

Aus der Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

**Rehabilitationspsychopharmakotherapie
in der Allgemeinarztpraxis**

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Ulrich Keßler
aus Berlin

Datum der Promotion: 12.09.2014

Inhaltsverzeichnis

Abstrakte deutsch/englisch	5
1. Einleitung	7
1.1. <i>Einführung: Was ist Rehabilitationspsychopharmakotherapie?</i>	7
1.1.1. Gesetzliche Grundlagen der Rehabilitation und die ICF	7
1.1.2. Modelle und Studien für Behandlungen auf der Zeitachse: Behandlungsoptionen und -strategien, Stufenpläne, critical incidents.....	8
1.2. <i>Das Problem der Arzneimittelwahl</i>	10
1.2.1. Lebensspanne und Arzneimitteltherapie	10
1.2.2. Instrumente für die Erhebung, Evaluation und Wahl der Medikation	11
1.3. <i>Chronische psychische Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung und Hausarztpraxis</i>	
1.3.1. Epidemiologische Daten	18
1.3.2. Die Definition und Abgrenzung des Begriffs „chronische psychische Erkrankung“ unter Verlaufsgesichtspunkten	19
1.3.3. Die Rolle des Hausarztes in der Behandlung chronischer psychischer Störungen ...	22
1.3.4. Sozialmedizinische Bedeutung chronischer psychischer Erkrankungen	23
1.4. <i>Pharmakotherapie chronischer psychischer Störungen</i>	24
1.4.1. Definition und Klassifikation von Psychopharmaka.....	24
1.4.4. Chronische Schmerzerkrankungen.....	38
1.5. <i>Kriterien der Therapiewahl unter Berücksichtigung der Vorgeschichte</i>	39
1.6. <i>Fragestellung</i>	41
2. Methodik	42
2.1. <i>Die Pre-Treatment-/ Next-Treatment-Checkliste</i>	42
2.1.1. Aufbau des Instruments.....	42
2.2. <i>Projekt „Reha in der Hausarztpraxis“</i>	49
3. Ergebnisse	52
3.1. <i>Daten der Praxisstrukturerhebung</i>	52
3.2. <i>Charakteristika der Patienten in der Hauptuntersuchungsgruppe</i>	53
3.2.1. Soziodemographische und klinische Daten.....	53
3.2.2. M.I.N.I.-Diagnosen	55
3.2.3. Vor- und Mitbehandlung.....	56
3.3. <i>Ergebnisse der PN-Checkliste</i>	57
3.3.1. Lebenszeit- und aktuelle Einnahme von Psychopharmaka	57
3.3.2. Anwendbarkeit von Psychopharmaka	60
3.3.3. Ansprechen.....	61
3.3.4. Nebenwirkungen	62
3.3.5. Angemessenheit der Anwendung.....	63
3.3.6. Akzeptanz des Patienten.....	65
3.3.7. Empfehlungen	66
3.4. <i>Beziehungen der Psychopharmakaeinnahme zu Diagnosen und Mitbehandlung</i>	68

3.4.1.	Psychopharmakaeinnahme in Beziehung zur Diagnose.....	68
3.4.2.	Psychopharmaka in Beziehung zu anderen Ergebnissen: Wer wird behandelt?.....	70
3.4.3.	Vorbehandlung	72
4.	Diskussion	76
4.1.	<i>Praxen/Ärzte</i>	76
4.2.	<i>Patientenpopulation, Vor- und Mitbehandlung, Diagnosen.....</i>	76
4.3.	<i>Der Hausarzt als Rehamediziner</i>	76
4.4.	<i>Chronische Erkrankungen und interdisziplinäre Behandlung</i>	77
4.5.	<i>Erhebung der Pharmakotherapie</i>	78
4.6.	<i>Psychopharmakaeinnahme, Ergebnisse der PN-Checkliste</i>	79
4.6.1.	Wirkung.....	80
4.6.2.	Nebenwirkungen	81
4.6.3.	Angemessenheit	82
4.6.4.	Akzeptanz.....	83
4.6.5.	Empfehlungen	84
4.7.	Kovariate der Psychopharmakaeinnahme	85
4.8.	<i>Die PN-Checkliste als Instrument der Pharmakoanamnese und Algorithmusformulierung.....</i>	86
5.	Literaturverzeichnis.....	88
	Eidesstattliche Versicherung	97
	Lebenslauf.....	98
	Publikationen.....	99
	Danksagung.....	100

Abstrakt deutsch

Hintergrund: „Rehabilitationspsychopharmakotherapie“ ist die Behandlung chronischer psychischer Krankheiten mit Blick auf Funktions-, Fähigkeits- und Partizipationsstörungen. Die jahrelangen Behandlungen sind primär eine Aufgabe der Hausärzte, die daher inhaltlich zu einem wesentlichen Teil ihrer Tätigkeit als „Rehabilitationsmediziner“ anzusehen sind.

Methode: Im Rahmen einer Studie zu „Rehabilitationsmaßnahmen in der Hausarztpraxis“ wurde bei 307 chronisch psychisch kranken Patienten von 40 Hausärzten die frühere und aktuelle Medikation mit der „Pre-Treatment-Next-Treatment-Checkliste“ durch einen Studienarzt erfasst und beurteilt. Die Diagnosen wurden mittels eines standardisierten diagnostischen Interviews (M.I.N.I.) erhoben.

Ergebnisse: Die Patienten waren im Mittel 43 Jahre alt und in 70,4% weiblich. 47% litten unter Majorer Depression, 32% unter Anpassungsstörungen, 25% unter Dysthymie, und ein Viertel unter verschiedenen Angststörungen. 59,3% der Patienten wurden jemals und 37,1% aktuell psychopharmakologisch behandelt. Aktuell nahmen 29,3% ein Antidepressivum bzw. 47,9% irgendwann einmal. 4,6% erhalten aktuell ein Benzodiazepin, 2,0% ein Neuroleptikum, 2,6% ein Phytopharmakon, 8,5% ein Schmerzmittel und 0,7% eine Augmentationsbehandlung. Kontraindikationen für Psychopharmaka im engeren Sinne wurden in weniger als 5% der Patienten gesehen. Die Antidepressivabehandlungen wurden in 31,6% als unwirksam eingestuft, in 30,2% als teilweise und in 36,3% als gut wirksam. Stärkere Nebenwirkungen wurden bei 21% der Antidepressivabehandlungen angegeben. Bei 15,8% erschien die Behandlung nicht adäquat bzgl. Dauer und Dosierung. 22,8% der Patienten lehnten Psychopharmaka ab. Der Studienarzt sah bei 60,9% der Patienten aktuell eine Antidepressivaindikation. Bei einem Vergleich der Medikationsraten mit den Diagnosen nach M.I.N.I. lassen sich kaum Unterschiede erkennen.

Schlussfolgerungen: Chronische psychische Erkrankungen werden nur zurückhaltend psychopharmakologisch behandelt, wobei es sich um ein breites Störungsspektrum handelt und ein Teil daher im off-label-Bereich stattfinden muss. Grundsätzlich sind noch Therapiereserven gegeben, die durch Anwendung eines systematischen Verordnungsalgorithmus gemäß der PN-Checkliste identifiziert werden können. Dies betrifft moderne Antidepressiva wie Augmentationsstrategien. Allerdings sind auf Grund der individuellen Vorerfahrungen, Nicht-Anwendbarkeit, Nebenwirkungen oder mangelnder Akzeptanz Grenzen gesetzt.

Abstrakt englisch

Background: “Rehabilitation psychopharmacotherapy” is the treatment of chronic mental diseases with focus on dysfunctions, reduced capabilities and participation. Longstanding treatment is primarily a task for general practitioners, therefore they can be seen as “rehabilitation physicians” for a substantial part of their work.

Method: As part of a survey for “rehabilitation measures at the general practitioners” the past and current medication of 307 chronic mentally ill patients of 40 general practitioners was recorded and evaluated by a study physician using the “Pre-Treatment-Next-Treatment-Checklist”. Diagnoses were made by a standardized diagnostic interview (M.I.N.I.).

Result: Patients were 43 years old on average and female in 70.4%. 47% had a major depression, 32% an adaptive disorder, 25% dysthymia and a quarter had different anxiety disorders. 59.3% were treated at some point in time and 37.1% currently with psychotropic drugs. Currently 29.3% took an antidepressant resp. 47.9% at sometime. Currently 4.6% received a benzodiazepine, 2.0% a neuroleptic, 2.6% an herbal medicine, 8.5% an analgetic and 0.7% an augmentation treatment. Contraindications for psychotropic drugs were found in less than 5% of patients. Antidepressant treatment was rated as inefficient in 31.6% of the cases, partly in 30.2% and in 36.3% as well effective. Stronger side-effects were reported by 21% in antidepressant treatment. In 15.8% treatment did not seem adequate with regard to duration and dose. 22.8% of patients refused to take psychotropic drugs. The study physician saw an indication for antidepressants in 60.9% now. When comparing medication rates and diagnoses by M.I.N.I. there are hardly any differences.

Conclusion: Chronic mental diseases are only reluctantly treated with psychotropic drugs. There’s a wide range of diseases and so a part of treatment has to be done in off-label use. Principally there are still therapy reserves that can be identified by a systematic prescription algorithm according to the PN-checklist. This includes modern antidepressants as well as augmentation strategies. However there are boundaries set by individual experience, non-applicability, side-effects or lacking acceptance.

1. Einleitung

1.1.Einführung: Was ist Rehabilitationspsychopharmakotherapie?

Rehabilitationspsychopharmakotherapie (R.) kann als die Arzneimittelbehandlung chronifizierender und chronifizierter psychischer Syndrome definiert werden (Linden und Müller 2005). Diese Definition kann in ihrer Kürze jedoch nicht darstellen, welche speziellen Aspekte eine Rehabilitationspsychopharmakotherapie ausmachen, wie sich der Begriff von dem der Akutbehandlung abgrenzen lässt und letztendlich auch, welche Schlussfolgerungen daraus für die medizinische Rehabilitation chronisch psychisch kranker Patienten gezogen werden müssen.

Nach Linden (2011) kann folgende Definition dienen: „Rehabilitationspsychopharmakotherapie ist die pharmakotherapeutische Behandlung einer Krankheit mit persistierenden Funktions-, Fähigkeits- und Partizipationsstörungen, die nicht heilbar, sondern bestenfalls besserbar ist, über die Lebensspanne hinweg, nach einem systematischen, evidenzbasierten rationalen Vorgehen unter Berücksichtigung wichtiger kritischer Verlaufspunkte in einem Rahmen multidimensionaler Maßnahmen und unter Zusammenwirken verschiedener Behandler.“

Im Folgenden werden die wichtigsten Aspekte für eine Herleitung dieser Definition dargestellt.

1.1.1. Gesetzliche Grundlagen der Rehabilitation und die ICF

Medizinische Rehabilitation bedeutet nach §2 SGB IX die Behandlung von Menschen, deren „körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.“ Chronische Erkrankungen, die länger als ein halbes Jahr andauern, werden explizit unter dem Begriff der Behinderung eingeordnet. Nach §26 SGB IX hat die medizinische Rehabilitation die Aufgabe, „Behinderungen einschließlich chronischer Krankheiten abzuwenden, zu beseitigen, zu mindern, auszugleichen, eine Verschlimmerung zu verhüten oder Einschränkungen der Erwerbsfähigkeit und Pflegebedürftigkeit zu vermeiden, zu überwinden, zu mindern, eine Verschlimmerung zu verhüten...“ Hierbei werden im selben Paragraphen u.a. folgende Leistungen der med.

Rehabilitation genannt: „Behandlung durch Ärzte, Zahnärzte und Angehörige anderer Heilberufe, ..., Arznei- und Verbandmittel, Heilmittel ..., Psychotherapie ..., Hilfsmittel, Belastungserprobung und Arbeitstherapie.“ Für den Begriff der Rehabilitationspsychopharmakotherapie lässt sich hieraus ableiten, dass es um die Behandlung chronischer Erkrankungen geht, wobei verschiedene Zielsetzungen zu beachten sind und die Arzneimitteltherapie als eine mögliche Therapieform im Rahmen eines multidimensionalen Behandlungskonzepts explizit genannt wird.

Für eine genauere Definition der in §2 SGB IX genannten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (Partizipation) lässt sich die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit der Weltgesundheitsorganisation, kurz ICF (ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit 2010), heranziehen. Hier werden neben der Krankheitssymptomatik (=Funktionsstörungen) auch Fähigkeitsstörungen beschrieben, die den Zusammenhang zwischen Krankheitssymptomen und Partizipationsstörungen erklären (Linden und Baron 2005). Für die R. lässt sich hieraus ableiten, dass es (auch) um die erfolgreiche Behandlung von Fähigkeits- und Partizipationsstörungen geht und nicht nur um das Ziel einer Symptomreduktion- bzw. beseitigung, wie dies vorrangig in der Akuttherapie der Fall ist.

1.1.2. Modelle und Studien für Behandlungen auf der Zeitachse: Behandlungsoptionen -und strategien, Stufenpläne, critical incidents

In der Pharmakotherapie chronischer psychischer Störungen wurden bislang eine Reihe von Konzepten und Behandlungsstrategien entwickelt, um (pseudo)chronische bzw. therapieresistente Krankheitszustände zu überwinden oder zumindest zu mildern. Dies lässt sich am Beispiel der Depressionsbehandlung darstellen. Depressionen sind ihrer Natur nach in vielen Fällen als Langzeiterkrankungen anzusehen. Sie können einen rezidivierenden Verlauf nehmen oder auch in einen Zustand der Symptompersistenz übergehen. Hier stellt sich die Frage der Akutbehandlung aktueller Episoden und darüber hinaus dann das Problem der Beeinflussung der Krankheitsentwicklung. Dazu gehört die Prophylaxe von Rezidiven und die kurative wie kompensatorische Behandlung einer evt. Persistierenden, mehr oder weniger ausgeprägten Symptomatik und dies wesentlich auch mit dem Ziel der Sicherung der sozialen und beruflichen Partizipation. Dabei stellen sich spezielle Therapieprobleme wie z.B. wie nach einem frustranen Medikationsversuch weiter zu verfahren ist. Grundsätzlich stehen verschiedene antidepressive

Substanzen zur Verfügung, die in ihrer Wirksamkeit ähnlich gute Ergebnisse aufweisen und Unterschiede eher in Nebenwirkungs- und Interaktionsprofilen, aber auch in Abhängigkeit der individuellen Symptomatik des Patienten gemacht werden müssen. Neben der Monotherapie, die in der Regel am Anfang einer jeden antidepressiven Behandlung steht, gibt es verschiedene Strategien bei Therapieresistenz bzw. unzureichendem Ansprechen. So kann die Monotherapie abwartend fortgeführt oder die Dosis bis auf ein Maximum erhöht werden, es kann der Wechsel auf ein Medikament einer anderen oder gleichen Wirkstoffklasse erfolgen, verschiedene Wirkstoffe können kombiniert, es kann mit Lithium und anderen Wirkstoffen augmentiert werden, es kann der Versuch einer phasenprophylaktischen Behandlung unternommen werden. Von verschiedenen Fachgesellschaften liegen Leitlinien und Behandlungsempfehlungen vor (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft 2006). Für die antidepressive Therapie wurden Stufenpläne entwickelt, die die Behandlung mit „treatment as usual“ und computerbasierten Algorithmen vergleichen (Adli et al. 2006; Rush et al. 1999). Die Star*D-Studie untersuchte verschiedene Behandlungsstrategien und konnte keine Überlegenheit für eine bestimmte Behandlungsstrategie zeigen. Allerdings zeigte sich, dass vor einem Präparatewechsel auch längere Behandlungszeiträume bis zu acht Wochen noch Erfolg bringen können und auch ein Wechsel innerhalb einer Wirkstoffklasse eine mögliche und sinnvolle Strategie sein kann (Rush 2006).

Gemeinsam ist allen diesen Strategien, dass es nicht um nur eine punktuelle Veränderung zu einem Zeitpunkt geht, sondern die Behandlung auf der Zeitachse erfolgt. Besonders interessant und hilfreich erscheint in diesem Zusammenhang das prozessorientierte Modell der kritischen Verlaufspunkte („critical incidents“), das auf die Punkte fokussiert, an denen eine Entscheidung notwendig ist (Bernert und Linden 2011). In der ärztlichen Praxis gehört es zur täglichen Routine, Entscheidungen über die weitere Behandlung zu treffen. Hierfür stehen zahlreiche Untersuchungen aus dem Bereich des Medical Decision Making zur Verfügung, die die verschiedenen Aspekte einer Entscheidungsfindung beleuchten. In diesem Zusammenhang sei hier das Modell der Handlungstheorie erwähnt, welches den handlungstheoretischen Prozess allgemein beschreibt und somit auch auf die Entscheidungsfindung im medizinischen Bereich übertragbar ist (Linden 1994). Dieses wird an späterer Stelle näher erläutert.

1.2. Das Problem der Arzneimittelwahl

1.2.1. Lebensspanne und Arzneimitteltherapie

Rehabilitationspharmakotherapie definiert sich unter anderem dadurch, dass die medikamentöse Therapie auf der Zeitachse betrachtet wird, also nicht wie in der Akutbehandlung üblich nur der aktuelle Behandlungsausschnitt. Dies bedeutet, dass Positiv- oder Negativerfahrungen mit früheren Arzneimittelbehandlungen für die zukünftige Therapie genutzt werden können und müssen, um die Behandlung zu optimieren und sicherer zu gestalten. Hingegen kann ein Informationsverlust zu Behandlungsfehlern führen, anzuführen sind hier eine unnötige Doppelmedikation, Medikamenteninteraktionen, unzureichende oder Überdosierungen, Vernachlässigung von Nebenwirkungen etc. Informationen über die Vorbehandlung haben weiterhin unmittelbare diagnostische Bedeutung: So ist anhand der Vormedikation festzumachen werden, ob es sich bei einer Erkrankung um echte Chronizität oder „nur“ um eine Pseudochronizität im Sinne fehlender Ausschöpfung von Behandlungsoptionen handelt.

Die Therapie bei Langzeiterkrankungen ist darüber hinaus durch verschiedene Spezifika gekennzeichnet: So sind eine lange Behandlungsdauer, Multimedikation und multimodale Therapien die Regel. Es kommt gehäuft zu einer Therapieresistenz, was zu der Notwendigkeit führt, auf Therapieoptionen der zweiten Linie zurückgreifen zu müssen.

In der direkten Auseinandersetzung mit dem Patienten gibt es schließlich Probleme mit den subjektiven Erinnerungen und dem Assessment von Vorbehandlungen. So kann es nach einer Vielzahl von Therapien dazu kommen, dass ein Patient, der evt. ohnehin durch seine Erkrankung in der Gedächtnisleistung beeinträchtigt ist, die Medikation nicht korrekt erinnert und nur ungenaue Aussagen zu Wirkung, Nebenwirkungen, Dosierung und Dauer machen kann. Dies verwundert nicht, bedenkt man die schier unendliche Zahl möglicher Kombinationen und Therapieverläufe. Häufig beginnen die Schwierigkeiten schon in der Erinnerung des Medikamentennamens, wie die allgemeine ärztliche Empirie zeigt. Bezüglich der Pharmakoanamnese stellt sich für den Untersucher die Frage, wie diese möglichst vollständig, aber gleichzeitig auch effizient gestaltet werden kann. So ist die ärztliche Anamnese häufig auf die aktuelle oder letzte Medikamenteneinnahme beschränkt. Wirkung, Nebenwirkung und Angemessenheit der Anwendung werden, natürlich abhängig vom Untersucher, eher unsystematisch erfasst. Letztendlich ergibt sich die Problematik, wie sich aus dem gesammelten

Wissen über die Vorbehandlung Rückschlüsse für die weitere Therapie ziehen lassen. Ein derartiger Algorithmus, der die Vorbehandlung systematisch erhebt, evaluiert und eine Aussage über die weitere Therapie erlaubt, existierte nach unseren Recherchen bislang nicht.

Bei dem Problem der Medikationswahl in einer langen Sequenz von Behandlungen bzw. bei chronischen Krankheitszuständen stellen sich also folgende Fragen: Wann ist eine Medikation indiziert? Welches Medikament ist als nächstes aus allen verfügbaren Alternativen bei einem individuellen Patienten zu einem speziellen Zeitpunkt im Verlauf zu wählen? Aus dieser Fragestellung ist ersichtlich, dass die Medikationswahl als ein multidimensionaler Problemlöseprozess angesehen werden muss. Das Ziel eines darauf angepassten Algorithmus sollte es sein, die Sicherheit und Wirksamkeit der zu verschreibenden Medikation durch Erhebung und Evaluation der Vormedikation zu erhöhen.

1.2.2. Instrumente für die Erhebung, Evaluation und Wahl der Medikation

Wie im vorhergehenden Abschnitt bereits beschrieben, existiert bislang kein Algorithmus, der auf das spezielle Problem der Rehabilitationspharmakotherapie zugeschnitten wäre. Dennoch finden sich verschiedene Instrumente, die zumindest Teilaspekte widerspiegeln. Diese sollen kurz vorgestellt und diskutiert werden.

1.2.2.1. Behandlungsvorgeschichte

Der „Treatment Response to Antidepressant Questionnaire“ (TRAQ) von Posternak und Zimmermann (2003) ist ein halbstrukturiertes Interview zur systematischen Erhebung von Informationen über die antidepressive Vorbehandlung. Es werden alle bislang eingenommenen Wirkstoffe erhoben, die maximale Dosis, Dauer der Behandlungsversuche, Compliance und Wirkung erfragt. Das Instrument ist bei guter Test-Retest-Reliabilität geeignet, um eine antidepressive Vormedikation systematisch und ggf. durch medizinisches Hilfspersonal erheben zu lassen. Der TRAQ wurde dabei unter dem Gesichtspunkt einer leichten und klinischen Anwendbarkeit entwickelt, d.h. in Anlehnung an in Kliniken übliche Anamneseformen und unter Berücksichtigung begrenzter zeitlicher Ressourcen. Weiterhin wurde auf eine für Patienten verständliche Sprache geachtet. In der Untersuchung des Instruments konnten die Patienten bezogen auf die letzten fünf Jahre 81,7% der Monotherapien, aber nur 26,1% der Augmentationsversuche korrekt erinnern. Interessanterweise konnten die Patienten erfolgreiche

Versuche besser erinnern als erfolgreiche. Eingeschlossen in die Untersuchung wurden Patienten, die jeweils nur von einem Psychiater behandelt worden waren, es hatte also kein Behandlerwechsel stattgefunden.

Die „Michigan Adequacy of Treatment Scale“ (MATS) erhebt und evaluiert die antidepressive Vormedikation mit dem Ziel, Gründe für Therapieresistenz besser darstellen zu können (Grunhaus und Remen 1993). Hierbei wird vor allem auf eine ausreichende Behandlungsdauer von mindestens vier Wochen in einer adäquaten Dosis geachtet. Das Rating beschränkt sich aber auf die Adäquatheit der Therapie in Form von Erhebung des Wirkstoffs, der Dosis und der Therapiedauer, schließt aber keine weiteren klinisch wichtigen Variablen wie Angaben zu Wirkung oder Nebenwirkung mit ein. Somit ist die Aussagekraft sehr begrenzt. Ziel dieses Instruments ist auch nicht eine klinische Anwendung, sondern der Einsatz in Studien, um eine standardisiertere Darstellung von „therapierefraktären Behandlungsversuchen“ zu ermöglichen.

Der „McLean Hospital Antidepressant Record“ definiert einen „adäquaten Behandlungsversuch“ durch Festlegung einer bestimmten Mindestdosierung und Dauer der Behandlung von mindestens sechs Wochen (Nierenberg et al. 1991). Das Instrument erhebt retrospektiv neben der Behandlung selbst auch den Behandlungseffekt und trägt zu einer Standardisierung von Behandlungsprotokollen bei.

Die „Antidepressant Treatment History Form“ (ATHF) ist ein computergestützter Algorithmus, der die Angemessenheit einer antidepressiven Therapie evaluiert. In das Rating fließen Wirkstoffe, die Dauer der Behandlung und die Dosierung ein, ebenso Augmentationsversuche und Compliance. Dank des Computereinsatzes kommt der Algorithmus auch zur Auswertung großer Datensätze in Frage. Die Veröffentlichung im Internet zum Download erlaubt benutzerspezifische Modifikationen (Oquendo et al. 2003).

Als ein Qualitätssicherungsinstrument gilt der „Medication Appropriateness Index“ von Hanlon et al. (1992), der sich vor allem Fragen der Angemessenheit der Therapie wie z.B. Indikation, Effektivität etc. widmet.

Den vorgenannten Instrumenten ist gemein, dass sie gut geeignet sind zur Erhebung und Evaluation von Vorbehandlungen. Sie sind jedoch nicht zum Zweck der Weiterbehandlung bzw.

Therapiewahl entwickelt worden: Hierfür fehlt den Instrumenten ein Algorithmus zur Entscheidungsfindung für eine weitere Medikation. Der Schwerpunkt liegt auf einer retrospektiven Betrachtung und Bewertung der bisherigen Medikation. Zum Teil sind die Instrumente wie beschrieben auch nicht zur klinischen Anwendung entwickelt worden, sondern um eine Standardisierung in Studien zu ermöglichen.

1.2.2.2. Therapiewahl

Zunächst muss verstanden werden, wie Therapiewahlentscheidungen auf ärztlicher Seite zustande kommen. Zu diesem Zweck wurden Ärzte mittels des von Linden (2004) entwickelten Therapiewahlfragebogens hinsichtlich ihrer Entscheidungskriterien für die Auswahl eines Arzneimittels befragt. Es zeigte sich, dass Arzneimittelsicherheit, die Einfachheit der Anwendung sowie eigene Vorerfahrungen mit dem Medikament vorrangig waren. Eine untergeordnete Rolle spielten ökonomische Aspekte, Patientenpräferenzen und soziale Faktoren wie z.B. berufliche Anforderungen.

Für die Therapiewahl existieren Leitlinien, Checklisten und Stufenpläne. Ein Beispiel für eine international anerkannte Leitlinie sind die „World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders in Primary Care“ (Bauer et al. 2007). Leitlinien haben zum Ziel, das aktuelle evidenzbasierte Wissen darzustellen und daraus entsprechende Handlungsempfehlungen abzuleiten. So findet sich in der genannten Leitlinie dann auch ein Algorithmus für die antidepressive Therapie, der jedoch nicht die Behandlungsvorgeschichte des einzelnen Patienten berücksichtigt und stets bei „Stufe Null“ beginnt.

Checklisten dienen als Gedächtnisstütze und fragen wichtige Punkte von Diagnostik und Therapie ab. Ein Beispiel sind die von der WHO herausgegebenen Behandlungsrichtlinien (Dilling 2001).

Stufenpläne beinhalten ein festes Behandlungsregime, d.h. die Abfolge zeitlich festgelegter Therapiephasen mit zuvor bestimmten Evaluationspunkten. Stufenpläne kommen vor allem dann sinnvoll zum Einsatz, wenn die Behandlungen der ersten Linie versagen, also Therapieresistenz vorliegt. So werden systematisch weitere Behandlungsschritte durchlaufen, die

nachgewiesenermaßen zu einem besseren Outcome führen als „treatment as usual“ (Adli et al. 2006). Auch hier wurde die individuelle Behandlungsvorgeschichte eines Patienten nicht berücksichtigt bzw. wurden nur bislang unbehandelte Patienten eingeschlossen. Für die Vorteile von Stufenplänen bei therapieresistenter Depression fassen Adli et al. (2006) zusammen, dass diese inadäquate Behandlungen reduzieren und im Gegenzug angemessene Behandlungsstrategien fördern, dass Patientenoutcome verbessern, Therapie- bzw. Pseudoresistenz sowie chronische und Residualsymptome reduzieren, die Qualität der Behandlung verbessern und potentiell die direkten wie indirekten Kosten des Gesundheitssystems reduzieren. Im weiteren definieren die Autoren Behandlungsalgorithmen mit drei Schritten: Ein Algorithmus sollte 1. Strategien bieten, d.h. welche Behandlungen nutzbar sind, 2. Taktiken beschreiben, wie die Behandlungen angewendet werden können und 3. eine Reihenfolge der Behandlungsschritte angeben. Typischerweise haben Algorithmen dabei ein definiertes Ziel wie z.B. Remission oder Response und geben häufig auch entsprechende klinische Instrumente zur Messung an. Es werden sog. „kritische Entscheidungspunkte“ festgelegt, an denen der Effekt kontrolliert wird, z.B. Kontrolle nach vier Wochen unter einer bestimmten Medikation. Beispiele für Stufenpläne sind zwei große Studien: Das Berliner Algorithmusprojekt (Bauer et al. 2009) und das Texas Medication Algorithm Project (Trivedi et al. 2004), beide angelegt für die Behandlung therapieresistenter Depressionen. Das Berliner Algorithmusprojekt (German Algorithm Project), welches in drei Phasen gegliedert war, konnte wichtige Ergebnisse hervorbringen. So zeigte die erste Phase bei 38% der eingeschlossenen Patienten eine Remission, bei weiteren 34% eine Response ohne vollständige Remission (Linden et al. 1994). In der zweiten Phase, die das algorithmusgeleitete Vorgehen mit TAU verglich, konnte gezeigt werden, dass Patienten im Algorithmus eine zweifach größere Chance hatten eine Remission zu erreichen. Vergleich man die remittierten Patienten miteinander, so profitierten diejenigen im Algorithmus von weniger Strategiewechseln und weniger Polypharmazie (Adli et al. 2003). Die dritte Phase verglich Algorithmen mit einem computerbasierten Vorgehen und TAU: „Die Ergebnisse zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit, innerhalb eines definierten Zeitraums Remission zu erreichen, unter der Stufenplanbehandlung signifikant größer ist als bei der Behandlung nach CDES oder freier Arztentscheidung (TAU). Unterschiede zwischen CDES und TAU konnten nicht nachgewiesen werden. Die Wahrscheinlichkeit, das Krankenhaus remittiert zu entlassen, ist für Patienten der Stufenplangruppe signifikant höher als für die

Patienten der Vergleichsgruppen, unabhängig, wie lange ein Patient im Stufenplan verblieben ist oder ein Drop-Out erfolgte.“ (Wiethoff et al. 2009).

Zusammengefasst stellen die hier vorgestellten Instrumente evidenzbasierte Therapieempfehlungen dar. Allerdings berücksichtigen nur die Stufenpläne eine tatsächliche Behandlung auf der Zeitachse, dies allerdings nur prospektiv ausgerichtet. Hier fehlt für die Zwecke der Rehabilitationspharmakotherapie die retrospektive Beachtung auf der Zeitachse bei dem individuellen Patienten.

1.2.2.3. Der handlungstheoretische Entscheidungsprozess

Diese Form der Verlaufsklassifikation bezieht sich darauf, wie Entscheidungsfindungen und Handlungssteuerung ablaufen, sie ist prozessual ausgerichtet. Das im Folgenden beschriebene Modell bezieht sich auf Linden (1994) sowie Vogel und Schulte (1991).

Es kann zunächst unterteilt werden in die drei Bereiche Handlungsplanung, Entscheidungsfindung und Handlungsdurchführung.

Die Handlungsplanung ergibt sich aus verschiedenen Wissensbereichen: Theoriewissen, Erfahrungswissen, Situationswissen, Emotionswissen, Interaktionswissen und Erwartungswissen.

Bei der Entscheidungsfindung spielen die Zielauswahl, Interventionsoptionen, Kosten-Nutzen-Abwägung und Praktikabilitätserwägungen eine Rolle.

In der Handlungsdurchführung kommt es nach Handlungsintention und Interventionsauswahl zur technischen Umsetzung, die eine Verlaufskontrolle sowie eine Ergebnisevaluation nach sich zieht (Bernert und Linden 2011).

Die Abbildung gibt einen zusammenfassenden Überblick des zuvor beschriebenen wieder.

- Handlungsplanung
 - Theoriewissen
 - Erfahrungswissen
 - Situationswissen
 - Emotionswissen
 - Interaktionswissen
 - Erwartungswissen
- Entscheidungsfindung
 - Zielauswahl
 - Interventionsoptionen
 - Kosten-Nutzen-Abwägung
 - Praktikabilitätsabwägungen
- Handlungsdurchführung
 - Interventionsauswahl
 - Handlungsintention
 - Technische Umsetzung
 - Verlaufskontrolle (kognitiv, emotional)
 - Ergebnisevaluation

1.2 Abbildung aus: Linden (1994)

Wendet man das Modell an, dann beinhaltet das Theoriewissen das erworbene Wissen über Psychopharmaka wie bspw. Wirkungen, Nebenwirkungen, Interaktionen mit anderen Medikamenten, aber auch pharmakologische Grundlagen wie Resorption, Verstoffwechslung, Intrazelluläre second-messenger-Prozesse.

Das Erfahrungswissen beschreibt die Empirie des Arztes z.B. mit einem bestimmten Wirkstoff. So kann er die Erfahrung gesammelt haben, dass ein bestimmtes Antidepressivum in der Mehrzahl der von ihm behandelten Patienten eine gute und zuverlässige Wirkung besitzt, während ein anderer, vielleicht ähnlicher Wirkstoff mit grundsätzlich gleich gutem Potential in der Erfahrung des Arztes deutlich schlechter abschneidet.

Das Situationswissen bezieht sich auf die individuellen Merkmale des Patienten und kann z.B. seine Compliance bezüglich der Medikamenteneinnahme oder Vorerfahrungen mit dem zu verordnenden Medikamente betreffen.

Das Emotionswissen beschreibt die individuellen Vorlieben des Arztes, die sich rational nicht hinreichend erklären lassen.

Im Interaktionswissen werden – in den letzten Jahren in der Medizin zunehmend – im Sinne einer partizipativen Entscheidungsfindung die Interessen des Patienten berücksichtigt und seine Entscheidungen fließen in den Gesamtprozess mit ein.

Das Erwartungswissen erlaubt eine Vorhersage über mögliche Ergebnisse, die in der Medizin in aller Regel nur mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit angegeben werden können.

In der Entscheidungsfindung geht es zunächst um eine Definition des Ziels, bzw. einer Zielauswahl. Bei der Entscheidung für ein Medikament ist dies in aller Regel zunächst das Behandlungsziel Heilung bzw. Symptomreduktion, bei chronischen Prozessen z.B. aber auch eine partizipationsgerechte Behandlung. Es sind dann alle Interventionsoptionen zu überlegen, im Beispiel der Psychopharmakologie bei einer Depression also z.B. die Erstellung einer Liste mit allen verfügbaren Antidepressiva. Durch einen Abwägungsprozess zwischen Kosten, Nutzen und Praktikabilität kann so eine Entscheidung getroffen werden. Im Beispiel der Antidepressiva sind dies neben der eigentlichen Wirksamkeit auch Nebenwirkungs- und Interaktionsprofile, die Sicherheit der Anwendung (z.B. bei potentiell suizidalen Patienten), der Preis und die Anwendbarkeit im klinischen Kontext, z.B. die Frage, ob regelmäßig notwendige Blutbildkontrollen in der Praxis durchführbar sind etc.

Die Handlungsdurchführung schließlich bedeutet nach der bereits beschriebenen Entscheidungsfindung durch Handlungsintention und Interventionsauswahl die technische Umsetzung. In unserem Beispiel wäre dies also die regelmäßige Einnahme einer bestimmten Substanz in einer bestimmten Dosierung. Durch Verlaufskontrollen wird das bis dahin erreichte Ergebnis evaluiert und ggf. der Prozess von Handlungsintention und Interventionsauswahl erneut durchlaufen. Z.B. könnte dies bei Feststellung einer nur leichten Reduktion der depressiven Symptomatik eine Dosiserhöhung oder Augmentation der begonnenen Medikation bedeuten.

1.3.Chronische psychische Erkrankungen in der Allgemeinbevölkerung und Hausarztpraxis

1.3.1. Epidemiologische Daten

Psychische Störungen spielen in der Allgemeinbevölkerung eine bedeutende Rolle. Erste Studien stammen z.B. von Fichter et al. (1983), die die Prävalenzen psychischer Erkrankungen in ländlichen und städtischen Regionen untersuchen und miteinander vergleichen. Der Bundesgesundheitsurvey (BGS) zeigte 1998, dass fast ein Drittel der deutschen Allgemeinbevölkerung im Alter von 18 bis 65 Jahren innerhalb eines Jahres unter psychischen Problemen litt, d.h. eine 12-Monats-Prävalenz von 31,1% vorlag. Dies entspricht einer absoluten Zahl von 15,61 Mio. Menschen. Die Lebenszeitprävalenz psychischer Störungen wird mit 42,6%, die 1-Monats-Prävalenz mit 19,8% angegeben (Wittchen et al. 2003). Der BGS bietet im Grunde genommen zwar keine genaue Möglichkeit zur Abgrenzung von chronischen zu nichtchronischen psychischen Erkrankungen, jedoch wurden alle psychischen Störungen erfasst, unter denen „die Bundesbürger jemals (lifetime), in den letzten zwölf Monaten oder den letzten vier Wochen gelitten hatten.“ (Müller-Fahrnow und Spyra 2005). Somit handelt es sich nicht um eine reine Querschnittsuntersuchung, sondern auch um eine retrospektive Betrachtung der Lebensspannenentwicklung. Laut Müller-Fahrnow und Spyra (2005) kann die 12-Monatsprävalenz als „näherungsweise bester Schätzwert für einen chronischen Krankheitswert der psychischen Störung“ gelten. Nach Linden (2005) sind „die vorherrschenden Störungen wie Depressionen, Angsterkrankungen, Suchterkrankungen, hirnorganische Störungen, Schizophrenien oder Persönlichkeitsstörungen“ ... „ihrer Natur nach in der Mehrzahl der Fälle chronische, chronisch-exazerbierende oder rezidivierende Langzeiterkrankungen.“

Unter Zugrundelegung der ICD-10-Kriterien kamen Angststörungen mit einer 12-Monats-Prävalenz von 14,5% am häufigsten vor, gefolgt von Störungen durch psychotrope Substanzen mit 13,2%, affektiven Störungen mit 11,9% und somatoformen Störungen mit 11%. Nach einer Auswertung anhand der DSM-IV-Kriterien machten Phobien mit 12,6% den größten Anteil bei den Angsterkrankungen aus, Major-Depressionen mit 8,3% und Dysthymie mit 4,5% den größten Anteil bei den affektiven Störungen. Eine Übersicht der 12-Monats-Prävalenzen gibt Abb. 1. Diese Befunde decken sich weitestgehend auch mit den Ergebnissen anderer großer

Industrienationen, so z.B. der USA und Großbritannien (Andrews und Henderson 2000; Kessler et al. 1994).

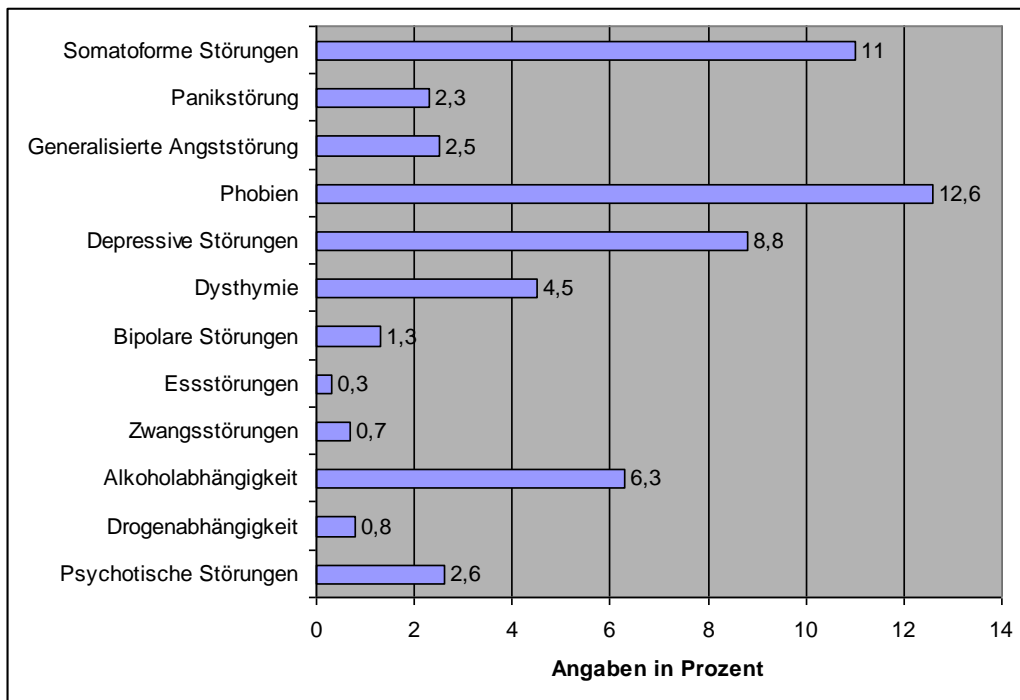


Abb. 1.3.1: Bundes-Gesundheitssurvey 1998, Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ (N=4181; 18- bis 65-Jährige im Bundesgebiet): 12-Monats-Prävalenzen für ausgewählte Diagnosen nach DSM-IV (Wittchen und Jacobi 2001)

1.3.2. Die Definition und Abgrenzung des Begriffs „chronische psychische Erkrankung“ unter Verlaufsgesichtspunkten

Die Bedeutung des Begriffs im rechtlichen Sinne sowie unter Zugrundelegung der ICF wurde bereits in Abschnitt 1.1.1 angesprochen. Ein weiteres Problem stellt die Abgrenzung der chronischen von den akuten Erkrankungen dar. Hier spielt letztlich das zugrundeliegende Krankheitskonzept die ausschlaggebende Rolle. Bernert und Linden (2011) stellen verschiedene Verlaufsklassifikationen vor: So scheint zunächst die Zeit bzw. Dauer einer Erkrankung eines der wichtigsten Kriterien zu sein, um eine chronische Erkrankung abzugrenzen. Allerdings gibt dies allein wenig Aufschluss über die Krankheitsentwicklung selbst. So gibt es für viele Erkrankungen Verlaufsklassifikationen nach Progredienzstadien, wie z.B. das TNM-System für maligne Tumore, oder der Mehrdimensionalität einer Erkrankung. Somit liegen zusätzlich Informationen über den Schwere- und Ausbreitungsgrad vor. Ein weiteres wichtiges Kriterium ist die Variabilität von Verläufen, z.B. die Unterscheidung von chronisch-rezidivierend vs.

chronisch-persistierend, remittiert vs. defektbildend etc. Auch Klassifikationssysteme wie die ICD-10 nutzen die Verlaufskriterien zur Abgrenzung, z.B. bei den affektiven Störungen (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) 2010). Bezogen auf die Pharmakotherapie bedeutet dies, dass die Wahl und Anwendungsart des Medikaments auch und gerade von Verlaufsgesichtspunkten abhängt. Reicht bei einer akuten Erkrankung möglicherweise eine tageweise und klar begrenzte Anwendung aus, so muss bei chronischen Verläufen überlegt werden, ob bspw. eine Dauermedikation zur Symptomreduktion notwendig ist, eine Dauermedikation als Prophylaxe indiziert ist oder ob die Medikation z.B. partizipationsorientiert nach den jeweiligen Anforderungen anzupassen ist.

Weitere Modelle betreffen z.B. mathematische Verlaufsberechnungen, die Einbeziehung von Risikofaktoren oder therapieabhängige Verlaufsklassifikationen. Letztere unterscheidet zwischen den Begriffen „Chronizität“ und „Pseudochronizität“. Es kann demnach nur von einer „echten“ Chronizität gesprochen werden, wenn eine adäquate Vorbehandlung stattgefunden hat. Eine bislang fehlende Vorbehandlung würde dann eine „Pseudochronizität“ bedeuten, da sich der chronische Zustand der Erkrankung durch eine entsprechende Therapie potentiell beseitigen ließe. Was jedoch unter einer adäquaten Vorbehandlung verstanden werden kann, ist Gegenstand weiterer Diskussionen und würde diesen Rahmen sprengen. Allerdings erscheint dieser Punkt überaus wichtig für die Psychopharmakotherapie: So kann bspw. bei anhaltend depressiven Patienten, die bislang keine adäquate Medikation erhalten haben, lediglich von einer Pseudochronizität gesprochen werden und erst nach Durchlaufen mehrerer Stufen antidepressiver Psychopharmakotherapie von einer tatsächlichen Chronizität.

Einen anderen Ansatz bietet die handlungstheoretische Verlaufsklassifikation nach dem Modell der kritischen Verlaufspunkte. Hierbei werden Verläufe als Prozesse verstanden und beschrieben. Dem Modell zugrunde gelegt wird hierbei der bereits oben beschriebene handlungstheoretische Entscheidungsprozess. Bernert und Linden (2011) vergleichen die Behandlung von Krankheitsentwicklungen über die Jahre hinweg mit einer systemischen Steuerungsaufgabe etwa analog einer längeren Autofahrt: „Aus dem aktuellen Wegepunkt, dem bisherigen Fahrverlauf, Erwartungen über den weiteren Strecken- oder Fahrzeugzustand und Prioritätensetzungen (Reisezeit, schöne Landschaft) führten zu „probabilistischen Entscheidungen“ und „decisions under conditions of uncertainty“. Dies bedeutet, dass Wahl- und

Entscheidungsoptionen herausgearbeitet werden, mit unterschiedlichen Vor- und Nachteilen, aus denen dann eine Handlungsoption umgesetzt werden kann.“ Kritische Verlaufspunkte ergeben sich hierbei in der Akutmedizin recht einfach: Ein Patient stellt sich in der Regel mit einem akuten Anliegen beim Arzt vor, es wird eine Intervention umgesetzt. Bei einer jahrelangen Erkrankung ist dies jedoch häufig nicht so eindeutig und es stellt sich regelmäßig die Frage, was zu welchem Zeitpunkt in der Behandlung sinnvoll erscheint. Hierzu schlagen Bernert und Linden folgende Fragen vor, um eine Klärung der Frage nach dem Interventionspunkt in einem Langzeitverlauf herbeizuführen:

„Besteht derzeit eine Änderungsnotwendigkeit bezgl.

1. der laufenden Behandlung/ Betreuung?
2. aktuell bestehender Funktionsstörungen / Krankheitssymptomen?
3. aktuell bestehender Fähigkeitsstörungen?
4. aktuell bestehender Partizipationsstörungen?
5. Welcher Verlaufstyp bildet sich seit Krankheitsbeginn und insbesondere in der letzten Zeit ab (rezidivierend, persistierend, exazerbierend)?
6. Gibt es Hinweise auf eine Änderung des Verlaufstyps (zum Positiven/ zum Negativen)?
7. Gibt es Hinweise auf eine Änderung der Verlaufsprogression (abnehmend-dezellerierend, statisch, zunehmend-akzellerierend)?“

Für die Pharmakotherapie bedeutet dies, dass geprüft werden muss, inwiefern eine Medikation über Wirkung oder Nebenwirkungen Einfluss nimmt auf Funktions-, Fähigkeits- und Partizipationsstörungen. Als Beispiel muss also nicht nur berücksichtigt werden, ob ein depressiver erkrankter Bauarbeiter durch die Behandlung weniger depressive Symptome aufweist, nicht mehr suizidal ist und aus dem Akutkrankenhaus entlassen werden kann, sondern ebenso, ob er unter der Medikation die Fähigkeiten hat, um weiter als Bauarbeiter zu arbeiten, dies kann z.B. Anforderungen an die Koordination, Schwindelfreiheit, Reaktionsgeschwindigkeit, Bedienen von Maschinen etc. bedeuten. Ebenso muss beim Verlaufstyp wie oben beschrieben berücksichtigt werden, inwiefern eine Medikation vorübergehend oder dauerhaft gegeben wird, bei einer sich abzeichnenden Änderung des Verlaufstyps ggf. auch das Medikament selbst. Ein Beispiel hierfür wäre eine depressive Erkrankung, die sich im Langzeitverlauf als bipolare Störung herausstellt und damit eine Änderung der Psychopharmakotherapie notwendig macht.

1.3.3. Die Rolle des Hausarztes in der Behandlung chronischer psychischer Störungen

Der Hausarzt spielt in der Behandlung psychischer Störungen eine zentrale Rolle: So suchten lt. Bundesgesundheitsurvey 42,3% der Patienten, die mindestens einen Behandlungskontakt aufgrund ihrer psychischen Probleme hatten, ihren Hausarzt auf. Hausärzte stehen damit an der Spitze vor Nervenärzten, Psychologischen Psychotherapeuten und ärztlichen Psychotherapeuten (Wittchen und Jacobi 2001). Allerdings wurde der Hausarzt nur in 14,5% der Fälle ausschließlich von den Patienten aufgesucht, ohne dass es Kontakt zu weiteren spezialisierten Einrichtungen gegeben hätte. Dies zeigt die häufige Multidimensionalität der Behandlung. Abhängig vom gewählten Studiendesign kommen allein Depressionen mit einer Stichpunktprävalenz zu 5 bis 20% in der Hausarztpraxis vor. (Sielk et al. 2009). Untersuchungen gehen davon aus, dass psychische Erkrankungen von niedergelassenen Hausärzten deutlich besser erkannt werden als zum Beispiel von in einer Poliklinik arbeitenden Allgemeinmedizinerinnen (Üstün TB), wo die Rate diagnostizierter psychischer Erkrankungen nur halb so hoch liegt. Im Weiteren zeigt die Untersuchung von Üstün u. von Korff auch eine nur geringe Übereinstimmung des Forschungsinterviews CIDI mit den Diagnosestellungen der Allgemeinärzte. Dies sagt jedoch nichts aus über eine adäquate Behandlung der Patienten, auf die es letztendlich ja ankommt. Eine Studie von Schulberg et al. (1996) zu depressiven Erkrankungen geht davon aus, dass „70% dieser Patienten vom Allgemeinarzt behandelt werden können, 13% zu einem Psychiater überwiesen werden sollten und dass bei 17% andere Störungen mit anderen Behandlungserfordernissen vorlagen.“ (Linden 1999). Hausärzte haben grundsätzlich zahlreiche Optionen, um psychisch erkrankte Patienten zu versorgen. Neben der psychosomatischen Grundversorgung mit entsprechenden psychosozialen Interventionen steht bspw. auch der Einsatz psychopharmakotherapeutischer Möglichkeiten zur Verfügung als auch die Einleitung weiterer geeigneter therapeutischer Maßnahmen auf Funktions-, Fähigkeits- und Kontextebene. Hierzu gehören beispielsweise das AU-Management mit Attestierung der Arbeitsunfähigkeit, Einleitung von Wiedereingliederungsmaßnahmen in den Beruf wie Hamburger Modell oder Betrieblichem Eingliederungsmanagement, ebenso die Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten, Nervenärzten dem Sozialpsychiatrischen Dienst oder der Einzelfallhilfe.

Für die Psychopharmakotherapie bedeutet dies, dass den Hausärzten für einen Großteil der Patienten auch die diesbezügliche Steuerung zufällt. Hausärzte haben damit wesentliche Entscheidungs- und Einflussmöglichkeiten, tragen aber auch die Verantwortung für eine fachgerechte Psychopharmakotherapie. Geht man von den oben beschriebenen Zahlen aus, dann muss nur ein kleiner Teil der Patienten, nämlich 13%, von einem Psychiater fachspezifisch behandelt werden. Hausärzte sollten also in der Lage sein, eine Psychopharmakotherapie auf der Zeitachse im Langzeitverlauf zu überwachen, wichtige Entscheidungspunkte zu identifizieren und ggf. Weichenstellungen vorzunehmen.

1.3.4. Sozialmedizinische Bedeutung chronischer psychischer Erkrankungen

Die bedeutende sozialmedizinische Dimension ergibt sich aus der Tatsache, dass psychische Erkrankungen häufig dazu tendieren chronisch zu werden und in zunehmendem Maße nicht nur die Erkrankung mit ihren ureigenen Symptomen, sondern daraus folgende Fähigkeits- und Partizipationsstörungen im Vordergrund stehen, die zu einer verminderten Teilhabe am Leben führen, z.B. im beruflichen Kontext zu einer Arbeits- oder gar Erwerbsunfähigkeit. So machten psychische Störungen im Jahr 2003 27,1% der Frühberentungen aus, innerhalb dieser Gruppe stellen depressive Erkrankungen mit 26% die größte Gruppe dar (Richter 2006). Psychische Erkrankungen und darüberhinaus sogar schon grenzwertige Störungen führen zu einer deutlich erhöhten Anzahl an Krankschreibungstagen, bei grenzwertigen Störungen verdoppelt sich der Wert, bei manifesten psychischen Erkrankungen verdreifacht er sich sogar im Vergleich zu sonstigen Patienten (Üstün TB). Je niedriger die soziale Schicht eines Patienten, umso höher ist das Risiko, an einer psychischen Erkrankung zu leiden (Muschalla und Linden 2011). Desweiteren wurden Zusammenhänge zwischen der Art des ausgeübten Beruf und der Prävalenz bestimmter psychischer Erkrankungen gefunden, wobei offen bleibt, ob es auch einen kausalen Zusammenhang gibt (Wieclaw et al. 2006). In der beruflichen Wiedereingliederung spielen Insuffizienz- und Arbeitsplatzängste eine bedeutende Rolle (Muschalla und Linden 2011).

In nicht unerheblichem Maße entstehen durch psychische Erkrankungen direkte wie indirekte Kosten für das Gesundheitswesen. So suchen Patienten mit einer aktuell bestehenden psychischen Erkrankung den Hausarzt signifikant häufiger auf als Patienten ohne bzw. remittierten psychischen Erkrankungen. Ebenso ist die Rate an Facharztconsultationen und Krankenhausbehandlungstagen signifikant erhöht gegenüber Patienten ohne Lifetime-Diagnose

einer psychischen Erkrankung. Bezogen auf die Arbeitsunfähigkeitszeiten zeigt sich, dass Personen mit einer aktuellen psychischen Störung etwa doppelt so viele Ausfalltage haben als diejenigen ohne Lifetime-Diagnose oder Remittierte (Jacobi et al. 2004). Allein die direkten Kosten von depressiven Erkrankungen werden mit einer vorsichtigen Hochrechnung auf die deutsche Gesamtbevölkerung in einer Höhe von 1,6 Mrd. Euro angegeben (Friemel et al. 2005). Für die Psychopharmakotherapie bedeutet dies, dass eine konsequente Anwendung von Psychopharmaka zu einer deutlichen Verringerung von Arbeits- und Leistungsunfähigkeit beitragen kann, wenn man davon ausgeht, dass hierdurch eine schnellere Remission erreicht werden kann.

Neben der beruflichen Partizipation ist der Augenmerk immer auch auf den Bereich der sonstigen Teilhabe, also insbesondere familiäre, partnerschaftliche, soziale und Freizeitaktivitäten, zu richten. So kommt es bei psychischen Störungen regelhaft zu Partnerschaftsproblemen, sozialem Rückzug, Einschränkung der Hobbies etc., um nur einige Beispiele zu nennen. Auch hier kann die Psychopharmakotherapie positiv eingreifen und durch bspw. eine Verringerung depressiver Symptomatik einen weiteren sozialen Rückzug verhindern. Allerdings kann sie ebenso zu einer Verschlechterung der Situation, bspw. im partnerschaftlichen Bereich durch die Nebenwirkung sexueller Lustlosigkeit unter SSRI-Gabe, führen. Es gilt hier wie immer das Gesamtbild zu berücksichtigen, um den Psychopharmakaeinsatz sinnvoll zu gestalten.

1.4. Pharmakotherapie chronischer psychischer Störungen

1.4.1. Definition und Klassifikation von Psychopharmaka

Nach dem Pschyrembel sind Psychopharmaka „Pharmaka, die v.a. die Aktivität des ZNS beeinflussen und eine Wirkung auf psychische Funktionen haben; beeinflussen Stimmung, Affektivität, Emotionalität und die integrative Funktion des ZNS; i.e.S. Antidepressiva, Neuroleptika, Stimulanzen und Tranquilizer, i.w.S. auch Lithium, Schlafmittel und Sedativa“ (Pschyrembel 1998).

Will man die Arten der unterschiedlichen Pharmaka bei unterschiedlichen psychischen Störungen beschreiben, so bedarf es zunächst einer brauchbaren Einteilung der verschiedenen

Wirkstoffe. Im Folgenden werden drei gängige Einteilungen kurz dargestellt, um einen Überblick über die Systematik gewinnen zu können. Es sind dies eine amtliche Klassifikation, ein Arzneimittelverzeichnis sowie ein anwendungsbezogenes Handbuch für Niedergelassene und Kliniker.

Die „Anatomisch-therapeutisch-chemische Klassifikation mit Tagesdosen“ (kurz: ATC-Klassifikation) ist eine im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebene Schrift nach SGB V, die nach den Vorgaben der WHO erstellt ist. Der Vorteil liegt in einer internationalen Standardisierung und Vergleichbarkeit, jedem Wirkstoff wird ein eindeutiger Code, z.B. N06AB04 für Citalopram, zugeordnet. Außerdem werden für alle Wirkstoffe definierte Tagesdosen (kurz DDD: (Defined Daily Doses) festgelegt. Nach der WHO (WHOCC) gibt die DDD die „angenommene durchschnittliche Erhaltungsdosis pro Tag für einen Wirkstoff in seiner Hauptindikation bei Erwachsenen“ an.

Psychopharmaka finden sich in der ATC-Klassifikation in der Gruppe „N Nervensystem“. Die ATC-Klassifikation teilt die Psychopharmaka zunächst in zwei Gruppen: Psycholeptika (Gruppe N05) und Psychoanaleptika (Gruppe N06). Zu den Psycholeptika zählen Antipsychotika (N05A), Anxiolytika (N05B), Hypnotika und Sedativa (N05C) sowie Homöopathische und Anthroposophische Psycholeptika (N05H). In die Gruppe der Psychoanaleptika fallen Antidepressiva (N06A), Psychostimulanzien, Mittel für die ADHD und Nootropika (N06B), Psycholeptika und Psychoanaleptika in Kombination (N06C) und Antidementiva (N06D) (WIdO / DIMDI).

Die ROTE LISTE®, ein seit 1933 herausgegebenes Arzneimittelverzeichnis für Deutschland, fasst die Psychopharmaka in der Gruppe „71. Psychopharmaka“ zusammen und unterteilt in Pflanzliche Psychopharmaka (71.A.), Chemisch definierte Psychopharmaka (71.B.) und Homöopathika (71.D.). Die Differenzierung der Gruppe 71.B. erfolgt in Antidepressiva (71.B.1.), Neuroleptika (71.B.2.), Psychoanaleptika (71.B.3.), Tranquillantia/Anxiolytika (71.B.4.), Psychoenergetika (71.B.5.), Glutamat-Modulatoren (71.B.6.) sowie andere chemisch definierte Psychopharmaka (71.B.7.) (Rote Liste Service GmbH).

Anwendungsbezogene Fachbücher orientieren sich zumeist an der Indikation, so z.B. das Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie von Benkert und Hippus (2009). Die Kapiteleinteilung erfolgt hier benutzerfreundlich in folgende indikationsbezogene Gruppen: Antidepressiva (1), Bipolar affektive Störungen (2), Antipsychotika (3), Anxiolytika (4), Hypnotika (5), Antidementiva (6), Medikamente zur Behandlung von Abhängigkeit und Entzugssyndromen (7), Medikamente zur Behandlung von sexuellen Störungen (8), Essstörungen (9), Psychostimulanzien und weitere Medikamente zur Behandlung von ADHS und Hypersomnien (10), Medikamente zur Behandlung von Bewegungsstörungen in der Psychiatrie (11) sowie Medikamente zur Behandlung von Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (12).

1.4.2. Verordnungsdaten von Psychopharmaka

Zur Verdeutlichung der Verordnungszahlen lassen sich die Daten des jährlich erscheinenden Arzneiverordnungs-Reports heranziehen (Schwabe et al. 2010). In diesem werden die Psychopharmaka in fünf große Gruppen unterteilt: Tranquillantien, wobei hier die Benzodiazepine die größte Rolle spielen, Antidepressiva, Neuroleptika, Psychostimulanzien sowie pflanzliche Psychopharmaka, unter diesen vor allem Johanniskrautextrakte. Weiterhin werden verschiedene kleinere Gruppen wie z.B. die Stimmungsstabilisierer genannt. Die meisten Verordnungen in 2009 zeigen sich für Antidepressiva (1059 Mio. DDD), es folgen mit großem Abstand in absteigender Reihenfolge Neuroleptika (294 Mio. DDD), Tranquillantien (133 Mio. DDD), Psychostimulanzien (59 Mio. DDD) und Pflanzliche Psychopharmaka (30 Mio DDD), siehe auch Abbildung 2.1. Eine starke Zunahme der Antidepressivaverordnung von 2000 bis 2009 belegt Abbildung 2.2. Hingegen ist die Verordnung von Tranquillantien leicht rückläufig, die Verordnung von Neuroleptika nimmt leicht zu (Lohse MJ und Müller-Oerlinghausen 2010).

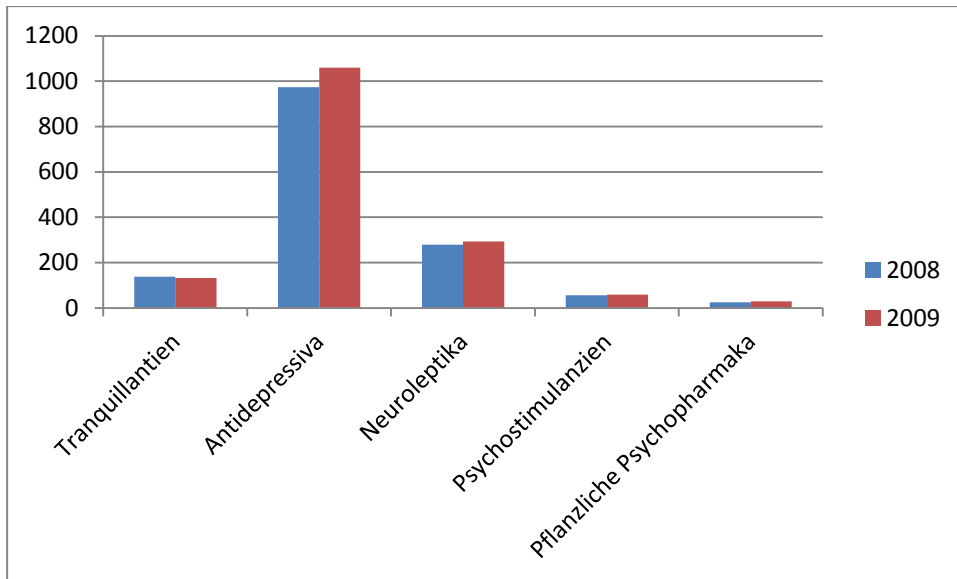


Abb. 1.4.2.1: Verordnungen von Psychopharmaka 2009. Gesamtverordnungen nach definierten Tagesdosen, Angaben in Mio. DDD. Aus: Lohse MJ und Müller-Oerlinghausen 2010

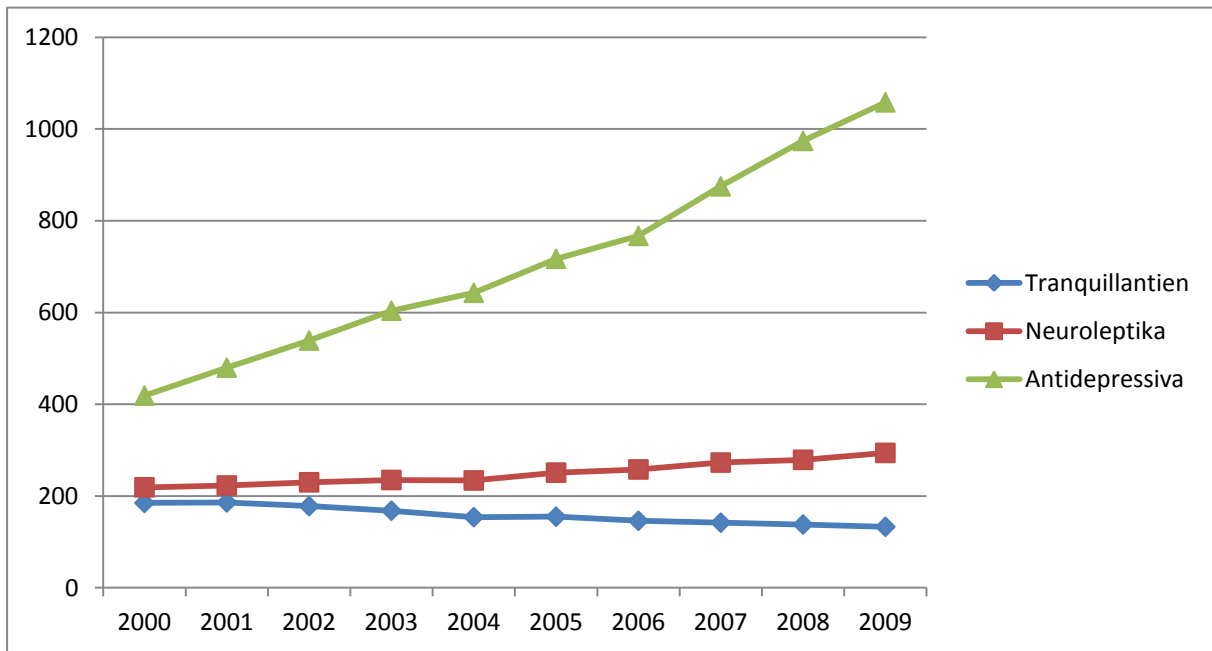
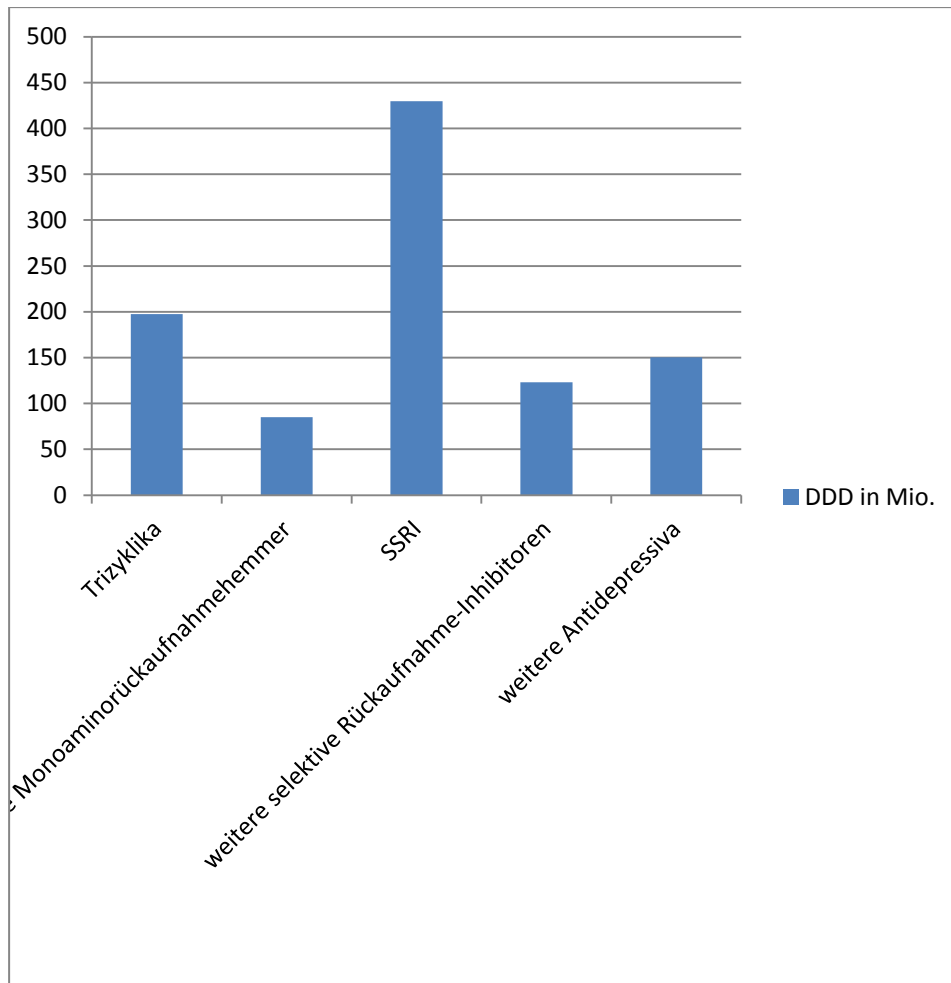


Abb. 1.4.2.2: Verordnungen von Psychopharmaka 2000 bis 2009. Gesamtverordnungen nach definierten Tagesdosen, Angaben in Mio. DDD. Aus: Lohse MJ und Müller-Oerlinghausen 2010.

Antidepressiva werden in zunehmendem Maße verordnet. In den Jahren 2000 bis 2009 nahmen die Verordnungen um rund 15% pro Jahr zu. Lagen die Verordnungszahlen im Jahr 2000 noch bei 419 Mio. DDD, so gab es mehr als eine Verdopplung auf 1058 Mio. DDD bis ins Jahr 2009. Antidepressiva stellen damit quantitativ die bedeutendste Gruppe innerhalb der Psychopharmaka dar und liegen weit vor den Verordnungszahlen der nächstgrößeren Gruppe der Neuroleptika

(294 Mio. DDD in 2009). Die Abbildung 1.4.2.3 zeigt die Verteilung der Verordnungszahlen innerhalb der Gruppe der Antidepressiva: SSRI liegen hier deutlich vor den klassischen trizyklischen sowie anderen Antidepressiva. Dies verwundert nicht, da SSRI als vergleichsweise gut verträgliche, nebenwirkungsarme und inzwischen ebenfalls kostengünstige Antidepressiva mit geringem Interaktionspotential und weniger Kontraindikationen bei somatischen Begleiterkrankungen gelten (Lohse MJ und Müller-Oerlinghausen 2010).



1.4.2.3 Abb. nach Daten aus: Arzneiverordnungs-Report 2010 (Lohse MJ und Müller-Oerlinghausen 2010)

1.4.3. Die pharmakologische Behandlung chronischer psychischer Störungen – ein Überblick

Im Folgenden sollen indikationsbezogen die jeweiligen pharmakologischen Möglichkeiten und die Besonderheiten der Langzeitbehandlung chronischer psychischer Störungen dargestellt werden. Hierbei wird explizit darauf verzichtet, neben den pharmakologischen Aspekten auf

weitere wichtige Therapiemöglichkeiten wie z.B. Psycho- oder Soziotherapie, Arzt-Patient-Beziehung oder Psychoedukation einzugehen. In einer multimodalen Langzeittherapie sollte es selbstverständlich sein, dass die Psychopharmakotherapie nur einen von vielen Bausteinen darstellt. Aufgrund ihrer vorrangigen Bedeutung in der Rehabilitationspsychopharmakotherapie wird der genaueren Beschreibung der Antidepressiva ein eigener Abschnitt gewidmet, auf die detaillierte Darstellung anderer Psychopharmaka jedoch verzichtet.

1.4.3.1. Affektive Störungen

Bei depressiven Erkrankungen wird in der Regel nach dem Schweregrad und Verlauf der Erkrankung unterschieden. Hinsichtlich chronischer Depressionen werden chronische majore Depressionen und Dysthymie voneinander abgegrenzt, allerdings existieren auch Mischformen wie die sog. „double depression“ und Depressionen mit unzureichender Remission bzw. depressiver Restsymptomatik. Ferner sind rezidivierende Verläufe häufig. Im Weiteren müssen im Rahmen der affektiven Störungen die bipolare und schizoaffektive Störung sowie die organische Depression und depressive Anpassungsstörung genannt werden. Von einer chronischen Depression kann erst dann gesprochen werden, wenn zwei verschiedene Antidepressiva mit unterschiedlichen Wirkprofilen jeweils nach 4-6 Wochen Behandlung in ausreichender Dosis wirkungslos waren. So erreichen ca 60% der akut behandelten Patienten keine Remission nach einem ersten Therapieversuch über acht Wochen, bei 30% ist dies auch nach einem zweiten Versuch noch der Fall. Nach mehreren Therapieversuchen verbleibt eine Gruppe chronisch Depressiver von ca. 15% (Benkert und Hippus 2013).

In der Depressionsbehandlung wird unterschieden zwischen Akuttherapie, Erhaltungstherapie und prophylaktischer Therapie (Kupfer 1993): Geht es in der Akuttherapie um eine Remission der aktuellen Episode, so soll die Erhaltungstherapie dem hohen Rückfallrisiko in den ersten sechs Monaten nach Remission entgegenreten. Für die Rehabehandlung, d.h. Therapie depressiver Langzeiterkrankungen gilt, dass zunächst eine Remission angestrebt wird, d.h. Beendigung einer Pseudochronizität, erst dann wird in einem weiteren Schritt die palliative Behandlung mit Symptomsuppression und Verbesserung der Fähigkeits- und Partizipationsstörungen verfolgt, deren Aufrechterhaltung dann das langfristige Ziel ist.

Mit einem hohen Evidenzgrad ist die Überlegenheit von Antidepressiva gegenüber Placebo gut belegt. (Khan et al. 2000; Storosum et al. 2001; Fiedorowicz und Swartz 2004; Bech et al. 2000; Mace und Taylor 2000; Entsuah et al. 2001; Hirschfeld und Vornik 2004; Bech 2001; Kennedy und Emsley 2006). Allerdings existieren auch kritische Untersuchungen, die die hohen Erwartungen dämpfen und von einem nur sehr geringen, wenn auch statistisch signifikantem Unterschied zwischen Antidepressiva und Placebo ausgehen (Kirsch et al. 2008).

In ihrer Wirkung unterscheiden sich die unterschiedlichen Klassen von Antidepressiva nicht signifikant, allerdings wurden Vorteile für einige Wirkstoffe bei schweren depressiven Episoden unter klinisch-stationärer Behandlung gefunden. Weitaus wichtiger werden hier andere Faktoren wie z.B. verschiedene Nebenwirkungsprofile. So gelten SSRI insgesamt als besser verträglich als Trizyklika: Die Therapie mit SSRI wird weniger häufig abgebrochen, die Anwendung ist sicherer und zeigt weniger anticholinerge und kardiotoxische Wirkungen (Simon et al. 1996; Anderson 2000; Bech et al. 2000; Peretti et al. 2000; Vaswani et al. 2003; Mace und Taylor 2000; Ray et al. 2004). Die Erfolgsquote aller Antidepressiva wird mit einer Spanne zwischen ca. 50 und 75% angegeben, eine angemessene Therapiedauer von in der Regel drei bis vier Wochen sowie ausreichende Dosierung vorausgesetzt. Hierzu finden sich in Übersichtsartikeln wie Lehrbüchern häufig unterschiedliche Angaben. Zurückzuführen ist dies vor allem auf unterschiedliche Studiendesigns. So ist die Erfolgsquote in einigen Studien mit einer Symptomreduktion einer Mindestzahl von Punkten auf einer Depressionsskala festgelegt, bei anderen Studien wird hingegen nur eine Vollremission als Erfolgskriterium gewertet. Weiterhin ist zu unterscheiden zwischen dem Erfolg einer First-Line-Therapie und der Behandlung zunächst therapieresistent scheinender Depressionen, die dann auf eine Umstellung, Kombination oder Augmentation der Medikamente ansprechen (Calkers und Walden 2009; Cipriani et al. 2005; Guaiana et al. 2007; Silva Lima und Hotopf 2003; Geddes et al. 2003).

Verschiedene Studien und eine Meta-Analyse zeigen, dass auch chronisch depressiv erkrankte Patienten von einer antidepressiven Therapie im Vergleich zu Placebo profitieren können, wengleich nicht immer eine Remission, aber dennoch eine deutliche Symptomreduktion erfolgt (Lima et al. 1999; Silva Lima et al. 2005; Kocsis 2003; Michalak und Lam 2002), mit einer Reponserate von über 50%.

Im Falle therapieresistenter Depressionen kann auf verschiedene evidenzbasierte Empfehlungen zurückgegriffen werden (Bschor und Bauer 2004). Hierzu wurden auch Algorithmen bzw. antidepressive Stufenpläne entwickelt, die ein systematisches Durchlaufen der verschiedenen Therapiestufen ermöglichen (Linden et al. 1994; Bauer et al. 2000; Rush et al. 1999), was einem unkontrollierten Aneinanderreihen verschiedenster Therapieoptionen vorbeugt und dazu beiträgt, die vorhandenen Möglichkeiten voll auszuschöpfen. Weiterhin wird die Behandlung durch zuvor festgelegte Zeitintervalle überprüft, ggf. auf die nächste Stufe übergegangen und so eine unnötig lange Therapiedauer vermieden. Durch Einsatz eines Therapiealgorithmus ließ sich zeigen, dass Patienten signifikant häufiger und schneller remittierten (Bauer et al. 2001). Allerdings werden in den bislang vorliegenden Stufenplänen die Vorbehandlungen und individuellen Erfahrungen des Patienten außer Acht gelassen. Im Wesentlichen stehen nach einer ersten adäquat und ausreichend lange erfolgten antidepressiven Monotherapie folgende weitere Therapieoptionen zur Verfügung: Hochdosisbehandlung, Lithium-Augmentation, Wechsel des Antidepressivums, Kombinationsbehandlung. Eine Bestimmung des Serum-Spiegels kann sinnvoll sein, um Patienten mit genetisch bedingtem „rapid metabolism“ oder schlechter enteraler Resorption zu erkennen.

Antidepressiva können gewissermaßen schon ihrer Natur nach als Langzeitmedikamente betrachtet werden. So ist in der Regel eine mindestens drei- bis vierwöchige Einnahme notwendig, bevor überhaupt ein Wirkungseintritt zu erwarten ist. Nach heutigem Wissensstand hängt dies letztendlich mit intrazellulären second-Messenger-Prozessen zusammen. Neben der Akutbehandlung einer depressiven Episode spielen Antidepressiva eine wichtige Rolle in der Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe. Die Erhaltungstherapie sollte in der Regel mindestens sechs Monate betragen, um einem Rückfall vorzubeugen. Wird das Medikament zu früh, also vor dem Zeitpunkt der Genesung, abgesetzt, kann dies bei bis zu 75% der Fälle zu einem Rückfall führen (Berger et al. 2009). Zur Vermeidung einer Wiedererkrankung nach vollständiger Genesung scheint eine Rezidivprophylaxe sinnvoll und empirisch gesichert (Cipriani et al. 2006), auch wenn diese ggf. zu einer lebenslangen Dauermedikation führen kann. Demgegenüber ist der Hinweis von Lohse und Müller-Oerlinghausen (2010) auf Untersuchungen von Fava und Offidani (2011) bemerkenswert, wonach sich eine Langzeiteinnahme von Antidepressiva möglicherweise negativ auf den Verlauf auswirken kann.

Eine Rezidivprophylaxe sollte grundsätzlich erwogen werden, wenn es innerhalb der letzten fünf Jahre zu zwei oder mehr depressiven Episoden kam oder es im gesamten Krankheitsverlauf vier oder mehr Episoden gab (Angst 1981; Bauer et al. 2002b; Gaebel 2000). Dabei gibt es für die Dauer keine genauen Empfehlungen (Carney 2000), was vor allem an hierzu fehlenden Langzeitstudien liegt.

1.4.3.2. Angsterkrankungen

Zu den Angsterkrankungen zählen nach ICD-10 die Agoraphobie, soziale Phobie, spezifische Phobie, Panikstörung, Generalisierte Angststörung, Angst und depressive Störung gemischt, sonstige gemischte Angststörungen. Das DSM-IV zählt zusätzlich die Posttraumatische Belastungsstörung zu den Angsterkrankungen. Weiterhin zu nennen im Formenkreis der Angsterkrankungen sind Hypochondrie, Somatisierungsstörung, ängstliche Anpassungsstörung, ängstliche Persönlichkeitsstörung und organisch begründete Angstsyndrome.

Im Gegensatz zu den affektiven Erkrankungen, bei denen neben einem chronischen Verlauf auch typischerweise Episoden auftreten, ist die Gruppe der Angsterkrankungen durch einen häufig chronisch-fluktuierenden Verlauf ausgezeichnet. Ziel einer pharmakologischen Behandlung ist zunächst die Remission, bei Ausbleiben einer Remission die Reduktion der Fähigkeits- und Partizipationsstörungen. Unterschieden werden kann weiterhin die Behandlung akuter Angstzustände wie Panikattacken, bei denen Benzodiazepine die größte Rolle einnehmen, und die langfristige Therapie der Grunderkrankung.

Bevorzugte Medikamente sind in der Regel Antidepressiva, die eine gute Wirksamkeit und ein vergleichsweise gutes Risikoprofil besitzen. Hierbei sind in Deutschland nicht alle Antidepressiva für die Behandlung von Angsterkrankungen zugelassen. Aufgrund besserer Verträglichkeit gilt die Gruppe der SSRI als Mittel der ersten Wahl. Regelmäßige Laborkontrollen im Verlauf werden empfohlen. Für die Akuttherapie sind Benzodiazepine geeignet, die jedoch eine Reihe unerwünschter Eigenschaften, insbesondere ein hohes Abhängigkeitsrisiko, besitzen. Somit sollte ein Einsatz nur erfolgen, wenn alternative Therapieformen nicht erfolgversprechend sind (Benkert 2009; Ströhle 2005). Für die Behandlung chronischer Angststörungen sind Benzodiazepine ungeeignet. Die bei spezifischen bzw. nichtgeneralisierten sozialen Phobien wie Prüfungs- oder Auftretensängsten häufig

eingesetzten Betablocker wirken nicht gegen die eigentliche Angstsymptomatik, reduzieren jedoch die begleitende vegetative Symptomatik wie Herzrasen, Schwitzen und Erröten (Ananth und Lin 1986). Für Antikonvulsiva existieren erste Wirksamkeitsnachweise. Speziell in der Behandlung der Generalisierten Angststörung ist Pregabalin in Deutschland zugelassen.

Für die Langzeitbehandlung sowie die Behandlung therapieresistenter Erkrankungen gibt es bislang wenig Empfehlungen oder Studien, es wird daher auf die Stufenmodelle der Behandlung depressiver Erkrankungen verwiesen.

Als empfohlene Behandlungsdauer orientiert man sich ebenfalls am Vorgehen analog zur antidepressiven Therapie, einem Modell der Akuttherapie über Wochen, Erhaltungstherapie über sechs bis 24 Monate sowie ggf. jahrelanger Prophylaxe oder Wiederaufnahme der Medikation bei einem Rückfall (Ströhle 2005).

1.4.3.2.1. Erkrankungen des schizophrenen Formenkreises

Zu diesen Erkrankungen zählen die verschieden definierten Schizophrenien (nach ICD-10: paranoide Schizophrenie, hebephrene Schizophrenie, katatone Schizophrenie, undifferenzierte Schizophrenie, postschizophrene Depression, schizophreses Residuum, Schizophrenia simplex, andere Schizophrenie), die schizotype Störung, die wahnhaften Störungen, weitere psychotische Störungen und schizoaffektive Störungen. Weiterhin müssen die organisch bedingten Psychosen genannt werden (Dilling 2011).

In der Behandlung der Schizophrenie kann grundsätzlich die Akutbehandlung z.B. einer akuten psychotischen Episode von einer neuroleptischen Langzeitbehandlung im Sinne einer Erhaltungstherapie mit Reduktion chronisch-produktiver Symptome und Negativsymptomatik sowie einer rezidivprophylaktischen Langzeitmedikation zur Verhinderung einer erneuten Episode unterschieden werden.

Zur Behandlung werden in erster Linie Neuroleptika eingesetzt, weiterhin spielen auch hier Antidepressiva und Stimmungsstabilisierer eine Rolle. Die verschiedenen Neuroleptika bzw. Antipsychotika werden in typische (=klassische) und atypische, neuere Substanzen unterteilt. Für die klassischen gilt dabei eine Einteilung in hochpotente, mittelpotente und niedrigpotente

Neuroleptika, die sich unterscheiden hinsichtlich der Stärke der antipsychotischen Wirksamkeit und sedierenden Wirkung, so dass sich hieraus verschiedene Indikationen ergeben. Den atypischen Neuroleptika ist eine deutlich niedrigere Rate an EPMS (Extrapyramidalmotorische Störungen) gemeinsam, weiterhin wird ihnen eine bessere Wirksamkeit auf die Negativsymptomatik einer Schizophrenie zugeschrieben (Leucht et al. 2002; Davis et al. 2003).

Eine frühe antipsychotische Behandlung erscheint günstiger für den Langzeitverlauf als ein verzögerter Behandlungsbeginn (Haas et al. 1998; Wyatt und Henter 1998). Frühere positive Erfahrungen des Patienten mit bestimmten Substanzen sollten auf die Wahl des Medikaments Einfluss nehmen. Im Verlauf sollte eine neuroleptische Erhaltungstherapie für mind. sechs Monate bzw. Langzeitbehandlung durchgeführt werden, insbesondere wenn diese als Voraussetzung für andere psychosoziale Therapien notwendig erscheint. Das Rezidivrisiko liegt bei vorzeitigem Absetzen der Medikation bei 70-80%, hingegen bei nur 15-30% bei Patienten mit regelmäßig fortgeführter Medikamenteneinnahme. Die fortgeführte Einnahme wirkt sich unter anderem auch positiv auf die Rehospitalisierungsquote aus (Pietzcker et al. 1993; Hogarty 1993), es gibt ferner günstigere Entwicklungen im beruflichen wie sozialen Bereich (Juckel und Mavrogiorgou 2005). Die Einnahme von Atypika führt zu einer signifikant geringeren Rezidivrate (Leucht 2003). „Fest steht, dass die möglichst rasch einsetzende neuroleptische Akutbehandlung den Grundstock für den weiteren Verlauf setzt. Wird bei den ersten Symptomen der beginnenden Erkrankung, bzw. bei einem drohenden Rezidiv konsequent angefangen zu behandeln, so kann der Ausbruch der „neurotoxischen“ Psychose abgemildert, die Remission schneller erreicht, die Folgen für Lebensqualität, Negativsymptomatik und psychosoziale Integration reduziert gehalten werden. Atypische Neuroleptika sind im Gegensatz zu typischen Neuroleptika für all diese Bereiche wesentlich günstiger und erhöhen die Teilhabechance der Patienten mit Schizophrenie, selbstständig zu Hause mit z.B. Partnerschaft und Familie und mit Berufstätigkeit auf dem sog. ersten Arbeitsmarkt zu leben.“ (Juckel und Mavrogiorgou 2005). Die hier dargestellten Evidenzen haben somit hohen Stellenwert auch für eine Rehabilitationsbehandlung, da die neuroleptische Behandlung nicht nur großen Einfluss auf die psychotische Symptomatik selbst nimmt, sondern auch erhebliche Bedeutung für die zukünftige Teilhabe eines Patienten am (Arbeits)leben hat.

Es wird von einer „Nonresponse“ gesprochen, wenn unter adäquater Therapie mit zwei Neuroleptika unterschiedlicher Wirkungsprofile keine Symptomremission erfolgt. In diesem Falle wird ein Stufenplan empfohlen. In der ersten Stufe sollte auf das „Reserveneuroleptikum“ Clozapin umgesetzt werden, in der zweiten auf ein anderes atypisches Neuroleptikum, in der dritten Stufe werden Alternativen wie Augmentation mit Lithium, Carbamazepin, Valproinsäure oder Elektrokrampftherapie vorgeschlagen (Naber et al. 1999; Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie 2006). Kombinationen von Neuroleptika können erwogen werden, allerdings fehlen hierfür eindeutige Empfehlungen.

Hinsichtlich einer Rehabilitationspsychopharmakologie sind nur eingeschränkte Aussagen machbar, da Studien nur mit Beobachtungszeiträumen von max. zwei Jahren vorliegen, während bei der Schizophrenie von einer lebenslangen Erkrankung ausgegangen werden muss.

Die Behandlungsdauer richtet sich nach dem Verlauf der Erkrankung. Da Schizophrenien in alle Regel einen rezidivierenden Verlauf nehmen und jede einzelne psychotische Episode zu einer Gesamtverschlechterung führt, misst man der neuroleptischen Rezidivprophylaxe einen hohen Stellenwert bei. Dies bedeutet häufig eine lebenslange Behandlung mit Neuroleptika.

1.4.3.2.2. Abhängigkeitserkrankungen

In der spezifischen medikamentösen Behandlung von Abhängigkeitserkrankungen stehen die Therapie der Alkohol- und Opiatabhängigkeit im Vordergrund, weshalb diese an dieser Stelle hervorgehoben werden sollen. Nach der üblichen Klassifikation wird bei Alkohol und legalen wie illegalen Drogen der Konsum vom schädlichen Gebrauch und der eigentlichen Abhängigkeit unterschieden.

Unterschieden werden hier in aller Regel die Entzugsbehandlung (Akutbehandlung) und die daran anschließende Entwöhnungsbehandlung (Rehabilitation).

Für die rückfallprophylaktische Behandlung der Alkoholabhängigkeit stehen die Substanzen Acamprosat, Naltrexon und Disulfiram zur Verfügung. Acamprosat und Naltrexon als sogenannte „anti-craving“-Substanzen haben gegenüber Placebo deutliche Vorteile hinsichtlich längerer Abstinenzzeiten und/oder der Anzahl trinkfreier Tage (Mann et al. 2004; Kiefer et al.

2003). Disulfiram stellt eine Alkoholunverträglichkeitsreaktion her und wird hingegen wegen hoher Risiken und mangelnder Wirksamkeit nicht generell bzw. nur im Einzelfall empfohlen.

Für Opiatabhängigkeit gilt, dass hier eine Substitutionsbehandlung mit Methadon bei länger bestehender Abhängigkeit sowie frustranen Abstinenzversuchen durchgeführt werden kann. Studien weisen auf günstigere Ergebnisse bezüglich Beikonsum und Beschaffungskriminalität hin. Alternativ steht Buprenorphin zur Verfügung. Für Schwerstabhängige gibt es auch Programme, die direkt Heroin einsetzen. Eine abstinenzorientierte Therapie mit Naltrexon wird diskutiert (Havemann-Reinecke et al. 2004).

Ein empfohlenes standardisiertes Vorgehen bei therapieresistenten Abhängigkeitserkrankungen wie die Stufenpläne zur Pharmakotherapie der Depression o.ä. gibt es derzeit nicht.

Die Behandlungsdauer mit den entsprechenden Präparaten muss sich individuell nach dem Krankheitsverlauf richten, für den Wirkstoff Acamprosat wird bspw. in der Packungsbeilage eine Behandlungsdauer von einem Jahr angegeben, für Naltrexon hingegen eine Behandlungsdauer von mind. 3 Monaten mit individueller Verlängerung nach Krankheitsverlauf.

1.4.3.2.3. Demenzerkrankungen

Unterschieden werden können verschiedene Demenzformen. Mit Psychopharmaka behandelbare Demenzformen sind nach Benkert und Hippus (2013): Alzheimer-Demenz, vaskuläre Demenz, frontotemporale Demenz, Demenz bei M. Parkinson, Demenz mit Lewy-Körperchen und Mischformen.

In der Therapie stehen im Gegensatz zu anderen psychischen Erkrankungen präventive Maßnahmen an erster Stelle, die vor allem auf die Behandlung von Risikofaktoren abzielen und nicht die Therapie der eigentlichen Demenzerkrankung im Fokus haben. Dies sind insbesondere die Behandlungen von Art. Hypertonus, Diabetes mellitus, Hypercholesterinämie, Nikotin- und Alkoholkonsum und Homozysteinämie.

Ist eine Behandlung der Ursachen bislang nicht direkt möglich, so stehen dennoch Antidementiva für eine symptomatische Therapie zur Verfügung. Es handelt sich hierbei um die Acetylcholinesterase-Hemmer Donepezil, Galantamin und Rivastigmin sowie den NMDA-

Hemmer Memantin. Ziel der Behandlung mit diesen Substanzen ist die Verlangsamung der Progredienz der kognitiven Symptome sowie die Aufrechterhaltung der Alltagsbewältigung, ebenso ein Gewinn an Lebensjahren. Weitere Optionen im Sinne einer zweiten Wahl stellen Substanzen wie Gingko biloba oder Piracetam dar. In diesem Sinne ist eine derartige Behandlung von vornherein als Rehabilitationsbehandlung zu sehen: Es wird gezielt an einer Verlangsamung der Progredienz und Aufrechterhaltung der Lebensqualität bzw. Teilhabe angesetzt.

Für die Wirksamkeit gilt bei Acetylcholinesterase-Hemmern, dass diese „im Vergleich zu Placebo bei etwa 50% der Behandelten zu einer Besserung des klinischen Bildes“ führen (Pernecky und Förstl H 2005; Tariot et al. 2000; Corey-Bloom et al. 1998; Reisberg et al. 2003). Die untersuchten Effekte beziehen sich hierbei auf kognitive Symptome und die Alltagsbewältigung. Für den NMDA-Hemmer Memantin gilt: „In klinischen Arzneimittelprüfungen wurde die positive Wirkung von Memantine auf den klinischen Gesamteindruck und die Alltagsbewältigung belegt. Beschrieben ist auch eine Reduzierung der Pflegezeit und dadurch eine Senkung der indirekten Krankheitskosten, die durch die Pflege innerhalb der Familie entstehen“ (Pernecky und Förstl H 2005).

Die Behandlung ist langfristig auszulegen und durch objektive Test wie den Mini-Mental-Status-Test zu dokumentieren. Eine Beendigung der Therapie ist angezeigt, wenn nach spätestens einem halben Jahr kein Erfolg sichtbar ist. Weiterhin sollte die Therapie der Demenz stadiengerecht erfolgen: Ab der klinisch stummen und der Prädemenzphase können auftretende depressive Verstimmungen antidepressiv behandelt werden. Ab der leichtgradigen Demenz sollten Antidementiva zum Einsatz kommen, bei Auftreten von Gereiztheit eine entsprechende medikamentöse Therapie. Ab der mittelgradigen Demenz kommt es häufig zu Wutausbrüchen, außerdem können wahnhaftige Befürchtungen und optische Halluzinationen auftreten, die eine antipsychotische Medikation rechtfertigen. Im Stadium der schwergradigen Demenz steht eine symptomorientierte Therapie mit Neuroleptika, Antidepressiva, Anxiolytika und Antikonvulsiva zur Verfügung (Pernecky und Förstl H 2005).

Benkert und Hippus legen einen Therapiealgorithmus bei der Alzheimer- und der vaskulären Demenz vor, der auch im Falle einer Therapieresistenz angewendet werden kann. Dieser gliedert

sich im Wesentlichen in zwei Behandlungsschritte und empfiehlt bei fehlendem Ansprechen oder „ungebremstem Funktionsverlust“ entweder einen Präparatewechsel innerhalb oder zu einer anderen Substanzklasse oder eine Kombinationsbehandlung von Acetylcholinesterasehemmer plus Memantin (Benkert und Hippus 2013).

1.4.4. Chronische Schmerzkrankungen

Das Spektrum der chronischen Schmerzkrankungen ist vielfältig. In der psychosomatischen Rehabilitation ist man als Behandler regelhaft mit chronischen Rückenschmerzen, insbesondere des HWS- und LWS-Bereiches, sowie chronischen Kopfschmerzen, Migräne und „Fibromyalgie“ konfrontiert. Häufig finden sich in diesem Zusammenhang sowohl zugrundeliegende körperliche Erkrankungen als auch, zum Teil daraus entstehende, Somatisierungsstörungen oder somatoforme Störungen.

Chronische Schmerzkrankungen treten häufig komorbid mit depressiven Störungen und Angststörungen auf. Daher bieten sich Antidepressiva für die Behandlung dieser Störungen idealerweise an. Desweiteren gibt es zahlreiche weitere Indikationen für Antidepressiva bei chronischen Schmerzzuständen, bei denen die Schmerzen und der Analgetikagebrauch reduziert werden können. Benkert und Hippus (2013) nennen folgende weitere Indikationen: „Schmerzsyndrome bei onkologischen Erkrankungen, Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises, Kopfschmerzen, Lumbalgien, Polyneuropathien (z.B. diabetisch), neuralgiforme Schmerzen (Postzosterneuralgie, Trigeminusneuralgie) und Thalamusschmerz“.

Als besonders wirksam in der Behandlung chronischer Schmerzen sind trizyklische Antidepressiva als auch duale Antidepressiva wie Duloxetin, Mirtazapin und Venlafaxin bekannt (Benkert und Hippus 2013; Feuerstein 1997).

In der psychosomatischen Rehabilitation werden Behandler regelmäßig mit dem Problem der Dauereinnahme von Schmerzmedikamenten konfrontiert, die i.d.R. nur für eine Akutbehandlung geeignet sind. Während in der Akutbehandlung mit Schmerzmitteln versucht wird die Chronifizierung des Schmerzes zu verhindern, zeigt sich unter einer langfristigen Therapie mit Opioiden sogar nachweislich eine erhöhte Schmerzempfindlichkeit. In jüngerer Zeit zeigten Wang et al. (2010), dass die Effekte einer multimodalen Schmerztherapie bei Patienten mit

chronischen Rückenschmerzen unter Opioidtherapie nur verzögert eintraten, d.h. die Normalisierung der Schmerzempfindung fand deutlich langsamer statt. In verschiedenen tierexperimentellen Studien wurde gezeigt, „dass eine erhöhte Schmerzsensitivität auf die konstante Anwesenheit von Morphin zurückzuführen ist und nicht Ausdruck eines Rebound- oder Absetzeffektes“ (Streltzer und Linden 2008). Wiederum zeigt sich, dass Akut- und Rehabilitationspharmakotherapie nicht gleichgesetzt werden dürfen. Ein weiteres Problem stellt die Abususproblematik dar, die ein Absetzen der Medikation erschwert. Linden und Streltzer (2008) empfehlen folgendes Vorgehen: „... Patientenedukation, Empathie und unkonditionales Akzeptieren des Patienten, Motivierung und supportive Unterstützung, Koordinierung mit anderen Behandlern, Entgiftung, Förderung der Schmerztoleranz, Förderung eines gesundheitsförderlichen Verhaltens, Ausschöpfung der Therapiealternativen bzgl. der Grunderkrankung und partizipative Analgetikamedikation.“ Im Gegensatz zu Psychopharmaka, denen viele Patienten eher ablehnend gegenüberstehen, ist es in der Behandlung chronischer Schmerzen in der Regel die Aufgabe des Reamediziners, die Indikation für eine Opioidtherapie kritisch zu überprüfen und ggf. das Absetzen der Medikation im Rahmen einer multimodalen Schmerztherapie zu fördern. Dies verlangt selbstverständlich eine intensive und empathische Auseinandersetzung mit dem Patienten.

1.5. Kriterien der Therapiewahl unter Berücksichtigung der Vorgeschichte

Die vorangegangenen Abschnitte definierten die Rehabilitationspsychopharmakotherapie, zeigten gesetzliche Grundlagen der Rehabilitation auf, gingen auf existierende Modelle für die Behandlung chronischer psychischer Erkrankungen und das spezielle Problem der Arzneimittelwahl ein und stellten die hohe epidemiologische und sozialmedizinische Bedeutung chronischer psychischer Erkrankungen dar. Die Rolle des Hausarztes wurde verdeutlicht und die Möglichkeiten der Pharmakotherapie bei einzelnen psychischen Störungen wurden skizziert. Für die weitere Arbeit stellt sich nun die Frage, welche Kriterien für eine Therapiewahl wichtig sind und wie die Vorbehandlung hierbei sinnvoll berücksichtigt wird.

Linden und Pyrkosch (2012) beschreiben in ihrem Artikel „How to review the medication history to find the next best drug: the “pre-treatment next-treatment algorithm and checklist”, welche Informationen über die Vorbehandlung hilfreich sind, um die Sicherheit und Effektivität der am nächsten zu verschreibenden Medikation zu erhöhen. Hierbei werden diese

Informationen in einen Entscheidungsalgorithmus übersetzt. Berücksichtigt werden zunächst alle auf dem Markt verfügbaren Psychopharmaka. Diese werden auf ihre Anwendbarkeit, d.h. Kontraindikationen und Setting der Einnahme im individuellen Fall, geprüft. Es wird eine Hierarchie der verfügbaren Wirkstoffe erstellt, die sich vorrangig an der Wirkung, bei gleichartiger Wirkung aber auch an weiteren Optionen wie bspw. ökonomischen Aspekten, orientiert. Eine Liste der bereits eingenommenen Psychopharmaka wird erhoben. Bereits eingenommene Psychopharmaka werden hinsichtlich ihrer Wirkung, Nebenwirkungen, Angemessenheit der Anwendung und Patientenakzeptanz beurteilt. Werden diese Informationen tabellarisch zusammengestellt, so lässt sich leicht ablesen, welche Medikation laut der hierarchisierten Reihenfolge die nächstbeste ist.

Die Pre-Treatment Next-Treatment Checkliste schließt somit die Lücke zwischen Vor- und Nachbehandlung und verbindet diese auf eine rationale Weise miteinander. Idealerweise wird hiermit eine möglichst vollständige Erhebung der bisherigen Pharmakotherapie mit standardisierter Einschätzung von Qualität und Quantität erreicht, durch eine übersichtliche Darstellung wird somit schließlich die Wahl des nächsten Medikaments erleichtert. Insbesondere für die Langzeittherapie chronischer Erkrankungen stellt diese Checkliste somit ein wichtiges Qualitätssicherungsinstrument dar.

1.6. Fragestellung

Die vorliegende Untersuchung hat folgende Ziele:

Es soll die Rehabilitationspsychopharmakotherapie bei chronisch psychisch kranken Patienten in der Hausarztpraxis durch standardisierte Erhebung der aktuellen und bisherigen Psychopharmakamedikation mit Evaluation von Anwendbarkeit, Wirkung, Nebenwirkung und Angemessenheit der Anwendung sowie Akzeptanz des Patienten dargestellt werden. Weiterhin soll eine grundsätzliche Empfehlung für eine mögliche Psychopharmakamedikation abgegeben werden. Hierfür soll die von Linden und Pyrkosch (2012) entwickelte Pre-treatment-Next-Treatment-Checkliste angewandt werden.

Hieraus ergeben sich folgende Fragen:

- a) Wie werden chronische psychische Erkrankungen in der Hausarztpraxis pharmakologisch behandelt?
- b) Welche Substanzen werden aktuell bei welchen Erkrankungen eingesetzt?
- c) Welche Optimierungsreserven ergeben sich unter Zugrundelegung des Stufenplankonzepts und Anwendung der PN-Checkliste?

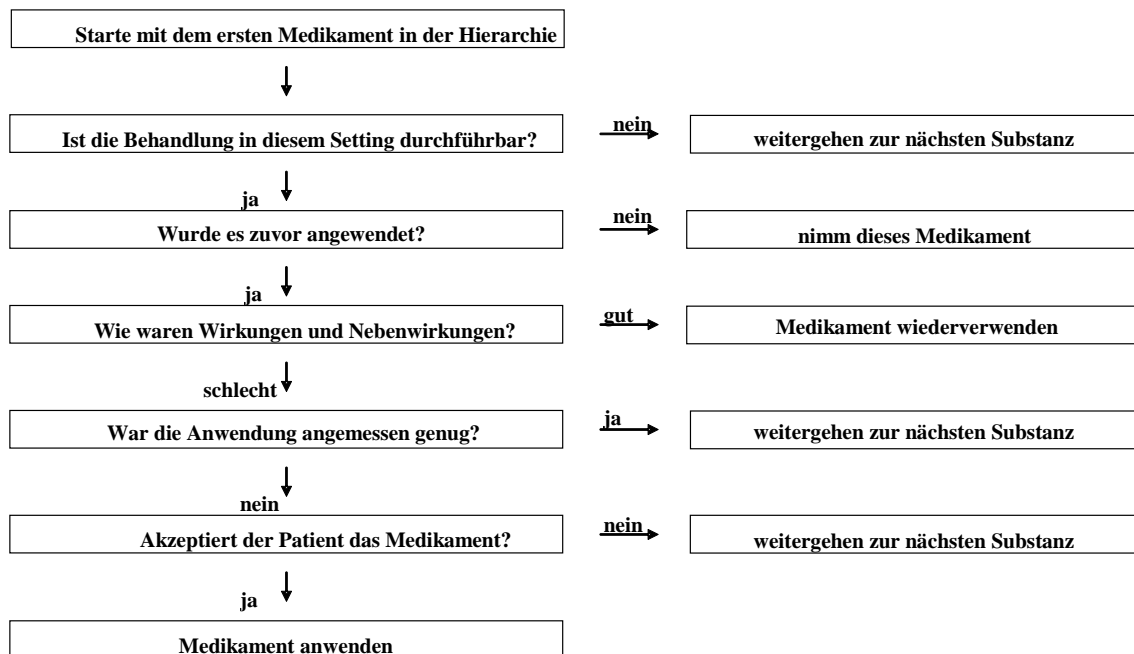
2. Methodik

2.1. Die Pre-Treatment-/ Next-Treatment-Checkliste

2.1.1. Aufbau des Instruments

Die „Pre-Treatment Next-Treatment Checklist“ (2012) (kurz: PN-Checklist) erlaubt a) in standardisierter Form eine Erhebung und Evaluation der Vorbehandlung, b) eine Aussage über potentiell verfügbare Optionen in der weiteren medikamentösen Therapie und c) eine Empfehlung für die Therapieoptimierung. Die PN-Checkliste ist sowohl retrospektiv wie prospektiv ausgerichtet, da sie die bisher verordnete Medikation standardisiert erhebt, evaluiert und hierdurch sichtbar macht, welches Medikament das nächstbeste aus einer bestimmten Rangfolge ist. Die PN-Checkliste verfolgt das Ziel, die Wirksamkeit und Behandlungssicherheit einer Pharmakotherapie bei chronischen Erkrankungen zu verbessern.

Das theoretische Grundkonstrukt der PN-Checkliste bildet sich aus dem Modell der Handlungstheorie und den Erkenntnissen aus Untersuchungen zu ärztlichen Gründen für die Medikationswahl. Hiernach werden die folgenden Informationen benötigt: Zunächst sollte es einen Überblick über die zur Verfügung stehenden Medikamente zur Behandlung einer bestimmten Erkrankung geben. Die verfügbaren Medikamente sollten dann nach wissenschaftlichen Gesichtspunkten in eine Hierarchie gebracht werden unter Beachtung von Wirksamkeit und Nebenwirkungsprofilen, aber auch Kosten etc. Hiernach stehen Fragen der Anwendbarkeit im Vordergrund, d.h. ob eine Option in einem speziellen Kontext anwendbar ist. Die schließt z.B. Fragen der Kostenübernahme durch die Krankenkasse oder Möglichkeiten der Therapieüberwachung ein. Im weiteren muss auf individueller Ebene geklärt werden, welche Medikamente bereits vom Patienten genommen wurden, wie jeweils die Wirkung und Nebenwirkungen ausfielen, ob die Anwendung in Dauer und Dosierung adäquat vorgenommen wurde und nicht zuletzt, ob der Patient das Medikament akzeptiert oder ablehnt. Diese Informationen können in einen Algorithmus übertragen werden, der in der folgenden Abbildung dargestellt ist.



2.1 Abb.: Algorithmus der Pre-Treatment Next-Treatment-Checkliste, der das Vorgehen zur Auswahl der nächstbesten Medikation darstellt, nachdem eine Erhebung und Bewertung der bisher eingenommenen Medikamente erfolgt ist (Linden und Pyrkosch 2012)

Der so entstandene Algorithmus kann auch in Form einer Checkliste dargestellt werden, die dann eine Erhebung und gleichzeitig kompakte Darstellung der benötigten Informationen erlaubt.

Medikation (in hierarchischer Reihenfolge)	Anwendbarkeit	Zuvor eingenommen?	vorhergehende Wirkung und Nebenwirkung	Angemessenheit der Anwendung	Akzeptanz des Patienten
	schlecht ↓	nein <input checked="" type="checkbox"/>	gut <input checked="" type="checkbox"/>	adäquat ↓	gut <input checked="" type="checkbox"/>
	gut →	ja →	schlecht →	nicht adäquat →	schlecht ↓
Medikament 1					
Medikament 2					
Medikament 3					
...					
Medikament n					

2.2 Abb.: Schematische Darstellung der Pre-Treatment Next-Treatment-Checkliste in tabellarischer Form. Bereits eingenommene Medikamente werden erfragt und in der jeweiligen Zeile mit der Bewertung eingetragen, so dass dann in einem nächsten Schritt mögliche Behandlungsoptionen durch ein zeilenweises Abarbeiten des Algorithmus deutlich werden. Dieses Verfahren bietet eine gute Übersichtlichkeit und standardisiert gleichzeitig die Pharmakoanamnese; übersetzt und adaptiert nach: (Linden und Pyrkosch 2012)

Die Abbildung 2.2 stellt den „Prototyp“ der PN-Checklist dar. Diese kann individuell angepasst werden, im aktuellen Fall wie im folgenden Abschnitt beschrieben.

Für die Belange der Studie wurde eine Modifikation der PN-Checklist vorgenommen. Die abzufragenden Items wurden dabei etwas detaillierter ausgestaltet, die genaue Definition findet sich in den folgenden Abschnitten. Hinzugefügt wurden die Spalten „zuletzt eingenommen wann“ und „Empfehlung“. Es sollte somit auf einen Blick deutlich werden, wann das Medikament ggf. zuletzt eingenommen wurde; die Spalte „Empfehlung“ ermöglichte dem Untersucher die Entscheidung für oder gegen das Medikament gesondert zu vermerken. Die Liste der Medikamente wurde, abweichend von der ursprünglichen PN-Checklist, auf die Erfassung von Wirkstoffgruppen (und nicht von Einzelsubstanzen) reduziert. So findet sich bspw. in der ersten Zeile die Wirkstoffgruppe SSRI. Der Gruppe der Antidepressiva wurde der größte Stellenwert in der Liste eingeräumt, da diese am häufigsten vorkommen. Daher wurden diese detaillierter als die anderen Psychopharmaka dargestellt. Die Aufteilung erfolgte nach Monotherapien verschiedener Wirkstoffgruppen, Kombinations- und Augmentationsstrategien. Die restlichen Psychopharmaka wurden in die Kategorien Benzodiazepine, sonstige Anxiolytika, sonstige Hypnotika, Neuroleptika und Phytopharmaka incl. Homöopathika eingeteilt. Um auch die Dauermedikation mit Schmerzmitteln zu erfassen, wurde eine entsprechende Zeile am Ende angefügt.

In dieser Form dient die Checkliste einer überblicksartigen Erhebung der bisherigen Psychopharmakamedikation eines Patienten, wobei ein gewisser Informationsverlust (genauer Wirkstoff kann nicht mehr nachvollzogen werden, nur die Wirkstoffklasse) zugunsten einer übersichtlicheren Darstellung in Kauf genommen wird (siehe Abb. 2.3).

Zu den einzelnen Substanzen bzw. Pharmakaklassen sind nun Urteile zu fällen, deren Operationalisierung im Folgenden kurz beschrieben werden soll.

Medikation	a	b	c	d	e	f	g	h	I
	Anwendbarkeit/ Kontraindikation 0 unbekannt, 1 nicht anwendbar, 2 anwendbar	Zuvor eingenommen 0 unbekannt, 1 nein, 2 ja	Ansprechen 0 unbekannt, 1 kein, 2 teilweise 3 gut, 4 exzellent	Nebenwirkungen 0 unbekannt, 1 keine, 2 wenig 3 stark, 4 sehr stark	Angemessenheit der Anwendung 0 unbekannt, 1 unterdosierte, 2 moderat, 3 intensiv, 4 aggressiv	Akzeptanz des Patienten: 0 unbekannt, 1 ablehnend, 2 indifferent, 3 akzeptiert, 4 fordernd	Aktuell eingenommen 0 nein, 1 ja	Zuletzt eingenommen wann (in Monaten)	Empfehlung 0 nein, 1 ja
Monotherapie mit SSRI									
Monotherapie mit SSNRI									
Monotherapie mit NaSSA									
Monotherapie mit SNRI									
Monotherapie mit Trizyklikum									
Monotherapie mit NDRI									
Monotherapie mit MAO-Hemmer									
Monotherapie mit Hypericum									
Monotherapie mit sonstigen Antidepressiva									
Kombination zweier vorgenannter Antidepressiva									
Monotherapie mit einem Phasenprophylaktikum									
Augmentation mit Lithium									
Sonstige Komplexaugmentation/ -kombinationen									
Benzodiazepine									
Sonstige Anxiolytika									
Sonstige Hypnotika									
Neuroleptika/ Antipsychotika									
Sonstige Phytopharmaka incl. Homöopathika									
Schmerzmittel als Dauermedikation									

Abb. 2.3: Darstellung der Pre-Treatment Next-Treatment-Checkliste nach Anpassung für die vorliegende Studie. Antidepressiva wird der größte Stellenwert eingeräumt, diese werden nach verschiedenen Wirkstoffklassen dargestellt, d.h. nach den primären pharmakologischen Angriffspunkten im ZNS. Dabei wird unterschieden zwischen Monotherapien, Kombinations- und Augmentationstherapien. Weitere Psychopharmaka werden gröber zusammengefasst, da diese erfahrungsgemäß in der psychosomatischen Rehabilitation im Gegensatz zur Akutpsychiatrie eine eher untergeordnete Bedeutung haben: Benzodiazepine, sonstige Anxiolytika, sonstige Hypnotika, Neuroleptika und Phytopharmaka. In der letzten Zeile findet sich die Erhebungsmöglichkeit für Schmerzmittel als Dauermedikation als eigenständige Kategorie. Somit können alle relevanten Psychopharmaka in der Tabelle übersichtlich abgebildet werden, wenngleich durch Zusammenfassungen in Wirkstoffklassen Informationen über Einzelwirkstoffe verloren gehen.

Legende: SSRI = Citalopram, Escitalopram, Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin; SSNRI = Venlafaxin, Milnacipran, Duloxetin; NaSSA = Mirtazapin; SNRI = Reboxetin, Maprotilin, Mianserin; Trizyklika (TZA) = Amitriptylin, Doxepin, Imipramin, Clomipramin, Nortriptylin Trimipramin; NDRI = Bupropion; MAO-Hemmer = Moclobemid, Tranylcypromin; Hypericum = Johanniskraut; sonstige Antidepressiva = Agomelatin, Trazodon; Phasenprophylaktikum = Lithium, Valproinsäure, Carbamazepin; Benzodiazepine = Alprazolam, Bromazepam, Chlordiazepoxid, Clobazam, Clonazepam, Diazepam, Dikaliumclorazepat, Lorazepam, Medazepam, Nordazepam, Oxazepam, Prazepam, Brotizolam, Flunitrazepam, Flurazepam, Loprazolam, Lormetazepam, Nitrazepam, Temazepam, Triazolam, Zaleplon, Zolpidem, Zopiclon; sonstige Anxiolytika = Buspiron, Hydroxyzin, Opipramol, Pregabalin; sonstige Hypnotika = Chloralhydrat, Diphenhydramin, Doxylamin, Melatonin, Promethazin, Tryptophan; Neuroleptika = Amisulprid, Aripiprazol, Benperidol, Bromperidol, Chlorpromazin, Chlorprothixen, Clozapin, Flupentixol, Fluphenazin, Fluspirilen, Haloperidol, Levomepromazin, Melperon, Olanzapin, Paliperidon, Perazin, Perphenazin, Pimozid, Pipamperon, Prothipendyl, Quetiapin, Risperidon, Sertindol, Sulpirid, Thioridazin, Ziprasidon, Zotepin, Zuclopenthixol.

Anwendbarkeit/Kontraindikation: In diesem Punkt wird zunächst gewertet, ob das entsprechende Medikament im vorgegebenen Setting anwendbar ist. Hierzu zählt zunächst natürlich die Verfügbarkeit des Wirkstoffs, er sollte also hierzulande zugelassen und auf dem Markt erhältlich sein. In dieser Studie wurden nur solche in Deutschland verfügbaren Pharmaka in die PN-Checkliste aufgenommen. Desweiteren wird geprüft, ob das Medikament im Setting des Patienten anwendbar ist, d.h. ob ggf. notwendige Kontrolluntersuchungen wie EKG, Laborwerte, Spiegelbestimmungen durchführbar sind. Im nächsten Schritt wird geprüft, ob für das Medikament bei diesem Patienten Kontraindikationen vorliegen, die den Einsatz des Medikaments verbieten würden. Entsprechend wird ein Rating mit 0 = unbekannt, 1 = nicht anwendbar bzw. bestehende Kontraindikation und 2 = anwendbar und keine Kontraindikation durchgeführt. Da Kontraindikationen häufig nicht absolut sind, wird eine Entscheidung hier in jedem Falle fallbezogen, d.h. also auf den individuellen Patienten angepasst, getroffen. So gilt laut Fachinformation bspw. eine relative Kontraindikation für SSRI bei häufiger Einnahme von Triptanen bei Migräneanfällen. Hier muss im individuellen Fall eine klinische Entscheidung getroffen werden, die Nutzen und Risiken abwägt.

Medikament zuvor eingenommen: Dieser Punkt fragt ab, ob das Medikament bereits zuvor vom Patienten eingenommen wurde. Es kann zwischen den drei Antwortalternativen 0 = unbekannt, 1 = nein, 2 = ja gewählt werden. „Unbekannt“ bedeutet hierbei, dass der Patient sich nicht erinnern kann oder sich zu unsicher ist, um eine eindeutige Aussage treffen zu können. Ist die Antwortalternative „unbekannt“ oder „nein“, endet die Anamnese für diesen Wirkstoff an dieser Stelle und es wird nur der Punkt „Empfehlung: ja/nein“ bewertet. Wurden bereits zwei verschiedene Wirkstoffe derselben Gruppe eingenommen (z.B. Fluoxetin und Citalopram als Vertreter der SSRI), wurde nur die zuletzt eingenommene Substanz gewertet.

Ansprechen: Dieser Punkt bewertet die Wirkung des eingenommenen Medikaments. Hierbei kann der Untersucher wählen zwischen 0 = unbekannt, 1 = kein, 2 = teilweise, 3 = gut und 4 = exzellent. Unbekannt wird nur dann gewählt, wenn der Patient sich nicht erinnern kann, ob und welche Wirkung durch das Medikament ausgelöst wurde. Verneint der Patient jegliche Wirkung, wird „kein“ gewählt. Sprach das Medikament im Sinne seiner Indikation zum Teil an, ist die Option „teilweise“ zu wählen. Als Beispiel kann hier eine leicht positive Beeinflussung der Stimmungslage oder leichte Steigerung des Antriebs durch Antidepressiva bei sonst eher

gleichbleibendem Befinden, also eine Teilremission, genannt werden. „Gut“ wird gewählt, wenn der Patient von einer deutlichen Wirkung im Sinne der Indikation berichtet, die sich positiv auf das Gesamtbild der Störung ausgewirkt hat. Z.B. kann dies eine deutliche Besserung der Stimmungslage bei gleichzeitig deutlicher Steigerung des Antriebs durch Antidepressiva bedeuten. Bei dieser Option darf auch noch eine Restsymptomatik vorhanden sein, die den Patienten jedoch nicht wesentlich in seiner Lebensführung einschränken sollte. „Exzellent“ wird gewählt, wenn eine optimale Wirkung durch die Einnahme des Medikaments erreicht wurde. Dies bedeutet am Beispiel der Antidepressiva eine vollständige und anhaltende Reduktion der depressiven Symptomatik ohne Restsymptomatik, also Beschwerdefreiheit.

Nebenwirkungen: Analog zur Wirkung bzw. dem Ansprechen des Medikaments gibt es auch hier ein fünfstufiges Rating mit 0 = „unbekannt“, 1 = „keine“, 2 = wenig, 3 = stark und 4 = sehr stark. Kann der Patient sich nicht erinnern, ob Nebenwirkungen auftraten oder ist eine Nebenwirkung nicht eindeutig auf ein Medikament zurückführbar, z.B. bei Multimedikation, wird „unbekannt“ gewählt. Werden keinerlei Nebenwirkungen berichtet, wird „keine“ gewählt. „Wenige“ ist eine Option, wenn zwar Nebenwirkungen auftraten, diese jedoch sowohl qualitativ wie quantitativ für den Patienten erträglich waren und in der Regel nicht zu einem Abbruch der Therapie geführt haben. Als Beispiel kann hier eine geringe, vom Patienten tolerierbare Gewichtszunahme oder anfängliches Unwohlsein, Übelkeit und leichter Schwindel bei Einnahme von Antidepressiva genannt werden. Die Option „stark“ wird gewählt, wenn die Nebenwirkungen in ihrer Art und Intensität den Patienten deutlich beeinträchtigten und evt. zu einem Abbruch der Therapie führten. Als Beispiel kann hier eine nicht mehr tolerierbare Gewichtszunahme mit der Gefahr von Sekundärschäden wie z.B. Diabetes mellitus genannt werden oder zum Beispiel eine deutliche Beeinträchtigung des Funktions-, Fähigkeits- und/oder Partizipationsniveaus des Patienten, z.B. eine Einschränkung der Fahrtauglichkeit. „Sehr stark“ wird nur gewählt, wenn die Nebenwirkungen lebensbedrohlich erschienen oder auch, wenn diese vom Patienten durch die Qualität und Intensität in keinsten Weise toleriert werden konnten und zu übermäßig starken Funktions- und/oder Partizipationseinschränkungen geführt haben, z.B. Herzrhythmusstörungen, allergische Reaktionen, Leberfunktionsstörungen.

Angemessenheit der Anwendung: Das Rating der Angemessenheit der Anwendung wird durch zwei Faktoren bestimmt: Zum einen die Dosierung, zum anderen durch eine angemessene Dauer

der Anwendung. Ist dies nicht zu evaluieren, wird „unbekannt“ gewählt. Die Option „unterdosiert“ wird angekreuzt, wenn das Medikament in nur ungenügender Dosierung eingenommen wurde, aber auch, wenn die Behandlung nicht lange genug fortgeführt wurde, um einen möglichen Wirkungseintritt abzuwarten. Als Beispiel seien hier SSRI genannt, bei denen ein Wirkungseintritt in der Regel erst nach einigen Wochen der kontinuierlichen Einnahme zu erwarten ist. „Moderat“ wird gewählt, wenn sowohl Dosis als auch Anwendungsdauer in einem üblichen Rahmen lagen. Für Antidepressiva und Antipsychotika sowie Phasenprophylaktika wurde hierbei auf die „Angaben zu Psychopharmaka“ des State-of-the-Art-Buches Therapie psychischer Erkrankungen (Arolt et al. 2009) zurückgegriffen: Hierbei wurde die dort angegebene Standarddosis in der Checkliste als moderat gewertet, die maximale Dosis als „intensiv“ und Dosen darüber hinaus als „aggressiv“. Dosen unterhalb der Standarddosis wurden entsprechend als „unterdosiert“ gewertet. Für Antidepressiva wurde eine Mindestbehandlungsdauer von 4 Wochen erwartet, um von einer moderaten Therapie auszugehen, Zeiträume darunter wurden als „unterdosiert“ gerated. Für Antipsychotika wurde eine Mindestbehandlungsdauer von zwei Wochen erwartet, um von einer „moderaten“ Behandlung sprechen zu können. Kürzere Zeiträume wurden entsprechend als „unterdosiert“ gerated. Für die restlichen Psychopharmaka wurde auf die Angaben der Roten Liste zurückgegriffen.

Als Praxisbeispiel für die Angemessenheit der Anwendung sei hier das Trizyklikum Trimipramin genannt, dessen übliche Dosis bei mittelgradig depressiven Zuständen mit 100 – 150 mg angegeben wird. Es ist hierbei wichtig, sich noch einmal die Indikation im konkreten Fall zu vergegenwärtigen: So käme eine Dosierung von 25 – 50 mg Trimipramin mit der Indikation einer depressiven Episode einer Unterdosierung gleich, im Fall der Indikation „Schlafstörung“ wäre dies eine durchaus als moderat zu bewertende Dosierung. Eine „intensive“ Anwendung liegt vor, wenn die Maximaldosis gewählt wurde, am Beispiel von Trimipramin 300 mg. Eine aggressive Anwendung liegt dann vor, wenn die Dosierung über der maximal empfohlenen Dosierung liegt.

Akzeptanz des Patienten: Das Rating ist fünfstufig: 0 = unbekannt, 1 = ablehnend, 2 = indifferent, 3 = akzeptiert, 4 = fordernd. „Unbekannt“ wird gewählt, wenn der Patient sich nicht mehr differenziert genug an die Behandlung mit dem Medikament erinnern kann, bspw. wenn die

Behandlung lange zurück liegt oder der Patient bei einer langen Behandlungsvorgeschichte nicht mehr zwischen einzelnen Pharmaka unterscheiden kann. „Ablehnend“ wird gewählt, wenn der Pat. das Medikament nicht mehr einnehmen würde. „Indifferent“ ist die Option, wenn der Patient das Medikament z.B. aufgrund mangelnder Wirkung oder aufgetretener Nebenwirkungen zwar kritisch einschätzt, aber es ggf. noch einmal einnehmen würde. Ist der Patient zufrieden mit der Medikation und würde dieser wieder bzw. weiter einnehmen, wird „akzeptiert“ gewählt. Die Option „fordernd“ wird dann gewählt, wenn der Pat. auf eine Einnahme der Substanz, ggf. auch gegen ärztlichen Rat, besteht und sich nicht oder nur schwer vorstellen kann, darauf zu verzichten.

Aktuell eingenommen: Hier wird lediglich erfragt, ob die Medikation gegenwärtig regelmäßig, d.h. mindestens in den letzten sieben Tagen, vom Patienten eingenommen wird, 0 = nein, 1 = ja.

Zuletzt eingenommen: Dieser Punkt erfragt, vor wie vielen Monaten die Medikation zuletzt eingenommen wurde. Wird die Med. aktuell eingenommen, entfällt dieser Punkt.

Empfehlung: Abschließend wird mit der Entscheidung zwischen 0 = nein und 1 = ja eine Empfehlung zum Medikament gegeben, d.h. ob dies bei dem Patienten empfehlenswert erscheint.

2.2. Projekt „Reha in der Hausarztpraxis“

Die für diese Untersuchung verwendeten Daten wurden im Rahmen des Forschungsprojekts der Deutschen Rentenversicherung Bund: „Reha in der Hausarztpraxis. Rehabedarfsfeststellung, -zugang, -steuerung, -koordinierung, -optimierung und –verstetigung bei psychischen Erkrankungen unter Mitwirkung niedergelassener Ärzte. Ein Untersuchung zum Stand und zu den Optimierungsmöglichkeiten durch ein Rehakonsil.“ (Az.: 8011-106-31/31.51.6), unter Leitung von Prof. Dr. M. Linden, erhoben.

2.2.1. Studiendesign

Im ersten Schritt wurde ein Beirat zur Unterstützung bei der Planung und zur fortlaufenden Beratung während der Projektdurchführung konstituiert. Im zweiten Schritt wurden 40 niedergelassene Hausärzte aus Berlin und Umgebung rekrutiert (siehe 2.2.2). Im dritten Schritt

wurde bei den gewonnenen Ärzten eine Praxisstrukturerhebung durchgeführt zur Beschreibung der Art der Praxen. Im vierten Schritt wurde ein Glossar von Rehaleistungen („Reha-Checkliste“) erstellt, die potentiell durch niedergelassene Vertragsärzte erbracht werden können. Im fünften Schritt wurde eine Screeninguntersuchung in den Wartezimmern der teilnehmenden Hausärzte durchgeführt. Hieraus konnten im sechsten Schritt 307 Patienten für eine intensivere Untersuchung durch einen Projektarzt gewonnen werden, in diesem Rahmen wurden auch die Daten für die hier vorliegende Untersuchung erhoben. Im siebten Schritt wurden die Patienten der Intensivuntersuchung randomisiert aufgeteilt in eine Interventions- und Kontrollgruppe. In der Interventionsgruppe führte der Projektarzt mit dem behandelnden Hausarzt ein kollegiales Konsil zu jedem einzelnen Patienten durch. Im siebten Schritt erfolgte nach einem halben Jahr eine Nachuntersuchung zur Umsetzung der Empfehlungen.

Die Ratings wurden vom Autor dieser Arbeit durchgeführt. Der Autor verfügt über fünfjährige klinische Erfahrung im Bereich Psychosomatische Medizin und Rehabilitationsmedizin. Er hat sich klinisch intensiv mit Stufenplänen und Therapiealgorithmen befasst. Kasuistiken und Konsile wurden supervidiert durch den Studienleiter Prof. Linden. Es wurden Fälle vorgelegt mit allen Informationen und konsiliarischen Entscheidungen und einem peer review durch Prof. Linden unterzogen. Es wurden zu den Fällen Konsilbriefe an die behandelnden Ärzte geschrieben und mit diesen auch die Konsilempfehlungen besprochen, so dass auch von dieser Seite eine weitere Qualitätssicherung stattfand.

2.2.2. Ärzterekrutierung

Für die Studie wurden insgesamt 40 Hausärzte aus Berlin und Umgebung in zwei Rekrutierungswellen gewonnen. Aus dem Ärzteverzeichnis der Kassenärztlichen Vereinigungen Berlin und Brandenburg wurden im Verlauf des Projekts zu verschiedenen Zeitpunkten im Zufallsverfahren niedergelassene Allgemeinmediziner oder hausärztliche Internisten ausgewählt, die in erreichbarer Nähe zum Sitze der Forschungsgruppe ihren Praxissitz hatten, d.h. in verschiedenen Berliner Bezirken und südlich angrenzenden Gemeinden sowie der Stadt Potsdam. Nach der ersten schriftlichen Einladung von 150 Ärzten konnten letztlich 19 zur Teilnahme an der Studie gewonnen werden, in einer zweiten Rekrutierungswelle mit erneut 150 versandten Einladungen konnte die angestrebte Zahl von insgesamt 40 Hausärzten erreicht

werden. Bei allen teilnehmenden Ärzten fand eine Praxisstrukturerhebung in Form eines persönlichen, strukturierten Interviews statt.

2.2.3. Patientenrekrutierung

In einem ersten Schritt wurden Patienten in den Wartezimmern der teilnehmenden Hausärzte angesprochen und gebeten, einen zweiseitigen Screeningfragebogen auszufüllen, der Angaben zum Alter, Geschlecht, Gesundheitszustand, dem aktuellen Befinden, gesundheitsbedingten Teilhabestörungen, Arbeitssituation und explizit chronischen psychischen Belastungen und Beschwerden enthielt. Erfüllten die Patienten zuvor definierte Kriterien für eine chronische psychische Störung mit Rehabilitationsbedarf, wurden diese zu einer ausführlicheren Untersuchung durch einen Rehamediziner eingeladen. 2790 Patienten aller Altersgruppen wurden in den Wartezimmern angesprochen. Hiervon füllten 1902 den Fragebogen aus, 1451 waren im erwerbstätigen Alter zwischen 18 und 60 Jahren, 569 erfüllten die Einschlusskriterien für die Untersuchung. 307 Patienten nahmen dann an dieser ausführlicheren Untersuchung teil.

2.2.4. Sonstige Instrumente

In der Screeninguntersuchung waren folgende Instrumente relevant:

Der Fragebogen zum Wohlbefinden „WHO Fünf“ (World Health Organization 1998) enthält fünf Fragen zum aktuellen Wohlbefinden, die jeweils auf einer sechsstufigen Likertskala beantwortet werden. Der WHO Fünf kommt als Screening-Instrument für depressive Syndrome zum Einsatz. Für den Studieneinschluss musste mindestens einmal der Wert „0“ oder „1“ oder dreimal der Wert „2“ angekreuzt werden.

Der „Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe“ (Deck et al. 2007) ist ein Selbsteinschätzungsbogen zu Partizipationsstörungen in verschiedenen alltäglichen Lebensbereichen mit 10 Items, die auf einer Skala von „(0): keine Beeinträchtigung“ bis „(10): vollständige Beeinträchtigung“ geratet werden. Für den Studieneinschluss musste in mindestens einer Dimension ein Wert von „4“ oder größer angekreuzt werden.

Hinsichtlich der psychischen Belastung und Dauer der Beschwerden wurde der Patient zu aktuell bestehenden psychischen Beschwerden befragt sowie Dauer und Durchgängigkeit der

Beschwerden erfasst. Die Frage nach psychischer Belastung bzw. Beschwerden musste für den Studieneinschluss mit ja, länger als sechs Monate, beantwortet werden.

Die ausführliche Untersuchung beinhaltete neben der vorbeschriebenen Pharmakoanamnese lt. PN-Checkliste die Erhebung soziodemographischer Daten, Vor- und Mitbehandlung bei Hausarzt und anderen Fachärzten sowie akutstationäre und rehaklinische Aufenthalte. Es wurden weiterhin das Mini-International Neuropsychiatric (M.I.N.I.)-Interview (Sheehan et al. 1998), ein strukturiertes diagnostisches Interview zur Erfassung von psychischen Akut- und Lifetime-Diagnosen, sowie ergänzend das Arbeits-Angst-Interview (Linden und Muschalla 2007) zur Erfassung einer Arbeitsplatzphobie durchgeführt. Die aktuelle sonstige somatomedizinische Medikation wurde erfragt. Der Untersucher führte weiterhin Ratings zur somatischen Morbidität (Burvill-Skala), Fähigkeits- und Partizipationsstörungen durch (Mini-ICF und IMEP-O) und erhob den aktuellen Rehastatus mit Hilfe der hierfür entwickelten Reha-Checkliste, die Items zu Rehamaßnahmen enthält. Die Patienten füllten im Selbststrating die Symptomcheckliste SCL-90-R (Franke und Derogatis 1995) sowie die Arbeitsplatzphobieskala (Muschalla B und Linden 2008) aus.

3. Ergebnisse

3.1. Daten der Praxisstrukturerhebung

Es nahmen 40 Hausärzte aus Berlin und angrenzenden Orten an der Untersuchung teil. Die Altersspanne deckte mit 38 bis 71 Jahren eine große Spannweite ab, die Erfahrungen in der Niederlassung waren dementsprechend mit ein bis zu 22 Jahren unterschiedlich lang. Der Frauenanteil betrug knapp zwei Drittel. 27 Ärzte arbeiteten in alleiniger Niederlassung, während 13 in Praxisgemeinschaften bzw. Gemeinschaftspraxen von zwei oder mehr Ärzten tätig waren. Als Maß für die Anzahl der Patienten wurde die Angabe zu KV-Scheinen im letzten abgeschlossenen Quartal herangezogen, welche im Mittel bei 1115 Patienten lag und ebenfalls eine große Spannweite abdeckte. Diese Daten zeigen deutlich die Heterogenität der teilnehmenden Ärzte.

Daten aus der Praxisstrukturerhebung der teilnehmenden Ärzte	
Teilnehmende Ärzte (N)	40
davon Einzelpraxen (N)	27
Frauenanteil (Prozent)	59%
Alter (Jahre)	MW 52,3; SD 7,5; SW 38-71
Niederlassung (Jahre)	MW 12,6; SD 6,2; SW 1-22
KV-Scheine im letzten abgeschlossenen Quartal (N)	MW 1115; SD 634; SW 350-2300
Zusatzbezeichnung „Psychosomatische Grundversorgung vorhanden (Prozent)	44%

Tabelle 3.1: Daten aus der Praxisstrukturerhebung der teilnehmenden Hausärzte: Dargestellt ist die Anzahl der teilnehmenden Ärzte, Geschlechterverhältnis, das Alter, die Jahre der Niederlassung sowie die Anzahl der KV-Scheine (KV = Kassenärztliche Vereinigung) im vergangenen Quartal sowie das Vorhandensein der Zusatzbezeichnung „Psychosomatische Grundversorgung“ (MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; SW = Spannweite bzw. Minimum/Maximum).

3.2. Charakteristika der Patienten in der Hauptuntersuchungsgruppe

3.2.1. Soziodemographische und klinische Daten

Es wurden 307 Patienten in die Hauptuntersuchung eingeschlossen. 70,4% der Patienten ist weiblich und im Mittel 43 Jahre alt (SD 10,8 Jahre). Auffällig ist der hohe Anteil von über einem Viertel an aktuell arbeitsunfähigen Patienten sowie ca. einem Drittel ohne Arbeitsplatz. Jeder zehnte Patient ist berentet, jeder fünfte hat einen Grad der Behinderung. Ca. die Hälfte ist ohne Partnerschaft, alleinlebend und hat keine Kinder. In der Selbsteinschätzung der Symptomschwere liegt die Patientenpopulation bei einem GSI-Wert der SCL-90 im Mittel bei 0,925 bei einer linksschiefen Verteilung (Median 0,777). Im Vergleich dazu findet sich bei Patienten in einer stationären psychosomatischen Rehabilitation (PsyBaDo Reha-Zentrum Seehof, Abteilung für Verhaltenstherapie und Psychosomatik, 2006) ein GSI-Wert von im Mittel 1,14 (SD 0,7) bei Aufnahme und 0,81 (SD 0,6) bei Entlassung. Die Beschwerdescores der Hausarztpatienten liegen zwischen diesen beiden Werten. Die hohe Rate an fachspezifischer Mitbehandlung durch Nervenärzte und/oder Psychotherapeuten von über einem Drittel unterstreicht, dass es sich bei der Population um chronisch und schwerer kranke Patienten handelt.

Soziodemographische Daten der eingeschlossenen Patienten (N = 307)		
Geschlecht	weiblich	70,4 %
	männlich	29,6 %
Alter	Mittelwert	43,2 Jahre
	SD	10,8
	Min / Max	18 / 61
Familienstand	Single	28,7 %
	geschieden, getrennt lebend, verwitwet	23,1 %
	feste Partnerschaft, verheiratet	48,2 %
Kinder	keine	46,9 %
	1 – 2	46,3 %
	mehr als 2	6,9 %
Personen im Haushalt	alleinlebend	40,7 %
	mehr als eine Person	59,3 %
Arbeit, Rente, MdE, GdB	Arbeitsplatz vorhanden	65,5 %
	aktuell arbeitsunfähig	28 %
	Minderung der Erwerbsfähigkeit	9,4 %
	Grad der Behinderung	21,5 %
Krankheitsschwere	SCL-90 (Symptom-Checkliste), GSI-Wert (Gesamtbelastungs-Index)	0,925 MW 0,566 SD 0,777 MD
Dauer der Behandlung	Länger als ein Jahr beim Hausarzt in Behandlung	77,2 %
Mitbehandlung	Rate der Mitbehandlung durch einen Psychiater im letzten halben Jahr	34,9 %
	Rate der Mitbehandlung durch einen Psychotherapeuten im letzten halben Jahr	36,5 %

Tab. 3.2.1: Soziodemographische Daten der in die Hauptuntersuchung eingeschlossenen Patienten. Dargestellt sind das Geschlechterverhältnis, Alter, Familienstand, Anzahl der Kinder, im haushalt lebende Personen und Angaben zu einem vorhandenen Arbeitsplatz, aktueller Arbeitsunfähigkeit, Vorliegen einer Minderung der Erwerbsfähigkeit und eines Grade der Behinderung (SD = Standardabweichung; Min/Max = Minimum/Maximum; MdE = Minderung der Erwerbsfähigkeit; GdB = Grad der Behinderung), im weiteren Daten zur Krankheitsschwere mittels Selbstrating, Dauer der Behandlung beim Hausarzt und Rate der fachspezifischen Mitbehandlung.

3.2.2. M.I.N.I.-Diagnosen

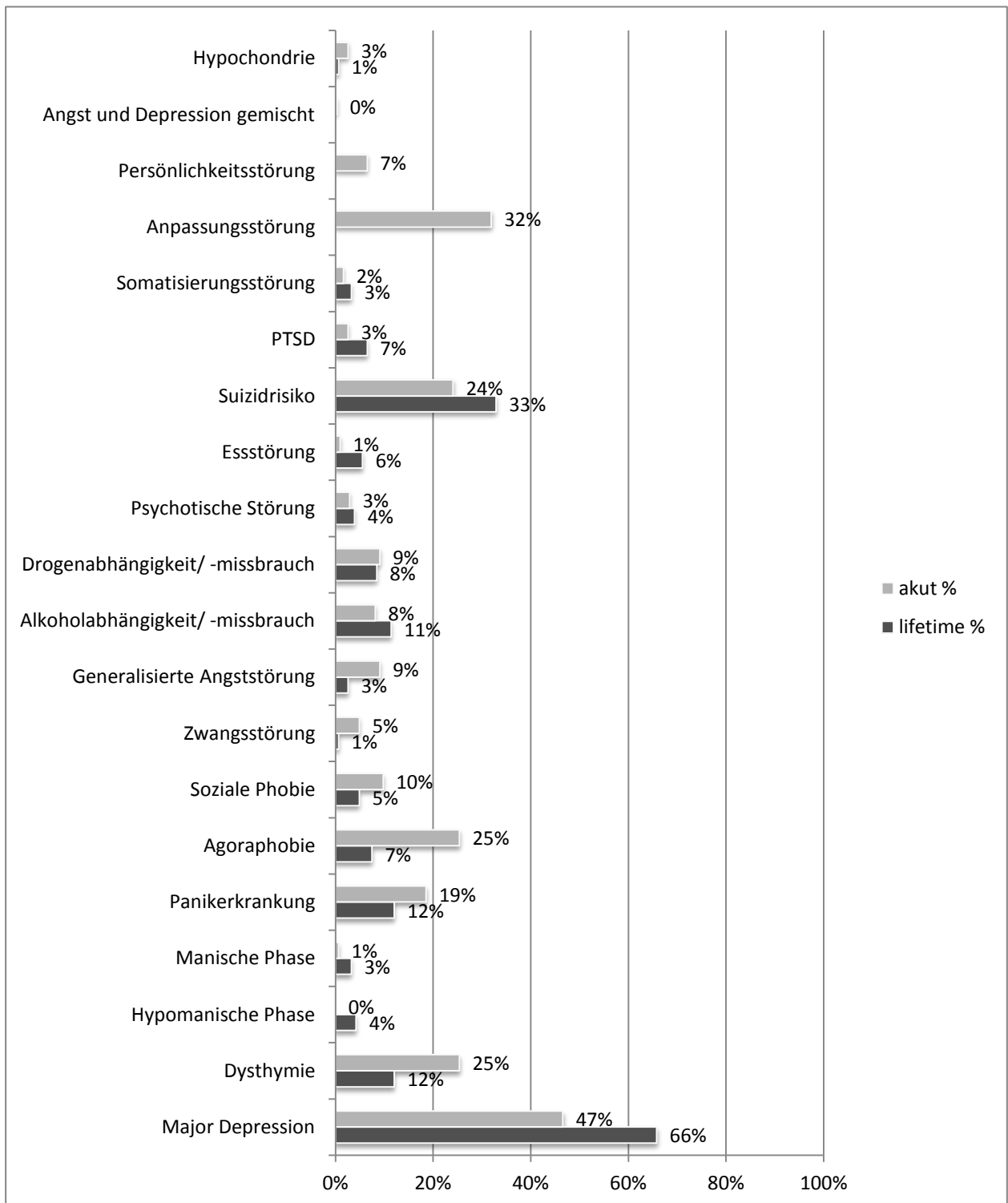


Abb. 3.2.2.: Prozentualer Anteil der Diagnosen der 307 intensiver untersuchten Patienten nach dem Mini International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.-Interview). Dargestellt sind sowohl akut vorliegende Diagnosen als auch in der Vergangenheit liegende („lifetime“), nicht akute Diagnosen.

Bei der Interpretation dieser Daten muss daran gedacht werden, dass es sich um eine Patientengruppe handelt, die nach dem Kriterium chronische psychischer Störungen ausgesucht wurde. Affektive Störungen kommen am häufigsten vor, fast jeder zweite Patient erfüllte die formalen Kriterien einer akuten depressiven Episode. An zweiter Stelle standen Agoraphobie und Panikstörung. Jeder zehnte Patient weist eine Alkohol- und/oder Drogenproblematik auf. Auffällig ist die Häufigkeit von Anpassungsstörungen bei fast jedem dritten Patienten, was ein Hinweis auf erhebliche Lebensprobleme ist. Hierbei muss offen bleiben, ob die psychische Störung zu Anpassungsproblemen geführt hat, wie dies z.B. häufig bei Persönlichkeitsstörungen zu beobachten ist, oder ob Lebensbelastungen zu psychischen Störungen geführt haben.

Hinsichtlich der aktuellen psychischen Komorbidität zeigt sich, dass lediglich jeder vierte Patient ausschließlich eine MINI-Diagnose erhielt, während mehr als die Hälfte der Pat. zwei oder mehr Diagnosen hatte, wie die folgende Tabelle zeigt.

Anzahl der MINI-Diagnosen akut	
0	13,68%
1	25,73%
2	20,85%
3	15,96%
4	12,05%
>=5	11,73%

Tab. 3.2.2: Häufigkeit von Komorbiditäten: Dargestellt ist der prozentuale Anteil an der Anzahl von akuten MINI-Diagnosen.

3.2.3. Vor- und Mitbehandlung

Der überwiegende Teil der Patienten hatte bereits seit länger als einem Jahr Kontakt mit seinem Hausarzt. Nur jeder vierte bis fünfte Patient kannte seinen aktuellen Hausarzt bis zu einem Jahr. Die Daten zeigen weiter, dass über ein Drittel der Patienten im letzten halben Jahr Kontakt zu einem Facharzt für Psychiatrie, Neurologie oder Psychosomatik sowie zu einem

Psychotherapeuten hatte. Ungefähr jeder zehnte Patient wurde in den letzten fünf Jahren stationär in einer Akut- bzw. Rehaklinik behandelt.

Vor- und Mitbehandlung		
Behandlung bei diesem Hausarzt	bis zu 1 Jahr	22,8 %
	1 bis 5 Jahre	34,9 %
	> 5 Jahre	42,3 %
Nervenarzt	letzte sechs Monate	34,9 %
Psychotherapie		36,5 %
Akutstationär psychiatrisch bzw. psychosomatisch	letzte fünf Jahre	12,1 %
Reha psychiatrisch bzw. psychosomatisch		9,1 %

Tab. 3.2.3: Darstellung der Vor- und Mitbehandlung: Länge der Behandlung beim aktuellen Hausarzt; Anteil der Patienten in Mitbehandlung durch einen Nervenarzt und/oder Psychotherapeuten im letzten halben Jahr sowie Anteil der Patienten mit Aufhalten in Akut- und/oder Rehakliniken im Bereich Psychiatrie/Psychosomatik innerhalb der letzten fünf Jahre.

Die geringe Zahl an stationär behandelten Patienten zeigt, dass es sich hierbei um eine Patientenklientel handelt, welche nicht direkt mit Patientenpopulationen aus anderen Studien wie z.B. Pharmakastudien an stationär behandelten Patienten vergleichbar ist.

3.3. Ergebnisse der PN-Checkliste

In diesem Abschnitt sollen die Daten, die sich aus der PN-Checkliste ergeben, dargestellt werden. Hierbei wird die Auswertung der Übersichtlichkeit halber teilweise unterteilt in die Gruppe der Antidepressiva, der sonstigen Psychopharmaka sowie die Gruppe der dauerhaft eingenommenen Schmerzmittel. Unter „sonstige Psychopharmaka“ werden dabei folgende Gruppen zusammengefasst: Benzodiazepine, sonstige Anxiolytika, sonstige Hypnotika, Neuroleptika, sonstige Phytopharmaka incl. Homöopathika.

3.3.1. Lebenszeit- und aktuelle Einnahme von Psychopharmaka

Nahmen die Patienten in den letzten sieben Tagen eine Medikation regelmäßig ein, so wurde dies als aktuelle Einnahme gewertet. Lag eine regelmäßige Einnahme länger zurück, war also beendet, so wurde die als Einnahme in der Vergangenheit gerated. Die Lebenszeiteinnahme von

Psychopharmaka, also die Frage, ob ein Patient jemals in seinem Leben (aktuell und/oder in der Vergangenheit) ein Psychopharmakon eingenommen hat, liegt in der untersuchten Gruppe bei 59,3%, anders ausgedrückt: 40,7% gaben an, noch nie in ihrem Leben Kontakt mit Psychopharmaka gehabt zu haben. Zum Zeitpunkt der Erhebung wurde von 37,1% der untersuchten Patienten ein Psychopharmakon eingenommen, 29,3% nahmen ein Antidepressivum, 13,4% ein sonstiges Psychopharmakon, 8,5% ein Schmerzmittel als Dauermedikation. Eine detaillierte Auswertung nach Wirkstoffklassen gibt die folgende Tabelle.

Wirkstoffklasse	aktuell		Lifetime	
	N	%	N	%
SSRI	48	15,6%	82	26,7%
SSNRI	4	1,3%	23	7,5%
NaSSA	6	2,0%	18	5,9%
SNRI	0	0,0%	2	0,7%
TZA	11	3,6%	32	10,4%
NDRI	0	0,0%	1	0,3%
MAO-Hemmer	0	0,0%	1	0,3%
Hypericum	11	3,6%	36	11,7%
sonstige AD	1	0,3%	2	0,7%
Kombinationen	7	2,3%	11	3,6%
Phasenprophylaktika	1	0,3%	2	0,7%
Augmentation	2	0,7%	2	0,7%
Komplexaugmentationen	0	0,0%	2	0,7%
irgendein Antidepressivum	90	29,3%	147	47,9%
irgendein Benzodiazepin	14	4,6%	71	23,1%
irgendein Anxiolytikum	13	4,2%	26	8,5%
irgendein Hypnotikum	5	1,6%	6	2,0%
irgendein Neuroleptikum	6	2,0%	12	3,9%
irgendein Phytopsychofarmakon	8	2,6%	22	7,2%
irgendein Psychopharmakon	114	37,1%	182	59,3%
irgendein Schmerzmittel als Dauermedikation	26	8,5%	42	13,7%

Tab. 3.3.1: Die Tabelle zeigt die aktuelle und Lifetime-Einnahme von Psychopharmaka (N und Prozent). Aktuell meint dabei die zum Zeitpunkt der Erhebung erfolgte regelmäßige Einnahme des betreffenden Pharmakons. Lifetime bezieht sich auf alle jemals genommenen Psychopharmaka, unabhängig von einer aktuellen Einnahme, die vom Patienten in der Anamnese erinnert wurden.

Aus den Lifetime-Daten ist ersichtlich, dass über ein Viertel der Patienten bereits Kontakt mit einem SSRI hatte, ein knappes Viertel hat Erfahrungen mit Benzodiazepinen gesammelt. Jeder siebte bis achte Patient hat in seinem Leben bereits Schmerzmittel als Dauermedikation eingenommen. Vergleichsweise häufig (ca. jeder zehnte bis zwanzigste Patient) wurden bereits Hypericum und andere Phytopsychofarmaka sowie Trizyklika, Anxiolytika sowie

Antidepressiva der Gruppen SSNRI und NaSSA und eingenommen. Alle weiteren Psychopharmaka liegen in einem Bereich unter fünf Prozent. Bezüglich der aktuellen Einnahme verschieben sich die Werte. Auch hier stehen SSRI an erster Stelle (jeder sechste bis siebte Patient), gefolgt von Schmerzmitteln als Dauermedikation (jeder zwölfte Pat.). Alle anderen Psychopharmaka liegen hier in einem Bereich unter 5%, wobei hier ähnlich der Lifetime-Einnahme Benzodiazepine, sonstige Anxiolytika, Trizyklika und Hypericum die größte Rolle spielen. Für die Gruppe der Antidepressiva ist der Anteil der einzelnen Wirkstoffklassen an der aktuellen Einnahme noch einmal übersichtlicher in Form eines Kreisdiagramms dargestellt. So wird deutlich, dass über die Hälfte der mit Antidepressiva behandelten Patienten ein SSRI einnimmt, gefolgt von Hypericum und Trizyklika, Kombinationen sowie NaSSA. Alle weiteren Antidepressiva liegen in einem Bereich zwischen null und fünf Prozent.

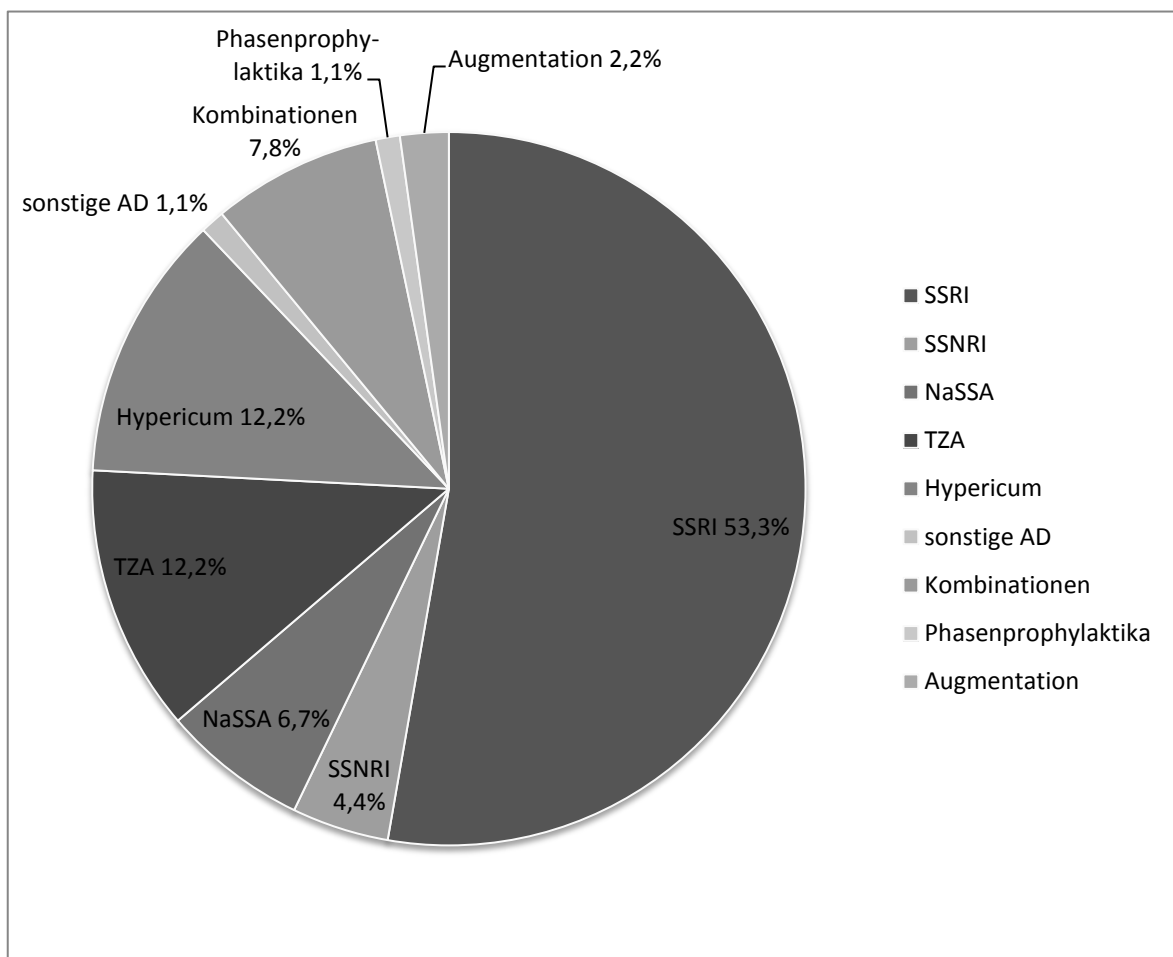


Abb. 3.3.1: Das Kreisdiagramm zeigt den Anteil der verschiedenen Antidepressivaklassen an der aktuellen Einnahme in Prozent: Über die Hälfte der Patienten, die aktuell Antidepressiva einnehmen, nimmt ein SSRI, der Rest verteilt sich auf die sonstigen Psychopharmaka mit hohen Anteilen für Trizyklische Antidepressiva, Hypericum (Johanniskraut) und NaSSA (Mirtazapin).

3.3.2. Anwendbarkeit von Psychopharmaka

Wie im Methodenteil beschrieben, wurden im Rating der Anwendbarkeit drei wichtige Punkte berücksichtigt: Die Verfügbarkeit des Wirkstoffes, was bei den hier berücksichtigten Wirkstoffen immer der Fall war, die Anwendbarkeit im Setting des Patienten mit z.B. ggf. notwendigen Kontrolluntersuchungen etc. sowie vorliegende Kontraindikationen. In der Anwendbarkeit der erhobenen Psychopharmaka fällt zunächst auf, dass Kontraindikationen für alle Wirkstoffklassen in einem Bereich unter zehn Prozent liegen, d.h. bei weniger als jedem zehnten Patienten, in den meisten Substanzklassen sogar bei weniger als jeder zwanzigste Patient, gibt es Gründe für eine Nichteinnahme. Bei den Antidepressiva sind dies i.d.R. Erkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems, bei Hypericum die gleichzeitige Einnahme von oralen Kontrazeptiva, bei Benzodiazepinen, Hypnotika und Schmerzmitteln die gegebene Gefahr einer Abhängigkeitsentwicklung. Allerdings wurden die Gründe für die Nichtanwendbarkeit nicht systematisch qualitativ erfasst.

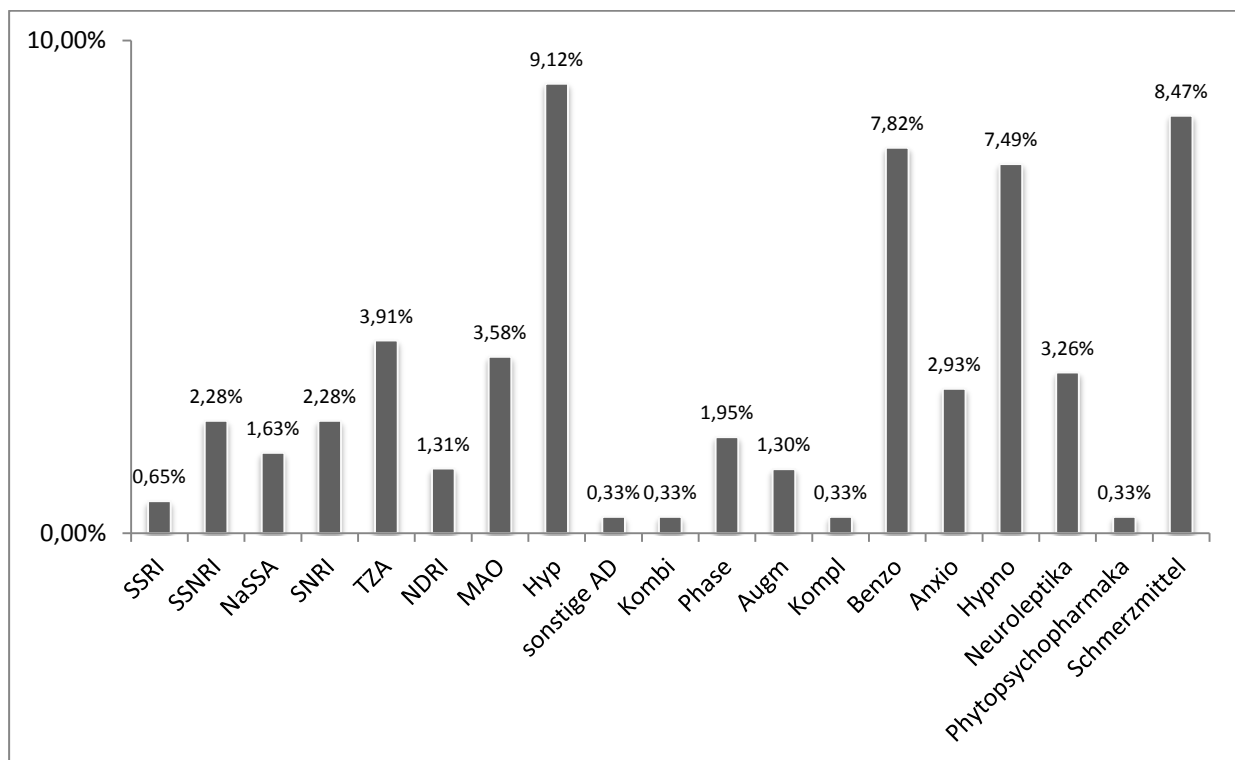


Abb. 3.3.2.: Nicht-Anwendbarkeit von Psychopharmaka: in Prozent dargestellt ist der Anteil der Patienten, bei dem das Medikament aufgrund von Kontraindikationen bzw. äußeren Gegebenheiten nicht anwendbar ist (N=307), Abkürzungen siehe Methodikteil

3.3.3. Ansprechen

Im Ansprechen wurden die Patienten dazu befragt, wie das jeweilige Psychopharmakon bei ihnen gewirkt hatte, der Untersucher hatte die Möglichkeit dies entsprechend quantitativ zu raten. Es wurde also die Wirkung im Sinne der Indikation erfragt. Neben dem Punkt „Wirkung ist unbekannt“ oder „es gab keine Wirkung“ gab es für eine berichtete Wirkung die Abstufungen „teilweise“, „gut“ und „exzellent“.

Wirkstoffklasse (N)	Wirkung				
	unbekannt	kein	teilweise	gut	exzellent
	N	N	N	N	N
SSRI (82)	1	23	19	36	3
SSNRI (23)	0	10	8	4	1
NaSSA (18)	0	4	6	7	1
SNRI (2)	1	0	0	1	0
TZA (32)	1	5	15	11	0
NDRI (1)	0	1	0	0	0
MAO (1)	0	0	0	1	0
Hyp (37)	1	23	9	4	0
sonstige AD (2)	0	1	1	0	0
Kombi (11)	0	1	6	3	1
Phase (2)	0	0	0	2	0
Augm (2)	0	0	1	1	0
Kompl (2)	0	0	0	2	0
alle Antidepressiva (215)	4 (1,9%)	68 (31,6%)	65 (30,2%)	72 (33,5%)	6 (2,8%)
Benzo (71)	1	6	6	52	6
Anxio (26)	0	8	13	5	0
Hypno (6)	0	0	1	5	0
Neuroleptika (12)	0	1	4	7	0
Phytopsychofarmaka (23)	1	8	8	6	0
Schmerzmittel (42)	0	3	18	21	0

Tab. 3.3.3: Wirkung der einzelnen Wirkstoffklassen bezogen auf die Lifetime-Einnahme. Hierbei wurde in fünf Kategorien unterteilt: Wirkung unbekannt sowie keine, teilweise, gute und exzellente Wirkung. Für die Antidepressiva ist der Übersichtlichkeit halber nochmals eine Darstellung über alle Klassen hinweg eingefügt.

Betrachtet über alle Antidepressiva zeigt sich eine nahezu Drittelung in keine, teilweise und gute Wirkung. Nur wenige Patienten konnten keine Angaben über die Wirkung machen (unbekannt) oder berichteten eine exzellente Wirkung. Bezogen auf die einzelnen Gruppen wurde bei den

SSRI am häufigsten eine gute Wirkung berichtet, gefolgt von NaSSA und TZA. Keine Wirkung wurde mit Abstand am häufigsten in der Johanniskrautgruppe beobachtet, ebenfalls gibt es einen hohen Anteil fehlender Wirksamkeit in der Gruppe der SSNRI, was zunächst überrascht, da Venlafaxin im klinischen Ablauf häufig als nächstbeste Wahl nach einem SSRI eingesetzt wird.

Auffällig in der Wirksamkeit sonstiger Psychopharmaka ist die gute Wirksamkeit von Benzodiazepinen und Hynotika. Mit teilweiser und keiner Wirkung schneiden die Anxiolytika im Vergleich schlecht ab. Ein uneinheitliches Bild ergibt sich bei den Phytopsychofarmaka, bei denen keine und teilweise Wirkung überwiegen. In der Gruppe der Schmerzmittel herrscht eine gute bis teilweise Wirkung vor.

3.3.4. Nebenwirkungen

Tabelle 3.3.4 zeigt die Häufigkeit der Nebenwirkungen unterteilt nach Substanzklassen analog zum vorangegangenen Punkt. In diesem Punkt wurden die Pat. nach Nebenwirkungen bei der Psychopharmakaeinnahme befragt und diese vom Untersucher in ihrer Ausprägung gerated. Erinnerten die Pat. dies nicht, wurde „unbekannt“ gewählt, fehlende Nebenwirkungen wurden mit „keine“ gerated. Gab es Nebenwirkungen, so wurden diese in einem gestuften Rating zwischen „wenig“, „stark“ und „sehr stark“ vom Untersucher eingeordnet.

Über alle Antidepressiva hinweg gab es bei fast der Hälfte keine Nebenwirkungen, bei ca. einem Viertel wenig und ca. einem Fünftel starke.

Im Gruppenvergleich untereinander ähneln sich SSRI, SSNRI und NaSSA in puncto „keine Nebenwirkung“, Johanniskrautpräparate heben sich deutlich davon ab. Während leichtere Nebenwirkungen am häufigsten bei SSRI und TZA angegeben wurden, gab es schwerere Nebenwirkungen am häufigsten bei SSNRI und NaSSA. Sehr starke Nebenwirkungen spielten fast keine Rolle. Allerdings erscheint die Aussagekraft diesbezüglich aufgrund des geringen N sehr begrenzt.

Bei den sonstigen Psychopharmaka fällt auf, dass es überwiegend keine Nebenwirkungen gab. Lediglich bei den Schmerzmitteln fällt auf, dass die Nebenwirkungen überwiegen und

zusammen ca. zwei Drittel ausmachen. Für die Phytopsychofarmaka wurden keinerlei Nebenwirkungen angegeben.

Wirkstoffklasse (N)	Nebenwirkung				
	unbekannt N	keine N	wenig N	stark N	sehr stark N
SSRI (82)	4	32	30	15	1
SSNRI (23)	1	9	3	10	0
NaSSA (18)	2	7	3	6	0
SNRI (2)	1	1	0	0	0
TZA (32)	2	8	13	9	0
NDRI (1)	0	1	0	0	0
MAO (1)	0	0	0	1	0
Hyp (37)	2	28	6	1	0
sonstige AD (2)	0	1	1	0	0
Kombi (11)	1	6	4	0	0
Phase (2)	1	0	1	0	0
Augm (2)	0	1	1	0	0
Kompl (2)	0	0	0	2	0
alle Antidepressiva (215)	14 (6,5%)	94 (43,7%)	62 (28,8%)	44 (20,5%)	1 (0,5%)
Benzo (71)	5	46	10	9	1
Anxio (26)	1	19	4	2	0
Hypno (6)	0	4	2	0	0
Neuroleptika (12)	0	7	3	2	0
Phytopsychofarmaka (23)	0	23	0	0	0
Schmerzmittel (42)	0	14	15	12	1

Tab. 3.3.4: Die Tabelle stellt die Nebenwirkungsrate bei den einzelnen Wirkstoffklassen dar. Hierbei wurde unterschieden zwischen Nebenwirkung unbekannt sowie keiner, wenig, starker und sehr starker Nebenwirkung.

3.3.5. Angemessenheit der Anwendung

Tabelle 3.3.5 zeigt die Einschätzung der Angemessenheit der Anwendung unterteilt nach Wirkstoffklassen analog den vorangegangenen Punkten. Hierbei wurden sowohl die Dosierung als auch die Anwendungsdauer berücksichtigt: Wurde ein Wirkstoff nicht lange genug

eingegenommen, wurde „unterdosiert“ gewählt, ebenso wenn nicht die definierte Standarddosis erreicht wurde. „Moderat“ wurde vom Untersucher erst dann gewählt, wenn ein Wirkstoff ausreichend lange in der Standarddosis gegeben wurde, eine intensive Anwendung lag bei Anwendung der Maximaldosis und eine aggressive Anwendung bei darüberhinausgehenden Dosierungen vor.

Wirkstoffklasse (N)	Angemessenheit der Anwendung				
	unbekannt N	unterdosiert N	moderat N	intensiv N	aggressiv N
SSRI (82)	12	14	47	9	0
SSNRI (23)	5	6	9	3	0
NaSSA (18)	3	5	9	1	0
SNRI (2)	1	0	1	0	0
TZA (32)	14	5	11	1	1
NDRI (1)	1	0	0	0	0
MAO (1)	1	0	0	0	0
Hyp (37)	16	4	17	0	0
sonstige AD (2)	1	0	1	0	0
Kombi (11)	3	0	7	1	0
Phase (2)	1	0	1	0	0
Augm (2)	0	0	2	0	0
Kompl (2)	0	0	1	1	0
alle Antidepressiva (215)	58 (27,0%)	34 (15,8%)	106 (49,3%)	16 (7,4%)	1 (0,5%)
Benzo (71)	49	2	17	2	1
Anxio (26)	12	1	13	0	0
Hypno (6)	3	1	2	0	0
Neuroleptika (12)	5	1	5	1	0
Phytopsychofarmaka (23)	20	0	3	0	0
Schmerzmittel (42)	15	0	16	11	0

Tab. 3.3.5: Angemessenheit der Anwendung, d.h. inwiefern wurde ein Wirkstoff in empfohlener Dosierung und Dauer eingenommen oder nicht. Hierbei wurde unterteilt in Angemessenheit unbekannt sowie unterdosiert, moderat, intensiv und aggressiv.

Über alle Antidepressiva hinweg ist eine überwiegend moderate Anwendung von ca. 50% zu beobachten, gefolgt vom Punkt „unbekannt“. Bei ca. jedem sechsten Patient ist eine Unterdosierung zu beobachten. Intensive und/oder aggressive Therapien kommen selten vor. In den einzelnen Gruppen untereinander ähneln sich SSRI, SSNRI und NaSSA sehr stark, während bei TZA und Hypericum eine größere Zahl an unbekanntem Dosierungen auffällt.

Auffallend bei den sonstigen Psychopharmaka sind hohe Werte bei unbekanntem Dosierungen, insbesondere bei Phytopsychofarmaka sowie Benzodiazepinen, gefolgt von moderaten Dosierungen. Bei Schmerzmitteln ist das Verhältnis zwischen unbekannter, moderater und intensiver Dosierung im Vergleich nahezu ausgeglichen. Unterdosierungen kamen selten vor.

3.3.6. Akzeptanz des Patienten

Für jedes eingenommene Psychopharmakon wurde auch die Akzeptanz des Patienten vom Untersucher gerated. Hierbei sollte erfasst werden, inwiefern der Patient dem eingenommenen Wirkstoff gegenübersteht. Hatte der Pat. schlechte Erfahrungen gemacht und wollte die Medikation keinesfalls wieder einnehmen, wurde „ablehnend“ gewählt, gab es eine Unentschiedenheit mit einem Für und Wieder wurde „indifferent“ gewählt, war der Patient von der Einnahme überzeugt ratete der Untersucher „akzeptiert“. Für Patienten, die die Medikation intensiv einforderten, gab es zudem noch die Möglichkeit „fordernd“ zu raten.

Über alle Antidepressiva gibt es eine Akzeptanz von ca. der Hälfte. Jeder fünfte steht der Behandlung ablehnend gegenüber, jeder sechste hat eine indifferente Haltung. Die Minderheit kann sich dazu nicht äußern oder ist fordernd. In den einzelnen Gruppen ist die Akzeptanz für SSRI am höchsten (ca. 60%), gefolgt von Trizyklika (ca. 50%). Eine häufige Ablehnung gibt es für SSNRI, NaSSA, TZA und Hypericum (ca. 40-50%). Sonstige Psychopharmaka sind überwiegend akzeptiert, Ablehnungen schlagen mit bis zu einem Drittel bei Benzodiazepinen zu Buche. Ca. 17% der Patienten mit Schmerzmitteleinnahme zeigen eine fordernde Haltung, der im Vergleich höchste Wert.

Wirkstoffklasse (N)	Akzeptanz des Patienten				
	unbekannt N	ablehnend N	indifferent N	akzeptiert N	fordernd N
SSRI (82)	18	0	10	50	4
SSNRI (23)	0	12	2	9	0
NaSSA (18)	0	7	4	7	0
SNRI (2)	1	0	0	1	0
TZA (32)	0	12	4	16	0
NDRI (1)	0	1	0	0	0
MAO (1)	0	0	1	0	0
Hyp (37)	1	14	8	14	0
sonstige AD (2)	0	1	1	0	0
Kombi (11)	0	1	1	9	0
Phase (2)	0	0	1	1	0
Augm (2)	0	0	0	2	0
Kompl (2)	0	1	1	0	0
alle Antidepressiva (215)	20 (9,3%)	49 (22,8%)	33 (15,4%)	109 (50,7%)	4 (1,9%)
Benzo (71)	2	23	12	32	2
Anxio (26)	0	6	4	16	0
Hypno (6)	0	0	0	6	0
Neuroleptika (12)	0	2	1	9	0
Phytopsychofarmaka (23)	0	5	2	16	0
Schmerzmittel (42)	0	7	7	21	7

Tab. 3.3.6: Die Tabelle zeigt die jeweilige Akzeptanz des eingenommenen Präparates, wobei in die fünf Kategorien Akzeptanz unbekannt sowie ablehnend, indifferent, akzeptiert und fordernd eingeteilt wurde.

3.3.7. Empfehlungen

Nach der Erhebung der Pharmakoanamnese mittels der PN-Checkliste konnten auf Grundlage des beschriebenen Algorithmus Empfehlungen für eine weitere Psychopharmakotherapie erarbeitet werden. Das heißt es wurden bei einer vorausgegangenen Einnahme Wirkung, Nebenwirkungen, Angemessenheit der Anwendung und Akzeptanz des Patienten im Algorithmus berücksichtigt, um eine Entscheidung für die nächstbeste Medikation fällen zu können.

Wirkstoffklasse	Empfehlung		aktuelle Einnahme	
	N	%	N	%
SSRI	137	44,6%	48	15,6%
SSNRI	8	2,6%	4	1,3%
NaSSA	9	2,9%	6	2,0%
SNRI	0	0,0%	0	0,0%
TZA	9	2,9%	11	3,6%
NDRI	1	0,3%	0	0,0%
MAO-Hemmer	0	0,0%	0	0,0%
Hypericum	7	2,3%	11	3,6%
sonstige AD	1	0,3%	1	0,3%
Kombinationen	8	2,6%	7	2,3%
Phasenprophylaktika	3	1,0%	1	0,3%
Augmentation	3	1,0%	2	0,7%
Komplexaugmentationen	1	0,3%	0	0,0%
Benzodiazepine	0	0,0%	14	4,6%
sonstige Anxiolytika	6	2,0%	13	4,2%
sonstige Hypnotika	4	1,3%	5	1,6%
Neuroleptika	7	2,3%	6	2,0%
Phytopsychofarmaka	4	1,3%	8	2,6%
Schmerzmittel	3	1,0%	26	8,5%

Tab. 3.3.7: Die Tabelle zeigt in der linken Spalte, bei wie viel Prozent der Patienten (Gesamt-N = 307) eine Einnahme des entsprechenden Wirkstoff aus Sicht des Reamediziners nach Anwendung des PN-Checklist-Algorithmus empfehlenswert erscheint. Rechtsseitig ist vergleichend die aktuelle Einnahme aufgeführt.

Die oben dargestellte Tabelle 3.3.7 enthält zum Vergleich die Rate der aktuell eingenommenen Medikation. Im Ergebnis fällt ins Auge, dass SSRI als Mittel der ersten Wahl weit vor allen anderen Wirkstoffgruppen empfohlen wurden. Berücksichtigt man, dass zum Zeitpunkt der Erhebung lediglich 15,6% der untersuchten Patienten ein SSRI eingenommen hatten und insgesamt nur ca. jeder vierte Patient überhaupt Erfahrungen mit einem SSRI hatte, ist dieser hohe Prozentsatz der Empfehlung nachvollziehbar. So haben SSRI ein breites Indikationsspektrum und sind bei der Mehrzahl der chronischen psychischen Erkrankungen grundsätzlich indiziert.

Andere Antidepressiva wurden, bis auf Hypericum und Trizyklika, etwas häufiger empfohlen verglichen mit der aktuellen Einnahme. Über alle Antidepressiva hinweg wurde somit bei 60,9% der Patienten die Einnahme eines Antidepressivums empfohlen, im Vergleich hierzu nahmen aktuell insgesamt lediglich 29,7% ein Antidepressivum ein. Aus Sicht des Reamediziners könnte die Rate der Behandlung mit Antidepressiva also verdoppelt werden, ohne dass hierbei schon regulär Reserveoptionen wie Kombinations- oder Augmentationsstrategien zum Einsatz kommen müssten. Hinsichtlich der Behandlungsreserven weist dieses Ergebnis auf ein großes Potential hin. Therapien der zweiten und dritten Linie wurden bzw. werden in der untersuchten Gruppe bislang nur selten genutzt und stellen damit potente Therapieoptionen dar. Zu berücksichtigen ist in diesem Zusammenhang allerdings auch die Bedeutung der hohen Rate an Anpassungsstörungen, die zumindest nicht primär in das Indikationsgebiet für Psychopharmaka fallen.

Bei den sonstigen Psychopharmaka fällt auf, dass Benzodiazepine gar nicht, Anxiolytika und Phytopsychofarmaka deutlich seltener empfohlen wurden. Aus Sicht des Reamediziners liegt die Rate der Schmerzmittel als Dauermedikation deutlich zu hoch. Nahmen zum Zeitpunkt der Erhebung 26 von 307 Patienten ein Schmerzmittel auf Dauer ein, so schien dies aus reamedizinischer Sicht nur noch bei 3 Patienten indiziert.

3.4. Beziehungen der Psychopharmakaeinnahme zu Diagnosen und Mitbehandlung

3.4.1. Psychopharmakaeinnahme in Beziehung zur Diagnose

Setzt man die Psychopharmakaeinnahme in Beziehung mit den Diagnosen des standardisierten M.I.N.I-Interviews, ergibt sich ein fast einheitliches Bild: Es lassen sich kaum Unterschiede in der Häufigkeit der Einnahme von Psychopharmaka bei verschiedenen Diagnosen ausmachen. So liegt die Spannweite für alle Psychopharmaka zwischen 29 und 63%. Bezogen auf Gruppenvergleiche lassen sich evt. leichte Tendenzen ableiten: Pat. mit affektiven Störungen nehmen zu 44-50% ein Psychopharmakon ein, während Pat. mit einer Anpassungsstörung dies nur zu 30% tun.

		Diagnosen akut nach M.I.N.I.																	
		Major Depression	Dysthymie	Manische Phase	Panikerkrankung	Agoraphobie	Soziale Phobie	Zwangsstörung	Generalisierte Angststörung	Alkoholabhängigkeit/-missbrauch	Drogenabhängigkeit/-missbrauch	Psychotische Störung	Essstörung	PTSD	Somatisierungsstörung	Anpassungsstörung	Persönlichkeitsstörung	Hypochondrie	
Diagnosen	N	143	78	2	57	78	30	15	28	25	28	9	3	8	15	98	20	8	
Irgendein Psychopharmakon	N	65	34	1	25	35	10	5	12	10	8	4	1	4	8	29	7	5	
	%	45	44	50	44	45	33	33	43	40	29	44	33	50	53	30	35	63	
Irgendein Antidepressivum	N	49	29	1	19	30	8	4	7	7	8	3	1	3	8	22	6	3	
	%	34	37	50	33	38	27	27	25	28	29	33	33	38	53	22	30	38	
Sonstige Psychopharmaka	N	27	13	0	10	11	3	3	6	5	0	1	0	1	4	11	1	3	
	%	19	17	0	18	14	10	20	21	20	0	11	0	13	27	11	5	38	
Schmerzmittel als Dauermedikation	N	15	12	0	3	8	2	2	1	2	2	1	0	1	2	9	3	0	
	%	10	15	0	5	10	7	13	4	8	7	11	0	13	13	9	15	0	
Prozentangaben beziehen sich auf das N der jeweiligen Diagnose																			

Tab. 3.4.1: Die Tabelle setzt die aktuellen Diagnosen des MINI-Interviews in Beziehung zur aktuellen Einnahme von Psychopharmaka. Dargestellt ist jeweils pro Spalte (jeweils N und prozentual), wie viele Patienten mit einer entsprechenden Diagnose ein Psychopharmakon, ein Antidepressivum, ein sonstiges Psychopharmakon oder ein Schmerzmittel als Dauermedikation einnehmen.

Angst- und Zwangserkrankungen liegen tendentiell niedriger in der Einnahme von Psychopharmaka (33-45%) mit Ausnahme von Hypochondrie (63%) und PTSD (50%). Mit 53% nimmt auch mehr als die Hälfte der Patienten mit einer Somatisierungsstörung ein Psychopharmakon ein. Insgesamt gesehen liegt die aktuelle Psychopharmakaeinnahme also zwischen ein und zwei Drittel der Patienten mit einer Diagnose. Auffällig ist, dass es in keiner Diagnosegruppe eine deutlich niedrigere oder höhere Behandlungsrate gibt. Es stellt sich die Frage, inwiefern Psychopharmaka diagnosenspezifisch verordnet werden. Ein ähnlich einheitliches Bild zeigt sich zudem, wenn die Psychopharmaka aufgegliedert in die Gruppen der Antidepressiva, sonstigen Psychopharmaka und Schmerzmittel als Dauermedikation betrachtet

werden. Zu beachten ist hierbei, dass es in der Diagnoserhebung mittels MINI-Interview lediglich bei einem Viertel der Patienten nur eine Diagnose gab, bei etwa zwei Drittel lagen mehrere Diagnosen parallel vor, siehe Punkt 3.2.2.

3.4.2. Psychopharmaka in Beziehung zu anderen Ergebnissen: Wer wird behandelt?

Tabelle 3.4.2 zeigt Zusammenhänge zwischen der Einnahme einer Psychopharmakomedikation und anderen erhobenen Daten der Studie, es wurden gepaarte T-Tests gerechnet. Auf eine Bonferronikorrektur wurde bei der Darstellung dieser Daten verzichtet, die Signifikanzen bleiben dennoch eindeutig.

Einleitung einer Psychopharmakamedikation lt. Rehacheckliste aktuell und/oder in der Vergangenheit		N	Mittelwert	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz
Alter	nein	120	41,36	,016	-3,091
	ja	187	44,45		
Haushalt umfasst x Personen	nein	120	2,07	,542	,077
	ja	187	1,99		
Jahre in dieser Praxis (ggfls. incl. früherem Praxisinhaber)	nein	120	6,67743	,465	-,614468
	ja	187	7,29189		
Besuche in dieser Praxis in den letzten sechs Monaten	nein	120	5,53	,104	-2,397
	ja	187	7,92		
Summe der Kontakte zu anderen Behandlern	nein	120	9,33	,065	-2,605
	ja	187	11,93		
Anzahl der MINI-Diagnosen akut	nein	120	1,9417	,003	-,60914
	ja	187	2,5508		
AU-Zeiten: Wochen in den letzten 12 Monaten	nein	120	6,2833	,003	-4,79961
	ja	187	11,0829		
AU-Zeiten: derzeit AU in Wochen	nein	120	9,90	,753	1,503
	ja	187	8,40		
MINI-ICF: Mittelwert	nein	120	,5583	,000	-,22036
	ja	187	,7787		
IMET: Mittelwert	nein	120	3,1542	,000	-,68808
	ja	187	3,8422		
SCL-90: GSI-Wert	nein	119	,82318	,012	-,167458
	ja	183	,99064		
SCL-90: PST-Wert	nein	119	43,24	,089	-3,614
	ja	183	46,86		
SCL-90: PSDI-Wert	nein	119	1,59947	,001	-,181849
	ja	183	1,78131		
Summe der aktuellen Maßnahmen nach Rehacheckliste	nein	120	2,8333	,000	-2,71212
	ja	187	5,5455		

Tab. 3.4.2: Vergleich von Patienten mit und ohne Psychopharmakamedikation aktuell und/oder in der Vergangenheit: Dargestellt ist der Vergleich mit wichtigen anderen Ergebnissen aus der Studie. Neben soziodemographischen Daten sind dies die Kontakte zu Behandlern, die Anzahl der Diagnosen lt. MINI-Interview, die Arbeitsunfähigkeitszeiten, die Beeinträchtigungen der Fähigkeiten (Mini-ICF) und Partizipationsstörungen (IMET), die subjektive Einschätzung der

Symptomschwere und die Summe der aktuell laufenden Maßnahmen lt. Rehacheckliste. Fett dargestellt sind dabei signifikante Ergebnisse ($p < 0,05$).

Berücksichtigt wurden soziodemographische Daten wie Alter und Personenzahl im Haushalt, die Behandlungszeit sowie Behandlungsintensität beim Hausarzt, ebenso die Kontaktanzahl zu anderen Behandlern als auch die Anzahl der psychischen Diagnosen, Arbeitsunfähigkeitszeiten, Fähigkeits- und Partizipationsstörungen sowie die subjektiv eingeschätzte Belastung und letztlich auch die Summe aller aktuell laufenden Maßnahmen lt. Rehacheckliste als Maß für die Behandlungsintensität. Es wurden zwei Gruppen gebildet: Patienten, die aktuell oder in der Vergangenheit bereits Psychopharmaka genommen sowie Patienten, die diesbezüglich unbehandelt waren. Es fällt auf, dass Patienten mit Psychopharmakaeinnahme signifikant älter sind, tendenziell länger bei ihrem Hausarzt in Behandlung sind und ebenso mehr Kontakte in den letzten sechs Monaten zu diesem hatten. Ebenso zeichnet sich eine deutliche Tendenz zu einer intensiveren Mitbehandlung ab, was sich an einer höheren Zahl von Kontakten zu anderen Mitbehandlern zeigt. Patienten mit Psychopharmakaeinnahme haben signifikant mehr psychische Diagnosen im standardisierten MINI-Interview, d.h. es werden die Patienten mehr behandelt, die mehr psychopathologische Auffälligkeiten haben. Weiterhin gibt es einen großen signifikanten Unterschied hinsichtlich der Dauer der Arbeitsunfähigkeitszeiten in den letzten zwölf Monaten. Hier liegt die Gruppe der mit Psychopharmaka behandelten mit elf Wochen Arbeitsunfähigkeitszeiten in den letzten zwölf Monaten fast doppelt so hoch. Interessanterweise gibt es in der aktuellen Arbeitsunfähigkeitszeit keine Unterschiede. Im Rating der Fähigkeitsstörungen (MINI-ICF) durch den Untersucher war die Gruppe der mit Psychopharmaka behandelten deutlich stärker eingeschränkt, es lagen also schwerere Fähigkeitsstörungen vor. Ein ähnliches Bild zeigt sich im Rating der Partizipationsstörungen mittels IMET, auch hier ist die Gruppe der mit Psychopharmaka behandelten deutlich eingeschränkter in der Teilhabe am Leben. Passend zu diesen Ergebnissen schätzten sich auch die Patienten mit Psychopharmakaeinnahme im Selbstrating als stärker psychisch belastet ein als solche ohne. Ein Beleg dafür, dass eine Psychopharmakomedikation meist nicht die einzige Maßnahme der Behandlung ist, wie Behandlern bekanntermaßen gelegentlich vorgeworfen wird, zeigte schließlich die letzte Zeile der Tabelle: Die Summe der aktuell laufenden Rehamassnahmen, die als Maß der Behandlungsintensität verstanden werden kann, liegt in der Gruppe der mit Psychopharmaka behandelten in etwa doppelt so hoch. Das heißt, dass mit

Psychopharmaka behandelte Patienten eine insgesamt mehr Rehamaßnahmen umfassende Therapie erhalten als solche ohne Medikation.

3.4.3. Vorbehandlung

3.4.3.1. Nervenärztliche Vor- und Mitbehandlung

Die folgende Kreuztabelle 3.4.3.1 zeigt den Zusammenhang zwischen Einnahme eines Psychopharmakons und nervenärztlicher Behandlung im vergangenen halben Jahr.

		Facharzt für Psychiatrie, Neurologie, Psychosomatik: Kontakt in den letzten sechs Monaten?		gesamt
		nein	ja	
Wird aktuell ein Psychopharmakon eingenommen?	nein	156 78%	37 35%	193 63%
	ja	44 22%	70 65%	114 37%
Gesamt		200	107	307
Phi-Koeffizient: 0,428; p<0,01				
% bezogen auf Randhäufigkeit Spalten				

Tab. 3.4.3.1: Die Kreuztabelle zeigt den Zusammenhang zwischen der aktuellen Einnahme eines Psychopharmakons und einer nervenärztlichen Behandlung im vergangenen halben Jahr bezogen auf die gesamte untersuchte Patientepopulation (N=307). Die Prozentangaben beziehen sich dabei auf die Randhäufigkeit der Spalten. Unten dargestellt ist der Phi-Koeffizient als standardisiertes Maß für die Stärke des Zusammenhangs sowie das entsprechende Signifikanzniveau.

Die Tabelle zeigt, dass rund zwei Drittel der Patienten, die sich im letzten halben Jahr in nervenärztlicher Behandlung befinden, aktuell ein Psychopharmakon einnehmen. Im Gegensatz dazu nimmt nur ein gutes Fünftel der nicht fachärztlich behandelten Patienten ein Psychopharmakon ein, also ein prozentualer Unterschied von 43 Prozentpunkten. Dies zeigt, dass die Behandlung mit bzw. die Verordnung von Psychopharmaka zu einem großen Teil durch die entsprechenden Fachärzte geschieht und nur zu einem geringeren Prozentsatz durch den Hausarzt allein. Der Phi-Koeffizient von 0,428 spricht für einen mittleren Zusammenhang auf einem hohen Signifikanzniveau mit einem $p < 0,01$. Zusammengefasst gilt: Psychiatrisch behandelte Patienten nehmen im Gegensatz zu rein hausärztlich behandelten Patienten zu einem hohen Prozentsatz Psychopharmaka ein.

3.4.3.2. Psychotherapeutische Vor- und Mitbehandlung

		Kontakt zum Psychotherapeuten in den letzten sechs Monaten?		Gesamt
		nein, kein Kontakt	ja	
Wird aktuell ein Psychopharmakon eingenommen?	nein	129 66%	64 57%	193 63%
	ja	66 34%	48 43%	114 37%
Gesamt		195	112	307
Phi-Koeffizient: 0,090 ; $p < 0,116$				
% bezogen auf Randhäufigkeit Spalten				

Tab. 3.4.3.2: Die Kreuztabelle zeigt den Zusammenhang zwischen der aktuellen Einnahme eines Psychopharmakons und einer psychotherapeutischen Behandlung im vergangenen halben Jahr bezogen auf die gesamte untersuchte Patientepopulation (N=307). Die Prozentangaben beziehen sich dabei auf die Randhäufigkeit der Spalten. Unten dargestellt ist der Phi-Koeffizient als standardisiertes Maß für die Stärke des Zusammenhangs sowie das entsprechende Signifikanzniveau.

Prozentual gesehen nehmen mehr Patienten in aktueller psychotherapeutischer Behandlung ein Psychopharmakon ein als solche ohne, der Unterschied liegt allerdings bei lediglich 9 Prozentpunkten, was im Vergleich zu den psychiatrisch behandelten Patienten einen sehr geringen Unterschied darstellt. So ist der Zusammenhang lt. Phi-Koeffizient hier auch nur schwach ausgeprägt und auf einem sehr geringen Signifikanzniveau. Dieses Ergebnis zeigt somit lediglich eine leichte Tendenz hin zu einer multimodalen Behandlung und passt zu dem Ergebnis der vorher gezeigten Tabelle, dass Patienten, welche Psychopharmaka einnehmen, auch insgesamt mehr Behandlungen erhalten. Patienten in psychotherapeutischer Behandlung nehmen also tendentiell, nicht jedoch signifikant, eher Psychopharmaka ein als solche ohne Psychotherapie.

3.4.3.3. Akutstationäre psychiatrische Vorbehandlung

		Akutstationäre Vorbehandlung in den letzten 5 Jahren: Psychiatrie / Psychosomatik?		Gesamt
		nein	ja	
Wird aktuell ein Psychopharmakon eingenommen?	nein	179 66%	14 38%	193 63%
	ja	91 34%	23 62%	114 37%
Gesamt		270	37	307
Phi-Koeffizient: 0,192; p<0,01				
% bezogen auf Gesamtwert Spalten				

Tab. 3.4.3.3: Die Kreuztabelle zeigt den Zusammenhang zwischen der aktuellen Einnahme eines Psychopharmakons und einer akutstationären Vorbehandlung in den letzten fünf Jahren bezogen auf die gesamte untersuchte Patientepopulation (N=307). Die Prozentangaben beziehen sich dabei auf die Randhäufigkeit der Spalten. Unten dargestellt ist der Phi-Koeffizient als standardisiertes Maß für die Stärke des Zusammenhangs sowie das entsprechende Signifikanzniveau.

Prozentual gesehen nehmen deutlich mehr Patienten mit einer akutstationären psychiatrischen/psychosomatischen Behandlung in den vergangenen fünf Jahren ein Psychopharmakon ein, nämlich 62% gegenüber 34% ohne eine stationäre Vorbehandlung. Der Phi-Koeffizient spricht für einen schwachen Zusammenhang auf einem hohen Signifikanzniveau. In Analogie zu den ambulant beim Psychiater behandelten Patienten zeigt sich, dass fachspezifisch vorbehandelte Patienten fast doppelt so häufig Psychopharmaka einnehmen als solche ohne einen stationären Aufenthalt. Geht man davon aus, dass akutstationär behandelte Patienten in der Regel eine ausgeprägte psychische Erkrankung mit akuter Behandlungsbedürftigkeit haben und somit zu einer Gruppe von Patienten mit mehr Behandlungserfordernis gehören, passt dieses Ergebnis gut. Im Gegensatz zu Patienten einer psychosomatischen Rehaklinik (Daten dazu im nächsten Abschnitt) ist das Klientel einer Akutpsychiatrie regelhaft durch fulminante, stark ausgeprägte Krankheitsverläufe mit Suizidalität oder anderer Eigen- und Fremdgefährdung sowie anderer ambulant nicht behandelbarer Krankheitszustände gekennzeichnet.

3.4.3.4. Psychosomatische Rehabilitation

		Psychiatrie / Psychosomatik: Reha in den letzten 5 Jahren?		Gesamt
		nein	ja	
Wird aktuell ein Psychopharmakon eingenommen?	nein	178 64%	15 54%	193 63%
	ja	101 36%	13 46%	114 37%
Gesamt		279	28	307
Phi-Koeffizient: 0,061; p<0,286				
% bezogen auf Gesamtwert Spalten				

Tab. 3.4.3.4: Die Kreuztabelle zeigt den Zusammenhang zwischen der aktuellen Einnahme eines Psychopharmakons und einer stationären psychosomatischen/psychiatrischen Rehabilitation in den letzten fünf Jahren bezogen auf die gesamte untersuchte Patientepopulation (N=307). Die Prozentangaben beziehen sich dabei auf die Randhäufigkeit der Spalten. Unten dargestellt ist der Phi-Koeffizient als standardisiertes Maß für die Stärke des Zusammenhangs sowie das entsprechende Signifikanzniveau.

Prozentual gesehen nehmen mehr Patienten mit einer psychosomatischen bzw. psychiatrischen Rehabilitation in den vergangenen fünf Jahren ein Psychopharmakon ein. Allerdings spricht der Phi-Koeffizient für einen schwachen Zusammenhang auf einem schlechten Signifikanzniveau. Der prozentuale Unterschied beträgt lediglich 10 Prozentpunkte und ist vergleichbar mit der vorangegangenen Tabelle, welche den Unterschied zwischen rein hausärztlich und zusätzlich psychotherapeutisch behandelten Patienten zieht. Wie bereits im vorangegangenen Abschnitt gezeigt wurde, kann die Klientel einer psychosomatischen Rehaklinik nicht mit der Klientel einer Akutpsychiatrie gleichgesetzt werden, was sich dann auch in diesen Zahlen niederschlägt.

4. Diskussion

4.1. Praxen/Ärzte

Die Auswahl der teilnehmenden Ärzte zeigte eine sehr heterogene Gruppe, wodurch mögliche Bias-Effekte reduziert werden. Es kann von einer „prototypisch repräsentativen Stichprobe“ gesprochen werden, d.h. die an der Studie teilnehmenden Ärzte deckten prototypisch ab, was in Hausarztpraxen an Problemstellungen erwartet werden kann.

4.2. Patientenpopulation, Vor- und Mitbehandlung, Diagnosen

Die Patientenpopulation in der Hauptuntersuchung ist gut vergleichbar mit der Patientenklientel einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik. So ähneln sich die Häufigkeit der Diagnosen, die Altersstruktur und die Geschlechtsverteilung, vergleicht man die hier gewonnenen Daten z.B. mit der PsyBaDo des Reha-Zentrums Seehof, Abt. Verhaltenstherapie und Psychosomatik. Hinsichtlich der Diagnosen spielen, ähnlich zu den Diagnosen der Patienten in einer stationären psychosomatischen Rehabilitation, depressive und Angststörungen sowie Anpassungsstörungen die größte Rolle. „Klassische psychiatrische Erkrankungen“ wie Schizophrenien, schwere Depressionen, andere Psychosen und wahnhafte Störungen, die in der akutstationären Behandlung häufig gesehen werden, spielten fast keine Rolle. Dies steht auch in Übereinstimmung mit der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS)“ (Kurth 2012), nach derer die Patienten überwiegend unter affektiven und Angsterkrankungen leiden.

Vergleicht man die Zahlen mit der wahren Prävalenz in der Bevölkerung, bei der man von einer 12-Monats-Prävalenz von 31,1% und Lebenszeitprävalenz von 42,6% ausgehen muss (Wittchen et al. 2003), liegen die Zahlen der hier untersuchten Patienten deutlich höher: Allein 66% zeigten eine depressive Episode in der Vergangenheit, 47% hatten lt. MINI-Interview eine akute depressive Episode. Es handelt sich somit um eine psychisch eindeutig kränkere Gruppe als die Allgemeinbevölkerung.

4.3. Der Hausarzt als Reamediziner

Mehr als drei Viertel der Patienten befindet sich seit länger als einem Jahr bei dem jeweiligen Hausarzt in Behandlung, was eine grundlegende Voraussetzung für eine kontinuierliche

Rehabilitationsbehandlung darstellt. Es ist dem Hausarzt somit möglich, den Patienten über eine längere Zeit zu begleiten und eine Behandlung auf der Zeitachse durchzuführen. Ebenso muss aber auch ein Augenmerk auf die Gruppe der Patienten von knapp einem Viertel gelegt werden, die sich erst bis zu einem Jahr in hausärztlicher Behandlung befanden. Hier ist es z.B. durch häufige Ortswechsel eines Patienten, aber auch „Doktor-Shopping“ oder evt. auch zu seltene Arztkontakte schwierig, den genauen Verlauf einer Erkrankung zu verfolgen und sinnvolle therapeutische Maßnahmen einzuleiten.

4.4. Chronische Erkrankungen und interdisziplinäre Behandlung

Über ein Drittel der Patienten befindet sich neben dem Hausarzt auch in nervenärztlicher und/oder psychotherapeutischer Behandlung. Dies zeigt den Aspekt der Multiprofessionalität, dem aus Behndlersicht Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte. Erscheint eine Behandlung durch einen Spezialisten häufig grundsätzlich sinnvoll, so ergeben sich hierdurch aber auch neue Probleme und Fragestellungen hinsichtlich einer guten Patientenführung („Wer hat das Ruder in der Hand?“) und speziell den Aspekt der Pharmakotherapie betrachtend die Frage, wer wann und in Absprache mit wem die Steuerung dieser übernimmt. So kann es im schlimmsten Fall zu einer Verantwortungsdiffusion kommen. Im Rahmen der Studie gab es vereinzelt Fälle, in denen Hausärzte die Medikationssteuerung komplett anderen Fachärzten, wie z.B. einem Schmerzzentrum, überließen, ohne dass eine konkrete Absprache hierzu stattgefunden hätte. Dies weist auf mögliche Probleme in einem multiprofessionellen Versorgungssystem ohne definierten „gate keeper“ hin. In psychiatrischer bzw. psychosomatischer akutstationärer und/oder rehabilitativer Behandlung befand sich ca. jeder zehnte Patient in den letzten fünf Jahren, ein weitaus geringerer Anteil als in der ambulanten Behandlung. Da hier in der Regel keine parallele Behandlung stattfindet, ist vielmehr die Frage wichtig, inwiefern ein gelungener Übergang an den ambulant-stationären Schnittstellen hergestellt werden kann. So muss nach einer stationären Behandlung sichergestellt sein, dass eine begonnene Medikation ambulant fortgeführt werden kann. Hierfür ist wiederum eine enge Zusammenarbeit zwischen Klinikärzten und Niedergelassenen erforderlich. Weitere wichtige Aspekte sind z.B. die Kosten der Medikation und Übernahme durch die Krankenkasse oder die fachliche Qualifikation der ambulanten Behandler.

4.5. Erhebung der Pharmakotherapie

Methodisch muss diskutiert werden, wie valide die Datenerhebung durch eine reine Patientenanamnese sein kann. So gab ein Teil der Patienten bereits direkt in der Anamnese an, sich nicht genau erinnern zu können, wofür jeweils die Kategorie „unbekannt“ gewählt werden konnte. Denkbar ist auch, dass Patienten eine frühere Psychopharmakaeinnahme fälschlicherweise verneinten, obwohl sie diese durch ihren behandelnden Arzt verschrieben bekommen hatten. Es muss überlegt werden, ob es andere und bessere Möglichkeiten der Datenerhebung gibt. So wird im Rahmen der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte auch die elektronische Arzneimitteldokumentation geplant, was eine deutliche Unterstützung für die Behandler darstellen könnte (Bundesministerium für Gesundheit 2013). Der Zugang z.B. über die Dokumentation des Hausarztes könnte hier zwar hilfreich sein, wäre aber auch kein Garant für eine komplette Erhebung der Psychopharmakavorgeschichte: Viele Patienten befinden sich neben der hausärztlichen Behandlung wie bereits gezeigt auch in Therapie bei einem Nervenarzt oder einem Schmerzzentrum, wo sie Psychopharmaka erhalten. So hatten laut Bundesgesundheitsurvey (1998) lediglich 14,5% der psychisch kranken Patienten ausschließlichen Kontakt zum Hausarzt ohne Kontakt zu weiteren spezialisierten Einrichtungen. Es muss also von einer Mit- und Weiterbehandlungsquote von 85,5% gerechnet werden. Umso wichtiger erscheint es daher, dem Hausarzt weitreichende Steuerungsfunktionen zu übertragen und diese zu stärken. Desweiteren ist zu überlegen, ob die Erinnerungsfähigkeit eines Patienten über die Lebensspanne hinweg ausreicht, um in einem einmaligen Gespräch eine korrekte Zusammenfassung der Psychopharmakaeinnahme darzulegen. Für aktuell eingenommene Präparate sind die Daten vermutlich korrekter als für länger zurückliegende Behandlungen. Studien hierzu belegen zwar, dass Pat. einzelne Wirkstoffe relativ gut erinnern, bei Kombinations- und komplexeren Therapien jedoch eine schlechtere Erinnerbarkeit aufweisen. In der Studie von Posternak und Zimmermann (2003) erinnerten Patienten zu 81,7% die Monotherapien der letzten fünf Jahre korrekt, aber nur zu 26,1% die Augmentationsversuche. Weiter zurückliegende Behandlungsversuche wurden in der genannten Studie allerdings erst gar nicht erfasst. Letztlich bleibt den behandelnden Ärzten zum aktuellen Zeitpunkt keine andere Wahl, als sich auf die Anamnese und damit die Angaben des Patienten zu stützen.

4.6. Psychopharmakaeinnahme, Ergebnisse der PN-Checkliste

Für die Lifetime-Einnahme von Psychopharmaka in Höhe von hier fast 60% gibt es keine direkt vergleichbaren Zahlen. Besser vergleichbar erscheint die Rate der aktuellen Psychopharmakaeinnahme von 37,1% in der untersuchten Patientenpopulation: Laut Bundesgesundheitsurvey von 1998 nahmen 1,47% der Männer und 3,75% der Frauen in den letzten 12 Monaten täglich Psychopharmaka ein (Knopf und Melchert 2003). Dieser Unterschied unterstreicht zunächst, dass die Behandlungsrate um ein Vielfaches höher liegt als in der Allgemeinbevölkerung. Die aktuelle Prävalenz der Psychopharmakaeinnahme in Höhe von 37,1% liegt etwas höher als ungefähr vergleichbare Werte anderer Studien, z.B. der „Upper Bavarian Field Study“ (Weyerer und Dilling 1991): Hier nahmen 29,4% der Patienten mit einer aktuellen psychischen Erkrankung aktuell auch ein Psychopharmakon ein (bezogen auf die letzten sieben Tage). In einer europaweiten Studie wurde der Psychopharmakagebrauch innerhalb der letzten zwölf Monate bei Patienten mit einer psychischen Störung mit 32,6% angegeben (Alonso et al. 2004). Letztendlich lassen sich diese Werte aufgrund verschiedener Studiendesigns nicht eins zu eins miteinander vergleichen, weisen aber eine gemeinsame Tendenz von rund einem Drittel mit Psychopharmaka behandelter Patienten auf.

Bezogen auf einzelne Wirkstoffgruppen liegen die Antidepressiva mit einem Anteil von 29,3% weit vor allen anderen Psychopharmaka, die zusammengenommen von 13,4% der Patienten eingenommen wurden. Dieser Befund ist gut vergleichbar mit den Daten des Arzneiverordnungs-Reports (Lohse MJ und Müller-Oerlinghausen 2010), der seit einigen Jahren eine stete Zunahme an Antidepressivaverordnungen beschreibt.

Aus Sicht der Rehabilitationspsychopharmakotherapie stellt sich in Bezug auf die hier untersuchte Population die Frage, ob die bisherige Nichtbehandlung der restlichen 40% akzeptabel ist oder z.B. trotzdem auf eine Unterversorgung hinweist. Anzumerken ist hier zunächst, dass nicht alle psychischen Störungen mit Psychopharmaka behandelt werden müssen. Kontrovers diskutiert wurde dies in den letzten Jahren z.B. für leicht- bis mittelgradige depressive Episoden, in den entsprechenden Leitlinien und anderen Empfehlungen ist die medikamentöse Behandlung eine Option. Gerade bei leichteren Störungen wird häufig zunächst eine Beratung und Zuwarten angewandt, Psychopharmaka sind nicht Mittel der ersten Wahl (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft 2006). Weiterhin ist eine Psychotherapie

einer Pharmakotherapie häufig ebenbürtig (Bschor und Adli 2008). Desweiteren deutet der hohe Anteil an Anpassungsstörungen im Rahmen dieser Studie möglicherweise auf Probleme in der Lebensführung hin, wobei die Ätiologie offen bleiben muss. Anpassungsstörungen können bei entsprechenden depressiven oder ängstlichen Symptomen zwar grundsätzlich psychopharmakotherapeutisch behandelt werden, allerdings liegt der Schwerpunkt häufig in einer psychotherapeutischen Auseinandersetzung mit dem nicht überwindbaren Lebensproblem. Ein anderer Aspekt in diesem Zusammenhang kann jedoch auch die grundsätzlich ablehnende Haltung von Patienten gegenüber Psychopharmaka sein. In dieser Studie wurde die Akzeptanz von Patienten gegenüber zuvor eingenommenen Wirkstoffen erfasst, nicht jedoch eine systematische Erhebung der Einstellungen aller Patienten zu Psychopharmaka allgemein (s.u.).

4.6.1. Wirkung

Die Erhebung der Wirksamkeit zeigte bei den Antidepressiva, dass es bei rund einem Drittel keine Wirkung gegeben hatte, bei einem weiteren Drittel nur eine teilweise Wirkung. Diese Daten können in etwa in Übereinstimmung gebracht werden mit Ergebnissen großer empirischer Studien zur Antidepressivawirksamkeit, bei denen eine Non-Responder-Quote von 30-50% angegeben wird (Bauer et al. 2002a). Auffallend ist das hohe Nichtansprechen auf Hypericumpräparate, wofür es verschiedene denkbare Erklärungen gibt: Zum einen ist dieser Wirkstoff immer wieder in der Diskussion um eine etwaige antidepressive Wirkung, zum anderen handelt es sich um ein freiverkäufliches Präparat, das evt. erst gar nicht fachgerecht eingenommen wird, d.h. unterdosiert, nicht ausreichend lange, evt. in einer unwirksamen Zubereitungsform oder ohne entsprechende Indikation (Lohse MJ und Müller-Oerlinghausen 2010). Empfehlungen liegen ausschließlich für milde bis mittelgradige depressive Störungen vor. Für Hypericum spricht, dass dieses Medikament für Patienten, die sonstige nicht pflanzliche Psychopharmaka ablehnen, häufig die einzige Möglichkeit einer potentiell wirksamen Pharmakotherapie darstellt. Ist ein Therapieversuch mit einem anderen Antidepressivum wie z.B. einem SSRI auch nach intensiver Aufklärung des Patienten nicht möglich, scheint zumindest ein Versuch mit Hypericum unter Beachtung der auch hier bestehenden Kontraindikationen und Wechselwirkungen gerechtfertigt. Dieser Grund führte auch in einigen wenigen Fällen dieser Studie zu einer Empfehlung.

Festzuhalten für die Antidepressiva bleibt, dass es bei einem beträchtlichen Teil der Patienten (in der genannten Literatur wie auch dieser Studie) Non-Responder bezogen auf einzelne Wirkstoffe gibt, so dass eine konsequente Stufenplanbehandlung mit Durchlaufen der verschiedenen Optionen zu einer insgesamt verbesserten Remissionsrate führen kann.

Hohe Werte im Bereich „gute Wirkung“ erreichten bei den sonstigen Psychopharmaka vor allem Benzodiazepine und Hypnotika, auch Neuroleptika schnitten vergleichsweise gut ab. Es ist hinlänglich bekannt, dass Benzodiazepine eine starke Wirkung besitzen (Benkert und Hippus 2013). Darüberhinaus ist der sofortige entängstigende wie sedierende Effekt von den Patienten direkt wahrnehmbar, bei Panikattacken ermöglicht die dem Patienten eine schnelle Entlastung, die dann auch direkt auf das Medikament attribuiert werden kann. Dies ist gänzlich verschieden von der Wirkung der Antidepressiva, die in der Regel eine Wirklatenz von einigen Wochen haben und zudem zunächst nur durch zuvor einsetzende Nebenwirkungen vom Patienten wahrgenommen werden. Insofern verwundert das gute Abschneiden der Benzodiazepine und Hypnotika nicht. Ein schlechtes Abschneiden verzeichneten die Phytopsychofarmaka, bei denen selten eine gute Wirkung festgestellt wurde. Sieht man von Hypericumextrakten ab, so gibt es für diese in sich wiederum recht heterogene Gruppe (z.B. Homöopathika, Bachblüten, Lavendelöl) auch keine hinreichenden Belege für deren Wirksamkeit. Diese Präparate zeichnen sich vor allem durch eine Freiverkäuflichkeit, Nebenwirkungsarmut und gute Werbestrategien mit einem breiten, ungenau definierten Indikationsspektrum aus. Interessanterweise schneiden die Anxiolytika in ihrer Wirksamkeit schlecht ab, am häufigsten wird eine teilweise Wirkung genannt. Dem Untersucher stellt sich hier die Frage, ob es evt. gerade in dieser Wirkstoffgruppe eine häufigere Fehlindikation gab, weshalb eine gute Wirkung dann auch nicht erwartet werden kann.

4.6.2. Nebenwirkungen

Bei ca. 40% der Patienten wurden keinerlei Nebenwirkungen bei der Einnahme von Antidepressiva berichtet. Sehr starke Nebenwirkungen spielten fast keine Rolle. Von den Patienten mit Nebenwirkungen hatten ca. zwei Drittel schwache Nebenwirkungen, ein Drittel ausgeprägtere. Da es sich im überwiegenden Teil um Behandlungen mit SSRI handelte, passen diese Ergebnisse gut in den Kontext der Literatur: Für SSRI wie z.B. Citalopram werden Nebenwirkungen nur selten bis mäßig häufig genannt, zudem stellen schwere Nebenwirkungen

eine Ausnahme dar, auch wenn z.B. in letzter Zeit auf Gefahren z.B. durch eine Verlängerung der QTc-Zeit hingewiesen wurde (Benkert und Hippus 2013).

Interessant für die Rehabilitationspsychopharmakotherapie erscheinen daher die Berichte über die leichten bis starken Nebenwirkungen, die zusammengenommen von knapp 50% der Patienten berichtet wurden. Nachteilig für eine generelle Aussage ist, dass die Nebenwirkungen hier lediglich quantitativ und nicht auch qualitativ erfasst wurden. Dies muss methodisch diskutiert werden und in folgenden Anwendungen der PN-Checkliste ggf. anders gehandhabt werden, um diesen Informationsverlust zu vermeiden und die Art der Nebenwirkungen ggf. besser einordnen zu können. So kann in dieser Untersuchung nicht nachvollzogen werden, um welche Art von Nebenwirkungen es sich handelt. Ein zusätzliches Rating, welches nicht nur die Quantität der Nebenwirkungen erfasst, sondern auch die Qualität z.B. mittels Kategorisierung einschließt, könnte hier hilfreich erscheinen und sollte unbedingt dann implementiert werden, wenn die PN-Checkliste als hilfreiches Instrument für den individuellen Patienten dienen soll.

Es stellt sich die Frage, ob die Nebenwirkungen nicht hätten vermieden werden können bzw. ob Patienten diese bei entsprechender Vorbereitung besser hätten tolerieren können. Hierzu zählt zum Beispiel eine genaue Aufklärung des Patienten über zu erwartende, objektiv häufig unbedrohliche Nebenwirkungen wie bspw. anfänglicher Schwindel und Übelkeit bei SSRI-Einnahme, was aus klinischer Erfahrung zu einer erhöhten Compliance auf Patientenseite führt. Viele Patientinnen und Patienten beklagen sich über eine Gewichtszunahme unter Psychopharmakotherapie. Auch hier kann eine vorhergehende Aufklärung u.U. zu einem verbesserten Nebenwirkungsmanagement, z.B. durch vermehrte sportliche Aktivität und angemessener Ernährung, beitragen. Nicht zuletzt scheint die richtige Auswahl des Medikaments unter Beachtung von Kontraindikationen, Wechselwirkungen und Komorbiditäten wichtig.

4.6.3. Angemessenheit

Im Vergleich zu anderen Untersuchungen erscheint der Anteil als moderat gewerteter Behandlungen deutlich höher. So fanden z.B. Linden und Schotte (2007) selbst nach einer Leitlinienschulung bezüglich der empfohlenen Dosierung von Doxepin nur bei 3% der hiermit behandelten Patienten die empfohlene Dosierung, im Durchschnitt lag die Dosierung deutlich unterhalb dieses Wertes. Ggf. sind diese Unterschiede auch darauf zurückzuführen, dass in

einem Fall ein Trizyklikum, in der vorliegenden Studie aber überwiegend SSRI zum Einsatz kamen, bei denen eine Aufdosierung aufgrund insgesamt besserer Verträglichkeit leichter gelingt bzw. von vornherein mit der Zieldosis gearbeitet werden kann. In den Daten dieser Untersuchung ist vor allem auffällig, dass bei einem Viertel keine Aussage über eine angemessene Therapie möglich ist. Bei jedem sechsten Patienten lag eine nicht angemessene Anwendung vor, d.h. eine Unterdosierung und/oder eine ungenügend lange Einnahme des Wirkstoffs. Eine intensive oder aggressive Therapie konnte hingegen nur bei jedem zwölften Patienten gefunden werden. Ansatzpunkte für eine verbesserte Therapie liegen hier recht klar auf der Hand: Zunächst müsste versucht werden, die Datenlage zu verbessern, d.h. den Anteil der Patienten, bei denen die Angemessenheit unbekannt war, deutlich zu reduzieren. Wenn ein Patient dies nicht erinnert, so muss zwangsläufig auf andere Datenquellen zurückgegriffen werden. Wie oben beschrieben könnte bspw. die elektronische Gesundheitskarte eine entsprechende Möglichkeit bieten die Informationsübermittlung zu optimieren. Für Unterdosierungen sollte eine Dosiserhöhung auf zumindest moderate Werte angestrebt werden, bevor von einer Therapieresistenz die Rede sein kann. Bei einer ungenügenden Wirkung bietet sich eine Höherdosierung geradezu an, wenn dies bei dem entsprechenden Wirkstoff grundsätzlich Erfolg erwarten lässt, bevor evt. auf ein anderes Medikament umgestellt wird. Ein Behandlungsfehler hingegen wäre es, eine Umstellung nach Unterdosierung ohne weiteren Grund vorzunehmen. Für die sonstigen Psychopharmaka fällt auf, dass die Angemessenheit der Anwendung sehr häufig nicht eingeschätzt werden konnte. Insofern ist es hier das oberste Ziel, zunächst verlässliche Daten für Dauer der Einnahme und Höhe der Dosierung zu erlangen.

4.6.4. Akzeptanz

Über alle Antidepressiva betrachtet akzeptieren gute 50% die Medikation, während fast ein Viertel einer Medikation ablehnend gegenübersteht. Nur 2% zeigten eine fordernde Haltung bezüglich Antidepressiva. Bei jedem zehnten Patienten konnten keine Angaben dazu gemacht werden. Die höchste Akzeptanz in den einzelnen Wirkstoffklassen zeigte sich für SSRI mit 61%, hier gab es zudem bei keinem Patienten eine ablehnende Haltung, für die SSNRI lag die Akzeptanzrate bei noch 39%. Insgesamt zeigt sich bei den Gruppen SSNRI, NaSSA, TZA und Hypericum ein ungefährer Ausgleich zwischen Akzeptanz und Ablehnung, die Minderheit hat eine indifferente oder keine Meinung dazu. Die Ergebnisse bestätigen die derzeit allgemein

verbreitete Haltung und Empfehlung, dass SSRI die Antidepressiva der ersten Wahl darstellen. Gestützt werden diese Ergebnisse z.B. durch eine Meta-Analyse von Cipriani et al. (2009) insofern, dass sich hier ebenso gute Akzeptanzwerte vor allem für die SSRI Escitalopram und Sertralin zeigten. Offenbar gibt es bei den anderen Substanzklassen durch Einflüsse wie z.B. stärkere Nebenwirkungen oder weniger Wirksamkeit eine deutlich ablehnendere Haltung der Patienten.

Als Schlussfolgerung für die Rehabilitationspsychopharmakotherapie kann für die Antidepressiva gesagt werden, dass eine initiale Therapie mit einem SSRI auch aus Akzeptanzgründen sinnvoll erscheint, was wiederum mit den Ergebnissen von Cipriani et al. (2009) übereinstimmt. Für eine ablehnende Haltung der Patienten muss im Einzelfall eruiert werden, wie es dazu kommt. Die klinische Erfahrung auch im Rahmen dieser Studie zeigte, dass Patienten zunächst häufig eine grundsätzliche Ablehnung gegenüber allen Psychopharmaka zeigen. In diesem Fall muss eine entsprechend differenzierte Aufklärung stattfinden, insbesondere hinsichtlich zu erwartender Nebenwirkungen, Fragen des Abhängigkeitspotentials und sinnvoller Dauer einer Behandlung. Häufig können hierdurch grundsätzliche Bedenken aufgelöst werden. Unterstützenswert hingegen scheint die kritische Haltung der Patienten gegenüber Benzodiazepinen. Häufig, wenn auch durch Verordnungszahlen belegt in abnehmender Tendenz, werden diese noch von Ärzten verschrieben, obwohl ein hohes Abhängigkeitspotential besteht und alternative medikamentöse Behandlungen mit Antidepressiva meist die bessere Alternative darstellen würden. Ist ein Patient gut über den Einsatz z.B. als Notfallmedikation bei Panikattacken aufgeklärt, kann eine Verordnung von Benzodiazepinen im Rahmen eines Gesamttherapiekonzepts dennoch vertretbar sein.

4.6.5. Empfehlungen

Zunächst fällt auf, dass eine Behandlung mit einem Psychopharmakon deutlich häufiger empfehlenswert erschien, als dies aktuell der Fall war. Nahmen zum Zeitpunkt der Untersuchung 91 Patienten ein Antidepressivum ein, so schien dies bei 187 Patienten empfehlenswert. Knapp drei Viertel der Empfehlungen entfielen dabei auf die SSRI, die restlichen rund 27% der Antidepressivaempfehlungen verteilten sich auf die anderen Wirkstoffe. Häufiger empfohlen im Vergleich zur aktuellen Einnahme wurden insbesondere NaSSA, SSNRI und Phasenprophylaktika. Deutlich seltener empfohlen als zuvor eingenommen wurde Hypericum.

Prozentual betrachtet (bezogen auf die vorhergehende Einnahme) sind die Steigerungen beträchtlich, in absoluten Zahlen bis auf die Gruppe der SSRI weniger beeindruckend. Verglichen mit der Literatur folgt die häufige Empfehlung von SSRI dem aktuellen Trend der häufigeren SSRI-Verordnungen: Waren es in 2001 noch 137 Mio. DDD, so gab es in 2010 bereits 530 Mio. DDD, während Trizyklika mit 294 deutlich darunter lagen und SNRI mit 149 Mio. DDD nochmals weniger verordnet wurden.

Für die sonstigen Psychopharmaka gilt, dass Benzodiazepine nie empfohlen worden, Schmerzmittel in nur drei von vorher 26 Fällen und Phytopsychofarmaka nur in der Hälfte der Fälle, die zuvor ein Phytopsychofarmakon eingenommen hatten. Insgesamt zeigt sich eine Tendenz, die in ähnlicher Art und Weise auch in der psychosomatischen Rehabilitation zu beobachten ist: Schmerzmittel und Benzodiazepine werden in der Regel abgesetzt bzw. im Konsum reduziert, Antidepressiva werden angesetzt mit einem überdurchschnittlichen Anteil von SSRI. Insgesamt zeigen diese Daten wiederum, dass für die Behandlung psychischer Störungen auch bei chronischen Erkrankungen grundsätzlich ein großer Spielraum, und das sogar mit Substanzen der ersten Wahl, besteht. Für die Weiterentwicklung der Rehabilitationspsychopharmakotherapie bedeutet dies die konsequente Ausnutzung der vorhandenen Therapiemöglichkeiten, wofür die PN-Checkliste die Grundlage bietet.

4.7. Kovariate der Psychopharmakaeinnahme

Bei der Vor- und Mitbehandlung gibt es einen deutlichen Trend: Befanden sich die Patienten im letzten halben Jahr in Behandlung bei einem Nervenarzt oder in den letzten fünf Jahren in akutstationärer Therapie, so nahmen sie aktuell signifikant häufiger Psychopharmaka ein. In die gleiche Richtung weisen die Befunde bezüglich des Besuchs einer Psychotherapie im letzten halben Jahr und einer Rehabilitationsbehandlung im Bereich Psychosomatik/Psychiatrie, allerdings kann hier nicht von einem signifikanten Ergebnis gesprochen werden, bei Betrachtung der Prozentangaben zeigt sich dennoch ein ähnlicher Trend. Somit kann davon ausgegangen werden, dass Patienten in Vor- und Mitbehandlung bei Spezialisten tendentiell eher ein Psychopharmakon einnehmen als Patienten, die sich in rein hausärztlicher Behandlung befinden. Warum dies so ist, beantworten die Daten jedoch nicht. Sicherlich wird man in der ersten Schlussfolgerung davon ausgehen, dass eine Verordnung durch Spezialisten stattgefunden haben muss. Denkbar ist aber z.B. auch, dass Patienten, die sich in Behandlung bei einem Spezialisten

befinden, in der Regel kränker sind als solche in rein hausärztlicher Behandlung und es allein aufgrund dieser Tatsache zu einer häufigeren Psychopharmakaverordnung kommt. Da die Patienten nicht systematisch dazu befragt wurden, wer der Verordner der Medikation war, muss diese Frage aus dieser Studie heraus letztendlich ungeklärt bleiben. Dies ist methodisch zu diskutieren und sollte bei einer erneuten Anwendung der PN-Checkliste berücksichtigt werden. So könnte ein Zusatzitem „Verordner des Medikaments“ Klarheit darüber verschaffen, von wem der Pat. welche Medikamente verordnet bekommt. Dies könnte dann auch zu einer verbesserten Arzneimittelsicherheit beitragen.

Interessant erscheint, dass sich so gut wie keine Unterschiede zwischen der Arzneimitteleinnahme und den verschiedenen Diagnosen zeigten. Ob dies bedeutet, dass Psychopharmaka häufig nicht diagnosenspezifisch, sondern generell bei psychischen Erkrankungen verordnet werden, lässt sich diskutieren. Zu beachten ist in dieser Diskussion die Multimorbidität: Der überwiegende Teil der Patienten erhielt nach dem MINI-Interview nicht nur eine, sondern mehrere Diagnosen. Im Weiteren besteht für viele Psychopharmaka wie z.B. Antidepressiva ja tatsächlich ein breites Indikationsspektrum, welches sich über Depressionen hinaus auch z.B. auf Angst- oder Schmerzerkrankungen erstreckt.

4.8. Die PN-Checkliste als Instrument der Pharmakoanamnese und Algorithmusformulierung

Zusammenfassend lässt sich für die PN-Checkliste als Instrument feststellen, dass sie eine praktikable Methode darstellt, wenn es darum geht, auf Grundlage von Patienteninformationen eine strukturierte Pharmakoanamnese zu erheben, die neben der eigentlichen Einnahme auch auf standardisierte Weise Wirkung, Nebenwirkung, Angemessenheit und Akzeptanz des Patienten erfasst. Durch einfache Veränderungen kann die Checkliste auf die individuellen Bedürfnisse angepasst werden und somit in verschiedenen Settings für Klinik und Forschung sowie für verschiedenste Krankheitsbilder wie Medikamente gebraucht werden. Die PN-Checkliste erleichtert es, einen Überblick über die bisherige Behandlung zu erlangen und zeigt gleichzeitig vorhandene Reserven in der Pharmakotherapie auf. Sie bietet eine Reduzierung komplexer Informationen (variable Dauer von Behandlungen, Adäquatheit der Anwendung, Kombinationen, Wirkungen, Nebenwirkungen, variabler Krankheitsverlauf) in eine Checkliste,

die auf einen Blick wichtige Behandlungsvorinformationen abrufbereit hält. Zu kritisieren ist der bereits erwähnte Informationsverlust, der unweigerlich durch die Reduktion der Daten entsteht, u.a. aus der Transformation in Zahlencodes oder Zusammenfassung einzelner Substanzen in Wirkstoffgruppen. Hier könnte z.B. beim Punkt Nebenwirkung auch eine zusätzliche qualitative und nicht nur quantitative Erfassung der häufigsten Nebenwirkungen durch Zahlencodes erfolgen. Ebenso könnte bei der Angemessenheit der Anwendung differenziert werden zwischen angemessener Dauer und angemessener Dosis, um die codierten Informationen nachvollziehbarer zu gestalten. Andererseits liegt der Vorteil der Checkliste gerade auch in einer vereinfachten und dadurch komprimierten Darstellung der Informationen, so dass im Einzelfall abgewogen werden sollte, wie viel Detailinformation tatsächlich notwendig ist. Die PN-Checklist ist ein „decision support instrument“: Sie bietet einen Algorithmus, der nicht verordnet, aber Entscheidungen verlangt, somit die Therapie transparenter und für alle Beteiligten nachvollziehbarer gestaltet. Sie könnte somit wertvolle Dienste auch im Bereich schnittstellenübergreifender Versorgung leisten, z.B. in einem Wechsel von ambulant zu stationär und vice versa. Hier muss im jeweiligen Anwendungsgebiet abgewägt werden, wie viel Detailinformation notwendig ist. Die PN-Checkliste stellt weiterhin eine Explizitmachung des Entscheidungsalgorithmus dar. Sie fordert vom Behandler Entscheidungen und es fällt leichter, vom Algorithmus ggf. abweichende Schritte zu begründen. Für eine strukturierte und rationale Anamnese des Pharmakoverlaufs stellt die PN-Checkliste einen Leitfaden dar. Sie kann helfen die Patientenkooperation zu verbessern und ist eine instrumentelle Hilfestellung i.S. eines Shared Decision Making. Weitere empirische Untersuchungen werden jedoch benötigt, um eine mögliche Outcome-Verbesserung durch die Anwendung der PN-Checkliste zu belegen.

5. Literaturverzeichnis

- Adli, M.; Rush, A. J.; Möller, H-J; Bauer, M. (2003): Algorithms for optimizing the treatment of depression: making the right decision at the right time. In: *Pharmacopsychiatry* 36 Suppl 3, S. S222-9.
- Adli, Mazda; Bauer, Michael; Rush, A. John (2006): Algorithms and Collaborative-care Systems for Depression: Are They Effective and Why? In: *Biological Psychiatry* 59 (11), S. 1029–1038.
- Alonso, J.; Angermeyer, M. C.; Bernert, S.; Bruffaerts, R.; Brugha, T. S.; Bryson, H. et al. (2004): Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. In: *Acta Psychiatr Scand* 109 (s420), S. 55–64.
- Ananth, J.; Lin, K.M (1986): Propranolol in psychiatry. In: *Neuropsychobiology* 15 (1), S. 20–27.
- Anderson, I.M (2000): Selective serotonin reuptake inhibitors versus tricyclic antidepressants: a meta-analysis of efficacy and tolerability. In: *Journal of Affective Disorders* 58 (1), S. 19–36.
- Andrews, G.; Henderson, S. (2000): Unmet need in psychiatry. problems, resources, responses: Cambridge Univ Pr.
- Angst, J. (1981): Clinical indications for a prophylactic treatment of depression. In: *Advances in Biological Psychiatry*. Online verfügbar unter <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1982-30948-001>.
- Arolt, Volker; Hohagen, Fritz; Voderholzer, Ulrich (2009): Therapie psychischer Erkrankungen. State of the Art ; [2008, 2009 ; DGPPN-Kongress 2008]. 4. Aufl. München: Elsevier, Urban & Fischer.
- Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (2006): Empfehlungen zur Therapie der Depression. In: *Arzneiverordnung in der Praxis* (Sonderheft 1).
- Bauer, M.; Adli, M.; Kiesslinger, U.; Neu, P.; Smolka, M.; Linden, M. (Hg.) (2001): Algorithm-guided treatment vs. treatment as usual: randomized trial in inpatients with depression. 154th Annual Meeting, American Psychiatric Association, May.
- Bauer, M.; Helmchen, H.; Henn, F.; Lauter, H. (2000): General principles of the treatment of depressive and manic disorders. In: *Contemporary psychiatry* 3, S. 305–316.
- Bauer, M.; Pfennig, A.; Linden, M.; Smolka, M. N.; Neu, P.; Adli, M. (2009): Efficacy of an algorithm-guided treatment compared with treatment as usual. a randomized, controlled study of inpatients with depression. In: *Journal of clinical psychopharmacology* 29 (4), S. 327–333.
- Bauer, M.; Whybrow, P.C; Angst, J.; Versiani, M.; Möller, H.J (2002a): World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for biological treatment of unipolar depressive disorders, part 1: acute and continuation treatment of major depressive disorder. In: *World Journal of Biological Psychiatry* 3 (1), S. 5–43.
- Bauer, M.; Whybrow, P.C; Angst, J.; Versiani, M.; Möller, H.J (2002b): World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders, Part 2. Maintenance treatment of major depressive disorder and treatment of chronic depressive disorders and subthreshold depressions. In: *World Journal of Biological Psychiatry* 3 (2), S. 69–86.

- Bauer, Michael; Bschor, Tom; Pfennig, Andrea; Whybrow, Peter C.; Angst, Jules; Versiani, Marcio et al. (2007): World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders in Primary Care. In: *World J Biol Psychiatry* 8 (2), S. 67–104.
- Bech, P. (2001): Meta-analysis of placebo-controlled trials with mirtazapine using the core items of the Hamilton Depression Scale as evidence of a pure antidepressive effect in the short-term treatment of major depression. In: *The International Journal of Neuropsychopharmacology* 4 (04), S. 337–345.
- Bech, P.; Cialdella, P.; Haugh, M. C.; Hours, A.; Boissel, J. P.; Birkett, M. A.; Tollefson, G. D. (2000): Meta-analysis of randomised controlled trials of fluoxetine v. placebo and tricyclic antidepressants in the short-term treatment of major depression. In: *The British Journal of Psychiatry* 176 (5), S. 421–428.
- Benkert, Otto (2009): Kompendium der psychiatrischen Pharmakotherapie. Mit 60 Tabellen. Otto Benkert ; Hanns Hippus. Unter Mitarb. von I. Angheliescu ... Unter Mitarbeit von Hanns Hippus. 7. Aufl. Heidelberg: Springer.
- Benkert, Otto; Hippus, Hanns (2013): Kompendium der psychiatrischen Pharmakotherapie. 9. Aufl. Berlin: Springer (SpringerLink : Bücher).
- Berger, Mathias; Calker, D.; Brakemeier EL (2009): Affektive Störungen. In: Mathias Berger, Heide Hecht und Jörg Angenendt (Hg.): *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie*. 3. Aufl. München: Urban & Fischer.
- Bernert, S.; Linden, M. (2011): Die Klassifikation von Verläufen chronischer Erkrankungen unter einer Lebensspannenperspektive als Grundlage der medizinischen Rehabilitation. In: *Prävention und Rehabilitation* 23 (3), S. 87–103.
- Bschor, T.; Adli, M. (2008): Therapie depressiver Erkrankungen. In: *Deutsches Ärzteblatt* 105 (45), S. M-782. Online verfügbar unter <http://www.aerzteblatt.de/v4/archiv/artikel.asp?src=dimdi&id=62259>.
- Bschor, T.; Bauer, Michael (2004): Therapieresistente Depressionen. In: Michael Bauer und Matthias R. Lemke (Hg.): *Affektive Störungen*. 38 Tabellen. Stuttgart [u.a.]: Thieme, S. 101–115.
- Bundesministerium für Gesundheit (2013): Glossar elektronische Gesundheitskarte. Arzneimitteldokumentation. Online verfügbar unter <http://www.bmg.bund.de/krankenversicherung/elektronische-gesundheitskarte/gloassar-elektronische-gesundheitskarte.html>, zuletzt aktualisiert am 06.03.2013.
- Calker, D.; Walden, J. (2009): Psychopharmakologie. In: Mathias Berger, Heide Hecht und Jörg Angenendt (Hg.): *Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie*. 3. Aufl. München: Urban & Fischer.
- Carney, S. (2000): Duration of treatment with antidepressants in depressive disorder. Protocol for a Cochrane review. In: *The Cochrane Library* (3).
- Cipriani, A.; Brambilla, P.; Furukawa, T.; Geddes, J.; Gregis, M.; Hotopf, M. et al. (2005): Fluoxetine versus other types of pharmacotherapy for depression. In: *Cochrane database of systematic reviews (Online)* (4), S. CD004185.

- Cipriani, A.; Smith, K.; Burgess, S.; Carney, S.; Goodwin, G.; Geddes, J. (2006): Lithium versus antidepressants in the long-term treatment of unipolar affective disorder. In: *Cochrane database of systematic reviews (Online)* (4), S. CD003492.
- Cipriani, Andrea; Furukawa, Toshiaki A.; Salanti, Georgia; Geddes, John R.; Higgins, Julian P. T.; Churchill, Rachel et al. (2009): Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. In: *The Lancet* 373 (9665), S. 746–758.
- Corey-Bloom, J.; Anand, R.; Veach, J. (1998): A randomized trial evaluating the efficacy and safety of ENA 713(rivastigmine tartrate), a new acetylcholinesterase inhibitor, in patients with mild to moderately severe Alzheimer's disease. In: *International Journal of Geriatric Psychopharmacology* 1 (2), S. 55–65.
- Davis, J.M; Chen, N.; Glick, I.D (2003): A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. In: *Archives of General Psychiatry* 60 (6), S. 553.
- Deck, R.; Mittag, O.; Hüppe, A.; Muche-Borowski, C.; Raspe, H. (2007): Index zur Messung von Einschränkungen der Teilhabe (IMET)-Erste Ergebnisse eines ICF-orientierten Assessmentinstruments. In: *Praxis Klinische Verhaltensmedizin und Rehabilitation* 76 (2), S. 113–120.
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (Hg.) (2006): Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1. Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Darmstadt: Steinkopff.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hg.) (2010): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme. 10. Revision – German Modification -, Systematisches Verzeichnis. Online verfügbar unter <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/version2011/systematik>.
- Dilling, Horst (Hg.) (2001): Psychische Störungen in der primären Gesundheitsversorgung. Diagnostik und Behandlungsrichtlinien, 25-Karteikarten-System ; die internationale Ausgabe der Primary Health Care (PHC) Version der ICD-10 Kapitel V (F). World Health Organization. 1. Aufl. Bern: Huber.
- Dilling, Horst (2011): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) : klinisch-diagnostische Leitlinien. 8., überarb. Aufl. unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM. Bern: Huber.
- Entsuah, A.R; Huang, H.; Thase, M.E (2001): Response and remission rates in different subpopulations with major depressive disorder administered venlafaxine, selective serotonin reuptake inhibitors, or placebo. In: *Journal of Clinical Psychiatry*.
- Fava, Giovanni A.; Offidani, Emanuela (2011): The mechanisms of tolerance in antidepressant action. In: *Prog. Neuropsychopharmacol. Biol. Psychiatry* 35 (7), S. 1593–1602.
- Feuerstein, T. J. (1997): Antidepressiva zur Therapie chronischer Schmerzen. Metaanalyse. In: *Der Schmerz* (11), S. 213–226.
- Fichter, M. M.; Weyerer, S.; Wittchen, H. U.; Dilling, H. (1983): Psychotherapy services and the prevalence of mental disorders in urban and rural areas. In: *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 233 (1), S. 39–57.

- Fiedorowicz, Jess G.; Swartz, Karen L. (2004): The role of monoamine oxidase inhibitors in current psychiatric practice. In: *J Psychiatr Pract* 10 (4), S. 239–248.
- Franke, G.H; Derogatis, L.R (1995): Die Symptom-Checkliste von Derogatis. Manual. SCL-90-R; deutsche Version: Beltz Test.
- Friemel, S.; Bernert, S.; Angermeyer, M.C; Koenig, H.H (2005): Die direkten Kosten von depressiven Erkrankungen in Deutschland. In: *Psychiatrische Praxis* 32 (3), S. 113–121.
- Gaebel, Wolfgang (2000): Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Darmstadt: Steinkopff.
- Geddes, J.R; Carney, S.M; Davies, C.; Furukawa, T.A; Kupfer, D.J; Frank, E.; Goodwin, G.M (2003): Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders. a systematic review. In: *The Lancet* 361 (9358), S. 653–661.
- Grunhaus, L.; Remen, A. (1993): Assessment of treatment-resistant major depression--The Michigan Adequacy of Treatment Scale. In: *J Clin Psychopharmacol* 13 (3), S. 221–223.
- Guaiana, G.; Barbui, C.; Hotopf, M. (2007): Amitriptyline for depression. In: *Cochrane database of systematic reviews (Online)* (3), S. CD004186.
- Haas, G. L.; Garratt, L. S.; Sweeney, J. A. (1998): Delay to first antipsychotic medication in schizophrenia. impact on symptomatology and clinical course of illness. In: *Journal of psychiatric research* 32 (3-4), S. 151–159.
- Hanlon, J. T.; Schmader, K. E.; Samsa, G. P.; Weinberger, M.; Uttech, K. M.; Lewis, I. K. et al. (1992): A method for assessing drug therapy appropriateness. In: *Journal of clinical epidemiology* 45 (10), S. 1045–1051.
- Havemann-Reinecke, Ursula; Kufner, Heinrich; Schneider, Udo; Günthner, Arthur; Schalast, Norbert; Vollmer, Heinz C. (2004): AWMF-Leitlinien: Postakutbehandlung bei Störungen durch Opioide. In: *Sucht* (50 (4)), S. 226–257.
- Hirschfeld, R.; Vornik, L.A (Hg.) (2004): Newer antidepressants: review of efficacy and safety of escitalopram and duloxetine. Pharmacologic Treatments of Major Depression: Are Two Mechanisms Really Better Than One? Symposium: Physicians Postgraduate Press (65).
- Hogarty, G. E. (1993): Prevention of relapse in chronic schizophrenic patients. In: *The Journal of clinical psychiatry* 54 Suppl, S. 18–23.
- ICF - Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (2010). Unveränd. Nachdr. Köln: DIMDI.
- Jacobi, F.; Klose, M.; Wittchen, H. U. (2004): Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung. Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 47 (8), S. 736–744.
- Juckel, G.; Mavrogiorgou, P. (2005): Schizophrenie. In: Michael Linden und Walter E. Müller (Hg.): Rehabilitations-Psychopharmakotherapie. Arzneimittelbehandlung chronifizierender und chronifizierter psychischer Syndrome. Köln: Dt. Ärzte-Verl (Rehabilitation).
- Kennedy, S. H.; Emsley, R. (2006): Placebo-controlled trial of agomelatine in the treatment of major depressive disorder. In: *European Neuropsychopharmacology* 16 (2), S. 93–100.

- Kessler, R. C.; McGonagle, K. A.; Zhao, S.; Nelson, C. B.; Hughes, M.; Eshleman, S. et al. (1994): Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. In: *Archives of general psychiatry* 51 (1), S. 8–19.
- Khan, A.; Warner, H.A; Brown, W.A (2000): Symptom reduction and suicide risk in patients treated with placebo in antidepressant clinical trials: an analysis of the Food and Drug Administration database. In: *Archives of General Psychiatry* 57 (4), S. 311.
- Kiefer, F.; Jahn, H.; Tarnaske, T.; Helwig, H.; Briken, P.; Holzbach, R. et al. (2003): Comparing and combining naltrexone and acamprosate in relapse prevention of alcoholism. a double-blind, placebo-controlled study. In: *Archives of general psychiatry* 60 (1), S. 92–99.
- Kirsch, I.; Deacon, B. J.; Huedo-Medina, T. B.; Scoboria, A.; Moore, T. J.; Johnson, B. T. (2008): Initial severity and antidepressant benefits. a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. In: *PLoS medicine* 5 (2), S. e45.
- Knopf, Hiltraud; Melchert, Hans-Ulrich (2003): Bundes-Gesundheitssurvey: Arzneimittelgebrauch. Berlin.
- Kocsis, J. H. (2003): Pharmacotherapy for chronic depression. In: *Journal of clinical psychology* 59 (8), S. 885–892.
- Kupfer, D. J. (1993): Management of recurrent depression. In: *The Journal of clinical psychiatry* 54 Suppl, S. 29-33; discussion 34-5.
- Kurth, B. M. (2012): Erste Ergebnisse aus der "Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland" (DEGS). In: *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* (55), S. 980–990.
- Leucht, S. (2003): Relapse Prevention in Schizophrenia With New-Generation Antipsychotics: A Systematic Review and Exploratory Meta-Analysis of Randomized, Controlled Trials. In: *American Journal of Psychiatry* 160 (7), S. 1209–1222.
- Leucht, S.; Pitschel-Walz, G.; Engel, R. R.; Kissling, W. (2002): Amisulpride, an unusual "atypical" antipsychotic. a meta-analysis of randomized controlled trials. In: *The American journal of psychiatry* 159 (2), S. 180–190.
- Lima, M. S. de; Hotoph, M.; Wessely, S. (1999): The efficacy of drug treatments for dysthymia. a systematic review and meta-analysis. In: *Psychological medicine* 29 (6), S. 1273–1289.
- Linden, M. (1994): Therapeutic standards in psychopharmacology and medical decision-making. In: *Pharmacopsychiatry* 27 Suppl 1, S. 41–45.
- Linden, M. (1999): Psychische Störungen in der primärmedizinischen Versorgung. In: H. Helmchen, F. Henn, H. Lauter und Norman Sartorius (Hg.): *Allgemeine Psychiatrie*. Berlin: Springer, S. 396–432.
- Linden, M. (2004): Begründungen von Ärzten für die Auswahl eines Arzneimittels. Der Therapiewahlfragebogen. In: *Psychopharmakotherapie* (11), S. 76–79.
- Linden, M. (2005): Definition, Aufgabenstellung und Besonderheiten der Rehabilitationspsychopharmakologie. In: Michael Linden und Walter E. Müller (Hg.): *Rehabilitations-Psychopharmakotherapie*. Arzneimittelbehandlung chronifizierender und chronifizierter psychischer Syndrome. Köln: Dt. Ärzte-Verl (Rehabilitation).

- Linden, M. (2011): Definition des Begriffs Rehabilitationspsychopharmakotherapie. Berlin, 2011. mündlich. Persönliche Notiz.
- Linden, M.; Baron, S. (2005): Das "Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-P)". Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeitsstörungen bei psychischen Erkrankungen. In: *Rehabilitation (Stuttg)* 44 (3), S. 144–151.
- Linden, M.; Helmchen, H.; Mackert, A.; Müller-Oerlinghausen, B. (1994): Structure and Feasibility of a Standardized Stepwise Drug Treatment Regimen (SSTR) for Depressed Inpatients. In: *Pharmacopsychiatry* 27 (S 1), S. 51–53.
- Linden, M.; Pyrkosch, L. (2012): How to Review the Medication History to Find the Next Best Drug: The "Preatreatment-Next Treatment Algorithm and Checklist". In: *Current Psychopharmacology* (1). Online verfügbar unter <http://www.benthamschance.com/cpsp/E-Pub-Ahead-of-Schedule.htm#3>.
- Linden, M.; Schotte, K. (2007): A Randomized Controlled Clinical Trial Comparing "Guideline Exposed" and "Guideline Naive" Physicians in Respect to Dosage Selection and Treatment Outcome with Doxepin in Depressive Disorders. In: *Pharmacopsychiatry* 40 (2), S. 77–81.
- Linden, Michael; Müller, Walter E. (Hg.) (2005): Rehabilitations-Psychopharmakotherapie. Arzneimittelbehandlung chronifizierender und chronifizierter psychischer Syndrome. Köln: Dt. Ärzte-Verl (Rehabilitation).
- Linden, Michael; Muschalla, Beate (2007): Anxiety disorders and workplace-related anxieties. In: *Journal of Anxiety Disorders* 21 (3), S. 467–474.
- Lohse MJ; Müller-Oerlinghausen, B. (2010): Psychopharmaka. In: Ulrich Schwabe, Dieter Paffrath und M. Anlauf (Hg.): *Arzneiverordnungs-Report 2010. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare*. Berlin: Springer.
- Mace, S.; Taylor, D. (2000): Selective serotonin reuptake inhibitors: a review of efficacy and tolerability in depression. In: *Expert opinion on pharmacotherapy* 1 (5), S. 917–933.
- Mann, Karl; Lehert, Philippe; Morgan, Marsha Y. (2004): The Efficacy of Acamprosate in the Maintenance of Abstinence in Alcohol-Dependent Individuals: Results of a Meta-Analysis. In: *Alcoholism: Clinical & Experimental Research* 28 (1), S. 51–63.
- Michalak, Erin E.; Lam, Raymond W. (2002): Breaking the myths: new treatment approaches for chronic depression. In: *Can J Psychiatry* 47 (7), S. 635–643.
- Müller-Fahrnow, W.; Spyra, K. (2005): Epidemiologie und Therapiebedarf für chronische psychische Erkrankungen. In: Michael Linden und Walter E. Müller (Hg.): *Rehabilitations-Psychopharmakotherapie. Arzneimittelbehandlung chronifizierender und chronifizierter psychischer Syndrome*. Köln: Dt. Ärzte-Verl (Rehabilitation), S. 23–27.
- Muschalla B; Linden, M. (2008): Die Arbeitsplatzphobieskala. Ein Screening-Instrument für die medizinische Rehabilitation. In: *Ärztliche Psychotherapie* (3), S. 258–262.
- Muschalla, B.; Linden, M. (2011): Sozialmedizinische Aspekte bei psychischen Erkrankungen. In: *Nervenarzt* 82 (7), S. 917–931.
- Naber, D.; Lambert, M.; Krausz, M. (1999): Atypische Neuroleptika in der Behandlung schizophrener Psychosen. In: *UNI-MED, Bremen*.

- Nierenberg, A. A.; Keck, P.; Samson, J.; Rothschild, A. J.; Schatzberg, A. F. (1991): Methodological considerations for the study of treatment-resistant depression. In: *Advances in neuropsychiatry and psychopharmacology* 2, S. 1–12.
- Oquendo, Maria A.; Baca-Garcia, Enrique; Kartachov, Alexei; Khait, Vadim; Campbell, Carl E.; Richards, Monique et al. (2003): A computer algorithm for calculating the adequacy of antidepressant treatment in unipolar and bipolar depression. In: *J Clin Psychiatry* 64 (7), S. 825–833.
- Peretti, S.; Judge, R.; Hindmarch, I. (2000): Safety and tolerability considerations: tricyclic antidepressants vs. selective serotonin reuptake inhibitors. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica* 101, S. 17–25.
- Pernecky, R.; Förstl H (2005): Demenzerkrankungen. In: Michael Linden und Walter E. Müller (Hg.): *Rehabilitations-Psychopharmakotherapie. Arzneimittelbehandlung chronifizierender und chronifizierter psychischer Syndrome*. Köln: Dt. Ärzte-Verl (Rehabilitation).
- Pietzcker, Adolf; Gaebel, Wolfgang; Köpcke, Wolfgang; Linden, Michael; Müller, Peter; Müller-Spahn, Franz; Tegeler, Joachim (1993): Intermittent versus maintenance neuroleptic long-term treatment in Schizophrenia—2-year results of a German multicenter study. In: *Journal of Psychiatric Research* 27 (4), S. 321–339.
- Posternak, Michael A.; Zimmerman, Mark (2003): How accurate are patients in reporting their antidepressant treatment history? In: *Journal of Affective Disorders* 75 (2), S. 115–124.
- Pschyrembel, Willibald (1998): *Klinisches Wörterbuch*. 258. Aufl. Berlin, New York: De Gruyter.
- Ray, W.A; Meredith, S.; Thapa, P.B; Hall, K.; Murray, K.T (2004): Cyclic antidepressants and the risk of sudden cardiac death. In: *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 75 (3), S. 234–241.
- Reisberg, Barry; Doody, Rachelle; Stöffler, Albrecht; Schmitt, Frederick; Ferris, Steven; Möbius, Hans Jörg (2003): Memantine in moderate-to-severe Alzheimer's disease. In: *N. Engl. J. Med.* 348 (14), S. 1333–1341.
- Richter, D. (2006): Psychische Störungen und Erwerbsminderungsrenten. In: Deutsche Rentenversicherung Bund (Hg.): *Erfahrungen und Perspektiven. Bericht vom dritten Workshop des Forschungsdatenzentrums der Rentenversicherung (FDZ-RV)*. vom 26. bis 28. Juni 2006 in Bensheim. Bad Homburg: wdv Ges. für Medien und Kommunikation (DRV-Schriften, 55).
- Rote Liste Service GmbH (Hg.): ROTE LISTE Online. Online verfügbar unter http://www.rote-liste.de/Online/jsearch_gliederung, zuletzt geprüft am 26.05.2011.
- Rush, A.J; Hirschfeld, R.M.A; Kahn, D.A; Charles DeBattista, D. M.H.; Nelson, J.C; Nierenberg, A.A (1999): The Texas Medication Algorithm Project. report of the Texas consensus conference panel on medication treatment of major depressive disorder. In: *The Journal of clinical psychiatry* 60, S. 142–156.
- Schulberg, Herbert C. (1996): Treating Major Depression in Primary Care Practice Eight-Month Clinical Outcomes. In: *Arch Gen Psychiatry* 53 (10), S. 913.
- Schwabe, Ulrich; Paffrath, Dieter; Anlauf, M. (Hg.) (2010): *Arzneiverordnungs-Report 2010. Aktuelle Daten, Kosten, Trends und Kommentare*. Berlin: Springer.

- Sheehan, D. V.; Lecrubier, Y.; Sheehan, K. H.; Amorim, P.; Janavs, J.; Weiller, E. et al. (1998): The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): the development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. In: *J Clin Psychiatry* 59 Suppl 20, S. 22-33;quiz 34-57.
- Sielk, Martin; Altiner, Attila; Janssen, Birgit; Becker, Nicole; Pilars, Marieke Pilar de; Abholz, Heinz-Harald (2009): Prävalenz und Diagnostik depressiver Störungen in der Allgemeinarztpraxis. Ein kritischer Vergleich zwischen PHQ-D und hausärztlicher Einschätzung. In: *Psychiatr Prax* 36 (4), S. 169–174.
- Silva Lima, Mauricio de; Hotopf, Matthew (2003): Pharmacotherapy for dysthymia. Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd (3). Online verfügbar unter <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD004047/frame.html>.
- Silva Lima, Mauricio de; Moncrieff, Joanna; Soares, Bernardo (2005): Drugs versus placebo for dysthymia. Cochrane Database of Systematic Reviews. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd (2). Online verfügbar unter <http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/clsysrev/articles/CD001130/frame.html>.
- Simon, G.E; VonKorff, M.; Heiligenstein, J.H; Revicki, D.A; Grothaus, L.; Katon, W.; Wagner, E.H (1996): Initial antidepressant choice in primary care. In: *JAMA: the journal of the American Medical Association* 275 (24), S. 1897.
- Storosum, J.G; Elferink, A.J.A; van Zwieten, B.J; van den Brink, W.; Gersons, B.P.R; van Strik, R.; Broekmans, A.W (2001): Short-term efficacy of tricyclic antidepressants revisited: a meta-analytic study. In: *European Neuropsychopharmacology* 11 (2), S. 173–180.
- Streltzer, J.; Linden, M. (2008): Erhöhte Schmerzempfindlichkeit unter Dauerbehandlung mit Opiaten. In: *Nervenarzt* 79 (5), S. 607–611.
- Ströhle, A. (2005): Angsterkrankungen. In: Michael Linden und Walter E. Müller (Hg.): *Rehabilitations-Psychopharmakotherapie. Arzneimittelbehandlung chronifizierender und chronifizierter psychischer Syndrome*. Köln: Dt. Ärzte-Verl (Rehabilitation).
- Tariot, P. N.; Solomon, P. R.; Morris, J. C.; Kershaw, P.; Lilienfeld, S.; Ding, C. (2000): A 5-month, randomized, placebo-controlled trial of galantamine in AD. The Galantamine USA-10 Study Group. In: *Neurology* 54 (12), S. 2269–2276.
- Trivedi, Madhukar H.; Rush, A. John; Crismon, M. Lynn; Kashner, T. Michael; Toprac, Marcia G.; Carmody, Thomas J. et al. (2004): Clinical results for patients with major depressive disorder in the Texas Medication Algorithm Project. In: *Arch. Gen. Psychiatry* 61 (7), S. 669–680.
- Üstün TB, Sartorius N. (Hg.): *Mental illness in general health care: an international study*. Chichester, UK: Wiley Online Library.
- Vaswani, M.; Linda, F.K; Ramesh, S. (2003): Role of selective serotonin reuptake inhibitors in psychiatric disorders: a comprehensive review. In: *Progress in neuro-psychopharmacology and biological psychiatry* 27 (1), S. 85–102. Online verfügbar unter [http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0278-5846\(02\)00338-X](http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0278-5846(02)00338-X).
- Vogel, G.; Schulte, Dietmar (1991): Der Prozeß therapeutischer Entscheidungen. In: Dietmar Schulte und Hansruedi Ambühl (Hg.): *Therapeutische Entscheidungen*. Göttingen: Hogrefe Verl. für Psychologie.

- Wang, H.; Weinsheimer, N.; Akbar, M.; Schiltenswolf, M. (2010): Veränderte Schmerzschwellen während und nach Opioidentzug bei Patienten mit chronischen Rückenschmerzen. In: *Schmerz* 24 (3), S. 257–261.
- Weyerer, S.; Dilling, H. (1991): Psychiatric and physical illness, sociodemographic characteristics, and the use of psychotropic drugs in the community: results from the Upper Bavarian Field Study. In: *J Clin Epidemiol* 44 (3), S. 303–311.
- WHOCC (Hg.): Definition and general considerations. Online verfügbar unter http://www.whooc.no/ddd/definition_and_general_considera/, zuletzt geprüft am 06.05.2011.
- WiDo / DIMDI: Amtlicher ATC-Index mit DDD-Angaben für Deutschland im Jahre 2011.
- Wieclaw, J.; Agerbo, E.; Mortensen, P. B.; Bonde, J. P. (2006): Risk of affective and stress related disorders among employees in human service professions. In: *Occup Environ Med* 63 (5), S. 314–319.
- Wiethoff, K.; Ricken, R.; Keck, M. E.; Baghai, T.; Bauer, M.; Möller, H.-J.; Adli, M. (2009): Das Berliner Algorithmusprojekt. Vergleich systematischer Therapiealgorithmen mit der Standardbehandlung bei Patienten mit unipolarer Depression. In: *Nervenheilkunde* (28), S. 179–185.
- Wittchen, H.-U; Jacobi, F. (2001): Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 44 (10), S. 993–1000.
- Wittchen, H.-U; Jacobi, F.; Hoyer J (2003): Die Epidemiologie psychischer Störungen in Deutschland. Vortrag im Rahmen des Kongress: Psychosoziale Versorgung in der Medizin. 2. Deutscher Kongress für Versorgungsforschung. Hamburg, 28.09.2003.
- World Health Organization (1998): WHO Fünf. Fragebogen zum Wohlbefinden. In: *WHO Collaborating Center for Mental Health*.
- Wyatt, Richard Jed; Henter, Ioline D. (1998): The effects of early and sustained intervention on the long-term morbidity of schizophrenia. In: *Journal of Psychiatric Research* 32 (3-4), S. 169–177.

Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Ulrich Keßler, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Rehabilitationspsychopharmakotherapie in der Allgemeinarztpraxis“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung (siehe „Uniform Requirements for Manuscripts (URM)“ des ICMJE -www.icmje.org) kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Betreuer/in, angegeben sind. Sämtliche Publikationen, die aus dieser Dissertation hervorgegangen sind und bei denen ich Autor bin, entsprechen den URM (s.o) und werden von mir verantwortet.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Unterschrift

Anteilerklärung an etwaigen erfolgten Publikationen

Ulrich Keßler hatte folgenden Anteil an den folgenden Publikationen:

Muschalla, B., Keßler, U., Schwantes, U., Linden, M. Rehabilitationsbedarf bei Hausarztpatienten mit psychischen Störungen. *Die Rehabilitation* 52(4), 251-256.

Beitrag von U. Keßler: Mitwirkung an Datenerhebung und –interpretation (ca. 15%)

Keßler, U., Linden, M. (2013). Medikationswahl bei der Langzeitbehandlung chronischer psychischer Störungen. *DRV-Schriften*, 101, 484-486.

Beitrag von U. Keßler: Mitwirkung an Datenerhebung und Textabfassung (ca. 50%)

Muschalla, B., Keßler, U., Linden, M. Teilhabestörungen nach Mini-ICF-APP bei arbeitsfähigen und arbeitsunfähigen Hausarztpatienten mit chronischen psychischen Leiden. In: Gagel, A. et al. (Hrsg.): *Diskussionsbeiträge zum Rehabilitations- und Teilhaberecht*. Deutsche Vereinigung für Rehabilitation, Heidelberg, 2012, 262-264.

Beitrag von U. Keßler: Mitwirkung an Datenerhebung (ca. 10%)

Keßler, U., Linden, M. (2011). Therapiewahlalgorithmus für die Arzneimittelbehandlung in der Rehabilitation: THE-Checkliste. *DRV-Schriften*, 88, 487-489.

Beitrag von U. Keßler: Mitwirkung an Datenerhebung und Textabfassung (ca. 50%)

Unterschrift des Doktoranden/der Doktorandin

Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Publikationen

- Muschalla, B., Keßler, U., Schwantes, U. & Linden, M. (2013). Rehabilitationsbedarf bei Hausarztpatienten mit psychischen Störungen. *Die Rehabilitation*, 52(4), 251-256.
- Keßler, U., Linden, M. (2013). Medikationswahl bei der Langzeitbehandlung chronischer psychischer Störungen. *DRV-Schriften*, 101, 484-486.
- Muschalla, B., Keßler, U., Linden, M.(2013). Reha-Maßnahmen bei Patienten mit chronischen psychischen Erkrankungen in der Hausarztpraxis: Stand und Optimierungsmöglichkeiten. *DRV-Schriften*, 101, 144-145.
- Linden, M., Muschalla, B., Haverkamp, L., Keßler, U. (2013): Selbst- und Fremdeinschätzung von Teilhabestörungen. *DRV-Schriften*, 101, 113-114.
- Muschalla, B., Keßler, U., Linden, M (2012). Wahrnehmung von Teilhabestörungen aus Sicht des Arztes und aus Sicht des Patienten. *DRV-Schriften*, 98, 277-279.
- Muschalla B, Kessler U, Linden M (2012) Teilhabestörungen nach Mini-ICF-APP bei arbeitsfähigen und arbeitsunfähigen Hausarztpatienten mit chronischen psychischen Leiden. In: Gagel A, Kothe W, Nebe K, Schian HM, Thomann KD, Welti F (Hrsg.): Diskussionsbeiträge zum Rehabilitations- und Teilhaberecht. Deutsche Vereinigung für Rehabilitation, Heidelberg, 2012, S. 262 – 264
- Keßler, U., Linden, M (2011). Therapiewahlalgorithmus für die Arzneimittelbehandlung in der Rehabilitation: THE-Checkliste. *DRV-Schriften*, 88, 487-789.

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich zunächst all jenen danken, die am Projekt „Reha in der Hausarztpraxis“ beteiligt waren und damit auch zum Gelingen dieser Dissertation beigetragen haben.

Für die fachliche Unterstützung möchte ich meinen besonderen Dank meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. Michael Linden aussprechen, der mir die Arbeit an dieser Promotion überhaupt erst ermöglichte und sie fachlich begleitete.

Ebenso möchte ich mich bei den Kolleginnen der Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation bedanken, insbesondere bei unseren studentischen Mitarbeiterinnen Karin König, Lisa Haverkamp, Lenka Faturikova-Küpping, Katharina Rath, Juliane Wächtler und Anna Sophia Grün für die unermüdliche Rekrutierung von Patientinnen und Patienten, Dateneingaben und gute Gespräche. Für die freundliche kollegiale Zusammenarbeit danke ich den an der Studie teilnehmenden hausärztlichen Kolleginnen und Kollegen. Gedankt sei auch den Patientinnen und Patienten für ihre Bereitschaft an der Studie teilzunehmen.

Den Kolleginnen und Kollegen des Reha-Zentrums Seehof, meiner „klinischen Heimat“, möchte ich ein großes Dankeschön aussprechen für den Gedankenaustausch und die vielen Gespräche, die mich immer wieder ein Stück in der Arbeit vorangebracht haben.

Für die emotionale Unterstützung in der Promotionszeit möchte ich Martin von ganzem Herzen danken wie auch meinen Eltern, die mich stets vorbehaltlos und in jeder Hinsicht unterstützen, verständnisvoll sind und mir den Rücken stärken.

Gewidmet in Liebe und Dankbarkeit meiner lieben Aimie.