

Können Qualitätszirkel Kosten dämpfen?

Auswertung von Abrechnungsdaten niedergelassener Ärzte
eines Qualitätssicherungsprojektes zur Psychosomatischen
Grundversorgung (PSGV)

von Dipl.-Psych. Heide Glaesmer
aus Leipzig

von der Fakultät VIII -Wirtschaft und Management-
Institut für Gesundheitswissenschaften der Technischen Universität Berlin

zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Gesundheitswissenschaften (Dr. P.H.)

genehmigte Dissertation

Promotionsausschuss:

Vorsitzender: Prof. Dr. K.-D. Henke
Gutachter: Prof. Dr. H.-C. Deter,
Gutachter: Prof. Dr. U. Maschewsky-Schneider,

Tag der wissenschaftlichen Aussprache: 7. Oktober 2004

Berlin 2004
D 83

Können Qualitätszirkel Kosten dämpfen?

Auswertung von Abrechnungsdaten niedergelassener Ärzte eines Qualitätssicherungsprojektes zur Psychosomatischen Grundversorgung (PSGV)

Dissertation am Institut für Gesundheitswissenschaften der TU Berlin

Autorin: Dipl.-Psych. Heide Glaesmer

Hintergrund: Der zunehmende Kostendruck und die Qualitätsmängel in der Gesundheitsversorgung erfordern effiziente Strategien, die Qualität verbessern und gleichzeitig Kosten dämpfen. Inwieweit die verschiedenen Qualitätssicherungsinstrumente dazu geeignet sind, kann anhand der vorliegenden Studien nicht ausreichend beantwortet werden, da ärztliche Qualitätszirkel in der BRD bisher nicht umfassend evaluiert sind. Deshalb ist es schwierig, generalisierbare Aussagen über deren Auswirkungen auf die Versorgungsqualität und die Versorgungskosten zu machen. Die vorliegende Dissertation untersucht am Beispiel der Qualitätszirkel in der Psychosomatischen Grundversorgung die Frage, ob Qualitätszirkel Kosten dämpfen können.

Methoden: Zwischen 1994 und 1997 wurde u. a. durch die FU Berlin das BMG-Projekt „Qualitätssicherung in der Psychosomatik“ durchgeführt. Dabei nahmen niedergelassene Ärzte in Berlin an Qualitätszirkeln zur Psychosomatischen Grundversorgung teil. Die Medikamentenverordnungskosten von 16 Ärzten der Qualitätszirkel und 12 Ärzten einer Kontrollgruppe wurden über 13 Quartale analysiert. Die Untersuchung bezieht zusätzlich Arbeitsfähigkeitsdaten und Medikamentenverordnungen, v. a. bei psychotropen Medikamenten (Hypnotika/Sedativa, Analgetika/Antirheumatika und Psychopharmaka) ein.

Ergebnisse: Die Ärzte der Qualitätszirkel hatten signifikant weniger Patienten als die Ärzte der Kontrollgruppe. Sowohl über den Gesamtzeitraum (1994-1997), als auch in einzelnen Teilabschnitten konnten trotz großer Mittelwertsunterschiede keine Differenzen zwischen Qualitätszirkel- und Kontrollgruppe hinsichtlich der Medikamentenverordnungskosten nachgewiesen werden. Dies ist in erster Linie auf die große Varianz innerhalb der Gruppen und die kleine Stichprobengröße zurückzuführen. Es wurde aber deutlich, dass sich die beiden Gruppen im Zugang zur Qualitätssicherungsmaßnahme im II. Quartal 1994 nicht unterschieden. Während sich in der Kontrollgruppe über den Projektzeitraum der Anteil von Patienten mit Medikamentenverordnungen erhöhte, nahm dieser bei den Ärzten des Qualitätszirkels ab. Es zeigte sich eine günstige Entwicklung der Arbeitsfähigkeitsdaten zwischen 1995 und 1997. Die Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle nahm signifikant ab und damit reduzierte sich auch die Zahl der verursachten Arbeitsunfähigkeitstage signifikant. Neben der untersuchten Auswirkung der ärztlichen Weiterbildung gibt es eine Vielzahl weiterer Faktoren, die das ärztliche Handeln beeinflussen. In einer ergänzenden Analyse wurde deshalb das Arztgeschlecht als eine dieser Variablen untersucht. Die männlichen Ärzte verordneten signifikant häufiger und mehr psychotrope Medikamente an ihre Patientinnen und Patienten als ihre Kolleginnen.

Zusammenfassung: In der vorliegenden Arbeit konnte die erwartete kostendämpfende Wirkung der Qualitätszirkel nicht nachgewiesen werden. Es lässt sich jedoch nicht sagen, ob es sich dabei um ein Stichprobenproblem handelt, oder ob es diese Effekte tatsächlich nicht gibt. Zwei aktuelle Studien zum Thema zeigen ebenfalls keine kostendämpfenden Wirkungen und unterstützen damit den Eindruck, dass es keine ökonomischen Effekte in Qualitätszirkeln gibt. Bekannt ist aber auch, dass in Qualitätszirkeln, die sich direkt mit dem Ordnungsverhalten beschäftigten, Kostensenkungen nachgewiesen werden konnten. Um Kosten zu senken, scheint es also wichtig zu sein, dass die Kostenkomponente im Mittelpunkt der Maßnahme steht. Die vorliegende Arbeit zeigt auch, welche Bedeutung das Arztgeschlecht für das therapeutische Handeln hat. Dies sollte in Ausbildung, Forschung und Praxis mehr Beachtung finden. Um sichere Aussagen über die Wirkungen von Qualitätszirkeln machen zu können, ist es notwendig, die Evaluation als integralen Bestandteil dieser zu etablieren und damit umfangreiche Daten zu dieser Fragestellung zu gewinnen.

Do Quality Circles diminish Costs of Care?

Accounting data analysis of primary care physicians in a Quality Assurance Project in psychosomatic basic care

Dissertation at the Institute of Public Health, Technical University of Berlin

Author: Heide Glaesmer

Background: Increasing costs and quality deficits in health care are requiring efficient strategies to both improve quality of care and to control the increase in costs. On the basis of the available studies it is impossible to determine to what extent the different quality assurance instruments are useful. Since there is no comprehensive evaluation of quality circles in Germany, it is difficult to make a general statement about their impact on quality and costs of care. This dissertation exemplary investigates, if quality circles are able to diminish costs of care in psychosomatic basic care.

Methods: Between 1994 and 1997 the Ministry-of-Health-Project "Quality Assurance in Psychosomatics" was realized at the Free University of Berlin. Primary Care Physicians in Berlin were taking part in quality circles for psychosomatic basic care. The prescribing costs of 16 physicians of the quality circles and 12 physicians of a control group were analyzed for 13 quarters. Additionally, disablement data and prescribing data for psychotropic drugs (psychotropic drugs, hypnotics and analgesics) were included.

Results: The physicians of the quality-circles had significantly fewer patients than the physicians in the control group. In the whole period (1994 –1997) as well as in several time segments no significant differences in the prescribing costs between quality circle- and control-group-physicians could be proved because of the large differences in the means. First of all, it is an effect of the large variance in the groups and the small sample size. In the beginning of the quality assurance project in the second quarter of 1994 the two groups did not differ. Whereas over the period of the quality circles in the control group the share of patients with prescriptions is rising, in the quality circle-group it is decreasing. The number of cases and thus the days of disablement decreased significantly. Beside the effect of quality circles a lot of other factors influence physicians practical work. Therefore, an additional analysis about effects of the physicians' gender was made. Male physicians prescribed significantly more and more often psychotropic drugs to their patients.

Summary: The analysis could not prove the expected cost-diminishing effect of quality circles. However it is ambiguous, if it is a problem of the study sample or if this effect is not existent. Nor could two current studies not prove these effects and thus support the impression that there are no economic effects of quality circles. On the other hand it is known that quality circles which especially deal in prescriptions are successful in diminishing prescribing costs. That is why it seems to be important to especially target cost of care in the quality circle. The analysis shows the influence of the physicians' gender on therapeutic acting. This should be taken into consideration in education, research and practical work. For a convincing statement about the effects of quality circles it seems to be important to implement evaluation as an integral part of quality circles and to thus gain better datasets.

Inhaltsverzeichnis

	Seite
1. Einleitung	5
2. Theoretischer Hintergrund und Stand der Forschung	
2.1. Qualität im Gesundheitswesen	
2.1.1. Begriffsbestimmung	8
2.1.2. Qualität und Wirtschaftlichkeit	10
2.1.3. Qualitätssicherung in der Medizin	11
2.1.4. Instrumente der Qualitätssicherung	15
2.2. Evaluation qualitätssichernder Maßnahmen	21
2.2.1. Die Bestimmung von Qualitätsindikatoren	22
2.2.2. Empirische Ergebnisse zur Evaluation von Qualitätszirkeln	23
2.2.3. Evaluation gesundheitsökonomischer Wirkungen	27
2.3. Die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen der BRD	30
2.4. Psychische Störungen im ambulanten Sektor	
2.4.1. Definition psychischer Störungen	35
2.4.2. Epidemiologie	36
2.4.3. Diagnostik	43
2.4.4. Behandlung	47
2.4.5. Individuelle und gesellschaftliche Folgen	52
2.5. Die Psychosomatische Grundversorgung (PSGV)	
2.5.1. Historische Entwicklung	58
2.5.2. Die Einführung der PSGV	59
2.5.3. Definition der PSGV	60
2.5.4. Praktische Erfahrungen mit der PSGV	64
2.5.5. Die Bedeutung der PSGV im vertragsärztlichen Bereich	67
2.6. Das Verbundprojekt Qualitätssicherung in der PSGV	68
2.6.1. Die Bestandsaufnahme in der PSGV	69
2.6.2. Instrumente und Methoden	69
2.6.3. Qualitätssichernde Maßnahmen	71
2.6.4. Durchführung im Studienzentrum Berlin	73
3. Fragestellungen und Hypothesen	75
4. Methodik	
4.1. Ablauf des Projektes	80
4.2. Datengrundlage	81
4.3. Stichprobenbeschreibung	85
4.4. Auswertungsverfahren	87

5. Ergebnisse	
5.1. Auswirkungen auf die direkten Kosten	92
5.1.1. Direkte Kosten I	92
5.1.2. Direkte Kosten II	101
5.1.3. Verordnungen in einzelnen Medikamentengruppen	105
5.2. Entwicklung der indirekten Kosten (Arbeitsunfähigkeit)	106
5.3. Einflüsse weiterer Variablen auf das ärztliche Handeln	
5.3.1. Einflüsse von Arzt- und Patientengeschlecht auf die Medikamentenverordnungen	111
5.3.2. Einflüsse verschiedener Arztmerkmale auf die Arbeit in der PSGV	116
6. Diskussion	121
7. Literaturverzeichnis	139
8. Anhang	
Verzeichnis der Abbildungen und Diagramme	153
Verzeichnis der Tabellen	155
Abkürzungsverzeichnis	156
Thesenpapier	158
Kurzfragebogen	159
Lebenslauf	161
Veröffentlichungen	162
Versicherung	164

1. Einleitung

Das soziale Sicherungssystem der Bundesrepublik Deutschland gerät finanziell mehr und mehr unter Druck. Die demographischen Veränderungen und die Entwicklung der medizinisch-technischen Möglichkeiten führen zu steigenden Gesundheitsausgaben, während im Gegenzug die Finanzierungsgrundlage der Gesetzlichen Krankenversicherung in der Bundesrepublik Deutschland kleiner wird. Gleichzeitig wurden in den letzten Jahren deutliche Qualitätsmängel in der Gesundheitsversorgung aufgedeckt.

Die daraus resultierenden Auseinandersetzungen um Kostendruck und Qualitätsmängel bilden einen wesentlichen Bestandteil der aktuellen Gesundheitspolitik der BRD. Die zentrale Frage, wie man Qualität sichern bzw. verbessern und gleichzeitig die entstehenden Kosten senken oder zumindest eine weitere Ausgabensteigerung verhindern kann, wird dabei aus verschiedensten Blickwinkeln und Interessen diskutiert. Im ambulanten Sektor ist vor allem der Arzneimittelmarkt in den letzten 20 Jahren in den Mittelpunkt kostendämpfender Eingriffe gerückt. Die Wirkungen entsprechender Interventionen waren jedoch meist nur kurz- oder mittelfristig. Gleichzeitig brachten verschiedene Untersuchungen mehr und mehr Klarheit über die Qualitätsmängel in der medikamentösen Versorgung der Patienten.

Wirtschaftlichkeit kann als eine Qualitätsdimension betrachtet werden. Außerdem muss Qualitätssteigerung nicht mit einer Erhöhung der Kosten einhergehen. Die Problematik der Über-, Unter- und Fehlversorgung ist als der wichtigste Ansatzpunkt für eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung zu sehen, die gleichzeitig eine günstige Wirkung auf die Ausgabenentwicklung haben kann. Das Ziel dieser Bemühungen ist eine bedarfsgerechte und kostengünstige Versorgung. Das Zusammenspiel aus der Erschließung der vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven und der Überwachung und Verbesserung der Qualität der erbrachten Leistungen kann im Sinne einer Rationalisierung helfen, fortschreitende Rationierung bzw. einen weiteren Anstieg der Sozialabgaben zu vermeiden. Neben der erwarteten positiven Wirkung auf die Beschäf-

tigungszahlen wird damit auch der Verantwortung für eine angemessene Qualität der Gesundheitsversorgung gegenüber den Versicherten Rechnung getragen.

Zur Sicherung und Verbesserung der Qualität in der ambulanten Versorgung werden verschiedene Instrumente eingesetzt, die auf der Mikroebene, also bei den Ärzten, angreifen und deren Handeln beeinflussen sollen. Vor diesem Hintergrund ergibt sich die Frage, welche Eigenschaften auf Arztseite das diagnostische und therapeutische Handeln beeinflussen und wie diese Faktoren korrigiert bzw. angepasst werden können.

Eines der wesentlichen Qualitätssicherungsinstrumente in der ambulanten Versorgung sind die Qualitätszirkel. Diese können als Fortbildung zur Kompetenzerhöhung der Ärzte gesehen werden. Zunächst stellt sich die Frage, ob Qualitätszirkel zur Erhöhung der Versorgungsqualität geeignet sind. Betrachtet man weiter Qualität und Kosten als Einheit, leitet sich daraus auch die Frage nach den Auswirkungen auf die ökonomischen Parameter ab. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR-KAG) betont in seinem Jahrgutachten 2000/2001 die Bedeutung der Qualitätssicherung der Qualitätssicherung, hebt aber gleichzeitig hervor, dass es für die BRD bisher nur wenig gesicherte Erkenntnisse über die Wirksamkeit von Qualitätszirkeln gibt [Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2001a].

Psychische Störungen und psychosoziale Problemlagen haben in der ambulanten ärztlichen Arbeit eine große Bedeutung. Gleichzeitig ist bekannt, dass diese häufig nicht angemessen diagnostiziert und behandelt werden, also Unter-, Über- und Fehlversorgung auftreten. Für Depressionen wurde dies vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen explizit festgestellt [Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2001b]. Bereits 1987 wurde in der BRD die Psychosomatische Grundversorgung eingeführt, um den biopsychosozialen Ansatz in der ambulanten Versorgung verstärkt zu etablieren und damit eine Verbesserung der Versorgung psychischer Störungen im ambulanten Sektor zu erreichen.

Dennoch weisen aktuelle Hausarztstudien auf gravierende Versorgungsmängel in diesem Bereich hin.

Im Projekt „Qualitätssicherung in der Psychosomatik“ wurden mit Ärzten der Psychosomatischen Grundversorgung in Berlin Qualitätszirkel durchgeführt. Diese sollten das Wissen und die diagnostischen und therapeutischen Kompetenzen der Ärzte hinsichtlich psychischer Störungen erhöhen. Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit der Frage, ob die erwartete Kompetenzerhöhung auch zu einer kostendämpfenden Wirkung dieser Qualitätszirkel führt. Zu diesem Zweck wurden Medikamentenverordnungen, Verordnungskosten und Arbeitsunfähigkeitsdaten über den Verlauf des Qualitätszirkels und im Vergleich mit einer Kontrollgruppe untersucht.

Die diagnostischen und therapeutischen Kompetenzen der Ärzte sind qualitätsbestimmende Eigenschaften, die sich durch Aus-, Fort- und Weiterbildung steuern lassen. Gleichzeitig findet sich aber eine Vielzahl anderer Arztmerkmale wie z.B. Geschlecht und Alter des Arztes, die nicht veränderbar sind, aber möglicherweise das ärztliche Handeln ebenso beeinflussen. In der vorliegenden Arbeit wird deshalb auch der Frage nachgegangen, wie sich das Arztgeschlecht auf das Ordnungsverhalten auswirkt. Vor dem Hintergrund der Psychosomatischen Grundversorgung interessieren dabei die psychotropen Medikamente. Darüber hinaus soll anhand subjektiver Angaben der Ärzte gezeigt werden, wie sich Ausbildungsmerkmale, Geschlecht und Alter des Arztes auf die Arbeit im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung auswirken.

Im Vergleich veränderbarer und feststehender Arztmerkmale stellt sich die Frage nach der Steuerbarkeit und Standardisierbarkeit ärztlichen Handelns. Dies soll in Bezug auf die Gestaltung und Umsetzung qualitätssichernder Maßnahmen diskutiert werden.

2. Theoretischer Hintergrund und Stand der Forschung

2.1. Qualität in der Gesundheitsversorgung

2.1.1. Begriffsbestimmung

Der Begriff Qualität wird allgemein sowohl im Sinne von Beschaffenheit, als auch von Güte oder Wert verwendet. Vor dem Hintergrund der Qualität in der Gesundheitsversorgung wird auf die Bedeutung von Güte abgezielt.

In der DIN EN ISO Norm 8402 ist Qualität folgendermaßen definiert [Deutsches Institut für Normung, 1995]:

„ ... Gesamtheit von Merkmalen (Merkmalswerten) einer Einheit, bezüglich Eignung, festgelegte und vorausgesetzte Erfordernisse zu erfüllen.“

Diese allgemeine Begriffsbestimmung muss für das Gesundheitssystem spezifiziert werden. Eine weit verbreitete Definition wurde durch das Institute of Medicine (IOM) erarbeitet:

„Quality of care is the degree to which health services for individuals and populations increase the likelihood of desired health outcomes and are consistent with current professional knowledge“ (zitiert nach [Gerlach, 2001])

Beide Definitionen zielen auf den Vergleich von Ist- und Sollzustand bzw. von erreichtem und gewünschtem Zustand ab. In der Definition des Sollzustandes („desired health outcomes“) ist dabei das wesentliche Problem zu sehen. Dieser kann aus den verschiedenen Perspektiven der Akteure im Gesundheitswesen unterschiedlich festgelegt sein.

Donabedian schlug **drei Ebenen** vor, auf denen Versorgungsqualität eingeschätzt werden kann (Tab.1)[Donabedian, 1982]

Tab.1: Drei Ebenen der Versorgungsqualität nach Donabedian [AOK-Bundesverband, 2002]; [Donabedian, 1982]

Strukturqualität	persönliche Qualifikation des Arztes und des Personals, die Vorhaltung apparativer, technischer und räumlicher Ausstattungskapazitäten des Behandlungsortes
Prozessqualität	Handlungsprozesse der zwischenmenschlichen und medizinischen Interaktion und Organisationsleistungen, die zur Versorgung von Patienten unternommen werden (Indikationsstellung, Diagnostik, Therapie und Optimierung der Behandlungsabläufe)
Ergebnisqualität	Behandlungsergebnis (Heilungsquoten, Komplikationen, Mortalitätsraten, Lebensqualität)

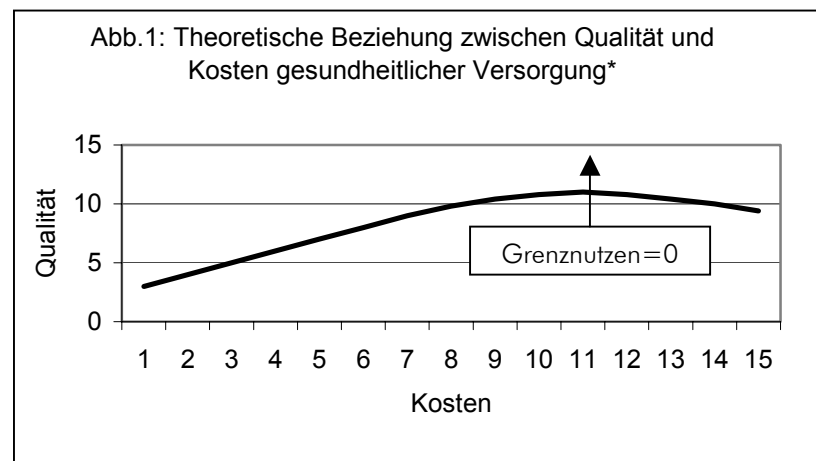
Da gute Struktur- und Prozessqualität nicht zwangsläufig mit einer guten Ergebnisqualität einhergehen müssen, sollte letztlich die Ergebnisqualität einer Behandlung für deren Bewertung entscheidend sein. Zur Untersuchung der Qualität auf den verschiedenen Ebenen sind geeignete Erhebungsmethoden und Messinstrumente von großer Bedeutung. In den letzten Jahren fanden patientenorientierte Parameter, wie z.B. Lebensqualität des Patienten, mehr und mehr Berücksichtigung [Klemperer, 1996].

Die vorgenommene Unterteilung in Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität wird einer Unterscheidung der verschiedenen Sichtweisen der beteiligten Personengruppen (Ärzte und Patienten) der beteiligten Institutionen (Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen usw.) nicht gerecht. Eine entsprechende Differenzierung der verschiedenen Interessenlagen ist vor allem für die Betrachtung konkreter Einzelfragestellungen von Bedeutung und fördert dort zum Teil gravierende Abweichungen zu Tage.

2.1.2. Qualität und Wirtschaftlichkeit

Ziel der Qualitätsdiskussion im Gesundheitswesen ist es, eine patienten- und bedarfsgerechte, fachlich qualifizierte und wirtschaftliche Versorgung zu gewährleisten. Damit werden die in §70 des SGB V festgelegten Forderungen nach Qualität und Wirtschaftlichkeit in der Gesundheitsversorgung umgesetzt [Brucks, 1992]. Die Ressourcenknappheit hat die Diskussion über den Zusammenhang von Qualität und Wirtschaftlichkeit befördert. Die Verhinderung von Über- und Fehlversorgung und die Erreichung einer bestmöglichen Qualitäts-Kosten-Relation sind die Ziele dieser Diskussion. Dieser Ansatz führt aber nicht selten zu einer unklaren Abgrenzung der Begriffe Qualität und Kosten in der gesundheitspolitischen Diskussion. Der Einsatz von Qualitätsstandards zur Ressourcenallokation ist grundsätzlich zu begrüßen, sollte aber in seiner Entscheidungsfindung sehr kritisch betrachtet werden. Die Festlegung entsprechender Qualitätsindikatoren, welche die Interessen der verschiedenen Akteure berücksichtigen, stellt dabei die größte Herausforderung dar. Im deutschen Gesundheitswesen spielt die Qualität als Entscheidungskriterium eine wesentliche Rolle, da für viele Leistungen definierte Preise angesetzt werden.

Von den meisten Autoren wird der Zusammenhang zwischen Kosten und Qualität als nicht zwangsläufig linear beschrieben. Auch ohne jeglichen Einsatz finanzieller Mittel existiert eine kostenfreie Versorgung in Form von Laien- und Selbsthilfe. Bis zu einem bestimmten Punkt nimmt mit zunehmendem Einsatz finanzieller Mittel die Qualität der Versorgung stetig zu. Je größer die Qualität bereits ist, um so geringer ist der Zugesinn durch steigende Kosten, da der Grenznutzen¹ der eingesetzten Mittel sinkt. An einem bestimmten Punkt kann durch weiteren Ressourceneinsatz kein qualitativer Zuwachs mehr erreicht werden. Danach setzt Überversorgung ein, die Qualität sinkt wieder [Gerlach, 2001](Abb.1).



*nach [Gerlach, 2001], Seite 71

Aus ökonomischer Sicht besteht eine optimale Versorgung in der Erreichung eines möglichst hohen Grenznutzens. Aus Patientensicht wird höchstwahrscheinlich ein höherer Ressourceneinsatz gewünscht, der zu einer Erreichung des maximalen Gesamtnutzens führt. Die gesellschaftlichen und individuellen Zielvorstellungen sind in sinnvoller Weise aufeinander abzustimmen. In den aktuellen Diskussionen spielt die Hoffnung, durch die Ausschöpfung von Rationalisierungsreserven Rationierung vermeiden zu können, eine große Rolle. Die Kritik, dass durch Rationalisierung Rationierung entsteht, ist vor allem in Hinblick auf sozial benachteiligte Bevölkerungsschichten (z. B. chronisch kranke und alte Menschen) und deren bereits jetzt bestehende Unterversorgung angebracht.

In den letzten Jahren ist die Einführung einer qualitätsorientierten Vergütung problematisiert worden. Da jedoch alle vorhandenen Systeme Vor- und Nachteile besitzen, sind die Diskussionen darüber bisher zu keinem praktisch umgesetzten Ergebnis gekommen.

2.1.3. Qualitätssicherung in der Medizin

Die Begriffe Qualitätssicherung, -kontrolle und -management wurden oft synonym oder zumindest uneinheitlich gebraucht. In der internationalen Literatur ist das **Quali-**

¹ Der Grenznutzen (Nutzenzuwachs) nach H.H. Gossen: „Mit zunehmender Konsumtion eines beliebig teilbaren Gutes nimmt der Nutzen jeder weiteren konsumierten Einheit des Gutes ab.“ Wenn der Gesamtnutzen sein Maximum erreicht, ist der Grenznutzen gleich Null [Bontrup, 1998].

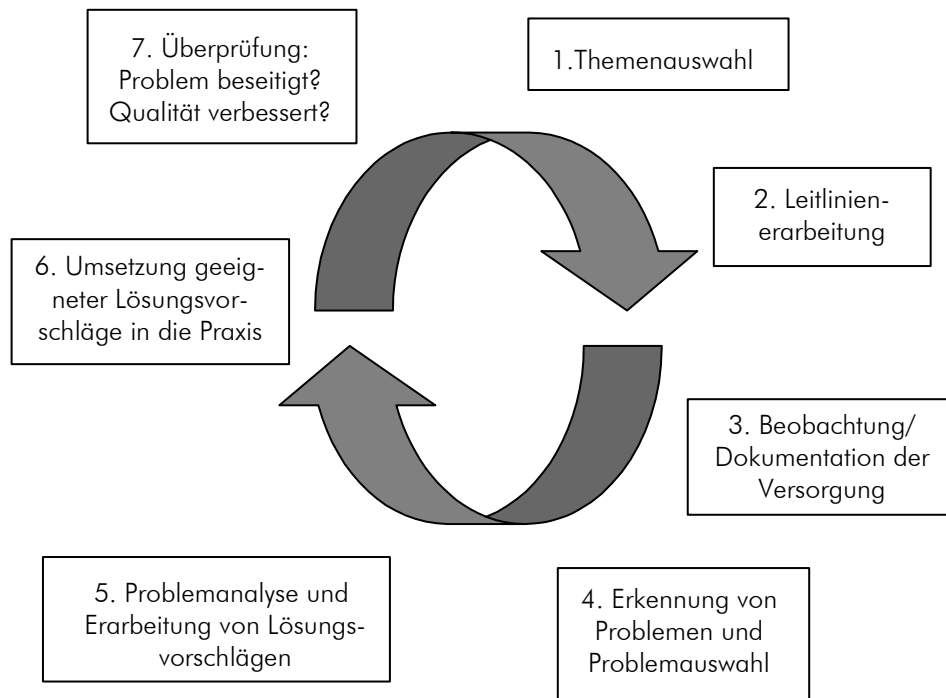
tätsmanagement als übergeordnetes Element zu sehen, in dem alle Maßnahmen der Qualitätsplanung und -kontrolle, der Qualitätssicherung und -verbesserung nach einer bestimmten Qualitätspolitik mit festgelegten Zielen und Verantwortlichkeiten in einem Kreisprozess (Abb.2) zusammengeführt werden [AOK-Bundesverband, 2002]. Im Gegensatz dazu wird in den deutschen Gesetzestexten **Qualitätssicherung** als übergeordneter Begriff für die Gesamtheit aller primär und explizit qualitätsorientierten Maßnahmen und Zielsetzungen verwendet. Qualitätsmanagement dagegen wird als Umsetzungsmethode verstanden [Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2001a]. Nach Gerlach wurde Qualitätssicherung (quality assurance)² ursprünglich im deutschsprachigen Raum als Oberbegriff benutzt, der heute zunehmend mit Qualitätsmanagement bezeichnet wird [Gerlach, 2001]. Die Verwendung dieser Begriffe befindet sich in einem Wandel. Da für den Bereich der Allgemeinmedizin der Begriff der Qualitätssicherung aber weiterhin akzeptiert ist, und dieser auch im Projekt, das Grundlage der Arbeit ist, so verwendet wurde, soll im Weiteren der Begriff Qualitätssicherung verwendet werden.

Der **Kreisprozess** von Qualitätssicherungsprojekten ist in Abbildung 2 dargestellt und bildet die Grundlage für jede systematische und problemorientierte Qualitätsförderung. Er ist auf alle Bereiche der Gesundheitsversorgung anwendbar. Einer der schwierigsten, aber unerlässlichen Schritte besteht in der Evaluation der Wirkungen der eingesetzten Strategie in der Praxis [Gerlach, 2001]. Selbmann beschreibt diesen Schritt als wesentlichen Bestimmungsfaktor qualitätssichernder Maßnahmen [Selbmann, 1995].

Neben diesem Kreisprozess finden sich in der internationalen Literatur ähnliche Konzepte. Der PDCA-Zyklus (Plan-Do-Check-Act) nach Deming stammt aus der Industrie, wird aber heute, vor allem im englischsprachigen Raum, auch auf die Gesundheitsversorgung angewandt. Die Qualitätsspirale stellt Qualitätsförderung als kontinuierlichen Prozess entlang einer Zeitachse dar, der aus einem stetigen Wechsel von Problemlösung und Evaluation besteht [Gerlach, 2001].

² In Großbritannien wird synonym auch der Begriff „(medical) audit“ verwendet [Gerlach, 2001].

Abb.2: Elemente des Qualitätskreislaufes nach [Gerlach, 2001], Seite 15



Es muss zwischen externer und interner Qualitätssicherung unterschieden werden. In der **externen Qualitätssicherung** werden externe Qualitätsmaßstäbe herangezogen. Externe Qualitätskontrollen hingegen sind im Wesentlichen dadurch gekennzeichnet, dass sie durch externe Personen durchgeführt werden.

Die externe Qualitätssicherung hat eine lange Tradition. Mit Richtlinien zur Qualifikation und zur technischen Ausstattung oder mit Vergleichsdaten verschiedener Einrichtungen wurden vor allem Struktur- und Prozessparameter berücksichtigt. Bei der **internen Qualitätssicherung** findet die Qualitätsfeststellung, -beurteilung und -sicherung institutionsintern statt. Eine der geläufigsten Maßnahmen in diesem Bereich sind die Qualitätszirkel. Die systematische Qualitätsverbesserung auf der Grundlage interner Prozesse ist inzwischen weitestgehend akzeptiert, da diese direkt auf individuellen Lernprozessen basiert, und sich auch mit ihren weiteren Gestaltungsmerkmalen für die Anwendung im ambulanten Bereich eignet [Gerlach, 2001].

Die **gesetzlichen Grundlagen** im Sozialgesetzbuch V (SGB V) wurden im Gesundheitsreformgesetz 1989 (GRG), im Gesundheitsstrukturgesetz 1993 (GSG), im zweiten Neuordnungsgesetz 1997 (2.NOG) und zuletzt im GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 um Regelungen erweitert, die sich mit der Qualität der medizinischen Versorgung befassen. Grundlagen der gesetzlichen Regelungen zur Qualität sind §2 und §12 des SGB V. Dort werden die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) definiert und mit einem Wirtschaftlichkeitsgebot verknüpft. Im Gesundheitsreformgesetz 1989 wurde die Qualitätssicherung als neues Element eingeführt. §70 setzt Qualitätssicherung als neuen Grundsatz der GKV fest und führt diese in den §§ 135-139 (Neunter Abschnitt: Sicherung der Qualität der Leistungserbringung) näher aus [Brucks, 1992]; [Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, 2000].

§70 (SGB V) Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit

- (1) Die Krankenkassen und die Leistungserbringer haben eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Standard der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten. Die Versorgung der Versicherten muss ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss wirtschaftlich erbracht werden.
- (2) Die Krankenkasse und die Leistungserbringer haben durch geeignete Maßnahmen auf eine humane Krankenbehandlung ihrer Versicherten hinzuwirken.

Mit dem GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 wurden diese Regelungen wesentlich erweitert und konkretisiert. Im §135a wurde eine Verpflichtung zur Qualitätssicherung eingeführt, die alle Leistungserbringer zu externen Qualitätssicherungsmaßnahmen zwingt. Nach §136a bestimmt der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen nun verpflichtende qualitätssichernde Maßnahmen in der vertragsärztlichen Versorgung. Darüber hinaus wird in §137b die Bildung einer Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Qualitätssicherung in der Medizin festgelegt [Gerlach, 2001]. Der Gesetzesentwurf zum Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz (GMG) 2003 sieht die Einrichtung eines Zentrums für die Qualität in der Medizin vor [Deutscher Bundestag, 2003].

1995 wurde in Zusammenarbeit von Kassenärztlicher Bundesvereinigung und Bundesärztekammer die „Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung (ÄZQ)“ gegründet. Sie koordiniert die Qualitätssicherungsaktivitäten der ärztlichen Spitzenorganisationen. Darüber hinaus beschäftigte sich der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen in seinem Jahresgutachten 2000/2001 ausführlich mit der Qualitätsentwicklung in der Medizin und legte Empfehlungen für die strategische Umsetzung des Qualitätssicherungsgebotes vor [Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2001a].

2.1.4. Instrumente zur Qualitätssicherung

Zur Qualitätssicherung stehen verschiedene Instrumente und Methoden zur Verfügung, die den gesamten Prozess oder Teilabschnitte betreffen. Eine Übersicht bietet das Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2000/2001 [Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2001a, 60-64].

Kritiker mahnen seit einigen Jahren die ungenügende Überführung der Erkenntnisse medizinischer Studien in die Praxis an. In der Versorgungspraxis sind aus ihrer Sicht oft individuelle Überzeugungen, Vorlieben und subjektive bzw. einzelfallbezogene Erfahrungen handlungsleitend. Die Medizin sei „opinion based“ und nicht „evidence based“. Eine wesentliche Lösungsstrategie wurde mit der **Evidence based Medicine (EBM)** geschaffen. Diese soll es dem Praktiker ermöglichen, die Erkenntnisse der wissenschaftlichen Forschung in seine Arbeit zu integrieren, da das Problem nicht in einem Mangel an Fachliteratur, sondern im Überangebot von Informationen liege [Gerlach, 2001]. Zudem erschwerten widersprüchliche Studienergebnisse und die durch den Praktiker schwer zu beurteilende methodische Qualität der Studien eine angemessene Integration der Erkenntnisse in die Praxis [Schrappe, Lauterbach, 2001].

Lauterbach und Schrappe definieren EBM als [Schrappe, Lauterbach, 2001]:

„ ... eine Methode wissenschaftlicher Erkenntnis, die definierte Kriterien für die Verwertung wissenschaftlicher Studien sowie deren Synthese zum Inhalt hat ...“

EBM bezieht sich zunächst auf die individuelle Behandlungssituation, in der durch den Arzt eine Therapieentscheidung auf der Grundlage der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse gefällt werden soll. Aktuell spielt die EBM in der Ausbildung, im internen Qualitätsmanagement und bei gesundheitspolitischen Entscheidungen eine Rolle. Die Umsetzung der EBM erfolgt mit verschiedenen Instrumenten, wie dem Rating von Studien, dem systematischen Review oder der Metaanalyse wissenschaftlicher Studien. Die Cochrane Collaboration engagiert sich in der systematischen Aufarbeitung klinischer Studien und macht diese in ihrer Cochrane Library zugänglich [Gerlach, 2001]; [Schrappe, Lauterbach, 2001].

Dennoch bleibt die Umsetzung des Wissens in praktisches Handeln ein Problem. Aus diesem Grund haben **(evidenzbasierte) klinische Leitlinien** mehr und mehr an Bedeutung gewonnen. Sie wurden in den letzten Jahren zunehmend als sinnvolle und notwendige Entscheidungshilfe angesehen, die sowohl evidenzbasiertes klinisches Handeln fördern, als auch mehr Transparenz im Mitteleinsatz gewährleisten sollen [Gerlach et al., 1998]. Obwohl es bereits seit den 80er Jahren Untersuchungen zur Wirksamkeit klinischer Leitlinien gibt, sind auch aktuell die Probleme in der praktischen Umsetzung und die Fragen nach der tatsächlichen Wirkung auf das ärztliche Handeln nicht abschließend geklärt [Lomas et al., 1989]. Ihre Wirksamkeit hängt von deren Qualität ab. Aus diesem Grund wurde von der Ärztlichen Zentralstelle für Qualitätssicherung 1997 eine Checkliste zur methodischen Qualität von Leitlinien entwickelt [Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung, 1997]; [Ollenschläger et al., 1998]. Die kontinuierliche Fortschreibung von Leitlinien ist außerdem für deren Qualität unerlässlich [Lorenz, 2000]. Die Entwicklung von Leitlinien kann zentral und dezentral erfolgen. Beide Herangehensweisen bieten Vor- und Nachteile. Während zentral entwickelte Leitlinien von Fachgesellschaften die Einheit-

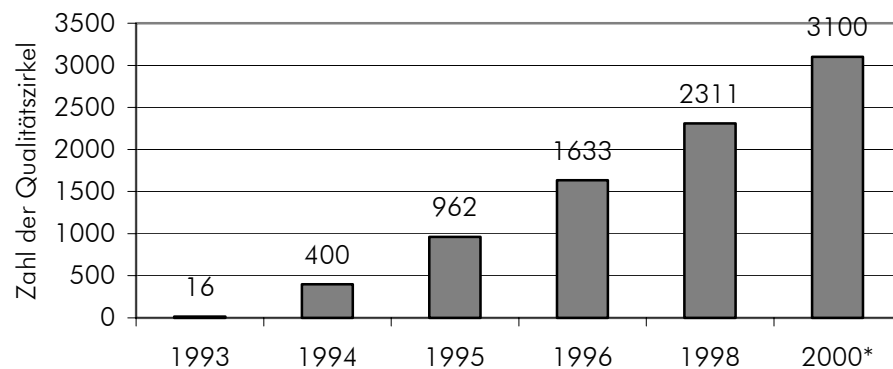
lichkeit fördern, gründlich wissenschaftlich fundiert sind und leichter Eingang in die Fort- und Weiterbildung finden, haben dezentral entwickelte Leitlinien aus Qualitätszirkeln oder Kliniken einen größeren pädagogischen Effekt und führen zu einer stärkeren Akzeptanz und Identifikation in der Zielgruppe [Gerlach et al., 1998]; [Grimshaw, Russel, 1993]. Neben der Nähe zur Praxis der Ärzte und einer angemessenen Länge der Leitlinien sind vor allem die Strategien zur Einführung und Verankerung in der Praxis von großer Bedeutung für die Wirksamkeit der Leitlinien. Eine Kopplung an Weiterbildungsmaßnahmen wird als besonders effektiv betrachtet. Dennoch sind die Auswirkungen auf die Qualität der Versorgung kritisch zu betrachten und erfordern integrierte Evaluationsstrategien [Allery, Owen, Robling, 1997]; [Davis, Taylor-Vaisey, 1997]; [Grimshaw, Russel, 1993]; [Kiessling, Henriksson, 2002]; [Watkins et al., 1999].

Ein wesentliches Instrument einer systematischen Qualitätssicherung sind die **Qualitätszirkel**. Diese wurden ursprünglich in den 60er Jahren in der Industrie entwickelt, haben sich aber seit den 80er Jahren in der Gesundheitsversorgung etabliert. In der Entwicklung der allgemeinmedizinischen Qualitätszirkel haben die Niederlande eine Vorreiterrolle eingenommen. Grol (1994) definiert Qualitätszirkel hinsichtlich ihrer grundsätzlichen Ziele und Vorgehensweisen folgendermaßen (zitiert nach [Gerlach, 2001])³:

„Peer review is defined as a continuous, systematic and critical reflection by a number of care providers, on their own and colleagues performance, using structured procedure, with the aim of achieving continuous improvement of the quality of care.“

Die Zahl der Qualitätszirkel ist in den letzten zehn Jahren in Deutschland kontinuierlich gestiegen (Abbildung 3).

Abb.3: Entwicklung der Zahl der Qualitätszirkel in der ambulanten Versorgung der BRD



*geschätzte Angabe

Die Kassenärztliche Bundesvereinigung schuf in den Qualitätssicherungsrichtlinien 1993 eine Definition der Qualitätszirkel für die Bundesrepublik Deutschland. Danach arbeiten ärztliche Qualitätszirkel auf freiwilliger Basis⁴, mit selbstgewählten Themen, erfahrungsbezogen, auf der Grundlage des kollegialen Diskurses, themenzentriert, systematisch, zielbezogen, mit Evaluation der Ergebnisse, kontinuierlich, mit Ärzten gleicher oder unterschiedlicher Fachrichtungen in einem festen Teilnehmerkreis und durch Moderatoren gestützt [Kassenärztliche Bundesvereinigung, 1993b].

Während sich traditionelle Maßnahmen der Qualitätssicherung im Wesentlichen auf die Strukturqualität bezogen, hat zu Beginn der 90er Jahre auch in Deutschland mit den Qualitätszirkeln eine mehr prozess- und ergebnisorientierte Qualitätsförderungs-politik Einzug gehalten. Eine Bestandsaufnahme des Bundesministeriums für Gesundheit stellte fest, dass im Jahr 1993 im ambulanten Sektor fast ausschließlich all-gemeinmedizinische Qualitätszirkel existierten. Inzwischen haben sich auch fachärzt-liche und themenspezifische Qualitätszirkel etabliert [Bundesministerium für Gesund-heit, 1994]; [Gerlach, 2001].

³ Im englischen Sprachraum wird meist der Begriff „peer review“ verwendet, während der Begriff „quality circle“ eine Übersetzung aus dem Deutschen ist und eher in englischsprachigen Texten mit Bezug zum deutschen Gesundheitssystem zu finden ist.

Qualitätszirkel untersuchen das alltägliche Handeln. Sie sollen durch Selbstreflexion implizite Handlungsstrategien offen legen und zu deren kritischer Überprüfung beitragen. Durch fall- und problembezogenes Arbeiten soll die Lücke zwischen Theorie und praktischer Umsetzung („performance gap“) überwunden werden. Die Konfrontation von Selbst- und Fremdbild im kollegialen Austausch soll die kritische Reflektion der eigenen Arbeit unterstützen. Eine wesentliche Motivation zur Teilnahme stellt dabei die direkte Verbindung zum alltäglichen Arbeiten durch das fallorientierte Vorgehen dar [Gerlach, 2001].

Die Arbeit in den Qualitätszirkeln hängt vom Einsatz geeigneter Dokumentationsmethoden der ärztlichen Tätigkeit ab. Neben vorhandenen Daten (Kassenabrechnungsdaten, Befunde etc.), spielen speziell für die Qualitätszirkel erhobene Daten eine Rolle. Sie dienen als Grundlage der Fallbesprechungen und für evaluative Untersuchungen. In den letzten Jahren wurden verschiedene Methoden entwickelt und angewandt (Basisdokumentationsbögen, Patientenfragebögen, Video- und Audioaufzeichnungen usw.). Die Auswahl hängt unter Abwägung der Vor- und Nachteile von den Zielsetzungen ab [Bahrs et al., 2001]; [Gerlach, 2001].

Es können verschiedene **Formen von Qualitätszirkeln** unterschieden werden [Gerlach, 2001]:

- **Regelmodifizierende Qualitätszirkel** gehen von bestehenden Leitlinien und Regeln aus und dienen der Aktualisierung und Vertiefung des Wissens der Teilnehmer. Sie dienen als normdurchsetzende Instanz.
- **Forschungszirkel** zeichnen sich durch eine explorative und regelkonstituierende Arbeitsweise aus. Am Ende des Diskussionsprozesses steht oft die Entwicklung von Leitlinien für die Praxis.
- **Supervisionszirkel** zielen auf einen Lernprozess durch den kollegialen Austausch ab. Durch die Unterstützung erfahrener Moderatoren soll ein Lernprozess in der Gruppe initiiert werden.

⁴ In den Niederlanden sind Qualitätszirkel seit 1996 im Rahmen des Re-Akkreditierungsverfahrens in der ambulanten Versorgung verpflichtend und haben damit eine andere Rolle als in der BRD

Es existieren noch weitere, hier nicht näher erwähnte Möglichkeiten der Einteilung von Qualitätszirkeln, etwa nach Arbeitsbereich oder Qualifikation der Teilnehmer. Eine Sonderrolle nehmen Qualitätszirkel im Krankenhaus ein. Diese werden meist im Rahmen eines umfassenden Qualitätsmanagements oder in Zertifizierungsverfahren eingeführt [Gerlach, 2001].

2.2. Evaluation qualitätssichernder Maßnahmen

Ebenso wie für die Qualität als solche, gibt es auch für Qualitätssicherungsmaßnahmen das Gebot zur Evaluation. Dieses wurde vom Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen bereits 1989 betont und von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung in den Qualitätssicherungsrichtlinien 1993 explizit formuliert [Kassenärztliche Bundesvereinigung, 1993b]; [Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1989]; [Selbmann, 1995]. Da die Wirkungen qualitätssichernder Maßnahmen auf den unterschiedlichsten Ebenen zu finden sind, ist darin eine umfangreiche Aufgabe zu sehen. Entsprechend komplex und kostenintensiv sind Studien zu deren Evaluation. Neben den positiven Effekten müssen auch negative Effekte (z.B. Zeit- und Kostenaufwand) und Nebenwirkungen berücksichtigt werden.

Die konzeptionellen und praktischen Eigenheiten von Qualitätssicherungsmaßnahmen machen eine Einhaltung der Anforderungen an Evaluationsstudien [Koch, Wittmann, 1990] problematisch. Folgt man in einer Evaluationsstudie dem Qualitätskreislauf mit einem prospektiven Prä-Post-Ansatz, so lassen sich zwar relative Veränderungen nachweisen, eine kausale Wirkung der Qualitätssicherungsmaßnahme ist damit jedoch keinesfalls belegbar [Gerlach, 2001]. Wie auch bei anderen klinischen Studien, hätten Interventionsdesigns mit randomisierten, kontrollierten Gruppen die größte Aussagekraft. Die praktischen Bedingungen behindern eine solche Herangehensweise. Aus diesem Grund finden sich in der Literatur bisher kaum entsprechende Beispiele [Selbmann, 1995]. Die meisten Untersuchungen sind in erster Linie als Nebenprodukte der Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen entstanden und damit in ihrer methodischen Ausgereiftheit wesentlich eingeschränkt. Vor allem der Grundsatz der Freiwilligkeit der Teilnahme wirkt sich selektiv auf die Gruppenzusammensetzung aus. Eine umfassende und allgemein akzeptierte Referenztheorie zur Evaluation qualitätssichernder Maßnahmen fehlt bisher. In diesem Bereich besteht wesentlicher Forschungsbedarf.

Gerlach unterscheidet in Anlehnung an die American Evaluation Association verschiedene Evaluationsformen [Gerlach, 2001]:

- **Mittel-Zweck-Analysen:** typischerweise vor Beginn einer Maßnahme eingesetzt, prospektiv, zur Abschätzung möglicher Programmgestaltungen und Effekte, z. B. Machbarkeits- und Bedarfsanalysen
- **Erfassung der Evaluierbarkeit:** Entscheidungen, ob umfangreiche Evaluationen sinnvoll sind, sollen damit gefällt werden
- **Prozessevaluation (formative Evaluation):** Überprüfung der Prozesse des laufenden Programms zur Modifikation und Verbesserung
- **Wirkungsanalyse (summative Evaluation):** Untersuchung der Wirkungen der Maßnahme
- **Programm- und Problemkontrolle:** kontinuierlicher evaluativer Prozess
- **Metaevaluation und Evaluationssynthese:** Re- und Metaanalysen
- **Mischformen:** in konkreten Vorhaben werden meist Mischformen realisiert

Maßnahmen zur Qualitätssicherung können immer nur einen mittelbaren Einfluss auf die Versorgungsqualität haben, was die Methodik der Feststellung und Bewertung von Wirkungen und Nutzen wesentlich beeinflusst. Gerade im ambulanten Sektor spielt die Akzeptanz der Teilnehmer für das Gelingen eine wesentliche Rolle. Aus diesem Grund sollten die Teilnehmer qualitätsfördernder Maßnahmen in den Evaluationsprozess einbezogen werden [Gerlach, 2001].

2.2.1. Die Bestimmung von Qualitätsindikatoren

Im Jahresgutachten 1990 befasst sich der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen mit Evaluationskriterien und schreibt dazu: „Die für die Evaluation verwendeten Kriterien stellen die operationalisierten Ziele einer Maßnahme im weitesten Sinne dar.“ [Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1990]. Aus der Definition der Versorgungsqualität als Maß der Erreichung eines Sollzustandes resultiert das Problem der Messbarkeit dieser Größe [Andres, Weiß-Plumeyer, 1995]; [Fischer, 1995]; [Zorn, Ollenschläger, 1999]. Des-

halb ist in der Entwicklung von Qualitätsindikatoren eine wesentliche Aufgabe der Qualitätssicherung und ihrer Evaluation zu sehen.

Selbmann entwickelte aus der Zusammenführung der Qualitätsdimensionen nach Donabedian und dem Knowledge-Attitude-Performance-Gap eine **Klassifikation von Qualitätsindikatoren** [Selbmann, 1995]:

1. Strukturqualität: Organisationsstruktur, Infrastruktur, Existenz von die Qualitätssicherungsaktivitäten unterstützenden Einrichtungen usw.
2. Prozessqualität: Umfang und Intensität der Qualitätssicherungsaktivitäten, Maßnahmen zur Problemidentifikation, Ressourcenverbrauch usw.
3. Ergebnisqualität: Bekanntheitsgrad unter Mitarbeitern und Patienten, Qualitätsbewusstsein bei den Leistungserbringern auf allen Ebenen, Verbesserung und Stabilität von Behandlungsprozess und -ergebnis, ökonomischer Nutzen

Eine weitere Möglichkeit der Betrachtung führen Andres und Weiß-Plumeyer aus. Sie unterteilen die Gruppe, die Teilnehmer, das ärztliche Handeln, die Praxisorganisation, die Patienten, die medizinische Versorgung und die Gesellschaft, um auf diesen Ebenen Wirkungen der Qualitätszirkelarbeit darzustellen [Andres, Weiß-Plumeyer, 1995].

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Forschung hier noch am Anfang steht. Eine Vielzahl unterschiedlichster Qualitätsziele kommt zum Tragen und muss aufeinander abgestimmt werden.

2.2.2. Empirische Ergebnisse zur Evaluation von Qualitätszirkeln

Die Annahme, dass Rückmeldungen zum individuellen praktischen Handeln wesentlich mehr Einfluss haben als traditionelle Fortbildungsveranstaltungen, war eine grundlegende Bedingung für die weitreichende Etablierung der Qualitätszirkel. Die nationalen und internationalen Erfahrungen sprechen für eine Verbesserung der Versorgungsqualität durch Qualitätszirkel. Besonders im ambulanten Bereich gelten

Qualitätszirkel als geeignete Maßnahme, weil sie sich am besten mit den Rahmenbedingungen dieses Sektors vereinbaren lassen [Gerlach, 2001]; [Härter, Kenk, Berger, 1996].

Verschiedene Studien haben sich mit einzelnen Teilaspekten der Auswirkungen von Qualitätszirkelarbeit auf die verschiedenen Qualitätsdimensionen beschäftigt. Insgesamt ist die Evaluationspraxis noch unzureichend entwickelt. Es existieren zu wenige Studien mit generalisierbaren und umfassenden Aussagen in diesem Bereich [Andres, Weiß-Plumeyer, 1995]; [Bahrs et al., 2001]. Vor allem die langfristigen Effekte sind schlecht untersucht.

Die vorliegenden Untersuchungen zur **Strukturqualität** beziehen sich meist auf Aussagen über Beweggründe und Ziele der Teilnahme. Die Ergebnisse einer Studie in psychiatrisch-psychotherapeutischen Qualitätszirkeln in der Schweiz und in Deutschland bilden die Erfahrungen in diesem Bereich gut ab. Die Ärzte nannten als Beweggründe für die Teilnahme den Erfahrungsaustausch und das Interesse an neuen Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten. Die Reflexion des eigenen Handelns, die gemeinsame Konsensbildung in Diagnostik und Therapie und die Entwicklung von Leitlinien waren die wesentlichen Ziele der Teilnehmer, von denen sie sich eine Verbesserung der Versorgung versprachen [Härter, Groß-Hardt, Berger, 1998].

Im Rahmen der Evaluation der **Prozessqualität** zeigten sich in verschiedenen Untersuchungen positive Bewertungen der Qualitätszirkel durch die teilnehmenden Ärzte [Andres, Szecsenyi, Broge, 1997]; [Andres, Weiß-Plumeyer, 1995]; [Härter, Groß-Hardt, Berger, 1998]; [Sandholzer, Pelz, 1999]; [Tausch, 2001]. Die kollegiale Atmosphäre war für diese positive Bewertung in einigen Qualitätszirkeln wesentlich wichtiger als die inhaltliche Gestaltung [Andres, Szecsenyi, Broge, 1997]; [Härter, Groß-Hardt, Berger, 1998]. Auch Tausch konnte in einer Studie an 203 Ärzten (bzw. 85 Ärzten zum zweiten Messzeitpunkt) eine große Bedeutung des Interaktionsgeschehens und des zielorientierten Arbeitens für Teilnehmer und Moderatoren nachweisen. Von den Teilnehmern wurde dagegen der eigene Beitrag zum Gruppengeschehen weniger positiv eingeschätzt, was auf die noch zu geringe aktive Beteiligung der Teilnehmer an der Gestaltung der Qualitätszirkel zurückgeführt wurde [Tausch, 2001].

Mit der zunehmenden Etablierung der Qualitätszirkel in den letzten zehn Jahren liegen inzwischen auch verschiedene Untersuchungen zur **Ergebnisqualität** von Qualitätszirkeln in der ambulanten Versorgung vor. Diese beziehen sich jedoch auf verschiedene Aspekte der Ergebnisqualität und wurden an unterschiedlichen Qualitätszirkeln untersucht. Ende der achtziger Jahre wurde mit der „North of England Study of Standards and Performance in General Practice“ eine der ersten großen Untersuchungen in diesem Bereich durchgeführt. Eine qualitativ verbesserte Versorgung bei Kindern auf der Grundlage von Leitlinien, die in Qualitätszirkeln erarbeitet wurden, konnte nachgewiesen werden. Die Berücksichtigung von Leitlinien in der praktischen Arbeit war nur dann ausreichend gegeben, wenn diese Leitlinien von den Ärzten selbst entwickelt worden waren [Health Care Research Unit - University of Newcastle u. Tyne, 1990]. In Deutschland wurde mit der Evaluation der Wirkung von Pharmakotherapiekreisen ein erster Schritt auf diesem Gebiet getan. Durch den Einsatz von Verordnungsrückmeldungen an regressbedrohte Ärzte konnte deren Ordnungsverhalten in Richtung einer kritischeren und sparsameren Ordnungspraxis beeinflusst werden. Durch 11 Ärzte wurden im Jahr des Qualitätskreises 105 000 DM pro Arzt und Jahr an Medikamentenkosten eingespart. Diese Einsparungen überstiegen die Ausgaben für die Durchführung des Pharmakotherapiekreises bei Weitem. Welche Auswirkungen dabei auf die Qualität der Versorgung entstehen, kann damit jedoch nicht beantwortet werden [Bausch, 1995]; [v. Ferber, Köster, 1994]. Durch kassenärztliche Qualitätskreise, die sich mit der Versorgung von Diabetikern beschäftigten, wurde die Dokumentationsqualität bezüglich des Erkennens von Folgeschäden durch Diabetes mellitus signifikant verbessert [Harmann, Grüßer, Jörgens, 1995]. In den Niederlanden konnte Bensing unter Einsatz von Video- und Tondokumentationen Verbesserungen in der Anamneseerhebung, im Informationsverhalten der Ärzte und eine Verringerung der Medikamentenverordnungen durch ein- bis zweijährige Teilnahme an einem Peer-Review-Programm nachweisen [Bensing, 1991]. Eine umfangreiche Untersuchung zur Evaluation ärztlicher Qualitätskreise wurde von Tausch durchgeführt. Es konnte unter anderem eine Verbesserung der Arbeitszufriedenheit hinsichtlich des eigenen Handelns und der Kooperation mit anderen Ärzten nachgewiesen werden. In der Analyse des Realisierungsgrades der Ziele der Qualitätskreise-

arbeit fiel auf, dass vor allem Ziele, die den Ärzten zu Beginn des Qualitätszirkel weniger wichtige waren, gut umgesetzt wurden. Dazu zählten die Verbesserung der Arzt-Patient-Beziehung und des psychosomatisch-verhaltensmedizinischen Krankheitsverständnisses. Durch das Qualitätssicherungskonzept definierte Ziele, wie die Verbesserung von Diagnostik und Therapie und die Kosteneinsparungen, wurden als kaum oder nicht erreicht eingeschätzt. Zur Untersuchung der ökonomischen Auswirkungen wurden Verordnungsdaten der Krankenkassen analysiert. Über einen Zeitraum von 3 Jahren blieben die Fallzahlen relativ konstant. Die Ärzte aus den Qualitätszirkeln hatten dabei im Mittel mehr Fälle als die Kontrollgruppe. Auch hinsichtlich der Arzneikosten pro Fall zeigten sich nahezu parallele Verläufe. Die Qualitätszirkelärzte hatten aber bereits zu Beginn des Untersuchungszeitraumes mittlere Fallkosten, die 8 DM unter denen der Kontrollgruppe lagen. Es ließen sich keine Effekte der Teilnahme am Qualitätszirkel auf die Fallkosten nachweisen [Tausch, 2001]. Auch eine Studie an 85 niederländischen Qualitätszirkeln untersuchte die Veränderungen und Einflussfaktoren auf das Verschreibungsverhalten in häufig verschriebenen Medikamentengruppen (Benzodiazepine, Medikamente für den Gastrointestinaltrakt und bei Atemwegserkrankung) und die entstehenden Kosten. Als wesentliches Bestimmungsstück der Qualitätszirkel wurde der Professionalisierungsgrad definiert. Das Spektrum reichte dabei von informellen Treffen bis hin zu strukturiertem, zielorientiertem Vorgehen. Es konnten keine Einflüsse des Professionalisierungsgrades auf die Verschreibungsmenge und die entstehenden Kosten in den untersuchten Medikamentengruppen nachgewiesen werden. Je höher der Professionalisierungsgrad der Qualitätszirkel war, um so kleiner wurde jedoch die Varianz im Verschreibungsverhalten der Ärzte eines Zirkels, was auf eine Standardisierung des ärztlichen Handelns hinweist [van Dijk, de Bakker, 2002].

Das Projekt „Qualitätssicherung in der Psychosomatik“ setzte verschiedene Instrumente zur Evaluation der Qualitätszirkelarbeit ein. Die Moderatoren schätzten die Kompetenzerweiterungen hinsichtlich Diagnostik und Therapie, dem psychosomatischen Krankheitsverständnis und der Arzt-Patient-Beziehung hoch ein. Durch die Auswertung von Musterfällen zeigten sich keine Veränderungen in der diagnostischen Sicherheit, aber es konnten Veränderungen der Behandlung nachgewiesen werden.

Die Auswertung von Behandlungsfällen in Basisdokumentationen zeigte verschiedene Veränderungen im Vergleich von Beginn und Ende der Qualitätszirkel. Es wurden mehr Patienten in eine Psychotherapie überwiesen, es wurde mehr somatische Ausschlussdiagnostik durchgeführt und die Zahl der physikalischen Therapien und stationären Einweisungen wurde gesenkt. Der Anteil spezifischer Therapien durch die Ärzte erhöhte sich in den Basisdokumentationsfällen nicht [Sandholzer, Pelz, 1999].

2.2.3. Evaluation gesundheitsökonomischer Wirkungen

Für die Evaluation gesundheitsökonomischer Wirkungen ist die Art der Erhebung von Kosten⁵ und Nutzen von entscheidender Bedeutung. Kosten und Nutzen können neben der volkswirtschaftlichen Perspektive auch aus Sicht der Leistungserbringer oder der Patienten untersucht werden.

Es werden direkte und indirekte Kosten unterschieden. Einen Überblick über diese Einteilung mit Bezug auf die ambulante Versorgung gibt Abb.4 [Greiner, 2000].

Abb.4: Kosten in der ambulanten Versorgung (eigene Darstellung nach [Greiner, 2000])

Direkte Kosten	Indirekte Kosten
a) tangible Kosten = Entgelte für Ressourcenverbrauch z.B. Arzneimittel, Heil- und Hilfsmittel, medizinische Leistungen nach EBM	= Produktivitätsverlust durch Arbeitsausfall (Humankapitalansatz) Arbeitsunfähigkeit beschränkte Arbeitsfähigkeit geringere Lebenserwartung
b) intangible Kosten = monetär nicht messbare Effekte (Verlust an Lebensqualität, Schmerzen etc.)	
c) Transferleistungen = Krankengeld (es handelt sich dabei nicht direkt um Kosten, weil es dabei nicht um Entgelte für Ressourcenverbrauch geht, sondern um sozialpolitisch motivierte Umverteilung)	

⁵ Es muss zwischen Kosten und Ausgaben unterschieden werden. Unter Kosten wird „... bewerteter Verzehr von Gütern und Diensten zur Erstellung und Verwertung einer betrieblichen Leistung ...“ [Weigert, Pepels, 1999] verstanden. Ausgaben dagegen sind „... negative zeitpunktbezogene Bestandsveränderungen des Geldvermögens mit Zahlungsmittelabfluss...“ [Weigert, Pepels, 1999].

Die Kosten können prospektiv oder retrospektiv erfasst werden. Oft geschieht dies in Begleitung einer (klinischen) Wirksamkeitsstudie. Die efficacy (Wirksamkeit) beschreibt die klinische Wirksamkeit unter kontrollierten Bedingungen. Die effectiveness (Effektivität) untersucht die Wirksamkeit im klinischen Alltag. Sie bezieht also auch Störfaktoren wie mangelnde Compliance der Patienten oder Therapieabbrüche mit ein. Mit der efficiency (Effizienz) schließlich können Aufwand und Nutzen gegenübergestellt werden. Es wird die unter den gegebenen Bedingungen optimale Produktion von Gesundheitsleistungen untersucht [Greiner, 2000].

Es werden üblicherweise nur einzelne Kosten- und Nutzenaspekte erhoben und ausgewertet. Bei der Erfassung der direkten Kosten treten in erster Linie kostenrechnerische⁶ Probleme auf. Im Gegensatz dazu ist die Untersuchung indirekter Kosten ein viel diskutiertes, aber bisher nicht zufriedenstellend gelöstes Problem. Der Nutzen verschiedener Maßnahmen kann sich in monetären Einsparungen, aber auch in nichtmonetären Größen (z.B. gewonnene symptomfreie Tage, zusätzliche Lebensjahre) ausdrücken. Zur Untersuchung lebensqualitätsbezogenen Nutzens wurden in den letzten Jahren verschiedene Konstrukte (Quality adjusted Lifyears, Disability adjusted Lifyears) entwickelt [Greiner, 2000].

Es werden vergleichende und nicht vergleichende gesundheitsökonomische Evaluationsansätze unterschieden (Tab.2).

Tab.2: Systematik gesundheitsökonomischer Evaluationen (eigene Darstellung nach [Schöffski, Uber, 2000])

nicht vergleichend		vergleichend			
Kosten-Analyse	Krankheitskosten-Analyse	Kosten-Kosten-Analyse	Kosten-Nutzen-Analyse	Kosten-Wirksamkeits-Analyse	Kosten-Nutzwert-Analyse

Die Kosten-Analyse untersucht die monetären Aufwendungen einer bestimmten Maßnahme, die Krankheitskosten-Analyse bestimmt die gesamtgesellschaftliche Bedeutung einer bestimmten Krankheit, indem sie die durch die Krankheit verursachten

Kosten bestimmt. Die vergleichenden Evaluationsansätze beschäftigen sich mit der Gegenüberstellung der Kosten von zwei oder mehreren Behandlungsalternativen (Kosten-Kosten-Analyse), mit dem Vergleich von monetären(m) Kosten und Nutzen (Kosten-Nutzen-Analyse) oder mit dem Vergleich der Kosten mit nichtmonetärem Nutzen. Die Kosten-Wirksamkeits-Analyse quantifiziert den Nutzen zum Beispiel in gewonnenen Lebensjahren oder in der Zahl der erfolgreich behandelten Fälle. Die Kosten-Nutzwert-Analyse beurteilt den Nutzen aus Patientensicht, z. B. in Form von Lebensqualitätsveränderungen oder der erhöhten Lebenserwartung [Schöffski, Uber, 2000].

⁶ Aufgrund der verschiedenen beteiligten Kostenträger gestaltet sich eine Erfassung der direkten Kosten schwierig. Zudem können z. B. durch pauschalisierte Vergütungen im stationären Bereich nie die tatsächlich entstehenden Kosten erfasst werden, sondern nur die von den Kostenträgern erstatteten.

2.3. Die Ausgabenentwicklung im Gesundheitswesen in der BRD

Die Analyse zeitlicher Verläufe gesundheitsökonomischer Parameter muss immer vor dem Hintergrund der allgemeinen Entwicklung der untersuchten Region oder Verwaltungseinheit gesehen werden. Aus diesem Grund wird hier eine kurze Zusammenfassung der Ausgabenentwicklung des Gesundheitswesens in der BRD gegeben. Dabei wird besonders auf die Arzneykostenentwicklung und die Entwicklung der Arbeitsfähigkeit Bezug genommen, da diese Größen in der Arbeit untersucht werden.

Im Jahr 2001 betrug das Ausgabenvolumen im deutschen Gesundheitswesen zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) 271 Milliarden DM, bei einem Ausgabenüberhang von 5,7 Milliarden DM⁷. Damit sind die Ausgaben um 3,7% je Mitglied gestiegen. Zwei Drittel des Defizits (ca. 3,7 Milliarden DM) gingen im Jahr 2001 zu Lasten des Arzneimittelsektors. Die Zuwächse der Arzneimittelausgaben liegen seit 1998 über denen der beitragspflichtigen Einnahmen und haben 2001 11,2% erreicht. Diese Entwicklung lässt sich aus Sicht des Bundesgesundheitsministeriums nicht mit dem Einsatz innovativer Arzneimittel erklären, sondern ist vielmehr auf die sogenannte „Pseudoinnovationen“⁸ zurückzuführen. Im Krankenhaussektor und bei den ambulanten ärztlichen Leistungen sind mit 0,9% bzw. 1,7% moderate Zuwächse zu verzeichnen [Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, 2002]. Während die Zuwachsraten in der ambulanten ärztlichen Versorgung und im stationären Sektor in den letzten Jahren rückläufig waren, sind diese im Arzneimittelsektor wieder deutlich angestiegen [Bundesministerium für Gesundheit, 1999].

Aus diesem Grund zielten die gesundheitspolitischen Maßnahmen der letzten Jahre sehr stark auf Kostendämpfung und Qualitätsverbesserung im Arzneimittelsektor ab, obwohl dieser nur 15% des GKV-Gesamtmarktes (1999) ausmacht. Sowohl das Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) mit den veränderten Zuzahlungsregelungen und der Einführung der Budgets, als auch die Neuordnungsgesetze (NOG) mit erneuten Steigerungen der Zuzahlungen bei Medikamenten konnten die Ausgabenentwicklung in

⁷ Je nach Perspektive lassen sich hier zusätzlich die Ausgaben der öffentlichen und privaten Haushalte sowie der Arbeitgeber erfassen.

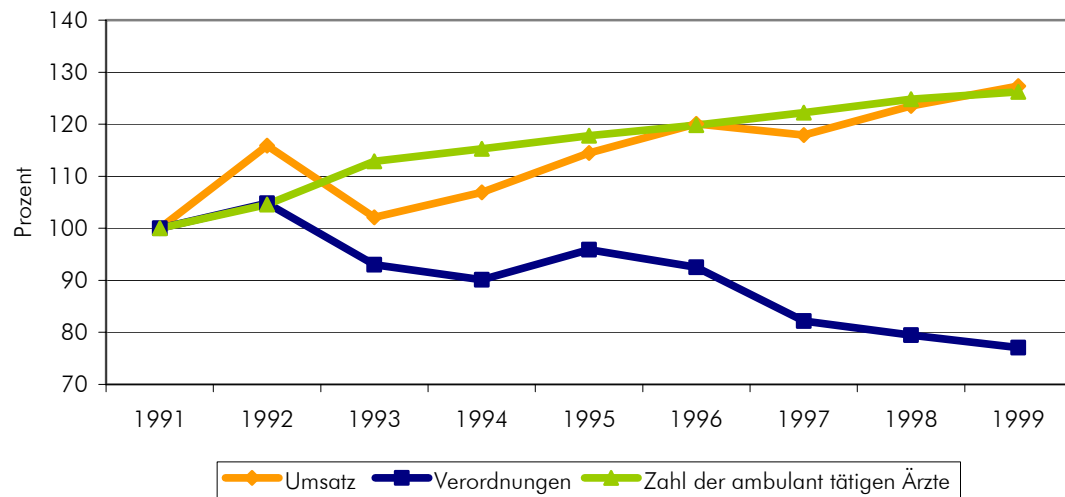
diesem Sektor nur kurzfristig beeinflussen. Ob das Arzneimittel-Ausgaben-Begrenzungsgesetz (AABG) mit seiner Aut-idem-Regelung längerfristige Erfolge haben wird, bleibt abzuwarten. Mit dem Gesetzesentwurf zum Arzneimittel-Positivlistengesetz und der damit geplanten Positivliste der zu Lasten der GKV verordnbaren Arzneimittel ist ein neuer und wesentlicher Eingriff zur Steuerung der Arzneimittelausgaben auf dem Weg.

Während die Verordnungen in den 90er Jahren kontinuierlich abnahmen, stieg der Umsatz im **Arzneimittelsektor** beinahe unvermindert an. Diese Entwicklung ist auf steigende Ausgaben pro Verordnung, aber zum Teil auch auf die Zunahme der Tagesdosen pro Verordnung zurückzuführen. Auch die deutliche Zunahme der Verschreibung von Generika von 31,2% (1990) auf 46,4% (1999) konnte diese Entwicklung nicht aufhalten. Das Gesundheitsstrukturgesetz (1.1.1993) führte zu einem deutlichen Umsatzrückgang, aber bereits 1995 war die kostendämpfende Wirkung dieses Eingriffes aufgebraucht. Der Einfluss der Neuordnungsgesetze (1.1./1.7.1997) auf die Umsatzentwicklung war wesentlich geringer und hielt noch kürzer an. Im gleichen Zeitraum nahm die Zahl der ambulant tätigen Ärzte um 26% zu, während die Zahl der Einwohner pro Arzt um 14% abnahm (Abb.5).

Hinsichtlich der Arzneikosten zeigten sich deutliche **regionale Unterschiede**. Berlin hat im bundesweiten Vergleich mit 1,46 DM pro Tagesdosis (1999) die höchsten Ausgaben und überschreitet den Bundesdurchschnitt damit um 9,9%. Im Vergleich der Kosten pro Verordnung wird der Bundesdurchschnitt in Berlin sogar um 13,2% überschritten. Diese regionalen Unterschiede lassen sich jedoch nur teilweise durch divergierende Morbiditäten erklären. Nach einer Alters- und Geschlechtsstandardisierung liegt der Pro-Kopf-Umsatz an Fertigarzneimitteln in Berlin 17,6% über dem Bundesdurchschnitt [Schröder, Selke, 2000]. Eigenschaften des Versorgungssystems (Qualifikation und Einstellungen der Ärzte, regionale Richtlinien und Budgets), soziale und kulturelle Faktoren sowie unterschiedliche „pharmakommunikative Maßnahmen“ der

⁸ Es handelt sich dabei um Analogpräparate mit leicht veränderten Wirkstoffen, die zwar teurer sind, aber kaum einen therapeutischen Zusatznutzen aufweisen.

Abb.5: Entwicklung des GKV-Arzneimittelmarktes zwischen 1991 und 1999



Hersteller werden für die regionalen Differenzen verantwortlich gemacht. Für die Stadtstaaten (Berlin und Hamburg) finden sich besonders hohe Budgets, was vor allem mit den besonderen Versorgungsaufgaben in Ballungsräumen erklärt wird. In Berlin wurde im Jahr 2000 dieses hohe Budget mit 14% deutlich überschritten [Schwabe, Paffrath, 2001]. Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen sieht in den regionalen Unterschieden einen Anhaltspunkt für Überversorgung, die sich vor allem durch unzureichende pharmakologische Kenntnisse und nicht evidenzbasiertes Ordnungsverhalten erklären lässt und zielt damit auf die Qualitätsmängel in der Versorgung mit Arzneimitteln ab. In welcher Kombination diese Faktoren zu den besonders hohen Ausgaben in Berlin führen, ist bisher nicht hinreichend geklärt.

Die Zahl der Allgemeinmediziner und Praktischen Ärzte blieb zwischen 1993 und 1999 relativ konstant. Im Gegensatz dazu stieg die Zahl der niedergelassenen Internisten im gleichen Zeitraum um 10% an. Die steigenden Ärztezahlen sind also in erster Linie auf die Zunahme der niedergelassenen Fachärzte zurückzuführen. Mittlerweile ist im hausärztlichen Bereich aufgrund der Altersstruktur der Ärzte in ländli-

chen Regionen mit einer Unterversorgung zu rechnen [Paffrath, Schwabe, 1992-2000].

Seit 1995/1996 wird die Schere zwischen Ausgabenentwicklung und der Menge an verordneten Tagesdosen immer größer, was mit steigenden Ausgaben pro Tagesdosis zu erklären ist. Das Arzneimittelausgabenbegrenzungsgesetz zielt deutlicher auf die Preiskomponente ab und will vor allem die Wirtschaftlichkeitsreserven durch preiswerte Verordnungsalternativen ausschöpfen. Trotz allem bleibt die Ausgabensteigerung durch innovative Medikamente bestehen. Insgesamt gibt es ein breites Spektrum gesundheitspolitischer Handlungsmöglichkeiten, die sich auf den Leistungskatalog, die Erzeuger- und Herstellerpreise, die Erstattungsregeln und die Arzneimitteldistribution beziehen können [Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 2002]. Ein bis heute relativ unberührtes Feld sind die Wirtschaftlichkeitsreserven, die in der Verbesserung der Arzneimittelversorgung (gezielte Verordnungen auf dem Stand der aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnisse) der Patienten und jenseits der Pharmakotherapie zu suchen sind. Durch Pharmakotherapiezyklen, eine verbesserte Aus- und Weiterbildung der Ärzte, Kosten-Nutzen-Bewertungen von Arzneimitteln und durch eine konsequentere Anwendung der Psychosomatischen Grundversorgung ließen sich weitere Verbesserungen erzielen.

Die **Arbeitsunfähigkeit** in den Betriebskrankenkassen erreichte 1996 den niedrigsten Stand seit 20 Jahren (nach Fällen und Arbeitsunfähigkeitstagen gesamt). Die Bedeutung der Langzeiterkrankungen hat dabei immer weiter zugenommen. 1996 machten die Langzeitfälle (länger als 6 Wochen) 48,2% der Arbeitsunfähigkeitstage aus, obwohl sich dahinter nur 5,9% der Fälle verbergen. Dieser Anteil betrug 1994 noch 44,4%. Im Vergleich mit den anderen Bundesländern ist in Berlin (West) eine ungünstigere Entwicklung der Arbeitsunfähigkeitsfälle und der Tage pro Fall zu verzeichnen. Hier zeigen sich Anstiege oder Stagnationen auf einem deutlich höheren Niveau. Zwischen den verschiedenen Erkrankungsgruppen finden sich hinsichtlich der durchschnittlichen Falldauern große Unterschiede. Die psychiatrischen Erkrankungen finden sich mit durchschnittlich 37 Tagen an der Spitze. Im Vergleich dazu

verursachen Herz-Kreislauf-Erkrankungen 29 Tage pro Fall und Muskel- und Skeletterkrankungen 25 Tage pro Fall. Die psychiatrischen Erkrankungen verursachten bei den Pflichtmitgliedern der BKK 1995 104 Arbeitsunfähigkeitstage je 100 Mitglieder. Damit stehen sie an Platz 6 unter den 17 Hauptdiagnosen [BKK-Bundesverband, 1993 -1996].

2.4. Die Bedeutung psychischer Störungen im ambulanten Sektor

2.4.1. Begriffsbestimmung

Psychische Störungen sind durch Symptome, die das Erleben und Verhalten der betroffenen Personen verändern, gekennzeichnet. Man unterscheidet psychogene von den somatogenen psychischen Erkrankungen. Darüber hinaus gibt es eine Gruppe von endogenen Störungen, die jene zusammenfasst, deren Entstehungsbedingungen unklar sind. Da bei all diesen Störungen aber Körper und Seele zusammenwirken, jedes psychische Symptom auch körperliche Korrelate hat, ist eine solche Trennung unbefriedigend [Bliesner, Starke-Perschke, 2001].

Die Definition und Klassifikation psychischer Störungen hängt in erster Linie von den zugrunde liegenden theoretischen Konzepten (tiefenpsychologische, lerntheoretische usw.) ab. Die älteren Ordnungsversuche brachten hauptsächlich ätiologische Systeme hervor. Heute spielen die deskriptiv-syndromatologischen Klassifikationen eine wesentlich größere Rolle [Asanger, Wenninger, 1994]; [Weiffenbach et al., 1995].

Eine klare begriffliche Abgrenzung bleibt schwierig, weil die beteiligten Fachgruppen (Psychiatrie, Psychologie und Psychosomatik) zum Teil unterschiedliche Begriffe verwenden. In der neueren Forschung ist es aber üblich, sich auf eines der beiden gängigen Klassifikationssysteme zu beziehen. Das „*Diagnostic and Statistical Manual – Version IV*“ (DSM-IV) [Saß, Houben, 1998] der American Psychiatric Association erlaubt eine mehrdimensionale Klassifikation auf fünf Achsen (Klinische Störung, Geistige Behinderung/Persönlichkeitsstörung, Allgemeinmedizinischer Krankheitszustand, Psychosoziale Probleme, Globale Beurteilung des psychosozialen Funktionsniveaus). Mit der „*International Classification of Diseases*“ (ICD-10) [Dilling, Mombour, Schmidt, 1993] wurde versucht, ein Klassifikationssystem zu schaffen, das deskriptiv aufgebaut ist, ätiologische Annahmen ausklammert und somit unabhängig von den theoretischen Orientierungen der verschiedenen Therapieschulen nutzbar sein soll. Der Begriff der „*Erkrankung*“ wurde durch den weniger problematischen Begriff der „*Störung*“ ersetzt. Das Kapitel V der ICD-10 enthält zehn diagnostische Hauptgruppen, die in Abbildung 6 dargestellt sind. Diese können mit insgesamt vier numeri-

schen Stellen genauer differenziert werden. Im Weiteren wird auf die Klassifikation psychischer Störungen nach ICD-10 Kapitel V Bezug genommen.

Abb.6: Klassifikation psychischer Störungen nach ICD-10 [Dilling, Mombour, Schmidt1993]

F0	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen
F1	Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen
F2	Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen
F3	Affektive Störungen
F4	Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen
F5	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
F6	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F7	Intelligenzminderung
F8	Entwicklungsstörungen
F9	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

2.4.2. Epidemiologie

Epidemiologische Aussagen über psychische Störungen sind nicht uneingeschränkt vergleichbar, da sich die verschiedenen Studien hinsichtlich der diagnostischen Verfahren, der Stichprobenziehung, der Fallidentifikation und des Zeitrahmens der Diagnosen (Punktprävalenz bis Lebenszeitprävalenz) unterscheiden. Außerdem spielt auch hier das zugrundeliegende Klassifikationssystem eine Rolle. In europäischen Studien wird meist die ICD [Bundesministerium für Jugend, 1987]; [Dilling, Mombour, Schmidt, 1993] benutzt, aber auch die DSM-Klassifikation findet häufig Verwendung [Wittchen et al., 1992]. Darüber hinaus müssen epidemiologische Angaben nach ihrer Zielpopulation unterschieden werden. Die **wahre Prävalenz**⁹ bildet die Häufigkeit einer Störung oder Störungsgruppe in der Allgemeinbevölkerung ab, die

⁹ Angaben zur wahren Prävalenz sind immer nur Schätzungen, da sie an Stichproben untersucht werden. Wie genau sie die Verhältnisse in der Grundgesamtheit abbilden, hängt von den Untersuchungsmethoden und der Stichprobenziehung ab.

administrative Prävalenz trifft Aussagen über das Auftreten in Populationen, die bestimmte Versorgungsangebote in Anspruch nehmen (z.B. Patientenklientel einer Allgemeinarztpraxis) und die **behandelte Prävalenz** zeigt, welcher Teil einer Grundgesamtheit eine bestimmte, für eine Störungsgruppe spezifische, Behandlung erhält (z.B. Anteil der Versicherten, der eine ambulante Psychotherapie erhält) [Meyer et al., 1991].

Die Schätzung der Prävalenz psychischer Störungen in der Allgemeinbevölkerung erfordert aufwändige Untersuchungen an bevölkerungsrepräsentativen Stichproben. Das **Mannheimer Kohortenprojekt** untersuchte in zwei Querschnittserhebungen (1979-1983 bzw. 1983-1985) 600 zufällig ausgelesene Bürger Mannheims zwischen 25 und 50 Jahren. Diese wurden mit halbstandardisierten Interviews und psychometrischen Verfahren hinsichtlich des Auftretens psychologischer Erkrankungen untersucht. Als Fälle wurden diejenigen Probanden klassifiziert, die sowohl einem psychischen Syndrom nach ICD-9¹⁰ zuzuordnen waren, als auch im Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS) nach Schepank [1995] entsprechend körperlich, psychisch und sozial beeinträchtigt waren. Nach diesem Vorgehen konnten 26% der untersuchten Stichprobe als Fälle psychologischer Erkrankungen (Punktprävalenz) eingeordnet werden. Gemäß ihrer Erstdiagnosen verteilten sich die Fälle folgendermaßen: 7,2% Psychoneurosen, 5,7% Persönlichkeitsstörungen, 1,5% Suchterkrankungen sowie 11,6% funktionelle und psychosomatische Beschwerden. In der Follow-up-Untersuchung konnten diese Ergebnisse im wesentlichen repliziert werden [Schepank, 1987].

Die Untersuchung von Dilling et al. an 1536 Personen aus einem kleinstädtisch-ländlichen Bereich Oberbayerns schätzt die wahre Prävalenz psychosomatisch-psychoneurotischer Störungen mit 11,3% wesentlich geringer ein. Daraus leitet sich die Vermutung ab, dass in einer großstädtischen Stichprobe mehr psychische Erkrankungen auftreten als in der Landbevölkerung [Meyer et al. 1991].

¹⁰ Die ICD-9 unterscheidet sich in Umfang und Aufbau von der ICD-10. Im Mannheimer Kohortenprojekt wurden die Diagnosehauptgruppen 300, 301, 303 bis 306 der ICD-9 vergeben [Dilling, Mombour, Schmidt, 1993]; [Schepank, 1987].

Mit dem Zusatzsurvey „Psychische Störungen“ des **Bundesgesundheitsveys 1998** wurde erstmals eine verlässliche bundesweite Prävalenzabschätzung zu psychischen Störungen durchgeführt. Die 6159 Teilnehmer des Bundesgesundheitsveys im Alter von 18 bis 65 Jahren wurden mit dem Screeningfragebogen CID-S [Wittchen, 1999] untersucht. Die Screening-Positiven und 50% der Screening-Negativen wurden dann in einem Untersuchungsgespräch mit dem computergestützten Composite International Diagnostic Interview [Wittchen, Semler, 1991] untersucht. 9% der Untersuchten erfüllten die Kriterien für eine Angsterkrankung, 7,5% für eine somatoforme Störung und 6,3% die einer affektiven Störung. Daraus ergibt sich insgesamt eine 4-Wochen-Querschnittprävalenz von 17,2%. Bevölkerungsbezogen sind somit 8,35 Millionen Menschen zwischen 18 und 65 Jahren von mindestens einer Störung dieser drei Gruppen betroffen [Wittchen et al., 1999a]. Wählt man einen größeren Zeitrahmen erhöhen sich die Prävalenzraten, weil dann eine größere Zahl von kurzzeitig erkrankten Patienten eingeschlossen wird. Die 1-Jahres-Prävalenz für depressive Störungen betrug in der Stichprobe z. B. 11,5% [Wittchen et al., 2000a]. Die vorliegenden Prävalenzangaben für die Bundesrepublik Deutschland stimmen im Wesentlichen mit Ergebnissen aus anderen westeuropäischen und nordamerikanischen Studien überein [Linzer et al., 1996]; [Maier et al., 1999].

Eine Vielzahl von Untersuchungen beschäftigte sich mit dem **Auftreten psychischer Störungen im primärärztlichen Bereich**, also der administrativen Prävalenz. Neben dem leichteren Zugang zur Stichprobe ist dies vor allem mit der großen Bedeutung psychischer Störungen in diesem Versorgungssektor und der daraus folgenden Inanspruchnahme zu erklären. Der Anteil psychisch erkrankter Patienten in der primärärztlichen Klientel variiert in den verschiedenen bundesdeutschen Studien zwischen 23% und 36%. Eine internationale WHO-Studie fand zwischen 7,3% (Shanghai) und 52,5% (Santiago de Chile) eine wesentlich größere Variationsbreite des Auftretens psychischer Störungen in primärärztlichen Klientel weltweit. Die unterschiedlichen Prävalenzraten sind wesentlich von der Art der einbezogenen Störungen und der Erhebungsmethode beeinflusst [Goldberg, Lecrubier, 1995]. Im internationalen Vergleich spielen darüber hinaus kulturelle Unterschiede eine Rolle. In der WHO-Studie

wurden im Zentrum Berlin 25,2% und im Zentrum Mainz 30,6% der primärärztlichen Patienten als psychisch krank diagnostiziert [Herr, Maier, Benkert, 1995]; [Linden, Helmchen, 1995].

Die oben beschriebenen deutlichen Unterschiede in der wahren Prävalenz psychischer Störungen zwischen der Stadt- und Landbevölkerung verschwinden in den Untersuchungen zur administrativen Prävalenz völlig. Höchstwahrscheinlich sind unterschiedliche Arztaffinitäten und zusätzliche Selektionseffekte dafür verantwortlich [Meyer et al.1991]. In der Region Traunstein (Oberbayern) wurden 24,4% und in Mannheim 23,4% der allgemeinärztlichen Klientel als psychisch krank (Persönlichkeitsstörungen, Neurosen und andere nichtpsychotische Störungen) mit dem halbstrukturierten psychiatrischen Interview von Goldberg identifiziert [Dilling, Weyerer, Engel, 1978]; [Zintl-Wiegand et al., 1978]. Eine weitere Untersuchung von 572 Patienten in 18 Düsseldorfer Hausarztpraxen identifizierte 36,6% der Stichprobe als psychisch erkrankt. Hierbei mussten sowohl die Kriterien einer DSM-III-R-Störung, als auch eine entsprechende Beeinträchtigungsschwere im BSS nachgewiesen werden. Die deutlich höhere Prävalenz hängt mit dem größeren Bereich von Störungen zusammen, die hier einbezogen wurden (Alkoholerkrankungen, somatoforme Störungen, Essstörungen etc.) [Tress et al., 1997]. Die EvaS-Studie (Erhebung über die Versorgung im ambulanten Sektor) erfasste die Prävalenz psychischer Störungen in der allgemeinärztlichen Patientenkiel mit der Häufigkeit psychischer Erst- und Zweitdiagnosen durch die Ärzte anhand der Art der Beschwerden („Reasons for Visit Classification“ nach Wagner, Schach und Schwartz). Bei 29,5% der Patienten wurden psychische Probleme als Erst- oder Zweitanliegen diagnostiziert [Schwartz, 1989].

Die bundesweite Depressions-Screening-Studie in Allgemeinarztpraxen untersuchte insgesamt 14746 Patienten in 412 Arztpraxen. 10,9% aller untersuchten Patienten entsprachen den Kriterien für eine depressive Erkrankung [Wittchen et al., 2000b]. Die „GAD-P-Studie“, die sich mit dem Auftreten von Generalisierter Angst und Depression in der BRD beschäftigte, zeigte, dass selbst bei konservativer Schätzung 5,3% der allgemeinärztlichen Patienten an einer generalisierten Angststörung litten [Wittchen et al., 2001b].

Abb.7: Prävalenz psychischer Störungen in der BRD und international

Wahre Prävalenz	
Mannheimer Kohortenprojekt 1979-1983 (N=600) [Schepank, 1987]	26% psychogen erkrankte Probanden (Punktprävalenz)
Oberbayernstudie 1984 (N=1536) [Dilling, 1984]	11,3% psychosomatisch-psychoneurotische Störungen (Punktprävalenz)
Bundesgesundheitsurvey 1998 (N=6153) [Wittchen et al., 2000a]	17,2% der Untersuchten haben eine Angst-, somatoforme oder affektive Störung (4-Wochen-Querschnitt)
Administrative Prävalenz (primärärztlicher Bereich)	
Hausarztpraxen in Oberbayern 1978 (N=1274) [Dilling, Weyerer, Engel, 1978]	23,2% der Patienten mit Neurosen, Persönlichkeits- störungen und anderen nichtpsychotischen psychi- schen Störungen
Mannheimer Hausarztpraxen 1978 (N=1026) [Zintl-Wiegand et al., 1978]	24,4% der Patienten mit Neurosen, Persönlichkeits- störungen und anderen nichtpsychotischen psychi- schen Störungen
EvaS-Studie 1989 (N=6332 Patienten) [Schwartz, 1989]	29,3% der Patienten bei Allgemeinmedizinern hat- ten laut Arztdiagnose ein psychisches Problem als Erst- oder Zeitanliegen
WHO-Studie „Psychological Problems in General Health Care“ 1991 [Goldberg, Lecrubier, 1995]; [Herr, Maier, Benkert, 1995]; [Linden, Helmchen, 1995]	im Mittel 24,0% aller Patienten mit psychischen Störungen nach ICD-10 an allen 15 Zentren welt- weit (25,2% in Berlin und 30,6% in Mainz)
Düsseldorfer Hausarztpraxen 1996 (N=572 Patienten) [Tress et al., 1997]	36,6% psychisch erkrankte Patienten
Depressionsscreeningstudie 2000 (N=14746 Patienten) [Wittchen et al., 2000b]	10,9% der untersuchten Patienten mit depressiven Erkrankungen
Generalisierte Angst und Depressionsstudie 2001 (N=17739 Patienten) [Wittchen et al., 2001b]	5,3% der Patienten leiden an einer generalisierten Angststörung

Für die Versorgung im primärärztlichen Bereich ist die **Komorbidität von psychischen und somatischen Erkrankungen** von entscheidender Bedeutung. In einer Studie in Mainzer Hausarztpraxen wurde gezeigt, dass psychosomatische Störungen überzufällig häufig mit chronischen somatischen Beschwerden auftreten. Dieser Zusammenhang konnte für die anderen psychischen Störungen nicht nachgewiesen werden [Weiffenbach et al., 1995].

Der Zusammenhang zwischen **Geschlecht** und dem Auftreten psychischer Erkrankungen wurde in einer Vielzahl von Untersuchungen nachgewiesen. Dies trifft sowohl auf die Allgemeinbevölkerung, als auch auf primärärztliche Stichproben zu, muss jedoch nach Störungsgruppen differenziert werden [Gater et al., 1998]; [Herr, Maier, Benkert, 1995]; [Linden, Helmchen, 1995]; [Maier et al., 1999]; [Wittchen et al., 1999a]; [Wittchen et al., 2000b]; [Wittchen et al., 2001b]. Frauen erkranken häufiger an depressiven, somatoformen und Angststörungen. Im Bundesgesundheitsurvey 1998¹¹ zeigte sich eine deutlich höhere Wahrscheinlichkeit für Frauen, an einer der drei erfassten Störungen zu leiden (Odds Ratio von 2,23). Dabei fand sich in dieser Untersuchung der größte Geschlechtsunterschied bei den Angststörungen (Odds Ratio 2,64) und der niedrigste für die affektiven Störungen (Odds Ratio 1,69) [Margraf, Poldrack, 2000]; [Wittchen et al., 1999a]. Im Gegensatz dazu ist die Prävalenz der Alkoholabhängigkeit unter den Männern größer. Als Entstehungsmechanismen der Geschlechtsunterschiede in der Prävalenz psychischer Störungen werden neben biologischen und genetischen Ursachen vor allem die soziale Lage und die Geschlechterrollen von Frauen diskutiert [Bebbington, 1999]; [Gater et al., 1998]; [Loewenthal et al., 1995]; [Sabo, Gordon, 1995]. Wie aus einer Zusammenstellung von Bebbington [1999] hervorgeht, lassen sich diese Geschlechtsunterschiede am Beispiel der depressiven Erkrankungen in verschiedenen westlichen Ländern gleichermaßen nachweisen.

Für die Bundesrepublik Deutschland finden sich darüber hinaus **Ost-West-Unterschiede**. In einer bevölkerungsrepräsentativen Erhebung aus dem Jahr 1994 an 2948 Personen konnte gezeigt werden, dass in den neuen Bundesländern die Präva-

¹¹ Zur Methodik des Bundesgesundheitsveys vgl. Kap. 2.4.2., 3 Absatz.

lenz von Angststörungen gegenüber den alten Bundesländern deutlich erhöht ist (16,3% vs. 7,0%). Am häufigsten betroffen waren dabei die ostdeutschen Frauen mit 20,3% [Margraf, Poldrack, 2000]. Der Bundesgesundheitsurvey aus dem Jahre 1998¹² konnte dieses Ergebnis jedoch nicht replizieren. Hier konnte mit einem Odds Ratio von 1,0 keine erhöhte Prävalenz von Angststörungen in der ostdeutschen Bevölkerung nachgewiesen werden. Es zeigten sich darüber hinaus für die affektiven (Odds Ratio 1,41) und somatoformen Störungen (Odds Ratio 1,50) niedrigere Prävalenzraten in den neuen Bundesländern [Wittchen et al., 1999a]. Wie es zu diesen divergierenden Ergebnissen kommt, lässt sich hier nicht eindeutig klären. Anzunehmen ist aber, dass unterschiedliche Falldefinitionen und Erhebungsmethoden, aber auch der Zeiteffekt eine Rolle spielen.

In der primärärztlichen Versorgung spielen psychotische Erkrankungen nur ausnahmsweise eine Rolle. In der Regel treten dort Störungen mit einem leichten bis mittleren Schweregrad, v.a. Somatisierungsstörungen, depressive Syndrome und andere neurotische Störungen auf. Häufig erfüllen die Patienten nicht die Kriterien entsprechender Klassifikationssysteme, wie der ICD-10 [Linden et al., 1996]; [Weiffenbach et al., 1995]. Die psychiatrische Epidemiologie beschreibt die Problematik mit dem sogenannten Eisberg-Phänomen. Dieses bildet die verschiedenen Schweregrade psychischer Beeinträchtigung ab, wobei die psychiatrisch klassifizierbaren Fälle nur die „Spitze des Eisberges“ bilden. Die versteckte Morbidität beinhaltet die, für Verlaufsbetrachtungen interessanten, „potentiellen“ Fälle. Jedoch verbirgt sich hier auch das Problem einer möglichen Pathologisierung von Patienten, die niemals zum „Fall“ werden würden. Zu entscheiden, bei welchen Patienten eine Intervention nützlich ist, liegt in der Hand des behandelnden Arztes und erfordert gute Wahrscheinlichkeitsdiagnosen [Sandholzer, 1998]. In Anlehnung an die ICD-10 Kapitel V sind vor allem die Hauptgruppen F1 und F3-F5 für die Primärärzte relevant [Weiffenbach et al., 1995]. Neben diesen psychischen Störungen spielen die psychologischen Faktoren somatischer Erkrankungen eine große Rolle. Die Umsetzung eines bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells erfordert unter anderem die Berücksichtigung von Krankheitsverarbeitungsprozessen. Dies betrifft nicht nur die klassischen psychosomati-

schen Erkrankungen, sondern vor allem auch die psychosoziale Begleitung schwerer und/oder chronischer somatischer Erkrankungen.

2.4.3. Diagnostik

Zur Diagnostik psychischer Störungen steht eine Vielzahl psychometrischer Instrumente zur Verfügung, die sich auf einzelne Störungen (z. B. „Beck-Depressions-Inventar“ [Hautzinger et al., 1994] „Fragebogen zur Depressionsdiagnostik“ [Kuehner, 1997]) oder auf die globale psychische Beeinträchtigung (z. B. SCL-90 [Franke, 1995]) beziehen. Neben diesen Fragebögen gibt es strukturierte und standardisierte Interviews, die ursprünglich meist auf der Grundlage eines Klassifikationssystems psychischer Störungen entwickelt wurden. Als strukturierte Interviews wurden das SKID [Wittchen, Zaudig, Fydrich, 1997] und das DIPS [Margraf, Schneider, Ehlers, 2002] z.B. für das DSM-System entwickelt. Als standardisierte Interviews wurde das CIDI [Wittchen, 1990] für das ICD-System entwickelt. Die aktuelle Version des CIDI [Wittchen, Garczinsky, Pfister, 1997] und die computergestützte Version DIA-X berücksichtigen beide Klassifikationssysteme. Fragebögen und strukturierte Interviews spielen vor allem für wissenschaftliche Untersuchungen eine große Rolle, in der alltäglichen Praxis werden sie relativ selten eingesetzt. Hier ist das ärztliche Gespräch und somit das Eindrucksurteil des Arztes auf der Grundlage seines diagnostischen Wissens und seiner Erfahrung entscheidend.

In den letzten Jahren wurden verschiedene Screeningverfahren entwickelt, die für die Anwendung im Praxisalltag besser geeignet sind und die ärztliche Psychodiagnostik verbessern sollen. Dazu zählt z. B. der „Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D)“. Dieser wurde von Löwe et al. für den deutschsprachigen Raum validiert [Löwe et al., 2002]; [Warnke et al., 2002]. Die Anwendung solcher Screeninginstrumente hat sich in der Praxis noch nicht durchgesetzt, was sowohl an der recht kurzen Geschichte dieser Verfahren als auch am geringen Bekanntheitsgrad und der Skepsis der Praktiker zu liegen scheint. In Anlehnung an die ICD-10 wurde von der WHO ein Karteikartensystem entwickelt, das in kurzer Form diagnostische Hilfen und Leitlinien zur Behandlung der verschiedenen psychischen Störungen in der primärärztlichen

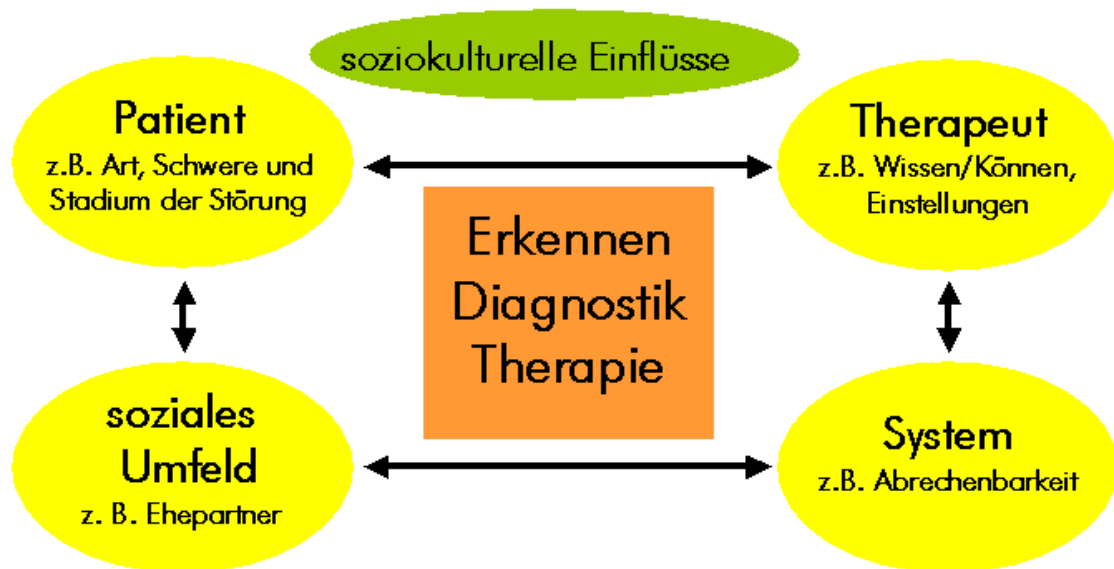
Praxis zusammenfasst. Inzwischen ist dieses auch in deutscher Sprache erschienen [Dilling, 2001].

Trotz der Möglichkeiten durch angebotene Fortbildungen und durch die Anwendung von Fragebögen, Interviews, Checklisten und Screeningmethoden zeichnen empirische Untersuchungen ein unbefriedigendes Bild der **Identifikation psychischer Störungen** beim Primärarzt. Der Anteil der erkannten psychischen Störungen in primärärztlichen Praxen variiert in verschiedenen Studien zwischen der Hälfte und zwei Dritteln der Fälle [Linden et al., 1996]; [Tress et al., 1997]; [Wittchen et al., 2000b]; [Kruse, 2003]. Die Studien von Wittchen et al., die sich mit Depressionen und Generalisierten Angststörungen beschäftigen, finden deutlich höhere Fallidentifikationsraten von z. B. 72,5% bei den Generalisierten Angststörungen. Die recht „milden“ Kriterien für die Fallerkennung könnten für die Differenzen zu allen anderen gefundenen Ergebnissen verantwortlich sein. Es wird aber auch eine relativ hohe Rate falsch-positiver Diagnosen durch die Ärzte beklagt [Hoyer et al., 2001]. In einer europaweiten Studie der WHO wurden in der deutschen Teilstichprobe 60,2% aller Fälle mit akuten ICD-10 Diagnosen durch die Hausärzte richtig identifiziert, während in der Gesamtstichprobe 56,2% erkannt wurden. Die Fallidentifikationsrate in Deutschland ist also mit der anderer europäischer Länder vergleichbar [Linden et al., 1996].

Die Diagnostik psychischer Störungen in der Allgemeinarztpraxis hängt von klinischen und nonklinischen Faktoren ab [Linden et al., 1999]. Wittchen [Wittchen, Höfler, Meister, 2001] hat die Zusammenhänge in einem Modell dargestellt (Abb.8).

Unter den **klinischen Faktoren** spielen vor allem die Art der Störung, der Schweregrad und der Konsultationsgrund eine Rolle. So zeigte eine Studie in Düsseldorfer Hausarztpraxen, dass Essstörungen mit 82,4% der Fälle besonders häufig erkannt werden [Tress et al., 1997]. In einer europaweiten Studie der WHO fand sich eine auffallend niedrige Identifikationsrate bei den Alkoholerkrankungen (Deutschland 29,8% und Europa 32,6%). In dieser Studie wird auch der Einfluss des Schweregrades der Erkrankung für die Identifikationsrate deutlich. In der deutschen Teilstichprobe werden 60,2% der Fälle mit einer akuten Diagnose, aber nur 45,8% der grenzwertigen Störungen erkannt [Linden et al., 1996]. Zwei Untersuchungen von

Abb.8: Bedingungsgefüge von Erkennens- und Therapieprozessen [Wittchen, Höfler, Meister, 2001]



Kruse et al. finden ebenfalls einen deutlichen Einfluss des Schweregrades der Erkrankung auf die Fallidentifikationsrate [Kruse et al., 1999]; [Kruse et al., in press]. Ein weiteres Problem ist in den differentialdiagnostischen Kompetenzen der Ärzte zu sehen. So zeigten Wittchen et al. in einer Studie an 1591 Patienten deutscher Hausarztpraxen, dass zwar 74,2% der Patienten mit einer Depressionsdiagnose als psychisch krank erkannt wurden (sicher oder zumindest unterschwellig), dass die Ärzte aber nur 54,8% dieser Patienten als depressiv diagnostizierten [Wittchen et al., 2000b]. In einer weiteren Studie von Wittchen et al. zu generalisierten Angststörungen wurde ein größerer Anteil falsch-positiver Diagnosen nachgewiesen [Hoyer et al., 2001]. Der Konsultationsgrund bzw. die Art der geäußerten Beschwerden beeinflussen die Wahrscheinlichkeit der Identifikation der psychischen Störung deutlich. Patienten mit Depressionen in der Vorgeschichte oder mit psychischen Problemen als Konsultationsgrund werden auch aktuell eher als depressiv erkannt [Wittchen et al., 2000b]. Auch in einer Untersuchung von Kruse in Hausarztpraxen wurde gezeigt, dass sich mit steigender Anzahl der geäußerten psychischen Beschwerden die Fallidentifikationsrate deutlich erhöhte [Kruse, 2003].

Die Mehrzahl der Patienten berichten trotz des Bestehens einer psychischen Störung keine psychischen Probleme. Dies mag an der mangelnden Bewusstheit der psychi-

schen Verursachung, dem somatisch orientierten Krankheitsmodell vieler Patienten, aber auch an der Tabuisierung psychischer Symptome und der daraus resultierenden Zurückhaltung im Gespräch liegen. Hier ist die Kompetenz der Ärzte gefordert, diese trotzdem zu erkennen [Goldberg, Blackwell, 1970]. Unter den Konsultationsgründen stehen psychiatrische Erkrankungen in Europa an fünfter, in Deutschland gar nur an siebter Stelle [Linden et al., 1996].

Neben der erwarteten Bedeutung klinischer Faktoren konnte in verschiedenen Untersuchungen gezeigt werden, dass **nonklinische Faktoren** (z.B. Geschlecht und Alter des Patienten, Aus- und Weiterbildung des Arztes, Interaktionsstil) einen Einfluss auf die Identifikation psychischer Störungen haben. In einer bundesweiten Studie wurden Frauen und ältere Patienten eher als depressiv diagnostiziert als Männer und jüngere Patienten [Wittchen et al., 2000b]. Die WHO-Studie „Psychological Problems in General Health Care“ konnte den Einfluss des Geschlechts auf die Identifikation von Patienten mit depressiven und Angststörungen jedoch nicht nachweisen [Gater et al., 1998]. Die Aus- und Weiterbildung der Ärzte hat ebenfalls einen Einfluss auf die Fallidentifikationsrate bei psychischen Störungen. Eine Untersuchung in 396 hessischen Hausarztpraxen zeigte, dass mit steigender psychosozialer Kompetenz der Anteil von Patienten mit einer diagnostizierten psychischen Störung wuchs [Haltenhof et al., 2000]. Auch in der „GAD-P-Studie“ und in der „Depression 2000-Studie“ waren Ärzte mit entsprechenden Weiterbildungen oder der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ eher in der Lage, Depressionen und Angststörungen zu diagnostizieren [Hoyer et al., 2001]; [Wittchen et al., 2000b]. Eine Untersuchung mit 120 Patienten in 16 Hausarztpraxen konnte nachweisen, dass ein komplementär kontrollierendes Kommunikationsmuster zu schlechten Fallidentifikationsraten psychischer Störungen führt. Die Autoren betonen die Bedeutung der kommunikativen Fähigkeiten für eine qualitativ hochwertige Diagnostik und Behandlung [Kruse, 2003].

Aufgrund der Fülle der verschiedenen Faktoren gestaltet es sich schwierig, diese vollständig in eine Untersuchung einzubeziehen, weshalb oft nur Teilaspekte des Bedingungsgefüges untersucht werden. Eine umfassende Studie zu den Einflüssen und Wechselwirkungen der relevanten Variablen steht noch aus.

Zusammenfassend muss festgestellt werden, dass 40% bis 50% der Patienten mit psychischen Störungen von den Hausärzten nicht identifiziert werden, wobei diese Rate in Abhängigkeit von der Art der Störung, aber auch von der Vielzahl der oben genannten Faktoren variiert. Betrachtet man diese Zahlen vor dem Hintergrund der im Gesundheitsstrukturgesetz 1993 festgelegten Screening- und Steuerungsfunktion des Hausarztes, so tritt ein wesentliches Versorgungsproblem zutage. Die Fähigkeit des Hausarztes, psychische Störungen zu erkennen, zu behandeln oder zu entscheiden, ob eine Überweisung notwendig ist, entscheidet über den Weg des Patienten im Gesundheitssystem auf der Suche nach adäquater Behandlung.

2.4.4. Behandlung psychischer Störungen

Ob und wie ein Patient mit einer psychischen Störung behandelt wird, hängt zunächst davon ab, ob der konsultierte Arzt die Störung erkennt und differentialdiagnostisch ausreichend abgrenzen kann. Die **Wahrscheinlichkeit einer adäquaten Therapie** ist erwartungsgemäß wesentlich höher, wenn die psychische Störung vom Arzt als solche diagnostiziert wird. In einer Studie in Düsseldorfer Hausarztpraxen zeigte sich dieser Zusammenhang sehr deutlich. Patienten, die als psychogen erkrankt diagnostiziert wurden, erhielten deutlich mehr psychosomatisch orientierte Gespräche (28,6% vs. 7,0% der Patienten) und wurden auch wesentlich häufiger zum Psychotherapeuten überwiesen (15,4% vs. 1,2% der Patienten) [Tress et al., 1997]. Kruse et al. zeigten aber auch, dass die Art der Störung für die Therapie entscheidend ist. So wurden Patienten mit schweren somatoformen Störungen relativ häufig psychosomatisch oder psychotherapeutisch behandelt oder überwiesen, während Patienten mit Depressionen oder Angststörungen selten auf psychotherapeutische Möglichkeiten hingewiesen wurden [Kruse et al., 1999].

Das Modell zu den Bedingungsfaktoren der Diagnosestellung bei psychischen Störungen (Abb. 8) kann ebenso auf die Therapie angewandt werden. Neben der Fallidentifikation haben auch das Hilfesucheverhalten des Patienten sowie soziodemographische Variablen einen Einfluss. Höheres Alter, weibliches Geschlecht, Familienstand verheiratet/mit Partner zusammenlebend und Berufstätigkeit erhöhen die

Wahrscheinlichkeit einer angemessenen Therapie bei Depressionen. Außerdem wirkten sich klinische Faktoren wie hoher Schweregrad, rezidivierende Erkrankung und Komorbidität bei Depressionen positiv auf die Wahrscheinlichkeit einer Behandlung aus [Wittchen et al., 1999b]. In einer weiteren Untersuchung wurden ähnliche Zusammenhänge ermittelt, auch hier wirkte sich weibliches Geschlecht, höheres Alter, vorherige und/oder rezidivierende Erkrankungen positiv auf den Einsatz von Antidepressiva in der Depressionstherapie aus. Darüber hinaus konnten Merkmale des Arztes wie hoch eingeschätzte medikamentöse Kompetenz, eine große Anzahl entsprechender Weiterbildungen und die größere Bereitschaft, strukturierte Hilfsmittel und Fragebögen einzusetzen als Prädiktoren für die Antidepressivatherapie nachgewiesen werden [Winter et al., 2000]. Im Gegensatz dazu fanden sich in einer weiteren Untersuchung zur Therapie der Generalisierten Angststörung deutlich weniger Einflussfaktoren. Patienten, die als Konsultationsgrund „Angstprobleme“ angaben, und die von einem jüngeren Arzt behandelt wurden, erhielten eher eine angemessene Therapie [Wittchen et al., 2001a]. Sowohl die Ausbildung des Arztes als auch klinische Merkmale spielen also eine Rolle. Ist sich der Patient seiner Probleme bewusst und kann dies auch berichten, wird er eher adäquat behandelt. Die Diagnostik und Behandlung leichter und mittelschwerer psychischer Störungen gestaltet sich besonders problematisch. Selbst wenn diese vom Arzt erkannt werden, ist die Wahrscheinlichkeit einer angemessenen Behandlung relativ gering.

Es stellt sich daraufhin die Frage, wie häufig und in welcher Art und Weise psychische Störungen von den Hausärzten behandelt werden. Aus der WHO-Studie „Psychological Problems in General Health Care“ liegen Daten für Deutschland und Europa vor, die das Vorgehen der Ärzte beschreiben [Linden et al., 1996]

Tab.3: Ärztliche Beratung und Gesprächstherapie in der Behandlung psychischer Störungen, Prozent aller Patienten in einer Praxis zitiert nach [Linden et al., 1996]

	Bundesrepublik Deutschland N = 800	Europa (ohne BRD) N = 1628	Signifikante Unterschied (Chi-Quadrat)
Besprechung von Problemen	23,8	14,1	p < 0,001
Psychotherapeutische Beratung	4,3	7,4	p < 0,001
Angebot praktischer/sozialer Hilfe	3,2	1,0	p < 0,001
Überweisung zum Nervenarzt	1,0	5,2	p < 0,001
Verweis an Schwester oder Sozial- arbeiter	3,4	1,9	p = 0,14
weitere körperliche Untersuchung	7,4	4,4	p = 0,04
anderes	6,5	3,4	p = 0,02
irgendeine psychosoziale Therapie	26,1	7,4	p < 0,001

In Tabelle 3 ist dargestellt, wie die gesamte Klientel einer Hausarztpraxis mit psychosozialer Therapie versorgt wird. Dabei treten deutliche Unterschiede zwischen der Bundesrepublik Deutschland und den anderen europäischen Staaten auf. In Deutschland wird deutlich mehr **psychosoziale Therapie** durchgeführt, andererseits werden aber auch mehr Patienten weitergehend körperlich untersucht und weniger Patienten werden psychotherapeutisch beraten oder zum Psychiater überwiesen. An dieser Stichprobe wurde zudem untersucht, wie sich die **medikamentöse Therapie** unterscheidet. Auch hier zeigten sich relevante Unterschiede in der Verschreibung der verschiedenen Medikamentengruppen. Insgesamt wurden in der BRD zwar mehr psychotrope Medikamente verschrieben (bei 16,1% vs. 13,5% der Patienten), aber dieser Unterschied ist nicht signifikant [Linden et al., 1996].

Auch die **differentialdiagnostischen Fähigkeiten** der Hausärzte haben einen deutlichen Einfluss auf die Behandlung. Wird eine Depression als solche diagnostiziert und nicht nur als psychische Erkrankung erkannt, so wird ein wesentlich kleinerer Teil der Patienten nicht behandelt (4,0% vs. 11,9% der Patienten/Odds Ratio =3,47) und ein größerer Teil (21,7% vs. 16,7 % der Patienten /Odds Ratio =0,63) wird überwiesen.

Sowohl die EvaS-Studie, als auch die „Nervenarztstudie“ kamen zu dem Ergebnis, dass ca. 50% der psychisch Erkrankten ausschließlich von Hausärzten versorgt wurden [Tress et al., 1997]. Die beiden Untersuchungen zur Behandlung von Depressionen und generalisierten Angststörungen zeigten außerdem, dass die Hausärzte mit ca. 60% den größten Teil der betroffenen und identifizierten Patienten ausschließlich selbst versorgen wollen. Die medikamentöse Therapie spielt dabei eine große Rolle. 81% der depressiven Patienten und sogar 97,3% der Patienten mit generalisierter Angststörung sollen mit Medikamenten behandelt werden. Auch Beratung (70,% bzw. 44%) und Psychotherapie (20,8% bzw. 33%) spielen eine große Rolle, werden aber insgesamt bei einem wesentlich kleineren Anteil der identifizierten Patienten mit Depressionen und Generalisierten Angststörungen angewandt [Winter et al., 2000]; [Wittchen et al., 2001a].

Es fällt zunächst auf, dass nur ein relativ geringer Teil der von einer psychischen Störung betroffenen Patienten eine **Verordnung von psychotropen Medikamenten erhält**. In einer Untersuchung von Weiffenbach et al. wurden 16,5% der Patienten mit einer psychosomatischen Störung und 15,4% der Patienten mit einer psychischen Störung in Hausarztpraxen mit psychotropen Medikamenten versorgt [Weiffenbach et al., 1995]. Erwartungsgemäß haben klinische Faktoren die größte Bedeutung: Patienten mit psychischen Problemen als Konsultationsgrund, mit einer psychischen Erkrankung als Hauptdiagnose und mit einem höheren Schweregrad erhalten eher psychotrope Medikamente [Linden et al., 1999]. Es zeigte sich aber auch ein Einfluss anderer Faktoren auf das Verordnungsverhalten, wie z.B. die Ausbildung, die Praxiserfahrung und die Spezialisierung des Arztes; Patientenpräferenzen und die Verfügbarkeit bestimmter Medikamente sowie andere Eigenschaften des Gesundheitssystems [Linden et al., 1999]. Patientinnen erhalten häufiger psychotrope Medikamente als Patienten [Klaubner, Schröder, Selke, 1996a]; [Linden et al., 1996]; [Hohagen et al., 1993]; [Morabia, Fabre, Dunand, 1992]; [Simoni-Wastila, 1998]. Auch das Geschlecht des Arztes ist in diesem Zusammenhang von Bedeutung, wurde aber bisher nur in wenigen Studien untersucht. Die bisherige Forschung beschäftigte sich eher mit kommunikativen Aspekten und der Arzt-Patient-Beziehung. Allerdings zeigten Studien, dass

Frauen überproportional häufig Ärztinnen konsultieren [Bensing, v.d.Brink-Muinen, de Bakker, 1993] und dass diese Tendenz vor allem in Fachgebieten wie Allgemeinmedizin und Gynäkologie von Bedeutung ist [Waller, 1988]. Ärztinnen unterschieden sich von ihren männlichen Kollegen hinsichtlich ihrer Gesprächsinhalte und den daraus resultierenden Maßnahmen. Patienten, die soziale Probleme hatten, gingen eher zu einer Ärztin als zu einem Arzt [Bensing, v.d.Brink-Muinen, de Bakker, 1993]. Ärztinnen kommunizierten mehr positive Inhalte, waren eher partnerschaftlich, stellten mehr Fragen und gaben mehr Informationen [Roter, Lipkin, Korsgaard, 2001]. Eine Untersuchung von Morabia zur Verschreibung von psychotropen Medikamenten in Polikliniken des Kantons Genf konnte Effekte des Patienten- und des Arztgeschlechtes auf die Verschreibung nachweisen. Neben der Tatsache, dass Frauen mehr Medikamente erhielten, zeigte sich, dass dieser Effekt bei weiblichen Ärzten am deutlichsten war [Morabia, Fabre, Dunand, 1992].

Die Diagnosestellung und Behandlung wirkt sich auf den **Verlauf psychischer Störungen** und damit auch entscheidend auf die Folgeerscheinungen aus. Verschiedene Studien haben sich mit diesen Zusammenhängen beschäftigt. Es zeigten sich dabei deutliche Unterschiede zwischen depressiven Erkrankungen und Angststörungen. Während die Angststörungen eher einen chronischen Verlauf zeigten, waren Depressionen weniger langwierig, gingen aber mit stärkeren Beeinträchtigungen einher [Fichter, 1990]; [Wittchen, Zerssen, 1990]. Entscheidend für die langfristigen Folgen ist die Dauer zwischen dem ersten Auftreten der psychischen Symptome, einer entsprechenden Diagnose und der Einleitung einer adäquaten Behandlung. Je länger dieser Prozess dauert und je mehr inadäquate Therapieversuche währenddessen stattfinden, um so größer ist die Wahrscheinlichkeit einer Chronifizierung. In einer Befragung von Patienten eines psychosomatischen Fachkrankenhauses stellte sich heraus, dass zwischen erstem Arztkontakt und dem Erkennen der Psychogenese bei Männern 5 Jahre und bei Frauen 7,5 Jahre lagen. Wurde die Psychogenese aber einmal als solche erkannt, verging dann nur noch ca. 1 Jahr bis zum Beginn einer adäquaten Therapie [Reimer, Hempfing, Dahme, 1979]. Diese Zahlen betonen die Bedeutung der diagnostischen Fähigkeiten der Primärärzte für die Verhinderung von

Chronifizierungsprozessen psychogener Erkrankungen. In der 5-Jahres-Verlaufsuntersuchung von Fichter zeigte sich zudem, dass die Behandlungsraten bei den chronischen Fällen (28,6% der Frauen und 23,7% der Männer) deutlich höher waren als bei den Neuerkrankungen (17,3% der Frauen und 16,5% der Männer). Auch darin deutet sich das späte Einsetzen einer adäquaten Therapie an [Fichter, 1990].

Die Versorgung psychischer Störungen scheint sich in den letzten Jahren etwas verbessert zu haben [Winter et al., 2000], ist aber bei Weitem noch nicht an einem Punkt angekommen, wo man von einer ausreichenden Integration psychosomatischer Konzepte in der primärärztlichen Versorgung sprechen kann.

2.4.5. Individuelle und gesellschaftliche Folgen psychischer Störungen

Die Konsequenzen psychischer Störungen sind vielschichtig. Für die **Gesellschaft** spielen vor allem die **direkten und indirekten Kosten** psychischer Erkrankungen eine Rolle. Diese entstehen durch Inanspruchnahme des Gesundheitssystems und anderer Sozialleistungen sowie durch Produktivitätsverluste (Arbeitsunfähigkeit und vorzeitiges Ausscheiden aus dem Erwerbsleben, vorzeitiger Tod).

Für die Bundesrepublik Deutschland wurden die direkten Kosten im Jahre 1994 für Psychiatrische Erkrankungen mit 37,5 Mrd. DM beziffert, was 10,9% aller direkten Kosten entspricht. Sie nehmen damit Rang vier unter allen Krankheitsarten ein. Die direkten Kosten¹³ für die Depressionen beliefen sich in diesem Zeitraum auf 2,6 Mrd. DM (0,76%). Darüber hinaus wurde festgestellt, dass die Kosten in dieser Erkrankungsgruppe zwischen 1980 und 1990 überdurchschnittlich gewachsen waren. Die indirekten Kosten¹⁴ der Depressionen wurden für das Jahr 1994 mit 33 222 verlorenen Erwerbstätigkeitsjahren (0,54%) und 123130 verlorenen Lebensjahren (0,49%)

¹³ Die Angaben zu den direkten Kosten basieren auf der Gesundheitsausgabenrechnung. Hierunter werden die Ausgaben für ambulante und stationäre Behandlung, öffentliche und private Gesundheitsvorsorge, Pflege, Gesundheitsgüter und Verwaltung, Ausbildung und Forschung subsummiert [Martin, 1999].

¹⁴ Die indirekten Kosten basieren hier auf dem Ressourcenverlust durch Invalidität, Mortalität und Arbeitsunfähigkeit [Martin, 1999].

bezieht. Für eine monetäre Bewertung dieser Kennzahlen gibt es verschiedene Konzepte, die zu unterschiedlichen Ergebnissen führen, weshalb hier auf entsprechende Angaben verzichtet werden soll¹⁵ [Martin, 1999].

Psychische Erkrankungen sind auch für die Rentenversicherer von großer Bedeutung. Unter den Rehabilitanden nahmen sie mit 12% der Männern Platz 3 und mit 14% der Frauen Platz 2 ein. Berücksichtigt man alle Zweit- und Dritt Diagnosen, so erhöht sich der Anteil der psychosomatisch oder psychisch erkrankten Rehabilitationsteilnehmer auf 17,7%. Ähnliche Zusammenhänge finden sich bei den Rentenzugängen im Jahr 1995. Hier wurden 15% der Männer und 23,7% der Frauen aufgrund psychischer Erkrankungen frühberentet [Fischer et al., 1997]. Aus den Zahlen lässt sich allerdings nicht klären, wie valide die Angaben zur Berentungsursache sind.

Bei psychischen Störungen spielt die Mortalität im Vergleich zu vielen somatischen Erkrankungen eine eher geringe Rolle. Eine Ausnahme bilden Suizide, die vor allem im Kontext depressiver Störungen und bei Alkoholismus auftreten. Obwohl die ersten Krankheitsepisoden wesentlich eher stattfinden als bei den meisten somatischen Erkrankungen, führen diese langfristig seltener zum Tod des betroffenen Menschen. Die Folgen psychischer Störungen sind eher im Sinne einer **langfristigen Einschränkung der Funktionalität (disability)** und einer **sozialen Beeinträchtigung (handicap)** zu sehen [Lamprecht, 1996a]. Aus diesem Grund wurden in Anlehnung an das QALY-Konzept in der internationalen „Global Burden of Disease Study“ (1992) zwei neue Kennwerte für die Krankheitslast eingeführt. Die „Disability adjusted life years“ (DALY) werden aus den verlorenen Lebensjahren durch eine Erkrankung plus Lebensjahre, die man mit der „Behinderung“ lebt berechnet. Korrespondierend dazu können die „Years lived with disability“ (YLD) als Lebensjahre, die man mit der „Behinderung“ lebt, angegeben werden. Auf der Grundlage dieser beiden Kennwerte zeigte sich eine sehr hohe Krankheitslast durch Depressionen, die man mit den herkömmlichen Konzepten wesentlich schlechter erfassen konnte. Durch die Major Depression wur-

¹⁵ Hier kann das durchschnittlich beitragspflichtige Bruttojahreseinkommen angenommen werden, was aber durch die Geschlechts- und Altersunterschiede im Einkommen zu einer ungenauen Bewertung führt. Darüber hinaus müssen indirekte Kosten diskontiert werden, da sie über einen langen Zeitraum anfallen. Je nach Zinssatz differieren die Ergebnisse [Martin, 1999].

den weltweit 11% aller YLD's verursacht. Frauen waren wesentlich häufiger betroffen, was sich durch die höheren Prävalenzraten bei Frauen erklären lässt [Greden, 2001]. Eine australische Untersuchung aus den Jahren 1998/1999 verwendete die Konzepte der „Global Burden of Disease Study“ und konnte eine ähnlich große Bedeutung psychischer Erkrankungen nachweisen. Diese rangierten auf Platz drei der Ursachen von Behinderung, nach den Krebserkrankungen und kardiovaskulären Erkrankungen. Die Depressionen verursachten 8% aller YLD's, alle psychischen Erkrankungen zusammen verursachten beinahe 30% der YLD's [Mathers et al., 2000]; [Vos et al., 2001]. In einer weiteren Studie wurden die Depressionen mit der daraus resultierenden Behinderung an zweiter Stelle aller Krankheitsarten, nach den koronaren Herzerkrankungen gesehen [Lecrubier, 2001].

Aus den funktionellen Einschränkungen ergeben sich wesentliche Konsequenzen auf die Arbeitsfähigkeit der betroffenen Personen. Dies spiegelt sich, wie bereits oben beschrieben, in den indirekten Kosten psychischer Erkrankungen wieder. Wittchen et al. untersuchten die Einschränkung der Arbeitsproduktivität bei aktuellen Depressionen in der BRD. Die Patienten waren im Mittel 10,9 Tage pro Monat arbeitsunfähig und 15,2 Tage pro Monat eingeschränkt arbeitsfähig. Dies entspricht einer Arbeitsproduktivitätseinschränkung von 30,8%¹⁶ [Wittchen et al., 2000a]. Insgesamt wurden 1994 in der BRD 22 651 396 Arbeitsunfähigkeitstage durch neurotische Störungen, Persönlichkeitsstörungen und andere nichtpsychotische Erkrankungen bei den Pflichtmitgliedern der GKV verursacht. Das sind 2,12% aller Arbeitsunfähigkeitsfälle, wobei zu berücksichtigen ist, dass psychische Erkrankungen mit ca. 32 Tagen pro Fall besonders lange Arbeitsunfähigkeitszeiten verursachen [Bundesministerium für Gesundheit, 1998a].

Neben den funktionellen Einschränkungen haben verschiedene Untersuchungen eine **erhöhte Inanspruchnahme** medizinischer Leistungen durch Patienten mit psychischen Störungen nachgewiesen, die sich wesentlich auf die direkten Kosten auswirkt. Eine

¹⁶ Die Angabe erfolgt nach dem Work-Productivity and Activity-Impairment-Index (WPAI). 0% entsprechen keiner Einschränkung und 100% einer vollständigen Einschränkung [Wittchen et al., 2000a]

Studie aus den USA zeigt an einer Stichprobe von 15186 Patienten eines medizinischen Zentrums, dass depressive Patienten signifikant mehr Arztbesuche, Überweisungen zu Fachärzten und radiologische Untersuchungen hatten. Die Kosten pro Patient im ambulanten Sektor und insgesamt waren für die depressiven Patienten signifikant höher als in der Vergleichsgruppe. Die Stichproben waren nach Alter und Komorbidität kontrolliert [Luber et al., 2000]. Auch Patienten mit generalisierten Angststörungen wurden in neueren Untersuchungen als „High-Utilizer“ identifiziert. Eine bundesweite Studie in Hausarztpraxen zeigte dies sehr eindrücklich. Die Ergebnisse sind in Tabelle 4 dargestellt [Wittchen et al., 2001b].

Patienten mit depressiven oder Angsterkrankungen sind deutlich stärker beeinträchtigt als die restliche Patientenklientel in bundesdeutschen Arztpraxen. Dies deckt sich mit den Befunden internationaler Studien, die die Bedeutung der Depressionen für die Lebensjahre mit Behinderung (YLD) betonen. Interessant ist dabei, dass auch die somatische Beeinträchtigung erhöht ist. Am deutlichsten sind Patienten mit einer komorbiden Angststörung (mit Depression) beeinträchtigt. Vergleichbar mit Ergebnissen einer Studie aus den USA zeigt sich auch hier eine deutlich höhere Inanspruchnahme in Form von Haus- und Facharztbesuchen [Wittchen et al., 2001b].

Tab.4: Behinderung und Inanspruchnahme von Patienten mit generalisierten Angststörungen und Depressionen im Vergleich zu restlichen Patientenklientel (zitiert nach [Wittchen et al., 2001b])

	ohne Diagnose	GAS		GAS + Depression		Depression	
	%	%	OR	%	OR	%	OR
Behinderungen							
wegen somatischer Probleme	23,8	47,3	2,9	57,1	4,3	51,4	3,4
wegen psychischer Probleme	16,9	66,7	9,9	81,1	20,9	68,4	10,6
Inanspruchnahme							
mehr als 4 Hausarztbesuche	56,2	67,8	1,6	73,0	2,1	69,0	1,7
mehr als 2 Facharztbesuche	33,1	41,8	1,5	42,9	1,5	35,9	1,1
Nervenarzt	5,4	18,6	4,0	25,3	6,0	21,4	4,8
Psychotherapeut	4,3	18,4	5,0	27,9	8,5	17,9	4,8

Diese Ergebnisse finden sich auch in der Untersuchung von Schepank und Franz [Franz, Schepank, 1994]. Patienten mit Somatisierungsstörungen zeigen ein besonders erhöhtes Inanspruchnahmeverhalten, was zusätzlich durch häufige Arztwechsel und stationäre Aufenthalte geprägt ist [Lamprecht, 1996b]. Deutlich wird, dass psychische Erkrankungen oft mit intensiver und langandauernder Inanspruchnahme von medizinischer Versorgung einhergehen. In einer Studie an 450 deutschen Arztpraxen stellten depressive Patienten 5,3% der Dauerpatienten und Patienten mit somatoformen Störungen 3,6% der Dauerpatienten [Brenner et al., 2000].

Problematisch bei der Erhebung der Kosten bleibt, dass viele psychische Störungen nicht erkannt oder durch die Ärzte nicht als solche kodiert werden [Fischer et al., 1997]; [Kerek-Bodden et al., 2000]. Man kann davon ausgehen, dass die wahren Kosten die ermittelten Kosten aus den Abrechnungsdaten bei Weitem übersteigen.

Neben den Konsequenzen auf gesellschaftlicher Ebene stehen die **individuellen Folgen** psychischer Erkrankungen. Diese erstrecken sich von vermehrten subjektiven Beschwerden [Lamprecht, 1996b] im psychischen und somatischen Bereich (vgl. dazu Tab.) über die familiären Belastungen durch Betreuung und wirtschaftliche Konsequenzen bis hin zu Problemen in der sozialen Integration und stellen eine Minderung der Lebensqualität dar. Eine europaweite Studie der WHO weist einen deutlichen Zusammenhang zwischen beruflichen Integrationsproblemen und psychischen Erkrankungen aus. 67,0% der Personen mit einer psychischen Störung nach ICD-10 waren im beruflichen Bereich beeinträchtigt. In der gesunden Vergleichsstichprobe waren es nur 3,3% [Linden et al., 1996]. Vor allem das gemeinsame Auftreten psychischer Erkrankungen mit chronischen somatischen Erkrankungen führt zu einer deutlich erhöhten Beeinträchtigung im der Bewältigung alltäglicher Anforderungen in Haushalt und Beruf [Weiffenbach et al., 1995]. Diese Zahlen verdeutlichen die weitreichenden individuellen und sozialen Konsequenzen. Soziale Desintegration, vor allem in der Arbeitswelt, ist nicht selten die Folge psychischer Erkrankungen. Arbeit dient der sozialen Integration, der Verknüpfung mit der Realität und der Stärkung des Selbstwertgefühles. Desintegration führt langfristig zu einer Verschlechterung der so-

zioökonomischen Lage, die wiederum die Bewältigung der Erkrankung negativ beeinflusst [Kieselbach, 1998].

Studien zur Krankheitslast psychischer Erkrankungen betonen immer wieder die Bedeutung einer möglichst frühzeitigen und adäquaten Behandlung für die ökonomischen und individuellen Folgen [Lecrubier, 2001]. Dies setzt ausreichende diagnostische und therapeutische Kompetenzen der Ärzte in der primären Gesundheitsversorgung, aber auch die Bereitschaft der Patienten, entsprechende Symptome zu berichten, voraus. Eine weitere Aufgabe der Primärärzte ist in der Unterstützung der Entwicklung einer Psychotherapiemotivation zu sehen [Andrews et al., 2000]; [Davidson, Meltzer-Brody, 1999]; [Franz, Schepank, 1994]; [Zielke, 1993].

2.5. Die Psychosomatische Grundversorgung

2.5.1. Historische Entwicklung

Die Grundideen psychosomatischen Denkens wurden im deutschsprachigen Raum in den 20er und 30er Jahren des 20. Jahrhunderts formuliert, fanden aber nur sehr schrittweise Einzug in die Medizin. Bereits zu diesem Zeitpunkt existierten zwei konkurrierende Denkweisen, der psychogenetische und der holistische Ansatz. Diese entwickelten sich in Deutschland außerhalb der Psychiatrie, womit ein wesentlicher Unterschied zu den USA oder der Schweiz bereits angelegt wurde. Der **holistische** (ganzheitliche oder bio-psycho-soziale) Ansatz betont die unvermeidlichen psychosozialen Aspekte jeder Krankheit und die Tatsache, dass Ärzte Kranke behandeln und nicht Krankheiten, setzt also auf die Patientenorientierung. Der **psychogenetische** Ansatz geht auf das Konversionsmodell Freuds zurück und betont, dass bei organischen Erkrankungen mit anatomischen Veränderungen auch psychische Prozesse beteiligt sein können. Diese Zweiteilung psychosomatischen Denkens zieht sich bis zur Formulierung der Psychosomatischen Grundversorgung durch [Janssen, 2001]; [Köhle, Janssen, Richter, 1996].

Nach dem zweiten Weltkrieg wurden psychosomatische Universitätsabteilungen und psychotherapeutische Kliniken etabliert. **1968** hielten die tiefenpsychologische und analytische Psychotherapie Einzug in die Leistungen im kassen- und vertragsärztlichen Bereich. Schließlich wurde in der Approbationsordnung von **1970** das Fach „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ etabliert [Janssen, 2001]; [Meyer, 1992].

Neben dieser spezialistisch-psychosomatischen Medizin wurden psychosomatische Ansätze nach und nach in der allgemeinmedizinischen Praxis umgesetzt. Die Balintgruppen und die Bewegung für eine „sprechende Medizin“ sind Ausdruck dieser Bemühungen. Jedoch gab es zu diesem Zeitpunkt weder klare Qualifikationsanforderungen noch Regelungen über die Abrechnung psychosozialer Leistungen. Die wissenschaftliche Psychiatrie vertrat eine strenge Trennung von Körper- und Seelenmedizin und behinderte so die Integration psychosomatischer Leistungen in der allgemeinmedizinischen Praxis. Die Auseinandersetzung mit der Lage der psychothera-

peutischen und psychosomatischen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland Anfang der 80er Jahre führte in den verschiedenen Interessengruppen zu unterschiedlichen Lösungsansätzen. Die kassenärztliche Bundesvereinigung zielte auf eine Qualifikation niedergelassener Ärzte im Sinne einer Basisversorgung ab. Führende Fachvertreter der Hochschulen hingegen orientierten auf die Einführung der Gebietsbezeichnung „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“. Janssen schlug als Kompromiss ein dreistufiges Qualifikationsmodell vor, das sich aus Basisversorgung, berufsbegleitender Bezeichnung Psychotherapie und den Fachärzten für Psychotherapie und Psychosomatische Medizin zusammensetzt. Die Umsetzung dieses Modells erfolgte durch die Beschlüsse des deutschen Ärztetages 1992. Bereits 1986 konnte aber die Psychosomatische Grundversorgung formuliert werden, die als unterste Stufe dieses Modells zu verstehen ist [Janssen, 2001]; [Köhle, Janssen, Richter, 1996]; [Petzold, Hendrichke, 1993]. 1987 wurde die Psychosomatische Grundversorgung eingeführt und die Verhaltenstherapie in die kassenärztliche Versorgung aufgenommen [Kielhorn, 1994]. Janssen versteht die Psychosomatische Grundversorgung als Kompromiss zwischen holistischem und psychogenetischem Ansatz und als Lösung für die Abgrenzungsbemühungen zwischen spezialisierter und allgemeiner Versorgung [Janssen, 2001].

2.5.2. Die Einführung der Psychosomatischen Grundversorgung (PSGV)

Mit der begrifflichen Einführung der PSGV am 1.10.1987 wurde versucht, durch einen integrativen Ansatz psychosomatische Erkrankungen frühzeitig zu diagnostizieren und zu behandeln. Sie sollte ein Gegengewicht für die hochspezialisierte Apparatemedizin sein, die all jenen Patienten, die in kein organmedizinisches Schema passen, keine ausreichende Versorgung bieten konnte. Ihre Anwendung zur differentialdiagnostischen Klärung und zur Therapie eines komplexen Krankheitsgeschehens mit psychischer Beteiligung durch einen primär somatisch orientierten Arzt, stellt damit eine in Europa einzigartige Lösung dar [Kielhorn, 1994].

Die PSGV muss von der ärztlichen Beratung und Erörterung abgegrenzt werden. Die ärztliche Beratung (Ziffern 1-6 BMÄ/E-GO) beinhaltet hauptsächlich Informationen

und Empfehlungen und hat vorwiegend monologischen Charakter. Im Gegensatz dazu hat die Erörterung (Ziffern 10,11,13 BMÄ/E-GO) dialogischen Charakter und setzt ein persönlicheres Verhältnis zwischen Arzt und Patient voraus. Die PSGV unterscheidet sich qualitativ von Beratung und Erörterung und stellt wesentlich höhere Anforderungen an den Arzt. Sie entspricht aber nicht der Psychotherapie [Faber, Haarstrick, 1989].

Neben der PSGV als Basisversorgung im psychotherapeutisch-psychosomatischen Bereich existieren die Bereichsbezeichnungen „Psychotherapie“ und „Psychoanalyse“ sowie die Gebietsbezeichnung „Psychotherapeutische Medizin“. Mit dem Psychotherapeutengesetz 1998 wurde ein gesetzlicher Rahmen für die Beteiligung nichtärztlicher Psychotherapeuten an der kassenärztlichen Versorgung psychisch erkrankter Patienten geschaffen. Diese können mit einer Zulassung in Form eines Sachleistungsverfahrens Leistungen selbst mit der Kassenärztlichen Vereinigung abrechnen [Kassenärztliche Bundesvereinigung, Bundesverbände der Gesetzlichen Krankenkassen, 1998].

2.5.3. Definition der PSGV

In den Psychotherapierichtlinien 1989 wurden die Leistungen folgendermaßen definiert [Faber, Haarstrick 1989]:

Diagnosestellung

Ein komplexes Krankheitsgeschehen (somatisch, psychisch, psychosomatisch) soll in Richtung einer „Gesamtdiagnose“ ätiologisch geklärt werden. Dabei sollen psychische und somatische Krankheitsfaktoren erkannt und in ihrer pathogenen Bedeutung gewichtet werden. Hier können sowohl andere Gebietsärzte für die somatische Abklärung bzw. Psychiater oder psychotherapeutisch versierte Kollegen für die psychische Abklärung hinzugezogen werden. Die abschließende differentialdiagnostische Abklärung soll aber beim Primärarzt liegen.

Indikationsstellung

Eine Zuordnung von Somato- und Pharmakotherapie und seelischer Krankheitsbehandlung ist der aktuellen Krankheitssituation anzupassen. Folgende Krankheitsbilder können in der PSGV von Bedeutung sein:

- seelische Krankheiten mit psychischer Symptomatik (z.B. psychoreaktive Depressionen, larvierte Depressionen)
- neurotische Erkrankungen mit Angst- und Zwangssymptomatik (hier wird meist eine Überweisung in eine psychotherapeutische Behandlung indiziert sein)
- seelische Krankheiten mit funktioneller Symptomatik und Organbeschwerden, bei denen eine organische Verursachung ausgeschlossen wurde
- psychosomatische Erkrankungen (z.B. Asthma bronchiale, Colitis ulcerosa, Anorexia nervosa usw.)

Begrenzte Zielsetzung

Die PSGV soll auf die Beseitigung von Symptomen, eine Einsichtsvermittlung in pathogene Zusammenhänge und die prophylaktische Umorientierung des Patienten zielen.

Therapiemethoden

Die Behandlung wird in den Richtlinien als Basistherapie definiert, die verbale Interventionen sowie übende und suggestive Techniken umfasst. Sie ist ganzheitlich angelegt und behandelt die somatische Therapie gleichrangig. Eine besondere Rolle spielt dabei die Behandlung mit Psychopharmaka, die gegebenenfalls eingeleitet und während des Behandlungsprozesses immer wieder kritisch überdacht werden soll.

Die **verbale Intervention** wird in den Richtlinien nicht als Psychotherapie verstanden. Sie soll aber die Introspektion des Patienten und die Einsicht in die pathogenen Prozesse fördern sowie die Bedeutung persönlicher Konflikte klären. Voraussetzung ist hier eine vertrauensvolle Arzt-Patient-Beziehung, die auch ablehnende und aggressive Verhaltensweisen des Patienten tragen kann. Der Arzt muss das „Krankheitsverhalten“ des Patienten erkennen und behutsam bearbeiten. Der Patient soll in der Konsequenz „Bewältigungsfähigkeiten“ aufbauen und somit seine Situation langfristig sta-

bilisieren. Verbale Interventionen können nur in Einzelbehandlungen durchgeführt werden. Sie dürfen in einer Sitzung nicht mit übenden und suggestiven Techniken kombiniert werden. Bei einer langfristigen Anwendung sollte überprüft werden, ob eine ätiologisch orientierte Psychotherapie eventuell doch indiziert ist.

Die **übenden und suggestiven Techniken** sind als vollständige Behandlungsmethoden zu verstehen. Autogenes Training und Jakobson'sche Muskelrelaxation können in Einzel- und Gruppenbehandlungen ausgeübt werden, die Hypnose jedoch ist nur als Einzelbehandlung vorgesehen. Bei den übenden Verfahren wird darauf orientiert, dass diese der Patient selbst durchführen kann, um seine Autonomie zu erhalten.

Im **Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM)** sind im Kapitel „GIII. Psychosomatik“ die Leistungsziffern der PSGV zusammengefasst [Kassenärztliche Bundesvereinigung, 1994](Tab.5):

Tab.5: Leistungsziffern der Psychosomatischen Grundversorgung

Leistungs- ziffer		Punktwert 1)
850	Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände mit schriftlichem Vermerk über die ätiologischen Zusammenhänge, einschließlich Beratung	250
851	Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen unter systematischer Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion, je Sitzung (Dauer mindestens 20 Minuten)	450
855	Übende Verfahren (Autogenes Training, Relaxationsbehandlung nach Jacobsen) als Einzelbehandlung, einschließlich verbaler Interventionen und Einführung des Patienten in das Verfahren (Dauer mindestens 20 Minuten)	500
856	Übende Verfahren als Gruppenbehandlung (2 bis 10 Teilnehmer), je Teilnehmer und Sitzung (Dauer mindestens 50 Minuten)	140

857	Übende Verfahren als Gruppenbehandlung bei Kindern (2 bis 6 Teilnehmer), je Teilnehmer und Sitzung (Dauer mindestens 30 Minuten)	150
858	Behandlung einer Einzelperson durch Hypnose, einschließlich verbaler Intervention, Dauer mindestens 15 Minuten	375

¹⁾ Es sind die Punktwerte aus dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab vom 1.1.1996 angegeben. Die weitgehende Erhöhung der Werte zum 1.1.1996 führte nicht zu einer wesentlichen Veränderung der Vergütung der „sprechenden Medizin“, sondern wirkte vielmehr dem Punktwertverfall entgegen.

Die PSGV unterliegt nicht der Genehmigung in einem Gutachterverfahren. Dadurch fällt die reguläre Kontrolle der Wirtschaftlichkeit den Prüfinstanzen der Kassenärztlichen Vereinigungen zu. Es wurde festgelegt, dass 12 Sitzungen in jeder der drei Techniken zur Verfügung stehen, wobei nur eine übende oder suggestive Technik zum Einsatz kommen sollte.

Darüber hinaus fällt dem Arzt die Aufgabe zu, eine gegebenenfalls notwendige ätiologische Psychotherapie einzuleiten.

In den Psychotherapie-Richtlinien 1989 [Faber, Haarstrick, 1989] wurden allgemeine **Qualifikationsanforderungen** festgelegt. Die Ärzte, die in der PSGV tätig werden wollten, mussten über eine mehrjährige Erfahrung in selbständiger ärztlicher Tätigkeit (mindestens drei Jahre), über Kenntnisse der psychosomatisch orientierten Krankheitslehre und reflektierte Erfahrungen der Arzt-Patient-Beziehung verfügen. Eine Abrechnung von Maßnahmen der PSGV erfolgt über die Ziffern 850 und 851 BMÄ/E-GO mit Zustimmung der kassenärztlichen Vereinigung [Faber, Haarstrick, 1989]. Wie diese Forderungen in den einzelnen kassenärztlichen Vereinigungen umgesetzt werden sollten, wurde zu diesem Zeitpunkt in den Psychotherapierichtlinien nicht eindeutig geklärt [Janssen, 2001]. 1993 hatten 10 kassenärztliche Vereinigungen Qualifikationsanforderungen festgelegt, in den restlichen 13 gab es diese noch nicht [Kielhorn, 1994]. Die großen Unterschiede in den Zugangsvoraussetzungen zur PSGV wurden vor allem in Hinsicht auf die Qualitätssicherung kritisiert.

In den Psychotherapie-Vereinbarungen vom 1.1.1994 wurde dann eine bundeseinheitliche Regelung zur Teilnahme an der PSGV geschaffen (§2, Abs.6). Die Qualifikationsanforderungen umfassten dann [Kassenärztliche Bundesvereinigung, 1993a]:

- Eine dreijährige selbständige ärztliche Tätigkeit
- Kenntnisse zur Entwicklung, zu den Erscheinungsformen und den Verläufen psychosomatischer Erkrankungen, einschließlich differentialdiagnostischer Abgrenzungen, von Neurosen und Psychosen und Kenntnisse zur Krankheits- und Familiendynamik, Interaktion in Gruppen, Krankheitsbewältigung und Differentialindikation psychotherapeutischer Verfahren (20 Unterrichtsstunden)
- Reflexion der Arzt-Patient-Beziehung durch kontinuierliche Arbeit in Balintgruppen von mindestens 30stündiger Dauer (entspricht 15 Doppelstunden)
- Vermittlung und Einübung verbaler Interventionstechniken (mindestens 30 Stunden)
- Weitere 20 Unterrichtsstunden, die nach den individuellen Gegebenheiten der Intensivierung der Kenntnisse und Fertigkeiten durch Balintgruppen dienen oder verbale Interventionstechniken unterstützen.

Mit der hier beschriebenen Qualifikation darf der Arzt die Leistungsziffern 850 und 851 abrechnen. Für die Leistungsziffern 855-858 sind weitere Qualifikationen erforderlich.

2.5.4. Vor- und Nachteile der PSGV

Die PSGV bietet die Möglichkeit, frühzeitig in einen psychopathologischen Krankheitsverlauf einzugreifen. Hier sind vor allem die Potentiale in der Versorgung von leichten psychischen Beeinträchtigungen („Noch-nicht-Fälle“ und „Grenzfälle“) sehr groß [Sandholzer, 1998]. Der Hausarzt kann dabei seinen „Vertrauensvorsprung“ und sein Wissen über den Patienten und dessen Umfeld nutzen, vor allem, wenn es sich um langjährige Patienten handelt. Der Zugang des Arztes zum psychosomatisch erkrankten Patienten ist vor allem unter dem Aspekt einer relativ geringen Psychotherapiemotivation positiv zu bewerten. In einer Studie von Franz et al. nahmen nur 35% der behandlungsbedürftigen Patienten Psychotherapie in Anspruch [Meyer et

al.1991]. Unter Berücksichtigung der Therapiemotivation wurde geschätzt, dass 5% der Allgemeinbevölkerung und 8% der Patienten bei niedergelassenen Ärzten eine Psychotherapie beginnen würden, wenn entsprechend Möglichkeiten vorgehalten werden [Meyer et al.1991]. Vielen Patienten kann mit den Leistungen der PSGV ausreichend geholfen werden, bei den anderen ist es über hausärztliche Gespräche eventuell möglich, eine psychosomatische Sicht auf die Erkrankung und daraus resultierend eine Psychotherapiemotivation zu generieren. Die Aufgabe des Primärarztes liegt also in der Identifikation der entsprechenden Patienten, der Behandlung im Sinne der PSGV und gegebenenfalls einer Überprüfung der Psychotherapiemotivation. Die Patienten des Primärarztes stehen oft erst am Anfang eines langen psychosomatischen Krankheitsprozesses, der durch eine angemessene Behandlung wesentlich verkürzt werden kann. Durchschnittlich vergehen in der Bundesrepublik Deutschland 8 Jahre, bevor ein Patient mit körperlichen Beschwerden aufgrund einer psychosozialen Problematik erstmals psychotherapeutisch behandelt wird. Wie viele dieser Patienten nie in eine entsprechende Behandlung kommen, kann nicht erfasst werden [Meyer, 1991]. Weiffenbach et al. zeigten den engen Zusammenhang zwischen chronischen somatischen Erkrankungen und psychosomatischen Störungen. Gerade bei diesen Patienten ist eine psychosoziale Behandlung durch den Primärarzt besonders sinnvoll [Weiffenbach et al., 1995]. Die PSGV kann einen langen Leidensweg der Patienten verhindern und wirkt sich in diesem Zusammenhang auch wirtschaftlich sehr positiv aus. Die Einsparpotentiale bei unnötigen somatischen Fehlbehandlungen, umfangreichen diagnostischen Methoden und in der Verordnung von Medikamenten werden von verschiedenen Autoren betont [Fritzsche, Schwoerer, Wirsching, 1994]; [Fritzsche, Wirsching, 1993]; [Kielhorn, 1994]; [Schüffel, Maass, Brucks, 1992]. Gleichzeitig erhöhen sich die psychosomatische Kompetenz, die Arbeitszufriedenheit der Ärzte und die Sicherheit im Umgang mit den Patienten [Fritzsche, Schwoerer, Wirsching, 1994]. Es wird aber auch beklagt, dass die Vergütung psychosozialer Leistungen hinter dem Notwendigen weit zurücksteht, dass eine konsequente Anwendung der PSGV zum wirtschaftlichen Risiko für den niedergelassenen Arzt werden kann [Kielhorn, 1994]; [Petzold, Hendrichke, 1993].

Die PSGV nimmt im Vergleich zur rein somatischen Behandlung und gegenüber der Fachpsychotherapie eine Sonderstellung ein. Sie ist im Gegensatz zur somatischen Therapie als integrativer Ansatz zu verstehen, der Körper und Seele als Einheit versteht, grenzt sich aber durch einen geringeren Umfang von der Fachpsychotherapie ab [Fritzsche, Wirsching, 1993].

Die Integration in der Sprechstunde ermöglicht es, körperliche und seelische Probleme in ihrem Wechselspiel zu erkennen und zu behandeln. Oft kann der Einstieg über körperliche Beschwerden den Weg für das Gespräch über seelische Probleme ebnen. Viele Patienten sind langfristig bei einem Primärarzt in Behandlung. Dadurch hat der Arzt wesentlich mehr Informationen über den Patienten und seine Lebensumstände sowie eine langfristige Beziehung, die das Gespräch über seelische Probleme erleichtern können. Die Behandlung psychosozialer Beschwerden durch den Primärarzt wird von den Patienten weniger als Stigma empfunden, wie das etwa bei der Überweisung zum Psychotherapeuten der Fall sein kann [Fritzsche, Wirsching, 1993].

Neben den hier aufgeführten positiven Aspekten der PSGV gibt es auch einige Kritikpunkte. Diese liegen hauptsächlich in dem Ansatz, psychotherapeutische Elemente auf die hausärztliche Versorgung zu übertragen. Der Transfer entsprechender Techniken wird durch den kleineren Zeitrahmen, die Problematik der Integration somatischer und psychosozialer Therapie, die geringere Vorerfahrung der Primärärzte und der Praxistauglichkeit des Wissens zur PSGV behindert. Diese Probleme können aber in verbesserten Ausbildungscurricula und durch Qualitätssicherung angegangen werden [Schieber, 2000].

Die PSGV stellt ein wichtiges Bindeglied in der somatischen und psychosozialen Therapie dar. Durch eine konsequente Anwendung können die Konzepte der integrierten psychosomatischen Medizin v. Uexkülls [Uexküll, 1998] im ambulanten Sektor umgesetzt werden.

Die Zusammenarbeit der Primärärzte mit Fachpsychotherapeuten ist sehr unterentwickelt. Diese wäre aber für eine integrierte Versorgung wichtig und ist in der PSGV für einen Teil der Patienten angedacht. Im Freiburger Kooperationsmodell wurde versucht, dieses Problem anzugehen. Es stellte sich heraus, dass unterschiedliche Ar-

beits- und Denkansätze die Zusammenarbeit behinderten. Durch die Etablierung von Kooperationsgruppen konnten Verbesserungen erzielt werden [Fritzsche et al., 1998]. Ähnliche Probleme zeigten sich auch in der Kooperation mit psychiatrischen Einrichtungen. Eine gelungene Zusammenarbeit der Hausärzte mit stationären psychiatrischen Einrichtungen hängt von einer Vielzahl von Faktoren ab. Diagnostische Fähigkeiten, das berufliche Selbstverständnis des Arztes, die Einstellung des Patienten zu einer Überweisung, aber auch wirtschaftliche Anreize spielen dabei eine Rolle [Spießl, Cording, 1999]. Insgesamt wird deutlich, dass die niedergelassenen Ärzte mehr Informationen und Zusammenarbeit erwarten. Dieses kann nur in einem schrittweisen Prozess verbessert werden [Fritzsche et al., 1998]; [Spießl, Cording, 1999].

2.5.5. Bedeutung der PSGV im vertragsärztlichen Bereich

Der Bedarf an psychosozialer Versorgung erklärt sich aus den Ergebnissen epidemiologischer Untersuchungen zum Auftreten psychischer Störungen in der Bevölkerung. In einer Untersuchung von Schepank werden 40% der 25-45jährigen als stabil gesund eingeschätzt, von den übrigen 60% sind aus Sicht dieser Studie 23% für eine Behandlung im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung geeignet [Schepank, 1990].

Im Jahr 2001 nahmen 46,8% der Vertragsärzte an der Psychosomatischen Grundversorgung teil. Zwischen den verschiedenen Fachgruppen finden sich dabei große Unterschiede. Während zum Beispiel Allgemeinmediziner mit 62,4% und Gynäkologen mit 68,3% an der Psychosomatischen Grundversorgung teilnahmen, waren es nur 27,8% der HNO-Ärzte und 15,3% der Augenärzte [Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2002].

Unter den Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes in der vertragsärztlichen Versorgung nahm die Ziffer 851 (Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen) mit 0,7% des Gesamtleistungsbedarfs Platz 18 (1998) ein [Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2001].

2.6. Das Projekt „Qualitätssicherung in der Psychosomatik“

Die vorliegende Arbeit verwendet Daten, die aus dem Projekt „Qualitätssicherung in der Psychosomatik“ (Studienzentrum Berlin) stammen. Aus diesem Grund soll hier näher auf Durchführung und Ergebnisse des Projektes eingegangen werden.

Im Rahmen des Modellprogrammes zur Förderung der medizinischen Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung wurde das Projekt „Qualitätssicherung in der Psychosomatik“ durch das Bundesministerium für Gesundheit gefördert. Dieses Teilprogramm beschäftigte sich explizit mit der Psychosomatischen Grundversorgung. Hiermit wurde den Diskussionen um die Bedeutung der psychosozialen Versorgung und den assoziierten Versorgungsdefiziten in der Primärmedizin Rechnung getragen. Die Koordination lag bei der Abteilung Allgemeinmedizin der Universität Göttingen (Dr. H. Sandholzer). Es waren insgesamt acht Studienzentren (Berlin, Freiburg I und II, Göttingen, Leipzig, Marburg, Göttingen II und Hamburg) beteiligt. Die Zentren selbst kooperierten vor Ort mit Kassenärztlichen Vereinigungen, niedergelassenen Ärzten, Vertretern der Kassen und Ärztekammern. Die erste Fachkonferenz fand im Dezember 1994 statt. Der Abschlussbericht wurde 1998 verfasst [Sandholzer, Pelz, 1999].

Das Hauptziel des Projektes war die Bestandsaufnahme zur PSGV („Defizitanalyse“) und der darauf aufbauenden Entwicklung von qualitätsverbessernden Maßnahmen. Es wurden folgende Teilkomplexe definiert [Sandholzer, Pelz, 1999]:

1. Entwicklung von Methoden zur Qualitätsanalyse (Basisdokumentations-System, Patientenfragebögen, standardisierte Patientenkasuistiken)
2. Prüfung von Akzeptanz, Aussagekraft und Implementierungsstrategien eines Routinemonitorings („Praxisrückmeldung“)
3. Die Erprobung von qualitätssichernden Maßnahmen und Methoden (Basisdokumentationen, Qualitätszirkel und Konsile, Handlungsleitlinien, Balintgruppen und Fortbildungscurricula)
4. Evaluation der genannten Maßnahmen („Qualitätssicherung der Qualitätssicherung“)

2.6.1. Die Bestandsaufnahme in der PSGV

Die Bestandsaufnahme wurde in zwei Untersuchungen (1995 und 1996/97) an 1338 bzw. 795 Erwachsenen in allgemeinmedizinischen und internistischen Praxen durchgeführt. Zusätzlich wurden Kinder untersucht, worauf hier aber nicht näher eingegangen werden soll. Die behandelnden Ärzte mussten dabei die Patienten in einer Basisdokumentation einschätzen. Patientenbefragungen und psychometrische Tests dienten zur Überprüfung dieser Einschätzungen.

Die Ergebnisse unterstützen die Bedeutung der PSGV in der primärärztlichen Praxis. Depressionen und Angststörungen bildeten die häufigsten bio-psycho-sozialen Belastungen mit mittlerem und hohem Schweregrad. Die untersuchten Patienten hatten oft psychosoziale Probleme (39% bzw. 53%) oder psychotherapeutische Behandlungen (22% bzw. 27%) in der Vorgeschichte. Im Mittel vergingen 12 Monate vom Auftreten bis zum Erkennen und weitere 8 Monate bis zur Behandlung der psychosozialen Probleme. Nur 27% der Patienten hatten ein psychosomatisches Krankheitsverständnis zu Behandlungsbeginn, bei weiteren 46% der dokumentierten Patienten konnte dieses in den ärztlichen Gesprächen aufgebaut werden. Ein großer Teil der Patienten (79% bzw. 83%) erhielt eine spezifische Behandlung mit Gesprächen, übenden Verfahren und Psychopharmaka. Die Ergebnisqualität der Behandlung im Rahmen der PSGV wird von Ärzten und Patienten überwiegend gut und sehr gut eingeschätzt. In einer Analyse in verschiedenen Altersgruppen konnte gezeigt werden, dass sich die Senioren in ihren Belastungen, der Dauer der Probleme und der Art der Behandlung von den jüngeren Patienten unterscheiden [Sandholzer, Pelz, 1999]. Ein Vergleich zwischen den Teilstichproben aus den alten und neuen Bundesländern zeigte auch hier deutliche Unterschiede [Deter et al., 2000]; [Margraf, Poldrack, 2000]; [Sandholzer, Pelz, 1999].

2.6.2. Instrumente und Methoden

Die **Basisdokumentation PSGV** wurde zur Bedarfserhebung, als Instrument des Qualitätsmanagements, aber auch zur Evaluation der Qualitätssicherungsarbeit entwickelt.

Sie sollte die Transparenz der Behandlung erhöhen und der Selbstreflexion dienen. Der Arzt kann auf einem Arbeitsbogen für einen Patienten Sozialdaten, Vorstellungsanlass, psychische Symptomatik, bio-psycho-soziale Belastungen, anamnestische Informationen, Interventionen, Überweisungen und die Behandlungszufriedenheit dokumentieren. Nach dem ersten Untersuchungsgang wurde die Basisdokumentation nach den Verbesserungsvorschlägen der Ärzte überarbeitet und in einer neuen Version im zweiten Untersuchungsgang eingesetzt. Wesentlicher Kritikpunkt war dabei der Umfang, weshalb die Bögen wesentlich gekürzt wurden. Gleichzeitig wurde der Bereich „Erkennen psychosozialer Problemlagen“ ausgeweitet. 70,9% der Ärzte betrachteten die Basisdokumentation als wichtiges Instrument zum Qualitätsmanagement, aber nur 40% sehen sie als hilfreich für die Therapie an. In mündlichen Interviews beurteilten die Ärzte die Anwendung in der täglichen Praxis auch nach der Überarbeitung als unrealistisch. Eine weitere Kürzung wurde aber abgelehnt. Die Ärzte sprachen sich für einfache Checklisten zur Dokumentation psychosozialer Problemlagen aus. Einen deutlichen Nutzen haben die Basisdokumentationen aber in der Evaluation der Qualitätssicherungsarbeit sowie zur Falldokumentation und –besprechung [Sandholzer et al., 1999]; [Sandholzer, Pelz, 1999].

Die **Patientenfragebögen** waren aus verschiedenen psychometrischen Tests zu Angst und Depression (Hospital Anxiety and Depression Scale „HADS“), Beschwerden (Gießener Beschwerdebogen „GBB“), Patientenzufriedenheit, Behandlungsanamnese und Sozialdaten kombiniert worden. Aus den qualitativen Informationen der Patienten ging hervor, dass sich psychometrische Verfahren schlecht in der ambulanten Routinediagnostik einsetzen lassen. Als Ursachen wurden das unausgelesene Patientengut und das geringe psychosomatische Krankheitsverständnis diskutiert. Es konnten keine Hinweise für einen sinnvollen globalen Einsatz von Patientenfragebögen gefunden werden, weil sich die Behandlung der nicht erkannten Fälle durch entsprechende Rückmeldungen nicht verbesserte [Sandholzer, Pelz, 1999].

Die Ärzte sahen in den **Praxisrückmeldungen** keinen Nutzen für das interne Qualitätsmanagement, fanden diese aber als Mittel zur Reflexion für Qualitätszirkel sinnvoll. Sie sahen darin einen guten Weg zur Analyse der Arzt-Patient-Beziehung.

Es wurden **Musterfälle** für den Erwachsenenbereich entwickelt und als Material zusammengestellt. Dabei erwiesen sich die „Realfälle“, also die aus der Praxis gewonnenen, als praktikabler und wurden für Evaluationszwecke ausgewählt. Die Akzeptanz der Ärzte für die Musterfälle war sehr hoch. Vor allem Rückmeldungen zu den Musterfällen wurden von den Ärzten sehr begrüßt. Kompetenzverbesserungen konnten mit Musterfällen erfasst werden. In der Entwicklung von **Leitlinien** wurden erste Schritte gemacht. In einem Göttinger Qualitätszirkel wurde eine Leitlinie zur Diagnoseeröffnung erarbeitet. Es zeigte sich, dass die Zusammenarbeit von Primärärzten und Psychotherapeuten dabei sehr fruchtbar ist. Die Evaluation erfolgte in einem Praxistest, der sich als praktikabel erwies. Die qualitätssichernden Maßnahmen wurden mit **Moderatorenprotokollen** und **Teilnehmerfragebögen** evaluiert [Sandholzer, Pelz, 1999].

2.6.3. Qualitätssichernde Maßnahmen

Es wurden insgesamt 33 **Qualitätszirkel** mit 190 Teilnehmern durchgeführt. 68% der Teilnehmer waren Allgemeinmediziner, 8% Internisten, 14% Kinderärzte und 10% gehörten anderen Fachgruppen an. Diese waren zeitlich limitiert und fanden in Form einer problemorientierten Fortbildung statt. Die Konzepte und Methoden unterschieden sich in den einzelnen Studienzentren. Mündliche Fallvorstellungen, Leitlinien und die Anwendung der Basisdokumentationen waren wesentliche Inhalte der Qualitätszirkel. Die Moderatoren sahen durch die Qualitätszirkel eine Förderung des psychosomatischen Krankheitsverständnisses, der diagnostischen Fähigkeiten, der Durchführung von Behandlungsmaßnahmen und in der Arzt-Patient-Beziehung umgesetzt. Insgesamt wurde der Nutzen von den Moderatoren und Teilnehmern übereinstimmend groß eingeschätzt.

Die Qualitätszirkel führten bei den Ärzten zu einer subjektiven Kompetenzerweiterung, vor allem im therapeutischen Bereich. Anhand der Musterfälle konnten aber

keine signifikanten Verbesserungen der diagnostischen Fähigkeiten bei Angststörungen und Depressionen durch den Qualitätszirkel nachgewiesen werden. Somatisierungsstörungen wurden besser wahrgenommen, aber gleichzeitig kam es zu einer Ausweitung der somatischen Ausschlussdiagnostik in den Musterfällen. Die Basisdokumentationen wurden in 55 Arztpraxen als Prä-Post-Vergleich durchgeführt. Am Ende der Qualitätssicherungsmaßnahme wurden die Patienten nicht spezifischer behandelt, aber häufiger zur Psychotherapie überwiesen. Der Anteil an stationären Aufenthalten und physikalischer Therapie sank, aber es wurde mehr somatische Ausschlussdiagnostik veranlasst [Sandholzer, Pelz, 1999].

Darüber hinaus fanden auch Einzelberatungen (in Berlin und Leipzig) und Fortbildungen statt. Es wurden dabei schon existierende Lehrinhalte genutzt [Janssen, 2001]; [Schüffel, Maass, Brucks, 1992]. Im Projekt wurden didaktische Methoden und Evaluationsinstrumente entwickelt.

In der abschließenden Konferenz bestand Einigkeit darüber, dass eine obligatorische Einführung von Basisdokumentationssystemen, Rückmeldungen von Struktur-, Prozess- und Ergebnisdaten und Leitlinien für die PSGV nicht zu empfehlen ist. Als Begründung wurden finanzielle Probleme bei der Durchführung qualitätssichernder Maßnahmen und inhaltliche Probleme, wie der Umfang der Basisdokumentationen, ins Feld geführt. Es wurde über Anreizsysteme für qualitätssichernde Maßnahmen und die Rolle der Krankenkassen als Förderer solcher Maßnahmen diskutiert. Die Arbeitsgruppe schlug einen freiwilligen Einsatz von Basisdokumentationen und Patientenfragebögen vor. Die Kooperation zwischen Hausärzten und Psychotherapeuten/Psychiatern sollte aus Sicht der Arbeitsgruppe in Form von telefonischen Konsilen, einmaligen Vorstellungen beim Facharzt/Psychotherapeuten, Supervision von Problemfällen, der gemeinsamen Indikationsstellung und in Form von gemeinsamen Qualitätszirkeln stattfinden. Außerdem wurden aus dem Projekt heraus Empfehlungen für die Fort- und Weiterbildung gegeben [Sandholzer, Pelz, 1999].

2.6.4. Durchführung im Studienzentrum Berlin

Durch die Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums der Freien Universität Berlin wurde ein Teil des Verbundprojektes „Qualitätssicherung in der Psychosomatik“ unter Leitung von Prof. H. C. Deter durchgeführt. Die Zielsetzung bestand in der Entwicklung, Durchführung, Evaluation und Implementation von Qualitätssicherungsmaßnahmen. Im Dezember 1994 wurde eine Bedarfserhebung bei allen niedergelassenen Ärzten Berlins, die Leistungen der PSGV abrechnen dürfen und im zweiten Quartal 1994 die Gebührensnummern 850 und 851 abgerechnet haben, mit einem dazu entwickelten Fragebogen (Anhang A) durchgeführt (N=2569). Insgesamt wurden 619 Fragebögen zurückgesandt, in denen die Ärzte ein großes Interesse an Qualitätssicherungsmaßnahmen bekundeten. Daraufhin entwickelten die Mitarbeiter des Projektes differenzierte Angebote, um den verschiedenen Interessen entgegenzukommen (Qualitätszirkel, Fortbildungen und Einzelberatungen). Die Entwicklung einer breiten Infrastruktur durch Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, der AOK und der BKK Berlin, dem Berufsverband der Praktischen Ärzte, der Abteilung Allgemeinmedizin der FU Berlin und dem Forschungsverbund Public Health sollte die Umsetzung der Ziele unterstützen. Zwischen April 1995 und September 1997 fanden insgesamt 9 Qualitätszirkel mit 74 regelmäßigen Teilnehmern, 4 Fortbildungsveranstaltungen mit 120 Teilnehmern, Gesprächsführungskurse mit 27 Teilnehmern sowie 207 Einzelberatungen statt. 58 Ärzte konnten zur Bearbeitung von insgesamt 439 Basisdokumentationen bewegt werden. In den Qualitätszirkeln wurden von den Ärzten vorgeschlagene Themen (Schmerz, Schlafstörungen, Alkoholmissbrauch, Epidemiologie psychischer Störungen, Depressionen, Angststörungen, funktionelle Magen-Darm-Erkrankungen, Klassifikation psychischer Störungen nach ICD-10, Sexualstörungen, Placeboeffekte) besprochen und Musterfälle entwickelt. Die Evaluation der Qualitätszirkel mittels Fragebögen und Gruppendiskussionen zeichnete ein positives Bild. Die teilnehmenden Ärzte profitierten sowohl von den inhaltlichen Angeboten, als auch vom kollegialen Austausch. Die Basisdokumentationen wurden zu Beginn und zum Ende der Qualitätszirkel erhoben. Im Vergleich mit den anderen Studienzentren zeigten sich dabei höhere bio-

psychosoziale Belastungen, mehr verbale Interventionen und mehr Einsatz von Psychopharmaka. Der Vergleich mit den Basisdokumentationen zum Ende des Qualitätszirkels zeigte einige Unterschiede, die darauf hinweisen, dass die Ärzte ein differenzierteres Behandlungskonzept entwickelt hatten. Eine verbesserte Diagnostik machte den wirksamen und gezielten Einsatz von Medikamenten oder psychosomatischen Interventionen möglich.

Die Fortbildungsveranstaltungen, Gesprächsführungskurse und Einzelberatungen ergänzten die Angebote und kamen den Ärzten entgegen, die weniger Zeit investieren wollten.

Die Erfahrungen dieser ersten Projektphase zeigten, dass das Interesse an Qualitätssicherungsmaßnahmen in der PSGV sehr groß ist und dass man diesem mit differenzierten Angeboten begegnen muss. Der Bedarf an Balintgruppen und der Bearbeitung von Burn-Out-Phänomenen sollte in Zukunft mehr berücksichtigt werden. Die Anwendung der Basisdokumentationen in der Praxis stellte sich aufgrund des hohen Zeitaufwandes schwierig dar.

In einer zweiten Projektphase zwischen Mai 1996 und April 1997 wurden weitere Qualitätszirkel etabliert, Fortbildungsveranstaltungen und Balintgruppen durchgeführt.

Die Durchführung der Qualitätszirkel durch Experten der Psychosomatik hat sich aus Sicht des Projektes bewährt. Wichtig scheint die Wissensvermittlung anhand von Musterfällen oder Basisdokumentationen. Der Bedarf an Qualifikation zur Gesprächsführung wurde immer wieder betont und in den Veranstaltungen bearbeitet.

Die Strukturqualität wurde durch Erhöhung der diagnostischen und therapeutischen Kompetenzen der Ärzte verbessert. Die Veränderung der Prozessqualität stellte sich wesentlich schwieriger dar. Der hier angedachte Weg, über Basisdokumentationen und Patientenfragebögen auf diesen Bereich einzuwirken, scheint so nicht praktikabel [Deter, Dilg, 1999].

Eine dauerhafte Implementierung von Qualitätssicherungsangeboten wurde mit der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin diskutiert, konnte aber bisher leider nicht umgesetzt werden [Deter, Dilg, 2001].

3. Fragestellungen und Hypothesen

Psychische Störungen und psychosoziale Problemlagen in der ambulanten Versorgung werden oft nicht erkannt oder differentialdiagnostisch ungenau abgegrenzt. Als Konsequenz daraus werden die betroffenen Patienten nicht angemessen versorgt [Wittchen, Höfler, Meister, 2001]. Die inadäquate Inanspruchnahme somatomedizinischer Leistungen und die damit verbundenen langjährigen Behandlungsversuche führen oft zur Chronifizierung psychischer Störungen, zur Verschlechterung der Prognose und damit zu hohen Folgekosten [Franz, Schepank, 1994].

Die Qualitätszirkel im Projekt „Qualitätssicherung in der Psychosomatik“ zielten auf eine Erhöhung der diagnostischen und therapeutischen Kompetenzen in der Behandlung psychischer Störungen und psychosozialer Problemlagen ab [Sandholzer, 1999]. Durch eine frühzeitige Diagnose und eine darauf aufbauende adäquate Behandlung der betroffenen Patienten im Sinne der Psychosomatischen Grundversorgung werden Auswirkungen auf der ökonomischen Ebene erwartet. Der Einsatz von diagnostischen und beratenden Gesprächen soll Hintergründe psychogener Beschwerden thematisieren, den Bedarf an somatomedizinischer Behandlung einschränken oder gar ausschließen und in eine Behandlung mit psychotherapeutischen und übenden Methoden einmünden oder zu einer Überweisung in eine Fachpsychotherapie führen.

Im Sinne einer Evaluation der Ergebnisqualität der Qualitätszirkelarbeit zur psychosomatischen Grundversorgung sollen Auswirkungen auf ökonomische Parameter untersucht werden. Die **direkten Kosten** werden dabei in Form von Medikamentenverordnungen und den resultierenden Kosten für die GKV analysiert. Eine Untersuchung zu den **indirekten Kosten** erfolgt anhand von BKK-Arbeitsunfähigkeitsdaten.

Es wird erwartet, dass durch eine Verbesserung der diagnostischen und therapeutischen Kompetenzen in der Versorgung psychosozialer Probleme durch die Arbeit im Qualitätszirkel:

- eine Verminderung der Medikamentenverordnungen und –kosten nachgewiesen werden kann, die möglicherweise durch eine Abnahme der somatomedizinischen Fehlbehandlungen psychosozialer Problemlagen zu erklären ist,
- eine gezieltere Pharmakotherapie mit Psychopharmaka, Analgetika/Antirheumatika und Hypnotika/Sedativa erreicht wird und
- sich die Arbeitsunfähigkeitsdaten positiv entwickeln

Daraus leiten sich für die Arbeit folgende Hypothesen ab:

1. Auswirkungen auf die direkten Kosten (Medikamentenverordnungen)

Hier liegen Daten für Ärzte des Qualitätszirkels und für eine Kontrollgruppe vor. Es sollen die Differenzen zwischen diesen beiden Gruppen geprüft werden.

1.1. Direkte Kosten I - Entwicklungen über den gesamten Projektzeitraum

(Preis- und Mengenindikatoren bei den Medikamentenverordnungen in der GKV zwischen den zweiten Quartalen 1994 und 1997)

Es wird ein signifikanter Unterschied zwischen der Qualitätszirkel- und Kontrollgruppe hinsichtlich folgender Parameter erwartet:

- a. Medikamentenkosten pro Patient und Quartal
- b. Kosten pro Rezept
- c. Rezeptanzahlen pro Patient

Im Rahmen einer **deskriptiven Analyse** sollen darüber hinaus folgende Teilabschnitte des Gesamtverlaufes für die oben genannten Parameter geprüft werden:

- Unterschiede zwischen den Gruppen im Zugang zur Qualitätssicherungsmaßnahme
- Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich der Veränderungen vor der Qualitätssicherungsmaßnahme

- Unterschiede zwischen den Gruppen hinsichtlich der Veränderungen unter der Qualitätssicherungsmaßnahme
- Entwicklungen innerhalb der Gruppen bis zur Qualitätssicherungsmaßnahme und innerhalb der Qualitätssicherungsmaßnahme

1.2. Direkte Kosten II - Entwicklung über den Zeitraum des Qualitätszirkels

(Medikamentenverordnungen zu Lasten der AOK zwischen dem zweiten Quartal 1995 und dem zweiten Quartal 1996)

Es wird ein signifikanter Unterschied zwischen der Qualitätszirkel- und Kontrollgruppen hinsichtlich folgender Parameter erwartet:

- a. Entwicklung des Anteils an Patienten mit Medikamentenverordnungen an der Gesamtklientel
- b. Verordnungen und die entstehenden Kosten pro Verordnung
- c. verordnete Tagesdosen und die entstehenden Kosten

In einer **deskriptiven Analyse** soll untersucht werden, wie sich das Verordnungsverhalten der Ärzte bei den Psychopharmaka, Analgetika/Antirheumatika und Hypnotika/Sedativa

- a. hinsichtlich der Tagesdosen pro Patient
- b. der Tagesdosen pro Arzt verändert.

2. Entwicklung der indirekten Kosten (Arbeitsunfähigkeit)

Arbeitsunfähigkeitsdaten lagen nur für Ärzte des Qualitätssicherungsprojektes, aber nicht für eine Kontrollgruppe vor. Es sollen die Veränderungen über den Zeitraum untersucht und mit allgemeinen Vergleichsdaten in Beziehung gesetzt werden.

- a. Die Arbeitsunfähigkeitstage pro Fall, die Arbeitsunfähigkeitstage (gesamt) und die Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle pro Arzt verringern sich zwischen den ersten Quartalen 1995 bis 1997 signifikant.
- b. Die Entwicklungen stellen sich im Vergleich mit den allgemeinen Entwicklungen in der BRD bzw. in Berlin günstig dar.
- c. Psychische Erkrankungen verursachen signifikant längere Arbeitsunfähigkeitszeiten als somatische Erkrankungen.

3. Einflüsse weiterer Variablen auf das ärztliche Handeln

Diagnostik und Therapie hängen von einer Vielzahl von Faktoren ab. Hier sollen einige dieser Variablen in ihrer Wirkung auf das ärztliche Handeln in der Psychosomatischen Grundversorgung untersucht werden. Aufgrund der Datenlage lassen sich hier beispielhaft einige Variablen analysieren.

3.1. Einflüsse von Arzt- und Patientengeschlecht auf die Medikamentenverordnungen

Ärzte und Ärztinnen behandeln ihre Patientinnen und Patienten unterschiedlich mit Psychopharmaka, Hypnotika/Sedativa und Analgetika/Antirheumatika. Es finden sich Interaktionen von Arzt- und Patientengeschlecht

- a. Hinsichtlich der Entscheidung zur Verordnung von Psychopharmaka, Analgetika/Antirheumatika und Hypnotika/Sedativa
- b. Hinsichtlich der Höhe der Verordnung insgesamt und bei Psychopharmaka, Analgetika/Antirheumatika und Hypnotika/Sedativa

3.2. Einflüsse verschiedener Arztmerkmale auf die Arbeit in der PSGV

Das **diagnostische Handeln** wird dabei anhand der Problemwahrnehmung psychogener Störungen in der Praxis untersucht. Das **therapeutische Handeln** wird durch die Anwendung sprechender Medizin, die medikamentöse Behandlung psychogener

krankter Patienten, Abrechnung der Leistungsziffern 850 und 851 und die Überweisung zum Psychotherapeuten oder Psychiater operationalisiert. Die Daten sind dem Kurzfragebogen (Anhang A) entnommen. Es handelt sich dementsprechend um subjektive Angaben der Ärzte.

Es wird angenommen, dass sich

- a. Einflüsse des Arztgeschlechts
- b. Einflüsse der Dauer der Niederlassung
- c. Einflüsse der ärztlichen Nebenbezeichnungen
- d. Einflüsse der Art der Erlangung der PSGV-Berechtigung
- e. Einflüsse der Balintarbeit

auf das diagnostische und therapeutische Handeln nachweisen lassen.

4. Methodik

4.1. Ablauf des Projektes

Zwischen 1994 und 1996 wurde vom Bundesministerium für Gesundheit die Verbundstudie „Qualitätssicherung in der Psychosomatik“ finanziert und an acht Studienzentren in Deutschland durchgeführt [Sandholzer, 1999]. Im Dezember 1994 startete die Studie in Berlin mit einer Bedarfserhebung. Von den 6200 zu diesem Zeitpunkt in Berlin niedergelassenen Ärzten, wurde an die Ärzte ein Kurzfragebogen (siehe Anhang A) verschickt, die im zweiten Quartal 1994 Leistungen der Psychosomatischen Grundversorgung abgerechnet hatten (N=2569). 619 (24,1%) Fragebögen wurden durch die Ärzte zurückgeschickt. Dabei wurden Informationen zur Praxis, zu den Leistungen in Rahmen der PSGV, zur Bereitschaft am Qualitätssicherungsprojekt teilzunehmen und zu den Ärzten selbst erfragt. In den abgegebenen Fragebögen bekundeten 197 Ärzte Interesse an Qualitätszirkeln und 235 Ärzte zeigten Interesse an weiteren Qualitätssicherungsmaßnahmen. Insgesamt nahmen dann 74 Ärzte im Zeitraum von April 1995 bis September 1997 an 9 Qualitätszirkeln und weitere 80 Ärzte an Fortbildungen teil.

Über die Arbeit in den Qualitätszirkeln hinaus wurden in Berlin die AOK Berlin, die BKK Berlin und die Kassenärztliche Vereinigung Berlin in das Projekt einbezogen. Im Rahmen dieser Kooperationen wurden Daten zu den Medikamentenverordnungen und -kosten für die Ärzte aus dem Projekt durch die AOK Berlin und zu den Arbeitsunfähigkeitsfällen durch die BKK Berlin zur Verfügung gestellt. Diese Daten bilden die empirische Grundlage der Arbeit.

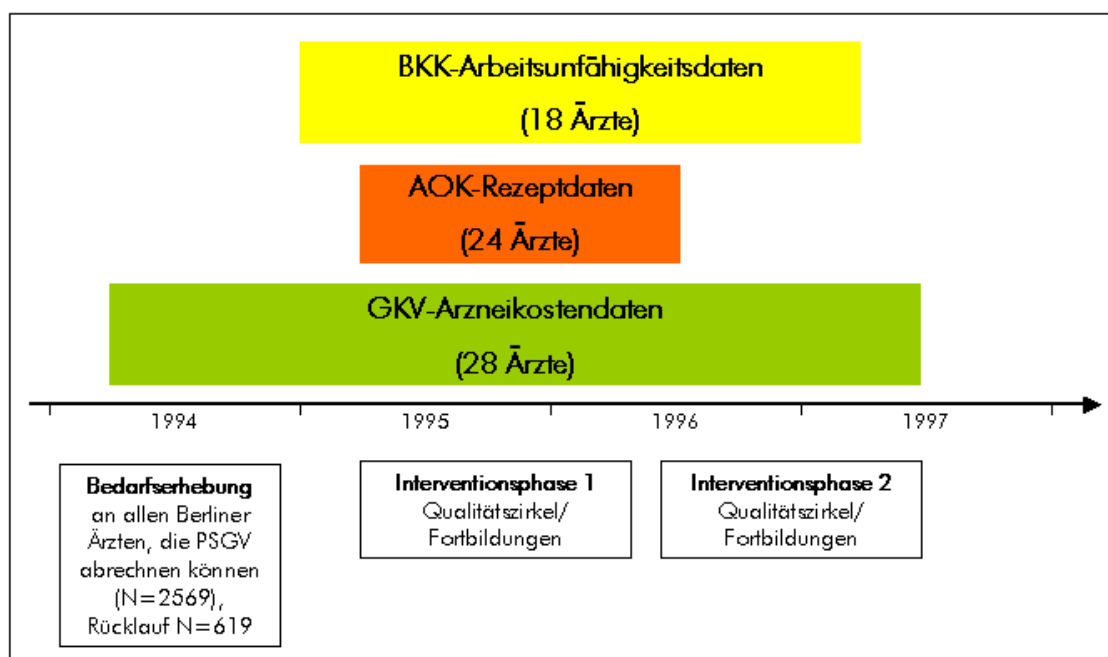
Das Verbundprojekt ist im Kapitel 2.6. (Seite 76 ff.) detailliert dargestellt.

4.2. Datengrundlage

Die kooperierenden Krankenkassen konnten die Daten nur dann bereitstellen, wenn von den Ärzten schriftliche Einwilligungen vorlagen. Die Ärzte, die an Qualitätssicherungsmaßnahmen teilnahmen, wurden daraufhin gebeten, diese Einwilligungen zu geben. Nicht alle Ärzte waren bereit der Herausgabe von Daten zuzustimmen, weshalb die Stichproben relativ klein sind.

Insgesamt liegen der Arbeit fünf Datensätze zugrunde. Abbildung 9 zeigt die Datensätze im Vergleich zum zeitlichen Verlauf des Qualitätssicherungsprojektes. Darüber hinaus liegen die Ergebnisse der Bedarfserhebung durch den Kurzfragebogen als Datensatz vor.

Abb.9: Zeitlicher Verlauf des Projektes und die Datensätze der Arbeit



Von einigen Ärzten liegen Daten in allen Datensätzen vor, von anderen nicht, was die unterschiedlichen Stichprobengrößen erklärt. Die Schnittmenge der verschiedenen Teilstichproben ist aber groß. Leider ist es durch die Anonymisierung der Ärzte in den Datensätzen der Krankenkassen nicht möglich, die Informationen der einzelnen

Datenquellen für die Ärzte zusammenzuführen. Es lassen sich jedoch summarische Aussagen über die Ärzte der einzelnen Stichproben hinsichtlich der Informationen aus der Bedarfserhebung (Kurzfragebogen) machen. Worin sich die einzelnen Stichproben von der Gesamtstichprobe der Bedarfserhebung unterscheiden wird unter 4.2.7. dargestellt.

Im folgenden werden die **Datensätze** genauer beschrieben:

a. GKV-Arzneikostendaten

Die AOK Berlin sammelt die Arzneikostendaten für alle Kassen der GKV. Hier sind alle Arzneiverordnungen an Patienten der GKV erfasst. Diese wurden für 28 Ärzte des Qualitätssicherungsprojektes zur Verfügung gestellt. Es handelt sich dabei um 16 Ärzte, die an einem einjährigen Qualitätszirkel teilnahmen (II. Quartal 1995 bis II. Quartal 1996) und 12 Ärzte, die nur Fortbildungsmaßnahmen besuchten (Kontrollgruppe). Die Daten beziehen sich mit Ausnahme des III. Quartals 1994¹⁷ auf den Zeitraum II. Quartal 1994 bis II. Quartal 1997. Sie umfassen dementsprechend 12 Messzeitpunkte und decken den gesamten Verlauf des Qualitätssicherungsprojektes ab. Durch die Rekrutierung der Stichprobe aus dem Projekt ist diese hinsichtlich der Fachgruppen sehr inhomogen (Tab.6). Während in der Qualitätszirkelgruppe hauptsächlich Allgemeinmediziner/Praktische Ärzte und Internisten vertreten sind, findet sich in der Kontrollgruppe ein größerer Anteil von Ärzten anderer Fachgruppen.

Tab.6: Zusammensetzung der Stichprobe nach Fachgruppen

	Allgemeinmediziner und Praktische Ärzte	Internisten	Gynä- kologen	Augen- ärzte	HNO- Ärzte	Haut- ärzte
Qualitäts- zirkel	5	10	1			
Kontroll- gruppe	2	2	1	3	3	1

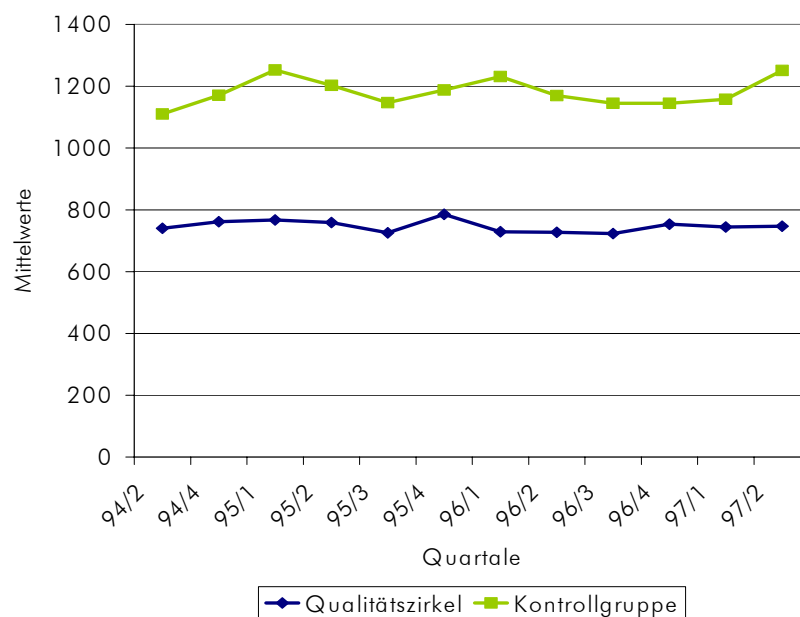
Es sind Patientenzahlen, Rezeptanzahlen, Medikamentenkosten pro Patient und Quartal, Kosten pro Rezept und der Anteil der Rentner an der Patientenklientel ent-

¹⁷ Dieses konnte durch die AOK nicht zur Verfügung gestellt werden.

halten. Zu den Rezeptanzahlen, Medikamentenkosten pro Patient und Kosten pro Rezept sind jeweils auch die Fachgruppendurchschnitte für Berlin angegeben. Neben der Fachgruppenzugehörigkeit und der Zuordnung zur Qualitätszirkel- und Kontrollgruppe existieren keine weiteren Informationen zu den Ärzten.

Die Ärzte der Kontrollgruppe haben (MW=1173 Patienten pro Quartal, Standardfehler=143,9) deutlich höhere **Patientenzahlen**, als die Ärzte der Qualitätssicherungsgruppe (MW=772 Patienten pro Quartal, Standardfehler=166,1). Innerhalb der Gruppen finden sich kaum Veränderungen über die Zeit. Die Gesamtverläufe wurden als Flächen unter den Kurven (vgl. 4.4.) gegeneinander geprüft. Die beiden Gruppen unterscheiden sich hinsichtlich dieser Flächen signifikant ($U=42,0/p=0,011$) (Abb.10).

Abb.10: Entwicklung der Patientenzahlen in der Qualitätszirkel- und Kontrollgruppe



Die Ärzte des Qualitätszirkels haben mit im Mittel 37,1% (Standardfehler=3,6) einen etwas höheren **Rentneranteil** an der Gesamtklientel als die Ärzte der Kontrollgruppe mit im Mittel 34,1% (Standardfehler=4,2). Über den Untersuchungszeitraum verändert sich dieser in beiden Gruppen kaum.

b. AOK- Rezeptdaten (Patientenebene)

In diesem Datensatz sind die Rezepte von 24 Ärzten zu Beginn und zum Ende des Qualitätszirkels (II. Quartal 1995 und II. Quartal 1996) erfasst. Es handelt sich hier um 16 Ärzte aus dem Qualitätszirkel und 8 Kontrollgruppenärzte (14 Allgemeinmediziner und 10 Internisten).

Es wurden die Verordnungen an alle AOK-Patienten, die in den beiden Quartalen mindestens ein Medikament erhielten, einbezogen (11 698 Patienten über 18 Jahren bzw. 52 521 Rezepte). Selbstmedikationen mit freiverkäuflichen Präparaten konnten nicht berücksichtigt werden. Bei den Ärzten handelt es sich um 12 Ärzte und 12 Ärztinnen. Der Anteil der Patientinnen überwiegt mit 62,3% (N=7053).

Die Rezepte wurden durch die AOK Berlin zur Verfügung gestellt, datentechnisch erfasst und durch IGES Berlin nach den Medikamentenhauptgruppen der Roten Liste 1995¹⁸ [Rote Liste Service GmbH, 1995] kategorisiert. Es fand anschließend eine Qualitätssicherung durch den medizinischen Dienst der AOK statt. Der Ausgangsdatsatz war auf Fallebene, wurde aber aggregiert, so dass die Angaben auf Patientenebene analysiert werden können. Die Angaben beziehen sich auf die Menge an verordneten Tagesdosen je Medikamentenverordnung unter Angabe der Medikamentenhauptgruppe.

c. AOK-Rezeptdaten (Arztebene)

Für die 24 Ärzte (vgl. 4.2.2) existiert neben den erfassten Rezepten auf Patientenebene ein Datensatz auf Arztebene, in dem die Verordnungen pro Patient, die Anzahl der abgerechneten Scheine, der Anteil der Patienten mit Medikamentenverordnung, die Summe der verordneten Tagesdosen, die Ausgaben je Verordnung in DM und die Gesamtausgaben für die zweiten Quartale 1995 und 1996 enthalten sind.

¹⁸ Analgetika/Antirheumatika, Antidiabetika, Antihypertonika, Antitussiva, Betablocker, Broncholytika, Dermatika, Diuretika, durchblutungsfördernde Mittel, Hypnotika/Sedativa, Kardiaka, Koronarmittel, Magen-Darm-Mittel, Ophthalmika, Psychopharmaka, Schilddrüsentherapeutika, Venentherapeutika

d. Arbeitsunfähigkeitsstatistik der BKK

Für 18 Ärzte aus den Qualitätszirkeln wurden durch die BKK die Statistik der Arbeitsunfähigkeitsfälle aus den ersten Quartalen 1995, 1996 und 1997 zur Verfügung gestellt. Diese bezieht sich nur auf die Versicherten der BKK. Es sind die Arbeitsunfähigkeitsfälle pro Arzt, die mittlere Dauer der Arbeitsunfähigkeit pro Fall und die Summe der Arbeitsunfähigkeitstage pro Arzt erfasst.

e. Arbeitsunfähigkeitsfälle der BKK mit Diagnosen

Für die ersten Quartale 1996 und 1997 sind alle BKK-Arbeitsunfähigkeitsfälle der 18 Ärzte (vgl. 4.2.4) mit den Hauptdiagnosen und der Dauer der Arbeitsunfähigkeit registriert. Im ersten Quartal 1996 wurden 228 Fälle und im ersten Quartal 1997 171 Fälle erfasst.

f. Datensatz aus dem Kurzfragebogen

In diesem Datensatz sind für die 619 Ärzte, die den Fragebogen der Bedarfserhebung zu Beginn des Projektes beantwortet haben, alle Informationen aus diesem erfasst. Außerdem ist für jeden der Ärzte angegeben, welche Abrechnungsdaten vorliegen.

4.3. Stichprobenbeschreibung

Die folgenden Aussagen stützen sich auf die Informationen aus dem Kurzfragebogen. Es handelt sich dementsprechend um subjektive Angaben. Außerdem wurden die Ärzte der verschiedenen Stichproben mit den Ärzten (N=619 – Ärzte der Teilstichprobe) verglichen, die den Kurzfragebogen beantwortet haben, von denen aber keine Daten der Krankenkassen vorliegen. Alle Signifikanzangaben beziehen sich auf diesen Vergleich.

a. BKK-Stichprobe zur Arbeitsunfähigkeit (N=18 Ärzte aus den Qualitätszirkeln)

Die 10 Ärzte und 8 Ärztinnen der BKK-Stichprobe sind im Mittel 51,7 Jahre alt. Sie schätzen den Anteil ihrer Patienten mit psychischen und funktionell-psycho-somatischen Störungen mit 44,6% nur unwesentlich höher ein als die restlichen Ärzte der Bedarfserhebung. Sie verordnen aber an 43,2% dieser psychosomatisch erkrankten Patienten Medikamente und unterscheiden sich damit deutlich von den restlichen Ärzten (43,2% vs. 30,2% / $p=0,03$).

b. AOK-Rezeptdaten (N=16 Ärzte aus den Qualitätszirkeln und 8 Kontrollgruppen-ärzte)

Die 12 Ärzte und 12 Ärztinnen der Rezeptdaten-Stichprobe sind im Mittel 50,3 Jahre alt. Sie schätzen den Anteil der Patienten mit psychischen und psychosomatisch-funktionellen Störungen nur unwesentlich höher ein als die Ärzte der gesamten Befragung (46,1% vs. 43,7%/ $p=0,655$). Sie verschreiben an 36,5% dieser Patienten Medikamente und unterscheiden sich auch damit kaum von der Gesamtstichprobe (36,5% vs. 30,4%/ $p=0,275$).

c. GKV-Arzneikostendaten (N=16 Ärzte aus den Qualitätszirkeln und 12 Kontrollgruppenärzte)

Die 13 Ärzte und 15 Ärztinnen der Arzneikosten-Stichprobe sind im Mittel 50,7 Jahre alt. Sie schätzen den Anteil von Patienten mit psychischen und psychosomatisch-funktionellen Störungen mit 36,2% signifikant geringer ein, als alle Ärzte der Bedarfserhebung (36,2% vs. 44,2%/ $p=0,047$). Gleichzeitig verordneten sie aber an 34,9% dieser Patienten Medikamente und lagen damit etwas über dem Mittelwert der Gesamtstichprobe (30,4%/ $p=0,397$).

4.4. Auswertungsverfahren

Die Auswertung der Daten erfolgte mit dem Programmpaket SPSS für Windows Version 9. Die Rezeptdaten der AOK auf Patientenebene wurden mit den Statistikprogrammen STATA und HLM ausgewertet.

Zur deskriptiven Statistik wurden Mittelwerte und Häufigkeiten benutzt. Das Signifikanzniveau wurde mit $p=0,05$ festgelegt. Im Weiteren wird genauer erklärt, wie die einzelnen Datensätze untersucht wurden.

a. Analyse der GKV-Arzneikostendaten

Die hier vorliegenden Daten erstrecken sich über den Zeitraum des gesamten Projektes und bilden damit einen Hauptbestandteil der Untersuchung. Der Fokus lag hier zum einen auf dem zeitlichen Verlauf der verschiedenen Parameter und zum anderen auf einem Vergleich zwischen den Ärzten der Qualitätszirkel- und der Kontrollgruppe.

Die individuellen Ausprägungen der verschiedenen Parameter wurden als Abweichungen vom Fachgruppendurchschnitt analysiert. So konnte das Problem der Zusammensetzung der Stichprobe aus Ärzten verschiedener Fachgruppen gelöst werden, denn die Absolutwerte wären oft nicht vergleichbar gewesen, da sich die Fachgruppen hinsichtlich des Umfangs und der Kosten für Medikamentenverordnungen deutlich unterscheiden. Zum anderen wurden damit zeitliche Veränderungen durch z.B. gesundheitspolitische Einflüsse berücksichtigt.

Die statistische Prüfung der Effekte auf die Preis- und Mengenkosten erfolgte in mehreren Schritten. Die Haupthypothesen, die sich auf die Gesamtverläufe beziehen, wurden als **Flächen unter den Kurven** geprüft. Diese wurden für jeden Arzt nach folgender Formel¹⁹ ermittelt²⁰:

¹⁹ Die Formel ist unter Beratung von Dr. Hopfenmüller (Institut für Biometrie und klinische Epidemiologie, FU Berlin) aufgestellt worden. Die Flächen unter der Kurve der einzelnen Quartale wurden dabei als Trapeze angesehen und zu einer Gesamtfläche addiert. Das fehlende Quartal III/94 wurde interpoliert.

Fläche unter der Kurve

$$= [(94/2 + 100) + 1,5(94/4 + 100) + (95/1 + 100) + (95/2 + 100) + (95/3 + 100) + (95/4 + 100) + (96/1 + 100) + (96/2 + 100) + 96/3 + 100) + (96/4 + 100) + (97/1 + 100) + 0,5(97/2 + 100)] - 1200$$

Bei den Rezeptkosten, den Medikamentenkosten pro Patient und den Rezeptanzahlen pro Patient wurden die Abweichungen vom Fachgruppendurchschnitt in den Kurven dargestellt, wobei der Fachgruppendurchschnitt in diesem Fall der Nulllinie entsprach.

Da die Kurven z.T. die Nulllinie schneiden, wurden diese auf der y-Achse um 100 nach oben verschoben und diese Fläche wurde am Schluss wieder abgezogen. Damit konnte das Problem „negativer“ Flächen umgangen werden. Die beiden Gruppen wurden dann in U-Tests hinsichtlich dieser Flächen gegeneinander geprüft.

Die Vorteile dieses Verfahrens sind zum einen in der Möglichkeit einer nonparametrischen Prüfung dieser Verläufe im Gruppenvergleich zu sehen, zum anderen kann man die Flächen sehr gut im Sinne einer Abweichung vom Fachgruppendurchschnitt (pro Patient) über den Gesamtzeitraum interpretieren und so die beiden Gruppen sehr anschaulich vergleichen.

In einer weiterführenden deskriptiven Analyse wurden Teilabschnitte des Gesamtverlaufes mit nonparametrischen Verfahren (U-Tests) untersucht.

Hier interessierten die **Differenzen zwischen den Gruppen**

1. beim Zugang zum Projekt (Quartal 2/94)
2. zu den Effekten bis zur Qualitätssicherungsmaßnahme (Werte für das Quartal 95/1 – Werte für das Quartal 94/2)
3. in der Maßnahme (von Quartal 95/2 bis Quartal 96/2) im Vergleich zum Beginn (Quartal 94/2). Die Testvariable wurde nach folgender Gleichung aus den Ausgangswerten generiert: $94/2 - ((95/2 + 95/3 + 95/4 + 96/1 + 96/2) : 5)$

²⁰ Auf eine Prüfung mit Varianzanalysen mit Messwertwiederholung wurde wegen der Nichterfüllung der Testvoraussetzungen und vor allem wegen der kleinen Stichprobe verzichtet.

Außerdem wurde mit Wilcoxon-Tests geprüft, ob es **innerhalb der Gruppen** signifikante Veränderungen

1. zwischen dem Zugang und dem eigentlichen Beginn der Qualitätszirkel (Die Werte für das Quartal 94/2 wurden gegen die Werte für das Quartal 95/1 geprüft)
2. während der Maßnahme (Der Mittelwert der Werte für die Quartale 95/2 bis 96/2 wurde gegen den Ausgangswert des Quartals 94/2 geprüft).

Hier wurden für die Qualitätszirkel- und Kontrollgruppe jeweils getrennte Analysen durchgeführt.

b. AOK-Rezeptdaten (Patientenebene)

Die Einflüsse des Arzt- und Patientengeschlechts wurden mit Regressionsanalysen im Statistikprogramm STATA untersucht. Zur Analyse der Entscheidung zur Verordnung wurden logistische Regressionen eingesetzt, da die abhängigen Variablen dichotom war. Die Analysen zur Höhe der Verordnung wurden mit linearen Regressionen untersucht, da es sich hier um stetige Variablen handelt. Die Ausgangswerte für die Höhe der Verordnungen (definierte Tagesdosen) wurden logarithmiert, um ihre Verteilung an eine Normalverteilung anzunähern und damit den Testvoraussetzungen zu genügen. Das Signifikanzniveau wurde mit $p=0,05$ festgelegt.

Im Datensatz, den wir zur statistischen Prüfung nutzten, bestand ein „Disaggregierungsproblem“, da sich die große Zahl von Patienten auf nur 24 Ärzte verteilt, aber im Datensatz „scheinbar“ jedem Patient ein Arzt mit seinem Geschlecht zugeordnet wurde. Dieses methodische Problem wurde in einem zweiten Untersuchungsgang mit der Anwendung von Mehrebenenmodellen angegangen [Engel, 1998]; [Snijders, Bosker, 1999] und deshalb die Fragestellungen noch einmal mit Regressionsanalysen in einem Zwei-Ebenen-Modell untersucht. Hier wurden Patientenvariablen (Alter und Geschlecht) auf Ebene 1 und die Arztvariable (Geschlecht) auf Ebene 2 modelliert. Die statistische Auswertung erfolgte mit dem Programm HLM.

c. AOK- Rezeptdaten (Arztebene)

Zur Prüfung der Veränderungen zwischen II/1995 und II/1996 in der Qualitätszirkel- und Kontrollgruppe wurden Varianzanalysen berechnet. Je nach Zusammensetzung

des Datensatzes, wurden diese mit Messwertwiederholungen oder mit der Zeitvariable als Faktor durchgeführt.

d. Arbeitsunfähigkeitsstatistik der BKK

Die Mittelwerte der Parameter für die ersten Quartale 1995, 1996 und 1997 wurden mit t-Tests für verbundene Stichproben gegeneinander geprüft. Da hier keine Kontrollgruppe existierte, wurden zusätzlich allgemeine Vergleichsdaten des BKK-Bundesverbandes [BKK-Bundesverband, 1995]; [BKK-Bundesverband, 1996]; [BKK-Bundesverband, 1999] und des Bundesgesundheitsministeriums [Bundesministerium für Gesundheit, 1996]; [Bundesministerium für Gesundheit, 1997]; [Bundesministerium für Gesundheit, 1998b] hinzugezogen.

e. Arbeitsunfähigkeitsfälle der BKK mit Diagnosen

Die Diagnosen wurden den Diagnosehauptgruppen des ICD-9 [Bundesministerium für Jugend, 1987] zugeordnet, woraus sich dann auch die Unterteilung in psychische²¹(Gruppe 5) und somatische Erkrankungen (alle anderen Gruppen) ergibt. Die Dauer der Arbeitsunfähigkeit wurde dann in zwei Gruppen unterteilt (bis 14 Tage/über 14 Tage). Die Prüfung der resultierenden Vierfeldertafel erfolgte mit einem Chi-Quadrat-Test.

f. Daten aus dem Kurzfragebogen

Zur Untersuchung von **Einflussvariablen auf das ärztliche Handeln** (vgl. Kap.3 der Fragestellungen) wurden die Informationen aus dem Kurzfragebogen analysiert. Es handelt sich hier um eine Stichprobe von N=619 Ärzten, die in Berlin an der Psychosomatischen Grundversorgung teilnehmen. Die Analysen sind deskriptiv und als Ergänzung zu den Hauptfragestellungen zu verstehen.

Als Einflussvariablen wurden **Geschlecht des Arztes, Dauer der Niederlassung, ärztliche Nebenbezeichnungen, Art der Erlangung der PSGV-Berechtigung und die Teil-**

²¹ Folgende Erkrankungen wurden als psychische und psychosomatische Erkrankungen klassifiziert: Psychophysischer Erregungszustand, Depressive Verstimmung und Ängste, Dyspnoe, unklarer Schwächezustand, Unruhe und Erregungszustand, Alkoholismus, Stresseinstörung, Psycho-vegetativer Erschöp-

nahme an Balintgruppen aus den Informationen des Kurzfragebogens gewählt. Es wurde untersucht, wie sich diese auf das diagnostische und therapeutische Handeln der Ärzte auswirken.

Aussagen über **diagnostisches Handeln** werden hier im Sinne der Problemwahrnehmung psychogener Störungen in der Praxis verstanden (Item A1: Wie hoch schätzen Sie den prozentualen Anteil Ihrer Patienten mit psychischen Störungen ... in Ihrer Praxis ein?).

Das **therapeutische Handeln** wird an folgenden Variablen untersucht:

- B1: Mit wie viel Prozent ihrer Patienten arbeiten Sie pro Quartal vorwiegend im Sinne der sprechenden Medizin?
- B2: Bei wie viel Prozent Ihrer Patienten mit der Diagnose einer psychosomatischen/funktionellen Erkrankung verschreiben Sie eine Medikation?
- B3: Wie oft haben Sie die Ziffern 850 und 851 im letzten Quartal im Vergleich zu allen Ärzten ihrer Fachgruppe abgerechnet? (unterdurchschnittlich, durchschnittlich, überdurchschnittlich)
- C4: Wie viele Überweisungen zum Psychotherapeuten oder Psychiater haben Sie im letzten Quartal veranlasst? (5 Kategorien)

Die statistische Untersuchung erfolgte in Abhängigkeit von der Datenbeschaffenheit mit t-Tests für unabhängige Stichproben, mit Chi-Quadrat-Tests oder mit einfaktoriellen Varianzanalysen.

fungszustand, schwere reaktive Depression, vegetative Dekompensation, Erschöpfung, Konfliktsituation, psychogene Störung, Cephalgie, akuter schwerer Migräneanfall

5. Ergebnisse

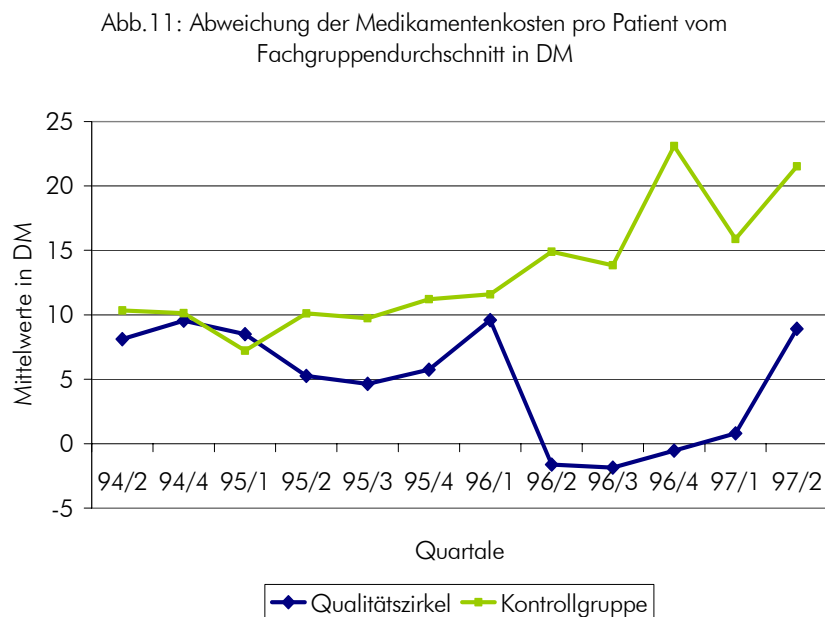
5.1. Auswirkungen auf die direkten Kosten (Medikamentenverordnungen)

5.1.1. Direkte Kosten I - Entwicklung über den gesamten Projektzeitraum

(Preis- und Mengenindikatoren bei den Medikamentenverordnungen zu Lasten der GKV zwischen den zweiten Quartalen 1994 und 1997)

a. Medikamentenkosten pro Patient und Quartal

Die beiden Gruppen entwickelten sich in ihren Mittelwerten zwischen den zweiten Quartalen 1994 und 1997 unterschiedlich. In Abbildung 11 sind die Mittelwertverläufe der Abweichungen vom Fachgruppendurchschnitt für die Qualitätszirkel- und Kontrollgruppe dargestellt.



Die Untersuchung der Teilabschnitte des Verlaufes erfolgte mit nonparametrischen Verfahren. Die Ergebnisse der statistischen Tests sind in Tab.7 dargestellt.

Tab.7: Ergebnisse der nonparametrischen Prüfungen für die Abweichung der Medikamentenkosten pro Patient vom Fachgruppenschnitt (in DM)

Zugang zur Maßnahme		Mittlere Ränge	U-Wert	p-Wert
	Qualitätszirkel	14,25	92,0	0,853
	Kontrollgruppe	14,83		
Effekt vor der Maßnahme (zwischen den Gruppen)		Mittlere Ränge	U-Wert	p-Wert
	Qualitätszirkel	15,94	73,0	0,286
	Kontrollgruppe	12,58		
Effekt vor der Maßnahme (innerhalb der Gruppen)		Neg./positive Ränge	Z-Wert	p-Wert
	Qualitätszirkel	7/9	-0,569	0,569
	Kontrollgruppe	7/5	-0,941	0,347
Effekt in der Maßnahme (zwischen den Gruppen)		Mittlerer Rang	U-Wert	p-Wert
	Qualitätszirkel	14,94	89,0	0,745
	Kontrollgruppe	13,92		
Effekt in der Maßnahme (innerhalb der Gruppen)		Neg./positive Ränge	Z-Wert	p-Wert
	Qualitätszirkel	9/7	-0,103	0,918
	Kontrollgruppe	5/7	-0,549	0,583

Zu Beginn des Qualitätssicherungsprojektes im zweiten Quartal 1994 lagen die Mittelwerte beider Gruppen über dem Fachgruppenschnitt. Die Prüfung der Gruppen gegeneinander ergab keine signifikanten Unterschiede (Tab.7). Im Zugang zum Qualitätssicherungsprojekt unterschieden sich die beiden Gruppen dementsprechend nicht.

Bis zum Beginn der eigentlichen Qualitätssicherungsmaßnahme im zweiten Quartal 1995 zeigten sich keine signifikanten Unterschiede in den Verläufen der Medikamentenkosten pro Patient beider Gruppen. Die Veränderung des Wertes in beiden Gruppen (Quartal 95/1 – Quartal 94/2) wurde geprüft. Anhand der mittleren Ränge wird deutlich, dass die Ärzte der Qualitätszirkelgruppe hier tendenziell höhere Werte aufwiesen als die Ärzte der Kontrollgruppe (Tab.7). Innerhalb der beiden Gruppen

konnten keine signifikanten Veränderungen vor der Qualitätssicherungsmaßnahme nachgewiesen werden.

Die Mittelwertverläufe der beiden Gruppen entwickelten sich ab dem zweiten Quartal 1995 deutlich auseinander (Abb.10). Die Entwicklung während der Maßnahme im Vergleich zum Eingangswert (Quartal 94/2 gegen Mittelwert der Quartale 95/2 bis Quartal 96/2) unterschieden sich zwischen den beiden Gruppen nicht signifikant. Auch innerhalb der Gruppen fanden sich keine signifikanten Veränderungen.

Zur Prüfung der **Verläufe der beiden Gruppen über den Gesamtzeitraum** (94/2 bis 97/2) wurden die Flächen unter den Kurven (Abb.11) für die Ärzte berechnet und diese für die beiden Gruppen gegeneinander geprüft. Auch hier fanden sich keine signifikanten Differenzen zwischen den Gruppen ($U=89,0/p=0,913$). Die Mittelwerte der beiden Gruppen unterschieden sich sehr stark (Qualitätszirkelgruppe=57,5/Kontrollgruppe=153,9), aber im Gegensatz dazu fanden sich in den mittleren Rängen kaum Differenzen (Qualitätszirkelgruppe=14,1/Kontrollgruppe=15,8).

Sowohl die Mittelwerte der Flächen, als auch die Mittelwertverläufe über den Gesamtzeitraum (Abb.11) lassen vermuten, dass es einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen gibt. Dass ein solcher Unterschied anhand der statistischen Prüfung nicht nachweisbar ist, lässt sich anhand der Verteilungen der Werte in den beiden Gruppen erklären. In den Boxplots in Abb.12 sollen diese Verteilungsunterschiede deutlich gemacht werden. Nutzt man zur Beschreibung der zentralen Tendenz die Mediane, so zeichnen diese im Gegensatz zu den Mittelwerten ein deutlich anderes Bild. In der Qualitätszirkelgruppe ist der Median mit 87,3 höher und in der Kontrollgruppe ist dieser mit 40,8 deutlich niedriger als die entsprechenden Mittelwerte. Aus Abb. 12 wird auch sichtbar, dass die Verteilung in der Kontrollgruppe sehr linksschief ist (Schiefe=1,798), während die Verteilung in der Qualitätszirkelgruppe fast symmetrisch ist (Schiefe=-0,1). Zudem findet sich in der Kontrollgruppe ein Ausreißerwert. Das größte Problem ist aber in der großen Spanne der Werte (Qualitätszirkel=1167/Kontrollgruppe=1353) und der großen Standardabweichungen zu sehen (Qualitätszirkel=328/Kontrollgruppe=345). Sie sind Ausdruck der großen Varianz

der Werte innerhalb der Gruppen. So finden sich zwar deutliche Gruppenunterschiede in den Mittelwerten, aber diese sind nicht auf eine gruppenspezifische Tendenz in den Werten zurückzuführen, die für einen signifikanten Unterschied der Gruppen sprechen würde.

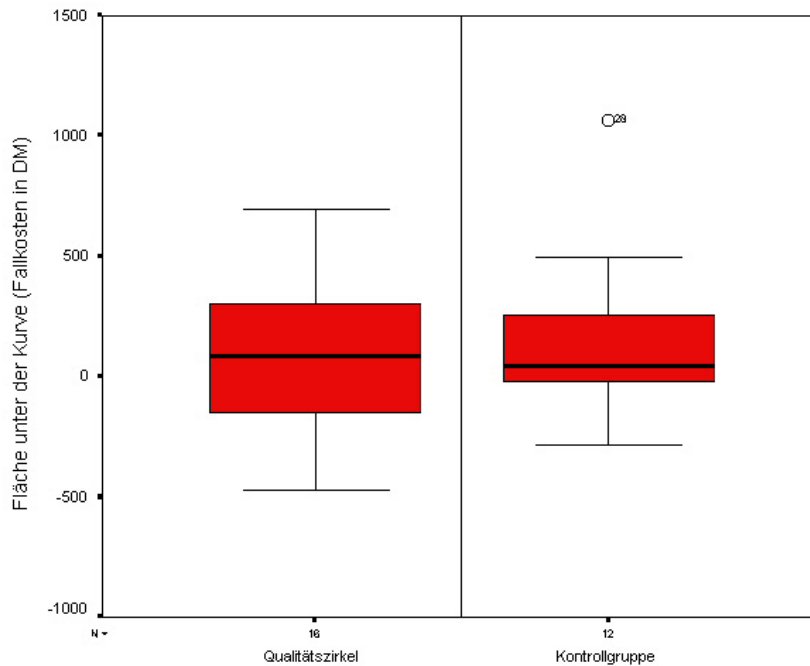


Abb.12: Boxplots der Flächen unter den Kurven für die Medikamentenkosten pro Patient

Neben einer Signifikanzprüfung kann man die Mittelwerte der Flächen im Vergleich der beiden Gruppen im Sinne eines ökonomischen Nutzens interpretieren. So bleiben zwar beide Gruppen deutlich über dem Fachgruppendurchschnitt, aber über den gesamten Zeitraum fällt diese Überschreitung für die Kontrollgruppe im Mittel wesentlich größer aus, als für die Qualitätszirkelgruppe. Die Ärzte der Kontrollgruppe geben im Zeitraum 94/2 bis 97/2 153,90 DM/Patient, die Ärzte des Qualitätszirkels geben im gleichen Zeitraum nur 57,50 DM/Patient mehr aus als der Fachgruppendurchschnitt.

Um diesen Sachverhalt genauer zu verdeutlichen wurde die in Tab. 8 dargestellte Modellrechnung durchgeführt.

Tab. 8: Modellrechnung zur Abweichung der Arzneikosten vom Fachgruppendurchschnitt über den Gesamtzeitraum (Vergleich der Qualitätszirkel- und Kontrollgruppe)

	Qualitätszirkel	Kontrollgruppe
Anzahl Ärzte	16	12
Mittlere Patientenzahl pro Quartal	772	1173
Anzahl Quartale	13	13
Patientenzahlen im Gesamtzeitraum	160 576	182 988
Abweichung vom Fachgruppendurchschnitt pro Patient im Gesamtzeitraum	57,50 DM	153,90 DM
Summe der Abweichungen vom Fachgruppendurchschnitt aller Patienten der Ärzte der beiden Gruppen	710 240 DM	2 166 296,40 DM

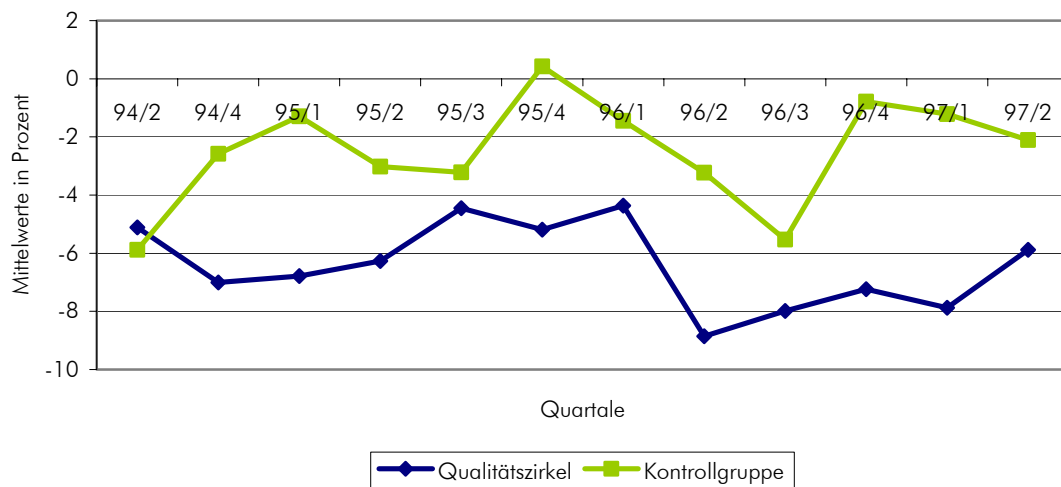
Über den Gesamtzeitraum behandeln beide Gruppe ähnlich viele Patienten. Die deutlich höheren Patientenzahlen in der Kontrollgruppe werden durch die größere Zahl von Ärzten in der Qualitätszirkelgruppe ausgeglichen. Die Überschreitung des Fachgruppendurchschnittes durch die Kontrollgruppenärzte von insgesamt 2 166 2296 DM ist dabei fast dreimal so hoch wie die in der Qualitätszirkelgruppe. Die Zahlen zeigen damit deutlich, welche Bedeutung die Unterschiede über längere Zeiträume haben.

b. Kosten je Rezept

In Abbildung 13 ist der Verlauf der Mittelwerte der Kosten pro Rezept zwischen den zweiten Quartalen 1994 und 1997 für die beiden Gruppen dargestellt.

Beide Gruppen unterschritten den Fachgruppendurchschnitt, wobei die Abweichung der Qualitätszirkelgruppe größer waren, als die der Kontrollgruppe. Die Entwicklungen über den Zeitraum waren in den Mittelwerten sehr unterschiedlich. Die Ergebnisse der nonparametrischen Prüfung der Teilabschnitte des Verlaufes sind in Tabelle 9 dargestellt.

Abb.13: Abweichung der Rezeptkosten vom Fachgruppendurchschnitt in Prozent



Im Zugang zum Qualitätssicherungsprojekt im zweiten Quartal 1994 lagen die Mittelwerte beider Gruppen dicht beieinander. Die Prüfung der Gruppen gegeneinander ergab keine signifikanten Unterschiede. Bereits ab dem vierten Quartal 1994 unterschieden sich die Verläufe sehr deutlich. Die Unterschreitung des Fachgruppendurchschnittes durch die Ärzte des Qualitätszirkels wurde größer, die der Kontrollgruppenärzte im Mittel kleiner. Bis zum Beginn der eigentlichen Qualitätssicherungsmaßnahme im zweiten Quartal 1995 zeigten sich wesentliche Unterschiede in den Verläufen der beiden Gruppen. Die Veränderungen des Wertes in beiden Gruppen (Quartal 95/1 - Quartal 94/2) wurden geprüft, zeigten aber nur eine statistische Tendenz (Tab. 9). Die Veränderungen innerhalb der Gruppen waren nicht signifikant.

Die Mittelwertverläufe der beiden Gruppen während der Maßnahme (Quartal 96/2 – Quartal 95/2) unterschieden sich. Im Vergleich der Rezeptkosten in der Maßnahme mit dem Zugangswert, fanden sich keine signifikanten Differenzen innerhalb der Gruppen, obwohl sich die Kontrollgruppe in den Mittelwertverläufen deutlicher veränderte als die Qualitätszirkelgruppe.

Tab.9: Ergebnisse der nonparametrischen Prüfungen für die Abweichung der Rezeptkosten vom Fachgruppendurchschnitt

Zugang zur Maßnahme		Mittlere Ränge	U-Wert	p-Wert
	Qualitätszirkel	14,00	88,0	0,710
	Kontrollgruppe	15,17		
Effekt vor der Maßnahme (zwischen den Gruppen)		Mittlere Ränge	U-Wert	p-Wert
	Qualitätszirkel	12,19	59,0	0,086
	Kontrollgruppe	17,58		
Effekt vor der Maßnahme (innerhalb der Gruppen)		Neg./positive Ränge	Z-Wert	p-Wert
	Qualitätszirkel	10/6	-1,138	0,255
	Kontrollgruppe	4/8	-1,49	0,136
Effekt in der Maßnahme (zwischen den Gruppen)		Mittlerer Rang	U-Wert	p-Wert
	Qualitätszirkel	16,06	71,0	0,246
	Kontrollgruppe	12,42		
Effekt in der Maßnahme (innerhalb der Gruppen)		Neg./positive Ränge	Z-Wert	p-Wert
	Qualitätszirkel	6/10	-0,103	0,918
	Kontrollgruppe	5/7	-1,098	0,272

Zur Prüfung der **Verläufe der beiden Gruppen über den Gesamtzeitraum** (94/2 bis 97/2) wurden die Flächen unter den Kurven (Abb. 13) für die Ärzte berechnet und diese für die beiden Gruppen gegeneinander geprüft. Auch hier fanden sich keine signifikanten Differenzen zwischen den Gruppen ($U=77,0/p=0,378$). Die Mittelwerte der beiden Gruppen (Qualitätszirkelgruppe=-77,7/ Kontrollgruppe=-30,11) unterschieden sich deutlicher als die mittleren Ränge (Qualitätszirkelgruppe=13,31/ Kontrollgruppe=16,08), beide zeigten aber, dass die Qualitätszirkelärzte den Fachgruppendurchschnitt mehr unterschritten als die Ärzte der Kontrollgruppe.

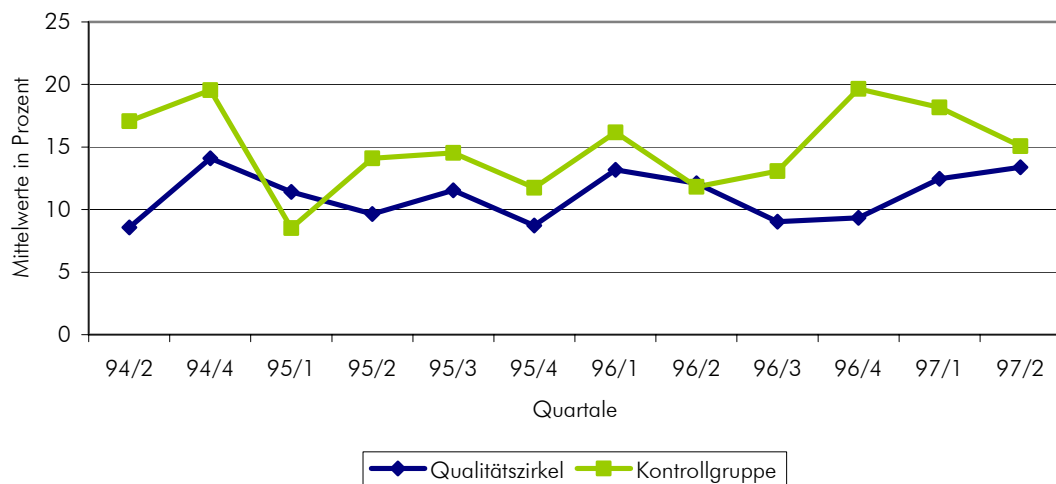
Die Spannweiten der Verteilungen (Qualitätszirkelgruppe=782/ Kontrollgruppe=1124) und die Standardabweichungen (Qualitätszirkelgruppe=214/ Kontroll-

gruppe=300) sind Ausdruck der großen Varianzen innerhalb der Gruppen. Diese führten dazu, dass trotz des Eindruckes von deutlichen Gruppenunterschieden anhand der Mittelwertverläufe keine signifikanten Gruppenunterschiede nachgewiesen werden konnten.

c. Rezeptanzahlen pro Patient

In Abbildung 14 sind die Mittelwertverläufe für die Rezeptanzahlen pro Patient zwischen den zweiten Quartalen 1994 und 1997 zu sehen.

Abb.14: Abweichung der Rezeptanzahlen pro Patient vom Fachgruppendurchschnitt in Prozent



Beide Gruppen lagen dicht beieinander und überschritten sich in einigen Quartalen. Es fanden sich keine signifikanten Differenzen zwischen den Gruppen beim Zugang zum Projekt im zweiten Quartal 1994 und hinsichtlich der mittleren Rezeptanzahlen während des Qualitätszirkels (95/2 bis 96/2) im Vergleich zum Zugangswert (Tab.10). Die beiden Gruppen unterschieden sich aber hinsichtlich der Veränderungen zwischen dem Zugang und Beginn des Qualitätszirkels ($U=54,0/p=0,051$). Während die Rezeptanzahlen zwischen 94/2 und 95/1 bei den Ärzten des Qualitätszirkels anstiegen, nahmen diese im gleichen Zeitraum bei den Kontrollgruppenärzten

ab (Tab.3). Die Veränderungen innerhalb der Gruppen bis zur Maßnahme und in der Maßnahme waren nicht signifikant (Tab.10).

Die Prüfung der **Gesamtverläufe** als Flächen unter den Kurven ergab keine signifikanten Differenzen zwischen den beiden Gruppen ($U=95,0/p=0,963$). In den Mittelwerten waren diese auch nicht erkennbar (Qualitätszirkel=154,1/Kontrollgruppe=163,5), aber anhand der Mediane zeigt sich ein Unterschied zwischen den Gruppen, der jedoch nicht dem Zusammenhang der Mittelwerte entspricht (Qualitätszirkel=185,5/Kontrollgruppe=106,7).

Tab.10: Ergebnisse der nonparametrischen Prüfungen für die Abweichung der Rezeptanzahlen vom Fachgruppendurchschnitt

Zugang zur Maßnahme		Mittlere Ränge	U-Wert	p-Wert
	Qualitätszirkel	13,9	86,5	0,659
	Kontrollgruppe	15,3		
Effekt vor der Maßnahme (zwischen den Gruppen)		Mittlere Ränge	U-Wert	p-Wert
	Qualitätszirkel	17,1	54,0	0,051
	Kontrollgruppe	11,0		
Effekt vor der Maßnahme (innerhalb der Gruppen)		Neg./positive Ränge	Z-Wert	p-Wert
	Qualitätszirkel	5/10	-1,31	0,191
	Kontrollgruppe	8/4	-1,571	0,116
Effekt in der Maßnahme (zwischen den Gruppen)		Mittlerer Rang	U-Wert	p-Wert
	Qualitätszirkel	12,63	66,0	0,164
	Kontrollgruppe	17,0		
Effekt in der Maßnahme (innerhalb der Gruppen)		Neg./positive Ränge	Z-Wert	p-Wert
	Qualitätszirkel	7/9	-1,293	0,196
	Kontrollgruppe	5/7	-0,471	0,638

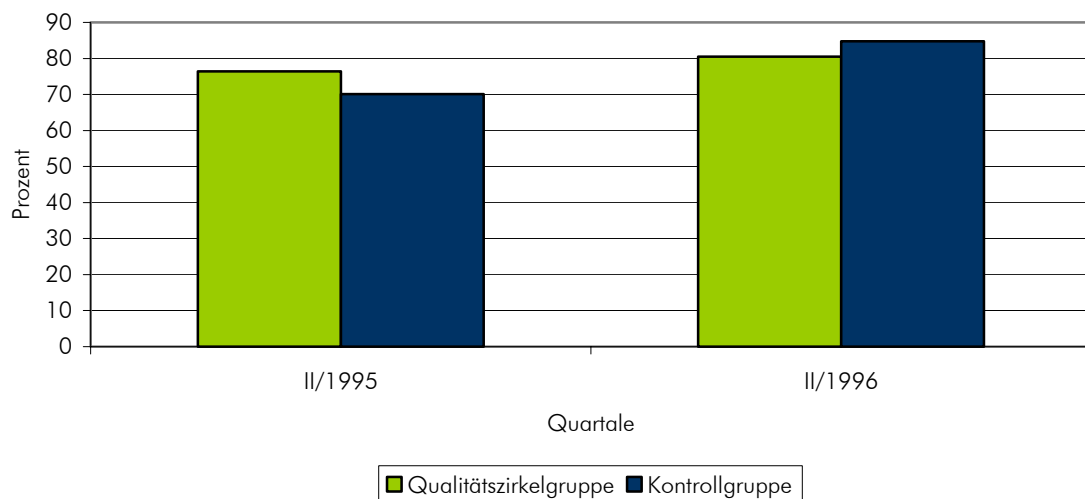
5.1.2. Direkte Kosten II - Entwicklung über den Zeitraum des Qualitätszirkels

(Medikamentenverordnungen zu Lasten der AOK zwischen dem zweiten Quartal 1995 und dem zweiten Quartal 1996)

a. Entwicklung des Anteils an Patienten mit Medikamentenverordnungen an der Gesamtklientel

Der Anteil der Patienten mit Medikamentenverordnungen steigt in beiden Gruppen über den Zeitraum des Qualitätszirkels an, aber in der Kontrollgruppe wesentlich deutlicher als in der Qualitätszirkelgruppe. Dabei kehrte sich das Verhältnis zwischen den Gruppen um. In einer Varianzanalyse konnte ein signifikanter Einfluss der Zeitvariablen nachgewiesen werden ($F=10,75/p=0,004$). Es fand sich außerdem eine annähernd signifikante Interaktion zwischen Zeit- und Gruppenfaktor ($F=3,45/p=0,077$). Abbildung 15 zeigt die Mittelwerte für beide Gruppen im Vergleich von 1995 auf 1996.

Abb.15: Prozentualer Anteil der Patienten mit Medikamentenverordnungen



b. Verordnungen und die entstehenden Kosten pro Verordnung

In Tab.11 sind die Mittelwerte für die Zahl der Verordnungen pro Arzt und Quartal sowie für die Kosten pro Verordnung dargestellt.

Tab.11: Verordnungen und Kosten je Verordnung zwischen 1995 und 1996

	Qualitätszirkelgruppe		Kontrollgruppe	
	Verordnungen	Kosten/Verordnung	Verordnungen	Kosten/Verordnung
II/1995	1010,5	48,6	1016,9	44,1
II/1996	1103,3	48,4	1162,0	44,9

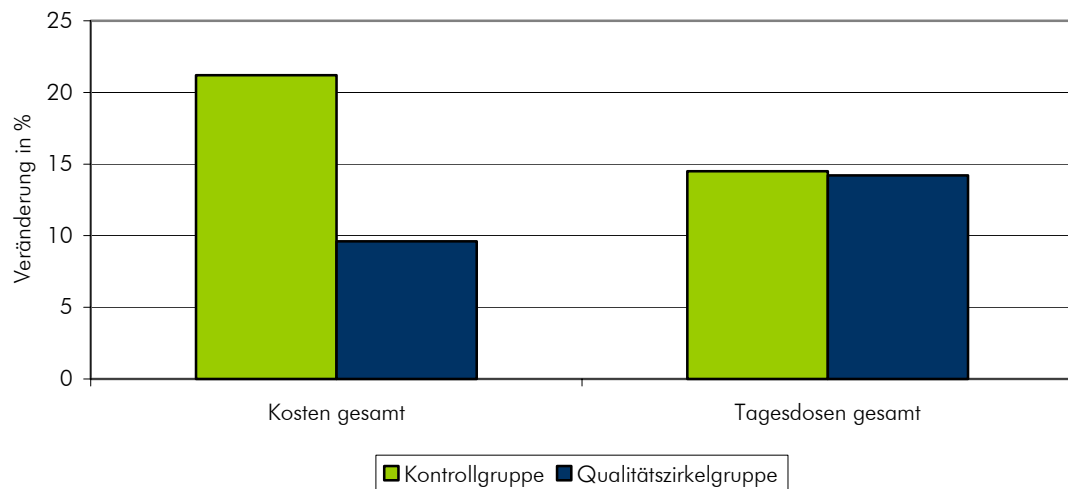
Zwischen den zweiten Quartalen 1995 und 1996 nahm die Zahl der Verordnungen zu, aber in beiden Gruppen nahezu gleichmäßig. In einer Varianzanalyse zeigte sich ein annähernd signifikanter Zeiteffekt ($F=3,133/p=0,091$).

Hinsichtlich der Kosten pro Verordnung fand sich in einer Varianzanalyse kein signifikanter Zeit- oder Gruppeneffekt, aber die beiden Gruppen unterschieden sich in ihren Mittelwerten deutlich. Die Kosten pro Verordnung sind zu beiden Zeitpunkten in der Qualitätszirkelgruppe höher als in der Kontrollgruppe (Tab.11).

c. Verordnete Tagesdosen und die entstehenden Kosten

Die Menge an verordneten Tagesdosen insgesamt stieg in beiden Gruppen zwischen 1995 und 1996 um ca.14%. Die damit verbundenen Kosten stiegen jedoch in der Qualitätszirkelgruppe deutlich weniger an als in der Kontrollgruppe. Die Zunahme der Verordnungen verlief also in der Qualitätszirkelgruppe kostengünstiger. In drei getrennten Varianzanalysen für die Kosten, die Tagesdosen und die Kosten pro Tagesdosis wurden die Einflüsse von Zeit und Gruppe geprüft. Die Ergebnisse sind in der folgenden Tabelle dargestellt:

Abb.16: Prozentuale Veränderung zwischen II/95 und II/96 hinsichtlich der Kosten und der verordneten Tagesdosen



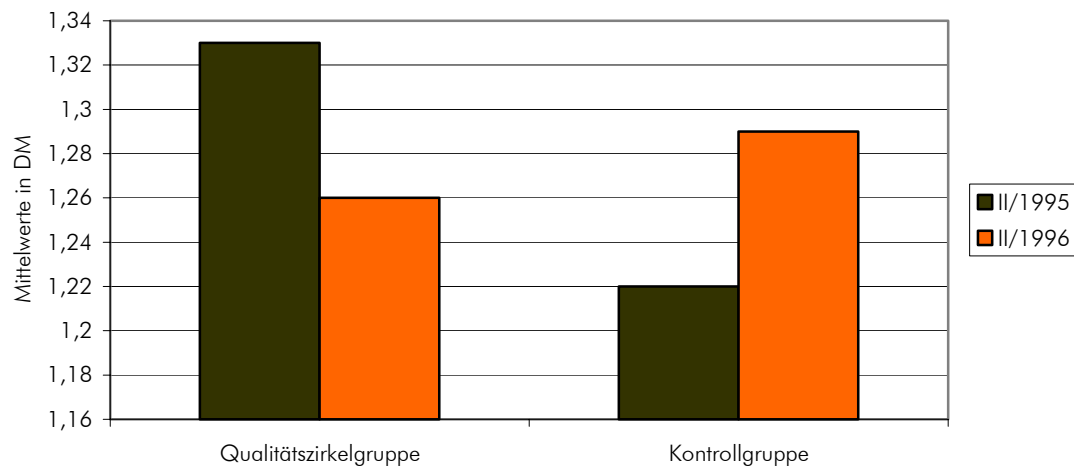
Tab.12: Ergebnisse der Varianzanalysen für die Veränderung der Menge an verordneten Tagesdosen und der damit verbundenen Kosten zwischen 1995 und 1996 in der Qualitätszirkel- und Kontrollgruppe

Varianzanalyse 1 (Kosten)	df	F-Wert	p-Wert
Zeiteffekt		3,114	0,092
Gruppeneffekt	1	0,002	0,968
Zeit*Gruppe		0,393	0,537
Varianzanalyse 2 (Tagesdosen)	df	F-Wert	p-Wert
Zeiteffekt		4,98	0,038
Gruppeneffekt	1	0,001	0,974
Zeit*Gruppe		0,001	0,973
Varianzanalyse 3 (Kosten je Tagesdosis)	df	F-Wert	p-Wert
Zeiteffekt	1	0,000	0,479
Gruppeneffekt	1	0,516	0,994
Zeit*Gruppe	1	1,256	0,269

In den Varianzanalysen zeigte sich nur eine signifikante Veränderung der Menge an verordneten Tagesdosen zwischen den zweiten Quartalen 1995 und 1996. Alle an-

deren Effekte waren nicht signifikant. Während sich in der Qualitätszirkelgruppe die Kosten pro Tagesdosis verringerten, stiegen diese in der Kontrollgruppe an. Die Interaktion der beiden Variablen war aber nicht signifikant. In Abbildung 17 sind die Mittelwerte der Kosten pro Tagesdosis dargestellt.

Abb.17: Entwicklung der Kosten pro Tagesdosis zwischen den II. Quartalen 1995 und 1996

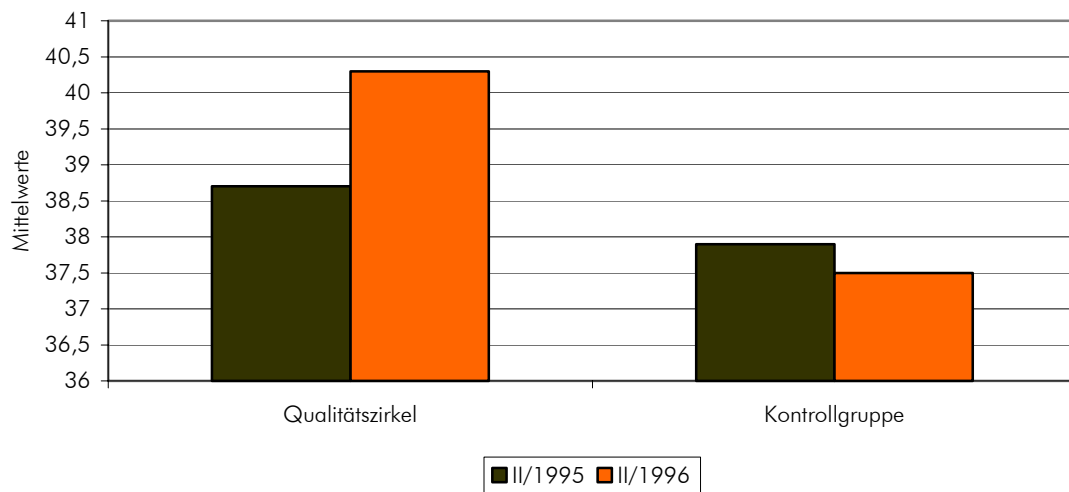


d. Veränderungen hinsichtlich der Tagesdosen pro Verordnung

Abbildung 18 zeigt die Mittelwerte für die Tagesdosen pro Verordnung für beide Gruppen.

In der Kontrollgruppe veränderte sich zwischen den zweiten Quartalen 1995 und 1996 der Mittelwert kaum, im Gegensatz dazu zeigte sich in der Qualitätszirkelgruppe ein Anstieg im ersten Quartal 1996. Die Zeit- und Gruppeneffekte wurden in einer Varianzanalyse geprüft. Es fanden sich keine signifikanten Ergebnisse.

Abb.18: Entwicklung der Tagesdosen pro Verordnung zwischen den II. Quartalen 1995 und 1996



5.1.3. Verordnungen in einzelnen Medikamentengruppen (Psychopharmaka, Analgetika und Hypnotika)

a. Mittelwerte der verordneten Tagesdosen pro Patient

Das Abrechnungsjahr hatte einen signifikanten Einfluss auf die Verordnung von Psychopharmaka. Die Patienten erhalten im Mittel 1996 mehr Psychopharmaka als 1995 ($F=5,167/p=0,033$). In den beiden anderen Medikamentengruppen zeigte sich kein signifikanter Effekt des Abrechnungsjahres. In keiner der drei Medikamentengruppen zeigt sich ein signifikanter Unterschied zwischen der Qualitätszirkel- und der Kontrollgruppe.

b. Mittelwert der verordneten Tagesdosen pro Arzt

Auf Arzzebene zeigte sich ebenfalls ein signifikanter Zeiteffekt für die Menge an verordneten Psychopharmaka. Die Ärzte verordneten insgesamt 1996 mehr Psychopharmaka ($F=6,29/p=0,02$). Außerdem fand sich hier auch ein Effekt für die Analgetika. Die Verordnungen nahmen insgesamt auf Arzzebene zwischen 1995 und 1996 zu ($F=3,26/p=0,043$).

Es fanden sich keine signifikanten Wirkungen der Qualitätssicherungsmaßnahme, aber für die Analgetika zeigte sich eine annähernd signifikante Wechselwirkung zwischen Abrechnungsjahr und Qualitätssicherungsmaßnahme ($F=3,26/p=0,085$).

Tab.13: Mittelwerte der verordneten Tagesdosen pro Arzt in der Gruppe der Analgetika

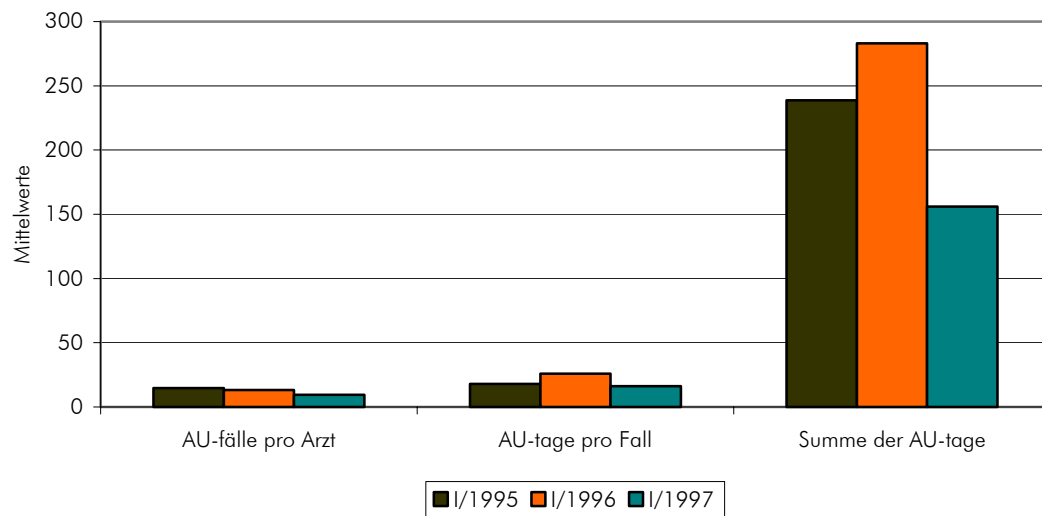
	1995	1996
Qualitätszirkelgruppe	2404,5	2483,8
Kontrollgruppe	2243,7	3162,9

5.2. Entwicklung der indirekte Kosten (Arbeitsunfähigkeit)

a. Entwicklung der Arbeitsunfähigkeitstage pro Fall, der Arbeitsunfähigkeitsfälle und der Arbeitsunfähigkeitstage (gesamt) pro Arzt

Die Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle pro Arzt nahm zwischen den drei Zeiträumen ab. Es fanden sich signifikante Unterschiede zwischen I/1995 und I/1997 ($t=2,945/p=0,009$) sowie zwischen I/1996 und I/1997 ($t=2,40/p=0,028$). Die durchschnittliche Zahl der Arbeitsunfähigkeitstage pro Fall nahm zunächst zu, dann aber in I/1997 wieder ab. Es fanden sich jedoch keine signifikanten Differenzen. Die Summe der Arbeitsunfähigkeitstage pro Arzt nimmt über den Datenzeitraum zunächst von 238,8 auf 283,1 Tage zu, fällt jedoch im Quartal I/1997 auf 156,0 Tage pro Arzt ab. Sowohl die Differenzen zwischen I/1995 und I/1997 ($t=2,96/p=0,009$), als auch die Differenzen zwischen I/1996 und I/1997 ($t=2,87/p=0,011$) sind signifikant (Abb.19).

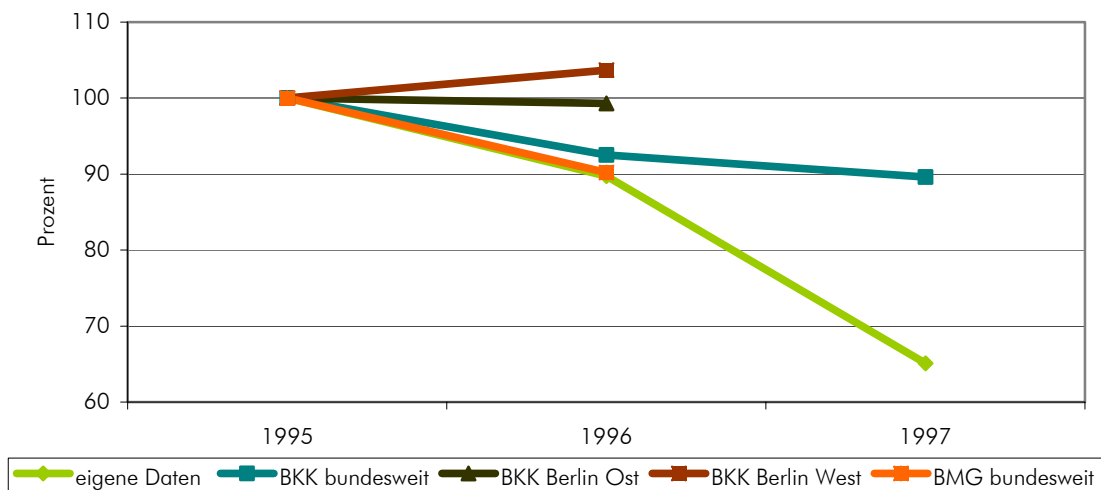
Abb.19: Entwicklung für die Qualitätszirkelärzte



b. Wie stellen sich diese Entwicklungen im Vergleich zu den allgemeinen Entwicklungen in der BRD bzw. in Berlin dar?

In Abb.20 sind die Entwicklungen der Arbeitsunfähigkeitsfälle in der eigenen Stichprobe mit den allgemeinen Vergleichsdaten verglichen.

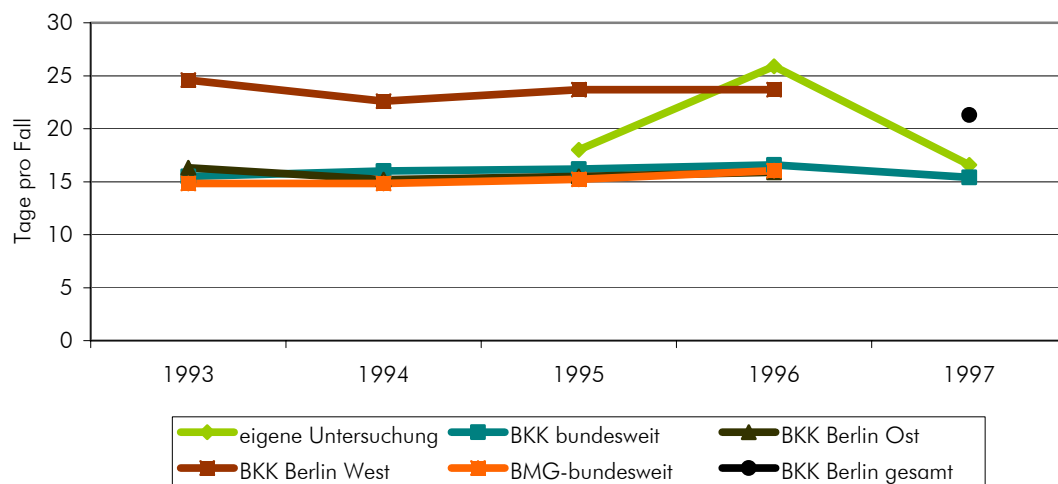
Abb.20: Entwicklung der Arbeitsunfähigkeitsfälle - Vergleich mit externen Daten (1995 = 100%)



Während bei den eigenen Daten eine signifikante Abnahme der Arbeitsunfähigkeitsfälle zu verzeichnen ist, zeigt sich dieses in den bundesweiten Daten der BKK und des BMG (bezieht sich auf die gesamte GKV) auch, aber weniger stark. Im Gegensatz dazu verändern sich die Arbeitsunfähigkeitsfälle für Berlin Ost bzw. West (BKK) kaum oder nehmen sogar zu. Da die eigenen Daten sich auch auf Berlin beziehen, ist die Entwicklung bei den Qualitätszirkelärzten besonders günstig zu bewerten (Abb.20).

Sowohl für die GKV insgesamt (BMG), als auch für die BKK bundesweit und für die BKK Berlin Ost finden sich kaum Veränderungen hinsichtlich der Arbeitsunfähigkeitstage pro Fall. Berlin West (BKK) befindet sich auf einem deutlich höheren Niveau. Die eigenen Daten beginnen etwas über den bundesweiten Daten, steigen stark an, gehen dann aber in I/1997 wieder stark zurück. Zum einen ist eine starke Veränderung zu finden, die sich von den konstanten Verläufen der Vergleichsdaten abhebt. Zum anderen ist das niedrige Niveau in I/1997 sehr positiv zu bewerten, da sich dieses unter den Vergleichswerten für Berlin West befindet (Abb.21)

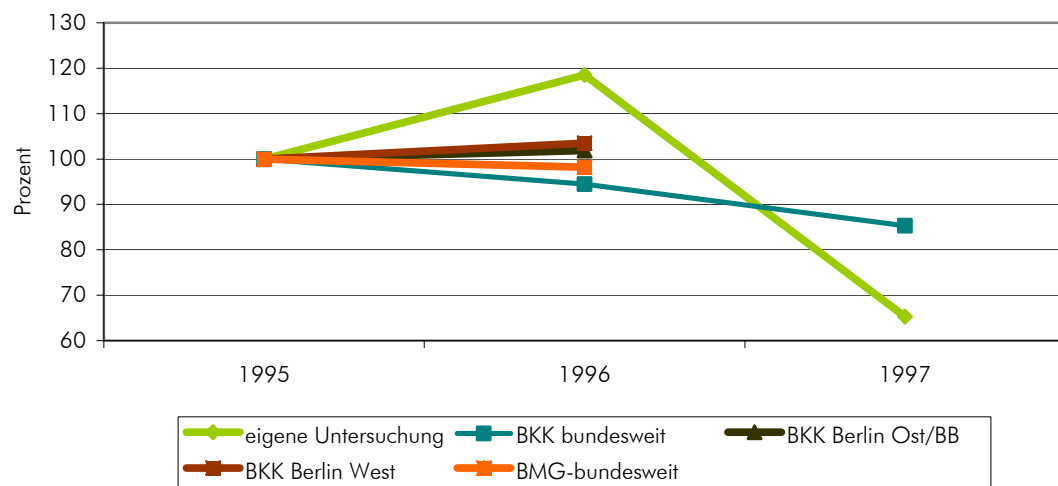
Abb.21: Entwicklung der Arbeitsunfähigkeitstage pro Fall - Vergleich mit externen Daten



Die Summe der Arbeitsunfähigkeitsfälle nimmt bundesweit über den Zeitraum ab. In Berlin Ost und West ist eine leichte Zunahme zu verzeichnen (BKK). In der eigenen

Untersuchung findet sich zunächst eine Zunahme, dann aber in I/1997 eine sehr deutliche Abnahme unter das Ausgangsniveau. Diese Entwicklung ist vor allem im Kontext der Entwicklung für Berlin Ost und West in den Vergleichswerten als sehr positiv einzuschätzen (Abb.22).

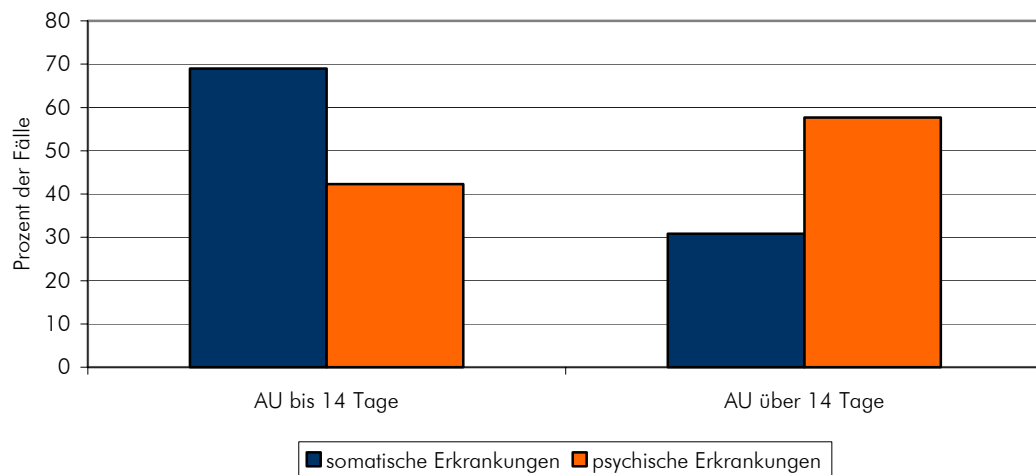
Abb.22: Entwicklung der Summe der Arbeitsunfähigkeitstage - Vergleich mit externen Daten



c. Unterscheiden sich psychische und somatische Erkrankungen hinsichtlich der Dauer der verursachten Arbeitsunfähigkeit

Unter 399 Fällen aus I/1996 und I/1997 waren 26 Fälle mit einer psychischen Erkrankung. Psychische Erkrankungen verursachen mit im Mittel 94,4 Tagen pro Fall (SD=155,4) deutlich längere Arbeitsunfähigkeitszeiten als somatische Erkrankungen, die im Mittel 19,1 Tage pro Fall (SD=36,2) verursachen. Aufgrund der Unterschiede in den Verteilungen, die sich z.B. in den Standardabweichungen ausdrücken, und den kleinen Fallzahlen wurde von einer Prüfung auf Mittelwertunterschiede abgesehen. Die Aufteilung der Fälle der beiden Diagnosegruppen auf Fälle mit bis 14 Tagen Arbeitsunfähigkeit und über 14 Tagen Arbeitsunfähigkeit ist in Abb.23 dargestellt.

Abb.23: Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei psychischen und somatischen Erkrankungen



42,3% der Fälle mit psychischen Erkrankungen, aber 69,2% der Fälle mit somatischen Erkrankungen verursachten eine Arbeitsunfähigkeit bis 14 Tage. Im Gegensatz dazu konnten 57,7% der Fälle mit psychischen Erkrankungen, aber nur 30,8% mit somatischen Erkrankungen in die Gruppe mit einer Arbeitsunfähigkeit über 14 Tagen eingeordnet werden. Die Prüfung dieser Häufigkeitsverteilung ergab signifikante Unterschiede hinsichtlich Häufigkeiten in der Vierfeldertafel (Chi-Quadrat=7,98/ $p=0,005$).

5.3. Einflüsse weiterer Variablen auf das ärztliche Handeln

5.3.1. Einflüsse von Arzt und Patientengeschlecht auf die Medikamentenverordnungen

Patienten konsultierten eher Ärzte und Patientinnen eher Ärztinnen (Tab.14).

Tab.14: Verteilung der Patientinnen und Patienten auf die Ärzte und Ärztinnen

		Patienten	Patientinnen	gesamt
Ärzte	Anzahl	2428	3467	5895
	% von Geschlecht	55,1%	47,5 %	50,4%
Ärztinnen	Anzahl	1978	3825	5803
	% von Geschlecht	44,9%	52,5%	49,6%
gesamt	Anzahl	4406	7292	11698

Die Prüfung der Verteilung in der Vierfeldertafel ergab hoch signifikante Unterschiede (Chi-Quadrat=62,8/p=0,000). Von den 11698 Patienten der Stichprobe erhielten 1387 Patienten mindestens ein Psychopharmakon, 639 Patienten mindestens ein Medikament aus der Gruppe der Hypnotika/Sedativa und 3348 Patienten erhielten mindestens ein Analgetikum/Antirheumatikum.

a. Entscheidung zur Verordnung von Psychopharmaka, Analgetika und Hypnotika

Wird man von einem Arzt behandelt, so ist die Wahrscheinlichkeit der Verordnung eines Medikamentes aus den drei untersuchten Gruppen (Psychopharmaka, Analgetika/Antirheumatika, Hypnotika/Sedativa) signifikant höher als bei der Behandlung durch eine Ärztin (Tab.15).

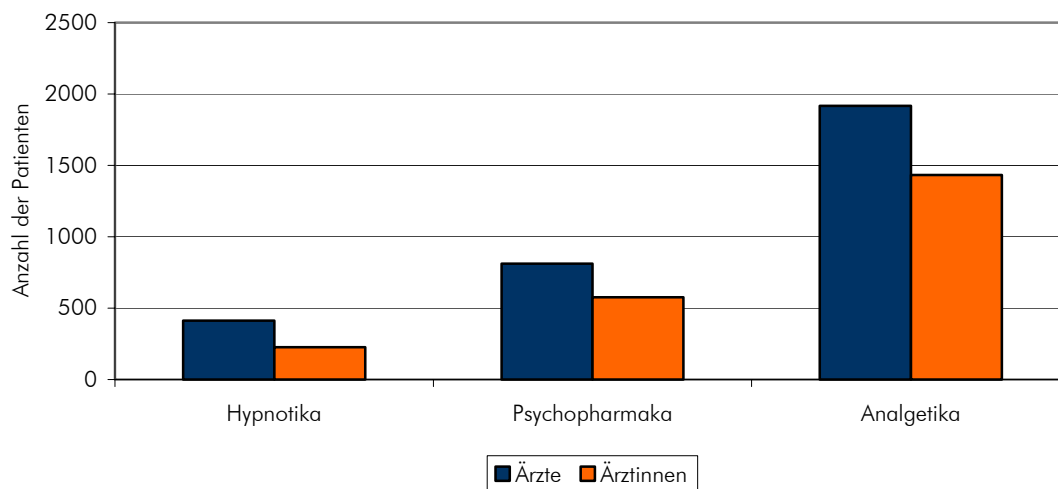
Tab.15: Ergebnisse der logistischen Regression zur Analyse der Entscheidung zur Verordnung eines Medikamentes

		Geschlecht des Arztes	Geschlecht des Patienten	Alter	Patientenge- schlecht *Arztgeschlecht
Analgetika	Odds ratio	0,69	0,97	1,00	0,978
	Change	-0,0753	-0,0067	0,0007	-0,0044
	p	0,000	0,566	0,001	0,801
Pseudo R ² = 0,0071					
Hypno- tika	Odds ratio	0,47	0,87	1,02	1,22
	Change	-0,0359	-0,0069	0,0003	0,00097
	p	0,000	0,187	0,000	0,278
Pseudo R ² = 0,024					
Psycho- pharmaka	Odds ratio	0,60	1,43	1,02	1,15
	Change	-0,0492	0,033	0,0007	0,0139
	p	0,000	0,000	0,000	0,291
Pseudo R ² = 0,037					

Abb.24 zeigt die Anzahlen von Patienten, die von Ärztinnen bzw. Ärzten mit Medikamenten aus den drei Gruppen versorgt wurden. Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Patienten ließen sich nur für die Verordnung von Psychopharmaka finden. 13,9% der Frauen, aber nur 8,6% der Männer erhielten ein Medikament aus der Gruppe der Psychopharmaka von ihrem behandelnden Arzt verordnet.

Es fanden sich keine signifikanten Wechselwirkungen zwischen Arzt- und Patientengeschlecht. Bei beiden Methoden wirkt sich das Alter signifikant auf die Verordnung von Medikamenten aller drei Medikamentengruppen aus. Mit zunehmendem Alter steigt die Wahrscheinlichkeit der Verordnung eines Medikamentes aus einer der drei Medikamentengruppen.

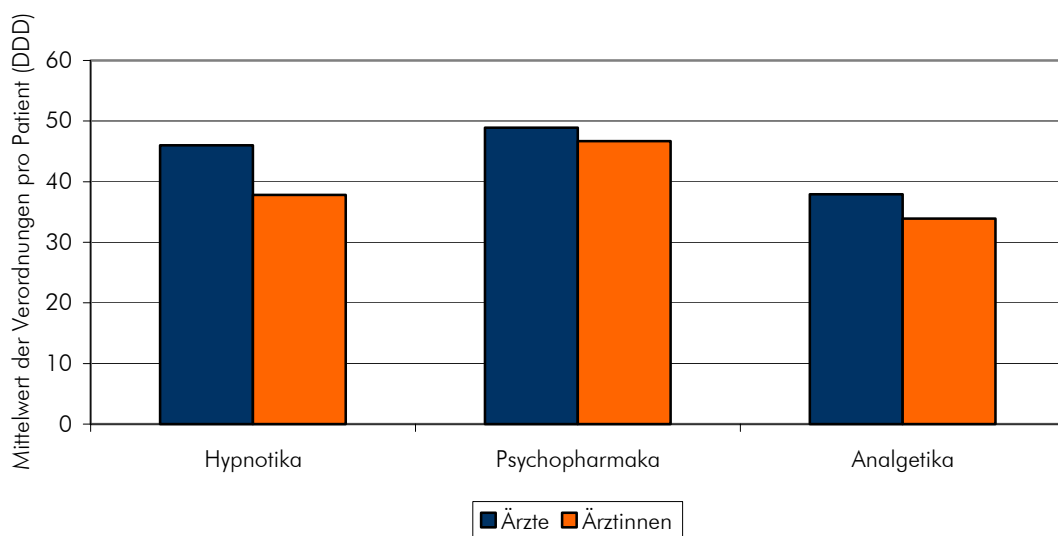
Abb.24: Verordnungen in den Medikamentengruppen in Abhängigkeit vom Arztgeschlecht



b. Höhe der Verordnungen insgesamt und bei Psychopharmaka, Analgetika und Hypnotika

Die Höhe der Verordnungen in Tagesdosen (DDD) pro Patient für Ärzte und Ärztinnen in den drei Medikamentengruppen zeigt Abb.25.

Abb.25: Menge an Verordnungen pro Patient in Abhängigkeit vom Geschlecht des Arztes



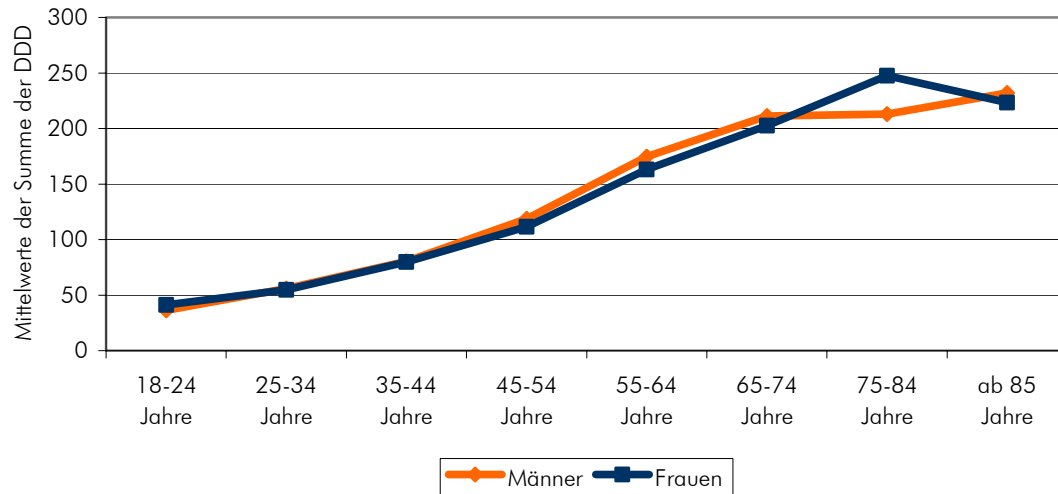
Ärzte verordnen signifikant mehr Tagesdosen an Analgetika/Antirheumatika. Für die Psychopharmaka, die Hypnotika/Sedativa und den Summenwert aus den meistverordneten Medikamentengruppen fand sich kein signifikanter Unterschied zwischen Ärzten und Ärztinnen (Tab.16).

Tab.16: Ergebnisse der linearen Regression zur Analyse der Höhe der Verordnungen

		Geschlecht des Arztes	Geschlecht des Patienten	Alter	Arztgeschlecht* Patientenge- schlecht
Analgetika	Koeffizient	-0,186	-0,045	0,018	0,034
	p	0,001	0,319	0,000	0,624
AdjR ² = 0,1237					
Hypnotika	Koeffizient	-0,172	0,0039	0,002	0,026
	p	0,099	0,594	0,141	0,841
AdjR ² = 0,0085					
Psycho- pharmaka	Koeffizient	-0,011	-0,006	0,003	0,049
	p	0,258	0,932	0,016	0,665
AdjR ² = 0,0034					
Summen- wert	Koeffizient	-0,0322	-0,0175	0,030	0,056
	p	0,377	0,588	0,000	0,225
AdjR ² = 0,1954					

Für die Verordnungen insgesamt (Summenwert) fand sich eine signifikante Wechselwirkung zwischen dem Alter und dem Geschlecht des Patienten. Der Geschlechtseffekt variierte mit dem Alter (Abb.26).

Abb.26: Abhängigkeit der Gesamtverordnungen von Alter und Geschlecht



Vernachlässigte man das Alter im Modell, so wirkte sich das Geschlecht des Patienten signifikant auf die Menge an verordneten Medikamenten insgesamt (Summenwert) aus. Frauen erhielten mit im Mittel 165,5 Tagesdosen deutlich mehr Medikamente verordnet als Männer, die im Mittel 148,8 Tagesdosen erhalten. Für die drei einzelnen Medikamentengruppen konnte kein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen gefunden werden. Es fanden sich keine signifikanten Wechselwirkungen zwischen dem Arzt- und Patientengeschlecht. Das Alter wirkte sich signifikant auf die Verordnungen an Psychopharmaka, Analgetika und den Summenwert aller Medikamente aus. Die Menge an verordneten Tagesdosen nahm mit dem Alter zu.

Das Resultat der Mehrebenenanalyse unterschied sich nur wenig von den oben dargestellten Ergebnissen. Für die Entscheidung bzw. die Höhe der Verordnung von Analgetika verschwand der signifikante Effekt des Arztgeschlechtes. Alle anderen Ergebnisse blieben erhalten.

5.3.2. Einflüsse von Arztgeschlecht, beruflicher Erfahrung, Ausbildung, Art der PSGV-Berechtigung und der Erfahrungen in der Balintarbeit auf das diagnostische und therapeutische Handeln in der psychosomatischen Grundversorgung

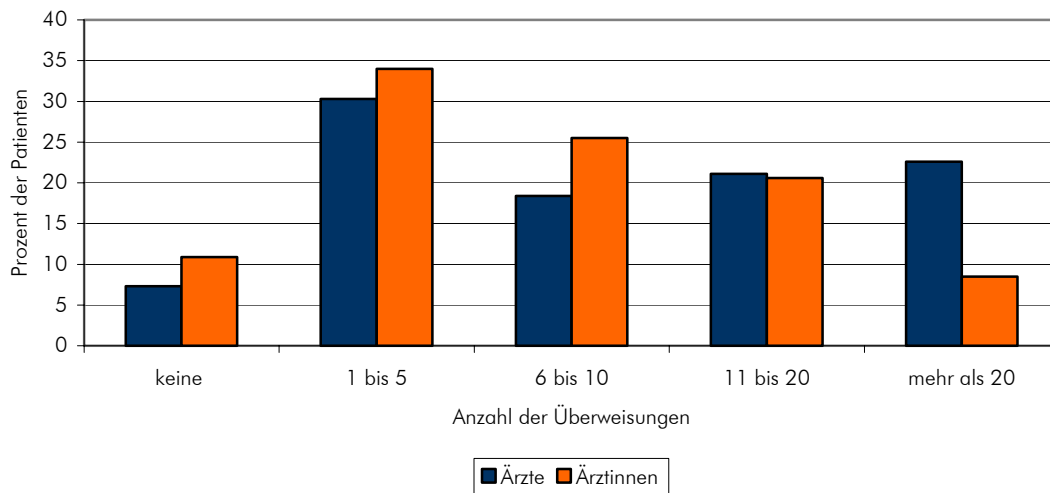
Die Daten stammen aus der Befragung aller Ärzte Berlins, die Leistungen der PSGV abrechneten. 619 Ärzte schickten den Fragebogen ausgefüllt zurück.

a. Arztgeschlecht

Die Stichprobe besteht aus 317 Ärzten und 301 Ärztinnen. Ärzte nahmen tendenziell bei einem kleineren Teil ihrer Patienten (42,0%) an, dass diese psychogen erkrankt sind als Ärztinnen (45,7%). Der Unterschied ist dabei jedoch nicht signifikant ($T=1,658/p=0,098$). Sie behandelten aber mit 32,7% einen größeren Teil dieser Patienten mit Medikamenten als Ärztinnen (28,4%). Auch findet sich zwar eine statistische Tendenz, jedoch kein signifikanter Unterschied ($T=1,870/p=0,062$). Es zeigten sich signifikante Unterschiede zwischen Ärzten und Ärztinnen hinsichtlich des Überweisungsverhaltens in eine Fachpsychotherapie ($\text{Chi}^2=21,44/p=0,001$) (Abb.27). Während die Ärztinnen öfter keine oder bis zu 10 Überweisungen angaben, überwogen die Ärzte in den Kategorien „11-20 Überweisungen“ und „mehr als 20 Überweisungen“. Ärzte überweisen also tendenziell mehr in eine Fachpsychotherapie als Ärztinnen.

Ärzte und Ärztinnen unterschieden sich nicht hinsichtlich der Anwendung der sprechenden Medizin ($\text{Chi}^2=6,64/p=0,156$) und der Abrechnung der Ziffern 850 ($\text{Chi}^2=6,08/p=0,108$) und 851 ($\text{Chi}^2=2,49/p=0,646$).

Abb.27: Überweisungen in die Fachpsychotherapie im letzten Quartal



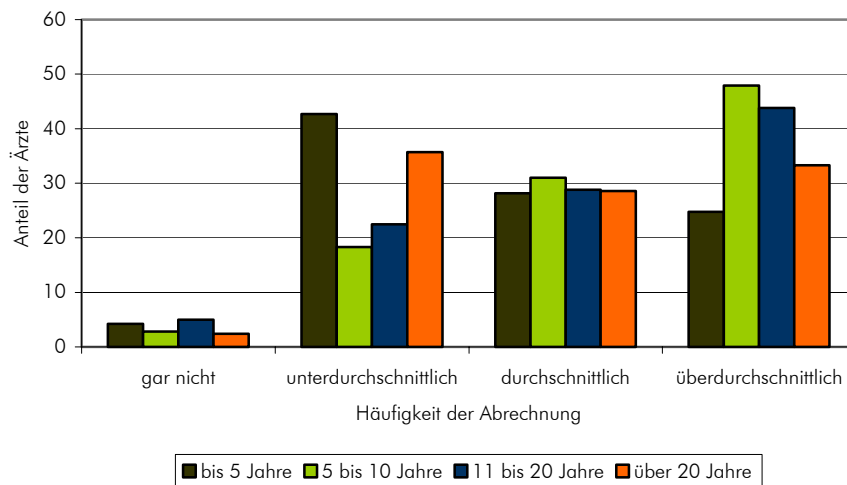
b. Dauer der Niederlassung

Von den 619 Ärzten der Stichprobe hatten 62 (10%) keine Angaben zur Dauer der Niederlassung gemacht. Alle anderen verteilten sich folgendermaßen auf die vier Gruppen: bis 5 Jahre = 52,6%, 6 bis 10 Jahre = 13,1%, 11 bis 20 Jahre = 16,3%; mehr als 20 Jahre = 8,1%.

Die Dauer der Niederlassung hatte keinen signifikanten Einfluss auf den wahrgenommenen Anteil von Patienten mit psychogenen Störungen ($F=0,913/p=0,434$) und die medikamentöse Behandlung dieser Patienten ($F=0,617/p=0,604$). Es findet sich kein Einfluss der Dauer der Niederlassung auf den Anteil der sprechenden Medizin ($\chi^2=19,89/p=0,069$) und die Abrechnung der Ziffer 851 ($\chi^2=10,85/p=0,286$).

Die Dauer der Niederlassung hat einen signifikanten Einfluss auf die Überweisungspraxis ($p=0,011/\chi^2=25,9$) und die Abrechnung der Ziffer 850 ($\chi^2=27,77/p=0,001$). Es fällt auf, dass die Ärzte mittleren Niederlassungsdauern (5-10 und 11-20 Jahre) eher überdurchschnittlich abrechnen, während die Ärzte mit bis zu 5 Jahren und über 20 Jahren Niederlassung die Ziffer 850 nach ihren Angaben eher weniger abrechnen (Abb.28). Die Ärzte, die bis zu 5 Jahre niedergelassen sind, überweisen außerdem auch am wenigsten in die Psychotherapie.

Abb.28: Abrechnung der Leistungsziffer 850



c. Ärztliche Zusatztitel

Es wurde geprüft, ob sich die Ärzte (N = 619) mit einem Zusatztitel²² von denen ohne Zusatztitel unterscheiden. 61,9 % der Ärzte hatten keinen Zusatztitel, 7 Ärzte (1,1%) machten keine Angaben.

Ärzte die eine Zusatztitel besaßen, schätzten mit 52,6% eine signifikant höheren Teil ihrer Patienten als psychogen erkrankt ein, als die Ärzte ohne Zusatztitel (38,6%) ($T=-5,887/p=0,000$). Sie verordneten mit 27,0% ihrer psychisch oder psychosomatisch erkrankten Patienten signifikant seltener Medikamente. Von den Ärzten ohne Zusatztitel wurden 32,9% dieser Patienten medikamentös versorgt ($T=2,486/p=0,013$).

Ärzte mit Zusatztitel wenden signifikant mehr sprechende Medizin an ($\text{Chi}^2=18,686/p=0,001$) und rechneten die Ziffern 850 ($\text{Chi}^2=11,746/p=0,008$) und 851 ($\text{Chi}^2=13,863/p=0,008$) signifikant häufiger ab. Es fanden sich keine signifikanten Einflüsse auf das Überweisungsverhalten in die Fachpsychotherapie ($\text{Chi}^2=5,268/p=0,384$).

²² Folgende Zusatztitel wurden von den Ärzten angegeben (absolute Häufigkeiten in Klammern angegeben): Diplom-Psychologe (3), Hämatologie (3), Psychotherapie (78), Betriebsmedizin (16), Kardiologie (4), EEG/EMG (4), Naturheilverfahren (33), Röntgen (3), Sportmedizin (21), Allergologie (14), Gastroenterologie (6), medizinische Genetik (1), manuelle Therapie (14), Schmerztherapie (2), Diabetologie (2), Stimm- und Sprachstörungen (2), Rheumatologie (6), Akupunktur (1), Flugmediziner (1),

In einem zweiten Schritt wurden die Ärzte mit einer **psychotherapeutischen oder psychiatrischen Zusatzausbildung** (Dipl.-Psych., Psychotherapie und Kinder- und Jugendpsychiatrie) (N = 85) mit allen anderen Ärzten verglichen. Im Vergleich dieser beiden Gruppen ist zu berücksichtigen, dass sich die Patientenklientel deutlich unterscheiden wird, was das diagnostische und therapeutische Handeln beeinflussen wird und damit besonders deutliche Einflüsse hervorbringt.

Ärzte mit den oben genannten Zusatztiteln schätzen mit 77,1% der Patienten erwartungsgemäß signifikant mehr Patienten als psychogen erkrankt. Während sie den Anteil mit 77,1% angaben, schätzten die restlichen Ärzte der Stichprobe diesen auf 38,9% ($T=-13,458/p=0,000$). Gleichzeitig behandelten sie nur 21,3% dieser Patienten mit Medikamenten, während die anderen Ärzte dies bei 32,1% dieser Patienten taten ($T=3,254/p=0,001$). Sie arbeiten mehr mit sprechender Medizin ($\text{Chi}^2=40,55/p=0,000$) und rechnen häufiger die Ziffern 850 ($\text{Chi}^2=14,46/p=0,002$) und 851 ($\text{Chi}^2=21,72/p=0,000$) ab.

d. Art der Erlangung der PSGV- Berechtigung

9,8% der Ärzte erlangten die PSGV-Berechtigung über Theoriestunden, 47,7% über Kurse und 12,6% über Übergangsregelungen. 29,8% der Stichprobe machten keine Angaben. Unter den Ärzten mit einer PSGV-Berechtigung über Theoriestunden, haben 63,9% eine psychotherapeutische oder psychiatrische Zusatzbezeichnung, während das in den beiden anderen Gruppen nur auf 5,4% bzw. 14,1% zutrifft. Außerdem verfügen mit 73,8% ein deutlich größerer Anteil als in den anderen beiden Gruppen (33,1% bzw. 44,9%) über eine Teilgebietsbezeichnung.

Die Ärzte, die über Theoriestunden die PSGV-Berechtigung erlangten, unterscheiden sich deutlich hinsichtlich des wahrgenommenen Anteils psychogen erkrankter Patienten (65,3%) von den beiden anderen Gruppen (41,5% bzw. 45%) ($F=22,42/p=0,000$). Die drei Gruppen unterscheiden sich auch in der Abrechnung der Ziffer 850 signifikant ($\text{Chi}^2=17,1/p=0,009$). Die Ärzte, die durch eine Über-

Kinder- und Jugendpsychiatrie (4), Ultraschalldiagnostik (1), Badearzt (1), Lungen- und Bronchialheilkunde (1), Pharmakologie (2), Onkologie (3), Kinderorthopädie (1), Pathologie (1), Nephrologie (1).

gangsregelung die PSGV-Berechtigung erlangt haben, rechnen die Ziffer 850 meist überdurchschnittlich häufig ab.

Es finden sich keine Unterschiede in der Anwendung sprechender Medizin ($\text{Chi}^2=8,67/p=0,371$), in der Behandlung psychogen erkrankter Patienten mit Medikamenten ($F=0,878/p=0,416$), in der Abrechnung der Ziffer 851 ($\text{Chi}^2=8,635/p=0,195$) und in der Überweisungspraxis ($\text{Chi}^2=18,24/p=0,051$).

e. Balintarbeit

14% der PSGV-Ärzte haben noch nie an einer Balintgruppe teilgenommen, 10,5% haben bis zu 10 Sitzungen, 16,5% haben 11-20 Sitzungen, 16,6% haben 21-40 Sitzungen und 25,6% haben mehr als 40 Sitzungen absolviert. 16,8% der Ärzte machten keine Angaben.

Je mehr Balintsitzungen ein Arzt absolviert hat, um so größer ist der wahrgenommene Anteil von Patienten mit psychogenen Störungen ($F=8,793/p=0,000$) und um so geringer wird der Anteil an diesen Patienten, die der Arzt mit Medikamenten versorgt ($F=3,029/p=0,017$). Während Ärzte mit bis zu 10 Stunden Balintarbeit bei 37,9% der Patienten psychische Störungen vermuten, gehen Ärzte mit 40 und mehr Stunden Balintarbeit von 52,9% Patienten mit psychischen Störungen aus. Die Ärzte mit 10 Stunden Balintarbeit versorgen im Mittel 37,8% dieser Patienten mit Medikamenten. Im Gegensatz dazu wenden Ärzte mit mindestens 40 Stunden Balintarbeit nur bei 26,2% dieser Patienten Medikamente an.

Die Häufigkeit der Teilnahme wirkt sich signifikant auf die Überweisungspraxis ($\text{Chi}^2=33,8/p=0,027$), auf die Abrechnung der Ziffer 850 ($\text{Chi}^2=25,9/p=0,011$) und auf die Abrechnung der Ziffer 851 ($\text{Chi}^2=31,9/p=0,01$) aus. Ärzte mit bis zu 10 Stunden Balintarbeit überweisen mehr zur Psychotherapie und rechnen weniger die Ziffern 850 und 851 ab, als Ärzte mit mehr Balintgruppenerfahrung.

6. Diskussion

Die große Bedeutung psychischer Störungen im ambulanten Sektor konnte in verschiedenen epidemiologischen Studien nachgewiesen werden. Während je nach Art der Untersuchung zwischen 11% und 26% der Allgemeinbevölkerung der Bundesrepublik Deutschland als psychisch erkrankt diagnostiziert wurden, erhöht sich dieser Anteil in der primärärztlichen Klientel aufgrund der erhöhten Inanspruchnahme und der Komorbidität mit somatischen Erkrankungen. Man kann davon ausgehen, dass mindestens 25% der allgemeinärztlichen Patienten eine psychische Störung im Sinne einer ICD-10-Diagnose haben [Herr, Maier, Benkert, 1995]; [Linden, Helmchen, 1995]. Gleichzeitig ist aus Untersuchungen zur Versorgungssituation psychisch erkrankter Patienten bekannt, dass 40-50% dieser Patienten von den Hausärzten nicht als solche diagnostiziert werden [Linden et al., 1996]; [Tress et al., 1997]; [Wittchen et al., 2000b]; [Kruse, 2003]. Die differentialdiagnostischen Fähigkeiten der Ärzte lassen oft eine genaue Bestimmung des Krankheitsbildes nicht zu und erschweren damit eine störungsspezifische Therapie. Dennoch werden circa 50% der psychisch erkrankten Patienten ausschließlich vom Hausarzt versorgt [Tress et al., 1997]. Eine wesentliche Rolle in der Behandlung psychischer Störungen in Hausarztpraxen spielt die medikamentöse Therapie, die in Abhängigkeit von der Art der Störung qualitativ und quantitativ sehr unterschiedlich gestaltet sein kann [Winter et al., 2000]; [Wittchen et al., 2001a]. Die „sprechende Medizin“ (beratende und psychotherapeutische Gespräche) findet dagegen zu wenig Anwendung.

Die geschilderten Gegebenheiten zeichnen das Bild einer weitverbreiteten inadäquaten Versorgung psychischer Störungen und psychosozialer Problemlagen, womit die Screening- und Steuerungsfunktion des Hausarztes nicht angemessen erfüllt ist. Gravierende Versorgungsdefizite und Qualitätsmängel treten hier zutage. Die Gefahr der Chronifizierung, aber auch die umfangreichen individuellen und gesellschaftlichen Folgen psychischer Störungen betonen die Bedeutung einer adäquaten und damit qualitativ hochwertigen Diagnostik und Behandlung durch den Primärarzt [Lamprecht, 1996a]; [Lamprecht, 1996b]; [Wittchen et al., 2001b]; [Fischer et al., 1997]; [Lecurbier, 2001]. Die konsequente Berücksichtigung psychosozialer Ansätze

und die Anwendung entsprechender therapeutischer Methoden wird durch den geringen Anteil psychosozialer Inhalte in der Ausbildung der Ärzte und dem daraus folgenden Mangel an entsprechenden Kompetenzen behindert. Die schlechte Vergütung entsprechender Leistungen stellt eine zusätzliche Hürde dar. Um den Problemen in der Versorgung psychischer Störungen im ambulanten Sektor zu begegnen, wurde 1987 in Deutschland die Psychosomatische Grundversorgung (PSGV) eingeführt. Im Jahr 2001 nahmen 62,4% der Allgemeinmediziner an der Psychosomatischen Grundversorgung teil [Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2002]. Trotzdem zeigten Hausarztstudien am Ende der 90er Jahre gravierende Mängel in der Versorgung psychischer Störungen auf [Wittchen et al., 2001a]; [Winter et al., 2000].

Neben den aufgezeigten Versorgungsmängeln entwickelt sich ein zunehmender Kostendruck im Gesundheitswesen, der sich durch steigende Ausgaben vor allem bei den Arzneiverordnungen und im stationären Bereich, aber auch durch eine Verkleinerung der Finanzierungsgrundlage der Gesetzlichen Krankenversicherung durch den demographischen Wandel und den sinkenden Anteil der sozialversicherungspflichtigen Einkommen am Bruttoinlandsprodukt erklären lässt [Braun, Kühn, Reiners, 1998]. Vor dem Hintergrund der Qualitätsproblematik wird angenommen, dass durch Eindämmung der Über- und Fehlversorgung kurz- aber auch langfristig Kostendämpfungspotentiale freigesetzt werden können. Neben dieser ökonomischen Sichtweise ist die Verantwortung gegenüber den Patienten, ihnen eine angemessene Therapie zu gewährleisten zu berücksichtigen. Aus diesen Gründen ist in der Qualitätssicherung und -verbesserung eine wesentliche Aufgabe gesundheitspolitischer Bemühungen zu sehen.

Die Diskussionen über die Möglichkeiten zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung führten zur schrittweisen Etablierung von Qualitätszirkeln und anderen Qualitätssicherungsinstrumenten. Hier setzt auch das der Arbeit zu Grunde liegende Projekt an. Für die PSGV sollten im Verbundprojekt „Qualitätssicherung in der Psychosomatik“ erste Grundlagen geschaffen und praktische Erfahrungen in der Durchführung gesammelt werden [Sandholzer, Pelz, 1999].

Ein unabdingbarer Bestandteil von Qualitätssicherungsmaßnahmen ist die Evaluation ihrer Wirkungen [Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1989]; [Kassenärztliche Bundesvereinigung, 1993]. Mit den Diskussionen um das Zusammenspiel von Qualitätsentwicklung und Kostendämpfung ist die wissenschaftliche Untersuchung der Ergebnisqualität von Qualitätszirkeln äußerst relevant und aktuell.

In der ambulanten Versorgung haben sich Qualitätszirkel als Qualitätssicherungsinstrument bisher auch ohne verallgemeinerbare Aussagen zu ihren Ergebnissen durchgesetzt. Ihre konzeptionellen und praktischen Eigenheiten, vor allem die Freiwilligkeit der Teilnahme, gestalten die Einhaltung der Anforderungen entsprechender Evaluationsstudien schwierig. Das größte Problem ist in der Selektivität der Stichproben und dem meist geringen Umfang dieser zu sehen. Die wenigen für die BRD vorliegenden Evaluationsstudien wurden begleitend durchgeführt und nicht grundlegend in der Konzeption berücksichtigt [v. Ferber, Köster, 1994]; [Tausch, 2001]; [Härter, Groß-Hardt, Berger, 1998]; [Andres, Szecsenyi, Broge, 1997]. Sie beziehen sich auf einzelne Teilaspekte der Qualität oder beschäftigen sich mit spezifischen Inhalten bestimmter Qualitätszirkel. Aus diesem Grund ist es bisher nicht möglich, umfassende und allgemeingültige Aussagen über die Wirkungen von Qualitätszirkeln zu machen. Die Entwicklung eines Evaluationsparadigmas steht noch aus. Leider konnten diese Probleme auch in der vorliegenden Arbeit nicht hinreichend überwunden werden.

Das Projekt „Qualitätssicherung in der Psychosomatik“ beschäftigte sich in erster Linie mit der Bestandsaufnahme zur PSGV, der Entwicklung verschiedener Dokumentationsinstrumente (Basisdokumentationen, Patientenfragebögen, Praxisrückmeldungen) und der Erprobung der Qualitätszirkel für die PSGV. Die Qualitätszirkel wurden manualisiert durchgeführt. In die Zielsetzungen wurde auch die Evaluation der Qualitätssicherungsmaßnahme aufgenommen. Diese hatte jedoch nicht höchste Priorität, da eine Vielzahl anderer Hürden in der Entwicklung und Erprobung der Instrumente zu überwinden waren. Es galt zunächst, niedergelassene Ärzte trotz ihrer hohen Ar-

beitsbelastung für das Projekt zu gewinnen und zur Teilnahme zu motivieren. Die Zusammensetzung der Stichprobe in Hinblick auf die Evaluation konnte dabei nicht ausreichend berücksichtigt werden. Aus diesem Grund entstand eine in mehrfacher Hinsicht selektive Stichprobe. Eine erste Selektion erfolgte durch die freiwillige Teilnahme der Ärzte an den Qualitätszirkeln, die höchstwahrscheinlich besonders an der Psychosomatischen Grundversorgung und der Arbeit in Qualitätszirkeln interessiert waren. Da die Ärzte ihr Einverständnis zur Bearbeitung ihrer Abrechnungsdaten geben mussten und aus den verschiedensten Gründen nicht alle angesprochenen Ärzte dazu bereit waren, wurde die Stichprobe erneut selektiert und in ihrem Umfang sehr eingeschränkt. Da im Projekt niedergelassene Ärzte der verschiedensten Fachgruppen einbezogen wurden, finden sich diese auch in der Untersuchungsstichprobe. Für die Analyse der Medikamentenverordnungskosten stellte das ein Problem dar, da diese in den Fachgruppen sehr stark variieren. Um diesen Aspekt zu berücksichtigen, wurden die untersuchten Kennwerte in Relation zu den Fachgruppenschritten analysiert.

Ein wesentliches Problem ist in der Art der zur Verfügung stehenden Abrechnungsdaten zu sehen. Wie auch aus anderen Studien bekannt ist, gestaltet sich die Bereitstellung solcher Daten ausgesprochen schwierig. Es bedarf großer Überzeugungskraft, entsprechende Kooperationspartner zu gewinnen und die Einwände des Datenschutzes auszuräumen. Zum anderen muss man allgemein bemerken, dass die Datenlage in der BRD recht unbefriedigend ist. Die verschiedensten Leistungsdaten werden nicht an einem Ort gesammelt, sondern durch Krankenkassen, Kassenärztliche Vereinigungen, Rentenversicherungsträger usw. verwaltet, womit eine vollständige Erfassung des Leistungsgeschehens und der entstehenden Kosten beinahe unmöglich wird. Darüber hinaus sind bestimmte Informationen (z. B. Diagnosen der Patienten) nicht erfasst und stehen damit zur Auswertung nicht zur Verfügung. Trotz der geschilderten Probleme bestand die wesentliche Zielsetzung der Arbeit in der Untersuchung der ökonomischen Auswirkungen der Qualitätssicherungsarbeit in der PSGV als Teilaspekt der Ergebnisqualität. Dabei wurden sowohl direkte Kosten in Form von Medikamentenverordnungskosten, als auch indirekte Kosten in Form von Arbeitsunfähigkeitsdaten untersucht.

Die Arbeit in den Qualitätszirkeln wurde dabei als Ausbildung und Kompetenzerweiterung der Ärzte betrachtet, die ihnen ein konsequenteres Arbeiten im Sinne der PSGV ermöglicht. Wie aus dem Bedingungsmodell ärztlichen Handelns von Wittchen (vgl. Abb. 8) hervorgeht, ist darin eine wesentliche Einflussgröße für das diagnostische und therapeutische Handeln der Ärzte zu sehen.

Auf der Grundlage der vorliegenden Daten wurde darüber hinaus untersucht, wie sich das Arzt- und Patientengeschlecht auf das Ordnungsverhalten bei psychotropen Medikamenten auswirkt und welche Einflüsse andere Faktoren auf Seiten der Ärzte auf die Arbeit in der PSGV haben.

Zur Untersuchung der Auswirkungen auf die direkten Kosten wurden die **Verläufe der Medikamentenverordnungen und -kosten** zwischen den zweiten Quartalen 1994 und 1997 analysiert. Alle Medikamentenverordnungen an Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung durch die Ärzte wurden berücksichtigt. Zwischen Qualitätszirkel- und Kontrollgruppe konnten keine signifikanten Differenzen in den Gesamtverläufen nachgewiesen werden, obwohl sich die Mittelwerte der beiden Gruppen z.T. sehr stark unterscheiden. Verantwortlich dafür sind die Unterschiede in den Verteilungen der Gruppen (z.B. Extremwerte, Schiefe etc.) und vor allem die große Varianz innerhalb der Gruppen. Mit den vorliegenden Daten lässt sich jedoch nicht klären, ob diese durch die kleine und doppelt selektive Stichprobe verursacht wurden, oder ob die vorliegenden Daten die Verhältnisse in der Grundgesamtheit gut widerspiegeln und diese den realen Verhältnissen entspricht, es dementsprechend keine signifikanten Differenzen zwischen den Gruppen gibt und damit ein ökonomischer Effekt der Qualitätssicherungsmaßnahme ausgeschlossen werden kann.

Dennoch lassen sich aus den Daten Aussagen über die Medikamentenverordnungs-kosten machen. Die Ärzte der Qualitätszirkel- und Kontrollgruppe liegen mit ihren Medikamentenverordnungs-kosten und Rezeptanzahlen pro Patient und Quartal über dem Fachgruppenschnitt. Die Kosten für ein Rezept hingegen liegen in beiden Gruppen unterhalb des Fachgruppenschnittes. Obwohl die einzelnen Rezepte im Vergleich zur jeweiligen Fachgruppe kostengünstig sind, werden viele Rezepte ausgestellt und damit sind die Medikamentenverordnungs-kosten pro Patient und Quartal im Vergleich zur Fachgruppe relativ hoch. Eine gezielte Intervention sollte

dies berücksichtigen und vordergründig auf die Mengen- und nicht die Preiskomponente abzielen.

Die Analyse der Teilabschnitte der Verläufe gestaltete sich aufgrund der großen Varianz innerhalb der Gruppen ebenfalls schwierig. Auch hier konnten keine signifikanten Differenzen nachgewiesen werden. Es zeigte sich zumindest, dass sich die Ärzte im Zugang zur Maßnahme hinsichtlich der untersuchten Kennwerte nicht signifikant unterscheiden.

Ein weiterer Aspekt ist in der Evaluation des **ökonomischen Nutzens der Qualitätssicherungsmaßnahme** zu sehen. Anhand der Ergebnisse zeigten sich deutliche Kostenvorteile der Ärzte aus dem Qualitätszirkel im Vergleich zur Kontrollgruppe. Hinsichtlich der Medikamentenkosten pro Patient überschritten die Ärzte der Qualitätszirkelgruppe den Fachgruppendurchschnitt um im Mittel 57,50 DM und die Ärzte der Kontrollgruppe um 153,90 DM im gesamten Zeitraum. Rechnet man diese Abweichung auf den Gesamtzeitraum sowie alle Ärzte und ihre Patienten hoch, zeigt sich die Bedeutung dieser Zahlen um so deutlicher. Während die Ärzte des Qualitätszirkels den Fachgruppendurchschnitt um insgesamt etwa 700 000 DM überschreiten summiert sich die Abweichung in der Kontrollgruppe auf mehr als 2 Mio. DM. Aufgrund des fehlenden Signifikanz- und Kausalitätsnachweises lässt sich diese Aussage leider nicht verallgemeinern, für die durchgeführte Maßnahme stellt sie jedoch einen Nutznachweis dar, der vor allem im Vergleich zu den relativ geringen Kosten des Qualitätszirkels²³ ausgesprochen positiv zu bewerten ist.

Um die Einflüsse der Qualitätssicherungsmaßnahme genauer zu untersuchen, wurden die **Medikamentenverordnungen während der Qualitätszirkel (zweites Quartal 1995 bis zweites Quartal 1996)** analysiert. Diese Daten liegen nur für die AOK-Versicherten vor und bilden damit eine Teilmenge der Daten zu den Medikamentenverordnungs-kosten. Aus diesem Grund muss zudem die Versichertenstruktur der AOK

²³ Die Kosten wurden für den Qualitätszirkel mit insgesamt 52 320 DM angesetzt [Deter, 1998].

im Vergleich zu den anderen Kassen bei der Bewertung der Ergebnisse berücksichtigt werden.²⁴

Über den Zeitraum der Qualitätszirkel nahm der Anteil der Patienten mit Medikamentenverordnungen an der Gesamtklientel zu. Der Anstieg war jedoch in der Kontrollgruppe mit 15% signifikant größer als in der Qualitätszirkelgruppe (4%). Im zweiten Quartal 1996 erhielten 80,5% der Patienten von den Ärzten aus den Qualitätszirkeln eine Medikamentenverordnung. In der Kontrollgruppe waren es 84,7%.

Im Weiteren wurden die Verordnungen, die darin enthaltenen verordneten Tagesdosen und die entstehenden Kosten analysiert. Bei den Ärzten des Qualitätszirkels findet sich ein Anstieg aller untersuchten MengenkompONENTEN über den Zeitraum. Die Zahl der Verordnungen nahm um 9,2% zu, die Menge der Tagesdosen um 14% und damit erhöhte sich auch die relative Größe der Verordnungen (Tagesdosen pro Verordnung) um 1,6%. In der Kontrollgruppe stiegen zwar die Verordnungen und Tagesdosen um etwa 14% an, aber die relative Größe der Verordnungen (Tagesdosen pro Verordnung) verändert sich kaum. Bereits im zweiten Quartal 1995 sind die Kosten einer Verordnung bei den Qualitätszirkelärzten mit im Mittel 48,60 DM deutlich höher als die der Kontrollgruppe mit im Mittel 44,10 DM. Die Kosten pro Verordnung verändern sich zwischen dem zweiten Quartal 1995 und dem zweiten Quartal 1996 in beiden Gruppen kaum. Obwohl die relative Größe der Verordnungen bei den Qualitätszirkelärzten steigt, bleiben die Kosten konstant. Verantwortlich dafür ist die Verringerung der Kosten pro Tagesdosis. Auch in der Kontrollgruppe steigen die Kosten pro Verordnung nur unwesentlich an, obwohl mehr Verordnungen stattfinden. Hier wird jedoch die relative Größe der Verordnungen etwas kleiner und die Tagesdosen werden etwas teurer.

Im GKV-Gesamtmarkt nehmen zwischen 1995 und 1996 die Verordnungen um 3,5% ab und der Umsatz steigt um 4,8% [Paffrath, 1997]. Dies steht in Kontrast zu den Entwicklungen in den beiden untersuchten Gruppen. Hier findet ein deutlicher Anstieg der Verordnungen statt, aber dieser ist fast kostenneutral. Aus einer ökonomischen

²⁴ Die AOK ist die größte Krankenkasse der GKV mit 40,6% der Versicherten. Der Anteil der Rentner an den Versicherten ist mit 34,2% höher als in der GKV mit 28,9%. Der hohe Frauenanteil unter den versicherten Rentnern (47,1% aller versicherten Frauen) fällt besonders auf (GKV gesamt=36,5% aller

mischen Sichtweise, die in erster Linie auf die Kostenentwicklung abzielt, ist diese Entwicklung im Vergleich zur bundesweiten Tendenz positiv zu bewerten. Wie sich die steigenden Verordnungszahlen auf die Versorgungsqualität auswirken, lässt sich jedoch nicht klären. In der Analyse der Verordnungsdaten für alle Medikamentengruppen fanden sich kaum Effekte der Qualitätssicherungsmaßnahme.

Vor dem Hintergrund der Psychosomatischen Grundversorgung interessierte deshalb besonders die **Verschreibung psychotroper Medikamente**. Zwischen den zweiten Quartalen 1995 und 1996 ist ein Anstieg der Verordnungen an Psychopharmaka und Analgetika/Antirheumatika zu verzeichnen. Dieser war bei den Verordnungen von Analgetika durch die Qualitätszirkelärzte geringer als in der Kontrollgruppe. Bei den Psychopharmaka stieg im gleichen Zeitraum die Menge an verordneten Tagesdosen pro Patient an, bei den Analgetika hingegen konnte dies nicht nachgewiesen werden. Dementsprechend wurden im zweiten Quartal 1996 mehr Verordnungen an Analgetika/Antirheumatika gemacht, die aber nicht mit einer höheren Dosierung oder einer längeren Therapie für den einzelnen Patienten einhergingen. Die nachgewiesenen Veränderungen in der Verschreibung von psychotropen Medikamenten über den untersuchten Zeitraum waren weitestgehend unabhängig von der Teilnahme am Qualitätszirkel. Im GKV-Gesamtmarkt nahmen zwischen 1995 und 1996 die Verordnungen von Analgetika um 2,6% ab, und die Verordnungen von Psychopharmaka um 3,8% zu [Paffrath, 1997]. Im Gegensatz zur allgemein rückläufigen Entwicklung der Verordnungen von Analgetika/Antirheumatika, zeigte sich in den beiden untersuchten Gruppen eine Zunahme dieser. Der etwas geringere Anstieg bei den Qualitätszirkelärzten lässt sich möglicherweise durch die Arbeit in den Qualitätszirkeln, die sich u.a. mit der Therapie von Schmerzzuständen beschäftigten, zurückführen. Insgesamt gestaltet sich ein Vergleich mit allgemeinen Trends schwierig, da sich die Vergleichszahlen auf das gesamte Bundesgebiet beziehen. Aus der Literatur ist bekannt, dass die Medikamentenverordnungs-kosten in Berlin besonders hoch sind. Es ist vorstellbar, dass sich auch für die Verordnungen in den verschiedenen Medikamentenhauptgruppen Differenzen zum Bundesdurchschnitt finden.

versicherten Frauen). Die Angaben beziehen sich auf die alten Bundesländer und Berlin West, 1996 [Bundesministerium für Gesundheit, 1997].

Ein weiteres Problem besteht in der Bewertung der Zu- oder Abnahme der Verordnungen in den untersuchten Medikamentengruppen. Die Hypothese war, dass sich die Qualitätszirkel- und Kontrollgruppe über den Zeitraum des Qualitätszirkels unterschiedlich entwickeln. Dabei könnte eine Abnahme der Verordnungen für eine stärkere Anwendung der sprechenden Medizin und damit eine Eindämmung der somatomedizinischen Fehlbehandlungen stehen. Ebenso könnte eine Zunahme der Verordnungen positiv bewertet werden, indem sie mit einer besseren Medikamentenversorgung psychischer Probleme auf der Grundlage einer verbesserten Diagnostik dieser erklärt wird. Eine sichere Bewertung wäre nur mit detaillierteren Daten möglich, die eine genaue Analyse des Leistungsgeschehens vor dem Hintergrund der vorliegenden Störung ermöglichen.

Neben den direkten Kosten interessierten die Auswirkungen auf die **indirekten Kosten**, die anhand von Arbeitsunfähigkeitsdaten von Ärzten aus dem Qualitätszirkel untersucht wurden. Während sich die Anzahl der Arbeitsunfähigkeitstage pro Fall über den gesamten Zeitraum nur wenig verringerte, ging die Zahl der Fälle deutlich zurück. Darauf ist auch die deutliche Abnahme der Arbeitsunfähigkeitstage insgesamt zurückzuführen. Die Ergebnisse lassen sich nur mit Vorsicht interpretieren, da es sich um Absolutwerte handelt und diese nicht in Relation zu Patientenzahlen und Morbiditätsstruktur ausgewertet werden können. Aus dem Kostendatensatz ist bekannt, dass die Patientenzahlen zwischen 1994 und 1997 in beiden Gruppen relativ konstant waren. Da es sich hier nur um eine Teilstichprobe der Ärzte und Patienten (nur BKK-Versicherte) handelt, können trotzdem keine sicheren Aussagen über die Patientenzahlen der hier einbezogenen Ärzte gemacht werden. Sieht man von diesen Einschränkungen ab, zeigt sich eine unter ökonomischen Gesichtspunkten günstige Entwicklung. Über den untersuchten Zeitraum nahmen die indirekten Kosten durch Arbeitsunfähigkeit ab. Wie sind diese Entwicklungen aber aus Sicht des Patienten bzw. in Hinblick auf die Behandlungsqualität zu bewerten? Handelt es sich um eine gezieltere Verordnung von Arbeitsruhe? Sind die Ärzte durch die Arbeit in den Qualitätszirkeln in der Lage, mit weniger Verordnung von Arbeitsruhe ihre Patienten adäquat zu

therapieren? Diese Fragen lassen sich mit den hier vorliegenden Daten leider nicht untersuchen, müssen aber in der Bewertung der Ergebnisse berücksichtigt werden.

Neben der isolierten Betrachtung der Entwicklung für die Ärzte aus den Qualitätszirkeln wurde mangels einer Vergleichsgruppe mit externen Daten aus Veröffentlichungen des BKK-Bundesverbandes und des Bundesministeriums für Gesundheit verglichen, um die Entwicklungen den allgemeinen Tendenzen gegenüberzustellen. Im Vergleich mit den externen Daten ist die Entwicklung für die Qualitätszirkelärzte sehr positiv zu bewerten. Die Abnahme der Fallzahlen ist für die Qualitätszirkelärzte deutlicher als im bundesweiten Vergleich und vor allem in Hinblick auf die Stagnation bzw. Zunahme in Berlin bedeutsam. Die durchschnittliche Falldauer liegt wesentlich niedriger als in Westberlin und etwas über dem Wert für Berlin Ost. Die starke Abnahme der Arbeitsunfähigkeitstage insgesamt stellt sich vor allem in Relation zur Stagnation (Ost) bzw. der leichten Zunahme (West) in Berlin sehr positiv dar. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Qualitätssicherungsmaßnahme die Entwicklung der untersuchten Kennzahlen für die 18 Berliner Ärzte dem bundesweiten Trend annähert bzw. diesen noch übertrifft und damit den Unterschied zur im bundesweiten Vergleich eher negativen Entwicklung in Berlin vergrößert.

Zudem konnte nachgewiesen werden, dass auch in der hier untersuchten Stichprobe die psychischen Erkrankungen deutlich längere Arbeitsunfähigkeit verursachten als somatische Erkrankungen. Das macht deutlich, wie wichtig eine qualitativ hochwertige Versorgung dieser Erkrankungen auch aus ökonomischer Sicht ist.

Das **Hauptziel** der Arbeit bestand in der Evaluation der ökonomischen Effekte der Qualitätszirkelarbeit in der Psychosomatischen Grundversorgung. Es wurde erwartet, dass sich diese im Sinne einer Weiterbildung und der damit verbundenen Kompetenzerhöhung in der Versorgung psychosozialer Problemlagen und psychischer Störungen kostendämpfend auswirkt. Anhand der untersuchten Daten konnte eine solche Wirkung auf die direkten Kosten nicht nachgewiesen werden. In der Entwicklung der Medikamentenverordnungskosten zeigten sich keine relevanten Unterschiede zwischen den Ärzten der Qualitätszirkel und der Kontrollgruppe. Ebenso konnten keine wesentlichen Effekte der Teilnahme am Qualitätszirkel auf die Verordnung psy-

chotroper Medikamente nachgewiesen werden. Dennoch fanden sich einige Effekte auf das Ordnungsverhalten über den Zeitraum des Qualitätszirkels. Der Anteil von Patienten mit Medikamentenverordnungen stieg bei den Ärzten aus den Qualitätszirkeln deutlich weniger an. Es konnten verschiedene Differenzen in der Entwicklung der Ordnungen gezeigt werden, die sich aber nicht auf die Kosten auswirkten. Auch am Ende haben die Ärzte des Qualitätszirkels höhere Ordnungskosten als die Kontrollgruppe. Im Gegensatz dazu zeichnen sich für die indirekten Kosten günstige Entwicklungen für die Ärzte des Qualitätszirkels ab. Sowohl die Zahl der Arbeitsunfähigkeitsfälle, als auch die damit verbundenen Arbeitsunfähigkeitstage werden reduziert. Im Vergleich mit der allgemeinen Entwicklung stellt sich dies sehr positiv dar. Die bereits diskutierten methodischen Probleme, vor allem mit der Datengrundlage, machen eine allgemeingültige Aussage schwierig. Auf der Grundlage der untersuchten Daten muss davon ausgegangen werden, dass es keine relevante kostendämpfende Wirkung der Qualitätszirkelarbeit auf die Medikamentenverordnungs-kosten gibt. Problematisch bleibt jedoch die Frage, ob die Stichprobe die realen Verhältnisse ausreichend gut abbildet und damit auf deren Grundlage eine verallgemeinerbare Aussage möglich ist.

Die Erwartung einer kostendämpfenden Wirkung der Qualitätszirkel geht von einer Beeinflussbarkeit ärztlichen Handelns durch Weiter- und Fortbildung aus. In der Literatur wird eine Vielzahl veränderbarer und feststehender Arztmerkmale diskutiert, die das ärztliche Handeln beeinflussen. Deshalb wurde in einem weiteren Schritt untersucht, wie sich Arzt- und Patientengeschlecht auf das Ordnungsverhalten bei psychotropen Medikamenten (Analgetika/Antirheumatika, Hypnotika/Sedativa und Psychopharmaka) auswirkt. Die höhere Prävalenz psychischer Störungen bei Frauen und die Erkenntnisse zum unterschiedlichen ärztlichen Handeln von Ärzten und Ärztinnen führten zur Hypothese, dass Ärzte und Ärztinnen ihre Patientinnen und Patienten unterschiedlich mit Medikamenten versorgen. In der Untersuchung zeigten sich deutliche Effekte des Arztgeschlechtes auf das Medikamentenordnungsverhalten. Dabei war der Einfluss auf die Entscheidung zur Ordnung eines Medikamentes der drei Gruppen wesentlich größer als der Einfluss auf die Höhe der Ordnungen nach

Tagesdosen. Ärzte verschrieben Medikamente aus allen drei untersuchten Medikamentengruppen häufiger als Ärztinnen. Hinsichtlich der Menge an verordneten Tagesdosen pro Patient unterschieden sich die Ärzte nur bei der Gabe von Analgetika von ihren weiblichen Kolleginnen. Es wurde also deutlich, dass sich die Geschlechterdifferenzen auf Arztseite schon vor der Entscheidung über die Höhe der Verordnung eines Medikamentes der drei Gruppen manifestierten. Die hier nachgewiesenen Differenzen deuteten darauf hin, dass es Unterschiede im ärztlichen Handeln bei Ärzten und Ärztinnen gibt. Da wir keinen Unterschied bei den verordneten Tagesdosen insgesamt nachweisen konnten, scheint es sich eher um inhaltliche Differenzen zu handeln. Die Untersuchung von Roter [Roter, Lipkin, Korsgaard, 2001] stellte bereits Differenzen in der ärztlichen Kommunikation zwischen Ärztinnen und Ärzten heraus. Zusammen mit den hier dargestellten Differenzen im Ordnungsverhalten von Psychopharmaka, Analgetika und Hypnotika wies das auf eine unterschiedliche Versorgung von Patienten mit psychosozialen Problemen durch Ärzte und Ärztinnen hin. Dieses könnte z. B. im Anteil der „sprechender Medizin“ oder in der Orientierung auf unterschiedliche Gesprächsinhalte liegen. Hinsichtlich des Patientengeschlechts fand sich nur ein signifikanter Unterschied für die Psychopharmaka. Frauen erhielten häufiger Psychopharmaka als Männer. Für die Summe aller verordneten Tagesdosen zeigte sich zwar ein Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Patienten, dieser variierte jedoch über das Alter. Damit konnten in unserer Studie die in der Literatur [Klaubner, Schröder, Selke, 1996]; [Morabia, Fabre, Dunand, 1992]; [Simoni-Wastila, 1998]; [Waller, 1988] berichteten höheren Verordnungen an Frauen nur teilweise repliziert werden. In diesem Zusammenhang unbedingt erforderlich scheint, die Verordnungen an Männer und Frauen altersdifferenziert auszuwerten. Die gefundenen Effekte blieben aber hinter den Erwartungen zu den Differenzen zwischen männlichen und weiblichen Patienten zurück. Vor allem das häufigere Auftreten psychischer Erkrankungen bei Frauen [Gater et al., 1998]; [Maier et al., 1999]; [Wittchen et al., 1999a]; [Wittchen et al., 2000b]; [Wittchen et al., 2001b], lässt hier viele Fragen offen. Wenn Frauen tatsächlich häufiger erkranken, warum bekommen sie dann nicht auch wesentlich mehr psychotrope Medikamente verschrieben? Werden Frauen häufiger diagnostiziert, weil sie mehr entsprechende Beschwerden be-

richten und erhalten sie dann aber möglicherweise weniger Medikamente als Männer? Das würde dafür sprechen, dass die psychischen Beschwerden bei Frauen z.T. anders behandelt werden. Denkbar wäre hier ein größerer Anteil der „sprechenden Medizin“ im Praxisgeschehen. Leider liegen keine Daten zu Diagnosen und zum Kommunikations- und Interaktionsgeschehen vor, da dieses aus kassentechnischen Gründen noch nicht möglich ist, aber für einen umfassenderen Untersuchungsansatz unbedingt notwendig wäre.

Es wurden darüber hinaus keine signifikanten Interaktionseffekte zwischen dem Geschlecht des Arztes und dem Geschlecht des Patienten nachgewiesen. Damit bestätigte sich die Hypothese, dass Ärzte und Ärztinnen ihre Patienten und Patientinnen unterschiedlich mit psychotropen Substanzen behandeln, nicht.

Die Ergebnisse sind aufgrund der Stichprobengröße und der Auswahl der Ärzte (Selbstselektion; Teilnehmer der Psychosomatischen Grundversorgung) nur begrenzt generalisierbar. Da nur Daten der AOK ausgewertet werden konnten, könnten auch bei der Patientenauswahl Selektionseffekte eine Rolle spielen. In der Studie ließen sich viele Informationen (Ausbildung des Arztes, Umfang anderer erbrachter Leistungen, momentane und zurückliegende Diagnosen usw.), die bei der Analyse des Verschreibungsverhaltens hilfreich wären, nicht ermitteln, wobei die mit der Verschreibung in Zusammenhang stehenden Diagnosen und Schweregrade von besonderer Bedeutung sind. Wahrscheinlich ist die geringe Varianzaufklärung durch die Geschlechtsvariablen auf das Fehlen dieser Variablen zurückzuführen.

Das wichtigste Ergebnis der Untersuchung ist der Einfluss des Arztgeschlechtes auf das Ordnungsverhalten bei psychotropen Medikamenten. Dies verdiente mehr Aufmerksamkeit in Forschung und Praxis. Ob sich dieses Ergebnis auf andere Medikamentengruppen übertragen lässt, sollte weiter geklärt werden. Es zeigte sich jedoch in der vorliegenden Untersuchung kein Effekt des Arztgeschlechtes auf die Ordnungen insgesamt. Deutlich wurde aber, dass vor dem Hintergrund der geschlechtssensitiven Forschung und Gesundheitsberichterstattung neben dem Geschlecht der Patienten auch das Geschlecht der Akteure in der Gesundheitsversorgung von Bedeutung sein dürfte.

Die Ergebnisse deuten an, dass Ärzte und Ärztinnen unterschiedliche Herangehensweisen an ihre Patienten, insbesondere bei psychosozialen Aspekten, haben. Die Unterschiede auf der Beziehungs- und Kommunikationsebene dürften sich im Medikamentenverordnungsverhalten widerspiegeln. Dies sollte bei der Aus-, Weiter- und Fortbildung von Ärzten berücksichtigt werden.

Auch die Grunderhebung, die im Projekt „Qualitätssicherung in der Psychosomatik“ an Ärzten der PSGV in Berlin durchgeführt wurde, zeigte, dass verschiedene Arztvariablen sich auf das diagnostische und therapeutische Handeln in der PSGV auswirkten. Auch hier konnten **Geschlechtsunterschiede** nachgewiesen werden, die einen sinnvollen Hintergrund für die oben dargestellten Geschlechtsunterschiede im Verschreibungsverhalten bilden. Es zeigte sich, dass männliche Ärzte den Anteil der psychisch erkrankten Patienten geringer einschätzten, die entsprechenden Patienten dann aber häufiger mit Medikamenten behandelten als ihre weiblichen Kolleginnen. Die in den Abrechnungsdaten nachweisbaren Geschlechtsunterschiede spiegeln sich dementsprechend auch in der subjektiven Wahrnehmung der Ärzte wider. Aus den Angaben der männlichen Ärzte wurde außerdem deutlich, dass sie häufiger in eine Psychotherapie überweisen. Vor dem Hintergrund der oben beschriebenen Unterschiede im kommunikativen Verhalten und in den Inhalten der Konsultationen zwischen männlichen und weiblichen Ärzten ist zu vermuten, dass die Ärztinnen sich der psychischen Probleme häufiger selbst annehmen. Da es sich um subjektive Angaben handelt, die zudem nicht unter Einbeziehung der Morbiditätsstruktur der Patienten ausgewertet werden konnten, bleiben entsprechende Schlussfolgerungen schwierig und haben eher hypothesengenerierenden Charakter.

Es konnten außerdem Einflüsse verschiedener **Ausbildungscharakteristika der Ärzte** auf das diagnostische und therapeutische Handeln im Sinne der PSGV nachgewiesen werden. Ärzte, die einen Zusatztitel hatten, schätzten den Anteil psychischer Erkrankungen höher ein, arbeiteten mehr mit sprechender Medizin, weniger mit Medikamenten und rechneten die Ziffern 850 und 851 (diagnostische und beratende Gespräche, verbale Intervention) häufiger ab, als ihre Kollegen ohne Zusatztitel. Vor allem bei den Ärzten, die zusätzlich eine psychotherapeutische oder psychiatrische

Ausbildung hatten, war dies sehr deutlich zu erkennen. Allerdings muss man davon ausgehen, dass sich die Patientenklientel dieser Ärzte auch von der anderer Fachgruppen unterscheidet. Auch die Art der Erlangung der Berechtigung, Leistungen der PSGV abzurechnen hatte einen Einfluss auf die subjektive Wahrnehmung des eigenen ärztlichen Handelns. Unter den Ärzten, die diese Berechtigung über Theoriestunden erlangt hatten, befinden sich viele, die einen psychotherapeutischen oder psychiatrischen Zusatztitel haben. Wie bereits oben beschrieben, schätzten diese den Anteil psychisch erkrankter Patienten besonders hoch ein. Die Ärzte, die durch eine Übergangsregelung eine PSGV-Berechtigung erlangt haben, rechnen besonders häufig die Ziffer 850 ab.

Deutlich wurde darüber hinaus, dass Ärzte, die häufiger an Balintgruppen teilgenommen haben, den Anteil psychisch erkrankter Patienten hoch einschätzten und diese relativ selten mit Medikamenten behandelten. Im Gegensatz dazu rechneten Ärzte mit weniger Balintgruppenerfahrung die Ziffern 850/851 unterdurchschnittlich ab und überwiesen häufiger in eine Psychotherapie. In diesen subjektiven Angaben der Ärzte scheint sich eine Kompetenzerhöhung der Ärzte in der Versorgung psychischer Störungen durch die Teilnahme an Balintgruppen widerzuspiegeln.

Die Dauer der Niederlassung wurde als Maß für die Berufserfahrung im ambulanten Bereich gesehen, gleichzeitig spiegelt sich indirekt aber auch das ungefähre Alter der Ärzte und der Zeitraum ihrer Ausbildung wider. So werden etwa ältere, länger niedergelassene Ärzte in ihrer Ausbildung wesentlich weniger über psychosomatische Medizin gehört haben, als ihre jüngeren Kollegen. Die subjektiven Angaben der Ärzte machen deutlich, dass jüngere Ärzte weniger in die Psychotherapie überweisen. Ob dies ein Zeichen höherer Kompetenz ist, oder ob sich darin der Wunsch vieles selbst zu behandeln widerspiegelt, lässt sich hier nicht beantworten.

In der Untersuchung konnte die erwartete kostendämpfende Wirkung der Qualitätszirkel in der PSGV nicht nachgewiesen werden. Wie bereits oben angesprochen, lässt sich jedoch nicht sagen, ob es sich dabei um ein Stichprobenproblem handelt oder ob es tatsächlich keine Effekte gibt. Die Untersuchung von Tausch [Tausch, 2001] konnte ebenfalls keine Auswirkungen der Qualitätszirkelarbeit auf die Medikamen-

tenverordnungskosten nachweisen und unterstützt damit den Eindruck, dass diese tatsächlich nicht auftreten. Die Untersuchung von van Dijk zeigte, dass der Professionalisierungsgrad der Qualitätszirkel sich nicht auf Menge und Kosten der Verordnungen auswirkte, dass jedoch mit zunehmender Professionalität die Varianz zwischen den Ärzten abnimmt [van Dijk, de Bakker, 2002]. Es ist jedoch bekannt, dass in Pharmakotherapiekreisen für regressbedrohte Ärzte, die sich speziell mit dem Ordnungsverhalten beschäftigten, positive Effekte nachweisbar waren [v. Ferber, Köster, 1994]. Um eine kostendämpfende Wirkung zu erzielen, scheint es vor diesem Hintergrund notwendig, die Kostenproblematik gezielt zum Inhalt zu machen und Behandlungs- und Verordnungsalternativen aufzuzeigen. Eine solche Vorgehensweise könnte eine geeignete Ergänzung zu der ausschließlich auf die Preiskomponente orientierte „Aut-Idem-Regelung“ des Arzneimittel-Ausgaben-Begrenzungsgesetzes darstellen und würde Einsparpotentiale jenseits des Generikamarktes freisetzen.

Eine sichere Antwort auf die Frage nach den ökonomischen Auswirkungen von Qualitätszirkeln kann nur über eine wesentlich größer angelegte Studie gegeben werden. Ein Mehrebenenansatz, der sowohl die Arzt- als auch die Patientenebene und deren Interaktionen berücksichtigt, wäre dafür angezeigt. Die Ziehung einer ausreichend großen und nicht selektierten Stichprobe von Ärzten sowie die Gewinnung eines umfangreichen Datenmaterials zum Leistungsgeschehen stellen dabei die wesentlichen Probleme dar. Der große Aufwand einer solchen Untersuchung bedarf einer entsprechenden finanziellen, personellen und organisatorischen Grundlage und ist ohne eine gute Kooperation mit Krankenkassen und kassenärztlichen Vereinigungen nicht durchführbar.

Trotz der hier nicht nachweisbaren kostendämpfenden Wirkung der Qualitätszirkel in der PSGV müssen die positiven Effekte dieser Qualitätszirkel auf den anderen Ebenen in deren Bewertung berücksichtigt werden. Das wichtigste Ziel ist in der Verbesserung und Sicherung der Versorgungsqualität zu sehen. Eine mögliche Kostenersparnis würde die Anwendung und weitere Etablierung von Qualitätszirkeln besonders attraktiv machen, sollte jedoch nicht der wesentliche Bestimmungsgrund für Durchfüh-

rungsentscheidungen sein. Trotz allen Kostendrucks im Gesundheitswesen sollten die Prioritäten auf die Qualität der Versorgung gesetzt werden. Unter dem drohenden Ärztemangel im ambulanten Bereich und der sinkenden Attraktivität dieser Tätigkeit für Berufsanfänger ist die Erhöhung der Arbeitszufriedenheit und der Kompetenzwahrnehmung der Ärzte durch Qualitätszirkel außerordentlich hoch zu bewerten. Dem deutschen Gesundheitswesen mangelt es in Zukunft nicht nur an Geld, sondern möglicherweise auch an Personal. Qualitätszirkel könnten ein wesentliches Mittel zur Unterstützung der Ärzte in ihrer Tätigkeit und den daraus erwachsenden Belastungen darstellen. Dabei scheint es notwendig, Anreize zur Teilnahme an Qualitätszirkeln zu schaffen und nicht wie bisher darauf zu vertrauen, dass die Ärzte selbst das Bedürfnis verspüren, den Rest an Freizeit mit der Arbeit in Qualitätszirkeln zu verbringen. Die Niederlande haben mit der Teilnahme an Qualitätszirkeln als Teil des Rezertifizierungsverfahrens niedergelassener Ärzte einen ersten Schritt getan.

Die Anwendung von Qualitätszirkeln geht von der Beeinflussbarkeit und Steuerbarkeit ärztlichen Handelns aus. Da es neben den Ausbildungscharakteristika eine Vielzahl anderer Faktoren gibt, die sich auf das diagnostische und therapeutische Handeln der Ärzte auswirken, wurden einige dieser Variablen in der Arbeit untersucht. Es wurde deutlich, dass es relevante Unterschiede zwischen Ärzten und Ärztinnen gibt. Ärzte verschreiben häufiger psychotrope Substanzen, schätzen den Anteil psychisch erkrankter Patienten geringer ein und verschreiben an diese Patienten mehr Medikamente. Das Geschlecht des Arztes wird damit auf dem Hintergrund der Steuerbarkeit ärztlichen Handelns interessant. Zunächst handelt es sich um eine Variable, die nicht beeinflussbar ist. Schaut man jedoch auf die Befunde anderer Studien, die vermuten lassen, dass Sozialisationsprozesse und Geschlechterrollen für diese Unterschiede verantwortlich sein könnten, scheint es sinnvoll, diese Differenzen genauer zu analysieren und verstehbar zu machen. Damit wären diese dann eher beeinflussbar. Trotzdem muss man sich die Frage stellen, inwieweit die Standardisierung des ärztlichen Handelns sinnvoll und gewünscht ist, denn neben den erwarteten Effekten auf Qualität und Kosten entsteht das Problem, den Ärzten ihre individuellen Eigenheiten zu

nehmen, die Versorgung in gewisser Weise weiter zu mechanisieren, Handlungsspielräume zu verkleinern und damit die Arbeitszufriedenheit zu gefährden.

Die Umsetzung eines gezielten Qualitätsmanagements im ambulanten Sektor hat in Deutschland noch keine lange Tradition und ist in vielen Belangen verbesserungsbedürftig. Eine weitere Nutzung von Qualitätszirkeln im Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung setzt klare Konzepte mit integrierten Evaluationsstrategien voraus. Diese sollten sich mit anderen Qualitätssicherungsansätzen verbinden und auf unterschiedlichen Ebenen ansetzen. Qualitätszirkel sollten in ihrem Aufbau klar auf festgelegte Zielkriterien ausgerichtet sein und diese gleichzeitig in der Entwicklung und Umsetzung von Leitlinien festhalten. Der Transfer der Leitlinieninhalte sollte im Gegenzug durch die Qualitätszirkel unterstützt werden. Eine zusätzliche Orientierung auf den Kostenaspekt macht es notwendig, diesen auch anzusprechen, Verständnis zu schaffen und kostengünstige Behandlungsalternativen.

Die Art der Umsetzung von Qualitätszirkeln in der BRD ist sehr uneinheitlich. Die wenigen vorliegenden Evaluationsergebnisse zeigen vor allem Effekte auf die Arbeitszufriedenheit der Ärzte und werden von diesem oft auch vor allem wegen ihrer „sozialen“ Funktion geschätzt. Obwohl diese Aspekte durchaus wichtig sind, gehören sie nicht zum genuinen Aufgabenfeld der Qualitätszirkel. Ärztliche Gesprächsgruppen, die sich vordergründig solchen Inhalten widmen, sollten von strukturierten und nach evidenzbasierten Konzepten durchgeführten Qualitätszirkeln abgegrenzt werden. Eine zusätzliche soziale Funktion der Teilnahme an Qualitätszirkeln erscheint aber unabdingbar und wünschenswert, um diese für die Teilnehmer attraktiver zu machen.

Die Beeinflussbarkeit ärztlichen Handelns durch verschiedene Qualitätssicherungsinterventionen wird in den letzten Jahren mehr und mehr untersucht. Dennoch sind viele Faktoren, wie zum Beispiel das in der Arbeit dargestellte Arztgeschlecht, in ihrer Wirkung nicht gut genug analysiert. Es bedarf weiterer Forschung, um sich effizienten Strategien zu nähern, die all diese personalen, situativen und systembezogenen Faktoren berücksichtigen und nutzen können.

7. Literaturverzeichnis

Allery, LA; Owen, PA; Robling, MR (1997) **Why general practitioners and consultants change their clinical practice: a critical incident study**, *BMJ*, 314; 870 - 874.

Andres, E; Szecsenyi, J; Broge, B (1997) **Qualitätszirkel mit Schwerpunkt Pharmakotherapie in Nordhessen: Bewertung aus Sicht der Teilnehmer**, *Gesundheitswesen*, 59; 262 - 266.

Andres, E & Weiß-Plumeyer, M (1995) **Qualitätszirkel**, in: *Stand und Zukunft der Qualitätssicherung in der Allgemeinmedizin - Nationale und internationale Perspektiven*, Szecsenyi, J & Gerlach, FM (Hrsg.), Hippokrates Verlag, Stuttgart, 55 - 63.

Andrews, G; Sanderson, K; Slade, T; Issakidis, C (2000) **Why does the burden of disease persist? Relating the burden of anxiety and depression to effectiveness of treatment**, *Bulletin of the WHO*, 78; 4, 446 - 454.

AOK-Bundesverband (2002) **Lexikon des AOK-Bundesverbandes**, <http://www.aok-bv.de/lexikon>.

Asanger, R & Wenninger, G (1994) **Handwörterbuch Psychologie**, Beltz/PVU.

Bahrs, O; Gerlach, FM; Szecsenyi, J; Andres, E (2001) **Welche Wirkungen hat ein Qualitätszirkel**, in: *Ärztliche Qualitätszirkel - Leitfaden für Klinik und Praxis*, Bahrs, O et al. (Hrsg.), Deutscher Ärzteverlag, Köln, 243 - 264.

Bausch, J (1995) **Pharmakotherapiezyklen - ein erfolgversprechender Weg zur Verbesserung der Qualität in der primärärztlichen Versorgung**, *Z. ärztl. Fortbild.*, 89; 406 - 414.

Bebbington P.E. (1999) **Psychosocial Causes of Depression**, *J Gend Specif Med*, 2; 6, 52 - 60.

Bensing, JM (1991) **Doctor-patient communication and quality of care. An observational study into affective and instrumental behavior in general practice.**, Nivel, Utrecht.

Bensing, JM; v.d. Brink-Muinen, A; de Bakker, DH (1993) **Gender Differences in Practice Style: A Dutch Study of General Practitioners**, *Medical Care*, 31; 3, 219 - 229.

BKK-Bundesverband (1993) **Krankheitsartenstatistik 1993**, Essen.

BKK-Bundesverband (1994) **Krankheitsartenstatistik 1994**, Essen.

BKK-Bundesverband (1995) **Krankheitsartenstatistik 1995**, Essen.

- BKK-Bundesverband (1996) **Krankheitsartenstatistik 1996**, Essen.
- BKK-Bundesverband (1999) **Krankheitsartenstatistik 1997**, Essen.
- Bliesner, Th & Starke-Perschke, S (2001) **Der Brockhaus - Psychologie**, Brockhaus GmbH, Mannheim, Leipzig.
- Bontrup, H-J (1998) **Volkswirtschaftslehre - Grundlagen der Mikro- und Makroökonomie**, Oldenbourg Verlag, München, Wien.
- Braun, B; Kühn, H; Reiners, H (1998) **Das Märchen von der Kostenexplosion: populäre Irrtümer zur Gesundheitspolitik**, Fischer-Verlag, Frankfurt am Main.
- Brenner, G; Koch, H; Kerek-Bodden, H; Heuer, J (2000) **Was kostet welche Krankheit? Morbiditäts- und Kostenbelastung durch chronisch kranke Dauerpatienten in Arztpraxen**, *Der Allgemeinarzt*, 16; 1204 - 1210.
- Brucks, U (1992) **Probleme der Qualitätssicherung am Beispiel der ambulanten Versorgung**, in: *Das Gesundheits-Reform-Gesetz: Eine gescheiterte Reform der gesetzlichen Krankenversicherung*, Bieback, KJ (Hrsg.), Asgard-Verlag, St. Augustin, 77 - 86.
- Bundesärztekammer & Kassenärztliche Bundesvereinigung (1997) **Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung**, *Deutsches Ärzteblatt*, 94; 33, A 2154.
- Bundesministerium für Gesundheit (1994) **Maßnahmen der medizinischen Qualitätssicherung in der BRD – Bestandsaufnahme**, Baden - Baden.
- Bundesministerium für Gesundheit (1996) **Die gesetzliche Krankenversicherung in der BRD im Jahre 1995**, Bonn.
- Bundesministerium für Gesundheit (1997) **Die gesetzliche Krankenversicherung in der BRD im Jahre 1996**, Bonn.
- Bundesministerium für Gesundheit (1998a) **Arbeitsunfähigkeit und Krankenhausbehandlung nach Krankheitsarten 1994**, Bonn.
- Bundesministerium für Gesundheit (1998b) **Die gesetzliche Krankenversicherung in der BRD im Jahre 1997**, Bonn.
- Bundesministerium für Gesundheit (1999) **Daten des Gesundheitswesens 1999**, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden Baden.
- Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit (1987) **Internationale Klassifikation der Krankheiten, Verletzungen und Todesursachen in der Fassung der vom Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit herausgegebenen 9. Revision**, Kohlhammer Verlag, Köln, Stuttgart, Berlin.

- Davidson, J & Meltzer-Brody, S (1999) **The underrecognition and undertreatment of depression: What is the breadth depth of the problem?**, *J Clin Psychiatry*, 60; Supplement 7, 4 - 9.
- Davis, DA & Taylor-Vaisey, A (1997) **Translating guidelines into practice - A systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines**, *Can Med Assoc J*, 157; 4, 408 - 416.
- Deter, HC (1998) **Kann die „sprechende Medizin“ in der ambulanten ärztlichen Versorgung verbessert werden? – Ergebnisse eines Qualitätssicherungsprojektes zur psychosomatischen Grundversorgung**, unveröffentlichter Projektbericht.
- Deter, HC & Dilg, R (1999) **Bericht des Zentrums Berlin**, in: *Qualitätssicherung in der Psychosomatik*, Bundesministerium für Gesundheit & Sandholzer, H (Hrsg.), Nomos-Verlag, Baden Baden, 107-118.
- Deter, HC & Dilg, R (2001) **Kosten-Nutzen-Analysen einer verbesserten psychosomatischen Versorgung**, in: *Psychosomatik am Beginn des 21. Jahrhunderts*, Deter, HC (Hrsg.), Verlag Hans Huber Bern, 563 - 571.
- Deter, HC; Geyer, M; Cierpka, M; Härter, C; Höger, C; Richter, R; Sandholzer, H; Schmidt, B; Fritzsche, K; Brucks, U; Janssen, P; Hessel, A; Decker, O (2000) **Psychosomatische Grundversorgung im Ost-West-Vergleich**, *Z Psychosom Med*, 23; 97 - 103.
- Deutscher Bundestag – die Fraktionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen (2003) **Entwurf eines Gesetzes zur Modernisierung des Gesundheitssystems (Gesundheitssystemmodernisierungsgesetzes – GMG)**, Drucksache 15/1170.
- Deutsches Institut für Normung (1995) **DIN EN ISO 8402: Qualitätsmanagement Begriffe**, Beuth Verlag, Berlin.
- Dilling (1984) **Prevalence of mental disorders in the small-town rural region of Traunstein (Upper Bavaria)**, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 69, 1, 60 - 70.
- Dilling, H (2001) **Psychische Störungen in der primären Gesundheitsversorgung - Diagnostik und Behandlungsrichtlinien (25-Karteikarten-System)**, Hans Huber Verlag, Bern.
- Dilling, H; Mombour, W; Schmidt, MH (1993) **Internationale Klassifikation psychischer Störungen – ICD 10 Kapitel V - Klinisch diagnostische Leitlinien**, Hans Huber Verlag, Bern, Göttingen, Toronto, Seattle.
- Dilling, H; Weyerer, S; Engel, U (1978) **Patienten mit psychischen Störungen in der Allgemeinarztpraxis und ihre psychiatrische Überweisungsbedürftigkeit**, in: *Psychiatrische Epidemiologie - Geschichte, Einführung und ausgewählte Forschungsergebnisse*, Häfner, H (Hrsg.), Springer, Heidelberg, 135 - 160.

- Donabedian, A (1982) **An exploration of structure, process and outcome as approaches to quality assessment**, in: *Quality Assessment of Medical Care*, Selbmann, HK & Überla, K (Hrsg.), 69.
- Engel, U (1998) **Einführung in die Mehrebenenanalyse**, Westdeutscher Verlag GmbH, Opladen/Wiesbaden.
- Faber, FR & Haarstrick, R (1989) **Kommentar Psychotherapierichtlinien**, Jungjohann Verlagsgesellschaft, Neckarsulm.
- Fichter, MM (1990) **Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung**, Springer Verlag, Berlin.
- Fischer, GC (1995) **Primärärztliche Qualitätszirkel in der Bundesrepublik Deutschland**, in: *Evaluation qualitätssichernder Maßnahmen in der Medizin*, Selbmann, HK (Hrsg.), Bleicher Verlag, 171-188.
- Fischer, H; Kirste, HJ; Lutz, H; Rust, V (1997) **Daten zu sozialmedizinischen Problempatienten aus der Sicht der Rentenversicherung**, in: *Psychosomatische Rehabilitation und Sozialmedizin*, Olbrich, D & Plassmann, R (Hrsg.), Peter Lang - Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt/Main, 20 - 33.
- Franke, G (1995) **Die Symptomcheckliste von Derogatis. Deutsche Version (SCL-90-R)**, Beltz Test GmbH.
- Franz, M & Schepank, H (1994) **Zur inadäquaten Inanspruchnahme somatomedizinischer Leistungsangebote durch psychogen erkrankte Patienten**, Fortschr. Psychiatrie, 62; 40 - 45.
- Fritzsche, K; Campagnolo, I; Seidenglanz, K; Wirsching, M (1998) **Die Kooperation von Hausarzt und Psychotherapeut**, Z Allg Med, 74; 318 - 320.
- Fritzsche, K; Schwoerer, P; Wirsching, M (1994) **Psychosomatische Grundversorgung - Strukturiertes Fortbildungsprogramm im Praxisalltag**, Deutsches Ärzteblatt, 46, A-3174 - 3178.
- Fritzsche, K & Wirsching, M (1993) **Psychosomatische Grundversorgung - Konzept, Umsetzung, erste Erfahrungen**, Z Allg Med, 69; 294 - 298.
- Gater, R; Tansella, M; Korten, A; Tiemens, B; Mavreas, V; Olatawura, M (1998) **Sex Differences in the Prevalence and Detection of Depressive and Anxiety Disorders in General Health Care Settings**, Arch Gen Psychiatry, 55; 405 - 413.
- Gerlach, FM (2001) **Qualitätsförderung in Praxis und Klinik**, Thieme, Stuttgart.
- Gerlach, FM; Beyer, M; Szecsenyi, J; Fischer, GC (1998) **Leitlinien in Klinik und Praxis**, Deutsches Ärzteblatt, 95; 17, A 1014 - A 1021.

- Goldberg, DP & Blackwell, B (1970) **Psychiatric Illness in general practice**, *BMJ*, 2, 439 - 443.
- Goldberg, DP & Lecrubier, Y (1995) **Form and Frequency of mental disorders across centres**, in: *Mental Illness in General Health Care - An international Study*, Üstün, TB & Sartorius, N (Hrsg.), John Wiley and Sons, New York, 323 - 334.
- Greden, J (2001) **The burden of disease of treatment-resistant depression**, *J Clin Psychiatry*, 62; Supplement 16, 26 - 31.
- Greiner, W (2000) **Die Berechnung von Kosten und Nutzen im Gesundheitswesen**, in: *Gesundheitsökonomische Evaluationen*, Schöffski, O & v.d. Schulenburg, M (Hrsg.), Springer Verlag, Berlin, 159 -173.
- Grimshaw, JM & Russel, IT (1993) **Effect of clinical guidelines on medical practice: a systematic review of rigorous evaluations**, *Lancet*, 342; 1317 - 1322.
- Haltenhof, H; Oswald, F; Bühler, K.-E.; Geyer, S (2000) **Psychosoziale Kompetenz von Hausärzten und Versorgung psychisch Kranker: erste Ergebnisse einer Fragebogenstudie**, *Gesundheitswesen*, 62; 463 - 467.
- Harmann, P; Grüßer, M; Jörgens, V (1995) **Strukturierte kassenärztliche Qualitätszirkel zum Thema Diabetikerbetreuung**, *Z ärztl. Fortbild.*, 89; 415 - 418.
- Hautzinger, M; Bailer, M; Worall, H; Keller, F (1994) **Beck-Depressions-Inventar (BDI)**, Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Härter, M; Kenk, A; Berger, M (1996) **Qualitätszirkel in der Psychosomatischen Grundversorgung**, in: *MMW - Taschenbuch Psychiatrie in der Praxis 23*, Helmchen, H & Hippus, H (Hrsg.), MMW Medizin Verlag, München, 76 - 84.
- Härter, M; Groß-Hardt, M; Berger, M (1998) **Qualitätszirkel in der psychiatrisch - psychotherapeutischen Versorgung**, in: *Qualitätssicherung in der psychiatrischen Versorgung - Modelle und Projekte in der Schweiz und Deutschland*, Hell, D, Bengel, J, & Kirsten-Krüger, M (Hrsg.), Karger, Basel, 88 - 101.
- Health Care Research Unit - University of Newcastle u. Tyne (1990) **North of England Study of Standards an Performance in General Practice. Final Report. Volume III - The effect of setting and implementing clinical standards**. Newcastle u. Tyne.
- Herr, R; Maier, W; Benkert, O (1995) **Results from Mainz Centre**, in: *Mental Illness in General Health Care - An international Study*, Üstün, TB & Sartorius, N (Hrsg.), John Wiley and Sons, New York, 121 - 135.
- Hohagen, F; Rink, K; Käßler, C; Schramm, E; Riemann, D; Weyerer, S; Berger, M (1993) **Prevalence and Treatment of Insomnia in General Practice - A Longitudinal Study**, *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 242; 329 - 336.

- Hoyer, J; Krause, P; Höfler, M; Beesdo, K; Wittchen, HU (2001) **Wann und wie gut erkennt der Hausarzt Generalisierte Angststörungen und Depressionen?**, MMW, Sonderheft I/2001; 26 - 35.
- Janssen, P (2001) **Psychosomatische Grundversorgung in Deutschland - Zur Geschichte in den westlichen Ländern**, Psycho, 19; 543 - 550.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (1993a) **Einheitliche Festlegungen der Qualifikationsvoraussetzungen für die psychosomatische Grundversorgung gem.§2 Abs.6 der Psychotherapierichtlinien**, Deutsches Ärzteblatt, 90; 51/52, A/1 - 3456.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (1993b) **Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für Verfahren der Qualitätssicherung gem.§135 Abs.3 SGB V**, Deutsches Ärzteblatt, 90; B 1148 - B 1151.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (1994) **Einheitlicher Bewertungsmaßstab - Stand 1.1.96**, Deutscher Ärzteverlag, Köln.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2001) **Grunddaten zur Vertragsärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland**, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Köln.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2002) **An der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte (Quelle: Bundesarztregister am 30.6.2001)**, Kassenärztliche Bundesvereinigung, Köln.
- Kassenärztliche Bundesvereinigung & Bundesverbände der Gesetzlichen Krankenkassen (1998) **Vereinbarung über die Anwendung der Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung als Anlage zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä)**.
- Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (2000) **SGB V (Auszug) - Stand 1.1.2000** Köln.
- Kerek-Bodden, H; Koch, H; Brenner, G; Flatten, G (2000) **Diagnosespektrum und Behandlungsaufwand der allgemeinärztlichen Patientenklientel**, ZäFQ, 94, 21 - 30.
- Kielhorn, R (1994) **Die Stellung der psychosomatischen Grundversorgung in der kassenärztlichen Versorgung: Konzept und Wirklichkeit in der Praxis**, in: *Psychotherapie in der Psychosomatischen Grundversorgung*, Geyer, M & Hirsch, R (Hrsg.), Barth Verlagsgesellschaft, Leipzig, Heidelberg, 3 - 10.
- Kieselbach, T (1998) **Arbeitslosigkeit und Rehabilitation: Ergebnisse der Arbeitslosenforschung in der BRD zum Zusammenhang von Arbeitslosigkeit und Gesundheit**, in: *Rehabilitationspsychiatrie*, Mauthe, JH (Hrsg.), Enke Verlag, 238 - 245.
- Kiessling, A & Henriksson, P (2002) **Efficacy of case method learning in general practice for secondary prevention in patients with coronary artery disease: randomized control study**, BMJ, 325; 877 - 808.

- Klaubner, J; Schröder, H; Selke, GW (1996) **Arzneimittelverordnungen nach Alter und Geschlecht**, in: *Arzneiverordnungsreport 1996*, Paffrath & Schwabe (Hrsg.), 497 - 512.
- Klemperer, D (1996) **Neue medizinische Kultur - Der patientenzentrierte Qualitätsbegriff**, *Mabuse*, 99; 22 - 27.
- Koch, U & Wittmann, WW (1990) **Evaluationsforschung - Bewertungsgrundlagen von Sozial- und Gesundheitsprogrammen**, Springer Verlag, Berlin.
- Köhle, K; Janssen, P; Richter, R (1996) **Fort- und Weiterbildung unter Berücksichtigung der Entwicklung in der Schweiz und in Österreich**, in: *Psychosomatische Medizin*, von Uexküll, T (Hrsg.), Urban und Schwarzenberg, München, 93 - 99.
- Kuehner, C (1997) **Fragebogen zur Depressionsdiagnostik nach DSM-IV (FDD-DSM-IV)**, Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Kruse, J; Heckrath, C; Schmitz, N; Alberti, L; Tress, W (1999) **Zur hausärztlichen Diagnose und Versorgung psychisch Kranker – Ergebnisse einer Feldstudie**, *Psychother med Psychol*, 49; 14 - 22.
- Kruse, J (2003) **Der Arzt, der Patient und die diagnostische Schlussbildung**, VAS-Verlag, Frankfurt am Main.
- Lamprecht, F (1996a) **Psychosomatische Rehabilitation**, *Z ärztl. Fortbild.*, 90; 511 - 517.
- Lamprecht, F (1996b) **Die ökonomischen Folgen von Fehlbehandlungen psychosomatischer und somatopsychischer Erkrankungen**, *Psychother med Psychol*, 46; 283 - 291.
- Lecrubier, Y (2001) **Depressive Illness and Disability**, *Eur Neuropsychopharmacol*, 10; Supplement 4, 439 - 443.
- Linden, M & Helmchen, H (1995) **Results from Berlin Center**, in: *Mental Illness in General Health Care - An international Study.*, Üstün, TB & Sartorius, N (Hrsg.), John Wiley and Sons, New York, 99 - 119.
- Linden, M; Lecrubier, Y; Bellantuono, C; Benkert, O; Kisely, S; Simon, G (1999) **The prescribing of psychotropic drugs by primary care physicians: an international collaborative study**, *J Clin Psychopharmacol*, 19; 2, 132 - 140.
- Linden, M; Maier, W; Achberger, M; Herr, R; Helmchen, H; Benkert, O (1996) **Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinarztpraxen in Deutschland**, *Nervenarzt*, 67; 205 - 215.

- Linzer, M; Spitzer, R; Kroenke, K; Williams, JB; Hahn, S; Brody, D; de Gruy, F (1996) **Gender, Quality of Life and Mental Disorders in Primary Care: Results From the PRIME-MD 1000 Study**, *Am J Med*, 101; 526 - 533.
- Loewenthal, K; Goldblatt, V; Gorton, T; Lubitsch, G; Bicknell, H; Fellowes, D; Sowden, A (1995) **Gender and Depression in Anglo-Jewry**, *Psychol Med*, 25; 1051 - 1063.
- Lomas, J; Anderson, GM; Domnick-Pierre, K; Vayda, E; Enkin, MW; Hannah, WJ (1989) **Do practice Guidelines guide practice? The Effect of a consensus statement on the practice of physicians**, *N Eng J Med*, 321; 1306 - 1311.
- Lorenz, W (2000) **Leitlinien als Inhalt des Qualitätsmanagements**, *Internist*, 7, M 163
- Löwe, B; Gräfe, K; Quenter, A; Buchholz, C; Zipfel, S; Herzog, W (2002) **Screening psychischer Störungen in der Primärmedizin: Validierung des "Gesundheitsfragebogens für Patienten (PHQ-P)" - Vortragsabstract zur Jahrestagung der DKPM 2002 in Neu-Ulm**, *Psychother Med Psychol*, 52; 2, 104 - 105.
- Luber, M; Hollenberg, J; Williams-Russo, P; DiDomenico, T; Meyers, B; Alexopolous, G; Charlson, M (2000) **Diagnosis, treatment, comorbidity and resource utilization of depressed patients in a general medical practice**, *Int J Psychiatry Med*, 30; 1, 1 - 13.
- Maier, W; Gänsicke, M; Gater, R; Rezaki, M; Tiemens, B; Florenzano Urzua, R (1999) **Gender differences in the prevalence of depression: a survey in primary care**, *J Affect Disord*, 33; 241 - 252.
- Margraf, J & Poldrack, A (2000) **Angstsyndrome in Ost- und Westdeutschland: Eine repräsentative Bevölkerungserhebung**, *Z Clin Psychol Psychother*, 29; 3, 157 - 169.
- Margraf, J; Schneider, S; Ehlers, A (2002) **DIPS – Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen**, 3. Auflage, Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Martin, K (1999) **Kosten nach Krankheitsarten**, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden.
- Mathers, C; Vos, T; Stevenson, C; Begg, S (2000) **The Australian Burden of Disease Study: Measuring the loss of health from Diseases, injuries and risk factors**, *Med J Aust*, 172; 12, 592 - 596.
- Meyer, AE (1992) **Eine kurze Geschichte der Psychosomatik - der Sonderweg der ehemaligen Bundesrepublik**, in: *Integrierte Psychosomatische Medizin in Praxis und Klinik*, Uexküll, Tv (Hrsg.), Schattauer Verlag, Stuttgart/New York, 35 - 42.
- Meyer, AE; Richter, R; Grawe, K; v.d. Schulenburg, JM; Schulte, B (1991) **Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapeutengesetzes**, Bundesministerium für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit, Hamburg.

- Morabia, A; Fabre, J; Dunand, J-P (1992) **The influence of Patients and Physicians Gender on Prescription of Psychotropic Drugs**, J Clin Epidemiol, 45; 2, 111 - 116.
- Ollenschläger, G; Helou, A; Kostovic-Cilic, L; Perleth, M; Raspe, HH; Rienhoff, O; Selbmann, HK; Oesingmann, U (1998) **Die Checkliste zur methodischen Qualität von Leitlinien**, ZäFQ, 92; 191 - 194.
- Paffrath, U (1997) **Überblick über die Arzneiverordnungen im Jahre 1996**, in: *Arzneiverordnungsreport 1997*, Paffrath, U & Schwabe, D (Hrsg.), Springer, Berlin, 1-20.
- Paffrath, U & Schwabe, D (1995) **Arzneiverordnungsreport 1995**, Gustav Fischer Verlag, Stuttgart.
- Paffrath, U & Schwabe, D (1996) **Arzneiverordnungsreport 1996**, Gustav Fischer Verlag, Stuttgart.
- Paffrath, U & Schwabe, D (1997) **Arzneiverordnungsreport 1997**, Springer, Berlin.
- Paffrath, U & Schwabe, D (1998) **Arzneiverordnungsreport 1998**, Springer, Berlin.
- Paffrath, U & Schwabe, D (1999) **Arzneiverordnungsreport 1999**, Springer, Berlin.
- Paffrath, U & Schwabe, D (2000) **Arzneiverordnungsreport 2000**, Springer, Berlin.
- Paffrath, U & Schwabe, D (1992) **Arzneiverordnungsreport 1992**, Gustav Fischer Verlag, Stuttgart.
- Paffrath, U & Schwabe, D (1993) **Arzneiverordnungsreport 1993**, Gustav Fischer Verlag, Stuttgart.
- Paffrath, U & Schwabe, D (1994) **Arzneiverordnungsreport 1994**, Gustav Fischer Verlag, Stuttgart.
- Petzold, E & Hendrichke, A (1993) **Was heißt Psychosomatische Grundversorgung**, Psycho, 19; 551 - 557.
- Presse- und Informationsamt der Bundesregierung (2002) **Sozialpolitische Umschau - Nr. 130**, Presse- und Informationsamt der Bundesregierung, Berlin.
- Reimer, C; Hempfing, L; Dahme, B (1979) **Iatrogene Chronifizierung in der Vorbehandlung psychogener Erkrankungen**, Prax Psychother Psychosom, 24; 3, 123 - 133.
- Rote Liste Service Gmbh (1995) **Rote Liste 1995**, ECV - Editio Cantor, Aulendorf/Württemberg.

Roter, D; Lipkin, M; Korsgaard, A (2001) **Sex Differences in Patients and Physicians Communication During Primary Care Medical Visits**, *Medical Care*, 29; 11, 1083 - 1093.

Sabo, D & Gordon, DF (1995) **Rethinking Mens Health and Illness**, in: *Mens Health and Illness: Gender, Power and the Body*, Sabo, D & Gordon, DF (Hrsg.), Sage Publications, Thousand Oaks, 1 - 21.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1989) **Jahresgutachten 1989 - Qualität und Wirtschaftlichkeit und Perspektiven des Gesundheitswesens**, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden Baden.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1990) **Jahresgutachten 1990 - Herausforderungen und Perspektiven der Gesundheitsversorgung** Baden Baden.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001a) **Gutachten 2000/2001 - Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit (Band I und II)**.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001b) **Gutachten 2000/2001 - Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit (Band III)**.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2002) **Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit - Zur Steigerung der Effizienz und Effektivität der Arzneimittelversorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (Addendum zum Gutachten 2000/2001)**, Nomos Verlag, Baden - Baden.

Sandholzer, H (1998) **Essentielle Psychosomatische Grundversorgung**, *Z Allg Med*, 74; 309 - 310.

Sandholzer, H (1999) **Qualitätssicherung in der Psychosomatik - Verbundstudie innerhalb des Demonstrationsprojektes zur Qualitätssicherung in der ambulanten Versorgung**, Nomos-Verlag, Baden-Baden.

Sandholzer, H; Cierpka, M; Fritzsche, K; Brucks, U; Deter, HC; Geyer, M; Härter, C; Höger, C; Richter, R; Janssen, M (1999) **Bado PSGV - Entwicklung und Erprobung einer Basisdokumentation für psychische, psychosomatische und psychosoziale Kontaktanlässe in der Primärversorgung**, *Psychotherapeut*, 44; 46 - 50.

Sandholzer, H & Pelz, J (1999) **Bericht der Projektkoordination**, in: *Qualitätssicherung in der Psychosomatik*, Bundesministerium für Gesundheit & Sandholzer, H (Hrsg.), Nomos Verlagsgesellschaft, Baden Baden, 7 - 105.

Saß, H & Houben, I (1998) **Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV**, Hogrefe, Göttingen, Bern, Toronto.

Schepank, H (1987) **Psychogene Erkrankungen der Stadtbevölkerung**, Springer Verlag.

- Schepank, H (1990) **Verläufe - Seelische Gesundheit und psychogene Erkrankungen heute**, Springer Verlag, Berlin.
- Schepank, H (1995) **Der Beeinträchtigungsschwere-Score (BSS)**, Beltz/PVU.
- Schieber, K (2000) **Evaluationsstudie im Rahmen der Fort- und Weiterbildung PSGV**".
- Schöffski, O & Uber, A (2000) **Grundformen gesundheitsökonomischer Evaluationen**, in: *Gesundheitsökonomische Evaluationen*, Schöffski, O & v.d. Schulenburg, M (Hrsg.), Springer Verlag, Berlin, 175 - 203.
- Schrapppe, M & Lauterbach, KW (2001) **Medizinische Entscheidungsprozesse und Evidence-based Medicine**, in: *Gesundheitsökonomie, Qualitätsmanagement und Evidence-based Medicine*, Schrappe, M & Lauterbach, KW (Hrsg.), Schattauer Verlag, Stuttgart, 57 - 118.
- Schröder, H & Selke, GW (2000) **Der Arzneimittelmarkt in der Bundesrepublik Deutschland**, in: *Arzneiverordnungsreport 2000*, Springer, Berlin, 745 - 767.
- Schüffel, W; Maass, G; Brucks, U (1992) **Psychosomatische Grundversorgung - Curriculum 1993/94**, Hessisches Ärzteblatt, Sonderdruck, 10; 449 - 456.
- Schwabe, D & Paffrath, U (2001) **Regionale Unterschiede des Arzneimittelverbrauchs**, in: *Arzneiverordnungsreport 2001*, Springer, Berlin, 770 - 790.
- Schwartz, FW (1989) **Versorgung bei ausgewählten Anliegen und Diagnosen - Versorgung von Patienten mit psychischen Problemen**, in: *Die Evas-Studie*, Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (Hrsg.), Deutscher Ärzte-Verlag, Köln, 148 - 160.
- Selbmann, HK (1995) **Quality Assurance and Evaluation**, in: *Evaluation qualitätssichernder Maßnahmen in der Medizin*, Selbmann, HK (Hrsg.), Bleicher Verlag, 48 - 59.
- Simoni-Wastila, L (1998) **Gender and Psychotropic Drug Use**, *Med Care*, 36; 1, 88 - 94.
- Snijders, TAB & Bosker, RJ (1999) **Multilevel Analysis - An Introduction to basic and advanced multilevel modeling**, Sage Publications Ltd., London.
- Spießl, H & Cording, C (1999) **Zusammenarbeit von Hausärzten mit psychiatrischen Institutionen aus Sicht der Qualitätssicherung**, *ZäFQ*, 93; 129 - 133.
- Tausch, B (2001) **Ärztliche Qualitätszirkel auf dem Prüfstand**, Waxmann Verlag, Münster.
- Tress, W; Kruse, J; Heckrath, c; Schmitz, NAL (1997) **Der psychosomatische Patient beim Hausarzt - Ergebnisse einer Felduntersuchung**, in: *Psychosomatische Medizin - Ankunft in der Praxis*, Franz, M & Tress, W (Hrsg.), Verlag für Akademische Schriften, 55 - 67.

- Uexküll, T v (1998) **Was ist und was will "Integrierte Psychosomatische Medizin"?**, in: *Integrierte Psychosomatische Medizin*, Uexküll, T v (Hrsg.), Schattauer Verlag, Stuttgart, 17 - 34.
- v. Ferber, L & Köster, I (1994) **Qualitätsbewusste Arzneimitteltherapie ist wirtschaftlich**, ISAB - Verlag, Köln, Leipzig.
- van Dijk, L & de Bakker, DH (2002) **Professionalization of dutch PRG's and volume and costs of frequently prescribed drugs**, *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften*, 10, 292 - 304.
- Vos, T; Mathers, C; Hermann, H; Harvey, C; Gureje O; Bui, D; Watson, N; Begg, S (2001) **The burden of mental disorders in Victoria, 1996**, *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 36; 2, 53 - 62.
- Waller, K (1988) **Women doctors for women patients?**, *Br J Med Psychol*, 61; 125 - 135.
- Warnke, I; Gräfe, K; Quenter, A; Zipfel, S; Herzog, W; Fydrich, T; Löwe, B (2002) **Diagnostik und Indikatoren psychischer Störungen in der hausärztlichen Praxis (Poster auf dem Kongress der deutschen Gesellschaft für Medizinische Psychologie 2002 in Dresden)**.
- Watkins, C; Harvey, I; Langley, C; Gray, S; Faulkner, A (1999) **General Practitioners use of guidelines in the consultation and their attitudes to them**, *Brit J Gen Pract*, 49; 11 - 15.
- Weiffenbach, O; Gänsicke, M; Faust, G; Maier, W (1995) **Psychische und psychosomatische Störungen in der Allgemeinarztpraxis**, *MMW*, 137; 34, 528 - 534.
- Weigert, M & Pepels, W (1999) **Wiso-Lexikon Band 1: Betriebswirtschaftslehre, Statistik, Wirtschaftsrecht**, R. Oldenbourg Verlag, München.
- Winter, S; Wittchen, HU; Höfler, M; Spiegel, B; Ormel, H; Müller, N; Pfister, H (2000) **Hausärztliche Interventionen und Verschreibungsverhalten bei Depressionen. Ergebnisse der "Depression-2000"-Studie**, *MMW*, 118; Sonderheft I/2000, 31 - 39.
- Wittchen, HU (1990) **Composite International Diagnostic Interview nach ICD-10 (CIDI)**, Beltz Verlag, Weinheim.
- Wittchen, HU (1999) **Composite International Diagnostic-Screener (CID-S)**, Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Wittchen, HU; Essau, CA; v.Zerssen, D; Krieg, J-C; Zaudig, M (1992) **Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich Follow-up study**, *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*, 241, 247 - 258.

- Wittchen, HU; Garczinsky, E; Pfister, H (1997) **Composite International Diagnostik Interview (CIDI) nach ICD-10 und DSM-IV**, Hogrefe Verlag, Göttingen.
- Wittchen, HU; Hoyer, J; Höfler, M; Krause, P (2001a) **Hausärztliche Interventionen und Verschreibungsverhalten. Ergebnisse der GAD-P-Studie**, MMW, 119; Sonderheft I/ 2001, 36 - 41.
- Wittchen, HU; Höfler, M; Meister, W (2001) **Depressionen in der Allgemeinarztpraxis**, Schattauer Verlag.
- Wittchen, HU; Krause, P; Hoyer, J; Beesdo, K; Jacobi, F; Höfler, M; Winter, S (2001b) **Prävalenz und Korrelate Generalisierter Angststörungen in der Allgemein- arztpraxis**, MMW, Sonderheft I/ 2001; 17 - 25.
- Wittchen, HU; Müller, N; Pfister, H; Winter, S; Schmidtkunz, B (1999a) **Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland - Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys "Psychische Störungen"**, MMW, 61; Sonderheft II, 216 - 222.
- Wittchen, HU; Müller, N; Schmidtkunz, B; Winter, S; Pfister, H (2000a) **Erscheinungsformen, Häufigkeiten und Versorgung von Depressionen. Ergebnisse des Bundesgesundheits surveys "Psychische Störungen"**, Gesundheitswesen, 118; Sonderheft I, 4 - 10.
- Wittchen, HU; Schuster, P; Pfister, H; Müller, N; Storz, S; Isensee, B (1999b) **Depressionen in der Allgemeinbevölkerung - Schlecht erkannt und selten behandelt**, Nervenheilkunde, 18, 202 - 209.
- Wittchen, HU & Semler, J (1991) **Computergestütztes Composite Diagnostic Interview (DIA-X-CIDI)**, Swets Testservices Deutschland.
- Wittchen, HU; Winter, S; Höfler, M; Spiegel, B; Ormel, H; Müller, N; Pfister, H (2000b) **Häufigkeit und Erkennungsrate von Depressionen in der hausärztlichen Praxis**, MMW, Sonderheft I/2000; 22 - 30.
- Wittchen, HU; Zaudig, M; Fydrich, T (1997) **Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV (SKID I/II)**, Hogrefe, Göttingen.
- Wittchen, HU & Zerssen, D (1990) **Verlauf behandelter und unbehandelter Depressionen und Angststörungen**, Springer Verlag, Berlin.
- Zielke, M (1993) **Wirksamkeit stationärer Verhaltenstherapie**, Beltz, Weinheim.
- Zintl-Wiegand, A; Schmidt-Maushart, C; Leisner, R; Cooper, B (1978) **Psychische Erkrankungen in Mannheimer Hausarztpraxen - eine klinische und epidemiologische Untersuchung**, in: *Psychiatrische Epidemiologie - Geschichte, Einführung und ausgewählte Forschungsergebnisse*, Häfner, H (Hrsg.), Springer, Heidelberg, 111 - 130.

Zorn, U & Ollenschläger, G (1999) Qualitätsbestimmung in der medizinischen Versorgung - ein universelles Entwicklungsschema für Qualitätsindikatoren, ZäFQ, 93; 123 -128.

Verzeichnis der Abbildungen und Diagramme

Nr.	Titel	Seite
1	Theoretische Beziehung zwischen Qualität und Kosten gesundheitlicher Versorgung	11
2	Elemente des Qualitätskreislaufes	13
3	Entwicklung der Zahl der Qualitätszirkel in der ambulanten Versorgung in der BRD	18
4	Kosten in der ambulanten Versorgung	27
5	Entwicklung des GKV-Arzneimittelmarktes zwischen 1991 und 1999	32
6	Klassifikation psychischer Störungen nach ICD-10	36
7	Prävalenz psychischer Störungen in der BRD und international	40
8	Bedingungsgefüge von Erkennens- und Therapieprozessen	45
9	Zeitlicher Verlauf des Projektes und die Datensätze der Arbeit	81
10	Entwicklung der Patientenzahlen in der Qualitätszirkel- und Kontrollgruppe	83
11	Abweichung der Medikamentenkosten pro Patient vom Fachgruppenschnitt in DM	92
12	Boxplots der Flächen unter den Kurven für die Medikamentenkosten pro Patient	95
13	Abweichung der Rezeptkosten vom Fachgruppenschnitt in Prozent	97
14	Abweichung der Rezeptanzahlen vom Fachgruppenschnitt pro Patient in Prozent	99
15	Prozentualer Anteil der Patienten mit Medikamentenverordnungen	101
16	Prozentuale Veränderung zwischen II/95 und II/96 hinsichtlich der Kosten und der verordneten Tagesdosen	103
17	Entwicklung der Kosten pro Tagesdosis zwischen den II. Quartalen 1995 und 1996	104
18	Entwicklung der Tagesdosen pro Verordnung zwischen den II. Quartalen 1995 und 1996	105

19	Entwicklung der Arbeitsunfähigkeit für die Qualitätszirkelärzte	107
20	Entwicklung der Arbeitsunfähigkeitsfälle – Vergleich mit externen Daten	107
21	Entwicklung der Arbeitsunfähigkeitstage pro Fall – Vergleich mit externen Daten	108
22	Entwicklung der Summe der Arbeitsunfähigkeitstage – Vergleich mit externen Daten	109
23	Dauer der Arbeitsunfähigkeit bei psychischen und somatischen Erkrankungen	110
24	Verordnungen in den Medikamentengruppen in Abhängigkeit vom Arztgeschlecht	112
25	Menge an Verordnungen pro Patient in Abhängigkeit vom Geschlecht des Arztes	113
26	Abhängigkeit der Gesamtverordnungen von Alter und Geschlecht	115
27	Überweisungen in die Fachpsychotherapie im letzten Quartal	117
28	Abrechnung der Leistungsziffer 850	118

Verzeichnis der Tabellen

Nr.	Titel	Seite
1	Drei Ebenen der Versorgungsqualität nach Donabedian	9
2	Systematik gesundheitsökonomischer Evaluationen	28
3	Ärztliche Beratung und Gesprächstherapie in der Behandlung psychischer Störungen, Prozent aller Patienten in einer Praxis	49
4	Behinderung und Inanspruchnahme von Patienten mit generalisierten Angststörungen und Depressionen im Vergleich zur restlichen Patientenklientel	55
5	Leistungsziffern der Psychosomatischen Grundversorgung	62
6	Zusammensetzung der Stichprobe nach Fachgruppen	82
7	Ergebnisse der nonparametrischen Prüfungen für die Abweichungen der Medikamentenkosten pro Patient vom Fachgruppenschnitt	93
8	Modellrechnung zur Abweichung der Arzneykosten vom Fachgruppenschnitt über den Gesamtzeitraum	96
9	Ergebnisse der nonparametrischen Prüfungen für die Abweichungen der Rezeptkosten vom Fachgruppenschnitt	98
10	Ergebnisse der nonparametrischen Prüfungen für die Abweichungen der Rezeptanzahlen vom Fachgruppenschnitt	100
11	Verordnungen und Kosten je Verordnung zwischen 1995 und 1996	102
12	Ergebnisse der Varianzanalyse für die Veränderungen der Menge an verordneten Tagesdosen und den damit verbundenen Kosten zwischen 1995 und 1996 in der Qualitätszirkel- und Kontrollgruppe	103
13	Mittelwert der verordneten Tagesdosen pro Arzt in der Gruppe der Analgetika	106
14	Verteilung der Patientinnen und Patienten auf die Ärzte und Ärztinnen	111
15	Ergebnisse der logistischen Regression zur Analyse der Entscheidung zur Verordnung eines Medikamentes	112
16	Ergebnisse der linearen Regression zur Analyse der Höhe der Verordnungen	114

Abkürzungsverzeichnis

AABG	Arzneimittel-Ausgaben-Begrenzungs-Gesetz
AdjR ²	Adjusted R ²
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
AU	Arbeitsunfähigkeit
ÄZQ	Ärztliche Zentralstelle für Qualitätssicherung
BKK	Betriebskrankenkasse
BMÄ/EGO	Bundesmantelvertrag Ärzte / Einheitliche Gebührenordnung
BMG	Bundesministerium für Gesundheit
BSS	Beeinträchtigungsschwere-Score
CID-S	Composite International Diagnostic Screener
DALY	Disability Adjusted Liveyears
DDD	daily defined doses
df	Degrees of freedom
DIA-X	Diagnostisches Expertensystem
DIPS	Diagnostisches Interview Psychischer Störungen
DSM	Diagnostical and Statistical Manual – Version IV
EEG/EMG	Elektroenzephalogramm/Elektromyographie
EBM	Evidenzbasierte Medizin
EvaS	Erhebung über die Versorgung im ambulanten Sektor
GAD-P	Generalisierte Angst und Depression im primärärztlichen Sektor
GAS	Generalisierte Angststörung
GBB	Giessener Beschwerdebogen
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
GMG	Gesundheitssystemmodernisierungsgesetz
GRG	Gesundheitsreformgesetz
GSG	Gesundheitsstrukturgesetz
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
HLM	Hierarchical linear and nonlinear Modelling

HNO	Hals-Nasen-Ohren
ICD	International Classification of Diseases
IGES	Institut für Gesundheits- und Sozialforschung
IOM	Institute of Medicine
NOG	Neuordnungsgesetz
OR	Odds Ratio
PDCA	Plan-Do-Check-Act
PHQ-D	Patients-Health-Questionnaire – Deutsche Version
PSGV	Psychosomatische Grundversorgung
QALY	Quality Adjusted Lifeyears
SCL-90	Symptom-Check-List
SD	Standard Deviation
SGB	Sozialgesetzbuch
SPSS	Statistical Package for Social Sciences
STATA	Statistical Analysis (Softwarpaket)
SKID	Strukturiertes Klinische Interview für DSM-IV
SVR-KAG	Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
WHO	World Health Organisation
WPAI	Work Productivity an Acitivity Impairment Index
YLD	Years Lived with Disability

Thesepapier

1. Psychische Störungen besitzen aufgrund der Häufigkeit ihres Auftretens und persönlichen und gesellschaftlichen Folgen eine große Bedeutung in der primärärztlichen Versorgung.
2. Die üblicherweise durchgeführten Qualitätszirkel wirken höchstwahrscheinlich nicht kostendämpfend.
3. Werden die Behandlungskosten in Qualitätszirkeln direkt thematisiert, kann eine Kostendämpfung erreicht werden.
4. Ein strukturiertes, standardisiertes Modell für ärztliche Qualitätszirkel wird benötigt, da bisher unter dem Begriff eine sehr heterogene Gruppe von qualitätssichernden Maßnahmen subsumiert wird. Damit würden die Evaluation und darauf aufbauende Aussagen zu den Wirkungen von Qualitätszirkeln erleichtert werden.
5. Neben der Aus- und Weiterbildung der Ärzte gibt es eine Vielzahl weiterer Faktoren, die das ärztliche Handeln beeinflussen, z.B. Geschlecht des Arztes. Diese sollten in Ausbildung, Praxis, Forschung und bei Qualitätssicherungsinterventionen mehr Beachtung finden.
6. Trotz wiederholter Forderungen die Kostenaspekte der Gesundheitsversorgung mehr und besser zu untersuchen, ist die Datenlage in der BRD schlecht.

**Kurzfragebogen zum
Projekt Qualitätssicherung in der psychosomatischen Grundversorgung
und zum Interesse an Qualitätszirkeln**

Bitte innerhalb von 14 Tagen zurücksenden an:

Prof.Dr. H.-C. Deter
Projekt Qualitätssicherung
Abt. Psychosomatik und Psychotherapie
Universitätsklinikum Benjamin Franklin
Hindenburgdamm 30
12200 Berlin

A. Fragen zu Ihrer Praxis (bitte unbedingt ausfüllen)

1. Wie hoch schätzen Sie den prozentualen Anteil Ihrer Patienten mit psychischen und funktionellen/psychosomatischen Störungen als Vorstellungsgrund in Ihrer Praxis ein?
insgesamt:.... %,
davon psychisch/psychiatrisch:% funktionell/psychosomatisch:%
soziale Probleme:% sexuelle Probleme:%
körperliche Krankheiten mit psychosozialen Problemen:%
Suchtprobleme (Alkohol, Nikotin, Drogen):%

2. Geben Sie bitte den ungefähren Anteil Ihrer Patienten pro Altersgruppe an:
unter 18 Jahren:.....% 18 - 40:..... %
41 - 60:.....% über 60 Jahre:..... %

3. Wieviel ärztliche und nichtärztl. Mitarbeiter sind in Ihrer Praxis tätig?
ärztl. Mitarbeiter:.... nicht-ärztl. Mitarb.:.....

4. Mit welchen anderen Berufsgruppen arbeiten Sie zusammen (Überweisungspraxis):
Psychologen/Psychotherapeuten Psychiatern
Sozialarbeitern Krankengymnasten Suchtberatungsstellen
Selbsthilfegruppen Andere Welche?.....

B. Fragen zu Leistungen im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung?

1. Mit wieviel Prozent Ihrer Patienten arbeiten Sie pro Quartal vorwiegend im Sinn der "sprechenden Medizin"? bis 10% ; 11 - 20% ; 21 - 30% ; 31 - 40% ; mehr als 40%

2. Bei wieviel % Ihrer Patienten mit der Diagnose einer psychosomatischen/funktionellen Erkrankung verschreiben Sie eine Medikation?%

3. Wie oft haben Sie die Ziffern 850 und 851 im letzten Quartal im Vergleich zu allen ausführenden Ärzten Ihrer Fachgruppe abgerechnet?

850: unterdurchschnittlich durchschnittlich überdurchschnittlich
851: unterdurchschnittlich durchschnittlich überdurchschnittlich

4. Welche anderen Abrechnungsziffern nutzen Sie im Rahmen der "sprechenden Medizin" und wie oft haben Sie sie im letzten Quartal abgerechnet?

	unterdurchschnittl.	durchschnittl.	überdurchschnittl.	unterdurchschnittl.	durchschnittl.	überdurchschnittl.
9:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
820:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	821:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
822:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	825:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
830:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	855:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
856:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

bitte wenden

C. Fragen zur Tätigkeit im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung

1. Würden Sie den Anteil der "sprechenden Medizin" an Ihrer Tätigkeit gerne ausweiten?
 stark ausweiten 1 2 3 4 5 gar nicht ausweiten (bitte ankreuzen)
2. Sind seit Ihrer Niederlassung psychosoziale Aspekte in Diagnostik und Behandlung für Sie wichtiger oder weniger wichtig geworden?
 wichtiger 1 2 3 4 5 weniger wichtig
3. Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Tätigkeit?
 sehr zufrieden 1 2 3 4 5 sehr unzufrieden
4. Wieviel Überweisungen zum Psychotherapeuten oder Psychiater haben Sie im letzten Quartal veranlaßt?
 keine ; 1 - 5 ; 6 - 10 ; 11 - 20 ; mehr als 20
5. Haben Sie jemals an einer Balintgruppe teilgenommen? Ja Nein Wenn ja, geschätzte Anzahl der Sitzungen (Dpst.): bis 10 ; 11 - 20 ; 21 - 40 ; mehr als 40
6. Haben Sie an Theoriestunden zur psychosomatischen Grundversorgung teilgenommen?
 - im Rahmen einer abgeschlossenen Weiterbildung für den Zusatztitel Psychoth: Ja Nein
 - im Rahmen von Fortbildungen mit Kursen: Ja Nein
 - durch die Übergangsbestimmungen bei der Einführung des Zusatztitels: Ja Nein
7. Haben Sie Vorschläge zur Verbesserung der Praxis der psychosomatischen Grundversorgung?

D. Teilnahmebereitschaft am Projekt "Qualitätssicherung ..."

- | | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| - Ich habe Interesse an Qualitätszirkeln und bin bereit, an dem Projekt "Qualitätssicherung in der psychosomatischen Grundversorgung" teilzunehmen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Ich habe kein Interesse an der Teilnahme an Qualitätszirkeln, bin aber bereit, in begrenztem Umfang an dem Projekt "Qualitätssicherung ..." teilzunehmen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Ich habe Interesse an dem Projekt, benötige für eine Entscheidung zur Teilnahme aber noch weitere Informationen. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Ich möchte nicht an dem Projekt teilnehmen, weil ich | | |
| - keine Leistungen zur psychosomatischen Grundversorgung erbringe. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - zu wenig Erfahrung in der psychosomatischen Grundversorgung habe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - andere Fortbildungsmöglichkeiten nutze | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

E. Fragen zu Ihrer Person (bitte unbedingt ausfüllen)

1. Wie alt sind Sie?.....Jahre Geschlecht: m / w
2. Seit wann sind Sie als niedergelassener Arzt tätig? 19.... Vollzeit Teilzeit
3. Welche Gebietsbezeichnungen haben Sie?.....
4. Welche Teilgebietsbezeichnungen haben Sie?.....

.....
(Datum)

(Praxisstempel)

(Unterschrift)

Wir danken Ihnen für Ihre Mitarbeit!

Lebenslauf

Persönliche Daten

Name	Heide Glaesmer
Geburtsdatum	18.7.1973
Geburtsort	Oschatz
Familienstand	ledig
Staatsangehörigkeit	deutsch

Schulbildung

1980 - 1990	Allgemeinbildende Polytechnische Oberschule Oschatz
1990 – 1992	Erweiterte Oberschule Oschatz

Studium

1992 - 1999	Studium an der Universität Leipzig Diplomstudiengang Psychologie an der Fakultät Biowissenschaften, Pharmazie und Psychologie
Oktober 1999 – September 2002	Stipendiatin am DFG-Graduiertenkolleg „Kostengünstige und bedarfsgerechte Versorgung im Gesundheitswesen“ von TU, FU und HU Berlin, Dissertation am Fachbereich Public Health der TU Berlin
seit Oktober 2002	Aufbaustudiengang Psychologische Psychotherapie (VT) Weiterbündungsverbund der TU Dresden

Praktika

September 1996 – Januar 1997	Praktikum in der psychiatrischen Abteilung des Parkkrankenhauses Dösen, Leipzig
------------------------------	---

Berufliche Tätigkeit

Mai-September 2000 Sept./Okt. 2001	Wissenschaftliche Mitarbeiterin im Projekt „Leipziger Langzeitstudie in der Altenbevölkerung (Leila)“ an der Universität Leipzig, Klinik für Psychiatrie
Seit Oktober 2002	Projektleiterin des DETECT-Projektes am Institut für Klinische Psychologie der TU Dresden (Informationen unter www.detect-studie.de)

Veröffentlichungen zur Dissertation

Glaesmer H; Deter HC: „Geschlechtsspezifische Aspekte des Verschreibungsverhaltens niedergelassener Ärzte – Therapieren Ärzte anders als Ärztinnen?“, Psychother Med Psychol 2002; 52; 386-391.

Glaesmer H; Deter HC: „Therapieren Ärztinnen anders als ihre männlichen Kollegen?“, Ärztin 2001; 48; Heft 1; 11.

Glaesmer H; Deter HC: „Arzneikostenentwicklung bei niedergelassenen Internisten und Allgemeinmedizinerinnen zwischen 1994 und 1997 im Vergleich zu einer Gruppe von Berliner Internisten in einem Qualitätssicherungsprogramm“ in: Fromm M (Hrsg.): Jahrbuch 2001 des Fachbereiches Humanmedizin der Freien Universität Berlin; FU Berlin; 2001.

Glaesmer H; Deter HC: „Die Balintgruppenerfahrung beeinflusste das diagnostische und therapeutische Handeln in der Psychosomatischen Grundversorgung“ (Kurzmittteilung), Balintjournal (in press).

Vorträge und Poster

September 2000 – Jahrestagung der DGSM in Berlin

Glaesmer H; Hartmann E; Deter HC: „Geschlechtsspezifische Aspekte des Verschreibungsverhaltens niedergelassener Ärzte im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung (PSGV)“

(Abstract in Gesundheitswesen 2000; 62; A69-70)

März 2001 – 59th Annual Meeting of the American Psychosomatic Society (APS) in Monterey, USA

Deter HC; Glaesmer H: **„Is the behavior of physicians standardized? Gender specific aspects of prescribed analgesics, psychopharmaceuticals and hypnoticals“**

(Abstract in Psychosomatic Medicine 2001; 63; 165-166)

März 2001 – Jahrestagung der DKPM in Bad Honnef

Glaesmer H; Deter HC: **„Bedeutung der Arbeitsunfähigkeit durch psychische, psychiatrische und psychosomatische Erkrankungen im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung (PSGV) bei niedergelassenen Ärzten“**

(Abstract in Psychother Med Psychol 2001; 51; 93)

März 2002 – Jahrestagung der DKPM in Ulm

Glaesmer H; Deter HC: **„Die GKV-Arzneikostenentwicklung bei Allgemeinmedizinern und Internisten zwischen 1992 und 1997 mit besonderer Berücksichtigung von Ärzten in einem Qualitätssicherungsprogramm in der Psychosomatischen Grundversorgung (PSGV)“**

(Abstract in Psychother Med Psychol 2002; 52; 89)

Juni 2004 – 25th European Conference on Psychosomatic Research in Berlin

Glaesmer H; Deter HC: **“Do Quality Circles diminish Costs of Care? Accounting Data analysis of primary care physicians in a Quality Assurance Project in Psychosomatic Basic Care”**

(Abstract submitted)

Versicherung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Arbeit ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen erstellt habe. Die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht. Die Arbeit wurde bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Heide Glaesmer