

Diplomarbeit

**Die allgemeinmedizinische Versorgung von  
Menschen mit psychischer Erkrankung.  
Herausforderungen. Grenzen. Bedürfnisse.**

eingereicht von

**Mag.<sup>a</sup> Sabine Ziegerhofer**

zur Erlangung des akademischen Grades

**Doktorin der gesamten Heilkunde  
(Dr.<sup>in</sup> med. univ.)**

an der

**Medizinischen Universität Graz**

ausgeführt an der

**Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapeutische  
Medizin, Graz**

unter der Anleitung von

Assoz. Prof.<sup>in</sup> Priv.-Doz.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> med.univ. et scient.med. Eva Reininghaus, MBA

und

Priv.-Doz.<sup>in</sup> Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> rer.nat. Nina Dalkner

Graz, 10.03.2020

*Eidesstattliche Erklärung*

*Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne fremde Hilfe verfasst habe, andere als die angegebenen Quellen nicht verwendet habe und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.*

*Graz, am 10.03.2020*

*Sabine Ziegerhofer eh.*

*Alles spricht zu mir, spricht mich an,  
ruft mich an, hat mir etwas zu sagen.  
Menschsein ist in seinem Wesen gefragt sein.  
Leben aber – Leben ist Bewegung,  
ist Kraft, die sich sammelt, rührt,  
sich aus mir herausdrängt,  
zur Antwort bündelt.  
Leben will etwas tun,  
will sich geben,  
sich schenken im Handeln.  
Leben bricht durch, wenn ich berührt bin,  
wenn meine Kraft zum Fließen kommt,  
wenn mich etwas bewegt.  
Voll wird mein Leben, wenn es zur Antwort wird auf das,  
was mich angeht, was mich betrifft, wo es mich braucht.  
Wenn mein Fließen, meine Kraft,  
mein inneres Berührt- und Bewegsein darin aufgeht.  
Die Antwort bringt mich erst hervor –  
mein Antworten bringt mich in die Welt.  
Leben – ein Atmen mit der Welt.  
Ein ständiger Austausch von innen und außen,  
von dir und mir.  
Leben – ein Dialog.  
Wechselrede.*

*Alfried Längle*

## Danksagung

Es gibt wohl nicht ausreichend Worte, um hier meinen Dank für die wunderbare Unterstützung, Motivation und das mir entgegengebrachte Vertrauen angemessen auszudrücken. Dennoch möchte ich den Raum nutzen, um meine diesbezüglichen Gedanken festzuhalten.

Ein besonderes Danke gilt meiner Betreuerin und Projektleiterin Frau Assoz. Prof.<sup>in</sup> Priv.-Doz.<sup>in</sup> Dr.<sup>in</sup> med.univ. et scient.med. Eva Reininghaus, MBA, welche mir die Mitarbeit an einem so vielschichtigen und interessanten Projekt ermöglichte. Mit ihrer energiereichen, motivierenden, hilfsbereiten und erfrischenden Art gestattete sie mir eine unterstützende Rahmung und Freiheit zugleich, was das Schreiben dieser Arbeit zu einem spannenden und lehrreichen Prozess werden ließ. Ein großes Dankeschön geht auch an meine Zweitbetreuerin Sen.Scientist Priv.-Doz.<sup>in</sup> Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> rer.nat. Nina Dalkner für die wichtigen wissenschaftlichen Inputs.

Nicht unerwähnt sollen das bunte Team sowie die ErmöglicherInnen dieses Projekts (u.a. das Institut für Allgemeinmedizin und evidenzbasierte Versorgungsforschung sowie das Institut für Sozialmedizin und Epidemiologie der Medizinischen Universität Graz, die Gesundheit Österreich sowie der Verband für pharmazeutische Industrie Österreich) bleiben. Nur durch das Zusammenspiel der unterschiedlichen Professionen, Perspektiven und Haltungen war es möglich ein solches Projekt über eine so lange Zeit erfolgreich umzusetzen. Ganz besonders möchte ich mich an dieser Stelle bei Herrn Mag. Dr. scient.med. Hannes Mayerl bedanken, der mir durch sein Engagement, seine Brillanz und Reflexion eine wertvolle Unterstützung war und einen wesentlichen Beitrag zum Gelingen dieser Arbeit leistete.

Danke sage ich allen steirischen AllgemeinmedizinerInnen, die im Zuge der Interviews ihre Zeit, ihre persönlichen Eindrücke und Erfahrungen zur Verfügung gestellt haben.

Der größte Herzensdank gilt wohl den kostbaren Menschen meiner persönlichen Lebenswelt. *Still* oder *laut*, *aktiv* oder *passiv*, *nah* oder *fern* umweben sie mich stets mit Inspiration, Geduld, Halt, Motivation, kritischer Hinterfragung, Toleranz und Herzenswärme. Allen voran danke ich meinen wunderbaren Eltern. Nur durch ihre

bedingungslose, motivierende und herzensweite Unterstützung konnte ich meinen bisherigen Weg auf diese meine Weise bestreiten. Durch ihren unermüdlichen Glauben an mich und mein Wesen, ihre Klugheit und Weisheit konnte ich so manche Kurven und Stolpersteine als Chance des Wachsens und Werdens erkennen.

# Zusammenfassung

## Einleitung

Die medizinische Versorgungsforschung hat es unter anderem zur Aufgabe, die Versorgungssituation von charakteristischen PatientInnengruppen zu explorieren. Personen mit psychischen Erkrankungen stellen dabei einen spezifischen PatientInnenkreis dar, welcher einen besonderen Zugang und Aufmerksamkeit in der somatischen Behandlung und Versorgung benötigt. Empirische Studien belegen zudem den Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und einer verminderten Lebenserwartung, wobei die zugrunde liegenden Ursachen noch nicht genügend geklärt sind. Ein möglicher Grund könnte eine unzureichende somatisch-medizinische Versorgung sein. Gerade AllgemeinmedizinerInnen nehmen in der somatischen (Langzeit-)Versorgung dieser PatientInnen eine bedeutsame Schlüsselrolle ein. Es gilt herauszufinden, wo dabei die aktuellen Schwierigkeiten, Herausforderungen sowie Wünsche und Verbesserungsmöglichkeiten liegen, um adäquate Handlungsempfehlungen und Adaptierungen auf gesundheitspolitischer Makro- und ärztlicher Mikroebene generieren sowie die potenzielle Gefahr einer Minderversorgung minimieren zu können.

## Methodik

Die theoretische Grundlage dieser Arbeit bildet eine umfassende hermeneutische Literatur- und Studienrecherche zur Thematik. Auf deren Basis galt es als Ziel, die aufbereitete Theorie mit qualitativen Daten aus der Praxis zu ergänzen. Siebzehn steirische AllgemeinmedizinerInnen wurden hinsichtlich ihrer Erfahrungen und Bedürfnisse in der somatischen Versorgung von psychisch kranken PatientInnen befragt. Der zu Hilfe genommene semistrukturierte Leitfaden wurde, basierend auf theoriegestützte Überlegungen und Analysen, im Vorfeld konzipiert. Die Auswertung der transkribierten und pseudonymisierten Interviews erfolgte durch die induktive qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring.

## Ergebnisse

Die ausgewerteten Ergebnisse zeigen ein breites Stimmungsbild praktizierender AllgemeinmedizinerInnen sowie deren Zugänge hinsichtlich des Zusammenhangs von Lebenserwartung und psychischer Erkrankung. Herausforderungen, Probleme und Hindernisse in der direkten und indirekten Arbeit mit psychisch erkrankten

PatientInnen kommen dabei ebenso stark zum Ausdruck wie Bedürfnisse und Anregungen für eine verbesserte Versorgung. Die erhobenen Kategorien und Inhalte korrelieren zu einem großen Teil mit jenen der theoretischen Erarbeitung. Gründe für die erniedrigte Lebenserwartung werden in einer komplexen Ursachenvielfalt gesehen. Einflussnehmend scheinen Faktoren wie Lebensstil, geringe Compliance, reduzierte Lebensfreude, gesteigerte Vulnerabilität, erhöhte Suizidalität und Suchttendenzen, medikamentöse Neben- und Wechselwirkungen, Körper-Psyche-Interaktionen u.a. zu sein. Besondere Herausforderungen und Hindernisse in der Versorgung liegen unter anderem in den geringen finanziellen und zeitlichen Ressourcen, der mangelnden Therapietreue, ungenügend allgemeinmedizinischen und psychiatrischen Plan- und Kassenstellen sowie psychotherapeutischen/psychologischen Therapieplätzen und deren Finanzierung, diagnostischen Erschwernissen, pharmakologischen Wechsel- und Nebenwirkungen, Kommunikationsschwierigkeiten, sozioökonomischen Hintergründen und Stigmatisierung. Wünschenswert und notwendig wären laut Analyseergebnissen eine verstärkte multiprofessionelle Zusammenarbeit und Vernetzung, bessere finanzielle Honorierung, Schaffung zeitlicher und struktureller Ressourcen, Anlaufstellen für Akutfälle, spezifische Fort- und Weiterbildungen, sorgfältige und achtsame Untersuchungsprozedere, Implementierung von Diagnose- und Screeninginstrumenten, regelmäßige Verlaufskontrollen, weniger gesetzliche Beschränkungen sowie Sicherstellung einer flächendeckenden Grundversorgung.

### **Schlussfolgerung**

Eine Vielzahl an Faktoren auf unterschiedlichsten Ebenen haben sich als potenziell hinderlich in der somatischen Versorgung psychisch kranker Menschen herausgestellt und geben Hinweise für mögliche Verbesserungs- oder Lösungsansätze. Um eine adäquate somatische Versorgung dieser PatientInnen zu gewähren sowie einer eventuell geringeren Lebenserwartung entgegenzuwirken, bedarf es laut Theorie und empirischer Erhebung einer dringenden Bewusstseins-schaffung und konkrete Verbesserungsmaßnahmen.

# **Abstract**

## **Introduction**

One goal of current medical care research is to explore the field's situation within specific patient groups. Patients with mental disorders require particular attention and focus towards somatic treatment and patient care. Empiric studies show a connection between mental disease and reduced life expectancy. However, underlying causes of this relation are currently unknown. One possible reason might be poor and inadequate somatic patient care. General medical practitioners play a major role in the long-term somatic care of these patients. Therefore, it is necessary to identify current problems and challenges of this field to formulate adequate plans of action and guidance for improvement as well as to minimize the possibility of insufficient patient care.

## **Methods**

This thesis is grounded on a comprehensive literature study and research of the topic's related work. The aim was to complement the theoretical background by exploring qualitative data of experts' experiences. Seventeen general practitioners from Styria were interviewed in a semi-structural manner. The guidelines to these interviews were designed beforehand and considered theory-based reflections and analyses. The interviews' results were evaluated by applying Mayring's qualitative content analysis.

## **Results**

The results show varied opinions of general medical practitioners just as a connection between life expectancy and mental illnesses. Challenges, problems and barriers of direct or indirect patient work as well as needs and suggestions for improved patient supports were addressed. The recorded content and its categories largely correlate with the compiled theoretical assumptions. The cause of the relation concerning reduced life expectancy are believed to be complex and diverse. Contributing factors may be lifestyle, low compliance, reduced enjoyment of life, increased vulnerability, elevated suicidality and addiction tendencies, medical side effects and interactions, mind-body interference as well as others. Specific challenges and obstacles in the somatic care of mentally disordered people consist of small financial resources, time restricted treatment, low compliance, lack of social

insurance-linked practitioners, low psychotherapeutical/ psychological facilities and funding, difficulties in diagnosis, pharmacological side effects and interactions, communication problems, socioeconomic issues as well as stigmatization. In accordance with general practitioners, collaborations and networking of multiple professionals, better financial appreciation, improved organizational structures and resources, drop-in centers for emergencies, specific education and training possibilities, meticulous and cautious examinations, implementation of diagnosis and screening instruments, reduction of statutory limitations just as the enablement of a comprehensive primary care would be necessary and desirable.

### **Conclusions**

A multitude of factors in different areas have been singled out as potentially impedimental to the somatic medical care of mentally disordered patients. These factors suggest possible improvements and approaches to solution. According to the theory as well as the evaluated empiric data there is the urgent need to advance somatic patient care and to counteract the potentially reduced life expectancy. Furthermore, a raise of awareness as well as tangible measures of improvement are required.

# Inhaltsverzeichnis

Danksagung .....	3
Zusammenfassung .....	5
Abstract .....	7
Inhaltsverzeichnis .....	9
Abbildungsverzeichnis .....	10
Diagrammverzeichnis .....	11
1 Einleitung .....	1
2 Projektbezogene Hintergründe .....	2
3 Theoretische Hintergründe und thematische Grundlagen .....	3
3.1 Psyche im Blickpunkt der Lebenserwartung .....	3
3.2 Psyche als Komorbidität .....	8
3.3 Psyche und Physis .....	10
3.3.1 Das biopsychosoziale Modell .....	11
3.4 Versorgungsforschung .....	17
3.5 Allgemeinmedizin .....	18
3.5.1 Die praxisnahe Definition .....	18
3.5.2 Die europäische Definition .....	20
3.5.3 Allgemeinmedizin als Schnittstelle und Schlüsselfunktion .....	23
3.6 Der biopsychosoziale Praxisalltag .....	24
3.6.1 Wechsel- und Nebenwirkungen in Therapie und Behandlung .....	24
3.6.2 Herausforderungen, Alltagsrelevanz und Handlungsempfehlungen ..	28
4 Material und Methoden .....	34
4.1 Allgemeines zur Methodik .....	34
4.2 Forschungsfrage .....	34
4.3 Stichprobe .....	34
4.4 Datenerhebung .....	35
4.5 Datenauswertung .....	35
4.5.1 Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring .....	36
4.5.2 Bestimmung des Ausgangsmaterials .....	37
4.5.3 Fragestellung der Analyse .....	38
4.5.4 Festlegung der Analyseeinheiten .....	39
4.5.5 Festlegung von Selektionskriterium und Abstraktionsniveau .....	40
4.5.6 Kategorienbildung .....	42
5 Ergebnisse und graphische Darstellung .....	43
6 Diskussion .....	50
6.1.1 Zusammenführung der Ergebnisse .....	50
6.1.2 Resümee, Legitimation und Ausblick .....	67
7 Literaturverzeichnis .....	70
8 Anhang - Interviewleitfaden .....	76

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Postuliertes Wirkungsschema der Neuropsychimmunologie (30) .....	13
Abb. 2: Synthese: Der BIO-PSYCHO-SOZIALE Krankheitsbegriff umfasst alle drei Dimensionen (Abstraktionsebenen I+II+III) von „ <i>Krankheit</i> “ in Form eines integrierten, dynamischen und hierarchisch geordneten „ganzheitlichen“ Verständnisses (30) .....	15
Abb. 3: Synthese: Der BIO-PSYCHO-SOZIALE GESUNDHEITSBEGRIFF umfasst alle drei Dimensionen (Abstraktionsebenen I+II+III) von „ <i>Gesundheit</i> “ in Form eines integrierten, dynamischen und hierarchisch geordneten „ganzheitlichen“ Verständnisses (30) .....	15
Abb. 4: Wonca Baum-Modell: Europäische Definition der Hausarztmedizin: Kernkompetenzen und Wesensmerkmale (33) .....	21

# Diagrammverzeichnis

Diagramm 1: Welche Gründe nennen AllgemeinmedizinerInnen für einen möglichen Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und der Lebenserwartung? (IF1/IF2) ..... 43

Diagramm 2: Worauf muss man laut Aussage der AllgemeinmedizinerInnen besonders Acht geben, wenn man somatische Beschwerden oder Krankheiten bei psychisch kranken Menschen behandelt? (IF6) ..... 44

Diagramm 3: Inwieweit behandeln AllgemeinmedizinerInnen die somatischen Beschwerden/Krankheiten Ihrer psychisch kranken PatientInnen anders als wenn keine psychische Störung vorliegt? (IF7) ..... 45

Diagramm 4: Welche Schwierigkeiten/Probleme/Hindernisse nennen AllgemeinmedizinerInnen bei der Behandlung psychisch kranker Personen? (IF9) ..... 46

Diagramm 5: Was wünschen sich AllgemeinmedizinerInnen, um eine optimale somatische Versorgung psychisch kranker Personen umsetzen zu können? (IF11) ..... 47

Diagramm 6: Was können ÄrztInnen selbst tun, um die somatische Versorgung psychisch kranker Personen zu verbessern? (IF12) ..... 48

Diagramm 7: Was könnte die Politik laut Aussagen der AllgemeinmedizinerInnen tun, um die somatische Versorgung psychisch kranker Personen zu verbessern? (IF13)..... 49

# 1 Einleitung

Im Zuge der Auseinandersetzung mit gesellschaftlichen, soziodemographischen, gesundheitspolitischen und -ökonomischen Dynamiken der Gegenwart bedarf es auch einer Auseinandersetzung und Exploration aktueller Ist-Zustände der medizinischen Versorgungssituation. Die Beleuchtung der allgemeinen und spezifischen ärztlich-therapeutischen Versorgungslandschaft in Österreich stellt ein äußerst komplexes Netz dar, deren Basis ein synergistisches Zusammenspiel aus unterschiedlichen Fachdisziplinen, Berufsgruppen, SpezialistInnen, Krankheits- und Gesundheitsmodellen, Therapie- und Behandlungskonzepten, PatientInnenvertreterInnen, Versicherungs- und Versorgungsstrukturen, sozioökonomischen und geographischen Gegebenheiten, Qualitätsstandards, Leitlinienkatalogen, Pharmaindustrien, politischen Entscheidungen, Aus- und Weiterbildungscurricula, divergierenden wissenschaftstheoretischen Forschungs- und Tätigkeitshintergründen sowie einer hoch individuellen praktischen Umsetzung durch AkteurInnen ist. Um das Dickicht aller einflussnehmenden Instanzen und Faktoren lichten zu können, würde es wohl einer umfassenden und längerfristigen österreichweiten Analyse bedürfen.

Nicht nur die genannten Aspekte des Versorgungsnetzwerks, sondern auch die zu versorgenden PatientInnengruppen zeichnen sich durch eine Vielfalt und Diversität aus, welche je nach Zugehörigkeit und Situation eine spezifische Herangehensweise hinsichtlich Behandlung, Betreuung und Therapie benötigen. Es ist somit notwendig, die zu untersuchende Bevölkerungs- bzw. PatientInnengruppe präzise einzugrenzen, um ein adäquates und nutzbringendes Ergebnis hinsichtlich deren Versorgungssituation zu erreichen. Der Schwerpunkt dieser Arbeit dient der Auseinandersetzung mit der somatischen Versorgungssituation jener charakteristischen Gruppe an PatientInnen, welche an *psychischen* Belastungen, Störungen oder längerfristigen Krankheiten leiden. So wie beispielhafte Themenkreise der Onkologie, Kinderheilkunde, Sportmedizin, Geriatrie, Intensivmedizin etc. eine spezifische Herangehensweise benötigen, so zeichnet sich auch der PatientInnenkreis mit psychischen und psychosomatischen Beschwerden durch Besonderheit und Spezifität aus. Abseits dessen ist die Anzahl an PatientInnen *mit* psychischen/psychiatrischen (Zusatz-)Symptomen bzw. Erkrankungen in der allgemeinmedizinischen Versorgung nicht zu unterschätzen. So zeigen unter-

schiedliche Studien, dass der Anteil der genannten PatientInnen zwischen 20 und 40 Prozent bzw. rund ein Viertel bis ein Drittel, je nach diagnostischem Spektrum, Definition und Studiendesign, liegt (17,19,20,24). Es ist dahingehend eine absolute Notwendigkeit der Frage nach einer optimalen Versorgung dieser PatientInnen genauer nachzugehen und bei Bedarf das Augenmerk auf Lösungs-, Verbesserungs- und Adaptierungsmaßnahmen zu setzen.

**Ziel** dieser Arbeit ist eine umfassende theoretische und literarische Aufarbeitung des zu Grunde liegenden Themenbereichs sowie eine qualitative Erhebung der Ist-Situation hinsichtlich Herausforderungen, Schwierigkeiten, Bedürfnissen und Notwendigkeiten von steirischen AllgemeinmedizinerInnen in ihrer Behandlung von psychisch kranken PatientInnen. Die Qualität in der somatischen Versorgung dieser PatientInnengruppe soll durch literarische und qualitative Ergebnisse und Handlungsempfehlungen gesteigert werden und dem Anstoß für weiterführende Arbeiten dienen.

Aus der Thematik heraus ergibt sich folgende grundlegende **Kernfrage**, welche, neben einer Vielzahl weiterer Überlegungen und theoretischer Untermauerungen, durch die Arbeit führen soll:

*Welche Themen, Herausforderungen, Probleme und damit verbundenen Anforderungen und Verbesserungsansätze ergeben sich bei der somatischen Versorgung von PatientInnen mit psychischen Erkrankungen in der allgemeinmedizinischen Praxis?*

## **2 Projektbezogene Hintergründe**

Hinführend zur Thematik soll vorweg erwähnt werden, dass diese Arbeit ein Teilgebiet eines großangelegten Projekts mit dem Titel „*Psyche, Ökonomie, Medizin: Spannungsfelder in der Versorgung psychiatrischer Patientinnen und Patienten im österreichischen Gesundheitswesen*“ ist. Das multiprofessionelle und mehrdimensionale Großprojekt hat das Ziel, die somatische Versorgungssituation von psychisch kranken PatientInnen in der Steiermark zu untersuchen. Diese spezifische PatientInnengruppe ist insofern von besonderem Interesse, als dass seit Jahren der Verdacht einer somatischen „Schlechter“-Versorgung, einer

erhöhten Anzahl an körperlichen Zusatzerkrankungen (Komorbiditäten) im Vergleich zur restlichen Bevölkerung und eine damit verbundene reduzierte Lebenserwartung besteht (1,5,8,9,10,11,13,14,27,28). Gegenstand des Vorhabens ist eine Ist-Analyse aus Sicht von betroffenen PatientInnen, Allgemein- und FamilienmedizinerInnen sowie FachärztInnen für Psychiatrie und psychotherapeutischer Medizin. Ein zusätzlicher Teilbereich dient der Erhebung und Veranschaulichung von gesundheitspolitischen und -ökonomischen Versorgungsparametern und Kostenanalysen.

Die vorliegende Diplomarbeit widmet ihren Schwerpunkt der Perspektive *steirischer AllgemeinmedizinerInnen* hinsichtlich ihrer Erfahrungen in der *Behandlung und Betreuung von PatientInnen mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen* und den daraus resultierenden Problemen, Heraus- und Anforderungen.

### **3 Theoretische Hintergründe und thematische Grundlagen**

Wie eingangs bereits erwähnt, setzt diese Diplomarbeit ihren Fokus auf die allgemeinmedizinische Versorgungssituation von psychisch erkrankten PatientInnen sowie den resultierenden Herausforderungen und zukunftsorientierten Erfordernissen in deren Behandlung und Betreuung. In den nächsten Kapiteln sollen jene theoretische Hintergründe beleuchtet werden, welche dem umfassenden Verständnis der Thematik dienen sollen. Des Weiteren stellen sie den Boden für die inhaltliche Gestaltung des Leitfadens zur Befragung steirischer AllgemeinmedizinerInnen sowie die nachfolgende Analyse und Diskussion der Ergebnisse dar.

#### **3.1 Psyche im Blickpunkt der Lebenserwartung**

Die menschliche Lebenserwartung wird von unterschiedlichen, auf die Gesundheit von Individuen einflussnehmenden, Faktoren determiniert, wie beispielsweise Lebensstil, Umwelt, Gesundheitskompetenz und Zugang zu medizinischen Gesundheitsversorgungsmaßnahmen. Aufgrund der aktuellen empirischen Datenlage besteht die Annahme, dass psychisch kranke Menschen einer verminderten

Lebenserwartung unterliegen (1,5,8,9,10,11,13,14,27,28). Studien zeigen, dass insbesondere Erkrankungen wie Depression und Schizophrenie ein um 40 bis 60% höheres Frühsterblichkeitsrisiko im Vergleich zur Normalbevölkerung aufweisen (5,12). Chesney, Goodwin und Fazel halten in ihrer Metaanalyse 2014 fest, dass psychisch kranke Personen einer massiv verminderten Lebenserwartung von rund 10 bis 20 Jahren ausgesetzt sind (1). Eine skandinavische Studie zeigt, dass die Schere der Lebenserwartung zwischen der psychisch gesunden Bevölkerungsgruppe und jener mit psychischen Erkrankungen außerordentlich hoch ist. So weisen psychisch erkrankte Männer eine um 20 Jahre, Frauen eine um 15 Jahre verringerte Lebenszeit aufgrund unterschiedlichster (natürlicher und unnatürlicher) Todesursachen auf. Substanzabhängigkeit, Persönlichkeitsstörungen, Anorexia nervosa, Schizophrenie und Autismus Spektrum Störungen stehen mit dem höchsten Frühsterblichkeitsrisiko im Zusammenhang (1,13). Suizid als Sterblichkeitsursache darf dabei nicht unvergessen bleiben (11,13). So zeigen vor allem Erkrankungen, wie Borderline-Persönlichkeitsstörungen, Anorexia nervosa, affektive Störungen, Bipolare Störungen, Schizophrenie und Substanzabhängigkeit (vor allem Alkohol und Opioide) ein erhöhtes Sterberisikos aufgrund von Suizidalität (1,13).

Ursachen für einen derartigen Zusammenhang von psychischen Erkrankungen und verminderter Lebenserwartung sind bis dato noch nicht gänzlich geklärt und divergieren in unterschiedlichen Studien. Die Relation erschöpft sich laut Literatur aus einem hoch komplexen Ursachen- und Kausalitätspool (2), wie beispielsweise einer erhöhten Komorbidität von psychischen Symptomatiken bei körperlichen Erkrankungen und vice versa, Medikationsneben- und Wechselwirkungen durch Psychopharmaka oder auch dem Verdacht einer unzureichenden und inadäquaten somatisch-medizinischen Versorgung von psychisch kranken PatientInnen. Verbesserte medizinische Interventionen scheinen bei betroffenen Personen seltener als bei psychisch gesunden PatientInnen zum Einsatz zu kommen. Hinweise auf eine defizitäre Behandlung und Versorgung dieser PatientInnengruppe sind in mehreren Studien ersichtlich (3,4,5,7,8,11,13,14,22,24,27,28). In einer Arbeit von Druss et al. (2001) wird anhand myokardialen Infarkten und deren etablierten Behandlungsmöglichkeiten beschrieben, dass ein Defizit in der Qualität der medizinischen Behandlung einen wesentlichen Beitrag zur Übersterblichkeit bei

psychisch kranken PatientInnen beiträgt (3). Ähnliche Daten und Erkenntnisse können auch aus anderen Studien und Metaanalysen gewonnen werden, bei welchen es, neben einer deutlich schlechteren Behandlung von Diabetes mellitus und onkologischen PatientInnen, auch zu ungünstigen Qualitätsindikatoren bei der allgemeinen somatischen Behandlung kommt (28).

Studien zeigen, dass psychische Erkrankungen mit einem nachfolgenden Beginn oder Diagnose von körperlichen Erkrankungen sowie chronisch schlechteren Gesundheitszuständen („physical condition“) assoziiert sind. Diese Assoziation steigt mit der Anzahl an psychischen Belastungen/Erkrankungen und der Länge des Lebensverlaufs. „They suggest that deleterious effects of mental disorders on physical health (...) accumulate over the life course and increase with mental disorder comorbidity“ (7). In den Studien ist ersichtlich, dass 30 bis 50% der psychiatrisch behandelten PatientInnen körperliche Begleiterkrankungen aufweisen (14). Das Vorliegen einer schweren psychischen Erkrankung scheint zudem prognostisch ungünstig hinsichtlich der körperlichen Gesundheit zu sein. Dieser Zusammenhang scheint insbesondere beim Vorliegen von Doppeldiagnosen (beispielsweise einer zusätzlichen Abhängigkeitserkrankung) zu bestehen (27). Kardiovaskuläre und respiratorische Erkrankungen, Adipositas, Metabolisches Syndrom, Typ 2 Diabetes und Suizid stehen an der Spitze des Zusammenhangs und gelten damit als wesentliche Risikofaktoren für die hohe Frühsterblichkeitsrate (8,12,27). Zudem fördern eine erhöhte Nikotin-Abhängigkeit sowie metabolische Nebenwirkungen (gesteigertes Körpergewicht, Dyslipidämie und verringerte Glukoseregulation) von atypischen Antipsychotika (insbesondere Clozapine, Olanzapine und Risperidol) die genannten Risikofaktoren (8). Crump (2013) hebt hervor, dass bei schizophrenen PatientInnen ein signifikanter Zusammenhang hinsichtlich einer verminderten Lebenserwartung, vor allem aufgrund komorbiden ischämischen Herzerkrankungen und Krebs, besteht (9). Dasselbe gilt für bipolare Erkrankungen, bei welchen somatische Krankheiten wie kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes, COPD, Influenza, Pneumonie sowie unbeabsichtigte Verletzungen und Suizid zur verfrühten Sterblichkeit führen (10). In der Studie von Nordentoft et al. (2013) werden ebenfalls wesentliche Zusammenhänge zwischen Substanzabhängigkeit, Schizophrenie und Persönlichkeitsstörungen mit somatischen Erkrankungen (Kardiovaskuläre und onkologische Erkrankungen,

Infektionen, Diabetes mellitus) und Medikamentennebenwirkungen sowie zwischen affektiven- und Persönlichkeitsstörungen und Tod durch suizidale Handlungen erläutert. Außerdem beschreibt die Studie das höchste Risiko von externen Todesursachen (z.B. Unfälle) für PatientInnen mit Substanzabhängigkeiten (13). Auch Hewer und Fießl (2009) setzen sich mit der verminderten Lebenserwartung von psychischen Erkrankungen auseinander und schreiben der Schizophrenie sogar das Attribut „life shortening disease“ zu, da es bei diesem Krankheitsbild laut epidemiologischen Daten zu einer massiv verkürzten Lebenszeit, insbesondere durch natürliche Todesfälle, kommt. Druss et al. (2011) betonen den „poor health status“ (2) als wesentliche Ursache für die erhöhte Sterblichkeit von psychisch kranken PatientInnen, welcher durch den verringerten sozioökonomischen Status, nachteiligem Gesundheitsverhalten sowie verminderter Versorgungsqualität in der direkten Behandlung generiert wird (2,27). Auch Wahlbeck (2011) greift Faktoren des Lebensumfelds von psychisch kranken Menschen auf. So beschreibt er multiple Vulnerabilitäten, wie Armut, Arbeitslosigkeit, Single-Dasein, Ausgrenzung, ungesunde Lebensstile aber auch inadäquate Zugänge zu qualitativ besserer somatischer Gesundheitsversorgung und Nichtbeachtung von somatischen Beschwerden in der psychiatrischen Behandlung als mögliche Determinanten für die Übersterblichkeit (11,28).

In der Studie von Osborn et al. (2004) werden als Grund für das erhöhte Sterberisiko Koronargefäßerkrankungen und Insulte genannt. Dieser Zusammenhang kann nicht gänzlich durch die, oft vermutete, antipsychotische Medikation, Nikotin-Abhängigkeit oder dem vermehrten sozialen Rückzug erklärt werden. Nebenwirkungen aufgrund von hohen Dosen antipsychotischer Medikamente, Übergewicht, Tabakkonsum, Bewegungsmangel und Ernährungsgewohnheiten sowie Stressfaktoren aufgrund der psychiatrischen Symptomatik scheinen jedoch dennoch einen hohen Einfluss zu nehmen (4). Hewer et al. (2011) betonen die Häufigkeit von Doppeldiagnosen – neben der primären psychiatrischen Erkrankung leiden PatientInnen an somatischen Beschwerden, deren Ursache im Missbrauch oder der Abhängigkeit psychotroper Substanzen (v.a. Nikotin, Alkohol, Cannabis und Stimulanzien) liegt. So zeigen 25 bis 90% der Personen mit schweren psychischen Krankheiten, wie etwa Schizophrenie oder bipolare Störungen, begleitende suchtmittelassoziierte Störungen (28).

Vistorte et al. (2018) bringen in ihrer Arbeit hervor, dass bei psychisch kranken PatientInnen eine unzureichende somatische Behandlung von *physischen* Erkrankungen, wie kardiovaskuläre Erkrankungen, Diabetes, HIV-Infektionen und Krebs bestehe (5). Die AutorInnen der Studie erläutern dabei den Aspekt, dass viele somatische Beschwerden und Symptome unentdeckt bleiben, da in Primärversorgungsmaßnahmen (z.B. der Allgemeinmedizin) vorrangig *psychischen* Symptomen Aufmerksamkeit geschenkt wird. Es konkurrieren sozusagen *physische* und *psychische* Beschwerden um ihre „Erkennung“, was nicht selten in sogenannten „medical bias“ oder „diagnostic overshadowing“ (6) und damit zur Unentdecktheit versteckter psychischer oder physischer Erkrankungen führt (5,18,27,28). So können beispielsweise bei depressiven Störungen körperliche Beschwerden und atypische Symptome (z.B. Unruhe, gesteigerter Antrieb, Rededrang) im Vordergrund stehen und eine zuverlässige Diagnose verhindern (21). Andererseits ist die Ätiologie vieler somatischer Kernsymptome, wie beispielsweise Inappetenz, Antriebslosigkeit, Gewichtsverlust, relativ unspezifisch – sie können sowohl bei unterschiedlichsten somatischen Erkrankungen als auch bei psychischen Störungsbildern, wie etwa der Depression, auftreten. Ätiologische Zuordnungen sowie die genaue Prüfung von Differentialdiagnosen stellen nicht selten eine große Herausforderung in der klinischen Praxis dar. So weisen beispielsweise zwei Drittel der Störungen des schizophrenen Formenkreises zeitgleich neurologische Erkrankungen (z.B. Epilepsien, Schädel-Hirn-Traumata, Hirntumore, Infektionen, vaskuläre und degenerative Erkrankungen, etc.) sowie ein Drittel systemische Störungen (Autoimmunerkrankungen, Vitamin-B12-Mangel, metabolische Störungen, Hypo-/ Hyperthyreosen) auf (28).

Hewer et al. (2011) widmen sich in ihren Arbeiten der Problematik hinsichtlich der veränderten Wahrnehmung und Äußerung von Schmerzen bei Menschen mit psychischen Erkrankungen. Dies geschieht zwar nicht aufgrund einer Steigerung der Schmerzintensität im neurophysiologischen Sinne, aber bei PatientInnen mit Schizophrenie kommt es beispielsweise gehäuft zu einer Alteration in der Schmerzexpression. Bei anderen Störungsbildern fehlt hingegen die Schmerzwahrnehmung. So ist es möglich, dass PatientInnen mit einem akuten Abdomen

keine zu erwartenden Schmerzen äußern, was augenscheinlich zu massiven Folgen führen kann (28).

Es bleibt in der Literatur nicht unerwähnt, dass auch in der Primärversorgung die symptombezogene Aufmerksamkeitsrichtung sowie das Handling von psychischen (Begleit-) Beschwerden stark von der jeweiligen persönlichen Haltung der behandelnden Ärztin/ dem behandelnden Arzt abhängt. So zeigen Ergebnisse, dass es aufgrund von Stigmatisierung durchaus auch zu Unbehagen bei der Betreuung von Personen mit psychischen Erkrankungen, insbesondere Schizophrenie, kommen kann. Diese Stigmatisierung könnte mitunter auch die Ursache einer Barriere hinsichtlich einer zureichenden somatischen Versorgung darstellen (5).

Neben der thematisierten verminderten Lebenserwartung sei hier auch noch der Aspekt der deutlich verringerten *Lebensqualität* erwähnt. Somatopsychische Komorbiditäten nehmen einen signifikanten und nicht zu unterschätzenden Einfluss auf das körperliche *und* psychische Wohlbefinden sowie der allgemeinen Funktionsfähigkeit in der alltäglichen Lebensbewältigung. Darüber hinaus zeigen Studien, dass durch somatopsychische Komorbiditäten die Versorgungskosten, stationäre Aufenthaltsdauer sowie Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen deutlich erhöht und somit eine Gesamtbelastung für das Gesundheitssystem sind (15). Es bleibt in der Auseinandersetzung mit der bestehenden Literatur nicht unbetont, dass der Zusammenhang mit gehäuften somatischen Komorbiditäten, ihren multidimensionalen Folgen sowie die erhöhte Sterberate bzw. geringere Lebenserwartung ein gravierendes „*public health problem*“ (2) darstellen, weshalb gerade dieser spezifische Themenbereich eine erhöhte Aufmerksamkeit und lösungsorientierte Zukunftsperspektiven braucht.

### **3.2 Psyche als Komorbidität**

Bislang wurden hier psychische Erkrankungen als mögliche ätiologische (Mit-) Ursache für einen verringerten Gesundheitszustand oder Krankheiten bzw. deren negativer Einfluss auf die Genesung und Krankheitsverlauf sowie die Lebenserwartung diskutiert. Psychische Störungen können aber in multifaktorieller Perspektive auch als *Folge* von chronischen somatischen Erkrankungen, als *unmittelbare Reaktion* auf schwerwiegende Erkrankungen/ somatische Zustände,

als Komorbidität *ohne kausalen Zusammenhang* oder Begleiterkrankung *mit hoch komplexen, interagierenden Wechselmechanismen* betrachtet werden. Besonders *chronische* körperliche Beschwerden stellen eine massive Belastung für die menschliche Psyche dar. So zeigen PatientInnen mit chronischen somatischen Erkrankungen ein ca. 1,5- bis 2-fach höheres Risiko für das Auftreten einer psychischen Störung (27).

Laut Härter et al. (2007) zeigen 16,4-22,7% der Personen mit muskuloskelettalen (z.B. Rückenschmerzen, Arthrose), kardiovaskulären (z.B. KHK, Myokardinfarkt), onkologischen, respiratorischen (z.B. Asthma bronchiale, COPD) oder endokrinologischen (z.B. Diabetes mellitus, Hyper- und Hypothyreose) Erkrankungen eine affektive Störung, 18,5-26,5% eine Angststörung, 9,1-18% eine somatoforme und 4,8-9,1% eine substanzbezogene Störung (16). Männliche und verheiratete Erkrankte sowie jene mit geringerer Erkrankungsschwere scheinen signifikant seltener an psychischen Störungen zu leiden. Laut Literatur nehmen körperliche Erkrankungen bei rund 20% der psychiatrisch kranken Personen einen wesentlichen Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf ihrer psychischen Erkrankung (27). Psychische Erkrankungen „verdoppeln“ umgekehrt die Belastung körperlicher Störungen und erschweren die Anpassung an und das Coping mit der somatischen Krankheit (15). Zudem scheint die *Anzahl* an körperlichen Erkrankungen ein höheres Risiko für psychische Beschwerden darzustellen als die *Art* der somatischen Erkrankung. Menschen mit ein oder zwei körperlichen Erkrankungen weisen im Vergleich zu somatisch gesunden Personen 1,5-mal so häufig komorbide psychische Störungen auf. Multimorbide (>2) somatischen Erkrankungen stehen sogar doppelt so häufig mit psychische Störungen im Zusammenhang (13).

In der empirischen Literatur wird davon ausgegangen, dass nur etwa die Hälfte aller komorbider psychischen Erkrankungen diagnostiziert werden und davon nur die Hälfte *korrekte* Diagnosen darstellen (15,21). Jank et al. (2017) erwähnen in diesem Zusammenhang eine „diagnostische Verzerrung“, da PatientInnen allgemeinermedizinischer Ordinationen eher über körperliche Beschwerden als über, teils schambehaftete, psychische Probleme sprechen (22). Es gilt jedoch zu bedenken, dass auch subsyndromale Störungen, also psychische Beschwerden, welche nicht den Diagnosekriterien genügen, eine negative Kausalität mit der somatischen

Erkrankung und deren Prognose darstellen (15). Des Weiteren erhöhen psychische Komorbiditäten die medizinischen Behandlungskosten und können einen negativen Effekt auf den Verlauf und Heilungsprozess von chronischen Erkrankungen nehmen (17).

Es existieren unterschiedliche Erklärungsmodelle hinsichtlich somatopsychischer Beschwerden und Komorbiditäten. So können auf *biologischer bzw. pathophysiologischer Ebene* somatische Erkrankungen oder die hierfür eingesetzte Medikation psychische Störungen auslösen (z.B. depressive Symptomatik aufgrund einer Hypothyreose) (15). Die Ursachen von direkten pathophysiologischen Reaktionen liegen dabei oft in einem gesteigerten Aktivitätsniveau des sympathischen Nervensystems sowie in der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse (17). Auch die *genetische Vulnerabilität bzw. Prädisposition* nimmt einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf die Entwicklung psychischer Symptome. Darüber hinaus können psychische Beschwerdebilder hinsichtlich eines zeitlichen und kausalen Zusammenhangs auf ein somatisches Ereignis oder eine körperliche Erkrankung folgen (z.B. Tumorerkrankungen, Herzinfarkte, Diabetes mellitus, chronische oder akute Schmerzsyndrome etc.). So ist es möglich, dass sich depressive Symptome, Anpassungsstörungen u.Ä. als *psychologische Reaktion* auf einschneidende Diagnosen, invasive Behandlungsmaßnahmen, massiven oder chronischen Schmerz und Verlauf entwickeln. Die meist verbreiteten Zusammenhänge bestehen zwischen insulinpflichtigem Diabetes mellitus und depressiven Erscheinungsbildern, Angststörungen und Suchterkrankungen oder auch zwischen Asthma bronchiale und Angststörungen. Das Erklärungsmodell der *ätiologischen Mehrdirektionalität* beinhaltet komplexe Wechselwirkungen zwischen der psychischen Störung an sich, neurobiologischen Korrelationen, psychologischen und behavioralen Effekten, prädisponierenden Faktoren (Lebensstil, belastende Lebensumstände, Persönlichkeitscharakteristika, genetische Prädisposition, Stress etc.) sowie der somatischen Erkrankung (15).

### **3.3 Psyche und Physis**

Gerade in den letzten Jahren wird zunehmend erkennbar, wie groß der Zusammenhang und das Zusammenspiel zwischen der menschlichen Psyche und der Physis (Körper) ist. Der enge Zusammenhang zwischen körperlicher und seelischer

Gesundheit bekommt mehr und mehr Aufmerksamkeit. Nicht nur in der Literatur und Studienerkenntnissen, sondern auch im praktischen Tun von behandelnden ÄrztInnen und TherapeutInnen unterschiedlicher Disziplinen. Gerade wenn sich Menschen nach der Wahrnehmung körperlicher Veränderungen, welchen sie einen Krankheitswert beimessen, bei AllgemeinmedizinerInnen oder FachärztInnen für somatische Medizin in Behandlung begeben, entsteht in der Arzt/Ärztin-PatientInnen-Beziehung ein fast undurchdringliches bio-psycho-somatisches Gestrüpp, in dem beide – sowohl Arzt/Ärztin als auch PatientIn – leicht ins Straucheln kommen können (25). Für MedizinerInnen stellt die Komplexität der Situationen, mit denen sie im somatisch-psychiatrischen Komorbiditäts-Feld konfrontiert werden, eine enorme Herausforderung dar. Im *traditionellen* Gesundheitssystem ist zudem bis dato kaum ein integrativer Behandlungsansatz für psychisch kranke PatientInnen mit somatischen Beschwerden vorgesehen. Sowohl die Medizin der Somatik als auch jene der Psyche weist eine hohen, teilweise engen, Spezialisierungsgrad auf, weshalb es umso notwendiger ist eine Integration der verschiedenen Fachdisziplinen anzustreben (28). Die Auseinandersetzung mit dem *Körper-Geist-Seele-Modell* oder dem *biopsychosozialen Modell*, welches auch das Leitbild der Medizinischen Universität Graz darstellt, ist nahezu unumgebar, wenn mit PatientInnen in ganzheitlichem und qualitätsvollen Verständnis gearbeitet wird. Obwohl in aller Munde, zeigen der klinische Alltag, aber auch die aktuelle (nach wie vor biologisch-medizinische) wissenschaftliche Publikationslage, dass ein derartiger Paradigmenwechsel hin zur ganzheitlichen bzw. biopsychosozialen Medizin noch nicht umfassend stattgefunden hat (29). Bezugnehmend auf die Thematik dieser Arbeit, scheint der biopsychosoziale Ansatz gerade für die Allgemeinmedizin von immenser Bedeutung zu sein. Der umfassende und langfristige Betreuungscharakter der Hausarztmedizin spricht für einen Ansatz, welcher PatientInnen in ihrer Ganzheit umfasst und begreift.

### **3.3.1 Das biopsychosoziale Modell**

Josef W. Egger (2005) beschreibt in seinen Schriften, dass das über Jahrzehnte versuchte Modell der „Psychosomatik“ eine unzureichende Herangehensweise ist, um diverse Krankheiten bzw. Krankheitsgeschichten abseits der klassischen somatischen Medizin zu erklären. Das Auslauf-Modell beschreibt psychologische

Faktoren als (teilweise ursächliche) schädigende Wirkfaktoren auf körperliche Vorgänge. Alles was nicht empirisch plausibel gemacht werden konnte, wurde in die Schublade der *Psychosomatik* gelegt. Der Begriff sei seiner Ansicht nach nicht mehr länger haltbar, da er durch eine dichotome Perspektive zwei Klassen suggeriert – nämlich *psychosomatische* und *nicht-psychosomatische* Erkrankungen. Es müsse von dem reinen Psychogenese-Modell Abstand genommen und vielmehr ein Verständnis generiert werden, in welchem in *jedem* Krankheitsprozess psycho-soziale Faktoren Einfluss nehmen und in Wechselwirkungsbeziehung zur Physis stehen. Es gilt herauszufinden, wo es durch psycho-soziale Faktoren zu Schnittstellen in der Ätiopathogenese, dem Krankheitsverlauf und/ oder dem Heilungsprozess kommt. Egger (2005) betont weiters, dass im „biopsychosozialen Krankheitsmodell jedes Ereignis oder jeder Prozess, der an der Ätiologie, der Pathogenese, der symptomatischen Manifestation und der Behandlung von Störungen beteiligt ist, folgerichtig *nicht entweder* biologisch *oder* psychologisch ist, *sondern sowohl* biologisch *als auch* psychologisch. (...) Es folgt daraus, dass eine Störung wie etwa das *Herzangstsyndrom* nicht weniger biologisch ist als eine koronare Herzkrankheit und eine *koronare Herzkrankheit* nicht weniger psychologisch ist als eine Herzangstsyndrom“ (29).

Ursprünge des biopsychosozialen Modells gehen auf das Gedankengut, Theorien und Forschungen von Luhmann, Bertalanffy, Weiss, Engel und Weiner zurück. Vor rund 40 Jahren ist es mit der Einführung der Allgemeinen Systemtheorie nach Luhmann erstmals zur Ausformulierung eines „ganzheitlichen“ Krankheitsverständnis gekommen. Die *Systemtheorie* stellt dabei einen konzeptuellen Rahmen bereit, der für eine Vielzahl an Wissenschaften geeignet und fruchtbar erscheint. Ein *System* stellt nach dieser Theorie eine Menge von Elementen dar, welche miteinander in Beziehung stehen. Lebende Systeme tauschen Materie, Energie und Informationen mit der Umwelt bzw. zwischen ihren Subsystemen aus. In einem Kontinuum der hierarchischen Ordnung (vom subatomaren Teilchen, Molekül, Organ bis zur einzelnen Person, ihrer Familie, der Gemeinschaft, Kultur, Gesellschaft, Nation sowie schlussendlich der Biosphäre) entstehen dabei Kontrollsysteme und Regelkreise. Jedes Niveau der Ordnung stellt ein organisiertes *dynamisches* System dar – jede Änderung auf einer Ebene bedeutet nach diesem Prinzip auch eine Änderung in den anderen, v.a. den angrenzenden Ebenen.

Aufgrund der vertikalen und horizontalen „Vernetzung“, laufen Veränderungen mehr oder minder gleichzeitig ab (Prinzip der parallelen Verschaltung) (29). Diese Form der Verschaltung kann am Modell des neuropsychimmunologischen Wirkschemas veranschaulicht werden (30):

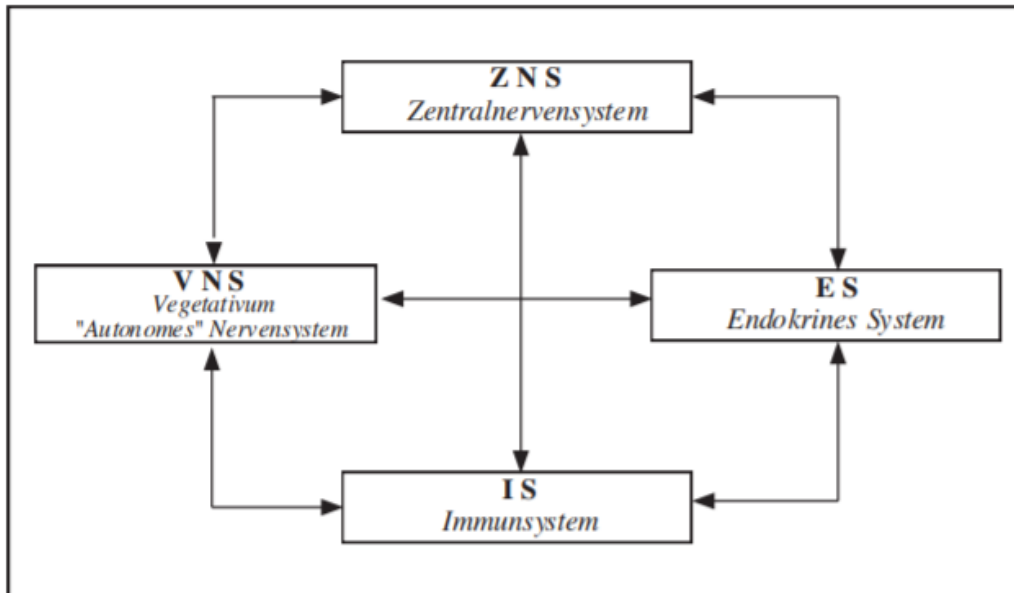


Abb. 1: Postuliertes Wirkungsschema der Neuropsychimmunologie (30)

Wesentlich für das biopsychosoziale Modell ist zudem der Begriff der *Emergenz* und *Integration*. Emergenz meint, dass es zur Herausbildung und Entstehung neuer Eigenschaften, Qualitäten, Strukturen oder Phänomenen (und auch Symptomen!) aufgrund des Zusammenspiels der Elemente der jeweils darunter liegenden Systemebene kommt. Diese neu hervorgebrachten Eigenschaften, Qualitäten etc. existieren in dieser Form in der nächst unteren Ebene nicht als solches, weshalb sie dort, trotz genauer Klärung der einzelnen Bestandteile/ Elemente und ihrer Beziehung zueinander, keine Erklärung liefern können. So produzieren höher liegende Systeme Phänomene, welche auf der darunter liegenden Ebene noch gar nicht existieren (29). Ein weiterer Aspekt dieses Konzepts stellt die *Semiotik* dar, welche beschreibt, dass physikalische und chemische Kräfte eines Organismus nicht nur Energie transportieren, sondern auch Informationen und weiteren Funktionen dienen. Die Informationsmedizin als Medizin der Zukunft beinhaltet den Ansatz, dass ein Organismus ein dynamisches und kommunizierendes System darstellt, dessen Subsysteme miteinander in Beziehung stehen. Sprache, aber auch emotionales Verhalten stellen dabei Informations- und Kommunikationssignale dar, so wie es auch Hormone und Transmitter sind (31).

Zusammengefasst heißt dies nach Egger (2015):

„Im biopsychosozialen Modell bedeutet **Gesundheit** die ausreichende Kompetenz des Systems ‚Mensch‘, beliebige Störungen auf beliebigen Systemebenen autoregulatorisch zu bewältigen. Nicht das Fehlen von pathogenen Keimen (Viren, Bakterien etc.) oder das Nichtvorhandensein von Störungen/Auffälligkeiten auf der psycho-sozialen Ebene bedeuten demnach Gesundheit, sondern die Fähigkeit, diese pathogenen Faktoren ausreichend wirksam zu kontrollieren. **Krankheit** stellt sich dann ein, wenn der Organismus die autoregulatorische Kompetenz zur Bewältigung von auftretenden Störungen auf beliebigen Ebenen des Systems ‚Mensch‘ nicht ausreichend zur Verfügung stellen kann und relevante Regelkreise für die Funktionstüchtigkeit des Individuums überfordert sind bzw. ausfallen. Wegen der parallelen Verschaltung der Systemebenen ist es nicht so bedeutsam, auf welcher Ebene oder an welchem Ort eine Störung generiert oder augenscheinlich wird, sondern welchen Schaden diese auf der jeweiligen Systemebene, aber auch auf den unter- oder übergeordneten Systemen zu bewirken imstande ist. Krankheit und Gesundheit erscheinen hier nicht als ein Zustand, sondern als ein *dynamisches Geschehen*. So gesehen muss *Gesundheit* in jeder Sekunde des Lebens ‚geschaffen‘ werden. Da das ‚Ganze‘ einer Krankheit (oder Gesundheit) als solches nicht fassbar ist, macht es natürlich weiterhin Sinn, für die Detailauflösung dimensional vorzugehen, d.h. die beteiligten Wirklichkeitsausschnitte mit ihren erkennbaren Wirkfaktoren zu benennen, um sie danach in ein ganzheitliches System zu integrieren“ (30).

Ein vereinfachtes Schema dazu bieten die beiden nachfolgenden Abbildungen (30):

MODELLE ZUM VERSTÄNDNIS VON "KRANKHEIT"		ABSTRAKTIONSEBENE / KRANKHEITSDIMENSION
I.	<p><b>Krankheit als somatische Störung organischer bzw. organfunktioneller Befund</b></p> <p><i>Beobachterperspektive:</i> Krankheit als materieller Befund  primärer <i>therapeutischer Ansatz:</i> Mensch als komplexe Maschine, Problemlösung durch Experten (Therapeut als Problemlöser bzw. "Techniker"); <i>Außenperspektive</i></p>	<i>biomedizinisch</i> (disease / impairment)
II.	<p><b>Krankheit als Störung des Erlebens und Verhaltens</b></p> <p><i>Erlebnisperspektive:</i> Kranksein, Krankheitsgefühl, Befindlichkeit  primärer <i>therapeutischer Ansatz:</i> Mensch hat Eigen- und Mitverantwortung, Änderung individuellen Erlebens und Verhaltens, Hilfe zur Selbsthilfe (Therapeut als Katalysator); <i>Innenperspektive</i></p>	<i>psychologisch</i> (illness / disability)
III.	<p><b>Krankheit als Ergebnis einer pathogenen Mensch-Umwelt-Passform</b></p> <p><i>Hochsitzperspektive:</i> Krankheit als "Fehlanpassung" an sozio-ökologische Lebensbedingungen  primärer <i>therapeutischer Ansatz:</i> Bevölkerung bzw. Gruppen von Menschen, Änderung von externen (sozialpolitischen, ökologischen) Lebensbedingungen und Verhaltensänderung von Populationen (soziale und ökologische "Umwelt" politik); <i>Metaposition</i></p>	<i>öko-sozial</i> (sickness / handicap)

Abb. 2: Synthese: Der BIO-PSYCHO-SOZIALE Krankheitsbegriff umfasst alle drei Dimensionen (Abstraktionsebenen I+II+III) von „**Krankheit**“ in Form eines integrierten, dynamischen und hierarchisch geordneten „ganzheitlichen“ Verständnisses (30)

MODELLE ZUM VERSTÄNDNIS VON "GESUNDHEIT"		ABSTRAKTIONSEBENE / GESUNDHEITSDIMENSION
I.	<p><b>Gesundheit als somatische Unauffälligkeit</b></p> <p>organische bzw. körperliche <i>Funktionstüchtigkeit</i>;  <i>Beobachterperspektive:</i> Gesundheit als Ausschluss eines organopathologischen Befundes (ergibt <i>eine</i> Gesundheit, aber viele Krankheiten);  <i>therapeutischer Ansatz:</i> Primärprophylaxe;  prinzipiell: Mensch als komplexe Maschine, Problemlösung durch Experten (Therapeut als Problemlöser bzw. "Techniker"); kein Handlungsbedarf außer z.B. Schutzimpfung oder Risikofaktorenaufklärung;  <i>Focus:</i> Außenperspektive</p>	<i>biomedizinisch</i> (health)
II.	<p><b>Gesundheit als vitales Erleben und Verhalten</b></p> <p><i>Erlebnisperspektive:</i> Gesundsein, Wohlbefinden, Vitalitätsgefühl;  <i>therapeutischer Ansatz:</i> Gesundheitswissen, Gesundheitsmotivation, Gesundheitsverhalten (Gesundheitskompetenz);  prinzipiell: Mensch hat Eigen- und Mitverantwortung, Änderung individuellen Erlebens und Verhaltens, Hilfe zur Selbsthilfe (Therapeut als Katalysator) persönlichkeitsgebundene und situative Verhaltensrisikofaktoren und Schutzfaktoren;  <i>Focus:</i> Innenperspektive</p>	<i>psychologisch</i> (wellness)
III.	<p><b>Gesundheit als salutogene Mensch-Umwelt-Passform</b></p> <p><i>Hochsitzperspektive:</i> Gesundheit als gelungene Anpassung an sozio-ökologische Lebensbedingungen;  <i>therapeutischer Ansatz:</i> Bevölkerung bzw. Gruppen von Menschen, Änderung von externen (sozialpolitischen, ökologischen) Lebensbedingungen und Verhaltensänderung von Populationen  prinzipiell: (Mit)Verantwortung der sozialen und ökologischen "Umwelt" politik; public health;  <i>Focus:</i> Metaperspektive</p>	<i>öko-sozial</i> (public health)

Abb. 3: Synthese: Der BIO-PSYCHO-SOZIALE GESUNDHEITSBEGRIFF umfasst alle drei Dimensionen (Abstraktionsebenen I+II+III) von „**Gesundheit**“ in Form eines integrierten, dynamischen und hierarchisch geordneten „ganzheitlichen“ Verständnisses (30)

Das erweiterte biopsychosoziale Modell beschreibt zusätzlich noch die Theorie der „organischen Einheit“ oder „body-mind-unity“, in welcher die erkrankte Person als *erlebendes* Subjekt eine Sonderstellung gegenüber der/dem *objektiven* oder *intersubjektiven* BeobachterIn (z.B. Arzt/Ärztin) einnimmt. Beide Positionen sind daran beteiligt eine „Wirklichkeit“ zu generieren. Psychophysische Ereignisse werden sowohl von dem Subjekt (individuelle Erfahrung, phänomenale Wahrnehmung, subjektives Erleben) als auch von der/dem BeobachterIn (Generierung von sozialen, motorischen und physiologischen Verhaltensdaten der/des Anderen) unterschiedlich erfahren bzw. erlebt und daraufhin unterschiedliche Erkenntnisse/ Wissen abgeleitet. Das heißt, dass eine kranke (oder gesunde) Person als Subjekt ein Ereignis in ihrer individuellen Eigenwelt subjektiv erfährt und dementsprechend, auf Basis personengebundenen Schemata, reagiert (29).

Hinsichtlich der Behandlungsphilosophie gilt auch, dass sowohl *physiologische* als auch *psychologische* Interventionen prinzipiell gleichermaßen im Stande sind, Änderungen im Organismus zu erzeugen, welche sowohl *materiell-körperlicher* als auch *psychologisch-mentaler* Natur sein können. Für eine optimale ganzheitliche Versorgung von PatientInnen geht es als MedizinerIn nicht um die Notwendigkeit eine Fachexpertise in allen beteiligten Disziplinsystemen aufzuweisen, sondern vielmehr um eine „Idee“, einer gleichsam Sprache und das Erkennen und Bewerten sowohl biologisch-physischer als auch psychischer und sozialer Komponenten, Erscheinungsbilder, Interaktionen und Zusammenhänge. Der professionellste angewandte Ansatz entspräche einer multiprofessionellen (Zusammen-!)Arbeit sowie dem Prinzip der „Simultandiagnostik“ und „Simultantherapie“. Diagnostisch-therapeutische Teams sollen dabei organbiologische, psychologische und soziale Diagnostik, Therapie, Beratung und Unterstützung anbieten (29).

Das biopsychosoziale Modell ist augenscheinlich von immenser und essenzieller Bedeutung – nicht nur, um therapeutische Erfolge zu erzielen, sondern vielmehr noch, um ein Menschenbild zu generieren und zu verinnerlichen, welches einem ganzheitlichen Verstehen, Erkennen von Wechselbeziehungen und Zusammenhängen sowie einem empathischen Nachfühlen von patientInnenbezogenen Befindlichkeiten dient. Die biopsychosoziale Komplexität von Krankheitsentstehung,

-verlauf und -heilung oder gar vom Sterben erfordern äußerst hohe kognitive und affektive Integrationspotenziale und Belastbarkeit von ÄrztInnen in ihrer therapeutischen Beziehung zu PatientInnen (25). Umso mehr gilt es als Notwendigkeit, dieses fundamentale Krankheits- und Gesundheits-Modell als grundlegenden Rahmen in den medizinischen Tätigkeitsalltag zu integrieren.

### **3.4 Versorgungsforschung**

Dass Personen mit chronischen psychiatrischen Erkrankungen ein erhöhtes Risiko an somatischer Erkrankungen zu erkranken und eine verminderten Lebenserwartung haben, ist mittlerweile bekannt. Linden et al. (2016) halten fest, dass Chronische Krankheiten – und so auch chronische psychische Erkrankungen – ein zentrales Problem für unser Gesundheitswesen darstellen. Gerade auch deshalb ist dieser PatientInnenkreis von wesentlichem Interesse in der Versorgungsforschung (20). Schulz et al. (2016) betonen in ihrem wissenschaftlichen Beitrag die Wichtigkeit der Identifikation und der adäquaten Behandlung von Menschen mit psychischen Störungen für die psychosoziale und allgemeinmedizinische Versorgungsforschung, um gravierende Folgen für die jeweiligen Individuen als auch für das Gesundheitssystem zu minimieren.

Es soll hier noch kurz darauf eingegangen werden, was der Gegenstand der Versorgungsforschung konkret meint:

Als „Health Services Research“ oder „Health System Research“ ist in der angelsächsischen Literatur das Forschungsfeld der Versorgungsforschung bereits seit mehreren Jahrzehnten bekannt. So wird in der amerikanischen Bundesbehörde *Agency for Healthcare Research and Quality* die Versorgungsforschung wie folgt definiert: *„Health services research examines how people get access to health care, how much care costs, and what happens to patients as a result of this care. The main goals of health services research are to identify the most effective way to organize, manage, finance, and deliver high-quality care; reduce medical errors; and improve patient safety“* (17). Sie analysiert somit unterschiedliche Ebenen der Systeme, nämlich die Makroebene der Versorgungssysteme als Rahmenbedingungen, die Mesoebene mit ihren einzelnen Versorgungsinstitutionen bzw. institutionellen Arrangements für einzelne Erkrankungen und schlussendlich die Mikroebene, welche sich auf die Versorgungsinteraktion im Konkreten (z.B. shared

decision-making) bezieht. Das Forschungsfeld beinhaltet die zentralen Themen des Zugangs und Assessments (inklusive Inanspruchnahme, Setting und Zielgruppenspezifität), des Behandlungsprozesses (z.B. Vernetzung, Dosis-Wirkungs-Beziehungen etc.), des Outcomes (Kosten-Nutzen-Relation, Effektivität und Effizienz) sowie der übergeordneten Qualitätssicherung bzw. des Qualitätsmanagements (17). Abseits von aktuellen Ist-Analysen dient die medizinische und psychosoziale Versorgungsforschung als wesentliche empirische Grundlage für weiterführende Handlungsempfehlungen sowie zukunftssträchtige Veränderungsmaßnahmen, welche eine optimale, qualitätsgesicherte, lückenlose und effiziente Versorgung spezifischer PatientInnengruppen ermöglicht. In diesem Blickwinkel kann dieses Projekt als wesentlicher Beitrag für das Feld der Versorgungsforschung gesehen werden.

### **3.5 Allgemeinmedizin**

#### **3.5.1 Die praxisnahe Definition**

Vorweg soll hier der Versuch einer Definition der Allgemeinmedizin vorgenommen werden, um die anschließenden Aspekte hinsichtlich der fundamentalen Schlüssel-funktion, insbesondere für die Arbeit mit psychisch erkrankten PatientInnen, besser verständlich und naheliegender zu machen. Die Problematik der Definition gründet in der Tatsache, dass sich die Allgemeinmedizin, im Vergleich zu anderen medizinischen Fachgebieten, nicht kurz und prägnant definieren lässt. Es ist das Fach der „Generalisten“, welches sich nicht auf Organgruppen oder ein Verfahren spezialisiert, sondern auf den ganzen Menschen in seiner Komplexität konzentriert. Sowohl Erkrankungen und Störungen als auch die Erhaltung und Förderung der Gesundheit im multidimensionalen Zusammenhang und -spiel der individuellen Person und dessen Umwelt stehen im Fokus (32).

Als **Charakteristika der Allgemeinmedizin** können folgende genannt werden:

- Die Allgemeinmedizin beinhaltet die Auseinandersetzung und Konfrontation mit den *häufigsten Erkrankungen* aller einzelnen medizinischen Fächer. Über „alles“ müssen (zumindest) *Grundkenntnisse* vorhanden sein.

- HausärztInnen sind zumeist die erste Anlaufstelle und zeichnen sich durch ihre breite Zuständigkeit aus. Sie haben eine Art „*Sieb-*“ sowie „*gate-keeper-*“ Funktion, in welcher sie „*filtern*“ und entscheiden müssen, wo/wann/wie an SpezialistInnen oder Krankenhäuser weiter überwiesen werden muss bzw. was mittels eigener Expertise behandelt und betreut werden kann. Die Kunst des Spagats zwischen der *Abwendung gefährlicher Verläufe* und *abwartendes Offenlassen* gilt als besonderes Merkmal dieser Disziplin.
- Die Allgemeinmedizin hat eine *Koordinierungs- und Beratungsfunktion* im komplexen Netz der Medizin.
- Die MedizinerInnen sind *Haus- und FamilienärztInnen*, welche teils ganze Familien über Jahre und Jahrzehnte betreuen und dadurch Kenntnisse über personenbezogene, familiäre, soziale und ökonomische Umstände und Zusammenhänge haben. Die Beratungsfunktion geht oft weit über die medizinische Fachexpertise hinaus.
- Nicht nur der kranke Mensch steht im Fokus, sondern auch der *gesunde*. *Prophylaxe* und *Prävention* sind zentrale Themen.
- Die Allgemeinmedizin zeichnet sich durch ihre *persönliche und institutionelle Kontinuität* der Betreuung in Krankheit und Gesundheit aus.
- Ein wesentliches Merkmal ist die gewachsene und *stabile Arzt-Patienten-Beziehung*. Diese ermöglicht ein *vertrauensvolles Behandlungssetting*, in welchem auch persönliche und unangenehme Dinge angesprochen werden können.
- AllgemeinmedizinerInnen erhalten über die kontinuierliche Betreuung und die lange, vertrauensvolle Beziehung zu ihren PatientInnen Einblick in deren Leben. Es wird verstanden und erlebt, wie PatientInnen mit *Krankheit als Teil ihres Lebens* umgehen. Dadurch wird „*Kranksein*“ zum zentralen Fokus.
- Durch eine stabile Beziehungsarbeit können PatientInnen verstärkt in die *Gestaltung von Behandlungsprozessen* und *Therapieplanungen* miteinbezogen werden.
- Die Allgemeinmedizin hat nicht die Eindimensionalität der Krankheit, sondern die *Mehrdimensionalität* des Krankseins mit seinen *medizinischen*,

*psychischen und soziokulturellen Aspekten*. Diese ergeben sich aus der jahrelangen Kenntnis der PatientInnen, ihrer familiären und privater Hintergründe, ihrer Reaktionen auf Belastungen, Ungleichgewichte, Stressoren etc., ihrer Ängste, Sorgen, Befindlichkeiten, Wesenszüge u.v.m. Die genannten Aspekte existieren dabei nicht in hierarchischer Form, sondern in einem gleichberechtigten Nebeneinander oder in unterschiedlichster Weise kausal zusammenhängend.

- Aufgrund der genannten Mehrdimensionalität sowie der charakteristischen Beziehung zwischen ÄrztInnen und PatientInnen ist die Allgemeinmedizin naturgemäß durch ein gewisses Maß an *Subjektivität* geprägt. Subjektivität hinsichtlich der hoch individuellen Wahrnehmung durch die/den jeweilige/n AllgemeinmedizinerIn, der Beziehungsgestaltung, *was* als wichtig herausgearbeitet wird, *wie* PatientInnen konkret erlebt werden, *wie* diese sich der Ärztin/ dem Arzt gegenüber erlebbar machen, *wie* Entscheidungen zustande kommen. Es gibt dadurch (abseits selbstverständlicher, klinischer/pathologischer/therapeutischer Notwendigkeiten!) oft *keine eindeutig richtigen* oder *eindeutig falschen* Entscheidungen (32).

### **3.5.2 Die europäische Definition**

Zur weiteren Ergänzung soll hier noch die **WONCA-Europe Definition (2002)** der Allgemein- und Hausarztmedizin herangezogen werden.

Das nachfolgende „Baummodell“ der Europäischen Definition der Allgemeinmedizin/Hausarztmedizin stellt in übersichtlicher Form die sechs Kernkompetenzen (rot) mit ihren elf Wesensmerkmalen (grün) sowie drei Umsetzungsbereiche basierend auf drei grundlegenden Wurzelementen dar. Es dient als Leitlinie hinsichtlich des besseren Verständnisses sowie zur Entwicklung und Optimierung der allgemeinmedizinischen Versorgung (33).

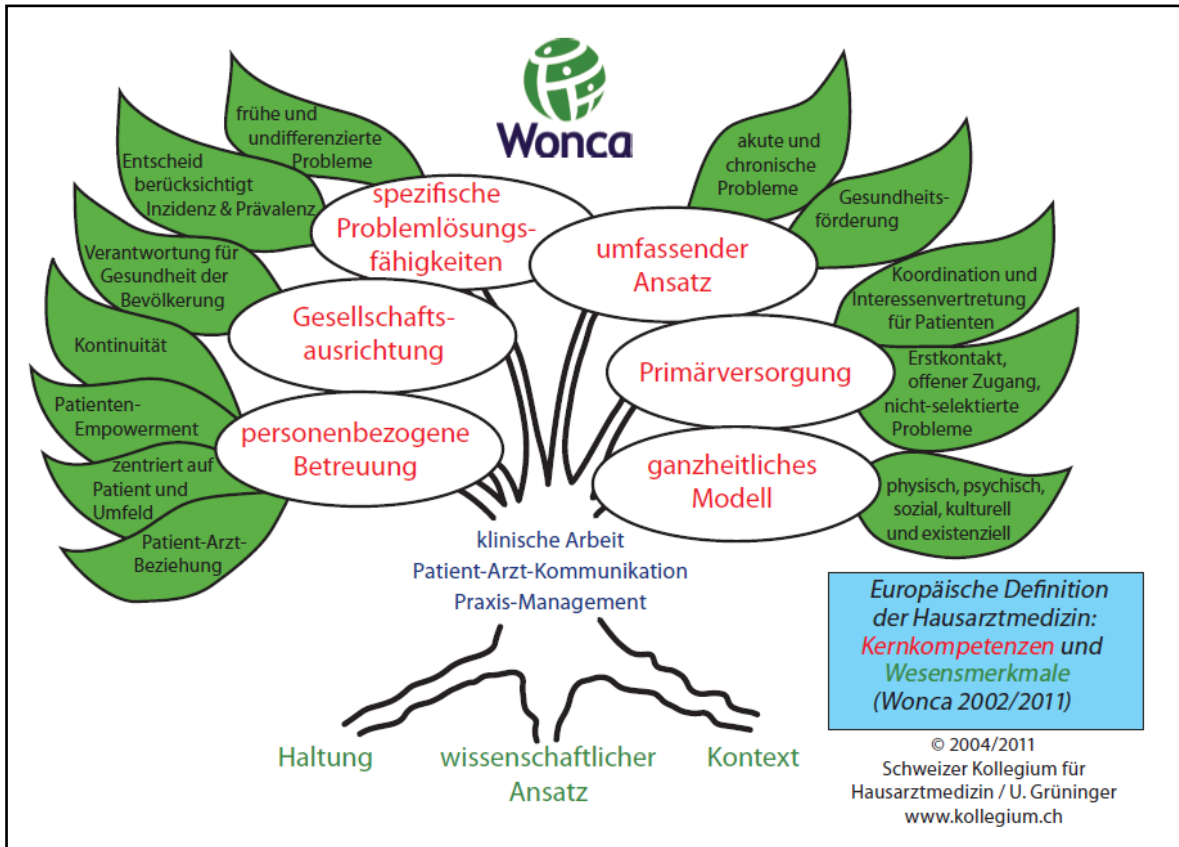


Abb. 4: Wonca Baum-Modell © Kollegium für Hausarztmedizin (KHM): Europäische Definition der Hausarztmedizin: Kernkompetenzen und Wesensmerkmale (33)

### Die 11 Wesensmerkmale der Allgemeinmedizin als Disziplin (33):

1. Die Allgemeinmedizin stellt normalerweise den ersten medizinischen Kontaktpunkt im Gesundheitssystem dar und gewährleistet einen offenen und unbegrenzten Zugang für alle Nutzer und für alle Gesundheitsprobleme, unabhängig von Alter, Geschlecht oder anderen Merkmalen der betroffenen Person.
2. Sie nutzt die Ressourcen des Gesundheitssystems auf effiziente Weise durch Koordinierung der Betreuung, Zusammenarbeit mit anderen im Bereich der Primärversorgung tätigen Berufen und durch das Management der Schnittstelle zu anderen Spezialgebieten, wobei sie nötigenfalls die Rolle als Interessenvertreterin von PatientInnenanliegen übernimmt.
3. Sie arbeitet mit einem personenbezogenen Ansatz, der auf das Individuum sowie auf dessen Familie und Lebensumfeld ausgerichtet ist.
4. Sie bedient sich eines besonderen Konsultationsprozesses, der durch effektive Kommunikation zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn den Aufbau einer Langzeitbeziehung ermöglicht.

5. Sie ist für eine, durch die Bedürfnisse der PatientInnen bestimmte Langzeitbetreuung verantwortlich.
6. Sie verfügt über einen spezifischen Entscheidungsfindungsprozess, der durch die Prävalenz und Inzidenz von Krankheit in der Bevölkerung bestimmt wird.
7. Sie befasst sich gleichzeitig mit den akuten und chronischen Gesundheitsproblemen der einzelnen PatientInnen.
8. Sie befasst sich mit Erkrankungen, die sich im Frühstadium ihres Auftretens in undifferenzierter Form darstellen und möglicherweise eine dringende Intervention erfordern.
9. Sie fördert Gesundheit und Wohlbefinden durch angemessene und wirksame Intervention.
10. Sie trägt eine spezifische Verantwortung für die Gesundheit der Allgemeinheit.
11. Sie beschäftigt sich mit Gesundheitsproblemen in ihren physischen, psychologischen, sozialen, kulturellen und existentiellen Dimensionen.

(§1) SECHS KERNKOMPETENZEN (33):

- Erfüllung der Primärversorgungsaufgaben
- Personenbezogene Betreuung
- Spezifische Problemlösungsfertigkeiten
- Umfassender Ansatz
- Gemeinschaftsorientierung
- Ganzheitliches Modell

(§2) DREI UMSETZUNGSBEREICHE (33):

- a) klinische Aufgaben
- b) Kommunikation mit den PatientInnen, und
- c) Praxismanagement.

(§3) DREI GRUNDLEGENDE MERKMALE / HINTERGRUNDELEMENTE (33):

Für eine personenorientierte wissenschaftliche Disziplin sind drei Hintergrundelemente fundamental:

- **Der Kontext:** Betrachtung des Umfelds der Person, der Familie, der Gemeinschaft und deren Kultur
- **Die Haltung:** Ausdruck der beruflichen Fähigkeiten, Wertvorstellungen und moralischen Überzeugungen des Arztes/ der Ärztin

- **Der wissenschaftliche Ansatz:** Anwendung einer kritischen und auf Forschung basierenden Arbeitsweise in der Praxis und Förderung derselben durch ein kontinuierliches berufsbegleitendes Lernen und Qualitätsverbesserung.

### 3.5.3 Allgemeinmedizin als Schnittstelle und Schlüsselfunktion

Dass die Allgemeinmedizin als Schnittstelle bzw. Schlüsselfunktion hinsichtlich der Behandlung von psychisch kranken PatientInnen gesehen werden kann, obliegt allem voran der Tatsache, dass rund ein Viertel bis ein Drittel der hausärztlichen PatientInnen eine psychische Erkrankung aufweisen (17,19,20,24). Der allgemeinmedizinische Umgang mit psychisch erkrankten PatientInnen ist von wesentlicher Bedeutung hinsichtlich eines adäquaten Diagnose- und Therapiegeschehens. Personen mit psychischem Leiden sehen AllgemeinmedizinerInnen oft als erste Ansprechperson, wenn es um (psychische) Nöte, Sorgen, Probleme und in weiterer Folge um psychische Störungen geht. Abseits der behandelnden Versorgung, kommt den HausärztInnen eine wesentliche Rolle der „Gatekeeper-“ und „Opinion-Leader“-Funktion zu. So kann ihnen im Gesundheitswesen die Aufgabe des Verteilungs- und Vermittlungsorgans zugeschrieben werden, in dem sie PatientInnen, je nach Bedarf, Notwendigkeit sowie individueller Einschätzung und Vereinbarung, an weitere FachspezialistInnen, wie FachärztInnen für Psychiatrie, Neurologie u.a., aber auch an PsychotherapeutInnen, PsychologInnen oder ambulante oder stationäre Einrichtungen überweisen (19,21,25,32). Neben der Vermittlung und Überweisung wird jedoch auch ein erheblich großer Anteil an psychischen Erkrankungen, insbesondere jene des depressiven Formenkreises sowie Angststörungen, in der primärärztlichen bzw. allgemeinmedizinischen Versorgung behandelt (24).

Das rechtzeitige Erkennen von psychischen Erkrankungen, das abgestimmte und bedürfnisorientierte Vermitteln an FachexpertInnen sowie eine adäquate, qualitätsvolle und professionelle selbständige Behandlung psychischer und somatischer Beschwerden stellt eine herausfordernde, aber elementare Schlüsselfunktion von HausärztInnen dar (21,25). Insbesondere ist diese Rolle auch auf ein ausgeprägtes und langes Vertrauensverhältnis zwischen HausärztInnen und PatientInnen zurückzuführen. So gelingt es AllgemeinmedizinerInnen oft aufgrund kontinuierlicher

Beziehungsarbeit und dem Wissen um die individuelle Familien- und Lebenssituation ein Gespür für psychische Veränderungen, Stressoren oder Belastungen ihrer PatientInnen zu entwickeln. Gerade auch deshalb scheint die Früherkennung, aber auch die Präventionsarbeit, ein wesentliches Element in der Allgemeinmedizin zu sein. Wie bereits erwähnt, verstecken sich zudem hinter somatischen Symptomen nicht selten psychische/seelische Probleme und Ungleichgewichte – gerade in dieser Hinsicht sind HausärztInnen meist die ersten Kontaktpersonen, denen die Aufgabe des „dahinter-Sehens“ oder „Zwischen-den-Zeilen-Lesens“ zukommt, sofern sie einem ganzheitlichen Behandlungsansatz und Menschenbild zugewandt sind. Das große, bunte Feld der Erkrankungsvielfalt und die menschlichen Psyche ist ein Behandlungsgebiet, welches die Aufmerksamkeit unterschiedlicher Fachdisziplinen der Psyche und Physis bedarf.

Auf Basis der professionellen Vertrauensbeziehung ist es den PatientInnen möglich, psychische Beschwerden und Probleme im hausärztlichen Setting auszudrücken und gern gemiedene Themen und Belastungen anzusprechen (20,23,25).

AllgemeinmedizinerInnen nehmen neben ihrer somatischen Expertise auch wesentliche sozialmedizinische Aufgaben wahr. So sind sie beispielsweise auch für die Koordinierung, Organisation und Ausstellung von Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen, Rehabilitationsmaßnahmen, Frühpensionen, Atteste sowie die Kooperation und Austausch mit Sozialversicherungsträgern etc. zuständig. Auch im Hinblick auf Zukunftsperspektiven ist festzuhalten, dass eine optimale Versorgung von langjährigen psychischen Erkrankungen sowie eine fundierte Vorsorge- und Präventionsarbeit (Aufklärungsarbeit, Gesundheitschecks, Anregung zur Lebensstiländerung und Gewichtsreduktion, etc.) ohne die Mitwirkung von AllgemeinmedizinerInnen nicht machbar ist (13,14,15,20).

### ***3.6 Der biopsychosoziale Praxisalltag***

#### **3.6.1 Wechsel- und Nebenwirkungen in Therapie und Behandlung**

Eine neuere Studie von Hewer und Schneider (2016) setzt sich konkret mit einigen somatischen Erkrankungsbildern auseinander, bei deren medikamentöser Therapie und Behandlung besonders Rücksicht auf psychiatrische Komorbiditäten hinsichtlich Wechsel-, Nebenwirkungen und Kontraindikationen gelegt werden muss. So wird darauf aufmerksam gemacht, dass bei der Behandlung von arterieller

Hypertonie, welche bei psychiatrischen Patienten weit verbreitet ist, eine antihypertensive Therapieanpassung notwendig ist, da die pharmakodynamischen Wechselwirkungen erhebliche Folgen haben können. Beispielhaft kann hier der blutdrucksenkende Effekt von Clozapin bei gleichzeitiger antihypertensiven (Neu-) Therapie genannt werden. Engmaschige Blutdruckkontrollen scheinen hier essenziell zu sein. Neuere Studien zeigen zudem, dass es zu einer Verringerung des Mini-Mental-Status-Scores bei antihypertensiver Behandlung von PatientInnen mit kognitiven Störungen kommen kann. Umgekehrt ist auch auf blutdrucksteigernde Effekte aufgrund akut psychiatrischer Ereignisse/Bilder, z.B. bei akuten Erregungszuständen, zu achten sowie eine anschließende Stabilisierung und Normotonie sicherzustellen. Das Thromboserisiko ist neben allgemein geltenden Risikofaktoren, wie Rauchen, Tumorerkrankungen, genetisch bedingter Thrombophilie, hohes Lebensalter sowie verminderter Mobilität (z.B. bei stark ausgeprägter Antriebsminderung, Depression oder Stupor) auch durch Antipsychotika 2- bis 3-fach erhöht (14,27). Antipsychotika scheinen dabei hinsichtlich der Virchow'schen Trias eine verstärkte Gerinnungsneigung und eine vermehrte venöse Stase bedingen (27).

Die anfänglich genannte Häufigkeit respiratorischer Erkrankungen (z.B. COPD, Lungenkarzinome) steht im engen Zusammenhang mit einer vermehrten Nikotin-Abhängigkeit (etwa 50-65%) der speziellen PatientInnengruppe mit psychischen Erkrankungen (14,28), welche ebenfalls um das 2- bis 3-fache gegenüber der Allgemeinbevölkerung erhöht ist (27). Schwere Infektionen, wie beispielsweise Pneumonien, können ein verheerendes Sterberisiko darstellen. Frühzeitige Interventionen (z.B. antibiotische Therapie bei erhöhtem Komplikationsrisiko, präventive Schutzimpfungen etc.) werden empfohlen. Besondere Vorsicht ist bei sedierend wirkenden Medikamenten geboten, da nicht selten die Gefahr einer Atemdepression vorliegt, insbesondere bei vorbestehender respiratorischer Insuffizienz sowie obstruktivem Schlafapnoesyndrom. Letzteres ist wiederum mit einer erhöhten Prävalenz von Adipositas bei psychisch kranken Menschen (und auch nicht-psychisch kranken Menschen) assoziiert. Die Adipositas bzw. unerwünschte Gewichtszunahme können mitunter auch eine Folge bestimmter atypischer Antipsychotika sein. Ziel sollte hier die Ausschöpfung aller Möglichkeiten zur Minimierung oder Verhinderung einer unerwünschten Gewichtszunahme durch Adaptierung des Lebensstils (Ernährung, Bewegung) und die achtsame Auswahl

von Psychopharmaka sein. In mehreren Studien wird des Weiteren der erhebliche Zusammenhang zwischen dem Symptomkomplex des Metabolischen Syndroms, also stammbetonter Adipositas, arterieller Hypertonie, Hyperlipoproteinämie und insbesondere Typ-2-Diabetes, und psychischen Erkrankungen, vor allem Schizophrenie und Depression, beleuchtet. Neben potenziell diabetogenen Effekten von Antipsychotika der 2. Generation, tritt auch eine prä-psychopharmakologische Häufung des Diabetes mellitus bei psychiatrischen PatientInnen auf. Auch hier gilt Notwendigkeit einer adäquaten Schulung von betroffenen PatientInnen, insbesondere hinsichtlich Ernährung und Bewegung sowie Aufklärungen über gewichtserhöhende Nebenwirkungen von Psychopharmaka. Eine eminente Gefahr stellt die vital bedrohliche diabetische Ketoazidose unter antipsychotischer Therapie (insbesondere Clozapin, Olanzapin) dar (14,27).

Hewer und Schneider (2016) betonen außerdem die Bedeutsamkeit der achtsamen Überwachung des Elektrolythaushalts, da die Häufigkeit einer Hyponatriämie bei psychiatrischen PatientInnen ein nicht zu unterschätzendes Risiko darstellt. Als Ursachen kommen eine inadäquate Sekretion des antidiuretischen Hormons (SiADH) aufgrund serotonerg wirkender Psychopharmaka, Wechselwirkungen mit Thiaziden oder ACE-Hemmern und die sogenannte psychogene Polydipsie (v.a. bei chronischer Schizophrenie oder Abhängigkeitserkrankungen) in Frage. Die gegenteilige Hypernatriämie kann als Folge wahnhafter Symptomatiken und Verhaltensweisen (z.B. kritisch reduzierte Trinkmengen) auftreten. Ausgeprägte Entgleisungen des Serumnatriums gelten als potenziell lebensgefährlich und bedürfen einer raschen, jedoch überwachten, Korrektur (14).

Antipsychotika scheinen ein wesentliches Risiko hinsichtlich arrhythmischer Effekte mit sich zu ziehen. So ist die Zahl der plötzlichen Herztode unter Antipsychotikatherapie deutlich erhöht. Verlängerungen in der QTc-Zeit bzw. ventrikuläre Tachykardien vom Typ Torsade de pointes (Tdp) werden damit in Zusammenhang gebracht, weshalb gerade bei diesen PatientInnen ein regelmäßiges EKG-Monitoring essenziell zu sein scheint. Es ist dabei auf eine genaue Ursachenforschung hinsichtlich der Erregungsleitungsstörungen, beispielsweise Polypharmazie, Elektrolytungleichgewicht, pharmakogene Wirkung von Psychopharmaka (Neuroleptika, TZAs, Lithium u.a.) zu achten (27).

Generell wurde in dieser Arbeit bereits vermehrt auf die bedenklichen Nebenwirkungen von Antipsychotika hingewiesen. Es soll hier jedoch erwähnt sein, dass

Studien auch den indirekten Benefit von einer gut eingestellten antipsychotischen Medikation unterstreichen. So führt eine „lege artis“ durchgeführte antipsychotische Therapie zu einer besseren Bewältigung des Alltags mit mittelbar positiven gesundheitlichen Effekten sowie Besserung der Beziehungsfähigkeit (z.B. therapeutische Beziehung) oder der dysfunktionalen Verhaltensmuster. Dennoch sind eine sorgfältige Indikationsprüfung sowie Nutzen-Risiken-Analyse obligat (28).

Weitere unterschiedliche Empfehlungen und Beachtungen gibt es hinsichtlich der Verabreichung von Antidepressiva bei körperlichen Erkrankungen. Laut Klesse et al. (2007) ist bei kardiovaskulären Erkrankungen auf die Verschreibung von tri- und tetrazyklischen Antidepressiva (TZA) zu verzichten, da diese einen ungünstigen Effekt auf die Reizleitung des Herzens erzeugen können. Bei adipösen und Diabetes mellitus PatientInnen sind TZAs aufgrund ihrer Gewichtssteigernden und glykämischen Nebenwirkungen kontraindiziert. Selektive Serotonin-Rückaufnahme-Hemmer (SSRI) sind hingegen mit einer Verbesserung der glykämischen Stoffwechsellage sowie Gewichtsreduktion verbunden. TZAs und serotonerg und noradrenerg wirksame Antidepressive (SSNRI) haben neben der antidepressiven Wirkungsweise auch eine analgetische Wirkung. Einen nachweislichen Effekt zeigen SSRIs und TZAs bei TumorpatientInnen mit schwerwiegenden depressiven Symptomatiken sowie Angststörungen. Bei komorbiden respiratorischen Erkrankungen ist besondere Achtsamkeit hinsichtlich negativer Interaktionen durch SSRIs und Benzodiazepine zu legen, welche besonders bei PatientInnen mit Angststörungen eingesetzt werden (15).

Zusammenfassend können hier nochmal folgende extrazerebrale Nebenwirkungen von Psychopharmaka genannt werden: bradykarde/tachykarde Arrhythmien, Hemmung der Blutgerinnung unter SSRIs, (Peri)Myokarditis, hypertensive Krise, Blutdruckabfall, akute Ateminsuffizienz, Thromboembolien, Agranulozytose, Hepatotoxizität, Magen-Darm-Atonie, Ileus, Pankreatitis, endokrine Störungen, Hyper-/Hypoglykämie, Elektrolytstörungen, Harnverhalt, Glaukomanfall, Steven-Johnson-Syndrom, Serotonin-Syndrom, Rhabdomyolyse, Hyper-/Hypothermie u.a. Studien zur Arzneimittelsicherheit haben jedoch gezeigt, dass schwerwiegende Ereignisse und Folgen von Psychopharmaka Therapie durch regelrechte und achtsame Durchführung, Überwachung der Behandlung, individuelle Nutzen-

Risiko-Abwägung sowie Kontrolluntersuchungen (EKG, Labor) sehr gering gehalten werden können (27)

### **3.6.2 Herausforderungen, Alltagsrelevanz und Handlungsempfehlungen**

Schulz (2006) betont in seinem Artikel, dass psychische Störungen, neben der individuellen und persönlichen Belastung, auch beträchtliche Relevanz hinsichtlich gesundheitsökonomischer Aspekte hat. So scheinen depressive Störungen zu ähnlichen oder sogar höheren gesundheitsbezogenen Kosten führen, als andere verbreitete, chronische Gesellschaftskrankheiten, beispielsweise Diabetes mellitus, Bluthochdruck, Herzerkrankungen u.a. (17). Jank et al. (2017) halten fest, dass es bei psychisch kranken PatientInnen durch die vermehrte Inanspruchnahme von Gesundheitsdiensten und gesteigertem Aufsuchen von ÄrztInnen zu einer massiven Erhöhung der Behandlungskosten kommt (22).

Zudem bedingen psychischen Erkrankungen die höchste Rate an durchschnittlichen Arbeitsunfähigkeitstagen (17,22,25,28). Studien zeigen, dass in den letzten Jahren die Zahl an Arbeitsunfähigkeitsfällen, Krankenstandstagen sowie vorzeitigen Pensionseintritten aufgrund von psychischen Störungen relevant gestiegen ist. Es sei hier jedoch erwähnt, dass der diesbezügliche Anstieg mit der zunehmend verbesserten Diagnostik, dem immer größer werdenden Bewusstsein und Aufmerksamkeit hinsichtlich psychischer Symptome/Erkrankungen, deren Relevanz sowie der rückläufigen Tabuisierung im Zusammenhang steht (25). Des Weiteren muss in der Auseinandersetzung mit der Thematik stets behutsam mit der epidemiologischen Zahlenbedeutsamkeit umgegangen werden, da es sich bei einigen psychischen Störungen um kurzfristige, vorübergehende, homöostatische Anpassungsstörungen hinsichtlich externer und interner Reize handeln kann, welche keine mittel- oder langfristigen psychopathologischen Störungen darstellen (17).

Studien zeigen, dass die Diagnosestellung und auch das Dokumentationsverhalten stark von den jeweiligen Kompetenzen, dem Ausbildungsstand, der Motivation sowie der inhaltlichen Ausrichtung von AllgemeinmedizinerInnen abhängt. Die „arztgeleitete Prävalenz“ führt dadurch zu unterschiedlichen Zahlen hinsichtlich der Häufigkeit von psychischen (Begleit-) Erkrankungen. Parpart und Schneider (2006) schreiben in ihrem Artikel: „wonach man schaut, das findet man“ – so wird von

ÄrztInnen mit psychosomatischer Aus- und Weiterbildung der Anteil an psychosozialen PatientInnen höher eingestuft als von jenen ohne derartiger Qualifikationen (25).

Linden et al. (2016) betonen die Problematik der Teilhabebeeinträchtigung am beruflichen und gesellschaftlichen Leben von PatientInnen mit chronischen psychischen Beschwerden und stellt damit die Wichtigkeit einer multidimensionalen und adäquaten Langzeitbetreuung durch AllgemeinmedizinerInnen nach dem bio-psycho-sozialen Modell in den Fokus (20). Herausfordernd sei dabei jedoch die Tatsache, dass psychische (Zusatz-) Erkrankungen und somatoforme Störungen einen erheblich höheren zeitlichen Aufwand, eine überdurchschnittliche Belastung sowie die kognitive und emotionale Integrationsnotwendigkeit der behandelnden ÄrztInnen nach sich ziehen (22,25). Zudem stellt die fehlende ärztliche Honorierung von dementsprechenden Zusatzleistungen bzw. -aufwänden eine massive Problematik dar. Eine diesbezügliche Adaptierung und Verbesserung erscheint als absolute Notwendigkeit und strukturelle Voraussetzung für eine optimierte primärärztliche Versorgung (14,24,25,26,28).

Der gesteigerte Zeitdruck aufgrund immer größer werdender PatientInnenzahlen sowie erhöhte diagnostische und therapeutische Aufwände können als beträchtliche Herausforderung und Schwierigkeit im Ordinationsalltag von AllgemeinmedizinerInnen gesehen werden – insbesondere deshalb, weil die Identifikation sowie die adäquate und qualitätsvolle Behandlung von PatientInnen mit psychischen Erkrankungen einer expliziten Zeitnahme und Achtsamkeit bedürfen. Ebel und Beichert (2002) halten fest, dass im Praxisalltag durchschnittlich ca. sechs bis sieben Minuten Zeit pro PatientIn zur Verfügung steht. Es erklärt sich von selbst, dass eine derartige Abhandlung, insbesondere bei solch spezifischen PatientInnen, absolut unzureichend ist (21). Es braucht deshalb auch hier strukturelle Verbesserungen (24,26)

Die richtige und rechtzeitige Erkennung von komorbiden psychischen und somatischen Krankheiten oder Komorbiditäten ist ein wesentlicher Grundpfeiler einer qualitätsvollen medizinischen Versorgung. Adäquate Diagnostik, frühzeitige therapeutische Maßnahmen und Verlaufskontrollen tragen bedeutsam zur weiteren Entwicklung und Bewertung der Erkrankung(en) sowie der Lebensqualität von PatientInnen bei (15). Laut Ebel und Beichert (2002) scheint es für Allgemein-

medizinerInnen hinsichtlich der Frühidentifikation von psychischen Erkrankungen hilfreich zu sein, sich verschiedenen Typen von PatientInnen und Risikokonstellationen bewusst zu sein, welche am gefährdetsten für psychische Erkrankungen (z.B. Depressionen) sind (21). Wie bereits erwähnt betonen viele AutorInnen, beispielsweise Becker und Abholz (2005), die Wichtigkeit der Implementierung hilfreicher Diagnostik- und Screeninginstrumente für die hausärztliche Praxis, welche vorausgehend hinsichtlich ihrer Umsetzung auf Qualität, Sinnhaftigkeit und Nutzen für die Primärversorgung geprüft wurden (23 sowie auch 15,17,25,38). Dies scheint insbesondere von großer Bedeutung zu sein, da PatientInnen mit psychischen oder psychosomatischen Erkrankungen vordergründig körperliche bzw. körperlich anmutende Beschwerden präsentieren und psychische Komponenten dabei nicht selten in den Hintergrund gelangen. Angst vor Stigmatisierung bzw. von der Umwelt als „verrückt oder schwach“ angesehen zu werden, könnte ein Erklärungsmodell sein. Zudem war (und teilweise ist) die klassisch westliche Medizin über Jahrzehnte von einem somatischen/organzentrierten Krankheitsverständnis geprägt worden (25,26).

Hewer et al. (2011) beschreiben umgekehrt auch die Wichtigkeit, präventive und diagnostische (somatische) Maßnahmen für psychisch erkrankte Personen zu fokussieren (28). Beispielhaft sind u.a. aktive Aufklärungsarbeit, Gesundheitschecks, Anregung zur Lebensstiländerung und Gewichtsreduktion, Rauchentwöhnungsprogramme etc. Die AutorInnen betonen jedoch zum Teil, dass diese Form der vorsorglichen Herangehensweise in der realistischen Umsetzung an ihre Grenzen stoße (13,14,15,20,28). Diagnostische Prozesse (klinische Untersuchung, apparative und laborbezogene Diagnostik) sowie therapeutische Methoden (z.B. Medikamentenverordnung) bergen zudem die Gefahr, die „Somatisierung“ in der Kommunikation zwischen ÄrztInnen und PatientInnen zu verstärken (25).

Parpart und Schneider (2005) erwähnen, dass wahrgenommene oder vermutete psychosoziale Faktoren oftmals nicht thematisiert werden, um PatientInnen nicht zu verunsichern, zu überfordern oder gar etwas „aufzurühren“, das dann nicht gemeinsam bewältigt werden kann (25).

Umgekehrt stellt die bereits erwähnte „diagnostische Verzerrung“ (17) PraktikerInnen in ihrem Alltag vor die große Herausforderung, therapierelevante, akute körperliche Beschwerden von vermeintlich (eventuell bereits bekannten) akutpsychiatrischen Erscheinungsbildern zu differenzieren. So kann sich beispiels-

weise hinter einem „schizophrenen Stupor“ eine intensivpflichtige metabolische Krise, wie ein hyperglykämisch-ketoazidotisches Koma, verbergen. Im Diagnostikprozess erweisen sich hinsichtlich des verbalen Rapports sowie der Kooperation häufig große Schwierigkeiten. Behandelnde ÄrztInnen müssen dabei in der Lage sein, im Kontext einer akutpsychiatrischen Situation auch diejenigen Krankheitsbilder zu erkennen, bei denen vorrangig ein somatischer Handlungsbedarf besteht. Dazu benötigt es unter anderem Kompetenzen auf interaktionellem, psycho-/pathologischem und pharmakologischem Gebiet. Insbesondere bei akut und neu aufgetretenen psychopathologischen Auffälligkeiten ist es essenziell in der Anamnese und im klinischen Befund Hinweise auf eine somatische Genese zu achten. Beispiele können sein: keine psychiatrische Vorgeschichte, extrem rascher Symptombeginn, Alter <12 oder >40 Jahre, bekannte somatische Erkrankung, komplexe Medikation, Alkohol-/Drogenmissbrauch, abnorme Vitalparameter, Intoxikationshinweise, Desorientierung, Bewusstseinsstörung, optische/taktile Halluzinationen, spezifische klinische Symptome wie Kopfschmerzen, Sprachstörungen, Inkontinenz u.a. (28).

Es gibt, neben den bereits angeführten Wechsel- und Nebenwirkungen der medikamentösen Therapie und anderen Aspekten, eine Reihe an weiteren nennenswerten Faktoren, welche als herausfordernd in der somatischen Versorgung von psychisch kranken PatientInnen beschrieben werden. Beispielhaft sind eine veränderte Wahrnehmung und Äußerung von Schmerzen, was insbesondere die Diagnostik akuter somatischer Erkrankungen erschweren könnte sowie Osteoporose, Schwangerschaftskomplikationen, Bolusaspirationen, mangelhafte Zahngesundheit und Problematiken der Polypharmazie. Letztere kommt, wie schon erwähnt, häufig im Rahmen einer somatisch-psychiatrischen Komorbidität und der Vielzahl an unterschiedlichen Medikamenten und Verschreibungen divergierender FachspezialistInnen zustande. Eine mögliche schwerwiegende Folge stellt unter Umständen die Manifestation eines Serotoninsyndroms dar (14). Aufgrund der Komplexität und der wechselseitig einflussnehmenden Faktoren gilt es insbesondere für die allgemeinmedizinische Expertise mit besonderer Achtsamkeit und einer umfangreichen Betrachtung der jeweiligen PatientInnen-situation in den Versorgungsalltag zu gehen.

Erwähnt sei hier noch der große Bereich der *somatoformen* Störungen, welcher in der allgemeinmedizinischen Praxis einen nicht zu unterschätzenden Anteil ausmacht und eine große Herausforderung darstellt. Studien zeigen, dass die 12-Monats-Prävalenz der europäischen Allgemeinbevölkerung bei rund 6 Prozent liegt. Der Anteil an PatientInnen mit somatoformen Störungen in allgemeinmedizinischen Praxen liegt dabei zwischen 16 und 34 Prozent (16,22). Unbehandelt zeigen zwei Drittel der Fälle einen chronischen Verlauf. Im aktuellen DSM-5 gelten somatoforme Störungsbilder als somatische Belastungsstörung mit subjektiver Beeinträchtigung aufgrund von körperlichen Beschwerden. Dabei wurde das Fehlen einer organisch-medizinischen Ursache sowie eine mehrjährige Vorgeschichte körperlicher Beschwerden mit Beginn vor dem 30. Lebensjahr nicht mehr als zwingendes Diagnosekriterium erfasst (22).

In der wissenschaftlichen Arbeit von Jank et al. (2017) ist ersichtlich, dass die Versorgung von psychisch kranken PatientInnen, vor allem jener mit somatoformen Störungen, unzureichend ist, insbesondere auch deshalb, da in der österreichischen allgemeinmedizinischen Ausbildung kein wesentlicher Schwerpunkt auf die „psychosomatische“ Diagnostik und Therapie gelegt wird. So ist in Deutschland beispielsweise eine spezifische Weiterbildung zur psychosomatischen Grundversorgung für AllgemeinmedizinerInnen verpflichtend (22). Bessere bzw. breitere Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten oder auch eine grundsätzliche Verankerung von psychotherapeutischer und psychosomatischer Basiskompetenz erscheint hinsichtlich der Literatur als essenziell (14,24,25,26,28,39). Parpart und Schneider (2006) halten dabei fest, dass vor allem diagnostische und differenzialdiagnostische sowie psychosomatische (Grund-)Kompetenzen von ÄrztInnen verbessert und geschult gehören. Letztere zeichnen sich v.a. durch Empathiefähigkeit, Gesprächskompetenz bzw. Kommunikationsfähigkeit, Reflexion von psychosomatischen Wechselbeziehungen, Übertragungen u.a. aus (25). In Österreich gibt es die freiwillige Möglichkeit zur Erlangung der ÖÄK PSY-Diplome, bestehend aus Psychosozialer Medizin (PSY I), Psychosomatischer Medizin (PSY II) und Psychotherapeutische Medizin (Psy III) (29,36). Das Curriculum des Grundstudiums der Humanmedizin wurde insofern adaptiert, als dass das bereits erwähnte biopsychosozialen Leitbild integriert und durch zusätzliche Lehrveranstaltungen ergänzt wurde (29,37).

Auch Hartmann und Zepf (2003) erwähnen in ihrer Arbeit, die bereits beschriebene Schlüsselrolle von HausärztInnen, welche durch ihre Haltung bzw. ihr Verhalten einen signifikanten Einfluss auf das Behandlungsergebnis, die Besserung der Beschwerdesymptomatik, die Compliance, die Therapie- und Behandlungszufriedenheit sowie das subjektive Wohlbefinden und Bewerten von medikamentösen Wirkungen bzw. Nebenwirkungen von PatientInnen nehmen (24). In dieser Schlüsselfunktion haben AllgemeinmedizinerInnen eine wichtige und nicht zu unterschätzende Funktion, insbesondere auch hinsichtlich des, meist langjährigen, Vertrauensverhältnisses zu ihren PatientInnen sowie als „Gatekeeper“ und Schnittstelle zwischen FachärztInnen/TherapeutInnen und PatientInnen (19,26).

Aus vielerlei Gründen, vor allem jenen der vergrößerten Teilhabebeeinträchtigung, falscher Diagnosestellung, unzureichenden Diagnostik- und Screeningtools, massivem Zeit- und Leistungsdruck, gesundheitsökonomischen Aspekten, Honorierungsproblematiken, Kompetenz- und Weiterbildungslücken, möglicher Stigmatisierung, Beeinträchtigung der Lebensqualität und Lebenserwartung sowie individuellen Belastungen für PatientInnen und behandelnde ÄrztInnen gilt es als unerlässlich, diesem großen Themenbereich weiter nachzugehen, um mögliche Lösungsansätze oder Verbesserungsmaßnahmen generieren zu können.

## 4 Material und Methoden

### 4.1 Allgemeines zur Methodik

Die grundlegende theoretische Aufbereitung der vorliegenden Arbeit erfolgte auf Basis einer umfassenden **hermeneutischen Literatur- und Studienrecherche**. Als Quellen dienen sowohl einschlägige Fachbücher als auch aktuelle und bezugnehmende Studien und wissenschaftliche Artikel. Diese wurden sowohl über wissenschaftliche Datenbanken (z.B. PubMed), E-Journals (z.B. des Thieme Verlags) als auch über Suchmaschinen wie Google Scholar recherchiert und nach Relevanz und Evidenz ausgewählt. Zudem galt es als Ziel, die aufbereitete Theorie mit **qualitativen Daten** aus der Praxis von ExpertInnen zu ergänzen. Im Zeitraum von August 2018 bis Dezember 2018 wurden deshalb **Interviews** mit steirischen AllgemeinmedizinerInnen zum Thema der somatischen Versorgung von psychisch kranken PatientInnen durchgeführt. Die Befragung erfolgte mithilfe eines **semistrukturierten Leitfadens**, welcher im Vorfeld auf Basis von theoriegestützten Überlegungen und Analysen konzipiert wurde. Der Durchführung wurde seitens der Ethikkommission der Medizinischen Universität Graz zugestimmt. Die transkribierten Interviews wurden in weiterer Folge mittels der **qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring** im Projektteam (à vier Personen) ausgewertet.

### 4.2 Forschungsfrage

Erwähnt sei hier zur Übersicht noch einmal die grundlegende **Kernfrage**, welche die Basis dieser hermeneutischen und qualitativen Arbeit darstellen soll:

*Welche Themen, Herausforderungen, Probleme und damit verbundenen Anforderungen und Verbesserungsansätze ergeben sich bei der somatischen Versorgung von PatientInnen mit psychischen Erkrankungen in der allgemeinmedizinischen Praxis?*

### 4.3 Stichprobe

Die Stichprobe der interviewten Personen setzt sich aus siebzehn AllgemeinmedizinerInnen, welche in steirischen Ordinationen tätig sind, zusammen. Eine Heterogenität in der Stichprobenszusammensetzung wurde angestrebt, um ein möglichst umfassendes Meinungsbild zu erhalten. Hierbei wurden für die Auswahl

besondere Verteilungsaspekte wie Geschlecht, Alter, Jahre in der beruflichen Praxis, Vertragsverhältnisse (Kassen-/Wahlarzt-Ordination) sowie Region (Stadt/Land) berücksichtigt. Alle beteiligten HausärztInnen willigten den formalen Bedingungen der Studie durch ihre Unterschrift ein.

#### **4.4 Datenerhebung**

Die Datenerhebung erstreckte sich über einen Zeitraum von mehreren Monaten in Form von leitfadengestützten Face-to-Face-Interviews. Die Befragungen fanden in den Praxisräumlichkeiten der ausgewählten HausärztInnen statt und wurden mittels Tonband aufgenommen. Nur zwei Befragungen wurden in ruhigen öffentlichen Einrichtungen abgewickelt. Die Durchführung erfolgte durch zwei Projektmitarbeiterinnen mit psychologischem sowie (meinerseits) medizinischem und pädagogischem Background. Mit Hilfe der Interviews sollten die ÄrztInnen dazu angeregt werden, sowohl über ihre Wahrnehmungen in der täglichen Arbeit als auch über ihr eigenes Verhalten zu reflektieren.

Der Interviewleitfaden bezog sich vordergründig auf die Diagnose und Behandlung von somatischen Erkrankungen bei psychisch kranken Personen sowie auf die potenziellen Probleme, Herausforderungen sowie möglichen Lösungsansätze im Versorgungsalltag. Die InterviewerInnen konnten sich an dem semistrukturierten Fragenkatalog orientieren, wobei die Formulierungen und die Reihenfolge der Fragen abhängig vom Gesprächsablauf flexibel abgeändert werden konnten. Der Großteil der Fragen wurde offen formuliert, so dass die ÄrztInnen vollkommen frei antworten konnten. Zur Überprüfung des Interviewleitfadens wurde ein Pilotinterview mit einer praktischen Ärztin durchgeführt. Da die nachfolgende Anpassung des Leitfadens nur minimale Änderungen enthielt, wurde das Pilotinterview ebenfalls in die Analyse miteinbezogen. Zusätzlich wurden den ÄrztInnen geschlossene Frage zur Person (z.B. zur Berufserfahrung, psychosozialen Zusatzausbildungen) und zur alltäglichen Arbeit mit PatientInnen (z.B. Anzahl der PatientInnen pro Woche, sozio-ökonomische Schicht, körperliche/psychische Komorbiditäten) gestellt.

#### **4.5 Datenauswertung**

Die Tonbandaufnahmen wurden im Anschluss der durchgeführten Interviews wörtlich transkribiert und zur weiteren Verwertung anonymisiert. Umgebungsbedin-

gungen sowie nonverbale Äußerungen, Gesten und Mimik (z.B. Lachen, Achselzucken, Räuspern, Sprechpausen) wurden dabei ausgespart und nicht in die weitere Analyse miteinbezogen.

Die Auswertung der transkribierten Interviews erfolgte auf Basis der *qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring* unter Zuhilfenahme des frei verfügbaren Online-Tools *QCAmap* (34). Die Auswertung erfolgte im Team mittels Kodierung, inter- und intrapersonellen Überprüfungen sowie der übergeordneten Koordinierung durch Mag. Dr. Hannes Mayerl.

#### **4.5.1 Die qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring**

Bei der qualitativen Inhaltsanalyse handelt es sich um eine Methodik der Sozial- und Kommunikationswissenschaften, die es zum Ziel hat, fixierte Kommunikation (Texte, Transkripte, symbolisches Material etc.) zusammenzufassen, zu explorieren, strukturieren und dabei Rückschlüsse und Ergebnisse im Hinblick auf die grundlegende Forschungsfrage zu generieren. Angestrebt wird somit eine Reduktion der Komplexität des Erhebungsmaterials. Die Methodik zeichnet sich durch einen systematischen, regel- und theoriegeleiteten Ablauf sowie daraus resultierenden Gütekriterien (Materialqualität, Nachvollziehbarkeit, Vergleichbarkeit, Reliabilität bzw. Übereinstimmung) aus. Theoriegeleitet bedeutet hier, dass die untersuchte verschriftlichte Kommunikation vor einem spezifischen Theoriehintergrund und einer expliziten Fragestellung analysiert und interpretiert wird und dabei am Entstehungshorizont des Materials und den Erfahrungshorizont der Analysierenden anknüpft. Ziel ist es, das Datenmaterial hinsichtlich der relevanten Forschungsfrage so zu reduzieren, dass über ein definiertes *Kategoriensystem (inklusive Häufigkeitsverteilung der jeweiligen Kategorien)* die Gesamtheit des Erhebungsmaterials dargestellt wird. Dabei werden Teile des Textes bzw. Textpassagen gewissen *Kategorien* zugeordnet. Diese bestehen aus einzelnen Wörtern (z.B. „Therapieresistenz“, „Compliance“) oder auch beschreibenden Mehrwortkombinationen (z.B. „Neben-/Wechselwirkungen von Medikamenten“, „erhöhter Zeitaufwand bei psychischen Erkrankungen“, „mangelnde Finanzierung und Verfügbarkeit von Psychotherapie“ etc.). Die Kategorien stellen deshalb sowohl das zentrale Instrument als auch konzentrierte Analyseergebnisse dieser Methodik dar. Durch sie werden Nachvollziehbarkeit und Intersubjektivität ermöglicht und können deshalb als Gütekriterium gesehen werden (35).

Die Analyse dieser Arbeit basiert auf einer *induktiven* Vorgehensweise, da kein zuvor formuliertes theoretisches Modell für die Auswertung herangezogen wurde. Die Kategorien wurden somit *nicht vor* Sichtung des Datenmaterials generiert, sondern vielmehr *während* der direkten Auseinandersetzung mit dem Transkriptionsmaterial. Die induktive Methodik zeichnet sich durch die gegenstandsnahe Abbildung ohne Verzerrungen durch Vorannahmen aus und galt deshalb als geeignete Herangehensweise (35). Im Zuge dieser Form der qualitativen Inhaltsanalyse ist es notwendig, vor der eigentlichen Kategorienfindung *Selektionskriterien* sowie das *Abstraktionsniveau* zu bestimmen. Das *Selektionskriterium* ist dadurch definiert, welcher Teil des Interviews für die jeweilige Fragestellung und dessen spezifische Analyse herangezogen werden soll. Das *Abstraktionsniveau* hingegen beschreibt, wie allgemein oder konkret die jeweiligen Kategorien gefasst werden sollen. Je niedriger das Abstraktionsniveau gehalten wird, desto weiter und umfangreicher wird die Kategorieauswahl und -anzahl. Für präzisere Antworten bzw. Kategorien bedarf es einem höheren Abstraktionsniveau (35).

#### **4.5.2 Bestimmung des Ausgangsmaterials**

Für die so genannte „Quellenkunde“ wird das Ausgangsmaterial wie nachfolgend definiert (35):

##### **1. Festlegung des Materials**

Es wird die Gesamtheit der Antworten auf die offenen Fragen im Interview in die Analyse einbezogen. Das heißt, es werden nicht nur die Antworten auf die konkreten Fragen ausgewertet, sondern auch jene, die sich auf Zusatz- oder Nachfragen sowie abschließende Fragen beziehen, zumindest kontextuell miteinbezogen (z.B. Antworten nach „Möchten Sie noch etwas hinzufügen?“).

##### **2. Analyse der Entstehungssituation**

Das Textmaterial ist im Kontext von Face-to-Face-Interviews in den Praxisräumlichkeiten von steirischen AllgemeinmedizinerInnen entstanden. Zwei Interviews fanden in öffentlichen Einrichtungen statt. Der Interviewablauf orientierte sich an einem ausgearbeiteten, von der Ethikkommission (Medizinische Universität Graz) gestatteten, Leitfaden. Dies meint, dass die Interviewerinnen einen semistrukturierten Fragenkatalog vorliegen hatten. Nachfragen oder ein Variieren der

Formulierungen oder der Reihenfolge war erlaubt. Die AllgemeinmedizinerInnen konnten vollkommen frei auf die Fragen antworten. Die Befragungen hatten einen zeitlichen Umfang von 15 bis 40 Minuten und wurden auf Tonband aufgenommen. Die Interviewerinnen waren zwei Studierende der Medizin und Psychologie.

### **3. Formale Charakteristika des Materials**

Wie bereits erwähnt wurden die Interviews wörtlich transkribiert. Der Fokus der Auswertung liegt auf dem gesprochenen Inhalt. Sonstige verbale (z.B. Räuspern) oder non-verbale (z.B. Achselzucken) Signale wurden nicht dokumentiert und nicht in die weitere Auswertung miteinbezogen. Außerhalb der Analyse verblieben zudem ausschmückende Formulierungen, Pausen oder andere Textbestandteile mit fehlender inhaltlichen Bedeutung.

#### **4.5.3 Fragestellung der Analyse**

##### **a) Richtung der Analyse**

Das Material ist aus dem genannten Projekt („Psyche, Ökonomie, Medizin: Spannungsfelder in der Versorgung psychiatrischer Patientinnen und Patienten im österreichischen Gesundheitswesen“) im Bereich der medizinischen Versorgungsforschung entstanden. Die theoretischen Überlegungen wurden bereits in den vorangegangenen Kapiteln ausführlich erläutert und stellen somit den Rahmen der Befragung und der weiterführenden Analyse dar. Durch den Leitfragenkatalog der Interviews sollten die AllgemeinmedizinerInnen angeregt werden, sowohl über ihre Wahrnehmungen in ihrer täglichen Praxis als auch über ihr eigenes Verhalten und ihre Einstellungen zu reflektieren und zu berichten. Das zu Text gebrachte Erhebungsmaterial sowie die anschließenden Inhaltsanalysen haben das Ziel, Erfahrungen, Haltungen und Behaviorismus der HausärztInnen abzuleiten, welche hinsichtlich der Forschungsfrage Relevanz-, Signifikanz und Häufigkeit erweisen. Diese sollen durch ein entsprechendes Kategoriensystem eine repräsentative, praxisnahe Untermauerung der Theorie darstellen.

##### **b) Differenzierung der Fragestellung**

*Hauptfragestellung lt. Projektantrag:*

Welche Mechanismen beeinflussen/behindern die Inanspruchnahme von somatischen Gesundheitsleistungen (insbesondere im Bereich der Primärversorgung)

bei Menschen mit psychischen Erkrankungen im Allgemeinen und im Speziellen in der Steiermark?

*Subfragestellungen lt. Interviewleitfaden:*

*(Anmerkung: Erwähnt werden hier nur jene Fragestellungen des Fragenpools, welche Bezug und Relevanz für den Themenbereich der verfassten Diplomarbeit aufweisen)*

Welche Gründe nennen AllgemeinmedizinerInnen für einen möglichen Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und der Lebenserwartung? (IF1/IF2)

Worauf muss man laut Aussage der AllgemeinmedizinerInnen besonders Acht geben, wenn man somatische Beschwerden oder Krankheiten bei psychisch kranken Menschen behandelt? (IF6)

Inwieweit behandeln AllgemeinmedizinerInnen die somatischen Beschwerden/Krankheiten Ihrer psychisch kranken PatientInnen anders als wenn keine psychische Störung vorliegt? (IF7)

Welche Schwierigkeiten/Probleme/Hindernisse nennen AllgemeinmedizinerInnen bei der Behandlung psychisch kranker Personen? (IF9)

Was wünschen sich AllgemeinmedizinerInnen, um eine optimale somatische Versorgung psychisch kranker Personen umsetzen zu können? (IF11)

Was können ÄrztInnen selbst tun, um die somatische Versorgung psychisch kranker Personen zu verbessern? (IF12)

Was könnte die Politik laut Aussagen der AllgemeinmedizinerInnen tun, um die somatische Versorgung psychisch kranker Personen zu verbessern? (IF13)

#### **4.5.4 Festlegung der Analyseeinheiten**

- *Kodiereinheit:* Als Kodiereinheit wird der *kleinste* Materialbestandteil definiert, der ausgewertet werden darf. Ein einzelnes Wort oder eine einzelne Aussage sind ausreichend.
- *Kontexteinheit:* Als Kontexteinheit wird der *größte* Materialbestandteil definiert, der miteinbezogen werden darf. Miteinbezogen werden darf das gesamte Interview, also auch jene Passagen, welche in anderen Fragen-/Themenblöcken oder im Gesprächsabschluss erfasst wurden.

- *Auswertungseinheit*: Die Auswertungseinheit legt fest, welche Textbestandteile jeweils nacheinander ausgewertet werden. Die Antworten aller Interviews werden den Themenblöcken entsprechend nacheinander bearbeitet, wobei auch Antworten aus anderen Themenblöcken miteinbezogen werden dürfen. Die jeweiligen Kategorien werden pro Interview jeweils nur einmal gezählt, auch wenn sich die/der TeilnehmerIn in seinen Aussagen wiederholt.

#### 4.5.5 Festlegung von Selektionskriterium und Abstraktionsniveau

Wie bereits erwähnt, beschreibt das Selektionskriterium welcher Teil des Interviews für den jeweiligen Themenblock/Fragestellung der Analyse herangezogen werden soll. Das Abstraktionsniveau hingegen beschreibt, wie detailreich und spezifisch die Kategorien definiert werden sollen (35).

Es soll hier nachfolgend das Selektionskriterium und Abstraktionsniveau der, für die vorliegende Arbeit, relevanten Fragestellungen des Leitfadens angeführt werden:

**Frage IF1/IF2:** Welche Gründe nennen AllgemeinmedizinerInnen für einen möglichen Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und der Lebenserwartung?

Selektionskriterium: Es sollen Begründungen zum Zusammenhang psychischer Erkrankungen mit der Lebenserwartung miteinbezogen werden. Der Fokus liegt auf dem Inhalt; ausschmückende Formulierungen, Pausen oder andere Textbestandteile, die keine inhaltliche Bedeutung haben, werden ignoriert. Letzteres gilt für die gesamte Auswertungen und wird nicht noch einmal separat erwähnt.

Abstraktionsniveau: Das Abstraktionsniveau sollte nur auf allgemeine Wirkprinzipien abzielen, aber nicht z.B. auf spezifische biologische Mechanismen.

**Frage IF6:** Worauf muss man laut Aussage der AllgemeinmedizinerInnen besonders Acht geben, wenn man somatische Beschwerden oder Krankheiten bei psychisch kranken Menschen behandelt?

Selektionskriterium: Es sollen die subjektiven Sichtweisen der AllgemeinmedizinerInnen bezüglich der besonderen Umstände bei der Behandlung somatischer Beschwerden oder Krankheiten bei psychisch kranken Personen miteinbezogen werden.

Abstraktionsniveau: Das Abstraktionsniveau sollte nur auf allgemeine Herausforderungen abzielen; konkrete oder als Beispiel genannte Krankheitsbilder oder Symptomatiken sollen sich nicht in den Kategorien wiederfinden, sondern verallgemeinert werden.

**Frage IF7:** Inwieweit behandeln AllgemeinmedizinerInnen die somatischen Beschwerden/Krankheiten Ihrer psychisch kranken PatientInnen anders als wenn keine psychische Störung vorliegt?

Selektionskriterium: Es sollen abweichende Vorgehensweisen bei der Behandlung somatischer Beschwerden/Krankheiten von psychisch kranken Personen erfasst werden.

Abstraktionsniveau: Das Abstraktionsniveau sollte nur auf allgemeine Vorgehensweisen abzielen, aber nicht konkrete oder beispielhafte Vorgänge von spezifischen Krankheitsbildern.

**Frage IF9:** Welche Schwierigkeiten/Probleme/Hindernisse nennen AllgemeinmedizinerInnen bei der Behandlung psychisch kranker Personen?

Selektionskriterium: Es sollen alle explizit genannten Schwierigkeiten/Probleme/Hindernisse bei der Behandlung psychisch kranker Personen miteinbezogen werden.

Abstraktionsniveau: Das Abstraktionsniveau sollte nur auf allgemeine Problematiken abzielen; Problematiken bei spezifischen Krankheitsbildern oder anekdotische Erzählungen sollen nicht als Kategorie vorkommen, sondern verallgemeinert werden.

**Frage IF11:** Was wünschen sich AllgemeinmedizinerInnen, um eine optimale somatische Versorgung psychisch kranker Personen umsetzen zu können?

Selektionskriterium: Es sollen eindeutig formulierte Wünsche zur optimalen somatischen Versorgung psychisch kranker Personen miteinbezogen werden.

Abstraktionsniveau: Das Abstraktionsniveau sollte sich nur auf allgemeine Wünsche beziehen; Beispiele sollen keine eigene Kategorie darstellen, jedoch verallgemeinert werden.

**Frage IF12:** Was können ÄrztInnen selbst tun, um die somatische Versorgung psychisch kranker Personen zu verbessern?

Selektionskriterium: Es sollen alle genannten Vorschläge zur somatischen Versorgung psychisch kranker Personen miteinbezogen werden, welche von Seiten der ÄrztInnen selbst durchführbar wären.

Abstraktionsniveau: Das Abstraktionsniveau sollte eher allgemein gehalten werden und nicht auf einzelne Beispiele eingehen.

**Frage IF13:** Was könnte die Politik laut Aussagen der AllgemeinmedizinerInnen tun, um die somatische Versorgung psychisch kranker Personen zu verbessern?

Selektionskriterium: Es sollen alle konkret genannten Verbesserungsvorschläge für die Politik miteinbezogen werden, welche sich auf die somatische Versorgung psychisch kranker Personen bezieht.

Abstraktionsniveau: Das Abstraktionsniveau sollte auf allgemeine Handlungsvorschläge abzielen. Beispielhafte Ausführungen sollten dabei generalisiert werden.

#### **4.5.6 Kategorienbildung**

Nach Definition und Bestimmung von Selektionskriterium und Abstraktionsniveau wurden im ersten Schritt Kategorien von Projektmitarbeiter H.M. definiert. Laufend wurde dabei das Abstraktionsniveau angepasst, um ein adäquates Kategoriensystem zu erhalten. Im Anschluss fand eine weitere Analyse der Transkripte sowie Kategoriezuordnungen durch die beiden Interviewerinnen statt. Nachfolgend wurde in mehreren Schritten und zeitlichen Abständen Überschneidungen und Abweichungen im Auswertungsteam analysiert und diskutiert sowie Anzahl, Bezeichnung und Definition von Kategorien sowie deren Zuordnungen adaptiert. Diese inter- und intrapersonelle Gegenprüfung der Kodierungen und Konsensgenerierung der Kategorien gilt als wesentliches Gütekriterium. Für alle Abwicklungen, Kodierungen, Auswertungen etc. wurde das frei verfügbare Online-Tool *QCAnap* herangezogen. Nach schlussendlicher Festlegung der Kategorien für alle im Leitfaden erfassten Fragestellungen, wurden diese für die gesamten Interviews hinsichtlich Häufigkeit und Verteilung ausgewertet, gereiht und in Diagrammen dargestellt.

## 5 Ergebnisse und graphische Darstellung

In den nachfolgenden Seiten werden die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse dargestellt. Die erarbeiteten Kategorien der wesentlichen Interviewfragen werden dabei nach Häufigkeit der Nennung und Zuordnung über alle Interviews gereiht.

Diagramm 1: Welche Gründe nennen AllgemeinmedizinerInnen für einen möglichen Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und der Lebenserwartung? (IF1/IF2)



Diagramm 2: Worauf muss man laut Aussage der AllgemeinmedizinerInnen besonders Acht geben, wenn man somatische Beschwerden oder Krankheiten bei psychisch kranken Menschen behandelt? (IF6)



Diagramm 3: Inwieweit behandeln AllgemeinmedizinerInnen die somatischen Beschwerden/ Krankheiten Ihrer psychisch kranken PatientInnen anders als wenn keine psychische Störung vorliegt? (IF7)

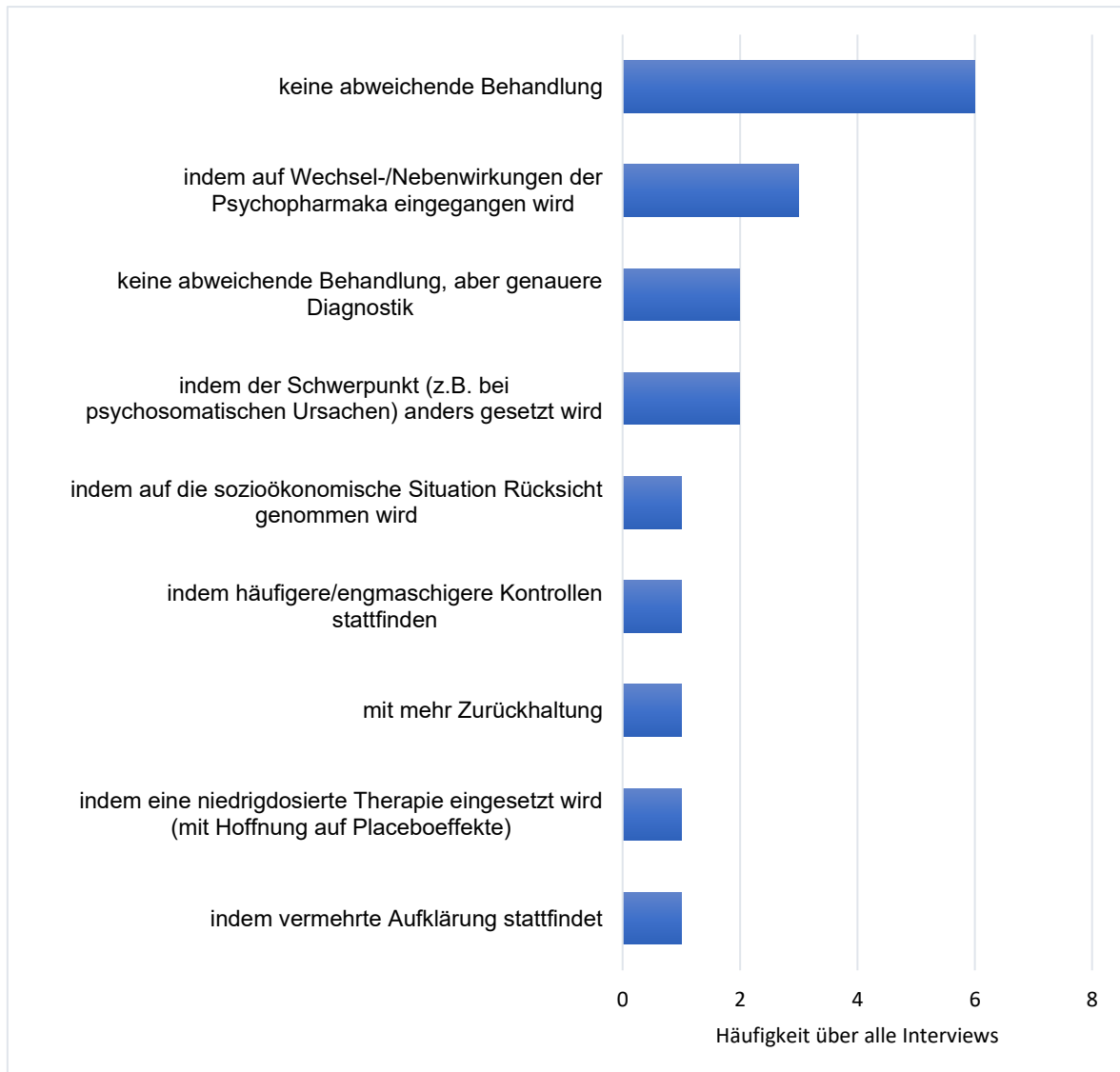


Diagramm 4: Welche Schwierigkeiten/Probleme/Hindernisse nennen AllgemeinmedizinerInnen bei der Behandlung psychisch kranker Personen? (IF9)



Diagramm 5: Was wünschen sich AllgemeinmedizinerInnen, um eine optimale somatische Versorgung psychisch kranker Personen umsetzen zu können? (IF11)

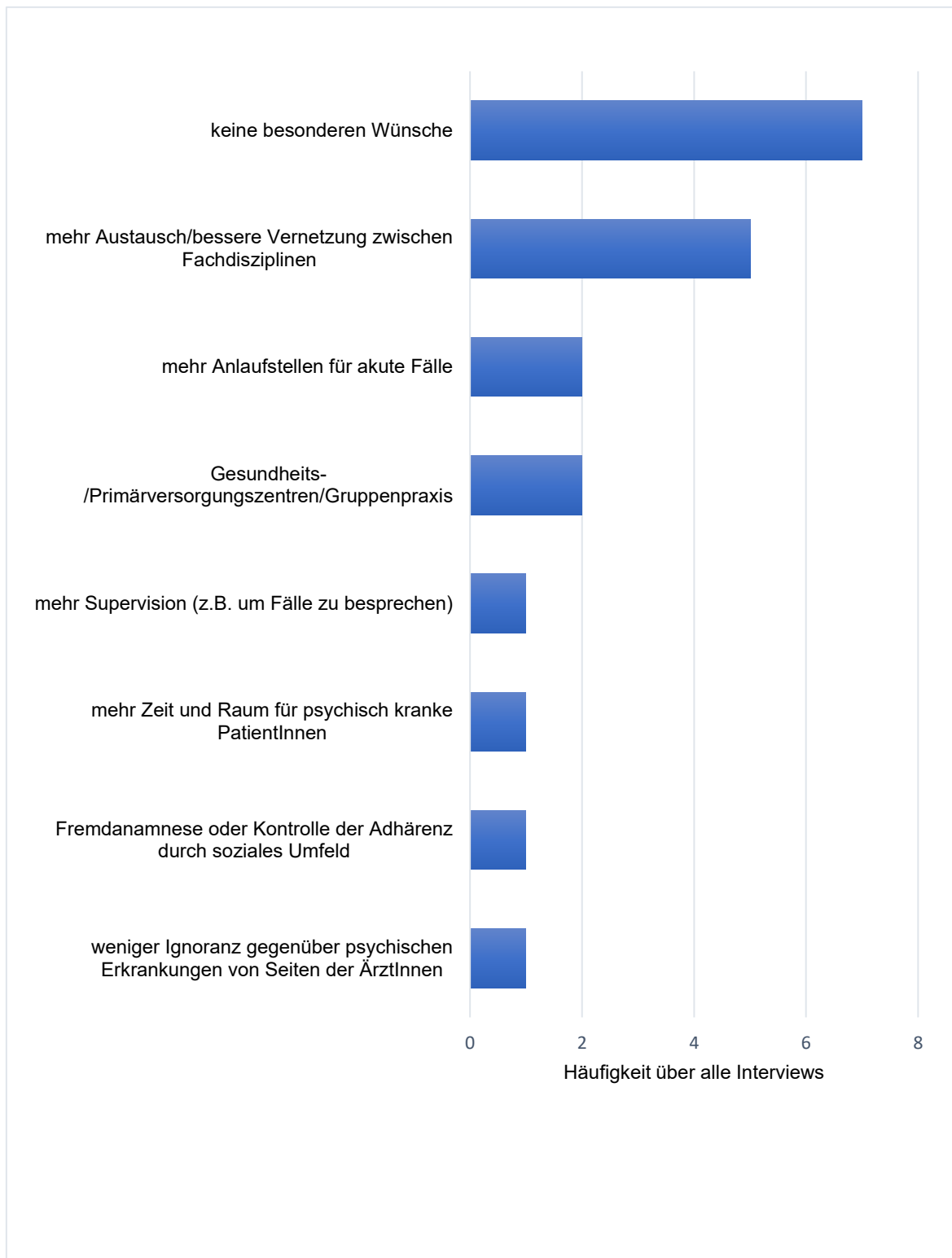
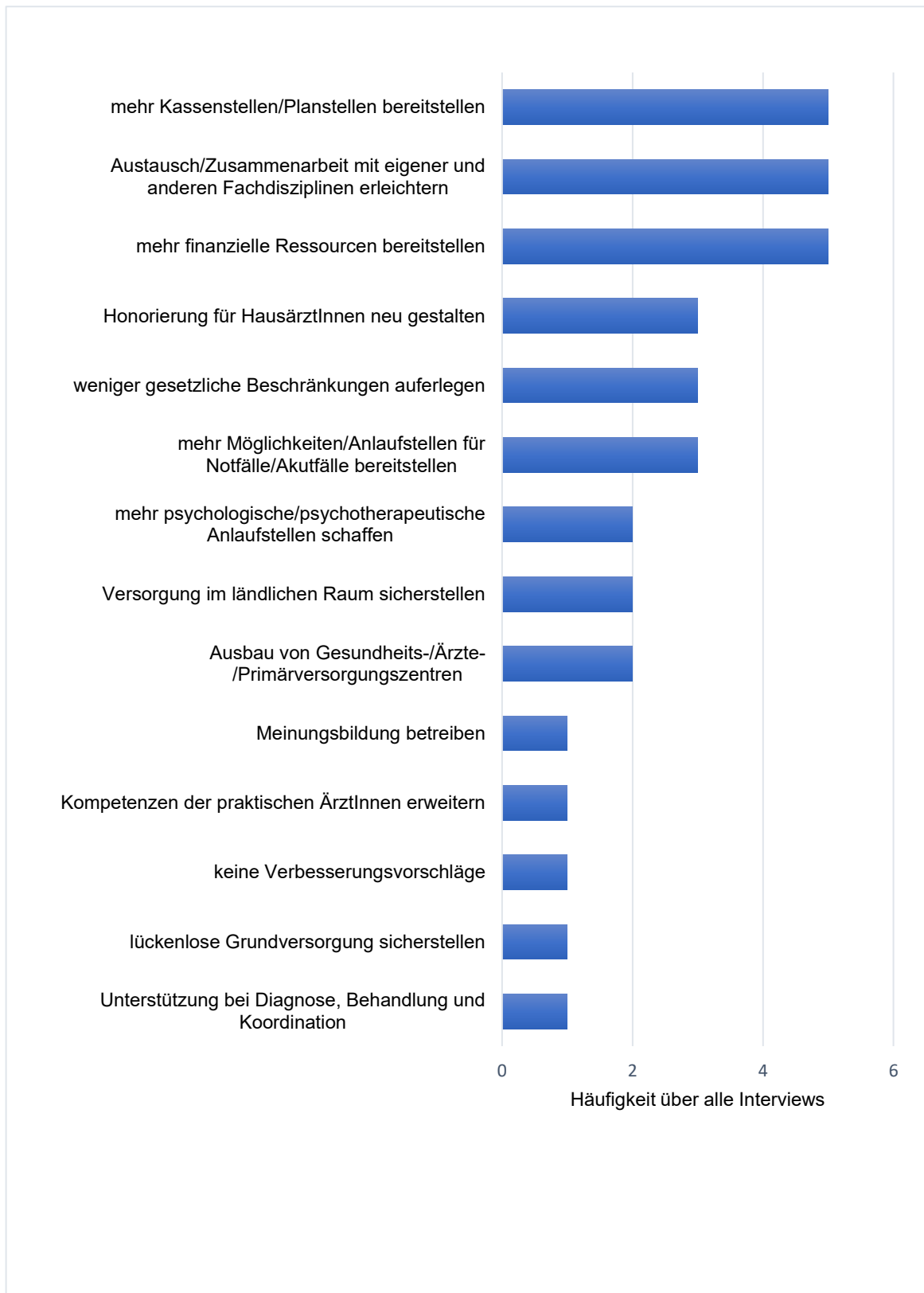


Diagramm 6: Was können ÄrztInnen selbst tun, um die somatische Versorgung psychisch kranker Personen zu verbessern? (IF12)



Diagramm 7: Was könnte die Politik laut Aussagen der AllgemeinmedizinerInnen tun, um die somatische Versorgung psychisch kranker Personen zu verbessern?  
(IF13)



## 6 Diskussion

### 6.1.1 Zusammenführung der Ergebnisse

Es soll in diesem Abschnitt nun zusammenführend auf ein paar ausgewählte Fragen der durchgeführten Interviews eingegangen werden. Aufgrund des Umfangs ist es nicht möglich, die Ergebnisse aller Fragen im Detail zu beleuchten. Besonders jene Fragestellungen und Aspekte sollen aufgegriffen werden, die der Explorierung der allgemeinmedizinischen Versorgungssituation psychisch kranker PatientInnen und der damit verbundenen Herausforderungen, Schwierigkeiten, Wünsche und Bedürfnisse dienen.

Wie in der theoretischen Auseinandersetzung zu Beginn dieser Arbeit ersichtlich, stellt vor allem im Hinblick auf die Versorgungsforschung und gesundheitspolitische Diskussion die verminderte Lebenserwartung bei psychisch erkrankten PatientInnen eine zentrale und unumgängliche Thematik und Problematik dar. Auch die Ergebnisse der Interviews (**Frage IF1/IF2**) zeigen, dass 16 von 17 befragten AllgemeinmedizinerInnen einen **Zusammenhang zwischen psychischer Erkrankung und einer verminderten Lebenserwartung** sehen, wenn dieser auch teilweise schwer erklärt werden kann (i1,i5,i16). Sowohl aus der Theorie als auch aus der Praxis können unterschiedlichste Gründe für diesen Zusammenhang generiert werden, welche sich zu einem wesentlichen Teil decken. Offenkundig scheinen dabei die Multifaktorialität und Komplexität für das Zusammenspiel zu sein. In der Literatur zeigen sich vor allem Wechselbeziehungen durch somatische Komorbiditäten bzw. körperlichen Begleiterkrankungen, Defizite in der somatisch-medizinischen Versorgungsqualität und deren Inanspruchnahme bzw. Zugänge, Neben- und Wechselwirkungen durch (zusätzliche) psychopharmakologische Medikation, veränderte Schmerzwahrnehmung und -äußerung sowie ein „poor health status“ für die verfrühte Sterblichkeit verantwortlich. Letzteres beschreibt unter anderem den verringerten sozioökonomischen Status, ein nachteiliges Gesundheitsverhalten (z.B. Nikotin-, Alkohol- und/oder psychotroper Substanzabusus, Adipositas, Bewegungsmangel, Ernährungsweisen, etc.), Armut, Arbeitslosigkeit, Single-Dasein, Ausgrenzung sowie multiple Stressoren und Vulnerabilitäten. Die Anzahl und Länge des Zeitraums der psychischen, aber auch der somatischen Erkrankungen scheinen zusätzlich einen negativen Einfluss auf die Lebensdauer zu haben (2,3,4,5,7,8,11,13,14,22,24,27,28). Laut Literatur stellt eine

weitere wesentliche Schwierigkeit das Erkennen bzw. die Unentdecktheit von körperlichen (aber auch psychischen) Beschwerdebildern durch „medical bias“ oder „overshadowing“ dar und führt dabei nicht selten zu einer fehlerhaften Diagnostik (6,5,15,18,21,27,28). Die Problematik der möglichen Stigmatisierung und Verunsicherung in der Behandlung von psychisch kranken Personen wird in der Literatur aufgegriffen und als Einflussfaktor für die individuelle „anders-Behandlung“ dieser speziellen PatientInnengruppe genannt (5). Umgekehrt darf auch nicht außer Acht gelassen werden, dass psychische Erkrankungen nicht nur als ätiologische (Mit-)Ursache von körperliche Erkrankungen oder einem schlechten Gesundheitszustand gelten, sondern auch als Folge oder Reaktion auf körperliches Leid und Krankheit entstehen und dabei den Heilungsverlauf und die Prognose signifikant beeinflussen können (15,17).

In der Analyse der Interviews wurde ersichtlich, dass AllgemeinmedizinerInnen den höchsten Zusammenhang in der verminderten Lebenserwartung von psychisch kranken PatientInnen im Lebensstil bzw. der jeweiligen Lebensführung und -planung sehen. Die interviewten Personen halten fest, dass es sich dabei vordergründig um Themen der Ernährung, mangelnden Bewegung bzw. Aktivität, Alkoholkonsum, Rauchen, Stress und Defizite in der Körperwahrnehmung und Lebensqualität handle (vgl. auch „poor health status“ der Literatur). Ausschlaggebend seien dabei der fehlende Mut und Motivation zu einer gesunden Lebensführung (i2,i3,i6,i7,i8,i9,i10,i11,i12). Aussagen aus der Praxis decken sich diesbezüglich mit den Erkenntnissen der Literatur. Weit verbreitet ist laut Auswertung auch die Problematik der Compliance bzw. Therapietreue (i3,i9,i10,i13,i14 sowie 17) sowie die mangelnde Lebensfreude und emotionale Befindlichkeit (i7,i11, i15,i17), welche als wesentliche Einflussfaktoren auf die Lebensqualität und Lebenserwartung gelten. Die befragten AllgemeinmedizinerInnen heben zudem die ätiologischen und komorbiden Zusammenhänge sowie wechselseitig negative Effekte zwischen körperlichen und psychischen Erkrankungen hervor, wobei hier besonders Diabetes mellitus, kardiovaskuläre Erkrankungen, Endorganschäden sowie auch Folgen des psychisch bedingten Schlafmangels genannt werden (i3,i4,i12,i14,i17). Eine höhere Vulnerabilität aufgrund mangelnder Resilienz und Ressourcen (z.B. fehlendes soziales Netz) werden in den Interviews ebenso in den Zusammenhang gestellt wie ein verfrühter Tod durch Suchttendenzen (i11,i12) und

Suizidalität (i7,i11,i17). So wie in der Literatur schon ersichtlich wurde, sehen auch steirische HausärztInnen eine große Problematik in den Wechsel- und Nebenwirkungen der psychopharmakologischen Medikation, welche in der Praxis die Behandlung von körperlichen Erkrankungen teilweise zu erschweren scheint (i11,i17 sowie Literatur 14,27,28). Interessanterweise wird - im Gegensatz zur bestehenden Literatur (3,4,5,7,8,11,13,14,22,24,27,28) - die erniedrigte somatische Versorgungsqualität nur einmal erwähnt (i3). Auch die verminderte Arbeitsfähigkeit von psychisch kranken PatientInnen galt nur für eine befragte Person als mögliche Ursache (i10).

Sowohl in der Auseinandersetzung mit der Literatur als auch in den unterschiedlichen Aussagen der ExpertInnen wird deutlich, wie komplex und vielschichtig die Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen Körper und Psyche, insbesondere im Hinblick auf Lebenserwartung und Lebensqualität, zu sein scheinen.

Wenn es darum geht, ein Bild der somatischen Versorgungssituation von psychisch kranken PatientInnen und dessen Herausforderungen zu generieren, so stellt sich die Frage nach dem „WIE“ des spezifischen Behandlungssettings bzw. **worauf AllgemeinmedizinerInnen in der direkten Behandlung und Versorgung besonders Acht geben müssen (IF6)**. Wie im theoretischen Teil bereits beschrieben, sehen auch die befragten HausärztInnen die Herausforderung darin, dass somatische (aber auch psychische) Erkrankungen nicht übersehen werden. Der Grund liegt vor allem in der (zum Teil) veränderten Schmerzwahrnehmung sowie im veränderten Ausdruck, der Bewertung und Interpretation von körperlichen Beschwerden bei psychisch kranken Personen (i1,i5,i10,i12,i17 sowie auch 6,5,14,15,18,21,27,28). PatientInnen müssen in ihrem Leid ernst genommen werden (i1,i11). Problematisch ist in diesem Hinblick die nicht zu unterschätzende Anzahl an Personen mit Somatisierungstendenzen. Dies gilt insbesondere deshalb als schwierig, da diese PatientInnen einerseits aus der Spirale der Somatisierung geholt und durch körperliche Screeningskaskaden und Abklärungsmaschinerien nicht in weitere Somatisierungszirkel gedrängt werden sollen, andererseits aber auch nicht übersehen werden darf, wenn tatsächliche somatische Risiken vorliegen. Es scheint daher notwendig ein besonderes Augenmerk darauf zu legen, Somatisierungstendenzen sorgfältig zu durchleuchten und einen adäquaten Umgang damit zu pflegen (25). So rät ein Allgemeinmediziner (i5, Seite 3, Absatz 3): „Dass

man die Aktualität der somatischen Beschwerden richtig einschätzt [und] man bedrohliche Krankheitsverläufe nicht übersieht, weil sich [die/] der [PatientIn] vielleicht nicht so äußert. [Dass man] sich in einer sehr klagsamen Situation nicht in eine übersteigerte Abklärungsmaschinerie treiben [lässt]. Also, dass man wirklich mit Augenmaß immer herausfiltert was für [die Patientin/] den Patienten wirklich dienlich ist. Aber trotz allem die somatische [Situation] nicht aus den Augen verliert“. Umgekehrt sollen sich ÄrztInnen laut einem Interviewergebnis (i14) aber auch nicht zu stark in der körperlichen „Perspektive“ bzw. Behandlung verlieren und dabei wesentliche psychische Belastungen/Probleme übersehen. Eine Unter- aber auch eine Übertherapie gilt es zu vermeiden. Der Mittelweg aus Ernstnahme aber Abwendung einer Überfokussierung auf Soma oder Psyche scheint bedeutsam zu sein (i1,i5,i6,i10,i12,i16,i17).

Des Weiteren sind nach Angaben der AllgemeinmedizinerInnen eine ordentliche und ausführliche Anamnese, welche krankheitsbedingt nicht immer einfach zu erheben ist, sowie eine adäquate Ursachenforschung das Um und Auf für eine professionelle und qualitätsvolle Versorgung von psychisch kranken PatientInnen (i2,i3,i6,i9,i10,i16). Eine ordentliche Anamnese mache es notwendig auf Aktualität und Priorität der Beschwerden (i5,i15) zu achten sowie ein besonderes Augenmerk auf die Interaktion und wechselseitige Einflussnahme von Körper und Psyche zu legen (i17 sowie 14,25). Das Zusammenspiel von Soma und Psyche sowie die unmögliche Trennung der Komplexität des Menschen lässt einmal mehr auf das biopsychosoziale Modell nach Egger (29,30,31) verweisen. Ein ganzheitlicher Ansatz scheint vor allem in der Arbeit mit psychisch kranken PatientInnen essenziell zu sein, insbesondere weil das Dickicht des Soma-Psyche-Zusammenspiels nicht selten schwer zu durchschauen ist und eine große Herausforderung im ärztlichen Alltag darstellt. Es wird in den Interviews mehrmals betont, dass besonders in der Behandlung von psychisch kranken PatientInnen die Zeitnahme und das sorgfältige Zuhören, Nachfragen und Beobachten (Mimik und Gestik) einen zentralen und wichtigen Aspekt darstellen, was sich jedoch im Arbeitsalltag in Kassenordinationen nicht immer einfach gestaltet (i4,i9,i7,i17 sowie 14,21,22,24). Das „zwischen den Zeilen Lesen“ (i3, Seite 3, Absatz 3) liefere nach Aussage einer befragten Person besonders wertvolle Informationen und Erkenntnisse für die weiterführende Diagnostik und Behandlung. Auch in der Literatur (14,22) wird die notwendige Aufwendung eines größeren Zeitfensters sowie besonderer Achtsamkeit für eine

adäquate somatischen Versorgung von psychisch erkrankten Personen erwähnt. Neben der zeitlichen und kommunikativen Sorgfalt und Wahrnehmung bedarf es aber laut steirischen AllgemeinmedizinerInnen auch einer Registrierung des psychosozialen Lebensumfelds (i9) der Patientin/des Patienten sowie der jeweiligen sozioökonomischen Situation. Letzteres ist insbesondere wichtig, wenn es um die finanzielle Leistbarkeit und Auswahl von therapeutischen Maßnahmen (Medikamente, Physiotherapie, Psychotherapie etc.) geht (i2).

Bei dieser spezifischen PatientInnengruppe muss besonders auf die Therapietreue bzw. Compliance geachtet werden, da diese aufgrund der psychischen Erkrankung häufig nicht gegeben ist und weitreichende Folgen nach sich ziehen kann. Eine genaue und sorgfältige Aufklärung hinsichtlich Notwendigkeit und Anwendung somatischer (oder psychopharmakologischer) Medikation könne diesbezüglich einen positiven Beitrag leisten (i3,i7,i8 sowie 17,24). In den Interviews wurde in diesem Hinblick auch festgehalten, dass in der Behandlung und Betreuung notbringend auf Neben- und Wechselwirkungen von (psychopharmakologischen) Medikamenten geachtet und regelmäßigen Kontrollen (klinische Untersuchungen, Labor und EKG) nachgegangen werden muss, um die weitreichenden Folgen möglichst gering zu halten. Dies deckt sich ebenfalls mit der in der Literatur erarbeiteten Problematik der Polypharmazie (14,27,28).

Im Zuge der Auseinandersetzung mit der Thematik ist es natürlich interessant zu explorieren, **in wie weit sich AllgemeinmedizinerInnen in der somatischen Behandlung von psychisch kranken PatientInnen anders verhalten, als in der Versorgung von Personen ohne psychischem Leiden (IF7)**. Die Ergebnisse zeigen, dass ein großer Teil, nämlich 8 von 17, der befragten HausärztInnen keine abweichende Behandlung angeben (i4,i5,i6,i8,i11,i13,i14,i16). 2 dieser 8 Personen erklären jedoch, dass sie einer genaueren Diagnostik nachgehen und die jeweilige Behandlung mehr Aufmerksamkeit, Zeit sowie eine genauere Wahrnehmung fordert (vgl. auch 14,21,22). Teilweise sei auch eine zusätzliche Betrachtungsweise/ Außensicht durch OrdinationsassistentInnen hilfreich und aufschlussreich (i5,i16). Der andere Teil der interviewten MedizinerInnen gibt unterschiedliche Gründe der abweichenden Behandlung an. Einerseits die besondere Beachtung von Neben- und Wechselwirkungen der unterschiedlichen Therapeutika, insbesondere wenn neue oder zusätzliche Medikamente verschrieben werden. Eine Anpassung der

Therapiedosis, vor allem eine anfängliche Niedrigdosierung oder generelle Zurückhaltung in der Therapie werden beschrieben. Für die Überwachung der Nebenwirkungen und Interaktionen der Medikamente werden engmaschigere Kontrollen sowie unterschiedliche Untersuchungen, z.B. EKG, Labor, Blutspiegel durchgeführt oder auch fachärztliche Konsultate veranlasst (i2,i3,i7,i12,i15). Diese Elemente korrelieren mit bereits erwähnten Aspekten der Literatur (14,27,28). Zum anderen ist in der Theorie und Praxis erkennbar, dass sich somatische Erkrankungen häufig sehr unterschiedlich äußern. Es ist deshalb laut AllgemeinmedizinerInnen notwendig zu hinterfragen, ob es sich tatsächlich um eine somatische Ursache oder eher um ein „psychosomatisches“ Geschehen handelt, damit eine adäquate Behandlungsstrategie entworfen werden kann (i1,i3, vgl. auch 6,5,15,18,21,27,28). Die besondere Form der Aufklärungsarbeit und noch höhere Achtsamkeit in der Behandlung wird vor allem als präventiver Faktor hinsichtlich eines etwaigen Therapieabbruchs oder mangelnder Compliance genannt (i7 sowie 17,24). Die sozioökonomische Situation von psychisch kranken PatientInnen erlaube zudem oftmals keine optimale Behandlung, da gewisse Präparate abseits der Kassenverrechnung für viele dieser Personen nicht leistbar sind. Dementsprechend wird die Therapie- und Medikamentenauswahl an die sozioökonomische Situation angepasst (i9).

In der Frage **IF9** der Leitfrageninterviews wurde explizit nach den **Schwierigkeiten, Problemen und Hindernissen im jeweiligen Arbeitsalltag mit psychisch kranken PatientInnen** gefragt. Dabei wurden eine Vielzahl an Aspekten erwähnt, welche sich größtenteils mit jenen des erarbeiteten Theorieteils und Antworten der vorangegangenen Fragen decken. Der Überschaubarkeit dienend werden hier zusammenfassend die wesentlichen Ergebnisse der Interviewanalyse angeführt und mit Erläuterungen der AllgemeinmedizinerInnen ergänzt. Überschneidende Details aus der Literatur und bereits zitierten Studien können den vorangegangenen Kapiteln dieser Arbeit entnommen werden.

Die Auswertung brachte das Ergebnis, dass die größte Problematik in der allgemeinmedizinischen Praxis in der mangelnden Compliance gesehen wird, welche sich in Nichteinnahme, falscher Dosierung, abruptes Absetzen oder on-off-use der Medikamente zeigt. Ursache seien vordergründig Ängste hinsichtlich der möglichen Nebenwirkungen (v.a. aufgrund von Infos aus Beipackzettel oder

Stigmata hinsichtlich Psychopharmaka), aber auch Vorsicht und Abneigung gegenüber Psycho- und Gesprächstherapie. Eine stabile und vertrauensvolle ÄrztInnen-PatientInnen-Beziehung, ausreichend Zeit sowie adäquate Aufklärung und Beratung hinsichtlich Benefits vs. Nebenwirkungen werden deshalb als besonders wichtig erachtet (i2,i3,i8,i9,i10,i11,i12,13,i14,i15,i16 sowie 17,19,21,24, 27). Neben- und Wechselwirkungen von Medikamenten stellen abseits der Ängste von PatientInnen teilweise eine tatsächliche Schwierigkeit dar. Es ist daher absolut notwendig eine sorgfältige Auswahl und Selektion von (psycho-)pharmakologischen Präparaten zu treffen und an die/den jeweilige/n PatientIn und deren/ dessen jeweilige Lebenssituation anzupassen. Die große Verantwortung und Herausforderung gilt besonders auch dann, wenn es zu einem Nichtansprechen der Therapie kommt (i11,i16,i17, vlg. auch 14,27,28). Es wird als hinderlich für die alltägliche Behandlung genannt, dass manche Medikamente nur nach fachärztlicher Erstverordnung verschrieben werden dürfen (i3). Aspekte der sozioökonomischen Hintergründe und Lebenssituationen müssen nicht nur hinsichtlich der genannten Leistbarkeit von pharmakologischen Präparaten und zusätzlichen Therapien beachtet werden, sondern auch hinsichtlich der Kommunikations- und Sprachauswahl in der Behandlung und Beratung von psychisch kranken PatientInnen. Dabei sollte vor allem auf Ausbildungsgrad, kognitive Beeinträchtigungen, Muttersprache, Migrationshintergründe, Kriegstraumata etc. Rücksicht genommen werden (i1,i9,i17). Die soziale Lebenssituation und das Netzwerk von psychisch kranken PatientInnen spielen zudem insofern eine große Rolle, als dass das System „Familie“ und „Beziehungen“ einen nicht zu unterschätzenden (positiven oder negativen) Einflussfaktor auf das Gesundheits- und Genesungsverhalten ausmacht. HausärztInnen sind dabei oft Teil des Systems und nehmen dabei eine bedeutsame Funktion ein (i12 sowie 25)

Viele der befragten AllgemeinmedizinerInnen sehen eine große Problematik in der Verfügbarkeit von niedergelassenen FachärztInnen für Psychiatrie und in den mangelnden Plätzen für Psychotherapie oder ähnlichen Behandlungen sowie deren Finanzierung. Vor allem die Terminvergabe im niedergelassenen Bereich, die Akutbehandlung und Rücksprache außerhalb der Einweisung in ein Aufnahmehospital sowie die generelle Bettenverfügbarkeit stellen eine unbefriedigende und schwierige Situation dar. Es wird beklagt, dass psychotherapeutische oder psychologische Behandlungen für die/den durchschnittliche/n PatientIn schlicht nicht

leistbar sind und finanzierte Kassaplätze oft monatelang nicht zur Verfügung stehen. Gerade akut notwendige Stabilisierungen oder auch Psychotherapie als Begleitung zur somatischen Behandlung in der Allgemeinmedizinischen Praxis können in der aktuellen Versorgungslandschaft nicht gewährt werden (i2,i3,i6,i14,i17 sowie 14). In diesem Zusammenhang wird erwähnt, dass sich die Rücksprache mit anderen Disziplinen (z.B. PsychotherapeutInnen, PsychologInnen etc.) nicht selten als äußerst schwierig gestaltet. Gründe hierfür scheinen vor allem an der therapeutischen Verschwiegenheitspflicht, der fehlenden Erreichbarkeit und Motivation seitens anderer Professionen und KollegInnen sowie generellen Kommunikationsproblemen (wer informiert wen, wann und warum) zu liegen. Eine Zusammenarbeit oder Rücksprache würde jedoch den hausärztlichen Behandlungsplan und dessen Erfolg wesentlich erleichtern (i11,i12 sowie 19,25,26,39).

Der Faktor Zeit und dessen höherer Bedarf in der optimalen somatischen Versorgung von psychisch kranken PatientInnen wurde bereits des Öfteren erwähnt. 7 der 17 HausärztInnen sprechen dies als explizites Problem an, da im Alltag einer überfüllten Kassenordination kaum bis keine Ressourcen und Struktur für zeitliche Zusatzaufwände vorhanden sind sowie keine adäquate finanzielle Honorierung oder Leistungsverrechnung für die Gesprächsmedizin besteht (i1,i4,i5,i11,i12,i14,i16 sowie 14,21,22,24,25,26,28). So schildert ein befragter Allgemeinmediziner: „Es ist eben so, dass man bei der psychischen Erkrankung oder eben, wenn psychische Aspekte auch betroffen sind, bei der Schilderung der Beschwerden (...) sicherlich mehr Zeit braucht. Bis ich in einen Rapport komme, bis ich wirklich eine vertrauensvolle Gesprächsbeziehung aufbaue, bis [die/]der Patient[In] sich so öffnen kann, dass [sie/]er mir von [ihrem/]seinem Befinden erzählt, braucht man mehr Zeit im Verhältnis zu einer rein somatischen [Behandlungssituation]“ (i5, S. 3, Absatz 6). Aus dem täglichen Behandlungsprozedere schildern HausärztInnen auch, dass viele der psychisch kranken PatientInnen eine fehlende Krankheitseinsicht zeigen (i1,i2,i3,i7,i10,i13,i17). Das „nicht akzeptieren“ der Erkrankung, das „nicht wahrhaben wollen“ oder „überzeugt davon zu sein, dass es ja eine organische Ursache hat“ (i10, S. 5, Absatz 3) erschweren häufig die Behandlung und bedürfen viel Geduld, Einfühlungsvermögen und Aufklärung. Es scheint so, dass manche „dann lieber einen Herzinfarkt hätten als zu wissen, dass ihre Herzneurose oder Angst eigentlich keinen organischen Grund hat“ (i7, S. 4, Absatz 2). Außerdem spielen Stigmata und falsche Vorstel-

lungen bzgl. psychischer Erkrankungen nach wie vor eine große Rolle bei, vordergründig älteren, PatientInnen. Psychische Erkrankung „darf“ und „kann“ nicht sein, so die Annahme. Psychisches Leid zu akzeptieren und anzuerkennen, anstatt körperliche Symptomatiken und Therapien vorzuschieben stellt nicht selten eine Schwierigkeit im Behandlungsprozedere dar. Die Angst vor negativer Bewertung und Vorurteilen gegenüber psychischer Erkrankung scheinen dabei teilweise noch stark verankert zu sein (i1,i14,i17).

Hinsichtlich der bereits genannten sprachlichen Herausforderung ist es laut AllgemeinmedizinerInnen auch wichtig die generelle Kommunikationssituation bzgl. psychischem Leiden zu beleuchten. Das „fassen“ Können von Beschwerden, aber auch tabuisierte Probleme, heikle Themen der individuellen Lebensgeschichte und das innere Gefühlsleben von PatientInnen brauchen ein sensibles und besonderes Vorgehen. Der richtige „Draht“ zwischen Arzt/Ärztin und PatientIn, Verständnis, sorgsames und achtsames Zuhören sowie ein vertrauensvolles Verhältnis spielen dabei eine wichtige Rolle (i1,i4,i6,i17). Einige AllgemeinmedizinerInnen sprechen in der Befragung auch ihre eigenen Grenzen in der Rolle als HausärztIn an. Gerade in der Behandlung von psychisch kranken PatientInnen ist es absolut unerlässlich auf die adäquate Verarbeitung, individuelle Überforderungszustände hinsichtlich eigener Gefühle und Situationen, auf Erschöpfung, Schutz, Übertragung sowie auf eigene körperliche und psychische Belastungen und Beanspruchungen zu achten (i5,i7 sowie 22,25). Eine befragte Person gibt zudem an, dass die mangelnde Kompetenz im Bereich psychischer Erkrankungen im hausärztlichen Alltag ein Problem darstellen kann (i5 sowie 28).

Im Anschluss an die Auseinandersetzung mit den Schwierigkeiten und Herausforderungen in der Behandlungsrealität wurde bei den ExpertInnengesprächen auch nach den **Wünschen und Verbesserungsmöglichkeiten für die optimale somatische Versorgung (IF11)** von psychisch kranken PatientInnen gefragt. Ebenfalls wurde thematisiert, was **ÄrztInnen selbst dazu beitragen können (IF12)** und was wiederum als **Wunsch oder Anstoß an die politische Seite (IF13)** gerichtet wird.

In der Analyse der Frage **IF11** wurde ersichtlich, dass 7 von 17 AllgemeinmedizinerInnen *keine* detaillierten Wünsche hinsichtlich einer somatischen Besser-

versorgung von psychisch kranken PatientInnen haben. Gründe liegen einerseits darin, dass die somatische Versorgung als adäquat und ausreichend gesehen wird bzw. sich nicht von der Versorgung psychisch gesunder PatientInnen unterscheidet und andererseits, dass die diesbezügliche Zufriedenstellung in der Verantwortung hinsichtlich Haltung und Verhalten jeder einzelnen Ärztin/jedes einzelnen Arztes selbst liege. Erwähnt wird hier eher der Wunsch nach einer besseren *psychischen* Versorgung dieser spezifischen PatientInnengruppe (i1,i4,i5,i8,i11,i15,i16). Zum Vorschein kommt jedoch das große Bedürfnis nach einer besseren Vernetzung und Zusammenarbeit mit anderen Fachdisziplinen, wie beispielsweise betreuenden PsychiaterInnen und PsychotherapeutInnen sowie gegenseitige Rücksichtnahme und Respekt vor der jeweils anderen Fachdisziplin. Fallbesprechungen und Austausch über medikamentöse Therapieanpassungen, therapeutisches Vorgehen und Fortschritte, Somatisierungstendenzen etc. wären hilfreich (i3,i7,10,i14,i17 sowie 14,19,25,26,39). So formuliert eine Allgemeinmedizinerin den Wunsch: „Ein gutes Netzwerk mit Psychiater[Inne]n und Psychotherapeut[Inn]en, mit einer Struktur, die tragfähig ist“ (i3, S. 5, Absatz 3). Außerdem wird die interdisziplinäre Zusammenarbeit in Form von Gesundheits-/Primärversorgungszentren oder Gruppenpraxen als hilfreiche und Gewinnbringende Strategie angesprochen (i3,i12 sowie 14). So wird von einem Hausarzt erklärt: „Sicher wäre es in dem Fall gut, wenn man als Arzt[Ärztin] nicht allein ist. Wenn man z.B. eine Gruppe, ein Team aus zwei Ärzt[Inn]en wäre, wo sich eine[/r] mehr mit dem einen Bereich befassen kann und [die/]der zweite angestellte Arzt[Ärztin] kümmert sich um den anderen Bereich. (...) Man kann [die beiden Bereiche] nicht auseinanderklauben, aber so wie es jetzt ist, ist man als Einzelkämpfer[In] unterwegs und quasi allein für alles verantwortlich. Im Team, in einer Gruppe könnte man sicher das eine oder andere verbessern“ (i12, S. 4, Absatz 3). Genannt wird auch das Bedürfnis nach mehr Möglichkeiten für Fallbesprechungen in Form von Supervisionen (i14). Zusätzlich erstrebenswert wäre eine Anlaufstelle für Akutfälle, also die Option für Akuttermine oder auch ein bezirksdeckender Ausbau der mobilen Versorgung, sowohl für die adäquate Versorgung psychiatrischer als auch somatischer und interagierender/zusammenhängender Belange (i2). Als konkreter Vorschlag oder Idee werden z.B. freigehaltene Terminslots für AkutpatientInnen bei FachärztInnen für Psychiatrie erwähnt. Es wird beklagt, „dass man einfach nicht zuweisen kann, wenn keine[/r] einen Termin frei hat. [Denn] in 3 Monaten braucht [die Patientin/]der Patient dann

[keinen] Termin [mehr], wenn er *jetzt* Beschwerden hat“ (i17, S. 5, Absatz 1). Der Faktor „Zeit“ kommt auch in der Inhaltsanalyse dieser Fragestellung als wesentliche Wunschkonstante zum Ausdruck (i13 sowie Literatur 21,22,24,26). Durch den Vorschlag hinsichtlich zusätzlicher Fremdanamnesen bzw. Gespräche mit Angehörigen, PflegerInnen, Betreuungspersonen sowie deren Kontrolle bzgl. Compliance/Adhärenz wäre es möglich, ein optimaleres Bild über die jeweiligen PatientInnen zu erlangen und dadurch bessere Behandlungen und Therapiepläne zu erstellen (i9). Nennenswert ist noch das angesprochene Bedürfnis einer befragten Hausärztin nach weniger Ignoranz und Tabuisierung gegenüber PatientInnen mit psychischen Erkrankungen seitens KollegInnen der Allgemeinmedizin (i6).

Abseits der geäußerten Wünsche für eine optimale Versorgung wurden die AllgemeinmedizinerInnen befragt, **was HausärztInnen selbst tun oder beitragen können, um die Versorgungssituation von psychisch kranken PatientInnen zu verbessern (IF12)**. Am häufigsten wurde diesbezüglich eine verbesserte und proaktive Zusammenarbeit, Austausch und Kontakt mit FachärztInnen, TherapeutInnen aber auch mit allgemeinmedizinischen KollegInnen genannt (i3,i7,i10,i15,i17 sowie 14,19,25,26,39). Es wird dabei erwähnt, dass auch ein räumlicher Zusammenschluss (z.B. Gemeinschaftspraxen oder Untervermietung von Therapieräumlichkeiten) zwischen AllgemeinmedizinerInnen und FachärztInnen/TherapeutInnen sinnvoll wäre, um eine multiprofessionelle und ganzheitliche Versorgung sowie einen nutzbringenden Austausch gewährleisten zu können (i2,i6,i12 sowie 14). Mehr auf (gerade psychisch kranke) PatientInnen eingehen, empathisches Einfühlen und sich Zeit nehmen werden als wesentliche Faktoren genannt, welche HausärztInnen bewusst in ihrer praktischen Tätigkeit forcieren und internalisieren können. „(Jede[er] braucht [ihr/]sein Gespräch und [ihre/]seine Zeit und möchte gerne angehört werden“ fasst eine Allgemeinmedizinerin zusammen (i2, S. 4, Absatz 4). Problematisch wird dabei jedoch die, bereits mehrmals beschriebene, gegenwärtige (finanzielle und zeitliche) Ressourcensituation in den allgemeinmedizinischen Ordinationen gesehen (i2,i4,i9 sowie 21,22,24,26,28). Eine Möglichkeit dieser Problematik zu begegnen sei zum Teil eine Frage des Selbstmanagements und der Ordinationsorganisation (z.B. Zeit, Praxisgröße, etc.). Natürlich ist dies gerade im Hinblick auf Kassenpraxen und der Misere der

Verrechenbarkeit sowie der täglichen PatientInnenzahl nur bedingt möglich und dadurch auch ein Appell an die politische Ebene (i2,i5). Es kommt in der Analyse zum Vorschein, dass trotz der gegebenen Bedingungen, gerade bei dieser spezifischen PatientInnengruppe versucht werden soll, den Kontakt bzw. regelmäßige, engmaschige Kontrolltermine (z.B. durch jährliche Vorsorgeuntersuchungen, Check-Ups, Befundbesprechungen nach fachärztlichen Überweisungen etc.) zu pflegen (i12,i13 sowie 14,27,28). So erklärt ein Hausarzt: „Man müsste [diese] Patient[Inn]en (...) wirklich regelmäßig sehen, so wie es z.B. bei Diabetiker[Inne]n ist, dass man da ein Disease-Management-Programm hat. (...) So was könnte man theoretisch auch bei (...) psychisch Kranken machen. Dass man sagt, man macht ein Management-Programm, wo anhand von einem Protokoll [die/der PatientIn] so oder so oft bestellt werden muss und diese oder jene Untersuchung dann kontrolliert [wird].“ (i12, S. 4, Absatz 5). Dem Voran steht jedoch laut ExpertInnen eine sorgfältige und gründliche somatische Untersuchung (inkl. Anamnese, körperlicher Durchuntersuchung, Fachzuweisungen, u.a.), um genannten Beschwerden auf den Grund zu gehen, psychosomatische bzw. somatisierende Tendenzen aufzuspüren und eine klare Ursachenforschung zu betreiben (i10,i11). Gerade auch psychisch erkrankte PatientInnen müssen, trotz erwähnter Problematik der Somatisierungstendenzen, in ihren körperlichen Symptomen und Beschwerden ernst genommen werden. HausärztInnen sollen zudem ein Bewusstsein für somatische Komponenten psychischer Erkrankungen haben (i16). Hinsichtlich der direkten Behandlungsthematik wird erneut erwähnt, dass besonders auf Neben- und Wechselwirkungen von Medikamenten geachtet (i17 sowie Literatur 14,27,28) und einer leitliniengerechten Behandlung von psychisch kranken PatientInnen nachgegangen werden soll (i5). So äußert ein befragter Hausarzt sein Bedürfnis, welches sich auch an die politische Ebene richtet: „dass wir in der Allgemeinmedizin ganz klare Standards für [die] Grundversorgung definieren – nicht nur in der Psychiatrie – beim Bauchschmerz, beim Brustschmerz, beim Kopfschmerz, bei der Atemnot, bei der Gangstörung, Kreuzweh – es muss überall ein Basic Level geben, der sauber, leitliniengerecht abgearbeitet wird und [dann holt man sich die] Expertise dazu“ (i5, S. 6, Absatz 1).

In den Interviews wird die bedeutsame Schlüsselrolle der AllgemeinmedizinerInnen hervorgehoben, welche sich nicht nur auf konkrete Handlungsempfehlungen, sondern vielmehr auf ein Haltungsbewusstsein bezieht:

„Mir ist wichtig, dass die Allgemeinmedizin, oder [die/]der allgemeinmedizinische [Ärztin/]Arzt, [ihre/]seine Kompetenz zur psychiatrischen Grundversorgung wahrnimmt. (...) Die hat sie vom Erstkontakt (*first contact care*), von der Generierung und Wahrnehmung: ‚Da geht es jetzt um ein psychiatrisches Problem‘. Es geht um die Koordination innerhalb dieses Krankheitsverlaufes und es geht dann letztendlich um die Kontinuität. [Denn] mit einer Diagnose und [einer Fachärztin/einem Facharzt] ist einmal ein Schritt begonnen, aber dann geht es in die Monate und Jahre des Lebens und da bedarf es kontinuierliche Versorgung. Das kann auch wieder nur [die Hausärztin/]der Hausarzt machen. [Es ist wichtig,] dass diese hausärztliche, allgemeinmedizinische und psychiatrische Grundversorgung wirklich im Bewusstsein aller Allgemein-mediziner[Innen] ist. (...) Wir haben nämlich eine Zeit der Psychologisierung hinter uns – und eine Zeit der Spezialisierung. Die Psychologisierung war das Ausschlagen des Pendels in die andere Richtung – zuerst, in den 70iger-Jahren, (...) war Medizin sehr somatisch orientiert und dann [ist es] (...) ganz in die andere Richtung [geschwankt], was oft [auch] nicht die Realität trifft. Und das andere [Thema] ist die Spezialisierung. Man hat jetzt so Denkmuster, [in denen] man sagt: ‚Es muss alles ganz genau, ganz richtig, ganz speziell, hoch professionell, hoch kompetent gelöst sein‘. Das verunmöglicht aber dann, (...) dass einfach jemand da ist, [die/]der *Comprehensive Care* macht, [die/]der also unterschiedliche Aspekte kombiniert, [die/]der überall ein Grundwissen hat, [die/]der sozusagen ein[e] Generalist[In] ist, [die/]der ein *Central Player* ist. Diese [Personen] verschreckt man damit, weil man dann natürlich sagt ‚Darfst du überhaupt als [Hausärztin/]Hausarzt SSRIs verschreiben?‘ Ich könnte mir vorstellen, dass viele meiner Kolleg[Inn]en sagen: ‚Das ist nicht meine Aufgabe‘. Das heißt, diese Spezialisierung und auch ‚Es muss alles ganz richtig sein!‘ führt dazu, dass die Generalist[Inn]en unter Druck kommen. Es traut sich bald keine[er] mehr. Auch die Jungen trauen sich's nicht. (...) Also Spezialisierung als Gefahr für eine schöne, umfassende

Versorgung. (...) Davor stehen wir nämlich wirklich und nicht nur in Österreich, ich glaube europaweit“ (i5, S. 6, Absatz 1 sowie 25).

In der Analyse der Interviews wurde darüber hinaus deutlich, dass AllgemeinmedizinerInnen selbständig einen stärkeren Fokus auf Fort- und Weiterbildungen oder Balint-Gruppen legen sollten, um einen besseren Handling in der Versorgung von psychisch kranken PatientInnen in ihrem eigenen Arbeitsalltag sicherstellen zu können. Ein hohes Maß an Eigeninitiative sowie Interesse sei hierbei gefragt (i1,i3,i7 sowie 14,24,25,28,39). Nicht zu unterschätzen ist laut Analyse die hausärztliche Initiative für Aufklärungsarbeit, Sensibilisierung und Bewusstseinschaffung hinsichtlich der Zusammenhänge und Wechselwirkungen von Körper und Psyche (i14 sowie 14,25,29,30,31).

Neben der Frage was AllgemeinmedizinerInnen selbst zu einer besseren Versorgung beitragen können, wurde in den Interviews auch nach den **Wünschen an die Politik (IF13)** gefragt. Als häufigstes Anliegen wurde der erhöhte Bedarf an Kassen-/Planstellen, sowohl für die Allgemeinmedizin als auch für Psychiatrie und andere Fächer, geäußert. Besonders Kinder- und JugendpsychiaterInnen mit Kassenvertrag fehlen in der Versorgungslandschaft sowie für Kooperationen und Zuweisungen (i1,i2,i10,i13,i17). Der Wunsch nach Erleichterung in der Kommunikation und im Austausch zwischen AllgemeinmedizinerInnen untereinander und anderen FachärztInnen wird als expliziter Wunsch an die politische Ebene formuliert. Durch eine dementsprechende Schaffung von (Infra-)Strukturen zur Kooperation, Zusammenschluss und Austausch sollte dies forciert und vereinfacht werden. Ohne tatsächliche Veränderungen in einer übergeordneten Instanz, seien Bemühungen und Initiativen auf der Mikroebene jedoch nur schwer möglich (i2,i3,i5,i12,i17 sowie auch 14,19,25,26,39). Als essenzielles Bedürfnis kommt der notwendige Ausbau von finanziellen (und auch zeitlichen) Ressourcen zum Ausdruck. Ohne die Bereitstellung von finanziellen Mittel seitens politischer EntscheidungsträgerInnen kann keine adäquate direkte Versorgung und kein langfristiger Aufbau von Strukturen ermöglicht werden (i2,i6,i9,i15,i16). Die Problematik der finanziellen Honorierung von HausärztInnen, insbesondere für die ausgeübte Gesprächsmedizin, zeitliche (Zusatz-)Aufwände und psychiatrische/ psychotherapeutische Behandlungsposten stellt eine massive Unzufriedenheit und ein Ungleichgewicht in der Versorgung dar. Die Honorierung gehöre neu gestaltet,

um einen Anreiz zu schaffen sich optimal kümmern und Zeit nehmen zu können (i9,i11,i12 sowie 21,24.26,28). Ein befragter Mediziner beklagt, dass „der, der sich bemüht, quasi draufzahlt. Wenn ich heute z.B. mehr Laboruntersuchungen mache, dann ist es so, dass, je mehr ich mache, desto weniger [bekomme] ich für den Blutwert bezahlt. (...) Das müsste umgekehrt sein. Es müsste [die/]der, [die/]der aktiver tätig ist, [die/]der mehr tut, belohnt werden dafür. Es muss ein Anreiz geschaffen werden“ (i12, S. 4, Absatz 6). Eine große Schwierigkeit stellen auch die gesetzlichen Beschränkungen dar, welche aus Sicht der AllgemeinmedizinerInnen dringend gelockert werden müssen. Das Wollen in der Zusammenarbeit sei teils bereits gegeben, aber die gesetzlichen Bestimmungen und Vorschriften würden die tatsächlichen Umsetzungen (z.B. das Anstellen von TherapeutInnen, ÄrztInnen u.a.) erschweren (i3,i4,i12). Einen wesentlichen Meilenstein für Zusammenschlüsse und die Verbesserung der Grundversorgung haben die 2017 beschlossenen gesetzlichen Rahmenbedingungen für Primärversorgungseinrichtungen gebracht und bieten erste neue Veränderungsschritte für ein patientInnennahes Gesundheitsnetzwerk und eine multiprofessionelle Versorgung. Die Wichtigkeit dieser Thematik wird auch in den Gesprächen mit den AkteurInnen aus der Praxis an vielen Stellen ersichtlich. So werden einerseits die Bedürfnisse nach mehr Austausch, Kooperation und Zusammenarbeit gefordert (siehe oben) und andererseits auch explizite Wünsche nach dem Ausbau von Primärversorgungseinheiten bzw. Gesundheitszentren/Gruppenpraxen/Netzwerken (i1,i5 sowie 14) sowie der Sicherstellung einer lückenlosen Grundversorgung (vor allem auch im ländlichen Bereich) genannt (i1,i5 sowie 14). So erklärt ein Hausarzt: „Das heißt, dass ich mich mit meinen Allgemeinmedizinkolleg[Inn]en, aber auch mit den Fachkolleg[Inn]en und den anderen Berufsgruppen gut austauschen kann [und] wir uns gut vertreten können. Dass es ein lückenloses Netz der Grundversorgung gibt, das heißt, [dass,] auch wenn ich als [Hausärztin/]Hausarzt frei habe, ich weiß, dass mein[e] Angstpatient[In], mein[e] möglicherweise suizidgefährdete[er] Patient[In] auf Knopfdruck immer eine[er]n Ansprechpartner[In] hat, dass es keine Luftlöcher im Netz der Versorgung gibt“ (i5, S. 5, Absatz 2). Auch die Niederlassung von FachärztInnen für Psychiatrie sollte gerade im ländlichen Bereich gefördert werden, um niederschwellige Zugänge und die Versorgung von AkutpatientInnen zu ermöglichen (i5,i10,i13,i17). Es brauche dringen Möglichkeiten und Anlaufstellen, an welche AllgemeinmedizinerInnen im Not- oder Akutfall überweisen oder auch

interdisziplinär zusammenarbeiten können (Adaptierungen von Medikation, pro/ contra von Behandlungen, Informationsaustausch etc.). Dies gelte für FachärztInnen unterschiedlicher Disziplinen, nicht nur für jene der Psychiatrie. So meinen befragte AllgemeinmedizinerInnen, dass es ein Ansatz wäre, wenn niedergelassene FachärztInnen zumindest ein gewisses Kontingent an AkutpatientInnen zeitnah aufnehmen bzw. versorgen müssen und dies gesetzlich/vertraglich gut reglementiert werden würde (i10,i13,i17). Auch die Ausweitung von psychotherapeutischen und psychologischen Anlaufstellen sowie dementsprechende Personalposten in Gesundheitszentren, Krankenhäusern, v.a. auch in Abteilungen der Chirurgie, Inneren Medizin etc., wäre wünschenswert (i3,i14 sowie 14). Umgekehrt wird in der Literatur beschrieben, dass es auch in psychiatrischen Abteilungen die Notwendigkeit der vermehrten Implementierung von allgemeinmedizinischen Fertigkeiten und dementsprechendem Personal gibt. Die Betonung der Interdisziplinarität wird hier erneut deutlich (28).

Die anfallenden Koordinationen in der Behandlung psychisch erkrankter PatientInnen, die Organisation von Therapieplätzen/fachärztlichen Zuweisungsterminen und auch die Diagnosefindung stellen für HausärztInnen nicht selten komplexe, (zeit-)aufwändige und herausfordernde Prozesse dar, welche im Praxisalltag nur schwer bewältigbar sind. Unterstützung durch Personen, welche genau diese Prozesse in der Ordination steuern und umsetzen, wäre hilfreich und entlastend (i1). Die von einigen AutorInnen (15,17,23,25,38) im Theorieteil erwähnte Implementierung von geprüften Screening- und Diagnostikinstrumenten könnte zudem eine hilfreiche Unterstützung, insbesondere in der Früherkennung psychischer (Begleit-)Erkrankungen, bieten. Parpart und Schneider (2006) unterstreichen, dass diagnostischen und differenzialdiagnostischen Kompetenzen von ÄrztInnen verbessert und geschult gehören (25).

Hinsichtlich der unmittelbaren Behandlung sollte die Handlungskompetenz von praktischen ÄrztInnen erweitert und verstärkt werden – als namhaftes Beispiel werden Überweisungen für Magnetresonanztomographien (MRTs) genannt. Hierfür werden aktuell fachärztliche Überweisungen benötigt. Dies stellt jedoch aufgrund der bereits genannten Ressourcen- und Terminproblematik eine große Herausforderung dar und könne auch von kompetenten AllgemeinmedizinerInnen übernommen werden. Dasselbe gelte für die Verschreibung gewisser Medikamente

und Therapien. „Man nimmt uns überhaupt nicht ernst“, so ein Hausarzt im Interview (i11, S. 7, Absatz 1).

Es liegt in der Verantwortung politischer Instanzen und InteressensvertreterInnen, erhobene Hindernisse und Unstimmigkeiten aus dem direkten Behandlungsalltag aufzugreifen und unmittelbar an optimierenden und konkreten Verbesserungsschritten zu arbeiten. In den Interviewanalysen wird ersichtlich, dass sich AllgemeinmedizinerInnen gegebenen Strukturen, gesetzlichen Vorgaben und Regelungen sowie Entscheidungen oberer Instanzen vielmals ausgeliefert, durch diese teils deutlich eingeschränkt und gegenüber anderen Fachdisziplinen benachteiligt fühlen. Eigeninitiative und selbständige Verbesserungsschritte seien aufgrund der starren Rahmenbedingungen, finanzieller Honorierungsproblematiken sowie mangelhafter Kommunikation und Austausch zwischen den Professionen nur bedingt möglich. Der Appell für konkrete Adaptierungen und Modifikationen wird an politische EntscheidungsträgerInnen und AkteurInnen gerichtet. Dennoch kommt in den Gesprächen auch zum Vorschein, dass HausärztInnen – so wie natürlich auch MedizinerInnen anderer Fachdisziplinen – gefordert sind, in den gegebenen Strukturen hinsichtlich der eigenen Haltungen, Bewusstseins-schaffung, Fort- und Weiterbildungen, Ordinationsstrukturen sowie der multiprofessionellen Netzwerkarbeit bestmöglich eigeninitiativ aktiv zu werden.

Die Relevanz und Schlüsselfunktion der hausärztlichen Rolle in der somatischen und auch psychiatrischen Versorgung wird über die Literatur hinweg sowie auch in den Interviewgesprächen deutlich. Gerade AllgemeinmedizinerInnen sind nicht selten die ersten Ansprech- und Vertrauenspersonen, BeobachterInnen, ZuhörerInnen, LebensbegleiterInnen, BeraterInnen, VernetzerInnen, KombinerInnen, KoordinatorInnen, UnterstützerInnen in Entscheidungsfindungen und schwierigen Krankheits- und Lebensumständen, VermittlerInnen, fachliche ExpertInnen, (Er)KennerInnen von Gefährdungen, Veränderungen in Wesen, Gesundheit, Krankheit und Körperlichkeit aber auch des individuellen Lebensumfelds ihrer PatientInnen und vieles mehr. Gerade für chronisch erkrankte PatientInnen nehmen HausärztInnen eine wesentliche und beträchtliche Funktion in der Langzeitbetreuung nach dem biopsychosozialen Modell ein (20). Es sei zudem, wie im theoretischen Teil bereits erarbeitet, nochmal erwähnt, dass die Haltung bzw. das Verhalten von HausärztInnen einen signifikanten Einfluss auf das Behandlungs-

resultat, die Besserung der Beschwerdesymptomatik, Compliance, die Therapie- und Behandlungszufriedenheit sowie das subjektive Wohlbefinden und Bewerten von medikamentösen Wirkungen bzw. Nebenwirkungen von PatientInnen mit psychischen Erkrankungen nehmen (17,24).

Es gilt als unerlässlich AllgemeinmedizinerInnen in ihrer Wichtigkeit für die Gesellschaft und Gesundheitsversorgung zu erkennen, in ihrer unentbehrlichen und wertvollen Rolle wertzuschätzen sowie Strukturen und Anreize zu schaffen, welche ein optimales und motiviertes Arbeiten, insbesondere mit der speziellen Gruppe an psychisch erkrankter PatientInnen, sowie eine bereichernde und effiziente Zusammenarbeit mit anderen Professionen (FachärztInnen, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen etc.) zu ermöglichen.

### **6.1.2 Resümee, Legitimation und Ausblick**

Wie in den Inhaltsanalysen ersichtlich, haben viele unterschiedliche, sich aber wiederholende, Themen große Relevanz für praktizierende ÄrztInnen. Einerseits kommt zum Ausdruck, wo Probleme, Hindernisse und Unzufriedenheiten liegen, zum anderen werden konkrete Wünsche, Bedürfnisse und auch Handlungsempfehlungen und Lösungsansätze formuliert. Ersichtlich wird, dass die, in den Interviews genannten Aspekte größtenteils mit jenen der Literatur korrelieren und Aktualität beweisen. Es werden aber auch Themen angesprochen, welche in der theoretischen Vorarbeit nicht bedacht wurden. Gerade im persönlichen Gespräch mit den ExpertInnen kamen, oft auch Emotionsbehaftete, Themen zum Vorschein, welche in einer quantitativen Erhebung, z.B. mittels Fragebogen, vermutlich nicht in dieser Form zum Ausdruck gekommen wären. Die Leitfadeninterviews und deren qualitative Inhaltsanalyse ermöglichen eine Art Stimmungsbild über aktuelle Befindlichkeiten und Sichtweisen von aktiven AllgemeinmedizinerInnen und liefern gerade deshalb relevante Informationen für Diskussionen, Handlungsempfehlungen und künftige Entscheidungen. Die erhobenen Inputs aus der direkten Praxis erscheinen realitätsnah, aktuell, maßgebend und fernab von theoretischen Konstrukten oder politischen Interessen. Als legitimierend könnte zum Teil die Subjektivität der InterpretInnen, deren jeweiliger wissenschaftlicher und persönlicher Background sowie Alter, Geschlecht und Profession der InterviewerInnen und InterpretInnen sein. Zudem könnten auch die jeweilige Tagesverfassung, Stress-

level, Uhrzeit und Sympathie zwischen InterviewerIn und Ärztin/Arzt sowie die Gesprächsstimmung Einfluss auf das Gesagte genommen haben. Um die Subjektivität in der Auswertung zu minimieren, wurde im Mehrpersonen-Team sowie mit Gegenkontrollen/-analysen gearbeitet. Ausbaufähig wäre die Anzahl an Interviews, deren Erhöhung jedoch aufgrund Projekt- und Zeitressourcen nicht möglich gewesen wäre. Interessant wäre zudem die Befragung von AllgemeinmedizinerInnen, welche abseits eines Kassenvertrags als WahlärztInnen tätig sind.

Weiterführende, bereits fixe Bestandteile des ausgehenden Großprojekts „Psyche, Ökonomie, Medizin: Spannungsfelder in der Versorgung psychiatrischer Patientinnen und Patienten im österreichischen Gesundheitswesen“ sind einerseits die qualitative Befragung von niedergelassenen FachärztInnen für Psychiatrie sowie eine quantitative Fragebogenerhebung von psychisch kranken PatientInnen zum Thema der individuell wahrgenommenen somatischen Versorgungssituation und -qualität. Beides soll ergänzend die aktuelle Versorgungssituation möglichst objektiviert und transparent darstellen, um eine tatsächliche und tragbare Grundlage für spätere Empfehlungen, Verhandlungen und Entscheidungen zu generieren. Des Weiteren werden ökonomische Aspekte anhand ausgewählter Indikatoren in Kooperation mit der „Gesundheit Österreich (GÖG)“ erforscht. Sie sollen die ökonomische Problematik der somatischen Versorgungslage psychisch kranker PatientInnen näher beleuchten.

Wünschenswert wäre darüber hinaus eine künftige Anknüpfung an diese Arbeit, in welcher hinsichtlich gewonnener Ergebnisse nach bereits bestehenden Projekten, Initiativen und Konzepten in der österreichischen/steirischen Gesundheitslandschaft gesucht wird, diese auf Relevanz, Sinnhaftigkeit und Umsetzung geprüft werden, evtl. weitere Gespräche/Interviews mit EntscheidungsträgerInnen und ExpertInnen geführt und konkrete Handlungsempfehlungen für die Mikro- und Makroebene des Gesundheitswesens erarbeitet werden. Ziel sollte es sein, die aktuelle Versorgungssituation möglichst objektiviert darzustellen, somatische Behandlungsprozesse für psychisch kranke PatientInnen, insbesondere hinsichtlich der allgemeinmedizinischen Versorgung, zu optimieren und etwaige Benachteiligungen zu minimieren. Die in Studien und Gesprächen feststellbare Verminderung der Lebenserwartung von psychisch kranken PatientInnen soll ein Anlass

sein, Versorgungsstrukturen, Abläufe und Prozedere so zu adaptieren, dass negativ einflussnehmende Faktoren auf ein Minimum reduziert werden können.

Es ist die Aufgabe von MedizinerInnen selbst sowie notwendigerweise von politischen AkteurInnen, InteressensvertreterInnen und VersorgungsforscherInnen Bewusstseinsbildung zu schaffen und gemeinsam an Modellen zu arbeiten, welche eine Minderversorgung, Ausgrenzung oder Benachteiligung von spezifischen PatientInnengruppen – seien es jene mit psychischen Erkrankungen, Migrations- oder Fluchthintergründen, geriatrischer Multimorbidität, geistiger Beeinträchtigung oder auch nicht zu unterschätzenden Genderthematiken – unterbinden. Ich erachte es als einen gesellschaftlichen Auftrag, ein Absolutum und oberste Priorität, sich gerade jenen Themen zu widmen, welche Missstände, Ungleichgewichte und Handlungsnotwendigkeiten aufzeigen. Nur so kann an zukunftssträchtigen, lösungsorientierten, nutzbringenden, effizienten und in erster Linie patientInnengerechten Versorgungsformen gearbeitet sowie eine optimale und professionelle Behandlungsqualität sichergestellt werden. Es ist absolut unerlässlich, dass auf politischer Ebene, aber auch in direkten Behandlungssettings, verantwortungsvolle Entscheidungen getroffen und Strukturen geschaffen werden, welche die Erreichung aller PatientInnengruppen gleichermaßen, fernab von Stigmatisierung und Benachteiligung, garantieren und bewerkstelligen können.

## 7 Literaturverzeichnis

(1) Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of All-Cause and Suicide Mortality in Mental Disorders: A Meta-Review. *World psychiatry*. 2014;13(2):153-160.

(2) Druss BG, Zhao L, Von Esenwein S, Morrato EH, Marcus SC. Understanding Excess Mortality in Persons With Mental Illness: 17-Year Follow Up of a Nationally Representative. *Survey Medical Care*. 2011; 49(6):599-604.

(3) Druss BG, Bradford WD, Rosenheck RA, Radford MJ, Krumholz HM. Quality of Medical Care and Excess Mortality in Older Patients with Mental Disorders. *Archives of General Psychiatry*. 2001;58(6):565-572.

(4) Laursen TM, Munk-Olsen T, Agerbo E, Gasse C, Mortensen PB. Somatic Hospital Contacts, Invasive Cardiac Procedures and Mortality from Heart Disease in Patients with Severe Mental Disorder. *Archives of General Psychiatry*. 2009;66(7):713-720.

(5) Vistorte AOR, Ribeiro WS, Jaen D, Jorge MR, Evans-Lacko S, Mari JDJ. Stigmatizing attitudes of primary care professionals towards people with mental disorders: A systematic review. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*. 2018;53(4):317-338.

(6) Botega NJ, Silveira GM. General Practitioners' Attitudes Towards Depression: A Study in Primary Care Setting in Brazil. *International Journal of Social Psychiatry*. 1996;42(3):23-37.

(7) Scott KM, Lim C, Al-Hamzawi A, Alonso J, Bruffaerts R, Caldas-de-Almeida JM, Kessler RC u.a. Association of Mental Disorders with Subsequent Chronic Physical Conditions. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(2):150-158.

(8) Ilyas A, Chesney E, Patel, R. Improving life expectancy in people with serious mental illness: Should we place more emphasis on primary prevention? *British Journal of Psychiatry*. 2017;211(04):194-197.

(9) Crump C, Winkleby MA, Sundquist K, Sundquist J. Comorbidities and Mortality in Persons With Schizophrenia: A Swedish National Cohort Study. *American Journal of Psychiatry*. 2013;170(3):324-333.

- (10) Crump C, Sundquist K, Winkleby MA, Sundquist J. Comorbidities and Mortality in Bipolar Disorder. *JAMA Psychiatry*. 2013;70(9):E3-E9.
- (11) Wahlbeck K, Westman J, Nordentoft M, Gissler M, Laursen TM. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *British Journal of Psychiatry*. 2011;199(06):453-458.
- (12) Joukamaa M, HeliöVaara M, Knekt P, Aromaa A, Raitasalo R, Lehtinen V. Mental disorders and cause-specific mortality. *British Journal of Psychiatry*, 2001;179(06):498-502.
- (13) Nordentoft M, Wahlbeck K, Hällgren J, Westman J, Ösby U, Alinaghizadeh H, Laursen TM, u.a. Excess Mortality, Causes of Death and Life Expectancy in 270,770 Patients with Recent Onset of Mental Disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLoS ONE*. 2013;8(1):1-11.
- (14) Hewer W, Schneider F. Somatische Morbidität bei psychisch Kranken. *Der Nervenarzt*. 2016;87(7):787-801.
- (15) Klesse C, Baumeister H, Bengel J, Härter M. Somatische und psychische Komorbidität. *Psychotherapeut*. 2008;53(1):49-62.
- (16) Härter M, Baumeister H, Reuter K, Jacobi F, Höfler M, Bengel J, Wittchen HU. Increased 12-Month Prevalence Rates of Mental Disorders in Patients with Chronic Somatic Diseases. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2007;76(6):354-360.
- (17) Schulz H, Barghaan D, Harfst T, Dirmaier J, Watzke B, Koch U. Versorgungsforschung in der psychosozialen Medizin. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*. 2006;49(2):175-187.
- (18) Hewer W, Schneider F. Somatische Morbidität psychisch Kranker. In: Schneider F, Hrsg. *Facharztwissen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag; 2017: 571-581.
- (19) Wohlgenannt M, Margreiter U, Lang M, Hagleitner J. Ärzte und Ärztinnen für Allgemeinmedizin als potenzielle Schnittstelle zwischen Patient(inn)en und Psychotherapeut(inn)en in Bezug auf psychische und psychosomatische Probleme. *Psychotherapie Forum*. 2006;14(4):206-210.

- (20) Linden M, Muschalla B, Keßler U, Schwantes U, Gensichen J. Behandlungsoptionen und Behandlungsreserven in der hausärztlichen Langzeitbetreuung psychisch Kranker. Zeitschrift für Allgemeinmedizin. 2016;92:121-127.
- (21) Ebel H, Beichert K. Depressive Störungen bei Patienten der Allgemeinmedizin: Früherkennung und therapeutische Ansätze. Deutsches Ärzteblatt. 2002;99(3):124-130.
- (22) Jank R, Liegl G, Böckle M, Vockner B, Pieh C. Häufigkeit somatoformer Syndrome in der Allgemeinmedizin. Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. 2017;63(2):202-212.
- (23) Becker N, Abholz HH. Prävalenz und Erkennen von depressiven Störungen in deutschen Allgemeinarztpraxen - eine systematische Literaturübersicht. ZFA - Zeitschrift für Allgemein-medizin. 2005;81(11):474-481.
- (24) Hartmann S, Zepf S. Psychische Erkrankungen in der primärärztlichen Versorgung. PPM – Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie. 2003;53(11):446-454.
- (25) Parpart J, Schneider W. Primärversorgung von psychischen und psychosomatischen Patienten. Psychotherapeut. 2006;51(5):381-394.
- (26) Dorr F, Maun A, Farin-Glattacker E, Fichtner U, Bengel J. (2019). Kooperation in der Versorgung psychischer Störungen aus hausärztlicher, fachärztlicher und fachpsychotherapeutischer Perspektive. Verhaltenstherapie. 2019;1-11.
- (27) Hewer W, Fießl H. Körperliche Erkrankungen bei psychiatrischen Patienten. Fortschritte der Neurologie – Psychiatrie. 2009;77(12):720-737.
- (28) Hewer W, Fießl H, Hermle L. Körperliche Erkrankungen bei psychiatrischen Patienten – Teil II. Wechselwirkungen psychischer Störungen mit somatischer Komorbidität im Alltag der Krankenversorgung. Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie. 2011;79(06):58-372.
- (29) Egger JW. Das biopsychosoziale Krankheitsmodell - Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses von Krankheit. Psychologische Medizin. Forschung und Lehre, Research. 2005;16(2):3-12.

- (30) Egger JW. Das biopsychosoziale Krankheits- und Gesundheitsmodell. In: Egger JW, Hrsg. Integrative Verhaltenstherapie und Psychotherapeutische Medizin. Ein biopsychosoziales Modell. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2015: 53-83.
- (31) Egger JW. Der biopsychosoziale Krankheitsbegriff in der Praxis. Psychotherapeut. 2001;46(5):309-316.
- (32) Abholz HH, Kochen MM. Definition der Allgemeinmedizin. In: Kochen MM, Hrsg. Duale Reihe Allgemeinmedizin und Familienmedizin. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2017: 502-506.
- (33) Europäische Gesellschaft für Allgemeinmedizin - WONCA EUROPE. Die Europäische Definition der Allgemeinmedizin/ Hausarztmedizin. Kollegium für Hausarztmedizin, 2002 [Download am 22.09.2019]. URL: [https://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/EUROPAISCHE\\_DEFINIION%20DER\\_ALLGEMEINMEDIZIN\\_HAUSARZT-MEDIZIN.pdf](https://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/EUROPAISCHE_DEFINIION%20DER_ALLGEMEINMEDIZIN_HAUSARZT-MEDIZIN.pdf).
- (34) Mayring P. Qualitative content analysis: theoretical foundation, basic procedures and software solution. Klagenfurt, 2014 [Download am 12.11.2019]. URL: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-395173>.
- (35) Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 10. Auflage. Weinheim und Basel: Beltz Verlag; 2008.
- (36) Österreichische Gesellschaft für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin in der Allgemeinmedizin. ÖÄK-PSY-Diplome. 2019 [zitiert am 18.10.2019]. URL: [oegpam.at/index.php/aus-und-fortbildung/psy-diplome](http://oegpam.at/index.php/aus-und-fortbildung/psy-diplome).
- (37) Medizinischen Universität Graz. Curriculum für das Diplomstudium Humanmedizin. Version 18, 2019 [Download am 04.11.2019]. URL: [https://www.medunigraz.at/fileadmin/studieren/humanmedizin/pdf/studienplan\\_V18\\_01102019.pdf](https://www.medunigraz.at/fileadmin/studieren/humanmedizin/pdf/studienplan_V18_01102019.pdf).
- (38) Reuter K, Härter M. (2010). Screening und Diagnostik komorbider psychischer Störungen bei körperlichen Erkrankungen. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz. 2010;54(1);22-28.

(39) Spießl H, Semsch I, Cording C, Klein HE. Erwartungen niedergelassener Nervenärzte und Allgemeinärzte an die psychiatrische Klinik. Der Nervenarzt. 2001;72(3);190-195.

#### **Interviewreferenzen:**

(i1) AllgemeinmedizinerIn 1. UKAF. ExpertInneninterviews zur allgemeinmedizinischen Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung in der Steiermark (Österreich). Graz; 2018.

(i2) AllgemeinmedizinerIn 2. RGIG. ExpertInneninterviews zur allgemeinmedizinischen Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung in der Steiermark (Österreich). Graz; 2018.

(i3) AllgemeinmedizinerIn 3. RGIP. ExpertInneninterviews zur allgemeinmedizinischen Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung in der Steiermark (Österreich). Graz; 2018.

(i4) AllgemeinmedizinerIn 4. HTCS. ExpertInneninterviews zur allgemeinmedizinischen Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung in der Steiermark (Österreich). Graz; 2018.

(i5) AllgemeinmedizinerIn 5. AGIS. ExpertInneninterviews zur allgemeinmedizinischen Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung in der Steiermark (Österreich). Graz; 2018.

(i6) AllgemeinmedizinerIn 6. IDOC. ExpertInneninterviews zur allgemeinmedizinischen Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung in der Steiermark (Österreich). Graz; 2018.

(i7) AllgemeinmedizinerIn 7. RKRK. ExpertInneninterviews zur allgemeinmedizinischen Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung in der Steiermark (Österreich). Graz; 2018.

(i8) AllgemeinmedizinerIn 8. OJTA. ExpertInneninterviews zur allgemeinmedizinischen Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung in der Steiermark (Österreich). Graz; 2018.

(i9) AllgemeinmedizinerIn 9. ALIW. ExpertInneninterviews zur allgemeinmedizinischen Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung in der Steiermark (Österreich). Graz; 2018.

(i10) AllgemeinmedizinerIn 10 ALAM. ExpertInneninterviews zur allgemeinmedizinischen Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung in der Steiermark (Österreich). Graz; 2018.

(i11) AllgemeinmedizinerIn 11. EWDE. ExpertInneninterviews zur allgemeinmedizinischen Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung in der Steiermark (Österreich). Graz; 2018.

(i12) AllgemeinmedizinerIn 12. IEÖJ. ExpertInneninterviews zur allgemeinmedizinischen Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung in der Steiermark (Österreich). Graz; 2018.

(i13) AllgemeinmedizinerIn 13. RTUP. ExpertInneninterviews zur allgemeinmedizinischen Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung in der Steiermark (Österreich). Graz; 2018.

(i14) AllgemeinmedizinerIn 14. RGCS. ExpertInneninterviews zur allgemeinmedizinischen Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung in der Steiermark (Österreich). Graz; 2018.

(i15) AllgemeinmedizinerIn 15. MALK. ExpertInneninterviews zur allgemeinmedizinischen Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung in der Steiermark (Österreich). Graz; 2018.

(i16) AllgemeinmedizinerIn 16. IPAW: ExpertInneninterviews zur allgemeinmedizinischen Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung in der Steiermark (Österreich). Graz; 2018.

(i17) AllgemeinmedizinerIn 17. RGPS. ExpertInneninterviews zur allgemeinmedizinischen Versorgung von Menschen mit psychischer Erkrankung in der Steiermark (Österreich). Graz; 2018.

## 8 Anhang - Interviewleitfaden

### Allgemeine Vorbemerkungen für InterviewerInnen

- *Setting*: Einzelinterviews; ruhiger, geschlossener Raum; Unterbrechungen (z.B. Telefon) vermeiden; ausreichend Zeit einplanen
- *Haltung*: neutral; keine Worte in den Mund legen; Sprechpausen erlauben; Ausreden lassen; nicht ins Wort fallen
- *Vorgehen bei knapper, unergiebigem Beantwortung der Fragen*: Nachfragen/ Nachhaken (z.B. „Könnten Sie das bitte etwas genauer ausführen?“)
- *Vorgehen bei Abschweifungen*: zum eigentlichen Thema zurückführen (z.B. „Um auf das Thema zurückzukommen, wie sehen Sie ...?“)

Name AllgemeinmedizinerIn: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

InterviewerIn: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Dauer: \_\_\_\_\_

### Vorstellung und Datenschutz

Aufklärung über Projekt, Ablauf und Datenschutz.

[*Einverständniserklärung vorlegen und unterschreiben lassen.*]

### Allgemeine Fragen zur Person/Ordination

„Bevor wir mit dem eigentlichen Interview beginnen, würde ich Ihnen gerne ein paar kurze Fragen zu Ihrer Person und zu der Ordination, in der Sie tätig sind, stellen.“

AF1 Geschlecht:  männlich  weiblich

AF2 Darf ich Sie fragen, wie alt Sie sind? \_\_\_\_\_ (in Jahren)

AF3 Kassenvertrag:

Kassenarzt/-ärztin  Wahlarzt/-ärztin  Primärversorgungszentrum

AF4 Region:  Stadt  Land

AF5 EinwohnerInnenzahl: \_\_\_\_\_

AF6 Anzahl der AllgemeinmedizinerInnen in diesem Ort/Stadtteil: \_\_\_\_\_

AF7 Nähe zum/zur nächsten PsychiaterIn (in Kilometer):

- niedergelassen \_\_\_\_\_

- Klinische Abteilung/stationär \_\_\_\_\_

AF8 Seit wie vielen Jahren sind Sie als Hausärztin/Hausarzt tätig? \_\_\_\_\_

AF9 Haben Sie eine Ausbildung im psychologischen/ psychotherapeutischen/ psychiatrischen Bereich?  Nein  Ja

a. Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

AF10 Wie viele Personen sind in Ihrer Ordination angestellt? \_\_\_\_\_

*„Nun würde ich Ihnen gerne ein paar kurze Fragen zu den PatientInnen, die Sie in Ihrer Ordination behandeln, stellen.“*

AF11 Wie viele Patientinnen und Patienten kommen pro Woche ca. in Ihre Ordination?  
\_\_\_\_\_

AF12 Wie würden Sie die sozioökonomische Schicht/ das Bildungsniveau Ihres PatientInnenpools beschreiben?  
[ ] sehr hoch, [ ] eher hoch, [ ] gemischt, [ ] eher niedrig, [ ] sehr niedrig

AF13 Wie hoch schätzen Sie den Prozentsatz an Patientinnen und Patienten, bei welchen es aufgrund der sprachlichen Barriere zu Anamnese-/ und Behandlungsschwierigkeiten kommt? \_\_\_\_\_ (in Prozent)

AF14 Wie hoch schätzen Sie den Prozentsatz an Patientinnen und Patienten in Ihrer Ordination, die neben ihren somatischen Beschwerden eine zusätzliche diagnostizierte/bekanntete psychische Erkrankung aufweisen? \_\_\_\_\_ (in Prozent)

AF15 Wie hoch schätzen Sie den Anteil an Patientinnen und Patienten, die Sie sowohl wegen einer psychischen als auch einer körperlichen Erkrankung behandeln?  
\_\_\_\_\_ (in Prozent)

AF16 Wie hoch schätzen Sie den Prozentsatz an Personen, die vordergründig zur Behandlung einer psychischen Erkrankung in Ihre Ordination kommen?  
\_\_\_\_\_ (in Prozent)

AF17 Mit welchen psychischen Erkrankungen kommen Sie in Ihrer Ordination am häufigsten in Berührung:  
\_\_\_\_\_

Einleitungsfrage (um zum Thema hinzuführen)

*„Ich würde jetzt gerne etwas in die Tiefe gehen und Ihnen ein paar offene Fragen stellen. Sie können ganz frei auf diese Fragen antworten.“*

IF1 Gibt es Ihrer Meinung nach einen Zusammenhang zwischen psychischen Erkrankungen und der Lebenserwartung? [ ] ja [ ] nein

IF2 *Wenn ja*, wie hängen psychische Erkrankungen und Lebenserwartung zusammen?  
*Wenn nein*, können Sie Ihre Antwort etwas näher erläutern/erklären?

Diagnose und Behandlung psychischer Erkrankungen

*„Ich würde nun gerne mehr über die Diagnostik und die Behandlung psychischer Erkrankungen in Ihrer Ordination erfahren.“*

IF3 Nehmen wir an, eine Patientin/ein Patient berichtet über psychische Probleme oder Symptome – unter welchen Umständen überweisen Sie (für die Diagnose oder Behandlung) die Person an eine Fachärztin/einen Facharzt?

IF4 Gibt es bestimmte Erkrankungen, bei denen Sie (für die Diagnose) *eher* an eine Fachärztin/einen Facharzt überweisen?

### Somatische Behandlung psychisch kranker Personen

*„Kommen wir zur somatischen Behandlung psychisch kranker Personen in Ihrer Ordination.“*

- IF5 Bei wie vielen der psychisch kranken Patientinnen und Patienten behandeln Sie nur die körperliche Erkrankung? \_\_\_\_\_ (in Prozent)
- IF6 Worauf muss man Ihrer Meinung nach besonders achtgeben, wenn man somatische Beschwerden oder Krankheiten bei psychisch kranken Menschen behandelt?
- IF7 Inwieweit behandeln Sie die somatischen Beschwerden/Krankheiten einer psychisch kranken Person anders als wenn keine psychische Störung vorliegt?
- IF8 Unter welchen Umständen halten Sie Rücksprache/Austausch mit anderen Berufsgruppen wie Psychiaterinnen/ Psychiatern, Psychotherapeutinnen/ Psychotherapeuten oder Psychologinnen/ Psychologen?

### Probleme bei der Behandlung psychisch kranker Personen

*„Als nächstes möchte ich auf mögliche Probleme bei der Behandlung psychisch kranker Personen zu sprechen kommen, die Ihnen in Ihrer alltäglichen Praxis begegnen.“*

- IF9 Welche Schwierigkeiten/Probleme/Hindernisse tauchen bei der Behandlung von psychisch kranken Personen auf?

### Verbesserungsvorschläge für die Behandlung psychisch kranker Personen

*„Kommen wir von den Problemen zu den Lösungsansätzen.“*

- IF10 Wo sehen Sie bei Allgemeinmedizinerinnen und Allgemeinmedizinern Verbesserungsbedarf, was das Wissen über psychische Erkrankungen sowie deren Behandlung betrifft?
- IF11 Was würden Sie sich wünschen, um eine optimale somatische Versorgung psychisch kranker Personen umsetzen zu können?
- IF12 Was können Ärztinnen und Ärzte selbst tun, um die somatische Versorgung psychisch kranker Personen zu verbessern?
- IF13 Was könnte die Politik tun, um die somatische Versorgung psychisch kranker Personen zu verbessern?

### Abschließendes, Interviewatmosphäre

*„Wir sind jetzt am Ende des Interviews. Abschließend möchte ich nur noch fragen.“*

- IF14 Wie ist es Ihnen bei diesem Interview ergangen?
- IF15 Möchten Sie noch etwas hinzufügen? Hat etwas gefehlt?

### Persönlicher Eindruck der Interviewerin/ des Interviewers [eigene Notizen]