

6 Zusammenfassung

Dyspeptische Beschwerden sind in der Bevölkerung weit verbreitet. Obwohl sich nur etwa jeder vierte Betroffene deswegen in ärztliche Behandlung begibt, ist die Dyspepsie einer der häufigsten Konsultationsgründe beim Hausarzt und führt zu weitreichenden sozialmedizinischen Konsequenzen. Daten zur Versorgungssituation von allgemeinmedizinischen Patienten mit Dyspepsie stehen kaum zur Verfügung. Die vorliegende Fallstudie wurde durchgeführt, um die Versorgungsrealität dieser bedeutenden Patientengruppe umfassend zu dokumentieren, sowie einen Beitrag zur Versorgungsforschung in der Allgemeinmedizin zu leisten.

Zu diesem Zweck wurden von März 2001 bis Januar 2002 geeignete Patienten einer allgemeinärztlichen Gemeinschaftspraxis bei der Erstvorstellung (t0) und nach vier Wochen (t1) anhand standardisierter Selbst- und Fremdbeurteilungsinstrumente untersucht: Körperliche Beschwerden mit der Kurzform des Gießener Beschwerdebogens (GBB-24), gesundheitsbezogene Lebensqualität (gLQ) mit dem MOS Short-Form 36 (SF-36), psychische Störungen und psychosoziale Stressfaktoren mit der deutschen Version des Patient Health Questionnaires (PHQ-D) sowie psychosoziale Versorgungsmaßnahmen mit der Basisdokumentation „Psychosomatische Grundversorgung“ (Bado PSGV). Die Dyspepsie-spezifische diagnostische und therapeutische Vorgehensweise der teilnehmenden Hausärzte wurde ebenfalls dokumentiert und hinsichtlich eines leitlinienkonformen Handelns bewertet.

Bei der Erstvorstellung zeigte jeder zweite Patient Alarmsymptome („red flags“). Eine Abklärung mittels Ösophagogastroduodenoskopie (ÖGD) konnte bei knapp der Hälfte der Patienten realisiert werden. Die Rate pathologischer ÖGD-Befunde war mit 85% sehr hoch (Gastritis: 47,5%; Ösophagitis: 17,5%; Ulzera: 15,0%; Karzinome: 2,5%). Dabei stimmten die Verdachtsdiagnosen oft mit den ÖGD-Diagnosen überein. Patienten mit gastrokopisch gesicherter Diagnose wurden zu 95% leitlinienkonform therapiert. Bei t1 war fast ein Drittel der Teilnehmer beschwerdefrei, gut ein Drittel berichtete über eine Besserung der Dyspepie. Allerdings klagte ein weiteres Drittel der Patienten weiterhin über anhaltende dyspeptische Beschwerden.

Im GBB-24 reduzierte sich der Gesamtbeschwerdedruck des Studienkollektivs hoch signifikant, jedoch betrug der Beschwerdedruck bei t1 im Vergleich zur deutschen GBB-24-Normstichprobe noch fast das Doppelte.

Die Lebensqualität der Patienten verbesserte sich signifikant bis hoch signifikant. Allerdings erreichte das Studienkollektiv nicht die SF-36-Normwerte einer Referenzgruppe des Bundes-Gesundheitssurveys. Überraschenderweise konnten die im SF-36 üblichen Geschlechtsunterschiede nicht nachgewiesen werden.

Die im PHQ-D ermittelte psychische Komorbiditätsrate war außergewöhnlich hoch (t0: 60,2%; t1: 48,2%). Im Vergleich zu durchschnittlichen allgemeinmedizinischen Patienten traten im Studienkollektiv Depressionen drei- bis viermal, Angststörungen sogar sechsmal häufiger auf. Psychosoziale Stressoren kamen ebenfalls zwei- bis dreimal häufiger vor. Obwohl sich im Verlauf die Behandlungsrate bei depressiven und Angststörungen verdoppelte, erhielt nur jeder zweite Depressive und nur jeder Vierte mit einer Angststörung Psychopharmaka. Wider Erwarten bestanden im PHQ-D keine Geschlechtsunterschiede. In der Studiengruppe korrelierte der Schweregrad psychischer Störungen (DSM-IV-Kategorien) nahezu linear mit den körperlichen Beschwerden im GBB-24 und der gesundheitsbezogenen Lebensqualität im SF-36.

Die Hausärzte bewerteten die biopsychosozialen Belastungen der Patienten eher traditionell (Schmerzen, Arbeitsplatz, organische Erkrankungen). Nur 16,9% der Teilnehmer zeigten ein psychosomatisches Krankheitsverständnis, während 77,1% der Patienten auf eine somatische Genese fixiert waren. 96,4% der Patienten erhielten eine antiazidäre Medikation, jeder Zweite eine Krankschreibung. Psychopharmaka wurden im Vergleich zu üblichen Verordnungsdaten selten rezeptiert (7,2% vs. 17%). Gesprächsleistungen wurden wiederum relativ häufig erbracht (79,5% symptombezogene Beratungen, 37,3% psychodiagnostische Gespräche). Eine verbale Intervention im Sinne der PSGV erhielten nur 1,2% der Patienten. Obwohl die Hausärzte eine interdisziplinäre Kooperation in 41% der Fälle für wichtig hielten, fand sie nur in 3,6% statt. Psychosoziale Behandlungsmaßnahmen erfolgten unabhängig von den psychosozialen Belastungen, bei Patienten mit psychosomatischem Krankheitsverständnis allerdings signifikant häufiger. Im Studienkollektiv war die Anzahl der

Arztkontakte und Überweisungen fast doppelt so hoch wie bei durchschnittlichen Hausarztpatienten. Die mittlere Dauer der Arbeitsunfähigkeitszeiten (AU) betrug 1,3 Wochen, wobei nur 10% der Patienten die längsten AU-Zeiten verursachten. Die ärztlichen Erkennungsraten einer depressiven bzw. einer Angstsymptomatik waren sehr gut: 68% der Patienten mit Depressionen sowie 70% der Patienten mit Angststörungen wurden, gemäß den PHQ-D-Diagnosen, als solche richtig erkannt.

Der GBB-24 erwies sich als ein praktikables Instrument, um die subjektiv wahrgenommenen Körperbeschwerden der Patienten zu objektivieren und den erzielten Behandlungserfolg zu bewerten. Die Verlaufsmessung der gLQ mit dem SF-36 stellte sich ebenfalls als eine sehr geeignete Methode dar, um den bisherigen Therapieerfolg zu evaluieren und gleichzeitig diejenigen Bereiche zu identifizieren, in denen die Patienten im Alltag noch klinisch relevante Beeinträchtigungen aufwiesen. Daher würde die Einführung regelmäßiger gLQ-Messungen im hausärztlichen Setting einen wesentlichen Fortschritt für eine patientenzentrierte Therapie bedeuten. Analog zur allgemeinen ambulanten Versorgungssituation psychisch kranker Patienten war die Behandlung von Studienteilnehmern mit Dyspepsie und komorbiden psychischen Störungen ebenfalls unzureichend. Angesichts der ungewöhnlich hohen Prävalenz psychischer Störungen, sowie den beträchtlichen psychosozialen Belastungen im Studienkollektiv, wurde der enorme psychosoziale Betreuungsbedarf der untersuchten Dyspepsie-Patienten erst offensichtlich. Insofern wäre ein Routine-Screening des psychosozialen Status mit dem PHQ-D bei allgemeinärztlichen Dyspepsie-Patienten durchaus gerechtfertigt. Allerdings lohnt sich der zusätzliche Aufwand nur, wenn die behandelnden Hausärzte, gemeinsam mit den betroffenen Patienten, daraus die erforderlichen therapeutischen Konsequenzen ziehen.

Aufgrund der geringen Fallzahl sind die Ergebnisse der vorliegenden Arbeit nicht repräsentativ, sie bedürfen einer erneuten Überprüfung im Rahmen multizentrischer Erhebungen. Eine Langzeitstudie zur Versorgungsqualität von Dyspepsie-Patienten, die auch den fachärztlichen und stationären Sektor einschließt, wäre wünschenswert, sowohl um den Krankheitsverlauf als auch die Effizienz der Interventionen in dieser sozialmedizinisch bedeutsamen Patientengruppe abschließend bewerten zu können.