

4 Diskussion

4.1 Soziodemographische Daten

Das mittlere Alter des Patientenkollektivs war vergleichbar mit dem Altersdurchschnitt der Schöneberger Bevölkerung [182]. Personen über 60 Jahre waren in der vorliegenden Studie allerdings unterrepräsentiert. Epidemiologischen Erhebungen zufolge sinkt die Prävalenz der Dyspepsie mit zunehmendem Alter [5, 97]. Insofern kann das alterabhängige Vorkommen dyspeptischer Beschwerden für die seltenere Rekrutierung von älteren Probanden verantwortlich gemacht werden.

In zahlreichen allgemeinmedizinischen Multizenter-Studien liegt der Anteil weiblicher Studienteilnehmern üblicherweise zwischen 60 und 70 Prozent [42, 66, 104, 191]. In der vorliegenden Studie bildeten Frauen mit 62,7 Prozent ebenfalls die Mehrheit. Da Frauen generell häufiger medizinische Leistungen in Anspruch nehmen [19, 21, 161], machen sie anscheinend den größeren Anteil hausärztlicher Patienten aus. Allerdings stehen keine statistischen Angaben für den ambulanten Bereich zur Verfügung, aus denen ersichtlich wäre, ob in der hausärztlichen Versorgung der Anteil weiblicher Patienten tatsächlich überwiegt [101].

Der Familienstand und der schulische Ausbildungsgrad im Studienkollektiv war annähernd vergleichbar, die Arbeitslosenquote nahezu identisch mit der Schöneberger Bevölkerung. Hingegen waren Rentner unterrepräsentiert (10,8 vs. 22,7 Prozent). Ein wesentlicher Grund für die geringe Beteiligung berenteter Teilnehmer wurde bereits eingangs genannt. Der Anteil ausländischer Mitbürger lag, vornehmlich aufgrund der Ausschlusskriterien, ebenfalls unter dem Bevölkerungsdurchschnitt (10,8 vs. 15,4 Prozent) [182].

4.2 Patienteneinschätzungen

4.2.1 Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen

In den letzten zwölf Monaten befanden sich 94 Prozent der Studienteilnehmer zumindest einmalig in ärztlicher Behandlung. Ein Großteil der untersuchten Patienten (43 Prozent) wies eine hohe Konsultationsrate von mehr als fünf Arztkontakten auf.

Im BGS von 1998 wurde ermittelt, dass 90 Prozent der Bundesbürger innerhalb eines Jahres mindestens einmal einen niedergelassenen Arzt aufsuchen. Ein Fünftel der Versicherten verursachte dabei die Hälfte aller Arztkontakte [19].

Howell und Talley untersuchten das Inanspruchnahmeverhalten bei Dyspepsie im Laufe eines Jahres: 80 Prozent der befragten Patienten konsultierten wegen ihrer dyspeptischen Beschwerden mindestens einmal einen Arzt, 26 Prozent sogar sechs Mal oder noch häufiger [91]. Obwohl die Angaben von Howell und Talley nicht mit denen der vorliegenden Studie verglichen werden können, weisen sie auf ein ausgeprägtes medizinisches Inanspruchnahmeverhalten bei Patienten mit Dyspepsie hin.

Nach wie vor ist die Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen im ambulanten Sektor unverändert hoch, was mit dem leichten Zugang zu medizinischen Leistungen innerhalb des deutschen Gesundheitssystems begründet werden kann [19]. Ob sich im Zuge des mittlerweile in Kraft getretenen Gesundheitsmodernisierungsgesetzes in dieser Hinsicht etwas ändern wird, bleibt zukünftigen Untersuchungen vorbehalten.

4.2.2 Subjektive Bewertung des aktuellen Gesundheitszustandes

Wie zu erwarten, schätzten die Dyspepsie-Patienten ihren derzeitigen Gesundheitszustand insgesamt deutlich schlechter ein als durchschnittliche Bundesbürger, wie eine repräsentative Bevölkerungsumfrage zu Beginn des Jahres 2002 verdeutlicht [6]. Während gut 25 Prozent der Studienteilnehmer ihren Gesundheitszustand als schlecht bzw. sehr schlecht bewerteten, taten dies nur fünf Prozent der befragten Bürger. Im Vergleich dazu bewerteten nur 23 Prozent der untersuchten Dyspepsie-Patienten ihren Gesundheitszustand als gut bzw. sehr gut, dagegen 60 Prozent der an der Umfrage beteiligten Personen. Die negativen Bewertungen der Patienten können zum einen auf die dyspeptischen Beschwerden zurückgeführt werden, zum anderen bestand ein nicht unwesentlicher Einfluss durch psychische Begleiterkrankungen, wie im Kapitel 4.6.9 noch dargelegt wird.

Die Patienteneinschätzungen bezüglich des Behandlungserfolges, der Behandlungszufriedenheit sowie des gegenseitigen Verständnisses werden im Kapitel 4.7.5 den ärztlichen Einschätzungen gegenübergestellt.

4.3 Diagnostisches Vorgehen und therapeutische Interventionen

4.3.1 Anamnese, Abdomenstatus und Verdachtsdiagnosen

Zwei Drittel der Patienten stellten sich mit Schmerzen im Oberbauch vor, wovon gut die Hälfte auch unter Übelkeit, mit oder ohne Erbrechen, litt. Ein Drittel gab zusätzlich Sodbrennen an. Patienten mit Dyspepsie schildern oft mehrere Beschwerden gleichzeitig: Dabei können epigastrische Schmerzen und Sodbrennen in bis zu 60 Prozent gemeinsam auftreten [188]. Eine Ösophagitis kann typische Ulkusschmerzen auslösen, umgekehrt haben Patienten mit peptischem Ulkus in bis zu 35 Prozent eine nachweisbare Refluxösophagitis [23]. Der Versuch, die Dyspepsie anhand des Leitsymptoms in verschiedene Subgruppen (Dysmotilitäts-, Ulkus- oder Reflux-Typ) einzuteilen, hat sich aufgrund dieser beträchtlichen Überschneidungen nicht bewährt [4, 97]. Fast jeder zweite Studienteilnehmer litt bereits in der Vergangenheit zumindest einmal an einer Gastritis, jeder achte an einem Magen- bzw. Duodenalulkus. In diesem Kontext gilt es zu beachten, dass ein früheres Ulkus im oberen GI-Trakt den stärksten Risikofaktor für ein gastroduodenales Ulkus darstellt [105]. Ein Viertel der Dyspepsie-Patienten hatte vorab einen medikamentösen Selbstbehandlungsversuch unternommen. Im BGS von 1998 wurden ebenfalls Angaben zur Selbstmedikation erhoben: Der Anteil von Over-the-Counter-(OTC-)-Präparaten am gesamten Arzneimittelgebrauch betrug etwa 26 Prozent. Antazida und Mittel zur Behandlung des peptischen Ulkus belegten dabei den elften Rang [141]. Mit einem Ausgabenvolumen von 559 Millionen Euro nahmen OTC-Präparate gegen Magen-Darm-Beschwerden im Jahr 2001 den zweiten Platz ein. Durchschnittlich gaben alle gesetzlich Krankenversicherten etwa 52 Euro pro Monat für die Selbstmedikation aus [36]. Ein Fünftel der Probanden stand zum Zeitpunkt der Untersuchung unter einer NSAR- bzw. ASS-Therapie. Die Einnahme dieser Medikamente gilt als unabhängiger Risikofaktor für das Auftreten von Dyspepsie bzw. von gastrointestinalen Ulzera [133, 142]. Dabei erhöhen NSAR das Risiko für eine Dyspepsie um das 1,5- bis 3-fache, das Risiko für Ulkuskomplikationen sogar um den Faktor 8,7 [79, 184]. Etwa 30 Prozent waren Raucher, was dem Durchschnitt der deutschen Normalbevölkerung entspricht [6, 98]. Bei knapp vier Prozent der Studienteilnehmer lag ein Alkohol-

missbrauch bzw. eine Alkoholabhängigkeit vor. Im Vergleich dazu sind drei bis fünf Prozent der Bundesbürger alkoholabhängig [116]. Jeder sechste Proband hatte eine positive Familienanamnese für ein Magen-Ulkus, und sechs Prozent für ein Magen-Karzinom. Bei diesen Patienten besteht ein erhöhtes Risiko, ebenfalls an einem Ulkus bzw. Karzinom zu erkranken [48, 134, 186]. 53 Prozent der Patienten hatten mindestens ein Alarmsymptom: Am häufigsten Beschwerden länger als vier Wochen, gefolgt von nächtlichen Schmerzen, Übelkeit mit oder ohne Erbrechen bzw. Dysphagie und ungewolltem Gewichtsverlust. Dagegen zeigten 47 Prozent keine Besorgnis erregenden Symptome. Bei der körperlichen Untersuchung konnte bei der Hälfte der Patienten ein pathologischer Druckschmerz im Oberbauch festgestellt werden. Jeder zweite Patient präsentierte ein unauffälliges Abdomen. Als häufigste Ursache der Dyspepsie wurde eine akute Gastritis angenommen (73,5 Prozent), am zweithäufigsten wurde der Verdacht auf ein gastroduodenales Ulkus bzw. eine Refluxösophagitis geäußert (jeweils zwölf Prozent).

4.3.2 Diagnostik, Interventionen, Behandlungserfolg und Therapiekontrolle

Mit Ausnahme der Gastroskopie, konnten alle weiteren diagnostischen Maßnahmen (Labor, Haemocult®-Test, Abdomensonographie und Koloskopie) nicht zur Klärung der Ursache beitragen: Die ÖGD stellt bis dato den diagnostischen Goldstandard dar [133]. Bei 36 Prozent der Patienten war keine ÖGD angezeigt, 16 Prozent lehnten jedoch die indizierte Diagnostik ab. Bei 48,2 Prozent der Patienten wurde eine ÖGD durchgeführt: In 85 Prozent dieser Fälle lag ein pathologischer Befund vor, wovon knapp 23 Prozent mit Hp infiziert waren. Erstaunlicherweise bestand bei keinem der Ulcus duodeni-Patienten eine Hp-Infektion. Dies spricht zum einen für den wohl überlegten Einsatz der ÖGD, andererseits käme durchaus ein Selektionsbias in Betracht. Gegen Letzteres spricht die hohe Übereinstimmung mit mehreren Studien: So gaben Dimenäs et al. [52] für 1424 Patienten mit ulkustypischer Dyspepsie eine pathologische ÖGD-Rate von 79 Prozent an. Mansi et al. [136] fanden in einer Studie mit 2253 Dyspepsie-Patienten noch in 72 Prozent krankhafte Veränderungen. Hingegen konnten Wallace et al. [196] bei 3815 Patienten mit Dyspepsie nur noch in etwa 20 Prozent der Fälle pathologische ÖGD-Befunde nachweisen. Jedoch wurden nur gra-

vierende Pathologien wie Ulzera und Tumore des oberen GI-Traktes in die Statistik einbezogen. Diese traten aber wiederum in vergleichbarer Häufigkeit auf, wie in der vorliegenden Erhebung. In der Domestic/International Gastroenterology Surveillance Study (DIGEST) ließen sich wiederum nur bei 23 Prozent der 5581 Teilnehmer pathologische GI-Veränderungen mittels ÖGD nachweisen [59]. Allerdings handelte es sich bei diesen Probanden nicht um allgemeinmedizinische Patienten, sondern um eine randomisierte Stichprobe aus der Allgemeinbevölkerung, womit sich die hohe Rate an unauffälligen Befunden erklären lässt.

Eine Diätberatung wird in den aktuellen Leitlinien von 2001 nur für die Funktionelle Dyspepsie empfohlen, ohne dass für deren Wirksamkeit kontrollierte Daten zur Verfügung stünden [133]. Letztlich erhielten alle Studienteilnehmer eine Aufklärung über eine gesunde Lebensweise bei Dyspepsie, einschließlich diätetischer Beratung. Erfahrungen aus der Praxis zeigen, dass dies für den Heilungsprozess bei Dyspepsie durchaus hilfreich ist. Eine probatorische medikamentöse Therapie wurde bei knapp 90 Prozent der Probanden angesetzt. Darunter befand sich ein Großteil derjenigen Patienten, die zeitgleich eine Überweisung zur ÖGD erhielten, eine – speziell bei ausgeprägter Symptomatik – vertretbare Vorgehensweise. Bei Verdacht auf Gastritis wurden am häufigsten H₂-Blocker rezeptiert, bei Verdacht auf Ulzera und Refluxösophagitis am häufigsten PPI's. In den 40 Fällen mit gesicherter Diagnose erhielten Patienten mit negativer ÖGD am häufigsten keine weitere Therapie. Patienten mit Hp-negativer Gastritis bekamen am häufigsten einen PPI verordnet. Bei 86 Prozent der Patienten mit Hp-Gastritis erfolgte eine Eradikation mit einer Tripel-Therapie (PPI, Amoxicillin, Clarithromycin), dagegen wurden alle Patienten mit Hp-positivem Magen-Ulkus eradiziert. Probanden mit gastroduodenalen Ulzera ohne Hp-Nachweis erhielten fast immer eine PPI-Therapie, nur ein Patient mit Ulcus duodeni wurde mit H₂-Blockern therapiert. Konnte eine Refluxösophagitis nachgewiesen werden, so erfolgte die Behandlung ausnahmslos mit einem PPI. Auch der Patientin mit Ulcus ösophagei wurde ein PPI verordnet. Insgesamt erhielten 95 Prozent der Patienten mit gesicherter Diagnose eine leitliniengerechte Therapie [47, 69, 90, 133]. Obwohl die Ergebnisse der vorliegenden Studie nicht repräsentativ sind, können sie als Hinweis auf eine in der Allgemeinmedizin in großem Umfang umgesetzte leitlinien-

orientierte Versorgung bei Dyspepsie bzw. bei peptischen Erkrankungen angesehen werden. Dies sollte in einer größeren, repräsentativen Erhebung überprüft werden.

Am Ende der Datenerfassung wurden die Patienten anhand des Behandlungserfolgs im Bado PSGV in drei Subgruppen eingeteilt: „unveränderte“, „gebesserte“ und „symptomfreie“ Patienten (vgl. 2.11.1). Dabei implizierte der Umstand „unverändert“ gleichzeitig die Notwendigkeit einer Therapiekontrolle. Zwischen den Gruppen bestanden keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich Alter und Geschlecht. Ein knappes Drittel war nach der vierwöchigen Beobachtungsphase völlig beschwerdefrei, gut ein Drittel hatte sich deutlich gebessert. Das letzte Drittel berichtete über anhaltende dyspeptische Beschwerden, wovon die Hälfte noch nicht gastroskopiert wurde. In diesen Fällen sollte unbedingt eine ÖGD nachgeholt werden, um organische Ursachen definitiv abzuklären. Eine umfassende Abklärung der Beschwerden, auch seitens eines psychosomatisch versierten Fachkollegens, ist bei Patienten mit fortbestehender Dyspepsie und gleichzeitig negativem ÖGD-Ergebnis erforderlich.

4.3.3 Übereinstimmungen der Verdachtsdiagnosen mit den ÖGD-Diagnosen

Die Verdachtsdiagnosen deckten sich in 62,5 Prozent mit den endoskopisch nachgewiesenen Pathologien. Das stellt eine hohe präinterventionelle Trefferquote dar und spricht für eine sehr gute ärztliche Einordnung der klinischen Symptomatik.

4.3.4 Aktuelle Leitlinien zur Diagnostik bei Dyspepsie und Einsatz der ÖGD

Die nationalen Dyspepsie-Leitlinien von 2001 empfehlen eine ÖGD bei Patienten ab dem 45. Lebensjahr sowie bei Alarmsymptomen, einer NSAR/ASS-Begleitmedikation und bei länger als vier Wochen anhaltender bzw. rezidivierender Dyspepsie [133].

Insgesamt wurden 65 Prozent der über 45-Jährigen gastroskopiert: Bei 94 Prozent bestanden pathologische Veränderungen. 57 Prozent der Patienten mit Alarmsymptomen wurden endoskopisch untersucht: 80 Prozent der Ergebnisse waren pathologisch. Nahmen die Studienteilnehmer NSAR oder ASS ein, so erfolgte bei 53 Prozent eine ÖGD, wovon 89 Prozent krankhafte Befunde aufwiesen. Bei 56 Prozent der Patienten mit länger als vier Wochen bestehenden Beschwerden wurde eine

ÖGD durchgeführt: Die Rate pathologischer Ergebnisse lag bei 91 Prozent. Zeigten Patienten einen auffälligen Abdominalbefund, so erfolgte in 79 Prozent der Fälle eine ÖGD: Davon waren erneut 85 Prozent pathologisch. Außer bei Patienten mit NSAR/ASS-Einnahme wurde signifikant häufiger eine ÖGD durchgeführt, die wiederum signifikant häufiger pathologische Resultate lieferte. Diese Daten belegen, dass bei einer leitliniengerechten Diagnostik eine hohe Korrelation mit pathologischen Ergebnissen vorlag. Folglich stellt sich die Frage, warum nicht jeder Patient, der die eingangs genannten Kriterien erfüllte, endoskopisch untersucht wurde. Zum einen lehnten fast 16 Prozent der Patienten eine ÖGD ab. In diesen Fällen sollte ärztlicherseits verstärkt auf die Notwendigkeit einer ÖGD hingewiesen werden. Möglicherweise führte auch die Berücksichtigung der individuellen Gesamtsituation bei einigen Patienten zu einer abwartenden Haltung. Weitere Ursachen für den Verzicht auf eine ÖGD müssen an dieser Stelle ungeklärt bleiben. Leitlinien stellen keine generellen Verpflichtungen, sondern individuell anwendbare Empfehlungen dar. Eine Analyse möglicher Motive für die Nicht-Anwendung von Leitlinien zeigt einen interessanten Forschungsansatz auf und sollte in zukünftigen Studien weiter verfolgt werden.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung belegen einmal mehr, dass eine Orientierung an aktuellen Leitlinien wohl begründet und sinnvoll ist, und zwar nicht nur aus gesundheitsökonomischen Gründen, sondern vornehmlich zur Verbesserung der Versorgungsqualität und zur Sicherheit der Patienten.

4.4 Veränderung der körperlichen Beschwerden im GBB-24

4.4.1 Beschwerdekompexe und Gesamtbeschwerdedruck im Studienkollektiv

Am Ende der vierwöchigen Beobachtungsphase klagten die untersuchten Patienten über insgesamt weniger Körperbeschwerden. Am stärksten reduzierten sich Magenbeschwerden und der Gesamtbeschwerdedruck, gefolgt von Erschöpfung und Gliederschmerzen. Mit den veranlassten Behandlungsmaßnahmen konnte eine deutliche Verminderung somatischer Beschwerden in der Gesamtgruppe erzielt werden. Stellt man allerdings die Skalenwerte des Kollektivs den bevölkerungsrepräsentativen

Werten der GBB-24-Normstichprobe (n = 2182) gegenüber, so erreichten die Probanden nach den Interventionen nicht die „normalen“ Ausgangswerte [29]. Wie aus Tabelle 37 ersichtlich, war die Ausprägung der körperlichen Beschwerden im Vergleich zur Normstichprobe in den Skalen Erschöpfung, Magenbeschwerden sowie Gliederschmerzen noch deutlich erhöht und der Gesamtbeschwerdedruck betrug fast das Doppelte. Die wesentliche Ursache für das schlechte Abschneiden der Patienten ist in der noch ausstehenden Differenzierung der Gesamtgruppe nach dem Krankheitsverlauf zu suchen. Dies wird im Kapitel 4.4.4 noch dezidiert erörtert.

Tabelle 37: GBB-24-Skalenwerte des Patientenkollektivs und der Normstichprobe

Skala	Dyspepsie Patientenkollektiv		Normstichprobe Brähler et al. [29]	
	n = 83		n = 2182	
	MW (SD) t0	MW (SD) t1	MW (SD)	
Erschöpfung	9,43 (± 5,69)	7,75 (± 5,58)	3,91 (± 4,03)	
Magenbeschwerden	9,40 (± 4,59)	6,42 (± 4,49)	2,59 (± 3,18)	
Gliederschmerzen	10,11 (± 5,82)	8,77 (± 5,48)	5,35 (± 4,56)	
Herzbeschwerden	4,67 (± 4,28)	3,87 (± 4,05)	2,18 (± 3,18)	
Beschwerdedruck	33,61 (± 16,13)	26,81 (± 16,21)	14,03 (± 12,67)	

(MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; t0 = Erstbefragung; t1 = Zweitbefragung)

Nach umfassender Literaturrecherche wurde in der vorliegenden Arbeit der GBB-24 erstmalig bei Patienten mit Dyspepsie angewandt. Lediglich zwei Studien eröffnen gewisse Vergleichsmöglichkeiten mit funktionellen gastroenterologischen Störungen. In einer Studie von Haug et al. erreichten Patienten mit Funktioneller Dyspepsie (FD) (n = 100) einen fast identischen Wert im Gesamtbeschwerdedruck wie die hier untersuchten Probanden bei der Erstbefragung (34,6 vs. 33,61) [81]. Die Daten der restlichen GBB-24-Skalen wurden nicht veröffentlicht. Es kann also nur festgestellt werden, dass sich Patienten mit Funktioneller Dyspepsie nicht von Patienten mit unklarer Dyspepsie-Genese anhand der GBB-24-Summenskala unterscheiden lassen. Brähler und Möhring bezeichneten bereits 1995 den Einsatz des GBB als Differenzialdiagnostikum für ungeeignet, um organische Störungen von psychosomatischen bzw. psychoneurotischen Störungen abzugrenzen [27]. In der zweiten

Studie untersuchten Tanum et al. 57 Patienten, die an einem Reizdarmsyndrom und/oder einer Funktionellen Dyspepsie litten [190]. In dieser gemischten Studien- gruppe lagen die Skalenwerte für Erschöpfung, Gliederschmerzen und Beschwerdedruck zwar etwas niedriger verglichen mit dem untersuchten Patientenkollektiv, jedoch ist dieser geringe Punktwertunterschied klinisch nicht relevant [28].

4.4.2 Unterschiede in den soziodemographischen Subgruppen

4.4.2.1 Geschlechtsspezifische Unterschiede

Zu beiden Erhebungszeitpunkten klagten Frauen stärker über Gliederschmerzen als Männer, sie erreichten auch einen höheren Beschwerdedruck. Bei der Nachunter- suchung gaben Frauen außerdem einen höheren Erschöpfungsgrad an. Im GBB be- stehen für diese drei Skalen bedeutsame geschlechtsabhängige Differenzen: Frauen berichten über mehr Körperbeschwerden in diesen Skalen [28]. In der Normstich- probe von 1994 bestand zwar bei Herzbeschwerden ein Unterschied zwischen Frauen und Männern, der jedoch in der Patientengruppe nicht nachweisbar war [29]. Als Ursachen werden eine höhere Klagsamkeit der Frauen im Sinne einer stärkeren Leidensfähigkeit und ein anderes kognitives Bewertungsmuster mit entsprechendem Berichtsverhalten diskutiert, ebenso können Mehrfachbelastungen von Frauen (Haushalt, Kindererziehung, Beruf) zu diesen Unterschieden beitragen [25]. Sicher- lich spielt die kulturelle und familiäre Sozialisation eine nicht zu vernachlässigende Rolle bei der Wahrnehmung und Äußerung somatischer Beschwerden. Letztlich muss aber berücksichtigt werden, dass das Geschlecht einen geringeren Einfluss auf die Intensität und Häufigkeit von körperlichen Beschwerden hat, als die Partner- beziehung und das Alter der untersuchten Personen [27].

4.4.2.2 Altersklasseneffekte

In der Altersklasse der 18- bis 30-Jährigen gingen Erschöpfung, Magenbeschwerden und Beschwerdedruck sehr deutlich zurück. Gelenk- und Herzbeschwerden waren in dieser Gruppe zu beiden Zeitpunkten nur gering ausgeprägt und zeigten folglich keine bedeutenden Veränderungen. Patienten im Alter von 31 bis 45 Jahren ver-

besserten sich in allen Skalen des GBB-24, vor allem Magenbeschwerden und Beschwerdedruck verringerten sich sehr stark. Auffällig war, dass in der Gruppe der 46- bis 60-Jährigen keiner der Beschwerdekompexe eine Verbesserung aufwies. Üblicherweise steigen die Skalenwerte für Erschöpfung, Gliederschmerzen und Herzbeschwerden sowie für den Beschwerdedruck mit zunehmendem Alter aufgrund fortschreitender Funktionseinbußen und chronischer Begleiterkrankungen ständig an. Dagegen sind Magenbeschwerden nicht altersabhängig [28, 29]. Gerade deshalb bleibt unklar, warum sich in dieser Altersklasse die Magenbeschwerden im GBB-24 nicht reduzierten, zumal die Behandlungsmaßnahmen darauf ausgerichtet waren. Ob diesem Ergebnis ein Selektionsbias zu Grunde liegt, oder ob diese Patienten einen verzögerten Heilungsverlauf aufweisen, sollte anhand einer längerfristig angelegten Studie mit entsprechend größerer Patientenzahl überprüft werden.

4.4.2.3 Einfluss der Partnerschaft

Zwischen Patienten mit festem Partner und solchen ohne feste Beziehung konnten in allen GBB-24-Skalen keine Unterschiede gemessen werden. Der Umstand, ob eine feste Partnerschaft bestand oder nicht, hatte keinen Einfluss auf die geäußerten körperlichen Symptome. In beiden Normstichproben korrelierte der Familienstand ebenfalls nicht mit den geschilderten Körperbeschwerden [25].

Die Analyse der Partnerbeziehung hinsichtlich des Beeinträchtigungsgrades ergab dagegen signifikante Vorteile für Patienten, die sich durch ihren Lebensgefährten nicht bzw. nur gering belastet fühlten. Sie klagten zu beiden Erhebungszeitpunkten über deutlich weniger Gelenk- und Herzbeschwerden sowie über einen geringeren Erschöpfungsgrad und demzufolge auch über einen niedrigeren Beschwerdedruck. Erstaunlicherweise waren bei Magenbeschwerden keine Gruppenunterschiede festzustellen. Zwar besteht für diese Skala weder eine Geschlechts- noch eine Altersabhängigkeit [28, 29], dennoch sind gewisse Zweifel bezüglich einer fehlenden Paarabhängigkeit angebracht. In umfangreichen Analysen konnten Brähler et al. bei Ehepaaren einen sehr starken Zusammenhang zwischen Körperbeschwerden und der Art der Paarbeziehung nachweisen. Sie schrieben dem Partner den höchsten Einfluss auf das subjektive Empfinden und auf die Art und Weise der Berichterstattung

von somatischen Beschwerden zu [27]. Darum erscheint die fehlende Auswirkung der Beziehungsqualität auf die gastrointestinalen Symptome der untersuchten Patienten eher unwahrscheinlich und ist wohl auf den kleinen Stichprobenumfang zurückzuführen. Dennoch ergibt sich daraus erneut der Hinweis, dass eine Einbindung des familiären Umfeldes – vor allem des Lebensgefährten – in den diagnostischen und therapeutischen Prozess häufiger stattfinden sollte [27].

4.4.2.4 Einfluss der Berufsqualifikation

Bei der Eingangsuntersuchung gaben Facharbeiter und Angestellte deutlich mehr Magenbeschwerden und folglich auch einen höheren Beschwerdedruck an, als Selbstständige, leitende Angestellte und Akademiker. Auch Auszubildende klagten vermehrt über Magenbeschwerden, als Patienten in höherer beruflicher Position. Bei der Nachuntersuchung bestanden diese Differenzen nicht mehr, jedoch klagten nun Facharbeiter und Angestellte über mehr Magenbeschwerden als Auszubildende. Wenngleich in der Normstichprobe von 1994 keine Korrelation zwischen Bildungsgrad und Einkommen nachweisbar war [29], könnten die hier ermittelten Ergebnisse dennoch ein Ausdruck berufsspezifischer Belastungen sein. Da aber für den klassischen Sozialschichtindikator „Berufsstatus“ nur bei Magenbeschwerden signifikante Unterschiede zu messen waren, ist an dieser Stelle ein Selektionsbias aufgrund der kleinen Subgruppengrößen zu vermuten. In einer aktuellen, repräsentativen Untersuchung aus dem Jahr 2000, die an 2948 Personen der deutschen Bevölkerung durchgeführt wurde, fanden Laubach et al. einen fast linearen Gradienten zwischen den Sozialschichten und den geäußerten Körperbeschwerden im GBB-24: Je niedriger die Schichtzugehörigkeit war, desto höher waren die Werte bei Erschöpfung, Gliederschmerzen, Herzbeschwerden und Beschwerdedruck. Magenbeschwerden korrelierten dagegen nicht mit dem Sozialstatus [115]. Insofern können an dieser Stelle die vorliegenden Ergebnisse als nicht kohärent bezeichnet werden.

4.4.3 Einfluss der Patienteneinschätzungen

Patienten, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand negativ beurteilten, klagten sowohl bei der Eingangs- als auch bei der Abschlussuntersuchung über deutlich

mehr Körperbeschwerden. Beim Follow-Up war allerdings in der Skala Magenbeschwerden der zuvor vorhandene Unterschied nicht mehr nachweisbar, was auf die therapeutischen Interventionen zurückgeführt werden kann. Der GBB-24 eignet sich als verlässlicher Indikator für die Bewertung des allgemeinen Gesundheitszustandes, da eine inverse Korrelation zwischen Gesundheitseinschätzung und Körperbeschwerden besteht [29]. Interessanterweise hatten Patienten mit positiver Gesundheitseinschätzung häufiger keine Syndromdiagnosen im PHQ-D (vgl. 3.6.4). Dies weist – im Umkehrschluss – auf eine Assoziation zwischen psychischen Störungen und negativer Gesundheitsbewertung hin.

Bei der Eingangsuntersuchung gaben Probanden mit negativer Einschätzung ihres Behandlungserfolges – außer bei Erschöpfung – mehr Körperbeschwerden an. Dagegen klagten sie bei der Nachuntersuchung über einen höheren Erschöpfungsgrad, stärkere Gliederschmerzen und folglich über einen höheren Gesamtbeschwerdedruck. Bei Magen- und Herzbeschwerden waren jedoch keine Unterschiede mehr vorhanden. Auch hier scheint die psychische Komorbidität eine gewisse Rolle zu spielen, da Studienteilnehmer mit positiver Einstellung zu ihrem Behandlungserfolg im PHQ-D häufiger keine Syndromdiagnosen aufwiesen (vgl. 3.6.4).

Patienten, die mit ihrer Behandlung nicht zufrieden waren, klagten bei der Erstuntersuchung über stärkere Gliederschmerzen und erreichten konsekutiv einen höheren Beschwerdedruck. Am Ende der Beobachtungsphase waren diese Differenzen nicht mehr vorhanden. Offensichtlich existierte nur bei der Eingangsbefragung ein Einfluss der geschilderten Körperbeschwerden auf die Behandlungszufriedenheit, der sich im weiteren Verlauf relativierte. Inwiefern tatsächlich ein bedeutsamer Zusammenhang zwischen diesen beiden Aspekten besteht, kann anhand der vorliegenden Studienergebnisse nicht beurteilt werden und wäre in zukünftigen Studien mit größerem Stichprobenumfang zu klären.

Zu beiden Zeitpunkten konnten im GBB-24 keine Unterschiede zwischen Patienten gemessen werden, die sich von ihrem behandelnden Arzt nicht bzw. nur schlecht und solchen, die sich gut bzw. sehr gut verstanden fühlten. Die geäußerten Körperbeschwerden standen in keinem Zusammenhang mit dem Gefühl der Patienten, wie

gut sie sich vom Arzt verstanden fühlten. Eine allgemeingültige und valide Aussage zu diesem Studienergebnis kann jedoch erst nach einer Überprüfung im Rahmen repräsentativer Erhebungen getroffen werden.

4.4.4 Einfluss des Krankheitsverlaufs

Bereits zu Studienbeginn bestanden diverse Unterschiede im GBB-24 zwischen den drei Subgruppen: Probanden, die nach vier Wochen nicht mehr unter dyspeptischen Symptomen litten, gaben schon bei der Erstuntersuchung weniger Gliederschmerzen und Herzbeschwerden an, als Patienten, deren dyspeptische Beschwerden sich nicht verändert hatten. Sie klagten auch über weniger Gliederschmerzen verbunden mit einem niedrigeren Beschwerdedruck als Patienten, bei denen sich die Dyspepsie nur gebessert hatte. Zwischen unveränderten und gebesserten Patienten konnte bei der Erstbefragung kein Unterschied festgestellt werden. Beim Follow-Up waren die Gruppendifferenzen dagegen ausgeprägt: Symptomfreie Probanden schilderten in allen GBB-24-Skalen deutlich weniger Körperbeschwerden als gebesserte und unveränderte Patienten. Probanden mit anhaltender Dyspepsie klagten erwartungsgemäß auch über stärkere Magenbeschwerden im Vergleich zu Patienten mit gebesselter Dyspepsie: Sie zeigten im Studienverlauf keine klinisch relevanten Veränderungen in allen Beschwerdekplexen des GBB-24. Ihre Werte blieben auf dem Ausgangsniveau und ihr Gesamtbeschwerdedruck war ebenso hoch wie bei Patienten mit therapierefraktärer Herzinsuffizienz, die seit vier Monaten auf eine Herztransplantation warteten [217]. Dagegen erreichten symptomfreie Patienten bei der Nachuntersuchung auf allen Skalen die Normwerte [29]. Diese Subgruppe hatte von Beginn an eine etwas günstigere Ausgangssituation im GBB-24 und profitierte offensichtlich am meisten von den veranlassten Behandlungsmaßnahmen.

In der vorliegenden Studie erwies sich der GBB-24 erneut als ein geeigneter Selbstbeurteilungsfragebogen, um Verlaufsänderungen der Körperbeschwerden im untersuchten Patientenkollektiv zu erfassen. Gleichzeitig war er ein einfach handhabbares und hilfreiches Instrument bei der Bewertung des Therapieeffektes im Sinne einer Erfolgskontrolle.

4.5 Veränderungen der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im SF-36

4.5.1 Spezifische Dimensionen der gLQ im SF-36

Bei der Eingangsuntersuchung war die gesamte Patientengruppe in den körperlichen und psychischen SF-36-Dimensionen gleichermaßen deutlich eingeschränkt. Sie verbesserte sich bei der Nachkontrolle in sechs Dimensionen, außer in EMRO und KÖRO, was größtenteils den therapeutischen Maßnahmen zugeschrieben werden kann [95, 160]. Kuykendall et al. konnten in einer Untersuchung an 126 Dyspepsie-Patienten eine vergleichbar reduzierte gLQ im SF-36 nachweisen [112]. Die Patienten der vorliegenden Studie waren aber durchschnittlich vier Jahre jünger, womit ihre etwas geringere Beeinträchtigung in KÖFU und KÖRO erklärt werden kann. Dagegen war das psychische Wohlbefinden bei den Probanden der Kuykendall-Studie besser. Insgesamt bestätigen jedoch Kuykendalls Untersuchungsergebnisse die in der vorliegenden Arbeit ermittelten gLQ-Einschränkungen der Dyspepsie-Patienten.

In Tabelle 38 sind – neben den Daten der oben zitierten Studie – die SF-36-Werte von Patienten mit unbehandeltem Reizdarmsyndrom (RDS) [61] den Ergebnissen des untersuchten Patientenkollektivs bei der Erstbefragung gegenübergestellt. Im Vergleich zu den RDS-Patienten litten die untersuchten Studienteilnehmer zu diesem Zeitpunkt unter einer höheren Schmerzintensität und fühlten sich psychisch stärker beeinträchtigt. Ansonsten fanden sich keine bedeutsamen Differenzen.

Der Nachweis einer strukturellen Schädigung als Ursache für die symptombedingten Einschränkungen erscheint für die subjektiv wahrgenommenen Beeinträchtigungen in der gLQ dabei eher zweitrangig zu sein, wie die folgenden Erhebungen belegen: Talley et al. verglich FD-Patienten (n = 73) mit Patienten, bei denen eine organische Erkrankung des oberen Gastrointestinal-(GI)-Traktes (n = 444) nachweisbar war. Beide Gruppen unterschieden sich in keiner SF-36-Subskala, sie waren in identischem Ausmaß in ihrer gLQ eingeschränkt [189]. Zum gleichen Ergebnis kamen Dimenäs et al.: Sie ermittelten mit dem Psychological General Well-Being Index (PGWB) [55] die gLQ in einer repräsentativen Gruppe von 1424 Patienten mit Verdacht auf Ulkus ventriculi bzw. duodeni, die zur Gastroskopie überwiesen wurden

[52]. Unabhängig vom ÖGD-Ergebnis war die gLQ bei allen Patienten deutlich vermindert, es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne organpathologischem Befund nachgewiesen werden.

Tabelle 38: SF-36-Werte des Studienkollektivs im Vergleich zu Patienten mit Dyspepsie und Reizdarmsyndrom

Dimensionen	Dyspepsie Studienpopulation	Dyspepsie Kuykendall et al. [112]	Reizdarmsyndrom Frank et al. [61]
	n = 83 MW (SD) t0	n = 126 MW (SD)	n = 140 MW (SD)
KÖFU	77,07 (± 22,80)	69,00 (± 30,31)	78,2 (± 26,0)
KÖRO	53,61 (± 38,48)	44,05 (± 42,00)	52,3 (± 48,5)
SCHM	42,46 (± 23,05)	45,41 (± 22,00)	49,3 (± 26,0)
AGES	53,69 (± 18,59)	53,98 (± 24,34)	56,5 (± 28,4)
VITA	39,52 (± 17,73)	38,85 (± 21,88)	44,0 (± 26,0)
SOFU	61,75 (± 25,18)	62,20 (± 28,31)	63,5 (± 30,8)
EMRO	56,10 (± 40,53)	49,74 (± 42,74)	60,3 (± 47,3)
PSYC	51,73 (± 20,46)	59,87 (± 21,42)	62,5 (± 23,7)

(MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; t0 = Erstbefragung)

4.5.2 Unterschiede in den soziodemographischen Subgruppen

4.5.2.1 Geschlechtsspezifische Unterschiede

Bei der Eingangsuntersuchung waren Frauen nur in ihrer körperlichen Rollenfunktion stärker beeinträchtigt als Männer, bei der Nachkontrolle war dieser Unterschied nicht mehr vorhanden. Dies steht in deutlichem Widerspruch zu bisherigen, umfangreichen Studien mit dem SF-36, in denen Frauen in allen Dimensionen generell schlechtere Dimensionswerte erreichten [34, 58, 199]. Die Ergebnisse dieser Subgruppenanalyse müssen folglich in Frage gestellt werden: Aufgrund der kleinen Fallzahl scheint diesbezüglich ein Selektionsbias durchaus wahrscheinlich zu sein. Da Talley et al. bei Patienten mit Funktioneller Dyspepsie geschlechtsspezifische Unterschiede im SF-36 ermitteln konnte [189], wäre eine Überprüfung der vorliegenden Resultate an einer umfangreicheren Patientengruppe angezeigt.

4.5.2.2 Altersklasseneffekte

Beim Vergleich innerhalb der Altersklassen profitierte die jüngste Altersklasse (18 bis 30 Jahre) am meisten von den therapeutischen Interventionen: Sie verbesserten sich in sechs Dimensionen deutlich, außer in PSYC und EMRO. Patienten im Alter von 31 bis 45 Jahren waren bei der Nachkontrolle in fünf Dimensionen – ausgenommen von KÖRO, AGES und EMRO – geringer beeinträchtigt. Keine klinisch relevanten Veränderungen zeigten die 46- bis 60-Jährigen. Im SF-36 sind bei einzeitigen Studien grundsätzlich Altersunterschiede vorhanden, die Dimensionswerte sind invers mit dem Alter korreliert und verschlechtern sich in den körperlichen Skalen stärker als in den psychischen [34, 199]. Da bislang keine Verlaufsmessungen mit dem SF-36 durchgeführt wurden, in denen Veränderungen innerhalb verschiedener Altersklassen analysiert wurden, sind die Studienergebnisse schwierig einzuordnen. Bei jüngeren Probanden liegen in der Regel eher akute Erkrankungen vor, die auch in recht kurzer Zeit wieder abklingen. Ältere Patienten leiden dagegen häufiger unter chronischen Begleiterkrankungen und haben ein reduziertes Regenerationspotential, weshalb eine vollständige Genesung nach vier Wochen nicht erwartet werden darf.

4.5.2.3 Einfluss der Partnerschaft

Studienteilnehmer mit oder ohne festen Lebenspartner unterschieden sich zu beiden Untersuchungszeitpunkten in keiner der SF-36-Dimensionen. Die gLQ blieb nahezu unbeeinflusst von der Existenz einer festen Lebensgemeinschaft.

Die weitergehende Differenzierung nach der Qualität bzw. der Belastung durch den Lebenspartner zeigte einen deutlichen Benefit bei Patienten mit intakter Beziehung: Sie waren bereits bei der Erstbefragung weit weniger in ihrer sozialen Funktionsfähigkeit und ihrem psychisches Wohlbefinden beeinträchtigt. Bei der Nachkontrolle zeigten sie außerdem eine bessere allgemeine Gesundheitswahrnehmung und eine höhere Vitalität als Patienten mit beeinträchtigter Partnerschaft. Offensichtlich ist ein harmonisches Miteinander mit dem Lebensgefährten förderlich für die psychische Gesundheit. Dafür sprechen auch die Ergebnisse im PHQ-D: Patienten, die ihre

Paarbeziehung als stark belastend einstufen, litten häufiger an mindestens einer psychischen Störung (vgl. 3.6.3).

Achat et al. untersuchten den Zusammenhang von Stress, sozialem Umfeld und gesundheitsorientierter Lebensqualität. Dabei stellten sie eine positive Korrelation zwischen den psychischen Dimensionen und dem Rückhalt im sozialen Umfeld fest [3]. In einer Übersichtsarbeit von Glise und Wiklund wird ebenfalls darauf hingewiesen, dass die Unterstützung durch Freunde, Nachbarn und Arbeitskollegen mit positiven Effekten auf verschiedene Aspekte der gLQ verbunden ist [72]. Mangelnde Unterstützung durch das soziale Netzwerk ist dagegen eindeutig mit einer schlechteren Lebensqualität assoziiert. Dies trifft umso mehr für die Beziehung zum Lebenspartner zu, wie eine repräsentative Studie (n = 12 274) in der amerikanischen Bevölkerung belegt: Die Qualität einer Partnerschaft kann als ein die allgemeine Gesundheitswahrnehmung wesentlich beeinflussender Faktor angesehen werden [158].

4.5.2.4 Einfluss der Berufsqualifikation

Zu Studienbeginn litten Selbstständige, leitende Angestellte und Akademiker unter weniger Schmerzen als Facharbeiter und Angestellte. Auszubildende zeigten weder zu Facharbeitern und Angestellten noch zu Probanden in höherer gehobener beruflicher Position relevante Unterschiede. Diese Differenzen konnten beim Follow-Up nicht mehr reproduziert werden. Dafür waren nun Auszubildende in ihrer körperlichen Funktionsfähigkeit geringer beeinträchtigt als beruflich Höhergestellte, Facharbeiter und Angestellte. Letztere äußerten zudem stärkere Schmerzen und waren stärker in ihren sozialen Funktionen eingeschränkt als Auszubildende.

Im BGS von 1998 waren alle SF-36-Skalen mit der Schichtzugehörigkeit assoziiert [156]. Lerner et al. untersuchten 1994 erstmalig die Auswirkungen berufsbedingter Belastungen auf die gLQ. Sie konnten an 1319 Berufstätigen für fünf der SF-36-Dimensionen (KÖFU, KÖRO, VITA, SOFU und PSYC) einen Zusammenhang von arbeitsplatzbezogenen Faktoren mit der gLQ nachweisen. Jedoch war dieser Effekt, verglichen mit den negativen Auswirkungen körperlicher oder psychischer Erkrankungen, relativ gering [118]. Als Prädiktoren für schlechtere körperliche und soziale

Funktionen sowie für ein beeinträchtigt psychisches Wohlbefinden trägt sowohl ein Ungleichgewicht zwischen Arbeitseinsatz und Aufstiegschancen als auch eine fehlende soziale Unterstützung von Kollegen oder Vorgesetzten bei [179]. Beide Untersuchungen fanden allerdings nicht an Patienten statt, weshalb sie nicht auf die vorliegende Studie übertragen werden können. Zwischen den Subgruppen bestanden außerdem nicht unerhebliche Altersunterschiede, die sicherlich zu einer Verzerrung der Resultate geführt haben dürften. Weiterhin kann ein Bias bei der Auswahl der Dyspepsie-Patienten nicht ausgeschlossen werden. Deshalb sollte diese Subanalyse einer erneuten Kontrolle anhand einer repräsentativen Studie unterzogen werden.

4.5.3 Einfluss der Patienteneinschätzungen

Patienten, die ihren aktuellen Gesundheitszustand negativ bewerteten, waren in allen SF-36-Dimensionen stärker beeinträchtigt als Probanden mit positiver Einschätzung. Bei der Nachuntersuchung erzielten sie noch in AGES (was zu erwarten war) und vor allem in den psychischen Dimensionen (VITA, SOFU und PSYC) schlechtere Werte. Offensichtlich besteht zwischen der Wahrnehmung des Gesundheitszustandes und der gLQ ein direkter Zusammenhang. Das Defizit in den psychischen SF-36-Skalen deutet dabei auf eine psychische Störung hin und stimmt mit den PHQ-D-Resultaten überein: Bei Patienten mit negativer Bewertung ihres Gesundheitszustandes wurden signifikant häufiger eine bzw. mehrere psychische Diagnosen gestellt (vgl. 3.6.4).

Zu beiden Zeitpunkten zeigten Patienten mit negativer Einschätzung ihres Behandlungserfolges eine stärker reduzierte Vitalität. Die psychische Komorbidität scheint dabei erneut eine Rolle zu spielen, da Patienten mit positiver Einstellung häufiger keine psychische Diagnose im PHQ-D aufwiesen (vgl. 3.6.4). Von den Erwartungen an den Behandlungserfolg bleibt die gLQ anscheinend nicht unbeeinflusst [72].

Mit ihrer Behandlung zufriedene Patienten hatten bei der Eingangsuntersuchung eine geringfügig bessere Vitalität als Unzufriedene, was bei der Nachuntersuchung allerdings nicht mehr der Fall war. Wahrscheinlich handelt es sich dabei um ein zufälliges Ergebnis. Eine Korrelation zwischen Vitalität und Behandlungszufriedenheit konnte in der vorliegenden Studie nicht nachgewiesen werden.

Probanden, die sich vom Arzt gut bzw. sehr gut verstanden fühlten, unterschieden sich in keiner SF-36-Dimension von Patienten, die sich nicht bzw. nur schlecht verstanden fühlten – weder bei der Erst- noch bei der Zweitbefragung. Für die gLQ scheint das entgegengebrachte Arztverständnis nicht weiter von Bedeutung zu sein.

Die Bewertung der Subanalyse „Patienteneinschätzungen“ ist durch den Mangel an vergleichbaren gLQ-Studien limitiert, in denen die oben aufgeführten Patienteneinschätzungen berücksichtigt wurden. Weiterführende Erhebungen mit dem SF-36 wären wünschenswert, um verlässlichere Daten zu dieser Thematik zu erhalten.

4.5.4 Einfluss des Krankheitsverlaufs

Wie im GBB-24 (vgl. 4.4.4) existierten auch im SF-36 bei der Eingangsuntersuchung Differenzen zwischen den drei Beschwerdeverlaufgruppen: Studienteilnehmer, die bei der Nachkontrolle beschwerdefrei waren, hatten bereits zu diesem Zeitpunkt in allen körperlichen SF-36-Skalen (KÖFU, KÖRO, SCHM und AGES) höhere Ausgangswerte im Vergleich zu unveränderten Patienten. Sie schnitten in KÖFU und AGES besser ab als die Gruppe der gebesserten Probanden. Bei der Nachkontrolle waren symptomfreie Patienten in sieben Dimensionen – EMRO ausgenommen – wesentlich weniger beeinträchtigt als die anderen Subgruppen. Zwar bestanden zu keinem Zeitpunkt signifikante Unterschiede zwischen unveränderten und gebesserten Patienten, dennoch waren Patienten mit reduzierter Symptomatik bei der Zweitbefragung vitaler und klagten über weniger Schmerzen. Obwohl bei Probanden mit unveränderten dyspeptischen Symptomen beim Follow-Up keine signifikanten Verbesserungen nachweisbar waren, fanden sich geringfügige Steigerungen in KÖRO, SCHM und EMRO. Patienten mit reduzierten Beschwerden zeigten bei der Nachuntersuchung nur in AGES einen statistisch signifikant höheren Wert, eine klinisch relevante Besserung war jedoch auch in SCHM, SOFU und EMRO vorhanden. Beschwerdefreie Probanden verbesserten sich sowohl statistisch als auch klinisch in sechs Dimensionen – ausgenommen von EMRO. In KÖRO bestand zwar nur ein Trend, trotzdem war eine klinisch relevante Steigerung um 18 Punkte nachweisbar.

Die differenzierte Betrachtung der gLQ-Veränderungen in den jeweiligen SF-36-Dimensionen ermöglichte einerseits eine Bewertung des Behandlungserfolges und somit die Effektivität der veranlassten therapeutischen Interventionen. Andererseits unterstützt sie den behandelnden Arzt bei der Identifizierung derjenigen Bereiche, in denen die Patienten nach einer Therapie noch Defizite aufweisen und weiteren supportiven Maßnahmen bedürfen. Den Studienergebnissen zufolge scheint eine initial bessere physische Konstitution die Aussichten auf eine erfolgreiche Behandlung zu erhöhen. Ob der SF-36 jedoch als ein prognostisches Instrument eingesetzt werden kann, um im Vorfeld einen Therapieerfolg abzuschätzen, lässt sich anhand der vorliegenden Studienresultate nur vermuten, und sollte im Rahmen repräsentativer Verlaufsstudien weiter untersucht werden.

4.5.5 Vergleich der gLQ im Studienkollektiv mit der BGS-Population

Das untersuchte Studienkollektiv erreichte im Vergleich zur BGS-Referenzgruppe bei der Eingangsuntersuchung teilweise erheblich schlechtere Werte in allen Subskalen des SF-36. Die Beeinträchtigungen in den einzelnen Dimensionen umfassten klinisch relevante Differenzen von 13 Punkten in AGES bis hin zu 32 Punkten in EMRO.

Bei der umfassenden Literaturrecherche waren mehrere Studien zu finden, in denen im Rahmen einer einzeitigen Erhebung die gLQ im SF-36 bei Patienten mit Dyspepsie bzw. mit Oberbauchbeschwerden erhoben und einer gesunden Normstichprobe gegenübergestellt wurden:

In der bereits zitierten Studie von Kuykendall et al. schnitt die Normstichprobe in sämtlichen SF-36-Dimensionen eindeutig besser ab [112]. Halder et al. ermittelten für Patienten mit Dyspepsie (n = 112) signifikant schlechtere Werte in sechs Skalen im Vergleich zu der gesunden Kontrollgruppe (n = 110) [77]. Im Rahmen einer SF-36-Validierungsstudie verglichen Garratt et al. Patienten mit Verdacht auf gastro-duodenale Ulzerationen (n = 203) mit Personen der Allgemeinbevölkerung (n = 542). Auch hier war die gLQ der Patienten in sieben Dimensionen signifikant schlechter als in der Kontrollgruppe [67]. In der Untersuchung von Mant et al. wurde die gLQ bei 364 Hausarztpatienten, die aufgrund einer Störung des oberen GI-Trakt einen PPI

verordnet bekamen, anhand der SF-36-Summenskalen mit einer gesunden Kontrollpopulation verglichen: Die Patienten erreichten ebenfalls wesentlich schlechtere psychische und körperliche Summenwerte [137]. Insgesamt bestätigen die zuvor zitierten Studien die in der vorliegenden Fallbeobachtungsstudie ermittelten Beeinträchtigungen der gLQ bei hausärztlichen Dyspepsie-Patienten.

Die gesamte Patientengruppe wies bei der Nachkontrolle noch immer ein eindeutig schlechteres gLQ-Profil in allen SF-36-Dimensionen auf als die BGS-Vergleichspopulation. Das erscheint zunächst irritierend, immerhin hatten sich während des Beobachtungszeitraums signifikante Verbesserungen im Patientenkollektiv ergeben. Dimenäs et al. stellten in einer Verlaufsmessung an 146 Patienten mit Verdacht auf gastroduodenale Ulzerationen fest, dass die gLQ im PGWB vor der endoskopischen Diagnostik deutlich erniedrigt war, bei der Kontrolluntersuchung nach vier Wochen aber auf das Niveau von Gesunden anstieg [51]. Nun stellt sich konsequent die Frage, weshalb das untersuchte Kollektiv sich nicht den Normwerten der BGS-Gruppe angeglichen hat. Zur Klärung soll das nachfolgende Kapitel beitragen.

4.5.5.1 Vergleich mit der BGS-Population abhängig vom Krankheitsverlauf

Die Analyse anhand des Beschwerdeverlaufs ergab bereits zum Zeitpunkt der Erstbefragung Differenzen zwischen den Subgruppen und der BGS-Population: Die am Ende der Studie beschwerdefreien Patienten hatten schon bei der Eingangsunter-suchung in KÖFU und AGES identische Ausgangswerte wie die BGS-Stichprobe, dagegen waren die später unveränderten und gebesserten Patienten in allen SF-36-Dimensionen teils erheblich beeinträchtigt (vgl. 4.4.5). Die symptomfreie Gruppe erreichte bei der Nachkontrolle in sechs SF-36-Dimensionen das BGS-Niveau, außer in EMRO. Diese Dimension erweist sich aufgrund ihrer Skalenstruktur und Itemzahl als störanfällig, verliert bei kleinen Stichprobengrößen an Aussagekraft und stellt gewissermaßen einen Schwachpunkt im SF-36 dar (vgl. 2.9.1). In KÖFU schnitten die Symptomfreien bei der Abschlussuntersuchung sogar besser ab, sie waren allerdings durchschnittlich zehn Jahre jünger als die BGS-Probanden, womit ihre höhere körperliche Funktionsfähigkeit erklärt werden kann. Die anderen beiden Subgruppen

(„gebessert“ und „unverändert“) lagen bei der Nachkontrolle jedoch noch in allen SF-36-Subskalen deutlich unter dem Normalniveau der BGS-Population.

Unter einer effizienten Therapie wurden im Patientenkollektiv durchaus gLQ-Werte erreicht, die der Normalbevölkerung entsprachen. Eine alleinige Symptomreduktion führte nicht zur Normalisierung der gLQ. Betrachtete man die Studiengruppe als eine Einheit, so glichen sich die therapeutischen Effekte aus, was in einer schlechteren Gesamtbewertung resultierte (vgl. 3.5.6). Deshalb erscheint es sinnvoll, bei gLQ-Verlaufsmessungen die Patientenkollektive zusätzlich anhand des Behandlungserfolgs zu differenzieren und zu beurteilen.

4.5.6 Vergleich der gLQ des Studienkollektivs mit anderen Krankheitsbildern

Als Ergänzung werden in diesem Kapitel die zu Studienbeginn ermittelten SF-36-Dimensionswerte der untersuchten Dyspepsie-Patienten anderen internistischen, neurologischen und psychiatrischen Krankheiten gegenübergestellt. Der Mittelwertvergleich erfolgt dabei unter dem Aspekt der klinischen Relevanz, um die Dyspepsie-induzierten Einschränkungen in der gesundheitsbezogenen Lebensqualität einordnen zu können (vgl. 2.10.1).

In den körperlichen SF-36-Skalen lässt sich keine klare Position der Studiengruppe erkennen (linke Hälfte der Tabelle 39): In KÖFU erreichte sie höhere Funktionswerte als Hypertoniker (n = 625) [34], aber bedeutend schlechtere Scores als Patienten mit Migräne (n = 303) [95]. Die Studienteilnehmer waren in KÖRO gleichermaßen eingeschränkt wie Patienten mit Angina pectoris (n = 291) [34] und klagten über identische Beeinträchtigungen durch Schmerzen wie Patienten mit rheumatoider Arthritis (n = 1030) [113]. Ihre allgemeine Gesundheitswahrnehmung war wiederum vergleichbar mit Patienten, die an Hypertonie bzw. Diabetes mellitus (n = 169) [34] litten.

Ein anders Bild zeichnet sich dagegen in den psychischen Dimensionen ab (rechte Hälfte der Tabelle 39): Die Dyspepsie-Patienten rangierten auf den unteren drei Plätzen. Sie zeigten eine nahezu identisch reduzierte Vitalität wie Rheumatiker oder Patienten mit Panikstörung (n = 73) [37]. Außerdem waren sie in ihrer sozialen Funktionsfähigkeit und emotionalen Rollenfunktion vergleichbar stark eingeschränkt

wie Rheumatiker. Allerdings fühlten sich die untersuchten Dyspepsie-Patienten in ihrem psychischen Wohlbefinden geringer beeinträchtigt als Patienten mit Panikstörung, jedoch wesentlich stärker als Patienten mit Herzinsuffizienz (n = 269) [34].

Tabelle 39: Absteigende Rangfolge der SF-36-Mittelwerte

Rang	Körperliche Dimensionen				Psychische Dimensionen			
	KÖFU	KÖRO	SCHM	AGES	VITA	SOFU	EMRO	PSYC
1	Migräne 88,9 ± 15,3	Hypertonie 71,57 ± 36,51	Hypertonie 66,16 ± 27,95	Migräne 72,1 ± 18,3	Migräne 57,4 ± 19,7	Hypertonie 84,76 ± 19,28	Hypertonie 84,53 ± 30,25	Migräne 73,8 ± 15,6
2	Dyspepsie 77,07 ± 22,80	Diab.m. 58,64 ± 38,45	Panik 60,8 ± 24,5	Panik 62,6 ± 23,8	Hypertonie 55,98 ± 18,54	Diab.m. 79,75 ± 22,28	Migräne 81,5 ± 32,9	Hypertonie 69,98 ± 16,97
3	Hypertonie 72,74 ± 26,45	Migräne 56,0 ± 42,5	Diab.m. 58,20 ± 28,06	Hypertonie 56,85 ± 20,36	Diab.m. 51,49 ± 19,99	A.p. 78,09 ± 21,11	Diab.m. 78,36 ± 34,94	Diab.m. 68,99 ± 17,65
4	Panik 70,2 ± 21,9	Dyspepsie 53,61 ± 38,48	A.p. 55,78 ± 24,87	Dyspepsie 53,69 ± 18,59	A.p. 49,03 ± 18,14	Herzinsuff. 74,11 ± 23,83	A.p. 77,35 ± 34,51	RA 68,1 ± 0,68
5	A.p. 61,71 ± 24,15	A.p. 53,50 ± 37,59	Herzinsuff. 50,74 ± 25,73	Diab.m. 49,11 ± 20,34	Herzinsuff. 45,18 ± 18,50	Migräne 74,4 ± 20,8	Herzinsuff. 72,89 ± 37,68	A.p. 66,35 ± 16,60
6	Diab.m. 59,50 ± 27,41	Herzinsuff. 48,05 ± 39,42	Migräne 49,8 ± 23,3	A.p. 46,64 ± 17,95	Panik 41,3 ± 23,9	RA 63,7 ± 0,92	Dyspepsie 56,10 ± 40,53	Herzinsuff. 62,93 ± 18,24
7	Herzinsuff. 57,88 ± 26,20	Panik 38,8 ± 42,8	Dyspepsie 42,46 ± 23,05	Herzinsuff. 42,05 ± 18,15	Dyspepsie 39,52 ± 17,73	Dyspepsie 61,75 ± 25,18	RA 52,0 ± 1,32	Dyspepsie 51,73 ± 20,46
8	RA 47,3 ± 0,83	RA 27,0 ± 1,12	RA 41,0 ± 0,69	RA 42,0 ± 0,70	RA 39,4 ± 0,71	Panik 55,1 ± 26,0	Panik 38,4 ± 43,3	Panik 45,7 ± 19,7

MW = Mittelwert; SD = Standardabweichung; rote Markierung = Patientenkollektiv bei der Erstbefragung
A.p. = Angina pectoris [34]; Diab.m. = Diabetes mellitus [34]; Herzinsuff. = Herzinsuffizienz [34]; Hypertonie [34]; Migräne [95]; Panik = Panikstörung [37]; RA = Rheumatoide Arthritis [113];

Eine mögliche Erklärung für die schlechten gLQ-Werte des Studienkollektivs – vor allem in den psychischen Bereichen – könnte die Stellungnahme Herschbachs zum „Zufriedenheitsparadox“ in der Lebensqualitätsforschung liefern [86]. Per definitionem versteht man unter einem Paradox eine scheinbar zugleich wahre und falsche Aussage. Das Zufriedenheitsparadox beschreibt in diesem Sinne den zunächst widersprüchlichen Umstand, dass bei einer schweren Erkrankung eine hohe Lebenszufriedenheit empfunden werden kann. Herschbach verglich die Lebenszufriedenheit

bei verschiedenen Krankheitsbildern mit dem Fragebogen für Lebenszufriedenheit (FLZ [84]). Dabei äußerten Patienten mit psychosomatischen Störungen eine weit geringere Lebenszufriedenheit (LZ) als beispielsweise Diabetiker, Patienten mit Magengeschwüren oder chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen. Noch beeindruckender waren die Unterschiede bei malignen Erkrankungen: Morbus Hodgkin-Patienten unter Remission gaben eine höhere LZ an als eine gesunde Normstichprobe oder Herzinfarktpatienten. Verantwortlich für dieses „Zufriedenheitsparadox“ seien vornehmlich Persönlichkeitsmerkmale wie Optimismus sowie eine unterschiedliche Krankheitsverarbeitung (Coping). Außerdem würden Anpassungsmechanismen wie Sinnfindung in den aktuellen Lebensumständen, Wertvorstellungen und Vergangenheitserfahrungen eine vergleichbar wichtige Rolle spielen. Eine weitere Erklärung für die reduzierte psychische gLQ liefern die PHQ-D-Ergebnisse: Die Studiengruppe wies eine sehr hohe psychische Komorbidität auf, die für die schlechten psychischen SF-36-Werte verantwortlich war (vgl. 4.6.1, 4.6.2).

4.6 Veränderungen des psychosozialen Status im PHQ-D

Angesichts der hohen Sensitivität und Spezifität des PHQ-D [127] ist nachfolgend nicht von Syndromdiagnosen, sondern von psychischen Störungen die Rede. Unter der Syndromdiagnose „AnDepSyn“ sind die Minor Depression und die Dysthymie subsummiert, „AnAngSyn“ entspricht der Diagnose Generalisierte Angststörung (GAS). Eine Zuordnung der acht PHQ-D-Syndrome zu den entsprechenden ICD-10- und DSM-IV-Diagnosen befindet sich im Anhang (vgl. 10.6: Tabelle 40).

4.6.1 Gesamtprävalenz psychischer Störungen

Zu Beginn der Untersuchung litten 60 Prozent der Patienten unter mindestens einer psychischen Störung, nach vier Wochen waren es noch 50 Prozent. Die Anzahl an Diagnosen pro Patient reduzierte sich in dieser Zeitspanne signifikant: Initial hatten 27 Prozent eine psychische Störung, bei der Nachkontrolle waren es 22 Prozent. Von zwei und mehr Störungen waren anfangs 34 Prozent der Teilnehmer betroffen.

Dieser Anteil ging allerdings nach einem Monat auf 27 Prozent zurück. Ursächlich war das seltenere Auftreten von Major Depressionen und Somatisierungsstörungen.

Der PHQ-D kam in der vorliegenden Arbeit nach Kenntnis der Autorin erstmalig bei hausärztlichen Patienten mit Dyspepsie zum Einsatz. Während der Literatursuche fand sich nur eine vergleichbare Untersuchung zur psychischen Komorbidität bei ambulanten Patienten mit Dyspepsie. O'Malley et al. ermittelten anhand des PRIME-MD eine identisch hohe Komorbidität an psychischen Begleiterkrankungen bei Dyspepsie-Patienten (n=116) von 60 Prozent. In der allgemeinmedizinischen Kontrollgruppe (n = 303) litten indes nur 31 Prozent unter psychischen Störungen [147].

Nationale und internationale epidemiologische Studien belegen, dass annähernd ein Drittel aller Patienten der Primärversorgung unter relevanten psychischen Störungen leiden [120, 150, 191]. Methodische Unterschiede zur vorliegenden Arbeit erklären aber nicht hinreichend die doppelt so hohe Gesamtprävalenz im Patientenkollektiv. In einer multizentrischen Erhebung in 18 großstädtischen Allgemeinarztpraxen (n = 572) von Tress et al. bestanden bei 57,4 Prozent derjenigen Patienten, die sich mit Beschwerden im Gastrointestinaltrakt vorstellten, psychische Störungen, vorrangig somatoforme Störungen [191]. Obwohl sich die Resultate der vorliegenden Arbeit mit den Studien von O'Malley und Tress weitestgehend decken, sollten sie – angesichts der kleinen Stichprobengröße – einer erneuten Überprüfung anhand repräsentativer Untersuchungen unterzogen werden.

4.6.2 DSM-IV-Kategorien und Prävalenzen der spezifischen Störungen

Bei der Eingangsuntersuchung zeigten nur 13 Prozent der Studienteilnehmer keine psychischen Auffälligkeiten. Knapp 18 Prozent waren im Screening positiv, erfüllten aber nicht die vollen Kriterien für eine psychische Störung. Dafür hatten bereits fast 28 Prozent eine als subklinisch bezeichnete Störung („subthreshold diagnosis“) und annähernd 40 Prozent eine klinisch manifeste Erkrankung („threshold diagnosis“). Am Ende der Beobachtungsphase steigerte sich der screening-negative Anteil um zehn Prozent, der an positiv gescreenten Probanden reduzierte sich geringfügig um vier Prozent. Subklinische Störungen blieben nahezu konstant, wogegen manifeste Diag-

nosen einen Rückgang um zehn Prozent aufwiesen. Die signifikant niedrigere DSM-IV-Einstufung ist auf das reduzierte Vorkommen von Somatisierungsstörungen und Major Depressionen zurückzuführen. Im Vergleich zur Validierungsstudie des PHQ an 3000 Patienten der Primärversorgung, traten in der Studiengruppe subklinische und manifeste Erkrankungen fast doppelt so häufig auf [176]. Dieser Unterschied verdeutlicht erneut die beachtlich hohe Rate an psychischen Begleiterkrankungen im untersuchten Patientenkollektiv.

Bei Studienbeginn waren Somatisierungsstörungen mit 28 Prozent am häufigsten, gefolgt von Major Depressionen mit knapp 27 Prozent und Panikstörungen mit 18 Prozent. Minor Depression/Dysthymie und GAS traten gleich häufig mit jeweils fast 15 Prozent auf. Immerhin bestanden bei zehn Prozent der Verdacht auf einen schädlichen Alkoholkonsum und bei fast elf Prozent der Verdacht auf eine Essstörung. Nach vier Wochen traten nur Somatisierungsstörungen und Major Depressionen signifikant seltener auf: Somatisierungsstörungen reduzierten sich im weiteren Verlauf von 28 auf 15 Prozent, Major Depressionen von 27 auf 16 Prozent. Die restlichen spezifischen Störungen zeigten keine relevanten Häufigkeitsveränderungen.

In Anbetracht der Beobachtungsdauer wurden primär keine größeren Schwankungen der Prävalenzraten erwartet. Überraschenderweise gingen Major Depressionen und somatiforme Störungen um fast die Hälfte zurück. Das kann zum einen an den durchgeführten Behandlungsmaßnahmen gelegen haben. Weiterhin besteht die Möglichkeit, dass ein Teil der Patienten, die initial die Kriterien für eine Somatisierungsstörung erfüllten, aufgrund einer spontanen Symptomreduktion nicht mehr als solche klassifiziert werden konnten. Der Rückgang bei Major Depressionen könnte sowohl einer dem natürlichen Krankheitsverlauf folgenden Teilremission entsprechen (typisches Merkmal depressiver Störungen ist ihr episodenhafter Charakter), als auch einem bereits eingetretenen psychopharmakologischen Effekt. Die verringerten Fallzahlen beider Erkrankungen liefern zudem eine Erklärung für den Rückgang der Gesamtprävalenz und der Anzahl an Diagnosen sowie der günstigeren DSM-IV-Kategorisierung bei der Nachkontrolle.

Im Vergleich zu repräsentativen Studien an unselektierten Hausarztpatienten traten in der Studiengruppe somatoforme Störungen initial fast doppelt so häufig auf. Sie gingen aber beim Follow-Up wieder auf eine vergleichbare Prävalenzrate zurück [42]. Depressive Erkrankungen waren insgesamt drei- bis viermal, Angststörungen sogar sechsmal häufiger [42, 212, 214]. Essstörungen und Alkoholabusus wurden indessen etwa gleich oft diagnostiziert [147, 148, 176, 191]. Im Rahmen des Zusatz-surveys „Psychische Störungen“ von 1998/1999 wurden bevölkerungsrepräsentative 4-Wochen-Prävalenzraten für die Bundesrepublik Deutschland erhoben [213]. Bei über 17 Prozent der Teilnehmer (n = 4181) konnte mindestens eine der folgenden psychischen Störung festgestellt werden: 6,3 Prozent litten an affektiven, 7,5 Prozent an somatoformen und 9,0 Prozent an Angststörungen. Zieht man nur die Daten der Nachkontrolle heran, so traten doppelt so viele Somatisierungsstörungen, fast viermal mehr Angsterkrankungen und fast fünfmal mehr depressive Störungen auf. Zahlreiche Studien belegen die Korrelation zwischen Funktioneller Dyspepsie und psychischen Störungen (vor allem Angststörungen und Depressionen), psychosozialen Stressoren und bestimmten Charaktereigenschaften [17, 60, 81, 87, 164, 205, 206]. Allerdings fanden diese Studien ausnahmslos in spezialisierten Zentren statt, und sind somit nicht repräsentativ für hausärztliche Patienten. Der Anteil an Patienten mit Funktioneller Dyspepsie in der untersuchten Studiengruppe kann jedoch aufgrund der Beobachtungsdauer nicht angegeben werden. Insgesamt unterstützen die vorliegenden Resultate die Studie von O'Malley et al. [147], dass hausärztliche Patienten mit Dyspepsie eine außergewöhnlich hohe psychische Komorbidität aufweisen.

4.6.3 Schweregrad depressiver Störungen

Der Schweregrad bei Major Depression betrug konstant knapp 17 Punkte, der bei Minor Depression/Dysthymie fast elf Punkte. Teilnehmer ohne depressive Störungen erreichten dagegen im Mittel nur fünf Punkte im Depressionsscore. Spitzer et al. ermittelten vergleichbare Werte für die entsprechenden Störungsbilder [176]. Die anhaltend hohen Summenwerte der unter depressiven Störungen leidenden Patienten verdeutlichen eindrucksvoll die Notwendigkeit einer antidepressiven Therapie.

4.6.4 Komorbidität zwischen depressiven und Angststörungen

Jeder fünfte Patient hatte sowohl eine depressive als auch eine Angststörungen. Die Komorbiditätsrate von Angststörungen bei depressiven Patienten betrug zu Beginn 50 Prozent, nach vier Wochen sogar 63 Prozent. Die Rate komorbider Depressionen bei Patienten mit Angststörungen blieb nahezu konstant bei etwa 75 Prozent.

In der Prime-MD-1000-Studie von Spitzer et al. waren bei 65 Prozent der Patienten mit depressiven Störungen und bei 82 Prozent derjenigen mit Angststörungen noch mindestens eine weitere psychische Störung vorhanden [177]. Die 1996 veröffentlichten Ergebnisse der internationalen WHO-Studie „Psychological Problems in General Health Care“ (n = 25 916) zur psychischen Komorbidität zeigt die beträchtliche Überschneidung beider Krankheitsbilder: Fast die Hälfte der Fälle von Depressionen und Angststörungen traten bei den gleichen Patienten auf [167]. Dass eine Major Depression wesentlich häufiger mit einer Panikstörung vergesellschaftet ist als umgekehrt, konnte anhand der Lebenszeitprävalenzen dieser Krankheitsbilder im U.S.-amerikanischen National Comorbidity Survey (n = 8098) belegt werden [165]. Eine repräsentative Erhebung von Birchall et al. (n = 1152) aus dem Jahr 2000 ergab für ambulante Patienten mit Panikstörungen eine vergleichbar hohe Komorbiditätsrate mit depressiven Störungen von 68 Prozent wie im untersuchten Kollektiv [22]. Zu widersprüchlichen Resultaten kamen Wittchen et al. in der bundesweiten Studie „Generalisierte Angst und Depression im primärärztlichen Bereich“ in 592 Hausarztpraxen (n = 16 852): Eine Major Depression trat nur bei jedem dritten GAS-Patienten auf [211]. Minderschwere Depressionen sowie Panikstörungen blieben jedoch unberücksichtigt, was vermutlich für die diskrepanten Ergebnisse ausschlaggebend war. Die im untersuchten Patientenkollektiv ermittelten Komorbiditätsraten waren – bis auf die letztgenannte Studie – konsistent mit den Resultaten der zitierten Erhebungen.

4.6.5 Beeinträchtigungen in der psychosozialen Funktionsfähigkeit

Numerisch betrachtet hatten sich mehr Studienteilnehmer in ihrer psychosozialen Funktionsfähigkeit verbessert als verschlechtert, ohne jedoch das Signifikanzniveau zu erreichen. Erwartungsgemäß waren Patienten mit mindestens einer psychischen

Störungen stärker beeinträchtigt. Je mehr Diagnosen gleichzeitig vorlagen und je höher die DSM-IV-Kategorisierung war, umso stärker reduzierte sich die PSF. Vor allem Patienten mit Major Depression, Panikstörung und GAS präsentierten häufiger eine stark reduzierte PSF. Dagegen führten Somatisierungsstörungen nur bei der Erstuntersuchung häufiger zu einer stärkeren Beeinträchtigung.

Die subjektive Bewertung der PSF stellt einen aussagekräftigen Indikator sowohl für die Wahrscheinlichkeit einer psychischen Störung als auch für eine beeinträchtigte Lebensqualität dar. Zwischen dem Schweregrad der PSF und der Häufigkeit von psychischen Diagnosen besteht eine inverse Korrelation, gleichzeitig kann das Ausmaß der Beeinträchtigung als Signal für eine notwendige Therapie gesehen werden [176, 178]. Psychische Erkrankungen führen zu ausgeprägten psychosozialen Behinderungen, am stärksten bei Major Depression, Panikstörung und GAS. Weitere komorbide psychische Erkrankungen bewirken einen additiven Effekt. Dabei spielen assoziierte organische Störungen – angeblich ungeachtet der Schwere des somatischen Krankheitsbildes – eine nur untergeordnete Rolle [120, 150, 169, 211].

4.6.6 Psychosoziale Belastungsfaktoren und psychische Störungen

Die Anzahl der Stressfaktoren war bei der Nachkontrolle deutlich reduziert. Anfangs waren nur 19 Prozent der Probanden ohne Belastungsfaktoren, nach vier Wochen bereits fast 28 Prozent. Der Anteil an Patienten mit ein bis fünf Stressoren blieb zwar konstant, dafür ging der Anteil derjenigen mit sechs und mehr Faktoren um gut die Hälfte zurück. Bei der Zweiterhebung wurden von den spezifischen Faktoren nur beruflicher Stress signifikant seltener genannt, wobei – rein numerisch – auch seltener über gesundheitliche Sorgen, das äußere Erscheinungsbild und über Schwierigkeiten im familiären und sexuellen Bereich geklagt wurde.

Zwar gingen die Belastungen der gesamten Studiengruppe zurück, was auf einen gewissen Anteil an akuten Belastungsreaktionen schließen lässt, deren zu Grunde liegende Konflikte sich im Verlauf zumindest teilweise geklärt haben. Trotzdem traten beim Follow-Up fast alle Stressoren zwei- bis dreimal häufiger auf, als in einem hinsichtlich Alters- und Geschlechtsverteilung vergleichbaren, unselektierten Patienten-

kollektiv der Primärversorgung (n = 2466) [104]. Bennett et al. konnten bei hausärztlichen Patienten mit Funktioneller Dyspepsie (n = 117) ebenfalls eine ungewöhnlich hohe Prävalenz psychosozialer Stressoren finden, wobei sich die Unterschiede zur Allgemeinheit – abhängig vom subjektiven Belastungsgrad und der Anzahl – noch weiter vergrößerten [17]. In einer Fall-Kontroll-Studie von Locke et al. bestand eine starke Assoziation zwischen funktionellen GI-Störungen und negativen Lebensereignissen [123]. Anhand einer repräsentativen Erhebung (n = 2201) von Herschbach et al. war dieser Zusammenhang auch in der deutschen Bevölkerung nachweisbar [87]. In der vorliegenden Arbeit wurden jedoch Patienten mit primär nicht abgeklärter Dyspepsie untersucht, was einen direkten Vergleich ausschließt. Außerdem war in den gastroskopierten Fällen zu 85 Prozent ein organisches Korrelat vorhanden, welches die dyspeptischen Symptome hinreichend erklärte (vgl. 3.3.2).

Probanden ohne psychische Störungen nannten erheblich weniger psychosoziale Belastungsfaktoren. Die Anzahl an Stressoren war positiv mit der Diagnosenanzahl und der DSM-IV-Kategorie korreliert. Zu Beginn gaben Patienten mit somatoformer Störung, Major Depression, Panikstörung und Minor Depression/Dysthymie mehr Stressoren an. Bei der Nachkontrolle waren es nur noch diejenigen mit Major Depression, Panikstörung und GAS. Dies spiegelt sich auch im Vergleich der DSM-IV-Kategorien: Patienten der höchsten Gruppierung klagten häufiger über berufliche, finanzielle und kommunikative Probleme sowie über negative Gedanken an zurückliegende Ereignisse. Nach vier Wochen stiegen in dieser Kategorie die Belastungen noch weiter an: Sie äußerten nun zusätzlich Sorgen über die Gesundheit, Probleme in der Partnerschaft und im Sexualleben.

Im Studienkollektiv bestand ein nahezu linearer Zusammenhang zwischen den psychosozialen Belastungen und dem Ausprägungsgrad der psychischen Komorbidität. Die kognitive Bewertung von Stressoren erscheint dabei ausschlaggebend, ob alltägliche Belastungen als subjektive Überforderung wahrgenommen werden und zu einer inadäquaten Stressverarbeitung führen [115]. Die FD-Patienten in den zuvor zitierten Studien nahmen, unabhängig von den gastrointestinalen Beschwerden, negative Lebensereignisse/-umstände als stärker belastend wahr. Des Weiteren konnten bei diesen Probanden erhöhte Angst- und Depressionswerte gemessen werden. Dabei

stellt Angst ein führendes Symptom bei Funktioneller Dyspepsie dar [82]. Andererseits steigern einschneidende Lebensereignisse das Risiko für depressive Störungen um etwa das Zehnfache [163]. Zur Kausalitätskette in der untersuchten Studien­gruppe können jedoch nur Vermutungen angestellt werden. Wahrscheinlich trug der Stress durch negative, psychosoziale Lebensumstände wesentlich zu den psychopathologischen Auffälligkeiten bei, die sich wiederum in Form dyspeptischer Körperbeschwerden präsentierten.

4.6.7 Verordnung von Psychopharmaka

Bei der Erstbefragung nahmen zwölf Prozent der Patienten Psychopharmaka ein, nach vier Wochen waren es 18 Prozent. Initial standen fast 21 Prozent der Patienten mit depressiven Störungen und 13 Prozent mit Angststörungen unter einer Psychopharmakotherapie. Bei der Nachkontrolle hatten sich die Behandlungsraten verdoppelt. Trotzdem erhielt weniger als jeder Zweite mit depressiven Störungen und nur jeder Vierte mit Angststörungen eine medikamentöse Therapie.

Im primärärztlichen Sektor werden nur ungefähr ein Drittel der Patienten mit psychischen Störungen adäquat behandelt [149, 167, 177]. In der bereits genannten Studie von Wittchen et al. erhielt etwa jeder vierte Hausarztpatient mit Major Depression, und jeder Fünfte mit GAS ein Antidepressivum. Die Verordnungsrate stieg auf 35 Prozent, wenn beide Störungen komorbid auftraten [209]. Die Wahrscheinlichkeit einer Therapie bei Depressionen und Angststörungen steigt mit der Schwere der Symptomatik, wie die bundesdeutschen Ergebnisse des World Mental Health Survey von 2004 belegen: Moderate Fälle wurden nur zu 30 Prozent behandelt, schwere Fälle dagegen zu fast 50 Prozent [203]. Allerdings variiert die Verordnungshäufigkeit von Antidepressiva im internationalen Vergleich sehr stark – zwischen 38 Prozent in den USA und 0 Prozent in Russland. Die Wahrscheinlichkeit in absehbarer Zeit eine antidepressive Therapie zu erhalten, war dabei anscheinend weniger durch klinische Parameter, als durch Unterschiede in den Versorgungssystemen beeinflusst [172]. Ein direkter Vergleich mit den Studiendaten ist nicht möglich, da verschiedene Krankheitsbilder untersucht wurden und keine weitere Differenzierung der rezeptierten Psychopharmaka erfolgte. Auch wenn es den Anschein erweckt, dass vor allem

bei depressiven Erkrankungen häufiger Psychopharmaka zum Einsatz kamen, bestand im Studienkollektiv – analog zur Gesamtsituation im ambulanten Sektor – ein erhebliches Defizit in der medikamentösen Behandlung dieser Störungsbilder.

4.6.8 Unterschiede in den soziodemographischen Subgruppen

4.6.8.1 Geschlechtsspezifische Unterschiede

Überraschenderweise konnten in der Studiengruppe keine geschlechtsspezifischen Differenzen bezüglich der Anzahl an Diagnosen und der DSM-IV-Kategorien ermittelt werden. Noch erstaunlicher war, dass alle spezifischen Störungen annähernd gleich häufig bei beiden Geschlechtern auftraten. Im Depressionsscore und im Grad der psychosozialen Beeinträchtigung konnten ebenfalls keine Geschlechtsunterschiede nachgewiesen werden. Das gleiche galt für die Anzahl der Stressoren und alle spezifischen Belastungsfaktoren. Dies steht im Widerspruch zu umfangreichen nationalen und internationalen Studien, die übereinstimmend zu dem Ergebnis kommen, dass Frauen ein fast doppelt so hohes Risiko für psychische Erkrankungen aufweisen als Männer [68, 121, 187, 213].

4.6.8.2 Altersklasseneffekte

Die Gesamtprävalenz, die Prävalenz der spezifischen Störungen sowie die Anzahl der Diagnosen pro Patient zeigten keinen altersabhängigen Effekt. Anfangs lagen keine Differenzen in den DSM-IV-Kategorien vor. Bei der Nachkontrolle befanden sich jedoch 18- bis 30-jährige Patienten seltener in den beiden höchsten DSM-IV-Kategorien, während 31- bis 45-Jährige seltener screening-negativ und häufiger in der manifesten DSM-IV-Kategorie eingestuft waren. Alle Altersklassen fühlten sich gleichermaßen in ihrer psychosozialen Funktionsfähigkeit beeinträchtigt und wiesen eine identische Anzahl an Stressoren auf. Bei den psychosozialen Stressoren bestand ebenfalls kein altersabhängiger Unterschied, ausgenommen von 30- bis 45-Jährigen, die bei Studienbeginn häufiger über Stress am Arbeitsplatz klagten. Die genannten Differenzen in den DSM-IV-Kategorien und den Stressfaktoren dürften wohl eher zufällig entstanden sein, obwohl in der mittleren Altersklasse sicherlich

stärkere berufliche Belastungen vorhanden waren. Die korrespondierenden Altersgruppen in der Studie von Wittchen et al. [211] und im BGS-Zusatzsurvey [213] zeigten ebenfalls keine relevante Altersabhängigkeit bezüglich der Prävalenzraten der untersuchten psychischen Störungen. Die vorliegenden Ergebnisse sollten dennoch an einer repräsentativen Stichprobe kontrolliert werden.

4.6.8.3 Einfluss der Partnerschaft

Teilnehmer ohne Diagnosen, respektive negativ und positiv gescreente Probanden, lebten häufiger in einer festen Partnerschaft. Patienten mit einer oder mehreren psychischen Störungen waren dagegen häufiger alleinstehend. Diese Unterschiede bestanden allerdings nur bei der Erstbefragung. An beiden Erhebungszeitpunkten klagten Probanden ohne psychische Erkrankungen bzw. mit negativem Screeningergebnis signifikant seltener über eine belastende Beziehung zum Lebensgefährten. Beziehungskonflikte wirken sich eindeutig negativ auf die Gesundheit aus: Sie führen zu psychischem Stress und äußern sich vornehmlich anhand depressiver Symptome [13, 102]. Löwe et al. konnten in einer aktuellen Untersuchung von 2003 an 375 ambulanten Patienten Probleme in der Partnerschaft als unabhängigen Prädiktor für psychische Störungen identifizieren [125]. Ob sich bei alleinstehenden Personen das Fehlen eines Lebenspartners auf ähnliche Art und Weise ungünstig auf das Wohlbefinden und die psychische Gesundheit auswirkt, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden, zumal dieser Effekt nur temporär in Erscheinung trat.

4.6.8.4 Einfluss der Berufsqualifikation

Während des gesamten Studienverlaufs unterschieden sich die Berufskategorien nicht in der PSF und der Anzahl an psychosozialen Belastungsfaktoren. Leitende Angestellte, Selbstständige und Akademiker hatten häufiger keine psychiatrische Diagnose und häufiger ein negatives Screening-Ergebnis. Facharbeiter und Angestellte waren dagegen seltener screening-negativ und befanden sich häufiger in der manifesten DSM-IV-Kategorie, letzteres bedingt durch mehr Major Depressionen. Beide Gruppen klagten öfters über Belastungen am Arbeitsplatz als Auszubildende.

Letzere waren wiederum seltener von einer Major Depression betroffen. Bei der Nachkontrolle waren die genannten Differenzen allerdings nicht mehr reproduzierbar.

Facharbeiter und Angestellte reagierten offensichtlich auf berufliche Belastungen mit einer ausgeprägten depressiven Symptomatik. Probanden in höheren Positionen zeigten dagegen – trotz der Arbeitsbelastungen – eine stabilere psychische Gesundheit. Die Studienergebnisse könnten einerseits auf kurzfristig bestehende unvorteilhafte Arbeitsbedingungen bei Angestellten und Facharbeiter hinweisen. Andererseits besteht durchaus die Möglichkeit, dass eine negative Wahrnehmung der beruflichen Situation durch depressive Störungen gefördert wird. Im Rahmen des Epidemiologic Catchment Area Program wurden 905 berufstätige Personen hinsichtlich psychosozialer Arbeitsplatzfaktoren untersucht [138]. Dabei waren berufliche Belastungen – hohe psychische und physische Anforderungen kombiniert mit einer niedrigen Entscheidungskompetenz – mit einer höheren Prävalenz an depressiven Störungen, in erster Linie mit einer Major Depression, assoziiert. Dass ein zeitlicher Zusammenhang zwischen Arbeitsbedingungen und dem Auftreten psychischer Erkrankungen besteht, belegen zwei prospektiv angelegte Kohortenstudien [152, 180]. Hohe psychische Anforderungen, fehlende soziale Unterstützung sowie ein Missverhältnis zwischen den geleisteten Anstrengungen und den dafür erhaltenen Belohnungen erhöhten das Risiko für nachfolgende depressive Störungen.

Da in der vorliegenden Studie keine detaillierten Daten zu den spezifischen psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz erfasst wurden, wären diesbezüglich weiterführende Untersuchungen an einem repräsentativen Patientenkollektiv notwendig.

4.6.9 Einfluss der Patienteneinschätzungen

Probanden ohne Diagnosen bewerteten ihren allgemeinen Gesundheitszustand zu beiden Zeitpunkten gut bis sehr gut. Patienten der höchsten DSM-IV-Kategorie bezeichneten ihn indessen häufiger als mittelmäßig bis sehr schlecht. Dies geht mit den Ergebnissen zweier umfangreicher Erhebungen in der Primärversorgung konform: Patienten mit psychischen Störungen (n = 1555) bzw. mit hohen Depressions- und Angstlevels (n = 1822) bewerteten ihren allgemeinen Gesundheitsstatus häufiger als

schlecht [155, 215]. Kroenke et al. identifizierten in einer Untersuchung an 500 ambulanten Patienten eine negative Gesundheitsbewertung als einen unabhängigen Prädiktor für psychische Störungen [108].

Studienteilnehmer ohne Diagnosen schätzten durchgehend ihre Behandlung häufiger erfolgreich ein, und Patienten in der klinisch manifesten DSM-IV-Kategorie signifikant häufiger als nicht bzw. gar nicht erfolgreich. Vergleichbare Literaturstellen standen zum Zeitpunkt der Recherche nicht zur Verfügung. Insgesamt erscheint dieses Ergebnis durchaus plausibel, da vor allem bei depressiven Störungen eine negative Sichtweise und Grundstimmung besteht.

Bei Studienbeginn waren Probanden ohne psychische Störungen signifikant seltener mit ihrer Behandlung unzufrieden, nach vier Wochen bestand diesbezüglich nur noch ein Trend. Dagegen zeigten die DSM-IV-Gruppen keine nennenswerten Differenzen. In der zuvor zitierten Studie von Kroenke et al. konnte kein Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und der Behandlungszufriedenheit nachgewiesen werden [108]. Sofern es sich allerdings um ärztlicherseits als schwierig bezeichnete Patienten handelt, besteht durchaus eine Assoziation mit der Therapiezufriedenheit: Schwierige Patienten leiden häufiger unter multiplen psychische Störungen und sind außerdem häufiger mit ihrer Behandlung unzufrieden [76].

Wie gut sich die Patienten von ihrem behandelnden Arzt verstanden fühlten, hing zu keinem Untersuchungszeitpunkt mit dem Vorliegen einer psychischen Diagnose oder den Einstufungen in die DSM-IV-Kategorien zusammen. In einer Studie von Löwe et al. war diese Variable zunächst mit psychischen Störungen assoziiert, sie konnte jedoch nicht als unabhängiger Prädiktor für das Vorhandensein einer psychischen Erkrankung demaskiert werden [125].

Aufgrund der geringen Stichprobengröße können die vorliegenden Ergebnisse, trotz diverser Übereinstimmungen mit umfangreichen Untersuchungen, als nicht aussagekräftig angesehen werden. Zur abschließenden Beurteilung wären weiterführende Studien an repräsentativen Stichproben wünschenswert.

4.6.10 Einfluss des Krankheitsverlaufs

Im Gegensatz zu den Körperbeschwerden im GBB-24 (vgl. 4.4.4) und den gLQ-Beeinträchtigungen im SF-36 (vgl. 4.5.4), zeigten die drei Verlaufsgruppen bei der Eingangsuntersuchung keine unterschiedlichen psychopathologischen Muster, die auf den weiteren Symptomverlauf der Dyspepsie hingedeutet hätten. Jedoch hatten nach vier Wochen beschwerdefreie Probanden seltener eine psychische Diagnose, eine niedrigere Diagnosenanzahl und waren häufiger in der screening-negativen DSM-IV-Kategorie. Zudem trat bei ihnen kein einziger Fall einer Major Depression auf. Bei Patienten mit anhaltenden dyspeptischen Symptomen fiel das Screening-Ergebnis deutlich seltener negativ aus. Und obwohl sich im Studienverlauf die Gesamtprävalenz bei Major Depression halbierte, konnte bei ihnen diese Diagnose wesentlich häufiger gestellt werden. Weiterhin klagten sie öfters über gesundheitliche Sorgen und Gedanken an frühere negative Ereignisse.

Offensichtlich kann bereits nach Ablauf der vierwöchigen Beobachtungsphase bei einigen der nicht gebesserten Patienten eine funktionelle Ursache vermutet werden. Dafür spricht das gehäufte Ausbrechen einer Major Depression in Verbindung mit den geäußerten psychosozialen Belastungen (vgl. 4.6.2). Anhaltende Sorgen über die eigene Gesundheit können auf eine Hypochondrie oder auf weitere psychische Erkrankungen hinweisen, belastende Gedanken an zurückliegende negative Ereignisse auf eine posttraumatische Belastungsstörung [128]. Umgekehrt kann aber auch die depressive Symptomatik für die Aufrechterhaltung der dyspeptischen Beschwerden ausschlaggebend gewesen sein. Insgesamt bedürfen diese Studienergebnisse einer erneuten Überprüfung im Rahmen von aussagekräftigeren Untersuchungen.

4.6.11 Körperliche Beschwerden in den DSM-IV-Kategorien

In allen Symptomkomplexen des GBB-24 ergaben sich bereits bei der Eingangsuntersuchung klare Differenzen zwischen den vier DSM-IV-Gruppen: Es bestand eine annähernd lineare Korrelation zwischen dem Ausprägungsgrad der somatischen Symptome und dem Schweregrad der psychischen Störungen: Je höher die DSM-IV-

Kategorisierung, umso ausgeprägter waren die körperlichen Beschwerden. Bei der Nachkontrolle waren die Unterschiede zwischen den Kategorien noch deutlicher.

Psychisch kranke Patienten zeigen eine hohe Bereitschaft vermehrt über körperliche Symptome zu klagen, was zeitgleich Ausdruck eines verminderten psychosozialen Wohlbefindens ist. Je höher die „allgemeine Klagsamkeit“ (Gesamtbeschwerdedruck) angesiedelt ist, umso wahrscheinlicher besteht ein psychopathologisches Korrelat. Zugleich kann der GBB-24 als Marker für depressive Störungen angesehen werden [27, 29]. Dies bestätigte sich auch in der vorliegenden Untersuchung. Die Existenz einer starken Assoziation zwischen Körpersymptomen und psychiatrischen Störungen beweisen mehrere Studien [103, 108, 109]. Dabei stellt die Anzahl körperlicher Symptome einen sehr aussagekräftigen Prädiktor für eine psychische Komorbidität dar – unabhängig von organischen Ursachen und kultureller Zugehörigkeit.

Die körperlichen Beschwerden der negativ gescreenten Probanden hatten sich im Verlauf um etwa die Hälfte reduziert. Dagegen konnten in der positiven und subklinischen DSM-IV-Kategorie keine relevanten Veränderungen nachgewiesen werden. In der höchsten Stufe zeigten fast alle Beschwerdekompexe keine Besserung: Allerdings gingen Magenbeschwerden signifikant zurück, was konsekutiv zu einem verminderten Gesamtbeschwerdedruck führte.

Die Symptomreduktion der psychisch unauffälligen Patienten kann sowohl durch eine erfolgreiche Therapie, als auch durch mittlerweile eingesetzte Copingstrategien erklärt werden. Dass Patienten der höheren DSM-IV-Kategorien keine bzw. nur in vereinzelten Bereichen rückläufige Beschwerden aufwiesen, bestätigt den eindeutigen Zusammenhang zwischen körperlichen Symptome und psychischen Störungen.

4.6.12 Gesundheitsbezogene Lebensqualität in den DSM-IV-Kategorien

Bei Studienbeginn zeigten negativ und positiv gescreente Probanden eine vergleichbare gLQ-Einschränkung. Bei der Nachkontrolle hatten jedoch Screening-Positive einen schlechteren allgemeinen und psychischen Gesundheitszustand und stärkere Schmerzen, waren weniger vital und intensiver durch emotionale Schwierigkeiten beeinträchtigt als psychisch unauffällige Probanden. Verglichen mit den negativ

gescreenten Probanden schnitten Patienten der subklinischen DSM-IV-Kategorie kontinuierlich schlechter ab: Sie fühlten sich kraftloser, klagten über deutlich stärkere Schmerzen, einen wesentlich schlechteren allgemeinen und psychischen Gesundheitszustand sowie über verminderte körperliche Funktionen. Wie zu erwarten, waren Patienten der höchsten DSM-IV-Kategorie anhaltend in allen gLQ-Bereichen wesentlich stärker eingeschränkt. Insgesamt konnte eine fast lineare Assoziation zwischen den jeweiligen Kategorien und den gLQ-Einschränkungen beobachtet werden.

Die Ergebnisse stimmen mit mehreren nationalen und internationalen repräsentativen Studien überein, in denen die Beeinträchtigungen mit dem Ausprägungsgrad der psychischen Symptomatik zunimmt und sich die Funktionsverluste bei Koexistenz psychiatrischer Erkrankungen addieren [18, 42, 85, 175, 178]. Verglichen mit somatischen Erkrankungen führen psychische Störungen zu vergleichbaren körperlichen Funktionseinschränkungen, wogegen die psychischen SF-36-Dimensionen viel geringer durch organische Störungen alteriert werden [187]. Wichtig erscheint in diesem Zusammenhang, dass beide Geschlechter vergleichbare Beeinträchtigungen aufweisen, sofern sie von der gleichen psychischen Störung betroffen sind [121].

Bei den Screening-Negativen gingen die Schmerzen im Verlauf signifikant zurück. Sie verbesserten sich außerdem in den Dimensionen VITA, PSYC und AGES. Screening-Positive berichteten ebenfalls über verminderte Schmerzen, eine höhere Vitalität und einer verbesserten sozialen Funktionsfähigkeit. Dagegen blieben in der subklinischen und klinischen DSM-IV-Kategorie fast alle Bereiche unverändert: In der höchsten Kategorie konnte ein Rückgang der Schmerzen verzeichnet werden – bedingt durch die rückläufigen Magenbeschwerden (vgl. 4.6.11).

Die Verbesserungen der gLQ im Studienverlauf beschränkten sich vornehmlich auf psychisch gesunde bzw. nur gering auffällige Patienten. Die mittels des PHQ-D erfassten Psychopathologien veranschaulichen, dass Patienten mit Dyspepsie in Bezug auf ihre psychiatrische Komorbidität eine diagnostische Herausforderung im hausärztlichen Patientengut darstellen - zumal sich Patienten mit psychischen Erkrankungen dem Arzt in erster Linie mit körperlichen Beschwerden präsentieren [173, 191]. Die Ergebnisse unterstreichen außerdem die Notwendigkeit, aufmerksam

auf Risikofaktoren für psychische Begleiterkrankungen zu achten [94, 109, 125]. Der PHQ-D vereinfacht die Diagnostik der häufigsten psychischen Störungen im allgemeinmedizinischen Sektor. Er lässt sich problemlos in den Praxisalltag integrieren und bietet sich deshalb als aussagekräftiges Screening-Instrument an. Nur eine korrekt gestellte Diagnose führt letztlich zu einer störungsadäquaten Therapie, die ihrerseits wiederum die Lebensqualität der Patienten entscheidend verbessern kann.

4.7 Ärztliche Angaben im Bado PSGV

4.7.1 Biopsychosoziale Belastungen im Studienkollektiv

Am häufigsten wurden körperliche Schmerzen und Schwierigkeiten im Berufsleben genannt (75 bzw. 60 Prozent). Etwa jeder zweite Teilnehmer war durch Schlafstörungen, somatische Begleiterkrankungen oder Probleme im familiären bzw. partnerschaftlichen Bereich beeinträchtigt. Depressivität, Angst und nicht bewältigte Lebensereignisse galten bei mehr als einem Drittel der Patienten als am aktuellen Krankheitsgeschehen beteiligt. Jeder Fünfte war durch Noxen wie Nikotin, Alkohol oder Medikamente stark belastet. Im Demonstrationsprojekt zur Qualitätssicherung in der PSGV (PSGV-Projekt) lag der Bewertungsschwerpunkt vermehrt auf den psychischen Faktoren: Ängste in 62 Prozent, Depressivität in 51 Prozent und familiäre Schwierigkeiten in 44 Prozent der Fälle [65]. Dies lässt sich zum einen mit den Einschlusskriterien, zum anderen mit der Zusatzqualifikation in PSGV der am Projekt teilnehmenden Hausärzte erklären. Das PSGV-Projekt zeigt folglich ein verzerrtes Abbild der psychosomatischen Versorgungssituation beim Hausarzt. Die vorliegenden Ergebnisse legen jedoch nahe, dass im normalen Versorgungsalltag nach wie vor der Schwerpunkt auf klassische Krankheitsursachen gelegt wird, und erst in zweiter Linie psychische bzw. psychosomatische Störungen als Auslöser der Symptomatik angesehen werden. Angesichts der hohen Gesamtprävalenz psychischer Störungen im Patientenkollektiv (vgl. 4.6.1) sollte einer ganzheitlichen Sichtweise im Sinne eines biopsychosozialen Krankheitsverständnisses durch entsprechende Aus- und Fortbildungsanforderungen verstärkt Vorschub geleistet werden.

4.7.2 Somatische Fixierung und psychosomatisches Krankheitsverständnis

Fast ein Drittel der Studienteilnehmer berichtete über zurückliegende Erfahrungen mit psychotherapeutischen Interventionen, was indirekt den hohen Anteil an vorausgegangenen psychischen Belastungen bzw. Störungen im Studienkollektiv reflektiert. Nur einer Minderheit von 23 Prozent wurde eine geringe bis gar keine Fixierung auf organische Ursachen attestiert. Dagegen galten drei Viertel der Patienten als stark bis sehr stark auf eine organbedingte Genese ihrer aktuellen Beschwerden fixiert. Nur 17 Prozent der untersuchten Patienten zeigten primär ein psychosomatisches Krankheitsverständnis, verglichen mit 26 Prozent der Patienten des PSGV-Projekts [65]. Der durchschnittliche Somatisierungsgrad war bei den Dyspepsie-Patienten demzufolge etwas höher als im PSGV-Projekt (2,46 vs. 2,21 Punkte) [66].

4.7.3 Konsultationsanlass, somatische und psychische Begleitdiagnosen

Zusätzlich zu Magenschmerzen berichtete ein Drittel der Patienten über Sodbrennen, ein weiteres Drittel über begleitende Übelkeit mit oder ohne Erbrechen. Kein Patient klagte von selbst über aktuelle psychische Belastungen. Dies ist insofern nicht verwunderlich, da Patienten mit psychischen Störungen in der Regel erst auf gezieltes Nachfragen entsprechende Beschwerden und eindeutige Symptome schildern [173].

Zwei Drittel der Studienpatienten hatten eine oder mehrere organische Nebendiagnosen: Erkrankungen des Bewegungsapparates und des Stoffwechsels waren am häufigsten (28 bzw. 23 Prozent), gefolgt von GI-Störungen mit knapp 16 Prozent. Kardiovaskuläre und pulmonale sowie neurologische Begleitdiagnosen (Migräne, Spannungskopfschmerz) bestanden bei etwa jedem achten Patienten. Die Häufigkeit somatischer Begleiterkrankungen war vergleichbar mit umfangreicheren Studien [125]. Abhängig von den funktionellen Einschränkungen können organische Begleiterkrankungen für eine reduzierte Lebensqualität mitverantwortlich sein [200].

Fast jeder zweite Patient hatte zumindest eine psychische Diagnose: Am häufigsten Somatisierungsstörungen und akute Belastungsreaktionen (13 bzw. 12 Prozent). Depressive und Angststörungen wurden mit elf bzw. knapp zehn Prozent geringfügig

seltener vermerkt. Essstörungen rangierten mit knapp fünf Prozent auf dem vorletzten, Alkoholkrankheit auf dem letzten Platz (1,2 Prozent). Verglichen mit den PHQ-D-Diagnosen wurden die entsprechenden Störungsbilder etwa zwei- bis dreimal seltener notiert. Als Grund kann – neben Fehldiagnosen und nicht erkannten Störungen – auch eine zurückhaltende Position seitens der Ärzte diskutiert werden, um eine Stigmatisierung der Patienten zu vermeiden. Betrachtet man die hohen Erkennungsraten bei depressiven und Angststörungen (vgl. 3.7.7), so liegt diese Vermutung durchaus nahe. Wie eine Studie von Hach et al. zeigte, ergaben sich teils erhebliche Unstimmigkeiten bei Krankenscheindiagnosen: Nur jede fünfte psychische Diagnose stimmte exakt mit der von Psychologen gestellten Diagnose überein [75].

4.7.4 Interventionen und interdisziplinäre Kooperation

Die Verordnungsrate von Magentherapeutika war mit 96,4 Prozent sehr hoch. Bei einem Großteil der Patienten kann von einem durchaus gerechtfertigten symptombezogenen Behandlungsversuch ausgegangen werden [133]. Möglicherweise blieben die behandelnden Ärzte auch von den Erwartungen der Patienten nicht gänzlich unbeeinflusst. Die Verordnung von Psychopharmaka war demgegenüber allerdings mit 7,2 Prozent sehr gering. Im PSGV-Projekt erhielten 38 Prozent der Patienten, in der WHO-Studie von 1996 immerhin noch 17 Prozent der Berliner Patienten Psychopharmaka [65, 120]. Mögliche Gründe für die niedrige Verordnungsrate können auf beiden Seiten – Arzt und Patient – bestanden haben: Übersehen der psychischen Symptomatik, Fehleinschätzungen bzw. Ablehnung einer psychopharmakologischen Medikation oder Negierung der psychischen Problematik. Unsicherheiten in der Anwendung, eine skeptische Einstellung hinsichtlich der Effektivität und Verträglichkeit von Antidepressiva wären weitere denkbare Ursachen für die niedrige Verordnungsrate. Andererseits könnten sich die Studienärzte aber auch auf ihre kommunikativen Fähigkeiten verlassen haben. Denn erörternde und psychodiagnostische Gespräche wurden sehr häufig geführt. Eine Beratung fand bei fast 80 Prozent der Patienten statt (70 Prozent im PSGV-Projekt), ein psychodiagnostisches Gespräch immerhin noch bei 37 Prozent (52 Prozent im PSGV-Projekt). In einer Studie von Robinson und Roter intervenierten Allgemeinmediziner bei psychosozialen Problemen doppelt

so häufig mit kurzen Beratungsgesprächen als mit Psychopharmaka [162]. In der vorliegenden Erhebung erhielt nur ein Patient ein psychotherapeutisches Gespräch, indessen jeder Zweite im PSGV-Projekt [63]. Ein Ergebnis, das der realen Versorgungssituation näher kommen dürfte, liefert die Studie von Tress et al. [191]. Dort wurde von den Allgemeinmediziner in zwölf Prozent der Behandlungsfälle ein psychotherapeutisches Gespräch geführt. Unklar bleibt, warum diese Möglichkeit der verbalen Intervention im untersuchten Kollektiv so selten genutzt wurde. Zeitmangel, unzureichende Vergütung und fehlende Qualifikationen wären denkbare Gründe.

Lebenspartner bzw. Familienangehörige wurden selten in die Behandlung integriert (4,8 vs. 8,6 Prozent im PSGV-Projekt). Jedem zweiten Patienten wurde eine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ausgestellt, im PSGV-Projekt dagegen nur jedem Dritten. Etwa acht Prozent der Studienteilnehmer sollten Entspannungstechniken anwenden, den PSGV-Patienten wurde dies dreimal häufiger nahegelegt. Eine physikalische Therapie wurde ebenfalls deutlich seltener verordnet (7,2 vs. 34 Prozent). Dagegen fand eine Vermittlung an Beratungsstellen bzw. Selbsthilfegruppen gleich häufig statt (6,0 vs. 6,4 Prozent). In beiden Erhebungen erhielt etwa jeder zweite Patient eine Überweisung zum Ausschluß bzw. zur Verlaufskontrolle einer somatischen Erkrankung. Eine ambulante Psychotherapie konnte in vergleichbarem Umfang eingeleitet werden (9,6 vs. 9,1 Prozent im PSGV-Projekt) [63]. Dies entspricht dem üblichen prozentualen Anteil an Patienten, die sich auf ein solches Angebot spontan einlassen können [62]. Hospitalisierungen waren in der Studiengruppe wesentlich seltener notwendig (1,2 vs. 7,9 Prozent), jedoch vergleichbar mit der durchschnittlichen Einweisungsrate von hausärztlich tätigen Ärzten [170]. Zusätzlich zu einer somatisch orientierten Therapie erhielten 47 Prozent der Patienten eine oder mehrere psychosoziale Maßnahmen. Bei den übrigen 53 Prozent kamen ausschließlich symptomorientierte Maßnahmen zum Einsatz. Im PSGV-Projekt wurden dagegen fast doppelt so viele Patienten (76 Prozent) mit psychosozialen Maßnahmen therapiert [66], was auf die eingangs bereits genannte PSGV-Zusatzqualifikation zurückzuführen ist. Den Daten der WHO-Studie von 1996 zufolge werden indessen nur bei 26 Prozent der deutschen Hausarztpatienten derartige Therapiemaßnahmen durchgeführt [120]. Ob sich zwischenzeitlich ein Wandel im Management psychosomatischer Störungen

bzw. psychosozialer Probleme vollzogen hat, bleibt wegen fehlender aktueller Daten rein spekulativ. Die Resultate der vorliegenden Untersuchung könnten zumindest als Hinweis verstanden werden, dass in der Primärversorgung bei bestimmten Krankheitsbildern mittlerweile häufiger psychosoziale Behandlungsmaßnahmen eingesetzt werden als dies noch vor zehn Jahren der Fall war.

Obwohl in 41 Prozent der Fälle der Informationsaustausch mit Kollegen für wichtig bis sehr wichtig angesehen wurde, fand dieser letztlich nur in 3,6 Prozent statt. Als potenzielle Ursachen dieses Defizits kann – neben der geringen Honorierung des Konsultationsgespräches – in erster Linie die hohe Arbeitsbelastung in der hausärztlichen Versorgung und der daraus resultierende Zeitmangel angeführt werden [78].

4.7.5 Verständnis, Behandlungserfolg und Behandlungszufriedenheit

Die Patienten bewerteten das entgegengebrachte Verständnis und die Behandlungszufriedenheit kritischer als die Ärzte (77 vs. 86 Prozent; 64 vs. 76 Prozent). Dagegen äußerten sie sich hinsichtlich des Behandlungserfolgs positiver (54 vs. 49 Prozent). Obwohl relativ hohe Übereinstimmungsraten von 55 bis 72 Prozent ermittelt wurden, bestanden zwischen Patienten- und Arztangaben keine relevanten Korrelationen. Insgesamt überwog jedoch auf beiden Seiten eine positive Bewertung.

Wie bereits mehrere Studien belegen, können bei derart subjektiven Befragungen die Fremd- und Selbstwahrnehmungen weit auseinander gehen [63, 157, 168]. Eine wesentliche Grundvoraussetzung für eine vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung stellt das dem Patienten entgegengebrachte Verständnis dar. Dies wirkt sich wiederum auf die Behandlungszufriedenheit aus und kann den Erfolg einer Therapie positiv beeinflussen. Hierfür ist die soziale und kommunikative ärztliche Kompetenz gefragt, die in der Aus- und Weiterbildungsphase gezielt gefördert werden sollte. In einer aktuellen bevölkerungsrepräsentativen Umfrage zur Versorgungsqualität in hausärztlichen Praxen von 2001/2002 waren immerhin 80 Prozent der Befragten mit der Arzt-Patienten-Kommunikation zufrieden. Allerdings hielt jeder achte Teilnehmer die zur Verfügung stehende Gesprächszeit für zu kurz und dem persönlichen Bedarf nicht angemessen [185]. Im BGS äußerten sich 95 Prozent der Patienten zufrieden über

den letzten Arztbesuch. Differenziert nach Facharztgruppen, belegten die Allgemeinmediziner – unmittelbar nach den Gynäkologen – den zweiten Platz [19].

4.7.6 Krankheitsverlauf, Arztkontakte, Überweisungen und Arbeitsunfähigkeit

Bei vier Prozent der Patienten hatte sich die dyspeptische Symptomatik im weiteren Verlauf verschlechtert. Bei 30 Prozent traten keine relevanten Veränderungen auf. Dagegen zeigten beim Follow-Up 37 Prozent der Probanden einen deutlichen Rückgang der dyspeptischen Symptome und 29 Prozent waren völlig beschwerdefrei. Angesichts der Tatsache, dass sich normalerweise körperliche Symptome bei drei Viertel der Patienten im Laufe weniger Wochen selbst limitieren oder zumindest deutlich bessern, bleibt letztlich eine bedeutende Minderheit von etwa 25 Prozent mit chronisch-rezidivierenden Körperbeschwerden übrig [107]. In diesen Fällen sollte grundsätzlich an eine psychische Genese der Symptomatik gedacht werden.

Ein Drittel der Probanden konsultierte im letzten Quartal ein- bis zweimal ihren Hausarzt. Dagegen waren 41 Prozent drei- bis fünfmal in Behandlung. Knapp 17 Prozent hatten im gleichen Zeitraum sechs bis zehn Kontakte. Etwa acht Prozent kamen auf mehr als zehn Konsultationen. Die mittlere Konsultationsrate der Studiengruppe war im Laufe eines Quartals fast doppelt so hoch als bei durchschnittlichen Hausarztpatienten (4,9 vs. 2,66 Kontakte) [119]. Da bekanntermaßen psychosozialer Stress, psychische Störungen und eine beeinträchtigte gLQ die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen erhöhen [16, 106, 211], reflektieren die Konsultationsraten sowohl die Ergebnisse des SF-36 als auch des PHQ-D (vgl. 3.5.6 und 3.6.2).

Knapp 40 Prozent der Probanden benötigten im letzten Quartal keine Überweisung. Für insgesamt 60 Prozent wurde mindestens eine ÜB ausgestellt. Üblicherweise schwanken die Überweisungsraten – abhängig von der Dichte der niedergelassenen Fachärzte – zwischen 25 und 47 Prozent [170]. Insofern erscheint das Überweisungsverhalten der Studienärzte außergewöhnlich hoch. Ob im Patientenkollektiv tatsächlich ein erhöhter Bedarf an Facharztkonsultationen bestand, oder ob dies einer leichteren Verfügbarkeit von Fachkollegen am Studienort Berlin zugeschrieben werden muss, kann an dieser Stelle nicht beantwortet werden.

Im letzten Quartal waren 60 Prozent der berufstätigen Studienteilnehmer mindestens eine Woche arbeitsunfähig erkrankt (AU). Die mit durchschnittlich 1,3 Wochen sehr hohe AU-Dauer wurde letztlich von zehn Prozent der Patienten verursacht, die vier Wochen und länger krank geschrieben waren. Eine weitere Datenanalyse des PSGV-Projekts ergab bei Vorliegen einer psychischen Störung eine doppelt so lange Arbeitsunfähigkeit im Vergleich zu somatischen Erkrankungen [71]. Im Zusatzsurvey des BGS von 1998 wiesen Personen mit einer psychischen Störung ebenfalls erheblich längere AU-Zeiten auf [213]. Löwe et al. identifizierten in einer aktuellen Fall-Kontroll-Studie von 2004 zum einen den Schweregrad einer körperlichen Erkrankung, zum anderen aber auch einen erhöhten Depressionsscore im PHQ-D als unabhängige Prädiktoren für das Eintreten einer Arbeitsunfähigkeit [129].

4.7.7 Maßnahmen versus Krankheitsverständnis und psychosoziale Belastungen

Patienten mit psychosomatischem Krankheitsverständnis erhielten häufiger eine auf psychosoziale Aspekte ausgerichtete Therapie (71 vs. 33 Prozent). Dagegen wurde nur jeder Dritte ohne Verständnis für psychische Krankheitsursachen mit dergleichen Maßnahmen behandelt. Da eine ablehnende Haltung sowohl die Durchführung von psychosozialen Maßnahmen behindert als auch den zu erwartenden therapeutischen Effekt schmälert, sind die ungleichen Verhältnisse durchaus verständlich. Nicht nachvollziehbar ist allerdings der Umstand, dass kein Zusammenhang zwischen den psychischen Belastungen und den veranlassten Maßnahmen bestand. Schließlich war die Art der Belastung im PSGV-Projekt ausschlaggebend für eine psychosoziale bzw. psychotherapeutische Behandlung [66].

4.7.8 Unterschiede in den soziodemographischen Subgruppen

4.7.8.1 Geschlechtsspezifische Unterschiede

Obwohl Männern im Allgemeinen seltener ein psychosomatisches Krankheitsverständnis zugesprochen wird, und Frauen häufiger unter somatoformen Störungen leiden, zeigten im Studienkollektiv beide Geschlechter gleich häufig ein derartiges Krankheitsverständnis und einen ähnlichen Somatisierungsgrad [213]. Männer waren

erwartungsgemäß häufiger durch Noxen wie Nikotin und Alkohol belastet. Bevölkerungsrepräsentative Studien belegen, dass Männer häufiger rauchen sowie häufiger unter alkoholbedingten Erkrankungen leiden [98, 132]. Von den verbleibenden Belastungen waren beide Geschlechter gleichermaßen betroffen, diesbezüglich gehen die Arzteinschätzungen mit den Patientenangaben im PHQ-D konform (vgl. 3.6.3.1). Analog zum PSGV-Projekt spielte das Geschlecht weder für die Veranlassung von psychosozialen Maßnahmen noch für den Symptomverlauf eine nennenswerte Rolle [66]. Die Bewertung der Versorgungsqualität und des gegenseitigen Verständnisses hing nicht vom Geschlecht ab, ebenso die Dauer der Arbeitsunfähigkeit und das Überweisungsverhalten. Obwohl im Allgemeinen Frauen häufiger zum Arzt gehen, bestand im Studienkollektiv kein Unterschied in der Anzahl der Arztkontakte [21].

4.7.8.2 Altersklasseneffekte

Die ärztlichen Bewertungen hinsichtlich Behandlungserfolg und -zufriedenheit waren nicht altersabhängig. Die dyspeptischen Beschwerden entwickelten sich in den drei Altersklassen erstaunlicherweise nahezu identisch – eigentlich wäre bei jüngeren Patienten ein günstigerer Krankheitsverlauf zu erwarten gewesen. In allen Altersklassen war ein psychosomatisches Krankheitsverständnis gleich häufig vorhanden. Psychosoziale Maßnahmen wurden unabhängig der Altersstufe eingesetzt, obwohl 46- bis 60-Jährige eine stärkere somatische Fixierung aufwiesen. Außerdem hatten die Ärzte häufiger den Eindruck, dass sie von dieser Altersgruppe schlechter verstanden wurden. 18- bis 30-Jährige waren erwartungsgemäß seltener durch körperliche Erkrankungen belastet. Bei 31- bis 45-Jährigen stand dafür berufsbedingter Stress im Vordergrund, was zu einer doppelt so langen Arbeitsunfähigkeit in dieser Altersklasse beitrug. Die mit steigender Altersklasse verbundene stetige Zunahme an Überweisungen und Arztkontakten stimmt mit den BGS-Analysen überein, die einen altersabhängigen Anstieg der Konsultationsrate bestätigen [19].

4.7.8.3 Einfluss der Berufsqualifikation

Alle Subgruppen zeigten ein vergleichbares Ausmaß an somatischer Fixierung. Ein psychosomatisches Krankheitsverständnis war in den Berufskategorien gleich häufig

vorhanden. Folglich unterschieden sie sich auch nicht bezüglich der psychosozialen Behandlungsmaßnahmen. Analog zur Altersklassenanalyse, waren Auszubildende aufgrund des niedrigeren Durchschnittsalters seltener durch organische Krankheiten belastet. Facharbeiter und Angestellte waren häufiger durch arbeitsplatzbezogene Belastungen beeinträchtigt, und waren im Schnitt eine halbe Woche länger arbeitsunfähig erkrankt als die anderen Subgruppen. Die weiteren Belastungen sowie der Beschwerdeverlauf wurden nicht mit der beruflichen Stellung in Zusammenhang gebracht, ebenso die Einschätzungen des Behandlungserfolgs und der Behandlungszufriedenheit. Dagegen wurde das Arzt-Patienten-Verständnis bei Facharbeitern und Angestellten öfters als gut bis sehr gut eingestuft. Bei leitenden Angestellten, Selbstständigen und Akademikern bewerteten die Ärzte das gegenseitige Verständnis jedoch deutlich häufiger als schlecht. Möglicherweise hatte diese Patientengruppe einen höheren Informations- und Betreuungsbedarf und stellte folglich auch andere Ansprüche an die soziale und kommunikative Kompetenz der Ärzte – damit ließe sich auch die höhere Anzahl an Überweisungen und Konsultationen erklären.

4.7.9 Einfluss des Krankheitsverlaufs

Beschwerdefreie Probanden hatten häufiger ein psychosomatisches Krankheitsverständnis, außerdem waren sie seltener durch körperliche Erkrankungen belastet. Beides kann zu dem günstigen Krankheitsverlauf beigetragen haben. Patienten mit anhaltender bzw. gebesserter Dyspepsie konsultierten erwartungsgemäß häufiger ihren Arzt und waren entsprechend länger arbeitsunfähig. Die Einschätzungen hinsichtlich Verständnis, Behandlungserfolg und -zufriedenheit blieben allerdings vom Krankheitsverlauf unbeeinflusst. Die Hausärzte des PSGV-Projekts gaben zumindest bei schwierigen Behandlungsverläufen schlechtere Einschätzung ab [63].

4.7.10 Erkennungsraten bei depressiven Störungen und Angsterkrankungen

Die überwiegende Mehrheit mit depressiven bzw. Angststörungen im PHQ-D wurde ärztlicherseits korrekt identifiziert (68 bzw. 70 Prozent). Die Ärzte erkannten auch in 80 bzw. 73 Prozent der Fälle die Abwesenheit einer depressiven bzw. einer Angsterkrankung. Etwa jeder dritte Patient mit einer korrespondierenden Diagnose galt als

psychisch unauffällig. Umgekehrt wurde jeder Fünfte als depressiv bzw. jeder Vierte als krankhaft ängstlich angesehen, obwohl im PHQ-D kein psychopathologisches Korrelat vorlag. Trotz dem ermittelten Anteil an Fehleinschätzungen, stimmten die Arztbewertungen insgesamt hoch signifikant mit den Diagnosen im PHQ-D überein.

Im PSGV-Projekt wurde ein Viertel der Patienten falsch-negativ, und mehr als die Hälfte falsch-positiv eingeschätzt. Die Erkennungsraten für Depressivität und Angststörungen waren mit jeweils 73 Prozent nur geringfügig höher, obwohl alle teilnehmenden Ärzte in der PSGV qualifiziert waren [64]. Verglichen mit aktuellen Studien aus den Jahren 1999 bis 2002, in denen Depressionen zu 59 bis 76 Prozent richtig diagnostiziert wurden, liegen die Studienergebnisse im oberen Drittel [155, 211, 214]. Bei der Bewertung von Angststörungen schnitten die Studienärzte noch besser ab: In den bereits zitierten Studien wurden Angsterkrankungen nur in 34 bis 68 Prozent der Fälle erkannt. Das Bewußtsein, an einer wissenschaftlichen Untersuchung teilzunehmen, kann Wahrnehmungs- und Verhaltensänderungen hervorrufen (Hawthorne-Effekt). Ob sich die Studienärzte dadurch im positiven Sinne beeinflussen ließen, kann folglich nicht ausgeschlossen werden.

Angesichts der relativ hohen ärztlichen Erkennungsraten stellt sich konsektiv die Frage, warum dies nicht zu einer höheren Behandlungsrate der betroffenen Patienten geführt hat. Zumindest bei einem Teil dieser Patienten kann die Angst vor Stigmatisierung oder vor pharmakologischen Nebenwirkungen sowie Verleugnung der vorhandenen Psychopathologie eine Therapie verhindert haben. Ärztlicherseits können Unsicherheiten bei der Behandlung psychischer Erkrankungen und im Umgang mit Psychopharmaka sowie Zeitmangel, mit den Patienten die vorgesehenen Maßnahmen in Ruhe zu erörtern, weitere Hinderungsgründe darstellen [53]. Bereits 1994 folgerte Higgins aufgrund einer Meta-Analyse, dass ein Kommunikationstraining der Ärzte eher zu einer Steigerung der Versorgungsqualität von psychisch kranken Patienten führte, als eine alleinige Erhöhung der Erkennensraten [88]. Ein Literaturreview von Kroenke et al. von 2000 unterstützt die Aussage von Higgins. Darin verweisen die Autoren zwar auf potentiell positive Effekte von Screeningmaßnahmen auf das Erkennen und Behandeln psychischer Erkrankungen, jedoch war eine Teilnahme der Ärzte an gezielten Trainingsmaßnahmen für das Outcome der

Patienten effektiver [110]. Croudace et al. konnten 2003 anhand einer randomisierten und kontrollierten Studie in 30 britischen Allgemeinpraxen mit insgesamt 250 Hausärzten belegen, dass eine umfassende Einweisung der Ärzte in die leitliniengerechte Diagnostik und Therapie bei psychischen Störungen weder zu einer signifikanten Steigerung der Erkennensrate, noch zu einer klinisch relevanten Verbesserung des psychischen Gesundheitszustandes der Patienten beitragen konnte. Offensichtlich bedarf es doch mehr als nur einer Implementierung von Leitlinien, um das ärztliche Verhalten und den Umgang mit psychisch kranken Patienten zu beeinflussen [41]. Dass breit angelegte Interventionen, die sich nicht nur auf die ärztliche Ebene beschränken, die Versorgung von depressiven Patienten deutlich verbessern können, zeigen die Ergebnisse der Studie „Nürnberger Bündnisse gegen Depression“ aus dem Jahr 2003. Im Rahmen dieses vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) geförderten Projekts wurde ein vierstufiges Intensivprogramm umgesetzt, das neben der Fortbildung der beteiligten Hausärzte auch die Aufklärung der Bevölkerung über die Symptome und die potentiell lebensbedrohlichen Risiken bei depressiven Störungen umfasste, sowie die Förderung von Selbsthilfegruppen und Bereitstellung eines fachärztlichen Kriseninterventionsdienstes rund um die Uhr. Durch diese umfangreichen Maßnahmen konnten Suizidversuche im Vergleich zum Vorjahr und zur Kontrollregion Würzburg um fast 20 Prozent verringert werden. Aus diesen bemerkenswerten Ergebnissen schlussfolgerten die Autoren, dass „...der Rückgang suizidaler Handlungen Ausdruck einer besseren Versorgung der depressiven Patienten in Nürnberg ist. Diese Versorgungsoptimierung muss beträchtlich gewesen sein, damit sie sich auf der Ebene suizidaler Handlungen, sozusagen der Spitze des Eisberges abbildet.“ [83].

Eine gute Weiterbildung von Allgemeinärzten und die Vernetzung mit Fachärzten und spezialisierten Kliniken unter Einbindung der Öffentlichkeit und der Medien – einschließlich der gemeinsamen Entwicklung von Versorgungsleitlinien – stellt angesichts der zuvor genannten Studien einen vielversprechenden und effektiven Ansatz dar, um die insuffiziente Versorgungssituation von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen langfristig und nachhaltig zu verbessern.