

DISSERTATION

**Akzeptanz einer Gesprächsintervention in der hausärztlichen Praxis
bei Patient*innen mit posttraumatischer Belastungsstörung –
eine qualitative Interviewstudie**

**Acceptance of a brief narrative intervention in primary care
for patients with post-traumatic stress disorder –
a qualitative study**

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

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Tomke Marie Schubert

Erstbetreuung: Prof. Dr. Christoph Heintze

Datum der Promotion: 28.02.2025

Inhalt

Tabellenverzeichnis	IV
Abbildungsverzeichnis	IV
Abkürzungsverzeichnis	V
Zusammenfassung	VI
Abstract	VII
1 Einleitung	1
1.1 Posttraumatische Belastungsstörung	1
1.2 PTBS in der Primärversorgung	2
1.3 Leitlinienempfehlungen bei PTBS	3
1.4 PTBS nach intensivmedizinischer Versorgung	4
1.5 Psychotherapeutische Interventionen in der hausärztlichen Praxis	5
1.6 Narrative Expositionstherapie	5
1.7 PICTURE-Studie	6
1.8 Fragestellung	8
2 Methoden	8
2.1 Qualitative Herangehensweise	8
2.2 Implementierungsforschung und Akzeptanz	10
2.3 Semi-strukturierte Interviews und Interviewleitfaden	12
2.4 Rekrutierung und Festlegung des Materials	15
2.5 Entstehungssituation	18
2.6 Transkription	19
2.7 Qualitative Inhaltsanalyse	19
3 Ergebnisse	21
3.1 Datengrundlage	21
3.2 Bisheriger Umgang mit PTBS und Voraussetzungen in der hausärztlichen Versorgung	23
3.2.1 Rollenverständnis	23
3.2.2 Bedeutung der PTBS im Alltag	24
3.2.3 Veränderte Wahrnehmung der PTBS durch die Studienteilnahme	26
3.2.4 Bisherige Diagnostik	27
3.2.5 Bisherige Therapiestrategie	28
3.3 Retrospektive Akzeptanz	29
3.3.1 Emotionale Haltung	30
3.3.2 Ethische Bewertung	30
3.3.3 Selbstwirksamkeit	32
3.3.4 Effektivität	36

3.3.5	Interventionskohärenz	39
3.3.6	Opportunitätskosten	46
3.3.7	Belastung.....	47
3.4	Prospektive Akzeptanz.....	48
3.4.1	Selbstwirksamkeit	49
3.4.2	Effektivität	54
3.4.3	Interventionskohärenz	56
3.4.4	Opportunitätskosten	63
3.4.5	Belastung.....	65
4	Diskussion.....	65
4.1	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	65
4.2	Vergleich mit bisherigem Forschungsstand und Schlussfolgerungen.....	68
4.2.1	PTBS-Prävalenz in der Primärversorgung.....	68
4.2.2	Diagnostische Strategien in der Primärversorgung.....	68
4.2.3	Ursachen von PTBS in der hausärztlichen Versorgung in Deutschland	71
4.2.4	Psychotherapeutische Kurzinterventionen in der hausärztlichen Versorgung.....	71
4.2.5	Vergleich verschiedener Verfahren der PTBS-Behandlung in der Primärversorgung.....	72
4.3	Stärken und Schwächen.....	74
4.3.1	Stärken	74
4.3.2	Schwächen.....	76
4.4	Ausblick für die Praxis	77
	Literaturverzeichnis	79
	Eidesstattliche Versicherung	87
	Lebenslauf	88
	Publikationsliste	89
	Danksagung	90

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: ICD-11 Kriterien der PTBS (gekürzt) (1,2)	1
Tabelle 2: Interviewleitfaden gekürzt	14
Tabelle 3: Beschreibung der Stichprobe, soziodemografische Daten der Interviewten	21
Tabelle 4: Übersicht Kategoriensystem	22
Tabelle 5: Ausschnitt Kategoriensystem der Überkategorie PTBS in der Praxis	23
Tabelle 6: Ausschnitt Kategoriensystem der Überkategorie Retrospektive Akzeptanz	29
Tabelle 7: Vorteile und Schwierigkeiten bei der Durchführung der NET	43
Tabelle 8: Ausschnitt Kategoriensystem der prospektiven Akzeptanz	48
Tabelle 9: Akzeptanzfördernde und -hemmende Faktoren.....	68

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Vereinfachtes Studiendesign der PICTURE-Studie (eigene Darstellung) (37)	7
Abbildung 2: Framework zur Akzeptanz medizinischer Interventionen (67)	12
Abbildung 3: Anzahl von Patient*innen mit NET pro Quartal (n = 9), (eigene Darstellung)	60

Abkürzungsverzeichnis

CReDECI	C riteria for R eporting the D evelopment and E valuation of C omplex Interventions in healthcare
DeGPT	D eutschsprachige G esellschaft für P sychotraumatologie
DFG	D eutsche F orschungsgemeinschaft
DSM-5	D iagnostic and S tatistical M anual of Mental Disorders– 5 . Auflage
EMDR	E ye M ovement D esensitization and R eprocessing
e-NET	E lektronische N arrative E xpositionstherapie
EQUATOR	E nhancing the Q uality and T ransparency O f health R esearch
HA	H ausarzt
HÄ	H ausärzt*in(nen)
ICD-11	I nternational S tatistical C lassification of D iseases and R elated H ealth P roblems – 11 . Version
iTAU	I mproved T reatment a s U sual
ITS	I ntensivstation
KPTBS	K omplexe p osttraumatische B elastungsstörung
KVT	K ognitive V erhaltenstherapie
MRC	M edical R esearch C ouncil
MFA	M edizinische F achangestellte
NET	N arrative E xpositionstherapie
PC-PTSD	P rimary C are P osttraumatic S tress D isorder screening questionnaire
PCL	P osttraumatic S tress D isorder C hecklist
PE-PC	P rolonged E xposure for P rimary C are
PICS	P ost- I ntensive- C are- S yndrome
PICTURE	P TSD after I CU S urvival
PTB	P osttraumatische B elastung
PTBS	P osttraumatische B elastungsstörung
PTSD	P osttraumatic S tress D isorder
RCT	R andomized C ontrolled T rial (randomisierte kontrollierte Studie)
TF-KVT	T raumafokussierte K ognitive V erhaltenstherapie
WHO	W orld H ealth O rganization

Zusammenfassung

In der hausärztlichen Versorgung zeigen zwischen 2 % und 32 % der Patient*innen posttraumatische Belastungssymptome, der Versorgungsbedarf ist bisher unzureichend abgedeckt. In der multizentrischen, randomisiert-kontrollierten PICTURE-Studie erhalten Patient*innen mit posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) nach intensivmedizinischer Behandlung eine hausärztliche Gesprächsintervention basierend auf der Narrativen Expositionstherapie (NET). Im Sinne der begleitenden Implementationsforschung wurden Hausärzt*innen befragt, inwieweit diese Intervention zukünftig in den hausärztlichen Praxisalltag auf andere Patient*innengruppen übertragen und in die Regelversorgung integriert werden könnte.

Die qualitative Studie fand durch semistrukturierte Interviews mit Hausärzt*innen statt, die im Rahmen der Studie die Gesprächsintervention anwendeten. Der Interviewleitfaden wurde theoriegeleitet auf Basis eines Frameworks der Akzeptanzforschung nach Sekhon et al. entwickelt, die Interviews audiodigital aufgenommen, im Wortlaut transkribiert und mit qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Es wurden 15 Telefoninterviews über durchschnittlich 51 Minuten (minimal 34, maximal 74 Minuten) geführt. Ergebnisse zeigten eine unterschiedlich ausgeprägte Wahrnehmung der Häufigkeit und der Relevanz einer PTBS in der hausärztlichen Praxis. Dementsprechend ergaben sich unterschiedliche Einschätzungen des notwendigen Betreuungs- und Behandlungsbedarfs. Vor allem bei Hausärzt*innen, die einen hohen Bedarf wahrnahmen, war die Bereitschaft zur Umsetzung der NET hoch, trotz des organisatorischen und zeitlichen Aufwands. Von diesen wurde die erlernte Gesprächsintervention als gut nutzbares Instrument eingeschätzt. Herausforderungen in der Umsetzung entstanden aus Sicht der Hausärzt*innen durch wenig eigene Erfahrung mit psychotherapeutischen Vorgehensweisen, wie bei stark emotionalen Reaktionen von Patient*innen während der therapeutischen Exposition. Auch die Terminplanung für längere Gespräche wurde im Praxisalltag als problematisch betrachtet. Unterstützung sollte in Form validierter diagnostischer Mittel durch Fragebögen, Schulungen und eines psychotherapeutischen Netzwerkes für kritische Therapiesituationen angeboten werden. Darüber hinaus sollte die NET nur von Hausärzt*innen mit spezifischem Interesse in diesem Gebiet durchgeführt werden.

Die untersuchte Intervention ist aus Sicht der befragten Hausärzt*innen umsetzbar, im Sinne der hausärztlichen Anwendbarkeit könnte diese weiterentwickelt werden. Den benannten Herausforderungen könnten durch verbesserte und intensivere Schulungsangebote und eine adäquate Finanzierung der zeitaufwändigen Intervention begegnet werden.

Abstract

A significant number of patients in primary care showing post-traumatic stress symptoms are not currently receiving adequate care. In the multicentred, randomised-controlled PICTURE trial, patients with post-traumatic stress disorder (PTSD) following intensive care treatment received a short-term intervention based on narrative exposure therapy (NET) by their general practitioner (GP). To explore its future implementation in general practice, we investigated the acceptance of the intervention by GPs.

We conducted semi-structured telephone interviews with a sample of the GPs who had performed a NET-based intervention (NET-GP) as part of the PICTURE trial. The interview guide was developed based on the Theoretical Framework of Acceptance from Sekhon et al. The interviews were recorded, transcribed and analysed using qualitative content analysis according to Mayring.

We analysed 15 telephone interviews averaging 51 minutes (34 to 74 minutes) in length. The interviews revealed a range of perceptions among GPs of the prevalence and gravity of PTSD. Those who felt they had a part to play in treating of these patients were ready to implement the intervention, despite the high organisational and time effort required. Challenges in implementation arose from GPs' lack of experience with psychotherapeutic interventions, including dealing with strong emotional reactions from patients, and from the difficulty of scheduling longer consultations into routine practice. Suggested support included validated screening tools in form of questionnaires, training opportunities and a psychotherapeutic supervision for challenging situations during therapy. Furthermore, NET-GP should only be offered by GPs who opt in to giving it.

From the perspective of the GPs interviewed the investigated intervention is feasible and could be adapted for use in general practice. The challenges raised by interviewees could be met by intensified training and supervision for GPs and suitable remuneration for delivering the treatment.

1 Einleitung

1.1 Posttraumatische Belastungsstörung

Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) gehört zu den Traumafolgeerkrankungen aufgrund eines als verstörend wahrgenommenen Ereignisses (1). Sie ist nach ICD-11 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 11. Version) gekennzeichnet durch das Auftreten verschiedener Symptome über mehrere Wochen (siehe). Nach dem Klassifikationssystem DSM 5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5. Auflage) gelten ähnliche diagnostische Kriterien (2).

Tabelle 1: ICD-11 Kriterien der PTBS (gekürzt) (1,2)

Kriterien der PTBS nach ICD-11
Aussetzung gegenüber einem extrem bedrohlichen oder entsetzlichen Ereignis oder einer Reihe von Ereignissen
1) Wiedererleben in der Gegenwart in Form von lebhaften aufdringlichen Erinnerungen, Rückblenden oder Alpträumen
2) Vermeidung von Gedanken und Erinnerungen oder von Aktivitäten, Situationen oder Personen, die an das Ereignis bzw. die Ereignisse erinnern
3) Anhaltende Wahrnehmung einer erhöhten aktuellen Bedrohung (z. B. Hypervigilanz oder eine verstärkte Schreckreaktion auf Reize wie unerwartete Geräusche)
Anhalten über mehrere Wochen
Erhebliche Beeinträchtigungen in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen

Studiendaten zeigen, dass ein kleiner Teil der Personen, die traumatisierenden Ereignissen ausgesetzt sind, tatsächlich eine PTBS entwickelt (3–6). Die Prävalenz sowohl von traumatisierenden Ereignissen wie auch der PTBS in verschiedenen Ländern sind unterschiedlich, weltweit liegt die Lebenszeitprävalenz eines traumatisierenden Ereignisses in einem Sample mit 25 Ländern der World Health Organization (WHO) bei 70,4 % und das Risiko eine PTBS zu entwickeln bei 4 % (4). Nach einer Erhebung der WHO World Mental Health (WMH) Survey Initiative erleben 67,1 % von N = 23.936 Befragten aus 13 Ländern traumatisierende Ereignisse und 3,2 % erfüllen die Kriterien für eine PTBS nach Diagnostikkriterien der ICD-11 (7). Unterschiedliche Prävalenzen in verschiedenen Regionen können darauf zurückgeführt werden, dass historische Umstände etwa durch Kriege oder andere kollektive Erfahrungen die Prävalenz sowohl von traumatisierenden Ereignissen wie auch von PTBS beeinflussen können (3,6,8). Traumatisierende Ereignisse in Deutschland treten in verschiedenen Studien mit einer Prävalenz von 21 % (5), 24 % (9), 27,2 % (6) und 41 % (10) auf. In einer repräsentativen Studie in Deutschland wird eine gemeinsame 1-Monats-Prävalenz der PTBS und komplexer PTBS (KPTBS) von 2 % ermittelt (5). Erfasste traumatisierende Ereignisse sind dort schwere Unfälle, physische Gewalt, lebensbedrohliche Erkrankungen, Krieg, Naturkatastrophen, Vergewaltigung, sexueller

Missbrauch in der Kindheit, Entführung, Zeug*in werden eines traumatisierenden Ereignisses und andere. Eine andere Studie findet in der Region um Augsburg in Süddeutschland eine Trauma-Exposition bei 41 % der Befragten, eine vollausgeprägte PTBS bei 1,7 % und eine partielle PTBS bei 8,8 % (10). Auslösende Ereignisse sind hier Unfälle, nicht-sexuelle und sexuelle Übergriffe, Kampferfahrungen, lebensbedrohliche Krankheiten, zwischenmenschliche Konflikte und Tod von Verwandten (10). Eine Untersuchung der PTBS-Prävalenz in Ost- und Westdeutschland zeigt nach Auswertung repräsentativer Daten mit insgesamt N = 6.676 Teilnehmenden eine 1-Monats-Prävalenz von 3,4 % regionsunabhängig, jedoch mit verschiedenen sozio-politischen Ursachen (6).

Patient*innen mit PTBS oder PTB-Symptomen zeigen in einer Metaanalyse signifikant ausgeprägtere Einschränkungen des allgemeinen Gesundheitszustands und einen Zusammenhang mit häufigeren und schwereren Symptomen wie Schmerz, kardiorespiratorischen und gastrointestinalen Beschwerden (11). Schwerere PTBS weisen einen Zusammenhang zu einem schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand auf (11). Verschiedene Studien können einen Zusammenhang zwischen Schwere der PTB-Symptomatik und höheren Gesundheitskosten etwa durch mehr und längere Hospitalisierungen und größere Nutzung von Gesundheitseinrichtungen sowohl psychischer wie auch physischer Gesundheit zeigen (12,13). Relevante Traumafolgekosten können darüber hinaus auch in anderen Bereichen etwa durch Verdienstauffälle und Minderung der individuellen volkswirtschaftlichen Produktivität entstehen (14) (S. 70–71).

1.2 PTBS in der Primärversorgung

Studien weisen auf einen hohen Anteil von Patient*innen mit PTBS in der hausärztlichen Versorgung hin (8,15–17). In Deutschland gibt es hierzu keine repräsentativen Studiendaten, eine Studie untersucht die Prävalenz in hausärztlichen Praxen und die ärztliche Diagnosesicherheit in einer Erhebung mit 400 Patient*innen und fünf Hausarzt*innen (HÄ) in Mecklenburg-Vorpommern (17). Dort sind 13 % der befragten Patient*innen in der hausärztlichen Versorgung von posttraumatischen Belastungssymptomen betroffen und 7 % kommen für das Vorliegen des Vollbilds der PTBS in Frage, jedoch wird bei nur 40 % durch HÄ eine PTBS identifiziert (17). Internationale Daten aus den USA (8), Großbritannien (15) und Israel (16) sind nur begrenzt übertragbar, da diese Länder über eine andere Struktur der Primärversorgung verfügen. Sie weisen jedoch ebenfalls auf eine erhöhte Anzahl von Patient*innen mit PTBS in der Primärversorgung hin. In einem systematischen Review liegt die Punktprävalenz bei 41 eingeschlossenen Studien bei 11,1 % mit PTBS in der Zivilbevölkerung der Primärversorgung, wobei sowohl Studien mit fragebogenbasierter Diagnostik wie auch strukturiertem klinischen Interview eingeschlossen wurden (8). Aus diesen Ergebnissen wird die wichtige Rolle der hausärztlichen Versorgung in der Erkennung und Betreuung von PTBS deutlich (8). In einer nicht-repräsentativen Auswertung von Krankenkassendaten in Deutschland wird gezeigt, dass der Anteil der

Versichertengruppe, die eine PTBS-Diagnose nach ICD-10 erhielten, deutlich unter der in Studien gezeigten Prävalenz lag (18). Eine Analyse verschiedener Studien ermittelte eine hausärztliche Detektion der PTBS zwischen 0 und 52 % (19). Diese Studienergebnisse legen eine diagnostische Unsicherheit in der Primärversorgung nahe. Obwohl sich die Erstdiagnosen von PTBS laut Krankenkassendaten von 2008 zu 2017 bereits verdoppelt haben, besteht weiterer Bedarf für eine verbesserte Detektion von Patient*innen mit PTBS-Symptomen in Deutschland (18). Befragungen von HÄ in den USA zeigen, dass diese bisher traumatische Ereignisse durch informelles Screening erheben und dabei vor allem durch organisatorische Hürden wie Zeitaufwand und begrenzte Verfügbarkeit von spezialisierten Einrichtungen eingeschränkt sind (20). In einer Befragung von Patient*innen im Wartezimmer in der Primärversorgung wurde ermittelt, dass 53,8 % der Betroffenen mit PTB-Symptomen den Wunsch nach Unterstützung äußern, davon etwas weniger als die Hälfte in der Konsultation desselben Tages (15).

1.3 Leitlinienempfehlungen bei PTBS

Nach aktueller S3-Leitlinie (Stand 19.12.2019) der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) sowie internationalen Leitlinien (21,22) sollen Patient*innen mit PTBS bevorzugt durch traumafokussierte Interventionen mit dem Ziel der Traumaverarbeitung behandelt werden. Dazu gehören etwa traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie (TF-KVT) oder Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) (23). Diese Therapieoptionen sollten allen symptomatischen Patient*innen angeboten werden. Psychopharmakotherapie kann zur Überbrückung der Wartezeit angeboten werden, ist allerdings nicht als alleinige Therapie empfohlen (24). Basis der TF-KVT sind die Prinzipien der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT). TF-KVT bezieht zentrale traumafokussierte Techniken der imaginativen Exposition in Bezug auf die Traumaerinnerung, narrative Exposition, Exposition in vivo oder kognitive Umstrukturierung in Bezug auf traumabezogene Überzeugungen mit ein (24).

Für die primärärztliche Versorgung durch HÄ ist zunächst vor allem die Identifikation von PTB-Symptomen relevant (24,25). Bei Hinweisen auf Traumata in der Anamnese können Screening-Instrumente eingesetzt werden (anlassbezogenes Screening), für die Primärversorgung existieren verschiedene Selbstbeurteilungsfragebögen in deutscher Sprache (26,27). Die spezifische Diagnosestellung sollte durch strukturierte klinische Interviews im Rahmen einer psychotherapeutischen Gesamtdiagnostik erfolgen (24). Insbesondere durch die hohe Prävalenz in der allgemeinmedizinischen Versorgung (vgl. 1.2) sollte die PTBS von HÄ berücksichtigt werden.

Besonders bei ausgeprägten somatischen, vegetativen und somatisch nicht erklärbaren Symptomen und bei schwierigen Verläufen gehören zur Abklärung bei Verdacht auf PTBS durch HÄ eine behutsame Anamnese potenzieller traumatischer Erfahrungen, sofern diese nicht bekannt sind. Das Konzept der

traumainformierten Gesprächsführung ist in der Leitlinie dargestellt (24). Nach der Leitlinie sind die Ziele für Patient*innen mit PTBS eine frühzeitige Behandlung, wodurch Chronifizierungsprozesse reduziert werden sollen, Heilung und Linderung der Traumafolgestörungen erreicht und eine Verbesserung und Erhalt einer möglichst hohen Lebensqualität gewährleistet werden sollen (24). Zu den hausärztlichen Aufgaben gehören neben der Abklärung von möglichen PTB-Symptomen eine Aufklärung, Psychoedukation und stützende Begleitung unter anderem durch das Herstellen von Sicherheit, Unterstützungsangebote, Ressourcenstärkung, Vermittlung von Entspannungsübungen und Weitervermittlung (25,28).

Bis zum Behandlungsbeginn der leitliniengerechten traumafokussierten Psychotherapie ist für Patient*innen in Deutschland mit langen Wartezeiten zu rechnen, nach einer Auswertung der Bundespsychotherapeutenkammer mussten 40 % der Patient*innen im Jahr 2019 mindestens drei sogar bis zu neun Monate bis zum Beginn einer Psychotherapie warten (29). Der entstehenden hohen Belastung der Patient*innen und auch des Gesundheitssystems werden verschiedene Möglichkeiten zur niedrigschwelligen Versorgung über Selbsthilfeangebote entgegengesetzt, während in der Primärversorgung eine eingeschränkte Verfügbarkeit von Therapieoptionen besteht (30). So entstehen verschiedene Belastungen (11), die betroffene Patient*innen in ihrer Lebensqualität einschränken. Entsprechend stehen dem beschriebenen hohen Versorgungsbedarf aktuell nicht genügend ambulante Behandlungsplätze gegenüber.

1.4 PTBS nach intensivmedizinischer Versorgung

Eine mögliche weitere Ursache für PTBS ist das Überleben einer lebensbedrohlichen Erkrankung beispielsweise nach intensivmedizinischer Behandlung, auch wenn diese Ursache nicht zu den häufigsten auslösenden Traumata einer PTBS gehört (5). Nach intensivmedizinischer Behandlung kommt es bei Überlebenden einer kritischen Erkrankung häufig zu länger andauernden Einschränkungen der Kognition, der psychischen Gesundheit sowie verschiedenen körperlichen Beeinträchtigungen (31–33). Diese möglichen Folgen werden als Post-Intensive-Care-Syndrom (PICS) bezeichnet (31). Zwölf Monate nach intensivmedizinischer Behandlung sind 24 % der Patient*innen von kognitiven Einschränkungen ähnlich einer milden Alzheimer-Erkrankung betroffen (32), jede*r fünfte entwickelt eine klinisch relevante PTBS einhergehend mit einer geringeren Lebensqualität (34). Unter anderem aus diesen Gründen stellen Betroffene nach abgeschlossener intensivmedizinischer Versorgung besondere Anforderungen an die Versorgung in der hausärztlichen Praxis (33,35). Die PTBS nach intensivmedizinischer Behandlung gehört nicht zu den häufigsten Trauma-Ursachen in der hausärztlichen Versorgung (5), sie könnte für HÄ durch das klar umschriebene Trauma sowie den medizinischen Kontext thematisch jedoch leichter zugänglich sein und von Seiten der Patient*innen eine geringere Hemmschwelle gegenüber hausärztlicher Betreuung darstellen.

1.5 Psychotherapeutische Interventionen in der hausärztlichen Praxis

Ein niedrigschwelliges psychotherapeutisches Angebot in der hausärztlichen Praxis wurde auch in der JENA-Paradies-Studie untersucht, hier wurden in hausärztlichen Praxen in Deutschland ärztliche Gespräche für psychisch erkrankte Patient*innen angewandt (36). Dabei sind 419 Patient*innen mit Angststörungen durch team-basierte Angebote in der hausärztlichen Praxis therapeutisch betreut worden. Die randomisiert-kontrollierte zweiarmige Interventionsstudie integrierte ein 23-wöchiges Übungsprogramm mit Fallmanagement und eine Kontrollgruppe, die die übliche Versorgung erhielt. Ermittelt wurden die Symptome der Angststörung sechs und zwölf Monate nach Beginn der Intervention. Die Interventionsgruppe wurde durch zuvor geschulte HÄ und medizinische Fachangestellte (MFA) mit evidenzbasierten Methoden der KVT sowie des *Chronic Care Modells* mit vier strukturierten ärztlichen Gesprächen und Anleitung zur Psychoedukation therapeutisch betreut. Patient*innen der Interventionsgruppe zeigten signifikant stärkere Symptomverbesserungen als die Kontrollgruppe. Diese zeigten sich durch deutlich weniger Panikattacken, weniger vermeidendes Verhalten und eine Verbesserung der Lebensqualität. Durch ähnlich lange Wartezeiten hat sich ein niedrigschwelliges Anbot durch HÄ zur überbrückenden Behandlung als erfolgreiche Maßnahme für Patient*innen zur Symptomverbesserung herausgestellt (36).

Bisher existieren wenige Studien zu psychologischen Interventionen bei PTBS durch HÄ (37). Ein systematisches Review mit vier randomisierten kontrollierten Studien (randomized controlled trial, RCT) mit verschiedenen KVT-basierten Interventionen in der Primärversorgung weist langfristig auf eine Verbesserung von PTB-Symptomen hin (37), wobei dabei der Schwerpunkt auf militärischen statt auf zivilen Einrichtungen lag. Langfristige Symptomverbesserungen durch niedrig intensive hausärztliche Interventionen nach zwölf Monaten im Gegensatz zu unmittelbaren Effekten von etablierten psychologischen Interventionen könnten auf einen langfristigen Lerneffekt bei Patient*innen zurückzuführen sein (37). In den untersuchten Studien wurden Interventionen nicht durch HÄ direkt durchgeführt, sondern durch Dritte im Setting der hausärztlichen Versorgung (37). Eine andere Übersichtsarbeit schlägt die Einbeziehung von Psychotherapie im Sinne eines *Collaborative Care Programs* zur Verbesserung der Versorgung vor (38). Um PTBS-Behandlungen in die hausärztliche Versorgung zu integrieren, müssten einerseits Weiterbildungen angeboten werden sowie andererseits Unterstützung für HÄ zur Verfügung gestellt werden, die im zeitlichen begrenzten Rahmen der Praxis Sorge davor hätten, „die Büchse der Pandora zu öffnen“ (38) (S. 8).

1.6 Narrative Expositionstherapie

Die narrative Expositionstherapie (NET) ist eine psychotherapeutische Intervention basierend auf den Grundlagen der KVT und kann bei PTBS angewandt werden, in der Regel besteht sie aus sechs bis

sechzehn Sitzungen (39) (S. 201). Die narrative Exposition hat zum Ziel, bruchstückhafte Erinnerungen nachträglich korrekt zu verorten (39) (S. 189). Die Effektivität liegt in der Symptomverbesserung von PTB-Symptomen, aktuell wird sie von einigen internationalen Leitlinien empfohlen (40–42). In verschiedenen Studien ist die NET bereits in gekürzter Version mit drei Sitzungen von Personen, die keine Psychotherapeut*innen sind, durchgeführt worden und konnte positive Ergebnisse erzielen (43,44).

1.7 PICTURE-Studie

Die PICTURE-Studie (für „PTSD after ICU Survival“) untersucht eine dem hausärztlichen Setting angepasste Version der NET bei PTBS. Sie ist eine durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) finanzierte, multizentrische, randomisiert-kontrollierte, zweiarmige, Beobachter-verblindete Studie in Deutschland, die den Effekt einer modifizierten NET in der Grundversorgung von Erwachsenen mit PTBS nach Aufenthalt auf einer Intensivstation wegen kritisch-somatischer Erkrankung mit der bisher üblichen Behandlung in der hausärztlichen Grundversorgung solcher Patient*innen vergleicht (45). Ziel der Studie ist es, die Effektivität, Sicherheit und Anwendbarkeit der komplexen Intervention zu untersuchen (45).

Die PICTURE-Studie schließt 319 Patient*innen zwischen 18 und 85 Jahren mit posttraumatischer Belastung und einem Posttraumatic Diagnostic Scale (PDS-5)-Score zwischen 20 und 50 Punkten drei Monate (T0) nach Aufenthalt auf der Intensivstation ein. Die Rekrutierung startete am 22.08.2018 und wurde am 30.06.2023 abgeschlossen. Weitere Einschlusskriterien neben dem Alter und PDS-5-Score sind eine mechanische Beatmungszeit von mindestens drei Tagen, ein Sequential Organ Failure Assessment (SOFA)-Score von mindestens 5 und eine Lebenserwartung von mindestens neun Monaten sowie eine schriftliche Einverständniserklärung. Wenn Patient*innen die Einschlusskriterien erfüllen, wurden deren HÄ kontaktiert und um Studienteilnahme gebeten. Für HÄ sind die Einschlusskriterien: (1) mindestens zwei Jahre registriert als HÄ im ambulanten Gesundheitswesen in Deutschland, (2a) Qualifikation in psychosomatischer Grundversorgung oder (2b) Tätigkeit als HÄ im deutschen ambulanten Versorgungssystem seit mindestens fünf Jahren mit Nachweis von adäquater psychiatrischer Ausbildung und (3) eine schriftliche Einverständniserklärung. HÄ mit Zusatzbezeichnungen oder Spezialisierungen, bei denen mehr als 80 % der Patient*innen bestimmte psychische Erkrankungen haben, wurden ausgeschlossen. Eingeschlossene Patient*innen wurden zur hausärztlich angepassten NET-basierten Gesprächsintervention (Interventionsgruppe) und einer leitlinienbasierten hausärztlichen Versorgung (iTAU für *improved treatment as usual*) randomisiert. In der Interventionsgruppe erhielten die HÄ eine Schulung zur Durchführung der angepassten NET und wurden während der Durchführung von drei Sitzungen durch Psycholog*innen supervidiert. Durch die MFA erfolgte ein Telefon-basiertes Fallmanagement. Die Patient*innen erhielten schriftliche

Materialien. HÄ der iTAU-Gruppe erhielten die aktuelle PTBS-Leitlinie und betreuten die Patient*innen in mindestens drei hausärztlichen Konsultationen (s. Abbildung 1). Die NET-basierte Gesprächsintervention durch HÄ im Rahmen der PICTURE-Studie beinhaltete zunächst eine symbolische Erarbeitung wichtiger positiv wie negativ erlebter Ereignisse im Leben und wird in Form einer Lebenslinie festgehalten. Im Anschluss erfolgte eine narrative Exposition des traumatischen Erlebnisses der intensivmedizinischen Behandlung in strukturierter Form und anschließend eine Erarbeitung anderer Lebenstraumata. Die Intervention bestand aus drei Sitzungen mit je 45 Minuten. Die Intervention wurde begleitet von insgesamt sieben Telefonvisiten durch die MFA (s. Abbildung 1) (45).

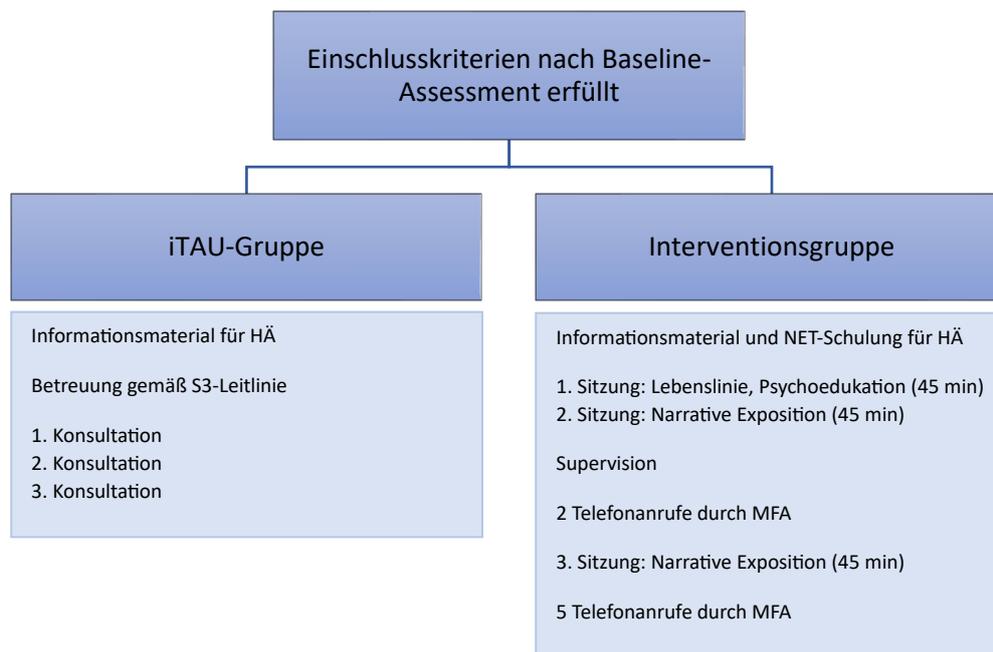


Abbildung 1: Vereinfachtes Studiendesign der PICTURE-Studie (eigene Darstellung) (37)

Primäres Outcome der PICTURE-Studie war die Veränderung des PDS-5-Scores (46) von T0 zu T1 nach sechs Monaten. Sekundäre Outcomes waren die Veränderung des PDS-5-Scores nach 12 Monaten (T2) sowie Symptome einer Depression (Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9 (47)), Angstsymptome (Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS (48)), Behinderung (World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 (WHODAS 2.0 (49)), gesundheitsbezogener Lebensqualität (EuroQol questionnaire (EQ-5D-5L (50)), Patient*innen-Aktivierung (Patient Activation Measure (PAM (51)) sowie Therapieinanspruchnahme und Nutzung von Einrichtungen der Gesundheitsversorgung (Client Sociographic and Service receipt Inventory (CSSRI (52))) Der*die letzte Patient*in schloss das Follow-Up T2 am 18.01.2024 ab.

Um die Handlungsschritte der adaptierten Intervention zu vermitteln, erhielten alle HÄ des Interventionsarms eine Schulung durch Psycholog*innen entweder in Kleingruppen oder einzeln während 80 Minuten. Nachdem die Schulung zu Beginn der Studie im Präsenzformat stattfand, musste die Schulung nach Beginn der COVID 19-Pandemie im Frühjahr 2020 in eine digitale Form überführt werden. Für Fragestellungen im Verlauf der Intervention fand zwischen der zweiten und dritten Sitzung eine 30-minütige telefonische Supervision mit Psycholog*innen statt, die eine NET-Ausbildung absolviert hatten (45).

1.8 Fragestellung

Die Intervention, die in der PICTURE-Studie untersucht wurde, wurde erstmals im hausärztlichen Setting angewandt. Begleitend wird mit der vorliegenden Untersuchung eine Prozessevaluation durchgeführt, um neben der Effektivität auch relevante Aspekte der Implementierung der komplexen Intervention zu ermitteln. Diese Methode ist üblich zur Ergänzung komplexer Studien (53). Dazu wird mittels qualitativen Ansatzes die Akzeptanz und Umsetzbarkeit durch HÄ evaluiert und erforscht, inwieweit die Studienintervention zukünftig im Praxisalltag auf andere Patient*innengruppen ausgeweitet und in die Regelversorgung integriert werden kann. Parallel wird in einer an der LMU München betreuten Masterarbeit die Therapiewirksamkeit bei Patient*innen untersucht (54).

Diese Untersuchung der hausärztlichen Akzeptanz hat folgende Forschungsfragen:

1. Wie ist die Akzeptanz der NET-basierten Gesprächsintervention in der hausärztlichen Versorgung bei Patient*innen mit PTBS nach Behandlung auf einer Intensivstation im Rahmen der PICTURE-Studie?
2. Wie sind HÄ bisher mit Patient*innen mit Verdacht auf PTBS umgegangen?
3. Wie konnten HÄ die Behandlung mit NET-basierter Gesprächsintervention umsetzen? (Retrospektive Akzeptanz)
4. Wie schätzen HÄ den Nutzen für Patient*innen der NET-basierten Gesprächsintervention für zukünftige Behandlungen ein? (Prospektive Akzeptanz)
5. Welche Aspekte sind zu beachten, um die NET-basierte Gesprächsintervention zukünftig in hausärztlichen Praxen anwenden zu können?

2 Methoden

2.1 Qualitative Herangehensweise

Diese Dissertation ist Teil der PICTURE-Studie, die den Effekt einer komplexen narrativen expositionsbasierten Gesprächsintervention in der hausärztlichen Versorgung mit der bisher üblichen Versorgung vergleicht. Diese Arbeit soll als qualitative Substudie dazu beitragen, die Implementierung

der Intervention zu erfassen und mit einem qualitativen Ansatz dem vertieften Erkenntnisgewinn dienen. Sie verfolgt einen explorativen Forschungsansatz und steht folglich der quantitativen Untersuchung nicht gegenüber, sondern kann diese sinnvoll ergänzen (55) (S. 24). So können qualitative Untersuchungen unter anderem genutzt werden, um bei Unklarheiten in quantitativen Studien Zusammenhänge zu dokumentieren (56) (S. 225). In qualitativen Untersuchungen gilt es, individuelle Sichtweisen zu erheben, während in quantitativen Analysen überindividuelle Phänomene ermittelt werden können, wodurch eine gegenseitige Ergänzung zur umfassenden Analyse ermöglicht wird (57) (S. 305–307). Die Verbindung quantitativer Forschung mit qualitativen Ansätzen durch die Erhebung und Auswertung nicht-standardisierter Daten, wird als Triangulation bezeichnet (55) (S. 251) und ist geeignet, Forschungsergebnisse zu ergänzen und gegebenenfalls zu bestätigen oder in Frage zu stellen (57) (S. 300–303).

Dieser Ansatz der Triangulation soll im Rahmen der PICTURE-Studie genutzt werden, um ein differenziertes Bild mit konkreten Aspekten der Umsetzung der Intervention auf hausärztlicher Seite zu ermitteln, die über standardisiert erfasste Aspekte der quantitativen Studienergebnisse hinausgehen (55) (S. 24). Die qualitative Untersuchung nutzt dabei nicht die gleichen Daten wie die quantitative Studie, sondern wertet einen gesondert erhobenen Datensatz aus, die Ergebnisse können dann zur Plausibilitätsprüfung miteinander verglichen werden, Zusammenhänge beschreiben oder erklären und Hypothesen generieren (57) (S. 300–304). Qualitative Studien als Ergänzung in Form eines *trial-sibling* können die Konfidenz steigern (53). Vor allem da die Gesprächsintervention bei Patient*innen mit PTBS in dieser Form erstmalig im hausärztlichen Kontext stattfindet und folglich bisher keine qualitativen Untersuchungen der Akzeptanz in diesem Feld vorliegen, scheint diese Untersuchung für die Implementierung angebracht (53).

In der quantitativen Forschung zählen zu Hauptgütekriterien guter Forschungspraxis Objektivität, Reliabilität und Validität. Forschungsergebnisse sollen unabhängig von Kontextfaktoren in der Erhebung und Auswertung sein, wissenschaftlich verlässlich und stabil, genau und gültig sein (58) (S. 154) (59) (S. 116–117). Im Vergleich zu quantitativen Designs besteht in qualitativer Forschung eine eingeschränkte Auswahl an Methoden zur Formalisierung und Standardisierung. Es können einerseits die Kriterien von Objektivität, Reliabilität und Validität umformuliert und übertragen werden, andererseits werden in der qualitativen Forschung eigene Gütekriterien diskutiert (60) (S. 319–331), (59) (S. 116–122).

Unterschiedliche methodische Ansätze werden in der qualitativen Forschung angewandt, um Objektivität zu erzielen. Es gilt die durch die Vorgehensweise gegebene Subjektivität adäquat zu handhaben (58) (S. 155), Steinke bezeichnet dieses Gütekriterium als „reflektierte Subjektivität“ (60) (S. 330–331). Dazu gehören eine Selbstbeobachtung, die Dokumentation persönlicher

Voraussetzungen und Reflexionen aus dem Forschungsfeld (60) (S. 319–331) (58) (S. 156–157). Da eine intersubjektive Überprüfbarkeit durch die begrenzte Standardisierbarkeit des Vorgehens nicht möglich ist, ist eines der Qualitätskriterien qualitativer Forschung die intersubjektive Nachvollziehbarkeit, die durch eine präzise Dokumentation von Vorverständnis, Methoden, Daten, Informationsquellen, Auswahlentscheidungen, Umgang mit Widersprüchen und Gütekriterien sowie durch Diskussion in Gruppen und regelgeleitetes Vorgehen im Forschungsprozess gewährleistet werden soll (60) (S. 319–331). Weiterhin soll die Indikation der Untersuchung mit dem Forschungsziel und besonders der Methodenwahl erörtert werden, es soll nachvollziehbar sein, ob eine qualitative Herangehensweise der Fragestellung entspricht. Widersprüche und ungelöste Fragen im Forschungsprozess sollen als solche benannt werden (60) (S. 323–331) (58) (S. 156–157). Zur Sicherung von Reliabilität und Validität findet begleitend zur gesamten Durchführung von Vorbereitung, Erhebung und Auswertung eine Suche nach Störfaktoren und Fehlerquellen im Forschungsteam statt (59) (S. 51–52).

Die Datenerhebung und Datenauswertung wurde von Tomke Schubert (TS) unter der Supervision von Studienleiterin Dr. med. Sabine Gehrke-Beck (SGB) am Institut für Allgemeinmedizin der Charité durchgeführt. TS ist eine weibliche Medizinstudentin und durch das Netzwerk für qualitative Forschung der Charité fortgebildet worden. Das Institut für Allgemeinmedizin hat zahlreiche qualitative Interviewstudien in der Versorgungsforschung betreut, die Studienleiterin SGB hat bereits qualitative Studien im Rahmen der Prozessevaluation von klinischen Studien geleitet. Eine parallele Prozessevaluation mit qualitativer Untersuchung der Akzeptanz der teilnehmenden Patient*innen wurde an der LMU München durch Antina Beutel (AB) durchgeführt. Zum erweiterten Forschungsteam gehören Mitglieder des Instituts für Allgemeinmedizin und des Forschungskolloquiums, unter anderem die ebenfalls qualitativ forschende Doktorandin Pauline Meurer (PM).

2.2 Implementierungsforschung und Akzeptanz

Bei der Implementierung einer medizinischen Intervention können Aspekte verschiedener Ebenen Einfluss nehmen, entweder von Seiten der Patient*innen, von Seiten der Versorgenden, auf organisatorischer Ebene oder durch äußere Umstände des Systems, in das die Intervention implementiert werden soll (61). Bei komplexen Interventionen gibt es zahlreiche Kontextfaktoren, weswegen das Verstehen dieses Kontextes für die Interpretation und Verallgemeinerung von Studienergebnissen wichtig ist (62). Um solche Einfluss- und Kontextfaktoren zu identifizieren, die Machbarkeit von Interventionen zu evaluieren und zu überprüfen, welche Verbesserungen notwendig sind, empfiehlt der Medical Research Council (MRC) bei komplexen Interventionen eine Prozessevaluation durchzuführen (63). Der MRC ist eine britische Organisation zur Förderung medizinischer Forschung in den Bereichen Prävention, Therapieentwicklung und Gesundheitsförderung (64). Bei der Prozessevaluation soll demzufolge theoriegeleitet vorgegangen

werden und Kernfragen festgelegt werden (63). Zur Verbesserung der Reliabilität und Förderung präziser Dokumentation von Veröffentlichungen medizinischer Forschung wurde 2006 das EQUATOR-Netzwerk (Enhancing the QUALity and Transparency Of health Research) gegründet (65). Die CRDeCI (Criteria for Reporting the Development and Evaluation of Complex Interventions in healthcare) ist eine Dokumentations-Richtlinie für komplexe Interventionen, die den Empfehlungen des EQUATOR-Netzwerkes folgt und von 16 verschiedenen europäischen Institutionen geprüft worden ist (66). Bedeutend für diese qualitative Studie sind dementsprechend die Beschreibung der Prozessevaluation und der theoretischen Grundlage, wie auch die Beschreibung interner und externer Einflussfaktoren bei der Durchführung der Intervention und die Beschreibung von Kosten und Ressourcen, die für die Intervention benötigt werden (66). Eine Prozessevaluation soll der CRDeCI zufolge auf etablierten theoretischen Modellen beruhen und verschiedene Perspektiven einbeziehen, von Patient*innen wie auch Versorgenden und des Forschungsteams (66).

Zur Untersuchung der Implementierung der Intervention der PICTURE-Studie in die hausärztliche Regelversorgung soll die Akzeptanz und Umsetzbarkeit durch eine qualitative Datenerhebung und -analyse erforscht werden. Dazu wird die theoretische Grundlage *Theoretical Framework of acceptability* (TFA) (67) (siehe Abbildung 2) genutzt. Dieses Framework stellt einen mehrdimensionalen Ansatz dar, der das Ausmaß, in dem Personen, die gesundheitsbezogene Interventionen anbieten oder in Anspruch nehmen, diese als angemessen ansehen, erfasst (67). Es basiert auf kognitiven und emotionalen Reaktionen auf die Intervention. Strukturiert durch sieben Konstrukte werden die emotionale Haltung, Belastung, ethische Bewertung, Interventionskohärenz, Opportunitätskosten, wahrgenommene Effektivität und Selbstwirksamkeit erfasst. Dabei kann die Gewichtung der einzelnen Konstrukte variieren (67). In der qualitativen Untersuchung wurde sowohl die retrospektive Akzeptanz und somit die rückwirkende Bewertung der Intervention wie auch die prospektive Akzeptanz und dadurch die Bewertung einer möglichen weiteren Implementierung der Intervention ermittelt.

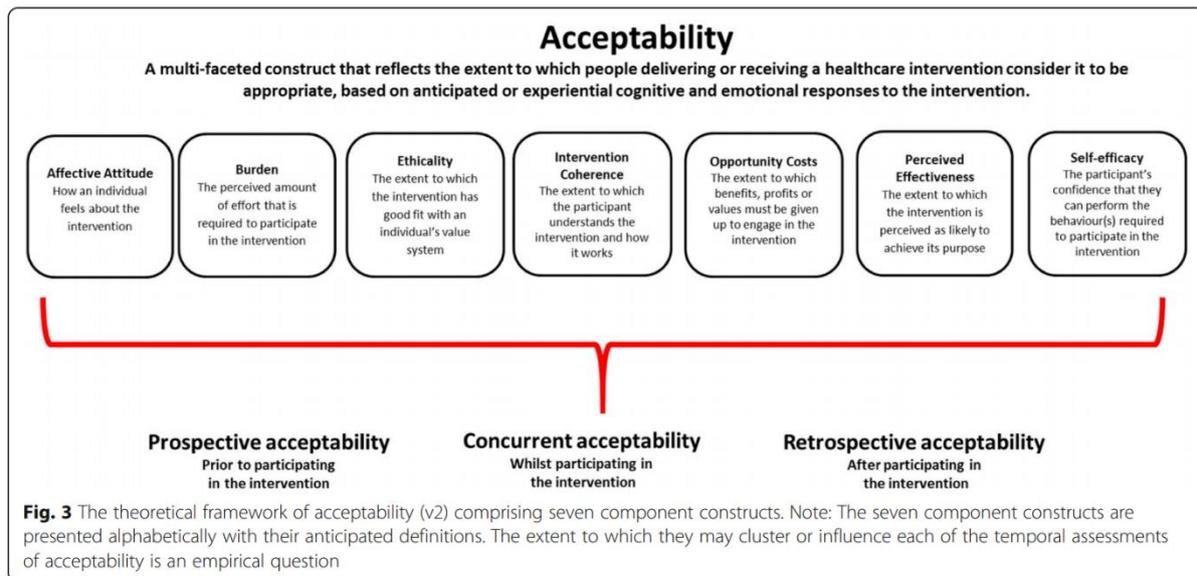


Abbildung 2: Framework zur Akzeptanz medizinischer Interventionen (67)

Helferich definiert die Begriffe Forschungsinteresse, Forschungsfrage und Forschungsgegenstand zur Beschreibung eines Forschungsvorhabens (58) (S. 28). Forschungsinteresse dieser Dissertation ist die Erfassung der Akzeptanz der angewandten Intervention, die Aufdeckung von Aspekten, die die retrospektive und prospektive Umsetzbarkeit aus Sicht der HÄ bestimmen. Der methodologisch verortete Forschungsgegenstand ist die subjektive Sichtweise von HÄ auf die Intervention und deren Konzepte zum Umgang mit PTBS in der hausärztlichen Praxis.

2.3 Semi-strukturierte Interviews und Interviewleitfaden

In qualitativer Forschung finden Auswahlentscheidungen auf verschiedenen Ebenen statt, einerseits bei der Erhebung – etwa durch die Auswahl der Informant*innen –, der Erhebungsform und des Interviewverhaltens, bei der Analyse durch eine Reduktion des Materials, der Wahl der Auswertungsstrategie und beim Bericht von Forschungsergebnissen (68) (S. 286) (58) (S. 169). Um zu untersuchen, wie HÄ im Rahmen der PICTURE-Studie die Intervention umsetzen konnten, soll Expert*innenwissen ausgewertet werden. Um die Forschungsfrage nach der Akzeptanz angemessen zu untersuchen und die subjektiven Ansichten der HÄ zu erforschen, wurde daher die Methode des semi-strukturierten Interviews gewählt (55) (S. 19, S. 255). Diese Methode ist angemessen bei eher eng begrenzten Forschungsfragen und einem Realismus-basierten Forschungsparadigma, besonders für Expert*inneninterviews eignen sich eher strukturierte Designs (58) (S. 162–166). Durch einen semi-strukturierten Leitfaden können einerseits ergebnisoffen subjektive Ansichten der HÄ ermittelt werden sowie andererseits im Sinne des Forschungsinteresses gezielt Nachfragen gestellt werden.

Der Leitfaden ist nach dem *SPSS-Prinzip* nach Helferich entwickelt worden (58) (S. 178–189). Dieses Prinzip umfasst die vier aufeinander folgenden Arbeitsschritte Sammeln, Prüfen, Sortieren und

Subsumieren und gibt so eine strukturierte Herangehensweise vor. Im ersten Schritt werden Fragen gesammelt, die im Bezug zum Forschungsthema von Interesse sind. Dabei wurden zunächst alle Fragen frei gesammelt sowie Fragen im Zusammenhang mit dem TFA formuliert. Im zweiten Schritt werden die gesammelten Fragen schrittweise reduziert. Dies geschieht durch den Ausschluss von Faktenfragen, beispielsweise zu biografischen Daten, die gesondert vom Interview erhoben werden, die Prüfung auf Angemessenheit im Rahmen des Forschungsziels, den Ausschluss von Fragen, die Vorwissen bestätigen sollen, die Umformulierung, sodass auch Unerwartetes von Interviewten geäußert werden kann und dem Ausschluss der Weitergabe der Forschungsfrage mit höherem Abstraktionsniveau. Im dritten Schritt sollen Fragen in vier Bündel sortiert werden. Im letzten Schritt wird für jedes Bündel eine Erzählaufforderung formuliert, die eine freie Erzählung generieren soll. Der Erzählaufforderung werden vertiefende Einzelfragen als Nachfragen untergeordnet. Diese können gestellt werden, wenn Interviewte Aspekte nicht selbst ansprechen oder um einen weiteren Erzählimpuls zu geben. Aufrechterhaltungsfragen und Steuerungsfragen wurden ebenfalls vorbereitet, um Interviewte nach eher kurzen Antworten zu weiteren Redebeiträgen aufzufordern. Bei Aussagen, die missverständlich sind oder Deutungsspielraum zulassen, können Interviewte mit diesen Formulierungen zu weiteren Erläuterungen aufgefordert werden. Alternativ können Aussagen paraphrasiert aufgegriffen oder Interviewte um Detaillierungen gebeten werden (58) (S. 178 ff, S. 86, S. 105). Die Reihenfolge der einzelnen Fragen ist frei, es soll möglichst dem Erzählverlauf der Interviewten gefolgt werden, um den Redefluss nicht zu stören.

Der Entwurf des Leitfadens wurde zunächst im Forschungsteam diskutiert und anschließend in einem Studierenden-Forschungskolloquium für qualitative Forschung sowie im Forschungskolloquium des Instituts für Allgemeinmedizin vorgestellt und diskutiert. Dabei entstanden die Fragenbündel *PTBS in der Praxis*, *Retrospektive Akzeptanz*, *Prospektive Akzeptanz* und *Wünsche an ein ideales Gesundheitssystem*. Der Leitfaden ist dann in zwei Probeinterviews getestet worden, um insbesondere Probleme des Leitfadens aufzudecken, die den Erzählfluss einschränken, wie etwa ungünstig formulierte Fragen oder ein Missverhältnis zwischen Ausführlichkeit des Leitfadens und zeitlichem Rahmen. Darüber hinaus wurde die Interviewtechnik überprüft, die im Forschungsteam in Hinblick auf die Vermeidung suggestiver Formulierungen und wertender Kommentare evaluiert und rückgemeldet wurde (69) (S. 350–357). Ein weiteres Augenmerk lag auf der Vermeidung von Interviewfehlern, die ungewollt den Interviewverlauf beeinflussen etwa durch unverständliche oder komplizierte Fragen oder auch wertende Formulierungen (58) (S. 108). Im Sinne eines iterativen Prozesses ist der Leitfaden im Anschluss während der Interviewphase geprüft worden, es sind fakultative Nachfragen ergänzt worden und Formulierungen geringfügig geändert worden. Diese Anpassung bereits in der Erhebungsphase ermöglicht die Exploration von Aspekten, die sich erst in den Interviews als bedeutend herausstellen (63). Der Fokus des Leitfadens liegt auf der retrospektiven und prospektiven Akzeptanz

der Intervention sowie Aspekten des hausärztlichen Umgangs mit Patient*innen mit PTBS. Eine verkürzte Darstellung des Interviewleitfadens nach Abschluss der Anpassungen ist in Tabelle 2 abgebildet.

Tabelle 2: Interviewleitfaden gekürzt

Abschnitt	X. Erzählaufforderung
I. Bisheriger Umgang mit PTBS	<p style="text-align: center;">• Konkrete Nachfragen</p> <p>1. Erzählen Sie bitte von Ihrer*m letzte*n Patient*in mit PTBS.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Warum ist Ihnen diese*r im Gedächtnis geblieben? • Welche Bedeutung nimmt die PTBS in Ihrem Alltag ein? • Welche Rolle haben Sie bei der Diagnostik? • Welche Rolle haben Sie bei der Behandlung? • Welche Strategien haben Sie? • Wie sind Sie bisher mit Patient*innen mit PTBS umgegangen? • Ist der Studienfall ähnlich zu anderen Patient*innen, bei denen sie an PTBS denken? Warum? • Wie kam es dazu, dass Sie an der PICTURE-Studie teilgenommen haben?
II. Retrospektive Akzeptanz	<p>2. Was denken Sie grundsätzlich über die Gesprächstherapie?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Was glauben Sie, wie hat die Gesprächsintervention der*dem Patient*in geholfen? • Wie erfolgreich schätzen Sie die Gesprächsintervention bei diese*r Patient*in ein? • Wie wurde die Intervention von der*dem Patient*in angenommen? • Wie schätzen Sie Ihre eigenen Fähigkeiten der angepassten NET ein? Was war leicht? Was war schwer? • Welche Probleme sind aufgetreten? • Wie belastend waren die Sitzungen für Sie selbst? • Welche Erfahrung haben Sie mit schwierigen Situationen während der Intervention gemacht? • Wie haben Sie sich konkret auf die Sitzungen vorbereitet? • Wie fanden Sie die Schulung? Was war anders als in der Schulung? • Wie aufwendig finden Sie die Intervention? • Welche Einschränkungen haben Sie durch die Intervention erlebt? • Reichen Ihrer Meinung nach drei Sitzungen aus?
III. Prospektive Akzeptanz	<p>3. Wie können Sie sich in Zukunft vorstellen, diese Techniken zu nutzen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Wo könnte die NET im Alltag helfen? • Für welche Patient*innengruppen würden Sie diese nutzen? • Welche Voraussetzungen erwarten Sie von der Patient*innenseite? • Wie viele Patient*innen pro Quartal wären das etwa?

- Würden Sie die NET als Überbrückung anwenden?
- Können Sie sich vorstellen, nur Teilaspekte in Zukunft anzuwenden? Warum diese?
- Wie hoch schätzen Sie den Aufwand für zukünftige Patient*innen ein?
- Welche Sachen würden Sie gerne weglassen?
- Welche Hürden sehen Sie für die Durchführung in Zukunft?
- Wie schätzen Sie Ihre Fähigkeiten zur NET in Zukunft ein?
- Welche Unterstützung würden Sie benötigen?
- Welche Befürchtungen haben Sie?
- Wie erfolgreich schätzen Sie die NET ein?
- Wie wäre es für Sie, bisher unbekannte Patient*innen mit der Gesprächsintervention zu behandeln?

IV. Ausblick

4. Wie stellen Sie sich in einem idealen Gesundheitssystem eine PTBS-Behandlung vor?

- Was für Wünsche für eine PTBS-Behandlung in einem idealem Gesundheitssystem haben Sie?
- Welche Rolle nehmen da Hausärzt*innen ein?
- Welche Alternativen können Sie sich vorstellen?
- Wie hat sich Ihre Wahrnehmung von PTBS in der Praxis verändert?
- Gibt es noch eine Botschaft, die Sie an mich loswerden möchten?

2.4 Rekrutierung und Festlegung des Materials

Ziel der qualitativen Untersuchung ist es, ein möglichst vollständiges Bild der Akzeptanz der an der PICTURE-Studie teilnehmenden HÄ zu ermitteln und die untersuchte Fragestellung inhaltlich möglichst vollständig abzubilden. Eingeschlossen wurden daher HÄ der Interventionsgruppe, die eine NET-basierte Gesprächsintervention bei mindestens einem*r Patient*in abgeschlossen haben. Die Durchführung der Prozessevaluation in Form qualitativer Interviews erfolgte nach Erreichen des primären Endpunktes bei T1, um einer Beeinflussung der Studienergebnisse vorzubeugen. Die Durchführung der Interviews erfolgt darüber hinaus sinnvollerweise durch eine Forscherin, die nicht in die Erhebung quantitativer Interventionsdaten eingebunden war (63). Alle Studienteilnehmenden zu befragen, führt nicht zwangsläufig zum besseren Verständnis der Implementierung, stattdessen soll ein ausgewählter Teil der Teilnehmenden befragt werden und so gezielte Daten erhoben werden (63). Um über eine hohe Variation und die Abbildung eines breiten Meinungsbildes zu verfügen, sollen Merkmale festgelegt werden, die ein gezieltes Sampling ermöglichen und so das Meinungsspektrum abbilden (68) (S. 293). Für eine nachvollziehbare, transparente Rekrutierungsstrategie wird regelgeleitet zunächst eine Grundgesamtheit und die Ein- und Ausschlusskriterien für mögliche Teilnehmende festlegt. Anschließend wird annäherungsweise der Stichprobenumfang bestimmt, dann die Rekrutierungsstrategie und schließlich Aspekte von Werbung, Incentives, der Vermeidung von Bias und ethische Bedenken eingeschlossen (70).

Für die Rekrutierung wurde die Datenbank der Teilnehmenden der PICTURE-Studie genutzt, demnach galten zunächst die Ein- und Ausschlusskriterien der PICTURE-Studie. Potenzielle Teilnehmende wurden aus der Datenbank durch das Studienteam an der Charité und der LMU getrennt ausgewählt, dafür waren Einschlusskriterien die Teilnahme an der PICTURE-Studie und eine vollständig abgeschlossene Durchführung der NET-basierten Gesprächsintervention mit mindestens einem*r Patient*in.

Für die Bestimmung des Stichprobenumfangs gilt zunächst, dass die Rekrutierung durchgeführt werden soll, bis in neuen Interviews keine wesentlichen zusätzlichen Informationen gewonnen werden werden (68) (S. 294). Diese theoretische Sättigung wird dann erzielt, wenn bei der Auswertung weiterer Interviews wenige oder keine neuen Aspekte hinzukommen. Die Anzahl an Interviews, die für diese theoretische Sättigung durchgeführt werden muss, kann bereits nach zwölf Interviews erreicht werden, wobei inhaltliche Kernpunkte bereits nach den ersten sechs Interviews abgebildet werden können (71). Auch wenn diese konkrete Anzahl nicht grundsätzlich auf andere Studien übertragbar ist, so gilt vor allem bei vergleichsweise homogenen Gruppen an Befragten zu vergleichsweise spezifischen Fragestellungen und bei zielgerichteter Rekrutierung, dass die theoretische Sättigung früh erreicht werden kann (71), diese Kriterien treffen auf die Prozessevaluation der Intervention der PICTURE-Studie im Interview mit in Deutschland tätigen HÄ zu. Ab dem 13. Interview ergaben sich in der parallel stattfindenden Auswertung keine wesentlich neuen Aspekte und die letzten kodierten Interviews fügten kaum neue Informationen zu den Kategorien hinzu. Daher kann von einer theoretischen Sättigung (71) ausgegangen werden.

Zu Beginn wurde eine Auswahl an HÄ kontaktiert, die bezüglich der im Studienteam festgelegten Kriterien Geschlecht, Alter, Berufserfahrung in der hausärztlichen Praxis sowie Praxisumfeld (städtisch / eher ländlich). Durch diese Heterogenität sollte die Vielfalt deutscher hausärztlicher Praxen abgebildet, mögliche strukturelle Versorgungsunterschiede beschrieben und die breite Anwendbarkeit erfasst werden. Es handelt sich um ein *Purposively selected sample*.

Ausgewählte HÄ wurden per E-Mail sowie teilweise nachfolgend telefonisch kontaktiert und um ihre freiwillige Teilnahme an der qualitativen Begleiterhebung zusätzlich zur Teilnahme an der Hauptstudie gebeten. Es wurde eine Studieninformation versandt, die ausführliche Informationen über die Studie, ihre Zielsetzung, den Ablauf, Datenschutz und Verarbeitung enthält. Bei einer Zusage erhielten HÄ die Einwilligungserklärung, bei eventuell entstehenden Fragen konnten diese telefonisch oder per E-Mail mit der Doktorandin geklärt werden. Alle Studienteilnehmer*innen wurden mündlich und schriftlich in verständlicher Sprache vor den Interviews über das Verfahren und die Vor- und Nachteile einer Teilnahme aufgeklärt, die Einwilligung erfolgte schriftlich und mündlich. Bei weiteren aufkommenden Fragen standen die Interviewerin TS und die Studienleitung zur Verfügung. Als Incentive wurde HÄ des

Standortes Berlin die kostenlose Teilnahme an der Fortbildungsveranstaltung *Tag der Allgemeinmedizin 2022* ermöglicht. Für HÄ, die über die LMU rekrutiert worden sind, wurde vom Studienteam der LMU keine Anreizmöglichkeit angeboten. Die positive Rückmeldungsquote war dennoch an beiden Standorten ähnlich. Um in die Stichprobe sowohl typische Standpunkte wie auch Extreme einzuschließen, wurden gezielt HÄ kontaktiert, die sich in der Supervision der Hauptstudie kritisch geäußert hatten.

Von 31.3.2021-22.07.2021 wurden insgesamt 22 HÄ kontaktiert. Von den Kontaktierten meldeten sich sechs HÄ nicht zurück nach Versand der Studieninformation oder lehnten eine Teilnahme aus Krankheitsgründen oder wegen hoher Arbeitsbelastung ab. 16 HÄ stimmten einer Teilnahme zu, ein HA konnte im weiteren Verlauf nicht mehr erreicht werden. Nach einem schriftlichen oder telefonischen Einverständnis wurden HÄ gebeten, einen Interviewzeitpunkt vorzuschlagen, dabei hatten sie freie Auswahl bezüglich des Wochentages und der Uhrzeit. Das schriftliche Einverständnis wurde vor Interviewdurchführung eingeholt, in einem Einzelfall wurde aufgrund technischer Schwierigkeiten die schriftliche Einverständniserklärung nachträglich eingeholt und die mündliche Einverständniserklärung vorher festgehalten.

Die Intervention und der quantitative Studienanteil der PICTURE-Studie ist von der Ethikkommission des LMU Klinikums München genehmigt worden. Ein Ethikantrag zur ergänzenden Erhebung der qualitativen Interviewstudie mit teilnehmenden HÄ ist am 30.03.21 vom Ethikkomitee der Charité-Universitätsmedizin Berlin bewilligt worden (EA4/042/21). HÄ wurden ausdrücklich auf die Freiwilligkeit der Teilnahme hingewiesen sowie auf das Widerrufsrecht entsprechend der Vorgaben der ICH-GCP-Richtlinien. Die Studie wurde nach den in der Deklaration von Helsinki festgelegten Grundsätzen und anerkannten internationalen wissenschaftlichen Standards durchgeführt. Sobald die Einwilligungserklärung verstanden worden ist, mussten zwei Kopien unterschrieben und von der Studienleiterin gegengezeichnet werden. Eine Version erhielten die Teilnehmer*innen im Anschluss, eine verbleibt im Institut für Allgemeinmedizin. Da es sich um eine Interviewstudie ohne Interventionscharakter handelt, wurden Teilnehmer*innen neben dem zeitlichen Rahmen von 45-60 Minuten keiner oder nur geringer Belastung ausgesetzt. Bei entstehenden emotionalen Belastungen während des Interviews wurden diese durch die Interviewerin dokumentiert und der Studienleitung mitgeteilt.

Es wurden audiodigital aufgezeichnete Einzelinterviews mit einer Länge von etwa 45-60 Minuten durchgeführt. Die Tondatei wurde auf einem passwortgeschützten Server abgelegt, auf den nur das Studienteam Zugriff hat. Eine pseudonymisierte Textversion, die keine Hinweise auf persönliche Daten mehr enthält, wurde dann im weiteren Verlauf ausgewertet. Im Fall von Veröffentlichungen der Studienergebnisse bleibt die Vertraulichkeit der persönlichen Daten gewährleistet.

Die Unterlagen werden entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen nach Beendigung der Studie zehn Jahre im Studienzentrum auf dem geschützten Server des Instituts für Allgemeinmedizin der Charité-Universitätsmedizin Berlin aufbewahrt und anschließend gelöscht. Die Interviewdokumentation, deren Transkription und alle weiteren Daten werden an zwei verschiedenen Orten gesichert und durch eine Codenummer identifiziert. Es werden keine identifizierenden Namen verwendet, Namen in Interviews werden mit ihrer Funktion umschrieben. Transkripte werden ebenso wie die Gesprächsaufzeichnungen zusammen mit soziodemografischen Daten (Geschlecht, Alter, Fachärzt*inbezeichnung, Schwerpunkte der Praxis, Bezirk) über eine Datenbank des Instituts für Allgemeinmedizin für eventuelle Sekundäranalysen durch andere Institutsmitarbeiter*innen zur Verfügung stehen. Sie dürfen ausschließlich zu Zwecken der wissenschaftlichen Forschung und Lehre verwendet werden und nicht an Dritte zu anderen Zwecken weitergegeben werden. Es gelten die Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) und das Berliner Datenschutzgesetz (BlnDSG), das Bayrische Datenschutzgesetz (BayDSG) und das Brandenburgische Datenschutzgesetz (BbgDSG).

2.5 Entstehungssituation

Um die subjektive Sicht der HÄ in verbalisierter Form zu erheben, wurden Interviews mit den Teilnehmer*innen nach Erreichen des primären Endpunktes T1 geführt. Da die HÄ in verschiedenen Orten in Deutschland interviewt werden sollten und diese teilweise über eher eingeschränkte zeitliche und technische Voraussetzungen in der hausärztlichen Praxis verfügen, wurden Telefoninterviews durchgeführt. Alle Interviews wurden TS aus ihrem Homeoffice mit den HÄ entweder in deren Praxisräumen oder aus deren Homeoffices geführt. Interviewte und Interviewerin kannten sich vor den Interviews nicht, die Interviewten wurden über die Fragestellung der Studie sowie die Rolle der Doktorandin informiert. Keine andere Person neben der Forscherin und der Interviewperson war während der Datenerhebung anwesend.

Bedeutend für die Interviewdurchführung war das Zuhören und eine Offenheit gegenüber Interviewten sowie ein Zurückstellen und Reflektieren eigener Vorannahmen. Solche Interviewtechniken qualitativer Forschung sind von Alltagskommunikation abzugrenzen (58) (S. 11–12). Die Interviews wurden nach erneuter mündlicher Einverständniserklärung audiodigital aufgezeichnet. Feldnotizen zu besonderen Vorkommnissen im Interview wurden im Anschluss verfasst, um den Forschungsprozess zu dokumentieren, darüber hinaus wurden in Interviewprotokollen Eindrücke, Auffälligkeiten zur Kontaktierung, Inhalte des Interviews, die Situation und Interviewatmosphäre, die Interaktion, schwierige Passagen und eine Reflexion mit Hinweisen für nächste Interviews festgehalten, um die Interpretation zu unterstützen. Form und Inhalt des Interviewprotokolls ist angelehnt an Helfferich (58) (S. 201). Im Anschluss an die Interviews fand überwiegend mündlich, in einem Ausnahmefall schriftlich die Beantwortung eines Faktenfragebogens zu demografischen Informationen der Interviewten statt.

Zur Sicherung der Reliabilität wäre es denkbar, *Repeat interviews* durchzuführen, also die Wiederholung eines Interviews und Prüfung, ob diese zu den gleichen Ergebnissen führen (59) (S. 116). Aus forschungswirtschaftlichen Gründen sowie eingeschränkter zeitlicher Verfügbarkeit der interviewten HÄ wurde auf dieses Verfahren jedoch verzichtet und Maßnahmen zur Prüfung der Reliabilität im weiteren Analyseverlauf vorgenommen.

2.6 Transkription

Zur Auswertung der Interviews wurden diese von TS in die Form eines schriftlichen Transkripts überführt. Verbale Äußerungen sowie nichtsprachliche Merkmale sollen dabei abgebildet werden. Bedingt durch die Fragestellung wurde das Hauptaugenmerk auf die verbalen Äußerungen gelegt, die Audioaufnahmen als Primärdaten sind so erheblich reduziert (72) (S. 438–447). Die Verschriftlichung der Tonaufzeichnungen fand nach festgelegten Regeln statt und erfolgte nach der inhaltlich-semanticen Transkription nach Dresing und Pehl (73) durch die Doktorandin mit der Software MAXQDA. Der Wortlaut wurde transkribiert, dies umfasste die Ergänzung von unvollständigen, aber verständlichen Worten. Unvollständige Sätze blieben unverändert, einzelne Wörter wurden ins Hochdeutsche übertragen. Wortwiederholungen wurden nicht übernommen, ebenso wenig Füllwörter und Räuspern. Identifizierende Details wie Namen, Ortsbezeichnungen oder weitere personenbezogene Daten wurden in eckigen Parenthesen pseudonymisiert. Es wurde eine Pseudonym-Liste angelegt. Probeinterviews wurden mit den Codes P01, P02, Interviews wurden mit I03, I04 etc. beschrieben. Die Transkripte sind im Anschluss nicht an die Interviewten versandt worden.

2.7 Qualitative Inhaltsanalyse

Zur Datenanalyse wurde die systematische, regelgeleitete qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring durchgeführt, die zur systematischen Bearbeitung von umfangreichem Material geeignet ist (74) (S. 468–471). Dieses Verfahren soll die Inhaltsanalyse nachvollziehbar machen und ist gut erlernbar (74) (S. 468–475). Diese Analyse erfolgt nach einem Verfahren mit festgelegten Analyseschritten und dem Anspruch, Gütekriterien qualitativer Forschung zu erfüllen (74) (S. 468–475). Es fand eine inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse statt, sodass im Ergebnis die Komprimierung und ein Querschnitt durch typische Äußerungen und Kategorien insbesondere zu deduktiv entwickelten Kernkategorien stehen (74) (S. 472) (59) (S. 66). So kann das Generalisierungsziel durch die Abbildung bestimmender Aspekte der hausärztlichen Akzeptanz erfüllt werden. Jede Auffälligkeit, die während der Interpretation der Interviews beobachtet wurde, wurde in Form von Memos festgehalten, um den Analyseprozess zu dokumentieren und eine inhaltliche Reflexion zu gewährleisten (75) (S. 57). Die Auswertung erfolgte computergestützt mit der MAXQDA-Software.

Nach einer vorbereitenden Auseinandersetzung mit dem Material durch Lesen der Transkripte und Markieren markanter Textstellen, wurden Kategorien deduktiv anhand des Frameworks und des Leitfadens entwickelt. Dafür wurden auf Grundlage des TFA die Strukturierungsdimensionen festgelegt (59) (S. 92), die zunächst einem ersten deduktiv entwickelten Kategoriensystem dienten. Induktiv am Material gebildete Kategorien wurden, wenn möglich, in diesem System als differenzierte Subkategorien geordnet. Dafür wurden während des Analyseprozesses Kodierungseinheiten, also inhaltlich zusammengehörende Aussagen in neue oder bestehende Kategorien gefasst. Dieser Vorgang wird als Kodieren bezeichnet. Diese Kategorien wurden im Sinne einer Rückkopplungsschleife ständig überarbeitet, neue Aussagen wurden in weiteren Kategorien strukturiert (59) (S. 84). Sich wiederholende Aussagen und leere Phrasen wurden dabei nicht kodiert. Wenn eine Kodierungseinheit zu mehreren Kategorien passte, wurde sie mehreren Kategorien zugeordnet und darüber hinaus die Trennschärfe der Kategorien geprüft. Es wurden dann Kategorien-Definitionen mit konkreten Kodier-Regeln festgelegt, die präzise formulieren, wann die Kategorie angewandt werden kann sowie Regeln, wann sie explizit nicht angewandt werden kann und welche andere Kategorie stattdessen verwendet werden sollte, außerdem wurden bis zu drei Ankerbeispiele aus den Interviews hinzugefügt (59) (S. 92). Das Kategoriensystem wurde zunächst mit den ersten fünf Interviews erstellt, es ergaben sich 36 Kategorien durch die sukzessive Ergänzung induktiver Subkategorien, diese wurden als solche markiert. Nach der Kodierung von fünf Interviews wurden induktive Kategorien sortiert, gruppiert und in die deduktiven Hauptkategorien integriert und ähnliche Kategorien zusammengeführt, um inhaltliche Trennschärfe zu schaffen.

Für eine Qualitätssicherung und intersubjektive Nachvollziehbarkeit im Entwicklungsprozess der Methoden wie auch im Auswertungsprozess (55) (S. 319–331) wurde die Entwicklung des Kategoriensystems und Interpretation regelmäßig im Studienteam und im Forschungskolloquium des Instituts für Allgemeinmedizin der Charité und im studentischen Kolloquium für qualitative Forschung vorgestellt und diskutiert. Ein wissenschaftlicher Austausch im Arbeitsprozess fand mit Kolleg*innen innerhalb des Instituts für Allgemeinmedizin statt sowie mit Studierenden anderer Institute, die in qualitative Forschungsprojekte eingebunden waren. Dies bot die Möglichkeit zur Review von Interviewleitfaden und ersten Ergebnissen, zur Hilfestellung bei Fragen im Auswertungsprozess sowie zur Reflexion und Interpretation.

Zur Sicherung der intersubjektiven Nachvollziehbarkeit zur Messung der Objektivität und zur inhaltsanalytischen Reliabilitätsbestimmung (59) (S. 117) wurde das Kategoriensystem zuerst durch eine Gegenkodierung von zwei Interviews durch AB erprobt. Voneinander verschiedene Kategorienzuordnungen wurden verglichen, das Kategoriensystem daraufhin diskutiert, durch eine Präzisierung von Kategorien-Definitionen angepasst und durch Zusammenführung ähnlicher

Kategorien weiter reduziert. Anschließend wurden zur Konsistenzprüfung zwei weitere Interviews von PM gegenkodiert, die nicht am Projekt beteiligt ist. Nicht übereinstimmende Zuordnungen wurden diskutiert und eine eindeutige Zuordnung gesucht. Zuletzt fand zur Prüfung der Intercoder-Übereinstimmung eine Gegenkodierung von zwei weiteren Interviews durch SGB statt, Kategorien-Definitionen zur präzisen Zuordnung weiter überarbeitet und um präzisere Ankerbeispiele ergänzt. Bei einem Großteil des Interviewmaterials vergaben Kodierende ähnliche Kategorienzuordnungen. Durch die gezielte Auswahl auch projektfremder Gegenkodierender sollte die Validität der Untersuchung geprüft und gefördert werden. Es wurde aus zeitökonomischen Gründen kein Participant checking durchgeführt, also ein Abgleich der Ergebnisse mit Teilnehmenden der Studie. Reflexionen und Analyseschritte im Forschungsprozess wurden in Form eines Forschungslogbuchs dokumentiert.

Die Hauptkategorien nach Abschluss der Auswertung aller 15 Interviews sind *PTBS in der Praxis*, *Retrospektive Akzeptanz* und *Prospektive Akzeptanz*. Diese beinhalten 23 Subkategorien, teilweise enthalten diese eine weitere Hierarchie-Ebene an Subkategorien, sodass 41 verschiedene Kategorien vergeben werden konnten. Mit dem finalen Kategoriensystem fand ein erneuter Materialdurchgang mit allen Interviews zur Prüfung der Zuordnung statt.

3 Ergebnisse

3.1 Datengrundlage

Zum Zeitpunkt der Erhebung (31.03.2021) waren 134 Paarungen aus HÄ und Patient*innen in die PICTURE-Studie eingeschlossen, davon 66 im Interventionsarm. Es wurden 105 HÄ von der LMU betreut, davon haben 53 HÄ die NET angewandt, an der Charité waren es 29 Teilnehmende und 13 im Interventionsarm. Bei der Vorauswahl von HÄ wurden soziodemografische Aspekte berücksichtigt, wie eine Repräsentation von verschiedenen Geschlechtern, verschiedene Altersgruppen, Praxen in städtischer und eher ländlicher Umgebung und unterschiedlicher Berufserfahrung in der hausärztlichen Praxis. Im Verlauf der Rekrutierung wurden gezielt jüngere HÄ kontaktiert. 15 Telefoninterviews fanden vom 09.04.2021 bis 15.09.2021 mit durchschnittlich 51 Minuten statt. Die Interviews waren zwischen 34 und 74 Minuten lang. Soziodemografische Informationen zu den Teilnehmenden sind in Tabelle 3 zu finden.

Tabelle 3: Beschreibung der Stichprobe, soziodemografische Daten der Interviewten

Beschreibung der Stichprobe (n = 15)	
Geschlecht	
Weiblich	8
Männlich	7
Alter (Ø = 52 Jahre, Median = 53 Jahre)	
≤ 40 Jahre	1
41-50 Jahre	5

51-60 Jahre	7
≥ 60 Jahre	2
Berufserfahrung in der HÄ-Praxis (∅ = 16 Jahre, Median = 14 Jahre)	
<5 Jahre	2
5-15 Jahre	5
>15 Jahre	8
Region	
Berlin / Umgebung	6
Bayern	9
Bekannte Patient*innen	
ja	11
nein	4
Interviewzeit ∅	51 min

Alle Interviews fanden telefonisch statt. Während der Interviews herrschte in allen Interviews weitestgehend eine offene Gesprächsatmosphäre, einige HÄ äußerten zeitlichen Druck etwa durch die Wahl der Interviewzeitpunkte in der Mittagspause. Ein Interview musste wegen zeitlicher Einschränkung abgekürzt werden. Das Kategoriensystem ist in Tabelle 4 abgebildet.

Tabelle 4: Übersicht Kategoriensystem

Kategoriensystem	
PTBS in der Praxis	
	<ul style="list-style-type: none"> • Strukturelle Voraussetzungen • Rollenverständnis • Patient*innen und Anekdotisches • Gesellschaft • COVID-19 Pandemie • Bedeutung der PTBS im Alltag • Veränderte Wahrnehmung der PTBS durch die Studienteilnahme • Was ist eigentlich PTBS? • Gründe für Studienteilnahme • Bisherige Diagnostik • Bisherige Therapiestrategie
Retrospektive Akzeptanz	
	<ul style="list-style-type: none"> • Emotionale Haltung • Ethische Bewertung • Selbstwirksamkeit retrospektiv <ul style="list-style-type: none"> • Wahrnehmung der Schulung • Wahrnehmung der Supervision • Individuelle Vorbereitung • Selbsteinschätzung • Effektivität retrospektiv <ul style="list-style-type: none"> • Ergebnis • Teilnahme der Patient*innen • Zugang zu Patient*innen • Interventionskohärenz retrospektiv <ul style="list-style-type: none"> • Durchführung retrospektiv • Kritische Therapiesituationen • Länge der Intervention • Zweifel an der PICTURE-Studie, am Studiendesign oder der Rekrutierung

<ul style="list-style-type: none"> • Opportunitätskosten retrospektiv • Belastung retrospektiv
Prospektive Akzeptanz
<ul style="list-style-type: none"> • Selbstwirksamkeit prospektiv <ul style="list-style-type: none"> • Selbsteinschätzung • Unterstützungsbedarf und Ängste • Bedarfe und Lösungsstrategien außerhalb der NET • Wünsche an die Schulung • Effektivität prospektiv • Interventionskohärenz prospektiv <ul style="list-style-type: none"> • Häufigkeit der Anwendung • Anwendung von NET bei unbekanntem Patient*innen • Auswahlkriterien zur Anwendung von NET • Opportunitätskosten prospektiv • Belastung prospektiv

3.2 Bisheriger Umgang mit PTBS und Voraussetzungen in der hausärztlichen Versorgung

Aspekte des bisherigen hausärztlichen Umgangs mit PTBS umfassen verschiedene Kategorien, wie in Tabelle 5 dargestellt. Zusammenfassend wird im Folgenden besonders auf das eigene hausärztliche Rollenverständnis, die Bedeutung der PTBS im Alltag, die Wahrnehmung der PTBS sowie die bisherige Diagnostik und Therapie vertieft eingegangen.

Tabelle 5: Ausschnitt Kategoriensystem der Überkategorie PTBS in der Praxis

Kategorie	Kurzdefinition
Strukturelle Voraussetzungen	Praxisstruktur, Aspekte des Berufsalltags, typische Arbeitsweisen
Rollenverständnis	Rolle der HÄ, eigenes Rollenverständnis
Patient*innen und Anekdotisches	Medizinische Vorgeschichte von Patient*innen, Coping-Strategien von Patient*innen
Gesellschaft	Öffentliche Diskurse und Strukturen
COVID-19 Pandemie	Einflussfaktoren durch die COVID-19-Pandemie
Bedeutung der PTBS im Alltag	Häufigkeit oder Relevanz der PTBS in der Praxis
Veränderte Wahrnehmung der PTBS durch die Studienteilnahme	Einfluss der Studienteilnahme auf die eigene Wahrnehmung
Was ist eigentlich PTBS?	Symptomkonstellationen einer PTBS, Ursachen, eigene Definitionen
Gründe für Studienteilnahme	Erläuterung zur Studienteilnahme
Bisherige Diagnostik	Eigener Umgang zur Detektion von PTBS
Bisherige Therapiestrategie	Eigener Umgang zur Behandlung von PTBS

3.2.1 Rollenverständnis

Die meisten Interviewten sahen die hausärztliche Aufgabe als erste Ansprechpartner*innen der Patient*innen, in der Abklärung akuter somatischer Beschwerden und in der Koordination der langfristigen Betreuung. Die langfristigen Beziehungen wurden als Ressource und bedeutsam für den Einfluss auf Patient*innen beschrieben:

„Also [der Hausarzt] hat einfach ein viel vollständigeres Bild, als jeder andere Fachkollege, der mal nur für einen kleinen Zeitabschnitt mit dazustößt. Und deswegen ist meine Überzeugung [...], dass der Allgemeinarzt die zentrale Position ist und die zentrale Position einnehmen sollte und haben sollte. Weil nur der wirklich die Fäden zusammenführen kann. Und wirklich dann auch wieder strukturieren kann, wieder ordnen kann, wieder Ausblick geben kann.“ (I09, Pos. 125)

Zugehörig zu ihrer Rolle sahen die meisten Interviewten zusätzlich die Abdeckung der psychosomatischen Grundversorgung. In der Ausbildung sei diese möglicherweise nicht ausreichend abgebildet. Folgen seien eine fehlende Struktur und fehlende Werkzeuge im ärztlichen Handeln.

„Und insofern ist das sehr, sehr spannend das Thema und glaube ich, wir haben zumindest im hausärztlich / ich möchte mal sagen, ich würde fast sagen, die Hälfte der Kontakttfälle oft hat irgendwo einen psychosomatischen Hintergrund.“ (I05, Pos. 25)

„Das ist mir schon lange aufgefallen, die Psychologie ist im Hausarztbereich ein großes Feld. Und die psychosomatische Grundversorgung deckt das irgendwie auch nicht korrekt ab in meinen Augen, [...] ich finde, das kommt in der Ausbildung viel zu kurz. Da sitzt man erst so in der Praxis da, und macht dann, wie man meint. Da hat man nämlich überhaupt keine Struktur dafür.“ (I10, Pos. 55)

3.2.2 Bedeutung der PTBS im Alltag

Die interviewten HÄ zeigten eine sehr unterschiedliche Wahrnehmung von Relevanz und Prävalenz der PTBS in der eigenen Praxis.

Ein Teil schrieb der PTBS eine große Relevanz im Praxisalltag zu. In dieser Gruppe wurde das Vorkommen von Patient*innen mit PTBS auf etwa einmal pro Woche bis mehrfach täglich geschätzt.

„So alle ein bis zwei Wochen. Also das da wiederum dann häufiger in unterschiedlichem Schweregrad.“ (I10, Pos. 25)

„Also posttraumatische Belastungsstörungen sind, finde ich, relativ häufig. Also als ich meine Ausbildung mal irgendwann begonnen habe, hätte ich nicht gedacht, dass das so einen Stellenwert hat.“ (I09, Pos. 15)

Dabei gingen die Befragten davon aus, dass die Diagnose häufig nicht korrekt diagnostiziert und erfasst wurde.

„Ich könnte mir aber vorstellen, dass es da eine hohe Dunkelziffer gibt, einige Patienten haben, die eine PTBS haben, vielleicht auch neben einer anderen psychischen Erkrankung, neben einer Depression, oder einer generalisierten Angststörung, die wir vielleicht gar nicht identifiziert haben bisher.“ (I07, Pos. 21)

Die Befragten nannten verschiedene Ursachen für eine PTBS, wie Gewalterfahrungen in Kindheit oder Jugend, sexualisierte Gewalt, Fluchterfahrungen, Kriegsverbrechen, Folter, Gefängnisaufenthalte, Krankenhausaufenthalte auch im Rahmen der COVID-19-Pandemie, Fehlverhalten von medizinischem Personal, berufliches Mobbing und polizeiliche Maßnahmen.

Eine andere Gruppe räumte der PTBS eine kleine Rolle im Alltag ein, die Befragten schätzten die Häufigkeit in der eigenen Praxis mit etwa einem Fall im Quartal niedrig ein.

„Das kommt halt manchmal am Rande vor, aber es ist jetzt nicht etwas, wonach ich spezifisch suchen würde. (...) Also es hat mir vorher nicht gefehlt, dass ich da keinen / kein Tool hatte, wo / wie ich damit umgehen kann. Das hat mich interessiert, aber es ist nichts, wo ich, ja genau, wo ich vorher dachte: „Oh Gott, da brauche ich noch Hilfe, um da damit arbeiten zu können.““ (I06, Pos. 12)

„Also für mich sind immer noch andere wichtiger, also dass ich die lebensbedrohlichen Situationen, die akuten erkenne. Ja, das ist eigentlich mein Ding, aber [die PTBS-Behandlung] hat eine Bedeutung, hat einen Platz in der hausärztlichen Betreuung, aber ich würde dem jetzt keinen außergewöhnlichen Platz zugestehen wollen.“ (I04, Pos. 147)

Im hausärztlichen Umgang mit PTBS wurde häufig geäußert, dass sich nicht alle Patient*innen im Gespräch äußern würden, teilweise würde sich die Diagnose der PTBS erst im Verlauf der Ursachensuche von Beschwerden deutlich.

„Wie gesagt, es öffnet sich nicht jeder und sagt, also hier ist mein Problem. Manchmal ergibt sich das ja so im Gespräch, was man auch so dann in der Sprechstunde führt, um herauszufinden, woher seine Beschwerden kommen und was da eigentlich los ist, weil man muss ja manchmal erst dahin kommen, dass es eine andere Ursache gibt, als jetzt nur allein die körperlichen Beschwerden.“ (I14, Pos. 75)

Patient*innen mit PTBS litten in der Wahrnehmung der Interviewten unter Beeinträchtigungen und einem Potenzial für Multimorbidität und andere psychische Komorbiditäten.

„Ich glaube, die Beeinträchtigung ist schon groß, [...] also Patienten, die traumatisiert sind, denke ich, haben noch (...) ein sehr hohes Potenzial anderer psychischer Komorbiditäten und aufgrund der Erkrankung, die sie durchlitten haben, sind sie natürlich auch körperlich beeinträchtigt und haben meistens auch weitere körperliche Beschwerden und das ist natürlich eine Konstellation, die dann bei allen so in der Form auftritt und im Grunde sind das schwer multimorbide Patienten. Sowohl körperlich als auch dann geistig.“ (I08, Pos. 23)

Teilweise wären die betroffenen Patient*innen bereits in psychotherapeutischer Behandlung, die hausärztliche Aufgabe liege dann in der Unterstützung der Alltagsfähigkeiten.

„Viele sind in psychotherapeutischer Behandlung oder haben Traumatherapien hinter sich und viele sind [...] auf der Suche, also da geht es dann darum, [...] wie sind die alltagsfähig, sage ich mal. Oder wie geht es den Patienten im Alltag, brauchen sie Unterstützung, was für eine Unterstützung? Brauchen sie therapeutischen Bedarf und wo kann ich sie da am besten hinleiten oder vermitteln?“ (I11, Pos. 15)

Die Interviewten ließen sich in drei Wahrnehmungs-Typen unterteilen:

1. Wahrnehmung von hoher Inzidenz und Relevanz in der eigenen Praxis, bestehender hausärztlicher Behandlungsbedarf
2. Wahrnehmung geringer Prävalenz, dennoch Bereitschaft hausärztlich Patient*innen zu unterstützen
3. Wahrnehmung von geringer Prävalenz und Relevanz, keine Zuständigkeit in der Behandlung

3.2.3 Veränderte Wahrnehmung der PTBS durch die Studienteilnahme

Drei HÄ gaben keine veränderte Wahrnehmung der PTBS seit ihrer Teilnahme an der PICTURE-Studie an.

„Gar nicht. Sie [die PTBS] ist mir bewusst, sie ist mir präsent, aber nicht mehr und nicht weniger als vorher.“ (I15, Pos. 71)

Ein Großteil der Interviewten wiederum nahm durch die Studienteilnahme eine Sensibilisierung für PTBS wahr. Die PTBS sei nach der Intervention präsenter im Bewusstsein der HÄ, sie hätten ein umfassenderes Verständnis, was wiederum ein schnelleres Erkennen und gezielteres Nachfragen ermögliche sowie gegebenenfalls eine zügigere Überweisung.

Die [Wahrnehmung für PTBS] gibt es jetzt, ganz einfach so gesagt. Früher waren die Patienten natürlich auch mit der Symptomatik, auch mit den Problemen da gewesen, aber die wurden seltener oder fast nie als solche definiert, ja. Und deswegen hat sich das schon verändert für mich in der Wahrnehmung und dann tatsächlich in den Ansatz der therapeutischen Möglichkeiten jetzt auch.“ (I04, Pos. 153)

„Also da ist sicher ein Vorteil der Studie drin, zu sehen, dass man einfach die Diagnose besser im Kopf hat und sofort danach fragt und es dann auch erkennt. [...] Ich weiß nicht, wie jetzt die Ausbildung ist, aber bei uns älteren Hausärzten ist da sicher eine Ausbildungslücke, muss man sagen.“ (I12, Pos. 9)

3.2.4 Bisherige Diagnostik

Vor Teilnahme an der PICTURE-Studie hatten einige Interviewte im Umgang mit Patient*innen mit PTBS-Symptomen Schwierigkeiten wegen fehlender diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten, andere beschrieben ihr Vorgehen als unstrukturiert und basierend auf dem eigenen Bauchgefühl.

„Das ist etwas schwierig. Weil wir eigentlich nichts gelernt haben in diese Richtung. Das heißt, da ist man einfach ein bisschen auf sich selber angewiesen.“ (I12, Pos. 13)

„Das heißt, ja, das ist eigentlich schon, wie soll ich sagen, ja ein Stück weit auch aus dem Bauch raus eine Diagnose.“ (I05, Pos. 21)

Ohne Ausnahme nutzte keine*r der Interviewten standardisierte Scores zur Erhebung der PTBS in der Praxis.

„Da tue ich mich schwer, sowas [Diagnostik-Instrumente] anzulegen, ehrlich gestanden. [...] Die kommen ja auch oft nochmal wieder und irgendwie erzählen dann beim nächsten Mal noch mehr, so kann man dann schon nochmal einsteigen, also je nachdem wie es auch der Patient dazu braucht, also wenn einer da nochmal ein Gespräch will, dann kommt er schon.“ (I10, Pos. 35)

„Im Grunde versuchen wir halt nah am Menschen zu sein und in einen dialogischen Prozess zu treten und bestimmte Themen versucht man dann [...] in den Behandlungsbereich zu bringen. Aber nicht zu fokussiert, also natürlich ist es nicht so, dass man sagt: „Hallo, wir sprechen jetzt über Ihr Trauma“, sondern sicherlich hat man das auf dem Schirm und hat das auch vielleicht als Richtung vor, aber im Gesprächsprozess ist das so etwas, was man dann nicht direkt ansteuert.“ (I08, Pos. 33)

Bisher seien vor allem depressive und andere psychosomatische Symptome abgefragt worden. In der Anamnese fragten viele bisher nach Schlafstörungen, Alpträumen, Depression, Leistungseinschränkungen oder Suizidgedanken. Ein Fokus läge aber auf der Abklärung somatischer Beschwerden. Oft würde von Patient*innen-Seite bereits Stress als Auslöser genannt werden, sonst gaben HÄ an, bei weiteren Terminen genauer auf psychosomatische Aspekte einzugehen, sodass sich die Ursache psychosomatischer Beschwerden häufig offenbare.

„Patienten kommen ja nicht mit der Diagnose zu mir, kommen erstmal mit bestimmten Symptomen, meistens sind das schon so somatische / Somatik ist es dann, depressive Symptomatik und erst nach einem, häufig auch zwei, drei Gesprächen kriegt man das dann raus, wo die Problematik tatsächlich liegt.“ (I04, Pos. 7)

Eine andere HÄ beschränkte sich auf das Abfragen von Symptomen, die Diagnostik der PTBS läge außerhalb der hausärztlichen Kompetenz:

„Ich möchte nicht behaupten, dass ich die Leute diagnostizieren kann, also das würde mir, glaube ich, meine Kompetenzen überschreiten.“ (P02, Pos. 12)

Stattdessen würden Patient*innen ermutigt, sich Diagnostik bei Psychotherapeut*innen einzuholen und extern Anbindung zu finden. Schwierigkeiten bestünden bisher in der Ursachensuche nicht-somatischer Beschwerden, durch Ausweichverhalten der Patient*innen und auch durch die zeitliche Kapazitätsgrenze und fehlende Vergütung vor allem für längere Gespräche. Durch die Behandlungsdichte sei es schwierig, tiefergehende Gespräche über Traumatisierungen zu führen.

*„Und die allgemeinmedizinischen [Patient*innen] versuche ich zu ermutigen, sich da eine Diagnostik zu holen.“ (P02, Pos. 17)*

„Gesetzt den Fall, ich habe mal nicht so einen Intensivpatienten [...], komme ich da ganz schnell an meine zeitlichen Kapazitätsgrenzen. Denn selbst bei dem relativ einfachen Fall [...] waren das Gespräche, die wirklich eine Stunde, eineinhalb Stunden Zeit in Anspruch genommen haben. Und das wird im Alltag weder von der Zeit noch von der Vergütung irgendwie darstellbar sein in einer allgemeinmedizinischen Praxis. Da kommen wir einfach an unsere Grenzen.“ (I09, Pos. 17)

Auffällig war, dass laut hausärztlichen Aussagen die Studienpatient*innen von fünf HÄ nicht mit PTBS detektiert worden wären.

„Wenn sie also von [dem Studienteam] München mich nicht damit aufmerksam gemacht hätten, dass dieser Patient [...] da in der Studie drin ist und ich bereit wäre das zu machen, dann hätte ich das wahrscheinlich so auch nicht erkannt.“ (I12, Pos. 3)

3.2.5 Bisherige Therapiestrategie

Die HÄ beschrieben Patient*innen mit PTBS-Symptomen, mit empathischer, beruhigender Gesprächsführung zu unterstützen und mitunter längere Gespräche zu Ende der Sprechstunde zu führen. Daran schlossen sich dann entweder ein hausärztlicher Folgetermin oder eine Psychotherapie an, dabei gehe es unter anderem um die Unterstützung für den Erhalt der Alltagsfähigkeit. Bisherige Behandlungsstrategien der Interviewten bestanden demnach in erster Linie aus Gesprächsangeboten.

„Das Angehen sieht das dann so aus, dass ich mir primär erstmal mehr Zeit nehme, meistens bestelle ich mir dann, von der Praxisseite, mal, bestell ich die Patienten dann tatsächlich zu Ende der Sprechstunde (unv) kommt auch drauf an, was für Leidensdruck die Patienten dann jetzt auch haben.“ (I04, Pos. 9)

Diese Gespräche in der Praxis seien nur in einem eingeschränkten Zeitrahmen möglich, es könne lediglich eine Psychoedukation zur Symptomherkunft oder eine Vermittlung einfacher Strategien stattfinden. Oft gebe es keine Zeit für tiefergehende Gespräche, sodass der Fokus auf der Symptomschwere im Alltag und der Suche nach weiteren Unterstützungsangeboten, wie Krankschreibungen und psychotherapeutischer Anbindung liege.

„Ich kann den Patienten eigentlich nicht optimal und zeitnah versorgen. Und dadurch chronifiziert sich ja unter Umständen so ein Geschehen auch immer mehr.“ (I05, Pos. 145)

Ein HÄ mit langjähriger Berufserfahrung formulierte die eigene Zurückhaltung aufgrund von Angst vor Retraumatisierung.

„Wir können mit dem Patienten drüber reden, aber wie das dem Patienten dann nutzen soll, wenn wir drüber reden, ich meine, wir hatten immer gesagt, lasst es einfach bloß, Zeit heilt alle Wunden und redet nicht drüber, bringt die Erinnerungen nicht wieder hoch, ihr traumatisiert die Leute nochmal.“ (I12, Pos. 21)

3.3 Retrospektive Akzeptanz

Die Kategorien der retrospektiven Akzeptanz inklusive ihrer Subkategorien sind in Tabelle 6 dargestellt.

Tabelle 6: Ausschnitt Kategoriensystem der Überkategorie Retrospektive Akzeptanz

Kategorie	Kurzdefinition
Emotionale Haltung	Individuelle Einstellung zur Intervention
Ethische Bewertung	Ausmaß, zu dem die Durchführung der Intervention als richtig in der HÄ-Praxis empfunden wird
Selbstwirksamkeit retrospektiv	Selbstvertrauen, geforderte Maßnahmen umzusetzen
<ul style="list-style-type: none"> Wahrnehmung der Schulung 	Rückblick Schulung
<ul style="list-style-type: none"> Wahrnehmung der Supervision 	Rückblick Supervision
<ul style="list-style-type: none"> Individuelle Vorbereitung 	Selbstständige Maßnahmen zur Vorbereitung
<ul style="list-style-type: none"> Selbsteinschätzung 	Eigenes Interesse, Vorwissen, Fähigkeiten, Fortbildungen
Effektivität retrospektiv	Wahrgenommene Möglichkeit, dass Intervention das Ziel erreichen kann
<ul style="list-style-type: none"> Ergebnis 	Aspekte zu Therapieresultat
<ul style="list-style-type: none"> Teilnahme der Patient*innen 	Patient*innenpartizipation
<ul style="list-style-type: none"> Zugang zu Patient*innen 	Therapeutischer Zugang zu Patient*innen
Interventionskohärenz retrospektiv	Verständnis der Intervention
<ul style="list-style-type: none"> Durchführung retrospektiv 	Konkrete Aspekte des Verlaufs
<ul style="list-style-type: none"> Kritische Therapiesituationen 	Erfahrung mit kritischen Therapiesituationen (u.a. Dissoziation, Flashback, Intrusion, Vermeidungsverhalten, Aggression)

<ul style="list-style-type: none"> • Länge der Intervention 	Beurteilung der Länge der NET, Dauer der Sitzungen
<ul style="list-style-type: none"> • Zweifel an der PICTURE-Studie, am Studiendesign oder der Rekrutierung 	Kritik an der PICTURE-Studie
Opportunitätskosten retrospektiv	Ausmaß, zu dem Vorteile oder Werte aufgegeben werden müssen, auch zeitliche Nachteile
Belastung retrospektiv	Ausmaß an Mühe oder Anstrengung

3.3.1 Emotionale Haltung

In der theoretischen Grundlage ist die emotionale Haltung definiert über die Gefühle eines Individuums darüber, an der Intervention teilzunehmen oder sie durchzuführen.

Ein wichtiger Aspekt bezüglich der emotionalen Haltung war die Freude einiger HÄ darüber, die NET kennengelernt und angewandt zu haben. Diese positive Einstellung begründeten HÄ unter anderem durch den vorherigen Mangel an Methoden:

„Grundsätzlich halte ich sie [die NET] für gut, denn bis jetzt hat man als Hausarzt eigentlich nur gemerkt, da ist etwas und man muss drüber reden.“ (I12, Pos. 21)

„[Die NET] Hat mir gut gefallen und es ist übersichtlich mit den Regeln, die man da befolgen muss, so dass man da auch ohne psychotherapeutische Ausbildung da ein bisschen was bewegen kann.“ (I06, Pos. 35)

Mit der NET könne dem Mangel an Psychotherapeut*innen und der Wartezeit begegnet werden:

„Ich finde, es [die NET] eine super, super Idee, weil wir ja gar nicht in der Lage sind, [...] die Patienten woanders hinschicken. Das ist schon gut.“ (P02, Pos. 189)

Ein HA erzählte, die Anwendung gebe ein gutes Gefühl in der Durchführung und hinterlasse auch ein gutes Gefühl. Eine andere HÄ konstatierte:

„Ich fand das sehr beeindruckend, was da passiert ist zwischen uns.“ (P02, Pos. 57)

Negativ äußerte sich eine HÄ, denn für die Komplexität der NET gebe es keine ausreichende Gratifikation, ein anderer HA empfand die Intervention als unpassend.

„Ich finde, für einen feuchten Händedruck ist das auch eine ziemlich komplexe Angelegenheit“ (I10, Pos. 105).

„Ich komme mir albern vor, ganz ehrlich [...] Ist nicht wirklich meine Welt.“ (I15, Pos. 21)

3.3.2 Ethische Bewertung

Die ethische Bewertung der Intervention ist definiert als Ausmaß, zu dem die Intervention in das eigene Wertesystem passt, die NET demnach in der hausärztlichen Praxis als angemessen verortet wird.

Die meisten HÄ waren der Ansicht, dass bei medizinischer Trauma-Ursache, wie einem ITS-Aufenthalt, die Betreuung in der Allgemeinmedizin mittels NET angemessen sei. HÄ seien in der Regel erste Ansprechpartner*innen für Patient*innen, daher sei auch eine NET richtig im hausärztlichen Kontext. Patient*innen seien bereits emotional zugänglich durch die langjährige Beziehung, eine hausärztliche Kurzintervention könne diese Vertrauensbasis zwischen HÄ und Patient*innen weiter stärken:

TS: *„Halten Sie die Intervention insgesamt für richtig im hausärztlichen Kontext?“*

B10: *„Ja, weil der Hausarzt der erste und letzte Ansprechpartner ist für den Patienten. [...] ich glaube schon, dass wir sagen können, dass wir ein sehr gutes Verhältnis mit unseren Patienten haben, wir sind irgendwie bekannt bei uns im Ort schon als welche, die da sehr intensiv irgendwie auch nachhaken, wie es den Leuten geht, die Leute wissen, dass sie niederschwellig zu uns kommen können und sie kommen auch ohne Hemmung und ohne Hürde. [...] Die Patienten wissen, dass sie zu uns mit allem kommen und dass wir eigentlich auch immer ein offenes Ohr haben und dass wir uns auch irgendwie um jeden Mist kümmern, egal was es ist.“ (I10, Pos. 62-63)*

„Deshalb [wegen der lange bestehenden Beziehung] glaube ich, ist es schon ein großes Plus, wenn solche Therapieformen auch in der Hausarztpraxis Anwendung finden.“ (I14, Pos. 121).

Einige HÄ gaben an, bei schweren PTBS-Symptomen sowie bei einigen Trauma-Ursachen, wie beispielsweise Kriegstraumata, keine geeigneten Ansprechpartner*innen zu sein. Da HÄ nicht über die Qualifikation als Psycholog*in verfügen, liege die Behandlung schwerer Symptome nicht im hausärztlichen Aufgabenbereich:

„Wenn ein Patient einen Psychologen erreichbar hat, dann ist der die bessere Wahl. Ich werde nicht den Ehrgeiz entwickeln, den Psychologen jetzt ihre Arbeit wegzunehmen.“ (I12, Pos. 77)

Mehrere erläuterten, die NET sei zwar im hausärztlichen Setting passend situiert, aber es fehle die Zeit, ihr den notwendigen Raum zu bieten. Daher sei die hausärztliche Praxis geeignet als Anlaufstelle, um zu prüfen, wo Patient*innen gut versorgt werden können und zu prüfen, ob eventuell eine allgemeinmedizinische Intervention ausreicht.

„Und dann sehe ich Allgemeinmediziner schon als gute Anlaufstelle dafür, um das mal aufzudecken und zu gucken, wer da jetzt tiefer gehen darf, bei wem ist es sozusagen im allgemeinmedizinischen Setting gut versorgt.“ (I08, Pos. 163)

„Als ich meine Ausbildung [...] begonnen habe, hätte ich nicht gedacht, dass das [PTBS] so einen Stellenwert hat. Und deswegen ist es eigentlich, finde ich, schon sinnvoll für die Allgemeinmedizin, dass man als Arzt da das Werkzeug an die Hand bekommt, wenngleich da aufgrund der Diagnosestellung eigentlich der Hauptschwerpunkt bei den Psychotherapeuten und Psychiatern liegt.“ (I09, Pos. 15)

Ein HA äußerte Bedenken für die NET im hausärztlichen Setting.

„dass das hier in unserem relativ oberflächlichen ambulanten Setup zwischen Hausarzt und Patient gefährlich ist, hier die Dinge aus der Tiefe zu holen. Und dann den Patienten ohne weitere Führung erstmal wieder zu entlassen.“ (I15, Pos. 5)

3.3.3 Selbstwirksamkeit

Einen weiteren Aspekt der Akzeptanz auf Grundlage des TFA bildet die Selbstwirksamkeit, definiert als das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten, die Handlungsschritte, die für NET gefragt sind, selbst umsetzen zu können. Folgende Aspekte, die für die hausärztliche Selbstwirksamkeit von Bedeutung sind, wurden in den Interviews thematisiert: Schulung, Supervision, individuelle Vorbereitung und Selbsteinschätzung (Tabelle 6).

Wahrnehmung der Schulung

Retrospektiv beschrieben die meisten HÄ die Schulung zur Vorbereitung auf die selbstständige Durchführung der Intervention als kompakt und hilfreich zur Beantwortung offener Fragen und zum Aufzeigen von Schwierigkeiten. Die NET sei

„Sehr hilfreich. Also ohne die Schulung hätte ich jetzt nicht recht gewusst, wie herangehen.“ (I05, Pos. 59)

„Ja, also es waren mehrere Stunden, war nicht nur, nicht nur eine Stunde, also das war schon mit einem Zeitaufwand verbunden, ja aber fand / das war für mich die unbedingte Voraussetzung, um das durchzuführen.“ (I07, Pos. 99)

Die digitale Schulung wurde positiv bewertet, insbesondere das Demonstrations-Video, die Schulungsunterlagen sowie die Struktur des Interventionsablaufs.

„Also wenn man das irgendwie so gelernt hat in der Studie, dann hat man da irgendwie, also wenn man sich da mit den Unterlagen beschäftigt hat, sich das Demo-Video vorher angeschaut hat, irgendwie die Schulungsunterlagen gelesen hat, dann hatte man eigentlich eine gute Vorstellung davon bekommen, wie das ablaufen soll und konnte dann irgendwie dann sich gedanklich so an einem Faden entlang arbeiten. Aber das war ja auch im Vorfeld irgendwie, also das Video war ja sehr aussagekräftig, aber man hatte ja genug Unterlagen gekriegt.“ (I10, Pos. 49)

Angemerkt wurden fehlende Beispiele, das Beispielvideo im digitalen Schulungsformat habe Schwierigkeiten nach Ansicht einer HÄ nicht ausreichend thematisiert, ähnliche Fragen seien auch nach der Fortbildung in Präsenz offengeblieben.

„Na, ich hätte mir gewünscht, vielleicht noch ein paar mehr Beispiele zu sehen. Also es gab ja einen Film, ne, wo da diese Kollegin befragt wurde. Das hätte mir geholfen, noch ein paar mehr Beispiele anzuschauen, um dann besser gewappnet zu sein.“ (P01, Pos. 57)

„Sie haben also diese Inhalte so versucht ein bisschen zu vermitteln, was das für eine Gesprächstherapie oder überhaupt so eine Therapiesitzung, was das ist, was man darunter zu verstehen hat, und dann haben wir zum Beispiel mit dem Psychologen also zum Beispiel meine eigene Lebenslinie dann mal erstellt. Und haben versucht so in Rollenspielen dann doch auch mal so emotionale Sitzungen nachzustellen. (...) Aber es war eben ein Tag, an dem man versucht so etwas zu vermitteln und dann sitzt man ja mit echten Fällen hier in der Praxis und ja und steht dann da so für sich alleine.“ (I14, Pos. 43)

Eine HÄ aus der Schulung in Präsenz betonte, dass es sehr wertvoll gewesen sei, die Exposition selbst aus Patient*innensicht zu erleben.

„Ich habe selber eine Situation erzählt. Und habe selber / also das war jetzt / ich bin nicht traumatisiert, aber eine schwere Situation [...] und habe dann selber gespürt, (.) also wie / wie man da zurückgeht und dass alle unsere Erfahrungen einfach in unserem Körper gespeichert sind. [...] also das fand ich total gut, also / weil ich / mir gezeigt hat, was man mit so einer (.) verbalen Exposition erreicht. Das hat mich erstaunt.“ (P02, Pos. 83)

Wahrnehmung der Supervision

Die Supervision zwischen Gesprächen wurde von den meisten HÄ als hilfreich empfunden. Somit fanden sie Unterstützung bei Schwierigkeiten und konnten gezielte Nachfragen stellen. Eine Supervision nach Abschluss der Intervention im Rahmen der PICTURE-Studie wäre von einer HÄ erwünscht gewesen.

„Und ich habe da auch dieses Gespräch mit der Psychologin gehabt, zwischendurch zum/zum zur / Supervision, fand ich auch sehr wichtig.“ (P02, Pos. 69)

„Also Supervision ist, glaube ich, ganz gut, also da war zwischenzeitlich eine Supervision von der Dame, die das hier in München betreut hat. Und da nochmal zum Abschluss eine Supervision hätte ich, glaube ich, ganz hilfreich gefunden.“ (I09, Pos. 83)

Individuelle Vorbereitung

Viele HÄ gaben an, sich über die Schulung hinaus ausführlich auf die einzelnen Sitzungen individuell vorbereitet zu haben. Dieses Vorgehen begründeten einige mit einem großen Verantwortungsgefühl gegenüber den Patient*innen, um in der Intervention keine Fehler zu machen.

„habe gezielt [...] vorher die ganzen Unterlagen gelesen, [...] man ist ja als Hausarzt ja nicht unbedingt Psychologe und man möchte natürlich dann auch nichts in die falsche Richtung lenken und man möchte es dann ja auch richtig machen.“ (I10, Pos. 47)

„Ich bin da ja auch nicht unvorbereitet reingegangen, sondern habe mir das irgendwie im Vorfeld nicht / also wie gesagt, erstens die Unterlagen, Ihre Empfehlungen, Vorgehensweise also / das war ja nicht in trockenen Sachen, aber ich habe schon das Gefühl gehabt, dass ich da Zeit investiert habe in die Vorbereitung.“ (I10, Pos. 103)

Eine HÄ beschrieb, die Unterlagen nicht nur vor, sondern auch während der Intervention genutzt zu haben, um Patient*innen besser Elemente der Intervention erklären zu können und um der eigenen Unsicherheit zu begegnen.

„Na, ich hatte mir diese Studienunterlagen auch noch auf den Tisch gelegt und habe dann / oder hatte mir dann auch noch selber ein paar Stichpunkte so in der Vorbereitung gemacht. Und da habe ich dann mal einen Blick drauf geworfen, um so (.) wieder auf die eigentlichen wichtigen Punkte zu kommen.“ (P01, Pos. 27)

Eine HÄ suchte vor der Intervention das Gespräch mit einer befreundeten Kollegin im psychologischen Bereich zur Vorbereitung auf den Umgang mit dissoziativen Zuständen.

„Ich habe ja auch mit der Freundin erzählt, die erzählt / hat mir erzählt, was die so machen, bei so dissoziativen Zuständen und natürlich musste ich mich drauf vorbereiten, man weiß es ja nicht, was da / das sind ja alles Wundertüten.“ (P02, Pos. 67)

Selbsteinschätzung

In der retrospektiven Selbsteinschätzung trauten sich viele HÄ eine korrekte Durchführung der NET zu und fühlten sich gut vorbereitet. Die Art der Gesprächsführung sei vorab für die meisten HÄ neu gewesen, ebenso die intensive Aufbereitung des Aufenthalts auf der Intensivstation und der Traumatisierung. Wenige HÄ berichteten, in vorherigen Aus- oder Fortbildungsveranstaltungen Aspekte der Selbstreflexion oder Lebenslinie erlernt zu haben. Als notwendige Voraussetzungen für die Umsetzung zählten Interviewte Empathie, das Schaffen von Distanz und die Fähigkeit zur Gesprächsführung auf.

„Ja ich glaube schon, dass ich zum einen (..) in der Gesprächsführung schon (..) sage ich mal, die nötige Empathie einerseits und die andererseits Distanz mitbringe. Dass ich das Gespräch gut führen kann. Ich traue mir auch zu, (...) die Situation zu erfassen, auch wie der Patient das empfindet oder empfunden hat oder dann auch wieder gibt zu erfassen und zu erkennen, wo habe ich jetzt / wo, wo kann ich noch ein bisschen tiefer gehen oder wo sollte ich besser gucken, das Ganze gut zurückzuführen“ (I05, Pos. 83)

Mehrfach betont wurde, dass die Intervention mit mehr Übung und häufigerer Durchführung bei mehreren Patient*innen leichter falle und mehr methodische Sicherheit bringe.

„Ich glaube, dass es einfach wirklich / also schon viel mit Übung auch zu tun hat und auch so ein gewisses Timing oder Gefühl für das Timing und auch wie man sozusagen dann in die Situation reingeht und wie man das beschreiben lässt und beschreibt und das ist / wie mit allen Sachen ist, umso öfter man das macht, umso mehr Gespür hat man dafür und umso einfacher fällt es einem auch.“ (I11, Pos. 83)

„Die Gespräche selber [...], da habe ich ein gutes Gefühl mit gehabt. [...] Das hat sich gut angefühlt, am Anfang natürlich noch ein bisschen Unsicherheit, weil die Methode mir nicht so geläufig war, [...] bei jedem Patienten habe ich mich sicherer gefühlt, habe auch den Eindruck, dass das was bringen kann. Also das hat mich schon überzeugt.“ (I07, Pos. 47)

Mehrere HÄ machten Erfahrung mit den Grenzen ihrer eigenen Fähigkeiten vor allem im Umgang mit starken Emotionen auf Patient*innenseite:

„Das gab es auch ein-, zweimal, wo ich dachte [...], da bräuchte ich einfach jetzt noch ein bisschen mehr psychotherapeutische Kompetenz, um das hier aufzufangen und da habe ich gemerkt, dass ich einfach dem, was die Patientin jetzt braucht, nicht komplett gerecht werden kann, weil ich einfach ja dafür nicht ausgebildet bin. [...] versuche ich [...] wieder auf meine normale gerade Linie zu kommen, damit mich diese Emotion von der Patientin nicht völlig übermannt. Also ich fühlte mich der Emotion nicht gewachsen.“ (I09, Pos. 75)

Einige Interviewte beschrieben zeitliche und methodische Unsicherheit trotz ihrer Vorbereitung, und die weiterhin bestehende Sorge, noch mehr Beschwerden auszulösen und eine Verschlechterung zu verursachen.

„Ich habe mich in der Gesamtsituation zu keinem Zeitpunkt wohl gefühlt. Ich [...] war mir nicht wirklich sicher, dass ich weiß, was ich da tue.“ (I15, Pos. 31)

Der angemessene Umgang mit der emotionalen Reaktion der Patient*in wurde von einer HÄ als zu anspruchsvoll wahrgenommen, aus Sorge vor stärkerer Reaktion und Unsicherheit im Umgang damit, vertiefte sie die Exploration nicht weiter. Im Nachhinein bedauerte diese HÄ ihre Zurückhaltung in dieser Situation. Ein anderer HA zweifelte an der eigenen Durchführung der NET:

„obwohl ich eigentlich immer die ganze Zeit das Gefühl habe, ich weiß gar nicht genau, was ich da mache. [...] Also ich habe nicht das Gefühl, dass ich der Patientin geschadet habe, aber ich weiß auch nicht, ob ich auch nur ansatzweise das gemacht habe, was diese Art der therapeutischen Intervention von mir verlangt.“ (I15, Pos. 29-33)

3.3.4 Effektivität

Ein Aspekt, der für die hausärztliche Akzeptanz der NET eine Rolle spielt, ist die Effektivität der Intervention. Diese ist im TFA definiert als Ausmaß, zu dem die Intervention als geeignet angesehen wird, um seinen Zweck, in diesem Fall die Behandlung einer leichten bis mittelschweren PTBS, zu erfüllen. Aus dem Interviewmaterial ergaben sich induktiv drei Subkategorien, die zur retrospektiven Effektivität beitragen: das Ergebnis, die Teilnahme der Patient*innen und den Zugang zu Patient*innen.

Ergebnis

In allen Interviews äußerten HÄ, dass Patient*innen von der NET im Rahmen der Studienteilnahme profitieren konnten, wobei die Form und das Ausmaß des Erfolges unterschiedlich ausfiel. Einige HÄ berichteten von einer Besserung der Belastungen der Patient*innen im Alltag durch Sistieren von Angstzuständen, Albträumen, Schlafstörungen, starken und überwältigenden emotionalen Reaktionen, Vermeidungsverhalten und körperlichen Symptomen sowie positiveren Zukunftsaussichten.

„Ich glaube, die Patienten können besser / also haben besser die traumatisierenden Erlebnisse verarbeitet zum einen, können realistischer ihre aktuellen Beschwerden und damaligen Beschwerden einschätzen und gelöster aus ihren Konfliktsituationen raus, die sie teilweise längere Zeit mit sich genommen haben.“ (I08, Pos. 43)

„Aber Sie hat auch am Ende irgendwie selber gemeint, es hätte ihr gutgetan, so die Gespräche und so dieses Reflektieren, das war schon ihre Quintessenz auch.“ (I10, Pos. 41)

Teilweise erfuhren Patient*innen einen vollständigen Rückgang von PTBS-Symptomen ohne weiteren psychologischen oder psychiatrischen Therapiebedarf auch bei zum Teil starker Beeinträchtigung vor der NET.

„Von meinem Eindruck her (.) konnte sie (...) konnte sie, ja ich sag mal, friedlich damit abschließen, also sie konnte sagen, okay, das ist damals gewesen, das musste so sein, weil, aber es ist jetzt auch Vergangenheit, das ist jetzt erledigt, es ist jetzt vorbei und ich schaue jetzt wieder nach vorne. Also wirklich dieses bewusst Abschließen können, das habe ich so wahrgenommen bei ihr.“ (I09, Pos. 45)

„Also bei meiner Studienpatientin ist es so, die hat jetzt überhaupt keinen Bedarf mehr an einer Psychotherapie.“ (I13, Pos. 21)

Wiederum andere HÄ empfahlen ihren Patient*innen, im Anschluss an die NET eine Psychotherapie wahrzunehmen und sahen die NET als notwendige Wegbereitung für Patient*innen.

„Die Patientin, meine ich, hat auch deutlich von profitiert und wir hatten dann am Schluss qua/ also die Konklusion war, ging ihr nicht wirklich besser, wenn man die Fragebogen und das Follow-Up dann angeschaut hatte, aber die Konklusion war, dass sie bereit war für eine medikamentöse

Therapie oder zumindest eine psychotherapeutische Behandlung. Da haben wir den Weg so ein bisschen aufgemacht dafür.“ (I07, Pos. 7)

Gründe für den Erfolg der NET lägen aus Sicht der HÄ unter anderem an einem verbesserten Verständnis bei Patient*innen beim Auftreten von Gefühlen wie Ohnmacht oder Angst in bestimmten Situationen und die Verortung von traumatisierenden Situationen in der Vergangenheit und deren Verknüpfung mit dem rationalem Gedächtnis im zeitlichen und örtlichen Zusammenhang.

„Es ist natürlich auch hilfreich, dass sie erlaubt bekommen, diese Gefühle zu haben und das auch irrationale Ängste erlaubt sind. Und nichts, was man unterdrücken muss oder so, sondern dass es okay ist, dass man so fühlt.“ (I06, Pos. 51)

Die Sitzungen selbst wurden zum Teil als belastend für die Patient*innen durch Reaktivierung von negativen Gefühlen und Vorstellungen auf der Intensivstation beschrieben, die Verschlechterung hielt für einige Tage an.

„Sie [die Patientin] fand das auch schon so ein bisschen belastend, wenn wir dann immer wieder darauf eingegangen sind, wie sie ihre Situation auf der Intensivstation gefühlt hat. Es kam ja dann immer wieder doch zu bestimmten Vorstellungen und damit zu Emotionen, was sie dann in dem Moment natürlich auch sehr belastet hat. Aber insgesamt habe ich so das Gefühl gehabt, dass ihr das Ganze doch auch geholfen hat in der Verarbeitung dieser Situation.“ (I14, Pos. 33)

In einem Fall führte die Verschlechterung zu einem Abbruch der Intervention und einem Therapiewechsel. Eine HÄ, die eine große Verbesserung beobachtete, äußerte Bedenken, ob diese Verbesserung allein durch die NET entstanden sei, betonte aber, dass die NET die Patientin bei der Verarbeitung der Situation unterstützt habe. Eine andere HÄ war sich nicht sicher, ob der Nutzen der NET langfristig anhalte.

Teilnahme der Patient*innen

Es wurde berichtet, dass Patient*innen sich auf die NET einlassen konnten, sie gut annähmen, die Intervention verstanden und im Nachgang ihre Dankbarkeit gegenüber HÄ ausdrückten. Es bestehe auf Patient*innenseite ein hohes Interesse, Bereitschaft und Motivation durch einen vorher bestehenden großen Leidensdruck sowie eventuell fehlende Ansprechpartner*innen.

„Also die hat sich da auch wirklich ganz drauf eingelassen, was vielleicht auch der Vorteil des Vertrauens war, weil wir uns vorher schon gut kannten und sie genau wusste, dass ich mich da (..) ja, es war schon (...) nochmal irgendwie ein vertieftes Vertrauen, das hat sicherlich das auch, also ich habe auch schon gemerkt, dass sie sich auch bewusst ziemlich tief drauf eingelassen hat.“ (I10, Pos. 73)

„Die hatte eine hohe Motivation das Thema anzugehen und hatte aber irgendwie keinen richtigen Ansprechpartner, soweit ich das mitbekommen habe.“ (I07, Pos. 11)

Vier der Interviewten behandelten ihnen vorher unbekannte Patient*innen, die während der NET ebenfalls Vertrauen aufbauen konnten.

TS: *„Und wie hat das dann geklappt, obwohl Sie den vorher nicht kannten?“*

I06: *„(..) Da wir ja ein spezifisches Thema hatten, worum es geht, hat es eigentlich ganz problemlos geklappt, also ich habe mir das alles erzählen lassen, wie es ihm ging und habe dann eben so wie ich das da beigebracht bekommen habe, ihm immer versucht wieder auf das Schlimme sozusagen wieder zurückzubringen in den / in dieser Intervention. Bis er mir das immer entspannter erzählen konnte.“ (I06, Pos. 4-5)*

HÄ machten unterschiedliche Erfahrungen mit Patient*innen mit und ohne vorheriger Erfahrung mit Psychotherapie, einerseits hätten unerfahrene Patient*innen teilweise Schwierigkeiten, die Intervention einzuordnen, andererseits seien erfahrene Patient*innen eventuell durch direkte Reflexion und Vorwegnehmen zum Teil schlechter führbar.

„Und also eben für die Patientin war das ja auch alles neu, also die hatte vorher keine psychotherapeutische Erfahrung, ich glaube, das macht dann auch einen Unterschied, wenn man jemanden hat, der schonmal Psychotherapie erfahren war, der kann das ja eher einordnen, was da überhaupt gemacht wird und was da passiert.“ (I11, Pos. 67)

Zugang zu Patient*innen

Der Zugang sei durch die klaren Fragen der Intervention möglich gemacht worden. Viele Interviewte berichteten von einer gestärkten Beziehung und einem verbesserten Verständnis durch den intensiven Einblick in den bisherigen Lebensweg ihrer Patient*innen.

„Und es hat auch mit dem Patienten nochmal eine ganz andere Bindung gebracht. Auch jetzt im Nachgang, wenn wir uns begegnen, sind ja nur / meistens holt er ein Rezept oder eine Überweisung, ich frage kurz: „Wie geht es Ihnen?“, er braucht nicht viel von mir. Ja? Aber und wie gesagt, der ist auch ein sehr differenzierter Mensch, aber die Verbindung, die da entsteht, das war für mich auch sehr spannend, das zu erleben.“ (I05, Pos. 45)

„Also man braucht Vertrauen zu einem Menschen als Patientin, um sich auf so etwas einzulassen und wenn das gut läuft, hat das nochmal / nochmal eine ganz viel vertrauensvollere Haltung zu unserer Praxis gewonnen.“ (P02, Pos. 121)

Auch introvertierte könnten nach der NET offener über Persönliches sprechen. Es bestehe ein Unterschied zwischen dem psychotherapeutischen Verhältnis und der vorherigen Ärzt*in-Patient*in-

Beziehung, es wurde mehrfach von einem Abbau von Distanz auch nach langjährigem Kontakt berichtet. Einige HÄ hätten nach der NET Schwierigkeiten, die neu eingenommene Position wieder zu verlassen, durch Zeitprobleme bei kürzeren hausärztlichen Konsultationen oder weil sie Patient*innen nur unzureichend betreut sähen.

„Also es war dann ein deutlicher Unterschied, zu dem wie es vorher war, sag ich mal, so diese typische Arzt-Patient-Beziehung, also sie hatte es sich / hatte schon einfach, sag ich mal, mehr in ihr Inneres gucken lassen und das war dann eher schwierig sozusagen, dann auch zu wissen, man verlässt diese Position wieder. [...] Das sind einfach zwei verschiedene Welten. Und wenn man dann merkt, die Patientin ist eigentlich nicht genügend aufgefangen, (..) lässt man sie schon ein bisschen stehen, sage ich mal.“ (I11, Pos. 75)

3.3.5 Interventionskohärenz

Die Interventionskohärenz beschreibt, inwiefern Teilnehmende die Funktionsweise der Intervention verstanden haben. Induktiv ergaben sich die Subkategorien Durchführung, Kritische Therapiesituationen, Länge der NET und Zweifel an Studie(nder)design & Rekrutierung.

Durchführung

Viele HÄ gaben an, dass das Konzept der NET insgesamt nachvollziehbar und verständlich und dadurch gut umsetzbar war. Die Ansätze der NET seien zwar neu, aber überzeugend, gut vorbereitet und mit dem Leitfaden praktikabel.

„Ich fand das sehr gut vorbereitet und hatte einen guten Leitfaden und konnte sie deswegen ganz gut umsetzen.“ (P02, Pos. 49)

Gelegentlich fand die Durchführung im häuslichen Umfeld statt, um Störungen durch Mitarbeitende zu vermeiden oder wegen einer Mobilitätseinschränkung.

„Wir haben das, wie gesagt, auch eben, weil wir uns dann kam ja noch Corona irgendwie dazu letztes Jahr und dann haben wir das (..) bei mir zu Hause in Ruhe gemacht, damit wir auch da ungestört sind, weil da fand ich es bei mir in der Praxis so etwas, da geht dann immer mal wieder die Tür auf von irgendeinem Mitarbeiter, da war ich echt ganz froh, dass ich das in einem Rahmen ohne Störungen machen konnte.“ (I10, Pos. 83)

„Und die Termine mit der waren / die habe ich bei ihr Hause durchgeführt tatsächlich (lacht), bin extra zu ihr nach Hause gefahren und habe dann in ihrem Haus, weil sie nach dem / durch das Polytrauma bedingt nicht mehr ausreichend mobil war, um in die Praxis zu kommen [...].“ (I07, Pos. 7)

Thematisiert wurden auch sprachliche Voraussetzungen, ein HA führte die Intervention bei einem nicht deutsch-muttersprachlichen Patienten auf Deutsch durch und beobachtete weniger Verständnis bei Umgangssprache und Fachsprache:

„Es war ein [fremd]sprachiger Patient, [...] das Sprachverständnis für Deutsch ist ja doch nicht ganz so wie bei einem deutschen Muttersprachler, da musste ich das eine oder andere immer wiederholen und anders erklären, aber das hat eigentlich funktioniert, er hat schon so weit verstanden, worum es geht, eigentlich.“ (I12, Pos. 49)

Bezüglich der Rolle der MFA gab es verschiedene Ansichten, ein HA habe alle MFA-Aufgaben in PICTURE übernommen, ein anderer HA sah die Rolle der MFA als weniger bedeutend an. Teilweise fanden auch wiederholte Besprechungen mit den MFA statt.

„Die Helferin war natürlich überhaupt nicht auf Studien geeicht, das heißt, mit der musste ich das immer wieder Mal besprechen. Und die hat dann das gemacht, wofür sie da ist. Aber ich könnte mir eigentlich vorstellen, dass ich diese Telefonsachen, wenn man die denn wirklich fest installiert in so einer Therapie, dass ich die auch selber mache.“ (I12, Pos. 51)

„Also die Einbindung der MFA ist eigentlich nur marginal, also die werden eigentlich gar nicht so in die Behandlung von dem Patienten eigentlich eingebunden.“ (I04, Pos. 23)

Die Psychoedukation, also ein edukativer Teil zur Bedeutung körperlicher Reaktionen, empfanden HÄ als gut durchführbar, außerdem betonte eine HÄ:

„Dass man vor allem auch sich nochmal klar / sich selber nochmal klarmacht, dass das ja dem Patienten ja gar nicht bewusst ist, was da abläuft und die sozusagen den Hintergrund gar nicht kennen.“ (I11, Pos. 41)

Die Lebenslinie als Aufarbeitung von positiven wie auch negativen Lebensereignissen wurde als gutes Instrument wahrgenommen, da diese sehr konkret und leicht umzusetzen sei. Dadurch sei ein Zugang zur Thematik möglich. Auch für Patient*innen sei die Lebenslinie hilfreich zur Vergegenwärtigung, auch wenn es teilweise anfänglich als komisch empfunden werde. Mit vorher unbekanntem Patient*innen habe die NET durch die konkreten Themen gut funktioniert, es sei zu offenen Gesprächen gekommen mit großer Bereitschaft zu erzählen. Es seien weitere traumatische Erlebnisse aufgedeckt worden.

„Gut fand ich schon, dass man eben anfängt auch bei dieser ersten Sitzung mit dieser Lebenslinie, dass man wirklich mal aufarbeitet für den Patienten, was waren eben positive Ereignisse in seinem Leben, was waren eh schon negative Ereignisse.“ (I14, Pos. 65)

„Was man in der PICTURE-Studie auch gemacht hat, also diese Lebenslinie, die die PICTURE-Studie hatte, finde ich eine superschöne Idee. Das ist auch eine ganz, ganz gute Methode aus meiner Sicht,

um erstmal auch einen Zugang zu kriegen zur Thematik als solches, das finde ich eine sehr gute Idee.“ (I09, Pos. 23)

Schwierigkeiten bei der Lebenslinie entstanden durch ausschweifende Erzählungen. Ein HA erzählte von einem langen ITS-Aufenthalt mit zahlreichen traumatisierenden Situationen, das machte die Gesprächsinhalte schwer eingrenzbar, es seien mehr Sitzungen nötig gewesen. Eine andere HÄ habe die Erfahrung gemacht, dass bei ihrer Patientin andere psychische Probleme vorhanden waren und dadurch dann Schwierigkeiten entstanden, beim Thema zu bleiben.

„Ich glaube, [...] dieses erste Mal, dass wir bei der ersten Sitzung einfach zu sehr ins Erzählen der Aneinanderreihung von traumatischen Situationen gekommen sind und gar nicht so sehr in die / letztendlich sich dann konzentrieren auf eine spezielle Situation.“ (I11, Pos. 89)

Die Exposition war für viele HÄ durch die Schulung übersichtlich. Als hilfreich wurde empfunden, dass HÄ die Anleitsteine aus der PICTURE-Studie zum Formulieren der richtigen Fragen nutzen konnten. Außerdem sei es für Patient*innen hilfreich gewesen, den ITS-Aufenthalt aus sicherer Umgebung noch einmal zu durchleben und Zusammenhänge zu verstehen.

„Am Anfang hatte sie ja auch noch Gedächtnislücken und wir hatten immer mal wieder, auch schon im Vorfeld habe ich mit ihr viel drüber geredet, aber es war dann hinterher strukturierter [...], als wir nochmal da so diese ganze Intensiv-Zeit nochmal so dargestellt haben, wo sie da nochmal so gefragt haben / ich so nach ihrem / nach den Vorgaben von der Studie, welche Geräusche, welche Farben, welche Gedanken, was ist in Erinnerung geblieben, also ich hatte schon das Gefühl, sie hat sich da irgendwie voll Vertrauen auf mich eingelassen [...]“ (I10, Pos. 83)

In der Exposition entstanden Probleme beim Verlangsamten, also der Methode der Zeitlupe, dem Gegenüberstellen von Vergangenheit und Gegenwart sowie durch fehlende sprachliche Gewandtheit und fehlende Erfahrung. Es sei anstrengend gewesen, nicht ausreichend Geübtes anzuwenden. Eine große Schwierigkeit für viele HÄ war das Ausweichverhalten von Patient*innen, vor allem in der zweiten und dritten Sitzung. Dieses Verhalten wurde als Teil der PTBS wahrgenommen, mit Übung und durch Rücksprache in der Supervision sei es einfacher geworden, einen Fokus zu setzen.

„Na, es hatte schon / also eben in der ersten Exposition ist sie sehr ausgewichen und eben sehr, sehr ausgeschweift und da war es gut, dass ich nochmal mit der Betreuung, mit der Psychologin sprechen konnte und bei der zweiten war es dann eher / also konnte ich sie wirklich an den Punkt auch bringen.“ (I11, Pos. 59)

„Also mit einem hatte ich Probleme, also das Verlangsamten und das Zeitlupenmäßige, das fand ich auch eine sehr gute Idee, um das nochmal so bewusst wahrzunehmen, als Gesprächsführender, um da bewusst die Verlangsamung reinzubringen, womit ich große Probleme hatte, aber ich weiß nicht

warum, war das Gegensätzliche / da gab es in der PICTURE-Studie irgendeine Gesprächsform, wo man immer das Gegensätzliche versuchen konnte im Gespräch einzubauen. [...] das hatte mir an der Stelle gefehlt, das hätte ich mehr üben müssen oder müsste ich mehr üben, damit ich das dann auch wirklich ja auch Inneren heraus anwenden kann.“ (I09, Pos. 41)

HÄ berichteten teilweise von eher diffusen Gesprächen durch Ausweichen beispielsweise auf andere gesundheitliche, besonders auf somatische Probleme. Der Mangel an Erfahrung wurde wiederholt thematisiert, wann etwa Patient*innen unterbrochen werden könnten. Dadurch berichteten einige von einer längeren Dauer der Intervention von 80 Minuten und mehr:

„Ich glaube, das ist dann ein Problem, [...] dass man vielleicht zu viel zugelassen habe, [...] da war man vielleicht schon etwas unsicher, was jetzt in der Studie gewünscht / gewollt ist.“ (I04, Pos. 71)

„Am Anfang fand ich es relativ schwierig, die Patienten zu fokussieren, auf überh/ auf die Methode überhaupt, die kommen dann so ins Schwärmen und Schwadronieren (lacht) und dann geht es immer um tausend andere Sachen [...].“ (I07, Pos. 65)

Der Umgang mit Emotionen von Patient*innen beschäftigte die Interviewten, während eine HÄ weniger emotionale Reaktionen erlebte als vorher angenommen, fühlte sich ein Teil der HÄ überfordert, dafür sei die Besprechung in der Supervision nützlich gewesen.

„In dem Gespräch [...] gibt es [...] deutliche Emotionen von Seiten der Patientin. Wo man dann ja, wenn man hier alleine sitzt mit ihr in dem Gespräch dann auch entsprechend reagieren muss.“ (I14, Pos. 25)

„Die Reaktionen waren weniger stark, als ich das / als ich das befürchtet hatte oder was heißt befürchtet, als ich drauf gefasst war, war eigentlich eine ruhigere Situation, also es gab kein Schwitzen, Heulen und Zähne klappern, sondern nur eine Unbehaglichkeit bei den Patienten, wenn es dann dadrum ging.“ (I06, Pos. 59)

Eine weitere Herausforderung bestehe darin, ein bestimmtes Ereignis für die Exposition auszuwählen, die Auswahl des tatsächlichen Trigger-Ereignisses fiel schwer.

„[...] und dann fand ich es relativ schwierig die Patienten auf / also den Fokus auf wirklich ein Ereignis zu legen und auch ich fand es schwierig, das betreffende Ereignis auszusuchen.“ (I07, Pos. 65)

Außerdem sei es mitunter schwierig gewesen, einen positiven Gesprächsausgang zu finden:

„Man soll ja dann auch nicht mit diesen schweren oder schlimmen Emotionen dann plötzlich oder abrupt abbrechen, sondern versuchen dann auch mit positiven Gedanken das Ganze zu beenden, ob das jetzt immer so geglückt hat, ja weiß ich nicht genau.“ (I14, Pos. 31).

Tabelle 7: Vorteile und Schwierigkeiten bei der Durchführung der NET

Vorteile	Konzept der NET nachvollziehbar, verständlich und gut umsetzbar
	Guter Leitfaden
	Supervision zur Hilfestellung und Beratung
	Lebenslinie konkreter Zugang zur Thematik
	Lange vorbestehende Beziehung zu Patient*innen
Schwierigkeiten	Sprachliche Voraussetzungen
	Unsicherheit in der Umsetzung
	Fehlende Übung mit Ausweichverhalten und starken Emotionen
	Vorher unbekannte*r Patient*in mit schwererer PTBS als angenommen
	Patient*innen mit Schwierigkeiten bei Einordnung der NET

Kritische Therapiesituationen

Einige HÄ machten Erfahrungen mit kritischen Therapiesituationen, wie Flashback, Intrusion oder Vermeidungsverhalten. Wie oben beschrieben, stelle das Vermeidungsverhalten und starke emotionale Reaktionen HÄ am häufigsten vor Herausforderungen. Darüber hinaus beschrieb eine HÄ ein ausgeprägtes Abwehrverhalten bei ihrer Patientin, die selbst keine Erfahrung mit Psychotherapie hatte und das Gespräch schwer einordnen konnte.

„Und also eben für die Patientin war das ja auch alles neu, also die hatte vorher keine psychotherapeutische Erfahrung, ich glaube, das macht dann auch einen Unterschied, wenn man jemanden hat, der schonmal Psychotherapie erfahren war, der kann das ja eher einordnen, was da überhaupt gemacht wird und was da passiert.“ (I11, Pos. 67)

Ein HA berichtete von starken Tränenausbrüchen, die er als guten Gesprächsansatz annahm, um Patient*innen Zusammenhänge zwischen psychischer Belastung und somatischen Beschwerden zu erklären.

„Solche Situationen kommen relativ häufig vor, aber ich habe / also Aggressionen überhaupt nicht, das eine oder andere Mal schon starke Tränen beobachten können und müssen, und ich sage auf der anderen Seite auch dürfen, weil durch diese Emotionen dann auch eben die Bereitschaft, sich um dieses Thema zu kümmern, weil der Patient gesehen hat oder die Patientin, wie nahe ihnen das geht oder wie ihr das geht und damit habe ich dann wieder einen, bei der nächsten Sitzung oder in der Folge dann, einen entsprechenden Angriffspunkt gehabt, wo ich sage, ja schauen, wenn Sie das so und so mitnimmt, wenn Sie das so und so belastet, dann können Sie sich doch auch gut vorstellen, dass hier das für die angespannte Situation [...] auch ursächlich verantwortlich sein könnte.“ (I13, Pos. 63)

Es kam zu einem Therapieabbruch in der dritten Sitzung wegen Suizidalität aufgrund anderer psychischer Belastungen.

„Es wurde ja in der Studie auch ein bisschen besprochen, was passiert, wenn der Patient quasi hinterher in ein Loch fällt, wenn Suizidgedanken zur Sprache kommen und solche Sachen. Die und das, so ein bisschen Schlusspunkte hat oder Ausschlusskriterien, wo man sagt, jetzt muss man hier Schluss machen, jetzt muss das anders kommen. Das kam ja nach der / bei der dritten Sitzung kam das ja auch, [...] das war dann so ein Kriterium quasi erfüllt.“ (I12, Pos. 45)

Von Dissoziationen oder Aggressionen wurde nicht berichtet. Mehrere HÄ äußerten darüber hinaus, keine Sorge vor einer Dissoziation zu haben, sie hätten die Ruhe bewahrt, abgewartet und spontan reagieren können.

„Ich glaube, dann [bei Dissoziation] hätte ich intuitiv reagiert. Da hätte ich mir jetzt keine Sorgen gemacht, dass mir das entgleitet. Nee, also ich habe jetzt mir keinen so richtigen Plan zurechtgelegt, um ehrlich zu sein.“ (I07, Pos. 83)

Eine HÄ bekräftigte allerdings auch, dass HÄ gegebenenfalls die Intensität reduzieren sollten.

„Ich glaube, man sollte dann, auch wenn man merkt, das wird schwierig, die Intensität aus dem Gespräch rausnehmen und dann lieber [...] in Kauf nehmen, dass es vielleicht nicht so viel bringt und / um zu vermeiden, dem Patienten zu schaden damit.“ (I06, Pos. 95)

Länge der Intervention

Gefragt nach der Länge der NET gab es auseinandergelagerte Meinungen, dass die NET zu kurz, angemessen oder zu lang sei. Ein Teil empfand die Intervention mit drei Sitzungen von 45-60 Minuten als zu kurz. Der Zeitrahmen von 45 Minuten wurde von einigen HÄ auf bis zu 90 Minuten überschritten, außerdem äußerte eine HÄ:

„Also das, ich fand es schon sehr kurz insgesamt, also es sind ja dann, es sind ja letztendlich nur drei Sitzungen, [...] das ist schon ein sehr kurzer Zeitraum.“ (I11, Pos. 43)

„Also drei Stunden und dann ist alles gut, so wird es sicher nicht sein. Das ist, glaube ich, ein Wunschdenken.“ (I13, Pos. 67)

Das liege unter anderem daran, dass Patient*innen mehrere traumatisierende Erlebnisse auf der ITS erlebt hätten, dafür würden drei Sitzungen nicht ausreichen, es könne dann nur ein Teil aufgearbeitet werden. Bei anderen Traumata als ITS-Aufenthalten könnte die Anzahl der Sitzungen variieren. Auch zeigten sich vereinzelt mit der Erstellung der Lebenslinie in der ersten Sitzung weitere Ereignisse, für die weitere Sitzungen möglich gewesen wären.

„Sagen wir mal, (.) normalerweise würde ich das ja mit einem meiner Patienten machen und ich denke, das ist unterschiedlich. Jetzt in dem Fall haben drei Sitzungen ausgereicht, aber in dem anderen, wo ich Ihnen erzählt habe, wo ich das eigentlich machen wollte, würde das, glaube ich,

nicht reichen. (...) Also ich glaube, das ist individuell, ich glaube, das kann man nicht wirklich / also die drei Sitzungen braucht man sicher. Die drei braucht man, aber ich glaube man kann jetzt nicht sagen, grundsätzlich ist es mit dreien getan oder ist es mit fünf getan oder ist es mit zehn getan.“ (I05, Pos. 99)

Ein Teil empfand die NET mit drei Sitzungen als angemessenen Rahmen für die hausärztliche Versorgung. Nach drei Sitzungen sei die Behandlung nicht abgeschlossen, Patient*innen kämen aber regelmäßig zu weiteren Gesprächen, dadurch könne einiges in hausärztliche Gespräche integriert werden. Besonders konkrete Traumata, wie durch einen ITS-Aufenthalt, könnten mit drei Sitzungen gut betreut werden. Wenn nach einer dritten Sitzung dann weiterer Bedarf bestehe, dann liege dieser außerhalb hausärztlicher Möglichkeiten. Nach Abschluss der NET sollten Patient*innen etwa sechs Wochen später im hausärztlichen Gespräch eine Nachbereitung erhalten.

„Also mehr Sitzungen dann noch als Hausarzt zu machen, das funktioniert, denke ich, nicht.“ (P01, Pos. 47)

„In unserem Fall fand ich das schon ausreichend, naja was heißt ausreichend. Wir kennen den Patienten ja sowieso länger und wir behandeln ihn ja auch weiter, es ist ja mit drei Sitzungen dann eh nicht abgeschlossen. Man kommt ja, wenn die entsprechende Patientin jetzt wieder erscheint immer mal wieder im Gespräch drauf, wie es ihr geht und ob sie da noch Beschwerden in der Richtung hat und dass man dann nochmal so ein Gespräch führt. Ich denke mit drei Sitzungen alleine wird man das sicherlich so generell nicht schaffen.“ (I14, Pos. 59)

Zwei Interviewte empfanden die NET mit drei Sitzungen als zu lang. Gespräche würden über die benötigte Zeit hinaus ausgedehnt.

„Ja, weil man dann auch irgendwie so ein Zeitgefühl hat, wo man dann ein Gespräch so langsam auch zum Ende führt, (...) ich habe das Gefühl gehabt, manchmal dann in diesen, wenn das so eine / fast eine Stunde dauert, dass ich da /, dass ich mich auch im Kreis drehe, dass ich eigentlich schon längst das Gespräch hätte beenden wollen und der Patient auch nicht weiß, was er sagen soll und das ein bisschen künstlich lang gehalten wird.“ (I06, Pos. 81)

Schließlich wurde auch angegeben, die Anzahl und Dauer der Sitzungen sei von individuellen Faktoren abhängig. Abhängig von konkretem Thema und der Symptome könnten drei Sitzungen überschritten werden und häufigere Gespräche durch HÄ nötig sein.

„Bei der ersten Stunde war es mehr ein Erzählen von ihrer / also eben, das war gar nicht so klar eingrenzbar, von daher glaube ich auch, dass wir mehr Sitzungen gebraucht hätten, um an mehrere Kerne zu kommen.“ (I11, Pos. 61)

„Also bei ihr hat es ausgereicht. Also ich kann mir vorstellen, dass das sehr individuell ist vom Patienten.“ (I10, Pos. 91)

Zweifel an der PICTURE-Studie, am Studiendesign oder der Rekrutierung

Fünf HÄ gaben an, dass ihre Studienpatient*innen keine echte Traumatisierung beziehungsweise PTBS gehabt hätten. Diese seien demnach falsch rekrutiert worden: Eine Patientin beispielsweise habe die ITS als sehr angenehm mit guter Betreuung empfunden und keine Probleme durch den ITS-Aufenthalt gehabt. Auch andere fanden kein belastendes Trauma oder PTBS-Auslöser oder keinen ausgeprägten Leidensdruck.

„Und der Witz an dieser Patientin war, dass sie diese Zeit auf der Intensivstation als absolut völlig untraumatisierend erlebt hat. Sie hat sich da sehr wohl gefühlt, sehr sicher gefühlt, es wurde sich gut um sie gekümmert. Sie hatte nette Ärzte und nette Schwestern und Pfleger und hat sich da sehr wohl gefühlt.“ (I15, Pos. 41)

„Aber ich glaube, der Leidensdruck war auch nicht so dramatisch, ja.“ (I04, Pos. 31)

Eine HÄ vermutete, ihr Patient habe die NET nicht benötigt und hätte auch ohne NET keine langfristige Störung mit Einschränkungen im Alltag entwickelt.

„Er war jetzt meiner Meinung nach (..) im Rahmen dieser eben narrativen Exposition, glaube ich, nicht der typische Patient, der jetzt auch längerfristig da auch irgendwie drunter leidet oder der auch, der nicht auch ohne diese Intervention damit auch wieder klargekommen wäre.“ (I05, Pos. 3)

3.3.6 Opportunitätskosten

Die Opportunitätskosten bezeichnen das Ausmaß, zu dem Vorteile, Verdienste oder Werte aufgegeben werden müssen, um die Intervention zu unternehmen.

In den Interviews wurde auf die Frage nach Einschränkungen durch die NET fast ausschließlich mit zeitlichem Aufwand beantwortet. HÄ mussten für die Intervention Zeitfenster freiräumen, die für andere Tätigkeiten eingeplant waren. Diese lagen nach Sprechstundenende, in der Mittagspause, nachmittags, im Zeitraum für Hausbesuche oder Telefonanrufe oder samstags statt. Dadurch habe es auch weniger Freizeit gegeben. Teilweise sei es zur Überschreitung der zeitlichen Vorgabe gekommen, da HÄ sich aus Verpflichtungsgefühl gegenüber der Studie nicht getraut haben, die Intervention abzukürzen.

„Wir haben es hier dann immer auch entweder nach der Sprechstunde oder nachmittags, wenn sonst Hausbesuche anliegen, man muss / man braucht schon dann so ein bisschen extra Zeit.“ (I14, Pos. 69)

„Ja, sehr aufwendig. (lacht) Ja also, wenn man sonst die Allgemeinmedizin vergleicht, Husten, Schnupfen, Heiserkeit und Rückenschmerzen und dann auf einmal wirklich eineinhalb Stunden Gespräch, das ist einfach aufwendig, gar keine Frage (lacht).“ (I09, Pos. 71)

3.3.7 Belastung

Als Belastung wird das Ausmaß an Mühe oder Anstrengung beschrieben, dass notwendig ist, um die Intervention durchzuführen.

Von einigen HÄ wurde eine psychische Belastung durch die Gesprächsintervention empfunden. Die Anstrengung sei durch eine hohe Intensität im Gespräch entstanden. Ein HA habe aus Vorerfahrungen, wie einer Zusatzweiterbildung, auf Strategien zum Umgang mit belastenden Gesprächen zurückgreifen können. Eine HÄ schätzte die psychische Belastung nicht stärker als bei anderen Gesprächsanlässen, eine Abgrenzung gelang ihr.

„Oh ja, ich fand das schon anstrengend, so eine lange Zeit am Stück mich auf jemanden zu konzentrieren, weil ich das einfach so nicht gewöhnt bin. Ich habe ja sonst ein bisschen kürzere Taktung, also ich mache auch öfter mal halbstündige Termine, aber so richtig eine gute Stunde mit jemandem ganz intensiv zusammen zu sitzen und da auch gleichzeitig ein Programm zu verfolgen, ist ja weil das einfach für mich ungewohnt ist, fand ich das anstrengend.“ (I06, Pos. 81)

„Ich kann jetzt nicht sagen, ich gehe da raus und sage: „Juhu, jetzt geht der Tag locker weiter.“ Sondern das belastet einen schon etwas, wir haben auch Strategien vermittelt bekommen im Rahmen der Tätigkeit, im Rahmen von Weiterbildungen, wie kann man mit solchen Situationen umgehen, trotzdem empathisch wirken.“ (I13, Pos. 57)

Anstrengung wurde beschrieben, die durch eigene Unsicherheit hervorgerufen wurde. Besonders der Einstieg sei aufwendig gewesen durch die Schulung, Organisation und das Studienkonzept. Ein HÄ übernahm die MFA-Tätigkeit, die in PICTURE vorgesehen war, da er es keiner*m anderer*m zugetraut hätte.

„Belastend würde ich gar nicht unbedingt sagen, eher so ein bisschen anstrengend und dann wie schon gesagt, diese Unsicherheit, ob wir uns da jetzt so auf dem richtigen Weg befinden, nicht dass wir halt noch mehr auslösen, dass es eher schlechter wird statt besser.“ (I14, Pos. 39)

Auch durch häufiges Nachlesen bei mangelnder Routine entstand zusätzlicher Aufwand.

„Es hat mich schon sehr angestrengt, [...] zum einen eben die Anspannung was ganz Neues und [...] es gibt jetzt nicht die Möglichkeit, das zehnmal zu probieren [...] und eben auf das neue Thema eben einzulassen, also das hat mich schon extrem angestrengt.“ (I10, Pos. 95)

Ein HA habe die NET ungerne durchgeführt:

„Überall, in der Gesamtsituation. Ich habe mich in der Gesamtsituation zu keinem Zeitpunkt wohl gefühlt. Ich wusste nicht wirklich, war mir nicht wirklich sicher, dass ich weiß, was ich da tue.“ (I15, Pos. 31)

Oft wurde eine Belastung durch die Intervention verneint. Ein HA sagte, er wäre neugierig gewesen und hätte Sicherheit gehabt durch die Option, die Intervention abbrechen zu können. Eine andere HÄ äußerte:

„Gar nicht. Überhaupt nicht. Also wirklich überhaupt nicht, die waren nicht belastend, [...] ich war so ein bisschen, sage ich mal, angespannt, wie wirkt das jetzt auf meinen Patienten, wie kann der das annehmen, was denkt der sich dabei.“ (I05, Pos. 85)

Die Vergütung sei eine Motivation gewesen, sich den Aufwand zu machen.

„Wurde da auch vergütet, aber ja auch, war ja auch eine Motivation.“ (I07, Pos. 149)

3.4 Prospektive Akzeptanz

Im Auswertungsprozess stellte sich heraus, dass Aspekte der emotionalen Haltung und ethischen Bewertung retrospektiv und prospektiv nicht sinnvoll zu trennen waren, so dass die prospektive Akzeptanz auf fünf Konstrukte unterteilt worden ist (siehe Tabelle 8). Diese Konstrukte wurden durch induktive Subkategorien ergänzt. Die prospektive Akzeptanz in diesem Abschnitt umfasst Aspekte, die die zukünftige Umsetzung der NET betreffen und bezieht darüber hinaus auch Aussagen über Patient*innen ein, die die HÄ selbstständig mit der NET therapiert haben, die dementsprechend nicht in der PICTURE-Studie eingeschlossen waren.

Tabelle 8: Ausschnitt Kategoriensystem der prospektiven Akzeptanz

Kategorie	Kurzdefinition
Selbstwirksamkeit prospektiv	Selbstvertrauen, geforderte Maßnahmen umzusetzen
<ul style="list-style-type: none"> Selbsteinschätzung 	Einschätzung eigener Fähigkeiten in Zukunft
<ul style="list-style-type: none"> Unterstützungsbedarf und Ängste 	Wünsche nach Unterstützung
<ul style="list-style-type: none"> Bedarfe und Lösungsstrategien außerhalb der NET 	Versorgungsaspekte, die nicht die NET betreffen
<ul style="list-style-type: none"> Wünsche an die Schulung 	Gestaltung zukünftiger Schulungen
Effektivität prospektiv	Wahrgenommene Möglichkeit, dass Intervention das Ziel erreichen kann
Interventionskohärenz prospektiv	Verständnis der Intervention
<ul style="list-style-type: none"> Häufigkeit der Anwendung 	Umfang, zu dem NET eingesetzt werden kann
<ul style="list-style-type: none"> Anwendung von NET bei unbekanntem Patient*innen 	Umfang zu dem vorab unbekanntem Patient*innen mit NET behandelt werden
<ul style="list-style-type: none"> Auswahlkriterien zur Anwendung von NET 	Hausärztliche Erwartungshaltung gegenüber Patient*innen, Parameter für selbstständige Patient*innen-Auswahl

Opportunitätskosten prospektiv	Ausmaß, zu dem Vorteile oder Werte aufgegeben werden müssen, auch zeitliche Nachteile
Belastung prospektiv	Ausmaß an Mühe oder Anstrengung

3.4.1 Selbstwirksamkeit

Die Auswertung der prospektiven Selbstwirksamkeit gibt die induktiv entwickelten Subkategorien Selbsteinschätzung, Unterstützungsbedarf und Ängste, Bedarfe und Lösungsstrategien außerhalb der NET und Schulung wieder.

Selbsteinschätzung

Mehrere HÄ berichteten, die NET bereits außerhalb der PICTURE-Studie angewandt zu haben und fühlten sich damit sicher.

„Sodass mir da die Studie auf jeden Fall Struktur geschaffen hat und bis jetzt hat sich unsere Tätigkeit ja eher darauf beschränkt, dass wir erkennen, wo ist das Problem und die Leute dann, wenn es schwer genug ist, dem entsprechenden Facharzt zuführen. Und jetzt kann man tatsächlich, wenn kein Psychologe da ist, schon mal selber das tun, das heißt, man nicht mehr ganz so ausgeliefert der Situation [...] Also diese Fragereihenfolge und dann letztlich einfach die Struktur eines psychologischen Gespräches: Sicherheit schaffen, Thema benennen, strukturierte Fragen stellen und am Ende eine sichere Landung und so weiter. Das konnte ich vorher nicht. Das gibt auf jeden Fall ein bisschen bessere Möglichkeiten in Zukunft.“ (I12, Pos. 21)

Auch HÄ, die die NET selten nutzen würden, trauten sich die Anwendung in Einzelfällen zu.

„Relativ einfach anzuwendende Methode [...] da hilft das natürlich schon, wenn ich da so ein bisschen [...] vielleicht in kleinerem Ausmaß helfen kann, wenn ich die erzählen lassen kann, spezifisch auf die schmerzhaften Bereiche eingehen kann. Das würde ich mich jetzt eher trauen, als ich das vielleicht vorher gemacht hätte. Da wäre ich, glaube ich, nicht so immer wieder um das Schwierige gekreist, sondern hätte vielleicht eher versucht, irgendwie Wege daraus zu finden.“ (I06, Pos. 17)

„Ich [...] denke, dass ich da jetzt auch mehr Mut hätte, das mal im Alltag auch ausprobieren, auch wenn ich das jetzt lange nicht gemacht habe, aber das ist bei mir im Kopf geblieben, dass ich gemerkt habe, das kann man auch mal in der Allgemeinmedizin tatsächlich anwenden.“ (I09, Pos. 57)

Zwei HÄ sahen die NET außerhalb der eigenen Fähigkeiten, die NET läge nicht im hausärztlichen Aufgabenbereich:

„Ansonsten ist das aus meiner Sicht und Sicht auf meine Fähigkeiten eher nichts für meinen therapeutischen Alltag. Ich komme mir albern vor, ganz ehrlich, wenn ich da sage, ja und wenn Sie sich da jetzt nochmal hineinversetzen in diese für Sie grauenhafte Situation und das mit jetzt vergleichen, wie fühlen Sie sich jetzt, ja dann ist nicht wirklich meine Welt.“ (I15, Pos. 21)

Ohne ausreichend Übung sei die NET künstlich seltsam und besonders die positiven Verknüpfungen nicht selbstverständlich im Gespräch einzubinden, die Übung könne im Alltag schwer erlangt werden. Ein anderer HA äußerte:

„Mein Gefühl ist eher so, dass ich das dann akut machen kann, machen sollte auch, aber ich habe trotzdem sehr viel Respekt davor. Deswegen versuche ich das ja nicht weiter jetzt auszubauen in der Praxis, aber nicht, weil ich sage, ja du bist total quasi ungeeignet, eher aus der Bedingung heraus, wenn ich etwas mache, dann möchte ich das auch zum Schluss quasi bringen und richtig auch machen. Und da fehlt mir schlicht und einfach die Zeit.“ (I04, Pos. 91)

Ein weiterer HÄ traute es dem hausärztlichen Rahmen nicht zu, ein zufriedenstellendes Ergebnis zu bewerkstelligen, er verwies klar auf Psychotherapeut*innen zur Behandlung einer PTBS. Er sah prinzipiell zwar die Möglichkeit der NET in der hausärztlichen Praxis, allerdings nur wenn eine weitere verantwortliche Person in der Praxis sich nur damit beschäftige.

Die NET solle insgesamt nur von interessierten HÄ angeboten werden.

„Das verpflichtend für alle sehe ich das nicht, weil irgendwie [...] auch unter Ärzten gibt es welche, die mehr Empathie besitzen als andere. Und manche weniger. Also ehrlich gestanden, [...] das muss auch eine / irgendwie tatsächlich auch so sich zutrauen oder irgendwie sich wohlfühlen damit.“ (I10, Pos. 133)

Unterstützungsbedarf und Ängste

Mehrere HÄ äußerten, dass vor der Durchführung der NET die Diagnose der PTBS feststehen sollte, und wünschten sich hierfür einen Diagnose-Fragebogen. Dadurch könne auch die hausärztliche NET legitimiert werden.

„Ich würde es toll finden, wenn man / ich sage mal, etwas Handfestes hätte, also wo man sagen kann, hier das kann ich mit der Frau Meier und mit der Frau Huber und dem Herrn Müller besprechen anhand seiner Antworten auf die entsprechenden Fragen und dass diese Fragen jetzt nicht eben von [mir] gestellt werden und ausgedacht werden, sondern dass das Fragen sind, die hochqualifizierten (.) Spitzentherapeuten und Diagnostikern entwickelt worden sind [...]“ (I13, Pos. 103)

„Aber klar da bräuchte ich (unv) / so eine Art Fragebogen braucht man schon. Ja? Ja, also für eine Depression machen wir das ganz regelmäßig, für eine Angststörung nicht immer. Also wenn wir sagen, ich weiß nicht, wir sind unsicher, dann würde wir da auch mit einem Fragebogen antworten / arbeiten.“ (I07, Pos. 125)

Alternativ solle ein*e Psychiater*in schriftlich bestätigen, dass die Durchführung einer hausärztlichen Intervention vertretbar sei.

„Schön wäre es sicherlich, wenn das vorher quasi von einer entsprechenden Fachkraft evaluiert würde. Also der Patient. Ne? Nochmal geguckt und diagnostiziert, das wäre schon gut.“ (P02, Pos. 137)

Die Befürchtung vor kritischen Therapiesituationen wurde mehrfach geäußert:

„Weil davor habe ich tatsächlich Angst, dass ich einfach sage, super, ich versuche jetzt mal eine NET und dann explodiert mir der Patient und ich weiß gar nicht mehr, wie ich den in den Griff bekommen soll.“ (I15, Pos. 65)

„[...] , dass ich was lostrete, was ich dann mit meinen Mitteln nicht auffangen kann. Aber da muss ich halt gut vernetzt sein.“ (I05, Pos. 43)

Es bestehe die Sorge, dass Patient*innen sich in Situationen vertieften und HÄ mit diesen Situationen nicht umgehen könnten oder im Umgang damit zu wenig Übung hätten. Besonders bei schwerer PTBS sei das Risiko nicht hausärztlich beherrschbarer Situationen groß. Dafür sei die Wiedervorstellung der Patient*innen im hausärztlichen Rahmen auch eine Ressource:

„Klar, ich glaube, man kann mit der Methode schon auch mal was auslösen, und dann braucht man schon irgendwie so einen Plan B, um den Patienten aufzufangen. Aber das sind ja / wären ja dann in der Regel eigene Patienten, die man auch wieder sieht.“ (I07, Pos. 87)

Zur Unterstützung wünschten sich einige HÄ die Möglichkeit einer Supervision bei Bedarf idealerweise mit fester*m Ansprechpartner*in. Darüber hinaus wäre auch eine Notfallhotline für HÄ und Betroffene hilfreich oder alternativ die Möglichkeit der akuten Überweisung zur*m Fachärzt*in oder Klinik. Es sei in jedem Fall eine Strategie notwendig, um akut Patient*innen aufzufangen, in Form psychotherapeutischer Unterstützung oder eines verlässlichen Folgetermins für Feedback oder eine Einschätzung des weiteren Behandlungsbedarfs in anderer Form.

„Naja, schon die Schwierigkeit, dass man bei Patienten dann was in Gange bringt oder aufwühlt, was man dann nicht mehr auffängt. Also dass man dann schon sich darüber klar sein muss oder sehr gut absprechen muss, wenn dann irgendwas ist, wie man die Patienten sozusagen im gewissen Sicherheitsnetz dann auch hat.“ (I11, Pos. 131)

„Und das denke ich schon, dass das auch der Hausarzt, der jetzt in diese Therapieform einsteigt als Sicherheit hinter sich wissen muss. Ich habe jemanden, wo ich mich hinwenden kann, wenn es wirklich eng wird.“ (113, Pos. 87)

Eine gelegentliche Inanspruchnahme von Supervision sei hilfreich, so könnten nach Schwierigkeiten neue Erkenntnisse gezogen werden. Einige würden die NET auch ohne Supervision durchführen. Auch regelmäßige Treffen in Form von Balintgruppen oder Qualitätszirkeln wurden angesprochen:

„Da steht immer so ein bisschen die Unsicherheit, mache ich das jetzt richtig. Ich würde mir [...] ein bisschen Begleitung wünschen, dass man da immer mal wieder [...] sich trifft in dieser ehemaligen Studiengruppe, dass man da einfach nochmal eine Zusammenkunft macht [...]. Dass man einfach nochmal jemanden hat, an den man sich da wenden kann.“ (114, Pos. 81)

„Also vielleicht, dass man im Zweifelsfall dann nochmal die Telefonnummer [der Supervision der PICTURE-Studie] nutzen dürfte, wenn man jetzt doch das Gefühl hat, man braucht eine Supervision. Aber es ist sicherlich nicht bei jedem, wenn man mal so ein bisschen nach einer posttraumatischen Belastungsstörung fragt der Fall, dass man das dann immer supervidiert haben möchte / müsste, aber klar, wäre das natürlich hilfreich, wenn man wüsste, man kann da nochmal anrufen und fragen, wenn.“ (106, Pos. 135)

Bedarfe und Lösungsstrategien außerhalb der NET

Abseits der NET wünschten sich Interviewte eine Verbesserung der Versorgung unter anderem durch mehr psychotherapeutisch tätige Kolleg*innen, eine schnellere Terminvergabe und mehr Behandlungsressourcen, vorzugsweise auch in der Muttersprache. Auch eine Prävention von Traumatisierungs-Ursachen, wie dem Umbau der Intensivstationen und eine Identifikation von Risiko-Patient*innen, wurden angesprochen.

„Ich denke schon, dass die Dichte mit psychotherapeutisch tätigen Kollegen größer werden muss, gerade wenn ich hier unsere ländliche Versorgung sehe, das kann nicht sein, dass wir manchmal ein halbes Jahr auf eine entsprechende Therapie warten, da glaube ich, müssten wir mehr Unterstützung haben von richtigen Fachkollegen oder auch die künftigen Hausärzte, so wie ich, in ihrer Ausbildung auch nochmal in dieses / na in diesem Fach ein bisschen mehr geschult werden, um dann entsprechende Sachen schon auch in der Hausarztpraxis anzugehen.“ (114, Pos. 111)

„Je nachdem, (..) wo diese posttraumatische Belastungsstörung sitzt [...] wäre es in erster Linie, denke ich, auch schon mal vom Krankenhaus wichtig, zu erkennen: „Aha, der Patient, der hat das nicht so ganz verkraftet, was wir mit ihm hier stationär gemacht haben.“ Das ist der erste Schritt, dass die Krankenhausdoktors erkennen müssen: „Ups, der braucht weiter Unterstützung.“ Dann wäre es schlau, wenn der Krankenhausarzt mit dem Niedergelassenen, in der Regel Allgemeinarzt,

direkten Kontakt hat und ihm das schildert, was auf der Intensivstation aus seiner Sicht passiert ist.“ (I09, Pos. 119)

Hausärztliche Therapiestrategien im Umgang mit PTBS seien mehr Sensibilität und verstärktes Nachfragen beispielsweise nach Klinikaufenthalt. Es würden bereits ergänzende Methoden zur Traumatherapie angewendet wie *Somatic Experiencing*, einem körperorientierten Ansatz bei posttraumatischen Stress-Symptomen, verlässliche hausärztliche Folgetermine oder medikamentöse Therapien.

„Was wir jetzt in der Praxis haben, sind jetzt nochmal, sage ich mal, ergänzende Methoden in der Traumatherapie also Sachen, die dann halt körperbasierter sind. Somatic Experiencing macht jetzt eine bei uns, also das hilft natürlich, wenn man das in der Hausarztpraxis, sage ich mal, genügend Mitarbeiter, genügend Räume hat und dann die Patienten so nochmal anbinden kann. Also einfach auch nochmal Alternativen nach der klassischen Traumatherapie, um das noch fortzuführen oder noch zu begleiten hat.“ (I11, Pos. 153)

Wünsche an die Schulung

Explizite Wünsche nach mehr Wissen durch eine weitere Schulung wurden von mehreren HÄ formuliert. Schulungen zur Stärkung der Selbstwirksamkeit sollten nach Wunsch als Präsenzveranstaltung und mit mehr Beispielen stattfinden. Einige wünschten sich eine weitere Schulung für sichereren Umgang, abhängig von den Voraussetzungen der HÄ zur Vertiefung der Kenntnisse zur PTBS, den Umgang mit Emotionen und Abdriften der Patient*innen. Eine einmalige Schulung sei unter Umständen zu wenig für eine hausärztliche Praxis ohne Schwerpunkt:

„Da [bei der zukünftigen Anwendung der NET] fühle ich mich halt ein bisschen unsicher, ob man das so macht oder ob man das richtig macht, dass man vielleicht nochmal irgendwie so eine Zusammenkunft oder so eine weitere Schulung anbieten kann, dass man da vielleicht ein bisschen mehr mit umgeht und sicherer wird, wäre so meine Empfehlung.“ (I14, Pos. 37)

„Also wenn man den Weg weitergehen will, dann ist ganz klar, dann braucht man weitere Schulungen und weiteres Üben. Dass man da sattelfester wird.“ (I09, Pos. 81)

HÄ sollten die NET selbst üben müssen, besonders die Fragen zu stellen. Wichtig sei ein größerer Schwerpunkt auf dieses individuelle Training. Die Einführung sollte durch Psycholog*innen durchgeführt werden zur Beantwortung offener Fragen und zum Aufzeigen von Schwierigkeiten.

„Also ich glaube, (..) ich würde noch mehr Fokus auf diesen, was bei uns auch gemacht wurde, dass dann mal einmal das durchgespielt hat, wie das ist, der eine war Patient, der andere dann der Befrager. Darauf mehr den Fokus noch zu legen. Dass jeder einmal als Befrager und einmal als Patient sozusagen agiert hat.“ (I11, Pos. 139)

Die Integration der Schulung in den Alltag sei für Niedergelassene ein großer Aufwand, die Vermittlung könne auch im Studium oder in der Weiterbildung Allgemeinmedizin stattfinden. Es sollte eine Fortbildung als Nachmittags- oder Abendkurs für Interessierte durchgeführt werden.

„Ich sehe natürlich schon, dass es sehr zeitaufwändig ist, wenn da jetzt fünfzig Kollegen Interesse haben und sie müssen alle über eine gewisse Zeit eingeführt werden, aber vielleicht könnte man das zusammen mit einer Vorlesung sozusagen machen in einem Abendkurs, wenn jemand dafür Interesse hat und ich kann mir gut vorstellen, dass es da schon viele Kollegen gibt, die sich dafür interessieren.“ (I13, Pos. 47)

Eine Stunde Fortbildung stelle laut einem HÄ eine zu große Hürde für viele Kolleg*innen dar, daher sei ein Artikel in einer Fachzeitschrift sinnvoller, es brauche zudem Ansprechpartner*innen und einen Verweis für mehr Informationen.

„Wie gesagt, wie man das unter Hausärzten bekannt machen könnte, mit dem quasi erstmal Artikel in einer Allgemeinmedizin-Zeitschrift auftauchen mit einem Link oder einem Ansprechpartner, wo man dann auch niederschwellig mal sich anklicken kann, das weiteres Interesse erzeugt. Also damit soll man hingelockt werden quasi. Ansonsten haben wir eigentlich täglich solche Sachen über die wir lesen, ständig Angebote von Selbsthilfegruppen, man möge doch bitte hier und da und dort sich besser auskennen als Hausarzt [...]“ (I12, Pos. 103)

3.4.2 Effektivität

Prospektiv beurteilten die Interviewten die mögliche Effektivität der NET abhängig von bei Betroffenen vorliegenden Symptomen sowie Dauer und Art des Traumas oder deren psychischen Komorbiditäten. Die NET könne nicht in jedem Fall eine Psychotherapie ersetzen, in solchen Fällen liege deren Erfolg aber darin, einen Therapiebedarf aufzudecken und Bereitschaft für weitere Therapie zu schaffen. Bei einem Teil der Patient*innen könne eine PTBS auch erfolgreich bei insgesamt wenig Zeitaufwand abschließend behandelt werden.

„Ich kann mir sicherlich Situationen vorstellen, wo / dass die Traumatisierung so stark ist, dass das nicht ausreicht. (..) Hängt wahrscheinlich auch davon ab, wie die Komorbidität ist, wie sie vorher psychisch stabil waren.“ (I06, Pos. 121)

„Ich glaube schon, dass das sehr erfolgreich ist. Weil entweder kann man es tatsächlich lösen, der Patient kann es sozusagen in seinen Lebensrucksack packen und bequem mittragen. [...] Oder ich stelle einfach fest, da ist mehr und öffne dafür damit vielleicht auch den Weg, dass der Patient selber auch eine Therapie möchte und dann eben profitiert für sein Leben, von einer tatsächlichen Psychotherapie dann. Also da gibt es ja (..) / wie sich das entwickelt, muss man dann ja sehen.“ (I05, Pos. 119)

Einige HÄ waren sehr von der NET und deren Effektivität überzeugt und fünf HÄ boten weiteren Patient*innen die NET bereits an.

„Ich würde das nochmal machen. Würde ich ihr nochmal anbieten, weil ich bin überzeugt, dass das trotzdem dem einen oder anderen weiterhilft.“ (I07, Pos. 113)

„Also nicht so konkret mit diesen Vorgaben mit drei Sitzungen aus so und so viel Zeit, aber nach / seit der Studie habe ich vielleicht zwanzig, fünfundzwanzig Patienten in diese Richtung eben evaluiert und dann eben auch entsprechend besprochen.“ (I13, Pos. 53)

HÄ legten zum Teil Wert auf die Differenzierung verschiedener Trauma-Ursachen, so könnten nicht wiederholte Traumata effektiv mit einer NET behandelt werden. Somit würden Therapieplätze für stärker Betroffene bereit gehalten werden, die nicht hausärztlich gelöst werden können, wie etwa Traumata durch sexualisierte Gewalt oder Vernachlässigung in der Kindheit.

„Ich denke, man kann noch ein bisschen mehr differenzieren, wo kann ich es vielleicht sogar in den hausärztlichen Kontext auch in Führungszeichen therapieren oder lösen, sag ich jetzt mal so, ich meine, das werden jetzt sicher nicht die großen Traumata mit Vergewaltigungen oder wie ich vorhin gesagt habe, vernachlässigte Kindheit und was weiß ich, ja, aber / aber es ist / eben Traumata aus der Intensivstation aus, ja, auch berufliches Mobbing, was mal kurzfristig auftritt, wo der Patient nicht schon sein Leben lang damit belastet ist. Ich glaube, da kann man schon viel tun und kann halt dadurch auch die raren Therapieplätze noch mehr ganz gezielt einsetzen für die Patienten, die wesentlich stärker betroffen sind, was wir im hausärztlichen Kontext nicht lösen können.“ (I05, Pos. 41)

Eine HÄ war sich nicht sicher, ob eine PTBS abschließend mit der NET behandelt werden könne, gleichzeitig merkte sie an:

„Risiken sehe ich da eigentlich nicht, weil wir haben die Patienten ja eh jeden Tag in der Praxis. Und wenn man da jetzt eine Technik erlernt oder kennt, mit der man den Patienten helfen kann, glaube ich nicht, dass es eher zum Schaden für die Patienten ist, sondern ich glaube schon, dass man dann auch besser manche Sachen schon in der Hausarztpraxis abarbeiten kann.“ (I14, Pos. 93)

Eine weitere Interviewte betonte ebenfalls, dass das Risiko für Patient*innen allein zu bleiben schwerer wöge, als die Gefahr durch die hausärztliche Anwendung der NET entstehen würde.

„Klar, wenn jetzt ein Patient dissoziiert, während des Settings, muss ich natürlich zusehen, dass ich ihn wieder runterhole und ins Hier und Jetzt hole, aber ich glaube, das Risiko, dass er alleine damit bleibt, ist größer als das, was ich schaffe durch dieses Gespräch.“ (P01, Pos. 55)

Die NET fördere der Ärzt*in-Patient*in-Beziehung, denn Patient*innen werden nicht unmittelbar überwiesen.

„Ich denke aber der Vorteil ist eben, dass die Patienten da mit einem anderen Gesichtspunkt in diese Therapie gehen und das dann eben ja die Erfolge auch anders sind, als wenn man sagt: „Naja, jetzt schickt er mich halt dorthin, weil er selber keine Lust mehr hat oder so.““ (I13, Pos. 71)

Ein Interviewter gab zu bedenken, dass der Langzeiteffekt der NET noch hausärztlich beobachtet werden müsste und positive Effekte auch vorübergehen könnten.

„Was abzuwarten bleibt, ist natürlich der Langzeiteffekt, man hat jetzt bei allen / bei keinem Patienten / doch, bei einer Patientin haben sich die die Abfragedaten im Follow Up deutlich gebessert, das stimmt. Aber bei den anderen nicht. Also da finde ich, bleibt es so ein bisschen abzuwarten, wie der Langzeiteffekt ist, der Methode.“ (I07, Pos. 63)

3.4.3 Interventionskohärenz

HÄ äußerten, die Elemente der NET gut in den Alltag einbinden zu können und als neues Instrument wertzuschätzen.

„Das waren schon gute Anleitsteine und ich habe immer wieder Patienten, die Traumatisierungen in irgendeiner Art und Weise haben und es hilft schon weiter, zu versuchen, denen da rauszuhelfen.“ (I10, Pos. 5)

„Ich finde das [...] eine relativ einfach anzuwendende Methode bei einem eher ausgewählten Patientengut. Also sicher nicht für jeden PTBS-Patienten geeignet, aber ich würde sagen, gerade so im Bezug auf ein klar begrenztes Trauma [...] und das dann auch zeitnah durchgeführt, finde ich das eine sehr gute Methode. Und aber schon sehr zeitaufwändig.“ (I11, Pos. 35)

Als besonders hilfreich hervorgehoben wurden die Aspekte der Patient*innen-Edukation und die Begriffe vom heißen und kalten Gedächtnis,

*„Dann fühlen sich die [Patient*innen] vor allem nicht in die psychische Ecke gedrängt.“ (I13, Pos. 5)*

„Man hat dann den Patienten auf seiner Seite und der sagt dann auch, der Arzt versteht mich, der gibt mir Hilfestellung und schiebt mich nicht ab.“ (I13, Pos. 25)

Interviewte wurden danach gefragt, wie sich ihr eigenes Vorgehen seit der Teilnahme an der PICTURE-Studie verändert habe. Die meisten gaben an, bestimmte Techniken der NET punktuell anzuwenden, je mehr sie sich mit dem Thema auseinandersetzen. Sie hätten ein eher strukturiertes Bild der PTBS, könnten gezielter Symptome abfragen und klarer nach auslösenden Ereignissen suchen.

„Also strukturiert in die Praxis habe ich es bisher nicht, ich habe halt so im Kopf. Dass ich es eher erkenne und die einzelnen Symptome abfrage, so wie man eigentlich strukturiert die Symptome einer Depression abfragt. (hustet) Insoweit ist es in der Praxis angekommen, aber ich habe jetzt keine Fragebögen, die ich die Patienten ankreuzen lassen.“ (I12, Pos. 71)

„Geändert insofern, als dass ich glaube, dass es tatsächlich auch von allgemeinärztlicher Sicht eine Möglichkeit gibt, die Patienten zu heilen. Also ich muss nicht immer sofort zu einem Psychotherapeuten überweisen, ich muss nicht immer sofort psychosomatische Klinik haben. Nein, ich habe tatsächlich vor Ort eine Chance, das auch selber mit dem Patienten gemeinsam zu lösen. Und das finde ich eigentlich ganz schön.“ (I09, Pos. 127)

Bei Anzeichen für eine PTBS führten mehrere eine Psychoedukation durch, diese könne gut implementiert werden.

„Wenn dann würde ich als ehestes bei mir umsetzbar sehen die Psychoedukation, das ist das, was ich am ehesten wirklich in den Alltag mit auch integrieren kann, was zeitlich auch relativ überschaubar ist. Was ist, was man sicherlich auch mehreren Leuten zur Verfügung stellen kann.“ (I09, Pos. 107)

Bei Patient*innen mit Schlafstörungen, Intrusionen oder ähnlichen Symptomen, würden einige inzwischen den Kontrast zur sicheren Umgebung in der Praxis herstellen und Hilfe anbieten. Bausteine der Gesprächsführung zum Zurückholen in die Gegenwart seien hilfreich, um einen Ankerpunkt anzubieten und nächste Schritte zu planen. Dieses kontrastierende Element würde auch genutzt, um in akuten emotionalen Ausbrüchen zu helfen.

„Das heißt, ich habe nur die Möglichkeit vielleicht durch diese Wiederholungen, was wir da ja auch / dieses Zeitlupentempo und dann Wiederholungen (räuspern), da habe ich eine Chance, mal so einzelne Situationen rauszugreifen, wo ich mit dem Patienten an der Oberfläche mal eine Situation beleuchte und da nochmal kurz reingehe, zu gucken, wie hat er die empfunden und was waren da für Sinneswahrnehmungen, und woran erinnern sie sich und versuchen dann mit einem positiven Erlebnis rauszugehen, also das sind so kleine Momente, die man innerhalb von einer Viertelstunde, zwanzig Minuten auch mal darstellen kann, wenn man den glücklichen Zeitpunkt bei den Patienten erwischt.“ (I09, Pos. 23)

„Es sind immer so Kleinbausteine, die da einem einfach so von der Idee her, wie man /, dass man die einfach wieder so ins Hier und Jetzt und in die sichere Umgebung in die Praxis zurückholen kann, das fand ich eigentlich irgendwie ganz hilfreich. Das hilft auch vielen Patienten, wenn man Ihnen sagt, irgendwie hier und jetzt bei mir ist ja alles gut und hier können Sie sich irgendwie geschützt fühlen und hier wann immer irgendetwas ist, können Sie hier herkommen.“ (I10, Pos. 19)

Ein Vorteil der NET sei das bereits vorbestehende Vertrauen zu HÄ, so sei keine direkte Weiterüberweisung nötig und HÄ könnten selbstständig Hilfe anbieten, das überwiege auch die Risiken:

„Ich mache das dann da schon mit der Konfrontation direkt, weil das müssen Sie sich das auch so vorstellen, ich kenne die Patienten ja meistens schon etwas länger, also das ist jetzt selten, dass jetzt jemand kommt, den ich noch gar nicht kenne und dann fängt, oder kommen wir da drauf das tatsächlich (unv) sein könnte, posttraumatische Belastungssituation und von daher traue ich mir das dann schon zu, zu sagen, da legen wir dann gleich los.“ (I04, Pos. 55)

Ein HA beobachtete sichtbare Erfolge der NET, er habe bereits mit etwa 20 bis 25 Patient*innen eine NET zum Teil in abgewandelter Form in nur etwa 30 Minuten durchgeführt. Auch ein anderer HA habe bereits mit Patient*innen eine Exposition begonnen und weitere Termine vereinbart.

„Vielleicht nicht jedes Mal eine dreiviertel Stunde, sondern vielleicht auch nur mal eine halbe Stunde oder nur angerissen, überlegen Sie sich das mal bitte bis zum nächsten Mal und dann eine halbe oder dreiviertel Stunde in der zweiten Sitzung besprochen, aber letztendlich, denke ich, kommt es nicht auf die Zeit an, die jetzt in der Studie vorgegeben war, sondern kommt auf das an, was in dieser Zeit besprochen werden kann und wie ich es vorhin erklärt habe, wenn eben jemand intellektuell schneller aufspringt und das auch besser versteht als der andere, dann brauche ich natürlich nicht so lange.“ (I13, Pos. 53)

Mehrere HÄ erklärten, sie würden Patient*innen nicht explizit die Methodik der NET vorab erklären, sondern das Angebot machen, über das Ereignis außerhalb der Sprechstunde zu sprechen.

„Also würde das gar nicht unbedingt dann dem Patienten strukturell erklären, dass das jetzt eine narrative Gesprächstherapie wird, die wir jetzt machen, sondern ich würde ihm ganz einfach anbieten, [...] wir sprechen da mal in Ruhe drüber.“ (I12, Pos. 57)

Ein HA erläuterte, er habe die NET durch eine strukturiertere Vorgehensweise mit gezielterem Vorgehen verkürzen können. Er führte bereits kurze NET-Sitzungen in adaptierter Form mit direkter Konfrontation durch, da er seine Patient*innen schon lange kenne, könne er auf die Lebenslinie verzichten. Wenn es für HÄ und Patient*innen sinnvoll wäre, könnten noch ein oder zwei weitere Termine angeschlossen werden.

„Ich gehe [...] nicht alle Punkte der Reihe nach durch, also nicht jeden Punkt, den der Patient [...] in der Exploration herausstellt, wird dann in die Tiefe dann verarbeitet, dann versuche ich etwas schneller tatsächlich die wichtigen Punkte, die ich meine, auszuholen und die direkt jetzt anzusprechen.“ (I04, Pos. 61).

Wer von dieser Methode profitieren könne, könne er selbst gut einschätzen:

„Und dann entscheide ich, ob ich quasi als Hausarzt nur durch eine Kurzintervention dem Patienten helfen kann und die sieht dann so aus, dass ich mir dann nochmal ein Termin oder der Patient bekommt nochmal einen Termin, das wäre zwar innerhalb von 15 Minuten, dass wir mal alles zusammenfassen, das, was ich jetzt auch explizit da gelernt habe in der Studie, mit Sachen zu konfrontieren.“ (I04, Pos. 9).

Ein Teil der HÄ sah die NET als hilfreiches Instrument zur Überbrückung der Wartezeit auf die Psychotherapie an. Die Anwendung sei abhängig von der Art des Traumas, der Persönlichkeit des*der Patient*in und dem zwischenmenschlichen und therapeutischen Verhältnis.

„Also wir überbrücken ja viel, bis die Psychotherapie losgeht. Das ist ja eine ganz, ganz wesentliche Aufgabe.“ (I07, Pos. 133)

„Ich würde das bei leichteren Belastungsstörungen einsetzen ohne Frage, total gerne, und dann vielleicht auch ein bisschen abgespeckt. [...] Als Überbrückung, ich würde es vielleicht versuchen, aber [...] ich würde dann eher an der Oberfläche bleiben und würde da nicht zu tief [...] in das Trauma reingehen.“ (I06, Pos. 97-99)

Für HÄ als Überbrücker*innen von Wartezeit seien diese Techniken demnach praktikabel. Das schließe Techniken zu Wiederholungen und Zeitlupe ein.

„Was man schon machen kann, finde ich, ist eben eine gewisse Konfrontation, aber die geht halt dann nicht tief, [...] dass man Sachen einfach anspricht [...] und nicht die Vermeidung [...] bestärkt bei den Patienten.“ (I11, Pos. 125)

Einige HÄ bezeichneten die hausärztliche Praxis vorrangig als Anlaufstelle in Akutsituationen und nicht als angemessenen Ort für längere Therapiesitzungen. Patient*innen mit Therapiebedarf sollten weitergeleitet werden, denn die NET sollte dort passieren, wo auch die psychotherapeutische Therapie stattfindet.

*„Aber da, muss ich sagen, die [Patient*innen mit PTBS aus der Kindheit] behandle ich ungerne alleine, da braucht es, finde ich, professionelle Hilfe. Also da geht es eher dadrum, die erstmal wieder einzufangen, irgendwie so das Akute abzufangen und dann die weiterzuleiten an den (..) Fachkollegen.“ (I10, Pos. 19)*

Häufigkeit der Anwendung

Von den fünfzehn Interviewten gaben dreizehn an, die NET weiter anwenden zu wollen. Zwei HÄ sahen die NET als nicht geeignet für die hausärztliche Praxis. Konkrete Aussagen zur Anzahl der Patient*innen, die pro Quartal mit einer Intervention behandelt werden können, gaben insgesamt neun HÄ.

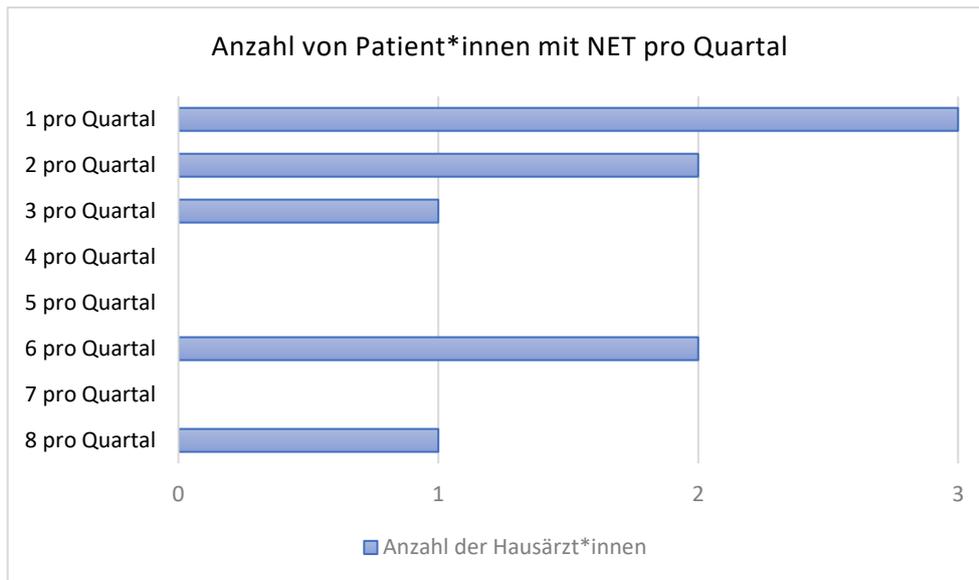


Abbildung 3: Anzahl von Patient*innen mit NET pro Quartal (n = 9), (eigene Darstellung)

Fünf HÄ sahen sich in der Lage ein oder zwei NETs pro Quartal durchzuführen, entweder aus organisatorischen Gründen oder weil diese Anzahl bereits den Bedarf in der eigenen Praxis decken würde. Eine HÄ würde drei Patient*innen behandeln, zwei HÄ je nach Bedarf bis zu sechs und eine HÄ würde nur acht schaffen, obwohl eigentlich bei drei Patient*innen pro Tag der Bedarf bestünde. Die übrigen sechs HÄ gaben keine Einschätzung ab aus Ablehnung der NET im hausärztlichen Kontext (zwei HÄ), aus weitaus höherem Bedarf (ein HA), mit der Begründung, dass die NET wöchentlich geübt werden müsste, um sie angemessen umzusetzen (ein HA) und zwei ohne konkrete Angabe.

Anwendung von NET bei unbekanntem Patient*innen

Unbekannte Patient*innen würden sechs von den dreizehn HÄ behandeln, die sich eine zukünftige Umsetzung vorstellen könnten. Als Bedingungen stellten sie unter anderem, dass jemand mit fachlicher Expertise das Trauma vorab feststellen sollte, die Überweisungsformalitäten geklärt werden müssten und es genug Zeit dafür geben müsste.

„Das wäre schon möglich, ist halt die Frage, in welchem Umfang, weil / oder sagen wir mal, ob die dann rein als solche Patienten überwiesen werden, wird wahrscheinlich nicht gehen, [...] weil letztendlich kann der Hausarzt nicht zum Hausarzt überweisen. Nachdem ich als Hausarzt niedergelassen bin, bräuchte es einen Hausarzt mit einer gewissen Spezialisierung.“ (I13, Pos. 89)

Ein HA gab zu bedenken, dass die Intervention einen Praxis-Wechsel wahrscheinlich machen würde und es daher vermutlich zu Zurückhaltung bei der Überweisung zu hausärztlichen Kolleg*innen kommen würde.

„Kann letztlich machen, ja, das müsste natürlich organisiert werden. Ist ja schwierig, denn wenn dann müssten das ja die Kollegen hier aus der Umgebung sein. Und würden Ihren Patienten quasi

damit sagen, ich kenne mich damit nicht aus, aber ein anderer Hausarzt, der nebenan, der kann das. Und das fällt einem Hausarzt ein bisschen schwer, weil natürlich am Ende bleibt der Patient bei dem anderen hängen [...]. Muss man da auch immer / eine Konkurrenz gibt, wir verstehen uns gut, wir sind Kollegen, aber natürlich irgendwo auch Konkurrenten.“ (I12, Pos. 95)

Ebenfalls sechs HÄ lehnten die Behandlung unbekannter Patient*innen ab, weil sie sich selbst nicht als kompetent genug wahrnahmen durch die fehlende Ausbildung.

„Genau, das würde ich wirklich nur mit meinen eigenen Patienten machen, weil das ja auch der Sinn dahinter ist. Dass man / Dass das der Hausarzt machen soll, denn sonst würde ich das Gefühl haben, die Patienten erwarten auch zu viel von mir, die würden dann denken, dass ich irgendwie speziell ausgebildet bin für so etwas und dass ich eine Therapeutin bin und das bin ich einfach nicht.“ (I06, Pos. 67)

Eine HÄ betonte, dass Sitzungen bei bekannten Patient*innen einfacher in der Vorbereitung seien und das Risiko einer Dekompensation besser eingeschätzt werden könne. Oft würden nur Patient*innen mit umfangreichen Krankheitsgeschichten überwiesen, jede*r HÄ sollte daher eigene Patient*innen betreuen und darüber hinaus gehend Patient*innen durch Psychotherapeut*innen behandelt werden.

*„[Unbekannte Patient*innen] Möchte ich nicht, würde ich gar gar, gar nicht da drauf eingehen, nein. Das wünschte ich mir nicht. Nee. (.) Aus ganz einfachen Gründen, also ich habe so viele Patienten, dass ich das kaum bewältigen kann auch und ich finde, dass also für mich und so das Angebot für den Hausarzt habe ich schon einen wichtigen Aspekt, nämlich das ist für meine Patienten, nämlich die ich betreue, die ich schon länger kenne und das wäre für mich schon der Hauptgrund, warum ich überhaupt, warum ich das dann anbiete.“ (I04, Pos. 143)*

Von den vier HÄ, die bereits im Rahmen der PICTURE-Studie unbekannte Patient*innen behandelt haben, würden je zwei weiter unbekannte Patient*innen mit der NET behandeln und zwei nicht.

Auswahlkriterien zur Anwendung von NET

Zu den Auswahlkriterien zählten patient*innenbezogene Kriterien, unter anderem bezogen auf das verursachende Trauma. HÄ betonten, keine schweren Traumatisierungen wie durch sexualisierte Gewalt, Kriegstraumata oder unbekannte Trauma-Ursachen besprechen zu wollen, stattdessen sehr umschriebene, konkrete Traumata aus einem begrenzten Zeitraum ohne Retraumatisierungen und eher leichtere PTBS. Darüber hinaus sollten Patient*innen keine psychiatrische Komorbidität haben, wie Depression, generalisierte Angststörung, bipolare Störungen, Schizophrenien, Psychosen oder akute Eigen- oder Fremdgefährdung. Hervorgehoben wurden dabei medizinspezifische Störungen wie intensivmedizinische Erlebnisse, Verletzungen oder Unfälle, beispielsweise nach einem Fahrradsturz

mit Angst vor dem Rad fahren oder ein Trauma durch die Reanimation von einem Freund nach einem Unfall.

„Ich glaube, am besten geeignet sind Patienten, die so eine psychische Monodiagnose haben, PTBS. Ohne schwere Grunderkrankung und ohne Depression oder generalisierte Angststörung. Ich glaube, dass die am meisten von profitieren können. Die wirklich eine ganz eindeutig aus der psychischen Gesundheit heraus nach einem schwer belastenden Ereignis, muss ja nicht die Intensivstation sein, kann ja alles Mögliche sein. Genau, einfach diese PTBS entwickelt haben und die dann da rauszuholen mit dem Verfahren.“ (I07, Pos. 123)

Einige HÄ wiederum betonten, die Ursache sei kein Auswahlkriterium, wichtig sei nur die Bereitschaft von Patient*innen, sich auf die NET einzulassen, dass sie Offenheit und Motivation zeigten und ein Problembewusstsein oder Leidensdruck hätten. Bei fehlender Bereitschaft dürften HÄ nicht insistieren, die Intervention durchzuführen.

„Also die brauchen halt eine Motivation, um die Therapie machen zu wollen und einen Leidensdruck im Alltag. Ja, Motivation und Leidensdruck, nee, mehr brauche ich nicht. (...) Vielleicht Sprache.“ (I07, Pos. 135)

„Der Patient muss quasi verstehen, dass so etwas überhaupt notwendig ist. Wenn dann erst eine Motivationsphase notwendig ist, wie es bei Alkoholikern oft der Fall der ist, dass so ein tagesstationärer Aufenthalt nötig wird als Motivation zu einer Therapie, das kann ich als Hausarzt nicht leisten. Da kann ich einfach immer nur, wenn er mit den gleichen Symptomen kommt, versuchen klarzumachen, dass vielleicht nicht alles körperliche Ursachen hat, dass Herzrasen keine Herzkrankheit ist, sondern von weiter oben kommt. Um eben vielleicht darauf vorzubereiten, dass er mit einem Psychologen besser dran wäre als mit einem Kardiologen. Und solche Sachen. Ja, wenn er versteht, dass er da ein Problem hat und dass das ein Trauma war und dass er unter den Folgen leidet.“ (I12, Pos. 65)

Deutsche Sprachkenntnisse sollten gegeben sein, eventuell könnten wenige HÄ bei viel Routine die Intervention in einer Fremdsprache durchführen.

„Dann muss der natürlich einigermaßen deutsch sprechen, da gibt es relativ viele arabische Patienten oder auch türkisch sprechende und Griechen, wo ich den Computer als Übersetzungshelfer brauche. Da kann ich mir nicht vorstellen, dass so etwas funktioniert. Die Leute sind aber sowieso schwer dran, weil es gibt quasi keine entsprechenden Psychologen gibt und eben in einer fremden Sprache können die sich nicht ausdrücken, schon gar nicht, wenn sie sich schämen, so etwas überhaupt zu haben, kulturell bedingt.“ (I12, Pos. 65)

„Ob man das jetzt auf Englisch mit einem afrikanischen Patienten durchführt. Hm. Weiß ich nicht, ob das dann / wie wirksam das dann am Ende ist. Ja, da würde ich vielleicht auch ein bisschen eine Einschränkung machen. Oder wenn man sehr routiniert und geübt ist in der Methode, dass man dann sagt: „Okay, das gehe ich jetzt auch in einer anderen Sprache an.“ Ja, also da hätte ich Hemmungen.“ (I07, Pos. 135)

3.4.4 Opportunitätskosten

Der zukünftige Zeitaufwand der NET wird von interessierten HÄ größtenteils als angemessen eingeschätzt.

„Ich muss zu dem Zeitfaktor auch noch etwas sagen, ich glaube, wenn man das wirklich öfter macht und sicher auch eine gewisse Routine entwickelt, dann ist der Zeitfaktor vielleicht auch nicht mehr ganz so groß. [...] Und das sind ja auch die Patienten, mit denen ich ja sonst solche Gespräche halt jetzt mit dem, was ich bisher zur Verfügung hatte, geführt habe, die würde ich ja dann sozusagen überführen, das heißt, das fällt ja dann weg.“ (I05, Pos. 39)

„Wenn der Patient jetzt dafür nicht so oft in meine Sprechstunde käme, hätte ich ja am Ende [...] vielleicht sogar einen zeitlichen Nutzen [...]. Weil: Es gibt ja Patienten, die dann immer wieder auftauchen, und wenn sie da jedes mal zwanzig bis dreißig Minuten meiner Sprechzeit in Anspruch nehmen, ist ja dann der zeitliche Aufwand relativ gering, gar nicht mehr so groß.“ (P01, Pos. 63)

Durch eine weitere Reduktion der Gespräche auf bis zu 20 Minuten durch bessere Organisation um die Gespräche, ein verbessertes Screening-Verfahren und eventuell weniger hochfrequente Follow-Up-Gespräche durch das Praxis-Team würde der Zeitaufwand ebenfalls zurückgehen.

„Ich halte den Zeitaufwand am Ende für gerechtfertigt, wenn man dreimal zwanzig Minuten ansetzt für ein therapeutisches Verfahren, ist es ja (...) am Ende schon übersichtlich. Ja? Ich glaube, das kann leisten, wenn man so eine gewisse Routine hat [...] oder von mir aus dreimal dreißig Minuten halte für machbar.“ (I07, Pos. 91-95)

Weniger Zeitaufwand entstehe auch bei Patient*innen, die schneller verstehen, worum es in der Intervention gehe, dies sei individuell unterschiedlich. Durch die Eingliederung in die eigene Arbeit durch mehr Routine außerhalb der Studie falle ein Teil des Aufwands weg:

„Wenn ich nicht der Studie verpflichtet bin, sondern nur dem Patienten und mir, dann kann ich auch mal sagen, hier jetzt da kann ich jetzt die Kurve kriegen und abkürzen oder dann kann ich vielleicht auch mal irgendwas noch weglassen.“ (I05, Pos. 115)

Eine andere HÄ stellte für die eigene Praxis fest:

„Das kommt ja bei uns nicht so häufig vor, dass wir jetzt jede Woche solche Patienten dahaben, man könnte dann schon integrieren in irgendeine Sprechstundenfreie Zeit und ich denke, dass man dem Patienten dann vielleicht auch ein bisschen schneller wieder helfen kann.“ (I14, Pos. 69)

HÄ sahen auch administrative Hürden, es müsse ausreichend Zeit und Vergütung eingeräumt werden, dafür sei Entlastung an anderer Stelle notwendig. Für die NET sei eine klare Struktur mit zeitlichen Freiräumen erforderlich, da während der NET HÄ für andere Belange nicht ansprechbar oder erreichbar sein dürften. Ein HA betonte, während der Sitzungen nicht auf die Uhr schauen zu wollen, in der Sprechstunde sei dies nicht möglich durch entstehende Wartezeit, wodurch die NET am Sprechstundenende oder am Hausbesuchstag stattfinden müsse.

„Man muss es sich bloß organisieren, [...] dass man dann auch die Ruhe hat und nicht so dann mittendrin in den ganzen Infekten und Blutdruckproblematiken und so etwas steckt. Und auch keine Notfälle zu erwarten sind, [...] also am besten ist da draußen Ruhe ist im Sprechzimmer im [...] Wartezimmer und am Tresen und man sich dann voll auf die Sache konzentrieren kann.“ (P01, Pos. 63)

„Also ich würde das eher begrüßen, wenn das irgendwie in diese Regelversorgung mit aufgenommen würde und das vielleicht auch im EBM in irgendeiner Form Niederschlag finden könnte, das wäre natürlich sehr schön. Denn dann hätten wir Allgemeinärzte einfach noch ein bisschen mehr Spielraum, um die Patienten zu begleiten.“ (I09, Pos. 113)

Der Zeitaufwand für die Schulung stelle eine weitere Hemmschwelle dar. Bei fehlender Vergütung bliebe es eine Investition eigener Zeit. Der hohe unvergütete Zeitaufwand bestehe somit vor allem zu Beginn, während im Verlauf der Vorbereitungsaufwand geringer werde.

„Wenn man das mal gemacht hat und ein bisschen Erfahrung mit gesammelt hat, kann man es, glaube ich, integrieren. So ganz komplett einzusteigen, [...] ist immer mit einem gewissen Aufwand verbunden.“ (I07, Pos. 47)

Einige HÄ äußerten, dass es im hausärztlichen Kontext nicht die Möglichkeit geben werde, ausreichend Zeiträume zu schaffen, um die notwendige Entschleunigung herzustellen, Ruhe zu vermitteln und ein therapeutisches Umfeld zu gestalten. Der Planungsaufwand dafür wäre zu hoch.

„Rein praktisch zeitlich ist es [...] komplett nicht möglich, also da müsste ich dann tatsächlich Nächte in der Praxis verbringen und das ist es nicht, was ich möchte.“ (I04, Pos. 57)

„Für mich als Hausärztin ist es nichts, was ich jetzt in größerem Umfang machen könnte. Aus zeitlichen Gründen. Also ich müsste mir die Patienten außerhalb der Sprechstunde (..) irgendwo hinbestellen, wo ich dann auch Ruhe habe, ne. So in einer normalen Sprechstunde kann ich so etwas nicht machen, da (..) wäre ich viel zu sehr unter Zeitdruck.“ (P01, Pos. 45)

3.4.5 Belastung

Es entstehe auch eine psychische Belastung durch den Umgang mit traumatisierten Menschen, vor allem für HÄ ohne Erfahrung, denn selten werde in der Allgemeinmedizin so detailliert über traumatisierende Situationen gesprochen.

„Ich bin ja erfahren mit dem /, wenn ich solchen Geschichten zuhöre, ich kann mich da auch gut abgrenzen und ich nehme die auch nicht mit nach Hause, aber das könnte ich mir auch vorstellen, für Leute, die weniger zu tun haben mit traumatisierten Menschen, dass das wahrscheinlich auch sehr schwierig sein kann.“ (P02, Pos. 73)

„Es ist halt die Frage, was hat jemand für ein Interesse, für eine Vorbildung in diese Richtung, aber ich denke, das kann man auch sehr schnell und sehr gut lernen, wenn man die nötige Empathie mitbringt und sich einfach die Zeit nehmen will, sich hinzusetzen und mit den Patienten zu sprechen.“ (I13, Pos. 41)

4 Diskussion

4.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Rolle der Hausärzt*innen in der PTBS-Behandlung

In der Studie wird die Akzeptanz der NET-basierten Intervention aus Sicht der durchführenden HÄ mit Hilfe qualitativer Interviews untersucht. Interviewte beschrieben eine aktive Rolle als Ansprechpartner*in für Patient*innen in der hausärztlichen Versorgung, die auch die psychosomatische Grundversorgung betrifft. Diesbezüglich lägen ihre Aufgaben auch in der Förderung von Alltagsfähigkeiten und der Unterstützung von Patient*innen durch Überweisung zur Psychotherapie bei Bedarf. Die interviewten HÄ zeigten eine zu erwartende Heterogenität der Wahrnehmung der Relevanz und Häufigkeit der PTBS aus der eigenen Praxiserfahrung unabhängig von der Trauma-Ursache. Die Häufigkeit im Erleben von Interviewten reichte von höchstens einer*m Patient*in pro Quartal bis zu wöchentlichen Anlässen bei verschiedenen Patient*innen. Vor der Teilnahme an der PICTURE-Studie fühlten sich einige der Interviewten im Umgang mit Patient*innen mit PTBS-Symptomen hilflos – aus Mangel an eigenen diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten und gleichzeitig langer Wartezeit auf Psychotherapie-Plätze. Einige beschrieben ihr Vorgehen als eher unstrukturiert und basierend auf dem eigenen Bauchgefühl. Bisher machten sie Betroffenen am ehesten Gesprächsangebote im Rahmen eines Beratungsgesprächs. Die meisten Interviewten nahmen einen Leidensdruck der betroffenen Patient*innen wahr oder assoziierten gehäufte vermeintlich somatische Sprechstundentermine. Sie sahen dementsprechend einen Handlungsbedarf in der eigenen hausärztlichen Praxis bei gleichzeitigem Fehlen einer umfassenden

Strategie im Umgang mit Patient*innen mit PTBS. Durch die Teilnahme an den angebotenen NET-Schulungen beschrieben viele HÄ einen bewussteren Umgang mit Patient*innen mit Verdacht auf PTB-Symptome etwa beim Erfassen bestehender Symptome oder beim Erfragen von auslösenden Ereignissen. Explizite Diagnostik läge allerdings weder in der hausärztlichen Kompetenz noch würden sie über ausreichende zeitliche Kapazitäten verfügen.

Retrospektive Akzeptanz

Retrospektiv äußerten HÄ größtenteils Zufriedenheit darüber, die neue Therapiemethode kennengelernt zu haben, besonders wegen fehlender eigener Strategien und Mangel an zeitnaher psychotherapeutischer Versorgung oder anderer Unterstützung für Patient*innen. Einzelne HÄ empfanden die NET allerdings auch als unpassend für die eigene Gestaltung von Gesprächen in der täglichen Praxis. Die Schulung und individuelle Vorbereitung stärkten die Selbstwirksamkeit der HÄ bei der Durchführung der Gesprächsintervention. Viele HÄ begegneten der eigenen Verantwortung und der Sorge vor emotional schlecht kalkulierbaren Reaktionen ihrer Patient*innen mit selbstständiger Einarbeitung in das Studienmaterial, Absprache mit psychologischen Kolleg*innen und teils häufigeren Nachgesprächen mit den Studienpatient*innen. Es wurde weiterhin von Schwierigkeiten und Unsicherheit in der Umsetzung berichtet, die vorab in der Schulung aus Sicht einzelner HÄ nicht ausreichend thematisiert worden seien. Diese Schwierigkeiten hätten in der Supervision ausreichend adressiert werden können. Insgesamt sei die Gesprächsintervention trotz wenig Erfahrung mit empathischer Gesprächsführung durchführbar gewesen. HÄ äußerten teilweise Bedenken, durch die Intervention eine Symptomverschlechterung bei Patient*innen auszulösen. Zwei HÄ gaben Zweifel an, im hausärztlichen Setting den gewünschten Erfolg erzielen zu können.

Ein Großteil der HÄ beobachtete eine Effektivität nach Einsatz der NET durch von Patient*innen berichtete Symptomverbesserung einerseits oder alternativ eine neu entwickelte Bereitschaft, Psychotherapie in Anspruch zu nehmen. Therapiebedarf sei durch die NET teilweise erst sichtbar geworden. Es wurde auch berichtet, dass die Intervention zunächst zu Verschlechterung geführt hätte und die Sitzungen selbst seien für Patient*innen belastend gewesen.

Im Hinblick auf die Interventionskohärenz wurde die NET als nachvollziehbar, verständlich und gut umsetzbar wahrgenommen. Unklarheiten traten teilweise bezüglich der Psychoedukation, Lebenslinie oder Exposition auf, HÄ konnten aber durch Schulung und Supervision unterstützt werden. Zur Länge der NET hatten HÄ unterschiedliche Ansichten – die Anzahl der Sitzungen und deren Länge zeigte sich individuell unterschiedlich, abhängig sowohl von den HÄ als auch deren Patient*innen. Einige HÄ betonten, dass die Möglichkeit für zeitliche Anpassung im hausärztlichen Rahmen gegeben sei.

In allen Interviews spielten die Opportunitätskosten vor allem in Form von Zeitaufwand eine Rolle, da der Umfang von NET-Terminen über die Länge der üblichen Termine in der hausärztlichen Versorgung

hinausgehe. Dieser Mehraufwand wurde teilweise relativiert und mit anderen Praxistätigkeiten verglichen oder die NET als möglicher Zeitgewinn dargestellt. Für die NET müssten angemessene Zeiträume geschaffen werden, wie etwa nach Sprechstundenende.

Teilweise empfanden HÄ eine psychische Belastung, besonders bei Einstieg in die neue Intervention und durch eigene Unsicherheit, bei anderen Routineaufgaben in der Praxis bestehe weniger Belastung. Teilweise empfanden HÄ auch keine Belastung.

Prospektive Akzeptanz

Mehrere Interviewte betonten, dass die NET in Zukunft nur durch interessierte HÄ angeboten werden sollte. Bezüglich der prospektiven Selbstwirksamkeit fühlten sich einige Interviewte sicher, teilweise hatten HÄ allerdings kein Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten besonders durch fehlende praktische Übung. Unterstützungsbedarf wurde gewünscht in Form von Supervision, einer Notfallereichbarkeit von Psychotherapeut*innen für kritische Therapiesituationen, diagnostische Fragebögen oder externe Diagnostik und Weiterbildung nach Bedarf.

Zukünftige Effektivität der Intervention sahen HÄ darin, betroffene Patient*innen wenigstens durch Teil-Effekte zu entlasten, andere könnten eventuell abschließend durch die hausärztliche NET behandelt werden und es würde so die Möglichkeit entstehen, Kapazitäten in der Psychotherapie gezielter zu nutzen.

Hinsichtlich der Interventionskohärenz sahen Interviewte auch prospektiv in der NET ein nützliches Instrument mit gut integrierbaren Einzelbausteinen, einige HÄ hätten bereits eigene Methoden daraus ableiten können. Zur Überbrückung bis zum Beginn einer Psychotherapie wurde die Intervention teilweise als angemessen betrachtet. Die eingeschätzte Häufigkeit der Anwendung war variabel, die Auswahlkriterien von Patient*innen betrafen vor allem Symptomatik und Trauma-spezifische Aspekte sowie Sprachkenntnisse.

Die Opportunitätskosten, vor allem in Form des Zeitaufwands und Hürden in der Praxisorganisation, wurden von einigen interessierten HÄ als angemessen betrachtet, besonders, da der Zeitaufwand durch Übung und individuelle Adaptation der Methode reduziert würde. Vor allem zu Beginn der Implementierung sei der Zeitaufwand durch Schulung und mangelnde Erfahrung am höchsten. Darüber hinaus sei eine adäquate Vergütung notwendig. Ein Teil der Interviewten empfand die Opportunitätskosten als zu hoch und dadurch die Implementierung der NET als nicht möglich.

Es könne eine psychische Belastung durch den Umgang mit traumatisierten Menschen entstehen, die bisher in der Allgemeinmedizin so intensiv selten erreicht werde.

Akzeptanzfördernde und -hemmende Faktoren sind in Tabelle 9 dargestellt.

Tabelle 9: Akzeptanzfördernde und -hemmende Faktoren

Akzeptanzfördernde Faktoren	Akzeptanzhemmende Faktoren
Wahrgenommener Handlungsbedarf	Kein Bedarf: PTBS selten oder zu komplex
Erlebte Effektivität und Gratifikation durch Patient*innen	Kaum wahrgenommene Effektivität
Adäquate Vergütung oder zeitliche Entlastung	Zeitaufwand und organisatorische Hürden
Stärkung der Selbstwirksamkeit durch Schulung	

4.2 Vergleich mit bisherigem Forschungsstand und Schlussfolgerungen

4.2.1 PTBS-Prävalenz in der Primärversorgung

Unterschiedlich wahrgenommene PTBS-Prävalenzen in den Praxen der Interviewten könnten durch spezifische Angebote wie suchtmmedizinische Betreuung von einzelnen Befragten beeinflusst werden. Die deutlichen Unterschiede in der Wahrnehmung lassen sich nicht ausschließlich durch die individuelle Zusammensetzung von Patient*innen erklären. Die 1-Monatsprävalenz der PTBS und KPTBS in der deutschen Allgemeinbevölkerung lag in einer repräsentativen Studie bei 2 % nach Diagnostikkriterien der ICD-11 (5). Beschrieben ist, dass in der hausärztlichen Versorgung in Nordostdeutschland ein Vollbild der PTBS bei 7 % und PTB-Symptome bei 13 % der Befragten vorlag. Allerdings lag die Sensitivität der ärztlichen Einschätzung bei Vorliegen von PTB-Symptomen bei nur 40 % (17). Diese von den Studienergebnissen nahegelegte Diskrepanz zwischen Prävalenz und Detektion (17,19) wird auch in dieser qualitativen Untersuchung bestätigt. Ein Teil der Interviewten gaben an, dass nach ihrer Einschätzung einzelne Studienpatient*innen keine PTBS hätten, obwohl diese als Einschlusskriterium in der PICTURE-Studie Symptome einer leichten bis mittleren PTBS zeigten (vgl. 1.7, vgl. 3.2.2). Ähnliche Ergebnisse zur geringen hausärztlichen Wahrnehmung von PTBS nach intensivmedizinischer Behandlung führte eine Forschungsgruppe einerseits auf ein unterschiedliches Vorgehen für die PTBS-Diagnose zwischen HÄ und Studien zurück und andererseits auf das Verhalten von Patient*innen, die möglicherweise vorliegende PTBS-Symptome aus Angst, Scham oder wegen fehlenden Problembewusstseins nicht an ihre HÄ herantrügen (35) und besonders physische Symptome thematisieren und eher nicht von Traumata berichten (19). Dadurch erscheinen zunächst Screening-Instrumente notwendig und schließlich müssten angepasste Therapieoptionen angeboten werden (76).

4.2.2 Diagnostische Strategien in der Primärversorgung

Unabhängig von der wahrgenommenen Prävalenz berichteten alle Interviewten, bisher keine einheitliche Screening-Methode in der eigenen Praxis zu nutzen und stattdessen nach dem eigenen Bauchgefühl vorzugehen. Viele drückten eine Zurückhaltung beim Erfragen von symptomauslösenden Traumata aus, begründet durch die Sorge, Symptome zu verschlechtern (vgl. 3.2.4). Diese Ergebnisse

decken sich mit den Ergebnissen einer Befragung von HÄ in den USA, die ebenfalls vor allem informelles Screening beschrieben (20).

Die S3-Leitlinie PTBS (Stand 19.12.2019) enthält einen Verfahrensalgorithmus für das strukturierte Vorgehen für HÄ bei Verdacht auf PTBS, darüber hinaus sind Aspekte einer angemessenen Gesprächsführung erläutert (24) (vgl. 1.3). Um den dort benannten hausärztlichen Aufgaben nachzukommen, ist traumaspezifisches Wissen notwendig, um eine traumasensible Anamneseerhebung und gegebenenfalls eine Krisenintervention durchführen zu können (vgl. 1.3) (24). Für diese in der Leitlinie postulierten Aufgaben fühlen sich interviewte HÄ bisher unsicher und nicht gut vorbereitet (vgl. 3.2.4).

Die HÄ drückten in den Interviews den Wunsch nach Screening-Instrumenten aus (vgl. 3.4.1). Die Implementierung diagnostischer Mittel mit einer Steigerung der diagnostischen Sicherheit und höheren Sensibilisierung der HÄ erscheint vor dem Hintergrund der erhöhten Anzahl von Betroffenen (8,15,17), der niedrigen Detektionsrate (17,19) sowie dem Wunsch von Patient*innenseite nach Unterstützung (15,54) schlüssig. Aktive und einheitliche Screening-Methoden sollten für die Primärversorgung etabliert werden (19), sodass nach Erleben traumatisierender Ereignisse ein Selbstbeurteilungsverfahren für die Patient*innen mittels Fragebogen genutzt werden könnte. Nach beispielsweise schweren Unfällen, dem Aufenthalt auf einer Intensivstation oder anderen Hinweisen auf ein traumatisierendes Ereignis könnte dieser Fragebogen im Sinne eines anlassbezogenen Screenings (targeted screening) eingesetzt werden (19). Ein gezielter Einsatz von Screening-Fragebögen für PTBS in der Primärversorgung könnte so zur verbesserten Versorgung von Betroffenen beitragen und zu einer Reduktion von nicht zielführenden diagnostischen Untersuchungen führen (77). Diese zusätzliche Aufgabe kann in der heutigen Versorgungssituation für HÄ einen zeitlichen Mehraufwand darstellen, der bei einer allgemeinen Empfehlung berücksichtigt werden sollte (78).

Einige HÄ wünschten sich psychiatrische Konsultationen inklusive Diagnostik der PTBS vor der hausärztlichen Durchführung der NET (vgl. 3.4.1). Es konnte gezeigt werden, dass psychiatrisches Teleassessment zu eindeutigeren Diagnosen und zur Verbesserung von Therapieplanung führt (79). Diese Möglichkeit für eine zeitnahe, hausärztlich veranlasste gezielte Diagnostik zur Implementierung der hausärztlichen Intervention könnte untersucht werden.

HÄ berichteten mehrfach von Bedenken, den Zustand von Patient*innen zu verschlechtern (vgl. 3.2.5), durch Weiterbildung sollten diesen Hemmungen begegnet werden und geschultes Nachfragen gefördert werden. Dabei besteht nicht die Notwendigkeit einer Diagnosestellung (Erstdiagnose) durch HÄ selbst, vielmehr sollten HÄ durch geschulten Umgang in der Lage sein, PTB-Symptome zu identifizieren und Patient*innen adäquater Versorgung zuzuführen (24). Bereits durch die Schulung und Supervision im Rahmen der PICTURE-Studie gaben HÄ einen veränderten Umgang mit

Patient*innen mit Verdacht auf PTBS durch erworbene Gesprächskompetenzen und die Integration von Gesprächstechniken an (vgl. 3.2.3).

4.2.2.1 *Verfügbare Screening-Materialien*

Nach aktuell gültiger Leitlinie können einfache Screeningtests bei Verdacht auf Traumafolgestörungen in der Primärversorgung angewendet werden, dabei werden die *Kurze Screening Skala für PTBS* in deutscher Sprache (26) (auch *Breslau's scale* (80)) nach Kriterien des DSM-IV sowie die deutsche Version des *Primary Care Posttraumatic Stress Disorder screening questionnaire* (PC-PTSD) (27) vorgeschlagen. Die *Kurze Screening Skala für PTBS* ist positiv, wenn mindestens vier der sieben abgefragten Symptome im letzten Monat mindestens zwei Mal pro Woche vorhanden waren (26). Der Screening-Fragebogen basiert auf den Kriterien der inzwischen aktualisierten DSM-IV, sodass möglicherweise eine Anpassung an DSM-5 erfolgen sollte. Der PC-PTSD wurde explizit für die Primärversorgung entwickelt und weist eine Sensitivität und Spezifität von > 80 % auf (80), die aktualisierte Version PC-PTSD-5 nach DSM-5 wurde um ein Item ergänzt (81,82). Ein Review zum PTBS-Screening in der Primärversorgung fand neben dem PC-PTSD auch bei der PTSD-Checklist (PCL) eine Sensitivität von 70 % bei einer Spezifität von 90 % (83). In einem Vergleich der drei genannten Screening-Instrumente wurde eine Sensitivität und Spezifität von über 80 % lediglich für den PCL und den PC-PTSD gezeigt, wobei der PC-PTSD der beste Einzeltest war (80). Die PCL verfügt in aktualisierter Version nach DSM-5 (PCL-5) über zwanzig Fragen (84) und ist eher geeignet für die Überwachung von Symptomen im Therapieverlauf (25). Der wesentlich kürzere PC-PTSD-5 konnte in Bevölkerungsgruppen mit hohem Anteil an trauma-exponierten Patient*innen ähnliche Testergebnisse erzielen wie der umfangreichere PCL-5 (85). Die in der Leitlinie benannten Screening-Verfahren zur Identifikation von PTBS sind den Interviewten nicht bekannt gewesen, sie zeigten jedoch großes Interesse daran. Um die Nutzung dieser Instrumente und deren Implementierung in der Praxis zu fördern, könnten eine Anwendenden-Version der Leitlinie sowie Fortbildungen angeboten werden.

Für die Nutzung in der hausärztlichen Versorgung, die keine Diagnosestellung erfordert, sondern primär Unterstützungsbedarf und Leidensdruck aufdecken soll, erscheint der Einsatz kurzer Selbstbeurteilungsfragebögen aus zeitökonomischer Sicht sinnvoll und erlaubt HÄ, Symptome zu objektivieren. Im Anschluss sollte zur Diagnosestellung entsprechend des Goldstandards ein strukturiertes klinisches Interview durch Fachspezialist*innen durchgeführt werden. Der PC-PTSD ist nicht darauf ausgerichtet, Patient*innen mit unterschweligen PTBS-Symptomen zu identifizieren, die in der hausärztlichen Versorgung Unterstützungsbedarf haben und von Interventionen profitieren könnten (15). Diese Lücke könnte durch die Entwicklung eines angepassten Screening-Instruments geschlossen werden. Aktuell erscheint der PC-PTSD trotz dieser Einschränkung geeignet für die Anwendung in der hausärztlichen Praxis.

4.2.3 Ursachen von PTBS in der hausärztlichen Versorgung in Deutschland

Die wahrgenommene Ursache einer PTBS spielte für HÄ eine Rolle in der Einschätzung, ob sie die weitergehende Gesprächsintervention übernehmen würden. Eine Mehrzahl der HÄ traute sich nicht zu, PTBS nach sexualisierter Gewalt oder Krieg mit der NET zu thematisieren (vgl. 3.4.3). Die Ursache der PTBS und deren Zeitpunkt haben einen Einfluss auf die posttraumatischen Belastungssymptome (86), durch wiederholte Gewalterfahrung können Patient*innen schwerer betroffen sein (86), was die Einschätzung der Interviewten stützt. Neben Patient*innen mit PTBS in der Folge intensivmedizinischer Behandlung wie in der PICTURE-Studie könnten sich ergänzend einige Interviewte die Anwendung der NET bei Patient*innen mit PTBS zum Beispiel nach Unfällen oder lebensbedrohlichen Erkrankungen vorstellen. Bekannt ist, dass die häufigsten erlebten Traumata in Deutschland das Beobachten traumatisierender Ereignisse (11,5 %), Erleben schwerer Unfälle (7,7 %), physische Gewalt (6,9 %), lebensbedrohliche Erkrankungen (4,7 %), Krieg (3,7 %), Naturkatastrophen (3,5 %), und seltener Vergewaltigung (2,5 %) oder sexueller Missbrauch in der Kindheit (2,5 %) sind (5). Die benannten Häufigkeiten legen nahe, dass bei einer Implementierung der hausärztlichen Anwendung der NET eine Ausweitung auf Patient*innen mit PTBS auch anderer Ursachen neben intensivstationärer Behandlung denkbar wäre. Darüber hinaus sollte unbedingt die Symptomschwere der Betroffenen berücksichtigt werden, im Rahmen der PICTURE-Studie ist die adaptierte NET bei Patient*innen mit einer leichten bis moderaten PTBS angewandt und untersucht worden (vgl. 1.7).

4.2.4 Psychotherapeutische Kurzinterventionen in der hausärztlichen Versorgung

Durch die Teilnahme an der PICTURE-Studie berichteten die meisten Interviewten von einem sichereren Umgang mit Patient*innen mit PTBS, sowohl in der Detektion als auch in den Behandlungsstrategien, da diese Kompetenzen durch die Schulung hinreichend vermittelt werden konnten. Einige HÄ waren bereits in der Lage, die psychotherapeutische Kurzintervention oder Elemente der Intervention in ihre Praxis für Patient*innen zu integrieren, bei denen sie Unterstützungsbedarf wahrnahmen. Diese Elemente schließen bestimmte Gesprächstechniken der Kontrastierung oder andere Bestandteile der NET wie die Psychoedukation ein (vgl. 3.4.3). Die Anwendung von adaptierten psychotherapeutischen Interventionen in der hausärztlichen Versorgung bei PTBS ist noch nicht ausreichend erforscht, es konnten jedoch bereits leichte positive Effekte gezeigt werden (37,38). Interviewte befanden, dass betroffene Patient*innen hausärztlichen psychotherapeutischen Interventionen gegenüber offen waren, sodass in Zukunft niederschwellig strukturierte Unterstützungsangebote gemacht werden könnten (vgl. 3.3.4). Auch ein hoher Anteil von Patient*innen in der Primärversorgung wünscht sich Unterstützung im Rahmen der Konsultation (15). Auch in der qualitativen Patient*innen-Befragung im Rahmen der PICTURE-Studie zeigten Patient*innen Akzeptanz gegenüber der hausärztlichen Intervention (54).

HÄ berichteten von Unsicherheiten in der psychotherapeutischen Intervention, es stellt sich die Frage, welche Personen geeignet sind, psychotherapeutische Interventionen außerhalb der spezialisierten Versorgung anzubieten (38). Durch Schulung und Supervision konnte der hausärztlichen Unsicherheit größtenteils begegnet werden, darüber hinaus verneinten alle Interviewten das Auftreten von kritischen Therapiesituationen im Zusammenhang mit der NET. Dies weist darauf hin, dass interessierte HÄ geeignet sein könnten, psychotherapeutische Kurzinterventionen durchzuführen (vgl. 3.3.5).

Eine Implementierung von Screening und psychotherapeutischen Kurzinterventionen in die hausärztliche Praxis fordert die Anpassung von organisatorischen Strukturen (20). Zwei befragte HÄ leiteten bereits eine eigene Strategie mit einer Organisation zu Randzeiten der Sprechstunde und zeitlichen Abweichungen vom Protokoll der NET ab (vgl. 3.4.3, 3.3.6). Interviewte äußerten unterschiedliche Ansichten, welche Anzahl und Länge von Sitzungen effektiv sei (vgl. 3.3.5). Verkürzte psychotherapeutische Interventionen, die im Rahmen von Studien angewandt wurden, variieren stark, sowohl in Anzahl der Sitzungen als auch in deren Länge (38). Dass bereits im Rahmen der Studie zum Teil von klar formulierten Vorgaben im Sinne einer individuellen Adaptation abgewichen worden ist, weist darauf hin, wie schwierig streng definierte Zeit- und Häufigkeitsvorgaben im ärztlichen Alltag umzusetzen sein könnten.

4.2.5 Vergleich verschiedener Verfahren der PTBS-Behandlung in der Primärversorgung

In der Primärversorgung sind verschiedene Verfahren zur Behandlung von PTBS untersucht worden. Neben der NET existiert eine telemedizinische Anwendung der NET (e-NET), außerdem wurde die Intervention Prolonged Exposure for Primary Care (PE-PC) im Rahmen verschiedener Studien angewandt. Die vorgestellten Studien untersuchten die KVT-basierten Interventionen bei verschiedenen Klientel, zu variierenden Zeitpunkten und mit unterschiedlichen Akteur*innen im Rahmen der Primärversorgung.

Die NET ist eine geeignete Intervention für Patient*innen mit PTBS, die Kompetenzen der NET können auch in ressourcenarmen Kontexten gut weitergegeben werden (39) (S. 188). Auch im Rahmen der PICTURE-Studie konnten HÄ mit dem Aufwand von einer Schulung und einer Supervision an die Intervention herangeführt werden (vgl. 3.3.3). Diese qualitative Befragung konnte die Akzeptanz der Intervention von interessierten HÄ veranschaulichen. Von Patient*innenseite sind in einer qualitativen Untersuchung im Rahmen der PICTURE-Studie vier Hauptaspekte der Akzeptanz identifiziert worden: eine vertrauensvolle langfristige Beziehung zwischen Patient*in und Praxisteam, Intervention durchgeführt durch eine*n Ärzt*in, professionelle emotionale Distanz des Praxisteams und Kürze der Intervention (54). Insgesamt war auch die Akzeptanz auf Patient*innenseite für die Intervention hoch.

Eine Anwendung der NET durch Pflegekräfte konnte keine signifikante Symptomverbesserung bei PTBS nach intensivmedizinischer Behandlung erzielen (87). In dieser Studie wurden Interventionen bereits eine Woche nach ITS-Aufenthalt durchgeführt, möglicherweise sind auf diese Weise Patient*innen nicht präzise genug ausgewählt worden, die für eine Intervention zur Trauma-Aufarbeitung geeignet sind (87). Dies unterstreicht die Herausforderung, zu ermitteln, welche Patient*innen von einer NET profitieren können und in welchem zeitlichen Abstand der Einsatz sinnvoll sein kann. Auch HÄ gaben verschiedene mögliche Auswahlkriterien zu bedenken (vgl. 3.4.3). Dazu gehören einerseits Aspekte wie die Dauer seit dem traumatisierenden Ereignis sowie andererseits die Ursache des Traumas (vgl. 4.2.3). Nur ein Teil der Trauma-Exponierten entwickelt das Vollbild einer PTBS (5). Es wäre denkbar, dass HÄ in ihrer Rolle als erste Ansprechpartner*innen für Patient*innen geeignet sind, diese frühzeitig zu unterstützen, Symptome zu beobachten und rechtzeitig Therapiebedarf aufzuzeigen (vgl. 3.2.1).

Es existiert eine Anleitung für die sogenannte e-NET als Intervention über Telemedizin (88). Diese Version der NET geht mit Herausforderungen einher, die unter anderem durch die räumliche Trennung von Therapeut*in und Patient*in entstehen (88). Vorteile hingegen sind ein unter Umständen erleichterter Zugang zur Intervention (88), wodurch der Ansatz für die Primärversorgung relevant sein könnte. Bedeutenden Einfluss auf die Wirksamkeit der NET hat eine gute therapeutische Beziehung (88), bei vorbestehender guter HÄ-Patient*in-Beziehung könnte daher auch eine digitale Form der NET zum Einsatz kommen. Schwierigkeiten können entstehen durch mangelnde Informationen für Therapierende etwa zu körperlichen Reaktionen wie schwitzenden Händen, da über Video häufig lediglich das Gesicht und der Oberkörper sichtbar sind (88). In Anbetracht der Sorge einige HÄ vor Dissoziationen und körperlichen Reaktionen wären hier weitere Untersuchungen sowie konkrete Lösungsvorschläge notwendig. Besonders für Patient*innen mit höherem Risiko für Dissoziationen sollten Therapeut*innen erfahren sein (88), möglicherweise ist es für HÄ in dem gegebenen Rahmen nicht möglich, solche digitalen Interventionen mit der notwendigen Sicherheit zu etablieren.

Eine weitere niedrigschwellige KVT-basierte Kurzintervention in der Primärversorgung, die PE-PC, wird in verschiedenen Studien untersucht und resultiert in einer Reduktion von PTBS-Schwere und allgemeiner Belastung im Vergleich zur Kontrollgruppe (89–91). Die PE-PC hat eine andere Herangehensweise als die adaptierte NET aus der PICTURE-Studie, gehört jedoch ebenfalls zu den traumafokussierten Therapieansätzen. Sie basiert auch auf Exposition und strukturiertem Aufarbeiten traumatisierender Ereignisse und umfasst einen ähnlichen zeitlichen Rahmen mit vier bis sechs Sitzungen je 30 Minuten. Gleichmaßen zeigen sich bei der kurzen Intervention vergleichsweise geringe Drop-Out-Raten (89). Anders als in der PICTURE-Studie werden die Sitzungen jedoch nicht von HÄ durchgeführt, sondern von Gesundheitsberater*innen (*Behavioural health consultants*), Angestellte in der Primärversorgung mit einer Zusatzausbildung für gesundheitsförderndes Verhalten,

es handelt sich um die Erprobung neuer Ansätze in internationalem Kontext. Die PE-PC scheint in bestimmten Aspekten der Implementierung in die Primärversorgung mit der NET vergleichbar zu sein. Aktuell wird das PE-PC-Behandlungsprotokoll in der hausärztlichen Versorgung bei Veteran*innen mit PTBS untersucht, dabei wird nach vier Sitzungen geprüft, ob die Intervention bereits erfolgreich den PCL-5 Score senken konnte und gegebenenfalls auf weitere zwei Sitzungen verzichtet. Somit ist eine individuelle Anpassung an den Bedarf der Patient*innen möglich (90). Diese Möglichkeit der Adaptation an individuellen Therapiebedarf von Patient*innen wäre auch für die hausärztliche NET vorstellbar und bedarf weiterer Untersuchung.

Die PE-PC ist auch in einer zivilen Population in der ambulanten Versorgung mit ergänzenden qualitativen Untersuchungen in Form von 10 Patient*innen-Interviews und 5 Therapeut*innen-Interviews durchgeführt worden (91). Angestellte der ambulanten Versorgungseinrichtung berichteten von hohen Prävalenzen von PTBS in den untersuchten Einrichtungen und dem eigenen Bedarf von gezielten Behandlungsoptionen für PTBS. Die Anwendung der PE-PC erlaubt die Bearbeitung von einem spezifischen Trauma, während Patient*innen mitunter mehrere traumatisierende Ereignisse erlebt hätten (91). Darin läge ein möglicher Vorteil der NET, die anhand der Lebenslinie ermöglicht, auf mehrere Traumata einzugehen (39) (S. 188–193). Barrieren bestanden in der PE-PC in der zeitlichen Vorgabe, fehlender zeitlicher Verfügbarkeit und Opportunitätskosten für Fortbildung und Behandlung (91). Die vorgesehene Ausbildungszeit für die PE-PC lag bei einem vierstündigen Workshop und acht Stunden weiterer Besprechung über vier bis sechs Monate (91). Im Gegensatz dazu sind die Opportunitätskosten für die NET im Rahmen der PICTURE-Studie wesentlich geringer und diesbezüglich leichter zu integrieren in die hohe Arbeitsbelastung in der hausärztlichen Versorgung (vgl. 1.7). Unterschiedlichen Ausgangsbedingungen und Erfahrungswerten sowie dem Wunsch einzelner HÄ nach weiteren Schulungsinhalten könnte durch umfangreichere Fortbildungen begegnet werden, um die Selbstwirksamkeit zu stärken.

4.3 Stärken und Schwächen

4.3.1 Stärken

Das qualitative Studiendesign erlaubt die Analyse relevanter Aspekte der Akzeptanz aus der Perspektive der HÄ, die im Studien-Setting die angepasste NET durchgeführt haben. Mittels offener Herangehensweise können so subjektive Aspekte erhoben werden, die für die Implementierung komplexer Interventionen von Bedeutung sind, um die Fragestellung nach der Akzeptanz adäquat zu beantworten. Ziel ist demnach einen Wirklichkeitsbereich zu explorieren, der bisher kaum erforscht worden ist – es wird nicht der Anspruch erhoben, Ergebnisse zu generalisieren (55) (S. 25, S. 260). Dieser Untersuchung ist es gelungen, detaillierte Berichte zur Akzeptanz der anwendenden HÄ zu erheben, sowie bestimmte Barrieren aufzuzeigen. Das ermöglicht, Hinweise für die Anpassung weiterer

Studien und die Implementierung zu erlangen, die aus quantitativen Ergebnissen nicht ersichtlich werden. Dabei wurde gemäß etablierten Empfehlungen und Kriterien von Rahmenwerken der Implementierungsforschung vorgegangen (62,63,65,67).

Die Interviews sind mittels semi-strukturiertem Leitfaden geführt und im Rahmen eines iterativen Prozesses angepasst worden. Somit konnten neue Aspekte integriert und weiter exploriert werden und somit die Interviewdurchführung optimiert werden. Durch die Wahl dieser Herangehensweise ist eine Offenheit gegenüber dem Forschungsgegenstand gegeben. Durch die Interviewführung per Telefon wurde ein leichter Zugang zu hausärztlichen Praxen und ein offener Umgang im Gespräch ermöglicht. Die Interviews wurden von der Medizinstudentin TS durchgeführt, die die Intervention kannte, jedoch nicht die PICTURE-Studie selbst durchgeführt hat. Dadurch konnten Probleme von Seiten der HÄ möglicherweise offen geäußert werden.

Die Rekrutierungsstrategie ermöglichte eine heterogene Auswahl von HÄ mit möglichst verschiedenen Erfahrungsniveaus aus urbanen und ruralen Räumen und konnte so ein breites Bild derer Akzeptanz darstellen. Für Untersuchungen in der Implementierungsforschung bietet es sich an, beim Sampling eine kleinere Anzahl an Anwendenden zu befragen und diese so auszuwählen, dass sie verschiedene Standpunkte abbilden (63). Wenn möglich sollten solche Prozessevaluationen, wie es in dieser Studie auch geschehen ist, vor Auswertung der Hauptstudie passieren, um die Ergebnisse nicht zu verzerren (63). Sowohl HÄ in Praxen mit städtischem als auch im eher ländlichen Umfeld berichteten von ähnlichen Herausforderungen in der adäquaten Versorgung von Betroffenen, es ergaben sich keine auffälligen Unterschiede. Unabhängig vom Alter der Interviewten wurde von mangelnder Berücksichtigung psychosomatischer Behandlungsaspekte in der Aus- und Weiterbildung berichtet. Es ist bei der Rekrutierung gelungen, HÄ mit langjährigen Ärzt*in-Patient*in-Beziehungen zu ihren Studienpatient*innen genauso wie HÄ, die erst mit Studienteilnahme ihre Patient*innen kennengelernt haben, zu befragen.

Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring erlaubt die Analyse großer Textmengen. Gleichzeitig ergibt sich durch die strukturierende Inhaltsanalyse (59) ein geringerer Grad an Interpretationstiefe im Vergleich zu anderen Analysemethoden. Um die Forschungsfrage nach der Akzeptanz theoriegeleitet zu untersuchen, war die Auswertungsmethode in dieser Studie angemessen.

Um die Nachvollziehbarkeit der Ergebnisse zu gewährleisten, gilt es die durch die Methodik entstehende Subjektivität transparent zu reflektieren. Durch Dokumentation und Reflexion im Rahmen des Forschungsprozesses, regelgeleitetes Vorgehen sowie regelmäßiger Rücksprache im Forschungsteam konnte intersubjektive Nachvollziehbarkeit erreicht werden. Durch die Suche nach Störfaktoren insbesondere in der Entwicklung des Leitfadens und des Kategoriensystems, etwa im Rahmen des Forschungskolloquiums Allgemeinmedizin, konnte die Reliabilität von Ergebnissen

gesichert werden. Durch Gegenkodieren und Diskussion des Kategoriensystems von insgesamt vier Forschenden wurde eine Qualitätssicherung und Validität erzielt. Somit konnte die Studie gemäß Gütekriterien für qualitative Forschung durchgeführt werden.

Das Forschungsinteresse dieser Studie lag in der Exploration der Akzeptanz einer erstmals im hausärztlichen Kontext angewandten Intervention. Der methodologisch verortete Forschungsgegenstand, die subjektive Sichtweise von HÄ und bedeutende Kontextfaktoren der Implementierung konnten ausführlich erforscht und beschrieben werden. Die Ergebnisse dieser Untersuchung ermöglichen so ein besseres Verstehen des Kontextes für die Verallgemeinerung der Ergebnisse der PICTURE-Studie (62). Durch die theoretische Grundlage aus der Akzeptanzforschung (67), die nach CReDECI empfohlen ist (66), ist die Akzeptanz strukturiert und nachvollziehbar exploriert worden und somit vergleichbar mit ähnlichen Untersuchungen. Die Ergebnisse dieser qualitativen Studie können demzufolge naturgemäß nicht verallgemeinert werden, folgen jedoch Empfehlungen für Prozessevaluationen komplexer Interventionen und tragen so zu deren Verständnis und Interpretation bei.

4.3.2 Schwächen

Die Untersuchung der Akzeptanz erfolgte im Setting der Studienteilnahme und nicht im hausärztlichen Alltag, wodurch für eine Implementierung weitere Aspekte relevant sein können, die diese Studie nicht zeigen konnte. Allerdings kennen Interviewte den hausärztlichen Alltag gut aus der eigenen Praxis und wurden gezielt zur Umsetzbarkeit der Intervention befragt. In der Auswertung konnten prospektive von retrospektiven Punkten abgegrenzt werden.

Die Rekrutierung der Teilnehmenden der PICTURE-Studie erfolgte über Patient*innen, sodass möglicherweise vor allem motivierte Patient*innen eingeschlossen worden sind. Im Anschluss sind deren HÄ um ihre Studienteilnahme gebeten worden. HÄ, die die Umsetzung der Intervention ablehnen, sind dementsprechend nicht eingeschlossen. Insgesamt handelt es sich in der PICTURE-Studie durch die Rekrutierungsstrategie über Patient*innen bei dem Sample vermutlich auch nicht ausschließlich um HÄ mit großem vorbestehenden Interesse, sondern auch von HÄ, die vor ihrer Teilnahme keine Berührungspunkte mit ähnlichen Interventionen hatten.

Die durchschnittliche Länge der Interviews deutet auf ein hohes Engagement der Interviewten hin, besonders, da HÄ während des Interviewzeitraumes im Jahr 2021 mit einer zusätzlichen Arbeitslast konfrontiert waren – etwa durch Tests und Impfungen während der COVID-19-Pandemie. HÄ mit einem stärkeren Interesse an PTBS oder psychiatrischen Erkrankungen könnten so im Sinne einer *Selection bias* in der Gruppe der Befragten überrepräsentiert sein. Dies könnte auf alle Teilnehmenden der PICTURE-Studie zutreffen. HÄ, die mit der Intervention unzufrieden waren, könnten in der Gruppe der Nicht-Teilnehmenden überrepräsentiert sein. Nichtsdestoweniger haben sich HÄ in den Interviews

offen kritisch zu Hürden und Problemen der NET geäußert und haben Bedenken zum Ausdruck gebracht. HÄ, für die der Zeitaufwand durch das Interview als zu groß empfunden wurde, könnten generell über weniger zeitliche Kapazitäten verfügen. Dies könnte zu einer Überrepräsentation von HÄ, die eine Implementierung der zeitaufwändigen NET für möglich halten, in dem Sample geführt haben. Es ist trotzdem gelungen, verschiedene Ansichten zum zeitlichen Umfang abzubilden. Dennoch ist davon auszugehen, dass HÄ, die nicht bereit sind, sich mit der Thematik von PTBS in der Primärversorgung auseinander zu setzen, nicht eingeschlossen worden sind. Dies ist darauf zurückzuführen, dass ausschließlich Studienteilnehmende befragt worden sind, die die NET abgeschlossen haben. HÄ, die die Teilnahme an der PICTURE-Studie ablehnten, könnten dies unter anderem wegen mangelnden Interesses, fehlenden Bedarfes, fehlenden wahrgenommenen Mehrwerts oder zu hohen Aufwands getan haben.

Es ist möglich, dass Interviewte in ihrem Antwortverhalten von sozialer Erwünschtheit beeinflusst worden sind. Die Interviewerin war vorher nicht aus dem Studienkontext bekannt, gehört jedoch im weiteren Sinne zum Studienteam. Dies könnte zu sozial erwünschten Antworten geführt haben. Dennoch äußerten HÄ auch offene Kritik.

4.4 Ausblick für die Praxis

Erkennen der PTBS in der Primärversorgung

In den Interviews berichteten HÄ, dass in der hausärztlichen Versorgung bisher ein eher unstrukturierter Ansatz zur Detektion von PTBS bestehe, Screening-Verfahren sind in der hausärztlichen Praxis bisher nicht bekannt oder etabliert und HÄ im Umgang mit Patient*innen mit PTBS unsicher. Dies lässt eine Sensibilisierung von HÄ für das Krankheitsbild der PTBS wünschenswert erscheinen. Bereits vorhandene Screening-Materialien für die Primärversorgung könnten eingesetzt werden. Durch geschulten Umgang könnten HÄ somit Patient*innen mit PTBS erkennen und eine leitliniengerechte Therapie einleiten.

Behandlungsstrategien in der Primärversorgung

In den Interviews zeigte sich grundsätzlich die Bereitschaft vieler HÄ zur Umsetzung einer Gesprächsintervention trotz zeitlichen und organisatorischen Herausforderungen. Herausforderungen in der Umsetzbarkeit entstanden für viele durch wenig Erfahrung mit psychotherapeutischer Vorgehensweise, wie beispielsweise der Umgang mit starken emotionalen Reaktionen in der Exposition sowie die Terminplanung für längere Gespräche im Praxisalltag. HÄ, die dazu bereit sind, die NET umzusetzen, bräuchten angepasste Schulungsmöglichkeiten, Beratungsangebote sowohl für HÄ als auch für Patient*innen und eine adäquate Vergütung. HÄ, die die NET nicht durchführen können oder möchten, benötigen eine gute Möglichkeit zur Weitervermittlung zur leitliniengerechten

Psychotherapie. Die hausärztliche NET könnte zu Symptomverbesserung bei Betroffenen führen, eine Wartelisten-Intervention und Überbrückung darstellen oder Patient*innen motivieren, eine Psychotherapie zu beginnen. Alternativ können HÄ Patient*innen eine Psychoedukation anbieten und individuelle Ressourcen stärken sowie zum Beginn einer Psychotherapie anregen. Dafür sollte eine Verbesserung der Zusammenarbeit der hausärztlichen Versorgung und psychotherapeutischen Versorgung erreicht werden, denkbar wären im Kontext der Behandlung schwerer Fälle interprofessionelle Qualitätszirkel, Supervision oder Übernahme durch Psychotherapeut*innen mit entsprechender Expertise.

Weiterer Forschungsbedarf

Die PICTURE-Studie untersuchte Patient*innen mit PTBS nach ITS-Aufenthalt. Diese Gruppe stellt eine verhältnismäßig kleine Patient*innen-Gruppe in der hausärztlichen Praxis dar. Befragte äußerten die Bereitschaft, auch andere Patient*innen mit PTBS nach traumatischen Erfahrungen im Gesundheitswesen oder durch Unfälle zu behandeln. Es gilt zu untersuchen, bei welchen potenziell traumatisierenden Ereignissen eine NET durch HÄ durchgeführt und somit die adaptierte NET ausgeweitet werden könnte. Einmalige Traumata erscheinen für deren Anwendung geeigneter, da sie tendenziell eine weniger schwere Symptomatik auslösen, während andauernde, wiederholte traumatische Erfahrungen eher nicht geeignet sind.

Weitere Untersuchungen sollten die Effektivität und Umsetzbarkeit der Behandlung bei weiter gefassten Patient*innengruppen mit einfacher Traumatisierung und leichten bis moderaten Beschwerden untersuchen. Dies sollte eine Evaluation von angepassten Schulungs- und Supervisionskonzepten einschließen.

Weitere Forschung sollte die Implementierung geeigneter Screening-Verfahren im hausärztlichen Setting untersuchen. Neben der Auswahl geeigneter Screening-Instrumente sollten hier auch geeignete Anlässe des Einsatzes wie beispielsweise bei bestimmten Beratungsanlässen oder Diagnosen und darüber hinaus die geeignete Durchführung etwa als Selbstbeurteilung oder der Durchführung durch Praxispersonal evaluiert werden. Neben der diagnostischen Sicherheit sollte hier vor allem auch Zeitaufwand und Akzeptanz untersucht werden.

Die Studienergebnisse können dazu beitragen, für eine unterversorgte Patient*innengruppe sowohl bessere diagnostische Maßnahmen in der hausärztlichen Versorgung zu erarbeiten als auch mögliche therapeutische Optionen zu entwickeln.

Literaturverzeichnis

1. World Health Organization (WHO). ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics 6B40 Post traumatic stress disorder. 2024. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/2070699808>. Accessed January 8, 2024.
2. Falkai P, Wittchen HU, Döpfner M, Gaebel W, Maier W, Rief W, Saß H, Zaudig M. American Psychiatric Association Diagnostische Kriterien DSM-5® Deutsche Ausgabe. 2nd ed. Göttingen, Hogrefe; 2020. German.
3. Burri A, Maercker A. Differences in prevalence rates of PTSD in various European countries explained by war exposure, other trauma and cultural value orientation. *BMC Res Notes*. 2014;7:407.
4. Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Benjet C, Bromet EJ, Cardoso G, Degenhardt L, de Girolamo G, Dinolova RV, Ferry F, Florescu S, Gureje O, Haro JM, Huang Y, Karam EG, Kawakami N, Lee S, Lepine JP, Levinson D, Navarro-Mateu F, Pennell BE, Piazza M, Posada-Villa J, Scott KM, Stein DJ, Ten Have M, Torres Y, Viana MC, Petukhova MV, Sampson NA, Zaslavsky AM, Koenen KC. Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *Eur J Psychotraumatology*. 2017;8(sup5):1353383.
5. Maercker A, Hecker T, Augsburger M, Kliem S. ICD-11 Prevalence Rates of Posttraumatic Stress Disorder and Complex Posttraumatic Stress Disorder in a German Nationwide Sample. *J Nerv Ment Dis*. 2018;206(4):270–6.
6. Kasinger C, Schulz AC, Ulke C, Maercker A, Beutel M, Brähler E. Historical and regional particularities in the prevalence of traumatic events and posttraumatic stress disorder in East and West Germany. *BMC Public Health*. 2023;23(1):1601.
7. Stein DJ, McLaughlin KA, Koenen KC, Atwoli L, Friedman MJ, Hill ED, Maercker A, Petukhova M, Shahly V, van Ommeren M, Alonso J, Borges G, de Girolamo G, de Jonge P, Demyttenaere K, Florescu S, Karam EG, Kawakami N, Matschinger H, Okoliyski M, Posada-Villa J, Scott KM, Viana MC, Kessler RC. Dsm-5 and Icd-11 Definitions of Posttraumatic Stress Disorder: Investigating “Narrow” and “Broad” Approaches. *Depress Anxiety*. 2014;31(6):494–505.
8. Spottswood M, Davydow DS, Huang H. The Prevalence of Posttraumatic Stress Disorder in Primary Care: A Systematic Review. *Harv Rev Psychiatry*. 2017;25(4):159–69.
9. Hauffa R, Rief W, Brähler E, Martin A, Mewes R, Glaesmer H. Lifetime Traumatic Experiences and Posttraumatic Stress Disorder in the German Population: Results of a Representative Population Survey. *J Nerv Ment Dis*. 2011;199(12):934.
10. Lukaschek K, Kruse J, Emeny RT, Lacruz ME, von Eisenhart Rothe A, Ladwig KH. Lifetime traumatic experiences and their impact on PTSD: a general population study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;48(4):525–32.
11. Pacella ML, Hruska B, Delahanty DL. The physical health consequences of PTSD and PTSD symptoms: A meta-analytic review. *J Anxiety Disord*. 2013;27(1):33–46.

12. Walker EA, Katon W, Russo J, Ciechanowski P, Newman E, Wagner AW. Health care costs associated with posttraumatic stress disorder symptoms in women. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(4):369–74.
13. Kartha A, Brower V, Saitz R, Samet JH, Keane TM, Liebschutz J. The Impact of Trauma Exposure and Post-Traumatic Stress Disorder on Healthcare Utilization Among Primary Care Patients. *Med Care*. 2008;46(4):388.
14. Habetha S, Bleich S, Sievers C, Marschall U, Weidenhammer J, Fegert JM, editors. *Deutsche Traumafolgekostenstudie: kein Kind mehr - kein(e) Trauma(kosten) mehr?* Kiel, Schmidt & Klaunig IGSF Institut für Gesundheits-System-Forschung GmbH; 2012. 138 p. German.
15. Cowlshaw S, Metcalf O, Stone C, O'Donnell M, Lotzin A, Forbes D, Hegarty K, Kessler D. Posttraumatic Stress Disorder in Primary Care: A Study of General Practices in England. *J Clin Psychol Med Settings*. 2021;28(3):427–35.
16. Taubman-Ben-Ari O, Rabinowitz J, Feldman D, Vaturi R. Post-traumatic stress disorder in primary-care settings: prevalence and physicians' detection. *Psychol Med*. 2001;31(3):555–60.
17. Kuwert P, Hornung S, Freyberger H, Glaesmer H, Klauer T. Trauma und posttraumatische Belastungssymptome bei Patienten in deutschen Hausarztpraxen. *Nervenarzt*. 2015;86(7):807–17. German.
18. Bachmann CJ, Czwikla J, Jacobs H, Fegert JM, Hoffmann F. Prävalenz und Versorgung der Posttraumatischen Belastungsstörung in Deutschland: Eine bundesweite Auswertung von Krankenkassendaten aus den Jahren 2008 und 2017. *Psychiatr Prax*. 2021;48(06):316–23. German.
19. Greene T, Neria Y, Gross R. Prevalence, Detection and Correlates of PTSD in the Primary Care Setting: A Systematic Review. *J Clin Psychol Med Settings*. 2016;23(2):160–80. German.
20. van den Berk-Clark C, Gallamore R, Barnes J, Oberle A, Meyer D, Schneider FD, Ambulatory Research Community Health Network (ARCHNet). Identifying and overcoming barriers to trauma screening in the primary care setting. *Fam Syst Health J Collab Fam Health*. 2021;39(2):177–87.
21. National Collaborating Centre for Mental Health (UK). *Post-Traumatic Stress Disorder: The Management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care*. 2005. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK56494>. Accessed January 14, 2024.
22. American Psychological Association. *Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults*. 2017. <https://www.apa.org/ptsd-guideline>. Accessed January 16, 2024.
23. Bisson JI, Roberts NP, Andrew M, Cooper R, Lewis C. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013(12).

24. Schäfer I, Gast U, Hofmann A, Knaevelsrud C, Lampe A, Liebermann P, Lotzin A, Maercker A, Rosner R, Wöller W, editors. S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Berlin, Heidelberg, Springer; 2019. German.
25. Spottswood M, Fortney J, Chen JA, Davydow D, Huang H. Posttraumatic Stress Disorder in the Primary Care Setting: Summary of Recommended Care. *Harv Rev Psychiatry*. 2019;27(2):87–93.
26. Siegrist P, Maercker A. Deutsche Fassung der Short Screening Scale for DSM-IV Posttraumatic Stress Disorder. Aktueller Stand der Validierung. *Trauma und Gewalt*. 2010. https://www.researchgate.net/profile/Andreas-Maercker/publication/280651712_Deutsche_Fassung_der_Short_Screening_Scale_for_DSM-IV_Posttraumatic_Stress_Disorder_Aktueller_Stand_der_Validierung/links/591c3fdaaca272bf75c902af/Deutsche-Fassung-der-Short-Screening-Scale-for-DSM-IV-Posttraumatic-Stress-Disorder-Aktueller-Stand-der-Validierung.pdf. Accessed January 15, 2024. German.
27. Schäfer I, Schulze C. Deutsche Version des ‘Primary Care Posttraumatic Stress Disorder screening questionnaire’. 2010. https://zep-hh.de/wp-content/uploads/2015/05/PC_PTSD.pdf. Accessed January 15, 2024. German.
28. Reddemann O, Leve V, Eichenberg C, Herrmann M. Zur Bedeutung von Traumafolgestörungen in der hausärztlichen Praxis. *Z Allg Med*. 2014;90(3):123–8. German.
29. BPTK-Auswertung: Monatelange Wartezeiten bei Psychotherapeut*innen. BPTK. 2021. <https://bptk.de/bptk-auswertung-monatelange-wartezeiten-bei-psychotherapeutinnen>. Accessed January 18, 2024. German.
30. Hähnel A, Weigel B, Hoyer J, Helbig S. Wartezeit für Psychotherapiepatienten – und wie sie zu nutzen ist. *Verhaltenstherapie*. 2004;14(4):294–302. German.
31. Rawal G, Yadav S, Kumar R. Post-intensive care syndrome: An overview. *J Transl Intern Med*. 2017;5(2):90–2.
32. Pandharipande PP, Girard TD, Jackson JC, Morandi A, Thompson JL, Pun BT, Brummel NE, Hughes CG, Vasilevskis EE, Shintani AK, Moons KG, Geevarghese SK, Canonico A, Hopkins RO, Bernard GR, Dittus RS, Ely EW. Long-Term Cognitive Impairment after Critical Illness. *N Engl J Med*. 2013;369(14):1306–16.
33. Adhikari NK, Fowler RA, Bhagwanjee S, Rubenfeld GD. Critical care and the global burden of critical illness in adults. *The Lancet*. 2010;376(9749):1339–46.
34. Parker AM, Sricharoenchai T, Raparla S, Schneck KW, Bienvenu OJ, Needham DM. Posttraumatic stress disorder in critical illness survivors: a metaanalysis. *Crit Care Med*. 2015;43(5):1121–9.
35. Steenbergen S, Rijkenberg S, Adonis T, Kroeze G, van Stijn I, Endeman H. Long-term treated intensive care patients outcomes: the one-year mortality rate, quality of life, health care use and long-term complications as reported by general practitioners. *BMC Anesthesiol*. 2015;15:142.

36. Gensichen J, S. Hiller T, Breitbart J, Brettschneider C, Teismann T, Schumacher U, Lukaschek K, Schelle M, Schneider N, Sommer M, Wensing M, König HH, Margraf J. Panic Disorder in Primary Care. *Dtsch Ärztebl Int.* 2019;116(10):159–66.
37. Gehringer R, Freytag A, Krause M, Schlattmann P, Schmidt K, Schulz S, Zezulka S, Wolf F, Grininger J, Berger M, Vollmar H, Gensichen J. Psychological interventions for posttraumatic stress disorder involving primary care physicians: systematic review and Meta-analysis of randomized controlled trials. *BMC Fam Pract.* 2020;21.
38. Hoeft TJ, Stephens KA, Vannoy SD, Unützer J, Kaysen D. Interventions to treat posttraumatic stress disorder in partnership with primary care: A review of feasibility and large randomized controlled studies. *Gen Hosp Psychiatry.* 2019;60:65–75.
39. Neuner F, Elbert T, Schauer M. Narrative exposure therapy for PTSD. In: Bufka LF, Wright CV, Halfond RW, editors. *Casebook to the APA Clinical Practice Guideline for the treatment of PTSD.* Washington, American Psychological Association; 2020. p. 187–205.
40. Raghuraman S, Stuttard N, Hunt N. Evaluating narrative exposure therapy for post-traumatic stress disorder and depression symptoms: A meta-analysis of the evidence base. *Clin Psychol Psychother.* 2021;28(1):1–23.
41. McLean CP, Levy HC, Miller ML, Tolin DF. Exposure therapy for PTSD: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 2022;91:102115.
42. Raeder R, Clayton NS, Boeckle M. Narrative-based autobiographical memory interventions for PTSD: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Front Psychol.* 2023;14:1215225.
43. Hijazi AM, Lumley MA, Ziadni MS, Haddad L, Rapport LJ, Arnetz BB. Brief narrative exposure therapy for posttraumatic stress in Iraqi refugees: a preliminary randomized clinical trial. *J Trauma Stress.* 2014;27(3):314–22.
44. Lely JCG, Smid GE, Jongedijk RA, W. Knipscheer J, Kleber RJ. The effectiveness of narrative exposure therapy: a review, meta-analysis and meta-regression analysis. *Eur J Psychotraumatology.* 2019;10(1):1550344.
45. Gensichen J, Schultz S, Adrion C, Schmidt K, Schauer M, Lindemann D, Unruh N, Kosilek RP, Schneider A, Scherer M, Bergmann A, Heintze C, Joos S, Briegel J, Scherag A, König HH, Brettschneider C, Schulze TG, Mansmann U, Linde K, Lühmann D, Voigt K, Gehrke-Beck S, Koch R, Zwissler B, Schneider G, Gerlach H, Kluge S, Koch T, Walther A, Atmann O, Oltrogge J, Sauer M, Schnurr J, Elbert T. Effect of a combined brief narrative exposure therapy with case management versus treatment as usual in primary care for patients with traumatic stress sequelae following intensive care medicine: study protocol for a multicenter randomized controlled trial (PICTURE). *Trials.* 2018;19(1):480.
46. Foa EB, McLean CP, Zang Y, Zhong J, Powers MB, Kauffman BY, Rauch S, Porter K, Knowles K. Psychometric properties of the Posttraumatic Diagnostic Scale for DSM-5 (PDS-5). *Psychol Assess.* 2016;28(10):1166–71.

47. Kroenke K, Spitzer R. The PHQ-9: A New Depression Diagnostic and Severity Measure. *Psychiatr Ann.* 2002;32:509–21.
48. Campbell-Sills L, Norman SB, Craske MG, Sullivan G, Lang AJ, Chavira DA, Bystritsky A, Sherbourne C, Roy-Byrne P, Stein MB. Validation of a brief measure of anxiety-related severity and impairment: The Overall Anxiety Severity and Impairment Scale (OASIS). *J Affect Disord.* 2009;112(1):92–101.
49. Kirchberger I, Braitmayer K, Coenen M, Oberhauser C, Meisinger C. Feasibility and psychometric properties of the German 12-item WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) in a population-based sample of patients with myocardial infarction from the MONICA/KORA myocardial infarction registry. *Popul Health Metr.* 2014;12(1):27.
50. Rabin R, de Charro F. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. *Ann Med.* 2001;33(5):337–43.
51. Hibbard JH, Mahoney ER, Stockard J, Tusler M. Development and testing of a short form of the patient activation measure. *Health Serv Res.* 2005;40(6 Pt 1):1918–30.
52. Chisholm D, Knapp MR, Knudsen HC, Amaddeo F, Gaité L, van Wijngaarden B. Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory-European Version: development of an instrument for international research. EPSILON Study 5. *European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs.* *Br J Psychiatry Suppl.* 2000;39:28-33.
53. Noyes J, Hendry M, Lewin S, Glenton C, Chandler J, Rashidian A. Qualitative “trial-sibling” studies and “unrelated” qualitative studies contributed to complex intervention reviews. *J Clin Epidemiol.* 2016;74:133–43.
54. Sanftenberg L, Beutel A, Friemel CM, Kosilek RP, Schauer M, Elbert T, Reips UD, Gehrke-Beck S, Schubert T, Schmidt K, Gensichen J, Adrion C, Angstwurm M, Bergmann A, Bielmeier G, Bischhoff A, Bogdanski R, Brettner F, Brettschneider C, Briegel J, Bürkle M, Dohmann J, Falkai P, Felbinger T, Fisch R, Förstl H, Fohr B, Franz M, Friederich P, Friemel CM, Gallinat J, Gerlach H, Güldner A, Hardt H, Heintze C, Heinz A, Heller A, von Heymann C, Hoppmann P, Hüge V, Irlbeck M, Jaschinski U, Jarczak D, Joos S, Kaiser E, Kerinn M, Klefisch FR, Kluge S, Koch R, Koch T, Kowalski M, König HH, Lacknermeier P, Laugwitz KL, Lemke Y, Lies A, Linde K, Lindemann D, Lüthmann D, May S, Ney L, Oltrogge J, Pankow W, Papiol S, Ragaller M, Rank N, Reill L, Richter HP, Riessen R, Ringeis G, Rühhardt A, Schelling G, Schelling J, Scherag A, Scherer M, Schneider A, Schneider G, Schneider J, Schnurr J, Schultz S, Schulze TG, Schumacher K, Spieth P, Thurm F, Vogl T, Voigt K, Walther A, Wassilowsky D, Wäscher C, Weber-Carstens S, Wehrstedt R, Weierstall-Pust R, Weis M, Weiss G, Well H, Zöllner C, Zwissler B. Barriers and opportunities for implementation of a brief psychological intervention for post-ICU mental distress in the primary care setting – results from a qualitative sub-study of the PICTURE trial. *BMC Prim Care.* 2023;24(1):113.
55. Flick U, von Kardoff E, Steinke I, editors. *Qualitative Forschung. Ein Handbuch.* 13th ed. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2019. 768 p. German.

56. Hartley JF. Case Studies in Organizational Research. In: Cassell C, Symon G, editors. *Qualitative Methods in Organizational Research A Practical Guide*. London, Sage; 1994. p. 208–29.
57. Kelle U, Erzberger C. *Qualitative und quantitative Methoden: kein Gegensatz*. 13th ed. Flick U, Kardorff E von, Steinke I, editors. *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt-Taschenbuch Verl.; 2019. p. 303–9. German.
58. Helfferich C. *Die Qualität qualitativer Daten*. 4th ed. Wiesbaden, VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2011. 214 p. German.
59. Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*. 11th ed. Weinheim und Basel, Beltz Verlag; 2010. 148 p. German.
60. Steinke I. Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick U, von Kardoff E, Steinke I, editors. *Qualitative Forschung Ein Handbuch*. 13th ed. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2019. p. 319–31. German.
61. Ferlie EB, Shortell SM. Improving the Quality of Health Care in the United Kingdom and the United States: A Framework for Change. *Milbank Q*. 2001;79(2):281–315.
62. Shiell A, Hawe P, Gold L. Complex interventions or complex systems? Implications for health economic evaluation. *BMJ*. 2008;336(7656):1281–3.
63. Moore GF, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, Moore L, O’Cathain A, Tinati T, Wight D, Baird J. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance. *BMJ*. 2015;350:1258–1258.
64. Medical Research Council (MRC). 2023. <https://www.ukri.org/councils/mrc>. Accessed March 24, 2023.
65. EQUATOR Network Enhancing the QUALity and Transparency Of Health Research. <https://www.equator-network.org>. Accessed March 24, 2023.
66. Möhler R, Köpke S, Meyer G. Criteria for Reporting the Development and Evaluation of Complex Interventions in healthcare: revised guideline (CReDECI 2). *Trials*. 2015;16:204.
67. Sekhon M, Cartwright M, Francis JJ. Acceptability of healthcare interventions: an overview of reviews and development of a theoretical framework. *BMC Health Serv Res*. 2017;17(1):88.
68. Merkens H. Auswahlverfahren, Sampling, Fallkonstruktion. In: Flick U, von Kardoff E, Steinke I, editors. *Qualitative Forschung Ein Handbuch*. 13th ed. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2019. p. 286–99. German.
69. Hopf C. Qualitative Interviews – ein Überblick. In: Flick U, von Kardoff E, Steinke I, editors. *Qualitative Forschung Ein Handbuch*. 13th ed. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2019. p. 349–60. German.
70. Robinson OC. Sampling in Interview-Based Qualitative Research: A Theoretical and Practical Guide. *Qual Res Psychol*. 2014;11(1):25–41.

71. Guest G, Bunce A, Johnson L. How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field Methods*. 2006;18(1):59–82.
72. Kowal S, O’Connell DC. Zur Transkription von Gesprächen. In: Flick U, von Kardoff E, Steinke I, editors. *Qualitative Forschung Ein Handbuch*. 13th ed. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2019. p. 437–47. German.
73. Dresing T, Pehl T. *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse: Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. 7th ed. Marburg, Eigenverlag; 2017. 56 p. German.
74. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. In: Flick U, von Kardoff E, Steinke I, editors. *Qualitative Forschung Ein Handbuch*. 13th ed. Reinbek bei Hamburg, Rowohlt Taschenbuch Verlag; 2019. p. 468–75. German.
75. Kuckartz U. *Qualitative Inhaltsanalyse: Methoden, Praxis, Computerunterstützung*. 3rd ed. Weinheim Basel, Beltz Juventa; 2016. 240 p. German.
76. Schauer M. The Mass Refugee Movement - Better Reframed as Mental Health Crisis?. *Global Perspectives of the International Society for Traumatic Stress Studies ISTSS. Stress Points 1*. Newsletter number: 4, 2016.
77. Kühlein T, Macdonald H, Kramer B, Johansson M, Woloshin S, McCaffery K, Brodersen JB, Copp T, Jørgensen KJ, Møller A, Scherer M. Overdiagnosis and too much medicine in a world of crises. *BMJ*. 2023;382:1865.
78. Johansson M, Guyatt G, Montori V. Guidelines should consider clinicians’ time needed to treat. *BMJ*. 2023;380:e072953.
79. Cerimele JM, LePoire E, Fortney JC, Hawrilenko M, Unützer J, Bauer AM. Bipolar disorder and PTSD screening and telepsychiatry diagnoses in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*. 2020;65:28–32.
80. Freedy JR, Steenkamp MM, Magruder KM, Yeager DE, Zoller JS, Hueston WJ, Carek PJ. Post-traumatic stress disorder screening test performance in civilian primary care. *Fam Pract*. 2010;27(6):615–24.
81. Prins A, Bovin MJ, Smolenski DJ, Marx BP, Kimerling R, Jenkins-Guarnieri MA, Kaloupek DG, Schnurr PP, Kaiser AP, Leyva YE, Tiet QQ. The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5): Development and Evaluation Within a Veteran Primary Care Sample. *J Gen Intern Med*. 2016;31(10):1206–11.
82. Prins A, Bovin MJ, Kimerling R, Kaloupek DG, Marx BP, Pless Kaiser, Schnurr. The Primary Care PTSD Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5). 2015. https://www.unibielefeld.de/fakultaeten/psychologie/abteilung/arbeitsseinheiten/11/instruments/PC-PTSD-Screen_English_German_Adults.pdf. Accessed January 17, 2024.

83. Spoont MR, Williams JW, Kehle-Forbes S, Nieuwsma JA, Mann-Wrobel MC, Gross R. Does This Patient Have Posttraumatic Stress Disorder?: Rational Clinical Examination Systematic Review. *JAMA*. 2015;314(5):501–10.
84. Weathers FW, Litz BT, Keane TM, Palmieri PA, Marx BP, Schnurr PP. The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5) – Standard. 2013. https://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/documents/PCL5_Standard_form.PDF. Accessed January 17, 2024.
85. Lathan EC, Petri JM, Haynes T, Sonu SC, Mekawi Y, Michopoulos V, Powers A. Evaluating the Performance of the Primary Care Posttraumatic Stress Disorder Screen for DSM-5 (PC-PTSD-5) in a Trauma-Exposed, Socioeconomically Vulnerable Patient Population. *J Clin Psychol Med Settings*. 2023;1–13.
86. Schauer M, Robjant K. Commentary on Scheidell et al. (2018): En-counting adversities; the ‘building blocks’ of psychopathology. *Addiction*. 2018;113(1):57–8.
87. Valsø Å, Rustøen T, Småstuen MC, Ekeberg Ø, Skogstad L, Schou-Bredal I, Myhren H, Sunde K, Tøien K. Effect of Nurse-Led Consultations on Post-Traumatic Stress and Sense of Coherence in Discharged ICU Patients With Clinically Relevant Post-Traumatic Stress Symptoms-A Randomized Controlled Trial. *Crit Care Med*. 2020;48(12):1218–25.
88. Kaltenbach E, McGrath PJ, Schauer M, Kaiser E, Crombach A, Robjant K. Practical guidelines for online Narrative Exposure Therapy (e-NET) - a short-term treatment for posttraumatic stress disorder adapted for remote delivery. *Eur J Psychotraumatology*. 2021;12(1):1881728.
89. Cigrang J, Rauch S, Mintz J, Brundige A, Mitchell J, Najera E, Litz B, Young-McCaughan S, Roache J, Hembree E, Goodie J, Sonnek S, Peterson A. Moving effective treatment for posttraumatic stress disorder to primary care: A randomized controlled trial with active duty military. *Fam Syst Health*. 2017;35:450–62.
90. Rauch SAM, Kim HM, Acierno R, Ragin C, Wangelin B, Blitch K, Muzzy W, Hart S, Zivin K, Cigrang J. Improving function through primary care treatment of PTSD: The IMPACT study protocol. *Contemp Clin Trials*. 2022;120:106881.
91. Sripada RK, Walters HM, Ganoczy D, Avallone KM, Cigrang JA, Rauch SAM. Feasibility and Acceptability of Prolonged Exposure in Primary Care (PE-PC) for Posttraumatic Stress Disorder in Federally Qualified Health Centers: A Pilot Study. *Adm Policy Ment Health*. 2022;49(5):722–34.

Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Tomke Marie Schubert, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: *Akzeptanz einer Gesprächsintervention in der hausärztlichen Praxis bei Patient*innen mit Posttraumatischer Belastungsstörung – Eine qualitative Interviewstudie / Acceptance of a brief narrative intervention in primary care for patients with post-traumatic stress disorder – a qualitative study* selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren/innen beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen) werden von mir verantwortet.

Ich versichere ferner, dass ich die in Zusammenarbeit mit anderen Personen generierten Daten, Datenauswertungen und Schlussfolgerungen korrekt gekennzeichnet und meinen eigenen Beitrag sowie die Beiträge anderer Personen korrekt kenntlich gemacht habe (siehe Anteilserklärung). Texte oder Textteile, die gemeinsam mit anderen erstellt oder verwendet wurden, habe ich korrekt kenntlich gemacht.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem/der Erstbetreuer/in, angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; www.icmje.org) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass ich mich zur Einhaltung der Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis verpflichte.

Weiterhin versichere ich, dass ich diese Dissertation weder in gleicher noch in ähnlicher Form bereits an einer anderen Fakultät eingereicht habe.

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

Datum

Unterschrift

Lebenslauf

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

Publikationsliste

Publikation 1: Sanftenberg L, Beutel A, Friemel CM, Kosilek RP, Schauer M, Elbert T, Reips UD, Gehrke-Beck S, Schubert T, Schmidt K, Gensichen J. Barriers and opportunities for implementation of a brief psychological intervention for post-ICU mental distress in the primary care setting – results from a qualitative sub-study of the PICTURE trial. BMC Prim Care. 2023 May 6;24(1):113.

Publikation 2: Gehrke-Beck S, Sonntag U, Schubert T, Madzharov M, Huenges B. Studierendenbetreuung durch Ärzt*innen in Weiterbildung in hausärztlichen Lehrpraxen – eine Interviewstudie zu aktueller Praxis und Akzeptanz. Zeitschrift für Allgemeinmedizin. (accepted)

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Dr. Sabine Gehrke-Beck für die engagierte Betreuung und tolle Unterstützung dieser Doktorarbeit. Ich bedanke mich ebenfalls bei Prof. Dr. Christoph Heintze für die Betreuung und Möglichkeit der Promotion.

Vielen Dank auch an das gesamte Team des Instituts für Allgemeinmedizin für deren wichtigen Input für die Entwicklung und Auswertung des Forschungsprojekts.

Dem gesamtem Studienteam der PICTURE-Studie möchte ich für den stetigen Austausch danken.

Den teilnehmenden Hausärzt*innen danke ich für deren Engagement und Teilnahme an den Interviews, besonders neben den zeitaufwendigen Praxisaufgaben der COVID-19 Pandemie.

Für das Promotionsstipendium möchte ich der Stiftung Allgemeinmedizin – The Primary Health Care Foundation und Prof. Dr. Jochen Gensichen danken.

Schließlich danke ich herzlich meiner Familie und Cara, Elsa, Jana, Jona, Moataz und Severin für ihre Unterstützung und Geduld.