

Behandlungsoptionen und Behandlungsreserven in der hausärztlichen Langzeitbetreuung psychisch Kranker

Treatment Options for Patients with Chronic Mental Disorders in Primary Care

Michael Linden¹, Beate Muschalla², Ulrich Keßler³, Ulrich Schwantes⁴, Jochen Gensichen⁵

Hintergrund: Die Versorgung von Menschen mit lang-jährigen psychischen Störungen ist ohne Mitwirkung der Hausärzte nicht machbar. Untersucht wurde, wie solche Patienten in Hausarztpraxen betreut werden und welche Versorgungslücken bestehen.

Methoden: In 40 Hausarztpraxen wurde eine Screening-erhebung durchgeführt und Patienten mit langzeitigen psychischen Störungen erfasst. Bei 307 wurde von einem Projektarzt eine standardisierte Diagnostik und Erhebung der bisherigen Therapie mit Prüfung von Interventionsreserven durchgeführt.

Ergebnisse: 29,7 % der 18– bis 60-jährigen Hausarztpatienten litten unter chronischen psychischen Beschwerden mit relevanten Teilhabestörungen (47 % Depression, 32 % Anpassungsstörung, 25 % Agoraphobie, 19 % Panikstörung, 8 % Abhängigkeitserkrankung). 77,2 % der Patienten waren länger als ein Jahr bei ihrem Hausarzt in Behandlung, 28,8 % waren arbeitsunfähig. Es wurde vom Hausarzt selbst ein breites Spektrum an diagnostischen, somato- und psychotherapeutischen Interventionen durchgeführt. 73,9 % der Patienten waren in Richtlinienpsychotherapie, 57 % in fachpsychiatrischer Behandlung und 41,1 % in stationärer Reha. Die Hausärzte nahmen regelmäßig auch sozialmedizinische Aufgaben wahr und unterstützten Patienten bei der Alltagsbewältigung. Vom Projektarzt wurden nur begrenzte adjunk-tive Interventionsreserven gesehen, wie die Initiierung von Freizeitaktivitäten (42,0 %), einer nochmaligen Richtlinienpsychotherapie (37,5 %) oder einer Rehamaßnahme (15,3 %).

Schlussfolgerungen: Chronische psychische Erkrankungen mit Teilhabeeinschränkungen stellen einen großen Anteil an den Patienten in der Hausarztpraxis dar und bedürfen im Sinne des SGB IX bzw. SGB V einer ganzheitlichen bio-psycho-sozialen bzw. rehabilitationsmedizinischen Langzeitbetreuung. Hausärzte schöpfen die vorhandenen Therapieoptionen weitgehend aus.

Schlüsselwörter: Hausarzt; Allgemeinmedizin; chronische psychische Störungen; Rehabilitation; Qualitätssicherung

Background: Longterm medical care for mental disorders needs the participation of primary care physicians. This study investigates how such patients are treated in primary care and what can be improved.

Methods: In the waiting rooms of 40 family physicians patients with chronic mental disorders and restrictions in participation were identified. Out of these, 307 patients, aged 18 to 60 years, were intensively investigated by a research physician.

Results: 29.7 % of patients were suffering from longterm and disabling mental disorders (47% depression, 32 % adjustment disorders, 25 % agoraphobia, 19 % panic disorder, 8% substance abuse). 77.2 % were longer than a year in contact with their family physician, 28.8 % were on sick leave. Family physicians applied a variety of diagnostic and therapeutic measures like exclusion of somatic illnesses, pharmacotherapy or psychotherapeutic counseling. In cooperation with others they have initiated specialist psychotherapy (73.9 %), psychiatric care (57 %), or inpatient rehabilitation treatment (41.4 %). They also give social support to their patients. The research physician recommended only limited additional measures like leisure activities (42.0 %), or renewed specialist psychotherapy (37.5 %), or rehabilitation treatment (15.3 %).

Conclusions: Chronic mental disorders with restrictions in participation are frequent in primary care and in need of a comprehensive bio-psycho-social treatment or rehabilitation treatment. Family practitioners do what can be done.

Keywords: Primary Care; Family Medicine; Quality Assurance; Chronic Mental Disorders; Rehabilitation

Peer reviewed article eingereicht: 13.01.2016, akzeptiert: 18.02.2016
DOI 10.3238/zfa.2016.0121-0127

¹ Charité Universitätsmedizin Berlin, Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation

² Deutsche Rentenversicherung Bund, Berlin

³ Rehabilitationszentrum Seehof der Deutschen Rentenversicherung Bund

⁴ Charité Universitätsmedizin Berlin, Institut für Allgemeinmedizin

⁵ Universitätsklinikum Jena, Institut für Allgemeinmedizin

Hintergrund

Epidemiologische Studien belegen, dass etwa ein Viertel bis ein Drittel der Bevölkerung unter psychischen Erkrankungen leidet, die zudem ihrer Natur nach in vielen Fällen einen chronischen Verlauf nehmen und regelhaft mit Teilhabebeeinträchtigungen einhergehen [1]. Diese Kranken bedürfen einer Langzeitbetreuung, die in einem ganzheitlichen Sinne bio-psycho-sozial ausgerichtet ist und sowohl Funktionsstörungen (Symptomatik), wie Fähigkeitsstörungen und Kontextfaktoren gemäß ICF [2] berücksichtigt, d.h. einer „rehabilitationsmedizinischen“ Behandlung i.S. von §2 bzw. §26 des Sozialgesetzbuchs IX [3].

Wegen der großen Zahl der Patienten und der langen Behandlungszeiträume kommt den Hausärzten hierbei eine besondere Bedeutung zu, die die Hälfte aller Leistungen in der Versorgung psychisch Kranker erbringen, im Vergleich zu nur 16 % durch Psychiater [4]. Sie sind dafür auch qualifiziert, da eine curriculare Weiterbildung in psychosomatischer Grundversorgung eine zwingende Voraussetzung für die Erlangung des Facharztes ist, sie viele derartige Patienten sehen und über entsprechend viel klinische Erfahrung verfügen. Zudem steht ihnen prinzipiell ein breites Arsenal an somatomedizinischen, pharmakotherapeutischen, psychotherapeutischen und soziotherapeutischen Interventionen zur Verfügung, die sie persönlich oder in Kooperation mit anderen Akteuren des Gesundheitswesens durchführen können. Die Kontaktzeiten zu den Patienten sind auf Jahre hin angelegt mit hohen Zufriedenheitswerten aufseiten der Patienten und klinischen Wirkungen, die Spezialistenbehandlungen nicht nachstehen müssen [5–8].

Allerdings wird die Arbeit der Hausärzte auch immer wieder kritisch diskutiert oder von Spezialisten gar nicht erst zur Kenntnis genommen, weshalb mehr Daten erforderlich sind zur Art der hausärztlichen Betreuung, ihrer Qualität oder eventuellen Versorgungslücken [9, 10]. Die vorliegende Studie untersucht, wie Patienten mit chronischen psychischen Erkrankungen in der Hausarztpraxis betreut werden, d.h. welche Behandlungsmaßnahmen angewendet werden und welche Defizite und welche Optimierungspotenziale gegeben sind.

Methoden

Die Untersuchung wurde in Kooperation mit 40 Hausärzten aus Berlin und Brandenburg durchgeführt. Auf der Grundlage des Verzeichnisses niedergelassener Ärzte der Kassenärztlichen Vereinigung wurden 300 Hausärzte kontaktiert. Den Ärzten wurde für ihre Mitarbeit eine Honorierung nach GOÄ angeboten. Es konnten 40 Kooperationspartner gewonnen werden. Es handelt sich nicht um eine repräsentative Stichprobe im engeren Sinne, sondern eine „prototypisch repräsentative Stichprobe“. Das heißt, die Stichprobe bestand aus Personen, die am Thema interessiert waren, die eine funktionierende Praxis betrieben, in der eine solche Untersuchung zu realisieren war und die bereit waren, an einer wissenschaftlichen Untersuchung teilzunehmen. Für die Interpretation der Daten bedeutet dies, dass nicht untersucht wurde, was im Gesamt aller Arztpraxen geschieht, sondern, was Hausärzte mit einer geordneten Praxisführung (prototypisch repräsentativ) leisten können.

59 % der Kooperationspartner waren Frauen, das Durchschnittsalter betrug 52,3 (SD = 7,5; 38–71) Jahre. Sie waren zwischen 1 und 22 Jahren (MW = 12,6; SD = 6,2) niedergelassen. Im Durchschnitt wurden pro Praxis im letzten Quartal 1115 Patienten (Range 350–2300) behandelt.

Es wurden pro Praxis an unterschiedlichen Wochentagen die Patienten angesprochen, die in den Wartezimmern anzutreffen waren. Von 2790 Patienten füllten 1451 Patienten im Alter von 18 bis 60 Jahren die Screeningfragebögen aus. Davon gaben 46,5 % an, unter psychischen Beschwerden zu leiden, bzw. 38,3 % unter Langzeitproblemen von mehr als sechs Monaten, bzw. 26,9 % unter durchgängigen Langzeitbeschwerden. 29,7 % litten unter langzeitigen psychischen Störungen mit relevanten Teilhabebeeinträchtigungen, d.h. sie sind als „Rehafälle“ i.S. des §2 SGB IX anzusehen.

Von den letztgenannten Patienten (N = 509) wurden 307 in Abhängigkeit von der Erreichbarkeit und Bereitschaft zur Teilnahme einer umfassenden Untersuchung durch einen Projektarzt (U.K.) unterzogen, der seit mehreren Jahren in einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik tätig und daher spe-

ziell mit Fragen der Rehabilitation psychisch Kranker vertraut war. Mit den Patienten wurde ein standardisiertes diagnostisches Interview [11] durchgeführt und der Befund, die Leistungsfähigkeit (Mini-ICF-APP [3]), der soziodemografische Status und Arbeitsstatus erhoben. Die Erfassung der bisherigen und laufenden Therapie geschah durch eine systematische Befragung sowohl der Hausärzte wie der Patienten mittels einer Checkliste (Tab. 1), die alle Therapieangebote auflistet, die auch in einer psychosomatischen Rehaklinik erbracht werden, ergänzt um spezielle Maßnahmen, die Vertragsärzten vorbehalten sind. Die Erhebung der bisherigen Therapie bezog sich auf die aktuell vorliegende psychische Erkrankung und ihre Behandlung über die zurückliegenden Jahre. Im zweiten Schritt wurde dann durch den Projektarzt beurteilt, welche Maßnahmen aus seiner Sicht über das Bisherige hinaus realisiert werden sollten („Interventionsreserven“), unter Berücksichtigung aller vorliegenden klinischen Informationen nach Abschluss der Untersuchung, wobei im Zweifel eher großzügig für eine Zusatzmaßnahme zu votieren war. Diese Empfehlungen wurden dann in einem Arztbrief an den behandelnden Hausarzt niedergelegt, der nochmals vom Projektleiter (ML) geprüft und gegengezeichnet wurde.

Das Projekt wurde von der Ethik-Kommission der Charité Universitätsmedizin begutachtet und befürwortet. Die Datenauswertung geschah durch die Autoren mittels SPSS.

Ergebnisse

Patientencharakteristika

77,2 % der 307 Patienten befanden sich länger als ein Jahr bei ihrem Hausarzt in Behandlung, mit mehrfachen Praxisbesuchen in 91,5 % der Fälle. 70,4 % waren Frauen, das Durchschnittsalter lag bei 43,2 Jahren (SD = 10,8; Range 18–60). 28,8 % waren aktuell arbeitsunfähig. 47 % der Patienten erfüllten im diagnostischen Interview die Kriterien einer akuten depressiven Episode, 32 % einer Anpassungsstörung, 25 % einer Agoraphobie, 19 % einer Panikstörung, 8 % einer Abhängigkeits-erkrankung.

Diagnostik und Therapie durch den Hausarzt selbst

In Tabelle 1 findet sich eine Übersicht über die in der Checkliste abgefragten Maßnahmen, mit Angabe des Prozentanteils an Patienten, bei denen diese bereits durchgeführt wurden oder werden und daneben der Prozentwert, in denen durch den Projektarzt noch Interventionsreserven gesehen wurden. Im ersten Abschnitt sind störungsorientierte diagnostische und therapeutische Maßnahmen zusammengestellt,

die durch den Hausarzt selbst bzw. in seiner Praxis durchgeführt werden können. Am häufigsten waren bislang eine vertiefte somatomedizinische Differenzialdiagnostik (83,7 %), eine spezifische medikamentöse Behandlung (60,9 %) oder psychotherapeutische Interventionen seitens des Hausarztes (27,7 %) durchgeführt worden. Keine Rolle spielten bislang Selbsthilfegruppen in der Praxis, Gruppenpsychotherapie in der Praxis oder Optimierung der Pharmakotherapie durch Blutspiegelbestimmungen von Medikamenten.

Bezüglich der Optimierungsempfehlungen stehen die Einleitung einer weiteren (20,8 %) oder das Absetzen (11,1 %) einer Medikation im Vordergrund, gefolgt von einer schriftlichen Patientenedukation (17,6 %). Maßnahmen, die bislang nicht erfolgt sind, werden in der Regel auch vom Projektarzt nicht als sinnvoll angesehen, wie z.B. Gruppenpsychotherapie oder Selbsthilfegruppen in der Praxis, Hausbesuche oder Blutspiegelbestimmungen von Medikamenten.

Diagnose- und Therapieoptimierung durch den Hausarzt selbst	durchgeführt	empfohlen
Vertiefte somatomedizinische Differenzialdiagnostik	83,7 %	9,1 %
Einleitung einer medikamentösen Therapie	60,9 %	20,8 %
Einzelpsychotherapie durch behandelnden Arzt	27,7 %	6,8 %
Vertiefte psychiatrische Differenzialdiagnostik	23,5 %	4,9 %
Absetzen bzw. Ausschleichen einer Medikation	15,6 %	11,1 %
Medikationswechsel	15,0 %	8,1 %
Bibliotherapie	15,0 %	17,6 %
Strukturierte Verlaufskontrollen, z.B. Fragebogen	14,3 %	11,1 %
Kapazitätsprofil ICF	11,1 %	3,3 %
Diagnostik der Arbeitsanforderungen	10,4 %	2,9 %
Patientenschulung	2,9 %	3,3 %
Apparative/objektivierende Untersuchungen	2,6 %	0,3 %
Schriftliche Zielvereinbarung	2,3 %	5,5 %
Testverfahren	2,0 %	1,0 %
Medikations-Augmentierung	1,6 %	0,3 %
Medikations-Dosisoptimierung	1,6 %	8,5 %
Angehörigengespräche durch behandelnden Arzt	0,7 %	0,0 %
Hausbesuch	0,3 %	0,0 %
Medikations-Spiegelbestimmung	0,0 %	0,0 %
Gruppenpsychotherapie durch behandelnden Arzt	0,0 %	0,0 %
Maßnahmen der Therapieoptimierung	0,0 %	0,3 %
Selbsthilfegruppen in der Praxis	0,0 %	0,0 %
Veranlassung von spezialistischen Therapien	durchgeführt	empfohlen
Richtlinienpsychotherapie	73,9 %	37,5 %
Überweisung zu Fachärzten oder Spezialisten	57,0 %	7,8 %
Physiotherapie, Balneotherapie	56,4 %	7,5 %
Antrag für medizinische Rehabilitation	41,4 %	15,3 %
Entspannungskurse oder Stressmanagement (nach §20 SGB V)	23,1 %	42,7 %
Vermittlung in eine Selbsthilfegruppe	17,6 %	3,3 %
Kommunikationstraining	12,7 %	1,0 %
Rückenschule oder Bewegungskurse (nach §20 SGB V)	11,7 %	22,5 %
Konfliktmanagement	11,7 %	1,3 %
Zeitmanagement	8,8 %	0,0 %
Optimierung der Behandlungskoordination	6,8 %	7,2 %

Einleitung von Maßnahmen zur ambulanten med. Rehabilitation	6,2 %	0,3 %
Patientenschulung durch Dritte	4,2 %	2,0 %
Suchtprävention oder Raucherentwöhnung (nach §20 SGB V)	0,7 %	6,2 %
Anregung von Betreuung	0,7 %	0,3 %
Verordnung von häuslicher (psychiatrischer) Krankenpflege	0,0 %	0,0 %
Verordnung von Soziotherapie	0,0 %	0,3 %
Maßnahmen in Kooperation mit Kostenträgern und Verwaltungen	durchgeführt	empfohlen
Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung	56,4 %	1,3 %
Antrag auf Schwerbehinderung	27,4 %	4,9 %
Fallmanagement Jobcenter/Arbeitsagentur	22,8 %	1,0 %
Rentenantrag	16,3 %	2,3 %
Atteste über Leistungseinschränkungen	14,7 %	0,7 %
Fallmanager der Krankenkasse	11,1 %	0,0 %
Kontaktaufnahme mit Sozialpsychiatrischem Dienst	5,5 %	0,7 %
Rehabilitation der Rentenversicherung	6,5 %	0,7 %
Gestufte Wiedereingliederung „Hamburger Modell“	6,2 %	2,0 %
LTA-Maßnahmen (z.B. Umschulung, Berufsförderungswerk)	5,5 %	2,0 %
Betriebliches Eingliederungsmanagement	3,9 %	4,9 %
Kontaktaufnahme mit MdK	3,6 %	0,0 %
Kontaktaufnahme mit Betriebsrat	2,6 %	0,0 %
Kontaktaufnahme mit Jugendamt/Jugendhilfeträger	1,3 %	0,0 %
Kontaktaufnahme mit Arbeitgebern	1,3 %	0,7 %
Integrationsamt/Integrationsfachdienst	1,3 %	1,0 %
Personal-/Betriebsarzt	1,0 %	1,0 %
Schwerbehindertenvertretung	1,0 %	0,0 %
Gemeinsame Servicestellen	0,7 %	1,3 %
Berufliche Belastungserprobung im Rahmen von Praktika	0,7 %	0,7 %
Werkstatt für behinderte Menschen	0,3 %	0,7 %
Einleitung sozialer Unterstützungsmaßnahmen	durchgeführt	empfohlen
62. Förderung von Freizeitaktivitäten	11,7 %	42,0 %
76. Schuldnerberatung	5,5 %	2,0 %
69. Betreutes Wohnen	4,2 %	0,7 %
75. Einzelfallhilfe	2,3 %	1,0 %
66. Familienhilfe/Hilfen zur Erziehung	1,6 %	0,3 %
74. Erziehungsberatung	1,3 %	1,0 %
65. Haushaltshilfe	1,0 %	0,7 %
70. Tagesstätten	1,0 %	0,0 %
73. Familienberatung	1,0 %	0,3 %
63. Selbsthilfegruppen für Bezugspersonen	0,3 %	0,3 %
68. Pflegedienste	0,3 %	0,0 %
64. Entlastungsmaßnahmen für Familie und Lebensumwelt	0,0 %	0,7 %
67. Wohnungshilfe	0,0 %	0,0 %
71. Heilpädagogische Leistungen	0,0 %	0,0 %
72. Förderung der Barrierefreiheit	0,0 %	0,7 %
77. Sonstiges	14,3 %	2,3 %

Tabelle 1 Durchgeführte und empfohlene Betreuungsinterventionen

Veranlassung von durch Spezialisten durchzuführende Therapien

Hausärzte sind eingebunden in ein differenziertes Gesundheitswesen, weshalb ihnen jederzeit die Hinzuziehung von Spezialisten möglich ist. Im zweiten Abschnitt zeigt Tabelle 1 die Maßnahmen bzw. Therapien, die durch Dritte durchgeführt werden. Am häufigsten findet sich eine Richtlinienpsychotherapie (73,9 %), gefolgt von einer nervenärztlichen Mitbehandlung (57 %), der Einleitung einer stationären RehaMaßnahme (41,4 %), der Verordnung von Physiotherapie (56,4 %) und von Maßnahmen nach § 20 SGB V, wie Stressmanagementkurse (23,1 %), Kommunikationstraining (12,7 %), Bewegungskurse (11,7 %) oder Konfliktmanagementkurse (11,7 %). Diesbezügliche Optimierungsempfehlungen betrafen vorrangig SGB V-Maßnahmen im Sinne von Entspannungskursen (42,7 %) oder Bewegungskursen (22,5 %) wie auch die Empfehlung zu einer neuen oder erneuten Richtlinienpsychotherapie (37,5 %) und dem Antrag auf eine stationäre RehaMaßnahme (15,3 %).

Maßnahmen in Kooperation mit Kostenträgern und Verwaltungen

Im Vordergrund stehen Arbeitsunfähigkeitsatteste (56 %), gefolgt von Anträgen auf Schwerbehinderung (27,4 %), Kontakten zur Arbeitsagentur (22,8 %), Beantragung einer Erwerbsminderungsrente (16,3 %), sonstigen Attesten über Leistungseinschränkungen (14,7 %) oder auch Kontakte mit den Fallmanagern der Krankenkassen (11,1 %). Empfehlungen zu Zusatzmaßnahmen betreffen Anträge auf Schwerbehinderung (4,9 %) und betriebliches Eingliederungsmanagement (4,9 %).

Einleitung sozialer Unterstützungsmaßnahmen

Am häufigsten wird als bislang durchgeführte Maßnahme die Förderung von Freizeitaktivitäten genannt (11,7 %), gefolgt von Schuldnerberatung (5,5 %), betreutem Wohnen (4,2 %) und Einzelfallhilfe (2,3 %). In diesem Abschnitt findet sich die höchste Rate an Empfehlung für Zusatzaktivitäten, d.h. konkret die Förderung von Freizeitaktivitäten (42,0 %), während bezüglich aller anderen Optio-

nen aus Sicht des Projektarztes keine Handlungsnotwendigkeit bestand.

Diskussion

Der erste wichtige Befund ist, dass 29,7 % aller Wartezimmerpatienten im Alter von 18 bis 65 Jahren unter einer chronischen psychischen Erkrankung mit Teilhabebeeinträchtigung leiden, d.h. einer „psychischen Behinderung“ nach der Definition von §2 und §26 des SGB IX bzw. von §11(2), §20c, §27, §40, §43, §73, §107 u.a. des SGB V. Geht man davon aus, dass nach einschlägigen epidemiologischen Untersuchungen etwa ein Viertel der Bevölkerung unter psychischen Störungen leidet [1], dann sind in einer Inanspruchnahmepopulation eher noch höhere Zahlen zu erwarten. Die hier gefundene Größenordnung entspricht damit dem Erwartungswert. Das zweite wichtige Ergebnis ist, dass es, wiederum in Übereinstimmung mit den bevölkerungsepidemiologischen Daten, depressive Störungen, Angsterkrankungen oder Abhängigkeitserkrankungen sind, die mit einem hohen Grad an Teilhabestörungen und „Burden of Disease“-Grad einhergehen [1, 12–14]. Diese Patienten sind mit einem Durchschnittsalter von 43,2 Jahren eher jung und 28,8 % waren arbeitsunfähig, sodass sich eine Förderung der Teilhabe am gesellschaftlichen oder beruflichen Leben mit großer Dringlichkeit stellt.

Derartige Erkrankungen erfordern eine mehrdimensionale, bio-psycho-soziale und Jahre überspannende Behandlung. Die Daten zeigen, dass Hausärzte dazu grundsätzlich in der Lage sind. Etwa vier Fünftel der Patienten sind bei ihrem Hausarzt in Dauerbetreuung, was auch eine besondere Arzt-Patient-Beziehung als wichtiges therapeutisches Agens ermöglicht. Den Hausärzten stehen nahezu alle einschlägigen Behandlungsoptionen zur Verfügung und nahezu alle in der Checkliste aufgeführten Maßnahmen waren auch zur Anwendung gebracht worden.

Die Häufigkeit, mit der einzelne Maßnahmen zur Anwendung kommen, ist mit Blick auf die Art der Störungen unmittelbar nachvollziehbar. Es wurden körperliche Differenzialdiagnosen ausgeschlossen, was wichtig ist, da sich die Betroffenen häufiger mit somatoformen Leitbeschwerden vorstellen. Die Haus-

ärzte führen pharmakotherapeutische und in einem Viertel der Fälle auch eigene psychotherapeutische Behandlungen durch. Sie nutzen die Möglichkeiten eines differenzierten Gesundheitswesens durch gezielte Überweisung, was zeigt, dass die Hausärzte als Case-Manager eine Lotsenfunktion haben [15], was bis vor kurzem mit der Praxisgebühr auch besonders unterstützt wurde. Eine geradezu erstaunliche Zahl von 73,9 % der Patienten war oder ist in Richtlinienpsychotherapie und 57 % in fachpsychiatrischer Behandlung. Dass die Rate der fachärztlichen Mitbehandlungen geringer ist als die der Richtlinienpsychotherapien, kann nachvollzogen werden, weil die im engeren Sinne medizinischen Maßnahmen der Diagnostik und Therapie von Hausärzten weitgehend auch selbst erbracht werden können. Die Rate von 41,1 % stationärer RehaMaßnahmen spricht dafür, dass auch diese Option regelmäßig genutzt wird.

Die Daten zeigen des Weiteren, dass Hausärzte auch wichtige sozialmedizinische Aufgaben wahrnehmen. Sie stellen nicht nur Arbeitsunfähigkeitsatteste aus, sondern sind eingebunden in die Beantragung von Schwerbehinderungsanerkennungen oder Erwerbsminderungsrenten. Sie arbeiten zusammen mit der Arbeitsagentur wie den Fallmanagern der Sozialversicherungen. Sie beraten ihre Patienten in der alltäglichen Lebensgestaltung, von Freizeit über Einzelfallhilfen bis zur Schuldnerberatung.

Die Ergebnisse bezüglich der Interventionsreserven sind je nach Blickwinkel beruhigend oder ernüchternd. Die schlechte Nachricht ist, dass bei den chronischen psychischen Störungen die gegebenen Therapiemöglichkeiten eher begrenzt sind. Es verbleibt ggf. nochmals die Medikation zu ändern, die Patienten noch etwas intensiver über ihre Krankheit zu informieren oder sie zu Spannungs- oder Stressbewältigungskursen zu schicken oder eine nochmalige Richtlinienpsychotherapie zu versuchen. Alle diese Maßnahmen, einschließlich einer erneuten Psychotherapie, sind kaum geeignet, eine Remission zu bewirken, sondern stellen eher adjunktive Maßnahmen dar. Bei der Durchführung der Studie wurde auch deutlich, dass sich die Hausärzte durchaus bewusst waren, dass sie in vielen Fällen an die Grenzen der Heilungsmöglichkeiten gekommen sind, weshalb sie einer Beratung durch

Prof. Dr. med. Michael Linden ...

... ist Psychiater und Psychosomatiker und Leiter der Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité Universitätsmedizin Berlin. Er führt seit Jahren Untersuchungen zur Art und der Behandlung von psychischen Störungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durch und hat dazu über 100 wissenschaftliche Arbeiten verfasst.

den Konsiliararzt sehr offen gegenüberstanden. Es ist keine neue Feststellung, dass psychische Krankheiten wie Persönlichkeitsstörungen, Depressionen, Angststörungen, schizophrene Erkrankungen oder hirnorganische Störungen zu einem Großteil chronische Störungen sind, und dies auch trotz umfangreicher Therapie, was durch unsere Daten nur nochmals bestätigt wird. Die Schlussfolgerung ist, dass eine episodensorientierte Behandlung zu kurz greift und eine Rehabilitationsperspektive eingenommen werden muss [16, 17].

Die gute Nachricht ist, dass nach der vorliegenden Untersuchung nicht von einer therapeutischen Unterversorgung gesprochen werden kann. Die Tatsache, dass Krankheiten nicht zu heilen sind, heißt nicht, dass sie schlecht behandelt wurden. Die Hausärzte tun, was machbar und sinnvoll ist, und je kränker ein Patient ist, desto intensiver ist die Versorgung. Sie führen eine bio-psycho-sozial gestaltete rehamedizinisch orientierte Behandlung durch. In diesem Sinne muss auch die Indikationsstellung für eine zusätzliche „Richtlinienpsychotherapie“ gesehen werden, die kein Ersatz für die primärärztliche Langzeitbetreuung ist, da sie selbst eine Art von „Rehabilitation“ ist. Dies, weil schon das Antragsverfahren in der Regel Monate dau-

ert, was eine Behandlung von Akutproblemen ausschließt und weil die Therapie nach Erbringung der von Beginn an kontingentierte Stunden beendet werden muss, unabhängig davon, wie es dem Patienten geht, was ohne Weiterbetreuung im Rahmen der Grundversorgung nicht möglich ist. [18].

Die vorliegende Untersuchung bestätigt, dass chronische Erkrankungen ein zentrales Problem unseres Gesundheitswesens sind, wie das auch vom Sachverständigenrat der Bundesregierung zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen mehrfach hervorgehoben wurde [19]. Daraus ergibt sich, dass die hausärztliche Tätigkeit wesentlich auch i.S. einer „Primärrehabilitation“ konzeptualisiert werden muss. Dies bedeutet, dass Rehabilitation nicht nur in spezialisierten Einrichtungen, wie beispielsweise Rehabilitationskliniken durchgeführt wird, sondern primär, überwiegend, überdauernd und effektiv in der Hausarztpraxis. Entsprechend kommt der Sozialmedizin und Rehabilitationsmedizin in der hausärztlichen Praxis, Forschung, Ausbildung und Vergütung eine vorrangige Bedeutung zu [20–22].

Bei der Interpretation der berichteten Daten sind aber die Begrenzungen der vorliegenden Studie zu berücksich-

tigen. Die Daten beruhen nur auf einer „prototypisch repräsentativen Stichprobe“ von Hausärzten, die funktionierende Praxen mit einer großen Patientenzahl führen und auf Anfrage bereit waren, an einer solchen Erhebung teilzunehmen. Es handelt sich also um kompetente und fachinteressierte Ärzte und Ärztinnen mit Interesse an psychischen Fragen. Es kann daher nicht ausgeschlossen werden, dass diese Ärzte sich von allen anderen positiv abheben und die gefundenen Versorgungsraten eine Überschätzung der Realität darstellen. Sie zeigen aber auf jeden Fall, welche klinischen Problemlagen vorliegen und was machbar ist. Die Untersuchung wurde des Weiteren in einer Großstadtregion durchgeführt. In anderen Regionen könnte es zu anderen Ergebnissen kommen. Die Daten zeigen also eher, was unter guten Rahmenbedingungen machbar ist und weniger, was in der Fläche gemacht wird. Des Weiteren wurden Patienten im Wartezimmer von Hausarztpraxen rekrutiert, bei denen chronische Krankheiten im Vergleich zu allen Patienten einer Praxis überrepräsentiert sind.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Michael Linden
Forschungsgruppe
Psychosomatische Rehabilitation
Charité Universitätsmedizin Berlin
Hindenburgdamm 30, Haus 2, Rm. E01
12220 Berlin
Tel: 030 40504048
michael.linden@charite.de

Literatur

1. Jacobi F, Höfker M, Strehle J, et al. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Nervenarzt* 2014; 85: 77–87
2. World Health Organization (WHO). International Classification of Functioning, Disability and Health. ICF. Geneva: World Health Organization, 2001
3. Linden M, Baron S, Muschalla B, Ostholt-Corsten M. Fähigkeitsbeeinträchtigungen bei psychischen Erkrankungen. Diagnostik, Therapie, und sozialmedizinische Beurteilung in Anlehnung an das Mini-ICF-APP. Bern: Huber, 2014
4. Hannover W, Hannich HJ. Differentielle Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen. Analyse von Abrechnungsdaten der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern aus dem Jahr 2010. *Gesundheitswesen* 2015; 77: 921–926
5. KBV. Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung 2013. Berlin: KBV, 2013
6. Gensichen J, Petersen JJ, Von Korff M, et al. Cost-effectiveness of depression case management in small practices. *Br J Psychiatry* 2013; 202: 441–6
7. Bower P, Knowles S, Coventry PA, Rowland N. Counselling for mental health and psychosocial problems in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 7: CD001025
8. Goodyer I, Dubicka B, Wilkinson P, et al. Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and routine specialist care with and without cognitive behaviour therapy in adolescents with major depression: a randomised controlled trial. *BMJ* 2007; 335, 132–146
9. Nübling R, Bär T, Jeschke K, Ochs M, Sarubin N, Schmidt J. Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland. *Psychotherapeutenjour-*

- nal 2014; 4: 389–397
10. Kowitz S, Zielasek J, Gaebel W. Die Versorgungssituation bei psychischen Störungen in Deutschland. Dtsch Med Wochenschr 2014; 1390: 1249–1252
 11. Sheehan D, Janavs J, Baker R, Knapp E, Sheehan KH, Sheehan M. Mini International Neuropsychiatric Interview. Tampa: University of South Florida, 1994 (PSYINDEX Tests-Dokument: 9004644)
 12. Peter R, March S, Schröder H, du Prel JB. Besteht ein Zusammenhang von psychischen Erkrankungen und Arbeitsunfähigkeit unabhängig von soziodemografischen Faktoren? Gesundheitswesen 2015; 77: e70–76
 13. Linden M, Linden U, Schwantes U. Disability and functional burden of disease because of mental in comparison to somatic illnesses in general practice patients. Europ Psychiatr 2015; 30: 789–792
 14. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, et al. Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. PLoS Med 2013; 10: e1001547
 15. 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. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 2003; 38: 690–697
 16. Bernert S, Linden M. Die Klassifikation von Verläufen chronischer Erkrankungen unter einer Lebensspannenperspektive als Grundlage der medizinischen Rehabilitation. Prävention & Rehabilitation 2011; 23: 87–103
 17. Muschalla B, Kessler U, Schwantes U, Linden M. Rehabilitationsbedarf bei Hausarztpatienten mit psychischen Störungen. Rehabilitation 2013; 52: 251–256
 18. Linden M. Rehabilitationspsychotherapie. Definition, Aufgaben und Organisationsformen nach ICF und SGB IX. Praxis Klin Verhaltensmed Rehab 2009; 84: 137–142
 19. Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen im BMG. Bedarfsgerechte Versorgung – Perspektiven für ländliche Regionen und ausgewählte Leistungsbereiche. Gutachten 2014. Göttingen: Hans Huber, 2014
 20. Gemeinsamer Bundesausschuss. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung von Soziotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (Soziotherapie-Richtlinie). Dtsch Arztebl 2015; 112: B789–B792
 21. Rieser S. Klinische Studien in der Allgemeinmedizin. Viele Fragen, zu wenig Forschung. Dtsch Arztebl 2015; 112: B560–B561
 22. Klingler C, Marckmann G. Was ist gute Versorgung? Ein ethisches Framework zur Bewertung der Versorgung chronisch Kranker. Gesundheitswesen 2015; 77: 533–539



50. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

Tradition wahren – Aufbruch gestalten – Hausärzte begeistern



29. September bis 1. Oktober 2016 in Frankfurt am Main