

## 2 Patienten und Methoden

### 2.1 Ort und Zeitraum der Datenerhebung

In einer Gemeinschaftspraxis in Berlin Schöneberg mit elf Fachärzten verschiedener Disziplinen (Allgemeinmedizin, Chirurgie, Gynäkologie und Pädiatrie) und einem Weiterbildungsassistenten wurden im Bereich der Allgemeinmedizin von März 2001 bis Januar 2002 die Daten der vorliegenden Studie in einer zweizeitigen Erhebung erfasst. In diesem Zeitraum wurden in der gesamten Praxis pro Quartal durchschnittlich 10616 Patienten behandelt. Auf den allgemeinmedizinischen Bereich entfielen davon etwa 60 Prozent (ca. 6370 Patienten). Das entspricht annähernd dem Neunfachen einer hausärztlichen Einzelpraxis in Berlin (ca. 730 Patienten pro Quartal) [101]. Die hohen Fallzahlen in der Gemeinschaftspraxis liegen einerseits an den patientenfreundlichen Öffnungszeiten (Montags bis Freitags von 7 bis 20 Uhr, Samstags, Sonntags sowie Feiertags von 10 bis 16 Uhr), andererseits an der verkehrsgünstigen Lage innerhalb einer Einkaufspassage. Insofern entspricht diese nun mittlerweile fast 15 Jahre bestehende Gemeinschaftspraxis nicht der typischen Einzelpraxis eines Allgemeinarztes, sondern eher dem Konzept eines medizinischen Gesundheitszentrums.

### 2.2 Charakteristika der teilnehmenden Ärzte

Im allgemeinmedizinischen Bereich waren insgesamt sechs Ärzte tätig, drei Frauen und drei Männer im Alter von 34 bis 50 Jahren (Mittleres Alter: 42,8 Jahre). Davon führten drei die Facharztbezeichnung Allgemeinmedizin und zwei die Bezeichnung Facharzt für Innere Medizin, wobei beide Internisten ausschließlich hausärztlich tätig waren. Der sechste Arzt befand sich in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin. Keiner der genannten Ärzte führte zum Zeitpunkt der Erhebung eine Zusatzbezeichnung. Für die Datenerfassung war ausschließlich die Autorin der vorliegenden Studie verantwortlich. Während des gesamten Studienzeitraums blieben sämtliche Entscheidungen des diagnostischen und therapeutischen Prozedere den behandelnden Hausärzten überlassen.

### 2.3 Teilnahmebedingungen und Auswahlkriterien

In die Studie wurden ausschließlich volljährige Patienten aufgenommen, die sich aufgrund dyspeptischer Beschwerden in der Sprechstunde vorstellten (Tabelle 1). Hatte sich ein Patient bereits zu einem früheren Zeitpunkt wegen der gleichen Symptomatik in ärztlicher Behandlung befunden, so wurde ein beschwerdefreies Intervall von mindestens sechs Monaten gefordert. Weitere Voraussetzungen für eine Teilnahme waren hinreichende Kenntnisse der deutschen Sprache sowie ausreichende intellektuelle Fähigkeiten, um die Fragebögen beantworten zu können.

Patienten, bei denen mit großer Wahrscheinlichkeit eine infektiöse Ursache der aktuellen Beschwerden angenommen werden konnte, wurden von der Studie ausgeschlossen. Ebenfalls galten mangelhafte Kenntnisse der deutschen Schrift und Sprache sowie limitierte kognitive Fähigkeiten, die eine selbstständige Beantwortung der Fragebögen unmöglich machten, als weitere Ausschlusskriterien.

**Tabelle 1: Symptomorientierte Auswahlkriterien**

<b>Gastrointestinale Symptome</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Epigastrischer Schmerz</li> <li>▪ Druck-/Völlegefühl, frühzeitiges Sättigungsgefühl</li> <li>▪ Geblähtes Abdomen (Meteorismus)<sup>1</sup></li> <li>▪ Aufstoßen (Regurgitationen)<sup>1</sup></li> <li>▪ Sodbrennen<sup>1</sup></li> <li>▪ Übelkeit, Erbrechen<sup>1</sup></li> </ul>

<sup>1</sup> nur in Kombination mit anderen Symptomen [133]

In einem vorausgehenden Gespräch mit der Studienleiterin wurde den Probanden zugesichert, dass sämtliche im Rahmen der Studie erhobenen Daten ausschließlich für die Analyse dieser Erhebung verwendet werden. Anschließend wurde die Einverständniserklärung der Patienten zur Studienteilnahme eingeholt.

## 2.4 Die angewandten Erhebungsinstrumente im Überblick

In der vorliegenden, als Pilotstudie konzipierten Fallbeobachtungsstudie kamen die folgenden sechs Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumente zum Einsatz:

1. Soziodemographisches Datenblatt mit Zusatzfragen
2. Dokumentationsbogen Dyspepsie (Doku Dyspepsie)
3. Kurzform des Gießener Beschwerdebogens (GBB-24)
4. Medical Outcome Study Short Form-36 (SF-36)
5. Gesundheitsfragebogen für Patienten – Patient Health Questionnaire (PHQ-D)
6. Basisdokumentation Psychosomatische Grundversorgung (Bado PSGV)

Bis auf den Doku Dyspepsie und die Bado PSGV (Fremdbeurteilungsbögen) handelt es sich um Selbstbeurteilungsbögen, die von den Patienten zu beantworten waren.

### ad 1.: Soziodemographisches Datenblatt mit Zusatzfragen

Um die Patienteneinschätzung ihres aktuellen Gesundheitszustandes, des Behandlungserfolges und der Behandlungszufriedenheit sowie das Verständnis des behandelnden Arztes zu erfassen, erfolgte eine Ergänzung des Datenblattes um die entsprechenden Fragen. Zusätzlich wurde die Häufigkeit der Arztkontakte erfragt, um das ärztliche Inanspruchnahmeverhalten der Patienten zu bewerten.

### ad 2.: Dokumentationsbogen Dyspepsie

Zur Erhebung der Dyspepsie-spezifischen Behandlungsdaten wurde für die Studie der „Dokumentationsbogen Dyspepsie“ konzipiert: Er erfasst ausschließlich die Anamnese, den abdominellen Befund sowie die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.

### ad 3.: Kurzform des Gießener Beschwerdebogens (GBB-24)

Der GBB-24 wurde gewählt, um die körperlichen Beschwerden der Patienten anhand eines bewährten Instrumentes zu quantifizieren. Für den GBB-24 existieren bundesdeutsche Normwerte, die zum Vergleich herangezogen werden können.

#### ad 4.: MOS Short Form-36 (SF-36)

Im Bundes-Gesundheitssurvey (BGS) von 1998 war der SF-36 das zentrale Lebensqualitäts-Messinstrument [15]. Um einen direkten Vergleich mit der bundesdeutschen BGS-Normstichprobe zu ermöglichen, wurde in der vorliegenden Untersuchung die gLQ der Studienteilnehmer ebenfalls mit dem SF-36 gemessen.

#### ad 5.: Gesundheitsfragebogen für Patienten – Patient Health Questionnaire (PHQ-D)

Der PHQ-D ist ein speziell für die primärärztliche Versorgung konzipiertes Screening-Instrument der im ambulanten Sektor am häufigsten auftretenden psychischen Störungen. Aus diesem Grunde wurde er für die vorliegende Erhebung als besonders geeignet betrachtet, um die psychische Komorbidität im Studienkollektiv zu erheben.

#### ad 6.: Basisdokumentation Psychosomatische Grundversorgung (Bado PSGV)

Anhand der Bado PSGV wurden die psychosozialen Versorgungsmaßnahmen im Patientenkollektiv erfasst. Sie diente im Rahmen des bundesweiten Demonstrationsprojektes „Qualitätssicherung in der Psychosomatischen Grundversorgung“ als Grundlage zur detaillierten Fallbesprechung [166].

Ausführliche Informationen zu Entwicklung, Aufbau und Auswertung der jeweiligen Erhebungsinstrumente folgen in den Kapiteln 2.6 bis 2.11.

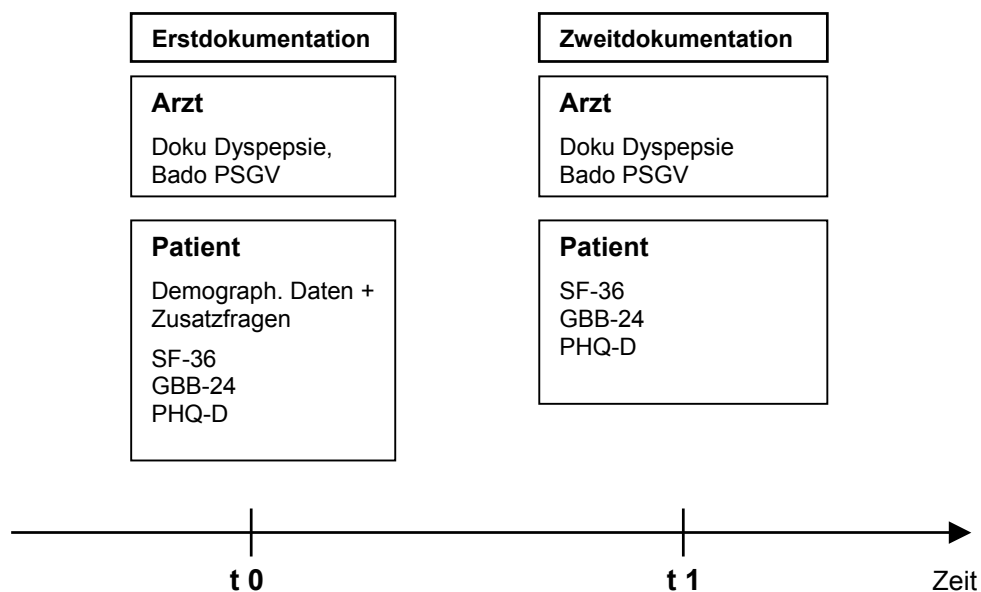
## 2.5 Patientenrekrutierung und Ablauf der Untersuchung

Nach Möglichkeit wurden die Patienten direkt beim ersten Arztkontakt um die Teilnahme gebeten. Nach einer ausführlichen Anleitung durch die Studienbetreuerin konnten sich die Probanden in einen ungestörten Bereich des Wartezimmers zurückziehen, um die Fragebögen in Ruhe selbstständig zu beantworten. Idealerweise fand dies unmittelbar nach der Erstkonsultation statt. Falls ein Patient nicht in der Lage war, die Bögen zu lesen (z.B. Brille vergessen), durften die Fragen von der Studienärztin vorgelesen und die Antworten für die Probanden angekreuzt werden. Eine

nicht wortgetreue Wiedergabe der Fragen oder beeinflussende verbale Äußerungen waren währenddessen nicht zulässig. Die meisten Teilnehmer gaben die ausgefüllten Fragebögen nach ungefähr 20 Minuten zurück, einige Probanden benötigten allerdings deutlich länger (bis zu 45 Minuten).

Bei der Eingangsuntersuchung (t0) füllten die teilnehmenden Ärzte die entsprechenden Abschnitte der Bado PSGV und des Doku Dyspepsie aus. Die Patienten beantworteten die vier Selbstbeurteilungsbögen: Das soziodemographische Datenblatt mit Zusatzfragen, den SF-36, den GBB-24 und den PHQ-D. Die Zweitbefragung (t1) war nach Ablauf von vier Wochen geplant. Diese Beobachtungsdauer wurde gewählt, da sich zum einen die Fragen des SF-36 sowie einzelne Fragen des PHQ-D auf diesen Zeitraum beziehen. Zum anderen können die meisten gutartigen Erkrankungen des oberen Gastrointestinaltraktes (z.B. Gastritis, gastroduodenale Ulzera, Reflux-ösophagitis) innerhalb weniger Wochen zur Abheilung gebracht werden, sofern eine adäquate Therapie durchgeführt wird. Bei der Nachkontrolle bekamen die Probanden nochmals den GBB-24, den SF-36 und den PHQ-D vorgelegt, während die Hausärzte die Bado PSGV und den Doku Dyspepsie vervollständigten. Der formale Aufbau sowie der Zeitablauf der Erhebung sind in Abbildung 1 übersichtlich dargestellt.

**Abbildung 1: Schematische Übersicht des Studienablaufs**



## 2.6 Soziodemographisches Datenblatt mit Zusatzfragen

In der vorliegenden Untersuchung standen die subjektiven Wahrnehmungen und Einschätzungen der Patienten im Mittelpunkt. Daher wurden die Studienteilnehmer, zusätzlich zu den üblichen Sozialdaten (Alter, Geschlecht, Familienstand, Alleinstehend oder in fester Partnerschaft, Staatsangehörigkeit, Schulbildung und Berufstätigkeit) noch um weitere Angaben gebeten:

1. Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustandes
2. Einschätzung des Behandlungserfolges
3. Einschätzung der Behandlungszufriedenheit
4. Einschätzung des Arztverständnisses
5. Anzahl der Arztkontakte in den vergangenen zwölf Monaten

Die Patienten konnten dabei eine Zahl zwischen 0 und 4 ankreuzen, die zugehörigen Interpretationen der Zahlenwerte sind in Tabelle 2 aufgeführt. Die Antworten der Fragen 2 bis 4 werden zudem mit den entsprechenden Arzteinschätzungen in der Bado PSGV verglichen. Das Datenblatt ist im Anhang abgebildet (vgl. 10.1).

**Tabelle 2: Zusatzfragen 1 bis 5 des soziodemographischen Datenblattes**

Frage	0	1	2	3	4
1. „Wie würden Sie Ihren aktuellen Gesundheitszustand beschreiben?“	sehr schlecht	schlecht	mittelmäßig	gut	sehr gut
2. „Wie erfolgreich schätzen Sie Ihre Behandlung ein?“	gar nicht erfolgreich	wenig erfolgreich	mäßig erfolgreich	erfolgreich	sehr erfolgreich
3. „Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Behandlung?“	gar nicht zufrieden	eher unzufrieden	mäßig zufrieden	zufrieden	sehr zufrieden
4. „Inwieweit fühlen Sie sich von Ihrem Arzt verstanden?“	gar nicht verstanden	eher nicht verstanden	mäßig verstanden	gut verstanden	sehr gut verstanden
5. „Wie häufig haben Sie in den letzten 12 Monaten eine Ärztin/einen Arzt aufgesucht (außer Zahnarzt)?“	0	1	2-5	6-10	> 10

## 2.7 Dokumentationsbogen Dyspepsie (Doku Dyspepsie)

In der Leitlinienkonferenz der Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten, die im Mai 1999 in Magdeburg stattfand, wurden Grundlagen für eine rational begründete Diagnostik und Therapie bei dyspeptischen Beschwerden erarbeitet [133]. In Anlehnung an diese Empfehlungen wurde der Doku Dyspepsie für die vorliegende Untersuchung erstellt. Er ist in vier Abschnitte gegliedert und berücksichtigt die Besonderheiten des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens in der hausärztlichen Patientenversorgung [159].

### 2.7.1 Aufbau und Auswertung des Dokumentationsbogens Dyspepsie

Der erste Abschnitt des Doku Dyspepsie umfasst die aktuelle Eigen- und Familienanamnese, gastroenterologischer Vorerkrankungen, die Einnahme von Noxen und Magentherapeutika sowie die detaillierte Erhebung von Risikofaktoren und Besorgnis erregender Leitsymptome (vgl. Tabelle 3). Des Weiteren wird der abdominelle Untersuchungsbefund und die Verdachtsdiagnose nach der 10. Fassung der International Classification of Diseases (ICD-10 [93]) notiert.

Im zweiten Abschnitt sind die Untersuchungsverfahren aufgelistet, die für eine weiterführende ambulante Diagnostik bei Dyspepsie sinnvoll sind: Blutanalysen, Test auf okkultes Blut im Stuhl, Sonographie des Abdomens, Ösophagogastroduodenoskopie (ÖGD) und Koloskopie. Pathologische Befunde werden neben den jeweiligen Untersuchungen notiert. Es wird außerdem vermerkt, ob eine Klinikeinweisung notwendig ist und ob sich die Verdachtsdiagnose im weiteren Verlauf bestätigt oder nicht. Abschließend wird, sofern eine definitive Abklärung der dyspeptischen Beschwerden realisiert werden kann, die entgeltliche Diagnose nach ICD-10 eingetragen.

Der dritte Abschnitt des Doku Dyspepsie ist in zwei Teile gegliedert. Im ersten Teil wird ein medikamentöser Therapieversuch vor weiterführender Diagnostik und im zweiten Teil die Therapie nach abgeschlossener Diagnostik dokumentiert. Damit wird der spezifischen Vorgehensweise in der Allgemeinmedizin, der des „Abwartenden Offenlassens“, Rechnung getragen. Darunter versteht man „...den bewußten Verzicht

auf weitergehende und beweisende Diagnostik in den Fällen, in denen dies nicht mit einem Übersehen von abwendbaren und/oder gefährlichen Erkrankungen bzw. Krankheitsverläufen einhergeht.“ [2]

Der letzte Abschnitt dient der Überprüfung der bisherigen Therapie. Es wird vermerkt, ob bei anhaltender Dyspepsie eine Kontroll-ÖGD notwendig ist oder ob ein <sup>13</sup>C-Harnstoff-Atemtest nach Eradikation einer Helicobacter-pylori-(Hp)-Infektion ausreichend wäre.

In Tabelle 3 sind der Aufbau und der Inhalt des Doku Dyspepsie übersichtlich dargestellt. Ein Mustervordruck des Originalbogens ist im Anhang abgebildet (vgl. 10.2).

**Tabelle 3: Schematischer Aufbau des Dokumentationsbogen Dyspepsie**

Abschnitte	Inhalt
<b>1. Anamnese, Abdomenstatus und Verdachtsdiagnose</b>	Magenerkrankungen in der Vorgeschichte (> 6 Monate)? Einnahme von Magentherapeutika - auch OTC-Präparate*? Einnahme von NSAR, ASS? Konsum von Alkohol, Koffein, Nikotin? Familienanamnese bzgl. gastrointestinaler Erkrankungen Besorgnis erregende Leitsymptome? - Gewichtsverlust - Übelkeit/Erbrechen/Dysphagie > 1 Woche - Anämie- u./o. Hypovolämie-Zeichen - Nächtliche Schmerzen - Hämatemesis - Meläna  Symptomatik länger als 4 Wochen? Abdomenstatus auffällig? (wenn ja, welcher Befund) Verdachtsdiagnose nach ICD-10
<b>2. Diagnostik</b>	Labor, Haemocult®, Abdomensonographie, ÖGD, Koloskopie veranlasst? (wenn ja, mit welchem Ergebnis) Stationäre Aufnahme notwendig? Verdachtsdiagnose bestätigt? Diagnostisch gesicherte Diagnose nach ICD-10
<b>3. Therapie</b>	a) Therapieversuch <b>vor</b> weiterführender Diagnostik (wenn ja, welche Maßnahmen/Medikamente)  b) Therapie <b>nach</b> abgeschlossener Diagnostik (wenn ja, welche Maßnahmen/Medikamente)
<b>4. Therapiekontrolle</b>	Sinnvoll bzw. notwendig? (wenn ja, Kontroll-ÖGD oder Hp-Atemtest)

\* OTC-Präparate: „Over The Counter“-Präparate = rezeptfrei erhältliche Präparate bzw. Medikamente



## 2.8 Kurzform des Gießener Beschwerdebogens (GBB-24)

Brähler und Scheer griffen 1967 den Wunsch nach einem praktikablen Instrument auf, mit dem sich subjektiv empfundene Körperbeschwerden von Patienten einer psychosomatisch-psychotherapeutischen Klinikambulanz dokumentieren lassen. Sie entwickelten daraufhin einen Beschwerde- und Symptombogen, den so genannten Gießener Beschwerdebogen (GBB). Als Basis verwendeten die Autoren eine bereits vorhandene Sammlung von 77 Items aus verschiedenen Bereichen wie allgemeines Befinden, Schmerzen, Gefühlserleben und Vegetativum, die von Zerssen bereits 1960 zusammengetragen hatte. Allerdings verzichteten Brähler und Scheer auf sämtliche Items, die konkret auf psychische Beschwerden abzielten, mit der Begründung, die Struktur der menschlichen Psyche könne nicht ausreichend genau anhand eines so kurz bemessenen Beschwerdebogens eingeschätzt werden [28].

Die Originalversion des Gießener Beschwerdebogens von 1968 enthält schließlich nur noch 57 Beschwerde-Items, aus denen vier Skalen berechnet werden können, und zwar die Beschwerdekompexe „Erschöpfung“, „Magenbeschwerden“, „Glieder-schmerzen“ und „Herzbeschwerden“. Jeder dieser mittels Faktorenanalyse erstellten Skalen liegen sechs Items zu Grunde, aus denen der jeweilige Skalenwert gebildet wird. Durch Addition der 24 Items wird der Summenscore, der sogenannte Beschwerdedruck bzw. die „allgemeine Klagsamkeit“, berechnet [28].

Um der Patientenwahrnehmung gerecht zu werden, sind die Antwortmöglichkeiten nach den folgenden Beschwerdeintensitäten „nicht“, „kaum“, „einigermaßen“, „erheblich“ oder „stark“ abgestuft. Dadurch können auch besonders belastende Symptome von den befragten Personen als solche benannt werden, vor allem dann, wenn mehrere Beschwerden gleichzeitig vorliegen. Dies bedeutet einen wichtigen Informationsgewinn, der bei Benutzung einer häufigkeitsorientierten Einteilung der Antworten (z.B. „täglich“ oder „wöchentlich“) oder einer einfachen Ja-Nein-Antwort nicht mehr vorhanden wäre [28].

Anhand klinischer Stichprobenanalysen konnte bestätigt werden, dass der GBB als ein valides und reliables Instrument zur Erfassung körperlicher Beschwerden eingesetzt werden kann. Außerdem ist er sensitiv genug, um Veränderungen im zeitlichen Verlauf zu messen [28].

Vornehmlich aus Forschungskreisen wurde das Interesse an einer gekürzten Version des GBB bekundet, die in klinischen Studien mit geringerem Zeitaufwand verwendet werden kann. Brähler und Scheer kamen dieser Anregung nach und reduzierten den GBB auf die für die Skalenberechnung notwendigen 24 Items. Diese Kurzform - der GBB-24 – wurde 1995 in das GBB-Handbuch aufgenommen [28].

Seit 1968 kamen die verschiedenen Versionen des Gießener Beschwerdebogens in zahlreichen medizinischen, insbesondere psychosomatischen Institutionen in Forschung und Praxis zum Einsatz, wie eine mehr als 500 Studien umfassende Bibliographie belegt [26]. Der GBB ist demnach einer der am häufigsten verwendeten Selbstbeurteilungsfragebögen im deutschsprachigen Raum. Eine erste Normierung des GBB fand 1975 an einer repräsentativen Stichprobe von 1604 Einwohnern der Bundesrepublik Deutschland und West-Berlin statt. Eine gesamtdeutsche Normierung der Kurzform GBB-24 folgte 1994 im Rahmen einer Mehrthemenumfrage durch den „Unabhängigen Service für Umfragen, Methoden und Analysen“ (USUMA, Berlin). Die hierbei gewonnenen Daten basieren auf Angaben von 3047 Personen und belegen, dass die Konstruktvalidität des GBB-24 als sehr gut zu bewerten ist [29].

Mittlerweile steht der GBB in mehreren Übersetzungen zur Verfügung (z.B. in englischer, schwedischer, türkischer und polnischer Sprache). Außerdem existiert seit 1991 eine Version für Kinder und Jugendliche von 8 bis 15 Jahren (GBB-KJ). Für ältere Jugendliche und Erwachsene wird üblicherweise die Fassung für Erwachsene verwendet [26]. Für die vorliegende Untersuchung wurde aus Anwendungsgründen die Kurzform des Gießener Beschwerdebogens GBB-24 gewählt. Im Anhang ist der Fragebogen als Muster abgebildet (vgl. 10.3).

### 2.8.1 Aufbau und Auswertung des GBB-24

Aus den 24 Items des GBB-24 lassen sich die gleichen vier Subskalen bilden wie bei der Originalfassung: Skala 1 „Erschöpfung“ (E), Skala 2 „Magenbeschwerden“ (M), Skala 3 „Gliederschmerzen“ (G) und Skala 4 „Herzbeschwerden“ (H). Welche Items zu welcher Skala gehören, ist aus Tabelle 4 zu ersehen. In Skala 5 sind die Skalen 1 bis 4 zusammengefasst und ergeben die Summenskala „Beschwerdedruck“ (B). Der Aufbau sowie der Inhalt des GBB-24 sind Tabelle 4 zu entnehmen.

**Tabelle 4: Schematischer Aufbau des GBB-24**

Skala-Nr.	Item-Nr.	Kurzbeschreibung
<b>1 Erschöpfung (E)</b>	1	Schwächegefühl
	4	Schlafbedürfnis
	15	Erschöpfbarkeit
	16	Müdigkeit
	17	Benommenheit
	19	Mattigkeit
<b>2 Magenbeschwerden (M)</b>	3	Völlegefühl
	9	Erbrechen
	10	Übelkeit
	12	Aufstoßen
	13	Sodbrennen
	21	Magenschmerzen
<b>3 Gliederschmerzen (G)</b>	5	Gliederschmerzen
	7	Rückenschmerzen
	8	Nackenschmerzen
	14	Kopfschmerzen
	18	Müdigkeit in den Beinen
	23	Druckgefühl im Kopf
<b>4 Herzbeschwerden (H)</b>	2	Herzklopfen
	6	Schwindelgefühl
	11	Kloßgefühl im Hals
	20	Stiche in der Brust
	22	Atemnot
	24	Herzbeschwerden
<b>5 Beschwerdedruck (B)</b>	<b>1-24</b>	<b>Gesamtwert aus allen Items</b>

Quelle: Handbuch des Gießener Beschwerdeboogens [28]

Die Frage nach der Beeinträchtigung durch die jeweiligen Beschwerden wird anhand einer fünfstufigen Ratingskala beantwortet. Dabei werden für die Antworten „nicht“, „kaum“, „einigermaßen“, „erheblich“ und „stark“ entsprechend Punkte von null bis vier

vergeben. Somit können in den Skalen 1 bis 4 Werte zwischen 0 und 24 und für die Skala 5 ein Gesamtwert zwischen 0 und 96 berechnet werden. Dabei bedeutet eine niedrige Punktzahl eine geringe Beeinträchtigung durch den jeweiligen Beschwerdekomplex und umgekehrt [28].

Fehlende Antworten werden bei der Auswertung durch „nicht“ ersetzt, es werden hier null Punkte vergeben. Allerdings wird von einer Berechnung der individuellen Skalenwerte abgeraten, wenn mehr als sechs Items bei einem Studienteilnehmer fehlerhaft angekreuzt oder gar nicht beantwortet wurden [28].

## 2.9 MOS Short Form 36 Health Survey (SF-36)

Der MOS Short Form 36 Health Survey (SF-36) ist eine weiterentwickelte und gekürzte Version des Medical Outcome Study (MOS)-Fragebogens. Er wird seit Jahren international als standardisiertes, krankheitsübergreifendes Instrument zur quantitativen Messung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (gLQ) eingesetzt. Der SF-36 hat sich in zahlreichen klinischen und epidemiologischen Untersuchungen als ein psychometrisch robustes und ökonomisches Verfahren bewährt, um in Populationen die gLQ aus Sicht der Befragten zu erfassen [1, 35]. In umfangreichen Studien konnte seine Validität, Sensitivität und Reliabilität mit sehr zufriedenstellenden Ergebnissen bestätigt werden [139, 195]. Verschiedene internationale Arzneimittelzulassungsbehörden wie die FDA (Food and Drug Administration, USA) empfehlen den Einsatz des SF-36, um die Effektivität verschiedener Therapieformen zu beurteilen [34].

In den 1960er Jahren startete in Amerika ein Forschungsprojekt, das RAND Health Insurance Experiment (HIE), mit der Intention, die Effizienz der amerikanischen Krankenversicherungen zu bewerten. Aus den anfänglich 108 Gesundheitsfragen des HIE entwickelten Stuart, Hays und Ware 1986 den in der Medical Outcomes Study (MOS) verwendeten MOS Short Form General Health Survey (SF-20). Er erfasst mittels 20 Items sechs Aspekte der Gesundheitswahrnehmung. Die Ergebnisse

dieser Studie legten nahe, daß eine gLQ-Messung selbst mit einer so kurzen Version valide und psychometrisch stabile Daten liefern kann [183].

Ware und Sherbourne konstruierten anhand der MOS-Daten den – im Vergleich zum SF-20 – um 16 Items und zwei Gesundheitskonzepte (Schmerz, Vitalität) erweiterten SF-36 Health Survey. Die hinzugefügten Items wurden dabei so ausgewählt, dass der SF-36 die Kernelemente der MOS widerspiegelt [198]. Dadurch konnten bemerkenswerte Verbesserungen bezüglich der Validität und der Differenzierung zwischen psychischen und physischen Rollenfunktionen erreicht werden. Außerdem erhöhte sich auf diese Weise die Messgenauigkeit in einigen Subskalen [140]. Durch Fokussierung auf acht von ursprünglich vierzig Gesundheitskonstrukten, die in der MOS untersucht wurden, erreichte man die gewollte Kürze des SF-36. Sie stellen zugleich die am häufigsten verwendeten Konzepte dar, wie ein systematischer Vergleich mit anderen weiträumig eingesetzten Surveys zeigte [197].

Das 1991 gegründete International Quality of Life Assessment Project (IQOLA) erstellte ein aufwendiges Studienprotokoll zur Übersetzung, Normierung und psychometrischer Testung des SF-36. Dabei legte man größte Sorgfalt auf die konzeptuelle Äquivalenz, die Klarheit der Übersetzung und auf die Anpassung an den allgemeinen Sprachgebrauch der jeweiligen Zielsprache. Bis 1998 wurde der SF-36 durch die IQOLA-Gruppe in über 40 Sprachen übersetzt. Dadurch werden internationale Vergleichsstudien zur gLQ möglich [1, 34, 197]. Die endgültige, standardisierte amerikanische SF-36-Version wurde 1992 als Selbstbeurteilungsbogen, Fremdbeurteilungsbogen und Interviewbogen mit jeweils unterschiedlichen Beurteilungszeiträumen veröffentlicht. Die Standardversion bezieht sich dabei auf die vergangenen vier Wochen, die „Akutversion“ auf die letzte Woche [198]. In der vorliegenden Studie wurde die deutsche Standardversion 1.3 des SF-36 mit dem vierwöchigen Zeitfenster verwendet (vgl. Anhang: 10.4). Nach Bullinger et al. ist die deutsche Übersetzung sehr gelungen und in allen deutschsprachigen Ländern als ein zufriedenstellendes gLQ-Messverfahren einsetzbar [35]. Ware und Gandek empfehlen, sofern der MOS SF-36 zusammen mit anderen Instrumenten eingesetzt wird, ihn als erstes den Patienten vorzulegen, um die Standardisierung der auf Normdaten basierenden Interpretation

zu erhalten. Dieser Empfehlung wurde in der vorliegenden Untersuchung nachgekommen [197].

### 2.9.1 Aufbau und Auswertung des SF-36

Der SF-36 Health Survey besteht aus 36 Items, die den folgenden acht Gesundheitskonzepten zugeordnet sind: körperliche Funktionsfähigkeit (KÖFU), körperliche Rollenfunktion (KÖRO), Schmerz (SCHM), allgemeine Gesundheitswahrnehmung (AGES), Vitalität (VITA), soziale Funktionsfähigkeit (SOFU), emotionale Rollenfunktion (EMRO) und psychisches Wohlbefinden (PSYC). Die Inhalte dieser Gesundheitskonzepte bzw. Dimensionen sind in Tabelle 5 näher beschrieben. Eine Zuordnung der Items zu den jeweiligen Dimensionen ist in Abbildung 2 dargestellt.

**Tabelle 5: Erläuterungen der SF-36 Gesundheitskonzepte**

<b>Konzepte</b>	<b>Anzahl Items / Stufen</b>		<b>Erläuterungen</b>
KÖFU	10	21	Körperliche Aktivitäten des täglichen Lebens wie z.B. Treppensteigen, Bücken, Heben und Tragen von Gegenständen
KÖRO	4	5	Einschränkungen oder Schwierigkeiten bei bestimmten täglichen Aktivitäten durch den körperlichen Gesundheitszustand
SCHM	2	11	Stärke und Einfluß der Schmerzen auf normale Tätigkeiten des Alltags, auch außerhalb des Wohnbereichs
AGES	5	21	Einschätzung des aktuellen Gesundheitszustandes, der allgemeinen Gesundheit und der Erkrankungsneigung sowie diesbezüglicher Erwartungen
VITA	4	21	Einschätzung der eigenen Energie und dem Erschöpfungsgrad
SOFU	2	9	Beeinträchtigung sozialer Aktivitäten durch emotionale und/oder körperliche Probleme
EMRO	3	4	Beeinträchtigung täglicher Aktivitäten oder der Arbeitsfähigkeit durch emotionale Probleme z.B. weniger schaffen, nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten können
PSYC	5	26	Allgemeines geistiges Wohlbefinden, Depression, Angst, Stimmung
Veränderung der Gesundheit	1	5	Bewertung des aktuellen Gesundheitszustandes im Vergleich zum vergangenen Jahr

Quelle: Manuell des SF-36 [34]

Das Item „Veränderung der Gesundheit“ (vgl. Anhang 10.4: Frage 2 im SF-36) fließt nicht in die Berechnung mit ein [34]. Die Anzahl der Items und der Stufen ist ungleichmäßig auf die verschiedenen Dimensionen verteilt. Dabei fällt auf, dass die Dimension EMRO mit nur drei Items und vier Stufen recht kurz bemessen ist. Das mindert ihre Aussagekraft im Verhältnis zu den anderen Dimensionen.

Aus den acht Dimensionen lassen sich noch eine psychische und eine körperliche Summenskala bilden. Die normalerweise mittels explorativer Faktorenanalyse berechneten Summenskalen repräsentieren jedoch nicht adäquat die ihnen zu Grunde liegenden Dimensionen, weshalb es zu erheblichen Fehlinterpretationen kommen kann. Um dieses Problem zu beseitigen, wäre eine umfangreiche konfirmatorische Faktorenanalyse notwendig [208]. Dies ist jedoch hauptsächlich wegen der geringen Fallzahl der vorliegenden Studie nicht möglich, weshalb auf die Berechnung der Summenskalen verzichtet wurde.

Für die Items existieren unterschiedliche Antwortmöglichkeiten: Von einfachen Ja-Nein-Angaben bis hin zu sechsstufigen Ratingskalen (vgl. Tabelle 5). Den Antworten werden Zahlenwerte von 1 bis maximal 6 zugewiesen und mit Hilfe einer computer-gestützten Auswertungssyntax kodiert, rekodiert und anschließend in einen Skalenwert von 0 bis 100 transformiert. Dabei bedeutet ein niedriger Wert ein schlechteres, und ein höherer Wert ein besseres Abschneiden. Ab einer Differenz von fünf Punkten besteht zudem ein klinisch und sozial relevanter Unterschied [34, 199].

Fehlende Items werden durch geschätzte Mittelwerte der entsprechenden Dimension ersetzt, sofern mindestens die Hälfte der Fragen derselben Dimension beantwortet werden [34]. Dieser Rechenalgorithmus wird von der Auswertungssyntax automatisch ausgeführt.

Um die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Studienteilnehmer mit der gLQ der Normalbevölkerung zu vergleichen, wurde aus dem BGS-Datensatz des Robert-Koch-Instituts eine soziodemographisch vergleichbare Stichprobe ausgewählt (BGS-Referenzpopulation). Anschließend wurden mit den SF-36-Dimensionenwerten beider Gruppen vergleichende Berechnungen durchgeführt (vgl. 3.5.6).

Abbildung 2: Schematische Konstruktion des SF-36 nach Bullinger \*

Nr.	Items	Subskalen	Summenskalen		
3	Anstrengende Tätigkeit	<b>Körperliche Funktionsfähigkeit (KÖFU)</b>	<b>Körperliche Summenskala</b>		
3b	Mittelschwere Tätigkeit				
3c	Einkaufstaschen tragen				
3d	Mehrere Treppen steigen				
3e	Einen Treppenansatz steigen				
3f	Sich beugen, sich hinknien				
3g	Mehr als 1 km zu Fuß gehen				
3h	Mehrere Straßenkreuzungen zu Fuß gehen				
3i	Eine Straßenkreuzung zu Fuß gehen				
3j	Sich baden oder anziehen				
4a	Nicht so lange wie üblich tätig sein	<b>Körperliche Rollenfunktion (KÖRO)</b>	<b>Körperliche Summenskala</b>		
4b	Weniger geschafft				
4c	Nur bestimmte Dinge tun				
4d	Probleme bei der Ausführung				
7	Schmerz – Stärke	<b>Schmerz (SCHM)</b>		<b>Körperliche Summenskala</b>	
8	Behinderung durch Schmerz				
1	Allgemeine Gesundheit	<b>Allgemeine Gesundheitswahrnehmung (AGES)</b>			<b>Körperliche Summenskala</b>
11a	Leichter krank als andere				
11b	So gesund wie andere				
11c	Nachlassen der Gesundheit				
11d	Ausgezeichnete Gesundheit				
9a	Voller Schwung	<b>Vitalität (VITA)</b>	<b>Psychische Summenskala</b>		
9e	Voller Energie				
9g	Erschöpfung				
9i	Müdigkeit				
6	Kontakte beeinträchtigt (Stärke)	<b>Soziale Funktionsfähigkeit (SOFU)</b>		<b>Psychische Summenskala</b>	
10	Kontakte beeinträchtigt (Häufigkeit)				
5a	Nicht so lange tätig	<b>Emotionale Rollenfunktion (EMRO)</b>			<b>Psychische Summenskala</b>
5b	Weniger geschafft				
5c	Nicht so sorgfältig				
9b	Sehr nervös	<b>Psychisches Wohlbefinden (PSYC)</b>			
9c	Niedergeschlagen				
9d	Ruhig und gelassen				
9f	Entmutigt und traurig				
9h	Glücklich				

\*Quelle: Manuell des SF-36 [34]



## 2.10 Gesundheitsfragebogen für Patienten – Patient Health Questionnaire (PHQ-D)

Das erste Screening-Instrument für psychische Erkrankungen, das speziell für den Gebrauch in der Primärversorgung entwickelt wurde, war der PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorder). Das erstmals 1994 in den USA von Spitzer et al. veröffentlichte Instrument ist ein standardisiertes, krankheitsspezifisches Diagnostikum und erfasst 18 psychische Störungen aus fünf verschiedenen Krankheitsgruppen: affektive Störungen, Angststörungen, somatoforme Störungen, Alkoholmissbrauch sowie Essstörungen [177]. Die Beurteilung der Störungen basiert auf den Kriterien des DSM-III-R und DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Revised Third Edition and Fourth Edition [54]). Der PRIME-MD ist eine zweistufige Prozedur, bei der als erstes der Patient einen Fragebogen ausfüllt. Anschließend wenden die Ärzte eine zwölfseitige Anleitung für ein strukturiertes klinisches Interview an, um positiv beantwortete Items zu überprüfen und eine klinische Diagnose zu stellen. In der klinischen Forschung ist der PRIME-MD weit verbreitet und hat sich als ein geeignetes Screening- und Diagnostikverfahren bewährt [124, 145, 177, 195]. Wegen des relativ hohen Zeitaufwands wird er jedoch im klinischen Alltag kaum verwendet.

Aus diesem Grunde fassten Spitzer et al. die zweistufige Prozedur des PRIME-MD zu einem Selbstbeurteilungsfragebogen zusammen, dem PRIME-MD Patient Health Questionnaire (PHQ) [176]. Er erschien erstmals 1999 in den Vereinigten Staaten und ermöglicht die Identifizierung der acht häufigsten psychischen Störungen aus den Bereichen Somatisierungsstörungen, depressive Erkrankungen, Angsterkrankungen, Essstörungen und Alkoholmissbrauch nach den Diagnosekriterien des DSM-IV. Seit seiner Veröffentlichung kam der PHQ in zahlreichen klinischen Studien zum Einsatz, in denen er seine Sensitivität, Spezifität und Validität in der ambulanten und stationären Patientenversorgung in verschiedenen Fachdisziplinen unter Beweis stellte [14, 49, 104, 129, 153, 178].

Die Heidelberger Arbeitsgruppe um Bernd Löwe führte die ersten Validierungsstudien der deutschen Version des PHQ durch, dem „Gesundheitsfragebogens für Patienten (PHQ-D)“ [126, 127]. Sie konnten die Gütekriterien der amerikanischen

Originalfassung auch für den PHQ-D bestätigen. Damit steht dem behandelnden Arzt im deutschsprachigen Raum ein valides und zeitökonomisches Screening-Instrument für die häufigsten psychischen Störungen zur Verfügung. Gedacht als Ergänzung zum ärztlichen Gespräch, kann er die Identifikation und Diagnosestellung dieser Krankheitsbilder in der ambulanten Versorgung deutlich erleichtern und verbessern. Für den Einsatz des PHQ-D spricht außerdem seine einfache Anwendbarkeit.

Der PHQ-D ist, wie das amerikanische Original, als modulares System aufgebaut. Der Anwender kann zwischen vier unterschiedlich umfangreichen Ausführungen wählen: einer einseitigen (depressive Störungen, Panikstörung), einer zweiseitigen (somatoforme Störungen, depressive Störungen, Angststörungen), einer dreiseitigen (alle acht psychischen Störungen) oder der vierseitigen Komplettversion. Letztere enthält zusätzliche Fragen zu psychosozialen Stressoren, körperlicher Gewalt und sexuellem Missbrauch, Einnahme von Psychopharmaka sowie einen Abschnitt mit gynäkologischen Fragen. Alle Ausführungen sind in der klinischen Forschung und Praxis sowohl für Verlaufsbeobachtungen als auch für Querschnittsuntersuchungen einsetzbar [128]. In der vorliegenden Erhebung wurde die vierseitige Version des „Gesundheitsfragebogen für Patienten“ (PHQ-D) verwendet (vgl. Anhang: 10.5).

Der PHQ-D kann allerdings eine vollständige Psychodiagnostik nicht ersetzen, deshalb werden die Diagnosen nicht auf Störungs- sondern auf Syndromebene gestellt. Für eine exakte Diagnostik auf Störungsebene wäre ein umfassendes psychodiagnostisches Interview notwendig. So sind z.B. für die Störungsdiagnose „Major Depression“, im Gegensatz zum Major Depressiven Syndrom des PHQ-D, organische oder pharmakologische Ursachen sowie normale Trauerreaktionen oder manische Episoden in der Vorgeschichte auszuschließen. Das gleiche gilt für die anderen PHQ-D-Diagnosen, bei denen ebenfalls körperliche Erkrankungen und Medikamente als Auslöser berücksichtigt werden müssen, bevor man von der Syndromdiagnose auf die Störungsdiagnose schließen kann [128].

Um von den PHQ-Syndromdiagnosen nach DSM-IV auf die korrespondierenden ICD-Diagnosen schließen zu können, sind in Tabelle 40 diese beiden Kodierungssysteme einander gegenübergestellt (vgl. Anhang: 10.6).

### 2.10.1 Aufbau und Auswertung des PHQ-D

Die ersten drei Seiten des PHQ-D enthalten die acht Syndromdiagnosen: somatoformes Syndrom (SomSyn), Major depressives Syndrom (MajDepSyn), anderes depressives Syndrom (AnDepSyn), Paniksyndrom (PanSyn), anderes Angstsyndrom (AnAngSyn), Bulimia nervosa (BulNerv), Binge Eating-Störung (BinEat) und Alkoholsyndrom (AlkAbu). Die Frage nach der psychosozialen Funktionsfähigkeit (PSF) schließt die ersten drei Seiten des PHQ-D ab. Die Antwortmöglichkeiten variieren dabei zwischen zwei- und vierstufigen Ratingskalen.

Auf der vierten Seite werden die zehn häufigsten psychosozialen Stressoren erfasst: Sorgen über die eigene Gesundheit und das äußere Erscheinungsbild, Probleme im Sexualleben und mit dem Lebensgefährten, Belastungen durch Familienangehörige, finanzielle, berufliche oder durch Einsamkeit verursachte Schwierigkeiten sowie Belastungen durch aktuelle und frühere negative Lebenserfahrungen. Anschließend folgen Fragen zu körperlichen/sexuellen Gewalterfahrungen, zu den aktuell am stärksten belastenden Lebensumständen und Einnahme von Psychopharmaka. Zuletzt folgt für weibliche Patienten ein Abschnitt mit Fragen zur Menstruation, zu Stimmungsschwankungen in Zusammenhang mit der Menstruation, Schwangerschaft und Geburt. In Tabelle 6 ist der schematische Aufbau des PHQ-D dargestellt.

Die PHQ-D-Syndromdiagnosen werden anhand der in Tabelle 7 aufgeführten Algorithmen kategorial ausgewertet. Hat beispielsweise ein Patient bei Frage 1 (SomSyn) mindestens drei Items mit „stark beeinträchtigt“ beantwortet, während keine organischen Erkrankungen vorliegen, die eine adäquate Erklärung für die geschilderten Beschwerden liefert, so kann die Diagnose SomSyn gestellt werden. Für MajDepSyn und AnDepSyn kann zusätzlich noch ein gemeinsamer Skalensummenwert (Depressions-Score) berechnet werden. Dazu werden den Antworten der Items 2a bis 2i Punkte von 0 („Überhaupt nicht“) bis 3 („Beinahe jeden Tag“) zugeordnet und addiert. Der Depressions-Score kann dementsprechend Werte zwischen 0 und 27 erreichen. Er eignet sich in erster Linie für Verlaufsbeobachtungen sowie zur Bewertung eines antidepressiven Behandlungseffekts [128].

**Tabelle 6: Schematischer Aufbau des PHQ-D**

Seite	Item-Nr.	Itemanzahl	Inhalt
1	1a-m	13	Somatoformes Syndrom
	2a-i	9	Depressive Störungen (Major Depression und andere depressive Störungen)
2	3a-d, 4a-k	15	Panikstörung
	5a-g	7	Andere Angststörungen
3	6a-c, 7a-d, 8	8	Essstörungen (Bulimia nervosa und „Binge Eating“-Störung)
	9, 10a-e	5	Alkoholmissbrauch
	11	1	Psychosoziale Funktionsfähigkeit
4	12a-j	10	Psychosoziale Stressoren
	13	1	Körperliche Gewalt und sexueller Missbrauch
	14	-	Aktuelle kritische Lebensereignisse (offen formulierte Frage)
	15	1	Einnahme von Psychopharmaka
	16a-f	6	Menstruation, Schwangerschaft und Geburt

Quelle: Manual des Gesundheitsfragebogens PHQ-D [128]

Anhand des Screening-Ergebnisses können die Patienten zusätzlich in vier DSM-IV-Kategorien einteilt werden: Die erste Kategorie umfasst Patienten, die alle Items negativ beantworten (Symptom-negativ) und in der Zweiten befinden sich diejenigen Probanden, die einige Items positiv beantworten, ohne dass sie die erforderliche Itemanzahl für eine Syndromdiagnose erreichen (Symptom-positiv). Patienten, die die Kriterien einer der vier subklinischen („subthreshold“) Diagnosen SomSyn, AnDepSyn, BinEat und AlkAbu erfüllen, bilden die dritte Kategorie. Patienten mit einer der vier klinisch manifesten („threshold“) Syndromdiagnosen MajDepSyn, PanSyn, AnAngSyn und BulNerv werden in der vierten Kategorie zusammengefasst [176].

Von den psychosozialen Stressoren werden nur diejenigen als klinisch relevant betrachtet und ausgewertet, bei denen die Antwort „stark beeinträchtigt“ angekreuzt wird. Die Summe der mit „stark beeinträchtigt“ beantworteten Stressfaktoren ergibt demzufolge die Anzahl der Stressoren [104, 178].

Der gynäkologischen Abschnitt des PHQ-D wird in der vorliegenden Untersuchung nicht ausgewertet. Dies soll zukünftigen Studien des gynäkologischen Fachbereiches vorbehalten bleiben. Zwar existieren für die kategoriale Auswertung der Syndrom-

diagnosen computergestützte Auswertungsprogramme, sie enthalten jedoch keinen Algorithmus für die Syndromdiagnose SomSyn. Daher wurden die Fragebögen, entsprechend der in Tabelle 7 aufgelisteten Algorithmen, manuell ausgewertet.

**Tabelle 7: Auswertungsalgorithmen für die psychischen Syndrome im PHQ-D**

Item-Nr.	Syndrom	Algorithmus
1a-1m	Somatoformes Syndrom	Mindestens drei der Fragen 1a-m sind mit „stark beeinträchtigt“ beantwortet und adäquate organische Ursachen fehlen.
2a-2i	Major Depressives Syndrom	Mindestens fünf der Fragen 2a-i sind mit „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet; unter diesen befindet sich auch Frage 2a oder 2b. (2i wird auch dann mitgezählt, wenn es mit „an einzelnen Tagen“ beantwortet ist).
2a-2i	Andere Depressive Syndrome	Zwei, drei oder vier der Fragen 2a-i sind mit „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet; unter diesen befindet sich auch Frage 2a oder 2b. (2i wird auch dann mitgezählt, wenn es mit „an einzelnen Tagen“ beantwortet ist).
3a - 4k	Paniksyndrom	Bei jeder der Fragen 3a-d ist „JA“ markiert und vier oder mehr der Fragen 4a-k sind mit „JA“ beantwortet.
5a - 5g	Andere Angstsyndrome	Frage 5a und drei oder mehr der Fragen 5b-g sind mit „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet.
6a - 8	V.a. Bulimia nervosa	Jede der Fragen 6a, 6b und 6c und Frage 8 ist mit „JA“ beantwortet.
6a - 8	V.a. „Binge-Eating“-Störung	Jede der Fragen 6a, 6b und 6c ist mit „JA“ beantwortet. Bei Frage 8 ist entweder „NEIN“ angekreuzt oder sie wurde offen gelassen.
9 - 10e	Alkoholsyndrom	Mindestens eine der Fragen 10a-e ist mit „JA“ beantwortet.

Quelle: Manual des Gesundheitsfragebogens PHQ-D [128].

### 2.10.2 Definitionen der im PHQ-D erfassten psychischen Störungen

Die Somatisierungsstörung ist gekennzeichnet durch multiple und variable körperliche Beschwerden, die meist über viele Jahre bestehen, ohne dass ein adäquater pathologischer Organbefund nachweisbar wäre. Dabei können alle Körperfunktionen und Organsysteme betroffen sein, die nicht unter willkürlicher Kontrolle stehen. Ge-

schildert werden insbesondere gastrointestinale, kardiologische, gynäkologische Beschwerden und Schmerzsyndrome. Um die Diagnose einer Somatisierungsstörung nach ICD-10 stellen zu können, muss das Beschwerdebild über einen Zeitraum von mindestens zwei Jahren bestehen. Zeigt sich jedoch nur ein unvollständiges Erscheinungsbild der Störung, so liegt eine undifferenzierte Somatisierungsstörung nach ICD-10 vor. Sind nur einzelne vegetative Funktionen gestört und ist der Patient hartnäckig auf eine Organerkrankung fixiert, handelt es sich um eine sogenannte somatoforme autonome Funktionsstörung nach ICD-10 [45].

Depressionen gehören zu der Gruppe der affektiven Störungen. Die frühere Einteilung in psychogene, endogene und somatogene Depressionen wurde durch eine rein deskriptive Kategorisierung ersetzt. Die depressive Episode nach ICD-10 entspricht der Major Depression nach DSM-IV und wird anhand klinischer Kriterien in leichte, mittelgradige, und schwere depressive Episoden unterteilt. Dabei wird noch anhand des Verlaufes in erstmalig aufgetretene und rezidivierende Episoden differenziert und ob zusätzlich psychotische und/oder somatische Symptome vorliegen. Die Hauptsymptome einer Depression sind eine pathologisch gedrückte Stimmung (Hoffnungslosigkeit, Pessimismus, Freudlosigkeit), verminderter Antrieb und Denkstörungen. Letztere zeichnen sich durch Gedankenarmut und Konzentrationsstörungen aus, meistens verbunden mit intensivem Grübeln. Mangelndes Selbstvertrauen, Schuldgefühle und suizidale Gedanken sowie Schlafstörungen, die nahezu obligat auftreten, sind weitere kennzeichnende Symptome. Außerdem können begleitend vegetative Störungen wie Appetitlosigkeit, Obstipation und Libidomangel hinzukommen. Die Symptomatik sollte nach ICD-10 über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen bestehen, bevor die Diagnose einer depressiven Episode gestellt wird [117].

Bei der Panikstörung treten rezidivierend isolierte Angstatacken auf, die sehr ausgeprägt und mit keiner konkreten Situation verbunden sind. Während der Attacke bestehen regelhaft vegetative Begleitsymptome wie Herzrasen, Zittern, Atemnot, Hitzewallungen sowie abdominelle Mißempfindungen und Ohnmachtsgefühle. Gleichzeitig befürchten die betroffenen Personen, die Kontrolle über sich zu verlieren oder sogar zu sterben. Dieser Zustand hält in der Regel 10 bis 30 Minuten an, er

kann aber auch nur zwei Minuten oder sogar mehrere Stunden bestehen. Meistens entwickelt sich bereits nach der ersten Panikattacke typischerweise eine deutliche Erwartungsangst vor einer weiteren Attacke, eine „Angst vor der Angst“ (Phobopobie). Außerdem besteht eine hohe Komorbidität mit der Agoraphobie (Platzangst). Es müssen mehrere schwere Panikattacken innerhalb weniger Wochen auftreten, bevor die Diagnose einer Panikstörung nach ICD-10 gestellt werden kann [43].

Charakterisierend für die generalisierte Angststörung (GAS) ist eine allgemeine, sich auf verschiedenste Alltagssituationen beziehende Angst und Besorgnis, ohne dass hierfür ein realer Anlass besteht (frei flottierende Angst). Auf der körperlichen Ebene äußert sich die GAS vornehmlich in psychovegetativer und motorischer Anspannung: Beklemmungsgefühle, Atemnot, Mundtrockenheit und Schwindel sowie Muskelverspannungen, Zittern und Ruhelosigkeit sind die vorherrschenden Symptome. Für die Diagnose einer GAS muss die Angst über mehrere Wochen an den meisten Tagen bestehen und sich allenfalls in ihrer Intensität ändern [43].

Bei der Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht) wechseln sich Heißhungerattacken (unkontrollierte, übermäßige Nahrungsaufnahme in sehr kurzer Zeit) und gegenregulierende Maßnahmen (z.B. selbst herbeigeführtes Erbrechen, exzessive sportliche Betätigung, Laxantienmissbrauch) ab. Gleichzeitig besteht eine ausgeprägte Furcht vor einer Gewichtszunahme, ein starker Leidensdruck und die andauernde Beschäftigung mit dem Essen. Ein weiteres Kriterium ist die gestörte Körperwahrnehmung: Die Patienten haben das Gefühl zu dick zu sein, obwohl ein mehr oder weniger normales Körpergewicht vorliegt. Durch das häufige Erbrechen kann es zu Elektrolytstörungen, Karies, gastrointestinalen und vegetativen Symptomen kommen. Bei der Bulimia nervosa werden nach den DSM-IV-Kriterien noch zwei Subtypen differenziert: der „Purging“-Typ mit Erbrechen und/oder anderen Gegenmaßnahmen und der „Nicht-Purging“-Typ, bei dem derartige Kompensationsmechanismen nicht angewendet werden [44].

Die Binge-Eating-Störung ist ebenfalls durch rezidivierende Essattacken gekennzeichnet. Es besteht, analog zur Bulimia nervosa, ein ausgeprägter Leidensdruck, allerdings ohne dass inadäquate Kompensationsmaßnahmen, wie zum Beispiel

selbstinduziertes Erbrechen, ergriffen werden. Übergewicht, Essen ohne Hungergefühl und heimliches Essen sind typisch für diese Störung, die eine große Ähnlichkeit mit dem „Nicht-Purging“-Typ der Bulimia nervosa aufweist. Letztlich ist noch nicht abschließend geklärt, ob es sich bei der Binge-Eating-Störung tatsächlich um eine eigenständige Erkrankung handelt [44].

Unter Alkoholmissbrauch versteht man den übermäßigen, schädlichen Konsum von Alkohol, der deutlich über dem vorherrschenden kulturellen und sozialen Durchschnitt liegt. Er führt zu vorübergehenden körperlichen und psychischen Funktionsstörungen, ohne dass eine physische oder psychische Abhängigkeit besteht [116].

Die Alkoholabhängigkeit bzw. Alkoholkrankheit (chronischer Alkoholismus) ist charakterisiert durch eine physische und/oder psychischer Abhängigkeit. Bei der psychischen Abhängigkeit besteht ein unwiderstehliches Verlangen nach Alkohol, das sogenannte „craving“, welches nicht mehr kontrolliert werden kann. Eine Toleranzentwicklung mit steigender Trinkmenge und das Auftreten von Entzugssymptomen wie Zittern, Schwitzen, Schlafstörungen und Ruhelosigkeit bei fehlender Alkoholzufuhr kennzeichnen die körperliche Abhängigkeit. Häufig treten depressive Verstimmungen, Affektlabilität, Reizbarkeit, Gedächtnis- und Konzentrationsstörungen auf – oft in Verbindung mit einem reduzierten Selbstwertgefühl bis hin zur Suizidalität. Soziale Funktionsstörungen und beeinträchtigte Beziehungen zu anderen Personen sind weiterhin typisch für dieses Krankheitsbild. Hinzu kommen bei langjähriger Krankheitsdauer multiple internistische und neurologische Symptome [116].

## 2.11 Basisdokumentation Psychosomatische Grundversorgung (Bado PSGV)

Die psychosomatische Grundversorgung (PSGV) ist eine eigenständige Behandlungsform bei der Betreuung von Patienten mit psychosozialer Problematik. Im Gegensatz zur ärztlichen Beratung ist die verbale Intervention im Rahmen der PSGV eine nicht-spezialisierte Gesprächstechnik im Sinne einer Psychotherapie und stellt demzufolge auch wesentlich höhere Anforderungen an die ärztliche Kompetenz. Unter Einbeziehung von biologischen, sozialen und psychischen Aspekten findet im



Rahmen der PSGV eine Gesamtdiagnostik statt, die diese Bereiche anteilig am aktuellen Krankheitsgeschehen bewertet. Mit Hilfe verbaler Interventionen sowie suggestiven Techniken soll die Einsicht für ein bio-psycho-soziales Krankheitsmodell vermittelt werden. Das Ziel dabei ist es, dem Patienten Hilfestellung zu leisten sich neu zu orientieren, Symptome zu lindern und eine Chronifizierung von psychosomatischen Beschwerden zu vermeiden. Seit 1987 ist die PSGV eine Kassenleistung der ambulanten medizinischen Versorgung, um einen finanziellen Anreiz für diese effektive Interventionstechnik zu bieten. Seit 1994 muss dafür ein 80-stündiges Weiterbildungscurriculum absolviert werden [99].

Um die „Sprechende Medizin“ als Versorgungsschwerpunkt zu stärken, förderte das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) ein bundesweites Modellprojekt zur Qualitätssicherung in der PSGV. Dieses Verbundprojekt, an dem Vertreter der kassenärztlichen Vereinigungen, der Ärztekammern und der Krankenkassen sowie diverser Berufsverbände beteiligt waren, startete 1994 in verschiedenen Regionen der BRD und lief über insgesamt drei Jahre [166]. Ziel dieses Projektes war die Entwicklung und Erprobung sowie die Bewertung von qualitätssichernden Maßnahmen in der hausärztlichen Versorgung im Rahmen der PSGV. Langfristig sollten aus den gewonnenen Erkenntnissen Leitlinien für die PSGV formuliert werden, an denen sich die in der Regelversorgung tätigen Ärzte orientieren können [63].

Ein zentrales und wichtiges Ergebnis des Modellprojektes stellt die einheitliche und strukturierte Basisdokumentation dar (Bado PSGV). Nach zweimaliger Überarbeitung entstand die Version Bado PSGV 2.1., die erfolgreich im Verbundprojekt eingesetzt wurde. Mithilfe dieses Instruments konnten die psychosozialen Behandlungsanlässe als strukturierte Falldokumentationen in den Qualitätszirkeln gezielt ausgewertet und diskutiert werden [10]. Diese Version wird auch in der vorliegenden Studie verwendet (vgl. Anhang: 10.7).

#### 2.11.1 Aufbau und Auswertung der Bado PSGV

Die Bado PSGV besteht aus drei Teilen: Im ersten Teil werden zu Beginn der Behandlung die Sozialdaten (Alter, Geschlecht, ausgeübte Tätigkeit), aktuelle bio-

psychosoziale Belastungen und die Behandlungsanamnese dokumentiert. Die Belastungen umfassen körperliche Krankheit, Noxen, Ängste, Depressivität, Schmerz, Schlafstörungen, Partnerschaft/Familie, Beruf/Arbeitsplatz und unbewältigte Lebensereignisse. Diese neun Kategorien werden anhand einer vierstufigen Bewertungsskala nach ihrem Anteil am derzeitigen Krankheitsgeschehen eingeschätzt: keine (0), leichte (1), mittlere (2) oder schwere (3) Beteiligung. Die Behandlungsanamnese umfasst den Grad der somatischen Fixierung in fünf Stufen von „gar nicht“ (0) bis „sehr stark“ (4), sowie bisherige Erfahrungen mit psychotherapeutischen Verfahren und das psychosoziale/psychosomatische Krankheitsverständnis (primär vorhanden oder nicht vorhanden).

Im zweiten Teil werden der aktuelle Beratungsanlass, psychische und somatische Diagnosen nach ICD-10 und die diagnostischen und therapeutischen Behandlungsmaßnahmen dokumentiert. Letztgenannte lassen sich noch in psychosoziale und somatische Maßnahmen unterteilen. Psychosoziale Maßnahmen sind (analog zum Verbundprojekt) Psychopharmakotherapie, psychodiagnostische und -therapeutische Gespräche, Entspannungsverfahren, Paar- und Familiengespräche, Überweisungen (ÜB) zur ambulanten Psychotherapie, Vermittlung an Selbsthilfegruppen oder Beratungsstellen. Somatische Maßnahmen umfassen die Medikation mit nicht psychotropen Substanzen, Erörterung/Beratung zum Behandlungsanlass, Ausstellen einer Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, ÜB zur physikalischen Therapie oder zum Ausschluss/Verlaufskontrolle einer somatischen Erkrankung sowie Rehabilitationsmaßnahmen oder Krankenhauseinweisungen. Abschließend beurteilt der behandelnde Arzt noch die Wichtigkeit eines kollegialen Informationsaustausches auf einer Skala von 0 bis 4 („sehr unwichtig“ bis „sehr wichtig“).

Der dritte Teil der Bado PSGV dient zur Dokumentation des Behandlungsergebnisses. Dabei werden anhand von drei Items der Behandlungserfolg, das gegenseitige Verständnis und die Zufriedenheit des Patienten mit der Behandlung beurteilt. Die entsprechenden Skalen reichen von 0 („gar nicht“) bis 4 („sehr gut“/„sehr erfolgreich“/„sehr zufrieden“). Anschließend wird der Beschwerdeverlauf bewertet, ob sich die Beschwerden stark verschlechterten (-2), verschlechterten (-1), nicht veränderten (0), sich verbesserten (+1) oder stark verbesserten (+2). Der Wert „+2“ wurde hierbei

ausschließlich den Patienten zugeteilt, die am Ende des Beobachtungszeitraums beschwerdefrei waren. Anhand dieser Bewertung werden drei Gruppen gebildet: Gruppe 1 „dyspeptische Symptome unverändert oder verschlechtert“ (-2 bis 0), Gruppe 2 „Symptome gebessert“ (+1) und Gruppe 3 „keine Symptome“ (+2). Diese Einteilung stellt die Grundlage für alle Berechnungen dar, die den Behandlungserfolg der Dyspepsie betreffen (vgl. Kapitel Ergebnisse: 3.3.4, 3.4.5, 3.5.5, 3.5.6.1, 3.6.5, 3.7.6). Im dritten Teil wird zusätzlich festgehalten, ob Familienangehörige in die Behandlung integriert wurden und ob eine fallbezogene Kontaktaufnahme mit Kollegen erfolgte. Des Weiteren wird die Anzahl der Arztkontakte und der Überweisungen (ÜB) sowie die Arbeitsunfähigkeitszeiten (AU) in Wochen im vorherigen Quartal dokumentiert. Tabelle 8 liefert eine Übersicht über Struktur und Inhalt der Bado PSGV.

**Tabelle 8: Schematischer Aufbau der Bado PSGV**

Abschnitt	Inhalt
Teil 1	Sozialdaten
	Biopsychosoziale Belastungen (9 Kategorien)
	<u>Behandlungsanamnese:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Grad der somatischen Fixierung</li> <li>▪ Erfahrung mit Psychotherapie</li> <li>▪ Psychosomatisches Krankheitsverständnis</li> </ul>
Teil 2	Aktueller Beratungsanlass
	Psychische Diagnosen
	Somatische Diagnosen
Teil 3	<u>Diagnostische und therapeutische Maßnahmen:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Psychosoziale Maßnahmen</li> <li>▪ Somatische Maßnahmen</li> </ul>
	<u>Behandlungsergebnis:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gegenseitiges Verständnis</li> <li>▪ Behandlungserfolg</li> <li>▪ Zufriedenheit des Patienten</li> <li>▪ Beschwerdeverlauf</li> </ul>
	Integration von Familienangehörigen in die Behandlung
	Kollegialer Austausch
	Anzahl der Konsultationen und Überweisungen (ÜB) im letzten Quartal
	Arbeitsunfähigkeit (AU) im letzten Quartal in Wochen

## 2.12 Statistische Methoden

Die statistischen Berechnungen wurden mit dem Statistikprogramm SPSS® für Windows (Statistical Package for the Social Sciences), Version 11.5 durchgeführt [30]. Die Berechnung der SF-36-Skalenwerte erfolgte mit Hilfe eines SPSS®-Makros [34]. Die Abbildungen und Tabellen wurden mit Word für Windows® erstellt.

Die Prüfung auf Normalverteilung erfolgte mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test. Bei vorliegender Normalverteilung und ausreichend großen Stichprobenumfängen wurde bei den zweizeitigen Verlaufsmessungen der t-Test für verbundene Daten angewandt, beim Gruppenvergleich der t-Test für unabhängige Stichproben.

Bei kleinen Stichproben sowie nicht normalverteilten Daten wurden parameterfreie Testverfahren gewählt: Beim Vergleich zweier unabhängiger Stichproben wurde der U-Test nach Wilcoxon, Mann und Withney verwendet, bei mehreren unabhängigen Stichproben der H-Test nach Kruskal-Wallis. Anschließend wurden mittels U-Test diejenigen Gruppen identifiziert, die sich signifikant unterschieden. Für die Testung paariger Beobachtungen wurde der Wilcoxon-Test für Paardifferenzen angewandt.

Die Analyse der Häufigkeitsverteilung von gepaarten Beobachtungen erfolgte mittels Kreuztabellen und dem McNemar-Test. Bei nicht gepaarten Beobachtungen (Gruppenvergleiche) wurde der Chi-Quadrat-Test (Kontingenztafelanalyse) mit dem Kontingenzkoeffizienten nach Pearson gewählt. Traten Signifikanzen auf, wurden die standardisierten Residuen ausgewertet, die angeben, welche Zelle(n) für die Gesamtsignifikanz verantwortlich ist (sind). Anhand des Rangkorrelationskoeffizienten nach Spearman ( $r_s$ ) wurde das Korrelationsmaß von ordinalskalierten Variablen berechnet und für den Übereinstimmungsgrad Cohen's Kappa verwendet [30, 80].

Als Signifikanzniveau wurde  $p \leq 0,05$  festgelegt (entspricht einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 5 %). Folgende Symbole kennzeichnen den Grad der Signifikanz:

- \* = signifikant ( $p \leq 0,05$ )
- \*\* = sehr signifikant ( $p \leq 0,01$ )
- \*\*\* = hoch signifikant ( $p \leq 0,001$ )
- ns = nicht signifikant ( $p > 0,05$ )