

Patienten mit nicht-spezifischen somatoformen Körperbeschwerden in der Hausarztpraxis

Eine qualitative Befragung von betreuenden Hausärzten

Patients with Non-specific Somatoform Disorders in Primary Care Practice

A Qualitative Survey among Family Practitioners

Tilla Natschke, Christoph Heintze, Susanne Döpfmer

Hintergrund: In der täglichen Sprechstunde stellen Patienten mit nicht-spezifischen somatoformen Beschwerden ihre Hausärzte vor besondere Herausforderungen in Bezug auf Erkennung, Diagnostik und Therapie sowie allgemeines Management. Über den individuellen Umgang von Hausärzten mit diesen Patienten ist wenig bekannt. In der vorliegenden Studie wurden die Erfahrungen von Hausärzten mit Patienten mit nicht-spezifischen somatoformen Beschwerden qualitativ exploriert.

Methoden: Es wurden mit 18 Berliner Hausärzten nicht-standardisierte Leitfadenterviews geführt und diese inhaltsanalytisch nach Mayring ausgewertet.

Ergebnisse: Die Vielfalt der gewählten therapeutischen Ansätze wird bei den befragten Hausärzten sichtbar und reicht von Gesprächsangeboten der psychosomatischen Grundversorgung bis zu Schilderungen über den Einsatz von Placebos. Aktuelle Leitlinien für die Versorgung dieser Patienten sind den meisten befragten Hausärzten nicht bekannt. Die Kooperation mit Spezialisten und Therapeuten wird in aller Regel als schwierig bis nicht existent beschrieben. Die langen Wartezeiten auf einen Termin sowie der Mangel an direktem fallbezogenem Austausch werden ursächlich angegeben.

Schlussfolgerungen: Ein direkter und niedrighschwelliger Kontakt mit einem Psychiater und/oder einem Psychotherapeuten – wie von einigen Hausärzten in dieser Studie als wünschenswert geäußert – könnte z.B. in Form von fallbezogenen Telefonsprechstunden die Notwendigkeit von Überweisungen und Einweisungen reduzieren. Dies könnte in weiterführenden Studien untersucht werden.

Schlüsselwörter: nicht spezifische funktionelle Körperbeschwerden; somatoforme Störung; Hausarzt; Management

Background: In primary care patients with somatoform disorders pose a special challenge for their family practitioners in diagnosis, therapy and general management. There is still a lack of information on the subjective handling of these patients by their family physicians. This study aimed to explore the experience of family practitioners with patients with somatoform disorders in a qualitative way.

Methods: Qualitative interviews were conducted with 18 Berlin family practitioners according to a semi-structured interview guideline designed a priori. Interviews were analysed by qualitative content analysis (Mayring).

Results: The survey delineates the diversity of selected therapeutic approaches by family practitioners, ranging from conversation offerings of psychosomatic primary care to descriptions on the use of placebos. Participants were mostly not aware of the new S3 guideline on non-specific, functional, and somatoform bodily complaints. The cooperation with specialists and psychologists usually is described as difficult or even nonexistent. As a cause the respondents mention especially the long latency for an appointment and the lack of direct exchange.

Conclusions: Some family practitioners in this study regarded a direct and easy access (e.g. via telephone) to a psychiatrist or psychotherapist as desirable. This low-threshold option to discuss specific cases could serve to reduce the need for referrals and inpatient admissions. This issue needs further scientific evaluation.

Keywords: Somatoform Disorders; Family Practitioner; Management

Hintergrund

Nicht-spezifische funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden (NFS) werden in der hausärztlichen Versorgung mit einer Prävalenz von ca. 20 % [1] angegeben. Häufig ist der Hausarzt der erste Ansprechpartner. Das Spektrum der Vorstellungsmerkmale und Symptome ist groß und somit das Management dieser Patienten oft schwierig und komplex. Häufig lassen sich Komorbiditäten wie Angststörungen oder affektive Störungen finden. Darüber wurde umfassend publiziert [1–3]. Seit 2012 liegt eine deutschsprachige S3-Leitlinie zu diesem Krankheitsbild vor. Deren Handlungsorientierungen für Diagnostik und Therapie eignen sich auch für die Arbeit im hausärztlichen Setting. Des Weiteren existieren diagnostische Instrumentarien, wie die Internationale Diagnosen-Checkliste für ICD-10 „Somatoforme Störung“ [4] oder der PHQ-15 (Modul des Gesundheitsfragebogens für Patienten – PHQ-D – zur Erfassung des Schweregrades somatischer Symptome [5]), die in der ambulanten ärztlichen Versorgung und in der allgemeinmedizinischen Sprechstunde Anwendung finden können. Viele Aspekte, wie Prävalenz [6] und hilfreiche therapeutische Strategien [7] zu diesem Krankheitsbild sind im deutschsprachigen Raum erforscht. Das Ziel dieser Studie ist nun, das Verständnis und die Strategien von Hausärzten im Umgang mit diesen Patienten in den Bereichen Diagnostik, Therapie und allgemeinem Management qualitativ zu beschreiben. Ein weiterer Schwerpunkt der vorliegenden Untersuchung war die individuelle Erfahrung zur Schnittstelle und die Kooperation mit Fachärzten für Psychiatrie/ Psychosomatik und mit Psychotherapeuten.

Ein Ethikvotum der Charité – Universitätsmedizin Berlin (EA4/094/14), wurde vor Studienbeginn eingeholt.

Methoden

Da es ein Anliegen dieser Studie war, Hausärzten die Möglichkeit zu geben, ihr ärztliches Vorgehen individuell, offen und ohne Beeinflussung durch vorgegebene Antwortmöglichkeiten darlegen zu können, entschieden wir uns für

die Durchführung semistrukturierter Interviews.

Der Interviewleitfaden wurde nach einem umfangreichen Literaturreview in wechselseitigen Austauschprozessen zwischen den Autoren entwickelt, in zwei Pilotinterviews getestet und nochmals überarbeitet.

Die Praxen wurden im Sinne eines „purposeful sampling“ aus verschiedenen Berliner Bezirken rekrutiert, um ansatzweise die Heterogenität des sozialen Spektrums städtischer Regionen abzubilden. Weitere Praxis- bzw. Hausarzt-Charakteristika (z.B. Geschlecht oder Alter) wurden nicht gezielt berücksichtigt. Die semistrukturierten Interviews wurden von TN in den Praxisräumen der niedergelassenen Hausärzte durchgeführt. Tabelle 1 stellt die Themenblöcke mit Beispielfragen dar. Standardisiert wurden die teilnehmenden Hausärzte zu Beginn jedes Interviews gefragt, wie sich der Erstkontakt mit diesen Patienten gestaltet. Durch diesen Gesprächseinstieg sollten die Ärzte offen beschreiben, wie sie zu einem Anfangsverdacht einer nicht somatisch begründeten Ursache der vorliegenden Beschwerden kommen und welche Konsequenzen sich aus diesem Verdacht ergeben.

Während der Befragung wurde durchgehend auf die Formulierungen „Nicht spezifische funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden“ und „somatoforme Störung“ verzichtet und durch „Erkrankung/Beschwerden ohne somatische Ursache“ ersetzt, da die konkrete Diagnose nicht terminologisch vorgegeben und das ganze Spektrum der verwendeten Termini möglichst erfasst werden sollte.

Alle Interviews wurden nach Zustimmung der Interviewteilnehmer elektronisch aufgezeichnet und pseudonymisiert transkribiert. Die Auswertung erfolgte inhaltsanalytisch (angelehnt an Mayring) mithilfe der Software *F4-analyse*, wobei in einem kombiniert deduktiv-induktivem Vorgehen ein Kategoriensystem aus theoretischen Vorannahmen und dem Interviewmaterial zu bilden waren.

Das Kategorien-System, welches aus 7 Kategorien und 29 Subkategorien besteht, wurde in iterativer Abstimmung mit SD und CH durch TN entwickelt. Der Diskurs der Hauptautorin als Ärztin in Weiterbildung (TN) mit einer

langjährig erfahrenen Hausärztin (SD) sowie einem versorgungsforschungserfahrenen Allgemeinarzt (CH) war für das reflexive Vorgehen der Kategorienbildung maßgeblich [8].

Ergebnisse

Von 20 geführten Interviews mit Hausärzten konnten 18 in die Analyse eingehen. Zwei der Befragten baten nachträglich, ohne Angabe von Gründen, um das Löschen der digitalen Aufzeichnung der Interviews. Zehn der Hausärzte waren männlich, acht weiblich. Zehn der Befragten hatten Zusatzbezeichnungen im Bereich der Komplementär- und Alternativmedizin, zwei eine psychotherapeutische Ausbildung.

Der Erstkontakt – „Ich habe da so ein Gefühl“

Wie für das Krankheitsbild typisch, beschrieben die Befragten heterogene somatische und soziale Vorstellungsmerkmale dieser Patienten: „[...] uneindeutige Schmerzen“ (I06, I17), „[...] vielfältige Beschwerden ohne Zusammenhang“ (I10), „[...] pointierter“ (I01), „[...] schwierig“ (I15), „[...] fordernd“ (I08). 15 von 18 Befragten gaben an, bereits im Erstkontakt einen Verdacht oder ein „Bauchgefühl“ (I14) zu haben, dass den geschilderten Beschwerden keine körperlich begründbaren Ursachen zugrunde liegen. „Da werd` ich schon hellhörig und hab da so ein Gefühl ...“ (I15). Die Mehrheit der Befragten passte entsprechend diesem Verdacht bereits bei der ersten Konsultation die weitere Anamneseerhebung und die Planung von Diagnostik und Therapie an. Der Verdacht auf das Vorliegen nicht somatisch begründbarer Beschwerden ist bei der Mehrzahl der Befragten nicht mit negativen Gefühlen oder Haltungen, wie verringerter Empathie verbunden. Nur zwei der Hausärzte schilderten persönlich abwehrende Gefühle „Oh nein, nicht der schon wieder“ (I18).

Nutzung diagnostischer Instrumentarien

Die Frage nach der Verwendung von Checklisten oder Fragebögen zur Diag-

Themenblock A	Aufgreifkriterien des Hausarztes Bitte erzählen Sie mir, wie sich Patienten in Ihrer Sprechstunde präsentieren, deren Beschwerden keine körperliche Ursache haben? Wie gestaltet sich der erste Eindruck?
Themenblock B	Diagnostik Wie gehen Sie diagnostisch vor? Bitte erzählen Sie mir etwas zur Verwendung von Fragebögen oder Checklisten zu diesem Krankheitsbild! Welche Diagnosen stellen Sie?
Themenblock C	Management Bitte beschreiben Sie mir, wie Sie im Verlauf mit Patienten umgehen, deren Beschwerden nicht körperlich begründet sind! Wie gehen Sie mit der entsprechenden Leitlinie um?
Themenblock D	Therapie Welche Prinzipien verfolgen Sie bei der Therapie dieser Patienten?
Themenblock E	Kooperation mit Fachärzten für Psychiatrie/ Psychosomatik und Psychotherapeuten Bitte erzählen Sie mir von Ihren Erfahrungen bezüglich der Kooperation mit Fachärzten für Psychiatrie/Psychosomatik und Psychotherapeuten!
Themenblock F	Wünsche des Hausarztes Was wünschen Sie sich für Ihre Arbeit mit diesen Patienten? Wie fühlen Sie sich bezüglich der Thematik aus- und fortgebildet?

Tabelle 1 Gliederung des nicht standardisierten Interviewleitfadens mit Beispielfragen

Was wünschen Sie sich für Ihre Arbeit mit diesen Patienten?	
Kooperation mit Spezialisten der Psychiatrie/ Psychosomatik und mit Psychotherapeuten	<ul style="list-style-type: none"> – Eine zufriedenstellende Kooperation – Mehr verfügbare Spezialisten und Therapeuten – Eine zeitlich besser koordinierte Psychotherapie parallel zur hausärztlichen Betreuung – Verbesserung der Kommunikation – Mehr Feedback und Austausch
Aus- und Fortbildung	<ul style="list-style-type: none"> – Mehr psychosomatische Inhalte in der Facharztausbildung zum Allgemeinmediziner – Mehr Fortbildung
Sonstiges	<ul style="list-style-type: none"> – Wahrnehmung und Anerkennung der Arbeit des Hausarztes durch andere Fachdisziplinen – Vergütung des erhöhten zeitlichen Gesprächsaufwandes

Tabelle 2 Wünsche der befragten Hausärzte

nostik und für differenzialdiagnostische Überlegungen war ein wichtiger Bestandteil der Befragung. Die Mehrheit der Befragten verneinte eine Nutzung diagnostischer Instrumente.

Eine Auswahl genannter Gründe für die Nichtverwendung ist in Textkasten 1 dargestellt. Einer der Hausärzte schilderte den Einsatz einer selbst erstellten psychosomatischen Checkliste, vier gaben an, diagnostische Instrumente nur zur

Differenzierung von Komorbiditäten wie affektiven Störungen oder Angststörungen zu verwenden.

Kodierung

Die ICD-10 bietet unterschiedliche terminologische und diagnostische Referenzen zu den nicht spezifischen funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden. Nach ihren Kodierungs-

gewohnheiten befragt, gaben die Hausärzte sehr heterogene Antworten.

Zusammenfassend beschreiben lässt sich, dass nur ein kleiner Teil der Befragten im Bereich der neurotischen Belastungs- und somatoformen Störungen (F.40 bis F.48) nach ICD-10 kodiert (Gründe hierfür s. Textkasten 1). Ein Teil der Befragten gab an, sich auf die Beschreibung von Komorbiditäten wie Depressionen oder Angststörungen und/oder „R“/„Z“-Diagnosen (z.B. R.52.1 chronischer Schmerz anderenorts nicht klassifiziert) zu beschränken.

Vom Großteil der Befragten wurde der hohe zeitliche Aufwand im Management dieser Patienten geschildert „Ich benötige für diese Patienten viel mehr Zeit als für andere“ (I04). Dabei wurde deutlich, dass – bis auf zwei Ausnahmen („Die würde ich schon auch mal ab“ (I10)) – eine große Gesprächsbereitschaft vonseiten der Hausärzte vorhanden ist. Interessanterweise zeigt sich, dass nicht der erhöhte Gesprächsbedarf jeder einzelnen Konsultation ein Problem darstellt, sondern die oftmals lange Wartezeit bis zur ggf. notwendigen psychotherapeutischen Versorgung dieser Patienten, während die Hausärzte die Patienten regelmäßig wieder einbestellen und weiter behandeln müssen, auch in den Fällen, bei denen sie sich eine psychotherapeutische und/oder psychiatrische Mitbehandlung wünschen würden.

Umgang mit Leitlinien

In einem weiteren Themenschwerpunkt des Interviews wurden die teilnehmenden Hausärzte zu ihren Erfahrungen im Umgang mit der S3-Leitlinie zu diesem Krankheitsbild befragt. Sechs der Befragten gaben an, die Leitlinie zu kennen. Von diesen setzen aber nur vier bewusst die Leitlinienempfehlungen um. Diejenigen, die die Leitlinie kannten, aber nicht verwendeten, nannten als Gründe mangelnde oder wenig positive Erfahrungen oder fehlende Praktikabilität. Eine Auswahl von Zitaten zu diesem Thema zeigt Textkasten 1.

Therapie

Zur Therapie der NFS befragt, wurde ein breites therapeutisches Spektrum vom stützenden Gespräch im Rahmen einer psychosomatischen Grundversorgung über die pharmakologische Intervention

bis hin zur Anwendung komplementär- und alternativmedizinischer Verfahren beschrieben. 15 der Hausärzte gaben an, in ihrer Arbeit mit diesen Patienten regelmäßig Placebos einzusetzen und damit gute Erfahrungen gemacht zu haben „Ich gebe da schon oft auch mal ein Placebo und das geht ganz gut“ (I02). Zu dem Verständnis eines Placebos gehörte bei den Befragten dabei auch die Applikation von Vitaminen, Spurenelementen oder NaCl-Infusionen.

„Psychiatrische Zusammenarbeit erlebe ich fast nie“ (I04)

Nur vier der teilnehmenden Hausärzte schilderten positive Erfahrungen bezüglich der Kooperation mit Fachärzten und Therapeuten für Psychiatrie/Psychosomatik und Psychotherapie. Der Großteil der Befragten gab an, dass die Anzahl der verfügbaren Fachärzte und Therapeuten zu gering ist und die Termine für die Patienten rar sind.

Ein großes Problem für die Befragten ist die mangelhafte Rückmeldung durch die Kollegen der Psychiatrie und Psychotherapie: Häufig erfahren sie erst durch die Patienten, welche therapeutischen Empfehlungen ausgesprochen wurden oder Anwendung finden „Selten kommt dann ein Feedback und ich weiß oft gar nicht, ob der Patient da noch hinget oder inwiefern die Therapie fortgeschritten ist“ (I17).

Die antizipierte lange Wartezeit führt zu einem insgesamt eher zurückhaltenden Überweisungsverhalten der befragten Hausärzte.

Die Mehrheit der Hausärzte würde sich eine Verbesserung der Kooperation mit den Fachkollegen der Psychiatrie und/oder Psychosomatik wünschen (Tab. 2). „Ich hätte gern einen Psychiater, den ich einfach aufsuchen oder anrufen und zu diesen Patienten befragen kann, ohne dass es kompliziert ist“ (I06).

Außerdem äußerte die Hälfte der Befragten den Bedarf für eine Erweiterung der psychosomatisch orientierten Inhalte in der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin.

Diskussion

Die Erkennung, Diagnostik, Therapie und ein kooperatives Management der Patienten mit NFS stellen Hausärzte er-

Warum verwenden Sie keines der genannten diagnostischen Instrumente?

„Damit habe ich keine Erfahrungen.“ (I12, I14)

„Außerdem ist mir das zu umständlich und zu unpraktisch.“ (I02, I03, I13)

„Da habe ich nichts verfügbar hier.“ (I05)

„Sowas ist mir zu statisch.“ (I10)

„Für mich ist das alles nicht individuell genug.“ (I18)

„Ach wissen Sie, dass ist mir zu kompliziert.“ (I06, I11)

„Damit habe ich keine guten Erfahrungen.“ (I14, I17)

Warum verwenden Sie eher nicht den ICD-Code für dieses Krankheitsbild?

„Das ist mir zu konkret.“ (I11)

„Die genaue Terminologie ist mir oft nicht klar und ich schreibe dann was anderes hin.“ (I18)

„Die Schärfe der Diagnose hat für mich keine Relevanz und für meine Patienten auch nicht.“ (I06)

„Ich will mich da nicht festlegen und muss das auch nicht.“ (I15)

„Für meine Arbeit spielt der genaue Code keine Rolle.“ (I18)

„Wenn ich den Patienten länger kenne und mir sicher bin, schreibe ich schon auch F.45.1 oder so hin, aber das eben erst später.“ (I14)

„Wenn ich ehrlich sein soll, weiß ich manchmal nicht, was ich da nehmen soll und halte das Ganze dann etwas Allgemeiner oder kodiere dann erstmal eine Depression, wenn denn eine vorliegt.“ (I15)

Bitte erzählen Sie mir vom Umgang mit der Leitlinie zu diesem Krankheitsbild!

„Da guck ich mal drauf, aber mehr nicht. Grad für diese Patienten habe ich keine vor Augen.“ (I02)

„Leitlinien sind eben zum Leiten da, aber ich halte mich da nicht streng dran. Ich gucke mir die schon an, aber zu somatoformen Störungen habe ich keine in Erinnerung, zu Depression schon.“ (I03)

„Na, da guck ich nicht drauf, man kann ja nicht alles parat haben.“ (I11)

„Im Einzelfall muss ich sowieso individuell entscheiden und kann da praktisch nicht so Schritt für Schritt vorgehen. Für die Psychosomatik ist das auch so eine Sache. Ich finde gerade da die Leitlinie, die ja recht neu ist, schon ganz schön zu lesen, aber praktisch ist das für mich nicht so recht umsetzbar.“ (I17)

„Ach das ist mir zu umständlich genau danach vorzugehen. Wenn ich das alles zur Hand haben muss, komm ich ja nicht mehr hinterher. Außerdem sind die psychosomatischen Patienten oft so unterschiedlich, dass man da Vieles viel individueller anpassen muss. Für mich ist das nicht individuell genug.“ (I18)

Textkasten 1 Auswahl an Antworten bezüglich der Nichtverwendung von diagnostischen Instrumenten und ICD-Codes sowie Antworten zum Umgang mit der Leitlinie

wartungsgemäß vor Herausforderungen, die heterogen gelöst werden.

Während diese Ergebnisse sich gut in bereits vielfach beschriebene Aspekte hausärztlicher Einschätzung von Patienten mit psychischen Störungen einfügen [9–11], stellen die Angaben der in dieser Studie Befragten zu ihrem Umgang mit einer für das Krankheitsbild erstellten Leitlinie doch eine Überraschung dar. Nur 6 der 18 Befragten kannten die aktuelle und

für die ambulante Versorgung abgestimmte Leitlinie und selbst unter diesen Befragten fanden sich Vorbehalte und Kritik bezüglich der Umsetzbarkeit.

Die S3-Leitlinie „Umgang mit Patienten mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden“ aus dem Jahr 2012 ist u.a. unter Mitwirkung der DEGAM entstanden, vielfach publiziert und versteht sich als fachübergreifende Leit-

Tilla Martina Natschke ...



... arbeitete als Logopädin bevor sie in Marburg an der Lahn und Halle an der Saale Medizin studierte. Seit 2014 ist sie, zunächst als Doktorandin und später als wissenschaftliche Mitarbeiterin, am Institut für Allgemeinmedizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin tätig.

linie für die gesamte Medizin [1], deren Ziel es ist „Standards für die Diagnostik und Behandlung von Erwachsenen mit nicht-spezifischen, funktionellen und somatoformen Körperbeschwerden in Deutschland (zu) setzen und ihre Anwender bei diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen (zu) unterstützen“.

Aber auch diese Leitlinie, die viel Raum lässt für unterschiedliche Bezeichnungen, Klassifizierungen und ätiologische Theorien, die die Bedeutung der Behandler-Patient-Beziehung sowie den Beschwerde-Kontext als wichtiges Element im Rahmen der Diagnostik hervorhebt und den Wunsch nach besserer Kooperation unterstreicht – alles Aspekte, die von den befragten Hausärzten in ihrem Umgang mit Patienten mit NFS als wichtig benannt wurden – teilt das Schicksal einer offenbar geringen Akzeptanz und Umsetzung mit anderen Leitlinien zu verwandten Krankheitsbildern [12]. Dabei können Unbehagen gegenüber einzelnen Empfehlungen, ein antizipierter Mangel an Ressourcen, Zweifel an der zugrunde liegenden Evidenz sowie ein empfundener Widerspruch zur eigenen Erfahrung und erlebten „Realität“ eine Rolle spielen [10]. Schon die (ICD-) Benennung der Störung kann einen Konflikt mit den eigenen ätiologischen Konzepten darstellen: Die Diagnose als „somatoforme Störung“ wird offensichtlich als nicht hilfreich für das Verständnis des Beschwerdebildes erlebt [11, 13], ähnlich wie auch für Depressionen [14]. Die Leitlinie greift dieses Problem umfassend auf und beleuchtet gerade die schwierigen Themen der Begrifflichkeit und der diagnostischen und klassifikatorischen Zugänge sehr ausführlich – vielleicht zu ausführlich, um für den hausärztlichen Alltag tatsächlich als Leitlinie anwendbar zu wer-

den. Hier könnte eine Anwenderversion für Hausärzte sinnvoll sein.

Während die befragten Hausärzte mehrheitlich bereits im Erstkontakt mit Patienten mit nicht körperlich begründbaren Beschwerden einen Verdacht haben, gestaltet sich das weitere diagnostische Vorgehen unterschiedlich. Auch andere Studien zeigen, dass Fragebögen als Screening-Instrumente in der hausärztlichen Versorgung kaum Anwendung finden [11]. Erschwerend besteht kein uneingeschränkter Konsens, wie Patienten mit funktionellen Beschwerden zu diagnostizieren und einzuordnen sind [15]. Die Klassifizierung des ICD-10 erscheint wenig hilfreich, da zahlreiche überlappende Diagnosen beschrieben sind [16]. Die Vielzahl existierender Screening-Instrumente auf der Basis nicht kongruenter Konzepte und Begrifflichkeiten [17] erschwert das praktische Vorgehen von Hausärzten. Entsprechend ist es wenig verwunderlich, wenn Hausärzte heterogen und auf der Basis eigener Konzepte und nach ihrem Fallverständnis [9] vorgehen.

Patienten mit NFS können bei Hausärzten Vorbehalte und negative Gefühle auslösen [18, 19]. Die vorliegende qualitative Befragung zeigt dennoch, dass die Arzt-Patient-Beziehung nur von den wenigsten als schwierig geschildert wird. Wie Stone beschrieb, können Hausärzte den Umgang mit dieser Patientengruppe auch als persönliche und ethische Bereicherung [11] erleben. Dabei rückt die professionelle und persönliche Herausforderung in den Vordergrund. Die hier befragten Hausärzte nehmen sich überwiegend gern viel Zeit für diese Patienten. Schwierigkeiten entstehen dann, wenn eine psychiatrische oder psychotherapeutische Mitbehandlung als erforderlich eingeschätzt wird, diese aber aus

organisatorischen Gründen nicht zustande kommt. Die Notwendigkeit einer besseren Kooperation wird damit erneut unterstrichen. Es sollten jedoch angesichts der vielerorts langen Wartezeiten nach Lösungen für eine niederschwellige und kurzfristige Ansprechbarkeit der fachärztlichen Kollegen gesucht werden. Dies könnte zum Beispiel eine konsiliarische Telefonsprechstunde sein, wie sie bereits in Berlin am Evangelischen Krankenhaus Königin Elisabeth Herzberge existiert [20]. Hier haben Hausärzte die Möglichkeit, täglich, ohne Voranmeldung, fachärztliche Beratung zu allen Aspekten der Versorgung psychisch kranker Patienten zu erhalten. Der sehr ausführliche Interviewleitfaden der Untersuchung ermöglichte eine inhaltlich komplexe Befragung der teilnehmenden Ärzte. Dies impliziert jedoch, dass vereinzelte Themen, besonders aus zeitlichen Gründen, nicht all umfassend erfragt werden konnten.

Die Limitation der hier vorliegenden Untersuchung liegt insbesondere im Sampling, das auf Berlin beschränkt war. Möglicherweise lassen sich im ländlichen Versorgungsbereich andere Ergebnisse (weitere Vorgehensweisen?) abbilden, besonders was die Schnittstelle in der Kooperation von Hausärzten und Fachärzten für Psychiatrie/Psychosomatik und Psychotherapeuten betrifft. Die vorliegenden Studienergebnisse ergänzen Untersuchungen zum hausärztlichen Umgang mit NFS. Deutlich wird, dass sowohl die Einordnung psychometrischer Testverfahren als auch der Nutzen vernetzender Kooperationsmodelle eine hausärztliche Herausforderung bleiben.

Interessenkonflikte: keine angegeben.

Korrespondenzadresse

Tilla Natschke
 Institut für Allgemeinmedizin
 Charité Campus Mitte
 Charitéplatz 1
 10117 Berlin
 Tel.: 030 450514-133
 Tilla.Natschke@charite.de

Literatur

- Schaefert R, Hausteiner-Wiele C, Häuser W, Ronel J, Herrmann M, Henningsen P. Nicht-spezifische, funktionelle und somatoforme Körperbeschwerden, Klinische Leitlinie. Dtsch Arztebl Int 2012; 109: 803–813
- Morschitzky H. Statistik somatoformer Störung. In: Morschitzky H. Somatoforme Störungen, 2. Aufl. Wien: Springer, 2007: 219
- Rief W. Somatoforme Störungen. In: Linden M, Hautzinger M (Hrsg.). Verhaltenstherapiemanual, 6. Aufl. Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 2008: 568–573
- Hiller W, Zaudig M, Mombour W. ICDL. Internationale Diagnosen Checkliste für ICD-10. Bern: Hans Huber, 2012
- Kroenke K, Spitzer R, Williams JB. The PHQ-15: validity of a new measure for evaluating the severity of somatic symptoms. Psychosom Med 2002; 64: 258–266
- Haller H, Cramer H, Lauche R, Dobos G. Somatoforme Störungen und medizinisch unerklärbare Symptome in der Primärversorgung. Dtsch Arztebl Int 2015; 112: 279–287
- Henningsen P, Zipfel S, Herzog W. Management of functional somatic syndromes. Lancet 2007; 369: 946–955
- Malterud K. Qualitative research: standards, challenges and guidelines. Lancet 2001; 358: 483–488
- Hartz AJ, Noyes R, Bentler SE, Damiano PC, Willard JC, Momany ET. Unexplained symptoms in primary care: perspectives of doctors and patients. Gen Hosp Psychiatry 2000; 22: 144–152
- Bishop FL, Dima AL, Ngui J, et al. „Lovely pie in the sky plans“: a qualitative study of clinicians' perspectives on guidelines for managing low back pain in primary care in England. Spine 2015; 40: 1842–1850
- Stone L. Reframing chaos – a qualitative study of GPs managing patients with medically unexplained symptoms. Aust Fam Physician 2013; 42: 501–502
- Harkness EF, Harrington V, Hinder S, et al. GP perspectives of irritable bowel syndrome—an accepted illness, but management deviates from guidelines: a qualitative study. BMC Fam Pract 2013; 14: 92
- Steger T. Konversion – eine vergessene psychosomatische Diagnose. Z Allg Med 2015; 91: 489–493
- Kammerer K, Falk K, Döpfmer S, Heintze C. Stärken und Schwächen der ICD-10 bei der Depressionsdiagnostik aus Sicht von HausärztInnen. Gesundheitswesen 2016; 78 (im Druck)
- Fink P, Rosendal M, Olesen F. Classification of somatization and functional somatic symptoms in primary care. Aust N Z J Psychiatry 2005; 39: 772–781
- Budtz-Lilly A, Schröder A, Rask MT, Fink P, Vestergaard M, Rosendal M. Bodily distress syndrome: a new diagnosis for functional disorders in primary care? BMC Fam Pract 2015; 16: 180
- Fink P, Sørensen L, Engberg M, Holm M, Munk-Jørgensen P. Somatization in primary care. Prevalence, health care utilization, and general practitioner recognition. Psychosomatics 1999; 40: 330–338
- O'Dowd TC. Five years of heartsink patients in general practice. BMJ 1988; 297: 528–530
- Butler CC, Evans M. The 'heartsink' patient revisited. The welsh philosophy and general practice discussion group. Br J Gen Pract 1999; 49: 230–233
- Döpfmer S, Burian R, Holzinger F, Diefenbacher A, Heintze C. Allgemeinmedizin und Psychiatrie/Psychosomatik in der Regelversorgung: ein regionales Berliner Netzwerk. Posterpräsentation, 49. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin Bozen 2015



Ihr Termin im Juni:

Das 41. GHA-Symposium

„Kompetenzbasierung in der Lehre –
wo steht die Allgemeinmedizin?“

am 11. und 12. Juni 2016

Veranstaltungsort: Stiftung RUFZEICHEN GESUNDHEIT

Wolfratshauer Straße 9, 82065 Baierbrunn bei München

Hotelbuchung unter www.gha-info.de