aktiv ohne ersichtlichen Grund anzusprechen, ist oft zu wenig Zeit, kann mich nicht erinnern es im letzten Jahr besprochen zu haben/ sehen Sie, wir haben eine geringe Zeitspanne für jeden Patienten, da kann man sich nicht auch noch um die Fahreignung jedes Mal kümmern / ich sehe mich da nicht in der Verantwortung gesondert zur Fahreignungsgespräche zu führen</p> <p>b. <u>Berücksichtigung der Fahreignung – selten (n=3)</u> In den Gesprächen mit den Patienten werden mögliche Risiken oder zu vermeidendes Verhalten dann angesprochen, wenn augenscheinliche Hinweise (Äußerlichkeiten) im Aussehen, wie ungepflegtes Erscheinungsbild, Gereiztheit gegeben sind / wenn bei der Konsultation (Praxis) von den Patienten geäußert wird, dass es Probleme gibt / (das) spreche ich nur an, wenn ich denke, dass es etwas zu besprechen gibt</p> <p>c. <u>Berücksichtigung der Fahreignung im Gespräch (n=4)</u> Das wird immer berücksichtigt, vor allem bei Auffälligkeiten im Verhalten während des Gesprächs / das gehört zu jedem Gespräch bei der Aufnahme / bei jeder Entlassung aus der Klinik wird das besprochen / Risikobereiche werden regulär angesprochen, darunter auch die Fahreignung</p>	<p>Frage 32 / Frage 33/ Frage 34</p>
<p>2. <u>Gesprächsinhalte / Argumentation</u></p> <p>a. <u>Keine Argumente (n=1)</u> Keine Argumente, denn ich kann ihn nicht zwingen, das Autofahren aufzugeben</p> <p>b. <u>Sicherheit (n=3)</u> Ich versuche, die eigene Sicherheit und die anderer mit Beispielen in das Bewusstsein rücken / ich erinnere ihn an die Gefährdung seiner Familie</p>	<p>Frage 32 / Frage 33/ Frage 34</p>

Fortsetzung

Tabelle 7.13: Arzt-Verhalten: Gesprächskompetenz in Problemsituationen - Fahrtauglichkeit

Die wesentlichen Inhalte (Kategorien) der Explorationen zu den speziellen Erfordernissen in der Gesprächskompetenz bei Ansprache der Fahrtauglichkeit	Fragenableitung „Hauptbefragung“
<p>2. <u>Gesprächsinhalte / Argumentation</u></p> <p>c. <u>Medikamenteneinfluss (n=2)</u> Ich kläre den Patienten über die Wirkung der Medikamente im Straßenverkehr auf, dass diese ihn beeinträchtigen können / bei einigen Medikamenten muss man aufpassen, man darf nicht fahren, darauf weise ich die Patienten hin</p> <p>d. <u>Einbindung Dritter (n=3)</u> Ich rufe den Partner (die Mutter / Angehörigen) an und lasse ihn abholen, das Auto wird nicht mehr vom Patienten gefahren</p> <p>e. <u>Fahrweise (n=3)</u> Man bespricht die Möglichkeit alternativer Fortbewegungsmittel, kann er auch einen Bus oder die Bahn nutzen / man legt eine defensive Fahrweise nahe/ man fordert ihn auf nur kurze bekannte Strecken zu fahren / lange schwierige Fahrten sollen vermieden werden</p> <p>f. <u>Gesundheitszustand (n=3)</u> Man bespricht den Gesundheitszustand und dass der Patient erst einmal nicht mehr fahren sollte / Der Patient wird umfangreich über die Gefahren aufgeklärt / man macht durch Negativbeispiele deutlich was geschehen kann und fordert auf, das Auto stehen zu lassen</p>	Frage 32 / Frage 33/ Frage 34

Anhand dieser wörtlichen Aussagen wurde die Frage 32 entwickelt: Diese bildet die geäußerten Argumente des Arztes gegenüber dem bipolaren Patienten ab, wenn dieser nicht willens ist, ein ausgesprochenes Fahrverbot einzuhalten. Des Weiteren wurde die Frage aufgenommen, ob grundsätzlich die Möglichkeit im Arztalltag besteht, ein Gespräch zur Teilnahme am Straßenverkehr zu führen (Frage 33). In diesem Zusammenhang erschien es zudem sinnvoll zu fragen, wie hoch der zusätzlich benötigte Zeitaufwand für ein solches Gespräch geschätzt wird (Frage 34). Diese Fragen geben Aufschluss darüber, ob und in welchem Maße der einzelne Arzt bereit ist, sich mit seinen bipolaren Patienten hinsichtlich der Fahrtauglichkeit auseinanderzusetzen. Die Abbildung 7.14 zeigt die zusätzlichen Fragen 32 bis 34 auf.

Abbildung 7.14: Frage 32 bis 34 in der Hauptuntersuchung zur Gesprächsführung

32. Wenn Patienten davon überzeugt sind, dass sie eigentlich ohne Risiko am Straßenverkehr teilnehmen können, obwohl Sie ihnen davon abgeraten haben. Wie begegnen Sie dem? Was sind Ihre Argumente, wenn Sie anderer Meinung sind? Bitte geben Sie an, in welchem Ausmaß Sie persönlich den folgenden Aussagen zustimmen können.

	Stimme zu	Stimme eher zu	Weder -noch	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu
Ich habe keine Argumente, denn der Patient kann von mir nicht zum Nicht-Autofahren gezwungen werden.	⑤	④	③	②	①
Ich appelliere daran, immer wieder an seine eigene Sicherheit zu denken	⑤	④	③	②	①
Ich appelliere an die Sicherheit seiner Familienmitglieder / Mitmenschen zu denken	⑤	④	③	②	①
Ich weise ihn darauf hin, dass durch die Medikamente seine Teilnahme am Straßenverkehr vermindert sind	⑤	④	③	②	①
Ich rufe die mir bekannte nahe stehende Person des Patienten an, schildere das Problem und lasse ihn abholen	⑤	④	③	②	①
Ich bespreche mit ihm, ob es für ihn neben Autofahren noch andere alternative Fortbewegungsmittel gibt	⑤	④	③	②	①
Ich fordere ihn immer wieder auf, defensiv zu fahren	⑤	④	③	②	①
Ich lege ihm nahe, nur bekannte Strecken zu fahren	⑤	④	③	②	①
Ich lege ihm nahe, schwierige Strecken zu vermeiden	⑤	④	③	②	①
Gegebenenfalls weise ich ihn darauf hin, dass sich sein Gesundheitszustand verschlechtert hat und er erst einmal nicht mehr fahren sollte	⑤	④	③	②	①
Ich erkläre ihm, dass aufgrund der aktuellen Medikation ein Auto fahren nicht möglich ist	⑤	④	③	②	①
Ich kläre ihn umfangreich über die Gefahren auf und zeige ihm ein Negativbeispiel aus der Praxis auf	⑤	④	③	②	①

33. Ist ein Gespräch über Möglichkeiten und Grenzen der Teilnahme am Straßenverkehr vor dem Hintergrund Ihres Zeitfensters pro Gespräch denn immer möglich?
 Ja
 Nein

34. Solche Patientengespräche zur Verkehrsteilnahme benötigen Zeit. Wie ist denn der zusätzliche durchschnittliche Zeitaufwand in einem solchen Fall?
 _____ Minuten

Neben der Argumentation bei der Problemsituation „Fahrtauglichkeit“ wurde in der explorativen Vorbefragung (Pilotstudie) die erforderlichen Gesprächsinhalte je nach Krankheitsphase erhoben. Da der Zeitfaktor ein gewichtiges Gegenargument für das Nicht-Führen eines Gesprächs zur Fahrtauglichkeit war, wurde die Möglichkeit diskutiert, die Gespräche durch Dritte durchführen zu lassen. Die folgende Tabelle 7.14 zeigt die wörtlichen Äußerungen der Ärzte zu diesem Themenbereich.

Tabelle 7.14: Arzt-Verhalten: Gesprächsinhalte nach Krankheitsphasen

Die wesentlichen Inhalte (Kategorien) der Explorationen zum Arzt-Verhalten: Gesprächsinhalten nach Krankheitsphase zum Thema Fahrtauglichkeit	Fragenableitung „Hauptbefragung“
<p>1. Gesprächsinhalte akute Phase (n=10)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Auswirkungen der Medikamente auf die Fahrtüchtigkeit (n=7) b. Aktueller Gesundheitszustand des Patienten und Auswirkungen auf die Fahrtüchtigkeit (n=5) c. Risiken der Selbst- und Fremdgefährdung in der akuten Phase (n=6) d. Selbsteinschätzung der Patienten in der akuten Phase (n=5) 	Frage 36-39
<p>2. Gesprächsinhalte Phasenprophylaxe (n=10)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Auswirkungen der Medikamente auf die Fahrtüchtigkeit (n=3) b. Aktueller Gesundheitszustand des Patienten und Auswirkungen auf die Fahrtüchtigkeit (n=6) c. Risiken der möglichen Selbst- und Fremdgefährdung (Kippen in eine akute Phase) (n=2) d. Selbsteinschätzung der Patienten in der Phasenprophylaxe (n=8) 	Frage 36-39
<p>3. Durchführung der Gespräche durch Dritte (n=10)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Hausarzt (n=3) b. Gutachterlich tätiger Psychologe (n=5) oder gutachterlich tätige Psychiater (Straßenverkehr) (n=5) c. Mitarbeiter des Ordnungsamtes (n=2) / Mitarbeiter des Straßenverkehrsamtes (n=2) d. Mitarbeiter der Polizei (n=2) 	Frage 35

Die aus den wörtlichen Äußerungen entwickelten Fragestellungen zu diesem Themenbereich sind in der folgenden Abbildung 7.15 aufgeführt. Dabei wurde aus Gründen der Unterscheidbarkeit in der Auswertung die Frage nach den notwendigen Gesprächsinhalten in der Hauptbefragung für jede akute Krankheitsphase einzeln abgefragt. Zudem wurde eine Frage zur Einbindung von Angehörigen

gen aufgenommen, da im Rahmen der edukativen Maßnahmen von einigen der untersuchten Vorbefragten die Angehörigen immer einbezogen wurden.

Abbildung 7.15: Frage 35 bis 39 in der Hauptuntersuchung zur Gesprächsführung

35. Derzeit wird ein Gespräch zur Fahrtauglichkeit nicht gesondert von der Kasse vergütet. Könnten Sie sich vorstellen, dass Ihnen diese Gespräche zur Verkehrsteilnahme von Dritten abgenommen werden könnten? Bitte geben Sie an, inwieweit Sie die folgenden Personenkreise eventuell für geeignet (4) – eher geeignet (3)-, eher nicht geeignet (2) oder ungeeignet (1) halten.

	Geeignet	Eher geeignet	Eher nicht geeignet	ungeeignet
Hausarzt	④	③	②	①
Gutachterlich tätiger Psychologe	④	③	②	①
Gutachterlich tätige Psychiater (Straßenverkehr)	④	③	②	①
Mitarbeiter des Ordnungsamtes	④	③	②	①
Mitarbeiter des Straßenverkehrsamtes	④	③	②	①
Mitarbeiter der Polizei	④	③	②	①

Patienten benötigen in den verschiedenen Phasen möglicherweise unterschiedliche Informationen zur Fahrtauglichkeit. Welche Inhalte sollten Sie in einem solchen Gespräch mit dem bipolaren Patienten besprechen, der sich in der hypomanischen Phase, manischen, depressiven Phase befindet, oder auch in der Phasenprophylaxe?

36. Zunächst geht es um die Gesprächsinhalte in der hypomanischen Phase. Bitte geben Sie an, ob Sie persönlich den folgenden Aussagen zustimmen, eher zustimmen, weder zustimmen noch nicht zustimmen, eher nicht zustimmen oder sogar nicht zustimmen können.

<u>Gesprächsinhalte hypomanische Phase</u>	Stimme zu	Stimme eher zu	Weder –noch	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu
Auswirkungen der Medikamente auf die Fahrtüchtigkeit	⑤	④	③	②	①
Aktueller Gesundheitszustand des Patienten und Auswirkungen auf die Fahrtüchtigkeit	⑤	④	③	②	①
Risiken der Selbst- und Fremdgefährdung in der hypomanischen Phase	⑤	④	③	②	①
Selbsteinschätzung der Patienten in der hypomanischen Phase	⑤	④	③	②	①

Fortsetzung

Abbildung 7.15: Frage 35 bis 39 in der Hauptuntersuchung zur Gesprächsführung

37. Welche Inhalte sollten in einem solchen Gespräch zur Fahrtauglichkeit mit dem Patienten, der sich in der **manischen Phase** befindet, besprochen werden? Bitte geben Sie an, inwieweit Sie persönlich den folgenden Aussagen zustimmen.

<u>Gesprächsinhalte manische Phase</u>	Stimme zu	Stimme eher zu	Weder –noch	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu
Auswirkungen der Medikamente auf die Fahrtüchtigkeit	⑤	④	③	②	①
Aktueller Gesundheitszustand des Patienten und Auswirkungen auf die Fahrtüchtigkeit	⑤	④	③	②	①
Risiken der Selbst- und Fremdgefährdung in der hypomanischen Phase	⑤	④	③	②	①
Selbsteinschätzung der Patienten in der hypomanischen Phase	⑤	④	③	②	①

38. Welche Inhalte sollten in einem solchen Gespräch zur Fahrtauglichkeit mit dem Patienten, der sich in der depressiven Phase befindet, besprochen werden. Bitte geben Sie an, inwieweit Sie persönlich den folgenden Aussagen zustimmen.

<u>Gesprächsinhalte depressive Phase</u>	Stimme zu	Stimme eher zu	Weder –noch	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu
Auswirkungen der Medikamente auf die Fahrtüchtigkeit	⑤	④	③	②	①
Aktueller Gesundheitszustand des Patienten und Auswirkungen auf die Fahrtüchtigkeit	⑤	④	③	②	①
Risiken der Selbst- und Fremdgefährdung in der hypomanischen Phase	⑤	④	③	②	①
Selbsteinschätzung der Patienten in der hypomanischen Phase	⑤	④	③	②	①

38. Schließlich in diesem Zusammenhang noch die Frage, welche Inhalte sollten in einem solchen Gespräch zur Fahrtauglichkeit mit dem Patienten, der sich in der Phasenprophylaxe befindet, besprochen werden? Bitte geben Sie an, inwieweit Sie persönlich den folgenden Aussagen zustimmen.

<u>Gesprächsinhalte Phasenprophylaxe</u>	Stimme zu	Stimme eher zu	Weder –noch	Stimme eher nicht zu	Stimme nicht zu
Auswirkungen der Medikamente auf die Fahrtüchtigkeit	⑤	④	③	②	①
Aktueller Gesundheitszustand des Patienten und Auswirkungen auf die Fahrtüchtigkeit	⑤	④	③	②	①
Risiken der Selbst- und Fremdgefährdung in der hypomanischen Phase	⑤	④	③	②	①
Selbsteinschätzung der Patienten in der hypomanischen Phase	⑤	④	③	②	①

39. Sollten die Angehörigen in solche Gespräche miteinbezogen werden?

Ja

Nein

Im Rahmen der Gespräche zur Fahrtauglichkeit wurden die unterschiedlichen Einflussmöglichkeiten des Arztes und der Angehörigen auf den Patienten exploriert und in diesem Kontext auch das erwartete oder im Arzt-Patientengespräch festgestellte Compliance-Verhalten. Die folgende Tabelle 7.15 veranschaulicht die wörtlichen Äußerungen der befragten Ärzte der Pilotstudie.

Tabelle 7.15: Arzt-Verhalten: Einflussmöglichkeiten

<p>Die wesentlichen Inhalte (Kategorien) der Explorationen zum Themenbereich Arzt-Verhalten: Fahrverhalten und Einflussmöglichkeiten des Arztes und der Angehörigen</p>	<p>Fragenableitung „Hauptbefragung“</p>
<p>1. Einfluss weiterer Personen (n=10)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. Partner (n=4) b. Anderer Familienangehörige (n=3) c. Freunde (n=2) d. Betreuer (sozialpsychiatrischer Dienst) (n=5) 	<p>Frage 41-42</p>
<p>2. Einflussmöglichkeiten - positive Äußerungen (n=10)</p> <ul style="list-style-type: none"> a. <u>Einflussnahme Arzt (n=10)</u> <p>Das persönliche Verhältnis zwischen Arzt und Patient ist sehr wichtig, um Einfluss nehmen zu können / die Dauer der Beziehung zum Arzt ist sehr wichtig / die Beziehung zum Arzt und die daraus resultierende compliance bestimmen das Maß der Einflussnahme</p> <ul style="list-style-type: none"> b. <u>Medikamenten-Compliance (n=6)</u> <p>Eine regelmäßige Medikamenteneinnahme hierzu ist wichtig, dies ist über Jahre möglich / wichtig auch für compliantes Verhalten bezüglich Routinetätigkeiten wie Autofahren ist die Compliance / die Medikamenteneinnahme stabilisiert den Patienten und ermöglicht ja erst wieder das Autofahren / die Patienten nehmen die Medikamente, denn Autofahren ermöglicht ihnen ihre Freizeit frei zu gestalten/ wenn sie nicht Medikamente nehmen, dann kann da auch bedeuten, das sie nicht mehr Autofahren dürfen und sie nichts unternehmen können (Beispiele: Reisen, Parties)</p> <ul style="list-style-type: none"> c. <u>Unterstützung durch Angehörige (n=3)</u> <p>Wenn der Partner (Bruder) unterstützend wirkt / wenn einer aufpasst aus dem Angehörigenkreis</p>	<p>Frage 41-42</p>

Fortsetzung

Tabelle 7.15: Arzt-Verhalten: Einflussmöglichkeiten

<p>Die wesentlichen Inhalte (Kategorien) der Explorationen zum Themenbereich Arzt-Verhalten: Fahrverhalten und Einflussmöglichkeiten des Arztes und der Angehörigen</p>	<p>Fragenableitung „Hauptbefragung“</p>
<p>3. Einflussmöglichkeiten - negative Äußerungen</p> <p>a. <u>Notwendigkeit des Autos (n=2)</u></p> <p>Viele brauchen das Auto, um zur Arbeit zu kommen, wenn das wegfällt, dann ist die Arbeit weg, da kann man sagen was man will / viele nutzen das Auto, um zur Arbeit zu fahren, da besteht kaum eine Chance, dem Patienten die Notwendigkeit auf das Auto zu verzichten klar zu machen</p> <p>b. <u>Unverzichtbarkeit (n=2)</u></p> <p>Der verzichtet nicht, damit nimmt man ihm ja was weg/ er fühlt sich unfrei</p> <p>c. <u>Stigmatisierung (n=2)</u></p> <p>ein Fahrverbot trägt zusätzlich zur Stigmatisierung bei</p>	<p>Frage 41-42</p>

Im Hauptfragebogen bilden die Fragen 41 und Frage 42 die Operationalisierung dieses Themenbereiches ab (Abbildung 7.16). Neben den in der Pilotstudie genannten, Einfluss nehmenden Personen wurde in der Hauptbefragung die Möglichkeit offen gelassen, weitere Personen angeben zu können.

Abbildung 7.16: Frage 41 und Frage 42 in der Hauptuntersuchung zur Einflussnahme auf den Patienten

41. Wer hat denn im sozialen Umfeld des Patienten Ihrer Meinung nach den größten Einfluss auf den Patienten, wenn es um die Frage der Fahrtauglichkeit bzw. der Verneinung der Fahrtauglichkeit geht?

Partner	<input type="radio"/>
Anderer Familienangehörige	<input type="radio"/>
Freunde	<input type="radio"/>
Betreuer (sozialpsychiatrischer Dienst)	<input type="radio"/>
Andere, und zwar	<input type="radio"/>

Fortsetzung

Abbildung 7.16: Frage 41 / 42 in der Hauptuntersuchung zur Einflussnahme auf den Patienten

42. Es gibt sicherlich die unterschiedlichsten Gründe, die für das Ausmaß des praktizierten compliance Verhaltens hinsichtlich der empfohlenen Nicht – Teilnahme am Straßenverkehr der Patienten verantwortlich sind.

Die folgenden Gründe sind für ein compliantes bzw. weniger compliantes Verhalten...	wesentlich	Unwesentlich
Das persönliche Verhältnis des Patienten zum Arzt ist sehr wichtig, denn die Dauer der Beziehung bestimmt den offenen, vertrauten Umgang mit dem Patienten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die medikamentöse compliance ist wichtig für die Stabilisierung des Patienten und damit auch eine mögliche Fahrtüchtigkeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Die positive Unterstützung durch die Angehörigen bestimmt die compliance des Patienten mit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienten sind compliant aus Sorge um den Erhalt des Arbeitsverhältnisses: Heutzutage brauchen viele das Auto, um zur Arbeitsstelle zu gelangen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Patienten sind nicht compliant, weil sie auf das Autofahren nicht verzichten wollen. Denn für sie bedeutet dies Freiheit.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Viele Patienten sind deshalb nicht compliant, weil das Autofahren ihnen ermöglicht ihre Freizeitaktivitäten wahrzunehmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Viele Patienten sind deshalb nicht compliant, weil das Autofahren ihnen ermöglicht weiterhin ihre sozialen Kontakte zu pflegen (Parties, Entdeckungsreisen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Viele Patienten sind compliant bezüglich der Medikamenteneinnahme, damit ein Fahrverbot nicht zusätzlich zu ihrer Stigmatisierung beiträgt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.3.3.6. Operationalisierung des Konstruktes Kompetenz der Ärzte

Das Konstrukt *Kompetenz der Ärzte* umfasst die Themengebiete Bereitschaft (Interesse) an Fortbildungen, das Wissen um rechtliche Rahmenbedingungen in Bezug auf Fahreignung der bipolaren Patientengruppe, die Anforderungen an eine Fortbildung zur Gesprächsführungskompetenz, die dem Arzt Problemlösungen im Umgang mit der Fahrtauglichkeit von bipolaren Patienten bietet.

Im Folgenden zeigen die Tabellen 7.16 bis Tabelle 7.20 die wörtlichen Äußerungen zu den zur Verfügung stehenden Möglichkeiten zur Bewertung der Fahrtauglichkeit der Patienten, den rechtlichen Rahmenbedingungen und die Anforderungen an die Inhalte von Fortbildungsveranstaltungen zu diesem Thema.

Tabellen 7.16: Kompetenz der Ärzte: Möglichkeiten zur Bewertung der Fahrtauglichkeit der Patienten

<p>Die wesentlichen Inhalte (Kategorien) der Explorationen zum Themenbereich Kompetenz der Ärzte: Bewertungskriterien zur Fahrtauglichkeit</p>	<p>Fragenableitung „Hauptbefragung“</p>
<p>1. Kriterien in Publikationen (n=2) Es gibt dazu eine Veröffentlichung, die heißt „Krankheit und Verkehr“ oder Krankheit und Verkehrsteilnahme / es gibt dazu etwas vom Verkehrsministerium / Leitlinien zu „Psychische Störungen und Fahrtauglichkeit“</p>	<p>Frage 41 / Frage 43</p>
<p>2. Wiener Testsystem (n=3) Allgemeine Prüfungen während der Konsultation (n=3) Man überprüft regelmäßig ob die Medikamente Auswirkungen auf die Kognition haben / man überprüft bei den Konsultationen die Vigilanz der Patienten / man überprüft die Leistung auf Ebene der Psychomotorik</p>	<p>Frage 41 / Frage 43</p>
<p>3. Individuelle Beurteilung / Erfahrung (n=6) Letztlich zählt meine individuelle Beurteilung / ich bewerte den Patienten im Rahmen des Krankheitsbildes anhand der vorliegenden Erfahrung / ich sehe die Reaktion auf das Präparat und die Dosierung und bewerte jeden Patienten individuell / meine Erfahrungen bei diesem Krankheitsbild zählen, um die Fahrtüchtigkeit des Patienten einzuschätzen/ das ist eine individuellen Beurteilung des Patienten</p>	<p>Frage 41 / Frage 43</p>
<p>4. Bewertung nach Krankheitsstadien (n=5) Man muss auf den aktuellen Zustand des Patienten achten, Manie ist ein ausschlaggebendes Kriterium / Bei Manikern muss man eingreifen, da ist Vorsicht geboten</p>	<p>Frage 41 / Frage 43</p>
<p>5. Befragung Dritter (n=2) Man muss die Angehörigen sensibel für das Thema machen / man befragt dann (Angehörige) , ob es Auffälligkeiten beim Verhalten im Straßenverkehr gibt</p>	<p>Frage 41 / Frage 43</p>

Tabellen 7.17: Kompetenz der Ärzte: Fortbildungsveranstaltungen zum Thema
Fahreignung bipolar Erkrankter - Rechtliche Rahmenbedingungen

Die wesentlichen Inhalte (Kategorien) der Explorationen zum Themenbereich Rechtliche Rahmenbedingungen	Fragenableitung „Hauptbefragung“
<p>1. Aufklärung der bipolaren Patienten (n=3)</p> <p>Man ist verpflichtet den Patienten aufzuklären und dies in der Akte zu vermerken / man klärt ihn auf und je nach Fall kommt ein Vermerk in die Akte oder der Patient bestätigt das kurz schriftlich, dass eine Aufklärung erfolgte</p>	Frage 42
<p>2. Amtliche Meldung (n=2)</p> <p>Bei erheblicher Gefährdung kann eine Meldung an das Straßenverkehrsamt gemacht werden / man muss bei Gefährdung Dritter abwägen zwischen ärztlicher Schweigepflicht und allgemeinem Recht</p>	Frage 42
<p>3. Benachrichtigung der Angehörigen (n=3)</p> <p>Ich rufe erst einmal die Angehörigen an / ich unterrichte die Angehörigen, um gemeinsam den Patienten zur Einsicht zu bringen / ich binde die Angehörigen zur Unterstützung ein</p>	Frage 42

Tabelle 7.18: Anforderungen an die Inhalte von Fortbildungsveranstaltungen zum Thema Fahreignung bipolar Erkrankter

Die wesentlichen Inhalte (Kategorien) der Explorationen zum Themenbereich Inhalte der Fortbildungsveranstaltung für Ärzte	Fragenableitung „Hauptbefragung“
<p>1. Informationen zum Krankheitsbild</p> <p>a. <u>Informationen zur Erkrankung (n=4)</u></p> <p>b. <u>Informationen zur Erkrankung und Auswirkungen auf die Fahrtüchtigkeit (n=6)</u></p> <p>c. <u>Einfluss der Krankheit/Medikation auf die Aufmerksamkeit/ Konzentrationsstörungen (n=6)</u></p> <p>Medikamente und Aufmerksamkeit / Konzentration / Vigilanz (n=3) / Erkrankung und Auswirkung auf Konzentration / Aufmerksamkeit</p> <p>d. <u>Differenzierte Analyse der Psychopharmaka in Bezug auf Sedierung, Kognitive Störungen / Aufmerksamkeit (n=7)</u></p> <p>Medikamentennebenwirkung: Sedierung (n=3)/ Medikamentennebenwirkung: Kognition (n=2) / differenzierte Psychopharmakabesprechung und Nebenwirkungen (n=2)</p>	Frage 47

Fortsetzung

Tabelle 7.18: Anforderungen an die Inhalte von Fortbildungsveranstaltungen zum Thema Fahreignung bipolar Erkrankter

<p>1. Informationen zum Krankheitsbild</p> <p>e. <u>Frühwarnzeichen der Erkrankung (n=2)</u></p> <p>f. <u>Hinweise auf Ankündigung von Phasenwechsel bei Patienten (n=3)</u></p> <p>g. <u>Beurteilungskriterien (n=4)</u></p> <p>Konkrete Anhaltspunkte zur Beurteilung der Verkehrsfähigkeit (n=3)/ welche Prüfinstrumente gibt es (n=1)</p> <p>h. <u>Gesetzlicher Rahmen zur Fahrtüchtigkeit von bipolaren Patienten (n=4)</u></p> <p>i. <u>Gesprächführung (n=10)</u></p> <p>Differenzierte Gesprächsführung mit dem bipolaren Patienten über die Verkehrsteilnahme (n=2) / Zeitlicher Rahmen für die Gesprächsführung und Inhalte (n=3) / Abrechnung von solchen Gesprächen (n=5)</p>	
--	--

Tabelle 7.19: Fortbildungsveranstaltungen zum Thema Fahreignung bipolar Erkrankter- Veranstalter

<p>Die wesentlichen Inhalte (Kategorien) der Explorationen zum Themenbereich Fortbildungsveranstaltung – Mögliche Veranstalter</p>	<p>Fragenableitung „Hauptbefragung“</p>
<p>Mögliche Veranstalter der Fortbildung</p> <p>a. CME- zertifizierte Veranstaltungen (n=8)</p> <p>b. Medizinische Fachgesellschaften (n=4)</p> <p>c. Ministerium für Gesundheit (n=3)</p> <p>d. Pharmafirmen (n=2)</p> <p>e. Bundesverkehrsministerium (n=2)</p> <p>f. ADAC / Verkehrsverbände (n=2)</p>	<p>Frage 48 / Frage 49</p>

Tabelle 7.20: Interesse an einer Fortbildungsveranstaltung zum Thema Fahreignung bipolar Erkrankter

Die wesentlichen Inhalte (Kategorien) der Explorationen zum Themenbereich Interessenbekundung an einer Fortbildungsveranstaltung zur Fahrtauglichkeit	Fragenableitung „Hauptbefragung“
<p>1. Interesse – positiv</p> <p>a. <u>Interesse vorhanden (n=5)</u></p> <p>Prinzipiell wünschenswert / wäre schon gut, für Personen, die mit psychisch Erkrankte (Selbst-, Fremdgefährdung) arbeiten (n=2) / es gibt derzeit keine klaren gesetzlichen Regelungen / klare Richtlinien fehlen/ Maßnahme (Prävention) von den Ärzten wäre notwendig , eine solche Fortbildung müsste man im Interesse des Patienten wahrnehmen (n=3)</p> <p>b. <u>Einheitliche Kriterien (n=5)</u></p> <p>Ziel: einheitliche Kriterien zur Einschätzung der Fahrtüchtigkeit</p> <p>c. <u>Aufklärung der Patienten (n=2)</u></p> <p>Hinweise, um Patienten in den sie betreffenden Punkten besser aufzuklären / Patientenaufklärung wäre wichtig wegen der Sicherheit auf unseren Straßen</p>	Frage 50
<p>2. Interesse – negativ</p> <p>a. <u>Kein Interesse (n=5)</u></p> <p>Ich brauche keinen „Gesprächsleitfaden“ / brauche hierzu keine Fortbildung, ich kenne die Patienten und weiss wie ich reden muss (n=2) / der persönliche Beitrag zur Straßenverkehrssicherheit liegt in der Verantwortung des einzelnen (n=1) / es gibt kaum Patienten, die nicht am Straßenverkehr teilnehmen können (n=2)</p>	Frage 50

Die aus den Explorationen gewonnenen wörtlichen Äußerungen wurden zur Entwicklung der Items für die Hauptuntersuchung genutzt, um die Kompetenz der Ärzte im Umgang mit der Thematik Fahrtauglichkeit zu ermitteln (Frage 41 bis Frage 50 des Fragebogens, Abbildung 7.20). Die Fragen 41 bis 43 erfassen die persönliche Kenntnis und Nutzung von Bewertungskriterien zur Fahrtauglichkeit. Die Fragen 44 und 45 fragen nach der Kenntnis von aktuellen Fortbildungsveranstaltungen zu dem Thema Fahrtauglichkeit und vermitteln einen Eindruck, ob und wie der Arzt das Thema wahrnimmt. Die Fragen 46 bis 49 zeigen das zukünftige Interesse an einer solchen Fortbildung zur Fahrtauglichkeit auf. Die Fragestellungen zu dem Thema Fortbildungsveranstaltung waren als offen zu beantwortende Fragen eingefügt, um das Wissen um Angebote, die erfolgte Teilnahme an Veranstaltungen und das zukünftige Interesse an Veranstaltungen zu

eruiieren. Hierzu konnten in der Pilotstudie keine ausreichenden Antworten exploriert werden.

Abbildung 7.20: Fragen 41 / 42 in der Hauptuntersuchung zur Kompetenz der Ärzte

41. Mit Patienten über die Möglichkeiten und Grenzen ihrer Verkehrsteilnahme zu sprechen, setzt ja für Sie persönlich auch die Kenntnis der wesentlichen Voraussetzungen der Fahrtüchtigkeit voraus. Welche festgelegten Bewertungskriterien kennen Sie und nutzen Sie in der Praxis bezogen auf die Verkehrstauglichkeit?

	Kenne ich	Nutze ich
Gutachten „Krankheit und Verkehr“ (2000)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Leitlinien zu „Psychische Störungen und Fahrtauglichkeit“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wiener Testsystem	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prüfen der Effekte der Medikamente durch Testung der Leistung auf Ebene der Vigilanz und Kognition	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prüfen der Effekte der Medikamente durch Testung der Leistung auf Ebene der Psychomotorik	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Individuelle Beurteilung unter Berücksichtigung des Krankheitsbildes und der individuellen Reaktion auf das Präparat und die Dosierung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Anderes, und zwar _____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

42. Wie sieht denn in diesem Zusammenhang der rechtliche Rahmen aus? (Bsp. Müssen Sie überhaupt auf die Verkehrstauglichkeit achten?) Kann diese Gegenstand Ihrer Beurteilung oder gar Begutachtung werden?

Ich bin verpflichtet den Patienten aufzuklären und dies lediglich in der Akte zu vermerken.	<input type="radio"/>
Ich bin verpflichtet den Patienten aufzuklären und mir das von ihm schriftlich bestätigen lassen	<input type="radio"/>
Bei erheblicher Gefährdung ist zu erwägen, ob eine Meldung an das Straßenverkehrsamt gemacht werden muss (Abwägung: ärztliche Schweigepflicht)	<input type="radio"/>
Ich fühle mich verpflichtet, die Angehörigen zu unterrichten, um gemeinsam den Patienten zur Einsicht zu bringen	<input type="radio"/>

43. Welche Bewertungskriterien ziehen Sie persönlich heran? Gibt es aus Ihrer Erfahrung heraus, Risikofaktoren, die eine Teilnahme am Straßenverkehr beeinträchtigen bzw. ausschließen?

Ich achte auf den aktuellen Zustand des Patienten (Krankheitsphase). Bei manischen Patienten ist zum Beispiel Vorsicht geboten.	<input type="radio"/>
Ich befrage die Angehörigen in regelmäßigen Abständen, ob es Auffälligkeiten beim Verhalten im Straßenverkehr gibt	<input type="radio"/>
Ich vertraue auf meine Erfahrungen bei diesem Krankheitsbild, um die Fahrtüchtigkeit des Patienten richtig einzuschätzen.	<input type="radio"/>
Ich vertraue auf meine individuellen Beurteilung des Patienten, um die Fahrtüchtigkeit richtig einzuschätzen.	<input type="radio"/>
Anderes, und zwar _____	<input type="radio"/>

44. Welche Fortbildungen, die Sie mit dem Thema Fahreignung bipolar Erkrankter in seiner Komplexität vertraut machen, gibt es denn derzeit?

45. An welchen Fortbildungen zu diesem Thema haben Sie denn schon teilgenommen?

- Habe an den folgenden Fortbildungen teilgenommen: _____
- Habe noch an keiner Fortbildung zu diesem Thema teilgenommen

Fortsetzung

Abbildung 7.20: Fragen 41 / 42 in der Hauptuntersuchung zur Kompetenz der Ärzte

46. An welcher Art von Fortbildung zu dem Thema Fahreignung von bipolar Erkrankten, wären Sie denn in Zukunft interessiert?

47. Welche der folgenden Inhalte sollten bei einer solchen Fortbildungsveranstaltung mit dem Thema Fahreignung von bipolar Erkrankten berücksichtigt werden? Bitte kreuzen Sie alle Inhalte an, die für Sie von Interesse sind?

• Informationen über die Erkrankung und ihre Auswirkungen auf die Fahrtüchtigkeit	<input type="checkbox"/>
• Einfluss der Krankheit/Medikation auf die Aufmerksamkeit/ Konzentration	<input type="checkbox"/>
• Differenziert Analyse der Psychopharmaka in Bezug auf Sedierung, Kognitive Störungen	<input type="checkbox"/>
• Frühwarnzeichen der Erkrankung / Ankündigung von Phasenwechsel bei Patienten	<input type="checkbox"/>
• Konkrete Anhaltspunkte zur Beurteilung der Verkehrsfähigkeit / Prüfinstrumente	<input type="checkbox"/>
• Gesetzlicher Rahmen zur Fahrtüchtigkeit von Patienten	<input type="checkbox"/>
• Angebote zur Psychologie der Gesprächsführung über die Verkehrsteilnahme von bipolaren Patienten	<input type="checkbox"/>
• Zeitlicher Rahmen der Gesprächsführung über die Verkehrsteilnahme von bipolaren Patienten	<input type="checkbox"/>
• Möglichkeiten der Abrechnung von Gesprächen über die Verkehrsteilnahme von bipolaren Patienten	<input type="checkbox"/>

48. Wer sollte solche Veranstaltungen/ unterstützende Materialien anbieten?

	Veranstaltungen anbieten	Materialien anbieten
Medizinische Fachgesellschaften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ministerium für Gesundheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pharmafirmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bundesverkehrsministerium	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ADAC / Verkehrsverbände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CME- zertifizierte Veranstaltungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

49. Und wer sollte das bezahlen?

Medizinische Fachgesellschaften	<input type="checkbox"/>
Ministerium für Gesundheit	<input type="checkbox"/>
Pharmafirmen	<input type="checkbox"/>
Bundesverkehrsministerium	<input type="checkbox"/>
ADAC / Verkehrsverbände	<input type="checkbox"/>
CME- zertifizierte Veranstaltungen (zum Beispiel auf der DGPPN)	<input type="checkbox"/>
Anderes, und zwar _____	<input type="checkbox"/>

Fortsetzung

Abbildung 7.20: Frage 43 bis Frage 50 in der Hauptuntersuchung zur Kompetenz der Ärzte

50. Angenommen es würde ein solches Angebot zur Psychologie der Gesprächsführung über die Fahreignung von bipolar Erkrankten gemacht. Wäre für Sie persönlich die Verfügbarkeit eines solchen Angebots wünschenswert oder eher von geringerem Interesse? Bitte geben Sie an, inwieweit die nachstehenden Aussagen für Sie persönlich zutreffen oder nicht zutreffen.

	Trifft eher zu	Trifft eher nicht zu
Eine solche Fortbildung wäre wünschenswert, da das Thema relevant für Ärzte ist, die mit psychisch Erkrankten arbeiten; die Patienten sind teilweise eingeschränkt oder gar nicht fahrtauglich	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eine solche Fortbildung wäre wünschenswert, da es derzeit keine klaren gesetzlichen Regelungen gibt und daher ist Prävention seitens der Ärzte erforderlich, bevor es zu drastischen Maßnahmen zum Beispiel seitens der Behörden kommt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eine solche Fortbildung müsste man im Interesse des Patienten wahrnehmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ein solche Fortbildung sollte man wahrnehmen, damit einheitliche Kriterien zur Einschätzung der Fahrtüchtigkeit herangezogen werden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Eine solche Fortbildung wäre wünschenswert, da man Hinweise kennen lernen könnte, Patienten in den sie betreffenden Punkten besser aufzuklären und damit die Sicherheit auf unseren Straßen zu verbessern	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich spreche mit dem Patienten bzw. Angehörigen und kenne ihn lange und brauche daher keinen „Gesprächsleitfaden“	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich wäre nicht an einer solchen Fortbildung interessiert, da der persönliche Beitrag zur Straßenverkehrssicherheit der Verantwortung des einzelnen Menschen obliegt	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ich wäre nicht an einer solchen Fortbildung interessiert, da es kaum Patienten gibt, die nicht am Straßenverkehr teilnehmen können	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7.3.3.7. Operationalisierung des Konstrukts Arzt-Biographie

Eine Operationalisierung des Konstruktes Arzt- Biographie konnte nicht erfolgen (vgl. Kapitel 7.3.1 und nachfolgende Tabelle 7.21), da das Antwortspektrum der Ärzte unzureichende Möglichkeiten für eine Itementwicklung aus den wörtlichen Äußerungen bot.

Tabelle 7.21: Aspekte der Arzt-Biographien

Arzt-Biographie
a. Berufswahl (n=4)
Ich erlebe mein Fachgebiet als etwas Besonderes innerhalb der Medizin (n=1)
Die Psyche des Menschen wird in den Vordergrund gerückt (n=1)
Der Patient muss (stärker als in anderen Gebieten der Medizin) als Ganzes begriffen werden (n=1)
Es gibt keinen besonderen Grund (n=1)

Fortsetzung

Tabelle 7.21: Aspekte der Arzt-Biographien

<p>b. <u>Rolle des Arztes(n=10)</u></p> <p>Keine Angabe (n=8)</p> <p>Die professionelle Distanz zum Patienten muss eingehalten werden (n=1)</p> <p>Man erfährt viel über die Schicksale der einzelnen Patienten, deshalb ist man der Begleiter des Patienten auf seinem Weg (n=1)</p>
<p>c. <u>Persönliches Fahrverhalten</u></p> <p>keine Angaben (n=10)</p>

In dem folgenden Exkurs wird exemplarisch ein Einblick in die unterschiedlichen Einstellungen der Ärzte gegenüber dem eigenen Berufsbild, dem Umgang mit den Patienten im Arzt-Patientengespräch und des Risikoverhaltens Fahrtauglichkeit mittels zwei diametral entgegen gesetzter Positionen aufgezeigt.

7.3.4. Exkurs: Spektrum der ärztlichen Biographien in der Pilotstudie

a. Facharzt Psychiater, männlich, niedergelassen, in einer Großstadt tätig

Der Arzt berichtet, dass er Medizin studiert habe mit dem Ziel Allgemeinarzt oder Internist zu werden. Auch das Fachgebiet der Kardiologie habe ihn damals sehr interessiert. Da er aber zu einer Generation gehöre, die durch geburtsstarke Jahrgänge gekennzeichnet sei, war dieses Zielvorhaben erschwert. Die Stellen für einen Ausbildungsplatz in diesem Bereich seien rar gewesen und nach vermehrten Bemühungen, habe er beschlossen andere Möglichkeiten zu erwägen. Diese Möglichkeiten hätten seinerzeit in der Ausbildung zum Psychiater gelegen. Hier seien Stellen vorhanden gewesen, das Interesse an dem Fachgebiet insgesamt eher gering. In die Psychiatrie seien nicht so viele gegangen. Damit sei ihm der Weg geöffnet worden und er sei dann dort nicht nur gelandet, sondern auch geblieben. Rückblickend habe er diesen Schritt nie bereut, denn diese Sparte der Medizin sei eigentlich auch die faszinierendste von allen. Denn wo andere (Mediziner) ihre Messwerte und andere Parameter zu Rate ziehen könnten, da sei in der Psychiatrie ein anderer Weg gefragt. Hier stehe das Gespräch und die Patientenführung im Vordergrund....

Der Arzt berichtet zum Umgang mit den Patienten:

Es sei ihm als Arzt wichtig, den Patienten durchs Leben gut zu führen. Das Verhältnis zum Patienten sei immer mal auch wieder getrübt, wenn Besprechungen wie Medikamenteneinnahme, Dauer der Medikation oder ähnliches anstünden.

Die Folgen bei den Medikamentenauslassungen durch die Patienten merke man im Verlauf der Erkrankung immer schneller. Wenn die Patienten schon länger erkrankt seien, dann merkten sie auch selber, dass es ihnen nicht mehr so gut gehe und viele meldeten sich auch dann von selbst beim Arzt.

Die meisten (ersterkrankten) Patienten probierten in einer Zeitspanne von ein bis zwei Jahren immer einiges aus: Wie lebe es sich mit der Medikation, wie mit weniger als der angeordneten Dosis und manchmal werde die Medikation zeitweise ganz weggelassen. Da möchten die Patienten dann wieder das hypomanische Hochgefühl erleben, es fehle ihnen ganz einfach. Die Patienten fühlten sich dann erst einmal wieder besser, aktiver, leistungsfähiger als im normalen Zustand. Einige klagten auch darüber, dass durch die Medikation ihre Kreativität leide und das sei in einigen Berufen natürlich bitter. In diesen Situationen sei schon ein großer Gesprächsaufwand notwendig, sowohl zeitlich als auch von der Intensität, den man persönlich aufbringen müsse, um den Patienten zu motivieren, den gemeinsam eingeschlagenen Weg zu verfolgen.

Bei Patienten, die über mehrere Jahre in der Behandlung seien, sei der Umgang einfacher. Man kenne die Angewohnheiten, die wiederkehrenden Problematiken im Krankheitsverlauf, die Lebensgeschichte und könne dadurch bestimmte Handlungen oder Äußerungen besser einschätzen.

Persönlich werden die bipolar Erkrankten einerseits als willkommene Abwechslung im Alltag erlebt, andererseits auch als anstrengend:

Die Anstrengung zu Beginn der Krankheit zeichne sich durch die Problematik der Compliance aus. Angefangen bei der Medikamenteneinnahme bis zu der Teilnahme an Psychoedukations Sitzungen. Daneben sei auch die Betreuung der Angehörigen ein Thema. Der Arzt beklagt, dass heutzutage zu wenig Zeit für den Einzelnen übrig bliebe. Dies liege an den gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen. Dadurch gewinne der Anspruch mit den Patienten therapeutisch zu arbeiten eine neue Bedeutung. Die Erfahrung mit den Patienten auf lange Sicht gesehen mache die Arbeit dann auch wieder einfacher. Man kenne den Patienten und erkenne Stimmungslagen, wenn man ihn zur Türe herein kommen sehe. Das erleichtere den Gesprächseinstieg.

Autofahren sei kaum oder vielleicht sehr selten mal ein Thema. Viele bräuchten das Auto, um ihrer Arbeit nachgehen zu können. Und die meisten könnten ja auch Auto fahren. Die akuten Situationen kommen ja selten vor und dann würden die Patienten aufgefordert, auf das Auto zu verzichten. Kontrollmöglichkeiten

gebe es so gut wie keine. Hier müsse man auf die Angehörigen oder Vertrauten des Patienten zurückgreifen. Eine regelmäßige Nachfrage nach der Fähigkeit ein Auto zu fahren erfolge nicht. Das Autofahren sei ja ein Muss und wenn sich der Patient dazu in der Lage fühle, dann könne man es auch nicht wirklich verbieten. Einem Arzt seien hier die Hände gebunden und die Einflussnahme beschränkt. Insgesamt sieht der Arzt sich in der Rolle, die Fahrtauglichkeit der Patienten einzuschätzen (durch das erfolgte Patientengespräch). Deswegen sei auch ein regelmäßiges Einbinden der Thematik nicht notwendig.

b. Facharzt, weiblich, Ambulanz, in einer Großstadt tätig

Die Ärztin berichtet, dass das Interesse an der Psychiatrie der Grund für den Beginn des Medizinstudiums gewesen sei. Ihr Interessengebiet habe sich schon frühzeitig auf Psychologie und dann auch Psychiatrie erstreckt. Die Psychiatrie begeistere sie weiterhin. Begründet liege dies in dem ganzheitlich verfolgten Ansatz von der Gleichstellung zwischen Psyche und Körper. Dies entspreche ihrer Vorstellung von Leben.

Die Ärztin sehe ca. 10 bis 15 bipolare Patienten in einem Monat. Die meisten Einlieferungen erfolgten aufgrund einer akuten manischen Phase, zu einem geringeren Anteil Depressionen und hier stünden suizidale Gedanken im Vordergrund oder erfolgte Suizidversuche. Die Maniker würden dann auch schon mal durch die Polizei eingeliefert. Die Patienten seien zum teil aggressiv, weil sie sich ungerecht behandelt fühlten. Sie erkannten nicht, das die Dinge, die sie tun, nicht adäquat in der Situation seien. Viele der Patienten kenne man schon.

Bei den akuten Manikern werde mit einem meist atypischen Neuroleptikum in die Behandlung eingestiegen. Hier kämen Olanzapin, Risperidon oder Quetiapin zum Einsatz. Gleichzeitig werde die Phasenprophylaxe weitergeführt, je nachdem was der Patient bislang erhalten habe und auch gut vertragen hätte. Bei einem ersten Schub werde derzeit auch schon mal in der Monotherapie Olanzapin ausprobiert, da hierfür sowohl die Zulassung für akute Manie als auch als Stimmungsstabilisierer vorliege.

In der akuten Depression werde ein Antidepressivum eingesetzt, eines von den neuen. Gerne aber auch das Lamotrigen (Elmendos), da seien mittlerweile auch gute Erfahrungen mit gemacht worden. Insgesamt seien die neuen Medikamente schon deutlich besser verträglich und hülften damit auch den Patienten, besser mit ihrer Krankheit zu Recht zu kommen. Wenn der Patient dann wieder einiger-

maßen ansprechbar sei, dann werde die Medikation, Psychoedukation etc. im Einzelnen besprochen. Zudem werde darauf hingewiesen, dass in dieser Phase ein Fahrverbot bestehe. Die Schlüssel abnehmen könne man als Arzt aber nicht. Hier müssten dann auch schon die Angehörigen, Lebenspartner, Freunde mit aktiv werden.

Auch wenn der Patient einigermaßen nach der akuten Phase stabil eingestellt sei, werde ihm nahe gelegt, eine Fahrprobe zu machen, damit er auch selbst einschätzen lernte, ob er schon wieder fähig sei, zu fahren. Mit den Testsystemen und Reaktionsmessungen werde die reale Situation nicht abgebildet. Da kämen weitere Störgrößen dazu. Es liefere für den Patienten schon bessere Hinweise inwieweit er fähig sei wieder zu fahren, wenn er am Straßenverkehr teilnehme. Die Problematik werde bei jedem Gespräch angesprochen, wenn es sich anbiete oder wenn es einen Anlass hierzu gebe. Das hieße sowohl, wenn die Meinung vorherrschende ein Fahrverbot sei angebracht bzw. auch dann wenn eine Fahrprobe anstehen solle. Oder aber wenn die Patienten von sich aus fragten, ob sie wieder ein Auto fahren könnten.

Diese zwei unterschiedlichen Einstellungen, ob und inwieweit ein Arzt im Falle des Anzweifeln der Fahreignung eines bipolaren Patienten verhaltenswirksam eingreift, zeigen auf, dass der Umgang mit dem Thema Fahrtauglichkeit bipolar Erkrankter von der Eigenverantwortlichkeit des Einzelnen abhängt. Ein einheitliches Vorgehen bei einer fehlenden oder eingeschränkten Fahreignung wird nicht ersichtlich. Es muss die Frage gestellt werden, inwieweit innerhalb der Arztgruppe Psychiater die Notwendigkeit besteht, ein einheitliches Bewertungssystem und damit verbundene Handlungskonsequenzen zu etablieren.

7.3.5. Pre-Test des Fragebogens für die Hauptuntersuchung

Auf den Ergebnissen der Pilotstudie basierend wurde, wie in Kapitel 7.3.3 dargestellt, der Fragebogen für die Hauptuntersuchung entwickelt. Bevor die Fragestellung mittels des Fragebogens in der Felderhebung untersucht wurde, fand eine Erprobung (Pre-Test) des Fragebogens an einer für die Zielgruppe repräsentative Stichprobe statt. Dieser Pre-Test diente der Überprüfung der semantisch verfehlten Formulierungen, der Itemanalyse und der Entdeckung von Verfälschbarkeitstendenzen, wie soziale Erwünschtheit (vgl. Fisseni, 1990, S. 206).

Beywl und Schepp-Winter (2000, S. 57) fordern die Beantwortung der folgenden Fragestellungen:

- Sind Fragen redundant?
- Gibt es schwer verständliche Fragen?
- Können überhaupt sinnvolle Antworten gegeben werden?
- Sind die Anweisungen verständlich?
- Gibt es sprachliche oder lexikalische Überforderungen oder Brüche?
- Bieten die Skalierungen genügend Differenzierung, und sind sie auch nicht zu weit aufgefächert?
- Ist im Aufbau ein roter Faden erkennbar?
- Sind auch die Rahmentexte gut lesbar?
- Wird der Spannungsbogen beim Ausfüllen erhalten?

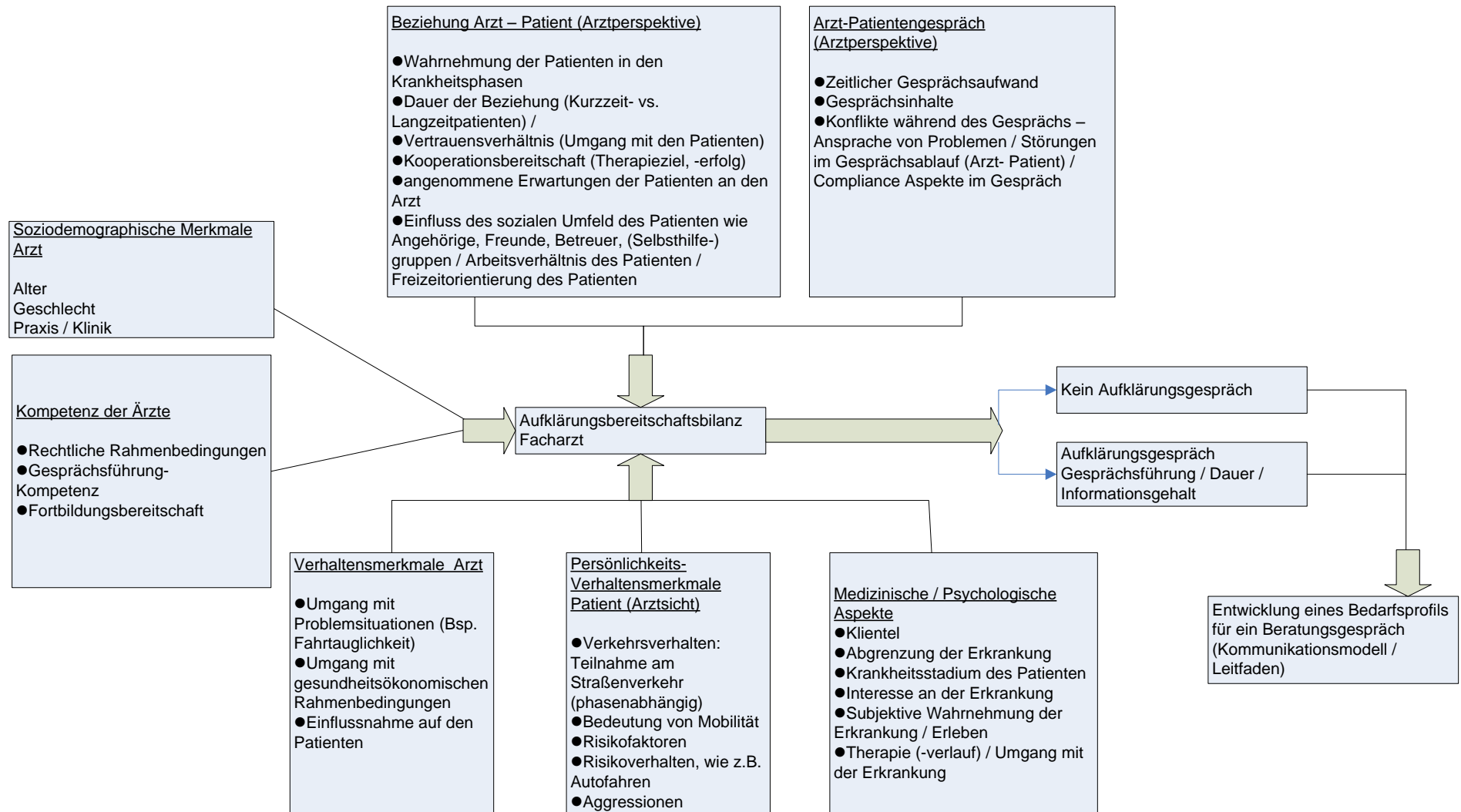
Neben der Überprüfung dieser Fragestellungen wurde ein Augenmerk auf die Einhaltung des Zeitrahmens gelegt, da die mittels Explorationen befragten Ärzte einen Zeitrahmen von über 20 (-30) Minuten als nicht akzeptabel befanden.

Im Rahmen des Pre-Tests wurde deshalb der Fragebogen in der Version getestet, die auch für die Hauptuntersuchung vorgesehen war. Die befragte Stichprobe wurde angehalten, ihre Meinung zu jeder Frage hinsichtlich der aufgeführten Kriterien zu äußern. Der Fragebogen wurde von den Befragten positiv bewertet, das heißt er entsprach den oben genannten Vorgaben und wurde für die Hauptuntersuchung verwendet.

7.3.6. Standardisierte Modellstudie (Hauptuntersuchung)

Im Anschluss an den Pre-Test wurde in der standardisierten Modellstudie (Hauptuntersuchung), basierend auf den empirisch ermittelten Einstellungs-, Orientierungs- und Verhaltensmustern bei der Facharztgruppe der Psychiater in Deutschland, eine Quantifizierung der Ergebnisse vorgenommen, die eine Überprüfung der postulierten Zusammenhänge und theoretischen Modellannahme erlauben. Mit Hilfe dieser Studie soll die Fragestellung beantwortet werden, welche Bedingungen Psychiater positiv beeinflussen, ein Gespräch mit ihren bipolaren Patienten zur Fahrtauglichkeit zu führen. Das ursprüngliche heuristische Modell wurde aufgrund der Ergebnisse der Pilotstudie modifiziert. Abbildung 7.21 stellt das modifizierte Modell dar.

Abbildung 7.21: Modifiziertes heuristisches Modell als Grundlage für die standardisierte Modellstudie



Die Erhebung erfolgte mittels einer Internet-basierten Befragung mit der Möglichkeit auf den Interviewer zurückzugreifen.

In der Hauptuntersuchung wurde die Facharztgruppe Psychiater, Psychiater/Neurologen, Nervenärzte eingeschlossen, die bipolare Patienten behandeln. Es wurden Ärzte im Alter zwischen 30 und 65 Jahren befragt, aufgeteilt in niedergelassene Fachärzte und in der Klinik tätige Fachärzte (n=61 Klinik und n=60 niedergelassene Ärzte). Die demographischen Merkmale der Stichprobe entsprechen weitgehend der bundesweiten Verteilung der Facharztgruppe in den Kliniken und im niedergelassenen Bereich. Die folgenden Diagramme 1.1 bis 1.8 zeigen die demographischen Merkmale der Stichprobe auf.

Diagramm 1.1 - 1.4: Demographische Merkmale der Stichprobe

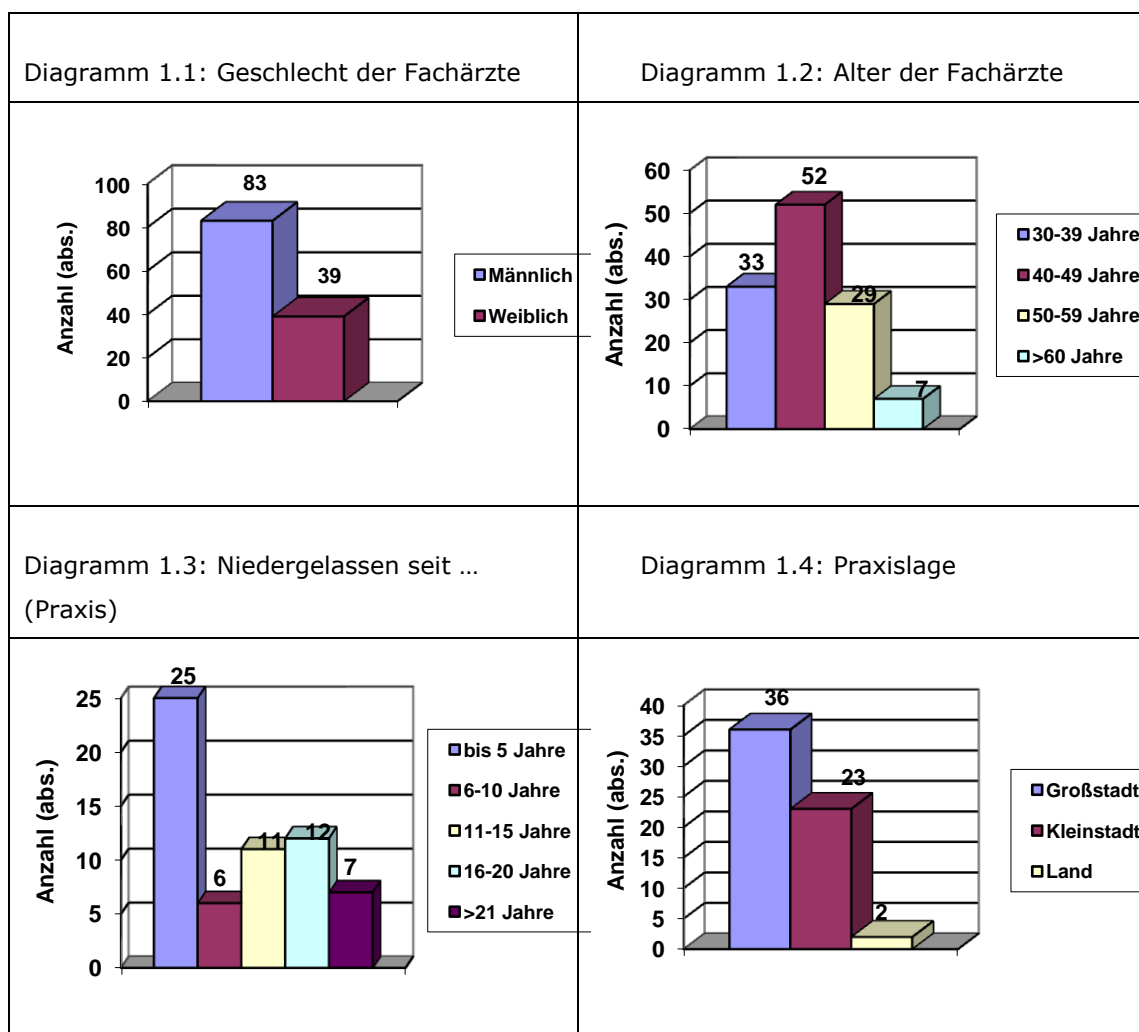
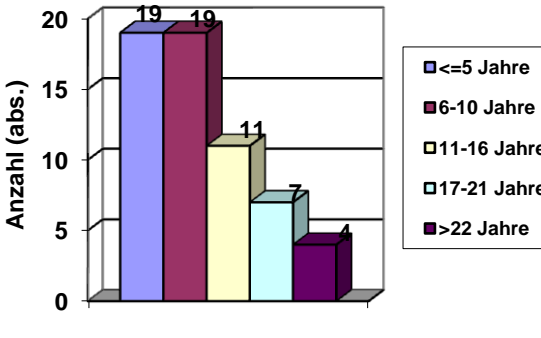
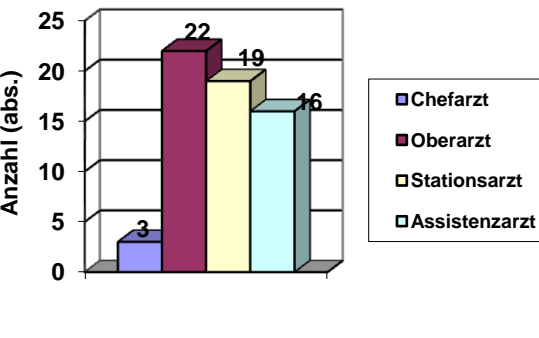
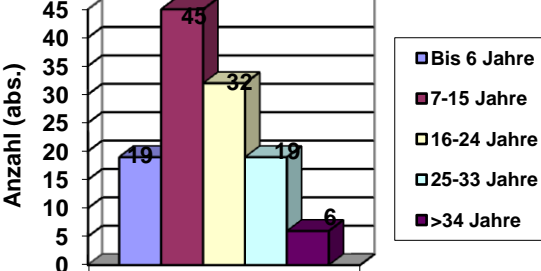
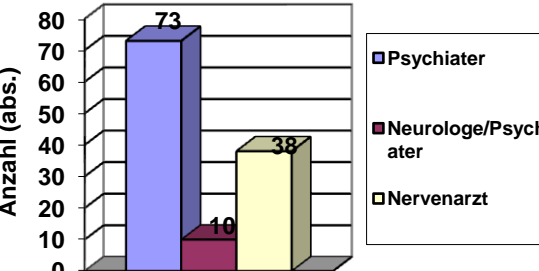


Diagramm 1. 5 - 1.8: Demographische Merkmale der Stichprobe

<p>Diagramm 1.5: In der Klinik tätig seit ... (Krankenhaus)</p>	<p>Diagramm 1.6: Position in der Klinik</p>																						
 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Zeitraum</th> <th>Anzahl (abs.)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><=5 Jahre</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td>6-10 Jahre</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td>11-16 Jahre</td> <td>11</td> </tr> <tr> <td>17-21 Jahre</td> <td>7</td> </tr> <tr> <td>>22 Jahre</td> <td>4</td> </tr> </tbody> </table>	Zeitraum	Anzahl (abs.)	<=5 Jahre	19	6-10 Jahre	19	11-16 Jahre	11	17-21 Jahre	7	>22 Jahre	4	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Position</th> <th>Anzahl (abs.)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Chefarzt</td> <td>3</td> </tr> <tr> <td>Oberarzt</td> <td>22</td> </tr> <tr> <td>Stationsarzt</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td>Assistenzarzt</td> <td>16</td> </tr> </tbody> </table>	Position	Anzahl (abs.)	Chefarzt	3	Oberarzt	22	Stationsarzt	19	Assistenzarzt	16
Zeitraum	Anzahl (abs.)																						
<=5 Jahre	19																						
6-10 Jahre	19																						
11-16 Jahre	11																						
17-21 Jahre	7																						
>22 Jahre	4																						
Position	Anzahl (abs.)																						
Chefarzt	3																						
Oberarzt	22																						
Stationsarzt	19																						
Assistenzarzt	16																						
<p>Diagramm 1.7: Approbation ... seitJahren (Krankenhaus)</p>	<p>Diagramm 1.8: Facharztausbildung</p>																						
 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Zeitraum</th> <th>Anzahl (abs.)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Bis 6 Jahre</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td>7-15 Jahre</td> <td>45</td> </tr> <tr> <td>16-24 Jahre</td> <td>32</td> </tr> <tr> <td>25-33 Jahre</td> <td>19</td> </tr> <tr> <td>>34 Jahre</td> <td>6</td> </tr> </tbody> </table>	Zeitraum	Anzahl (abs.)	Bis 6 Jahre	19	7-15 Jahre	45	16-24 Jahre	32	25-33 Jahre	19	>34 Jahre	6	 <table border="1"> <thead> <tr> <th>Facharztausbildung</th> <th>Anzahl (abs.)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Psychiater</td> <td>73</td> </tr> <tr> <td>Neurologe/Psychiater</td> <td>10</td> </tr> <tr> <td>Nervenarzt</td> <td>38</td> </tr> </tbody> </table>	Facharztausbildung	Anzahl (abs.)	Psychiater	73	Neurologe/Psychiater	10	Nervenarzt	38		
Zeitraum	Anzahl (abs.)																						
Bis 6 Jahre	19																						
7-15 Jahre	45																						
16-24 Jahre	32																						
25-33 Jahre	19																						
>34 Jahre	6																						
Facharztausbildung	Anzahl (abs.)																						
Psychiater	73																						
Neurologe/Psychiater	10																						
Nervenarzt	38																						

8. Kommunikation in einer kritischen Situation: Ergebnisse einer empirischen Analyse bei Psychiatern am Beispiel bipolarer Patienten bezogen auf die Thematik Fahreignung

Es folgt eine Darstellung der qualitativen und quantitativen Zusammenhänge zwischen den Einflussfaktoren und der Aufklärungsbereitschaft der Ärzte. Die Auswertung orientiert sich dabei an dem in der vorliegenden Arbeit entwickelten heuristischen Modell (vgl. S. 121). Die Stichprobe (vgl. S. 180) der Hauptuntersuchung umfasste 121 Fachärzte, die bipolare Patienten behandeln.

8.1. Aufklärungsbereitschaftsbilanz Facharzt

Die Darstellung der Ergebnisse zur Aufklärungsbereitschaft in Bezug auf die Fahrtauglichkeit der bipolaren Patienten klientel umfasst die Analyse der individuellen Motive und Einstellungen sowie die Bilanzierung von psychologischen Vor- und Nachteilen, ein Aufklärungsgespräch zu führen oder nicht.

Hierzu wurden auf der Motiv- und Einstellungsebene zum einen die persönlichen Überzeugungen der Ärzte über die mögliche Teilnahme der bipolaren Patienten am Straßenverkehr erhoben. Zum anderen ging das aktive Ansprechen der Problemsituation im Gesprächsverlauf in die Analyse ein.

Auf der Bilanzierungsebene wurde die positive bzw. negative Bereitschaft des Arztes gemessen, ein Aufklärungsgespräch zur Fahrtauglichkeit zu führen oder nicht: Der Arzt wägt ab, inwieweit die wahrgenommene mögliche Patientengefährdung sowie die subjektiven Erfahrungswerte des Arztes bezogen auf eine allgemeine Gefährdung im Straßenverkehr ausreichend sind, verhaltenswirksam zu werden – dann erfolgt ein Abraten vom Autofahren oder es bleibt aus. Bedeutsam ist dabei auch, ob eine Abwägung der Rahmenbedingungen stattfindet oder ob der Arzt einfach nur von der motorisierten Teilnahme am Straßenverkehr abrät. Letzteres würde darauf hindeuten, dass der Arzt sich nicht mit den Patientenbedürfnissen auseinandersetzt und Präventionsgespräche nicht

wahrscheinlich sind. Tabelle 8.1 stellt die in die Analyse der Aufklärungsbereitschaftsbilanz eingeflossenen Variablen dar, die explorativ gewonnen wurden.

Tabelle 8.1: Indikatoren für die Aufklärungsbereitschaft (Abhängige Variable 1)

Summenscore „der Arzt nimmt eine Gefährdung der bipolaren Patienten im Straßenverkehr wahr“ (Frage 10)	Häufigkeiten Top Box (4,5)
(1 = niedrigster Wert „stimme nicht zu“ bis 5 = höchster Wert „stimme zu“)	(n = 121)
Frage 10: Im Folgenden geht es um Beschreibungen bzw. Charakteristika von Patienten mit bipolaren Störungen. Sie finden hierzu wieder einige Aussagen, die wir in vorangegangenen Untersuchungen von ärztlichen Kollegen erhalten haben. Diesen Aussagen können Sie mit Hilfe der angegebenen Skala von stimme zu bis stimme nicht zu aufgrund der eigenen Erfahrungen in unterschiedlichem Ausmaß zustimmen.	
Manische Patienten können Risiken im Straßenverkehr nicht realistisch einschätzen.	113
Hypomanische Patienten sind oftmals im Straßenverkehr auffällig wegen (stark) überhöhter Geschwindigkeit.	65
Hypomanische Patienten neigen dazu, Strafzettel zu sammeln.	47
Wenn depressive Patienten Auto fahren muss ich Angst haben, dass sie sich selbst gefährden.	36
Bei manischen Patienten muss ich Angst haben, dass sie andere und sich selbst gefährden, wenn sie in ein Auto steigen.	112
Bipolare Patienten sind generell eher gefährdet, alkoholisiert zu fahren.	53
Besonders manische Patienten sind eher gefährdet, alkoholisiert zu fahren.	88
Besonders depressive Patienten sind eher gefährdet, alkoholisiert zu fahren.	13
Manische Patienten sind eher gefährdet als depressive Patienten, alkoholisiert zu fahren.	86

Fortführung

Tabelle 8.1: Indikatoren für die Aufklärungsbereitschaft (Abhängige Variable 2)

Summenscore „Subjektive Erfahrungswerte des Arztes zum Ausmaß einer Gefährdung im Straßenverkehr“ (Frage 27) (1 = niedrigster Erfahrungswert bis 8 = höchster Erfahrungswert) Frage 27: Man kann ja in Bezug auf die Teilnahme der bipolaren Patienten am Straßenverkehr nun unterschiedlicher Meinung sein. Wie steht es um Ihre persönliche Überzeugung über die Möglichkeiten der Teilnahme am Straßenverkehr bei bipolaren Patienten? Welcher der im Folgenden angeführten Meinungen Ihrer Kollegen können Sie aufgrund Ihrer Erfahrungen als eher zutreffend bzw. eher nicht zutreffend ansehen?	Häufigkeiten Angabe: „Trifft eher zu“ (n = 121)
In allen Akutphasen der bipolaren Erkrankung ist es ein echtes Problem motorisiert am Straßenverkehr teilzunehmen	116
In der hypomanischen Phase kann es teilweise Probleme geben wegen „zu guter Laune am Steuer“ (Einschätzung der Geschwindigkeit fraglich).	99
Allein in der manischen Phase kann es teilweise Probleme geben wegen „zu guter Laune am Steuer“ (Einschätzung der Geschwindigkeit fraglich).	59
Während der manischen Phase ist Auto fahren eigentlich nicht möglich, da die Patienten sich selbst überschätzen und Gefahren unterschätzen.	107
Hypomanie ist doch oftmals ein großes Problem, da die Patienten sich selbst überschätzen und Gefahren unterschätzen.	86
Bei bipolaren Patienten mit Konzentrationsstörungen oder Aufmerksamkeitsstörungen kann es zu Problemen kommen.	81
Bei Müdigkeit durch die Medikamente kann die Fahrtüchtigkeit bipolarer Patienten eingeschränkt sein.	109
Einige bipolare Patienten lassen sich leichter ablenken und können oftmals Gefahren im Straßenverkehr nicht richtig einschätzen.	110

Fortsetzung

Tabelle 8.1. Indikatoren für die Aufklärungsbereitschaft (Abhängige Variable 3)

Summenscore „Abraten von Autofahren“ (Frage 28) (1 = niedrigster Wert (n = 1) bis 8 = höchster Wert (n = 28)) Frage 28: In welchen Situationen raten Sie denn persönlich Ihren Patienten auf das Autofahren zu verzichten? Bitte kreuzen Sie nur solche Situationen an, bei denen Sie vom Autofahren abraten.	Häufigkeiten Angabe „ja“ (n = 121)
Bei einer möglichen negativen Auswirkung der Medikamentenwirkung auf die Fahrtüchtigkeit in der manischen Phase.	115
Bei einer möglichen negativen Auswirkung der Medikamentenwirkung auf die Fahrtüchtigkeit in der hypomanen Phase.	112
Bei einer möglichen negativen Auswirkung der Medikamentenwirkung auf die Fahrtüchtigkeit in der depressiven Phase	112
In der Phasenprophylaxe, wenn ich das Gefühl habe, der Patient ist nicht compliant .	40
Wenn der Patient von sich aus Probleme aus dem Bereich Straßenverkehr schildert.	97
Wenn ich weiß, dass der Patient häufiger wegen Alkohol am Steuer aufgefallen ist.	95
Wenn ich weiß, dass die derzeitige mangelnde Krankheitseinsicht die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen könnte.	99
Wenn ich Hinweise auf eine aufkommende akute Phase im Krankheitsverlauf sehe.	83

Die weitere Überprüfung der abhängigen Variable Aufklärungsbereitschaftsbilanz ergab Folgendes: Innerhalb der abhängigen Variable Aufklärungsbereitschaftsbilanz korrelieren die Angaben zu den Erfahrungswerten, bezogen auf die Gefährdung im Straßenverkehr für diese Klientel, mit der wahrgenommenen Patienten-gefährdung im Straßenverkehr und der Sicherheit beim tatsächlichen Abraten vom Autofahren in kritischen Situationen. Die Korrelation nach Pearson ist auf dem Niveau von $p = 0.001$ signifikant (vgl. Tabelle 8.2).

Tabelle 8.2: Korrelation der AV

	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	r = .1.00 p = .001 n = 121	r = .34 p = .001 n = 121	r = .33 p = .001 n = 121
Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	r = .34 p = .001 n = 121	r = .1.00 p = .001 n = 121	r = .40 p = .001 n = 121
Abraten vom Autofahren durch den Arzt	r = .33 p = .001 n = 121	r = .40 p = .001 n = 121	r = .1.00 p = .001 n = 121
r = Produkt-Moment Korrelation nach Pearson; p = Signifikanz: p < .0.05 signifikant; n. s. = nicht signifikant; n = Stichprobengröße			

Insgesamt erweisen sich die Einstellungsskalen als relevante Indikatoren für die Aufklärungsbereitschaftsbilanz der Ärzte: Es erfolgt somit ein Abwägen des Arztes auf zwei Ebenen:

Einmal auf der Risikoebene – aufgrund von subjektiven Erfahrungswerten hinsichtlich einer (allgemeinen) Gefährdung von bipolaren Patienten im Straßenverkehr und der wahrgenommenen Patientengefährdung.

Zum anderen auf der Ebene „Kontrolle der Risiken“ – hier wird das Kontrollbedürfnis der Ärzte aktiviert, und in kritischen Situationen erfolgt ein Abraten von der motorisierten Teilnahme am Straßenverkehr.

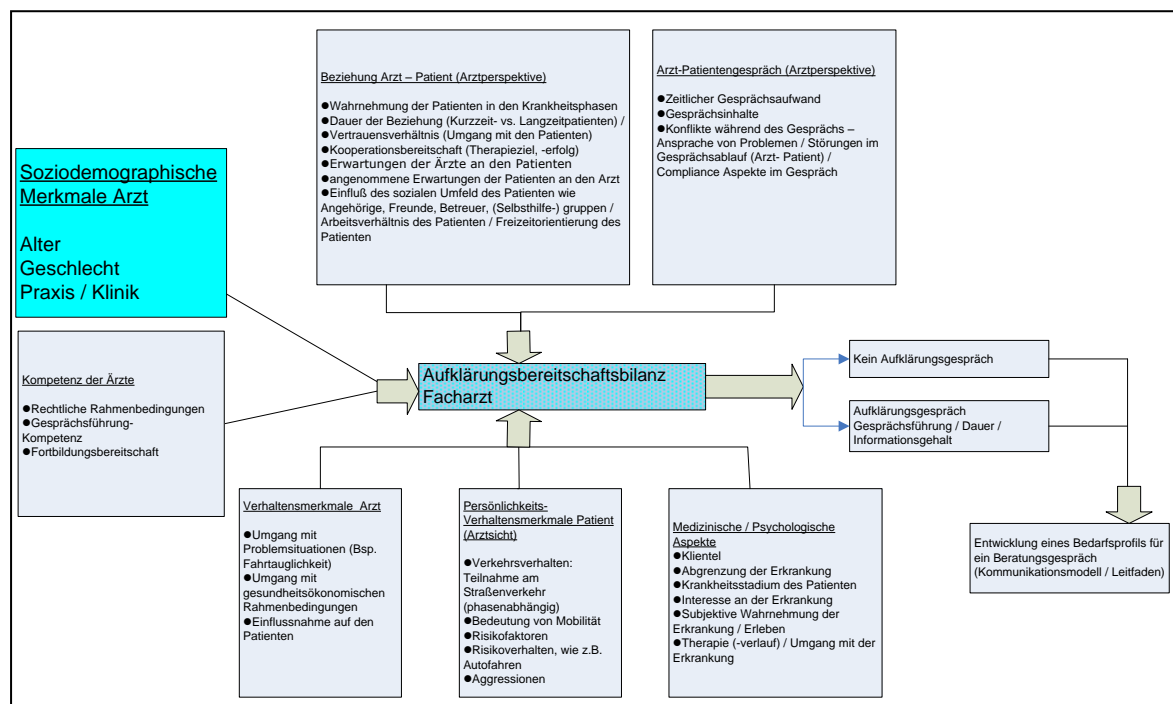
Als eine Kontrollvariable zur Einstellung der Ärzte diene die direkte Abfrage, inwieweit die Ansprache des Themas „Aufklärung über mögliche Einschränkungen an der Straßenverkehrsteilnahme (Bsp. Autofahren)“ das Arzt-Patienten-Gespräch störe. Dieses Thema war eins unter zehn möglichen Vorgaben an Themen, die im Arzt-Patienten-Gespräch als störend empfunden werden können. Die Abfrage der Themen erfolgte randomisiert (= jeder Befragter erhält die Vorgaben in einer zufällig zugeteilten Reihenfolge), um Verzerrungen der Ergebnisse aufgrund der Reihenfolge der Abfrage auszuschließen. Das Ergebnis war, dass 33 % der Ärzte einem solchen Gespräch eher positiv, 30 % neutral und 37 % der Ärzte diesem Thema eher kritisch bis ablehnend gegenüber stehen (Tabelle 8.a, Anhang B). Daraus ergeben sich erste Hinweise darauf, dass ungefähr zwei Drittel der Ärzte das Thema als eher relevant ansehen bzw.

weitere Zusatzbedingungen benötigen, damit es überhaupt zu einem Aufklärungsgespräch kommt. In den weiteren Auswertungen wird sich dieser Anteil der Ärzte, der grundsätzlich bereit ist, Aufklärung zu leisten, in den Ergebnissen widerspiegeln. Allerdings führen die verschiedenen Zusatzbedingungen, wie zum Beispiel Compliance, Kompetenz des Arztes etc., eher zu einer Verringerung des Arztanteils mit positiver Aufklärungsbereitschaft als zu einer Erhöhung (vgl. Kapitel 8.2 bis Kapitel 8.9).

8.2. Einfluss der soziodemographischen Merkmale (Arzt) auf die Aufklärungsbilanz

Im Folgenden soll der mögliche Einfluss der soziodemographischen Merkmale analysiert werden (vgl. Abbildung 8.1).

Abbildung 8.1. Das heuristische Modell – Konstrukt „Soziodemographie“



In der wissenschaftlichen Literatur finden sich unterschiedliche Angaben zu dem möglichen Einfluss soziodemographischer Merkmale auf das Handeln von Ärzten in der klinischen Praxis (vgl. Kapitel 3). Die in dieser Untersuchung erhobenen Merkmale und ihre Häufigkeitsverteilung sind auf S. 181 dargestellt und umfassen das Alter, das Geschlecht und die Tätigkeit des Arztes in einer niedergelassenen Praxis oder als Krankenhausarzt.

Aufgrund der unterschiedlichen Aufgaben und Möglichkeiten der Behandlung von bipolaren Störungen in dem spezifischen Tätigkeitsfeld des niedergelassenen und des Krankenhausarztes wird die Hypothese formuliert, dass im Krankenhaus tätige Psychiater eher bereit sind, Aufklärungsbereitschaft zu zeigen. Im Krankenhaus tätige Psychiater beschäftigen sich vor allem mit den akuten Phasen der bipolaren Erkrankung und begleiten beginnend die Phasenprophylaxe, während im niedergelassenen Bereich vorwiegend die Phasenprophylaxe im Fokus steht.

Widersprüchliche Aussagen findet man zu geschlechtsspezifischen und altersbedingten Einflüssen, auch diese sollten auf Unterschiede bezüglich der Aufklärungsbereitschaftsbilanz in der Stichprobe überprüft werden. Neben den altersbedingten Einflüssen – als Hinweis auf mögliche unterschiedliche Einflüsse der eigenen Ausbildung – erschien es dann auch sinnvoll, die Länge der Berufserfahrung als Arzt mithilfe der Approbationszeit objektiv als weiteren möglichen Einflussfaktor zu überprüfen.

Die Analyse der objektiv messbaren soziodemografischen Merkmale hat ergeben, dass es bezüglich des Alters, der Berufserfahrung und dem unterschiedlichen Tätigkeitsbereich (Klinik – Praxis) keine signifikanten Unterschiede im Zusammenhang mit der Aufklärungsbereitschaft gibt. Betrachtet man allerdings das Geschlecht, so zeigt sich, dass weibliche Fachärzte sich signifikant von ihren männlichen Kollegen bezüglich der wahrgenommenen Patientengefährdung im Straßenverkehr unterscheiden ($p = .02$; $\eta^2 = .21$; vgl. Tabelle 8.3 und weitere Tabellen 8.b hierzu im Anhang B).

Tabelle 8.3: Wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr

(Mittelwertsvergleich Geschlecht; n = 121 befragte Fachärzte; Skala 1 = stimme nicht zu bis 5 = stimme zu)

Merkmal: Geschlecht	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdun- gen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Männlich	MW = 6,33 p = .12 n = 82	MW = 3,47 p = .02 eta ² = .04 n = 82	MW = 6,06 p = .11 n = 82
Weiblich	MW = 6,85 p = .12 n = 39	MW = 3,72 p = .02 eta ² = .04 n = 39	MW = 6,56 p = .11 n = 39
Gesamt	MW = 6,50 p = .12 n = 121	MW = 3,55 p = .02 eta ² = .04 n = 121	MW = 6,22 p = .11 n = 121
MW = Mittelwert; p = Signifikanz; p < .05 signifikant; n = Stichprobengröße			

Der Unterschied zwischen weiblichen und männlichen Fachärzten hinsichtlich einer potentiellen Patientengefährdung im Straßenverkehr ist statistisch signifikant, aber als durchschnittlich anzusehen, denn das praktische Zusammenhangsmaß (praktische Signifikanz), ausgedrückt durch eta², liegt im mittleren Bereich.

Weibliche Fachärztinnen machen sich nach den vorliegenden Befunden eher Sorgen, dass einer ihrer Patienten im Straßenverkehr Schaden erleidet. Um spezifischer auf die Unterschiede eingehen zu können, sind in einer zweiten Analyse die einzelnen Items betrachtet worden, die in den Summenscore „Patientengefährdung“ einbezogen wurden (Tabelle 8.4). Hier zeigt sich, dass hinsichtlich einer möglichen Patientengefährdung weibliche Fachärzte stärker als ihre männlichen Kollegen Umfeldfaktoren des Patienten in ihre Überlegungen einbeziehen: Schon die Hypomanie wird als möglicher Hinweis einer sich abzeichnenden akuten Episode und somit als Gefährdung angesehen. Zudem wird auch die Selbstgefährdung in der depressiven Phase ernster genommen und ebenfalls als Risikofaktor angesehen (vgl. Tabelle 8.4).

Tabelle 8.4: Wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr:
Einzelitems

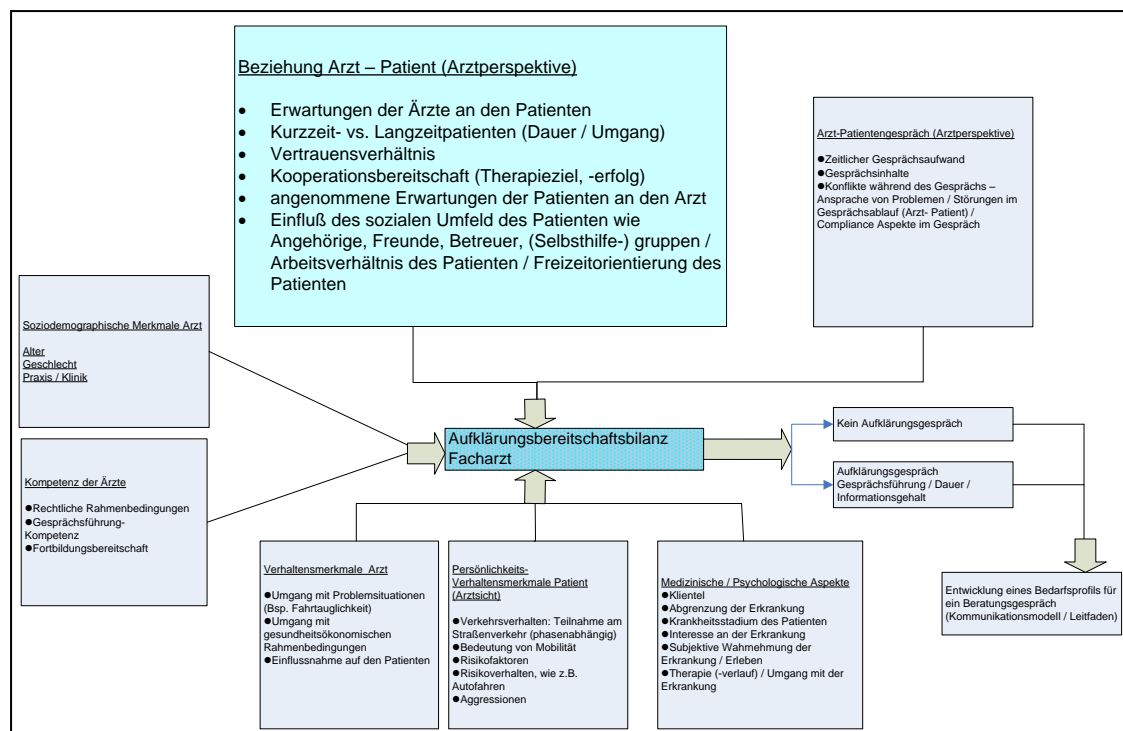
(Mittelwertsvergleich Geschlecht; n = 121 befragte Fachärzte, davon n = 39 weiblich, n = 82 männlich; Skala 1 = stimme nicht zu bis 5 = stimme zu)

Patientengefährdung im Straßenverkehr	Hypomanische Patienten sind oftmals im Straßenverkehr auffällig wegen überhöhter Geschwindigkeit	Wenn depressive Patienten Auto fahren, muss ich Angst haben, dass sie sich gefährden
Männlich	MW = 3,44 p = .01 eta ² = .06 n = 82	MW = 2,79 p = .04 eta ² = .03 n = 82
Weiblich	MW = 3,91 p = .01 eta ² = .06 n = 39	MW = 3,24 p = .04 eta ² = .03 n = 39
MW = Mittelwert; p = Signifikanz: p < .0.05 signifikant; n. s. = nicht signifikant, n = Stichprobengröße		

8.3. Einfluss der Arzt-Patienten-Beziehung auf die Aufklärungsbilanz

Das Konstrukt „Arzt-Patienten-Beziehung“ besteht aus unterschiedlichen Themenbereichen, die entsprechend dem heuristischen Modell (vgl. Abbildung 8.2) auf ihren Einfluss auf die Aufklärungsbereitschaftsbilanz untersucht werden. Dabei wurde allerdings die Arzt-Patienten-Beziehung nur aus der Arztperspektive betrachtet.

Abbildung 8.2. Das heuristische Modell – Konstrukt „Arzt-Patienten-Beziehung“



Es wird von den folgenden Hypothesen ausgegangen:

- Erfüllt der Patient die subjektiven Erwartungen des Arztes hinsichtlich seines complianten Verhaltens in Bezug auf Medikamenteneinnahme, erhöht sich die Bereitschaft, Aufklärungsgespräche zu führen.
- Wird die Beziehung vertrauensvoll erlebt, dann erhöht dies die Bereitschaft, ein Gespräch mit eher kritischen Inhalten wie zum Beispiel über Risikoverhalten (Fahrtauglichkeit) durchzuführen.
- Erfüllt der Patient die subjektiven Erwartungen des Arztes, compliantes Verhalten in Bezug auf Psychoedukation einzuhalten, erhöht sich die Bereitschaft, Aufklärungsgespräche zu führen.
- Kurzzeitpatienten: Der Arzt führt Aufklärungsgespräche auch im Hinblick auf Risikoverhalten vor allem zu Beginn der Erkrankung durch.
- Bei Langzeitpatienten werden Aufklärungsgespräche zur Behandlung von definierten Problemen eher durch Patienten

initiiert. Im Vordergrund steht das Compliance-Problem; die Bereitschaft, Aufklärungsgespräche zu führen, ist gering.

- Je umfassender der Arzt auf die Patientenbelange in Bezug auf Therapieziele und Therapieerfolg eingeht, umso eher ist er motiviert, Aufklärungsgespräche zu führen.

8.3.1. Erwartungen an den Patienten

Die Beziehung des Arztes zum Patienten wird unter anderem durch die Erwartungen der Ärzte an den Patienten bestimmt und, wenn auch in geringerem Maße, auch an das soziale Umfeld. Die Erwartungen der Ärzte an die Patienten bzw. das Patientenumfeld wurden nach der subjektiven Bedeutsamkeit aufgrund der persönlichen Erfahrungen seitens der Ärzte mittels der nachstehenden Items abgefragt. Die folgende Tabelle 8.5 zeigt die Items und ihre Verteilung der Mittelwerte.

Tabelle 8.5: Erwartungen der Ärzte an die Patienten und ihre Bedeutsamkeit (Mittelwerte; n = 121 befragte Fachärzte, Skala 1 = unwichtig bis 4 = sehr wichtig)

Erwartungen an den Patienten (Items, die den Summenscore bilden)	Mittelwerte
Frage: Der Therapieverlauf wird ja nach dem gegenwärtigen Erkenntnisstand durch unterschiedliche Faktoren bestimmt. Bitte geben Sie an, welche ihrer Erwartungen an den Patienten aufgrund Ihrer persönlichen Erfahrungen sehr wichtig (4), eher wichtig (3), eher nicht wichtig (2) oder vielleicht sogar unwichtig (1) sind.	
Der Patient akzeptiert seine Erkrankung.	3,69
Der Patient nimmt seine Medikamente regelmäßig ein.	3,80
Der Patient hört auf mich, wenn ich ihm Handlungsanweisungen gebe, zum Beispiel zwei Wochen auf das Autofahren zu verzichten.	3,17
Der Patient macht kaum Auslassversuche bei der Medikamenteneinnahme, um zu sehen, ob es auch ohne Medikamente geht.	2,97

Fortsetzung

Tabelle 8.5: Erwartungen der Ärzte an die Patienten und ihre Bedeutsamkeit (Mittelwerte; n = 121 befragte Fachärzte, Skala 1 = unwichtig bis 4 = sehr wichtig)

Der Patient kennt sich und spürt, wenn es bedrohlich wird in die Akutphase abzurutschen, um rechtzeitig den Arzt aufzusuchen.	3,36
Die Kontrolle der Medikamenteneinnahme durch die Angehörigen.	2,63
Der Zuspruch der Angehörigen, die Therapie durchzuhalten.	3,07

Insgesamt sind die Erwartungen der Ärzte an die Patienten hoch; das Patientenumfeld, hier die Angehörigen, ist nicht unbedeutend, spielt aber im Vergleich zu dem Patienten eine untergeordnete Rolle. Als besonders wichtig werden die Akzeptanz der Erkrankung durch den Patienten und die medikamentöse Compliance des Patienten angesehen.

Für die weitere Analyse zur Hypothesenprüfung –

- Hypothese: Erfüllt der Patient die subjektiven Erwartungen des Arztes hinsichtlich seines complianten Verhaltens in Bezug auf Medikamenteneinnahme, erhöht sich die Bereitschaft, Aufklärungsgespräche zu führen –

erfolgte eine Reduktion der Daten: Aus den oben aufgeführten Items wurde ein Summenscore „Erwartungen an den Patienten“ gebildet und der Zusammenhang mit den drei abhängigen Variablen „subjektive Erfahrungswerte des Arztes hinsichtlich einer Gefährdung im Straßenverkehr“ (AV1), „eine vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr“ (AV2) und „Abraten vom Autofahren durch den Arzt“ (AV3) überprüft (vgl. Tabelle 8.6).

Tabelle 8.6: Zusammenhang der Erwartungen an den Patienten und den abhängigen Variablen

(n = 121; subj. Erfahrungswerte des Arztes - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert; wahrgenommene Patientengefährdung - Skala 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft sehr zu; Abraten vom Autofahren - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert)

	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Erwartungen des Arztes an den Patienten	r = .18 p = .04 n = 121	r = .44 p = .00 n = 121	r = .40 p = .00 n = 121
r = Produkt-Moment Korrelation nach Pearson; p = Signifikanz: p < .0.05 signifikant; n. s. = nicht signifikant; n = Stichprobengröße			

Erfüllt der Patient die Erwartungen des Arztes in seiner Wahrnehmung bezüglich eines guten Therapieverlaufs, der Patient ist beispielsweise compliant und akzeptiert seine Erkrankung, so scheint der Arzt auch eher eine Gefährdung des Patienten im Straßenverkehr wahrzunehmen und dem Patienten gegenüber wachsamer zu sein (Tabelle 8.6). Compliance ist eine Schlüsselqualifikation des Patienten für den Arzt. Gleichzeitig zeigen bipolare Patienten eine hohe Non-Compliance-Rate von bis zu 45 % (vgl. Kapitel 5.2). Mit der angenommenen Compliance des bipolaren Patienten nimmt die Sensibilität für die Patientengefährdung im Straßenverkehr und die Bereitschaft, ein Aufklärungsgespräch zu führen, zu.

Der Zusammenhang zwischen den Erwartungen an die Patienten für einen guten Therapieverlauf, basierend auf den Erfahrungen des Arztes und der angenommenen Patientengefährdung im Straßenverkehr, ist statistisch signifikant. Die Korrelation nach Pearson beträgt .41 (p = .01). Daneben beeinflussen die von den Ärzten an den Patienten gestellten Erwartungen auch das in kritischen Situationen tatsächlich erfolgte Abraten vom Autofahren (Tabelle 8.4): Je eher der Patient die Erwartungen des Arztes im Therapieverlauf erfüllt (Arztperspektive), umso eher wird der Arzt in der kritischen Situation – Entscheidung für oder gegen die Aufklärung bezüglich der Fahrtauglichkeit – eingreifen, das heißt vom Autofahren abraten. Dieses Ergebnis ist statistisch signifikant (p = .01), die Korrelation nach Pearson liegt bei .43 (p = .01). Die Hypothese kann insgesamt angenommen werden.

Gleichzeitig lässt dieses Ergebnis weiterhin annehmen, dass ein Arzt bei einer vermuteten Non-Compliance den Patienten auch als nicht einsichtig bezüglich der Straßenverkehrsteilnahme einschätzen wird und ein Aufklärungsgespräch damit als sinnlos erleben könnte.

8.3.2 Beziehung zu Kurzzeit- und Langzeitpatienten

Hinsichtlich der Beziehung zu Kurz- aber auch Langzeitpatienten wurden die folgenden Hypothesen formuliert:

- Kurzzeitpatienten: Der Arzt führt Aufklärungsgespräche auch im Hinblick auf Risikoverhalten vor allem zu Beginn der Erkrankung durch.
- Bei Langzeitpatienten werden Aufklärungsgespräche zur Behandlung von definierten Problemen eher durch Patienten initiiert. Im Vordergrund steht das Compliance-Problem; die Bereitschaft, Aufklärungsgespräche zu führen, ist gering.

8.3.2.1 Dauer der Beziehung zu Kurzzeit- und Langzeitpatienten

Im Durchschnitt kennen die Ärzte ihre Kurzzeitpatienten fünfeinhalb Monate, ihre Langzeitpatienten sieben Jahre. 25 % der Ärzte machten keine Angaben, wie lange sie ihre bipolaren Patienten im Durchschnitt kennen. Festgehalten werden kann, dass die objektiv messbare Dauer der Beziehung bei Langzeitpatienten Auswirkungen auf das Abraten vom Fahren hat. Die Reduzierung der Beziehungsqualität auf den Zeitaspekt zeigt (vgl. Tabelle 8.7 sowie Anhang B, Tabelle 8.c), dass je länger der Arzt den Patienten kennt, umso eher ein Abraten vom Fahren erfolgt ($p = .01$) und umso eher eine Gefährdung des Patienten im Straßenverkehr wahrgenommen wird ($p = .04$).

Tabelle 8.7: Einfluss der Dauer der Beziehung auf die Aufklärungsbereitschaft: Langzeitpatienten

(n = 121; subj. Erfahrungswerte des Arztes - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert; wahrgenommene Patientengefährdung - Skala 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft sehr zu; Abraten vom Autofahren - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert)

	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Langzeitpatienten (Mittlere Dauer der Beziehung: 7 Jahre)	MW = 6,64 p = .72 n = 90	MW = 3,57 p = .04 eta ² = .26 n = 90	MW = 6,78 p = .01 eta ² = .29 n = 90
MW = Mittelwert; p = Signifikanz: p < .05 signifikant; n. s. = nicht signifikant; n = Stichprobengröße			

8.3.2.2 Qualität der Beziehung zu Kurzzeit- und Langzeitpatienten

Die erlebte Beziehung zu den Patienten ist für die Untersuchung wichtiger als das beschreibende Merkmal der objektiv messbaren Dauer der Beziehung. Hierzu wurde das Erleben der Beziehung zwischen Kurz- und Langzeitpatienten getrennt erhoben. Es wird die Hypothese angenommen, dass bei Patienten, die eine hohe Aufmerksamkeit erfordern (einfordern), auch eher die Bereitschaft besteht, ein Gespräch zur Fahrtauglichkeit zu führen (vgl. Kapitel 8.3.2). Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse zu den Kurzzeitpatienten dargestellt.

8.3.2.2.1 Qualität der Beziehung zu Kurzzeitpatienten

Die erlebte Beziehung zu den Kurzzeitpatienten (= Kennen des Patienten bis zu einem Jahr) wurde mittels der nachfolgenden Itematterie gemessen. Es zeigt sich insgesamt, dass vor allem ein Zusammenhang zwischen der Qualität der Beziehung und der wahrgenommenen Patientengefährdung im Straßenverkehr besteht. Signifikante Zusammenhänge zu den anderen beiden abhängigen Variablen, „subjektive Erfahrungswerte des Arztes“ und „Abraten vom Autofahren“, bestehen kaum (Tabelle 8.8).

Tabelle 8.8: Einfluss der erlebten Beziehung zu Kurzzeitpatienten auf die Aufklärungsbereitschaft des Arztes

(n = 121; subj. Erfahrungswerte des Arztes - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert; wahrgenommene Patientengefährdung - Skala 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft sehr zu; Abraten vom Autofahren - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert)

Erleben Kurzzeitpatienten ...	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Es geht im Folgenden um die so genannten Kurzzeitpatienten, das heißt Patienten, die Sie ca. seit einem Jahr kennen. Bitte geben Sie an, inwieweit Sie aufgrund Ihrer persönlichen Erfahrungen den folgenden Aussagen zustimmen.			
Ich muss diese Patienten erst einmal von der Notwendigkeit der Medikation überzeugen.	r = .07 p = .45 n = 121	r = .21 p = .02 n = 121	r = .08 p = .39 n = 121
Ich gebe den Patienten Termine in kurzen Abständen, um sie besser beobachten zu können.	r = -.11 p = .23 n = 119	r = .22 p = .02 n = 119	r = .15 p = .10 n = 119
Das Vertrauen kann bei diesen Patienten nur langsam aufgebaut werden.	r = .05 p = .61 n = 121	r = .11 p = .23 n = 121	r = .15 p = .11 n = 121
Ich lade die Angehörigen regelmäßig ein zur Besprechung der aktuellen Situation des Patienten.	r = .05 p = .61 n = 121	r = .23 p = .01 n = 121	r = .16 p = .08 n = 121
Die Patienten sind eher krankheitsuneinsichtig.	r = .09 p = .33 n = 120	r = .25 p = .01 n = 120	r = .17 p = .07 n = 120
Die Patienten brauchen ständig meine Unterstützung, um die Medikamenteneinnahme durchzuhalten.	r = .01 p = .93 n=121	r = .26 p = .01 n=121	r = .16 p = .08 n=121
r = Produkt-Moment Korrelation nach Pearson; p = Signifikanz: p < .0.05 signifikant; n. s. = nicht signifikant; n = Stichprobengröße			

Fortsetzung

Tabelle 8.8: Einfluss der erlebten Beziehung zu Kurzzeitpatienten auf die Aufklärungsbereitschaft des Arztes

(n = 121; subj. Erfahrungswerte des Arztes - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert; wahrgenommene Patientengefährdung - Skala 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft sehr zu; Abraten vom Autofahren - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert)

Erleben Kurzzeitpatienten ...			
Es geht im Folgenden um die so genannten Kurzzeitpatienten, d.h. Patienten, die Sie ca. seit einem Jahr kennen. Bitte geben Sie an, inwieweit Sie aufgrund Ihrer persönlichen Erfahrungen den folgenden Aussagen zustimmen.	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Ich bin für die Kurzzeitpatienten in Notfällen immer telefonisch zu erreichen.	r = - .08 p = .39 n = 118	r = .19 p = .04 n = 118	r = .18 p = .06 n = 118
Es ist schwierig, bei diesen Patienten Übergänge in den Phasen rechtzeitig zu erkennen.	r = .10 p = .27 n = 120	r = .20 p = .03 n = 120	r = .13 p = .16 n = 120
Ich erwarte, dass die Patienten regelmäßig zu den Terminen erscheinen.	r = .00 p = .98 n=121	r = .17 p = .07 n=121	r = .26 p = .00 n=121
Zu Beginn des Kontakts wird die Beziehung eher gestört durch den Wunsch der Patienten nach sofortiger Heilung.	r = .18 p = .04 n = 121	r = .26 p = .00 n = 121	r = .18 p = .05 n = 121
Die Patienten möchten, dass ich alles tue, damit es ihnen bald wieder gut geht.	r = .04 p = .67 n = 120	r = .39 p = .00 n = 120	r = .24 p = .01 n = 120
Es ist besonders schwierig, die richtige Medikation auszuwählen.	r = .09 p = .32 n = 120	r = .09 p = .33 n = 120	r = .16 p = .09 n = 120

r = Produkt-Moment Korrelation nach Pearson; p = Signifikanz: p < .0.05 signifikant; n. s. = nicht signifikant; n = Stichprobengröße

Insgesamt zeigen sich deutliche Zusammenhänge zwischen der erlebten Qualität der Beziehung und der wahrgenommenen Patientengefährdung. Bei den Kurzzeitpatienten ist ein erhöhtes Engagement des Arztes gefragt, diese zum Beispiel auf die Notwendigkeit der Medikation und der regelmäßigen Einnahme der Medikamente hinzuweisen. Auch versucht er die Patienten zu motivieren, die medikamentöse Compliance einzuhalten, und bestellt die Patienten in kurzen Abständen ein. Auch bindet er die Angehörigen mit ein. Im Hinblick auf die Aufklärungsbilanz zeigt sich, dass nur dann die Bereitschaft steigt, ein Aufklärungsgespräch zur Fahrtauglichkeit zu führen, wenn die Erwartungen des Patienten an den Therapieerfolg zu hoch sind, das heißt der bipolare Patient erwartet sofortige Heilung. Dies kann bedeuten, dass Aufklärungsgespräche nicht zur Gesprächsroutine des Arztes gehören oder aber Aufklärungsgespräche in Bezug auf die Fahrtauglichkeit als ultima ratio für die Krankheitseinsicht des Patienten genutzt werden. Auch eine subjektiv empfundene Forderung des Patienten, alles zu tun, was dem Arzt möglich sei, damit es dem Patienten wieder gut gehe, erhöht die Bereitschaft, vom Autofahren abzuraten und eine Patientengefährdung im Straßenverkehr wahrzunehmen. Darüber hinaus wird auch eher vom Autofahren abgeraten, wenn der Patient nicht regelmäßig zu den vereinbarten Terminen erscheint. Hinweise auf Non-Compliance bei Kurzzeitpatienten erfordern sofortiges konsequentes Handeln. Die Variable „Auswahl der Medikation“ spiegelt vor allem die Arztkompetenz wider und nicht die Beziehungsqualität. Daher ist es nicht verwunderlich, dass kein Zusammenhang mit den abhängigen Variablen besteht.

Faktorenanalytisch ließen sich drei Dimensionen der erlebten Beziehung zu Kurzzeitpatienten ermitteln (vgl. Tabelle 8.9). Der erste Faktor *Aufbau der Beziehung zu den Patienten* beschreibt die Erwartungen des Arztes an den Patienten: Der Patient erwartet aus Arztsicht schnelle Abhilfe seines Leidens, der Arzt übt eine stärkere Kontrolle aus, indem er ihn engmaschig führt und erwartet, dass der Patient sich durch regelmäßiges Erscheinen zu den Terminen mit einbringt.

Tabelle 8.9: Faktorenanalyse „Erlebte Beziehung mit Kurzzeitpatienten“

(Varianzaufklärung 51,7 %; 1 = stimme nicht zu; 5 = stimme zu; N = 121)

Faktor 1 (VA: 25,6 %): Aufbau der Beziehung		Mittelwert
.80	Ich erwarte, dass die Patienten regelmäßig zu den Terminen erscheinen	3,87
.74	Die Patienten möchten, dass ich alles tue, damit es ihnen bald wieder gut geht	3,81
.53	Ich gebe den Patienten Termine in kurzen Abständen, um sie besser beobachten zu können	4,24
.52	Zu Beginn des Kontakts wird die Beziehung eher gestört durch den Wunsch der Patienten nach sofortiger Heilung	3,07
Faktor 2 (VA: 15,4 %): Problemsituationen auf Arztseite		
.79	Es ist besonders schwierig, die richtige Medikation auszuwählen	3,03
.75	Es ist schwierig bei diesen Patienten Übergänge in den Phasen rechtzeitig zu erkennen	3,47
Faktor 3 (VA: 10,7 %): Probleme durch die Erkrankung auf Patientenseite		
.77	Ich muss erst einmal diese Patienten von der Notwendigkeit der Medikation überzeugen	4,39
.64	Das Vertrauen kann bei diesen Patienten nur langsam aufgebaut werden	3,65
.59	Ich lade die Angehörigen regelmäßig ein zur Besprechung der aktuellen Situation	3,18
.51	Diese Patienten sind eher krankheitsuneinsichtig	3,54

Der zweite Faktor *Problemsituationen auf Arztseite* steht im Zusammenhang mit der Qualität und Intensität der Aufklärungsbereitschaft bezogen auf die wahrgenommene Patientengefährdung. Hier zeigt sich allerdings als Hauptproblematik die Unsicherheit der eigenen Kompetenz in Bezug auf die Therapie der Patienten – und dies in mehrfacher Hinsicht: In der Auswahl der Medikation sind 42,7 % der Ärzte der Meinung, dass es besonders schwierig ist, die richtige Medikation zu finden (Top Box [Werte 4, 5]). Die Mehrheit der Ärzte (57,5 %) empfindet es als schwierig, Übergänge in den Phasen rechtzeitig zu erkennen (= Wechsel zwischen Manie und Depression / Wechsel vom stabilen Zustand der Phasenprophylaxe in eine Akutphase). Somit ist auch das Therapieziel der Stabilisierung des Patienten gefährdet. Nur 16 % der Ärzte fühlen sich sicher in der Auswahl der Medikation und im Erkennen von Übergängen in den Phasen, zum Beispiel eine sich ankündigende Akutphase.

Faktor drei der Erlebnisdimension spiegelt die Problematik auf Patientenseite wider. Der Arzt ist sich bewusst, dass Vertrauen nur

langsam aufgebaut werden kann, gleichzeitig ist er gefordert, dem Patienten die Notwendigkeit der medikamentösen Behandlung zu vermitteln. Dies erlebt der Arzt als schwierig, weil die Patienten eher krankheitsuneinsichtig sind (Arztperspektive). Hier sucht er auch Unterstützung bei den Angehörigen, die er regelmäßig zur Besprechung der aktuellen Situation einlädt.

Die Mittelwertvergleiche der drei Erlebnisdimensionalitätsfaktoren mit den abhängigen Variablen in Bezug auf die Kurzzeitpatienten ergab, dass eine Patientengefährdung eher wahrgenommen wird und eher ein Abraten vom Autofahren erfolgt, wenn die Beziehung zwischen Arzt und Patient sich noch im Aufbau befindet (vgl. Tabelle 8.10). Die Hypothese zum Bereich Kurzzeitpatienten kann damit angenommen werden (vgl. Kapitel 8.3.2). Die Ergebnisse sind statistisch signifikant und als bedeutsam anzusehen. Weiterhin kann festgestellt werden, dass die wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr abhängig ist von den wahrgenommenen Problemen des bipolaren Patienten durch den Arzt. Darüber hinaus beeinflusst die eigene wahrgenommene Kompetenz (Probleme auf Arztseite) die subjektiven Erfahrungswerte des Arztes: Gefährdungen im Straßenverkehr werden stärker antizipiert.

Tabelle 8.10: Mittelwertvergleich Arzt-Kurzzeitpatienten-Beziehung

(n = 121; subj. Erfahrungswerte des Arztes - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert; wahrgenommene Patientengefährdung - Skala 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft sehr zu; Abraten vom Autofahren - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert)

Erlebnisdimension Kurzzeitpatient	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Faktor 1. Aufbau der Beziehung (VA: 25,6 %)	MW=6.50 p = .91 n = 121	MW = 3,55 p = .00 eta ² = .26 n = 121	MW = 6,23 p = .00 eta ² = .27 n = 121
Faktor 2. Problemsituationen auf Arztseite (VA: 15,4 %)	MW=6,49 p = .03 eta ² = .14 n = 121	MW = 3,56 p = .60 n = 121	MW = 6,21 p = .20 n = 121
Faktor 3: Probleme durch die Erkrankung auf Patientenseite (Arztsicht; VA 10,7 %)	MW=6,50 p = .88 n = 121	MW = 3,55 p = .02 eta ² = .19 n = 121	MW = 6,23 p = .21 n = 121
MW = Mittelwert; p = Signifikanz: p < .0.05 signifikant; n. s. = nicht signifikant; n = Stichprobengröße			

Im Weiteren wird überprüft, inwieweit eine Beeinflussung der Aufklärungsbereitschaftsbilanz durch die erlebte Beziehung zu dem bipolaren Kurzzeitpatienten erfolgt. Die Überprüfung dieser Zusammenhänge ergab, dass hier nur zwei Faktoren, der *Aufbau der Beziehung* und die *Probleme auf Patientenseite*, ausschlaggebend sind, um den Arzt zu motivieren, Aufklärung zu leisten. Es wird später zu zeigen sein, ob dies auch generell für die Aufklärungsbereitschaft in Bezug auf bipolare Patienten gilt.

Die Dimension *Aufbau einer Beziehung* spielt eine nicht unwesentliche Rolle; sie weist deutliche Zusammenhänge zwischen dem Abraten vom Autofahren ($r = .30$; $p = .00$) und der wahrgenommenen Patientengefährdung auf ($r = .38$; $p = .00$). Zudem hängt die Aufklärungsbereitschaft mit der Erlebnisdimension *Probleme durch die Erkrankung seitens des Patienten* zusammen. Hier wird ein stärkerer Zusammenhang mit der wahrgenommenen Patientengefährdung festgestellt ($r = .29$; $p = .00$) und ein mittlerer Einfluss auf das Abraten vom Autofahren ($r = .21$; $p = .02$). Die Ergebnisse sind in Tabelle 8.11 aufgeführt.

Tabelle 8.11: Einfluss der Erlebnisdimensionen Arzt-Kurzzeitpatienten-Beziehung auf die Aufklärungsbereitschaft

(n = 121; subj. Erfahrungswerte des Arztes - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert; wahrgenommene Patientengefährdung - Skala 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft sehr zu; Abraten vom Autofahren - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert)

Erlebnisdimensionen Kurzzeitpatienten ...	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Faktor 1. Aufbau der Beziehung (VA: 25,6 %)	r = - .06 p = .50 n = 121	r = .38 p = .00 n = 121	r = .30 p = .00 n = 121
Faktor 2. Problemsituationen auf Arztseite (VA: 15,4 %)	r = .11 p = .24 n = 120	r = .16 p = .09 n = 120	r = .12 p = .07 n = 120
Faktor 3: Probleme durch die Erkran- kung auf Patientenseite (Arztsicht; VA 10,7 %)	r = .09 p = .32 n = 121	r = .29 p = .00 n = 121	r = .21 p = .02 n = 121
r = Produkt-Moment Korrelation nach Pearson; p = Signifikanz: p < .05 signifikant; n = Stichprobengröße			

8.3.2.2.2 Qualität der Beziehung zu Langzeitpatienten

Die Qualität der Beziehung zu Langzeitpatienten wurde, ebenfalls wie die der Kurzzeitpatienten, mit Hilfe einer Itematterie erhoben und ist in Tabelle 8.12 aufgeführt.

Im Unterschied zu den Kurzzeitpatienten beeinflusst eine vertrauensvolle Beziehung zum Arzt die Aufklärungsbereitschaft hinsichtlich der Fahrtauglichkeit. Es findet ein Abwägen zwischen der wahrgenommenen Patientengefährdung im Straßenverkehr und dem Abraten vom Autofahren statt (vgl. Tabelle 8.12).

Eine aktive Auseinandersetzung mit der Erkrankung auf Seiten des bipolaren Langzeit-Patienten, sei es, dass er sich als krankheitseinsichtig zeigt, sei es, dass er telefonisch Abklärung bei Problemen sucht oder der Erwartung nachkommt, regelmäßig an der Psychoedukation teilzunehmen,

bewirkt beim Arzt nur, sich mit einer möglichen Patientengefährdung auseinander zu setzen. Er ist aber beim Langzeitpatienten nicht weiter motiviert, die Fahrtauglichkeit zu thematisieren.

Medikamentöse Non-Compliance des bipolaren Langzeit-Patienten allerdings motiviert den Arzt, ein Fahrverbot auszusprechen, und dies ohne die Aspekte Patientengefährdung oder allgemeine Gefährdung in sein Handeln einzubeziehen. Der bipolare Langzeit-Patient genießt den Vertrauensbonus des Arztes. Der „Enttäuschung“ auf Seiten des Arztes, in diesem Fall ein wiederholtes Aufmerksam-machen-Müssen auf die Medikamenteneinnahme, folgt ein direktes Abraten vom Autofahren ohne weitere Bilanzierung. Beim Kurzzeitpatienten hingegen wird in dieser Situation die angenommene Patientengefährdung in die Aufklärungsbereitschaftsbilanz einbezogen.

Tabelle 8.12: Einfluss der erlebten Beziehung zu Langzeitpatienten auf die Aufklärungsbereitschaft des Arztes

(subj. Erfahrungswerte des Arztes - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert; wahrgenommene Patientengefährdung Skala 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft sehr zu; Abraten vom Autofahren - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert)

Erleben Langzeitpatienten ...	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Es geht im Folgenden um die Langzeitpatienten, d.h. Patienten, die Sie mind. ein Jahr kennen. Inwieweit stimmen Sie der Aussage zu:			
Mit diesen Patienten besteht eine Beziehung, die durch Vertrauen geprägt ist.	r = .01 p = .94 n = 120	r = .37 p = .00 n = 120	r = .18 p = .04 n = 120
Das jahrelange von mir in regelmäßigen Abständen betreute Krankheitsbild stellt eine unsichtbare Verbindung zwischen Arzt und Patient dar.	r = -.01 p = .88 n = 120	r = .29 p = .00 n = 120	r = .27 p = .00 n = 120
Der Patient fühlt sich bei mir gut aufgehoben.	r = .00 p = .1.00 n=117	r = .29 p = .00 n=117	r = .22 p = .02 n=117
Die Angehörigen werden nur noch bei schwierigen Situationen einbezogen.	r = -.08 p = .39 n = 120	r = .13 p = .17 n = 120	r = .13 p = .15 n = 121
Die Patienten sind eher krankheitseinsichtig.	r = -.06 p = .47 n = 121	r = .19 p = .04 n = 121	r = .09 p = .31 n = 121
Die Patienten klären viele Fragen auch schon mal telefonisch ab.	r = -.01 p = .88 n = 120	r = .20 p = .03 n = 120	r = .10 p = .29 n = 120
Ich muss mit den Patienten immer wieder die Wichtigkeit der dauerhaften Medikamenteneinnahme besprechen.	r = .07 p = .43 n = 121	r = .11 p = .23 n = 121	r = .20 p = .03 n = 121
r = Produkt-Moment Korrelation nach Pearson; p = Signifikanz: p < .0.05 signifikant; n = Stichprobengröße			

Fortsetzung

Tabelle 8.12: Einfluss der erlebten Beziehung zu Langzeitpatienten auf die Aufklärungsbereitschaft des Arztes

(subj. Erfahrungswerte des Arztes - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert; wahrgenommene Patientengefährdung Skala 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft sehr zu; Abraten vom Autofahren - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert)

Erleben Langzeitpatienten ...	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Es geht im Folgenden um die Langzeitpatienten, d.h. Patienten, die Sie mind. ein Jahr kennen. Inwieweit stimmen Sie der Aussage zu:			
Ich muss die Angehörigen immer wieder von der Wichtigkeit der dauerhaften Medikamenteneinnahme überzeugen.	r = -.04 p = .66 n = 121	r = .15 p = .09 n = 121	r = .05 p = .57 n = 121
Ich erwarte, dass die Patienten regelmäßig an Psychoedukation teilnehmen, was die meisten auch tun.	r = -.01 p = .94 n = 117	r = .21 p = .02 n = 117	r = .09 p = .35 n = 117
Die Patienten möchten ungeachtet meiner Sprechzeiten auf mich zurückgreifen, wann immer sie (!) es für notwendig erachten.	r = .01 p = .93 n = 118	r = .15 p = .12 n = 118	r = .12 p = .21 n = 118
r = Produkt-Moment Korrelation nach Pearson; p = Signifikanz: $p < .0.05$ signifikant; n = Stichprobengröße			

Um eine bessere Interpretation und Vergleichbarkeit zu den Ergebnissen der Qualität der Beziehung zu Kurzzeitpatienten (vgl. Kapitel 8.3.2.2) zu gewährleisten, wurde auch bei den Langzeitpatienten eine Datenreduktion mittels Faktorenanalyse angestrebt. Die Faktorenanalyse zeigt weitere Unterschiede zwischen Langzeit- und Kurzzeitpatienten auf: Es ließen sich hier im Vergleich zu den Kurzzeitpatienten nur zwei statt drei Erlebnisdimensionenfaktoren in Bezug auf die Qualität der Beziehung zwischen Arzt und Langzeitpatienten ermitteln (vgl. Tabelle 8.13). Der erste Faktor bezieht sich wie beim Kurzzeitpatienten auf *Vertrautheit*. Hier beschreibt dieser Faktor die *Gewachsene Beziehung zwischen Arzt und Patient*: Die Beziehung ist durch Vertrauen geprägt, es besteht eine un-

sichtbare Verbindung zwischen Arzt und Patient. Die Patienten zeigen sich krankheitseinsichtig und fühlen sich bei ihrem Arzt gut aufgehoben. Fragen können auch telefonisch abgeklärt werden und Angehörige werden nur noch in schwierigen Situationen einbezogen.

Der zweite Faktor bezieht sich auf das *Krankheitsverständnis und den Umgang mit der Therapie seitens der Patienten*. Der Arzt muss wiederholt die Wichtigkeit der dauerhaften Medikamenteneinnahme betonen und dies bei Patient und Angehörigen. Daneben wird auch die Erwartung des Arztes an den Patienten, Psychoedukationsveranstaltungen zu besuchen, deutlich. Neben der gewachsenen Beziehung zeigen sich in dem zweiten Faktor mögliche Problembereiche zwischen Arzt und Patient bzw. seinem Umfeld. Hier wird eine Erwartungshaltung an den Patienten aufgebaut (vgl. Tabelle 8.13), die teilweise erfüllt und teilweise unerfüllt bleibt. Damit werden erste Hinweise gegeben, dass der Umgang mit der Erkrankung seitens des Arztes mit den bipolaren Patienten unterschiedlich angesprochen wird.

Tabelle 8.13: Faktorenanalyse Erlebte Beziehung mit Langzeitpatienten

(Varianzaufklärung 56,5 %; 1 = stimme nicht zu; 5 = stimme zu; n = 121)

Faktor 1 (VA: 34,9 %): Gewachsene Beziehung zwischen Arzt und Patient		Mittelwert
.81	Die Patienten sind eher krankheitseinsichtig.	3,94
.80	Mit diesen Patienten besteht eine Beziehung, die durch Vertrauen geprägt ist.	4,30
.78	Der Patient fühlt sich bei mir gut aufgehoben.	4,22
.71	Das jahrelange von mir in regelmäßigen Abständen betreute Krankheitsbild stellt eine unsichtbare Verbindung zwischen Arzt und Patient dar.	4,06
.69	Die Angehörigen werden nur noch bei schwierigen Situationen einbezogen.	3,59
.68	Die Patienten klären viele Fragen auch schon mal telefonisch ab.	3,49
Faktor 2 (VA: 21,5 %): Krankheitsverständnis und Umgang mit der Therapie		
.86	Ich muss die Angehörigen immer wieder von der Wichtigkeit der dauerhaften Medikamenteneinnahme überzeugen.	3,53
.76	Ich muss mit den Patienten immer wieder die Wichtigkeit der dauerhaften Medikamenteneinnahme besprechen.	2,79
.60	Ich erwarte, dass die Patienten regelmäßig an Psychoedukation teilnehmen, was die meisten auch tun.	3,04
.54	Die Patienten möchten ungeachtet meiner Sprechzeiten auf mich zurückgreifen, wann immer sie (!) es für notwendig erachten.	2,43

In Bezug auf die Langzeitpatienten ergab die Analyse der Mittelwertsvergleiche zwischen den zwei ermittelten

Erlebnisdimensionsfaktoren und den abhängigen Variablen folgendes: Unterschiede innerhalb der Arztgruppe bestehen nur hinsichtlich der erlebten Dimension *Gewachsene Beziehung* mit der Aufklärungsbereitschaftsbilanz. Je vertrauter die Beziehung zwischen Arzt und Langzeitpatient wahrgenommen wird, umso eher wird dann auch eine Patientengefährdung im Straßenverkehr gesehen und es erfolgt auch eher ein Abraten vom Autofahren (vgl. Tabelle 8.14).

Tabelle 8.14: Mittelwertvergleich Erlebnisdimensionen Arzt-Langzeitpatienten-Beziehung

(n = 121; subj. Erfahrungswerte des Arztes - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert; wahrgenommene Patientengefährdung - Skala 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft sehr zu; Abraten vom Autofahren - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert)

Erleben Langzeitpatienten ...	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Es geht im Folgenden um die so genannten Langzeitpatienten, das heißt Patienten, die Sie mindestens ein Jahr kennen. Bitte geben Sie an, inwieweit Sie aufgrund Ihrer persönlichen Erfahrungen den folgenden Aussagen zustimmen.			
Faktor 1: Gewachsene Beziehung zwischen Arzt und Patient (VA: 34,9 %)	MW = 3,93 p = .71 n = 121	MW = 3,93 p = .01 eta ² = .42 n = 121	MW = 3,93 p = .02 eta ² = .15 n = 121
Faktor 2: Krankheitsverständnis und Umgang mit der Therapie (VA: 21,5 %)	MW = 2,96 p = .31 n = 121	MW = 2,96 p = .35 n = 121	MW = 2,96 p = .63 n = 121
MW = Mittelwert; p = Signifikanz: p < .05 signifikant; n. s. = nicht signifikant; n = Stichprobengröße			

Schließlich wurde hinsichtlich der Qualität der Beziehung zu Langzeitpatienten überprüft, wie stark die beiden Faktoren die Patientengefährdung im Straßenverkehr und das Abraten vom Autofahren beeinflussen. Die Analyse zeigt, dass der Faktor *Gewachsene Beziehung* einen starken Zusammenhang mit der Aufklärungsbereitschaft aufweist und zwar sowohl hinsichtlich der Risikobewertung *Patientengefährdung im*

Straßenverkehr ($r = .31$; $p \leq .01$), als auch hinsichtlich der Sicherheit *Abraten vom Autofahren* ($r = .20$; $p = .03$).

Der zweite Faktor *Krankheitsverständnis* beeinflusst nur die angenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr: Das Verhalten des Patienten kann eine Gefährdung im Straßenverkehr darstellen ($r = .21$; $p = .02$). Die Ergebnisse sind in Tabelle 8.15 aufgeführt. Insgesamt kann auch hier die formulierte Hypothese angenommen werden (vgl. Kapitel 8.3.2).

Tabelle 8.15: Beeinflussung der Arzt-Langzeitpatienten-Beziehung

($n = 121$; subj. Erfahrungswerte des Arztes - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert; wahrgenommene Patientengefährdung - Skala 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft sehr zu; Abraten vom Autofahren - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert)

Erleben Langzeitpatienten ...			
Es geht im Folgenden um die so genannten Langzeitpatienten, das heißt Patienten, die Sie mindestens ein Jahr kennen. Bitte geben Sie an, inwieweit Sie aufgrund Ihrer persönlichen Erfahrungen den folgenden Aussagen zustimmen.	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Faktor 1: Gewachsene Beziehung zwischen Arzt und Patient (VA: 34,9 %)	$r = -0.41$ $p = .65$ $n = 121$	$r = .20$ $p = .03$ $n = 121$	$r = .31$ $p = .00$ $n = 121$
Faktor 2: Krankheitsverständnis und Umgang mit der Therapie (VA: 21,5 %)	$r = -.044$ $p = .63$ $n = 121$	$r = .16$ $p = .08$ $n = 121$	$r = .21$ $p = .02$ $n = 121$
r = Korrelation nach Pearson; p = Signifikanz: $p < .0.05$ signifikant; n = Stichprobengröße			

Abschließend kann festgehalten werden, dass die Einstellungsskalen für die Kurzzeit- und Langzeitpatienten eine differenzierte Betrachtung der Patientenlientel liefert und ein detailliertes Bild der Arzt-Patienten-Beziehung. Eine Reduzierung auf die objektive Angabe *Dauer der Beziehung zum Patienten* (vgl. Kapitel 8.3.2.1) wird der Situation Arzt-Patient nicht gerecht.

8.3.3 Vertrauensverhältnis zwischen Arzt - Patient und Arzt-Angehöriger

In Bezug auf das erlebte Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient (Angehörige) ist die folgende Hypothese formuliert worden (vgl. Kapitel 8.3).

- Wird die Beziehung vertrauensvoll erlebt, dann erhöht dies die Bereitschaft, ein Gespräch mit eher kritischen Inhalten wie zum Beispiel über Risikoverhalten (Fahrtauglichkeit) durchzuführen.

Die Analyse der befragten Ärzte zeigte hierzu Folgendes: Die Arzt-Patienten-Beziehung wird von 74 % der befragten Ärzte als vertrauensvoll erlebt. Ein Viertel der Ärzte gibt allerdings auch an, dass es zu Unstimmigkeiten kommt (vgl. Anhang B, Tabelle 8d).

Bei den Angehörigen kommt es insgesamt eher zu Unstimmigkeiten in der Beziehung zum Arzt: Hier gibt immerhin noch die Hälfte der befragten Ärzte an, dass sie eine eher vertrauensvolle Beziehung zu den Angehörigen haben, 40 % geben zumindest teilweise Unstimmigkeiten zu und 7 % geben an, dass ihr Verhältnis zu den Angehörigen eher durch Unstimmigkeiten geprägt ist (vgl. Anhang B, Tabelle 8d).

Ein Vergleich der Mittelwerte in Abhängigkeit zu den Variablen der Aufklärungsbereitschaft (vgl. Tabelle 8.16) zeigt, dass signifikante Unterschiede zwischen den Ärzten in Bezug auf das erlebte Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient vorliegen. Es deutet sich erneut an, dass es zumindest zwei verschiedene Arztgruppen gibt, die eine unterschiedliche Aufklärungsbereitschaft zeigen.

Tabelle 8.16: Vertrauen zwischen Arzt und Patient bzw. Arzt und Angehörigen

(Mittelwerte; n = 121 befragte Fachärzte, Skala 1 = stimme zu bis 5 = stimme nicht zu)

Es besteht eine vertrauensvolle Beziehung zwischen ...	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Arzt und Patient	MW = 6,50 p = .30 n = 121	MW = 3,55 p = .01 eta ² = .13 n = 121	MW = 6,22 p = .01 eta ² = .12 n = 121
Arzt und Angehörigen	MW = 6,50 p = .24 n = 121	MW = 3,55 p = .43 n = 121	MW = 6,22 p = .20 n = 121

MW = Mittelwert; p = Signifikanz: p < .0.05 signifikant; n. s. = nicht signifikant; n = Stichprobengröße

Inwieweit beeinflusst nun im Allgemeinen die Vertrauensbeziehung zwischen Arzt und Patient oder Arzt und Angehörigen die Aufklärungsbereitschaftsbilanz?

Je eher der Arzt die Beziehung zu seinem bipolaren Patienten als vertrauensvoll wahrnimmt, umso seltener nimmt er eine mögliche Patientengefährdung im Straßenverkehr wahr (vgl. Tabelle 8.17). Das bestehende Vertrauen zwischen Arzt und Patient soll wohl nicht negativ beeinflusst werden durch eine „unangenehme“ Situation wie der Ansprache der Fahrtauglichkeit, die auf Arzt- und Patientenseite zu Unsicherheiten führt (vgl. Laux, S.104, Kapitel 6.4).

Die Beziehung zu den Angehörigen zeigt keinen Einfluss auf die Aufklärungsbereitschaft. Daher kann die Hypothese

- wird die Beziehung (Arzt-Patient / Arzt-Angehörige) vertrauensvoll erlebt, dann erhöht dies die Bereitschaft, ein Gespräch mit eher kritischen Inhalten wie zum Beispiel über Risikoverhalten (Fahrtauglichkeit) durchzuführen

nicht angenommen werden.

Tabelle 8.17: Zusammenhang zwischen Vertrauen Arzt-Patient
(Angehörigen) und der Aufklärungsbereitschaft

(n = 121; subj. Erfahrungswerte des Arztes - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert; wahrgenommene Patientengefährdung - Skala 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft sehr zu; Abraten vom Autofahren - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert)

Es besteht eine vertrauensvolle Beziehung zwischen ...	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Arzt und Patient	r = -.07 p = .43 n = 121	r = -.28 p = .02 n = 121	r = .09 p = .31 n = 121
Arzt und Angehörigen	r = -.12 p = .20 n = 121	r = -.17 p = .06 n = 121	r = -.09 p = .36 n = 121

r = Korrelation nach Pearson; p = Signifikanz: p < .05 signifikant; n = Stichprobengröße

8.3.4 Kooperationsbereitschaft (Therapieziel und -erfolg)

Im Rahmen der Kooperationsbereitschaft wird zwischen dem Therapieziel, das zwischen Arzt und Patient abgesprochen wird, und dem Therapieerfolg, den der Arzt für sich definiert, unterschieden. Folgende Hypothese wurde hierzu aufgestellt:

- Je stärker der Arzt Therapieziele bzw. seinen Therapieerfolg abhängig von den Patientenbelangen definiert, umso eher ist er motiviert, Aufklärungsgespräche zu führen.

Im Rahmen der vorliegenden Untersuchung wurden die Ärzte nach ihren primären und sekundären Therapiezielen befragt (vgl. Anhang B, Tabelle 8e). Je allgemeiner die vorgegebene Zielsetzung, umso eher findet diese auch Zustimmung unter den Ärzten als primär angestrebtes Therapieziel. Das Verfolgen von spezifischen Zielen als Primäres erfolgt nur von einer Teilgruppe der Ärzte. Dies deutet wieder einmal mehr auf unterschiedliche Einstellungen innerhalb der Arztgruppe hin (vgl. Kapitel 8.2).

Der Zusammenhang zwischen Therapieziel und Aufklärungsbereitschaft ist ein negativer: Ein Arzt, der ein eher unspezifisches Gesamtziel für den bipolaren Patienten verfolgt, ohne auf spezifische Patientenbelange einzugehen, wie das Ziel, die Arbeit weiterzuführen oder seinen Platz in der Familie zu finden, wird auch eher auf eine Aufklärung in Bezug auf das „Detail“ Fahreignung verzichten (vgl. Tabelle 8.18).

Tabelle 8.18: Therapieziele und Aufklärungsbereitschaft

(n = 121 befragte Fachärzte, Ziele: primäres Ziel (1) sekundäres Ziel (2); subj. Erfahrungswerte des Arztes - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert; wahrgenommene Patientengefährdung - Skala 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft sehr zu; Abraten vom Autofahren - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert)

Therapieziele zwischen Arzt und Patient			
Frage 9: Als behandelnder Arzt kann man mit der Therapie der Patienten unterschiedliche Ziele verfolgen. Welche der folgenden Ziele sind für Sie persönlich denn am wichtigsten?	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Ich möchte gemeinsam mit dem Patienten eine stabile Phasenprophylaxe erreichen.	r = .06 p = .54 n = 121	r = -.12 p = .19 n = 121	r = .02 p = .77 n = 121
Ich möchte so schnell wie möglich dem Patienten seinen Alltag ermöglichen.	r = .02 p = .86 n = 112	r = -.14 p = .13 n = 112	r = .01 p = .93 n = 112
Ich möchte den Patienten wieder in das Leben integrieren.	r = -.27 p = .01 n = 118	r = -.03 p = .71 n = 118	r = -.26 p = .01 n = 118
Ich möchte mit dem Patienten erreichen, dass er wieder arbeiten gehen kann.	r = -.14 p = .16 n = 112	r = -.00 p = .97 n = 112	r = -.15 p = .11 n = 112
Ich möchte mit dem Patienten erreichen, dass er wieder in der Familie seinen Platz findet.	r = -.14 p = .88 n = 112	r = -.01 p = .90 n = 112	r = -.14 p = .15 n = 112
r = Korrelation nach Pearson; p = Signifikanz: p < .05 signifikant; n = Stichprobengröße			

In der Literaturrecherche zu der Absprache zwischen Arzt und Patient zum Therapieziel konnte festgehalten werden, dass je genauer der Arzt die Patientenbelange kennt, er umso positiver auf den Therapieverlauf einwirken (vgl. Kapitel 4, S. 77–82) kann. Bezogen auf die vorliegende Untersuchung bedeutet dies, dass spezifische Teilziele auf eine Auseinandersetzung mit den Patientenbelangen hindeuten. Eine erhöhte

Bereitschaft zeigt sich dann auch in Bezug auf die Aufklärung der Fahreignung des Patienten. Um diesen Zusammenhang zu überprüfen, wurden die Variablen zusammengefasst, die zum einen als primäres Therapieziel allgemeine übergeordnete Ziele ansprechen (= Stabilität in der Phasenprophylaxe, Alltag bewältigen, Integration) und zum anderen diejenigen, die ein genauer spezifiziertes Teilziel (wieder die Arbeit aufnehmen bzw. seinen Platz in der Familie wieder einnehmen) berücksichtigen (vgl. Tabelle 8.19).

Insgesamt wird bei einer gemeinsamen spezifischen (Teil-)Zielsetzung nur die Motivation des Arztes erhöht, vom Autofahren abzuraten (vgl. Tabelle 8.19). Die Hypothese (vgl. S. 209) kann nur eingeschränkt angenommen werden.

Tabelle 8.19: Einfluss von allgemeinen Therapiezielen und spezifischen Therapiezielen auf die Aufklärungsbereitschaft

(n = 121 befragte Fachärzte, Ziele: primäres Ziel (1); subj. Erfahrungswerte des Arztes - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert; wahrgenommene Patientengefährdung - Skala 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft sehr zu; Abraten vom Autofahren - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert)

Zusammengefasste Therapieziele zwischen Arzt und Patient ...			
Frage 9: Als behandelnder Arzt kann man mit der Therapie der Patienten unterschiedliche Ziele verfolgen. Welche der folgenden Ziele sind für Sie primär Ziele?	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Allgemeine abstrakte Zieldefinition (stabile Phasenprophylaxe / Alltag ermöglichen / in das Leben integrieren)	r = .09 p = .33 n = 121	r = -.04 p = .67 n = 121	r = .13 p = .16 n = 121
Spezifische Zieldefinition (wieder arbeiten / wieder in der Familie seinen Platz finden)	r = .05 p = .59 n = 121	r = .01 p = .93 n = 121	r = .18 p = .04 n = 121
r = Korrelation nach Pearson; p = Signifikanz: p < .0.05 signifikant; n = Stichprobengröße			

Neben dem gesteckten Therapieziel unterscheiden die Ärzte den Therapieerfolg (vgl. S. 210). Die Frage nach dem Therapieerfolg wurde

unterschiedlich von den befragten Ärzten beantwortet (vgl. hierzu Anhang B, Tabelle 8f):

- 63 % der Ärzte gaben an, Therapieerfolg bedeute, dass der Patient seiner Arbeit nachgehen und normal am Leben teilnehmen könne.
- Für 23 % der Ärzte bedeutet ein Therapieerfolg, dass der bipolar Erkrankte stabilisiert werden kann, in diesem Fall aus der Akutphase herausgeholt wird. Dies deutet auf eine Fokussierung auf kurzfristige Erfolge hin.
- Ein kleiner Anteil von 14 % sieht einen Therapieerfolg dann gegeben, wenn er den bipolar Erkrankten langfristig begleitet: Er möchte den Patienten während der Phasenprophylaxe gut geschützt wissen.

Die Definition des Therapieerfolgs beeinflusst die Motivation des Arztes nur dann, wenn er diesen für sich als Begleitung auf dem Weg mit dem Patienten definiert. Nur ein kleiner Teil der Ärzte hat dies angegeben, diese Gruppe von Ärzten wird insgesamt eher die Tendenz zeigen, vom Autofahren abzuraten ohne weitere Bilanzierung, also ohne Abwägung der Vor- und Nachteile für den Patienten (vgl. Tabelle 8.20). Der Arzt sieht sich in der Verantwortung für das Patientenwohl, er rät eher vom Autofahren ab.

Damit kann auch die Hypothese

- Je stärker der Arzt seinen Therapieerfolg abhängig von den Patientenbelangen definiert, umso eher ist er motiviert, Aufklärungsgespräche zu führen.

nur eingeschränkt angenommen werden.

Hinsichtlich der Kooperationsbereitschaft zwischen Arzt und Patient bleibt festzuhalten, dass je konkreter der Arzt auf die Patientenbelange eingeht, sei es, dass er Therapieziele spezifisch mit dem Patienten definiert, sei es, dass er sich für den Therapieerfolg ernsthaft mitverantwortlich sieht, desto eher ein Abraten vom Autofahren erfolgt. Auch hier deuten die Ergebnisse darauf hin, dass es Unterschiede innerhalb der Arztgruppe gibt, die es später genauer zu analysieren gilt. Ein kontrolliertes

Beobachten des Patienten scheint einigen Ärzten Sicherheit insoweit zu geben, als dass sie sich in die Lage gesetzt fühlen, den Patienten adäquat einzuschätzen und dann in entsprechenden Situationen zumindest vom Autofahren abzuraten.

Tabelle 8.20: Einfluss der Kooperationsbereitschaft – Therapieerfolg (Arztperspektive) auf die Aufklärungsbereitschaft

(Mittelwerte; n = 121 befragte Fachärzte, Ziele: primäres Ziel (1); subj. Erfahrungswerte des Arztes - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert; wahrgenommene Patientengefährdung - Skala 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft sehr zu; Abraten vom Autofahren - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8=höchster Wert

Therapieerfolg heißt für mich persönlich ...	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
... den Patienten zu stabilisieren (aus der Akutphase herauszuholen)	r = -.15 p = .11 n = 120	r = .02 p = .81 n = 120	r = -.14 p = .14 n = 120
Ich begleite den Patienten, damit er in der Phasenprophylaxe stabil bleibt.	r = .18 p = .06 n = 120	r = .03 p = .74 n = 120	r = .30 p = .00 n = 120
Der Patient kann wieder arbeiten gehen und ganz normal am Leben teilnehmen.	r = .00 p = 1.00 n = 120	r = -.04 p = .66 n = 120	r = -.10 p = .27 n = 120

r = Korrelation nach Pearson; p = Signifikanz: $p < .05$ signifikant; n = Stichprobengröße

8.3.5 Compliance der Patienten (Arztsicht)

Compliance im medizinischen Sinne wird vor allem auf die medikamentöse Compliance bezogen. Ein Verständnis von Compliance im psychologischen Sinne als das Resultat eines vorangegangenen Prozessgeschehens (vgl. Kapitel 5) kann nicht vorausgesetzt werden. Am Ende dieses Prozesses erfolgt eine Übereinstimmung („Passung“ bzw. auch „Nicht-Passung“) zwischen den Personen, hier dem Arzt und dem Patienten (vgl. Bergler, 2006; Kapitel 5). Compliantes Verhalten nimmt somit in der Arzt-Patienten-Beziehung eine nicht unbedeutende Rolle ein. In der

vorliegenden Untersuchung wurde Compliance jeweils in Bezug auf den thematischen Zusammenhang abgefragt: Die medikamentöse Compliance, Compliance in Bezug auf die Regelmäßigkeit von wahrgenommenen Arztterminen und Compliance hinsichtlich der Teilnahme an Psychoedukation. Erhoben wurde Compliance anhand des eingeschätzten Patienten-Verhaltens aus Sicht des Arztes: Die Ärzte in der Untersuchung sollten die regelmäßige Medikamenteneinnahme, das Wahrnehmen der Arzttermine und den Besuch von Psychoedukationsgruppen ihrer Patienten beurteilen.

Folgende Hypothesen wurden hinsichtlich des Einflusses von Compliance auf die Aufklärungsbereitschaft formuliert:

- Wird bei bipolaren Patienten complianten Verhalten bemerkt, dann ist der Arzt motiviert, Aufklärungsgespräche zu führen. Bei non-compliantem Verhalten ist der Arzt eher nicht motiviert, Aufklärungsgespräche zu führen, ein Abraten vom Autofahren ist aber wahrscheinlich.
- Herrschen complianten Verhalten fördernde Bedingungen vor, dann ist der Arzt eher bereit, mit dem bipolaren Patienten Aufklärungsgespräche zur Fahrtauglichkeit zu führen.

Die Analyse der Untersuchungsergebnisse hinsichtlich des Compliance-Verhaltens der bipolaren Patienten aus Arztsicht ergibt folgendes: Hinsichtlich der Medikamentencompliance geben die Ärzte an, dass im Durchschnitt 55 % ihrer Patienten die Medikamente regelmäßig einnehmen. Der Anteil der bipolaren Patienten, die ihre Medikamente tageweise schon einmal vergessen, wird mit 23 % angegeben. Das wochenweise Auslassen der Medikamente sehen die Ärzte im Mittel immerhin bei 14 % ihrer bipolaren Patienten.

Der Anteil der bipolaren Patienten, die regelmäßig zu den verabredeten Arztterminen erscheinen, liegt im Durchschnitt bei 67 %. Der regelmäßige Besuch der Psychoedukation wird durchschnittlich von 46 % der bipolaren Patienten getätigt.

Diese unterschiedlichen Einschätzungen in Bezug auf complianten Verhalten zeigen allerdings keinen Einfluss auf die Aufklärungsbereitschaft

der Ärzte in Bezug auf die Fahrtauglichkeit der bipolaren Patienten. Es verwundert, dass die vom Arzt wahrgenommenen Compliance-Verhaltensweisen des Patienten keine weiteren Konsequenzen beim Arzt hervorrufen, da die Medikation und das Nachhalten der Medikamenteneinnahme eine bedeutende Rolle im Therapieverlauf spielen (vgl. Anhang B, Tabelle 8g). Die Hypothese

- Wird bei bipolaren Patienten compliantes Verhalten bemerkt, dann ist der Arzt motiviert, Aufklärungsgespräche zu führen. Bei non-compliantem Verhalten ist der Arzt eher nicht motiviert, Aufklärungsgespräche zu führen, ein Abraten vom Autofahren ist aber wahrscheinlich.

kann daher nicht angenommen werden.

8.3.6 Einfluss des sozialen Umfelds des Patienten (Arztsicht)

Die Bedeutung des sozialen Umfeldes für den Patienten und den Therapieverlauf ist in Kapitel 5.2 herausgestellt worden. Um den Umgang mit der Einbindung der Angehörigen im Allgemeinen und vor allem in der speziellen Problemsituation „Fahrtauglichkeit des Patienten“ aus Arztsicht zu untersuchen, wurden in der vorliegenden Untersuchung die folgenden Fragen erhoben:

- Inwieweit wird ein Einbezug der Angehörigen (als Unterstützung) in Gespräche über ein Fahrverbot mit den Patienten als sinnvoll angesehen?
- Welche Person im Patientenumfeld ist bedeutsam, um das Einhalten eines Fahrverbots zu beeinflussen?
- Welche Gründe liegen aus Sicht der Ärzte für ein (non-)compliantes Verhalten bezogen auf ein Fahrverbot vor?

Insgesamt findet der überwiegende Anteil der Ärzte (85 %), dass die Angehörigen in ein Gespräch über ein Fahrverbot mit einbezogen werden sollen. Ebenso sieht der überwiegende Anteil der Ärzte (86 %) den Partner als die Bezugsperson des Patienten mit den größten Einflussmöglichkeiten bezüglich der Einhaltung eines Fahrverbotes. Dies ist ein relativ

homogenes Ergebnis und deutet bei einem nicht unerheblichen Anteil der Ärzte auf eine Delegation der Verantwortung hin.

Des Weiteren konnte festgestellt werden, dass Angehörige nur dann in Gespräche zur Fahrtauglichkeit einbezogen werden, wenn die Ärzte ihren bipolaren Patienten im Straßenverkehr gefährdet sehen (vgl. Tabelle 8.21).

Betrachtet man weitergehend die Angaben der Ärzte bezogen auf das Benennen einer konkreten Person im Angehörigenkreis, so zeigen sich keine Zusammenhänge mit der Aufklärungsbereitschaftsbilanz. Es ist also unerheblich, welche Person Einfluss auf den Patienten nimmt, solange sie als Bezugsperson wahrgenommen wird (vgl. Anhang B, Tabelle 8h). Insgesamt aber wird von den Ärzten der Partner des Patienten als „erster“ Ansprechpartner gesehen (s.o.).

Tabelle 8.21: Zusammenhang zwischen dem Einbezug der Angehörigen in Gespräche zur Fahrtauglichkeit (Arztperspektive) und die Aufklärungsbereitschaft des Arztes

(n = 121 befragte Fachärzte, Ziele: primäres Ziel (1); subj. Erfahrungswerte des Arztes - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert; wahrgenommene Patientengefährdung - Skala 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft sehr zu; Abraten vom Autofahren - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert)

	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Einbezug der Angehörigen in das Gespräch zur Fahrtauglichkeit	r = -.01 p = .92 n = 100	r = -.36 p = .00 n = 100	r = -.12 p = .25 n = 100
r = Korrelation nach Pearson; p = Signifikanz: p < .0.05 signifikant; n = Stichprobengröße			

Zudem wurden die weiteren Bedingungen überprüft, die aus Arztsicht einen Einfluss auf ein (non-)compliantes Verhalten bezüglich der Einhaltung eines Fahrverbotes nehmen (vgl. Tabelle 8.22).

Tabelle 8.22: Bedingungen für ein (non-)compliantes Verhalten (Fahrverbot)

(Häufigkeiten – Zustimmung; n = 121 befragte Fachärzte)

Bedingungen für ein (non-)compliantes Verhalten bezogen auf ein empfohlenes zeitlich begrenztes Fahrverbot ...	Angabe in %
Die positive Unterstützung durch die Angehörigen bestimmt die Compliance des Patienten mit.	68,6 %
Der Patient ist nicht compliant aus Sorge um den Erhalt des Arbeitsverhältnisses: Heutzutage brauchen viele das Auto, um zur Arbeitsstelle zu gelangen.	56,2 %
Der Patient ist nicht compliant, weil er Autofahren als unverzichtbar ansieht, denn für ihn bedeutet dies Freiheit.	35,5 %
Viele Patienten sind compliant, damit ein dauerndes Fahrverbot nicht zusätzlich zu ihrer Stigmatisierung beiträgt.	35,5 %
Viele Patienten sind deshalb nicht compliant, weil das Autofahren ihnen ermöglicht, weiterhin ihre sozialen Kontakte zu pflegen (Partys, Entdeckungsreisen).	29,8 %
Viele Patienten sind deshalb nicht compliant, weil das Autofahren ihnen ermöglicht, ihre Freizeitaktivitäten wahrzunehmen.	21,5 %

Deutlich wird, dass die Mehrheit der Ärzte (68,6 %) für compliantes Verhalten die Unterstützung der Angehörigen als wesentlich ansieht. Hier wird das Ergebnis gestützt, dass bei dieser Thematik eine Rückdelegation auf die Angehörigen bei einem Großteil der Ärzte erfolgt (vgl. S. 215).

Ebenfalls sieht über die Hälfte der Ärzte (56,2 %) als Hauptmotiv für non-compliantes Verhalten die Sorge um den Erhalt des Arbeitsplatzes. Nur jeweils eine kleine Gruppe von Ärzten berücksichtigt in Bezug auf ein zeitlich begrenztes Fahrverbot weitere Facetten eines (non-)complianten Patienten-Verhaltens. Dies deutet auf gruppenspezifische Unterschiede unter den befragten Ärzte in Bezug auf (Non-)Compliance förderndes Verhalten. In diesem Zusammenhang wurden daher die Compliance fördernden Angaben zusammengefasst bzw. die non-Compliance fördernden Angaben. Zu den Compliance fördernden Angaben zählen die folgenden Aussagen:

- *Die positive Unterstützung durch die Angehörigen bestimmt die Compliance des Patienten mit.*
- *Viele Patienten sind compliant, damit ein dauerndes Fahrverbot nicht zusätzlich zu ihrer Stigmatisierung beiträgt.*

Zu den Non-Compliance fördernden Angaben zählen die Items:

- *Die Sorge um den Erhalt des Arbeitsverhältnisses: Heutzutage brauchen viele das Auto, um zur Arbeitsstelle zu gelangen.*
- *Die Unverzichtbarkeit des Autofahrens für den Patienten, denn für ihn bedeutet dies Freiheit.*
- *Viele Patienten sind deshalb nicht compliant, weil das Autofahren ihnen ermöglicht, ihre Freizeitaktivitäten wahrzunehmen.*
- *Viele Patienten sind deshalb nicht compliant, weil das Autofahren ihnen ermöglicht, weiterhin ihre sozialen Kontakte zu pflegen (Partys, Entdeckungsreisen).*

Der Einfluss dieser Bedingungen für ein (non-)compliantes Verhalten bezogen auf das Einhalten eines zeitlich begrenzten Fahrverbots wurde hinsichtlich der Aufklärungsbereitschaft der Ärzte untersucht (Tabelle 8.23).

Tabelle 8.23: (Non-)Compliance fördernde Einflüsse (Arztperspektive) auf die Aufklärungsbereitschaft des Arztes

(n = 121; Korrelation nach Pearson; Summenscore 1 „Compliance förderndes Verhalten“; Summenscore 2 „Non-Compliance förderndes Verhalten“; subj. Erfahrungswerte des Arztes - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert; wahrgenommene Patientengefährdung - Skala 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft sehr zu; Abraten vom Autofahren - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert)

	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Compliance fördernde Bedingungen	r = .07 p = .42 n = 121	r = .21 p = .02 n = 121	r = .44 p = .00 n = 121
Non-Compliance fördernde Bedingungen	r = -.03 p = .98 n = 121	r = .09 p = .33 n = 121	r = .32 p = .00 n = 121

r = Korrelation nach Pearson; p = Signifikanz: $p < .0.05$ signifikant; n = Stichprobengröße

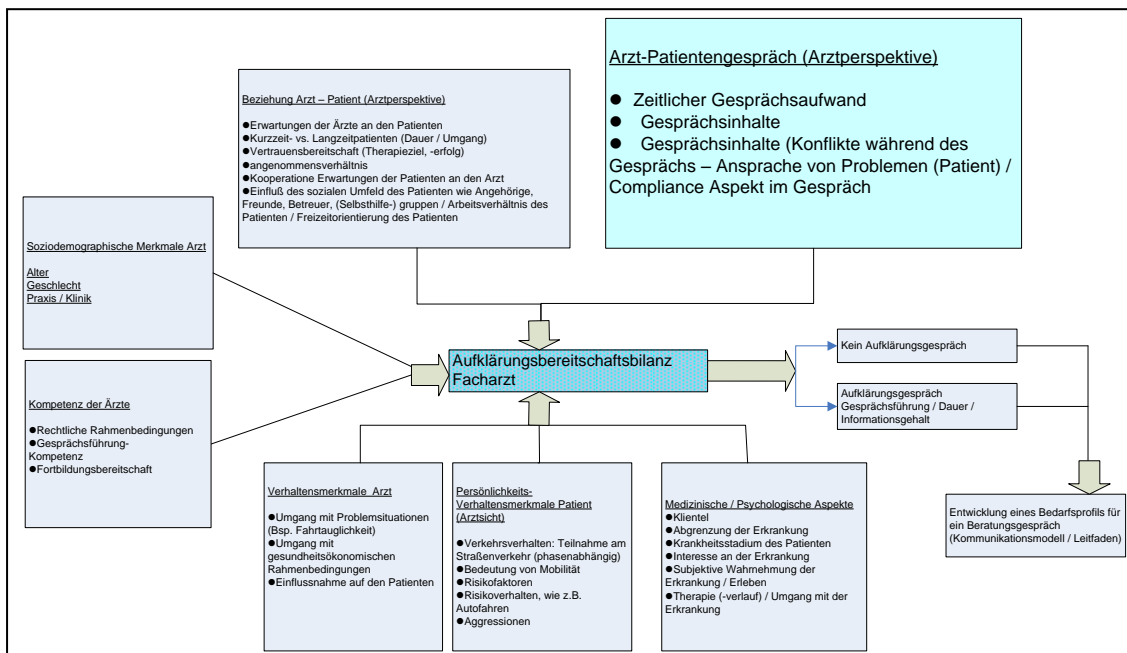
Bei Vorherrschen von subjektiv Compliance fördernden Bedingungen ist der Arzt eher motiviert, Aufklärung zu leisten: Er nimmt als Arzt eher eine Patientengefährdung im Straßenverkehr wahr und ist auch eher bereit, vom Autofahren abzuraten. Non-Compliance fördernde Einflüsse auf Patientenseite stehen einem ausgewogenen Abwägen auf Arztseite bezüglich der Aufklärungsbereitschaft entgegen: Er wird dann eher vom Autofahren abraten.

Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass Prävention für eine bestimmte Arztgruppe vor allem dann relevant ist, wenn es die medikamentöse compliance beeinflusst. Allerdings gibt es eine Teilgruppe von Ärzten, die Prävention auch unter dem Aspekt eines ganzheitlichen Verhaltensstils der Patienten als wichtig erachten. Die Hypothese: „Herrschen compliantes Verhalten fördernde Bedingungen vor, dann ist der Arzt eher bereit, mit dem bipolaren Patienten Aufklärungsgespräche zur Fahrtauglichkeit zu führen“ kann somit angenommen werden.

8.4. Einfluss des Arzt-Patienten-Gesprächs auf die Aufklärungsbilanz

Das Konstrukt „Arzt-Patienten-Gespräch“ beinhaltet den zeitlichen Aufwand (Ideal- versus Realsituation), die vom Arzt bewerteten Gesprächsabläufe und die Fragen, die seitens der bipolaren Patienten im Gespräch aufkommen (vgl. Abbildung 8.3). Diese Themenbereiche sollen einzeln auf ihren Einfluss auf die Aufklärungsbereitschaftsbilanz untersucht werden.

Abbildung 8.3. Das heuristische Modell –Konstrukt „Arzt-Patienten-Gespräch“



8.4.1. Zeitlicher Gesprächsaufwand

Der Thematik „zeitlicher Gesprächsaufwand“ liegt die folgende Hypothese zugrunde:

- Sieht ein Arzt die Abweichung der real zur Verfügung stehenden Gesprächszeit mit dem Patienten als zu hoch von der subjektiv angegebenen Idealzeit für ein Gespräch inkl. der Ansprache der Fahrtauglichkeit des bipolaren Patienten, dann ist er eher nicht bereit, Aufklärungsgespräche zu führen.

Der ideale zeitliche Gesprächsaufwand liegt im Durchschnitt bei 31 Minuten in der Akutphase, in der Phasenprophylaxe bei 20 Minuten. Der konkrete zeitliche Aufwand, der derzeit geleistet werden kann aufgrund situativer Umstände (zum Beispiel Auswirkungen der Gesundheitsreformen), liegt nach Angaben der Ärzte deutlich niedriger: Gespräche bei auftretenden Akutphasen dauern im Durchschnitt 20 Minuten und in Zeiten der Symptombfreiheit (Phasenprophylaxe) durchschnittlich 12,5 Minuten. Der Unterschied zwischen idealer und konkret zur Verfügung stehender Zeit liegt in der Akutphase im Mittel bei 11 Minuten und in der Phasenprophylaxe bei 7,5 Minuten. Diese Abweichungen bedeuten im Alltag des Arztes, dass er in der gleichen Zeitspanne 4 statt nur 3 Patienten behandeln kann.

Wie wirkt sich nun der Faktor Zeit auf die Aufklärungsbereitschaftsbilanz aus? Die Abweichung von der konkret zur Verfügung stehenden Zeit weist nur bezogen auf die Akutphase einen Zusammenhang mit der abhängigen Variable „Abraten vom Autofahren“ auf: Je größer der ideale Zeitunterschied von der konkret zur Verfügung stehenden Zeit abweicht, umso seltener wird die konkrete Gesprächssituation genutzt, um ein Gespräch zum Abraten vom Autofahren zu führen (Tabelle 8.24). Der Arzt scheint in dem gegebenen Zeitrahmen einen positiven Ausgang des Gesprächs mit dem akuten bipolaren Patienten als unwahrscheinlich anzusehen und unternimmt keine weiteren Anstrengungen.

Tabelle 8.24: Einfluss des subjektiven Zeitmangels bei Patientengesprächen auf die Aufklärungsbereitschaft des Arztes

(n = 121; Differenz ideale Zeit versus konkrete Zeit (Min.) für ein Patientengespräch; subj. Erfahrungswerte des Arztes - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert; wahrgenommene Patientengefährdung - Skala 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft sehr zu; Abraten vom Autofahren - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert)

Empfundene Abweichung der idealer Weise zur Verfügung stehenden Zeit für ein Patientengespräch und der tatsächlich zur Verfügung stehenden „Realzeit“	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Bipolarer Patient in der Akutphase	r = -.01 p = .94 n = 107	r = .01 p = .93 n = 107	r = -.24 p = .01 n = 107
Bipolarer Patient in der Phasenprophylaxe	r = .01 p = .93 n = 106	r = -.04 p = .66 n = 106	r = -.09 p = .34 n = 106

r = Korrelation nach Pearson; p = Signifikanz: p < .0.05 signifikant; n = Stichprobengröße

8.4.2. Gesprächsinhalte

Im Rahmen der allgemeinen Gesprächsinhalte wurde nach allgemeinen zu besprechenden Angelegenheiten gefragt, die beim Arzt in seinem Arzt-Patienten-Gespräch auch negative Emotionen auslösen können (die er selbst als störend empfindet). Des Weiteren wurde nach der Relevanz von spezifischen Gesprächsinhalten im Rahmen eines Gesprächs zur Fahrtauglichkeit gefragt. Darüber hinaus sollten die Ärzte Themenschwerpunkte für ein solches Gespräch in den einzelnen Phasen aufzeigen.

Die folgende Hypothese wurde hierzu aufgestellt:

- Wird das Arzt-Patienten-Gespräch während des Gesprächs durch Störfaktoren beeinträchtigt, zeigt der Arzt keine Bereitschaft, ein Aufklärungsgespräch zur Fahrtauglichkeit zu führen.

Bezüglich der Angelegenheiten, die in einer normalen Gesprächssituation zwischen Arzt und Patient thematisiert werden und teilweise als störend empfunden werden, zeigen sich die Ärzte insgesamt homogen in ihrem Antwortverhalten (Tabelle 8.25). Folgende Inhalte werden als besonders störend im Gesprächsablauf wahrgenommen: Die Erinnerung des bipolaren Patienten an Arzttermine, Medikamenteneinnahme und Psychoedukation. Diese Themen beziehen sich allesamt auf die Sicherstellung eines guten Therapieverlaufs für den bipolaren Patienten hinsichtlich formal messbaren Compliance Verhaltens (vgl. Kapitel 8.3.6).

Tabelle 8.25: Störende Gesprächsinhalte im Patientengespräch

(n = 121; Häufigkeiten in %, Top Box 3, 4 (stören mich eher /stören mich sehr))

Im Gespräch mit dem Patienten stören mich eher oder sehr die folgenden Patientenliegen bzw. -fragen:	Häufigkeit in % Top Box (3,4)
Fragen nach dem aktuellen Wohlbefinden / Zustand	5,9
Fragen nach der Medikamenteneinnahme	6,8
Fragen nach Problemen mit den Medikamenten (Nebenwirkungen)	6,7
Fragen nach möglichen Problemen in der Familie, für die sich der Patient verantwortlich fühlt	11
Fragen nach möglichen Problemen im Berufsleben (soweit vorhanden)	6,7
Wenn ich die Medikamentenwirkung mit ihren Vor- und Nachteilen besprechen muss	17,6
Im Gespräch mit dem Patienten stören mich eher oder sehr, wenn ich wiederholt darauf aufmerksam machen muss, ...	Häufigkeit in % Top Box (3,4)
dass das Einhalten der Gesprächstermine sehr wichtig ist.	71,2
dass eine regelmäßige Medikamenteneinnahme notwendig ist.	54,6
dass die Teilnahme an Psychoedukation sehr wichtig ist.	43,8

Die weiteren Ergebnisse (vgl. Anhang B, Tabelle 8.i) zeigen, dass Störungen im Gesprächsablauf keinen Zusammenhang mit der Aufklärungsbereitschaft aufweisen. Die Hypothese (vgl. S. 221) kann also nicht angenommen werden.

Im Rahmen der Gespräche zur Fahrtauglichkeit wurde, wie eingangs erwähnt, erhoben, welche einzelnen Gesprächsinhalte (vgl. Tabelle 8.26)

bedeutsam sind und inwiefern die Ärzte unterschiedliche Themenschwerpunkte in den einzelnen Phasen der bipolaren Erkrankung setzen.

Die hierzu formulierte Hypothese lautet:

- Werden die unterschiedlichen Gesprächsinhalte im Rahmen der Fahrtauglichkeit als bedeutsam angesehen, liegt also eine positive Einstellung gegenüber der Problematik Fahrtauglichkeit vor, dann ist der Arzt eher motiviert, Aufklärungsgespräche mit seinen bipolaren Patienten zu führen.

Über das Krankheitsbild der bipolaren Erkrankung hinweg konnte kein Unterschied zwischen den einzelnen Phasen bezogen auf die Themenschwerpunktsetzung zur Fahrtauglichkeit festgestellt werden (Tabelle 8.26). Jeder der vier Themenbereiche sollte in einem Gespräch zur Fahrtauglichkeit angesprochen werden.

Tabelle 8.26: Gesprächsinhalte im Rahmen eines Arzt-Patienten-Gesprächs zur Fahrtauglichkeit

(n = 121; Mittelwerte; 1 = stimme ich gar nicht zu; 5 = stimme ich sehr zu)

Zu besprechende Inhalte im Rahmen eines Gesprächs zur Fahrtauglichkeit	Hypo- manie	Manie	Depres- sion	Phasen- prophylaxe
Auswirkungen der Medikamente auf die Fahr- tüchtigkeit	4,60	4,56	4,65	4,51
Aktueller Gesundheitszustand des Patienten und Auswirkungen auf die Fahrtüchtigkeit	4,67	4,68	4,63	4,31
Risiken der Selbst- und Fremdgefährdung in dieser Phase	4,62	4,63	4,45	3,85
Selbsteinschätzung der Patienten in dieser Phase	4,55	4,54	4,30	4,01

Des Weiteren sollte die weiterführende Frage beantwortet werden, ob ein zukünftiges Fortbildungsangebot, das die für den Arzt relevanten Themengebiete berücksichtigt, einen Einfluss auf seine Motivation hat, Aufklärungsgespräche zur Fahrtauglichkeit zu führen. In diesem Zusammenhang soll zudem darauf hingewiesen werden, dass konkrete

Bedingungen wie die zur Verfügung stehende Zeit pro Patient in der Betrachtung der Fragstellung nicht berücksichtigt worden sind. Es ist also möglich, dass selbst, wenn eine Aufklärungsbereitschaft vorhanden ist, in der Praxis nicht unbedingt ein Gespräch stattfinden muss, weil andere Rahmenbedingungen, wie beispielsweise die zur Verfügung stehende Zeit, nicht gegeben sind.

Wie weiter oben aufgeführt, wurden keine Unterschiede in der Relevanz der Themengebiete spezifiziert auf die einzelnen Phasen im Antwortverhalten festgestellt. Deshalb war eine Zusammenfassung der phasenspezifischen Angaben innerhalb eines Themengebiets möglich, um diese Frage zu beantworten (Tabelle 8.27).

Tabelle 8.27: Zusammenhang zwischen bedeutsamen Gesprächsinhalten im Rahmen eines Arzt-Patienten-Gesprächs zur Fahrtauglichkeit und der Aufklärungsbereitschaftsbilanz

(n = 121; Skala Gesprächsinhalte: 1 = stimme ich gar nicht zu bis 5 = stimme ich sehr zu; subj. Erfahrungswerte des Arztes - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert; wahrgenommene Patientengefährdung - Skala 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft sehr zu; Abraten vom Autofahren - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert)

Geforderte Gesprächsinhalte im Rahmen einer Fahrtauglichkeitsaufklärung	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Welche Inhalte sollten in einem solchen Gespräch zur Fahrtauglichkeit mit dem Patienten besprochen werden?			
Auswirkungen der Medikamente auf die Fahrtüchtigkeit	r = .29 p = .00 n = 120	r = .10 p = .27 n = 120	r = .25 p = .01 n = 120
Aktueller Gesundheitszustand des Patienten und Auswirkungen auf die Fahrtüchtigkeit	r = .44 p = .00 n = 120	r = .23 p = .01 n = 120	r = .37 p = .00 n = 120
Risiken der Selbst- und Fremdgefährdung in dieser Phase	r = .45 p = .00 n = 120	r = .27 p = .00 n = 120	r = .40 p = .00 n = 120
Selbsteinschätzung der Patienten in dieser Phase	r = .36 p = .00 n = 120	r = .16 p = .08 n = 120	r = .30 p = .01 n = 120
r = Korrelation nach Pearson; p = Signifikanz: p < .0.05 signifikant; n = Stichprobengröße			

Es kann festgehalten werden, dass die Anforderung an die befragten Ärzte, die beiden Bereiche „Aktueller Gesundheitszustand des Patienten und Auswirkungen auf die Fahrtüchtigkeit“ und „Risiken der Selbst- und Fremdgefährdung in den einzelnen Phasen“ in ein Gespräch zur Fahrtauglichkeit aufzunehmen, eine Erhöhung der Aufklärungsbereitschaft des Arztes im Praxisalltag zur Folge hat. Die statistischen Zusammenhänge mit allen abhängigen Variablen der Aufklärungsbereitschaftsbilanz sind signifikant und bedeutsam (Tabelle 8.27).

Darüber hinaus üben die beiden Gesprächspunkte „Selbsteinschätzung der Patienten in den einzelnen Phasen“ und „Auswirkungen der Medikamente“ einen Einfluss auf die Aufklärungsbereitschaft des Arztes aus: Er erwägt eine Gefährdung des Straßenverkehrs und bezieht auch die Möglichkeit ein, vom Autofahren abzuraten. Die Hypothese (vgl. S. 223) kann in Teilbereichen angenommen werden.

Für die zukünftige Konzeption eines Fortbildungsangebots zur Fahrtauglichkeit bipolarer Patienten sollten die beiden Themengebiete „Aktueller Gesundheitszustand des Patienten und Auswirkungen auf die Fahrtüchtigkeit“ und „Risiken der Selbst- und Fremdgefährdung in den einzelnen Phasen“ berücksichtigt werden. Durch die Ansprache der Themen ist mit einer positiven Bewertung des Angebots durch die Ärzte zu rechnen. Auch die Themen „Selbsteinschätzung der Patienten in den einzelnen Phasen“ und „Auswirkungen der Medikamente“ beeinflussen die Aufklärungsbereitschaft positiv, wenn auch über andere Mechanismen als die beiden erst genannten Themen. Der Arzt könnte im Rahmen eines solchen Fortbildungskonzepts verstärkt auf wahrzunehmende Gefährdungsmomente im Straßenverkehr aufmerksam gemacht werden und eventuelle subjektive Fehlwahrnehmungen könnten identifiziert werden. In diesem Zusammenhang wären dann auch Kriterien aufzustellen, wann ein Abraten von der Teilnahme am Straßenverkehr in Erwägung gezogen werden sollte.

Alles in allem ist ein grundsätzliches Interesse an diesen Gesprächsbereichen vorhanden. Dies sagt allerdings noch nichts darüber aus, ob ein solches Zukunftskonzept *Fortbildung zur Fahrtauglichkeit bipolarer Patienten* auch von allen Ärzten angenommen wird. Hinweise, wie viele Ärzte ihr angegebenes Interesse auch in ein entsprechendes Verhalten umsetzen, ergibt die Analyse der Frage nach der Delegation solcher Gespräche an dritte Personen (vgl. Anhang B, Tabelle 8.j): medizinisches und nicht-medizinisches Fachpersonal. Etwas mehr als die Hälfte der befragten Ärzte würde solche Gespräche nicht an diese „Dritte“ abgeben, vor allem nicht-medizinisches Personal, wie Ordnungshüter oder Polizei werden eher als ungeeignet angesehen. Demgegenüber steht

knapp die Hälfte der befragten Ärzte, die sich eine Delegation der Gespräche an Dritte jedweder Person vorstellen kann.

Insgesamt wird medizinisches Fachpersonal (Psychiater oder Psychologe mit Gutachter-Tätigkeit in Bezug auf Fahrtauglichkeit) als (eher) geeignet angesehen. Bezieht man die Möglichkeit der Durchführung der Gespräche durch Dritte auf diese Personengruppe (vgl. Anhang B, Tabelle 8.k), dann können sich 72 % der Ärzte vorstellen, Gespräche zur Fahrtauglichkeit zu delegieren.

Dies weist erneut auf Unterschiede innerhalb der Arztgruppe hin: Es gibt Ärzte, die sich stärker in der Verantwortung sehen, ihre Patienten auch hinsichtlich der Fahrtauglichkeit aufzuklären oder zumindest ihre bipolaren Patienten nicht mit dieser Problematik an Dritte zu verweisen. Auf der anderen Seite gibt es eine Gruppe von Ärzten, die in Bezug auf die Fahrtauglichkeitsbewertung ihre bipolaren Patienten auch bei „Dritten“ gut aufgehoben wissen.

Die Analyse des Zusammenhangs zwischen dem Schritt, Gespräche an Dritte zu delegieren, und der Aufklärungsbereitschaft bestätigen unterschiedliche Einstellungen in Bezug auf den Umgang mit der Fahrtauglichkeitsaufklärung: Die Arztgruppe, die Fahrtauglichkeits-Gespräche an Dritte delegiert, zeigt keine Bereitschaft, Aufklärung zu leisten. Die Arztgruppe, die medizinisches Personal als geeignet ansieht für solche Gespräche, nimmt allgemein Gefährdungen im Straßenverkehr ebenso wie eine mögliche Patientengefährdung stärker wahr. Ein Abraten findet konsequenterweise nicht statt, denn dies soll dann die Fachperson entscheiden, an die das Gespräch delegiert wurde (vgl. Anhang B, Tabelle 8.l).

8.4.3. Konflikte während des Gesprächs: Ansprache von Problemen durch die Patienten

Im Rahmen der Kommunikation zwischen Arzt und Patient wurden auch die Gesprächsanteile der Patienten (Arztsicht) erhoben; die Frage war hier, welche von den bipolaren Patienten als problematisch erlebten Angelegenheiten im Gespräch mit dem Arzt angesprochen werden

(Tabelle 8.28). Zu dieser Thematik wird von folgender Hypothese ausgegangen:

- Sprechen bipolare Patienten Compliance-Probleme, Probleme im sozialen Umfeld oder die Fahrtauglichkeitsproblematik selbst aktiv an, motiviert dies den Arzt, diese bipolaren Patienten über die Fahrtauglichkeit aufzuklären.

Tabelle 8.28: Ansprache von Problemen durch die Patienten

(n = 121; Häufigkeiten in %, Top Box 3, 4 (so gut wie immer / eher häufiger))

Angelegenheiten, die der Patient anspricht ...	Häufigkeiten in %
Ist es überhaupt sinnvoll, die Medikamente regelmäßig einzunehmen?	92,6
Muss ich die Medikamente wirklich dauerhaft einnehmen?	97,5
Wann kann ich einen Auslassversuch machen?	85,1
Ich habe aktuell Probleme in meinem sozialen Umfeld.	87,6
Ich habe aktuell Probleme in meinem Berufsleben (soweit vorhanden).	92,6
Ich habe Probleme mit der regelmäßigen Medikamenteneinnahme.	79,3
Ich habe Probleme mit dem regelmäßigen Einhalten der Gesprächstermine.	45,5
Ich möchte eigentlich nicht mehr weiter an der Psychoedukationsgruppe teilnehmen.	52,2
Ich habe gewisse Probleme bei der motorisierten Teilnahme am Straßenverkehr (Autofahren).	28,3

Die Zusammenfassung der Items mit Hilfe der Faktorenanalyse ergab drei Problemdimensionen auf Seiten der Patienten aus Arztsicht (vgl. Tabelle 8.29). Die erste Dimension bezieht sich auf die Zweifel der Patienten an der Therapie und erweckt den Eindruck einer gewissen Krankheitsuneinsichtigkeit auf Seiten des Patienten. Die zweite Dimension bildet das Compliance-Problem der Patienten (medikamentöse Compliance, Compliance hinsichtlich der Einhaltung von Arztterminen) ab. Die dritte Dimension bezieht sich auf vom Patienten aktuell erlebte Probleme im sozialen Umfeld.

Tabelle 8.29: Faktorenanalyse – Angesprochene Problemsituationen durch den Patienten

(Varianzaufklärung 66,9 %; 1 = so gut wie immer; 4 = so gut wie nie; n = 121)

Faktor 1 (VA: 39,5 %): Zweifel an der Therapienotwendigkeit		Mittelwert
.75	Ist es überhaupt sinnvoll, die Medikamente regelmäßig einzunehmen?	3,45
.86	Muss ich die Medikamente wirklich dauerhaft einnehmen?	3,67
.64	Wann kann ich einen Auslassversuch machen?	3,24
Faktor 2 (VA: 15,7 %): Compliance-Probleme		Mittelwert
.71	Ich habe Probleme mit der regelmäßigen Medikamenteneinnahme.	2,97
.84	Ich habe Probleme mit dem regelmäßigen Einhalten der Gesprächstermine.	2,45
.71	Ich möchte eigentlich nicht mehr weiter an der Psychoedukationsgruppe teilnehmen.	2,42
Faktor 3 (VA: 11,8 %): Aktuelle Probleme im sozialen Umfeld des Patienten		
.90	Ich habe aktuell Probleme in meinem Berufsleben (soweit vorhanden).	3,18
.87	Ich habe aktuell Probleme in meinem sozialen Umfeld.	3,15

Der Einfluss der einzelnen Problemdimensionen auf die Aufklärungsbereitschaft (vgl. Tabelle 8.30) zeigt, dass nur durch direkte Fragen, die gleichzeitig Zweifel an der Therapie signalisieren (*Zweifel an der Therapienotwendigkeit*), der Patient beim Arzt das Abwägen einer Fahrtauglichkeit auslösen kann.

Bezogen auf die Dimension *aktuelle Probleme im sozialen Umfeld des Patienten* entfällt hinsichtlich der Fahrtauglichkeit das Abwägen von Risiko und Sicherheitsaspekten: Für den Arzt steht das Abraten vom Autofahren im Vordergrund (vgl. Tabelle 8.30): Die Ansprache von Problemfeldern, die sich auf das Umfeld der Patienten beziehen, motiviert den Arzt nur, von einer Teilnahme am Straßenverkehr abzuraten. Fehlt die soziale Unterstützung, erfolgt eher ein Abraten vom Autofahren und eine ausgewogene Aufklärung entfällt.

Aus Compliance-Problemen leitet der Arzt keine Konsequenzen ab. Dies bestätigt die vorangegangenen Ergebnisse zur Compliance (vgl. Kapitel 8.3.5). Hier stellt sich allerdings wiederholt die Frage, welchen Stellenwert medikamentöse Compliance und vor allem Psychoedukation bei diesen

Ärzten einnimmt. In der Psychoedukation soll der Patient zur Reflexion und Herausarbeitung persönlicher Risiken, wie auch das Autofahren, befähigt werden, um Stressoren zu vermeiden und einen positiven Therapieverlauf zu erzielen.

Tabelle 8.30: Zusammenhang zwischen angesprochenen Problemen seitens der bipolaren Patienten (Arztsicht) und der Aufklärungsbereitschaft des Arztes

(n = 121; Skala Probleme seitens der Patienten 1 = so gut wie nie bis 4 = so gut wie immer; subj. Erfahrungswerte des Arztes - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert; wahrgenommene Patientengefährdung - Skala 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft sehr zu; Abraten vom Autofahren - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert)

Ansprache von Problemen durch die Patienten			
Nun sprechen auch Patienten von sich aus den Arzt an. Bitte geben Sie an, welche Angelegenheiten Ihre bipolaren Patienten im Gespräch mit Ihnen ansprechen	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Faktor 1 (VA: 34,5 %): Zweifel an der Therapienotwendigkeit	r = .04 p = .69 n = 121	r = .30 p = .00 n = 121	r = .43 p = .00 n = 121
Faktor 2 (VA: 15,7 %): Compliance - Probleme	r = -.07 p = .46 n = 121	r = .07 p = .43 n = 121	r = .16 p = .08 n = 121
Faktor 3 (VA: 11,8 %): Aktuelle Probleme im sozialen Umfeld des Patienten	r = -.01 p = .93 n = 121	r = -.03 p = .73 n = 121	r = .30 p = .00 n = 121
r = Korrelation nach Pearson; p = Signifikanz: p < .0.05 signifikant; n = Stichprobengröße			

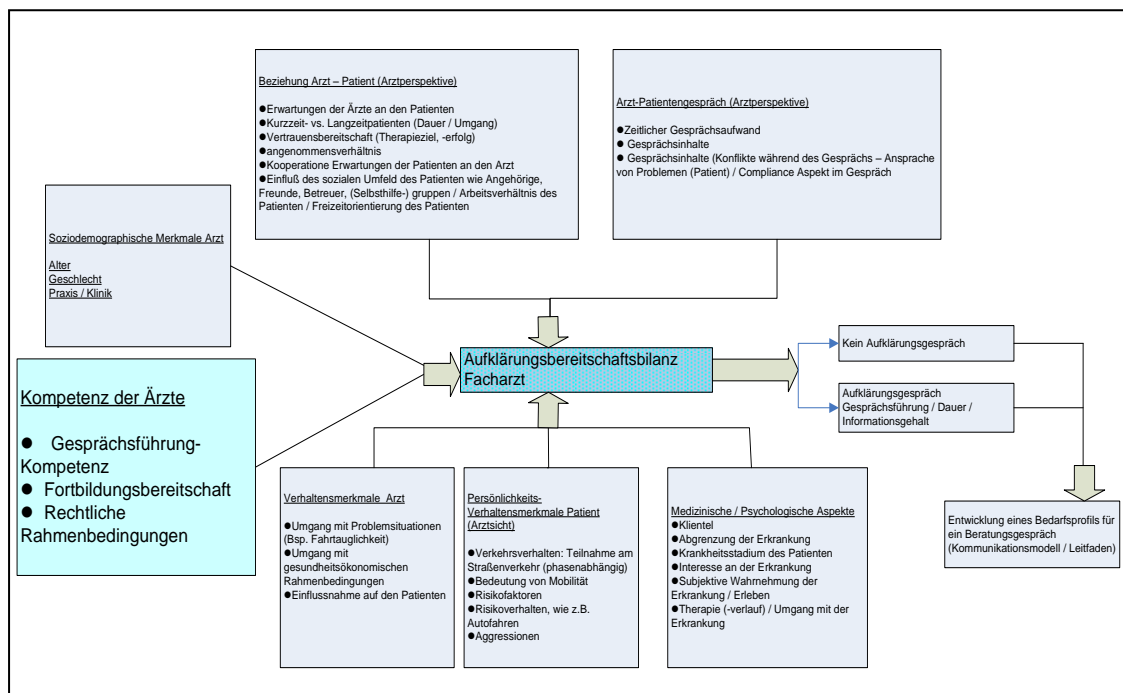
8.5. Einfluss der Kompetenz der Ärzte auf die Aufklärungsbilanz

Das Konstrukt *Kompetenz der Ärzte* bezieht sich entsprechend dem heuristischen Modell auf die Gesprächsführungskompetenz, die Fortbildungsbereitschaft, aber auch das Wissen um rechtliche Rahmenbedingungen (vgl. Abbildung 8.4). Diese Themenbereiche werden

gesondert auf ihren Einfluss auf die Aufklärungsbereitschaftsbilanz untersucht. Die Hypothesen hierzu lauten:

- Je kompetenter ein Arzt sich in Bezug auf seine Gesprächsführung einschätzt, umso eher ist er bereit, mit bipolaren Patienten Gespräche zur Fahrtauglichkeit zu führen.
- Je kompetenter ein Arzt sich in Bezug auf sein Wissen zu den rechtlichen Rahmenbedingungen der Fahrtauglichkeit bipolarer Patienten einschätzt, umso eher ist er bereit, Gespräche zur Fahrtauglichkeit zu führen.
- Zeigt ein Arzt Interesse an einer Fortbildung zur Fahrtauglichkeit, ist er auch eher bereit, bipolare Patienten hinsichtlich ihrer Fahrtauglichkeit aufzuklären.

Abbildung 8.4. Das heuristische Modell – Konstrukt „Kompetenz der Ärzte“



8.5.1. Gesprächsführungskompetenz

Die Gesprächsführungskompetenz des Arztes entsprechend dem heuristischen Modell wurde bezogen auf das Thema Fahrtauglichkeit erhoben. Hier wurden die folgenden zwei Aspekte in der Hauptuntersuchung berücksichtigt: Zum einen die Argumentation des

Arztes, Patienten zu der Aufgabe der motorisierten Teilnahme am Straßenverkehr zu bewegen. Zum anderen wurde gefragt, welche Bewertungskriterien die Ärzte kennen und dann auch nutzen, um die Fahrtauglichkeit festzustellen.

8.5.1.1. Gesprächsführungskompetenz: Argumentation

Wie begegnet der Arzt den bipolar erkrankten Patienten, die davon überzeugt sind, dass sie trotz Abratens von der motorisierten Teilnahme am Straßenverkehr ohne Risiko ein Kraftfahrzeug führen können? Gefragt wurde nach den Argumenten der Ärzte, mit denen sie versuchen, die Patienten vom Gegenteil zu überzeugen (Tabelle 8.31).

In der psychologischen Pilotstudie wurde die Vielfalt der Argumente gegen die motorisierte Teilnahme am Straßenverkehr empirisch ermittelt; die daraus abgeleitete Einstellungsskala, die in der Hauptuntersuchung zur Anwendung kam, wurde faktorenanalytisch ausgewertet. Dieses methodische Vorgehen erlaubt die Differenzierung der Ärzte hinsichtlich ihres kommunikativen Umgangs mit der Problematik Fahrtauglichkeit. Bezogen auf den Umgang mit den Patienten kommt Faktoren mit hoher Varianzaufklärung ein besonderes Gewicht in der psychologischen Einstellungsstruktur zu. Die ermittelten Faktoren (Tabelle 8.31) verdeutlichen die unterschiedlichen Herangehensweisen mit der Thematik Fahrtauglichkeit in der Gesprächsführung mit den bipolaren Patienten.

Tabelle 8.31: Faktorenanalyse Argumentation der Ärzte

(Varianzaufklärung: 69,2 %; n = 121; Angaben der Top Box [5, 4] in %; 1 = stimme nicht zu; 5 = stimme zu; Mittelwerte)

	Faktor 1 (VA: 20,8 %): Aufforderung, achtsam im Straßenverkehr zu sein	Häufigkeiten Top Box in %	Mittelwerte
.93	Ich lege ihm nahe, nur bekannte Strecken zu fahren.	17,1	2,39
.90	Ich lege ihm nahe, schwierige Strecken zu vermeiden.	25,9	2,54
.85	Ich fordere ihn immer wieder auf, defensiv zu fahren.	24,2	2,53
	Faktor 2 (VA: 19,2 %): Nutzen des Themas Medikation als Argument für eine eingeschränkte Fahrtauglichkeit		
.89	Ich erkläre ihm, dass aufgrund der aktuellen Medikation das Autofahren nicht möglich ist.	93,1	4,47
.80	Ich weise ihn darauf hin, dass durch die Medikamente seine Fähigkeit zur Teilnahme am Straßenverkehr vermindert ist.	88,6	4,34
.60	Gegebenenfalls weise ich ihn darauf hin, dass sich sein Gesundheitszustand verschlechtert hat und er erst einmal nicht mehr fahren sollte-	85,3	4,34

Fortführung

Tabelle 8.31: Faktorenanalyse Argumentation der Ärzte

(Varianzaufklärung: 69,2 %; n = 121; Angaben der Top Box [5, 4] in %; 1 = stimme nicht zu; 5 = stimme zu; Mittelwerte)

	Faktor 3 (VA: 17,9 %): Vernunft-Argumentation, um den Patienten zur Einsicht bewegen	Häufigkeiten Top Box in %	Mittelwerte
.81	Ich appelliere daran, immer wieder an seine eigene Sicherheit zu denken .	81,8	4,09
.77	Ich appelliere an die Sicherheit seiner Familienmitglieder und daran, an seine Mitmenschen zu denken.	93,9	4,48
.59	Ich bespreche mit ihm, ob es für ihn neben Autofahren noch andere alternative Fortbewegungsmittel gibt.	84,7	4,14
.45	Ich kläre ihn umfangreich über die Gefahren auf und zeige ihm ein Negativbeispiel aus der Praxis auf.	54,3	3,53
	Faktor 4 (VA: 11,3 %): Abgabe der Verantwortung an Dritte		
.84	Ich habe keine Argumente, denn der Patient kann von mir nicht zum Nicht-Autofahren gezwungen werden.	11,3	1,94
.63	Ich rufe die mir bekannte nahe stehende Person des Patienten an, schildere das Problem und lasse ihn abholen .	28,9	2,76

Die Argumentation des Arztes, die sich aus den durchschnittlichen und maximalen Zustimmungswerten ergibt, ist im Wesentlichen in drei Alternativen begründet:

- a) Aufforderung des Patienten, das Fahren auf bekannte und kurze Strecken einzuschränken und zudem ein defensives Fahren an den Tag zu legen. Für ein Viertel der Ärzte ist die eingeschränkte Fahrerlaubnis eine klare Handlungsalternative in Bezug auf das Thema Fahrtauglichkeit. Die meisten Ärzte nehmen hier jedoch keine eindeutige Position i. S. der Fahrtauglichkeit ein.
- b) Nutzen der Argumentation, dass die besprochene (medikamentöse) Therapie und deren Auswirkung eine Nicht-Teilnahme am Straßenverkehr erfordern. Dieses Vorgehen ist als Handlungsalternative weit verbreitet. Allerdings ist fraglich, ob das kommunizierte Wissen an den Patienten auch das Nachhalten des tatsächlichen Patientenverhaltens umschließt.

- c) Appellieren an die Vernunft des Patienten, indem die Vor- und Nachteile für ihn selbst und sein Umfeld aufgezeigt werden, aber auch Alternativen für das Auto angeführt werden. Ist dies nicht ausreichend, wird der Patient auch auf die Konsequenz seines Handelns angesprochen. Der Appell an den Patienten erfolgt je nach Arzt mit unterschiedlichen Vernunftargumenten.

Neben diesen Argumentationsebenen erklärt eine kleine Arztgruppe, dass ihr stichfeste Argumente fehlen oder sie die Verantwortung an Dritte abgibt (vgl. hierzu auch Kapitel 8.4.1). Sie lehnt es ab, sich tiefer gehend oder verantwortlich mit dieser Problematik auseinanderzusetzen.

In der psychologischen Bedeutung der Zuhilfenahme einer der oben genannten Argumentationen als ein Maß der Kompetenz des Arztes zeigen sich folgende Zusammenhänge mit der Aufklärungsbilanz (vgl. Tabelle 8.32):

Versucht der Arzt das Thema Fahrtauglichkeit im Dialog mit dem Patienten zu besprechen, um zu einer vernunftorientierten Entscheidung zu gelangen, dann ist die Bereitschaft, sich ernsthaft mit dem Thema Aufklärung auseinanderzusetzen, am höchsten, aber psychologisch gesehen wohl eher unwirksam. Denn eine rein auf rationale Argumente aufgebaute Kommunikation ohne Berücksichtigung der emotionalen Einbindung des Gesprächspartners wird nicht erfolgreich sein. Diese Art von Kommunikation, also Vor- und Nachteile des Patientenhandelns abzuwägen, Alternativen zu besprechen und Konsequenzen aufzuzeigen, weist allerdings im Sinne der Bilanzierung auf einen ausgewogenen Entscheidungsprozess auf Seiten des Arztes hin und daneben auch auf eine hohe Gesprächsführungskompetenz.

Ärzte, die in der Argumentation bezogen auf die Fahrtauglichkeit den medikamentösen Aspekt in der Behandlung und primär den aktuellen Gesundheitszustand des bipolaren Patienten in den Vordergrund stellen, sind eher geneigt, den direkten Weg zu gehen und vom Autofahren abzuraten. Ein Abwägen im Sinne der Bilanzierung erfolgt nicht.

Das Nutzen von allein appellativen Kommunikationsformen, um den Patienten zu einer eingeschränkten Teilnahme am Straßenverkehr zu

bewegen, weist darauf hin, dass der Arzt nicht bereit ist, das Thema Fahrtauglichkeit ernsthaft mit dem Patienten zu besprechen. Er zieht weder Erfahrungswerte hinzu, noch setzt er sich mit der konkreten Gefährdung des Patienten im Straßenverkehr auseinander, und auch ein Abraten vom Autofahren wird aus der Gedankenwelt des Arztes ausgeschlossen.

Ebenso weist die Abgabe der Verantwortung keine signifikanten Zusammenhänge mit der Aufklärungsbereitschaftsbilanz auf: Ein Arzt, der nur über eingeschränkte kommunikative Kompetenzen jenseits seines Fachgebietes verfügt, setzt sich mit dem Thema Aufklärung nicht auseinander.

Tabelle 8.32 Zusammenhang zwischen der Arzt-Argumentation und der Aufklärungsbereitschaftsbilanz

(n = 121; subj. Erfahrungswerte des Arztes - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert; wahrgenommene Patientengefährdung - Skala 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft sehr zu; Abraten vom Autofahren - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert)

Arzt-Argumentation in Bezug auf das Einhalten eines ausgesprochenen Fahrverbots	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Faktor 1 (VA: 20,8 %): Aufforderung, achtsam im Straßenverkehr zu sein	r = -.06 p = .52 n = 117	r = .12 p = .21 n = 117	r = .05 p = .63 n = 117
Faktor 2 (VA: 19,2 %): Nutzen des Themas Medikation als Argument für eine eingeschränkte Fahrtauglichkeit	r = .05 p = .57 n = 117	r = .17 p = .07 n = 117	r = .30 p = .00 n = 117
Faktor 3 (VA: 17,9 %): Vernunft-Argumentation, um den Patienten zur Einsicht bewegen	r = .11 p = .22 n = 117	r = .31 p = .00 n = 117	r = .43 p = .00 n = 117
Faktor 4 (VA: 11,3 %): Abgabe der Verantwortung an Dritte	r = -.07 p = .47 n = 117	r = .14 p = .13 n = 117	r = .16 p = .08 n = 117
r = Korrelation nach Pearson; p = Signifikanz: p < .0.05 signifikant; n = Stichprobengröße			

Es kann somit festgehalten werden, dass die erste Hypothese

- Setzt sich der Arzt mit dem bipolaren Patienten im Gespräch hinsichtlich der Fahrtauglichkeit intensiv auseinander, dann ist er auch eher bereit, mit bipolaren Patienten Gespräche zur Fahrtauglichkeit zu führen.

für bestimmte Arztgruppierungen angenommen werden kann. Zum einen greifen diese aktuell auf eine Argumentation, die auf Vernunft aufbaut, zurück. Zum anderen raten sie aufgrund von medikamentösen Nebenwirkungen von einer Verkehrsteilnahme ab.

8.5.2 Gesprächsführungskompetenz: Bewertungskriterien

Im Folgenden wird der Einfluss der Bekanntheit der Bewertungskriterien für die Einstufung der Fahrtauglichkeit und die Nutzung unter den Ärzten auf die Aufklärungsbereitschaft überprüft. Die dazugehörige Frage in der Untersuchung lautete: „Mit bipolaren Patienten über die Möglichkeiten und Grenzen ihrer Verkehrsteilnahme zu sprechen, setzt ja für Sie persönlich auch die Kenntnis der wesentlichen Voraussetzungen der Fahrtüchtigkeit voraus. Welche festgelegten Bewertungskriterien kennen Sie und nutzen Sie in der Praxis bezogen auf die Verkehrstauglichkeit?“

Dass Wissen nicht zwangsweise zu einem entsprechenden Verhalten führt, ist in der Psychologie kein unbekanntes Phänomen. Es soll aber auch in diesem Zusammenhang überprüft werden, inwieweit nun das vorhandene Wissen genutzt wird, um eine ausgewogene Entscheidung hinsichtlich der Fahrtauglichkeit der bipolaren Patientenklientel zu treffen.

Insgesamt kann zunächst einmal festgehalten werden, dass viele Bewertungskriterien (für eine ausführliche Erläuterung vgl. Kapitel 6.4) nicht unter den Psychiatern bekannt sind (vgl. Tabelle 8.33). Daneben wurde die Möglichkeit, weitere individuell genutzte Bewertungskriterien anzuführen, wie zum Beispiel das Durchführen einer Fahrprobe, die in anderen europäischen Ländern zum Einsatz kommt, nicht genutzt. Es liegt hier ein mögliches Defizit an Information vor. Ist dies der Fall, wird gleichzeitig die wesentliche Voraussetzung, mit bipolaren Patienten über

ihre Möglichkeiten und Grenzen der Fahrtüchtigkeit zu sprechen, nur unzureichend erfüllt.

Tabelle 8.33: Bewertungskriterien zur Feststellung der Fahrtüchtigkeit

(n = 121; Häufigkeiten; 1 = kenne ich; 2 = kenne ich und nutze ich; 3 = kenne ich nicht)

Folgende Quellen für Bewertungskriterien zur Feststellung der Fahrtüchtigkeit bipolarer Patienten ...	Häufigkeiten in Prozent		
	„Kenne ich“	„Kenne ich und nutze diese auch“	„kenne ich nicht“
Festgelegte Kriterien in dem Gutachten „Krankheit und Verkehr“ (2000)	48,8	23,1	51,2
Leitlinien zu „Psychische Störungen und Fahrtüchtigkeit“	73,6	29,8	26,4
Wiener Testsystem	29,8	3,3	70,2

Fortsetzung

Tabelle 8.33: Bewertungskriterien zur Feststellung der Fahrtüchtigkeit

(n = 121; Häufigkeiten; 1 = kenne ich; 2 = kenne ich und nutze ich; 3 = kenne ich nicht)

Folgende Quellen für Bewertungskriterien zur Feststellung der Fahrtüchtigkeit bipolarer Patienten ...	Häufigkeiten in Prozent		
	„Kenne ich“	„Kenne ich und nutze diese auch“	„kenne ich nicht“
Prüfen der Effekte der Medikamente durch Testung der Leistung auf Ebene der Vigilanz und Kognition	66,9	24,0	33,1
Prüfen der Effekte der Medikamente durch Testung der Leistung auf Ebene der Psychomotorik	62,0	18,2	38,0
Individuelle subjektive Beurteilung unter Berücksichtigung des Krankheitsbildes und der individuellen Reaktion auf das Präparat und die Dosierung	85,1	62,0	14,9
Anderes, und zwar _____	0	0	0

Fast alle Ärzte geben an, bei der Bewertung des bipolaren Patienten auf ihre individuelle Bewertungskompetenz zurückzugreifen. Ein kleiner Anteil von 15 % der Ärzte äußert sich hierzu nicht. Weiterführende Bewertungskriterien werden nur noch von Teilgruppen gekannt, wie zum Beispiel die festgelegten Kriterien in dem Gutachten „Krankheit und Verkehr“ (vgl. Tabelle 8.33).

Das Kennen der Bewertungskriterien als Indikator für die Kompetenz der Ärzte bezogen auf das Feststellen der Fahreignung der Patienten wurde auf die folgenden Messparameter reduziert: Gutachten „Krankheit und Verkehr“ / Leitlinien „Psychische Störungen und Fahrtauglichkeit“ / Wiener Testsystem / Prüfen der Effekte der Medikamente a) durch Testung der Leistung auf Ebene der Vigilanz und Kognition und b) durch Testung der Leistung auf Ebene der Psychomotorik. Die individuelle subjektive Beurteilung wurde in der weiteren Analyse ausgeschlossen, weil objektivierbare Kriterien bei der Bewertung der Fahrtauglichkeit bipolarer Patienten herangezogen werden sollen, auch wenn die letzte Entscheidung beim Arzt liegt (vgl. Kapitel 6.4).

82 % der Ärzte kennen darüber hinaus ein weiteres Bewertungskriterium; im Durchschnitt kennt diese Arztgruppe drei Kriterien. In der täglichen Praxis ziehen allerdings nur 26 % der Ärzte diese zur Bewertung der Fahrtauglichkeit heran; genutzt wird dann in der Regel ein Kriterium (vgl. Anhang B, Tabelle 8.m).

Für die weiteren Analysen wurden die unterschiedlichen Zusammenhänge zwischen der *Kenntnis*, der *Kenntnis und Nutzung* und der *Aufklärungsbereitschaft* überprüft. Kennt ein Arzt mindestens ein Bewertungskriterium, dann achtet er zumindest eher auf eine mögliche Patientengefährdung im Straßenverkehr. Er wird aber von einem Abraten der motorisierten Teilnahme absehen (Tabelle 8.34). Er ist eher wenig motiviert, Aufklärungsgespräche zu führen.

Tabelle 8.34: Zusammenhang zwischen der Kenntnis über Bewertungskriterien und der Aufklärungsbereitschaft des Arztes

(n = 121; Mittelwerte; Summenscore Kenner von „1 = niedrigster Wert bis 5 = höchster Wert“ Antwortvorgabe „kenne ich“; subj. Erfahrungswerte des Arztes - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert; wahrgenommene Patientengefährdung - Skala 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft sehr zu; Abraten vom Autofahren - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert)

	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Individuelle Kenntnis (Arzt) der Bewertungskriterien zur Fahrtauglichkeit	r = .16 p = .11 n = 99	r = .29 p = .00 n = 99	r = .10 p = .32 n = 99
r = Korrelation nach Pearson; p = Signifikanz: p < .0.05 signifikant; n = Stichprobengröße			

In einem weiteren Schritt wurde nun der Einfluss der individuellen Nutzung der objektiven Messparameter auf die Aufklärungsbereitschaft untersucht. Das allgemeine Vorgehen wird durch die individuelle Einschätzung der Ärzte bezogen auf die Fahrtauglichkeit der Patienten geprägt. 43 % der Ärzte nutzen keine objektiven Messparameter, weitere 23 % verwenden ein Instrumentarium und nur ein Drittel setzt zwei und mehr Instrumentarien zur Bewertung der Fahrtauglichkeit ein. Bezogen auf die Aufklärungsbereitschaftsbilanz wurden in die weitere Analyse (Tabelle 8.35) die Ärzte aufgenommen, die auch objektive Messparameter zur Bewertung der Fahrtauglichkeit verwenden (= 56 % der befragten Ärzte).

Tabelle 8.35: Nutzung von Bewertungskriterien

(n = 68 Ärzte, die objektive Bewertungskriterien kennen und nutzen; Summenscore 1 = niedrigster Wert (1 Parameter) bis 4 = höchster Wert; subj. Erfahrungswerte des Arztes - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert; wahrgenommene Patientengefährdung - Skala 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft sehr zu; Abraten vom Autofahren - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert)

	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Individuelle Nutzung (Arzt) der Bewertungskriterien zur Fahrtauglichkeit	MW = 6,76. p = .99 n = 68	MW = 3,58. p = .35 n = 68	MW = 6,34 p = .04 eta ² = .11 n = 68
MW = Mittelwert; p = Signifikanz: p < .0.05 signifikant; n = Stichprobengröße			

Zieht ein Arzt schon einen objektivierbaren Bewertungsparameter heran, so wird bei entsprechenden Werten ein Abraten vom Autofahren in Erwägung gezogen. Eine echte Bilanzierung findet nicht statt.

Insgesamt heißt dies: Wer als Arzt nur die Bewertungskriterien kennt, aber nicht nutzt, nimmt zwar eine mögliche Patientengefährdung im Straßenverkehr eher wahr, aber ein Abwägen im Sinne der Aufklärungsbereitschaftsbilanz findet nicht statt. Wer objektive Messparameter nicht nur kennt, sondern auch nutzt, stellt eher das Abraten vom Autofahren in den Vordergrund seiner Überlegungen. Eine Bilanzierung findet ebenfalls nicht statt.

Neben diesen objektiven Bewertungskriterien wurden die Ärzte auch nach ihren subjektiven Bewertungskriterien befragt. Hier stand im Vordergrund, welche persönlichen Bewertungskriterien zur Patientenbeurteilung herangezogen werden („Gibt es aus Ihrer Erfahrung heraus Risikofaktoren, die eine Teilnahme am Straßenverkehr beeinträchtigen bzw. ausschließen?“).

68 % der Ärzte geben als persönliches Bewertungskriterium, das eine motorisierte Teilnahme am Straßenverkehr ausschließt, die manische Phase an. 27 % der Ärzte in der untersuchten Stichprobe vertrauen auf ihre individuelle Beurteilung des Patienten beziehungsweise auf ihre

Erfahrungen. 5 % befragen in regelmäßigen Abständen die Angehörigen, um Auffälligkeiten zu bewerten.

Hinsichtlich der Aufklärungsbereitschaftsbilanz des Arztes zeigt sich ein negativer Zusammenhang zwischen den subjektiven Bewertungskriterien und den Erfahrungswerten von Gefährdungen im Straßenverkehr. Da die Angaben zum persönlichen Risikofaktor weitgehend auf den Ausschluss der Verkehrsteilnahme für manische Patienten aufbauen, könnte man dieses Phänomen überspitzt darstellen: Wer eine Bewertung auf den Risikofaktor „Manie“ begrenzt, der läuft Gefahr, weitere potentielle Gefährdungsmomente bei bipolaren Patienten im Straßenverkehr zu vernachlässigen (Tabelle 8.36).

Tabelle 8.36: Persönliche Bewertungskriterien für Risikofaktoren im Straßenverkehr

(n = 121 Ärzte; Korrelation nach Pearson; subj. Erfahrungswerte des Arztes - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert; wahrgenommene Patientengefährdung - Skala 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft sehr zu; Abraten vom Autofahren - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert)

	Erfahrungswerte Gefährdung im Straßenverkehr	Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren
Persönliche Bewertungskriterien, die zur Fahrtauglichkeitsbewertung herangezogen werden	r = -.28 p = .00 n = 114	r = -.15 p = .10 n = 114	r = -.13 p = .19 n = 114
r = Korrelation nach Pearson; p = Signifikanz: p < .05 signifikant; n = Stichprobengröße			

8.5.3. Fortbildungsbereitschaft

Als Bestandteil der spezifischen Kompetenz des Arztes für die Bewertung der Fahrtauglichkeit fand auch die Fortbildungsbereitschaft Eingang in die Untersuchung. Dazu wurde erst einmal nach der Kenntnis von Angeboten in diesem Bereich gefragt sowie nach einer erfolgten Teilnahme an einer Fortbildungsveranstaltung in dem Bereich *Bipolare Patienten und Verkehrssicherheit* und nach dem persönlichen Interesse an einer Fortbildung zu diesem Thema. Die Angaben wurden bewusst nicht auf ein messbares Skalenniveau reduziert, um ein sozial erwünschtes

Antwortverhalten zu vermeiden. Stattdessen mussten Angaben hinsichtlich der Inhalte der Fortbildung(en) angegeben werden.

Die Kenntnis zu Fortbildungsveranstaltungen in dem Bereich Fahrtauglichkeit ist gering, was auch die Angaben zur Kenntnis bezüglich der objektiven Messparametern zur Bewertung der Fahrtauglichkeit vermuten ließ. Nur 17 % der Ärzte in der vorliegenden Untersuchung kennen aktuelle Fortbildungsangebote hierzu (vgl. Anhang B, Tabelle 8.n). Dies zeigt, wie gering die aktive Beschäftigung mit diesem Thema ist. Genannt wurden in diesem Zusammenhang vor allem die folgenden Fortbildungsveranstaltungen: Spezielle Fortbildungen zu psychiatrischen Erkrankungen und Fahrtauglichkeit – überregional; Ausbildung Gutachter für Verkehrsmedizin und Verkehrsmedizin allgemein.

Ungefähr ein Drittel (35 %) der Befragten in der untersuchten Stichprobe haben an einer Fortbildungsveranstaltung zu diesem Thema teilgenommen. Davon kennt die eine Hälfte aktuelle Angebote, die andere Hälfte nicht. Interesse an einer Fortbildung zu dem Thema „Bipolare Patienten und Verkehrssicherheit“ wird von 42 % der befragten Ärzte bekundet. Fast die Hälfte dieser Ärzte hatte zuvor keine Fortbildung zu dem Thema Fahrtauglichkeit bipolarer Patienten besucht.

Die folgende Tabelle 8.37 zeigt das Antwortverhalten der befragten Ärzte.

Tabelle 8.37: Kenntnis, Teilnahme und Interesse an Fortbildungsveranstaltungen zur Fahrtauglichkeit bipolarer Patienten

Fortbildungsveranstaltungen zu dem Thema bipolare Patienten und Verkehrsteilnahme	Häufigkeit	Prozent der Befragten
Kenntnis zu aktuellen Angeboten	21	17 %
Teilnahme an einer Fortbildungsveranstaltung in der Vergangenheit	42	35 %
Interesse an zukünftiger Fortbildung zu dem Thema	51	42 %
Davon Ärzte, die Interesse zeigen, aber zuvor keine Fortbildungsveranstaltung besucht haben	22	43 %

Frage 46: Welche Fortbildungen, die Sie mit dem Thema in seiner Komplexität vertraut machen, gibt es denn derzeit?; Frage 47: An welchen Fortbildungen zu diesem Thema haben Sie denn schon

teilgenommen? (Ungestützte Frage); Frage 48: An welcher Art von Fortbildung zu dem Thema bipolare Patienten und Verkehrsteilnahme wären Sie denn in Zukunft interessiert?

Welche Zusammenhänge bestehen nun zwischen der Fortbildungsbereitschaft des Arztes und der Aufklärungsbereitschaftsbilanz des Arztes? Alle drei erhobenen Aspekte im Rahmen der Fortbildungsbereitschaft des Arztes zeigen einen Zusammenhang und damit Erklärungswert für das (ausgewogene) Abwägen, ob er bereit ist, ein Aufklärungsgespräch mit dem Patienten bezüglich seiner Fahrtauglichkeit zu führen (Tabelle 8.29).

Tabelle 8.38: Einfluss der Fortbildungsbereitschaft auf die Aufklärungsbereitschaftsbilanz

(n = 121; subj. Erfahrungswerte des Arztes - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert; wahrgenommene Patientengefährdung - Skala 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft sehr zu; Abraten vom Autofahren - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert)

Fortbildungsveranstaltungen zu dem Thema bipolare Patienten und Verkehrsteilnahme	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Kenntnis zu aktuellen Angeboten	r = .16 p = .08 n = 121	r = .23 p = .01 n = 121	r = .15 p = .10 n = 121
Teilnahme an einer Fortbildungsveranstaltung in der Vergangenheit	r = .11 p = .25 n = 121	r = .32 p = .00 n = 121	r = .16 p = .09 n = 121
Interesse an zukünftiger Fortbildung zu dem Thema	r = .17 p = .07 n = 121	r = .19 p = .04 n = 121	r = .20 p = .03 n = 121
r = Korrelation nach Pearson; p = Signifikanz: p < .0.05 signifikant; n = Stichprobengröße			

Allein die Kenntnis und / oder die Teilnahme an einer Fortbildung in dem Bereich *Bipolare Patienten und Verkehrssicherheit* löst noch kein Abwägen in der Bilanzierung des Arztes aus: Er ist lediglich in seiner Wahrnehmung bezogen auf eine mögliche Patientengefährdung aufmerksamer. Das Interesse an einer Fortbildung kann als Indikator für ein Abwägen

zwischen Risiko und Sicherheit des Patienten herangezogen werden: Es besteht ein Zusammenhang, sich sowohl mit der Patientengefährdung auseinanderzusetzen, als auch ein Abraten vom Fahren zu erwägen. Aber auch schon allein das echte Interesse an einer Fortbildung zu diesem Thema bewirkt eine aktive Auseinandersetzung mit den Vor- und Nachteilen, ein Aufklärungsgespräch mit dem Patienten zur Fahrtauglichkeit zu führen.

Insgesamt zeigt sich – entsprechend dem heuristischen Modell –, dass eine aktive Auseinandersetzung mit der Thematik *bipolare Patienten und Verkehrssicherheit* ein aussagekräftiger Indikator für die Aufklärungsbereitschaftsbilanz des Arztes ist.

Kompetenz in Bezug auf die Fahrtauglichkeit bipolarer Patienten ist nur bei einer Teilgruppe der befragten Ärzte zu vermuten. Welche weiteren Bedingungen erfüllt sein müssen, um ein entsprechend interessantes Angebot zur Fahrtauglichkeit anzunehmen, wird noch zu zeigen sein.

Es ist aufgrund der Ergebnisse weiterhin anzunehmen, dass bei einem Teil der Ärzte das Selbstbild in Bezug auf das Wissen über die Fahrtauglichkeit objektiven Kriterien nicht Stand halten würde. Das Vertrauen auf die eigene Erfahrung in Bezug auf den Umgang mit der Erkrankung, wie Einschätzung des Krankheitszustandes individueller Art, wird dem Patientenlientel in Bezug auf eine kompetente Fahrtauglichkeitsbewertung und Aufklärung nicht gerecht.

8.5.4. Rechtliche Rahmenbedingungen

Im Rahmen der Fahrtauglichkeit wurde auch nach den rechtlichen Rahmenbedingungen gefragt. Und zwar, ob die Verkehrstauglichkeit im Rahmen der Behandlung beachtet und kommuniziert werden muss. Obwohl Mehrfachantworten erlaubt waren, haben sich alle Ärzte nur für eine Aussage entschieden. Signifikante Zusammenhänge zwischen den Angaben zu den rechtlichen Rahmenbedingungen und den Variablen der Aufklärungsbereitschaftsbilanzierung der Ärzte gibt es nicht (vgl. Anhang B, Tabelle 8.0).

Auffällig ist, dass am häufigsten folgende Situation gewählt wurde: *Wenn eine erhebliche Gefährdung vorliegt, dann ist eine Meldung an die Behörden zu überlegen* (vgl. Tabelle 8.39). Dies zeigt die Unsicherheit auf Seiten des Arztes, wie ein Umgang mit der Situation Fahrtauglichkeit und Aufklärung bzw. der Umgang mit dem bipolaren Patienten in dieser Situation aussehen kann. Die Aufklärungspflicht und Dokumentation wiederum ist nur einem Viertel der Ärzte bewusst (vgl. Tabelle 8.39).

In Anbetracht der vorangegangenen Auswertungen im Bereich des Konstrukts *Kompetenz der Ärzte* ist das thematisch von der Arztkompetenz am weitesten entfernte Gebiet *Recht* mit höheren Unsicherheiten verbunden. Diese Unsicherheit beruht darauf, dass die Kenntnisse der Ärzte in der Thematik *Bipolare Patienten und Verkehrssicherheit* eher gering sind.

Tabelle 8.39: Antwortverhalten der Ärzte zu den rechtliche Rahmenbedingungen hinsichtlich der Fahrtauglichkeit bipolarer Patienten

(n = 121 Ärzte, Häufigkeiten in Prozent)

Aufklärungspflicht bipolarer Patienten hinsichtlich Fahrtauglichkeit	Häufigkeiten in %
Ich bin verpflichtet, den Patienten aufzuklären und dies in der Kranken-Akte zu vermerken.	24,8
Ich bin verpflichtet, den Patienten aufzuklären und mir das von ihm schriftlich bestätigen lassen.	14,9
Bei erheblicher Gefährdung ist zu erwägen, ob eine Meldung an das Straßenverkehrsamt gemacht werden muss (Abwägung: ärztliche Schweigepflicht).	47,9
Ich fühle mich verpflichtet, die Angehörigen zu unterrichten, um gemeinsam den Patienten zur Einsicht zu bringen.	7,4
Keine Angaben	5

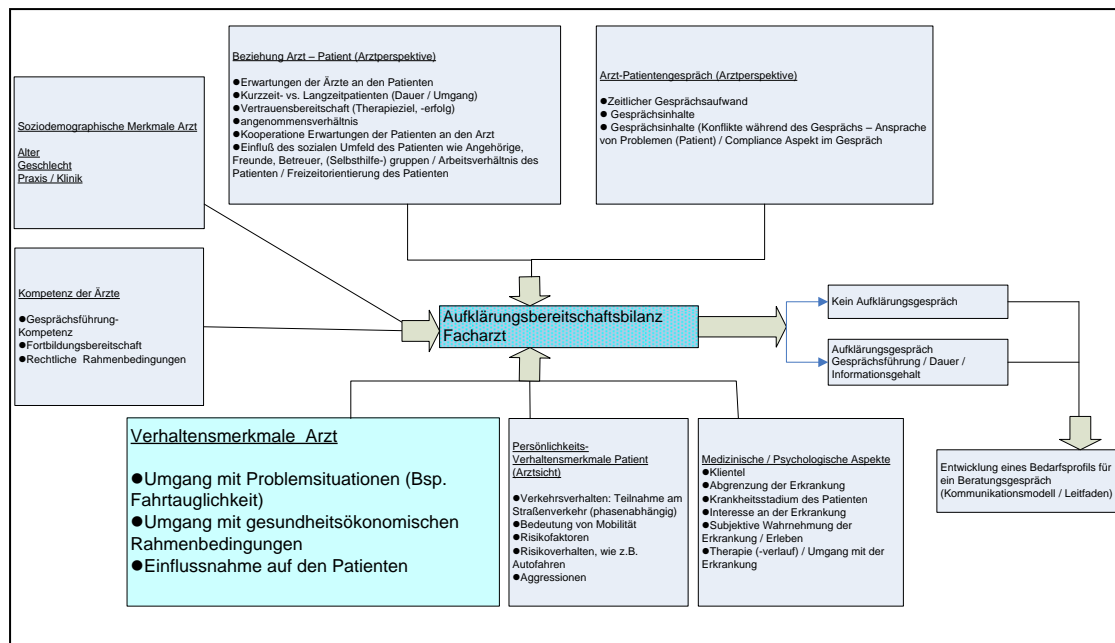
8.6 Einfluss verschiedener Verhaltensmerkmale der Ärzte auf die Aufklärungsbilanz

Das Konstrukt „Verhaltensmerkmale Arzt“ umfasst die folgenden Bereiche (vgl. Abbildung 8.5):

- den Umgang mit Problemsituationen, hier fokussiert auf die Situation Fahrtauglichkeit der bipolaren Patienten.
- den Umgang mit gesundheitsökonomischen Rahmenbedingungen in Bezug auf ein zusätzlich zu führendes Aufklärungsgespräch zur Fahrtauglichkeit.
- die Einflussnahme des Arztes auf den bipolaren Patienten, gemessen daran, inwieweit der Patient ein ausgesprochenes Fahrverbot einhält (Arztsicht).

Diese Themenbereiche werden gesondert auf ihren Einfluss auf die Aufklärungsbereitschaftsbilanz untersucht.

Abbildung 8.5. Das heuristische Modell – Konstrukt „Verhaltensmerkmale Arzt“



8.6.1. Umgang mit der Problemsituation Fahrtauglichkeit

Die Messung des Umgangs mit der speziellen Problemsituation *Fahrtauglichkeit* sollte aufzeigen, inwieweit das Thema im Arztalltag bedeutsam wird. Erhoben wurde in der Untersuchung, zu welchen Gelegenheiten diese Problematik mit den bipolaren Patienten vom behandelnden Arzt besprochen wird (Tabelle 8.40). Formuliert wurde hierzu die folgende Hypothese:

- Ein Arzt, der die Problematik Fahrtauglichkeit routinemäßig anspricht oder als bedeutsam in kritischen Situationen ansieht, ist eher motiviert, Aufklärungsgespräche zu führen.

Tabelle 8.40: Umgang mit der Problemsituation Fahrtauglichkeit

(n = 121; subj. Erfahrungswerte des Arztes - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert; wahrgenommene Patientengefährdung - Skala 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft sehr zu; Abraten vom Autofahren - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert)

Thema Fahrtauglichkeit des Patienten: Häufigkeit der Ansprache durch den Arzt ...	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Routinemäßig in jedem Gespräch (Zustimmung: 10,3 %)	r = .02 p = .85 n = 121	r = .08 p = .38 n = 121	r = -.03 p = .76 n = 121
Immer, wenn ein Wechsel bei der Medikation vorgenommen wird (Zustimmung: 46,6 %)	r = .19 p = .04 n = 121	r = .17 p = .06 n = 121	r = .16 p = .07 n = 121
Eher selten – nur wenn die Patienten vermehrt Konzentrations- und Aufmerksamkeitsstörungen aufweisen (Zustimmung: 27,6 %)	r = -.11 p = .23 n = 121	r = -.09 p = .35 n = 121	r = -.14 p = .13 n = 121
Eher sehr selten – nur in Situationen, die ein Aussetzen der Teilnahme am Straßenverkehr erfordern, z.B. bei Hinweisen auf den erneuten Beginn einer akuten Phase (Zustimmung: 14,7 %)	r = -.08 p = .41 n = 121	r = -.09 p = .31 n = 121	r = .00 p = .97 n = 121
Ich spreche das Thema von mir aus eigentlich nicht an (0,9 %)	r = -.03 p = .77 n = 121	r = .02 p = .84 n = 121.	r = -.04 p = .63 n = 121
r = Produkt-Moment Korrelation nach Pearson; p = Signifikanz: p < .0.05 signifikant ; n = Stichprobengröße			

Kritische Situationen werden unterschiedlich von Ärzten wahrgenommen. Die Ansprache des Themas Fahrtauglichkeit im Gespräch gibt keinen Hinweis darauf, inwieweit der Präventionsgedanke zur Verkehrssicherheit im Vordergrund steht. Die Teilgruppe der Ärzte (46,6 %), die bei einem Wechsel der Medikation die Fahrtauglichkeit bespricht, schätzt die von bipolaren Patienten ausgehende Gefahr im Straßenverkehr höher ein als bei durchschnittlichen Teilnehmern in der Bevölkerung. Dies motiviert den

Arzt allerdings nicht, vom Autofahren abzuraten. (vgl. Tabelle 8.40: positiver Zusammenhang .19 ($p = .04$) mit den Erfahrungswerten Gefährdung der Patienten im Straßenverkehr). Auch hier zeigt sich erneut, dass weitere Bedingungen vorherrschen müssen, damit Aufklärungsgespräche im Arzt-Patienten-Gespräch erfolgen.

8.6.2 Umgang mit gesundheitsökonomischen Rahmenbedingungen

Aufgrund des zunehmenden Kostendrucks (vgl. Kapitel 2.1 und Kapitel 7) im Gesundheitssystem wurde hinsichtlich des derzeitig zur Verfügung stehenden Zeitfensters der Ärzte pro Patient erhoben, wie viel zusätzliche Zeit ein Gespräch mit ihren bipolaren Patienten zur Verkehrsteilnahme in Anspruch nehmen würde und ob ein solches überhaupt möglich ist.

Immerhin fast jeder zweite Arzt (43 %) stimmt der Aussage zu, ein Gespräch mit den Patienten über die Möglichkeiten und Grenzen der Teilnahme am Straßenverkehr trotz der geänderten gesundheitsökonomischen Rahmenbedingungen führen zu können. Die durchschnittlich zusätzliche Dauer für ein Gespräch mit den Patienten würde sich um 11 Minuten erhöhen.

Allerdings gibt es keine signifikanten Zusammenhänge mit der wahrgenommenen Möglichkeit, ein Gespräch zur Fahrtauglichkeit zu führen, und der Bereitschaft, dies auch tatsächlich durchzuführen.

Schätzt ein Arzt seine Möglichkeiten, ein Gespräch zur Teilnahme am Straßenverkehr zu führen, als eher begrenzt ein, greift er stärker auf seine subjektiven Erfahrungswerte zur Gefährdung im Straßenverkehr zurück. Er wird diese Gefährdung als eher gering bewerten, um ein Aufklärungsgespräch nicht führen zu müssen. Dies nennt man dann auch die Reduzierung der kognitiven Dissonanz (Festinger, 1957; vgl. Kapitel 4.2). Der Arzt scheint mit der Situation überfordert zu sein.

Tabelle 8.41: Umgang mit der Problemsituation Fahrtauglichkeit

(n = 121; subj. Erfahrungswerte des Arztes - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert; wahrgenommene Patientengefährdung - Skala 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft sehr zu; Abraten vom Autofahren - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert)

	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Nein, ein Gespräch über Möglichkeiten und Grenzen der Teilnahme am Straßenverkehr vor dem Hintergrund meines Zeitfensters pro Gespräch ist nicht immer möglich.	r = .28 p = .01 n = 121	r = .02 p = .83 n = 121 n. s.	r = -.05 p = .59 n = 121 n. s.
r = Produkt-Moment Korrelation nach Pearson; p = Signifikanz: p < .0.05 signifikant; n. s. = nicht signifikant; n = Stichprobengröße			

Unter den aktuellen Rahmenbedingungen, dass ein Gespräch zur Verkehrsteilnahme nicht vergütet wird, können sich die Ärzte durchaus vorstellen, dass Dritte dieses Gespräch abnehmen könnten (vgl. hierzu Kapitel 8.4.3): Als (sehr) geeignet halten sie Personen aus dem medizinischen Umfeld: den Hausarzt (Top Box 72 %), als Gutachter tätige Psychologen (Top Box 77 %) oder guterachterlich tätige Psychiater (Top Box 82 %). Personen aus öffentlichen Bereichen wie Polizei (Top Box 25 %), Ordnungsamt (Top Box 20 %) und Straßenverkehrsamt (Top Box 15 %) werden als (eher) ungeeignet angesehen. Dennoch gibt es auch hier eine kleine Gruppe von Ärzten, die dies durchaus an diese Instanzen abgeben würden. Immerhin 10 % der befragten Ärzte finden keine andere Person geeignet, ein solches Gespräch zur Verkehrsteilnahme zu führen; sie sehen sich selbst in der Verantwortung.

Sieht der behandelnde Arzt eine Person aus dem medizinischen Umfeld (s.o.) als (sehr) geeignet an, ihm Gespräche zur Fahrtauglichkeit abzunehmen, dann nimmt er die bipolaren Patienten eher als gefährdet im Straßenverkehr wahr (vgl. Anhang B, Tabelle 8.I). Allerdings findet beim Arzt eine Risikobewertung der Situation ohne weitere Verhaltensrelevanz statt: Ein Abraten vom Autofahren erfolgt nicht, demnach bleibt also der Verkehrssicherheitsaspekt weitgehend unberührt.

8.6.3. Einflussnahme des Arztes auf die Compliance des Patienten

In welchem Ausmaß befolgen die Patienten nach Einschätzung ihrer behandelnden Ärzte die Aufforderung des Nicht-Fahrens? Die Ärzte sollten bezogen auf unterschiedliche Situationen angeben (vgl. Tabelle 8.42), inwieweit sie Einfluss auf das Patientenverhalten nehmen können, also die Patienten der Aufforderung ihres Arztes nachkommen. Spricht ein bipolarer Patient von sich aus die Fahrtauglichkeitsproblematik an, stimmen 85 % der Ärzte zu, dass ein ausgesprochenes Fahrverbot eingehalten wird. Allerdings zeigt die weitere Analyse nicht, dass eine Aufklärung stattfindet oder ein Fahrverbot tatsächlich ausgesprochen wird (vgl. Tabelle 8.42). Es ist vielmehr so, dass der bipolare Patient beim Arzt eine Lösung für sein Problem sucht ohne eine Antwort zu erhalten. Dies zeigt erneut die bestehenden Unsicherheiten auf Seiten des Arztes im Umgang mit der Fahrproblematik (vgl. Kapitel 6.4).

Tabelle 8.42: Einhalten des Fahrverbots nach Aufforderung durch den Arzt

(n = 121 Ärzte, Patienten befolgen den Rat des Arztes, nicht Auto zu fahren: Top Box [immer, eher häufig]; subj. Erfahrungswerte des Arztes - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert; wahrgenommene Patientengefährdung - Skala 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft sehr zu; Abraten vom Autofahren - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert)

Patienten befolgen meinen Rat vom Autofahren abzusehen unter den folgenden Rahmenbedingungen ...	Häufigkeit (Top Box, n = 121)	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Wenn ich eine mögliche negative Auswirkung der Medikamente auf die Fahrtüchtigkeit in der hypomanen Phase anspreche.	45 %	r = -.20 p = .03 n = 109	r = -.12 p = .20 n = 109	r = -.14 p = .15 n = 109
Wenn ich eine mögliche negativen Auswirkung der Medikamente auf die Fahrtüchtigkeit in der manischen Phase anspreche.	24,5 %	r = -.10 p = .32 n = 110	r = -.05 p = .57 n = 110	r = -.14 p = .14 n = 110
In der Phasenprophylaxe, wenn ich das Gefühl habe, der Patient ist nicht compliant.	30,3 %	r = -.02 p = .84 n = 99	r = -.15 p = .13 n = 99	r = .06 p = .53 n = 99
r = Produkt-Moment Korrelation nach Pearson; p = Signifikanz: p < .0.05 signifikant ; n. s. = nicht signifikant; n = Stichprobengröße				

Fortsetzung

Tabelle 8.42: Einhalten des Fahrverbots nach Aufforderung durch den Arzt

(n = 121 Ärzte, Patienten befolgen den Rat des Arztes, nicht Auto zu fahren: Top Box [immer, eher häufig]; subj. Erfahrungswerte des Arztes - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert; wahrgenommene Patientengefährdung - Skala 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft sehr zu; Abraten vom Autofahren - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert)

Patienten befolgen meinen Rat vom Autofahren abzusehen unter den folgenden Rahmenbedingungen ...	Häufigkeit (Top Box, n = 121)	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Wenn der Patient mir von sich aus Probleme aus dem Bereich Straßenverkehr schildert.	84,7 %	r = .10 p = .31 n = 111	r = .172 p = .07 n = 111	r = .06 p = .54 n = 111.
Wenn ich vom Patienten / Angehörigen weiß, dass er häufiger wegen Alkohol am Steuer aufgefallen ist.	27 %	r = -.04 p = .66 n = 104	r = -.02 p = .82 n = 104	r = -.04 p = .72 n=104
Wenn ich den Patienten darauf aufmerksam mache, dass die derzeitige mangelnde Krankheitseinsicht die Fahrtüchtigkeit beeinträchtigen könnte.	27,4 %	r = -.03 p = .76 n = 106	r = -.12 p = .21 n = 106	r = -.11 p = .27 n = 106
Wenn ich Hinweise auf eine aufkommende akute Phase im Krankheitsverlauf sehe und den Patienten darauf anspreche.	31,4 %	r = .11 p = .28 n = 105	r = .01 p = .93 n = 105	r = -.01 p = .92 n = 105
r = Produkt-Moment Korrelation nach Pearson; p = Signifikanz: p < .0.05 signifikant ; n. s. = nicht signifikant; n = Stichprobengröße				

45 % der Ärzte geben zwar an, dass ein ausgesprochenes Fahrverbot in der hypomanen Phase befolgt wird – begründet auf der Medikamentenwirkung. In der Analyse zeigt sich allerdings, dass diese Angabe den subjektiven Erfahrungswerten dieser Arztgruppe widerspricht (negative Korrelation) und keine weitere Verhaltensrelevanz hat bezogen auf die Aufklärungsbereitschaft des Arztes.

Insgesamt erlebt eine Gruppe von ungefähr 30 % der Ärzte ihren Einfluss auf den Patienten als verhaltensrelevant in Bezug auf das Einhalten eines Fahrverbots. Die Ärzte gehen davon aus, dass Patienten ihren Rat

befolgen, vom Autofahren abzusehen (vgl. Tabelle 8.42). Einen weitaus größeren Einfluss auf das Befolgen des Fahrverbots erleben die Ärzte, wenn der Patient von sich aus Probleme im Straßenverkehr schildert. Dennoch sind auch selbst in dieser Situation die Ärzte nicht bereit, Aufklärungsgespräche zur Verkehrsteilnahme zu führen.

Es stellt sich somit die Frage nach weiteren Rahmenbedingungen, die im Wesentlichen vom Arzt beeinflusst werden und sich positiv auf seine Bereitschaft auswirken, bipolare Patienten in Bezug auf ihre Verkehrstauglichkeit aufzuklären.

Die Mehrheit der Ärzte (86 %) erachtet das aufgebaute persönliche Verhältnis zum bipolaren Patienten, gekennzeichnet durch Vertrautheit und Offenheit, als einen wesentlichen Grund für das Ausmaß des praktizierten Compliance-Verhaltens hinsichtlich der empfohlenen Nicht-Teilnahme am Straßenverkehr. Allerdings gibt es eine kleine Arztgruppe (14 %), die dem nicht zustimmt. Diese sieht entweder andere Bedingungen als relevant an oder steht der Thematik Fahrtauglichkeit sogar eher ablehnend gegenüber.

Daneben liegt compliant Verhalten in Bezug auf das Einhalten eines Fahrverbots für 83 % der Ärzte darin begründet, dass der Arzt zur Einhaltung der medikamentösen Compliance beiträgt, die eine Fahrtauglichkeit erst ermöglicht. Auch hier stimmt eine kleine Gruppe von Ärzten (17 %) dieser Aussagen nicht zu.

Jede dieser Begründungen für sich allein genommen bewegt den Arzt jedoch nicht, Aufklärungsgespräche zu führen. Es findet erst dann eine positive Beeinflussung der Aufklärungsbereitschaft statt, wenn der Arzt das Verhältnis zwischen ihm und dem Patienten als offen und vertraut erlebt und der Patient die von ihm verordnete Medikation regelmäßig einnimmt (medikamentöse Compliance). So kann Stabilität und damit Fahrtüchtigkeit ermöglicht werden (Tabelle 8.43). Unter dieser Doppel-Bedingung ist dann eine große Gruppe von Ärzten (70 %) eher bereit, den Patienten hinsichtlich seiner Fahrtauglichkeit aufzuklären: Er nimmt sowohl eine Risikobewertung vor (= wahrgenommene Patientengefährdung durch den Arzt) als auch eine Bewertung der

Kontrollmöglichkeit (= Abraten vom Autofahren durch den Arzt). Es gibt aber auch eine Arztgruppe (30 %), die andere Vorstellungen hat, wann sie ein Aufklärungsgespräch angeht. Welche Unterschiede innerhalb der Arztgruppe bestehen, wird noch in weiteren Analysen zu zeigen sein (vgl. Kapitel 8.9).

Tabelle 8.43: Ideale Rahmenbedingungen für positiv praktizierte Compliance und ihr Einfluss auf die Aufklärungsbereitschaft

(n = 121 Ärzte; subj. Erfahrungswerte des Arztes - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert; wahrgenommene Patientengefährdung - Skala 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft sehr zu; Abraten vom Autofahren - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert)

Ideale Rahmenbedingungen für praktizierte Compliance	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Ich habe eine vertraute, offene Beziehung zwischen mir und dem Patienten aufgebaut <u>und</u> der Patient nimmt die (von mir verordneten) Medikamente regelmäßig (70 % der Ärzte)	r = .15 p = .21 n = 121	r = .20 p = .03 n = 121	r = .35 p = .00 n = 121
r = Produkt-Moment Korrelation nach Pearson; p = Signifikanz: p < .05 signifikant; n. s. = nicht signifikant; n = Stichprobengröße			

Insgesamt kann festgehalten werden, dass es Ärzte gibt, die davon ausgehen oder wissen, dass ihre Patienten selbst in kritischen Situationen ihre Ratschläge und Anweisungen befolgen. Dieses Verhalten hat keinen Einfluss auf die Bereitschaft präventiv zu arbeiten, also in Gesprächen den Patienten auf seine Möglichkeiten und Grenzen hinsichtlich der motorisierten Verkehrsteilnahme aufmerksam zu machen. Andererseits gibt eine große Gruppe von Ärzten (n = 85), die bei Vorherrschen der spezifischen Doppel-Bedingung „offene Beziehung zwischen Arzt und Patient bei gleichzeitig (vom Arzt unterstützten) complianten Verhalten seitens des Patienten“ bereit sind, Aufklärungsgespräche zur Verkehrsteilnahme mit ihren bipolaren Patienten durchzuführen.

8.7. Einfluss von Einstellung und Verhalten der Patienten in Bezug auf die Verkehrsteilnahme (Arztsicht) auf die Aufklärungsbilanz

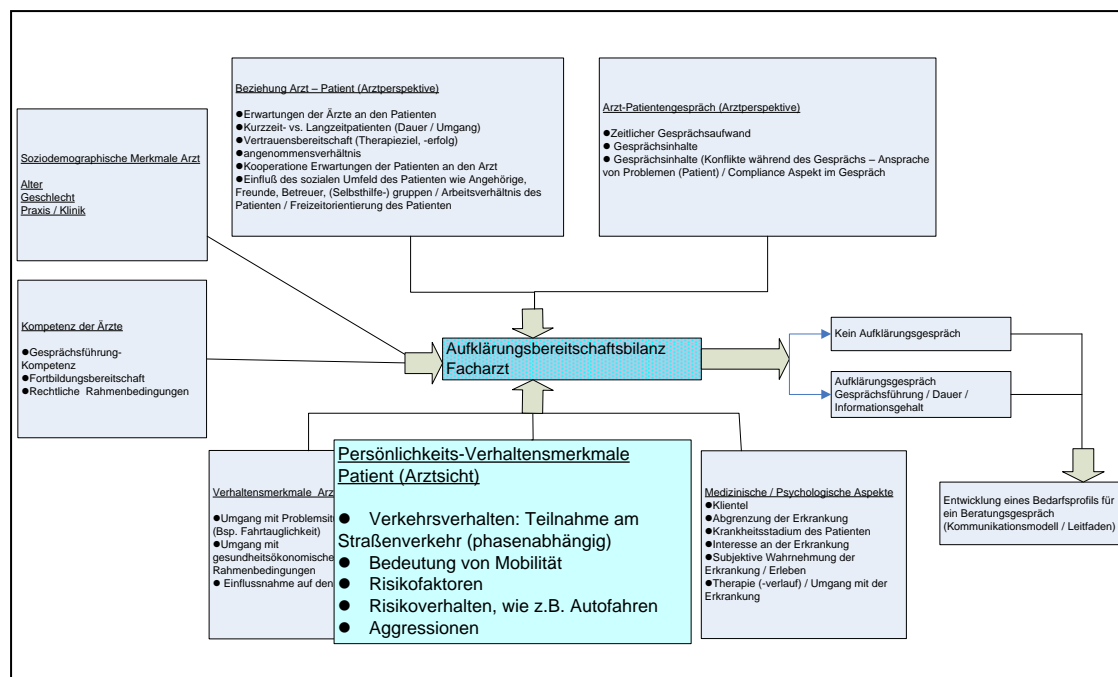
Das Konstrukt „Einstellung und Verhalten der Patienten“, aus der Sicht des Arztes erhoben, umfasst (vgl. Abbildung 8.7):

- die Zuordnung der bipolaren Patienten Klientel als Straßenverkehrsteilnehmer (Anteil an Fußgängern bis zu Autofahrern, s. u.)
- die wahrgenommene Teilnahme der bipolaren Patienten am Straßenverkehr in den unterschiedlichen Phasen der Erkrankung (Arztsicht)
- die subjektive Einschätzung des Arztes, was es für den Patienten bedeutet, mobil zu sein
- das praktizierte Risikoverhalten und die individuellen Risikofaktoren des bipolaren Patienten (Arztsicht)
- das Auftreten von aggressivem Verhalten in den Akutphasen (Arztsicht).

Es wird überprüft, inwieweit diese Merkmale der Patienten, zumindest in der Wahrnehmung des Arztes, einen Einfluss auf die Aufklärungsbereitschaftsbilanz des Arztes haben. Die Hypothesen, die hierzu formuliert wurden, lauten:

- Je kritischer der Arzt die Straßenverkehrstauglichkeit seiner Klientel einschätzt, umso eher ist er motiviert, Aufklärung in Bezug auf die Fahrtauglichkeit zu leisten.
- Die durch den Arzt subjektiv wahrgenommene Bedeutung der Mobilität für den Patienten beeinflusst die Aufklärungsbereitschaft positiv.
- Je relevanter ein Arzt Risikofaktoren der bipolaren Erkrankung in Bezug auf die Fahrtauglichkeit einschätzt, umso motivierter ist der Arzt, ein Aufklärungsgespräch zu führen.

Abbildung 8.7. Das heuristische Modell – Konstrukt „Einstellung und Verhalten der Patienten (Arztsicht)“



8.7.1. Verkehrsverhalten: Teilnahme am Straßenverkehr

Über das motorisierte Verkehrsverhalten ihrer bipolaren Patienten konnten insgesamt 80 % der befragten Stichprobe Auskunft geben. 38 % der Patienten nehmen als Autofahrer am Straßenverkehr teil, 6 % der Patienten fahren ein Zweikraftrad. Das heißt, dass in dieser Untersuchungsgruppe ca. jeder Dritte bipolare Patient ein Auto fährt.

Das Wissen der Ärzte um die Teilnahme der bipolaren Patienten als Autofahrer oder Zweiradkraftfahrer am Straßenverkehr hat allerdings keinen Einfluss auf die Bereitschaft, diesbezüglich ein Aufklärungsgespräch zu führen. Es zeigt sich ein negativer Einfluss auf das Abraten vom Autofahren (Tabelle 8.44).

Tabelle 8.44: Zusammenhang zwischen der Verkehrsteilnahme bipolarer Patienten und dem Abraten vom Autofahren durch den Arzt

(n = 121 Ärzte; subj. Erfahrungswerte des Arztes - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert; wahrgenommene Patientengefährdung - Skala 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft sehr zu; Abraten vom Autofahren - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert)

Bipolare Patienten nehmen am Straßenverkehr teil als ...	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Fußgänger (99 % der Patienten)	r = .00 p = .97 n = 85 n. s.	r = -.15 p = .17 n = 85 n. s.	r = .06 p = .57 n = 85 n. s.
Fahrradfahrer (20 %)	r = .02 p = .90 n = 67 n. s.	r = .16 p = .20 n = 67 n. s.	r = -.17 p = .35 n = 67 n. s.
Zweiradkraftfahrer (6 %)	r = .04 p = .77 n = 64 n. s.	r = -.02 p = .85 n = 64 n. s.	r = -.30 p = .02 n = 64
Autofahrer (38 %)	r = -.05 p = .65 n = 80 n. s.	r = -.05 p = .68 n = 80 n. s.	r = -.22 p = .04 n = 80
r = Produkt-Moment Korrelation nach Pearson; p = Signifikanz: p < .05 signifikant; n. s. = nicht signifikant; n = Stichprobengröße			

Weiß der Arzt, dass sein bipolarer Patient ein Kraftfahrzeug im Straßenverkehr führt, wird er dadurch also nicht motiviert, den Patienten in Bezug auf Fahrtüchtigkeit aufzuklären. Es erscheint eher so, dass er den bipolaren Patienten, von denen er weiß, dass sie im Straßenverkehr motorisiert teilnehmen, diese Möglichkeit nicht nehmen möchte, auch wenn er sie als kritisch ansieht (s. u.). Die zentrale Bedeutung des Autofahrens in Deutschland nimmt indirekt somit auch Einfluss auf das Arzt-Patienten-Gespräch.

Neben der allgemeinen Verkehrsteilnahme wurden die Ärzte auch gefragt,

- ob sie wissen, wie viele ihrer Patienten, die sich in der hypomanischen, manischen oder depressiven Phase befinden oder auch in der Phasenprophylaxe, Auto fahren und
- bei wie vielen sie dieses Verhalten als kritisch ansehen.

Im Durchschnitt konnte hierzu die Hälfte der befragten Ärzte Auskunft geben. Die folgenden Ergebnisse beziehen sich auf die Angaben dieser Arztgruppe:

- Es fahren ca. 50 % der hypomanischen Patienten Auto. Kritisch angesehen wird dies bei immerhin noch der Hälfte dieser Patienten.
- In der manischen Phase fahren deutlich weniger Patienten ein Auto. Hier liegt der Durchschnitt bei ca. 38 %. Kritisch wird dies nur bei 65 % dieser Gruppe angesehen. Hier stellt sich die Frage, wie Fahrtauglichkeit bei Manikern von Ärzten subjektiv definiert wird in Anbetracht der Tatsache, dass in der manischen Phase ein Fahrverbot einzuhalten ist (vgl. Kapitel 6.4).
- Die Hälfte der Patienten, die sich in der depressiven Phase befinden, fährt Auto. Bei dieser Gruppe wird dies bei deutlich weniger Patienten als kritisch betrachtet, hier sind es 30 %.
- In der Phasenprophylaxe fahren knapp 60 % der Patienten Auto, hier verbleibt eine Gruppe von knapp 20 %, bei denen das Fahrverhalten als kritisch eingestuft wird.

Insgesamt wird also das Autofahren bei einer größeren Patientengruppe in den Akutphasen, aber auch in der hypomanen Phase, als kritischer bewertet als in der Phasenprophylaxe. Bei diesen Teilergebnissen ist interessant, dass Ärzte von manischen Patienten wissen, die Auto fahren. Gerade dieser Gruppe sollten Ärzte ein Fahrverbot aussprechen (vgl. Kapitel 6.4). Inwieweit hat nun dieses Wissen einen Einfluss auf die Bereitschaft, ein Aufklärungsgespräch zu führen?

Das Wissen um die Teilnahme der bipolaren Patienten am Straßenverkehr ist eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung in Bezug auf die Bereitschaft der Ärzte, dem Patienten Aufklärungsgespräche anzubieten.

In der vorliegenden Untersuchung beeinflusst dieses Wissen die Wahrnehmung des Arztes nur im Sinne einer Risikobewertung bei der Patientengruppe, die sich in einer (aufkommenden) akuten Phase befindet – allerdings ohne verhaltenswirksam zu werden: Der Arzt nimmt wahr, dass eine Patientengefährdung durch die Teilnahme im Straßenverkehr möglich ist. Gleichzeitig weiß er auch um die Risiken, die im Rahmen der Erkrankung in den (aufkommenden) akuten Phasen im Straßenverkehr auftreten können. Es erfolgt dennoch kein Abraten vom Autofahren (vgl. Tabelle 8.45).

Tabelle 8.45: Wissen um die Verkehrsteilnahme bipolarer Patienten und der Einfluss auf die Aufklärungsbereitschaft

(n = 75 Ärzte; subj. Erfahrungswerte des Arztes - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert; wahrgenommene Patientengefährdung - Skala 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft sehr zu; Abraten vom Autofahren - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert)

Wissen um die Verkehrsteilnahme bipolarer Patienten ...	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
in (aufkommenden) akuten Phasen	r = .27; p = .02 n = 75	r = .34; p = .00 n = 75	r = .09; p = .45 n = 75
in der Phasenprophylaxe	r = .06 p = .66 n = 63	r = -.020 p = .88 n = 63	r = .071 p = .58 n = 63
r = Produkt-Moment Korrelation nach Pearson; p = Signifikanz: p < .0.05 signifikant; n = Stichprobengröße			

Der Arzt nimmt also das Risiko einer Patientengefährdung in (aufkommenden) Akutphasen (Hypomanie, Manie, Depression) und die mögliche Gefährdung des Straßenverkehrs bedingt durch krankheitsimmanente Einflüsse wahr. Dennoch ist er insgesamt eher nicht motiviert, präventiv einzugreifen und vom Autofahren abzuraten. Bei den bipolaren Patienten, die sich in der Phasenprophylaxe befinden, wird überhaupt nicht präventiv in Gesprächen auf die Verkehrssicherheit eingegangen. Das Wissen um die Verkehrsteilnahme spielt wiederum keine Rolle (vgl. Tabelle 8.45).

8.7.2. Einstellung der Patienten: Bedeutung von Mobilität

Neben dem Wissen über das Verkehrsverhalten der bipolaren Patienten klientel wurde der Arzt nach der Bedeutung der motorisierten Verkehrsteilnahme (vgl. Kapitel 8.7) für seine bipolaren Patienten gefragt. Aus Sicht der Ärzte bedeutet Autofahren für ihre Patienten Freiheit (80 % Zustimmung durch die Ärzte) und ein Stück Normalität (78 % Zustimmung). Beides ist Ausdruck dafür, dass die Patienten durch das Autofahren einer Aktivität nachgehen können, die in Deutschland einen großen Stellenwert besitzt (vgl. Kapitel 6.4). Daneben sehen aber auch 32 % der Ärzte das Autofahren in seiner zentralen Bedeutung für die (weitere) Ausübung des Berufs. 60 % der Ärzte führen das Problem der Stigmatisierung als weiteren Grund an, weshalb ihre bipolaren Patienten nicht auf die motorisierte Straßenverkehrsteilnahme verzichten wollen. 6 % der Ärzte konnten keine Angaben zu der Bedeutung von Autofahren für ihre Patienten machen.

Wenn aus Sicht der Ärzte bipolare Patienten dem Autofahren die Bedeutung „Normalität im Leben erfahren“ oder „nicht stigmatisiert zu werden“ zumessen, dann wird davon die Aufklärungsbereitschaft des Arztes negativ beeinflusst. Es erfolgt kein Abraten vom Autofahren (negative Korrelation mit der Variablen: Abraten vom Autofahren; vgl. Tabelle 8.46). Weitere signifikante Zusammenhänge zwischen der Bedeutung von Autofahren und der Aufklärungsbereitschaft des Arztes bestehen nicht.

Tabelle 8.46: Die Bedeutung von Autofahren für bipolare Patienten (Arztsicht) und ihr Einfluss auf die Aufklärungsbereitschaft des Arztes

(n = 115 Ärzte, subj. Erfahrungswerte des Arztes - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert; wahrgenommene Patientengefährdung - Skala 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft sehr zu; Abraten vom Autofahren - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert)

Bedeutung von Autofahren für bipolare Patienten (Arztsicht) ...	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Freiheit , die sie sich trotz ihrer Einschränkungen durch ihre Krankheit nehmen können (Zustimmung: 76 % der Ärzte; n = 92)	r = -.06 p = .51 n = 115	r = -.03 p = .73 n = 115	r = -.13 p = .17 n = 115
r = Produkt-Moment Korrelation nach Pearson; p = Signifikanz: $p < .05$ signifikant; n = Stichprobengröße			

Fortsetzung

Tabelle 8.46: Die Bedeutung von Autofahren für bipolare Patienten (Arztsicht) und ihr Einfluss auf die Aufklärungsbereitschaft des Arztes

(n = 115 Ärzte, subj. Erfahrungswerte des Arztes - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert; wahrgenommene Patientengefährdung - Skala 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft sehr zu; Abraten vom Autofahren - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert)

Bedeutung von Autofahren für bipolare Patienten (Arztsicht) ...	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Die beste Möglichkeit zu ihrem Arbeitsplatz zu kommen (Zustimmung: 31 % der Ärzte; n = 38)	r = .13 p = .16 n = 117	r = -.02 p = .82 n = 117.	r = .02 p = .83 n = 117
Ein Stück Normalität , in der Sie nicht an ihre Krankheit erinnert werden (Zustimmung: 75 % der Ärzte; n = 91)	r = -.06 p = .52 n = 117	r = .07 p = .49 n = 117	r = -.19; p = .04 n = 117
Nicht stigmatisiert zu sein (Zustimmung: 57 % der Ärzte; n = 69)	r = .01 p = .91 n = 117	r = -.05 p = .60 n = 117	r = -.22 p = .02 n = 117
r = Produkt-Moment Korrelation nach Pearson; p = Signifikanz: $p < .05$ signifikant; n = Stichprobengröße			

Aus Arztsicht bedeutet Autofahren für bipolare Patienten nicht in erster Linie *Nicht-Stigmatisierung*; für sie spielen Aspekte wie *Freiheit* und *Normalität im Leben* eine deutlich bedeutendere Rolle (s. o.). Allerdings sehen die Ärzte gerade den Aspekt der *Nicht-Stigmatisierung* als ausschlaggebend, auf ein Abraten des Autofahrens zu verzichten. Die Ärzte erleben anscheinend die Stigmatisierung ihrer bipolaren Patienten stärker als diese selbst.

Für die weitere Klärung der Frage, ob Detailkenntnisse über die Bedeutung der Fahrtauglichkeit bedeutsam sind für die Aufklärungsbereitschaft des Arztes, wurden die Antworten weiter zusammengefasst; die Angaben der Ärzte zu der Bedeutung des Autofahrens für ihre bipolaren Patienten verteilen sich wie folgt: Knapp 40 % der Ärzte (39,5 %) haben ein bis zwei Angaben getätigt. Mehr als die Hälfte (53,5 %) haben drei und mehr Angaben zu den Bedeutungen des Autofahrens angegeben. 7 % konnten gar keine Angaben machen. Im Anschluss wurde der Zusammenhang zwischen den Gesamtangaben von möglichen Bedeutungen des Autofahrens für den bipolaren Patienten und der Aufklärungsbereitschaft des Arztes hinsichtlich der Fahrtauglichkeit des Patienten überprüft.

Bei der Gruppe von Ärzten, die bewusster und differenzierter die Bedeutungshintergründe für das Autofahren ihrer Patienten wahrnehmen, besteht ein Zusammenhang mit der Aufklärungsbereitschaft: Sie tendieren dazu, dem Patienten vom Autofahren abzuraten (Tabelle 8.47).

Tabelle 8.47: Gesamtauswahl der Aussagen zur Bedeutung von Autofahren und ihr Einfluss auf die Aufklärungsbereitschaft des Arztes

(n = 115 Ärzte, subj. Erfahrungswerte des Arztes - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert; wahrgenommene Patientengefährdung - Skala 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft sehr zu; Abraten vom Autofahren - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert)

Bedeutung von Autofahren für bipolare Patienten ...	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
<p>Arzt weiß um die Bedeutung des Autofahrens sehr gut Bescheid</p> <p>(3 und mehr Angaben)</p> <p>(Zustimmung: 56 % der Ärzte; n = 65)</p>	<p>r = .05</p> <p>p = .56</p> <p>n = 121</p>	<p>r = .087</p> <p>p = .340</p> <p>n = 121</p>	<p>r = .26</p> <p>p = .01</p> <p>n = 121</p>
r = Produkt-Moment Korrelation nach Pearson; p = Signifikanz: p < .0.05 signifikant ; n = Stichprobengröße			

Insgesamt kann festgehalten werden, dass je differenzierter das Bewusstsein des Arztes um die unterschiedliche Bedeutung des Autofahrens für den Patienten ausgeprägt ist, er umso eher vom Fahren abrät. Er befasst sich wahrscheinlich stärker mit den Möglichkeiten und Grenzen des bipolaren Patienten einschließlich der Fahrtauglichkeit. Nimmt er jedoch alleine die Bedeutungen des Autofahrens entweder als Abhilfe der *Stigmatisierung* des Patienten oder als *Ermöglichung von Freiheit* wahr, so wird er dem Patienten seine verbliebene Möglichkeit, weiter Auto zu fahren, eher nicht nehmen.

8.7.3. Charakteristika bipolarer Patienten

Die Ärzte gaben in der psychologischen Pilotstudie durch die Beschreibung von typischen Eigenschaften oder Charakteristika ihrer bipolaren Patienten ein plastisches Bild der Patienten in den unterschiedlichen Krankheitsphasen. Die Frage war, ob es Eigenschaften bei bipolaren Patienten gibt, die den Arzt eher dazu veranlassen oder auch eher hemmen, ein Aufklärungsgespräch bezogen auf die Fahrtauglichkeit zu führen?

Aus der in der psychologischen Pilotstudie ermittelten Vielfalt von Eigenschaften, die von den Ärzten als charakteristisch für bipolare

Patienten angesehen wurden, konnte eine Merkmalskala abgeleitet werden. Diese kam in der Hauptuntersuchung zur Anwendung und wurde faktorenanalytisch ausgewertet. Das methodische Vorgehen erlaubt die Differenzierung der Ärzte hinsichtlich ihrer Zuschreibung von Eigenschaftskategorien für ihre Patienten. Faktoren mit hoher Varianzaufklärung kommt dabei ein besonderes Gewicht zu in der psychologischen Einstellungsstruktur der Ärzte gegenüber ihren Patienten. Die ermittelten Faktoren (Tabelle 8.48) verdeutlichen die unterschiedlichen Sichtweisen auf die Charakteristika der bipolaren Patienten.

Die Einschätzung der bipolaren Patienten durch ihre Ärzten, wie sie sich aus den durchschnittlichen und maximalen Zustimmungswerten ergibt, liegt im Wesentlichen auf drei Kategorien begründet:

- a) Charakteristika in der Manie: Im Vordergrund stehen die Größenideen, wie zum Beispiel Selbstüberschätzung und Kritiklosigkeit, und das vom Maniker typische geäußerte Unverständnis, dass „die anderen“ ihn nicht verstehen. Zu diesen Beschreibungen findet sich eine große Zustimmung und spiegelt damit Einigkeit einer großen Gruppe von Ärzten wider.
- b) Charakteristika in der Depression: Hier gehen die Meinungen der Ärzte deutlicher auseinander. Während die eine Gruppe (ca. 60 %) auf risikoreiches Verhalten achtet, das durch Alkoholkonsum und, wenn auch weniger ausgeprägt, Drogenkonsum gekennzeichnet ist, bezeichnet eine andere Gruppe (40 %) diese Beschreibungen in der depressiven Phase als unzutreffend.
- c) Aggressives Verhalten: In der Depression werden Aggressionen als nicht zutreffend angesehen. Bei den manischen Patienten polarisiert die Ansicht hierzu: Eine große Gruppe von Ärzten sieht hier eher aggressives Verhalten im Vordergrund, weitere 30 % sind unentschlossen und 20 % sehen Maniker als eher harmlos an.

Die Merkmale, die sich in den Einzelitems wiederfinden, teilen durch das unterschiedliche Ausmaß an Zustimmung die Ärzte in verschiedene Gruppen (vgl. Tabelle 8.48). Eine Gruppe von Ärzten (23 %) sieht ihre bipolar-depressiven Patienten als eher nicht gefährdet im Straßenverkehr;

nach Wahrnehmung der Ärzte fährt diese Patientengruppe auch seltener Auto. Gut 40 % sehen dagegen eine Gefährdung im Straßenverkehr und weiterhin verbleibt eine große Gruppe von Unentschlossenen (35 %) zu diesem Thema. Bei den Manikern wurde oftmals Sexualität genannt im Zusammenhang mit übersteigerten Verhaltensweisen. Sexuelle Enthemmung spielt wohl bei den befragten Ärzten eine gesonderte Rolle im Krankheitsbild, denn sie zeigte keine Zusammengehörigkeit zu den anderen Merkmalen in der Manie (Faktor 1). Insgesamt stimmt eine sehr große Gruppe von Ärzten (84 %) der Aussage zu, dass manische Patienten überdurchschnittlich sexuell enthemmt sind, aber 8 % der Ärzte lehnen dies als Charakteristikum für Maniker eher ab und weitere 8 % sind geteilter Meinung. Die Meinungen der Ärzte zur Sensibilität der bipolaren Klientel differieren deutlich, jeweils knapp 40 % beschreiben die Patienten als schnell gekränkt vice versa als nicht schnell gekränkt. Ein Fünftel ist unentschieden.

Tabelle 8.48: Faktorenanalyse Charakteristika der bipolaren Patienten (Arztsicht)

(Varianzaufklärung: 65,2 %; n = 121; Angaben der Top Box [5, 4] in Prozent; 1 = stimme nicht zu; 5 = stimme zu; Mittelwerte)

Faktor 1 (VA: 21,3 %): Charakteristika in der Manie – (Selbst-) Überschätzung und Größenideen		Häufigkeiten Top Box in %	Mittelwerte
.77	Manische Patienten überschätzen sich in ihren Handlungen – sie glauben alles erreichen zu können.	95,1	4,39
.76	Die Patienten sind in der manischen Phase generell wenig selbstkritisch.	97,5	4,59
.75	Meistens machen sich die manischen Patienten keine Gedanken über die Konsequenzen ihrer Handlungen.	100	4,71
.75	Manische Patienten verfolgen ihre eigenen eigentlich nur für sie logischen Wahnideen („ich bin der Beste auf meinem Gebiet“).	81,8	4,06
.69	Manische Patienten haben ein gesteigertes Autonomiebedürfnis.	83,4	4,16
Faktor 2 (VA: 15,4 %): Charakteristika in der Depression – Suchtgefahr (Alkohol / Drogen)		Häufigkeiten Top Box in %	Mittelwerte
.85	Depressive Patienten haben ein erhöhtes Risiko alkoholsüchtig zu werden.	59,2	3,42
.79	Es kommt nicht selten vor, dass depressive Patienten „im Alkohol Zuflucht suchen“.	69,4	3,69
.77	Depressive Patienten haben ein erhöhtes Risiko Drogen zu nehmen.	30,5	2,83

Fortsetzung

Tabelle 8.48: Faktorenanalyse Charakteristika der bipolaren Patienten (Arztsicht)

(Varianzaufklärung: 65,2 %; n = 121; Angaben der Top Box [5, 4] in Prozent; 1 = stimme nicht zu; 5 = stimme zu; Mittelwerte)

	Faktor 3 (VA: 10,9 %): Aggressives Verhalten in den Akutphasen	Häufigkeiten Top Box in %	Mittelwerte
.75	Depressive Patienten sind nach außen selten verbal aggressiv, aber oft in Handgreiflichkeiten verwickelt.	3,4	1,88
.65	Das Aggressionsverhalten ist bei den bipolaren Patienten bei Sonneneinstrahlung erhöht.	30,7	2,02
.62	Manische Patienten agieren oft nach dem Motto „Hunde, die bellen, beißen nicht“.	18,5	2,54
	Einzel-Items		
.82	Depressive Patienten können, meiner Meinung nach, motorisiert am Straßenverkehr teilnehmen, wenn sie es sich zutrauen (sie fahren selten Auto).	23,4	2,71
.73	Die bipolaren Patienten sind meistens sehr schnell gekränkt.	39,7	3,04
.55	Manische Patienten sind häufig sexuell enthemmt.	83,5	4,06

Die Charakteristika von bipolaren Patienten sind von den Ärzten überwiegend phasenabhängig spezifiziert worden. Es wird auf der einen Seite von Wahrnehmungsverzerrungen bei manischen Patienten berichtet, auf der anderen Seite wird bei Depressiven Alkohol- und Drogenmissbrauch genannt. Diese auftretenden Ereignisse wirken sich unbestritten auf die Teilnahme am Straßenverkehr aus. Auch das aufgeführte aggressive Verhalten vermindert angemessene Reaktionen in Alltagssituationen. Zudem ist bekannt, dass Patienten, die sich in einer akuten Phase befinden, durchaus motorisiert am Straßenverkehr teilnehmen (vgl. Kapitel 8.7.2). Die Frage ist nun, inwieweit diese Kenntnisse um den Patienten den Arzt motivieren, ein Gespräch zur Fahrtauglichkeit mit dem Patienten zu führen? Betrachtet man die Korrelationen mit der Aufklärungsbereitschaft des Arztes, so zeigt sich folgendes Bild (vgl. Tabelle 8.49): In der manischen Phase ist der Arzt am ehesten motiviert, Fahrtauglichkeit anzusprechen. Er nimmt das Risiko einer Patientengefährdung und die mögliche Gefährdung des Straßenverkehrs wahr, und er ist dann eher bereit, vom Autofahren abzuraten. In der

depressiven Phase ist der Arzt ebenfalls stärker motiviert, vom Autofahren abzuraten, wenn von einer Alkohol- oder Drogengefährdung des Patienten ausgegangen wird. Andere Merkmale, die bei der Beschreibung der bipolaren Klientel hervorgehoben wurden, wie aggressives Verhalten, sexuelle Enthemmung oder Depression ohne weiteres Gefährdungspotential, wie zum Beispiel Alkohol oder Drogen, lösen beim Arzt zwar eine verstärkte Wahrnehmung einer möglichen Patientengefährdung im Straßenverkehr aus, diese wird aber nicht verhaltenswirksam: Es erfolgt kein Abraten vom Autofahren (vgl. Tabelle 8.49).

Tabelle 8.49: Charakteristika bipolarer Patienten und ihr Einfluss auf die Aufklärungsbereitschaft des Arztes

(n = 121 Ärzte, subj. Erfahrungswerte des Arztes - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert; wahrgenommene Patientengefährdung - Skala 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft sehr zu; Abraten vom Autofahren - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert)

Charakteristika bipolarer Patienten ...	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Faktor 1 (VA: 21,3 Prozent): Charakteristika in der Manie – (Selbst-) Überschätzung und Größenideen	r = .33 p = .00 n = 121	r = .50 p = .00 n = 121	r = .26 p = .01 n = 121
Faktor 2 (VA: 15,4 Prozent): Charakteristika in der Depression– Suchtgefahr (Alkohol / Drogen)	r = .14 p = .12 n = 121	r = .49 p = .00 n = 121	r = .24 p = .01 n = 121
Faktor 3 (VA: 10,9 Prozent): Aggressives Verhalten in den Akutphasen	r = .07 p = .46 n = 121	r = .26 p = .00 n = 121	r = .13 p = .17 n = 121
Manische Patienten sind häufig sexuell enthemmt.	r = .10 p = .30 n = 121	r = .53 p = .00 n = 121	r = .13 p = .16 n = 121

Fortsetzung

Tabelle 8.49: Charakteristika bipolarer Patienten und ihr Einfluss auf die Aufklärungsbereitschaft des Arztes

(n = 121 Ärzte, subj. Erfahrungswerte des Arztes - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert; wahrgenommene Patientengefährdung - Skala 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft sehr zu; Abraten vom Autofahren - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert)

Charakteristika bipolarer Patienten ...	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Depressive Patienten können motorisiert am Straßenverkehr teilnehmen.	r = .07 p = .49 n = 111	r = .36 p = .00 n = 111	r = .13 p = .17 n = 111
Die Patienten sind meistens sehr schnell gekränkt.	r = .10 p = .26 n = 121	r = .06 p = .50 n = 121	r = .12 p = .19 n = 121

r = Produkt-Moment Korrelation nach Pearson; p = Signifikanz: p < .0.05 signifikant; n = Stichprobengröße

Insgesamt kann die Hypothese – je relevanter ein Arzt Risikofaktoren der bipolaren Erkrankung in Bezug auf die Fahrtauglichkeit einschätzt, umso motivierter ist der Arzt, ein Aufklärungsgespräch zu führen, – für

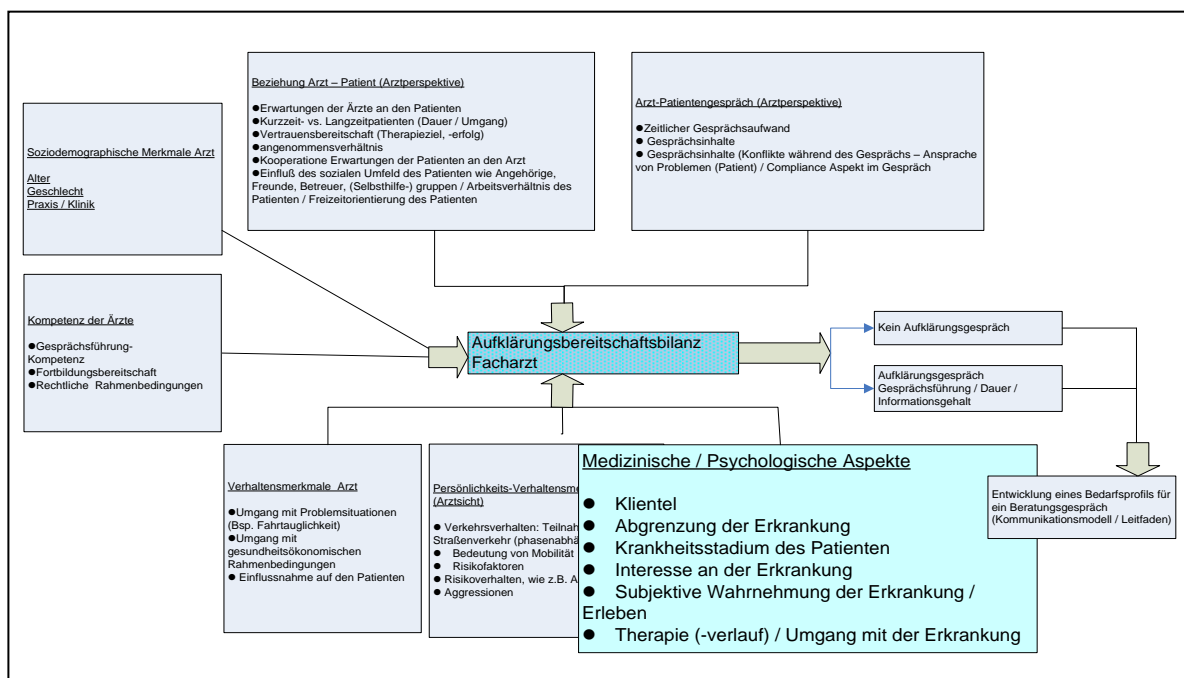
- a) die beschriebenen Patienten in der manischen Phase und
- b) depressive Patienten mit einer Alkohol- oder Drogengefährdung

bestätigt werden.

8.8. Einfluss von medizinischen / psychologischen Aspekten in Bezug auf die Aufklärungsbilanz zur Verkehrsteilnahme (Arztsicht)

Das Konstrukt „Medizinische und psychologische Aspekte“ umfasst die Größe der bipolaren Patientenklientel, die Abgrenzung der Erkrankung nach den unterschiedlichen Krankheitsstadien, das Interesse des Arztes an der Erkrankung, die subjektive Wahrnehmung bzw. das Erleben der Erkrankung (Arztsicht), aber auch die Therapie und der Umgang mit der bipolaren Störung (vgl. Abbildung 8.8). Es wird überprüft, inwieweit diese Merkmale der Patienten einen Einfluss auf die Aufklärungsbereitschaftsbilanz des Arztes ausüben.

Abbildung 8.8. Das heuristische Modell – Konstrukt „Medizinische / Psychologische Aspekte“



8.8.1. Krankheitsstadium der Patienten: Einfluss der Klientel

Psychiater haben unterschiedlich viele Patienten je nach Krankheitsbild. Deswegen stand hier die folgende Fragestellung im Vordergrund: Wie wirkt sich die unterschiedliche Anzahl an bipolaren Patienten in der eigenen Praxis auf die Bereitschaft des Arztes aus, ein Gespräch zur Fahrtauglichkeit zu führen? Überprüft werden sollten hierzu die folgenden Hypothesen:

- a) Je mehr bipolare Patienten der Arzt behandelt (je häufiger er sich mit der Erkrankung auseinandersetzen muss), desto eher ist er bereit, die Fahrtauglichkeit anzusprechen.
- b) Je mehr Patienten der Arzt in den Akutphasen behandelt, umso eher wird er bereit sein, bipolare Patienten hinsichtlich ihrer Fahrtauglichkeit aufzuklären.

Es gibt keinen Zusammenhang zwischen der Anzahl der betreuten bipolaren Patienten und der Motivation, die Patienten hinsichtlich ihrer Fahrtauglichkeit aufzuklären. Es zeigt sich sogar, dass je mehr psychiatrische Patienten ein Arzt sieht, er umso weniger geneigt ist, vom Autofahren abzuraten (vgl. Tabelle 8.50). Der Einfluss der Patientenanzahl auf die Aufklärungsbereitschaft kann dahingehend interpretiert werden, dass der niedergelassene Arzt zum einen deutlich mehr Patienten versorgt – während Krankenhaus-Psychiater im Durchschnitt 130 Patienten in einem Monat sehen (eingeschlossen sind hier auch in der Ambulanz tätige Psychiater, der Median liegt bei 80 Patienten im Monat), sieht der niedergelassene Arzt 524 Patienten in einem durchschnittlichen Quartal –. Zum anderen befinden sich diese bipolaren Patienten auch überwiegend in der Phasenprophylaxe. Hier ist die Bereitschaft geringer, Aufklärungsgespräche zu führen (vgl. Kapitel 8.7.1).

Hinzu kommt, dass im niedergelassenen Praxisbetrieb aufgrund subjektiv empfundener, zeitlicher Einschränkungen präventiv seltener auf die Fahrtauglichkeit eingegangen wird. Je mehr Patienten zu versorgen sind, umso weniger Zeit verbleibt für den einzelnen. Der zusätzliche Aufwand

für ein Aufklärungsgespräch erscheint zu hoch (vgl. Kapitel 8.6.2) und damit sinkt die Bereitschaft präventiv einzugreifen.

Hinsichtlich der zweiten Hypothese (s. o.) ist festzuhalten, dass nur bei vorherrschender Manie ein Zusammenhang mit der Aufklärungsbereitschaft besteht: Es erfolgt dann eher ein Abraten vom Autofahren (vgl. Tabelle 8.50).

Je mehr manische Patienten ein Arzt in seiner Patientenkielentel hat, umso eher ist er also geneigt, präventiv Gespräche zur Fahrtauglichkeit zu führen. Auch hier lassen sich indirekt Rückschlüsse auf Unterschiede zwischen niedergelassenen Ärzten und Klinikern ziehen: Niedergelassene sehen durchschnittlich 50 Patienten mit einer bipolaren Störung (10 % der Klientel) in einem Quartal. Die Streuung ist daher sehr groß und reicht von „bis zu 10 Patienten“ bis „200 Patienten“. Phasenspezifisch ergibt sich im Durchschnitt folgende Verteilung in der niedergelassenen Praxis: 5-10 % der Patienten befinden sich in der manischen Phase, 30-35 % in der depressiven Phase und ca. 60 % in der Phasenprophylaxe. In der Klinik tätige Ärzte sehen im Durchschnitt 22 bipolare Patienten im Monat. Dies sind ungefähr 7 % der Gesamtklientel. Allerdings sieht der Arzt im Krankenhaus deutlich mehr Patienten in einer der akuten Phasen. 25 % der Patienten sind in der manischen Phase, 45 % in der depressiven Phase. 30 % der bipolaren Patienten sind in der Phasenprophylaxe.

Allerdings zeigt die Analyse nach Krankenhaus und niedergelassenen Ärzte (vgl. Kapitel 8.1) keine Unterschiede in der Aufklärungsbereitschaft. Es ist also zwar die Häufigkeit einer diagnostizierten Manie eine notwendige Rahmenbedingung für die Aufklärungsbereitschaft, nicht aber das Arbeitsumfeld

Tabelle 8.50: Einfluss der Patienten Klientel auf die Aufklärungsbereitschaft des Arztes

(n = 121 Ärzte, subj. Erfahrungswerte des Arztes - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert; wahrgenommene Patientengefährdung - Skala 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft sehr zu; Abraten vom Autofahren - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert)

Anzahl der Patienten ...	% Anteil der Patienten; Klinik (K.A.) und niedergel. Ärzte (N.A.)	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Alle Patienten mit (irgendeiner) psychiatrischer Störung	N.A. = 100 % MW = 524 K.A. = 100 % MW=134	r = .01 p = .89 n = 121	r = .03 p = .74 n = 121	r = -.24 p = .01 n = 121.
Alle Patienten mit einer bipolaren Störung	N.A. = 10,7 % MW=49 K.A. = 7 % MW=22	r = -.08 p = .42 n = 110	r = -.08 p = .42 n = 110	r = -.13 p = .17 n = 110
Von allen Patienten mit einer bipolaren Störung (= 100 %) befinden sich % in der Phase:				
Bipolare Patienten in der manischen Phase	N.A. = 5 % K.A. = 25 %	r = .07 p = .51 n = 108	r = -.02 p = .82 n = 108	r = .26 p = .01 n = 108
Bipolare Patienten in der depressiven Phase	N.A. = 30 % K.A. = 45 %	r = .01 p = .96 n = 118	r = -.12 p = .20 n = 118	r = -.05 p = .62 n = 118
Bipolare Patienten in der Phasenprophylaxe	N.A. = 65 % K.A. = 30 %	r = -.04 p = .70 n = 109	r = .07 p = .49 n = 109	r = .00 p = .99 n = 109
N.A. = niedergelassener Arzt (Patienten im Quartal) n = 61/ K.A. = Klinik-Arzt (Patienten im Monat) n = 60				
MW = Mittelwert: durchschnittliche Patientenanzahl ; r = Produkt-Moment Korrelation nach Pearson; p = Signifikanz: $p < .0.05$ signifikant; n = Stichprobengröße				

8.8.2. Persönliches Interesse an der Erkrankung

In Bezug auf das persönliche Interesse an der Erkrankung gilt es die folgenden Fragestellungen (Hypothesen) zu überprüfen.

- Ein hohes persönliches Interesse am Krankheitsbild beeinflusst positiv die Bereitschaft, Aufklärungsgespräche zur Fahrtauglichkeit zu führen.
- Wird das Krankheitsbild mit Hypomanie oder Manie assoziiert, wirkt sich das positiv auf die Bereitschaft aus, Aufklärungsgespräche zu führen.

Es ist festzuhalten, dass es keine statistischen Zusammenhänge gibt zwischen dem persönlich bekundetem (Nicht-)Interesse an der bipolaren Erkrankung und der Bereitschaft des Arztes, ein Gespräch zur Fahrtauglichkeit mit den bipolaren Patienten zu führen. Somit kann die erste Hypothese verworfen werden (vgl. Anhang B, Tabelle 8.q.1).

Allerdings gibt es unter den Ärzten unterschiedliche Interessengruppen bezogen auf die bipolare Erkrankung: 14 % geben an, ihren Schwerpunkt auf das Krankheitsbild gelegt zu haben. Knapp 20 % haben ihren Schwerpunkt auf die manische Phase gesetzt und knapp ein Viertel auf die depressive Phase. 40 % der Ärzte behandeln die Erkrankung, weil es zur Tätigkeit des Psychiaters gehört, aber das Interesse ist gering bis durchschnittlich ausgeprägt.

Auch nach Zusammenfassung der Ärzte in Gruppen nach a) geringem und durchschnittlichem Interesse an der Erkrankung und b) mit einem bekundeten Interessenschwerpunkt auf die Erkrankung, zeigten sich keine Zusammenhänge mit der Aufklärungsbereitschaft des Arztes. Das heißt, Interesse am Krankheitsbild allein motiviert den Arzt nicht, ein Gespräch zur Fahrtauglichkeit zu führen (vgl. Anhang B, Tabelle 8.q.2).

Neben den Interessenschwerpunkten wurde zudem erfragt, an welche Phase der Erkrankung zuerst gedacht wird, wenn das Thema bipolare Störung aufkommt (vgl. Hypothese 2). Hier zeigen sich zwei signifikante Zusammenhänge mit der Aufklärungsbereitschaft des Arztes:

- Verbindet ein Arzt das Thema bipolare Störung mit Hypomanie, dann hat dies einen positiven Einfluss auf die subjektiven Erfahrungswerte des Arztes: Er nimmt eine Gefährdung im Straßenverkehr eher wahr.
- Assoziiert ein Arzt mit bipolaren Störungen als erstes die Manie, die Anstrengungen erfordert, bis man den Patient gut eingestellt hat, dann wirkt sich dies positiv auf das Abraten vom Autofahren aus.
- Im Bereich der Phasenprophylaxe verbindet der Arzt bei einem nicht-compliantem Verhalten des bipolaren Patienten zwar eher eine mögliche Gefährdung des Patienten im Straßenverkehr, ein Abraten vom Autofahren erfolgt aber nicht.

Zusammenfassend und unter Berücksichtigung der vorangegangenen Ergebnisse bestätigt das erneut, dass

- a) die Bedingung „Manie“ für das Abraten vom Autofahren bedeutsam ist
- b) eine wahrgenommene Non-Compliance des Patienten in der Phasenprophylaxe zwar eine Risikobewertung im Sinne der möglichen Patientengefährdung nach sich zieht, aber nicht ausreichend ist, ausgewogen über die Thematik Fahrtauglichkeit mit dem bipolaren Patienten zu sprechen.

Weitere signifikante Zusammenhänge zwischen der Aufklärungsbereitschaft und den Arzt-Assoziation zur bipolaren Erkrankung bestehen nicht (vgl. Tabelle 8.51).

Tabelle 8.51: Einfluss der spontanen Assoziation zur bipolaren Störung (Krankheitsphase) auf die Aufklärungsbereitschaft des Arztes

(n = 121 Ärzte, subj. Erfahrungswerte des Arztes - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert; wahrgenommene Patientengefährdung - Skala 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft sehr zu; Abraten vom Autofahren - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert)

Als erstes kommt mir bei dem Krankheitsbild bipolare Störung die Krankheitsphase in den Sinn ...	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Hypomanie (21 %; n = 25)	r = .22 p = .02 n = 116	r = .14 p = .13 n = 116	r = .16 p = .08 n = 116
Manie (34 %; n = 41)	r = .14 p = .13 n = 119	r = .07 p = .45 n = 119	r = .21 p = .02 n = 119

r = Produkt-Moment Korrelation nach Pearson; p = Signifikanz: $p < .05$ signifikant; n = Stichprobengröße

Fortsetzung

Tabelle 8.51: Einfluss der spontanen Assoziation zur bipolaren Störung (Krankheitsphase) auf die Aufklärungsbereitschaft des Arztes

(n = 121 Ärzte, subj. Erfahrungswerte des Arztes - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert; wahrgenommene Patientengefährdung - Skala 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft sehr zu; Abraten vom Autofahren - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert)

Als erstes kommt mir bei dem Krankheitsbild bipolare Störung die Krankheitsphase in den Sinn ...	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Depression (29 %; n = 35)	r = -.03 p = .75 n = 121	r = .04 p = .70 n = 121	r = .01 p = .97 n = 121
Phasenprohylaxe insgesamt (17 %; n = 20)	r = .01 p = .90 n = 114	r = .10 p = .30 n = 114	r = .10 p = .27 n = 114
Phasenprophylaxe negative Compliance (n = 9)	r = -.07 p = .47 n = 121	r = .23 p = .01 n = 121	r = .08 p = .40 n = 121
r = Produkt-Moment Korrelation nach Pearson; p = Signifikanz: p < .05 signifikant; n = Stichprobengröße			

8.8.3. Subjektive Wahrnehmung und Erleben der Erkrankung

Nicht die medizinischen Kriterien zur Einteilung der Erkrankung standen bei der Befragung der Ärzte im Vordergrund sondern das Erleben und die Wahrnehmung der bipolaren Erkrankung. Folgende Fragestellungen sollten in diesem Zusammenhang überprüft werden:

1. Nimmt der Arzt die Probleme der Erkrankung über die medizinischen Aspekte hinausgehend wahr, wird er eher motiviert sein, ein Aufklärungsgespräch in Bezug auf die Fahrtauglichkeit zu führen.
2. Wird das Krankheitsbild bipolare Störung weitgehend positiv erlebt – das heißt, es herrschen nicht negative Stimmungsbilder beim Arzt

vor – wirkt sich das auch positiv auf die Bereitschaft aus, Aufklärungsgespräche zu führen.

8.8.3.1. Subjektive Wahrnehmung der Erkrankung

Aus den in der psychologischen Pilotstudie ermittelten Aspekten zur Qualität der Krankheitswahrnehmung wurde entsprechend eine Skala abgeleitet. In der vorliegenden Untersuchung kam diese zur Anwendung und wurde faktorenanalytisch ausgewertet. Das methodische Vorgehen erlaubt die Differenzierung der Ärzte hinsichtlich der Wahrnehmungsdimensionen in Bezug auf die Erkrankung bzw. der erkrankten Patienten. Faktoren mit hoher Varianzaufklärung kommt dabei ein besonderes Gewicht in der psychologischen Wahrnehmungsstruktur bezogen auf das Krankheitsbild und die bipolaren Patienten zu. Die ermittelten Faktoren (Tabelle 8.52) verdeutlichen die Mehrdimensionalität der unterschiedlichen Wahrnehmungsaspekte des Krankheitsbildes bei bipolaren Patienten:

1. Die Erkrankung erfordert die aktive Unterstützung des sozialen Umfeldes (Angehörige), damit dem Patienten in seinem normalen Umfeld maximale Compliance ermöglicht wird. Hier polarisiert allerdings die Ansicht der Ärzte: Eine Gruppe von Ärzten befürwortet dies, eine andere findet dies unzutreffend.
2. Bei den in den Akutphasen zu bewältigenden Problemen sind sich die Ärzte weitgehend einig. Vorherrschend ist das Compliance-Problem. Nur wenige Ärzte sind gegenteiliger Meinung.
3. Zu Beginn der Erkrankung nehmen die Ärzte vor allem die fehlende Krankheitseinsicht und Aufmerksamkeitsstörungen wahr. Eine kleine Gruppe von Ärzten stimmt dem nicht zu (ca. 10 %).
4. Größere Einigkeit besteht seitens der Ärzte darin, dass mit fortgeschrittener Erkrankung Konzentrationsstörungen auftreten (65 %). Schließlich spielt auch die Beziehung zu den bipolaren Patienten eine nicht unbedeutende Rolle in der Wahrnehmung der Erkrankung. Hier steht die persönliche psychische Belastung im Vordergrund: Eine

Gruppe von Ärzten nimmt die Beziehung zum depressiven Patienten im Rahmen der bipolaren Erkrankung als besonders belastend wahr.

Tabelle 8.52: Faktorenanalyse Wahrnehmung der Erkrankung (Arztsicht)

(Varianzaufklärung: 61,5 Prozent; n = 121; Angaben der Top Box [5, 4] in Prozent; 1 = stimme nicht zu; 5 = stimme zu; Mittelwerte)

	Faktor 1 (VA: 15,5 %): Erkrankung erfordert Compliance - Sicherung durch das soziale Umfeld (Angehörige)	Häufigkeiten Top Box %	Mittelwerte
.92	Die bipolaren Patienten brauchen Angehörige, damit der geregelte Tagesablauf gewährleistet ist.	41,3	3,07
.87	Die bipolaren Patienten brauchen Angehörige, die auch die regelmäßige Medikamenteneinnahme kontrollieren.	35,6	3,00
.86	Die bipolaren Patienten brauchen Angehörige, damit Rückfälle vermieden werden.	48,3	3,18
	Faktor 2 (VA: 21,1 %): Therapieverlauf gefährdende Probleme in den Akutphasen	Häufigkeiten Top Box %	Mittelwerte
.82	Manische Patienten lehnen die Medikation eher ab als depressive.	90,9	4,31
.82	Manische Patienten neigen stärker zu Non-Compliance als depressive Patienten.	92,5	4,38
.70	Manische Patienten können nicht ruhig dem Gespräch folgen, die springen oftmals von einer Idee zur nächsten.	95,0	4,45
.54	Depressive Patienten sind stark suizidgefährdet.	78,5	4,07
	Faktor 3 (VA: 16,9 Prozent): Fehlende Krankheitseinsicht und Aufmerksamkeitsprobleme		
.89	Bipolare Patienten sind vor allem in den ersten zwei Jahren nicht krankheitseinsichtig.	88,9	4,28
.88	Bipolare Patienten haben immer wieder Probleme mit der Aufmerksamkeit.	89,3	4,17
	Bedeutsame Einzel- Items		
.73	Die bipolaren Patienten haben oftmals Konzentrationsstörungen.	64,2	3,47
.69	Depressive Patienten fangen immer wieder mit ihrer Leidensgeschichte von vorne an.	43,0	3,12

Die zentrale Frage in diesem Kontext war auch hier: Führen diese unterschiedlich stark ausgeprägten Wahrnehmungen des Arztes in Bezug auf das Krankheitsbild und damit die zu bewältigenden therapeutischen Maßnahmen dazu, dass der Arzt mit dem bipolaren Patient die Fahrtauglichkeit bespricht? Betrachtet man die Korrelationen mit der Aufklärungsbereitschaft des Arztes, so zeigt sich folgendes Bild (vgl. Tabelle 8.53):

Die Wahrnehmung des Arztes beeinflusst seine Bereitschaft, mit den Patienten unter den folgenden Bedingungen ein Gespräch zur möglichen Teilnahme am Straßenverkehr zu führen:

- Je stärker ein Arzt die aktive Unterstützung des sozialen Umfeldes als erforderlich für die Compliance und damit auch Stabilität des Patienten wahrnimmt, um so eher ist er bereit, ein Gespräch zu führen. Er wägt die Patientengefährdung im Straßenverkehr ab und ist motiviert, vom Autofahren abzuraten (vgl. Tabelle 8.53).
- Ebenso ist der Arzt eher gewillt, zum einen eine Risikobewertung vorzunehmen, zum anderen vom Autofahren abzuraten, wenn er die Probleme in den Akutphasen oder zu Beginn der Erkrankung, wie Krankheitseinsicht und wiederkehrend auftretende Aufmerksamkeitsstörungen, wahrnimmt (vgl. Tabelle 8.53).
- Bei auftretenden Konzentrationsstörungen wird zwar eine Patientengefährdung eher wahrgenommen, aber es erfolgt kein Abraten vom Autofahren.
- Nimmt der Arzt die Beziehung zwischen ihm und dem Patienten als belastend wahr, so sieht er auch hier eher eine mögliche Patientengefährdung im Straßenverkehr, ohne verhaltenswirksam zu werden (vgl. Tabelle 8.53).

Tabelle 8.53: Einfluss der Wahrnehmung des Krankheitsbildes auf die Aufklärungsbereitschaft des Arztes

(n = 121 Ärzte, subj. Erfahrungswerte des Arztes - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert; wahrgenommene Patientengefährdung - Skala 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft sehr zu; Abraten vom Autofahren - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert)

Wahrnehmung des Krankheitsbildes ...	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Faktor 1 (VA: 15,5 %): Erkrankung erfordert Compliance - Sicherung durch das soziale Umfeld (Angehörige)	r = .17 p = .06 n = 121	r = .41 p = .00 n = 121	r = .29 p = .01 n = 121.
Faktor 2 (VA: 21,1 %): Therapieverlauf gefährdende Probleme in den Akutphasen	r = .23 p = .01 n = 121	r = .59 p = .00 n = 121	r = .24 p = .01 n = 121
Faktor 3 (VA: 16,9 %): Fehlende Krankheitseinsicht und Aufmerksamkeitsprobleme	r = .29 p = .00 n = 121	r = .30 p = .00 n = 121	r = .33 p = .00 n = 121

r = Produkt-Moment Korrelation nach Pearson; p = Signifikanz: **p < .0.05 signifikant**; n = Stichprobengröße

Fortsetzung

Tabelle 8.53: Einfluss der Wahrnehmung des Krankheitsbildes auf die Aufklärungsbereitschaft des Arztes

(n = 121 Ärzte, subj. Erfahrungswerte des Arztes - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert; wahrgenommene Patientengefährdung - Skala 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft sehr zu; Abraten vom Autofahren - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert)

Wahrnehmung des Krankheitsbildes ...	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Die bipolaren Patienten haben oftmals Konzentrationsstörungen.	r = .06 p = .55 n = 120	r = .32 p = .00 n = 120	r = .14 p = .14 n = 120
Depressive Patienten fangen immer wieder mit ihrer Leidensgeschichte von vorne an.	r = .09 p = .32 n = 121	r = .30 p = .00 n = 121	r = .11 p = .21 n = 121
r = Produkt-Moment Korrelation nach Pearson; p = Signifikanz: p < .05 signifikant ; n = Stichprobengröße			

Es kann festgehalten werden, dass die Hypothese (vgl. Kapitel 8.8.3) weitgehend bestätigt werden kann: Die Ärzte (vgl. Tabelle 8.52), die Probleme der Erkrankung über die medizinischen Aspekte hinausgehend wahrnehmen, werden eher motiviert sein, ein Aufklärungsgespräch in Bezug auf die Fahrtauglichkeit zu führen.

8.8.3.2. Erleben der Erkrankung

Neben der Wahrnehmung der Erkrankung wurde im Einzelnen auch das emotionale Erleben der Erkrankung in der psychologischen Pilotstudie erhoben. Die unterschiedliche Art und Weise, diese Erlebenssituation zum Krankheitsbild zu beschreiben, beinhalteten meistens auch das Erleben der bipolaren Patienten aus Sicht der Ärzte. Die hieraus abgeleitete Skala kam in der Untersuchung zur Anwendung und wurde faktorenanalytisch ausgewertet. Dies erlaubt die Differenzierung der Ärzte hinsichtlich ihrer Erlebensdimensionen bezogen auf die bipolare Erkrankung (Tabelle 8.54).

Tabelle 8.54: Faktorenanalyse Erleben der Erkrankung (Arztsicht)

(Varianzaufklärung: 65,5 Prozent; n = 121; Angaben der Top Box [5, 4] in Prozent; 1 = stimme nicht zu; 5 = stimme zu; Mittelwerte)

	Faktor 1 (VA: 25,8 %): Der depressive Pol der Bipolarität – Erlebtes Leid und Bedrücktheit (Depression)	Häufigkeiten Top Box %	Mittelwerte
.86	Ich erlebe depressive Patienten als besonders bedrückt.	83,5	4,07
.81	Ich erlebe depressive Patienten als besonders verzagt.	64,4	3,65
.78	Ich erlebe depressive Patienten als Menschen, die sich in ihr Schneckenhaus zurückziehen.	67,8	3,67
.52	Ich erlebe bipolare Patienten als eher unter ihren Gefühlsschwankungen Leidende.	73,3	3,84
	Faktor 2 (VA: 20,9 %): Bipolare Erkrankung bedeutet Anstrengung und Chaos		
.78	Ich erlebe bipolare Störungen als ein unerträgliches Auf und Ab der Gefühle.	47,5	3,00
.85	Ich erlebe die Patienten als extrem anstrengend: Mal sind sie euphorisch, mal niedergeschlagen, aber nicht wie bei einem gesunden Menschen, sondern extremer.	42,9	2,85
.68	Ich erlebe die Patienten irgendwie als lebendiges Chaos: Vormittags geht es dem Patienten schlechter als nachmittags wegen Durchschlafproblemen, nachmittags dreht er auf und kommt dann abends nicht zur Ruhe.	36,3	2,73
	Faktor 3 (VA: 16,6 %): Der manische Pol der Bipolarität – Überdruß an guter Stimmung		
.88	Ich erlebe manische Patienten als Personen mit einem inadäquaten Optimismus.	67,7	3,63
.77	Für mich sind die Patienten in der manischen Phase besonders unbesonnen.	81	3,93

Im Erleben der bipolaren Erkrankung hinterlassen die Extrempole deutlich nachhaltige Stimmungsbilder. Die gesteigerte Stimmung in der Manie sowie die Verzagttheit, die Bedrücktheit der Depression werden von einer großen Gruppe von Ärzten stark negativ erlebt. Eine kleinere Gruppe von Ärzten sieht hingegen diese Stimmungsbilder der beiden Gegenpole distanzierter und bewertet anscheinend das Krankheitsbild objektiver. Es wird angenommen, dass die letztgenannte Gruppe eher bereit ist, Aufklärungsgespräche zur Fahrtauglichkeit zu führen.

Auf einer weiteren Erlebnisdimension (Faktor 3), die das Krankheitsbild insgesamt beschreibt, sieht die Hälfte der Ärzte das Chaos, die Unerträglichkeit der Stimmungsschwankungen und die Anstrengungen, die mit der Erkrankung verbunden sind. Die andere Hälfte lehnt dieses Bild ab, die bipolare Erkrankung wird insgesamt deutlich weniger negativ erlebt.

Die zu Beginn aufgestellte Hypothese – wird das Krankheitsbild bipolare Störung positiv erlebt, wirkt sich das auch positiv auf die Bereitschaft aus, den Patienten hinsichtlich seiner Fahrtauglichkeit aufzuklären (vgl. Kapitel 8.3.3) – kann nach den Erkenntnissen der vorliegenden Untersuchung nicht bestätigt werden (Tabelle 8.55). Die Gruppe der Ärzte, die beide Pole der bipolaren Erkrankung nachhaltig erleben mit (extrem) negativen Stimmungsbildern, denken eher an eine mögliche Patientengefährdung im Straßenverkehr aber ohne die Grenzen der Fahrtauglichkeit anzusprechen.

Tabelle 8.55: Einfluss des erlebten Krankheitsbildes auf die Aufklärungsbereitschaft des Arztes

(n = 121 Ärzte, subj. Erfahrungswerte des Arztes - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert; wahrgenommene Patientengefährdung - Skala 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft sehr zu; Abraten vom Autofahren - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert)

Erleben des Krankheitsbildes ...	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Faktor 1 (VA: 25,8 %): Der depressive Pol der Bipolarität – Erlebtes Leid und Bedrücktheit (Depression)	r = .05 p = .59 n = 121	r = .23 p = .01 n = 121	r = .12 p = .20 n = 121
Faktor 2 (VA: 20,9 %): Bipolare Erkrankung bedeutet Anstrengung und Chaos	r = .02 p = .80 n = 121	r = .05 p = .62 n = 121	r = -.40 p = .66 n = 121
Faktor 3 (VA: 16,6 %): Der manische Pol der Bipolarität – Überdross an guter Stimmung	r = .06 p = .52 n = 121	r = .30 p = .01 n = 121	r = .07 p = .46 n = 121
r = Produkt-Moment Korrelation nach Pearson; p = Signifikanz: p < .0.05 signifikant; n = Stichprobengröße			

Insgesamt kann festgehalten werden, dass die Wahrnehmung der Erkrankung über rein medizinische Aspekte hinaus in Richtung einer ganzheitlichen Behandlung des Patienten einen positiven Einfluss hat auf die Bereitschaft des Arztes, die Fahrtauglichkeit des Patienten zu thematisieren. Das Erleben der Erkrankung spaltet die Ärzte in dieser Untersuchung in zwei unterschiedlich emotional beteiligte Gruppen auf, die sich darin unterscheiden, dass eine mögliche Patientengefährdung eher wahrgenommen wird, wenn negative Stimmungsbilder im Erleben

vorherrschten. Konsequenzen hinsichtlich des Aufzeigens von Grenzen der Fahrtauglichkeit sind nicht erkennbar.

8.8.4. Umgang mit der Erkrankung

Im Rahmen des Konstruktes *Medizinisch/Psychologische Aspekte* galt es bezogen auf den Umgang mit der Erkrankung die folgenden Fragestellungen (Hypothesen) zu überprüfen:

1. Ist der Umgang mit der bipolaren Erkrankung durch Rücksichtnahme auf die persönlichen Risikofaktoren des Patienten gekennzeichnet, dann ist der Arzt auch eher bereit, die Fahrtauglichkeit des Patienten anzusprechen.
2. Bezieht der Arzt im Umgang mit der Erkrankung den Patienten und das soziale Umfeld in die Behandlung mit ein (partizipativer Umgang mit der Erkrankung), dann wirkt sich das auch positiv auf die Bereitschaft aus, Aufklärungsgespräche zu führen.

In Bezug auf den Umgang mit der bipolaren Erkrankung wurden die Äußerungen der Ärzte aus der psychologischen Pilotstudie zum Umgang mit der Erkrankung in einer Skala zusammengefasst. Die Skala zeigt unterschiedliche Verhaltensweisen im Umgang mit

- den spezifischen Krankheitssituationen des Patienten und
- der Einbettung von Psychotherapie in das Therapieschema, hier findet sich auch der Einbezug des sozialen Umfelds wieder.

Die Skala kam in der Untersuchung zur Anwendung und erlaubt die Differenzierung der Ärzte hinsichtlich ihres Umgangs mit der bipolaren Erkrankung (Tabelle 8.56).

Tabelle 8.56: Umgang mit der Erkrankung (Ärzte)

(Varianzaufklärung: 26,6 Prozent; n = 121; Angaben der Top Box [5, 4] in Prozent; 1 = stimme nicht zu; 5 = stimme zu; Mittelwerte)

	Faktor 1 (VA: 17,3 %): Einbezug des sozialen Umfelds	Häufigkeiten Top Box %	Mittelwerte
.84	Die Mitarbeit durch Angehörige ist wichtig für den weiteren Therapieverlauf.	92,6	4,17
.78	Der Therapieverlauf wird einfacher, wenn der Partner des Patienten mit mir zusammenarbeitet.	81,7	4,37
.70	Es ist für mich sehr relevant, das soziale Umfeld in die Behandlung mit einzubeziehen.	92,6	4,35
.64	Der Zuspruch während der Therapie auch durch Familie / Freunde ist für den Patienten wichtig, um weiterzumachen.	87,6	4,38
.52	Wenn der Patient nicht an der Psychoedukation teilnimmt, dann bespreche ich mit den Angehörigen, was weiter zu tun ist.	46,6	3,18
	Einzel-Items (VA: 9,3 %)		
.75	Es ist wichtig bei depressiven Patienten Verständnis zu zeigen.	93,4	4,31
.68	Die Gefahr liegt im Nicht-Erkennen der Frühwarnzeichen, zum Beispiel beim Übergang von der manischen zur depressiven Phase – da darf man den Übergang nicht verpassen, sonst schlittert der Patient von einem Extrem ins nächste.	83,5	4,12

Im Umgang mit der Erkrankung werden zwei relevante Motivationsstrukturen der Ärzte hinsichtlich einer adäquaten Behandlung der bipolaren Patienten deutlich:

- Fast alle befragten Ärzte möchten den Therapieverlauf positiv gestalten und beziehen hierfür das soziale Umfeld mit ein. Allein die Zustimmung zu der Nicht-Teilnahme an der Psychoedukation polarisiert: Knapp die Hälfte (46,6 %) bespricht das weitere Vorgehen auch mit den Angehörigen, die anderen Ärzte lehnen dies eher ab.
- Fast alle Ärzte (84 %) betonen die Wichtigkeit, auf Frühwarnzeichen zu achten, um Übergangsphasen von zum Beispiel der manischen in die depressive Phase zu erkennen. Hier wird die Gefahr eines Rezidivs angesprochen, das für bipolare Patienten eine weiteren Klinikaufenthalt und eine schlechtere Prognose für den Therapieverlauf bedeuten kann.
- 92 % der Ärzte ist es wichtig, bei depressiven Patienten Verständnis für ihre Situation zu zeigen. Dies zeigt wieder auf, wie belastend die depressive Phase erlebt wird (vgl. Kapitel 8.8.3.2). Andererseits

kann dies auch als Achtsamkeit der Ärzte wegen des erhöhten Suizidrisikos in dieser Phase interpretiert werden.

Die Überprüfung der unterschiedlichen Umgehensweisen der Ärzte mit der Erkrankung und somit auch den bipolaren Patienten, ergibt folgende Zusammenhänge mit der Bereitschaft des Arztes, ein Gespräch zur Fahrtauglichkeit zu führen (Tabelle 8.57).

Tabelle 8.57: Einfluss des erlebten Krankheitsbildes auf die Aufklärungsbereitschaft des Arztes

(n = 121 Ärzte, Zustimmung Umgang mit der Erkrankung Top Box (4,5 = stimme eher /sehr zu); subj. Erfahrungswerte des Arztes - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert; wahrgenommene Patientengefährdung - Skala 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft sehr zu; Abraten vom Autofahren - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert)

Umgang mit der Erkrankung ...	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Motivation des Patienten, die Behandlung als Lebensbestandteil zu akzeptieren mit Hilfe des sozialen Umfelds (Zustimmung 54,5 %; n = 80)	r = .24 p = .00 n = 121	r = .39 p = .00 n = 121	r = .37 p = .00 n = 121
Es ist wichtig bei depressiven Patienten Verständnis für ihre Situation zu zeigen (Zustimmung 93,4 %; n = 113)	r = .07 p = .45 n = 121	r = .21 p = .02 n = 121	r = .13 p = .17 n = 121
Die Gefahr liegt in der Fehleinschätzung der Symptomatik, man darf zum Beispiel den Übergang von der manischen zur depressiven Phase nicht verpassen, sonst schlittert der Patient von einem Extrem ins nächste (Zustimmung 83,5 %; n = 101)	r = .22 p = .02 n = 121	r = .38 p = .00 n = 121	r = .26 p = .00 n = 121
r = Produkt-Moment Korrelation nach Pearson; p = Signifikanz: p < .05 signifikant; n = Stichprobengröße			

Diejenigen Ärzte, die in die Behandlung der bipolaren Patienten das soziale Umfeld einbeziehen, bewerten sowohl die Risiken aufgrund ihrer subjektiven Erfahrungswerte hinsichtlich der Gefährdung im Straßenverkehr und des wahrgenommenen Gefährdungspotentials der bipolaren Patienten im Straßenverkehr. Darüber hinaus sind diese Ärzte

auch motiviert die Fahrtauglichkeit anzusprechen: Ein Abraten vom Autofahren wird wahrscheinlich.

Verhält sich der Patient beim Arzt auffällig, so dass der Arzt von einer Problemsituation ausgehen kann, wie ein Wechsel von einer Akutphase in eine andere, dann ist er auch eher bereit, ein Aufklärungsgespräch zur Fahrtauglichkeit des Patienten zu führen.

Insgesamt kann somit davon ausgegangen werden, dass bei Rücksichtnahme auf die persönlichen Risikofaktoren des Patienten (Non-Compliance, Achtsamkeit in Problemsituationen) der Arzt eher motiviert ist, ein Gespräch zur Fahrtauglichkeit zu führen. Zudem ist festzuhalten, dass ein Arzt, der das soziale Umfeld in die Behandlung einbezieht, eher bereit ist, ein Aufklärungsgespräch zu führen.

8.8.5. Medizinische Aspekte im Umgang mit der Erkrankung

Im Umgang mit der Erkrankung steht für den Arzt auch die Wahl des Medikamentes im Mittelpunkt seines Interesses. Dies war in der explorativen Pilotstudie deutlich zu erkennen. Die Vor- und Nachteile einzelner Medikamente, die Verträglichkeit und Wirkung wurden hierzu häufig aufgeführt. Ziel dieser Arbeit war es jedoch nicht, eine Bewertung von unterschiedlichen Medikationen vorzunehmen, sondern allgemein festzustellen, wie entscheidend der Arzt die Wahl von Therapieansätzen, medikamentöser und nicht-medikamentöser Art, für einen guten Therapieverlauf ansieht. Es interessierte hier die Überprüfung der Fragestellung (Hypothese):

- Je höher der Arzt die Wichtigkeit für einen guten Therapieverlauf in Bezug auf Medikamentenwahl und nicht-medikamentösen Therapiemöglichkeiten einschätzt, umso eher ist er bereit, ein Gespräch zur Fahrtauglichkeit des Patienten in der Therapie zu berücksichtigen.

Als wichtige Rahmenbedingungen für einen guten Therapieverlauf wurde in diesem Zusammenhang die Wahl der Medikamente in den Akutphasen und der Phasenprophylaxe genannt. Des Weiteren sollten in einem Therapiekonzept die Angehörigen mit einbezogen werden, dies ist wichtig

für die Compliance des Patienten und eine Vermeidung von Stigmatisierung. Zudem sollte auch die Psychotherapie im Konzept mit verankert sein. Ebenfalls wurde als weitere Voraussetzung die Schaffung einer angenehmen Atmosphäre durch den Arzt während der Konsultationen genannt. Alle genannten Punkte weisen signifikante Zusammenhänge mit der Aufklärungsbereitschaft des Arztes auf (Tabelle 8.58):

- Mit der Wahl der Medikamente in den Akutphasen und der Phasenprophylaxe geht die Motivation des Arztes einher, die Gefährdung des Patienten im Straßenverkehr wahrzunehmen und ihn vom Autofahren abzuraten. Sehr wichtig finden etwas über die Hälfte der Ärzte die Wahl des Medikamentes in der Akutphase. Dies ist der Therapiebeginn und gerade hier sollten die Patienten eine gute Erfahrung mit der Einnahme von einem Medikament machen, um weiter compliant zu bleiben. Daher verwundert es, dass die Zustimmung hier nicht höher ist. In der Phasenprophylaxe sehen 80 % der Ärzte die Wahl des Medikamentes als sehr wichtig für den Therapieverlauf. Eine kleinere Gruppe von Ärzten ist davon nicht überzeugt.
- Spielen Angehörige eine sehr wichtige Rolle für einen guten Therapieverlauf aus Sicht des Arztes, so ist er eher bereit, eine Gefährdung des Patienten im Straßenverkehr wahrzunehmen und vom Autofahren abzuraten. Dies deckt sich mit vorangegangenen Befunden. Den Einbezug der Angehörigen sehen nur ein Drittel der Ärzte als sehr wichtig an.
- Psychotherapie sehen ebenfalls knapp ein Drittel der Ärzte als sehr wichtig an. Ist dies der Fall, so erfolgt eher ein Abraten vom Autofahren. Immerhin ein Fünftel der Ärzte kann auf psychotherapeutische Begleitmaßnahmen verzichten.
- Auch das Schaffen einer angenehmen Atmosphäre wird nur von einem Teil der Ärzte als sehr wichtig angesehen (40 %). Diese Ärzte sind dann aber auch eher bereit, im Gespräch die Gefährdung des Patienten anzusprechen und vom Autofahren abzuraten. Auch hier gibt es eine

Gruppe von Ärzten, die diese Rahmenbedingung für einen guten Therapieverlauf als unwichtig ansehen (15 %).

Tabelle 8.58: Einfluss der Erfahrungswerte „wichtige Rahmenbedingungen für einen guten Therapieverlauf“ auf die Aufklärungsbereitschaft des Arztes

(n = 121 Ärzte, Zustimmung Rahmenbedingungen Top Box (4,5 = stimme eher /sehr zu); subj. Erfahrungswerte des Arztes - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert; wahrgenommene Patientengefährdung - Skala 1 = trifft nicht zu bis 5 = trifft sehr zu; Abraten vom Autofahren - Skala 1 = niedrigster Wert bis 8 = höchster Wert)

Die folgenden Rahmenbedingungen für einen guten Therapieverlauf sehe ich als sehr wichtig an ...	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Die Wahl der Medikamente in den Akutphasen	r = .10 p = .27 n = 121	r = .22 p = .02 n = 121	r = .23 p = .01 n = 121
Die Wahl der Medikamente in der Phasenprophylaxe	r = .07 p = .47 n = 121	r = .28 p = .00 n = 121	r = .33 p = .00 n = 121
Einbeziehen der Angehörigen in den Therapieverlauf	r = .13 p = .16 n = 121	r = .32 p = .00 n = 121	r = .28 p = .00 n = 121
Therapieverlauf – Wichtigkeit: begleitende Psychotherapie	r = .02 p = .82 n = 121	r = .14 p = .13 n = 121	r = .25 p = .01 n = 121
Schaffung einer angenehmen Atmosphäre während der Konsultationen	r = .04 p = .69 n = 121	r = .19 p = .04 n = 121	r = .31 p = .00 n = 121

r = Produkt-Moment Korrelation nach Pearson; p = Signifikanz: p < .05 signifikant; n = Stichprobengröße

Es kann festgehalten werden, dass ein hohes Engagement des Arztes während des Therapieverlaufs, sei es durch die sorgsame (individuelle) Auswahl der Medikamente oder auch durch den Einbezug von nicht-medikamentösen Begleitmaßnahmen, wie der Psychotherapie, die

Bereitschaft erhöht, ein Gespräch zur Fahrtauglichkeit des Patienten in der Therapie zu berücksichtigen.

8.9 Prädiktoren für die Aufklärungsbereitschaft des Facharztes

In den vorangegangenen Kapiteln wurden die in dem heuristischen Modell aufgezeigten theoriegeleiteten angenommenen Zusammenhänge überprüft. Das Ergebnis war, dass eine Vielzahl signifikanter Zusammenhänge besteht: Es finden sich korrelative (bivariate Korrelationen) Zusammenhänge zwischen den empirisch ermittelten Konstrukten (unabhängige Variablen) und den abhängigen Variablen (Motivation des Arztes, ein Aufklärungsgespräch zur Fahrtauglichkeit zu führen bzw. vom Autofahren abzuraten). Die zugrunde liegenden Hypothesen konnten zum Teil betätigt werden (vgl. Kapitel 8.1 bis Kapitel 8.8).

Theoriegeleitet besitzt man nun eine Vorstellung darüber, dass eine Vielzahl von Einflüssen zur Bereitschaft des Arztes beitragen, ein Aufklärungsgespräch zur Fahrtauglichkeit zu führen. Um unter den Ärzten eine höhere Aufklärungsbereitschaft bezogen auf die Fahrtauglichkeit ihrer Klientel zu bewirken, ist es bedeutungsvoll diejenigen Prädiktoren zu identifizieren, die den höchsten Einfluss auf die Arztbereitschaft besitzen.

Es soll also über die anfängliche Fragestellung hinausgehend, die Frage beantwortet werden, welche der ermittelten signifikanten Zusammenhänge tragen besonders zur Erklärung der Gesprächsbereitschaft zur Fahrtauglichkeit mit dem bipolaren Patienten bei?

Die Gesprächsbereitschaft wird bilanziert durch

- a) die persönliche Wahrnehmung des Arztes, dass eine mögliche Patientengefährdung im Straßenverkehr existiert (abhängige Variable 1 = AV_1)
- b) die persönlichen Überzeugungen oder Erfahrungswerte des Arztes über eine mögliche Teilnahme der bipolaren Patienten am Straßenverkehr (abhängige Variable 2 = AV_2)

- c) das in kritischen Situationen tatsächlich erfolgte Abraten vom Autofahren (=aktive Ansprechen der Problemsituation im Gesprächsverlauf; abhängige Variable 3 = AV₃)

Im Detail heißt dies, es werden im Idealfall die folgenden Fragen beantwortet: Welche Einflüsse liefern den höchsten Erklärungswert, ob ein Arzt in seiner persönlichen Bilanz zur Aufklärungsbereitschaft..

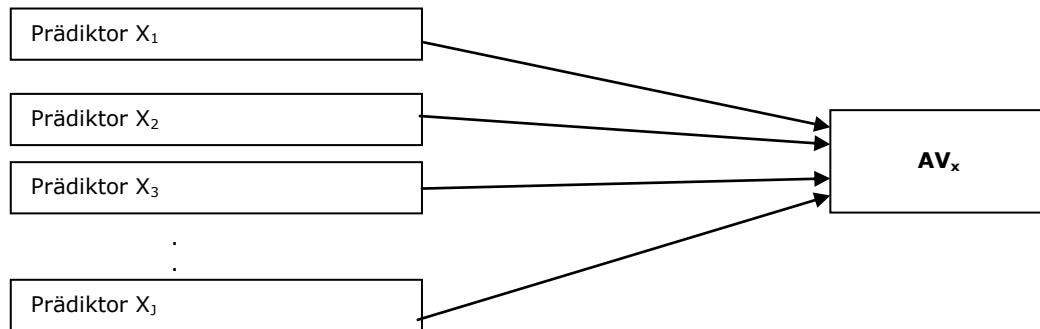
1. seine Erfahrungswerte zur allgemeinen Verkehrsgefährdung heranzieht.
2. die Möglichkeit einbezieht, dass eine Gefährdung für den Patienten im Straßenverkehr vorliegen könnte.
3. tatsächlich vom Autofahren abrät.

Für jede abhängige Variable werden alle unabhängigen Variablen in das Erklärungsmodell einbezogen, die signifikante korrelative Zusammenhänge mit der jeweiligen abhängigen Variablen aufweisen (vgl. Backhaus et al., 2008; Bortz, 2005). Als Strukturprüfendes Verfahren für die drei abhängigen Variablen wird als multivariates Verfahren die Regressionsanalyse gewählt. Die Regressionsanalyse kommt dann zur Anwendung, wenn Wirkungsbeziehungen zwischen der abhängigen Variablen und den unabhängigen Variablen untersucht werden sollen (vgl. Backhaus et al., 2008; Bortz, 2005). Da in diesem Fall keine monokausale, sondern eine Beeinflussung durch mehrere Größen auf die abhängige Variable (AV₁, AV₂, AV₃) vorliegt, kommt die multiple Regression zum Einsatz [$Y = f(X_1, X_2, \dots, X_j, \dots, X_j)$]

In dieser Untersuchung wurde aufgrund der Vielzahl empirisch ermittelter Zusammenhänge das Verfahren der schrittweisen Regressionsanalyse ausgewählt (vgl. Kapitel 8.2 bis Kapitel 8.8). Bei dem Verfahren der schrittweisen Regressionsanalyse werden nacheinander alle unabhängigen Variablen in die Regressionsgleichung einbezogen, wobei jeweils diejenige Variable ausgewählt wird, die ein bestimmtes Gütekriterium maximiert. Neben der Aufnahme von Variablen in ein Modell, können auch Variablen wieder entfernt werden, wenn sie durch die Aufnahme einer anderen unabhängige Variable an Bedeutung verloren haben. Alle

ausgeschlossenen Variablen werden pro Modell aufgeführt (vgl. Backhaus et al., 2008, S. 100ff).

Für die Überprüfung der Fragestellungen dieser Untersuchung liegt die folgende Modellstruktur zu Grunde:



In die drei zu überprüfenden Modelle fließen die im nachfolgenden Schema aufgeführten unabhängigen Variablen oder Prädiktorvariablen ein, die einen korrelativen signifikanten Zusammenhang mit den abhängigen Variablen (AV1: wahrgenommenen Patientengefährdung im Straßenverkehr, AV2: subjektive Erfahrungswerte mit Gefährdung im Straßenverkehr; AV3: Abraten vom Autofahren) aufgewiesen haben. In der Abbildung sind in der ersten Spalte die untersuchten Konstrukte aufgeführt und die dazugehörigen untersuchten unabhängigen Variablen. Spalte 2 bis 4 zeigen die abhängigen Variablen. Grün hinterlegte Zellen [JA] bedeuten, es besteht ein korrelativer (bivariater) Zusammenhang zwischen der unabhängigen Variablen und der jeweiligen abhängigen Variablen. Weiß hinterlegte Zellen [NEIN] bedeuten es besteht kein korrelativer (bivariater) Zusammenhang zwischen der unabhängigen Variablen und der jeweiligen abhängigen Variablen. Die Tabellen zu den Regressionsmodellen finden sich im Anhang B.

Abbildung 8.9.1: Einbezogene Prädiktorvariablen in die multiple Regressionen

	AV1 F10	AV F27	AV F28
	Patientengefährdung im Straßenverkehr	subj. Erfahrungswerte Gefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren
Unabhängige Variablen (UV)			
KONSTRUKT 1 - Soziodemographische Merkmale (Arzt)			
s2 Geschlecht	JA	JA	JA
KONSTRUKT 2 - Beziehung Arzt- Patient (Arztperpektive)			
F11 Pers Erfahrungen guter Therapieverlauf	JA	JA	JA
F12_1 Es besteht eine eher vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung	JA	NEIN	NEIN
F13 Definition des Therapier Erfolgs	NEIN	NEIN	JA
FAC14_1neu Kurzzeitpatienten: Aufbau der Beziehung	JA	NEIN	JA
FAC14_2neu Kurzzeitpatienten: Probleme seitens des Arztes	NEIN	NEIN	NEIN
FAC14_3neu Kurzzeitpatienten: Probleme seitens der Patienten	Ja	NEIN	JA
FAC15_1neu Langzeitpatienten: Gewachsene Beziehung	JA	NEIN	NEIN
FAC15_2neu Langzeitpatienten:	JA	NEIN	NEIN
F9neu2 primäre Therapieziele	NEIN	NEIN	JA
F42n1 Gründe für compliantes Verhalten	JA	NEIN	JA
F42n2 Gründe für non-compliantes Verhalten	NEIN	NEIN	JA
F40 Einbezug Angehörige in das Therapie-Gespräch	JA	NEIN	NEIN
KONSTRUKT 3 - Arzt-Patientengespräch (Arztperspektive)			
Diff_Akut - Differenz zwischen derzeit möglichem Aufwand Akutphase und Idealzeit Akutphase	NEIN	NEIN	Ja
FAC21_1neu Patientenfragen: Zweifel an Therapienotwendigkeit	JA	NEIN	JA
FAC21_2neu Patientenfragen: aktuelle Probleme im sozialen Umfeld	NEIN	NEIN	JA
F36 Gesprächsinhalte Hypomanie	JA	JA	JA
F37 Gesprächsinhalte Manie	NEIN	JA	JA
F38 Gesprächsinhalte Depression	JA	JA	JA
F39 Gesprächsinhalte Phasenprophylaxe	NEIN	NEIN	JA
F_Inhalt1 Gesprächsinhalt: Auswirkungen Medikamente auf die Fahrtauglichkeit	NEIN	JA	JA
F_Inhalt2 Gesprächsinhalt: Auswirkungen der Medikamente auf den Gesundheitszustand	JA	JA	JA
F_Inhalt3 Gesprächsinhalt: Risiken bezogen auf Selbst-Fremdgefährdung	JA	JA	JA
F_Inhalt4 Gesprächsinhalt: Selbsteinschätzung des Patienten	NEIN	JA	JA

Fortsetzung

Abbildung 8.9.1: Einbezogene Prädiktorvariablen in die multiple Regressionen

	AV1 F10	AV F27	AV F28
	Patientengefährdung im Straßenverkehr	subj. Erfahrungswerte Gefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren
Unabhängige Variablen (UV)			
KONSTRUKT 4 - Kompetenz der Ärzte			
FAC32_2neu Argumente Medikamentennutzen	NEIN	NEIN	JA
FAC32_3neu Argumente Appell an die Vernunft	JA	NEIN	JA
F43_4 Bewertungskriterien Vigilanz	JA	JA	NEIN
F43_5 Bewertungskriterien Kognition	JA	JA	NEIN
F43_Neu1 Arzt kennt Bewertungskriterien	JA	JA	NEIN
F46 Kenntnis Fortbildungsveranstaltungen (FOBI)	JA	NEIN	NEIN
F47 Teilnahme FOBI	JA	NEIN	NEIN
F48 Interesse an FOBI in Zukunft	JA	NEIN	JA
F49_01 Inhalte einer FOBI? Informationen über die Erkrankung und ihre Auswirkungen auf die Fahrtüchtigkeit	NEIN	NEIN	JA
F49_04 Inhalte einer FOBI?Frühwarnzeichen der Erkrankung / Ankündigung von Phasenwechsel bei Patienten	NEIN	NEIN	JA
F49_05 Inhalte einer FOBI?Konkrete Anhaltspunkte zur Beurteilung der Verkehrsfähigkeit / Prüfinstrumente	JA	JA	JA
F49_06 Inhalte einer FOBI?Gesetzlicher Rahmen zur Fahrtüchtigkeit von Patienten	NEIN	NEIN	JA
KONSTRUKT 5 - Verhaltensmerkmale Arzt			
F42einf Einflussnahme des Arztes auf den Patienten: Ratschläge werden befolgt, wenn ein positives Verhältnis zum Arzt und medikamentöse Compliance vorliegt	JA	NEIN	JA
F29_1 Das ausgesprochene Fahrverbot wird in der Hypomanie befolgt	NEIN	JA	NEIN
F31_2 Wechsel der Medikation	NEIN	JA	NEIN
F35med2 Medizinisches Fachpersonal (als Dritte) wird als geeigneter Gesprächspartner für ein Aufklärungsgespräch gesehen	JA	JA	NEIN
F35med1 Fachpersonal wird als nicht geeignet angesehen	JA	NEIN	NEIN
F33 Gespräch zur Fahrtauglichkeit immer möglich	NEIN	JA	NEIN
KONSTRUKT 6 - Persönlichkeits- und Verhaltensmerkmale des Patienten (Arztperspektive)			
FAC10P1 Manische Patientenpersönlichkeit	JA	JA	JA
FAC10P2 Depres. Patientenpersönlichkeit	JA	NEIN	JA
FAC10P3 Aggressionsverhalten der Patienten	JA	NEIN	NEIN
F10_10 Einstellung ggü.bipolaren Patienten:Manische Patienten sind häufig sexuell enthemmt	JA	NEIN	NEIN
F10_34 Einstellung ggü.bipolaren Patienten:Depressive Patienten fahren selten Auto	JA	NEIN	NEIN
F30x Bewußtsein um die Bedeutung von Mobilität für die Patienten	NEIN	NEIN	JA
F30_03 Autofahren bedeutet ein Stück Normalität	NEIN	NEIN	JA
F30_04 Autofahren bedeutet nicht stigmatisiert zu sein	NEIN	NEIN	JA
F2xAKUT Akutphase: Autofahren wird als kritisch angesehen	JA	JA	NEIN
KONSTRUKT 7 - Medizinische / Psychologische Aspekte			
FAC10E1 Erleben: Aktive Unterstützung durch Angehörige	JA	NEIN	JA
FAC10E2 Erlebte Probleme in Akutphasen	JA	JA	JA
FAC10E3 Überdauernde Probleme	JA	JA	JA
FAC10E5 Belastete Beziehung zwischen Arzt und Patient	JA	NEIN	NEIN
F1Klass Patienten Klientel (Großenklassen)	NEIN	NEIN	JA
F2Klass Patienten Klientel Bipolar (Großenklassen)	NEIN	NEIN	NEIN
F3_1Klass Patienten Klientel Bipolar Manie	NEIN	NEIN	JA
FAC5_2 Persönliches Erleben des Krankheitsbildes: unbesonnene Manie	JA	NEIN	NEIN
FAC5_3 Persönliches Erleben des Krankheitsbildes: bedrückend	JA	NEIN	NEIN
F6_1 Assoziation bipolare Störungen: Manie - angenehm in Erinnerung	NEIN	JA	NEIN
F6_2 Assoziation bipolare Störungen: Manie - als Herausforderung in Erinnerung	NEIN	NEIN	JA
F7n3b Assoziation mit Phasenprophylaxe: negative Compliance der Patienten	JA	NEIN	NEIN
FAC8_1 : Der Arzt ist bestrebt den Therapieverlauf positiv zu beeinflussen	JA	JA	JA
FAC8_2 : Der Arzt achtet auf den Patienten in Problemsituationen	JA	JA	JA
F11_1 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Wahl Medikamente in der Akutphase	JA	NEIN	JA
F11_2 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Wahl Medikamente in der Phasenprophylaxe	JA	NEIN	JA
F11_3 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Einbeziehen der Angehörige in den Therapieverlauf	JA	NEIN	JA
F11_6 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: begleitende Psychotherapie	NEIN	NEIN	JA
F11_7 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Schaffung einer angenehmen Atmosphäre während der Konsultationen	JA	NEIN	JA

8.9.1. Prädiktoren für die abhängige Variable „Wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr“

Im ersten Modell wurde die Fragestellung überprüft, welche unabhängigen Variablen die persönliche Wahrnehmung des Arztes hinsichtlich einer möglichen Patientengefährdung im Straßenverkehr beeinflussen. Gleichzeitig erfolgt hiermit auch die Erklärung, durch welche Faktoren der Arzt motiviert werden kann, um Aufklärungsgespräche zur Fahrtauglichkeit zu führen.

Für das erste Modell lautet die geschätzte Regressionsfunktion:

$$\hat{Y} = b_0 + b_1 \cdot X_1 + b_2 \cdot X_2 + b_3 \cdot X_3 + \dots + b_j \cdot X_j$$

Oder

Subjektive Arzt-Wahrnehmung einer Patientengefährdung im Straßenverkehr=

-0,3 + **0,38**·Erlebte Probleme in den Akutphasen der bipolaren Patienten + **0,01**·Akutphasen des Patienten (Autofahren wird als kritisch angesehen) + **0,16**·Einstellung gegenüber manischen Patienten (sexuelle Enthemmung dominantes Merkmal) + **0,19**·Depressive Patienten (dominante Risiken: Alkoholabhängigkeit, Drogenprobleme) + **0,11**·Arzt kennt die Bewertungskriterien für die Fahrtauglichkeit + **0,09**·Dritte (= medizinisches Fachpersonal) sind außer ihm selbst geeignet Aufklärungsgespräche zu führen.

Das korrigierte Bestimmtheitsmaß für dieses Modell beträgt 0,69. Der Standardfehler des Schätzers beträgt 0,45. Das heißt, dass 69% der Variation der abhängigen Variable „subjektive Wahrnehmung einer möglichen Patientengefährdung durch den Arzt“ mit den vorliegenden sechs Variablen erklärt werden (vgl. Backhaus et al., 2008; Bortz, 2005). Das Modell ist in Abbildung 8.9.2 dargestellt, die Tabellen zu dem Regressionsmodell befinden sich im Anhang C (Ergebnistabellen zum Regressionsmodell 1).

Der Faktor erlebte Probleme in den Akutphasen der bipolaren Patienten gehört zu dem Konstrukt *Medizinische und psychologische Aspekte* (Konstrukt 7). Vor allem die Akutproblematik erhöht die Wahrnehmung des Arztes an eine Patientengefährdung im Straßenverkehr zu denken. Die unabhängige Variable (Faktorlösung: Erleben der bipolaren Patienten in

den Akutphasen) bildet einen Ausschnitt aus den diagnostischen Merkmalen ab: So zeigt die Faktorenlösung *Erleben der Patienten in der Akutphase* verschiedene Aspekte der bipolaren Störung auf. Der Patient leidet unter Konzentrationsstörungen, er kann daher oftmals einer Ganztagestätigkeit, die eine hohe Konzentrationsleistung erfordert, nicht mehr nachgehen. Im Gespräch zeigt der manische Patient eine ausgeprägte Ideenflucht, er wechselt sprunghaft von einem Thema (einer Idee) zum nächsten und ein roter Faden ist nicht zu erkennen. Bei den akuten depressiven Patienten ist das Erleben mit der Suizidgefährdung der Patienten assoziiert. Die Aspekte Einwilligung der Patienten in die Therapie und Compliance der Patienten während der Akutphasen werden im Erleben der Erkrankung von den Ärzten hervorgehoben.

Zudem spielt für das Erklärungsmodell das Konstrukt 6 Persönlichkeits- und Verhaltensmerkmale der Patienten (Arztperspektive) eine bedeutende Rolle. Drei der unabhängigen Prädiktoren, die einen Aufklärungsbeitrag für die wahrgenommene Patientengefährdung leisten, stammen aus diesem Konstrukt.

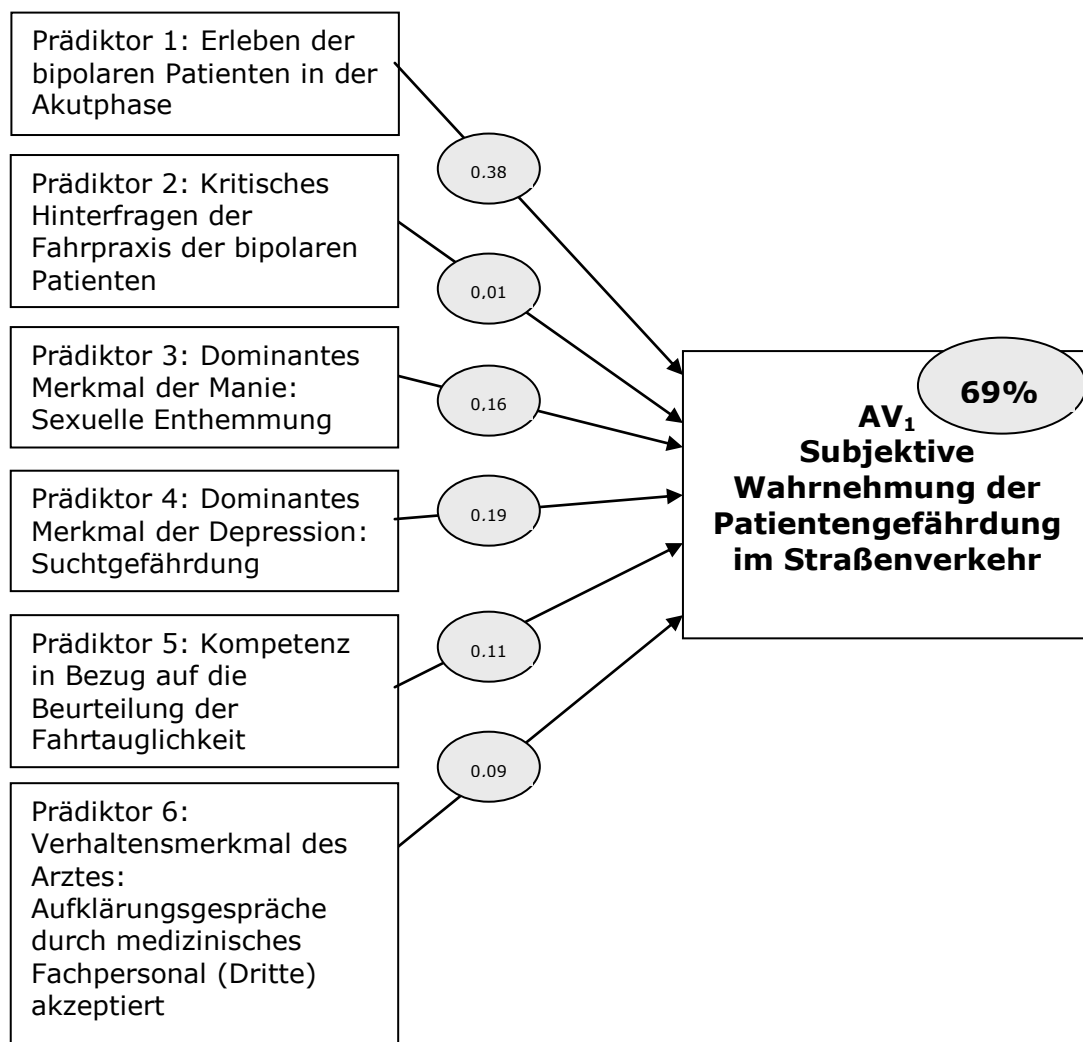
1. Die wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr wird durch die kritische Haltung des Arztes gegenüber der ausgeübten Fahrpraxis der bipolaren Patienten in den Akutphasen mitbestimmt: Je eher der Arzt das Autofahren in den Akutphasen kritisch hinterfragt, umso stärker rückt die mögliche Patientengefährdung im Straßenverkehr in den Vordergrund der Überlegungen.
2. Des Weiteren wird die Wahrnehmung einer möglichen Patientengefährdung in der manischen Phase - und damit auch die Einstellung der Ärzte gegenüber bipolaren Patienten - durch das Merkmal sexuelle Enthemmung plakativ widerspiegelt.
3. Bei depressiven Patienten werden die dominanten Risiken Alkoholabhängigkeit und Drogenprobleme als Anker genutzt, um eine Patientengefährdung im Straßenverkehr eher wahrzunehmen.

Insgesamt wird auf prägnante, man könnte auch sagen plakative, (Extrem-) Beispiele für eine akute Phase zurückgegriffen, um sich mit der Fahreignung auseinanderzusetzen. Hier zeigt sich auch die Problematik

der nicht trennscharfen Definitionen der Psychiatrie, was ist als auffällig und was als im Rahmen des Einschätzbaren zu bewerten? Die Frage, die sich jeder behandelnde Arzt bei dem individuellen Patienten zu stellen hat, ist, ob eine Patientengefährdung nur in Extremsituationen vorliegt?

Die Wahrnehmung der möglichen Patientengefährdung durch den Arzt wird zudem durch sein spezifisches Wissen zu den Bewertungskriterien „Fahrtauglichkeitsbeurteilung“ (Konstrukt *Kompetenz der Ärzte*), aber auch „Delegation des Gesprächs“ an kompetente Kollegen (Konstrukt Verhaltensmerkmale des Arztes) erklärt. Je besser der Arzt sich mit den Bewertungskriterien zur Fahrtauglichkeit auskennt, oder aber auch, je eher er sich vorstellen kann, dass andere aufgrund spezifischer Kompetenzen eine Fahrtauglichkeitsbewertung an seiner statt vornehmen könnten, umso eher rückt eine mögliche Patientengefährdung in sein Bewusstsein.

Abbildung 8.9.2: Regressionsmodell 1



Insgesamt kann festgehalten werden, dass zur Motivation der Ärzte im Rahmen einer Fortbildung zum Thema *Fahrtauglichkeitsgespräch mit bipolaren Patienten* unterschiedliche Inhalte berücksichtigt werden sollten: Neben der subjektiven Beurteilung der Fahrtauglichkeit aufgrund der vorherrschenden Krankheitsphase, gilt es die Kompetenzen der Ärzte hinsichtlich der objektiven Bewertungskriterien zur Fahrtauglichkeit aufzubauen. Berücksichtigt werden sollte auch ein Bewusstmachen der eigenen subjektiven Einstellung gegenüber den bipolaren Patienten in den verschiedenen Akutphasen, um mögliche eingefahrene Verhaltensmuster zu reflektieren. Denn derzeit werden die Ärzte nur bei maximaler Prägnanz der Merkmale in den Akutphasen motiviert, das Thema Fahrproblematik in den Gesprächen mit dem Patienten aufzugreifen.

8.9.2. Prädiktoren für die abhängige Variable „Erfahrungswerte zur allgemeinen Gefährdung im Straßenverkehr“

Im zweiten Modell wurde die Fragestellung überprüft, welche unabhängigen Variablen beeinflussen die persönlichen Überzeugungen oder Erfahrungswerte des Arztes eine mögliche Teilnahme der bipolaren Patienten am Straßenverkehr zu thematisieren (abhängige Variable 2 = AV₂)

Für das zweite Modell lautet die geschätzte Regressionsfunktion:

$$\hat{Y}_2 = b_0 + b_1 \cdot X_1 + b_2 \cdot X_2 + b_3 \cdot X_3 + \dots + b_j \cdot X_j$$

Oder

Erfahrungswerte des Arztes hinsichtlich einer Gefährdung im Straßenverkehr
 =
-1,49 + 1,18 · Bedeutsame Gesprächsinhalte in der depressiven Akutphase + 0,63 · Mangelnde Krankheitseinsicht und Aufmerksamkeitsstörungen

Das korrigierte Bestimmtheitsmaß für dieses Modell beträgt 0,28. Der Standardfehler des Schätzers beträgt 1,45. Das heißt, 28% der Variation der abhängigen Variable „subjektive Erfahrungswerte des Arzt hinsichtlich einer Gefährdung im Straßenverkehr“ werden mit den vorliegenden zwei Variablen erklärt (Abbildung 8.9.3).

Im Folgenden werden die unabhängigen Variablen, die zur Erklärung der AV₂ beitragen, näher erläutert:

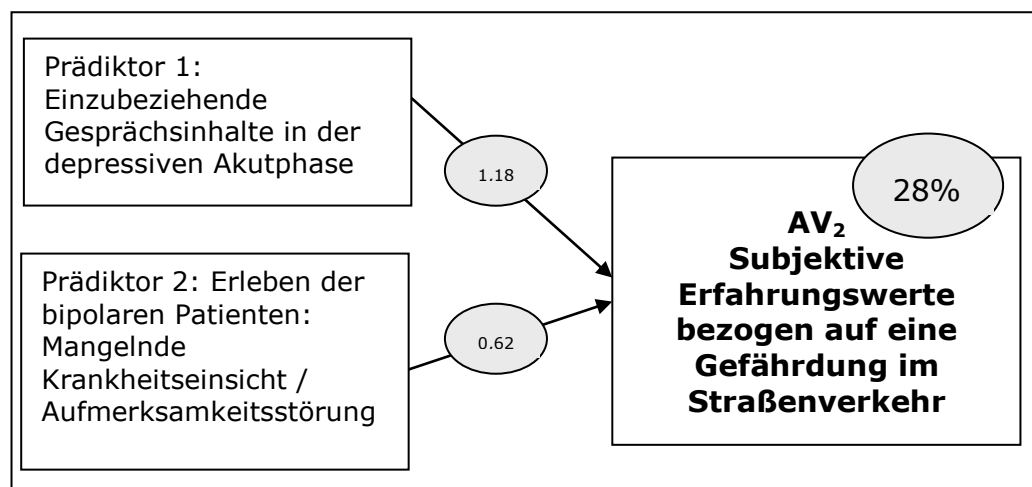
Der Faktor *Bedeutsame Gesprächsinhalte in der depressiven Akutphase* umfasst die Themengebiete *Auswirkungen der Medikamente auf die Fahrtauglichkeit*, die *Auswirkungen des Gesundheitszustandes auf die Fahrtauglichkeit*, das *Risiko der Selbst – und Fremdgefährdung* und die *Selbsteinschätzung der Fahrtauglichkeit durch den depressiven Patienten*.

Als zweites werden die Erfahrungswerte des Arztes hinsichtlich einer Gefährdung im Straßenverkehr durch die von ihm erlebten Patienten-Merkmale *mangelnde Krankheitseinsicht (besonders in den ersten Jahren der Erkrankung)* und das Maß an *Aufmerksamkeitsstörungen (beeinträchtigte Konzentration) der Patienten* erklärt.

Die persönlichen Erfahrungswerte des Arztes werden durch die folgenden Kriterien geprägt: Auto zu fahren ist ein echtes Problem in den Akutphasen (Hypomanie, Manie und Depression); bei bipolaren Patienten beeinträchtigen Störungen der Konzentration und der Aufmerksamkeit das Autofahren; die Medikamente können zu einer unangemessenen Müdigkeit führen und damit die Straßenverkehrsteilnahme gefährden.

Insgesamt greifen Ärzte zur Beurteilung einer (möglichen) Gefährdung im Straßenverkehr auf ihre persönlichen Erfahrungswerte (s.o.) zurück, wenn sie sich neben eines offensichtlichen manischen oder hypomanischen Gefährdungspotential auch mit der Fahrtauglichkeitsproblematik in der depressiven Phase beschäftigen. Zudem müssen darüber hinaus die subjektiv erlebten Patientenprobleme – hier die mangelnde Krankheitseinsicht, Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen – vom Arzt wahrgenommen werden, um die Fahrproblematik anzusprechen.

Abbildung 8.9.3: Regressionsmodell 2



Insgesamt werden die subjektiven Erfahrungswerten des Arztes hinsichtlich einer Gefährdung im Straßenverkehr durch die Krankheitsphase des bipolaren Patienten beeinflusst mit der er im Praxisalltag am ehesten konfrontiert wird: die depressive Akutphase. Denn in dieser Phase besteht für den bipolaren Patient am ehesten die Notwendigkeit, zum Arzt zu gehen; der Leidensdruck ist am höchsten. Im Gespräch mit den Patienten bespricht er umfassend die Einschränkungen des Patienten im Rahmen seiner Erkrankung, die im Anschluss theoretisch auch eine Bewertung der Fahrtauglichkeit ermöglichen. Im Erleben der

bipolaren Patienten spielen für den Arzt in Bezug auf eine wahrgenommene Gefährdung im Straßenverkehr vor allem die mangelnde Krankheitseinsicht und Aufmerksamkeitsstörungen eine bedeutende Rolle. Ein Fortbildungskonzept, das die Ärzte motivieren soll, Aufklärungsgespräche zur Fahrtauglichkeit zu führen, sollten diese Aspekte mit den möglichen Auswirkungen auf die Fahrtauglichkeit ansprechen.

8.9.3. Prädiktoren für die abhängige Variable „Abraten vom Autofahren“

Im dritten Modell wurde die Fragestellung überprüft, inwieweit in kritischen Situationen tatsächlich ein Abraten vom Autofahren erfolgt: Spricht der Arzt aktiv im Gesprächsverlauf die Problematik Fahrtauglichkeit an? (abhängige Variable 3 = AV₃)

Für das dritte Modell lautet die geschätzte Regressionsfunktion:

$$\hat{Y}_3 = b_0 + b_1 \cdot X_1 + b_2 \cdot X_2 + b_3 \cdot X_3 + \dots + b_j \cdot X_j$$

Oder

Abraten vom Autofahren =

0,43 + **0,23** · Ausmaß des praktizierten Compliance Verhalten in Bezug auf Autofahren + **0,83** · Zweifel von Patientenseite an der Therapienotwendigkeit + **0,62** · Einbezug der Risiken bezüglich Selbst- und Fremdgefährdung – **1,16** · Gesetzlicher Rahmen zur Fahrtüchtigkeit von Patienten – **0,77** · Wissen um die Bedeutung des Autofahrens für den Patienten + **0,45** · Mangelnde Krankheitseinsicht und Aufmerksamkeitsstörungen

Das korrigierte Bestimmtheitsmaß für dieses Modell beträgt 0,45. Der Standardfehler des Schätzers beträgt 1,20. Das heißt, dass 45% der Variation der abhängigen Variable „Abraten vom Autofahren durch den Arzt“ mit den vorliegenden 6 Variablen erklärt werden (Abbildung 8.9.4). Die ausführliche Analysedarstellung zu diesem Regressionsmodell findet sich in den Tabellen xy im Anhang.

Im Folgenden werden die unabhängigen Variablen, die zur Erklärung des Abratens des Autofahrens führen, näher erläutert.

Ärzte, die vom Autofahren abraten, nutzen zur Bewertung des *Ausmaßes des praktizierten Compliance Verhaltens hinsichtlich der empfohlenen Nicht-Teilnahme am Straßenverkehr* (UV1) folgenden zu beantwortenden Kriterienkatalog:

- a) Welches Verhältnis konnte bislang zwischen Arzt und Patient aufgebaut werden - ist der Umgang vertraut, offen?
- b) Ist der Patient in Bezug auf die Medikamenteneinnahme compliant. Dies ist Voraussetzung für eine Stabilisierung des bipolaren Patienten und erlaubt dann Fahrtüchtigkeit
- c) Inwieweit erfährt der Patienten Unterstützung von den Angehörigen?
- d) Ist der Patient auch deshalb compliant, weil ein Fahrverbot ihn weiter stigmatisieren würde.

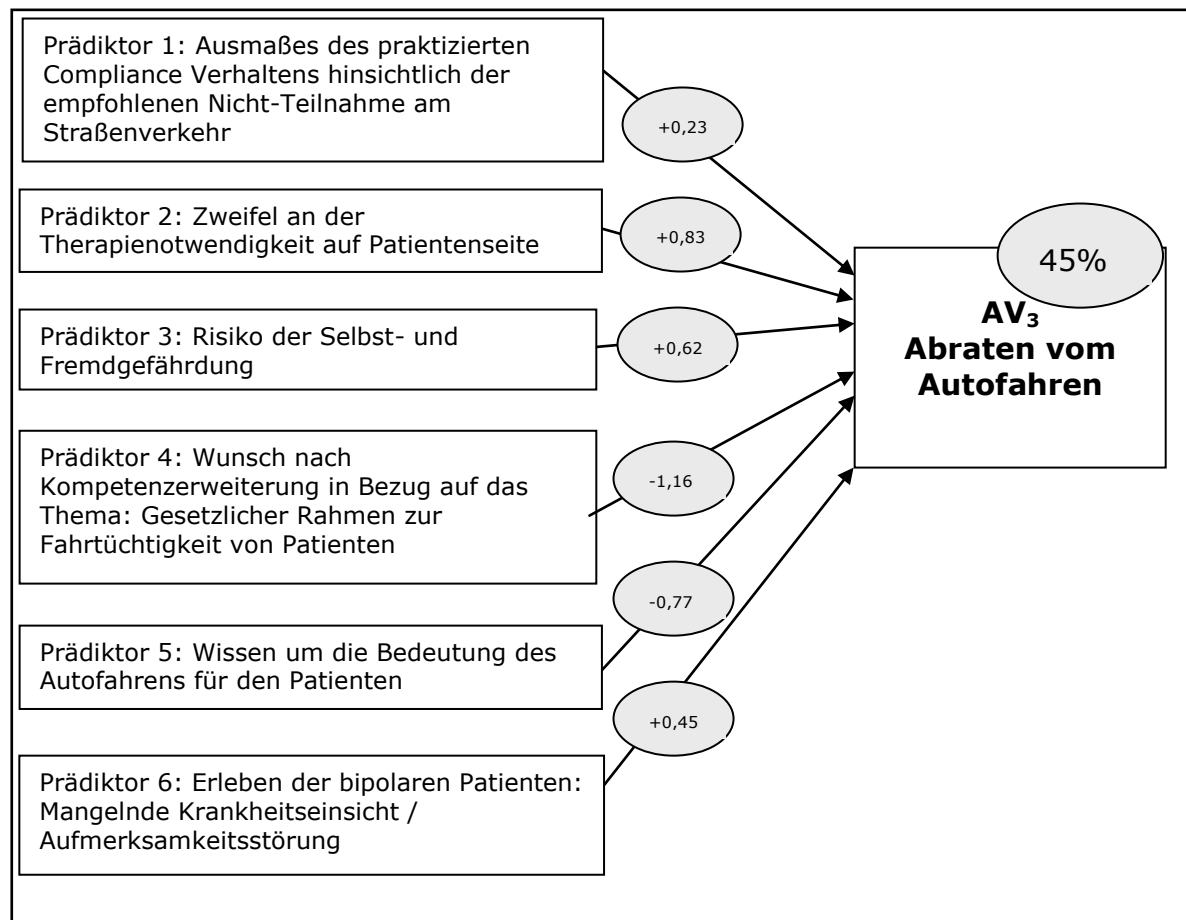
Daneben werden zudem mögliche *Zweifel an der Therapienotwendigkeit* (UV2) durch den Patienten und die Einschätzung des Risikos *einer möglichen Selbst- und Fremdgefährdung* (UV3) durch den Arzt als Indizien für ein zu erfolgendes Abraten herangezogen.

Prägen darüber hinaus mangelnde Krankheitseinsicht und Aufmerksamkeitsstörungen des bipolaren Patienten (UV6) die Erfahrungswerte des Arztes, wird dies in seiner Entscheidung berücksichtigt: Ein Abraten vom Autofahren wird bei angenommener mangelnder Krankheitseinsicht wahrscheinlicher.

Ärzte werden allerdings dann eher nicht vom Autofahren abraten, wenn die Faktoren „Wissen um den gesetzlichen Rahmen zur Fahrtüchtigkeit des Patienten“ (UV4) und „das Wissen um die Bedeutung des Autofahrens für den Patienten“ (UV5) stärker ausgeprägt sind als die oben genannten wahrgenommenen Defizite auf Patientenseite.

Der Arzt benötigt, um kompetent entscheiden zu können, ein fundiertes Wissen (oder zumindest subjektiv wahrgenommenes Wissen) um die rechtskräftigen Rahmenbedingungen. Gleichzeitig muss er die Bedeutung des Autofahrens mit den Patienten partnerschaftlich diskutieren können und mögliche positive Alternativen zum Autofahren aufzeigen können.

Abbildung 8.9.4: Regressionsmodell 3



Insgesamt erfolgt ein Abraten vom Autofahren überlegt. Es werden unterschiedliche Gesichtspunkte in den Entscheidungsfindungsprozess aufgenommen. Die Arztentscheidung wird so auf unterschiedlichen Ebenen positiv und negativ beeinflusst: Er berücksichtigt zum einen seine aufgebaute Beziehung zum Patienten. Er sucht das Gespräch, um eine Selbst- und Fremdgefährdung zu beurteilen. Verhaltensweisen und Bedürfnisse des Patienten werden angesichts seiner eigenen Erfahrungswerte in seiner Entscheidung berücksichtigt. Gleichzeitig nimmt er seine Kompetenzen bzw. die Grenzen seiner Kompetenz wahr.

Ein Abraten vom Autofahren erfolgt immer dann, wenn die folgenden Aspekte im Entscheidungsprozess überwiegen:

- Die wahrgenommenen Compliance - Probleme des bipolaren Patienten hinsichtlich der Medikamenteneinnahme

- die beobachtete Teilnahme an Psychoedukation
- eine antizipierte Gefährdung für den Patienten oder weiterer Personen im Straßenverkehr.

Und, wenn die folgenden Aspekte nachgeordnet im Entscheidungsprozess bewertet werden:

- Mangel an Kompetenz (Wissen um den rechtlichen Rahmen)
- die Bedeutung des Autofahrens für den Patienten.

In einer ausgewogenen Überlegung des Arztes werden alle diese Prädiktoren berücksichtigt werden.

Die AV3 *Abraten vom Autofahren* kann mit den theoretisch begründeten unabhängigen Variablen hinreichend erklärt werden (45%). Das Modell zeigt die notwendigen Ansatzpunkte, eine Entscheidungsgrundlage für den Arzt aufzubauen, die ihn in seiner Entscheidungsfindung stärkt. Den Aufbau von Kompetenzen der Ärzte in Richtung rechtliche Rahmenbedingungen und die Notwendigkeit im Zweifelsfalle kompetente Personen aus dem medizinischem Bereich einzubeziehen, sollte für den Arzt der nächste Schritt sein, um den Therapieerfolg bei seinen bipolaren Patienten durch kompetente Aufklärungsgespräche zur Fahrtauglichkeit zu steigern. In einem weiteren Schritt wäre eine Segmentierung der Ärzte sinnvoll, um möglicherweise unterschiedliche Teilgruppen innerhalb der Gesamt-Facharztgruppe zu identifizieren, die sich in ihrer Bereitschaft Fahrtauglichkeitsgespräche zu führen, unterscheiden.

Auch hinsichtlich der Anwendung der Ergebnisse in der Praxis ist es von Bedeutung der Frage nachzugehen, ob zwischen den betrachteten Ärzten Ähnlichkeiten bestehen. Die vorangegangenen Ergebnisse legen die Vermutung nahe, dass es unterschiedliche Arzttypen gibt, die sich in unterschiedlicher Weise in Bezug auf die abhängigen Variablen verhalten. Daher wird in einem weiteren Schritt überprüft, ob Arztgruppen zusammengefasst werden können, die sich innerhalb ihrer Gruppe möglichst ähnlich verhalten oder als homogen zu bezeichnen sind. Zwischen den verschiedenen Arztgruppen sollte eine möglichst große Heterogenität feststellbar sein. Diese Fragestellung wird im Weiteren mit Hilfe der Clusteranalyse beantwortet werden.

8.10. Clusteranalyse: Gruppierung der Ärzte

Die Clusteranalyse ist ein exploratives Verfahren, das zur Gruppenbildung alle vorliegenden Eigenschaften der Untersuchungsobjekte gleichzeitig zur Gruppenbildung heranzieht (vgl. Backhaus et al., 2008; Bortz, 2005). Im vorliegenden Fall wurde die Clusterzentrenanalyse verwendet. „Die Clusterzentrenanalyse minimiert die Streuungsquadratsumme innerhalb der Cluster mit Hilfe der einfachen euklidischen Distanz, wodurch eine optimale Zuordnung der Objekte zu den Clustern erfolgt“ (Backhaus et al., 2008, S. 445).

Unter Berücksichtigung der vorliegenden Ergebnisse wurden hier alle unabhängigen Variablen einbezogen, die einen Erklärungswert für eine der abhängigen Variablen aufzeigen. Da es das Ziel ist, die möglichen Ärztegruppierungen in ihrem Gesamtentscheidungsprozess zu verstehen und nicht nur in Bezug auf eine der abhängigen Variablen (Modell 1 bis Modell 3), wurden alle unabhängigen Variablen, die zu einer signifikanten Varianzaufklärung in einer/mehreren der abhängigen Variablen beigetragen haben, ungeachtet ihrer Zugehörigkeit zu einem spezifischen Modell in der durchgeführten Clusteranalyse berücksichtigt.

Mit Hilfe der Clusteranalyse kann also eine Typologie der befragten Ärzte hinsichtlich ihrer Einstellung und ihrem Verhalten zu dem Thema Fahrtauglichkeit von bipolaren Patienten aufgestellt werden. In dieser Analyse zur Typologie flossen, wie zuvor erläutert, alle Variablen ein, die anhand der multivariaten Regressionsmodelle als Erklärungswert für die Aufklärungsbereitschaft geeignet waren.

Die Typologisierung der Ärzte führt zu einer gut interpretierbaren Lösung mit drei Clustern. Bei der zwei Cluster Lösung erschien die erhaltene Lösung als zu gering differenzierend in Anbetracht der vorangegangenen Ergebnisse. Die 4er Lösung hingegen wies zwei kaum unterscheidbare Cluster auf. Die im Weiteren verwendeten drei Cluster charakterisieren gut drei unterschiedliche Motivationsstrukturen, die einen Einfluss auf die Gesprächs- bzw. Aufklärungsbereitschaft in Bezug auf Fahrtauglichkeit haben.

Insgesamt zeigen sich in den drei Clustern in einigen Bereichen sehr geringe Unterschiede, vor allem wenn es um die Beschreibung des Krankheitsbildes geht. Andererseits zeigen sich aber auch wesentliche Unterschiede zwischen den durch die drei Cluster konstituierten „Arzttypen“.

In den folgenden Bereichen zeigen sich keine Unterschiede zwischen den Arztclustern:

- Alle Ärzte sehen es als sehr wichtig an, die gesetzlichen Rahmenbedingungen in Bezug auf die Bewertung der Fahrtauglichkeit von bipolaren Patienten zu kennen. Sie sehen hier auch alle Fortbildungsbedarf.
- Mangelnde Krankheitseinsicht wird ebenfalls von allen Ärzten als grundsätzliches Problem bei bipolaren Patienten angesehen.
- Der subjektiv hohe Stellenwert des Autofahrens von den bipolaren Patienten, die motorisiert unterwegs sind, ist allen Ärzten bewusst.
- Zudem stimmen alle Ärzte den plakativen Beschreibungen (Verhaltensweisen in den Akutphasen) der bipolaren Erkrankung in hohem Maße zu: Manische Patienten sind häufig sexuell enthemmt; Depressive Patienten haben gehäuft Alkohol- und Drogenprobleme.

Im Weiteren werden die Typen anhand ihrer unterschiedlichen Motivationsstrukturen, die sich durch die Unterschiede zwischen den Clustern ergeben, beschrieben. Diese Unterschiede tragen vor allem auch zur Beschreibung dieser drei Arzttypen bei und zeigen ihre Einstellung gegenüber dem bipolaren Patienten in Bezug auf die Motivation oder Bereitschaft die Problematik Fahrtauglichkeit einzubeziehen in ein vorhandenes Therapieschema.

- **Typ 1 „Der bewusste Verdränger“ (31 Prozent)**

Dieser Arzttyp sieht sich einerseits als durchaus kompetent an hinsichtlich der Bewertung der Fahrtauglichkeit, andererseits baut er nur wenig Kontakt zum Patienten auf. Er behandelt bipolare Patienten, weil es zu seinen Aufgaben gehört: So kommen Zweifel an der Therapienotwendigkeit seitens der Patienten bei diesem Arzttyp nach eigener Einschätzung kaum vor. Er bewertet zudem den Aspekt der Compliance als weniger wichtig für die Fahrtauglichkeit. Vor allem sein Verhältnis zum Patienten sieht er als wenig relevant an für das Ausmaß an praktizierten Compliance Verhalten durch den Patienten. Tendenziell bewerten sie auch die medikamentöse Compliance des Patienten und den Einbezug der Angehörigen als Unterstützer des Patienten in der Therapie als weniger wichtig als die anderen Arzttypen.

Die Anzahl der Patienten, die ein Auto fahren ist bei diesem Arzttyp am höchsten ausgewiesen: Er weiß (oder glaubt zu wissen?), ob seine Patienten Auto fahren oder nicht. Aber die Mobilität der bipolaren Patienten in den Akutphasen wird von ihm als nur mittelmäßig kritisch angesehen.

Seine Kompetenz bezüglich der Bewertung der Fahrtauglichkeit schätzt er als durchschnittlich ein. Darüber hinaus sieht er anderes medizinisches Fachpersonal mit zusätzlichen Kompetenzen für die Bewertung der Fahrtauglichkeit als wenig geeignet für Aufklärungsgespräche mit seinen Patienten. Er ist der Behandler.

Da unklar ist, ob dieser Arzttyp die Problematik Fahrtauglichkeit ignoriert oder fehlinterpretiert, weil die Kompetenzen diesbezüglich nur durchschnittlich ausgeprägt sind, wurde der Name „bewusste Verdränger“ gewählt.

Bezüglich der soziodemographischen Merkmale zeigte sich nur ein signifikanter Unterschied: das Alter. Hier unterscheidet sich dieser Arzttyp vor allem von dem Typ 2, aber nicht von Typ 3. Das Durchschnittsalter der Ärzte dieses Typus liegt bei 47 Jahre (Typ 2: 42 Jahre und Typ 3: 46 Jahre) und ist damit das höchste.

Sein Verhalten bezogen auf die abhängigen Variablen zeigt, dass er insgesamt am wenigsten eine Patientengefährdung im Straßenverkehr wahrnimmt, und auch die allgemeine Gefährdung im Straßenverkehr am geringsten einschätzt. Zudem sieht er die Notwendigkeit vom Autofahren abzuraten am seltensten im Vergleich zu den anderen beiden Arztgruppen.

○ **Typ 2 „Der Verantwortungsvoll Handelnde“ (36 Prozent)**

Diese Ärzte sehen die Behandlung bipolarer Patienten als Prozess an, der von dem Verhalten aller Beteiligten beeinflusst wird. Er sieht sich in der Verantwortung über die Behandlung der Erkrankung auch das Patientenwohl insgesamt zu verfolgen. Compliantes Verhalten im Sinne eines reziproken Prozesses zwischen Arzt und Patient, bezieht er als Voraussetzung für die Fahrtauglichkeit in den Behandlungsprozess mit ein. Von allen drei Typen hat er in einem ausgewogenem Maß die Einstellung, dass sowohl der Arzt als auch der Patient zu einem complianten Verhalten beitragen: So sieht er sein Verhältnis zum Patient als wichtig an, räumt diesen Aspekt aber keine Sonderstellung ein. Dieses findet sich auch hinsichtlich seiner Bewertung von complianten Verhalten in den anderen Bereichen wider: Medikamentöse Compliance, die Unterstützung durch die Angehörigen ist wichtig, aber nicht allein ausschlaggebend. Die Erwartung nicht stigmatisiert zu werden, leistet für diesen Arzttyp den geringsten Beitrag zum complianten Verhalten des Patienten. Patienten Anliegen, die vor allem durch Zweifel an der Therapienotwendigkeit gekennzeichnet sind, nimmt er ernst. Daneben achtet er auf mögliche Risiken der Selbst- und Fremdgefährdung und möchte diese einschätzen können.

Autofahren sieht er in den akuten Phasen am kritischsten im Vergleich zu den anderen zwei Typen (ein Drittel seiner Patienten fährt Auto). Zudem schätzt er seinen Fortbildungsbedarf am höchsten ein in Bezug auf seine Kenntnisse zur Bewertung der Fahrtauglichkeit; er kennt seine Grenzen. Auch wenn er seinen Fortbildungsbedarf am höchsten einschätzt, bedarf es einer zielgruppengerechten Ansprache: Dieser Arzttyp muss durch ein

Themenangebot angesprochen werden, das auf seine Bedürfnisse ausgerichtet ist:

- Er ist sehr interessiert seine Kenntnisse zu den Bewertungskriterien zur Fahrtauglichkeit zu erweitern.
- Ein weiteres Anliegen von ihm ist, auch die Auswirkungen der depressiven Akutphase auf die Fahrtauglichkeit zu vertiefen (zum Beispiel Auswirkungen der Medikamente / des aktuellen Gesundheitszustands).
- Er möchte eine größere Kompetenz in der Gesprächsführung zur Fahrtauglichkeit mit den Patienten erlangen.

Insgesamt ist er auch nicht abgeneigt, dass medizinisches Personal die Aufgaben der Aufklärung „Fahrtauglichkeit“ übernimmt, wenn sie eine höhere Kompetenz in diesem Bereich aufweisen.

Ärzte dieses Typus sind im Durchschnitt 42 Jahre alt und damit relativ am jüngsten. Diese *verantwortungsvollen* Ärzte nehmen am stärksten eine mögliche Patientengefährdung im Straßenverkehr wahr und greifen auch am stärksten auf ihre subjektiven Erfahrungswerte bezogen auf die allgemeine Gefährdung im Straßenverkehr zurück. Zudem raten sie am häufigsten vom Autofahren ab im Vergleich zu den anderen beiden Arztgruppen.

○ **Typ 3 „Der Selbstsichere Profi“ (33 Prozent)**

Ärzte dieses Typs sehen sich als kompetent in der Behandlung bipolarer Patienten und fühlen sich sicher im Umgang mit ihren Patienten. Daneben schätzen sie sich auch kompetent in Bezug auf die Bewertung der Fahrtauglichkeit ein. Im Detail zeigt sich dies daran, dass sie ihren Einfluss auf den Patienten in Bezug auf compliantes Verhalten am höchsten bewerten. Die medikamentöse Compliance ihrer Patienten ist zweitwichtigstes Kriterium, gefolgt von der Unterstützung durch die Angehörigen. Bei diesem Arzttyp spielt auch Stigmatisierung der Patienten eine bedeutendere Rolle als bei den anderen beiden Arzttypen. Ein Fahrverbot würde dies verstärken. Gleichzeitig sehen sie aufgrund

persönlicher Erfahrungen die Teilnahme am Straßenverkehr (Autofahren) am unkritischsten an. Compliant Patienten sind fahrtauglich.

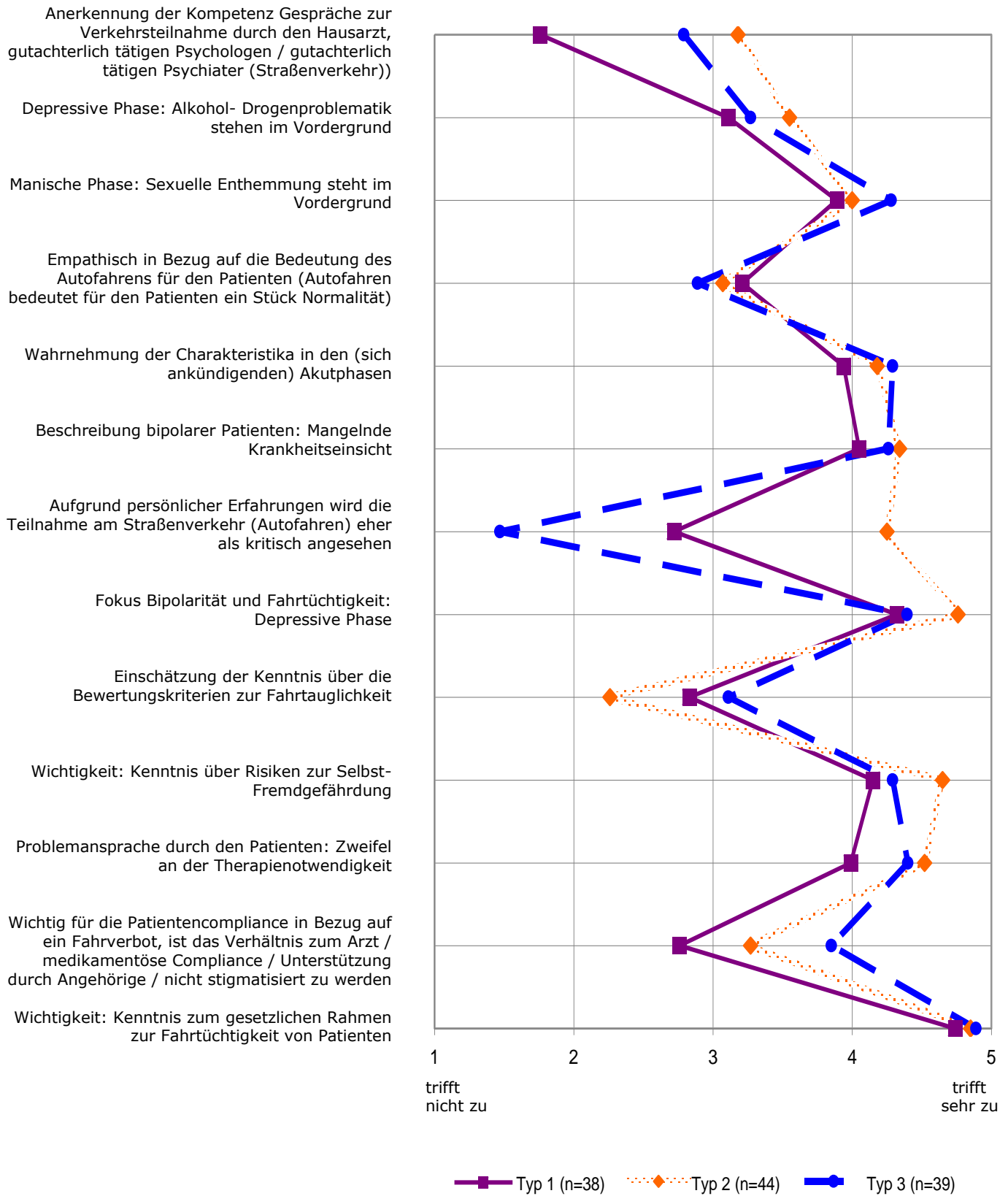
Ihrer eigenen Einschätzung nach kennen sie ihre Patienten sehr gut: So nehmen sie im Vergleich zu den anderen Arzttypen am ehesten die Warnzeichen einer sich ankündigenden Akutphase wahr. Gleichwohl ziehen sie als Bewertungskriterien wie die anderen Ärzte auch nur den aktuellen Zustand des Patienten in ihre Überlegungen ein, Befragungen der Angehörigen zu Auffälligkeiten im Verhalten bleiben aus.

In Bezug auf seine Kenntnisse zur Bewertung der Fahrtauglichkeit schätzt er sich am kompetentesten von allen drei Arztgruppen ein. Allerdings zeigt sich hier eine starke Abweichung zwischen Selbst- und Fremdbild: Gleichwohl schätzt er seine Kompetenz hoch ein, sein objektives Wissen zu den rechtlichen Rahmenbedingungen und den Bewertungskriterien ist gleichermaßen defizitär wie bei allen Ärzten (vgl. Anhang D).

Insgesamt ist dieser Arzttyp nicht abgeneigt, dass medizinisches Personal die Aufgaben der Aufklärung „Fahrtauglichkeit“ übernimmt, dies entlastet ihn.

Diese selbstsicheren Ärzte nehmen eine durchschnittliche Patientengefährdung im Straßenverkehr wahr und auch die allgemeine Gefährdung im Straßenverkehr wird aufgrund eigener Erfahrung durchschnittlich eingeschätzt. Ein Abraten vom Autofahren erfolgt eher als bei dem „bewussten Verdränger“, aber seltener als bei dem verantwortungsbewussten Arzt.

Abbildung 8.10.1: Typologie der Ärzte



Zusammenfassend ergeben sich die drei Arzttypen der „Verantwortungsvoll Handelnde“, der „Selbstsichere Profi“ und der „bewusste Verdränger“.

Der „verantwortungsvoll Handelnde“ sieht die Problematik der Fahrtauglichkeit bei bipolaren Patienten am ehesten und zeigt latent die größte Bereitschaft Aufklärungsgespräche hinsichtlich der Fahrtauglichkeit zu führen. Er bezieht seine Patienten in die Behandlung aktiv ein. Fahrtauglichkeitsbewertungen gehören für ihn theoretisch zu einem umfassenden Behandlungskonzept dazu. Hier sieht er für sich auch weiteren Fortbildungsbedarf, um patientengerechter zu handeln.

Der Selbstsichere Profi erachtet sich selber als kompetent im Umgang mit seinen bipolaren Patienten. Damit kann er subjektiv auch die Fahrtauglichkeit mit dem ihm zur Verfügung stehenden Mitteln einschätzen. Im Grunde genommen liegt in seinen Augen kein Problem vor, seine Patienten sind compliant und das ist die Grundvoraussetzung für die motorisierte Teilnahme am Straßenverkehr. Er fühlt sich hier sicher, denn er bewegt sich im Rahmen der Richtlinien. Es zeigt sich bei diesem Typen allerdings, dass hier die größte Diskrepanz zwischen Selbst- und Fremdbild vorliegt (gemessen an der wahrgenommenen eigenen Kompetenz im Vergleich zu den objektiv abgefragte Kriterien zu rechtlichen Rahmenbedingungen und Bewertungskriterien, vgl. Anhang D).

Der *bewusste Verdränger* muss erst von der Notwendigkeit überzeugt werden, das Thema Fahrtauglichkeit in seinem Behandlungsprozess aufzunehmen. Erst dann ist die Voraussetzung für eine Aufklärungsbereitschaft zur Fahrtauglichkeit gegeben. Seine Einstellung steht dem entgegen, denn seiner Einschätzung nach kann er die Fahrtauglichkeit seiner Patienten ausreichend bewerten.

Es hat sich alles in allem gezeigt, dass unterschiedliche psychologische Bedingungen (z. B. Struktur der Arzt-Patienten Beziehung, subjektives Erleben der Erkrankung und der Patienten, Kompetenz) in unterschiedlichem Ausmaß die Bereitschaft zu einem Gespräch über die Fahreignung mit dem Patienten determinieren. Es wurden drei Modelle gefunden, die eine hinreichende Erklärung liefern, wie in Bezug auf das Arzt-Patienten Gespräch mit der Thematik Fahreignung ein effektives Ansprechen der Ärzte und die Ausgestaltung der Beratungssituation bewerkstelligt werden kann. Wie man sich dies im Einzelnen vorstellen kann, soll im Weiteren diskutiert werden.

9. Zusammenfassende Diskussion und Schlussfolgerungen

Die folgenden Abschnitte fassen zusammen die Ausgangslage, die daraus abgeleiteten relevanten Aufgabenstellungen der Untersuchung sowie deren Ziel, dargestellt werden ferner die Erhebungsmethode und die wesentlichen Ergebnisse zur Psychologie der Ärzte (=Typologie der Psychiater). Darüber hinaus werden deren Folgen für das Konzept einer Fortbildung diskutiert, die Fachärzten hilft, das Thema der Fahrtauglichkeit in ihre Gespräche mit bipolaren Patienten zu integrieren.

9.1. Ausgangslage, Fragestellung und Zielsetzung

Die Ausgangslage der Untersuchung war eine Bestandsaufnahme der Literatur zur Problematik der Fahrtauglichkeit bipolar Erkrankter. Das Ergebnis war wenig befriedigend. Denn es existieren nur wenige Beiträge, sodass von einer Vernachlässigung dieses Themas in der Literatur gesprochen werden muss. Zugleich gewinnt die aktive Rolle des Arztes im Arzt-Patientengespräch in der medizinischen Psychologie, der medizinischen Soziologie und in der gesundheitspolitischen Diskussion an Bedeutung. Dabei geht es zum Beispiel darum, dass der Arzt den Patienten stärker in den Behandlungsablauf einbezieht und mit ihm Therapieziele vereinbart. Die gemeinsamen Therapieziele sind nach erfolgreicher Diagnose weitestgehend auf die medikamentöse Compliance ausgerichtet, um präventiv den Krankheitsverlauf positiv zu gestalten. Allerdings ist die Vereinbarung gemeinsamer Ziele in der Therapie ein Prozess, der auf Seiten des Arztes und des bipolaren Patienten neben wechselseitigem Informationsaustausch auch Vertrauen, Glaubwürdigkeit, Sympathie, Zuwendung, Akzeptanz und Empathie erfordert. Auf Seiten des Arztes fließen zum Beispiel ein: Informationen zur Diagnose, zu Therapiemöglichkeiten, Psychoedukation, Antizipation der Auswirkungen von krankheitsbedingten Veränderungen und den daraus folgenden Konsequenzen für den bipolaren Patienten. Zu den Konsequenzen können etwa ein Wechsel des Berufs bei arbeitsplatzbedingt unregelmäßigem Tages- und Nachtrhythmus zählen, aber auch das Problem einer eingeschränkten Fahrtauglichkeit. Die bipolaren Patienten sind unterdessen gefordert, offen über ihre Einnahme von Medikamenten oder ihre Versuche, diese auszulassen, zu sprechen, das eigene Verhalten zur Vermeidung von kritischen, phasenauslösenden Ereignissen oder Situationen, wie Stress im Straßenverkehr, zu beobachten, aber auch zum Beispiel

die durch ihre Erkrankung hervorgerufenen Schwierigkeiten im Alltag zu benennen. Die Qualität dieser Beziehung bestimmt das Ausmaß der Compliance im psychologischen Sinne (vgl. Kapitel 5; vgl. Bergler 2006).

Nach Brunbauer und Laux (2008) rückten in den vergangenen Jahren vermehrt Fragen der Verkehrssicherheit bei Arzneimittelleinnahme in den Fokus des gesellschaftlichen Interesses. Allerdings ist die Unsicherheit sowohl des Arztes als auch des bipolaren Patienten bei diesem Thema groß. Oft spricht der Arzt dieses Thema nicht an, weil er sich unsicher darüber ist, wie er mit dem Patienten zu diesem Thema ins Gespräch kommen soll oder inwiefern berechtigter Grund zu der Annahme besteht, die Fahrtauglichkeit des Patienten anzuzweifeln. Patienten wiederum plagt Unsicherheit darüber, welche weiteren Konsequenzen ein Verzicht auf die Mobilität durch das Auto bedeuten könnte.

Insgesamt zeigt die geringe Aufmerksamkeit, die diesen Themen derzeit in der Forschung zuteil wird, den Bedarf, das Problem der Fahrtauglichkeit bipolarer Patienten schon um der Prävention willen auch jenseits der Möglichkeiten der medikamentösen Therapie stärker ins Bewusstsein des Arztes zu rücken.

Aufgabe dieser Arbeit war es, die Sicht des Arztes auf seine alltägliche, aber immer wieder Probleme mit sich bringende Situation in der Kommunikation mit bipolaren Erkrankten hinsichtlich Risikoverhalten zu erkunden. Als Beispiel für Risikoverhalten diente in der vorliegenden Arbeit die motorisierte Teilnahme im Straßenverkehr als ein wesentlicher Funktionsbereich im Alltagsleben, dies nicht zuletzt deshalb, weil dort neben der Eigengefährdung auch eine mögliche Fremdgefährdung entstehen kann, ohne dass im Regelfall Konsequenzen zwingend antizipiert werden.

Ziele der vorliegenden Untersuchung waren,

1. die psychologische Struktur der Bedingungen für die Bereitschaft der Fachärzte, ihre Patienten aufzuklären, zu analysieren und
2. die Konsequenzen darzustellen, die aus diesen Forschungsergebnissen zu ziehen sind, um es Fachärzten zu erleichtern, zur Prävention im Gespräch mit bipolaren Patienten deren Fahrtauglichkeit zu thematisieren.

9.2. Erhebungsmethode und Analyse

Aufgrund der oben geschilderten Problemstellung ging die vorliegende Untersuchung von der Notwendigkeit eines theoretisch begründeten empirischen Forschungsvorgehens aus, das der subjektiven Erlebnisperspektive der Ärzte und damit auch deren Einstellungs-, Orientierungs- und Verhaltensmuster gerecht wird.

Vor der Erstellung standardisierter Interviews, die eine Anwendung differenzierter und aussagekräftiger Statistiken erlauben, wurden die bereits vorhandenen Einstellungs-, Orientierungs- und Verhaltensmuster an der interessierenden Population zunächst im Feld qualitativ – explorativ - erhoben. Dadurch wurde sicher gestellt, dass die standardisierten Interviews auf Aussagen basieren, die den spezifischen Charakteristika der Zielgruppe gerecht werden und in der Sprachform der Probanden formuliert sind. Auf der Basis des entwickelten standardisierten Interviews ist es damit möglich, in weiteren Studien zur Aufklärungsbereitschaft hinsichtlich der Fahrtauglichkeit bipolar Erkrankter auf ein empirisch entwickeltes Erhebungsinstrumentarium zurückzugreifen und dabei auch relevante Teilskalen nach Überprüfung der Zielgruppenspezifität zu verwenden.

Die Auswertung orientierte sich an dem für die vorliegende Arbeit entwickelten heuristischen Modell (vgl. Kapitel 7). Die Schlüsselkonzepte, die für die Entwicklung des theoretischen Ansatzes und dann der empirischen Untersuchung herangezogen wurden, sind

- die situativen Rahmenbedingungen der ärztlichen Praxis wie die Tätigkeit des Arztes im Krankenhaus oder einer Klinik bzw. die Tätigkeit des Arztes in einer niedergelassenen Praxis, die zur Verfügung stehende Zeit für ein Gespräch
- die Qualität der Interaktion zwischen Arzt und Patient bzw. Angehörigen im Gespräch bzw. während der Therapie und ihre Auswirkung auf die Bereitschaft des Arztes aufzuklären, erhoben aus der Sicht des Arztes
- die Einstellungen des Arztes zu dem Krankheitsbild und zu der Persönlichkeit des bipolaren Patienten
- die subjektive Kompetenz des Arztes in seinen unterschiedlichen Aufgaben: ärztliche Hilfe in der unmittelbaren Begegnung von

Patient und Arzt durch die zumeist medikamentöse Behandlung, die Fürsorge des Arztes wie die Beobachtung der Nachhaltigkeit von Compliance und der Vorsorge (Prävention), im Kontext dieser Untersuchung am Beispiel der Aufklärung von Patienten über ihre Fahrtauglichkeit

- die Bereitschaft des Arztes, das Thema Fahrtauglichkeit anzusprechen bzw. den Patienten aufzufordern, nicht motorisiert am Straßenverkehr teilzunehmen, und damit eine Mitverantwortung für den Patienten zu übernehmen.

In der vorliegenden Untersuchung wurden einerseits bivariate, andererseits multivariate Analysemethoden angewandt (vgl. Kapitel 8.2). In den bivariaten Analysen (korrelative Zusammenhänge nach Pearson) konnten signifikante Zusammenhänge zwischen der Aufklärungsbereitschaft der Ärzte und den Einflussgrößen der Schlüsselkonzepte festgestellt werden (vgl. Kapitel 8.2 ff.). Diese bivariaten Analysen erlauben Aussagen über Zusammenhänge zwischen den empirisch ermittelten Konstrukten (unabhängigen Variablen) und den abhängigen Variablen (Motivation des Arztes, ein Aufklärungsgespräch zur Fahrtauglichkeit zu führen bzw. vom Autofahren abzuraten). Mit Hilfe des multivariaten Verfahrens der Regression (vgl. Kapitel 8.9) wurden in einem nächsten Schritt diejenigen Prädiktoren identifiziert, die besonders die Bereitschaft des Arztes fördern, ein Gespräch mit den bipolaren Patienten über deren Fahrtauglichkeit zu suchen.

Die auf diese Weise ermittelten drei Regressionsmodelle (vgl. Kapitel 8.9.1 bis Kapitel 8.9.3: a) Subjektive Wahrnehmung der Patientengefährdung im Straßenverkehr, b) Subjektive Erfahrungswerte bezogen auf eine allgemeine Gefährdung im Straßenverkehr und c) Abraten vom Autofahren) zeigten die Ansatzpunkte dazu auf, welche Bedingungen grundsätzlich erfüllt sein müssen, um dem Arzt eine Grundlage zu liefern, die ihn in seiner Entscheidung stärkt, hinsichtlich der Fahrtauglichkeit aufzuklären.

Anschließend fand eine Segmentierung (Typologie) der Ärzte statt hinsichtlich ihrer Einstellung und ihrem Verhalten zu dem Thema Fahrtauglichkeit von bipolaren Patienten. Denn Ziel war es, mögliche Ärztegruppen in ihrem Entscheidungsprozess zu verstehen und nicht nur in Bezug auf eine der abhängigen Variablen (Regressionsmodelle 1 bis 3; vgl. Kapitel 8.9). In diese Analyse zur Typo-

logie flossen alle Variablen ein, die anhand der multivariaten Regressionsmodelle als Erklärungswert für die Aufklärungsbereitschaft geeignet waren. Diese Variablen sind im Einzelnen die Folgenden (vgl. Kapitel 8.9.1 bis Kapitel 8.9.3):

- *Erlebte Probleme in den Akutphasen der bipolaren Patienten*
- *Kritische Sicht des Autofahrens in den Akutphasen des bipolaren Patienten*
- *Einstellung gegenüber manischen Patienten (sexuelle Enthemmung als dominantes Merkmal)*
- *Einstellung gegenüber depressiven Patienten (dominante Risiken: Alkoholabhängigkeit, Drogenprobleme)*
- *Kenntnis über die Bewertungskriterien für die Fahrtauglichkeit*
- *Delegation der Aufklärungsgesprächs an Dritte (= medizinisches Fachpersonal)*
- *Interesse an der Thematik Fahrtauglichkeit in der depressiven Akutphase: Bewertung der Auswirkungen von Medikamenten, der Selbst-Fremdgefährdung, die Selbsteinschätzung des depressiven Patienten und die Auswirkungen des Gesundheitszustandes auf die Fahrtauglichkeit*
- *Ausmaß des praktizierten Compliance-Verhaltens in Bezug auf Autofahren*
- *Zweifel von Patienten an der Notwendigkeit der Therapie*
- *Einbezug der Risiken bezüglich Selbst- und Fremdgefährdung*
- *Gesetzlicher Rahmen zur Fahrtüchtigkeit von Patienten*
- *Wissen um die Bedeutung des Autofahrens für den bipolaren Patienten*
- *Mangelnde Krankheitseinsicht und Aufmerksamkeitsstörungen der bipolaren Patienten.*

Bei Typologisierung der Ärzte treten drei unterschiedliche Motivationsstrukturen zutage, welche die Bereitschaft zu Gesprächen bzw. zur Aufklärung in Bezug auf Fahrtauglichkeit in unterschiedlichem Maße beeinflussen.

9.3. Ergebnisse zur Psychologie der Ärzte

Die empirische Untersuchung hat gezeigt, dass es drei verschiedene Arzttypen gibt, für welche das Thema der Fahrtauglichkeit bipolarer Patienten im Praxisalltag eine unterschiedliche Bedeutung hat und die daher zielgruppenspezifisch, das heißt den jeweiligen Arzttypus berücksichtigend, adressiert werden müssen.

Generell haben alle drei Typen („verantwortungsvoll Handelnder“, „selbstsicherer Profi“ und „bewusster Verdränger“; vgl. Kapitel 8.10) ein Defizit an Wissen über die rechtlichen Rahmenbedingungen und auch die Bewertungskriterien in Bezug auf die Fahrtauglichkeit von bipolaren Patienten. Wissen ist allerdings immer erst eine notwendige und noch keineswegs hinreichende Grundvoraussetzung für die Änderung von Einstellung und Verhalten. Somit wird es notwendig, zunächst einmal das Wissen über die gesetzlichen Rahmenbedingungen zu vermitteln. Zudem muss auch das Bewusstsein gefördert werden, dass eine Aufklärung der Patienten hinsichtlich ihrer Verkehrstauglichkeit als Teil der Behandlung nicht nur zu kommunizierender Pflichttext ist, sondern seinen Stellenwert im Arzt-Patienten-Gespräch verdient. Entscheidend ist aber auch, dass den gemeinsamen Entscheidungen auch die notwendigen Konsequenzen im Verlauf der Therapie hinsichtlich deren Ziele folgen.

Die Unterschiede zwischen den drei Typen haben letztlich auch unterschiedliche Konsequenzen für die Konzeption möglicher Fortbildungen von Ärzten zur Thematik Fahrtauglichkeit und bedürfen daher einer typenspezifischen Ausformulierung.

Die drei durch Clusteranalyse gewonnenen Typen haben unterschiedliche Angaben zu ihrem Umgang mit der Aufklärung zur Fahrtauglichkeit gemacht. Während einer der drei Arzttypen latent die Bereitschaft zeigt, mit seinen Patienten präventiv die Fahrtauglichkeit zu besprechen, sehen sich die anderen zwei Typen weniger in der Verantwortung oder erachten es als eher nicht notwendig, ihre Patienten über deren Fahrtauglichkeit aufzuklären.

1. Die latente Bereitschaft, präventiv Aufklärungsgespräche zur Fahrtauglichkeit zu führen, ist am ehesten bei Typ 2, dem *verantwortungsvoll Handelnden* (Segmentgröße: 36%), zu erkennen. Er zeigt sich als Arzttyp sehr engagiert und bezieht seine Patienten und deren Angehörige in die Behandlung aktiv mit ein. Fahrtauglichkeitsbewertungen gehören für ihn derzeit allerdings nur bedingt zu einem umfassenden Behandlungskonzept dazu. Er stellt sich der Aufgabe, den Patienten ärztliche Hilfe durch zumeist medikamentöse Behandlung zukommen zu lassen. Er übernimmt aber auch Aufgaben der Fürsorge wie zum Beispiel die Beobachtung der Nachhaltigkeit von Compliance- Verhalten. Nur bei zwingendem Handlungsbedarf aber betreibt er Vorsorge in der Form, dass er Patienten hinsichtlich ihrer Fahrtauglichkeit aufklärt und ihnen nötigenfalls von einer

Teilnahme am Straßenverkehr abräät: Er achtet in diesem Kontext auf Signale, wie typische Charakteristika der Manie, mangelnde Krankheitseinsicht, verbunden mit dem Hinweis der Patienten, Probleme im Straßenverkehr zu haben, aber auch auf Frühwarnzeichen für eine sich ankündigende Akutphase. Er unterscheidet sich von den beiden anderen Typen dadurch, dass er auch der depressiven Akutphase gesonderte Aufmerksamkeit bezogen auf die Fahrtauglichkeit schenkt. Insgesamt zeigt er generell Bereitschaft, Verantwortung zu übernehmen. Sein Defizit an Wissen über die Bewertung der Fahrtauglichkeit und die gesetzlichen Rahmenbedingungen schränkt ihn allerdings derzeit in seiner Handlungskompetenz ein.

2. Der *selbstsichere Profi* (Segment Typ 3: 33%) hat ein geringes Interesse, präventiv Gespräche mit seinen bipolaren Patienten zur Fahrtauglichkeit zu führen und in seinen Behandlungsplan als einen festen Bestandteil einzubauen. Unabhängig davon schätzt er sich als kompetent genug ein, situativ die Fahrtauglichkeit seiner Patienten mit den ihm zur Verfügung stehenden Mitteln einschätzen. Compliance in Bezug auf die Einnahme von Medikamenten sieht er als Teilerfolg seines ärztlichen Handelns an. Er ist Mittler der Therapie und vermittelt den Patienten daher den notwendigen Behandlungsplan individuell. Die motorisierte Teilnahme am Straßenverkehr sieht er als unproblematisch an, da er von sich überzeugt ist, etwaige Risiken, die zu einer Beeinträchtigung der Fahrleistung seiner bipolaren Patienten führen können, frühzeitig erkennen und kurzfristig eingreifen zu können mit der Aufforderung, nicht motorisiert am Straßenverkehr teilzunehmen. Sein Wissen über Bewertungskriterien zur Fahrtauglichkeit und auch über die rechtlichen Rahmenbedingungen ist objektiv allerdings nicht besser als bei den anderen beiden Typen. Auch der selbstsichere Profi zeigt erhebliche Wissensdefizite.
3. Der *bewusste Verdränger* (Segment Typ 1: 31%) zeigt das geringste Interesse, das Thema Fahrtauglichkeit in seine Behandlung aufzunehmen, auch wenn die Gründe in anderen Bereichen liegen als bei dem *selbstsicheren Profi*. Er ist entweder frustriert von dem Behandlungsalltag oder zu „träge“, um einen intensiven Patientenkontakt aufzubauen. Seine primären Aufgaben liegen in der Diagnose, der adäquaten medikamentösen Behandlung und der Kontrolle der medikamentösen Compliance. Die Ein-

schätzung der Fahrtauglichkeit nimmt er vor bei antizipierten Risiken bezogen auf eine mögliche Selbst-oder Fremdgefährdung des Patienten, und wenn der Patient Zweifel an der Therapienotwendigkeit äußert. Die Qualität der Arzt-Patientenbeziehung sieht er hingegen als wenig relevant an für das Ausmaß an praktiziertem Compliance-Verhalten des Patienten in Bezug auf ein Fahrverbot. Letztere (die Qualität) allerdings ist wesentlich, damit ein Arzt-Patientengespräch stattfinden kann, das es dem Patienten ermöglicht, zum Beispiel Zweifel an der Therapienotwendigkeit zu äußern.

Der Anteil der Patienten, die Auto fahren, ist bei diesem Arzttyp am höchsten: Er weiß oder er glaubt zu wissen, ob seine Patienten Auto fahren oder nicht. Die Mobilität bipolarer Patienten in Akutphasen stuft er als nur mäßig kritisch ein. Dies beruht allerdings darauf, dass er objektiv gesehen Defizite an Wissen über die Bewertung der Fahrtauglichkeit hat, er sich subjektiv allerdings als kompetent ansieht, die Fahrtauglichkeit seiner bipolaren Patienten bewerten zu können.

Schlussfolgernd ergibt sich: Generell besteht ein immer größer werdender Bedarf an Fortbildung, was die Fahrtauglichkeit bipolarer Patienten betrifft. Eine solche Fortbildung sollte Ärzten helfen, das Thema Fahreignung zu einem integrativen Bestandteil des Arzt-Patientengesprächs zu erklären und somit effektiver zu beraten.

9.4. Schlussfolgerungen für mögliche Fortbildungskonzeptionen

Die empirische Analyse hat gezeigt, dass es unter den Ärzten signifikante Unterschiede gibt hinsichtlich der subjektiv empfundenen Notwendigkeit, Aufklärungsgespräche zu führen und sich mit der Thematik Fahrtauglichkeit auseinanderzusetzen. Aus der Typologie lässt sich die Notwendigkeit einer typenspezifischen Fortbildungskonzeption ableiten. Deren Ziel ist es, Unsicherheiten im Arzt-Patientengespräch zum Thema Fahrtauglichkeit zu minimieren, um die Situation sowohl des Arztes als dem Behandelnden als auch des bipolaren Patienten im Umgang mit seiner Erkrankung zu verbessern und beide überhaupt für dieses Thema zu sensibilisieren. Denn die Kommunikation im Arzt-Patienten Gespräch bestimmt die Qualität dieser Beziehung und damit auch das Ausmaß der Compliance im psychologischen Sinne (vgl. Kapitel 9.1).

9.4.1. Schlussfolgerungen für mögliche Fortbildungskonzeptionen - Arzttyp „Verantwortungsvoll Handelnder“

Im Interesse der Effektivität von Fortbildungskonzepten sollte eine zielgruppenspezifische Problemdarstellung und Themenauswahl getroffen werden. Aufgrund der Interessenlage und der dahinter stehenden Segmentgröße erscheint die Konzeption einer Fortbildungsveranstaltung oder einer Fortbildungsreihe für den Arzttyp *verantwortungsvoll Handelnder* als besonders geeignet. Dieser Arzttyp kann als *early adopter* (=erster Teilnehmer an dieser Fortbildung) für eine später breitere Umsetzung gesehen werden und wäre somit ein Vorreiter, was die präventive Einführung des Themas Fahrtauglichkeit bipolarer Patienten ins Arzt-Patienten-Gespräch angeht.

Die zentrale Frage in diesem Kontext ist daher, wie eine solche Fortbildung oder Veranstaltungsreihe für diesen Arzttyp, den „verantwortungsvoll Handelnden“, so konzipiert werden kann, dass er mit hoher Wahrscheinlichkeit daran teilnimmt? Und darüber hinaus stellt sich die Frage, wie ein Fortbildungsplan für diese interessierte Arztgruppe aufgestellt werden kann, welcher zum einen die notwendigen geforderten Informationen liefert, gleichzeitig aber auch die Motivation erhöht, Wissen in Handeln umzusetzen, also den Präventionsgedanken in die Therapie aufzunehmen?

Aufgrund der empirischen Analysen lassen sich spezifische Anforderungen an die Konzeption einer Fortbildung der Arztgruppe „verantwortungsvoll Handelnder“ zu dem Thema Aufklärung von bipolaren Patienten hinsichtlich ihrer Fahrtauglichkeit formulieren, deren kausal gerichteter Einfluss auf die Aufklärungsbereitschaft ebenfalls als relevant und gesichert angesehen werden kann. Um den Arzt zu motivieren, an einer solchen Fortbildung teilzunehmen, und seine Neigung zu verstärken, in Gesprächen mit bipolaren Patienten deren Fahrtauglichkeit zu thematisieren, sind somit folgende Teilaspekte zu berücksichtigen.

Als grundsätzliche Anforderung an eine Fortbildung zum Thema Fahrtauglichkeit kann der Aufbau von Sachkompetenz in den Bereichen rechtliche Rahmenbedingungen zur Fahrtauglichkeit bipolar Erkrankter und in einem weiteren Schritt die Vermittlung der Bewertungskriterien zur Fahrtauglichkeit formuliert werden. Denn das aufgezeigte vorliegende Defizit an Wissen über die Bewertungskriterien zur Fahrtauglichkeit und über die gesetzlichen Rahmenbedingungen schränkt den „verantwortungsvoll Handelnden“ derzeit in seiner Handlungskompetenz ein.

Anforderungen an eine Fortbildung:

A. Aufbau von Sachkompetenz

- a)** Bei der Vermittlung der unten aufgeführten Teilaspekte der Sachkompetenz ist in der Ansprache die Motivation des *verantwortungsvoll Handelnden* einzubeziehen. Diese beruht darauf, *patientengerechter zu handeln*. Beispiele zur Verdeutlichung der einzelnen Themenbereiche (s.u.) sollten dies berücksichtigen.
- b)** Rechtliche Rahmenbedingungen sind klar und empfängerorientiert zu kommunizieren. Die Vermittlung von Wissen sollte Bezug zur Praxis haben, indem etwa Beispiele aufgeführt werden, wie der bipolare Patient unter den spezifischen Rahmenbedingungen seiner Erkrankung bezüglich seiner Fahrtauglichkeit aufgeklärt werden kann.
- c)** Fahrtauglichkeitsbewertungen müssen für diesen Arzttyp Bestandteil eines umfassenden Behandlungskonzeptes sein. Hierzu sind ihm Kriterien an die Hand zu geben, um seinem Bedarf an Fortbildung in diesen Punkten gerecht zu werden. Kriterien der Fahrtauglichkeit sollten eindeutiger festgelegt werden, um den Ärzten Entscheidungssicherheit zu geben und sie nicht alleinverantwortlich für die Entscheidung dastehen zu lassen. Derzeit besteht zu Beginn zum Beispiel in der manischen Phase und in akuten Phasen mit wahnhaftem Charakter in der Regel keine Fahrtauglichkeit (vgl. Kapitel 3), später in der Erhaltungsmedikation ist eine Verkehrsteilnahme in der Regel nicht zu verneinen. Für eine Fahrerlaubnis sind nicht die Dosierung der Medikation, sondern die individuell unterschiedlichen Funktionsbeeinträchtigungen relevant. Sie sind im Einzelfall von dem behandelnden Arzt abzuschätzen. Es obliegt laut Gesetz (vgl. Kapitel 3) der subjektiven Einschätzung des Arztes, ein Fahrverbot auszusprechen, allerdings scheint diese ohne feste Kriterien beliebig. Damit bleiben folgende Fragen ungeklärt: Wie stark muss eine Aufmerksamkeitsstörung sein, damit der Arzt ein Fahrverbot aussprechen muss? Wann sind Angehörige durch Befragungen zum Verhalten des Patienten mit einzubeziehen, um die Sicherheit in der Entscheidung zu erhöhen?

Vorstellbar ist auch, dass phasenabhängige Kriterien aufgestellt werden. Hierzu sollten zum Beispiel die folgenden Fragen beantwortet werden können: Über welche Auswirkungen des Gesundheitszustand auf die Fahr-

tüchtigkeit muss der Patient in den unterschiedlichen Phasen informiert werden? Wie steht es in diesem Zusammenhang um kommunizierbare Kriterien zur Einordnung der Selbst- und Fremdgefährdung im Straßenverkehr? Wie kann die Selbsteinschätzung des Patienten zum Beispiel in der hypomanen Phase bezüglich seiner Fahrtauglichkeit realistisch, d.h. der Situation angemessen, bewertet werden? Dabei sollte auch die Notwendigkeit und die Kontrolle der Teilnahme des Patienten an Psychoedukation für bipolar Erkrankte eingeschlossen werden.

Neben einer reinen Wissensvermittlung kann als weiteres Instrument die Vermittlung der Erlebniswirklichkeit bipolarer Patienten und von deren Fahrverhalten genutzt werden, zum Beispiel in Form eines Fahrsimulators, von Videosequenzen mit bipolaren Patienten, die ihre Erlebnisse schildern. Denn je realitätsnäher eine Fortbildung konzipiert wird, umso verhaltensnäher wird sie im Alltag umgesetzt werden. Gerade die Erweiterung der Sachkompetenz in Bezug auf das Wissen um die Risiken der Selbst- und Fremdgefährdung ist ein wichtiger Punkt, der den Arzttypus *verantwortungsvoll Handelnder* anspricht.

- d)** Eine weitere Anforderung ist die Identifikation von Frühwarnzeichen. In diesem Zusammenhang ist es wichtig, die Diagnosekriterien für die bipolare Erkrankung zu reflektieren, um das Spektrum der Akutphasen bewusst zu machen. Derzeit prägen das Bewusstsein auch dieses Arzttyps offensichtliche, plastisch beschriebene Beispiele der Akutphasen: In der manischen Phase wird auf die Kategorie sexuelle Enthemmung zurückgegriffen, um eher von einer Patientengefährdung auch im Straßenverkehr auszugehen zu können. In der depressiven Akutphase werden die Drogen- und Alkoholproblematik als Warnzeichen gesehen. Hier gilt es, in das Bewusstsein der Ärzte das Spektrum der Beispiele zu rücken, die weniger prägnant sind, die den Patienten aber ebenso im Straßenverkehr gefährden können. Die empirische Analyse hat gezeigt, dass auf Seiten der Ärzte Unsicherheiten nicht nur hinsichtlich der Manie, sondern auch gerade der Depression bestehen. Als ein Baustein der Fortbildung sollten in diesem Zusammenhang auch die Auswirkungen der Medikamente und deren Nebenwirkungen auf die Fahrtauglichkeit umrissen werden. Somit sollte dem Arzt auch Hilfestellungen gegeben werden, wie sich die verschriebenen Medikamente in den unterschiedlichen Phasen bezogen auf die Fahrtaug-

lichkeit auswirken können (vgl. Afflerbach et al., 2004; Laux, 2002, 2008). Wird der Patient benommen sein und Schwindel verspüren, wird seine Reaktionsfähigkeit eingeschränkt sein - hier ist es vielleicht zur Unterstützung sinnvoll, die Auswirkungen auf die Patienten mit Hilfe des Wiener Testsystems (vgl. Laux, 2002) zu verdeutlichen.

Für eine Aufnahme dieser Thematik in das zielgruppenspezifische Fortbildungskonzept spricht zum einen, dass diesem Arzttyp diese Fragen wichtig sind. Zum anderen ist es sicherlich sinnvoll, den Teilnehmern den neuesten Stand der medizinischen Forschung zu vermitteln. Neuere Forschungsansätze hinsichtlich der Medikamentengabe in der Prophylaxe geben zum Beispiel Hinweise darauf, dass die Fahrtauglichkeit durch den Stimmungsstabilisierer Lithium eingeschränkt sein kann. Interessant wäre es auch zu verfolgen, welche Langzeitauswirkungen die Medikamente auf die Fahrtauglichkeit haben.

Eine Fortbildung sollte nicht nur Sachkompetenz vermitteln, sondern auch das Problembewusstsein hinsichtlich der Teilnahme bipolarer Patienten am Straßenverkehr entwickeln. Problembewusstsein wird in diesem Zusammenhang als der Aspekt der Wissensvermittlung mit der Anhebung der Aufmerksamkeits- und Sensibilisierungs-Schwelle für das Problem Fahrtauglichkeit bei dieser Patientenklientel verstanden:

„Das Wissen um ein Problem setzt allein noch keine Aktivitäten zur Problemlösung in Gang. Das erkannte Problem muss zum persönlichen aktuellen Problem werden“ (Bergler, 1987). Die Teilnahme am (motorisierten) Straßenverkehr ist für Gesunde selbstverständlich. Ein Verzicht aufgrund spezifischer Rahmenbedingungen der Erkrankung bipolarer Patienten muss ebenfalls selbstverständlich werden. Um das Verhalten „Nicht-Fahren“ zu stabilisieren, ist es nötig, bipolaren Patienten Verhaltensregeln zu vermitteln, welche diese auch als für die eigene Person gültig übernehmen können.

B. Aufbau des Problembewusstseins hinsichtlich der Verkehrsteilnahme seitens des Arztes

- a)** Der Bereitschaft, Aufklärungsgespräche hinsichtlich der Fahrtauglichkeit in das Arzt-Patienten-Gespräch aufzunehmen, steht entgegen, dass dem „verantwortungsvoll Handelnden“ bewusst ist, dass die *motorisierte Teilnahme am Straßenverkehr* subjektiv in der Gesellschaft und auch bei den

bipolaren Patienten einen hohen Stellenwert einnimmt. Es reicht allerdings nicht, sich des Ist-Zustands (= *Autofahren hat eine hohe Bedeutung für den Patienten*) bewusst zu werden. Zur Prävention ist es notwendig, Alternativen aufzuzeigen, um eine Veränderung zu erreichen.

Weist der Arzt auf eine nicht ausreichende Fahrtauglichkeit hin und zeigt zudem die möglichen Risiken und Konsequenzen auf, wenn der Patient dennoch ins Auto steigt, legt er nicht nur einen Sachverhalt dar, sondern greift auch das Selbstwertgefühl des Patienten und seine gesellschaftliche Position an. Für den Patienten bedeutet ein Fahrverbot den Verzicht auf ein normiertes Verhalten in der Gesellschaft und damit auch den Verlust eines Status(-symbols). Präventionsgespräche sollten daher eine Perspektive aufzeigen, die je nach Situation einen kurzfristigen oder auch langfristigen Verzicht auf die Mobilität mit dem eigenen Fahrzeug erträglich macht. Dazu sollte in einer Fortbildung aufgezeigt werden, welche Möglichkeiten und Lösungen mit dem Patienten gemeinsam gefunden werden könnten, um die autofreie Zeit attraktiv erscheinen zu lassen. Sicherlich ist es dabei sinnvoll, dass der Arzt die Erlebniswirklichkeit der bipolaren Patienten in Bezug auf die motorisierte Straßenverkehrsteilnahme und andere Formen der Mobilität nachvollziehen kann, um Lösungsansätze mit dem Patienten zu erarbeiten. Eine Alternative kann es sein, auf öffentliche Verkehrsmittel umzusteigen, Fahrgemeinschaften zu bilden oder Angehörige bzw. Freunde etc einzubinden. Ein Moderator könnte die Suche nach Lösungen, um Beispiel durch Selbstreflexion, anleiten, um den Patienten selbstgesetzte Grundsätze oder Gewohnheiten erkennen und korrigieren zu lassen. Eine andere Möglichkeit wären entsprechende Rollenspiele. Vorstellbar wäre es auch, ein betroffenenkontrolliertes Fortbildungsangebot für diesen Bereich anzubieten. Die Einbindung von bipolar Erkrankten, die ihren Umgang mit der Fahrtauglichkeit schildern, in die Fortbildung (Lehmann, 1996) kann genutzt werden, um die Ärzte, aber auch die Patienten zu schulen.

- b)** Erhöhung des Problembewusstseins für die Hypomanie als Frühwarnzeichen für eine Akutphase, aber auch als mögliches Risikopotential im Straßenverkehr:

Auf der einen Seite beklagt dieser Arzttyp die mangelnde Einsicht seiner Patienten in ihre Krankheit, auf der anderen Seite wird deutlich, dass die

hypomanische Phase als anregend und als (willkommene) Abwechslung im Praxisalltag empfunden wird. Aber auch in der hypomanen Phase ist die Gefahr einer eingeschränkten Verkehrstüchtigkeit gegeben. Unter Umständen kann es zu „wildem“ und „rasanten“ Autofahrten kommen, die für alle Verkehrsteilnehmer gefährlich werden können (Schäfer & Rüter, 2004). Die generelle Vorstellung der Hypomanie wirkt verharmlosend: Hypomane Menschen gelten als aktiv, Beispiele von Künstlern werden aufgeführt, die das Krankheitsbild nahezu als wünschenswerten Zustand erscheinen lassen. Dennoch bleibt die Tatsache, dass die Hypomanie Teil einer ernst zu nehmenden Erkrankung ist, die zum Tod führen kann.

Neben der Sachkompetenz und der Erhöhung des Problembewusstseins sollte es weiteres Ziel einer solchen Fortbildung zur Fahreignung von bipolaren Patienten sein, die Wirkung der Kommunikation beim Empfänger, den bipolaren Patienten, zu erhöhen, um nachhaltige Compliance in Bezug auf die Verkehrsteilnahme zu sichern. Denn die Kommunikation zwischen Arzt und Patient (=Arzt-Patientengespräch) zur Fahreignung ist ein Prozess, dessen Herbeiführung und Ablauf in seinem Erleben entscheidend ist zwischen den beteiligten Menschen und deren wechselseitiger verbaler und non-verbaler Kommunikation (vgl. Bergler, 2006). Es darf in Übereinstimmung mit dem behandelnden Arzt für den bipolaren Patienten in dieser Situation kein Zweifel bestehen, dass die (temporäre) Aufgabe der Fahrzeugführung das einzig Gute für den Patienten bedeutet. Daher wäre es sinnvoll, die Kompetenz der Ärzte (=Sender) zu erhöhen, um eine Kommunikation vom Empfänger aus in den Gesprächssituationen zur Aufklärung der Fahrtauglichkeit zu entwickeln. Dann könnten Ärzte besser solche Gespräche initiieren und durchführen.

C. Kommunikative Kompetenz

a) Der Dialog mit Patienten sowie Äußerungen zu Risikoverhalten und dem Thema der Fahrtüchtigkeit sind ein wechselseitiger Prozess der Kommunikation, dem Austausch von verbalen und non-verbalen Stimuli. Es ist dabei notwendig,

1. als Ausgangspunkt die Position des bipolaren Patienten einzunehmen

2. eine offene Auseinandersetzung auf verbaler und non-verbaler Ebene mit verschiedenen, auch gegensätzlichen Standpunkten, zu führen
3. bereit zu sein, die Anliegen der Patienten ernst zu nehmen, etwa Äußerungen, die auf mangelnde Krankheitseinsicht oder Zweifel an der Therapie schließen lassen
4. verständlich und empfängerorientiert zu formulieren, um Akzeptanz und Sympathie zu erzeugen.

Es erfordert nicht nur eine hohe kommunikative Kompetenz nachzufragen, ob und in welchen Situationen ein Patient Auto fährt, inwieweit dabei schon kritische Situationen im Straßenverkehr entstanden, und darüber hinaus in der Praxis die Compliance in Bezug auf die Einhaltung eines Fahrverbots zu kontrollieren. Nötig ist dazu auch die Bereitschaft, der ärztlichen Aufgabe der Fürsorge (=Nachhalten, ob eine Anweisung befolgt wurde) nachzukommen.

Der „verantwortungsvoll Handelnde“ bezieht seine Patienten in die Behandlung aktiv ein. Daher erscheint es sinnvoll, gerade für die Vermittlung einer *Kommunikation vom Empfänger aus* in einer Fortbildung nicht auf Frontalpräsentationen zurückzugreifen, sondern interaktive Elemente zu wählen. So könnte man in Rollenspielen kritische Situationen mit den Patienten wie die Ansprache des Fahrverbots praxisrelevant erleben und Lösungen antizipieren lassen.

D. Möglichkeiten der Partizipation

Abschließend kann es in der Fortbildung sinnvoll sein, Möglichkeiten der Partizipation zwischen den Fachärzten und dem Fachpersonal aufzuzeigen: Die Aufgabe, Aufklärungsgespräche zu führen, die zeitintensiver und vielleicht im Praxisalltag nicht immer möglich sind, ließe sich an geeignetes Fachpersonal delegieren. Wenn Zeitmangel herrscht oder Unsicherheit in Bezug auf Präventionsgespräche ein Problem ist, könnte zu dieser Thematik eine Aufklärung zur Verkehrsteilnahme durch Dritte erfolgen, wie gutachterlich tätige Psychologen oder gutachterlich tätige Psychiater (Straßenverkehr). Dies erscheint sinnvoller, als auf Aufklärung zu verzichten. Die Möglichkeit, sich die Aufgabe, bipolare Patienten in Sachen

Verkehrsteilnahme aufzuklären, könnte damit ein weiterer Aspekt sein, den diese Fortbildung vermitteln könnte. Im Falle dieses Typs Arzt gilt es aber auch, die Anerkennung der jeweiligen Person und seiner Kompetenz klar hervorzuheben, soll er das Angebot nutzen.

E. Aufbau der Fortbildungsveranstaltung

- a)** Das Thema Fortbildung zur Fahrtauglichkeit bipolarer Patienten wird in naher Zukunft besonders eine Teilgruppe der Ärzte – in dieser Untersuchung als der „verantwortungsvoll Handelnde“ bezeichnet – ansprechen. Sie lassen schon jetzt eine höhere Bereitschaft erkennen, Aufklärung hinsichtlich der Fahrtauglichkeit in ihren Praxisalltag aufzunehmen. Für den „verantwortungsvoll Handelnden“ kann die Fortbildung zum einen als Workshops angeboten werden, zum anderen sind Elemente der Wissensvermittlung aber auch durch die neuen Medien gut vermittelbar. Dabei bietet sich ein interaktives Lernmodul an, das selbständig am Computer durchgeführt werden kann, aber auch Lektüren zum Selbststudium (vgl. Laux, 2008).
- b)** Es ist sicherlich auch sinnvoll, Ärzten eine solche Veranstaltung als zertifizierte Fortbildung anzubieten, um die Motivation zu erhöhen. Zum einen wird damit die Relevanz des Themas hervorgehoben, zum anderen ein Beitrag geleistet, damit Ärzte die geforderten Fortbildungspunkte erreichen.
- c)** Sicherlich kann eine Wissensvermittlung durch Beiträge in den eingängigen Arztzeitungen oder Arzt-Zeitschriften erfolgen. In diesem Fall aber wird es bei einer rein theoretischen Wissensvermittlung bleiben und die Anwendung in der Praxis fraglich.

Bei den beiden anderen Arzttypen („selbstsicherer Profi“ und „bewusster Verdränger“) wird die speziell für den „verantwortungsvoll Handelnden“ vorgeschlagene Konzeption auf geringere Resonanz stoßen. Denn zum einen sind diese beiden Arzttypen für das Thema der Fahrtauglichkeit bipolarer Patienten noch vergleichsweise wenig sensibilisiert. Zum anderen ist ihr Interesse an einer solchen Fortbildung deutlich geringer, da deren Notwendigkeit als eher gering angesehen wird. Um auch bei diesen beiden Arzttypen ein stärkeres Problembewusstsein zu schaffen, wären Fortbildungsangebote sinnvoll, die ein geringeres Engagement erfordern.

9.4.2. Schlussfolgerungen für mögliche Fortbildungskonzeptionen - Arzttypen „Selbstsicherer Profi“ und „Bewusster Verdränger“

Die beiden Arzttypen „selbstsicherer Profi“ und „bewusster Verdränger“ dürften eher zu niedrigschwelligen Fortbildungen bereit sein, zur Teilnahme an Veranstaltungen also, die einen geringen persönlichen Aufwand bedeuten. Vorstellbar sind zum Beispiel

- Fachvorträge auf relevanten Tagungen,
- Posterausstellungen auf Tagungen,
- Beiträge in den einschlägigen Arztzeitungen oder Arzt-Zeitschriften.

Die Themengebiete, die diese beiden Arztgruppen besonders ansprechen, sind die rechtlichen Rahmenbedingungen oder die Kriterien zur Bewertung der Fahrtauglichkeit.

Darüber hinaus sollte zumindest eine Sensibilisierung erfolgen dafür, den Patienten und die Angehörigen im Gespräch stärker einzubeziehen und auch kritische Themen wie die Selbsteinschätzung zur Fahrtauglichkeit zu erörtern.

Eine intensive Auseinandersetzung mit dem Problem der Fahreignung bipolarer Patienten, wie im Fall des Typs „verantwortungsvoll Handelnder“, ist aufgrund des eher geringen Interesses und der subjektiv empfundenen Notwendigkeit nicht zu erwarten. Um nun diese beiden Arztgruppen zumindest an die Thematik heranzuführen, kann es sinnvoll sein, über die reine Wissensvermittlung hinaus zu gehen. Auch in diesem Fall gilt es, das Problembewusstsein fürs Thema der Fahrtauglichkeit bipolarer Patienten zu erhöhen, mit Hilfe der identifizierten relevanten Themen (vgl. Kapitel 8.9); wohl wissend, dass damit bei den meisten Teilnehmern aus der Gruppe der „selbstsicheren Profis“ und „bewussten Verdränger“ nur erreicht werden kann, dass sie den Praxisalltag überdenken. Nur selten dürften sie ihr Verhalten tatsächlich ändern. Folgende Fragen sollten in den Vorträgen, Posterausstellungen, Beiträgen in den Fachzeitschriften u. ä. dann beantwortet werden: Wie sieht das Spektrum an Frühwarnzeichen in den einzelnen Akutphasen aus und welche Risiken können sich im Straßenverkehr daraus ergeben? Welche Auswirkungen können mangelnde Krankheitseinsicht / eine geringe Aufmerksamkeitsspanne etc. im Straßenverkehr haben? Wann besteht die Gefahr einer eingeschränkten Verkehrstüchtigkeit?

Die für diese Typen zielgruppenspezifisch ausgewählten, oben aufgeführten Formen eines Angebots der Fortbildung erlauben es den Ärzten, im Unterschied zu den Angeboten an den „verantwortungsvoll Handelnden“ (vgl. Kapitel 9.4.1), allenfalls, sich auf einer rein sachlichen Ebene mit dem Problem vertraut zu machen. Zu diesem Zeitpunkt aber ist dies die adäquate Form der Auseinandersetzung mit dem Thema.

9.5. Ausblick

Die weitere Beschäftigung mit den speziellen Problemen psychischer Erkrankungen und damit Bipolarität, wie zum Beispiel der Fahrtauglichkeit dieser Patienten, bleibt die Aufgabe einer sozial verantwortungsbewussten Psychologie und Medizin.

Die Fachärzte sind die wichtigsten Vermittler zwischen den Patienten mit ihren Bedürfnissen und ihrer Umwelt und deren Anforderungen an sie. Der Erfolg des Vorhabens, bipolare Patienten in ihre Umwelt zu integrieren, hängt im wesentlichen Maß davon ab, inwieweit es Ärzten gelingt, Therapieziele durch Motivation, Kommunikation und Integration zu erreichen und negative Folgen von Risikoverhalten, wie zum Beispiel Autofahren, zu minimieren.

Für eine erfolgreiche Therapie bedarf es somit nicht nur einer Medikalisierung der Erkrankung, sondern auch die Bereitschaft, Entstigmatisierung durch die Anerkennung möglicher krankheitsbedingter Schwächen aktiv zu betreiben und für die Gesellschaft verständlich zu machen. Für einen offenen Austausch in der heutigen Zeit zwischen Arzt und Patient sprechen zum einen die gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen, zum anderen auch die derzeitige Gesellschaftsform in Deutschland. Ebenfalls ermöglichen die kulturellen Rahmenbedingungen in Deutschland einen offenen Austausch untereinander und mit den Patienten, vor allem im Arzt-Patienten-Gespräch, bzw. der Bevölkerung. Dies eröffnet auch die Chance, Werte und Ziele – im Besonderen auch den Umgang mit psychisch Kranken betreffend – offen nach außen zu kommunizieren und die „Gesunden“ zu sensibilisieren. Nicht zuletzt sind die Psychiater selbst gefordert, als Vorbild zu fungieren und selbstbewusst ihren Beruf auszuüben, Tabus abzubauen und die positiven Seiten ihrer Tätigkeit und ihrer Kompetenzen zu kommunizieren.

Eine Auseinandersetzung mit den Alltagskompetenzen der bipolaren Patienten, die auch unangenehme (Gesprächs-)Situationen für den Arzt und den Patienten einschließen kann, um so aktive Prävention als festen Bestandteil in den Behandlungsplan zu integrieren, erfordert eine hohe soziale, kommunikative und fachliche Kompetenz, die es immer wieder zu überprüfen gilt.

Literaturverzeichnis

- Ackerknecht, E. (1985). *Kurze Geschichte der Psychiatrie*. Stuttgart: Enke.
- Afflerbach, T., Ebner, G. & Dittman, V. (2004): Fahreignung und psychische Störungen. *Schweiz. Med. Forum*, 4, 701-706.
- Ahrens, S. & Hasenbring, M. (1994). Interaktion – Einfluss institutioneller Rahmenbedingungen. In F.-W. Wilker, C. Bischoff & P. Novak (Hrsg.), *Medizinische Psychologie und medizinische Soziologie* (S. 249-254). München: Urban und Schwarzenberg
- AIDE - Adaptive integrated driver-vehicle interface. Del 2.2.1 - Review of existing techniques and metrics for IVIS and ADAS assessment, 2004. http://www.aide-eu.org/pdf/aide_d2-2-1.pdf
- Akiskal, H. S. & Pinto, O. (1999). The evolving bipolar spectrum. Prototypes I; II; III and IV. *Psychiatr Clin North Am.*, 22, 517.
- Akiskal, H. S. & Tohen, M.(2005). *Bipolar psychopharmacotherapy: caring for the patient*. John Wiley & Sons. Chichester.
- Akiskal, H.S. & Mallya, G. (1987). Criteria for the soft bipolar spectrum: treatment implications. *Psychopharmacol Bulletin*, 23, 68-73.
- Akiskal, H.S. & Puzantian, VR. (1979). Psychotic forms of depression and mania. *Psychiatr Clin North Am.*, 2, 419-439.
- Akiskal, H.S. (2002). Classification, diagnosis and boundaries of bipolar disorders. A review. In: M. Maj, H.S. Akiskal, J.J. Lopez-Ibor & N. Sartorius (Hrsg.).*Bipolar Disorder, Volume 5*. Chichester: John Wiley & Sons
- Akiskal, H.S., Hirschfeld R.M. & Yerevanian, B.I. (1983). The relationship of personality to affective disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 40, 801-10.
- Alexander, S. G. & Selesnick, S. T. (1969). *Die Geschichte der Psychiatrie*. Zürich: Diana.
- American Psychiatric Association (2002). Practice Guideline for the Treatment of Patients With Bipolar Disorder. www.psych.org
- American Psychiatric Association (2005). Guideline wctch for the Treatment of Patients with Bipolar Disorder. www.psych.org
- Anderson, C.A. (1995). Implicit personality theories and empirical data. Biased assimilation, belief perseverance and change, and covariationdetection sensitivity. *Social Cognition*, 13, 25-48.

- Angermeyer M.C., Matschinger, H. & Riedel-Heller, S.G. (1999). Whom to ask for help in case of a mental disorder? Preferences of the lay public. *Social Psychiatry Epidemiology*, 34, 202-210.
- Angermeyer, M.C. & Freyberger, H. (Hrsg., 1982). *Chronisch Kranke Erwachsene in der Familie*. Stuttgart: Enke.
- Angst, J. (1966). *Zur Ätiologie und Nosologie endogener depressiver Psychosen. Eine genetische, soziologische und klinische Studie*. Berlin Heidelberg New York: Springer.
- Angst, J., Angst, F. & Stassen, H.H., (1999). Suicide risk in patients with major depressive disorder. *J Clin Psychiatry*, 60, Suppl.:67-62.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften(AWMF) & Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin(ÄZQ).(2001). Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung. Das Leitlinien-Manual. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung, Supplement 1*.
- Arnold, M. (1993). *Vincent van Gogh: Biographie*. München: Kindler-Verlag
- Arolt, V. & Behnken, A. (2006). Epidemiologie. In: *Weißbuch Bipolare Störungen in Deutschland. Stand des Wissens - Defizite - Was ist zu tun?* Verlag: DGBS. 2. überarbeitete Auflage.
- Aronson, E., Wilson, T.D. & Akert, R.M. (2008). *Sozialpsychologie* (6. Auflage). Pearson Studium
- Aronsson G., Gustafsson K. & Dallner M. (2000). Sick but yet at work. An empirical study of sickness presentism. *Journal Epidem Com Health*, 54(7), 502-509.
- Arzneimittel-Verordnungen der Gruppe „Zentralnervensystem“, *Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Themenheft 2006*, 21.
- Assion, H.J. & Reinbold, H. (2007). *Bipolaricum*. PsychoGen Verlag
- Assion, H.-J., Reinbold, H. (2007). *Bipolaricum*. PsychoGen Verlag
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2008). *Multivariate Analysemethoden – Eine anwendungsorientierte Einführung*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag
- Balint, M. (1964). *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Balint, M. (1974). *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. Stuttgart: Klett-Verlag.
- Balint, M. (2001). *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Bandura, A. (1956). Psychotherapists' Anxiety Level, Self-Insight, and Psychotherapeutic Competence. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, Vol. 52, No.3.

- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Barjonet, P. E. (Ed., 2001). *Traffic Psychology Today*. Kluwer
- Bauer (2006). *Weißbuch Bipolare Störungen in Deutschland. Stand des Wissens - Defizite - Was ist zu tun?* Verlag: DGBS. 2. überarbeitete Auflage.
- Bauer, M. Simon, G., Ludman, E., Unutzer, J. (2005). 'Bipolarity' in bipolar disorder: distribution of manic and depressive symptoms in a treated population. *The British Journal of Psychiatry*, 187, 87-88.
- Bäumli, J. & Pitschel-Walz, G. (2003). *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen*. Stuttgart-New York: Schattauer
- Bayerische Rück (Hrsg.; 1993): *Risiko ist ein Konstrukt*. München: Kneesebeck
- Beauchamp, T.L. & Childress, J.F. (Hrsg.; 2001). *Principles of Biomedical Ethics*. 5th ed. New York: Oxford University Press.
- Becker, H. (1984). Die Bedeutung der subjektiven Krankheitstheorie des Patienten für die Arzt-Patienten-Beziehung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 34, 313-321.
- Beckmann, D., Richter, H.E., Scheer, J.W. (1969). Kontrolle von Psychotherapieresultaten. *Psyche - Z Psychoanalyse*, 23, 805-823.
- Begutachtungs-Leitlinien zur Krafftahreignung. Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen, Heft M 115, Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, 2000. download: <http://www.fahrerlaubnisrecht.de/Begutachtungsleitlinien/>
- Berghaus, G. (1997). *Arzneimittel und Fahrtüchtigkeit – Metaanalyse experimenteller Studien*. Bericht über das Forschungsprojekt FP 2.9108 der Bundesanstalt für Straßenwesen
- Bergler, R. & Hoff, T. (2001). *Psychologie des ersten Eindrucks. Die Sprache der Haare*. Köln: Deutscher Instituts-Verlag
- Bergler, R. (1966). *Psychologie stereotyper Systeme*. Bern: Huber-Verlag.
- Bergler, R. (1976). *Vorurteile – erkennen, verstehen, korrigieren* (1. Auflage). Köln: Dt. Instituts-Verlag
- Bergler, R. (1986). *Mensch und Hund. Psychologie einer Beziehung*. Köln: Dt. Instituts-Verlag
- Bergler, R. (1987). *Psychologie in Wirtschaft und Gesellschaft* (2. Auflage). Köln: Dt. Instituts-Verlag
- Bergler, R. (1993). *Unternehmenskultur als Führungsaufgabe*. Münster

- Bergler, R. (1997). Sympathie und Kommunikation. In: M. Piwinger (Hrsg.). *Stimmungen, Skandale, Vorurteile*. 116-153. Verlagsgruppe Frankfurter Allgemeine Zeitung
- Bergler, R. (2004). *Wer nicht kommuniziert, lebt nicht*. Köln: Deutscher Instituts Verlag
- Bergler, R. (2005). Identität und Image. In: G. Bentele, R. Fröhlich & P. Syzyska (Hrsg.). *Handbuch der Public Relations*. VS Verlag für Sozialwissenschaften. Wiesbaden.
- Bergler, R. (2006). *Euthanasie. Rahmenbedingungen der Compliance*. Vortrag
- Bergler, R. Haase, D., Humburg, S., Steffens, M. & Noelle-Neumann, E. (1995). *Ursachen gesundheitlichen Fehlverhaltens im Jugendalter*. Köln: Deutscher Instituts-Verlag
- Bergler, R. Haase, D., Poppelreuter, S., Schneider, B. & Wemhoff, M. (2000). *Ursachen des Alkoholkonsums Jugendlicher*. Köln: Deutscher Instituts-Verlag
- Bergler, R., Haase, D. & Schneider, B. (2000). *Irrationalität und Risiko – Gesundheitliche Risikofaktoren und deren naturwissenschaftliche und psychologische Bewertung*. Köln: Dt. Instituts-Verlag
- Bernstein, B. (1972). *Studien zur sprachlichen Sozialisation*. Düsseldorf: Schwann.
- Bernstein, S., Skarupski K, Grayson C, Bates E, Starling M & Eagle K (1998). A *randomized trial of providing an educational videotape to patients referred for coronary angiography: effects on outcomes of care (abstract)*. Annual Meeting of International Society of Technology Assessment in Health Care 14: 9812.
- Best, D., Gerlach, H., Kommer, D., Orłowski, U., Wasem, J. & Weidhaas, H.J.(2004). *Gesundheitsreform 2004. GKV-Modernisierungsgesetz (GMG)*. Heidelberg, Neckar: Economica Verlag GmbH
- Beywl, W. & Schepp-Winter, E. (2000) Zielgeführte Evaluation von Programmen: ein Leitfaden. Materialien zur Qualitätssicherung in der Kinder- und Jugendhilfe. *Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Heft Qs 29, S. 57.*
- Bierhoff, H.W. (1986). *Personenwahrnehmung. Vom ersten Eindruck zur sozialen Interaktion*. Berlin: Springer-Verlag
- Bierhoff, H.W. (1993). *Sozialpsychologie* (3. Auflage). Stuttgart: Kohlhammer
- Blakar, R. M. (1985). *Towards a theory of communication in terms of preconditions: a conceptual framework and some empirical explorations*. London: Erlbaum.
- Bland, R.C. (1997). Epidemiology of affective disorders: a review. *Can J Psychiatry*, 42, 367–377.

- Bliersbach, G. & Schlag, B. (2002). Gefühlswelten im Straßenverkehr. Schriftenreihe Verkehrssicherheit 10. Bonn: DVR, 2002. http://vplno1.vkw.tu-dresden.de/psycho/content/lehre/d_arbeit_verkehrspsycho_lit_ws05_06
- Bliesener, Th. (1982). *Die Visite – ein verhinderter Dialog*. Thübingen: Narr Verlag.
- Blow, Frederick. C. (2005). *Vortrag Bipolare Störungen im Alter*. 18. Jahrestagung der amerikanischen Gesellschaft für geriatrische Psychiatrie (18th Annual Meeting of the American Association for Geriatric Psychiatry am 3.-6. März 2005 in Dan Diego)
- Bock, T. (1998). Zur Selbstverständlichkeit psychischer Erkrankung - Argumente für eine anthropologische Sicht. In T. Bock & H. Weigand (Hrsg.), *Handwerksbuch Psychiatrie*, (S. 30-41). Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Bode, H.J. & Winkler, W.(2000). *Fahrerlaubnis – Eignung, Entzug, Wiedererteilung*. Bonn: Deutscher Anwalt Verlag.
- Bond, M. & Forgas, J.P. (1984). Linking person perception to behaviour intention across cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, Vol. 15, No.3, 337-352.
- Bortz, J. (2005). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer-Verlag
- Bräunig, P. & Dietrich, D. (2004). *Leben mit bipolaren Störungen*. Verlag: Trias
- Bräunig, P. & Krüger, S. (2002). Diagnostik. In: *Weißbuch Bipolare Störungen in Deutschland*. Verlag: DGBS
- Brieger, P. & Marneros, A. (2000). Komorbidität bei psychiatrischen Störungen. Einige theoretische Überlegungen. *Nervenarzt*, 71, 525-534.
- Brunnauer A, Laux, G., Geiger, E., Soyka, M. & Möller, H-J. (2006). Antidepressants and driving ability: results from a clinical study. *J Clin Psychiatry*, 67, 1776-1781.
- Brunnauer, A. & Laux, G. (2008). Psychopharmaka und Verkehrssicherheit. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 9 (2), 31-34.
- Brunnauer, A., Laux, G. (2007). Wie erkennt man eine mangelnde Fahrtauglichkeit? *Neurologie & Psychiatrie*, Vol. 9, Nr. 5, 45-51.
- Brunnauer, A., Laux, G., Geiger, E. & Möller, H.J. (2004). The impact of antipsychotics on psychomotor performance with regard to car driving skills. *Journ. Clin Psychopharmacol*, 24, 155-60.
- Büchi, M., Bachmann, L.M., Fischer, J.E., Peltenburg, M. & Steurer, J. (2000). Alle Macht den Patienten – vom ärztlichen Paternalismus zum Shared Decision-Making, *SÄZ*, 81 (49), 2776-2780.
- Bundesministerium für Gesundheit. (2007). *Broschüre Patientenrechte in Deutschland*. Publikationen der Bundesregierung

- Buschmann-Steinhage, R. (1994). Dimensionen der Gesprächsführung. In F.-W. Wilker, C. Bischoff & P. Novak (Hrsg.), *Medizinische Psychologie und medizinische Soziologie* (S.279-284). München: Urban und Schwarzenberg
- Calabrese, J., Hirschfeld, R. & Reed, M. (2003). Impact of bipolar disorder on a US community sample. *J Clin Psychiatry*, 64, 425-432.
- Caudill, W.A. (1957). Problems of leadership in the overt and covert social structure of psychiatric hospitals. Washington, D.C: Wolter Reed Army Institute
- Charles C, Whelan T, Gafni A. (1999). What do we mean by partnership in making decisions about treatment? *BMJ*, 1999; 319: 780-782
- Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. (1994). *Shared decision making in the medical encounter: What does it mean? (or it takes two to tango)*. McMaster University. Hamilton, Ontario, Canada: Centre for Health Economics and Policy Analysis. (Working Paper and Policy Commentary Series; Report Number 94-18).
- Charles, C., Gafni, A., Whelan, T. (1997). Shared decision making in the medical encounter: what does it mean? (Or it takes at least two to tango). *Soc Sci Med*, 44, 681-692.
- Chiu, C. Morris, M. W., Hong, Y. & Menon, T. (2000). Motivated cultural cognition: The impact of implicit cultural theories on dispositional attribution varies as a function of need for disclosure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 247-259.
- Choi, I., Nisbett, R.E. & Norenzayan, A. (1999). Causal attribution across cultures: Variation and universality. *Psychological Bulletin*, 125, 47-63.
- Clarke, D., Ward, P. & Truman, W. (2005). Voluntary risk taking and skill deficits in young driver accidents in the UK. *Accident Analysis and Prevention*, 37, 523-529.
- Cole, K. (2003). *Kommunikation klipp und klar*. Beltz Verlag
- Coulter, A. (1997). Partnerships with patients: the pros and cons of shared clinical decision making. *J Health Serv Policy*, 2, 112-121.
- Coulter, A., Ellins, J (2006). *Patient-focused interventions - A review of the evidence*. Hrsg.: Picker Institute Europe
- Coulter, A., Entwistle, V. & Gilbert, D. (1998). *Evaluating the quality of materials to support shared decision making* (abstract). Annual Meeting of International Society of Technology Assess Health Care 14: 9812.
- Cremona, A. (1996). Psychiatric illness and driving performance. *British Journal of Hospital Medicine*, 56, 193-195.

- De Gier, J.J. (1993). *Driving licenses and known use of licit or illicit drugs* (IHP 93 39). Maastricht: University of Limburg, Institute of Human Psychopharmacology
- De Hert, M., Thys, E., Magiels, G. & Wyckaert, S. (2004). *Anything or nothing. Self-guide for People with Bipolar Disorder*. Antwerpen: Houtekiet
- Deneke, F.-W.(1994). Beziehungsdagnostik und Therapieeffekte. In F.-W. Wilker, C. Bischoff & P. Novak (Hrsg.), *Medizinische Psychologie und medizinische Soziologie* (S. 270-275). München: Urban und Schwarzenberg
- Deneke, F.-W., Meyer, A.-E. & Stuhr, U. (1977). Arzt-Patient-Beziehung: Diagnostische und interaktionelle Aspekte aus psychoanalytischer Sicht. In: F.-W. Deneke, B. Dahme, U. Koch, A.E. Meyer, J. Nordmeyer & U. Stuhr (Hrsg.), *Medizinische Psychologie* (S.272-293). Köln: Böhlau
- Deveugele, M, Derese, A, van den Brink-Muinen, A., Bensing, J. & De Maeseneer, J. (2002). Consultation length in general practice: cross sectional study. *British Medical Journal*, 325, 472-474.
- Dierks, M.L. & Schwartz, F.W. (2001). Rollenveränderungen durch New Public Health – vom Patienten zum Konsumenten und Bewerter von Gesundheitsdienstleistungen, *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 44 (8), 796–803.
- Dierks, M.-L., Bitzer, E.M., Lerch, M., Martin, S., Röseler, S., Schienkiewitz, A., Siebeneick, S. & Schwartz, F.W. (2001). *Patientensouveränität - Der autonome Patient im Mittelpunkt*. Akademie für Technikfolgenabschätzung Arbeitsbericht Nr. 195. Stuttgart: Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden – Württemberg.
- Dilling, W., Mombour, M.H. & Schmidt (Hrsg., 2006). ICD-10: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. Weltgesundheitsorganisation [WHO]. Bern: Verlag Hans Huber
- Donabedian, A. (1992). Quality assurance in health care: consumers role. *Qual Health Care*, 1,247–51.
- Dorsch (2009). *Psychologisches Wörterbuch*. 15. überarbeitete und erweiterte Auflage. Huber: Bern.
- Dunner, D., Fleiss, J.L. & Fieve, R.R. (1976). The course of development of mania in patients with recurrent depression. *Am J Psychiatry*, 133, 905-908
- Dunner, D.L. (2005). Safety and tolerability of emerging pharmacological treatments for bipolar disorder. *Bipolar Disorder*, 7, 307–325.
- Egger, C., Mühlbacher, M. & Stuppäck, C. (2006). Bipolare Störungen-Ein Update. *Der Mediziner*, 7-8, 34-37.

- Egger, J.W. (Hrsg.;1993). *Psychologie in der Medizin. Medizinische Psychologie, Psychotherapie und Psychosomatik*. Wien: Wiener Universitätsverlag WUV
- Ellinghaus, D., Schlag, B. & Steinbrecher, J. (1990). Leistungsfähigkeit und Fahrverhalten älterer Kraftfahrer. *Schriftenreihe Unfall- und Sicherheitsforschung Straßenverkehr der Bundesanstalt für Straßenwesen, Bd. 80*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW
- Emanuel, E.J. & Emanuel, L.L. (1992). Four models of the physician-patient relationship. *JAMA, 267*,2221–2226.
- Engel, G.L. (1996). Wie lange noch muss sich die Wissenschaft der Medizin auf eine Weltanschauung aus dem 17. Jahrhundert stützen. In: T. von Uexküll (Hrsg.), *Psychosomatische Medizin* (S. 3- 11). München: Urban & Fische
- Engin, T., Kocherscheid, K., Feldmann, M. & Rudinger, G. (2009) Entwicklung und Evaluation eines Screening-Tests zur Erfassung der Fahrkompetenz älterer Kraftfahrer. *Schriftenreihe der Bundesanstalt für Straßenwesen (BAST): Mensch und Sicherheit*: Bremerhaven. Wirtschaftsverlag. NW.
- Entralogo, P.L. (1969).Arzt und Patient. München: Kindler
- Erfurth, A., Dobmeier, M. & Zechendorff, M. (2005). *Kurzpsychoedukation für Bipolare Patienten: Das einfache Kurzprogramm in 6 Modulen* (Sondereinband). Stuttgart: Thieme
- Erfurth, A., Pail, G. & Giupponi, G. (2008). Psychoedukation bei bipolaren Störungen. *CliniCum neuropsy 03/08 – www.clinicum.at*
- Etminan, M., Hemmelgarn, B., Delaney, J. A. C. & Suissa, S. (2004). Use of lithium and the risk of injurious motor vehicle crash in elderly adults: case-control study nested within a cohort. *BMJ, 328*, 558-559.
- Evans, L., Akiskal, H.S., & Keck Jr., P.(2005). Familiality of temperament in bipolar disorder: support for a genetic spectrum. *J. Affect. Disord., 85*, 153–168.
- Evans, L.M., Akiskal, H.S., Greenwood, T.A., Nievergelt, C.M., Keck, P.E., McElroy, S.L., Sadovnick, A.D., Remick, R.A., Schork, N.J. & Kelsoe J.R. (2008). Suggestive linkage of a chromosomal locus on 18p11 to cyclothymic temperament in bipolar disorder families. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet. 5 , 147(3)*, 326-32.
- Eysenbach, G. & Jadad A.R (2001). Consumer health informatics in the Internet age. *Med Internet Research, Apr–Jun 3(2)*, e19.
- Ferguson, J., Weinberger, M. & Westmoreland, G. (1998). Racial disparity in cardiac decision making: results from patient focus groups. *Arch Intern Med 158*, 1450–1453.

- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford, C.A.: Stanford University Press
- Filipp, S.-H. (1990). Ein allgemeines Modell für die Analyse kritischer Lebensereignisse. In S.H. Philipp (Hrsg.): *Kritische Lebensereignisse* S. 3-52. München: Psychologie Verlags Union,.
- Findling R.L., Gracious, B.L., McNamara, N.K., Youngstrom, E.A., Demeter, C.A., Branicky, L.A. & Calabrese, J.R. (2001): Rapid, continuous cycling and psychiatric comorbidity in pediatric bipolar I disorders. *Bipolar Disorder*, 3, 202-210.
- Fischbeck, S. & Huppmann, G. (2002). Psychosoziale Betreuungsbedürfnisse erfassen – Adherence ein Ansatzpunkt patientenorientierter Gesundheitsförderung in der ambulanten Nachsorge bei Brustkrebs-Patientinnen. In: Deusinger IM (ed.). *Wohlbefinden bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen*. Göttingen Bern Toronto Seattle: Hogrefe
- Fiske, S.T. & Taylor, S.E. (1991). *Social cognition* (2nd ed.). New York: McGraw - Hill.
- Fisseni, H.-J.(1990). *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik*. Göttingen: Hogrefe
- Fleischhacker, W.W., Oehl, M. A. & Hummer, M. (2003). Factors influencing compliance in schizophrenia patients. *J Clin Psychiatry*, 64 (Suppl. 16), 10–13.
- Forgas, J.P. (1995). *Soziale Interaktion und Kommunikation*. 3. Auflage. Weinheim: Beltz Verlag
- Forsthoﬀ, A. & Grunze, H. (2005). Breites Spektrum möglicher Ursachen Bipolarer Störungen. Forschungsansätze und Hypothesen. *Der Neurologe und Psychiater-Sonderheft 1/05*, 5–7.
- Forth, E.S.C. (1963). Being and becoming psychotherapist. The search for identity. *Am. Journal Psychotherapy*, 17, 472-482.
- Frank, E. (2005). *Treating Bipolar Disorder: A Clinician's Guide to Interpersonal and Social Rhythm Therapy*. New York, Guilford Press, Inc.
- Frank, E., Hlastala, S., Ritenour, A., Houck, P., Ming Tu, X., Monk, T.H., Mallinger, A.G. & Kupfer, D.J., (1997). Inducing lifestyle regularity in recovering bipolar disorder patients: Results from the maintenance therapies in bipolar disorder protocol. *Biological Psychiatry*, Vol 42, Issue 12, 1165-1173.
- Friedmann, H.S. (1982). Non-verbal communication in medical interaction. In: Friedmann, H.S. & Di-Matteo, M.R. (1982). *Interpersonal issues in health care* (51-66). New York: Academic Press.
- Frisch J (2009). Der Preis der Honorarreform. *Ärzte Zeitung*, 04.11.2009

- Fuller, R. & Santos, J.A. (2002; Eds.): *Human factors for highway engineers*. Amsterdam, London: Elsevier
- Fuller, R. (2005). Towards a general theory of driver behaviour. *Accident Analysis and Prevention*, 37, 461–472.
- Geisler, L. (1992). *Arzt und Patient-Begegnung im Gespräch*. Frankfurt am Main: Pharma Verlag.
- Geisler, L. (1997). *Sprachlose Medizin?*. Imago Hominis, IV(1).
- Geisler, L. (2004). Das Arzt-Patientengespräch als Instrument der Qualitätssicherung. Vortrag anlässlich des 2. Kongresses „Qualitätssicherung in ärztlicher Hand zum Wohle des Patienten“ am 26. Juni 2004. Düsseldorf. URL: http://www.linus-geisler.de/vortraege/0406arzt-patient-gespraech_qualitaetssicherung.html
- Geller, B., Craney, J.L., Bolhofner, K., Nickelsburg, M.J., Williams, M. & Zimmerman, B. (2002). Two year prospective follow-up of children with a prepubertal and early adolescent bipolar disorder phenotype. *American Journal of Psychiatry*, 159, 927-933.
- George W & George U. (2003). *Angehörigenintegration in der Pflege*. München: Ernst Reinhardt Verlag
- Gerdes, B. & Richter, G. (1999). Ethik-Konsultationsdienst nach dem Konzept von J.C. Fletcher an der University of Virginia, Charlottesville, USA. Ein Praxisbericht aus dem Klinikum der Philipps-Universität Marburg, *Ethik in der Medizin*, 11 (4), 249–261.
- Ghaemi, N., Sachs, G., Goodwin, F.K. (2000). What is to be done? Controversies in the diagnosis and Treatment of Manic-depressive illness. *World J. Biol Psychiatry*, 2, 65-74.
- Gieler U, Niemeier V, Kupfer J, Brosig B & Schill WB (2001). Psychosomatische Dermatologie in Deutschland - eine Umfrage an 69 Hautkliniken. *Der Hautarzt*, 5, 104 -110.
- Gilbert, D. T. (1998b). Speeding with Ned: A personal view of the correspondence bias. In: J.M. Darley, J. Cooper (Eds.), *Attribution and social interaction* (pp.5-36). Washington, D.C., American Psychological Association.
- Goedhuys, J. & Rethan, J.J. (2001). On the relationship between the efficiency and the quality of the consultation. A validity study. *Family Practice*, 18 (6), 592-596.
- Goldenbelt, Ch., Levelt, P.B.M., & Heidstra, J. (2000): Psychological perspectives on changing driver attitude and behaviour. *Recherche Transports Securite*, 67, 65-84.
- Goodwin, F.K. & Jamison, K.R. (1990). *Manic - Depressive Illness*. New York Oxford. Oxford University Press.

- Goodwin, G.M., Bowden, C.L., Calabrese, J.R., Grunze, H., Kasper, S., White, R., Greene, P. & Leadbetter, R. (2004). A pooled analysis of 2 placebo-controlled 18 month trials of lamotrigine and lithium maintenance in bipolar I disorder. *J Clin Psychiatry*, 65, 432–441.
- Gordon, A.M. & Logan, B.K. (2006). Topiramate-positive death-investigation and impaired-driving cases in Washington State. *J Anal Toxicol*, 30, 599–602.
- Gordon, H. (2004). Psychiatry, the law and death on the roads. *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 10, 439–445.
- Groeger, J.A. (2000): *Understanding driving*. Philadelphia: Taylor & Francis Psychology Press
- Grunze, H. & Severus, E. (2005). Bipolare Störungen erkennen. Die Kunst der korrekten Diagnose. *Der Neurologe & Psychiater, Sonderheft 1/05*, 8-9.
- GTZ (2003): Sustainable Transport: A Sourcebook for Policy-makers in Developing Cities, Module 2b: Mobility Management. Eschborn: GTZ Transport and Mobility Group (T. Litman). download: http://www.vtpi.org/gtz_module.pdf
- Habermeyer, E. & Hoff, P (2002). Weißbuch Bipolare Störungen (2002). Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (DGBS) www.dgbs.de
- Halsband, S.A. (2002): Stress and psychosis. *PMID: 12122422*
- Hamann, J., Langer, B., Winkler, V., Busch, R., Cohen, R., Leucht, S. & Kissling, W. (2006). hared decision making for in-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand*, 114, 265–273.
- Hantouche, E., Akiskal, H, Lancrenonc, S., Allilaire, J.F., Sechterd, Azorine, J.M., Bourgeois, M., Fraud, J.P. & Châtenet-Duchênege, L. (1998). Systematic clinical methodology for validating bipolar-II disorder: data in mid-stream from a French national multi-site study (EPIDEP). *Affective Disorders, Volume 50, Issue 2*, 163-173.
- Harris, M. (2000). Psychiatric conditions with relevance to fitness to drive. *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 6, 261–269.
- Hartmann, F. (1986). Betreuung statt Behandlung chronisch Kranker. *Medizinische Klinik* 5, 187-191
- Hatcher, S., Sims, R. & Thompson, D. (1990). The effects of chronic lithium treatment on psychomotor performance related to driving. *Br J Psychiatry*, 157, 275–278.
- Haug, M. & Lavin, B. (1983). *Consumerism in medicine: challenging physician authority*. Beverly Hills; London; New Delhi: Sage

- Haynes, R.B., Taylor, D. W. & Sackett, D. L. (1982). *Compliance-Handbuch*. München: Oldenbourg.
- Heckhausen, J. & Schulz, R. (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review*, 102, 284-304.
- Heider, F. (1958). *The Psychology of Interpersonal Relations*. New York: Wiley
- Herzberg, Ph. Y. & Schlag, B. (2003). Sensation seeking und Verhalten im Straßenverkehr. In: M. Roth & Ph. Hammelstein (Hrsg.): *Sensation seeking – Konzeption, Diagnostik und Anwendung* (S.162-182). Göttingen: Hogrefe
- Hirschfeld, R., Lewis, L. & Vornik, L. (2003). Perceptions and impact of bipolar disorder: how far have we really come? Results of the national depressive and manic-depressive association 2000 survey of individuals with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*, 64, 161–174.
- Hoff, T. (2002). *Akkulturation und Alkohol*. Köln: Deutscher Instituts Verlag.
- Holt, R.R. & Lubolsky, L. (1958). *Personality patterns of psychiatrist*. New York: Basic books.
- Holte, H. (1994). *Kenngößen subjektiver Sicherheitsbewertung*. Berichte der BAST, M 33, Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW, 1994.
- Hoyos, C.G. (1980). *Psychologische Unfall- und Sicherheitsforschung*. Stuttgart: Kohlhammer
- Hoyos, C.G., Frey, D. (1992, Hrsg.): *Arbeits- und Organisationspsychologie*. Weinheim: PVU, 1999. (Vorher: D. Frey, C.G. Hoyos, D. Stahlberg (Hrsg.): *Angewandte Psychologie*. Weinheim: PVU, 1992.)
- Humphreys, S. A. & Roy, L. (1995) Driving and psychiatric illness. *Psychiatric Bulletin*, 19, 747–749.
- Isfort, J., Floer, B., Koneczny, N., Vollmar, H.C. & Butzlaff, M. (2002). Shared Decision-making: Arzt oder Patient: Wer entscheidet?, *Dtsch med Wochenschr*, 127 (39), 2021–2024.
- Isherwood, J., Adam, K. S. & Hornblow, A. R. (1982). Life event stress, psychosocial factors, suicide attempt and auto-accident proclivity. *Journal of Psychosomatic Research*, 26, 371–383.
- Jamison, K.R. (1989). Mood disorders and patterns of creativity in British wirters and artists. *Psychiatry*, 52, 125-134.
- Jamison, K.R. (1994). *Touched with fire. Manic depressive illness and the artistic temperament*. New York London Toronto Sydney: Free Press

- Jamison, K.R. (1995a). *An unquiet mind*. New York: Vintage Books
- Jamison, K.R. (1995b). Manic depressive illness and creativity. *Sci Am*, 272, 62-67
- Judd, L. & Akiskal, H. (2003). The prevalence and disability of bipolar spectrum disorders in the US population: re-analysis of the ECA database taking into account subthreshold cases. *J Affect Disorder*, 73, 123-131.
- Kächele, H. (1992). Die Persönlichkeit des Psychotherapeuten und ihr Beitrag zum Behandlungsprozess. *Zeitschrift Psychosom. Med. Psychonal.* 38, 227-239.
- Kelley, H.H. (1967). Attribution theory in social psychology. In D. Levine (Hrsg.), *Nebraska symposium on motivation* (S. 192-238), University of Nebraska Press (Lincoln)
- Kelley, H.H. (1967). Attribution theory in social psychology. In: D. Levine (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation* (vol. 15, 192-238). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Kesebir, S., Vahip, S., Akdeniz, F. & Yüncü, Z. (2005): The relationship of affective temperament and clinical features on bipolar disorders. *Turkish Journal of Psychiatry*, 5, 16 -19.
- Kleinman, A., Eisenberg, L. & Good, B. (1978). Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med*, 88, 251-260.
- Klemperer, D. (2003). *Wie Ärzte und Patienten Entscheidungen treffen. Konzepte der Arzt-Patient-Kommunikation*. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health. Forschungsschwerpunkt Arbeit, Sozialstruktur und Sozialstaat. Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZB)
- Kocherscheid, K. (2009). *Konzeption und Evaluation einer ärztlichen Fortbildung zur Mobilitätsberatung älterer Kraftfahrer*. Saarbrücken: Südwestdeutscher-Verlag für Hochschulschriften.
- Kocherscheid, K., Rietz, C., Poppelreuter, S., Riest, N., Engin, T., Müller, A. & Rudinger, G. (2007). Verkehrssicherheitsbotschaften für Senioren: Nutzung der Kommunikationspotenziale im allgemeinmedizinischen Behandlungsalltag. *Schriftenreihe der Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt): Mensch und Sicherheit, Heft M 184*. Bremerhaven: Wirtschaftsverlag NW.
- Köhle, K. & Raspe, H.-H. (1982). *Das Gespräch während der ärztlichen Visite*. München-Wien-Baltimore: Urban & Schwarzberg.
- Kraepelin, E. (1919). *Lebenserinnerungen*. Berlin: Springer-Verlag
- Kretschmer (1921). *Körperbau und Charakter*. Berlin

- Kuhlmann B. Die Beziehung zwischen Angehörigen und Pflegenden auf Intensivstationen. *Pflege, 17*, 145-154.
- Labisch, A. (1992). *Homo Hygienicus - Gesundheit und Medizin in der Neuzeit*. Frankfurt/New York: Campus Verlag
- Lambrecht, R. (1994). *Melancholie. Vom Leiden an der Welt und der Schmerz der Reflexion*. Reinbek Rowohlt Taschenbuch Verlag GmbH.
- Langosch, J.M. (2007). *Vademecum Bipolare Störungen*. Verlag: Books on Demand
- Laux, G. & Brunbauer, A. (2003) Fahrtüchtigkeit und Antidepressiva. *Psychiatrische Praxis, 30*, 102-107.
- Laux, G. & Brunbauer, A. (2004). Fahrtüchtigkeit. In W. Rössler (Hrsg.), *Psychiatrische Rehabilitation* (S.775-784). Berlin, Heidelberg: Springer Verlag,.
- Laux, G. (1977). Über die Einstellung der Bevölkerung zum Psychiater und zum Psychotherapeuten. *Nervenarzt, 48*, 331-334.
- Laux, G. (1995). Psychomotorische Leistungsparameter und deren Beeinflussung während der Langzeitbehandlung unter besonderer Berücksichtigung von Fahrtauglichkeitsaspekten. In: H.J. Möller & H.-J. Staab (Hrsg.), *Langzeitbehandlung von Psychopharmaka* (S. 56-71). Stuttgart: Thieme.
- Laux, G. (2002): Psychische Störungen und Fahrtauglichkeit. *Nervenarzt, 73*, 231-238.
- Laux, G., Dietmaier, O. & König, W. (1997). *Pharmakopsychiatrie*, Stuttgart: G. Fischer Verlag
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer-Verlag.
- Lazarus, R. S. (1999). *Stress and emotion: a new synthesis*. New York: Springer.
- Lazarus, R.S. & Launier, R. (1981). Stressbezogene Transaktionen zwischen Person und Umwelt. In J.R. Nitsch (Hrsg.), *Stress. Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen* (S. 213-260). Bern: Huber.
- Lehmann, Peter: "Ein Quatrolog der besonderen Art. Psychiatriebetroffene, Eltern, Psychiater und Industrie in Wien im Gespräch", in: Mitgliederrundbrief des Bundesverbands Psychiatrie-Erfahrener e.V., 1996, Nr. 3, S. 13;
www.antipsychiatrieverlag.de/artikel/trialog/quatro.htm
- Leonhard, K. (1957). *Aufteilung der endogenen Psychosen*. Berlin Akademie Verlag.
- Leonhard, K. (1995a). *Aufteilung der endogenen Psychosen und ihre differenzierte Ätiologie*. Stuttgart New York: Thieme.

- Lewandowski, Theodor (1979). *Linguistisches Wörterbuch*, Bd. 2, (S. 556). Heidelberg: UTB
- Linden, M. (1985). Krankheitskonzepte von Patienten. *Psychiatrische Praxis*, 12, 8-12.
- Linden, M. (1986). Compliance. In W.Dölle, B. Müller-Oerlinghausen & U. Schwabe (Hrsg.), *Grundlagen der Arzneimitteltherapie* (S. 324-330). Wien: B.I.-Wissenschaftsverlag.
- Linden, M. (1987a). Therapist-compliance in psychotherapy. In: Dauwalder, J.P, Perez, M. & Hobi, V. (Eds.), *Controversial issues in behavior modification (chapter31)*. Amsterdam: Swets & Zeitlinger.
- Linden, M. (1994). Therapeutic standards in psychopharmacology and medical decisionmaking. *Pharmacopsychiatry*, 27 (suppl), 41-45.
- Linden, M. (2000). Complianceförderung, Psychoedukation und Angehörigenarbeit. In H.-J. Möller (Hrsg.), *Therapie psychiatrischer Erkrankungen* (S. 139-146). Stuttgart: Thieme.
- Linden, M., Nather, J. & Wilms, H. U. (1988). Zur Definition, Bedeutung und Messung der Krankheitskonzepte von Patienten. Die Krankheitskonzeptskala (KK-Skala) für schizophrene Patienten. *Fortschritte der Neurologischen Psychiatrie*, 56, 35-43.
- Lisch, R. & Kriz, J. (1978). *Grundlagen und Modelle der Inhaltsanalyse*. Bestandsaufnahme und Kritik. Reinbek: Rowohlt
- Little, P., Everitt, H., Williamson, J., Warner, G., Moore, M., Gould, C., Ferrier, K. & Payne, Sh. (2001). Preferences of Patients for Patient centred approach to consultation in primary care: observational study. *BMJ*, 322, 468-472 (24 February). URL: <http://bmj.com/cgi/reprint/322/7284/468.pdf>
- Loch, W. (1972). *Zur Theorie, Technik und Therapie der Psychoanalyse*. Frankfurt. Firscher-Verlag
- Loh, A., Simon, D., Leonhart, R. & Härter, M. (2006). *Einflussfaktoren bei der Partizipativen Entscheidungsfindung in der hausärztlichen Depressionsbehandlung (poster presentation)*. 4. Deutscher Kongress zum Thema Shared Decision Making - vom 30. März bis 01. April 2006 in Heidelberg (S. 62).
- Loh, A., Simon, D., Wills, C.E., Kriston, L., Niebling, W. & Härter, M. (2007). The effects of a shared decision-making intervention in primary care of depression: A cluster-randomized controlled trial Patient. In: *Education and Counseling, Volume 67, Issue 3*, 324-332.

- Lutfey, K. (2003). The influence of clinic organizational features on providers' assessments of patient adherence to treatment regimens. *Research in the Sociology of Health Care*, 21, 63 – 83.
- Lutfey, K.E., Wishner, W.J. (1999). Beyond "compliance" is "adherence." *Diabetes Care*, 22, 635-644.
- Lüth, P. (1974). *Sprechende und stumme Medizin. Über das Patienten-Arzt-Verhältnis*. Frankfurt am Main: Herder & Herder
- Mahlzahn, P. (1979). Die psychosoziale Situation des Patienten. In B. Geissler & P. Thomas (Hrsg.), *Medizinsoziologie*, 2.Auflage (S. 235-286). Frankfurt: Campus.
- Maj, M., Akiskal, H.S., Lopez-Ibor. J.J. & Sartorius, N. (Hrsg., 2002). *Bipolar Disorder, Volume 5*. Chichester: John Wiley & Sons
- Mann, F. (1984). *Aufklärung in der Medizin*. Stuttgart. Schattauer.
- Marneros, A. (1988b). Psychopathology of K. Schneider's Mania. *The Japanese Journal of Psychiatry and Neurology*, 42, 11-15.
- Marneros, A. (2004). *Das neue Handbuch der Bipolaren und Depressiven Erkrankungen*. Stuttgart: Thieme-Verlag.
- Marneros, A., Deister, A., Rohde, A. (1989b). Unipolar and bipolar schizoaffective disorders: A comparative study. I. Premorbid and sociodemographic features. *Eur Arch Psychiatr Neurol Sci*, 239, 158-163.
- Marthiens, W. & Schulze, H. (1989): Analyse nächtlicher Freizeitunfälle junger Fahrer: Discounfälle. In: Bericht der Bundesanstalt für Straßenwesen (Hrsg.), Discounfälle - Fakten und Lösungsstrategien (1-74). Bergisch Gladbach / Köln
- Martin, R., Kuzniecky, R., Ho, S., Hetherington, H., Pan, J., Sinclair, K., Gilliam, F. & Faught, M. (1999). Cognitive effects of topiramate, gabapentin and lamotrigine in healthy young adults. *Neurology*, 52, 3321-3327.
- Mead, N., Bower, P. (2000). Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature. *Soc Sci Med*, 51, 1087-110.
- Mendlowicz, M.V., Jean-Louis, G., Kelsoe, J.R. & Akiskal, H.S. (2005): A comparison of recovered bipolar patients, healthy relatives of bipolar probands and normal controls using the short TEMPS-A. *Journal of Affective Disorders*, Vol. 85 (1), 147-151.
- Mentzos, S.(2001). *Depression und Manie. Psychodynamik und Therapie affektiver Störungen*. Göttingen

- Metzing S. & Abt-Zegelin, A (Eds.;2004). *Bedeutung von Besuchen für Patientinnen und Patienten während ihres Aufenthaltes auf einer Intensivstation* (159-218). Schlütersche Hannover
- Meyer, T. D. & Hautzinger, M. (2004). *Manisch-depressive Störungen. Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmaterial*. Weinheim, Basel, Berlin: Beltz-Verlag.
- Meyer, T.D. (2005). *Manisch-depressiv?: Was Betroffene und Angehörige wissen sollten*. Verlag: Beltz
- Miller, G.E., Chen, E. & Zhou, E.S. (2007): If it goes up, must it come down? Chronic stress and the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis in humans. *PMID: [17201569](#)*
- Mitchell, J. (1998). Cross-cultural issues in the disclosure of cancer. *Cancer Practice*,6, 153–60.
- Moggi, F., Bossi, J. & Bachmann, K. M (1994): Sexuelle Kontakte zwischen Pflegepersonal und Patienten in psychiatrischen Kliniken. In K. M. Bachmann & W. Böker (Hrsg.), *Sexueller Mißbrauch in Psychotherapie und Psychiatrie (Kapitel 5)*. Bern: Huber.
- Möller, H.J., Laux, G. & Kapfhammer, H.P. (Hrsg., 2003). *Psychiatrie und Psychotherapie*. Berlin: Springer.
- Mühlbacher, M., Egger, C., Nickel, M., Hitzl, W., Stuppäck, C. (2005).Veränderungen der Verschreibungsgewohnheiten in der medikamentösen Behandlung der Bipolaren Erkrankung. Neue Trends seit 2002 in einem klinischen Setting. *Psychiatrie & Psychotherapie*, 1 / 2, 57–62.
- Mukherjee, S., Rosen, A.M., Caracci, G. & Shukla, S. (1986). Persistent tardive dyskinesia in bipolar patients. *Arch Gen Psychiatry*, 43, 342–346.
- Müller, Th. R. & Mitzscherlich, B. (Hrsg., 2006). *Psychiatrie in der DDR – Erzählungen von Zeitzeugen*. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag
- Müller-Oerlinghausen, B., Berghöfer, A. & Ahrens, B. (2003). The antisuicidal and mortality-reducing effect of lithium prophylaxis: consequences for guidelines in clinical psychiatry. *Can J Psychiatry*, 48(7), 433-439.
- Murray, C. & Lopez, A. (1996). *The Global Burden of Disease*. World Health Organization. Cambridge, MA: Harvard University Press
- Neubauer, W. (1986). Implizite Führungstheorien und Führungserfahrung bei Vorgesetzten. In K. Daumenlang & J. Sauer (Hrsg.), *Aspekte psychologischer Forschung* (S. 75-90). Göttingen: Hogrefe

- Nord, C., Höger, D., Eckert, J. (2000). Bindungsmuster von Psychotherapeuten. *Persönlichkeitsstörung*, 2, 76-86.
- Nordmeyer, J. (1982). Verbale und nonverbale Kommunikation zwischen Problempatienten und Ärzten während der Visite. *Medizinische Psychologie*, 8, 20-39.
- Nordmeyer, J., Deneke, F.W., Kerekjarto, M.v.: Formal-quantitative Aspekte des Sprachverhaltens von Arzt und Patient während der Visite. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 10, 220-231.
- Novaco, R.W. (2002). Psychology of Transportation. In: International Encyclopedia of the social and behavioural sciences (15878-15882). Abstract download: <http://www.sciencedirect.com/science/referenceworks/0080430767>
- O'Connor, A. M., Rostom, A., Fiset, V., Tetroe, J., Entwistle, V. & Llewellyn-Thomas, H. (1999). Decision aids for patients facing health treatment or screening decisions: systematic review. *BMJ*, 319, 731-734. <http://bmj.com/cgi/content/full/319/7212/7>
- OECD (ed.): Communicating environmentally sustainable transport – The role of soft measures. Appendix 1: Issues paper: Soft measures and transport behaviour. Paris: OECD Publications <http://www1.oecd.org/publications/e-book/9704041E.PDF>
- Ohberg, A., Penttila, A. & Lonnqvist, J. (1997). Driver suicides. *Journal of Psychiatry*, 171, 468-472.
- Panse, F. (1964). *Das psychiatrische Krankenhauswesen*. Stuttgart. Thieme-Verlag
- Parsons T (1951). Illness and the role of the physician. *J Orthopsychiatry*, 21, 452.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. New York: Free Press.
- Payk, T.R. (2001). *Psychiater: Forscher im Labyrinth der Seele*. Stuttgart: Kohlhammer
- Perris, C. (1966). A study of bipolar (manic depressive) and unipolar recurrent depressive psychoses. *Acta Psychiatry Scand.*, 194 (suppl.), 1-89.
- Petermann F (2001). Unterstützende Maßnahmen zur Krankheitsbewältigung. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 149, 601-611.
- Petermann F (Hrsg., 2000). *Lehrbuch der Klinischen Kinderpsychologie und -psychotherapie*, 4.vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage. Göttingen: Hogrefe
- Petermann, F. (1998). *Compliance und Selbstmanagement*. Göttingen: Hogrefe.
- Pfafferoth, I. (1994) Mobilitätsbedürfnisse und Unfallverwicklung älterer Autofahrer/innen. In U. Tränkel (Hrsg.), *Autofahren im Alter* (S. 19-36). Mensch-Umwelt-Fahrzeug, Band 30. Köln: Verlag TÜV Rheinland

- Pfafferott, I. & Huguenin, R. D. (1991): Adaptation nach Einführung von Sicherheitsmaßnahmen. *Zeitschrift für Verkehrssicherheit*, 37 (2), 71-83.
- Pfennig, A.; Weikert, B., Falkai, P., Götz, T., Kopp, I., Sasse, J., Scherk, H., Strech, D. & Bauer, M.(2008). Entwicklung der evidenzbasierten S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie bipolarer Störungen – ein Kooperationsprojekt der Deutschen Gesellschaft für Bipolare Störungen e. V. (DGBS) und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN); *Nervenarzt*, 79, 500-506.
- Pichot, P. (1995). The birth of bipolar disorder. *Eur Psychiatry*,10, 1-10.
- Piechotta, B. (2008). *Qualitätsmanagement für psychotherapeutische Praxen*. Springer-Verlag
- Pillmann F., Arndt, T. & Ehrh, U. (2000). An analysis of Wernickes originalcase records: his contribution to the concept of cycloid psychoses. *History of Psychiatry*, 11, 355-369.
- Pimentel, F., Ferreira, J., Vila, R.M., Mesquita, N., Maia-Goncalves, J. (1999). Quantity and quality of information desired by Portuguese cancer patients. *Support Care Cancer*, 7, 407-12.
- Pottgießer, S., Rudinger, G., Kleinemas, U. & Domes, K. (i. Dr. 2009). Risikoprofile verunfallter älterer Kraftfahrer. Schriftenreihe der Bundesanstalt für Straßenwesen (BASt): Mensch und Sicherheit, Bremerhaven. Wirtschaftsverlag. NW.
- Prinz-Kaltenborn (2003). *Subjektive Krankheitstheorien und Compliance in der Arzt-Patient-Beziehung - Eine Verlaufsstudie bei schizophren Erkrankten*. Dissertation Universität Zürich.
- Protheroe J., Fahey, T., Montgomery, A.A., Peters, T.J. (2000). The impact of patients' preferences on the treatment of atrial fibrillation: observational study of patient based decision analysis. *BMJ*; 320, 1380-13844
http://bmj.com/cgi/content/abstract/320/7246/1380_30
- Protiere, C., Viens, P. & Genre, D. (2000). Patient participation in medical decision-making: a French study in adjuvant radio-chemotherapy for early breast cancer. *Ann Oncology*, 11, 39-45.
- Raspe, H.-H. (1978). Die Aufklärung des Krankenhauspatienten und das Problem des Hospitalismus. *Dtsch Med Wochenschr*, 193, 1998 - 2003.
- Raspe, H.H. (1980). Die therapeutische Kooperation von Arzt und Patient. *Fortschritte der Medizin*, 98, 1185-1186.
- Raspe, H.-H. (1983). *Aufklärung und Information im Krankenhaus. Medizin-soziologische Untersuchungen*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

- Rathgeber, K. & Gauggel, S. (2006). Neuropsychologie bipolarer Störungen. *Psychiatr. Praxis*, 33, Supplement 1, 560-560.
- Ratzenberger, R. (2000). Entwicklung der Verkehrssicherheit und ihrer Determinanten bis zum Jahr 2010. TDM Encyclopedia (online), Victoria Transport Policy Institute: <http://www.vtpi.org/tdm>
- Reeder, L.G. (1972). The patient-client as a consumer:some observations on the changing professional-client relationship. *J Health Soc Behav*, 13, 406–412.
- Ricken, R., Pilhatsch, M. & Bauer, M. (2007). Bipolare Störungen. Pharmakotherapie. Psychiatrie und Psychotherapie, *up2date*, 1, 129-148 oder <http://www.thieme-connect.de/ejournals/toc/psychiatrie-u2d/6157>
- Riemann, F. (1993). *Grundformen der Angst*. München Basel: Ernst Reinhard Verlag
- Robb, A.S. (1999). Bipolar disorder in children and adolescents. *Curr Opin Pediatr*, 11, 317–322.
- Rogers, C.R. (1973). *Die nicht-direktive Beratung*. München: Kindler
- Rogers, C.R. (1977). *Therapeut and client. Grundlagen der Gesprächspsychotherapie*. München: Kindler.
- Rose, D., Fleischmann, P. & Tonkiss, F. (2002). User and Carer Involvement in Change Management in a Mental Health Context: Review of the Literature. In: *Service User Research Enterprise*, London: Institute of Psychiatry, www.sdo.lshtm.ac.uk/changemanagement.htm#rose
- Rosenberg, S. & Sedlak, A. (1972). Structural representations of implicit personality theory. In: L. Berkowitz (Eds.), *Advances in experimental social psychology*, Vol. 6, (235–297). New York: Academic Press
- Rosenbrock, R. & Gerlinger, T. (2004). *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung in die Gesundheitswissenschaften*. Huber-Verlag
- Rosenhan, D.L. (1974). . *Science*, 170, 250-258. Rosenthal, R. & Jacobson, L. (1968). *Pygmalion in the classroom: Teacher expectations and student intellectual development*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- Rosenthal, R. (1994). Interpersonal expectancy effects. A 30-year perspective. *Current Directions in Psychological Sciences*, 3, 176-179.
- Rothbaum, B.O. & Astin, M.C. (2000). Integration of pharmacotherapy and psychotherapy for bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*, 61 (Suppl 9), 68–75.
- Rudinger, G. & Kocherscheid, K. (2007). Verkehrssicherheitsperspektiven für eine in die Jahre kommende Gesellschaft. ADAC/BAST-Symposium am 13. Oktober 2006 in

- Baden-Baden. *Berichte der Bundesanstalt für Straßenwesen: Mensch und Sicherheit, Heft M178* (S.73-95). Bergisch Gladbach: BAST.
- Rudinger, G. & Kocherscheid, K. (Hrsg.,2009). Ältere Verkehrsteilnehmer – gefährlich oder gefährdet? *Applied Research in Psychology and Evaluation 5*. Bonn University Press. Göttingen: V&R unipress.
- Rudolf, G.A.E. & Röttgers, H.R. (2000). *Rechtsfragen in Psychiatrie und Neurologie*. Wiesbaden. Deutscher Universitäts – Verlag
- Runge, C. & Grunze, H. (2004). Jährliche Krankheitskosten bipolarer Störungen in Deutschland. *Nervenarz*, 75, 896-903.
- Sackett, D.L. (1999). Evidence based medicine: what it is and what it isn't. *BMJ*, 312, 71-72.
- Sandell, R. (1999).Wie die Zeit vergeht. Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und analytischenTherapien. *Forum Psychoanal.*, 15, 327-347.
- Schäfer, B. & Petermann, F. (1988). *Vorurteile und Einstellungen*. Köln: Deutscher Instituts-Verlag
- Schäfer, U. & Rüter, E. (2004). *Im Auf und Ab der Gefühle. Manie und Depression – die bipolare affektive Störung. Ein Ratgeber*. Berlin: ABW Wissenschaftsverlag GmbH
- Scharfsetter, C. (2000). *Was weiß der Psychiater vom Menschen? Unterwegs in der Psychiatrie: Menschenbild, Krankheitsbegriff und Therapieverständnis*. Bern: Huber
- Scheibler, F., Janssen, C. & Pfaff, H. (2003). Shared Decision Making: Ein Überblick über die internationale Forschungsliteratur. *Soz Praeventivmed*, 48(1), 11-24.
- Scheier, M.F. & Carver, C.S. (1987). Dispositional optimism and physical well being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Pers.* 55, 169-210.
- Schlamberger, K. (1982). *Der erste Eindruck als sich selbst erfüllende Prophezeiung*. Graz: Universität Graz
- Schneller, T. & Wildgrube, K. (1980). Medizinisch-Psychologische Interventionsmöglichkeiten im kurativen Bereich. In T. Schneller (Hrsg.), *Medizinische Psychologie III* (S. 66-135). Stuttgart: Kohlhammer.
- Schott, H. & Tölle, R. (2006). *Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren – Irrwege – Behandlungsformen*. München
- Schubert, W. & Mattern, R. (Hrsg.,2005). *Urteilsbildung in der medizinisch-psychologischen Fahreignungsdiagnostik – Beurteilungskriterien*. Bonn: Kirschbaum-Verlag

- Schultz von Thun, F. (1981). *Miteinander reden: Störungen und Klärungen*. Reinbek: Rowohlt
- Schulz v. Thun, F. (1981). *Miteinander Reden (1-3)*. Reinbek: Rowohlt
- Schwarzer, R. (1996). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens*. Göttingen; Bern; Toronto; Seattle: Hogrefe
- Schwarzer, R. (2004). *Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie (3., überarbeitete Auflage)*. Göttingen: Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG.
- Sheldon, W. (1940). *The variation of human physics: an introduction into constitutional psychology*. New York: Harper
- Shem, S. (1999). *Dr. Fine*. München: Urban & Fischer Verlag
- Shepherd, M (1982). *Psychiatrists on Psychiatry*. Cambridge: University Press
- Shumay, D., Kakai, H. & Gotay, C. (2000). Ethnic differences in complementary and alternative medicine use among cancer patients. *J Altern Complement Med*, 6, 531–538.
- Siegrist, J. (1977). *Lehrbuch der medizinischen Psychologie*. München-Wien-Baltimore: Urban & Schwarzenberg.
- Siegrist, J. (1978). *Arbeit und Interaktion im Krankenhaus*. Stuttgart: Enke.
- Siegrist, J. (1994). Assymetrie und soziale Distanz. In F.-W. Wilker, C. Bischoff & P. Novak (Hrsg.), *Medizinische Psychologie und medizinische Soziologie* (S.267-270). München: Urban und Schwarzenberg
- Siegrist, J. (1996). *Soziale Krisen und Gesundheit: Eine Theorie der Gesundheitsförderung am Beispiel von Herz-Kreislauf Risiken im Erwerbsleben*. Göttingen; Bern; Toronto; Seattle: Hogrefe
- Silverstone, T. & Hunt, N. (1992): Symptoms and Assessment of Mania. In: Paykel, E.S., (ed.), *Handbook of affective disorders* (S.15-24), (2nd ed.). Edingburgh: Churchill-Livingstone
- Silverstone, T. (1988). The influence of psychiatric disease and its treatment in driving performance. *International Clinical Psychopharmacology*, 3, Suppl. 1, 59–66.
- Simpson, S.G. & Jamison, K.R. (1999). The risk of suicide in patients with bipolar disorders. *J Clin Psychiatry*, 60, Suppl.2, 53-56.
- Soldan-Heppe (1999). *Geschichte der Hexenprozesse*. Köln: Parkland.
- Speierer G.-W. (1985). *Das patientenorientierte Gespräch. Baustein einer personenzentrierten Medizin*. München: Causa.

- Spieß, H., Hausner, H., Hajak, G. & Cording, C. (2008): Dokumentation in der Psychiatrie und Psychotherapie. Rechtliche Grundlagen und klinische Praxis. *Nervenarzt* 79, 1087–1098. Online publiziert: 21. Mai 2008. Springer Medizin Verlag.
- Stangier, U. (2003). Dermatologische Erkrankungen. In U. Ehlert (Hrsg.), *Verhaltensmedizin* (S.367-406). Berlin Heidelberg: Springer-Verlag
- Statistisches Bundesamt Wiesbaden (2004). Unfallgeschehen im Straßenverkehr 2003. download: <http://www-ec.destatis.de/csp/shop>
- Statistisches Bundesamt Wiesbaden: Fachserie 8 Verkehr, Reihe 7
Straßenverkehrsunfälle. Stuttgart: Metzler-Poeschel (monatlich und jährlich)
http://www.destatis.de/themen/d/thm_verkehr.htm
- Stavrianidou, P. (1999). *Einflüsse der Migration auf die subjektiven Krankheitstheorien zu Krebs und Herzinfarkt von Gesunden – Eine deutsch-griechischen Vergleichsstudie*. Dissertation: Institut für Medizinische Psychologie der Universität Münster
- Stein, R. (2000). Gespräch in der Sprechstunde vernachlässigt. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 06.12.2000, Nr. 284, S. N 3
- Stewart, M. (2001). Towards a global definition of patient centred care. *BMJ*, 322, 444–445.
- Stransky, E. (1914). *Lehrbuch der allgemeinen und speziellen Psychiatrie*. 2.Bd. Leipzig: Vogel.
- Stroebe, W., Hewstone, M., Codol, J.-P. & Stephenson, G.M.(Hrsg., 1990;). *Sozialpsychologie: Eine Einführung*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer-Verlag
- Strupp, H.H., Fox, R.E. & Lessler, K. (1969). *Patients view their psychotherapy*. New York: Grune & Stratton.
- Stuster, J., Coffman, Z. & Warren, D. (1998). Synthesis of safety research related to speed and speed management (No. FHWA-RD-98-154). McLean, VA: Federal Highway Administration. <http://www.tfhrc.gov/safety/speed/spdtdoc.htm>
- Taylor, S. E., Lichtmann, R. R. & Wood, V.R. (1984). Attributions, beliefs about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 489-502.
- Thompson, K.N., Phillips, L.J., Komesaroff, P., Yuen, H.P., Wood, S.J., Pantelis, C., Velakoulis, D., Yung, A.R. & McGorry, P.D. (2007). Stress and HPA-axis functioning in young people at ultra high risk for psychosis. *PMID: 16831447*
- Thompson, P. & Nelson, D. (1996). DVLA regulations concerning driving and psychiatric disorders. *Psychiatric Bulletin*, 20, 323-325.

- Thompson, S. C. (2002). The role of personal control in adaptive functioning. In: Snyder, C.R. & Lopez, S.J. (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp.202-213). London: Oxford University Press.
- Todorov, A. & Willis, J. (2006). First Impressions - Making Up Your Mind After a 100-Ms Exposure to a Face. Princeton University: *Association for Psychological Science*, 17, No.7.
- Tohen, M. , Shulman, K.I. & Satlin, A. (1994). First episode mania in late life. *Am J Psychiatry*, 151, 130-132.
- Tohen, M., Zarate, C.A. & Hennen, J. (2003). The McLean-Harvard First-Episode Mania Study: prediction of recovery and first recurrence. *Am J Psychiatry*. 160 (12), 2099-2107.
- Torrey, E.F. (1999). Epidemiological comparison of schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophr Res*, 39, 101-106.
- U.S. Department of Health and Human Services (1999). Mental Health: A Report of the Surgeon General. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health.
- Vaa, T. (2003). Impairments, diseases, age and their relative risks of accident involvement: Results from a meta analysis. IMMORTAL EU research project Deliverable R1.1. www.immortal.or.at
- Verordnung zur Beteiligung von Patientinnen und Patienten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (Patientenbeteiligungsverordnung - PatBeteiligungsV); Ausfertigungsdatum: 19.12.2003. In: *Patientenbeteiligungsverordnung vom 19. Dezember 2003* (BGBl. I S. 2753)
- Vertinsky, I., Thompson, W. & Uyeno, D. (1974). Measuring consumer desire for participation in clinical decision making. *Health Serv Res*, 9, 121-34.
- Vieta, E. & Goikolea, J.M. (2005). Atypical antipsychotics: newer options for mania and maintenance therapy. *Bipolar Disorder*, 7, Suppl 4, 21-33.
- Vieta, E., Bourin, M., Sanchez, R., Marcus, R., Stock, E., McQuade, R., Carson, W., Abou-Gharbia, N., Swanink, R. & Iwamoto, T. (2005) . Effectiveness of aripiprazole v. haloperidol in acute bipolar mania: double-blind, randomised, comparative 12-week trial. *Br J Psychiatry*, 187, 235-242.
- Voigt-Radloff, S., Leonhart, R., Schwer, B., Junde, I. & Heiss, H.W. (2006). Das Logopädische Assessment. Feldversuch zu psychometrischen Eigenschaften, Praktikabilität, Akzeptanz und Prozessqualität. *Das Gesundheitswesen*, 67, 665-673.

- Vollmann, J. (2000). Einwilligungsfähigkeit als relationales Modell – Klinische Praxis und medizinethische Analyse, *Nervenarzt*, 71 (9), 709–714.
- Wagner, P. & Bräunig, P. (2004). *Psychoedukation bei bipolaren Störungen. Ein Therapiemanual für Gruppen*. Stuttgart: Schattauer.
- Wasem, J. & Nolting, H.-D. (2002). Der Patient vor der Wahl - durch mehr Wissen zu mehr Verantwortung. Ergebnisse der Janssen-Cilag Bevölkerungsbefragung 2002. www.janssen-cilag.de
- Watzlawick, P. (1969). *Menschliche Kommunikation. Formen, Störungen, Paradoxien*. – Bern: Huber-Verlag
- Watzlawick, P. (1980). *Interaktion – Menschliche Probleme und Familientherapie*. Bern / Stuttgart / Wien: Hans Huber Verlag
- Wehr, T.A. (1989). Sleep loss. A preventable cause of mania and other excited states. *J. Clin Psychiatry*, 50, Suppl, 8-16.
- Weißbuch Bipolare Störungen (2006). Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (DGBS) www.dgbs.de
- Wender, P.H., Wolf, L.E. & Wasserstein, J. (2001). Adults with ADHS. An overview. *Annual N Y Acad Sci*, 931, 1-16.
- WHO (2001). Durch psychische Störungen bewirktes Leid und Sterben verhindern. Europäische Perspektiven im Weltgesundheitsbericht 2001. Psychische Gesundheit: neues Verständnis – neue Hoffnung. *Pressemitteilung EURO/11/01*. Kopenhagen
- WHO: World report on road traffic injury prevention, 2004. download: http://www.who.int/world-health-day/2004/infomaterials/world_report/en/.
- Wittchen, H.-U. & Hoyer, J. (Hrsg., 2006). *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Springer Verlag: Berlin Heidelberg
- Wolshrijn, H., de Gier, J. & de Smet, P. (1991). *Drugs and driving: a new categorization system for drugs affecting psychomotor performance*. Maastricht: Institute for Drugs, Safety and Behavior, University of Limburg, IVGV, 91–124.
- World Health Organization (2004). Global burden of disease estimates (2). Geneva, World Health Organization, 2004. <http://www.who.int/healthinfo/bodestimates/en/index.html>
- World Health Organization (2008). *Neuer WHO-Bericht Psychiatriepolitik und -praxis in der Europäischen Region – Den Herausforderungen begegnen*. Faktenblatt Kopenhagen, London, 10. Oktober 2008. World Health Organization, 2008.

Wurster, C. (2005). *Ärztliche Gesprächsführung im Umgang mit älteren Patienten*. Diplomarbeit im Fach Psychologie. Universität Bonn.

Wuttke, J. s(1980). Ziele und Probleme der Psychotherapieforschung. In: W. Wittling (Hrsg.), *Handbuch der klinischen Psychologie* (Bd. 6: Klinische Psychologie in Forschung und Praxis, S. 16-41). Hamburg: Hoffmann & Campe

Yatham, L.N. (2005). Atypical antipsychotics for bipolar disorder. *Psychiatr Clin North Am* 28, 325–347.

Yatham, L.N., Lecrubier, Y. & Fieve, R.R. (2004). Quality of life in patients with bipolar I depression: data from 920 patients. *Bipolar Disorder*, 6, 379–385.

Zubin, J. & Spring, B. (1977). Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*. Vol 86(2), 103-126.

Tabelle 1: Definition der Bipolaren Störung nach ICD 10 (WHO)

F30 Manische Episode

Alle Untergruppen dieser Kategorie dürfen nur für eine einzelne Episode verwendet werden. Hypomanische oder manische Episoden bei Betroffenen, die früher eine oder mehrere affektive (depressive, hypomanische, manische oder gemischte) Episoden hatten, sind unter bipolarer affektiver Störung (F31.-) zu klassifizieren.

F30.0 Hypomanie

Eine Störung, charakterisiert durch eine anhaltende, leicht gehobene Stimmung, gesteigerten Antrieb und Aktivität und in der Regel auch ein auffallendes Gefühl von Wohlbefinden und körperlicher und seelischer Leistungsfähigkeit. Gesteigerte Geselligkeit, Gesprächigkeit, übermäßige Vertraulichkeit, gesteigerte Libido und vermindertes Schlafbedürfnis sind häufig vorhanden, aber nicht in dem Ausmaß, dass sie zu einem Abbruch der Berufstätigkeit oder zu sozialer Ablehnung führen. Reizbarkeit, Selbstüberschätzung und flegelhaftes Verhalten können an die Stelle der häufigen euphorischen Geselligkeit treten. Die Störungen der Stimmung und des Verhaltens werden nicht von Halluzinationen oder Wahn begleitet.

F30.1 Manie ohne psychotische Symptome

Die Stimmung ist situationsinadäquat gehoben und kann zwischen sorgloser Heiterkeit und fast unkontrollierbarer Erregung schwanken. Die gehobene Stimmung ist mit vermehrtem Antrieb verbunden, dies führt zu Überaktivität, Rededrang und vermindertem Schlafbedürfnis. Die Aufmerksamkeit kann nicht mehr aufrechterhalten werden, es kommt oft zu starker Ablenkbarkeit. Die Selbsteinschätzung ist mit Größenideen oder übertriebenem Optimismus häufig weit überhöht. Der Verlust normaler sozialer Hemmungen kann zu einem leichtsinnigen, rücksichtslosen oder in Bezug auf die Umstände unpassenden und persönlichkeitsfremden Verhalten führen.

F30.2 Manie mit psychotischen Symptomen

Zusätzlich zu dem unter F30.1 beschriebenen klinischen Bild treten Wahn (zumeist Größenwahn) oder Halluzinationen (zumeist Stimmen, die unmittelbar zum Betroffenen sprechen) auf. Die Erregung, die ausgeprägte körperliche Aktivität und die Ideenflucht können so extrem sein, dass der Betroffene für eine normale Kommunikation unzugänglich wird.

Manie mit parathymen psychotischen Symptomen
Manie mit synthymen psychotischen Symptomen
Manischer Stupor

F30.8 Sonstige manische Episoden

F30.9 Manische Episode, nicht näher bezeichnet

Manie ohne nähere Angabe

Tabelle 1: Definition der Bipolaren Störung nach ICD 10 (WHO)

F31	Bipolare affektive Störung Hierbei handelt es sich um eine Störung, die durch wenigstens zwei Episoden charakterisiert ist, in denen Stimmung und Aktivitätsniveau des Betroffenen deutlich gestört sind. Diese Störung besteht einmal in gehobener Stimmung, vermehrtem Antrieb und Aktivität (Hypomanie oder Manie), dann wieder in einer Stimmungssenkung und vermindertem Antrieb und Aktivität (Depression). Wiederholte hypomanische oder manische Episoden sind ebenfalls als bipolar zu klassifizieren. Inkl.: Manisch-depressiv: · Krankheit · Psychose · Reaktion Exkl.: Bipolare affektive Störung, einzelne manische Episode (F30.-) Zyklothymia (F34.0)
F31.0	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanische Episode Der betroffene Patient ist gegenwärtig hypomanisch (siehe F30.0) und hatte wenigstens eine weitere affektive Episode (hypomanisch, manisch, depressiv oder gemischt) in der Anamnese.
F31.1	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome Der betroffene Patient ist gegenwärtig manisch, ohne psychotische Symptome (siehe F30.1) und hatte wenigstens eine weitere affektive Episode (hypomanisch, manisch, depressiv oder gemischt) in der Anamnese.
F31.2	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen Der betroffene Patient ist gegenwärtig manisch, mit psychotischen Symptomen (F30.2) und hatte wenigstens eine weitere affektive Episode (hypomanisch, manisch, depressiv oder gemischt) in der Anamnese.
F31.3	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode Der betroffene Patient ist gegenwärtig depressiv, wie bei einer leichten oder mittelgradigen depressiven Episode (siehe F32.0 oder F32.1) und hatte wenigstens eine eindeutig diagnostizierte hypomanische, manische oder gemischte Episode in der Anamnese.
F31.4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome Der betroffene Patient ist gegenwärtig depressiv, wie bei einer schweren depressiven Episode ohne psychotische Symptome (siehe F32.2) und hatte wenigstens eine eindeutig diagnostizierte hypomanische, manische oder gemischte Episode in der Anamnese.

Tabelle 1: Definition der Bipolaren Störung nach ICD 10 (WHO)

F31.5	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
	Der betroffene Patient ist gegenwärtig depressiv, wie bei einer schweren depressiven Episode mit psychotischen Symptomen (siehe F32.3) und hatte wenigstens eine eindeutig diagnostizierte hypomanische, manische oder gemischte Episode in der Anamnese.
F31.6	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig gemischte Episode
	Der betroffene Patient hatte wenigstens eine eindeutig diagnostizierte hypomanische, manische, depressive oder gemischte affektive Episode in der Anamnese und zeigt gegenwärtig entweder eine Kombination oder einen raschen Wechsel von manischen und depressiven Symptomen.
	<i>Exkl.:</i> Einzelne gemischte affektive Episode (F38.0)
F31.7	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig remittiert
	Der betroffene Patient hatte wenigstens eine eindeutig diagnostizierte hypomanische, manische oder gemischte affektive Episode und wenigstens eine weitere affektive Episode (hypomanisch, manisch, depressiv oder gemischt) in der Anamnese; in den letzten Monaten und gegenwärtig besteht keine deutliche Störung der Stimmung. Auch Remissionen während einer prophylaktischen Behandlung sollen hier kodiert werden.
F31.8	Sonstige bipolare affektive Störungen
	Bipolar-II-Störung Rezidivierende manische Episoden o.n.A.
F31.9	Bipolare affektive Störung, nicht näher bezeichnet

Tabelle 1b: DSM-IV Bipolare Störungen

Diagnostic criteria for Bipolar I Disorder, Most Recent Episode Hypomanic

- A. Currently (or most recently) in a [Hypomanic Episode](#).
- B. There has previously been at least one [Manic Episode](#) or [Mixed Episode](#).
- C. The mood symptoms cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.
- D. The mood episodes in Criteria A and B are not better accounted for by [Schizoaffective Disorder](#) and are not superimposed on [Schizophrenia](#), [Schizophreniform Disorder](#), Delusional Disorder, or Psychotic Disorder Not Otherwise Specified.

Diagnostic criteria for Bipolar I Disorder, Most Recent Episode Manic

- A. Currently (or most recently) in a [Manic Episode](#).
- B. There has previously been at least one [Major Depressive Episode](#), [Manic Episode](#), or [Mixed Episode](#).
- C. The mood episodes in Criteria A and B are not better accounted for by [Schizoaffective Disorder](#) and are not superimposed on [Schizophrenia](#), [Schizophreniform Disorder](#), Delusional Disorder, or Psychotic Disorder Not Otherwise Specified.

Diagnostic criteria for Bipolar I Disorder, Most Recent Episode Mixed

- A. Currently (or most recently) in a [Mixed Episode](#).
- B. There has previously been at least one [Major Depressive Episode](#), [Manic Episode](#), or [Mixed Episode](#).
- C. The mood episodes in Criteria A and B are not better accounted for by [Schizoaffective Disorder](#) and are not superimposed on [Schizophrenia](#), [Schizophreniform Disorder](#), Delusional Disorder, or Psychotic Disorder Not Otherwise Specified.

Diagnostic criteria for Bipolar I Disorder, Most Recent Episode Depressed

- A. Currently (or most recently) in a [Major Depressive Episode](#).
- B. There has previously been at least one [Manic Episode](#) or [Mixed Episode](#).
- C. The mood episodes in Criteria A and B are not better accounted for by [Schizoaffective Disorder](#) and are not superimposed on [Schizophrenia](#), [Schizophreniform Disorder](#), Delusional Disorder, or Psychotic Disorder Not Otherwise Specified.

Diagnostic criteria for Bipolar I Disorder, Most Recent Episode Unspecified

- A. Criteria, except for duration, are currently (or most recently) met for a [Manic](#), a [Hypomanic](#), a [Mixed](#), or a [Major Depressive Episode](#).
- B. There has previously been at least one [Manic Episode](#) or [Mixed Episode](#).
- C. The mood symptoms cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.
- D. The mood episodes in Criteria A and B are not better accounted for by [Schizoaffective Disorder](#) and are not superimposed on [Schizophrenia](#), [Schizophreniform Disorder](#), Delusional Disorder, or Psychotic Disorder Not Otherwise Specified.
- E. The mood symptoms in Criteria A and B are not due to the direct physiological effects of a substance (e.g., a drug of abuse, a medication, or other treatment) or a general medical condition (e.g., hyperthyroidism).

Diagnostic criteria for Bipolar II Disorder

- A. Presence (or history) of one or more [Major Depressive Episodes](#).
- B. Presence (or history) of at least one [Hypomanic Episode](#).
- C. There has never been a [Manic Episode](#) or a [Mixed Episode](#).
- C. The mood symptoms cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.
- D. The mood episodes in Criteria A and B are not better accounted for by [Schizoaffective Disorder](#) and are not superimposed on [Schizophrenia](#), [Schizophreniform Disorder](#), Delusional Disorder, or Psychotic Disorder Not Otherwise Specified.
- E. The symptoms cause clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning.

Inhalte des Konsensuspapiers Schizophrenie (vgl. Bäuml und Pischl-Walz, 2003)

1. Definition der Psychoedukation
2. Ziele
 - Ziele für die Arbeit mit dem Patienten
 - Ziele für die Arbeit mit den Angehörigen
 - Ziele für die Professionellen
3. Indikation/ Voraussetzung bzw. Kontraindikation
 - Teilnehmer an Patientengruppen
 - Teilnehmer an Angehörigengruppen
4. Organisatorischer Rahmen
5. Struktur und Inhalte der Psychoedukation
6. Das didaktische und psychotherapeutische Vorgehen
7. Qualifikation von Gruppenleitern
8. Implementierung des Teams
 - Einbindung des gesamten Teams
 - Stationäres Setting
 - Ambulantes Setting
9. Forschung und Qualitätssicherung
 - Stand der Forschung / Offene Forschungsfragen
 - Qualitätssicherung
10. Öffentlichkeitsarbeit
 - Bekanntmachen von konkreten psychoedukativen Angeboten
 - Information über Psychoedukation an sich
11. Selbsthilfebewegungen
12. Rechtliche Aspekte der Psychoedukation
13. Abrechnungsmöglichkeiten
14. Literatur und Medien für die Laien

Tabellen Kapitel 8

Tabelle 8.a

Einzel-Item aus Frage 20: Störvariable im Arzt-Patienten Gespräch: Aufklärung der bipolaren Patienten über mögliche Einschränkungen an der Straßenverkehrsteilnahme (Autofahren).

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Trifft gar nicht zu	39	32,2	32,8	32,8
Trifft eher nicht zu	33	27,3	27,7	60,5
Trifft eher zu	36	29,8	30,3	90,8
Trifft sehr zu	11	9,1	9,2	100
Gesamt	119	98,4	100	
Keine Angabe	2	1,6		

Frage 20: Arzt-Patienten-Gespräche können ja ganz unterschiedlich ablaufen. Nicht selten kommt es ja auch vor, dass man Angelegenheiten besprechen muss, die man selbst als störend empfindet. Bitte geben Sie aufgrund Ihrer persönlichen Erfahrungen an, auf welche Angelegenheit dies zutrifft.

Tabelle 8.b

Überprüfung der soziodemographischen Merkmale

Tätigkeitsbereich			
Niedergelassene Praxis	MW = 6,30 p = .19 n=61	MW = 3,52 p = .54 n=61	MW = 5,95 p = .06 n=61
Krankenhaus	MW = 6,70 p = .19 n=60	MW = 3,58 p = .54 n=60	MW = 6,50 p = .06 n=60
Gesamt	MW = 6,50 p = .19 n=121	MW = 3,55 p = .54 n=121	MW = 6,22 p = .06 n=121
MW = Mittelwert / p = Signifikanz: $p < .05$ signifikant; n. s. = nicht signifikant; n = Stichprobengröße			

Tabelle 8.b: Überprüfung der soziodemographischen Merkmale

Merkmal:	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Alter (Jahre)			
30-39	MW = 6,93 p = .16 n=33	MW = 3,51 p = .36 n=33	MW = 6,44 p = .14 n=33
40-49	MW = 6,29 p = .16 n=52	MW = 3,59 p = .36 n=52	MW = 6,02 p = .14 n=52
50-59	MW = 6,58 p = .16 n=29	MW = 3,52 p = .36 n=29	MW = 6,55 p = .14 n=29
>60	MW = 5,42 p = .16 n=7	MW = 3,38 p = .36 n=7	MW = 5,14 p = .14 n=7
Gesamt	MW = 6,50 p = .16 n=121	MW = 3,55 p = .36 n=121	MW = 6,22 p = .14 n=121
Approbiert seit (Jahre)			
1- 6	MW = 6,84 p = .36 n=19	MW = 3,51 p = .95 n=19	MW = 6,68 p = .28 n=19
7-15	MW = 6,58 p = .36 n=45	MW = 3,59 p = .95 n=45	MW = 6,00 p = .28 n=45
16-24	MW = 6,28 p = .36 n=32	MW = 3,51 p = .95 n=32	MW = 6,22 p = .28 n=32
25-33	MW = 6,68 p = .36 n=19	MW = 3,60 p = .95 n=19	MW = 6,58 p = .28 n=19
>34	MW = 5,33 p = .36 n=6	MW = 3,46 p = .95 n=6	MW = 5,33 p = .28 n=6
Gesamt	MW = 6,50 p = .36 n=121	MW = 3,54 p = .36 n=121	MW = 6,22 p = .36 n=121
MW = Mittelwert / p = Signifikanz: p<.0.05 signifikant ; n. s. =nicht signifikant; n = Stichprobengröße			

Tabelle 8.c

Einfluss der Dauer der Beziehung zu Kurzzeitpatienten und Langzeitpatienten auf die Aufklärungsbereitschaft der Ärzte

Merkmal:	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Kurzzeitpatienten (Mittlere Dauer der Beziehung: 5,5 Monate)	MW = 6,71 p = .75 n=90	MW = 3,57 P = .19 n=90	MW = 6,28 p = .87. n=90
Langzeitpatienten (Mittlere Dauer der Beziehung: 7 Jahre)	MW = 6,64 p = .72 n=90	MW = 3,57 p = .04 eta ² = .26 n=90	MW = 6,78 p = .01 eta ² = .29 n=90
MW = Mittelwert / p = Signifikanz: p<.0.05 signifikant; n. s. =nicht signifikant; n = Stichprobengröße			

Tabelle 8.d

Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient bzw. Arzt und Angehörige

Die Arzt-Patientenbeziehung ist vertrauensvoll ...	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Stimme zu	39	32,2	32,2	32,2
Stimme eher zu	50	41,3	41,3	73,6
Mal so, mal so	23	19,0	19,0	92,6
Stimme eher nicht zu	7	5,8	5,8	98,3
Stimme nicht zu	2	1,7	1,7	100,0
Gesamt	121	100,0	100,0	

Frage 12: a) Die Arzt Patientenbeziehung kann zum einen eher vertrauensvoll, zum anderen aber auch schon mal problematisch sein. Im Folgenden lesen Sie zwei Alternativen, die Ihre Kollegen uns in vorangegangenen Untersuchungen genannt haben. Bitte geben Sie aufgrund ihrer persönlichen Erfahrung an, in welchem Ausmaß die Aussagen im Allgemeinen Ihr Verhältnis zu Ihren Patienten eher widerspiegeln.

Tabelle 8.d**Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient bzw. Arzt und Angehörige**

Die Arzt-Angehörigenbeziehung ist vertrauensvoll ...	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Stimme zu	14	11,6	11,6	11,6
Stimme eher zu	51	42,1	42,1	53,7
Mal so, mal so	48	39,7	39,7	93,4
Stimme eher nicht zu	6	5,0	5,0	98,3
Stimme nicht zu	2	1,7	1,7	100,0
Gesamt	121	100,0	100,0	

12 b) Die Arzt Angehörigenbeziehung kann zum einen eher vertrauensvoll, zum anderen aber auch schon mal problematisch sein. Bitte geben Sie auch hier aufgrund ihrer persönlichen Erfahrung an, in welchem Ausmaß die Aussagen im Allgemeinen Ihr Verhältnis zu den Angehörigen eher widerspiegeln.

Tabelle 8.e**Definition des Therapieziels (Arztsicht)**

Therapieziele, ...	Häufigkeit	Prozent	Gesamt
Ich möchte gemeinsam mit dem Patienten eine stabile Phasenprophylaxe erreichen	Primär: 87 Sekundär:34	71,9 28,1	n= 121
Ich möchte so schnell wie möglich dem Patienten seinen Alltag ermöglichen	Primär: 87 Sekundär:34	65,2 34,8	n= 112
Ich möchte den Patienten wieder in das Leben integrieren	Primär: 87 Sekundär:34	80,5 19,5	n= 118
Ich möchte mit dem Patienten erreichen, dass er wieder arbeiten gehen kann	Primär: 87 Sekundär:34	32,1 67,6	n= 112
Ich möchte mit dem Patienten erreichen, dass er wieder in der Familie seinen Platz findet	Primär: 87 Sekundär:34	66,1 33,9	n= 112

Frage 9: Als behandelnder Arzt kann man mit der Therapie der Patienten unterschiedliche Ziele verfolgen. Welche der folgenden Ziele bei der Behandlung bipolarer Patienten sind für Sie persönlich denn am wichtigsten? Bitte geben Sie Ihre zwei wichtigsten Ziele an. Sollten Sie andere Ziele verfolgen als die hier aufgeführten, dann führen Sie diese bitte auf.

Tabelle 8f**Definition des Therapieerfolgs (Arztsicht)**

Therapieerfolg heißt für mich persönlich, ...	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozepte	Kumulierte Prozepte
den Patient zu stabilisieren, also aus der Akutphase herauszuholen	27	22,3	22,5	22,5
dass der Patienten immer in der Phasenprophylaxe bleibt	17	14,0	14,2	36,7
der Patient kann wieder arbeiten gehen und ganz normal am Leben teilnehmen	76	62,8	63,3	100,0
Gesamt	120	99,2	100,0	
Keine Angabe	1	,8		
Gesamt	121	100,0		

Frage 13: Therapieerfolg wird von Ihren Kollegen unterschiedlich definiert. Welcher Definition können Sie persönlich am ehesten zustimmen? (Nur eine Antwort bitte).

Tabelle 8.g**Einfluss der geschätzten Patienten-Compliance auf die Aufklärungsbereitschaft der Ärzte**

compliance Verhalten der bipolaren Patienten (Arztsicht)	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Nehmen ihre Medikamente jeden Tag ein	r = -.09 p= .32 n=120	r = -.05 p= .63 n=120	r = -.17 p= .07 n=120
Vergessen ihre Medikamente auch schon mal tageweise	r = .04 p= .68 n=121	r = .18 p= .06 n=121	r = .16 p= .09 n=121
Lassen die Medikation wochenweise schon mal aus	r = .15 p= .11 n=121	r = .04 p= .64 n=121	r = .07 p= .46 n=121
r = Korrelation nach Pearson / p = Signifikanz: p<.0.05 signifikant ; n = Stichprobengröße			

Fortsetzung - Tabelle 8.g**Einfluss der geschätzten Patienten-Compliance auf die Aufklärungsbereitschaft der Ärzte**

compliance Verhalten der bipolaren Patienten (Arztsicht)	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Erscheinen regelmäßig zu den verabredeten Arztterminen	r = .04 p= .69 n=120	r = .00 p= .99 n=120	r = .03 p= .75 n=120
Erscheinen regelmäßig zu den verabredeten Psychoedukationsterminen	r = .07 p= .45 n=119	r = .16 p= .08 n=119	r = .13 p= .15 n=119
MW = Mittelwert / p = Signifikanz: p<.0.05 signifikant ; n = Stichprobengröße			

Frage 16: Das Verhalten der Patienten kann in Bezug auf regelmäßige Medikamenteneinnahme, Wahrnehmen der Arzttermine und Besuch von Psychoedukationsgruppen unterschiedlich sein. Wie hoch ist der Prozent -Anteil unter Ihren Patienten mit den folgenden Verhaltensmustern?

Tabelle 8.h**Zusammenhang zwischen der Teilnahme einer Bezugsperson (des Patienten) bei Gesprächen zur Fahrtauglichkeit und der Aufklärungsbereitschaft der Ärzte**

Bezugsperson	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Partner	MW = 6,61 p= .84 n=86	MW = 3,51 p= .63 n=86	MW = 6,36 p= .97 n=86
Anderer Familienangehörige	MW = 7,00 p= .84 n=6	MW = 3,57 p= .63 n=6	MW = 6,67 p= .97 n=6
Freunde	MW = 6,13 p= .84 n=8	MW = 3,50 p= .63 n=8	MW = 6,70 p= .97 n=8
Betreuer (sozialpsychiatrischer Dienst)	MW = 6,88 p= .84 n=8	MW = 3,82 p= .63 n=8	MW = 6,63 p= .97 n=8
MW = Mittelwert / p = Signifikanz: p<.0.05 signifikant ; n = Stichprobengröße			

Frage 41: Wer hat denn im sozialen Umfeld des Patienten Ihrer Meinung nach den größten Einfluss auf den Patienten, wenn es um die Frage der Fahrtüchtigkeit bzw. der Verneinung der Fahrtüchtigkeit geht?

Tabelle 8.i

Zusammenhang zwischen Störungen im Gesprächsablauf und der Aufklärungsbereitschaft der Ärzte

Störungen im Gesprächsablauf	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Fragen nach dem aktuellen Wohlbefinden / Zustand	r = -.12 p= .19 n=118	r = .03 p= .74 n=118	r = -.06 p= .51 n=118
Fragen nach der Medikamenteneinnahme	r = .02 p= .88 n=118	r = -.11 p= .26 n=118	r = -.06 p= .50 n=118
Fragen nach Problemen mit den Medikamenten (Nebenwirkungen)	r = .07 p= .42 n=119	r = .08 p= .34 n=119	r = -.02 p= .82 n=119
Fragen nach möglichen Probleme in der Familie, für die sich der Patient verantwortlich fühlt	r = .03 p= .75 n=118	r = .16 p= .08 n=118	r = .03 p= .76 n=118
Fragen nach möglichen Probleme im Berufsleben (soweit vorhanden)	r = .07 p= .42 n=119	r = .08 p= .34 n=119	r = -.02 p= .82 n=119
dass das Einhalten der Gesprächstermine sehr wichtig ist	r = -.08 p= .41 n=118	r = .10 p= .30 n=118	r = .17 p= .06 n=118
dass eine regelmäßige Medikamenteneinnahme notwendig ist	r = .10 p= .27 n=119	r = .12 p= .20 n=119	r = .12 p= .21 n=119
dass die Teilnahme an Psychoedukation sehr wichtig ist	r = .03 p= .76 n=112	r = .12 p= .20 n=112	r = .13 p= .17 n=112
Wenn ich die Medikamentenwirkung mit ihren Vor- und Nachteilen besprechen muss	r = .15 p= .09 n=119	r = .13 p= .16 n=119	r = .16 p= .08 n=119
r = Korrelation nach Pearson / p = Signifikanz: p<.0.05 signifikant ; n = Stichprobengröße			

Frage 20: Arzt-Patienten-Gespräche können ja ganz unterschiedlich ablaufen. Nicht selten kommt es ja auch vor, dass man Angelegenheiten besprechen muss, die man selbst als störend empfindet. Bitte geben Sie aufgrund Ihrer persönlichen Erfahrungen an, welche Angelegenheit Sie am meisten stören, schon mal eher stören, eher nicht so stören oder am wenigsten stören könnte.

Tabelle 8.j**Delegation der Gespräche zur Verkehrsteilnahme (Arztsicht)**

Ich halte die folgenden Personen für	(eher) geeignet	(eher) geeignet		
	Häufigkeit (Prozent)	Häufigkeit (Prozent)	Keine Angabe n (%)	Gesamt
Hausarzt	83 (68)	32 (26,2)	6 (5,7)	121
Gutachterlich tätiger Psychologe	77 (63,1)	38 (31,3)	6 (5,7)	121
Gutachterlich tätige Psychiater (Straßenverkehr)	94 (77,1)	21 (17,2)	6 (5,7)	121
Mitarbeiter des Ordnungsamtes	23 (18,8)	89 (73)	9 (8,2)	121
Mitarbeiter des Straßenverkehrsamtes	17 (14)	96 (78,7)	8 (7,3)	121
Mitarbeiter der Polizei	28 (22,9)	85 (69,7)	8 (7,3)	121

Frage 35: Derzeit wird ein solches Gespräch nicht gesondert von der Kasse vergütet. Könnten Sie sich vorstellen, dass Ihnen diese Gespräche zur Verkehrsteilnahme von Dritten abgenommen werden könnten? Bitte geben Sie an, inwieweit Sie die folgenden Personenkreise eventuell für geeignet (4) – eher geeignet (3)-, eher nicht geeignet (2) oder ungeeignet (1) halten.

Tabelle 8.k**Delegation der Gespräche zur Verkehrsteilnahme (Arztsicht);****Auswertung Mehrfachantworten**

	Prozent (Häufigkeit)	Prozent (Häufigkeit)	Prozent (Häufigkeit)	Prozent (Häufigkeit)
Ich halte diese Dritte für	geeignet	eher geeignet	Eher ungeeignet	Ungeeignet
	25 (171)	22,1 (151)	33,1 (226)	19,8 (135)
Ich halte Hausarzt, Psychologen bzw. Psychiater mit Gutachtertätigkeit (Fahrtauglichkeit) für ...	geeignet	eher geeignet	Eher ungeeignet	Ungeeignet
	44,9 (155)	28,7 (99)	20,6 (71)	5,8 (20)

Frage 35: Derzeit wird ein solches Gespräch nicht gesondert von der Kasse vergütet. Könnten Sie sich vorstellen, dass Ihnen diese Gespräche zur Verkehrsteilnahme von Dritten abgenommen werden könnten?

Tabelle 8.l**Zusammenhang zwischen Delegation der Gespräche zur Verkehrsteilnahme (Arztsicht) an medizinisches Fachpersonal und Aufklärungsbereitschaft**

Delegation der Gespräche an medizinisches Fachpersonal	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Nein	r = -.10 p= .29 n=121	r = -.18 p= .049 n=121	r = .07 p= .40 n=121
Ja	r = .29 p= .00 n=121	r = .26 p= .00 n=121	r = .13 p= .15 n=121
r = Korrelation nach Pearson / p = Signifikanz: p<.0.05 signifikant; n = Stichprobengröße			

Frage 35: Derzeit wird ein solches Gespräch nicht gesondert von der Kasse vergütet. Könnten Sie sich vorstellen, dass Ihnen diese Gespräche zur Verkehrsteilnahme von Dritten abgenommen werden könnten?

Tabelle 8.m**Kenntnis der Bewertungskriterien – ausgeschlossen wurde die Antwortvorgabe „individuelle subjektive Bewertungskriterien werden herangezogen“**

	Häufigkeit in Prozent (n)	Häufigkeit in Prozent (n)	Gesamt
Ich kenne weitere Bewertungskriterien	Ja	nein	
	81,8 (99)	18,2 (22)	100 (121)
Ich kenne und nutze weitere Bewertungskriterien	Ja	Nein	
	56,2 (68)	43,8 (53)	100 (121)

Frage 43: Mit Patienten über die Möglichkeiten und Grenzen ihrer Verkehrsteilnahme zu sprechen, setzt ja für Sie persönlich auch die Kenntnis der wesentlichen Voraussetzungen der Fahrtüchtigkeit voraus. Welche festgelegten Bewertungskriterien kennen Sie und nutzen Sie in der Praxis bezogen auf die Verkehrstauglichkeit?

Tabelle 8.n**Nennungen zu Fortbildungsveranstaltungen zur Problematik Fahrtauglichkeit bipolarer Patienten**

Aufgezählte Fortbildungsveranstaltungen	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Spezielle Fortbildungen psychiatrische Erkrankungen und Fahrtauglichkeit - überregional (1 Tag)	4	3,3	19,0	19,0
Ausbildung Gutachter für Verkehrsmedizin	4	3,3	19,0	38,0
Verkehrsmedizin	4	3,3	19,0	57,0
Klinik-interne Fortbildung	2	1,7	9,5	66,5
Fortbildung der BAST	1	,8	4,8	71,4
Ärztammer	2	1,7	9,5	81,0
Fortbildung durch Pharmafirma	2	1,7	9,5	90,5
TÜV	2	1,7	9,5	100
Gesamt	21	17	100	

Frage 46: Welche Fortbildungen, die Sie mit dem Thema in seiner Komplexität vertraut machen, werden denn derzeit angeboten?

Tabelle 8.o**Zusammenhang zwischen rechtlichen Rahmenbedingungen und Aufklärungsbereitschaft**

Rechtliche Rahmenbedingungen	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Wissen um rechtliche Rahmenbedingungen (Aufklärungspflicht gegenüber dem Patienten und Dokumentation)	r = -.11 p= .25 n=115	r = .07 p= .47 n=115	r = -.008 p= .93 n=115
r = Korrelation nach Pearson / p = Signifikanz: p<.0.05 signifikant; n = Stichprobengröße			

Frage 44: Wie sieht denn in diesem Zusammenhang der rechtliche Rahmen aus? (Bsp. Müssen Sie überhaupt auf die Verkehrtauglichkeit achten?) Kann dieser Gegenstand Ihrer Beurteilung oder gar Begutachtung werden?

Tabelle 8.p**Inhalten einer Fortbildungsveranstaltungen zur Problematik Fahrtauglichkeit bipolarer Patienten**

Welche der folgenden Inhalte sollten bei einer Fortbildungsveranstaltung zur Bipolarität und Fahrtauglichkeit berücksichtigt werden?	Häufigkeit in Prozent (n)	Mittelwert (1= stimme nicht zu; 2=stimme zu)
Informationen über die Erkrankung und ihre Auswirkungen auf die Fahrtüchtigkeit	59,5 (n=72)	1,62
Einfluss der Krankheit/Medikation auf die Aufmerksamkeit/ Konzentration	56,2 (n=68)	1,59
Differenzierte Analyse der Psychopharmaka in Bezug auf Sedierung, Kognitive Störungen	59,5 (n=72)	1,62
Frühwarnzeichen der Erkrankung / Ankündigung von Phasenwechsel bei Patienten	28,9 (n=35)	1,30
Konkrete Anhaltspunkte zur Beurteilung der Verkehrsfähigkeit bipolarer Patienten / Prüfinstrumente	84,3 (n=102)	1,88
Gesetzlicher Rahmen zur Fahrtüchtigkeit von bipolaren Patienten	80,2 (n=97)	1,84
Psychologie der Gesprächsführung „Verkehrsteilnahme von bipolaren Patienten“	30,6 (n=37)	1,42
Zeitlicher Rahmen der Gesprächsführung über die Verkehrsteilnahme von bipolaren Patienten	17,4 (n=21)	1,12
Möglichkeiten der Abrechnung von Gesprächen über die Verkehrsteilnahme von bipolaren Patienten	36,4 (n=44)	1,38

Frage 49: Welche der folgenden Inhalte sollten bei einer Fortbildungsveranstaltung zur Bipolarität und Fahrtauglichkeit berücksichtigt werden?

Tabelle 8.q.1

Zusammenhang zwischen persönlichem Interesse an der Erkrankung und der Aufklärungsbereitschaft

Mein persönliches rein medizinisches Interesse an der bipolaren Erkrankung...	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Persönlich habe ich meinen Interessenschwerpunkt auf manisch depressive Erkrankungen gelegt (n=	r = .16 p= .25 n=118	r = .03 p= .75 n=118	r = .01 p= .92 n=118
Mein Steckenpferd sind generell die endogenen Erkrankungen	r = .02 p= .88 n=121	r = -.01 p= .88 n=121	r = -.02 p= .79 n=121
Mein Interesse an der bipolaren Störung gilt der manischen Phase – sie ist lebendig, interessant in ihren Facetten	r = .03 p= .78 n=121	r = -.08 p= .36 n=121	r = -.06 p= .50 n=121
Mein Interesse ist eher auf die depressive Phase fokussiert - diese ist die aufmerksamkeitsstärkere, weil sie gefährlich sein kann (Suizidgefahr)	r = -.09 p= .31 n=121	r = -.04 p= .66 n=121	r = -.01 p= .92 n=121
Mein Interesse ist an der bipolaren Erkrankung ist nur durchschnittlich ausgeprägt- ich behandle bipolar Erkrankte, weil es dazugehört	r = -.01 p= .99 n=121	r = .03 p= .74 n=121	r = -.04 p= .67 n=121
Mein Interesse an diesem Krankheitsbild ist eher gering, die Patienten sind sehr anstrengend im Behandlungsalltag	r = -.04 p= .66 n=121	r = .04 p= .68 n=115	r = -.05 p= .60 n=121
r = Korrelation nach Pearson / p = Signifikanz: p<.0.05 signifikant; n = Stichprobengröße			

Frage 4: Wie hoch ist Ihr persönliches rein medizinisches Interesse an dieser Erkrankung? Bitte geben Sie an, welchen Aussagen Sie am ehesten zustimmen

Tabelle 8.q.2

Zusammenhang zwischen persönlichem Interesse an der Erkrankung und der Aufklärungsbereitschaft

Persönliches rein medizinisches Interesse an der bipolaren Erkrankung	Subj. Erfahrungswerte des Arztes „Gefährdungen im Straßenverkehr“	Vom Arzt wahrgenommene Patientengefährdung im Straßenverkehr	Abraten vom Autofahren durch den Arzt
Ich habe ein eher hohes persönliches Interesse an der bipolaren Erkrankung	r = -.04 p= .70 n=121	r = .07 p= .44 n=121	r = .05 p= .58 n=121
Ich habe ein eher geringes Interesse an der bipolaren Erkrankung	r = .02 p= .86 n=121	r = -.04 p= .64 n=121	r = .05 p=.56 n=121
r = Korrelation nach Pearson / p = Signifikanz: p<.0.05 signifikant ; n = Stichprobengröße			

Frage 4: Wie hoch ist Ihr persönliches rein medizinisches Interesse an dieser Erkrankung? Bitte geben Sie an, welchen Aussagen Sie am ehesten zustimmen

Ergebnistabellen zu den Regressionsmodellen**Modell 1****Aufgenommene/Entfernte Variablen^a**

Modell	Aufgenommene Variablen	Entfernte Variablen	Methode
1	FAC10E2 Erlebte Probleme in Akutphasen	.	Schrittweise Selektion (Kriterien: Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Aufnahme \leq ,050, Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Ausschluß \geq ,100).
2	F2xAKUT Akutphase Autofahren kritisch	.	Schrittweise Selektion (Kriterien: Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Aufnahme \leq ,050, Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Ausschluß \geq ,100).
3	F10_10 Einstellung ggü.bipolaren Patienten:Manische Patienten sind häufig sexuell enthemmt	.	Schrittweise Selektion (Kriterien: Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Aufnahme \leq ,050, Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Ausschluß \geq ,100).
4	FAC10P2 Depres. Pat. PÖ	.	Schrittweise Selektion (Kriterien: Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Aufnahme \leq ,050, Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Ausschluß \geq ,100).
5	F43neu1 Arzt kennt Bewertungskriterien	.	Schrittweise Selektion (Kriterien: Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Aufnahme \leq ,050, Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Ausschluß \geq ,100).
6	F35med2 geeignet	.	Schrittweise Selektion (Kriterien: Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Aufnahme \leq ,050, Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Ausschluß \geq ,100).

Ergebnistabellen zu den Regressionsmodellen

Modell 1

Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,613 ^a	,376	,365	,45090
2	,693 ^b	,480	,461	,41540
3	,757 ^c	,573	,550	,37957
4	,798 ^d	,637	,610	,35322
5	,833 ^e	,693	,664	,32792
6	,849 ^f	,720	,688	,31605

ANOVA^g

Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1	Regression	6,980	1	6,980	34,334	,000 ^a
	Nicht standardisierte Residuen	11,589	57	,203		
	Gesamt	18,569	58			
2	Regression	8,906	2	4,453	25,807	,000 ^b
	Nicht standardisierte Residuen	9,663	56	,173		
	Gesamt	18,569	58			
3	Regression	10,645	3	3,548	24,630	,000 ^c
	Nicht standardisierte Residuen	7,924	55	,144		
	Gesamt	18,569	58			
4	Regression	11,832	4	2,958	23,708	,000 ^d
	Nicht standardisierte Residuen	6,737	54	,125		
	Gesamt	18,569	58			
5	Regression	12,870	5	2,574	23,936	,000 ^e
	Nicht standardisierte Residuen	5,699	53	,108		
	Gesamt	18,569	58			
6	Regression	13,375	6	2,229	22,317	,000 ^f
	Nicht standardisierte Residuen	5,194	52	,100		
	Gesamt	18,569	58			

Ergebnistabellen zu den Regressionsmodellen

Modell 1

		Koeffizienten ^a			Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Beta			
		Regressionskoeffizient B	Standardfehler				
1	(Konstante)	1,039	,432		2,403	,020	
	FAC10E2 Erlebte Probleme in Akutphasen	,606	,103	,613	5,860	,000	
2	(Konstante)	,814	,404		2,015	,049	
	FAC10E2 Erlebte Probleme in Akutphasen	,597	,095	,604	6,262	,000	
	F2xAKUT Akutphase Autofahren kritisch	,006	,002	,322	3,341	,001	
3	(Konstante)	,465	,383		1,217	,229	
	FAC10E2 Erlebte Probleme in Akutphasen	,462	,096	,467	4,834	,000	
	F2xAKUT Akutphase Autofahren kritisch	,006	,002	,326	3,704	,000	
	F10_10 Einstellung ggü.bipolaren Patienten:Manische Patienten sind häufig sexuell enthemmt	,223	,064	,335	3,474	,001	
4	(Konstante)	,299	,360		,831	,410	
	FAC10E2 Erlebte Probleme in Akutphasen	,377	,093	,381	4,048	,000	
	F2xAKUT Akutphase Autofahren kritisch	,006	,002	,304	3,693	,001	
	F10_10 Einstellung ggü.bipolaren Patienten:Manische Patienten sind häufig sexuell enthemmt	,211	,060	,317	3,526	,001	
	FAC10P2 Depres. Pat. PÖ	,176	,057	,271	3,084	,003	
5	(Konstante)	,083	,341		,242	,810	
	FAC10E2 Erlebte Probleme in Akutphasen	,390	,086	,394	4,509	,000	
	F2xAKUT Akutphase Autofahren kritisch	,006	,001	,293	3,836	,000	
	F10_10 Einstellung ggü.bipolaren Patienten:Manische Patienten sind häufig sexuell enthemmt	,169	,057	,254	2,954	,005	
	FAC10P2 Depres. Pat. PÖ	,194	,053	,299	3,637	,001	
6	F43neu1 Arzt kennt Bewertungskriterien	,103	,033	,244	3,107	,003	
	(Konstante)	-,027	,333		-,080	,937	
	FAC10E2 Erlebte Probleme in Akutphasen	,382	,083	,386	4,579	,000	
	F2xAKUT Akutphase Autofahren kritisch	,006	,001	,287	3,892	,000	
	F10_10 Einstellung ggü.bipolaren Patienten:Manische Patienten sind häufig sexuell enthemmt	,160	,055	,241	2,896	,006	
	FAC10P2 Depres. Pat. PÖ	,189	,051	,291	3,679	,001	
	F43neu1 Arzt kennt Bewertungskriterien	,106	,032	,251	3,311	,002	
F35med2 geeignet	,092	,041	,167	2,249	,029		

Ergebnistabellen zu den Regressionsmodellen

Modell 1

Modell		Ausgeschlossene Variablen ^a			Partielle Korrelation	Kollinearitätsstatistik
		Beta In	T	Sig.		
1	S2 Geschlecht? #PrevBut (display:none)	,150 ^a	1,435	,157	,188	,990
	F11 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf-Score	,225 ^a	2,021	,048	,261	,838
	F12_1 Arzt-Patientenbeziehung:Es besteht eher eine vertrauensvolle Arzt-Patientenbeziehung versus Unstimmigkeiten	-,152 ^a	-1,429	,158	-,188	,950
	FAC14_1neu Aufbau der Beziehung	,211 ^a	1,967	,054	,254	,903
	FAC14_3neu Probleme seitens des Patienten	,148 ^a	1,383	,172	,182	,939
	FAC15_1neu Gewachsene Beziehung	,093 ^a	,819	,416	,109	,855
	FAC15_2neu Patienteneinflüsse	,114 ^a	1,079	,285	,143	,975
	F40 Sollten die Angehörigen in solche Gespräche miteinbezogen werden? #PrevBut (display:none)	-,230 ^a	-2,219	,031	-,284	,950
	F42n1 Einfluss (gründe für) auf den Patienten, compliant zu bleiben	,059 ^a	,540	,592	,072	,934
	FAC21_1neu Zweifel an Therapienotwendigkeit	,153 ^a	1,421	,161	,187	,933
	F36 Gesprächsinhalte Hypomanie	,150 ^a	1,429	,159	,188	,972
	F38 Gesprächsinhalte Depression	,155 ^a	1,490	,142	,195	,985
	F_Inhalt2 Auswirkungen Gesundheitszustand auf Fahrtaugl	,124 ^a	1,167	,248	,154	,970
	F_Inhalt3 Risiken Selbst-Fremdgefährdung	,238 ^a	2,362	,022	,301	,998
	FAC32_3neu Vernunftargumentation	,141 ^a	1,298	,200	,171	,915
	F43_4 Bewertungskriterien zur Verkehrteilnahme:Prüfen der Effekte der Medikamente durch Testung der Leistung auf Ebene der Vigilanz und Kognition	-,217 ^a	-2,108	,040	-,271	,978
	F43_5 Bewertungskriterien zur Verkehrteilnahme:Prüfen der Effekte der Medikamente durch Testung der Leistung auf Ebene der Psychomotorik	-,160 ^a	-1,518	,135	-,199	,964
	F43neu1 Arzt kennt Bewertungskriterien	,282 ^a	2,863	,006	,357	1,000
	F46 Kenntnis über Fortbildung	,183 ^a	1,782	,080	,232	,995
	F47 Teilnahme Fortbildung	,173 ^a	1,617	,111	,211	,930
	F48 Interesse an Fortbildung	,111 ^a	1,052	,297	,139	,982
	F42einfl Arzteinfl	,022 ^a	,200	,843	,027	,916
	F35med2 geeignet	,200 ^a	1,951	,056	,252	,991
	F35med1 nicht geeignet	-,161 ^a	-1,558	,125	-,204	,999
	FAC10P1 Manische Pat PÖ	,230 ^a	1,857	,069	,241	,683
	FAC10P2 Depres. Pat. PÖ	,319 ^a	3,061	,003	,379	,880
	FAC10P3 Aggressionen	,168 ^a	1,607	,114	,210	,974
	F10_10 Einstellung ggü.bipolaren Patienten:Manische Patienten sind häufig sexuell enthemmt	,330 ^a	3,090	,003	,382	,833
	F10_34 Einstellung ggü.bipolaren Patienten:Depressive Patienten fahren selten Auto	,176 ^a	1,617	,111	,211	,897
	F2xAKUT Akutphase Autofahren kritisch	,322 ^a	3,341	,001	,408	,999
	FAC10E1 Compliancesicherung des Patienten	,247 ^a	2,340	,023	,298	,913
	FAC10E3 Mangelnde Krankheitseinsicht, Aufmerksamkeitsstörungen	,179 ^a	1,676	,099	,219	,927
	FAC10E5 Belastung	,126 ^a	1,190	,239	,157	,973
	FAC5_2 unbesonnene Manie	,094 ^a	,835	,407	,111	,876
	FAC5_3 bedrückend	,033 ^a	,292	,771	,039	,894
	F7n3b Compliance neg	,156 ^a	1,495	,141	,196	,983
	FAC8_1 Überzeugungsarbeit	,204 ^a	1,762	,083	,229	,789
	FAC8_2 Übergang	,129 ^a	1,109	,272	,147	,800
	F11_1 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Wahl Medikamente in der Akutphase	,116 ^a	1,093	,279	,145	,972
	F11_2 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Wahl Medikamente in der Phasenprophylaxe	,114 ^a	1,043	,301	,138	,921
	F11_3 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Einbeziehen der Angehörige in den Therapieverlauf	,204 ^a	1,959	,055	,253	,957
	F11_7 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Schaffung einer angenehmen Atmosphäre während der Konsultationen	,066 ^a	,609	,545	,081	,955
	F49_05 Inhalte einer FoBiVA?Konkrete Anhaltspunkte zur Beurteilung der Verkehrsfähigkeit / Prüfinstrumente	,054 ^a	,507	,614	,068	,991

Ergebnistabellen zu den Regressionsmodellen

Modell 1

2	S2 Geschlecht? #PrevBut {display:none}	,105 ^b	1,069	,290	,143	,969
	F11 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf-Score	,163 ^b	1,535	,130	,203	,806
	F12_1 Arzt-Patientenbeziehung:Es besteht eher eine vertrauensvolle Arzt-Patientenbeziehung versus Unstimmigkeiten	-,157 ^b	-1,610	,113	-,212	,950
	FAC14_1neu Aufbau der Beziehung	,162 ^b	1,603	,115	,211	,881
	FAC14_3neu Probleme seitens des Patienten	,110 ^b	1,096	,278	,146	,925
	FAC15_1neu Gewachsene Beziehung	,176 ^b	1,671	,100	,220	,816
	FAC15_2neu Patienteneinflüsse	,072 ^b	,725	,471	,097	,957
	F40 Sollten die Angehörigen in solche Gespräche miteinbezogen werden? #PrevBut {display:none}	-,203 ^b	-2,112	,039	-,274	,943
	F42n1 Einfluss (gründe für) auf den Patienten, compliant zu bleiben	,112 ^b	1,109	,272	,148	,913
	FAC21_1neu Zweifel an Therapienotwendigkeit	,152 ^b	1,540	,129	,203	,933
	F36 Gesprächsinhalte Hypomanie	,131 ^b	1,343	,185	,178	,968
	F38 Gesprächsinhalte Depression	,048 ^b	,464	,644	,062	,866
	F_Inhalt2 Auswirkungen Gesundheitszustand auf Fahrtaugl	,114 ^b	1,170	,247	,156	,969
	F_Inhalt3 Risiken Selbst- Fremdgefährdung	,170 ^b	1,743	,087	,229	,940
	FAC32_3neu Vernunftargumentation	,125 ^b	1,248	,217	,166	,913
	F43_4 Bewertungskriterien zur Verkehrteilnahme:Prüfen der Effekte der Medikamente durch Testung der Leistung auf Ebene der Vigilanz und Kognition	-,187 ^b	-1,954	,056	-,255	,968
	F43_5 Bewertungskriterien zur Verkehrteilnahme:Prüfen der Effekte der Medikamente durch Testung der Leistung auf Ebene der Psychomotorik	-,160 ^b	-1,655	,104	-,218	,964
	F43neu1 Arzt kennt Bewertungskriterien	,273 ^b	3,027	,004	,378	,999
	F46 Kenntnis über Fortbildung	,140 ^b	1,444	,154	,191	,974
	F47 Teilnahme Fortbildung	,129 ^b	1,289	,203	,171	,912
	F48 Interesse an Fortbildung	,042 ^b	,420	,676	,057	,935
	F42einfl Arzteinfl	,062 ^b	,609	,545	,082	,904
	F35med2 geeignet	,188 ^b	1,988	,052	,259	,989
	F35med1 nicht geeignet	-,148 ^b	-1,553	,126	-,205	,997
	FAC10P1 Manische Pat PÖ	,170 ^b	1,454	,152	,192	,664
	FAC10P2 Depres. Pat. PÖ	,291 ^b	3,020	,004	,377	,873
	FAC10P3 Aggressionen	,114 ^b	1,152	,254	,154	,944
	F10_10 Einstellung ggü.bipolaren Patienten:Manische Patienten sind häufig sexuell enthemmt	,335 ^b	3,474	,001	,424	,833
	F10_34 Einstellung ggü.bipolaren Patienten:Depressive Patienten fahren selten Auto	,175 ^b	1,748	,086	,229	,897
	FAC10E1 Compliancesicherung des Patienten	,202 ^b	2,033	,047	,264	,894
	FAC10E3 Mangelnde Krankheitseinsicht, Aufmerksamkeitsstörungen	,129 ^b	1,275	,208	,169	,902
	FAC10E5 Belastung	,029 ^b	,280	,781	,038	,883
	FAC5_2 unbesonnene Manie	,010 ^b	,096	,924	,013	,824
	FAC5_3 bedrückend	,046 ^b	,443	,659	,060	,893
	F7n3b Compliance neg	,201 ^b	2,115	,039	,274	,967
	FAC8_1 Überzeugungsarbeit	,170 ^b	1,579	,120	,208	,781
	FAC8_2 Übergang	,140 ^b	1,305	,197	,173	,799
	F11_1 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Wahl Medikamente in der Akutphase	,140 ^b	1,445	,154	,191	,967
	F11_2 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Wahl Medikamente in der Phasenprophylaxe	,150 ^b	1,502	,139	,199	,911
	F11_3 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Einbeziehen der Angehörige in den Therapieverlauf	,147 ^b	1,479	,145	,196	,922
	F11_7 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Schaffung einer angenehmen Atmosphäre während der Konsultationen	,039 ^b	,395	,694	,053	,949
	F49_05 Inhalte einer FoBiVA?Konkrete Anhaltspunkte zur Beurteilung der Verkehrsfähigkeit / Prüfinstrumente	,108 ^b	1,106	,274	,147	,965

Ergebnistabellen zu den Regressionsmodellen

Modell 1

3	S2 Geschlecht? #PrevBut {display:none}	,084 ^e	,935	,354	,126	,965
	F11 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf-Score	,104 ^e	1,042	,302	,140	,779
	F12_1 Arzt-Patientenbeziehung:Es besteht eher eine vertrauensvolle Arzt-Patientenbeziehung versus Unstimmigkeiten	-,131 ^e	-1,459	,150	-,195	,943
	FAC14_1neu Aufbau der Beziehung	,147 ^e	1,589	,118	,211	,879
	FAC14_3neu Probleme seitens des Patienten	,123 ^e	1,357	,180	,182	,924
	FAC15_1neu Gewachsene Beziehung	,128 ^e	1,304	,198	,175	,798
	FAC15_2neu Patienteneinflüsse	,058 ^e	,642	,523	,087	,955
	F40 Sollten die Angehörigen in solche Gespräche miteinbezogen werden? #PrevBut {display:none}	-,221 ^e	-2,556	,013	-,328	,940
	F42n1 Einfluss (gründe für) auf den Patienten, compliant zu bleiben	,110 ^e	1,197	,237	,161	,913
	FAC21_1neu Zweifel an Therapienotwendigkeit	,166 ^e	1,857	,069	,245	,932
	F36 Gesprächsinhalte Hypomanie	,140 ^e	1,582	,119	,211	,967
	F38 Gesprächsinhalte Depression	,044 ^e	,457	,649	,062	,866
	F_Inhalt2 Auswirkungen Gesundheitszustand auf Fahrtaugl	,115 ^e	1,295	,201	,174	,969
	F_Inhalt3 Risiken Selbst- Fremdgefährdung	,152 ^e	1,702	,095	,226	,937
	FAC32_3neu Vernunftargumentation	,104 ^e	1,130	,263	,152	,909
	F43_4 Bewertungskriterien zur Verkehrteilnahme:Prüfen der Effekte der Medikamente durch Testung der Leistung auf Ebene der Vigilanz und Kognition	-,147 ^e	-1,648	,105	-,219	,950
	F43_5 Bewertungskriterien zur Verkehrteilnahme:Prüfen der Effekte der Medikamente durch Testung der Leistung auf Ebene der Psychomotorik	-,133 ^e	-1,495	,141	-,199	,956
	F43neu1 Arzt kennt Bewertungskriterien	,214 ^e	2,466	,017	,318	,946
	F46 Kenntnis über Fortbildung	,125 ^e	1,409	,165	,188	,972
	F47 Teilnahme Fortbildung	,118 ^e	1,291	,202	,173	,911
	F48 Interesse an Fortbildung	,060 ^e	,650	,519	,088	,933
	F42einfl Arzteinfl	,058 ^e	,620	,538	,084	,903
	F35med2 geeignet	,168 ^e	1,938	,058	,255	,985
	F35med1 nicht geeignet	-,119 ^e	-1,357	,180	-,182	,988
	FAC10P1 Manische Pat PÖ	,113 ^e	1,029	,308	,139	,647
	FAC10P2 Depres. Pat. PÖ	,271 ^e	3,084	,003	,387	,870
	FAC10P3 Aggressionen	,115 ^e	1,280	,206	,172	,944
	F10_34 Einstellung ggü.bipolaren Patienten:Depressive Patienten fahren selten Auto	,133 ^e	1,427	,159	,191	,880
	FAC10E1 Compliancesicherung des Patienten	,201 ^e	2,229	,030	,290	,894
	FAC10E3 Mangelnde Krankheitseinsicht, Aufmerksamkeitsstörungen	,141 ^e	1,536	,130	,205	,901
	FAC10E5 Belastung	,039 ^e	,417	,679	,057	,882
	FAC5_2 unbesonnene Manie	-,074 ^e	-,740	,463	-,100	,777
	FAC5_3 bedrückend	,029 ^e	,313	,756	,043	,891
	F7n3b Compliance neg	,176 ^e	2,017	,049	,265	,960
	FAC8_1 Überzeugungsarbeit	,137 ^e	1,374	,175	,184	,773
	FAC8_2 Übergang	,125 ^e	1,277	,207	,171	,797
	F11_1 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Wahl Medikamente in der Akutphase	,117 ^e	1,313	,195	,176	,961
	F11_2 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Wahl Medikamente in der Phasenprophylaxe	,121 ^e	1,314	,194	,176	,903
	F11_3 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Einbeziehen der Angehörige in den Therapieverlauf	,144 ^e	1,597	,116	,212	,922
	F11_7 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Schaffung einer angenehmen Atmosphäre während der Konsultationen	,043 ^e	,478	,635	,065	,949
	F49_05 Inhalte einer FoBiVA?Konkrete Anhaltspunkte zur Beurteilung der Verkehrsfähigkeit / Prüfinstrumente	,063 ^e	,692	,492	,094	,944

Ergebnistabellen zu den Regressionsmodellen

Modell 1

4	S2 Geschlecht? #PrevBut {display:none}	,060 ^d	,718	,476	,098	,956
	F11 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf-Score	,072 ^d	,769	,445	,105	,769
	F12_1 Arzt-Patientenbeziehung:Es besteht eher eine vertrauensvolle Arzt-Patientenbeziehung versus Unstimmigkeiten	-,099 ^d	-1,168	,248	-,158	,927
	FAC14_1neu Aufbau der Beziehung	,099 ^d	1,109	,273	,151	,846
	FAC14_3neu Probleme seitens des Patienten	,089 ^d	1,036	,305	,141	,906
	FAC15_1neu Gewachsene Beziehung	,085 ^d	,915	,365	,125	,778
	FAC15_2neu Patienteneinflüsse	,019 ^d	,226	,822	,031	,933
	F40 Sollten die Angehörigen in solche Gespräche miteinbezogen werden? #PrevBut {display:none}	-,164 ^d	-1,911	,061	-,254	,874
	F42n1 Einfluss (gründe für) auf den Patienten, compliant zu bleiben	,062 ^d	,709	,481	,097	,880
	FAC21_1neu Zweifel an Therapienotwendigkeit	,129 ^d	1,519	,135	,204	,910
	F36 Gesprächsinhalte Hypomanie	,089 ^d	1,043	,302	,142	,923
	F38 Gesprächsinhalte Depression	,002 ^d	,025	,980	,003	,846
	F_Inhalt2 Auswirkungen Gesundheitszustand auf Fahrtaugl	,086 ^d	1,030	,308	,140	,956
	F_Inhalt3 Risiken Selbst- Fremdgefährdung	,095 ^d	1,089	,281	,148	,882
	FAC32_3neu Vernunftargumentation	,055 ^d	,626	,534	,086	,875
	F43_4 Bewertungskriterien zur Verkehrteilnahme:Prüfen der Effekte der Medikamente durch Testung der Leistung auf Ebene der Vigilanz und Kognition	-,154 ^d	-1,877	,066	-,250	,949
	F43_5 Bewertungskriterien zur Verkehrteilnahme:Prüfen der Effekte der Medikamente durch Testung der Leistung auf Ebene der Psychomotorik	-,131 ^d	-1,588	,118	-,213	,956
	F43neu1 Arzt kennt Bewertungskriterien	,244 ^d	3,107	,003	,393	,935
	F46 Kenntnis über Fortbildung	,125 ^d	1,525	,133	,205	,972
	F47 Teilnahme Fortbildung	,136 ^d	1,605	,114	,215	,907
	F48 Interesse an Fortbildung	,026 ^d	,296	,769	,041	,916
	F42einfl Arzteinfl	,003 ^d	,039	,969	,005	,866
	F35med2 geeignet	,157 ^d	1,943	,057	,258	,983
	F35med1 nicht geeignet	-,102 ^d	-1,244	,219	-,168	,983
	FAC10P1 Manische Pat PÖ	,154 ^d	1,515	,136	,204	,637
	FAC10P3 Aggressionen	,059 ^d	,681	,499	,093	,895
	F10_34 Einstellung ggü.bipolaren Patienten:Depressive Patienten fahren selten Auto	,112 ^d	1,287	,204	,174	,874
	FAC10E1 Compliancesicherung des Patienten	,162 ^d	1,894	,064	,252	,871
	FAC10E3 Mangelnde Krankheitseinsicht, Aufmerksamkeitsstörungen	,076 ^d	,851	,398	,116	,840
	FAC10E5 Belastung	,016 ^d	,182	,856	,025	,875
	FAC5_2 unbesonnene Manie	-,033 ^d	-,348	,729	-,048	,760
	FAC5_3 bedrückend	-,003 ^d	-,037	,971	-,005	,878
	F7n3b Compliance neg	,133 ^d	1,589	,118	,213	,927
	FAC8_1 Überzeugungsarbeit	,124 ^d	1,337	,187	,181	,771
	FAC8_2 Übergang	,104 ^d	1,133	,262	,154	,793
	F11_1 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Wahl Medikamente in der Akutphase	,115 ^d	1,388	,171	,187	,961
	F11_2 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Wahl Medikamente in der Phasenprophylaxe	,107 ^d	1,242	,220	,168	,900
	F11_3 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Einbeziehen der Angehörige in den Therapieverlauf	,140 ^d	1,666	,102	,223	,922
	F11_7 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Schaffung einer angenehmen Atmosphäre während der Konsultationen	-,002 ^d	-,028	,978	-,004	,920
	F49_05 Inhalte einer FoBiVA?Konkrete Anhaltspunkte zur Beurteilung der Verkehrsfähigkeit / Prüfinstrumente	,113 ^d	1,330	,189	,180	,913

Ergebnistabellen zu den Regressionsmodellen

Modell 1

5	S2 Geschlecht? #PrevBut (display:none)	,055 ^a	,710	,481	,098	,956
	F11 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf-Score	,039 ^a	,440	,662	,061	,757
	F12_1 Arzt-Patientenbeziehung:Es besteht eher eine vertrauensvolle Arzt-Patientenbeziehung versus Unstimmigkeiten	-,069 ^a	-,862	,393	-,119	,912
	FAC14_1neu Aufbau der Beziehung	,074 ^a	,891	,377	,123	,838
	FAC14_3neu Probleme seitens des Patienten	,048 ^a	,594	,555	,082	,880
	FAC15_1neu Gewachsene Beziehung	,059 ^a	,677	,502	,093	,770
	FAC15_2neu Patienteneinflüsse	-,019 ^a	-,242	,810	-,034	,910
	F40 Sollten die Angehörigen in solche Gespräche miteinbezogen werden? #PrevBut (display:none)	-,150 ^a	-,1879	,066	-,252	,871
	F42n1 Einfluss (gründe für) auf den Patienten, compliant zu bleiben	,062 ^a	,766	,447	,106	,880
	FAC21_1neu Zweifel an Therapientwendigkeit	,117 ^a	1,485	,143	,202	,908
	F36 Gesprächsinhalte Hypomanie	,101 ^a	1,287	,204	,176	,921
	F38 Gesprächsinhalte Depression	,002 ^a	,028	,978	,004	,846
	F_Inhalt2 Auswirkungen Gesundheitszustand auf Fahrtaugl	,097 ^a	1,249	,217	,171	,954
	F_Inhalt3 Risiken Selbst- Fremdgefährdung	,067 ^a	,823	,414	,113	,871
	FAC32_3neu Vernunftargumentation	,047 ^a	,578	,566	,080	,875
	F43_4 Bewertungskriterien zur Verkehrteilnahme:Prüfen der Effekte der Medikamente durch Testung der Leistung auf Ebene der Vigilanz und Kognition	,018 ^a	,164	,870	,023	,516
	F43_5 Bewertungskriterien zur Verkehrteilnahme:Prüfen der Effekte der Medikamente durch Testung der Leistung auf Ebene der Psychomotorik	,057 ^a	,536	,594	,074	,525
	F46 Kenntnis über Fortbildung	,075 ^a	,952	,345	,131	,923
	F47 Teilnahme Fortbildung	,082 ^a	,996	,324	,137	,856
	F48 Interesse an Fortbildung	,007 ^a	,086	,932	,012	,911
	F42einfl Arzteinfl	,020 ^a	,243	,809	,034	,862
	F35med2 geeignet	,167 ^a	2,249	,029	,298	,981
	F35med1 nicht geeignet	-,107 ^a	-,1405	,166	-,191	,983
	FAC10P1 Manische Pat PÖ	,144 ^a	1,534	,131	,208	,636
	FAC10P3 Aggressionen	,004 ^a	,043	,966	,006	,850
	F10_34 Einstellung ggü.bipolaren Patienten:Depressive Patienten fahren selten Auto	,104 ^a	1,286	,204	,176	,873
	FAC10E1 Compliancesicherung des Patienten	,133 ^a	1,649	,105	,223	,858
	FAC10E3 Mangelnde Krankheitseinsicht, Aufmerksamkeitsstörungen	,053 ^a	,636	,527	,088	,833
	FAC10E5 Belastung	-,020 ^a	-,238	,813	-,033	,858
	FAC5_2 unbesonnene Manie	,059 ^a	,641	,524	,089	,683
	FAC5_3 bedrückend	,036 ^a	,438	,663	,061	,857
	F7n3b Compliance neg	,132 ^a	1,700	,095	,229	,927
	FAC8_1 Überzeugungsarbeit	,069 ^a	,771	,444	,106	,735
	FAC8_2 Übergang	,156 ^a	1,836	,072	,247	,768
	F11_1 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Wahl Medikamente in der Akutphase	,119 ^a	1,554	,126	,211	,961
	F11_2 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Wahl Medikamente in der Phasenprophylaxe	,053 ^a	,637	,527	,088	,854
	F11_3 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Einbeziehen der Angehörige in den Therapieverlauf	,097 ^a	1,205	,234	,165	,889
	F11_7 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Schaffung einer angenehmen Atmosphäre während der Konsultationen	-,005 ^a	-,058	,954	-,008	,919
	F49_05 Inhalte einer FoBIVA?Konkrete Anhaltspunkte zur Beurteilung der Verkehrsfähigkeit / Prüfinstrumente	,094 ^a	1,177	,244	,161	,907

Ergebnistabellen zu den Regressionsmodellen

Modell 1

6	S2 Geschlecht? #PrevBut (display:none)	,047	,622	,537	,087	,953
	F11 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf-Score	,048 ^f	,569	,572	,079	,755
	F12_1 Arzt-Patientenbeziehung:Es besteht eher eine vertrauensvolle Arzt-Patientenbeziehung versus Unstimmigkeiten	-,075 ^f	-,974	,334	-,135	,911
	FAC14_1neu Aufbau der Beziehung	,072 ^f	,895	,375	,124	,838
	FAC14_3neu Probleme seitens des Patienten	,050 ^f	,634	,529	,088	,880
	FAC15_1neu Gewachsene Beziehung	,066 ^f	,787	,435	,110	,769
	FAC15_2neu Patienteneinflüsse	-,024 ^f	-,309	,759	-,043	,910
	F40 Sollten die Angehörigen in solche Gespräche miteinbezogen werden? #PrevBut (display:none)	-,143 ^f	-1,856	,069	-,252	,870
	F42n1 Einfluss (gründe für) auf den Patienten, compliant zu bleiben	,022 ^f	,274	,785	,038	,831
	FAC21_1neu Zweifel an Therapienotwendigkeit	,121 ^f	1,589	,118	,217	,908
	F36 Gesprächsinhalte Hypomanie	,088 ^f	1,156	,253	,160	,915
	F38 Gesprächsinhalte Depression	-,049 ^f	-,592	,556	-,083	,785
	F_Inhalt2 Auswirkungen Gesundheitszustand auf Fahrtaugl	,069 ^f	,900	,372	,125	,923
	F_Inhalt3 Risiken Selbst- Fremdgefährdung	,026 ^f	,313	,756	,044	,819
	FAC32_3neu Vernunftargumentation	,044 ^f	,556	,581	,078	,874
	F43_4 Bewertungskriterien zur Verkehrteilnahme:Prüfen der Effekte der Medikamente durch Testung der Leistung auf Ebene der Vigilanz und Kognition	,023 ^f	,225	,823	,031	,516
	F43_5 Bewertungskriterien zur Verkehrteilnahme:Prüfen der Effekte der Medikamente durch Testung der Leistung auf Ebene der Psychomotorik	,085 ^f	,834	,408	,116	,517
	F46 Kenntnis über Fortbildung	,068 ^f	,890	,378	,124	,921
	F47 Teilnahme Fortbildung	,069 ^f	,862	,393	,120	,851
	F48 Interesse an Fortbildung	-,008 ^f	-,105	,917	-,015	,904
	F42einfl Arzteinfl	-,021 ^f	-,257	,798	-,036	,818
	F35med1 nicht geeignet	,037 ^f	,331	,742	,046	,442
	FAC10P1 Manische Pat PÖ	,106 ^f	1,130	,264	,156	,609
	FAC10P3 Aggressionen	-,007 ^f	-,092	,927	-,013	,847
	F10_34 Einstellung ggü.bipolaren Patienten:Depressive Patienten fahren selten Auto	,096 ^f	1,229	,225	,170	,871
	FAC10E1 Compliancesicherung des Patienten	,123 ^f	1,569	,123	,215	,855
	FAC10E3 Mangelnde Krankheitseinsicht, Aufmerksamkeitsstörungen	,050 ^f	,614	,542	,086	,832
	FAC10E5 Belastung	-,026 ^f	-,323	,748	-,045	,857
	FAC5_2 unbesonnene Manie	,053 ^f	,591	,557	,083	,682
	FAC5_3 bedrückend	,051 ^f	,638	,526	,089	,851
	F7n3b Compliance neg	,109 ^f	1,432	,158	,197	,907
	FAC8_1 Überzeugungsarbeit	,067 ^f	,775	,442	,108	,735
	FAC8_2 Übergang	,153 ^f	1,875	,067	,254	,768
	F11_1 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Wahl Medikamente in der Akutphase	,087 ^f	1,132	,263	,157	,916
	F11_2 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Wahl Medikamente in der Phasenprophylaxe	,048 ^f	,603	,549	,084	,853
	F11_3 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Einbeziehen der Angehörige in den Therapieverlauf	,071 ^f	,896	,375	,124	,866
	F11_7 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Schaffung einer angenehmen Atmosphäre während der Konsultationen	-,010 ^f	-,134	,894	-,019	,918
	F49_05 Inhalte einer FoBiVA?Konkrete Anhaltspunkte zur Beurteilung der Verkehrsfähigkeit / Prüfinstrumente	,095 ^f	1,245	,219	,172	,907

Ergebnistabellen zu den Regressionsmodellen

Modell 2

Aufgenommene/Entfernte Variablen^a

Modell	Aufgenommene Variablen	Entfernte Variablen	Methode
1	F38 Gesprächsinhalte Depression	.	Schrittweise Selektion (Kriterien: Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Aufnahme \leq ,050, Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Ausschluß \geq ,100).
2	FAC10E3 Mangelnde Krankheitseinsicht, Aufmerksamkeitsstö- rungen	.	Schrittweise Selektion (Kriterien: Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Aufnahme \leq ,050, Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Ausschluß \geq ,100).

Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,499 ^a	,249	,236	1,48927
2	,550 ^b	,303	,278	1,44775

ANOVA^c

Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1	Regression	41,899	1	41,899	18,891	,000 ^a
	Nicht standardisierte Residuen	126,421	57	2,218		
	Gesamt	168,320	58			
2	Regression	50,944	2	25,472	12,153	,000 ^b
	Nicht standardisierte Residuen	117,376	56	2,096		
	Gesamt	168,320	58			

Ergebnistabellen zu den Regressionsmodellen

Modell 2

Koeffizienten^a

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta		
1	(Konstante)	,868	1,309		,663	,510
	F38 Gesprächsinhalte Depression	1,250	,288	,499	4,346	,000
2	(Konstante)	-1,488	1,705		-,873	,387
	F38 Gesprächsinhalte Depression	1,183	,281	,472	4,205	,000
	FAC10E3 Mangelnde Krankheitseinsicht, Aufmerksamkeitsstörungen	,629	,303	,233	2,077	,042

Ausgeschlossene Variablen^c

Modell		Beta In	T	Sig.	Partielle Korrelation	Kollinearitätsstatistik	
						Toleranz	
1	S2 Geschlecht? #PrevBut (display:none)	,018 ^a	,149	,882	,020	,937	
	F11 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf-Score	,037 ^a	,308	,759	,041	,910	
	F36 Gesprächsinhalte Hypomanie	-,007 ^a	-,049	,961	-,007	,583	
	F37 Gesprächsinhalte Manie	,105 ^a	,793	,431	,105	,755	
	F_Inhalt1 Gesprächsinhalt: Auswirkungen der Medikamente auf Fahrtaugl	-,078 ^a	-,507	,614	-,068	,563	
	F_Inhalt2 Auswirkungen Gesundheitszustand auf Fahrtaugl	,152 ^a	,852	,398	,113	,417	
	F_Inhalt3 Risiken Selbst-Fremdgefährdung	,135 ^a	,702	,486	,093	,359	
	F_Inhalt4 Selbsteinschätzung Patient in der Phase	-,121 ^a	-,625	,534	-,083	,355	
	F31_2	,120 ^a	1,032	,307	,137	,980	
	F43_4 Bewertungskriterien zur Verkehrsteilnahme: Prüfen der Effekte der Medikamente durch Testung der Leistung auf Ebene der Vigilanz und Kognition	-,132 ^a	-1,144	,258	-,151	,990	
	F43_5 Bewertungskriterien zur Verkehrsteilnahme: Prüfen der Effekte der Medikamente durch Testung der Leistung auf Ebene der Psychomotorik	-,151 ^a	-1,317	,193	-,173	,996	
	F43neu1 Arzt kennt Bewertungskriterien	,164 ^a	1,441	,155	,189	1,000	
	F29_1 Befolgen Nicht-Fahren: Bei einer möglichen negativen Auswirkung der Medikamentenwirkung auf die Fahrtüchtigkeit in der hypomanen Phase	-,189 ^a	-1,675	,099	-,218	,999	
	F35med2 geeignet	,165 ^a	1,391	,170	,183	,923	
	F33 Ist ein Gespräch über Möglichkeiten und Grenzen der Teilnahme am Straßenverkehr vor dem Hintergrund Ihres Zeitfensters pro Gespräch denn immer möglich? #PrevBut (display:none)	,198 ^a	1,716	,092	,224	,972	
	FAC10P1 Manische Pat PÖ	,229 ^a	1,985	,052	,256	,944	
	F2xAKUT Akutphase Autofahren kritisch	,107 ^a	,874	,386	,116	,878	
	FAC10E2 Erlebte Probleme in Akutphasen	,148 ^a	1,284	,204	,169	,985	
	FAC10E3 Mangelnde Krankheitseinsicht, Aufmerksamkeitsstörungen	,233 ^a	2,077	,042	,267	,987	
	F6_1 Phase denken Sie zuerst? a) An die Manie, die ist angenehmer zu ertragen, wenn der Pat	-,135 ^a	-1,156	,253	-,153	,967	
	F6n1 Manie	,177 ^a	1,518	,135	,199	,952	
	FAC8_1 Überzeugungsarbeit	,214 ^a	1,902	,062	,246	,997	
	FAC8_2 Übergang	,082 ^a	,695	,490	,093	,953	
	F49_05 Inhalte einer FoBiVA? Konkrete Anhaltspunkte zur Beurteilung der Verkehrsfähigkeit / Prüfinstrumente	-,066 ^a	-,547	,587	-,073	,928	
	2	S2 Geschlecht? #PrevBut (display:none)	,016 ^b	,137	,891	,018	,937
		F11 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf-Score	,000 ^b	-,002	,999	,000	,889
		F36 Gesprächsinhalte Hypomanie	-,067 ^b	-,446	,657	-,060	,563
		F37 Gesprächsinhalte Manie	,059 ^b	,447	,657	,060	,730
		F_Inhalt1 Gesprächsinhalt: Auswirkungen der Medikamente auf Fahrtaugl	-,103 ^b	-,690	,493	-,093	,559
		F_Inhalt2 Auswirkungen Gesundheitszustand auf Fahrtaugl	,080 ^b	,448	,656	,060	,398
		F_Inhalt3 Risiken Selbst-Fremdgefährdung	,057 ^b	,299	,766	,040	,343
		F_Inhalt4 Selbsteinschätzung Patient in der Phase	-,144 ^b	-,765	,448	-,103	,353
F31_2		,124 ^b	1,100	,276	,147	,979	
F43_4 Bewertungskriterien zur Verkehrsteilnahme: Prüfen der Effekte der Medikamente durch Testung der Leistung auf Ebene der Vigilanz und Kognition		-,103 ^b	-,907	,368	-,121	,973	
F43_5 Bewertungskriterien zur Verkehrsteilnahme: Prüfen der Effekte der Medikamente durch Testung der Leistung auf Ebene der Psychomotorik		-,118 ^b	-1,041	,302	-,139	,973	
F43neu1 Arzt kennt Bewertungskriterien		,152 ^b	1,367	,177	,181	,997	
F29_1 Befolgen Nicht-Fahren: Bei einer möglichen negativen Auswirkung der Medikamentenwirkung auf die Fahrtüchtigkeit in der hypomanen Phase		-,195 ^b	-1,784	,080	-,234	,999	
F35med2 geeignet		,159 ^b	1,377	,174	,183	,923	
F33 Ist ein Gespräch über Möglichkeiten und Grenzen der Teilnahme am Straßenverkehr vor dem Hintergrund Ihres Zeitfensters pro Gespräch denn immer möglich? #PrevBut (display:none)		,198 ^b	1,779	,081	,233	,972	
FAC10P1 Manische Pat PÖ		,191 ^b	1,660	,103	,218	,912	
F2xAKUT Akutphase Autofahren kritisch		,076 ^b	,628	,533	,084	,863	
FAC10E2 Erlebte Probleme in Akutphasen		,093 ^b	,797	,429	,107	,918	
F6_1 Phase denken Sie zuerst? a) An die Manie, die ist angenehmer zu ertragen, wenn der Pat		-,096 ^b	-,833	,408	-,112	,937	
F6n1 Manie		,137 ^b	1,180	,243	,157	,919	
FAC8_1 Überzeugungsarbeit		,161 ^b	1,398	,168	,185	,918	
FAC8_2 Übergang		,044 ^b	,380	,706	,051	,927	
F49_05 Inhalte einer FoBiVA? Konkrete Anhaltspunkte zur Beurteilung der Verkehrsfähigkeit / Prüfinstrumente		-,079 ^b	-,676	,502	-,091	,925	

Ergebnistabellen zu den Regressionsmodellen**Modell 3****Aufgenommene/Entfernte Variablen^a**

Modell	Aufgenommene Variablen	Entfernte Variablen	Methode
1	F42n1 Einfluss (gründe für) auf den Patienten, compliant zu bleiben		Schrittweise Selektion (Kriterien: Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Aufnahme \leq ,050, Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Ausschluß \geq ,100).
2	FAC21_1neu Zweifel an Therapienotwendigkeit		Schrittweise Selektion (Kriterien: Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Aufnahme \leq ,050, Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Ausschluß \geq ,100).
3	F_Inhalt3 Risiken Selbst-Fremdgefährdung		Schrittweise Selektion (Kriterien: Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Aufnahme \leq ,050, Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Ausschluß \geq ,100).
4	F49_06 Inhalte einer FoBiVA?Gesetzlicher Rahmen zur Fahrtüchtigkeit von Patienten		Schrittweise Selektion (Kriterien: Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Aufnahme \leq ,050, Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Ausschluß \geq ,100).
5	F30_03 Bedeutung Autofahren (Patient):Autofahren bedeutet ein Stück Normalität		Schrittweise Selektion (Kriterien: Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Aufnahme \leq ,050, Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Ausschluß \geq ,100).
6	FAC10E3 Mangelnde Krankheitseinsicht, Aufmerksamkeitsstörungen		Schrittweise Selektion (Kriterien: Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Aufnahme \leq ,050, Wahrscheinlichkeit von F-Wert für Ausschluß \geq ,100).

Ergebnistabellen zu den Regressionsmodellen

Modell 3

Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,436 ^a	,190	,181	1,47080
2	,555 ^b	,308	,293	1,36653
3	,614 ^c	,377	,356	1,30379
4	,654 ^d	,427	,402	1,25731
5	,677 ^e	,458	,427	1,22974
6	,697 ^f	,486	,451	1,20476

ANOVA^g

Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1	Regression	46,635	1	46,635	21,558	,000 ^a
	Nicht standardisierte Residuen	199,020	92	2,163		
	Gesamt	245,656	93			
2	Regression	75,721	2	37,860	20,274	,000 ^b
	Nicht standardisierte Residuen	169,935	91	1,867		
	Gesamt	245,656	93			
3	Regression	92,668	3	30,889	18,172	,000 ^c
	Nicht standardisierte Residuen	152,988	90	1,700		
	Gesamt	245,656	93			
4	Regression	104,961	4	26,240	16,599	,000 ^d
	Nicht standardisierte Residuen	140,694	89	1,581		
	Gesamt	245,656	93			
5	Regression	112,576	5	22,515	14,888	,000 ^e
	Nicht standardisierte Residuen	133,079	88	1,512		
	Gesamt	245,656	93			
6	Regression	119,380	6	19,897	13,708	,000 ^f
	Nicht standardisierte Residuen	126,275	87	1,451		
	Gesamt	245,656	93			

Ergebnistabellen zu den Regressionsmodellen

Modell 3

		Koeffizienten ^a			Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		Nicht standardisierte Koeffizienten		Beta			
Modell		Regressionskoeffizient B	Standardfehler				
1	(Konstante)	4,671		,367		12,726	,000
	F42n1 Einfluss (gründe für) auf den Patienten, compliant zu bleiben	,590		,127	,436	4,643	,000
2	(Konstante)	1,083		,971		1,115	,268
	F42n1 Einfluss (gründe für) auf den Patienten, compliant zu bleiben	,489		,121	,362	4,053	,000
	FAC21_1neu Zweifel an Therapienotwendigkeit	1,116		,283	,352	3,947	,000
3	(Konstante)	-1,215		1,178		-1,031	,305
	F42n1 Einfluss (gründe für) auf den Patienten, compliant zu bleiben	,444		,116	,328	3,822	,000
	FAC21_1neu Zweifel an Therapienotwendigkeit	,923		,277	,291	3,334	,001
4	F_Inhalt3 Risiken Selbst-Fremdgefährdung	,705		,223	,273	3,158	,002
	(Konstante)	,764		1,340		,570	,570
	F42n1 Einfluss (gründe für) auf den Patienten, compliant zu bleiben	,303		,123	,224	2,465	,016
	FAC21_1neu Zweifel an Therapienotwendigkeit	,929		,267	,293	3,480	,001
	F_Inhalt3 Risiken Selbst-Fremdgefährdung	,624		,217	,242	2,874	,005
F49_06 Inhalte einer FoBiVA?Gesetzlicher Rahmen zur Fahrtüchtigkeit von Patienten	-1,096		,393	-,251	-2,789	,006	
5	(Konstante)	1,549		1,356		1,142	,256
	F42n1 Einfluss (gründe für) auf den Patienten, compliant zu bleiben	,258		,122	,191	2,118	,037
	FAC21_1neu Zweifel an Therapienotwendigkeit	,911		,261	,287	3,490	,001
	F_Inhalt3 Risiken Selbst-Fremdgefährdung	,690		,214	,268	3,219	,002
	F49_06 Inhalte einer FoBiVA?Gesetzlicher Rahmen zur Fahrtüchtigkeit von Patienten	-1,132		,385	-,259	-2,941	,004
	F30_03 Bedeutung Autofahren (Patient):Autofahren bedeutet ein Stück Normalität	-,701		,312	-,180	-2,244	,027
6	(Konstante)	,432		1,425		,303	,763
	F42n1 Einfluss (gründe für) auf den Patienten, compliant zu bleiben	,230		,120	,170	1,913	,059
	FAC21_1neu Zweifel an Therapienotwendigkeit	,827		,259	,261	3,195	,002
	F_Inhalt3 Risiken Selbst-Fremdgefährdung	,623		,212	,242	2,932	,004
	F49_06 Inhalte einer FoBiVA?Gesetzlicher Rahmen zur Fahrtüchtigkeit von Patienten	-1,156		,377	-,264	-3,066	,003
	F30_03 Bedeutung Autofahren (Patient):Autofahren bedeutet ein Stück Normalität	-,771		,308	-,198	-2,505	,014
	FAC10E3 Mangelnde Krankheitseinsicht, Aufmerksamkeitsstörungen	,448		,207	,174	2,165	,033

Ergebnistabellen zu den Regressionsmodellen

Modell 3

		Ausgeschlossene Variablen ⁹					
Modell		Beta In	T	Sig.	Partielle Korrelation	Kollinearitätsst atistik Toleranz	
1	S2 Geschlecht? #PrevBut (display:none)	,182 ^a	1,966	,052	,202	,993	
	F11 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf-Score	,321 ^a	3,544	,001	,348	,955	
	F13 Therapieerfolg Definition (eine Wahlmöglichkeit)	-,044 ^a	-,466	,642	-,049	,994	
	FAC14_1neu Aufbau der Beziehung	,211 ^a	2,226	,028	,227	,941	
	FAC14_3neu Probleme seitens des Patienten	,182 ^a	1,960	,053	,201	,996	
	F9neu2 patient soll Therapieziel erreichen	,128 ^a	1,363	,176	,141	,983	
	F42n2 Einfluss (gründe für) auf den Patienten, non-compliant zu sein	,114 ^a	1,025	,308	,107	,705	
	Diff_Akut Akutpha.Zeitl. Unterschied zwischen Ideal-Realzeit für den Patienten	-,181 ^a	-1,940	,056	-,199	,977	
	FAC21_1neu Zweifel an Therapienotwendigkeit	,352 ^a	3,947	,000	,382	,956	
	FAC21_2neu aktuelle Probleme im sozialen Umfeld	,237 ^a	2,567	,012	,260	,972	
	F36 Gesprächsinhalte Hypomanie	,229 ^a	2,474	,015	,251	,974	
	F37 Gesprächsinhalte Manie	,151 ^a	1,578	,118	,163	,950	
	F38 Gesprächsinhalte Depression	,280 ^a	3,002	,003	,300	,930	
	F39 Gesprächsinhalte Phasenprophylaxe	,208 ^a	2,251	,027	,230	,983	
	F_Inhalt1 Gesprächsinhalt: Auswirkungen der Medikamente auf Fahrtaugl	,146 ^a	1,508	,135	,156	,930	
	F_Inhalt2 Auswirkungen Gesundheitszustand auf Fahrtaugl	,278 ^a	2,957	,004	,296	,919	
	F_Inhalt3 Risiken Selbst- Fremdgefährdung	,337 ^a	3,791	,000	,369	,971	
	F_Inhalt4 Selbsteinschätzung Patient in der Phase	,210 ^a	2,221	,029	,227	,941	
	FAC32_2neu Nutzen des Themas Medikamente	,224 ^a	2,406	,018	,245	,963	
	FAC32_3neu Vernunftargumentation	,301 ^a	3,082	,003	,307	,847	
	F48 Interesse an Fortbildung	,151 ^a	1,616	,110	,167	,986	
	F42einfl Arzteinfl	-,033 ^a	-,196	,845	-,021	,313	
	F30x Bedeutung ja	,092 ^a	,897	,372	,094	,831	
	F30_03 Bedeutung Autofahren (Patient):Autofahren bedeutet ein Stück Normalität	-,128 ^a	-1,351	,180	-,140	,979	
	F30_04 Bedeutung Autofahren (Patient):Autofahren bedeutet nicht stigmatisiert zu sein	-,078 ^a	-,781	,437	-,082	,884	
	FAC10P1 Manische Pat PÖ	,192 ^a	2,062	,042	,211	,976	
	FAC10P2 Depres. Pat. PÖ	,146 ^a	1,522	,131	,158	,940	
	FAC10E1 Compliancesicherung des Patienten	,229 ^a	2,487	,015	,252	,980	
	FAC10E2 Erlebte Probleme in Akutphasen	,153 ^a	1,591	,115	,164	,934	
	FAC10E3 Mangelnde Krankheitsinsicht, Aufmerksamkeitsstörungen	,244 ^a	2,658	,009	,268	,978	
	F1Klass Patientenkleintel Klassen	-,189 ^a	-2,034	,045	-,209	,983	
	F3_1Klass Patientenkleintel Bipolar Manie	,246 ^a	2,711	,008	,273	1,000	
	F6_2 Phase denken Sie zuerst?b) An die Manie - die ist sehr fordernd bis der Patient gut e	-,171 ^a	-1,841	,069	-,189	,991	
	F6n1 Manie	,236 ^a	2,565	,012	,260	,985	
	F11_1 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Wahl Medikamente in der Akutphase	,116 ^a	1,184	,239	,123	,914	
	F11_2 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Wahl Medikamente in der Phasenprophylaxe	,262 ^a	2,867	,005	,288	,975	
	F11_3 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Einbeziehen der Angehörige in den Therapieverlauf	,229 ^a	2,496	,014	,253	,987	
	F11_6 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: begleitende Psychotherapie	,203 ^a	2,190	,031	,224	,985	
	F11_7 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Schaffung einer angenehmen Atmosphäre während der Konsultationen	,217 ^a	2,300	,024	,234	,945	
	FAC8_1 Überzeugungsarbeit	,260 ^a	2,795	,006	,281	,951	
	FAC8_2 Übergang	,152 ^a	1,580	,118	,163	,937	
	F49_01 Inhalte einer FoBIVA? Informationen über die Erkrankung und ihre Auswirkungen auf die Fahrtauglichkeit	-,075 ^a	-,764	,447	-,080	,915	
	F49_04 Inhalte einer FoBIVA?Frühwarnzeichen der Erkrankung / Ankündigung von Phasenwechsel bei Patienten	-,064 ^a	-,655	,514	-,068	,916	
	F49_05 Inhalte einer FoBIVA?Konkrete Anhaltspunkte zur Beurteilung der Verkehrsfähigkeit / Prüfinstrumente	-,221 ^a	-2,403	,018	-,244	,992	
	F49_06 Inhalte einer FoBIVA?Gesetzlicher Rahmen zur Fahrtauglichkeit von Patienten	-,293 ^a	-2,929	,004	-,294	,811	

Ergebnistabellen zu den Regressionsmodellen

Modell 3

2	S2 Geschlecht? #PrevBut (display:none)	,108 ^b	1,201	,233	,126	,939
	F11 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf-Score	,236 ^b	2,600	,011	,264	,868
	F13 Therapieerfolg Definition (eine Wahlmöglichkeit)	-,066 ^b	-,750	,455	-,079	,990
	FAC14_1neu Aufbau der Beziehung	,150 ^b	1,654	,102	,172	,908
	FAC14_3neu Probleme seitens des Patienten	,112 ^b	1,255	,213	,131	,949
	F9neu2 patient soll Therapieziel erreichen	,081 ^b	,915	,363	,096	,964
	F42n2 Einfluss (gründe für) auf den Patienten, non-compliant zu sein	,083 ^b	,791	,431	,083	,701
	Diff_Akut Akutpha. Zeitr. Unterschied zwischen Ideal-Realzeit für den Patienten	-,191 ^b	-2,209	,030	-,227	,976
	FAC21_2neu aktuelle Probleme im sozialen Umfeld	,164 ^b	1,819	,072	,188	,918
	F36 Gesprächsinhalte Hypomanie	,189 ^b	2,163	,033	,222	,959
	F37 Gesprächsinhalte Manie	,116 ^b	1,300	,197	,136	,940
	F38 Gesprächsinhalte Depression	,229 ^a	2,572	,012	,262	,906
	F39 Gesprächsinhalte Phasenprophylaxe	,156 ^b	1,767	,081	,183	,956
	F_Inhalt1 Gesprächsinhalt: Auswirkungen der Medikamente auf Fahrtaugl	,120 ^b	1,324	,189	,138	,924
	F_Inhalt2 Auswirkungen Gesundheitszustand auf Fahrtaugl	,224 ^b	2,494	,014	,254	,893
	F_Inhalt3 Risiken Selbst- Fremdgefährdung	,273 ^b	3,158	,002	,316	,923
	F_Inhalt4 Selbsteinschätzung Patient in der Phase	,163 ^b	1,819	,072	,188	,922
	FAC32_2neu Nutzen des Themas Medikamente	,156 ^b	1,735	,086	,180	,918
	FAC32_3neu Vernunftargumentation	,210 ^b	2,160	,033	,222	,775
	F48 Interesse an Fortbildung	,145 ^b	1,672	,098	,174	,986
	F42einfl Arzteinfl	-,059 ^b	-,376	,708	-,040	,312
	F30x Bedeutung ja	,090 ^b	,943	,348	,099	,831
	F30_03 Bedeutung Autofahren (Patient):Autofahren bedeutet ein Stück Normalität	-,128 ^b	-1,467	,146	-,153	,979
	F30_04 Bedeutung Autofahren (Patient):Autofahren bedeutet nicht stigmatisiert zu sein	-,049 ^b	-,523	,602	-,055	,879
	FAC10P1 Manische Pat PÖ	,114 ^b	1,258	,212	,131	,918
	FAC10P2 Depres. Pat. PÖ	,085 ^b	,924	,358	,097	,909
	FAC10E1 Compliancesicherung des Patienten	,148 ^b	1,630	,107	,169	,911
	FAC10E2 Erlebte Probleme in Akutphasen	,080 ^b	,866	,389	,091	,891
	FAC10E3 Mangelnde Krankheitseinsicht, Aufmerksamkeitsstörungen	,187 ^b	2,120	,037	,218	,945
	F1Klass Patientenklintel Klassen	-,113 ^b	-1,255	,213	-,131	,928
	F3_1Klass Patientenklintel Bipolar Manie	,191 ^b	2,200	,030	,226	,968
	F6_2 Phase denken Sie zuerst?b) An die Manie - die ist sehr fordernd bis der Patient gut e	-,135 ^b	-1,542	,126	-,160	,979
	F6n1 Manie	,193 ^b	2,220	,029	,228	,967
	F11_1 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Wahl Medikamente in der Akutphase	,028 ^b	,296	,768	,031	,857
	F11_2 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Wahl Medikamente in der Phasenprophylaxe	,198 ^b	2,242	,027	,230	,932
	F11_3 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Einbeziehen der Angehörige in den Therapieverlauf	,170 ^b	1,927	,057	,199	,951
	F11_6 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: begleitende Psychotherapie	,182 ^b	2,109	,038	,217	,982
	F11_7 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Schaffung einer angenehmen Atmosphäre während der Konsultationen	,126 ^b	1,348	,181	,141	,867
	FAC8_1 Überzeugungsarbeit	,165 ^b	1,774	,079	,184	,858
	FAC8_2 Übergang	,079 ^b	,852	,397	,089	,893
	F49_01 inhalte einer FoBiVA? Informationen über die Erkrankung und ihre Auswirkungen auf die Fahrtüchtigkeit	-,024 ^b	-,258	,797	-,027	,896
	F49_04 inhalte einer FoBiVA?Frühwarnzeichen der Erkrankung / Ankündigung von Phasenwechsel bei Patienten	-,030 ^b	-,328	,744	-,035	,908
	F49_05 inhalte einer FoBiVA?Konkrete Anhaltspunkte zur Beurteilung der Verkehrsfähigkeit / Prüfinstrumente	-,237 ^b	-2,809	,006	-,284	,990
	F49_06 inhalte einer FoBiVA?Gesetzlicher Rahmen zur Fahrtüchtigkeit von Patienten	-,285 ^b	-3,078	,003	-,309	,810

Ergebnistabellen zu den Regressionsmodellen

Modell 3

3	S2 Geschlecht? #PrevBut (display:none)	,052 ^c	,584	,561	,062	,895
	F11 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf-Score	,202 ^c	2,295	,024	,236	,852
	F13 Therapieerfolg Definition (eine Wahlmöglichkeit)	-,012 ^c	-,134	,894	-,014	,947
	FAC14_1neu Aufbau der Beziehung	,148 ^c	1,715	,090	,179	,908
	FAC14_3neu Probleme seitens des Patienten	,124 ^c	1,460	,148	,153	,947
	F9neu2 patient soll Therapieziel erreichen	,117 ^c	1,375	,173	,144	,949
	F42n2 Einfluss (gründe für) auf den Patienten, non-compliant zu sein	,076 ^c	,759	,450	,080	,701
	Diff_Akut Akutpha.Zeitl. Unterschied zwischen Ideal-Realzeit für den Patienten	-,166 ^c	-1,996	,049	-,207	,966
	FAC21_2neu aktuelle Probleme im sozialen Umfeld	,155 ^c	1,803	,075	,188	,917
	F36 Gesprächsinhalte Hypomanie	,033 ^c	,300	,765	,032	,579
	F37 Gesprächsinhalte Manie	-,055 ^c	-,526	,600	-,056	,637
	F38 Gesprächsinhalte Depression	,029 ^c	,202	,841	,021	,342
	F39 Gesprächsinhalte Phasenprophylaxe	-,004 ^c	-,036	,971	-,004	,625
	F_Inhalt1 Gesprächsinhalt: Auswirkungen der Medikamente auf Fahrtaugl	-,012 ^c	-,121	,904	-,013	,719
	F_Inhalt2 Auswirkungen Gesundheitszustand auf Fahrtaugl	,063 ^c	,523	,602	,055	,475
	F_Inhalt4 Selbsteinschätzung Patient in der Phase	-,054 ^c	-,447	,656	-,047	,473
	FAC32_2neu Nutzen des Themas Medikamente	,122 ^c	1,398	,166	,147	,902
	FAC32_3neu Vernunftargumentation	,179 ^c	1,906	,060	,198	,765
	F48 Interesse an Fortbildung	,131 ^c	1,578	,118	,165	,983
	F42einfl Arzteinfl	-,094 ^c	-,628	,531	-,066	,311
	F30x Bedeutung ja	,134 ^c	1,460	,148	,153	,814
	F30_03 Bedeutung Autofahren (Patient):Autofahren bedeutet ein Stück Normalität	-,170 ^c	-2,039	,044	-,211	,958
	F30_04 Bedeutung Autofahren (Patient):Autofahren bedeutet nicht stigmatisiert zu sein	-,083 ^c	-,927	,357	-,098	,866
	FAC10P1 Manische Pat PÖ	,097 ^c	1,113	,269	,117	,914
	FAC10P2 Depres. Pat. PÖ	,033 ^c	,367	,715	,039	,875
	FAC10E1 Compliancesicherung des Patienten	,128 ^c	1,478	,143	,155	,906
	FAC10E2 Erlebte Probleme in Akutphasen	,093 ^c	1,059	,292	,112	,889
	FAC10E3 Mangelnde Krankheitseinsicht, Aufmerksamkeitsstörungen	,147 ^c	1,716	,090	,179	,921
	F1Klass Patientenkielntel Klassen	-,103 ^c	-1,194	,235	-,126	,927
	F3_1Klass Patientenkielntel Bipolar Manie	,147 ^c	1,722	,089	,180	,935
	F6_2 Phase denken Sie zuerst?b) An die Manie - die ist sehr fordernd bis der Patient gut e	-,139 ^c	-1,671	,098	-,174	,979
	F6n1 Manie	,163 ^c	1,944	,055	,202	,953
	F11_1 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Wahl Medikamente in der Akutphase	-,016 ^c	-,174	,862	-,018	,837
	F11_2 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Wahl Medikamente in der Phasenprophylaxe	,177 ^c	2,086	,040	,216	,926
	F11_3 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Einbeziehen der Angehörige in den Therapieverlauf	,129 ^c	1,503	,136	,157	,926
	F11_6 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: begleitende Psychotherapie	,159 ^c	1,918	,058	,199	,973
	F11_7 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Schaffung einer angenehmen Atmosphäre während der Konsultationen	,093 ^c	1,039	,301	,110	,854
	FAC8_1 Überzeugungsarbeit	,189 ^c	2,141	,035	,221	,852
	FAC8_2 Übergang	,059 ^c	,671	,504	,071	,889
	F49_01 Inhalte einer FoBiVA? Informationen über die Erkrankung und ihre Auswirkungen auf die Fahrtüchtigkeit	-,003 ^c	-,029	,977	-,003	,890
	F49_04 Inhalte einer FoBiVA?Frühwarnzeichen der Erkrankung / Ankündigung von Phasenwechsel bei Patienten	-,055 ^c	-,625	,534	-,066	,901
	F49_05 Inhalte einer FoBiVA?Konkrete Anhaltspunkte zur Beurteilung der Verkehrsfähigkeit / Prüfinstrumente	-,183 ^c	-2,160	,033	-,223	,928
	F49_06 Inhalte einer FoBiVA?Gesetzlicher Rahmen zur Fahrtüchtigkeit von Patienten	-,251 ^c	-2,789	,006	-,283	,796

Ergebnistabellen zu den Regressionsmodellen

Modell 3

4	S2 Geschlecht? #PrevBut (display:none)	,058 ^d	,686	,495	,073	,895
	F11 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf-Score	,185 ^d	2,172	,033	,226	,848
	F13 Therapieerfolg Definition (eine Wahlmöglichkeit)	-,016 ^d	-,190	,850	-,020	,947
	FAC14_1neu Aufbau der Beziehung	,137 ^d	1,636	,105	,172	,906
	FAC14_3neu Probleme seitens des Patienten	,136 ^d	1,666	,099	,175	,944
	F9neu2 patient soll Therapieziel erreichen	,127 ^d	1,557	,123	,164	,947
	F42n2 Einfluss (gründe für) auf den Patienten, non-compliant zu sein	,107 ^d	1,108	,271	,117	,692
	Diff_Akut Akutpha.Zeitl. Unterschied zwischen Ideal-Realzeit für den Patienten	-,138 ^d	-1,697	,093	-,178	,949
	FAC21_2neu aktuelle Probleme im sozialen Umfeld	,139 ^d	1,671	,098	,175	,912
	F36 Gesprächsinhalte Hypomanie	-,062 ^d	-,562	,575	-,060	,525
	F37 Gesprächsinhalte Manie	-,123 ^d	-1,201	,233	-,127	,606
	F38 Gesprächsinhalte Depression	-,061 ^d	-,434	,665	-,046	,324
	F39 Gesprächsinhalte Phasenprophylaxe	,007 ^d	,070	,945	,007	,624
	F_Inhalt1 Gesprächsinhalt: Auswirkungen der Medikamente auf Fahrtaugl	-,074 ^d	-,761	,449	-,081	,683
	F_Inhalt2 Auswirkungen Gesundheitszustand auf Fahrtaugl	-,050 ^d	-,400	,690	-,043	,423
	F_Inhalt4 Selbsteinschätzung Patient in der Phase	-,126 ^d	-1,055	,295	-,112	,453
	FAC32_2neu Nutzen des Themas Medikamente	,057 ^d	,640	,524	,068	,822
	FAC32_3neu Vernunftargumentation	,143 ^d	1,550	,125	,163	,747
	F48 Interesse an Fortbildung	,101 ^d	1,235	,220	,131	,962
	F42einfl Arzteinfl	-,164 ^d	-1,124	,264	-,119	,303
	F30x Bedeutung ja	,138 ^d	1,570	,120	,165	,814
	F30_03 Bedeutung Autofahren (Patient):Autofahren bedeutet ein Stück Normalität	-,180 ^d	-2,244	,027	-,233	,957
	F30_04 Bedeutung Autofahren (Patient):Autofahren bedeutet nicht stigmatisiert zu sein	-,084 ^d	-,977	,331	-,104	,866
	FAC10P1 Manische Pat PÖ	,093 ^d	1,115	,268	,118	,914
	FAC10P2 Depres. Pat. PÖ	-,018 ^d	-,208	,836	-,022	,836
	FAC10E1 Compliancesicherung des Patienten	,101 ^d	1,196	,235	,126	,893
	FAC10E2 Erlebte Probleme in Akutphasen	,097 ^d	1,136	,259	,120	,888
	FAC10E3 Mangelnde Krankheitseinsicht, Aufmerksamkeitsstörungen	,153 ^d	1,858	,067	,194	,920
	F1Klass Patientenkleintel Klassen	-,097 ^d	-1,164	,248	-,123	,926
	F3_1Klass Patientenkleintel Bipolar Manie	,121 ^d	1,457	,149	,153	,922
	F6_2 Phase denken Sie zuerst?b) An die Manie - die ist sehr fordernd bis der Patient gut e	-,168 ^d	-2,091	,039	-,218	,966
	F6n1 Manie	,168 ^d	2,078	,041	,216	,953
	F11_1 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Wahl Medikamente in der Akutphase	-,008 ^d	-,085	,932	-,009	,836
	F11_2 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Wahl Medikamente in der Phasenprophylaxe	,152 ^d	1,832	,070	,192	,913
	F11_3 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Einbeziehen der Angehörige in den Therapieverlauf	,119 ^d	1,429	,157	,151	,924
	F11_6 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: begleitende Psychotherapie	,124 ^d	1,511	,134	,159	,944
	F11_7 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Schaffung einer angenehmen Atmosphäre während der Konsultationen	,138 ^d	1,584	,117	,167	,830
	FAC8_1 Überzeugungsarbeit	,188 ^d	2,205	,030	,229	,852
	FAC8_2 Übergang	,075 ^d	,882	,380	,094	,885
	F49_01 Inhalte einer FoBiVA? Informationen über die Erkrankung und ihre Auswirkungen auf die Fahrtüchtigkeit	-,017 ^d	-,203	,839	-,022	,887
	F49_04 Inhalte einer FoBiVA?Frühwarnzeichen der Erkrankung / Ankündigung von Phasenwechsel bei Patienten	-,049 ^d	-,579	,564	-,062	,900
	F49_05 Inhalte einer FoBiVA?Konkrete Anhaltspunkte zur Beurteilung der Verkehrsfähigkeit / Prüfinstrumente	-,122 ^d	-1,399	,165	-,148	,837

Ergebnistabellen zu den Regressionsmodellen

Modell 3

5	S2 Geschlecht? #PrevBut (display:none)	,083 ^e	,989	,325	,105	,881
	F11 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf-Score	,151 ^e	1,753	,083	,185	,808
	F13 Therapieerfolg Definition (eine Wahlmöglichkeit)	-,057 ^e	-,687	,494	-,073	,904
	FAC14_1neu Aufbau der Beziehung	,132 ^e	1,616	,110	,171	,905
	FAC14_3neu Probleme seitens des Patienten	,133 ^e	1,669	,099	,176	,944
	F9neu2 patient soll Therapieziel erreichen	,111 ^e	1,375	,173	,146	,938
	F42n2 Einfluss (gründe für) auf den Patienten, non-compliant zu sein	,075 ^e	,789	,433	,084	,675
	Diff_Akut Akutpha.Zeitl. Unterschied zwischen Ideal-Realzeit für den Patienten	-,136 ^e	-1,700	,093	-,179	,949
	FAC21_2neu aktuelle Probleme im sozialen Umfeld	,121 ^e	1,471	,145	,156	,902
	F36 Gesprächsinhalte Hypomanie	-,070 ^e	-,648	,519	-,069	,524
	F37 Gesprächsinhalte Manie	-,118 ^e	-1,172	,245	-,125	,605
	F38 Gesprächsinhalte Depression	-,094 ^e	-,679	,499	-,073	,320
	F39 Gesprächsinhalte Phasenprophylaxe	,022 ^e	,222	,825	,024	,621
	F_Inhalt1 Gesprächsinhalt: Auswirkungen der Medikamente auf Fahrtaugl	-,063 ^e	-,658	,512	-,070	,681
	F_Inhalt2 Auswirkungen Gesundheitszustand auf Fahrtaugl	-,081 ^e	-,666	,507	-,071	,418
	F_Inhalt4 Selbsteinschätzung Patient in der Phase	-,145 ^e	-1,244	,217	-,132	,451
	FAC32_2neu Nutzen des Themas Medikamente	,037 ^e	,420	,675	,045	,813
	FAC32_3neu Vernunftargumentation	,159 ^e	1,771	,080	,187	,743
	F48 Interesse an Fortbildung	,096 ^e	1,201	,233	,128	,962
	F42einfl Arzteinfl	-,164 ^e	-1,150	,253	-,122	,303
	F30x Bedeutung ja	,025 ^e	,218	,828	,023	,487
	F30_04 Bedeutung Autofahren (Patient):Autofahren bedeutet nicht stigmatisiert zu sein	-,028 ^e	-,317	,752	-,034	,783
	FAC10P1 Manische Pat PÖ	,084 ^e	1,021	,310	,109	,911
	FAC10P2 Depres. Pat. PÖ	,016 ^e	,178	,859	,019	,811
	FAC10E1 Compliancesicherung des Patienten	,109 ^e	1,311	,193	,139	,892
	FAC10E2 Erlebte Probleme in Akutphasen	,085 ^e	1,023	,309	,109	,885
	FAC10E3 Mangelnde Krankheitseinsicht, Aufmerksamkeitsstörungen	,174 ^e	2,165	,033	,226	,910
	F1Klass Patientenkielntel Klassen	-,105 ^e	-1,294	,199	-,137	,924
	F3_1Klass Patientenkielntel Bipolar Manie	,128 ^e	1,572	,120	,166	,921
	F6_2 Phase denken Sie zuerst?b) An die Manie - die ist sehr fordernd bis der Patient gut e	-,160 ^e	-2,034	,045	-,213	,964
	F6n1 Manie	,159 ^e	2,014	,047	,211	,951
	F11_1 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Wahl Medikamente in der Akutphase	-,027 ^e	-,315	,753	-,034	,827
	F11_2 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Wahl Medikamente in der Phasenprophylaxe	,128 ^e	1,557	,123	,165	,895
	F11_3 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Einbeziehen der Angehörige in den Therapieverlauf	,078 ^e	,929	,356	,099	,868
	F11_6 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: begleitende Psychotherapie	,138 ^e	1,726	,088	,182	,939
	F11_7 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Schaffung einer angenehmen Atmosphäre während der Konsultationen	,152 ^e	1,778	,079	,187	,826
	FAC8_1 Überzeugungsarbeit	,145 ^e	1,650	,103	,174	,782
	FAC8_2 Übergang	,093 ^e	1,114	,268	,119	,877
	F49_01 Inhalte einer FoBIVA? Informationen über die Erkrankung und ihre Auswirkungen auf die Fahrtauglichkeit	-,045 ^e	-,527	,599	-,056	,869
	F49_04 Inhalte einer FoBIVA?Frühwarnzeichen der Erkrankung / Ankündigung von Phasenwechsel bei Patienten	-,056 ^e	-,672	,503	-,072	,899
	F49_05 Inhalte einer FoBIVA?Konkrete Anhaltspunkte zur Beurteilung der Verkehrsfähigkeit / Prüfinstrumente	-,089 ^e	-1,021	,310	-,109	,808

Ergebnistabellen zu den Regressionsmodellen

Modell 3

6	S2 Geschlecht? #PrevBut (display:none)	,090 ^f	1,105	,272	,118	,879
	F11 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf-Score	,132 ^f	1,544	,126	,164	,798
	F13 Therapieerfolg Definition (eine Wahlmöglichkeit)	-,072 ^f	-,891	,375	-,096	,897
	FAC14_1neu Aufbau der Beziehung	,103 ^f	1,252	,214	,134	,873
	FAC14_3neu Probleme seitens des Patienten	,114 ^f	1,440	,153	,153	,930
	F9neu2 patient soll Therapieziel erreichen	,101 ^f	1,276	,205	,136	,935
	F42n2 Einfluss (gründe für) auf den Patienten, non-compliant zu sein	,071 ^f	,753	,454	,081	,675
	Diff_Akut Akutpha.Zeitl. Unterschied zwischen Ideal-Realzeit für den Patienten	-,139 ^f	-1,777	,079	-,188	,948
	FAC21_2neu aktuelle Probleme im sozialen Umfeld	,101 ^f	1,248	,216	,133	,889
	F36 Gesprächsinhalte Hypomanie	-,099 ^f	-,925	,357	-,099	,517
	F37 Gesprächsinhalte Manie	-,142 ^f	-1,438	,154	-,153	,599
	F38 Gesprächsinhalte Depression	-,062 ^f	-,450	,654	-,048	,316
	F39 Gesprächsinhalte Phasenprophylaxe	,040 ^f	,405	,686	,044	,617
	F_Inhalt1 Gesprächsinhalt: Auswirkungen der Medikamente auf Fahrtaugl	-,066 ^f	-,705	,483	-,076	,681
	F_Inhalt2 Auswirkungen Gesundheitszustand auf Fahrtaugl	-,109 ^f	-,908	,367	-,097	,414
	F_Inhalt4 Selbsteinschätzung Patient in der Phase	-,133 ^f	-1,162	,248	-,124	,450
	FAC32_2neu Nutzen des Themas Medikamente	,018 ^f	,209	,835	,023	,805
	FAC32_3neu Vernunftargumentation	,133 ^f	1,479	,143	,158	,725
	F48 Interesse an Fortbildung	,060 ^f	,748	,456	,080	,912
	F42einfl Arzteinfl	-,194 ^f	-1,392	,168	-,148	,300
	F30x Bedeutung ja	,021 ^f	,189	,851	,020	,487
	F30_04 Bedeutung Autofahren (Patient):Autofahren bedeutet nicht stigmatisiert zu sein	-,058 ^f	-,660	,511	-,071	,765
	FAC10P1 Manische Pat PÖ	,059 ^f	,728	,469	,078	,892
	FAC10P2 Depres. Pat. PÖ	-,036 ^f	-,403	,688	-,043	,754
	FAC10E1 Compliancesicherung des Patienten	,090 ^f	1,094	,277	,117	,880
	FAC10E2 Erlebte Probleme in Akutphasen	,047 ^f	,558	,578	,060	,838
	F1Klass Patientenklintel Klassen	-,125 ^f	-1,570	,120	-,167	,913
	F3_1Klass Patientenklintel Bipolar Manie	,145 ^f	1,825	,071	,193	,913
	F6_2 Phase denken Sie zuerst?b) An die Manie - die ist sehr fordernd bis der Patient gut e	-,148 ^f	-1,920	,058	-,203	,959
	F6n1 Manie	,135 ^f	1,714	,090	,182	,926
	F11_1 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Wahl Medikamente in der Akutphase	-,010 ^f	-,114	,910	-,012	,820
	F11_2 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Wahl Medikamente in der Phasenprophylaxe	,118 ^f	1,457	,149	,155	,891
	F11_3 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Einbeziehen der Angehörige in den Therapieverlauf	,071 ^f	,863	,391	,093	,867
	F11_6 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: begleitende Psychotherapie	,134 ^f	1,710	,091	,181	,939
	F11_7 Pers. Erfahrung guter Therapieverlauf - Wichtigkeit: Schaffung einer angenehmen Atmosphäre während der Konsultationen	,110 ^f	1,262	,210	,135	,767
	FAC8_1 Überzeugungsarbeit	,100 ^f	1,111	,270	,119	,722
	FAC8_2 Übergang	,076 ^f	,926	,357	,099	,869
	F49_01 Inhalte einer FoBiVA? Informationen über die Erkrankung und ihre Auswirkungen auf die Fahrtauglichkeit	-,041 ^f	-,492	,624	-,053	,869
	F49_04 Inhalte einer FoBiVA?Frühwarnzeichen der Erkrankung / Ankündigung von Phasenwechsel bei Patienten	-,041 ^f	-,501	,618	-,054	,892
	F49_05 Inhalte einer FoBiVA?Konkrete Anhaltspunkte zur Beurteilung der Verkehrsfähigkeit / Prüfinstrumente	-,098 ^f	-1,145	,255	-,123	,806

3er Clusterlösung

Iterationsprotokoll*				
Iteration	Änderung in Clusterzentren			
	1	2	3	
1	3,175		14,907	10,980
2	4,371		5,233	1,164
3	,218		,309	,137
4	,125		,177	,133
5	,166		,156	,056
6	,000		,000	,000

a. Konvergenz wurde aufgrund geringer oder keiner Änderungen der Clusterzentren erreicht. Die maximale

Cluster-Zugehörigkeit		
Fallnummer	Cluster	Distanz
1	2	10,725
...		

Clusterzentren der endgültigen Lösung			
	Cluster		
	1	2	3
F49_06 Inhalte einer FoBIVA?Gesetzlicher Rahmen zur Fahrtüchtigkeit von Patienten	1	1	1
F42n1 Einfluss (gründe für) auf den Patienten, compliant zu bleiben	2,21	2,61	3,08
FAC21_1neu Zweifel an Therapienotwendigkeit	3,19	3,61	3,52
F_inhalt3 Risiken Selbst-Fremdgefährdung	4,15	4,65	4,29
F43neu1 Arzt kennt Bewertungskriterien	2,83	2,26	3,11
F38 Gesprächsinhalte Depression	4,32	4,76	4,40
F2xAKUT Akutphase Autofahren kritisch	43,03	80,00	11,80
FAC10E3 Mangelnde Krankheitseinsicht, Aufmerksamkeitsstörungen	4,05	4,34	4,26
FAC10E2 Erlebte Probleme in Akutphasen	3,94	4,18	4,29
F30_03 Bedeutung Autofahren (Patient):Autofahren bedeutet ein Stück Normalität	1	1	1
F10_10 Einstellung ggü. bipolaren Patienten:Manische Patienten sind häufig sexuell enthemmt	4	4	4
FAC10P2 Depres. Pat. PÖ	3,11	3,55	3,27
F35med2 geeignet	1,41	2,55	2,23

Distanz zwischen Clusterzentren der endgültigen Lösung			
Cluster	1	2	3
1			31,261
2	37,011		68,213
3	31,261	68,213	

	ANOVA					
	Cluster		Fehler		F	Sig.
	Mittel der Quadrate	df	Mittel der Quadrate	df		
F49_06 Inhalte einer FoBIVA?Gesetzlicher Rahmen zur Fahrtüchtigkeit von Patienten	,255	2	,136	113	1,872	,159
F42n1 Einfluss (gründe für) auf den Patienten, compliant zu bleiben	7,421	2	1,341	119	5,534	,005
FAC21_1neu Zweifel an Therapienotwendigkeit	1,943	2	,234	118	8,297	,000
F_inhalt3 Risiken Selbst-Fremdgefährdung	2,795	2	,357	117	7,839	,001
F43neu1 Arzt kennt Bewertungskriterien	6,422	2	1,712	96	3,752	,027
F38 Gesprächsinhalte Depression	2,288	2	,431	117	5,303	,006
F2xAKUT Akutphase Autofahren kritisch	28666,042	2	85,096	72	336,865	,000
FAC10E3 Mangelnde Krankheitseinsicht, Aufmerksamkeitsstörungen	,879	2	,392	118	2,245	,110
FAC10E2 Erlebte Probleme in Akutphasen	1,197	2	,312	118	3,830	,024
F30_03 Bedeutung Autofahren (Patient):Autofahren bedeutet ein Stück Normalität	,150	2	,175	114	,857	,427
F10_10 Einstellung ggü. bipolaren Patienten:Manische Patienten sind häufig sexuell enthemmt	1,559	2	,707	118	2,204	,115
FAC10P2 Depres. Pat. PÖ	2,041	2	,738	118	2,764	,067
F35med2 geeignet	13,956	2	,834	119	16,730	,000

Die F-Tests sollten nur für beschreibende Zwecke verwendet werden, da die Cluster so gewählt wurden, daß die Differenzen zwischen Fällen in unterschiedlichen

Anzahl der Fälle in jedem Cluster		
Cluster		
1		39,000
2		44,000
3		39,000
Gültig		122,000
Fehlend		,000

3er Clusterlösung

	Verarbeitete Fälle					
	Eingeschlossen		Ausgeschlossen		Insgesamt	
	N	Prozent	N	Prozent	N	Prozent
F49_06 Inhalte einer FoBiVA?Gesetzlicher Rahmen zur Fahrtüchtigkeit von Patienten * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	116	95,1%	6	4,9%	122	100,0%
F42n1 Einfluss (gründe für) auf den Patienten, compliant zu bleiben * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	122	100,0%	0	,0%	122	100,0%
FAC21_1neu Zweifel an Therapienotwendigkeit * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	121	99,2%	1	,8%	122	100,0%
F_inhalt3 Risiken Selbst-Fremdgefährdung * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	120	98,4%	2	1,6%	122	100,0%
F43neu1 Arzt kennt Bewertungskriterien * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	99	81,1%	23	18,9%	122	100,0%
F38 Gesprächsinhalte Depression * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	120	98,4%	2	1,6%	122	100,0%
F2xAKUT Akutphase Autofahren kritisch * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	75	61,5%	47	38,5%	122	100,0%
FAC10E3 Mangelnde Krankheitseinsicht, Aufmerksamkeitsstörungen * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	121	99,2%	1	,8%	122	100,0%
FAC10E2 Erlebte Probleme in Akutphasen * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	121	99,2%	1	,8%	122	100,0%
F30_03 Bedeutung Autofahren (Patient):Autofahren bedeutet ein Stück Normalität * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	117	95,9%	5	4,1%	122	100,0%
F10_10 Einstellung ggü.bipolaren Patienten:Manische Patienten sind häufig sexuell enthemmt * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	121	99,2%	1	,8%	122	100,0%
FAC10P2 Depres. Pat. PÖ * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	121	99,2%	1	,8%	122	100,0%
F35med2 geeignet * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	122	100,0%	0	,0%	122	100,0%
F10 PATIENTENGEFÄHRDUNG IM STRASSENVERKEHR * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	121	99,2%	1	,8%	122	100,0%
F27 ANGABE VON GEFÄHRDUNGEN * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	121	99,2%	1	,8%	122	100,0%
F28 ABRATEN VOM FAHREN * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	121	99,2%	1	,8%	122	100,0%
F49_06 Inhalte einer FoBiVA?Gesetzlicher Rahmen zur Fahrtüchtigkeit von Patienten * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	116	95,1%	6	4,9%	122	100,0%
F42n1 Einfluss (gründe für) auf den Patienten, compliant zu bleiben * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	122	100,0%	0	,0%	122	100,0%
FAC21_1neu Zweifel an Therapienotwendigkeit * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	121	99,2%	1	,8%	122	100,0%
F_inhalt3 Risiken Selbst-Fremdgefährdung * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	120	98,4%	2	1,6%	122	100,0%
F43neu1 Arzt kennt Bewertungskriterien * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	99	81,1%	23	18,9%	122	100,0%
F38 Gesprächsinhalte Depression * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	120	98,4%	2	1,6%	122	100,0%
F2xAKUT Akutphase Autofahren kritisch * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	75	61,5%	47	38,5%	122	100,0%
FAC10E3 Mangelnde Krankheitseinsicht, Aufmerksamkeitsstörungen * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	121	99,2%	1	,8%	122	100,0%
FAC10E2 Erlebte Probleme in Akutphasen * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	121	99,2%	1	,8%	122	100,0%
F30_03 Bedeutung Autofahren (Patient):Autofahren bedeutet ein Stück Normalität * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	117	95,9%	5	4,1%	122	100,0%
F10_10 Einstellung ggü.bipolaren Patienten:Manische Patienten sind häufig sexuell enthemmt * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	121	99,2%	1	,8%	122	100,0%
FAC10P2 Depres. Pat. PÖ * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	121	99,2%	1	,8%	122	100,0%
F35med2 geeignet * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	122	100,0%	0	,0%	122	100,0%
F10 PATIENTENGEFÄHRDUNG IM STRASSENVERKEHR * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	121	99,2%	1	,8%	122	100,0%
F27 ANGABE VON GEFÄHRDUNGEN * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	121	99,2%	1	,8%	122	100,0%
F28 ABRATEN VOM FAHREN * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	121	99,2%	1	,8%	122	100,0%

3er Clusterlösung

Bericht

QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	F49_06 Inhalte einer FoBIVA?Gesetzlicher Rahmen zur Fahrtüchtigkeit von Patienten	F42n1 Einfluss (gründe für) auf den Patienten, compliant zu bleiben	FAC21_1neu Zweifel an Therapienotwendigkeit	F_Inhalt3 Risiken Selbst-Fremdgefährdung	F43neu1 Arzt kennt Bewertungskriterien	F38 Gesprächsinhalte Depression	F2xAKUT Akutphase Autofahren kritisch	FAC10E3 Mangelnde Krankheitseinsicht, Aufmerksamkeitsstörungen	FAC10E2 Erlebte Probleme in Akutphasen	F30_03 Bedeutung Autofahren (Patient):Autofahren bedeutet ein Stück Normalität	F10_10 Einstellung ggü.bipolaren Patienten:Manische Patienten sind häufig sexuell enthemmt	FAC10P2 Depres. Pat. PÖ	F35med2 geeignet	F10 PATIENTENGEFÄHRDUNG IM STRASSENVERKEHR	F27 ANGABE VON GEFÄHRDUNGEN	F28 ABRATEN VOM FAHREN
1 Mittelwert	2,26	2,2051	3,1930	4,1464	2,8333	4,3176	43,0267	4,0036	3,9421	1,29	3,89	3,1140	3,3313	3,3313	6,0000	5,3421
N	34	35	35	31	35	37	25	35	35	35	35	35	35	35	35	35
Standardabweichung	4,44	1,41755	5,5687	7,9432	1,41624	,88319	9,73392	6,3448	,67699	,458	,738	,97191	1,69347	,61206	2,20002	1,89275
2 Mittelwert	1,14	2,6138	3,6138	4,6534	2,2647	4,7576	80,0000	4,3403	4,1773	1,23	4,00	3,5530	2,5425	3,7191	6,9545	6,7045
N	44	44	44	44	44	44	22	44	44	44	44	44	44	44	44	44
Standardabweichung	3,47	1,03914	4,3984	4,9590	1,26272	,46235	10,18350	5,9818	5,1257	,424	,964	,80033	,59732	,57006	1,16048	1,45691
3 Mittelwert	1,11	3,0769	3,5214	4,2943	3,1143	4,3853	11,7976	4,2664	4,2872	1,18	4,28	3,2735	2,2308	3,6691	6,4615	6,5385
N	38	39	39	39	35	39	29	39	39	39	39	39	39	39	39	39
Standardabweichung	3,14	9,8837	4,2762	5,1029	1,25491	5,9844	7,87626	6,4768	4,7638	,391	7,24	8,0022	5,9065	,4412	1,51914	1,14364
Insgesamt Mittelwert	1,10	2,6311	3,4518	4,3903	2,7374	4,5042	42,2131	4,2231	4,1388	1,22	4,00	3,3251	2,6220	3,5490	6,4999	6,2231
N	116	122	121	120	99	120	75	121	121	121	121	121	122	121	121	121
Standardabweichung	3,72	1,20056	3,1255	4,9366	1,34461	,89017	29,29403	6,3222	5,7204	,418	,843	,87185	1,05252	,9692	1,70359	1,82526

ANOVA-Tabelle

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
F49_06 Inhalte einer FoBIVA?Gesetzlicher Rahmen zur Fahrtüchtigkeit von Patienten * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	Zwischen den Gruppen Innerhalb der Gruppen Insgesamt	(Kombiniert) 113 115	,510 ,136 ,510	1,872	,159
F42n1 Einfluss (gründe für) auf den Patienten, compliant zu bleiben * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	Zwischen den Gruppen Innerhalb der Gruppen Insgesamt	(Kombiniert) 119 121	7,421 1,341 7,421	5,534	,005
FAC21_1neu Zweifel an Therapienotwendigkeit * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	Zwischen den Gruppen Innerhalb der Gruppen Insgesamt	(Kombiniert) 118 120	1,943 ,234 1,943	8,297	,000
F_Inhalt3 Risiken Selbst-Fremdgefährdung * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	Zwischen den Gruppen Innerhalb der Gruppen Insgesamt	(Kombiniert) 117 119	2,795 ,357 2,795	7,839	,001
F43neu1 Arzt kennt Bewertungskriterien * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	Zwischen den Gruppen Innerhalb der Gruppen Insgesamt	(Kombiniert) 96 98	6,422 1,712 6,422	3,752	,027
F38 Gesprächsinhalte Depression * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	Zwischen den Gruppen Innerhalb der Gruppen Insgesamt	(Kombiniert) 117 119	2,288 ,431 2,288	5,303	,006
F2xAKUT Akutphase Autofahren kritisch * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	Zwischen den Gruppen Innerhalb der Gruppen Insgesamt	(Kombiniert) 72 74	28666,042 85,096 28666,042	336,865	,000
FAC10E3 Mangelnde Krankheitseinsicht, Aufmerksamkeitsstörungen * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	Zwischen den Gruppen Innerhalb der Gruppen Insgesamt	(Kombiniert) 118 120	,879 ,392 879	2,245	,110
FAC10E2 Erlebte Probleme in Akutphasen * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	Zwischen den Gruppen Innerhalb der Gruppen Insgesamt	(Kombiniert) 118 120	1,197 ,312 1,197	3,830	,024
F30_03 Bedeutung Autofahren (Patient):Autofahren bedeutet ein Stück Normalität * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	Zwischen den Gruppen Innerhalb der Gruppen Insgesamt	(Kombiniert) 114 116	,150 ,175 150	,857	,427
F10_10 Einstellung ggü.bipolaren Patienten:Manische Patienten sind häufig sexuell enthemmt * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	Zwischen den Gruppen Innerhalb der Gruppen Insgesamt	(Kombiniert) 118 120	1,559 ,707 1,559	2,204	,115
FAC10P2 Depres. Pat. PÖ * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	Zwischen den Gruppen Innerhalb der Gruppen Insgesamt	(Kombiniert) 118 120	2,041 ,738 2,041	2,764	,067
F35med2 geeignet * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	Zwischen den Gruppen Innerhalb der Gruppen Insgesamt	(Kombiniert) 119 121	13,956 ,834 13,956	16,730	,000
F10 PATIENTENGEFÄHRDUNG IM STRASSENVERKEHR * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	Zwischen den Gruppen Innerhalb der Gruppen Insgesamt	(Kombiniert) 118 120	1,545 ,299 1,545	5,159	,007
F27 ANGABE VON GEFÄHRDUNGEN * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	Zwischen den Gruppen Innerhalb der Gruppen Insgesamt	(Kombiniert) 118 120	9,323 2,793 9,323	3,338	,039
F28 ABRATEN VOM FAHREN * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	Zwischen den Gruppen Innerhalb der Gruppen Insgesamt	(Kombiniert) 118 120	21,786 2,317 21,786	9,403	,000

3er Clusterlösung

Zusammenhangsmaße

	Eta	Eta-Quadrat
F49_06 Inhalte einer FoBiVA?Gesetzlicher Rahmen zur Fahrtauglichkeit von Patienten * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	,179	,032
F42n1 Einfluss (gründe für) auf den Patienten, compliant zu bleiben * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	,292	,085
FAC21_1neu Zweifel an Therapienotwendigkeit * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	,351	,123
F_Inhalt3 Risiken Selbst-Fremdgefährdung * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	,344	,118
F43neu1 Arzt kennt Bewertungskriterien * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	,269	,072
F38 Gesprächsinhalte Depression * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	,288	,083
F2xAKUT Akutphase Autofahren kritisch * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	,951	,903
FAC10E3 Mangelnde Krankheitseinsicht, Aufmerksamkeitsstörungen * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	,191	,037
FAC10E2 Erlebte Probleme in Akutphasen * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	,247	,061
F30_03 Bedeutung Autofahren (Patient):Autofahren bedeutet ein Stück Normalität * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	,122	,015
F10_10 Einstellung ggü.bipolaren Patienten:Manische Patienten sind häufig sexuell enthemmt * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	,190	,036
FAC10P2 Depres. Pat. PÖ * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	,212	,045
F35med2 geeignet * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	,468	,219
F10 PATIENTENGEFÄHRDUNG IM STRASSENVERKEHR) * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	,284	,080
F27 ANGABE VON GEFÄHRDUNGEN * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	,231	,054
F28 ABRATEN VOM FAHREN * QCL_2 Cluster-Nr. des Falls	,371	,137

2er Clusterlösung

Bericht																	
QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	F49_06 Inhalte einer FoBiVA?Gesetzlicher Rahmen zur Fahrtauglichkeit von Patienten	F42n1 Einfluss (gründe für) auf den Patienten, compliant zu bleiben	FAC21_1neu Zweifel an Therapienotwendigkeit	F_Inhalt3 Risiken Selbst-Fremdgefährdung	F43neu1 Arzt kennt Bewertungskriterien	F38 Gesprächsinhalte Depression	F2xAKUT Akutphase Autofahren kritisch	FAC10E3 Mangelnde Krankheitseinsicht, Aufmerksamkeitsstörungen	FAC10E2 Erlebte Probleme in Akutphasen	F30_03 Bedeutung Autofahren (Patient):Autofahren bedeutet ein Stück Normalität	F10_10 Einstellung ggü.bipolaren Patienten:Manische Patienten sind häufig sexuell enthemmt	FAC10P2 Depres. Pat. PÖ	F35med2 geeignet	F10 PATIENTENGEFÄHRDUNG IM STRASSENVERKEHR)	F27 ANGABE VON GEFÄHRDUNGEN	F28 ABRATEN VOM FAHREN	
1	Mittelwert N Standardabweichung	2,20 56 ,401	2,1167 61 ,54435	3,4124 59 ,67672	4,4210 64 ,67672	2,6596 61 ,140305	4,5474 63 ,76728	68,5833 59 ,69173	4,2203 59 ,69125	4,0034 59 ,437	1,25 59 ,991	3,86 59 ,991	3,2429 59 ,96399	1,8833 60 ,112131	3,4955 59 ,64825	6,5424 59 ,190573	5,9831 59 ,194306
2	Mittelwert N Standardabweichung	1,13 60 ,343	3,1230 62 ,89666	3,4892 62 ,48179	4,3427 62 ,58715	2,8077 62 ,129915	4,4637 59 ,50073	17,8718 59 ,12,04781	4,2258 62 ,61995	4,2677 61 ,46399	1,20 61 ,445	4,24 62 ,89116	3,4032 62 ,89116	2,2742 62 ,47448	3,5990 62 ,1,50027	6,4516 62 ,1,22377	
Gesamt	Mittelwert N Standardabweichung	1,16 116 ,372	2,6311 121 ,1,20056	3,4519 121 ,51295	4,3806 120 ,63095	2,7374 99 ,1,34451	4,5042 120 ,69011	42,2133 75 ,29,28403	4,2231 121 ,63226	4,1388 121 ,57204	1,22 117 ,416	3,3251 121 ,846	2,6820 122 ,1,00522	3,5480 121 ,66562	6,4959 121 ,1,70395	6,2231 121 ,1,62526	

2er Clusterlösung

ANOVA-Tabelle

		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
F49_06 Inhalte einer FoBIVA?Gesetzlicher Rahmen zur Fahrtüchtigkeit von Patienten * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	Zwischen den Gruppen (Kombiniert) Innerhalb der Gruppen Insgesamt	,115 15,773 15,888	1 114 115	,115 ,138	,833	,363
F42n1 Einfluss (gründe für) auf den Patienten, compliant zu bleiben * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	Zwischen den Gruppen (Kombiniert) Innerhalb der Gruppen Insgesamt	31,251 143,151 174,402	1 120 121	31,251 1,193	26,197	,000
FAC21_1neu Zweifel an Therapienotwendigkeit * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	Zwischen den Gruppen (Kombiniert) Innerhalb der Gruppen Insgesamt	,178 31,346 31,524	1 119 120	,178 ,263	,677	,412
F_inhalt3 Risiken Selbst-Fremdgefährdung * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	Zwischen den Gruppen (Kombiniert) Innerhalb der Gruppen Insgesamt	,183 47,132 47,316	1 118 119	,183 ,399	,459	,499
F43neu1 Arzt kennt Bewertungskriterien * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	Zwischen den Gruppen (Kombiniert) Innerhalb der Gruppen Insgesamt	,542 176,630 177,172	1 97 98	,542 1,821	,297	,587
F38 Gesprächsinhalte Depression * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	Zwischen den Gruppen (Kombiniert) Innerhalb der Gruppen Insgesamt	,210 54,844 55,053	1 118 119	,210 ,465	,452	,503
F2xAKUT Akutphase Autofahren kritisch * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	Zwischen den Gruppen (Kombiniert) Innerhalb der Gruppen Insgesamt	48141,478 15317,553 63459,031	1 73 74	48141,478 209,829	229,431	,000
FAC10E3 Mangelnde Krankheitseinsicht, Aufmerksamkeitsstörungen * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	Zwischen den Gruppen (Kombiniert) Innerhalb der Gruppen Insgesamt	,001 47,974 47,975	1 119 120	,001 ,403	,002	,962
FAC10E2 Erlebte Probleme in Akutphasen * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	Zwischen den Gruppen (Kombiniert) Innerhalb der Gruppen Insgesamt	2,113 37,155 39,267	1 119 120	2,113 ,312	6,766	,010
F30_03 Bedeutung Autofahren (Patient):Autofahren bedeutet ein Stück Normalität * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	Zwischen den Gruppen (Kombiniert) Innerhalb der Gruppen Insgesamt	,083 20,139 20,222	1 115 116	,083 ,175	,473	,493
F10_10 Einstellung ggü.bipolaren Patienten:Manische Patienten sind häufig sexuell enthemmt * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	Zwischen den Gruppen (Kombiniert) Innerhalb der Gruppen Insgesamt	4,309 82,286 86,595	1 119 120	4,309 ,691	6,231	,014
FAC10P2 Depres. Pat. PÖ * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	Zwischen den Gruppen (Kombiniert) Innerhalb der Gruppen Insgesamt	,777 90,437 91,214	1 119 120	,777 ,760	1,022	,314
F35med2 geeignet * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	Zwischen den Gruppen (Kombiniert) Innerhalb der Gruppen Insgesamt	4,658 122,522 127,180	1 120 121	4,658 1,021	4,562	,035
F10 PATIENTENGEFÄHRDUNG IM STRASSENVERKEHR) * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	Zwischen den Gruppen (Kombiniert) Innerhalb der Gruppen Insgesamt	,318 38,101 38,419	1 119 120	,318 ,320	,992	,321
F27 ANGABE VON GEFÄHRDUNGEN * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	Zwischen den Gruppen (Kombiniert) Innerhalb der Gruppen Insgesamt	,249 347,999 348,248	1 119 120	,249 2,924	,085	,771
F28 ABRATEN VOM FAHREN * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	Zwischen den Gruppen (Kombiniert) Innerhalb der Gruppen Insgesamt	6,637 310,338 316,975	1 119 120	6,637 2,608	2,545	,113

2er Clusterlösung

Zusammenhangsmaße		
	Eta	Eta-Quadrat
F49_06 Inhalte einer FoBiVA?Gesetzlicher Rahmen zur Fahrtüchtigkeit von Patienten * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	,085	,007
F42n1 Einfluss (gründe für) auf den Patienten, compliant zu bleiben * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	,423	,179
FAC21_1neu Zweifel an Therapienotwendigkeit * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	,075	,006
F_Inhalt3 Risiken Selbst-Fremdgefährdung * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	,062	,004
F43neu1 Arzt kennt Bewertungskriterien * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	,055	,003
F38 Gesprächsinhalte Depression * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	,062	,004
F2xAKUT Akutphase Autofahren kritisch * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	,871	,759
FAC10E3 Mangelnde Krankheitseinsicht, Aufmerksamkeitsstörungen * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	,004	,000
FAC10E2 Erlebte Probleme in Akutphasen * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	,232	,054
F30_03 Bedeutung Autofahren (Patient):Autofahren bedeutet ein Stück Normalität * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	,064	,004
F10_10 Einstellung ggü.bipolaren Patienten:Manische Patienten sind häufig sexuell enthemmt * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	,223	,050
FAC10P2 Depres. Pat. PÖ * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	,092	,009
F35med2 geeignet * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	,191	,037
F10 PATIENTENGEFÄHRDUNG IM STRASSENVERKEHR) * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	,091	,008
F27 ANGABE VON GEFÄHRDUNGEN * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	,027	,001
F28 ABRATEN VOM FAHREN * QCL_3 Cluster-Nr. des Falls	,145	,021

Tabellen zu Selbst-Fremdbild: Kenntnisse der Bewertungskriterien

Kenntnis rechtlicher Rahmen: Ich bin verpflichtet den Patienten aufzuklären und dies in der Akte zu vermerken

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
trifft nicht zu	91	75,2	75,2	75,2
trifft zu	30	24,8	24,8	100
Gesamt	121	100	100	

Kenntnis rechtlicher Rahmen: Ich bin verpflichtet den Patienten aufzuklären und mir das von ihm schriftlich bestätigen lassen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
trifft nicht zu	103	85,1	85,1	85,1
trifft zu	18	14,9	14,9	100
Gesamt	121	100	100	

Kenntnis rechtlicher Rahmen: Bei erheblicher Gefährdung ist zu erwägen, ob eine Meldung an das Straßenverkehrsamt gemacht werden muss (Abwägung: ärztliche Schweigepflicht)

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
trifft nicht zu	63	52,1	52,1	52,1
trifft zu	58	47,9	47,9	100
Gesamt	121	100	100	

Kenntnis rechtlicher Rahmen: Ich fühle mich verpflichtet, die Angehörigen zu unterrichten, um gemeinsam den Patienten zur Einsicht zu bringen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
trifft nicht zu	112	92,6	92,6	92,6
trifft zu	9	7,4	7,4	100
Gesamt	121	100	100	

Bericht

		Aufklärung Patient und Aktenvermerk	Aufklärung Patient und schriftl. Bestätigung	Meldung Straßenverkehrsamt	Information / Einbezug Angehörige
1	Mittelwert	1,2368	1,0789	1,5	1,0526
	N	38	38	38	38
	Standardabweichung	0,43085	0,27328	0,50671	0,22629
2	Mittelwert	1,2727	1,1818	1,4545	1,0909
	N	44	44	44	44
	Standardabweichung	0,45051	0,39015	0,50369	0,2908
3	Mittelwert	1,2308	1,1795	1,4872	1,0769
	N	39	39	39	39
	Standardabweichung	0,42683	0,38878	0,50637	0,26995
Insgesamt	Mittelwert	1,2479	1,1488	1,4793	1,0744
	N	121	121	121	121
	Standardabweichung	0,43361	0,35733	0,50165	0,26348

ANOVA-Tabelle

		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Aufklärung Patient und Aktenvermerk	Zwischen den Gruppen	0,043	2	0,022	0,113	0,893
	Innerhalb der Gruppen	22,519	118	0,191		
	Insgesamt	22,562	120			
Aufklärung Patient und schriftl. Bestätigung	Zwischen den Gruppen	0,27	2	0,135	1,059	0,35
	Innerhalb der Gruppen	15,052	118	0,128		
	Insgesamt	15,322	120			
Meldung Straßenverkehrsamt	Zwischen den Gruppen	0,046	2	0,023	0,089	0,915
	Innerhalb der Gruppen	30,153	118	0,256		
	Insgesamt	30,198	120			
Information / Einbezug Angehörige	Zwischen den Gruppen	0,03	2	0,015	0,215	0,807
	Innerhalb der Gruppen	8,3	118	0,07		
	Insgesamt	8,331	120			

Zusammenhangsmaße

	Eta	Eta-Quadrat
Aufklärung Patient und Aktenvermerk	0,044	0,002
Aufklärung und schriftl. Bestätigung	0,133	0,018
Meldung Straßenverkehrsamt	0,039	0,002
Information / Einbezug Angehörige	0,06	0,004

Tabellen zu Selbst-Fremdbild: Kenntnisse der Bewertungskriterien

Bewertungskriterien: Ich achte auf den aktuellen Zustand des Patienten (Krankheitsphase).

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
1 trifft zu	77	63,6	66,4	66,4
2 trifft nicht zu	39	32,2	33,6	100
Gesamt	116	95,9	100	
keine Angabe	5	4,1		
Gesamt	121	100		

Bewertungskriterien: Regelmäßige Befragung der Angehörigen zur Fahrtauglichkeit des Patienten

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
1 trifft zu	6	5	5	5
2 trifft nicht zu	115	95	95	100
Gesamt	121	100	100	

Bewertungskriterien: Eigene Erfahrungswerte bei diesem Krankheitsbild, um die Fahrtüchtigkeit des Patienten richtig einzuschätzen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
1 trifft zu	7	5,8	5,8	5,8
2 trifft nicht zu	114	94,2	94,2	100
Gesamt	121	100	100	

Bewertungskriterien: Ich nutze meine individuelle Beurteilung des Patienten, um die Fahrtüchtigkeit richtig einzuschätzen

	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
1 trifft zu	24	19,8	19,8	19,8
2 trifft nicht zu	97	80,2	80,2	100
Gesamt	121	100	100	

Bewertungskriterien:

		Aktueller Zustand des Patienten (Krankheitsphase).	Befragung der Angehörigen	Eigene Erfahrungen	Individuelle Beurteilung
Typ 1	Mittelwert	1,34	1,95	1,97	1,76
	N	35	38	38	38
	Standardabweichung	0,482	0,226	0,162	0,431
Typ 2	Mittelwert	1,33	1,98	1,93	1,82
	N	43	44	44	44
	Standardabweichung	0,474	0,151	0,255	0,39
Typ 3	Mittelwert	1,34	1,92	1,92	1,82
	N	38	39	39	39
	Standardabweichung	0,481	0,27	0,27	0,389
Insgesamt	Mittelwert	1,34	1,95	1,94	1,8
	N	116	121	121	121
	Standardabweichung	0,474	0,218	0,234	0,4

ANOVA-Tabelle

			Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Aktueller Zustand des Patienten (Krankheitsphase).	Zwischen den Gruppen	(Kombiniert)	0,008	2	0,004	0,017	0,983
	Innerhalb der Gruppen		25,88	113	0,229		
	Insgesamt		25,888	115			
Befragung der Angehörigen	Zwischen den Gruppen	(Kombiniert)	0,061	2	0,031	0,64	0,529
	Innerhalb der Gruppen		5,641	118	0,048		
	Insgesamt		5,702	120			
Eigene Erfahrungen	Zwischen den Gruppen	(Kombiniert)	0,057	2	0,028	0,511	0,601
	Innerhalb der Gruppen		6,538	118	0,055		
	Insgesamt		6,595	120			
Individuelle Beurteilung	Zwischen den Gruppen	(Kombiniert)	0,082	2	0,041	0,253	0,777
	Innerhalb der Gruppen		19,157	118	0,162		
	Insgesamt		19,24	120			

Zusammenhangsmaße

	Eta	Eta-Quadrat
Aktueller Zustand des Patienten (Krankheitsphase).	0,017	0
Befragung der Angehörigen	0,104	0,011
Eigene Erfahrungen	0,093	0,009
Individuelle Beurteilung	0,065	0,004

Explorationsleitfaden

„Das Facharztgespräch mit bipolaren Patienten bzgl. ihrer Verkehrsteilnahmemöglichkeiten“

Einführung/Vorstellung

Herzlichen Dank für Ihre Teilnahme an dem Interview „Das Facharztgespräch mit bipolaren Patienten bzgl. ihrer Verkehrsteilnahmemöglichkeiten“ - mein Promotionsthema, das im Rahmen einer Forschungsarbeit an der Universität Bonn durchgeführt wird.

Ihre Antworten werden selbstverständlich anonym behandelt und die Auswertung erfolgt über alle Befragten hinweg als Gruppenauswertung, so dass keine Rückschlüsse auf einzelne Personen vorgenommen werden können. Wesentlich für unser Gespräch ist, dass Sie Ihre eigene Erfahrungen und Einschätzungen berichten.

Zunächst möchte ich Ihnen einige Fragen zu Ihrer Praxis stellen:

Niedergelassene Fachärzte:

- A. Wie viele Patienten, die an einer bipolaren Störung erkrankt sind, behandeln Sie in einem durchschnittlichen Quartal in Ihrer Praxis?
_____ Anzahl Patienten
- B. Geschlecht (festhalten): männlich weiblich
- C. Darf ich fragen, wie alt Sie sind? _____ Alter
- D. Wie lange sind Sie schon approbiert? _____ Jahre
- E. Und seit wie vielen Jahren haben Sie eine eigene Praxis? (Bestehen der Praxis) _____ Jahre
- F. Wo liegt Ihre Praxis? Großstadt Kleinstadt Land
- G. Wie hoch ist in etwa der Anteil von Privat- zu Kassenpatienten (in Prozent)?
_____ % (bitte Zahl eintragen)

Krankenhaus-Ärzte (Fachärzte für Psychiatrie)

- A. Wie viele Patienten, die an einer bipolaren Störung erkrankt sind, behandeln Sie in einem durchschnittlichen Monat in Ihrer Klinik?
_____ Anzahl Patienten
- B. Geschlecht: männlich weiblich
- C. Darf ich fragen, wie alt Sie sind? _____ Alter
- D. Wie lange sind Sie schon approbiert? _____ Jahre
- E. In welcher Position sind Sie in der Klinik tätig:
 - i. Chefarzt / leitender Arzt
 - ii. Oberarzt
 - iii. Stationsarzt
 - iv. Assistenzarzt
 - v. Sonstige Funktion: _____
- F. Und über welche primäre medizinische Fachausbildung verfügen Sie?
 - i. Psychiater
 - ii. Neurologe
 - iii. Nervenarzt
 - iv. Ich habe meine Facharztausbildung noch nicht abgeschlossen
- G. Wie lange sind Sie schon als Arzt in der Klinik tätig? _____ Jahre

Medizinische Aspekte

- 1) Welche Rolle spielen Bipolare Störungen in Ihrer ärztlichen Praxis im Vergleich zu Gesamtklientel (Umfang)? Wie hoch ist Ihr persönliches Interesse an dieser Erkrankung?
- 2) Wie würden Sie aufgrund Ihrer Erfahrungen bipolare Störungen und deren wesentlichen Symptome beschreiben?
- 3) An welche Phase der Erkrankung denken Sie zuerst, wenn Sie von bipolaren Störungen hören?
- 4) Welches sind für Sie die wesentlichen Unterschiede im Umgang mit dem Patienten in den unterschiedlichen Phasen der Erkrankung?
 - a) Manische Phase
 - b) Depressive Phase
 - c) Phasenprophylaxe
- 5) Was macht für Sie persönlich letztlich das Besondere an der Erkrankung aus?

Abr nun zu den Patienten im Einzelnen:

Teil 1: Manische Patienten

- 1) Wenn Sie jetzt an Ihre Patienten mit bipolaren Störungen denken, können Sie mir diese vielleicht etwas näher beschreiben? Fangen wir vielleicht mit einem Patienten an, der sich in der manischen Phase befindet. Wie würden Sie diesen näher charakterisieren?
- 2) Welche medizinischen Aspekte sind in der manischen Phase vor allem zu beachten?
- 3) Was sind für Sie Kriterien des Therapieerfolgs bei einem manischen Patienten?
- 4) Welche Therapiemöglichkeiten gibt es für diese Patienten?
- 5) Wo liegen möglicherweise die Grenzen der Therapiemöglichkeiten? (nachfragen, wenn nicht genannt: Sind Grenzen auch durch das Ausmaß der compliance gesetzt?)
- 6) Inwiefern ist die gewählte Therapie von der Krankheitsbiographie des Patienten abhängig?
 - a) Inwieweit spielt die Persönlichkeit des Patienten eine Rolle?
 - b) Spielt es für den Therapieverlauf darüber hinaus eine Rolle, ob es Partner/Freunde gibt?
 - c) Ist die Therapie auch von der Dauer der Erkrankung abhängig?
- 7) In welchem Umfang besprechen Sie die Therapie mit Ihren Patienten? Welche der folgenden Einzelheiten sprechen Sie dann an?
 - a) Medikamente

- b) Nebenwirkungen
- c) Therapieverlauf
- d) Bedeutung der Compliance
- e) Teilnahme an Psychoedukation / Selbsthilfegruppe
- f) Teilnahme am Straßenverkehr
- g) Umgang mit Barrieren während Behandlung
- h) Phasenspezifische Reaktionsweisen
- i) Auswirkungen auf das soziale Umfeld
- j) Auswirkungen auf das Berufsleben

Einzel explorieren, wenn die Thematik genannt wurde:

- a) Medikamente (Wichtigkeit abfragen)
 - b) Nebenwirkungen (Wichtigkeit abfragen)
 - c) Zu erwartender Therapieverlauf (Wichtigkeit abfragen)
 - d) Bedeutung der Compliance(Wichtigkeit abfragen)
 - e) Teilnahme an Psychoedukation / Selbsthilfegruppe (Wichtigkeit abfragen)
 - f) Umgang mit Barrieren (Mögliche Reaktanz der Patienten)während Behandlung (Wichtigkeit abfragen)
 - g) Phasenspezifische Reaktionsweisen (Wichtigkeit abfragen)
 - h) Auswirkungen auf das soziale Umfeld (Wichtigkeit abfragen)
 - i) Auswirkungen auf das Berufsleben (Wichtigkeit abfragen)
 - j) Auswirkungen der Erkrankung auf die Teilnahme am Straßenverkehr: Inwieweit ist die Teilnahme am Straßenverkehr uneingeschränkt möglich oder problembehaftet? Welche Probleme können auftauchen? Was besprechen Sie in diesem Zusammenhang mit Ihren Patienten?(Phasenspezifisch?)
- 8) Menschen gehen ja recht unterschiedlich mit ihren Krankheitssymptomen und gesundheitlichen Risikofaktoren um. Wie Sie das tun, ist teilweise auch von dem jeweiligen Krankheitsbild abhängig. Wenn Sie jetzt einmal an Ihre Patienten mit bipolaren Störungen denken, welche Erfahrungen haben Sie denn da gemacht? (Prototypisches Verhalten)
- 9) Wenn wir einmal zwei Verhaltenbereiche herausgreifen, die im Kontext des Krankheitsbildes bipolare Patienten ein Rolle spielen können, nämlich das Aggressions- und das Risikoverhalten.
- a) Aggressionsverhalten:
 - i) Haben die Patienten insgesamt ein erhöhtes Aggressionsverhalten oder sind es nur einige wenige? Wie äußert sich das? (Ursachen, Abhängigkeit // Phasenspezifität des möglichen Aggressionsverhaltens)
 - ii) Wie sieht die Compliance von manischen Patienten mit einem erhöhten Aggressionsverhalten aus?
 - b) Risikoverhalten:
 - i) Ist das Risikoverhalten bei manischen Patienten erhöht?

- ii) Wie sieht die Compliance von manischen Patienten mit einem erhöhten Risikoverhalten aus?
- iii) Auf welche Art des Risikoverhaltens bezieht sich das?
- iv) Zeigt sich dies auch in Auffälligkeiten bei der Teilnahme am Straßenverkehr?

Kommen wir nun zu Ihren bipolaren Patienten, die sich in der depressiven Phase befinden.

Teil 2: Depressive Patienten

- 10) Welche medizinischen Aspekte sind in der depressiven Phase vor allem zu beachten?
- 11) Was sind für Sie Kriterien des Therapieerfolgs bei einem depressiven Patienten?
- 12) Welche Therapiemöglichkeiten gibt es für diese Patienten?
- 13) Wo liegen möglicherweise die Grenzen der Therapiemöglichkeiten?
(nachfragen, wenn nicht genannt: Sind Grenzen auch durch das Ausmaß der compliance gesetzt?)
- 14) Inwiefern ist die gewählte Therapie von der Krankheitsbiographie des Patienten abhängig?
 - a) Inwieweit spielt die Persönlichkeit des Patienten eine Rolle?
 - b) Spielt es für den Therapieverlauf darüber hinaus eine Rolle, ob es Partner/Freunde gibt?
 - c) Ist die Therapie auch von der Dauer der Erkrankung abhängig?
- 15) In welchem Umfang besprechen Sie die Therapie mit Ihren Patienten? Welche der folgenden Einzelheiten sprechen Sie dann an?
 - a) Medikamente
 - b) Nebenwirkungen
 - c) Therapieverlauf
 - d) Bedeutung der Compliance
 - e) Teilnahme an Psychoedukation / Selbsthilfegruppe
 - f) Teilnahme am Straßenverkehr
 - g) Umgang mit Barrieren während Behandlung
 - h) Phasenspezifische Reaktionsweisen
 - i) Auswirkungen auf das soziale Umfeld
 - j) Auswirkungen auf das Berufsleben

Einzelnen explorieren, wenn die Thematik genannt wurde:

- a) Medikamente (Wichtigkeit abfragen)
- b) Nebenwirkungen (Wichtigkeit abfragen)
- c) Zu erwartender Therapieverlauf (Wichtigkeit abfragen)
- d) Bedeutung der Compliance (Wichtigkeit abfragen)
- e) Teilnahme an Psychoedukation / Selbsthilfegruppe (Wichtigkeit abfragen)
- f) Umgang mit Barrieren (Mögliche Reaktanz der Patienten) während Behandlung (Wichtigkeit abfragen)
- g) Phasenspezifische Reaktionsweisen (Wichtigkeit abfragen)
- h) Auswirkungen auf das soziale Umfeld (Wichtigkeit abfragen)

- i) Auswirkungen auf das Berufsleben (Wichtigkeit abfragen)
 - j) Auswirkungen der Erkrankung auf die Teilnahme am Straßenverkehr: Inwieweit ist die Teilnahme am Straßenverkehr uneingeschränkt möglich oder problembehaftet? Welche Probleme können auftauchen? Was besprechen Sie in diesem Zusammenhang mit Ihren Patienten?(Phasenspezifisch?)
- 16) Menschen gehen ja recht unterschiedlich mit ihren Krankheitssymptomen und gesundheitlichen Risikofaktoren um. Wie Sie das tun, ist teilweise auch von dem jeweiligen Krankheitsbild abhängig. Wenn Sie jetzt einmal an Ihre Patienten mit bipolaren Störungen denken, welche Erfahrungen haben Sie denn da gemacht? (Prototypisches Verhalten depressive Phase)
- 17) Wenn wir einmal zwei Verhaltenbereiche herausgreifen, die im Kontext des Krankheitsbildes bipolare Patienten eine Rolle spielen können, nämlich das Aggressions- und das Risikoverhalten.
- a) Aggressionsverhalten:
 - i) Haben die Patienten in der depressiven Phase insgesamt ein erhöhtes Aggressionsverhalten oder sind es nur einige wenige? Wie äußert sich das? (Ursachen, Abhängigkeit // Phasenspezifität des möglichen Aggressionsverhaltens)
 - ii) Wie sieht die Compliance von depressiven Patienten mit einem erhöhten Aggressionsverhalten aus?
 - b) Risikoverhalten:
 - i) Ist das Risikoverhalten bei depressiven Patienten erhöht?
 - ii) Wie sieht die Compliance von depressiven Patienten mit einem erhöhten Risikoverhalten aus?
 - iii) Auf welche Art des Risikoverhaltens bezieht sich das?
 - iv) Zeigt sich dies auch in Auffälligkeiten bei der Teilnahme am Straßenverkehr?

Teil 3: Patienten in der Phasenprophylaxe

- 18) Kommen wir nun zu Patienten, die sich in der Phasenprophylaxe befinden. Können Sie mir diese vielleicht etwas näher beschreiben? Wie würden Sie diesen näher charakterisieren?
- 19) Welche medizinischen Aspekte sind in der Phasenprophylaxe vor allem zu beachten?
- 20) Was sind für Sie Kriterien des Therapieerfolgs bei einem Patienten in der Phasenprophylaxe?
- 21) Welche Therapiemöglichkeiten gibt es für diese Patienten?
- 22) Wo liegen möglicherweise die Grenzen der Therapiemöglichkeiten? (nachfragen, wenn nicht genannt: Sind Grenzen auch durch das Ausmaß der compliance gesetzt?)
- 23) Inwiefern ist die gewählte Therapie von der Krankheitsbiographie des Patienten abhängig?
- a) Inwieweit spielt die Persönlichkeit des Patienten eine Rolle?

- b) Spielt es für den Therapieverlauf darüber hinaus eine Rolle, ob es Partner/Freunde gibt?
- c) Ist die Therapie auch von der Dauer der Erkrankung abhängig?

24) In welchem Umfang besprechen Sie die Therapie mit Ihren Patienten? Welche der folgenden Einzelheiten sprechen Sie dann an?

- a) Medikamente
- b) Nebenwirkungen
- c) Therapieverlauf
- d) Bedeutung der Compliance
- e) Teilnahme an Psychoedukation / Selbsthilfegruppe
- f) Teilnahme am Straßenverkehr
- g) Umgang mit Barrieren während Behandlung
- h) Phasenspezifische Reaktionsweisen
- i) Auswirkungen auf das soziale Umfeld
- j) Auswirkungen auf das Berufsleben

Einzel explorieren, wenn die Thematik genannt wurde:

- a) Medikamente (Wichtigkeit abfragen)
- b) Nebenwirkungen (Wichtigkeit abfragen)
- c) Zu erwartender Therapieverlauf (Wichtigkeit abfragen)
- d) Bedeutung der Compliance (Wichtigkeit abfragen)
- e) Teilnahme an Psychoedukation / Selbsthilfegruppe (Wichtigkeit abfragen)
- f) Umgang mit Barrieren (Mögliche Reaktanz der Patienten) während Behandlung (Wichtigkeit abfragen)
- g) Phasenspezifische Reaktionsweisen (Wichtigkeit abfragen)
- h) Auswirkungen auf das soziale Umfeld (Wichtigkeit abfragen)
- i) Auswirkungen auf das Berufsleben (Wichtigkeit abfragen)
- j) Auswirkungen der Erkrankung auf die Teilnahme am Straßenverkehr: Inwieweit ist die Teilnahme am Straßenverkehr uneingeschränkt möglich oder problembehaftet? Welche Probleme können auftauchen? Was besprechen Sie in diesem Zusammenhang mit Ihren Patienten? (Phasenspezifisch?)

25) Menschen gehen ja recht unterschiedlich mit ihren Krankheitssymptomen und gesundheitlichen Risikofaktoren um. Wie Sie das tun, ist teilweise auch von dem jeweiligen Krankheitsbild abhängig. Wenn Sie jetzt einmal an Ihre Patienten mit bipolaren Störungen denken, welche Erfahrungen haben Sie denn da gemacht? (Prototypisches Verhalten Phasenprophylaxe)

26) Wenn wir einmal zwei Verhaltenbereiche herausgreifen, die im Kontext des Krankheitsbildes bipolare Patienten eine Rolle spielen können, nämlich das Aggressions- und das Risikoverhalten.

- a) Aggressionsverhalten:
 - i) Haben die Patienten in der depressiven Phase insgesamt ein erhöhtes Aggressionsverhalten oder sind es nur einige wenige? Wie äußert sich das? (Ursachen, Abhängigkeit // Phasenspezifität des möglichen Aggressionsverhaltens)

- ii) Wie sieht die Compliance von depressiven Patienten mit einem erhöhten Aggressionsverhalten aus?
- b) Risikoverhalten:
 - i) Ist das Risikoverhalten bei depressiven Patienten erhöht?
 - ii) Wie sieht die Compliance von depressiven Patienten mit einem erhöhten Risikoverhalten aus?
 - iii) Auf welche Art des Risikoverhaltens bezieht sich das?
 - iv) Zeigt sich dies auch in Auffälligkeiten bei der Teilnahme am Straßenverkehr?

Arzt-Patientenbeziehung

- 27) Sie haben ja sicherlich Patienten mit bipolaren Störungen, die Sie schon über einen längeren Zeitraum behandeln und solche, die sich noch im ersten Jahr der Behandlung befinden. Die Beziehung zu Patienten entwickelt sich häufig erst im Laufe der Zeit. Wie würden Sie denn so prototypische Beziehungsformen zu Patienten beschreiben, die Sie schon lange kennen im Vergleich zu solchen, die erst seit ungefähr einem Jahr bei Ihnen in Behandlung sind. Nennen wir diese mal Kurzzeitpatienten?
- a) Beschreibung Beziehung Langzeitpatienten (Prototypen):
 - b) Beschreibung prototypischer Beziehungen zu Patienten, die sich im ersten Jahr der Behandlung befinden:
- 28) Wie kommt man denn Ihrer Meinung nach am Besten zu therapieunterstützendem Patientenverhalten? Was sind dazu die wesentlichen Voraussetzungen?
- a) Langzeitpatienten:
 - b) Kurzzeitpatienten:
- 29) Gehen wir im Folgenden auf Ihre Langzeitpatienten näher ein: Wie lange kennen Sie denn so im Durchschnitt Ihre Langzeit-Patienten mit bipolaren Störungen?
- 30) Worin bestehen denn die wesentlichen Schwierigkeiten im Umgang mit den Patienten?
- 31) Was ist „einfacher“ bzw. „schwieriger“ im Umgang mit den Langzeitpatienten im Vergleich zu denen, die Sie erst im ca. 1 Jahr in Behandlung haben? (Können eventuell Langzeitpatienten nicht sogar schwieriger sein?)
- 32) Was müssen Sie denn tun, damit Sie bei solchen Patienten Therapieerfolge haben?
- 33) Welches Verhalten den Patienten gegenüber hilft Ihnen zur Erreichung Ihrer Therapieziele am ehesten? Welches hilft weniger? Welche Erfahrungen haben Sie persönlich im Umgang mit Ihren Patienten gemacht? (Ärztliche Verhaltensstile)
- 34) Entwickeln Patienten teilweise auch ganz bestimmte Erwartungen an Sie (Heiler, Begleiter, Vertrauter etc.)?

- 35) Und welche Erwartungen haben Sie an Ihre Langzeit-Patienten (regelmäßiges Erscheinen, compliant Verhalten, Besuch von Psychoedukationsgruppen, Selbsthilfegruppen? / Teilnahme am Straßenverkehr?)
- 36) Nun möchte ich mit Ihnen auf Ihre Kurzzeitpatienten näher eingehen: Wie lange kennen Sie denn so im Durchschnitt Ihre Kurzzeit-Patienten mit bipolaren Störungen?
- 37) Worin bestehen denn die wesentlichen Schwierigkeiten im Umgang mit den Patienten?
- 38) Was ist „einfacher“ bzw. „schwieriger“ im Umgang mit den Kurzzeitpatienten im Vergleich zu denen, die Sie schon lange Behandlung haben?
- 39) Was müssen Sie denn tun, damit Sie bei Kurzzeit-Patienten Therapieerfolge haben?
- 40) Welches Verhalten den Patienten gegenüber hilft Ihnen zur Erreichung Ihrer Therapieziele? Welches hilft weniger? Welche Erfahrungen haben Sie persönlich im Umgang mit Ihren Patienten gemacht?
- 41) Welche Erwartungen haben die Kurzzeit-Patienten an Sie (Heiler, Begleiter, Vertrauter etc.)?
- 42) Welche Erwartungen haben Sie an Ihre Kurzzeit-Patienten (regelmäßiges Erscheinen, compliant Verhalten, Besuch von Psychoedukationsgruppen, Selbsthilfegruppen? / Teilnahme am Straßenverkehr?)

Das Arzt-Patientengespräch

- 43) Wenn Sie jetzt einmal an Ihre Gespräche mit bipolaren Patienten denken, wie viel Zeit müssten Sie im Idealfall so durchschnittlich für einen Patienten in einer Akutphase manisch bzw. depressiv und wie viel bei der Phasenprophylaxe veranschlagen?

Manisch:

Unterscheidet sich die Dauer eines Erstgespräches von den Gesprächen mit Patienten, die Sie schon länger kennen?

Depressiv:

Unterscheidet sich die Dauer eines Erstgespräches von den Gesprächen mit Patienten, die Sie schon länger kennen?

Phasenprophylaxe:

Unterscheidet sich die Dauer eines Erstgespräches von den Gesprächen mit Patienten, die Sie schon länger kennen?

- 44) Was sind für Sie ganz persönlich die existentiellen Bestandteile der Gespräche mit bipolaren Patienten?
- 45) Wie läuft idealiter so ein Gespräch ab? Was ist der aktive Teil? (Ausmaß an Stereotypisierung)
- 46) Was sind die Fragen der Patienten, die immer wiederkehren? Welche Fragen Ihrer Meinung nach belasten die Patienten in besonders ausgeprägten Maße?
- 47) Welche Fragen von Patienten können Sie manchmal nicht zu deren Zufriedenheit beantworten?

- 48) Was erwarten oder vielleicht verlangen die Patienten von Ihnen während des Gesprächs?
- 49) Sprechen die Patienten an, was Sie belastet oder / und wo Ihre Sorgen liegen?
- 50) Was beeinflusst die Lebensqualität der Patienten zentral?
- 51) Und nun läuft ja auch nicht alles immer idealiter ab, wie lange können Sie sich denn heutzutage auch aufgrund der Einschränkungen im Gesundheitssystem ein Gespräch im Durchschnitt mit solchen Patienten führen?
- 52) Welche Dinge besprechen Sie immer mit ihren Patienten und welche Dinge kommen auch mal zu kurz?
Immer:
Kommt eigentlich zu kurz:
- 53) Kommt es auch schon einmal vor, dass aufgrund des Gesprächsverlaufs sich Störungen in der Arzt-Patientenbeziehung bemerkbar machen? Und wie machen sich solche Störungen bemerkbar und was können Sie dagegen tun?
Störungen:

Sind Störungen des Gesprächsverlaufs auch abhängig vom kulturellen Hintergrund des Patienten?
(Kausalattributionen des Patienten: Gibt es die überhaupt? Abhängigkeit von kulturellen Rahmenbedingungen?)

Bemerkbar durch:
Ich tue dagegen:
- 54) Kommt es in der Regel bei Ihren Gesprächen das Thema Compliance zur Sprache? Wo ist Compliance entscheidend für den Therapieverlauf? Welche Aspekte besprechen Sie hierzu mit Ihren Patienten?

Teilnahme der Patienten am Straßenverkehr

- 55) Eine ganz andere Frage: Haben Sie Patienten, die Autofahren oder motorisiert am Straßenverkehr teilnehmen? Und haben Sie auch Patienten, die nicht Autofahren?
Verhältnis dieser beiden Gruppen zueinander:
- 56) Wie steht es um Ihre persönliche Überzeugung über die Möglichkeiten der Teilnahme am Straßenverkehr bei bipolaren Patienten?
- 57) Welche Kriterien legen Sie persönlich an, um die Straßenverkehrstauglichkeit zu beurteilen?
- 58) Stellt Autofahren bei Patienten mit bipolaren Störungen ein Problem dar?
- 59) Ist Fahrradfahren ein Problem bei diesen Patienten?
- 60) Wie unterschieden sich die beiden Typen, Autofahrer vs. Nicht-Autofahrer?
Psychologisch / Medizinisch (klinisch)
Autofahrer:

Nicht-Autofahrer:

61) Das Thema Fahrtüchtigkeit ist ja sicherlich für manche Ihrer Patienten höchst sensibel. Wie gehen Sie aufgrund Ihrer Erfahrungen dieses Thema an? Wie findet man den richtigen Einstieg? (Beispiel)
(wenn nicht genannt, nachfragen: Erfolgt eine aktive Ansprache der Verkehrtüchtigkeit eher situationsbedingt oder immer? / Stellen solche Fragen auch Patienten?)

62) Können Sie mir einmal einen prototypischen Gesprächsverlauf hierzu schildern?
(wenn nicht genannt, nachfragen: Ist eine uneingeschränkte Teilnahme der Patienten am Straßenverkehr möglich oder spricht die Medikation dagegen? Sind die Patienten zu den unterschiedlichen Phasen immer verkehrstauglich?)

63) Ist das ein Problem, dass die Patienten auch schon mal von sich aus ansprechen?

64) Wenn Patienten davon überzeugt sind, dass sie eigentlich trotz ihrer Erkrankung ohne Risiko ein Kraftfahrzeug führen können, wie begegnen Sie dem? Was sind Ihre Argumente?

65) Was sind die möglichen Reaktionen Ihrer Patienten?

66) Sind die Reaktionen unterschiedlich je nach kulturellem Hintergrund des Patienten?

67) Ist das vor dem Hintergrund Ihres Zeitfensters pro Gespräch denn immer möglich?)

Gespräche zur Verkehrsteilnahme

68) Solche Patientengespräche zur Verkehrsteilnahme sind sicherlich relativ zeitaufwendig?

a) Wie ist denn der durchschnittliche Zeitaufwand?

69) Wird ein solches Gespräch von der Kasse derzeit vergütet?

70) Wann kann sich in diesem Kontext ja auch einmal die Frage stellen, unter welchen Bedingungen könnten Sie sich vorstellen, dass Ihnen diese Gespräche zur Verkehrsteilnahme von Dritten abgenommen werden würden?

71) Wer sollte diese Gespräche führen (Arzt selbst, Dritte, und zwar:)

72) Welche Inhalte sollten mit dem Patienten besprochen werden?

73) Wo sollten die Gespräche stattfinden?

74) Sollten die Angehörigen miteinbezogen werden?

Einfluss des Patientenumfelds

75) Wer hat denn im sozialen Umfeld des Patienten Ihrer Meinung nach den größten Einfluss auf den Patienten, wenn es um die Frage der Fahrtüchtigkeit bzw. der Verneinung der Fahrtüchtigkeit geht?

Partner

Anderer Familienangehörige

Freunde

Betreuer

Teilnahme an Selbsthilfegruppen

Teilnahme an Psychoedukation

Arbeitskollege

Anderer, und zwar _____

- 76) Es gibt sicherlich die unterschiedlichsten Gründe, die für das Ausmaß des praktizierten compliance Verhaltens hinsichtlich der (Nicht-) Verkehrsteilnahme verantwortlich sind. Wie sieht es zum Beispiel aus mit:
- dem persönlichen Verhältnis des Patienten zum Arzt
 - Die persönliche Selbsteinschätzung der Fahrtüchtigkeit (was trauen sich Patienten zu oder auch nicht)
 - Medikamentöse Compliance
 - Verhaltenscompliance
 - Der Erhalt des Arbeitsverhältnisses
 - Der kulturelle Hintergrund des Patienten
 - Stehen bei der Frage der Fahrtüchtigkeit oftmals auch persönliche Freizeitinteressen im Vordergrund?

Im Folgenden möchte ich mit Ihnen kurz auf Fortbildungsveranstaltungen zu dem Thema Gesprächsführung zur Verkehrsteilnahme zu sprechen kommen.

- 77) Mit Patienten über die Möglichkeiten und Grenzen ihrer Verkehrsteilnahme zu sprechen, setzt ja für Sie persönlich auch die Kenntnis der wesentlichen Voraussetzungen der Fahrtüchtigkeit voraus.

Gibt es für Sie -bezogen auf die Verkehrstauglichkeit - denn bestimmte festgelegte Bewertungskriterien? (vielleicht auch krankheitsspezifischer Natur?)

- 78) Wie sieht denn in diesem Zusammenhang der rechtliche Rahmen aus? (Bsp. Müssen Sie überhaupt auf die Verkehrstauglichkeit achten?) Kann dieser Gegenstand Ihrer Beurteilung werden?

- 79) Welche Bewertungskriterien ziehen Sie persönlich heran? Gibt es aus Ihrer Erfahrung heraus, Risikofaktoren, die eine Teilnahme am Straßenverkehr beeinträchtigen bzw. ausschließen?

- 80) Kann es in diesem Zusammenhang auch sein, dass man gutachterlich tätig werden muss? Welche Kriterien würden Sie heranziehen, wenn Sie ein Gutachten erstellen müssten? (Ausschlusskriterien für die Fahrtüchtigkeit?)

- 81) Gibt es für Sie denn eigentlich Fortbildungen, die Sie mit dem Thema in seiner Komplexität vertraut machen? Welche sind diese?

- 82) Beinhalten solche Fortbildungsveranstaltungen auch Angebote zur Psychologie der Gesprächsführung über die Verkehrsteilnahme von bipolaren Patienten?

- 83) Haben Sie persönlich schon einmal an einer solchen Veranstaltung teilgenommen?

- 84) Wer bietet diese Fortbildungsveranstaltungen an?

Wenn Angebot vorhanden: Inhalte, Hilfsmittel (unterstützende Materialien), Interesse? Gründe

i) Anbieter:

ii) Welche Inhalte werden angesprochen:

iii) Stehen Ihnen Hilfsmittel wie Gesprächsleitfäden, Checkliste, Broschüren für den Patienten etc. hierzu zur Verfügung?:

iv) Interesse an Veranstaltung / unterstützende Materialien für den Arzt?

- 85) Wer sollte solche Veranstaltungen/ unterstützende Materialien anbieten? Und wer sollte das bezahlen?

- 86) Angenommen es würde ein solches Angebot zur Psychologie der Gesprächsführung über die Verkehrsteilnahme von bipolaren Patienten gemacht. Hätten Sie daran ein erhebliches Interesse oder sehen Sie darin nur eine geringfügige Notwendigkeit?

Arzt

Zum Schluss möchte ich Sie gerne noch fragen, warum sind Sie denn eigentlich Psychiater geworden?

Wo sehen Sie Ihre Schwerpunkte in Ihrer Arbeit?

Und welche Rolle spielt für Sie der Patient?

Nun sprechen Sie ja viel mit Ihren Patienten über Therapie, persönliches etc. Fühlen Sie sich bei all Ihren Patientengesprächen immer sicher oder gibt es auch manchmal Situationen wo einem buchstäblich die Worte fehlen? Welche Situationen sind diese?

Betreuen Sie auch Selbsthilfegruppen oder Psychoedukationsgruppen? Ist das Freizeit oder „Job“?

Kommen wir noch mal zurück auf die Schwerpunkten Ihrer Arbeit zu sprechen: Welche Forschungsbereiche in Ihrer Disziplin interessieren Sie besonders?

Sind Sie an neuen Medikamenten-Entwicklungen bzw. neuen Therapieoptionen interessiert?

An welchen Fortbildungen sind Sie persönlich interessiert?

Und welche Fortbildungen haben Sie vor im nächsten Jahr zu besuchen? Themen?

Neben dem Beruf ist man ja auch selbst in einem sozialen Umfeld eingebunden, wie Familie, Freunde, Bekannte etc.

Wenn Sie neben Ihrem Beruf Ihre Familie betrachten. Kommt Ihre Familie auch mal zu kurz oder haben Sie für beide Bereiche Ihrer Meinung nach genügend Zeit?

Kommt das Private, hier sind Freunde und Bekannte gemeint, auch schon mal zu kurz oder können Sie gut die Balance halten?

Und welchen Ausgleich haben Sie für sich persönlich zu Ihrer Arbeit gefunden? (Drachenfliegen in der Freizeit etc.)

Wir haben ja vorhin auch schon einmal über Risikofaktoren gesprochen. Was sind aus Ihrer Sicht Risikofaktoren für einen gesunden Menschen?

Ist für Sie persönlich die Teilnahme am Straßenverkehr ein Risikofaktor?

Fahren Sie denn gerne Auto? Mit der Bahn? Benutzen Sie gerne das Fahrrad?

Und wie schätzen Sie Ihren eigenen Fahrstil ein?

Und wie schätzen Sie aus Ihrer Sicht als Verkehrsteilnehmer die Gefahren im Straßenverkehr für Ihre Patienten ein?

Danksagung

Diese Arbeit wäre ohne die Hilfe und Unterstützung einer Vielzahl von Menschen nicht möglich gewesen.

An dieser Stelle bedanke ich mich bei meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Reinhold Bergler für die wertvollen Anregungen, die hilfreiche Kritik und für die persönliche Unterstützung. Mein Dank gilt ferner Prof. Dr. Georg Rudinger für die Erstellung des Zweitgutachtens.

Mein Dank gilt auch allen Befragten, die an dieser Untersuchung teilgenommen haben und mir durch die Beantwortung der Fragebögen und in den ausführlichen Interviews geholfen haben, dieses Thema zu bearbeiten.

Ferner gilt mein Dank A. Schöler und M. Farrokhnia für die Unterstützung der Datenerhebung.

Ich danke auch besonders meinem Mann und meiner Tochter für ihre Geduld in den vergangenen drei Jahren – ich weiß, dass sie zu kurz gekommen sind.

Mein Dank gilt ferner Verena Haun, Dr. Florian Lütticken, Prof. Dr. Thomas Mühlencoert und Dr. Bernd Neubacher für ihre liebevollen Korrekturen.

Und ich danke meinen Eltern, die es mir ermöglicht haben, diese Arbeit zu schreiben.