

TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN  
Institut für Allgemeinmedizin der Medizinischen Fakultät

# **Beratungsanlässe und psychische Komorbidität in der Notfallsprechstunde einer Bereitschaftspraxis**

Lucia Marieke Gahbler

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines

Doktors der Medizin

genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. E. J. Rummeny  
Prüfer der Dissertation: 1. Univ.-Prof. Dr. A. Schneider  
2. Priv.-Doz. Dr. A. Preßler

Die Dissertation wurde am 20.05.2015 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 18.11.2015 angenommen.

# INHALTSVERZEICHNIS

<b>1. Abkürzungsverzeichnis .....</b>	<b>5</b>
<b>2. Einleitung.....</b>	<b>6</b>
<b>2.1. Bereitschaftspraxen – aktuelle Studienlage .....</b>	<b>6</b>
<b>2.2. Psychische Komorbidität in der Allgemeinmedizin .....</b>	<b>7</b>
2.2.1. Prävalenz psychischer Störungen .....	7
2.2.2. Klassifikation psychischer Störungen.....	8
2.2.2.1. Einteilung nach ICD-10.....	8
2.2.2.2. Einteilung nach DSM-IV .....	9
2.2.2.3. Klassifikation der Depression .....	10
2.2.2.4. Klassifikation von Angststörungen .....	13
2.2.2.4.1. Panikstörung.....	14
2.2.2.4.2. Generalisierte Angststörung.....	15
2.2.2.5. Klassifikation von somatoformen Störungen.....	15
2.2.3. Herausforderungen für den Allgemeinmediziner .....	18
2.2.3.1. Die Rolle des Hausarztes .....	18
2.2.3.2. Diagnose psychischer Störungen in der Primärversorgung.....	19
<b>2.3. Beratungsanlässe in der Bereitschaftspraxis.....</b>	<b>20</b>
2.3.1. Besonderheiten in der Allgemeinmedizin.....	20
2.3.2. Klassifikation von Beratungsanlässen anhand der „International Classification of Primary Care“ .....	21
2.3.3. Zusammenhang zwischen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und psychischer Komorbidität .....	22
<b>2.4. Rationale für die vorliegende Arbeit.....</b>	<b>23</b>
<b>2.5. Fragestellung und Ziele der vorliegenden Arbeit .....</b>	<b>24</b>
<b>3. Material und Methoden .....</b>	<b>25</b>
<b>3.1. Studiendesign.....</b>	<b>25</b>
<b>3.2. Auswahl des Patientenkollektivs .....</b>	<b>26</b>
3.2.1. Einschlusskriterien.....	26
3.2.2. Ausschlusskriterien.....	26
<b>3.3. Verwendete Fragebögen.....</b>	<b>26</b>

3.3.1. Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D).....	26
3.3.1.1. PHQ-Modul „Depression“ .....	28
3.3.1.2. PHQ-Modul „Somatoforme Störungen“ .....	30
3.3.1.3. PHQ-Modul „Panik“ .....	31
3.3.1.4. GAD-7 Generalisierte Angststörungen.....	31
3.3.2. EUROPEP.....	32
<b>3.4. Erfassung und Aufarbeitung patientenspezifischer Daten.....</b>	<b>33</b>
<b>3.5. Statistische Methoden .....</b>	<b>34</b>
<b>4. Ergebnisse.....</b>	<b>35</b>
<b>4.1. Stichprobenbeschreibung .....</b>	<b>35</b>
4.1.1. Soziodemographische Charakteristika der Studienteilnehmer .....	35
4.1.2. Nonresponder.....	38
<b>4.2. Beratungsanlässe und Inanspruchnahmeverhalten .....</b>	<b>38</b>
4.2.1. Beratungsanlässe aus Patientensicht .....	38
4.2.2. Beratungsanlässe aus ärztlicher Sicht .....	40
4.2.3. Praxisbesuche innerhalb des letzten Jahres.....	42
4.2.4. Frühere Hausarztbesuche .....	43
4.2.5. Arbeitsunfähigkeit.....	44
<b>4.3. Psychische Komorbidität .....</b>	<b>45</b>
4.3.1. Depression .....	45
4.3.2. Angststörungen .....	47
4.3.2.1. Panikstörung.....	47
4.3.2.2. Generalisierte Angststörung.....	47
4.3.3. Somatoforme Störungen.....	49
4.3.4. Gleichzeitiges Auftreten psychischer Störungen.....	50
4.3.5. Charakteristika der Patienten mit psychischen Störungen .....	51
<b>4.4. Behandlungszufriedenheit .....</b>	<b>52</b>
<b>4.5. Zusammenhang zwischen Beratungsanlässen und psychischer Komorbidität.....</b>	<b>57</b>
<b>4.6. Zusammenhang zwischen Behandlungszufriedenheit und psychischer Komorbidität .....</b>	<b>59</b>
<b>4.7. Zusammenhang zwischen Kontaktraten und psychischer Komorbidität</b>	<b>61</b>

4.8. Verbesserungsvorschläge von Patienten .....	61
<b>5. Diskussion .....</b>	<b>64</b>
5.1. Diskussion der Methoden.....	64
5.1.1. Stichprobenerhebung .....	64
5.1.2. Erfassung der psychischen Komorbidität.....	65
5.1.2.1. Verwendete Fragebögen.....	65
5.1.2.2. DSM-5.....	66
5.1.3. EUROPEP .....	67
5.2. Diskussion der Ergebnisse .....	68
5.2.1. Beratungsanlässe.....	68
5.2.2. Psychische Komorbidität in der Bereitschaftspraxis.....	71
5.2.3. Inanspruchnahmeverhalten .....	73
5.2.4. Zusammenhang zwischen Beratungsanlässen und psychischer Komorbidität.....	75
5.2.5. Zusammenhang zwischen Behandlungszufriedenheit und psychischer Komorbidität.....	76
5.2.6. Verbesserungsvorschläge von Patienten.....	78
<b>6. Schlussfolgerungen.....</b>	<b>80</b>
<b>7. Zusammenfassung .....</b>	<b>82</b>
<b>8. Literaturverzeichnis .....</b>	<b>84</b>
<b>9. Tabellenverzeichnis .....</b>	<b>94</b>
<b>10. Abbildungsverzeichnis.....</b>	<b>95</b>
<b>11. Anhang.....</b>	<b>96</b>
11.1. Patientenfragebogen.....	96
11.2. International Classification of Primary Care (ICPC-2).....	103
11.3. Aufschlüsselung aller Beratungsanlässe aus ärztlicher Sicht.....	105
<b>12. Danksagung.....</b>	<b>114</b>
<b>13. Curriculum vitae.....</b>	<b>115</b>

# 1. ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Version IV
DSQ	Depression Screening Questionnaire
EUROPEP	European Project on Patient Evaluation of General Practice Care
GAD	Generalized Anxiety Disorder
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Version 10
ICPC	International Classification of Primary Care
MW	Mittelwert
MD	Median
PHQ	Patient Health Questionnaire
SD	Standardabweichung
SKID	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV
SSD	Somatic symptom and related disorders
WHO	World Health Organization

## **2. EINLEITUNG**

### ***2.1. Bereitschaftspraxen – aktuelle Studienlage***

Die Daten der vorliegenden Arbeit wurden in der im Jahr 1998 gegründeten Bereitschaftspraxis Münchner Ärzte am Klinikum rechts der Isar erhoben. Diese Praxis war eine der ersten Bereitschaftspraxen in Oberbayern, die direkt an einer Klinik eine primärärztliche Versorgung außerhalb regulärer Praxisöffnungszeiten anbot. Die räumliche Nähe zwischen Praxis und Klinik ermöglicht eine enge Zusammenarbeit zwischen ambulantem und stationärem Bereich. Dadurch können einerseits Patienten, wenn nötig, umgehend in die Klinik eingewiesen werden, während andererseits die Klinikambulanzen entlastet werden. Dass dieses Konzept erfolgreich ist, zeigte sich nach Eröffnung der Bereitschaftspraxis: Durch die Behandlung von etwa 12 000 Patienten pro Jahr sank das Patientenaufkommen sowohl in der chirurgischen Poliklinik als auch in der medizinischen Notaufnahme des Klinikums rechts der Isar während der Praxisöffnungszeiten um jeweils etwa 40% (Schmittziel 2002).

Auch ein ähnliches Projekt in den Niederlanden war mit diesem Prinzip erfolgreich: Nach der Gründung einer Bereitschaftspraxis am Universitätskrankenhaus von Maastricht reduzierte sich die Patientenzahl der Notaufnahme um 53%. Dies verdeutlichte, dass etwa die Hälfte der Patienten Beschwerden hatte, die nicht in der Ambulanz einer Maximalversorgungsklinik behandelt werden mussten, sondern vielmehr primärärztlich versorgt werden konnten. Die häufigsten Beratungsanlässe kamen dabei aus den Bereichen Bewegungsapparat, Atmung, Verdauung und Haut (van Uden et al. 2005). Dass akute Beschwerden zu den häufigsten Beratungsanlässen einer Bereitschaftspraxis zählen, konnte auch eine deutsche Studie mit 15 886 Patientenkontakten innerhalb von drei Jahren aus dem Raum Heidelberg nachweisen: Die fünf häufigsten Beschwerden, die Anlass für das Aufsuchen der Praxis waren, waren Fieber (5,8%), Halsschmerzen (4,8%), Husten (4,8%), Ohrenschmerzen (3,9%) und Insektenstiche (3,6%) (Leutgeb et al. 2014).

Gleichzeitig konnten bereits verschiedene internationale Untersuchungen nachweisen, dass auch Bereitschaftspraxen einen erhöhten Anteil an sogenannten „High Utilizern“ haben (den Boer-Wolters et al. 2010; Vedsted und Olesen 1999), also Patienten, die Gesundheitsleistungen überdurchschnittlich häufig in Anspruch nehmen. Problematisch ist hierbei allerdings das Fehlen einer exakten Definition von High Utilizern, da es bislang keine einheitliche Begriffsbestimmung gibt. Häufig sind damit die obersten 10% von Patienten mit den meisten Praxisbesuchen gemeint, von denen teilweise noch sogenannte „very frequent attenders“ abgegrenzt werden, den obersten 1% aller Patienten mit den häufigsten Praxisbesuchen (Vedsted und Christensen 2005). Auch in den Studien von den Boer-Wolters et al. und Vedsted und Olesen wurden High Utilizer als die obersten 10% von

Patienten mit den meisten Praxisbesuchen definiert, wobei diese Patienten gleichzeitig für etwa 30% bis 40% aller Patientenkontakte verantwortlich waren (den Boer-Wolters et al. 2010; Vedsted und Olesen 1999). Dabei war der Anteil an psychologischen und psychiatrischen Diagnosen bei „very frequent attenders“ mit 36% signifikant gegenüber „frequent attenders“ erhöht, bei denen psychologische und psychiatrische Diagnosen 12% ausmachten. Bei „normal attenders“, den übrigen 90% der Patienten, wurde eine solche Diagnose in lediglich 3,4% der Fälle gestellt, so ein direkter Zusammenhang zwischen erhöhter Inanspruchnahme der Bereitschaftspraxis und einer Zunahme von psychischer Komorbidität nachgewiesen werden konnte (den Boer-Wolters et al. 2010).

## **2.2. Psychische Komorbidität in der Allgemeinmedizin**

### **2.2.1. Prävalenz psychischer Störungen**

In den vergangenen zwei Jahrzehnten wurde sowohl in Deutschland als auch international eine Vielzahl epidemiologischer Studien zur Ermittlung der Prävalenz von psychischen Erkrankungen im primärärztlichen Setting durchgeführt. Die Ergebnisse schwanken dabei abhängig von verwendeter Methode, Patientenkollektiv und untersuchtem Zeitraum geringfügig, stimmen jedoch im Großen und Ganzen miteinander überein. Demzufolge liegt die Prävalenz psychischer Komorbidität allgemein bei Personen zwischen 18 und 65 Jahren bei etwa 17% innerhalb der letzten 4 Wochen (Wittchen et al. 1999) beziehungsweise zwischen 9% und 27% innerhalb der letzten zwölf Monate (Klapow 2002; Demyttenaere et al. 2004; Wittchen und Jacobi 2005; Schneider et al. 2013), wobei Frauen davon stets zwei- bis dreimal so häufig betroffen sind wie Männer (Jacobi et al. 2004; Wittchen et al. 1999; Wittchen und Jacobi 2005).

Die drei häufigsten Störungsbilder sind Angststörungen, affektive Störungen und somatoforme Störungen (Wittchen et al. 1999; Wittchen und Jacobi 2005; Jacobi et al. 2004; Klapow 2002; Löwe et al. 2008b), die zudem häufig kombiniert vorliegen (Wittchen und Jacobi 2005; Löwe et al. 2008b; Hanel et al. 2009).

Angststörungen stehen bezüglich ihres Vorkommens unter den untersuchten Erkrankungen je nach Studie an erster (Wittchen et al. 1999; Jacobi et al. 2004; Demyttenaere et al. 2004; Wittchen und Jacobi 2005) oder zweiter (Klapow 2002; Lieb et al. 2005) Stelle. Ihre Prävalenz innerhalb der letzten 12 Monate liegt zwischen 6% und 14% (Klapow 2002; Jacobi et al. 2004; Demyttenaere et al. 2004; Löwe et al. 2008b). Dabei erreicht die Untergruppe der Panikstörungen eine Prävalenz von etwa 2% (Goodwin et al. 2005; Wittchen und Jacobi 2005; Jacobi et al. 2004), während generalisierte Angststörungen einen Anteil von etwa 1,7% in der Allgemeinbevölkerung (Lieb et al. 2005; Wittchen und Jacobi 2005; Jacobi et al.

2004) und bis zu 8% in hausärztlichen Praxen aufweisen (Schneider et al. 2013; Lieb et al. 2005; Wittchen 2002).

An einer affektiven Störung litten zwischen 4% und 18% der Bevölkerung innerhalb der letzten 12 Monate (Klapow 2002; Jacobi et al. 2004; Demyttenaere et al. 2004). Für die Major Depression liegt der durchschnittliche Wert in der Allgemeinbevölkerung bei 6,9% (Wittchen und Jacobi 2005), während die Depression 2000 Studie eine Punktprävalenz von 10,9% in hausärztlichen Praxen in Deutschland ermittelte (Wittchen und Pittrow 2002). Eine Studie aus dem Jahr 2010 mit 1 101 Patienten aus dreizehn hausärztlichen Praxen im Raum München erbrachte sogar eine Prävalenz von depressiven Störungen in Höhe von 14,9% (Schneider et al. 2013).

Für somatoforme Störungen liegt die Prävalenz in der deutschen Allgemeinbevölkerung innerhalb der letzten 12 Monate durchschnittlich zwischen 6% und 11% (Jacobi et al. 2004; Löwe et al. 2008b; Wittchen und Jacobi 2005); in hausärztlichen Praxen sogar zwischen 16,5% und mehr als 30% (Schneider et al. 2013; Barsky et al. 2005; Hanel et al. 2009; Mergl et al. 2007; Fink et al. 1999).

Darüber hinaus konnten Hanel et al. eine Kombination von zwei der drei Störungsbilder bei 7,5% aller Patienten nachweisen; in 2,2% aller Fälle lagen somatoforme, depressive und Angststörungen sogar gleichzeitig vor (Hanel et al. 2009).

## **2.2.2. Klassifikation psychischer Störungen**

### **2.2.2.1. Einteilung nach ICD-10**

Die Anfänge der „International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems“, kurz ICD, gehen auf die Einführung des ersten offiziellen Todesursachenverzeichnisses im Jahr 1855 durch den Zweiten Internationalen Statistischen Kongress in Paris zurück. Dieses Verzeichnis wurde 1893 von der „International List of Causes of Death“ (ILCD) abgelöst. Diese Klassifikation wiederum blieb bis zur 6. Revisionskonferenz 1948 bestehen, als sie von der ICD-6 ersetzt wurde; einer Klassifikation, die nun erstmalig Todesursachen, Krankheiten und Verletzungen in einem gemeinsamen Verzeichnis führte und seitdem von der World Health Organization (WHO) herausgegeben und in regelmäßigen Abständen überarbeitet wird (DIMDI: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2014b). Gegenwärtig wird die im Jahr 1992 veröffentlichte und in 43 verschiedene Sprachen übersetzte ICD-10-Klassifikation in der Version von 2013 in über 100 Ländern verwendet um damit Aussagen über die Prävalenz und Inzidenz einzelner Krankheiten treffen sowie internationale Vergleiche von Morbidität und Mortalität anstellen zu können. Sie soll 2017 von der aktualisierten und vollständig revidierten ICD-11 abgelöst werden (World Health Organization 2014).

Für die Verschlüsselung von Todesursachen wird in Deutschland die offizielle ICD-10-WHO verwendet; für die Verschlüsselung von Diagnosen im Rahmen der ambulanten und stationären Patientenversorgung dagegen die an das deutsche Gesundheitssystem angepasste und jährlich überarbeitete ICD-10-GM (German Modification) (DIMDI: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2014a).

Die ICD-Klassifikation basiert auf 22 Kapiteln, in denen Krankheiten organspezifisch gegliedert sind. Die Kapitel wiederum können anschließend in verschiedene Kategorien und Subkategorien eingeteilt werden, so dass inzwischen über 13 300 Einzeldiagnosen vorliegen (DIMDI: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 2010).

Kapitel V (F00-F99) beinhaltet psychische und Verhaltensstörungen und lässt sich unter anderem in die Kategorien affektive Störungen (F30-39) sowie neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-48) untergliedern, die in dieser Arbeit eine wichtige Rolle spielen. Zu den affektiven Störungen zählen die Subgruppen manische Episode, bipolare affektive Störung, depressive Episode, rezidivierende depressive Störung, anhaltende affektive Störungen, andere affektive Störungen und nicht näher bezeichnete affektive Störung. Zu den neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen werden phobische Störungen, andere Angststörungen, Zwangsstörung, Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen, dissoziative Störungen (Konversionsstörungen), somatoforme Störungen sowie andere neurotische Störungen gerechnet (DIMDI: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 1992).

#### **2.2.2.2. Einteilung nach DSM-IV**

Die andere international verwendete und insbesondere in den USA gebräuchliche Klassifikation, die eigens für psychische Erkrankungen entwickelt wurde, ist das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM) der American Psychiatric Association, das 1952 erstmals veröffentlicht wurde. Inzwischen ist dessen Weiterentwicklung eng auf diejenige der ICD abgestimmt, so dass zwischen der 1992 veröffentlichten ICD-10 und dem zwei Jahre später veröffentlichten DSM-IV viele Gemeinsamkeiten bestehen, die die Kompatibilität zwischen den beiden Klassifikationen verbessern. Dennoch bestehen weiterhin Unterschiede: Zum einen enthält die ICD-10 zwar so gut wie alle der in DSM-IV vorkommenden Störungen, dabei aber teilweise mehr Verschlüsselungsmöglichkeiten. Zum anderen unterscheiden sich die Schwerpunkte: Die ICD-10 bemüht sich stärker um interkulturelle Aspekte, einer auch in Entwicklungsländern guten Anwendbarkeit und der Erhebung von statistischen Parametern wie Prävalenz, Inzidenz, Morbidität und Mortalität zu epidemiologischen Zwecken. Aus diesem Grund sind die Texte kürzer und weniger kategorisch gehalten und haben insgesamt eher Richtliniencharakter. Die DSM-IV-

Klassifikation ist dagegen stärker forschungsorientiert und besitzt eher Vorschriftencharakter, weshalb neben der Einteilung in die einzelnen Störungen jeweils auch sehr genaue diagnostische Kriterien und Erläuterungen vorhanden sind (Sass 2003, S. XI f.). Damit wird einerseits die Diagnosestellung im Rahmen einer praxisnahen Patientenversorgung erleichtert, andererseits die Reliabilität bei der Durchführung von Studien verbessert. Seit Mai 2013 existiert zudem das vollständig überarbeitete englischsprachige DSM-5 (American Psychiatric Association 1994, 2014).

Das Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders beruht auf einer multiaxialen Einteilung; das heißt, dass der Patient immer anhand jeder der folgenden fünf Achsen beurteilt wird um ein Gesamtbild zu erhalten, das ihn in seiner Komplexität zu erfassen versucht ohne potentiell wichtige Faktoren zu übersehen.

- Achse I: Klinische Störungen, andere klinisch relevante Probleme
- Achse II: Persönlichkeitsstörungen, geistige Behinderung
- Achse III: Medizinische Krankheitsfaktoren
- Achse IV: Psychosoziale und umgebungsbedingte Probleme
- Achse V: Globale Beurteilung des Funktionsniveaus

Die auf Achse I enthaltenen klinischen Störungen können in 16 verschiedene Kategorien unterteilt werden; dazu zählen beispielsweise affektive Störungen, Angststörungen und somatoforme Störungen, die im Folgenden näher beleuchtet werden sollen (Sass 2003, S.17).

### **2.2.2.3. Klassifikation der Depression**

Nach der ICD-10-Klassifikation können depressive Störungen, eine Untergruppe der affektiven Störungen (F3), wiederum in uni- und bipolare depressive Störungen unterteilt werden. Zu den unipolaren Störungen, auf die hier näher eingegangen werden soll, zählen die depressive Episode (F32), die rezidivierende depressive Störung (F33), die anhaltende affektive Störungen (nur Dysthymie, F34.1) und sonstige affektive Störungen (nur rezidivierende kurze depressive Störung, F38.1) (Leitliniengruppe Unipolare Depression 2009).

Die ICD-10 unterscheidet bei der Diagnose einer depressiven Störung zwischen Haupt- und Nebensymptomen. Die drei Hauptsymptome sind

- das Vorliegen einer gedrückten, depressiven Stimmung
- Interessensverlust und Freudlosigkeit
- Antriebsmangel und erhöhte Ermüdbarkeit.

Von diesen Symptomen müssen mindestens zwei über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen vorliegen.

Daneben existieren verschiedene Zusatzsymptome, von denen wenigstens zwei für die Diagnose einer depressiven Störung vorhanden sein müssen:

- verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit
- vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen
- Schuldgefühle
- negative und pessimistische Zukunftsperspektiven
- Suizidgedanken und -handlungen
- Schlafstörungen
- verminderter Appetit

(Leitliniengruppe Unipolare Depression 2009; Rupprecht und Hampel 2006).

Anhand der Anzahl der vorhandenen Haupt- und Nebensymptome kann der Schweregrad der Störung bestimmt werden:

- leichte depressive Episode: zwei Haupt-, zwei Nebensymptome
- mittelgradige depressive Episode: zwei Haupt-, drei bis vier Nebensymptome
- schwere depressive Episode: drei Haupt-, mindestens vier Nebensymptome.

Damit eine Störung als rezidivierend beschrieben werden kann, muss zwischen zwei Episoden mindestens ein symptomfreier Monat liegen (Leitliniengruppe Unipolare Depression 2009; Rupprecht und Hampel 2006).

Bei leichten und mittelgradigen depressiven Episoden kann zudem ein somatisches Syndrom vorliegen. Dieses wird unter anderem durch folgende Charakteristika gekennzeichnet:

- Interessensverlust
- frühmorgendliches Erwachen
- Morgentief
- psychomotorische Hemmung oder Agitiertheit
- deutlicher Appetitverlust
- Gewichtsverlust
- deutlicher Libidoverlust.

Eine schwere depressive Episode kann hingegen mit zusätzlichen psychotischen Symptomen wie Wahnideen, Halluzinationen oder depressivem Stupor einhergehen (Leitliniengruppe Unipolare Depression 2009; Rupprecht und Hampel 2006).

Das DSM-IV nennt neun Kriterien für die Diagnose einer Depression:

- depressive Verstimmung
- Verlust des Interesses oder der Freude an fast allen Aktivitäten

- Veränderungen von Appetit oder Gewicht
- Schlafstörungen
- psychomotorische Veränderungen (Unruhe, Agitiertheit oder Verlangsamung), die auch von außenstehenden Personen bemerkt werden
- Energiemangel
- Gefühl der Wertlosigkeit oder Schuld
- Schwierigkeiten beim Denken, bei Konzentration oder Entscheidungsfindung
- wiederkehrende Gedanken an Tod, Suizidabsichten, -pläne, -versuche.

Für die Diagnose einer sogenannten Major Depression müssen in einem Zeitraum von mindestens zwei Wochen die Merkmale „depressive Verstimmung“ oder „Interessensverlust“ sowie vier weitere der genannten Merkmale die meiste Zeit des Tages an fast jedem Tag vorhanden sein. Darüber hinaus muss die Symptomatik mit einem klinisch bedeutsamen Leiden oder einer Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder sonstigen wichtigen Funktionsbereichen einhergehen (Sass 2003 S. 398 ff.). Bei geringerem Ausprägungsgrad der Symptomatik spricht man von „subthreshold depression“ oder „anderer depressiver Störung“, wozu beispielsweise Minor Depression, Anpassungsstörungen mit depressiver Stimmung, Dysthymien oder nicht näher bezeichnete affektive Störungen zählen (Löwe et al. 2004c).

Die Unterschiede zwischen den Klassifikationen bei der Diagnose einer Depression machen sich insbesondere bei der Schweregradeinteilung bemerkbar. Während für die Diagnose einer leichten depressiven Episode oder rezidivierenden Störung nach ICD-10 vier Symptome ausreichend sind, werden für eine Major Depression nach DSM-IV fünf Symptome benötigt; andernfalls handelt es sich um eine subthreshold depression (Leitliniengruppe Unipolare Depression 2009). Dass sich diese Unterschiede auch auf die Prävalenz von depressiven Störungen auswirkt, konnten Jacobi et al. in einer Studie mit 20 421 Patienten nachweisen (Jacobi et al. 2002): In dieser Untersuchung erfüllten zwar am Stichtag 11,1% aller Studienteilnehmer die Kriterien für die Diagnose einer Depression nach ICD-10, aber nur 4,2% die DSM-IV-Kriterien für eine Major Depression. Dieses Ergebnis spricht dafür, dass gerade in der Allgemeinmedizin zahlreiche Patienten unter schwelennahen Depressionen leiden, die die Kriterien einer leichtgradigen depressiven Episode nach ICD-10 erfüllen. Diese Tatsache stellt die behandelnden Ärzte vor eine deutliche Herausforderung: Einerseits ist das Erkennen leichtgradiger depressiver Episoden schwieriger, da die Symptomatik entsprechend weniger stark ausgeprägt und damit möglicherweise auch eher untypisch ist; andererseits stellt sich die Frage nach der Behandlungsbedürftigkeit, da nicht jede leichtgradige depressive Episode eine medikamentöse oder psychotherapeutische Intervention erfordert.

#### **2.2.2.4. Klassifikation von Angststörungen**

Innerhalb der Kategorie „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)“ werden in der ICD-10 phobische Störungen (F40) und andere Angststörungen (F41) abgehandelt. Phobien sind Störungen, bei der die Angst ausschließlich oder überwiegend durch eindeutig definierte, eigentlich harmlose Situationen hervorgerufen wird, mit der Folge, dass diese Situationen von den Betroffenen vermieden werden. Zu den Phobien zählen unter anderem die Agoraphobie (F40.0), soziale Phobien (F40.1) und spezifische Phobien (F40.2), wie beispielsweise die Angst vor Spinnen oder großer Höhe (DIMDI: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 1992).

Unter dem Überbegriff „andere Angststörungen“ werden die folgenden Störungen zusammengefasst:

F41.0	Panikstörung [episodisch paroxysmale Angst]
F41.1	Generalisierte Angststörung
F41.2	Angst und depressive Störung, gemischt
F41.3	Andere gemischte Angststörungen
F41.8	Sonstige spezifische Angststörungen
F41.9	Angststörung, nicht näher bezeichnet.

Hierbei handelt es sich also um verschiedene Störungen mit Angst als dem jeweils vorherrschenden Symptom, wobei sich die Angst, im Gegensatz zur Phobie, nicht auf eine bestimmte Umgebungssituation bezieht (DIMDI: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 1992).

Das DSM-IV-Kapitel „Angststörungen“ gliedert sich in die Untergruppen

- Panikstörung ohne Agoraphobie
- Panikstörung mit Agoraphobie
- Agoraphobie ohne Panikstörung in der Vorgeschichte
- Spezifische Phobie
- Soziale Phobie
- Zwangsstörung
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Akute Belastungsstörung
- Generalisierte Angststörung
- Angststörung aufgrund eines medizinischen Krankheitsfaktors
- Substanzinduzierte Angststörung
- nicht näher bezeichnete Angststörung

(Sass 2003, S. 479 f.)

#### **2.2.2.4.1. Panikstörung**

Eine Panikattacke bezeichnet nach DSM-IV einen in Abwesenheit einer echten Gefahr abgrenzbaren Zeitraum intensiver Angst, die plötzlich einsetzt und innerhalb von zehn Minuten ihren Höhepunkt erreicht. Zudem müssen mindestens vier der folgenden dreizehn körperlichen oder kognitiven Symptome vorliegen:

- Palpitationen
- Schwitzen
- Zittern oder Beben
- Gefühle der Kurzatmigkeit oder Atemnot
- Erstickungsgefühle
- Brustschmerzen oder körperliches Unwohlsein
- Übelkeit oder abdominelle Beschwerden
- Schwindel oder Benommenheit
- Derealisation oder Depersonalisation
- Angst, die Kontrolle zu verlieren oder „verrückt“ zu werden
- Todesangst
- Parästhesien
- Kälteschauer oder Hitzewallungen.

(Sass 2003, S. 479 ff.)

Panikattacken können unerwartet, situationsabhängig oder situationsbegünstigt auftreten, wobei eine Panikstörung definitionsgemäß nur bei unerwartet auftretenden Panikattacken vorliegt; bei diesen kann der Patient keinen Zusammenhang zwischen dem Beginn der Panikattacke und einem internen oder externen Auslöser erkennen. Situationsabhängige und situationsbegünstigte Panikattacken kommen häufig bei Panikstörungen vor, können aber auch im Rahmen von anderen Angststörungen wie Phobien auftreten (Sass 2003, S. 479 ff.). Eine Panikstörung liegt laut DSM-IV vor, wenn mindestens zwei unerwartete Panikattacken eingetreten sind, an die sich jeweils mindestens ein Monat von anhaltender Besorgnis darüber, eine weitere Attacke zu erleiden, anschließt sowie Sorgen über mögliche Begleiterscheinungen oder Konsequenzen der Panikattacke. Zudem kann es, bedingt durch die Panikattacken, zu ausgeprägten Verhaltensänderungen kommen. Panikattacken gehen definitionsgemäß nicht auf die direkte körperliche Wirkung einer Substanz oder eines medizinischen Krankheitsfaktors zurück und können nicht durch eine andere psychische Störung besser erklärt werden (Sass 2003, S. 479 ff.).

#### **2.2.2.4.2. Generalisierte Angststörung**

Patienten mit einer generalisierten Angststörung (auch: generalized anxiety disorder, GAD) leiden gemäß DSM-IV unter übermäßiger Angst oder Sorge bezüglich mehrerer Ereignisse oder Tätigkeiten, wobei diese Angst im Verlauf von mindestens sechs Monaten an der Mehrzahl der Tage auftritt. Die Patienten haben Schwierigkeiten ihre Sorgen, die mit mindestens drei der folgenden sechs Symptome verbunden sind, zu kontrollieren:

- Ruhelosigkeit oder ständiges „auf dem Sprung sein“
- leichte Ermüdbarkeit
- Konzentrationsschwierigkeiten oder Leere im Kopf
- Reizbarkeit
- hohe Muskelspannung
- Schlafstörungen

Weitere nach DSM-IV geforderte Kriterien sind ein erheblicher Leidensdruck der Betroffenen, ein Angstinhalt, der sich nicht auf Aspekte einer Achse-I-Störung beschränkt (wie Panikattacken, soziale Phobien, etc.) sowie die Tatsache, dass auch hier die direkte körperliche Wirkung einer Substanz oder ein medizinischer Krankheitsfaktor als Auslöser ausgeschlossen sind (Sass 2003, S. 479 ff.).

Bei der Diagnose einer generalisierten Angststörung nach DSM-IV stehen demzufolge die unkontrollierbaren Sorgen im Vordergrund; in der Definition der ICD-10 liegt der Schwerpunkt dagegen auf einer generalisierten, anhaltenden Angst, die nicht auf bestimmte Umgebungsbedingungen beschränkt, sondern vielmehr „frei flottierend“ ist (DIMDI: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 1992).

#### **2.2.2.5. Klassifikation von somatoformen Störungen**

Patienten mit somatoformen Störungen sind von körperlichen Symptomen betroffen, die einen medizinischen Krankheitsfaktor nahelegen, aber weder durch einen medizinischen Krankheitsfaktor, noch durch die direkte Wirkung einer Substanz oder eine andere psychische Störung vollständig erklärt werden können. Die Beschwerden werden jedoch nicht absichtlich vom Patienten erzeugt oder vorgetäuscht, der einen erheblichen Leidensdruck aufweist (Sass 2003 S. 539).

In der ICD-10 sind somatoforme Störungen (F45) Teil der Kategorie „neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)“ und können in die folgenden Subgruppen unterteilt werden:

- |       |  |
|-------|--|
| F45.0 | Somatisierungsstörung                  |
| F45.1 | Undifferenzierte Somatisierungsstörung |

- F45.2 Hypochondrische Störung
- F45.3 Somatoforme autonome Funktionsstörung
- F45.4 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
- F45.8 Sonstige somatoforme Störungen
- F45.9 Somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet.

Im weiteren Sinn zählen darüber hinaus auch die dissoziativen Störungen (Konversionsstörungen; F44) zu den somatoformen Störungen (DIMDI: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 1992).

DSM-IV weist den somatoformen Störungen ein eigenes Kapitel zu, das sich folgendermaßen untergliedert:

- Somatisierungsstörung
- Undifferenzierte somatoforme Störung
- Konversionsstörung
- Schmerzstörung
- Hypochondrie
- Körperdysmorphie Störung

(Sass 2003 S. 539 ff.)

Die unterschiedlichen Einteilungen zwischen ICD-10 und DSM-IV weisen bereits auf die Schwierigkeit der Klassifizierung von somatoformen Störungen hin. Ein weiteres Problem, das die Klassifizierung von organisch nicht hinreichend erklärbaren Körperbeschwerden verkompliziert, ist die Tatsache, dass diese einerseits in der psychosozialen Medizin als „somatoforme Störungen“ eingeordnet werden können, gleichzeitig jedoch auch als „funktionelle Einzelsyndrome“ in der organisch orientierten Medizin existieren. Zu diesen zählen beispielsweise das Fibromyalgie- und Reizdarmsyndrom, Spannungskopfschmerzen, Tinnitus oder der atypische, nicht-kardiale Brustschmerz als separate Entitäten (Schäfert et al. 2010).

Auch in ihren Definitionen unterscheiden sich die beiden Klassifikationen deutlich voneinander, weshalb eine Studie von Fink et al. in allgemeinmedizinischen Praxen eine somatoforme Störung bei 57,5% aller teilnehmenden Patienten nach DSM-IV-Kriterien diagnostizierte, aber lediglich bei 22,3% nach ICD-10-Kriterien (Fink et al. 1999).

Auf die Somatisierungsstörung als Leitstörung der somatoformen Störungen soll im Folgenden näher eingegangen werden. Allerdings handelt es sich hierbei gleichzeitig um eine Extremvariante, die in der Allgemeinbevölkerung nur selten vorkommt (Creed und Barsky 2004).

Laut ICD-10 ist eine Somatisierungsstörung durch multiple, wiederholt auftretende und häufig wechselnde körperliche Symptome gekennzeichnet, die grundsätzlich jedes Körperteil oder System betreffen können und mindestens zwei Jahre andauern. Dabei ist es jedoch schwierig, die betroffenen Patienten davon zu überzeugen, dass die vorliegenden und zum Teil sehr unterschiedlichen Beschwerden keine ausreichende organische Erklärung haben. Aus diesem Grund haben die meisten Patienten eine lange „Patienten-Karriere“ mit zahlreichen Arztbesuchen und ergebnislosen Untersuchungen hinter sich. Die Störung nimmt meist einen chronisch fluktuierenden Verlauf. Besteht die Symptomatik weniger als zwei Jahre oder ist sie weniger stark ausgeprägt, spricht man von einer undifferenzierten Somatisierungsstörung (DIMDI: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 1992).

Das DSM-IV klassifiziert Somatisierungsstörungen wesentlich konkreter. So müssen Patienten eine Vorgeschichte mit vielen körperlichen Beschwerden aufweisen, die vor dem 30. Lebensjahr begonnen haben und über mehrere Jahre hindurch auftreten, so dass die Patienten sich entweder in Behandlung begeben oder es zu einer deutlichen Beeinträchtigung in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen kommt. Zudem müssen die folgenden vier Kriterien irgendwann im Verlauf aufgetreten sein:

- 4 Schmerzsymptome, die mindestens vier verschiedene Körperbereiche oder Funktionen betreffen
- 2 gastrointestinale Symptome (wie Übelkeit, Diarrhoe, etc.)
- 1 sexuelles Symptom (wie Libidoverlust, Erektionsstörungen, unregelmäßige Menstruation, etc.)
- 1 pseudoneurologisches Symptom (wie Koordinationsstörungen, Lähmungen, Schluckschwierigkeiten, etc.)

Auch hier ist es wichtig, dass keines der genannten Kriterien nach adäquater Untersuchung vollständig durch einen bekannten medizinischen Krankheitsfaktor oder eine Substanz erklärt werden kann und nicht absichtlich vom Patienten erzeugt wird (Sass 2003 S. 539 ff.). Bei einer undifferenzierten somatoformen Störung liegt mindestens ein körperliches Symptom (beispielsweise Müdigkeit, Appetitlosigkeit, gastrointestinale oder urologische Beschwerden, etc.) über mindestens sechs Monate vor und kann organisch nicht hinreichend erklärt werden (Sass 2003 S. 539 ff.).

Bei der somatoformen autonomen Störung (ICD-10; F45.3), der häufigsten somatoformen Störung (Fink et al. 1999), stehen vegetative Symptome im Vordergrund, die beispielsweise das kardiovaskuläre, gastrointestinale oder urogenitale System betreffen. Hierzu zählen unter anderem die sogenannte Herzneurose, das Colon irritable, Diarrhoe, Dyspepsie oder

erhöhte Miktionshäufigkeit (DIMDI: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information 1992).

Die hier bereits deutlich gewordene Problematik bezüglich der Klassifizierung und Diagnose von somatoformen Störungen bei gleichzeitig hoher Prävalenz in der Patientenversorgung war ein Grund für die Erarbeitung der fachübergreifenden S3-Leitlinie „Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden“ im Jahr 2012 durch Vertreter aus 28 medizinischen und psychologischen Fachgesellschaften, der Deutschen Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen sowie der Arbeitsgemeinschaft medizinischer Fachangestellten (Schäfert et al. 2012). In dieser werden nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden (NFS) sehr allgemein charakterisiert durch unterschiedlich lokalisierte Schmerzen, gestörte Organfunktionen, vegetative Beschwerden sowie krankheitsbezogene Ängste als häufige Begleiterscheinung. Ziel der Leitlinie ist es, Allgemein- und Fachärzte mit verschiedenen Algorithmen hinsichtlich der Diagnostik und Therapie von häufig als „schwierig“ empfundenen Patienten mit unklaren Beschwerden zu unterstützen, um einerseits Übertherapien zu vermeiden, andererseits Patienten durch ein multimodales Behandlungskonzept möglichst rasch adäquat zu helfen.

## **2.2.3. Herausforderungen für den Allgemeinmediziner**

### **2.2.3.1. Die Rolle des Hausarztes**

Allgemeinmediziner sind in der Regel der erste Ansprechpartner von Patienten und somit darauf spezialisiert, diesen bei sämtlichen gesundheitlichen Beschwerden weiterzuhelfen, seien es körperliche oder seelische Beschwerden, akute oder chronische Erkrankungen. Dabei berücksichtigt die biopsychosoziale Arbeitsweise der Allgemeinmedizin nach der Fachdefinition der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM) idealerweise „somatische, psycho-soziale, soziokulturelle und ökologische Aspekte“ und würdigt im Sinne eines ganzheitlichen Ansatzes „bei der Interpretation von Symptomen und Befunden (...) den Patienten, sein Krankheitskonzept, sein Umfeld und seine Geschichte (hermeneutisches Fallverständnis)“ (<http://www.degam.de/fachdefinition.html>). Hausärzte haben es mit einem unausgelesenen Patientenkollektiv zu tun, das bedeutet mit Patienten aller Altersgruppen, beiden Geschlechtes sowie Beratungsproblemen aller Art (Mader und Weißgerber 2007). Eine der wichtigsten Aufgaben der Primärversorgung ist darüber hinaus ihre Filter- und Steuerfunktion, also der Einsatz sinnvoller und adäquater Diagnostik und Therapie unter Einbeziehung von Spezialisten, die jedoch bei optimaler Behandlung sowohl den Patienten, als auch die Gesellschaft vor Unter- oder Überversorgung schützt (<http://www.degam.de/fachdefinition.html>). Erster Ansprechpartner für alle Patienten sollte

dementsprechend grundsätzlich die Allgemeinmedizin sein, die im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung nicht nur für somatische Beschwerden zuständig ist. Die bereits erwähnte S3-Leitlinie „Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden“ verdeutlicht, wie die ideale Patientenversorgung im Sinne eines schweregradgestuften, kooperativen und koordinierten Versorgungsmodells („stepped, collaborative and coordinated care model“) ablaufen sollte: Aufgabe des Hausarztes ist hierbei die regelmäßige Evaluation eines Krankheitsverlaufes unter strenger Beachtung von Warnsignalen für gefährliche Verläufe. Im Falle leichterer Verläufe sollten Patienten, soweit möglich, in erster Linie durch ihren Hausarzt betreut werden. Bei schweren Verläufen sollte frühzeitig eine fachpsychotherapeutische Mitbeurteilung eingeholt und gegebenenfalls auch eine Mitbehandlung veranlasst werden. Bei sehr schweren Verläufen ist auf jeden Fall eine interdisziplinäre Behandlung erforderlich, möglicherweise auch unter stationären Bedingungen. Dabei sollte der Hausarzt den Therapieplan zwischen den einzelnen Disziplinen abstimmen und die Behandlung damit übergeordnet koordinieren (Schäfert et al. 2012).

### **2.2.3.2. Diagnose psychischer Störungen in der Primärversorgung**

Allgemeinmediziner nehmen in ihrer Rolle als „Arzt der ersten Linie“ bei der Erkennung von psychischen Störungen eine entscheidende Position ein: Im Rahmen von psychischen Problemen sind sie für Patienten meist die erste und zum Teil einzige Anlaufstelle, während Spezialisten wie Psychiater deutlich seltener aufgesucht werden (Harman et al. 2006; Jacobi et al. 2004).

Dennoch belegen zahlreiche Studien, dass psychische Störungen in Hausarztpraxen nachwievor unterdiagnostiziert sind (Harman et al. 2001; Mitchell et al. 2009; Wittchen und Pittrow 2002; Fink et al. 1999; Schäfert et al. 2010; Wittchen et al. 2002). Insbesondere zur Depression existieren hierzu viele Untersuchungen. In diesen wurde die Diagnose einer Depression bei etwa der Hälfte der depressiven Patienten vom Hausarzt korrekt gestellt, dabei allerdings in einem Drittel der Fälle nur für „wahrscheinlich“ erachtet (Mitchell et al. 2009; Wittchen und Pittrow 2002; Jacobi et al. 2002). Bei 26% aller depressiven Patienten erkannten die behandelnden Hausärzte nicht, dass die Patienten an einer psychischen Störung litten; bei weiteren 19% wurde eine andere psychische Störung diagnostiziert (Wittchen und Pittrow 2002). Gleichzeitig wurden 80% der nicht-depressiven Patienten korrekt eingeschätzt; aufgrund der relativ niedrigen Prävalenz von etwa 10% bis 20% ist der Prozentsatz an falsch positiven Diagnosen dadurch trotzdem verhältnismäßig hoch (Mitchell et al. 2009; Jacobi et al. 2002; Schneider und Szecsenyi 2012).

Ob Ärzte Patienten als depressiv erkennen, hängt zudem deutlich von verschiedenen Faktoren ab: So wird eine Depression bei Frauen grundsätzlich häufiger erkannt als bei Männern, auch wenn sich diese mit denselben Beschwerden vorstellen (Harman et al. 2001; Wittchen und Pittrow 2002) Bezüglich des Alters gehen die Ergebnisse auseinander: Die deutsche Depression 2000 Studie fand heraus, dass Depressionen bei jüngeren Patienten, insbesondere jüngeren Männern, deutlich seltener identifiziert werden (Wittchen und Pittrow 2002); dagegen machten Harman et al. in den USA die gleiche Feststellung bei älteren Patienten, insbesondere älteren Frauen (Harman et al. 2001). Darüber hinaus steigt die Diagnoserate deutlich, wenn Patienten den Grund ihres Besuchs selbst mit „Depression“ angeben (Harman et al. 2001; Wittchen und Pittrow 2002), körperliche oder andere psychische, für eine Depression typische Symptome aufweisen (Harman et al. 2001) oder die behandelnden Ärzte in den vorangegangenen zwei Jahren vermehrt Kurse zu diesem Thema besucht hatten (Wittchen und Pittrow 2002).

## ***2.3. Beratungsanlässe in der Bereitschaftspraxis***

### **2.3.1. Besonderheiten in der Allgemeinmedizin**

Die Allgemeinmedizin unterscheidet zwischen Beratungsanlässen und Beratungsergebnissen. Letztere wiederum können in vier verschiedene Gruppen eingeteilt werden: Einzelne Symptome (Gruppe A), Symptomgruppen (Gruppe B), Bilder einer Krankheit (Gruppe C) und exakte Diagnosen (Gruppe D). Exakte Diagnosen werden allerdings nur in etwa 10% aller Beratungsergebnisse gestellt; vorherrschend ist die Klassifizierung in Symptome (25%), Symptomgruppen (25%) und Bilder einer Krankheit (40%) (Mader und Weißgerber 2007). Mader und Weißgerber argumentieren, dass ein Hausarzt von den etwa 40 000 bis 60 000 in der Literatur beschriebenen Krankheiten, Syndromen, Symptomen und Symptomgruppen etwa 300 Fälle pro Jahr regelmäßig häufig sieht, und immerhin etwa 2 000 bis 2 500 verschiedene Fälle in 30 Jahren Praxiserfahrung (Mader und Weißgerber 2007). Die ICD-10-Klassifikation umfasst etwa 14 500 verschiedene Entitäten. Laut einer Studie von Landolt-Theus aus den Jahren 1983-88 machen bereits die häufigsten 100 Vorkommnisse in der Allgemeinarztpraxis fast 80% aller Beratungsergebnisse aus; die häufigsten 200 Vorkommnisse sogar 93% (Mader und Weißgerber 2007). Diese Studie hat allerdings mehrere Limitationen: Zum einen sind die Daten inzwischen etwa 30 Jahre alt; zum anderen handelt es sich um Daten aus lediglich einer einzigen Praxis, genauer gesagt einer Schweizer Stadtpraxis. Dementsprechend sollten die Zahlen kritisch betrachtet werden; sie geben dennoch Hinweise darauf, dass die ICD-10 nicht für die Klassifizierung von

Beratungsanlässen in der Allgemeinmedizin geeignet ist. Aus diesem Grund wurde die nachfolgend näher besprochene ICPC-Klassifikation entwickelt.

### **2.3.2. Klassifikation von Beratungsanlässen anhand der „International Classification of Primary Care“**

Die auf Betreiben der WHO von der WONCA (World Organization of Family Doctors) erarbeitete International Classification of Primary Care (internationale Klassifizierung der medizinischen Primärversorgung), kurz ICPC, wurde 1987 erstmalig durch den Verlag Oxford University Press veröffentlicht. Im Gegensatz zu der bereits bestehenden ICD-Klassifikation sollte die ICPC-Klassifikation den Bedürfnissen der Allgemeinmedizin gerecht werden. Dementsprechend sollten mit ihr nicht nur fertige Diagnosen erfasst werden können, sondern auch subjektive Beschwerden, Beratungsanlässe, Behandlungsprozesse, allgemeinmedizinische Interventionen und letztlich auch das für die Allgemeinmedizin wichtige Prinzip des abwartenden Offenlassens. Darüber hinaus sollten erstmalig auch internationale epidemiologische Vergleiche der Primärversorgung ermöglicht werden (Meyer 2005; Lamberts 2002).

Die ICPC-Klassifikation basiert auf der bereits zuvor entwickelten Reason for Encounter Classification (RFEC), der IC-Process-PC-Klassifikation und der International Classification of Health Problems in Primary Care (ICHPPC-2-Klassifikation) (Meyer 2005). Die insgesamt 17 Kapitel enthalten 14 organbezogene Kapitel (Blut und blutbildende Systeme; Verdauung; Auge; Ohr; Herz-Kreislauf; Muskuloskeletal; Neurologisch; Atmung; Haut; Endokrines System, Stoffwechsel, Ernährung; Urologisch; Schwangerschaft, Kindererziehung, Familienplanung; Gynäkologisch; Männliches Genitale) und je ein weiteres für psychische, soziale sowie allgemeine und unspezifische Probleme (siehe Anhang 11.2, Seite 103). Die einzelnen Kapitel werden zunächst mit Großbuchstaben nummeriert und anschließend in die folgenden sieben Untergruppen untergliedert:

1. Symptome und Beschwerden (1-29)
2. Diagnostische und präventive Maßnahmen (30-49)
3. Medikamentöse Behandlung und therapeutische Maßnahmen (50-59)
4. Ergebnisse (60-61)
5. Administrative Maßnahmen (62)
6. Überweisungen und andere Gründe für den Kontakt (63-69)
7. Diagnosen (70-99)

(Meyer 2005; Bhend 2014)

Im Jahr 1998 erschien die überarbeitete Version ICPC-2, von der seit 2001 eine offizielle deutsche Übersetzung existiert (siehe Anhang) (WONCA International Classification Committee (Hrsg.) 2001). Darüber hinaus wurde die International Classification of Primary Care 2004 von der WHO in die Family of International Classifications aufgenommen und wird seitdem als offizielles Kodierungssystem für die Primärversorgung empfohlen; sie liegt inzwischen in 19 verschiedenen Sprachen vor (Meyer 2005; World Health Organization 2014).

Eine deutsche Studie untersuchte die Reliabilität bei der Kodierung von knapp 9 000 Beratungsanlässen anhand der ICPC-2. Hierbei fanden sich sehr gute Ergebnisse auf Kapitelebene, jedoch nur eine moderate Übereinstimmung auf Komponentenebene (Frese et al. 2012). Dies bedeutet, dass Vergleiche auf Einzelebene nur eingeschränkt möglich sind. Gleichzeitig ergab die Studie eine geringfügig bessere Reliabilität bei der Kodierung von Beratungsanlässen mithilfe der ICPC-2 im Vergleich zur ICD-10-Klassifikation. Während hierbei nur etwa 13,6% aller ICD-10 Kodierungen verwendet wurden, wurden hingegen 30-47% der möglichen ICPC-2 Kodierungen gebraucht. Damit zeigt sich, dass die International Classification of Primary Care wie beabsichtigt den Erfordernissen der Primärversorgung besser gerecht wird.

### **2.3.3. Zusammenhang zwischen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und psychischer Komorbidität**

Zahlreiche Studien konnten bereits nachweisen, dass eine erhöhte psychische Komorbidität mit einer erhöhten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wie dem Aufsuchen von Hausärzten, Fachärzten, Notaufnahmen oder stationären Einrichtungen einhergeht (Jacobi et al. 2004; Creed und Barsky 2004; Barsky et al. 2005; Schneider et al. 2011). Hierbei muss allerdings berücksichtigt werden, dass diese Tatsache bei somatoformen Störungen bereits in deren Definition einfließt, nach der Patienten aufgrund zahlreicher wechselnder körperlicher Beschwerden und erheblichem Leidensdruck überdurchschnittlich häufig medizinische Hilfe in Anspruch nehmen (Creed und Barsky 2004).

Die erhöhte Utilisierung macht sich finanziell deutlich bemerkbar: Von den 2008 in Deutschland entstandenen Kosten für Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege, insgesamt 254,3 Milliarden Euro, verteilte sich etwa die Hälfte dieser Summe auf nur vier Krankheitsklassen. Bereits an dritter Stelle standen dabei psychische und Verhaltensstörungen, die Kosten in Höhe von 28,7 Milliarden Euro (11,3%) verursachten (Statistisches Bundesamt 2012). Hinzu kommen indirekte Kosten, die durch vermehrte Arbeitsausfälle von Patienten mit psychischer Komorbidität verursacht werden (Wittchen et al. 1999; Jacobi et al. 2004; Schneider et al. 2011).

Die „Global Burden of Disease Study“ aus dem Jahr 2010, an der beinahe 500 Autoren aus 50 Ländern unter Beteiligung der WHO mitarbeiteten, ergab, dass 11% der Lebenszeit von Menschen weltweit durch das Vorliegen einer Krankheit oder Behinderung eingeschränkt ist. Psychische und Verhaltensstörungen waren weltweit die Ursache für fast 23% aller Krankheitstage und standen damit an erster Stelle; in der Altersgruppe zwischen 20 und 29 Jahren wurde die Lebensqualität durch sie sogar um 36% verringert. Insgesamt gesehen war die Major Depression nach chronischen Rückenschmerzen die zweithäufigste Einzelursache, die gesunde Lebenszeit verringerte; Angststörungen belegten in der Studie den siebten Platz. Besorgniserregend war außerdem eine Zunahme von psychischen Erkrankungen mit Einfluss auf die Lebenszeit um 37% von 1990 auf 2010 (Vos et al. 2012).

#### ***2.4. Rationale für die vorliegende Arbeit***

Zahlreiche nationale und internationale Studien haben bereits die Prävalenz von psychischen Störungen in der Allgemeinbevölkerung sowie in allgemeinmedizinischen Praxen untersucht (Wittchen et al. 1999; Klapow 2002; Demyttenaere et al. 2004; Jacobi et al. 2004; Wittchen und Jacobi 2005). Hinzu kommt eine Studie aus Oberbayern aus dem Jahr 2010 mit 1 101 Patienten aus dreizehn Hausarztpraxen, die sowohl den Einfluss psychischer Komorbidität auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen untersuchte (Schneider et al. 2011), als auch die einzelnen Beratungsanlässe aufzeichnete und Patientenangaben mit dem ärztlichen Beratungsergebnis verglich (Schneider et al. 2013). Hierbei zeigte sich unter anderem ein deutlicher Zusammenhang zwischen Utilisierung und psychischer Komorbidität. Zur Prävalenz von psychischen Erkrankungen in Bereitschaftspraxen sowie einer möglicherweise damit einhergehenden verstärkten Inanspruchnahme dieser Praxen liegen aktuell lediglich internationale Studien vor (den Boer-Wolters et al. 2010; Vedsted und Olesen 1999). Insbesondere aufgrund der damit verbundenen Kosten sowie dem erhöhten Zeitaufwand auf ärztlicher Seite besteht daher ein Bedarf für eine Datenerhebung in Deutschland. Darüber hinaus existieren nach unserem Wissen bislang keine Studien, die die Behandlungszufriedenheit von Patienten in Abhängigkeit von der psychischen Komorbidität untersuchten. Schließlich sollen die Beratungsanlässe mit denjenigen in regulären hausärztlichen Praxen in Bayern verglichen werden (Schneider et al. 2013), was aufgrund identischer Fragebogenzusammenstellung sehr gut möglich ist.

## **2.5. Fragestellung und Ziele der vorliegenden Arbeit**

Die vorliegende Arbeit hat zum einen das Ziel, die Beratungsanlässe einer Bereitschaftspraxis näher zu untersuchen und denen einer hausärztlichen Vergleichsgruppe gegenüberzustellen. Zum anderen wird auf die Prävalenz von depressiven Störungen, Angststörungen und somatoformen Störungen in dem unselektierten Patientenkontext einer Bereitschaftspraxis eingegangen. Dabei liegt ein Schwerpunkt auf der Untersuchung eines möglichen Zusammenhanges zwischen psychischer Komorbidität und dem erhöhten Inanspruchnahmeverhalten von Gesundheitsleistungen.

Folgende Hypothesen sollen überprüft werden:

### **Hypothese 1:**

Patienten der Bereitschaftspraxis werden häufiger wegen akuter Beschwerden behandelt als Patienten im durchschnittlichen hausärztlichen Kollektiv.

### **Hypothese 2:**

Patienten, die den Service der Bereitschaftspraxis besonders häufig in Anspruch nehmen, weisen eine erhöhte psychische Komorbidität (Depressivität, Angst, Somatisierungsneigung) auf.

### **Hypothese 3:**

Patienten mit erhöhter psychischer Komorbidität haben eine geringere Behandlungszufriedenheit.

## **3. MATERIAL UND METHODEN**

### ***3.1. Studiendesign***

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine Querschnittsstudie mit insgesamt 500 teilnehmenden Patienten. Die Befragung wurde zwischen April und Juli 2012 in der Bereitschaftspraxis der Münchner Ärzte im Klinikum rechts der Isar durchgeführt. Aufgrund ihrer Einrichtung als Anlaufstelle außerhalb normaler Praxisöffnungszeiten war die Praxis Montag, Dienstag und Donnerstag von 19:00 bis 22:00 Uhr, Mittwoch und Freitag von 16:00 bis 22:00 Uhr sowie Samstag, Sonntag und an Feiertagen von 9:00 bis 22:00 Uhr geöffnet. Die Patienten wurden ausnahmslos von der Autorin der vorliegenden Arbeit angesprochen und über Inhalt und Ablauf der Studie aufgeklärt. Sofern Patienten mit der Teilnahme einverstanden waren, wurden sie gebeten ihre Zustimmung anhand einer Einverständniserklärung schriftlich zu dokumentieren. Anschließend erhielten sie von dieser eine Kopie sowie den eigentlichen Fragebogen.

Der insgesamt 7-seitige Fragebogen (siehe Anhang 11.1) enthielt zunächst eine Freitextfrage zum Anlass des gegenwärtigen Praxisbesuches, verbunden mit der Frage nach früheren Hausarztbesuchen aufgrund der aktuell angegebenen Beschwerden. Daran schloss sich der EUROPEP-Fragebogen zur Erfassung der Behandlungszufriedenheit im hausärztlichen Setting mit einer weiteren Freitextfrage für Anregungen oder Verbesserungsvorschläge in der Bereitschaftspraxis. Mittels des Gesundheitsfragebogens für Patienten (PHQ-D) wurde anschließend die psychosomatische Komorbidität in den Modulen Depression, Panik und somatoforme Störung erfasst. Zudem wurde der Bereich generalisierte Angst mittels GAD-7 (Generalized Anxiety Disorder) untersucht. Abschließend wurden von jedem Patienten die soziodemographischen Charakteristika Alter, Geschlecht, Familienstand, Schul- und Berufsausbildung und die aktuelle Erwerbstätigkeit erfragt.

Die ausgefüllten Fragebögen wurden von der Autorin persönlich eingesammelt und anschließend im Institut für Allgemeinmedizin der Technischen Universität München verwahrt. Somit erhielten weder der behandelnde Arzt noch die Praxismitarbeiterinnen oder gar andere Patienten Einsicht in die Unterlagen. Falls Patienten es bevorzugten den Fragebogen zu Hause auszufüllen, erhielten sie zusätzlich einen mit vorfrankierten und an das Institut für Allgemeinmedizin adressierten Briefumschlag.

Von allen teilnehmenden Patienten wurden nach Abschluss des Arztbesuches Diagnose und eingeleitete Therapie dokumentiert. Darüber hinaus wurde die Zahl der ausgestellten Arbeitsunfähigkeitstage notiert und retrospektiv die Anzahl der Praxisbesuche in den vergangenen 12 Monaten erfasst. Die Studie wurde vor Beginn der Patientenrekrutierung der Ethikkommission der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität München zur

Begutachtung vorgelegt und von dieser schriftlich genehmigt (Projektnummer 5270/12, Genehmigung am 29.02.2012).

### **3.2. Auswahl des Patientenkollektivs**

Um bei der Befragung eine Selektion zu vermeiden wurden alle Patienten, die die Bereitschaftspraxis aufsuchten, konsekutiv angesprochen und, sofern die Einschlusskriterien erfüllt waren und keine Ausschlusskriterien vorlagen, um eine Teilnahme an der Studie gebeten. Im Falle einer Ablehnung wurden für die Nonresponder-Analyse Alter und Geschlecht der Patienten sowie gegebenenfalls das Vorhandensein von Ausschlusskriterien dokumentiert.

#### **3.2.1. Einschlusskriterien**

Um an der Studie teilnehmen zu dürfen mussten Patienten zum Zeitpunkt der Befragung mindestens 18 Jahre alt sein und ausreichende Deutschkenntnisse besitzen um den Fragebogen beantworten zu können. Zusätzlich war eine unterschriebene Einverständniserklärung von jedem Patienten zwingend erforderlich.

#### **3.2.2. Ausschlusskriterien**

Patienten, deren mangelnde Deutschkenntnisse eine (sinnvolle) Beantwortung des Fragebogens nicht ermöglichte oder die jünger als 18 Jahre waren, wurden von einer Teilnahme an der Befragung ausgeschlossen. Zudem wurden auch Patienten mit mentaler Retardierung oder anderen einschränkenden Faktoren ausgeschlossen.

### **3.3. Verwendete Fragebögen**

#### **3.3.1. Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)**

Der „Gesundheitsfragebogen für Patienten“ (PHQ-D) (Löwe et al. 2002b) ist die autorisierte deutsche Version des amerikanischen PRIME-MD Patient Health Questionnaire (PHQ) (Spitzer et al. 1999). Auf den DSM-IV-Kriterien der American Psychiatric Association basierend wurde er als einfaches und schnell durchführbares Screeninginstrument für psychische Störungen in der Primärmedizin entwickelt und in zwei großangelegten Studien an insgesamt 6 000 Patienten validiert (Spitzer 1999, 2000). Als Goldstandard diente in sämtlichen Studien das Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV (SKID-I). Der PHQ-D

wiederum wurde nach mehrmaligen Übersetzungen und Rückübersetzungen (Löwe et al. 2002a) mithilfe standardisierter Interviews in Studien mit internistisch-allgemeinmedizinischen und psychosomatisch-psychotherapeutischen Patienten validiert. Er zeigte in beiden Gruppen gute Ergebnisse hinsichtlich seiner diagnostischen Qualität (Gräfe et al. 2004). Der PHQ-D kann dabei sowohl als Screeninginstrument als auch zur Verlaufsbeurteilung einer psychischen Störung eingesetzt werden (Löwe et al. 2002a).

Die Komplettversion des PHQ-D erfasst acht psychische Störungsbilder, die anhand von 78 verschiedenen Items abgefragt werden. Der Fragebogen erlaubt eine vorläufige Diagnose für die Störungen

- Major Depression
- andere depressive Störungen
- Panikstörung
- und Bulimia nervosa,

da alle Kriterien für eine Diagnose nach DSM-IV abgefragt werden (sogenannte „threshold disorders“). In den Modulen für

- somatoforme Störungen
- andere Angststörungen
- Alkoholabusus
- und Binge-Eating-Störung

werden nicht alle Kriterien für eine Diagnose nach DSM-IV abgefragt (sogenannte „subthreshold disorders“), so dass der PHQ-D hier eher als Screeninginstrument geeignet ist (Gräfe et al. 2004). Neben der Komplettversion des Fragebogens existieren verschiedene Kurzfassungen des PHQ-D. Zudem lassen sich die einzelnen Module in Abhängigkeit von der inhaltlichen Fragestellung auch flexibel miteinander kombinieren (Löwe et al. 2002a).

Der Fragebogen wird vom Patienten komplett selbstständig und vorzugsweise bereits im Wartezimmer ausgefüllt. Dadurch nimmt die anschließende Auswertung durch den Arzt in 85% der Fälle weniger als drei Minuten in Anspruch (Spitzer 1999). Da sich die Diagnostik mithilfe des PHQ-D dementsprechend allerdings auf Syndrom- und nicht auf Störungsebene vollzieht (Löwe et al. 2002a), bedeutet dies, dass der Arzt vor dem Stellen einer endgültigen Diagnose im Gespräch mit dem Patienten klären muss, ob eine bestimmte Störung tatsächlich vorliegt und andere Ursachen, wie beispielsweise normale Trauerreaktionen, manische Episoden in der Vorgeschichte oder die Einnahme bestimmter Medikamente als Auslöser ausgeschlossen werden können (Spitzer 1999, 2000; Löwe et al. 2002a).

Darüber hinaus spielt bei der Diagnosestellung immer auch die Prävalenz einer Erkrankung als sogenannte Vortestwahrscheinlichkeit eine entscheidende Rolle. Das bedeutet, dass die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer bestimmten Erkrankung bei Auftreten bestimmter klinischer Symptome mit zunehmender Prävalenz dieser Erkrankung steigt. Die Prävalenz

wiederum ist in hausärztlichen Praxen generell niedrig (sogenannter Niedrigprävalenzbereich) und nimmt durch Selektierung des Patientenkollektivs mit zunehmender Spezialisierung bis hin zur Universitätsklinik zu. Dies wiederum erschwert die Diagnose einer Erkrankung im hausärztlichen Setting mittels Fragebögen und erfordert einen kritischen Umgang mit diesen. Der positive Vorhersagewert, also die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person mit positivem Testergebnis tatsächlich krank ist, und der negative Vorhersagewert, die Wahrscheinlichkeit, dass eine Person mit negativem Testergebnis tatsächlich gesund ist, hängen nicht nur von Sensitivität und Spezifität ab, sondern auch ganz entscheidend von der Vortestwahrscheinlichkeit. Je geringer diese ist, umso kleiner ist der positive beziehungsweise umso größer ist der negative Vorhersagewert. Dies hat zur Folge, dass in Niedrigprävalenzbereichen wie dem hausärztlichen Setting eine hohe Rate falsch positiver Ergebnisse auftritt, weshalb Screeningtests für eine Einschlussdiagnose nur wenig geeignet sind, während eine Ausschlussdiagnose hierdurch gut möglich ist (Schneider und Szecsenyi 2012).

In der vorliegenden Studie wurden die Module depressive Störungen, Panikstörung, somatoforme Störungen des PHQ-D sowie der GAD-7 für generalisierte Angststörungen verwendet, die im Folgenden näher beschrieben werden.

### **3.3.1.1. PHQ-Modul „Depression“**

Das auch als PHQ-9 bezeichnete Depressionsmodul (Kroenke et al. 2001) besteht aus neun Fragen, die exakt die neun DSM-IV-Kriterien zur Diagnose einer depressiven Störung wiedergeben (American Psychiatric Association 2000). Patienten sollen dabei angeben, wie oft die jeweiligen Symptome in den vergangenen zwei Wochen auftraten – von „überhaupt nicht“ über „an einzelnen Tagen“ und „an mehr als der Hälfte der Tage“ bis hin zu „beinahe jeden Tag“ (Löwe et al. 2002b). Bei einer Punkteverteilung von 0 („überhaupt nicht“) bis 3 Punkten („beinahe jeden Tag“) pro Frage ergibt sich dadurch ein Gesamtsummenwert zwischen 0 und 27 Punkten.

Die Auswertung des PHQ-9 kann auf zwei unterschiedliche Arten erfolgen, wobei eine Metaanalyse von Gilbody et al. keinen klaren Unterschied zwischen beiden finden konnte (Gilbody et al. 2007).

Bei der kategorialen Auswertung nach Algorithmus erfordert die Diagnose einer Major Depression das Vorliegen von mindestens fünf der neun Symptome „an mehr als der Hälfte der Tage“, wobei mindestens eines davon Anhedonie beziehungsweise niedergeschlagene Stimmung (Item a oder b) sein muss. Lediglich die letzte Frage („Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten“) wird unabhängig von der Häufigkeit ihres Vorkommens berücksichtigt. Bei Vorhandensein von zwei, drei, oder vier Beschwerden kann

eine „andere depressive Störung“ diagnostiziert werden (Kroenke et al. 2001), wozu beispielsweise die Minor Depression, Anpassungsstörungen mit depressiver Stimmung, Dysthymien oder nicht näher bezeichnete affektive Störungen zählen (Löwe et al. 2004c).

Darüber hinaus können im Rahmen einer kontinuierlichen Auswertung auch die Skalensummenwerte beurteilt werden, da gezeigt werden konnte, dass zunehmende Punktwerte mit einer zunehmenden Funktionseinschränkung beziehungsweise Depressivität einhergehen (Kroenke et al. 2001; Martin et al. 2006). Bei einem Summenwert von 0 bis 4 Punkten ist vom Fehlen einer depressiven Störung auszugehen; Summenwerte zwischen 5 und 9 Punkten werden häufig im Rahmen leichter oder unterschwelliger depressiver Störungen gefunden, und bei Patienten mit Major Depression liegen in aller Regel Summenwerte von 10 oder mehr Punkten vor. Dabei deuten Summenwerte von 10 bis 14 Punkten wiederum auf ein mittleres, 15 bis 19 Punkte auf ein ausgeprägtes und 20 bis 27 Punkte auf ein schwerstes Störungsausmaß hin (Löwe et al. 2002a; Kroenke et al. 2001).

Bei der dimensionalen Auswertung des Fragebogens können die Cut-off-Werte abhängig vom jeweiligen Anwendungsbereich gewählt werden. Der geläufigste Cut-off-Wert für die Diagnose einer Major Depression, der auch in der hier vorliegenden Studie gewählt wurde, liegt bei  $\geq 10$  Punkten (Sensitivität 88%, Spezifität 88%) (Kroenke und Spitzer 2002; Gilbody et al. 2007; Wittkamp et al. 2007); unter Umständen kann allerdings auch ein Cut-off-Wert von  $\geq 11$  Punkten (Sensitivität 98%, Spezifität 80%) oder sogar  $\geq 12$  Punkten (Sensitivität 95%, Spezifität 84%) sinnvoll sein, je nach Intention des Screenings (Löwe et al. 2004c). Insgesamt betrachtet liegt die Sensitivität des PHQ-9 zwischen 77% und 80%, die Spezifität zwischen 92% und 94% (Gilbody et al. 2007; Wittkamp et al. 2007).

Verschiedene Studien konnten darüber hinaus zeigen, dass der PHQ-9 in der Lage ist Veränderungen der Depressivität sowohl im zeitlichen Verlauf (Löwe et al. 2004b) als auch unter medikamentöser Therapie (Löwe et al. 2006) wiederzugeben. Dementsprechend kann er aller Wahrscheinlichkeit nach nicht nur zu Screening-Zwecken oder im Rahmen von Querschnitterhebungen angewandt werden, sondern auch als Endpunkt in Längsschnittstudien.

Der PHQ-9 wies auch bei der Diagnose einer depressiven Störung nach ICD-10 mittels der International Diagnostic Checklists (IDCL), der in Europa gebräuchlicheren Klassifikation, gute Ergebnisse auf (Sensitivität 85%, Spezifität 82%) (Löwe et al. 2004a). Gemäß ICD-10 erfordert die Diagnose einer depressiven Störung das Vorhandensein von lediglich vier der neun Symptome „an mehr als der Hälfte der Tage“, wobei die Frage zu suizidalen Absichten bereits bei Vorkommen „an einzelnen Tagen“ gewertet wird. Eine Studie mit 528 Patienten verglich den PHQ-9 mit den beiden Fragebogen Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) und WHO Well-Being Index 5 (WBI-5). Dabei schnitt das Depressionsmodul des

PHQ von den drei untersuchten Fragebögen am besten ab (Löwe et al. 2004a; Löwe et al. 2004c).

### **3.3.1.2. PHQ-Modul „Somatoforme Störungen“**

Das auch als PHQ-15 bezeichnete Modul zu somatoformen Störungen besteht aus den fünfzehn Items, die über 90% aller Symptome in hausärztlichen Praxen ausmachen; ausgenommen sind dabei allerdings Beschwerden des oberen Respirationstraktes (Kroenke et al. 2002). Dreizehn der Fragen behandeln körperliche Symptome wie Bauch-, Rücken- oder Kopfschmerzen, deren Auftreten Patienten jeweils hinsichtlich der vergangenen vier Wochen beurteilen sollen. Als Antwortmöglichkeit stehen dabei die Aussagen „nicht beeinträchtigt“ (0 Punkte), „wenig beeinträchtigt“ (1 Punkt) und „stark beeinträchtigt“ (2 Punkte) zur Auswahl. Dazu kommen zwei weitere Fragen aus dem Depressionsmodul („Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben“ und „Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf“), die ebenfalls mit 0 („überhaupt nicht“), 1 („an einzelnen Tagen“) oder 2 Punkten („an mehr als der Hälfte der Tage“ und „beinahe jeden Tag“) bewertet werden. Dadurch ergibt sich ein Gesamtsummenscore zwischen 0 und 30 Punkten (Kroenke et al. 2002).

Ähnlich dem PHQ-9 existieren zwei unterschiedliche Auswertungsmöglichkeiten: Im Rahmen einer kategorialen Beurteilung müssen für das wahrscheinliche Vorliegen eines somatoformen Syndroms mindestens drei Fragen mit „stark beeinträchtigt“ ( $\geq 6$  Punkte) beantwortet und entsprechende organische Ursachen ausgeschlossen worden sein (Löwe et al. 2002a). Dieser Cut-off-Wert wurde durch eine niederländische Studie bestätigt, die für den PHQ-15 eine Sensitivität von 78% und Spezifität von 71% nachweisen konnte (van Ravesteijn et al. 2009). Dem hohen negativen prädiktiven Wert von 97% steht hierbei allerdings der sehr geringe positive prädiktive Wert von 21% gegenüber.

Zusätzlich können auch hier Skalensummenwerte als Maß für den Schweregrad der somatischen Beschwerden verwendet werden, da zunehmende Punktwerte nachweislich mit einer zunehmenden Funktionseinschränkung einhergehen (Kroenke et al. 2002). Kroenke et al. empfehlen dabei Cut-off-Werte von 5, 10, und 15 Punkten für die Einteilung in die Kategorien minimale, geringe, mittelgradige und ausgeprägte somatische Symptomschwere. Zudem weisen die Autoren ausdrücklich auf die Tatsache hin, dass der PHQ-15 lediglich als Maßstab für die somatische Symptomschwere und nicht zur Diagnose einer somatoformen Störung verwendet werden soll, da diese ohne den gesicherten Ausschluss organischer Ursachen mit Hilfe einer gezielten Anamnese und körperlichen Untersuchung nicht gestellt werden kann.

### **3.3.1.3. PHQ-Modul „Panik“**

Das Panik-Modul des PHQ überprüft das Vorkommen der DSM-IV-Kriterien für das Vorliegen einer Panikstörung. Es besteht aus insgesamt fünfzehn Fragen, die in Bezug auf die vergangenen vier Wochen mit den dichotomen Antwortmöglichkeiten „Ja“ und „Nein“ beantwortet werden. Dementsprechend basiert auch die Beurteilung des Panikmoduls lediglich auf einer kategorialen Auswertung. Für das Vorliegen einer „wahrscheinlichen“ Diagnose Panikstörung müssen die ersten vier Fragen, die das Auftreten einer Angstattacke behandeln, mit „Ja“ beantwortet sein und zusätzlich mindestens vier der darauffolgenden elf körperlichen Symptome während eines Angstanfalls (Löwe et al. 2002a). Das Panik-Modul zeigte in verschiedenen Studien eine sehr hohe Spezifität von 96 bis 98% bei vergleichsweise niedriger Sensitivität von 73 bis 81% (Spitzer 1999; Gräfe et al. 2004; Löwe et al. 2003; Corapcioglu und Ozer 2004). Insgesamt liegen hierzu allerdings deutlich weniger Studien vor als beispielsweise zum Depressionsmodul. Dennoch war auch das Panik-Modul des PHQ in der von Löwe et al. durchgeführten, bereits erwähnten Untersuchung dem Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) Fragebogen hinsichtlich Spezifität, Gesamtgenauigkeit und positivem prädiktivem Wert überlegen (Löwe et al. 2003).

### **3.3.1.4. GAD-7 Generalisierte Angststörungen**

Der GAD-7 (für Generalized Anxiety Disorder) ist eine Weiterentwicklung des PHQ-Moduls „andere Angststörungen“. Im Gegensatz zu diesem gibt er jedoch nicht nur die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer generalisierten Angststörung wieder, sondern zusätzlich deren Schweregrad (Kroenke et al. 2010; Spitzer 2006). In den USA als einfache und kurze Screeningmethode entwickelt, basiert auch er auf den DSM-IV-Kriterien. Dabei werden die beiden Hauptmerkmale einer generalisierten Angststörung bereits durch die ersten drei Fragen abgedeckt (American Psychiatric Association 2000). Der GAD-7 besteht aus insgesamt sieben Fragen, die Patienten hinsichtlich der letzten zwei Wochen jeweils mit den Aussagen „überhaupt nicht“, „an einzelnen Tagen“, „an mehr als der Hälfte der Tage“ oder „beinahe jeden Tag“ bewerten. Bei einer Punkteverteilung von 0 bis 3 Punkten pro Frage ergibt sich dadurch ein Gesamtsummenwert zwischen 0 und 21 Punkten. Auch im Falle des GAD-7 zeigte sich im Rahmen der Validierungsstudie, dass ansteigende Summenwerte mit einer zunehmenden Funktionseinschränkung einhergingen. Aus diesem Grund wird das Vorliegen einer generalisierten Angststörung bei einem Wert von  $\geq 10$  Punkten (Sensitivität 89%, Spezifität 82%) als möglich und bei einem Summenwert von  $\geq 15$  Punkten (Sensitivität 48%, Spezifität 95%) als wahrscheinlich erachtet (Spitzer 2006). Die genaue Schweregradeinteilung anhand der Summenwerte stellt sich wie folgt dar: 0 bis 4 Punkte werden als „minimale Ängstlichkeit“ eingestuft, 5 bis 9 Punkte als „geringe

Ängstlichkeit“, 10 bis 14 Punkte als „mittelgradige Ängstlichkeit“ und 15 bis 21 Punkte als „schwere Ängstlichkeit“.

Der ursprünglich in der amerikanischen Primärversorgung validierte GAD-7 zeigte auch bei einer anschließend in Deutschland durchgeführten Studie zur Erkennung von generalisierten Angststörungen in der Allgemeinbevölkerung gute Ergebnisse bezüglich Validität und Reliabilität. Zudem wurden hierbei Normdaten unter Berücksichtigung von Alter und Geschlecht gewonnen (Löwe et al. 2008a).

### **3.3.2. EUROPEP**

Im Jahr 1994 wurde die „European Task Force on Patient Evaluations of General Practice Care“ ins Leben gerufen. Deren Ziel war die Entwicklung eines international standardisierten und validierten Fragebogens um die Zufriedenheit von Patienten mit ihrer hausärztlichen Versorgung erfassen und diese in Zukunft auch zwischen verschiedenen Ländern vergleichen zu können. In einer ersten Studie mit 3 540 Patienten aus Großbritannien, Norwegen, Schweden, Dänemark, den Niederlanden, Deutschland, Portugal und Israel wurden zunächst die wichtigsten Erwartungen von Patienten an ihre hausärztliche Versorgung erfragt und daraus eine vorläufige Liste mit 44 Items herausgearbeitet (Grol et al. 1999). Mithilfe der anschließenden Validierungsstudie konnte diese auf 23 Fragen reduziert werden, wodurch der EUROPEP-Fragebogen (European Project on Patient Evaluation of General Practice Care) entstand (Wensing et al. 2000). Nach dreimaligen Übersetzungen und Rückübersetzungen des englischen Originals in die jeweilige Landessprache wurde der Fragebogen schließlich an insgesamt 23 892 Patienten in 16 europäischen Ländern (Belgien-Flandern, Belgien-Wallonien, Dänemark, Deutschland (n=2224), Finnland, Frankreich, Großbritannien, Island, Israel, Niederlande, Norwegen, Österreich, Portugal, Slowenien, Spanien, Schweden, Schweiz) validiert. 2006 wurden ein Handbuch für die Auswertung des EUROPEP herausgegeben sowie geringfügige Änderungen daran vorgenommen, die nach Meinung der Autoren jedoch keinen Einfluss auf die Validität des Fragebogens hatten (Wensing 2006). Der EUROPEP besteht aus 23 Fragen zur Behandlungszufriedenheit des Patienten in den vergangenen zwölf Monaten und unterteilt sich in die zwei Bereiche „Arzt-Patienten-Beziehung“ (17 Fragen) und „Praxisorganisation“ (6 Fragen). Die jeweiligen Aussagen werden auf einer Skala mit 1 bis 5 Punkten bewertet, wobei die beiden Extreme mit „ausgezeichnet“ (1) beziehungsweise „schlecht“ (5) beschriftet sind. Darüber hinaus steht zusätzlich die Antwortmöglichkeit „nicht zutreffend / nicht von Bedeutung“ zur Verfügung (Wensing et al. 2000). Das Handbuch empfiehlt, diese Kategorie als sogenannte „missing values“ zu betrachten und Patienten, bei denen mehr als ein Drittel aller Fragen aus fehlenden Werten bestehen aus der Wertung

herauszunehmen. Die beiden Teile des EUROPEP werden getrennt voneinander ausgewertet, wobei die Aussagen folgendermaßen dichotomisiert werden: Die Kategorie „ausgezeichnet“ bleibt bestehen und wird weiterhin als „1“ kodiert; die Antwortmöglichkeiten 2 bis 5 werden dagegen zur Kategorie „nicht ausgezeichnet“ zusammengefasst und als „0“ kodiert. Daraufhin kann ein Mittelwert berechnet und als Prozentsatz der Gesamtzufriedenheit angegeben werden (Wensing 2006).

Für die vorliegende Studie wurde der EUROPEP geringfügig modifiziert, um ihn an die Gegebenheiten einer Bereitschaftspraxis anzupassen. So nahm er nicht auf die vergangenen zwölf Monate Bezug, sondern lediglich auf den aktuellen Praxisbesuch. Im Bereich „Arzt-Patienten-Beziehung“ wurden zwei Fragen herausgenommen, die nicht zu einer Bereitschaftspraxis passten; dies betraf die Frage nach dem Angebot präventiver Maßnahmen sowie die Bezugnahme auf frühere Praxisbesuche. Die Veränderungen führten dazu, dass dieser Abschnitt des Fragebogens nur fünfzehn statt der ursprünglich siebzehn Fragen enthielt. Aus dem gleichen Grund wurden im Bereich „Praxisorganisation“ ebenfalls zwei Fragen gestrichen, die die Terminvergabe und telefonische Beratung durch den Arzt betrafen. Gleichzeitig wurden hier jedoch drei Fragen hinzugefügt, die die Freundlichkeit der Praxismitarbeiter, des Pförtners sowie das Auffinden der Praxisräume bewerten. Daher bestand dieser Bereich anstelle von ursprünglich sechs Fragen aus insgesamt sieben Fragen. Zusammenfassend betrachtet umfasste die für diese Studie modifizierte Version des Fragebogens zweiundzwanzig für die Patienten zu bewertenden Aussagen. Die übrigen Fragen des EUROPEP wurden dabei unverändert übernommen, ebenso wie die vorher beschriebene Vorgehensweise bezüglich des Auswertens.

### ***3.4. Erfassung und Aufarbeitung patientenspezifischer Daten***

Im Anschluss an die Behandlung dokumentierten die Ärzte der Bereitschaftspraxis anhand vorgefertigter Fragebögen Beratungsanlass beziehungsweise Diagnosen und Therapie aller Studienteilnehmer. Mithilfe der elektronischen Patientenakten wurden zudem die Anzahl der Praxisbesuche in den vergangenen zwölf Monaten, die Anzahl der am Befragungstag ausgestellten Tage der Arbeitsunfähigkeit sowie der Versicherungsstatus ermittelt. Nach Abschluss der Patientenbefragung wurden sämtliche Daten zur weiteren Aufarbeitung in ein Statistikprogramm eingegeben. Die Beratungsanlässe wurden unter Verwendung der ICPK-Klassifikation kodiert und bei Unklarheiten mit wissenschaftlichen Mitarbeitern des Instituts für Allgemeinmedizin sowie dessen Direktor, Prof. A. Schneider, diskutiert.

### **3.5. Statistische Methoden**

Die Daten wurden mithilfe des Statistikprogramms SPSS, Version 19, ausgewertet. Bei 5% der Daten erfolgte eine doppelte Eingabe um dadurch die Häufigkeit von Eingabefehlern abzuschätzen. Für die deskriptive Auswertung wurden je nach Datentyp Mittelwerte und Standardabweichungen, Mediane und Quartile beziehungsweise Prozentangaben insgesamt und für einzelne Subgruppen berechnet.

Der Chi-Quadrat-Test eignet sich für einen Häufigkeitsvergleich zwischen mindestens zwei verschiedenen Gruppen bezüglich einer kategorialen Zielgröße. Er wurde bei der Charakterisierung von Patienten mit psychischen Störungen verwendet.

Der t-Test für unverbundene Stichproben, der dem Mittelwertvergleich zwischen zwei normalverteilten Gruppen dient, wurde zur Untersuchung eines möglichen Altersunterschieds bei der Charakterisierung von Patienten mit psychischen Störungen eingesetzt.

Der Kruskal-Wallis-Test, der dagegen bei nicht-normalverteilten Gruppen eingesetzt wird, wurde zur Analyse des Zusammenhangs zwischen Beratungsanlässen und psychischer Komorbidität verwendet.

Zur Untersuchung eines Zusammenhangs zwischen Behandlungszufriedenheit und psychischer Komorbidität wurde der Korrelationskoeffizient nach Spearman berechnet. Hierbei kann eine Aussage über monotone Zusammenhänge gestellt werden, wobei keine Normalverteilung vorausgesetzt wird.

Eine Analyse von Daten, die im Rahmen einer komplett anonymisierten Befragung zum Thema Qualitätsmanagement in der Bereitschaftspraxis gewonnen wurden, ergab, dass 2% der Patienten die Praxis außergewöhnlich häufig aufsuchen, das heißt mehr als fünf Mal jährlich. Bei einer angenommenen Prävalenz dieser „high utilizer“ von 2% ergab sich dadurch folgende Fallzahlschätzung: Eine Prävalenz von 2% wird bei 500 Patienten mit einem zweiseitigen 95%-Konfidenzintervall mit einer Breite von etwa +/- 1,2% erfasst.

## 4. ERGEBNISSE

### 4.1. Stichprobenbeschreibung

#### 4.1.1. Soziodemographische Charakteristika der Studienteilnehmer

Während des Rekrutierungszeitraumes von April bis Juli 2012 wurden insgesamt 888 Patienten angesprochen. Von diesen erklärten sich 500 (56,3%) bereit an der Studie teilzunehmen. 274 dieser Patienten (54,8%) waren weiblich und 226 (45,2%) männlich. Der Altersdurchschnitt der Studienteilnehmer lag bei 38,8 Jahren (Standardabweichung 14,8); der Median bei 35,8 Jahren (Minimum 18,0; Maximum 89,3 Jahre). 74% aller Studienteilnehmer waren zwischen 18 und 45 Jahren alt; nur 26% waren 46 Jahre oder älter. Dabei waren die teilnehmenden Frauen signifikant jünger (Mittelwert 37, Median 34 Jahre) als die teilnehmenden Männer (Mittelwert 41, Median 37 Jahre) ( $p=0,001$ ); insbesondere bei Patienten zwischen 18 und 25 Jahren überwog ihr Anteil deutlich, während die übrigen Altersgruppen annähernd gleich zwischen den beiden Geschlechtern verteilt waren. Abbildung 1 zeigt die geschlechterabhängige Verteilung der Altersgruppen.

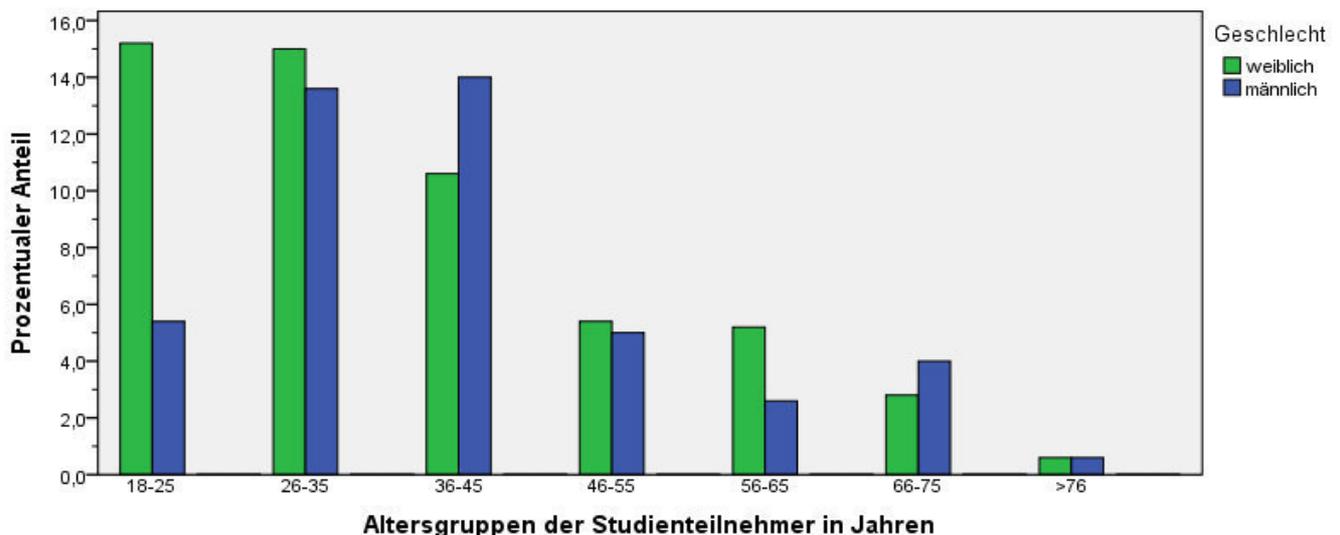
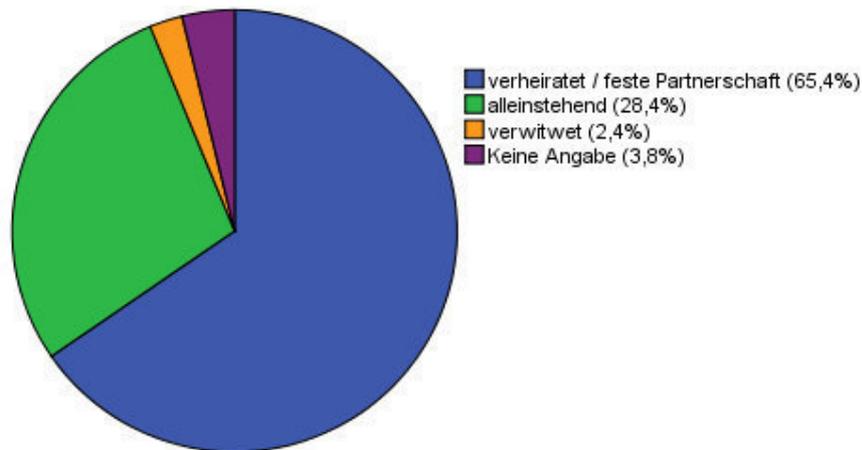


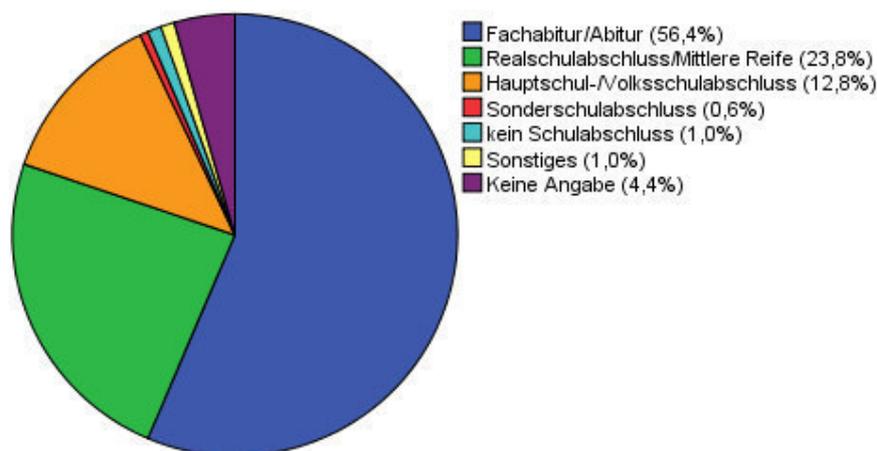
Abbildung 1: Verteilung der Studienteilnehmer nach Alter und Geschlecht in % (n=500)

Die Frage zu ihrem Familienstand beantworteten 481 Befragte (96,2%), während 19 Patienten hierzu keine Auskunft erteilten. Unter den Antwortenden gaben 327 Patienten (65,4%) an verheiratet zu sein oder in einer festen Partnerschaft zu leben, während 142 (28,4%) alleinstehend und 12 (2,4%) verwitwet waren. Abbildung 2 zeigt die Verteilung der Studienteilnehmer nach ihrem Familienstand.



**Abbildung 2: Verteilung der Studienteilnehmer nach Familienstand in % (n=500)**

Zu ihrem höchsten Schulabschluss machten 22 Patienten (4,4%) keine Angabe. Von den übrigen 478 Befragten gaben 5 Patienten (1,0%) an keinen Schulabschluss zu haben; weitere 3 (0,6%) hatten einen Sonderschulabschluss, 64 (12,8%) einen Hauptbeziehungsweise Volksschulabschluss, 119 (23,8%) einen Realschulabschluss beziehungsweise Mittlere Reife und 282 (56,4%) Fachabitur beziehungsweise Abitur. Darüber hinaus wählten 5 Patienten (1,0%) die Antwortmöglichkeit „Sonstiges“, wobei es sich in erster Linie um ausländische Schulabschlüsse handelte. Damit hatten insgesamt 39,9% der Befragten eine Schulbildung von  $\leq 10$  Jahren. Abbildung 3 stellt die Verteilung der unterschiedlichen Schulabschlüsse graphisch dar.

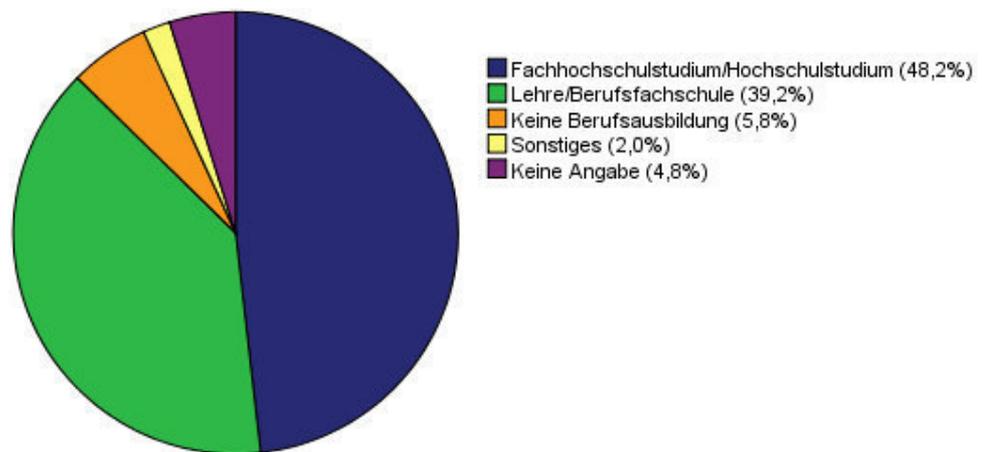


**Abbildung 3: Höchster Schulabschluss der Studienteilnehmer in % (n=500)**

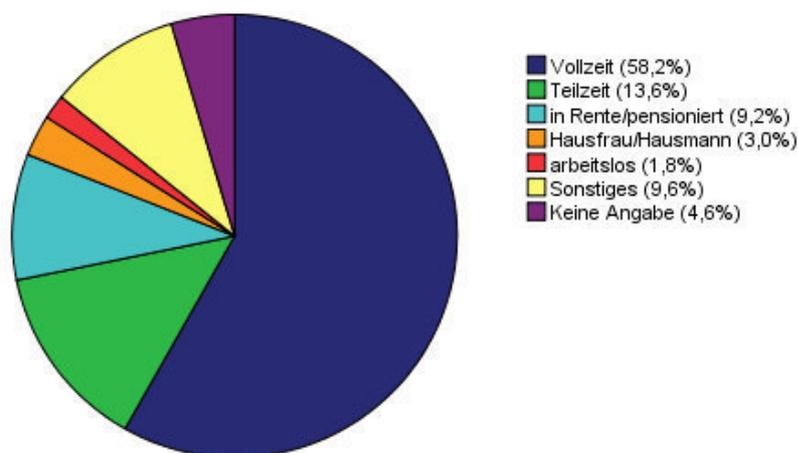
Nach ihrer Berufsausbildung befragt gaben 29 Patienten (5,8%) an keine Berufsausbildung zu haben, während 196 (39,2%) eine Lehre beziehungsweise Berufsfachschule durchlaufen und 241 Patienten (48,2%) mit Fachhochschulstudium beziehungsweise Hochschulstudium abgeschlossen hatten. Die 10 Patienten (2,0%), die mit „Sonstiges“ antworteten, machten

entweder keine genauere Angabe, befanden sich aktuell noch in Ausbildung oder hatten diese erst kürzlich beendet. Von 24 Patienten (4,8%) waren aufgrund fehlender Angaben keine Daten hierzu vorhanden.

Zum Befragungszeitpunkt waren 359 Studienteilnehmer (71,8%) erwerbstätig, davon 68 (13,6%) in Teilzeit und die übrigen 291 (58,2%) in Vollzeit. 46 Patienten (9,2%) waren bereits berentet beziehungsweise pensioniert, 15 (3,0%) gaben an Hausfrau beziehungsweise Hausmann zu sein und 9 Patienten (1,8%) waren arbeitslos. Auch hier fehlten aufgrund nicht vorhandener Angaben die Daten von 23 Patienten (4,6%). Die übrigen 48 Befragten (9,6%), die die Antwortmöglichkeit „Sonstiges“ auswählten, setzten sich aus Studenten (6,2%), Schülern (1,6%) und Auszubildenden (0,2%) zusammen sowie aus Personen im Mutterschutz beziehungsweise Erziehungsurlaub (1,0%) oder in Arbeitsunfähigkeit (0,6%). Die Abbildungen 4 und 5 stellen Berufsausbildung und Beschäftigungsverhältnis der Studienteilnehmer graphisch dar.



**Abbildung 4: Verteilung der Befragten nach ihrer Berufsausbildung in % (n=500)**



**Abbildung 5: Verteilung der Befragten nach ihrem aktuellen Beschäftigungsverhältnis in % (n=500)**

Die retrospektiv erhobenen Daten zum Versichertenstatus der Studienteilnehmer ergaben, dass 398 Patienten (79,6%) gesetzlich und weitere 98 (19,6%) privat versichert waren. Von 4 Patienten (0,8%) ließ sich der Versichertenstatus nicht ausfindig machen. Unter den gesetzlich Versicherten waren 229 Patienten (57,7%) weiblich und 169 Patienten (42,5%) männlich. Dagegen betrug der Frauenanteil bei den Privatversicherten 42,9% (42 Patienten), der Männeranteil hingegen 57,1% (56 Patienten). Privatversicherte waren im Schnitt etwas älter (Mittelwert 41, Median 40 Jahre) als gesetzlich Versicherte (Mittelwert 38, Median 35 Jahre), wobei der Unterschied nicht signifikant war ( $p$ -Wert 0,074).

Von den 500 Studienteilnehmern wurden 441 (88,2%) an einem Samstag, Sonntag oder Feiertag rekrutiert; die übrigen 59 Patienten (11,8%) an einem Werktag. Von diesen wiederum suchten 38 Patienten (7,6%) die Praxis an einem Freitag auf.

#### **4.1.2. Nonresponder**

Von den 388 Patienten, die nicht an der Studie teilnahmen (sogenannte Nonresponder; 43,7%), waren 244 (62,9%) weiblich und 144 (37,1%) männlich. Damit war der Frauenanteil unter Nonrespondern signifikant höher als unter Respondern ( $p$ -Wert 0,015). Der Altersdurchschnitt mit 40,5 Jahren sowie der Median mit 37 Jahren (Minimum 2, Maximum 93 Jahre) lagen leicht über dem der Studienteilnehmer (Standardabweichung 19,1); der Unterschied war jedoch nicht signifikant ( $p$ -Wert 0,231). Bei 121 Nonrespondern (31,2%) lagen Ausschlusskriterien vor: In 82 Fällen (21,1%) waren es unzureichende Deutschkenntnisse; weitere 39 (10,1%) wurden wegen Minderjährigkeit ausgeschlossen. Zudem war es einem Patienten aufgrund von Blindheit nicht möglich teilzunehmen. Bei den übrigen 266 Nonrespondern (68,6%) waren dagegen keine Ausschlusskriterien vorhanden.

### **4.2. Beratungsanlässe und Inanspruchnahmeverhalten**

#### **4.2.1. Beratungsanlässe aus Patientensicht**

Die Freitext-Frage nach dem aktuellen Grund des Praxisbesuches wurde von 485 Patienten (97,0%) beantwortet. Pro Patient wurden bis zu drei Beschwerden erfasst, weshalb insgesamt 626 Beratungsanlässe verzeichnet wurden. Dabei gaben 344 Patienten (68,8%) exakt einen Beratungsanlass an, während 102 Patienten (20,4%) ein zweites und 39 Patienten (7,8%) ein drittes Symptom nannten. 15 Patienten (3,0%) machten hierzu keine Angabe.

Die Verteilung aller 626 Beratungsanlässe nach ICPC-Kategorien ist in Tabelle 1 zusammengefasst. Hier zeigt sich, dass Beschwerden des Bewegungsapparates mit 31,3%

die meistgenannten Beratungsanlässe darstellten; sie kamen etwa genauso häufig vor wie Beschwerden der drei darauffolgenden Kategorien Verdauungssystem, Atmungsorgane und Haut zusammen (32,8%). Darüber hinaus sind alle ICPC-Kategorien mindestens einmal vertreten.

<b>Beratungsanlässe aus Patientensicht (ICPC-Kategorien mit Kennbuchstaben)</b>	<b>Absolute Häufigkeit</b>	<b>Prozentualer Anteil</b>
L Bewegungsapparat	196	31,3
D Verdauungssystem	78	12,5
R Atmungsorgane	68	10,9
S Haut	59	9,4
N Neurologisch	54	8,6
A Allgemein und unspezifisch	40	6,4
U Urologisch	33	5,3
W Schwangerschaft, Geburt, Familienplanung	25	4,0
K Kreislauf	23	3,7
H Ohr	15	2,4
C Prozeduren	12	1,9
B Blut, blutbildende Organe, Immunsystem	8	1,3
P Psyche	5	0,8
F Auge	3	0,5
T Endokrin, metabolisch, Ernährung	3	0,5
X Weibliche Genitale	2	0,3
Y Männliche Genitale	1	0,2
Z Soziale Probleme	1	0,2
<b>Gesamt</b>	<b>626</b>	<b>100</b>

Tabelle 1: Häufigkeitsverteilung aller Beratungsanlässe aus Patientensicht (Mehrfachantworten möglich)

## 4.2.2. Beratungsanlässe aus ärztlicher Sicht

Die von den Ärzten der Bereitschaftspraxis notierten Beratungsanlässe konnten für 487 Patienten (97,4%) dokumentiert werden. Bei 13 der insgesamt 500 Patienten (2,6%) fehlten hierzu die Angaben. Es wurden wiederum bis zu drei Beratungsanlässe pro Patient erfasst, so dass sich folgende Verteilung ergibt: In 412 Fällen (82,4%) wurde ein Beratungsanlass notiert, in 68 Fällen (13,6%) waren es zwei und bei 7 Patienten (1,4%) drei Beratungsanlässe. Damit wurden insgesamt 562 Beratungsanlässe aus ärztlicher Sicht verzeichnet, deren Verteilung nach ICPC-Kategorien in Tabelle 2 dargestellt ist.

<b>Beratungsanlässe aus ärztlicher Sicht (ICPC-Kategorien mit Kennbuchstaben)</b>	<b>Absolute Häufigkeit</b>	<b>Prozentualer Anteil</b>
L Bewegungsapparat	200	35,6
R Atmungsorgane	73	13,0
D Verdauungssystem	57	10,1
S Haut	45	8,0
U Urologisch	31	5,5
A Allgemein und unspezifisch	30	5,3
K Kreislauf	28	5,0
N Neurologisch	28	5,0
W Schwangerschaft, Geburt, Familienplanung	28	5,0
H Ohr	10	1,8
B Blut, blutbildende Organe, Immunsystem	9	1,6
P Psyche	7	1,2
T Endokrin, metabolisch, Ernährung	7	1,2
C Prozeduren	3	0,5
F Auge	2	0,4
X Weibliche Genitale	2	0,4
Y Männliche Genitale	2	0,4
<b>Gesamt</b>	<b>562</b>	<b>100</b>

**Tabelle 2: Häufigkeitsverteilung aller Beratungsanlässe aus ärztlicher Sicht (Mehrfachantworten möglich)**

Bei den aus ärztlicher Sicht dokumentierten Beratungsanlässen standen Beschwerden des Bewegungsapparates mit 35,6% ebenfalls an erster Stelle. Damit waren diese hier geringfügig häufiger (5 Fälle, 4,3%) als aus Patientensicht und insgesamt beinahe so häufig wie Beschwerden der darauffolgenden vier Kategorien Atmungsorgane, Verdauungssystem, Haut und Urologisch zusammen (36,6%). Die übrigen Kategorien traten im Vergleich zu den von Patienten genannten Beschwerden in leicht veränderter Reihenfolge auf, wobei insbesondere Beratungsanlässe der ICPC-Kategorien Neurologisch, Verdauungssystem, Haut, Ohr sowie Prozeduren-Codes von ärztlicher Seite deutlich seltener dokumentiert wurden. Geringfügig häufiger wurden von den Ärzten dagegen die ICPC-Kategorien Atmungsorgane, Kreislauf und Endokrin/metabolisch/Ernährung verzeichnet. Die Kategorie „Z Soziale Probleme“ wurde interessanterweise kein einziges Mal dokumentiert. Damit ist diese bei zusammenfassender Betrachtung aller Beratungsanlässe aus ärztlicher Sicht als einzige Kategorie nicht vertreten.

Relativ betrachtet waren die Unterschiede zwischen den Beratungsanlässen aus Arzt- und Patientensicht gering. Absolut gesehen fallen dennoch bei näherer Betrachtung insbesondere zwei Kategorien auf: Einen Beratungsanlass der Kategorie Verdauungssystem gaben 78 Patienten an, während dieser nur in 57 Fällen aus ärztlicher Sicht notiert wurde. Ebenso nannten 59 Patienten Beschwerden aus dem Bereich Haut als den Grund ihres Arztbesuches, während diese Kategorie aus ärztlicher Sicht nur 45 Fälle ausmachte.

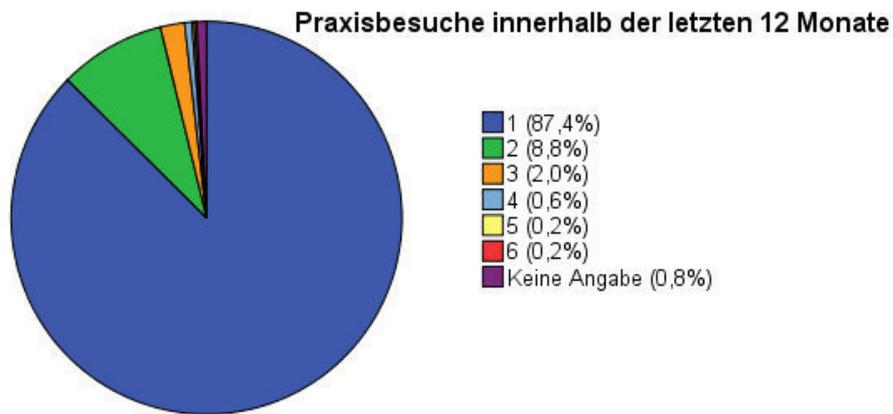
Eine genaue Aufschlüsselung der Kategorien nach einzelnen Diagnosen und damit eine Übersicht über alle 562 gestellten Beratungsanlässe aus ärztlicher Sicht befindet sich im Anhang (siehe 11.3, Seite 103). Die elf häufigsten Beratungsanlässe sind zusammengefasst in Tabelle 3 wiedergegeben. Dabei zeigt sich, dass die Diagnose „Untere Rückensymptomatik/-beschwerden“ mit insgesamt 5,7% (32 Fälle) nicht nur in der Kategorie Bewegungsapparat an erster Stelle steht, sondern auch insgesamt gesehen der häufigste Beratungsanlass der Bereitschaftspraxis war, gefolgt von Harnwegsinfekten (5,2%), postkoitaler Empfängnisverhütung (4,6%) und Insektenbissen (3,9%).

<b>Beratungsanlässe aus ärztlicher Sicht (Einzeldiagnosen)</b>	<b>Absolute Häufigkeit</b>	<b>Prozentualer Anteil</b>
Untere Rückensymptomatik/-beschwerden	32	5,7
Zystitis / Harnwegsinfekt	29	5,2
Postkoitale Empfängnisverhütung	26	4,6
Insektenbisse/-stiche	22	3,9
Verstauchung/Zerrung Sprunggelenk	16	2,8
Infektion obere Atemwegen, akute	15	2,7
Akute Bronchitis / Bronchiolitis	14	2,5
Rückensymptomatik/-beschwerden BWS/n.s.	13	2,3
Halswirbelsäulensyndrom	12	2,1
Brustkorbsymptomatik/-beschwerden	12	2,1
Tonsillitis, akute	12	2,1

**Tabelle 3: Aufschlüsselung der elf häufigsten Beratungsanlässe aus ärztlicher Sicht (Einzeldiagnosen)**

### **4.2.3. Praxisbesuche innerhalb des letzten Jahres**

Um mögliche high utilizer der Bereitschaftspraxis ausfindig zu machen, wurde von jedem Patienten die genaue Anzahl der Praxisbesuche in den vergangenen 12 Monaten erfasst. Dabei lag das Minimum bei 1 Praxisbesuch, das Maximum bei 6 Praxisbesuchen. 437 Patienten (87,4%) hatten die Bereitschaftspraxis lediglich einmal während des letzten Jahres aufgesucht (am Befragungstag selber) und 44 Patienten (8,8%) ein weiteres Mal. Somit waren nur 3,0% der Studienteilnehmer mehr als zweimal in die Praxis gekommen, davon 10 Patienten (2,0%) dreimal, 3 Patienten (0,6%) viermal und jeweils ein Patient (0,2%) fünf- beziehungsweise sechsmal. Von 4 Patienten (0,8%) konnte die Anzahl der Praxisbesuche retrospektiv nicht ermittelt werden. Die Häufigkeitsverteilung der Praxisbesuche innerhalb der vergangenen 12 Monate ist in Abbildung 6 graphisch dargestellt.



**Abbildung 6: Anzahl der Bereitschaftspraxisbesuche innerhalb der letzten 12 Monate**

In der nachfolgenden Tabelle ist die Häufigkeitsverteilung der Praxisbesuche in den vergangenen 12 Monaten bezogen auf das Geschlecht wiedergegeben. Dabei zeigt sich, dass sich die Nutzung der Bereitschaftspraxis zwischen Männern und Frauen nicht signifikant voneinander unterscheidet ( $p=0,946$ ; *Chi-Quadrat-Test*).

Geschlecht	n (%) Praxisbesuche in den vergangenen 12 Monaten						
	1	2	3	4	5	6	Gesamt
Weiblich	239 (88,2)	24 (8,9)	5 (1,8)	2 (0,7)	1 (0,4)	0 (0,0)	271 (100)
Männlich	198 (88,0)	20 (8,9)	5 (2,2)	1 (0,4)	0 (0,0)	1 (0,4)	225 (100)
Gesamt	437 (88,1)	44 (8,9)	10 (2,0)	3 (0,6)	1 (0,2)	1 (0,2)	496 (100)

**Tabelle 4: Häufigkeitsverteilung der Bereitschaftspraxisbesuche in den letzten 12 Monaten, bezogen auf das Geschlecht**

#### 4.2.4. Frühere Hausarztbesuche

Die Frage, ob sie ihren Hausarzt aufgrund der aktuellen Beschwerden, die Anlass für den Besuch der Bereitschaftspraxis seien, bereits früher aufgesucht hätten, und wenn ja, wie oft innerhalb der letzten zwölf Monate, beantworteten 488 Patienten (97,6%). Die übrigen 12 Patienten (2,4%) machten hierzu keine Angabe. Während 344 Befragte (70,5%) diese Frage mit „nein“ beantworteten, gaben 144 Patienten (29,5%) an, ihren Hausarzt bereits konsultiert zu haben. Da 22 dieser Patienten allerdings keine weitere Angabe zur Häufigkeit machten, werden im Folgenden nur 122 Patienten berücksichtigt. Bei diesen lag das Minimum früherer Hausarztbesuche bei einem Besuch innerhalb der letzten 12 Monate, das Maximum bei 30 Besuchen. Der Mittelwert betrug 3,0 Besuche, der Median 1,5 (Standardabweichung 4,6).

Tabelle 5 gibt die Verteilung früherer Hausarztbesuche innerhalb der letzten zwölf Monate unter Berücksichtigung des Geschlechts wieder.

Anzahl der Hausarztbesuche	Weiblich		Männlich		Gesamt (%)	
	n	(%)	n	(%)		
1	35	(57,4)	26	(42,6)	61	(43,6)
2	14	(48,3)	15	(51,7)	29	(20,8)
3	7	(53,8)	6	(46,2)	13	(9,3)
4	3	(75,0)	1	(25,0)	4	(2,9)
5	0	(0,0)	2	(100,0)	2	(1,4)
6	0	(0,0)	1	(100,0)	1	(0,7)
7	0	(0,0)	1	(100,0)	1	(0,7)
8	1	(50,0)	1	(50,0)	2	(1,4)
10	0	(0,0)	3	(100,0)	3	(2,1)
12	1	(50,0)	1	(100,0)	2	(1,4)
14	0	(0,0)	1	(100,0)	1	(0,7)
20	0	(0,0)	1	(100,0)	1	(0,7)
30	1	(50,0)	1	(50,0)	2	(1,6)
<b>Gesamt</b>	<b>62</b>	<b>(50,8)</b>	<b>60</b>	<b>(49,2)</b>	<b>122</b>	<b>(100)</b>

Tabelle 5: Frühere Hausarztbesuche aufgrund der aktuellen Beschwerden innerhalb der letzten 12 Monate

#### 4.2.5. Arbeitsunfähigkeit

Eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung wurde bei 19 der 500 Studienteilnehmer (3,8%) ausgestellt, während die übrigen 481 Patienten (96,2%) nicht krankgeschrieben wurden. Das Minimum der Tage in Arbeitsunfähigkeit lag bei einem Tag, das Maximum bei vier Tagen. Der Mittelwert betrug 2,2 Tage, der Median 2,0 Tage. Die genaue Verteilung aller Bescheinigungen ergab, dass 4 Patienten (21,1%) für 1 Tag krankgeschrieben wurden, 9 Patienten (47,4%) für 2 Tage und 5 Patienten (26,3%) für 3 Tage. Nur 1 Patient (5,3%) erhielt eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung über 4 Tage. Patienten, die krankgeschrieben wurden, waren im Schnitt jünger (Mittelwert 34,7; Median 34,1; Standardabweichung 10,4)

als Patienten, die keine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erhielten (Mittelwert 38,9; Median 35,7; Standardabweichung 14,9). Der Unterschied war jedoch nicht signifikant.

### 4.3. Psychische Komorbidität

#### 4.3.1. Depression

Bezüglich des PHQ-Moduls „Depressive Störungen“ ließen sich 484 (96,8%) von 500 Fragebögen auswerten. Hierbei fiel das Depressions-Screening für 394 Patienten (78,8%) negativ aus. Die übrigen 91 Patienten (18,2%) wurden dagegen positiv bezüglich einer Depression getestet. Von diesen wiederum erfüllten 57 Patienten (11,4%) die Kriterien für eine Minor Depression und 34 Patienten (6,8%) die Kriterien für eine Major Depression. Abbildung 7 zeigt die kategoriale Auswertung des Teilbereichs „Depressive Störung“.

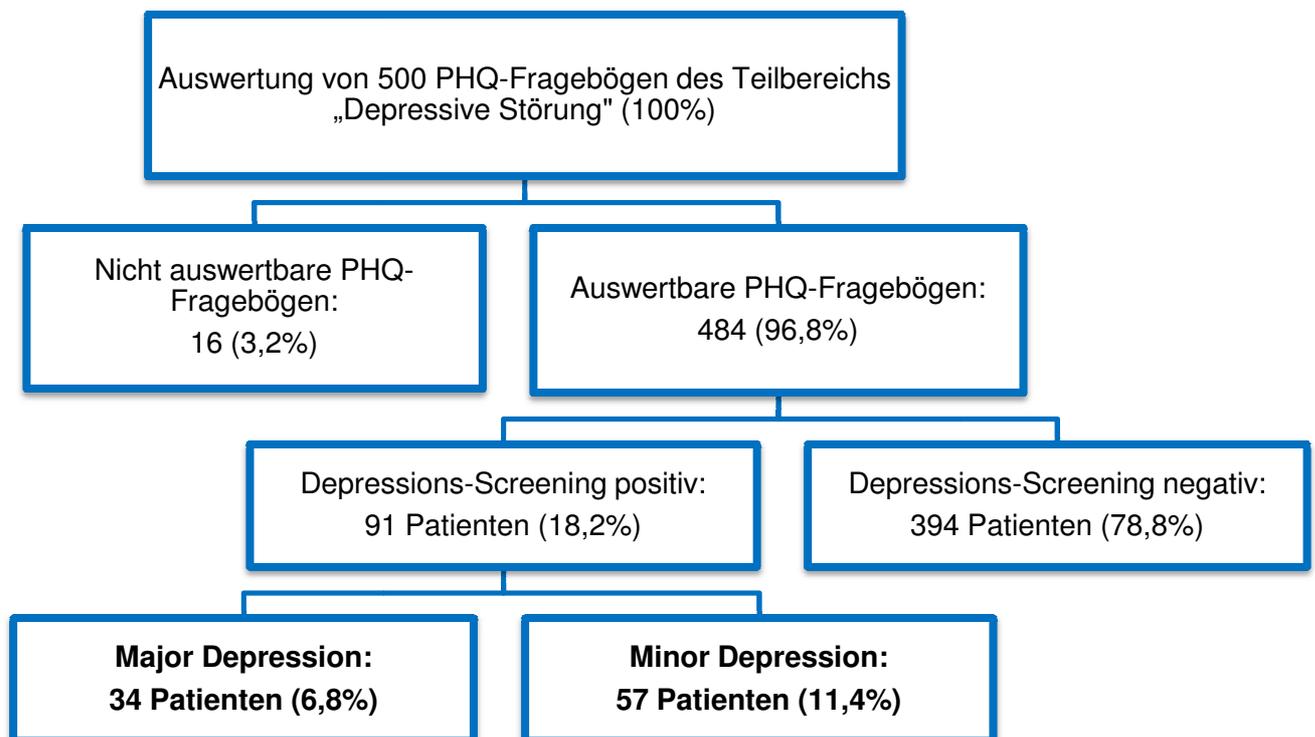


Abbildung 7: Überblick über die kategoriale Auswertung des PHQ im Teilbereich „Depressive Störung“

Darüber hinaus kann der Teilbereich „Depressive Störung“ durch die Berechnung von Summenskalenwerten auch kontinuierlich ausgewertet werden; wie bereits erwähnt liegt die mögliche Spannweite zwischen minimal 0 Punkten und maximal 27 Punkten. In der vorliegenden Studie lag das Minimum bei 0 Punkten (98 Patienten, 20,6%), das Maximum

bei 27 Punkten (1 Patient, 0,2%), so dass tatsächlich die gesamte mögliche Spannweite abgebildet ist. Der Mittelwert betrug 5,0 Punkte, der Median 4,0 (Standardabweichung 5,0). Die Verteilung der Summenskalenpunkte dieses Teilbereichs ist in Abbildung 8 graphisch dargestellt.

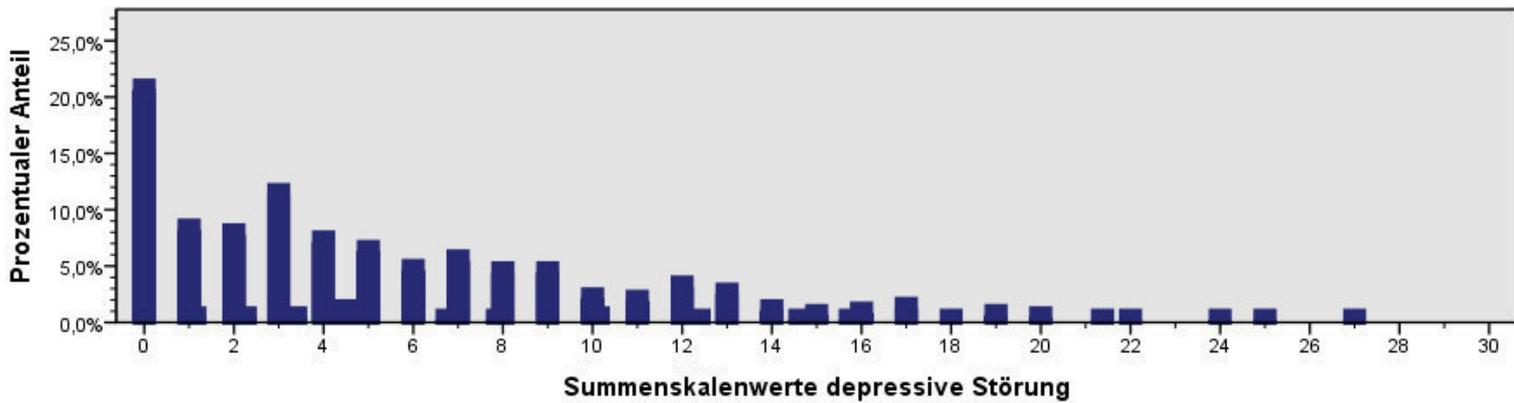


Abbildung 8: Kontinuierliche Auswertung des PHQ im Teilbereich „Depressive Störung“

## 4.3.2. Angststörungen

Zur genaueren Analyse von Angststörungen wurden das PHQ-Modul „Panikstörung“ und der GAD-7 zur Beurteilung einer generalisierten Angststörung ausgewertet.

### 4.3.2.1. Panikstörung

In der Kategorie „Panikstörung“ konnten 495 (99,0%) von 500 Fragebögen ausgewertet werden. Von diesen erfüllten 16 Patienten (3,2%) die Kriterien für eine Panikstörung; bei den übrigen 477 Patienten (95,8%) konnte diese dagegen nicht nachgewiesen werden. Die kategoriale PHQ-Auswertung der Rubrik „Panikstörung“ ist in Abbildung 9 wiedergegeben.

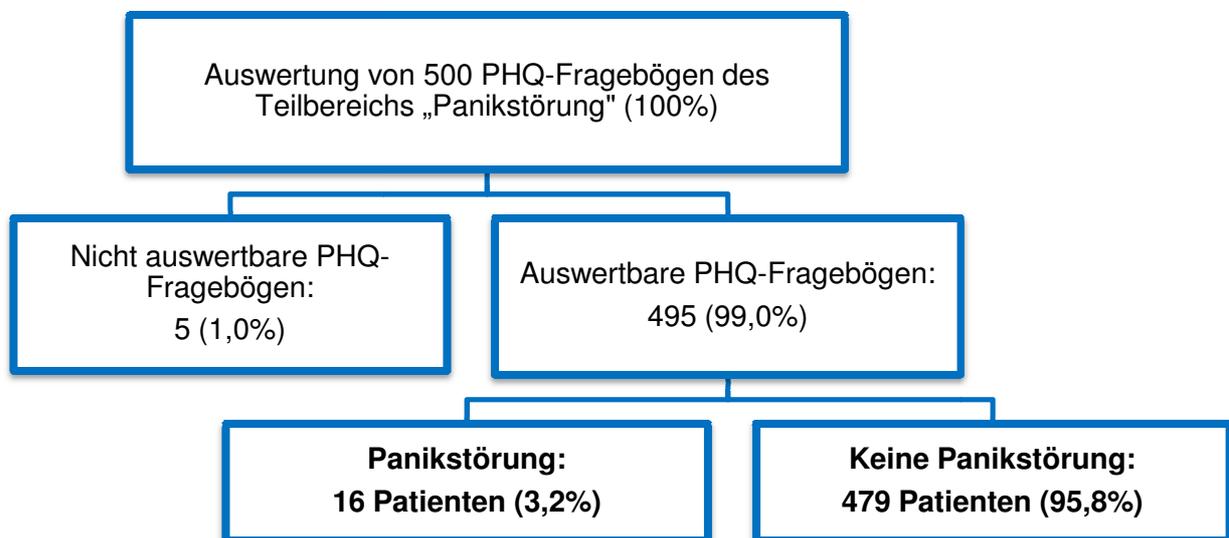


Abbildung 9: Überblick über die kategoriale Auswertung des PHQ im Teilbereich „Panikstörung“

### 4.3.2.2. Generalisierte Angststörung

Der GAD-7 ließ sich für 482 Patienten (96,4%) auswerten; 18 Patienten hatten zu wenige Angaben gemacht um berücksichtigt werden zu können. Bei der Einteilung in die unterschiedlichen Schweregrade wurden 326 Studienteilnehmer (65,2%) der Kategorie „minimale Ängstlichkeit“ und 109 Befragte (21,8%) dem Bereich „geringe Ängstlichkeit“ zugeordnet. Eine „mittelgradige Ängstlichkeit“ konnte bei 28 Patienten (5,6%) nachgewiesen werden; die Kriterien für die Diagnose „schwere Ängstlichkeit“ wurden von 19 Patienten (3,8%) erfüllt. Damit lag eine generalisierte Angststörung bei insgesamt 47 Patienten (9,4%) vor. In Abbildung 10 findet sich ein Überblick über die kategoriale Auswertung des GAD-7.

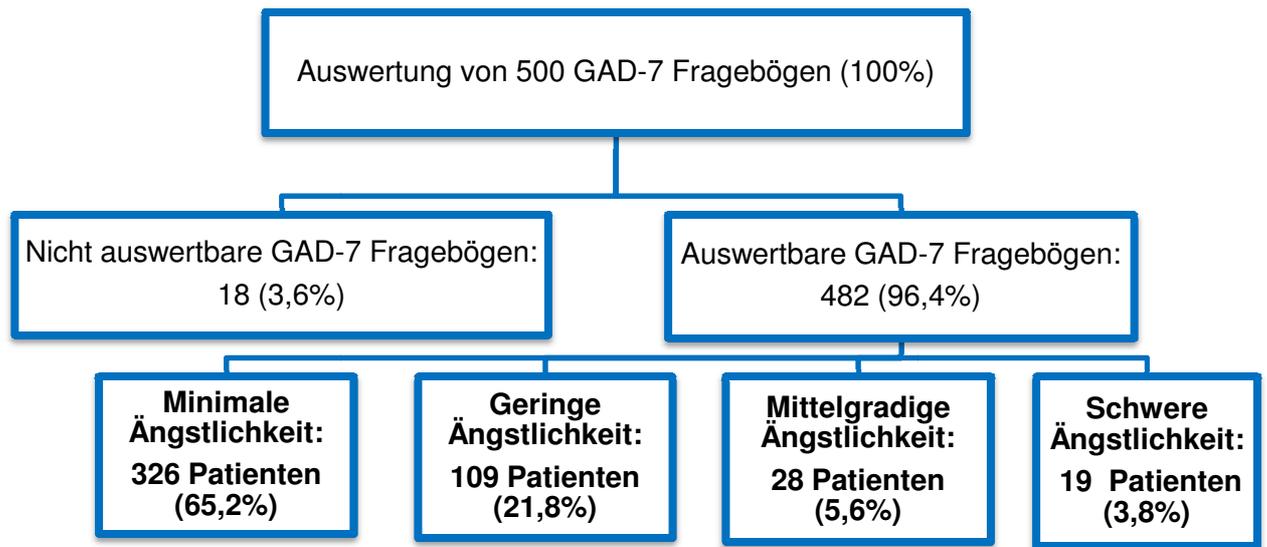


Abbildung 10: Überblick über die kategoriale Auswertung des GAD-7 („generalisierte Angststörung“)

### 4.3.3. Somatoforme Störungen

Bei der Auswertung des PHQ-Moduls „Somatoforme Störungen“ wurden 483 (96,6%) von 500 Fragebögen berücksichtigt; in 17 Fällen ließ sich dieser Bereich aufgrund fehlender Angaben nicht verwerten. Von den ausgewerteten Fragebögen erfüllten 69 Patienten (13,8%) die Kriterien für eine somatoforme Störung; bei den übrigen 414 Patienten (82,8%) gab es hingegen keinen Hinweis darauf. Eine Übersicht über die kategoriale Auswertung des PHQ im Teilbereich „Somatoforme Störungen“ gibt Abbildung 11.

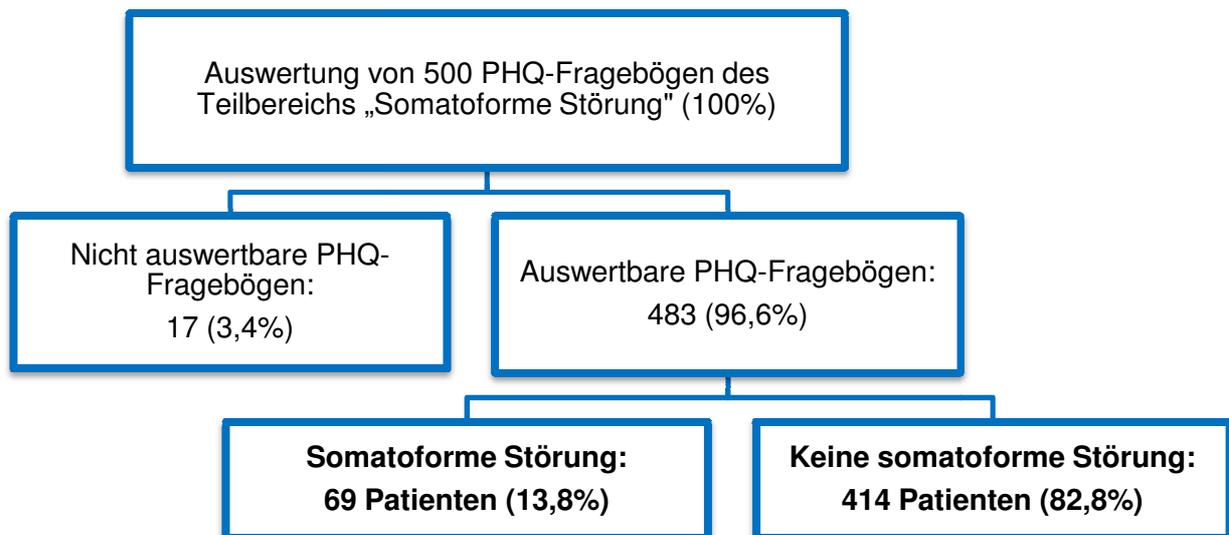


Abbildung 11: Überblick über die kategoriale Auswertung des PHQ im Teilbereich „Somatoforme Störung“

Auch im Teilbereich „Somatoforme Störung“ ist eine kontinuierliche Auswertung des Fragebogens möglich. Hierbei lag das Minimum der erzielten Summenskalenpunkte bei 0 Punkten (43 Patienten, 9,1%), das Maximum bei 25 Punkten (1 Patient, 0,2%). Die maximal mögliche Anzahl von 30 Punkten wurde demzufolge nicht erreicht. Der Mittelwert betrug 6,6 Punkte, der Median 5,8 (Standardabweichung 4,9). Die Verteilung der Summenskalenpunkte dieses Teilbereichs ist in Abbildung 12 graphisch dargestellt.

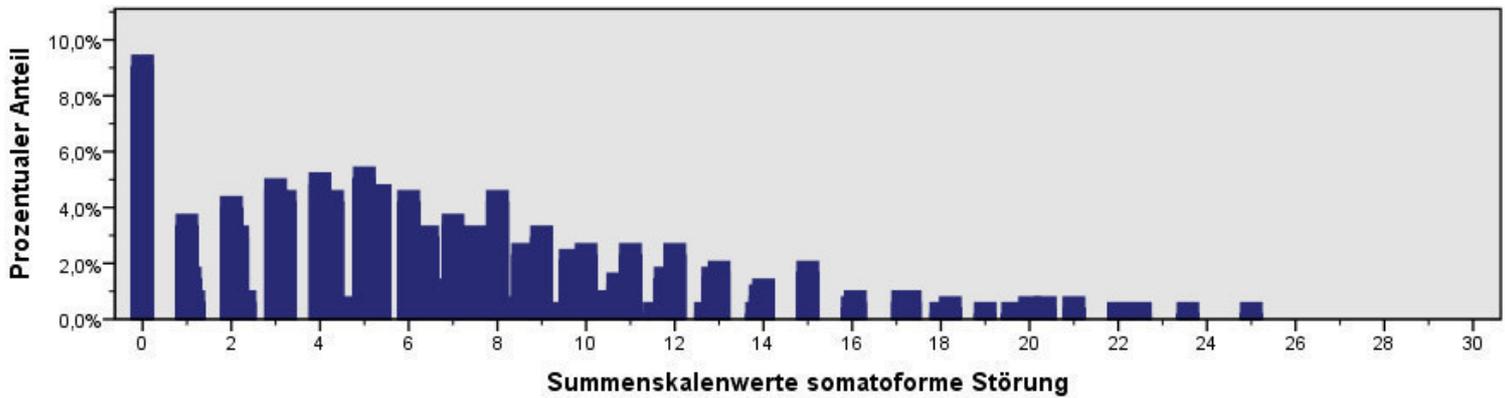


Abbildung 12: Kontinuierliche Auswertung des PHQ im Teilbereich „Somatoforme Störung“

#### 4.3.4. Gleichzeitiges Auftreten psychischer Störungen

Von 500 Studienteilnehmern erfüllten 136 Patienten (27,2%) die Kriterien für das Vorhandensein mindestens einer psychischen Störung (Depression, Panikstörung, generalisierte Angststörung, somatoforme Störung). Dabei lag bei 86 Patienten (17,2%) genau eine dieser psychischen Störungen vor, bei 28 Patienten (5,6%) eine weitere und bei 17 Patienten (3,4%) eine Kombination aus drei verschiedenen Störungen. 5 Patienten (1,0%) erfüllten die Kriterien für das Vorhandensein aller vier untersuchten psychischen Störungen. Für 9,2% aller Patienten mit einer Depression war das Screening bezüglich mindestens einer weiteren Diagnose positiv; das gleiche trifft für 6,8% der Patienten mit einer generalisierten Angststörung zu sowie 6,6% der Patienten mit einer somatoformen Störung und 2,4% der Patienten mit einer Panikstörung. Tabelle 6 zeigt die Verteilung der verschiedenen Kombinationen von psychischen Störungen.

	n (%)	%-Gesamt
Ausschließlich Depression	40 (29,4)	8,0
Ausschließlich Panikstörung	4 (2,9)	0,8
Ausschließlich generalisierte Angststörung	12 (8,8)	2,4
Ausschließlich somatoforme Störung	30 (22,1)	6,0
Depression + Panikstörung	2 (1,5)	0,4
Depression + generalisierte Angststörung	12 (8,8)	2,4
Depression + somatoforme Störung	13 (9,6)	2,6
Panikstörung + generalisierte Angststörung	1 (0,7)	0,2
Panikstörung + somatoforme Störung	0 (0,0)	0,0
Generalisierte Angststörung + somatoforme Störung	2 (1,5)	0,4
Depression + Panikstörung + generalisierte Angststörung	2 (1,5)	0,4
Depression + Panikstörung + somatoforme Störung	1(0,7)	0,2
Depression + generalisierte Angststörung + somatoforme Störung	11 (8,1)	2,2
Panikstörung + generalisierte Angststörung + somatoforme Störung	1(0,7)	0,2
Depression + Panikstörung + generalisierte Angststörung + somatoforme Störung	5 (3,7)	1,0
<b>Gesamt</b>	<b>136 (100)</b>	<b>27,2</b>

**Tabelle 6: Gleichzeitiges Auftreten psychischer Störungen**

#### **4.3.5. Charakteristika der Patienten mit psychischen Störungen**

Die Prävalenz der psychischen Störungen Major und Minor Depression, generalisierte Angststörung, Panikstörung sowie somatoforme Störung unter allen Studienteilnehmern ist in Tabelle 7 noch einmal zusammengefasst. Anschließend sind die einzelnen Störungen nach Geschlecht, Alter und Schulbildung sowie der jeweiligen Signifikanz mit dem Signifikanzniveau  $p$  von 0,05 aufgeschlüsselt.

Insgesamt waren 54,8% der Befragten weiblich; der prozentuale Anteil an Frauen mit psychischer Komorbidität war jedoch mit Ausnahme der Depression deutlich höher. Signifikant war dieser Unterschied bezüglich der Panikstörung mit einem Frauenanteil von 81,3% ( $p=0,032$ ). Bei der Major Depression entsprach der Frauenanteil mit 55,9% etwa dem Durchschnitt; bei der Minor Depression lag er mit 47,4% sogar geringfügig darunter.

Der Altersdurchschnitt von Patienten mit psychischer Komorbidität mit einem Mittelwert zwischen 39,3 und 40,5 Jahren lag im Vergleich zum generellen Altersdurchschnitt von 38,8 Jahren (Standardabweichung 14,8) geringfügig höher, war jedoch nicht signifikant.

Der Anteil derjenigen mit einer Schulbildung von zehn Jahren oder weniger betrug unter allen Befragten 39,9%. Dagegen lag der Prozentsatz von Patienten mit einer Schulbildung von zehn Jahren oder weniger und einer PHQ-Diagnose zwischen 42,6% für die generalisierte Angststörung und 55,9% für die Major Depression. Der Unterschied war allerdings nicht signifikant; es zeigte sich lediglich für die somatoforme Störung ( $p=0,051$ ) sowie die Minor Depression ( $p=0,064$ ) eine Tendenz zur Signifikanz.

Psychische Komorbidität	PHQ-Diagnosen	Geschlecht / weiblich		Alter		Schulbildung $\leq 10$ Jahren	
	n (%)	n (%)	p-Wert	mw (sd)	p-Wert	n (%)	p-Wert
Major Depression	34 (6,8)	19 (55,9)	0,950	39,3 (16,5)	0,731	19 (55,9)	0,122
Minor Depression	57 (11,4)	27 (47,4)	0,146	40,4 (14,1)	0,303	27 (47,4)	0,064
Panikstörung	16 (3,2)	13 (81,3)	<b>0,032*</b>	40,5 (14,6)	0,617	7 (43,8)	0,140
Gen. Angststörung	47 (9,4)	28 (59,6)	0,505	36,6 (14,7)	0,362	20 (42,6)	0,111
Somatoforme Störung	69 (13,8)	45 (65,2)	0,062	39,5 (16,1)	0,553	36 (52,2)	0,051

Tabelle 7: Charakteristika der Patienten mit PHQ-Diagnosen bezogen auf Geschlecht, Alter und Schulbildung

p-Werte bezogen auf Chi-Quadrat (Geschlecht, Schulbildung) beziehungsweise t-Test (Alter)

\*signifikant bezüglich Signifikanzniveau 0,05

#### 4.4. Behandlungszufriedenheit

Im Teilbereich „Arzt-Patienten-Beziehung“, bestehend aus 15 Fragen, konnten 460 von 500 Fragebögen (92,0%) ausgewertet werden; bei den übrigen 40 Fragebögen fehlten Angaben zu mehr als einem Drittel der Fragen, weshalb diese aus der Wertung genommen wurden. Die Antworten wurden initial anhand des bereits erwähnten Auswertungsalgorithmus in „0“ beziehungsweise „1“ (siehe 3.3.2. EUROPEP) umkodiert. Das Minimum lag bei 0 Punkten, das Maximum bei 15 Punkten. Der Mittelwert betrug 46,4%.

Im Teilbereich „Praxisorganisation“, der 7 Fragen enthielt, wurden 479 von 500 Fragebögen (95,8%) ausgewertet. Lediglich 21 Fragebögen konnten aufgrund fehlender Angaben nicht berücksichtigt werden. Auch hier lag das Minimum bei 0 Punkten, das Maximum bei 7 Punkten. Der Mittelwert betrug 42,4%.

Bei kombinierter Betrachtung der jeweils besten und zweitbesten Antwortmöglichkeit lag die Zustimmungsrates im Teilbereich „Arzt-Patienten-Beziehung“ bei durchschnittlich 80,1% und im Bereich „Praxisorganisation“ bei durchschnittlich 75,8%. Fragenabhängig lagen die Zustimmungsrates zwischen 51,2% und 89,2%. Eine genaue Übersicht über die Antwortverteilung der verschiedenen Einzelfragen des EUROPEP ist in Tabelle 8 und Tabelle 9 wiedergegeben.

Bezogen auf die jeweils beste und zweitbeste Antwortmöglichkeit entfielen die höchsten Zustimmungsrates auf die Fragen:

- Wie wurde auf die vertrauliche Behandlung Ihrer Daten und Unterlagen geachtet? (89,2%)
- Wie war die Hilfsbereitschaft der anderen Praxismitarbeiter/innen (außer dem Arzt)? (87,7%)
- Wie war die Freundlichkeit der anderen Praxismitarbeiter/innen (außer dem Arzt)? (87,0%)
- Wie hat er [der Arzt] Ihnen zugehört? (86,1%)

Ebenfalls auf die jeweils beste und zweitbeste Antwortmöglichkeit bezogen, wurde insbesondere die Frage nach der Wartezeit in der Praxis auffallend kritisch bewertet, deren Zustimmungsrates bei 51,2% lag. Auch die Frage „Hat er [der Arzt] Ihre Beschwerden schnell gelindert?“ erhielt mit 69,1% vergleichsweise wenig Zustimmung.

	Note 1 n (%)	Note 2 n (%)	Note 3 n (%)	Note 4 n (%)	Note 5 n (%)	Gesamt n (%)	MW (SD)	Median
1: Wie hat er Ihnen während des Arztbesuchs das Gefühl vermittelt, dass er Zeit für Sie hat?	205 (45,1)	171 (37,6)	55 (12,1)	22 (4,8)	2 (0,4)	455 (91,0)	1,8 (0,9)	2,0
2: Hatte er Interesse an Ihrer persönlichen Situation?	188 (43,5)	147 (34,0)	65 (15,0)	27 (6,3)	5 (1,2)	432 (86,4)	1,9 (1,0)	2,0
3: Wie leicht hat er es Ihnen gemacht, über Ihre Probleme zu sprechen?	210 (49,1)	143 (33,4)	53 (12,4)	17 (4,0)	5 (1,2)	428 (85,6)	1,7 (0,9)	2,0
4: Wie hat er Sie in Entscheidungen über Ihre medizinische Behandlung einbezogen?	170 (42,4)	145 (36,2)	57 (14,2)	22 (5,5)	7 (1,7)	401 (80,2)	1,9 (1,0)	2,0
5: Wie hat er Ihnen zugehört?	258 (56,8)	133 (29,3)	49 (10,8)	10 (2,2)	4 (0,9)	454 (90,8)	1,6 (0,8)	1,0
6: Wie wurde auf die vertrauliche Behandlung Ihrer Daten und Unterlagen geachtet?	193 (57,4)	107 (31,8)	24 (7,1)	6 (1,8)	6 (1,8)	336 (67,2)	1,6 (0,8)	1,0
7: Hat er Ihre Beschwerden schnell gelindert?	130 (41,8)	85 (27,3)	55 (17,7)	28 (9,0)	13 (4,2)	311 (62,2)	2,1 (1,2)	2,0
8: Wie hat er Ihnen geholfen, damit Sie sich gut genug fühlten, um Ihren normalen täglichen Aktivitäten nachgehen zu können?	132 (40,6)	107 (32,9)	59 (18,2)	19 (5,8)	8 (2,5)	325 (65,0)	2,0 (1,0)	2,0
9: Wie gründlich war er?	195 (45,9)	143 (33,6)	61 (14,4)	19 (4,5)	7 (1,6)	425 (85,0)	1,8 (0,9)	2,0
10: Wie führte er bei Ihnen körperliche Untersuchungen durch?	176 (45,6)	140 (36,3)	50 (13,0)	10 (2,6)	10 (2,6)	386 (77,2)	1,8 (0,9)	2,0
11: Wie hat er Ihnen den Zweck von Untersuchungen und Behandlungen erklärt?	173 (44,9)	140 (36,4)	49 (12,7)	15 (3,9)	8 (2,1)	385 (77,0)	1,8 (0,9)	2,0
12: Wie hat er Sie über das informiert, was Sie über Ihre Beschwerden bzw. Erkrankung wissen wollten?	187 (45,8)	148 (36,3)	45 (11,0)	15 (3,7)	13 (3,2)	408 (81,6)	1,8 (1,0)	2,0

**Tabelle 8: Antwortverteilung der EUROPEP-Einzelfragen (Fragen 1-12)**

	Note 1 n (%)	Note 2 n (%)	Note 3 n (%)	Note 4 n (%)	Note 5 n (%)	Gesamt n (%)	MW (SD)	Median
13: Wie hat er Ihnen beim Umgang mit Ihren Gefühlen im Zusammenhang mit Ihrem Gesundheitszustand geholfen?	149 (45,6)	92 (28,1)	48 (14,7)	24 (7,3)	14 (4,3)	327 (65,4)	2,0 (1,1)	2,0
14: Wie hat er Ihnen erläutert, wie wichtig es ist, seine Ratschläge zu befolgen?	147 (44,4)	118 (35,6)	41 (12,4)	13 (3,9)	12 (3,6)	331 (66,2)	1,9 (1,0)	2,0

15: Wie hat er Sie darauf vorbereitet, was Sie im Krankenhaus erwartet?	60 (41,1)	50 (34,2)	20 (13,7)	10 (6,8)	6 (4,1)	146 (29,2)	2,0 (1,1)	2,0
16: Wie war die Hilfsbereitschaft der anderen Praxismitarbeiter/innen (außer dem Arzt)?	225 (50,3)	167 (37,4)	39 (8,7)	12 (2,7)	4 (0,9)	447 (89,4)	1,7 (0,8)	1,0
17: Wie war die Freundlichkeit der anderen Praxismitarbeiter/innen (außer dem Arzt)?	243 (52,6)	159 (34,4)	40 (8,7)	14 (3,0)	6 (1,3)	462 (92,4)	1,7 (0,9)	1,0
18: Wie war die Freundlichkeit des Pförtners?	144 (40,7)	129 (36,4)	54 (15,3)	20 (5,6)	7 (1,4)	354 (70,8)	1,9 (1,0)	2,0
19: Wie war die telefonische Erreichbarkeit der Praxis?	73 (54,1)	36 (26,7)	16 (11,9)	5 (3,7)	5 (3,7)	135 (27,0)	1,8 (1,0)	1,0
20: Wie waren die Wartezeiten in der Praxis?	100 (24,4)	110 (26,8)	111 (27,1)	62 (15,1)	27 (6,6)	410 (82,0)	2,5( 1,2)	2,0
21: Wie waren die Praxisräume zu finden?	198 (42,3)	154 (32,9)	74 (15,8)	24 (5,1)	18 (3,8)	468 (93,6)	2,0 (1,1)	2,0
22: Wie schnell erhielten Sie Hilfe bei dringenden Gesundheitsproblemen?	111 (36,5)	106 (34,9)	65 (21,4)	14 (4,6)	8 (2,6)	304 (60,8)	2,0 (1,0)	2,0

**Tabelle 9: Antwortverteilung der EUROPEP-Einzelfragen (Fragen 13-22)**

Der Zusatzfrage „Ich kann meinen Freunden diese Bereitschaftspraxis sehr empfehlen“ stimmten 35,4% voll und ganz zu; weitere 38,6% stimmten zu. Nur 0,6% stimmten ihr „ganz und gar nicht“ zu. Der Aussage „Ich habe keinen Grund, in Zukunft zu einer anderen Bereitschaftspraxis zu gehen“ stimmten 31,4% voll und ganz zu; weitere 33,6% stimmten zu. „Ganz und gar nicht“ stimmten dagegen 2,4% zu. Die prozentualen Ergebnisse beziehen sich dabei jeweils auf alle 500 Studienteilnehmer und berücksichtigen daher auch diejenigen, die die Fragen nicht beantworteten. Die beiden folgenden Abbildungen stellen die Zustimmung zu den beiden Aussagen graphisch dar.

### Ich kann meinen Freunden diese Bereitschaftspraxis sehr empfehlen

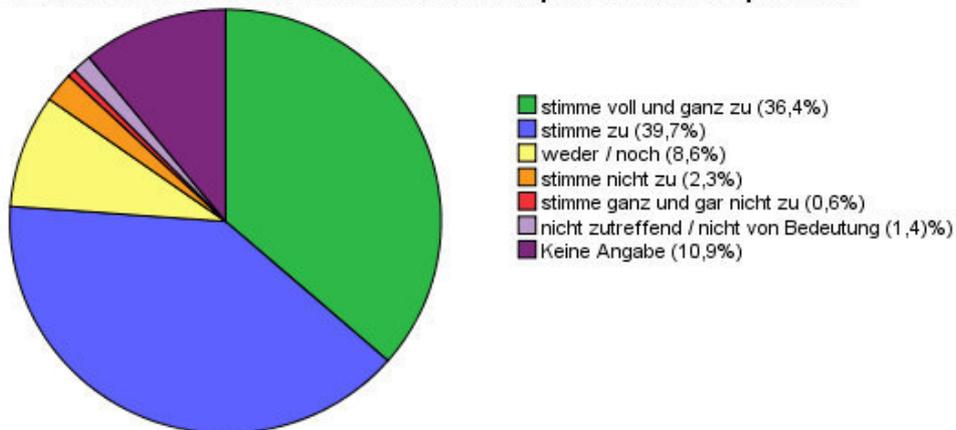


Abbildung 13: Zustimmungsverteilung zu der Aussage „Ich kann meinen Freunden diese Bereitschaftspraxis sehr empfehlen“ in % (n=500)

### Ich habe keinen Grund, in Zukunft zu einer anderen Bereitschaftspraxis zu gehen.

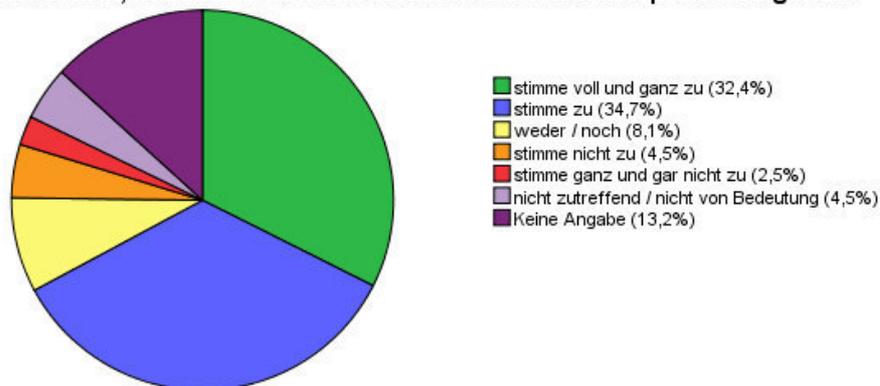


Abbildung 14: Zustimmungsverteilung zu der Aussage „Ich habe keinen Grund, in Zukunft zu einer anderen Bereitschaftspraxis zu gehen“ in % (n=500)

#### **4.5. Zusammenhang zwischen Beratungsanlässen und psychischer Komorbidität**

Um einen möglichen Zusammenhang zwischen Beratungsanlässen und psychischer Komorbidität festzustellen, wurden die Summenskalenwerte der Störungen Depressivität, somatoforme Störung und generalisierte Angststörung mit den einzelnen ICPC-Kategorien der ärztlichen Diagnosen korreliert. Lediglich für die Panikstörung war dies nicht möglich, da dieser Bereich des PHQ ausschließlich kategorial ausgewertet werden kann und daher keine Summenskalenwerte existieren. Die Ergebnisse sind in Tabelle 10 zusammengestellt.

Zwischen Beratungsanlässen und Depressivität beziehungsweise somatoformer Störung ließ sich ein signifikanter Zusammenhang erkennen ( $p < 0,001$ ). Erhöhte Depressions-Summscores im Sinne einer Minor Depression zeigten die Kategorien: Prozeduren-Codes, Allgemein und unspezifisch, Verdauungssystem, Kreislauf, Neurologisch, Urologisch sowie Schwangerschaft, Geburt, Familienplanung. Erhöhte Depressions-Summscores im Sinne einer Major Depression zeigten die beiden Kategorien Psychiatrisch und Männliches Genitale. Allerdings sollte hierbei berücksichtigt werden, dass die Kategorien Prozeduren-Codes und Männliches Genitale jeweils nur aus zwei Patienten bestanden; die Kategorie Psychiatrisch aus sechs Patienten.

Eine mittelgradige somatische Symptomschwere ergaben die Summscores der Kategorie Verdauungssystem. Auf eine ausgeprägte somatische Symptomschwere wies die Kategorie Männliches Genitale hin. Allerdings handelte es sich wiederum nur um zwei Patienten mit den Beratungsanlässen „Vorhautmykose“ und „Erektionsstörung“.

Die Kategorie Psychiatrisch zeigte zudem erhöhte Summscore-Werte im Sinne einer mittelgradigen Ängstlichkeit.

ICPC-Kategorie	Depressive Störung (n=464)		Somatoforme Störung (n=462)		Generalisierte Angststörung (n=469)	
	MW Depressivität (SD)	n (%)	MW Somatisierung (SD)	n (%)	MW GAD (SD)	n (%)
Prozeduren-Codes	9,00 <sup>a</sup> (2,83)	2 (0,4)	5,68 (0,45)	2 (0,04)	2,00 (2,83)	2 (0,4)
A Allgemein und unspezifisch	6,08 <sup>a</sup> (5,12)	27 (5,8)	7,63 (4,94)	25 (5,4)	3,62 (3,51)	26 (5,5)
B Blut, blutbildende Organe, Immunsystem	3,29 (3,04)	7 (1,5)	4,77 (5,09)	7 (1,5)	2,50 (3,33)	6 (1,3)
D Verdauungssystem	6,69 <sup>a</sup> (5,05)	44 (9,5)	10,43 <sup>c</sup> (5,32)	43 (9,3)	4,94 (5,08)	42 (9,0)
F Auge	1,00 (1,41)	2 (0,4)	3,50 (0,71)	2 (0,04)	1,50 (0,71)	2 (0,4)
H Ohr	3,93 (4,16)	10 (2,1)	4,79 (3,73)	10 (2,2)	3,40 (2,59)	10 (2,1)
K Kreislauf	6,00 <sup>a</sup> (5,29)	21 (4,5)	7,98 (4,29)	19 (4,1)	5,03 (5,69)	22 (4,7)
L Bewegungsapparat	4,26 (4,41)	172 (37,1)	6,03 (4,80)	172 (37,2)	3,27 (3,60)	177 (37,7)
N Neurologisch	7,39 <sup>a</sup> (5,39)	19 (4,1)	8,97 (5,32)	19 (4,1)	4,40 (5,03)	20 (4,3)
P Psychiatrisch	13,83 <sup>b</sup> (4,40)	6 (1,3)	9,06 (4,49)	5 (1,1)	11,60 <sup>e</sup> (9,32)	5 (1,1)
R Atmungsorgane	4,95 (5,06)	54 (11,6)	5,98 (3,96)	56 (12,1)	3,61 (4,43)	54 (11,5)
S Haut	2,83 (3,19)	40 (8,6)	3,99 (3,01)	40 (8,7)	2,26 (2,87)	40 (8,5)
T Endokrin, metabolisch, Ernährung	4,00 (4,00)	3 (0,6)	9,67 (8,39)	3 (0,6)	5,58 (4,88)	4 (0,9)
U Urologisch	5,94 <sup>a</sup> (7,47)	27 (5,8)	6,00 (4,72)	28 (6,1)	4,24 (4,88)	28 (6,0)
W Schwangerschaft, Geburt, Familienplanung	5,30 <sup>a</sup> (4,94)	27 (5,8)	6,38 (4,62)	27 (5,8)	4,33 (3,79)	27 (5,8)
X Weibliche Genitale	4,50 (.)	1 (0,2)	7,36 (4,75)	2 (0,04)	4,08 (5,77)	2 (0,4)
Y Männliche Genitale	12,00 <sup>b</sup> (0,00)	2 (0,4)	16,07 <sup>c</sup> (9,09)	2 (0,04)	9,50 (0,71)	2 (0,4)
<b>Gesamt</b>	<b>5,06<sup>a</sup></b> (5,01)	<b>464</b>	<b>6,61</b> (4,89)	<b>462</b>	<b>3,76</b> (4,24)	<b>469</b>
<b>p-Wert</b>	<b>&lt;0,001</b>		<b>&lt;0,001</b>		<b>0,138</b>	

Tabelle 10: Kategorien aus ärztlicher Sicht; Mittelwerte der Summenscores (p-Werte bezogen auf Kruskal-Wallis-Test, nicht-parametrische Verteilung)

<sup>a</sup> Minor Depression

<sup>b</sup> Major Depression

<sup>c</sup> mittelgradige somatische Symptomschwere

<sup>d</sup> ausgeprägte somatische Symptomschwere

<sup>e</sup> mittelgradige Ängstlichkeit

#### **4.6. Zusammenhang zwischen Behandlungszufriedenheit und psychischer Komorbidität**

Um einen möglichen Zusammenhang zwischen psychischer Komorbidität und der Behandlungszufriedenheit von Patienten festzustellen, wurden die einzelnen Fragen des EUROPEP jeweils mit den Teilbereichen Minor Depression, Major Depression, Somatoforme Störung, Panikstörung und generalisierte Angststörung korreliert. Die einzelnen Korrelationskoeffizienten nach Spearman mit den dazugehörigen p-Werten sind in Tabelle 11 dargestellt. Der deutlichste Zusammenhang zwischen psychischer Komorbidität und der Behandlungszufriedenheit zeigte sich bezüglich der Major Depression: Hier waren im Teilbereich „Arzt-Patienten-Beziehung“ vierzehn von fünfzehn Einzelfragen signifikant. Nur die Frage „Wie hat er [der Arzt] Ihnen den Zweck von Untersuchungen und Behandlungen erklärt?“ zeigte keine Signifikanz (*p*-Wert 0,087). Im Teilbereich „Praxisorganisation“ waren fünf von sieben Fragen signifikant. Insgesamt betrachtet (Summe Europep 1 beziehungsweise Summe Europep 2) zeigten sowohl der Bereich „Arzt-Patienten-Beziehung“ (*p*-Wert 0,005) als auch der Bereich „Praxisorganisation“ (*p*-Wert 0,002) einen signifikanten Zusammenhang zwischen der Behandlungszufriedenheit und einer Major Depression. Das bedeutet, dass die Behandlungszufriedenheit mit zunehmender Depressivität sank.

Zwischen den übrigen psychischen Störungen und der Behandlungszufriedenheit ließ sich dagegen kein Zusammenhang erkennen. Zwar waren einzelne Fragen jeweils signifikant oder hatten eine Tendenz dazu; da diese jedoch deutlich in der Unterzahl waren, verwundert es nicht, dass die Summenscores (EUROPEP 1 beziehungsweise 2) keine Signifikanz zeigten (*p*-Werte zwischen 0,198 und 0,936).

	Major Depression		Minor Depression		Panikstörung		Somatoforme Störung		Generalisierte Angststörung	
	r <sub>s</sub>	p-Wert	r <sub>s</sub>	p-Wert	r <sub>s</sub>	p-Wert	r <sub>s</sub>	p-Wert	r <sub>s</sub>	p-Wert
Euro 1	<b>0,159</b>	<b>0,001</b>	0,086	0,070	<b>0,129</b>	<b>0,006</b>	0,004	0,935	0,067	0,160
Euro 2	<b>0,154</b>	<b>0,002</b>	0,067	0,170	0,094	0,051	0,029	0,559	0,067	0,173
Euro 3	<b>0,160</b>	<b>0,001</b>	0,045	0,356	<b>0,103</b>	<b>0,034</b>	-0,021	0,674	0,068	0,167
Euro 4	<b>0,176</b>	<b>0,001</b>	0,060	0,240	<b>0,106</b>	<b>0,036</b>	0,024	0,638	0,037	0,469
Euro 5	<b>0,127</b>	<b>0,008</b>	0,070	0,143	<b>0,122</b>	<b>0,010</b>	0,012	0,794	0,080	0,096
Euro 6	<b>0,180</b>	<b>0,001</b>	0,330	0,556	0,054	0,329	0,057	0,300	0,026	0,643
Euro 7	<b>0,185</b>	<b>0,001</b>	<b>0,150</b>	<b>0,009</b>	0,005	0,935	<b>0,121</b>	<b>0,035</b>	0,041	0,485
Euro 8	<b>0,226</b>	<b>0,000</b>	<b>0,150</b>	<b>0,008</b>	0,077	0,170	<b>0,147</b>	<b>0,009</b>	<b>0,117</b>	<b>0,038</b>
Euro 9	<b>0,122</b>	<b>0,013</b>	0,071	0,149	0,040	0,419	0,019	0,706	0,060	0,222
Euro 10	<b>0,119</b>	<b>0,022</b>	0,061	0,240	0,023	0,658	-0,010	0,849	-0,020	0,699
Euro 11	0,089	0,087	0,032	0,543	0,020	0,697	0,012	0,811	0,009	0,858
Euro 12	<b>0,195</b>	<b>0,000</b>	0,064	0,203	0,047	0,350	0,043	0,391	0,078	0,124
Euro 13	<b>0,206</b>	<b>0,000</b>	0,073	0,198	<b>0,120</b>	<b>0,031</b>	0,100	0,074	<b>0,118</b>	<b>0,037</b>
Euro 14	<b>0,161</b>	<b>0,004</b>	0,079	0,158	0,049	0,379	0,107	0,055	0,075	0,183
Euro 15	<b>0,325</b>	<b>0,000</b>	0,069	0,418	0,104	0,216	0,142	0,092	0,132	0,123
Euro 16	<b>0,136</b>	<b>0,004</b>	0,086	0,072	0,044	0,353	0,075	0,118	0,003	0,946
Euro 17	<b>0,121</b>	<b>0,010</b>	0,071	0,134	0,018	0,707	<b>0,121</b>	<b>0,010</b>	0,019	0,689
Euro 18	<b>0,180</b>	<b>0,001</b>	-0,055	0,307	-0,043	0,427	0,078	0,149	0,010	0,858
Euro 19	0,158	0,073	-0,150	0,089	-0,013	0,884	0,100	0,252	0,015	0,867
Euro 20	0,074	0,140	-0,025	0,621	0,013	0,791	0,040	0,426	0,059	0,241
Euro 21	<b>0,106</b>	<b>0,025</b>	-0,046	0,331	0,015	0,751	0,054	0,248	<b>0,100</b>	<b>0,033</b>
Euro 22	<b>0,185</b>	<b>0,001</b>	0,065	0,269	0,016	0,778	0,107	0,067	0,103	0,079
Summe Europep 1	<b>-0,132</b>	<b>0,005</b>	-0,038	0,428	-0,057	0,226	-0,035	0,461	-0,022	0,648
Summe Europep 2	<b>-0,145</b>	<b>0,002</b>	-0,015	0,748	0,021	0,643	-0,060	0,198	-0,004	0,936

**Tabelle 11: Korrelationsanalyse nach Spearman bezüglich der Behandlungszufriedenheit von Patienten mit PHQ-Diagnosen**

r<sub>s</sub>: Korrelationskoeffizient nach Spearman

Signifikanz bei Korrelationsniveau 0,05

#### **4.7. Zusammenhang zwischen Kontaktraten und psychischer Komorbidität**

In den vergangenen zwölf Monaten hatten 96,2% der Studienteilnehmer die Bereitschaftspraxis ein- oder zweimal aufgesucht und wurden daher als „normal attenders“ klassifiziert. Die übrigen 3,0% der Patienten (95%-Konfidenzintervall 1,8%-4,9%), die die Praxis drei- bis sechsmal aufgesucht hatten, wurden als „frequent attenders“ klassifiziert; sie waren für insgesamt 9,1% aller Praxisbesuche im vergangenen Jahr verantwortlich. Von 0,8% der Patienten waren diesbezüglich keine Daten verfügbar. Um herauszuarbeiten, ob zwischen den psychischen Störungen Minor und Major Depression, Panikstörung, generalisierte Angststörung und somatoforme Störung ein Zusammenhang mit einer erhöhten Inanspruchnahme der Bereitschaftspraxis bestand, wurde der Chi-Quadrat-Test angewandt. Hierbei zeigte sich, dass bei keiner der untersuchten Störungen ein signifikanter Zusammenhang mit einem gehäuftem Aufsuchen der Bereitschaftspraxis vorlag. Das bedeutet, dass frequent attenders keine erhöhte psychische Komorbidität gegenüber normal attenders aufwiesen. Die Ergebnisse sind in Tabelle 12 dargestellt.

	<b>Normal Attenders</b> n (%) (n=481)	<b>Frequent attenders</b> n (%) (n=15)	<b>p-Wert</b>
<b>Minor Depression</b>	55 (11,4)	3 (20,0)	0,275
<b>Major Depression</b>	32 (6,7)	2 (13,3)	0,286
<b>Panikstörung</b>	15 (3,1)	0 (0,0)	0,485
<b>Gen. Angststörung</b>	45 (9,4)	2 (13,3)	0,570
<b>Somatoforme Störung</b>	68 (14,1)	1 (6,7)	0,432

Tabelle 12: Zusammenhang zwischen psychischer Komorbidität und Kontaktraten

p-Werte bezogen auf Chi-Quadrat-Test

#### **4.8. Verbesserungsvorschläge von Patienten**

Im Anschluss an die Erfassung der Behandlungszufriedenheit durch den EUROPEP-Fragebogen erhielten Patienten durch eine Freitextfrage die Gelegenheit, zusätzliche Anregungen oder Verbesserungsvorschläge zu machen. 89 Patienten machten hiervon Gebrauch, wobei sich deren Angaben zu 35 verschiedenen Aussagen zusammenfassen ließen. Die dabei mit 18,0% häufigste Anmerkung war der Wunsch nach mehr Ärzten um die Wartezeit zu verkürzen. Die einzelnen Vorschläge sind in Tabelle 13 wiedergegeben.

<b>Verbesserungsvorschläge / Anregungen / Bemerkungen</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>%</b>
Mehr Ärzte um Wartezeit zu verkürzen	16	18,0
Nummernvergabe zur Anmeldung	6	6,7
Wasserspender im Wartebereich	5	5,6
Angenehmere Atmosphäre im Wartebereich (Zeitungen/Zeitschriften, Pflanzen, Bilder, Kinderecke)	4	4,5
Bessere Information bei Ankunft	4	4,5
Bessere/korrekte Beschilderung draußen	4	4,5
Mehr Respekt vor Patienten/Einfühlungsvermögen	4	4,5
Bequemere Stühle	3	3,4
Freundlichere Mitarbeiter bei der Anmeldung	3	3,4
Kurze Wartezeit sehr angenehm	3	3,4
Mehr Mitarbeiterinnen um Anmeldung zu beschleunigen	3	3,4
Privatsphäre der Patienten beachten	3	3,4
Sehr engagiertes, nettes Team	3	3,4
Zahlung per Rechnung ermöglichen	3	3,4
Hintergrundmusik	2	2,2
Kostenlose Besucherparkplätze	2	2,2
Sehr zufrieden	2	2,2
Weniger Bürokratie	2	2,2
An Sonn- und Feiertagen kann man auch längere Wartezeiten in Kauf nehmen!	1	1,1
Antibiotika-Wirkung nicht erklärt	1	1,1
Desinfektionsgeräte in den Zimmern werden nicht von Besuchern genutzt	1	1,1
Handyverbot	1	1,1
Höhere Bereitschaftsgebühr zur Wartezeitverkürzung	1	1,1
Internetauftritt (v.a. Anfahrtsbeschreibung) verbessern	1	1,1
Kaffeeautomat im Wartebereich	1	1,1
Liegen zum Hinlegen	1	1,1
Mehr natürliches Licht/Blick nach draußen	1	1,1
Mehr Öffnungszeiten	1	1,1

Mehr Sitzgelegenheiten	1	1,1
Nicht auf Angst vor Folgebeschwerden eingegangen	1	1,1
Raucherbereich	1	1,1
Schnellere Hilfe im Notfall	1	1,1
Trennung von bürokratischen und Patienten-versorgenden Aufgaben	1	1,1
Unterschied Bereitschaftspraxis – Notfallzentrum erklären	1	1,1
Zu wenig untersucht	1	1,1
<b>Gesamt</b>	<b>89</b>	<b>100</b>

**Tabelle 13: Verbesserungsvorschläge, Anregungen und Bemerkungen von Patienten im Rahmen der Freitextfrage**

## **5. DISKUSSION**

Die Studie zum Thema „Beratungsanlässe und psychische Komorbidität in der Notfallsprechstunde einer Bereitschaftspraxis“ zeigte, dass Patienten die Bereitschaftspraxis insbesondere aufgrund von Beschwerden des Bewegungsapparates, die 35,6% aller Beratungsanlässe ausmachten, aufsuchten. Desweiteren erfüllten 27,2% der Studienteilnehmer die Kriterien für das Vorhandensein mindestens einer psychischen Störung. Untersucht wurden dabei die Störungen Depression, generalisierte Angststörung, Panikstörung und somatoforme Störung. Bei der Analyse der Behandlungszufriedenheit, die insgesamt durchschnittlich ausfiel, fiel zudem auf, dass diese mit zunehmender Depressivität sank. Bevor die Ergebnisse der Studie im Detail diskutiert werden, sollen zuvor die angewandten Methoden kritisch reflektiert werden.

### ***5.1. Diskussion der Methoden***

#### **5.1.1. Stichprobenerhebung**

Die vorliegende Studie wurde in der Bereitschaftspraxis Münchner Ärzte am Klinikum rechts der Isar durchgeführt, bei der es sich um eine eigenständige Praxis mit hausärztlicher Versorgung im Universitätsklinikum der Technischen Universität München handelt. Die mit 500 Studienteilnehmern angelegte Querschnittsstudie ermöglichte bei dieser Fallzahl eine gute Abschätzung der psychischen Komorbidität von Patienten sowie deren Beratungsanlässen in der Bereitschaftspraxis. High Utilizer, deren Prävalenz mit etwa 2% angenommen wurde, konnten bei 500 Patienten mit einem zweiseitigen 95%-Konfidenzintervall mit einer Breite von  $\pm 1,2\%$  erfasst werden, was eine sinnvolle Aussage hierzu ermöglichte.

An den Befragungstagen wurden alle Patienten, die die Bereitschaftspraxis aufsuchten, konsekutiv angesprochen, um eine Selektion zu vermeiden; lediglich Patienten, die die Einschlusskriterien der Studie nicht erfüllten, waren hiervon ausgenommen. Die Datenerhebung fand von April bis einschließlich Juli 2012 statt, so dass etwas mehr als ein Quartal kontinuierlich erfasst wurde. Dabei konzentrierte sich die Patientenrekrutierung insbesondere auf Samstage, Sonntage und Feiertage, an denen die Praxis jeweils durchgehend von 9:00 Uhr bis 22:00 Uhr geöffnet war. Aus diesem Grund wurden an diesen Tagen 88,2% aller Studienteilnehmer rekrutiert, und weitere 7,6% an einem Freitag. Diese Tatsache könnte die erhobenen Beratungsanlässe beeinflusst haben, da am Wochenende möglicherweise eher Patienten mit Verletzungen im Rahmen von Freizeitaktivitäten oder akuten Infekten das Patienten Klientel bildeten als unter der Woche. Zudem ist es denkbar,

dass high utilizer die Praxis eher unter der Woche aufsuchten, wenn der Andrang und die Wartezeit geringer waren. Infolgedessen könnte die Zahl der high utilizer fälschlicherweise zu niedrig erhoben worden sein.

Die prozentuale Verteilung zwischen Männern (42%) und Frauen (58%) unter allen 888 Patienten, die an den Befragungstagen die Praxis aufsuchten, entspricht auch den Ergebnissen anderer Studien in deutschen Hausarztpraxen (Schneider et al. 2011; Jacobi et al. 2002). Relativ ähnlich ist auch die Verteilung unter den tatsächlichen Studienteilnehmern (55% Frauen, 45% Männer). Der Anteil der Nonresponder (44%) ist im Vergleich zur Studie von Schneider et al. mit 1 101 Patienten (Nonresponder-Rate 25%; Schneider et al. 2013) deutlich erhöht. Dies könnte zum einen damit zusammenhängen, dass mehr Patienten mit akuten Beschwerden in die Praxis kamen, die sich nicht in der Lage fühlten, an der Befragung teilzunehmen. In regulären Praxen besteht das Patientenkontingent dagegen zu einem nicht unerheblichen Teil aus sogenannten Non-sickness-Kontakten, also Patienten, die eine Praxis aufgrund von Überweisungen oder Gesundheitschecks aufsuchen (Schneider et al. 2013). Denkbar ist auch, dass die stärkere Arztbindung im hausärztlichen Setting eine vertrauensvollere Atmosphäre schafft, in der Patienten eher gewillt sind an einer in der Praxis durchgeführten Studie teilzunehmen, während Patienten der Bereitschaftspraxis aufgrund der dort herrschenden „Anonymität“ weniger Bedenken hatten eine Teilnahme abzulehnen.

## **5.1.2. Erfassung der psychischen Komorbidität**

### **5.1.2.1. Verwendete Fragebögen**

Der PHQ-D dient dem Screening von depressiven Störungen, Panikstörungen sowie somatoformen Störungen anhand der DSM-IV-Kriterien und beruht ausschließlich auf Selbstangaben der Patienten. Goldstandard für die Diagnose einer psychischen Störung ist nach wie vor das strukturierte klinische Interview für DSM-IV, weshalb die Patientenangaben im ärztlichen Gespräch verifiziert und Differentialdiagnosen ausgeschlossen werden müssen. Mithilfe des Fragebogens können somit lediglich Verdachtsdiagnosen gestellt werden. Vor der Diagnose einer Major Depression müssen beispielsweise einfache Trauerreaktionen und andere organische Ursachen ausgeschlossen werden. Ebenso wird für die Diagnose einer somatoformen Störung verlangt, dass den Symptomen keine ausreichende körperliche Ursache zugrunde liegt, was wiederum nur durch Untersuchung und weitere Diagnostik erreicht werden kann (Löwe et al. 2002a). Eine Studie von Löwe et. al verglich den PHQ-Fragebogen mit den Fragebögen Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) und WHO (five) Well Being Index (WBI-5). Obgleich alle Fragebögen hinsichtlich Sensitivität und Spezifität gute Ergebnisse erbrachten, erzielte der PHQ insbesondere bei der Diagnose

einer Major Depression signifikant bessere Ergebnisse (Löwe et al. 2004c). Aus diesem Grund ist der PHQ insbesondere in der Allgemeinmedizin heute das bevorzugte Screeninginstrument und wurde auch in der vorliegenden Studie verwendet.

Der GAD-7 basiert ebenfalls auf den DSM-IV-Kriterien und gibt im Gegensatz zum PHQ-Modul „andere Angststörungen“ nicht nur die Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer generalisierten Angststörung wieder, sondern ebenso deren Schweregrad, weshalb er in dieser Studie bevorzugt wurde (Kroenke et al. 2010; Spitzer 2006).

Da die Ergebnisse der Fragebögen im Gespräch mit dem jeweiligen Patienten verifiziert werden müssen, was in der vorliegenden Studie nicht erfolgte, überschätzen die Studienergebnisse möglicherweise die tatsächliche Prävalenz der jeweiligen Störung. Gleichzeitig berücksichtigen die Fragebögen nur den Zeitraum der letzten zwei beziehungsweise vier Wochen; unter Umständen wurden hierdurch Patienten, die eine nachgewiesene psychische Störung haben, jedoch aufgrund einer Therapie zum Befragungszeitpunkt keine Symptome aufwiesen, nicht erfasst.

#### **5.1.2.2. DSM-5**

Sowohl der PHQ, mit dessen Hilfe die (Verdachts-)Diagnose einer depressiven Störung, Panikstörung und somatoformen Störung gestellt werden kann, als auch der GAD-7 zur Diagnose einer generalisierten Angststörung basieren auf den 1994 veröffentlichten DSM-IV-Kriterien. Seit Mai 2013 existiert das vollständig überarbeitete englischsprachige DSM-5. Einige Veränderungen, die die im PHQ beziehungsweise GAD-7 erfassten Störungen betreffen, bedürfen hinsichtlich der durchgeführten Studie einer genaueren Betrachtung.

Die Diagnosekriterien einer Major Depression bleiben in DSM-5 mit einer Ausnahme unverändert; so stellt eine weniger als zwei Monate zurückliegende Trauerreaktion nun kein Ausschlusskriterium mehr für die Diagnose einer Major Depression. Dies liegt einerseits daran, dass inzwischen davon ausgegangen wird, dass Trauerreaktionen nicht nach zwei Monate beendet sind, sondern vielmehr bis zu zwei Jahre dauern können; andererseits nimmt man aktuell an, dass Trauerreaktionen auch in eine Major Depression übergehen beziehungsweise diese auslösen können.

Im Kapitel „Angststörungen“ gibt es ebenfalls geringe Modifizierungen. So werden einige Störungen, wie etwa die posttraumatische Belastungsstörung, nun in anderen Kapiteln behandelt. Auch die Diagnosekriterien von Phobien wurden geringfügig geändert. Die Diagnosekriterien einer Panikattacke blieben dagegen unverändert, mit der Einschränkung, dass die Einteilung in „situationsgebunden“ und „nicht situationsgebunden“ durch die Begriffe „erwartete“ und „nicht erwartete“ Panikattacke ersetzt wurden. Panikstörung und

Agoraphobie werden allerdings nun als separate Krankheitsentitäten aufgefasst, die jedoch auch gleichzeitig auftreten können.

Die größte Veränderung betrifft das Kapitel „Somatoforme Störungen“, das umbenannt wurde in „Somatisches Symptom und verwandte Störungen“ (somatic symptom and related disorders, SSD). Einerseits herrschten zwischen den einzelnen Untergruppen nach DSM-IV zahlreiche Überlappungen, andererseits wiederum unklare Abgrenzungen, weshalb die Diagnose insbesondere außerhalb von psychiatrischen Einrichtungen schwierig war. Aus diesem Grund wurde die Einteilung in die Untergruppen Somatisierungsstörung, undifferenzierte somatoforme Störung, Schmerzstörung und Hypochondrie verlassen. Darüber hinaus wurde sowohl die Voraussetzung, dass Patienten für die Diagnose einer solchen Störung eine genaue Anzahl medizinisch nicht hinreichend erklärbarer Symptome aus verschiedenen Körperregionen aufweisen müssen, verlassen, als auch die Aussage, dass die Störung nur nach Ausschluss einer organischen Ursache diagnostiziert werden kann, da die Störung durchaus in Kombination mit einer somatisch fassbaren Ursache vorliegen kann. Anstatt die Diagnose folglich ausschließlich auf Negativkriterien zu basieren, wurden stattdessen Positivkriterien eingeführt: So kann ein SSD diagnostiziert werden, wenn Patienten über mindestens sechs Monate somatische Symptome aufweisen, die sie stark beunruhigen und mit krankhaften Gedanken, Gefühlen oder Verhalten einhergehen. Die neuen Kriterien haben das Ziel, die strenge Trennung zwischen Körper und Geist aufzuheben und damit eine ganzheitliche Herangehensweise zu fördern (American Psychiatric Association 2013).

Für den PHQ beziehungsweise GAD-7 bedeuten die Veränderungen von DSM-IV zu DSM-5, dass die Diagnose einer Major Depression, Panikstörung und generalisierten Angststörung im Wesentlichen gleich bleibt und dementsprechend auch die Fragebögen unverändert weiterverwendet werden können. Für den Teilbereich somatoforme Störung, dessen Kriterien wie oben dargelegt grundlegend verändert wurden, muss in Zukunft sicherlich auch der PHQ überarbeitet werden. In Bezug auf die Studie in der Bereitschaftspraxis bedeuten die Änderungen, dass die Ergebnisse der Studie die tatsächliche Prävalenz der Störung am ehesten unterschätzen, da die alten Kriterien wesentlich strenger und limitierender waren als die neuen.

### **5.1.3. EUROPEP**

Um die Behandlungszufriedenheit der Patienten zu erfassen, wurde der EUROPEP-Fragebogen verwendet, der die Aspekte „Arzt-Patienten-Beziehung“ und „Praxisorganisation“ berücksichtigt. Der Fragebogen wurde allerdings, wie bereits unter 3.3.2. ausgeführt, im Vorfeld kleinen Veränderungen unterzogen um den Gegebenheiten einer

Bereitschaftspraxis gerecht zu werden und enthielt letztlich 22 statt der ursprünglich 23 Fragen. Damit war der verwendete Fragebogen selbst nicht validiert; gleichzeitig wurden jedoch 19 Fragen sowie die validierte Vorgehensweise bezüglich des Auswertens unverändert übernommen. Aus diesem Grund ist davon auszugehen, dass der Fragebogen trotz Änderungen immer noch eine gute und reproduzierbare Aussage zur Praxiszufriedenheit von Patienten der Bereitschaftspraxis wiedergibt.

Dabei muss allerdings auch ein möglicher Deckeneffekt berücksichtigt werden. Dies bezeichnet die Tatsache, dass Antworten eines ordinalskalierten Fragebogens auf der höchstmöglichen Kategorie („ausgezeichnet“) kumulieren. Ein solches Auftreten kann einerseits durch eine ungünstige Formulierung der Frage bedingt sein; andererseits durch eine ungünstige Zusammenfassung der Antwortmöglichkeiten, wenn diese zu vage gefasst sind und damit nicht das gesamte mögliche Spektrum abdecken. Ein weiterer Grund für das Auftreten eines Deckeneffektes ist die sogenannte soziale Erwünschtheit. Dieser Begriff beschreibt die Tatsache, dass Patienten in Fragebögen diejenige Antwortmöglichkeit auswählen, von der sie annehmen, dass sie von ihnen erwartet wird beziehungsweise die ihrer Ansicht nach auf die größte Zustimmung stößt. Dadurch ergibt sich in einer Befragung unter Umständen ein insgesamt sehr positives, aber letztlich wenig differenziertes Ergebnis (Nübling et al. 2005).

## **5.2. Diskussion der Ergebnisse**

### **5.2.1. Beratungsanlässe**

Die absolute Zahl der Patienten, deren Diagnosen aus ärztlicher Sicht erfasst wurden, entspricht in etwa auch der Anzahl der Patienten, die Angaben zum Grund ihres Praxisbesuchs machten (487 versus 485 Patienten). Dabei enthielten die ärztlichen Beratungsanlässe jedoch deutlich weniger Zweit- und Drittdiagnosen als die Beratungsanlässe aus Patientensicht. Diese Tatsache lässt sich am ehesten dadurch erklären, dass Patienten häufig eine Kombination verschiedener Beschwerden angaben, die jedoch letztlich mit einem einzigen Beratungsergebnis vereinbar waren, wie beispielsweise die Symptome „Husten“, „Halsschmerzen“ und „Fieber“ mit der Diagnose „Pharyngitis“.

Beschwerden des Bewegungsapparates standen mit 35,6% an erster Stelle der Beratungsanlässe und waren insgesamt beinahe so häufig wie Beschwerden der nachfolgenden ICPC-Kategorien Atmungsorgane (13,0%), Verdauungssystem (10,1%), Haut (8,0%) und Urologisch (5,5%) zusammen. In der Kategorie Bewegungsapparat wiederum stand die Diagnose „Untere Rückensymptomatik/-beschwerden“ mit 16,0% an erster Stelle

und war mit 5,7% auch insgesamt gesehen der häufigste Beratungsanlass der Bereitschaftspraxis.

Damit konnten die Ergebnisse von zwei niederländischen Studien bestätigt werden, die ebenfalls die Beratungsanlässe von Bereitschaftspraxen untersuchten: den Boer-Wolters et al. untersuchten retrospektiv 44 953 Patientenkontakte des Bereitschaftsdienstes aus dem Jahr 2007; van Uden et al. schlüsselten 64 668 Patientenkontakte einer Bereitschaftspraxis in Maastricht aus dem Jahr 2001 auf. In beiden Studien waren die häufigsten ICPC-Kategorien, die verzeichnet wurden, Bewegungsapparat, Allgemein und unspezifisch, Atmungsorgane, Verdauungssystem und Haut; lediglich deren Rangfolge untereinander variiert geringfügig (den Boer-Wolters et al. 2010; van Uden et al. 2005). Mit Ausnahme der Kategorie „Allgemein und unspezifisch“, die in der vorliegenden Studie mit 5,3% lediglich an sechster Stelle stand, zeigen die verschiedenen Studien folglich ähnliche Ergebnisse.

Die vier häufigsten Beratungsanlässe waren die Beschwerden „untere Rückensymptomatik/-beschwerden“ (5,7%), „Zystitis/Harnwegsinfekt, anderer“ (5,1%), „postkoitale Empfängnisverhütung“ (4,6%) und „Insektenbisse/-stiche“ (3,9%). Die hohe Zahl von Insektenbissen könnte mit dem Rekrutierungszeitraum von April bis Juli zusammenhängen, da anzunehmen ist, dass diese (auch) jahreszeitbedingt waren. Die übrigen Beratungsanlässe stellten dagegen keine speziell jahreszeitabhängigen Beschwerden dar, so dass in anderen Befragungszeiträumen eine ähnliche Verteilung zu erwartet ist.

Im Rahmen der CONTENT-Studie, einem großangelegten Projekt der Universität Heidelberg mit dem Ziel, ein Morbiditätsregister für den hausärztlich ambulanten Bereich zu erstellen, wurden auch die Daten einer im ländlichen Raum gelegenen Bereitschaftsdienstzentrale erfasst. Die Analyse von 15 886 Patientenkontakten innerhalb von drei Jahren ergab für die zehn häufigsten Beratungsanlässe der Praxis die Beschwerden Fieber (5,8%), Halsschmerzen (4,8%), Husten (4,8%), Ohrschmerzen (3,9%), Insektenstiche (3,6%), Infekt der oberen Atemwege (3,6%), Erbrechen (2,9%), untere Rückenschmerzen (3,9%), Zystitis (2,1%) und Bauchschmerzen (1,9%) (Leutgeb et al. 2014). Die unterschiedliche Häufigkeitsverteilung der einzelnen Beratungsanlässe, abgesehen von Insektenstichen, könnte zum einen daran liegen, dass in der hier vorliegenden Studie lediglich die Beratungsanlässe von Patienten notiert wurden, die sich zur Teilnahme an der Studie bereit erklärt hatten, während die Beratungsanlässe von Patienten, die beispielsweise aufgrund eines ausgeprägten Krankheitsgefühls die Teilnahme ablehnten, nicht erfasst wurden. Daher könnte die Häufigkeit von akuten Beschwerden fälschlicherweise zu niedrig erfasst worden sein. In die CONTENT-Studie flossen dagegen ausnahmslos alle Patientenkontakte des untersuchten Zeitraumes ein, so dass hier eine ungewollte Selektion vermieden wurde. Darüber hinaus wurden in der vorliegenden Studie ausschließlich Patienten über 18 Jahren für eine Teilnahme rekrutiert; die Beratungsanlässe von Kindern wurden nicht erfasst.

Möglicherweise ändert jedoch die Berücksichtigung der Beratungsanlässe von Kindern beziehungsweise Jugendlichen, wie in der CONTENT-Studie geschehen, auch die Verteilung der einzelnen Beratungsanlässe. Desweiteren wurde in der CONTENT-Studie durch den Rekrutierungszeitraum von drei vollen Jahren auch eine mögliche jahreszeitbedingte Häufigkeitsverteilung vermieden, die in der vorliegenden Studie nicht ausgeschlossen werden kann. Interessanterweise ist die Zahl der Insektenstiche dennoch vergleichbar (3,9% versus 3,6%). Schließlich könnten die Unterschiede auch durch eine unterschiedliche ICPC-Kodierung bedingt sein, auch wenn diese bei Unklarheiten mit wissenschaftlichen Mitarbeitern des Instituts für Allgemeinmedizin sowie dessen Direktor, Prof. A. Schneider, diskutiert wurde. Eine deutsche Studie, die die Reliabilität bei der Kodierung von knapp 9 000 Beratungsanlässen mit ICPC-2 untersuchte, ergab zwar sehr gute Ergebnisse auf Kapitelebene, jedoch nur eine moderate Übereinstimmung auf Ebene der Einzelitems. Aus diesem Grund sind Vergleiche auf Einzelebene auch nur eingeschränkt möglich (Frese et al. 2012).

Vergleicht man die Beratungsanlässe der Bereitschaftspraxis dagegen mit den 1 425 Beratungsanlässen einer hausärztlichen Studie (Schneider et al. 2013), zeigen sich deutliche Unterschiede. In dieser waren die fünf häufigsten ICPC-Kategorien von Beratungsanlässen Bewegungsapparat (18,6%), Prozeduren (13,5%), Atmungsorgane (12,1%), Kreislauf (12,0%) und Psychologisch (10,7%). Somit standen Beschwerden des Bewegungsapparates zwar auch hier an erster Stelle; sie wurden jedoch nur etwa halb so oft verzeichnet wie in der Bereitschaftspraxis (18,6% versus 35,6%). Die Häufigkeit von Beschwerden der Atmungsorgane war vergleichbar (12,1% versus 13,0%); die übrigen Kategorien wurden in der Bereitschaftspraxis wesentlich seltener erfasst. Zu Prozeduren werden beispielsweise Gesundheits-Checks, Laboruntersuchungen oder Impfungen gerechnet, also Tätigkeiten, die in der täglichen Primärversorgung eine wichtige Rolle spielen, in der Bereitschaftspraxis jedoch lediglich 0,5% aller Beratungsanlässe ausmachten. Auf die Kategorie Psychologisch fielen in der Bereitschaftspraxis lediglich 1,2% aller Beratungsanlässe. Dies könnte daran liegen, dass Patienten mit psychischen Problemen bei Beschwerden möglicherweise eher ihren Hausarzt als feste und ihnen vertraute Bezugsperson aufsuchen und Hausärzte ihre Patienten durch den regelmäßigen Kontakt besser einschätzen können als ein Arzt der Bereitschaftspraxis, zu dem noch kein Vertrauensverhältnis besteht. Andererseits könnte es auch sein, dass in der Bereitschaftspraxis lediglich die vordergründigen „organischen“ Beschwerden dokumentiert wurden und nicht die dahinter liegende psychische (Ko-) Morbidität.

Umgekehrt wurden ICPC-Kategorien, die in der Bereitschaftspraxis häufig waren, deutlich seltener in hausärztlichen Praxen registriert. So stand in der genannten hausärztlichen Studie die Kategorie Verdauungssystem mit 7,6% der Beratungsanlässe an sechster Stelle

(Bereitschaftspraxis: 10,1%), während die Kategorien Haut (4,1%) und Urologisch (1,6%) an zehnter beziehungsweise elfter Position verzeichnet wurden (Bereitschaftspraxis 8,0% beziehungsweise 5,5%) (Schneider et al. 2013).

Damit zeigen die Ergebnisse der Studie, dass Patienten der Bereitschaftspraxis häufiger aufgrund von akuten Beschwerden behandelt wurden als Patienten im durchschnittlichen hausärztlichen Kollektiv und bestätigen die Ergebnisse internationaler Studien mit ähnlichen Untersuchungsbedingungen. Umgekehrt bedeutet dies für die in einer Bereitschaftspraxis tätigen Ärzte, dass sich das Behandlungsspektrum vom normalen hausärztlichen Alltag unterscheidet. Hier ist eine stärkere Akutversorgung gefragt, während beispielsweise die psychosomatische Grundversorgung eher eine untergeordnete Rolle spielt.

### **5.2.2. Psychische Komorbidität in der Bereitschaftspraxis**

Von allen Studienteilnehmern erfüllten 27,2% die Kriterien für mindestens eine psychische Störung innerhalb der letzten vier Wochen. Damit liegen die Ergebnisse deutlich über denen des bundesdeutschen Gesundheitssurveys von 1999 mit 17% innerhalb der letzten vier Wochen (Wittchen et al. 1999). Dies könnte daran liegen, dass im Rahmen des Gesundheitssurveys von Wittchen et al. unter allen Studienteilnehmern, die positiv bezüglich einer psychischen Störung getestet wurden sowie unter einer Zufallsauswahl von 50% der negativ getesteten ein einstündiges klinisch-psychiatrisches Untersuchungsgespräch erfolgte um die Diagnose zu verifizieren. In der vorliegenden Studie geschah dies jedoch nicht. Darüber hinaus liefert der Bundesgesundheitsurvey Daten aus der Allgemeinbevölkerung, die möglicherweise niedriger sind als im Praxis-Setting.

Die Ergebnisse aus der Bereitschaftspraxis stimmen dagegen mit einer Metaanalyse von Wittchen et. al überein, in der 27 europäische Studien untersucht wurden, die alle auf den DSM und/oder ICD-10-Kriterien basierten und über 150 000 Teilnehmer enthielten. Die Analyse ergab bezüglich des Vorliegens mindestens einer psychischen Störung innerhalb der letzten zwölf Monate eine Prävalenz von etwa 27% in der europäischen Bevölkerung (Wittchen und Jacobi 2005). Zudem sind die hier vorliegenden Ergebnisse beinahe identisch mit denjenigen einer hausärztlichen Studie aus dreizehn allgemeinmedizinischen Praxen im Großraum München mit 1 101 Patienten, bei der 26,2% aller Patienten mindestens eine psychische Störung innerhalb der letzten vier Wochen aufwiesen (Schneider et al. 2013). Dies unterstreicht die Annahme, dass die Prävalenz einer psychischen Störung im Raum München tatsächlich bei etwa 27% liegt. Letztlich darf dabei jedoch nicht vergessen werden, dass die Fragebögen keine endgültige Diagnose zulassen, sondern lediglich ein Screeninginstrument darstellen.

Obwohl sich die Prävalenz psychischer Störungen zwischen hausärztlichen Praxen und Bereitschaftspraxis laut Studienergebnissen kaum voneinander unterscheidet, wurde eine solche Störung in der Bereitschaftspraxis wesentlich seltener diagnostiziert (1,2% versus 10,7%). Diese Tatsache ist am ehestens darauf zurückzuführen, dass, wie dies im hausärztlichen Setting der Fall ist, häufig erst eine lange Arzt-Patienten-Beziehung mit Kenntnis der persönlichen Umstände des Patienten und gegenseitigem Vertrauen eine solche Diagnose ermöglicht. Weiterhin denkbar ist, wie bereits erwähnt, dass Patienten mit einer psychischen Störung in der Bereitschaftspraxis lediglich aufgrund im Vordergrund stehender akuter Beschwerden behandelt wurden beziehungsweise nicht aktiv nach einer zugrunde liegenden psychischen Störung gesucht wurde.

Bei 17,2% der Patienten lag genau eine der untersuchten Störungen vor, bei 10,0% waren es mindestens zwei. Auch diese Ergebnisse deuten in dieselbe Richtung wie die Ergebnisse anderer Studien: Bei Hanel et al. wiesen 25,9% der Patienten genau eine Störung auf, weitere 9,7% mindestens zwei (Hanel et al. 2009).

Insgesamt erfüllten 18,2% aller Patienten die Kriterien für eine depressive Störung, davon 11,4% für eine Minor Depression und weitere 6,8% für eine Major Depression. Im Vergleich zur Depression 2000 Studie mit 14 746 Patienten aus 412 hausärztlichen Praxen, in der die Punktprävalenz einer depressiven Störung laut DSQ-Fragebogen (Depression Screening Questionnaire) bei 10,9% lag (Wittchen und Pittrow 2002), ist dieser Wert deutlich erhöht. Dies könnte darauf zurückzuführen sein, dass die Teilnehmer der vorliegenden Studie nur aus dem Raum München stammten, während Wittchen et al. städtische und ländliche Praxen aus ganz Deutschland miteinbezogen. Zum einen gibt es Hinweise darauf, dass psychische Störungen in Städten häufiger auftreten beziehungsweise diagnostiziert werden als in ländlichen Gegenden (Daig et al. 2013; Lehtinen et al. 2003; Romans et al. 2010), zum anderen ist die Prävalenz von affektiven Störungen in den alten Bundesländern signifikant höher als in den neuen (Wittchen et al. 1999). Für diese Erklärungsmöglichkeiten spricht auch die Tatsache, dass die Prävalenz einer depressiven Störung in der hausärztlichen Studie im Großraum München mit 1 101 Patienten bei 14,9% lag (Schneider et al. 2013) und Mergl et al. bei 394 Patienten aus allgemeinmedizinischen Praxen im Raum Nürnberg sogar einen Wert von 22,8% ermittelten (Mergl et al. 2007). Die Vergleichbarkeit der verschiedenen Studien wird allerdings durch die Tatsache erschwert, dass die Ergebnisse mit unterschiedlichen Messinstrumenten gewonnen wurden. In der Depression 2000 Studie wurde der DSQ-Fragebogen verwendet, während die Studie von Mergl et al. auf dem Composite International Diagnostic Interview (CIDI) basierte. Die hausärztliche Studie wiederum benutzte den PHQ-9. Durch die Verwendung desselben Fragebogens wie in der vorliegenden Studie wird dadurch die beste Vergleichbarkeit ermöglicht. Schließlich ist nicht auszuschließen, dass sich die Prävalenz der Erkrankung von 2000 bis 2012 verändert hat.

Die Kriterien für das Vorliegen einer Panikstörung wurden von 3,2% aller Patienten erfüllt, womit die Ergebnisse lediglich leicht über denen anderer Studien liegen: Der Bundesgesundheitsurvey von 1999 ermittelte für die Prävalenz von Panikstörungen in der deutschen Bevölkerung einen Wert von 2,3% (Jacobi et al. 2004), die beiden Metaanalysen von Wittchen et al. sowie Goodwin et al. einen Median von jeweils 1,8% (Wittchen und Jacobi 2005; Goodwin et al. 2005). In der hausärztlichen Studie von Schneider et al. fand sich diesbezüglich dagegen eine Prävalenz von 4,7% (Schneider et al. 2013). Die Differenzen zwischen den einzelnen Studienergebnissen, die insgesamt betrachtet gering sind, könnten auf die bereits diskutierten Unterschiede in den einzelnen Studienpopulationen zurückzuführen sein, dass heißt Studienteilnehmern aus der Allgemeinbevölkerung auf der einen Seite und Patienten in hausärztlichen Praxen auf der anderen Seite sowie nicht auszuschließenden regionalen Unterschieden. Auch die Validierung des Bundesgesundheitsurveys mithilfe eines klinisch-psychiatrischen Untersuchungsgespräches ist zu berücksichtigen.

Von den Studienteilnehmern der Bereitschaftspraxis erfüllten 9,4% die Vorgaben für das Vorliegen einer generalisierten Angststörung. Damit ist dieser Wert vergleichbar mit den Ergebnissen anderer Studien, die diesbezüglich über eine Prävalenz von etwa 8% in hausärztlichen Praxen berichteten (Lieb et al. 2005; Wittchen 2002).

Die Kriterien einer somatoformen Störung wurden von 13,8% der hier untersuchten Patienten erfüllt. Damit liegen die Ergebnisse unter denjenigen ähnlicher Studien aus hausärztlichen Praxen. Schneider et al. ermittelten eine Prävalenz von 16,5% (Schneider et al. 2013), während die Ergebnisse anderer Studien hierzu zwischen 20% und über 30% liegen (Barsky et al. 2005; Hanel et al. 2009; Mergl et al. 2007; Fink et al. 1999). Von diesen Studien wiederum verwendeten Schneider et al., Barsky et al. (20,5%) und Hanel et al. (27%) den auch in der Bereitschaftspraxis angewandten PHQ-15 als Messinstrument, was eine gute Vergleichbarkeit ermöglicht.

Unter den Studienteilnehmern mit einer psychischen Störung lag der prozentuale Frauenanteil stets über dem Männeranteil, wenngleich der Unterschied lediglich für die Panikstörung signifikant war. Diese Tatsache wurde bereits in zahlreichen anderen Studien nachgewiesen (Jacobi et al. 2004; Wittchen et al. 1999; Wittchen und Jacobi 2005), was für eine gute Repräsentativität der vorliegenden Studie spricht.

### **5.2.3. Inanspruchnahmeverhalten**

Von den Studienteilnehmern hatten lediglich 3,0% die Bereitschaftspraxis mehr als zweimal innerhalb des letzten Jahres aufgesucht. Diese Patienten waren wiederum für 9,1% aller Praxisbesuche innerhalb dieses Zeitraumes verantwortlich. Damit widersprechen die

Ergebnisse der vorliegenden Studie denjenigen ähnlicher Untersuchungen. Bei den Boer-Wolters et al. suchten 9% aller Patienten den Bereitschaftsdienst drei- bis sechsmal innerhalb eines Jahres auf und weitere 1% siebenmal oder öfter. Gleichzeitig waren diese 10% jedoch für 23,6% aller Praxisbesuche verantwortlich (den Boer-Wolters et al. 2010). Vedsted et al. definierten frequent attenders als die 10% aller Patienten, die den Bereitschaftsdienst mindestens viermal innerhalb von zwölf Monaten konsultierten; diese machten jedoch wiederum 42% aller Patientenkontakte aus (Vedsted und Olesen 1999). In der hausärztlichen Studie von Schneider et al. wurden high utilizer als diejenigen Patienten definiert, die eine Praxis mehr als elf Mal pro Jahr aufsuchten; diese machten jedoch höchstens 5% aller Patienten aus (Schneider et al. 2011).

Für die geringe Zahl an high utilizern in der Bereitschaftspraxis gibt es mehrere Erklärungsansätze: Zum einen wurden zwar alle Patienten konsekutiv angesprochen und um eine Teilnahme an der Studie gebeten; es wurden jedoch ausschließlich Daten von denjenigen Patienten erfasst, die der Teilnahme zustimmten, während die Studien von den Boer-Wolters et al. sowie Vedsted et al. ihre Daten retrospektiv durch computerbasierte Auswertung aller Patientenkontakte in den jeweils definierten Zeiträumen erhoben. Möglicherweise stimmten manche high utilizer der Bereitschaftspraxis einer Studienteilnahme nicht zu, so dass die Ergebnisse diesbezüglich zu niedrig ausfielen. Ebenso könnte die Tatsache, dass 95,8% aller Studienteilnehmer am Wochenende oder einem Feiertag rekrutiert wurden, die Ergebnisse beeinflusst und dazu geführt haben, dass die Zahl der high utilizer zu niedrig erhoben wurde. An diesen Tagen herrschte meist starker Andrang mit teilweise langen Wartezeiten, was dagegen zwischen Montag und Donnerstag weniger stark ausgeprägt war. Unter Umständen suchen dadurch einige high utilizer die Praxis bevorzugt an diesen Tagen auf und wurden deshalb nicht um eine Studienteilnahme gebeten. Denkbar ist ebenfalls, dass die Praxis tatsächlich kaum von high utilizern betroffen ist, da diese eher ihren Hausarzt als festen und vertrauten Ansprechpartner aufsuchen, als die Bereitschaftspraxis, in der zum Befragungszeitpunkt etwa zehn verschiedene Ärzte arbeiteten. Schließlich könnten die abweichenden Studienergebnisse auch auf Unterschiede in den Gesundheitssystemen zurückzuführen sein; bei den Boer-Wolters et al. handelte es sich um eine niederländische Studie, bei Vedsted et al. um eine dänische Studie. In den Niederlanden müssen sich Patienten bei einem festen Hausarzt einschreiben sofern sie gesetzlich versichert sind; der Wechsel zu einem anderen Hausarzt ist zwar grundsätzlich möglich, jedoch nicht immer einfach, da Hausärzte nicht gezwungen sind neue Patienten anzunehmen. In Deutschland besteht dagegen eine Freiheit bezüglich der Arztwahl. Möglicherweise suchen high utilizer in Deutschland daher bevorzugt ihren Hausarzt auf, da sie sich einen aussuchen können, der ihnen das gewünschte Maß an Empathie und Geduld

erteilt. Umgekehrt könnten Bereitschaftspraxen in den Niederlanden etablierter sein und aufgrund des festen Hausarztmodells als Hausarztersatz für manche Patienten dienen.

#### **5.2.4. Zusammenhang zwischen Beratungsanlässen und psychischer Komorbidität**

Für die Panikstörung war eine Korrelation von Summenskalenwerten mit den einzelnen ICPC-Kategorien nicht möglich, da dieser Bereich des PHQ ausschließlich kategorial ausgewertet werden kann. Die Korrelation unter den übrigen untersuchten Modulen ergab einen signifikanten Zusammenhang zwischen den Beratungsanlässen und einer depressiven beziehungsweise somatoformen Störung ( $p < 0,001$ ).

Erhöhte Depressions-Summenskalenwerte im Sinne einer Minor Depression zeigten zahlreiche Kategorien (Prozeduren-Codes, Allgemein und unspezifisch, Verdauungssystem, Kreislauf, Neurologisch, Urologisch und Schwangerschaft, Geburt, Familienplanung); erhöhte Werte im Sinne einer Major Depression die beiden Kategorien Psychiatrisch und männliches Genitale. Mit einer mittelgradigen somatischen Symptomschwere gingen die Kategorien Verdauungssystem und männliches Genitale einher; mit einer mittelgradigen Ängstlichkeit die Kategorie Psychiatrisch. Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Kategorien Prozeduren-Codes und männliches Genitale jeweils nur aus zwei Patienten bestanden, so dass die Aussagefähigkeit diesbezüglich stark eingeschränkt ist.

Von den Patienten mit somatoformer Störung erhielten 62,3% eine Diagnose aus der Kategorie Verdauungssystem. Einerseits könnte dies durch die Diagnosekriterien der somatoformen Störung bedingt sein, da der PHQ-15 allein drei Fragen zum Verdauungssystem enthält. Demnach ist die Wahrscheinlichkeit, dass Patienten mit akuten Beschwerden des Verdauungssystems auch die Diagnosekriterien einer somatoformen Störung erfüllen, erhöht, weshalb die endgültige Diagnose einer somatoformen Störung nur im ärztlichen Gespräch sowie nach Ausschluss anderer Ursachen gestellt werden kann. Andererseits könnte eine Diagnose dieser Kategorie in der Tat auf eine zugrunde liegende psychische Störung deuten und daher als Hinweis darauf dienen.

Die Verdachtsdiagnose einer Minor Depression aufgrund der ICPC-Kategorie des Beratungsanlasses zu stellen erscheint mit den vorliegenden Daten nicht sinnvoll, da es sich um zu viele und zu unterschiedliche Kategorien handelte. Hier müsste eher ein Screening-Fragebogen eingesetzt werden um eine depressive Störung zu erkennen. Dabei stellt sich allerdings die Frage, ob dies in einer Bereitschaftspraxis möglich beziehungsweise sinnvoll ist, da es hierbei primär um die Behandlung akuter Beschwerden anstatt um eine

psychosomatische Grundversorgung geht. Im Falle einer solchen Verdachtsdiagnose sollten die betroffenen Patienten jedoch zur weiteren Abklärung und Behandlung an ihren jeweiligen Hausarzt verwiesen werden. Patienten mit einer Major Depression erhielten dagegen in 17,6% der Fälle eine psychiatrische Diagnose. Dies spricht dafür, dass die zugrunde liegende Störung in zahlreichen Fällen so offensichtlich war, dass sie dem behandelnden Bereitschaftsarzt auch ohne lange Kenntnis des jeweiligen Patienten auffiel. In diesen Fällen sollten Patienten auf jeden Fall an ihren Hausarzt zur weiteren Betreuung verwiesen werden.

### **5.2.5. Zusammenhang zwischen Behandlungszufriedenheit und psychischer Komorbidität**

Der Teilbereich „Arzt-Patienten-Beziehung“ wurde von 46,4% der Patienten als „ausgezeichnet“ bewertet, der Teilbereich „Praxisorganisation“ von 42,4% der Patienten. Diese Ergebnisse könnten mit dem empfohlenen Auswertungsalgorithmus des EUROPEP-Fragebogens zusammenhängen – Patienten durften ihre Zufriedenheit zwar auf einer Antwortskala von eins bis fünf ausdrücken; letztlich wurden die Antwortmöglichkeiten zwei bis fünf jedoch bei der Auswertung als „nicht ausgezeichnet“ zusammengefasst und erhielten den Punktwert null (Wensing 2006). Dies bedeutet, dass die Mehrheit Patienten die Bereitschaftspraxis zwar offenbar nicht für „ausgezeichnet“ hielt; jedoch könnten zahlreiche Patienten sie als „gut“ bewertet haben, ohne dass sich dies in der Auswertung bemerkbar machte. Aus diesem Grund wurde in einer weiteren Analyse auch die zweitbeste Antwortmöglichkeit berücksichtigt, wodurch die Zustimmungsrate auf 80,1% im Bereich „Arzt-Patienten-Beziehung“ und 75,8% im Bereich „Praxisorganisation“ stieg.

Betrachtet man die Ergebnisse der Einzelfragen bezüglich eines möglichen Deckeneffektes so fällt Folgendes auf: Die Mittelwerte aller 22 Fragen liegen zwischen 1,6 und 2,5; der Median ausschließlich bei 1,0 oder 2,0. Diese Verteilung spricht in der Tat für das Vorliegen eines solchen Effektes; am ehesten müssten also die verschiedenen Antwortmöglichkeiten noch stärker unterteilt oder anders formuliert werden, um eine differenziertere Bewertung zu erreichen. Da der Deckeneffekt auch in anderen Studien auftrat, wurde eine solche Änderung bereits angeregt; hierfür wäre allerdings anschließend eine neue Validierungsstudie notwendig (Wensing 2006).

Einer der meistgenannten Kritikpunkte war die lange Wartezeit. Dieser Punkt mag durchaus begründet sein, da sich aufgrund der Anlaufstelle als Akutversorgung in Stoßzeiten Wartezeiten von teilweise mindestens ein bis zwei Stunden ergaben. Aus diesem Grund könnte es sinnvoll sein, an Tagen mit langen Öffnungszeiten und erfahrungsgemäß hohem Patientenaufkommen mehr Ärzte zu beschäftigen; bei drei Untersuchungszimmern wäre dies auch logistisch möglich. Gleichzeitig sind jedoch oftmals die Erwartungen der Patienten

unrealistisch – in einer normalen hausärztlichen Praxis mit Terminvergabe kann ein Patient in gewissem Umfang mit einer nicht allzu langen Wartezeit rechnen; in einer Bereitschaftspraxis, die jedem Patienten während der Öffnungszeiten zur Verfügung steht, ist dieser Anspruch dagegen nicht möglich. In einer Studie von Frankenhauser-Mannuß et al. aus dem Jahr 2011 wurden Ärzte zur gegenwärtigen Situation des Bereitschaftsdienstes in Deutschland befragt. Einer der dabei in einer Freitextfrage meistgenannten Kritikpunkte war das Inanspruchnahmeverhalten von Patienten; kritisiert wurden das Aufsuchen der Bereitschaftspraxis aufgrund von Banalitäten, eine fehlende Filterfunktion sowie ein hoher Patientenanspruch (Frankenhauser-Mannuß et al. 2014). Aus diesem Grund wäre mehr Aufklärungsarbeit bezüglich des Konzeptes von Bereitschaftspraxen als Einrichtung der hausärztlichen Notfallversorgung sicherlich sinnvoll.

Darüber hinaus zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Behandlungszufriedenheit von Patienten und dem Vorliegen einer Major Depression (*p*-Wert 0,005 bezüglich *Arzt-Patienten-Beziehung*, *p*-Wert 0,002 bezüglich *Praxisorganisation*). Das bedeutet, dass die Behandlungszufriedenheit mit zunehmender Depressivität sank. Kein signifikanter Zusammenhang ließ sich dagegen zwischen den übrigen psychischen Störungen und der Behandlungszufriedenheit erkennen. Insgesamt ist die Behandlungszufriedenheit von Patienten bei gleichzeitiger psychischer Komorbidität bislang wenig erforscht. Nur Petek et al. untersuchten mithilfe des EUROPEP einen möglichen Zusammenhang und stellten dabei fest, dass Patienten mit depressiver oder Angststörung eine geringere Behandlungszufriedenheit aufwiesen (Petek et al. 2011). Hierbei ist jedoch festzuhalten, dass die Diagnose einer solchen Störung in der genannten Studie ausschließlich auf Selbstangaben der Patienten beruhte und nicht mithilfe eines standardisierten Fragebogens oder gar klinischen Interviews erhoben beziehungsweise überprüft wurde.

Auch vor diesem Hintergrund sollte die Objektivität von Praxisbewertungen, die im Internet zunehmende Aufmerksamkeit erhalten, kritisch betrachtet werden. Zum einen besteht hierbei die Möglichkeit, dass bevorzugt Patienten mit sehr positiven oder sehr negativen Erlebnissen davon Gebrauch machen, um entweder ihre Begeisterung kundzutun oder ihrem Ärger Luft zu machen. Patienten mit durchschnittlichen Erfahrungen sehen dagegen häufig keinen Grund diese wiederzugeben, weshalb das Bewertungsergebnis in der Regel wenig repräsentativ ist. Andererseits stellt sich die Frage nach der Ursache extremer Antworten oder zumindest gewisser Antworttendenzen – wie die vorliegende Studie nahelegt bewerten Patienten mit erhöhter psychischer Komorbidität eine Situation unter Umständen anders als Patienten ohne psychische Komorbidität; folglich fällt auch deren Kritik anders aus. Da die jeweiligen individuellen Hintergründe bei mehr oder weniger anonymen Bewertungen nicht

berücksichtigt werden, sollten auch die Erfahrungsberichte nur unter Vorbehalt gesehen werden.

### **5.2.6. Verbesserungsvorschläge von Patienten**

Insgesamt machten 89 Patienten (17,8%) von der Möglichkeit Gebrauch, in einer Freitextfrage Verbesserungsvorschläge oder Anregungen zu äußern. Diese wiederum ließen sich zu insgesamt 35 verschiedenen Aussagen zusammenfassen. Die geringe Resonanz könnte dafür sprechen, dass Patienten mit der Praxis im Wesentlichen zufrieden waren und nur wenig Verbesserungsbedarf sahen. In 10,1% der Freitext-Antworten handelte es sich zudem um ein ausdrückliches Lob. Dass sich allerdings 89 Patientenantworten zu nur 35 Aussagen zusammenfassen ließen, spricht dafür, dass sich die genannten Kritikpunkte wiederholten.

Wie bereits erwähnt, war die Wartezeit einer der meistgenannten Kritikpunkte innerhalb des EUROPEP-Fragebogens. Aus diesem Grund verwundert es nicht, dass die mit 18,0% häufigste Anmerkung der Wunsch nach mehr Ärzten zur Verkürzung der Wartezeit war. Logistisch wäre diese Forderung bei drei Untersuchungszimmern möglich, so dass die Praxis an Tagen mit langen Öffnungszeiten und erfahrungsgemäß hohem Patientenaufkommen darüber nachdenken könnte. Allerdings müssten sich dafür zunächst mehr Ärzte in der Bereitschaftspraxis beteiligen als zum Befragungszeitpunkt, zu dem etwa zehn Ärzte dort arbeiteten. Andernfalls würde mit erhöhter Schichtzahl auch die Arbeitsbelastung deutlich steigen. In der Studie von Frankenhauser-Mannuß et al. beklagten die befragten Ärzte auch die derzeitige Versorgungssituation mit einer fehlenden Bereitschaft zur Teilnahme am Bereitschaftsdienst und einem Ärztemangel (Frankenhauser-Mannuß et al. 2014). Folglich erscheint eine Rekrutierung weiterer Ärzte unter den gegebenen Umständen schwierig; um diese zu erleichtern empfiehlt sich zunächst eine Verbesserung der Rahmenbedingungen des Bereitschaftsdienstes.

Mehrere ähnliche Vorschläge betrafen die Praxisorganisation; konkret waren dies der Wunsch nach einer Nummernvergabe zur Anmeldung (6,7%), besserer Information bei der Ankunft (4,5%), mehr Mitarbeiterinnen zur Beschleunigung der Anmeldung (3,4%), der Möglichkeit per Rechnung zu zahlen (3,4%), weniger Bürokratie (2,2%) oder der Trennung von bürokratischen und Patienten-versorgenden Aufgaben (1,1%). Diese Anregungen verstehen sich vor dem Hintergrund, dass in der Bereitschaftspraxis stets lediglich eine medizinische Fachangestellte anwesend war. Deren Aufgabe bestand einerseits in organisatorischen Tätigkeiten wie der Anmeldung von Patienten oder Ausstellung von Rechnungen und Rezepten, andererseits jedoch auch in medizinischen Tätigkeiten wie Verbandswechseln. Dadurch ließen sich längere Wartezeiten bei gleichzeitig hohem

Patientenaufkommen nicht vermeiden. Demzufolge wären in Stoßzeiten ebenfalls mehr Mitarbeiterinnen wünschenswert; auch hier müssten dafür jedoch zunächst weitere Mitarbeiterinnen beschäftigt werden. Die Idee der Nummernvergabe zur Anmeldung wäre allerdings ohne großen logistischen oder finanziellen Aufwand realisierbar und eine sinnvolle Verbesserung, da sich auch die anschließende Behandlung nach der Reihenfolge des Eintreffens richtete. Dieses war jedoch in manchen Fällen nicht mehr nachvollziehbar; zudem hielten sich nicht alle Patienten daran. Daher könnte eine Nummernvergabe dazu beitragen, unnötigen Stress oder Unmut unter Patienten zu vermeiden.

## 6. SCHLUSSFOLGERUNGEN

Abgesehen von der vorliegenden Studie wurden die Beratungsanlässe einer Bereitschaftspraxis bereits im Rahmen der CONTENT-Studie (Leutgeb et al. 2014) analysiert, wenngleich es sich ebenfalls nur um Daten aus einer einzigen Praxis handelte. Insgesamt ist die Datenlage zu Bereitschaftspraxen in Deutschland jedoch bislang gering. Die Prävalenz von psychischen Störungen, zu der im hausärztlichen Bereich bereits zahlreiche Studien vorliegen, wurde dagegen nach unserem Wissen noch nicht in einer deutschen Bereitschaftspraxis untersucht.

An erster Stelle der Beratungsanlässe der Bereitschaftspraxis standen Beschwerden des Bewegungsapparates, gefolgt von Beschwerden der ICPC-Kategorien Atmungsorgane, Verdauungssystem, Haut und Urologisch. Dies bestätigt auch die Ergebnisse internationaler Studien aus Bereitschaftspraxen, in denen lediglich die Rangfolge der Kategorien geringfügig variiert (den Boer-Wolters et al. 2010; van Uden et al. 2005). Dagegen unterscheiden sich die Beratungsanlässe von denjenigen eines durchschnittlichen hausärztlichen Kollektivs (Schneider et al. 2013) in der Hinsicht, dass die Beratungsanlässe der Bereitschaftspraxis von akuterer Beschwerden gekennzeichnet waren. Dies bestätigt die diesbezüglich anfangs aufgestellte Hypothese und unterstreicht die Annahme, dass Bereitschaftspraxen die ihnen zugeordnete Aufgabe erfüllen, eine primärärztliche Akutversorgung außerhalb regulärer Praxisöffnungszeiten zu stellen. Vermutlich wird dadurch auch das Patientenaufkommen in der Notaufnahme des Klinikums rechts der Isar reduziert, was allerdings erst durch weitere Untersuchungen validiert werden müsste.

Weiterhin zeigte sich, dass die Prävalenz einer psychischen Komorbidität in der Bereitschaftspraxis mit 27,2% etwa so hoch war wie in regulären hausärztlichen Praxen im Raum München (Schneider et al. 2011). Dabei muss allerdings berücksichtigt werden, dass mit den Screening-Fragebögen lediglich Verdachtsdiagnosen gestellt werden können, die nicht weiter verifiziert wurden. Im Gegensatz zu den regulären hausärztlichen Praxen gab es in der Bereitschaftspraxis kaum high utilizer. Auch konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen psychischer Komorbidität und einem gehäuftem Aufsuchen der Bereitschaftspraxis nachgewiesen werden, so dass sich die zweite Hypothese nicht bestätigte. Dies könnte daran liegen, dass Patienten mit erhöhter psychischer Komorbidität bevorzugt ihren eigenen Hausarzt als vertrauten Ansprechpartner aufsuchen. Möglicherweise wäre es aufgrund der insgesamt hohen Prävalenz von psychischen Störungen dennoch sinnvoll, Screening-Fragebögen auszuhändigen und denjenigen Patienten, die positiv bezüglich einer psychischen Störung getestet werden, eine weitere Diagnostik beziehungsweise Behandlung bei ihrem Hausarzt zu empfehlen.

Schließlich zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Vorliegen einer Major Depression und der Behandlungszufriedenheit von Patienten; diese sank mit zunehmender Depressivität. Zwischen den übrigen untersuchten Störung und der Behandlungszufriedenheit konnte dagegen kein Zusammenhang nachgewiesen werden. Damit wurde die dritte Hypothese nur zum Teil bestätigt. Die Datenlage hierzu ist bislang gering; die Ergebnisse stimmen jedoch teilweise mit der Studie von Petek et al. überein, in der Patienten mit depressiver Störung oder Angststörung eine geringere Behandlungszufriedenheit aufwiesen (Petek et al. 2011). Um diesbezüglich genauere Aussagen treffen zu können, müssten zunächst weitere Studien folgen.

## 7. ZUSAMMENFASSUNG

Psychische Komorbidität führt einerseits zu einer massiven Beeinträchtigung der Lebensqualität der betroffenen Patienten; andererseits spielt sie durch die damit verbundene erhöhte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und der Verursachung von Kosten in Milliardenhöhe auch eine bedeutende Rolle für die Gesellschaft. Aus diesem Grund wurden bereits zahlreiche Studien zur Prävalenz von psychischer Komorbidität in verschiedenen Populationen durchgeführt; unseres Wissen jedoch bislang keine in einer Bereitschaftspraxis in Deutschland. Die vorliegende Arbeit untersuchte sowohl die psychische Komorbidität (depressive Störungen, Panikstörung, generalisierte Angststörung und somatoforme Störung) von 500 Patienten der Bereitschaftspraxis Münchner Ärzte am Klinikum rechts der Isar als auch deren Beratungsanlässe, die anschließend mit einem durchschnittlichen hausärztlichen Kollektiv verglichen wurden. Zudem wurde die Behandlungszufriedenheit der Patienten ermittelt und mit der psychischen Komorbidität korreliert.

Zur Erfassung der psychischen Komorbidität wurden der PHQ- und GAD-7-Fragebogen eingesetzt; zur Erfassung der Behandlungszufriedenheit der EUROPEP. Die Beratungsanlässe wurden vor Ort notiert und anschließend mittels ICPC-2 klassifiziert.

Von den 500 Studienteilnehmern (response rate 56,3%) waren 54,8% weiblich; der Altersdurchschnitt lag bei 38,8 Jahren (MD 35,8 Jahre; SD 14,8). Insgesamt wurden 562 Beratungsanlässe festgehalten, wobei Beschwerden des Bewegungsapparates mit 35,6% an erster Stelle standen, gefolgt von Beschwerden der ICPC-Kategorien Atmungsorgane (13,0%), Verdauungssystem (10,1%), Haut (8,0%) und Urologisch (5,5%). Diese Ergebnisse ähneln denen internationaler Studien aus Bereitschaftspraxen und unterscheiden sich deutlich von den Beratungsanlässen regulärer hausärztlicher Praxen, bei denen sich weniger akute Beschwerden finden.

Die Kriterien für mindestens eine der untersuchten psychischen Störungen wurden von 27,2% der Studienteilnehmer erfüllt. Im Einzelnen konnte bei 18,2% der Patienten eine depressive Störung, bei 3,2% eine Panikstörung, bei 9,4% eine generalisierte Angststörung und bei 13,8% eine somatoforme Störung nachgewiesen werden. Damit liegen die Ergebnisse insgesamt etwas über der sonst beschriebenen Prävalenz, ähneln jedoch denen einer hausärztlichen Studie aus dem Raum München. Dies spricht dafür, dass die Prävalenz in dieser Gegend in der Tat so hoch ist, wenngleich die eingeschränkte Aussagekraft von Screening-Fragebögen beachtet werden muss.

97% aller Patienten hatten die Bereitschaftspraxis innerhalb der vergangenen zwölf Monate ein- oder zweimal aufgesucht, lediglich 3,0% drei- bis sechsmal („high utilizer“). Bei letzteren konnte jedoch keine signifikant erhöhte psychische Komorbidität nachgewiesen werden.

Der Teilbereich „Arzt-Patienten-Beziehung“ wurde von 46,4% der Patienten als „ausgezeichnet“ bewertet, der Teilbereich „Praxisorganisation“ von 42,4% der Patienten. Ein signifikanter Zusammenhang zeigte sich zwischen dem Vorliegen einer Major Depression und der Behandlungszufriedenheit, die mit zunehmender Depressivität sank. Zwischen den übrigen untersuchten psychischen Störungen und der Behandlungszufriedenheit ließ sich dagegen kein Zusammenhang nachweisen.

Der mit 18,0% häufigste Verbesserungsvorschlag war der Wunsch nach mehr Ärzten zur Verkürzung der Wartezeit; weitere 3,4% wünschten sich mehr medizinische Fachangestellte zur Beschleunigung der Anmeldung. Diese Vorschläge wären allerdings nur nach Veränderung der finanziellen Rahmenbedingungen des Bereitschaftsdienstes realisierbar. Ein einfach umzusetzender und mehrfach genannter Vorschlag wäre dagegen die Einführung einer Nummernvergabe zur Anmeldung, durch die möglicherweise unnötiger Stress und Unmut zwischen den Patienten vermieden werden könnte.

Möglicherweise könnte es aufgrund der insgesamt hohen Prävalenz von psychischen Störungen sinnvoll sein, Screening-Fragebögen auszuhändigen und denjenigen Patienten, die positiv bezüglich einer psychischen Störung getestet werden, eine weitere Diagnostik beziehungsweise Behandlung bei ihrem Hausarzt zu empfehlen. Die Bereitschaftspraxis hat jedoch in erster Linie die Aufgabe eine primärärztliche Akutversorgung außerhalb regulärer Praxisöffnungszeiten zu stellen, was den Ergebnissen der vorliegenden Arbeit nach in der Tat geschieht.

## 8. LITERATURVERZEICHNIS

American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV. 4. Aufl. Washington D.C.: American Psychiatric Association. Online verfügbar unter <http://www.psych.org/practice/dsm>, zuletzt geprüft am 17.02.2015.

American Psychiatric Association (2000): Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR (Text Revision). 4. Aufl. Washington D.C.: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association (2013): Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. Online verfügbar unter <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>, zuletzt geprüft am 17.02.2015.

American Psychiatric Association (2014): DSM: History of the Manual. USA. Online verfügbar unter <http://www.psychiatry.org/practice/dsm/dsm-history-of-the-manual>, zuletzt geprüft am 17.02.2015.

Barsky, A.; Orav, E.; Bates, D. (2005): Somatization increases medical utilization and costs independent of psychiatric and medical comorbidity. In: *Arch Gen Psychiatry* 62 (8), S. 903–910. DOI: 10.1001/archpsyc.62.8.903.

Bhend, H. (2014): ICPC.CH. Struktur von ICPC-2. Online verfügbar unter <http://www.icpc.ch/index.php?id=104>, zuletzt geprüft am 17.02.2015.

Corapcioglu, A.; Ozer, G. (2004): Adaptation of revised Brief PHQ (Brief-PHQ-r) for diagnosis of depression, panic disorder and somatoform disorder in primary healthcare settings. In: *Int J Psychiatry Clin Pract.* 8, S. 11–18. DOI: 10.1080/13651500310004452

Creed, F.; Barsky, A. (2004): A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. In: *J Psychosom Res* 56 (4), S. 391–408. DOI: 10.1016/S0022-3999(03)00622-6.

Daig I; Hinz A; Spauschus A; Decker O; Brähler E (2013): Sind Städter depressiver und ängstlicher im Vergleich zur Landbevölkerung? Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsumfrage. In: *Psychother Psychosom Med Psychol.* 63 (11), S. 445–454. DOI: 10.1055/s-0033-1341469.

Demyttenaere, K.; Bruffaerts, R.; Posada-Villa, J.; Gasquet, I.; Kovess, V.; Lepine, J. et al. (2004): Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. In: *JAMA* 291 (21), S. 2581–2590. DOI: 10.1001/jama.291.21.2581.

den Boer-Wolters, D.; Knol, M.; Smulders, K.; Wit, N. de (2010): Frequent attendance of primary care out-of-hours services in the Netherlands: characteristics of patients and presented morbidity. In: *Fam Pract* 27 (2), S. 129–134. DOI: 10.1093/fampra/cmp103.

Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin (DEGAM): Fachdefinition. Online verfügbar unter <http://www.degam.de/fachdefinition.html>, zuletzt geprüft am 17.02.2015.

DIMDI: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hg.) (1992): ICD-10: Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme 10. Revision. WHO Ausgabe. Band 1 - Systematisches Verzeichnis.

DIMDI: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (Hg.) (2010): Basiswissen Kodieren. Eine Einführung in die Anwendung von ICD-10-GM und OPS. DIMDI: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information. Online verfügbar unter <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/anwendung/beispiel.htm>, zuletzt geprüft am 17.02.2015.

DIMDI: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2014a): DIMDI - ICD-10-GM. Online verfügbar unter <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/index.htm>, zuletzt aktualisiert am 02.12.2014, zuletzt geprüft am 17.02.2015.

DIMDI: Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (2014b): DIMDI - Von der ICD zur ICD-10. Online verfügbar unter <https://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-who/historie/ilcd-icd10/index.htm>, zuletzt aktualisiert am 12.03.2014, zuletzt geprüft am 17.02.2015

Fink, P.; Sorensen, L.; Engberg, M.; Holm, M.; Munk-Jorgensen, P. (1999): Somatization in primary care. Prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. In: *Psychosomatics* 40 (4), S. 330–338. DOI: 10.1016/S0033-3182(99)71228-4.

Frankenhauser-Mannuß, J.; Goetz, K.; Scheuer, M.; Szescenyi, J.; Leutgeb, R. (2014): Ärztlicher Bereitschaftsdienst in Deutschland: Befragung von Bereitschaftsdienstärzten zur gegenwärtigen Situation (Kritische Aussagen). In: *Gesundheitswesen* 76 (7), S. 428–433. DOI: 10.1055/s-0034-1367020.

Frese, T.; Herrmann, K.; Bungert-Kahl, P.; Sandholzer, H. (2012): Inter-rater reliability of the ICPC-2 in a German general practice setting. In: *Swiss Med Wkly* 142, S. w13621. DOI: 10.4414/smw.2012.13621.

Gilbody, S.; Richards, D.; Brealey, S.; Hewitt, C. (2007): Screening for Depression in Medical Settings with the Patient Health Questionnaire (PHQ): A Diagnostic Meta-Analysis. In: *J Gen Intern Med* 22 (11), S. 1596–1602. DOI: 10.1007/s11606-007-0333-y.

Goodwin, R.; Faravelli, C.; Rosi, S.; Cosci, F.; Truglia, E.; Graaf, R. de; Wittchen, H.U (2005): The epidemiology of panic disorder and agoraphobia in Europe. In: *Eur Neuropsychopharmacol.* 15 (4), S. 435–443. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2005.04.006

Gräfe, K.; Zipfel, S.; Herzog, W.; Löwe, B. (2004): Screening psychischer Störungen mit dem "Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)". Ergebnisse der deutschen Validierungsstudie. In: *Diagnostica* 50 (4), S. 171–181. DOI: 10.1026/0012-1924.50.4.171.

Grol, R.; Wensing, M.; Mainz, J.; Ferreira, P.; Hearnshaw, H.; Hjortdahl, P. et al. (1999): Patients' priorities with respect to general practice care: an international comparison. In: *Fam Pract.* 16 (1), S. 4–11. DOI: 10.1093/fampra/16.1.4.

Hanel, G.; Henningsen, P.; Herzog, W.; Sauer, N.; Schäfert, R.; Szecsenyi, J.; Löwe, B. (2009): Depression, anxiety, and somatoform disorders: Vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study. In: *J Psychosom Res.* 67 (3), S. 189–197. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2009.04.013.

Harman, J.; Schulberg, H.; Mulsant, B.; Reynolds, C. (2001): The effect of patient and visit characteristics on diagnosis of depression in primary care. In: *J Fam Pract.* 50 (12), S. 1068.

Harman, J.; Veazie, P.; Lyness, J. (2006): Primary care physician office visits for depression by older Americans. In: *J Gen Intern Med* 21 (9), S. 926–930. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2006.00497.x.

Jacobi, F.; Höfler, M.; Meister, W.; Wittchen, HU. (2002): Prävalenz, Erkennens- und Verschreibungsverhalten bei depressiven Syndromen. Eine bundesdeutsche Hausarztstudie. In: *Nervenarzt* 73 (7), S. 651–658. DOI: 10.1007/s00115-002-1299-y.

Jacobi, F.; Klose, M.; Wittchen, H.U (2004): Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. In: *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 47 (8). DOI: 10.1007/s00103-004-0885-5.

Klapow, J. (2002): Psychological Disorders and Distress in Older Primary Care Patients: A Comparison of Older and Younger Samples. In: *Psychosom Med.* 64 (4), S. 635–643. DOI: 10.1097/01.PSY.0000021942.35402.C3.

Kroenke, K.; Spitzer, R. (2002): The PHQ-9: A New Depression Diagnostic and Severity Measure. In: *Psychiatr Ann.* 32, S. 509–515. Online verfügbar unter <http://www.lphi.org/LPHIadmin/uploads/.PHQ-9-Review-Kroenke-63754.PDF>, zuletzt geprüft am 03.11.2012.

Kroenke, K.; Spitzer, R.; Williams, J. (2001): The PHQ-9. Validity of a Brief Depression Severity Measure. In: *J Gen Intern Med* 16 (9), S. 606–613. DOI: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.

Kroenke, K.; Spitzer, R.; Williams, J. (2002): The PHQ-15: Validity of a New Measure for Evaluating the Severity of Somatic Symptoms. In: *Psychosom Med.* 64 (2), S. 258–266. DOI: 0033-3174/02/6402-0258

Kroenke, K.; Spitzer, R.; Williams, J.; Löwe, B. (2010): The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. In: *Gen Hosp Psychiatry* 32 (4), S. 345–359. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2010.03.006.

Lamberts, H. (2002): The birth of the International Classification of Primary Care (ICPC) Serendipity at the border of Lac Lemman. In: *Fam Pract.* 19 (5), S. 433–435. DOI: 10.1093/fampra/19.5.433.

Lehtinen V, Michalak E, Wilkinson C, Dowrick C, Ayuso-Mateos JL, Dalgard OS, Casey P, Vázquez-Barquero JL, Wilkinson G; ODIN Group (2003): Urban-rural differences in the occurrence of female depressive disorder in Europe. In: *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 38 (6), S. 283–289. DOI: 10.1007/s00127-003-0631-6.

Leitliniengruppe Unipolare Depression (2009): S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression-Langfassung. Hg. v. DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW. DGPPN, ÄZQ, AWMF. Berlin, Düsseldorf. Online verfügbar unter <http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/depression>, zuletzt geprüft am 17.02.2015.

Leutgeb, R.; Laux, G.; Hermann, K.; Gutscher, A.; Szcsenyi, J.; Kühlein, T. (2014): Die medizinische Versorgung in einer kassenärztlichen Bereitschaftsdienstzentrale - Eine deskriptive Studie aus dem CONTENT-Projekt. In: *Gesundheitswesen* 76 (12), S. 836–839. DOI: 10.1055/s-0033-1361178.

Lieb, R.; Becker, E.; Altamura, C. (2005): The epidemiology of generalized anxiety disorder in Europe. In: *Eur Neuropsychopharmacol.* 15 (4), S. 445–452. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2005.04.010

Löwe, B.; Decker, O.; Muller, S.; Brahler, E.; Schellberg, D.; Herzog, W.; Herzberg, P. (2008a): Validation and standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the general population. In: *Med Care* 46 (3), S. 266–274. DOI: 10.1097/MLR.0b013e318160d093.

Löwe, B.; Gräfe, K.; Zipfel, S.; Spitzer, R.; Herrmann-Lingen, C.; Witte, S.; Herzog, W. (2003): Detecting panic disorder in medical and psychosomatic outpatients. In: *J Psychosom Res.* 55 (6), S. 515–519. DOI: 10.1016/S0022-3999(03)00072-2.

Löwe, B.; Gräfe, K.; Zipfel, S.; Witte, S.; Loerch, B.; Herzog, W. (2004a): Diagnosing ICD-10 Depressive Episodes: Superior Criterion Validity of the Patient Health Questionnaire. In: *Psychother Psychosom.* 73 (6), S. 386–390. DOI: 10.1159/000080393

Löwe, B.; Kroenke, K.; Herzog, W.; Gräfe, K. (2004b): Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). In: *J Affect Disord.* 81 (1), S. 61–66. DOI: 10.1016/S0165-0327(03)00198-8.

Löwe, B.; Schenkel, I.; Carney-Doebbeling, C.; Gobel, C. (2006): Responsiveness of the PHQ-9 to Psychopharmacological Depression Treatment. In: *Psychosomatics* 47 (1), S. 62–67. DOI: 10.1176/appi.psy.47.1.62.

Löwe, B.; Spitzer, R.; Gräfe, K.; Kroenke, K.; Quenter, A.; Zipfel, S. et al. (2004c): Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. In: *J Affect Disord.* 78 (2), S. 131–140. DOI: 10.1016/S0165-0327(02)00237-9.

Löwe, B.; Spitzer, R.; Williams, J.; Mussell, M.; Schellberg, D.; Kroenke, K. (2008b): Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. In: *Gen Hosp Psychiatry* 30 (3), S. 191–199. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2008.01.001.

Löwe, B.; Spitzer, R.; Zipfel, S.; Herzog, W. (2002a): Gesundheitsfragebogen für Patienten, Manual Komplettversion und Kurzform. New York, Heidelberg.

Löwe, B.; Zipfel, S.; Herzog, W. (2002b): Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). Komplettversion. Hg. v. Pfizer. Medizinische Universitätsklinik Heidelberg. Online verfügbar unter [http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/Psychosomatische\\_Klinik/pdf\\_Material/PHQ\\_Komplett\\_Fragebogen1.pdf](http://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/Psychosomatische_Klinik/pdf_Material/PHQ_Komplett_Fragebogen1.pdf), zuletzt geprüft am 17.02.2015

Mader, F.; Weißgerber, H. (2007): Allgemeinmedizin und Praxis. 6., vollst. überarb. und erw. Aufl. Heidelberg [u.a.]: Springer-Medizin-Verl.

Martin, A.; Rief, W.; Klaiberg, A.; Braehler, E. (2006): Validity of the Brief Patient Health Questionnaire Mood Scale (PHQ-9) in the general population. In: *Gen Hosp Psychiatry* 28 (1), S. 71–77. DOI: 10.1016/j.genhosppsy.2005.07.003.

Mergl R; Seidscheck I; Allgaier A; Möller HJ; Hegerl U; Henkel V. (2007): Depressive, anxiety, and somatoform disorders in primary care: prevalence and recognition. In: *Depress. Anxiety* 24 (3), S. 185–195. DOI: 10.1002/da.20192

Meyer, R. (2005): Von der ICHPPC zur ICPC. Klassifikationssysteme und der Hausarzt: Teil 3 von 4. In: *Prim Care* 2005 (10), S. 236–239. Online verfügbar unter

<http://www.primary-care.ch/fuer-leser/archiv/archiv-2000-2014/primarycare-2005/primarycare-2005-i10/>, zuletzt geprüft am 17.02.2015.

Mitchell, A.; Vaze, A.; Rao, S. (2009): Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. In: *Lancet* 374 (9690), S. 609–619. DOI: 10.1016/S0140-6736(09)60879-5.

Nübling, M.; Stöbel, U.; Hasselhorn H.-M.; Michaelis, M.; Hofmann, F. (2005): Methoden zur Erfassung psychischer Belastungen. Erprobung eines Messinstrumentes (COPSOQ). Dortmund: Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (Schriftenreihe der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin. Forschung, Fb 1058).

Petek D; Künzi B; Kersnik J; Szecsenyi J; Wensing M. (2011): Patients' evaluations of European general practice - revisited after 11 years. In: *Int J Qual Health Care* 23 (6), S. 621–628. DOI: 10.1093/intqhc/mzr052

Romans S; Cohen M; Forte T (2010): Rates of depression and anxiety in urban and rural Canada. In: *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 46 (7), S. 567–575. DOI: 10.1007/s00127-010-0222-2.

Rupprecht, R.; Hampel, H. (2006): Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie. Ihr roter Faden durchs Studium nach der neuen ÄAppO. Stuttgart: Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH.

Sass, H. (2003): Diagnostische Kriterien des diagnostischen und statistischen Manuals psychologischer Störungen DSM-IV-TR. Göttingen [u.a.]: Hogrefe.

Schäfer R, Hausteiner-Wiehle C, Häuser W, Ronel J, Herrmann M, Henningsen P (2012): Clinical Practice Guideline: Non-specific, functional and somatoform bodily complaints. In: *Dtsch Arztebl Int* 109 (47), S. 803–813. DOI: 10.3238/arztebl.2012.0803.

Schäfer R; Kaufmann C; Bölter R; Herzog W (2010): Hausärztliche Diagnosevergabe bei funktionellen/ somatoformen Beschwerden. In: Laux G, Kühlein T, Gutscher A, Szecsenyi J (Hg.): Versorgungsforschung in der Hausarztpraxis. Ergebnisse aus dem CONTENT-Projekt 2006-2009. München: Springer Medizin, Urban & Vogel GmbH, S. p.65-75.

Schmittiel, M. (2002): Innovative Lösungen bei der sektorübergreifenden Kooperation, dargestellt am Beispiel der ambulanten Notfallversorgung in der Bereitschaftspraxis

Münchner Ärzte am Klinikum rechts der Isar der TU München. Dissertation. Technische Universität München, München.

Schneider, A.; Hörlein, E.; Wartner, E.; Schumann, I.; Henningsen, P.; Linde, K. (2011): Unlimited access to health care - impact of psychosomatic co-morbidity on utilisation in German general practices. In: *BMC Fam Pract* 12 (1), S. 51. DOI: 10.1186/1471-2296-12-51.

Schneider, A.; Wartner, E.; Schumann, I.; Hörlein, E.; Henningsen, P.; Linde, K. (2013): The impact of psychosomatic co-morbidity on discordance with respect to reasons for encounter in general practice. In: *J Psychosom Res.* 74 (1), S. 82–85. DOI: 10.1016/j.jpsychores.2012.09.007.

Schneider A., Szecsenyi J. (2012): Psychosomatische Medizin in der Allgemeinarztpraxis - ein Überblick. In: Adler RH, Herzog W., Joraschky P., Köhle K., Langewitz W., Söllner W., Wesiack W. Uexküll (Hg.): Psychosomatische Medizin: Theoretische Modelle und klinische Praxis. 7. Aufl. München: Urban und Fischer, S. 523–529.

Spitzer, R. (1999): Validation and Utility of a Self-report Version of PRIME-MD: The PHQ Primary Care Study. In: *JAMA: The Journal of the American Medical Association* 282 (18), S. 1737–1744. DOI: 10.1001/jama.282.18.1737.

Spitzer, R.; Williams, J.; Kroenke, K.; Hornyak, R.; McMurray, J. (2000): Validity and utility of the PRIME-MD Patient Health Questionnaire in assessment of 3000 obstetric-gynecologic patients. In: *Am J Obstet Gynecol.* 183 (3), S. 759-769. DOI: 10.1067/mob.2000.106580.

Spitzer, R. (2006): A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety DisorderThe GAD-7. In: *Arch Intern Med* 166 (10), S. 1092. DOI: 10.1001/archinte.166.10.1092.

Spitzer, R.; Williams, J.; Kroenke, K. (1999): Patient Health Questionnaire (PHQ). Hg. v. Pfizer. Online verfügbar unter [http://www.phqscreeners.com/pdfs/01\\_PHQ/English.pdf](http://www.phqscreeners.com/pdfs/01_PHQ/English.pdf), zuletzt aktualisiert am 30.04.2010, zuletzt geprüft am 17.02.2015.

Statistisches Bundesamt (2012): Staat & Gesellschaft - Krankheitskosten - Herz-Kreislauf-Erkrankungen verursachen die höchsten Krankheitskosten - Statistisches Bundesamt (Destatis). Internet. Online verfügbar unter

<https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Krankheitskosten/Aktuell.html>, zuletzt aktualisiert am 08.03.2012, zuletzt geprüft am 17.02.2015.

van Ravesteijn, H.; Wittkamp, K.; Lucassen, P.; van de Lisdonk, E.; van den Hoogen, H.; van Weert, H. et al. (2009): Detecting somatoform disorders in primary care with the PHQ-15. In: *Ann Fam Med*. 7 (3), S. 232–238. DOI: 10.1370/afm.985.

van Uden, C.; Winkens, R.; Wesseling, G.; Fiolet, H.; van Schayck, O.; Crebolder, H. (2005): The impact of a primary care physician cooperative on the caseload of an emergency department: the Maastricht integrated out-of-hours service. In: *J Gen Intern Med* 20 (7), S. 612–617. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2005.0091.x.

Vedsted, P.; Christensen, M. (2005): Frequent attenders in general practice care: a literature review with special reference to methodological considerations. In: *Public Health* 119 (2), S. 118–137. DOI: 10.1016/j.puhe.2004.03.007.

Vedsted, P.; Olesen, F. (1999): Frequent attenders in out-of-hours general practice care: attendance prognosis. In: *Fam Pract* 16 (3), S. 283–288. DOI: 10.1093/fampra/16.3.283

Vos, T.; Flaxman, A.; Naghavi, M.; Lozano, R.; Michaud, C.; Ezzati, M. et al. (2012): Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. In: *Lancet* 380 (9859), S. 2163–2196. DOI: 10.1016/S0140-6736(12)61729-2.

Wensing, M. (2006): EUROPEP 2006. Revised Europep instrument and user manual. Unter Mitarbeit von Richard Baker, Peter Vedsted, Hanne Heje, Anja Klingenberg, Björn Broge, Janko Kersnik, Luc Seuntjens, Beat Künzi, Maria Milano, Ernesto Mola, Glyn Elwyn, Richard Grol. UMC St Radboud. Online verfügbar unter <http://topaseurope.eu/?q=node/13>, zuletzt geprüft am 17.02.2015.

Wensing, M.; Mainz, J.; Grol, R. (2000): A standardised instrument for patient evaluations of general practice care in Europe. In: *Eur J Gen Pract.* 6 (3), S. 82–87. DOI: 10.3109/13814780009069953

Wittchen, H. U. (2002): Generalized anxiety disorder: prevalence, burden, and cost to society. In: *Depress. Anxiety* 16 (4), S. 162–171. DOI: 10.1002/da.10065

Wittchen, H. U.; Jacobi, F. (2005): Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. In: *Eur Neuropsychopharmacol.* 15 (4), S. 357–376. DOI: 10.1016/j.euroneuro.2005.04.012

Wittchen, H. U.; Müller, N.; Pfister, H.; Winter, S.; Schmidtkunz, B. (1999): Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland - Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys "Psychische Störungen". In: *Gesundheitswesen* 61 (Sonderheft 2), S. 216–222.

Wittchen, H. U.; Pittrow, D. (2002): Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. In: *Hum Psychopharmacol* 17 Suppl 1, S. S1-11. DOI: 10.1002/hup.398.

Wittchen, H. U.; Zaudig, M.; Fydrich, T. (1997): Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID). Achse I und II. Göttingen: Hogrefe.

Wittchen H.U, Kessler R, Beesdo K, Krause P, Höfler M, Hoyer J. (2002): Generalized anxiety and depression in primary care: prevalence, recognition, and management. In: *J Clin Psychiatry* 63 (8), S. 24–34.

Wittkamp, K.; Naeije, L.; Schene, A.; Huyser, J.; van Weert, H. (2007): Diagnostic accuracy of the mood module of the Patient Health Questionnaire: a systematic review. In: *Gen Hosp Psychiatry* 29 (5), S. 388–395. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2007.06.004.

WONCA International Classification Committee (Hrsg.) (2001): Internationale Klassifizierung der medizinischen Primärversorgung ICPC-2. Ein Codierungssystem der Allgemeinmedizin. Wien: Springer.

World Health Organization: WHO | International Classification of Diseases (ICD) Information Sheet. Online verfügbar unter <http://www.who.int/classifications/icd/factsheet/en/>, zuletzt geprüft am 17.02.2015.

World Health Organization: WHO | International Classification of Primary Care, Second edition (ICPC-2). Online verfügbar unter <http://www.who.int/classifications/icd/adaptations/icpc2/en/>, zuletzt geprüft am 17.02.2015.

## 9. TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Häufigkeitsverteilung aller Beratungsanlässe aus Patientensicht.....	39
Tabelle 2: Häufigkeitsverteilung aller Beratungsanlässe aus ärztlicher Sicht.....	40
Tabelle 3: Aufschlüsselung der elf häufigsten Beratungsanlässe aus ärztlicher Sicht (Einzeldiagnosen).....	42
Tabelle 4: Häufigkeitsverteilung der Bereitschaftspraxisbesuche in den letzten 12 Monaten, bezogen auf das Geschlecht.....	43
Tabelle 5: Frühere Hausarztbesuche aufgrund der aktuellen Beschwerden innerhalb der letzten 12 Monate.....	44
Tabelle 6: Gleichzeitiges Auftreten psychischer Störungen.....	51
Tabelle 7: Charakteristika der Patienten mit PHQ-Diagnosen bezogen auf Geschlecht, Alter und Schulbildung.....	52
Tabelle 8: Antwortverteilung der EUROPEP-Einzelfragen (Fragen 1-12).....	54
Tabelle 9: Antwortverteilung der EUROPEP-Einzelfragen (Fragen 13-22).....	55
Tabelle 10: Kategorien aus ärztlicher Sicht; Mittelwerte der Summenscores.....	58
Tabelle 11: Korrelationsanalyse nach Spearman bezüglich der Behandlungszufriedenheit von Patienten mit PHQ-Diagnosen.....	60
Tabelle 12: Zusammenhang zwischen psychischer Komorbidität und Kontaktraten .....	61
Tabelle 13: Verbesserungsvorschläge, Anregungen und Bemerkungen von Patienten im Rahmen der Freitextfrage.....	62-63

## 10. ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Verteilung der Studienteilnehmer nach Alter und Geschlecht in %...	35
Abbildung 2: Verteilung der Studienteilnehmer nach Familienstand in %.....	36
Abbildung 3: Höchster Schulabschluss der Studienteilnehmer in %.....	36
Abbildung 4: Verteilung der Befragten nach ihrer Berufsausbildung in %.....	37
Abbildung 5: Verteilung der Befragten nach ihrem aktuellen Beschäftigungsverhältnis in %.....	37
Abbildung 6: Anzahl der Bereitschaftspraxisbesuche innerhalb der 12 Monate....	43
Abbildung 7: Überblick über die kategoriale Auswertung der PHQ im Teilbereich „Depressive Störung“.....	45
Abbildung 8: Kontinuierliche Auswertung des PHQ im Teilbereich „Depressive Störung“.....	46
Abbildung 9: Überblick über die kategoriale Auswertung des PHQ im Teilbereich „Panikstörung“.....	47
Abbildung 10: Überblick über die kategoriale Auswertung des GAD-7.....	48
Abbildung 11: Überblick über die kategoriale Auswertung des PHQ im Teilbereich „Somatoforme Störung“.....	49
Abbildung 12: Kontinuierliche Auswertung des PHQ im Teilbereich „Somatoforme Störung“.....	50
Abbildung 13: Zustimmungsverteilung zu der Aussage „Ich kann meinen Freunden diese Bereitschaftspraxis sehr empfehlen“ in %.....	56
Abbildung 14: Zustimmungsverteilung zu der Aussage „Ich habe keinen Grund in Zukunft zu einer anderen Bereitschaftspraxis zu gehen“ in %.....	56

# 11. ANHANG

## 11.1. Patientenfragebogen



**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 Antwortmöglichkeiten wählen können. Bitte kreuzen Sie jeweils das Kästchen mit der für Sie zutreffenden Antwort an. Falls Sie Fragen haben sollten, wenn Sie sich bitte an die Studienbetreuerin oder die behandelnde Ärztin bzw. den Arzt in der Bereitschaftspraxis.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!

Name: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: 

--	--	--

Datum: 

--	--	--

Code-Nr.: 

--	--	--

  
(wird von uns vergeben)

### Fragen zum Anlass des Besuchs in der Bereitschaftspraxis

1 Ich komme wegen folgender Beschwerden in die Bereitschaftspraxis (Bitte mit eigenen Worten eintragen):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

2. Haben Sie Ihre Hausärztin bzw. Hausarzt bereits früher wegen dieser Beschwerden aufgesucht?

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

**Wie ist Ihre Meinung über die Bereitschaftspraxis am Klinikum rechts der Isar?**

Bitte bewerten Sie die Versorgung, die Sie eben in der Bereitschaftspraxis erhalten haben. Kreuzen Sie das Kästchen an, das Ihre Meinung am besten wiedergibt. Die Kästchen 2, 3 und 4 stellen Zwischenstufen zwischen den Bewertungen „ausgezeichnet“ (1) und „schlecht“ (5) dar. Bitte machen Sie nur ein Kreuz pro Frage. Wenn eine Frage auf Sie nicht zutrifft, zum Beispiel, weil Sie in dieser Hinsicht keine Erfahrung haben, wählen Sie das Kästchen mit der Überschrift „nicht zutreffend / nicht von Bedeutung“.

Was ist Ihre Meinung über Ihre Behandlung und den Arzt / die Ärztin in der Bereitschaftspraxis?		ausgezeichnet					schlecht	nicht zutreffend/ nicht von Bedeutung
		1	2	3	4	5		
1	Wie hat er Ihnen während des Arztbesuchs das Gefühl vermittelt, dass er Zeit für Sie hat?	<input type="checkbox"/>						
2	Hatte er Interesse an Ihrer persönlichen Situation?	<input type="checkbox"/>						
3	Wie leicht hat er es Ihnen gemacht, über Ihre Probleme zu sprechen?	<input type="checkbox"/>						
4	Wie hat er Sie in Entscheidungen über Ihre medizinische Behandlung einbezogen?	<input type="checkbox"/>						
5	Wie hat er Ihnen zugehört?	<input type="checkbox"/>						
6	Wie wurde auf die vertrauliche Behandlung Ihrer Daten und Unterlagen geachtet?	<input type="checkbox"/>						
7	Hat er Ihre Beschwerden schnell gelindert?	<input type="checkbox"/>						
8	Wie hat er Ihnen geholfen, damit Sie sich gut genug fühlten, um Ihren normalen täglichen Aktivitäten nachgehen zu können?	<input type="checkbox"/>						
9	Wie gründlich war er?	<input type="checkbox"/>						
10	Wie führte er bei Ihnen körperliche Untersuchungen durch?	<input type="checkbox"/>						
11	Wie hat er Ihnen den Zweck von Untersuchungen und Behandlungen erklärt?	<input type="checkbox"/>						
12	Wie hat er Sie über das informiert, was Sie über Ihre Beschwerden bzw. Erkrankung wissen wollten?	<input type="checkbox"/>						
13	Wie hat er Ihnen beim Umgang mit Ihren Gefühlen im Zusammenhang mit Ihrem Gesundheitszustand geholfen?	<input type="checkbox"/>						
14	Wie hat er Ihnen erläutert, wie wichtig es ist, seine Ratschläge zu befolgen?	<input type="checkbox"/>						
15	Wie hat er Sie darauf vorbereitet, was Sie im Krankenhaus erwartet?	<input type="checkbox"/>						

Was ist Ihre Meinung über die Bereitschaftspraxis allgemein?		ausgezeichnet			schlecht		nicht zutreffend/nicht von Bedeutung
		1	2	3	4	5	
16	Wie war die Hilfsbereitschaft der anderen Praxismitarbeiter/innen (außer dem Arzt)?	<input type="checkbox"/>					
17	Wie war die Freundlichkeit der anderen Praxismitarbeiter/innen (außer dem Arzt)?	<input type="checkbox"/>					
18	Wie war die Freundlichkeit des Pförtners?	<input type="checkbox"/>					
19	Wie war die telefonische Erreichbarkeit der Praxis?	<input type="checkbox"/>					
20	Wie waren die Wartezeiten in der Praxis?	<input type="checkbox"/>					
21	Wie waren die Praxisräume zu finden?	<input type="checkbox"/>					
22	Wie schnell erhielten Sie Hilfe bei dringenden Gesundheitsproblemen?	<input type="checkbox"/>					

Gesamtzufriedenheit		stimme voll und ganz zu	stimme zu	weder/noch	stimme nicht zu	stimme ganz und gar nicht zu	nicht zutreffend/nicht von Bedeutung
23	Ich kann meinen Freunden diese Bereitschaftspraxis sehr empfehlen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
24	Ich habe <b>keinen</b> Grund, in Zukunft zu einer anderen Bereitschaftspraxis zu gehen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

25	Wie oft waren Sie in den vergangenen 12 Monaten in der Bereitschaftspraxis in Behandlung? Bitte <input style="width: 50px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> mal
----	---

Ich habe noch folgende Anregungen oder Verbesserungsvorschläge:

---



---



---



---

## Fragen zu verschiedenen Beschwerden

	Über- haupt nicht	An einzel- nen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
<b>1. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?</b>				
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"/>

<b>2. Fragen zum Thema „Angst“.</b>		<b>NEIN</b>	<b>JA</b>
a. Hatten Sie in den <u>letzten 4 Wochen</u> eine Angstattacke (plötzliches Gefühl der Furcht oder Panik?).....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Wenn „NEIN“, brauchen Sie die folgenden Fragen nicht mehr beantworten. Bitte weiter bei Frage 4 (nächste Seite).</b>			
b. Ist dies bereits früher einmal vorgekommen?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Treten manche dieser Anfälle <u>völlig unerwartet</u> auf - d.h. in Situationen, in denen Sie nicht damit rechnen, dass Sie angespannt oder beunruhigt reagieren?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Empfinden Sie diese Anfälle als stark beeinträchtigend, und/oder haben Sie Angst vor erneuten Anfällen?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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?.....		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

<b>4. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 4 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?</b>	<b>Nicht beeinträchtigt</b>	<b>Wenig beeinträchtigt</b>	<b>Stark beeinträchtigt</b>
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"/>

5. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Über- haupt nicht	An einzel- nen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Schwierigkeiten zu entspannen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Leichte Ermüdbarkeit.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Muskelverspannungen, Muskelschmerzen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Schwierigkeiten beim Ein- oder Durchschlafen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Lesen oder beim Fernsehen.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Fragen zur Person

Im Folgenden finden Sie nun noch einige Fragen zu Ihrer Person

9.a. Familienstand

- verheiratet oder in fester Partnerschaft
- alleinstehend
- verwitwet

9.b. Welcher ist Ihr höchster Schulabschluss?

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

9.c. Was ist Ihre Berufsausbildung?

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

9.d. Sind Sie derzeit erwerbstätig

- ja und zwar       Teilzeit       Vollzeit
  
- nein, ich bin
  - Hausfrau/Hausmann
  - in Rente/pensioniert
  - arbeitslos
  - sonstiges:.....

**Ganz herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!**

# 11.2. International Classification of Primary Care (ICPC-2)

ICPC-2 Deutsch/German International Classification of Primary Care – 2 <sup>nd</sup> Edition	Blut, blutbild. Organe, Immunsystem <b>B</b>	Auge <b>F</b>	Bewegungsapparat <b>L</b>
<p><b>Wonca International Classification Committee (WICC)</b></p>  <p><b>Prozeduren-Codes</b></p> <p>-30 Ärztliche Untersuchung - komplett -31 Ärztliche Untersuchung - teilweise -32 Allergie-/Sensitivitätstestung -33 Mikrobiol./immunol. Untersuchung -34 Urinuntersuchung -35 Blutuntersuchung -36 Stuhluntersuchung -37 Histo/zytologische Untersuchung -38 Laboruntersuchung, 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. Grundversorgers -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/Naht/Prothese -55 Lokale Injektion/Infiltration -56 Verband/Kompression/Tamponade -57 Physikalische Therapie/Rehabilitation -58 Therapeutische Beratung/Zuhören -59 Therap. Maßn./Chir., andere NAK -60 Testresu./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./Pflegekraft -67 ÜW an einen Arzt/Spezialisten -68 Überweisungen, andere NAK -69 Beratungsanlass, anderer NAK</p> <p><b>Allgemein und unspezifisch <b>A</b></b></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 A12 Besorgnis ü./Angst vor med. Behandl. A16 Unruhiges Kleinkind A18 Besorgnis über äußere Erscheinung A20 Gespräch über Bitte um Sterbehilfe 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 Mäsem 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 Vergiftung 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 Unetrkl. Befund e. Untersuchung NNB A92 Allergische/Allergische Reaktion NNB A93 Unreifes Neugeborenes A94 Perinatale Erkrankung, andere A95 Perinataler Tod A96 Tod A97 Keine Erkrankung A98 Gesundheitsförderung/Präventiv. Med. A99 Erkrankung o. bek. Ursache/ Lokals.</p>	<p>B02 Lymphknoten vergrößert/schmerzhaft B04 Blutsymptomatik / Beschwerden B25 Angst vor HIV / AIDS B26 Angst vor bösart. Blut-/Lymphkrank. B27 Angst v. anderer Blut-/Lymphkrank. 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/Geninnungsstörung B84 Ungelöste abnorme Leukozyten B87 Splenomegalie B90 HIV-Infektion/AIDS B99 Blut-/Lymph-/Milzerkrankung, andere</p> <p><b>PROZEDUREN-CODES</b></p> <p><b>SYMPTOME</b></p> <p><b>INFEKTIONEN</b></p> <p><b>NEUBILDUNGEN</b></p> <p><b>VERLETZUNGEN</b></p> <p><b>FEHLBILDUNGEN</b></p> <p><b>ANDERE DIAGNOSEN</b></p> <p><b>Verdauungssystem <b>D</b></b></p> <p>D01 Bauchschmerzen/-krämpfe, generall. D02 Bauchschmerzen, epigastrische D03 Sodbrennen D04 Rektale/anaale Schmerzen D05 Perianaler Juckreiz D06 Bauchschmerzen, andere Lokalisation D07 Dyspepsie/Verdauungsstörung D08 Flatulenz/Blähungen D09 Übelkeit D10 Erbrechen D11 Durchfall D12 Verstopfung D13 Gelbsucht D14 Bluterbrechen/Hämatemesis D15 Melaena/Teerstuhl D16 Rektale Blutung D17 Stuhlinkontinenz D18 Veränderung Stuhlgang/Verdauung D19 Zahn-/Zahnfleischsympt./-beschw. D20 Mund-/Zungen-/Lippenbeschwerden D21 Schluckbeschwerden D22 Hepatomegalie D24 Abdom. Tastbefund/Resistenz NNB D25 Aufgetriebenes Abdomen/Spannung D26 Angst vor Krebs Verdauungsorgane D27 Angst v. Erkrank. Verdauungss., and. D28 Funktionseinschr./Behinderung (D) D29 Beschw. Verdauungssystem, andere D70 Gastrointest. Infekt., Erreger gesichert D71 Mumps D72 Virushepatitis 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 Analfissur/perianaler Abzeß D96 Würmer/andere Parasiten D97 Lebererkrankung NNB D98 Cholezystitis/Cholelithiasis D99 Erkrankung Verdauungssyst., andere</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 Brillen 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 Blepharitis/ Hagekorn/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><b>Ohr <b>H</b></b></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 Angst vor Ohrenerkrankung H28 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 Schwindelsyndrom H83 Otosklerose H84 Altersschwerhörigkeit H85 Akustisches Trauma H86 Taubheit/ Schwerhörigkeit H99 Ohr-/Mastoiderkrankung, andere</p> <p><b>Kreislauf <b>K</b></b></p> <p>K01 Herzschmerz K02 Druck/Engegefühl des Herzens K03 Herz-/Gefäßschmerzen, NNB K04 Palpitation K05 Unregelmäßig. Herzschlag, and. K06 Auffälligkeiten venös/kapillär 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-/Kreislaufsyst. K71 Rheumat. Fieber/Herzerkrank. K72 Neubildung Herz/Gefäßsystem K73 Angeb. Anomalie Herz/Gefäßsyst. K74 Ischäm. Herzerkrankung mit Angina K75 Akuter Myokardinfarkt K76 Ischäm. Herzerkrankung ohne Angina K77 Herzinsuffizienz K78 Vorhofflimmern/-flattern K79 Paroxysmale Tachykardie K80 Herzrhythmusstörung NNB K81 Herz-/Arterieller Geräusch NNB K82 Pulmonale Herzerkrankung K83 Herzklappenerkrankung 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>L01 Nackensymptomatik/-beschwerden L02 Rückensympt./-beschwerd. BWS/n.s. L03 Untere Rückensympt./-beschwerd. L04 Brustkorbsympt./-beschwerd. (L) L05 Flanken-/Achselnsympt./-beschwerd. L07 Kieler Symptomatik/-beschwerden L08 Schulter Symptomatik/-beschwerden L09 Armsymptomatik/-beschwerden L10 Elbogensymptomatik/-beschwerden L11 Handgelenksymptomatik L12 Hand-/ Fingersympt./-beschwerd. L13 Hüfts Symptomatik/-beschwerden L14 Beinsymptome/-beschwerden L15 Kniesymptomatik/-beschwerden L16 Sprunggelenksympt./-beschwerden L17 Fuß-/Zehensympt./-beschwerden L18 Muskelschmerzen L19 Muskelsymptomatik/-beschwerd. NNB L20 Gelenksymptomatik/-beschwerd. NNB L26 Angst vor Krebs, muskuloskeletal L27 Angst muskuloskel. Erkrankung, and. L28 Funktionseinschr./Behinderung (L) L29 Muskuloskel. Sympt./Beschw., andere L70 Infektion des muskuloskelet. Systems L71 Bösartige Neubild., muskuloskelet. L72 Fraktur Radius/Ulna L73 Fraktur Tibia/Fibula L74 Fraktur Hand-/Fußknochen L75 Fraktur Femur L76 Fraktur, andere L77 Verstauchung/Zerrung Sprunggelenk L78 Verstauchung /Zerrung des Knies L79 Verstauchung /Zerrung eines Gelenks L80 Luxation/Subluxation Gelenk L81 Verletzung muskuloskeletär NNB L82 Angeb. Anomalie muskuloskelet. L83 Halswirbelsäulensyndrom L84 Rückensyndrom ohne Schmerzaustr. L85 Erworbene Deformierung Wirbelsäule L86 Rückensyndrom mit Schmerzaustr. L87 Bursitis/Tendinitis/Synovitis NNB L88 Rheumatoide/Seropositive Arthritis L89 Arthrose der Hüfte L90 Arthrose des Knies L91 Arthrose, andere L92 Schultersyndrom L93 Tenniselbogen L94 Osteochondrose L95 Osteoporose L96 Akuter Kniebinnenschaden L97 Neubild. muskuloskelet. gutart. n.s. L98 Erworbene Deformität Extremität L99 muskuloskelet Erkrankung, andere</p> <p><b>Neurologisch <b>N</b></b></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 Geräusch-/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 Neulid. 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 Trigeminalneuralgie N93 Carpalunnelsyndrom N94 Periphere Neuritis/Neuropathie N95 Spannungskopfschmerz N99 Neurologische Erkrankung, andere</p>



**Universitätsklinikum Heidelberg**  
Allgemeinmedizin u. Versorgungsforschung  
Voßstraße 2, Gebäude 37  
D-69115 Heidelberg  
[www.content-info.org](http://www.content-info.org)



### 11.3. Aufschlüsselung aller Beratungsanlässe aus ärztlicher Sicht

L Bewegungsapparat	Häufigkeit	Prozent	Gesamt-%
Untere Rückensymptomatik/-beschwerden	32	16	5,7
Verstauchung/Zerrung Sprunggelenk	16	8,0	2,8
Rückensymptomatik/-beschwerden BWS/n.s.	13	6,5	2,3
Brustkorbsymptomatik/-beschwerden	12	6,0	2,1
Halswirbelsäulensyndrom	12	6,0	2,1
Nackensymptomatik/-beschwerden	10	5,0	1,8
Schultersymptomatik/-beschwerden	10	5,0	1,8
Hand-/Fingersymptomatik/-beschwerden	10	5,0	1,8
Bursitis/Tendinitis/Synovitis NNB	9	4,5	1,6
Kniesymptomatik/-beschwerden	8	4,0	1,4
Verstauchung/Zerrung eines Gelenks	6	3,0	1,1
Fuß-/Zehensymptomatik/-beschwerden	5	2,5	0,9
Ellbogensymptomatik/-beschwerden	4	2,0	0,7
Muskelschmerzen	4	2,0	0,7
Muskelsymptomatik/-beschwerden NNB	4	2,0	0,7
Fraktur Handknochen	4	2,0	0,7
Flanken/-Achselsymptomatik/-beschwerden	3	1,5	0,5
Unterschenkelsymptomatik/-beschwerden	3	1,5	0,5
Sprunggelenkssymptomatik/-beschwerden	3	1,5	0,5
Muskuloskelettale Symptomatik/Beschwerden andere	3	1,5	0,5
Infektion des muskuloskelettalen Systems	3	1,5	0,5
Rückensyndrom mit Schmerzausstrahlung	3	1,5	0,5
Arthrose, andere	3	1,5	0,5
Handgelenkssymptomatik	2	1,0	0,4

Gelenksymptomatik/-beschwerden NNB	2	1,0	0,4
Fraktur Fußknochen	2	1,0	0,4
Fraktur, andere	2	1,0	0,4
Verstauchung/Zerrung des Knies	2	1,0	0,4
Unterarmsymptomatik/-beschwerden	1	0,5	0,2
Hüftsymptomatik/-beschwerden	1	0,5	0,2
Oberschenkelsymptomatik/-beschwerden	1	0,5	0,2
Verletzung muskuloskelettär NNB	1	0,5	0,2
Rheumatoide Arthritis	1	0,5	0,2
Arthrose der Hüfte	1	0,5	0,2
Arthrose des Knies	1	0,5	0,2
Schulter Syndrom	1	0,5	0,2
Akuter Kniebinnenschaden	1	0,5	0,2
Neubildung muskuloskelettal gutartig n.s.	1	0,5	0,2
<b>Gesamt</b>	<b>200</b>	<b>100</b>	<b>35,6</b>

<b>R Atmungsorgane</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gesamt-%</b>
Infektion obere Atemwege, akute	15	20,8	2,7
Akute Bronchitis / Bronchiolitis	14	19,4	2,5
Tonsillitis, akute	12	16,7	2,1
Sinusitis akute	5	6,9	0,9
Pneumonie	4	5,6	0,7
Asthma	4	5,6	0,7
Kurzatmigkeit / Dyspnoe	3	4,2	0,5
Nasenbluten / Epistaxis	2	2,8	0,4
Hals-/Rachensymptome/-beschwerd.	2	2,8	0,4
Pleuritis / Pleuraerguß	2	2,8	0,4

Atemwegsinfekt, anderer	2	2,8	0,4
Schnupfen / Niesen / verstopfte Nase	1	1,4	0,2
Funktionseinschränkung / Behinderung (R)	1	1,4	0,2
Laryngitis / Tracheitis, akute	1	1,4	0,2
Bösartige Neubildung Lunge / Bronchus	1	1,4	0,2
COPD	1	1,4	0,2
Heuschnupfen	1	1,4	0,2
Atemwegserkrankung, andere	1	1,4	0,2
<b>Gesamt</b>	<b>72</b>	<b>100</b>	<b>12,8</b>

<b>D Verdauungssystem</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gesamt-%</b>
Gastroenteritis vermutlich infektiös	10	17,5	1,8
Appendizitis	8	14,0	1,4
Bauchschmerzen, epigastrische	6	10,5	1,1
Magenfunktionsstörung	5	8,8	0,9
Bauchschmerzen, andere Lokalisation	4	7,0	0,7
Durchfall	4	7,0	0,7
Bauchschmerzen/-krämpfe, generalisiert	2	3,5	0,4
Sodbrennen	2	3,5	0,4
Flatulenz / Blähungen	2	3,5	0,4
Übelkeit	2	3,5	0,4
Rektale Blutung	2	3,5	0,4
Beschwerden Verdauungssystem, andere	2	3,5	0,4
Perianaler Juckreiz	1	1,8	0,2
Erbrechen	1	1,8	0,2
Verstopfung	1	1,8	0,2
Mund-/Zungen-/Lippenbeschwerden	1	1,8	0,2

Schluckbeschwerden, Dysphagie	1	1,8	0,2
Neubildung Verdauungsorgan NNB	1	1,8	0,2
Leistenhernie	1	1,8	0,2
Divertikulose	1	1,8	0,2
<b>Gesamt</b>	<b>57</b>	<b>100</b>	<b>10,1</b>

<b>S Haut</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gesamt-%</b>
Insektenbiss /-stich	22	48,9	3,9
Rötung / Ausschlag, generalisiert	5	11,1	0,9
Furunkel / Karbunkel /Abszess	3	6,7	0,5
Bisswunde (Tier-/Mensch), offene Wunde	2	4,4	0,4
Abschürfung / Kratzer / Blase	2	4,4	0,4
Hautinfektion, andere	2	4,4	0,4
Psoriasis	2	4,4	0,4
Infizierter Finger / Zeh	1	2,2	0,2
Hautinfektion posttraumatisch	1	2,2	0,2
Prellung / Kontusion	1	2,2	0,2
Nagelsymptomatik / -beschwerden	1	2,2	0,2
Herpes zoster	1	2,2	0,2
Allergische- / Kontaktdermatitis	1	2,2	0,2
Atherom	1	2,2	0,2
<b>Gesamt</b>	<b>45</b>	<b>100</b>	<b>8,0</b>

<b>U Urologisch</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gesamt-%</b>
Zystitis/Harnwegsinfekt, anderer	29	93,5	5,2
Hämaturie	1	3,2	0,2
Harnstein	1	3,2	0,2
<b>Gesamt</b>	<b>31</b>	<b>100</b>	<b>5,5</b>

<b>A Allgemein und unspezifisch</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gesamt-%</b>
Infektiöse Erkrankung NNB, andere	6	20,0	1,1
Virale Erkrankung NNB, andere	4	13,3	0,7
Unerwünschte Wirkung eines Medikaments	4	13,3	0,7
Allergie/allergische Reaktion NNB	4	13,3	0,7
Komplikation medizinische Behandlung	3	10,0	0,5
Brustschmerz NNB	2	6,7	0,4
Schmerz generalisiert / mehrere Stellen	1	3,3	0,2
Schwäche / allgemeine Müdigkeit (CFS)	1	3,3	0,2
Ohnmacht / Synkope	1	3,3	0,2
Infektiöse Mononukleose	1	3,3	0,2
Toxischer Effekt nichtmedizinische Substanz	1	3,3	0,2
Allergie, nicht gegen Arzneimittel	1	3,3	0,2
Erkrankung o. bek. Ursache / Lokalisation	1	3,3	0,2
<b>Gesamt</b>	<b>30</b>	<b>100</b>	<b>5,3</b>

<b>K Kreislauf</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gesamt-%</b>
Phlebitis/Thrombose	5	17,9	0,9
Herzrhythmusstörung NNB	4	14,3	0,7
Erhöhter Blutdruck	4	14,3	0,7
Art. Hypertonie, kompliziert	2	7,1	0,4
Varikosis der Beine	2	7,1	0,4
Herzschmerz präkordial	1	3,6	0,2
Palpitation	1	3,6	0,2
Geschwollene Knöchel / Ödeme	1	3,6	0,2
Herz-/Gefäßbeschwerden, andere	1	3,6	0,2
Rheumatisches Fieber / Herzerkrank	1	3,6	0,2

Ischämische Herzerkrankung mit Angina, KHK	1	3,6	0,2
Ischämische Herzerkrankung ohne Angina	1	3,6	0,2
Art. Hypertonie, unkompliziert	1	3,6	0,2
Schlaganfall / zerebrovaskulärer Insult	1	3,6	0,2
Hämorrhoiden	1	3,6	0,2
Arterienkrankheit - Sonstige	1	3,6	0,2
<b>Gesamt</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>5,0</b>

<b>N Neurologisch</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gesamt-%</b>
Kopfschmerz	7	25,0	1,2
Neurologische Infektion, andere	4	14,3	0,7
Schwindel / Benommenheit	3	10,7	0,5
Multiple Sklerose (MS)	3	10,7	0,5
Gehirnerschütterung	2	7,1	0,4
Kopfverletzung, andere	2	7,1	0,4
Migräne	2	7,1	0,4
Empfindungsstörung, andere	1	3,6	0,2
Neurologische Beschwerden andere	1	3,6	0,2
Meningitis / Enzephalitis	1	3,6	0,2
Cluster-Kopfschmerzen	1	3,6	0,2
Spannungskopfschmerz	1	3,6	0,2
<b>Gesamt</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>5,0</b>

<b>W Schwangerschaft, Geburt, Familienplanung</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gesamt-%</b>
Postkoitale Empfängnisverhütung	26	92,9	4,6
Orale Empfängnisverhütung	1	3,6	0,2

Schwangerschaft	1	3,6	0,2
<b>Gesamt</b>	<b>28</b>	<b>100</b>	<b>5,0</b>

<b>H Ohr</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gesamt-%</b>
Tinnitus, Klingeln, Brummen	3	30,0	0,5
Hörstörung	2	20,0	0,4
Tubenkatarrh/-ventilationsstörung	2	20,0	0,4
Akute Mittelohrentzündung	1	10,0	0,2
Otitis externa	1	10,0	0,2
Übermäßige Ohrschmalzbildung	1	10,0	0,2
<b>Gesamt</b>	<b>10</b>	<b>100</b>	<b>1,8</b>

<b>B Blut, blutbildende Organe, Immunsystem</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gesamt-%</b>
Anämie unspezifisch, andere	2	22,2	0,4
Lymphknoten vergrößert/schmerzhaft	1	11,1	0,2
Beschwerden Lymph-/Immunsystem, andere	1	11,1	0,2
Leukämie	1	11,1	0,2
Maligne Bluterkrankung, andere	1	11,1	0,2
Purpura/Gerinnungsstörung	1	11,1	0,2
HIV-Infektion / AIDS	1	11,1	0,2
Blut-/Lymph-/Milzerkrankung, andere	1	11,1	0,2
<b>Gesamt</b>	<b>9</b>	<b>100</b>	<b>1,6</b>

<b>P Psyche</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gesamt-%</b>
Depressive Störung	2	28,6	0,4
Akute Stressreaktion	1	14,3	0,2
Schlafstörung	1	14,3	0,2

Funktionseinschränkung / Behinderung (P)	1	14,3	0,2
Angststörung/Panikattacke	1	14,3	0,2
Somatisierungsstörung	1	14,3	0,2
<b>Gesamt</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>1,2</b>

<b>T Endokrin, metabolisch, Ernährung</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gesamt-%</b>
Austrocknung	2	28,6	0,4
Gicht	2	28,6	0,4
Gewichtsverlust	1	14,3	0,2
Hypothyreose / Myxödem	1	14,3	0,2
Vitamin-/Nährstoffmangel	1	14,3	0,2
<b>Gesamt</b>	<b>7</b>	<b>100</b>	<b>1,2</b>

<b>Prozeduren-Codes</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gesamt-%</b>
Blutuntersuchung	1	33,3	0,2
Verschluss/Fixierung/Naht/Prothese	1	33,3	0,2
Verband/Kompression/Tamponade	1	33,3	0,2
<b>Gesamt</b>	<b>3</b>	<b>100</b>	<b>0,5</b>

<b>F Auge</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gesamt-%</b>
Konjunktivitis, infektiöse	2	100,0	0,4
<b>Gesamt</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>0,4</b>

<b>X Weibliches Genitale/Brust</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gesamt-%</b>
Menstruationsschmerz	1	50,0	0,2
Unterbauch / Unterleibsymptomatik	1	50,0	0,2
<b>Gesamt</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>0,4</b>

<b>Y Männliches Genitale</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gesamt-%</b>
Penissymptome /-beschwerden, andere	1	50,0	0,2
Sexualfunkt. Sympt. /-beschw., Mann	1	50,0	0,2
<b>Gesamt</b>	<b>2</b>	<b>100</b>	<b>0,4</b>

## 12. DANKSAGUNG

Mein erster und besonderer Dank gilt Prof. Dr. med. Antonius Schneider für das Überlassen dieses vielseitigen Themas und die ausgezeichnete Betreuung während der Erstellung dieser Arbeit.

Auch bei Prof. Dr. med. Klaus Linde vom Institut für Allgemeinmedizin bedanke ich mich sehr herzlich für die Hilfe bei der statistischen Auswertung der Daten.

Vielen Dank an alle Ärztinnen, Ärzte und medizinischen Fachangestellten der Bereitschaftspraxis Münchner Ärzte am Klinikum rechts der Isar für die wohlwollende Unterstützung während der Studiendurchführung.

Ein großes Dankeschön an alle teilnehmenden Patienten, ohne die die Durchführung dieser Studie nicht möglich gewesen wäre.

Vielen Dank an Johannes für die Hilfe beim Korrekturlesen sowie die Unterstützung und Geduld bei der Erstellung dieser Arbeit in den letzten Jahren.