

Selbstmanagementförderung in der ambulanten Versorgung

Programm einer niedrighschwellig, komplexen, psychosozialen Intervention durch Pflegekräfte in der Hausarztpraxis

Self-Management Support in Primary Health Care

Introducing a Program for a Low-Threshold, Complex, Psychosocial, Nurse-Led Intervention

Thomas Zimmermann, Egina Puschmann, Sarah Porzelt, Martin Ebersbach, Annette Ernst, Patricia Thomsen, Martin Scherer

Zusammenfassung: Angststörungen, depressive und somatoforme Störungen (ADSom) kommen in der hausärztlichen Versorgung häufig vor. Patienten mit diesen Störungen zu begleiten und zu steuern, erfordert erheblichen zeitlichen und menschlichen Einsatz auf Seiten der Allgemeinärzte. Die Ressourcen für das Management dieser Patienten sind durch hohes Patientenaufkommen und kurze zeitliche Kontakte in der Hausarztpraxis begrenzt. Um diese Patientengruppe gezielter zu unterstützen und deren Erwartungen an die eigene Kompetenz zu stärken, haben wir eine komplexe, niedrighschwellige Intervention durch speziell geschulte Pflegekräfte entwickelt, die gegenwärtig evaluiert wird. In diesem Aufsatz stellen wir die Intervention und den Handlungsablauf des Programms zur Selbstmanagementförderung von Patienten mit psychischen Beschwerden vor.

Schlüsselwörter: Selbstmanagement; Beratung; Case Management; psychische Beschwerden; pflegeunterstützte Intervention

Summary: Anxiety, depressive and somatoform disorders (ADSom) are highly prevalent in primary care. Managing these disorders is time-consuming and requires strong commitment on behalf of family practitioners. Furthermore, the resources for the management of these patients are limited by the increasing workload and the short consultation times in primary care practices, especially in the German health care system. In order to address this problem, we've designed and will evaluate a complex, low-threshold, nurse-led intervention using a goal-oriented set of case management and counseling techniques to promote self-management in these patients. Here, we present the intervention and the course of action in a self-management program to support patients with psychological distress in primary care.

Keywords: Self Management; Counseling, Case Management; Psychological Complaints; Nurse-Led Intervention

Psychische Störungen in der Hausarztpraxis

Angststörungen, depressive und somatoforme Störungen (ADSom-Störungen) gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen in der Primärversorgung [1]. Nach Kessler et al. [2] liegt die Lebenszeitprävalenz einer Angststörung zwischen 14 und 29 %. Für die Bundesrepublik wurde in der „Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland“ für alle Angststörungen

eine 12-Monatsprävalenz von 15,3 % der Bevölkerung errechnet [3]. Die Lebenszeitprävalenz der Depression liegt national wie international bei 16–20 % [4]. Beinahe 50 % derjenigen, die bezogen auf die Lebenszeit die Kriterien für eine depressive Störung erfüllen, erfüllen auch die Kriterien für die Diagnose einer Angststörung [5]. Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden betreffen 4–10 % der Bevölkerung und 20 % der Hausarztpatienten [6].

Der hausärztlichen Primärversorgung kommt bei der Behandlung von psychischen Störungen eine zentrale Rolle zu. Laut Gesundheitsmonitor [7] suchten 87 % der Befragten innerhalb von zwölf Monaten wegen psychischer Beschwerden zuerst den Hausarzt auf. 66 % konsultierten ausschließlich ihren Hausarzt. Die hohen Kontaktfrequenzen in den deutschen Hausarztpraxen, durchschnittlich 18 Kontakte/Jahr [8] im Jahr 2007, bei multimorbiden Patienten zwischen 35–54 Kontakte/Jahr [9], führen

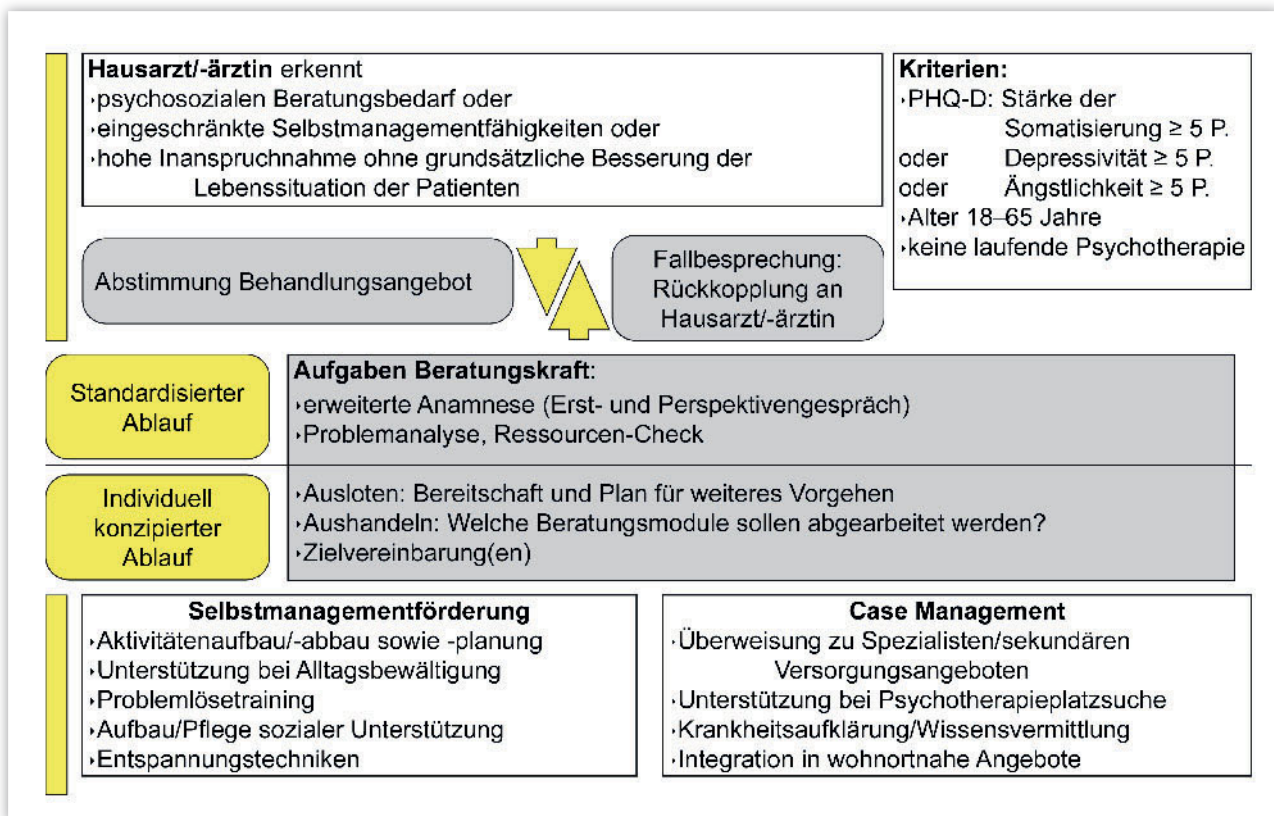


Abbildung 1 Vorgehen zur Förderung des Patienten-Selbstmanagements in der Praxis

zwangsläufig zu sehr kurzen Kontaktzeiten [10]. In der hausärztlichen Versorgung scheinen also – über Diagnostik und Therapieempfehlung hinaus – kaum Ressourcen vorhanden zu sein, die auslösenden Bedingungen psychischer Beschwerden zu klären, gemeinsam mit den Patienten therapeutische Ziele auszuhandeln und die Selbstmanagementkompetenz der Patienten zu stärken.

Diese unbefriedigende Situation wird durch eine fragmentierte Versorgungslandschaft zugespitzt – ähnlich wie in der Versorgung demenzieller Erkrankungen [11]. Auf den ersten Blick hält das deutsche Sozialversicherungssystem für Patienten mit psychischen Beschwerden viele Ressourcen vor: gebietsärztliche Versorgung (Psychiatrie, Psychosomatik), Psychotherapie (ambulant und stationär), Tageskliniken, Ergotherapie, Beratungsstellen, sozialpsychiatrische Dienste, Telefon-Hotlines, psychiatrische Rehabilitation und Wiedereingliederungshilfen sowie Selbsthilfegruppen. Wie viele der Betroffenen diese Angebote tatsächlich selbstständig in Anspruch nehmen (können), ist nicht genauer erforscht. Allerdings scheint die Annahme plausibel, dass es die psychischen Symp-

tome (bspw. Antriebsschwäche, Angst-anfälle) sind, die Patienten daran verhindern, sich um entsprechende Hilfsangebote zu kümmern, zumal das Versorgungsgeschehen unübersichtlich und nicht regelhaft vernetzt ist.

Wir haben eine komplexe Intervention entwickelt, um den skizzierten Problemlagen zumindest partiell entgegenzutreten. Der Intervention liegt eine Strukturmaßnahme zugrunde, die darauf zielt, in Hausarztpraxen das Selbstmanagement von Patienten mit psychischen Beschwerden zu fördern. In Form einer Tandem-Kooperation zwischen einer externen Krankenschwester oder einem Krankenpfleger und der versorgenden Hausärztin oder dem Hausarzt erlaubt die Maßnahme ein Sozial- und Case-Management, das die Routine-Versorgung in der Hausarztpraxis ergänzt (supplement) – und keineswegs nur ersetzt (substitution).

Selbstmanagementförderung im Team

Selbstmanagementförderung (SMF) ist ein pragmatischer, niedrighschwelliger Hilfsansatz, per se problem- und an den

Möglichkeiten und der Sicht der Patienten orientiert, die in die Lage versetzt werden sollen, zur Verfügung stehende Ressourcen auch zu nutzen [12]. SMF bei psychischen Erkrankungen hat zum Ziel, Wissen und Fertigkeiten für eine selbstgesteuerte Krankheitsbewältigung aufzubauen, Problemlösekompetenzen zu vermitteln, dadurch das körperliche und seelische Wohlbefinden zu fördern sowie die Patientenautonomie zu stärken und eine gesellschaftliche Teilhabe zu ermöglichen [13]. Diese Kompetenzförderung soll durch systematische Informations- und Wissensvermittlung sowie durch kommunikative Unterstützung und Förderung der Ressourcen des Patienten erreicht werden [14, 15]. So erhalten Patienten Unterstützung, um mehr Kontrolle und Verantwortung für die eigenen Belange zu übernehmen [16].

Verschiedene Untersuchungen stützen ein Kooperations-Modell der Zusammenarbeit verschiedener Gesundheitsfachberufe. Einem Cochrane Review von Archer et al. [17] zufolge ist die gemeinschaftliche Versorgung eines Patienten (collaborative care) bei ängstlicher und depressiver Symptoma-

tik deutlich im Vorteil gegenüber usual care – ein Effekt, der bis zu zwei Jahre anhält. Pflegekräfte erbringen Leistungen in vergleichbarer Qualität wie Ärzte, allerdings bleibt unklar, ob diese dadurch auch entlastet werden [18]. Die PROMPT-Studie zeigte, dass geschulte Medizinische Fachangestellte (MFA) helfen können, die depressive Symptomatik zu verbessern [19]. Ältere Patienten konnten in der IMPACT-Studie [20] langfristig von einer telefonischen Intervention durch Pflegekräfte profitieren. Ein Programm, Depression interprofessionell zu behandeln, hat sich in der INDI-Studie [21] als effektiv erwiesen. Inwieweit solche Interventionen allerdings kostengünstiger sind als die Regelversorgung, gilt als eher umstritten. In Abhängigkeit vom Setting kommt es sowohl zu Einsparungen als auch zu Leistungsausweitungen [22]. Das Vorgehen im Rahmen dieser neuen Struktur wird in Abbildung 1 dargestellt.

Zielgruppe der niedrigschwelligen Intervention sind Patienten mit psychischen Beschwerden, für die die psychosomatische Grundversorgung durch den Hausarzt als Versorgungsoption nicht ausreicht, für die jedoch die hochschwellige, psychotherapeutische Behandlung (noch) nicht indiziert ist oder nicht in Frage kommt, außerdem Patienten mit hoher Inanspruchnahme oder bekannten psychosozialen Belastungen. Konkret mussten die Patienten psychische Beschwerden von mindestens fünf Punkten auf den Skalen Somatisierung, Depressivität oder Ängstlichkeit des Gesundheitsfragebogens für Patienten (Patient Health Questionnaire, PHQ-D) aufweisen, durften aktuell keine psychotherapeutische Behandlung in Anspruch nehmen und mussten zwischen 18 und 65 Jahren alt sein.

Die Pflegekräfte übernehmen Sozial- und Case-Management-Aufgaben und bieten Hilfen zur Selbsthilfe an. Für Patienten in jeder beteiligten Praxis können auf Basis eines Sozialraum-Mappings (Bestandaufnahme der Versorgungs- und weiteren Beratungsangebote in der Nahumgebung der Patienten) weitere Handlungsoptionen erarbeitet werden. Unsere Intervention hilft auch dabei, Wartezeiten auf einen psychotherapeutischen Behandlungsplatz zu überbrücken, die drei Monate deutlich über-

steigen können [23]. Als wichtigen Baustein der Intervention leisten die Pflegekräfte psychoedukative Motivationsarbeit durch Information- und Wissensvermittlung und bereiten so die Patienten überhaupt erst einmal auf eine Psychotherapie vor.

Die von der Pflegekraft angebotene SMF zielt darauf ab, die Patienten dazu zu befähigen:

- die Bewältigung psychischer Beschwerden aktiv anzugehen,
- eine adäquate Umgangsweise mit den negativen Begleiterscheinungen zu entwickeln,
- die Problemlösekompetenz zu fördern,
- sich erreichbare Ziele zu setzen und eine
- Chronifizierung zu vermeiden.

Die Tätigkeit der Pflegekräfte orientiert sich an der Richtlinie zur Übertragung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach §63 Abs. 3c SGB V, die der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Frühjahr 2011 in Kraft gesetzt hat [24]. Den Berufsgruppen der Kranken- und Altenpflege können mit der Richtlinie bestimmte heilkundliche Tätigkeiten übertragen werden. Voraussetzung ist eine entsprechende ärztliche Diagnose- und Indikationsstellung. Die Richtlinie sieht Prozeduren-bezogene Tätigkeiten wie Patienten-, Case-, Überleitungsmanagement sowie psychosoziale Versorgung vor. Das BMBF-geförderte Projekt „Selbstmanagementförderung in der hausärztlichen Versorgung für Patienten mit Angst-, depressiven und somatoformen Störungen (SMADS)“ [25] überprüft, welche Auswirkungen die Tätigkeit der Pflegekräfte auf das psychische Befinden und die Selbstmanagementfähigkeiten der Patienten hat – und wie sich Veränderungen durch die Intervention im Vergleich zu den Kontrollpatienten darstellen. Detaillierte Informationen dazu sind im Studienprotokoll niedergelegt [26]. Die Zustimmung der Hamburger Ethikkommission liegt vor (PV4106). Das SMADS-Projekt (Förderkennzeichen: 01KQ1002B) ist Teil des „Hamburger Netz psychische Gesundheit – psychenet“ (siehe auch www.psychenet.de), das bis Ende 2015 als Verbundprojekt gefördert wird. Die Koordination des Verbunds obliegt der Gesundheitswirtschaft Hamburg GmbH

gemeinsam mit dem Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf [27].

Qualifikation der Pflegekräfte

Zur Konzeption des Projekts gehörte von Beginn an, mit der angestrebten Intervention Gesundheits- und Krankenpfleger/Innen (i.e. Pflegekräfte) zu vertrauen. Unsere Bemühungen Personal zu finden, zielten darauf ab, entweder Fachkrankenpflegekräfte aus dem Bereich Psychiatrie oder Pflegekräfte mit Erfahrungen in nicht-direktiver Gesprächsführung bzw. Pflegekräfte mit einer Bachelorqualifikation im Bereich Pflegewissenschaft einzustellen. Aufgrund der Komplexität der Intervention und unseren Erwartungen hinsichtlich klinischer Vorbildung und Erfahrung, haben wir uns für (externe) Pflegekräfte und gegen den Einsatz von (internen) Medizinischen Fachangestellten entschieden.

Die Pflegekräfte wurden durch eine Allgemeinärztin/Verhaltenstherapeutin auf die Aufgaben in der Hausarztpraxis vorbereitet. Gemeinsam entwickelte das Team aus der Literatur die Module der komplexen Intervention. Die Pflegekräfte erweiterten durch eigenständige Literaturarbeit die eigene Informations- und Wissensbasis über psychische Erkrankungen. Um sich auf die Arbeit in der Hausarztpraxis vorzubereiten, erfassten die Pflegekräfte die psychosozialen Hilfsangebote in der jeweiligen Nahumgebung (Sozialraum) der Praxis.

Organisatorische Rahmenbedingungen

20 Hamburger Hausarztpraxen erklärten sich bereit, die komplexe Intervention umzusetzen und zu evaluieren: In zehn Praxen sollte die Intervention stattfinden; in zehn Kontrollpraxen erhielten die Patienten „usual care“. Unsere Konzeption sah vor, dass die Pflegekräfte im Hamburger Stadtgebiet mehrere Hausarztpraxen betreuen, in denen sie zu fest vereinbarten Zeiten anwesend sind. Die regelmäßige Präsenz sollte die Regelmäßigkeit des Angebots demonstrieren und gleichzeitig praxisintern die Möglichkeit schaffen, Patienten direkt auf die

Modul 1: Facharztüberweisung	<ul style="list-style-type: none"> • Evtl. differentialdiagnostische Abklärung durch Spezialisten • Kooperationsstrukturen der Praxis, Behandlungsverhältnisse sowie Patientenwünsche werden bei P-Spezialistensuche berücksichtigt • Kooperation mit einem psychotherapeutisch orientierten Medizinischen Versorgungszentrum verhilft bei Bedarf zu einer schnelleren Diagnosestellung
Modul 2: Therapieplatzsuche	<ul style="list-style-type: none"> • Besteht Bedarf und/oder der Wunsch auf eine Vermittlung in Psychotherapie erhält der Patient Informationen über Zugangswege und Therapieverfahren • Intensität der Hilfe ist den Selbstmanagementfertigkeiten anzupassen • Kernelemente: Angstreduktion, Abbau von Vorurteilen sowie das Erkunden von Veränderungsbereitschaft und Motivation
Modul 3: Informationen zum Krankheitsbild	<ul style="list-style-type: none"> • Wissensvermittlung durch Informationen über Symptome und Hintergründe der psychischen Beschwerden • Befähigung zu besserem Krankheitsverständnis und effizienterer Krankheitsbewältigung, um Patienten emotional zu entlasten • Angebot von Literatur zum Thema Selbsthilfe bei Angst, Depression und somatoformen Störungen sowie der Webseite www.psychenet.de des „Hamburger Netz psychische Gesundheit“
Modul 4: Finden externer Angebote	<ul style="list-style-type: none"> • Klärung des Versorgungsbedarfs für die konkrete Versorgungssituation • Beachtung von Mobilität, Finanzierung und Zugangswegen des Patienten
Modul 5: Entspannungsverfahren	<ul style="list-style-type: none"> • Informationen über mögliche Verfahren, Zugangswege und Kosten, Abgabe von Audiomedien mit Übungen • Entspannungsverfahren können bei Stress- und Angstreduktion helfen
Modul 6: Aufbau/Pflege sozialer Unterstützung	<ul style="list-style-type: none"> • Förderung des Kontaktaufbaus und der Nutzung von Ressourcen, denn soziale Unterstützung ist ein wichtiger Faktor zur Krankheitsbewältigung • Rat, Wegbegleitung und Unterstützung kommen oft aus dem direkten sozialen Umfeld der Patienten
Modul 7: Problemlösetraining	<ul style="list-style-type: none"> • Problem wird definiert und gemeinsam werden Lösungsmöglichkeiten ermittelt • Bevorzugter Lösungsweg wird erprobt und bewertet • Problemlöse-Techniken helfen den Patienten dabei, sozial kompetenter zu werden und weniger Stress zu erleben
Modul 8: Unterstützung bei der Alltagsbewältigung	<ul style="list-style-type: none"> • Schwierigkeiten in der Alltagsbewältigung sind häufig, deswegen zunächst Analyse des Ist-Zustands (z.B. durch eine Erhebung der Tages- und Wochenstruktur) • Gemeinsam erfolgt dann die Planung von Lösungsschritten
Modul 9: Aktivitätenaufbau/-abbau sowie -planung	<ul style="list-style-type: none"> • Evtl. Dysbalance zwischen positiven und belastenden Aktivitäten/Pflichten aufdecken • Erklärungsmodelle wie das Vulnerabilitäts-Stress-Modell helfen, den Zusammenhang zwischen Symptomen und Stress zu verstehen • Ggf. ist es sinnvoll Ergotherapie, fachpsychiatrische Pflege oder einen Tagesklinikaufenthalt (Modul 4) in Betracht zu ziehen

Tabelle 1 Module der komplexen Intervention zur Selbstmanagementförderung bei psychischen Beschwerden

Termine der Pflegekraft einzubuchen. Dabei war die vierstündige Anwesenheit in einer Praxis im Wochenrhythmus an einem Vor- oder Nachmittag für die Pflegekräfte logistisch zu bewältigen. Diese Teilzeitformel etablierte sich als Faustregel: Eine Praxis ist mit zehn Stunden Beschäftigungszeit zu versorgen. Wir versorgen also die zehn Praxen der Intervention mit insgesamt 2,5 Vollzeitstellen, die sich auf vier Pflegekräfte verteilen.

Eine unabdingbare Voraussetzung im Praxissetting war, den Pflegekräften während ihrer Anwesenheit einen Raum für die vertraulichen Gespräche zur Verfügung zu stellen. Das konnte in einer Gemeinschaftspraxis durchaus jedes Mal ein anderes freies Arztzimmer sein. Da die Entsendung einer Pflegekraft in ein solches Praxissetting per se schon einen massiven Eingriff in die

Praxisabläufe und die Dynamik zwischen den handelnden Personen (Hausärztin, MFA, Pflegekraft) darstellt, überließen wir es dem Praxisteam und der Pflegekraft, die konkrete Zusammenarbeit zu koordinieren – und Fragen zu entscheiden, die nur praxisspezifisch zu beantworten sind: Wie werden Patienten von der Hausärztin zur Pflegekraft übergeleitet? Ist es gewünscht, dass die Pflegekraft auf das Praxisverwaltungssystem zugreift? Wie gelangen die Informationen aus den Gesprächen mit der Pflegekraft ansonsten in die Praxisdokumentation? Besteht die Möglichkeit, auch Patiententermine außerhalb der regulären Sprechstundenzeiten zu vereinbaren? Welche Regelungen bezüglich des direkten Informationsaustauschs treffen die Beteiligten der Tandem-Kooperation? All diese Aspekte der Zusammenar-

beit werden in einer anderen Veröffentlichung vertieft.

Ablauf der Intervention

Nach einer Übergabe durch den Hausarzt führt die Pflegekraft ein Erst- und Perspektivengespräch, ermittelt die Veränderungsmotivation, erarbeitet gemeinsam mit dem Patienten die persönlichen Ressourcen und unterstützt den Patienten dabei, eine Entscheidung zu treffen, welche konkreten Ziele im Laufe der Treffen zu erreichen sind. Gemeinsam wird eine Zielhierarchie von erreichbaren kleineren zu größeren Zielen entwickelt und schriftlich festgehalten [28].

Anschließend erarbeiten die Beratungskraft und der Patient eine Strategie, wie dem Patienten geholfen werden

kann, die erwünschten Ziele zu erreichen. Die Planung der Maßnahmen, die eigentliche Beratung und die konkrete Selbstmanagementförderung vollziehen sich in enger Abstimmung mit dem Hausarzt.

Kommt es zu einem Arbeitsbündnis, vereinbaren die Beratungskräfte weitere Termine und können auf neun Module (Tab. 1) zurückgreifen, um die Patienten zu unterstützen.

Da sich viele Symptome aus dem Bereich der angstbedingten, depressiven und somatoformen Störungen überlappen [29], haben wir krankheitsübergreifende Module entwickelt. Ausgangspunkte dafür waren die Empfehlungen der S3-Leitlinien „Angststörungen“ [30], „Depression“ [31] und „nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden“ [6], die wir bei der Entwicklung der Beratungsmodule berücksichtigt haben. Folgende Aspekte waren dabei für uns wesentlich:

- Präferenz des Patienten, Förderung der Mitarbeit des Patienten, Aufbau einer therapeutischen Beziehung, Erklärung der Beschwerden, anknüpfend an die subjektive Krankheitstheorie ein biopsychosoziales Erklärungsmodell erarbeiten;
- Vorangegangene Behandlungen bzw. Behandlungsversuche sowie deren Resultate, Schweregrad der Erkrankung, komorbide Störungen, Suizidrisiko;
- Substanzgebrauch (Nikotin, Alkohol, Koffein, Medikamente und Drogen), Funktionseinschränkung im Alltag, Vermeidungsverhalten, andauernde chronische Stressoren;
- Psychoedukation, Beratung, Einbindung in das soziale Netz, körperliche/soziale Aktivierung;
- Verfügbarkeit von Therapeuten und Behandlungsmöglichkeiten in der Region, Wartezeiten auf einen Therapieplatz, ökonomische Ressourcen, Kosten der Behandlung, verfügbare Zeit des Patienten insbesondere bei Berufstätigkeit (Behandlungstermine und Anfahrtswege).

Die Modulentwicklung zielte also darauf ab, Case-Management-Elemente in der Beratung zu verankern. Zugleich schien es uns essenziell, das Angebot um niedrigschwellige, verhaltensorientierte Module wie Problemlösetechniken, Entspannungsverfahren oder Aktivitäten-Aufbau zu ergänzen, die am Vulnerabili-

täts-Stress-Modell [32] orientiert sind und das Selbstmanagement fördern helfen.

Am Ende des Beratungsprozesses steht ein Abschlussgespräch, das der Vor- und Rückschau sowie der Rückmeldung an die Beratungskraft dient. Der gesamte Beratungsprozess wird durch folgende Maßnahmen ergänzt:

- Es finden Fallbesprechungen mit dem Hausarzt zum Austausch über den Therapieverlauf statt, um ggf. Prozesse zu optimieren.
- Die Beratungskräfte treffen sich regelmäßig zur kollegialen Beratung untereinander (Intervision), die von einer Projektmitarbeiterin (EP; Fachärztin f. Allgemeinmedizin, Verhaltenstherapeutin) moderiert wird, die bei Bedarf auch supervisorisch tätig wird.
- Die Patienten der Interventions- und Kontrollgruppe werden nach acht Wochen sowie ein Jahr nach Eintritt ins Projekt befragt, um sowohl Informationen zur Nachhaltigkeit der Beratungs-Maßnahme als auch den natürlichen Verlauf zu gewinnen.

Diskussion

Die vorgestellte Maßnahme zur SMF setzt eine niedrigschwellige, komplexe, psychosoziale Intervention durch Pflegekräfte innerhalb der hausärztlichen Praxis um. Die Intervention zielt darauf ab, die Selbstmanagementfähigkeiten von Patienten mit psychischen Beschwerden zu stärken. Dabei sollen deren eigene Ressourcen genutzt werden, zugleich sollen die Patienten – im Sinne eines Sozial- und Case-Managements – besser durch das komplexe Gesundheitssystem begleitet werden. Das neuartige Versorgungsmodell sorgt aufgrund der verringerten Zugangshürde dafür, in der Hausarztpraxis hochprävalente, psychische Beschwerden frühzeitiger in den Blick zu nehmen und eine Beratung dafür anzubieten. Der Ansatz kann dabei helfen, die vielen sozialen, rechtlichen, finanziellen oder arbeitsplatzbezogenen Problemlagen zu thematisieren, die den Beschwerden oftmals zugrunde liegen. Zugleich versucht die gezielte Steuerung in andere Angebote außerhalb der Hausarztpraxis eine weitere Chronifizierung der Beschwerden aufzuhalten, die bei möglicher Nicht-Versorgung zu akuter Dekompen-

sation führen könnte. Hier zunächst alle ambulanten Möglichkeiten auszuschöpfen, gehört zu den wichtigen Aufgaben der Pflegekräfte.

Die Umsetzung der komplexen Intervention in der Praxis hatte selbst mit einigen Hürden zu kämpfen, von denen eine die Gewinnung der Hausarztpraxen war. Ein ähnliches Tandem-Kooperationsprojekt zum Wundmanagement von Ulcer-Cruris-Patienten [33] berichtete von vergleichbaren Schwierigkeiten (Zeitmangel, Desinteresse am Thema, Zweifel am Tandem-Modell als Ablehnungsgründe). Spezifisch kam in unserem Fall hinzu, dass das Angebot die stundenweise Verfügbarkeit eines Raums im laufenden Praxisbetrieb voraussetzt. Das ist gerade im dicht besiedelten städtischen Ballungsraum mit teuren Mieten und knapp kalkulierten Praxisbudgets beinahe ein Luxus, den sich niemand leisten möchte (kann). Dennoch konnten wir schließlich 20 Hausarztpraxen gewinnen, die sich mit uns auf das Experiment eingelassen haben, dieses Programm zur Selbstmanagementförderung zu erproben – wofür wir sehr dankbar sind.

Die ersten Erfahrungen mit der Tandem-Kooperation zwischen Hausärzten und Pflegekräften sind vielversprechend. Manche Skepsis („Was machen Sie, was ich als Hausarzt nicht sowieso auch mache?“), die bei der Projektvorstellung in den Praxen an der Tagesordnung war, ist inzwischen einiger Begeisterung gewichen. Manche Kollegen haben die Zusammenarbeit so schätzen gelernt, dass inzwischen die Frage an die Pflegekräfte im Raum steht: „Was würde ich eigentlich ohne Sie tun?“ Zwar wird mit einer weiteren, versorgenden Person zunächst eine weitere Schnittstelle geschaffen, aber deren koordinierende Funktion schafft neue Handlungsoptionen – die sowohl Patienten und Patientinnen als auch hausärztliche Kollegen und Kolleginnen als hilfreich erachten.

Fazit

Der vorgestellte Sozial- und Case-Management-Ansatz für Patienten mit psychischen Beschwerden ist innovativ für das deutsche Gesundheitsversorgungssystem. Die Wahl der Hausarztpraxis als Ort einer solchen Intervention ermög-

Dr. sc. hum. Thomas Zimmermann ...



... Diplom-Psychologe, ist wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Neben der hausärztlichen Versorgung und dem Gesundheitssystem gehören Fragen der Forschungsmethodik und die Synthese wissenschaftlicher Ergebnisse zu seinen thematischen Schwerpunkten.
Weitere Informationen: www.zettmann.de

licht kurze Wege. Wie erhofft, erhalten die Pflegekräfte einen Vertrauensvorsprung, weil sie mit ihrer Präsenz in der Praxis Teil des hausärztlichen Angebotes sind und aus der Arzt-Patienten-Beziehung eine dialogische Konstellation entstehen kann. Die Tandem-Kooperation, also eine engere, stärker vernetzte Zusammenarbeit zwischen verschiedenen Berufsgruppen, scheint eine wichtige Option zur Zukunftssicherung insbesondere auch der hausärztlichen Versorgung zu sein – auch wenn der Einsatz

von Pflegekräften sicherlich nur ein Baustein sein kann, künftig zu erwartenden Problemlagen (Hausarztmangel, zunehmende Multimorbidität) zu begegnen [34].

Danksagung: Wir danken Prof. em. Dr. Hendrik van den Bussche, vormaliger Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, für die Idee und Konzeptualisierung dieses Tandem-Kooperations-Modells zwischen Hausarzt/ärz-

tin und Pflegekraft. Den folgenden Hamburger HausärztInnen danken wir für ihr Engagement im Projekt: Quantz, Brüning, Ewe, Köster-Meyer, Kressel, Burkhardt, Bethge, Jessen, Stelter, Ciupe, Giovanopoulos, Schomburg, Vahling, Strauß, Ippen, Hess, Brand, Simov, Otthall, Fischer, Bouché, Gottberg, Zoras, Brank, Petersen, Meyer, Zolcsak, Bendig, Vermehren, Löwe, Gschwend.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Dr. Thomas Zimmermann
Institut für Allgemeinmedizin
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52, W37
20246 Hamburg, Deutschland
Tel.: 040 7410-56066
t.zimmermann@uke.de

Literatur

1. Toft T, Fink P, Oernboel E, Christensen K, Frostholm L, Olesen F. Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. Results from the functional illness in primary care (FIP) study. *Psychol Med* 2005; 35: 1175–84
2. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatr* 2005; 62: 593–602
3. Jacobi F, Hofler M, Siegert J, et al. Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int J Methods Psychiatr Res* 2014; 23: 304–19
4. Jacobi F, Wittchen HU, Holting C, et al. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med* 2004; 34: 597–611
5. Kaufman J, Charney D. Comorbidity of mood and anxiety disorders. *Depress Anxiety* 2000; 12 Suppl 1: 69–76
6. Schaefer R, Hausteiner-Wiehle C, Hauser W, Ronel J, Herrmann M, Henningsen P. Non-specific, functional, and somatoform bodily complaints. *Dtsch Arztebl Int* 2012; 109: 803–13
7. Harfst T, Marstedt G. Psychische Gesundheit in Deutschland: Erkrankungen bleiben oft unentdeckt. *Gesundheitsmonitor, Bertelsmann-Stiftung Gütersloh* 2009; 1: 1–7. http://gesundheitsmonitor.de/uploads/tx_itaarticles/200914-NL_Beitrag.pdf (letzter Zugriff am 22.06.2015)
8. van den Bussche H. Berufliche Situation und Arbeitszufriedenheit bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Deutschland. In: Schwartz FW, Angerer P (Hrsg.). *Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Report Versorgungsforschung, Bd. 2*; Köln: Deutscher Ärzte-Verlag; 2010: 235–42
9. van den Bussche H, Koller D, Schäfer I, et al. Nimmt die Inanspruchnahme der vertragsärztlichen Versorgung durch Alter und Multimorbidität in der gesetzlichen Krankenversicherung zu? Ergebnisse der Beobachtungsstudie Multi Care 2. *Z Gerontol Geriat* 2011; 44: 80–89
10. Eichler T, Thyrian JR, Dreier A, et al. *Dementia Care Management. Z Allg Med* 2015; 89: 31–37
11. Koch K, Gehrman U, Sawicki PT. Primärärztliche Versorgung im internationalen Vergleich. *Dtsch Arztebl* 2007; 104: B2282–9
12. Lorig KR, Holman H. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms. *Ann Behav Med* 2003; 26: 1–7
13. Rosenbach F, Ewers M. Selbstmanagementförderung in der psychiatrischen Versorgungspraxis. *Psychiatr Prax* 2013; 40: 372–79
14. Klug Redman B. *Selbstmanagement chronischer Krankheit*. Bern: Huber-Verlag, 2009
15. Müller-Mundt G, Geuter G, Schaeffer D. Unterstützung des Selbstmanagements komplexer Medikamentenregimen bei chronischer Krankheit – Potenziale der ambulanten Pflege. In: Behrens J (Hrsg.). „Pflegebedürftig“ in der „Gesundheitsgesellschaft“. *Hall Beitr Gesundheits- und Pflegewiss* 2009; 8: 362–79
16. Barlow JH, Ellard DR, Hainsworth JM, Jones FR, Fisher A. A review of self-management interventions for panic disorders, phobias and obsessive-compulsive disorders. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 111: 272–85
17. Archer J, Bower P, Gilbody S, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 10: CD006525
18. Laurant M, Reeves D, Hermens R, Braspenning J, Grol R, Sibbald B. Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database Syst Rev* 2005: CD001271
19. Gensichen J, von Korff M, Peitz M, et al. Case management for depression by health care assistants in small primary care practices. *Ann Intern Med* 2009; 151: 369–78
20. Hunkeler EM, Katon W, Tang L, et al. Long term outcomes from the IMPACT randomised trial for depressed elderly patients in primary care. *BMJ* 2006; 332: 259–63
21. Aragonés E, Pinol JL, Caballero A, et al. Effectiveness of a multi-component programme for managing depression in primary care: a cluster-randomized trial. *The INDI project. J Affect Disord* 2012; 142: 297–305

22. Redaelli M, Stock S, Simic D, et al. Internationales Literaturreview zur „Effektivität und Effizienz von nicht ärztlichen Berufen in ambulanten Versorgungskonzepten“. Universität Witten/Herdecke/Institut für Allgemeinmedizin und Familienmedizin 2009. http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Nicht-aerztliche-Berufe.pdf (letzter Zugriff am 22.06.2015)
23. Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK). BPTK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. BPTK 2011. http://www.bptk.de/uploads/media/110622_BPTK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-in-der-Psychotherapie_01.pdf (letzter Zugriff am 22.06.2015)
24. Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Festlegung ärztlicher Tätigkeiten zur Übertragung auf Berufsangehörige der Alten- und Krankenpflege zur selbstständigen Ausübung von Heilkunde im Rahmen von Modellvorhaben nach §63 Absatz 3c SGB V, in der Fassung vom 20.10.2011. G-BA 2011. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-600/2011-10-20_RL-63Abs3c.pdf (letzter Zugriff am 22.06.2015)
25. Selbstmanagementförderung in der hausärztlichen Versorgung für Patienten mit Angst-, depressiven und somatoformen Störungen (SMADS) – Interventionelle Versorgungsforschungsstudie, registriert bei clinicaltrials.gov als NCT01726382: <https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT01726387> (letzter Zugriff am 22.06.2015)
26. Zimmermann T, Puschmann E, Ebersbach M, et al. Effectiveness of a primary care based complex intervention to promote self-management in patients presenting psychiatric symptoms: study protocol of a cluster-randomized controlled trial. *BMC Psychiatry* 2014; 14, 2. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/14/2> (letzter Zugriff am 22.06.2015)
27. Härter M, Kentgens M, Brandes A, et al. Rationale and content of psychenet: the Hamburg Network for Mental Health. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2012; 262 Suppl 2: S57–63
28. Pauls H, Reicherts M. Zielorientierung und Zielerreichungsanalyse in der psychosozialen Fallarbeit. Eine Arbeitshilfe für Beratung, Soziale Arbeit, Sozio- und Psychotherapie. Weitraamsdorf: ZKS-Verlag, Coburg: IPSG; 2012
29. Löwe B, Spitzer RL, Williams JB, Mussell M, Schellberg D, Kroenke K. Depression, anxiety and somatization in primary care: syndrome overlap and functional impairment. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30: 191–9
30. Bandelow B, Wiltink J, Alpers GW, et al. Deutsche S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen. 2014. https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/_media/download/pdf/kurzversion-leitlinien/S3-LL_Lang_Angststoerungen_2014.pdf (letzter Zugriff am 22.06.2015)
31. DGPPN, BÄK, KBV, et al. S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression, Langfassung, 1. Auflage. DGPPN, ÄZQ, AWMF – Berlin, Düsseldorf. 2009. <http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/depression/depression-1aufl-vers5-lang.pdf> (letzter Zugriff am 22.06.2015)
32. Margraf J, Schneider S. Lehrbuch der Verhaltenstherapie: Band 2: Störungen im Erwachsenenalter – Spezielle Indikationen – Glossar. 3. Auflage. Heidelberg: Springer Medizin; 2009: 13
33. Herber OR, Schnepf W, Rieger MA. Recruitment rates and reasons for community physicians' non-participation in an interdisciplinary intervention study on leg ulceration. *BMC Med Res Methodol* 2009; 9: 61. <http://www.biomedcentral.com/1471-2288/9/61> (letzter Zugriff am 22.06.2015)
34. Zimmermann T, Scherer M. Zukunft der hausärztlichen Versorgung. In: Korczak D (Hrsg.). Visionen statt Illusionen – Wie wollen wir leben? Kröning: Asanger Verlag, 2009: 149–70



DEGAM im Netz

www.degam.de
www.degam-leitlinien.de
www.degam-patienteninfo.de
www.tag-der-allgemeinmedizin.de
www.degam2016.de
www.online-zfa.de
www.degam-famulaturboerse.de
www.facebook.com/degam.allgemeinmedizin