

TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN
Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät

Bedeutung der psychischen Komorbidität für das Inanspruchnahmeverhalten von Patienten in der Hausarztpraxis

Elisabeth Angela Hörlein

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Medizin (Dr. med.) genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. E. J. Rummeny

Prüfer der Dissertation:

1. Univ.-Prof. Dr. A. Schneider
2. apl. Prof. Dr. M. Sack

Die Dissertation wurde am 21.03.2013 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 16.10.2013 angenommen.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	5
1.1. Beratungsanlässe in der Hausarztpraxis	5
1.1.1. Besonderheiten der Allgemeinmedizin	5
1.1.2. Klassifikation von Beratungsanlässen mit Hilfe der „International Classification of Primary Care“	6
1.2. Psychische Komorbidität in der Hausarztpraxis	6
1.2.1. Herausforderungen für den Hausarzt	6
1.2.2. Prävalenz psychischer Störungen in der deutschen Bevölkerung sowie in der Hausarztpraxis	8
1.2.3. Klassifikation psychischer Störungen nach ICD-10 und DSM.....	10
1.2.4. Einteilung und diagnostische Kriterien der Depression	12
1.2.5. Einteilung und Diagnostik von Angststörungen	14
1.2.6. Somatoforme Störungen und Probleme der Klassifikationen.....	16
1.3. Zusammenhang psychischer Erkrankungen mit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen	18
1.4. Rationale für die vorliegende Studie	19
1.5. Fragestellungen und Ziele der vorliegenden Arbeit	20
2. Material und Methoden	21
2.1. Studiendesign	21
2.2. Auswahl der hausärztlichen Praxen und deren Patienten	22
2.3. Einschlusskriterien	22
2.4. Ausschlusskriterien	22
2.5. Verwendete Fragebögen	23
2.5.1. PHQ- Modul: Depression.....	23
2.5.2. PHQ- Modul: Angststörungen.....	25
2.5.3. PHQ-Modul: somatoformes Syndrom.....	26
2.5.4. Autonomie-Präferenz-Index (API).....	27
2.6. Erfassung und Aufarbeitung patientenspezifischer Daten	27
2.7. Statistische Methoden	28

3. Ergebnisse	29
3.1. Stichprobenbeschreibung	29
3.1.1. Soziodemographische Charakteristika	29
3.1.2. Schulbildung der Befragten	30
3.1.3. Berufliche Situation der Befragten	31
3.2. Beratungsanlässe und Dauerdiagnosen	31
3.2.1. Analyse der Beratungsanlässe	31
3.2.2. Analyse der Dauerdiagnosen	33
3.3. Psychische Komorbidität	35
3.3.1. Depression.....	35
3.3.2. Angststörungen.....	37
3.3.3. Somatoforme Störung.....	39
3.3.4. Überlappung psychischer Störungen.....	41
3.3.5. Charakteristiken von Patienten mit psychischer Komorbidität	43
3.4. Utilisierung	45
3.4.1. Arztkontakte	45
3.4.2. Überweisungen	46
3.4.3. Arbeitsunfähigkeit	50
3.5. Zusammenhänge von Beratungsanlässen, Dauerdiagnosen und psychischer Komorbidität	52
3.5.1. Zusammenhang von Beratungsanlässen und psychischer Komorbidität.....	52
3.5.2. Zusammenhang von Dauerdiagnosen und psychischer Komorbidität	57
3.6. Prädiktoren der erhöhten Inanspruchnahme	60
4. Diskussion	65
4.1. Diskussion der Methoden	65
4.1.1. Patientenbefragung und Aktenrecherche	65
4.1.2. Messung der psychischen Komorbidität mit dem PHQ	66
4.2. Diskussion der Ergebnisse	67
4.2.1. Beratungsanlässe	67
4.2.2. Dauerdiagnosen.....	68
4.2.3. Psychische Komorbidität	69
4.2.4. Utilisierung	70
5. Schlussfolgerungen	76
6. Zusammenfassung	78

7. <i>Abbildungsverzeichnis</i>	80
8. <i>Tabellenverzeichnis</i>	81
9. <i>Literaturverzeichnis</i>	82
10. <i>Anhang</i>	88
10.1. Tabelle 22: Häufigkeit der jährlichen Arbeitsunfähigkeitstage	88
10.2. ICPC-2 Tabelle	89
10.3. Fragebogen für Patienten	91
11. <i>Danksagung</i>	99
12. <i>Curriculum vitae</i>	100
13. <i>Abkürzungen</i>	102

1. Einleitung

1.1. *Beratungsanlässe in der Hausarztpraxis*

1.1.1. **Besonderheiten der Allgemeinmedizin**

Die Deutsche Gesellschaft für Allgemein-, und Familienmedizin (DEGAM) beschrieb 2002 in ihrem Beschluss der Jahreshauptversammlung die Fachdefinition der Allgemeinmedizin: „Der Arbeitsbereich der Allgemeinmedizin beinhaltet die Grundversorgung aller Patienten mit körperlichen und seelischen Gesundheitsstörungen in der Notfall-, Akut- und Langzeitversorgung sowie wesentliche Bereiche der Prävention und Rehabilitation. Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte sind darauf spezialisiert, als erste ärztliche Ansprechpartner bei allen Gesundheitsproblemen zu helfen. Die Arbeitsweise der Allgemeinmedizin berücksichtigt somatische, psycho-soziale, soziokulturelle und ökologische Aspekte. Bei der Interpretation von Symptomen und Befunden ist es von besonderer Bedeutung, den Patienten, sein Krankheitskonzept, sein Umfeld und seine Geschichte zu würdigen (hermeneutisches Fallverständnis). Die Arbeitsgrundlagen der Allgemeinmedizin sind eine auf Dauer angelegte Arzt-Patienten-Beziehung und die erlebte Anamnese, die auf einer breiten Zuständigkeit und Kontinuität in der Versorgung beruhen“ (1).

In aller Regel ist der Hausarzt der erste Ansprechpartner der Patienten bei medizinischen Beschwerden oder Fragestellungen. Dies führt dazu, dass Ärzte in einer Allgemeinarztpraxis täglich mit einem großen Spektrum an verschiedensten Beratungsanlässen konfrontiert werden (2). Die besondere Schwierigkeit der hausärztlichen Diagnostik wird durch die niedrige Prävalenz von Erkrankungen sowie durch die in Hausarztpraxen häufig geringen Krankheitsausprägungen verursacht. Dabei entsteht notwendigerweise ein gewisser Grad an diagnostischer Unsicherheit. Meist werden in der Hausarztpraxis erste diagnostische und therapeutische Maßnahmen durchgeführt, ein Teil der Patienten wird zu einem Spezialisten überwiesen. Diese Schlüsselstellung des Hausarztes im Gesundheitswesen kann auch als „Gate-Keeper“ Funktion bezeichnet werden (3).

1.1.2. Klassifikation von Beratungsanlässen mit Hilfe der „International Classification of Primary Care“

Beratungsanlässe in der Hausarztpraxis können mit Hilfe der International Classification of Primary Care (ICPC) kodiert werden. Dieses Klassifikationssystem wurde im Jahr 1987 erstmals veröffentlicht. Nun liegt es in seiner zweiten aktuellen Version vor (ICPC-2-R 2005). Es entstand aus der Notwendigkeit, eine neue Einteilungs- und Dokumentationsmöglichkeit in der hausärztlichen Praxis zu schaffen. Die vielen verschiedenen Beratungsanlässe in einer Allgemeinarztpraxis können zum Teil nur unzureichend durch das ICD-10 System (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision), abgebildet werden. Das liegt daran, dass dieses eine hoch differenzierte Klassifikation von Diagnosen erfordert, jedoch gerade in der hausärztlichen Medizin viele Beratungsanlässe nie den Status einer konkreten Diagnosestellung erreichen, sondern häufig auch abwartendes Offenlassen einer Diagnose erfordern. So ist es beispielsweise in der Hausarztpraxis nicht die Regel, den Erreger einer ambulant erworbenen Pneumonie zu bestimmen. Eine sinnvolle Einteilung nach ICD-10, die den Erreger beinhaltet, ist in einem solchen Fall nicht möglich (4). Frühere Studien zeigen, dass die Verwendung der ICPC-Klassifikation in Kombination mit dem ICD-10-System zur Dokumentation in der Allgemeinmedizin von großem Nutzen ist (5). Soweit möglich, stehen die ICPC-Kodierungen über ein so genanntes „Mapping“ in Verbindung mit denen der ICD-10. Allerdings wird die ICPC-Einteilung bisher nur im Rahmen von Forschungsprojekten verwendet und ist nicht in der Routineversorgung hausärztlicher Patienten verankert.

1.2. *Psychische Komorbidität in der Hausarztpraxis*

1.2.1. Herausforderungen für den Hausarzt

Die schon oben erwähnte Problematik der diagnostischen Unsicherheit in der allgemeinmedizinischen Praxis ist gerade im Bereich psychischer Erkrankungen von Bedeutung. In der Hausarztpraxis findet im Gegensatz zu Spezialisten und Krankenhäusern keine Selektion der Patienten statt (3), daher sind viele Erkrankungen dort deutlich seltener anzutreffen (so genannter Niedrig-Prävalenz-Bereich) (6). Green et al. zeigten 2001, dass aus einer Population von 1000 Menschen 750 innerhalb eines Monats über Beschwerden berichten, 250 Patienten einen Arzt konsultieren, davon 9 in ein Krankenhaus und ein Patient in ein

Universitätsklinikum eingewiesen werden (7). Durch Anamnese, körperliche Untersuchung, medizinische Diagnostik, Überweisungsvorgänge und stationäre Einweisungen findet hierbei eine zunehmende Patientenselektion statt, die mit einer sukzessiven Erhöhung der Vortestwahrscheinlichkeit einhergeht (Abbildung 1).

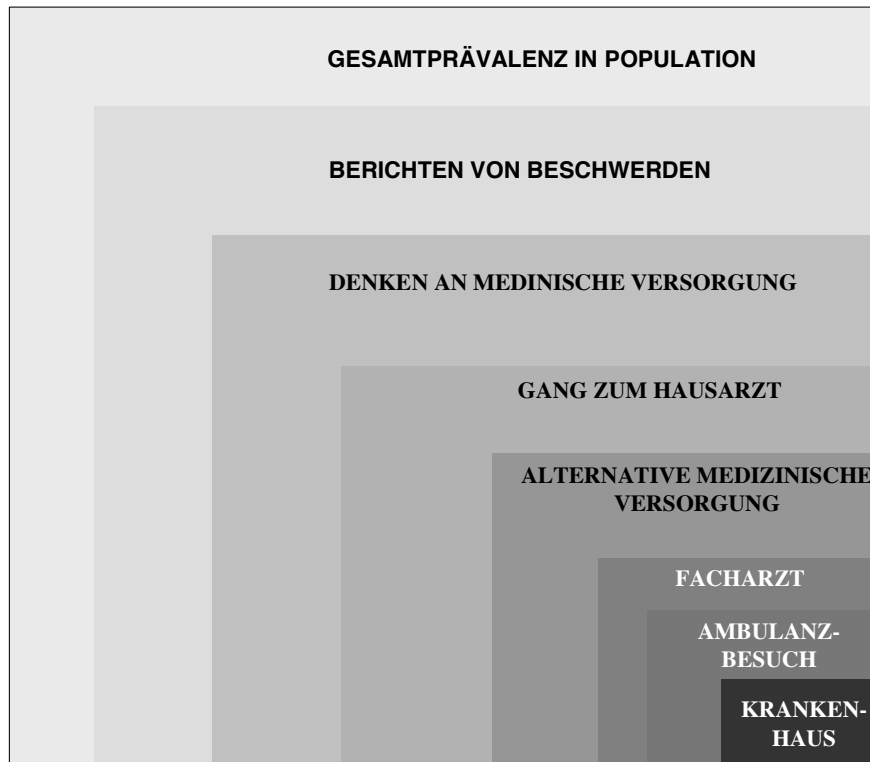


Abbildung 1: Prävalenz und Morbidität in den verschiedenen Gesundheitssektoren (modifiziert nach Green) (8).

Als Vortestwahrscheinlichkeit wird die Wahrscheinlichkeit bezeichnet mit der eine Erkrankung in einem Kollektiv besteht, bevor diagnostisch eingegriffen wird. Im unselektierten Kollektiv entspricht diese der Prävalenz einer Erkrankung. Diese Vortestwahrscheinlichkeit ist somit in der hausärztlichen Versorgung gering, und steigt beim Fachspezialisten, dem Krankenhaus und dem Universitätsklinikum zunehmend an. Die Herausforderung des Hausarztes besteht somit darin, zum richtigen Zeitpunkt angemessene diagnostische Maßnahmen einzusetzen, um eine korrekte Diagnosestellung zu ermöglichen, also den Anteil falsch positiver und falsch negativer Befunde gering zu halten, und gleichzeitig eine Überdiagnostik zu vermeiden (9). Abbildung 2 zeigt eine Zunahme des positiven Vorhersagewerts (PPV, positive predictive value), also der Wahrscheinlichkeit, dass ein testpositiver Patient tatsächlich krank ist, bei steigender Vortestwahrscheinlichkeit.

Stellt sich ein Patient beispielsweise mit Müdigkeit oder Antriebslosigkeit in der Hausarztpraxis vor, so ist zunächst die Wahrscheinlichkeit gering, dass dieser unter einer Depression leidet. Kommt der Patient allerdings nach Abklärung anderer Erkrankungen und längerer Krankheitsgeschichte in eine psychosomatische Ambulanz, so ist die Wahrscheinlichkeit, dass dieser an einer Depression leidet, deutlich höher. Zudem zeigt sich, dass die Wahrscheinlichkeit von Fehldiagnostik, also dass ein testpositiver Patient gesund ist (FPPV: false positive predictive value), mit zunehmender Vortestwahrscheinlichkeit geringer wird (9).

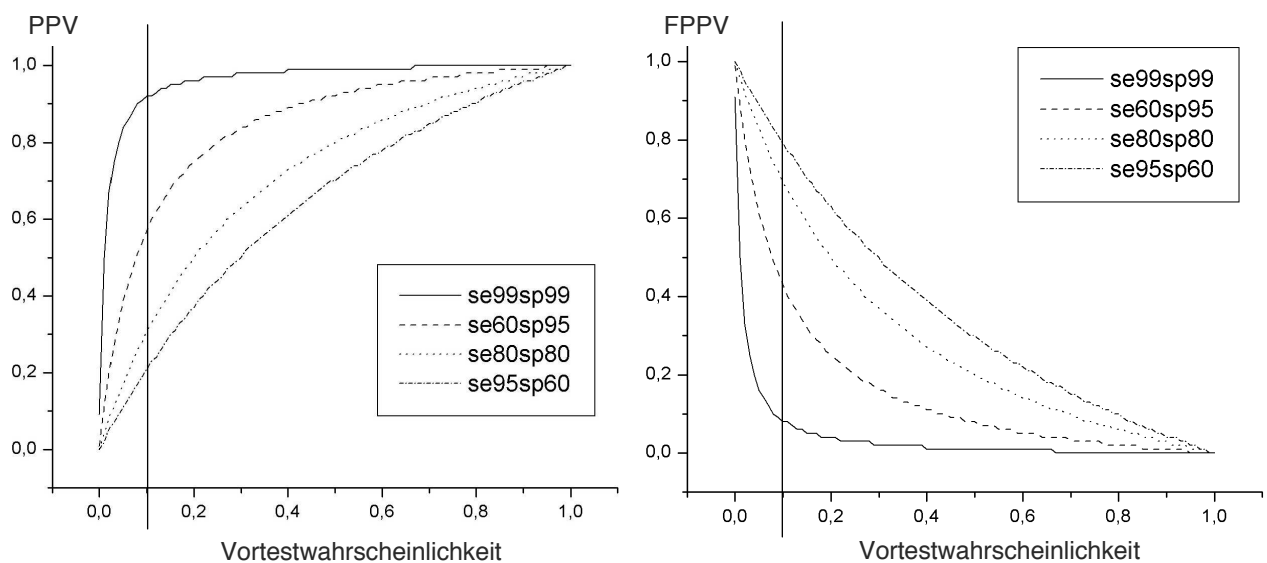


Abbildung 2: Zusammenhang positiver Vorhersagewerte mit der Vortestwahrscheinlichkeit (Sensitivität [se] und Spezifität [sp], senkrechte Linie zur Illustration einer Vortestwahrscheinlichkeit von 10%) (9)

1.2.2. Prävalenz psychischer Störungen in der deutschen Bevölkerung sowie in der Hausarztpraxis

Psychische Komorbidität ist in der Medizin von großer Bedeutung. Umfassende Untersuchungen zur Bestimmung der Häufigkeit und die Auswirkungen psychischer Störungen in Deutschland wurden erstmalig im Rahmen des Bundesgesundheits surveys 1998 (BGS98) und im daran angeschlossenen Zusatzsurvey "Psychische Störungen" (10) durchgeführt. Es handelte sich hierbei um eine zweistufige Bevölkerungsuntersuchung von insgesamt 7124 Personen, welche auf der Grundlage von Einwohnermelderegistern erstellt

wurde und eine durch Zufall ausgewählte repräsentative Schnittmenge der deutschen Bevölkerung darstellt (11). Die Untersuchung der 12-Monats-Prävalenz psychischer Störungen in der erwachsenen Allgemeinbevölkerung ergab für folgende drei Störungen die größten Häufigkeiten: für affektive Störungen mit 11,9% (KI 95%: 11,0-13,0), Angststörungen mit 14,5% (KI 95%: 13,4-15,6) sowie somatoforme Störungen mit 11,0% (KI 95%:10,1-12,1) (12). Die im Rahmen dieser Studie untersuchte Punktprävalenz (Erfüllung der Kriterien einer psychischen Störung innerhalb der letzten 4 Wochen) der psychischen Störungen zeigte folgende Ergebnisse: Die geschlechtsunabhängige Prävalenz affektiver Störungen lag bei 6,3% der Befragten. Kriterien von Angst- und somatoformen Störungen waren bei 9% bzw. 7,5% der Untersuchten erfüllt. Zum Untersuchungszeitpunkt waren 17,2% aller Patienten von einer der genannten psychischen Störungen betroffen. Dies verdeutlicht die große Bedeutung psychischer Störungen in der Gesamtbevölkerung. Es zeigte sich zudem, dass Frauen von allen oben genannten Störungen häufiger betroffen waren als Männer. So litten 22,8% der Frauen an einer psychischen Erkrankung, von den Männern waren 11,7% betroffen (10).

Untersuchungen der Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Patienten in deutschen Hausarztpraxen wurden von Mergl et al. im Raum Nürnberg im Jahr 2000 mit Hilfe des Fragebogens GHQ (general health questionnaire) sowie dem Einsatz eines Interviewverfahrens zur Erfassung psychischer Störungen (Composite International Diagnostic Interview [CIDI]) durchgeführt. Es zeigten sich Häufigkeiten von Depressionen, Angststörungen und Somatisierungsstörungen von 22,8%, 15,7% und 25,6% (13). Eine 2004 durchgeführte Befragung von über 2000 Patienten in Allgemeinarztpraxen in verschiedenen Bundesländern von Löwe et al. ergab Erkrankungsraten an Depression, Angststörungen sowie Somatisierungsstörungen von 6,6%, 8,0% sowie 9,5% (14). Die im Vergleich zu Mergel et al. deutlich niedrigeren prozentualen Angaben sind auf das ausschließliche Betrachten schwerer psychischer Störungen zurückzuführen. Hanel et al. zeigten in einer Studie, die 2009 in Allgemeinarztpraxen des Rhein-Neckar-Gebiets durchgeführt wurde, dass sehr häufig mehrere psychische Erkrankungen gemeinsam bei einzelnen Patienten auftraten. Vor allem depressive Patienten und Patienten, die unter Angststörungen litten, waren häufig von weiteren psychischen Störungen betroffen (15).

1.2.3. Klassifikation psychischer Störungen nach ICD-10 und DSM

Es gibt zwei gängige Klassifikationssysteme psychischer Störungen. Die Einteilung von Krankheiten nach der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD 10, engl.: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) ist in Europa üblich. Dieses Klassifikationssystem geht aus einem Todesursachenverzeichnis aus dem Jahr 1855 hervor. Etwa alle 10 Jahre gibt es eine Erneuerung. Seit der 6. Auflage von 1948 finden die Revisionskonferenzen unter der Leitung der Weltgesundheitsorganisation (WHO) statt und wurden zunehmend auf Morbiditätsstatistiken ausgelegt (16). Seit dem Jahr 2000 gibt es eine Verschlüsselungspflicht aller Diagnosen nach der deutschen Version der ICD-10 im ambulanten und stationären Bereich. Diese wird seit 2004 ICD-10-GM (GM = German Modification) genannt und unterliegt jährlichen Revisionen durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (17). Zum einen gibt es ein systematisches Verzeichnis der ICD-10-GM, in welchem alpha-numerische Kodierungen die hierarchische Einteilung und Untergliederung der Diagnosen systematisch darstellen. Dieses systematische Verzeichnis der ICD-10-GM Version 2012 enthält insgesamt etwa 13300 Schlüsselnummern. Zum anderen gibt es eine alphabetische Systematik, die es durch Suche nach medizinischen Schlagwörtern einfach und schnell ermöglicht, die passende ICD-10-GM Kodierung zu finden (18). Erneuerungen dieser Klassifikation werden mit Einführung der ICD-11 für das Jahr 2014 erwartet (17). Die Einteilung erfolgt zunächst in 22 Krankheitskapitel (I bis XXII), in denen alle Krankheitsbilder thematisch aufgearbeitet sind. Die Krankheiten werden mit dreistelligen alpha-numerischen Codes verschlüsselt, wobei an erster Stelle stets ein Buchstabe steht. Der gesamte dreistellige Code steht für eine Krankheitskategorie (z.B. depressive Episode). Diese wird zum Teil noch in weitere Subgruppen unterteilt, entsprechend werden weitere Zahlen angehängt. Je mehr Ebenen vorhanden sind, umso spezifischer ist die Diagnose(18). Die psychischen Störungen sind unter dem Buchstaben F untergliedert. Tabelle 1 zeigt ein Beispiel der hierarchischen Struktur des ICD-10 (19).

Tabelle 1: Hierarchieebenen der Einteilung von Diagnosen nach ICD-10
(am Beispiel einer depressiven Episode)

Kapitel (I-XXII)	V (F00-F99)	psychische/- Verhaltensstörungen
Gruppe	F 30-F 39	affektive Störungen
Kategorie (Dreisteller)	F32	depressive Episode
Subkategorie (Viersteller)	F32.1	mittelgradige depressive Episode
Subkategorie (Fünfsteller)	F32.11	mittelgradige depressive Episode mit somatischem Syndrom

Ein weiteres Einteilungssystem psychischer Störungen stellt das DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, vierte Version) dar. Im Gegensatz zu der Einteilung nach ICD-10 werden nach DSM-IV nicht alle Krankheitsbilder, sondern ausschließlich psychische Störungen klassifiziert. Diese Einteilung wurde von der American Psychiatric Organisation entwickelt. Vor allem in den USA ist es das führende Klassifikationssystem psychischer Störungen. Das DSM-IV wurde 1994 aus dem bestehenden DSM-III weiterentwickelt. Ein Schwerpunkt wurde dabei auf die Operationalisierbarkeit psychischer Störungen gelegt. Damit wurde durch eine evidenzbasierte Vorgabe von Symptomen eine strukturierte und nachvollziehbare Einteilung psychischer Störungen ermöglicht. Der Ansatz hat dabei deskriptiven, also beschreibenden Charakter. Die Klassifikationssysteme DSM-IV und ICD-10 sind sich in ihrem Aufbau wie auch in den Definitionen vieler Diagnosen sehr ähnlich. Das Einteilungsprinzip nach DSM IV besteht in der Beurteilung eines Patienten auf fünf verschiedenen „Achsen“ (multiaxiale Beurteilung). Diese Achsen stellen verschiedene, hypothetisch voneinander unabhängige, Aspekte psychischer Störungen dar (20).

Tabelle 2: multiaxiale Beurteilung psychischer Störungen nach DSM-IV (21)

Achse I	Klinische Störungen
Achse II	Persönlichkeitsstörungen, geistige Behinderung (als Ausdruck stabiler Merkmale)
Achse III	bedeutsame medizinische Krankheitsfaktoren
Achse IV	psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme (z.B Probleme in der Partnerschaft)
Achse V	ganzheitliche Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus (z.B. familiäre oder berufliche Aspekte)

Diese multiaxiale Betrachtung eines Patienten unterstreicht das Zusammenwirken klinischer und psychosozialer Faktoren. Auf einzelnen Achsen können auch mehrere Angaben einbezogen werden.

1.2.4. Einteilung und diagnostische Kriterien der Depression

Depressive Störungen werden nach ICD-10 in der Gruppe affektiver Störungen unterteilt. Neben der in Tabelle 3 dargestellten Einteilung erstmalig aufgetretener bzw. rezidivierender depressiver Episoden, werden depressive Episoden im Rahmen einer bipolaren affektiven Störung (F31), als auch im Rahmen anhaltender affektiver Störungen (F34) berücksichtigt, wie z.B. einer Dysthymia (F34.1).

Tabelle 3: Einteilung depressiver Störungen nach ICD-10 (19).

F32	depressive Episode (erstmalig)	F33	rezidivierende depressive Störung
F32.0	leichte depressive Episode	F33.0	gegenwärtig leichte Episode
F32.00	ø somatisches Syndrom	F33.00	ø somatisches Syndrom
F32.01	+ somatischem Syndrom	F33.01	+ somatischem Syndrom
F32.1	mittelgradige depressive Episode	F33.1	mittelgradige depressive Episode
F32.10	ø somatisches Syndrom	F33.10	ø somatisches Syndrom
F32.11	+ somatischem Syndrom	F33.11	+ somatisches Syndrom
F32.2	schwere depressive Episode ø psychotische Symptome	F33.2	schwere depressive Episode ø psychotische Symptome
F32.3	schwere depressive Episode + psychotischen Symptomen	F33.3	schwere depressive Episode + psychotischen Symptomen
F32.8	sonstige depressive Episoden	F33.8	sonstige rezidiv. depressive Störung
F32.9	depressive Störung, n.n.bez.	F33.9	depressive Störung, n.n.bez.

In der ICD-10 gibt es so genannte Leitsymptome und auch Nebensymptome, die bei der Diagnosestellung berücksichtigt werden (19).

Folgende Patientenbeschwerden werden zu den Leitsymptomen gezählt:

- ▶ depressive Stimmung
- ▶ Verlust von Interesse
- ▶ Verlust von Freude
- ▶ erhöhte Ermüdbarkeit

Zu den diagnostischen Nebenkriterien zählen:

- ▶ verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- ▶ vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- ▶ Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit
- ▶ negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- ▶ Suizidgedanken, erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen
- ▶ Schlafstörungen
- ▶ verminderter Appetit

Tabelle 4: Kriterien zur Diagnostik depressiver Störungen nach ICD-10

Schweregrad der Depression	Anzahl der benötigten Leitkriterien	Anzahl der benötigten Nebenkriterien
F32.0 leicht	≥ 2	≥ 2
F32.1 mittel	≥ 2	≥ 3
F32.2 schwer, ø psychot. Symptome	≥ 3	≥ 4
F32.3 schwer, + psychotische Symptome	≥ 3	≥ 4

Nach ICD-10 werden weitere diagnostische Kriterien berücksichtigt, wie etwa das Bestehen der Symptome für eine Mindestdauer von zwei Wochen und auch die Beurteilung auf das Vorliegen eines somatischen Syndroms. Auf die Diagnosekriterien dieses Aspektes wird hier verzichtet.

Für die Diagnose einer Major Depression nach DSM-IV müssen mindestens fünf der folgenden Symptome über die Dauer von mindestens zwei Wochen vorhanden sein (depressive Verstimmung und Interessenverlust liegen stets vor). Mögliche körperliche oder psychosoziale Faktoren (beispielsweise Trauerreaktion) müssen berücksichtigt, bzw. ausgeschlossen werden (21):

- ▶ depressive Verstimmung
- ▶ Interessenverlust
- ▶ deutliche Gewichtsveränderungen
- ▶ Schlafstörungen (Schlaflosigkeit oder vermehrter Schlaf)
- ▶ Müdigkeit oder Energieverlust
- ▶ psychomotorische Unruhe oder Hemmung
- ▶ Gefühl der Wertlosigkeit, unangemessene Schuldgefühle
- ▶ Konzentrationsstörungen, Entscheidungsunfähigkeit, Energieverlust
- ▶ wiederkehrende Suizidgedanken

Eine Minor Depression nach DSM-IV bezeichnet ein depressives Syndrom, bei dem nicht alle Kriterien erfüllt sind, die zur Diagnosestellung einer Major Depression benötigt werden. Es müssen aber mindestens zwei der oben genannten Symptome für eine Dauer von wenigstens zwei Wochen bestehen. Die diagnostischen Kriterien zur Diagnostik einer Depression decken sich in vielen Teilen nach ICD-10 und DSM-IV. Dennoch zeigt eine große Studie aus dem Jahr 1999, welche die Punktprävalenz depressiver Störungen nach DSM-4 und ICD-10 untersuchte, dass es eine deutlich höhere Anzahl von Patienten gab, die ausschließlich die diagnostischen Kriterien einer depressiven Störung nach ICD-10 erfüllten (11,1% vs. 4,2%). Dies scheint darauf zurückzuführen zu sein, dass nicht wenige Patienten die diagnostischen Kriterien einer leichten depressiven Störung nach ICD-10 erfüllten, während die fünf benötigten Symptome zur Diagnosestellung einer Major Depression nach DSM-IV bei diesen Patienten nicht vorhanden waren (22).

1.2.5. Einteilung und Diagnostik von Angststörungen

Angststörungen werden nach ICD-10 in Phobische Störungen (F.40) sowie sonstige Angststörungen (F.41) eingeteilt. Tabelle 5 zeigt die Klassifikation von Angststörungen nach ICD-10 (19). Frauen sind dabei deutlich häufiger von Angststörungen betroffen als Männer (11).

Tabelle 5: Einteilung von Angststörungen nach ICD-10

F40	phobische Störungen	F41	Sonstige Angststörungen
F40.0	Agoraphobie	F41.0	Panikstörung
F40.00	Agoraphobie ohne Panikstörung	F.41.1	generalisierte Angststörung
F40.01	Agoraphobie mit Panikstörung	F.41.2	Angst u. depressive Störung
F40.1	soziale Phobien	F.41.3	andere gemischte Angststörung
F40.2	spezifische (isolierte) Phobien	F.41.8	sonstige näher bez. Angststörung
F40.8	sonstige phobische Störungen	F.41.9	Angststörung, n.n.bez.
F40.9	phobische Störung, n.n.bez.		

Phobien sind Angststörungen, deren Auslöser eng umschriebene, ungefährliche Reize sind. Die auftretende Angst wird dabei von den betroffenen Personen häufig als existentiell bedrohlich erlebt. Die auslösenden Reize liegen dabei außerhalb des Körpers (Reize einer hypochondrischen Störung liegen innerhalb des Körpers und werden nicht den Phobien, sondern den somatoformen Störungen zugeordnet) (19). Die Agoraphobie beschreibt die Angst vor bestimmten Orten (häufig weiten Plätzen) mit konsekutivem Vermeidungsverhalten. Spezifische Phobien führen zu Angst der Betroffenen vor bestimmten Objekten oder Situationen. In der Literatur sind sehr viele verschiedene spezifische Phobien benannt, von denen hier nur einige exemplarisch genannt werden. Es kann sich beispielsweise sowohl um Angst vor bestimmten Tieren handeln, aber auch um situationsabhängige Ängste wie der Flug- oder Höhenangst. Die Angst führt zu einem Vermeidungsverhalten des Auslösers, wodurch die Angst wieder abnimmt. Betroffene erkennen selbst ihre Angst als unbegründet und irrational, können diese aber dennoch nicht kontrollieren. Können die Betroffenen die Reize nicht vermeiden, so stellt dies eine Stress- und Angstsituation dar (11). Den sonstigen Angststörungen werden nach ICD-10 die Panikstörung, die generalisierte Angststörung sowie verschiedene Mischbilder hinzugerechnet. Diese Angststörungen unterscheiden sich von den phobischen Störungen dadurch, dass sie nicht durch ein spezifisches Objekt bzw. Situation ausgelöst werden (23).

Bei der Panikstörung kommt es beim Betroffenen zu plötzlich einsetzenden, nicht vorhersehbaren starken körperlichen Symptomen. Typischerweise beinhaltet diese Symptomatik Herzrasen, Schwindel, Brustschmerz, Erstickungsgefühl und Entfremdungsgefühle. Konsekutiv entsteht häufig Angst vor Kontrollverlust bzw. Todesangst (19).

Die generalisierte Angststörung stellt sich für die betroffenen Patienten durch lang (mindestens 6 Monate) bestehende Angstgefühle dar, die keiner spezifischen Situation zugeordnet werden können. Typischerweise kommt es zu Nervosität, begleitet von

körperlichen Symptomen wie Zittern, Muskelverspannungen, Schwindel oder Oberbauchbeschwerden. Häufig wird der Patient von ständigen Sorgen und schlimmen Vorstellungen begleitet (19). Durch die variable Symptomatik dauert es nicht selten jahrelang, bis die Diagnose einer generalisierten Angststörung gestellt wird (23). Die Klassifikationen ICD-10 und DSM-IV weisen im Bereich der Angststörungen Unterschiede auf. So werden der Gruppe der Angststörungen nach DSM-IV deutlich mehr Störungen zugerechnet als nach ICD-10, wie beispielsweise Zwangsstörungen, organisch bzw. substanzinduzierte Angststörungen oder auch die Angst als Reaktion auf eine schwere Belastung (23).

1.2.6. Somatoforme Störungen und Probleme der Klassifikationen

Bei somatoformen Störungen kommt es zum wiederholten Auftreten körperlicher Symptome, ohne dass sich diese durch organische Ursachen ausreichend erklären lassen. Nach ICD-10 werden diese in der Kategorie F.45 weiter unterteilt (Tabelle 6) (19).

Tabelle 6: Einteilung der somatoformen Störungen nach ICD-10

F45	somatoforme Störungen
F45.0	Somatisierungsstörung
F45.1	undifferenzierte Somatisierungsstörung
F45.2	hypochondrische Störung
F45.3	somatoforme autonome Funktionsstörung
F45.30	kardiovaskuläres System betroffen
F45.31	oberer Gastrointestinaltrakt betroffen
F45.32	unterer Gastrointestinaltrakt betroffen
F45.33	respiratorisches System betroffen
F45.34	urogenitales System betroffen
F45.38	sonstige Organsysteme betroffen
F.45.4	anhaltende somatoforme Schmerzstörung
F45.8	sonstige somatoforme Störungen
F45.9	somatoforme Störung, n.n.bez.

Die Somatisierungsstörung nach ICD-10 (F45.0) zeigt ein ausgeprägtes Beschwerdebild, das seit mindestens zwei Jahren besteht. Es kommt zu multiplen und wechselnden Symptomen, für die sich kein organisches Korrelat finden lässt. Die Patienten lassen sich von den Ärzten auch durch diagnostische Maßnahmen nicht davon überzeugen, dass keine körperliche Krankheitsursache besteht. Die Symptomatik führt bei den Patienten zu Beeinträchtigungen in ihrem sozialen oder familiären Leben. Bei der hypochondrischen Störung (F.45.2) steht die übertriebene Selbstbeobachtung körperlicher Funktionen im Vordergrund, gepaart mit der ständigen Angst, unter einer oder mehreren bestimmten Erkrankungen zu leiden (19). Bei somatoformen autonomen Funktionsstörungen (F45.3) handelt es sich um Beschwerden in vorwiegend vegetativ innervierten Organen. Die Symptomatik ist sehr vielfältig, zu klinischen Beispielen einer somatoformen autonomen Funktionsstörung gehören Krankheitsbilder wie das Reizdarmsyndrom, Spannungskopfschmerzen oder das Fibromyalgiesyndrom. Die körperliche Fixierung von Patienten mit somatoformen Erkrankungen führt dazu, dass diagnostische Maßnahmen vermehrt verlangt und durchgeführt werden (21).

Im Rahmen des CONTENT (Continuous morbidity registration epidemiologie network)-Projekts der Universität Heidelberg zur Versorgungsforschung im primärärztlichen Bereich wurden Morbidität und Versorgungsdaten von mehr als 100.000 Patienten ausgewertet. Dabei zeigte sich, dass somatoforme Störungen nur bei 2,5% der Patienten kodiert wurden. Diagnostische Studien zur Untersuchung der Prävalenz somatoformer Störungen in Hausarztpraxen ergaben jedoch deutlich höhere Werte (13) (24). Eine genaue Betrachtung der gängigen Kodierungspraxis von somatoformen Störungen nach ICD-10 (F45.X) bzw. ICPC-2 (P75) durch die Hausärzte zeigte, dass überwiegend schwere und chronische Verläufe erfasst wurden und milde Verläufe nur unzureichend oder gar nicht abgebildet wurden. Das liegt daran, dass die Beschwerden erfasst und häufig den entsprechenden somatischen Kategorien zugeordnet werden. Stellt sich beispielsweise ein Patient mit der Symptomatik eines Reizdarmsyndroms vor, so wird eine Kodierung der Diagnose meist über die somatische Kategorie, also Krankheiten des Verdauungssystems (K00-K93), und dann speziell als Reizdarmsyndrom (K58), vorgenommen. Eine direkte Kodierung als somatoforme Störung, also in diesem Fall als somatische autonome Funktionsstörung (F45.3) und dann genau Colon irritabile (F45.32), wird auf diese Weise häufig vermieden. Dies birgt die Gefahr, dass besonders frühe Stadien somatoformer Störungen nicht oder nur selten erkannt bzw. registriert werden und einer Chronifizierung der Beschwerden nicht entgegengewirkt wird (25). Hausteiner-Wiehle und Henningsen diskutieren als Schwachstellen derzeitiger Klassifikationen somatoformer Störungen neben der oben erwähnten Parallelklassifikation auch den für die Diagnosestellung vorausgesetzten diagnostischen Ausschluss somatischer Erkrankungen. Dies kann zu verspäteter Diagnose-

stellung und auch verzögertem Therapiebeginn führen. Des Weiteren kritisieren die Autoren den starken Fokus auf körperliche Aspekte somatoformer Störungen und den Mangel an Einbeziehung psychobehavioraler Aspekte (26).

Besonders milde Formen somatoformer Erkrankungen finden durch die bestehenden Einteilungen nur wenig Raum. Eine systematische Studienübersicht über somatoforme Störungen von Creed et al. zeigt die in verschiedenen Studien sehr unterschiedlich verwendeten Definitionen von somatoformen Störungen. Häufig wurden nicht die ICD-10/DSM-IV Kriterien einer Somatisierungsstörung verwendet, da viele Patienten die Kriterien dieser ausgeprägten Symptomatik nicht erfüllten (27). Vorschläge von Schäfert et al., in den zukünftigen Klassifikationssystemen DSM-V und ICD-11 auch Schweregrade somatoformer Erkrankungen zu implementieren, könnten dieser Problematik entgegenwirken (28).

1.3. Zusammenhang psychischer Erkrankungen mit der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Die Veröffentlichung der Ergebnisse einer GEK-Studie (Gmünder Ersatzkasse) über die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen gesetzlich versicherter Patienten, herausgegeben im GEK-Report 2008, wurde von starkem medialen Interesse begleitet. Deutschland nimmt in Bezug auf die Anzahl der jährlichen ambulanten Arztkontakte (17,7 im Jahr 2007, 18,1 im Jahr 2008) im internationalen Vergleich eine Spitzenposition ein (29). Der Spiegel bezeichnete dies als „Weltmeistertitel in der Disziplin Arztbesuche“ (30), die Süddeutsche Zeitung vergab die „Bestmarke“ in Sachen Arztbesuche und zitierte Barmer GEK Vizechef Rolf-Ulrich Schlenker, der in der „Arztrennerei“ ein großes Problem für das deutsche Gesundheitssystem sehe (31).

Eine deutschlandweite Studie, die im Rahmen des Bundesgesundheits surveys in den Jahren 1998 und 1999 durchgeführt wurde, untersuchte in ihrem Zusatzsurvey „psychische Störungen“ unter anderem den Zusammenhang psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Es zeigte sich, dass Patienten, die unter einer im Erhebungszeitraum aktuellen psychischen Störung litten, signifikant häufiger ihren Hausarzt aufsuchten als Patienten ohne eine psychische Erkrankung (3,8 vs. 2,7). Auch die Ausfalltage durch Arbeitsunfähigkeit waren in der Patientengruppe mit aktueller psychischer Störung höher. Diese gaben fast doppelt so viele Ausfalltage an im Vergleich zu Patienten ohne psychische Diagnose (19,8 vs. 9,9) (12).

1.4. Rationale für die vorliegende Studie

Die Daten, die im Rahmen des oben genannten Bundesgesundheits surveys (12) erhoben wurden, stellen unter anderem die Anzahl von Haus- und Facharztbesuchen, Tagen in stationärer Behandlung und Krankheitstagen innerhalb des letzten Jahres dar. Die Daten wurden mit Hilfe eines Patientenfragebogens erhoben. Diese Angaben beruhen auf Selbsteinschätzungen durch die Patienten und unterliegen möglicherweise Abweichungen von tatsächlichen Werten (Recall Bias). Der Verdacht einer möglichen Problematik der Datenerfassung durch Selbstangaben der Patienten wird dadurch verdeutlicht, dass in der Studie des Gesundheits surveys die durchschnittliche Anzahl der jährlichen hausärztlichen Konsultationen bei Patienten mit aktueller psychischer Störung mit 3,8 und bei Patienten ohne aktuelle psychische Störung mit 2,7 angegeben wird. Verglichen mit den Computerbasierten Daten des GEK-Reports (GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2008 (32), bei dem für das Jahr 2007 pro Patient 17,7 jährliche ambulante Arzt-Patienten-Kontakte (7,1 hausärztliche Kontakte) verzeichnet wurden, zeigt sich, dass die durch Patientenangaben ermittelten Daten deutlich niedriger ausfallen.

In der vorliegenden Studie wurden die Daten, welche die Utilisierung betreffen, aus der EDV-gestützten Dokumentation der Hausärzte gewonnen, wodurch eine objektive Erhebung dieser Daten ermöglicht wurde.

Der Einfluss psychischer Komorbidität auf das Inanspruchnahmeverhalten speziell in einer Hausarztpraxis wurde durch Studien verschiedener Länder untersucht [33] [34](27). Diese Ergebnisse sind jedoch nicht direkt auf das deutsche Gesundheitswesen übertragbar. In einer Studie aus den USA, betrug die durchschnittliche Arztkontaktrate im hausärztlichen Bereich vier pro Jahr (33), in Deutschland liegt die durchschnittliche Rate an Arztbesuchen im ambulanten Bereich jedoch deutlich höher (32).

Es fehlen Studien in deutschen Hausarztpraxen, die den Einfluss psychischer und psychosomatischer Erkrankungen auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen untersuchen.

1.5. Fragestellungen und Ziele der vorliegenden Arbeit

Diese Studie hat zum einen das Ziel, die Prävalenz psychischer Störungen in einem unselektierten hausärztlichen Klientel zu untersuchen. Dabei wurden depressive Störungen, Angststörungen sowie somatoforme Störungen erfasst.

Der Schwerpunkt dieser Erhebung liegt jedoch auf der Untersuchung von Zusammenhängen dieser psychischen Störungen mit einem erhöhten Inanspruchnahmeverhalten von Gesundheitsleistungen.

Es werden folgende Hypothesen untersucht:

- Patienten mit psychischer (Ko-) Morbidität weisen eine höhere hausärztliche Kontaktrate innerhalb eines Jahres auf.
- Patienten mit psychischer (Ko-) Morbidität weisen eine erhöhte Überweisungsrate zu Fachärzten innerhalb eines Jahres auf.
- Patienten mit psychischer (Ko-) Morbidität weisen eine erhöhte Rate an Tagen in Arbeitsunfähigkeit innerhalb eines Jahres auf.

2. Material und Methoden

2.1. Studiendesign

Es handelt sich um eine Querschnittsstudie mit der Befragung von Patienten aus 13 Hausarztpraxen. Die Datenerhebung fand im Zeitraum Februar 2010 bis August 2010 statt. Die Patienten wurden in den Hausarztpraxen von der Autorin der vorliegenden Arbeit und Frau Eva Wartner, einer weiteren Doktorandin der Arbeitsgruppe, konsekutiv angesprochen und über die Studie aufgeklärt. Bei Einwilligung der Patienten, an der Studie teilzunehmen, wurde deren Einverständnis schriftlich dokumentiert. Der Fragebogen wurde von den meisten Patienten im Wartezimmer vor dem Arztbesuch ausgefüllt. Patienten, die den Bogen zu Hause ausfüllen wollten, erhielten neben dem Fragebogen einen frankierten Rücksendeumschlag, adressiert an das Institut für Allgemeinmedizin in München.

Der Fragebogen beinhaltete verschiedene Abschnitte. So wurde eine Befragung mit dem "Gesundheitsfragebogen für Patienten" (PHQ-D) durchgeführt. Durch diesen wurden das Vorliegen der Syndrome Depression, Somatisierung, Panik und Angststörung untersucht. Das individuelle Informationsbedürfnis der Patienten, sowie ihre Partizipationspräferenz wurden mit Hilfe des Autonomie-Präferenz-Index (API) ermittelt. Des Weiteren waren soziodemographische Fragen, sowie eine offene Frage zum Anlass des Arztbesuchs Bestandteil des Fragebogens. Beratungsanlass, Dauerdiagnosen sowie die Anzahl an hausärztlichen Kontakten, Überweisungen und Tagen in Arbeitsunfähigkeit in den zurückliegenden 12 Monaten, wurden EDV-gestützt recherchiert und strukturiert dokumentiert. Seitens der Hausärzte wurden in Arztfragebögen die am Befragungstag ausgestellten Überweisungen dokumentiert, dabei zum einen die Überweisungsrichtung zum jeweiligen Facharzt und zum anderen die Einschätzung der jeweiligen Überweisung auf deren Sinnhaftigkeit. Dabei erhielten die teilnehmenden Hausärzte keine Einsicht in die ausgefüllten Fragebögen der Patienten. Das Studienkonzept wurde vor Studienbeginn der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität München zur Begutachtung vorgelegt und von dieser genehmigt.

Die Autorin der vorliegenden Arbeit führte die Analyse zur Utilisierung durch. Frau Eva Wartner führte im Rahmen ihrer Dissertation die Analyse zur Arzt-Patienten-Interaktion durch. Die Rekrutierung der Patienten und die Datenerhebung wurden gemeinsam durchgeführt.

2.2. Auswahl der hausärztlichen Praxen und deren Patienten

Die Patienten wurden in 13 allgemeinmedizinischen Arztpraxen aus dem Großraum München befragt. Fünf dieser Praxen lagen in den Städten München und Augsburg, die anderen sieben Praxen waren in verschiedenen ländlichen Regionen gelegen. In elf Fällen handelte es sich um Einzel-, in zwei Fällen um Gemeinschaftspraxen. Bei allen teilnehmenden Praxen handelt es sich um allgemeinmedizinische Lehrpraxen der Technischen Universität München.

Pro Praxis dauerte die Befragung zwischen einer und zwei Wochen an. Es wurde darauf geachtet, soweit wie möglich die Befragung über alle Wochentage hinweg gleichmäßig durchzuführen. Die Befragung der Patienten erfolgte konsekutiv, um Selektion zu vermeiden.

2.3. Einschlusskriterien

Vorraussetzung für die Teilnahme der Patienten an der Studie waren ein Alter von mindestens 18 Jahren am Tag der Befragung sowie ausreichende Deutschkenntnisse. Es wurden Patienten eingeschlossen, die entweder den Arzt im Rahmen der Sprechstunde konsultierten oder die eine Überweisung in der Praxis abholten, auch ohne den Arzt gesehen zu haben. Eine unterschriebene Einverständniserklärung zur Studienteilnahme des Patienten musste vorliegen.

2.4. Ausschlusskriterien

Patienten, die das Alter von 18 Jahren am Tag der Befragung nicht erreicht hatten, wurden aus der Studie ausgeschlossen wie auch Patienten, die über keine ausreichenden Deutschkenntnisse verfügten oder durch geistige Einschränkungen nicht in der Lage waren, den Bogen selbstständig zu beantworten. Die letztgenannten Kriterien wurden durch die Doktoranden beurteilt. Patienten, die ausschließlich ein Rezept am Empfang in der Arztpraxis - ohne Arztkonsultation in der Sprechstunde - abholten, wurden ebenfalls von der Studienteilnahme ausgeschlossen.

2.5. Verwendete Fragebögen

Bei dem in der Studie eingesetzten "Gesundheitsfragebogen für Patienten" (PHQ-D) handelt es sich um die deutsche Version der aus den USA stammenden Originalversion "Patient Health Questionnaire" (PHQ). Da in den USA vor allem die diagnostischen Kriterien des DSM-IV eingesetzt werden, ist der PHQ-D Fragebogen stark auf diese ausgerichtet. Der PHQ wurde als Screeninginstrument für verschiedene psychische Störungen in der Primärmedizin entwickelt; er kann sowohl zur Erstdiagnostik als auch zur Verlaufsbeurteilung eingesetzt werden (34). Die Komplettversion der PHQ-D besteht insgesamt aus 78 Items. Durch diesen können acht psychische Störungen erfasst werden, die in zwei Gruppen unterteilt sind. Zum einen sind das die Störungen, deren Kriterien einer Diagnosestellung nach DSM-IV gänzlich durch den PHQ-D abgefragt werden. Diese werden auch "threshold disorders" genannt. Dazu zählen die Major Depression, die Panikstörung sowie die Bulimia nervosa. Die anderen Störungen, die durch den Fragebogen untersucht werden, werden nicht in allen Kriterien, die für eine Diagnostik nach DSM-IV notwendig wären, abgeklärt. Daher werden sie auch als "subthreshold disorders" bezeichnet. Aus diesem Grund hat der PHQ-D bei der Abklärung dieser Störungen mehr eine Screeningfunktion, als eine diagnostische Funktion. In diese Sparte fallen die anderen Angststörungen, somatoforme Störungen, Alkoholabusus und die Binge-Eating-Störung (35). Der in dieser Studie verwendete PHQ umfasst vier Seiten, in denen die Bereiche Depression (Major Depression und andere depressive Störungen), Angststörungen (Panikstörungen und andere Angststörungen) sowie somatoforme Störungen abgefragt werden. Die Bögen wurden von den Patienten selbständig ausgefüllt, daher muss die Annahme zur Richtigkeit dieser Angaben bestehen.

2.5.1. PHQ- Modul: Depression

Der Bereich Depression des PHQ umfasst neun Testfragen. Der Patient evaluiert sein Maß an Beeinträchtigung durch gegebene Beschwerden innerhalb der letzten zwei Wochen. Jeder Frage schließen sich vier Antwortmöglichkeiten an. Diese reichen von "überhaupt nicht", "an einzelnen Tagen", "an mehr als der Hälfte der Tage" bis hin zu "beinahe jeden Tag". Um den Bogen auszuwerten, werden je nach der angegebenen Beschwerdefrequenz Skalenpunktwerte von 0 ("überhaupt nicht"), 1, 2 bis hin zu 3 ("beinahe jeden Tag") vergeben.

Eine Auswertung kann zum einen kategorial auf der Syndromebene mit Hilfe der entsprechenden Auswertungsalgorithmen erfolgen, zum anderen können auch Skalensummenwerte im Sinne einer kontinuierlichen Auswertung berechnet werden (34). Werden von dem Patienten mindestens fünf der angegebenen Items mit "an mehr als der Hälfte der Tage" oder "beinahe jeden Tag" beantwortet und befindet sich unter diesen mindestens eine der ersten beiden Fragen (Interessen-/ Freudlosigkeit bzw. Niedergeschlagenheit/ Hoffnungslosigkeit), so wird im Rahmen einer kategorialen Auswertung von dem Syndrom einer Major Depression ausgegangen. Gibt der Patient diese Beschwerdebhäufigkeiten bei zwei bis vier Items an und befindet sich darunter eine der ersten beiden Fragen, so spricht das für das Vorliegen eines anderen depressiven Syndroms. Wird die letzte Frage des PHQ-9 (Vorliegen von Suizidgedanken) mit "an einzelnen Tagen" beantwortet, so zählt auch diese Frage zu den Kriterien der kategorialen Auswertung einer depressiven Störung (34). Will man eine kontinuierliche Einteilung vornehmen, so werden die zuvor beschriebenen Skalenwertpunkte summiert. Liegt der entstandene Skalensummenwert unter 5, so spricht das für das Fehlen einer Depression. Werte zwischen 5 und 9 Punkten sprechen für ein leichtes depressives Syndrom, Werte zwischen 10 und 14 Punkten sprechen für das Syndrom einer mittelgradigen Major Depression. Liegen Summenskalenwerte im Bereich zwischen 15 und 20 Punkten vor, kann von dem Syndrom einer ausgeprägten Major Depression ausgegangen werden. Liegt ein Summenskalenwert größer 20 vor, so handelt es sich um die schwere syndromale Form einer Major Depression (34). Diese Art der Auswertung des PHQ-D mit der Bestimmung von Schweregraden ist insbesondere zur Verlaufsbeurteilung einer Depression geeignet (35). Verschiedene Studien belegen die gute Wirksamkeit des PHQ als Screeningmethode von Depressionen in der hausärztlichen Medizin (36–40). Als Referenzstandard für die Diagnostik gilt dabei das Strukturierte klinische Interview (SKID). Das SKID ist ein etabliertes und strukturiertes Interviewverfahren zur Diagnostik psychischer Störungen nach DSM-IV. Eine systematische Betrachtung der Studienlage von Kroenke et al. 2010 zeigte eine Sensitivität des PHQ-9 von 77% - 88% sowie eine Spezifität von 88% - 94% (bei einem Cut-Off-Wert der Summenskalenpunkte ≥ 10), gemessen am SKID-Interview (41).

Dem Syndrom der Major Depression im PHQ werden die Störungskategorien nach ICD-10 der depressiven Episode (F32) wie auch die der rezidivierenden depressive Episode (F33) zugerechnet. Zu den anderen depressiven Syndromen zählen nach ICD-10 die nicht näher bezeichnete depressive Episode (F.32.9) also z.B. eine Minor Depression, die nicht näher bezeichnete rezidivierende depressive Störung (F33.9) und die Dysthymia (F34.1) (34).

2.5.2. PHQ- Modul: Angststörungen

Angststörungen wurden in zwei verschiedenen Teilbereichen abgefragt. Zum einen wurde in dieser Studie der 15 Items umfassende Block des PHQ zur Abklärung einer Panikstörung angewandt. Des Weiteren wurde der 7 Items umfassende Abschnitt des PHQ zur Erfassung „anderer Angststörungen“ verwendet.

Das Panikmodul besteht aus Aussagen, die der Patient auf Richtigkeit innerhalb der letzten zwei Wochen evaluiert. So stehen die Antwortmöglichkeiten „trifft zu“ und „trifft nicht zu“ zur Verfügung. Die Auswertung des Panikmoduls erfolgt kategorial nach einem vorgegebenen Auswertungsalgorithmus (34) und ermöglicht es so, das Vorliegen einer Panikstörung zu untersuchen. Dabei müssen die ersten vier Fragen mit „trifft zu“ beantwortet werden (diese Fragen betreffen das Auftreten von Panikstörungen) wie auch mindestens vier der folgenden elf Items (darin werden körperliche Symptome im Rahmen eines Angstanfalls abgeklärt). Die Validität dieses Moduls konnte in der Vergangenheit bestätigt werden. Löwe et al. untersuchten 2003 verschiedene Auswertungsalgorithmen dieses PHQ-Moduls und errechneten bei oben genanntem Auswertungsschema eine Sensitivität dieses Fragebogens von 75% sowie eine Spezifität von 96%. (42). Es wurden ebenfalls Summenskalenwerte im Modul „Panik“ mit einem Minimum von 0 Punkten sowie ein Maximum von 15 Punkten gebildet. Das Panikmodul des PHQ untersucht Syndrome, die nach ICD-10 die Störungskategorien Panikstörung (F41.0) und Agoraphobie mit Panikstörung (F40.01) beinhalten.

Im PHQ-Modul „andere Angststörungen“ wird das Auftreten verschiedener Symptome innerhalb der zurückliegenden vier Wochen abgefragt. Hier hat der Patient die Möglichkeit, gegebene Aussagen mit den Antworten „überhaupt nicht“, „an einzelnen Tagen“, „an mehr als der Hälfte der Tage“ bis hin zu „beinahe jeden Tag“ zu bewerten. Auch hier erfolgt die Auswertung kategorial mit Hilfe eines Auswertungsalgorithmus. Es wurden ebenfalls Summenskalenwerte berechnet. Die Punkteskala reichte von minimal 0 Punkten (keine andere Angststörung) zu maximal 14 Punkten.

Die als andere Angststörungen bezeichnete Kategorie schließt nach ICD-10 die generalisierte Angststörung (F41.1) und die nicht näher bezeichnete Angststörung (F41.9) ein (34).

2.5.3. PHQ-Modul: Somatoformes Syndrom

Zur Diagnostik von somatoformen Störungen wurde der PHQ-15 verwendet. Dabei beantworten die Patienten 13 Fragen zu körperlichen Beschwerden innerhalb der letzten vier Wochen. Die Items dieses so genannten "somatischen Moduls" können mit den Antworten "nicht beeinträchtigt", "wenig beeinträchtigt" oder "stark beeinträchtigt" angegeben werden. Man kann auch in diesem Bereich durch ein bestimmtes Auswertungsschema das Vorliegen einer somatoformen Syndroms kategorial bestimmen. Werden mindestens drei der Fragen zu körperlichen Beschwerden mit "stark beeinträchtigt" beantwortet, so wird von einer somatoformen Störung ausgegangen (34). Für die Diagnose einer somatoformen Störung nach ICD-10 und DSM-4 müssen organisch begründbare Ursachen der Beschwerden ausgeschlossen werden. Diese können durch den PHQ-15 nicht abgefragt werden. Eine hohe Reliabilität und Validität des Fragebogens als Messinstrument somatoformer Störungen in der primärärztlichen Versorgung konnte aber gezeigt werden (43). Eine Studie aus den Niederlanden mit insgesamt 906 teilnehmenden Patienten untersuchte die Validität des PHQ-15 im ambulanten Bereich. Die Referenz bildete auch hier das Strukturierte klinische Interview (SKID). Die Untersuchung ergab eine Sensitivität des PHQ-15 von 78%, die Spezifität lag bei 81% (44). Wenn die Auswertung kontinuierlich erfolgen soll, so können auch hier, ähnlich dem Bereich Depression, Skalensummenwerte berechnet werden. Hierbei werden neben den Items des "somatischen Moduls" noch zwei weitere Fragen des "Depressionsmoduls" einbezogen. Diese erfassen die somatische Symptome Müdigkeit sowie Schlafstörungen. Für jedes Item werden entsprechend angegebener Beschwerdeintensität 0, 1 oder 2 Punkte (nicht beeinträchtigt, wenig beeinträchtigt, stark beeinträchtigt) vergeben. So können Skalensummenwerte zwischen 0 (minimal) und 30 (maximal) errechnet werden. Legt man Cut-Off-Werte von 5, 10 und 15 Punkten fest, so zeigen sich verschiedene Schweregrade der somatischen Symptomausprägung (leicht, mittelgradig und schwer). Dies ist besonders in der Verlaufsbeurteilung einer somatoformen Störung von Nutzen (41). Vorangegangene Studien konnten zeigen, dass höhere Werte des PHQ-15 mit stärkeren funktionellen Beeinträchtigungen, Behinderungen und größerem Inanspruchnahmeverhalten der Patienten einhergehen (41).

Das somatoforme Syndrom des PHQ entspricht den ICD-10 Kategorien Somatisierungsstörung (F45.0), undifferenzierte Somatisierungsstörung (F45.1) und somatoforme autonome Funktionsstörung (F45.3) (34).

2.5.4. Autonomie-Präferenz-Index (API)

Die Auswertung des Autonomie-Präferenz-Index fand im Rahmen der wissenschaftlichen Arbeit „Arzt-Patienten-Interaktion bei psychischer Komorbidität in der Hausarztpraxis“ von Eva Wartner statt. Dieser Fragebogenabschnitt misst die Partizipationspräferenz sowie das individuelle Informationsbedürfnis der Patienten (45). Die Partizipationspräferenz gibt an, inwieweit der Patient den Wunsch hat, an medizinischen Entscheidungen aktiv mitzuwirken.

2.6. Erfassung und Aufarbeitung patientenspezifischer Daten

In der Hausarztpraxis wurden die Anzahl der Arztbesuche, die Anzahl der Überweisungen sowie die Anzahl der Tage in Arbeitsunfähigkeit in den vergangenen zwölf Monaten erfasst. Diese Daten wurden aus den gespeicherten Patientendaten der Computer gewonnen und von Hand ausgezählt. Die Hausärzte erhielten Fragebögen, auf denen Sie die Beratungsanlässe der Patienten dokumentierten. Bei Unsicherheit wurden auch diese Daten aus den Einträgen computergestützt recherchiert. Die Beratungsanlässe wurden mit Hilfe der ICPC-Klassifikation (International Classification of Primary Care) eingeteilt und mit dieser Kodierung in das SPSS-Statistics Programm eingegeben, einer Analyse- und Statistiksoftware. Die ICPC-Einteilung der Beratungsanlässe erfolgt sowohl durch die Zuteilung zu einer organbezogenen übergeordneten Kategorie - gekennzeichnet durch Großbuchstaben – als auch durch eine weitere numerische Klassifikation (s.o.). Daher ist es möglich, sich bei der Gruppierung der Beratungsanlässe an der ICPC-Klassifikation zu orientieren. Ein Beispiel stellt die Somatisierungsstörung dar. Diese wird mit der ICPC-Einteilung als „P75“ bezeichnet. Das „P“ steht dabei für die Überkategorie „psychologisch“. Das Ausstellen von Überweisungen am Befragungstag wurde ebenfalls aus dem elektronischen Datenbestand der jeweiligen Arztpraxis ermittelt, und Anzahl und Fachrichtungen der ausgestellten Überweisungen auf dem Fragebogen der Hausärzte dokumentiert. Die Hausärzte schätzten anschließend (meist nach Sprechstundenschluss) die Überweisungen hinsichtlich deren Sinnhaftigkeit ein, und dokumentierten dies im Hausarztfragebogen. So konnten sie die Überweisungen als „eher sinnvoll“ als auch als „eher nicht sinnvoll“ bewerten.

Auch die Dauerdiagnosen wurden aus den Computerdokumentationen in den Praxen recherchiert. Dabei wurden keine bis maximal 24 Dauerdiagnosen dokumentiert. Zum Teil wurden sehr viele Dauerdiagnosen pro Patient erhoben, andere Ärzte dokumentierten

deutlich weniger Dauerdiagnosen. Dies erschwert eine Vergleichbarkeit der Morbidität der Patienten allein durch die Anzahl der Dauerdiagnosen. Daher musste eine Auswertung der Dauerdiagnosen hier in zwei Schritten erfolgen. Zuerst wurde eine Analyse der Anzahl und Verteilung aller dokumentierten Dauerdiagnosen durchgeführt, in einem zweiten Schritt wurden bestimmte relevante Dauerdiagnosen untersucht. Das Kriterium der Relevanz bildete das Vorliegen einer „echten“ Dauerdiagnose, die möglicherweise zu einem regelmäßigen Arzt-Patienten Kontakt führen könnte. Beispiele für diese Kategorien sind „arterielle Hypertonie“ sowie „Marmorisierung/ Vorhofflimmern“. Als nicht relevant wurde beispielsweise ein Nagelfehlwuchs oder Spreizfuß eingestuft.

2.7. Statistische Methoden

Alle Daten wurden in das Statistik Programm SPSS eingegeben. Für die deskriptive Auswertung wurden je nach Datentyp Mittelwerte (MW) und Standardabweichungen (SD), Mediane und Quartile bzw. Prozentangaben gesamt und für Subgruppen berechnet.

Mit Hilfe des χ^2 -Test werden die Zusammenhänge zweier kategorialer Merkmale untersucht. So wurde dieser bei der Untersuchung von Patientencharakteristika hinsichtlich des Vorliegens psychischer Störungen eingesetzt. Ebenfalls fand dieser Test Anwendung bei der Subgruppenanalyse von Dauerdiagnosen im Hinblick auf Geschlecht und Schulbildung.

Die Varianzanalyse (ANOVA) untersucht den Einfluss von nominalskalierten Variablen auf normalverteilte, metrisch skalierte Variablen. In der Studie wurde die Varianzanalyse bei der Untersuchung der Zusammenhänge der Dauerdiagnosen und des Patientenalters verwendet. Bei der Analyse zweier Subgruppen (z.B. Geschlecht), wurde der t-Test eingesetzt.

Der Kruskal-Wallis-Test untersucht selbigen Sachverhalt für nicht normalverteilte Daten. Er wurde eingesetzt um Zusammenhänge der Dauerdiagnosen mit den Utilisierungsparametern bzw. den Ergebnissen des PHQ (kontinuierliche Auswertung) darzustellen.

Zusammenhänge zwischen verschiedenen Faktoren und einer erhöhten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wurden mit Hilfe einer Regressionsanalyse berechnet.

Eingesetzt wurde diese bei der Berechnung der Zusammenhänge von Beratungsanlässen und psychischer Komorbidität. Ebenfalls diente die binär logistische Regression zur Analyse der Risikofaktoren für häufige Arztbesuche, vermehrte Überweisungen und längere Arbeitsunfähigkeitszeiten. Die Stärke eines Zusammenhangs wird dabei durch die jeweilige Odds Ratio (OR) ausgedrückt.

3. Ergebnisse

3.1. Stichprobenbeschreibung

3.1.1. Soziodemographische Charakteristika

Es wurden insgesamt 1341 Patienten angesprochen und über die Studie aufgeklärt. 1101 (82,1%) Patienten waren bereit, den Fragebogen auszufüllen. Pro Praxis konnten im Untersuchungszeitraum zwischen minimal 46 Fragebögen bis maximal 122 Fragebögen erhoben werden. 1011 (91,8%) aller Studienteilnehmer waren Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), 90 (8,2%) Befragte waren privat versichert. Da sich privat versicherte Patienten bezüglich ihres Inanspruchnahmeverhaltens von Gesundheitsleistungen von gesetzlich versicherten Patienten stark unterscheiden, werden in die folgende Analyse ausschließlich gesetzlich versicherte Patienten einbezogen. 593 (58,7%) aller Patienten waren weiblich, 418 Patienten (41,3%) waren männlich. Der Altersdurchschnitt lag bei 49,3 Jahren (Standardabweichung von 17,81), der Median bei 49 Jahren (Minimum 18 Jahre, Maximum 91 Jahre). In Abbildung 3 sind die Altersgruppen der befragten Patienten geschlechtsabhängig dargestellt. In den jüngeren Altersgruppen zwischen 18 und 45 Jahren war der Anteil an Frauen im Vergleich zu männlichen Studienteilnehmern deutlich höher.

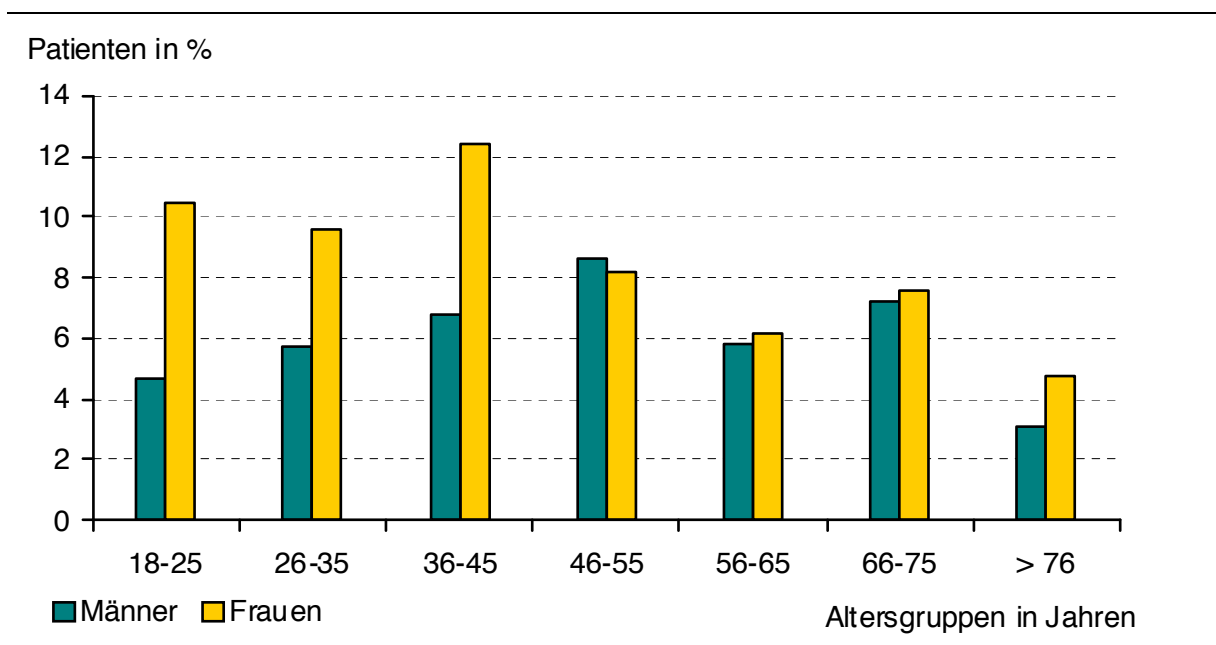


Abbildung 3: Darstellung der Studienteilnehmer nach Alter und Geschlecht (N = 1011)

Der Altersdurchschnitt der 240 Patienten, die einer Studienteilnahme nicht zustimmten, war im Vergleich zu den Studienteilnehmern mit einem durchschnittlichen Alter von 59,1 deutlich höher ($p < 0,001$). Es gab keinen signifikanten Unterschied bezüglich der Geschlechterverteilung zwischen den Gruppen (Nonresponder 58,3% weiblich).

3.1.2. Schulbildung der Befragten

Es wurde im Rahmen der Befragung auch die Schulbildung der Patienten erfasst. Insgesamt machten 973 (96,2%) der 1011 Patienten Angaben zu ihrer Schulbildung. Den größten Anteil bildeten dabei Patienten, die Ihre Schullaufbahn mit einem Hauptschulabschluss beendet hatten (35,6%). In Abbildung 4 sind die Anteile der Patienten mit verschiedenen Schulabschlüssen graphisch dargestellt.

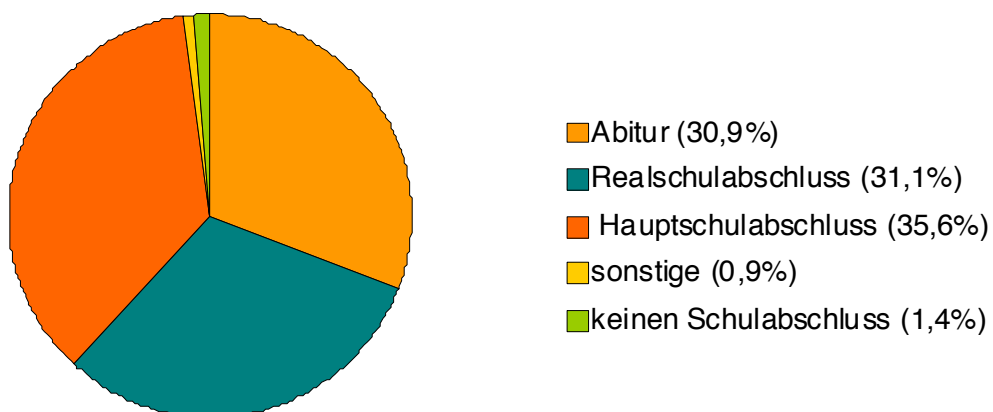


Abbildung 4: Schulabschlüsse der Befragten
(N = 973)

3.1.3. Berufliche Situation der Befragten

Die Patienten wurden zu der gegenwärtigen Situation ihrer Erwerbstätigkeit befragt. Von allen 1011 befragten Personen machten 957 (94,7%) Angaben zur Situation ihrer Erwerbstätigkeit. Die meisten Befragten (38,8%) befanden sich in einem Vollzeit Beschäftigungsverhältnis. Eine Darstellung der beruflichen Situation der Patienten zeigt Abbildung 5.

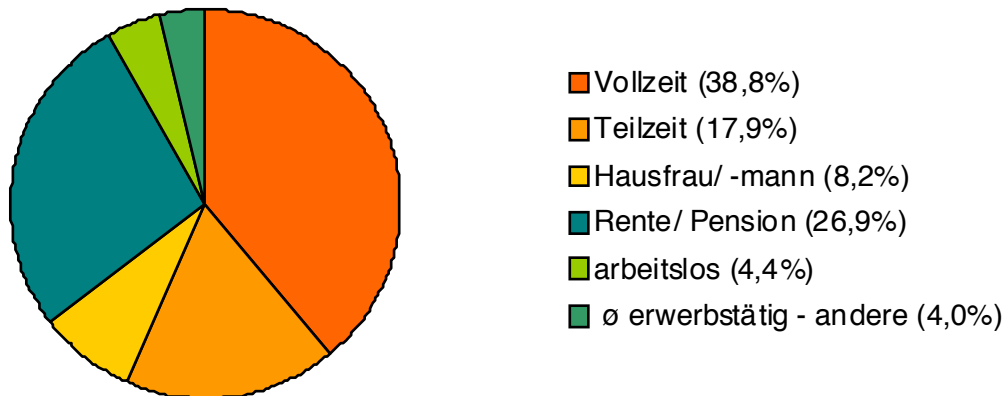


Abbildung 5: Beschäftigungsverhältnis der Befragten
(N = 957)

3.2. *Beratungsanlässe und Dauerdiagnosen*

3.2.1. Analyse der Beratungsanlässe

Die Beratungsanlässe der Patienten wurden von den Hausärzten notiert. Insgesamt wurden an den Befragungstagen 1308 Beratungsanlässe dokumentiert. Dabei wurden ein bis maximal drei Beratungsanlässe angegeben. Von 6 der 1101 Patienten (0,5%) fehlten diese Angaben. Von 758 (75,4%) der übrigen 1005 Patienten wurde ein Beratungsanlass vom Hausarzt dokumentiert. Bei 191 Patienten (19,0%) wurden zwei und bei 56 Patienten (5,7%) wurden drei Beratungsanlässe angegeben. Die Beratungsanlässe wurden mit Hilfe der bereits oben erwähnten ICPC-Klassifikation eingeteilt. Tabelle 7 zeigt die Verteilung der

Beratungsanlässe aus Sicht der Ärzte am Befragungstag. Eine Übersicht der genauen Zuordnungen von Beratungsanlässen zu den jeweiligen Kategorien findet sich in der ICPC-2-Tabelle im Anhang.

Tabelle 7: Häufigkeitsverteilung der Beratungsanlässe im Befragungszeitraum nach ICPC-2 (N = 1308)

ICPC-2 Kategorie	Beratungsanlässe	n (%)
L	Bewegungsapparat	252 (19,3)
C	Prozeduren	168 (12,8)
K	Kreislauf	157 (12,0)
R	Atmungsorgane	153 (11,7)
P	psychologisch	146 (11,2)
D	Verdauungssystem	98 (7,5)
A	allgemein, unspezifisch	74 (5,7)
T	endokrin, metabolisch, Ernährung	69 (5,3)
N	neurologisch	56 (4,3)
S	Haut	55 (4,2)
U	urologisch	20 (1,5)
X	Weibliches Genitale/ Brust	17 (1,3)
F	Auge	12 (0,9)
H	Ohr	11 (0,8)
B	Blut, blutbildende Organe, Immunsystem	9 (0,7)
W	Schwangerschaft, Geburt, Familienplanung	5 (0,4)
Y	männliches Genitale	3 (0,2)
Z	soziale Probleme	3 (0,2)
	gesamt	1308 (100)

Mit 19,3% bildeten Beschwerden des Bewegungsapparates den größten Anteil der dokumentierten Beratungsanlässe, gefolgt von ärztlichen Prozeduren (12,8%). Beispiele für diesen Bereich stellen Gesundheits-Checks, Laboruntersuchungen oder Wundversorgung dar. An dritter Stelle der Beratungsanlässe standen Erkrankungen von Herz oder Kreislauf (12%), wozu unter anderem die arterielle Hypertonie, KHK oder Vorhofflimmern zählen. Am vierthäufigsten waren Erkrankungen des Atmungssystems Anlass der ärztlichen Beratung (11,7%). Insgesamt fielen mehr als die Hälfte aller Beratungsanlässe (55,9%) in diese hier genannten Kategorien.

3.2.2. Analyse der Dauerdiagnosen

Von 6 der 1011 Patienten konnten keine zuverlässigen Angaben zu den Dauerdiagnosen gewonnen werden. 159 (15,8%) der verbleibenden 1005 Patienten hatten keine im elektronischen System der Arztpraxen dokumentierten chronischen Erkrankungen, bei den übrigen 846 Patienten (84,2%) war mindestens eine Dauerdiagnose hinterlegt. Bei 97 der 1005 Patienten (9,7%) hatten die Hausärzte mehr als 10 Dauerdiagnosen dokumentiert. Das Maximum dokumentierter Dauerdiagnosen lag dabei bei 24, der Mittelwert lag bei 4,4 (SD: 4,2) Dauerdiagnosen. Der Median der dokumentierten chronischen Erkrankungen lag bei 3. Abbildung 6 zeigt eine Verteilung der Anzahl aller dokumentierten Dauerdiagnosen.

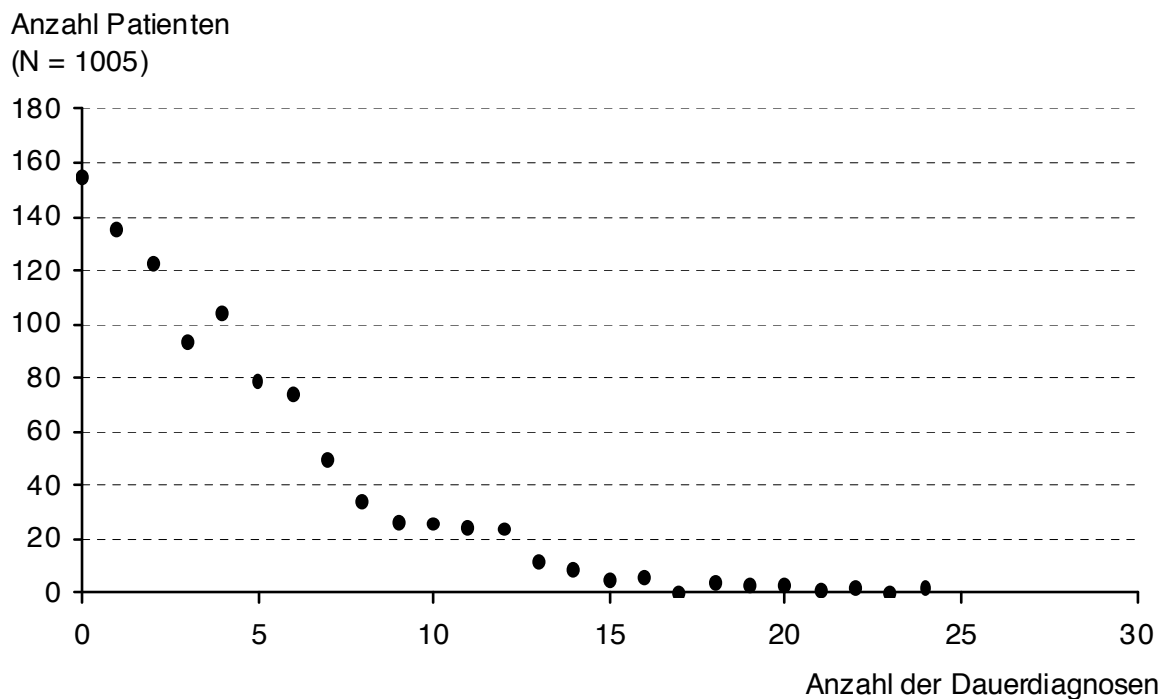


Abbildung 6: Anzahl dokumentierter Dauerdiagnosen pro Patient

Im Folgenden soll die Morbidität der Patienten näher untersucht werden. Dabei wurden aus den vielen dokumentierten Dauerdiagnosen diejenigen relevanten herausgearbeitet, welche die Krankheitslast der Patienten widerspiegeln. Die Dauerdiagnosen wurden entsprechenden Kategorien zugeordnet, insofern sie nicht schon eine Krankheitskategorie darstellen. Erster Kategorie gehören „schwere chronische Herzerkrankungen“ an, wie zum Beispiel eine KHK, ein vorangegangener Myokardinfarkt, Herzinsuffizienz, Vorhofflimmern oder eine dokumentierte Marcumarisierung. Des Weiteren wurden die Kategorien „Asthma bronchiale“,

„Diabetes mellitus“ sowie „arterielle Hypertonie“ gebildet. „Weitere relevante chronisch internistische Erkrankungen“, welcher beispielsweise chronisch entzündliche Darm-erkrankungen, PAVK, rheumatoide Arthritis oder Niereninsuffizienz zugerechnet werden, bilden eine weitere Kategorie. Der Kategorie „chronische Schmerzen des Bewegungsapparates“ wurden Rücken und Gelenkschmerzen, Schmerzen im HWS-Bereich, die Epikondylitis, das „Schulter Arm Syndrom“ und auch die Fibromyalgie zugeteilt. „Chronische psychische Erkrankungen“ wie Depression, Angststörung, Psychosomatische Störungen, Suchterkrankungen, Schizophrenie und sonstige psychische Erkrankungen bilden eine eigene Kategorie. Multiple Sklerose, Morbus Parkinson, ein vorangegangener Apoplex sowie sonstige neurologische Erkrankungen wurden der Kategorie „neurologische Erkrankungen“ zugerechnet. „Chronische Kopfschmerzen“ bilden eine eigene Kategorie, ebenso „Krankheiten des atopischen Formenkreises“ sowie „bösartige Neubildungen“.

Betrachtet man nur diese Dauerdiagnosen, so unterscheidet sich das Bild etwas von dem der oben genannten unselektierten Anzahl dokumentierter Dauerdiagnosen. Insgesamt wurden 2257 relevante Dauerdiagnosen erfasst. 250 der 1005 Patienten (24,9%) zeigten keine relevante Dauerdiagnose, 755 Patienten (75,1 %) hatten mindestens eine chronische Erkrankung. Das Maximum lag bei 10 Dauerdiagnosen. Die durchschnittliche Anzahl chronischer Leiden dieser Patienten lag bei 3,3. Da Patienten mehrere chronische Erkrankungen einiger Kategorien erfüllen können (beispielsweise wenn ein Patient sowohl unter einer KHK, einem Vorhofflimmern und einer Herzinsuffizienz leidet), wurden außerdem die Anzahl und der Anteil der Patienten berechnet, die von mindestens einer chronischen Erkrankung der jeweiligen Kategorie betroffen waren. Eine Übersicht ist in Tabelle 8 dargestellt. In dieser sind die chronischen Erkrankungen nach Häufigkeiten absteigend sortiert. Es sind die prozentualen Anteile der Diagnosekategorien an der Gesamtzahl der Diagnosen (N=2257) dargestellt, sowie Anzahl und prozentualer Anteil der Patienten (N=1005), die von diesen Erkrankungen betroffen waren. Es zeigte sich, dass den größten Anteil chronischer Leiden Schmerzen im Bewegungsapparat darstellten (24,5%). 36,5% aller Patienten litten unter mindestens einer Erkrankung dieser Kategorie. Unter einer arteriellen Hypertonie litten 31,4% der Patienten, von chronischen psychischen Erkrankungen waren knapp ein Drittel (29,5%) der Patienten betroffen.

Tabelle 8: Häufigkeiten chronischer Erkrankungen

chronische Erkrankung	Anzahl Diagnosen n (%)	Anzahl Patienten n (%)
Schmerzen des Bewegungsapparates	553 (24,5)	367 (36,5)
psychische Erkrankung	424 (18,8)	296 (29,5)
arterielle Hypertonie	316 (14,0)	316 (31,4)
Herzerkrankungen	238 (10,5)	151 (15,0)
sonstige internistische Erkrankungen	214 (9,5)	182 (18,1)
Diabetes mellitus	107 (4,7)	107 (10,6)
Asthma bronchiale	100 (4,4)	100 (10,0)
atopische Erkrankung	99 (4,4)	99 (9,9)
bösartige Erkrankung	90 (4,0)	90 (9,0)
neurologische Erkrankungen	65 (2,9)	60 (6,0)
Kopfschmerzen	51 (2,3)	51 (5,1)
gesamt	2257 (100)	1005 (100)

3.3. Psychische Komorbidität

Im Folgenden sind die Ergebnisse der Analyse des PHQ beschrieben, es wurden die Bereiche Depression, Angststörung und somatoforme Störung untersucht. Wurden zu wenige Items in einem Bereich durch den Patienten angekreuzt, so kann keine Aussage über das Vorliegen einer psychischen Störung getroffen werden. Daher fallen diese in die Kategorie „nicht auswertbar“.

3.3.1. Depression

Die kategoriale Auswertung des PHQ zeigte im Bereich der Depression folgende Ergebnisse (vgl. Abbildung 7). Von allen auswertbaren Fragebögen erfüllten 157 Patienten (15,5%) die Kriterien eines depressiven Syndroms. 86 Patienten (8,5%) wurden positiv gescreent für das Syndrom einer Minor Depression, 71 Patienten (7,0%) erfüllten die Kriterien des Syndroms einer Major Depression.

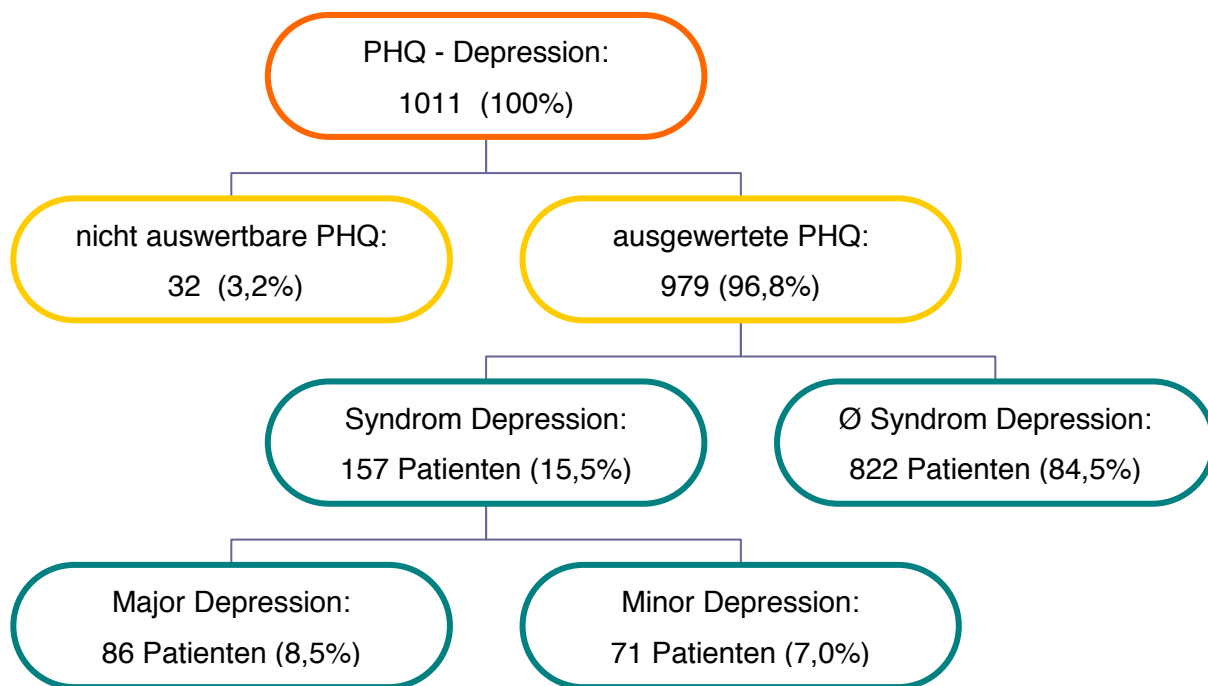


Abbildung 7: kategoriale Auswertung des PHQ (Depression)

Um die Höhe der Depressivität und später auch Zusammenhänge besser bestimmen zu können, wurde der PHQ ebenfalls kontinuierlich ausgewertet. Die im PHQ-Bereich Depression ermittelten Summenskalenwerte sind in Abbildung 8 dargestellt. Diese variierten entsprechend der möglichen Spannweite von 0 Punkten minimal (9,8% der Patienten) bis hin zu 27 Punkten maximal. Die Verteilung zeigt die hohe Anzahl an Patienten mit geringeren Summenskalenwerten sowie einige Patienten mit sehr hohen Werten.

Der Mittelwert lag bei 5,6 Summenskalenpunkten (bei einer Standardabweichung von 4,8). Der Median stellte sich bei 4 Summenskalenpunkten dar.

Anzahl Patienten
(N = 972)

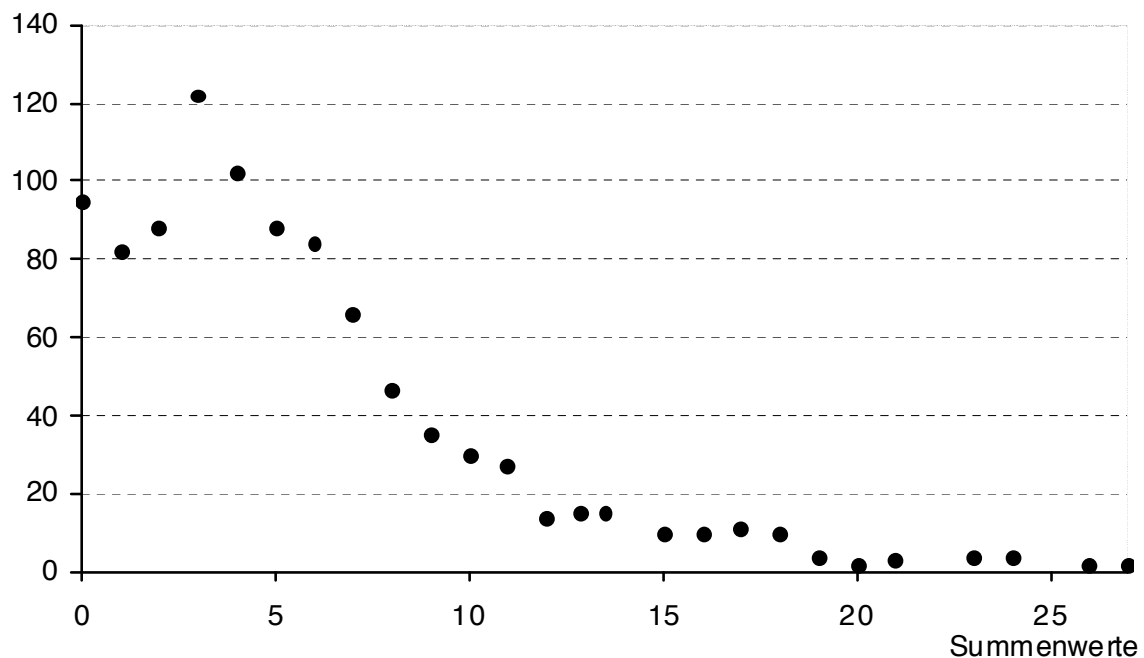


Abbildung 8: kontinuierliche Auswertung des PHQ (Depression)

3.3.2. Angststörungen

Die Erhebung umfasste sowohl die Untersuchung auf das Vorliegen einer Panikstörung, als auch auf das Vorhandensein von anderen Angststörungen.

Insgesamt konnten 995 (98,4%) der 1011 PHQ-Fragebögen im Bereich Panikstörung ausgewertet werden. Von diesen erfüllten 51 Patienten (5,1%) die Kriterien einer Panikstörung, während 944 Patienten (94,9%) diese Kriterien nicht erfüllten. Einen Überblick über die Ergebnisse der kategorialen Auswertung des Panikmoduls des PHQ zeigt Abbildung 9.

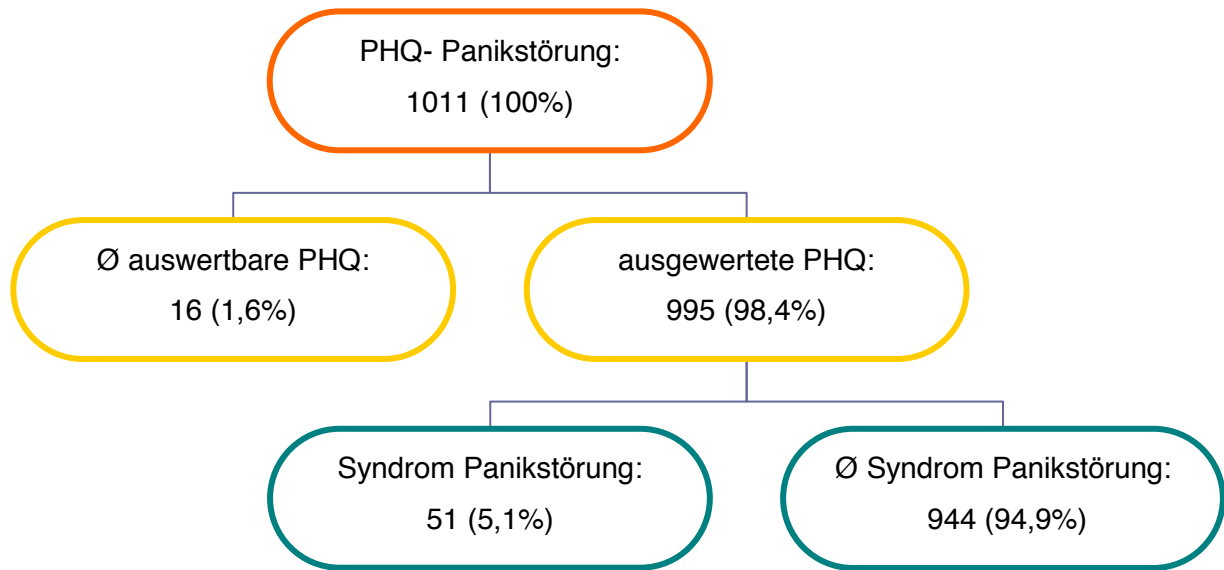


Abbildung 9: kategoriale Auswertung des PHQ (Panikstörung)

Eine Berechnung von Summenwerten wurde auch in diesem Bereich durchgeführt. Dabei zeigte eine große Anzahl an Patienten (852 [84,3%]) keine Auffälligkeiten (Summenskalenpunkte = 0). 13,9% der befragten Patienten, wiesen Werte zwischen 2 und maximal 15 Punkten auf. Von 18 (1,8%) Patienten konnten in diesem Bereich keine Summenwerte berechnet werden. Der Mittelwert lag bei 1,2 Summenskalenpunkten, der Median betrug 0.

Eine Auswertung des PHQ im Bereich anderer Angststörungen war bei insgesamt 962 (95,2%) der 1011 PHQ Bögen möglich. Von diesen erfüllten 75 (7,8%) Patienten die Kriterien für das Vorliegen einer anderen Angststörung. 887 (92,2%) Patienten erfüllten diese Kriterien nicht. Einen Überblick über die Auswertung des PHQ im Bereich "andere Angststörung" ist in Abbildung 10 dargestellt.

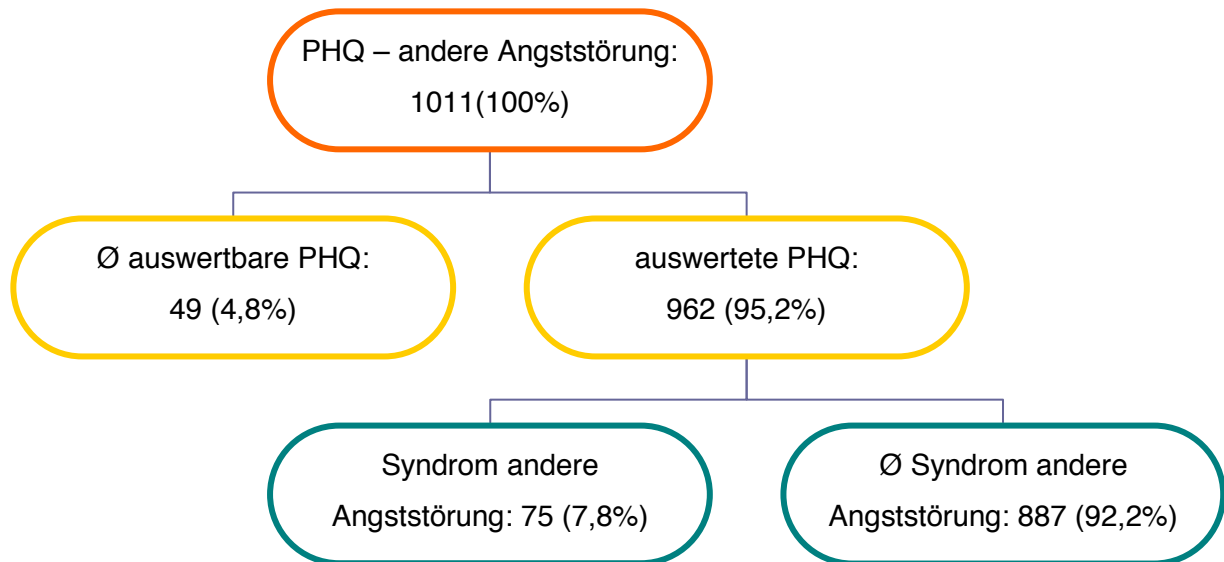


Abbildung 10: kategoriale Auswertung des PHQ (andere Angststörungen)

Auch im Bereich der anderen Angststörungen wurden Summenskalenwerte berechnet, um die Ausprägung dieser Symptomatik besser bestimmen zu können. Die Werte variierten dabei von 0 bis maximal 14 Summenskalenpunkten. Der Mittelwert betrug dabei 3,4 (bei einer Standardabweichung von 3,8), der Median lag bei 2.

Die Summenskalenwerte lagen von 458 Patienten bei 0 Punkten, von 509 Befragten betrug die Werte zwischen 1 und 14 Punkten. Von 44 (4,4%) Personen war eine Berechnung dieser Werte nicht möglich.

3.3.3. Somatoforme Störung

Von den 1011 Fragebögen konnten im Teilbereich zur Untersuchung auf das Vorliegen einer somatoformen Störung 954 (94,4%) ausgewertet werden. Von diesen auswertbaren Bögen erfüllten 173 (18,1%) Patienten die Kriterien für das Vorliegen dieser Störung. Einen Überblick dazu zeigt Abbildung 11.

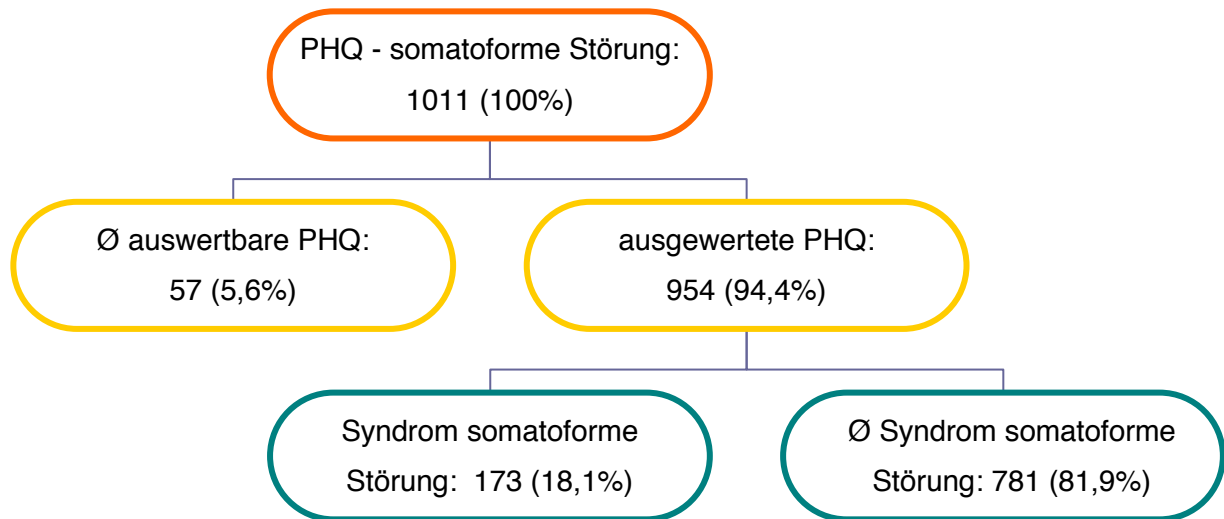


Abbildung 11: kategoriale Auswertung des PHQ (somatoforme Störung)

Die Höhe der Somatisierungsscores sowie die Anzahl derjenigen Patienten mit den jeweiligen Werten sind in Abbildung 12 dargestellt. Das mögliche Spektrum der Werte variiert zwischen minimal 0 und maximal 30 Punkten. Der Mittelwert ergab 7,6 Summenskalenpunkte (bei einer Standardabweichung von 4,8), der Median lag bei 7. Das Maximum der Skalensummenpunkte erreichte einen Wert von 28.

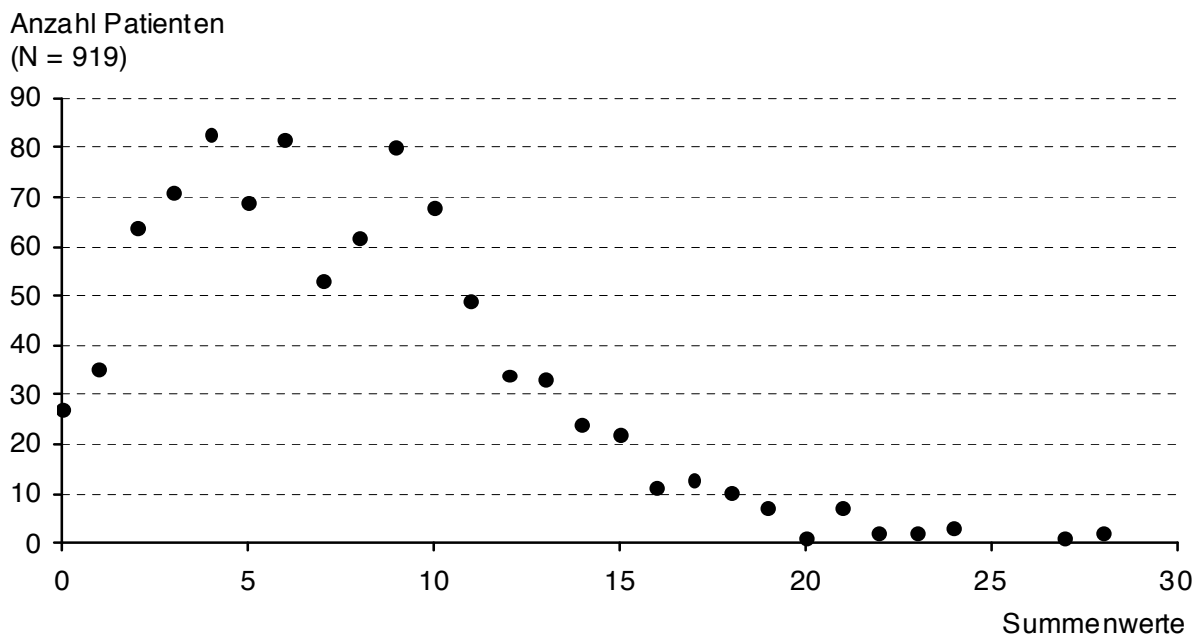


Abbildung 12: kontinuierliche Auswertung des PHQ (somatoforme Störung)

3.3.4. Überlappung psychischer Störungen

Insgesamt erfüllten 274 (27,1%) der 1011 Patienten die Kriterien mindestens einer psychischen Störung im PHQ. 159 (15,7%) Patienten hatten eine, 115 Patienten (11,4%) waren von mindestens 2 psychischen Störungen betroffen. Tabelle 9 stellt die verschiedenen Gruppen dar.

Tabelle 9: Überlappung der psychischen Syndrome

psychische Syndrome	n (%)
nur Depression	57 (5,6)
nur Panikstörung	8 (0,8)
nur andere Angststörung	11 (1,1)
nur somatoforme Störung	82 (8,1)
Depression + Panikstörung	5 (0,5)
Depression + andere Angststörung	15 (1,5)
Depression + somatoforme Störung	38 (3,8)
Panikstörung + somatoforme Störung	3 (0,3)
Panikstörung + andere Angststörung	1 (0,1)
somatoforme Störung + andere Angststörung	6 (0,6)
Depression + somatoforme Störung + Panikstörung	6 (0,6)
Depression + somatoforme Störung + andere Angststörung	14 (1,4)
Depression + Panikstörung + andere Angststörung	4 (0,4)
Depression + Panikstörung + somatoforme Störung	6 (0,6)
Depression+ somatoforme Störung + Panikstörung+ andere Angststörung	18 (1,8)
gesamt	274 (27,1)

Eine schematische Darstellung der Verhältnisse der PHQ-Syndrome ist in Abbildung 13 dargestellt. Dafür wurden die Syndrome einer Major Depression und Minor Depression zu einer Kategorie Depression, die Syndrome Panikstörung und andere Angststörungen zu einer Kategorie Angststörungen zusammengefasst. Die prozentualen Angaben beziehen sich auf die Gesamtheit der 1011 befragten Patienten. 10% der Patienten, die unter dem Syndrom einer Depression litten, wiesen im PHQ weitere psychische Komorbiditäten auf. Neben Angststörungen waren 7,7% aller Befragten auch von weiteren psychischen

Störungen betroffen. 9,1 % der Patienten litten neben dem Syndrom einer somatoformen Störung auch unter weiteren psychischen Störungen. 3,8% der befragten Patienten waren von allen genannten Störungen betroffen.

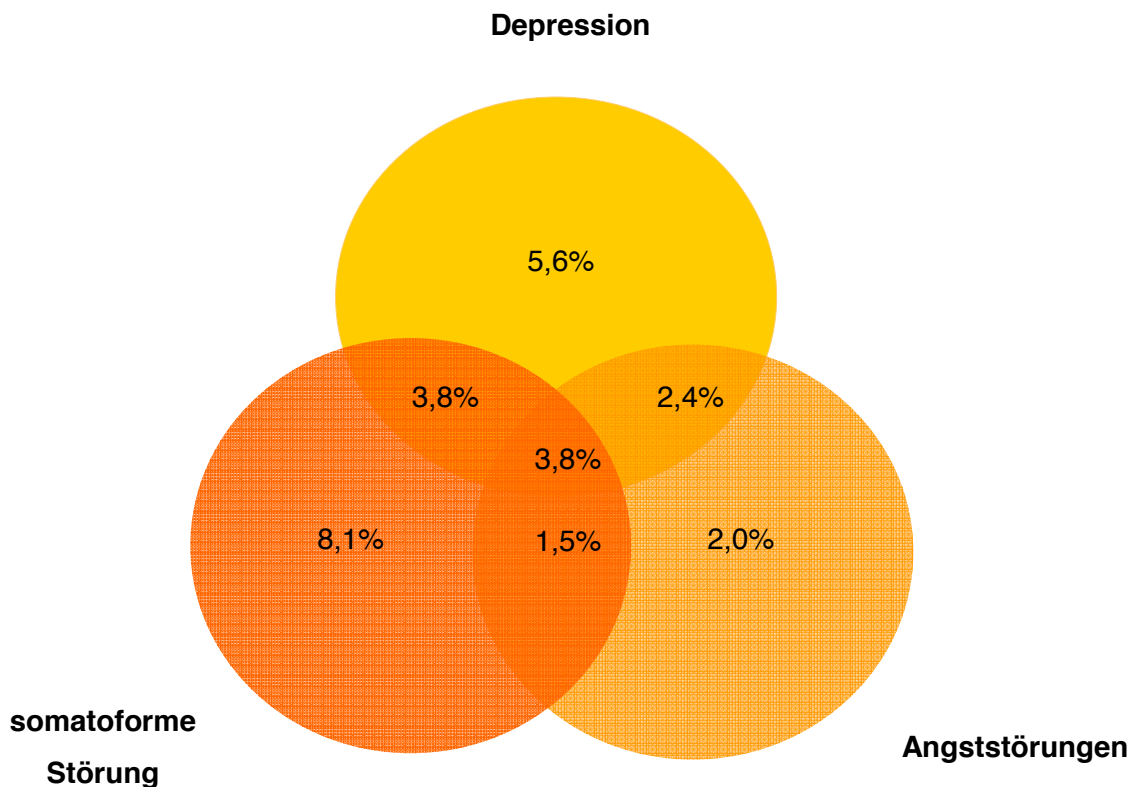


Abbildung 13: Überlappungen psychischer Störungen

(Depression beinhaltet Major Depression und Minor Depression, Angststörungen setzen sich aus Panikstörung und anderer Angststörung zusammen)

3.3.5. Charakteristiken von Patienten mit psychischer Komorbidität

Die Untersuchung der Eigenschaften von Patienten mit den PHQ-Diagnosen ist in Tabelle 10 dargestellt. Zunächst sind die Gesamtzahl der auswertbaren Bögen sowie der Anzahl und Anteil der Patienten mit einer psychischen Störung nach dem PHQ aufgezeigt.

Die Patienten, die an dem Syndrom einer Major Depression litten, waren mit 43,3 Jahren jünger als die Patienten ohne Major Depression (49,1 Jahre). Bei den anderen psychischen Störungen zeigten sich hinsichtlich des Alters keine signifikanten Unterschiede.

In allen Gruppen von Patienten mit psychischen Störungen war der Anteil an Frauen höher als in den Gruppen ohne die entsprechende psychische Störung. Signifikante Unterschiede zeigten sich jedoch nur bei der anderen Angststörung und dem somatoformen Syndrom. So waren von anderen Angststörungen zu 71% Frauen betroffen, in der Gruppe ohne diese Störung lag der Anteil an Frauen bei 56%. Bei Patienten mit einem somatoformen Syndrom lag der Frauenanteil mit 67% höher als bei Patienten ohne dieses Syndrom (57%).

Im Bereich der Schulbildung zeigte sich ein signifikanter Unterschied bei Patienten mit und ohne Minor Depression. 79% der Patienten mit einer Minor Depression hatten eine Schulbildung von maximal 10 Jahren. In der Gruppe ohne diese Störung war dieser Anteil mit 67% geringer.

Tabelle 10: Eigenschaften der Patienten mit PHQ Diagnosen

	Anzahl		Alter		Geschlecht (weiblich)		Schulbildung ≤ 10 Jahre	
	gesamt	Störung						
	n (%)	n (%)	MW	p	n (%)	p	n (%)	p
Major depression	978 (100)	86 (8,8)	43,80 (15,44)	0,016	45 (63,4)	0,385	47 (68,1)	1,000
Ø Major depression		892 (91,2)	49,07 (17,79)		525 (57,9)		593 (68,2)	
Minor depression	979 (100)	71 (7,3)	49,69 (17,35)	0,592	53 (61,6)	0,568	62 (78,5)	0,043
Ø Minor depression		908 (72,7)	48,61 (17,72)		518 (58,0)		579 (67,3)	
Panikstörung	995 (100)	51 (5,1)	47,22 (14,99)	0,448	36 (70,9)	0,081	37 (74,0)	0,437
Ø Panikstörung		944 (94,9)	49,15 (17,87)		547 (57,9)		614 (68,1)	
andere Angststörung	962 (100)	75 (7,8)	46,75 (14,69)	0,375	53 (70,7)	0,021	42 (58,3)	0,066
Ø andere Angststörung		887 (92,2)	48,63 (17,91)		504 (56,8)		589 (69,1)	
somatoformes Syndrom	954 (100)	173 (18,1)	48,98 (17,76)	0,681	116 (67,1)	0,013	125 (74,0)	0,083
Ø somatoformes Syndrom		781 (81,9)	48,16 (17,61)		442 (56,6)		502 (67,0)	

p-Werte bezogen auf Chi-quadrat test (Geschlecht und Schulbildung) und t-Test (Alter)

3.4. *Utilisierung*

3.4.1. **Arztkontakte**

Im Rahmen der Erfassung der jährlichen Arztkontakttrate wurden neben Arztkonsultationen im Rahmen der Sprechstunde auch das Abholen von Überweisungen oder Rezepten wie auch telefonische Beratungen durch den Hausarzt einbezogen. Nicht eingeschlossen wurden reine Dokumentationsmaßnahmen, die im EDV-System vermerkt waren, wie zum Beispiel das Einscannen von Arztbriefen. Bei 4 (0,4%) der 1011 Patienten konnten keine zuverlässigen Daten bezüglich der Arztbesuche erhoben werden. Es liegen Daten von 1007 Patienten (99,6%) vor. Abbildung 14 stellt die Arzt-Patienten Kontaktraten graphisch dar.

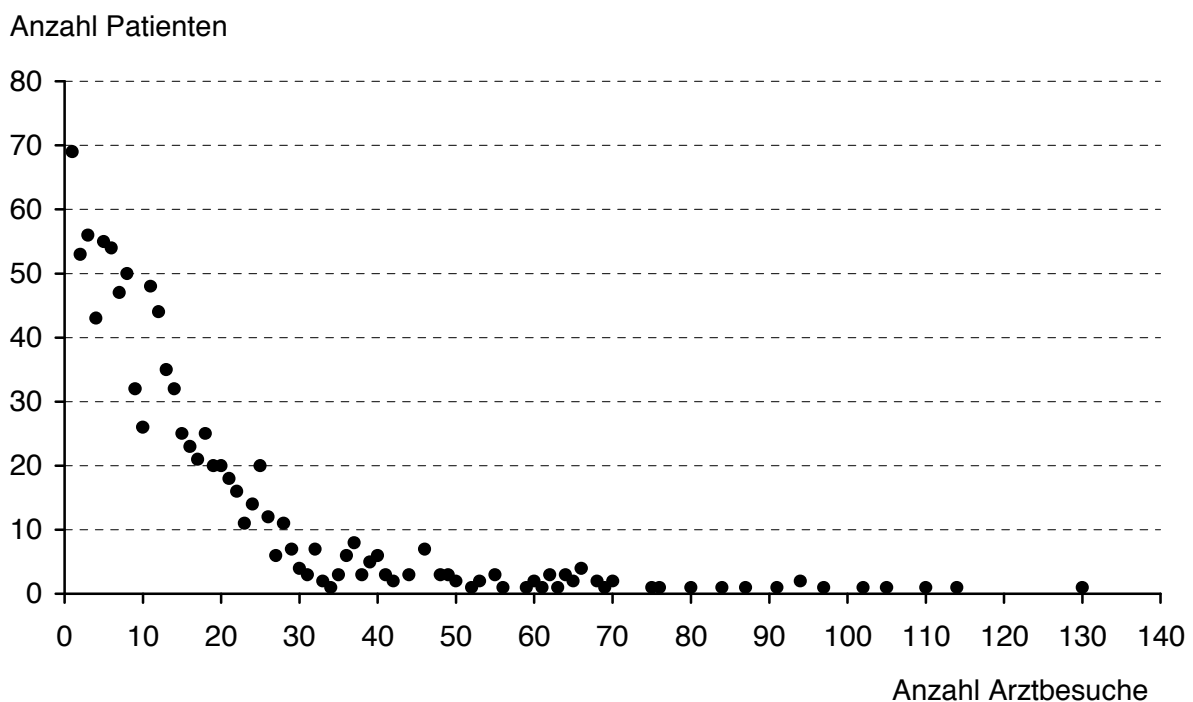


Abbildung 14: Arzt-Patienten Kontaktrate in den zurückliegenden 12 Monaten

Bei einem Minimum vom einem und dem Maximum von 130 Arzt-Patienten Kontakten, lag der Mittelwert bei 15,3 (mit einer Standardabweichung von 16,3) der Median bei 11 Praxisbesuchen im Jahr. Besonders häufige Arztbesuche zeigten sich insbesondere bei Patienten mit Suchterkrankungen bzw. Patienten im Methadonprogramm. Werden die sehr

hohen Kontaktraten (höchstens 5%) in der Analyse ausgeschlossen, so sinkt die durchschnittliche Anzahl an Arztbesuchen auf 12 pro Jahr.

3.4.2. Überweisungen

Überweisungshäufigkeiten wurden in zwei verschiedenen Kontexten untersucht. So wurde die Anzahl der Überweisungen, die am Tag der Befragung durch den Hausarzt ausgestellt wurden, dokumentiert. Darin eingeschlossen sind zum einen Überweisungen von Patienten, die nach ihrem Arztbesuch eine Überweisung erhalten haben, zum anderen auch Überweisungen von Patienten, die Ihre Überweisungen an der Anmeldung abholten, ohne den Arzt im Rahmen der Sprechstunde konsultiert zu haben. Die Dokumentation umfasst sowohl die Anzahl der Überweisungen, als auch die medizinische Fachrichtung, in die der Patient überwiesen wurde. Zudem wurde die Gesamtzahl an Überweisungen, die der Patient in den vorangegangenen 12 Monaten ausgestellt bekam, zahlenmäßig dokumentiert.

3.4.2.1. Überweisungen am Befragungstag

Am Tag der Befragung erhielten 205 (20,2%) der 1011 Patienten mindestens eine Überweisung. 799 (79,0%) Patienten erhielten keine Überweisung. Bei 7 (0,7%) Patienten fehlten diesbezügliche Angaben. Insgesamt wurden 261 Überweisungen ausgestellt. Die Anzahl der ausgestellten Überweisungen am Befragungstag ist in Tabelle 11 dargestellt.

Tabelle 11: Überweisungen am Befragungstag

Anzahl der Überweisungen	Anzahl der Patienten n (%)
0	799 (79,0)
1	160 (15,8)
2	38 (3,8)
3	5 (0,5)
5	2 (0,2)
gesamt	1004 (99,3)
fehlende Daten	7 (0,7)
gesamt	1011 (100)

In Tabelle 12 sind die medizinischen Fachrichtungen angegeben, in welche die Überweisungen ausgestellt wurden. Neben der Überweisungsrichtung ist auch die anschließende Einschätzung dieser Überweisungen in Bezug auf deren Sinnhaftigkeit durch die Hausärzte angegeben. Die Fachbereiche, in die Patienten überwiesen wurden, wurden zum Teil zusammengefasst, um eine bessere Übersicht zu ermöglichen.

Dem Fachbereich Innere Medizin wurden Überweisungen in die Kardiologie, Gastrologie, Pulmologie, Diabetologie, Endokrinologie, Rheumatologie, Angiologie, Toxikologie und Onkologie zugeordnet. Der Fachbereich Chirurgie inkludiert Überweisungen in die Handchirurgie sowie Gefäßchirurgie und Proktologie. Unter „Sonstige“ sind Überweisungen in die Allgemeinmedizin, Physikalische Medizin, zum D-Arzt oder in die Schmerztherapie, zusammengefasst.

Am häufigsten (15,3%) wurden die Patienten zu Fachärzten der Inneren Medizin überwiesen. 13,8% der Überweisungen wurden zum Gynäkologen ausgestellt, gefolgt von Überweisungen in die Orthopädie (12,6%). Überweisungen zu den Fachdisziplinen Dermatologie, Augenheilkunde und HNO schließen sich bezüglich der Häufigkeit an (mit entsprechend 10%, 7,7% und 7,3%).

Alle Überweisungen wurden noch am Befragungstag vom Hausarzt beurteilt. Dieser hatte die Möglichkeit, die Überweisung als „sinnvoll“ oder als „nicht sinnvoll“ einzuschätzen. 236 der Überweisungen wurden von den Ärzten als sinnvoll, 25 (9,6%) der 261 ausgestellten Überweisungen wurden von den Ärzten als „nicht sinnvoll“ eingeschätzt. Betrachtet man das Verhältnis der Anzahl der „nicht sinnvoll“ eingeschätzten Überweisungen zu der Gesamtzahl der Überweisungen pro Fachrichtung genauer, so wurden beispielsweise alle 36 (100%) Überweisungen an die Gynäkologie für sinnvoll gehalten. 15,2% der Überweisungen an die Orthopädie wurden von den Hausärzten als nicht sinnvoll eingeschätzt, wie auch 19,2% der Überweisungen an die Dermatologie. 10% der Überweisungen in die Augenheilkunde, 31,6% der Überweisungen in die HNO wurden als nicht sinnvoll beurteilt. Der Unterschied zwischen den Gruppen stellte sich signifikant dar ($p = 0,017$).

Tabelle 12: Überweisungen pro Fachrichtung und deren Einschätzung

Fachrichtungen	Anzahl (%)	sinnvoll (%)
Innere Medizin	40 (15,3)	37 (92,5)
Gynäkologie	36 (13,8)	36 (100)
Orthopädie	33 (12,6)	28 (84,8)
Dermatologie	26 (10)	21 (80,8)
Psychotherapie, Psychiatrie, Psychosomatik	21 (8,0)	21 (100)
Augenheilkunde	20 (7,7)	18 (90)
HNO	19 (7,3)	13 (68,4)
Neurologie	18 (6,9)	17 (94,4)
Chirurgie	17 (6,5)	16 (94,1)
Radiologie, Nuklearmedizin	16 (6,1)	16 (100)
Urologie	9 (3,4)	8 (88,9)
sonstige	6 (2,3)	5 (83,3)
gesamt	261 (100)	236 (100)

p-Wert bezogen auf χ^2 -Test; p = 0,017

3.4.2.2. Überweisungen in dem Zeitraum von 12 Monaten

Von fünf Patienten (0,5%) konnten keine genauen Angaben bezüglich der Überweisungsrate der letzten 12 Monate eingeholt werden, die Erfassung war bei 1006 Patienten (99,5%) möglich. 786 Patienten (78,1%) erhielten in diesem Zeitraum mindestens eine Überweisung von ihrem Hausarzt, 220 Patienten (21,9%) wurden keine Überweisungen ausgestellt (vgl. Abbildung 15).

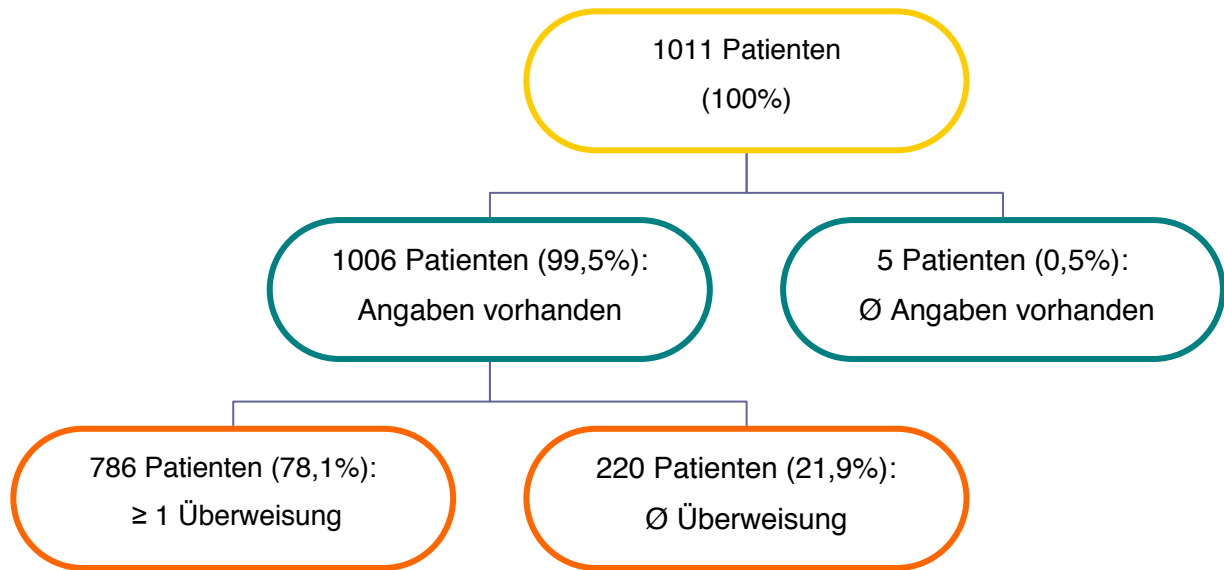


Abbildung 15: Überweisungen in den zurückliegenden 12 Monaten

Werden alle Überweisungen der 1006 Patienten zusammengezählt, so ergibt sich eine Gesamtzahl an 3788 Überweisungen. Das Minimum der ausgestellten Überweisungen lag bei null, das Maximum bei 30 ausgestellten Überweisungen innerhalb eines Zeitraums von zwölf Monaten. Der Mittelwert der ausgestellten Überweisungen betrug 3,8 (mit einer Standardabweichung von 4,2), der Median lag bei 3.

In Abbildung 16 ist die Häufigkeitsverteilung der ausgestellten Überweisungen dargestellt. Es gab einen hohen Anteil an Patienten, die zwischen 0 und 4 Überweisungen innerhalb der zurückliegenden 12 Monaten erhalten haben. Einige Patienten erhielten deutlich mehr Überweisungen. Insgesamt wurden mehr als die Hälfte (55,7%) aller 3788 Überweisungen an 171 Patienten (16,9%) ausgestellt.

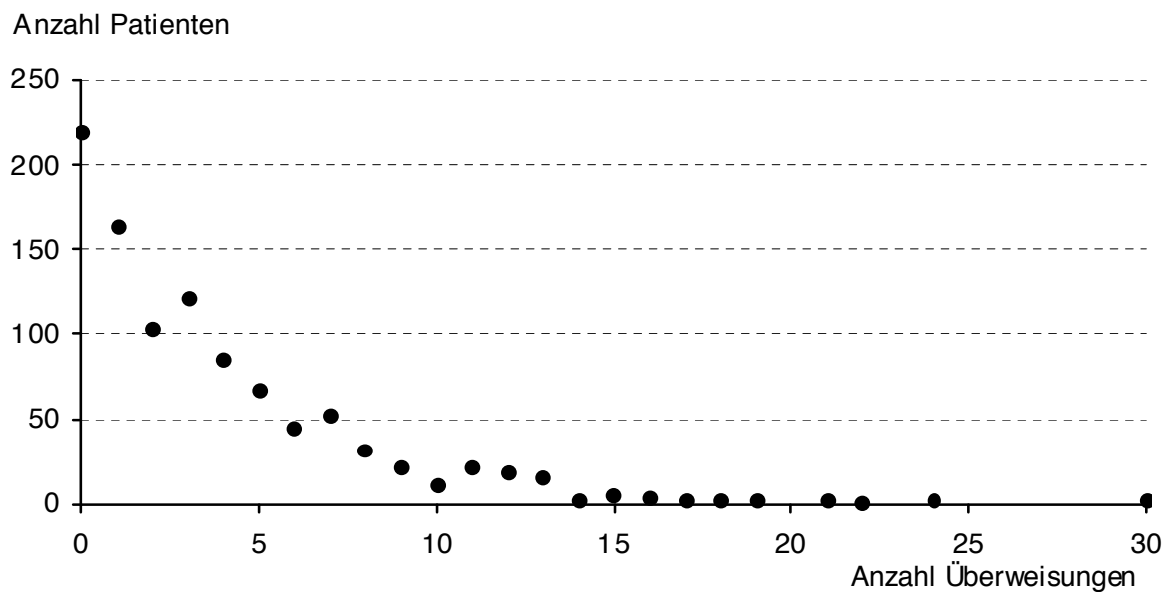


Abbildung 16: Verteilung der Anzahl ausgestellter Überweisungen

3.4.3. Arbeitsunfähigkeit

Insgesamt konnten die Tage in Arbeitsunfähigkeit von 934 der 1011 Patienten EDV-gestützt recherchiert werden. Bei 77 Patienten war eine Erhebung dieser Daten nicht möglich. 349 der Patienten waren mindestens einen Tag innerhalb der zurückliegenden 12 Monate im Krankenstand. Das Minimum der Verschreibungsdauer lag bei einem, das Maximum bei 365 Tagen. Der Mittelwert bei Krankschreibung lag bei 20 Tagen (mit einer Standardabweichung von 34,3). Der Median lag bei 10 Krankentagen. Werden alle 1011 Patienten einbezogen, so liegt die durchschnittliche Arbeitsunfähigkeitsdauer bei 7,5 Tagen. Eine genaue Aufzeichnung der jährlichen Krankentage aller Patienten zeigt Tabelle 22 im Anhang.

In folgender Abbildung 17 ist die Dauer der Arbeitsunfähigkeitszeiten in Gruppierungen dargestellt. Einbezogen wurden alle Patienten, die (im zurückliegenden Jahr) mindestens einen Tag arbeitsunfähig waren (n=349).

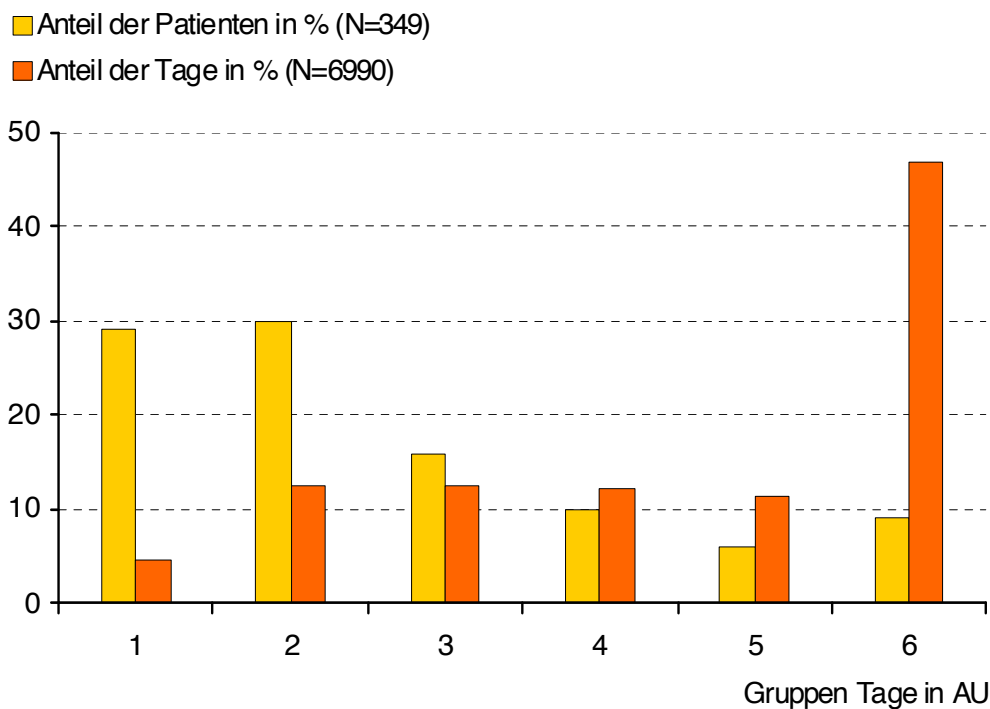


Abbildung 17: Dauer der Arbeitsunfähigkeit; Anteil der Patienten pro Gruppe in % bei einer Gesamtheit von 349 Patienten; Anteil an summierten Tagen in Arbeitsunfähigkeit pro Gruppe in %, bei einer Gesamtheit von 6990 Tagen

Gruppe 1: beinhaltet 1-5 Tage in AU

Gruppe 2: beinhaltet 6-12 Tage in AU

Gruppe 3: beinhaltet 13-20 Tage in AU

Gruppe 4: beinhaltet 21-30 Tage in AU

Gruppe 5: beinhaltet 31-45 Tage in AU

Gruppe 6: beinhaltet > 45 Tage in AU

Dargestellt sind zum einen die prozentualen Anteile an Patienten (N=349), die die jeweiligen Arbeitsunfähigkeitszeiten pro Jahr (Gruppierungen) ausmachen. Zum anderen sind die prozentualen Anteile an Tagen in Arbeitsunfähigkeit an der Gesamtheit aller Arbeitsunfähigkeitstage (N=6990) pro Gruppe aufgezeigt.

Es zeigte sich, dass ein großer Anteil der Patienten (59%) den Gruppen 1 und 2 angehörte, also zwischen 1 und 12 Tagen innerhalb der vergangenen zwölf Monate arbeitsunfähig war. Der Anteil der Arbeitsunfähigkeitszeiten dieser Gruppen war deutlich geringer. Bei eingehender Analyse zeigt sich, dass 9% der Patienten lange Arbeitsunfähigkeitszeiten von

über 45 Tagen im Jahr in Anspruch nahmen. Damit bedingten diese 45% aller Arbeitsunfähigkeitszeiten.

3.5. Zusammenhänge von Beratungsanlässen, Dauerdiagnosen und psychischer Komorbidität

3.5.1. Zusammenhang von Beratungsanlässen und psychischer Komorbidität

Untersucht man die insgesamt 1308 Beratungsanlässe auf das Vorliegen von psychischen Störungen im PHQ, so zeigten sich je nach Beratungsanlass große Unterschiede. In Tabelle 13 sind die Zusammenhänge der Beratungsanlässe mit den Ergebnissen der PHQ-Fragebögen dargestellt. Die Einteilung der Beratungsanlässe erfolgte mit Hilfe der ICD-10-Klassifikation. Es zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen psychologisch eingestuften Beratungsanlässen durch den Hausarzt und psychischer Komorbidität nach Ergebnissen im PHQ. Dabei ergaben die Mittelwerte der Summenskalen für den Bereich Depression 9,0 (OR: 3,4) und für die somatoforme Störung 9,9 (OR: 1,7) Skaleneinheiten. Die Angststörung lieferte einen Mittelwert der Summenskaleneinheiten von 5,8 (OR: 4,9) und die Panikstörung einen Mittelwert von 3,1 (OR: 4,3). Des Weiteren ergaben sich signifikante Zusammenhänge zwischen Erkrankungen des Verdauungssystems bzw. neurologischen Erkrankungen und erhöhten Summenskalenwerten im Bereich einer Somatisierungsskala (MW: 9,9 bei OR: 3,2 bzw. MW: 9,8 bei OR: 2,4). Das Vorliegen einer Angststörung korrelierte am stärksten mit sozialen Problemen, die Anlass der hausärztlichen Beratung waren. Dabei ergab sich ein Mittelwert der Angstskala von 8,0 Punkten (OR: 24,3).

Tabelle 13: Zusammenhang von Beratungsanlässen und psychischer Komorbidität (1)

Beratungsanlässe aus Sicht des Arztes	Depression			Somatisierungsstörung		
	n (%)	MW (SD)	OR (95%CI)	n (%)	MW (SD)	OR (95%CI)
Bewegungsapparat	229 (23,4)	5,13 (4,59)	0,97 (0,65-1,46)	218 (23,2)	7,01 (4,48)	0,80 (0,53-1,20)
Prozeduren	144 (14,7)	4,96 (4,91)	0,57 (0,32-1,00)	141 (15,0)	6,49 (4,51)	0,85 (0,52-1,37)
Atmungsorgane	135 (13,8)	5,26 (3,82)	1,09 (0,67-1,77)	130 (13,8)	7,69 (4,59)	0,64 (0,37-1,09)
Kreislauf	140 (14,3)	4,69 (4,04)	0,74 (0,43-1,25)	130 (13,8)	7,05 (4,42)	0,88 (0,54-1,44)
psychologisch	131 (13,4)	8,96 (6,02)	3,44 (2,28-5,19)	130 (13,8)	9,91 (5,22)	1,66 (1,08-2,57)
Verdauungssystem	94 (9,6)	6,39 (5,52)	1,08 (0,61-1,90)	93 (9,9)	9,86 (4,95)	3,22 (2,04-5,06)
allgemein, unspezifisch	73 (7,5)	6,62 (5,02)	1,15 (0,61-2,14)	71 (7,6)	8,40 (4,86)	1,32 (0,74-2,36)
endokrine, metabolische Erkrankung	63 (6,4)	5,24 (4,60)	0,75 (0,35-1,60)	61 (6,5)	7,03 (4,49)	0,77 (0,37-1,59)
neurologisch	52 (5,3)	6,59 (5,85)	1,44 (0,72-2,86)	51 (5,4)	9,76 (5,41)	2,39 (1,31-4,39)
Haut	50 (5,1)	5,18 (4,51)	0,75 (0,35-1,60)	47 (5,0)	7,07 (5,25)	0,90 (0,41-1,96)
urologisch	20 (2,0)	4,00 (2,56)	0,00 (0,00-1,00)	20 (2,1)	6,77 (4,44)	1,52 (0,55-4,24)
Weibliches Genitale, Brust	16 (1,6)	6,31 (3,84)	2,43 (0,83-7,08)	15 (1,6)	9,42 (5,33)	2,30 (0,78-6,80)
Auge	12 (1,2)	4,95 (3,14)	0,00 (0,00-1,00)	11 (1,2)	6,62 (4,02)	1,51 (0,41-5,65)
Ohr	10 (1,0)	3,30 (2,54)	0,00(0,00-1,00)	11 (1,2)	5,13 (4,51)	0,45 (0,06-3,53)
Blut, Immunsystem	9 (0,9)	6,67 (2,65)	0,00 (0,00-1,00)	8 (0,9)	5,78 (4,00)	0,56 (0,07-4,52)
Schwangerschaft, Geburt	5 (0,5)	6,00 (5,79)	3,52 (0,58-21,26)	5 (0,5)	9,53 (8,02)	3,03 (0,50-18,29)
Männliches Genitale	3 (0,3)	8,00 (2,65)	2,63 (0,24-29,16)	3 (0,3)	8,79 (0,38)	0,00 (0,00-1,00)
soziale Probleme	3 (0,3)	11,67 (12,42)	2,63 (0,24-29,16)	3 (0,3)	13,81 (9,12)	2,27 (0,20-25,12)

p-Werte bezogen auf binär logistische Regression, kontrolliert für Alter, Geschlecht und Schulbildung;

abhängige Variable: Beratungsanlass; unabhängige Variable: kategoriale PHQ-Diagnose; Odds Ratio bezieht sich auf kategoriale PHQ-Auswertung;

Tabelle 14: Zusammenhang von Beratungsanlässen und psychischer Komorbidität (2)

Beratungsanlässe aus Sicht des Arztes	Angststörung			Panikstörung		
	n (%)	MW (SD)	OR (95%CI)	n (%)	MW (SD)	OR (95%CI)
Bewegungsapparat	222 (23,1)	3,01 (3,72)	0,75 (0,41-1,37)	232(23,3)	0,95 (2,82)	0,79 (0,39-1,61)
Prozeduren	147 (15,3)	2,84 (3,58)	0,64 (0,30-1,37)	154 (15,5)	1,00 (3,20)	1,18 (0,56-2,48)
Atmungsorgane	135 (14,4)	2,80 (3,53)	0,33 (0,12-0,91)	136 (13,7)	0,68 (2,36)	0,25 (0,06-1,03)
Kreislauf	136 (14,1)	3,20 (3,37)	0,51 (0,22-1,19)	144 (14,5)	1,07 (3,07)	1,11 (0,51-2,40)
psychologisch	130 (13,5)	5,81 (4,00)	4,91 (2,95-8,16)	133 (13,4)	3,09 (4,63)	4,32 (2,37-7,88)
Verdauungssystem	93 (9,7)	3,79 (4,16)	1,30 (0,63-2,71)	94 (9,4)	1,16 (3,13)	1,04 (0,40-2,70)
allgemein, unspezifisch	74 (7,7)	3,41 (3,97)	1,05 (0,44-2,50)	74 (7,4)	1,68 (3,84)	1,38 (0,53-3,58)
endokrine, metabolische Erkrankung	64 (6,7)	3,68 (3,72)	0,56 (0,17-1,84)	67 (6,7)	0,8 (2,81)	0,86 (0,26-2,84)
neurologisch	51 (5,3)	4,13 (4,03)	1,01 (0,35-2,88)	52 (5,2)	1,47 (3,69)	1,59 (0,55-4,59)
Haut	46 (4,8)	3,20 (3,59)	1,13 (0,40-3,25)	50 (5,0)	1,42 (3,41)	1,19 (0,36-3,97)
urologisch	20 (2,1)	2,60 (3,55)	0,62 (0,08-4,68)	20 (2,0)	0,20 (0,89)	0,00 (0,00-1,00)
Weibliches Genitale, Brust	14 (1,5)	4,07 (4,75)	2,00 (0,44-9,10)	16 (1,6)	1,44 (3,14)	1,24 (0,16-9,57)
Auge	12 (1,2)	2,42 (3,00)	0,00 (0,00-1,00)	12 (1,2)	0,00 (0,00)	0,00 (0,00-1,00)
Ohr	11 (1,1)	1,45 (2,66)	0,00 (0,00-1,00)	11 (1,1)	0,00 (0,00)	0,00 (0,00-1,00)
Blut, Immunsystem	8 (0,8)	3,25 (4,53)	1,70 (0,21-14,00)	9 (0,9)	0,71 (2,14)	0,00 (0,00-1,00)
Schwangerschaft, Geburt	5 (0,5)	5,00 (5,29)	2,98 (0,33-27,03)	5 (0,5)	1,40 (3,13)	0,00 (0,00-1,00)
Männliches Genitale	3 (0,3)	5,00 (1,00)	0,00 (0,00-1,00)	3 (0,3)	0,67 (1,15)	0,00 (0,00-1,00)
soziale Probleme	3 (0,3)	8,00 (5,00)	24,27 (2,18-270,89)	3 (0,3)	3,33 (5,77)	9,42 (0,84-105,65)

p-Werte bezogen auf binär logistische Regression, kontrolliert für Alter, Geschlecht und Schulbildung

abhängige Variable: Beratungsanlass; unabhängige Variable: kategoriale PHQ-Diagnose; Odds Ratio bezieht sich auf kategoriale PHQ-Auswertung;

Tabelle 15 zeigt die Häufigkeiten der einzelnen Beratungsanlässe mit und ohne das Vorliegen einer psychischen Störung (kategoriale Auswertung des PHQ), sowie den prozentualen Anteil von Patienten mit psychischen Störungen innerhalb der Kategorie eines Beratungsanlasses. Insgesamt konnten 1228 Beratungsanlässe auf das Vorliegen einer psychischen Störung untersucht werden. Bei 31,6% der Beratungsanlässe war die Kategorie mindestens einer psychischen Störung erfüllt.

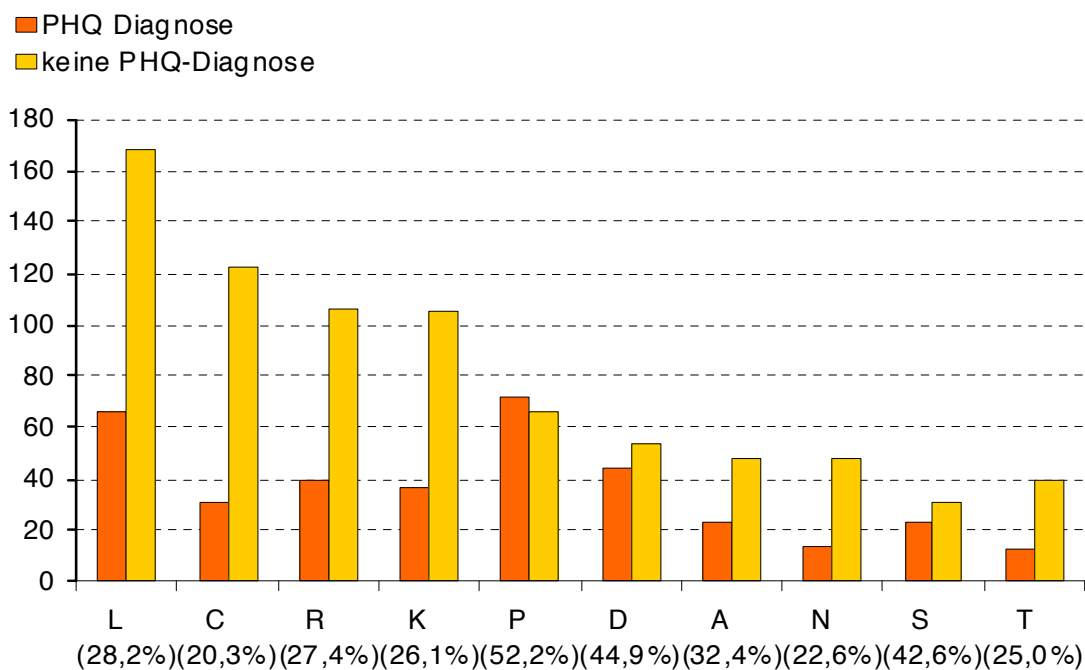
Tabelle 15: Psychische Störungen innerhalb der Beratungsanlässe

Beratungsanlässe aus Sicht des Arztes	gesamt (n%)	PHQ - Diagnose n (%)
Bewegungsapparat	234 (19,1)	66 (28,2)
Prozeduren	153 (12,5)	31 (20,3)
Atmungsorgane	146 (11,9)	40 (27,4)
Kreislauf	142 (11,6)	37 (26,1)
psychologisch	138 (11,2)	72 (52,2)
Verdauungssystem	98 (8,0)	44 (44,9)
allgemein, unspezifisch	71 (5,8)	23 (32,4)
endokrine, metabolische Erkrankung	62 (5,0)	14 (22,6)
neurologisch	54 (4,4)	23 (42,6)
Haut	52 (4,2)	13 (25,0)
urologisch	20 (1,6)	6 (30,0)
Weibliches Genitale, Brust	16 (1,3)	7 (43,8)
Auge	12 (1,0)	3 (25,0)
Ohr	10 (0,8)	1 (10,0)
Blut, Immunsystem	9 (0,7)	2 (22,2)
Schwangerschaft, Geburt	5 (0,4)	3 (60,0)
Männliches Genitale	3 (0,2)	1 (33,3)
soziale Probleme	3 (0,2)	2 (66,7)
gesamt	1228 (100)	388 (31,6)

Anteile der Beratungsanlässe mit dem Vorliegen einer psychischen Störung (kategoriale Auswertung des PHQ); Psychische Störungen inkludieren Depression, Panikstörung, andere Angststörung und somatoforme Störung; Berechnung der p-Werte mit χ^2 -Test

Das Vorliegen psychischer Störungen innerhalb der verschiedenen Beratungsanlässe ist in Abbildung 18 graphisch dargestellt. Dabei werden ausschließlich Beratungsanlässe, die häufiger als 50 Mal auftraten, betrachtet. Patienten der Kategorien einzelner Beratungsanlässe sind hier aufgeteilt in Patienten mit und ohne psychische Störungen.

Es zeigt sich, dass bei psychischen Beratungsanlässen auch die Kategorie mindestens einer psychischen Erkrankung im PHQ in 52,2% erfüllt war. Es folgen Beschwerden des Verdauungssystems (weisen zu 44,9% PHQ-Diagnosen auf), sowie neurologische Beschwerden (weisen zu 42,6% PHQ-Diagnosen auf). Patienten mit prozeduralen Beratungsanlässen, wiesen in 20,3% psychische Störungen im PHQ auf.



- | | |
|---------------------|----------------------|
| L: Bewegungsapparat | D: Verdauungssystem |
| C: Prozeduren | A: Allgemeinsymptome |
| R: Atmungsorgane | T: endokrinologisch |
| K: Kreislauf | N: neurologisch |
| P: psychologisch | S: Haut |

Abbildung 18: Psychische Syndrome innerhalb verschiedener Beratungsanlasskategorien (Kodierung analog der ICPC-2 Einteilung; Darstellung nach Häufigkeit)

3.5.2. Zusammenhang von Dauerdiagnosen und psychischer Komorbidität

Um einen Zusammenhang von dokumentierten Dauerdiagnosen mit psychischer Komorbidität darstellen zu können, wurden die Patienten in vier Gruppen unterteilt. In der ersten Gruppe befinden sich die Patienten, bei denen keine Dauerdiagnosen vom Hausarzt dokumentiert waren. Der zweiten Gruppe wurden diejenigen Patienten zugerechnet, bei denen mindestens eine psychische, jedoch keine somatische Dauerdiagnose vorlag. Eine weitere Kategorie bilden die Patienten, bei denen ausschließlich somatische Dauerdiagnosen dokumentiert waren. Die Patienten der letzten Kategorie hatten sowohl psychische, als auch somatische Dauerdiagnosen.

Die Tabelle 16 und Tabelle 17 beschreiben diese Gruppen im Hinblick auf die Geschlechterverteilung, Alter, Schulbildung, Anzahl von Arztbesuchen, Überweisungshäufigkeiten sowie Tagen in Arbeitsunfähigkeit. Insgesamt konnten diesbezügliche Daten von 1005 Patienten gewonnen werden, von 6 Patienten fehlten diese Angaben.

59% aller Patienten waren weiblich. Geringer waren die Frauenanteile in den Gruppen der Patienten, die ausschließlich psychische Dauerdiagnosen (51%) aufwiesen und den Patienten ohne dokumentierte chronische Erkrankungen (52%). Am höchsten war der Anteil an Frauen in der Gruppe der Patienten, die sowohl von chronischen somatischen als auch von chronischen psychischen Erkrankungen betroffen waren (67%).

Es zeigte sich außerdem, dass Patienten ohne dokumentierte Dauerdiagnosen im Mittel deutlich jünger waren (34 Jahre) als der Altersdurchschnitt (49 Jahre). Die Patienten mit ausschließlich psychischen dokumentierten Erkrankungen waren mit durchschnittlich 39 Jahren ebenfalls jünger. Die Patienten, bei denen ausschließlich somatische, oder somatische und psychische Dauerdiagnosen dokumentiert waren, waren etwas älter als der Altersdurchschnitt (jeweils 53 Jahre).

Hinsichtlich der Schulbildung zeigten sich ebenfalls einige Unterschiede zwischen den Gruppen. Im Durchschnitt hatten 66 % der Patienten eine Schulbildung von höchstens zehn Jahren. Der Anteil an Personen mit geringer Schulbildung war in der Gruppe der Patienten, die ausschließlich psychische, bzw. psychische und auch somatische chronische Leiden aufwiesen, höher (73% bzw. 74%). Im Vergleich dazu war eine geringe Schulbildung bei Patienten, bei denen gar keine Dauerdiagnosen vermerkt waren, seltener vorhanden (49%).

Die hausärztliche Kontaktrate stellte sich bei den Patienten mit psychischen Dauerdiagnosen (24/Jahr), bzw. psychischen und somatischen Dauerdiagnosen (25/Jahr) deutlich über dem Durchschnitt aller Patienten (15/Jahr) dar. Patienten mit ausschließlich somatischen

Erkrankungen suchten ihren Hausarzt 14-mal (im Jahr) auf, Patienten ohne dokumentierte Dauerdiagnosen hingegen nur viermal.

Die durchschnittliche Überweisungsrate aller Patienten lag bei 3,8 Überweisungen pro Jahr. Am höchsten lag die Überweisungsrate in der Gruppe der Patienten, die sowohl psychische, als auch körperliche Dauerdiagnosen hatten (5,3/Jahr). Deutlich weniger Überweisungen erhielten die Patienten, bei denen keine Dauerdiagnosen vorlagen (1,1).

Im Bereich der Arbeitsunfähigkeit wies die Patientengruppe, bei der sowohl chronisch somatische, als auch psychische Erkrankungen vorlagen, die höchsten durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeitszeiten vor. Diese lagen mit 12 Tagen im Jahr über dem Mittelwert von 8 Tagen aller Patienten. Die geringsten Fehlzeiten hatte die Gruppe der Patienten, bei der keine chronischen Erkrankungen dokumentiert waren (4/Jahr).

Die Unterschiede zwischen den Patientengruppen stellten sich in allen genannten Bereichen signifikant dar.

Tabelle 16: Dauerdiagnosen hinsichtlich soziodemographischer Patientencharakteristika

	Häufigkeit n (%)	Geschlecht (weiblich) n (%)	Alter MW (SD)	Schulbildung (≤ 10 Jahre) n (%)
keine	159 (15,8)	83 (52,2)	33,5 (12,3)	78 (49,1)
≥1 psychische DD	35 (3,5)	18 (51,4)	38,6 (9,8)	26 (73,4)
≥ 1 somatische DD	562 (55,9)	321 (57,2)	52,9 (17,5)	372 (66,2)
≥ 1 psy. & ≥ somat. DD	249(24,8)	166 (66,7)	52,7 (15,7)	183 (73,5)
Alle Patienten	1005 (100)	588 (58,5)	49,3 (17,7)	659 (65,6)
p-Wert		0,004	< 0,001	< 0,001

p-Wert bezogen auf Varianzanalyse (Alter) und Chi-Quadrat-Test (Geschlecht, Schulbildung)

Tabelle 17: Utilisierungsparameter in Berücksichtigung dokumentierter Dauerdiagnosen

Dauerdiagnosen	Arztbesuche	Überweisungen	Arbeitsunfähigkeit
	MW (SD)	MW (SD)	MW (SD)
keine	4,4 (4,1)	1,1 (2,0)	4,4 (7,8)
≥ 1 psychische	23,9 (27,4)	2,5 (2,4)	8,1 (11,4)
≥ 1 somatische	13,6 (10,6)	3,9 (4,0)	6,4 (23,1)
≥ 1 psychische & ≥ 1 somatische	24,6 (22,8)	5,3 (5,0)	11,6 (29,0)
alle Patienten	15,3 (16,3)	3,8 (4,2)	7,5 (23,1)
p-Wert	< 0,001	< 0,001	< 0,001

p-Werte bezogen auf Kruskal-Wallis-Test (alle Utilisierungsparameter beziehen sich auf den Zeitraum der vergangenen zwölf Monate; einbezogen im Bereich der Arbeitsunfähigkeit wurden alle Patienten unabhängig davon, ob sie mindestens eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erhalten haben)

Der Zusammenhang psychischer Erkrankungen (Ergebnisse des PHQ) mit den vom Hausarzt dokumentierten Dauerdiagnosen ist in Tabelle 18 dargestellt. Es zeigt sich, dass Patienten ohne dokumentierte Dauerdiagnosen im Vergleich zu den anderen Gruppen die niedrigsten PHQ-Summenskalenwerte in allen Bereichen (Depression, Angst, Panik, Somatisierung) aufwiesen. Die Gruppe der Patienten mit ausschließlich somatischen Dauerdiagnosen hatte nur gering höhere PHQ-Summenskalenwerte als die Patientengruppe ohne dokumentierte Dauerdiagnosen. Diese Werte waren jedoch noch deutlich geringer als bei Patienten mit psychischen chronischen Erkrankungen. Am höchsten waren die Summenskalenwerte der Patienten, bei denen der Hausarzt ausschließlich psychische Dauerdiagnosen dokumentiert hatte. Die Werte der Patienten, die sowohl somatische als auch psychische chronische Erkrankungen hatten, lagen zwischen der Gruppe der Patienten mit ausschließlich chronischen psychischen Erkrankungen und der Patientengruppe mit ausschließlich somatischen Dauerdiagnosen.

Tabelle 18: Zusammenhang der Skalen des PHQ mit den Dauerdiagnosen der Patienten

Skalen des PHQ	Depression		andere Angststörung		Panikstörung		somatoformes Syndrom	
	n (%)	MW (SD)	n (%)	MW (SD)	n (%)	MW (SD)	n (%)	MW (SD)
Dauerdiagnosen								
Keine	13 (8,38)	4,57 (4,03)	7 (9,46)	2,45 (3,25)	3 (5,89)	0,61 (2,29)	17 (9,88)	6,54 (4,20)
≥ 1 psychische	12 (7,74)	11,21 (7,03)	9 (12,16)	7,00 (4,40)	8 (15,69)	4,79 (5,32)	12 (6,98)	10,99 (5,58)
≥ 1 somatische	67 (43,23)	4,77 (4,15)	16 (21,26)	2,69 (3,46)	15 (29,41)	0,77 (2,59)	80 (46,51)	7,02 (4,49)
≥ 1 psych. & ≥ 1 somatische	63 (40,65)	7,48 (5,39)	42 (56,76)	5,00 (4,15)	25 (49,02)	2,25 (4,19)	63 (36,62)	9,24 (5,11)
Alle Patienten	155 (100)	5,61 (4,83)	74 (100)	3,36 (3,83)	51 (100)	1,23 (3,25)	172 (100)	7,61 (4,79)
p Wert		<0,001		<0,001		<0,001		<0,001

p-Werte bezogen auf Kruskal-Wallis-Test;

Mögliche Summenskalen: Depression (0-27), Angststörung (0-14), Panikstörung (0-16), Somatisierung (0-30)

3.6. Prädiktoren der erhöhten Inanspruchnahme

Im Folgenden wurden Faktoren untersucht, die möglicherweise ein erhöhtes Risiko für eine vermehrte Utilisierung von Gesundheitsleistungen darstellen. Diese erhöhte Inanspruchnahme wurde definiert als ein jährlicher Arzt-Patientenkontakt von mehr als elf Arztbesuchen, mehr als drei Überweisungen sowie mehr als zehn Arbeitsunfähigkeitstage in den vergangenen zwölf Monaten. Diese Dichotomisierung der abhängigen Variablen orientierte sich dabei an dem jeweiligen Median.

Um Korrelationen der Faktoren Geschlecht, Alter, Schulbildung, chronische psychische und somatische Erkrankungen mit den Utilisierungsparametern zu untersuchen, wurde zunächst eine bivariate Korrelationsanalyse durchgeführt (Tabelle 19). Hierbei zeigen sich signifikante Zusammenhänge zwischen häufigen Arztbesuchen und geringer Schulbildung, sowie psychischen und somatischen chronischen Erkrankungen. Häufige Überweisungen korrelierten positiv mit weiblichem Geschlecht, geringer Schulbildung und chronischen psychischen Erkrankungen. Besonders starke Effekte zeigten sich hier mit zunehmendem Patientenalter und der Anzahl somatischer Dauerdiagnosen. Zusammenhänge bestanden

ebenso zwischen längeren Arbeitsunfähigkeitszeiten und geringer Schulbildung wie auch mit psychischen chronischen Erkrankungen.

Tabelle 19: Korrelation verschiedener Faktoren mit einer erhöhten Utilisierung

	Arztbesuche > 11 pro Jahr	Überweisungen > 3 pro Jahr	Arbeitsunfähigkeit > 10 pro Jahr
Alter	0,218**	0,306**	0,017
Geschlecht (weiblich)	0,045	-0,125**	-0,023
Schulbildung (\leq 10 Jahre)	0,223**	0,088**	0,108*
psychische Erkrankungen	0,296**	0,136**	0,115**
somatische Erkrankungen	0,300**	0,319**	-0,075*

Psychische und somatische Erkrankungen beziehen sich auf dokumentierte Dauerdiagnosen. Berechnung durch bivariate Korrelationsanalyse, Arbeitsunfähigkeit inkludiert Patienten \leq 65 Jahre;

* die Korrelationsanalyse ist auf dem Niveau von 0,05 signifikant

** die Korrelationsanalyse ist auf dem Niveau von 0,01 signifikant

Der Einfluss des Patientenalters auf die Inanspruchnahmeparameter ist in Abbildung 19 graphisch dargestellt. Dabei wurden die Patienten zu verschiedenen Altersgruppen zusammengefasst. Es zeigte sich im Bereich der Arztbesuche eine stark mit dem Alter zunehmende Inanspruchnahme, mit einer durchschnittlichen Arztkontaktrate von 10 pro Jahr in der jüngsten untersuchten Altersgruppe, bis hin zu im 25 Arztbesuchen in der Gruppe der Patienten über 75 Jahre. Auch die Überweisungshäufigkeiten steigerten sich von durchschnittlich zwei Überweisungen in der Gruppe der unter 26jährigen bis hin zu 6 Überweisungen bei Patienten über 65 Jahren. Die Arbeitsunfähigkeit war in der Altersgruppe von 46– 55 Jahren am höchsten.

Inanspruchnahme < 12 Monate

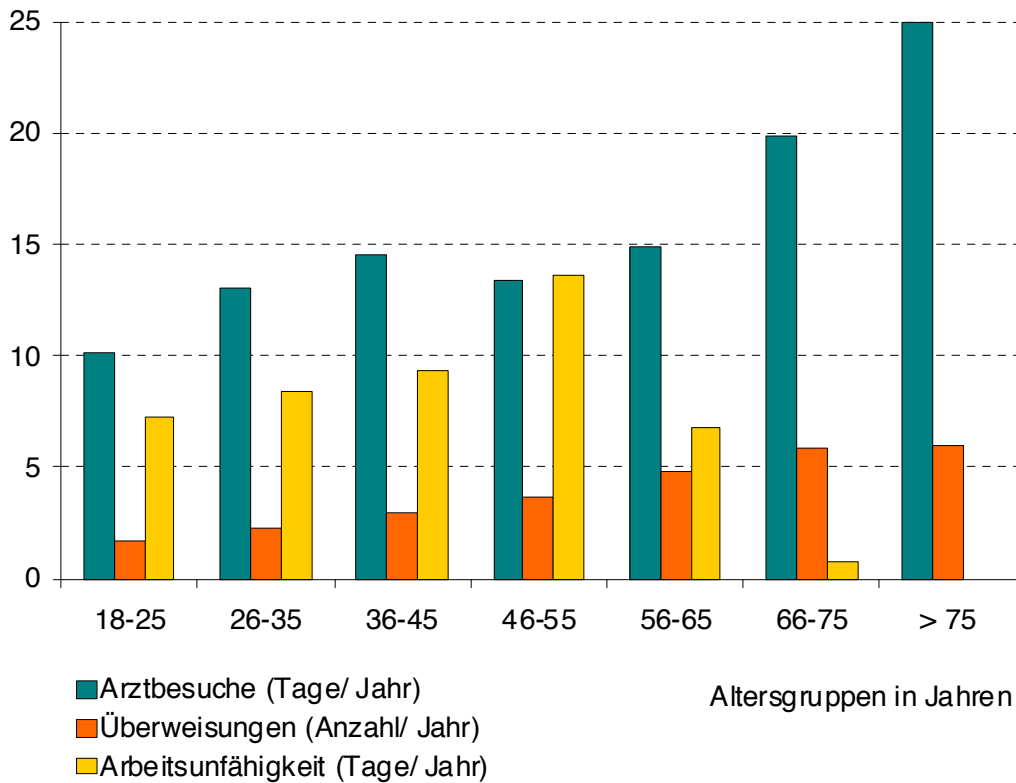


Abbildung 19: Utilisierungsparameter in verschiedenen Altersgruppen;

Die Höhe der Balken zeigt die Mittelwerte der Utilisierungsparameter in den verschiedenen Altersgruppen

Die Berechnung der Stärke der Einflussfaktoren auf die Utilisierung erfolgte mit Hilfe einer binären Regressionsanalyse und wird durch die jeweilige Odds Ratio (OR) ausgedrückt. Sämtliche abhängigen Variablen wurden hierfür ebenfalls dichotomisiert. Neben den Kategorien Alter, Geschlecht und Schulbildung wurden die Kategorien „mindestens eine psychische Dauerdiagnose“ und „mindestens vier somatische Diagnosen“ gebildet. Auch hier wurde eine Dichotomisierung dieser Variablen anhand des Medians durchgeführt. Die Ergebnisse sind in Tabelle 20 dargestellt. Es zeigten sich geschlechtsspezifische Einflüsse auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. So bestand eine Assoziation von weiblichem Geschlecht mit einer erhöhter Anzahl an Überweisungen (OR = 1,5) sowie weniger Tagen in Arbeitsunfähigkeit (OR = 0,7). Der Einfluss des Patientenalters auf die Anzahl der Arztbesuche und Überweisungen, wird in beiden Fällen durch eine Odds Ratio

von 1,03 ausgedrückt. Dies zeigt, dass das Alter sowohl für häufige Arztbesuche, als auch für viele jährliche Überweisungen einen Prädiktor darstellte. Auch eine geringe Schulbildung (eine Schullaufbahn von höchstens zehn Jahren) zeigte sich als Prädiktor für häufige Arztbesuche (OR: 1,6) wie auch vermehrte Tage im Krankenstand (OR: 2,3). Die Patientengruppe, bei der mindestens eine psychische Dauerdiagnose dokumentiert war, erwies sich in allen Bereichen der Inanspruchnahme als Prädiktor. Am stärksten zeigte sich dieser Einfluss in der Anzahl jährlicher Hausarztbesuche (OR: 20,0). Die Gruppe der Patienten mit einer höheren somatischen Krankheitslast (mehr als drei somatische Dauerdiagnosen) stellte sich als Risikofaktor für eine erhöhte jährliche Arztkontaktrate (OR:14,4), wie auch eine erhöhte Überweisungszahl dar (OR: 4,9).

Tabelle 20: Prädiktoren für ein erhöhtes Inanspruchnahmeverhalten

	Arztbesuche > 11 pro Jahr		Überweisungen > 3 pro Jahr		Arbeitsunfähigkeit > 10 Tage pro Jahr	
	OR (95%KI)	p	OR (95%KI)	p	OR (95%KI)	p
≥ 1 psychische Dauerdiagnose	20,03 (7,45-53,90)	<0,001	3,63 (1,35-9,75)	0,011	4,95 (1,55-15,77)	0,007
> 3 somatische DD	14,39 (5,86-35,35)	<0,001	4,91 (2,02-11,93)	<0,001	2,45 (0,74-8,11)	0,143
Geschlecht (weiblich)	1,23 (0,91-1,66)	0,185	1,44 (1,07-1,94)	0,016	0,68 (0,47-0,99)	0,043
Alter	1,03 (1,02-1,04)	<0,001	1,03 (1,02-1,04)	<0,001	0,96 (0,95-0,97)	<0,001
Schulbildung ≤ 10 Jahre	1,61 (1,16-2,24)	0,006	0,81 (0,58-1,12)	0,206	2,34 (1,48-3,72)	<0,001

p-Werte bezogen auf multivariate binäre logistische Regression, kontrolliert für die Interaktion von somatischen und psychischen Dauerdiagnosen, adjustiert nach Alter, Geschlecht, Schulbildung;

„High Utilizer“ : > 11 Praxiskontakte, > 3 Überweisungen, > 10 Tage Arbeitsunfähigkeit (cut-off am Median)

Ein Zusammenhang der Ergebnisse des PHQ mit dem erhöhten Inanspruchnahmeverhalten von Gesundheitsleistungen ist in Tabelle 21 dargestellt. Es zeigt sich, dass ein im PHQ erfasstes depressives Syndrom, mit einem größeren Risiko der häufigen Arztbesuche (OR: 1,74), der vermehrten Überweisungen (OR: 2,04) und auch der längeren jährlichen Arbeitsunfähigkeitstage (OR:1,87) einherging. Ein Paniksyndrom stellte einen Prädiktor für häufigere Überweisungen (OR: 2,29) und längere Arbeitsunfähigkeitszeiten (OR: 2,65) dar. Das Syndrom der anderen Angststörungen hatte Einfluss auf vermehrte Arztbesuche (OR: 1,90), häufigere Überweisungen (OR: 2,25) und auch längere Arbeitsunfähigkeitszeiten (OR: 4,42). Das im PHQ ermittelte somatoforme Syndrom stellte ein erhöhtes Risiko für vermehrte Überweisungen dar (OR: 1,53).

Tabelle 21: Ergebnisse des PHQ als Prädiktoren für eine erhöhte Inanspruchnahme

Syndrom nach PHQ	Arztbesuche > 11 pro Jahr		Überweisungen > 3 pro Jahr		Arbeitsunfähigkeit > 10 pro Jahr	
	OR (95%KI)	p	OR (95%KI)	p	OR (95%KI)	p
depressives Syndrom	1,74 (1,19-2,56)	0,005	2,04 (1,39-2,99)	<0,001	1,87 (1,20-2,93)	0,006
Paniksyndrom	1,76 (0,95-3,25)	0,073	2,29 (1,25-4,19)	0,007	2,65 (1,36-5,19)	0,004
andere Angststörung	1,90 (1,13-3,21)	0,016	2,25 (1,34-3,76)	0,002	4,42 (2,52-7,77)	<0,001
somatoformes Syndrom	01,34 (0,93-1,92)	0,115	1,53 (1,07-2,20)	0,021	1,49 (0,94-2,35)	<0,001

p-Werte bezogen auf multivariate binäre logistische Regression;

„High Utilizer“ : > 11 Praxiskontakte, > 3 Überweisungen, > 10 Tage Arbeitsunfähigkeit (cut-off am Median)

4. Diskussion

4.1. Diskussion der Methoden

4.1.1. Patientenbefragung und Aktenrecherche

Um ein für bayerische Hausarztpraxen möglichst repräsentatives Patientenkollektiv in die Studie einzuschließen, wurde bei der Rekrutierung der Praxen auf ein ausgewogenes Verhältnis von Hausarztpraxen aus dem städtischen und ländlichen Bereich geachtet. Bei den teilnehmenden Praxen handelte es sich um 13 Lehrpraxen der Technischen Universität München. Da die Praxen freiwillig an der Studie teilgenommen haben und keine Aufwandsentschädigung gezahlt wurde, war die voranstehende Motivation der Hausärzte ein persönliches Interesse sowie eine thematische Wertschätzung der Untersuchung. Dies könnte dazu geführt haben, dass diese Hausärzte ein besonderes Maß an Sensibilität und Interesse für psychosomatische Patienten aufweisen und auch vermehrt von diesen aufgesucht wurden.

Bei der Durchführung der Studie wurde darauf geachtet, die Befragung an allen Wochentagen und auch innerhalb des Quartals weitestgehend gleichmäßig durchzuführen, um eine möglichst repräsentative Patientenschnittmenge abzubilden. In der Praxis wurden die Patienten an den Befragungstagen konsekutiv angesprochen, um eine Selektion zu vermeiden. Das Durchschnittsalter der Befragten (49 Jahre) entsprach in etwa dem vorangegangener Studien (13). Auch der prozentuale Anteil an Frauen (58%) in der Hausarztpraxis deckt sich weitgehend mit den Ergebnissen der großen bundesweiten Hausarztstudie von Jakobi et al., die 1999 durchgeführt wurde. Die dabei untersuchten Patienten waren zu 60% weiblich (22). Eine Analyse der Patientengruppe, die nicht an der Studie teilnehmen wollte („Nonresponder“), zeigte, dass diese im Vergleich zu den Studienteilnehmern signifikant älter waren (59,1 versus 49,3 Jahre). Das könnte zur Folge haben, dass die somatische Krankheitslast etwas unterschätzt wurde, da mit zunehmendem Alter die Anzahl chronischer Erkrankungen zunimmt (46) und damit auch die Anzahl von Arztbesuchen und Überweisungen. Der Frauenanteil der teilnehmenden Patienten lag bei 57,7%. Die Gruppe der Patienten, die nicht an der Studie teilnehmen wollten, zeigte annähernd die gleiche Geschlechterverteilung (58,3% weiblich), was verdeutlicht, dass es keine geschlechts-spezifische Verschiebung der Studienteilnehmer und der „Nonresponder“ gab. Insgesamt war der Anteil an Patienten, die einer Studienteilnahme nicht zustimmten, mit 18% recht niedrig. Mögliche Effekte durch fehlende Angaben der „Nonresponder“ prägen sich daher vergleichsweise gering aus.

Dauerdiagnosen und Utilisierungsparameter wurden EDV-gestützt recherchiert. Da diese Daten von Hand notiert und ausgezählt wurden und zum Teil recht hohe Werte erreicht wurden, könnte es zu geringen Abweichungen zu tatsächlichen Werten gekommen sein, die jedoch keinen systematischen Fehler bedingen. Die Klassifikation der Beratungsanlässe nach ICPC-2 ermöglichte eine genaue Einteilung und Dokumentation der Beratungsanlässe.

4.1.2. Messung der psychischen Komorbidität mit dem PHQ

Durch den Patientenfragebogen PHQ können nur begrenzte Informationen gewonnen werden, jedoch nicht alle, die für eine umfassende Diagnostik psychischer Störungen nötig sind. Den Goldstandard zur Diagnostik psychischer Störungen stellt das strukturierte klinische Interview für DSM-IV Diagnosen dar (SKID). Für die vollständige Diagnostik einer psychischen Störung müssen weitere Faktoren einbezogen und abgeklärt werden (beispielsweise ist der Ausschluss einer akuten Trauerreaktion Voraussetzung für die Diagnosestellung einer depressiven Störung). Die Diagnostik durch den PHQ trifft somit Aussagen über das Vorliegen psychopathologischer Syndrome, also auf der „Syndromebene“, nicht aber auf der „Störungsebene“ (34).

Da eine metrische Darstellung (im Gegensatz zur kategorialen) weniger anfällig für systematische Fehler ist, wurden ebenfalls die Mittelwerte der Summenskalen aus den verschiedenen Bereichen des PHQ berechnet. Die PHQ-Bereiche Angst- und Panikstörung sind eigentlich für eine kategoriale und nicht für eine kontinuierliche Auswertung mit der Bildung von Summenskalenwerten konzipiert. Hierfür würde sich insbesondere der GAD-7 Fragebogen (Fragebogen für generalisierte Angststörung) eignen, der in der Studie aus organisatorischen Gründen nicht verwendet wurde. Allerdings sind sich der in dieser Studie verwendete Abschnitt des PHQ zur Erfassung „anderer Angststörungen“ und der GAD-7 in Struktur und Inhalt sehr ähnlich. Aus diesem Grund und um auch Tendenzen in den Bereichen Angst- und Panikstörungen besser beschreiben zu können, wurden auch die Summenskalenwerte in diesen Bereichen berechnet. Der GAD-7 beinhaltet sieben Fragen, die jeweils mit 0 Punkten (trifft nicht zu) bis hin zu 3 Punkten (fast an jedem Tag) bewertet werden. So ergeben sich mögliche Werte zwischen 0 und 21 Punkten (47). Da im GAD-7 Fragebogen die maximalen Summenskalenwerte mit 21 Punkten über den Werten des in dieser Studie verwendeten PHQ-Abschnitts liegen (maximal 14 Punkte), könnten die Effekte von Angst und Panik hier auch unterschätzt werden.

Der PHQ bezieht sich auf das Vorhandensein bestimmter Symptome innerhalb der letzten zwei, bzw. vier Wochen. Patienten, die aktuell unter einer psychischen Störung leiden, aber

durch ihre Behandlung in diesem Zeitraum keine Symptomatik aufweisen, werden durch das Screening mit dem PHQ nicht erfasst. Das führt zu einer möglichen Unterschätzung der psychischen Komorbiditäten.

Eine weitere mögliche Limitation durch den Fragebogen besteht darin, dass der PHQ die Diagnosekriterien nach DSM-IV beurteilt und es somit zu einer Diskrepanz der Auswertungsergebnisse mit den in Deutschland gängigeren Diagnosekriterien nach ICD-10 kommen könnte.

4.2. *Diskussion der Ergebnisse*

4.2.1. Beratungsanlässe

Die Beratungsanlässe, mit denen sich die Patienten in den Hausarztpraxen vorstellten, wiesen eine hohe Variabilität auf. Diese wurden nach der ICPC-Klassifikation kodiert, gerade weil die korrekte Diagnosestellung bei den häufig frühen und milden Erkrankungsstadien nicht möglich ist. Die Beratungsanlässe können daher meist nicht mit einer Diagnose nach ICD-10 gleichgesetzt werden.

Eine Einschränkung besteht in der Ungenauigkeit bei der Diagnosestellung psychischer Erkrankungen in der Hausarztpraxis. Die Diagnosekriterien nach ICD-10 sind umfangreich und folgen komplexen Auswertungsalgorithmen. Da dies auch vermehrt Zeit in Anspruch nimmt, ist die Diagnosestellung nach ICD-10 möglicherweise in der Hausarztpraxis nicht praktikabel bzw. nicht unbedingt sinnvoll (48)(49). Allerdings zeigt der signifikante Zusammenhang zwischen der psychischen bzw. psychosomatischen Diagnose durch den Hausarzt und den Ergebnissen des PHQ, dass Hausärzte psychische Beratungsanlässe ihrer Patienten häufig erkannten und darauf eingingen.

Neben obengenannten Zusammenhängen stellten sich interessanterweise auch signifikante Zusammenhänge zwischen Beratungsanlässen des Verdauungssystems bzw. neurologischen Beratungsanlässen und höheren Ergebnissen des PHQ im Bereich Somatisierung dar. Weitere Studien müssten untersuchen, ob es sich um einen wirklichen Zusammenhang, oder um ein Zufallsergebnis handelt. Wenn es sich um einen wirklichen Zusammenhang handelt, könnten Beratungsanlässe beim Hausarzt, die das Nervensystem oder den Verdauungstrakt betreffen, Risikofaktoren für das Vorliegen einer somatoformen Störung darstellen.

4.2.2. Dauerdiagnosen

Die Dauerdiagnosen wurden aus dem Computersystem der Praxen recherchiert und ausgezählt. Dauerdiagnosen sind aus dem vorigen Quartal übernommene Diagnosen, die eine „dauerhafte Behandlungsrelevanz“ darstellen (50). Die reine Auszählung dieser Diagnosen ohne Selektion spiegelt nicht unbedingt die Morbidität der Patienten wider, da das Dokumentationsverhalten der Ärzte bezüglich der Dauerdiagnosen sehr unterschiedlich ausfiel. Einige Ärzte dokumentierten deutlich mehr Dauerdiagnosen als andere. Neben der Dokumentation wirklicher chronischer Erkrankungen, die einen Krankheitswert mit sich brachten und somit einen Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten der Patienten hatten (z.B. Vorhofflimmern, KHK, Diabetes, arterieller Hypertonie u.a.), wurden zum Teil auch Diagnosen als Dauerdiagnosen geführt, die einen geringeren Krankheitswert darstellen (z.B. Senkspitzfuß). Es könnte auch sein, dass einige der Diagnosen nicht mehr aktuell waren und versehentlich noch im Computer gespeichert waren. Hinzu kommt, dass in Deutschland die Dauerdiagnosen in die Vergütung der Hausärzte mit einfließen. Die an dieses Kodierungssystem gekoppelte Entlohnung der Ärzte könnte dazu verleiten, diese „dauerhafte Behandlungsrelevanz“ etwas großzügiger auszulegen. Durch diese unterschiedliche Dokumentationspraxis ist es nicht sinnvoll, einen Rückschluss auf die Morbidität der Patienten ausschließlich aus der Anzahl der Dauerdiagnosen zu ziehen. In der vorliegenden Arbeit wurde daher eine Kategorisierung der Dauerdiagnosen entsprechend deren Relevanz vorgenommen, um einer „Überdokumentation“ entgegenzuwirken.

Der Anteil an Patienten mit chronischen psychischen Erkrankungen war mit 28,2% hoch. Auch hierbei muss bedacht werden, dass diese Diagnosen nicht unbedingt den Kriterien nach ICD-10 entsprechen (51) bzw. es sich zum Teil auch um „Momentaufnahmen“ handeln könnte, die als Dauerdiagnosen im Computer dokumentiert wurden, damit diese beim nächsten Patientenkontakt wieder gleich ersichtlich sind. Aber auch im Bereich psychischer Dauerdiagnosen ist ersichtlich, dass diese stark mit deutlich höheren Summenskalenwerten der verschiedenen Störungen im PHQ korrelierten. Das zeigt, dass ein möglicher dokumentationsspezifischer Einfluss durch „Überdiagnostik“ nicht allzu groß sein kann. Insgesamt stellten sich die Prävalenzen chronischer psychischer Erkrankungen wie auch psychischer Erkrankungen im PHQ in gleicher Größenordnung dar (28,2% bzw. 27,1%). Auch wenn sich diese Anteile nicht ganz decken, so lässt sich daraus möglicherweise eine „Faustregel“ ableiten.

Der Anteil der Patienten mit einer dokumentierten arteriellen Hypertonie im Rahmen dieser Studie betrug 31,4%. Vergleicht man dies mit den Ergebnissen der DETECT-Studie (52), bei der im Jahr 2003 über 55 Tsd. Patienten untersucht worden waren, zeigte sich im Rahmen

jener Studie mit 36,3% ein höherer Anteil an Patienten mit arterieller Hypertonie. Auch die Diagnose des Diabetes mellitus wurde mit 15,3% häufiger gestellt als in der vorliegenden Studie (10,6%). Diese Unterschiede lassen sich wahrscheinlich am ehesten dadurch erklären, dass in der DETECT-Studie nicht die dokumentierten chronischen Erkrankungen die Basis der Berechnungen darstellten, sondern eine Untersuchung derjenigen Patienten, die sich am Stichtag in einer der 3.500 hausärztlichen Praxen vorstellten. Die oben genannten Zahlen der DETECT-Studie scheinen einen „nicht unerheblichen Anteil nicht diagnostizierter Patienten“ (52) einzuschließen, wie die Autoren selbst anmerken. Dies bedeutet, dass der „wahre“ Anteil dieser chronischen Erkrankungen vermutlich über dem von den Hausärzten dokumentierten Erkrankungen liegt, wodurch sich auch die in der vorliegenden Studie etwas niedrigeren Erkrankungsraten erklären lassen.

4.2.3. Psychische Komorbidität

Das Syndrom einer Depression lag bei 15,5% der untersuchten Patienten vor. Ein genauer Vergleich der Prävalenzen psychischer Erkrankungen gestaltet sich schwierig, da die Studien zu unterschiedlichen Zeiten, aber besonders mit unterschiedlichen Messinstrumenten durchgeführt wurden. Dennoch erscheint die Häufigkeit der Depression in der vorliegenden Studie verglichen mit anderen in deutschen Hausarztpraxen durchgeführten Studien etwas höher (Major Depression: 8,5%, Minor Depression: 7,0%). So lag die Punktprävalenz einer Depression in der Studie von Jacobi et al. (1999) bei 11,3%, wobei in nur 4,2% eine Major Depression vorlag. In beiden Studien orientierten sich die Fragebögen an den Diagnosekriterien des DSM-IV. Die von Mergl et al. 2000 durchgeführte Erhebung zeigte die Prävalenz einer depressiven Störung von 22%, eine Major Depression lag in 6,6% vor. Das Diagnoseinstrument stellte hier das strukturierte klinische Interview dar (CIDI). Die in der vorliegenden Studie höheren Prävalenzen der Major Depression lassen sich möglicherweise zum Teil durch eine Zunahme dieser Erkrankung erklären. Eventuell spielt auch die Auswahl der teilnehmenden Praxen eine Rolle (freiwillige Teilnahme durch Interesse), die sich besonders offen und engagiert um Patienten mit psychischen Erkrankungen kümmern. Dadurch könnten die Prävalenzen der psychischen Erkrankungen in dieser Studie etwas überschätzt worden sein. Die Prävalenz der Angststörungen insgesamt lag mit 12,9% zwischen den Ergebnissen vorangegangener Studien. So waren bei Mergl et al. zum Untersuchungszeitpunkt 15,8% der Patienten von Angststörungen betroffen (13). Prävalenzen psychischer Erkrankungen einer von Hanel et al. 2005 durchgeführten Untersuchung basieren auf den klinischen Diagnosen durch die Hausärzte.

Dabei waren 9,8% der Patienten von Angststörungen betroffen (15). Obwohl aufgrund unterschiedlicher Untersuchungszeitpunkte und Methodiken die Vergleichbarkeit eingeschränkt ist, zeigte sich eine weitgehende Übereinstimmung der Prävalenzen von Angst-erkrankungen in der Hausarztpraxis. Die in der vorliegenden Studie mit 18,1% hohe Rate an Patienten mit somatoformen Störungen lag verglichen mit vorangegangenen Studien noch etwas niedriger. So lag die Prävalenz dieser Störungen in der Untersuchung von Mergl et al. bei 25,3% (13), bei Hanel et al. sogar bei 27% (15). Somatoforme Erkrankungen stellen somit den größten Anteil psychischer bzw. psychosomatischer Störungen in der Hausarztpraxis dar. Insgesamt waren 27,1% der Patienten von psychischen Erkrankungen betroffen. Diese hohe Rate verdeutlicht die starke Präsenz dieser Erkrankungen im Alltag der hausärztlichen Sprechstunde.

Patienten, die unter einer Major Depression litten, stellten sich mit durchschnittlich 44 Jahren jünger dar, als Patienten ohne diese Erkrankung (49 Jahre). Verschiedene Untersuchungen belegen eine Zunahme der Häufigkeiten depressiver Erkrankungen im Alter (53) [53]. Ein großer Teil der Depressionen im Alter entsprechen jedoch nicht den Kriterien einer Major Depression. Deutlich häufiger im Alter zeigen sich mildere und atypische Verläufe depressiver Erkrankungen (54–56).

Ein Zusammenhang von weiblichem Geschlecht mit anderen Angststörungen bzw. einem somatoformen Syndrom wurde in vorangegangenen Studien beschrieben (10,14,15)(57).

4.2.4. Utilisierung

4.2.4.1. Arztkontakte

Die jährliche Arztkontaktrate lag mit einem durchschnittlichen Wert von 15,3 hoch. Die Ergebnisse des GEK-Reports 2008 mit der Auswertung von über 8 Millionen Patientendaten zeigten für das Jahr 2007 17,7 Arztkontakte im ambulant-ärztlichen Bereich auf. Allerdings fielen nur 7,1 Arztkontakte in den hausärztlichen Bereich (29). Die mit 15,3 Arztbesuchen deutlich höher liegende Kontaktrate der vorliegenden Studie lässt sich durch verschiedene Faktoren erklären. Zum einen wurde die in der GEK-Studie ermittelte Kontaktrate über eine so genannte Kontaktziffer ermittelt. Die Kontaktziffer spiegelt den persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt genau wieder. Die Kontaktziffer wurde im Jahr 2008 abgeschafft. In der vorliegenden Studie wurden persönliche Arztkontakte im Rahmen der Sprechstunde, aber auch Abholungen von Überweisungen und Rezepten gezählt. Eine genaue Aufschlüsselung war hierbei nicht möglich. Daher liegen die Werte der jährlichen Arztkontaktrate in der vorliegenden Studie höher. Des Weiteren zeigt sich bei Aufschlüsselung der Arztkontaktrate

eine sehr hohe Inanspruchnahme einiger weniger Patienten. Betrachtet man die hausärztliche Kontaktrate (ohne die fünf Prozent der Patienten mit den meisten Arztbesuchen), so zeigte sich eine durchschnittliche Kontaktrate von 12. Diese Verteilung mit einigen sehr hohen Kontaktraten könnte in der vorliegenden Studie möglicherweise stärker ausgeprägt sein als in der Studie der GEK, da sich eine der teilnehmenden Praxen beispielsweise in besonderem Maße um Patienten mit Suchterkrankungen gekümmert hat und diese Patienten sehr häufig die Praxis aufsuchten.

Internationale Vergleiche zum Inanspruchnahmeverhalten von Patienten gestalten sich durch die unterschiedlichen Gesundheitssysteme und Methoden der Datengewinne äußerst schwierig. Die OECD (Organisation for Economic Cooperation and Development) veröffentlicht unter anderem jährlich Daten über die Häufigkeit von Arztkonsultationen in verschiedenen Ländern. Dabei werden alle ambulanten Arztkonsultationen gezählt, ausgenommen Zahnärzte. Gerade Deutschland stellt einen methodischen Sonderfall dar, da als Grundlage der OECD Daten aus Deutschland die Anzahl der Behandlungsfälle herangezogen werden. Ein Behandlungsfall kann aber mehrere Arztkonsultationen mit sich bringen, daher müssen die Daten (z.B. 8,4 für das Jahr 2009) mit dem Faktor von 2,5 multipliziert werden, um auf die „wirkliche“ Höhe der Kontaktrate zu schließen (29). Die geringsten jährlichen ambulanten Arztkontakte gibt es nach OECD-Angaben (aus dem Jahr 2009) mit Werten von 2,9 in Mexiko, Neuseeland und Schweden. Neben Deutschland sind die höchsten jährlichen Arztkontaktraten in Japan (13,1), Korea (12,9) und Ungarn (11,9) zu vermerken. In Österreich betragen die Arztbesuche 2009 im Mittel 6,9, in England 5. In den USA wurden 2008 sogar durchschnittlich nur 3,9 Arztbesuche registriert (58). Selbstverständlich können auch Unterschiede in der Datenerfassung dieser Länder nicht ausgeschlossen werden, was eine gute Vergleichbarkeit der Daten nicht sicher gewährleistet. Dennoch zeigt sich deutlich, dass Deutschland im internationalen Vergleich eine Spitzenposition, die jährlichen Arztbesuche betreffend, einnimmt. Die 1998/99 ermittelten Hausarztkontakte im Rahmen des Bundesgesundheits surveys betragen in der Gruppe der Patienten mit psychischen Störungen 3,8, in der Gruppe ohne psychische Störungen sogar nur 2,7 (12). Diese deutlich niedrigeren Werte lassen folgende Erklärungsmodelle aufkommen: Zum einen beruhen diese Zahlen auf Selbstangaben der Patienten, die sich an die Arztbesuche erinnerten. Die Vermutung ist groß, dass eine Unterschätzung der Arztkontakte dadurch zustande kommt, dass sich die Patienten stärker an längere Arztbesuche zurückerinnern als beispielsweise an das Anholen von Überweisungen. Zum anderen beruhen die Daten der vorliegenden Studie auf computerrecherchierten Daten aus der Hausarztpraxis. Man kann davon ausgehen, dass so genannte „High Utilizer“, die eher in einer Hausarztpraxis anzutreffen sind, in stärkerem Maße von einer Untersuchung erfasst

werden, die sich auf Patienten solcher Praxen bezieht, als von einer flächendeckenden Studie (Bundesgesundheitsurvey), die nicht in Hausarztpraxen durchgeführt wurde.

Die Untersuchung der Prädiktoren für eine erhöhte jährliche Arztkontaktrate ergab für das weibliche Geschlecht keine signifikanten Ergebnisse. Jedoch belegen verschiedene internationale Studien einen derartigen Zusammenhang (59–65). Eine Erklärung dafür könnten die unterschiedlichen Definitionen von „High Utilizer“ sein, die in den meisten der anderen Studien nicht anhand des Median, sondern durch engere „Cut Off“ Bereiche (z.B. die 10% der Patienten mit dem höchsten Ressourcenverbrauch) definiert wurden. Dadurch sind die Unterschiede in jenen Studien wahrscheinlich stärker ausgeprägt. In Übereinstimmung mit diesen Studien stellten sowohl das Alter (60,61,64–66), als auch eine geringe Schulbildung (65), (67) Prädiktoren für häufige jährliche Arztbesuche dar. Eine geschlechtsabhängige Analyse der Arztkontaktrate im Rahmen der GEK-Studie zeigte bei Frauen im Vergleich zu Männern höhere Werte, vor allem im mittleren Alter. Vor dem fünfzehnten wie auch nach dem siebzigsten Lebensjahr ließen sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede feststellen (68).

Bei Patienten mit chronischen psychischen Erkrankungen (mindestens einer psychischen Dauerdiagnose) zeigte sich eine besonders starke Assoziation zu einer erhöhten Arztkontakt Rate. Die häufigeren Arztbesuche dieser Patientengruppe stellten sich schon in vorangegangenen internationalen Studien dar (65,67,69), besonders häufig wurden speziell Patienten mit einer Depression diesbezüglich untersucht (70–74). Es scheint sogar, dass die psychische Komorbidität größeren Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten hatte als die ausschließlich „somatische“ Krankheitslast.

Dieser Einfluss wurde auch durch die Zusammenhänge der im PHQ ermittelten psychischen Syndrome mit häufigeren Arztbesuchen belegt. Insbesondere Patienten mit einem depressiven Syndrom und auch Patienten mit dem Syndrom „anderer Angststörungen“ stellten ein höheres Risiko für häufigere Arztbesuche dar. Bei den Syndromen Panikstörung und somatoformes Syndrom zeigten sich auch diesbezügliche Tendenzen, die Ergebnisse waren jedoch nicht signifikant.

Die durchschnittliche Arzt-Patienten-Kontaktzeit beträgt in der deutschen Hausarztpraxis etwa neun Minuten pro Patient (Stand 2009). Im Internationalen Vergleich sind dies die kürzesten Sprechstundenzeiten. Nur in Italien zeigen sich annähernd ähnliche Kontaktzeiten (10 Minuten). Diese kurzen Zeiten machen es den Hausärzten nicht leicht, psychosoziale Belange ausreichend mit den Patienten zu besprechen. In Frankreich, den USA und Schweden, betragen durchschnittliche Sprechzeiten zwischen 22 und 29 Minuten. Diese Unterschiede sind gravierend und zeigen sich auch in der Anzahl durchschnittlich behandelter Patienten pro Woche. So werden in deutschen Hausarztpraxen pro Woche im Mittel 242 Patienten behandelt. In Frankreich und den USA sind es weniger als die Hälfte, in

Schweden mit durchschnittlich 53 Patienten sogar weniger als ein Viertel der behandelten Patienten in Deutschland (75). Um die kurzen Sprechzeiten in Deutschland zu verändern, müssten grundlegende Reformen im Gesundheitswesen stattfinden. Beispielsweise könnte eine quartalsbezogene Abrechnung von Scheinen ersetzt werden durch ein System nach Einschreibemodellen.

4.2.4.2. Überweisungen

Am häufigsten wurden Überweisungen in die Innere Medizin (15,3% der Überweisungen), die Gynäkologie (13,8) und die Orthopädie (12,6%) ausgestellt. Der Vergleich dieser Angaben mit denen einer großen, 2008 in Deutschland durchgeführten Überweisungsstudie zeigt ähnliche Ergebnisse bezüglich der Überweisungsrichtung. So wurden in jener Studie 15,9% der Überweisungen in die Innere Medizin ausgestellt, ebenfalls gefolgt von Überweisungen in die Gynäkologie (14,1%). Die Rate an Überweisungen in die Orthopädie lag mit 11,2% knapp hinter Überweisungen in die Augenheilkunde (11,8%) (76). Dieser Vergleich zeigt, dass in der vorliegenden Studie das typische „Überweisungsspektrum“ der deutschen Hausarztpraxis erfasst wurde. Von den Überweisungen zum HNO-Arzt wurden 31,6% der Überweisungen vom Hausarzt als „nicht sinnvoll“ eingeschätzt, ebenso wie 19,2% der Überweisungen in die Dermatologie und 15,2% der Orthopädieüberweisungen. Dies legt nahe, dass Überweisungen in diese Fachrichtungen – dem Meinungsbild einiger Hausärzte folgend – am häufigsten „nicht sinnvoll“ waren. Dennoch ist der Anteil dieser Überweisungen nicht sehr hoch. Möglicherweise kommt es zu einer verstärkten Wahrnehmung und damit auch zu einer Überschätzung „nicht sinnvoller“ Überweisungen, da sich Hausärzte über die von ihnen selbst als sinnlos eingestuft, aber vom Patienten gewünschten Überweisungen ärgern. Jedoch muss auch angemerkt werden, dass die Einschätzungen der Überweisungen in die einzelnen Fachrichtungen durch zum Teil geringe Fallzahlen nur bedingt aussagekräftig sind. Eine weitere Studie speziell zu Überweisungen in Allgemeinarztpraxen und deren hausärztliche Einschätzung wird aktuell von dem Institut der vorliegenden Studie durchgeführt.

Im Mittel erhielten die Patienten 3,8 Überweisungen in den zurückliegenden 12 Monaten. Verglichen mit Daten der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, die für jeden hausärztlichen Patienten für das Jahr 2008 durchschnittlich 2,2 Überweisungen aufzeigte, liegt diese Überweisungszahl hoch. Es muss aber bedacht werden, dass die Daten der Kassenärztlichen Vereinigung noch vor Einführung der Hausarztverträge (2009) gewonnen wurden (77). Es liegt nahe, dass die Überweisungszahlen darauffolgend gestiegen sind, da

der Hausarzt häufiger als erster Ansprechpartner bei medizinischen Fragestellungen konsultiert wurde. Internationale Vergleiche von Überweisungszahlen machen aufgrund der sehr verschiedenen Gesundheitssysteme mit konsekutiv stark unterschiedlichem Überweisungsverhalten wenig Sinn (78).

Als Risikofaktoren für eine erhöhte Überweisungsrate erwiesen sich weibliches Geschlecht und hohes Alter. Eine zunehmende Überweisungshäufigkeit im Alter ist gut nachvollziehbar, da mit zunehmendem Alter auch die somatische Krankheitslast ansteigt (79) und damit auch die Anzahl an Überweisungen. Überweisungen korrelierten ebenfalls stark mit chronischen psychischen Erkrankungen, auch wenn hierbei die somatische Krankheitslast noch stärkeren Einfluss zu haben schien. Die Assoziation psychischer Erkrankungen mit erhöhten Überweisungszahlen spiegelte sich auch in den Ergebnissen im PHQ wider. So stellten alle im PHQ getesteten psychischen Syndrome Prädiktoren für vermehrte Überweisungen dar. Ergebnisse des 1998 durchgeführten Bundesgesundheitsurvey wiesen in dieselbe Richtung. In jener Studie wurden Fachärzte von Patienten mit aktueller psychischer Diagnose durchschnittlich 7,4 Mal in 12 Monaten konsultiert versus 4,1 Mal von Patienten ohne psychische Erkrankung (12). Einschränkend muss hierzu gesagt werden, dass die Daten jener Studie auf Selbstangaben der Patienten beruhten und auch sicher nicht alle Facharztbesuche durch Überweisungen der Hausärzte erfolgt sind. Der Einfluss psychischer Erkrankungen auf die Überweisungshäufigkeit zeigte sich dennoch deutlich.

4.2.4.3. Arbeitsunfähigkeit

Die mittlere Dauer der Arbeitsunfähigkeitstage lag in der vorliegenden Studie bei 9,5 Tagen pro Jahr. Bei der Analyse der Daten fiel auf, dass nicht wenige Patienten angaben, nicht berufstätig zu sein, aber dennoch Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen in den letzten Monaten erhalten haben. Dies ist vermutlich darauf zurückzuführen, dass sich einige Patienten vor der Stichprobenerhebung noch in einem Beschäftigungsverhältnis befunden haben. Eingeschlossen wurden daher alle Patienten bis zu einem Alter von 65 Jahren, die Auswahl der Patienten erfolgte somit nicht nach der Angabe einer momentanen Berufstätigkeit. Der altersabhängige Einschluss aller Patienten bis 65 Jahre verhindert damit eine Überschätzung und nimmt dabei eine gewisse Unterschätzung durchschnittlicher Arbeitsunfähigkeitszeiten (durch nicht erwerbstätige Personen) in Kauf.

Eine mögliche Unterschätzung der Krankentage zeigte sich durch die niedrigere mittlere Arbeitsunfähigkeitsdauer im Vergleich zu den durchschnittlich 13,6 Tagen, die der Barmer GEK-Report Bayern für das Jahr 2011 ermittelte (80).

In der vorliegenden Studie verursachte der größte Anteil der Patienten (59%) nur knapp 17% der Arbeitsunfähigkeitszeiten, wohingegen 9% der Patienten sehr viele Tage (>45) arbeitsunfähig waren und somit knapp die Hälfte der gesamten Arbeitsunfähigkeitsdauer ausmachten. Die Auswertungen der oben genannten Barmer GEK-Studie aus Bayern zeigten eine sehr ähnliche Verteilung. 41% der Patienten verursachten 8% der Arbeitsunfähigkeitstage, während 4% der Patienten mit langen Krankschreibungen 40% der Arbeitsunfähigkeitszeiten bedingten (80).

Eine geringe Schulbildung stellte in unserer Studie einen Prädiktor für viele Arbeitsunfähigkeitstage dar. Auch dies deckt sich mit den Ergebnissen der GEK-Studie Bayern, die zeigt dass Personen mit Haupt- oder Realschulabschluss deutlich höhere Fehlzeiten aufweisen als Personen mit einem Fach-/Abitur (80).

Chronische psychische Erkrankungen spielten für die Arbeitsunfähigkeitszeiten eine wichtige Rolle. Lag mindestens eine psychische chronische Erkrankung vor, so bestand das knapp fünffache Risiko von erhöhten Arbeitsunfähigkeitstagen gegenüber Patienten ohne psychische Erkrankung. Der Einfluss chronisch psychischer Erkrankungen auf die Arbeitsunfähigkeit wurde ebenfalls im GEK-Report Bayern evaluiert. Hier zeigte sich, dass im Jahr 2011 durchschnittlich 4,2 Fälle psychisch bedingter Arbeitsunfähigkeiten pro 100 Versicherten auftraten. Die durchschnittliche Dauer war mit 43,3 Tagen verglichen mit anderen Erkrankungen als Grund der Arbeitsunfähigkeit am höchsten (80).

Der große Einfluss psychischer Erkrankungen auf die Arbeitsunfähigkeitszeiten wurde in der vorliegenden Studie sehr deutlich. Neben den oben genannten chronischen psychischen Erkrankungen, die als Dauerdiagnosen von den Hausärzten dokumentiert worden waren, erwiesen sich auch die Ergebnisse des PHQ als richtungsweisend. So zeigten sich Zusammenhänge zwischen der Länge der Arbeitsunfähigkeit und der Depressivität, Angst und Panikstörung im PHQ.

Letztlich bedeutet dies, dass Hausärzte bei Patienten, die häufige und/oder lange Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen in Anspruch nehmen, verstärkt darauf achten sollten, ob eventuell eine erhöhte psychische (Ko-)Morbidity vorliegt. Insbesondere diese Patienten könnten dementsprechend von einer intensiveren Kommunikation mit dem Hausarzt profitieren.

5. Schlussfolgerungen

Psychische und psychosomatische Erkrankungen spielen in der Hausarztpraxis eine wichtige Rolle. Ein nicht unerheblicher Anteil der Patienten ist von diesen Erkrankungen betroffen. Psychische Komorbidität in der Hausarztpraxis führt zu einem erhöhten Inanspruchnahmeverhalten im Gesundheitswesen.

Von den Hausärzten als Dauerdiagnosen hinterlegte psychische Erkrankungen stellen einen Risikofaktor für eine erhöhte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen dar.

Gerade in deutschen Hausarztpraxen wird seitens der behandelnden Ärzte wie auch der Patienten die Zeitknappheit als ein stark limitierender Faktor in der Sprechstunde wahrgenommen (75). Gerade Zeit ist jedoch nötig, um Krankheiten der Patienten und deren bio-psycho-soziale Zusammenhänge erkennen, verstehen und behandeln zu können.

Die Patienten, die ihren Hausarzt besonders häufig aufsuchen, leiden häufiger unter psychischen Erkrankungen. Die erhöhte Rate an Arztbesuchen führt jedoch wieder zu einer Verschärfung der Zeitknappheit der Hausärzte. Jedoch benötigen gerade diese Patienten ein besonderes Maß an Verständnis und Aufmerksamkeit von ihrem Hausarzt.

Daher ist es notwendig, durch strukturelle Reformen im Gesundheitswesen diesem Zeitmangel in der hausärztlichen Praxis entgegenzuwirken. Ein notwendiger Schritt könnte eine Veränderung in der Vergütung psychischer und psychosomatischer Erkrankungen darstellen. Eine reine Vergütung chronischer Erkrankungen über das Vorhandensein chronischer Dauerdiagnosen wird der Behandlung psychischer Erkrankungen in der Hausarztpraxis nicht gerecht. Ein Abrechnungssystem mit der besseren Abbildung diagnostischer und therapeutischer Interventionen bei Patienten mit psychischen Erkrankungen könnte zu einer Verbesserung der Situation führen.

Die hohe Arztkontaktrate ist zum größten Teil auf das quartalsbasierte Abrechnungssystem zurückzuführen, denn für die Praxis ist es aus unternehmerischer Sicht ideal, wenn jeder Patient einmal im Quartal, chronisch Kranke mindestens zweimal, kommen. Um diesem Effekt entgegenzuwirken, wären beispielsweise Einschreibsysteme sinnvoll, wie sie unter anderem in den Niederlanden praktiziert werden. Der Arzt erhält dabei eine Vergütung in Abhängigkeit von der bei ihm eingeschriebenen Patientenzahl – unabhängig von der Häufigkeit der Praxisbesuche. Darüber hinaus kann auch ein effizienteres „gate keeping“ sinnvoll sein, wie es ebenfalls in den Niederlanden praktiziert wird. Die Patienten wenden sich bei medizinischen Fragestellungen zuerst an ihren Hausarzt, direkte Konsultation eines Spezialisten ist nicht möglich (81). Auswirkungen durch eine solche Reform, die strukturelle,

finanzielle und Qualitätsaspekte mit einschließt, müssen jedoch noch wissenschaftlich untersucht werden (82).

Es ist nicht nur aus dem Blickwinkel einer effizienten Strukturierung im Gesundheitswesen wichtig, psychische Komorbidität in der Hausarztpraxis früh zu erkennen. Eine rechtzeitige Erkennung und entsprechender Umgang nützt vor allem den Patienten, denn es dient der Prävention einer somatischen Fixierung. Zudem bergen viele diagnostische Methoden eine Gefährdung des Patienten, beispielsweise durch Strahlung oder Verletzung (z.B. bei einer Endoskopie). Unnötige und nicht Ziel führende Untersuchungen sollten daher bestmöglich vermieden werden.

Besonders wichtig in diesem Zusammenhang ist vor allem die konsequente und strukturierte Schulung der Hausärzte (insbesondere von Ärzten in der Weiterbildung Allgemeinmedizin) im Bereich psychischer und psychosomatischer Erkrankungen. Darüber hinaus sollten Strategien entwickelt werden, die eine Identifizierung von Patienten mit hoher psychischer Komorbidität ermöglichen, beispielsweise durch Einsetzen von Screening Fragebögen in den Hausarztpraxen. Die Effektivität derartiger Ansätze müsste jedoch in weiterführenden Studien untersucht werden.

6. Zusammenfassung

Psychische und psychosomatische Erkrankungen spielen in der allgemeinmedizinischen Praxis eine wichtige Rolle. Bislang fehlen Untersuchungen des Einflusses dieser Erkrankungen auf den Ressourcenverbrauch in deutschen Hausarztpraxen. Das Ziel dieser Studie war es, Zusammenhänge von psychischen Begleiterkrankungen und der Inanspruchnahme von vermehrten Arztbesuchen, Überweisungen und Tagen in Arbeitsunfähigkeit zu untersuchen.

Die vorliegende Querschnittserhebung wurde in 13 bayerischen Hausarztpraxen durchgeführt. Dabei wurden insgesamt 1011 Patienten in die Studie eingeschlossen. Die psychische Komorbidität wurde mit Hilfe des PHQ-Fragebogens (patient health questionnaire) untersucht. Daneben wurden weitere Patientendaten aus den elektronischen Systemen der Praxen recherchiert (Anzahl der Arztbesuche, Überweisungen und Arbeitsunfähigkeitstage in den zurückliegenden zwölf Monaten, Anzahl und Diagnosen chronischer Erkrankungen).

Der Anteil der Patienten, die von einer Depression, Angststörung, Panikstörung oder somatoformen Störung betroffen waren, war hoch. So waren zum Befragungszeitpunkt 27,1% der Patienten von mindestens einer dieser psychischen Erkrankungen betroffen.

Alle oben genannten psychischen Störungen (Ergebnisse des PHQ) stellten Risikofaktoren für eine erhöhte Überweisungszahl und längere Arbeitsunfähigkeitszeiten dar (depressives Syndrom: OR = 1,9; Paniksyndrom: OR = 2,7; anderes Angstsyndrom: OR = 4,4; somatoformes Syndrom: OR = 1,5). Als Prädiktoren für häufige Arztbesuche erwiesen sich insbesondere ein depressives Syndrom (OR = 1,7) sowie ein Syndrom der anderen Angststörungen (OR= 1,9).

Es zeigten sich ebenfalls Zusammenhänge zwischen chronischen psychischen Erkrankungen (als Dauerdiagnosen dokumentiert) und einem erhöhten Inanspruchnahmeverhalten. Der Einfluss psychischer Komorbidität auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen erschien zum Teil ausgeprägter als der Einfluss durch eine rein somatische Krankheitslast. Chronische psychische Erkrankungen stellten in den Bereichen der Anzahl der Arztbesuche sowie der Arbeitsunfähigkeitszeiten stärkere Prädiktoren (OR: 20,0 bzw. 5,0) dar als die über chronische Dauerdiagnosen dokumentierte somatische Krankheitslast (OR = 14,4 bzw. 2,5). Auch für häufige Überweisungen stellten chronische psychische Störungen einen Risikofaktor dar (OR = 3,6), jedoch war dieser Effekt etwas geringer ausgeprägt im Vergleich zu der somatischen Krankheitslast (OR = 4,9). Der Zeitmangel in deutschen Hausarztpraxen führt zu einer Verstärkung dieser Problematik, da

insbesondere Zeit notwendig ist, gerade die Erkrankungen dieser Patienten in deren bio-psycho-sozialen Kontext zu verstehen. Dies ist die Voraussetzung, um gemeinsam mit dem Patienten psychische Aspekte einer Erkrankung zu diskutieren und zu erarbeiten, um damit auch einer erhöhten Utilisierung entgegenzuwirken.

7. **Abbildungsverzeichnis**

Abbildung 1: Prävalenz und Morbidität in den verschiedenen Gesundheitssektoren	7
Abbildung 2: Zusammenhang positiver Vorhersagewerte mit der Vortestwahrscheinlichkeit .	8
Abbildung 3: Darstellung der Studienteilnehmer nach Alter und Geschlecht.....	29
Abbildung 4: Schulabschlüsse der Befragten	30
Abbildung 5: Beschäftigungsverhältnis der Befragten.....	31
Abbildung 6: Anzahl dokumentierter Dauerdiagnosen pro Patient.....	33
Abbildung 7: kategoriale Auswertung des PHQ (Depression).....	36
Abbildung 8: kontinuierliche Auswertung des PHQ (Depression).....	37
Abbildung 9: kategoriale Auswertung des PHQ (Panikstörung)	38
Abbildung 10: kategoriale Auswertung des PHQ (andere Angststörungen)	39
Abbildung 11: kategoriale Auswertung des PHQ (somatoforme Störung).....	40
Abbildung 12: kontinuierliche Auswertung des PHQ (somatoforme Störung).....	40
Abbildung 13: Überlappungen psychischer Störungen	42
Abbildung 14: Arzt-Patienten Kontaktrate in den zurückliegenden 12 Monaten	45
Abbildung 15: Überweisungen in den zurückliegenden 12 Monaten.....	49
Abbildung 16: Verteilung der Anzahl ausgestellter Überweisungen.....	50
Abbildung 17: Dauer der Arbeitsunfähigkeit.....	51
Abbildung 18: Psychische Syndrome innerhalb verschiedener Beratungsanlasskategorien .	56
Abbildung 19: Utilisierungsparameter in verschiedenen Altersgruppen;	62

8. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Hierarchieebenen der Einteilung von Diagnosen nach ICD-10.....	11
Tabelle 2: multiaxiale Beurteilung psychischer Störungen nach DSM-IV	11
Tabelle 3: Einteilung depressiver Störungen nach ICD-10.....	12
Tabelle 4: Kriterien zur Diagnostik depressiver Störungen nach ICD-10.....	13
Tabelle 5: Einteilung von Angststörungen nach ICD-10.....	15
Tabelle 6: Einteilung der somatoformen Störungen nach ICD-10	16
Tabelle 7: Häufigkeitsverteilung der Beratungsanlässe im Befragungszeitraum	32
Tabelle 8: Häufigkeiten chronischer Erkrankungen.....	35
Tabelle 9: Überlappung der psychischen Syndrome.....	41
Tabelle 10: Eigenschaften der Patienten mit PHQ Diagnosen.....	44
Tabelle 11: Überweisungen am Befragungstag	46
Tabelle 12: Überweisungen pro Fachrichtungen und deren Einschätzung	48
Tabelle 13: Zusammenhang von Beratungsanlässen und psychischer Komorbidität (1).....	53
Tabelle 14: Zusammenhang von Beratungsanlässen und psychischer Komorbidität (2).....	54
Tabelle 15: Psychische Störungen innerhalb der Beratungsanlässe.....	55
Tabelle 16: Dauerdiagnosen hinsichtlich soziodemographischer Patientencharakteristika ...	58
Tabelle 17: Utilisierungsparameter in Berücksichtigung dokumentierter Dauerdiagnosen	59
Tabelle 18: Zusammenhang der Skalen des PHQ mit den Dauerdiagnosen der Patienten ..	60
Tabelle 19: Korrelation verschiedener Faktoren mit einer erhöhten Utilisierung	61
Tabelle 20: Prädiktoren für ein erhöhtes Inanspruchnahmeverhalten	63
Tabelle 21: Ergebnisse des PHQ als Prädiktoren für eine erhöhte Inanspruchnahme	64
Tabelle 22: Häufigkeit der jährlichen Arbeitsunfähigkeitstage	88

9. Literaturverzeichnis

1. DEGAM: Fachdefinition [Internet]. [zitiert 22. August 2012]. Verfügbar unter: <http://www.degam.de/index.php?id=303>
2. Kühlein T, Laux G, Gutscher A, Szecsenyi J. Die besondere Situation der Hausarztmedizin im Gesundheitswesen. CONTENT Berichtsband 1, Kontinuierliche Morbiditätsregistrierung in der Hausarztpraxis - Vom Beratungsanlass zum Beratungsergebnis. München. Urban & Vogel 2008. S. 14.
3. Schneider A, Szecsenyi J. Psychosomatische Medizin in der Allgemeinarztpraxis- ein Überblick. Uexküll Psychosomatische Medizin. Siebte Auflage. München: Urban & Fischer. 2010. S. 523–29.
4. Kühlein T, Laux G, Gutscher A, Szecsenyi J. Die International Classification of Primary Care. CONTENT Berichtsband 1, Kontinuierliche Morbiditätsregistrierung in der Hausarztpraxis - Vom Beratungsanlass zum Beratungsergebnis. 2008. S. 17–23.
5. Hofmans-Okkes I, Lamberts H. The International Classification of Primary Care (ICPC): new applications in research and computer-based patient records in family practice. Family Practice 1996;13(3):294 –302.
6. Kochen M. Epidemiologische und biostatistische Aspekte in der Allgemeinmedizin. Duale Reihe- Allgemein und Familienmedizin. Dritte Auflage. Stuttgart: Thieme Verlag, 2006. S. 517-19.
7. Green LA, Fryer GE Jr, Yawn BP, Lanier D, Dovey SM. The ecology of medical care revisited. N. Engl. J. Med 2001;344(26):2021–25.
8. Schneider A, Joos S, Biessecker K, Laux G, Ludt S, Szecsenyi J. Evidenzbasiertes Seminar im Studium verbessert Verständnis, aber nur wenig die persönliche Haltung zu diagnostischer Unsicherheit in der Allgemeinmedizin. Z Arztl Fortbild Qualitätssich. 2007;101(2):119–23.
9. Schneider A, Dinant GJ, Szecsenyi J. Zur Notwendigkeit einer abgestuften Diagnostik in der Allgemeinmedizin als Konsequenz des Bayes'schen Theorems. Z Arztl Fortbild Qualitätssich 2006;100(2):121–27.
10. Wittchen H, Müller N, Pfister H, Winter S, Schmidtkunz B. Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland- Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „psychische Störungen“. Gesundheitswesen. 1999;61(Sonderheft 2):216–22.
11. Wittchen HU, Jacobi F. Angststörungen, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 21. Robert Koch Institut 2004.
12. Jacobi F, Klose M, Wittchen HU. Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz 2004;47(8):736–44.
13. Mergl R, Seidscheck I, Allgaier AK, Möller HJ, Hegerl U, Henkel V. Depressive, anxiety, and somatoform disorders in primary care: prevalence and recognition. Depress. Anxiety 2007;24(3):185–95.

14. Löwe B, Spitzer RL, Williams JBW, Mussell M, Schellberg D, Kroenke K. Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *Gen Hosp Psychiatry* 2008;30(3):191–9.
15. Hanel G, Henningsen P, Herzog W, Sauer N, Schaefert R, Szecsenyi J. Depression, anxiety, and somatoform disorders: Vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study. *J Psychosom Res* 2009;67(3):189–97.
16. Busse B. ICD-10 und OPS: strukturierte Einführung mit Übungen in die Diagnosen- und Prozedurenverschlüsselung. BoD – Books on Demand; 2004.
17. Graubner B. Diagnosen- und Prozedurenklassifikation: Stetige Weiterentwicklung ist notwendig. *Deutsches Ärzteblatt* 2010;107(7):A-275/B-242/C-238.
18. DIMDI - ICD-10-GM [Internet]. [zitiert 6. Oktober 2012]. Verfügbar unter: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/index.htm>
19. Dilling H, Mombour W, Schmidt M. Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10 Kapitel V (F), klinisch diagnostische Leitlinien. Vierte Auflage. Bern. Hans Huber Verlag, 1999.
20. Hiller W. Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zur/zum Psychologischen Psychotherapeuten und für die ärztliche Weiterbildung - Verbindliche Klassifikationssysteme.
21. Gleixner C, Müller M, Wirth S. Neurologie und Psychiatrie, Für Studium und Praxis Sechste Auflage. Breisach. Medizinische Verlags- und Informationsdienste, 2007.
22. Jacobi F, Höfler M, Meister W, Wittchen HU. Prävalenz, Erkennungs- und Verschreibungsverhalten bei depressiven Syndromen, eine bundesdeutsche Hausarztstudie. *Nervenarzt* 2002;73:651–8.
23. Morschitzky H. Angststörungen: Diagnostik, Konzepte, Therapie, Selbsthilfe. Dritte Auflage. Wien. Springer Verlag, 2009. S.19 – 67.
24. Toft T, Fink P, Oernboel E, Christensen K, Frostholm L, Olesen F. Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. results from the functional illness in primary care (FIP) study. *Psychol Med* 2005;35(8):1175–84.
25. Laux G, Kühnlein T, Gutscher A, Szecsenyi J. Hausärztliche Diagnosevergabe bei funktionellen/ somatoformen Beschwerden. CONTENT Berichtsband 2, Versorgungsforschung der Hausarzt-praxis: Ergebnisse aus dem CONTENT-Projekt 2006-2009. München. Urban und Vogel, 2010. S. 67-73.
26. Hausteiner-Wiehle C, Henningsen P, Diskussion um Konzepte und Diagnostik somatoformer Störungen. *Nervenarzt* 2012;83(9):1097–105.
27. Creed F, Barsky A. A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. *J Psychosom Res*, 2004;56(4):391–408.
28. Schaefert R, Laux G, Kaufmann C, Schellberg D, Bölter R, Szecsenyi J. Diagnosing somatisation disorder (P75) in routine general practice using the International Classification of Primary Care. *J Psychosom Res*, 2010;69(3):267–77.

29. Grobe TG, Dörning H, Schwarz FW. Barmer GEK-Arztreport, Auswertungen zu Daten bis 2008; Schwerpunkt: Erkrankungen und zukünftige Ausgaben, Internationaler Vergleich. St. Augustin. Asgard-Verlag, 2010. S.11-12,56-58
30. Böll S. Placebo-Politik füllt deutsche Wartezimmer. Spiegel Online [Internet]. 19. Januar 2010 [zitiert 11. Oktober 2012]; Verfügbar unter: <http://www.spiegel.de/wirtschaft/soziales/neuer-arztreport-placebo-politik-fuellt-deutsche-wartezimmer-a-672500.html>
31. Neuer Arztreport: Diagnose im Schweinsgalopp. sueddeutsche.de [Internet]. 19. Januar 2010 [zitiert 11. Oktober 2012]; Verfügbar unter: <http://www.sueddeutsche.de/wirtschaft/neuer-arztreport-diagnose-im-schweinsgalopp-1.73748>
32. Grobe TG, Dörning H, und Schwartz FW. GEK-Report ambulant-ärztliche Versorgung 2008; Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichtserstattung, Schwerpunkt: Erkrankungen und zukünftige Ausgaben, Inanspruchnahme in Quartalen und Karlsruher Jahren. St. Augustin. Asgard-Verlag, 2008. S.40-42
33. Barsky AJ, Orav EJ, Bates DW. Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. Arch. Gen. Psychiatry 2005; 62(8):903–10.
34. Löwe B, Spitzer R, Zipfel S, Herzog W. Gesundheitsfragebogen für Patienten, Manual Komplettversion und Kurzform, „Autorisierte deutsche Version des Prime MD Patient Health Questionnaire (PHQ)“. Zweite Auflage. Heidelberg; 2002.
35. Gräfe K, Zipfel S, Löwe B. Screening psychischer Störungen mit dem „Gesundheitsfragebogen für Patienten“ Ergebnisse einer Validierungsstudie. Diagnostica 2004;4:171–81.
36. Gilbody S, Richards D, Barkham M. Diagnosing depression in primary care using self-completed instruments: UK validation of PHQ–9 and CORE–OM. British Journal of General Practice 2007;650–2.
37. Spitzer R, Kroenke K, Williams J. Validation and Utility of a Self-report Version of PRIME-MD: The PHQ Primary Care Study. JAMA 1999;282(18):1737–44.
38. Phelan E, Williams B, Meeker K, Bonn K, Frederick J, LoGerfo J. A study of the diagnostic accuracy of the PHQ-9 in primary care elderly. BMC Fam Pract. 2010; 11(1):63.
39. Huang FY, Chung H, Kroenke K, Delucchi KL, Spitzer RL. Using the Patient Health Questionnaire-9 to Measure Depression among Racially and Ethnically Diverse Primary Care Patients. J Gen Intern Med. 2006;21(6):547–52.
40. Wittkampf K, Van Ravesteijn H, Baas K, Van de Hoogen H, Schene A, Bindels P. The accuracy of Patient Health Questionnaire-9 in detecting depression and measuring depression severity in high-risk groups in primary care. Gen Hosp Psychiatry 2009; 31(5):451–9.
41. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW, Löwe B. The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. Gen Hosp Psychiatry 2010;32(4):345–59.

42. Löwe B, Gräfe K, Zipfel S, Spitzer R, Herrmann-Lingen C, Witte S. Detecting panic disorder in medical and psychosomatic outpatients Comparative validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale, the Patient Health Questionnaire, a screening question, and physicians' diagnosis. *J of Psychosom Res* 2003;55(6):515–9.
43. Kroenke K, Spitzer L, Williams J. The PHQ-15: Validity of a New Measure for Evaluating the Severity of Somatic Symptoms. *Psychosom Med* 2002; 64(2):258–66.
44. Van Ravesteijn H, Wittkamp K, Lucassen P, Van de Lisdonk E, Van den Hoogen H, Van Weert H. Detecting Somatoform Disorders in Primary Care With the PHQ-15. *The Annals of Family Medicine* 2009;7(3):232–8.
45. Ende J, Kazis L, Ash A, Moskowitz MA. Measuring patients' desire for autonomy: decision making and information-seeking preferences among medical patients. *J Gen Intern Med* 1989;4(1):23–30.
46. Schäfer I, Hansen H, Schön G, Höfels S, Altiner A, Dahlhaus A, u. a. The influence of age, gender and socio-economic status on multimorbidity patterns in primary care. First results from the multicare cohort study. *BMC Health Serv Res* 2012;12:89.
47. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med* 2006;166(10):1092–7.
48. Lucassen P, Van Rijswijk E, Van Weel-Baumgarten E, Dowrick C. Making fewer depression diagnoses: beneficial for patients? *Ment Health Fam Med* 2008;5(3):161–5.
49. Schumann I, Schneider A, Kantert C, Löwe B, Linde K. Physicians' attitudes, diagnostic process and barriers regarding depression diagnosis in primary care: a systematic review of qualitative studies. *Fam Pract* 2012;29(3):255–63.
50. Ambulante Kodierrichtlinien – Definition der Behandlungsdiagnose (28.01.2011) [Internet]. [zitiert 20. September 2012]. Verfügbar unter: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/80606>
51. Berardi D, Menchetti M, Cevenini N, Scaini S, Versari M, De Ronchi D. Increased recognition of depression in primary care. Comparison between primary-care physician and ICD-10 diagnosis of depression. *Psychother Psychosom* 2005;74(4):225–30.
52. Wittchen H-U, Pieper L. Diabetes und Herz-Kreislaufferkrankungen beim Hausarzt - Die DETECT - Studie. *Die Ersatzkasse* 2006;260–3.
53. Weyerer S, Eifflaender-Gorfer S, Wiese B, Luppä M, Pentzek M, Bickel H. Incidence and predictors of depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older: results from a 3-year follow-up study. *Age Ageing* 2013;42(2):173-80
54. Beekman AT, Deeg DJ, Van Tilburg T, Smit JH, Hooijer C, Van Tilburg W. Major and minor depression in later life: a study of prevalence and risk factors. *J Affect Disord* 1995;36(1-2):65–75.
55. Luppä M, Sikorski C, Luck T, Ehreke L, Konnopka A, Wiese B. Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life--systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 2012;136(3):212–21.
56. Wittchen HU, Jacobi F, Ryl L. Depressive Erkrankungen, Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 51. Robert Koch Institut 2010.

57. Jacobi F, Wittchen HU, Höltling C, Sommer S, Lieb R, Höfler M, Pfister H. Estimating the prevalence of mental and somatic disorders in the community: aims and methods of the German National Health Interview and Examination Survey. *Int J Psychiatr Res* 2002;11(1):1-18
58. „Health Care Utilisation, Consultations - OECD.StatExtracts“. [Online]. Available: <http://stats.oecd.org/index.aspx?queryid=30161>.
59. Gill D, Dawes M, Sharpe M, Mayou R. GP frequent consulters: their prevalence, natural history, and contribution to rising workload. *Br J Gen Pract* 1998; 48(437):1856–7.
60. Neal RD, Heywood PL, Morley S, Clayden AD, Dowell AC. Frequency of patients' consulting in general practice and workload generated by frequent attenders: comparisons between practices. *Br J Gen Pract* 1998;48(426):895–8.
61. Vedsted P, Christensen MB. Frequent attenders in general practice care: a literature review with special reference to methodological considerations. *Public Health* 2005; 119(2):118–37.
62. Scaife B, Gill PS, Heywood PL, Neal RD. Socio-economic characteristics of adult frequent attenders in general practice: secondary analysis of data. *Family Practice* 2000;17(4):298–304.
63. Little P, Somerville J, Williamson I, Warner G, Moore M, Wiles R, u. a. Psychosocial, lifestyle, and health status variables in predicting high attendance among adults. *Br J Gen Pract*. 2001;51(473):987–94.
64. Bebbington PE, Meltzer H, Brugha TS, Farrell M, Jenkins R, Ceresa C. Unequal access and unmet need: neurotic disorders and the use of primary care services. *Psychol Med* 2000;30(6):1359–67.
65. Ferrari S, Galeazzi GM, Mackinnon A, Rigatelli M. Frequent attenders in primary care: impact of medical, psychiatric and psychosomatic diagnoses. *Psychother Psychosom* 2008;77(5):306–14.
66. Norton J, David M, De Roquefeuil G, Boulenger JP, Car J, Ritchie K.. Frequent attendance in family practice and common mental disorders in an open access health care system. *J Psychosom Res* 2012;72(6):413–8.
67. Kersnik J, Svab I, Vegnuti M. Frequent attenders in general practice: quality of life, patient satisfaction, use of medical services and GP characteristics. *Scand J Prim Health Care* 2001;19(3):174–7.
68. Grobe TG, Dörning H, Schwartz FW. Barmer GEK-Arztreport 2012, Auswertungen zu Daten bis 2010, Schwerpunkt: Kindergesundheit, Inanspruchnahme nach Alter und Geschlecht. Asgard-Verlag, 2012.S.48-52
69. Svab I, Zaletel-Kragelj L. Frequent attenders in general practice: a study from Slovenia. *Scand J Prim Health Care* 1993;11(1):38–43.
70. Dowrick CF, Bellón JA, Gómez MJ. GP frequent attendance in Liverpool and Granada: the impact of depressive symptoms. *Br J Gen Pract* 2000;50(454):361–5.

71. Menchetti M, Belvederi Murri M, Bertakis K, Bortolotti B, Berardi D. Recognition and treatment of depression in primary care: effect of patients' presentation and frequency of consultation. *J Psychosom Res* 2009;66(4):335–41.
72. Sheehan B, Bass C, Briggs R, Jacoby R. Somatization among older primary care attenders. *Psychol Med* 2003;33(5):867–77.
73. Gili M, Luciano JV, Serrano MJ, Jiménez R, Bauza N, Roca M. Mental disorders among frequent attenders in primary care: a comparison with routine attenders. *J Nerv Ment Dis* 2011;199(10):744–9.
74. Luciano JV, Fernández A, Pinto-Meza A, Luján L, Bellón JA, García-Campayo J. Frequent attendance in primary care: comparison and implications of different definitions. *Br J Gen Pract* 2010;60(571):49–55.
75. Koch K, Miksch A, Schürmann C, Joos S, Sawicki PT. The German health care system in international comparison: the primary care physicians' perspective. *Dtsch Arztebl Int* 2011;108(15):255–61.
76. Hirsch O, Träger S, Bösner S, Ilhan M, Becker A, Baum E. Referral from primary to secondary care in Germany: Developing a taxonomy based on cluster analysis. *Scand J Public Health* 2012;40(6):571–8.
77. Gröber-Grätz D, Gulich M, Zeitler H-P. Überweisungspraxis zwischen niedergelassenen Allgemeinärzten und Gebietsärzten in Baden-Württemberg vor Einführung der Hausarztverträge [Internet]. [zitiert 29. September 2012]. Verfügbar unter: <http://online-zfa.de/article/ueberweisungspraxis-zwischen-niedergelassenen-allgemeinaerzten-und-gebietsaerzten-in-baden-wuerttemberg-vor-einfuehrung-der-hausarztvertraege/originalarbeit-original-papers/2011/10/1524>
78. Donker GA, Fleming DM, Schellevis FG, Spreeuwenberg P. Differences in treatment regimes, consultation frequency and referral patterns of diabetes mellitus in general practice in five European countries. *Family Practice* 2004;21(4):364–9.
79. Grobe TG, Dörning H, Schwartz FW. Barmer GEK-Arztreport 2012, Auswertungen zu Daten bis 2010, Schwerpunkt: Kindergesundheit, Ambulante Diagnosen. Asgard-Verlag; 2012.S.71-7
80. Grobe TG, Gerr J. Barmer GEK-Gesundheitsreport Bayern - Alkoholkonsum und Erwerbstätigkeit, Auswertungen zur Arbeitsunfähigkeit. Hrsg Barmer GEK Wuppertal; 2012.S.7-29.
81. Linden M, Gothe H, Ormel J. Pathways to care and psychological problems of general practice patients in a „gate keeper“ and an „open access“ health care system: a comparison of Germany and the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* Dezember 2003;38(12):690–7.
82. Mosshammer D, Gröber-Grätz D, Bölter R, Joos S. [GP (general practitioners)-centered care - international data and recent development in Germany with focus on Baden-Württemberg]. *Gesundheitswesen.* Dezember 2009;71(12):832–8.

10. Anhang

10.1. Tabelle 22: Häufigkeit der jährlichen Arbeitsunfähigkeitstage

Anzahl der AU-Tage/ Jahr	Anzahl der Patienten n (%)	Anzahl der AU-Tage/ Jahr	Anzahl der Patienten n (%)
0	585 (57,9)	38	1 (0,1)
1	18 (1,8)	39	3 (0,3)
2	13 (1,3)	40	1 (0,1)
3	30 (3,0)	42	3 (0,3)
4	24 (2,4)	44	1 (0,1)
5	17 (1,7)	45	2 (0,2)
6	24 (2,4)	46	1 (0,1)
7	17 (1,7)	49	1 (0,1)
8	15 (1,5)	56	3 (0,3)
9	16 (1,6)	58	1 (0,1)
10	16 (1,6)	59	2 (0,2)
11	10 (1,0)	60	1 (0,1)
12	6 (0,6)	62	1 (0,1)
13	11 (1,1)	65	1 (0,1)
14	8 (0,8)	70	1 (0,1)
15	8 (0,8)	74	1 (0,1)
16	6 (0,6)	75	1 (0,1)
17	7 (0,7)	78	1 (0,1)
18	3 (0,3)	79	1 (0,1)
19	3 (0,3)	80	1 (0,1)
20	9 (0,9)	91	2 (0,2)
21	5 (0,5)	92	1 (0,1)
22	9 (0,9)	97	1 (0,1)
23	5 (0,5)	99	1 (0,1)
24	2 (0,2)	110	1 (0,1)
25	1 (0,1)	121	1 (0,1)
26	2 (0,2)	124	1 (0,1)
27	3 (0,3)	126	1 (0,1)
28	3 (0,3)	127	1 (0,1)
29	2 (0,2)	150	2 (0,1)
30	3 (0,3)	170	1 (0,2)
31	3 (0,3)	280	1 (0,1)
33	1 (0,1)	365	1 (0,1)
34	2 (0,2)	gesamt	934
36	3 (0,3)	fehlend	77
37	1 (0,1)	gesamt	1011

10.2. ICPC-2 Tabelle

ICPC-2 Deutsch/German International Classification of Primary Care – 2 nd Edition	Blut, blutbild. Organe, Immunsystem B	Auge F	Bewegungsapparat L
<p>Wonca International Classification Committee (WICC)</p> <p>Prozeduren-Codes</p> <p>-30 Ärztliche Untersuchung - komplett -31 Ärztliche Untersuchung - teilweise -32 Allergie/ Sensitivitätstestung -33 Mikrobiol./Immunol. Untersuchung -34 Blutuntersuchung -35 Urinuntersuchung -36 Stuhluntersuchung -37 Histozytologische Untersuchung -38 Labordiagnostik, andere NAK -39 Körperliche Funktionsprüfung -40 Diagnostische Endoskopie -41 Diagnostisches Röntgen/Bildgebung -42 Elektrokardiogramm -43 Diagnostische Untersuchung, andere -44 Präventive Impfung/Medikation -45 Beobachtung/Schulung/Beratung/Diät -46 Konsult. eines and. Gesundheitsberufers -47 Konsultation eines Facharztes -48 Klärung des Beratungsanlasses -49 Vorsorgemaßnahme, andere -50 Medikation/Verschreibung/Injektion -51 Inzision/Drainage/Spülung/Absaugung -52 Exzision/Biopsie -53 Instr. Manipulation/Katheter/Intubation -54 Verschluss/Fixierung/Nahf./Prothese -55 Lokale Injektion/Infiltration -56 Verband/Kompression/Tamponade -57 Physikalische Therapie/Rehabilitation -58 Therapeutische Beratung/Zuhören -59 Therap. Maßn./kl. Chir., andere NAK -60 Testvers./Ergebnis eigene Maßnahme -61 Ergebnis Untersuchung/Brief, anderer -62 Administrative Maßnahme -63 Folgevorstellung unspezifiziert -64 Konsult. auf Initiative Leistungserg. -65 Konsultation auf Initiative Dritter -66 ÜW an and. Leistungserg./Pflegerkraft -67 ÜW an einen Arzt/Spezialisten -68 Überweisungen, andere NAK -69 Beratungsanlass, anderer NAK</p> <p>Allgemein und unspezifisch A</p> <p>A01 Schmerz generalisiert/mehrere Stellen A02 Frösteln A03 Fieber A04 Schwäche/allgemeine Müdigkeit A05 Unwohlsein A06 Ohnmacht/Synkope A07 Koma A08 Schwellung A09 Übermäßiges Schwitzen A10 Blutung/Hämorrhagie NNB A11 Brustschmerz NNB A13 Besorgnis ü./Angst vor med. Behandl. A16 Unruhiges Kleinkind A18 Besorgnis über äußere Erscheinung A20 Gespräch über/Bitte um Erstebeihilfe A21 Risikofaktoren bösartige Neubildung A23 Risikofaktoren NNB A25 Angst vor dem Tod / Sterben A26 Angst vor Krebserkrankung NNB A27 Angst vor anderer Krankheit NNB A28 Funktionseinschr./Behinderung (A) A29 Allgemeinsympt./beschw. andere A70 Tuberkulose A71 Miesern A72 Windpocken A73 Malaria A74 Röteln A75 Infektiöse Mononukleose A76 Virales Exanthem NNB, andere A77 Virale Erkrankung NNB, andere A78 Infektiöse Erkrankung NNB, andere A79 Malignom NNB A80 Multiple Traumen/Verletzung A81 Polytrauma/Verletzungen A82 Sekundäreffekte eines Traumas A84 Verfallung durch mediz. Substanz A85 Unerwünschte Wirk. e. Medikaments A86 Toxischer Effekt nichtmed. Substanz A87 Komplikation mediz. Behandlung A88 Schäd. Folge physikal. Einwirkung A89 Kompl./Auswirk. Prothesenversorgung A90 Angeborene Anomalie/NNB A91 Unerkl. Befund e. Untersuchung NNB A92 Allergie/allergische Reaktion NNB A93 Unreifes Neugeborenes A94 Perinatale Erkrankung, andere A95 Perinatale Tod A96 Tod A97 Keine Erkrankung A98 Gesundheitsförderung/Präventiv.Med. A99 Erkrankung o. bek. Ursache/ Lokalis.</p> <p>Blut, blutbild. Organe, Immunsystem B</p> <p>B02 Lymphknoten vergrößert/schmerzhaft B04 Blutsymptomatik / Beschwerden B25 Angst vor HIV / AIDS B26 Angst vor bösart. Blut-/Lymphkran. B27 Angst v. anderer Blut-/Lymphkran. B28 Funktionseinschr./Behinderung (B) B29 Beschw. Lymph-/Immunsystem, andere B70 Lymphadenitis, akute B71 Lymphadenitis, chron./unspezifische B72 Morbus Hodgkin/Lymphom B73 Leukämie B74 Maligne Bluterkrankung, andere B75 Benigne/unspezifische Blutneubildung B76 Milzruptur, traumatische B77 Verletzung Blut/Lymph/Milz, andere B78 Vererbliche hämolytische Anämie B79 Angeb. Anomalie Blut/Lymphsystem B80 Eisenmangelanämie B81 Anämie Vitamin B12/Folsäuremangel B82 Anämie unspezifisch, andere B83 Purpura/Gerinnselstörung B84 Ungekläarte abnorme Leukozyten B87 Splenomegalie B90 HIV-Infektion/AIDS B99 Blut-/Lymph-/Milzerkrankung, andere</p> <p>PROZEDUREN-CODES</p> <p>SYMPTOME</p> <p>INFEKTIONEN</p> <p>NEUBILDUNGEN</p> <p>VERLETZUNGEN</p> <p>FEHLBILDUNGEN</p> <p>ANDERE DIAGNOSEN</p> <p>Verdauungssystem D</p> <p>D01 Bauchschmerzen/-krämpfe, generall. D02 Bauchschmerzen, epigastrische D03 Sodbrennen D04 Rektale/ anale Schmerzen D05 Perianaler Juckreiz D06 Bauchschmerzen, andere Lokalisation D07 Dyspepsie/Verdauungsstörung D08 Flatulenz/Blähungen D09 Erbrechen D10 Durchfall D11 Verstopfung D12 Gelbsucht D13 Bluterbrechen/Hämatemesis D15 Meläna/Teerstuhl D16 Rektale Blutung D17 Stuhlinkontinenz D18 Veränderung Stuhlgang/Verdauung D19 Zahn-/Zahnfleischsympt./beschw. D20 Mund-/Zungen-/Lippenbeschwerden D21 Schluckbeschwerden D23 Hepatomegalie D24 Adom. Tastbefund/Resistenz NNB D25 Aufgetriebenes Abdomen/Spannung D26 Angst vor Krebs Verdauungsorgane D27 Angst v. Erkrank. Verdauungs-, and. D28 Funktionseinschr./Behinderung (D) D29 Beschw. Verdauungssystem, andere D70 Gastrointest. Infekt., Erreger gesichert D71 Mumps D72 Virushapatitis D73 Gastroenteritis vermutlich infektiös D74 Bösartige Neubildung Magen D75 Bösartige Neubildung Colon/Rektum D76 Bösartige Neubildung Pankreas D77 Bösartige Neubild., andere/NNB (D) D78 Neubild. Verdauungssyst., benign/n.s. D79 Fremdkörper im Verdauungssystem D80 Verletzung des Verdauungssystems D81 Angeb. Anomalie d. Verdauungssyst D82 Zahn-/Zahnfleischkrankung D83 Mund-/Zungen-/Lippenkrankung D84 Speiseröhrenkrankung D85 Duodenalulkus D86 Peptisches Ulkus, anderes D87 Magenfunktionsstörung D88 Appendizitis D89 Leistenhernie D90 Hiatushernie D91 Abdominelle Hernie, andere D92 Divertikulose/Divertikulitis D93 Reizdarmsyndrom D94 Chron. entzündl. Darmerkr./Colitis D95 Anal fissur/perianaler Abszess D96 Würmer/andere Parasiten D97 Lebererkrankung NNB D98 Cholezystitis/Cholelithiasis D99 Erkrankung Verdauungssyst., andere</p> <p>Auge F</p> <p>F01 Augenschmerz F02 Augenrötung F03 Augenausfluss/-absonderung F04 Mouches volantes F05 Sehstörung, andere F13 Auge Empfindungsstörung F14 Auge abnorme Bewegung F15 Auge abnormes Aussehen F16 Augenlid Symptome/Beschwerden F17 Brille Symptome/Beschwerden F18 Kontaktlinsen Symptome/Beschw. F27 Angst vor Augenerkrankung F28 Funktionseinschr./Behinderung (F) F29 Auge Symptome/Beschw., andere F70 Konjunktivitis, infektiöse F71 Konjunktivitis, allergische F72 Bepharitis/ Hageikom/Gerstenkorn F73 Augeninfektion/-entzündung, and. F74 Neubild. Auge/Anhangsgebilde F75 Kontusion/Blutung im Auge F76 Fremdkörper im Auge F79 Augenverletzung, andere F80 Tränenkanalverschluss Kleinkind F81 Angeb. Anomalie Auge, andere F82 Netzhautablösung F83 Retinopathie F84 Maculadegeneration F85 Cornealulcus F86 Trachom F91 Refraktionsfehler F92 Katarakt F93 Glaukom F94 Blindheit F95 Strabismus F99 Auge/Anhangsgeb. Erkrank., and.</p> <p>Ohr H</p> <p>H01 Ohrschmerz H02 Hörstörung H03 Tinnitus, Klingeln, Brummen H04 Ausfluss Ohr H05 Blutung Ohr H13 Verstopfungsgefühl Ohr H15 Besorg. ü. äußere Erscheinung Ohr H27 Funktionseinschr./Behinderung (H) H29 Ohrensympt./beschw., andere H70 Otitis externa H71 Akute Mittelohrentzündung H72 Muko-/Serotympanon, Paukenerg. H73 Tubenkatarrh/-ventilationsstörung H74 Chronische Mittelohrentzündung H75 Neubildung im Ohr H76 Fremdkörper im Ohr H77 Perforation Trommelfell H78 Oberflächliche Verletzung Ohr H79 Ohrenverletzung, andere H80 Angeborene Anomalie Ohr H81 Übermäßige Ohrschmalzbildung H82 Schallknötchen H83 Otosklerose H84 Altersschwerhörigkeit H85 Akustisches Trauma H86 Taubheit H89 Ohr-/Mastoiderkrankung, andere</p> <p>Kreislauf K</p> <p>K01 Herzschmerz K02 Druck/Engegefühl des Herzens K03 Herz-/Gefäßschmerzen, NNB K04 Palpitation K05 Unregelmäßige Herzschlag, and. K06 Auffällige venöse Kapilläre K07 Geschwollene Knöchel/Odeme K22 Risiko Herz-/Gefäßkrankung K24 Angst vor Herzerkrankung K25 Angst vor Bluthochdruck K27 Angst anderer Erkrankung K28 Funktionseinschr./Behinderung (K) K29 Herz-/Gefäßbeschwerden, andere K70 Infektion des Herz-/Kreislaufsst. K71 Rheumat. Fieber/Herzerkrank. K72 Neubildung Herz/Gefäßsystem K73 Angeb. Anomalie Herz/Gefäßsst K74 Ischäm. Herzerkrankung mit Angina K75 Akuter Myokardinfarkt K76 Ischäm. Herzerkrank. ohne Angina K77 Herzinsuffizienz K78 Vorhofflimmern/-flattern K79 Paroxysmale Tachykardie K80 Herzrhythmusstörung NNB K81 Herz-/Arterieller Geräusch NNB K82 Pulmonale Herzerkrankung K83 Herzklappenkrankung NNB K84 Herzerkrankung, andere K85 Erhöhter Blutdruck K86 Bluthochdruck, unkomplizierter K87 Bluthochdruck, komplizierter K88 Orthostatische Dysregulation K89 Transiente zerebrale Ischämie K90 Schlaganfall/zerebrovasc. Insult K91 Zerebrovaskuläre Erkrankung K92 Arteriosklerose, pAVK K93 Lungenembolie K94 Phlebitis/Thrombose K95 Varikosis der Beine K96 Hämorrhoiden K99 Herz-/Gefäßkrankung, andere</p> <p>Bewegungsapparat L</p> <p>L01 Nackensymptomatik/-beschwerden L02 Rückensympt./beschwerd. BWS/n.s. L03 Untere Rückensympt./beschwerd. L04 Brustkorbsympt./beschwerd. (L) L05 Flanken-/Achselnsympt./beschwerd. L07 Kiefersymptomatik/-beschwerden L08 Schuldersymptomatik/-beschwerden L09 Armsymptomatik/-beschwerden L10 Ellbogensymptomatik/-beschwerden L11 Handgelenksymptomatik L12 Hand-/ Fingersympt./beschwerd. L13 Hüftsymptomatik/-beschwerden L14 Beinsymptome/-beschwerden L15 Kniesymptomatik/-beschwerden L16 Sprunggelenksympt./beschwerden L17 Fuß-/Zehensympt./beschwerden L18 Muskelschmerzen L19 Muskelsymptomatik/-beschwerd. L20 Gelenksymptomatik/-beschwerden NNB L26 Angst vor Krebs, muskuloskeletär L27 Angst muskuloskel. Erkrankung, and. L28 Funktionseinschr./Behinderung (L) L29 Muskuloskel. Sympt./Beschw. andere L30 Infektion des muskuloskelet. Systems L71 Bösartige Neubild., muskuloskelet. L72 Fraktur Radius/Ulna L73 Fraktur Tibia/Fibula L74 Fraktur Hand-/Fußknöchel L75 Fraktur Femur L76 Fraktur, andere L77 Verstauchung/Zerrung Sprunggelenk L78 Verstauchung/Zerrung des Kniegelenks L79 Verstauchung/Zerrung eines Gelenks L80 Luxation/Subluxation Gelenk L81 Verletzung muskuloskeletär NNB L82 Angeb. Anomalie muskuloskelet. L83 Halswirbelsäulensyndrom L84 Rückensyndrom ohne Schmerzausstr. L85 Erworbene Deformierung Wirbelsäule L86 Rückensyndrom mit Schmerzausstr. L87 Bursitis/Tendinitis/Synovitis NNB L88 Rheumatoide/Seropositive Arthritis L89 Arthrose der Hüfte L90 Arthrose des Knies L91 Arthrose, andere L92 Schultersyndrom L93 Tennisellenbogen L94 Osteochondrose L95 Osteoporose L96 Akuter Kniebinnenschaden L97 Neubild. muskuloskelet. gutart. n.s. L98 Erworbene Deformität Extremität L99 muskuloskelet. Erkrankung, andere</p> <p>Neurologisch N</p> <p>N01 Kopfschmerz N03 Gesichtsschmerz N04 Restless legs N05 Krabbeln Finger/Füße/ Zehen N06 Empfindungsstörung, andere N07 Krampfanfälle/neurologische Anfälle N08 Abnorme unwillkürliche Bewegungen N16 Geruchs-/Geschmacksstörung N17 Schwindel/Benommenheit N18 Lähmung/Schwäche N19 Sprachstörung N26 Angst vor Krebs des Nervensystems N27 Angst vor anderem Nervenleiden N28 Funktionseinschr./Behinderung (N) N29 Neurolog. Beschwerden, andere N70 Poliomyelitis N71 Meningitis/Enzephalitis N72 Tetanus N73 Neurologische Infektion, andere N74 Bösartige Neubildung Nervensystem N75 Gutartige Neubildung Nervensystem N76 Neubild. Nervensystem nicht spez. N79 Gehirnerschütterung N80 Kopfverletzung, andere N81 Verletzung Nervensystem, andere N85 Angeborene Anomalie Nervensystem N86 Multiple Sklerose N87 Morbus Parkinson N88 Epilepsie N89 Migräne N90 Cluster-Kopfschmerzen N91 Fazialisparese N92 Trigeminusneuralgie N93 Carpal tunnel syndrome N94 Periphere Neuropathie/Neuropathie N95 Spannungskopfschmerz N99 Neurologische Erkrankung, andere</p>			



Universitätsklinikum Heidelberg
 Allgemeinmedizin u. Versorgungsforschung
 Voßstraße 2, Gebäude 37
 D-69115 Heidelberg
www.content-info.org

Psychologisch	P	S19	Hautverletzung, andere	U29	Hamwegssymptom, andere	X91	Condylostoma acuminata, Frau				
		S20	Verhornung/ Schwielenbildung	U70	Pyelonephritis/Pyelitis	X92	Chlamydieninfektion weibl. Genitale				
		P01	Gefühl Angst/Unruhe/Spannung	S21	Hautbeschaffenheit -sympt./-beschwerd.	U71	Zystitis/Harnwegsinfekt, anderer	X99	Weibl. Genitale Erkrankung, andere		
		P02	Akute Stressreaktion	S22	Nagelsymptomatik/-beschwerden	U72	Urethritis	Männliches Genitale			
		P03	Depressives Gefühl	S23	Haarausfall/Kahlheit	U75	Bösartige Neubildung der Niere	Y01	Penisschmerz		
		P04	Reizbares/ärgert. Gefühl/Verhalten	S24	Haar-/Kopfhautsympt./-beschw., and.	U76	Bösartige Neubildung der Blase	Y02	Schmerz in Hoden/Skrotum		
		P05	Senilität, sich alt fühlen/benehmen	S26	Angst vor Hautkrebs	U77	Bösart. Neubild. Hamorgane, and.	Y03	Harnröhrenausfluss		
		P06	Schlafstörung	S27	Angst vor Hauterkrankung, andere	U78	Gutartige Neubildung Hamorgane	Y04	Penissymptome/-beschwerden, andere		
		P07	Vermindertes sexuelles Verlangen	S28	Funktionseinschr./Behinderung (S)	U79	Neubildung an Hamorganen	Y05	Skrotum-/Hodensympt./-beschw., and.		
		P08	Verminderte sexuelle Erfüllung	S29	Hautsymptomatik/-beschw., andere	U80	Verletzung der Hamorgane	Y06	Prostata-symptome/-beschwerden		
		P09	Besorgnis wegen sexueller Präferenz	S70	Herpes zoster	U85	Angeborene Anomalie Hamorgane	Y07	Impotenz NNB		
		P10	Stammeln/Stottern/Tic	S71	Herpes simplex	U88	Glomerulonephritis/Nephrose	Y08	Sexualfunkt. Sympt./-beschw., Mann		
		P11	Essstörung beim Kind	S72	Krätze/andere Askariasis	U90	Orthostat. Albuminurie/Proteinurie	Y10	Infertilität/ Subfertilität, Mann		
		P12	Betrübnis/Enuresis	S73	Pedikulose/Hautbefall, anderer	U95	Hamstein	Y13	Sterilisierung, Mann		
		P13	Enkopresis/Stuhlkontrollproblem	S74	Dermatophyten	U98	Auffälliger Urintest NNB	Y14	Familienplanung Mann, andere		
		P15	Chronischer Alkoholismissbrauch	S75	Candidose der Haut	U99	Erkrankung Hamorgane, andere	Y16	Brustsymptome/-beschwerden, Mann		
		P16	Akuter Alkoholismissbrauch	S76	Hautinfektion, andere	Schwangerschaft					
		P17	Tabakmissbrauch	S77	Bösartige Neubildung Haut					W	
		P18	Medikamentenmissbrauch	S78	Lipom	Geburt, Fam.planung					
		P19	Drogenmissbrauch	S79	Benigne/unklare Neubildung Haut					W01	Fragliche Schwangerschaft
P20	Gedächtnisstörung	S80	Sonnenbrand. Keratose/Sonnenbrand	W02	Angst vor Schwangerschaft	Y21	Prostatakrebs				
P22	Verhaltenauffälligkeit. Entwick. stör. Kind	S81	Hämangiom/Lymphangiom	W03	Blutung i. d. Schwangerschaft	Y22	Funktionseinschr./Behinderung (Y)				
P23	Verhaltenauff. /Entwick. stör., Adoleszenz	S82	Nävus/Leberfleck	W05	Postkoitale Empfängnisverhütung	Y23	Genitalbeschwerden Mann, andere				
P24	Spezifische Lernstörung	S83	Angeborene Hautanomalie, andere	W10	Postkoitale Empfängnisverhütung	Y70	Syphilis, Mann				
P25	Lebensphasenproblem Erwachsene	S84	Impetigo	W11	Orale Empfängnisverhütung	Y71	Gonorrhoe, Mann				
P27	Angst vor Geistesstörung	S85	Pilonidalzyste/-fistel	W12	Intrauterine Empfängnisverhütung	Y72	Genitalherpes, Mann				
P28	Funktionseinschr./Behinderung (P)	S86	Seborrhöische Dermatitis	W13	Sterilisierung, Frau	Y73	Prostatitis/Samenbläschenentzünd.				
P29	Psych. Sympt., Beschwerden, andere	S87	Dermatitis/ Atopisches Ekzem	W14	Empfängnisverhütung, andere	Y74	Orchitis/Epididymitis				
P70	Demenz	S88	Allergische-/Kontaktdermatitis	W15	Empfängnisverhütung, andere	Y75	Balanitis				
P71	Organ. Psychosyndrom, anderes	S89	Windeldermatitis	W16	Infertilität/ Subfertilität, Frau	Y76	Condylostoma acuminata, Mann				
P72	Schizophrenie	S90	Pityriasis rosea	W17	Infertilität, Subfertilität, Mann	Y77	Prostatakrebs				
P73	Affektive Psychose	S91	Psoriasis	W18	Postpartale Sympt./Beschw., and.	Y78	Bösart. Neubild. männl. Genitale				
P74	Angststörung/ Panikattacke	S92	Schweißdrüsenkrankung	W19	Brust-/Stillsymptom/-beschwerden	Y79	Gutartige/nicht spez. Neubildung (Y)				
P75	Somatisationsstörung	S93	Atherom	W21	Sorge schwanger.-bed. Aussehen	Y80	Verletzung männliches Genitale				
P76	Depressive Störung	S94	Eingewachsener Nagel	W22	Angst vor Schwangerschaftskomp.	Y81	Phimose/überschüssige Vorhaut				
P77	Suizid/Suizidversuch	S95	Molluscum contagiosum	W28	Funktionseinschr./Behinderung (W)	Y82	Hypospadie				
P78	Neurasthenie	S96	Akne	W29	Schwangerschaftsbeschw., andere	Y83	Hodenhochstand				
P79	Phobie/Zwangsstörung	S97	Chronische Ulzeration Haut	W70	Wochenbettinfektion/-sepsis	Y84	Angeb. Anomalie männliches Genitale				
P80	Persönlichkeitsstörung	S98	Urtikaria	W71	Kompl. Schwang./Wochenb. Infekt.	Y85	Benigne Prostatahypertrophie				
P81	Hyperaktivität	S99	Hautkrankheit, andere	W72	Bösartige Neubild. Schwangersch.	Y86	Hydrozele				
P82	Posttraumatische Stressstörung	PROZEDUREN-CODES				W73	Gutart. a. Neubild. Schwangersch.	Y89	Geschlechtskrankheit Mann, andere		
P85	Mentale Retardierung					SYMPTOME				W75	Verletz. a. Kompl. d. Schwangers.
P86	Anorexia nervosa/Bulimie	INFEKTIONEN								W76	Kompl. Schwang. d. angeb. Anom.
P88	Psychose NNB, andere					NEUBILDUNGEN				W78	Schwangerschaft
P89	Psych. Störung/Erkrank., andere	VERLETZUNGEN								W79	Ungewollte Schwangerschaft
Atmungsorgane						R		FEHLBILDUNGEN			
		ANDERE DIAGNOSEN									
Haut						S		Endokrin, meta- bolisch, Ernährung			
		UROLOGISCH									
Schmerz						T		Weibl. Genitale/Brust X			
		Urogenital									
Blut						U		Urogenital			
		Blut									
Blut						U		Blut			
		Blut									
Blut						U		Blut			
		Blut									
Blut						U		Blut			
		Blut									
Blut						U		Blut			
		Blut									
Blut						U		Blut			
		Blut									
Blut						U		Blut			
		Blut									
Blut						U		Blut			
		Blut									
Blut						U		Blut			
		Blut									
Blut						U		Blut			
		Blut									
Blut						U		Blut			
		Blut									
Blut						U		Blut			
		Blut									
Blut						U		Blut			
		Blut									
Blut						U		Blut			
		Blut									
Blut						U		Blut			
		Blut									
Blut						U		Blut			
		Blut									
Blut						U		Blut			
		Blut									
Blut						U		Blut			
		Blut									
Blut						U		Blut			
		Blut									
Blut						U		Blut			
		Blut									
Blut						U		Blut			
		Blut									
Blut						U		Blut			
		Blut									
Blut						U		Blut			
		Blut									
Blut						U		Blut			
		Blut									
Blut						U		Blut			
		Blut									
Blut						U		Blut			
		Blut									
Blut						U		Blut			
		Blut									
Blut						U		Blut			
		Blut									
Blut						U		Blut			
		Blut									
Blut						U		Blut			
		Blut									
Blut						U		Blut			
		Blut									
Blut						U		Blut			
		Blut									
Blut						U		Blut			
		Blut									

10.3. Fragebogen für Patienten:



TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN
Klinikum rechts der Isar, Institut für Allgemeinmedizin
Ärztlicher Direktor
Univ. Prof. Dr. Antonius Schneider

Liebe Patientin, lieber Patient,

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen sorgfältig aus. Bis auf wenige Ausnahmen handelt es sich um Fragen, bei denen Sie aus verschiedenen Antwortoptionen wählen können. Bitte kreuzen Sie jeweils das Kästchen mit der für Sie zutreffenden Antwort an. Falls Sie Fragen haben sollten, wenden Sie sich bitte an den Studienbetreuer, das Praxispersonal oder die Ärztin/den Arzt.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Name: _____

Geb.-Datum: __ . __ . ____

Datum: __ . __ . ____

Code-Nr.:

--	--	--

(wird von uns vergeben)

Fragen zum Anlass des Arztbesuchs

1.a. Ich komme wegen folgender Beschwerden zum Hausarzt (Bitte mit eigenen Worten eintragen):

1.b. Haben Sie diese Ärztin/diesen Arzt bereits früher wegen dieser Beschwerden aufgesucht?

nein ja wenn ja: wie oft innerhalb der letzten 12 Monate? _____ Mal

Fragen zu verschiedenen Beschwerden

1. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch folgende Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 2. Fragen zum Thema „Angst“.** **NEIN** **JA**
- a. Hatten Sie in den letzten 4 Wochen eine Angstatacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik)?
- Wenn „NEIN“, brauchen Sie die folgenden Fragen nicht mehr beantworten. Bitte weiter bei Frage 4 (nächste Seite).**
- b. Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?
- c. Treten manche dieser Anfälle völlig unerwartet auf - d.h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?
- d. Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend, und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?
- e. Litten Sie während Ihres letzten schlimmen Angstanfalls unter Kurzatmigkeit, Schwitzen, Herzrasen oder -klopfen, Schwindel oder dem Gefühl, der Ohnmacht nahe zu sein, Kribbeln oder Taubheitsgefühlen, Übelkeit oder Magenbeschwerden?

- 3. Denken Sie bitte an ihren letzten schlimmen Angstanfall.** **NEIN** **JA**
- a. Bekamen Sie schlecht Luft?.....
- b. Hatten Sie Herzrasen, Herzklopfen oder unregelmäßigen Herzschlag?..
- c. Hatten Sie Schmerzen oder ein Druckgefühl in der Brust?.....
- d. Haben Sie geschwitzt?.....
- e. Hatten Sie das Gefühl zu ersticken?.....
- f. Hatten Sie Hitzewallungen oder Kälteschauer?.....
- g. Wurde Ihnen übel, hatten Sie Magenbeschwerden oder das Gefühl, Sie würden Durchfall bekommen?.....
- h. Fühlten Sie sich schwindelig, unsicher, benommen oder einer Ohnmacht nahe?.....
- i. Spürten Sie ein Kribbeln oder hatten Sie ein Taubheitsgefühl in Teilen des Körpers?.....
- j. Zitterten oder bebten Sie?.....
- k. Hatten Sie Angst, Sie würden sterben?.....

4. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 4 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Nicht beeinträchtigt	Wenig beeinträchtigt	Stark beeinträchtigt
a. Bauchschmerzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Rückenschmerzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Bei Frauen: Menstruationsschmerzen oder andere Probleme mit der Menstruation.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Kopfschmerzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Schmerzen im Brustbereich.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Schwindel.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ohnmachtsanfälle.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Herzklopfen oder Herzrasen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Kurzatmigkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 4 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage
a. Nervosität, Ängstlichkeit, Anspannung oder übermäßige Besorgnis.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Gefühle der Unruhe, sodass Stillsitzen schwer fällt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Leichte Ermüdbarkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Muskelverspannungen, Muskelschmerzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Lesen oder beim Fernsehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Leichte Reizbarkeit, Überempfindlichkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen zur Selbstwahrnehmung

Sie finden nun Aussagen aufgelistet, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte geben Sie jeweils das Ausmaß auf der Skala zwischen 6 (Trifft sehr zu) und 1 (Trifft nicht zu) an, inwieweit folgende Aussagen auf Sie zutreffen. Machen sie bitte jeweils nur ein Kreuz in die entsprechende Zeile.

	Trifft sehr zu		Trifft nicht zu
7.a. Ich spüre kleinste Veränderungen in meinem Körper sehr genau.....	6 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7.b. Wenn mir ein Kleidungsstück unbequem ist, bemerke ich es sofort.....	6 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7.c. Mein Körper reagiert sehr empfindlich auf jede Belastung.....	6 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7.d. Wenn etwas mit mir nicht stimmt, bemerke ich es sofort.....	6 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7.e. Ich spüre es sehr früh, wenn ich krank werde.....	6 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7.f. Oft habe ich das Gefühl, irgendetwas juckt oder ist zu eng.....	6 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7.g. Schmuckstücke und Uhren muss ich sofort ausziehen, wenn ich zuhause bin.....	6 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7.h. Ich denke viel über meinen Körper nach.....	6 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7.i. Ich denke viel über meine Gesundheit nach.....	6 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>
7.j. Vorgänge in meinem Körper nehme ich sehr genau wahr.....	6 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>

Fragen zu medizinischen Entscheidungen

In den folgenden Fragen geht es um Ihre allgemeine Einstellung zu medizinischen Entscheidungen. Ihre Zustimmung oder Ablehnung können Sie in der angegebenen Skala von „sehr dafür“ (1) bis „sehr dagegen“ (5) ausdrücken.

	sehr dafür	etwas dafür	neutral	etwas dagegen	sehr dagegen
8.a. Wichtige medizinische Entscheidungen sollten von Ihrem Arzt getroffen werden und nicht von Ihnen.	1	2	3	4	5

	sehr dafür	etwas dafür	neutral	etwas dagegen	sehr dagegen
8.b. Sie sollten sich dem Rat Ihres Arztes anschließen, auch wenn Sie anderer Meinung sind.	1	2	3	4	5

	sehr dafür	etwas dafür	neutral	etwas dagegen	sehr dagegen
8.c. Während eines Krankenhausaufenthaltes sollten Sie keine Entscheidungen über Ihre eigene Behandlung treffen.	1	2	3	4	5

	sehr dafür	etwas dafür	neutral	etwas dagegen	sehr dagegen
8.d. Über alltägliche medizinische Probleme sollten Sie selbst entscheiden.	1	2	3	4	5

	sehr dafür	etwas dafür	neutral	etwas dagegen	sehr dagegen
8.e. Sie werden krank und Ihre Erkrankung verschlechtert sich. Möchten Sie, dass Ihr Arzt Ihre Behandlung in stärkerem Maße in die Hand nimmt?	1	2	3	4	5

	sehr dafür	etwas dafür	neutral	etwas dagegen	sehr dagegen
8.f. Sie sollten selbst entscheiden, wie oft Sie eine allgemeine Gesundheitsuntersuchung benötigen.	1	2	3	4	5

Die folgenden Fragen betreffen Ihr Informationsbedürfnis als Patient.

9.a. Je mehr sich Ihre Erkrankung verschlechtert umso mehr sollten Sie über Ihre Erkrankung aufgeklärt werden.

sehr dafür	etwas dafür	neutral	etwas dagegen	sehr dagegen
1	2	3	4	5

9.b. Sie sollten vollständig verstehen, was infolge der Krankheit in Ihrem Körper vor sich geht.

sehr dafür	etwas dafür	neutral	etwas dagegen	sehr dagegen
1	2	3	4	5

9.c. Auch bei schlechten Untersuchungsergebnissen, sollten Sie umfassend informiert werden.

sehr dafür	etwas dafür	neutral	etwas dagegen	sehr dagegen
1	2	3	4	5

9.d. Ihr Arzt sollte Ihnen den Zweck der Laboruntersuchungen erklären.

sehr dafür	etwas dafür	neutral	etwas dagegen	sehr dagegen
1	2	3	4	5

9.e. Informationen sollten Ihnen nur gegeben werden, wenn Sie danach fragen.

sehr dafür	etwas dafür	neutral	etwas dagegen	sehr dagegen
1	2	3	4	5

9.f. Es ist wichtig für Sie, alle Nebenwirkungen Ihrer Medikamente zu kennen.

sehr dafür	etwas dafür	neutral	etwas dagegen	sehr dagegen
1	2	3	4	5

9.g. Informationen über Ihre Krankheit sind für Sie genauso wichtig wie die Behandlung selbst.











sehr dafür	etwas dafür	neutral	etwas dagegen	sehr dagegen
1	2	3	4	5

9.h. Wenn es mehr als eine Möglichkeit der Behandlung gibt, sollten Sie über alle informiert werden.

sehr dafür	etwas dafür	neutral	etwas dagegen	sehr dagegen
1	2	3	4	5

© Ende

Angaben zur Einnahme Ihrer Medikation

	Ja	Nein
10.a. Nehmen Sie Medikamente? (Falls nein, bitte weiter mit Frage 11)		
10.b. Kommt es vor, dass Sie vergessen Ihre Medikamente einzunehmen?		
10.c. Sind Sie bei der Einnahme Ihrer Medikamente hin und wieder nachlässig?		
10.d. Hören Sie manchmal auf Ihre Medikamente einzunehmen, sobald es Ihnen besser geht?		
10.e. Hören Sie manchmal auf Ihre Medikamente einzunehmen, wenn Sie sich bei der Einnahme Ihrer Medikamente schlechter fühlen?		

Fragen zur Person

Im Folgenden finden Sie nun noch einige Fragen zu Ihrer Person

11.a. Familienstand

- verheiratet oder in fester Partnerschaft
- alleinstehend
- verwitwet

11.b. Welcher ist Ihr höchster Schulabschluss?

- kein Schulabschluss
- Sonderschulabschluss
- Hauptschul-/Volksschulabschluss
- Realschulabschluss/Mittlere Reife
- Fachabitur/Abitur
- Sonstiges:.....

11.c. Was ist Ihre Berufsausbildung?

- keine Berufsausbildung
- Lehre/Berufsfachschule
- Fachhochschulstudium/Hochschulstudium
- Sonstiges:.....

11.d. Sind Sie derzeit erwerbstätig

- ja und zwar Teilzeit Vollzeit

- nein, ich bin
 - Hausfrau/Hausmann
 - in Rente/pensioniert
 - arbeitslos
 - sonstiges:.....

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

11. Danksagung

Mein erster und besonderer Dank gilt meinem Doktorvater Prof. Dr. med. Antonius Schneider für die ausgezeichnete und intensive Betreuung dieser Arbeit. Zudem bedanke ich mich bei ihm für die vielen motivierenden Gespräche, die eine große Unterstützung bei der Fertigstellung dieser Arbeit darstellten.

Zudem bedanke ich mich von Herzen bei meiner „Doktorschwester“ Eva Wartner, die ich durch diese Doktorarbeit kennen gelernt habe. Vielen Dank für die tolle Freundschaft, das gemeinsame Durchleben verschiedener Höhen und Tiefen im Rahmen der Dissertationen und nicht zuletzt die vielen technischen Hilfestellungen.

Meinen Eltern danke ich herzlich für die viele Unterstützung, das große Verständnis und das Vertrauen, dass Sie mir während meines gesamten Medizinstudiums und insbesondere auch bei der Erstellung meiner Doktorarbeit entgegengebracht haben.

Prof. Dr. Klaus Linde danke ich vielmals für die Erstellung der verschiedenen Syntaxen des SPSS-Programms, die für die Berechnungen notwendig waren, wie auch für viele weitere statistische Ratschläge.

Zudem bedanke ich mich ganz herzlich bei allen Patient/Innen, die durch ihre Teilnahme diese Studie erst möglich gemacht haben.

Ein großer Dank gilt auch den Hausarzt/Innen und deren Praxismitarbeiter/Innen für deren Bereitschaft, an der Studie mitzuwirken und die Befragung in ihren Praxisalltag zu integrieren. Ohne die ihre Unterstützung wäre diese Dissertation nicht möglich gewesen.

12. Curriculum vitae

Persönliche Daten

Name Elisabeth Angela Hörlein
Geburtsdatum 25.02.1983
Geburtsort München
E-Mail Eli.h@gmx.de
Nationalität deutsch

Universitäre Ausbildung: Studium der Humanmedizin

07/2012 Approbation als Ärztin
06/2012 Zweites medizinisches Staatsexamen
10/2007 bis 06/2012 Technische Universität, München
10/2007 Erstes medizinisches Staatsexamen
10/2005 bis 10/2007 Ludwig-Maximilians-Universität, München

Berufstätigkeit und Berufsausbildung

07/2012 bis 10/2012 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin, München; Betreuung der Weiterbildungsverbände Allgemeinmedizin der Technischen Universität München
09/2004 bis 09/2005 Hauptberufliche Tätigkeit als Rettungsassistentin bei der Aicher Ambulanz, München
10/2002 bis 08/2004 Berufsausbildung zur Rettungsassistentin in Dietmannsried; Praktischer Ausbildungsabschnitt an der Lehrrettungswache Garching
11/2002 bis 02/2003 Ausbildung zur Rettungssanitäterin, Allgemeine Sanitätshilfe, München

Praktisches Jahr

10/2012 bis 01/2012 Praktisches Jahr in der Inneren Medizin (Hämatologie / Infektiologie), Klinikum Schwabing, München
08/2011 bis 10/2012 Praktisches Jahr in der Unfallchirurgie, KATH Hospital, Kumasi, Ghana
06/2011 bis 08/2011 Praktisches Jahr in der Viszeralchirurgie, Klinikum Rechts der Isar, München
02/2011 bis 06/2011 Praktisches Jahr im Wahlfach Anästhesie und Intensivmedizin, Klinikum Rechts der Isar, München

Famulaturen

- 09/2010 Famulatur in der Inneren Medizin,
Krankenhaus Sangolqui (Hospital cantonal de Sangolqui), Ecuador
- 08/2009 Praxis für Kinder und Jugendmedizin,
Dr.med. Wiessner-Straßer, München
- 03/2009 Famulatur in der Neurologie,
Landeskrankenhaus Klagenfurt
- 03/2008 Famulatur in der Inneren Medizin (Hämatonkologie),
Landeskrankenhaus Klagenfurt

Schulische Ausbildung

- 08/1999 bis 06/2002 Elsa-Brändström-Gymnasium, München-Pasing;
Leistungskurse: Biologie, Mathematik
- 07/1993 bis 08/1999 Gymnasium Puchheim
- 08/1989 bis 07/1993 Grundschule Eichenau

Wissenschaftliche Publikationen und Mitautorenschaft

- Schneider A, Schumann I, Hörlein E, Wartner E, Linde K:
Psychische Komorbidität, shared decision making und Utilisierung im Gesundheitswesen: eine Erhebung in hausärztlichen Praxen.
Z Allg Med 2010; 86 (Sonderausgabe - Hauptprogramm Abstractband); S3-3: 47
- Schneider A, Hörlein E, Wartner E, Schumann I, Henningsen P, Linde K:
Unlimited access to health care - impact of psychosomatic co-morbidity on utilisation in German general practices.
BMC Fam Pract. 2011 Jun 18; 12(1): 51
- Hamann J, Bieber C, Elwyn G, Wartner E, Hörlein E, Kissling W, Toegel C, Berth H, Linde K, Schneider A:
How do patients from eastern and western Germany compare with regard to their preferences for shared decision making?
Eur J Public Health. 2011 Aug 25; Epub ahead of print
- Schneider A, Hörlein E, Wartner E.
Bedeutung der psychischen Komorbidität für die Utilisierung in deutschen Hausarztpraxen.
Ärztliche Psychotherapie 2012;7:99-105
- Schneider A, Wartner E, Schumann I, Hörlein E, Henningsen P, Linde K.
The impact of psychosomatic co-morbidity on discordance with respect to reasons for encounter in general practice.
J Psych Res 2012; Doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.09.007.

13. Abkürzungen

API	Autonomie Präferenz Index
AU	Arbeitsunfähigkeit
D-Arzt	Durchgangsarzt
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (vierte Version)
EDV	Elektronische Datenverarbeitung
ICD-10	internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, zehnte Revision
ICPC	International Classification of Primary Care
MW	Mittelwert
n	Häufigkeit der Merkmalsausprägungen
N	Größe der gesamten Stichprobe
n.n.bez.	nicht näher bezeichnet
OR	Odds Ratio
p	Signifikanzwert
PHQ	Patient Health Questionnaire
SD	Standardabweichung
SKID	Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV
u.a.	unter anderem