

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Direktor Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Bernd Löwe

Versorgung von Patienten mit somatoformen Störungen – Vergleichende Evaluation nach Etablierung eines Gesundheitsnetzes und Analyse des krankheitsspezifischen Informationsverhaltens

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von:

Sonja Sohela Parsai Djahromi
aus Bremen

Hamburg 2016

**Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 26.05.2016**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. B. Löwe

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: Prof. Dr. M. Scherer

Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS.....	I
TABELLENVERZEICHNIS.....	II
ABBILDUNGSVERZEICHNIS.....	III
 1 EINLEITUNG	 1
 2 THEORETISCHER HINTERGRUND.....	 3
2.1 Somatoforme Störungen	3
2.1.1 Epidemiologie.....	4
2.1.2 Verlauf und Prognose	5
2.1.3 Ätiologie	7
2.1.4 Klassifikation.....	8
2.1.5 Diagnostik und Therapie	10
2.2 Versorgungssituation.....	12
2.2.1 Allgemeine psychotherapeutische Versorgungssituation	12
2.2.2 Versorgungssituation für Patienten mit somatoformen Störungen	14
2.3 Inanspruchnahme des Gesundheitssystems	16
2.4 Der informierte Patient: Bezugsquellen medizinischer Fachinformation.....	17
2.5 Zielsetzung der Arbeit.....	21
2.6 Fragestellungen und Hypothesen.....	22
2.6.1 Fragestellung 1: Evaluation des Sofu-Net	22
2.6.2 Fragestellung 2: Informationsverhalten.....	25
 3 MATERIAL UND METHODEN	 26
3.1 Studienaufbau	26
3.1.1 Projektbeschreibung	26
3.1.2 Datenerhebung.....	29
3.2 Messinstrumente	30
3.2.1 Screening-Fragebogen.....	30
3.2.2 Checkliste	34
3.2.3 Telefoninterview	35
3.3 Statistische Auswertung.....	36
3.4 Ethische Aspekte.....	37

4	ERGEBNISSE	38
4.1	Stichprobenentstehung.....	38
4.2	Stichprobenbeschreibung.....	40
4.3	Fragestellung 1: Evaluation des Sofu-Net	43
4.3.1	Diagnostik.....	43
4.3.2	Behandlung.....	46
4.3.3	Inanspruchnahme.....	48
4.3.4	Organisation der Versorgung	49
4.4	Fragestellung 2: Informationsverhalten	50
4.4.1	Mediennutzung	50
4.4.2	Bevorzugte Nutzung von Medienkanälen	50
4.4.3	Anzahl der genutzten Kanäle.....	52
4.4.4	Zusammenhänge zwischen Patienteneigenschaften und der Medienkanalnutzung	52
5	DISKUSSION	55
5.1	Deskriptive Auswertung der Studienpopulation	56
5.2	Diskussion der Fragestellungen	58
5.2.1	Fragestellung 1 : Evaluation des Sofu-Net.....	58
5.2.2	Fragestellung 2: Informationsverhalten.....	65
5.3	Stärken und Limitationen der Studie	69
5.4	Zusammenfassende Diskussion und Ausblick.....	71
6	ZUSAMMENFASSUNG	73
	LITERATURVERZEICHNIS	75
	ANHANG.....	86
A:	Informationen für den Hausarzt („Ampelschema“).....	86
B:	Screening-Fragebogen	87
C:	Patienteninformation.....	94
D:	Einverständniserklärung	96
E:	Checkliste.....	98
F:	Statistik Übersicht.....	101
G:	Danksagung	102
H:	Lebenslauf.....	103
I:	Eidesstattliche Erklärung	104

Abkürzungsverzeichnis

ANOVA	analysis of variance (Varianzanalyse)
App	Applikation - Anwendungssoftware für Mobilgeräte
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
DGPM	Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie
DPtV	Deutsche Psychotherapeutenvereinigung
DSM-IV/-5	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4./ 5. Ausgabe
GAD-7	Generalized Anxiety Disorder Scale - ängstliche Symptomatik
HA	Hausarzt
ICD-10/-11	International Classification of Diseases, Version 10/11
IPQ-B	Brief Illness Perception Questionnaire
M	Mean (Mittelwert)
PHQ	Patient Health Questionnaire
PHQ-D	Patient Health Questionnaire - deutsche Version
PHQ-15	Patient Health Questionnaire - somatoforme Symptomatik
PHQ-9	Patient Health Questionnaire - depressive Symptomatik
PsychThG	Psychotherapeutengesetz
PTBS	posttraumatische Belastungsstörung
SD	standard deviation (Standardabweichung)
SF-12/36	Short Form 12/36 - gesundheitsbezogene Lebensqualität
Sofu-Net	Netzwerk für somatoforme und funktionelle Störungen
SOMS	Screening für somatoforme Störungen
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SSD	Somatic Symptom Disorder
vs.	versus
WHO	World Health Organisation

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Orientierungshilfe zu „green, yellow and red flags“/ protektive Faktoren und klinische Charakteristika schwerer und gefährlicher Verläufe.....	6
Tabelle 2:	Netzwerkelemente des Sofu-Net.....	28
Tabelle 3:	Stichprobeneigenschaften der Prä-Erhebung.....	40
Tabelle 4:	Stichprobeneigenschaften der Post-Erhebung.....	41
Tabelle 5:	Zusammenhang von soziodemographischen Daten und Teilnahme am Telefoninterview.....	42
Tabelle 6:	Gesprächsverhalten prä und post Sofu-Net.....	44
Tabelle 7:	Medikamenteneinnahme prä und post Sofu-Net.....	47
Tabelle 8:	Inanspruchnahme des Hausarztes prä und post Sofu-Net.....	49
Tabelle 9:	statistische Kennwerte aus Berechnungen zur geschlechtsspezifischen Kanalnutzung.....	52
Tabelle 10:	statistische Kennwerte aus Berechnungen zur nationalitätsgebundenen Kanalnutzung.....	54
Tabelle 11:	Überblick über die verwendeten statistischen Verfahren.....	101

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Medienkanalnutzung.....	18
Abbildung 2: Wissenschaftliche Evaluation des Sofu-Net.....	26
Abbildung 3: Stichprobenentstehung der Prä- und Post-Erhebung.....	39
Abbildung 4: Prävalenz der Risikopatienten im Prä-Post-Vergleich.....	43
Abbildung 5: Gesprächsverhalten der Risikopatienten gegenüber dem Hausarzt im Prä-Post-Vergleich.....	45
Abbildung 6: Medikamentennutzung der Risikopatienten im Prä-Post-Vergleich.....	48
Abbildung 7: bevorzugte Nutzung von Medienkanälen.....	51
Abbildung 8: Zusammenhang zwischen Bildungsstatus und Nutzung medizinischer Informationsseiten im Internet bei Risikopatienten.....	53

1 Einleitung

Mit der Vision *Heute und in Zukunft - psychische Gesundheit fördern und psychische Erkrankungen früh erkennen und nachhaltig behandeln* gewann das Projekt *psychenet-Hamburger Netz psychische Gesundheit* den vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Jahre 2008 ausgeschriebenen Wettbewerb *Gesundheitsregionen der Zukunft - Fortschritt durch Forschung und Innovation*. Ziel dieses Projektes war es, durch wegweisende Versorgungsmodelle die Vorbeugung, Diagnose und Behandlung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in der Hamburger Region zu verbessern.

Das psychenet-Projekt beinhaltete verschiedene Teilprojekte, die fünf Schwerpunkten zugeordnet waren: Aufklärung und Bildung, krankheitsübergreifende Prävention, Verbesserung der Diagnostik, Indikationsstellung und Behandlung, Stärkung der Betroffenen und Angehörigen sowie neue Strukturen in der Versorgung (Härter et al. 2012). Den letzten Punkt adressierend wurde das Teilprojekt *Netzwerk für somatoforme und funktionelle Störungen* (Sofu-Net), geleitet von Prof. Dr. Bernd Löwe (Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, UKE), entwickelt, um die Versorgungssituation von Patienten mit somatoformen Störungen zu verbessern. Durch den Aufbau von vernetzten Versorgungsstrukturen mit definierten Behandlungspfaden sollte die Zeit zwischen Anfang der Erkrankung bis zur angemessenen Therapie verkürzt werden, um Chronifizierung, persönliches Leiden und Gesundheitskosten zu vermindern.

Die Laufzeit des gesamten Projekts betrug vier Jahre. Die erste zweijährige Phase diente dem Aufbau des Sofu-Net und der Überprüfung der Machbarkeit im Rahmen einer Prä-Post-Studie. In der darauffolgenden zweijährigen Phase wurden die Erfolge und die Wirksamkeit des Gesundheitsnetzes im Vergleich zu einer Kontrollregion evaluiert.

An dem Gesundheitsnetz waren sowohl Hausärzte¹ der Region, niedergelassene ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, Psychiater, Spezialambulanzen, Kliniken, die Hamburger Ärzte - und Psychotherapeutenkammer, sowie die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und ärztliche Psychotherapie (DGPM) als Kooperationspartner beteiligt. Die Aufgabe der Hausärzte war es mit Hilfe eines Screening-Fragebogens somatoforme Störungen bei Patienten zu identifizieren, um sie

¹ Soweit nicht anderweitig spezifiziert, sind im Folgenden mit der männlichen Form ausdrücklich beide Geschlechter gemeint.

daraufhin an die entsprechenden Netzwerkpartner zu vermitteln, damit zügig eine adäquate Behandlung eingeleitet werden konnte.

Die vorliegende Dissertation wurde im Rahmen des Sofu-Net realisiert und bezieht sich auf die Phase I des Projekts. Im Sinne einer Prä-Post-Evaluation wurden erste Ergebnisse der Studie ermittelt. Des Weiteren wurden während der Post-Erhebung Daten zum Informationsverhalten von Patienten mit somatoformen Störungen erhoben und in dieser Arbeit ausgewertet.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Somatoforme Störungen

Somatoforme Störungen zeichnen sich durch anhaltende oder häufig wiederkehrende multiple körperliche Beschwerden aus, für die auch nach ausreichender Diagnostik kein organmedizinisches Korrelat gefunden werden kann. Diese Beschwerden können sich als Schmerzen, funktionelle Störungen in verschiedenen Organsystemen (gastrointestinal, kardiopulmonal, urogenital, neurologisch, muskuloskeletal) oder als Müdigkeit bzw. chronische Erschöpfung äußern (Henningsen et al. 2007). Der Begriff *funktionell* wird eher in der somatischen Medizin benutzt und deutet die Störung der Funktion eines Organ(systems) an (Hausteiner-Wiehle et al. 2012 a). Abzugrenzen sind *medizinisch nicht erklärbare Symptome*, die sich auch als körperliche Symptome äußern, die nicht durch eine somatische Ursache erklärt werden können. Diese Symptome sind jedoch häufig nicht von langer Dauer und im Gegensatz zu den somatoformen Störungen in keinem Diagnose-System integriert (Rief 2007, Smith und Dwamena 2007).

Die Betroffenen sind meist von einer somatischen Ursache ihrer Beschwerden überzeugt und lehnen eine psychosoziale Ursache ihrer Symptome häufig ab (Lahmann et al. 2010). Dies kann zu einer schwierigen Arzt-Patienten-Beziehung führen (Nanke und Rief 2003; Rief 2007). Der langwierige Krankheitsverlauf ist durchzogen von mehreren somatisch ausgerichteten Therapieversuchen, die häufig abgebrochen werden. Dies verstärkt die Unzufriedenheit der Patienten bezüglich der ärztlichen Versorgung und steigert die Enttäuschung über die Beschwerdepersistenz. Folglich versuchen die Betroffenen durch häufige Arztbesuche und Arztwechsel eine für sie zu akzeptierende Erklärung zu finden. Dieses Phänomen wird als „Doctor-Hopping“ oder „Doctor-Shopping“ bezeichnet (Lahmann et al. 2010) und führt zu einer hohen Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (Barsky et al. 2005; siehe 2.3). Daraus wiederum resultieren hohe direkte und indirekte Gesundheitskosten (Konnopka et al. 2012), die im Vergleich zu Patienten ohne eine somatoforme Störung doppelt so hoch sind (Barsky et al. 2005). Bei über 50 % der Patienten mit einer somatoformen Störung existiert eine komorbide depressive Störung oder Angststörung (Kroenke et al. 1994, Löwe et al. 2000, 2008 a, Steinbrecher et al. 2011) und auch die Suizidalitätsrate ist bei Patienten mit einer somatoformen Störung erhöht (Wiborg et al. 2013 a).

2.1.1 Epidemiologie

Die somatoforme Störung ist mit einer Lebenszeitprävalenz von 12.9 % eine der häufigsten psychischen Störungen in Deutschland und folgt an dritter Stelle den Sucht- und Angststörungen (Ronel et al. 2008).

Die Angaben der Prävalenz schwanken jedoch sehr stark. Bei der Betrachtung der Häufigkeit ist ausschlaggebend, ob die Prävalenz in der Gesamtbevölkerung, in der Primärversorgung oder in der stationären Versorgung betrachtet wird. Außerdem kommt es darauf an, mit welchen Untersuchungsmethoden die Prävalenz gemessen wird.

Eine deutsche Studie zeigte, dass die Prävalenz von somatoformen Störungen in der Primärversorgung mit der Verwendung diagnostischer Interviews (Toft et al. 2005) mit 35.9 % höher ausfällt als mit dem Gebrauch von Symptomchecklisten (18.4 %; Hanel et al. 2009). Des Weiteren spielt es eine Rolle nach welchem Klassifikationssystem, dem *International Classification of Diseases* (ICD-10) oder dem *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV), die Diagnose getroffen wird, da sich die diagnostischen Kriterien hier unterscheiden (Lahmann et al. 2010; siehe 2.1.4).

Dass Somatisierung ein verbreitetes Phänomen in der Allgemeinbevölkerung ist, konnte in der Studie von Hiller et al. (2006) gezeigt werden. Hier gaben 80 % der Befragten an, an einem Symptom aus der DSM-IV- oder ICD-10-Liste zu leiden, welches eine leichte Beeinträchtigung verursachte. Es litten 20 % an einem Symptom, das zu einer schweren Beeinträchtigung führte. Dem deutschen Bundesgesundheitsurvey zufolge liegt die zwölf-Monats-Prävalenz bei 3.5 % für irgendeine somatoforme Störung (Jacobi et al. 2014). Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung findet sich in der Primärversorgung ein weitaus größerer Anteil von Patienten, die an somatoformen Symptomen leiden. Im hausärztlichen Setting besteht eine zwölf-Monats-Prävalenz von 22.9 % für somatoforme Störungen (Steinbrecher et al. 2011). Laut Fink et al. (1999) treffen sogar auf über ein Viertel der Patienten in der Primärversorgung Kriterien einer undifferenzierten somatoformen Störung nach dem DSM-IV zu. Mehr als 8 % der Patienten in der Primärversorgung fallen in das Muster einer multisomatoformen Störung, die sich durch drei oder mehr medizinisch nicht erklärbare Symptome und einer bestehenden somatoformen Erkrankung charakterisiert (Kroenke et al. 1997). Nicht nur in der Primärversorgung, sondern auch in spezialisierten Bereichen, wie zum Beispiel somatischen Spezialambulanzen oder Praxen und in der Sekundärversorgung, kommen somatoforme Störungen gehäuft vor. In spezialisierten Settings geht man von einem Anteil der Patienten mit somatoformen Störungen von 50 % aus (Hausteiner-

Wiehle et al. 2012 b). Auch im Bereich der stationären Gastroenterologie und Neurologie sind Prävalenzraten von bis zu 50 % zu finden (Reid et al. 2001).

Frauen sind von einer somatoformen Störung häufiger betroffen als Männer (de Waal et al. 2004, Hiller et al. 2006, Jacobi et al. 2014, Toft et al. 2005). Das Verhältnis von weiblich zu männlich beträgt 1.5-3:1 (Jacobi et al. 2004, Kapfhammer 2005). Des Weiteren ist Somatisierung assoziiert mit einem Alter von über 45 Jahren, mit einem niedrigen Bildungsstatus, einem geringen Einkommen, einem Wohnort in ländlicher Gegend, Migration (Hiller et al. 2006, Kirkcaldy et al. 2006) und Partnerlosigkeit (Jacobi et al. 2014).

2.1.2 Verlauf und Prognose

Der eher chronische Verlauf der somatoformen Störung ist an einen hohen subjektiven Leidensdruck und hohe Kosten gekoppelt (Löwe et al. 2000). Im Vergleich zu somatischen Erkrankungen wird die Lebensqualität als geringer beschrieben (Aiazaguena et al. 2008). Die Lebenserwartung ist wahrscheinlich normal (Dreyer et al. 2010), wobei das Suizidrisiko, primär bei chronischen Schmerzen, im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöht ist (Fishbain et al. 2009, Wiborg et al. 2013 a, 2013 b). Bei mindestens der Hälfte der Betroffenen verbessern sich die Beschwerden im Laufe eines Jahres wieder. Die Funktionsfähigkeit und auch die Lebensqualität der Patienten steigen wieder (Creed und Barsky 2004). Jedoch berichtet ein immer noch großer Anteil von 10-30 % der Patienten über eine Symptompersistenz oder sogar eine Verschlechterung ihrer Beschwerden (olde Hartmann et al. 2009).

Prognostisch unvorteilhaft ist eine hohe Anzahl an somatoformen Beschwerden zu Beginn der Störung (Creed und Barsky 2004, olde Hartman et al. 2009), das Vorliegen von komorbiden psychischen Störungen (Creed und Barsky 2004, Löwe et al. 2000) sowie ein hohes Alter (Creed und Barsky 2004). In Tabelle 1 werden die protektiven bzw. prognostisch günstigen Faktoren, die klinischen Charakteristika schwerer Verläufe und die Warnsignale für abwendbar gefährliche Verläufe einer somatoformen Störung übersichtlich dargestellt.

Tabelle 1

Orientierungshilfe zu „green, yellow and red flags“ /protektive Faktoren und klinische Charakteristika schwerer und gefährlicher Verläufe (entnommen aus Hausteiner-Wiehle et al. 2012 a: modifiziert nach Henningsen et al. 2007, Kirmayer und Robbins 1991, Smith und Dwamena 2007)

Mögliche protektive/ prognostisch günstige Faktoren („green flags“)	Klinische Charakteristika schwerer Verläufe („yellow flags“)	Warnsignale für abwendbar gefährliche Verläufe („red flags“)
Aktive Bewältigungsstrategien (z. B. körperliches Training, positive Lebenseinstellung, Motivation für Psychotherapie)	mehrere Beschwerden (polysymptomatischer Verlauf)	schwerste Ausprägung der Beschwerden
gesunde Lebensführung (ausreichend Schlaf, ausgewogene Ernährung, Bewegung und Entspannung)	häufige bzw. anhaltende Beschwerden (ohne oder nur mit seltenen/kurzen beschwerdefreien Intervallen)	Auftreten bekannter Warnsignale somatisch definierter Erkrankungen
sichere Bindungen, soziale Unterstützung	dysfunktionale Gesundheits- /Krankheitswahrnehmung (z. B. katastrophisierendes Denken, starke gesundheitsbezogene Angst)	Hinweise auf ernstes selbstschädigendes Verhalten
gute Arbeitsbedingungen		Suizidalität
gelingende Behandler-Patient- Beziehung	dysfunktionales Gesundheits- /Krankheitsverhalten (hohes Inanspruchnahmeverhalten, Schon- und Vermeidungsverhalten)	körperliche Folgeschäden (z. B. Fixierung von Fehlhaltungen, Bewegungseinschränkungen bis hin zu starker Einschränkung der Beweglichkeit gesonderter Gelenke, Kontrakturen, starke Gewichtszunahme, Bettlägerigkeit)
biopsychosozialer, entkatastrophisierender Ansatz unter Vermeidung unnötiger Maßnahmen	deutlich reduzierte Funktionsfähigkeit; Arbeitsunfähigkeit > 4 Wochen, sozialer Rückzug, körperliche Dekonditionierung, evtl. körperliche Folgeschäden	besonders schwere psychische Komorbidität (z. B. schwere depressive Entwicklung; Angst, die den Patienten das Haus nicht mehr verlassen lässt)
	mäßige bis hohe psychosoziale (evtl. auch biografische) Belastung (z. B. Niedergeschlagenheit, Zukunftsängste, wenig Sozialkontakte)	häufige Behandlerwechsel und Therapieabbrüche
	psychische Komorbidität (v. a. Depressionen, Angststörungen, posttraumatische Belastungsstörung, Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen)	Hinweise auf ernstes iatrogen schädigendes Verhalten
	Behandler-Patient-Beziehung (von beiden) als „schwierig“ erlebt	
	iatrogene „somatisierende“ Faktoren	

2.1.3 Ätiologie

Für somatoforme Störungen existieren mehrere ätiopathogenetische Modelle, von denen jedoch keines als erwiesen gilt. Eher wird eine multifaktorielle Genese der Erkrankung angenommen. Gemäß der S3-Leitlinie beruhen die Modelle auf psychosozialen, biologischen, iatrogenen, medizinsystemischen und soziokulturellen Faktoren, die in komplexen Wechselwirkungen zueinander stehen (Hausteiner-Wiehle et al. 2012 a).

Im psychodynamischen Sinne können somatoforme Symptome Ausdruck einer inneren Konfliktsituation sein, die wiederum Folge von belastenden Ereignissen wie Traumatisierungen sind. Die Betroffenen versuchen sich von schmerzhaften Emotionen zu befreien, indem die Gefühle aus der Psyche verdrängt werden und sich dann als körperliche Symptome widerspiegeln (Löwe et al. 2000). Auffällig sind ebenfalls die vermehrt unsicheren Bindungsmuster bei den Betroffenen (Waller et al. 2004). Im Rattenmodell wurde gezeigt, dass bei geringem Pflegeverhalten der Eltern die Stressanfälligkeit lebenslang erhöht ist und dass die Schmerzschwelle durch eine frühe Trennung der Jungtiere von der Mutter erniedrigt wird (Weaver et al. 2004, 2007). Eine erhöhte Stress- und Schmerzvulnerabilität kann durch Einwirken ungünstiger Faktoren (z. B. Traumata, sexueller Missbrauch in früher Kindheit) in den Entstehungsprozess des Stressverarbeitungssystems entstehen (McEwen 2007, Sack et al. 2007). Weitere Risikofaktoren für die Disposition, Auslösung sowie Aufrechterhaltung somatoformer Störungen können Erfahrungen mit medizinisch nicht erklärbaren Symptomen in der Kindheit oder bei Bezugspersonen (Modelllernen), körperliche Erkrankungen oder Unfälle, stressige Lebensereignisse, psychische Komorbiditäten oder ein sekundärer Krankheitsgewinn sein (Henningsen et al. 2007).

Das Modell der somatosensorischen Amplifikation von Barsky und Wyshak (1990) begründet die Entwicklung eines „Schmerzgedächtnisses“ mit einer wiederholenden Abfolge von verschiedenen körperlichen Reaktionen. Betroffene schenken normalen Körperreaktionen übermäßige Aufmerksamkeit und bewerten diese auf katastrophisierende Weise. Durch die Fokussierung ihrer Aufmerksamkeit entsteht eine gesteigerte psychophysiologische Anspannung, die wiederum die Aufmerksamkeit verstärkt. Auch Rief und Barsky (2005) sind der Meinung, dass nicht nur psychische, sondern auch eine Vielzahl von biologischen Prozessen mit der Entstehung einer somatoformen Störung assoziiert sind. Obwohl somatoforme Störungen als körperliche Beschwerden, zu denen kein organmedizinisches Korrelat gefunden werden können, beschrieben werden, bedeutet dies nicht, dass diese Symptome keine physiologischen

Kovariaten haben (Henningesen et al. 2007). Das endokrine System scheint zum Beispiel eine Rolle für die Schmerzwahrnehmung zu spielen. Die Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse wird durch Stress aktiviert und beeinflusst so die Schmerzwahrnehmung. Auch die Konzentration von verzweigtkettigen Aminosäuren scheint eine Bedeutung zu haben, da sie bei Patienten mit einer Somatisierungsstörung geringer ist als in der Kontrollgruppe. Diese Aminosäuren sind relevant für den Energiestoffwechsel in den Muskeln. Der Mangel könnte daher ein Pendant für ein subjektives Schwächegefühl sein (Rief et al. 2004). Die Mechanismen im Gehirn sind noch nicht vollständig geklärt, jedoch sind Rückenmark, Hirnstamm, Hypothalamus, Amygdala, Hippocampus, präfrontaler und cingulärer Kortex, Thalamus und somatosensorischer Kortex als an der Schmerzwahrnehmung beteiligte Strukturen bekannt und mindestens einige dieser Strukturen sind erwartungsgemäß an der Wahrnehmung von somatoformen Symptomen beteiligt (Jones 2003). Im Normalfall erreichen die meisten körperlichen Signale, die an das Gehirn weitergeleitet werden, nicht das Bewusstsein gesunder Menschen, da sie durch den neuralen Filterungsprozess „ausortiert“ werden. Das *Signal-Filter-Modell* besagt, dass bei Patienten mit einer somatoformen Störung die Misswahrnehmung entweder auf verstärkten sensorischen Signalen oder auf reduzierten Filterkapazitäten beruht (Rief und Barsky 2005).

Zu einer iatrogenen Somatisierung kann es kommen, wenn Patienten Hinweise auf eine psychosoziale Ursache ihrer Symptome äußern, diese jedoch von den Ärzten ignoriert werden und die Annahme einer somatischen Ursache auf diese Weise und des Weiteren durch das Einleiten weiterer körperlicher Diagnostik verstärkt wird (Henningesen et al. 2007).

Ferner kann für die Genese einer somatoformen Störung eine Inakzeptanz und Illegitimität für unklare körperliche Beschwerden in der Gesellschaft ursächlich sein, die dazu führt, dass die Betroffenen ihre Beschwerden eher betonen als sich von ihnen zu distanzieren (Hausteiner-Wiehle et al. 2012 a).

2.1.4 Klassifikation

Bereits seit langer Zeit beschäftigten sich Wissenschaftler mit der „Nahtstelle zwischen Soma und Psyche“ und „Fragen nach dem Dualismus des Leib-Seele-Problems“ (Ronel et al. 2008, S. 207). Schon 1900 v. Chr. wurde das Phänomen der Hysterie, das als Vorgänger der somatoformen Störung angesehen wird, beschrieben. Der Beginn für ein

grundlegendes Verständnis somatoformer Störungen wurde durch den Pariser Nervenarzt Pierre Briquet (1796-1881) herbeigeführt. Er beschrieb eine „extreme Empfindlichkeit des Nervensystems“ auf äußere Reize, welche zu unterschiedlichsten Schmerzsymptomen führt (Ronel et al. 2008, S. 208). Des Weiteren schilderte er Angstattacken und „sensomotorische Paralysen“, die mit den eben genannten Symptomen einhergehen (Ronel et al. 2008, S. 209). Noch bis in die 1980er Jahre waren somatoforme Störungen bei Ärzten unter dem Titel *Briquet-Syndrom* bekannt. Briquets Berufsgenosse, der Pariser Internist und Begründer der modernen Neurologie Jean-Martin Charcot (1825-1893), charakterisierte die Hysterie als „neuromuskuläre Übererregung, welche durch psychische Faktoren ausgelöst werden kann“ (Ronel et al. 2008, S. 209). Auf dem polysymptomatischen Typus der Briquetschen Hysterie beruhend wurde in den 60er Jahren die Verwendung des Begriffes *Somatisierungsstörung* geläufig (Ronel et al. 2008). Im Jahre 1980 wurde die somatoforme Störung als übergeordneter Begriff in das DSM- Klassifikationssystem aufgenommen und ein Jahr später auch im ICD-10 kategorisiert (Löwe et al. 2000).

Patienten mit einer somatoformen Störung charakterisieren sich laut ICD-10 durch eine „wiederholte Darbietung körperlicher Symptome in Verbindung mit hartnäckigen Forderungen nach medizinischen Untersuchungen trotz wiederholter negativer Ergebnisse und Versicherung der Ärzte, dass die Symptome nicht körperlich begründbar sind“ (Ronel et al. 2008, S. 212).

Das Kapitel F45 im ICD-10 gliedert sich in folgende Unterkategorien:

- F45.1 undifferenzierte Somatisierungsstörung
- F45.0 Somatisierungsstörung
- F45.2 Hypochondrische Störung
- F45.3 Somatoforme autonome Funktionsstörung
- F45.4 anhaltende somatoforme Schmerzstörung
- F45.8 Sonstige somatoforme Störungen
- F45.9 Somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet

(Dilling et al. 2014)

Das Vollbild einer somatoformen Störung, die *Somatisierungsstörung*, ist mit einer Prävalenz von 1 % in der Allgemeinbevölkerung (Creed und Barsky 2004) nur selten erfüllt, sodass die meisten Patienten mit einer geringeren Anzahl von somatoformen

Symptomen in die Restkategorie *undifferenzierte Somatisierungsstörung* fallen. Sowohl im ICD-10 als auch im bis Mai 2013 gültig gewesenen DSM-IV wird eine somatoforme Störung nach Ausschluss einer organischen Ursache der Beschwerden diagnostiziert (Ronel et al. 2008).

Da somatoforme Störungen im ICD-10 und DSM-IV sehr unklar und heterogen definiert sind bzw. waren, sind sie schlecht anwendbar für therapeutische und wissenschaftliche Zwecke. In den neuen Auflagen der Klassifikationssysteme ICD-11 und DSM-5 soll die Störung besser definiert sein, indem die Ausschlussdiagnose durch eine positive Definition der somatoformen Störung abgelöst wird (Lahmann et al. 2010). In der seit Mai 2013 veröffentlichten fünften Auflage des DSM-Klassifikationssystem wurde die ehemals als *Somatoform Disorder* bezeichnete Kategorie in die *Somatic Symptom Disorder* (SSD), im Deutschen *somatische Belastungsstörung* (Hiller und Rief 2014), umbenannt. Die in der neuen Auflage DSM-5 kategorisierte SSD umfasst die ehemaligen Diagnosen der Somatisierungsstörung, der undifferenzierten Somatisierungsstörung, der Schmerzstörung und teilweise auch der hypochondrischen Störung (Voigt et al. 2012). Die Unterscheidung von medizinisch erklärbaren und medizinisch nicht erklärbaren Symptomen wurde abgeschafft. Sobald eines oder mehrere belastende oder beeinträchtigende körperliche Symptome vorhanden sind, ist das Kriterium A einer SSD erfüllt. Zweitens wurden positive diagnostische Kriterien wie übertriebene Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen bezogen auf die körperlichen Symptome sowie mit den Symptomen assoziierte Gesundheitssorgen zum B-Kriterium hinzugefügt (American Psychiatric Association 2013, Creed et al. 2010, 2011, Rief und Martin 2014). In der Studie von Voigt et al. (2012) zeigt sich durch den Einschluss von psychologischen Symptomen im DSM-5 eine verbesserte prädiktive Validität und klinische Brauchbarkeit im Vergleich zur Diagnose der somatoformen Störung im DSM-IV.

2.1.5 Diagnostik und Therapie

Laut der S3-Leitlinie ist für eine adäquate Diagnostik und Behandlung von Patienten mit einer somatoformen Störung die Bildung eines partnerschaftlichen Arbeitsverhältnisses zwischen Arzt und Patient grundlegend (Henningsen et al. 2007). Dies ist von großer Bedeutung, da die Arzt-Patienten-Beziehung beim Vorliegen einer somatoformen Störung von beiden Seiten oft als schwierig empfunden wird (Hahn et al.

1996). Die Ärzte müssen den Patienten die Möglichkeit geben, ihre Beschwerden ausführlich zu schildern, ihnen dabei aktiv und aufmerksam zuhören (Anderson et al. 2008) und ihnen vermitteln, dass ihre Symptome real sind (Henningsen et al. 2007). Wenn psychosoziale Thematiken angesprochen werden, soll mit diesen beiläufig statt konfrontativ umgegangen werden. Es ist erforderlich, dass die Ärzte bei Hinweisen auf Probleme aus diesem Bereich empathisch reagieren und diese als wichtig erachten (Aiarzaguena et al. 2008). Die Patienten sollen in Diagnostik- und Therapiepläne mit einbezogen und somit an der sogenannten „partizipativen Entscheidungsfindung“ beteiligt werden (Bieber et al. 2008). Ein weiterer wichtiger Aspekt für einen funktionierenden Behandlungsprozess ist die Kooperation zwischen somatischen Ärzten und psychotherapeutischen Fachkräften, die entlang eines strukturierten Gesamtbehandlungsplans arbeiten (Hausteiner-Wiehle et al. 2012 a). Dies nimmt auch in der Sofu-Net-Studie eine führende Rolle ein.

Eine Simultandiagnostik, bei der sowohl organische als auch psychosoziale Faktoren mit eingeschlossen werden, sollte durchgeführt werden. Dafür sollten in einer ausführlichen Anamnese frühere und aktuelle Beschwerden, die Funktionsfähigkeit im Alltag und das psychische Befinden aufgenommen werden (Hausteiner-Wiehle et al. 2012 a). Dabei sollte eine organische Basisdiagnostik inklusive einer körperlichen Untersuchung immer stattfinden. Bei Bedarf können auch Fachspezialisten hinzugezogen werden (Creed et al. 2011). Eine weitere Diagnostik sollte jedoch nicht durchgeführt werden, sofern keine Anzeichen für eine bedrohliche Erkrankung vorhanden sind, da es sonst zur iatrogenen Verstärkung führen kann und sich die Symptome so verfestigen (van Bokhoven et al. 2009). Als psychometrisches Instrument eignet sich das *Screening für somatoforme Störungen* (SOMS), mit dem sowohl eine Status- als auch eine Verlaufsdagnostik durchführbar ist (Rief und Hiller 2003). Des Weiteren kann auch der in der Sofu-Net-Studie verwendete *Gesundheitsfragebogen für Patienten* (PHQ) verwendet werden (Löwe et al. 2000).

Der Hausarzt ist im Normalfall die erste Instanz, welche Patienten mit einer somatoformen Störung aufsuchen. Seine Aufgabe ist es eine somatoforme Störung zu identifizieren, um folglich eine adäquate Behandlung einleiten zu können (de Waal et al. 2004). Im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung, kann der Hausarzt über psychophysiologische Zusammenhänge einer somatoformen Störung aufklären. Bei leichteren Verläufen werden biopsychosoziale Erklärungsmodelle sowie eine körperliche und soziale Aktivierung der Patienten empfohlen. Wenn die Erkrankung

schwerer verläuft, ist ein kooperatives und koordiniertes Vorgehen mit regelmäßigen Terminen, einem klaren Behandlungsplan und realistischen Therapiezielen sinnvoll (Hausteiner-Wiehle et al. 2012 a). Die Durchführung einer Psychotherapie, vor allem die kognitiv-behaviorale, nimmt in der Therapie der somatoformen Störung einen großen Stellenwert ein (Kleinstäuber et al. 2011, Kroenke 2007, van Dessel et al. 2014). Bei besonders schweren Verläufen einer somatoformen Störung kommt eine multimodale, gegebenenfalls (teil)-stationäre Behandlung in Frage. Medikamente können zur Symptomlinderung gegeben werden, jedoch ist es wichtig, dass die Medikamenteneinnahme zeitlich begrenzt erfolgt (Hausteiner-Wiehle et al. 2012 b). Bei schmerzdominanten schweren Verläufen ist die niedrig dosierte, zeitlich befristete Gabe von Antidepressiva indiziert (Kroenke 2003, Sonnenmoser 2005). Henningsen et al. (2007) berichten jedoch, dass nicht medikamentöse Behandlungen, die eine aktive Beteiligung der Patienten erfordern, wie z. B. die Psychotherapie, effektiver zu sein scheinen als solche, die passiv geschehen, wie z. B. Operationen oder Injektionen.

2.2 Versorgungssituation

2.2.1 Allgemeine psychotherapeutische Versorgungssituation

Jacobi et al. (2004) ermittelten für Erwachsene in der Bundesrepublik Deutschland eine Ein-Jahres-Prävalenz für psychische Störungen von insgesamt 31.1 %. 37 % der Frauen und 25 % der Männer durchleben innerhalb eines Jahres eine psychische Störung, die mit einer besonders großen gesellschaftlichen Krankheitslast verbunden ist (Jacobi 2009). Häufig ist eine Psychotherapie angebracht und wirksam (Caspar et al. 2008). Das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) beschreibt in §1 die Psychotherapie als eine „mittels wissenschaftlich anerkannter psychotherapeutischer Verfahren vorgenommene Tätigkeit zur Feststellung, Heilung oder Linderung von Störungen mit Krankheitswert, bei denen Psychotherapie indiziert ist“ (Scholz 2008, S. 7).

Seit 1999 regelt das Psychotherapeutengesetz in Deutschland die Ausübung der Psychotherapie durch psychologische, also nichtärztliche, Psychotherapeuten. Es kam zur Gleichstellung von psychologischen und ärztlichen Psychotherapeuten bei unterschiedlichen Ausbildungen. Bis zur Einführung des Gesetzes hatten in Deutschland nur Ärzte das Recht, Psychotherapie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung durchzuführen. Diplom-Psychologen durften nur im sogenannten Delegationsverfahren

tätig werden, d.h. ein Arzt trug die Verantwortung und konnte mit der Kasse abrechnen. Die Bundesrepublik Deutschland weist im internationalen Vergleich sowohl im ambulanten Bereich (Praxen, Ambulanzen und Beratungsstellen), im teilstationären (Tageskliniken), als auch im stationären Bereich (Krankenhäuser und Kliniken) ein dicht ausgebautes System der psychotherapeutischen Versorgung auf (Scholz 2008).

Der Großteil der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Erwachsenen mit psychischen Störungen wird seit Inkrafttreten des Psychotherapeutengesetzes durch niedergelassene ärztliche (circa 3700) und psychologische (über 12000) Psychotherapeuten durchgeführt, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Im ambulanten Sektor arbeiten Ärzte aus folgenden Fachrichtungen: Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie/psychotherapie. Des Weiteren finden sich psychotherapeutisch tätige Ärzte verschiedener Fachrichtungen mit Zusatzbezeichnungen Psychotherapie und/oder Psychoanalyse (Scholz 2008).

Die stationäre Psychotherapie findet in Krankenhäusern und Rehabilitationskliniken statt, wobei im Jahr 2004 insgesamt mehr als 62000 Betten in Krankenhäusern und etwas weniger als 12500 Betten in Rehakliniken und Vorsorgeeinrichtungen für die psychotherapeutische Versorgung zur Verfügung standen (Scholz 2008).

Die Verteilung sowohl der ambulanten als auch der stationären psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland ist ungleich. Auffällig ist ein starkes Ost-West-Gefälle zu Ungunsten der neuen Bundesländer. Außerdem zeigt sich eine deutlich höhere Niederlassungszahl in Städten und Ballungszentren im Vergleich zu ländlichen Regionen. Auf einen Arzt kommen in Städten rund 2577, in ländlichen Regionen sogar 23106 Einwohner (Scholz 2008). Bei keiner anderen Facharztgruppe gibt es in der Bedarfsplanung eine derartige regionale Ungleichverteilung (Jacobi und Harfst 2011).

Vor dem Antritt einer Psychotherapie stehen erhebliche Barrieren, die den Grad der Inanspruchnahme beeinflussen (Löcherbach und Weber 2000). In der Primärversorgung werden psychische Störungen bei circa 50 % der Betroffenen nicht erkannt (Kruse et al. 1999). Sofern entsprechende Störungen identifiziert werden, werden zum einen die Patienten, die potenziell für eine Behandlung bereit wären, nicht adäquat über Therapiemöglichkeiten informiert. Zum anderen müssen die Betroffenen lange Wartezeiten und Beantragungsverfahren in Kauf nehmen, was den zeitnahen Beginn einer Behandlung blockiert (Zepf et al. 2003). Die Ergebnisse einer Studie der Universität Duisburg-Essen und der deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPtV),

bei der 2500 niedergelassene Psychotherapeuten der DPtV teilnahmen, zeigten Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten in Deutschland von durchschnittlich knapp 80 Tagen, nirgendwo ist sie kürzer als zwei Monate. Die unmittelbare Vergabe eines ersten Termins können nur 3 % der Psychotherapeuten gewährleisten (Walendzik et al. 2011). Zepf et al. (2003) berichten sogar über eine noch länger dauernde Wartezeit auf einen ambulanten Psychotherapieplatz. Sie gaben Werte von durchschnittlich 4.6 Monaten an. Sowohl die langen Wartezeiten als auch die Ungleichverteilung der Psychotherapeuten bestätigen die These der Unterversorgung in der ambulanten Psychotherapie (Walendzik et al. 2011). In der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland wurde ermittelt, dass nur knapp die Hälfte der Patienten mit einer psychischen Störung innerhalb des ersten Jahres nach Auftreten der Störung Kontakt zu einem Behandler hatte, bei dem größeren Anteil lag die Zeitspanne zwischen Diagnose und Therapiebeginn sechs bis sieben Jahre (Mack et al. 2014). Auch Wittchen und Jacobi (2001) untersuchten die Versorgungssituation von Patienten mit psychischen Störungen. Sie zeigten, dass von allen Personen mit einer manifesten zwölf-Monats-Diagnose und Hilfesuchverhalten 63.6 % keinerlei Intervention und nur 36.4 % irgendeine Intervention (definiert als mindestens einen Kontakt zum Psychotherapeuten) erhalten haben. Durch die langen Wartezeiten im ambulanten Sektor erhöht sich die Wahrscheinlichkeit einer Chronifizierung der Erkrankung. Patienten müssen auf stationäre Therapien zurückgreifen oder verzichten komplett auf eine Behandlung (Hausteiner-Wiehle et al. 2012 a).

Die Motivationen, einen Psychotherapeuten zu konsultieren, sind unterschiedlich. 25 % der Patienten suchen direkt aufgrund von eigener Entscheidung, 15 % durch Empfehlung von Freunden und Bekannten einen Psychotherapeuten auf. Nur jeder zweite wird von einem Arzt überwiesen. Deswegen könnte eine stärkere Vernetzung im medizinischen System, vor allem mit Hausärzten, die Versorgungssituation von Patienten mit psychischen Störungen verbessern (Walendzik et al. 2011).

2.2.2 Versorgungssituation für Patienten mit somatoformen Störungen

Es vergehen in der Regel mehrere Jahre, bis eine somatoforme Störung erkannt und daraufhin adäquat behandelt wird. Die Analyse der Daten der Prä-Erhebung der Sofu-Net-Studie ergaben eine Dauer von 16.8 Jahren von Symptombeginn bis zur

psychotherapeutischen Behandlung (Shedden-Mora et al. 2015). Ursachen für die lange Dauer liegen einerseits am Patienten selbst, da es oft lange dauert bis sich die Betroffenen erstmalig beim Arzt vorstellen, die eventuell vorhandene Scham, über psychosoziale Probleme mit dem Hausarzt zu sprechen, überwinden und sich dann für eine Behandlung entscheiden. Andererseits liegt der Grund im Gesundheitssystem, in dem es durch ungenügende Diagnostik und Behandlungsangebote zur Verzögerung kommt (Hausteiner-Wiehle et al. 2012 a, Murray et al. 2013).

Im Bundesgesundheitssurvey 1998 wurden die störungsspezifischen Behandlungsraten unterschiedlicher psychischer Störungen untersucht. Für die somatoforme Störung zeigte sich eine niedrige Behandlungsrate von 40.5 % und somit eine hohe Quote an nicht versorgten Patienten (59.5 %). Mehr Nicht-Versorgte gab es nur bei Suchterkrankungen (71 %, Wittchen und Jacobi 2001). Patienten mit einer somatoformen Störung warten nicht nur lange auf eine ambulante Behandlung, sondern erhalten auch nur selten eine vollstationäre Krankenhausbehandlung (Barmer GEK 2011).

Die aktuellen Versorgungsangebote werden von bestimmten Patientengruppen eher schlecht erreicht. Hierzu gehören einerseits Männer, die für psychosoziale Diagnostik und Therapie weniger empfänglich sind als Frauen (Kapfhammer 2005), andererseits alte Menschen, da in diesem Falle häufig parallel somatische Erkrankungen vorliegen und psychosomatisch bedingte Symptome nicht bemerkt werden (Hessel et al. 2003).

Als Problem in der Versorgung somatoformer Patienten werden mangelhafte Versorgungsstrukturen gesehen. Zum einen ist die nötige Kombination von somatischen und psychotherapeutischen Elementen in vielen Ländern aufgrund dualistisch verfasster Gesundheitssysteme noch ungenügend (Henningsen et al. 2007, Murray et al. 2013). Zum anderen kann sich der Hausarzt aufgrund von kurzen Kontaktzeiten nur begrenzt psychosomatischen Problemen widmen (Koch et al. 2007, Murray et al. 2013), obwohl nach der neuen Weiterbildungsordnung der Bundesärztekammer von 2003 extra ein Pflichtkurs für Psychosomatische Grundversorgung in die Facharztausbildung von Gynäkologen, Internisten und Allgemeinmediziner integriert wurde (Scholz 2008).

In einer Studie von Rief et al. (2006) wurde erforscht, ob ein eintägiges Trainingsprogramm für Hausärzte die Versorgung von Patienten mit unerklärlichen körperlichen Symptomen verbessert, da bewährte Therapien, wie kognitive Verhaltenstherapien oder auch stationäre Therapien mit psychologischen Interventionen, sehr teuer sind, um sie für alle Patienten mit einer somatoformen Störung anzubieten

und somit die Verbesserung von kostengünstigeren primärärztlichen Interventionen nötig ist. Die Ergebnisse zeigten, dass das Training zu einer signifikanten Abnahme der Inanspruchnahme des Gesundheitssystems bei entsprechenden Patienten führte.

Eine weitere Schwierigkeit ist die aktuelle Gesundheitspolitik, die die Probleme in der Versorgung fördert, indem technische diagnostische Maßnahmen, im Gegensatz zu zeitaufwendigen Kommunikationen, finanziell vergütet werden (Hausteiner-Wiehle et al. 2012 a). Der Mangel an effektiver Kommunikation ist auch laut Kovandžić et al. (2011) eines der Haupthindernisse in der psychosozialen Versorgung.

2.3 Inanspruchnahme des Gesundheitssystems

Der langwierige Krankheitsverlauf von Patienten mit einer somatoformen Störung ist durchzogen von übermäßiger Diagnostik und mehreren somatisch ausgerichteten Therapieversuchen, die häufig abgebrochen werden. Die Unzufriedenheit der Patienten bezüglich der ärztlichen Versorgung wird so verstärkt und die Enttäuschung über die Beschwerdepersistenz wird gesteigert. Folglich versuchen die Betroffenen durch häufige Arztbesuche und Arztwechsel eine für sie zu akzeptierende Erklärung zu finden (Lahmann et al. 2010). Hierbei entsteht eine hohe Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (Creed und Barsky 2004). Fast ein Viertel aller Hausarztbesuche fallen auf Patienten mit einer somatoformen Störung zurück (Fink et al. 1999, van Hemert et al. 1993). Auch bei stationären Patienten weisen 18 % Kriterien für eine somatoforme Störung auf (Hansen et al. 2011). Nanke und Rief (2003) untersuchten das Inanspruchnahmeverhalten von Patienten in deutschen Allgemeinarztpraxen. Von den 295 teilnehmenden Patienten erfüllten 82 % die Kriterien von mindestens einer somatoformen Störung. Durchschnittlich suchten diese 15.5-mal einen niedergelassenen Arzt in den letzten sechs Monaten auf, dreimal häufiger, als es bei der Allgemeinbevölkerung der Fall war. Entsprechend hierzu zeigte sich auch in der Sofu-Net-Studie eine signifikant höhere Inanspruchnahme des Hausarztes von Patienten, die ein erhöhtes Risiko für eine somatoforme Störung aufwiesen. Der Anteil von Patienten mit einer hohen Inanspruchnahme des Hausarztes war unter den Risikopatienten verglichen mit der Referenzgruppe doppelt so hoch (Shedden-Mora et al. 2016). In einer Studie von Barsky et al. (2005) wurden in zwei Allgemeinarztpraxen insgesamt 1546 Patienten per PHQ-15 Fragebogen zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems befragt. 20.5 % der Patienten waren screening-positiv für eine somatoforme Störung.

Die betroffenen Patienten wiesen im Vergleich zur Kontrollgruppe häufigere Hausarzt- und Facharztbesuche auf, wurden häufiger in der Notaufnahme vorstellig, wurden häufiger stationär aufgenommen und verursachten dadurch höhere ambulante und stationäre Kosten. Sowohl die ambulante und stationäre Inanspruchnahme als auch die jährlichen Kosten im Gesundheitssystem sind als circa doppelt so hoch, im Vergleich zu Patienten ohne eine somatoforme Störung, beschrieben. Auch Fink et al. (1999) schildern eine doppelt so hohe Frequenz, mit der Patienten mit einer somatoformen Störung den Arzt aufsuchen. Auch weitere Studien belegen, dass Betroffene relevant höhere direkte und insbesondere indirekte Gesundheitskosten im Vergleich zur Kontrollgruppe verursachen. Die direkten Kosten werden vor allem durch ambulante Arztbesuche (36 %), gefolgt von Medikamenten (25 %) und Krankenhausaufenthalten (19 %) verursacht. Die indirekten Kosten entstehen durch Produktivitätsausfälle bei der Arbeit (56 %), vorzeitige Berentung (29 %) und Arbeitsunfähigkeit (14 %, Hansen et al. 2011, Konnopka et al. 2012, 2013). Sowohl die direkten als auch die indirekten Gesundheitskosten können durch adäquate Therapie, wie die kognitive Verhaltenstherapie und weitere psychotherapeutische Maßnahmen, gesenkt werden (Hiller et al. 2003, Schade et al. 2011). Auch eine Therapie mit Antidepressiva kann laut Zhao et al. (2011) eine senkende Wirkung auf die Gesundheitskosten haben.

2.4 Der informierte Patient:

Bezugsquellen medizinischer Fachinformation

Der Gesundheitspolitik zu Folge sollte der Patient als mündiger Partner der Ärzte angesehen werden und als „Mitproduzent“ der eigenen Gesundheit eine wichtige Rolle im Versorgungssystem spielen (Dierks et al. 2001). Das eigenständige Informieren über verschiedene Gesundheitsthemen spielt hierbei eine große Rolle und wird von 80-90 % der Bevölkerung in die Tat umgesetzt. Die Meinungen der Ärzte über den informierten Patienten sind zwiespältig. Einerseits werden ein ausgeprägtes Informationsverhalten und die Eigeninitiative der Patienten von den Ärzten befürwortet, da somit das Krankheitsverständnis verbessert und eine gute Diskussionsgrundlage gebildet wird. Außerdem fördert das Informiertsein ein Gefühl der Selbstkontrolle für den Patienten. Auf der anderen Seite sind Patienten oft verunsichert durch die Bandbreite an Informationen, weil sie nicht einschätzen können, was auf sie zutrifft. Die Ärzte müssen sich gegen externe Informationen behaupten und erleben informierte Patienten oft als

fordernder und anstrengend (Baumgart 2010).

Es existieren verschiedene Kanäle, über die sich Patienten über Themen aus dem Gesundheitsbereich informieren können. Zum einen kann die Information durch persönliche Kommunikation beispielsweise mit einem Arzt, mit der Familie oder mit Freunden gewonnen werden. Zum anderen kann das gesundheitsbezogene Wissen über verschiedene Massenmedien wie zum Beispiel Zeitschriften, Internet oder Fernsehen erlangt werden. Das Marktforschungsinstitut *mindline media* berichtet in ihrem Report von 2013, wie sich die deutsche Bevölkerung über Themen zu Gesundheit und Medizin informiert und wie sich das Informationsverhalten in den letzten Jahren verändert hat. Anhand von computergestützten Telefoninterviews wurden deutschsprachige Personen per systematischer Zufallsauswahl befragt. Im Jahre 2009 haben 1001 Personen und 2013 508 Personen an der Befragung teilgenommen. Die Teilnehmer wurden gefragt, welche Möglichkeiten sie zumindest gelegentlich nutzen, um sich über das Thema Medizin und Gesundheit zu informieren. In *Abbildung 1* ist vergleichend dargestellt, wie viel Prozent der Befragten im Jahre 2009 und im Jahre 2013 den jeweiligen Medienkanal nutzten.

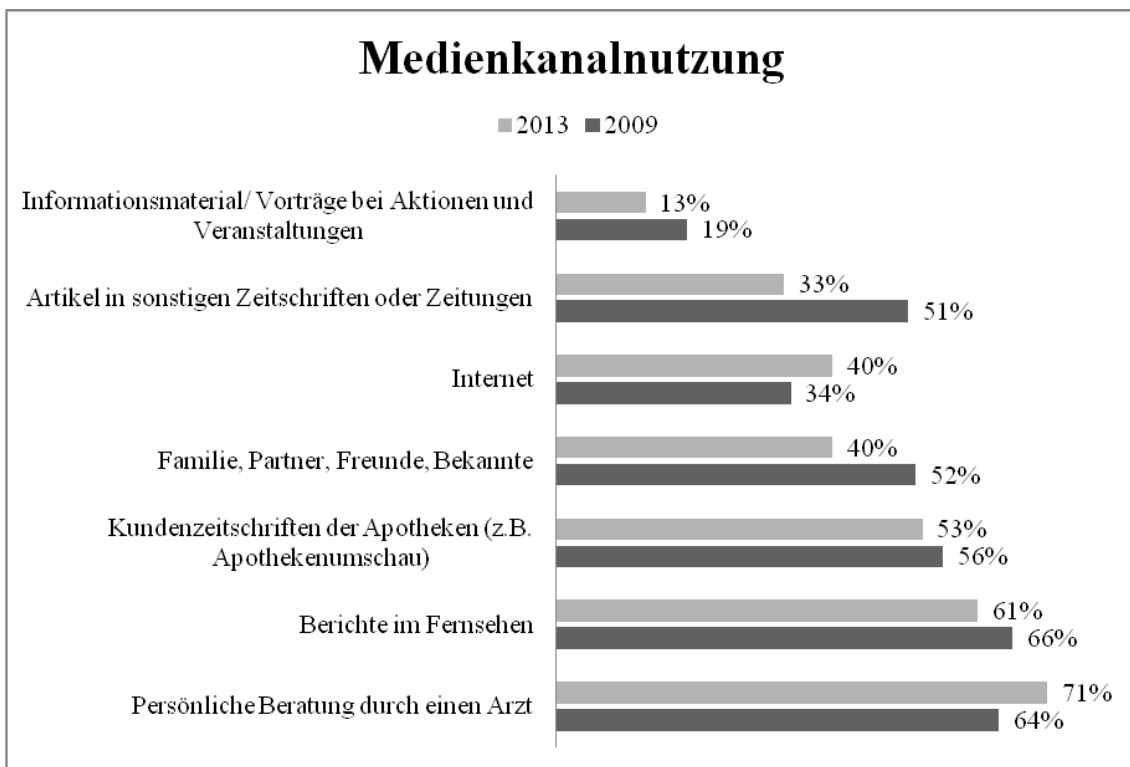


Abbildung 1. Medienkanalnutzung (in Anlehnung an mindline media 2013).

In dieser Umfrage ist zu erkennen, dass das Internet und die ärztliche Beratung an Bedeutung zunehmen. Bei der Untersuchung von Teilgruppen stellte sich heraus, dass vor allem jüngere Personen stärker das Internet nutzten und ihnen die persönlichen Empfehlungen ihres sozialen Umfeldes, also von Familie und Freunden, besonders wichtig waren. Ältere dagegen nutzten hauptsächlich Kundenzeitschriften von Apotheken als Informationsquelle. Die persönliche Beratung beim Arzt galt in allen Altersgruppen als am vertrauenswürdigsten, jedoch wurden Informationsmaterialien und Broschüren beim Arzt auch als vertrauenswürdige Quellen angesehen. Die am häufigsten genutzten Seiten im Internet zum Thema Krankheit und Gesundheit waren an erster Stelle das Online-Lexikon *Wikipedia*, gefolgt von Gesundheitsportalen (z. B. *netdokter.de*, *gesundheit.de*, *onmedia.de*) und Seiten von Krankenkassen, Ministerien und Ämtern. Eine weitere Gesundheitsstudie, die im Auftrag der Agenturgruppe MS&L von dem Marktforschungsinstitut SKOPOS erarbeitet wurde, untersuchte via Online-Befragung im August 2012 anhand von 1001 Teilnehmern das allgemeine Internetnutzungsverhalten und die Online-Informationssuche zu gesundheitsbezogenen Themen. Es zeigte sich, dass sich das Nutzungsverhalten seit 2010 grundlegend verändert und weiterentwickelt hat. Das Internet spielt in der gesundheitlichen Versorgung eine immer größer werdende Rolle. Der Nutzer benutzt das Internet aktiv als Informationsquelle, das heißt Leserkommentare nehmen an Bedeutung zu und Smartphones werden häufiger zur Informationsbeschaffung genutzt. Über 90 % der Internetnutzer informierten sich im Jahre 2012 im Internet über Gesundheitsthemen, im Jahre 2011 waren es nur 57 %.

Ein Grund dafür, dass das Internet zu einer der wichtigsten Informationsquellen zu werden scheint, ist, dass es einer der bequemsten Formen ist an Informationen heranzukommen (Bansil et al. 2006), da das Internet heutzutage fast an jedem Ort und jederzeit verfügbar ist. Eine Vielzahl von vor allem kostenfreien Gesundheitsdiensten, von reinen Informationen zu Gesundheitsthemen bis hin zu Interventionsprogrammen bei psychischen Störungen, wird online angeboten (Eichenberg und Brähler 2013). Das Internet wird vor allem von der jüngeren Generation - wie schon oben aufgeführt - (mindline media 2013), von Frauen, von chronisch Kranken und von Personen mit einem höheren Bildungsstatus (Bansil et al. 2006) zur Informationsbeschaffung herangezogen. Es wird zu verschiedenen Zwecken genutzt: 90.3 % aller Internetnutzer suchen nach Informationen, 41 % tauschen sich in Selbsthilfeforen aus, 31 % suchen nach niedergelassenen Psychotherapeuten und 28 % verwenden psychologische Online-

Tests als diagnostische Maßnahme (Eichenberg 2012). Außerdem wird gelegentlich Online-Beratung als zusätzliche Kontaktform oder auch ausschließlich von einigen Psychotherapeuten angeboten (Eichenberg und Ott 2012). Auch wenn bei konkreten Anlässen eher dem Arzt oder dem Apotheker vertraut wird, informieren sich 41 % der Patienten vor einem Arztbesuch und 31 % danach im Internet (Deutsches Ärzteblatt 2011). Die meisten Internetnutzer suchen über allgemeine Suchmaschinen wie zum Beispiel *google* Informationen zu Gesundheitsthemen (Eysenbach und Köhler 2002). Über 25 % der deutschen Allgemeinbevölkerung kann sich vorstellen, das Internet als Anlaufstelle bei psychischer Belastung zu nutzen (Eichenberg und Brähler 2013). Ganz unbedenklich ist die Informationssuche im Internet aber nicht, da im Vergleich zu anderen Informationsquellen das Internet eine große Menge von unregulierter Gesundheitsinformation beinhaltet. Studien, die Gesundheitswebseiten untersuchen, berichten über signifikante Probleme mit der Qualität und Genauigkeit der Information (Eysenbach und Diepgen 1998). Außerdem überprüft der Großteil der Suchenden nicht die Validität der Quelle (Eysenbach und Köhler 2002) und vielen fehlt die Fähigkeit glaubwürdige Informationen zu filtern (Smith et al. 2006 a). Mit der Fülle an ungefilterter Information aus dem Netz spielt auch die „Cyberchondrie“ eine wichtige Rolle. Der Begriff *Cyberchondrie* setzt sich aus den Wörtern *Cyber* und *Hypochondrie* zusammen und beschreibt eine Form der Hypochondrie, die durch Informationen aus dem Internet ausgelöst wird. Betroffene lesen auf diversen Internetseiten mit medizinischem Inhalt Details über verschiedene Erkrankungen und vergleichen die geschilderten Symptome dann mit ihren eigenen und stellen so häufig nicht zutreffende Eigendiagnosen. So kann eine Cyberchondrie entwickelt oder eine vorhandene Gesundheitsangst verstärkt werden (Ryan und Wilson 2008). In einer englischen Studie kam heraus, dass Patienten mit einem höherem Level an Hypochondrie häufiger nach Informationen zu Gesundheitsthemen im Internet suchten. Sie suchten länger und empfanden das Suchen als belastender und Angst provozierend im Gegensatz zu Patienten mit einem niedrigerem Level an Hypochondrie (Muse et al. 2012). Patienten mit somatoformen Symptomen berichten ebenfalls über einen häufigeren Gebrauch von online Gesundheitsinformationsseiten (Haviland et al. 2003).

Aber nicht nur das Internet als solches ist von immer größerer Bedeutung. Mit wachsender Popularität von Smartphones kommen auch immer mehr Gesundheits-Apps, also Anwendungssoftware für Mobilgeräte, auf den Markt. Einige Apps, beispielsweise zum Thema Stress oder Entspannung, sind bereits frei verfügbar, wobei

Apps zur Behandlung psychischer Erkrankungen noch in der Entwicklung sind. Diese Apps sollen aktuelle Fakten zum entsprechenden Problembereich liefern und durch individuell angepasste Einstellungen dabei helfen, die eigenen Emotionen besser zu kontrollieren. Des Weiteren soll mit Hilfe dieser Apps die Selbstwahrnehmung und das Selbstmanagement von psychischen Problemen verbessert werden. Auch wenn sich solche Apps eher nur für leichte bis mittelgradige psychische Störungen eignen, es noch viele ungeklärte Fragen aus dem datentechnischen und rechtlichen Bereich gibt und es bis jetzt auch noch keine Beurteilung zur Wirksamkeit solcher Apps gibt, stehen die Vorteile, wie die leichte Integrität in den Alltag und die kostengünstige und einfache Handhabung, im Vordergrund (Sonnenmoser 2013).

2.5 Zielsetzung der Arbeit

Das Sofu-Net wurde entwickelt, um die Versorgungssituation von Patienten mit einer somatoformen Störung zu verbessern. Gesundheitsnetzwerke für andere psychische Störungen wie Depressionen und Psychosen haben sich bereits als effektiv erwiesen (Karow et al. 2014), während entsprechende Netzwerke für Patienten mit somatoformen und funktionellen Störungen bis jetzt kaum etabliert oder evaluiert wurden (Smith et al. 2009, van der Feltz-Cornelis et al. 2006). Deswegen wurde ein koordiniertes, gestuftes Gesundheitsnetzwerk für Patienten mit somatoformen und funktionellen Störungen aufgebaut, indem Versorgungsstrukturen vernetzt, diagnostische Verfahren optimiert und Behandlungspfade definiert wurden, um die Zeit zwischen Beginn der Erkrankung und angemessener Therapie zu verkürzen und im Zuge dessen Chronifizierung, persönliches Leiden und Kosten im Gesundheitssystem zu vermindern.

Im Rahmen dieser Arbeit soll einerseits eine erste Evaluation des Gesundheitsnetzes im Sinne einer Machbarkeitsprüfung erfolgen, indem die Versorgungssituation und das Inanspruchnahmeverhalten von Patienten vor und nach Etablierung des Netzwerkes ausgewertet werden.

Andererseits soll analysiert werden, wie sich Patienten mit einer somatoformen Störung über Gesundheitsthemen informieren und aus welchen Quellen sie die Informationen beziehen. Da Patienten mit einer somatoformen Störung häufig eine psychosoziale Ursache ihrer Symptome ablehnen (Lahmann et al. 2010), ist es gerade bei dieser Patientengruppe wichtig, sie über die Hintergründe ihrer Erkrankung zu informieren, um so die Bereitschaft, sich um eine Psychotherapie zu bemühen und diese zu

beginnnen, zu steigern. Obwohl es diverse Möglichkeiten der Informationsbeschaffung für Patienten gibt, zeigen verschiedene Untersuchungen, dass zum Beispiel das Wissen in der Bevölkerung bezüglich Art, Inhalt, Erreichbarkeit, Erfolg und Finanzierung einer psychotherapeutischen Versorgung beschränkt ist (Scholz 2008). Deswegen ist eine gezielte Aufklärung und Information sowohl über das Krankheitsbild als solches, als auch über mögliche Therapieoptionen sinnvoll und erforderlich. Die Kenntnis über das Informationsverhalten der Risikopatienten² kann hilfreich sein, um die Betroffenen in Zukunft gezielter erreichen und adäquat mit Informationen versorgen zu können.

2.6 Fragestellungen und Hypothesen

2.6.1 Fragestellung 1: Evaluation des Sofu-Net

2.6.1.1 Diagnostik

Die erfolgreiche Diagnostik einer somatoformen Störung ist der Grundbaustein für die weitere Versorgung betroffener Patienten. Der Hausarzt ist in der Regel die erste medizinische Instanz, die von Patienten mit sowohl körperlichen als auch psychischen Symptomen aufgesucht wird. Seine Aufgabe besteht also darin, eine somatoforme Störung zu erkennen, um daraufhin eine passende Behandlung einleiten zu können (de Waal et al. 2004). Da die an der Studie teilnehmenden Hausärzte für somatoforme Störungen sensibilisiert wurden, ist davon auszugehen, dass die Patienten im Sofu-Net adäquater versorgt wurden, was einen geringeren Anteil an Risikopatienten zur Folge hatte. Daraus ergibt sich folgende Fragestellung mit dazugehöriger Hypothese:

Fragestellung 1.1: Hat sich die Prävalenz der Risikopatienten in der Post-Erhebung im Vergleich zur Prä-Erhebung verändert?

Hypothese 1.1: Die Prävalenz der Risikopatienten ist in der Post-Erhebung im Vergleich zur Prä-Erhebung gesunken.

² Als Riskopatienten werden im Folgenden die Patienten bezeichnet, die in der Sofu-Net-Studie positiv für eine somatoforme Störung gescreent wurden. Die Patienten, die ein negatives Screening-Ergebnis hatten, werden als Referenzgruppe zusammen gefasst.

An einer psychischen Störung zu leiden ist oft stigmatisierend. Gerade in diesem Fall ist der Aufbau einer partnerschaftlichen Arbeitsbeziehung zwischen Arzt und Patient wichtig (Henningsen et al. 2007). Bei Patienten, die ihren Behandlern Vertrauen schenken zeigt sich gerade bei chronischen Erkrankungen ein verbessertes Outcome und eine größere Patientenzufriedenheit (Murray und McCrone 2015). Es ist anzunehmen, dass die am Sofu-Net teilnehmenden Hausärzte für das Thema *psychische Störungen* sensibilisiert wurden und im genannten Fall ein notwendiges offenes Gespräch anboten. Daraus ergibt sich folgende Fragestellung mit dazugehöriger Hypothese:

Fragestellung 1.2: Hat sich das Gesprächsverhalten von Risikopatienten gegenüber dem Hausarzt bezüglich psychischer Beschwerden im Prä-Post-Vergleich verändert?

Hypothese 1.2: Risikopatienten sprechen in der Post-Erhebung mehr über psychische Beschwerden mit ihrem Hausarzt als in der Prä-Erhebung.

2.6.1.2 Behandlung

Eine zügige Einleitung einer adäquaten Behandlung ist im Falle einer somatoformen Störung wichtig, um Chronifizierung zu vermeiden. Die beim Sofu-Net teilnehmenden Hausärzte vermittelten die Patienten bei positivem Screening-Befund schnellstmöglichst an einen Netzwerkpartner (Psychotherapeuten, Psychologen). Daraus ergeben sich folgende Fragestellungen und dazugehörige Hypothesen:

Fragestellung 1.3: Hat sich das Empfehlungsverhalten der Hausärzte gegenüber den Risikopatienten bezüglich dem Beginnen einer Psychotherapie im Prä-Post-Vergleich verändert?

Hypothese 1.3: Hausärzte empfehlen den Riskopatienten in der Post-Erhebung häufiger eine Psychotherapie zu beginnen als in der Prä-Erhebung.

Fragestellung 1.4: Hat sich das Bemühen um psychotherapeutische Hilfe durch den Patienten selbst in der Post-Erhebung im Vergleich zur Prä-Erhebung verändert?

Hypothese 1.4: In der Post-Erhebung bemühen sich die Risikopatienten mehr um eine psychotherapeutische Behandlung als in der Prä-Erhebung.

Fragestellung 1.5: Hat sich die Anzahl der Risikopatienten, die sich in Psychotherapie befinden im Prä-Post-Vergleich verändert?

Hypothese 1.5: In der Post-Erhebung befinden sich mehr der Risikopatienten in Psychotherapie als in der Prä-Erhebung.

Nicht nur die Psychotherapie, sondern auch die medikamentöse Therapie spielt eine Rolle in der Behandlung psychischer Störungen (Kroenke 2003). Es ist anzunehmen, dass die Etablierung des Sofu-Net ein gezielteres Verschreibungsverhalten der Hausärzte bewirkte. Deswegen ergibt sich folgende Fragestellung mit dazugehöriger Hypothese:

Fragestellung 1.6: Hat sich die Medikamentennutzung im Prä-Post-Vergleich verändert?

Hypothese 1.6: Risikopatienten werden in der Post-Erhebung mehr Antidepressiva und weniger Benzodiazepine verschrieben als in der Prä-Erhebung.

2.6.1.3 Inanspruchnahme

Patienten mit einer somatoformen Störung besuchen den Hausarzt dreimal häufiger als Patienten ohne eine solche Störung (Nanke und Rief 2003). Termine helfen dabei, Struktur in den Patientenalltag zu bringen und unnötige Arztbesuche zu vermeiden (Hausteiner-Wiehle 2012 a). Daraus ergibt sich folgende Fragestellung mit dazugehöriger Hypothese:

Fragestellung 1.7: Hat sich die Inanspruchnahme des Hausarztes in der Post-Erhebung im Vergleich zur Prä-Erhebung verändert?

Hypothese 1.7: Risikopatienten nehmen den Hausarzt in der Post-Erhebung weniger in Anspruch als in der Prä-Erhebung.

2.6.1.4 Organisation der Versorgung

Von der Identifizierung bis hin zu einer notwendigen Behandlung einer somatoformen Störung vergehen oft noch mehrere Jahre (Müller et al. 2000, Murray et al. 2013, Shedden-Mora et al. 2015). Das Sofu-Net-Projekt setzte sich zum Ziel, somatoforme Störungen schnell zu erkennen und Patienten mit einer solchen Diagnose zeitnah in eine

psychotherapeutische Behandlung zu vermitteln. Daraus ergibt sich folgende Fragestellung mit dazugehöriger Hypothese:

Fragestellung 1.8: Hat sich die Wartezeit bis zum Erstgespräch und bis zur psychotherapeutischen Behandlung in der Risikogruppe im Prä-Post-Vergleich verändert?

Hypothese 1.8: Die Wartezeit auf ein Erstgespräch sowie bis zur psychotherapeutischen Behandlung hat sich in der Risikogruppe im Prä-Post-Vergleich verkürzt.

2.6.2 Fragestellung 2: Informationsverhalten

Das Wissen darüber, wie sich Patienten mit einer bestimmten Störung über Gesundheitsthemen informieren, welche Medienkanäle sie nutzen und ob es Zusammenhänge zwischen bestimmten Patienteneigenschaften und der Kanalwahl gibt, ist wichtig, um die Patienten zukünftig besser erreichen und mit passender Information versorgen zu können. Das Informationsverhalten von Patienten mit einer somatoformen Störung ist noch recht unerforscht. Daher ergeben sich folgende rein explorative Fragestellungen:

Fragestellung 2.1: Informieren sich Risikopatienten mehr über Gesundheitsthemen als Patienten der Referenzgruppe?

Fragestellung 2.2: Welche Medienkanäle werden von Risikopatienten häufiger genutzt als von Patienten der Referenzgruppe?

Fragestellung 2.3: Nutzen Risikopatienten mehr Medienkanäle als Patienten der Referenzgruppe?

Fragestellung 2.4: Gibt es Zusammenhänge zwischen Patienteneigenschaften (Geschlecht, Alter, Bildungsstatus, Nationalität) und Kanalnutzung im Gesamtkollektiv und in der Risikogruppe?

3 Material und Methoden

3.1 Studienaufbau

3.1.1 Projektbeschreibung

Die Daten wurden im Rahmen des BMBF-geförderten Projekts psychenet im Teilprojekt Sofu-Net erhoben. Ziel des Sofu-Net war es, durch enge Kooperation aller beteiligten Netzwerkpartner, eine frühzeitige Erkennung von somatoformen Störungen, eine schnelle Vermittlung der Betroffenen in eine spezialisierte Diagnostik und eine zügige Einleitung einer leitliniengerechten Behandlung sicher zu stellen. Mit Hilfe der begleitenden wissenschaftlichen Evaluation sollte die aktuelle Versorgungssituation von Patienten mit somatoformen Störungen eingeschätzt und basierend auf den Ergebnissen verbessert werden. Die auf vier Jahre ausgelegte Querschnittstudie setzte sich aus zwei zweijährigen Phasen zusammen. In der ersten Phase sollte eine Prä-Post-Evaluation, im Sinne einer Machbarkeitsstudie, durchgeführt werden. In der darauf folgenden zweijährigen Phase sollten die Erfolge und die Wirksamkeit des Gesundheitsnetzes im Vergleich zu einer Kontrollregion evaluiert werden (Shedden-Mora et al. 2015). Die *Abbildung 2* gibt einen Überblick über die Phasen der wissenschaftlichen Evaluation des Sofu-Net. Die vorliegende Arbeit basiert auf den Daten, die in der ersten Phase im Rahmen der Prä-Post-Studie erhoben wurden.

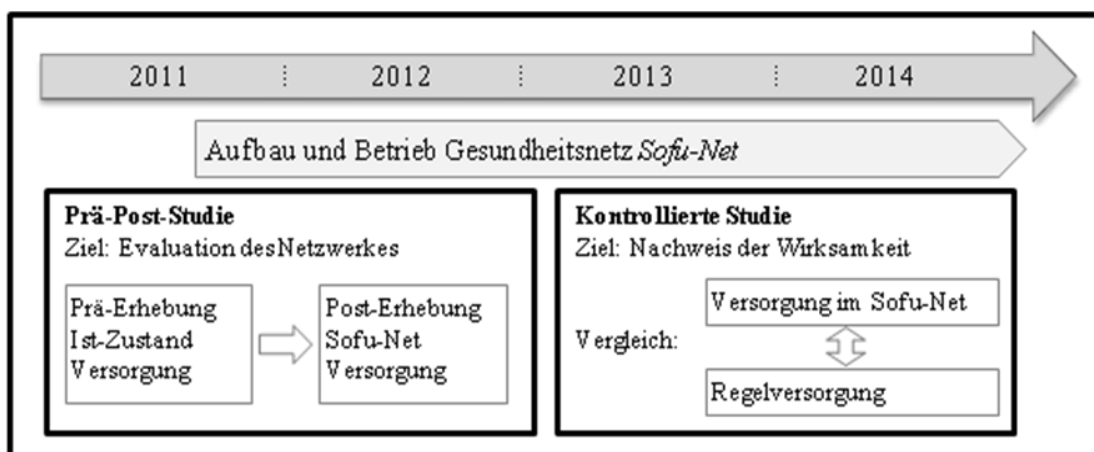


Abbildung 2. Wissenschaftliche Evaluation des Sofu-Net (entnommen aus Shedden-Mora et al. 2015).

Die Netzwerkpartner wurden mit Hilfe eines medizinischen Newsletters oder durch bestehende Beziehungen rekrutiert. An dem Gesundheitsnetz nahmen 41 Hausärzte, 35 niedergelassene ärztliche und psychologische Psychotherapeuten und acht psychosomatische klinische Einrichtungen teil. Während eines dreistündigen Netzwerktreffens zu Beginn des Sofu-Net wurden alle Netzwerkpartner in die Netzwerkstruktur, in die Richtlinien des Managements von somatoformen Störungen und in den Gebrauch aller Netzwerkelemente eingeführt. Als zentrale Koordinatoren für diagnostische und therapeutische Maßnahmen erhielten die beteiligten Hausärzte für eine bessere Früherkennung einer somatoformen Störung einen Screening-Fragebogen, basierend auf dem leitliniengetreuen PHQ (siehe 3.2.1.1). Auffälligen Patienten wurde dann dieser Selbstbeurteilungsbogen ausgehändigt, damit bei einer erhöhten somatischen Belastung eine an den Schweregrad und die Komorbiditätsstruktur angepasste Behandlung eingeleitet werden konnte. Es war vorgesehen, innerhalb von vier Wochen für Patienten mit hoher Symptomschwere einen Termin für ein Erstgespräch zur weiteren Diagnostik und Therapieplanung in einer psychosomatischen Ambulanz oder bei einem ambulanten Psychotherapeuten zu vereinbaren. Die Ergebnisse über Diagnostik und Therapieempfehlung wurden daraufhin von den Psychotherapeuten in einem Kurzberichtformular an den Hausarzt rückgemeldet. Bei Indikation sollten die Patienten nach einer Dauer von maximal acht Wochen eine ambulante Psychotherapie oder bei starken Beschwerden auch eine stationäre Therapie in einer beteiligten Fachklinik beginnen. Begleitend konnten sich die Patienten stetig mit Hilfe einer Broschüre sowie über die psychenet-Website (www.psychenet.de) über somatoforme Störungen informieren. Außerdem wurden regelmäßig psychoedukative Veranstaltungen über somatoforme Störungen angeboten, in denen das Verständnis über zusammenhängende körperliche Symptome und psychische Einflussfaktoren sowie Behandlungsansätze geschult wurde. Eine effektive Kommunikation zwischen den Netzwerkpartnern konnte durch ein Kontaktbuch und einen E-Mail-Verteiler gewährleistet werden. Eine Koordinierungsstelle für die Netzwerkpartner am Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des UKE unterstützte die Organisation aller Maßnahmen. Um Abläufe innerhalb des Sofu-Net zu optimieren, fanden regelmäßige Netzwerktreffen statt. Außerdem wurden interdisziplinäre Qualitätszirkel organisiert, um die Qualität der Behandlung zu fördern (Shedden-Mora et al. 2015). In Tabelle 2 werden die Netzwerkelemente des Sofu-Net übersichtlich dargestellt.

Tabelle 2**Netzwerkelemente des Sofu-Net** (entnommen aus Shedden-Mora et al. 2015)

Netzwerkelement	Ziel
Früherkennung	
Screening-Fragebogen: Unterstützung der Diagnostik durch Einsatz des Patient Health Questionnaire (PHQ)	Früherkennung somatoformer Störungen und Komorbiditäten
Gestuftes Behandlungskonzept durch Hausärzte in Abhängigkeit des Risikos für somatoforme Störungen	Implementierung der Leitlinien zur Optimierung der Versorgung
Frühbehandlung	
Spezialambulanz am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf	Früherkennung und ggf. Behandlungseinleitung
Vermittlung in Psychotherapie: Kontaktaufnahme der Hausärzte zum Psychotherapeuten-Team via E-Mail Verteiler, oder direkt via Adressverzeichnis mit Kontaktdaten, Spezialgebieten und Sprechzeiten aller Netzwerkpartner	Förderung effizienter Kommunikation, schnelle Vermittlung in Psychotherapie
Vernetzung & Behandlungspfade	
Studienzentrum: 4- bis 6-wöchentliche Telefonkontakte mit allen Netzwerkpartnern, kontinuierliche Ansprechbarkeit	Unterstützung der Netzwerkpartner, Identifizierung von Problemen und Erarbeitung von Lösungen
Strukturierter Kurzbericht für Psychotherapeuten zur Rückmeldung der Diagnose und des Procedere an den Hausarzt	Förderung der Kommunikation zwischen Hausärzten und Psychotherapeuten
Behandlungsqualität	
Interdisziplinäre Qualitätszirkel zu klinisch relevanten Themen und Fallbeispielen, Frequenz: 3x pro Jahr	Verbesserung der Expertise, Vernetzung der Partner
Netzwerktreffen zur Evaluation der Netzwerkarbeit, Frequenz: 3x pro Jahr	Optimierung von Strukturen und Prozessen innerhalb von <i>Sofu-Net</i>
Förderung der aktiven Patienten-Rolle	
Informationsbroschüre und Website mit Informationen zu somatoformen Störungen und Behandlungsmöglichkeiten	Wissensförderung, Patienten „empowerment“
Psychoedukations-Gruppe zum Thema somatoforme Störung, biopsychosoziales Krankheitsmodell und Behandlungsmöglichkeiten, Frequenz: 1x pro Monat à 90 min	Wissensvermittlung über Störung und Behandlungsoptionen, Förderung der Psychotherapiemotivation

3.1.2 Datenerhebung

Die Rekrutierung der Hausärzte fand im Rahmen der Prä-Erhebung statt. Die Ärzte wurden durch medizinische Newsletter über die Studie informiert oder direkt kontaktiert und konnten so einer freiwilligen Teilnahme zustimmen. Eine Aufwandsentschädigung wurde gezahlt. Praxen, die ihre Patienten mit somatoformen Störungen selbst psychotherapeutisch behandelten, wurde die Teilnahme nicht gestattet. Dieselben 41 Ärzte aus den 20 Praxen, die auch an der Prä-Erhebung teilgenommen haben, waren auch an der Post-Erhebung beteiligt. Um die Datenerhebung durchzuführen, waren bei der Post-Erhebung analog zur Prä-Erhebung ein bis zwei Studienmitarbeiter an zwei bis drei Tagen (je nach zu erwartendem Patientenaufkommen) in der jeweiligen Praxis anwesend. Ziel in der Post-Erhebung war es, ungefähr gleich viele Patienten zu rekrutieren wie in der Prä-Erhebung, bei der die Rekrutierung von mindestens 80 Patienten pro Praxis angestrebt wurde. In einigen Praxen wurde, wenn ein geringeres Patientenaufkommen als in der Prä-Erhebung zu verzeichnen war, die Erhebung um ein bis zwei Tage verlängert. Die Befragung in den Hausarztpraxen erstreckte sich sowohl in der Prä- als auch in der Post-Phase auf den Zeitraum von September bis Dezember. Alle Patienten, die im Wartezimmer auf einen Besuch bei einem teilnehmenden Hausarzt warteten, wurden vor dem Arztbesuch von den Studienmitarbeitern angesprochen, über die Studie aufgeklärt und motiviert, einen sechsseitigen Screening-Fragebogen auszufüllen. Von der Studienteilnahme ausgeschlossen waren Patienten, die noch nicht volljährig waren, erhebliche Sprach- und Verständigungsprobleme oder schwere körperliche oder kognitive Beeinträchtigungen hatten und somit nicht selbstständig den Fragebogen ausfüllen konnten. Allen Patienten, die bereit waren an der Studie teilzunehmen und die Einschlusskriterien erfüllten, wurde der Fragebogen ausgehändigt. Nachdem die Patienten den Fragebogen ausgefüllt hatten, wurden diese von den Mitarbeitern eingesammelt. Einzelne Abschnitte des Screening-Fragebogens, wie der PHQ-15, der das Risiko einer somatoformen Störung misst sowie die Teile zum Screening auf komorbide depressive (PHQ-9) oder ängstliche (GAD-7) Symptomatik wurden sofort ausgewertet, um eine Verwechslung der Patienten aufgrund von pseudonymisiertem Fragebogen zu vermeiden und eine darauf folgende direkte Ansprache der Patienten zu ermöglichen. Ein positives Screening-Ergebnis und ein somit hohes Risiko für eine somatoforme Störung hatten Patienten, die entweder ≥ 15 Punkte im PHQ-15 und dementsprechend eine schwer ausgeprägte somatische Symptomstärke aufwiesen oder die ≥ 10 Punkte im PHQ-15 und ≥ 10 Punkte im PHQ-9

und/oder ≥ 10 Punkte im GAD-7 hatten und bei denen sich demzufolge eine mittelgradig ausgeprägte somatische Symptomstärke plus einer mittelgradig ausgeprägten depressiven und/ oder ängstlichen Symptomatik erkennen ließ (siehe Ampelschema Anhang A). Die positiv gescreenten Patienten wurden dann in einen separaten Raum gebeten, in dem sie von einem Studienmitarbeiter nochmals detaillierter über die Studie informiert wurden. Daraufhin wurden sie gefragt und motiviert an einer strukturierten telefonischen Befragung teilzunehmen. Nachdem die Patienten über die Datenschutzrichtlinien aufgeklärt wurden und ihr Einverständnis zum Telefoninterview und zu einer kurzen Befragung des Arztes über aktuelle und frühere Erkrankungen des Patienten (Checkliste) gegeben hatten, wurde im Idealfall sofort, ansonsten in den folgenden Tagen, ein Termin zum Telefoninterview festgelegt. Ziel war es, die Patienten möglichst zeitnah nach dem Screening telefonisch zu interviewen. Die durchschnittliche Dauer zwischen dem Screening und dem Interview betrug bei der Prä-Erhebung 36 ($SD = 17.01$) und bei der Post-Erhebung 66 Tage ($SD = 55.02$). Die gesamte Datenerhebung der Prä-Phase fand zwischen September 2011 und Februar 2012 statt, die Post-Erhebung dauerte von September 2012 bis April 2013.

3.2 Messinstrumente

3.2.1 Screening-Fragebogen

Auf den ersten beiden Seiten des sechsseitigen Fragebogens befand sich der diagnostische Teil des Screenings. Um Patienten mit einer funktionellen Beeinträchtigung zu identifizieren, wurde nicht nur der Fragebogen zur Erfassung von somatoformen Symptomen (PHQ-15), sondern auch die Fragebögen von relevanten Komorbiditäten wie Angst (GAD-7) und Depression (PHQ-9) verwendet (Löwe et al. 2008 a). Des Weiteren wurden auf den darauffolgenden Seiten soziodemographische Daten (Geschlecht, Alter, Partnerschaft, Familienstand, Bildungsstatus, Nationalität) erfragt sowie Daten über die Einnahme von Medikamenten gegen Angst, Depression, Stress oder Schmerz erhoben.

In einem weiteren Absatz ging es um die Inanspruchnahme von hausärztlicher und psychotherapeutischer Versorgung. Es wurde nach der Häufigkeit der Hausarztbesuche in den letzten sechs Monaten gefragt. Die Antwortmöglichkeiten hierzu waren auf einer vierstufigen Ordinalskala dargestellt. Wählen konnten die Patienten zwischen 1x, 2-5x,

6-12x und *mehr als 12x*, was entsprechend mit eins, zwei, drei und vier kodiert wurde. Überdies wurde gefragt, ob die Patienten mit ihrem Hausarzt über psychische Beschwerden und private Probleme sprechen. Auf einer sechsstufigen Likert-Skala konnte zwischen den Antwortmöglichkeiten *nie*, *sehr selten*, *manchmal*, *oft*, *sehr oft* oder *immer* ausgewählt werden, welche mit den Werten eins bis sechs kodiert waren. Außerdem wurde erfragt, ob sich die Patienten aktuell in Psychotherapie befinden und ob sie sich um eine ambulante psychotherapeutische Behandlung im letzten Jahr bemüht haben. Wenn dies der Fall war, wurde die Wartezeit auf ein Erstgespräch bzw. auf den Therapiebeginn abgefragt. Hier standen folgende Antwortmöglichkeiten zur Auswahl:

- *Bis zu 2 Wochen*
- *2 Wochen bis 1 Monat*
- *2 bis 3 Monate*
- *4 bis 6 Monate*
- *7 bis 12 Monate*
- *Länger als 1 Jahr*
- *Ich warte noch auf mein Erstgespräch/Therapieplatz*
- *Es kam kein Erstgespräch zustande/ ich habe keinen Therapieplatz erhalten*

Für die Berechnungen wurden diese Antwortmöglichkeiten dichotomisiert in *höchstens einen Monat* und *mehr als einen Monat* Wartezeit. Die letzten beiden Antwortmöglichkeiten wurden bei den Berechnungen ausgeschlossen.

Ein weiterer wichtiger Punkt für die Thematik der vorliegenden Arbeit war die Frage nach den Quellen, aus denen Patienten sich Informationen zu Gesundheitsthemen beschaffen. Folgende Quellen standen in dem Fragebogen der Post-Erhebung zur Auswahl:

- *medizinisches Fachpersonal*
- *Familie/Freunde*
- *Zeitschriften*
- *medizinische Informationsseiten im Internet*
- *Foren im Internet*
- *Fernsehen*
- *Fachvorträge/Informationsveranstaltungen*

Die jeweilige Quelle konnte *nicht*, *manchmal* oder *oft* zum Erwerb der Information herangezogen werden und wurde mit einem entsprechenden Punktwert von null, eins oder zwei bewertet. In einigen Berechnungen zum Informationsverhalten wurden zwei Gruppen gebildet. Die eine Gruppe beinhaltete die „High-User“, also die Patienten, die einen Medienkanal *oft* verwenden. In der zweiten Gruppe wurden die Patienten zusammengefasst, die den entsprechenden Kanal nur *manchmal* oder *nicht* nutzen, also die „Non-High-User“. Der Screening-Fragebogen ist im Anhang B zu finden.

3.2.1.1 Der Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ)

Der PHQ ist ein psychodiagnostisches Instrument, das zum Screening und zur Fallidentifikation sowie zur Messung des Schweregrades und des Behandlungserfolges der häufigsten psychischen Störungen verwendet wird (Löwe et al. 2002). Der PHQ-D wurde als deutsche Version des in den USA entwickelten *Patient Health Questionnaire* (PHQ) kreiert (Spitzer et al. 1999) und validiert (Gräfe et al. 2004). Der PHQ ist ein Selbstauskunftsfragebogen, der schnell und einfach vom Untersucher ausgewertet werden kann und sowohl von Ärzten als auch von den Patienten als hilfreich angesehen wird (Spitzer et al. 1999). Er wird aufgrund von seiner Effizienz und seinen guten testdiagnostischen Eigenschaften häufig sowohl in der Klinik als auch in der Forschung eingesetzt. Der PHQ besteht aus mehreren Modulen zur Erfassung von verschiedenen psychischen Störungen. In unserer Studie wurden die drei standardisierten Fragebögen PHQ-15, und PHQ-9 und GAD-7 verwendet, die gut validierte Instrumente sind, um Somatisierung, Depression und Angst zu erfassen und zu beobachten (Kroenke et al. 2010). Da eine hohe Komorbidität zwischen somatoformen Störungen, depressiven Störungen sowie Angststörungen besteht, wurde entschieden, nicht nur Somatisierung zu messen, sondern auch die beiden relevanten Komorbiditäten mit einzubeziehen, um Patienten mit einer funktionellen Beeinträchtigung zu identifizieren (Kroenke et al. 2010, Löwe et al. 2008 a).

3.2.1.1.1 PHQ-15

Mit dem PHQ-15, der ein Modul des PHQ darstellt, können der Schweregrad somatoformer Beschwerden und das mögliche Vorhandensein von einer somatoformen Störung bestimmt werden. Die 15 verschiedenen Symptomgruppen, die in dem

Fragebogen abgefragt werden, beinhalten die häufigsten somatischen Beschwerden, die bei ambulanten Patienten in Allgemeinarztpraxen auftreten (Kroenke et al. 2002) und stimmen mit den DSM-IV-Kriterien für eine somatoforme Störung überein (American Psychiatric Association 2000). Der Skalensummenwert reicht von 0 - 30 Punktwerten. Die berechneten Skalensummenwerte von 0 - 4 Punkten entsprechen einer minimalen, Werte von 5 - 9 einer milden, Werte von 10 - 14 einer mittelgradigen und Werte von 15 - 30 Punkten einer schwer ausgeprägten somatischen Symptomstärke oder Somatisierung (Löwe et al. 2002, Kroenke et al. 2010). Skalensummenwerte ≥ 10 , also eine mittelgradig ausgeprägte Symptomstärke, werden als klinisch relevant angesehen (Kroenke et al. 2010). Der PHQ-15 weist eine hohe interne Konsistenz und eine hohe Konstruktvalidität (Kroenke et al. 2002), sowie eine Sensitivität von 78 % und eine Spezifität von 71 % für eine nach DSM-IV gestellte somatoforme Diagnose auf (van Ravesteijn et al. 2009).

3.2.1.1.2 PHQ-9

Ein weiteres in unserer Studie verwendete PHQ-Modul ist der PHQ-9-Fragebogen, der die Depressionssymptomatik der befragten Patienten operationalisiert. Der Fragebogen besteht aus neun Fragen, die die DSM-IV-Kriterien für die Diagnose einer Major Depression abdecken (American Psychiatric Association 2000).

Bei diesem Modul kann ein Skalensummenwert von 0 - 27 Punkten erreicht werden. Ein berechneter Skalensummenwert von 0 - 4 Punkten entspricht einer minimalen, einer von 5 - 9 Punkten einer milden, einer von 10 - 14 Punkten einer mittelgradigen und einer von 15 - 27 Punkten einer schweren depressiven Symptomatik (Kroenke et al. 2001). Die Auswertung kann auf kategoriale oder dimensionale Weise erfolgen. Die kategoriale Auswertung dient der Diagnosestellung einer Major Depression gemäß DSM-IV. Mit einer dimensionalen Auswertung kann eine Aussage über die Stärke der depressiven Symptomatik gemacht werden. Sie wird somit insbesondere zur Verlaufsdagnostik sowie zur Beurteilung eines Therapieeffektes herangezogen (Kroenke et al. 2010). Der PHQ-9 hat eine gute Kriteriumsvalidität, eine sehr gute interne Konsistenz (Cronbachs $\alpha = 0.89$) und eine Sensitivität und Spezifität von jeweils 88 % für das Aufdecken von depressiven Störungen (Kroenke et al. 2001). Der PHQ-9 weist außerdem eine gute Änderungssensitivität auf, sodass er auch in Längsschnittuntersuchungen, beispielsweise zur Messung von Therapieeffekten, verwendet werden kann (Löwe et al. 2004).

3.2.1.1.3 GAD-7

Der *Generalized Anxiety Disorder Scale* (GAD-7), ist ein Fragebogen, der ursprünglich konzipiert wurde, um Patienten mit einer generalisierten Angststörung zu identifizieren sowie deren Symptomschwere zu erfassen (American Psychiatric Association 2000, Kroenke et al. 2010, Spitzer et al. 2006). In einer Validierungsstudie wurde aber gezeigt, dass der Fragebogen auch für das Screening von anderen Angststörungen wie einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), einer sozialen Phobie und einer Panikstörung gut geeignet ist (Kroenke et al. 2007), sodass die vier häufigsten Angststörungen (Issakidis et al. 2004) in einem Test abgefragt werden können.

In dem GAD-7 können Skalensummenwerte von 0 - 21 Punkten erreicht werden. Analog zum PHQ-15 und PHQ-9 zeigen Grenzwerte von 5, 10 und 15 Punkten ein mildes, ein mittelgradiges und ein schweres Symptomlevel. Der GAD-7 weist bei einem Grenzwert von 10 Punkten eine Sensitivität von 89 % und eine Spezifität von 82 % (Spitzer et al. 2006) sowie eine gute interne Konsistenz (Cronbachs $\alpha = 0.89$) auf (Löwe et al. 2008 b).

3.2.2 Checkliste

Nach Einwilligung des screening-positiven Patienten für die weitere Studienteilnahme wurde dem Hausarzt eine zweiseitige Checkliste zum Ausfüllen überreicht (siehe Anhang E). Darin wurde nach dem Vorstellungsanlass des Patienten, aktuellen somatischen Erkrankungen und aktuellen und in der Vorgeschichte vorhandenen psychischen Erkrankungen gefragt. Außerdem sollte vom Arzt vermerkt werden, ob derzeit vorliegende körperliche Beschwerden des Patienten ausreichend durch somatische Ursachen erklärt werden und ob sie dem Patienten aktuell eine psychosomatische oder psychotherapeutische Behandlung empfohlen haben. Ferner wurde die regelmäßige Einnahme von Antidepressiva, Medikamenten vom Benzodiazepin-Typ, Neuroleptika und Schmerzmitteln erfasst.

3.2.3 Telefoninterview

Mit allen Risikopatienten, die ihr Einverständnis an der weiteren Studienteilnahme gegeben haben, wurde zeitnah ein Termin für ein ein- bis zweistündiges Telefoninterview vereinbart. Die Interviews wurden in der Prä-Erhebung in dem Zeitraum von Oktober 2011 bis Januar 2012 und in der Post-Erhebung von September 2012 bis Mai 2013 durchgeführt.

Der Ablauf des Interviews lässt sich in drei Abschnitte gliedern. Im ersten Teil sollte das positive Screening-Ergebnis und somit die Diagnose einer somatoformen Störung mit Hilfe der entsprechenden Sektion des *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) bestätigt werden. Das 1990 von der *World Health Organisation* (WHO) entwickelte CIDI ist ein voll standardisiertes, diagnostisches Interview zur Erfassung von verschiedenen psychischen Störungen. Es orientiert sich an den DSM-IV- und ICD-10-Kriterien. Ursprünglich war es für epidemiologische Zwecke konzipiert, jedoch wird es heute auch umfangreich in Klinik und Forschung genutzt (Wittchen 1994). Im Rahmen der im ersten Abschnitt des Interviews abgefragten Sektion C für somatoforme und dissoziative Störungen bekamen die Patienten schon in der Praxis eine Liste mit einer Vielzahl von körperlichen Beschwerden ausgehändigt, auf der sie markieren sollten, welche dieser Symptome jemals bei ihnen auftraten. In dem Interview wurde dann nach den Ursachen ihrer Beschwerden gefragt. Wenn keine Ursache, wie zum Beispiel die Einnahme von Medikamenten oder Alkohol oder eine somatische Diagnose vom Arzt, vorhanden war, wurden die Symptome als unklar bzw. als somatoform kodiert. Um eine Aussage über die Dauer der Symptome machen zu können, wurde nach dem erstmaligen Auftreten der Beschwerden, dem sogenannten *Onset*, gefragt. Für die CIDI-Sektion *somatoforme Störung* wurde eine gute Interrater-Reliabilität mit einem Kappa-Koeffizienten von 0.68 gemessen. Und auch die Übereinstimmung zwischen der klinischen Diagnose und dem CIDI wurde mit einem Kappa-Koeffizienten von 0.90 als sehr gut beschrieben (Wittchen 1994). Das CIDI wurde am Computer durchgeführt. Die Interviewer nahmen im Vorhinein an einer mehrstündigen Schulung bezüglich dieses Programms teil.

Der zweite Teil des Telefoninterviews bestand aus der auf Papier gedruckten Version *Telefonische Befragung im Rahmen des Gesundheitsnetzes somatoforme Störungen*. In diesem Abschnitt wurden Fragen zu einer eventuellen psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlung der Patienten gestellt und verschiedene soziodemographische Merkmale abgefragt. Des Weiteren wurden folgende Tests

durchgeführt. Der *Short Form 12* (SF-12) ist die Kurzform vom *Short From 36* (SF-36) und maß die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Eine Diagnosehilfe für die Diagnose Hypochondrie war der Whiteley-7 und die subjektive Krankheitswahrnehmung wurde mit dem *Brief Illness Perception Questionnaire* (IPQ-B) erfasst. Abschließend wurden noch einige Daten über die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen erhoben. Im dritten und letzten Teil des Interviews wurde das Vorhandensein der Komorbiditäten Angst, Depression und einer PTSD mit Hilfe der entsprechenden CIDI-Sektionen geprüft.

3.3 Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung der Daten wurde mit *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, Version 21) für Windows durchgeführt. Mit der deskriptiven Statistik wurden Häufigkeitsverteilungen, Mittelwerte sowie deren Standardabweichungen betrachtet. Bei der Evaluation des Sofu-Net im Prä-Post-Vergleich, sowie bei der Analysierung des Informationsverhaltens von Patienten wurde zum einen der Chi-Quadrat-Test verwendet, der prüft, ob eine beobachtete Häufigkeitsverteilung signifikant von einer erwarteten (theoretischen) Häufigkeitsverteilung abweicht (Field 2009). Zum anderen kam der t-Test für unabhängige Stichproben zum Einsatz, mit dem untersucht werden kann, ob sich die Mittelwerte von zwei unabhängigen Stichproben signifikant unterscheiden (Field 2009). Berechnungen zur Kommunikation zwischen Risikopatient und Hausarzt wurden mit der zweifaktoriellen Varianzanalyse (ANOVA) durchgeführt, die ein interferenzstatistisches Instrument ist, das die Mittelwerte mehrerer Gruppen miteinander vergleicht (Field 2009). Um die Zusammenhänge zwischen dem Alter und der Medienkanalnutzung darzustellen, wurde bei dieser Fragestellung der Korrelationskoeffizient bestimmt, der den linearen Zusammenhang zwischen zwei mindestens intervallskalierten Merkmalen prüft (Field 2009). Das Signifikanzniveau wurde auf 5 % festgesetzt. Im Anhang F sind in Tabelle 11 die zu jeder Fragestellung verwendeten statistischen Verfahren tabellarisch aufgeführt.

3.4 Ethische Aspekte

Die Daten dieser Arbeit wurden im Rahmen des Sofu-Net erhoben. Das Studienprotokoll wurde von der Ethikkommission der Hamburger Ärztekammer als ethisch unbedenklich eingestuft. Nach ausführlicher Information über die Studie konnten die Patienten mit einer mündlichen Einwilligung an der Befragung mit dem Screening-Fragebogen teilnehmen. Die weitere elektronische Datenverarbeitung erfolgte jedoch nur unter pseudonymisierten Patienten-Identifikationsnummern. Die freiwillige Teilnahme am Interview musste durch die Patienten schriftlich dokumentiert werden, nachdem sie eine detaillierte Aufklärung über die Studie und ihre Datenschutzrichtlinien erhielten.

4 Ergebnisse

4.1 Stichprobenentstehung

Die Prä-Befragung im Rahmen des Sofu-Net-Projekts fand in dem Zeitraum vom 1.10.2011 bis zum 15.12.2011 statt. 2087 Patienten wurden in den am Projekt teilnehmenden Hausarztpraxen in der Hamburger Region von Mitarbeitern des Sofu-Net-Projekts angesprochen, um an der Untersuchung teilzunehmen. 205 Teilnehmer erfüllten die Einschlusskriterien nicht, folglich verblieben 1882 (90.2 %) Patienten, die an dem Screening teilnehmen durften. Davon verweigerten 237 Patienten die Teilnahme am Screening, sodass 1645 den ihnen vorgelegten Fragebogen ausfüllten. Bei 1378 Teilnehmern konnte ein negatives und bei 267 (16.2 %) ein positives Screening-Ergebnis verzeichnet werden. Die positiv gescreenten Patienten wurden motiviert, an einem strukturierten Telefoninterview teilzunehmen. 83 Patienten verweigerten die Teilnahme am Telefoninterview und 28 Patienten konnten telefonisch nicht erreicht werden oder es lagen andere Gründe für die Nicht-Durchführung des Telefoninterview vor. Schlussendlich konnten 156 Telefoninterviews realisiert und deren Daten analysiert werden.

Die Post-Erhebung fand in dem Zeitraum vom 17.09.2012 bis zum 18.12.2012 statt. 2383 Patienten wurden in denselben Hausarztpraxen wie bei der Prä-Erhebung angesprochen, um an der Studie teilzunehmen. 2200 (92.3 %) erfüllten die Einschlusskriterien und kamen somit für das Screening in Frage. Davon lehnten 374 die Befragung ab. Demnach blieben 1756 Patienten übrig, die an der Befragung teilnahmen. Von diesen Teilnehmern erfüllten 269 (15.3 %) Patienten die Kriterien für ein positives Screening-Ergebnis und kamen damit gleichzeitig für die Teilnahme an dem Telefoninterview in Frage. 79 Patienten verweigerten die telefonische Befragung und 59 Patienten konnten nicht erreicht oder aus anderen Gründen nicht telefonisch befragt werden. Somit wurden letztendlich 131 Interviews realisiert. Bei acht Patienten war die Checkliste des Hausarztes nicht verfügbar. Demzufolge konnten lediglich von 123 Patienten die Daten analysiert werden. Um die Entstehung der Stichproben sowohl der Prä- als auch der Post-Erhebung darzustellen, sind beide Flussdiagramme im Folgenden in *Abbildung 3* dargestellt.

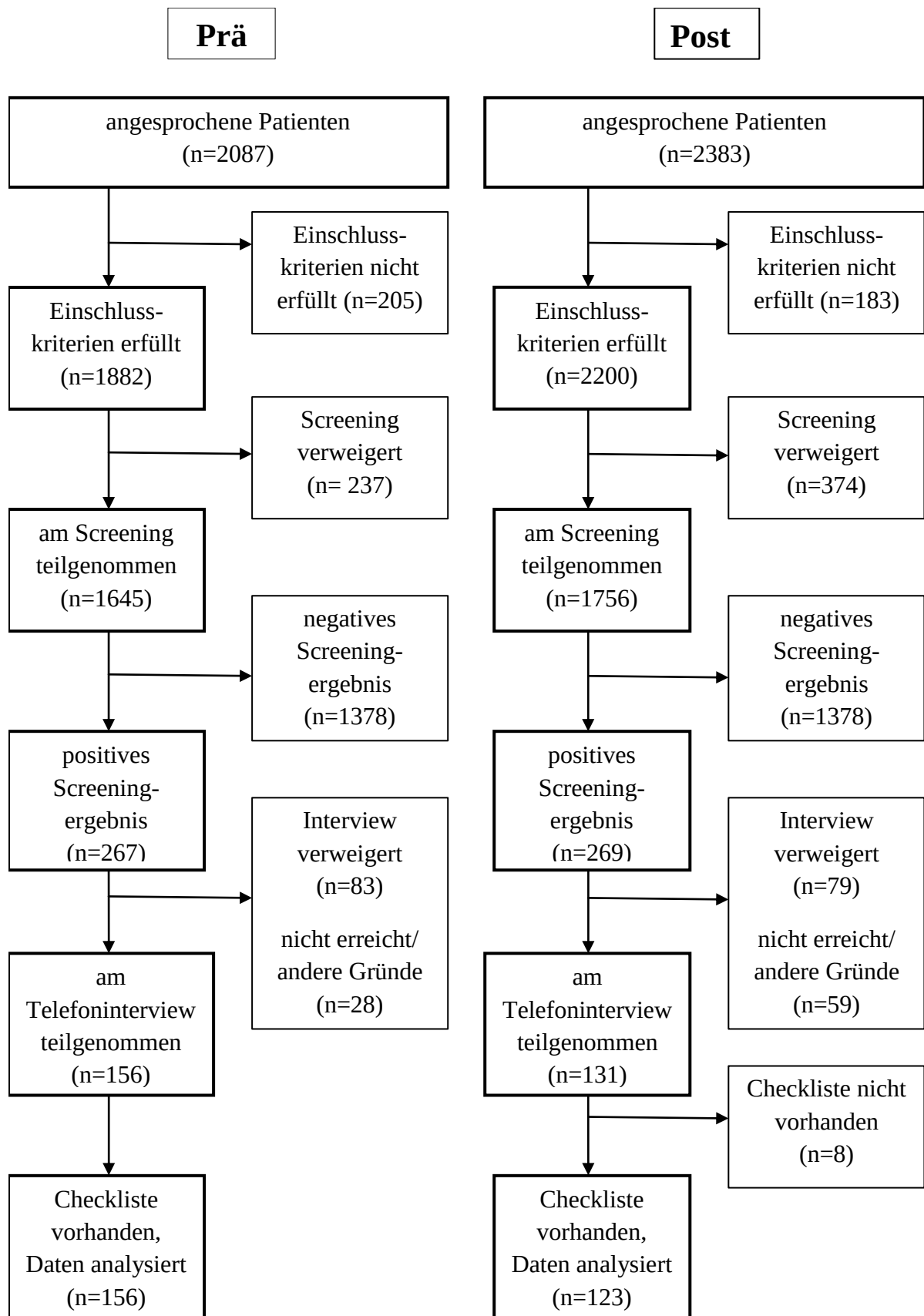


Abbildung 3. Stichprobenentstehung der Prä- und Post-Erhebung.

4.2 Stichprobenbeschreibung

Die Eigenschaften der Stichproben der Prä-Erhebung sind in Tabelle 3, die der Post-Erhebung in Tabelle 4 zusammengefasst. Es werden soziodemographische Daten sowie körperliche Symptome berücksichtigt. Alle Daten der Tabellen 3 und 4 wurden dem Screening-Fragebogen entnommen.

Tabelle 3
Stichprobeneigenschaften der Prä-Erhebung

	Gesamt	Risikogruppe	Referenzgruppe	Statistik
	(N = 1645)	(n = 267, 16.2%)	(n = 1378, 83.8%)	
Soziodemographische Daten				
Alter	51.0	46.9	51.8	$t = 3.81$
<i>M, (SD)</i>	(19.1)	(18.1)	(19.2)	$p < .001$
Geschlecht				
Anzahl Frauen,	976	206	770	$\chi^2 = 37.32$
(% Frauen)	(60.7)	(77.4)	(57.4)	$p < .001$
mit Partner	1000	150	850	$\chi^2 = 8.77$
Anzahl, (%)	(65.2)	(57.3)	(66.8)	$p = .003$
≥ 10 Jahre Bildung	1144	183	961	$\chi^2 = 1.22$
Anzahl, (%)	(72.4)	(69.9)	(72.9)	$p = .29$
Nationalität				
Anzahl deutsch,	1511	242	1269	$\chi^2 = 4.15$
(% deutsch)	(94.3)	(91.7)	(94.8)	$p = .043$
Klinische Symptome				
PHQ-15				
(0-30)	7.3	14.8	5.85	$t = -39.88$
<i>M, (SD)</i>	(4.7)	(3.3)	(3.4)	$p < .001$
PHQ-9				
(0-27)	5.16	12.59	3.73	$t = -39.88$
<i>M, (SD)</i>	(5.0)	(5.3)	(3.5)	$p < .001$
GAD-7				
(0-21)	4.76	11.29	3.49	$t = -39.88$
<i>M, (SD)</i>	(4.7)	(4.8)	(3.5)	$p < .001$

Anmerkung. Die p-Werte wurden mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests oder t-Tests zum Vergleich von Risiko- und Referenzgruppe errechnet.

Tabelle 4
Stichprobeneigenschaften der Post-Erhebung

	Gesamt	Risikogruppe	Referenzgruppe	Statistik
	(N = 1756)	(n = 269, 15.3%)	(n = 1487, 84.7%)	
Soziodemographische Daten				
Alter	50.5	48.1	51.0	$t = 2.30$
<i>M, (SD)</i>	(18.7)	(16.5)	(19.1)	$p = .011$
Geschlecht				
Anzahl Frauen,	996	206	790	$\chi^2 = 42.72$
(% Frauen)	(59.4)	(77.4)	(56)	$p < .001$
mit Partner	1118	168	950	$\chi^2 = 1.97$
Anzahl, (%)	(67.8)	(64.1)	(68.5)	$p = .171$
≥ 10 Jahre Bildung	1338	194	1144	$\chi^2 = 2.91$
Anzahl, (%)	(76.2)	(72.1)	(76.9)	$p = .10$
Nationalität				
Anzahl deutsch,	1568	244	1324	$\chi^2 = 0.19$
(% deutsch)	(93.4)	(92.8)	(93.5)	$p = .685$
Klinische Symptome				
PHQ-15				
(0-30)	7.11	14.55	5.76	$t = -38.96$
<i>M, (SD)</i>	(4.7)	(3.4)	(3.4)	$p < .001$
PHQ-9				
(0-27)	5.1	12.38	3.78	$t = -38.96$
<i>M, (SD)</i>	(5.0)	(5.1)	(3.7)	$p < .001$
GAD-7				
(0-21)	4.69	11.33	3.49	$t = -38.96$
<i>M, (SD)</i>	(4.8)	(4.8)	(3.7)	$p < .001$

Anmerkung. Die p-Werte wurden mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests oder t-Tests zum Vergleich von Risiko- und Referenzgruppe errechnet.

Der Zusammenhang von den soziodemographischen Daten der Patienten und der Teilnahme am Telefoninterview wird in Tabelle 5 dargestellt. Es ist zu sehen, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen den Merkmalsausprägungen und der Interview-Teilnahme gibt. In der Post-Erhebung zeigt sich als einzige Tendenz eine verminderte Teilnahme am Telefoninterview bei Patienten, die keinen Partner hatten.

Tabelle 5

Zusammenhang von soziodemographischen Daten und Teilnahme am Telefoninterview

Soziodemographische Daten			Telefoninterview realisiert	Telefoninterview nicht realisiert	Statistik
Alter	prä	<i>M</i> (<i>SD</i>)	46.1 (17.31)	42.3 (20.75)	$t = 1.05$ $p = .295$
	post	<i>M</i> (<i>SD</i>)	48.9 (16.84)	46.1 (16.52)	$t = 1.06$ $p = .293$
Geschlecht	prä	m (%)	82.9	17.1	$\chi^2 = 0.14$ $p = .707$
		w (%)	85.3	14.7	
	post	m (%)	68.3	31.7	$\chi^2 = 0.01$ $p = .919$
		w (%)	69.1	30.9	
Partner	prä	Ja (%)	86.3	13.7	$\chi^2 = 0.26$ $p = .609$
		Nein (%)	83.5	16.5	
	post	Ja (%)	73.9	26.1	$\chi^2 = 3.50$ $p = .061$
		Nein (%)	60.9	39.1	
Bildung	prä	≥ 10 Jahre (%)	85.5	14.5	$\chi^2 = 0.03$ $p = .859$
		< 10 Jahre (%)	84.5	15.5	
	post	≥ 10 Jahre (%)	69.7	30.3	$\chi^2 = 0.16$ $p = .693$
		< 10 Jahre (%)	66.7	33.3	
Nationalität	prä	Deutsch (%)	83.6	16.4	$\chi^2 = 2.32$ $p = .128$
		Andere (%)	100	0	
	post	Deutsch (%)	67.4	32.6	$\chi^2 = 2.66$ $p = .103$
		Andere (%)	90.9	9.1	

4.3 Fragestellung 1: Evaluation des Sofu-Net

4.3.1 Diagnostik

4.3.1.1 Prävalenz

Der Anteil der Risikopatienten lag in der Prä-Erhebung bei 16.2 %. In der Post-Erhebung sank der Anteil auf 15.3 %, wobei keine statistische Signifikanz erreicht wurde ($\chi^2 = 0.532$, $p = .480$). *Abbildung 4* zeigt die Prävalenz der Risikopatienten im Prä-Post-Vergleich.

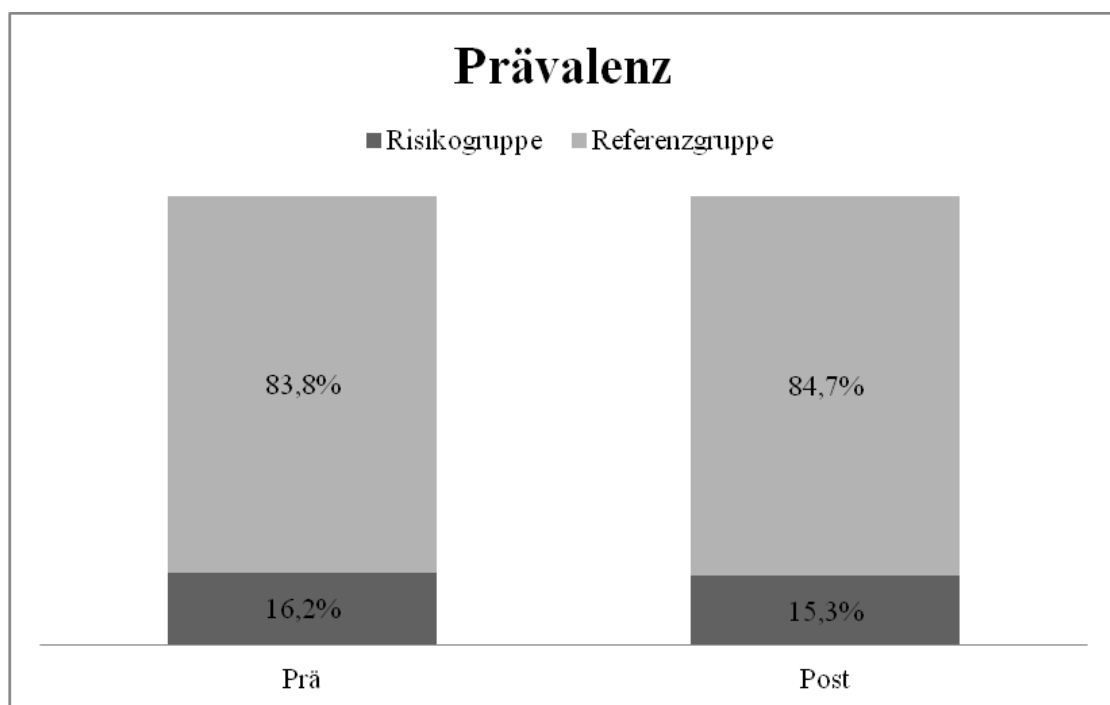


Abbildung 4. Prävalenz der Risikopatienten im Prä-Post-Vergleich.

4.3.1.2 Kommunikation mit dem Hausarzt über psychosoziale Probleme

Die Patienten wurden mit Hilfe des Screening-Fragebogens gefragt, ob sie mit ihrem Hausarzt (HA) über psychische Beschwerden und private Probleme sprechen. In Tabelle 6 sind die gegebenen Antworten, einschließlich der jeweiligen Mittelwerte der Risiko- und Referenzgruppe, aufgelistet.

Tabelle 6

Gesprächsverhalten prä und post Sofu-Net (Risiko- vs. Referenzgruppe)

	prä Sofu-Net				post Sofu-Net		
	Gesamt (N=1645)	Risiko- gruppe (n=267, 16.2%)	Referenz- gruppe (n=1378, 83.8 %)	Statistik	Gesamt (N=1756)	Risiko- gruppe (n=269, 15.3%)	Referenz- gruppe (n=1487, 84.7 %)
Gespräch mit HA über psychische Beschwerden							
Anzahl, (%)							
- nie	440 (27.8)	38 (14.7)	402 (30.4)		420 (25.7)	15 (5.7)	405 (29.5)
- sehr selten	440 (27.8)	60 (23.2)	380 (28.7)		414 (25.3)	41 (15.7)	373 (27.1)
- manchmal	485 (30.6)	88 (34.0)	397 (30.0)	$t = 7.51$	568 (34.7)	115 (44.1)	453 (33.0)
- oft	108 (6.8)	31 (12.0)	77 (5.8)	$p < .001$	111 (6.8)	41 (15.7)	70 (5.1)
- sehr oft	42 (2.7)	17 (6.6)	25 (1.9)		42 (2.6)	17 (6.5)	25 (1.8)
- immer	68 (4.3)	25 (9.7)	43 (3.2)		80 (4.9)	32 (12.3)	48 (3.5)
M		3.02	2.30			3.38	2.33
(SD)		(1.44)	(1.20)			(1.33)	(1.20)

Anmerkung. Die p-Werte wurden mit Hilfe des t-Tests zum Vergleich von Risiko- und Referenzgruppe errechnet.

Die Analyse des t-Tests zeigte, dass sowohl in der Prä- als auch in der Post-Erhebung in der Risikogruppe signifikant mehr über psychosoziale Probleme mit dem Hausarzt gesprochen wurde als es in der Referenzgruppe der Fall war. In der Prä-Erhebung gaben die Risikopatienten an, *manchmal* ($M = 3.02$) mit ihren Hausärzten über psychosoziale Probleme zu sprechen, während in der Referenzgruppe eher *selten* ($M = 2.30$) über solche Probleme gesprochen wurde. In der Post-Erhebung gaben die Risikopatienten an, *manchmal* bis *oft* ($M = 3.38$) mit ihrem Hausarzt über psychosoziale Probleme zu sprechen, im Gegensatz zur Referenzgruppe, die wie in der Prä-Erhebung, eher *selten* ($M = 2.33$) über genannte Probleme mit dem Hausarzt sprach.

Um die Unterschiede im Gesprächsverhalten zu analysieren, wurde die zweifaktorielle ANOVA angewandt, die als ersten Faktor den Erhebungszeitpunkt (prä vs. post Sofu-Net) und als zweiten Faktor, die Gruppenzugehörigkeit (Risiko- vs. Referenzgruppe) integrierte. Die zwei Haupteffekte der ANOVA zeigten, dass die Patienten nach der

Etablierung des Sofu-Net häufiger über psychosoziale Probleme mit ihrem Hausarzt sprachen, als davor ($F_{(1, 3218)} = 11.48, p = .001, \eta^2 = 0.004$) und dass im Allgemeinen Risikopatienten häufiger über psychosoziale Probleme mit dem Hausarzt sprachen als es in der Referenzgruppe der Fall war ($F_{(1, 3218)} = 224.57, p < .001, \eta^2 = 0.065$). Außerdem konnte gezeigt werden, dass Risikopatienten nach Etablierung des Sofu-Net häufiger mit ihrem Hausarzt über psychosoziale Probleme sprachen, während sich bei der Referenzgruppe keine Veränderung zeigte ($F_{(1, 3218)} = 8.09, p = .004, \eta^2 = 0.003$). Eine einfache Effektanalyse, die den Effekt der Etablierung des Sofu-Net testete, zeigte, dass die Steigerung des Gesprächsverhaltens spezifisch für die Risikopatienten galt ($F_{(1, 3218)} = 11.58, p = .001$). Nach der Etablierung des Sofu-Net stieg die Anzahl der Risikopatienten, die mindestens *manchmal* mit ihrem Hausarzt über psychosoziale Probleme sprachen von 62.3 % auf 79.2 %. Nach den Konventionen von Cohen liegt ein kleiner Effekt vor ($d = 0.26$). Eine Effektstärke von $d = 0.2$ entspricht einem kleinen, eine Effektstärke von $d = 0.5$ einem mittleren und eine Effektstärke $d = 0.8$ einem großen Effekt (Bortz und Schuster 2010). In *Abbildung 5* ist das Gesprächsverhalten der Risikopatienten gegenüber dem Hausarzt im Prä-Post-Vergleich graphisch dargestellt.

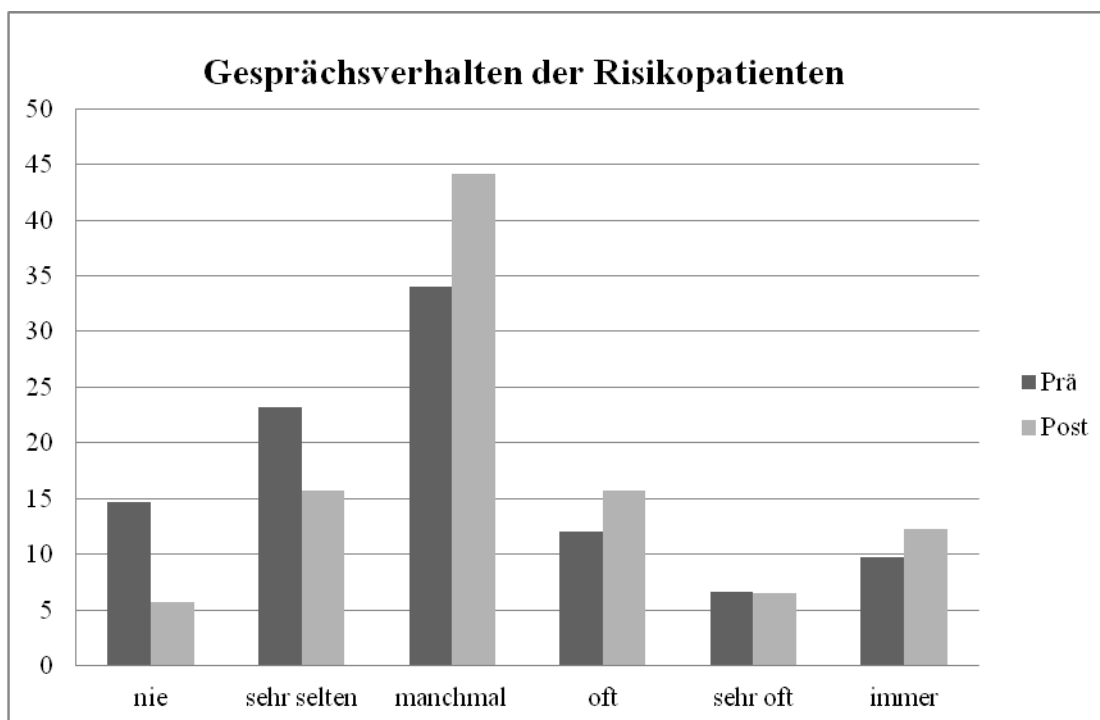


Abbildung 5. Gesprächsverhalten der Risikopatienten gegenüber dem Hausarzt im Prä-Post-Vergleich.

4.3.2 Behandlung

4.3.2.1 Empfehlung der Hausärzte für Psychotherapie

In der Prä-Erhebung sprachen die Hausärzte für 30.5 % der Risikopatienten eine Empfehlung für eine Psychotherapie aus. In der Post-Erhebung erhielten 24.9 % der Risikopatienten eine Empfehlung. Die Berechnungen mit dem Chi-Quadrat-Test erwiesen jedoch keinen signifikanten Unterschied im Prä-Post-Vergleich ($\chi^2 = 1.396$, $p = .282$).

4.3.2.2 Bemühen um psychotherapeutische Hilfe

Anhand des Screening-Fragebogens konnte analysiert werden, dass sich in der Prä-Erhebung 13.5 % der gesamten Stichprobe um eine psychotherapeutische Behandlung bemüht hatten. Von den Risikopatienten bemühten sich 30.7 % um psychotherapeutische Hilfe. In der Referenzgruppe waren es mit 10.2 %, die sich bemühten, signifikant weniger ($\chi^2 = 81.18$, $p < .001$). In der Post-Erhebung zeigten sich ähnliche Werte. Es bemühten sich 12.4 % des gesamten Kollektivs um eine psychotherapeutische Behandlung. Es waren 31.2 % der Risiko- und 8.9 % der Referenzgruppe bestrebt einen Psychotherapieplatz zu erlangen. Auch hier konnte ein signifikanter Unterschied zwischen Risiko- und Referenzgruppe nachgewiesen werden ($\chi^2 = 109.11$, $p < .001$). Das Suchverhalten der Risikogruppe zeigte im Prä-Post-Vergleich jedoch keine statistische Signifikanz ($\chi^2 = 0.11$, $p = .966$).

4.3.2.3 Patienten in Psychotherapie

In einer weiteren Frage des Screening-Fragebogens sollten die Patienten angeben, ob sie sich zurzeit in Psychotherapie befinden. In der Prä-Erhebung gaben 8.7 % der gesamten Stichprobe an, sich aktuell in psychotherapeutischer Behandlung zu befinden. Aus der Risikogruppe befanden sich 20.5 % in Psychotherapie, in der Referenzgruppe waren es mit 6.4 % signifikant weniger ($\chi^2 = 53.32$, $p < .001$). Vergleichbare Zahlen konnten in der Post-Erhebung geschrieben werden. 9.7 % der gesamten Stichprobe, 21.8 % der Risiko- und 7.5 % der Referenzgruppe befanden sich in psychotherapeutischer Behandlung. Auch hier zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen der Risiko- und der Referenzgruppe ($\chi^2 = 50.43$, $p < .001$). Im Prä-Post-Vergleich konnte kein

signifikanter Unterschied der in Psychotherapie befindlichen Patienten der Risikogruppe verzeichnet werden ($\chi^2 = 0.136$, $p = .747$).

4.3.2.4 Medikamentennutzung

Anhand der Informationen des Screening-Fragebogens konnte festgestellt werden, dass sowohl in der Prä- als auch in der Post-Erhebung in der Risikogruppe signifikant mehr Medikamente gegen Angst, Depression, Stress und Schmerz eingenommen wurden, als es in der Referenzgruppe der Fall war. Eine Übersicht zeigt Tabelle 7.

Tabelle 7
Medikamenteneinnahme prä und post Sofu-Net (Risiko- vs. Referenzgruppe)

	prä Sofu-Net				post Sofu-Net			
	Gesamt (N=1645)	Risiko- gruppe (n=267, 16.2%)	Referenz- gruppe (n= 1378, 83.8 %)	Statistik	Gesamt (N=1756)	Risiko- gruppe (n=269, 15.3%)	Referenz- gruppe (n=1487, 84.7 %)	Statistik
Einnahme von Medikamenten gegen Angst, Depression, Stress								
Anzahl, (%)	169 (10.6)	62 (23.7)	107 (8.0)	$\chi^2=56.53$ $p < .001$	234 (14.1)	82 (31.2)	152 (10.9)	$\chi^2=75.62$ $p < .001$
Einnahme von Schmerz- medikamenten								
Anzahl, (%)	307 (19.3)	95 (36.5)	212 (16.0)	$\chi^2=58.50$ $p < .001$	355 (20.2)	106 (40.2)	249 (18.0)	$\chi^2=63.97$ $p < .001$

In der Checkliste wurden die Hausärzte gefragt, ob der Risikopatient regelmäßig ein Medikament aus den Gruppen der Antidepressiva, Medikamente vom Benzodiazepin-Typ (inklusive Zaleplon, Zopiclon und Zolpidem), Neuroleptika oder Schmerzmittel einnimmt. Bei dieser Frage waren Mehrfachnennungen möglich.

In der Analyse zeigte sich, dass die Risikopatienten in der Post-Erhebung mit 25.7 % signifikant mehr Antidepressiva einnahmen als in der Prä-Erhebung (5.4 %) ($\chi^2 = 28.673$, $p < .001$). Auch bei den Neuroleptika zeigte sich das gleiche Ergebnis, dass in der Post-Erhebung signifikant mehr Risikopatienten Neuroleptika einnahmen als in der Prä-Erhebung ($\chi^2 = 4.228$, $p = .044$). Hier stieg der prozentuale Anteil der neuroleptikaeinnehmenden Patienten von 2.2 % auf 6.6 %. Bei den Berechnungen zu den Häufigkeiten der Risikopatienten, die Benzodiazepine einnehmen, stellte sich auch

ein signifikanter Unterschied dar, jedoch in die entgegengesetzte Richtung. In der Post-Erhebung nahmen weniger Patienten (6.6 %) Benzodiazepine ein als es in der Prä-Erhebung (23.9 %) der Fall war ($\chi^2 = 21.373$, $p < .001$).

Die Nutzung von Schmerzmedikamenten bei Risikopatienten zeigte im Prä-Post-Vergleich keinen signifikanten Unterschied ($\chi^2 = 1.295$, $p = .268$).

Die Nutzung der unterschiedlichen Medikamentengruppen von Risikopatienten im Prä-Post-Vergleich ist in *Abbildung 6* übersichtlich dargestellt.

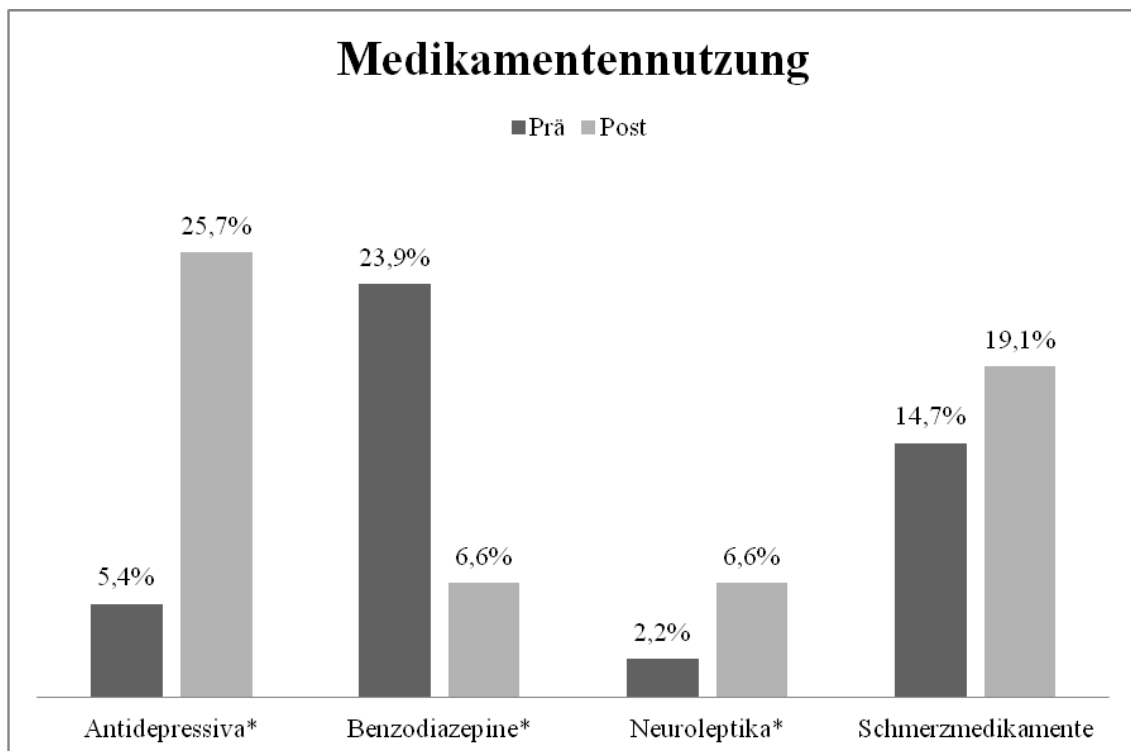


Abbildung 6. Medikamentennutzung der Risikopatienten im Prä-Post-Vergleich.

Anmerkung. Die signifikanten Ergebnisse sind mit * gekennzeichnet.

4.3.3 Inanspruchnahme

4.3.3.1 Inanspruchnahme des Hausarztes

Im Screening-Fragebogen wurden die Patienten gefragt, wie häufig sie in den letzten sechs Monaten bei ihrem Hausarzt waren. Tabelle 8 zeigt die Inanspruchnahme des Hausarztes in der Prä- und Post-Erhebung. Die Risikogruppe nutzte den Hausarzt sowohl prä als auch post Sofu-Net signifikant häufiger als die Referenzgruppe.

Tabelle 8

Inanspruchnahme des Hausarztes prä und post Sofu-Net (Risiko- vs. Referenzgruppe)

	prä Sofu-Net				post Sofu-Net			
	Gesamt (N=1645)	Risiko- gruppe (n=267, 16.2%)	Referenz- gruppe (n= 1378, 83.8%)	Statistik	Gesamt (N=1756)	Risiko- gruppe (n=269, 15.3%)	Referenz- gruppe (n=1487, 84.7%)	Statistik
HA- Besuche in den letzten 6 Monaten								
Anzahl, (%)								
- 1x	308 (19.6)	27 (10.7)	281 (21.4)	$\chi^2=18.46^*$ $p < .001$	320 (19.0)	20 (7.5)	300 (21.2)	$\chi^2=27.23^*$ $p < .001$
- 2-5x	1002 (63.9)	161 (63.6)	841 (63.9)		1078 (64.1)	172 (64.7)	906 (64.0)	
- 6-12x	188 (12.0)	47 (18.6)	141 (10.7)		213 (12.7)	53 (19.9)	160 (11.3)	
- > 12x	71 (4.5)	18 (7.1)	53 (4.0)		70 (4.2)	21 (7.9)	33 (3.5)	

Anmerkung. Der Vergleich der High-User ($\geq 6x$) vs. Non-High-User ($< 6x$) bei Risiko- und Referenzgruppe ist mit * gekennzeichnet.

Um zu evaluieren, ob sich die Inanspruchnahme des Hausarztes in der Risikogruppe in der Post-Erhebung vermindert hat, wurde ein t-Test durchgeführt. Die Analyse ergab einen Mittelwert von 2.22 ($SD = 0.73$) in der Prä-Erhebung und einen Mittelwert von 2.28 ($SD = 0.72$) in der Post-Erhebung (für die Kodierung der Antwortmöglichkeiten siehe 3.2.1). Die Unterschiede zwischen diesen Mittelwerten waren nicht signifikant ($t = -0.956$; $p = .340$).

4.3.4 Organisation der Versorgung

4.3.4.1 Wartezeit bis zum Erstgespräch und bis zur psychotherapeutischen Behandlung

Patienten, die sich in den letzten zwölf Monaten um eine ambulante psychotherapeutische Behandlung bemüht hatten, wurden gefragt, wie lange es dauerte, bis sie ein Erstgespräch führen konnten und wenn dieses stattgefunden hatte, wie lange es nach dem Erstgespräch dauerte, bis die Psychotherapie begonnen hat.

In der Prä-Erhebung warteten 55.2 % der Risikopatienten bis zu vier Wochen und 44.8 % länger als vier Wochen auf ein Erstgespräch. In der Post-Erhebung war es mit

65.4 % ein größerer Anteil, der nur bis zu vier Wochen auf ein Gespräch wartete, jedoch war dieser Unterschied nicht signifikant ($\chi^2 = 1.603$, $p = .238$).

Auch bei der Wartezeit bis zum Beginn der Psychotherapie ergaben sich im Prä-Post-Vergleich keine signifikanten Zeitunterschiede ($\chi^2 = 0.024$, $p = .988$). In der Prä-Erhebung warteten 42.6 % der Risikopatienten bis zu zwei Wochen, 25.9 % zwei bis vier Wochen und 31.5 % länger als einen Monat bis zum Beginn der Psychotherapie. In der Post-Erhebung ergaben sich sehr ähnliche Prozentangaben: 41.4 % warteten bis zu zwei Wochen, 25.9 % zwei bis vier Wochen und 32.8 % länger als einen Monat.

4.4 Fragestellung 2: Informationsverhalten

4.4.1 Mediennutzung

Um zu eruieren, ob sich Risikopatienten im Allgemeinen mehr über Gesundheitsthemen informieren als die Referenzgruppe, wurden zwei Gruppen erstellt. Die erste Gruppe umfasste alle Patienten, die keinen Medienkanal zur Gewinnung von Informationen über Gesundheitsthemen nutzten, also diejenigen, die angaben jeden Informationskanal *nicht* zu nutzen. Die zweite Gruppe beinhaltete alle Patienten, die mindestens einen Kanal *manchmal* nutzten. 3.6 % der Referenzgruppe benutzten gar keinen Medienkanal zur Informationsgewinnung, 96.4 % nutzten mindestens einen Kanal manchmal. Bei den Risikopatienten waren es mit 1.8 %, die keinen Kanal nutzten, weniger und mit 98.2 %, die mindestens einen Kanal manchmal nutzen, mehr als in der Referenzgruppe. Mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests ließen sich jedoch keine signifikanten Unterschiede zwischen der Mediennutzung der Risiko- und der Referenzgruppe darstellen ($\chi^2 = 2.253$, $p = .144$).

4.4.2 Bevorzugte Nutzung von Medienkanälen

Um zu untersuchen, welche Medienkanäle von Risikopatienten häufiger genutzt werden als von den Patienten der Referenzgruppe, wurden die High-User mit den Non-High-Usern verglichen (siehe 3.2.1).

38.2 % der Risikopatienten gaben an, medizinisches Fachpersonal *oft* als Quelle für Informationen zu Gesundheitsthemen zu verwenden. In der Referenzgruppe waren es mit 21.0 % signifikant weniger ($\chi^2 = 34.306$, $p < .001$). Auch das Internet war bei den Risikopatienten eine häufig genutzte Quelle für Gesundheitsinformationen.

Medizinische Informationsseiten im Internet wurden von den Risikopatienten zu 26.5 % und von den Patienten der Referenzgruppe zu 19.2 % *oft* genutzt, was signifikant weniger ist ($\chi^2 = 6.073$, $p = .014$). Bei der Nutzung der übrigen Kanäle konnte kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen der Risiko- und der Referenzgruppe erwiesen werden. *Abbildung 7* zeigt welche Medienkanäle von der Risiko- vs. der Referenzgruppe *oft* benutzt wurden.

Des Weiteren weist *Abbildung 7* einen Überblick über die Reihenfolge der am häufigsten genutzten Medienkanäle auf. Es ist zu sehen, dass dem medizinischen Fachpersonal sowohl in der Risiko- als auch Referenzgruppe die größte Bedeutung als Informationsgeber zukommt, gefolgt von medizinischen Informationsseiten im Internet. In absteigender, aber auch gleicher Reihenfolge bei den Risikopatienten und der Referenzgruppe, wurden Familie und Freunde, Zeitschriften, das Fernsehen, Foren im Internet und zuletzt Fachvorträge oder Informationsveranstaltungen als Informationsquelle für Gesundheitsthemen herangezogen.

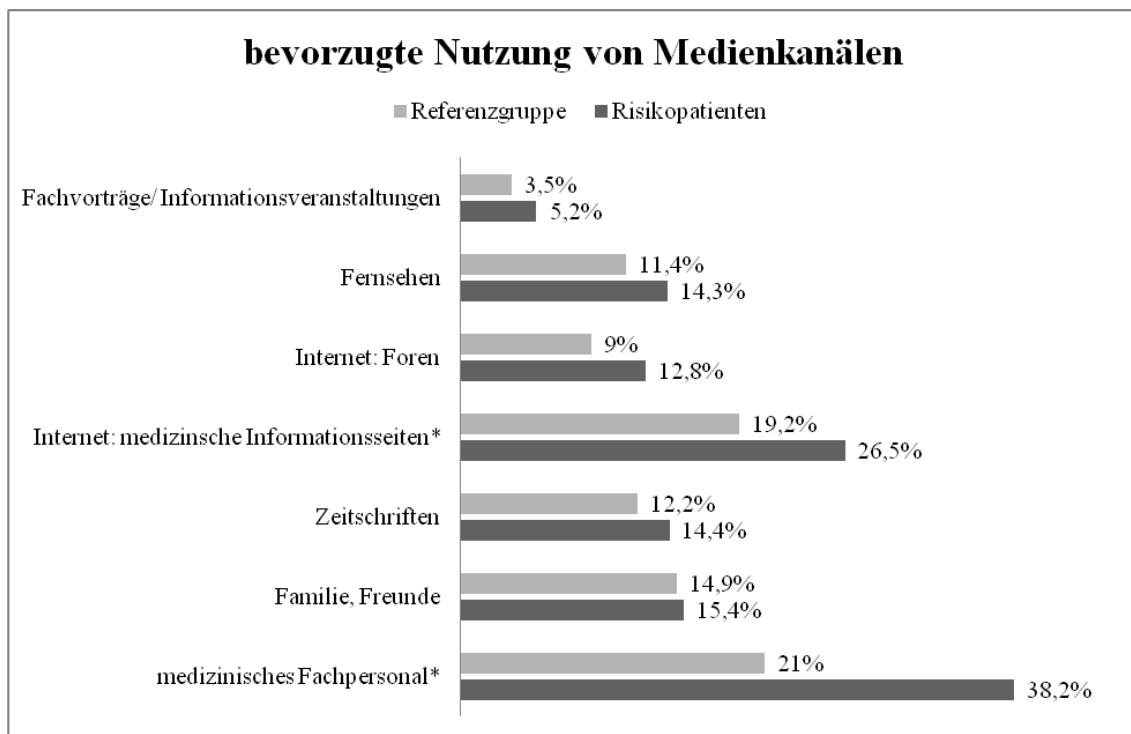


Abbildung 7. bevorzugte Nutzung von Medienkanälen (Risiko- vs. Referenzgruppe).

Anmerkung. Die signifikanten Ergebnisse sind mit * gekennzeichnet.

4.4.3 Anzahl der genutzten Kanäle

Beim Vergleich der Anzahl der genutzten Medienkanäle zur Informationsgewinnung zu Gesundheitsthemen zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen der Risiko- und der Referenzgruppe. Risikopatienten nutzten mit einer Anzahl von durchschnittlich 3.78 von den sieben Medienkanälen mehr als die Patienten der Referenzgruppe (3.4 Kanäle) ($t = -2.980, p = .003$).

4.4.4 Zusammenhänge zwischen Patienteneigenschaften und der Medienkanalnutzung

4.4.4.1 Geschlecht

Mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Risikopatienten hinsichtlich der Kanalnutzung ermittelt werden. Die statistischen Kennwerte sind in Tabelle 9 zusammengestellt.

Tabelle 9
statistische Kennwerte aus Berechnungen zur geschlechtsspezifischen Kanalnutzung

Medienkanal	χ^2	p
Medizinisches Fachpersonal	0.39	.551
Familie, Freunde	3.43	.084
Zeitschriften	0.53	.515
Internet: medizinische Informationsseiten	2.64	.147
Internet: Foren	2.42	.143
Fernsehen	2.05	.186
Fachvorträge/Informationsveranstaltungen	1.46	.302

4.4.4.2 Alter

Mittels der Korrelation nach Pearson konnte erwiesen werden, dass das Alter in der Kanalwahl eine Rolle spielte. Je jünger die Patienten waren, sowohl in der Risikogruppe als auch im Gesamtkollektiv, desto häufiger wurden Familie und Freunde als Informationsquelle zu Gesundheitsthemen konsultiert (Risiko: $r = -.180, p = .006$, Gesamt: $r = -.157, p < .001$). Außerdem konnte gezeigt werden, dass je älter die Patienten waren, desto mehr wurden Zeitschriften (Risiko: $r = .393, p < .001$,

Gesamt: $r = .343$, $p < .001$), das Fernsehen (Risiko: $r = .270$, $p < .001$, Gesamt: $r = .239$, $p < .001$) und Fachvorträge (Risiko: $r = .140$, $p = .043$, Gesamt: $r = .108$, $p < .001$) zur Informationsgewinnung genutzt. Unter allen Patienten, also nicht spezifisch nur in der Risikogruppe, wurde ermittelt, dass je jünger die Patienten waren, desto mehr wurden sowohl medizinische Informationsseiten ($r = -.236$, $p < .001$) als auch Foren ($r = -.203$, $p < .001$) im Internet als Informationsquelle genutzt.

4.4.4.3 Bildungsstatus

Um zu berechnen, ob der Bildungsstatus Einfluss auf die Kanalnutzung der Risikopatienten hat, wurden die Patienten in zwei Gruppen aufgeteilt. In der ersten Gruppe befanden sich die Patienten, die weniger als zehn Jahre, in der zweiten Gruppe waren die Patienten enthalten, die mindestens zehn Jahre Schulbildung genossen haben. In der Analyse zeigte sich, dass Risikopatienten mit mindestens zehn Jahren Schulbildung medizinische Informationsseiten im Internet signifikant häufiger *oft* nutzten als Risikopatienten mit weniger als zehn Jahren Schulbildung ($\chi^2 = 8.089$, $p = .005$). Der Zusammenhang zwischen Bildungsstatus und Nutzung von medizinischen Informationsseiten im Internet ist in *Abbildung 8* zur Veranschaulichung dargestellt. Bei den weiteren Informationskanälen zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen „gebildeten“ vs. „ungebildeten“ Risikopatienten.

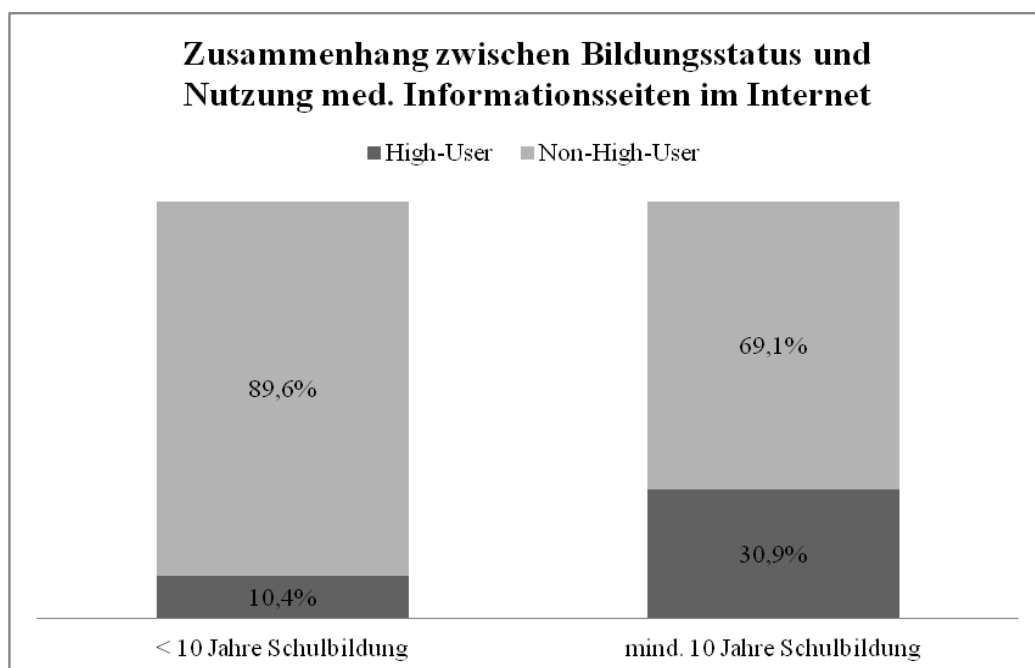


Abbildung 8. Zusammenhang zwischen Bildungsstatus und Nutzung medizinischer Informationsseiten im Internet bei Risikopatienten.

4.4.4.4 Nationalität

Mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests konnten keine signifikanten Unterschiede bei der Kanalnutzungen zwischen deutschen vs. nicht-deutschen Patienten in der Risikogruppe ermittelt werden. Die statistischen Kennwerte sind in Tabelle 10 zusammengestellt.

Tabelle 10
statistische Kennwerte aus Berechnungen zur nationalitätsgebundenen Kanalnutzung

Medienkanal	χ^2	<i>p</i>
Medizinisches Fachpersonal	1.20	.304
Familie, Freunde	0.29	.747
Zeitschriften	0.48	.699
Internet: medizinische Informationsseiten	1.18	.363
Internet: Foren	0.11	1.000
Fernsehen	0.37	.705
Fachvorträge/Informationsveranstaltungen	0.77	.627

5 Diskussion

Das Sofu-Net wurde entwickelt, um die Versorgungssituation von Patienten mit somatoformen und funktionellen Störungen zu verbessern. Die Zeit zwischen Beginn der Erkrankung und angemessener Therapie sollte durch den Aufbau von vernetzten Versorgungsstrukturen sowie definierten Behandlungspfaden verkürzt werden, um Chronifizierung, persönliches Leiden und Gesundheitskosten zu vermindern.

Um die Machbarkeit dieser Studie zu überprüfen, wurden die Daten der Prä-Erhebung, sprich die Daten, die vor dem Aufbau des Sofu-Net ermittelt wurden, mit den Daten verglichen, die nach einer Laufzeit des Projekts von zwölf Monaten erhoben wurden. So konnte eine erste Evaluation des Gesundheitsnetzes mit Augenmerk auf die Diagnostik, Behandlung, Inanspruchnahme und die Organisation der Versorgung von Patienten mit einer somatoformen Störung erfolgen.

Zu einer besseren Versorgung von Patienten mit somatoformen Störungen gehört auch die Berücksichtigung der Art und Weise, wie sich Betroffene über Gesundheitsthemen informieren, um sie im Falle einer Erkrankung besser erreichen und aufklären zu können. Basierend auf dieser Erkenntnis wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit als neuer wissenschaftlicher Aspekt das Informationsverhalten von Patienten mit einer somatoformen Störung untersucht.

Bei der Datenanalyse zeigten sich sowohl bei Fragestellung 1 als auch 2 einige interessante Ergebnisse, die in diesem Abschnitt zusammengefasst dargestellt werden. Bei der Evaluation des Sofu-Net konnte gezeigt werden, dass die Risikopatienten in der Post-Erhebung mehr über psychische Probleme und private Beschwerden mit ihrem Hausarzt sprachen als es in der Prä-Erhebung der Fall war. Des Weiteren veränderte sich die Medikamenteneinnahme der Risikopatienten im Prä-Post-Vergleich. Antidepressiva (5.4 % vs. 25.7 %) und Neuroleptika (2.2 % vs. 6.6 %) wurden zum Zeitpunkt der Post-Erhebung signifikant mehr eingenommen, Benzodiazepine dagegen signifikant weniger (23.9 % vs. 6.6 %). Bei der Einnahme von Schmerzmedikamenten und bei der Prävalenz der Risikopatienten zeigte sich kein signifikanter Unterschied im Prä-Post-Vergleich. Ferner empfahlen weder die Hausärzte den Risikopatienten in der Post-Erhebung häufiger eine Psychotherapie, noch bemühten sich die Riskopatienten mehr um eine psychotherapeutische Hilfe oder befanden sich vermehrt in Psychotherapie. Die Inanspruchnahme des Hausarztes sank nicht und sowohl die Wartezeit bis zum Erstgespräch als auch bis zur psychotherapeutischen Behandlung konnte nicht verkürzt

werden.

Die Auswertungen zum Informationsverhalten legten dar, dass Risikopatienten insgesamt mehr Medienkanäle nutzten als die Patienten der Referenzgruppe. Ebenso nutzten sie medizinisches Fachpersonal und medizinische Informationsseiten im Internet signifikant häufiger zur Beschaffung von Informationen zu Gesundheitsthemen als Patienten der Referenzgruppe. Es zeigte sich, dass dem medizinischen Fachpersonal die größte Rolle als Informationsgeber zu kommt, gefolgt von den medizinischen Informationsseiten im Internet. Zusammenhänge zwischen Alter und Nutzung unterschiedlicher Medienkanäle konnten festgestellt werden. Je jünger die Patienten waren, desto häufiger wurden Familie, Freunde und das Internet als Informationsquelle zu Gesundheitsthemen herangezogen. Je höher das Alter war, desto mehr nutzten die Patienten Zeitschriften, das Fernsehen und Fachvorträge zur Informationsgewinnung. Ferner konnte ein Zusammenhang zwischen dem Bildungsstatus und der Nutzung von medizinischen Informationsseiten im Internet aufgezeigt werden. Risikopatienten mit mindestens zehn Jahren Schulbildung nutzten medizinische Informationsseiten im Internet häufiger als Quelle für Gesundheitsthemen als solche, die weniger als zehn Jahre Schulbildung genossen haben. Zusammenhänge zwischen dem Geschlecht und der Nationalität der Patienten und der Nutzung unterschiedlicher Kanäle waren dagegen nicht zu verzeichnen.

Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Arbeit im Kontext der aktuellen Literatur diskutiert und neue Feststellungen akzentuiert. Des Weiteren wird auf die Stärken und Limitationen der Studie eingegangen. Anschließend werden die relevanten Erkenntnisse zusammengefasst und es wird ein Ausblick auf die folgenden zwei Jahre der Studie und auf mögliche weitere Untersuchungen in der Zukunft gegeben.

5.1 Deskriptive Auswertung der Studienpopulation

In der Prä-Erhebung, die vom 1.10.2011 bis zum 15.12.2011 statt fand, wurden 2087 Patienten angesprochen, von denen 1882 die Einschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie erfüllten. Eine ähnlich große Stichprobe konnte vom 17.09.2012 bis zum 18.12.2012 in der Post-Erhebung gebildet werden. Von den 2383 angesprochenen Patienten wurden 2200 für die Studie zugelassen. Diese Stichprobengröße ist mit anderen großen Studien, die auch im hausärztlichen Setting stattfanden, vergleichbar (Hanel et al. 2009, Schneider et al. 2011). Beispielsweise wurden in der Studie von

Barsky et al. (2005), in deren Rahmen Zusammenhänge zwischen einer somatoformen Störung und einer erhöhten Inanspruchnahme des Gesundheitssystems sowie erhöhte Gesundheitskosten erforscht wurden, in zwei zu einem Krankenhaus gehörenden Hausarztpraxen 1914 Fragebögen von Patienten ausgefüllt, von denen 1546 die Einschlusskriterien erfüllten.

Die soziodemographischen Daten der gesamten Stichproben der Prä- und der Post-Erhebung können als vergleichbar angesehen werden (siehe Tabelle 3 und Tabelle 4). In der Prä-Erhebung lag das Alter im Durchschnitt bei 51, in der Post-Erhebung bei 50.5 Jahren. Der Anteil der Frauen lag in der Prä-Erhebung bei 60.7 %, in der Post-Erhebung bei 59.4 %. In der Prä-Erhebung gaben 65.2 % an mit einem Partner zusammenzuleben, in der Post-Erhebung waren es 67.8 %. Die Quote der Patienten, die mindestens zehn Jahre Schulbildung genossen haben, lag in der Prä-Erhebung bei 72.4 % und in der Post-Erhebung bei 76.2 %. Auch der Anteil der Deutschen war mit 94.3 % in der Prä-Erhebung ähnlich zur Post-Erhebung (93.4 %). In einer großen deutschen Querschnittsstudie von Hanel et al. (2009) sowie in der Studie von Rief et al. (2006), die dem Studienaufbau der Sofu-Net-Studie ähneln, werden ähnliche Angaben zu den soziodemographischen Daten der Stichprobe gemacht. Obwohl die Stadt Hamburg mit 13.7 % einen relativ hohen Anteil an Personen mit Migrationshintergrund aufweist (Bundeszentrale für politische Bildung 2011), lag die Rate in der Sofu-Net-Studie in der Prä-Erhebung bei nur 5.7 % und in der Post-Erhebung bei nur 6.6 %. Dies kann einerseits dadurch begründet werden, dass Patienten mit nicht ausreichenden Deutschkenntnissen von der Studie ausgeschlossen wurden. Andererseits kann auch die Lage der Hausarztpraxen in bestimmten Stadtteilen einen Selektionseffekt verursacht haben. Da als Risiko für eine somatoforme Störung die Migration beschrieben wird (Kirkcaldy et al. 2006), könnte eine relevante Patientengruppe hier unterrepräsentiert sein. Dennoch können die Stichproben der Prä- und der Post-Erhebung als repräsentativ für den primärärztlichen Bereich angesehen werden.

Auffällig ist, dass die Risikopatienten im Vergleich zur Referenzgruppe sowohl in der Prä- als auch in der Post-Erhebung ein niedrigeres Alter hatten und mehr Frauen als Männer waren. Diese Eigenschaften für Patienten mit somatoformen Störungen wurden bereits von weiteren Autoren beschrieben (de Waal et al. 2004, Hiller et al. 2006, Jacobi et al. 2004, Kapfhammer 2005, Ladwig et al. 2001, Toft et al. 2005), wobei in einigen Studien auch ein höheres Alter der Patienten mit einer somatoformen Störung assoziiert wurde (Hanel et al. 2009, Häuser et al. 2009, Hiller et al. 2006). In der Prä-Erhebung

zeigte sich, dass die Risikopatienten signifikant seltener als die Patienten der Referenzgruppe mit einem Partner zusammenleben. Dieses Ergebnis steht im Einklang mit den Erkenntnissen von Jacobi et al. (2004), die über eine Assoziation von Ehelosigkeit mit somatoformen Störungen berichten. Obwohl einige Autoren einen Zusammenhang zwischen somatoformen Störungen und einem niedrigen Bildungsstatus sehen (Hanel et al. 2009, Hiller et al. 2006), konnte dies in der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden. In der Prä-Erhebung war der Ausländeranteil unter den Risikopatienten signifikant höher als in der Referenzgruppe. Auch andere Studien berichten bereits über einen Zusammenhang zwischen Migration und somatoformen Störungen (Kirkcaldy et al. 2006).

5.2 Diskussion der Fragestellungen

5.2.1 Fragestellung 1 : Evaluation des Sofu-Net

5.2.1.1 Diagnostik

Da die Zeitspanne zwischen dem Identifizieren und einer notwendigen Behandlung einer somatoformen Störung oft noch mehrere Jahre beträgt (Müller et al. 2000, Murray et al. 2013, Shedden-Mora et al. 2016), sollte den Hausärzten im Rahmen des Sofu-Net-Projekts auch bei nur kurzen Kontaktzeiten zum Patienten das Erkennen einer somatoformen Störung leichter gemacht werden, indem sie auffälligen Patienten einen Screening-Fragebogen aushändigen sollten, um so das Risiko einer somatoformen Störung abschätzen zu können und sie im Falle eines positiven Ergebnisses an die Netzwerkpartner zu vermitteln. Durch eine adäquate Versorgung der Patienten im Sofu-Net ist anzunehmen, dass die Anzahl der Risikopatienten und somit die Prävalenz der Erkrankung sinkt. Ein unterstützender Effekt ist das Einhalten von festen Terminen, da die Betroffenen in diesem Falle nicht mehr so häufig in der Hausarztpraxis erscheinen. Die Hypothese, dass die Prävalenz der Risikopatienten in der Post-Erhebung im Vergleich zur Prä-Erhebung sank, konnte den Berechnungen zufolge nicht bestätigt werden. Der Anteil der Risikopatienten lag in der Prä-Erhebung bei 16.2 %, was vergleichbar mit der Studie von de Waal et al. (2004) ist, bei der eine Prävalenz von somatoformen Störungen im hausärztlichen Setting von 16.1 % angegeben wird. Nach der Sofu-Net-Projekt-Laufzeit von zwei Jahren betrug die Prävalenz 15.3 %. Ein Grund dafür, dass sich der Unterschied der Prävalenz im Prä-Post-Vergleich als nicht

signifikant offenbarte, könnte eine zu kurze Dauer des Projekts gewesen sein, da somatoforme Störungen sehr stabil sind und eine völlige Beseitigung der Symptome innerhalb von zwei Jahren kaum möglich ist und somit die im PHQ-15 aufgelisteten Symptome noch persistieren können und weiterhin von den Betroffenen angegeben werden, auch wenn sie sich schon in Psychotherapie befinden (Sonnenmoser 2005). Ferner ist es denkbar, dass durch die psychenet Medienkampagne das Bewusstsein für somatoforme Störungen erhöht wurde und sich eine gute Behandlung unter den betroffenen Patienten herumgesprochen haben könnte, sodass mehr Patienten, die an somatoformen Symptomen litten, die Sofu-Net-Hausärzte konsultierten.

Ein Mangel an effektiver Kommunikation ist laut Kovandžić et al. (2011) eines der Hauptprobleme in der psychosozialen Versorgung. Im Falle einer somatoformen Störung wird selten über psychosoziale Probleme gesprochen (Salmon et al. 2004), wobei ein Gespräch der Schlüsselfaktor für die Identifizierung einer solchen Störung darstellt. Folglich werden zu wenig somatoforme Störungen, und wenn, dann meist nur die schweren Fälle, erkannt (Schäfert et al. 2010, Warren und Clauw 2012). Obwohl Patienten häufig Hinweise auf psychosoziale Probleme geben, reagieren die Ärzte oft zurückhaltend und bieten selten ein Gespräch an (Ring et al. 2005). Da der Hauptanteil der diagnostischen Information nicht aus diagnostischen Tests, sondern aus einer ausführlichen Anamnese erlangt wird, ist ein offenes Gespräch zwischen Arzt und Patient umso wichtiger (Kroenke 2014). Daran anknüpfend ist ein Ziel der Sofu-Net-Studie gewesen, die Kommunikation über psychosoziale Probleme zwischen Patient und Hausarzt zu verbessern. Die Ergebnisse zeigten, dass Risikopatienten in der Post-Erhebung signifikant mehr über psychische Probleme und private Beschwerden mit dem Hausarzt sprachen, als es in der Prä-Erhebung der Fall war. Es ist anzunehmen, dass die Hausärzte, die am Sofu-Net teilgenommen haben, für psychische Störungen im Allgemeinen, sowie speziell für somatoforme Störungen sensibilisiert wurden und ihr Bewusstsein für psychosoziale Probleme, das ein wichtiger Faktor für die Diagnostizierung einer somatoformen Störung ist (van der Felz-Cornelis et al. 2006), gesteigert wurde. So konnten sie auffälligen Patienten ein offenes Gespräch anbieten und ihnen die wichtige Möglichkeit geben, die eigenen Beschwerden ausführlich zu schildern und ihnen dabei aktiv und aufmerksam zu zuhören (Anderson et al. 2008). Die erfolgreich gesteigerte Kommunikation zwischen Hausarzt und Patient über psychosoziale Probleme ermöglicht ein besseres Erkennen einer somatoformen Störung und damit auch eine schnellere Einleitung einer adäquaten Therapie.

5.2.1.2 Behandlung

Die zügige Einleitung einer adäquaten Behandlung ist im Falle einer somatoformen Störung wichtig, um Chronifizierung zu vermeiden. Die beim Sofu-Net teilnehmenden Hausärzte vermittelten die Patienten bei positivem Screening-Befund schnellst möglichst an einen Netzwerkpartner, also an einen Psychotherapeuten oder Psychologen. In der Psychotherapie soll die Akzeptanz von psychosozialen Ursachen der Erkrankung vermittelt und die kognitiven, emotionalen, behavioralen und physiologischen Dysfunktionen therapiert werden (Sonnenmoser 2005).

In den Berechnungen zu dieser Arbeit wurde die Hypothese, dass die Hausärzte den Risikopatienten in der Post-Erhebung häufiger empfehlen eine Psychotherapie zu beginnen als es in der Prä-Erhebung der Fall war (prä: 30.5 % vs. post: 24.9 %), nicht bestätigt. Die von den Hausärzten am häufigsten genannten Gründe, warum sie keine Empfehlung aussprachen, waren, dass die Patienten sich zum einen schon in psychotherapeutischer Behandlung befanden oder zum anderen weil keine psychische Erkrankung diagnostiziert werden konnte. Weitere, aber seltener genannte Gründe, waren, dass die Hausärzte eine somatische Diagnose weder ausgeschlossen noch bestätigt hatten, sie keine Indikation für eine psychologische Intervention sahen, sie im ersten Kontakt mit dem Patienten standen, sie die „watchful waiting“ Strategie, sprich Beobachten und Abwarten, bevorzugten oder sie die somatische Komponente als vorherrschend ansahen. Außerdem wurden einige Hausärzte durch eine negative Einstellung der Patienten gegenüber einem psychologischen Vorgehen davon abgehalten, eine Empfehlung für eine Psychotherapie auszusprechen. Eine Empfehlung für eine Psychotherapie für Risikopatienten war Prä-Sofu-Net wahrscheinlicher, wenn die Patienten psychosoziale Beschwerden äußerten und wenn die Hausärzte eine somatoforme Störung diagnostizierten (Shedden-Mora et al. 2016).

Des Weiteren zeigte sich, dass sich die Risikopatienten in der Post-Erhebung, verglichen zur Prä-Erhebung, nicht mehr um eine psychotherapeutische Behandlung bemühten (prä: 30.7 % vs. post: 31.2 %). Dies ist verwunderlich, da anzunehmen ist, dass durch die Sofu-Net-Studie die behandelnden Hausärzte die betroffenen Patienten über die Ursache ihrer körperlichen Beschwerden und mögliche Therapiemöglichkeiten aufklärten und somit die Patienten eine psychosoziale Ursache ihrer Beschwerden in Erwägung ziehen und diese akzeptieren konnten und folglich den aktiven Entschluss fassen konnten sich psychotherapeutisch helfen zu lassen.

Die Hypothese, dass sich in der Post-Erhebung mehr Risikopatienten in Psychotherapie

befinden, konnte auch nicht bestätigt werden. Der Anteil der Risikopatienten, der sich in Psychotherapie befand, war sowohl in der Prä- (20.5 %) als auch in der Post-Erhebung (21.8 %) sehr gering. Im Bundesgesundheitsurvey 1998 zeigte sich für die somatoforme Störung eine im Vergleich zu anderen psychischen Störungen niedrige Behandlungsrate von 40.5 %, wobei unsere Ergebnisse mit den Ergebnissen dieser Studie nicht ganz vergleichbar sind, da im Bundesgesundheitsurvey die Patienten schon als behandelt galten, wenn sie zumindest mit einer Institution des Gesundheitswesens in Kontakt standen und nicht nur dann, wenn sie sich in Psychotherapie befanden (Wittchen und Jacobi 2001). Ein Grund dafür, dass sich der Anteil der in Psychotherapie befundenen Risikopatienten nicht steigerte, könnte der sein, dass die Hausärzte ihr Verschreibungsverhalten änderten (siehe folgenden Absatz) und sich somit in der Lage fühlten, durch medikamentöse Therapie, die somatoforme Störung selbst zu behandeln.

In der medikamentösen Behandlung, die auch eine wichtige Rolle in der Therapie von psychischen Störungen spielt (Kroenke 2003), zeigten sich interessante Ergebnisse. Bei der Nutzung von Schmerzmedikamenten konnte im Prä-Post-Vergleich zwar kein signifikanter Unterschied verzeichnet werden. Jedoch stellte sich heraus, dass der Anteil der Risikopatienten, der Benzodiazepine einnahm von 23.9 % in der Prä-Erhebung auf 6.6 % in der Post-Erhebung sank. Da Benzodiazepine keine adäquate Therapie für somatoforme Störungen sind und ein sehr hohes Abhängigkeitspotenzial besitzen (Edwards et al. 2010, Weaver 2015), ist es denkbar, dass die Hausärzte sich bewusst gegen die Verschreibung dieser Medikamente bei betroffenen Patienten entschieden. Auch bei der Neuroleptika-Einnahme zeigte sich ein signifikantes Ergebnis. Der Anteil der Risikopatienten, der Neuroleptika einnahm, stieg von 2.2 % auf 6.6 % im Prä-Post-Vergleich. Huang et al. (2012) kamen nach der Durchführung einer sechswöchigen randomisierten Studie zu dem Ergebnis, dass die Kombination eines Antidepressivums mit einem Neuroleptikum in der Behandlung von somatoformen Störungen wirksamer sei als das Antidepressivum alleine. Basierend auf diesen Ergebnissen könnte die steigende Einnahme von Neuroleptika begründet sein. Ein herausstechendes Ergebnis zeigte sich in der Analyse der Antidepressiva-Einnahme. In der Post-Erhebung nahmen Risikopatienten mit 25.7 % signifikant mehr Antidepressiva ein als es in der Prä-Erhebung der Fall war (5.4 %). Vermutlich haben sich die Hausärzte an den Empfehlungen der Leitlinie orientiert, sodass diese Ergebnisse zustande kamen (Hausteiner-Wiehle et al. 2012 a). Eine Indikation für eine zeitlich befristete Gabe von

Antidepressiva gibt es bei somatoformen Störungen, die schmerzdominant verlaufen (Fishbain 2000, Hausteiner-Wiehle et al. 2012 b, Kroenke 2003). Ähnliche Veränderungen im Verschreibungsverhalten konnten in der Studie von Smith et al. (2006 b) beobachtet werden, in der durch eine multidimensionale Intervention im primärärztlichen Bereich eine klinische Besserung von Patienten mit medizinisch nicht erklärbaren Symptomen erreicht werden konnte.

Über einen allgemeinen Trend im Gesundheitssystem berichtet Hucklenbroich (2013), die in ihrem Artikel eine über die letzten Jahre steigende Einnahme von Antidepressiva in wohlhabenden Industrieländern beschreibt. Der Gebrauch von Antidepressiva stieg in Deutschland zwischen 2007 und 2011 um 46 %. Als Grund für diesen starken Anstieg erwähnt sie, dass inzwischen schon mildere Formen von Depression und Angststörungen medikamentös behandelt werden. Außerdem kann auch die Entstigmatisierung psychischer Erkrankungen und die daraus resultierende erhöhte Bereitschaft der Betroffenen, sich Hilfe zu suchen, ursächlich für die vermehrte Einnahme von Antidepressiva sein. Überdies könnte ein weiterer Grund des wachsenden Gebrauchs von Antidepressiva ein Ungleichgewicht zwischen der steigenden Zahl an Hilfesuchenden auf der einen Seite und den Psychotherapie-Angeboten in Deutschland auf der anderen Seite sein. Da es ein Defizit in der psychotherapeutischen Versorgung gibt, den Betroffenen aber trotzdem Hilfe angeboten werden soll, wird häufig alternativ auf die medikamentöse Variante zurückgegriffen (Hucklenbroich 2013). In den Berechnungen dieser Arbeit sind eine sehr starke Abnahme der Benzodiazepin-Einnahme und eine sehr starke Zunahme der Antidepressiva-Einnahme innerhalb einer kurzen Zeit von zwölf Monaten zu erkennen. Da es eher unwahrscheinlich ist, dass diese Veränderungen allein dem allgemeinen Trend im Gesundheitssystem zuzuschreiben sind, ist anzunehmen, dass ein Zusammenhang mit dem Sofu-Net besteht.

Inwieweit in der Sofu-Net-Studie die somatoforme Störung im Speziellen die Indikation zur Medikamenteneinnahme darstellte und die Einnahme nicht in Zusammenhang mit einer eventuellen komorbid auftretenden anderen psychischen Störung stand, bleibt kritisch zu betrachten.

5.2.1.3 Inanspruchnahme

Patienten, die an einer somatoformen Störung leiden, nehmen das Gesundheitssystem häufiger in Anspruch als Personen, die nicht betroffen sind (Creed und Barsky 2004). Sowohl in der Prä-Erhebung der Sofu-Net-Studie als auch in anderen Studien konnte dies bestätigt werden. In der Prä-Erhebung war der Anteil der High-User, also die Patienten, die in den letzten sechs Monaten den Hausarzt mindestens sechs Mal oder häufiger besucht haben, unter den Risikopatienten doppelt so hoch wie in der Referenzgruppe (Shedden-Mora et al. 2016). Ähnliche Ergebnisse zeigten sowohl die Untersuchung von Fink et al. (1999), in der eine doppelt so hohe Frequenz ermittelt wurde, mit der Patienten mit einer somatoformen Störung den Arzt aufsuchen, als auch die Studie von Nanke und Rief (2003), in der ein dreimal höherer Wert für die Inanspruchnahme eines niedergelassenen Arztes von Patienten mit somatoformen Beschwerden im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung bestimmt wurden.

Anknüpfend an diese Problematik hatte das Sofu-Net-Projekt unter anderem zum Ziel durch schnellere Identifizierung von Patienten mit somatoformen Beschwerden und eine daraufhin schnellere Vermittlung in eine psychotherapeutische und somit adäquate Behandlung die Inanspruchnahme des Hausarztes zu reduzieren. In einer Untersuchung von Martin et al. (2007) führte schon eine einmalige vierstündige verhaltenstherapeutisch orientierte Gruppensitzung zu einer Reduktion des Inanspruchnahmeverhaltens und zu einer Besserung der körperlichen Beschwerden der Patienten. Als Ausdruck für eine verstärkte Inanspruchnahme können sich erhöhte Kosten im Gesundheitssystem äußern. Sowohl die direkten als auch die indirekten Gesundheitskosten können wiederum durch adäquate Therapie wie die kognitive Verhaltenstherapie und weitere psychotherapeutische Maßnahmen gesenkt werden (Hiller et al. 2003, Schade et al. 2011). Auch eine Therapie mit Antidepressiva kann laut Zhao et al. (2011) eine senkende Wirkung auf die Gesundheitskosten haben. Die Annahme, dass unter anderem durch das Einhalten von festen Terminen (Hausteiner-Wiehle 2012 a) und eine schnelle Einleitung einer passenden Therapie die Risikopatienten den Hausarzt in der Post-Erhebung weniger in Anspruch nahmen als in der Prä-Erhebung konnte in dieser Analyse nicht bestätigt werden. Ein entsprechendes Ergebnis zeigt die Studie von Sattel et al. (2012), in der eine kurze psychodynamische interpersonelle Therapie zwar die körperlichen Symptome vermindert, die Inanspruchnahme des Hausarztes jedoch nicht reduziert wird.

5.2.1.4 Organisation der Versorgung

Im Falle einer psychischen Störung sind lange Wartezeiten auf einen Behandlungsplatz bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten in Deutschland keine Seltenheit (Walendzik et al. 2011). Die Betroffenen warten durchschnittlich bis zu 4.6 Monate auf einen ambulanten Psychotherapieplatz (Zepf et al. 2003). Auch Wittchen und Jacobi (2001) erforschten, dass 63.6 % der Betroffenen, die ein Hilfesuchverhalten aufwiesen, keinen Kontakt zum Psychotherapeuten erhielten. Für die somatoforme Störung im Speziellen zeigte sich eine niedrige Behandlungsrate und infolgedessen eine mit 59.5 % sehr hohe Rate an nicht versorgten Patienten. Durch die langen Wartezeiten auf einen ambulanten Therapieplatz steigt die Wahrscheinlichkeit einer Chronifizierung der Erkrankung (Hausteiner-Wiehle et al. 2012 a). Bezogen auf dieses Problem hatte das Sofu-Net zum Ziel durch die Organisation von vernetzten Versorgungsstrukturen mit definierten Behandlungspfaden die Zeit vom Anfang der Erkrankung bis zur angemessenen Therapie zu verkürzen. Planmäßig sollte innerhalb von vier Wochen für die Patienten, die eine hohe Symptomschwere aufweisen, ein Termin für ein Erstgespräch zur weiteren Diagnostik und Therapieplanung bei einem teilnehmenden Psychotherapeuten vereinbart werden. Daraufhin sollte nach maximal acht Wochen den Patienten der Beginn einer ambulanten Psychotherapie bereitgestellt oder bei starken Beschwerden auch der Beginn einer Therapie in einer beteiligten Fachklinik ermöglicht werden. Zur Evaluation wurde berechnet, wie lange die Patienten, die sich in den letzten zwölf Monaten um eine ambulante psychotherapeutische Behandlung bemüht hatten, auf ein Erstgespräch, und wenn dieses stattgefunden hatte auf den Beginn der Psychotherapie, warten mussten. In der Analyse bezüglich der Wartezeit bis zum Erstgespräch und bis zur psychotherapeutischen Behandlung konnte kein signifikanter Zeitunterschied im Prä-Post-Vergleich aufgezeigt werden. An dieser Stelle sollte zukünftig noch einmal analysiert werden, welche Gründe für die nicht kürzer werdende Wartezeit bestehen könnten. Eine Befragung der Hausärzte könnte hilfreich sein, um eventuelle Hindernisse in der Übermittlung der Patienten an die Psychologen und Psychotherapeuten zu ermitteln.

5.2.2 Fragestellung 2: Informationsverhalten

Die zweite Fragestellung, wie sich Patienten, die ein hohes Risiko für eine somatoforme Störung haben, über Gesundheitsthemen informieren, welche Medienkanäle sie hierzu nutzen und ob es bestimmte Zusammenhänge zwischen Patienteneigenschaften und der Kanalwahl gibt, wurde gewählt, um Patienten mit einer somatoformen Störung in Zukunft besser verstehen, erreichen und mit passender Information bezüglich ihrer Erkrankung versorgen zu können. Da die Betroffenen häufig von einer somatischen Ursache ihrer Beschwerden überzeugt sind (Lahmann et al. 2010), ist es umso wichtiger, sie über eine psychosoziale Ursache ihrer Symptome und adäquate Therapiemöglichkeiten aufzuklären. Es wurden bereits einige Studien zum Informationsverhalten von Patienten im Allgemeinen durchgeführt, jedoch ist das Informationsverhalten von Patienten mit einer somatoformen Störung noch recht unerforscht.

5.2.2.1 Mediennutzung

Patienten mit somatoformen Syndromen verwenden das Internet zur Beschaffung von Gesundheitsinformationen häufiger als Patienten, die an psychiatrischen oder allgemeinmedizinischen Problemen leiden und weitaus mehr verglichen mit der gesunden Referenzgruppe. Ursächlich kann eine generelle Unzufriedenheit mit der Behandlung und eine daraus resultierende immer wiederkehrende Suche nach weiteren Behandlungsmöglichkeiten sein (Haviland et al. 2003). Ähnliche Ergebnisse wurden in einer englischen Studie publiziert, die besagt, dass Patienten mit einem höheren Level an Hypochondrie häufiger und länger nach Informationen zu Gesundheitsthemen im Internet suchen und sie die Suche als stressiger und Angst provozierender empfinden im Gegensatz zu Patienten mit einem niedrigeren Grad an Hypochondrie (Muse et al. 2012). Basierend auf diesen Erkenntnissen wurde die Hypothese, dass sich Risikopatienten im Allgemeinen mehr über Gesundheitsthemen informieren als Patienten der Referenzgruppe, aufgestellt. Die Hypothese konnte in den vorliegenden Berechnungen jedoch nicht bestätigt werden.

5.2.2.2 Bevorzugte Nutzung von Medienkanälen

Um die Erkenntnis zu erlangen, welche Medienkanäle am häufigsten als Quelle für Informationen zu Gesundheitsthemen dienen, wurde für jeden Kanal analysiert wie viel Prozent der Patienten diesen *oft* nutzten. Medizinisches Fachpersonal stand bei den Berechnungen in dieser Arbeit an erster Stelle und konnte somit als wichtigste Informationsquelle für die Patienten definiert werden. Diese Angaben decken sich mit den Ergebnissen des mindline media Reports (2013), in dem nicht nur die persönliche Beratung durch einen Arzt auch hier als die am häufigsten genutzte Quelle angegeben wurde, sondern auch die über die letzten Jahre steigende Wichtigkeit des Mediziners in beratender Rolle betont wurde, nicht zuletzt, weil der Arzt als Informationsgeber als vertrauenswürdigste Quelle erschien (mindline media 2013). Dem medizinischen Fachpersonal folgend wurden medizinische Informationsseiten im Internet als zweithäufigste genutzte Quelle für Informationen zu Gesundheitsthemen angeführt. Dies verwundert nicht, da die Bedeutung des Internets als Informationsquelle in den letzten Jahren stetig gewachsen ist. Der Anteil der Internetnutzer, der sich im Jahre 2011 im Internet über Gesundheitsthemen informierte, lag bei 57 % und stieg im Jahre 2012 auf 90 % an (mindline media 2013, SKOPOS 2012).

Des Weiteren wurde analysiert, welche Medienkanäle von Risikopatienten im Vergleich zu den Patienten der Referenzgruppe häufiger genutzt wurden. Signifikante Ergebnisse zeigten sich bei den beiden wichtigsten Informationsquellen, dem medizinischen Fachpersonal und den medizinischen Informationsseiten im Internet. Ein Anteil von 38.2 % der Risikopatienten gab an, medizinisches Fachpersonal *oft* als Quelle für Informationen zu Gesundheitsthemen zu verwenden. In der Referenzgruppe waren es mit 21.0 % signifikant weniger. Diese Ergebnisse korrespondieren mit der charakteristischen Eigenschaft, dass Patienten mit einer somatoformen Störung aufgrund des langwierigen Krankheitsverlaufs und der Beschwerdepersistenz verschiedene Ärzte häufig konsultieren (Lahmann et al. 2010). Ferner wurden medizinische Informationsseiten im Internet von den Risikopatienten mit 26.5 % häufiger genutzt als von den Patienten der Referenzgruppe, die die Seiten im Internet zu 19.2 % für die Beschaffung von medizinischen Informationen nutzten. Äquivalent zu diesem Ergebnis berichten Bansil et al. (2006) und Haviland et al. (2003), dass das Internet vor allem von chronisch kranken Personen und Personen mit somatoformen Symptomen zur Informationsbeschaffung herangezogen wird.

Zusammenfassend kann die Erkenntnis gewonnen werden, dass der wichtigste Informationsgeber für Patienten mit einer somatoformen Störung der Arzt ist und dass an zweiter Stelle das Internet bei Betroffenen zur Informationsbeschaffung zu Gesundheitsthemen folgt.

5.2.2.3 Anzahl der genutzten Kanäle

Passend zur Annahme, dass bei Patienten mit einer somatoformen Störung eine generelle Unzufriedenheit mit der Behandlung zu einer ausgeprägten Suche nach weiteren Behandlungsmöglichkeiten führt (Haviland et al. 2003), konnte gezeigt werden, dass die Risikopatienten mehr Medienkanäle als die Patienten der Referenzgruppe nutzten, um an Informationen zu Gesundheitsthemen zu gelangen.

Dass eine vermehrte Mediennutzung, im Sinne des Modells der somatosensorischen Amplifikation von Barsky und Wyshak (1990), einen verstärkenden Einfluss auf die somatoforme Störung hat, ist vorstellbar. Das Modell beschreibt, dass durch übermäßige Aufmerksamkeit auf Körperreaktionen, in diesem Fall wären das gehäufte Informationen über die eigenen Beschwerden, eine gesteigerte pathophysiologische Anspannung entsteht, die wiederum die Aufmerksamkeit verstärkt.

5.2.2.4 Zusammenhänge zwischen Patienteneigenschaften und Medienkanalnutzung

Die Kenntnis über Zusammenhänge zwischen Patienteneigenschaften und der Medienkanalnutzung ist relevant, um jeden Patienten, der an einer somatoformen Störung leidet, individuell erreichen zu können. Im mindline media Report (2013) wird berichtet, dass Frauen im Vergleich zu Männern mehr Printmedien, zum Beispiel Kundenzeitschriften der Apotheken und Krankenkassen, Broschüren, Artikel in Zeitungen und Zeitschriften, Bücher sowie mehr persönliche Kommunikationsquellen wie den Arzt, Freunde oder den Partner zur Informationsgewinnung zu Gesundheitsthemen verwenden. Über die Geschlechtsverteilung bei der Internetnutzung gibt es widersprüchliche Angaben. Laut mindline media nutzen mehr Männer, laut Bansil et al. (2006) mehr Frauen das Internet zur Informationsbeschaffung. In dieser Arbeit konnten für keinen Medienkanal signifikante Unterschiede zwischen männlicher und weiblicher Nutzung in der Risikogruppe ermittelt werden. Hier wurden allerdings

auch nur Patienten aus dem hausärztlichen Setting erfasst, die ein hohes Risiko für eine somatoforme Störung hatten und nicht, wie beim mindline media Report die Allgemeinbevölkerung Deutschlands.

Bei der weiteren Analyse wurde erwiesen, dass das Alter in der Kanalwahl eine Rolle spielte. Je jünger die Patienten waren, desto häufiger wurden Familie und Freunde als Informationsquelle zu Gesundheitsthemen konsultiert. Dieses Ergebnis galt sowohl für die Risiko- als auch Referenzgruppe. Entsprechend hierzu berichtete der mindline media Report (2013), dass gerade jüngeren Personen die persönlichen Empfehlungen ihres sozialen Umfeldes besonders wichtig waren. Ferner nutzten sie im Vergleich zu den Älteren verstärkt das Internet zur Informationsgewinnung (Bansil et al. 2006, mindline media 2013). Obwohl die ältere Generation immer mehr im Internet nach Informationen zu Gesundheitsthemen sucht (Deutsches Ärzteblatt 2011), wird die Inanspruchnahme des Internets bei psychischen Problemen bei zunehmendem Alter im Vergleich zu jüngeren Befragten weniger in Betracht gezogen (Eichenberg und Brähler 2013). Dieser Aspekt zeigte sich auch in den Berechnungen dieser Arbeit unter allen Patienten, also nicht nur in der Risikogruppe. Je jünger die Patienten waren, desto mehr wurden sowohl medizinische Informationsseiten als auch Foren im Internet als Informationsquelle genutzt. Außerdem wurde festgestellt, dass, je älter die Patienten waren, desto mehr wurden Zeitschriften, das Fernsehen und Fachvorträge zur Informationsgewinnung genutzt. Entsprechend dazu berichtete der mindline media Report (2013) über eine hauptsächliche Nutzung von Kundenzeitschriften von Apotheken als Informationsquelle innerhalb der älteren Bevölkerung.

Um zu erfahren, ob der Bildungsstatus einen Einfluss auf die Kanalwahl bei den Risikopatienten hat, wurden die Patienten in zwei Gruppen, weniger als zehn Jahre vs. mindestens zehn Jahre Schulbildung, unterteilt. In den Berechnungen wurde ermittelt, dass Risikopatienten mit mindestens zehn Jahren Schulbildung medizinische Informationsseiten im Internet häufiger nutzten als solche mit weniger als zehn Jahren Schulbildung. Passend zu diesen Ergebnissen wird das Internet laut Bansil et al. (2006) vor allem von Personen mit einem höheren Bildungsstatus zur Informationsbeschaffung herangezogen. Ebenso scheint das Haushaltseinkommen eine Rolle zu spielen. Ein höheres Einkommen geht mit einem höheren Interesse einher, das Internet bei psychischer Belastung zu nutzen (Eichenberg und Brähler 2013).

Die Nationalität der Patienten war nicht von Belang in der Kanalwahl. Es zeigten sich keine Unterschiede in der Kanalnutzung zwischen deutschen und nicht-deutschen Patienten in der Risikogruppe.

Mit dem Wissen über die Zusammenhänge von Patientencharakteristika und der Kanalwahl könnte man sich in Zukunft einem gezielteren Erreichen von Informationen für Patienten mit einer somatoformen Störung annähern. Beispielsweise könnten Hausärzte älteren Betroffenen eine Zeitschrift mit Informationen über die somatoforme Störung aushändigen, während bei jüngeren Betroffenen auf eine entsprechende Internetinformationsseite verwiesen werden könnte. So ist die Wahrscheinlichkeit am größten, dass jeder Betroffene, individuell an seine Eigenschaften angepasst, an Informationen über die Erkrankung gelangt.

5.3 Stärken und Limitationen der Studie

Im Folgenden werden der Aufbau und die Durchführung der Sofu-Net-Studie kritisch betrachtet.

An der besagten Studie waren 41 Hausärzte aus 20 Praxen beteiligt. Es wurde versucht, Hausarztpraxen aus unterschiedlichen Hamburger Stadtbezirken zu wählen, um einen möglichen Selektionseffekt aufgrund von soziodemographischen Faktoren zu vermindern. Ob dies gelungen ist, muss kritisch beurteilt werden, da die Rate an Personen mit Migrationshintergrund, die eigentlich in der Stadt Hamburg sehr groß ist, in der Sofu-Net-Studie sehr niedrig ausfiel (siehe 5.1). Neben der Lage der Hausarztpraxen in bestimmten Stadtteilen, kann die Ursache des niedrigen Anteils an Personen mit Migrationshintergrund auch die sein, dass Patienten, deren Deutschkenntnisse nicht ausreichten, von der Studie ausgeschlossen wurden. Ein weiterer Selektionseffekt kann durch die eigene Motivation der Hausärzte entstanden sein. Am Sofu-Net wirkten nur die Hausärzte mit, die sich freiwillig für eine Teilnahme entschieden.

Bei dem Screening in den Hausarztpraxen gewährleisteten, je nach Praxisgröße und dem zu erwartenden Patientenaufkommen, ein bis zwei Mitarbeiter der Studie, dass alle Patienten angesprochen und keiner übersehen wurde. Dies führte zu einer hohen Teilnehmerrate und einer großen Grundgesamtheit.

Um das Risiko für eine somatoforme Störung abschätzen zu können, wurde im Screening der PHQ-Fragebogen verwendet. Die Symptomliste des PHQs ist nicht

identisch mit der Klassifikations-Symptomliste für somatoforme Störungen im ICD-10 und DSM-IV (Hanel et al. 2009), aber der PHQ misst eine hohe Anzahl an körperlichen Symptomen, die auf das Vorliegen einer somatoformen Störung hindeuten können (Körber et al. 2011). Der PHQ weist gute Testgütekriterien auf (Gräfe et al. 2004, Kroenke et al. 2010). Jedoch kann hiermit keine Aussage über die Erklärbarkeit bzw. Nichterklärbarkeit der Symptome getroffen werden (Körber et al. 2011). Ferner kann eine gesicherte Diagnose nur durch ein Experteninterview gestellt werden (Toft et al. 2005), was im Falle der Sofu-Net-Studie aufgrund von der großen Stichprobe und den Ressourcen nicht möglich war. Da somatoforme Störungen häufig komorbid mit Angst und Depression einhergehen, wurde in dieser Studie nicht nur der PHQ-15 (Fragebogen zur Erfassung von somatoformen Symptomen) sondern auch der GAD-7 (Angst) und PHQ-9 (Depression) in das Screening mit einbezogen, um Patienten mit einer funktionellen Beeinträchtigung zu identifizieren (Kroenke et al. 2010, Löwe et al. 2008 a). Trotz den Einschränkungen des PHQs kann meist eine hohe Trefferquote in der Diagnostik erzielt werden. Dies zeigten die Ergebnisse des CIDI. In der Prä-Erhebung hatten 142 von den 156 Patienten, die im Screening positiv waren und am Telefoninterview teilgenommen haben, laut dem CIDI eine somatoforme Diagnose. In der Post-Erhebung waren es von den 131 teilnehmenden Patienten 111. Ein Selektionsfehler bei den Patienten, die am Telefoninterview teilgenommen haben, scheint eher unwahrscheinlich. Es zeigten sich also keine Zusammenhänge zwischen der Teilnahme am Telefoninterview und den patienteneigenen soziodemographischen Daten (siehe 4.2).

Um eine Vergleichbarkeit der Stichprobe der Prä- und der Post-Erhebung herzustellen, wurden die Datenerhebungen in dem gleichen Zeitraum im Abstand von einem Jahr durchgeführt. Es wurde darauf geachtet, dass die Patienten in der Post-Erhebung in den jeweiligen Praxen an den gleichen Kalender- und vor allem an den selben Wochentagen, wie in der Prä-Erhebung, befragt wurden, um eine ähnlich hohe praxisspezifische Probandenzahl und ein entsprechendes Patientenkollektiv zu erreichen. Trotz aller Bemühungen ist anzumerken, dass durch nicht verhinderbare Umstände, wie zum Beispiel Grippeepidemien und Herbstferien, ein nicht komplett identisches Patientenkollektiv zu erzielen war. Eine wichtige Bedingung für die Berechnungen dieser Arbeit, dass eine vergleichbare Anzahl an Risikopatienten in beiden Erhebungen vorlag, konnte mit einer Anzahl von 267 Risikopatienten in der Prä- und 269 in der Post-Erhebung erfüllt werden. Auffällig ist die insgesamt weniger hohe

Teilnehmerrate am Telefoninterview, die in der Prä-Erhebung bei 58.4 % lag und in der Post-Erhebung auf 48.7 % sank. Ein Grund für den Abfall könnte sein, dass die Telefoninterviews aufgrund zusätzlich erhobener Information in der Post-Erhebung bis zu zwei Stunden andauerten, doppelt so lange wie es in der Prä-Erhebung der Fall war und dass die Patienten von dieser langen Dauer abgeschreckt waren und folglich die Teilnahme negierten. Um in zukünftigen Studien eine höhere Teilnehmerrate zu erzielen, könnte eine Kürzung des Interviews hilfreich sein.

Das Prä-Post-Design der Studie erlaubt keine kausalen Schlussfolgerungen. Unterschiedliche Faktoren, wie zum Beispiel die erwähnten Saison-Effekte oder allgemeine Sofu-Net unabhängige Veränderungen im Verschreibungsverhalten (siehe 5.2.1.2), könnten für die Veränderungen oder ausbleibenden Veränderungen im Sofu-Net verantwortlich sein. Als weitere Limitation muss bedacht werden, dass das Sofu-Net eine komplexe Intervention mit vielen Bausteinen war und nicht zu eruieren ist, welches der Elemente gewirkt hat. Obwohl es bei der Sofu-Net-Studie nicht möglich ist, den individuellen Verlauf eines einzelnen Patienten prospektiv zu betrachten, können die Ergebnisse dieser groß angelegten Studie repräsentativ für alle Patienten aus dem hausärztlichen Kollektiv angesehen werden.

5.4 Zusammenfassende Diskussion und Ausblick

In Phase I der Sofu-Net-Studie, der Prä-Post-Evaluation, konnte sowohl eine gesteigerte Kommunikation über psychosoziale Probleme zwischen Arzt und Patient als auch ein verbessertes Verschreibungsverhalten der Hausärzte gezeigt werden. Die Hausärzte übernahmen durch die gesteigerte Kommunikation und die angemessene Medikamentenverschreibung eine größere Verantwortung in der Versorgung von Patienten mit somatoformen Störungen. Getreu den Empfehlungen der S3-Leitlinie wurde die tragende Rolle des Hausarztes als Koordinator für Diagnostik- und Behandlungswege verstärkt (Hausteiner-Wiehle et al. 2012 a). Anhand dieser Ergebnisse wird deutlich, dass ein solches Gesundheitsnetzwerk Potenzial hat, die Kommunikation zwischen Arzt und Patient hinsichtlich psychosozialer Probleme zu verbessern. Außerdem könnte es einen positiven Einfluss auf das Verschreibungsverhalten der Hausärzte haben. Um die Effektivität des Netzwerkes abzuschätzen, sollte in Phase II des Sofu-Net eine prospektive Kontrollstudie durchgeführt werden. In dieser Phase werden die am Sofu-Net beteiligten Praxen mit

Kontrollpraxen der Hamburger Region verglichen, um eine Aussage über die jeweilige Leistungsanspruchnahme und der Zeit zwischen Symptom- und Behandlungsbeginn machen zu können. Außerdem sollte zukünftig die Wirksamkeit eines kooperativen, gestuften Netzwerkes auf Ebene des individuellen Patienten erforscht werden, da dies in der Prä-Post-Studie nicht möglich war. Bei erfolgreichen Ergebnissen besteht das Potenzial, das Modell des Sofu-Net in die Routineversorgung zu übernehmen und auf andere Regionen auszuweiten.

Fragestellung 2 betreffend konnte eruiert werden, dass Risikopatienten insgesamt mehr Medienkanäle zur Informationsgewinnung zu Gesundheitsthemen nutzten, als es in der Referenzgruppe der Fall war. Dies unterstreicht die Relevanz, über das individuelle Informationsverhalten von Patienten mit somatoformen Störungen Bescheid zu wissen. Das medizinische Fachpersonal steht an erster Stelle als Ansprechpartner zu Gesundheitsthemen, gefolgt vom Internet. Beide Kanäle werden von Risikopatienten signifikant häufiger genutzt als von Patienten der Referenzgruppe. Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass der Arzt als beliebteste Informationsquelle in der Verantwortung steht, Betroffene über ihre Erkrankung und Therapiemöglichkeiten adäquat zu beraten. Da das Internet in der Informationsbeschaffung eine immer größer werdende Rolle spielt, könnten zukünftig spezielle Informationswebseiten für Patienten mit somatoformen Störungen errichtet werden. Des Weiteren konnte gezeigt werden, dass sowohl das Alter als auch der Bildungsstatus eine Rolle in der Kanalwahl zu spielen scheint. In Anbetracht dieser Ergebnisse könnte der Hausarzt als wichtigster Informationsgeber und Koordinator in der Versorgung von Patienten mit somatoformen Störungen in Zukunft Informationsmaterial über Symptome, Ursache und Behandlungsmöglichkeiten der Erkrankung, an die Patienteneigenschaft angepasst, den Betroffenen überreichen. Beispielsweise könnten die Hausärzte älteren Patienten eher Zeitschriften aushändigen, wohingegen sie bei jüngeren und gebildeteren Patienten auf spezielle Internetseiten verweisen könnten. Zukünftig könnte erforscht werden, ob die angepasste Vermittlung von Informationen einen Einfluss auf ein besseres Krankheitsverständnis, sowie eine schnellere Entscheidung zur Therapie hat.

6 Zusammenfassung

Hintergrund: Somatoforme Störungen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen und zeichnen sich durch anhaltende oder häufig wiederkehrende körperliche Beschwerden aus, für die auch nach ausreichender Diagnostik keine körperliche Ursache gefunden werden kann. Bis eine somatoforme Störung erkannt und daraufhin adäquat behandelt wird, vergehen in der Regel mehrere Jahre. Der langwierige Krankheitsverlauf verstärkt die Unzufriedenheit der Patienten. Ärzte werden vermehrt aufgesucht, was zu einer hohen Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und infolgedessen zu hohen Gesundheitskosten führt. Um die Versorgungssituation von Patienten mit somatoformen Störungen in der Hamburger Region zu verbessern, wurde das Sofu-Net etabliert. Durch den Aufbau von vernetzten Versorgungsstrukturen sollte, mit Hilfe von definierten Behandlungspfaden, die Zeit zwischen Beginn der Erkrankung bis zur angemessenen Therapie verkürzt werden, um Chronifizierung, persönliches Leiden und Gesundheitskosten zu vermindern. Im Rahmen dieser Arbeit erfolgte eine erste Evaluation dieses Gesundheitnetzes im Rahmen einer Prä-Post-Evaluation.

Des Weiteren wurde das Informationsverhalten von Risikopatienten untersucht, um Betroffene zukünftig gezielter zu erreichen und adäquater mit Informationen zu Gesundheitsthemen versorgen zu können.

Material und Methoden: Im Sofu-Net waren 41 Hausärzte, 35 Psychotherapeuten und acht Kliniken integriert. Zur Evaluation des Sofu-Net wurden in den Hausarztpraxen Patienten mit einem erhöhten Risiko für eine somatoforme Störung mit Hilfe eines Screening-Fragebogens identifiziert und anschließend per Telefoninterview befragt. In der Prä-Erhebung hatten von den 1882 Patienten, die die Einschlusskriterien der Studie erfüllten, 267 Patienten (16.2 %) ein erhöhtes Risiko für eine somatoforme Störung. In der Post-Erhebung, konnten 269 Risikopatienten (15.3 %), von den 2200 mit eingeschlossenen Patienten, erfasst werden. Die Daten der Prä- und der Post-Erhebung wurden hinsichtlich Diagnostik, Behandlung, Inanspruchnahme und der Organisation der Versorgung verglichen. Angaben über das Informationsverhalten, d.h. welche Medienkanäle wie häufig zur Informationsgewinnung zu Gesundheitsthemen genutzt werden, wurden in der Post-Erhebung am Ende des Screening-Fragebogens aufgenommen. Die statistische Auswertung der Daten erfolgte mit SPSS, wobei der Chi-Quadrat-, der t-Test, die Varianzanalyse und die Bestimmung des Korrelationskoeffizienten Anwendung fanden.

Ergebnisse:

Risikopatienten sprachen mit ihrem Hausarzt in der Post-Erhebung, verglichen zur Prä-Erhebung, mehr über psychosoziale Probleme. Antidepressiva (5.4 % vs. 25.7 %) und Neuroleptika (2.2 % vs. 6.6 %) wurden zum Zeitpunkt der Post-Erhebung signifikant mehr eingenommen, Benzodiazepine signifikant weniger (23.9 % vs. 6.6 %). Bei der Einnahme von Schmerzmedikamenten und bei der Prävalenz der Risikopatienten zeigte sich kein signifikanter Unterschied im Prä-Post-Vergleich. Ferner empfahlen weder die Hausärzte den Risikopatienten in der Post-Erhebung häufiger eine Psychotherapie, noch bemühten sich die Risikopatienten mehr um eine psychotherapeutische Hilfe oder befanden sich vermehrt in Psychotherapie. Die Inanspruchnahme des Hausarztes sank nicht und sowohl die Wartezeit bis zum Erstgespräch als auch bis zur psychotherapeutischen Behandlung konnte nicht verkürzt werden.

Risikopatienten nutzten insgesamt mehr Medienkanäle als die Patienten der Referenzgruppe. Sie nutzten medizinisches Fachpersonal und medizinische Informationsseiten im Internet, denen beiden die größte Rolle als Informationsgeber zu kommt, signifikant häufiger zur Beschaffung von Informationen zu Gesundheitsthemen, als die Referenzgruppe. Je jünger die Patienten waren, desto häufiger wurden Familie, Freunde und das Internet als Informationsquelle herangezogen. Je höher das Alter war, desto mehr nutzten die Patienten Zeitschriften, das Fernsehen und Fachvorträge. Risikopatienten mit mindestens zehn Jahren Schulbildung nutzten medizinische Informationsseiten im Internet häufiger als Quelle für Gesundheitsthemen, als solche, die weniger als zehn Jahre Schulbildung genossen haben.

Schlussfolgerung: Im Prä-Post-Vergleich der Sofu-Net-Studie konnte eine verbesserte Kommunikation zwischen Hausarzt und Patient und ein gezielteres Verschreibungsverhalten der Hausärzte erwiesen werden. Diese Ergebnisse verdeutlichen, dass der Aufbau eines kooperativen Netzwerkes für Patienten mit somatoformen Störungen auch in der Regelversorgung hilfreich sein könnte und dass die Aufnahme dieser Versorgungsform in die Behandlungsrichtlinien sinnvoll erscheint.

Mit dem Wissen über das Informationsverhalten von Risikopatienten und dem Zusammenhang zwischen Patienteneigenschaft und Medienkanalwahl könnte in Zukunft versucht werden, die Risikopatienten individueller über ihren favorisierten Kanal mit Informationen über die eigene Erkrankung zu versorgen.

Literaturverzeichnis

Aiarzaguena, J. M.; Grandes, G.; Salazar, A.; Gaminde, I.; Sánchez, Á. (2008): The diagnostic challenges presented by patients with medically unexplained symptoms in general practice. In: *Scand J Prim Health Care* 26 (2), S. 99–105. doi: 10.1080/02813430802048662.

American Psychiatric Association (2000): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-IV-TR. 4th ed., text revision. New Dehli, India: Jaypee Brothers Medical Publishers.

American Psychiatric Association (2013): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association.

Anderson, M.; Hartz, A.; Nordin, T.; Rosenbaum, M.; Noyes, R.; James, P. et al. (2008): Community physicians' strategies for patients with medically unexplained symptoms. In: *Family medicine* 40 (2), S. 111–118.

Bansil, P.; Keenan, N. L.; Zlot, A. I.; Gilliland, J. C. (2006): Health-related information on the Web: results from the HealthStyles Survey, 2002-2003. In: *Preventing chronic disease* 3 (2), S. A36.

Barmer GEK (2011): Schwerpunktthema: Der Übergang von der stationären zur ambulanten Versorgung bei psychischen Störungen. St. Augustin: Asgard-Verlag (Schriftenreihe zur Gesundheitsanalyse, 9).

Barsky, A. J.; Orav, E. J.; Bates, D. W. (2005): Somatization Increases Medical Utilization and Costs Independent of Psychiatric and Medical Comorbidity. In: *Arch Gen Psychiatry* 62 (8), S. 903-910. doi: 10.1001/archpsyc.62.8.903.

Barsky, A. J.; Wyshak, G. (1990): Hypochondriasis and somatosensory amplification. In: *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 157, S. 404–409.

Baumgart, J. (2010): Ärzte und informierte Patienten: Ambivalentes Verhältnis. In: *Deutsches Ärzteblatt* 107 (51-52), S. A 2554–6

Bieber, C.; Müller, K. G.; Blumenstiel, K.; Hochlehnert, A.; Wilke, S.; Hartmann, M. et al. (2008): A shared decision-making communication training program for physicians treating fibromyalgia patients: Effects of a randomized controlled trial. In: *Journal of Psychosomatic Research* 64 (1), S. 13–20. doi: 10.1016/j.jpsychores.2007.05.009.

Bortz, J.; Schuster, C. (2010): Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler (7., vollst. überarb. und erw. Aufl.). Berlin: Springer.

Bundeszentrale für politische Bildung (2011): Ausländische Bevölkerung nach Ländern. Online verfügbar unter <http://www.bpb.de/nachschlagen/zahlen-und-fakten/soziale-situation-in-deutschland/61625/auslaendische-bevoelkerung-nach-laendern>, zuletzt geprüft am 30.09.2015.

Caspar, F., Belz, M.; Schneider, F (2008): Psychotherapie. In *F. Schneider (Hrsg.), Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* (S. 146-164). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

- Creed, F.; Barsky, A. (2004):** A systematic review of the epidemiology of somatisation disorder and hypochondriasis. In: *Journal of Psychosomatic Research* 56 (4), S. 391–408. doi: 10.1016/S0022-3999(03)00622-6.
- Creed, F.; Guthrie, E.; Fink, P.; Henningsen, P.; Rief, W.; Sharpe, M. et al. (2010):** Is there a better term than “Medically unexplained symptoms”? In: *Journal of Psychosomatic Research* 68 (1), S. 5–8. doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.09.004.
- Creed, F.; Henningsen, P.; Fink, P. (2011):** Medically unexplained symptoms, somatisation, and bodily distress. Developing better clinical services. Cambridge, UK: Cambridge University Press (Cambridge medicine).
- De Waal, M. W. M.; Arnold, I. A.; Eekhof, J. A. H.; van Hemert, A. M. (2004):** Somatoform disorders in general practice: Prevalence, functional impairment and comorbidity with anxiety and depressive disorders. In: *The British Journal of Psychiatry* 184 (6), S. 470–476. doi: 10.1192/bjp.184.6.470.
- Deutsches Ärzteblatt (2011):** Gesundheitsstudie: Anonyme Foren wichtig für Patientenaustausch. In: *Deutsches Ärzteblatt* 108 (31-32), S. A-1689 / B-1439 / C-1435.
- Dierks, M.-L.; Bitzer, E.-M.; Lerch, M.; Martin, S.; Röseler, S.; Schienkiewitz, A. et al. (2001):** Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt. Stuttgart: Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg (Arbeitsbericht / Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg, Nr. 195).
- Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H. (2014):** Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F), Klinisch-diagnostische Leitlinien. 9. Aufl., unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2014. Bern: Huber.
- Dreyer, L.; Kendall, S.; Danneskiold-Samsøe, B.; Bartels, E. M.; Bliddal, H. (2010):** Mortality in a cohort of Danish patients with fibromyalgia: Increased frequency of suicide. In: *Arthritis & Rheumatism* 62 (10), S. 3101–3108. doi: 10.1002/art.27623.
- Edwards, T. M.; Stern, A.; Clarke, D. D.; Ivbijaro, G.; Kasney, L. M. (2010):** The treatment of patients with medically unexplained symptoms in primary care: a review of the literature. In: *Mental health in family medicine* 7 (4), S. 209–221.
- Eichenberg, C. (2012):** Psychische Gesundheit und Internet – E-mental-Health: Digitale Medien verändern Therapie. In: *Deutsches Ärzteblatt* 11 (3), S. 132.
- Eichenberg, C.; Brähler, E. (2013):** Internet als Ratgeber bei psychischen Problemen: eine bevölkerungsrepräsentative Befragung in Deutschland. In: *Psychotherapeut* 58 (1), S. 63–72. doi: 10.1007/s00278-012-0893-0.
- Eichenberg, C.; Ott, R. (2012):** Klinisch-psychologische Intervention im Internet. In: *Psychotherapeut* 57 (1), S. 58–69. doi: 10.1007/s00278-011-0832-5.
- Eysenbach, G.; Diepgen, T. L. (1998):** Towards quality management of medical information on the internet: evaluation, labelling, and filtering of information. In: *BMJ (Clinical research ed.)* 317 (7171), S. 1496–1500.
- Eysenbach, G.; Köhler, C. (2002):** How do consumers search for and appraise health information on the world wide web? Qualitative study using focus groups, usability tests, and in-depth interviews. In: *BMJ* 324 (7337), S. 573–577. doi: 10.1136/bmj.324.7337.573.
- Field, A. (2009):** Discovering statistics using SPSS. 3. ed. Los Angeles: Sage Publications.

- Fink, P.; Sørensen, L.; Engberg, M.; Holm, M.; Munk-Jørgensen, P. (1999):** Somatization in Primary Care: Prevalence, Health Care Utilization, and General Practitioner Recognition. In: *Psychosomatics* 40 (4), S. 330–338. doi: 10.1016/S0033-3182(99)71228-4.
- Fishbain, D. (2000):** Evidence-based data on pain relief with antidepressants. In: *Annals of medicine* 32 (5), S. 305–316.
- Fishbain, D. A.; Bruns, D.; Disorbio, J. M.; Lewis, J. E. (2009):** Risk for Five Forms of Suicidality in Acute Pain Patients and Chronic Pain Patients vs Pain-Free Community Controls. In: *Pain Med* 10 (6), S. 1095–1105. doi: 10.1111/j.1526-4637.2009.00682.x.
- Gräfe, K.; Zipfel, S.; Herzog, W.; Löwe, B. (2004):** Screening psychischer Störungen mit dem “Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)“. In: *Diagnostica* 50 (4), S. 171–181. doi: 10.1026/0012-1924.50.4.171.
- Hahn, S. R.; Kroenke, K.; Spitzer, R. L.; Brody, D.; Williams, J. B.; Linzer et al. (1996):** The difficult patient: prevalence, psychopathology, and functional impairment. In: *Journal of general internal medicine* 11 (1), S. 1–8.
- Hanel, G.; Henningsen, P.; Herzog, W.; Sauer, N.; Schaefert, R.; Szecsenyi, J. et al. (2009):** Depression, anxiety, and somatoform disorders: Vague or distinct categories in primary care? Results from a large cross-sectional study. In: *Journal of Psychosomatic Research* 67 (3), S. 189–197. doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.04.013.
- Hansen, H. S.; Rosendal, M.; Oernboel, E.; Fink, P. (2011):** Are medically unexplained symptoms and functional disorders predictive for the illness course? A two-year follow-up on patients' health and health care utilisation. In: *Journal of Psychosomatic Research* 71 (1), S. 38–44. doi: 10.1016/j.jpsychores.2011.02.015.
- Härter, M.; Kentgens, M.; Brandes, A.; Bock, T.; Dirmaier, J.; Erzberger, M. et al. (2012):** Rationale and content of psychenet – the Hamburg Network for Mental Health. In: *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 262 (Suppl 2), S. 57–63.
- Häuser, W.; Schmutzer, G.; Glaesmer, H.; Brähler, E. (2009):** Prävalenz und Prädiktoren von Schmerzen in mehreren Körperregionen. In: *Schmerz* 23 (5), S. 461–470. doi: 10.1007/s00482-009-0817-2.
- Hausteiner-Wiehle, C.; Schäfer, R.; Häuser, W.; Herrmann, M.; Ronel, J.; Sattel, H. et al. (2012 a):** S3- Leitlinie Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. AWMF-Reg.-Nr. 051–001 2012. Online verfügbar unter www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/051-001.html, zuletzt geprüft am 17.09.2015.
- Hausteiner-Wiehle, C.; Schäfer, R.; Sattel, H.; Ronel, J.; Herrmann, M.; Häuser, W. et al. (2012 b):** Nicht spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden. Sagen Sie nie: "Sie haben nichts"! In: *MMW Fortschritte der Medizin* 154 (3), S. 53-7.
- Haviland, M. G.; Pincus, H. A.; Dial, T. H. (2003):** Type of illness and use of the Internet for health information. In: *Psychiatric services (Washington, D.C.)* 54 (9), S. 1198. doi: 10.1176/appi.ps.54.9.1198.
- Henningsen, P.; Zipfel, S.; Herzog, W. (2007):** Management of functional somatic syndromes. In: *The Lancet* 369 (9565), S. 946–955. doi: 10.1016/S0140-6736(07)60159-7.

- Hessel, A.; Geyer, M.; Gunzelmann, T.; Schumacher, J.; Brähler, E. (2003):** Somatoforme Beschwerden bei über 60-Jährigen in Deutschland. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 36 (4), S. 287–296. doi: 10.1007/s00391-003-0117-x.
- Hiller, W.; Fichter, M. M.; Rief, W. (2003):** A controlled treatment study of somatoform disorders including analysis of healthcare utilization and cost-effectiveness. In: *Journal of Psychosomatic Research* 54 (4), S. 369–380. doi: 10.1016/S0022-3999(02)00397-5.
- Hiller, W.; Rief, W. (2014):** Die Abschaffung der somatoformen Störungen durch DSM-5 – ein akademischer Schildbürgerstreich? In: *Psychotherapeut* 59 (6), S. 448–455.
- Hiller, W.; Rief, W.; Brähler, E. (2006):** Somatization in the population: from mild bodily misperceptions to disabling symptoms. In: *Soc Psychiat Epidemiol* 41 (9), S. 704–712. doi: 10.1007/s00127-006-0082-y.
- Huang, M.; Luo, B.; Hu, J.; Wei, N.; Chen, L.; Wang, S. et al. (2012):** Combination of citalopram plus paliperidone is better than citalopram alone in the treatment of somatoform disorder. In: *International Clinical Psychopharmacology* 27 (3), S. 151–158. doi: 10.1097/YIC.0b013e328351c7e8.
- Hucklenbroich, C. (2013):** Gesundheitsreport- Die Deutschen nehmen mehr Antidepressiva. Hg. v. F.A.Z. 21.11.2013. Online verfügbar unter <http://www.faz.net/aktuell/gesellschaft/gesundheit/gesundheitsreport-die-deutschen-nehmen-mehr-antidepressiva-12675171.html>, zuletzt geprüft am 08.10.2015.
- Issakidis, C.; Sanderson, K.; Corry, J.; Andrews, G.; Lapsley, H. (2004):** Modelling the population cost-effectiveness of current and evidence-based optimal treatment for anxiety disorders. In: *Psychological medicine* 34 (1), S. 19–35.
- Jacobi, F. (2009):** Nehmen psychische Störungen zu? In: *Report Psychologie* 34 (1), S. 16–28.
- Jacobi, F.; Harfst, T. (2011):** Zum Behandlungsbedarf an Klinisch-psychologischen Interventionen. In: *Report Psychologie* 36 (3), S. 111–114.
- Jacobi, F.; Höfler, M.; Siegert, J.; Mack, S.; Gerschler, A.; Scholl, L. et al. (2014):** Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). In: *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* 23 (3), S. 304–319. doi: 10.1002/mpr.1439.
- Jacobi, F.; Wittchen, H.-U.; Holting, C.; Höfler, M.; Pfister, H.; Müller, N. et al. (2004):** Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). In: *Psychological medicine* 34 (4), S. 597–611. doi: 10.1017/S0033291703001399.
- Jones, A. K. P. (2003):** Pain mechanisms and their disorders. In: *British Medical Bulletin* 65 (1), S. 83–93. doi: 10.1093/bmb/65.1.83.
- Kapfhammer, H.-P. (2005):** Geschlechtsdifferenzielle Perspektive auf somatoforme Störungen. In: *Psychiatrie* 1 (2), S. 63–74. doi: 10.1007/s11326-005-0011-9.
- Karow A.; Bock T.; Daubmann A.; Meigel-Schleiff C.; Lange B.; Lange M. et al. (2014):** Integrierte Versorgung von Patienten mit psychotischen Erkrankungen nach dem Hamburger Modell: Teil 2. In: *Psychiat Prax* 41 (5), S. 266–273.

- Kirkcaldy, B.; Wittig, U.; Furnham, A.; Merbach, M.; Siefen, R. G. (2006):** Migration und Gesundheit. In: *Bundesgesundheitsbl.* 49 (9), S. 873–883. doi: 10.1007/s00103-006-0021-9.
- Kirmayer, L. J.; Robbins, J. M. (1991):** Three forms of somatization in primary care: prevalence, co-occurrence, and sociodemographic characteristics. In: *The Journal of nervous and mental disease* 179 (11), S. 647–655.
- Kleinstäuber, M.; Witthöft, M.; Hiller, W. (2011):** Efficacy of short-term psychotherapy for multiple medically unexplained physical symptoms: A meta-analysis. In: *Clinical Psychology Review* 31 (1), S. 146–160. doi: 10.1016/j.cpr.2010.09.001.
- Koch, K.; Gehrman, U.; Sawicki, P. T. (2007):** Primärärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich: Ergebnisse einer strukturvalidierten Ärztebefragung. In: *Deutsches Ärzteblatt* 104 (38), S. A-2584 / B-2282 / C-2214.
- Konnopka, A.; Kaufmann, C.; König, H.-H.; Heider, D.; Wild, B.; Szecsenyi, J. et al. (2013):** Association of costs with somatic symptom severity in patients with medically unexplained symptoms. In: *Journal of Psychosomatic Research* 75 (4), S. 370–375. doi: 10.1016/j.jpsychores.2013.08.011.
- Konnopka, A.; Schäfer, R.; Heinrich, S.; Kaufmann, C.; Lupp, M.; Herzog, W. et al. (2012):** Economics of Medically Unexplained Symptoms: A Systematic Review of the Literature. In: *Psychother Psychosom* 81 (5), S. 265–275. doi: 10.1159/000337349.
- Körber, S.; Frieser, D.; Steinbrecher, N.; Hiller, W. (2011):** Classification characteristics of the Patient Health Questionnaire-15 for screening somatoform disorders in a primary care setting. In: *Journal of Psychosomatic Research* 71 (3), S. 142–147. doi: 10.1016/j.jpsychores.2011.01.006.
- Kovandžić, M.; Chew-Graham, C.; Reeve, J.; Edwards, S.; Peters, S.; Edge, D. et al. (2011):** Access to primary mental health care for hard-to-reach groups: from 'silent suffering' to 'making it work'. In: *Social science & medicine* 72 (5), S. 763–772. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.11.027.
- Kroenke, K. (2003):** Patients presenting with somatic complaints: epidemiology, psychiatric comorbidity and management. In: *International journal of methods in psychiatric research* 12 (1), S. 34–43.
- Kroenke, K. (2007):** Efficacy of treatment for somatoform disorders: a review of randomized controlled trials. In: *Psychosomatic medicine* 69 (9), S. 881–888. doi: 10.1097/PSY.0b013e31815b00c4.
- Kroenke, K. (2014):** A Practical and Evidence-Based Approach to Common Symptoms. In: *Ann Intern Med* 161 (8), S. 579–86. doi: 10.7326/M14-0461.
- Kroenke, K.; Spitzer, R. L.; deGruy, F. V.; Hahn, S. R.; Linzer, M.; Williams, J. B. et al. (1997):** Multisomatoform disorder. An alternative to undifferentiated somatoform disorder for the somatizing patient in primary care. In: *Archives of general psychiatry* 54 (4), S. 352–358.
- Kroenke, K.; Spitzer, R. L.; Williams, J. B. W. (2001):** The PHQ-9. In: *J Gen Intern Med* 16 (9), S. 606–613. doi: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.
- Kroenke, K.; Spitzer, R. L.; Williams, J. B. W. (2002):** The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. In: *Psychosomatic medicine* 64 (2), S. 258–266.

- Kroenke, K.; Spitzer, R. L.; Williams, J. B.; Linzer, M.; Hahn, S. R.; deGruy, F. V. et al. (1994):** Physical symptoms in primary care. Predictors of psychiatric disorders and functional impairment. In: *Archives of family medicine* 3 (9), S. 774–779.
- Kroenke, K.; Spitzer, R. L.; Williams, J. B.W.; Löwe, B. (2010):** The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. In: *General Hospital Psychiatry* 32 (4), S. 345–359. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2010.03.006.
- Kroenke, K.; Spitzer R. L.; Williams, J. B.; Monahan, P. O., Löwe, B. (2007):** Anxiety Disorders in Primary Care: Prevalence, Impairment, Comorbidity, and Detection. In: *Ann Intern Med* 146 (5), S. 317–25. doi: 10.7326/0003-4819-146-5-200703060-00004.
- Kruse, J.; Heckrath, C.; Schmitz, N.; Alberti, L.; Tress, W. (1999):** Zur hausärztlichen Diagnose und Versorgung psychogen Kranker. Ergebnisse einer Feldstudie. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 49 (1), S. 14–22.
- Ladwig, K.-H.; Marten-Mittag, B.; Erazo, N.; Gündel, H. (2001):** Identifying Somatization Disorder in a Population-Based Health Examination Survey: Psychosocial Burden and Gender Differences. In: *Psychosomatics* 42 (6), S. 511–518. doi: 10.1176/appi.psy.42.6.511.
- Lahmann, C.; Henningsen, P.; Noll-Hussong, M.; Dinkel, A. (2010):** Somatoforme Störungen. In: *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 60 (6), S. 227–33. doi: 10.1055/s-0030-1248479.
- Löcherbach, P.; Weber, I. (2000):** Versorgungspolitische Auswirkungen- Psychotherapeutische Bedarfsplanung nach dem Gesetz: Ohne Korrektur der Planungszahlen wird Fehlversorgung festgeschrieben. In: *Journal für Psychologie* 8 (4), S. 27–40.
- Löwe, B.; Decker, O.; Müller, S.; Brähler, E.; Schellberg, D.; Herzog et al. (2008 b):** Validation and Standardization of the Generalized Anxiety Disorder Screener (GAD-7) in the General Population. In: *Medical Care* 46 (3), S. 266–274. doi: 10.1097/MLR.0b013e318160d093.
- Löwe, B.; Kroenke, K.; Herzog, W.; Gräfe, K. (2004):** Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). In: *Journal of Affective Disorders* 81 (1), S. 61–66. doi: 10.1016/S0165-0327(03)00198-8.
- Löwe, B.; Spitzer, R. L.; Williams, J. B.W.; Mussell, M.; Schellberg, D.; Kroenke, K. (2008 a):** Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. In: *General Hospital Psychiatry* 30 (3), S. 191–199. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2008.01.001.
- Löwe, B.; Spitzer, R. L.; Zipfel, S.; Herzog, W. (2002):** PHQ-D Gesundheitsfragebogen für Patienten, 2. Auflage. Manual Komplettversion und Kurzform. Hg. v. Pfizer. Online verfügbar unter https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/fileadmin/Psychosomatische_Klinik/download/PHQ_Manual1.pdf, zuletzt geprüft am 23.01.2016
- Löwe, B.; Wilke, S.; Zipfel, S.; Herzog, W. (2000):** Somatoforme Störungen: Zur Diagnostik, Ätiologie und Therapie eines heterogenen Störungsbildes. In: *Z. Allg. Med.* 76, S. 122–126.

- Mack, S.; Jacobi, F.; Gerschler, A.; Strehle, J.; Höfler, M.; Busch, M. A. et al. (2014):** Self-reported utilization of mental health services in the adult German population - evidence for unmet needs? Results of the DEGS1-Mental Health Module (DEGS1-MH). In: *Int. J. Methods Psychiatr. Res.* 23 (3), S. 289–303. doi: 10.1002/mpr.1438.
- Martin, A.; Rauh, E.; Fichter, M.; Rief, W. (2007):** A one-session treatment for patients suffering from medically unexplained symptoms in primary care: a randomized clinical trial. In: *Psychosomatics* 48 (4), S. 294–303. doi: 10.1176/appi.psy.48.4.294.
- McEwen, B. S. (2007):** Physiology and Neurobiology of Stress and Adaptation: Central Role of the Brain. In: *Physiological Reviews* 87 (3), S. 873–904. doi: 10.1152/physrev.00041.2006.
- mindline media (2013):** Informationsquellen zum Thema „Gesundheit und Medizin“ im Trendvergleich. Hg. v. Geschäftsführer Dieter Storll. Online verfügbar unter http://mindline-media.de/fileadmin/presse_downloads/Chartbericht_Infoquellen_Gesundheit_2013.pdf, zuletzt geprüft am 27.08.15.
- Müller, A.; Hartmann M.; Eich, W. (2000):** Inanspruchnahme medizinischer Versorgungsleistungen. Untersuchung bei Patienten mit Fibromyalgiesyndrom (FMS). In: *Schmerz (Berlin, Germany)* 14 (2), S. 77–83. doi: 10.1007/s004820000047.
- Murray, B.; McCrone, S. (2015):** An integrative review of promoting trust in the patient-primary care provider relationship. In: *J Adv Nurs* 71 (1), S. 3–23. doi: 10.1111/jan.12502.
- Murray, A. M.; Toussaint, A.; Althaus, A.; Löwe, B. (2013):** Barriers to the diagnosis of somatoform disorders in primary care: protocol for a systematic review of the current status. In: *Sys Rev* 2 (1), S. 99. doi: 10.1186/2046-4053-2-99.
- Muse, K.; McManus, F.; Leung, C.; Meghreblian, B.; Williams, J. M. G. (2012):** Cyberchondriasis: fact or fiction? A preliminary examination of the relationship between health anxiety and searching for health information on the Internet. In: *Journal of anxiety disorders* 26 (1), S. 189–196. doi: 10.1016/j.janxdis.2011.11.005.
- Nanke, A.; Rief, W. (2003):** Zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bei Patienten mit somatoformen Störungen. In: *Psychotherapeut* 48 (5), S. 329–335. doi: 10.1007/s00278-003-0323-4.
- olde Hartman, T. C.; Borghuis, M. S.; Lucassen, P. L. B. J.; van de Laar, F. A.; Speckens, A. E.; van Weel, C. (2009):** Medically unexplained symptoms, somatisation disorder and hypochondriasis: Course and prognosis. A systematic review. In: *Journal of Psychosomatic Research* 66 (5), S. 363–377. doi: 10.1016/j.jpsychores.2008.09.018.
- Reid, S.; Wessely, S.; Crayford, T.; Hotopf, M. (2001):** Medically unexplained symptoms in frequent attenders of secondary health care: retrospective cohort study. In: *BMJ* 322 (7289), S. 767. doi: 10.1136/bmj.322.7289.767.
- Rief, W. (2007):** Analyzing the problems in managing patients with medically unexplained symptoms. In: *Journal of general internal medicine* 22 (5), S. 704–706. doi: 10.1007/s11606-007-0151-2.
- Rief, W.; Barsky, A. J. (2005):** Psychobiological perspectives on somatoform disorders. In: *Psychoneuroendocrinology* 30 (10), S. 996–1002. doi: 10.1016/j.psyneuen.2005.03.018.

- Rief, W.; Hiller, W. (2003):** A New Approach to the Assessment of the Treatment Effects of Somatoform Disorders. In: *Psychosomatics* 44 (6), S. 492–498. doi: 10.1176/appi.psy.44.6.492.
- Rief, W.; Martin, A. (2014):** How to use the new DSM-5 somatic symptom disorder diagnosis in research and practice: a critical evaluation and a proposal for modifications. In: *Annual review of clinical psychology* 10, S. 339–367. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032813-153745.
- Rief, W.; Martin, A.; Rauh, E.; Zech, T.; Bender, A. (2006):** Evaluation of General Practitioners' Training: How to Manage Patients With Unexplained Physical Symptoms. In: *Psychosomatics* 47 (4), S. 304–311. doi: 10.1176/appi.psy.47.4.304.
- Rief, W.; Pilger, F.; Ihle, D.; Verkerk, R.; Scharpe, S.; Maes, M. (2004):** Psychobiological Aspects of Somatoform Disorders: Contributions of Monoaminergic Transmitter Systems. In: *Neuropsychobiology* 49 (1), S. 24–29. doi: 10.1159/000075335.
- Ring, A.; Dowrick, C. F.; Humphris, G. M.; Davies, J.; Salmon, P. (2005):** The somatising effect of clinical consultation: what patients and doctors say and do not say when patients present medically unexplained physical symptoms. In: *Social science & medicine* 61 (7), S. 1505–1515. doi: 10.1016/j.socscimed.2005.03.014.
- Ronel, J.; Noll-Hussong, M.; Lahmann, C. (2008):** Von der Hysterie zur F45.0. Geschichte, Konzepte, Epidemiologie und Diagnostik. In: *Psychother Dialog* 9 (3), S. 207–216.
- Ryan, A.; Wilson, S. (2008):** Internet healthcare: do self-diagnosis sites do more harm than good? In: *Expert Opin. Drug Saf.* 7 (3), S. 227–229. doi: 10.1517/14740338.7.3.227.
- Sack, M.; Lahmann, C.; Jaeger, B.; Henningsen, P. (2007):** Trauma prevalence and somatoform symptoms: are there specific somatoform symptoms related to traumatic experiences? In: *The Journal of nervous and mental disease* 195 (11), S. 928–933. doi: 10.1097/NMD.0b013e3181594846.
- Salmon, P.; Dowrick, C. F.; Ring, A.; Humphris, G. M. (2004):** Voiced but unheard agendas: qualitative analysis of the psychosocial cues that patients with unexplained symptoms present to general practitioners. In: *The British journal of general practice : the journal of the Royal College of General Practitioners* 54 (500), S. 171–176.
- Sattel, H.; Lahmann, C.; Gundel, H.; Guthrie, E.; Kruse, J.; Noll-Hussong, M. et al. (2012):** Brief psychodynamic interpersonal psychotherapy for patients with multisomatoform disorder: randomised controlled trial. In: *The British Journal of Psychiatry* 200 (1), S. 60–67. doi: 10.1192/bjp.bp.111.093526.
- Schade, N.; Torres, P.; Beyebach, M. (2011):** Cost-efficiency of a brief family intervention for somatoform patients in primary care. In: *Families, Systems, & Health* 29 (3), S. 197–205. doi: 10.1037/a0024563.
- Schäfert, R.; Laux, G.; Kaufmann, C.; Schellberg, D.; Bölter, R.; Szecsenyi, J. et al. (2010):** Diagnosing somatisation disorder (P75) in routine general practice using the International Classification of Primary Care. In: *Journal of Psychosomatic Research* 69 (3), S. 267–277. doi: 10.1016/j.jpsychores.2010.05.003.

- Schneider, A.; Hörlein, E.; Wartner, E.; Schumann, I.; Henningsen, P.; Linde, K. (2011):** Unlimited access to health care - impact of psychosomatic co-morbidity on utilisation in German general practices. In: *BMC Fam Pract* 12 (1), S. 51. doi: 10.1186/1471-2296-12-51.
- Scholz, H. (2008):** Psychotherapeutische Versorgung. Berlin: Robert-Koch-Inst. (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, H. 41).
- Shedden-Mora, M.; Groß, B.; Lau, K.; Gumz, A.; Wegscheider, K.; Löwe, B. (2016):** Collaborative stepped care for somatoform disorders: A pre-post-intervention study in primary care. In: *Journal of Psychiatric Research* (80), S. 23–30.
- Shedden-Mora, M.; Lau, K.; Kuby, A.; Groß, B.; Gladigau, M.; Fabisch, A. et al. (2015):** Verbesserte Versorgung von Patienten mit somatoformen und funktionellen Störungen: Ein koordiniertes gestuftes Netzwerk (Sofu-Net). In: *Psychiatr Prax* 42 (S 01), S. 60-64. doi: 10.1055/s-0034-1387690.
- SKOPOS (2012):** Gesundheitsstudie 2012- Ein Blick in das virtuelle Wartezimmer. Online verfügbar unter <http://de.slideshare.net/NI0049/skopos-msl-gesundheitsstudieslidesharedeutsch?related=6>, zuletzt geprüft am 27.08.2015.
- Smith, R. C.; Dwamena, F. C. (2007):** Classification and diagnosis of patients with medically unexplained symptoms. In: *Journal of general internal medicine* 22 (5), S. 685–691. doi: 10.1007/s11606-006-0067-2.
- Smith, P. K.; Fox, A. T.; Davies, P.; Hamidi-Manesh, L. (2006 a):** Cyberchondriacs. In: *International journal of adolescent medicine and health* 18 (2), S. 209–213.
- Smith, R. C.; Gardiner, J. C.; Luo, Z.; Schooley, S.; Lamerato, L.; Rost, K. (2009):** Primary care physicians treat somatization. In: *Journal of general internal medicine* 24 (7), S. 829–832. doi: 10.1007/s11606-009-0992-y.
- Smith, R. C.; Lyles, J. S.; Gardiner, J. C.; Sirbu, C.; Hodges, A.; Collins, C. et al. (2006 b):** Primary care clinicians treat patients with medically unexplained symptoms. In: *J Gen Intern Med* 21 (7), S. 671–677. DOI: 10.1111/j.1525-1497.2006.00460.x.
- Sonnenmoser, M. (2005):** Somatoforme Störungen: Behandlungserfolge nur interdisziplinär. In: *Deutsches Ärzteblatt* 4 (Ausgabe März), S. 122.
- Sonnenmoser, M. (2013):** Einsatz von Smartphone-APPs bei psychischen Störungen: Schneller entwickelt als untersucht. In: *Deutsches Ärzteblatt* 12 (6), S. 266.
- Spitzer, R. L.; Kroenke, K.; Williams, J. B. W. (1999):** Validation and Utility of a Self-report Version of PRIME-MD The PHQ Primary Care Study. In: *JAMA* 282 (18), S. 1737-1744. doi: 10.1001/jama.282.18.1737.
- Spitzer, R. L.; Kroenke, K.; Williams, J. B. W.; Löwe, B. (2006):** A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder. In: *Arch Intern Med* 166 (10), S. 1092-7. doi: 10.1001/archinte.166.10.1092.
- Steinbrecher, N.; Koerber, S.; Frieser, D.; Hiller, W. (2011):** The Prevalence of Medically Unexplained Symptoms in Primary Care. In: *Psychosomatics* 52 (3), S. 263–271. doi: 10.1016/j.psym.2011.01.007.
- Toft, T.; Fink, P.; Oernboel, E.; Christensen, K.; Frostholm, L.; Olesen, F. (2005):** Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. results from the functional illness in primary care (FIP) study. In: *Psychological medicine* 35 (8), S. 1175–1184.

- van Bokhoven, M. A.; Koch, H.; van der Weijden, T.; Grol, R. P. T. M.; Kester, A. D.; Rinkens, P. E. L. M. et al. (2009):** Influence of Watchful Waiting on Satisfaction and Anxiety Among Patients Seeking Care for Unexplained Complaints. In: *The Annals of Family Medicine* 7 (2), S. 112–120. doi: 10.1370/afm.958.
- van der Feltz-Cornelis, C. M.; van Oppen, P.; Adèr, H. J.; van Dyck, R. (2006):** Randomised controlled trial of a collaborative care model with psychiatric consultation for persistent medically unexplained symptoms in general practice. In: *Psychotherapy and psychosomatics* 75 (5), S. 282–289. doi: 10.1159/000093949.
- van Dessel, N.; den Boeft, M.; van der Wouden, J. C.; Kleinstäuber, M.; Leone, S. S.; Terluin, B. et al. (2014):** Non-pharmacological interventions for somatoform disorders and medically unexplained physical symptoms (MUPS) in adults. In: *the cochrane library* 11, S. CD011142. doi: 10.1002/14651858.CD011142.pub2.
- van Hemert, A M; Hengeveld, M. W.; Bolk, J. H.; Rooijmans, H. G.; Vandenbroucke, J. P. (1993):** Psychiatric disorders in relation to medical illness among patients of a general medical out-patient clinic. In: *Psychological medicine* 23 (1), S. 167–173.
- van Ravesteijn, H.; Wittkamp, K.; Lucassen, P.; van de Lisdonk, E.; van den Hoogen, H.; van Weert, H. et al. (2009):** Detecting Somatoform Disorders in Primary Care With the PHQ-15. In: *The Annals of Family Medicine* 7 (3), S. 232–238. doi: 10.1370/afm.985.
- Voigt, K.; Wollburg, E.; Weinmann, N.; Herzog, A.; Meyer, B.; Langs, G. et al. (2012):** Predictive validity and clinical utility of DSM-5 Somatic Symptom Disorder — Comparison with DSM-IV somatoform disorders and additional criteria for consideration. In: *Journal of Psychosomatic Research* 73 (5), S. 345–350. doi: 10.1016/j.jpsychores.2012.08.020.
- Walendzik, A.; Rabe-Menssen, C.; Lux, G.; Wasem, J.; Jahn, R. (2011):** Gesamtstudie - Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Herausgegeben von der Deutschen PsychotherapeutenVereinigung und dem Alfried Krupp von Bohlen und Halbach-Stiftungslehrstuhl für Medizinmanagement, Universität Duisburg-Essen.
- Waller, E.; Scheidt, C. E.; Hartmann, A. (2004):** Attachment representation and illness behavior in somatoform disorders. In: *The Journal of nervous and mental disease* 192 (3), S. 200–209.
- Warren, J. W.; Clauw, D. J. (2012):** Functional Somatic Syndromes. In: *Psychosomatic medicine* 74 (9), S. 891–895. doi: 10.1097/PSY.0b013e31827264aa.
- Weaver, M. F. (2015):** Prescription Sedative Misuse and Abuse. In: *The Yale journal of biology and medicine* 88 (3), S. 247–256.
- Weaver, I. C. G.; Cervoni, N.; Champagne, F. A.; D'Alessio, A. C.; Sharma, S.; Seckl, J. R. et al. (2004):** Epigenetic programming by maternal behavior. In: *Nat Neurosci* 7 (8), S. 847–854. doi: 10.1038/nn1276.
- Weaver, S. A.; Diorio, J.; Meaney, M. J. (2007):** Maternal Separation Leads to Persistent Reductions in Pain Sensitivity in Female Rats. In: *The Journal of Pain* 8 (12), S. 962–969. doi: 10.1016/j.jpain.2007.07.001.
- Wiborg, J. F.; Gieseler, D.; Fabisch, A. B.; Voigt, K.; Lautenbach, A.; Löwe, B. (2013 a):** Suicidality in Primary Care Patients With Somatoform Disorders. In: *Psychosomatic medicine* 75 (9), S. 800–806. doi: 10.1097/PSY.000000000000013.

Wiborg, J. F.; Gieseler, D.; Löwe, B. (2013 b): Suicidal ideation in German primary care. In: *General Hospital Psychiatry* 35 (4), S. 366–369. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2013.02.001.

Wittchen, H.-U. (1994): Reliability and validity studies of the WHO-Composite International Diagnostic Interview (CIDI): A critical review. In: *Journal of Psychiatric Research* 28 (1), S. 57–84. doi: 10.1016/0022-3956(94)90036-1.

Wittchen, H.-U.; Jacobi, F. (2001): Met and Unmet Needs for Intervention. Clinical-Epidemiological Estimations for Mental Disorders in the German Health Interview and Examination Survey Supplement. In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 44 (10), S. 993–1000.

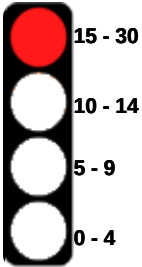
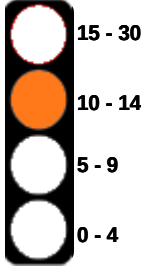
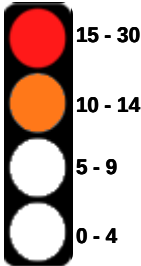
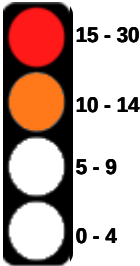
Zepf, S.; Mengele, U.; Hartmann, S. (2003): Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland. In: *Psychother Psychosom Med Psychol* 53 (3/4), S. 152–162. doi: 10.1055/s-2003-38004.

Zhao, Y.; Chen, S.-Y.; Wu, N.; Fraser, K. A.; Boulanger, L. (2011): Medication Adherence and Healthcare Costs among Fibromyalgia Patients Treated with Duloxetine. In: *Pain Practice* 11 (4), S. 381–391. doi: 10.1111/j.1533-2500.2010.00431.x.

Anhang

Anhang A: Informationen für den Hausarzt („Ampelschema“)

Behandlung im Rahmen des Sofu-Net möglich, **wenn 1. oder 2** zutrifft:

1. Schwere somatoforme Symptomatik (SOM rot)	2. Mittlere somatoforme Symptomatik mit Komorbidität (SOM orange + AN oder DEP rot/orange)
1. SOM 	2. SOM  und ANG  oder DEP 
Behandlungskonsequenz für alle Untergruppen: → Behandlung des Patienten im SofuNet → Überweisung an Netzwerkpartner	

Wenn somatoforme Symptomatik unauffällig, aber Patient bei Angst- oder Depressionssymptomatik rot bzw. orange → psychotherapeutische und / oder pharmakologische Behandlung erwägen.

Anhang B: Screening-Fragebogen



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf



Institut und Poliklinik für
Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. B. Löwe
Direktor

Zentrum für Innere Medizin

Martinistraße 52
20246 Hamburg
Telefon: (040) 7410-59733
Telefax: (040) 7410-54975
b.loewe@uke.uni-hamburg.de
www.uke.uni-hamburg.de

Patienten-ID

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vielen Dank, dass Sie an unserer kurzen Befragung zu Ihrem gesundheitlichen Befinden teilnehmen. Mit Ihrer Teilnahme helfen Sie uns, die ärztliche Versorgung zu verbessern. Mit der Beantwortung der Fragen erklären Sie sich einverstanden, dass Ihre Angaben für Forschungszwecke und für die Feststellung der Teilnahmemöglichkeit an einem ausführlicheren Interview ausgewertet werden dürfen. Einige wenige Patienten werden nochmals von uns angesprochen.

Es werden keine personenbezogenen Daten erfragt. Die wissenschaftliche Auswertung der Daten erfolgt anonym. Der Datenschutz ist gewährleistet. **Ihre Angaben werden nicht an Dritte weitergeleitet.**

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unsere Studienmitarbeiterin vor Ort.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Ihr Studienteam des Instituts für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Gesundheitsfragebogen

1. Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 4 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Nicht be- einträchtigt	Wenig be- einträchtigt	Stark be- einträchtigt
a. Bauchschmerzen	☐ 0	☐ 1	☐ 2
b. Rückenschmerzen	☐ 0	☐ 1	☐ 2
c. Schmerzen in den Armen, Beinen oder Gelenken (Knie, Hüften usw.)	☐ 0	☐ 1	☐ 2
d. Menstruationsschmerzen oder andere Probleme bei der Menstruation	☐ 0	☐ 1	☐ 2
e. Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr	☐ 0	☐ 1	☐ 2
f. Kopfschmerzen	☐ 0	☐ 1	☐ 2
g. Schmerzen im Brustbereich	☐ 0	☐ 1	☐ 2
h. Schwindel	☐ 0	☐ 1	☐ 2
i. Ohnmachtsanfälle	☐ 0	☐ 1	☐ 2
j. Herzklopfen oder Herzrasen	☐ 0	☐ 1	☐ 2
k. Kurzatmigkeit	☐ 0	☐ 1	☐ 2
l. Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall	☐ 0	☐ 1	☐ 2
m. Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden	☐ 0	☐ 1	☐ 2
n. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	☐ 0	☐ 1	☐ 2
o. Müdigkeit oder das Gefühl, keine Energie mehr zu haben	☐ 0	☐ 1	☐ 2

0 + + =

SOM

2. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
b. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
c. Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
d. Schwierigkeiten zu entspannen	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
e. Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
f. Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
g. Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

 0 + + + =

3. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
a. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
c. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
d. Müdigkeit oder das Gefühl, keine Energie mehr zu haben	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
h. Waren Ihre Bewegungen und Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	☐ 0	☐ 1	☐ 2	☐ 3

 0 + + + =

Abschließend bitten wir Sie noch folgende Fragen zu beantworten:

1) Sie sind...

- ☐ Männlich
- ☐ Weiblich

5) Wie alt sind Sie?

_____Jahre

6) Haben Sie zurzeit einen festen Partner?

- ☐ ja
- ☐ nein

7) Welchen Familienstand haben Sie?

- ☐ Ledig (nie verheiratet)
- ☐ Verheiratet (mit dem Ehepartner zusammenlebend)
- ☐ Verheiratet (in Trennung lebend)
- ☐ Geschieden
- ☐ Verwitwet

8) Welchen höchsten Schulabschluss bzw. Hochschulabschluss haben Sie?

- ☐ Noch in der Schule
- ☐ Ohne Schulabschluss abgegangen
- ☐ Sonderschule
- ☐ Haupt-/Volksschulabschluss
- ☐ Realschulabschluss/Mittlere Reife
- ☐ Abschluss der Polytechnischen Oberschule 10. Klasse (vor 1965: 8. Klasse)
- ☐ Fachhochschulreife
- ☐ Allgemeine/fachgebundene Hochschulreife/Abitur
- ☐ Fachhochschulabschluss/Hochschulabschluss
- ☐ Einen anderen Schulabschluss und zwar: _____

9) Welcher Nationalität gehören Sie an?

- ☐ Deutsch
- ☐ Andere: _____

10) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein gegen Angst, Depressionen oder Stress?

- ☐ ja
- ☐ nein

11) Nehmen Sie regelmäßig Medikamente gegen Schmerzen ein?

- ☐ ja
- ☐ nein

12) Wie häufig waren Sie (heute mit eingerechnet) in den letzten 6 Monaten beim Hausarzt?

- ☐ 1x (nur heute)
- ☐ 2-5x
- ☐ 6-12x
- ☐ mehr als 12x

13) Sprechen Sie mit Ihrem Hausarzt über psychische Beschwerden und private Probleme?

- ☐ nie
- ☐ sehr selten
- ☐ manchmal
- ☐ oft
- ☐ sehr oft
- ☐ immer

14) Haben Sie sich im letzten Jahr um eine ambulante psychotherapeutische Behandlung bemüht?

- ☐ nein
- ☐ ja → wenn ja:

Wie lange hat es gedauert, bis Sie ein Erstgespräch führen konnten?

- ☐ bis zu 2 Wochen
- ☐ 2 Wochen bis 1 Monat
- ☐ 2 bis 3 Monate
- ☐ 4 bis 6 Monate
- ☐ 7 bis 12 Monate
- ☐ länger als 1 Jahr
- ☐ ich warte noch auf mein Erstgespräch
- ☐ es kam kein Erstgespräch zustande

Wie lange hat es *nach dem* Erstgespräch gedauert, bis die Psychotherapie begonnen hat?

- ☐ bis zu 2 Wochen
- ☐ 2 Wochen bis 1 Monat
- ☐ 2 bis 3 Monate
- ☐ 4 bis 6 Monate
- ☐ 7 bis 12 Monate
- ☐ länger als 1 Jahr
- ☐ ich warte noch auf meinen Therapieplatz
- ☐ ich habe keinen Therapieplatz erhalten

15) Befinden Sie sich zurzeit in Psychotherapie?

- ☐ ja
- ☐ nein

16) Wie sind Sie krankenversichert?

- ☐ bei einer gesetzlichen Krankenkasse
- ☐ bei einer privaten Krankenkasse

17) Aus welchen Quellen beziehen Sie Informationen zu Gesundheitsthemen?

	nicht	manchmal	oft
a. Medizinisches Fachpersonal (z.B. Arzt, Krankenschwester, Apotheker)	☐	☐	☐
b. Familie, Freunde	☐	☐	☐
c. Zeitschriften (z.B. Apothekenumschau)	☐	☐	☐
d. Internet: medizinische Informationsseiten	☐	☐	☐
e. Internet: Foren	☐	☐	☐
f. Fernsehen	☐	☐	☐
g. Fachvorträge/ Informationsveranstaltungen	☐	☐	☐

18) Fragebogen zum Erleben von Körperbeschwerden

Im Folgenden geht es um Gedanken und Gefühle in Bezug auf körperliche Beschwerden und darum, wie Sie mit solchen Beschwerden **im Allgemeinen** umgehen. Bitte lesen Sie sich alle Fragen genau durch. In jedem Satz finden Sie eine Linie: _____. **Bitte kreuzen Sie jeweils an**, welches Wort für Sie an dieser Stelle am ehesten zutrifft.

Beispiel:		nie	sehr selten	selten	oft	sehr oft	immer
	Ich habe ____ kalte Füße.	☐	☐	☒	☐	☐	☐

Wenn sie selten kalte Füße haben, kreuzen Sie wie folgt an:



	Wie häufig trifft dies auf Sie zu?	nie	sehr selten	selten	oft	sehr oft	immer
a.	Ich fühle mich ____ krank.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
b.	Wenn ich körperliche Beschwerden habe, mache ich mir ____ Sorgen, ob diese jemals aufhören werden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c.	Wenn ich zum Arzt gehe, fühle ich mich ____ unverstanden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
d.	Während ich körperliche Beschwerden habe, muss ich ____ an diese denken.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
e.	Ich fühle mich körperlich ____ schwach und empfindlich.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
f.	Ich erlebe ____, dass Ärzte meine gesundheitlichen Probleme übertrieben finden.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
g.	Bei körperlichen Beschwerden denke ich ____, dass es sich um Zeichen einer ernsthaften Erkrankung handelt.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
h.	Ich zweifle ____ daran, dass die Diagnosen, die ich von Ärzten bekommen habe, richtig waren.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
i.	Ich habe ____ Angst, dass etwas mit meiner Gesundheit nicht stimmen könnte.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
j.	Wenn ich mich krank fühle und Ärzte nichts finden, glaube ich ____, dass trotzdem mit meiner Gesundheit etwas ernsthaft nicht in Ordnung ist.	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	Wie häufig trifft dies auf Sie zu?	nie	sehr selten	selten	oft	sehr oft	immer
k.	In den letzten 6 Monaten hatte ich _____ körperliche Beschwerden. Zum Beispiel: Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Bauchschmerzen, Verdauungsbeschwerden, Schwindel, Herz-Kreislauf-Beschwerden	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Haben Sie bei Frage k „nie“ angekreuzt, lassen Sie bitte die Fragen / –o aus und fahren mit Fragebogen 19 fort!

Bitte Fahren Sie mit Frage / fort!

Im Folgenden geht es um weitere Gedanken und Gefühle in Bezug auf körperliche Beschwerden und darum, wie Sie mit solchen Beschwerden umgehen. In jedem Satz finden Sie wieder eine Linie: _____. **Bitte kreuzen Sie jeweils an**, welches Wort für Sie an dieser Stelle am ehesten zutrifft. Beziehen Sie sich dabei bitte auf die **letzten 6 Monate**.

	Wie häufig traf dies auf Sie zu?	nie	sehr selten	selten	oft	sehr oft	immer
l.	Ich versuchte _____, wegen meiner Beschwerden bestimmte Körperbereiche zu schonen.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
m.	Ich war _____ verzweifelt, weil ich körperliche Beschwerden hatte.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
n.	Ich machte mir _____ Sorgen, weil ich durch körperliche Beschwerden beeinträchtigt war.	☐	☐	☐	☐	☐	☐
o.	Tragen Sie hier bitte ein, wie oft Sie in den letzten 6 Monaten in ärztlicher Behandlung waren:	_____ mal					

19) Haben Sie jemals in einem medizinischen Bereich gearbeitet?

Nein ☐

Ja ☐ → wenn ja, in welchem:

a. Arzt/ Ärztin	☐
b. Krankenschwester/ -pfleger, Schwesternhelferin/ Pflegehelfer, Altenpfleger/in	☐
c. Medizinische Fachangestellte, Medizinisch technische Assistent(in), Arzthelfer(in), Pharmazeutisch-technische Assistentin	☐
d. Physiotherapeut(in)	☐
e. Heilpraktiker	☐
f. Apotheker	☐
f. Andere:	

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Anhang C: Patienteninformation



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf



**Institut und Poliklinik für
Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie**

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. B. Löwe
Direktor

Zentrum für Innere Medizin

Martinistraße 52
20246 Hamburg
Telefon: (040) 7410-59733
Telefax: (040) 7410-54975
b.loewe@uke.uni-hamburg.de
www.uke.uni-hamburg.de

Patienteninformation zur Studie

Gesundheitsnetz somatoforme und funktionelle Syndrome (Sofu-Net)

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

wir bitten Sie, an einer Untersuchung teilzunehmen, die der Verbesserung der Versorgung von Patienten mit unklaren körperlichen Beschwerden sowie somatoformen und funktionellen Syndromen dient. Bei somatoformen und funktionellen Syndromen handelt es sich um körperliche Beschwerden, die durch psychische Vorgänge verursacht oder beeinflusst werden. Zunächst werden alle Patienten gebeten einen Fragebogen auszufüllen, der zur Abschätzung verschiedener körperlicher und psychischer Beschwerden dient. Im Rahmen eines einmaligen Telefoninterviews werden danach einigen Patienten genauere Fragen bzgl. ihrer Beschwerden sowie erfolgter Behandlungen gestellt. Das Ziel der Studie ist es, abzubilden, wie Patienten mit unterschiedlichen Beschwerden behandelt werden. Im ersten Teil der Untersuchung wird überprüft, wie die bisherige medizinische Versorgung aussieht. Im zweiten Teil der Untersuchung soll über eine Vernetzung verschiedener Ärzte und Kliniken versucht werden, die Qualität der medizinischen Versorgung zu verbessern. Um herauszufinden ob dies gelungen ist, werden sowohl während des ersten Teils als auch während des zweiten Teils der Untersuchung Patienten befragt.

Freundlicherweise haben Sie bereits den kurzen Fragebogen zu ihren Beschwerden ausgefüllt. Wir möchten Sie um Erlaubnis bitten, Ihnen telefonisch einige weitere Fragen zu ihren Beschwerden sowie ihrer bisherigen Behandlung zu stellen. Außerdem möchten wir Sie um die Erlaubnis bitten, dass ihr behandelnder Arzt uns einmalig ein kurzes Protokoll zu ihren Beschwerden und seiner Behandlungsempfehlung ausfüllt.

Wenn Sie sich entscheiden, an unserer Studie teilzunehmen, benötigen wir von Ihnen eine schriftliche Einverständniserklärung.

Die im Rahmen der Studie nach Einverständniserklärung erhobenen persönlichen Daten, insbesondere Befunde, unterliegen der **Schweigepflicht** und den **datengesetzlichen Bestimmungen**.

Sie werden in Papierform und auf Datenträgern am Institut und der Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf aufgezeichnet und **pseudonymisiert¹ (verschlüsselt)** für die Dauer von 10 Jahren gespeichert. Bei der Pseudonymisierung (Verschlüsselung) werden der Name und andere Identifikationsmerkmale (z.B. Teile des Geburtsdatums) durch z.B. eine mehrstellige Buchstaben- oder Zahlenkombination, auch Code genannt, ersetzt, um die Identifizierung des Studienteilnehmers auszuschließen oder wesentlich zu erschweren. Zugang zu dem „Schlüssel“, der eine persönliche Zuordnung der Daten des Studienteilnehmers ermöglicht, haben nur der Studienleiter (Prof. Dr. med. Bernd Löwe) und ein verantwortlicher wissenschaftlicher Mitarbeiter (Herr Jan Wiborg, Psychologe MSc). **Persönliche Angaben** (Einverständniserklärung) und **Daten** (Fragebögen, Interviewdaten) werden durchgängig **getrennt aufbewahrt**.

Die **Auswertung und Nutzung der Daten** durch den Studienleiter und seine Mitarbeiter erfolgt **in vollständig pseudonymisierter³ (verschlüsselter)** Form, d.h. ohne Nennung des Namens, der Adresse oder der Telefonnummer. Eine **Weitergabe der Daten** im Rahmen des Forschungszweckes erfolgt **nur in anonymisierter² Form**. **Gleiches** gilt für die **Veröffentlichung der Studienergebnisse**.

Die Studienteilnehmer haben das Recht, über die von Ihnen stammenden personenbezogenen Daten Auskunft zu verlangen, und über möglicherweise anfallende personenbezogene Ergebnisse der Studie gegebenenfalls informiert oder nicht informiert zu werden. Gegebenenfalls wird der Leiter der Studie Ihre Entscheidung darüber einholen.

Diese Studie ist durch die zuständige **Ethik-Kommission** beraten worden. Der zuständigen Landesbehörde kann ggf. Einsichtnahme in die Studienunterlagen gewährt werden.

Sobald der Forschungszweck es zulässt, wird der **Schlüssel gelöscht** und die erhobenen Daten anonymisiert².

Ihre **Teilnahme ist freiwillig** und Sie können **jederzeit**, auch wenn Sie schon Ihre Einwilligung gegeben haben, ohne Angabe von Gründen aus der Studie ausscheiden. Es entstehen Ihnen dadurch keine Nachteile. Im Falle des Widerrufs der Einverständniserklärung werden die bereits erhobenen Daten gelöscht oder anonymisiert² und in dieser Form weiter genutzt. Ein Widerruf bereits anonymisierter Daten ist nicht möglich.

Wenn Sie diese Ausführungen gelesen haben und an der Studie teilnehmen möchten, bitten wir Sie, die **beigefügte Einverständniserklärung** zu unterschreiben.

Wir bedanken uns bei Ihnen recht herzlich für Ihre Unterstützung!

Projektleitung:

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Bernd Löwe

Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Martinistr. 52, 20246 Hamburg, Telefon: 040-7410-59733

¹ Pseudonymisieren ist das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale durch ein Kennzeichen (Studiennummer) zu dem Zweck, die Bestimmung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren (§ 3 Abs. 6a BDSG)

² Anonymisieren ist das verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder mit einem unverhältnismäßigen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmaren natürlichen Person zugeordnet werden können (§ 3 Abs. 6 BDSG)

Anhang D: Einverständniserklärung



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

psychenet
Hamburger Netz psychische Gesundheit

Institut und Poliklinik für
Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. B. Löwe
Direktor

Zentrum für Innere Medizin

Martinstraße 52
20246 Hamburg
Telefon: (040) 7410-59733
Telefax: (040) 7410-54975
b.loewe@uke.uni-hamburg.de
www.uke.uni-hamburg.de

Einverständniserklärung zur Studie

Gesundheitsnetz somatoforme und funktionelle Syndrome

Ich wurde vollständig über das Wesen und die Bedeutung der Studie aufgeklärt. Ich konnte dabei alle mich interessierenden Fragen stellen. Ferner hatte ich Gelegenheit, das Aufklärungsblatt genau durchzulesen und auch dazu Fragen zu stellen. Eine Kopie des Aufklärungsbogens und der Einverständniserklärung ist mir ausgehändigt worden.

Die im Rahmen der Studie nach Einverständniserklärung erhobenen persönlichen Daten, insbesondere Befunde, unterliegen der **Schweigepflicht** und den **datengesetzlichen Bestimmungen**. Sie werden in Papierform und auf Datenträgern am Institut und der Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf aufgezeichnet und **pseudonymisiert¹ (verschlüsselt)** für die Dauer von 10 Jahren gespeichert. Bei der Pseudonymisierung (Verschlüsselung) werden der Name und andere Identifikationsmerkmale (z.B. Teile des Geburtsdatums) durch z.B. eine mehrstellige Buchstaben- oder Zahlenkombination, auch Code genannt, ersetzt, um die Identifizierung des Studienteilnehmers auszuschließen oder wesentlich zu erschweren. Zugang zu dem „Schlüssel“, der eine persönliche Zuordnung der Daten des Studienteilnehmers ermöglicht, haben nur der Studienleiter (Prof. Dr. med. Bernd Löwe) und ein verantwortlicher wissenschaftlicher Mitarbeiter (Herr Jan Wiborg, Psychologe MSc). **Persönliche Angaben** (Einverständniserklärung) und **Daten** (Fragebögen, Interviewdaten) werden durchgängig **getrennt aufbewahrt**. Die **Auswertung und Nutzung der Daten** durch den Studienleiter und seine Mitarbeiter erfolgt **in vollständig pseudonymisierter⁴ (verschlüsselter) Form**, d.h. ohne Nennung des Namens, der Adresse oder der Telefonnummer. Eine **Weitergabe der Daten** im Rahmen des Forschungszweckes erfolgt **nur in anonymisierter² Form**. Gleiches gilt für die **Veröffentlichung der Studienergebnisse**. Die Studienteilnehmer haben das Recht, über die von Ihnen stammenden personenbezogenen Daten Auskunft zu verlangen, und über möglicherweise anfallende personenbezogene Ergebnisse der Studie gegebenenfalls informiert oder nicht informiert zu werden. Gegebenenfalls wird der Leiter der Studie Ihre Entscheidung darüber einholen.

¹ Pseudonymisieren ist das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale durch ein Kennzeichen (Studiennummer) zu dem Zweck, die Bestimmung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren (§ 3 Abs. 6a BDSG)

² Anonymisieren ist das Verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder mit einem unverhältnismäßigen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmbarer natürlichen Person zugeordnet werden können (§ 3 Abs. 6 BDSG)

Diese Studie ist durch die zuständige **Ethik-Kommission** beraten worden. Der zuständigen Landesbehörde kann ggf. Einsichtnahme in die Studienunterlagen gewährt werden.

Sobald der Forschungszweck es zulässt, wird der **Schlüssel gelöscht** und die erhobenen Daten anonymisiert².

Ihre **Teilnahme ist freiwillig** und Sie können **jederzeit**, auch wenn Sie schon Ihre Einwilligung gegeben haben, ohne Angabe von Gründen aus der Studie ausscheiden. Es entstehen Ihnen dadurch keine Nachteile. Im Falle des Widerrufs der Einverständniserklärung werden die bereits erhobenen Daten gelöscht oder anonymisiert² und in dieser Form weiter genutzt. Ein Widerruf bereits anonymisierter Daten ist nicht möglich.

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich die Aufklärung verstanden habe und mich mit der Teilnahme an der vorgenannten Studie einverstanden erkläre.

Hamburg, den ____ . ____ . ____

Studienteilnehmers

Unterschrift des

Unterschrift des Prüfarztes

Kontaktdaten

Bitte tragen Sie hier Ihre persönlichen Daten ein.

Name, Vorname: _____

Telefonnummer: Festnetz: _____

Mobil: _____

Falls es bestimmte Zeiten (Wochentage oder Uhrzeiten) gibt, zu denen Sie für die telefonische Befragung gut erreichbar sind, geben Sie diese bitte nachfolgend an:

Anhang E: Checkliste



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf



Checkliste

Arzt-ID: _ _ _

Patienten-ID: _ _ _ _ _

Datum: _ _ . _ _ . _ _

1) Vorstellungsanlass des Patienten (ICD-Code und ggf. Freitext)?

2) Welche der genannten Erkrankungen liegen bei dem Patienten aktuell vor?

Erkrankung	
Herz-Kreislauf	
• Arterielle Hypertonie	☐
• KHK	☐
• Herzrhythmusstörungen	☐
• Herzinsuffizienz	☐
Lunge	
• COPD	☐
• Allergisches Asthma	☐
Endokrinologie	
• Diabetes mellitus	☐
• Hypo-/Hyperthyreose	☐
Magen-Darm	
• Diarrhöen	☐
• Obstipation	☐
• Reflux	☐
Neurologie	
Parästhesie/PNP	☐
Hemiplegie/-Parese	☐
Migräne	☐
Ableitende Harnwege/Niere	
Prostatahyperplasie	☐
Niereninsuffizienz	☐
Autoimmun	
• Lupus erythematoses	☐
• Multiple Sklerose	☐
• Polyarthrit	☐
Neoplasie	
• Onkologisch	☐
• Hämatologisch	☐
Infektion	
• Akut	☐
• Chronisch	☐
Sonstiges:	
• Adipositas	☐
• Fibromyalgie	☐
• Chronische Schmerzen	☐

3) Welche der genannten psychischen Erkrankungen liegen/lagen bei dem Patienten vor?

Erkrankung	aktuell	in der Vorgeschichte
Demenz	☐	☐
Abhängigkeitserkrankung		
Alkohol	☐	☐
illegale Drogen	☐	☐
Medikamente	☐	☐
Schizophrenie	☐	☐
depressive Störung	☐	☐
bipolare Störung	☐	☐
Angsterkrankung (Panikstörung, Phobie, generalisierte Angststörung)	☐	☐
Zwangsstörung	☐	☐
Posttraumatische Belastungsstörung	☐	☐
Somatoforme/funktionelle Störung	☐	☐
Essstörung (Anorexie, Bulimie)	☐	☐
Persönlichkeitsstörung	☐	☐
andere schwerwiegende psychische Erkrankung(en): _____ _____	☐ ☐	☐ ☐

4) Werden die aktuell vorliegenden körperlichen Beschwerden des Patienten ausreichend durch somatische Ursachen erklärt?

- ☐ ja
☐ nein (d.h. wahrscheinlich liegt eine somatoforme oder funktionelle Störung vor)

5) Haben Sie dem Patienten aktuell eine psychosomatische oder psychotherapeutische Behandlung empfohlen?

- ☐ ja
☐ nein → wenn nein, warum nicht?
☐ Es liegt keine psychische Erkrankung (inkl. somatoforme oder funktionelle Störung) vor.
☐ Der Patient ist bereits in Behandlung.
☐ Sonstiges: _____

6) Nimmt der Patient regelmäßig ein Medikament aus einer der folgenden Gruppen? (Mehrfachnennung möglich)

- ☐ Antidepressiva
☐ Medikamente vom Benzodiazepin-Typ (inkl. Zaleplon, Zopiclon & Zolpidem)
☐ Neuroleptika
☐ Schmerzmittel

F: Statistik Übersicht

Tabelle 11
Überblick über die verwendeten statistischen Verfahren

Analyse	Statistisches Verfahren
1. Stichprobenentstehung	deskriptive Statistik
2. Stichprobenbeschreibung	deskriptive Statistik t-Test bei unabhängigen Stichproben Chi-Quadrat-Test
3. Fragestellung 1: Evaluation des Sofu-Net	
3.1. Diagnostik	
Prävalenz der Risikopatienten	deskriptive Statistik Chi-Quadrat-Test
Kommunikation mit dem Hausarzt über psychosoziale Probleme	deskriptive Statistik t-Test bei unabhängigen Stichproben zweifaktorielle Varianzanalyse
3.2. Behandlung	
Empfehlung vom Hausarzt für Psychotherapie	deskriptive Statistik Chi-Quadrat-Test
Bemühen um psychotherapeutische Hilfe	deskriptive Statistik Chi-Quadrat-Test
Patienten in Psychotherapie	deskriptive Statistik Chi-Quadrat-Test
Medikamentennutzung	deskriptive Statistik Chi-Quadrat-Test
3.3. Inanspruchnahme	
Inanspruchnahme des Hausarztes	deskriptive Statistik Chi-Quadrat-Test t-Test bei unabhängigen Stichproben
3.4. Organisation der Versorgung	
Wartezeit bis zum Erstgespräch und bis zur psychotherapeutischen Behandlung	deskriptive Statistik Chi-Quadrat-Test
4. Fragestellung 2: Informationsverhalten	
Mediennutzung	deskriptive Statistik Chi-Quadrat-Test
Bevorzugte Nutzung von Medienkanälen	deskriptive Statistik Chi-Quadrat-Test
Anzahl der genutzten Kanäle	t-Test bei unabhängigen Stichproben
Zusammenhänge zwischen Patienteneigenschaften und der Medienkanalnutzung	Geschlecht, Bildungsstatus, Nationalität: - Chi-Quadrat-Test Alter: - Korrelation nach Pearson

Anhang G: Danksagung

Mit dem Abschluss dieser Dissertation möchte ich mich bei allen herzlich bedanken, die mich bei der Erstellung dieser Arbeit unterstützt haben.

Ich danke Herrn Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Bernd Löwe, Direktor des Instituts und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg, der mir dieses Thema überließ und mich hilfsbereit bei meiner Arbeit begleitete.

Besonderer Dank gilt Dr. rer. nat. Meike Shedden-Mora, die mich als Betreuerin meiner Arbeit während des gesamten Entstehungsprozesses mit wertvollen Hinweisen intensiv unterstützt hat.

Des Weiteren möchte ich Christina Jebens danken, die mir als Freundin und Kollegin beim gemeinsamen Arbeiten durch konstruktive Gespräche mit Rat und Tat zur Seite stand.

Zu guter Letzt danke ich meinen Eltern, meiner Schwester Sarah und meiner Nichte Ida für die stetige bedingungslose Unterstützung, für den Rückhalt und ihr Vertrauen. Ohne sie wäre diese Arbeit nicht möglich gewesen.

Anhang H: Lebenslauf

Entfällt aus datenschutzrechtlichen Gründen

Anhang I: Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift: