

## 1 Einleitung

Die Allgemeinmedizin ist ein wesentlicher Grundpfeiler des Gesundheitssystems, sie stellt einen Großteil der medizinischen Versorgung der Bevölkerung sicher: Fast die Hälfte aller ambulanten Behandlungen erfolgen beim Allgemeinarzt. Über 90 Prozent der gesetzlich Krankenversicherten geben an, dass sie einen festen Hausarzt haben [19]. Dabei sind die Aufgaben und Funktionsbereiche der Allgemeinmedizin weit gefächert und umfassen erheblich mehr als nur „Gate keeping“. Am treffendsten werden sie von Comberg in einer funktionsorientierten Definition des Fachbereichs Allgemeinmedizin zusammengefasst: „Allgemeinmedizin ist die fächerübergreifende und -integrierende Grundversorgung der gesamten Bevölkerung in Verbindung mit der haus- und familienärztlichen Tätigkeit und den gesundheitsfördernden und sozialmedizinischen Aufgaben.“ [39].

Im Gegensatz zum gebietsärztlichen und stationären Bereich führt in der Allgemeinmedizin nur etwa jeder zehnte Beratungsanlass zu einer eindeutig klassifizierbaren Diagnose. Bei der überwiegenden Mehrheit werden – anhand einzelner Symptome, Symptomgruppen oder Bilder einer Krankheit – Verdachtsdiagnosen gestellt, die sich im weiteren Verlauf entweder bestätigen oder als unzutreffend erweisen [131]. Daher werden diagnostische und therapeutische Entscheidungen regelmäßig auf der Basis von subjektiven Angaben der Patienten sowie nicht klar abgrenzbaren Beschwerdekongstellationen getroffen. Dies bringt zwangsläufig gewisse Risiken und Unsicherheiten mit sich und muss in Kauf genommen werden. Die Bedürfnisse und Anliegen jedes einzelnen Patienten stehen dabei im Mittelpunkt. Seine aktuellen und früheren Lebensumstände zu berücksichtigen, und seine subjektive Wahrnehmung von Krankheit und körperlichen Beschwerden ernst zu nehmen – ihn in seiner Gesamtheit zu erfassen – ist eine der wesentlichen Besonderheiten der hausärztlichen Betreuung. Inwieweit sich der Patient seinem Arzt öffnet und mitteilt, hängt dabei ganz besonders von einer stabilen, vertrauensvollen und ehrlichen Arzt-Patienten-Beziehung ab, die schließlich über mehrere Jahre oder sogar Jahrzehnte Bestand haben soll.

An allgemeinmedizinisch tätige Ärzte werden folglich hohe Anforderungen gestellt: Sie müssen über ein breites Fachwissen verfügen, rechtzeitig abwendbar gefährliche Verläufe erkennen, mit kritischem Blick den weiteren Krankheitsverlauf beobachten und darüber entscheiden, wann eine Mitbehandlung durch weitere Gebietsärzte angezeigt ist. Da viele Behandlungsanlässe aufgrund psychosomatischer Störungen und akuter psychosozialer Belastungsreaktionen stattfinden, benötigen Allgemeinmediziner auch eine ausgeprägte soziale und psychologische Kompetenz. Vor allem im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung sind die kommunikativen Fähigkeiten der Hausärzte essenziell, um stützende Gespräche und verbale Interventionen erfolgreich durchführen zu können.

Angesichts der knapper werdenden finanziellen Ressourcen im Gesundheitssystem muss die allgemeinmedizinische Tätigkeit sowohl den aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen als auch den ökonomischen Gegebenheiten gerecht werden (Wirtschaftlichkeitsgebot), weshalb die „evidence based medicine“ auch für die Allgemeinmedizin zunehmend an Bedeutung gewinnt [70]. Standardisierte und qualitativ hochwertige Leitlinien, die die Besonderheiten in der Allgemeinmedizin mit berücksichtigen, können dabei zu einer Qualitätssteigerung in der hausärztlichen Patientenversorgung sowie zu einer effizienten Verteilung der finanziellen Mittel beitragen.

### 1.1 Definition und Prävalenz der Dyspepsie

Der Begriff „Dyspepsie“ beschreibt keine Krankheitsentität, sondern ein Symptom oder eine Kombination mehrerer Symptome, die auf den oberen Verdauungstrakt bzw. den Oberbauch bezogen werden können. Dabei darf der Symptomkomplex der Dyspepsie nicht mit der Diagnose Funktionelle Dyspepsie verwechselt werden. Schmerzen im Epigastrium, Druck-, Völle- und vorzeitiges Sättigungsgefühl sowie übermäßiges Aufstoßen gelten als die Kardinalsymptome der Dyspepsie. Weitere Beschwerden wie Sodbrennen, Meteorismus, Übelkeit oder Erbrechen werden ebenfalls zum dyspeptischen Symptomkomplex gezählt, allerdings nur in Kombination mit einer der bereits aufgeführten Hauptbeschwerden [133].

In der Allgemeinbevölkerung sind körperliche Beschwerden ein weit verbreitetes Phänomen, ein gewisses Ausmaß von Körperbeschwerden gehört quasi zum Leben dazu. Etwa 20 bis 25 Prozent aller Erwachsenen leiden gelegentlich oder chronisch unter Oberbauchbeschwerden, die einer der häufigsten Konsultationsanlässe in der Allgemeinmedizin sind [89, 97, 114, 122]. In einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Bevölkerung von 1994 mit dem Gießener Beschwerdebogen [28] lag die Punktprävalenz von Magenschmerzen – nach Rücken-, Nacken/Schulter- und Gliederschmerzen sowie Kopfschmerzen – bereits an fünfter Stelle [171]. Allerdings begibt sich nur etwa jeder vierte Betroffene deswegen in ärztliche Behandlung, wobei die Häufigkeit und Intensität der Symptomatik sowie damit verbundene Ängste ausschlaggebend sind für die Inanspruchnahme medizinischer Hilfe [89, 91, 97]. Für diese Patientengruppe sind in aller Regel Hausärzte der erste Ansprechpartner. Sie beurteilen und entscheiden, ob ein behandlungsbedürftiges Krankheitsbild vorliegt, welche Begleitumstände für das aktuelle Krankheitsgeschehen von Relevanz sein könnten und stellen somit die Weichen für die weitere Diagnostik und Therapie. Dabei ist die Berücksichtigung der subjektiven Wahrnehmung von Körperbeschwerden grundlegender Bestandteil einer patientenzentrierten Medizin [11, 24]. Denn für die Patienten macht es zunächst keinen Unterschied, ob der Symptomatik eine organische oder psychische Ursache zu Grunde liegt, sie erwarten eine auf ihre individuellen Bedürfnisse ausgerichtete Behandlung und eine möglichst zügige Linderung der dyspeptischen Beschwerden. Können diese Erwartungen ärztlicherseits nur teilweise oder gar nicht erfüllt werden, wenden sich die Patienten häufig alternativen Heilmethoden zu [92, 201]. Daher werden Selbstbeurteilungsfragebögen für eine adäquate Behandlung immer wichtiger, wodurch die Ärzte bedeutende Informationen über das Ausmaß der Beschwerden aus der Patientenperspektive erhalten können.

Auch aus gesundheitsökonomischer Sicht haben Patienten mit Dyspepsie eine beachtliche sozialmedizinische Bedeutung: Allein 2002 beliefen sich die Ausgaben für Krankheiten des oberen Gastrointestinaltraktes auf annähernd 3 Milliarden Euro, zum einen durch die hohe Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und andererseits durch einen hohen Medikamentenverbrauch [181]. Die indirekten Krankheitskosten durch Arbeitsausfälle sind darin noch nicht einkalkuliert.

## 1.2 Entwicklung und Konzept der gesundheitsbezogenen Lebensqualität

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definierte 1948 Gesundheit als „ ... einen Zustand vollkommenen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht allein das Fehlen von Krankheit und Gebrechen“ [202]. Demzufolge dürfte es nach dieser komplexen Definition eigentlich keinen gesunden Menschen geben. Dennoch können sich Menschen mit bestimmten Erkrankungen – beispielsweise Patienten mit primär arterieller Hypertonie – in diesem Sinne „gesund“ fühlen, und vermeintlich Gesunde „krank“. Demnach scheinen noch weitere Aspekte im Leben eines Menschen zu existieren, die für sein Wohlbefinden bzw. für seine Lebensqualität von Bedeutung sind. Der Begriff „Lebensqualität“ wird umgangssprachlich recht häufig verwendet und ganz individuell interpretiert. Aber wie bereits das bekannte Sprichwort „Gesundheit ist zwar nicht alles, aber ohne Gesundheit ist Alles nichts!“ ausdrückt, sind Lebensqualität und Gesundheit untrennbar miteinander verbunden. In der medizinischen Fachliteratur nannte Elkinton 1966 erstmals die beiden Begriffe „Gesundheit“ und „Lebensqualität“ in einem gemeinsamen Kontext: So sei der Wunsch eines jeden Arztes für seine Patienten neben Gesundheit auch „...ein pulsierendes Leben ...mit der geistigen Lebensqualität, wie sie einzigartig ist für den Menschen...“ [57].

Erste Versuche, funktionelle Bereiche der Lebensqualität zu erfassen, fanden vor über 50 Jahren in der Onkologie statt: Bereits 1949 wurde der noch bis heute gebräuchliche Karnofsky Performance Status (KPS) zur Beurteilung der Lebensqualität bei Patienten mit malignen Tumoren eingeführt. Damit lässt sich die körperliche Funktionsfähigkeit der Patienten durch den behandelnden Arzt auf einer Skala von 0 für „Tod“ bis 100 Punkte für „normal, beschwerdefrei, keine funktionellen Einschränkungen“ bewerten [100]. Mit dem KPS wurde somit ein neuer Outcome-Parameter in der onkologischen Therapieforschung definiert, gleichzeitig gilt er als das erste Messinstrument der funktionalen Lebensqualität in der Medizin.

Die Entwicklung der medizinischen Lebensqualitätsforschung kann in drei Stufen gegliedert werden und hatte ihren Anfang in den 1970er Jahren: In der ersten Phase, die stark von den Sozialwissenschaften geprägt wurde, waren vorerst grundlegende

Fragen zur Begriffsbestimmung und Definition von Lebensqualität sowie deren Messbarkeit zu klären. Darauf folgte in den 1980ern die verstärkte Entwicklung und Erprobung von Fragebögen zur Messung der Lebensqualität. In der dritten Phase, Anfang der 1990er Jahre, kam es schließlich zu einer fast schon rasanten Zunahme der Verwendung der mittlerweile zur Verfügung stehenden Messinstrumente im Rahmen von klinischen Studien. Dabei etablierte sich auch recht zügig der Ausdruck „gesundheitsbezogene Lebensqualität“ (gLQ) [33]. Durch diesen Begriff lässt sich die wissenschaftlich-medizinische Bedeutung von Lebensqualität, die auf die gesundheitlichen Aspekte abzielt und einen klaren konzeptionellen Bezug zu der Gesundheitsdefinition der WHO hat, von der weiter reichenden soziologischen Auffassung von Lebensqualität abgrenzen. Insofern besteht Einigkeit über die drei unabdingbaren Bereiche, die in einem gLQ-Fragebogen – im Sinne eines multimodalen Konzeptes – enthalten sein sollten: Somatische, psychische und soziale Dimensionen [111, 143]. Nach Bullinger ist das psychologische Konstrukt der Lebensqualität noch um zwei wesentliche Aspekte zu erweitern: Den mentalen Bereich und das Verhalten. Ihre Definition von Lebensqualität umfasst letztlich fünf Dimensionen. Sie liefert dazu auch detaillierte Angaben, wie diese fünf Kategorien sowie deren Veränderungen gemessen werden können [32].

Bei den heute gebräuchlichen Instrumenten werden krankheitsübergreifende Fragebögen (generic instruments), die allgemeine Aspekte der gLQ erfassen, und krankheitsspezifische Instrumente (specific instruments), die für definierte Erkrankungen oder für Symptomkomplexe eines Organsystems konzipiert wurden, unterschieden. Weiterhin können sie in Selbst- und Fremdbeurteilungsfragebögen unterteilt werden. Allerdings setzte sich sehr früh die Erkenntnis durch, dass Fremdbewertungen durch Angehörige, Ärzte oder Pflegepersonal nur bedingt die subjektive Wahrnehmung und Realität der Patienten wiedergeben, da sie meistens nur gering mit den Aussagen der Patienten korrelieren [157, 174]. Als Vorreiter einer patientenzentrierten Lebensqualitätsmessung darf die Entwicklungsarbeit von Bergner et al. nicht unerwähnt bleiben: Mit dem „Sickness Impact Profile“ stellten sie bereits 1981 den ersten gLQ-Fragebogen zur Verfügung, der vom Patienten selbst zu beantworten war [20].

Angesichts der demographischen Entwicklung und dem medizinischen Fortschritt wird das Gesundheitssystem mit immer älter werdenden Patienten und ansteigenden Krankheitskosten konfrontiert. Erkrankungen, die noch vor wenigen Jahren als unheilbar oder lebensbedrohlich galten, können mittlerweile erfolgreich behandelt bzw. in Remission gebracht werden. Die traditionellen Outcome-Parameter Morbidität und Mortalität verlieren infolgedessen bei der Evaluation von bewährten und neuen Behandlungsoptionen sowie im Rahmen von Kosten-Nutzen-Analysen an Bedeutung. Die Lebensqualität und das Krankheitsempfinden der Patienten rücken dabei immer mehr in den Mittelpunkt ärztlicher Entscheidungen. Bereits 1994 hat das US-amerikanische National Cancer Institute die gesundheitsbezogene Lebensqualität als einen, den oben genannten Kriterien gleichwertigen Parameter anerkannt [144]. Seither gelten die Ergebnisse von gLQ-Messungen anhand standardisierter Selbstbeurteilungsinstrumente, die psychometrischen Testanforderungen wie Reliabilität, Validität und Sensitivität gerecht werden, in der klinischen Forschung und der Patientenversorgung als zweckmäßige Qualitäts- und Entscheidungskriterien [31, 151].

Zahlreiche Studien zur Lebensqualität belegen, dass Erkrankungen des oberen Verdauungstraktes teils erhebliche Auswirkungen auf das Allgemeinbefinden haben und die Lebensqualität der betroffenen Patienten stark beeinträchtigen [50, 52, 59, 112, 160, 189]. Objektive klinische Befunde sind bei gastrointestinalen Störungen oft nicht erhältlich bzw. für den Patienten bedeutungslos. Deshalb haben Verlaufsmessungen der gLQ mittels Selbstbeurteilungsinstrumente, die auch sensitiv für Veränderungen sind, einen wichtigen Stellenwert für die Bewertung des Therapieerfolges. Letztlich ist der Patient der ideale Bewerter seines Befindens und seiner Behandlung.

Ein international renommiertes generisches gLQ-Instrument, das seine Veränderungssensitivität bereits unter Beweis gestellt hat, ist der Medical Outcome Study Short-Form 36 (SF-36) [199]. Eine zweiteilige Übersichtsarbeit von Eisen und Yacavone aus den Jahren 1999 und 2001 liefert einen umfassenden Überblick über die heutzutage am häufigsten verwendeten generischen gLQ-Fragebögen sowie über krankheitsspezifische Instrumente, die in der Gastroenterologie erhältlich sind. Ihre Einsatzmöglichkeiten und Vorteile, aber auch ihre Limitierungen, werden dort ausführlich beschrieben und erläutert [56, 216].

### 1.3 Psychische Störungen in der Bevölkerung und in der Primärversorgung

Weltweit sind psychische Erkrankungen mit die häufigsten Gesundheitsstörungen. Im Rahmen einer aktuellen, internationalen WHO-Multizenterstudie von 2004 konnten in bevölkerungsrepräsentativen Stichproben 12-Monats-Prävalenzen für das Vorliegen von mindestens einer psychischen Störung von bis zu 26,4 Prozent ermittelt werden [203]. Im Jahr 2000 waren depressive Erkrankungen bereits auf dem vierten Rang der häufigsten Ursachen krankheitsbedingter Behinderungen und für 4,4 Prozent der gesamten „disability adjusted life years“ (DALY: globales Maß für Behinderungen) verantwortlich [194]. Nach dem Bundesgesundheitsurvey (BGS) von 1998 leiden 17,2 Prozent der erwachsenen Personen in Deutschland im Laufe eines Monats unter einer oder mehreren psychischen Störungen: Mit 9,0 Prozent waren Angst-erkrankungen am häufigsten, gefolgt von somatoformen Störungen mit 7,5 Prozent und depressiven Störungen mit 6,3 Prozent. Hochgerechnet entspricht dies einer Zahl von etwa 8,4 Millionen Bundesbürgern. Das bedeutet, dass annähernd jeder fünfte Erwachsene im Alter von 18 bis 65 Jahren von mindestens einer psychischen Erkrankung betroffen ist [213].

In zwei aktuellen Studien von 2000 und 2001 zu Depressionen und Angststörungen in allgemeinärztlichen Praxen konnten von Wittchen et al. Stichtagsprävalenzen für leichte und mittelgradige depressive Störungen von 6,6 Prozent und von 4,3 Prozent für schwere Depressionen ermittelt werden: Jeder zehnte Patient war depressiv und jeder 25. Patient litt unter einer schweren Major Depression. Die Prävalenz einer generalisierten Angststörung betrug am Stichtag 5,3 Prozent und war damit die häufigste Angsterkrankung im allgemeinmedizinischen Bereich [211, 214]. Nach einer repräsentativen niederländischen Hausarztstudie von De Waal et al. aus dem Jahr 2004 leidet nahezu jeder sechste Patient, der vom Hausarzt gesehen wird, an einer somatoformen Störung [42]. Angesichts dieser Zahlen wird die außerordentlich wichtige Rolle der Allgemeinmediziner in der Primärversorgung deutlich, zumal sich die meisten Patienten mit psychischen Störungen zuerst an ihren Hausarzt wenden. Eine Fülle von nationalen und internationalen Studien bestätigen, dass etwa 20 bis 35 Prozent aller Patienten, die wegen körperlicher Beschwerden ärztliche Hilfe auf-

suchen, unter psychischen Störungen leiden [108, 120, 148, 150, 176, 191, 203]. Allerdings äußern sich nur sehr wenige Patienten von selbst zu aktuellen psychosozialen Schwierigkeiten. Dagegen werden in mehr als 90 Prozent der Fälle körperliche Symptome als initialer Konsultationsanlass angeführt, um den Arztbesuch zu rechtfertigen [120, 173, 191]. Deswegen gestaltet sich das Erkennen von psychischen Störungen für Allgemeinmediziner besonders schwierig. Zum einen müssen sie als erste Kontaktperson die Beschwerden richtig deuten und daraus die entsprechenden Schlüsse ziehen, wobei sie sich nicht auf die Beurteilung anderer Ärzte verlassen können. Zum anderen steht ihnen meistens nur eine kurze Zeitspanne von wenigen Minuten zur Verfügung, in denen sie dem primären Beratungsanlass auf den Grund gehen müssen, häufig noch weitere medizinische Probleme zu besprechen haben sowie eine Gesundheitsberatung durchführen sollen. Die notwendige Zeit, um eine ausführliche Anamnese der psychosozialen Belastungsfaktoren durchzuführen, ist dann oft nicht mehr vorhanden. Zwangsläufig werden – vor allem bei Depressionen – die Diagnosen von psychischen Störungen relativ häufig aufgrund subjektiver ärztlicher Einschätzungen gestellt [207] und hängen entscheidend von der psychosozialen und psychiatrischen Kompetenz der behandelnden Ärzte ab.

Um die Einschränkungen einer in der ärztlichen Aus- und Weiterbildung immer noch stark vorherrschenden rein naturwissenschaftlichen Krankheitslehre zu relativieren, wurde 1987 das Konzept der psychosomatischen Grundversorgung in die Psychotherapie-Richtlinien aufgenommen (vgl. 2.11). Es soll dazu beitragen, dass sich Ärzte eine holistische Sichtweise im Sinne eines biopsychosozialen Verständnisses von Krankheit und Gesundheit verinnerlichen und in der Lage sind, dem besonders in großstädtischen Ballungszentren enorm hohen psychosozialen Betreuungsbedarf der Patienten nachzukommen [99]. Die Auffassung, dass eine derartige hausärztliche Betreuung auch unter einem gewissen Zeitdruck möglich erscheint, und mit welchen Methoden sie umgesetzt werden kann, vertrat der berühmte Allgemeinarzt und Psychoanalytiker Michael Balint bereits vor über 30 Jahren. Seine Erkenntnisse aus einer umfangreichen Untersuchung zur Arzt-Patienten-Beziehung in Hausarztpraxen wurden nach seinem Tod erstmals 1973 von E. Balint und J.S. Norell in dem auch heute noch bedeutenden Werk „Fünf Minuten pro Patient“ veröffentlicht [12].

Trotzdem werden psychosoziale Therapiemaßnahmen nur etwa 20 bis 25 Prozent der Patienten mit psychischen oder psychosozialen Problemen angeboten [120]. Eine fachpsychotherapeutische Behandlung wird in weniger als zehn Prozent der Fälle realisiert [63, 191]. Nach wie vor wird die überwiegende Mehrheit ambulanter Patienten mit depressiven, somatoformen oder Angststörungen nicht rechtzeitig erkannt und bleiben folglich unbehandelt, nur bei etwa jedem Dritten wird die zu Grunde liegende psychische Störung behandelt [73, 120, 149, 191, 210]. Und obwohl für die meisten psychischen Störungen mittlerweile effektive Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen [40, 74, 204], kann die ambulante Versorgung dieser Patienten heutzutage immer noch als äußerst defizitär charakterisiert werden. Dies gilt, entgegen der weitläufigen Meinung, nicht nur für das hausärztliche, sondern auch für das fachärztlich-psychiatrische Setting [168].

Patienten mit psychischen oder psychosozialen Problemen haben einen oft jahrelangen Leidensweg hinter sich, bevor erste Schritte hin zu einer störungsspezifischen Therapie veranlasst werden. Meistens führt erst eine aggravierte Symptomatik und die damit verbundene Beeinträchtigung der Lebensqualität zu einer weiterführenden Psychodiagnostik. Deswegen ist es auch nicht weiter erstaunlich, dass sich immer mehr Patienten – vor allem diejenigen mit psychosomatischen Störungen, Major Depression und Panikstörung – alternativen Heilmethoden zuwenden. Sie scheinen sich nicht mehr ausschließlich auf die Hilfe der traditionellen Schulmedizin verlassen zu wollen [92, 193]. In einer repräsentativen Umfrage des Instituts für Demoskopie Allensbach von 2000 zu den Defiziten in der Gesundheitsversorgung aus Sicht der bundesdeutschen Bevölkerung werden mögliche Gründe für diese Entwicklung deutlich: Mehr als die Hälfte der Befragten beklagte sich, dass die Ärzte sich zu wenig Zeit für den einzelnen Patienten nehmen und dass oft nur Symptome, aber nicht die Krankheitsursache behandelt würden. Weiterhin wurde bemängelt, dass „bei der ganzen Medizin die Seele zu kurz kommt“ und dass alternative Therapien und Heilmittel zu wenig genutzt und angeboten würden. Außerdem „...müsste (es) mehr Gemeinschaftspraxen von Medizinern, Heilpraktikern und Psychotherapeuten geben“ und „Die Ärzte müssten ihre Patienten mehr ganzheitlich sehen und behandeln“ [6]. Diese richtungsweisende Kritik an der heutigen medizinischen Versorgung ist durch-

aus berechtigt und sollte sowohl von der Ärzteschaft als auch von den gesundheitspolitisch Verantwortlichen ernst genommen werden.

Dass die gesundheitsorientierte Lebensqualität durch psychische Störungen stark beeinträchtigt wird, und zwar in einem vergleichbarem Ausmaß, wie es bei rein somatisch bedingten Krankheiten der Fall sein kann, konnte in mehreren aktuellen Untersuchungen eindeutig nachgewiesen werden [18, 42, 85, 187]. Daher sind Messungen der gLQ mit bewährten Selbstbeurteilungsinstrumenten geeignete Marker für das Vorliegen einer psychischen bzw. psychosozialen Problematik.

Zu einem generellen Depressions-Screening bei Erwachsenen in der Primärmedizin äußerte sich die U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) in ihren aktuellen Empfehlungen von 2002 eher zurückhaltend: Eine Meta-Analyse von randomisierten und klinisch-kontrollierten Studien lieferte keinen eindeutigen Beweis für den Nutzen eines formalen Screenings mittels standardisierter Instrumente. Zwar könne dadurch die Identifikationsrate von depressiven Störungen um das Zwei- bis Dreifache gesteigert werden, allerdings resultiere daraus kein signifikanter, klinisch relevanter Benefit für die Patienten und sei insofern aus ökonomischer Sicht fragwürdig [154, 192].

Abgesehen von den Einschränkungen und dem persönlichen Leid, das psychisch Kranke erleben, sind die gesundheitsökonomischen und volkswirtschaftlichen Folgen immens. Depressive Störungen und Angsterkrankungen führen nachweislich zu einer erhöhten Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen [16, 85, 135, 211] und zu längerfristigen Arbeitsausfällen [71]. Allein im Jahr 2002 betragen die Ausgaben für psychische und Verhaltensstörungen in der Bundesrepublik Deutschland rund 22,4 Milliarden Euro und lagen damit an vierter Stelle der gesamten Krankheitskosten im Gesundheitssystem [181]. Einen vielversprechenden Ansatz zur Verringerung der Ausgaben konnte im Rahmen des vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) geförderten Demonstrationsprojektes Qualitätssicherung in der psychosomatischen Grundversorgung aufgezeigt werden. Die Einführung und die kontinuierliche Teilnahme an psychosomatischen Qualitätszirkeln führte zu einem wesentlich kostengünstigeren Verschreibungsverhalten der beteiligten Hausärzte und Internisten und folglich zu einer ökonomisch relevanten Kostenreduktion im Arzneimittelsektor.

Gleichzeitig verbesserte sich die Qualität der psychosomatischen Diagnostik und Therapie sowie die Zufriedenheit der Ärzte mit ihrer beruflichen Tätigkeit [46].

Allgemeinmedizinisch tätige Ärzte nehmen die Schlüsselstellung für das Aufdecken und Behandeln von psychischen Störungen in der ambulanten Versorgung ein. Zwar erstreckt sich ihre Verantwortung in erster Linie auf die körperliche und psychische Gesundheit der Patienten sowie deren psychosoziale Betreuung, jedoch können und dürfen dabei angesichts der finanziellen Gesamtsituation im deutschen Gesundheitssystem wirtschaftliche Aspekte nicht außer Acht gelassen werden.

#### 1.4 Fragestellungen und Ziel der vorliegenden Fallstudie

Die Versorgungsforschung ist ein relativ junges und noch wenig bearbeitetes Gebiet, die sich mit der Umsetzung von klinischen Forschungsergebnissen in die tägliche Praxisroutine befasst: Was kommt aus der Forschung tatsächlich in der Praxis an, und werden Leitlinien wahrgenommen und umgesetzt. Diesbezüglich besteht in der Allgemeinmedizin noch ein großer Forschungsbedarf. Im Vergleich zu Patienten mit Funktioneller Dyspepsie, für die in mehreren Studien aus der Sekundär- und Tertiärversorgung ein eindeutiger Zusammenhang mit psychosozialen Belastungen und psychischen Störungen nachgewiesen werden konnte [60, 81, 206], stehen Daten zur Lebensqualität und zur psychischen Komorbidität bei Patienten mit noch ungeklärter Dyspepsie in der Primärversorgung kaum zur Verfügung. Die vorliegende Fallbeobachtungsstudie wurde konzipiert, um grundlegende Informationen über die aktuelle Versorgungsqualität hausärztlicher Patienten mit primär nicht abgeklärter Dyspepsie zu erheben sowie eventuelle Defizite in der Diagnostik und Therapie bei diesem Beschwerdebild ausfindig zu machen.

Zu diesem Zweck wurden geeignete Hausarztpatienten mittels standardisierter Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumente sowie einem eigens für die Erhebung entwickelten krankheitsspezifischen Dokumentationsbogen im Zeitverlauf untersucht, um die folgenden Fragen zu klären:

- Wie beurteilten die Patienten ihren aktuellen Gesundheitszustand? Waren die Patienten mit ihrer Behandlung zufrieden und wie bewerteten sie den Behandlungserfolg? Wie gut fühlten sich die Patienten von ihrem behandelnden Arzt verstanden? Wie häufig wurden ärztliche Leistungen in Anspruch genommen?
- Welche Diagnostik und Therapie wurde hinsichtlich der dyspeptischen Beschwerden veranlasst und durchgeführt? Wie erfolgreich verlief die Therapie? Wurden die aktuellen Leitlinien zur Behandlung der Dyspepsie berücksichtigt?
- Verbesserten sich bestimmte körperliche Beschwerdekompexe der Patienten im Zeitverlauf? Gingen die somatischen Beschwerden im Verlauf auf ein vergleichbares Ausmaß der Normalbevölkerung zurück?
- Wie stark war die gesundheitsbezogene Lebensqualität der Patienten initial beeinträchtigt und in welchem Umfang konnte im Verlauf die gLQ verbessert werden? Erreichten die Patienten bei der Nachkontrolle eine entsprechend gute Lebensqualität wie vergleichbare deutsche Bundesbürger?
- Wie hoch war die Prävalenz psychischer Begleiterkrankungen im Patientenkollektiv? Wie häufig traten Depressionen und Angststörungen komorbide auf und wie häufig wurden Psychopharmaka verordnet? Durch welche psychosozialen Stressfaktoren waren die Studienteilnehmer belastet? In welchem Zusammenhang stand der Schweregrad der psychischen Störungen mit den körperlichen Beschwerden und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität?
- Wie wurden die biopsychosozialen Belastungen der Patienten seitens der behandelnden Ärzte eingeschätzt? In welchem Umfang wurden psychosoziale Behandlungsmaßnahmen veranlasst (einschließlich Überweisungen, Krankenschreibungen und interdisziplinäre Kooperation)? Stimmt die ärztliche Einschätzung des Behandlungserfolges, der Behandlungszufriedenheit und des Arzt-Patienten-Verständnisses mit den Patientenangaben überein? Wie häufig wurden Patienten mit Depressivität und Angst von den Hausärzten erkannt und wie hoch war die Übereinstimmungsrate bei diesen Störungen mit den Screening-Ergebnissen?