

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Institut und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie

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

Wie beeinflussen Körperbeschwerden und das Vorliegen einer somatoformen Störung die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Hausarztpatienten?

Dissertation

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

vorgelegt von:

Lydia Corina Olivia Moldt
aus Hamburg

Hamburg 2016

**Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 27.09.2017**

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

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

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: Prof. Dr. Michael Schulte-Markwort

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung.....	11
1.1 Einführung.....	11
1.2 Definitionen.....	12
1.2.1 Körperbeschwerden.....	12
1.2.2 Somatoforme Störungen.....	12
1.2.3 Direkte und indirekte Krankheitskosten.....	15
1.3 Epidemiologie.....	16
1.4 Soziale Bedeutung somatoformer Störungen.....	17
1.5 Gesundheitsökonomische Bedeutung somatoformer Störungen.....	18
1.6 Gesundheitsversorgung von Patienten mit somatoformer Störung in Deutschland.....	20
1.6.1 Primärversorgung.....	20
1.6.2 Weiterführende ambulante Versorgung.....	21
1.6.3 Stationäre Versorgung	23
1.6.4 Netzwerke, Prävention und Rehabilitation.....	23
1.7 Realität und Leitlinie in der aktuellen Versorgungssituation.....	24
1.8 Fragestellung.....	27
2. Material und Methoden.....	28
2.1 Studienplanung.....	28
2.2 Durchführung der Studie.....	29
2.2.1 Auswahl der Studienteilnehmer.....	29
2.2.2 Ablauf der Befragung.....	29
2.3 Messverfahren.....	30
2.3.1 Screeningbogen.....	30
2.3.1.1 PHQ-15.....	30
2.3.1.2 GAD-7.....	31
2.3.1.3 PHQ-9.....	32
2.3.1.4 Soziodemographische Fragen.....	32
2.3.1.5 Inanspruchnahme.....	33

2.3.2 Telefoninterview.....	33
2.3.2.1 CIDI.....	33
2.3.2.2 Fragen zur Behandlung.....	34
2.3.2.3 Fragen zur Soziodemographie.....	34
2.3.2.4 Inanspruchnahme.....	34
2.4 Datenauswertung.....	36
3. Ergebnisse.....	37
3.1 Stichprobenbeschreibung.....	38
3.1.1 Gruppeneinteilung.....	38
3.1.2 Gruppenzuordnung zu den Unterfragen.....	39
3.1.3 Stichprobenvergleiche.....	39
3.1.3.1 Alter.....	41
3.1.3.2 Geschlecht.....	41
3.1.3.3 Partnerschaft.....	41
3.1.3.4 Höchster Schulabschluss	42
3.1.3.5 Nationalität.....	42
3.1.3.6 PHQ-15, PHQ-9 und GAD-7.....	42
3.1.3.7 Zusammenfassung der Stichprobenvergleiche.....	43
3.2 Frage 1: Welche Gesundheitsleistungen nehmen Patienten mit einer somatoformen Störung in Anspruch?.....	44
3.2.1 Stationäre Versorgung der Patienten mit einer somatoformen Störung... ..	44
3.2.2 Ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung.....	46
3.2.3 Ambulante unterstützende Versorgung.....	50
3.2.4 Medikamenteneinnahme.....	51
3.2.5 Pflege und Soziales.....	52
3.3 Frage 2: Wie unterscheidet sich das Inanspruchnahmeverhalten der Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung von dem der Hausarztpatienten ohne somatoforme Störung?.....	53
3.3.1 Einnahme von Medikamenten gegen Stress, Angst oder Depression.....	53
3.3.2 Einnahme von Schmerzmedikamenten.....	56
3.3.3 Anzahl an Hausarztkontakten.....	58
3.3.4 Hausarzt-Kommunikation.....	59

3.4 Frage 3: Wie unterscheidet sich das Inanspruchnahmeverhalten der Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung von dem der Hausarztpatienten ohne somatoforme Störung aber mit Körperbeschwerden?...	61
3.4.1 Stationäre Versorgung.....	64
3.4.2 Ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung.....	64
3.4.3 Ambulante unterstützende Versorgung.....	69
3.4.4 Medikamenteneinnahme.....	69
3.4.5 Pflege und Soziales.....	70
3.5 Frage 4: Was für Auswirkungen haben die Symptomstärke der Körperbeschwerden und die Selbstwahrnehmung des Gesundheitszustandes auf das Inanspruchnahmeverhalten?.....	72
3.5.1 Stationäre Versorgung.....	72
3.5.2 Ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung.....	74
3.5.3 Ambulante unterstützende Versorgung.....	74
3.5.4 Medikamenteneinnahme.....	76
3.5.5 Unterstützung durch das soziale Umfeld.....	76
4. Diskussion.....	78
4.1 Überblick.....	78
4.2 Hypothesen.....	79
4.3 Stationäre Versorgung.....	81
4.4 Hausarztversorgung.....	82
4.5 Ambulante Arztkontakte.....	83
4.6 Psychotherapie.....	86
4.7 Medikamenteneinnahme.....	87
4.8 Ambulante unterstützende Versorgung.....	88
4.9 Soziales.....	89
4.10 Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes.....	91
4.11 Stärken und Schwächen.....	92
4.12 Ausblick und Implikationen.....	94
5. Zusammenfassung.....	97
6. Literaturverzeichnis.....	99
7. Danksagung.....	104
8. Lebenslauf.....	105

9. Eidesstattliche Versicherung.....	106
10. Anhang.....	107
10.1 Patienteninformation.....	107
10.2 Einverständniserklärung.....	109
10.3 Screening Prä-Studie.....	111
10.4 Screening Post-Studie.....	116
10.5 Telefoninterview Prä-Studie.....	123
10.6 Telefoninterview Post-Studie.....	145

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Flow Chart zum Studienverlauf und zur Gruppeneinteilung.....	37
Abbildung 2: Anteil der Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung (Gruppe „Scr+CIDI+“) mit mindestens einem Tag stationärer oder teilstationärer Behandlung.....	44
Abbildung 3: Verteilung der Häufigkeit der Hausarztkontakte in sechs Monaten von Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung (Gruppe „Scr+CIDI+“).....	46
Abbildung 4: Verteilung der Häufigkeit der Kommunikation über nicht-somatische Themen von Patienten mit einer somatoformen Störung (Gruppe „Scr+CIDI+“)	47
Abbildung 5: Anzahl der Arztkontakte insgesamt in sechs Monaten von Patienten mit einer somatoformen Störung (Gruppe „Scr+CIDI+“).....	48
Abbildung 6: Anteil der Hausarztpatienten mit somatoformer Störung (Gruppe „Scr+CIDI+“) mit mindestens einem Kontakt zur angegebenen Fachrichtung...	49
Abbildung 7: Anteil der Hausarztpatienten mit somatoformer Störung (Gruppe „Scr+CIDI+“) mit mindestens einem Therapie-Termin.....	50
Abbildung 8: Anzahl an eingenommenen Medikamenten durch Patienten mit einer somatoformen Störung (Gruppe „Scr+CIDI+“) in sechs Monaten.....	51
Abbildung 9: Verteilung der Rentenbezüge von Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung (Gruppe „Scr+CIDI+“).....	52
Abbildung 10: Verteilung der Häufigkeit der Kommunikation mit dem Hausarzt über psychische Beschwerden und private Probleme.....	60
Abbildung 11: Anzahl der Arztkontakte insgesamt in sechs Monaten von Patienten der Gruppen "Scr+CIDI-" und „Scr+CIDI+“	64
Abbildung 12: Anteil der Patienten mit mindestens einem Kontakt in sechs Monaten zur angegebenen Fachrichtung. * p < 0,05, ** p < 0,01, *** p < 0,001	65
Abbildung 13: Anzahl an in sechs Monaten eingenommenen Medikamenten von Patienten der Gruppe „Scr+CIDI-“. (Für Werte Gruppe „Scr+CIDI+“ siehe Abbildung 8).....	70

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Somatoforme Störungen im Überblick.....	14
Tabelle 2: Stichprobenvergleich Prä und Post.....	39
Tabelle 3: Stichprobenbeschreibung aller Gruppen.....	40
Tabelle 4: Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich der Ergebnisse im PHQ-15, PHQ-9 und GAD-7.....	43
Tabelle 5: Verweildauer der Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung (Gruppe "Scr+CIDI+") in verschiedenen Einrichtungen in sechs Monaten.....	45
Tabelle 6: Medikamenteneinnahme durch Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung (Gruppe „Scr+CIDI+“) in sechs Monaten.....	51
Tabelle 7: Anzahl und Anteil der Patienten, die in einem Zeitraum von sechs Monaten Medikamente gegen Stress, Angst oder Depression einnehmen.....	53
Tabelle 8: Binär logistische Regression zur Assoziation verschiedener Prädiktoren zur Einnahme von Medikamenten gegen Stress, Angst oder Depression.....	55
Tabelle 9: Anzahl und Anteil der Patienten, die in einem Zeitraum von sechs Monaten Medikamente gegen Schmerzen einnehmen.....	56
Tabelle 10: Binär logistische Regression zur Assoziation verschiedener Prädiktoren zur Einnahme von Medikamenten gegen Schmerzen.....	57
Tabelle 11: Anzahl und Anteil der Hausarztpatienten, die in sechs Monaten eine bestimmte Anzahl an Hausarztkontakten haben.....	58
Tabelle 12: Anzahl und Anteil der Hausarztpatienten, die in einer bestimmten Häufigkeit mit ihrem Hausarzt über psychische Beschwerden und private Probleme sprechen.....	59
Tabelle 13: Überblick über die Inanspruchnahme (über einen Zeitraum von sechs Monaten) der Gruppen „Scr+CIDI+“ und „Scr+CIDI-“ und die Signifikanz der Unterschiede.....	62
Tabelle 14: Statistische Kennzahlen zu Abbildung 12.....	66
Tabelle 15: Anteil der Patienten der Gruppen „Scr+CIDI+“ und „Scr+CIDI-“, die in sechs Monaten mindestens einmal Kontakt zur angegebenen Fachrichtung hatten (obere Zeile) sowie der Mittelwert der Anzahl an Kontakten der jeweiligen Patienten zu der Fachrichtung (untere Zeile).....	68

Tabelle 16: Binär logistische Regression zur Assoziation verschiedener Prädiktoren zur Inanspruchnahme von stationärer Versorgung durch Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung.....	73
Tabelle 17: Binär logistische Regression zur Assoziation verschiedener Prädiktoren zur überdurchschnittlichen Inanspruchnahme von ambulanten Arztkontakten durch Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung.....	75
Tabelle 18: Binär logistische Regression zur Assoziation verschiedener Prädiktoren zur Medikamenteneinnahme durch Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung.....	77
Tabelle 19: Anteil der Patienten/ Befragten mit mindestens einem Kontakt zur angegebenen Fachrichtung in zwölf (Rattay et al., 2013) bzw. sechs Monaten	85

Abkürzungsverzeichnis

CI	Konfidenzintervall 95%
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
CSSRI-EU	Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory- European Version
DEGS	Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland
DSM	Diagnostic und Statistical Manual of Mental Disorders
EQ-5D	Instrument der EuroQol Group zur Lebensqualitätsmessung
EQ-VAS	Visuelle Analogskala für die Selbstwahrnehmung des Gesundheitszustandes
GAD-7	Generalised Anxiety Disorder Assessment mit sieben Fragen zum Ausmaß allgemeiner Ängstlichkeit
ICD	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
ID-Nummer	Identifikationsnummer
MBT	Mindfulness-based therapy
MW	Mittelwert
NFS	nichtspezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden
ohneCIDI+	Patienten, die am Screening teilgenommen haben, aber bei denen keine somatoforme Störung festgestellt wurde
OR	Odds Ratio
PHQ-9	Patient Health Questionnaire mit 9 Fragen zu depressiven Symptomen
PHQ-15	Patient Health Questionnaire mit 15 Fragen zu somatischen Symptomen
Psychenet	Hamburger Netz für psychische Gesundheit
PZN	Pharmazentralnummer
Scr+CIDI-	Telefoninterview-Teilnehmer, bei denen keine somatoforme Störung diagnostiziert wurde
Scr+CIDI+	Telefoninterview-Teilnehmer, bei denen eine somatoforme Störung diagnostiziert wurde
SD	Standard-Abweichung
Sofu-Net	Gesundheitsnetz für somatoforme Störungen
SSD-12	Somatic Symptom Disorder-B Criteria Scale
WHO	World Health Organization

1. Einleitung

1.1 Einführung

Die Beschäftigung mit psychischen Erkrankungen ist wichtig, da sie verschiedene Lebensbereiche der Menschen sowie die gesamte Gesellschaft betreffen können. Sie beeinflussen maßgeblich die Lebensqualität und die Produktivität der Betroffenen und der Menschen in ihrem Umfeld, weisen eine hohe Häufigkeit und eine weitreichende soziale Bedeutung auf und zwingen durch hohe direkte und indirekte Krankheitskosten zu einer speziellen Ressourcenverteilung im Gesundheitssystem.

Die Psychosomatik ist in der Medizin eine wichtige Schnittstelle der Bereiche Soma und Psyche. Hier weisen Betroffene einen hohen Leidensdruck mit einer niedrigen Lebensqualität auf und verursachen insbesondere bei somatoformen Störungen hohe Kosten durch eine umfangreiche Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen, häufige Arbeitsunfähigkeit und den Bezug von Rentenleistungen. In der Arzt-Patient-Beziehung kommt es vor allem im somatischen Bereich oft zu Spannungen, was auch die Zufriedenheit und Lebensqualität der Behandler¹ beeinflusst.

Es wurde bereits in vielen Studien herausgefunden, dass Patienten mit erhöhter somatischer Symptombelastung eine allgemein verstärkte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aufweisen. Es fehlen jedoch detaillierte Informationen und Erkenntnisse zur genauen Ausprägung, den Zusammenhängen und der Entwicklung in Bezug auf das Vorliegen von vermehrten Körperbeschwerden und somatoformen Störungen. Dies alles wird jedoch für eine Anpassung der aktuellen Versorgungssituation an diese Problematik benötigt, um die Patienten, die Behandelnden und das Gesundheitssystem nachhaltig und langfristig zu entlasten.

Die Auswertung der Hamburger Studie „Gesundheitsnetz für somatoforme Störungen“ („Sofu-Net“), einem Teil des Hamburger Netzes für psychische Gesundheit („psychenet“), ist wichtig, um aktuelle Informationen zur genauen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Patienten mit einer somatoformen Störung und zur Lage in der Hamburger Primärversorgung zu erhalten.

¹ Soweit nicht explizit erwähnt, sind im Folgenden immer Personen jeglichen Geschlechts gleichermaßen gemeint. Für eine einfachere Lesbarkeit wird jedoch nur die männliche Form ausgeschrieben.

1.2 Definitionen

Im folgenden Abschnitt werden verschiedene psychosomatische Störungen nach ICD-10 und DSM-V sowie die Begriffe der direkten und indirekten Krankheitskosten erläutert.

1.2.1 Körperbeschwerden

Körperbeschwerden sind weit verbreitete Symptome, die von leichten Missempfindungen bis zu schweren Beeinträchtigungen reichen. In einer Studie von Hiller et al. (2006) litten 82% einer repräsentativen Stichprobe in Deutschland in der vergangenen Woche unter mindestens einem solchen Symptom, im Durchschnitt berichteten sie von 6,6 verschiedenen. Das Vorliegen von Körperbeschwerden ist mit verschiedenen Faktoren assoziiert, wie zum Beispiel das weibliche Geschlecht (Hiller, Rief & Brähler, 2006; Petrie, Faasse, Crichton & Grey, 2014) und ein niedriges Bildungsniveau (Hiller et al., 2006).

1.2.2 Somatoforme Störungen

Das Behandlungsspektrum der Psychosomatischen Medizin umfasst Erkrankungen, die in besonderer Form eine ganzheitliche Betrachtung von Soma und Psyche erfordern. Dazu gehören folgende Krankheitsbilder: Somatoforme/ funktionelle Störung, Schmerzstörung, Essstörung, somatopsychische Erkrankung, Depression, Angststörung, Zwangsstörung, posttraumatische Belastungsstörung und Anpassungsstörung (BPM, 2014).

Eine zentrale Rolle nimmt auf Grund ihrer Häufigkeit (siehe unten) die somatoforme Störung ein. Sie wird nach ICD-10 definiert als "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. Wenn somatische Störungen vorhanden sind, erklären sie nicht die Art und das Ausmaß der Symptome, das Leiden und die innerliche Beteiligung des Patienten" (Krollner & Krollner, 2014).

Im neuen DSM-V werden verschiedene somatoforme Störungen wie zum Beispiel die hypochondrische Störung, die Somatisierungsstörung und die Schmerzstörung zur Diagnose Somatic Symptom Disorder zusammengefasst. Es sollen die Gemeinsamkeiten hervorgehoben werden und die Versorgung durch eine weniger komplizierte Klassifizierung und eine bessere Vereinbarkeit mit anderen Diagnosen verbessert werden (American Psychiatric Association, 2013). Die neue Somatic Symptom Disorder-B Criteria Scale (= SSD-12) ist reliabel und valide (Toussaint et al., 2016). Außerdem wird das Kriterium der somatischen Unerklärbarkeit verlassen und psychologische Aspekte kommen hinzu (Rief & Martin, 2014; Voigt et al. 2010; Voigt et al., 2014).

In der aktuellen S3-Leitlinie werden nichtspezifische Körperbeschwerden, das funktionelle somatische Syndrom und somatoforme Störungen zu „nichtspezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“ (NFS) zusammengefasst, um eine interdisziplinäre Perspektive zu eröffnen. Leitsymptome sind Schmerzen unterschiedlicher Lokalisation, eine gestörte Organfunktion, vegetative Beschwerden und Erschöpfung. Sie werden oft ergänzt durch krankheitsbezogene Ängste sowie psychobehaviorale Auffälligkeiten. Durch diese Zusammenfassung sollen Empfehlungen besser umgesetzt werden können und durch ein biopsychosoziales Verständnis in allen Fachrichtungen die Prävention und optimale Behandlung von NFS verbessert werden (Schaefer et al., 2014).

Die somatoformen Störungen werden in folgende Krankheitsbilder differenziert (Krollner & Krollner, 2014):

Tabelle 1: Somatoforme Störungen im Überblick

Störung	Beschreibung
Somatisierungsstörung (F 45.0)	körperliche Symptome seit mindestens zwei Jahren mit chronischem und fluktuierendem Verlauf sowie vielen negativen Untersuchungen durch Primärversorger und Spezialisten
Hypochondrische Störung (F 45.2)	die Überzeugung, an einer körperlichen Erkrankung zu leiden und übermäßige Beschäftigung mit körperlichen Beschwerden und Symptomen, die mit einer großen Belastung und oft mit Depressionen und Angst einher geht
Somatoforme autonome Funktionsstörung (F 45.3)	objektive und subjektive Symptome in einem vegetativ innervierten Organ(-system) wie zum Beispiel dem Herz- und Kreislaufsystem oder dem Urogenitalsystem; objektiv vegetative Symptome wie zum Beispiel Herzklopfen, subjektiv unspezifische Beschwerden wie zum Beispiel flüchtige Schmerzen
Anhaltende Schmerzstörung (F 45.4)	charakteristisch schwerer, andauernder und quälender Schmerz, entweder im Zusammenhang mit psychosozialen Belastungen und Konflikten (anhaltende somatoforme Schmerzstörung) oder seit mindestens sechs Monaten mit somatischer Ursache und biopsychosozialen Beeinträchtigungen (Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren)
Sonstige somatoforme Störungen (F 45.8)	in Zusammenhang mit biopsychosozialen Belastungen; Störung von spezifischen Körperfunktionen ohne vegetative Innervation sowie gestörtes Krankheitsverhalten

1.2.3 Direkte und indirekte Krankheitskosten

Direkte Krankheitskosten sind die finanziellen Mittel, die im Gesundheitswesen für die Behandlung von Krankheiten ausgegeben werden. Dazu zählen auch die Bereiche Prävention, Rehabilitation und Pflege. Der Unterschied zu den Gesundheitsausgaben besteht darin, dass bei diesen auch Investitionen, zum Beispiel in Krankenhäuser, einbezogen werden, die bei den direkten Krankheitskosten außen vor bleiben.

Indirekte Krankheitskosten beziehen sich auf die Folgen von Krankheiten in Form von Arbeitsunfähigkeit, Invalidität und vorzeitigem Tod. Eine Möglichkeit, sie zu messen, ist die Angabe der Anzahl verlorener Erwerbsjahre (Statistisches Bundesamt, 2010).

Psychische Erkrankungen erreichten 2008 in Deutschland nach Krankheiten des Kreislaufsystems und Krankheiten des Verdauungssystems die dritthöchsten direkten Krankheitskosten. Im Bereich der indirekten Kosten verursachten sie nach Verletzungen und Vergiftungen die höchste Anzahl an verlorenen Erwerbsjahren mit einer in Deutschland von 2002 bis 2008 steigenden Tendenz von 13,7% auf 18,0% der insgesamt verlorenen Erwerbsjahre (Statistisches Bundesamt, 2010).

1.3 Epidemiologie

Prävalenz

Die Angaben zur Prävalenz der somatoformen Störung in der Allgemeinbevölkerung variieren leicht und reichen von 4,2% (Krannich et al., 2013) über 5,2% (Jacobi et al., 2014) bis zu 6,3% (Jacobi & Kessler-Scheil, 2013). 32% der erwachsenen deutschen Bevölkerung (18-65 Jahre) litten laut Wittchen und Jacobi (2001) unter mindestens einer psychischen Erkrankung und 11% unter einer somatoformen Störung, 2014 berichteten Jacobi et al. von einer Jahresprävalenz von 27,7% für psychische Erkrankungen in der deutschen Bevölkerung. Ein Drittel der Betroffenen suchte Unterstützung bei Psychiatern, Psychotherapeuten oder einem Hausarzt, nur 10% der Betroffenen bekamen eine adäquate Therapie, bei somatoformen Störungen und Suchterkrankungen noch weniger (Wittchen & Jacobi, 2001).

Eine Übersicht über die somatoforme Störung bieten Sauer und Eich (2009). Sie berichten von einer internationalen Prävalenz der somatoformen Störung von 9-20%. Außerdem seien 16-31% der Hausarztconsultationen auf eine somatoforme Störung zurück zu führen. Die häufigste somatoforme Störung von Hausarztpatienten ist die somatoforme autonome Funktionsstörung mit 14,1%, insgesamt leiden 22,3% der Hausarztpatienten unter somatoformen Störungen (Fink, Sörensen, Engberg, Holm & Munk-Jørgensen, 1999).

Komorbidity

Auffällig ist die hohe Komorbidity zu Angst (10-70%) und Depressionen (75-90%) (Sauer & Eich, 2009). Diese Ergebnisse passen zu der Erkenntnis, dass Angststörungen, Depressionen und somatoforme Störungen die häufigsten psychischen Erkrankungen in der Primärversorgung darstellen (Hanel et al., 2009).

Das Ausmaß der Komorbidity von somatoformen Störungen mit anderen psychischen Erkrankungen ist hoch: 91,9% der Personen mit einer somatoformen Störung leiden mindestens unter einer weiteren und im Durchschnitt an 2,8 weiteren psychischen Erkrankungen (Pieh et al., 2011).

Beginn der Erkrankung

Eine somatoforme Störung beginnt oft schon im 16. bis 30. Lebensjahr (Sauer & Eich, 2009). Hessel, Geyer und Hinz (2005) gehen ebenso davon aus, dass somatoforme Störungen bereits im Jugendalter beginnen und dort noch nicht voll ausgeprägt sind, im Erwachsenenalter stärker werden und oft einen chronischen Verlauf nehmen, der bei geeigneter Intervention in jungem Alter abgemindert werden könnte (Barsky, Orav & Bates, 2005). Auffällig ist zudem, dass Jugendliche und junge Erwachsene vor allem zum Hausarzt gehen (92,8%) und psychosoziale Spezialisten trotz großer Einsicht von mindestens teilweiser seelischer Ursache von ihnen nur wenig besucht werden (Hessel et al., 2005).

1.4 Soziale Bedeutung somatoformer Störungen

Menschen mit somatoformen Störungen benötigen viel Unterstützung durch ihr Umfeld: In einer Untersuchung von Rief, Martin, Klaiberg und Brähler (2005) zeigte sich, dass sie an fast viermal so vielen Tagen wie eine gesunde Kontrollgruppe Unterstützung durch Freunde oder Familie benötigten. Psychische Erkrankungen führen außerdem zu einer erhöhten Anzahl an eingeschränkten Tagen. Personen mit mindestens einer psychischen Erkrankung im vergangenen Jahr wiesen fast dreimal so viele Einschränkungstage auf wie Personen ohne psychische Erkrankung, was auf eine hohe Krankheitslast hindeuten kann (Jacobi et al., 2014). Des Weiteren leiden sie häufiger unter sozialem und finanziellem Stress als gesunde Vergleichspersonen (Hanel et al., 2009) und kommen häufiger aus sozial schwachen Kreisen (Jacobi et al., 2014; Sauer & Eich, 2009).

Menschen mit einem somatoformen Syndrom haben eine niedrigere globale Lebensqualität sowie eine niedrigere Zufriedenheit in den Bereichen Gesundheit, Freunde und Bekannte, Familienleben und Kinder sowie Partnerschaft und Sexualität. Subklinische somatische Symptome wirken sich nur negativ auf den Bereich Gesundheit aus und bei steigender Symptomstärke sinkt die Zufriedenheit mit der Gesundheit weiter (Krannich et al., 2013). Betroffene befinden sich also in einem Spannungsfeld aus ihrem Bedürfnis nach Unterstützung auf der einen und der Belastung und Einschränkung ihres sozialen Netzes auf der anderen Seite.

1.5 Gesundheitsökonomische Bedeutung somatoformer Störungen

Die gesundheitsökonomische Bedeutung von Menschen mit psychischen Störungen und insbesondere somatoformen Störungen ist vielfältig. Ein zentraler Punkt sind hohe Krankheitskosten, aber ehemalige Patienten, die sich in Remission befinden, verursachen nur noch ähnlich hohe Kosten wie Personen, die niemals psychisch krank waren (Jacobi, Klose & Wittchen, 2004). In Europa führen somatoforme Störungen zu jährlichen Kosten von ca. 21,2 Mrd. Euro, wovon mehr als die Hälfte indirekte Kosten sind (Gustavsson et al., 2011).

Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Patienten mit somatoformen Störungen ist insgesamt ungefähr doppelt so hoch wie die durch Patienten ohne eine solche (Barsky et al., 2005). Die Kosten werden ambulant auf das 14-fache und stationär auf das sechsfache geschätzt (Sauer & Eich, 2009). Das liegt unter anderem an der großen Anzahl an High Usern. Unter den Patienten mit somatoformen Störungen befinden sich doppelt so viele High User wie bei denen ohne somatoforme Störung (Fabisch, Wiborg, Lautenbach, Voigt & Löwe, 2012).

Neben den direkten Gesundheitskosten ist die Produktivität ein weiterer wichtiger gesundheitsökonomischer Gesichtspunkt. Nach drei unbehandelten Jahren mit einer manifesten somatoformen Störung sind viele Erkrankte arbeitsunfähig (Sauer & Eich, 2009). 2002 gingen in Deutschland durch psychische und Verhaltensstörungen bei Männern 371 und bei Frauen 365 Erwerbstätigkeitsjahre verloren, das waren fast so viele wie durch Krankheiten des Muskel- und Skelettsystems und weit mehr als durch Neubildungen oder Krankheiten des Kreislaufsystems (Forster, 2004). Außerdem fehlen Menschen mit einer somatoformen Störung öfter bei der Arbeit: Sie haben mehr als dreimal so viele krankheitsbedingte Fehltage wie psychisch Gesunde (Rief et al., 2005).

Die Mehrheit (82%) der Hausarztpatienten mit mindestens zwei somatisch nicht ausreichend erklärten Beschwerden leidet an mindestens einer somatoformen Störung (Nanke & Rief, 2003) und Patienten mit medizinisch nicht erklärten Symptomen verursachen ähnliche Kosten im Gesundheitssystem wie Patienten mit Depressionen oder Angststörungen (Konnopka et al., 2012), obwohl nicht bei jedem von ihnen eine manifeste somatoforme Störung vorliegt. Es ist auffällig, dass die Anzahl an Beschwerden die Inanspruchnahme stark beeinflusst, je mehr verschiedene Beschwer-

den vorhanden sind, desto mehr Gesundheitsleistungen werden in Anspruch genommen (Nanke & Rief, 2003). Auch Arbeitslosigkeit oder Rente, eine niedrige Hemmschwelle zum Arzt zu gehen sowie stärkere posttraumatische Beschwerden gehen mit einer erhöhten Inanspruchnahme einher, aber am stärksten wird sie von der Anzahl an Körperbeschwerden beeinflusst (Mewes, Rief, Brähler, Martin & Glaesmer, 2008). Des Weiteren erhöht sich mit steigender Anzahl an somatischen Beschwerden aus verschiedenen Kategorien die Anzahl an Hausarztkontakten sowie krankheitsbedingten Fehltagen und der Umfang der Medikamenteneinnahme steigt (Al-Windi, 2005). Einschränkungen der globalen Lebensqualität ergeben sich erst auf Syndromebene, es tritt aber bereits bei milden somatischen Symptomen eine erhöhte Inanspruchnahme auf, also noch bevor der Leidensdruck der Patienten besonders stark wird (Krannich et al., 2013).

Insgesamt fällt auf, dass Patienten mit einer somatoformen Störung häufiger nicht-psychiatrische Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen als Patienten ohne somatoforme Störung (Fink et al., 1999), die gesetzlichen Krankenkassen mehr Geld für Krankengeld für psychisch Kranke als für ambulante Psychotherapie ausgeben (Funke-Kaiser, 2012) und Betroffene im Durchschnitt erst nach 16 Jahren eine adäquate Therapie erhalten (Fabisch et al., 2012; Shedden-Mora et al., 2015), obwohl sie von einer Psychotherapie sehr profitieren könnten. Zwei Beispiele für eine geeignete Behandlung sind zum einen die achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie (= Mindfulness-based therapy = MBT) mit positiven Effekten auf verschiedene somatoforme Störungen (Lakhan & Schofield, 2013) und zum anderen die kognitive Verhaltenstherapie mit einer sehr hohen Wirksamkeit bei somatoformen Störungen sowie bei verschiedenen anderen psychischen Erkrankungen wie zum Beispiel Depressionen, Angststörungen, Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen (Hoffmann, Asnaani, Vonk, Sawyer & Fang, 2012), was in Anbetracht der großen Komorbidität zu Depression und Angst einen besonders günstigen ganzheitlichen Effekt haben kann.

1.6 Gesundheitsversorgung von Patienten mit somatoformer Störung in Deutschland

Die Gesundheitsversorgung gliedert sich in Deutschland in die Primärversorgung durch die Allgemeinmediziner, Haus- und Kinderärzte sowie in die weiterführende Versorgung durch andere Fachärzte und die stationäre Versorgung.

1.6.1 Primärversorgung

Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der Primärversorgung ist bei Personen mit somatoformem Syndrom erhöht, sie haben doppelt so viele Kontakte zum Hausarzt wie Personen ohne somatoformes Syndrom (Rief et al., 2005). Wie oben beschrieben, erfüllen 22,3% der Hausarztpatienten die ICD-10 Kriterien für eine somatoforme Störung (Fink et al., 1999). Hausärzte haben also viel Kontakt zu Patienten mit somatoformen Störungen, dokumentieren es jedoch weit seltener, als man es bei dieser Häufigkeit annehmen würde (Grobe, Dörning & Schwartz, 2012), wobei unbekannt ist, woran das liegt.

Hausärzte behandeln viele Patienten mit chronischen Erkrankungen wie zum Beispiel Hypertonie, Störungen des Lipoproteinstoffwechsels oder Diabetes mellitus (Grobe et al., 2012). Zu beachten ist hierbei, dass chronische Erkrankungen mit einem erhöhten Risiko für psychische Erkrankungen (unter anderem die somatoforme Störung) einhergehen. Bei jungen Patienten reicht bereits eine einzige chronische Erkrankung aus, um das Risiko zu erhöhen (Maske et al., 2013). Für Jugendliche und junge Erwachsene ist bei körperlichen Beschwerden der Hausarzt der erste Ansprechpartner, gefolgt vom Gynäkologen und Orthopäden (Hessel et al., 2005), der Hausarzt kann also frühzeitig die Weichen für die Zukunft des Patienten stellen, denn ihm kommt eine zentrale Schlüsselposition zu.

1.6.2 Weiterführende ambulante Versorgung

Fachärzte

Durch das Recht der freien Arztwahl kann in Deutschland jeder Patient auch ohne Überweisung durch seinen Hausarzt weitere Fachärzte konsultieren. In die ambulante Spezialversorgung gelangen die Patienten entweder durch selbstgesteuerte Direktinanspruchnahme oder durch eine sekundäre Nachfrage in Form einer Überweisung (Schwartz et al., 2003). Die meisten Patienten mit somatoformer Störung suchen jedoch weniger Hilfe bei Vertretern psychosozialer Fächer (zum Beispiel Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie, Psychologische Psychotherapeuten), sondern eher bei somatisch orientierten Ärzten, die sie doppelt so oft besuchen wie Patienten ohne somatoforme Störung. Sie haben zwar fast fünfmal so viele Kontakte zu Psychiatern und Psychotherapeuten wie Gesunde, aber trotzdem im Durchschnitt nur 1,26 Kontakte in 12 Monaten (Rief et al., 2005).

Beim Vergleich der Kontaktraten zu verschiedenen Fachrichtungen fallen verschiedene Punkte in Bezug auf das Alter der Patienten auf (in dieser Studie wurde nicht zwischen somatoformer Störung und keine somatoforme Störung differenziert): Die Hausarztkontakte bleiben bei steigendem Alter ungefähr konstant, ebenso die Kontakte zu Zahnmedizinern und Psychotherapeuten. Die Kontakte zur Gynäkologie sinken mit steigendem Alter, die Inanspruchnahme von Orthopädie, Radiologie und Neurologie/ Psychiatrie steigt hingegen. Psychotherapeuten werden insgesamt von 4,3% der Patienten in zwölf Monaten aufgesucht, aber von älteren weniger als von den jüngeren. Patienten mit einem von sich selbst als gut eingeschätzten Gesundheitszustand haben in zwölf Monaten 7,4 Arztkontakte. Patienten, die ihren allgemeinen Gesundheitszustand als mittelmäßig bis sehr schlecht bezeichnen, haben 15 Arztkontakte in zwölf Monaten. Im Durchschnitt über alle Patienten ergeben sich 9,2 Arztkontakte in zwölf Monaten (Rattay et al., 2013).

2012 arbeiteten ca. 21.600 Psychotherapeuten in Deutschland (Funke-Kaiser, 2012). 2013 gab es auf ärztlicher Seite 9.770 Ärzte im Bereich Psychiatrie und Psychotherapie sowie 4.080 im Bereich Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Dabei zeigte sich ein unterdurchschnittlicher Zuwachs bei den psychosomatisch tätigen Ärzten: Im Durchschnitt gab es von 2012 auf 2013 2,5% mehr Ärzte, im Bereich Psychosomatische Medizin und Psychotherapie waren es nur 0,3% mehr als im Vorjahr, ambulant verringerte sich die Anzahl sogar um 1,3% im Vergleich zum Vorjahr (Bundesärztekammer, 2013). Diese Entwicklung steht in starkem Gegensatz zur hohen Prävalenz und den weitreichenden Folgen von psychosomatischen Erkrankungen.

Psychotherapie

Wenn eine adäquate psychologische oder psychiatrische Therapie ausbleibt, führt das zu einem vermehrten Aufsuchen somatischer Angebote und die Risiken für eine Chronifizierung und eine verminderte Heilungschance steigen. Die Wartezeit auf einen Psychotherapieplatz liegt nach der ersten Abklärung bei mindestens drei Monaten bis über einem Jahr (Jacobi & Kessler-Scheil, 2013). Insgesamt vergehen über fünf Jahre (Mittelwert 62,6 Monate) bis ein Patient mit einer somatoformen Störung einen Therapieplatz erhält (Pieh et al., 2011), eine Studie aus Hamburg zeigt, dass es hier im Durchschnitt 16 Jahre von Beginn der Symptomatik bis zum Beginn einer Psychotherapie sind (Fabisch et al., 2012).

Rund ein Drittel der von psychischen Beschwerden Betroffenen sucht Unterstützung bei Psychiatern, Psychotherapeuten oder einem Hausarzt, aber nur 10% der Betroffenen bekommen eine adäquate Therapie, bei somatoformen Störungen und Suchterkrankungen sind es jeweils noch weniger (Wittchen & Jacobi, 2001). 55,4% der Menschen, die jemals unter einer somatoformen Störung gelitten haben, haben irgendwann in ihrem Leben Kontakt zur psychologischen oder psychiatrischen Gesundheitsversorgung. Von denen, die in einem Zeitraum von zwölf Monaten unter einer solchen Störung leiden, haben 26,5% in diesem Zeitraum Kontakt zu dieser Berufsgruppe. Das sind deutlich mehr als zum Beispiel bei Suchterkrankungen, Zwangs- oder Essstörungen, aber auch deutlich weniger als zum Beispiel bei Depressionen oder Panikstörungen (Mack et al., 2014). Dabei ist die deutsche Bevölkerung der Psychotherapie gegenüber prinzipiell positiv eingestellt und ein Großteil hält sie für notwendig und hilfreich bei psychischen Erkrankungen und Lebenskrisen. Es

gibt mittlerweile mehr Menschen, die sich eine Psychotherapie vorstellen können, gleichzeitig stehen viele der Inanspruchnahme skeptisch gegenüber. Männer sind dabei insgesamt negativer eingestellt (Albani, Blaser, Rusch & Brähler, 2013) und haben auch weniger Kontakte zur psychologischen und psychiatrischen Gesundheitsversorgung (Mack et al., 2014). Diese Erkenntnisse wurden 2014 von Petrowski et al. bestätigt: Die Bevölkerung in Deutschland steht der Psychotherapie insgesamt zu ungefähr zwei Dritteln positiv gegenüber, in einigen Bevölkerungsgruppen ist die Akzeptanz niedriger, vor allem Männer und Personen mit niedrigerem Bildungsstand haben eine negativere Einstellung. Somatoforme Beschwerden gehen jedoch nicht mit einer negativeren Einstellung zur Psychotherapie einher.

1.6.3 Stationäre Versorgung

Die Inanspruchnahme von stationären Gesundheitsleistungen durch Patienten mit einer somatoformen Störung ist ungefähr doppelt so hoch wie von Patienten ohne somatoforme Störung (Barsky et al., 2005). Sie haben sogar mehr als fünfmal so viele stationäre Tage zu verzeichnen wie psychisch gesunde Patienten (Rief et al., 2005).

1.6.4 Netzwerke, Prävention und Rehabilitation

In Deutschland gibt es über 5000 Selbsthilfegruppen für psychisch und psychosomatisch kranke Menschen, Angehörige und Familien von Betroffenen (Meyer, Matzat, Höflich, Scholz & Beutel, 2004). Gesprächsselbsthilfegruppen, Anonymus-Gruppen und andere Selbsthilfegruppen können positive Effekte auf den Verlauf psychosomatischer Erkrankungen haben (Höflich et al., 2007; Klytta & Wilz, 2007) und durch professionell geleitete Selbsthilfekontaktstellen in ihrer Arbeit unterstützt werden (Strem-low, 2006).

15,1% der vollstationären Patienten in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen hatten 2012 eine Hauptdiagnose aus dem psychischen Bereich, wovon 6,5% unter einer somatoformen Störung als Hauptdiagnose litten (Statistisches Bundesamt, 2012).

Die Psychosomatik gehört zu den sechs Hauptindikationsgebieten der medizinischen Rehabilitation. Es gibt spezialisierte Einrichtungen, die insbesondere auf psychosomatische Erkrankungen ausgerichtet sind (Haisch, Hurrelmann & Klotz, 2006).

1.7 Realität und Leitlinie in der aktuellen Versorgungssituation

Wie oben erwähnt, suchen viele Patienten mit somatoformen Störungen Hilfe und bekommen oftmals, wenn überhaupt, erst nach Jahren eine adäquate Therapie (Wittchen & Jacobi, 2001). In der Krankheitsgeschichte vieler Patienten mit somatoformer Störung finden sich zahlreiche diagnostische Maßnahmen, vor allem im Bereich Bildgebung und invasive Diagnostik sowie hohe Gesundheitsausgaben für Diagnostik und Medikamente. Nur 14% erhalten eine Psychotherapie, die Maßnahme, die ihnen wirklich helfen kann (Häuser, Marschall, L'hoest, Komossa & Henningsen, 2013).

Dieser Zustand passt nicht zu den Zielen der aktuellen Leitlinie, laut der Patienten von einer biopsychosozialen Simultandiagnostik profitieren sollen, an der alle Behandler unter Koordination des Hausarztes eng zusammenarbeiten, um frühzeitig Erkrankungen und Belastungen zu erkennen und schwere Verläufe rechtzeitig aufzufangen (Schaefer et al., 2014). Gerade bei somatoformen Störungen liegen die Probleme nicht nur auf der Seite der Behandler und der Umsetzung der Leitlinie, sondern auch auf der Seite des Gesundheitssystems mit den vorhandenen Angeboten und Möglichkeiten, zeitnah bei Bedarf einen Therapieplatz anzubieten sowie auf der Seite der Patienten, die bei somatoformen Störungen viel Aufklärung über die Möglichkeiten außerhalb der somatischen Medizin benötigen und zu Beginn der Betrachtung der psychischen Komponente ihrer Beschwerden oftmals ablehnend reagieren.

In Deutschland behandeln Hausärzte pro Woche im Durchschnitt fast 250 Patienten und haben pro Patient nur 9,1 Minuten. In anderen Ländern liegt die Patientenzahl pro Woche zwischen 53 (Schweden) und 171 (Italien), bei den meisten bei 100-120 Patienten pro Woche. Gleichzeitig haben die Hausärzte mehr Zeit pro Patient, in den meisten Ländern zwischen 15 und 25 Minuten pro Patientenkontakt (Koch, Miksch, Schürmann, Joos & Sawicki, 2011). Bei diesen Rahmenbedingungen bleibt in Deutschland nicht viel Zeit für eine ausgiebige biopsychosoziale Anamnese und eine differenzierte Aufklärung und Evaluation der individuellen Bedürfnisse der Patienten. Zusammenfassend lässt sich zur aktuellen Versorgungssituation sagen, "dass sowohl ärztliche oder psychologische Behandlungsangebote als auch das nötige Inanspruchnahmeverhalten dem 'wahren' Bedarf weit hinterherhinken" (Jacobi & Kessler-Scheil, 2013, S.201).

In der aktuellen Studienlage werden somatoforme Störungen oft mit anderen psychischen Erkrankungen gemeinsam untersucht, obwohl wie oben bereits erwähnt, vielfältige Unterschiede vor allem in Bezug auf das Inanspruchnahmeverhalten und die aktuelle Versorgungssituation bekannt sind.

In dieser Arbeit werden die Gesundheitsleistungen quantifiziert, die durch Hausarztpatienten in Anspruch genommen werden. Dadurch können Rückschlüsse auf das tatsächliche Inanspruchnahmeverhalten gezogen und allgemeine Informationen zur Situation in der Versorgung von Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung gewonnen werden. In bisherigen Studien wurden somatoforme Störung oft im Rahmen von psychischen Störungen gemeinsam mit anderen Erkrankungen untersucht, beschrieben und analysiert. Hier wird jedoch der Fokus ausschließlich auf somatoforme Störungen gelegt.

Um das Ausmaß der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen besser einschätzen zu können, werden die Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung mit den Hausarztpatienten verglichen, bei denen keine somatoforme Störung festgestellt werden konnte. Durch die hier verwendeten Tests und Diagnosekriterien kann nicht nur von einem somatischen Syndrom, sondern von einer diagnostizierten somatoformen Störung gesprochen werden, was einen klaren Vorteil gegenüber anderen Untersuchungen darstellt.

Körperbeschwerden sind weit verbreitet (Hiller et al., 2006) und können vor allem beim Vorliegen verschiedener Symptome oder einem hohen Leidensdruck eine besondere Situation für Patienten und Behandler bedeuten. Nur bei einem Teil dieser Patienten liegt eine somatoforme Störung vor, weswegen dieser Aspekt in Studien, die sich ausschließlich mit der somatoformen Störung befassen, nicht adäquat untersucht wird. Es gibt jedoch Hinweise darauf, dass sich ihr Inanspruchnahmeverhalten bereits grundsätzlich von dem der Hausarztpatienten ohne vermehrte Körperbeschwerden unterscheidet, weswegen ein direkter Vergleich der von ihnen in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen nötig ist. Auch das Ausmaß scheint eine Rolle zu spielen, denn ein Großteil der Menschen verspürt zwar regelmäßig Körperbeschwerden, aber nicht jeder geht damit zum Arzt (Petrie et al., 2014). Es müssen also noch weitere Faktoren einen Einfluss darauf haben.

Neben den üblichen Variablen wie zum Beispiel Alter, Geschlecht und Familienstand gelangen aktuell vermehrt subjektive Faktoren in den Fokus. Einer davon ist die Selbstwahrnehmung des Gesundheitszustandes. Ihr wird allgemein eine zentrale Rolle zugeschrieben, deswegen soll hier ihr Einfluss auf das Inanspruchnahmeverhalten beim Vorliegen einer somatoformen Störung untersucht werden.

Damit wird ein Beitrag dazu geleistet, inadäquat behandelte Patienten mit einer somatoformen Störung einfacher und frühzeitiger zu detektieren, um ihnen zeitnah eine leitliniengerechte Behandlung zukommen zu lassen.

1.8 Fragestellung

Wie beeinflussen Körperbeschwerden und das Vorliegen einer somatoformen Störung die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Hausarztpatienten?

I. *Frage:* Welche Gesundheitsleistungen nehmen Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung in Anspruch? (deskriptiv)

II. *Frage:* Wie unterscheidet sich ihr Inanspruchnahmeverhalten von dem der Hausarztpatienten ohne somatoforme Störung in Bezug auf die Einnahme von Medikamenten gegen Angst, Depression, Stress und Schmerzen sowie die Anzahl an Hausarztkontakten?

Hypothese: Hausarztpatienten mit somatoformer Störung nehmen mehr Medikamente gegen Angst, Depression, Stress und Schmerzen ein als Hausarztpatienten ohne somatoforme Störung und weisen eine höhere Anzahl an Hausarztkontakten auf.

III. *Frage:* Wie unterscheidet sich ihr Inanspruchnahmeverhalten von dem der Hausarztpatienten ohne somatoforme Störung aber mit Körperbeschwerden?

Hypothese: Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung nehmen mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch als Hausarztpatienten ohne somatoforme Störung aber mit Körperbeschwerden.

IV. *Frage:* Was für Auswirkungen haben die Symptomstärke der Körperbeschwerden und die Selbstwahrnehmung des Gesundheitszustandes auf das Inanspruchnahmeverhalten?

Hypothese: Sowohl eine höhere Symptomstärke der Körperbeschwerden als auch eine niedrigere Selbstwahrnehmung des Gesundheitszustandes sind mit einer vermehrten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen assoziiert.

2. Material und Methoden

2.1 Studienplanung

Das Projekt „Gesundheitsnetz für somatoforme Störungen“ (Sofu-Net) ist ein Teil des Hamburger Netzes für psychische Gesundheit (psychenet). Die Implementierung des Sofu-Net gliederte sich in zwei Phasen: Phase I war die Prä-Post-Studie von September 2011 bis April 2013 und Phase II die Kontrollstudie von September 2013 bis September 2014 (Shedden-Mora et al., 2015; Shedden-Mora et al., 2016). Die Datengrundlage dieser Arbeit bilden Fragebögen und Telefoninterviews, die in Phase I (Prä-Post-Studie) erhoben wurden.

In Phase I wurden die Zustände vor der Einführung des Sofu-Net und ein Jahr später mittels Fragebögen und Telefoninterviews erfasst. Dabei ergaben sich nach Ausfüllen des Screeningbogens zwei Gruppen von Patienten: die Screeningpositiven, die an starken Körperbeschwerden oder mäßigen Körperbeschwerden sowie mäßiger Angst und / oder depressiven Symptomen litten und die Screeningnegativen, die maximal leichte Beschwerden hatten oder ausschließlich erhöhte Werte im Bereich von Angst und / oder Depression aufwiesen.

Das Ergebnis des Screeningbogens war bei folgenden Punktwerten positiv (Kroenke, Spitzer & Williams, 2002) (Kroenke, Spitzer, Williams & Löwe, 2010):

Entweder PHQ-15 \geq 15 Punkte

oder PHQ-15 \geq 10 Punkte und GAD-7 \geq 10 Punkte

oder PHQ-15 \geq 10 Punkte und PHQ-9 \geq 10 Punkte

Vor der Durchführung der Studie wurde die Ethikkommission der Ärztekammer Hamburg befragt und erteilte am 28. September 2011 ihre Zustimmung (PV3728).

2.2 Durchführung der Studie

2.2.1 Auswahl der Studienteilnehmer

Befragt wurden alle Patienten der teilnehmenden 41 Hausärzte in Hamburg, die sich an den zwei bis vier Stichtagen in der Praxis aufhielten und einen Arztkontakt hatten. Die anwesenden Studienmitarbeiter erklärten ihnen den Hintergrund und den Ablauf der Studie und überprüften die Ausschlusskriterien.

Ausschlusskriterien waren die Ablehnung des Patienten teilzunehmen oder ein Alter von unter 18 Jahren. Patienten, die den Screeningbogen auf Grund körperlicher oder psychischer Einschränkungen oder nicht ausreichender Sprachkenntnisse nicht selbstständig bearbeiten konnten, waren ebenso von der Teilnahme ausgeschlossen.

2.2.2 Ablauf der Befragung

Die Patienten füllten die Screeningbögen selbstständig und anonym aus. Die Auswertung erfolgte direkt vor Ort und bei einem negativen Screeningergebnis wurde der Screeningbogen anonym abgeheftet, bei einem positiven wurde der Patient in einen separaten Raum gebeten. Dort wurde ihm das Ergebnis seines Screeningbogens mitgeteilt und er wurde auf das darauf planmäßig vier Wochen später erfolgende Telefoninterview angesprochen.

Bei Einwilligung des Patienten in das Telefoninterview wurde eine schriftliche Einverständniserklärung ausgefüllt. Auf den Screeningbögen befanden sich ausschließlich Identifikationsnummern (ID-Nummern), bei einem positiven Screeningergebnis wurden diese ID-Nummern auf die Einverständniserklärung übertragen, in welche die Patienten auch ihre Kontaktdaten eintrugen. Die Screeningbögen und Einverständniserklärungen wurden zu jeder Zeit getrennt aufbewahrt, um die Anonymität der Patienten zu wahren.

Nach ungefähr vier Wochen wurden die Patienten angerufen, um das Telefoninterview durchzuführen. Dieses dauerte ungefähr 90 Minuten und umfasste verschiedene Messverfahren und Fragenkataloge.

2.3 Messverfahren

2.3.1 Screeningbogen

Im Screeningbogen wurden PHQ-15, GAD-7 und PHQ-9 verwendet, um das Vorliegen von Körperbeschwerden, Ängsten und Depressionen zu untersuchen sowie einige Fragen zur Biographie und zur Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen gestellt.

2.3.1.1 PHQ-15

Der PHQ-15 ist ein Teil des Patient Health Questionnaire mit 15 Fragen zu somatischen Symptomen (Kroenke, Spitzer & Williams, 2002; Kroenke, Spitzer, Williams & Löwe, 2010). Das Vorliegen von folgenden Beschwerden im Zeitraum der vergangenen vier Wochen wurde abgefragt:

- Bauchschmerzen
- Rückenschmerzen
- Schmerzen in den Armen, Beinen oder Gelenken
- Menstruationsschmerzen oder andere Menstruationsprobleme
- Schmerzen oder Probleme beim Geschlechtsverkehr
- Kopfschmerzen
- Schmerzen im Brustbereich
- Schwindel
- Ohnmachtsanfälle
- Herzklopfen oder Herzrasen
- Kurzatmigkeit
- Verstopfung, nervöser Darm oder Durchfall
- Übelkeit, Blähungen oder Verdauungsbeschwerden
- Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf
- Müdigkeit oder Energielosigkeit

Zu jeder Beschwerde gab es drei Antwortmöglichkeiten: nicht beeinträchtigt (null Punkte), wenig beeinträchtigt (ein Punkt) und stark beeinträchtigt (zwei Punkte). Die Punktzahl wurde direkt vor Ort ausgerechnet und eine Einteilung in verschiedene Schweregrade vorgenommen. Ab zehn Punkten konnte von einer mäßigen und ab 15 Punkten von einer schweren Beeinträchtigung ausgegangen werden (Kroenke et al., 2002; Kroenke et al., 2010).

Die Sensitivität des PHQ-15 wird mit 78% und die Spezifität mit 71% angegeben, der negative prädiktive Wert beträgt 97% (van Ravesteijn et al., 2009) und der Test ist sehr gut als Screening für somatoforme Störungen in der Primärversorgung geeignet (Kroenke et al., 2002; van Ravesteijn et al., 2009).

2.3.1.2 GAD-7

Der zweite Fragenkomplex im Screeningbogen war das Generalised Anxiety Disorder Assessment mit sieben Fragen (GAD-7), die sich auf das Ausmaß der allgemeinen Ängstlichkeit im Zeitraum der vergangenen zwei Wochen bezogen. Hier gab es folgende vier verschiedene Antwortmöglichkeiten auf die Frage nach dem Grad der Beeinträchtigung: überhaupt nicht (null Punkte), an einzelnen Tagen (ein Punkt), an mehr als der Hälfte der Tage (zwei Punkte), beinahe jeden Tag (drei Punkte). Abgefragt wurden verschiedene Symptome aus dem Bereich der Angsterkrankungen:

- Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung
- Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren
- Übermäßige Sorgen
- Schwierigkeiten zu entspannen
- Rastlosigkeit
- Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit
- Gefühl der Angst, als würde etwas Schlimmes passieren

Auch beim GAD-7 geht man ab zehn Punkten von einer mäßigen und ab 15 Punkten von einer starken Beeinträchtigung aus. Vor allem Patienten mit generalisierter Angststörung, Sozialphobie oder einer Posttraumatischen Belastungsstörung sind im GAD-7 auffällig (Kroenke et al., 2010).

Das GAD-7 hat eine hohe Reliabilität und Validität sowie eine Sensitivität von 89% und eine Spezifität von 82%. Es kann sowohl im klinischen Alltag als auch in der Forschung sicher verwendet werden (Spitzer, Kroenke, Williams & Löwe, 2006).

2.3.1.3 PHQ-9

Um das Ausmaß depressiver Symptome abzufragen, wurde der Patient Health Questionnaire mit neun Fragen zur Depressivität (PHQ-9) verwendet. Die Antwortmöglichkeiten zum Grad der Beeinträchtigung sind die gleichen wie beim GAD-7 und es ging um den Zeitraum der vergangenen zwei Wochen. Eine milde Symptomatik liegt ab fünf, eine mäßige ab zehn, eine mäßig schwere ab 15 und eine schwere ab 20 Punkten vor. Für ein Ergebnis von \geq zehn Punkten besitzt der PHQ-9 eine Sensitivität von 88% und eine Spezifität von 88% für eine Major Depression (Kroenke, Spitzer & Williams, 2001).

Es wurde nach folgenden Beschwerden gefragt:

- Wenig Interesse oder Freude an den eigenen Tätigkeiten
- Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit
- Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf
- Müdigkeit oder Energielosigkeit
- Verminderter Appetit oder ein übermäßiges Bedürfnis zu essen
- Schlechte Meinung über die eigene Person
- Konzentrationsschwierigkeiten
- Verlangsamte Bewegungen oder Sprache oder gesteigerter Bewegungsdrang
- Suizidalität

2.3.1.4 Soziodemographische Fragen

An dieser Stelle wurde nach dem Geschlecht, dem Alter, dem Familienstand, einer aktuellen Partnerschaft, dem höchsten Schulabschluss oder Hochschulabschluss und der Nationalität gefragt.

2.3.1.5 Inanspruchnahme

Um die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen zu erfassen, wurde nach verschiedenen Bereichen gefragt: nach der Medikamenteneinnahme (Psychopharmaka und Analgetika), der Inanspruchnahme primärärztlicher Leistungen (Häufigkeit der Hausarztbesuche) sowie nach der Kommunikation mit dem Hausarzt über psychische Beschwerden und private Probleme. Es folgten zwei Fragen zur Psychotherapie, über die Bemühungen ein Erstgespräch zu führen und danach einen Therapieplatz zu erhalten sowie zu einer aktuellen Psychotherapie. Den Schluss bildeten die Fragen nach der Krankenversicherung (gesetzlich oder privat) und welche Quellen zur Beschaffung von Informationen zum Thema Gesundheit genutzt wurden.

2.3.2 Telefoninterview

Ungefähr vier Wochen nach der Erhebung in der jeweiligen Hausarztpraxis erfolgte das verschiedene Bereiche umfassende Telefoninterview. Zum einen wurde eine Überprüfung des Verdachtes auf das Vorliegen einer psychosomatischen Störung durchgeführt und zum anderen wurden Fragen aus unterschiedlichen Bereichen gestellt, die mit einer solchen Erkrankung zusammen hängen. Im Folgenden werden die verschiedenen Abschnitte des Telefoninterviews detailliert dargestellt.

2.3.2.1 CIDI

Das Composite International Diagnostic Interview (CIDI) wurde 1990 von der World Health Organization (WHO) entwickelt. Mit ihm ist eine Diagnostik von psychischen Erkrankungen nach den Kriterien von DSM (Diagnostic und Statistical Manual of Mental Disorders) und ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) möglich, um weltweite Forschungsergebnisse besser vergleichen zu können. 1998 wurde es von der WHO World Mental Health (WMH) Survey Initiative erweitert und heißt seitdem WHO WMH-CIDI (World Health Organization, 2004).

2.3.2.2 Fragen zur Behandlung

In dem Bereich des Telefoninterviews zum Thema Behandlung ging es in zwölf Fragen um die bisherige psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung der Patienten. Es wurde genau nach dem Zeitraum, der Anzahl, der Art, der Initiierung und danach, ob körperliche Beschwerden ein Thema in der Therapie waren, gefragt.

2.3.2.3 Fragen zur Soziodemographie

In diesem Abschnitt wurden Fragen zur Biographie und aktuellen Lebenssituation gestellt. Begonnen wurde mit Geburtsdatum, Geburtsort, Staatsangehörigkeit und dem Herkunftsland der Eltern, darauf folgten Fragen zur aktuellen Wohnsituation, Ausbildung und Berufstätigkeit. Den Schluss bildete die Frage nach der Krankenversicherung.

2.3.2.4 Inanspruchnahme

In dem Abschnitt des Telefoninterviews mit den Fragen zur Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen wurden Fragen zu verschiedenen Bereichen gestellt, die Fragen stammen aus dem CSSRI-EU (= Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory- European Version) (Chisholm et al., 2000):

Erwerbstätigkeit: Hier wurde nach einem regulären Arbeitsverhältnis, krankheits- und arztbesuchbedingten Fehltagen, der Einschränkung der Produktivität bei der Arbeit und verschiedenen Rentenbezügen gefragt.

Allgemeine Gesundheit: Der Patient wurde mit sechs Fragen zu seinem Zustand am Tag des Telefoninterviews befragt. Es ging um Mobilität, Selbstversorgung, Alltagsbewältigung, Schmerzen und körperliche Beschwerden sowie Angst und Niedergeschlagenheit. In der letzten Frage sollte auf einer Skala von null bis 100 der aktuelle Gesundheitszustand eingeordnet werden. Die Fragen stammen aus dem EQ-5D (EuroQol Group, 1990).

Stationäre Versorgung: In diesem Abschnitt wurden acht Fragen zu stationären Versorgungsleistungen in den vergangenen sechs Monaten gestellt. Es wurde nach der Anzahl an vollstationären und der Anzahl an teilstationären oder tagesklinischen Tagen in einem Allgemeinkrankenhaus, einer Psychiatrie, einer Klinik für psychosomatische Medizin oder einer Rehabilitationsklinik gefragt.

Ambulante ärztliche Versorgung: Die Patienten sollten angeben, wie häufig sie bei welchen Ärzten waren. Dabei wurden Allgemeinarzt, Kinderarzt, Krankenhausambulanz, Notarzt, Internist ohne Schwerpunkt, Zahnarzt / Kieferorthopäde, kassenärztlicher Notdienst und 16 Fachrichtungen wie zum Beispiel Hautarzt oder Urologe aufgezählt. Falls die Patienten bei Ärzten waren, die nicht in der Liste standen, konnten sie diese am Ende gesondert nennen.

Ambulante nichtärztliche Versorgung: In diesem Bereich ging es um ambulante nicht-ärztliche Maßnahmen in den vergangenen sechs Monaten. Den Patienten wurden neun verschiedene genannt und sie sollten beantworten, wie häufig sie welche in Anspruch genommen haben. Alle weiteren Maßnahmen konnten unter „Sonstige“ dokumentiert werden.

Medikamente: Alle Fragen bezogen sich auf Medikamente, die in den vergangenen sechs Monaten regelmäßig oder bei Bedarf genommen wurden. Dabei wurde nach dem Medikamentennamen, der Pharmazentralnummer (PZN), der Darreichungsform und der Packungsgröße und -anzahl gefragt.

Hilfe von professionellen Diensten, Angehörigen und Freunden: Es wurde erfragt, ob - und wenn ja an wie vielen Tagen - in den vergangenen sechs Monaten Hilfe benötigt wurde.

2.4 Datenauswertung

Die Verwaltung und Auswertung der Daten erfolgte mit Hilfe von IBM® SPSS® Statistics in der Version 22. Es wurden ausschließlich Daten aus Phase I (= Prä-Post-Studie) verwendet. Dabei wurden folgende Tests durchgeführt: Pearson-Chi-Quadrat-Test, Mann-Whitney-U-Test und binär logistische Regression.

Die erste Fragestellung wurde rein deskriptiv mit der Berechnung und Darstellung von Häufigkeiten untersucht. Die zweite erforderte den Pearson-Chi-Quadrat-Test, den Mann-Whitney-U-Test und die binär logistische Regression. In der dritten Fragestellung wurden der Pearson-Chi-Quadrat-Test sowie der Mann-Whitney-U-Test verwendet. Die Analyse der vierten Fragestellung erfolgte mit mehreren binär logistischen Regressionen.

Der p-Wert wurde auf das gängige Signifikanzniveau von 0,05 festgelegt (Field, 2013).

3. Ergebnisse

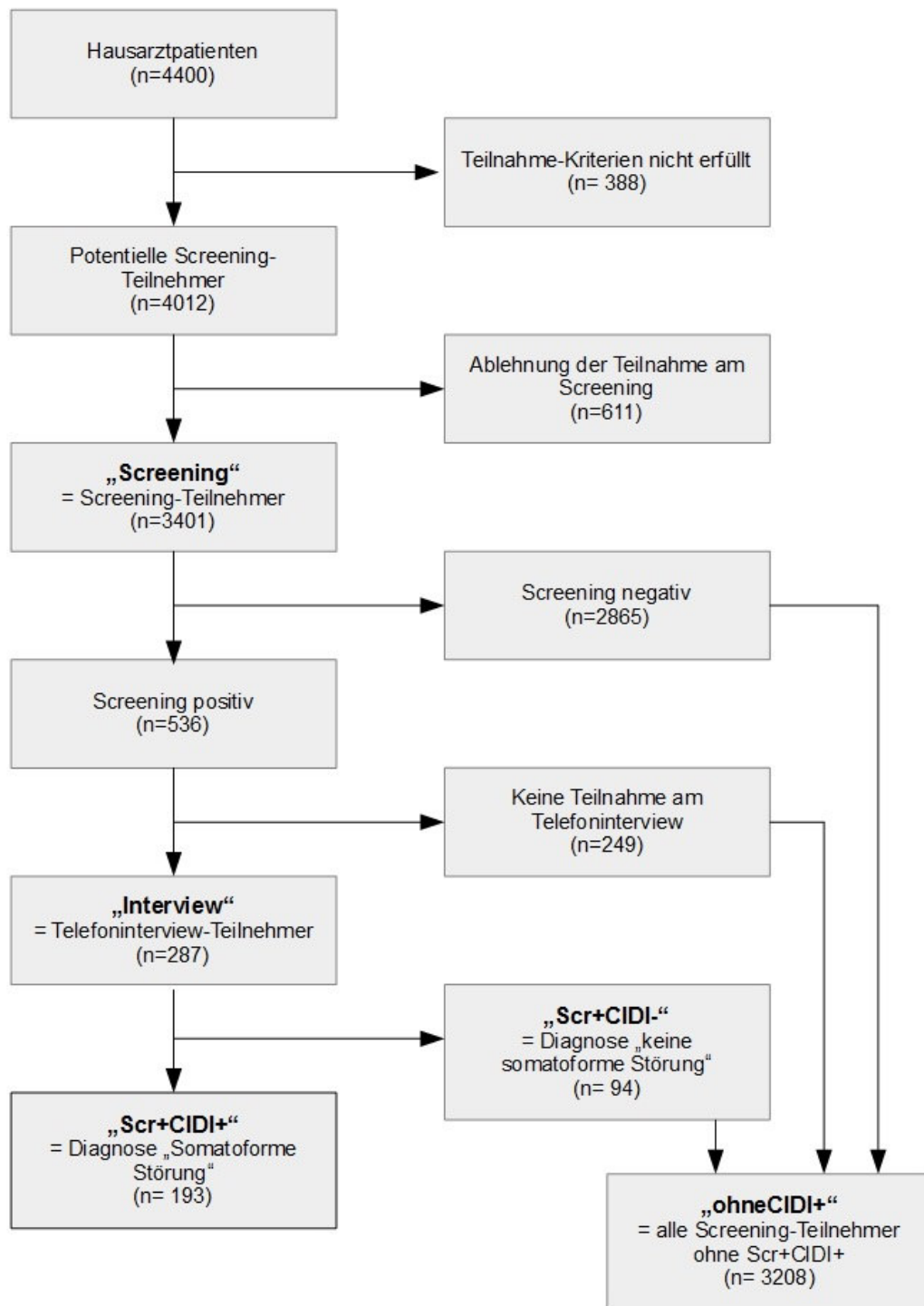


Abbildung 1: Flow Chart zum Studienverlauf und zur Gruppeneinteilung

3.1 Stichprobenbeschreibung

3.1.1 Gruppeneinteilung

In der Prä- und Post-Studie wurden insgesamt 4400 Hausarzt-Patienten angesprochen (siehe Abbildung 1). 388 von ihnen erfüllten nicht die Kriterien zur Teilnahme am Screening. Sie waren entweder jünger als 18 Jahre oder auf Grund körperlicher oder psychischer Einschränkungen oder nicht ausreichender Sprachkenntnisse nicht in der Lage, den Screening-Fragebogen selbstständig auszufüllen. Sie wurden von der weiteren Teilnahme ausgeschlossen. Ebenso wurden 611 Hausarzt-Patienten ausgeschlossen, die aus verschiedenen persönlichen Gründen nicht teilnehmen wollten.

Am Screening nahmen insgesamt 3401 Hausarzt-Patienten teil, diese Gruppe wird im weiteren Verlauf als „Screening“-Gruppe bezeichnet. Von den 536 Patienten, die im Screening ein positives Testergebnis aufwiesen, standen 287 für das Telefoninterview zur Verfügung (Kriterien für ein positives Screening-Ergebnis siehe Material und Methoden). Die anderen 249 willigten entweder nicht ein oder waren zum Zeitpunkt des Telefoninterviews nicht erreichbar.

Die Gruppe der Telefoninterview-Teilnehmer wird im Folgenden als „Interview“-Gruppe bezeichnet. Aus dieser Gruppe ergaben sich nach der CIDI-Diagnostik zwei Untergruppen: die „Scr+CIDI+“-Gruppe, bei der eine somatoforme Störung diagnostiziert wurde und die „Scr+CIDI“-Gruppe, bei der keine somatoforme Störung diagnostiziert wurde.

Des Weiteren werden alle Patienten, die am Screening teilgenommen haben, aber bei denen keine somatoforme Störung festgestellt wurde, in der Gruppe „ohneCIDI+“ zusammengefasst.

Zwischen den Teilnehmern der beiden Phasen Prä und Post wurden im Mann-Whitney-U-Test und im Chi-Quadrat-Test keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf das Alter, das Geschlecht, das Vorliegen einer Partnerschaft, die Nationalität, die Häufigkeit der Hausarztkontakte, das Ergebnis im PHQ-15, PHQ-9 und GAD-7 gefunden (siehe Tabelle 2). Daher wurden sie in den Untersuchungen als ein Kollektiv betrachtet.

Tabelle 2: Stichprobenvergleich Prä und Post

	Prä n= 1645	Post n= 1756	Mann-Whitney-U	Chi ²	p-Wert
Alter in Jahren MW (SD)	51,0 (19,13)	50,5 (18,73)	-0,645		0,519
Anzahl Frauen (%)	976 (60,7%)	996 (59,4%)		0,617	0,432
In Partnerschaft Anzahl (%)	1000 (65,2%)	1118 (67,8%)		2,508	0,113
Nationalität Deutsch Anzahl (%)	1511 (94,3%)	1568 (93,4%)		1,229	0,268
PHQ-15 MW (SD)	7,3 (4,7)	7,1 (4,7)	-0,947		0,343
PHQ-9 MW (SD)	5,2 (5,0)	5,1 (5,0)	-0,776		0,438
GAD-7 MW (SD)	4,8 (4,7)	4,7 (4,8)	-1,120		0,263
MW= Mittelwert; SD= Standard-Abweichung; PHQ-15, PHQ-9 und GAD-7 siehe Abkürzungsverzeichnis					

3.1.2 Gruppenzuordnung zu den Unterfragen

Für jede Unterfrage wurde ein anderer Teil der Patienten betrachtet. In Frage eins ging es ausschließlich um die Patienten aus der Gruppe „Scr+CIDI+“. Für Frage zwei wurden die Gruppen „Scr+CIDI+“ und „ohneCIDI+“ untersucht. Die Gruppen „Scr+CIDI+“ und „Scr+CIDI-“ waren Gegenstand der dritten Frage und für Frage vier wurden die Gruppen „Interview“ und „Screening“ genauer betrachtet.

3.1.3 Stichprobenvergleiche

Um den Einfluss der verschiedenen Merkmalsausprägungen (siehe Tabelle 3) auf die Ergebnisse abschätzen zu können, wurden die Unterschiede zwischen den einzelnen Gruppen untersucht. Bei signifikanten Unterschieden muss mit einem Einfluss auf die zu untersuchenden Fragestellungen gerechnet werden. Bei einem α -Fehler $< 0,05$ kann von einem signifikanten Unterschied ausgegangen werden.

Tabelle 3: Stichprobenbeschreibung aller Gruppen

	Screening n= 3401	Interview n= 287	Scr+CIDI+ n= 193	Scr+CIDI- n= 94	ohneCIDI+ n= 3208
Alter in Jahren MW (SD)	50,7 (18,9)	47,4 (17,1)	46,0 (17,0)	50,4 (17,1)	51,0 (19,0)
Geschlechterverteilung Anzahl (%)					
Frauen	1972 (60,0%)	225 (78,4%)	157 (81,3%)	68 (72,3%)	1815 (58,7%)
In einer Partnerschaft Anzahl (%)	2118 (66,6%)	176 (62,0%)	121 (63,7%)	55 (58,5)	1997 (66,7%)
Höchster Schulabschluss Anzahl (%)					
Haupt-/ Volksschulabschluss	783 (24,2%)	69 (24,4%)	48 (25,0%)	21 (23,1%)	735 (24,2%)
Realschulabschluss/ Mittlere Reife	872 (27,0%)	95 (33,6%)	64 (33,3%)	31 (34,1%)	808 (26,6%)
Fachhochschulreife/ Allg./ fachgeb. Hochschulreife/ Abitur	785 (24,3%)	57 (20,1%)	41 (21,4%)	16 (17,6%)	744 (24,5%)
(Fach-) Hochschulabschluss	653 (20,2%)	46 (16,3%)	29 (15,1%)	17 (18,7%)	624 (20,5%)
Andere	136 (4,2%)	16 (5,7%)	10 (5,2%)	6 (6,6%)	126 (4,1%)
Nationalität Deutsch Anzahl (%)	3079 (93,8%)	263 (92,6%)	175 (91,6%)	88 (94,6%)	2904 (94,0%)
PHQ-15 MW (SD)	7,2 (4,7)	14,8 (3,3)	15,4 (3,5)	13,5 (2,5)	6,7 (4,3)
PHQ-9 MW (SD)	5,1 (5,0)	12,8 (5,1)	13,2 (5,3)	11,9 (4,7)	4,6 (4,6)
GAD-7 MW (SD)	4,7 (4,8)	11,5 (4,9)	12,0 (4,9)	10,4 (4,8)	4,3 (4,4)
Screening= Screening-Teilnehmer; Interview= Telefoninterview-Teilnehmer; Scr+CIDI+= CIDI-Diagnose somatoforme Störung; Scr+CIDI-= CIDI-Diagnose keine somatoforme Störung; ohneCIDI+= Alle Screening-Teilnehmer ohne Scr+CIDI+ (siehe Abbildung 1); MW= Mittelwert; SD= Standard-Abweichung; PHQ-15, PHQ-9 und GAD-7 siehe Abkürzungsverzeichnis					

3.1.3.1 Alter

Im Mann-Whitney-U-Test zeigte sich beim Vergleich der Gruppen „Scr+CIDI+“ und „ohneCIDI+“, dass die Patienten der Gruppe „Scr+CIDI+“ signifikant jünger waren ($U = -3,554$ und $p < 0,01$). Sie waren ebenfalls signifikant jünger als Patienten der Gruppe „Scr+CIDI-“ ($U = -2,080$ und $p < 0,05$). Ein ähnliches Ergebnis zeigte sich beim Vergleich der Gruppen „Screening“ und „Interview“, die Patienten der Gruppe „Interview“ waren signifikant jünger ($U = -2,738$ und $p < 0,01$).

3.1.3.2 Geschlecht

Im Chi-Quadrat-Test zeigte sich beim Vergleich der Gruppen „Scr+CIDI+“ und „ohneCIDI+“, dass in der Gruppe „Scr+CIDI+“ signifikant mehr Frauen waren ($\text{Chi}^2 = 38,772$ und $p < 0,01$). Zwischen den Gruppen „Scr+CIDI+“ und „Scr+CIDI-“ zeigten sich hingegen keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf das Geschlecht ($\text{Chi}^2 = 3,028$ und $p = 0,08$). In der Gruppe „Interview“ befanden sich im Vergleich zur Gruppe „Screening“ signifikant mehr Frauen ($\text{Chi}^2 = 37,537$ und $p < 0,01$).

3.1.3.3 Partnerschaft

Zwischen den beiden Gruppen „Scr+CIDI+“ und „ohneCIDI+“ zeigte sich im Chi-Quadrat-Test kein signifikanter Unterschied im Vorliegen einer Partnerschaft ($\text{Chi}^2 = 0,752$ und $p = 0,39$). Zwischen den Gruppen „Scr+CIDI+“ und „Scr+CIDI-“ sah es sehr ähnlich aus ($\text{Chi}^2 = 0,714$ und $p = 0,40$) und auch zwischen den beiden Gruppen „Screening“ und „Interview“ zeigte sich kein signifikanter Unterschied in Bezug auf eine bestehende Partnerschaft ($\text{Chi}^2 = 2,455$ und $p = 0,12$).

3.1.3.4 Höchster Schulabschluss

Im Vergleich der Gruppen „ohneCIDI+“ und „Scr+CIDI+“ zeigte sich die Tendenz, dass Patienten aus der Gruppe „Scr+CIDI+“ mehr mittlere Abschlüsse hatten und Patienten aus der Gruppe „ohneCIDI+“ mehr hohe Abschlüsse hatten, der Unterschied war jedoch nicht signifikant. Ähnlich sah die Verteilung zwischen den Gruppen „Interview“ und „Screening“ aus, hier wiesen Patienten aus der Gruppe „Interview“ mehr mittlere und Patienten aus der Gruppe „Screening“ mehr hohe Abschlüsse auf, aber auch hier waren die Unterschiede nicht signifikant ($p = 0,06$). Im Vergleich der Gruppen „Scr+CIDI-“ und „Scr+CIDI+“ zeigten sich weniger Unterschiede in der Verteilung der höchsten Abschlüsse.

3.1.3.5 Nationalität

Die Unterschiede zwischen den Gruppen „Scr+CIDI+“ und „ohneCIDI+“ waren im Chi-Quadrat-Test in Bezug auf die Nationalität nicht signifikant ($\text{Chi}^2 = 1,730$ und $p = 0,19$). Auch zwischen den Gruppen „Scr+CIDI+“ und „Scr+CIDI-“ sowie „Interview“ und „Screening“ zeigte sich kein signifikanter Unterschied im Chi-Quadrat-Test ($\text{Chi}^2 = 0,822$ und $p = 0,36$ bzw. $\text{Chi}^2 = 0,683$ und $p = 0,41$).

3.1.3.6 PHQ-15, PHQ-9 und GAD-7

Der Mann-Whitney-U-Test ergab keinen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen „Scr+CIDI+“ und „Scr+CIDI-“ in Bezug auf die Ergebnisse im PHQ-9 ($U = -1,94$ und $p = 0,053$) aber ein signifikantes Ergebnis in Bezug auf die Ergebnisse im GAD-7, Patienten der Gruppe „Scr+CIDI+“ waren signifikant ängstlicher ($U = -2,39$ und $p = 0,02$). Alle anderen Testergebnisse waren mit $p < 0,01$ signifikant (siehe Tabelle 4).

Die Gruppe „Scr+CIDI+“ litt im Vergleich zur Gruppe „Scr+CIDI-“ unter stärkeren Körperbeschwerden und war ängstlicher. Im Vergleich zur Gruppe „ohneCIDI+“ präsentierten diese Patienten mehr Körperbeschwerden sowie ausgeprägtere depressive Symptome und waren zudem ängstlicher. Ähnlich sah es im Vergleich zwischen den Gruppen „Interview“ und „Screening“ aus, hier wiesen die Patienten, die am Interview teilgenommen hatten, in allen drei Bereichen eine höhere Symptombelastung auf.

Tabelle 4: Ergebnisse des Mann-Whitney-U-Tests zum Vergleich der Ergebnisse im PHQ-15, PHQ-9 und GAD-7

	PHQ-15		PHQ-9		GAD-7	
	p-Wert	U	p-Wert	U	p-Wert	U
„Scr+CIDI+“ und „Scr+CIDI-“	< 0,01	-4,32	0,05	-1,94	0,02	-2,39
„Scr+CIDI+“ und „ohneCIDI+“	< 0,01	-20,52	< 0,01	-18,78	< 0,01	-17,80
„Interview“ und „Screening“	< 0,01	-26,45	< 0,01	-20,86	< 0,01	-19,34

Screening= Screening-Teilnehmer; Interview= Telefoninterview-Teilnehmer; Scr+CIDI+= CIDI-Diagnose somatoforme Störung; Scr+CIDI= CIDI-Diagnose keine somatoforme Störung; ohneCIDI+= Alle Screening-Teilnehmer ohne Scr+CIDI+ (siehe Abbildung 1); U= Teststatistik Mann-Whitney-U-Test; PHQ-15, PHQ-9 und GAD-7 siehe Abkürzungsverzeichnis

3.1.3.7 Zusammenfassung der Stichprobenvergleiche

Insgesamt zeigten sich zwischen den Gruppen „Scr+CIDI+“ und „ohneCIDI+“ signifikante Unterschiede in Bezug auf das Alter, das Geschlecht sowie die Ergebnisse vom PHQ-15, PHQ-9 und GAD-7. Patienten mit der CIDI-Diagnose „somatoforme Störung“ waren jünger als die anderen Screening-Teilnehmer, häufiger weiblich und litten unter ausgeprägteren Symptomen in den Bereichen Körperbeschwerden, Ängstlichkeit und Depression.

Zwischen den Gruppen „Scr+CIDI+“ und „Scr+CIDI-“ bestanden nur in der Altersverteilung und in den Ergebnissen im PHQ-9 und GAD-7 signifikante Unterschiede. Patienten mit einer CIDI-Diagnose „somatoforme Störung“ waren jünger, ängstlicher und depressiver als die Patienten, die zwar unter vermehrten Körperbeschwerden litten, aber keine somatoforme Störung aufwiesen.

Mit dem Vergleich der Gruppen „Screening“ und „Interview“ verhielt es sich wie zwischen den Gruppen „Scr+CIDI+“ und „ohneCIDI+“.

3.2 Frage 1: Welche Gesundheitsleistungen nehmen Patienten mit einer somatoformen Störung in Anspruch?

In der ersten Fragestellung ging es um die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Hausarztpatienten mit einer nach CIDI diagnostizierten somatoformen Störung (Gruppe „Scr+CIDI+“, siehe Abbildung 1). Es wurden die stationäre, die ambulante ärztliche und psychotherapeutische sowie die ambulante unterstützende Versorgung, die Medikamenteneinnahme und Verschiedenes aus dem Bereich Pflege und Soziales untersucht und dargestellt.

3.2.1 Stationäre Versorgung der Patienten mit einer somatoformen Störung

25,4% der Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung waren im Zeitraum von sechs Monaten mindestens einen Tag in mindestens einer Klinik. 21,2% waren nur in einer Art von Klinik, 3,7% in zwei verschiedenen und 0,5% in drei verschiedenen abgefragten Klinikformen. In den in Abbildung 2 aufgetragenen Patientenzahlen wurden somit einige Patienten mehrfach gezählt, zum Beispiel war ein Viertel der Patienten, die in einem Allgemeinen Krankenhaus waren, auch in einer anderen Art von Klinik. Ungefähr ein Fünftel der Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung wurde in einem Zeitraum von sechs Monaten in einem allgemeinen Krankenhaus behandelt und nur 0,5% in einer psychiatrischen Klinik (siehe Abbildung 2).

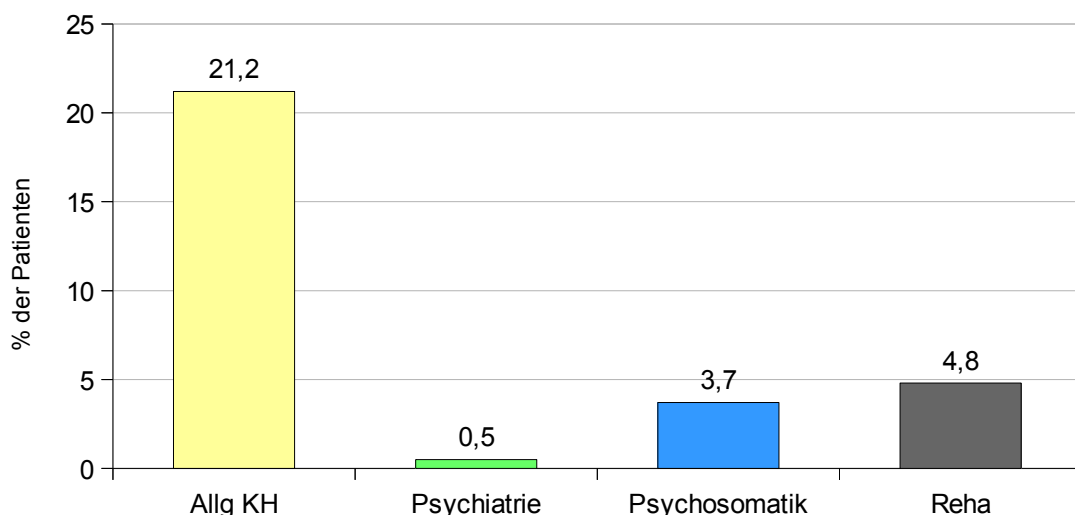


Abbildung 2: Anteil der Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung (Gruppe „Scr+CIDI+“) mit mindestens einem Tag stationärer oder teilstationärer Behandlung

Von den Patienten mit einer somatoformen Störung befand sich in den sechs Monaten vor der telefonischen Befragung etwas mehr als ein Fünftel in stationärer oder teilstationärer Versorgung in einem allgemeinen Krankenhaus. Die durchschnittliche Verweildauer der Patienten, die sich dort behandeln ließen, betrug elf Tage (siehe Tabelle 5). Die Verweildauer der Patienten in einer psychiatrischen Klinik betrug sechs Tage (nur ein Patient beantwortete die Frage nach der Verweildauer), in einer Klinik für Psychosomatik blieben die dort behandelten Patienten im Durchschnitt 50 Tage und in einer Einrichtung zur Rehabilitation wurden die dort betreuten Patienten 26 Tage lang behandelt.

Tabelle 5: Verweildauer der Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung (Gruppe "Scr+CIDI+") in verschiedenen Einrichtungen in sechs Monaten

	Anzahl Patienten	Durchschnittliche Verweildauer	SD	Minimum	Maximum
Allgemeines Krankenhaus	40 (21,2%)	11 Tage	12,4 Tage	1 Tag	62 Tage
Psychiatrie	1 (0,5%)	6 Tage (nur ein Patient)	-	6 Tage	6 Tage
Psychosomatik	7 (3,7%)	50 Tage	45,5 Tage	3 Tage	119 Tage
Rehabilitation	9 (4,8%)	26 Tage	14,7 Tage	8 Tage	49 Tage
Scr+CIDI+= CIDI-Diagnose somatoforme Störung; SD= Standard-Abweichung					

Die durchschnittliche Verweildauer über alle Patienten betrachtet sah anders aus: Im allgemeinen Krankenhaus waren die Patienten im Durchschnitt 2,2 Tage (SD 7,1), in einer psychiatrischen Klinik 0,03 Tage (SD 0,44), in einer Klinik für Psychosomatik 1,8 Tage (SD 12,4) und in einer Einrichtung zur Rehabilitation 1,2 Tage (SD 6,3) in einem Zeitraum von sechs Monaten.

3.2.2 Ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung

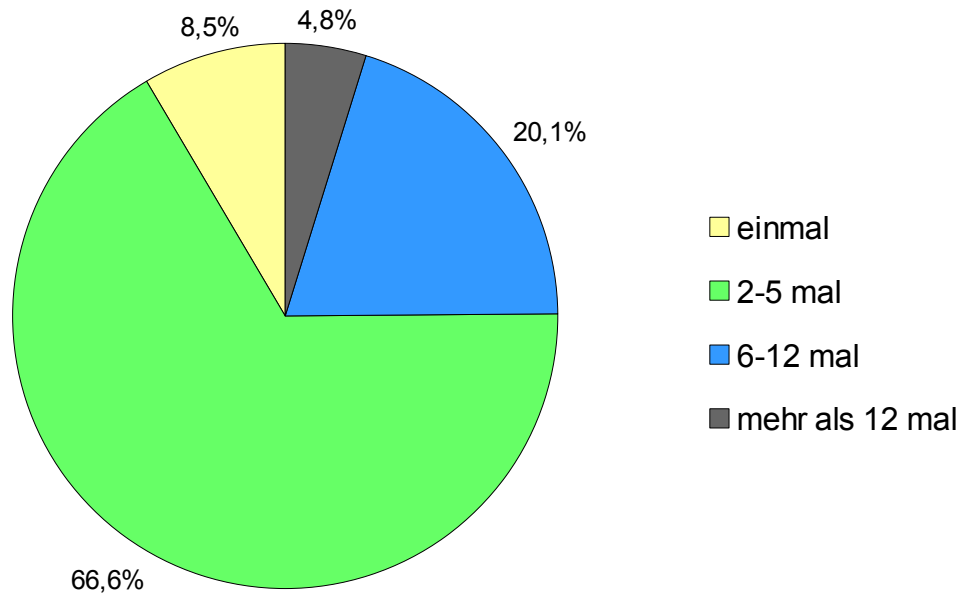


Abbildung 3: Verteilung der Häufigkeit der Hausarztkontakte in sechs Monaten von Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung (Gruppe „Scr+CIDI+“)

Der Großteil der Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung besuchte seinen Hausarzt zwei bis fünf Mal in sechs Monaten, die Gruppe derjenigen, die ihren Hausarzt am häufigsten (mehr als 12 Mal) besuchte, stellte hier mit unter fünf Prozent die kleinste Gruppe dar (siehe Abbildung 3).

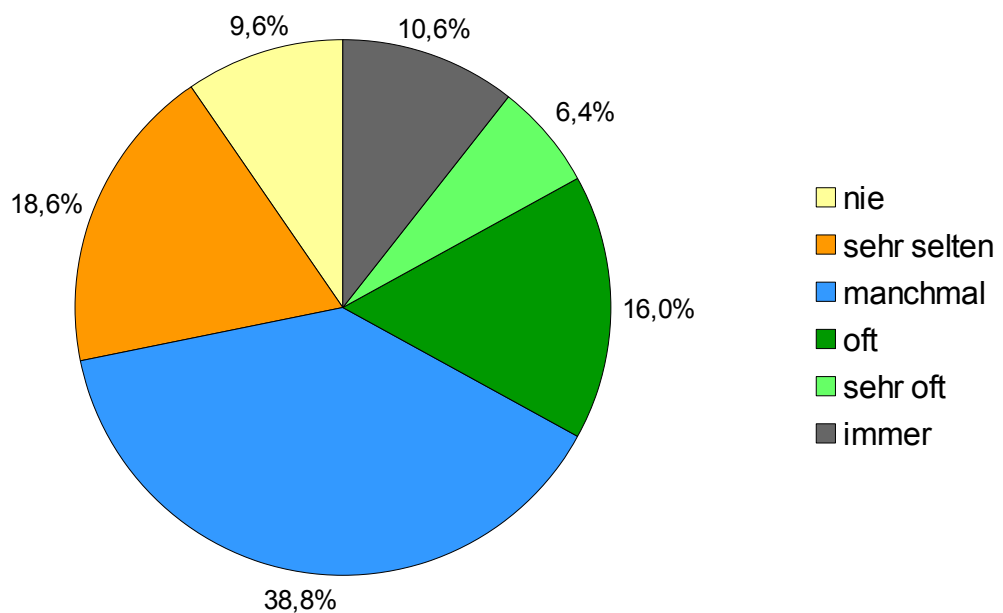


Abbildung 4: Verteilung der Häufigkeit der Kommunikation über nicht-somatische Themen von Patienten mit einer somatoformen Störung (Gruppe „Scr+CIDI+“)

Ungefähr ein Drittel der Patienten mit einer somatoformen Störung redete manchmal mit seinem Hausarzt über psychische Beschwerden und private Probleme. Ein weiteres Drittel redete oft oder immer und das dritte Drittel redet nie oder nur sehr selten mit seinem Hausarzt über solche Themen (siehe Abbildung 4).

Die Frage nach einer aktuell stattfindenden Psychotherapie bejahten 45 von 189 Patienten, es befand sich also etwas mehr als jeder fünfte Patient mit einer somatoformen Störung in Psychotherapie (23,8%). Von den 144 Patienten (76,2%), die sich nicht in Therapie befanden, haben im vergangenen Jahr 38 Patienten (26,4%) einen Psychotherapieplatz gesucht.

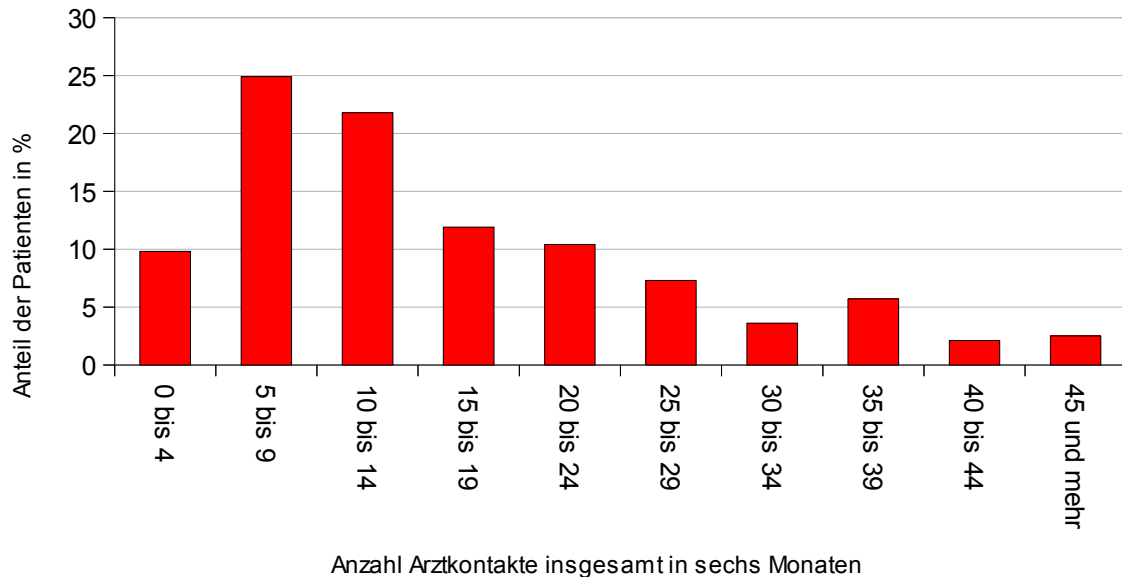


Abbildung 5: Anzahl der Arztkontakte insgesamt in sechs Monaten von Patienten mit einer somatoformen Störung (Gruppe „Scr+CIDI+“)

Im Durchschnitt ging jeder Patient mit einer somatoformen Störung 16 Mal in sechs Monaten zu einem Arzt, die Spanne reichte von keinem Kontakt bis zu 61 Kontakten (siehe Abbildung 5). Die meisten Besuche erhielten Hausärzte, Zahnärzte und Gynäkologen (siehe Abbildung 6).

Weniger als zehn Prozent der Patienten konsultierten in sechs Monaten einen ambulanten Chirurgen, einen Pneumologen oder den Notarzt. Weniger als fünf Prozent hatten in sechs Monaten mindestens einmal Kontakt zur Nephrologie, Diabetologie, Gastroenterologie, zum Kassenärztlichen Notdienst, zur Proktologie, Rheumatologie und Pädiatrie (in absteigender Reihenfolge).

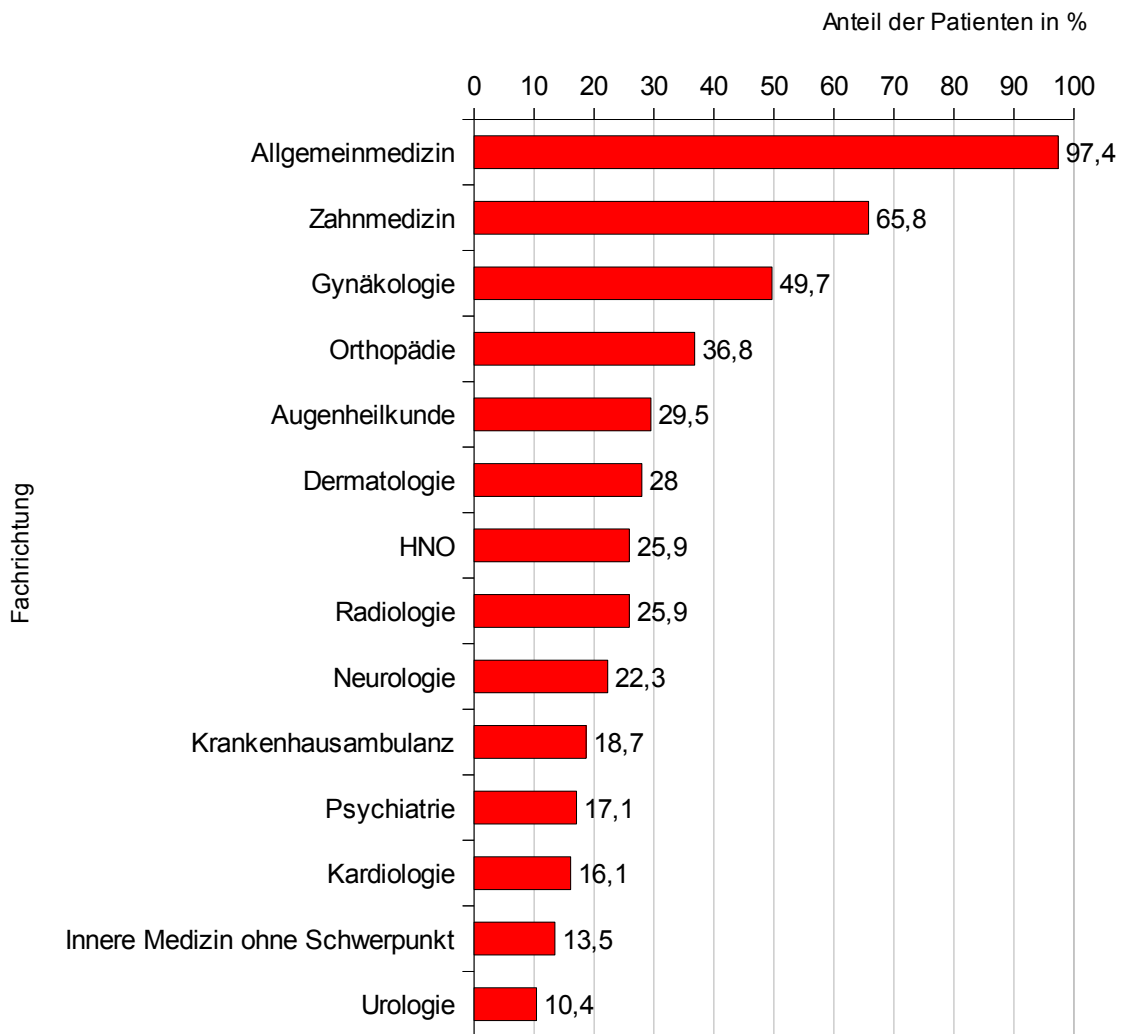


Abbildung 6: Anteil der Hausarztpatienten mit somatoformer Störung (Gruppe „Scr+CIDI+“) mit mindestens einem Kontakt zur angegebenen Fachrichtung

3.2.3 Ambulante unterstützende Versorgung

In der ambulanten unterstützenden Versorgung wurden vor allem Krankengymnastik und Massage/ Lymphdrainage in Anspruch genommen (siehe Abbildung 7). Die Häufigkeit der Behandlungen reichte bei den jeweils behandelten Patienten von 1,5 Kontakten mit einem Osteopathen bis zu 23,6 Sport- und Bewegungstherapie-Terminen in sechs Monaten. In den meisten Therapien waren neun bis 13 Kontakte in sechs Monaten zu verzeichnen. In den beiden häufigsten Therapien Krankengymnastik und Massage/ Lymphdrainage wurden 11,8 bzw. 11,9 Kontakte pro behandelter Patient in sechs Monaten berichtet.

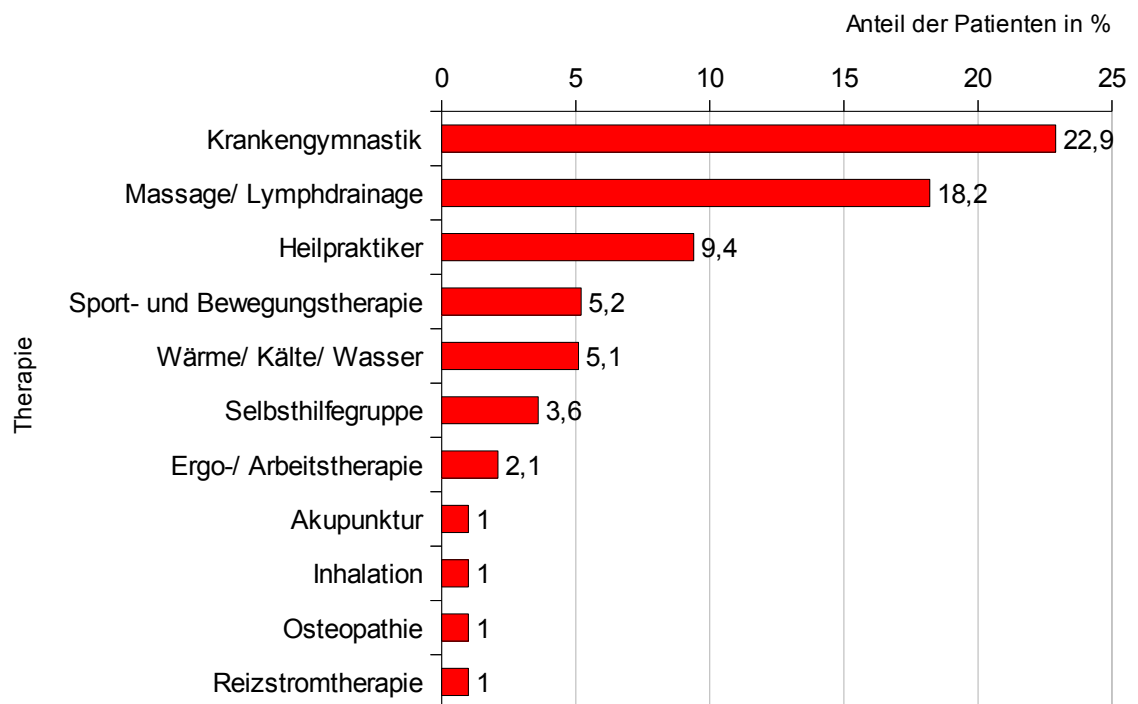


Abbildung 7: Anteil der Hausarztpatienten mit somatoformer Störung (Gruppe „Scr+CIDI+“) mit mindestens einem Therapie-Termin

3.2.4 Medikamenteneinnahme

Ungefähr ein Drittel der Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung (Gruppe „Scr+CIDI+“) nahm in sechs Monaten Medikamente gegen Angst, Depression oder Stress ein, die Einnahme von Schmerzmedikamenten bestätigte ebenfalls ungefähr ein Drittel der Patienten. Fast alle Patienten der Gruppe „Scr+CIDI+“ nahmen in sechs Monaten Medikamente regelmäßig oder bei Bedarf ein (siehe Tabelle 6).

Tabelle 6: Medikamenteneinnahme durch Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung (Gruppe „Scr+CIDI+“) in sechs Monaten

	ja	nein
Medikamente gegen Angst, Depression oder Stress	59 (30,9%)	132 (69,1%)
Medikamente gegen Schmerzen	75 (39,3%)	116 (60,7%)
Medikamente regelmäßig oder bei Bedarf	183 (94,8%)	10 (5,2%)

Die Anzahl an eingenommenen Medikamenten schwankte zwischen null und elf verschiedenen (siehe Abbildung 8). Der Mittelwert betrug 4,0 (SD 2,7) und der Median 3,0 (25. Perzentil 2,0 und 75. Perzentil 5,5).

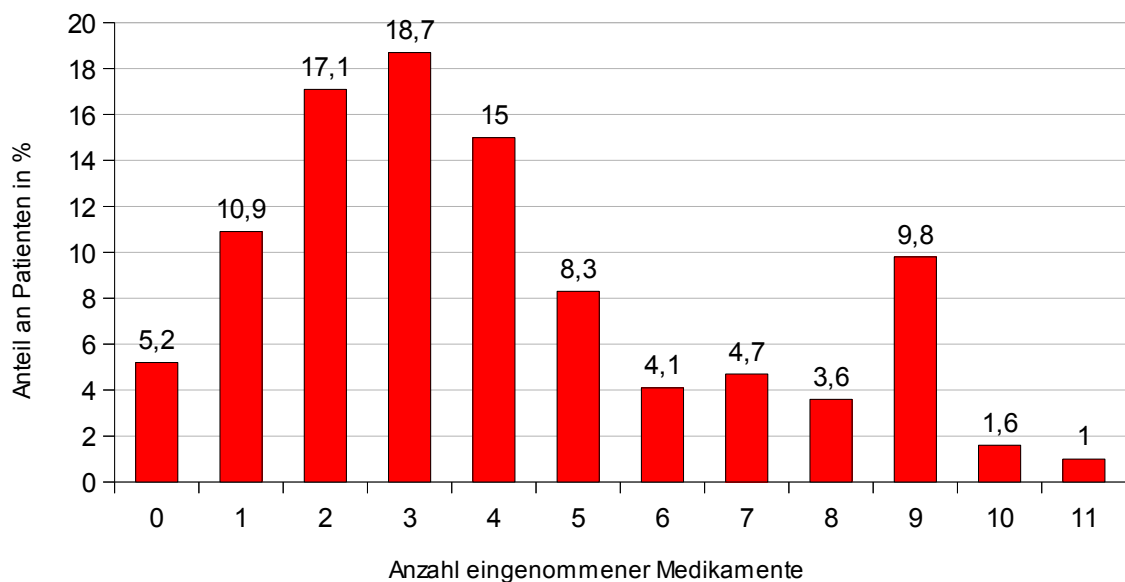


Abbildung 8: Anzahl an eingenommenen Medikamenten durch Patienten mit einer somatoformen Störung (Gruppe „Scr+CIDI+“) in sechs Monaten

3.2.5 Pflege und Soziales

Etwas mehr als die Hälfte der Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung war berufstätig (52,4%) und 26,0% der Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung bezogen eine Rente. Von den Berufstätigen erhielten nur 4,1% eine Rente, bei den Nicht-Berufstätigen waren es 51,2%. 15,5% der betroffenen Patienten waren älter als 65 Jahre, 11,1% von ihnen arbeiteten noch und 92,6% erhielten eine Rente, wobei auch beides gleichzeitig möglich war. Von den 84,5% der Betroffenen bis 65 Jahre waren 62,1% berufstätig und 13,7% erhielten eine Rente, wobei auch hier eine Kombination möglich war. Am häufigsten wurden eine Ruhestandsrente (11,7%) sowie eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit (10,6%) bezogen (siehe Abbildung 9).

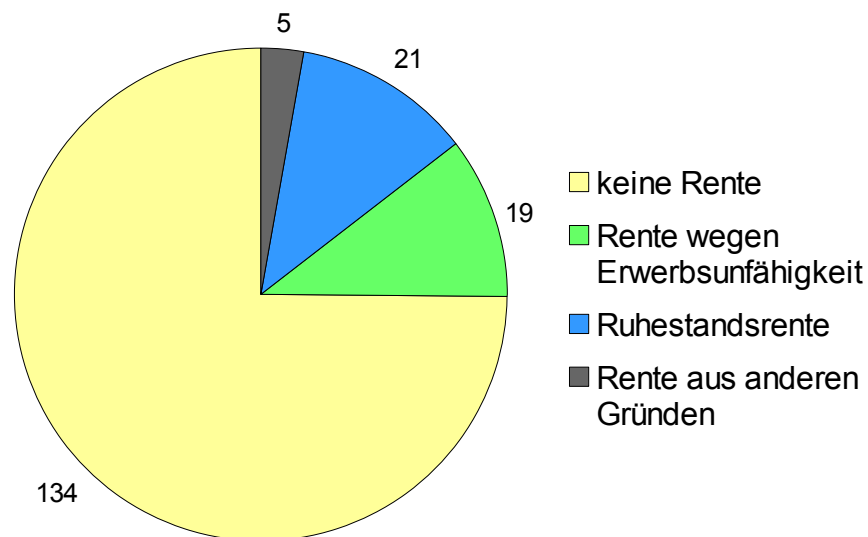


Abbildung 9: Verteilung der Rentenbezüge von Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung (Gruppe „Scr+CIDI+“)

3,3% der Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung hatten in sechs Monaten mindestens einmal Kontakt zu einem Pflegedienst. Der Umfang betrug 24 bis 78 Tage in sechs Monaten und im Durchschnitt 45 Tage pro Halbjahr sowie zwei bis vier Stunden pro Tag mit Kontakt, im Durchschnitt 2,5 Stunden pro Tag. Die Unterstützung durch das soziale Umfeld wurde weit mehr in Anspruch genommen, sowohl in der Anzahl der Tage als auch in der Anzahl der Stunden pro Tag. Hierdurch wurden die betroffenen Patienten an 1 bis 184 Tagen in sechs Monaten (31,7 Tage im Durchschnitt) und an diesen Tagen jeweils 1 bis 24 Stunden (4,1 Stunden im Durchschnitt) unterstützt.

3.3 Frage 2: Wie unterscheidet sich das Inanspruchnahmeverhalten der Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung von dem der Hausarztpatienten ohne somatoforme Störung?

Fragestellung zwei befasste sich mit den Unterschieden im Inanspruchnahmeverhalten zwischen den Hausarztpatienten mit nach CIDI diagnostizierter somatoformer Störung (Gruppe „Scr+CIDI+“, siehe Abbildung 1) und den Hausarztpatienten ohne somatoforme Störung (Gruppe „ohneCIDI+“). Dafür wurden die Einnahme von Medikamenten gegen Stress, Angst oder Depression, die Einnahme von Schmerzmedikamenten, die Anzahl an Hausarztkontakten sowie die Gestaltung der Hausarzt-Kommunikation betrachtet und mit Hilfe der logistischen Regression und des Mann-Whitney-U-Tests zwischen den beiden Gruppen verglichen. Dabei wurde ein Signifikanzniveau von $p = 0,05$ festgelegt.

3.3.1 Einnahme von Medikamenten gegen Stress, Angst oder Depression

Beim Vergleich der Gruppen „Scr+CIDI+“ und „ohneCIDI+“ erkannte man im Chi-Quadrat-Test, dass Patienten mit einer diagnostizierten somatoformen Störung signifikant mehr Medikamente gegen Stress, Angst oder Depression einnahmen als diejenigen ohne diagnostizierte somatoforme Störung ($\chi^2 = 64,205$ und $p < 0,01$) (siehe Tabelle 7).

Tabelle 7: Anzahl und Anteil der Patienten, die in einem Zeitraum von sechs Monaten Medikamente gegen Stress, Angst oder Depression einnehmen

	Gruppe „ohneCIDI+“	Gruppe „Scr+CIDI+“	Insgesamt
Keine Einnahme	2723 (88,8%)	132 (69,1%)	2855 (87,6%)
Einnahme	344 (11,2%)	59 (30,9%)	403 (12,4%)
	3067 (100%)	191 (100%)	3258 (100%)
ohneCIDI+= Alle Screening-Teilnehmer ohne Scr+CIDI+; Scr+CIDI+= CIDI-Diagnose somatoforme Störung			

Im Stichprobenvergleich (siehe Kapitel 3.1.3) zeigten sich zwischen den beiden hier untersuchten Gruppen Unterschiede im Alter, Geschlecht und den Scores vom PHQ-9 und vom GAD-7. Die Assoziation dieser Variablen mit der Einnahme von Medikamenten gegen Stress, Angst oder Depression zeigte sich in einer mehrstufigen binär logistischen Regression (siehe Tabelle 8): R^2 nach Nagelkerke betrug unter Berücksichtigung aller untersuchten Prädiktoren 15,5% ($p < 0,001$). Ein höheres Alter und höhere Scores im PHQ-9 sowie im GAD-7 (jeweils $p < 0,01$) präsentierten sich unter Berücksichtigung aller einbezogenen Prädiktoren als Risikofaktoren für die Einnahme von Medikamenten gegen Stress, Angst oder Depression, wobei sich das Risiko jeweils nur minimal erhöhte. Das Geschlecht hatte keinen signifikanten Zusammenhang ($p = 0,55$) und auch das Vorliegen einer somatoformen Störung wies keinen signifikanten Zusammenhang mit der Einnahme von Medikamenten gegen Stress, Angst oder Depression auf ($p = 0,23$).

Tabelle 8: Binär logistische Regression zur Assoziation verschiedener Prädiktoren zur Einnahme von Medikamenten gegen Stress, Angst oder Depression

	Block 1			Block 2			Block 3			Block4			Block 5		
	OR	CI		OR	CI		OR	CI		OR	CI		OR	CI	
		von	bis		von	bis		von	bis		von	bis		von	bis
Alter	1,012 ***	1,006	1,018	1,012 ***	1,007	1,018	1,022 ***	1,016	1,028	1,024 ***	1,017	1,030	1,024 ***	1,017	1,030
Geschlecht				0,705 **	0,563	0,883	0,897	0,708	1,138	0,920	0,725	1,168	0,929	0,732	1,180
PHQ-9							1,158 ***	1,136	1,181	1,103 ***	1,067	1,140	1,099 ***	1,063	1,137
GAD-7										1,068 ***	1,030	1,107	1,066 ***	1,028	1,106
somatoforme Störung													1,260	0,862	1,842
R ²	0,011***			0,016***			0,147***			0,154***			0,155***		

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001; OR= Odds Ratio; CI= Konfidenzintervall 95%; PHQ-9 und GAD-7 siehe Abkürzungsverzeichnis; R²= R² nach Nagelkerke

3.3.2 Einnahme von Schmerzmedikamenten

Die beiden Gruppen „Scr+CIDI+“ und „ohneCIDI+“ unterschieden sich bei der Einnahme von Schmerzmedikamenten signifikant ($\chi^2 = 43,783$ und $p < 0,01$) (siehe Tabelle 9). Es wurden insgesamt, sowie jeweils in beiden Gruppen in ähnlichem Ausmaß, von mehr Patienten Schmerzmedikamente eingenommen als Medikamente gegen Stress, Angst oder Depression.

Tabelle 9: Anzahl und Anteil der Patienten, die in einem Zeitraum von sechs Monaten Medikamente gegen Schmerzen einnehmen

	Gruppe „ohneCIDI+“	Gruppe „Scr+CIDI+“	Insgesamt
Keine Einnahme	2449 (80,7%)	116 (60,7%)	2565 (79,5%)
Einnahme	587 (19,3%)	75 (39,3%)	662 (20,5%)
	3036 (100%)	191 (100%)	3227 (100%)
ohneCIDI+= Alle Screening-Teilnehmer ohne Scr+CIDI+; Scr+CIDI+= CIDI-Diagnose somatoforme Störung			

Auch für die Einnahme von Schmerzmedikamenten wurden die Einflüsse von Alter, Geschlecht und Scores im PHQ-9 und GAD-7 mit einer mehrstufigen binär logistischen Regression untersucht (siehe Tabelle 10). R^2 nach Nagelkerke betrug unter Berücksichtigung aller untersuchten Prädiktoren 10,1% ($p < 0,001$). Das Alter, das Geschlecht und der Score im PHQ-9 wiesen unter Berücksichtigung aller untersuchten Prädiktoren eine signifikante Assoziation zur Einnahme von Schmerzmedikamenten auf ($p < 0,01$), ebenso das Vorliegen einer somatoformen Störung ($p = 0,045$). Die Höhe des GAD-7 hingegen war nicht signifikant mit der Einnahme von Schmerzmedikamenten assoziiert ($p = 0,57$).

Je höher das Alter und je höher der Score im PHQ-9 waren, desto größer war die Wahrscheinlichkeit, dass der Patient Schmerzmedikamente einnahm, das Risiko war jedoch nur gering erhöht (OR = 1,021; CI 95% 1,016-1,026; $p < 0,001$ sowie OR = 1,104; CI 95% 1,072-1,137; $p < 0,001$). Beim Vorliegen einer somatoformen Störung war die Wahrscheinlichkeit stärker erhöht, dass der Patient Schmerzmedikamente einnahm (OR = 1,427; CI 95% 1,009-2,019; $p < 0,05$). Das männliche Geschlecht erwies sich als Schutzfaktor (OR = 0,696; CI 95% 0,573-0,844; $p < 0,001$).

Tabelle 10: Binär logistische Regression zur Assoziation verschiedener Prädiktoren zur Einnahme von Medikamenten gegen Schmerzen

	Block 1			Block 2			Block 3			Block4			Block 5		
	OR	CI		OR	CI		OR	CI		OR	CI		OR	CI	
		von	bis		von	bis		von	bis		von	bis		von	bis
Alter	1,015 ***	1,010	1,020	1,016 ***	1,011	1,020	1,021 ***	1,016	1,026	1,021 ***	1,016	1,026	1,021 ***	1,016	1,026
Geschlecht				0,598 ***	0,496	0,722	0,690 ***	0,569	0,837	0,689 ***	0,568	0,835	0,696 ***	0,573	0,844
PHQ-9							1,104 ***	1,086	1,123	1,109 ***	1,077	1,142	1,104 ***	1,072	1,137
GAD-7										0,994	0,963	1,026	0,991	0,960	1,023
somatoforme Störung													1,427 *	1,009	2,019
R ²	0,020***			0,035***			0,099***			0,099***			0,101***		
* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001; OR= Odds Ratio; CI= Konfidenzintervall 95%; PHQ-9 und GAD-7 siehe Abkürzungsverzeichnis; R ² = R ² nach Nagelkerke															

3.3.3 Anzahl an Hausarztkontakten

Tabelle 11: Anzahl und Anteil der Hausarztpatienten, die in sechs Monaten eine bestimmte Anzahl an Hausarztkontakten haben

Anzahl Kontakte	Gruppe „ohneCIDI+“	Gruppe „Scr+CIDI+“	Insgesamt
einer	612 (20,0%)	16 (8,5%)	628 (19,3%)
zwei bis fünf	1954 (63,8%)	126 (66,7%)	2080 (64,0%)
sechs bis zwölf	363 (11,9%)	38 (20,1%)	401 (12,3%)
mehr als zwölf	132 (4,3%)	9 (4,8%)	141 (4,3%)
	3061 (100%)	189 (100%)	3250 (100%)
ohneCIDI+= Alle Screening-Teilnehmer ohne Scr+CIDI+; Scr+CIDI+= CIDI-Diagnose somatoforme Störung			

Der Mann-Whitney-U-Test zeigte einen signifikanten Unterschied ($p < 0,01$ und $U = -4,417$) in der Anzahl der Hausarztkontakte zwischen den Gruppen „ohneCIDI+“ und „Scr+CIDI+“. Hausarztpatienten mit somatoformer Störung nahmen tendenziell mehr Hausarztkontakte in Anspruch, wobei sich in der besonders hoch frequentierten Gruppe der Patienten mit mehr als zwölf Kontakten in sechs Monaten kaum Unterschiede zwischen den Gruppen zeigten und in dem Bereich mit mindestens sechs Kontakten in sechs Monaten insgesamt ein Unterschied von 8,7% zu verzeichnen war (siehe Tabelle 11).

3.3.4 Hausarzt-Kommunikation

Tabelle 12: Anzahl und Anteil der Hausarztpatienten, die in einer bestimmten Häufigkeit mit ihrem Hausarzt über psychische Beschwerden und private Probleme sprechen

	Gruppe „ohneCIDI+“	Gruppe „Scr+CIDI+“	Insgesamt
nie	842 (27,8%)	18 (9,6%)	860 (26,7%)
sehr selten	819 (27,0%)	35 (18,6%)	854 (26,5%)
manchmal	980 (32,3%)	73 (38,8%)	1053 (32,7%)
oft	189 (6,2%)	30 (16,0%)	219 (6,8%)
sehr oft	72 (2,4%)	12 (6,4%)	84 (2,6%)
immer	128 (4,2%)	20 (10,6%)	148 (4,6%)
	3030 (100%)	188 (100%)	3218 (100%)
ohneCIDI+= Alle Screening-Teilnehmer ohne Scr+CIDI+; Scr+CIDI+= CIDI-Diagnose somatoforme Störung			

Die Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung sprachen häufiger mit ihrem Hausarzt über psychische Beschwerden und private Probleme als die Patienten ohne somatoforme Störung (siehe Abbildung 10). Über die Hälfte (54,8%) der Patienten ohne somatoforme Störung redete nie oder sehr selten mit ihrem Hausarzt über solche Themen, bei den Patienten mit somatoformer Störung war es weniger als ein Drittel (28,2%). In den drei höchsten Kategorien oft, sehr oft und immer sah das Verhältnis anders aus, nur 12,8% der Patienten ohne somatoforme Störung sprachen in dieser Häufigkeit über die Themen mit ihrem Hausarzt, bei den Patienten mit somatoformer Störung waren es hingegen 33,0% (siehe Tabelle 12).

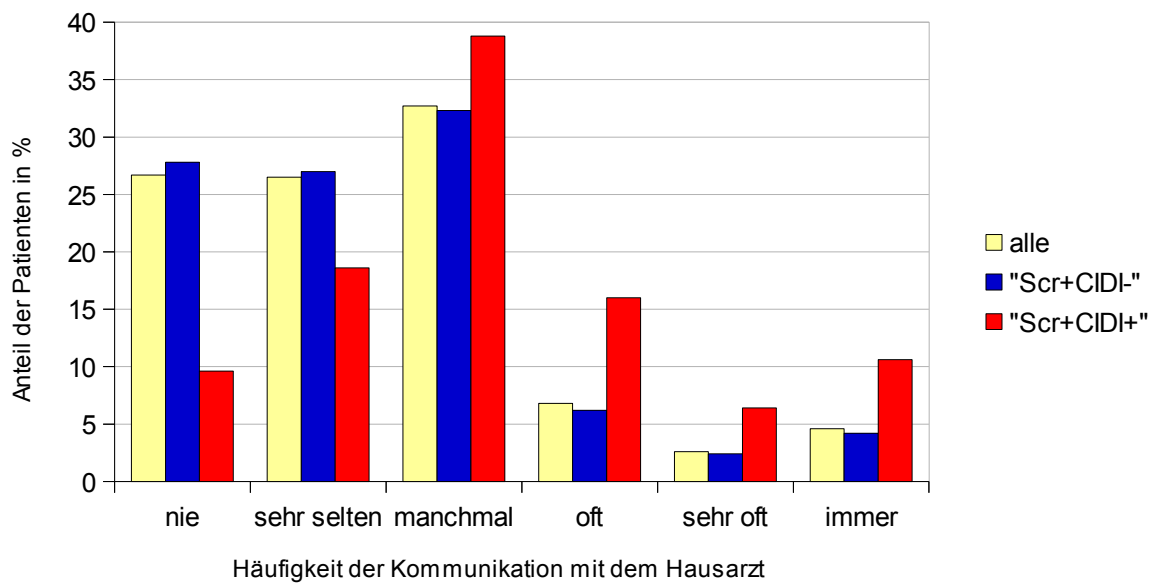


Abbildung 10: Verteilung der Häufigkeit der Kommunikation mit dem Hausarzt über psychische Beschwerden und private Probleme

Der Mann-Whitney-U-Test zeigte einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen „Scr+CIDI+“ und „ohneCIDI+“ in Bezug auf die Häufigkeitsverteilung der Kommunikation mit dem Hausarzt über psychische Beschwerden und private Probleme ($p < 0,01$ und $U = -8,350$).

3.4 Frage 3: Wie unterscheidet sich das Inanspruchnahmeverhalten der Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung von dem der Hausarztpatienten ohne somatoforme Störung aber mit Körperbeschwerden?

In dieser Fragestellung wurde das Inanspruchnahmeverhalten der Hausarztpatienten mit Körperbeschwerden und ohne somatoforme Störung (Gruppe „Scr+CIDI-“) in verschiedenen Bereichen untersucht. Dazu zählten die stationäre, die ambulante ärztliche und psychotherapeutische sowie die ambulante unterstützende Versorgung, die Medikamenteneinnahme und Verschiedenes aus dem Bereich Pflege und Soziales. Außerdem wurden diese Ergebnisse mit den Ergebnissen der Untersuchung der Hausarztpatienten mit somatoformer Störung (Gruppe „Scr+CIDI+“) mit Hilfe des Chi-Quadrat-Tests und des Mann-Whitney-U-Tests verglichen und auf signifikante Unterschiede untersucht. Das Signifikanzniveau wurde auf $p = 0,05$ festgelegt.

Beim Vergleich der Gruppen „Scr+CIDI+“ und „Scr+CIDI-“ fiel auf, dass es in den untersuchten Bereichen der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nur wenige signifikante Unterschiede gab (siehe Tabelle 13). Grundlegend unterschieden sich die Gruppen in Bezug auf das Vorliegen einer somatoformen Störung sowie im Altersdurchschnitt und in der Ängstlichkeit (siehe Stichprobenbeschreibung Abbildung 3). Die Patienten der Gruppe „Scr+CIDI+“ waren im Durchschnitt jünger und ängstlicher als die Patienten der Gruppe „Scr+CIDI-“.

Tabelle 13: Überblick über die Inanspruchnahme (über einen Zeitraum von sechs Monaten) der Gruppen „Scr+CIDI+“ und „Scr+CIDI-“ und die Signifikanz der Unterschiede

	Gruppe „Scr+CIDI+“	Gruppe „Scr+CIDI-“	Statistische Kennwerte	
			p-Wert	Chi ²
Stationäre Versorgung				
Anteil der Patienten mit mindestens einem Klinikaufenthalt	25,4%	29,8%	0,433	0,616
Anteil der Patienten in einem Allgemeinen Krankenhaus	21,2% (MW 2,2 Tage und SD 7,1)	24,5% (MW 2,6 Tage und SD 9,3)	0,529	0,396
Anteil der Patienten in einer Psychiatrischen Klinik	0,5%	5,3%	0,008	6,941
Anteil der Patienten in einer Psychosomatischen Klinik	3,7%	0	0,059	3,570
Anteil der Patienten in einer Einrichtung zur Rehabilitation	4,8%	2,1%	0,280	1,166
Ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung				
<u>Anzahl an Hausarztkontakten</u>			0,506	U = -0,665
einmal	8,5%	11,8%		
zwei- bis fünfmal	66,6%	57,0%		
sechs- bis zwölfmal	20,1%	21,5%		
mehr als zwölfmal	4,8%	9,7%		
<u>Kommunikation mit dem Hausarzt über psychische Beschwerden und private Probleme</u>			0,357	U = -0,920
nie und sehr selten	9,6% und 18,6%	3,2% und 20,4%		
manchmal und oft	38,8% und 16,0%	40,9% und 16,1%		
sehr oft und immer	6,4% und 10,6%	7,5% und 11,8%		

Anteil der Patienten aktuell in Psychotherapie	23,8%	20,7%	0,554	0,351
Anteil der Patienten nicht in Psychotherapie, die nach einer suchen	26,4%	16,4%	0,100	2,705
Anzahl aller Arztkontakte MW (SD)	16 (11,8)	12 (15,4)	0,0003	U = -3,662
Medikamenteneinnahme				
Einnahme von Medikamenten gegen Stress, Angst oder Depression	30,9%	27,7%	0,575	0,314
Einnahme von Schmerzmedikamenten	39,3%	36,2%	0,613	0,256
Einnahme von Medikamenten	94,8%	75,5%	0,000	23,107
Anzahl an verschiedenen Medikamenten MW (SD)	4 (SD 2,7)	3 (SD 2,6)	0,003	U = -3,007
und Median (25. und 75. Perzentile)	3 (2,0 und 5,5)	3 (0,75 und 5,0)		
Pflege und Soziales				
Anteil der berufstätigen Patienten	52,4%	50,6%	0,794	0,068
Anteil der Patienten mit Rentenbezug	26,0%	30,3%	0,480	0,499
Anteil der berufstätigen Patienten bis 65 Jahre	62,1%	64,5%	0,535	0,384
Anteil der Rente beziehenden Patienten bis 65 Jahre	13,7%	11,7%	0,689	0,160
Anteil der Patienten mit mindestens einem Kontakt zum Pflegedienst	3,3%	4,7%	0,573	0,318
Anteil der Patienten mit mindestens einmal Unterstützung durch das soziale Umfeld	28,7%	16,9%	0,039	4,270
Scr+CIDI+= CIDI-Diagnose somatoforme Störung; Scr+CIDI-= CIDI-Diagnose keine somatoforme Störung; U= Teststatistik Mann-Whitney-U-Test; MW= Mittelwert; SD= Standard-Abweichung				

3.4.1 Stationäre Versorgung

Die Hausarztpatienten ohne somatoforme Störung aber mit Körperbeschwerden unterschieden sich in der Inanspruchnahme von stationären Gesundheitsleistungen nur wenig von Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung. Die einzigen signifikanten Unterschiede zeigten sich im Aufenthalt in einer psychiatrischen Klinik, in der Patienten ohne somatoforme Störung signifikant häufiger zu finden waren (siehe Tabelle 13).

3.4.2 Ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung

In der ambulanten Versorgung traten mehr Unterschiede zwischen den Gruppen zu Tage als in der stationären Versorgung. Sowohl die Anzahl an Arztkontakten (siehe Tabelle 13) als auch ihre Häufigkeitsverteilung (siehe Abbildung 11) unterschieden sich signifikant.

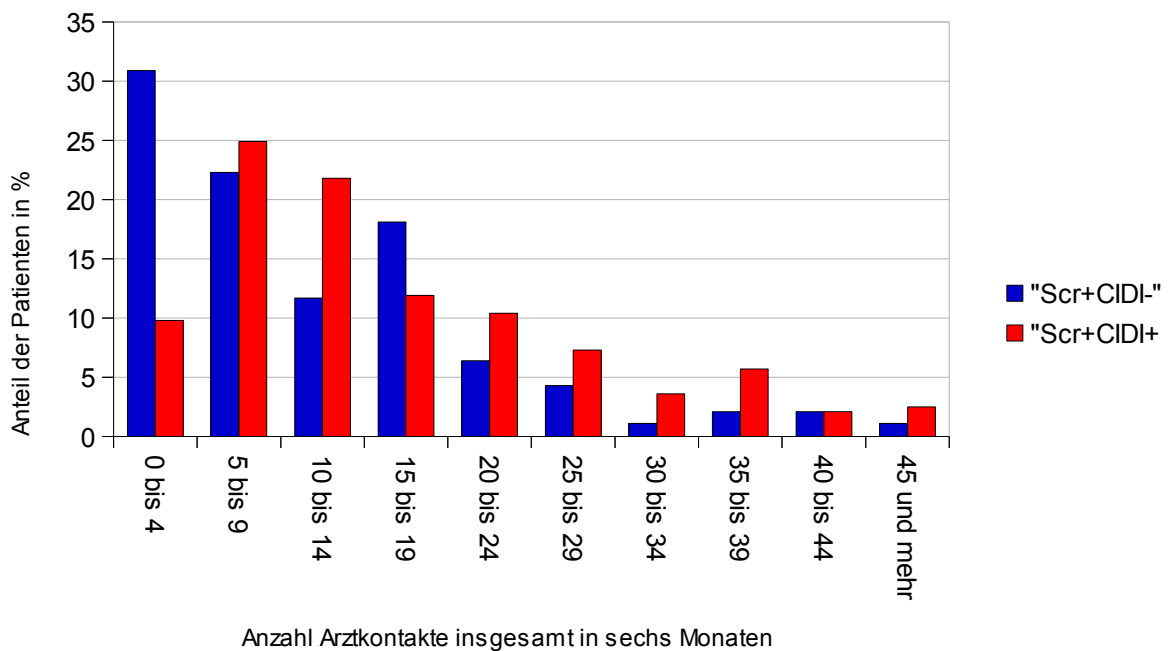


Abbildung 11: Anzahl der Arztkontakte insgesamt in sechs Monaten von Patienten der Gruppen "Scr+CIDI-" und „Scr+CIDI+“

Des Weiteren fielen signifikante Unterschiede in der Kontaktaufnahme zu den Ärzten verschiedener Fachrichtungen auf (siehe Abbildung 12). Besonders auffällig waren die Kontakte zur Allgemeinmedizin, Zahnmedizin und Gynäkologie.

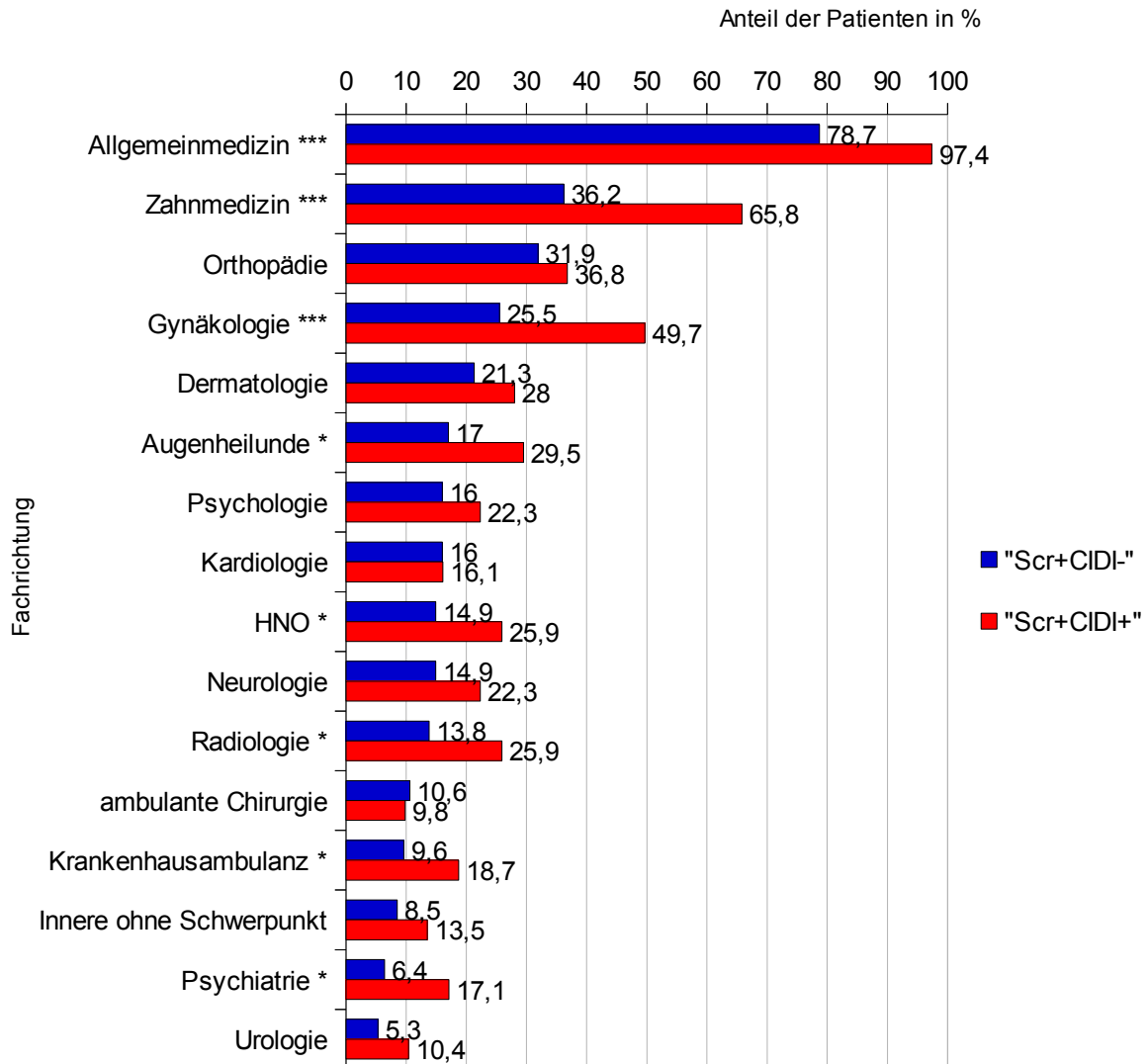


Abbildung 12: Anteil der Patienten mit mindestens einem Kontakt in sechs Monaten zur angegebenen Fachrichtung. * $p < 0,05$, ** $p < 0,01$, *** $p < 0,001$

Tabelle 14: Statistische Kennzahlen zu Abbildung 12

	p-Wert	Chi ²
Allgemeinmedizin	0,000	27,756
Zahnmedizin	0,000	22,538
Orthopädie	0,417	0,658
Gynäkologie	0,000	15,227
Dermatologie	0,223	1,484
Augenheilkunde	0,022	5,218
Psychologie	0,211	1,567
Kardiologie	0,982	0,001
HNO	0,035	4,425
Neurologie	0,141	2,167
Radiologie	0,020	5,381
Ambulante Chirurgie	0,834	0,044
Krankenhausambulanz	0,047	3,941
Innere Medizin ohne Schwerpunkt	0,222	1,490
Psychiatrie	0,013	6,181
Urologie	0,155	2,022

Bei einer Betrachtung der Inanspruchnahme von ambulanten Gesundheitsleistungen fallen verschiedene Punkte in Bezug auf das Alter der Patienten auf. Diese sollen in den folgenden Absätzen im Rahmen einer deskriptiven Zusatzanalyse wiedergegeben werden.

Insgesamt gehen in fast jeder Altersgruppe (siehe Tabelle 15) mehr Patienten zu den Ärzten der verschiedenen untersuchten Fachrichtungen, wenn bei ihnen eine somatoforme Störung festgestellt wurde und sie hatten in der Regel im Mittelwert mehr Kontakte in sechs Monaten. Außerdem gab es bei den Mittelwerten der Arztkontakte insgesamt einen Unterschied: In der Gruppe „Scr+CIDI+“ variierten sie kaum zwischen den vier Altersklassen, in der Gruppe „Scr+CIDI-“ hingegen gab es deutliche Veränderungen (siehe Tabelle 15).

Zum Zahnarzt gingen in beiden Gruppen vor allem die Patienten der mittleren Altersgruppen, also von 31 bis 65 Jahren, besonders häufig. Zum Gynäkologen gingen vor

allem die Patienten der jüngeren Gruppe und mit steigendem Alter weniger Patienten. Einen ähnlichen Trend sah man beim Kontakt zu Psychologen und Psychotherapeuten: Je jünger die Patienten waren, desto mehr von ihnen hatten Kontakt zu dieser Fachrichtung. Vor allem bei den Patienten bis 30 Jahre und bei den Patienten über 65 Jahren gab es jedoch kaum Unterschiede zwischen den beiden Gruppen „Scr+CIDI+“ und „Scr+CIDI-“. Zum Orthopäden hatten in beiden Diagnosegruppen die Patienten mit steigendem Alter mehr Kontakt, wobei vor allem von den Patienten der Gruppe „Scr+CIDI+“ schon in jüngerem Alter mehr Kontakt zum Orthopäden hatten und es sich in höherem Alter anglich. In Bezug auf den Kontakt zu Psychiatern lässt sich in beiden Diagnosegruppen ein Altersmaximum von 51 bis 65 Jahren erkennen. Die Konsultation von Neurologen bleibt in der Gruppe „Scr+CIDI+“ konstant, die Gruppe „Scr+CIDI-“ gleicht sich mit steigendem Alter und steigenden Kontaktrafen der Gruppe „Scr+CIDI+“ an. Radiologen werden von der Gruppe „Scr+CIDI+“ mit steigendem Alter häufiger besucht, in der Gruppe „Scr+CIDI-“ haben vor allem Patienten mittleren Alters am meisten Kontakt zu Radiologen.

Tabelle 15: Anteil der Patienten der Gruppen „Scr+CIDI+“ und „Scr+CIDI-“, die in sechs Monaten mindestens einmal Kontakt zur angegebenen Fachrichtung hatten (obere Zeile) sowie der Mittelwert der Anzahl an Kontakten der jeweiligen Patienten zu der Fachrichtung (untere Zeile)

	18 bis 30 Jahre		31 bis 50 Jahre		51 bis 65 Jahre		Über 65 Jahre	
	CIDI - n= 15	CIDI + n= 44	CIDI - n= 34	CIDI + n= 73	CIDI - n= 22	CIDI + n= 46	CIDI - n= 23	CIDI + n= 30
Allgemein- medizin	86,7% 5,1	97,7% 6,4	73,5% 5,1	97,3% 6,8	90,9% 7,3	95,7% 6,6	69,6% 3,7	96,7% 5,7
Zahnmedizin	33,3% 0,7	56,8% 1,6	32,4% 0,8	75,3% 1,9	50,0% 1,0	65,2% 2,0	30,4% 0,6	56,7% 1,1
Gynäkologie	40,0% 0,8	61,4% 1,0	29,4% 0,5	61,6% 1,0	22,7% 0,3	37,0% 0,5	13,0% 0,2	23,3% 0,3
Orthopädie	13,3% 0,8	25,0% 0,5	32,4% 1,7	37,0% 1,6	36,4% 1,3	43,5% 1,7	39,1% 1,0	43,3% 1,9
Radiologie	6,7% 0,1	20,5% 0,3	14,7% 0,5	27,4% 0,3	22,7% 0,5	26,1% 0,6	8,7% 0,1	30,0% 0,4
Neurologie	0	20,5% 0,6	11,8% 0,3	24,7% 0,5	22,7% 0,5	21,7% 0,5	21,7% 0,7	20,0% 0,4
Psychiatrie	0	18,2% 1,3	5,9% 0,3	15,1% 0,5	13,6% 0,6	28,3% 0,9	4,3% 0,3	3,3% 0,3
Psychologie	26,7% 2,3	27,3% 3,1	20,6% 2,9	27,4% 3,0	13,6% 1,7	21,7% 3,0	4,3% 1,0	3,3% 0,3
Arztkontakte insgesamt	9,1	15,5	12,0	15,9	17,2	17,8	9,8	15,5
Scr+CIDI+= CIDI-Diagnose somatoforme Störung; Scr+CIDI-= CIDI-Diagnose keine somatoforme Störung; CIDI - = CIDI-Diagnostik negativ; CIDI + = CIDI-Diagnostik positiv; n= Anzahl; MW= Mittelwert								

3.4.3 Ambulante unterstützende Versorgung

In der ambulanten unterstützenden Versorgung zeigten sich keine signifikanten Unterschiede, ob eine Therapieform in Anspruch genommen wurde oder nicht. In der Gruppe „Scr+CIDI-“ waren die beiden am häufigsten genannten Therapieformen die Krankengymnastik (21,3%, im Durchschnitt 19,7 Termine) und die Massage/ Lymphdrainage (10,6%, im Durchschnitt 21,3 Termine). Einen Heilpraktiker besuchten 7,6% der Patienten in sechs Monaten mindestens einmal, Sport- und Bewegungstherapie nahmen 5,1%, Wärme-, Kälte- oder Wassertherapie 3,8% und Osteopathie 2,5% in Anspruch. Die anderen abgefragten Angebote (Selbsthilfegruppe, Ergo- und Arbeitstherapie, Akupunktur, Inhalation und Reizstromtherapie) wurden von maximal einem Patienten wahrgenommen.

3.4.4 Medikamenteneinnahme

27,7% der Patienten der Gruppe „Scr+CIDI-“ nahmen in sechs Monaten mindestens einmal Medikamente gegen Stress, Angst oder Depression ein, 36,2% gegen Schmerzen und 75,5% nahmen regelmäßig oder bei Bedarf Medikamente ein. In der Einnahme von Medikamenten gab es zwischen den beiden Gruppen „Scr+CIDI-“ und „Scr+CIDI+“ nur signifikante Unterschiede in der allgemeinen Einnahme von Medikamenten ($p < 0,001$) (siehe Tabelle 13) sowie in der Verteilung der Anzahl an eingenommenen Medikamenten ($p < 0,01$) (siehe Abbildung 13).

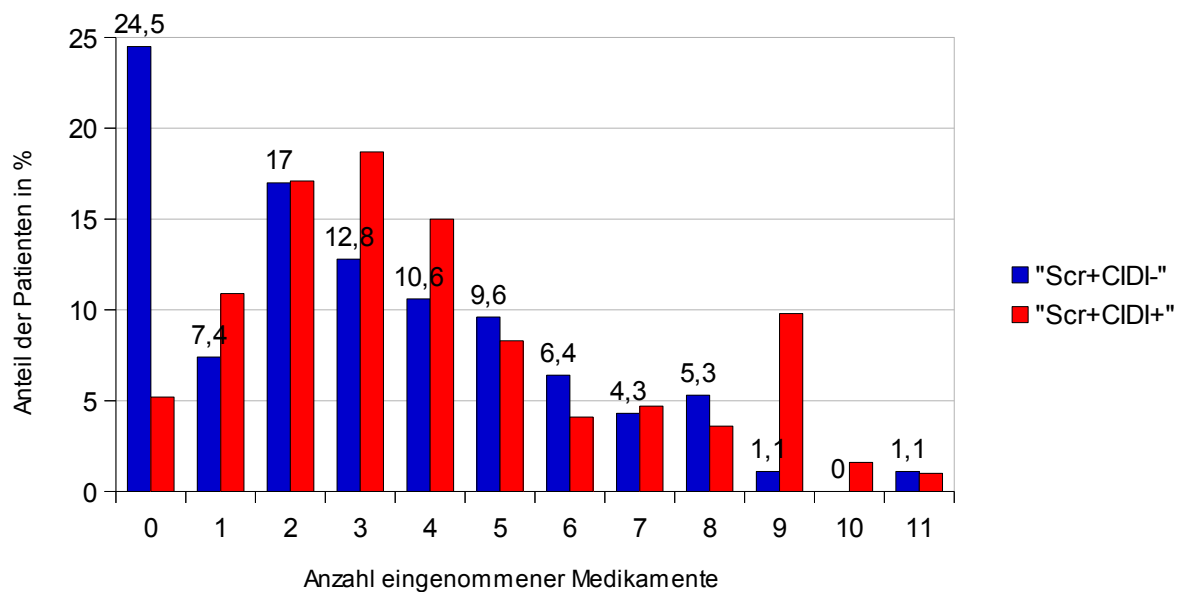


Abbildung 13: Anzahl an in sechs Monaten eingenommenen Medikamenten von Patienten der Gruppe „Scr+CIDI-“. (Für Werte Gruppe „Scr+CIDI+“ siehe Abbildung 8)

3.4.5 Pflege und Soziales

Die Hälfte der Hausarztpatienten mit Körperbeschwerden und ohne somatoforme Störung war berufstätig und fast ein Drittel bezog eine Rente. Fast ein Viertel war älter als 65 Jahre, das waren 9% mehr als in der Gruppe „Scr+CIDI+“, was beim Vergleich der beiden Gruppen in diesem Abschnitt wichtig war. Auch bei einer getrennten Betrachtung der Patienten über und unter 65 Jahren gab es in Hinblick auf den Bezug von Rente und auf die Berufstätigkeit keine signifikanten Unterschiede.

13,2% der Hausarztpatienten der Gruppe „Scr+CIDI-“ bezogen eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit oder -minderung, 15,8% eine Ruhestands-Rente und 1,3% erhielten aus anderen Gründen eine Rente. In dieser Verteilung gab es ebenfalls keine signifikanten Unterschiede zur Gruppe „Scr+CIDI+“.

Im Alltag konnten die Patienten von einem Pflegedienst oder ihrem sozialen Umfeld unterstützt werden. Von den Hausarztpatienten der Gruppe „Scr+CIDI-“ hatten in sechs Monaten 4,7% mindestens einmal Kontakt zu einem Pflegedienst, diese Patienten erhielten im Durchschnitt an 97 Tagen in sechs Monaten eine Unterstützung von zwei bis vier Stunden am Tag. Der Unterschied zur Gruppe „Scr+CIDI+“ war hier nicht signifikant, im Gegensatz zur Unterstützung durch das soziale Umfeld. Die Hausarztpatienten ohne somatoforme Störung nahmen diese signifikant weniger in Anspruch. 16,9% der Patienten benötigten mindestens einmal in sechs Monaten diese Form der Unterstützung und zwar im Durchschnitt an 27 Tagen in sechs Monaten und drei Stunden pro Tag. Bei den Patienten der Gruppe „Scr+CIDI+“ waren es 28,7% und 32 Tage in sechs Monaten mit vier Stunden pro Tag.

3.5 Frage 4: Was für Auswirkungen haben die Symptomstärke der Körperbeschwerden und die Selbstwahrnehmung des Gesundheitszustandes auf das Inanspruchnahmeverhalten?

Die vierte Fragestellung befasste sich mit dem Einfluss von ausgewählten Variablen auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung (Gruppe „Scr+CIDI+“). Es wurden die Symptomstärke der Körperbeschwerden in Form der Höhe des PHQ-15-Scores und die Höhe der EQ-VAS für die Selbstwahrnehmung des Gesundheitszustandes als Prädiktoren untersucht sowie verschiedene Variablen, die für die allgemeine Beschreibung der Stichgruppe wichtig waren, wie Alter, Geschlecht, Depression und Ängstlichkeit. Dies geschah in Form einer logistischen Regression, bei der die Inanspruchnahme als abhängige Variable in folgenden Bereichen analysiert wurde: stationäre Versorgung, ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung, ambulante unterstützende Versorgung, Medikamenteneinnahme und Unterstützung durch das soziale Umfeld.

3.5.1 Stationäre Versorgung

25,4% der Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung waren in einem Zeitraum von sechs Monaten mindestens einmal zur voll- oder teilstationären Versorgung in einem Allgemeinen Krankenhaus, einer psychiatrischen Klinik, einer Klinik für Psychosomatik oder einer Einrichtung zur Rehabilitation (siehe Kapitel 3.2.1).

In einer binär logistischen Regression (siehe Tabelle 16) wurden die Einflüsse der verschiedenen Variablen Alter, Geschlecht, Depression, Ängstlichkeit, Stärke der Körperbeschwerden und Selbstwahrnehmung des Gesundheitszustandes auf die Inanspruchnahme der oben genannten Versorgungsleistungen untersucht. R^2 nach Nagelkerke betrug unter Berücksichtigung aller untersuchten Prädiktoren 10,4% ($p = 0,03$). Das Ergebnis zeigte ausschließlich einen signifikanten Einfluss der Selbstwahrnehmung des Gesundheitszustandes, ob ein Patient sich in einer dieser Einrichtungen behandeln ließ oder nicht. Je niedriger der Gesundheitszustand eingeschätzt wurde, desto häufiger wurde eine stationäre Versorgung in Anspruch genommen (OR = 0,977; CI 95% 0,957-0,998; $p < 0,05$).

Tabelle 16: Binär logistische Regression zur Assoziation verschiedener Prädiktoren zur Inanspruchnahme von stationärer Versorgung durch Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung

	Block 1			Block 2			Block 3			Block 4			Block 5			Block 6		
	OR	CI		OR	CI		OR	CI		OR	CI		OR	CI		OR	CI	
		von	bis		von	bis		von	bis		von	bis		von	bis		von	bis
Alter	1,020 *	1,001	1,040	1,018	0,998	1,038	1,018	0,998	1,038	1,016	0,996	1,036	1,014	0,994	1,035	1,008	0,987	1,030
Geschlecht				1,754	0,786	3,913	1,753	0,786	3,910	1,732	0,773	3,877	1,785	0,790	4,032	1,582	0,683	3,661
PHQ-9							1,003	0,943	1,067	1,036	0,949	1,130	1,024	0,937	1,119	1,013	0,925	1,109
GAD-7										0,950	0,862	1,047	0,952	0,864	1,049	0,944	0,854	1,043
PHQ-15													1,077	0,976	1,189	1,061	0,958	1,174
EQ-VAS																0,977 *	0,957	0,998
R ²	0,032*			0,046*			0,046			0,054			0,070			0,104*		

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001; OR= Odds Ratio; CI= Konfidenzintervall 95%; PHQ-9 und GAD-7 siehe Abkürzungsverzeichnis; R²= R² nach Nagelkerke

3.5.2 Ambulante ärztliche und psychotherapeutische Versorgung

Es wurde untersucht, welche Variablen eine Assoziation zur Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher und psychotherapeutischer Versorgung (siehe Kapitel 3.2.2) haben. Dafür wurden die Patienten in zwei Gruppen aufgeteilt: In der einen Gruppe waren diejenigen, die seltener als der Durchschnitt in sechs Monaten bei einem Arzt waren und in der anderen Gruppe diejenigen, die häufiger als der Durchschnitt beim Arzt waren. 35,8% der Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung waren in sechs Monaten häufiger als der Mittelwert von 16,2 Malen bei Ärzten, also 17 Mal und häufiger. Als Prädiktoren mit einem potentiellen Zusammenhang wurden die gleichen Variablen wie in Kapitel 3.5.1 mit Hilfe einer binär logistischen Regression untersucht. R^2 nach Nagelkerke betrug unter Berücksichtigung aller hier untersuchten Prädiktoren 9,7% ($p = 0,03$). Die einzige untersuchte Variable mit einer signifikanten Assoziation zur überdurchschnittlichen Inanspruchnahme von ambulanter ärztlicher und psychotherapeutischer Versorgung war die Selbstwahrnehmung des Gesundheitszustandes (siehe Tabelle 17). Je niedriger der Gesundheitszustand eingeschätzt wurde, desto wahrscheinlicher wurde eine solche Versorgung in Anspruch genommen (OR = 0,977; CI 95% 0,958-0,996; $p < 0,05$).

3.5.3 Ambulante unterstützende Versorgung

Die Assoziation der in Kapitel 3.5.1 und Kapitel 3.5.2 untersuchten Prädiktoren zur Inanspruchnahme ambulanter unterstützender Versorgung wurde ebenfalls mit einer binär logistischen Regression untersucht. Dafür wurden die Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung in zwei Gruppen aufgeteilt: Patienten, die ambulante unterstützende Versorgung in einem Zeitraum von sechs Monaten in Anspruch nahmen und Patienten, die sie nicht in Anspruch nahmen. 44,8% der Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung benötigten in sechs Monaten ambulante unterstützende Versorgung.

Die logistische Regression zeigte keinen signifikanten Zusammenhang zwischen den untersuchten Variablen und der Inanspruchnahme von ambulanter unterstützender Versorgung durch Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung. Das R^2 nach Nagelkerke betrug bei Berücksichtigung aller untersuchten Prädiktoren nur 5,9% ($p = 0,19$). Die Gesamtvarianzaufklärung durch dieses Modell war also nicht signifikant.

Tabelle 17: Binär logistische Regression zur Assoziation verschiedener Prädiktoren zur überdurchschnittlichen Inanspruchnahme von ambulanten Arztkontakten durch Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung

	Block 1			Block 2			Block 3			Block4			Block 5			Block 6		
	OR	CI		OR	CI		OR	CI		OR	CI		OR	CI		OR	CI	
		von	bis		von	bis		von	bis		von	bis		von	bis		von	bis
Alter	1,007	0,989	1,024	1,008	0,990	1,026	1,010	0,992	1,029	1,009	0,991	1,028	1,008	0,990	1,027	1,002	0,982	1,021
Geschlecht				0,729	0,328	1,618	0,708	0,315	1,589	0,703	0,313	1,581	0,709	0,315	1,594	0,631	0,274	1,456
PHQ-9							1,072	1,012	1,136	1,093	1,009	1,185	1,089	1,003	1,181	1,074	0,989	1,168
							*			*			*					
GAD-7										0,969	0,887	1,059	0,969	0,886	1,059	0,963	0,879	1,054
PHQ-15													1,033	0,945	1,130	1,018	0,928	1,116
EQ-VAS																0,977	0,958	0,996
																*		
R ²	0,004			0,008			0,049			0,052			0,056			0,097*		

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001; OR= Odds Ratio; CI= Konfidenzintervall 95%; PHQ-9 und GAD-7 siehe Abkürzungsverzeichnis; R²= R² nach Nagelkerke

3.5.4 Medikamenteneinnahme

Zur Untersuchung der Assoziation der in diesem Kapitel untersuchten Variablen mit der Medikamenteneinnahme wurden die Hausarztpatienten mit somatoformer Störung in zwei Gruppen eingeteilt: In der einen Gruppe waren die Patienten, die in sechs Monaten mehr verschiedene Medikamente einnahmen als der Durchschnitt von 4,05, also alle Patienten, die fünf oder mehr verschiedene Medikamente einnahmen, und in der anderen Gruppe waren die Patienten, die weniger verschiedene Medikamente einnahmen als der Durchschnitt, also null bis vier verschiedene. 33,2% der Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung nahmen in sechs Monaten mehr verschiedene Medikamente ein als der Mittelwert von 4,05.

Der Zusammenhang der Variablen mit der Zugehörigkeit zu einer der beiden gebildeten Gruppen wurde erneut mit Hilfe einer binär logistischen Regression berechnet (siehe Tabelle 18). Ausschließlich ein höheres Alter des Patienten zeigte sich als signifikanter Risikofaktor für eine erhöhte Medikamenteneinnahme (OR = 1,049; CI 95% 1,026-1,073; $p < 0,001$). Das R^2 nach Nagelkerke betrug bei Berücksichtigung aller Prädiktoren 18,5%. Es betrug jedoch bereits bei der alleinigen Betrachtung des Alters der Patienten 17,0%, durch die weiteren Prädiktoren ergab sich also nur eine geringfügige weitere Aufklärung der Gesamtvarianz durch dieses Modell.

3.5.5 Unterstützung durch das soziale Umfeld

28,7% der Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung nahmen in sechs Monaten mindestens einmal Unterstützung durch ihr soziales Umfeld in Anspruch. In einer binär logistischen Regression zeigte sich, dass keiner der untersuchten Prädiktoren (wie in Kapitel 3.5.1 bis 3.5.4) eine signifikante Assoziation zur Unterstützung durch das soziale Umfeld hatte. Das R^2 nach Nagelkerke betrug bei Berücksichtigung aller untersuchten Prädiktoren nur 4,5% ($p = 0,45$). Die Gesamtvarianzaufklärung durch dieses Modell war also nicht signifikant.

Tabelle 18: Binär logistische Regression zur Assoziation verschiedener Prädiktoren zur Medikamenteneinnahme durch Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung

	Block 1			Block 2			Block 3			Block 4			Block 5			Block 6		
	OR	CI		OR	CI		OR	CI		OR	CI		OR	CI		OR	CI	
		von	bis		von	bis		von	bis		von	bis		von	bis		von	bis
Alter	1,049 ***	1,028	1,070	1,050 ***	1,028	1,072	1,052 ***	1,030	1,074	1,051 ***	1,029	1,074	1,051 ***	1,029	1,074	1,049 ***	1,026	1,073
Geschlecht				0,838	0,364	1,931	0,833	0,362	1,917	0,830	0,360	1,914	0,831	0,360	1,917	0,804	0,345	1,874
PHQ-9							1,038	0,978	1,103	1,044	0,958	1,138	1,041	0,954	1,136	1,037	0,949	1,132
GAD-7										0,991	0,899	1,093	0,992	0,900	1,093	0,991	0,899	1,092
PHQ-15													1,020	0,928	1,122	1,016	0,923	1,119
EQ-VAS																0,994	0,974	1,014
R ²	0,170***			0,172***			0,181***			0,181***			0,182***			0,185***		

* p<0,05 ** p<0,01 *** p<0,001; OR= Odds Ratio; CI= Konfidenzintervall 95%; PHQ-9 und GAD-7 siehe Abkürzungsverzeichnis; R²= R² nach Nagelkerke

4. Diskussion

Nach einem kurzen Überblick über die Studie und die Ergebnisse werden die Hypothesen einzeln überprüft. Im Anschluss daran werden die Ergebnisse hypothesenübergreifend nach inhaltlichen Aspekten dargestellt und diskutiert. Darauf folgen eine Übersicht über die Stärken und Schwächen sowie eine Zusammenfassung mit Ausblick.

4.1 Überblick

Um das Inanspruchnahmeverhalten von Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung zu untersuchen, wurden in Hamburg 3401 Hausarztpatienten erst mit Hilfe von Fragebögen und 287 von ihnen anschließend per Interview zu ihrem Gesundheitsverhalten befragt. Dabei wurden durch ein Screening mit dem PHQ-15, dem GAD-7 und dem PHQ-9 Patienten mit vermehrten Körperbeschwerden ermittelt und bei ihnen eine CIDI-Diagnostik zum Vorliegen einer somatoformen Störung durchgeführt. Des Weiteren beantworteten die Hausarztpatienten im Rahmen des Screenings und des Telefon-Interviews eine Reihe von Fragen zu ihrem Gesundheitszustand und ihrem Inanspruchnahmeverhalten. Um die Inanspruchnahme zu untersuchen, wurden verschiedene Bereiche abgefragt: die stationäre Versorgung, die ambulanten Arztkontakte, die Hausarztkontakte, die Inanspruchnahme von Psychotherapie, die Einnahme von Medikamenten, die Inanspruchnahme von ambulanter unterstützender Versorgung, wie zum Beispiel Physiotherapie, sowie die Inanspruchnahme von sozialer Unterstützung.

Im Screening fielen 536 von 3401 = 15,8% der Hausarztpatienten durch ihr Beschwerdemuster auf. Von ihnen nahmen 287 am Interview teil und 193 Patienten hatten eine somatoforme Störung (CIDI-positiv), das entspricht 67,3%. Insgesamt litten also 193 von 3401 = 5,7% der befragten Hausarztpatienten unter einer somatoformen Störung, wobei dieser Anteil in Wahrheit höher sein dürfte, da nicht alle Hausarztpatienten, die unter vermehrten Körperbeschwerden litten, für eine CIDI-Diagnostik zur Verfügung standen. Außerdem gibt es wie bei jedem Testinstrument bei der CIDI-Diagnostik falsch negative Patienten, die daraufhin nicht als Betroffene erfasst

wurden. Diese Ergebnisse stimmen mit verschiedenen Studienergebnissen zur Häufigkeit von somatoformen Störungen überein (Jacobi et al., 2014; Jacobi & Kessler-Scheil, 2013; Krannich et al., 2013; Wittchen & Jacobi, 2001).

Beim Vergleich der verschiedenen untersuchten Gruppen konnte man sehen, dass die Patienten mit einer somatoformen Störung im Durchschnitt signifikant jünger waren und ein größerer Anteil weiblich war. Laut einer Studie von Sauer und Eich (2009) liegt der Erkrankungsbeginn für eine somatoforme Störung bei 16 bis 30 Jahren. Das könnte das jüngere Alter der Patienten in der Gruppe mit einer somatoformen Störung erklären, da diese durch den frühen Erkrankungsbeginn bereits in einem jüngeren Alter Hilfe bei Ärzten suchen. Auch Jacobi et al. (2014) fanden heraus, dass junge Menschen häufiger von somatoformen Störungen betroffen sind als ältere Menschen. Außerdem kamen sie ebenfalls zu dem Ergebnis, dass Frauen häufiger betroffen sind als Männer. Das passt zu dem höheren Frauenanteil bei den Patienten mit einer somatoformen Störung in dieser Studie.

4.2 Hypothesen

Frage eins hat einen rein deskriptiven Ansatz und bildet die Grundlage für die Analysen der weiteren Fragestellungen. Sie wird deswegen in die einzelnen inhaltlichen Punkten integriert analysiert (siehe Kapitel 4.3 bis 4.10).

Die *Hypothese zu Frage zwei* „Hausarztpatienten mit somatoformer Störung nehmen mehr Medikamente gegen Angst, Depression, Stress und Schmerzen ein als Hausarztpatienten ohne somatoforme Störung und weisen eine höhere Anzahl an Hausarztkontakten auf.“ kann man insgesamt bestätigen. Sowohl in der Medikamenteneinnahme als auch in der Kontakthäufigkeit zum Hausarzt und in der Kommunikation mit ihm zeigten die Patienten mit einer somatoformen Störung eine erhöhte Inanspruchnahme im Vergleich zu den Patienten ohne somatoforme Störung.

Die *Hypothese zu Frage drei* „Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung nehmen mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch als Hausarztpatienten ohne soma-

toforme Störung aber mit Körperbeschwerden.“ kann nur eingeschränkt bestätigt werden. In der stationären Versorgung, den Hausarzt-Kontakten, der Einnahme von Schmerzmedikamenten sowie Medikamenten gegen Stress, Angst und Depression, der Inanspruchnahme von häuslicher Pflege und dem Bezug einer Rente gab es wider Erwarten keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen.

Bei der Betrachtung der ambulanten Arztkontakte zeigte sich, wie erwartet, dass bei allen Fachrichtungen die Patienten mit einer somatoformen Störung häufiger mindestens einen Termin aufwiesen, die Favorisierung der verschiedenen Fachrichtungen ähnelte sich hingegen sehr. Es nahmen nicht signifikant mehr Patienten mit einer somatoformen Störung eine Psychotherapie in Anspruch, aber sie suchten etwas häufiger nach einem Therapieplatz als die Patienten ohne somatoforme Störung aber mit vermehrten Körperbeschwerden. Außerdem nahm ein größerer Anteil von ihnen Medikamente ein und im Durchschnitt auch mehr verschiedene Medikamente als die Patienten ohne somatoforme Störung aber mit vermehrten Körperbeschwerden.

Ambulante unterstützende Versorgung wurde zwar von den Patienten mit einer somatoformen Störung etwas häufiger in Anspruch genommen, die Unterschiede waren jedoch nicht signifikant. Auch bei der Unterstützung durch das soziale Umfeld zeigten sich Unterschiede, von den Patienten mit einer somatoformen Störung benötigten signifikant mehr Personen Hilfe und auch zeitlich in einem größeren Umfang.

Die Annahme dieser Hypothese gilt also nur eingeschränkt und für einige Bereiche des Inanspruchnahmeverhaltens.

Die *Hypothese zu Frage vier* „Sowohl eine höhere Symptomstärke der Körperbeschwerden als auch eine niedrigere Selbstwahrnehmung des Gesundheitszustandes sind mit einer vermehrten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen assoziiert.“ kann ebenfalls nur für bestimmte Aspekte des Inanspruchnahmeverhaltens bestätigt werden. Es zeigte sich ausschließlich ein Zusammenhang zwischen der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes und der stationären Versorgung sowie der überdurchschnittlichen Anzahl an ambulanten Arztkontakten.

4.3 Stationäre Versorgung

25% der Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung wurden in sechs Monaten mindestens einmal im Krankenhaus, der Psychiatrie, einer psychosomatischen Klinik oder einer Einrichtung zur Rehabilitation behandelt. In einem allgemeinen Krankenhaus waren 20% von ihnen und sie blieben im Durchschnitt elf Tage dort. Von den Patienten, die zwar von auffällig vielen Körperbeschwerden berichteten, bei denen jedoch keine somatoforme Störung diagnostiziert wurde (siehe Abbildung 1), waren ähnlich viele in einem allgemeinen Krankenhaus und blieben dort auch ähnlich lange. Signifikante Unterschiede gab es in dem Anteil, der mindestens einmal in sechs Monaten in der Psychiatrie war, wobei in dieser Stichprobengruppe mehr Patienten ohne somatoforme Störung in der Psychiatrie waren.

Insgesamt waren die Fallzahlen im stationären Bereich außer im allgemeinen Krankenhaus so gering, dass schwer zu sagen ist, wie hoch die Inanspruchnahme von stationärer Versorgung wirklich ist und wie viele Tage die Verweildauer beträgt.

Eine Studie von Rattay et al. (2013) zeigte im Rahmen der DEGS (= Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland) in einer repräsentativen Stichprobe, dass sich 12,9% der Bevölkerung in einem Zeitraum von zwölf Monaten mindestens einmal in einem Akutkrankenhaus befanden. Bei den älteren Menschen waren es mehr, bei den über 70-Jährigen fast jeder Fünfte. Die durchschnittliche Krankenhausverweildauer betrug 9,7 Tage. Im Vergleich zu den Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung aus der vorliegenden Studie sind das deutlich weniger Patienten, die in einem Krankenhaus behandelt wurden, was zum einen dem Unterschied zwischen der Allgemeinbevölkerung und dem Kollektiv der Hausarztpatienten geschuldet sein kann, als auch wiederum zu dem Ergebnis von Barsky et al. (2005) passt, dass Patienten mit einer somatoformen Störung doppelt so oft in einem Krankenhaus behandelt werden wie Patienten ohne somatoforme Störung.

Entgegen der Annahme, dass Patienten mit einer somatoformen Störung häufiger stationäre Versorgung in Anspruch nehmen als Patienten ohne somatoforme Störung aber mit Körperbeschwerden (Gruppe „Scr+CIDI-“), gab es keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Die Ursache für die ähnliche Inanspruchnahme könnte darin begründet liegen, dass die Patienten aus beiden Gruppen unter auffälligen Körperbeschwerden litten und diese einen größeren Einfluss haben als

die somatoforme Störung. Dafür müsste man die beiden hier untersuchten Gruppen mit einer Gruppe von Patienten ohne somatoforme Störung und ohne Körperbeschwerden vergleichen. Einen Hinweis auf diese Einflussgröße liefern bereits mehrere Studien, in welchen eine größere Anzahl an verschiedenen Körperbeschwerden allgemein mit einer höheren Inanspruchnahme einherging (Mewes et al., 2008; Nanke & Rief, 2003).

4.4 Hausarztversorgung

Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung haben verhältnismäßig viel Kontakt zu ihrem Hausarzt, fast alle waren mindestens einmal in sechs Monaten dort, zwei Drittel von ihnen zwei bis fünf Mal in sechs Monaten. Das ist signifikant häufiger als bei den Hausarztpatienten, bei denen keine somatoforme Störung diagnostiziert wurde. In der Gruppe mit besonders hoher Inanspruchnahme (mehr als zwölf Kontakte in sechs Monaten) konnte man jedoch keinen signifikanten Unterschied in Bezug auf das Vorliegen einer somatoformen Störung feststellen. Beim Vergleich der Patienten mit einer somatoformen Störung mit den Patienten, die vermehrte Körperbeschwerden, aber keine somatoforme Störung aufwiesen, gab es in Bezug auf diesen Aspekt keine signifikanten Unterschiede.

Das passt zu der Erkenntnis von Al-Windi (2005), dass mehr Körperbeschwerden zu mehr Hausarztkontakten führen, und weist in die gleiche Richtung wie eine Studie von Rief et al. (2005), in deren Untersuchung die Patienten mit einem somatoformen Syndrom doppelt so viele Hausarztkontakte aufwiesen wie Patienten ohne somatoformes Syndrom.

Man kann in Bezug auf die Hausarztkontakte davon ausgehen, dass sowohl eine erhöhte Anzahl an Körperbeschwerden als auch eine somatoforme Störung zu gesteigerten Kontakten führen können. Bei der Anzahl an Hausarztkontakten könnte durchaus das Vorliegen von vermehrten Körperbeschwerden die entscheidende Beeinträchtigung darstellen und die bei einem Teil dieser Patienten zusätzliche somatoforme Störung eine eher untergeordnete Rolle spielen.

Ein Großteil der Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung redet mit seinem Hausarzt auch über psychische Beschwerden und private Probleme, nur 28% reden nie oder sehr selten darüber. Damit sprechen sie insgesamt häufiger mit ihrem Hausarzt über diese Themen als Patienten ohne somatoforme Störung, aber in einem ähnlichen Ausmaß wie die Hausarztpatienten, die zwar nicht unter einer somatoformen Störung, aber unter Körperbeschwerden leiden.

Diese Ergebnisse zeigen, dass der Hausarzt sowohl für Patienten mit somatoformer Störung als auch für Patienten mit vermehrten Körperbeschwerden einen wichtigen Gesprächspartner darstellt, der bei Körperbeschwerden und psychischen Beschwerden von vielen Patienten konsultiert wird. Bei dieser Untersuchung bleibt jedoch die Frage offen, ob in beiden Gruppen die vermehrten Körperbeschwerden für die veränderte Kommunikation im Vergleich zur Gruppe ohne Körperbeschwerden oder somatoforme Störung verantwortlich sind, oder ob es in der Gruppe „Scr+CIDI+“ (siehe Abbildung 1) in erster Linie an der somatoformen Störung und in der Gruppe „Scr+CIDI-“ an den vermehrten Körperbeschwerden liegt. Es besteht die Möglichkeit, dass das bloße Vorliegen von vermehrten Körperbeschwerden bereits zu einer erhöhten Kontaktfrequenz des Hausarztes und zu intensiverer Kommunikation mit ihm führt und die somatoforme Störung in Bezug auf diesen Bereich der Inanspruchnahme eher eine untergeordnete Rolle spielt.

4.5 Ambulante Arztkontakte

In der untersuchten Stichprobe gingen die Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung im Durchschnitt 16 Mal in sechs Monaten zum Arzt. Knapp die Hälfte von ihnen bewegte sich in einem Rahmen von fünf bis 14 Mal in *sechs* Monaten. Im Vergleich dazu gingen die Patienten ohne eine somatoforme Störung, die aber unter auffälligen Körperbeschwerden litten, signifikant weniger häufig zum Arzt, nämlich zwölf Mal in *sechs* Monaten. Diese Anzahl an Kontakten ist bedeutend höher als das Ergebnis einer Studie von Rattay et al. (2013), in deren Untersuchung im Rahmen der DEGS die Befragten 9,2 Arztkontakte in *zwölf* Monaten vorwiesen und diejenigen, die ihren eigenen Gesundheitszustand als mittelmäßig bis sehr schlecht beschrieben, von 15 Arztkontakten in *zwölf* Monaten berichteten.

Die Mittelwerte der Arztkontakte waren insgesamt bei den Hausarztpatienten mit vermehrten Körperbeschwerden aber ohne somatoforme Störung über das Alter hinweg nicht wie bei den Patienten mit somatoformer Störung konstant, sondern bei den Patienten zwischen 30 und 65 Jahren deutlich höher als bei den restlichen Patienten.

Daraus kann man schlussfolgern, dass Patienten mit einer somatoformen Störung häufiger zum Arzt gehen als die Patienten ohne somatoforme Störung und dass besonders die jungen und die alten Patienten mit einer somatoformen Störung verhältnismäßig häufiger als Patienten ohne somatoforme Störung aber mit vermehrten Körperbeschwerden einen Arzt aufsuchen.

Patienten mit einer somatoformen Störung gingen vor allem zum Hausarzt, zum Zahnarzt und zum Gynäkologen, gefolgt vom Orthopäden, Augenarzt und Hautarzt. Ungefähr ein Viertel von ihnen hatte in sechs Monaten mindestens einmal Kontakt zu einem Radiologen, etwas weniger konsultierten einen Neurologen und beim Psychiater waren nur 17% von ihnen. Die Patienten ohne somatoforme Störung, aber mit auffälligen Körperbeschwerden, hatten in allen Bereichen bis auf die ambulante Chirurgie weniger Kontakt zu den verschiedenen Ärzten. Hoch signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen gab es beim Kontakt zum Hausarzt, Zahnarzt und Gynäkologen, schwach signifikante beim Kontakt zu einem Psychiater und keinen signifikanten Unterschied im Bereich Orthopädie.

Wenn man diese Ergebnisse mit den Studienergebnissen von Rattay et al. (2013) vergleicht, gelangt man zu mehreren Ergebnissen. Es gibt große Gemeinsamkeiten zwischen den untersuchten Gruppen, denn die sechs häufigsten Fachrichtungen stimmen zwischen den Patienten mit einer somatoformen Störung, den Patienten mit Körperbeschwerden aber ohne somatoforme Störung und den von Rattay et al. (2013) befragten Personen komplett überein. Wenn man die Ergebnisse für den Kontakt zur Gynäkologie in dieser Studie so wie in der von Rattay et al. (2013) berechnet, indem man nur die weiblichen Patienten einbezieht, dann sind der Hausarzt, der Zahnarzt und der Frauenarzt bei allen drei Gruppen auf Platz eins bis drei. Beeindruckend ist, dass die Patienten mit einer somatoformen Störung bereits nach sechs Monaten ähnlich hohe oder sogar höhere Kontaktraten vorweisen als die Befragten von Rattay et al. (2013) (siehe Tabelle 19). Bei den Patienten mit Körperbeschwerden aber ohne somatoforme Störung erreichen die Kontaktraten zur Allgemeinmedizin, zur Orthopädie und zur Dermatologie nach sechs Monaten bereits das Niveau,

das die von Rattay et al. (2013) Befragten erst nach zwölf Monaten erreichen.

In Bezug auf den Kontakt zum Neurologen und Psychiater liegen die Patienten mit einer somatoformen Störung sowie die Patienten mit Körperbeschwerden bereits nach sechs Monaten weit über den Ergebnissen der von Rattay et al. (2013) Befragten, wobei die Differenz bei den Patienten mit einer somatoformen Störung größer ist. Diese Patienten waren nach sechs Monaten auch bereits häufiger beim Radiologen als die von Rattay et al. (2013) Befragten nach zwölf Monaten, die Patienten mit Körperbeschwerden waren absolut gesehen weniger bei dieser Fachrichtung, aber nach sechs Monaten fehlen ihnen nur 5,6% zum Ergebnis der von Rattay et al. (2013) Befragten nach zwölf Monaten.

Tabelle 19: Anteil der Patienten/ Befragten mit mindestens einem Kontakt zur angegebenen Fachrichtung in zwölf (Rattay et al., 2013) bzw. sechs Monaten

Befragte von Rattay et al. (2013)		Gruppe „Scr+CIDI+“		Gruppe „Scr+CIDI-“	
Allgemeinmedizin	79,4%	Allgemeinmedizin	97,4%	Allgemeinmedizin	78,7%
Zahnmedizin	71,7%	Zahnmedizin	65,8%	Zahnmedizin	36,2%
Gynäkologie (Anteil an Frauen)	69,6%	Gynäkologie (Anteil an Frauen)	61,1%	Gynäkologie (Anteil an Frauen)	35,3%
Augenheilkunde	29,3%	Orthopädie	36,8%	Orthopädie	31,9%
Orthopädie	24,0%	Augenheilkunde	29,5%	Dermatologie	21,3%
Dermatologie	20,9%	Dermatologie	28,0%	Augenheilkunde	17,0%
Neurologie & Psychiatrie	8,2%	Neurologie	22,3%	Neurologie	14,9%
		Psychiatrie	17,1%	Psychiatrie	6,4%
Radiologie	19,4%	Radiologie	25,9%	Radiologie	13,8%
Scr+CIDI+= CIDI-Diagnose somatoforme Störung; Scr+CIDI-= CIDI-Diagnose keine somatoforme Störung;					

Wenn man davon ausgeht, dass in der Studiengruppe von Rattay et al. (2013) ein Großteil der Befragten nicht an einer somatoformen Störung oder an Körperbeschwerden litt, können diese Befragten als „normale“ Vergleichsgruppe dienen, obwohl ein gewisser Anteil wahrscheinlich doch unter einem von beidem oder sogar

beidem leidet. Die Schlussfolgerungen sind, dass die Favorisierung der verschiedenen Fachrichtungen sich bei der Entwicklung von Körperbeschwerden oder einer somatoformen Störung nicht verändert, wohl aber die Häufigkeit, mit der die Hilfe der Ärzte in Anspruch genommen wird. Die Tatsache, dass in der Allgemeinmedizin und bei den Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie die Inanspruchnahme ebenfalls gesteigert ist, zeigt, dass ein Teil der Patienten bereits bei den potentiell richtigen Ansprechpartnern für ihre somatoforme Störung ist. Im Falle einer optimalen flächendeckenden Versorgung der Patienten mit einer somatoformen Störung würden die Unterschiede in den Kontaktraten der somatisch orientierten Fächer zwischen den Patienten mit und ohne somatoforme Störung geringer sein und mehr Patienten mit auffälligen Körperbeschwerden zu einem Hausarzt als erstem Ansprechpartner gehen.

4.6 Psychotherapie

Ein Viertel der Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung befand sich zum Zeitpunkt der Fragebogenerhebung in Psychotherapie und ein Viertel von denen, die nicht in Psychotherapie waren, suchte im vergangenen Jahr bis zum Zeitpunkt der Befragung vergeblich nach einem Psychotherapieplatz. Bei den Hausarztpatienten, die nicht unter einer somatoformen Störung, aber unter vermehrten Körperbeschwerden litten, sah es ähnlich aus. 21% befanden sich in Psychotherapie, aber diejenigen, die nicht in Psychotherapie waren, suchten etwas weniger häufig nach einem Platz als die Hausarztpatienten mit somatoformer Störung. Die Unterschiede zwischen den beiden Gruppen waren insgesamt jedoch nicht signifikant.

Die in dieser Studie untersuchten Patienten mit einer somatoformen Störung berichteten im Telefon-Interview von weit mehr Kontakten zu Psychologen als die Patienten in einer Studie von Rief et al. (2005). In den vergangenen sechs Monaten nahmen 22,3% von ihnen an einer Psychotherapie teil, von den Patienten mit Körperbeschwerden waren es 16,0%. In einer Studie von Rattay et al. (2013) nahmen in einem Zeitraum von zwölf Monaten nur 4,3% der Befragten eine Psychotherapie in Anspruch.

Daraus kann man zum einen schlussfolgern, dass Patienten mit einer somatoformen Störung oder Körperbeschwerden im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung generell einen erhöhten Bedarf an Psychotherapie haben. Zum anderen kann man daraus schließen, dass die Patienten nicht nur bei einer somatoformen Störung, sondern vielmehr auch bei anderen gemeinsamen Eigenschaften oder Diagnosen der beiden Gruppen „Scr+CIDI+“ und „Scr+CIDI-“ den Bedarf einer Psychotherapie erkennen und umsetzen. Welche Parameter letzten Endes ausschlaggebend für die Inanspruchnahme einer Psychotherapie sind, müsste in weiteren Untersuchungen geklärt werden.

4.7 Medikamenteneinnahme

Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung nahmen öfter Schmerzmedikamente (39,3% gegen 19,3% in sechs Monaten) und Medikamente gegen Stress, Angst und Depression (30,9% gegen 11,2% in sechs Monaten) ein als Hausarztpatienten ohne somatoforme Störung. Das weibliche Geschlecht sowie vermehrte depressive Symptome präsentierten sich als signifikante Risikofaktoren für die Einnahme von Schmerzmedikamenten. Ängstlichkeit und Depressivität wiesen einen ebensolchen Zusammenhang zur Einnahme von Medikamenten gegen Stress, Angst und Depression auf. Hausarztpatienten, die zwar unter keiner somatoformen Störung litten, aber unter vermehrten Körperbeschwerden, zeigten eine ähnliche Einnahme von Schmerzmedikamenten (36,2% in sechs Monaten) sowie von Medikamenten gegen Stress, Angst und Depression (27,7% in sechs Monaten), wie die Hausarztpatienten, die unter einer somatoformen Störung litten.

Bei der allgemeinen Medikamenteneinnahme zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen den Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung und denen, die unter keiner somatoformen Störung, aber unter auffällig vielen Körperbeschwerden litten. Die Patienten mit einer somatoformen Störung nahmen signifikant häufiger Medikamente ein (94,8% gegen 75,5%) und wenn sie welche einnahmen, dann auch mehr verschiedene (vier verschiedene gegen drei verschiedene).

Einen Zusammenhang zwischen Körperbeschwerden und der Einnahme von Medikamenten erkannte auch Al-Windi (2005), in dessen Studie vermehrte Körperbeschwerden mit der Einnahme von mehr Medikamenten in Zusammenhang gebracht werden konnten. Bei der Einnahme von Medikamenten muss man jedoch auch andere Erkrankungen berücksichtigen, vor allem chronische somatische Krankheiten, deren Betroffene oft auf die dauerhafte Einnahme von Medikamenten angewiesen sind. Da chronische Erkrankungen mit einem erhöhten Risiko für psychische Erkrankungen einher gehen (Maske et al., 2013), müsste man für ein zuverlässiges Ergebnis die gesicherten chronischen somatischen Erkrankungen bei der Analyse berücksichtigen. Doch auch andere psychische Erkrankungen können einen Einfluss auf die Medikamenteneinnahme haben, insbesondere auf die Einnahme von Medikamenten gegen Stress, Angst und Depression. In einer Studie von Pieh et al. (2011) zeigte sich, dass über 90% der Patienten mit einer somatoformen Störung mindestens eine weitere psychische Diagnose aufweisen, die Wahrscheinlichkeit, dass psychiatrische Komorbiditäten einen Einfluss auf die Ergebnisse hatten, ist also hoch.

Um die ausschlaggebenden Erkrankungen für die Einnahme von Medikamenten herauszufinden, müssten zahlreiche weitere Erkrankungen untersucht und miteinander in Verbindung gesetzt werden. Insgesamt scheint das Vorliegen von auffälligen Körperbeschwerden oder einer somatoformen Störung die Einnahme von Medikamenten zu verstärken, wobei die somatoforme Störung mit einer ausgeprägteren Einnahme von Medikamenten einhergeht als das reine Vorliegen von vermehrten Körperbeschwerden ohne eine gleichzeitig vorliegende somatoforme Störung.

4.8 Ambulante unterstützende Versorgung

Es gab keine signifikanten Unterschiede in der Inanspruchnahme von ambulanter unterstützender Versorgung zwischen Hausarztpatienten mit somatoformer Störung und Hausarztpatienten ausschließlich mit vermehrten Körperbeschwerden.

Krankengymnastik wurde von beiden Patientengruppen am häufigsten genannt, mehr als jeder fünfte Patient nahm in einem Zeitraum von sechs Monaten Krankengymnastik in Anspruch, wobei die Patienten ohne somatoforme Störung aber mit auffälligen Körperbeschwerden bei Inanspruchnahme fast doppelt so viele Kontakte in

sechs Monaten hatten wie die Patienten mit einer somatoformen Störung (19,7 gegen 11,8 Kontakte). Dieses Ergebnis ist überraschend, da allgemein von einer erhöhten Inanspruchnahme bei einer somatoformen Störung ausgegangen wird. In einer Studie von Rattay et al. (2013) berichtete ein Viertel der Befragten von Physiotherapie in einem Zeitraum von zwölf Monaten. Die in der vorliegenden Studie untersuchten Patienten wiesen somit nach der Hälfte des Zeitraums bereits ähnliche Ergebnisse auf. Man kann also davon ausgehen, dass die Inanspruchnahme sowohl bei Patienten mit einer somatoformen Störung als auch bei Patienten mit auffälligen Körperbeschwerden im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung erhöht ist.

Bei den anderen abgefragten Versorgungsbereichen wie Massage/ Lymphdrainage, Heilpraktikerbesuche, Sport- und Bewegungstherapie sowie Wärme-, Kälte- und Wassertherapie wiesen zwar mehr Patienten mit einer somatoformen Störung eine Inanspruchnahme auf (18,2%, 9,4%, 5,2% und 5,1% in sechs Monaten) als Patienten mit vermehrten Körperbeschwerden aber ohne somatoforme Störung (10,6%, 7,6%, 5,1% und 3,8% in sechs Monaten), es zeigten sich jedoch keine signifikanten Unterschiede. Dieses Ergebnis bestätigt die Tendenz, dass Patienten mit einer somatoformen Störung eine erhöhte Inanspruchnahme aufweisen, aber die Unterschiede zu Patienten mit auffälligen Körperbeschwerden gering sind.

4.9 Soziales

Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung erhielten ähnlich häufig soziale Unterstützung durch einen Pflegedienst (3,3% in sechs Monaten) oder eine Rentenzahlung (26,0%; bei den unter 65-Jährigen 13,7% in sechs Monaten) wie die Hausarztpatienten, die unter keiner somatoformen Störung, aber unter auffälligen Körperbeschwerden litten (Pflegedienst 4,7% in sechs Monaten, Rentenzahlung 30,3% und bei den unter 65-Jährigen 11,7% in sechs Monaten). Unterstützung durch das soziale Umfeld gaben jedoch signifikant mehr Patienten mit einer somatoformen Störung an (28,7% gegen 16,9% in sechs Monaten). Diejenigen, die Unterstützung erhielten, nahmen ihr Umfeld zudem häufiger (32 gegen 27 Tage in sechs Monaten) und länger (vier Stunden gegen drei Stunden am Tag) in Anspruch.

2013 erhielten nur 3,7% der aktiv bei der gesetzlichen Rentenversicherung Versicherten eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2015a), in dem Patientenkollektiv der vorliegenden Studie waren es 10,6% der Patienten mit einer somatoformen Störung und 13,2% der Patienten mit vermehrten Körperbeschwerden aber ohne somatoforme Störung. Auch wenn es zwischen den Stichgruppen grundlegende Unterschiede gibt, unterstützt dieses Ergebnis die Vermutung, dass Patienten mit einer somatoformen Störung oder mit Körperbeschwerden mehr Unterstützung benötigen als die Allgemeinbevölkerung. Das wird durch eine Auswertung der Hauptdiagnosen für eine Rente wegen verminderter Erwerbsfähigkeit unterstützt: 2009 waren 37,7% der Hauptdiagnosen Psychische und Verhaltensstörungen (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2015b).

Die vermehrte Unterstützung durch das soziale Umfeld bei Patienten mit einer somatoformen Störung wurde bereits 2005 von Rief et al. (2005) untersucht. Patienten mit einem somatoformen Syndrom wiesen dort viermal so viele Tage auf, an denen sie Unterstützung durch ihr soziales Umfeld benötigten, wie eine Kontrollgruppe. In diesem Punkt macht das Vorliegen einer somatoformen Störung einen Unterschied zum Vorliegen von Körperbeschwerden ohne somatoforme Störung, man kann also davon ausgehen, dass das Umfeld bei steigenden Beschwerden stärker eingebunden wird. Unklar ist bei der Angabe der Tage mit Unterstützung, ob die Patienten mit einer somatoformen Störung einen tatsächlich höheren Bedarf an sozialer Unterstützung hatten, oder ob sie ihren Bedarf anders eingefordert haben als diejenigen, die nur unter vermehrten Körperbeschwerden litten.

Die Inanspruchnahme von Unterstützung verändert wahrscheinlich auch die Beziehung zum sozialen Umfeld. Menschen mit einer somatoformen Störung haben eine niedrigere Zufriedenheit in Bezug auf ihre familiäre Situation, ihre Freundschaften und ihre Partnerschaft (Krannich et al., 2013). Diese niedrigere Zufriedenheit könnte unter anderem am erhöhten Unterstützungsbedarf liegen und den Patienten die Bewältigung ihrer Erkrankung zunehmend erschweren.

4.10 Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes

Die Patienten wurden im Rahmen des Telefoninterviews gebeten, ihren eigenen Gesundheitszustand auf einer Skala von null bis 100 einzuordnen, wobei null der schlechtest und 100 der beste denkbare Zustand war. Diese Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes stellte im untersuchten Patientenkollektiv einen signifikanten Prädiktor dar. Sie hatte einen Zusammenhang mit verschiedenen Bereichen der Inanspruchnahme, vor allem mit der stationären Versorgung und den ambulanten Arztkontakten. In einer Studie von Rattay et al. (2013) hatte der selbst eingeschätzte allgemeine Gesundheitszustand ebenfalls einen signifikanten Einfluss auf die Anzahl an ambulanten Arztkontakten.

Bei der Untersuchung der Gesamtvarianzaufklärung zeigte sich jedoch in Bezug auf die stationäre Versorgung ein R^2 nach Nagelkerke unter Berücksichtigung aller untersuchten Prädiktoren von 10,4% ($p = 0,03$) und bei der Inanspruchnahme ambulanter ärztlicher und psychotherapeutische Versorgung von 9,7% ($p = 0,03$). Backhaus, Erichson, Plinke und Weiber (2011) schreiben jedoch, dass das R^2 nach Nagelkerke erst ab Werten von 20% akzeptabel und ab 40% als gut zu bewerten ist. Die Aussagekraft der hier verwendeten Modelle ist also als begrenzt anzusehen und die Ergebnisse der binär logistischen Regressionen nur als Tendenz zu verstehen.

Dadurch, dass die Selbstwahrnehmung durch viele extrinsische und intrinsische Faktoren beeinflusst werden kann, ist es jedoch schwierig, sie von anderen Einflüssen auf die Inanspruchnahme zu trennen. Drei besonders wichtige Faktoren sind das Alter, das Geschlecht und die soziale Schicht. Je älter die Menschen sind und desto niedriger ihr sozialer Status ist, als desto schlechter schätzten sie ihren Gesundheitszustand ein. In Bezug auf das Geschlecht gibt es in Abhängigkeit von der sozialen Schicht unterschiedliche Ergebnisse (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 2004). Dieses mehrschichtige Zusammenspiel von nur drei möglichen Variablen verdeutlicht die komplexe Situation um die Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes.

4.11 Stärken und Schwächen

Allgemein kann man sagen, dass die Gruppengröße dieser Studie einen großen Vorteil darstellt, weil dadurch auch nach der Aufteilung in kleinere Gruppen noch eine ausreichende Anzahl an Patienten vorhanden war um zu validen Ergebnissen zu gelangen. Außerdem wurden zur Diagnostik etablierte Fragebögen und Screening-Instrumente verwendet (siehe Kapitel 2.3). Vor allem die CIDI-Diagnostik stellt einen großen Vorteil gegenüber anderen Studien dar. Die Abläufe waren standardisiert und wurden nach einem festen Schema durchgeführt.

Weitere Stärken waren, dass auch subjektive Parameter mit erprobten, statistischen Instrumenten gemessen wurden und dass das Screening direkt vor Ort in den Hausarztpraxen durchgeführt wurde. Dadurch kann man von einer realistischen Abbildung der Bedingungen in den Hausarztpraxen ausgehen, wobei man hier die Einschränkung einräumen muss, dass es auf dem Land mit einer im Vergleich zur Großstadt anderen Versorgungsstruktur anders aussehen kann.

Es gab vor allem beim Screening eine gute Rücklauf-Quote, es nahmen 3401 von 4012 (84,8%) möglichen Patienten teil. Trotz der komplett vor Ort stattfindenden und vollkommen anonymen Durchführung des Screenings durch geschulte Mitarbeiter beteiligten sich nur 287 von 536 Patienten (53,5%) am Telefoninterview. Mögliche Gründe dafür können die Erfassung personenbezogener Daten, der hohe Zeitaufwand für die Durchführung des kompletten Interviews und der zeitliche Abstand zwischen dem Screening und dem Telefon-Interview sein. Die Rücklaufquote stellt so in jedem Fall eine Studienlimitation dar und kann möglicherweise einen Einfluss auf die Ergebnisse des Telefon-Interviews haben.

Zur Beantwortung der in dieser Arbeit aufgegriffenen Fragen wäre eine weitere Vergleichsgruppe mit Patienten, die im Screening unauffällig waren, gut gewesen. Dafür hätten auch einige Screening-negative Patienten dem Interview zugeführt werden müssen, denn so existiert bei einigen Aspekten der Fragestellung keine Vergleichsgruppe ohne Körperbeschwerden. Einige Aspekte der Untersuchungen werden jedoch bereits von den Fragen im Screening ausreichend beantwortet. Des Weiteren ist nicht die Anzahl der im Screening falsch-negativen Patienten bekannt. Dadurch ist

ein Teil der Patienten, die als ohne Körperbeschwerden und ohne somatoforme Störung geführt wurden, wahrscheinlich doch davon betroffen. Durch die hohe Sensitivität der Testverfahren (siehe Kapitel 2.3) ist ihr Anteil jedoch eher gering und ihr Einfluss auf die Mittelwerte der Gruppe zusätzlich durch deren Umfang in den verschiedenen Testverfahren vermutlich klein.

Im Rahmen der Untersuchung der Psychotherapie fällt auf, dass die Hausarztpatienten im Screening und im Telefon-Interview unterschiedliche Angaben machten. Eigentlich würde man erwarten, dass im Telefon-Interview mehr Patienten von einer Psychotherapie berichten, da hier nach einem Zeitraum von sechs Monaten gefragt wurde, im Screening wurde nur nach der an dem Tag aktuellen Situation gefragt. Die Ergebnisse sind jedoch genau umgekehrt. Dies verdeutlicht das allgemeine Problem, dass die Untersuchungen sich auf die Angaben der Patienten stützen. Hier können also Faktoren wie das schlichte Vergessen von Aspekten der Inanspruchnahme aber auch bewusste Entscheidungen für oder gegen das Berichten von verschiedenen Behandlungen eine Rolle spielen. Das Telefon-Interview fand im direkten Kontakt mit einem Interviewer statt, wohingegen das Screening komplett anonym und abgesehen von einer einführenden Erläuterung ohne ein Gespräch durchgeführt wurde. Möglicherweise führte dies zu einem Underreporting in Bereichen, die von vielen Menschen als Tabuthemen angesehen werden, wie zum Beispiel die Durchführung einer Psychotherapie.

Eine Limitation dieser Studie stellt das Fehlen eines Follow-ups der befragten Patienten dar. So werden nur Informationen zum Zeitpunkt der Befragung erfasst, aber es ist keine Aussage zum Verlauf möglich. Gerade im Hinblick auf die Zusammenhänge von Körperbeschwerden und somatoformen Störungen hätte das jedoch bedeutende neue Erkenntnisse bewirken können. Durch die Ausschlusskriterien (siehe Kapitel 2.2.1) können keine Aussagen zur Situation von Hausarztpatienten unter 18 Jahren oder mit geringen Deutschkenntnissen gemacht werden. Auch Personen, die aus anderen Gründen nicht in der Lage waren, den Fragebogen selbstständig auszufüllen, konnten nicht einbezogen werden, es fallen also einige Patientengruppen weg.

Die Erfassung der depressiven und ängstlichen Symptombelastung parallel zur Evaluation der Körperbeschwerden stellt einen klaren Vorteil anderen Studien gegenüber dar. So finden zwei häufige Komorbiditäten (Pieh et al., 2011) Eingang in die Analy-

sen. Gleichzeitig fehlt aber die gezielte Untersuchung weiterer somatischer und psychischer Erkrankungen.

Bisher gibt es nur wenige Studien, die sich mit den Zusammenhängen von Körperbeschwerden und somatoformen Störungen mit der detaillierten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen beschäftigen. Dadurch gibt es nur begrenzte Möglichkeiten zum Vergleich, aber diese Situation zeigt gleichzeitig die Bedeutung der Forschung auf diesem Gebiet.

4.12 Ausblick und Implikationen

Der zeitliche Verlauf der Hausarztkontaktrate könnte ein gutes Ziel für zukünftige Untersuchungen darstellen, um herauszufinden, ob die Patienten vermehrte Körperbeschwerden entwickeln, daraufhin häufiger zum Hausarzt gehen und ein Teil von ihnen später eine manifeste somatoforme Störung entwickelt. Interessant wäre an dieser Stelle, ob sich in der Inanspruchnahme des Hausarztes eine weitere Veränderung einstellt, oder ob die Anpassung der Inanspruchnahme auf den veränderten Gesundheitszustand bereits bei der Entwicklung von auffälligen Körperbeschwerden geschieht. Auch die Rolle des Hausarztes in der Beeinflussung des Krankheitsverlaufes von Patienten mit auffälligen Körperbeschwerden stellt einen spannenden Bereich dar, ob durch ein frühzeitiges Einbeziehen der psychosomatischen Sicht dem Risiko von Komplikationen im Verlauf vorgebeugt werden kann. Ein Teilaspekt davon kann die Kommunikation mit dem Hausarzt über psychische Beschwerden und private Probleme sein, auch sie ist ein diskussionswürdiger Forschungsansatz, der im zeitlichen Verlauf untersucht werden sollte.

In der ambulanten Versorgung ist nicht nur die Frage, ob ein Patient zum Arzt geht relevant, sondern auch die Häufigkeit der Arztbesuche. Um herauszufinden, ob, und wenn ja, wie sich eine somatoforme Störung oder vermehrte Körperbeschwerden im ambulanten Bereich auf die Frequenz der Arztbesuche auswirken, bräuchte man eine weitere Gruppe mit Patienten, die keines der beiden zu untersuchenden Merkmale aufweisen. Im Idealfall würde man die Patienten der drei Gruppen im Verlauf beobachten und die Arztkontakte regelmäßig evaluieren. So könnte man zum einen

feststellen, ob drei voneinander verschiedene Ausprägungen der Frequenz ambulanter Arztkontakte existieren und ob sich bei Veränderung der Beschwerdesymptomatik gleichzeitig auch die Inanspruchnahme verändert und der typischen Inanspruchnahme der neuen Gruppenzugehörigkeit anpasst.

Insgesamt wäre also eine ähnliche Studie mit drei Gruppen sowie einem Follow-up wünschenswert, in der Hausarztpatienten unabhängig von ihren Symptomen mit den diagnostischen Instrumenten und vor allem der CIDI-Diagnostik untersucht und danach erst in drei Gruppen aufgeteilt werden: Hausarztpatienten mit maximal niedriger Symptombelastung durch Körperbeschwerden, Hausarztpatienten mit vermehrten Körperbeschwerden und Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung.

Nachdem sich insgesamt gezeigt hat, dass die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Hausarztpatienten mit somatoformer Störung nur in wenigen Aspekten signifikant von der der Hausarztpatienten mit vermehrten Körperbeschwerden abweicht, ergeben sich die Implikationen für beide Gruppen von Patienten. In den aktuellen Leitlinien wird eine Versorgung nach dem biopsychosozialen Modell gefordert. Dafür benötigen die Patienten einen Hausarzt in zentraler Rolle, der ausreichend Zeit für Gespräche hat. Wie sich gezeigt hat, kontaktieren Hausarztpatienten mit vermehrten Körperbeschwerden sowie mit einer somatoformen Störung den Hausarzt vermehrt und reden mit ihm signifikant häufiger über psychische Beschwerden und private Probleme. Diese Tendenz sollte gestärkt und ausgebaut werden, um dem erhöhten Versorgungsbedarf von betroffenen Patienten gerecht zu werden und in Form einer psychosomatischen Versorgung auf ihre spezielle Problematik eingehen zu können.

Dabei sollten vermehrte Körperbeschwerden als Warnzeichen gesehen werden, denn auch hier ist das Inanspruchnahmeverhalten bereits verändert. Außerdem sollte mehr Raum für Gespräche geschaffen werden, der bei der aktuellen Situation in Hausarztpraxen oft sehr knapp bemessen ist (siehe Kapitel 1.7). Des Weiteren sollte das medizinische Personal die somatischen und psychischen Komorbiditäten gleichermaßen berücksichtigen und regelmäßig evaluieren, denn auch hier können sich Hinweise auf einen veränderten Bedarf der Versorgung zeigen, zum Beispiel beim Vorliegen einer Depression oder Angststörung. Das eingangs durchgeführte Screening (siehe Kapitel 2.3.1) erwies sich als sinnvoll, um belastete Patienten mit einer vermehrten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu detektieren. Durch die

Möglichkeit, es außerdem schnell und unkompliziert durchzuführen, birgt es vielfältige Chancen zur besseren Erfassung von Hausarztpatienten mit einem besonderen Versorgungsbedarf. In Kombination mit weiteren Risikofaktoren, wie zum Beispiel dem weiblichen Geschlecht oder einer Depression als Komorbidität, stellt es ein praktisches Instrument zur besseren Versorgung in Hausarztpraxen dar und sollte vermehrt eingesetzt werden.

5. Zusammenfassung

Die adäquate Versorgung von Menschen mit einer somatoformen Störung stellt die Beteiligten noch immer vor zahlreiche, gravierende Probleme. Ziel der vorliegenden Studie ist es, Einblicke in die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung zu gewinnen.

An der Querschnittstudie im Rahmen des Gesundheitsnetzes für somatoforme Störungen (= Sofu-Net) nahmen im Laufe von 19 Monaten 3401 Hausarztpatienten aus Hamburg teil. Sie wurden auf Körperbeschwerden (PHQ-15), Angst (GAD-7) und Depression (PHQ-9) gescreent und hinsichtlich des Inanspruchnahmeverhaltens von Gesundheitsleistungen sowie soziodemographischer Gesichtspunkte befragt. Patienten mit einer erhöhten Symptombelastung durch vermehrte Körperbeschwerden wurden per CIDI-Diagnostik auf eine somatoforme Störung untersucht. Die Untersuchungen fanden an drei Gruppen statt: Hausarztpatienten mit somatoformer Störung (n = 193), Hausarztpatienten ohne somatoforme Störung (n = 3208) und einer Teilmenge der Hausarztpatienten ohne somatoforme Störung, den Hausarztpatienten mit ausschließlich vermehrten Körperbeschwerden (n = 94 von 3208). Die Gruppe mit einer somatoformen Störung hatte den niedrigsten Altersdurchschnitt (46 Jahre), den höchsten Frauenanteil (81%) und die stärkste Symptombelastung durch Körperbeschwerden sowie depressive und ängstliche Symptome.

Die Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung oder vermehrten Körperbeschwerden nahmen signifikant häufiger Schmerzmedikamente sowie Medikamente gegen Stress, Angst und Depression ein, gingen signifikant häufiger zum Hausarzt und sprachen mehr mit ihm über private Probleme und psychische Belastungen als solche ohne somatoforme Störung. Außerdem waren zum Zeitpunkt der Untersuchung mehr von ihnen in psychotherapeutischer Behandlung.

Die Gruppen mit somatoformer Störung oder vermehrten Körperbeschwerden aber ohne somatoforme Störung unterschieden sich in den oben genannten Aspekten des Inanspruchnahmeverhaltens nicht. Des Weiteren gab es keine Unterschiede in der Häufigkeit der Krankenhausaufenthalte und dem Bezug einer Rente. Die Hausarztpatienten mit einer somatoformen Störung nahmen jedoch signifikant mehr verschiedene Medikamente ein, benötigten ein größeres Ausmaß an sozialer Unterstützung und gingen zu mehr niedergelassenen Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen als

diejenigen mit ausschließlich vermehrten Körperbeschwerden. Die Aussagekraft der Ergebnisse zur Auswirkung der Selbsteinschätzung des Gesundheitszustandes auf das Inanspruchnahmeverhalten ist begrenzt. Es zeigte sich aber die Tendenz, dass eine niedrigere Einschätzung mit einer stärkeren Inanspruchnahme vor allem von stationärer Versorgung und ambulanten Arztkontakten einher ging.

Die aktuelle Studienlage weist in die gleiche Richtung wie die Ergebnisse der vorliegenden Studie. Die Bedeutung und Auswirkungen einer erhöhten Symptombelastung durch vermehrte Körperbeschwerden werden aber bislang in der Forschung wenig beachtet. Um die Bedeutung der vermehrten Körperbeschwerden besser berücksichtigen zu können, wäre eine Studie optimal, die Hausarztpatienten mit somatoformer Störung, mit vermehrten Körperbeschwerden und solche, die keines dieser Merkmale zeigen, über einen längeren Zeitraum untersucht. Dabei könnten Schlussfolgerungen über die Entwicklung und die Zusammenhänge von Körperbeschwerden und somatoformen Störungen in Bezug auf das spezifische Inanspruchnahmeverhalten der jeweiligen Patienten gewonnen werden.

Aus der vorliegenden Studie ergibt sich die zentrale Implikation, dass im Rahmen der Untersuchung und Behandlung von somatoformen Störungen die erhöhte Symptombelastung durch vermehrte Körperbeschwerden beachtet werden muss, selbst dann, wenn zum Untersuchungszeitpunkt die Diagnosekriterien für eine somatoforme Störung (noch) nicht erfüllt werden. Gerade im ambulanten Bereich wurden viele Gesundheitsleistungen von den Betroffenen in Anspruch genommen, die letzten Endes vermutlich nicht zielführend waren und eine vermeidbare Belastung für alle Beteiligten darstellten. Durch gezieltes Screening in Hausarztpraxen könnte man Risikopatienten frühzeitig entdecken und sie dabei unterstützen, frühzeitig die passenden Behandlungsangebote zu finden. Ein guter Ansatz könnten dabei bereits das in der vorliegenden Studie beobachtete vermehrte Kontaktieren des Hausarztes und die intensivere Kommunikation mit ihm sein. Durch dieses gezieltere Inanspruchnahmeverhalten können die Patienten, die Behandler und das Gesundheitssystem langfristig entlastet werden.

6. Literaturverzeichnis

- Albani, C., Blaser, G., Rusch, B. & Brähler, E. (2013). Einstellungen zur Psychotherapie. Repräsentative Befragung in Deutschland. *Psychotherapeut*, 58 (5), 466–473.
- Al-Windi, A. (2005). The influence of complaint symptoms on health care utilisation, medicine use, and sickness absence. A comparison between retrospective and prospective utilisation. *J Psychosom Res*, 59 (3), 139–146.
- American Psychiatric Association. (2013). Somatic Symptom Disorder Fact Sheet.pdf. *American Psychiatric Association*. Zugriff am 3.12.2014. Verfügbar unter: <http://www.dsm5.org/Documents/Somatic%20Symptom%20Disorder%20Fact%20Sheet.pdf>
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W. & Weiber, R. (2011). Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung (13. Auflage, S.273). Berlin: Springer.
- Barsky, A., Orav, E. & Bates, D. (2005). Somatization Increases Medical Utilization and Costs Independent of Psychiatric and Medical Comorbidity. *Arch Gen Psychiatry*, 62 (8), 903–910.
- BPM. (2014). Der Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Eine interessante berufliche Perspektive. *BPM Berufsverband der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Deutschlands e.V.* Zugriff am 3.12.2014. Verfügbar unter: http://www.bpm-ev.de/images/startseite/pdf/BPM_Studenten_R3.pdf
- Bundesärztekammer. (2013, Dezember 31). Bundesärztekammer - Die ärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2013. *Bundesärztekammer*. Zugriff am 20.11.2014. Verfügbar unter: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.12002.12003>
- Chisholm, D., Knapp, M., Knudsen, H., Amaddeo, F., Gaité, L. & van Wijngaarden, B. (2000). Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory- European Version: development of an instrument for international research. EPSILON Study 5. European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs. *Br J Psychiatry Suppl*, 177 (39), 28–33.
- EuroQol Group. (1990). EuroQol- a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16 (3), 199–208.
- Fabisch, A., Wiborg, J., Lautenbach, A., Voigt, K. & Löwe, B. (2012). Wenn die Seele krank macht. *Arzt und Krankenhaus*, 11, 338–340.
- Fink, P., Sörensen, L., Engberg, M., Holm, M. & Munk-Jørgensen, P. (1999). Somatization in primary care. Prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. *Psychosomatics*, 40 (4), 330–338.
- Field, A. (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics* (4.Auflage). Sage Publications Ltd.
- Forster, F. (2004). Krankheitskostenrechnung für Deutschland. *Wirtschaft und Statistik*, 12, 1432–1440.

- Funke-Kaiser, K. (2012, Dezember 20). Bundespsychotherapeutenkammer: Mogelpackung für psychisch kranke Menschen. G-BA beschließt neue Bedarfsplanungs-Richtlinie. <http://www.bptk.de/>. BundesPsychotherapeutenKammer. Zugriff am 20.11.2014. Verfügbar unter: <http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/mogelpackung.html>
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2004). Gesundheitliche Selbsteinschätzung. www.gbe-bund.de. Zugriff am 28.10.2015. Verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=8387
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2015a, Oktober 28). Renten wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der Gesetzlichen Rentenversicherung am Stichtag 31. Dezember. www.gbe-bund.de. Zugriff am 28.10.2015. Verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_FORMPROC?TARGET=&PAGE=_XWD_2&OPINDEX=1&HANDLER=_XWD_CUBE.SETPGS&DATACUBE=_XWD_30&D.003=1000004&D.100=10102&D.002=1000002
- Gesundheitsberichterstattung des Bundes. (2015b, Oktober 28). Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit in der Gesetzlichen Rentenversicherung. www.gbe-bund.de. Zugriff am 28.10.2015. Verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de/oowa921-install/servlet/oowa/aw92/WS0100/_XWD_PROC?_XWD_208/4/XWD_CUBE.DRILL/_XWD_236/D.946/14493
- Grobe, T., Dörning, H. & Schwartz, F. (2012). BARMER GEK Arztreport 2012. Auswertung der Daten bis 2010 Schwerpunkt: Kindergesundheit. Zugriff am 5.12.2014. Verfügbar unter: http://www.barmer-gek.de/barmer/web/Portale/Versicherte/Komponenten/gemeinsame__PDF__Dokumente/Reports/Arztreport-2012,property=Data.pdf
- Gustavsson, A., Svensson, M., Jacobi, F., Allgulander, C., Alonso, J., Beghi, E. et al. (2011). Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*, 21 (10), 718–779.
- Haisch, J., Hurrelmann, K. & Klotz, T. (Hrsg.). (2006). Medizinische Prävention und Gesundheitsförderung in Versorgungseinrichtungen. *Medizinische Prävention und Gesundheitsförderung* (1. Auflage, S. 209). Bern: Hans Huber.
- Hanel, G., Henningsen, P., Herzog, W., Sauer, N., Schaefer, 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. *J Psychosom Res*, 67 (3), 189–197.
- Häuser, W., Marschall, U., L'hoest, H., Komossa, K. & Henningsen, P. (2013). Administrative prevalence, treatment and costs of somatoform pain disorder. Analysis of data of the BARMER GEK for the years 2008-2010. *Schmerz*, 27 (4), 380–386. doi:10.1007/s00482-013-1340-z
- Hessel, A., Geyer, M. & Hinz, A. (2005). Inanspruchnahme des Gesundheitssystems wegen somatischer Beschwerden - Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung. *Z Psychosom med Psychother*, 51, 38–56.
- Hiller, W., Rief, W. & Brähler, E. (2006). Somatization in the population: from mild bodily misperceptions to disabling symptoms. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 41 (9), 704–712.

- Höflich, A., Matzat, J., Meyer, F., Knickenberg, R., Bleichner, F., Merkle, W. et al. (2007). Utilization of self-help groups and psychotherapy after psychosomatic-psychotherapeutic in-patient treatment. *Psychother Psychosom Med Psychol*, 57 (5), 213–220.
- Hofmann, S., Asnaani, A., Vonk, I., Sawyer, A. & Fang, A. (2012). The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Meta-analyses. *Cognit Ther Res*, 36 (5), 427–440.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L. et al. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung - Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt*, 85 (1), 77–87. doi:10.1007/s00115-013-3961-y
- Jacobi, F. & Kessler-Scheil, S. (2013). Epidemiologie psychischer Störungen. Häufigkeit und Krankheitslast in Deutschland. *Psychotherapeut*, 58 (2), 191–203.
- Jacobi, F., Klose, M. & Wittchen, H. (2004). Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsblatt*, 47, 736–744.
- Klytta, C. & Wilz, G. (2007). Self-determined but with professional leadership? On the effectiveness and definition of self-help groups. *Gesundheitswesen*, 69 (2), 88–97.
- Koch, K., Miksch, A., Schürmann, C., Joos, S. & Sawicki, P. (2011). Das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich. *Deutsches Ärzteblatt*, 108 (15), 255–261.
- Konnopka, A., Schaefer, R., Heinrich, S., Kaufmann, C., Lupp, M., Herzog, W. et al. (2012). Economics of Medically Unexplained Symptoms: A Systematic Review of the Literature. *Psychother Psychosom*, 81, 265–275. doi:10.1159/000337349
- Krannich, M., Rief, W., Martin, A., Brähler, E., Mewes, R. & Glaesmer, H. (2013). Wie wirken sich somatoforme und depressive Symptome und Syndrome auf die Lebenszufriedenheit aus? Ergebnisse einer bevölkerungsrepräsentativen Befragung in Deutschland. *Psychother Psych Med*, 63 (6), 217–224.
- Kroenke, K., Spitzer, R. & Williams, J. (2001). The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*, 16 (9), 606–613.
- Kroenke, K., Spitzer, R. & Williams, J. (2002). The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. *Psychosom Med*, 64 (2), 258–266.
- Kroenke, K., Spitzer, R., Williams, J. & Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *Gen Hospital Psychiatry*, 32 (4), 345–359. doi:10.1016/j.genhosppsych.2010.03.006
- Krollner, B. & Krollner, D. (2014). ICD-10-GM-2014 F45.- Somatoforme Störungen ICD10. Zugriff am 3.12.2014. Verfügbar unter: <http://www.icd-code.de/icd/code/F45.-.html>
- Lakhan, S. & Schofield, K. (2013). Mindfulness-based therapies in the treatment of somatization disorders: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, 8 (8), e71834.

- Mack, S., Jacobi, F., Gerschler, A., Strehle, J., Höfler, M., Busch, M. 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). *Int. J. Methods Psychiatr. Res.*, 23 (3), 289–303. doi:10.1002/mpr.1438
- Maske, U., Busch, M., Jacobi, F., Riedel-Heller, S., Scheidt-Nave, C. & Hapke, U. (2013). Chronic somatic conditions and mental health problems in the general population in Germany. Results of the national telephone health interview survey „German health update (GEDA)“ 2010. *Psychiatr Prax*, 40 (4), 207–213. doi:10.1055/s-0033-1343103
- Mewes, R., Rief, W., Brähler, E., Martin, A. & Glaesmer, H. (2008). Lower decision threshold for doctor visits as a predictor of health care use in somatoform disorders and in the general population. *Gen Hosp Psychiatry*, 30 (4), 349–355.
- Meyer, F., Matzat, J., Höflich, A., Scholz, S. & Beutel, M. (2004). Self-help groups for psychiatric and psychosomatic disorders in Germany—themes, frequency and support by self-help advice centres. *J Public Health*, 12 (6), 359–364.
- Nanke, A. & Rief, W. (2003). Zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bei Patienten mit somatoformen Störungen. *Psychotherapeut*, 48 (5), 329–335.
- Petrie, K., Faasse, K., Crichton, F. & Grey, A. (2014). How common are symptoms? Evidence from a New Zealand national telephone survey. *BMJ Open*, 4 (6), e005374.
- Petrowski, K., Hessel, A., Körner, A., Weidner, K., Brähler, E. & Hinz, A. (2014). Die Einstellung zur Psychotherapie in der Allgemeinbevölkerung. *Psychother Psych Med*, 64 (2), 82–85.
- Pieh, C., Lahmann, C., Heymann, F., Tritt, K., Loew, T., Busch, V. et al. (2011). Prevalence and comorbidity of somatoform disorder in psychosomatic inpatients: a multicentre study. *Z Psychosom med Psychother*, 57 (3), 244–250.
- Rattay, P., Butschalowsky, H., Rommel, A., Prütz, F., Jordan, S., Nowossadeck, E. et al. (2013). Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt*, (56), 832–844.
- 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. *Ann Fam Med*, 7 (3), 232–238. doi:10.1370/afm.985
- 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. *Annu Rev Clin Psychol*, 10, 339–367.
- Rief, W., Martin, A., Klaiberg, A. & Brähler, E. (2005). Specific effects of depression, panic, and somatic symptoms on illness behavior. *Psychosom Med*, 67 (4), 596–601.
- Sauer, N. & Eich, W. (2009). Somatoforme Störungen und Funktionsstörungen. *Deutsches Ärzteblatt CME Kompakt*, 1 (1). Zugriff am 7.8.2014. Verfügbar unter: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/64188/Somatoforme-Stoerungen-und-Funktionsstoerungen>

- Schaefer, R., Henningsen, P., Häuser, W., Herrmann, M., Ronel, J., Matzat, J. et al. (2014). Nichtspezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden. S3-Leitlinie und Patientenversion. *Psychotherapeut*, 59 (2), 155–172.
- Schwartz, F., Badura, B., Busse, R., Leidl, R., Raspe, H., Siegrist, J. et al. (2003). Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen. *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen* (2. Auflage, S. 279–281). München Jena: Urban und Fischer.
- Shedden-Mora, M., Groß, B., Lau, K., Gumz, A., Wegschneider, K. & Löwe, B. (2016). Collaborative stepped care for somatoform disorders: A pre-post-intervention study in primary care. *J Psychosom Res*, 80, 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). *Psychiatr Prax*, S1, 60–64.
- Spitzer, R., Kroenke, K., Williams, J. & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*, 166 (10), 1092–1097.
- Statistisches Bundesamt. (2010). Krankheitskosten - Fachserie 12 Reihe 7.2. *DE Statis Statistisches Bundesamt*. Zugriff am 4.1.2015. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankheitskosten/Krankheitskosten2120720089004.pdf?__blob=publicationFile
- Statistisches Bundesamt. (2012). Diagnosedaten der Patienten und Patientinnen in Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen - Fachserie 12 Reihe 6.2.2. *DE Statis Statistisches Bundesamt*. Zugriff am 5.1.2015. Verfügbar unter: https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/VorsorgeRehabilitation/DiagnosedatenVorsorgeReha2120622127004.pdf?__blob=publicationFile
- Stremlow, J. (2006). Die Bedeutung der Kontaktstellen für die Förderung der Selbsthilfegruppen in der Schweiz. *Selbsthilfegruppenjahrbuch 2006*. Gießen: Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. Zugriff am 23.12.2014. Verfügbar unter: <http://www.dag-shg.de/data/Fachpublikationen/2006/DAGSHG-Jahrbuch-06.pdf>
- Toussaint, A., Murray, A., Voigt, K., Herzog, A., Gierk, B., Kroenke, K. et al. (2016). Development and Validation of the Somatic Symptom Disorder-B Criteria Scale (SSD-12). *Psychosom Med*, 78 (1), 5–12.
- Voigt, K., Nagel, A., Meyer, B., Langa, G., Braukhaus, C. & Löwe, B. (2010). Towards positive diagnostic criteria: a systematic review of somatoform disorder diagnoses and suggestions for future classification. *J Psychosom Res*, 68 (5), 403–414.
- Voigt, K., Wollburg, E., Weinmann, N., Herzog, A., Meyer, B., Langa, 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. *J Psychosom Res*, 73 (5), 345–350.
- Wittchen, H. & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt*, 44, 993–1000.
- World Health Organization. (2004). The World Mental Health Composite International Diagnostic Interview. Zugriff am 24.8.2014. Verfügbar unter: <http://www.hcp-med.harvard.edu/wmhcdi/about.php>

7. Danksagung

Herrn Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Bernd Löwe danke ich für die Möglichkeit, diese Arbeit im Institut für Psychosomatik und Psychotherapie umzusetzen. Mein besonderer Dank gilt meinen Betreuerinnen Frau Maria Gladigau und Frau Dr. rer. nat. Meike Christiane Shedden-Mora für die Begleitung und Unterstützung.

Für hilfreiche Hinweise zur Auswertung möchte ich Frau Dr. rer. nat. Rosemarie Plätke und Franziska Dunger danken. Ebenso gilt mein Dank den zahlreichen Patienten, die an den Untersuchungen teilgenommen haben.

Ich bedanke mich von Herzen bei meiner Familie und meinen Freunden, vor allem bei meinen Eltern und Jan Lehmann, für ihre liebevolle Unterstützung, Geduld und Motivation. Ohne sie wäre vieles nicht möglich gewesen.

8. Lebenslauf

Persönliche Daten:

Name: Lydia Corina Olivia Moldt
Adresse: Hagenbeckallee 2B
22527 Hamburg
Geburtsdag: 19. März 1991
Geburtsort: Hamburg

Ausbildung:

2001-2007 Wilhelm-Gymnasium Hamburg
2007-2010 Gymnasium Dörpsweg Hamburg (Abitur)
Seit Oktober 2010 Studium der Humanmedizin an der Universität Hamburg
September 2012 Erster Abschnitt der Ärztlichen Prüfung
April 2016 Zweiter Abschnitt der Ärztlichen Prüfung

Praktika:

Januar 2008 Augenarzt-Praxis Dr. Beate Luckhardt in Hamburg
September 2010 Neonatologie Asklepios Klinik Barmbek
Februar 2011 Psychiatrie Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
August 2011 Allgemeinchirurgie Israelitisches Krankenhaus Hamburg

Famulaturen:

Oktober 2014 Anästhesiologie Albertinen-Krankenhaus Hamburg
August 2015 Gynäkologie und Geburtshilfe Klinikum Nordfriesland
September 2015 Rheumatologie im Struenseehaus Hamburg
Oktober 2015 Allgemeinmedizin Ahlquist, Glet und Ahlquist in Kaltenkirchen

Hamburg, 08.05.2016

9. Eidesstattliche Versicherung

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:

10. Anhang

10.1 Patienteninformation



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf



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

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.

Version 3 – 07.09.2011

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 pseudonymisierter¹ (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 bestimmbar natürlichen Person zugeordnet werden können (§ 3 Abs. 6 BDSG)

10.2 Einverständniserklärung



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf



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 pseudonymisierter¹ (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.

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 bestimmbar natürlichen Person zugeordnet werden können (§ 3 Abs. 6 BDSG)

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 ____ . ____ . ____

Unterschrift des Studienteilnehmers

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:

10.3 Screening Prä-Studie



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

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

SOM

0 + _____ + _____ = _____

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	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d. Schwierigkeiten zu entspannen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e. Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f. Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g. Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

ANG

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	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d. Müdigkeit oder das Gefühl, keine Energie mehr zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

DEP

0 + ___ + ___ + ___ = ___

Abschließend bitten wir Sie noch folgende Fragen zu beantworten:

4) Sie sind...

- Männlich
- Weiblich

5) Wie alt sind Sie?

_____ Jahre

6) Welchen Familienstand haben Sie?

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

7) Haben Sie zurzeit einen festen Partner?

- ja
- nein

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

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

10.4 Screening Post-Studie



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf



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

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

SOM

0 + _____ + _____ = _____

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	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d. Schwierigkeiten zu entspannen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e. Rastlosigkeit, so dass Stillsitzen schwer fällt	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f. Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g. Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

ANG

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	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
b. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
c. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
d. Müdigkeit oder das Gefühl, keine Energie mehr zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
e. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
f. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
g. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitungslesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
i. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

DEP

0 + ___ + ___ + ___ = ___

Abschließend bitten wir Sie noch folgende Fragen zu beantworten:

4) 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)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Familie, Freunde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Zeitschriften (z.B. Apothekenumschau)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Internet: medizinische Informationsseiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Internet: Foren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Fachvorträge/ Informationsveranstaltungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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.			X			

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 l–o aus und fahren mit Fragebogen 19 fort!

Bitte Fahren Sie mit Frage l 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	<input type="checkbox"/>
b. Krankenschwester/ -pfleger, Schwesternhelferin/ Pflegehelfer, Altenpfleger/in	<input type="checkbox"/>
c. Medizinische Fachangestellte, Medizinisch technische Assistent(in), Arzthelfer(in), Pharmazeutisch-technische Assistentin	<input type="checkbox"/>
d. Physiotherapeut(in)	<input type="checkbox"/>
e. Heilpraktiker	<input type="checkbox"/>
f. Apotheker	<input type="checkbox"/>
f. Andere:	

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

10.5 Telefoninterview Prä-Studie

Telefonische Befragung im Rahmen des Gesundheitsnetzes somatoforme Störungen

- PRÄ -

Pat.-ID: _____
Datum: _____
Interviewer: _____

Inhalt

1. Diagnostik (CIDI).....Seite 3
2. Fragen zur Behandlung.....Seite 4
3. Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten.....Seite 6
4. Fragen zur Soziodemografie.....Seite 8
5. Gesundheitsangst (Whiteley-7).....Seite 10
6. Fragen zur Krankheitswahrnehmung (IPQ-B).....Seite 11
7. Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen.....Seite 13
8. Abschluss

Allgemeine Anmerkungen zum Interview:

1. Diagnostik (CIDI)

a) Diagnose und eventuelle Anmerkungen zum Interview hier eintragen:

b) Notizen zum „onset“ der körperlichen Beschwerden hier eintragen (siehe auch 2.):

2. Behandlung

Füge bei „onset“ das Datum ein, das im Bereich onset bzw. Alter onset des CIDI am längsten zurückliegt (siehe auch 1b). Falls hier kein onset bestimmt wurde nach „jemals“ fragen und ggf. Teilfragen b und c überspringen.

a) Waren Sie seit „onset“ in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung?

Nein (*weiter mit b*)

Ja

Bei mehreren Behandlungen:

Ich möchte diese Behandlungen gerne einzeln in chronologischer Reihenfolge mit Ihnen durchgehen:

Wann war die erste (...*xte*) Behandlung?
(von / bis in Monat und Jahr)

Welche Art von Behandlung war das?
(stationär / teilstationär / ambulant)

Falls ambulant: Wie viele Termine hatten Sie insgesamt?
Wie lange haben die Termine durchschnittlich gedauert?

Wo genau hat die Behandlung stattgefunden?
(Name und Fachrichtung des Therapeuten bzw. Name und Abteilung der Klinik)

Ging es dort auch um die von Ihnen beschriebenen körperlichen Beschwerden?
(nein / teilweise / ausschließlich)

Wissen Sie welches Therapieverfahren hauptsächlich durchgeführt wurde?
(TP, VT, Psychoanalyse, bzw. Psychopharmaka)

b) Gab es darüber hinaus andere Behandlungen seit „onset“ die in Zusammenhang mit den von Ihnen beschriebenen körperlichen Beschwerden stehen?

Nein (*weiter mit c*)

Ja

Was für Behandlungen waren das und wann haben sie stattgefunden?

c) Gab es seit „onset“ bestimmte Absprachen mit Ihrem Hausarzt über die von Ihnen beschriebenen körperlichen Beschwerden? Hat er Ihnen zum Beispiel etwas Bestimmtes empfohlen oder gab es regelmäßige Termine in einem bestimmten Rhythmus (z.B. alle zwei Wochen)?

3. Fragen Suizidalität und selbstverletzendes Verhalten

a) Haben sie im letzten halben Jahr darüber nachgedacht sich das Leben zu nehmen?

- Nein (*weiter mit b*)
- Ja

Hatten oder haben Sie konkrete Pläne?

- Nein
- Ja

Hatten oder haben Sie Vorbereitungen getroffen?

- Nein
- Ja

Würden sie sagen, dass diese Gedanken bzw. Handlungen mit den von Ihnen beschriebenen körperlichen Beschwerden zusammenhängen?

- Ich sehe keinen Zusammenhang
- Ich sehe einen Zusammenhang, jedoch spielen auch andere Faktoren eine Rolle
- Ich sehe einen starken Zusammenhang, in der Form, dass die körperlichen Beschwerden der hauptsächliche Grund für diese Gedanken bzw. Handlungen sind

b) Haben Sie jemals versucht sich das Leben zu nehmen?

- Nein (*weiter mit c*)
- Ja

Darf ich Sie fragen wann das war?

Würden sie sagen, dass diese(r) Versuch(e) mit den von Ihnen beschriebenen körperlichen Beschwerden zusammenhängen?

- Ich sehe keinen Zusammenhang
- Ich sehe einen Zusammenhang, jedoch spielen auch andere Faktoren eine Rolle
- Ich sehe einen starken Zusammenhang, in der Form, dass die körperlichen Beschwerden der hauptsächliche Grund für diese(n) Versuch(e) waren

c) Haben Sie sich im letzten halben Jahr selber Verletzungen zugefügt (z.B. sich geschlagen, geschnitten, oder anderweitig Leid zugefügt)?

- Nein (*weiter mit 4.*)
- Ja

Darf ich Sie fragen was genau Sie getan haben?

Würden sie sagen, dass dies Verhalten mit den von Ihnen beschriebenen körperlichen Beschwerden zusammenhängt?

- Ich sehe keinen Zusammenhang
- Ich sehe einen Zusammenhang, jedoch spielen auch andere Faktoren eine Rolle
- Ich sehe einen starken Zusammenhang, in der Form, dass die körperlichen Beschwerden der hauptsächliche Grund für diese(n) Versuch(e) waren

4. Soziodemographie

1	Geburtsdatum (nur Monat und Jahr)	Monat	Jahr
3	In welchem Land sind sie geboren? <input type="checkbox"/> in Deutschland oder <input type="checkbox"/> anderes Land und zwar <i>_____</i>		
4	Wenn nicht in Deutschland: Seit wann leben sie in Deutschland? <i>_____</i> Jahr		
5	Welche Staatsangehörigkeit haben Sie? (Mehrfachangaben möglich) <input type="checkbox"/> Deutschland und/oder <input type="checkbox"/> andere, und zwar: <i>_____</i>		
6	Aus welchem Land stammen Ihre Eltern? Ihre Mutter <input type="checkbox"/> Deutschland oder <input type="checkbox"/> anderes Land, und zwar: <i>_____</i> Ihr Vater <input type="checkbox"/> Deutschland oder <input type="checkbox"/> anderes Land, und zwar: <i>_____</i>		
9	Wie viele Personen , Sie selbst mit eingeschlossen, wohnen ständig in Ihrem Haushalt? Gemeint sind alle Personen, die hier gemeinsam wohnen und wirtschaften. Denken Sie bitte auch an alle im Haushalt lebenden Kinder. <i>_____</i> Personen		
9a	Und wie viele davon sind unter 18 Jahre alt? <i>_____</i> Personen		
10	Bitte geben Sie die Postleitzahl ihres Wohnortes an: <i>_____</i>		
11	Gehen Sie zur Zeit zur Schule <input type="checkbox"/> nein (<i>weiter mit 12</i>) <input type="checkbox"/> ja Welchen höchsten Schulabschluss streben Sie an? <input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschulabschluss <input type="checkbox"/> Realschulabschluss/Mittlere Reife/Fachschulreife <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife/Abschluss einer Fachoberschule <input type="checkbox"/> Allgemeine/fachgebundene Hochschulreife/Abitur <input type="checkbox"/> Einen anderen Schulabschluss und zwar: <i>_____</i>		
12	Welche der folgenden Angaben zur Berufstätigkeit trifft auf Sie zu? (nur eine Nennung möglich) Sie sind zurzeit... <input type="checkbox"/> nicht berufstätig (einschließlich: arbeitslos, Null-Kurzarbeit, Vorruhestand, Rentner/in, Student/in, der/die nicht gegen Geld arbeitet, Praktikant/in) <i>Filter zu Fr. 13</i> <input type="checkbox"/> geringfügig beschäftigt bzw. üben einen Mini-Job (400 € pro Monat) oder 1-Euro-Job aus <input type="checkbox"/> Teilzeit-berufstätig (mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 10 bis 34 Stunden) <input type="checkbox"/> Voll berufstätig (mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr)		

13	<i>Nur bei „nicht berufstätig“:</i> Wenn Sie nicht vollzeit- oder teilzeiterwerbstätig sind : Trifft eine der folgenden Angaben auf Ihre derzeitige Situation zu?		
	<input type="checkbox"/> in Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung <input type="checkbox"/> Altershalber in Rente/pensioniert <input type="checkbox"/> Vorzeitig in Rente/pensioniert <input type="checkbox"/> Arbeitslos gemeldet <input type="checkbox"/> Schüler/in bzw. Student/in	<input type="checkbox"/> ausschließlich Hausfrau/Hausmann <input type="checkbox"/> Umschulung/Arbeitsförderungsmaßnahme <input type="checkbox"/> Wehr-, Zivildienstleistender, soziales Jahr <input type="checkbox"/> Auszubildende/r <input type="checkbox"/> Sonstiges und zwar: _____	
14	Welche berufliche Position üben Sie aus oder haben Sie hauptsächlich ausgeübt? (Falls Sie arbeitslos bzw. berentet oder Hausfrau/Hausmann sind, beziehen Sie die Fragen auf den Beruf, den Sie zuletzt ausgeübt haben)		
	Noch in der Ausbildung <input type="checkbox"/>		
	Arbeiter/in: <input type="checkbox"/> Ungelernte/r <input type="checkbox"/> Angelernte/r <input type="checkbox"/> Facharbeiter/in <input type="checkbox"/> Vorarbeiter/in bzw. Meister/in	Angestellte/r: <input type="checkbox"/> Mit ausführender Tätigkeit nach allgemeiner Anweisung (z.B. Verkäufer/in, Pflegehelfer/in, Sekretariatsassistent/in) <input type="checkbox"/> mit qualifizierter Tätigkeit nach Anweisung (z.B. Sachbearbeiter/in, Buchhalter/in) <input type="checkbox"/> mit eingeständiger Leistung in verantwortlicher Tätigkeit bzw. mit Fachverantwortung für Personal (z.B. wissenschaftliche/r Mitarbeiter/in, Prokurist/in, Abteilungsleiter/in bzw. Meister/in im Angestelltenverhältnis) <input type="checkbox"/> mit umfassenden Führungsaufgaben und Entscheidungsbefugnissen (z.B. Direktor/in, Geschäftsführer/in, Vorstand)	Beamte/r: <input type="checkbox"/> im einfachen Dienst (bis einschließlich Oberamtsmeister/in) <input type="checkbox"/> im mittleren Dienst (Assistent/in bis einschließlich Hauptsekretär/in oder Amtsinspektor/in) <input type="checkbox"/> im gehobenen Dienst (Inspektor/in bis einschließlich Oberamtsrat/-rätin) <input type="checkbox"/> im höheren Dienst (vom Rat/von Rätin aufwärts)
	Selbständige/r: <input type="checkbox"/> Selbständige/r Landwirt/in <input type="checkbox"/> Akademiker/in im freien Beruf (z.B. Arzt/Ärztin, Rechtsanwalt/Rechtanwältin, Steuerberater/in) <input type="checkbox"/> Selbständige/r im Handel, Gewerbe, Handwerk, Industrie, Dienstleistung <input type="checkbox"/> Mithelfende/r im Familienbetrieb	→ Anzahl der Mitarbeiter/innen: _____	
15	Welche Krankenversicherungen haben Sie? (Mehrfachnennungen möglich)		
	<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Keine Krankenversicherung/Selbstzahler	<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung (einschließlich Zusatzversicherungen)	

5. Gesundheitsangst (Whiteley-7)

	Nein	Ja
1) Denken Sie, dass mit Ihrem Körper ernsthaft etwas nicht in Ordnung ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Machen Sie sich viel Sorgen über Ihre Gesundheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Können Sie dem Arzt nur schwer glauben, wenn er Ihnen sagt, dass kein Grund zur Besorgnis besteht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Machen Sie sich oft Sorgen, möglicherweise eine ernsthafte Krankheit zu haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Werden Sie durch eine Vielzahl von Schmerzen geplagt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Wenn Sie auf eine Krankheit aufmerksam gemacht werden (durch Radio, Fernsehen, Zeitung oder einen Bekannten), machen Sie sich dann Sorgen, dass Sie diese Krankheit auch bekommen könnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Finden Sie, dass Sie von einer Vielzahl unterschiedlicher Symptome geplagt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Fragebogen zur Krankheitswahrnehmung (IPQ-B)

Bitte nennen Sie mir bei den nachfolgenden Fragen diejenige Antwort, die am Besten auf Sie zutrifft.

1. Wie stark beeinträchtigen Ihre körperlichen Beschwerden ihr Leben?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
überhaupt keine										sehr starke
Beeinträchtigung										Beeinträchtigung

2. Wie lange meinen Sie, dass Ihre körperlichen Beschwerden noch andauern werden?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
nur noch										für immer
ganz kurz										

3. Wie stark meinen Sie, Ihre körperlichen Beschwerden selbst kontrollieren zu können?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
absolut										extreme
keine Kontrolle										Kontrolle

4. Wie stark meinen Sie, dass eine Behandlung bei Ihren körperlichen Beschwerden helfen kann?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
überhaupt										extrem
nicht										hilfreich

5. Wie stark spüren Sie ihre körperlichen Beschwerden?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
überhaupt										extrem
nicht										stark

6. Wie stark machen Sie sich Sorgen über Ihre körperlichen Beschwerden?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
überhaupt keine										extreme
Sorgen										Sorgen

7. Fragen zur Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen

- Hinweise an Sie sind fett gedruckt. Der Interviewtext ist *kursiv* gedruckt. -

1. Erwerbstätigkeit

Als erstes werde ich Ihnen einige Fragen zu ihrer Erwerbstätigkeit stellen.

1. Besteht derzeit oder bestand in den letzten sechs Monaten ein reguläres Arbeitsverhältnis (außer Minijob) oder sind Sie derzeit bzw. waren Sie in den letzten 6 Monaten als Selbstständiger berufstätig? besch0

- ① Ja **(Wenn ja, weiter in diesem Abschnitt)**
② Nein **(Wenn nein, weiter mit Frage 2.)**

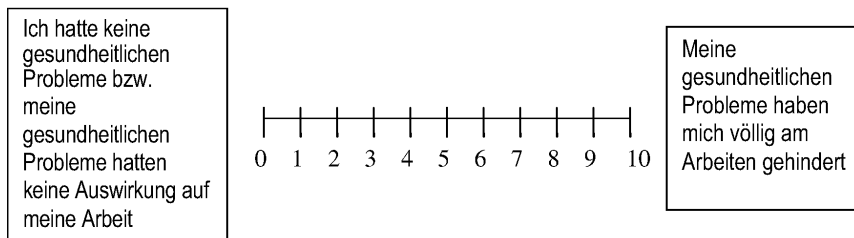
Wie viele Tage mußten Sie Ihrem regulären Arbeitsverhältnis (außer Minijob) bzw. Ihrer selbstständigen Tätigkeit in den letzten 6 Monaten aufgrund eigener Krankheiten vollständig fernbleiben? Bitte zählen Sie nur Tage, an denen Sie krankheitsbedingt überhaupt nicht gearbeitet haben. Arbeitsfreie Tage, wie Wochenenden, Feiertag oder Urlaub, zählen Sie bitte nicht mit. besch1

[] Tage

Wie viele Stunden mußten Sie während der Arbeitszeit in den letzten 6 Monaten für Ihre Arzt- oder Therapeutenbesuche aufwenden? Bitte beziehen Sie nur die Tage mit ein, an denen Sie Ihrer Arbeit nachgegangen sind und nur ein Teil Ihrer Arbeitszeit ausgefallen ist. Die Ausfalltage der vorherigen Frage sind nicht mit einzubeziehen. besch2

[] Stunden

Nun geht es darum, wie stark sich ihre gesundheitlichen Probleme (körperliche oder psychische) in den letzten 6 Monaten auf ihre Produktivität bei der Arbeit ausgewirkt haben. Denken Sie an Tage, an denen Sie in der Menge oder Art der Arbeit, die Sie schaffen konnten, eingeschränkt waren, Tage, an denen Sie weniger schafften als Sie wollten, oder Tage, an denen Sie Ihre Arbeit nicht so sorgfältig wie üblich erledigen konnten. Zur Beantwortung dieser Frage stellen Sie sich bitte eine Linie vor, die von 0 bis 10 durchnummeriert ist. Am unteren Ende der Linie steht die 0. Sie bedeutet, dass Ihre gesundheitlichen Probleme keine Auswirkungen auf ihre Arbeit hatten. Am oberen Ende steht die 10. Sie bedeutet, dass ihre gesundheitlichen Probleme sie völlig an der Arbeit gehindert haben. Nennen Sie mir nun den Punkt auf dieser Skala, der in ihren Augen aussagt, inwieweit ihr Gesundheitszustand Sie bei ihrer Arbeit in den letzten 6 Monaten eingeschränkt hat. besch3



Nun kommen ein paar kurze Fragen zu eventuellen Rentenbezügen.

2. Beziehen Sie derzeit eine Rente? rent0_0

- ① Ja **(Wenn ja, weiter in diesem Abschnitt)**
② Nein **(Wenn nein, weiter mit Frage 2.)**

2a. Welche Rente beziehen Sie? rent1_0

- ① Volle Erwerbsunfähigkeitsrente / Rente wegen voller Erwerbsminderung
① Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung / Berufsunfähigkeitsrente
② Altersrente / Vorruhestandszahlungen
③ Sonstiges

2b. Seit wann beziehen Sie diese Rente? rent2_0

Monat Jahr

2. Allgemeine Gesundheit

Jetzt werde ich Ihnen ein paar Fragen vorlesen von der jede drei Antwortmöglichkeiten hat. Bitte geben Sie an, welche Antwort am besten Ihren heutigen Gesundheitszustand beschreibt.

(Erinnern Sie den Befragten wenn nötig daran, dass der Zeitrahmen sich auf heute bezieht.)

Zunächst möchte ich Sie bezüglich Ihrer Mobilität/Beweglichkeit befragen.

Frage 1: Würden Sie sagen ...

1. Sie haben keine Probleme herumzugehen?
2. Sie haben einige Probleme herumzugehen?
3. Sie sind ans Bett gebunden?

Antwort des Befragten: EQ1_0

Als Nächstes möchte ich Sie fragen, wie Sie für sich selbst sorgen können.

Frage 2: Würden Sie sagen ...

1. Sie haben keine Probleme, für sich selbst zu sorgen?
2. Sie haben einige Probleme, sich selbst zu waschen oder sich anzuziehen?
3. Sie sind nicht in der Lage, sich selbst zu waschen oder anzuziehen?

Antwort des Befragten: EQ2_0

Als Nächstes möchte ich Sie bezüglich allgemeiner Tätigkeiten befragen, z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten.

Frage 3: Würden Sie sagen ...

1. Sie haben keine Probleme, Ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen?
2. Sie haben einige Probleme, Ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen?
3. Sie sind nicht in der Lage, Ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen?

Antwort des Befragten: EQ3_0

Als Nächstes möchte ich Sie bezüglich Ihrer Schmerzen oder körperlichen Beschwerden befragen.

Frage 4: Würden Sie sagen, Sie haben ...

1. keine Schmerzen oder Beschwerden?
2. mäßige Schmerzen oder Beschwerden?
3. extreme Schmerzen oder Beschwerden?

Antwort des Befragten: EQ4_0

Zum Schluss möchte ich Sie bezüglich Angst oder Niedergeschlagenheit befragen.

Frage 5: Würden Sie sagen, Sie sind ...

1. nicht ängstlich oder deprimiert?
2. mäßig ängstlich oder deprimiert?
3. extrem ängstlich oder deprimiert?

Antwort des Befragten: EQ5_0

Ich möchte Sie jetzt bitten, eine etwas andere Aufgabe durchzuführen. Um Sie bei der Einschätzung, wie gut oder wie schlecht Ihr Gesundheitszustand ist, zu unterstützen, bitte ich Sie, sich in Gedanken eine Skala vorzustellen, ähnlich einem Thermometer. Der beste denkbare Gesundheitszustand ist am oberen Ende der Skala mit einer "100" gekennzeichnet, der schlechteste mit "0" am unteren Ende der Skala.

Ich möchte Sie bitten, mir den Punkt auf der Skala zu nennen, wo Sie Ihren heutigen Gesundheitszustand anbringen würden.

Antwort des Befragten: EQ6_0

3. Stationäre Versorgung

Die nun folgenden Fragen betreffen stationäre Versorgungsleistungen. Bitte beachten Sie bei der Beantwortung der Fragen nur den Zeitraum der letzten sechs Monate.

Wie viele Tage befanden sie sich zu einer vollstationären Behandlung in einem Allgemeinkrankenhaus? Vollstationär bedeutet, dass sie sowohl ihre Tage als auch ihr Nächte in einem Krankenhaus verbracht haben.

Tage STV1_0

Wie viele Tage befanden sie sich zu einer vollstationären Behandlung in einer Psychiatrie?

Tage STV2_0

Wie viele Tage befanden sie sich zu einer vollstationären Behandlung in einer Klinik für psychosomatische Medizin?

Tage STVx_1

Wie viele Tage befanden sie sich zu einer vollstationären Behandlung in einer Rehabilitationsklinik?

Tage STV3_0

Wie viele Tage befanden sie sich zu einer teilstationären oder tagesklinischen Behandlung in einem Allgemeinkrankenhaus? Teilstationär bzw. tagesklinisch bedeutet, dass sie ihre Tage in einem

Krankenhaus verbracht haben, ihre Nächte allerdings zu Hause. Bitte zählen Sie hier Wochenenden und behandlungsfreie Tage nicht mit.

┌ ┆ ┆ ┆ ┆ Tage STV4_0

Wie viele Tage befanden sie sich zu einer teilstationären bzw. tagesklinischen Behandlung in einer Psychiatrie? Bitte zählen Sie Wochenenden und behandlungsfreie Tage nicht mit.

┌ ┆ ┆ ┆ ┆ Tage STV5_0

Wie viele Tage befanden sie sich zu einer teilstationären bzw. tagesklinischen Behandlung in einer Klinik für psychosomatische Medizin? Bitte zählen Sie Wochenenden und behandlungsfreie Tage nicht mit.

┌ ┆ ┆ ┆ ┆ Tage STVx_0

Wie viele Tage befanden sie sich zu einer teilstationären bzw. tagesklinischen Behandlung in einer Rehabilitationsklinik? Bitte zählen Sie hier Wochenenden und behandlungsfreie Tage auch hier nicht mit.

┌ ┆ ┆ ┆ ┆ Tage STV6_0

4. Ambulante ärztliche Versorgung

Die nächsten Fragen beschäftigen sich mit der ambulanten, ärztlichen Versorgung. Ich werde Ihnen nacheinander eine Reihe von Ärzten verschiedener Fachrichtungen nennen und Sie sagen mir bitte zu jedem dieser Fachärzte, wie oft Sie diese in den letzten 6 Monaten aufgesucht haben bzw. dieser bei Ihnen zu Hause war?

Allgemeinmediziner, Hausarzt	┌ ┆ ┆ ┆ ┆ AV12_0	Internist ohne Schwerpunkt	┌ ┆ ┆ ┆ ┆ AV22_0
Orthopäde	┌ ┆ ┆ ┆ ┆ AV32_0	Neurologe	┌ ┆ ┆ ┆ ┆ AV42_0
Psychiater	┌ ┆ ┆ ┆ ┆ AV52_0	Psychologe / Psychotherapeut	┌ ┆ ┆ ┆ ┆ AV62_0
Frauenarzt	┌ ┆ ┆ ┆ ┆ AV72_0	Urologe	┌ ┆ ┆ ┆ ┆ AV82_0
Hautarzt	┌ ┆ ┆ ┆ ┆ AV92_0	Augenarzt	┌ ┆ ┆ ┆ ┆ AV102_0
HNO-Arzt	┌ ┆ ┆ ┆ ┆ AV112_0	Kardiologe	┌ ┆ ┆ ┆ ┆ AV122_0
Kinderarzt	┌ ┆ ┆ ┆ ┆ AV132_0	Radiologe	┌ ┆ ┆ ┆ ┆ AV142_0
Ambulanter Chirurg	┌ ┆ ┆ ┆ ┆ AV152_0	Zahnarzt/Kieferorthopäde	┌ ┆ ┆ ┆ ┆ AV162_0
Nephrologe	┌ ┆ ┆ ┆ ┆ AV172_0	Pneumologe	┌ ┆ ┆ ┆ ┆ AV182_0
Diabetologe	┌ ┆ ┆ ┆ ┆ AV192_0	Rheumatologe	┌ ┆ ┆ ┆ ┆ AV202_0
Krankenhausambulanz	┌ ┆ ┆ ┆ ┆ AV212_0	Kassenärztlicher Notdienst	┌ ┆ ┆ ┆ ┆ AV202_02
Notarzt	┌ ┆ ┆ ┆ ┆ AV232_0		

Gibt es ansonsten noch einen Facharzt, den Sie in den letzten 6 Monaten aufgesucht haben und nach dem ich Sie nicht gefragt habe? Wenn ja, welcher Arzt war das und wie oft haben sie diesen aufgesucht?

_____ ┌ ┆ ┆ ┆ ┆ AV242_0
 AV151_0

5. Ambulante nichtärztliche Versorgung

Nun möchte ich mit Ihnen gerne einige ambulante Therapien des nicht-ärztlichen Bereiches durchsprechen. Ich werde Ihnen dafür verschiedene Maßnahmen nennen und Sie sagen mir bitte wie oft sie diese Maßnahmen in den letzten 6 Monaten in Anspruch genommen haben.

Ergo- oder Arbeitstherapie	<input type="text"/> <input type="text"/> NAV12_0	Heilpraktiker	<input type="text"/> <input type="text"/> NAV22_0
Inhalation	<input type="text"/> <input type="text"/> NAV32_0	Krankengymnastik	<input type="text"/> <input type="text"/> NAV42_0
Massage oder Lymphdrainage	<input type="text"/> <input type="text"/> NAV52_0	Sport- oder Bewegungstherapie	<input type="text"/> <input type="text"/> NAV62_0
Sprech- und Sprachtherapie	<input type="text"/> <input type="text"/> NAV72_0	Wärme-, Kälte-, Wassertherapie	<input type="text"/> <input type="text"/> NAV82_0
Selbsthilfegruppen, Welche? NAV91_0	<input type="text"/> <input type="text"/> NAV92_0	Sonstige, welche ? NAV101_0	<input type="text"/> <input type="text"/> NAV102_0

6. Transport zur medizinischen Behandlung bzw. Therapie

Als nächstes frage ich Sie nach Transporten zur medizinischen Behandlung bzw. Therapie. Alle Fragen beziehen sich auf die letzten sechs Monate. Bitte beachten Sie, dass Hin- und Rückweg zusammen einer Fahrt entsprechen.

Wie viele Fahrten zur medizinischen Behandlung bzw. Therapie haben Sie mit dem PKW unternommen und wie viele Kilometer haben Sie dabei insgesamt zurückgelegt?

T12_0 km T13_0

Wie viele Fahrten zur medizinischen Behandlung bzw. Therapie haben Sie mit der Straßenbahn bzw. dem Bus unternommen und welche Kosten sind Ihnen dabei insgesamt entstanden?

T22_0 € T23_0

Wie viele Fahrten zur medizinischen Behandlung bzw. Therapie haben Sie mit dem Zug unternommen und welche Kosten sind Ihnen dabei insgesamt entstanden?

T32_0 € T33_0

Wie viele Fahrten zur medizinischen Behandlung bzw. Therapie haben Sie mit dem Krankentransport unternommen und welche Kosten sind Ihnen dabei insgesamt entstanden?

T42_0 € T43_0

Wie oft wurden Sie im betreffenden Zeitraum von einem Rettungswagen transportiert?

T52_0

7. Medikamente

Ich möchte Ihnen nun einige Fragen zu den Medikamenten stellen, die sie einnehmen.

*Haben Sie in den letzten 6 Monaten regelmäßig oder bei Bedarf Medikamente eingenommen?
Hierzu zählen nicht Medikamente, die Sie im Rahmen einer stationären oder teilstationären
Krankenhausbehandlung bzw. einer Kur/Rehabilitationsmaßnahme erhalten haben. MO_0*

- Ja **(Wenn ja, weiter in diesem Abschnitt.)**
 Nein **(Wenn nein, weiter mit Abschnitt 10.)**

Haben Sie die Verpackungen der Medikamente vorliegen oder in Griffweite?

(Wenn ja): Legen Sie bitte die Verpackungen der entsprechenden Medikamente vor sich hin. Auf der Unterseite der Verpackungen befindet sich ein Strichcode und darunter steht eine mehrstellige Zahl, die von den Buchstaben PZN eingeleitet wird. Bitte nennen Sie mir diese Nummern. Und sagen Sie mir bitte auch, wie viele Packungen dieser Medikamente Sie in den letzten 6 Monaten erhalten haben.

(Tragen Sie PZN und Anzahl aller Packungen die genannt werden untereinander in die entsprechenden Zeilen auf der nächsten Seite ein. Danach weiter mit Frage 8)

(Wenn nein): Kennen Sie die Namen der Medikamente?

(Tragen Sie die Namen in die betreffenden Spalten auf der nächsten Seite ein)

In welcher Form haben Sie diese Medikamente zu sich genommen? Waren es Tabletten, Kapseln oder Dragees? Handelte es sich um Tropfen? War es eine Salbe oder wurde es gespritzt? Oder handelte sich eine andere Form?

(Tragen Sie die Darreichungsform in die betreffenden Spalten ein)

Wie viele Packungen dieser Medikamente haben Sie in den letzten 6 Monaten erhalten oder gekauft?

(Tragen Sie die Anzahl in die betreffenden Spalten ein)

	Wie heißt das Medikament? [NAME]	PZN [PZN]	Tabletten	①	[PACKUNGS GRÖßE]		[PACKUNGS ZAHL]
			Dragees	②			
			Tropfen	③			
			Salbe	④	N1	①	
			Spritzen	⑤	N2	②	
			Kapseln	⑥	N3	③	
			Sonstige	⑦	Andere	④	
1	.....	| | | | | | | |	| |	| |	| |	| |	| |
	M11_0	M12_0	M13_0	M14_0	M15_0		
2	.....	| | | | | | | |	| |	| |	| |	| |	| |
	M21_0	M22_0	M23_0	M24_0	M25_0		
3	.....	| | | | | | | |	| |	| |	| |	| |	| |
	M31_0	M32_0	M33_0	M34_0	M35_0		
4	.....	| | | | | | | |	| |	| |	| |	| |	| |
	M41_0	M42_0	M43_0	M44_0	M45_0		
5	.....	| | | | | | | |	| |	| |	| |	| |	| |
	M51_0	M52_0	M53_0	M54_0	M55_0		
6	.....	| | | | | | | |	| |	| |	| |	| |	| |
	M61_0	M62_0	M63_0	M64_0	M65_0		
7	.....	| | | | | | | |	| |	| |	| |	| |	| |
	M71_0	M72_0	M73_0	M74_0	M75_0		
8	.....	| | | | | | | |	| |	| |	| |	| |	| |
	M81_0	M82_0	M83_0	M84_0	M85_0		
9	.....	| | | | | | | |	| |	| |	| |	| |	| |
	M191_0	M92_0	M93_0	M94_0	M95_0		

8. Hilfsmittel

Als nächstes frage ich Sie nach medizinischen Hilfsmitteln die Sie möglicherweise in den letzten sechs Monate genutzt haben. Hilfsmittel, die Sie ausschließlich im Rahmen eines stationären Aufenthaltes genutzt haben, zählen nicht dazu.

Haben Sie in den letzten 6 Monaten...

...ein Hörgerät gekauft oder erhalten und wenn ja, wie viele:

Ja <input type="radio"/>	[] Stück
Nein <input type="radio"/>	
HM11_0	
HM12_0	

...einen Rollstuhl gekauft oder erhalten und wenn ja, wie viele:

Ja <input type="radio"/>	[] Stück
Nein <input type="radio"/>	
HM21_0	
HM22_0	

...eine Gehhilfe gekauft oder erhalten und wenn ja, wie viele:

Ja <input type="radio"/>	[] Stück
Nein <input type="radio"/>	
HM31_0	
HM32_0	

...eine Brille gekauft oder erhalten und wenn ja, wie viele:

Ja <input type="radio"/>	[] Stück
Nein <input type="radio"/>	
HM41_0	
HM42_0	

...Verbandsmaterial gekauft oder erhalten und wenn ja, wie viel:

Ja <input type="radio"/>	[] Stück
Nein <input type="radio"/>	
HM51_0	
HM52_0	

...Inkontinenzeinlagen gekauft oder erhalten und wenn ja, wie viele:

Ja <input type="radio"/>	[] Stück
Nein <input type="radio"/>	
HM61_0	
HM62_0	

...Stütz- und Kompressionsstrümpfe gekauft oder erhalten und wenn ja, wie viele:

Ja <input type="radio"/>	[] Stück
Nein <input type="radio"/>	
HM71_0	
HM72_0	

9. Hilfe von professionellen Diensten, Angehörigen und Freunden

Wir möchten uns nun der Hilfe zuwenden, die Sie von Freunden, Angehörigen oder professionellen Diensten erhalten haben.

a) Haben Sie in den letzten 6 Monaten krankheitsbedingt Hilfe von Professionellen Diensten, zum Beispiel von ambulanten Pflegediensten oder Haushaltshilfen, in Anspruch nehmen müssen. Wenn ja, um wie viele Tage und Stunden pro Tag handelte es sich? HF11_0/ HF1_0

 |_|_|_|Tage |_|_|Stunden pro Tag

b) Haben Sie in den letzten 6 Monaten krankheitsbedingt Hilfe von Familienangehörigen, Freunden oder Bekannten in Anspruch nehmen müssen? Wenn ja, um wie viele Tage und Stunden pro Tag handelte es sich? HF2_0

 |_|_|_|Tage |_|_|Stunden pro Tag

10. Sonstige medizinische Leistungen und Mittel

Nun kommen wir zu medizinischen Leistungen und Mittel, die bisher nicht abgefragt wurden.

Haben Sie in den letzten 6 Monaten weitere Leistungen oder Mittel gekauft bzw. erhalten, die Sie bisher noch nicht angegeben haben? Wenn ja, welche Leistungen oder Mittel waren dies und wie viel haben diese Leistungen oder Mittel gekostet? Wie viel haben Sie davon selbst zahlen müssen?

	Leistung oder Mittel	Wie viel hat die angegebene Leistung, das Mittel gekostet?	
		Kosten insgesamt	Eigene Zuzahlung
			0 = Keine Zuzahlung
1	..... SL111_0	..... € SL112_0	..... € SL113_0
2	..... SL121_0	..... € SL122_0	..... € SL123_0
3	..... SL131_0	..... € SL132_0	..... € SL133_0
4	..... SL141_0	..... € SL142_0	..... € SL143_0

10.6 Telefoninterview Post-Studie

Telefonische Befragung im Rahmen des Gesundheitsnetzes somatoforme Störungen

- POST -

Pat.-ID: _____

Datum: _____

Interviewer: _____

Inhalt

1. Diagnostik (CIDI).....	Seite 3
2. Fragen zur Behandlung.....	Seite 3
3. Fragen zur Soziodemografie.....	Seite 5
4. SF-12.....	Seite 7
5. Whiteley-7.....	Seite 8
6. IPQ-B.....	Seite 8
7. Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen.....	Seite 10

Allgemeine Anmerkungen zum Interview:

1. Diagnostik (CIDI)

a) Diagnose und eventuelle Anmerkungen zum CIDI Interview hier eintragen:

b) Notizen zum „onset“ der körperlichen Beschwerden hier eintragen (siehe auch 2.):

2. Behandlung

Füge bei „onset“ das Datum ein, das im Bereich onset bzw. Alter onset des CIDI am längsten zurückliegt (siehe auch 1b).

a) Waren Sie seit „onset“ in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung?

Nein (*weiter mit 3.*)

Ja

b) Wie viele verschiedene psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlungen haben Sie seitdem genau begonnen?

_____ (Anzahl)

c) Wie viele dieser Behandlungen umfassten mindestens 5 Gespräche?

_____ (Anzahl)

d) Wann war die **erste** dieser Behandlungen?

_____ Monat _____ Jahr

e) Dauert diese Behandlung aktuell noch an?

Nein, sie endete _____ Monat _____ Jahr

Ja

f) Wie wurde/wird diese Behandlung durchgeführt?

ambulant

teilstationär / tagesklinisch

stationär

g) Ging/geht es in der Behandlung um die von Ihnen beschriebenen körperlichen Beschwerden?

nein

teilweise

ausschließlich

h) Hat Ihr Hausarzt / Ihre Hausärztin diese Behandlung veranlasst bzw. empfohlen?

Nein

Ja

➔ Falls es mehr als eine Behandlung gab... (siehe auch 2b)

i) Sind Sie momentan in psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung?

Nein (*weiter mit 3.*)

Ja

j) Wie wird diese Behandlung durchgeführt...?

ambulant

teilstationär / tagesklinisch

stationär

k) Geht es in der Behandlung um die von Ihnen beschriebenen körperlichen Beschwerden?

nein

teilweise

ausschließlich

l) Hat Ihr Hausarzt / Ihre Hausärztin diese Behandlung veranlasst bzw. empfohlen?

Nein (*weiter mit 3.*)

Ja

3. Soziodemographie

1	Geburtsdatum (nur Monat und Jahr)	Monat	Jahr
3	In welchem Land sind sie geboren? <input type="checkbox"/> in Deutschland oder <input type="checkbox"/> anderes Land und zwar <i>_____</i>		
4	Wenn nicht in Deutschland: Seit wann leben sie in Deutschland? <i>_____</i> Jahr		
5	Welche Staatsangehörigkeit haben Sie? (Mehrfachangaben möglich) <input type="checkbox"/> Deutschland und/oder <input type="checkbox"/> andere, und zwar: <i>_____</i>		
6	Aus welchem Land stammen Ihre Eltern? Ihre Mutter <input type="checkbox"/> Deutschland oder <input type="checkbox"/> anderes Land, und zwar: <i>_____</i> Ihr Vater <input type="checkbox"/> Deutschland oder <input type="checkbox"/> anderes Land, und zwar: <i>_____</i>		
9	Wie viele Personen , Sie selbst mit eingeschlossen, wohnen ständig in Ihrem Haushalt? Gemeint sind alle Personen, die hier gemeinsam wohnen und wirtschaften. Denken Sie bitte auch an alle im Haushalt lebenden Kinder. <i>_____</i> Personen		
9a	Und wie viele davon sind unter 18 Jahre alt? <i>_____</i> Personen		
10	Bitte geben Sie die Postleitzahl ihres Wohnortes an: <i>_____</i>		
11	Gehen Sie zur Zeit zur Schule <input type="checkbox"/> nein (<i>weiter mit 12</i>) <input type="checkbox"/> ja Welchen höchsten Schulabschluss streben Sie an? <input type="checkbox"/> Haupt-/Volksschulabschluss <input type="checkbox"/> Realschulabschluss/Mittlere Reife/Fachschulreife <input type="checkbox"/> Fachhochschulreife/Abschluss einer Fachoberschule <input type="checkbox"/> Allgemeine/fachgebundene Hochschulreife/Abitur <input type="checkbox"/> Einen anderen Schulabschluss und zwar: <i>_____</i>		
12	Welche der folgenden Angaben zur Berufstätigkeit trifft auf Sie zu? (nur eine Nennung möglich) Sie sind zurzeit... <input type="checkbox"/> nicht berufstätig (einschließlich: arbeitslos, Null-Kurzarbeit, Vorruhestand, Rentner/in, Student/in, der/die nicht gegen Geld arbeitet, Praktikant/in) <i>Filter zu Fr. 13</i> <input type="checkbox"/> geringfügig beschäftigt bzw. üben einen Mini-Job (400 € pro Monat) oder 1-Euro-Job aus <input type="checkbox"/> Teilzeit-berufstätig (mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 10 bis 34 Stunden) <input type="checkbox"/> Voll berufstätig (mit einer wöchentlichen Arbeitszeit von 35 Stunden und mehr)		

13	Nur bei „nicht berufstätig“: Wenn Sie nicht vollzeit- oder teilzeiterwerbstätig sind: Trifft eine der folgenden Angaben auf Ihre derzeitige Situation zu?		
	<input type="checkbox"/> in Rente wegen teilweiser oder voller Erwerbsminderung <input type="checkbox"/> Altershalber in Rente/pensioniert <input type="checkbox"/> Vorzeitig in Rente/pensioniert <input type="checkbox"/> Arbeitslos gemeldet <input type="checkbox"/> Schüler/in bzw. Student/in	<input type="checkbox"/> ausschließlich Hausfrau/Hausmann <input type="checkbox"/> Umschulung/Arbeitsförderungsmaßnahme <input type="checkbox"/> Wehr-, Zivildienstleistender, soziales Jahr <input type="checkbox"/> Auszubildende/r <input type="checkbox"/> Sonstiges und zwar: _____	
14	Welche berufliche Position üben Sie aus oder haben Sie hauptsächlich ausgeübt? (Falls Sie arbeitslos bzw. berentet oder Hausfrau/Hausmann sind, beziehen Sie die Fragen auf den Beruf, den Sie zuletzt ausgeübt haben)		
	Noch in der Ausbildung <input type="checkbox"/>		
	Arbeiter/in: <input type="checkbox"/> Ungelernte/r <input type="checkbox"/> Angelernte/r <input type="checkbox"/> Facharbeiter/in <input type="checkbox"/> Vorarbeiter/in bzw. Meister/in	Angestellte/r: <input type="checkbox"/> Mit ausführender Tätigkeit nach allgemeiner Anweisung (z.B. Verkäufer/in, Pflegehelfer/in, Sekretariatsassistent/in) <input type="checkbox"/> mit qualifizierter Tätigkeit nach Anweisung (z.B. Sachbearbeiter/in, Buchhalter/in) <input type="checkbox"/> mit eingeständiger Leistung in verantwortlicher Tätigkeit bzw. mit Fachverantwortung für Personal (z.B. wissenschaftliche/r Mitarbeiter/in, Prokurist/in, Abteilungsleiter/in bzw. Meister/in im Angestelltenverhältnis) <input type="checkbox"/> mit umfassenden Führungsaufgaben und Entscheidungsbefugnissen (z.B. Direktor/in, Geschäftsführer/in, Vorstand)	Beamte/r: <input type="checkbox"/> im einfachen Dienst (bis einschließlich Oberamtsmeister/in) <input type="checkbox"/> im mittleren Dienst (Assistent/in bis einschließlich Hauptsekretär/in oder Amtsinspektor/in) <input type="checkbox"/> im gehobenen Dienst (Inspektor/in bis einschließlich Oberamtsrat/-rätin) <input type="checkbox"/> im höheren Dienst (vom Rat/von Rätin aufwärts)
	Selbständige/r: <input type="checkbox"/> Selbständige/r Landwirt/in <input type="checkbox"/> Akademiker/in im freien Beruf (z.B. Arzt/Ärztin, Rechtsanwalt/Rechtanwältin, Steuerberater/in) <input type="checkbox"/> Selbständige/r im Handel, Gewerbe, Handwerk, Industrie, Dienstleistung <input type="checkbox"/> Mithelfende/r im Familienbetrieb	→ Anzahl der Mitarbeiter/innen: _____	
15	Welche Krankenversicherungen haben Sie? (Mehrfachnennungen möglich)		
	<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenversicherung <input type="checkbox"/> Keine Krankenversicherung/Selbstzahler	<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung (einschließlich Zusatzversicherungen)	

4. SF-12

	Ausgezeichnet 1 <input type="checkbox"/>	Sehr gut 2 <input type="checkbox"/>	Gut 3 <input type="checkbox"/>	Weniger gut 4 <input type="checkbox"/>	Schlecht 5 <input type="checkbox"/>
1. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im allgemeinen beschreiben?					

Im folgenden sind einige Tätigkeiten beschrieben, die Sie vielleicht an einen normalen Tag ausüben. <i>Sind Sie durch Ihren derzeitigen Gesundheitszustand bei diesen Tätigkeiten eingeschränkt? Wenn ja, wie stark?</i>	Ja, stark eingeschränkt	Ja, etwas eingeschränkt	Nein, überhaupt nicht eingeschränkt
2. mittelschwere Tätigkeiten , z.B. einen Tisch verschieben, staubsaugen, kegeln, Golf spielen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>
3. mehrere Treppenabsätze steigen	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>

Hatten Sie <i>in den vergangenen 4 Wochen aufgrund Ihrer körperlichen Gesundheit</i> irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause?	Ja	Nein
4. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
5. Ich konnte nur bestimmte Dinge tun	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

Hatten Sie <i>in den vergangenen 4 Wochen aufgrund seelischer Probleme</i> irgendwelche Schwierigkeiten bei der Arbeit oder anderen alltäglichen Tätigkeiten im Beruf bzw. zu Hause (z.B. weil Sie sich niedergeschlagen oder ängstlich fühlten)?	Ja	Nein
6. Ich habe weniger geschafft als ich wollte	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>
7. Ich konnte nicht so sorgfältig wie üblich arbeiten	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>

	Überhaupt nicht	ein bisschen	Mäßig	Ziemlich	Sehr
8. Inwieweit haben die Schmerzen Sie <i>in den vergangenen 4 Wochen</i> bei der Ausübung Ihrer Alltagstätigkeiten zu Hause und im Beruf behindert?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

In diesen Fragen geht es darum, wie Sie sich fühlen und wie es Ihnen <i>in den vergangenen 4 Wochen</i> gegangen ist. (Bitte kreuzen Sie in jeder Zeile die Zahl an, die Ihrem Befinden am ehesten entsprechen) <i>Wie oft waren Sie in den vergangenen 4 Wochen</i>	Immer	Meistens	Ziemlich oft	Manchmal	Selten	Nie
9. . . . ruhig und gelassen?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
10. . . . voller Energie?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>
11. . . . entmutigt und traurig?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	6 <input type="checkbox"/>

	Immer	Meistens	Manchmal	Selten	Nie
12. Wie häufig haben Ihre körperliche Gesundheit oder seelischen Probleme in den <i>vergangenen 4 Wochen</i> Ihre Kontakte zu anderen Menschen (Besuche bei Freunden, Verwandten usw.) beeinträchtigt?	1 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/>	4 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>

5. Whiteley-7

	Nein	Ja
1) Denken Sie, dass mit Ihrem Körper ernsthaft etwas nicht in Ordnung ist?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Machen Sie sich viel Sorgen über Ihre Gesundheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Können Sie dem Arzt nur schwer glauben, wenn er Ihnen sagt, dass kein Grund zur Besorgnis besteht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Machen Sie sich oft Sorgen, möglicherweise eine ernsthafte Krankheit zu haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Werden Sie durch eine Vielzahl von Schmerzen geplagt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Wenn Sie auf eine Krankheit aufmerksam gemacht werden (durch Radio, Fernsehen, Zeitung oder einen Bekannten), machen Sie sich dann Sorgen, dass Sie diese Krankheit auch bekommen könnten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Finden Sie, dass Sie von einer Vielzahl unterschiedlicher Symptome geplagt werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. IPQ-B

Bitte bei den nachfolgenden Fragen diejenige Antwort nennen, die am Besten zutrifft.

1. Wie stark beeinträchtigen Ihre körperlichen Beschwerden ihr Leben?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
überhaupt keine						sehr starke				
Beeinträchtigung						Beeinträchtigung				

2. Wie lange meinen Sie, dass Ihre körperlichen Beschwerden noch andauern werden?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
nur noch						für immer				
ganz kurz										

3. Wie stark meinen Sie, Ihre körperlichen Beschwerden selbst kontrollieren zu können?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
absolut keine Kontrolle										extreme Kontrolle

4. Wie stark meinen Sie, dass eine Behandlung bei Ihren körperlichen Beschwerden helfen kann?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
überhaupt nicht										extrem hilfreich

5. Wie stark spüren Sie ihre körperlichen Beschwerden?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
überhaupt nicht										extrem stark

6. Wie stark machen Sie sich Sorgen über Ihre körperlichen Beschwerden?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
überhaupt keine Sorgen										extreme Sorgen

7. Wie gut meinen Sie, Ihre körperlichen Beschwerden zu verstehen?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
überhaupt nicht										sehr klar

8. Wie stark sind Sie durch Ihre körperlichen Beschwerden gefühlsmäßig beeinträchtigt? (Sind Sie durch Ihre körperlichen Beschwerden zum Beispiel ärgerlich, verängstigt, aufgewühlt oder niedergeschlagen?)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Gefühlsmäßig nicht betroffen	überhaupt									gefühlsmäßig extrem betroffen

7. Fragen zur Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen

- Hinweise an Sie sind fett gedruckt. Der Interviewtext ist *kursiv gedruckt*. -

1. Erwerbstätigkeit

Als erstes werde ich Ihnen einige Fragen zu ihrer Erwerbstätigkeit stellen.

1. Besteht derzeit oder bestand in den letzten sechs Monaten ein reguläres Arbeitsverhältnis (außer Minijob) oder sind Sie derzeit bzw. waren Sie in den letzten 6 Monaten als Selbstständiger berufstätig? besch0

- ① Ja **(Wenn ja, weiter in diesem Abschnitt)**
② Nein **(Wenn nein, weiter mit Frage 2.)**

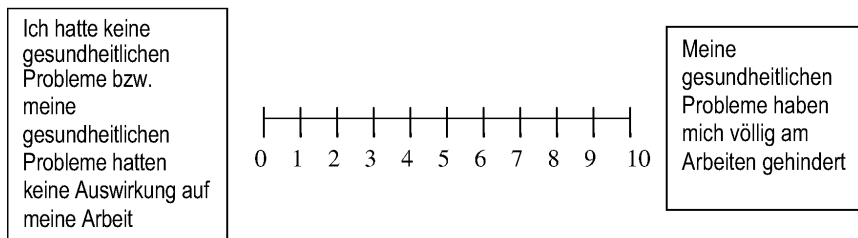
Wie viele Tage mußten Sie Ihrem regulären Arbeitsverhältnis (außer Minijob) bzw. Ihrer selbstständigen Tätigkeit in den letzten 6 Monaten aufgrund eigener Krankheiten vollständig fernbleiben? Bitte zählen Sie nur Tage, an denen Sie krankheitsbedingt überhaupt nicht gearbeitet haben. Arbeitsfreie Tage, wie Wochenenden, Feiertag oder Urlaub, zählen Sie bitte nicht mit. besch1

[] Tage

Wie viele Stunden mußten Sie während der Arbeitszeit in den letzten 6 Monaten für Ihre Arzt- oder Therapeutenbesuche aufwenden? Bitte beziehen Sie nur die Tage mit ein, an denen Sie Ihrer Arbeit nachgegangen sind und nur ein Teil Ihrer Arbeitszeit ausgefallen ist. Die Ausfalltage der vorherigen Frage sind nicht mit einzubeziehen. besch2

[] Stunden

Nun geht es darum, wie stark sich ihre gesundheitlichen Probleme (körperliche oder psychische) in den letzten 6 Monaten auf ihre Produktivität bei der Arbeit ausgewirkt haben. Denken Sie an Tage, an denen Sie in der Menge oder Art der Arbeit, die Sie schaffen konnten, eingeschränkt waren, Tage, an denen Sie weniger schafften als Sie wollten, oder Tage, an denen Sie Ihre Arbeit nicht so sorgfältig wie üblich erledigen konnten. Zur Beantwortung dieser Frage stellen Sie sich bitte eine Linie vor, die von 0 bis 10 durchnummeriert ist. Am unteren Ende der Linie steht die 0. Sie bedeutet, dass Ihre gesundheitlichen Probleme keine Auswirkungen auf ihre Arbeit hatten. Am oberen Ende steht die 10. Sie bedeutet, dass ihre gesundheitlichen Probleme sie völlig an der Arbeit gehindert haben. Nennen Sie mir nun den Punkt auf dieser Skala, der in ihren Augen aussagt, inwieweit ihr Gesundheitszustand Sie bei ihrer Arbeit in den letzten 6 Monaten eingeschränkt hat. besch3



Nun kommen ein paar kurze Fragen zu eventuellen Rentenbezügen.

2. Beziehen Sie derzeit eine Rente? rent0_0

- ① Ja **(Wenn ja, weiter in diesem Abschnitt)**
② Nein **(Wenn nein, weiter mit Frage 2.)**

2a. Welche Rente beziehen Sie? rent1_0

- ① Volle Erwerbsunfähigkeitsrente / Rente wegen voller Erwerbsminderung
① Rente wegen teilweiser Erwerbsminderung / Berufsunfähigkeitsrente
② Altersrente / Vorruhestandszahlungen
③ Sonstiges

2b. Seit wann beziehen Sie diese Rente? rent2_0

Monat Jahr

2. Allgemeine Gesundheit

Jetzt werde ich Ihnen ein paar Fragen vorlesen von der jede drei Antwortmöglichkeiten hat. Bitte geben Sie an, welche Antwort am besten Ihren heutigen Gesundheitszustand beschreibt.

(Erinnern Sie den Befragten wenn nötig daran, dass der Zeitrahmen sich auf heute bezieht.)

Zunächst möchte ich Sie bezüglich Ihrer Mobilität/Beweglichkeit befragen.

Frage 1: Würden Sie sagen ...

1. Sie haben keine Probleme herumzugehen?
2. Sie haben einige Probleme herumzugehen?
3. Sie sind ans Bett gebunden?

Antwort des Befragten: EQ1_0

Als Nächstes möchte ich Sie fragen, wie Sie für sich selbst sorgen können.

Frage 2: Würden Sie sagen ...

1. Sie haben keine Probleme, für sich selbst zu sorgen?
2. Sie haben einige Probleme, sich selbst zu waschen oder sich anzuziehen?
3. Sie sind nicht in der Lage, sich selbst zu waschen oder anzuziehen?

Antwort des Befragten: EQ2_0

Als Nächstes möchte ich Sie bezüglich allgemeiner Tätigkeiten befragen, z.B. Arbeit, Studium, Hausarbeit, Familien- oder Freizeitaktivitäten.

Frage 3: Würden Sie sagen ...

1. Sie haben keine Probleme, Ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen?
2. Sie haben einige Probleme, Ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen?
3. Sie sind nicht in der Lage, Ihren alltäglichen Tätigkeiten nachzugehen?

Antwort des Befragten: EQ3_0

Als Nächstes möchte ich Sie bezüglich Ihrer Schmerzen oder körperlichen Beschwerden befragen.

Frage 4: Würden Sie sagen, Sie haben ...

1. keine Schmerzen oder Beschwerden?
2. mäßige Schmerzen oder Beschwerden?
3. extreme Schmerzen oder Beschwerden?

Antwort des Befragten: EQ4_0

Zum Schluss möchte ich Sie bezüglich Angst oder Niedergeschlagenheit befragen.

Frage 5: Würden Sie sagen, Sie sind ...

1. nicht ängstlich oder deprimiert?
2. mäßig ängstlich oder deprimiert?
3. extrem ängstlich oder deprimiert?

Antwort des Befragten: EQ5_0

Ich möchte Sie jetzt bitten, eine etwas andere Aufgabe durchzuführen. Um Sie bei der Einschätzung, wie gut oder wie schlecht Ihr Gesundheitszustand ist, zu unterstützen, bitte ich Sie, sich in Gedanken eine Skala vorzustellen, ähnlich einem Thermometer. Der beste denkbare Gesundheitszustand ist am oberen Ende der Skala mit einer "100" gekennzeichnet, der schlechteste mit "0" am unteren Ende der Skala.

Ich möchte Sie bitten, mir den Punkt auf der Skala zu nennen, wo Sie Ihren heutigen Gesundheitszustand anbringen würden.

Antwort des Befragten: EQ6_0

3. Stationäre Versorgung

Die nun folgenden Fragen betreffen stationäre Versorgungsleistungen. Bitte beachten Sie bei der Beantwortung der Fragen nur den Zeitraum der letzten sechs Monate.

Wie viele Tage befanden sie sich zu einer vollstationären Behandlung in einem Allgemeinkrankenhaus? Vollstationär bedeutet, dass sie sowohl ihre Tage als auch ihr Nächte in einem Krankenhaus verbracht haben.

Tage STV1_0

Wie viele Tage befanden sie sich zu einer vollstationären Behandlung in einer Psychiatrie?

Tage STV2_0

Wie viele Tage befanden sie sich zu einer vollstationären Behandlung in einer Klinik für psychosomatische Medizin?

Tage STVx_1

Wie viele Tage befanden sie sich zu einer vollstationären Behandlung in einer Rehabilitationsklinik?

Tage STV3_0

Wie viele Tage befanden sie sich zu einer teilstationären oder tagesklinischen Behandlung in einem Allgemeinkrankenhaus? Teilstationär bzw. tagesklinisch bedeutet, dass sie ihre Tage in einem

Krankenhaus verbracht haben, ihre Nächte allerdings zu Hause. Bitte zählen Sie hier Wochenenden und behandlungsfreie Tage nicht mit.

┌ ┆ ┆ ┆ ┆ Tage STV4_0

Wie viele Tage befanden sie sich zu einer teilstationären bzw. tagesklinischen Behandlung in einer Psychiatrie? Bitte zählen Sie Wochenenden und behandlungsfreie Tage nicht mit.

┌ ┆ ┆ ┆ ┆ Tage STV5_0

Wie viele Tage befanden sie sich zu einer teilstationären bzw. tagesklinischen Behandlung in einer Klinik für psychosomatische Medizin? Bitte zählen Sie Wochenenden und behandlungsfreie Tage nicht mit.

┌ ┆ ┆ ┆ ┆ Tage STVx_0

Wie viele Tage befanden sie sich zu einer teilstationären bzw. tagesklinischen Behandlung in einer Rehabilitationsklinik? Bitte zählen Sie hier Wochenenden und behandlungsfreie Tage auch hier nicht mit.

┌ ┆ ┆ ┆ ┆ Tage STV6_0

4. Ambulante ärztliche Versorgung

Die nächsten Fragen beschäftigen sich mit der ambulanten, ärztlichen Versorgung. Ich werde Ihnen nacheinander eine Reihe von Ärzten verschiedener Fachrichtungen nennen und Sie sagen mir bitte zu jedem dieser Fachärzte, wie oft Sie diese in den letzten 6 Monaten aufgesucht haben bzw. dieser bei Ihnen zu Hause war?

Allgemeinmediziner, Hausarzt	┌ ┆ ┆ ┆ ┆ AV12_0	Internist ohne Schwerpunkt	┌ ┆ ┆ ┆ AV22_0
Orthopäde	┌ ┆ ┆ ┆ ┆ AV32_0	Neurologe	┌ ┆ ┆ ┆ AV42_0
Psychiater	┌ ┆ ┆ ┆ ┆ AV52_0	Psychologe / Psychotherapeut	┌ ┆ ┆ ┆ AV62_0
Frauenarzt	┌ ┆ ┆ ┆ ┆ AV72_0	Urologe	┌ ┆ ┆ ┆ AV82_0
Hautarzt	┌ ┆ ┆ ┆ ┆ AV92_0	Augenarzt	┌ ┆ ┆ ┆ AV102_0
HNO-Arzt	┌ ┆ ┆ ┆ ┆ AV112_0	Kardiologe	┌ ┆ ┆ ┆ AV122_0
Kinderarzt	┌ ┆ ┆ ┆ ┆ AV132_0	Radiologe	┌ ┆ ┆ ┆ AV142_0
Ambulanter Chirurg	┌ ┆ ┆ ┆ ┆ AV152_0	Zahnarzt/Kieferorthopäde	┌ ┆ ┆ ┆ AV162_0
Nephrologe	┌ ┆ ┆ ┆ ┆ AV172_0	Pneumologe	┌ ┆ ┆ ┆ AV182_0
Diabetologe	┌ ┆ ┆ ┆ ┆ AV192_0	Rheumatologe	┌ ┆ ┆ ┆ AV202_0
Krankenhausambulanz	┌ ┆ ┆ ┆ ┆ AV212_0	Kassenärztlicher Notdienst	┌ ┆ ┆ ┆ AV202_02
Notarzt	┌ ┆ ┆ ┆ ┆ AV232_0		

Gibt es ansonsten noch einen Facharzt, den Sie in den letzten 6 Monaten aufgesucht haben und nach dem ich Sie nicht gefragt habe? Wenn ja, welcher Arzt war das und wie oft haben sie diesen aufgesucht?

_____ ┌ ┆ ┆ ┆ ┆ AV242_0
AV151_0

5. Ambulante nichtärztliche Versorgung

Nun möchte ich mit Ihnen gerne einige ambulante Therapien des nicht-ärztlichen Bereiches durchsprechen. Ich werde Ihnen dafür verschiedene Maßnahmen nennen und Sie sagen mir bitte wie oft sie diese Maßnahmen in den letzten 6 Monaten in Anspruch genommen haben.

Ergo- oder Arbeitstherapie	<input type="text"/> <input type="text"/> NAV12_0	Heilpraktiker	<input type="text"/> <input type="text"/> NAV22_0
Inhalation	<input type="text"/> <input type="text"/> NAV32_0	Krankengymnastik	<input type="text"/> <input type="text"/> NAV42_0
Massage oder Lymphdrainage	<input type="text"/> <input type="text"/> NAV52_0	Sport- oder Bewegungstherapie	<input type="text"/> <input type="text"/> NAV62_0
Sprech- und Sprachtherapie	<input type="text"/> <input type="text"/> NAV72_0	Wärme-, Kälte-, Wassertherapie	<input type="text"/> <input type="text"/> NAV82_0
Selbsthilfegruppen, Welche? NAV91_0	<input type="text"/> <input type="text"/> NAV92_0	Sonstige, welche ? NAV101_0	<input type="text"/> <input type="text"/> NAV102_0

6. Transport zur medizinischen Behandlung bzw. Therapie

Als nächstes frage ich Sie nach Transporten zur medizinischen Behandlung bzw. Therapie. Alle Fragen beziehen sich auf die letzten sechs Monate. Bitte beachten Sie, dass Hin- und Rückweg zusammen einer Fahrt entsprechen.

Wie viele Fahrten zur medizinischen Behandlung bzw. Therapie haben Sie mit dem PKW unternommen und wie viele Kilometer haben Sie dabei insgesamt zurückgelegt?

T12_0 km T13_0

Wie viele Fahrten zur medizinischen Behandlung bzw. Therapie haben Sie mit der Straßenbahn bzw. dem Bus unternommen und welche Kosten sind Ihnen dabei insgesamt entstanden?

T22_0 € T23_0

Wie viele Fahrten zur medizinischen Behandlung bzw. Therapie haben Sie mit dem Zug unternommen und welche Kosten sind Ihnen dabei insgesamt entstanden?

T32_0 € T33_0

Wie viele Fahrten zur medizinischen Behandlung bzw. Therapie haben Sie mit dem Krankentransport unternommen und welche Kosten sind Ihnen dabei insgesamt entstanden?

T42_0 € T43_0

Wie oft wurden Sie im betreffenden Zeitraum von einem Rettungswagen transportiert?

T52_0

7. Medikamente

Ich möchte Ihnen nun einige Fragen zu den Medikamenten stellen, die sie einnehmen.

*Haben Sie in den letzten 6 Monaten regelmäßig oder bei Bedarf Medikamente eingenommen?
Hierzu zählen nicht Medikamente, die Sie im Rahmen einer stationären oder teilstationären
Krankenhausbehandlung bzw. einer Kur/Rehabilitationsmaßnahme erhalten haben. MO_0*

- Ja **(Wenn ja, weiter in diesem Abschnitt.)**
 Nein **(Wenn nein, weiter mit Abschnitt 10.)**

Haben Sie die Verpackungen der Medikamente vorliegen oder in Griffweite?

(Wenn ja): Legen Sie bitte die Verpackungen der entsprechenden Medikamente vor sich hin. Auf der Unterseite der Verpackungen befindet sich ein Strichcode und darunter steht eine mehrstellige Zahl, die von den Buchstaben PZN eingeleitet wird. Bitte nennen Sie mir diese Nummern. Und sagen Sie mir bitte auch, wie viele Packungen dieser Medikamente Sie in den letzten 6 Monaten erhalten haben.

(Tragen Sie PZN und Anzahl aller Packungen die genannt werden untereinander in die entsprechenden Zeilen auf der nächsten Seite ein. Danach weiter mit Frage 8)

(Wenn nein): Kennen Sie die Namen der Medikamente?

(Tragen Sie die Namen in die betreffenden Spalten auf der nächsten Seite ein)

In welcher Form haben Sie diese Medikamente zu sich genommen? Waren es Tabletten, Kapseln oder Dragees? Handelte es sich um Tropfen? War es eine Salbe oder wurde es gespritzt? Oder handelte sich eine andere Form?

(Tragen Sie die Darreichungsform in die betreffenden Spalten ein)

Wie viele Packungen dieser Medikamente haben Sie in den letzten 6 Monaten erhalten oder gekauft?

(Tragen Sie die Anzahl in die betreffenden Spalten ein)

	Wie heißt das Medikament? [NAME]	PZN [PZN]	Tabletten	①	[PACKUNGS GRÖßE]		[PACKUNGS ZAHL]
			Dragees	②			
			Tropfen	③			
			Salbe	④			
			Spritzen	⑤	N1	①	
			Kapseln	⑥	N2	②	
			Sonstige	⑦	N3	③	
					Andere	④	
1	.....	| | | | | | | |	| |	| |	| |	| |	| | |
	M11_0	M12_0	M13_0	M14_0	M15_0		
2	.....	| | | | | | | |	| |	| |	| |	| |	| | |
	M21_0	M22_0	M23_0	M24_0	M25_0		
3	.....	| | | | | | | |	| |	| |	| |	| |	| | |
	M31_0	M32_0	M33_0	M34_0	M35_0		
4	.....	| | | | | | | |	| |	| |	| |	| |	| | |
	M41_0	M42_0	M43_0	M44_0	M45_0		
5	.....	| | | | | | | |	| |	| |	| |	| |	| | |
	M51_0	M52_0	M53_0	M54_0	M55_0		
6	.....	| | | | | | | |	| |	| |	| |	| |	| | |
	M61_0	M62_0	M63_0	M64_0	M65_0		
7	.....	| | | | | | | |	| |	| |	| |	| |	| | |
	M71_0	M72_0	M73_0	M74_0	M75_0		
8	.....	| | | | | | | |	| |	| |	| |	| |	| | |
	M81_0	M82_0	M83_0	M84_0	M85_0		
9	.....	| | | | | | | |	| |	| |	| |	| |	| | |
	M191_0	M92_0	M93_0	M94_0	M95_0		

8. Hilfsmittel

Als nächstes frage ich Sie nach medizinischen Hilfsmitteln die Sie möglicherweise in den letzten sechs Monate genutzt haben. Hilfsmittel, die Sie ausschließlich im Rahmen eines stationären Aufenthaltes genutzt haben, zählen nicht dazu.

Haben Sie in den letzten 6 Monaten...

...ein Hörgerät gekauft oder erhalten und wenn ja, wie viele:

Ja <input type="radio"/>	[] Stück
Nein <input type="radio"/>	
HM11_0	
HM12_0	

...einen Rollstuhl gekauft oder erhalten und wenn ja, wie viele:

Ja <input type="radio"/>	[] Stück
Nein <input type="radio"/>	
HM21_0	
HM22_0	

...eine Gehhilfe gekauft oder erhalten und wenn ja, wie viele:

Ja <input type="radio"/>	[] Stück
Nein <input type="radio"/>	
HM31_0	
HM32_0	

...eine Brille gekauft oder erhalten und wenn ja, wie viele:

Ja <input type="radio"/>	[] Stück
Nein <input type="radio"/>	
HM41_0	
HM42_0	

...Verbandsmaterial gekauft oder erhalten und wenn ja, wie viel:

Ja <input type="radio"/>	[] Stück
Nein <input type="radio"/>	
HM51_0	
HM52_0	

...Inkontinenzeinlagen gekauft oder erhalten und wenn ja, wie viele:

Ja <input type="radio"/>	[] Stück
Nein <input type="radio"/>	
HM61_0	
HM62_0	

...Stütz- und Kompressionsstrümpfe gekauft oder erhalten und wenn ja, wie viele:

Ja <input type="radio"/>	[] Stück
Nein <input type="radio"/>	
HM71_0	
HM72_0	

9. Hilfe von professionellen Diensten, Angehörigen und Freunden

Wir möchten uns nun der Hilfe zuwenden, die Sie von Freunden, Angehörigen oder professionellen Diensten erhalten haben.

a) Haben Sie in den letzten 6 Monaten krankheitsbedingt Hilfe von Professionellen Diensten, zum Beispiel von ambulanten Pflegediensten oder Haushaltshilfen, in Anspruch nehmen müssen. Wenn ja, um wie viele Tage und Stunden pro Tag handelte es sich? HF11_0/ HF1_0

 |_|_|_|Tage |_|_|Stunden pro Tag

b) Haben Sie in den letzten 6 Monaten krankheitsbedingt Hilfe von Familienangehörigen, Freunden oder Bekannten in Anspruch nehmen müssen? Wenn ja, um wie viele Tage und Stunden pro Tag handelte es sich? HF2_0

 |_|_|_|Tage |_|_|Stunden pro Tag

10. Sonstige medizinische Leistungen und Mittel

Nun kommen wir zu medizinischen Leistungen und Mittel, die bisher nicht abgefragt wurden.

Haben Sie in den letzten 6 Monaten weitere Leistungen oder Mittel gekauft bzw. erhalten, die Sie bisher noch nicht angegeben haben? Wenn ja, welche Leistungen oder Mittel waren dies und wie viel haben diese Leistungen oder Mittel gekostet? Wie viel haben Sie davon selbst zahlen müssen?

	Leistung oder Mittel	Wie viel hat die angegebene Leistung, das Mittel gekostet?	
		Kosten insgesamt	Eigene Zuzahlung 0 = Keine Zuzahlung
1	..... SL111_0	.....€ SL112_0	.....€ SL113_0
2	..... SL121_0	.....€ SL122_0	.....€ SL123_0
3	..... SL131_0	.....€ SL132_0	.....€ SL133_0
4	..... SL141_0	.....€ SL142_0	.....€ SL143_0