

Aus dem Institut für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie
der Universität zu Köln
Direktor (beurlaubt): Universitätsprofessor Dr. med. Dr. Sc. (Harvard) K.
W. Lauterbach MdB
Kommissarische Direktorin: Universitätsprofessorin Dr. med. S. A. K.
Stock

**Psychische und Verhaltensstörungen im
hausärztlichen Alltag – eine qualitative Studie als
Forschungsgrundlage für weitere Studien zu
psychischen und Verhaltensstörungen in der
hausärztlichen Praxis**

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde
der Medizinischen Fakultät
der Universität zu Köln

vorgelegt von
Ronja Busch
aus Bergisch Gladbach

promoviert am 14.November 2023

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln
2023

Dekan: Universitätsprofessor Dr. G. R. Fink

1. Gutachterin: Universitätsprofessorin Dr. med. S. Stock
2. Gutachter: Professor Dr. rer. soc. J. Kessler

Erklärung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Dissertationsschrift ohne unzulässige Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Bei der Auswahl und Auswertung des Materials sowie bei der Herstellung des Manuskriptes habe ich keine Unterstützungsleistungen erhalten.

Weitere Personen waren an der Erstellung der vorliegenden Arbeit nicht beteiligt. Insbesondere habe ich nicht die Hilfe einer Promotionsberaterin/eines Promotionsberaters in Anspruch genommen. Dritte haben von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertationsschrift stehen.

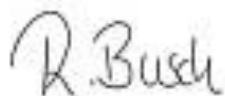
Die Dissertationsschrift wurde von mir bisher weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Das dieser Arbeit zugrunde liegende Studiendesign wurde durch mich entworfen, nachdem mich Herr Professor Pfaff, Direktor des Instituts für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft (IMVR) der Universität zu Köln, dahingehend beriet, qualitative Forschungsmethoden zu nutzen, um dem bestehenden Forschungsinteresse gerecht zu werden. Ich plante die Durchführung leitfadengestützter Experteninterviews und die anschließende Auswertung des Materials mittels der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Die Empfehlung hierzu stammte von Frau Dr. Karbach, ebenfalls aus dem IMVR der Universität zu Köln. Die Durchführung sämtlicher Interviews, wie auch die Transkription erfolgte durch mich persönlich. Für die Auswertung des Interviewmaterials nutzte ich die Software MAXQDA, dies auf Empfehlung von Herrn Dr. Redaelli des Instituts für Gesundheitsökonomie und Klinische Epidemiologie.

Erklärung zur guten wissenschaftlichen Praxis:

Ich erkläre hiermit, dass ich die Ordnung zur Sicherung guter wissenschaftlicher Praxis und zum Umgang mit wissenschaftlichem Fehlverhalten (Amtliche Mitteilung der Universität zu Köln AM 132/2020) der Universität zu Köln gelesen habe und verpflichtete mich hiermit, die dort genannten Vorgaben bei allen wissenschaftlichen Tätigkeiten zu beachten und umzusetzen.

Köln, den 11.08.2023



Unterschrift:

Danksagung

Ich danke Herrn Dr. Redaelli für seine nette, verbindliche und gründliche Betreuung meiner Promotion und dafür, dass er meine Motivation zur Arbeit neu entfachen und aufrechterhalten konnte.

Ich bedanke mich bei Prof. Dr. Bödecker, der mir zu seiner Zeit als Lehrstuhlinhaber für das Fach Allgemeinmedizin der Universität zu Köln das Thema der vorliegenden Arbeit überlassen hat.

Meinen Eltern danke ich für die enge Begleitung meines gesamten Studiums und für die Unterstützung meiner Promotion, insbesondere damit, dass sie mir durch Einladungen zu sich, inklusive Vollverpflegung und Kinderbetreuung, zwei freie Wochenenden verschafft haben, in denen ich schlussendlich große Schritte in Richtung Fertigstellung der Arbeit machen konnte.

Ich danke meinem Freund Matze für sein Verständnis und für seine Begleitung in anstrengenden Zeiten mit wechselnden Launen, auch im Zusammenhang mit der Arbeit an meiner Promotion.

Für Fiete.

Inhaltsverzeichnis

1.	ZUSAMMENFASSUNG	8
2.	EINLEITUNG	10
2.1.	Motivation zur Arbeit	10
2.2.	Aufteilung der Arbeit	11
2.3.	theoretische Einführung in die Thematik	11
2.3.1.	Was sind Psychische und Verhaltensstörungen? Definition und Klassifikation.	11
2.3.2.	Definition der Hausarztrolle	12
2.3.3.	Definition der Psychotherapeutenrolle	14
2.4.	Stand der Forschung	15
2.4.1.	Prävalenz	15
2.4.2.	Wer sind die betroffenen Patienten?	16
2.4.3.	Bedeutung für Gesellschaft und Gesundheitssystem	16
2.4.4.	Bedeutung für die betroffenen Patienten	17
2.4.5.	Bedeutung für die Hausärzte	17
2.4.6.	Überbehandlung von F-Diagnosen in Deutschland	18
2.4.7.	Unterbehandlung von F-Diagnosen in Deutschland	18
2.4.8.	Zusammenfassung und Wertung der Aussagen aus der Literatur	20
2.5.	Interesse, Ziel, Fragestellung und Forschungsgegenstand der Arbeit	21
2.5.1.	Forschungsinteresse und Ziel der Arbeit	21
2.5.2.	Fragestellung der Arbeit	22
2.5.3.	Methodologisch verorteter Forschungsgegenstand	23
3.	MATERIAL UND METHODEN	24
3.1.	Allgemeines	24
3.1.1.	Warum qualitative Forschung?	24
3.1.2.	Grundprinzipien qualitativer Forschung	24
3.2.	Material	26
3.2.1.	Gestaltung des Interviewleitfadens	26
3.2.2.	Rekrutierung der Studienteilnehmer	27
3.2.3.	Kurzfragebogen	28
3.2.4.	Leitfaden gestützte Experteninterviews	28
3.2.5.	Verschriftlichung der Daten	28

3.3.	Methoden	29
3.3.1.	Grundprinzipien der „Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring“	29
3.3.2.	Zusammenfassung	31
3.3.3.	Strukturierung	34
3.3.4.	Ablaufmodell der Analyse	36
4.	ERGEBNISSE	42
4.1.	Bestimmung des Ausgangsmaterials	42
4.1.1.	Festlegung des Materials	42
4.1.2.	Entstehungsbedingungen des Materials	42
4.1.3.	Formale Charakteristika des Materials	44
4.2.	Fragestellung der Analyse	45
4.2.1.	Richtung der Analyse	45
4.2.2.	Theoretische Differenzierung der Fragestellung	46
4.3.	Zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse	46
4.3.1	Festlegung der Analyseeinheiten	46
4.3.2.	Abstraktionsniveau der Zusammenfassung und Selektionskriterium der induktiven Kategorienentwicklung	47
4.3.3.	Das induktive Kategoriensystem	48
4.3.4.	Die einzelnen Interviews dargestellt und zusammengefasst anhand der entwickelten induktiven Kategorien	48
4.4.	Deduktive Kategorienbildung und inhaltlich strukturierende Inhaltanalyse	69
4.4.1.	Theoriegeleitete Entwicklung der Hauptkategorien	69
4.4.2.	Definitionen, Ankerbeispiele und ggf. Kodierregeln der deduktiven Hauptkategorien	71
4.4.3.	Subsumption der induktiven Kategorien unter die Hauptkategorien	75
4.5.	Auswertung der Kategoriensysteme	80
4.5.1.	Häufigkeitsanalyse des induktiven Kategoriensystems	80
4.5.2.	Auswertung der inhaltlichen Strukturierung	86
5.	DISKUSSION	98
5.1.	Diskussion der Methodik	98
5.2.	Diskussion der Ergebnisse	100
6.	FAZIT	108

7.	LITERATURVERZEICHNIS	109
8.	ANHANG	113
8.1.	Abbildungsverzeichnis	113
8.2.	Infoschreiben und Fragebogen	114
8.3.	Einwilligungserklärung	116
8.4.	Interviewleitfaden	123
8.5.	Induktives Kategoriensystem	125
8.6.	Kategoriensystem aus deduktiven und induktiven Oberkategorien mit Einordnung aller induktiver Kategorien	209
8.7.	Zusammenstellung der sehr häufigen und häufigen Kategorien aus der Häufigkeitsanalyse der induktiven Kategorien	257

1. Zusammenfassung

Das für die Versorgungsforschung relevante Thema „Psychische und Verhaltensstörungen im hausärztlichen Alltag“ ist Inhalt der vorliegenden Studie. In Ergänzung zu zahlreichen quantitativen Studien zu der Thematik, soll mithilfe dieser qualitativen Studie ein Erkenntnisgewinn dahingehend gelingen, wie die bestehende Situation aus hausärztlicher Sicht gesehen wird, welche Herausforderungen es gibt und welche individuellen oder strukturellen Lösungsvorschläge die Hausärzte haben. Es soll ein möglichst gegenstandsnahe Bild der Situation gezeichnet werden, in der sich hausärztlich tätige, niedergelassene Ärzte bei der Betreuung ihrer psychisch und verhaltensgestörten Patienten befinden und ein Verständnis für diese Situation generiert werden.

Die zugrundeliegende Fragestellung ist formuliert als „Wie empfinden Hausärzte ihre aktuelle Situation in der Betreuung von Patienten mit einer „Psychischen und Verhaltensstörung“ – vor allem unter Berücksichtigung ihrer Behandlungsoptionen?“.

Als Methode wurden leitfadengestützte Experteninterviews gewählt, welche vollständig transkribiert und anschließend mittels Zusammenfassung und inhaltlicher Strukturierung im Sinne der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring analysiert wurden. Es folgte eine Häufigkeitsanalyse der angesprochenen Kategorien, um besonders relevant erscheinende Aspekte herauszustellen. Doch auch individuelle Einzelmeinungen wurden in der Auswertung berücksichtigt.

Ein neuer Aspekt dieser Studie ist die lautwerdende Vermutung, es könne aufgrund verschiedener Ursachen eine relevante Überschätzung der Fallzahlzunahme von psychischen oder Verhaltensstörungen vorliegen.

Trotz womöglich in der Realität tatsächlich weniger drastisch ausfallender Zunahme an Erkrankungen, bedingen Psychische und Verhaltensstörungen dennoch diverse Herausforderungen, die den hausärztlichen Alltag problematisch zu machen scheinen: die unzureichende Kommunikation und Zusammenarbeit mit den Therapeuten, der große Zeitaufwand, den die Betreuung der betroffenen Patienten für die Hausärzte bedeutet, die empfundene schwierige Objektivierbarkeit der Erkrankungen, der Mangel an verfügbaren Therapeuten ebenso wie die daraus resultierenden langen Wartezeiten bei ihnen, zudem das negative Bild von psychischen und Verhaltensstörungen in der Gesellschaft, die persönliche emotionale Belastung der Hausärzte durch den Umgang mit den psychisch erkrankten Patienten, die Unbeliebtheit von Psychopharmaka auf Seiten von Patienten und Hausärzten und der unabsehbare Verlauf der Erkrankungen.

Neben allen Herausforderungen werden auch zahlreiche Ratschläge und Lösungsvorschläge laut. Wiederholt wird die Empfehlung ausgesprochen, sich als Hausarzt über direkte Kommunikation ein Netzwerk aufzubauen, welches eine akute Anbindung und Versorgung dringender Fälle ermöglichen kann. Zudem formulieren mehrere Hausärzte die Empfehlung

und Warnung, sich als Hausarzt in der Versorgung psychisch erkrankter Patienten nicht zu überschätzen. In psychiatrischen Notfallsituationen wird einheitlich zu einem stringenten Vorgehen mit konsequenter stationärer Einweisung geraten. Für den Umgang mit der eigenen emotionalen Belastung wird zu Gesprächen und zu einer Distanz zu den Patienten geraten. Zusätzlich zu diesen häufig genannten Empfehlungen und Ratschlägen gibt es noch eher einzelne konkrete individuelle, welche ebenfalls in den Ergebnissen dargestellt werden.

Strukturell wünschen sich die Hausärzte einige Veränderungen. Neben dem Wunsch nach mehr Kassenzulassungen für mehr Therapeuten besteht auch der Wunsch nach einer besseren Kommunikation mit ihnen sowie nach einem attraktiveren Fortbildungsangebot zu der Thematik. Es gibt die Idee, die psychosomatische Grundausbildung auszuweiten und den Wunsch nach einer gesteigerten Entlohnung hausärztlicher Arbeit im Zusammenhang mit psychisch erkrankten Patienten. Zudem wünschen sich Hausärzte klarere Definitionen psychiatrischer Erkrankungen.

Insgesamt scheint die Vorannahme aus der Literaturrecherche, dass psychische und Verhaltensstörungen problematisch für den hausärztlichen Alltag sind, aufgrund der Fülle an genannten Herausforderungen bestätigt. Trotzdem zeichnen die Hausärzte im überwiegenden Teil des Interviewmaterials ein positives, nahezu ungetrübtes und den Herausforderungen gewachsenes Selbstbild.

Aufgrund der herausragenden Rolle der Hausärzte im Zusammenhang mit psychisch und verhaltensgestörten Patienten, sei es für die Patienten selber, sei es für die Gesellschaft in der Funktion als „sozialer Kontrolleur“, sollte den Hausärzten ihre Situation nach Möglichkeit erleichtert werden. Hier wird an eine angemessenere Entlohnung investierter Zeit gedacht ebenso wie an eine Ausweitung von Aus- und Weiterbildungsoptionen, eine Erleichterung der Netzwerkarbeit mit den Therapeuten sowie eine Ausweitung der Berichtspflicht der Therapeuten gegenüber den Hausärzten.

2. Einleitung

Nicht nur die Motivation zu der vorliegenden Arbeit, sondern auch die theoretische Einführung in die zugrundeliegende Thematik und die Ergebnisse einer aktuellen Literaturrecherche zur Thematik, sowie die Definition von Forschungsinteresse, -ziel und Fragestellung sind Inhalt dieses Kapitels.

2.1. Motivation zur Arbeit

Sowohl in den Medien als auch im persönlichen Gespräch mit klinisch tätigen Medizinern vermittelt sich der Eindruck, dass die Anzahl von Patienten mit einer psychischen und Verhaltensstörung seit mehreren Jahren stetig zunimmt. Das Thema der psychischen und Verhaltensstörungen erscheint relevant für die Versorgungsforschung. Die zunehmende Anzahl an Patienten und Fällen lässt sich auch anhand von Zahlen der Gesundheitsreports der gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland klar belegen. Aus ihnen geht hervor, dass der Anteil an Arbeitsunfähigkeitstagen aufgrund einer solchen Erkrankung seit über zehn Jahren stetig wächst.¹⁻⁵ Der letzten Sonderanalyse zu psychischen und Verhaltensstörungen im DAK-Gesundheitsreports 2013 kann man entnehmen, dass zwischen 1997 und 2012 die AU-Tage durch psychische Erkrankungen um 165% anstiegen.⁶ Der Umgang mit der zunehmenden Anzahl betroffener Patienten stellt einerseits enorme Anforderungen an das deutsche Gesundheitssystem und andererseits auch persönlich an die behandelnden Ärzte. Der Hausarzt ist in Deutschland derjenige, der nicht nur bei physischen, sondern auch bei psychischen Problemen oder Belastungen seiner Patienten meistens primär konsultiert wird.⁷ Er ist demnach die erste Anlaufstelle und trägt damit eine besondere Verantwortung für eine korrekte Diagnosestellung und das weitere Prozedere für den Patienten, auch und vor allem im Fall der vermeintlichen Diagnose einer psychischen und Verhaltensstörung. Abgesehen von einigen existierenden Zahlen zur Situation deutscher Hausärzte mit ihren psychisch und verhaltensgestörten Patienten, ist über den praktischen Alltag der Ärzte in diesem Zusammenhang bislang wenig bis gar nichts bekannt. Darüber, was die ansteigenden Fallzahlen psychisch und verhaltensgestörter Menschen konkret für die hausärztliche Versorgung bedeuten und welche Herausforderungen daraus für den betreuenden Arzt resultieren, kann bislang nur spekuliert werden. Immer wieder drängt sich vor allen Dingen die Beschränktheit der Behandlungsoptionen für Patienten mit einer psychischen und Verhaltensstörung in den Vordergrund. Das Interesse dieser Arbeit gilt weniger der Analyse objektiver Fallzahlen, als vielmehr den alltäglichen Erfahrungen hausärztlicher Kollegen, praxisnahen Ratschlägen und problemorientierten Lösungsstrategien für bestehende Herausforderungen. Aufgrund dieses Forschungsinteresses fiel die Wahl einer passenden Methodik auf einen qualitativen Forschungsansatz und die Durchführung qualitativer Interviews mit betroffenen Hausärzten zur Materialgewinnung.

2.2. Aufteilung der Arbeit

Nachdem im vorangehenden Abschnitt die Motivation zu der vorliegenden Arbeit erläutert wurde, werden im nächsten Abschnitt (2.3.: „Theoretische Einführung in die Thematik“) zunächst einige, für diese Studie relevante, Begriffe und Rollen definiert. Kapitel 2.4., „Stand der Forschung“, wird anschließend bereits existierende Forschungsergebnisse bezüglich der Thematik zusammenfassen. In Kapitel 2.5. wird daran anknüpfend sowohl das grundsätzliche Forschungsinteresse, als auch das konkrete Ziel, die Fragestellung und der Forschungsgegenstand dieser Arbeit definiert. Kapitel 3 stellt die gewählte Methodik sowie das Material dieser Studie vor, woraufhin in Kapitel 4 die Ergebnisse der durchgeführten Interviewstudie präsentiert werden. In Abschnitt 4.1. wird hierbei das Ausgangsmaterial analysiert, in 4.2. die Fragestellung der Analyse festgelegt, in Kapitel 4.3. findet die zusammenfassende Inhaltsanalyse statt, in 4.4. die inhaltlich strukturierende und schließlich erfolgt in Kapitel 4.5. die Auswertung der Kategoriensysteme. In Kapitel 5 findet die Diskussion dieser Ergebnisse statt und in Kapitel 6 wird das Fazit formuliert. Schlussendlich folgt nur noch das Literaturverzeichnis (Kapitel 7) und der Anhang (Kapitel 8).

2.3. theoretische Einführung in die Thematik

Zum Einstieg in die Thematik soll der Begriff „Psychische und Verhaltensstörungen“ definiert werden, ebenso die Rolle des Hausarztes und die des Psychotherapeuten.

2.3.1. Was sind Psychische und Verhaltensstörungen? Definition und Klassifikation.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) ist der Herausgeber des international anerkannten und gebrauchten Klassifikationssystems für medizinische Diagnosen „ICD“ (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). Die aktuellste Variante dieses Klassifikationssystems zum Zeitpunkt dieser Studie war in Deutschland die ICD-10, die im Jahr 1998 die bis dahin gültige 9. Revision dieses Diagnosekataloges ablöste. Im Januar 2022 wurde die im Mai 2018 von der WHO verabschiedete ICD-11 international eingeführt. Aktuell gilt eine mindestens fünf Jahr dauernde Übergangszeit, bis die ICD-11 die ICD-10 gänzlich ersetzt. In deutscher Sprache gibt es bislang lediglich eine Entwurfsfassung der ICD-11. Kapitel V des noch gültigen Kataloges der ICD-10 klassifiziert sogenannte „Psychische und Verhaltensstörungen“, wobei „Störungen der psychischen Entwicklung“ mit eingeschlossen sind, jedoch „Symptome und abnorme klinische und Laborbefunde, die anderenorts nicht klassifiziert sind“ unter Kapitel XVIII eingeordnet werden. Kapitel V gliedert sich in folgende 11 Untergruppen:

1. Organische, einschließlich symptomatische psychische Störungen (F00-F09)
2. Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (F10-F19)
3. Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen (F20-F29)

4. Affektive Störungen (F30-F39)
5. Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)
6. Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59)
7. Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)
8. Intelligenzstörung (F70-F79)
9. Entwicklungsstörungen (F80-F89)
10. Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98)
11. Nicht näher bezeichnete psychische Störungen (F99-F99)

Diese 11 recht groben Hauptklassen beinhalten wiederum konkretere Untergruppen, was schließlich zu 79 unterschiedlichen Diagnosen führt, die mit bis zu vier Stellen im Code spezifisch klassifiziert werden können.⁸

All diese psychischen und Verhaltensstörungen beginnen ihren ICD-10-Code mit dem Buchstaben F. Daher werden sie im alltäglichen Sprachgebrauch häufig auch als „F-Diagnosen“ bezeichnet. Auch im weiteren Verlauf dieser Arbeit wird mitunter von dieser Formulierung Gebrauch gemacht.

Ein anderes Klassifikationssystem, das im Gegensatz zur ICD ausschließlich und speziell der Erfassung psychischer Störungen dient, ist das von der American Psychiatric Association (APA) herausgegebene DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) mit der aktuellsten Version DSM-5. Während sich die älteren Vorgängermodelle der aktuell gültigen Versionen noch deutlich voneinander unterscheiden, gibt es nach einer Anpassung der internationalen ICD an das amerikanische DSM und einer gegenseitigen Abstimmung aufeinander aktuell nur noch geringfügige Differenzen. Das DSM beschreibt einige Definitionen für bestimmte Diagnosen noch etwas genauer und hebt ihre klinische Relevanz durch Funktionsbeeinträchtigungen und Belastungen stärker hervor. Dafür ist die Kodierung der ICD-10 etwas differenzierter und besser nachvollziehbar. In der Forschung werden beide Systeme international eingesetzt. Für die klinische Praxis in Deutschland spielt allerdings nur das Klassifikationssystem der WHO eine Rolle, in dem somatische und psychische Erkrankungen gleichermaßen berücksichtigt werden, da hieraus ein enormer verwaltungstechnischer Vorteil entsteht.⁹

2.3.2. Definition der Hausarztrolle

Wie bereits in Kapitel 2.1. angesprochen, hat der Hausarzt eine Schlüsselposition, was die Versorgung seiner Patienten mit einer psychischen und Verhaltensstörung nach ICD-10 betrifft. Die meisten Patienten visitieren sowohl bei physischen als auch bei psychischen Problemen primär ihren Hausarzt.⁷ Daran hat sich auch durch die Einführung des Psychotherapeutengesetzes am 1. Januar 1999 wenig geändert. Seitdem müssen Patienten nicht mehr im sogenannten Delegationsverfahren zunächst einen Arzt, zumeist den Hausarzt, konsultieren, um von ihm eine Überweisung zu einem psychologischen Psychotherapeuten zu

bekommen.¹⁰ . Nach wie vor gibt es viele Patienten, die mit einer psychischen Erkrankung primär ihren Hausarzt konsultieren.⁷ Denkbare Gründe hierfür gibt es zahlreiche. Entweder möchten Patienten zunächst, dass eine zugrundeliegende oder hinzukommende somatische Erkrankung ausgeschlossen wird, oder ihnen sind die Wartezeiten für einen Termin beim Psychotherapeuten zu lange. Einige verkennen vielleicht die psychisch begründete Ursache ihrer Symptome und andere schätzen ihre Beschwerden als zu geringfügig für eine psychotherapeutische Behandlung ein. Für wieder andere mag auch das zum Hausarzt bestehende Vertrauensverhältnis der Grund für eine Kontaktaufnahme mit diesem sein. Hier ist der Hausarzt wesentlich in die Betreuung der Betroffenen involviert und verantwortlich für eine korrekte Einordnung der Symptomatik, eine Diagnosestellung und eine Einleitung der erforderlichen Therapie. Hinzu kommt, dass der Hausarzt selbst für den Fall, dass der primäre Kontakt über den psychologischen Psychotherapeuten läuft, trotzdem noch eine wichtige Funktion im weiteren Prozedere mit dem betroffenen Patienten hat. Spätestens nach Beendigung der probatorischen Sitzungen muss der Psychotherapeut den Patienten nämlich zu einem Arzt, in den allermeisten Fällen zum Hausarzt, schicken, um einen sogenannten Konsiliarbericht einzuholen. Hierfür muss der Hausarzt den Patienten persönlich untersuchen und den Bericht darüber anschließend innerhalb von höchstens drei Wochen an den psychologischen Psychotherapeuten zurücksenden. Der Bericht soll eine ausführliche Anamnese zu den aktuellen Beschwerden sowie zu Vorerkrankungen und der aktuellen Medikation dokumentieren. Außerdem sollte er eine Abklärung möglicherweise bestehender somatischer Beschwerden und eine Evaluation somatischer Befunde enthalten. Das Ziel ist eine medizinische Diagnosestellung. Bei diesem Verfahren geht es darum, dass bestehende somatische Erkrankungen ausgeschlossen werden, bevor der Therapeut mit der Behandlung fortfährt. Dem Arzt wird somit die Möglichkeit eingeräumt, eine Psychotherapie zu unterbinden, falls aufgrund medizinischer Befunde derzeit eine Kontraindikation, oder zumindest keine Indikation hierfür gesehen wird. Auch kann er die Art einer ärztlichen Mitbehandlung festlegen, falls erforderlich.

Ein weiterer wichtiger Aspekt für Hausärzte im Umgang mit ihren psychisch oder verhaltensgestörten Patienten ist die Bezahlung ihrer erbrachten Leistungen. Hier ist es wichtig zu wissen, dass der Hausarzt nur dann eine Genehmigung zur Durchführung von Maßnahmen der psychosomatischen Grundversorgung bzw. zu deren Abrechnung hat, wenn er im Rahmen seiner Weiterbildung einen Kurs der psychosomatischen Grundversorgung absolvierte. Dieser 80 Stunden dauernde Kurs ist seit 2003 fest in der Weiterbildungsordnung zum Facharzt für Allgemeinmedizin, ebenso wie in der Ausbildung zum Facharzt für Gynäkologie, verankert. Er umfasst 30 Stunden verbale Interventionstechniken und 20 Stunden Theorieseminare. Hinzu müssen über einen Zeitraum von mindestens sechs Monaten mindestens 30 Stunden Balintgruppenarbeit nachgewiesen werden. Sollten sich

Ärzte im Rahmen der hausärztlichen Versorgung niederlassen, die während ihrer Facharztausbildung diesen Kurs nicht absolviert haben, zum Beispiel Fachärzte für Innere Medizin, oder haben Hausärzte ihre Facharztausbildung bereits vor 2003 abgeschlossen, so müssen sie im Nachhinein noch an einem solchen Kurs teilnehmen, um berechtigt für die Abrechnung der entsprechenden Leistungen zu sein. Bei den abrechenbaren Leistungen im Rahmen der Psychosomatischen Grundausbildung geht es um die EBM-Ziffern 35100 und 35110. Unter die Ziffer 35100 fällt eine „Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände“. Der Patientenkontakt muss hier mindestens 15 Minuten dauern und ein „Schriftlicher Vermerk über ätiologische Zusammenhänge“ muss erfolgen, um diese Ziffer abrechnen zu können. Die EBM-Ziffer 35110 steht für eine „Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen.“ Hier ist eine „Systematische Nutzung der Arzt-Patienten-Interaktion“ und ebenfalls eine Mindestkontaktzeit von 15 Minuten Voraussetzung für die Abrechenbarkeit der Leistung. Hinzu kommt, dass die Gebührenordnungsposition 35110 bis zu dreimal am Tag berechnungsfähig ist. Beide Ziffern sind im aktuellen EBM-Katalog mit 193 Punkten bewertet und entsprechen damit einer Vergütung von 22,18 Euro.¹¹

Ein sehr großer Vorteil für Hausärzte bezüglich der Versorgung ihrer psychisch erkrankten Patienten ist die „erlebte Anamnese“. In den meisten Fällen besteht die Hausarzt-Patienten-Beziehung bereits seit mehreren Jahren. Dadurch kennt der Hausarzt nicht nur die aktuellen Symptome des Patienten, sondern auch seine Krankengeschichte. Er weiß über mögliche äußere und innere Belastungsfaktoren Bescheid und kann das persönliche und soziale Umfeld des Patienten einschätzen. Außerdem besteht zwischen Hausarzt und Patient in vielen Fällen ein stabiles Vertrauensverhältnis. Aus diesen Gründen bietet sich dem Hausarzt die Möglichkeit, auch sehr individuelle Strategien für den Umgang mit psychischen Belastungssituationen oder bereits manifesten Erkrankungen zu entwerfen. Er kann hierbei auf die ihm bekannten persönlichen Ressourcen seiner Patienten zurückgreifen. Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Betreuung psychisch oder verhaltensgestörter Patienten eine häufige und wichtige hausärztliche Aufgabe ist, deren Durchführung streng reglementiert ist und für die der Hausarzt persönliche und fachliche Qualifikationen benötigt.

2.3.3. Definition der Psychotherapeutenrolle

Die Bezeichnung "Psychotherapeut" darf in Deutschland nur von Ärzten, Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geführt werden. Diese dürfen psychotherapeutische Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nur dann erbringen und abrechnen, wenn sie eine mindestens siebenjährige Aus- und Weiterbildung durchlaufen haben, diese mit der psychotherapeutischen Approbation beendet haben und eine Kassenzulassung besitzen. Außerdem muss eine zugelassene Therapieform

angewendet werden und der Patient muss unter einer psychischen Störung leiden, die in den Psychotherapie-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgelistet ist.^{10,12} Die Kassenzulassung erhält der Psychotherapeut nach Antrag beim zuständigen Zulassungsausschuss. Dieser ist bei der Genehmigung von Zulassungen an die Zulassungsverordnung-Ärzte gebunden, worin die Einhaltung der Bedarfsplanung und Maßnahmen gegen Über- und Unterversorgung festgelegt sind.¹³

Die Kontaktaufnahme eines Patienten mit einem psychologischen Psychotherapeuten ist, wie bereits angesprochen, seit der Einführung des Psychotherapeutengesetzes am 1. Januar 1999 identisch mit dem Verfahren bei einem ärztlichen Psychotherapeuten. Die Patienten benötigen keine Überweisung von ihrem Hausarzt, sondern können sich ohne Umwege und ohne größeren bürokratischen Aufwand direkt mit ihrer Krankenversicherungskarte bei einem zugelassenen ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten vorstellen, wenn sie unter einer Symptomatik leiden, die sie selber als „psychischen Ursprungs“ einstufen.¹⁰ Daraufhin kann dieser, im Rahmen der „Probatorik“, fünf primäre Sitzungen bei der Krankenkasse des betroffenen Patienten in Rechnung stellen. Handelt es sich um einen Ansatz analytischer Psychotherapie werden sogar die Kosten für acht probatorische Sitzungen durch die gesetzlichen Krankenkassen übernommen. Bei diesen „probatorischen Sitzungen“ geht es darum, dass ein erstes Kennenlernen zwischen dem Patienten und dem Therapeuten stattfindet und der Therapeut im Fall einer harmonischen Beziehung gegebenenfalls eine Arbeitsdiagnose und Behandlungsindikation stellt. Bei gegebener Indikation muss der Therapeut, wie bereits erwähnt, zunächst bei einem Arzt einen Konsiliarbericht einholen. Widerspricht dieser nicht der geplanten Psychotherapie, muss der Patient daraufhin einen Antrag bei seiner Krankenkasse einreichen, dem der Psychotherapeut einen persönlichen Bericht an einen externen Gutachter beilegen muss. Wird die geplante Psychotherapie den Psychotherapie-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses gerecht, ist dieses Antrags- und Gutachterverfahren abgeschlossen und es kann mit der eigentlichen Therapie begonnen werden. Die Kosten, die im Rahmen einer bewilligten Therapie entstehen, werden dann von der Krankenkasse übernommen.^{10,12}

2.4. Stand der Forschung

Die Ergebnisse einer aktuellen Literaturrecherche zur Bedeutung psychischer und Verhaltensstörungen werden hier zusammengetragen.

2.4.1. Prävalenz

Es steht fest, dass sogenannte „Psychische und Verhaltensstörungen“, die in dem von der Weltgesundheitsorganisation (WHO) herausgegebenen und international anerkannten Diagnoseklassifikationssystem ICD-10, in Kapitel V definiert werden, in unserer heutigen Gesellschaft weltweit und besonders in den westlichen Industrienationen aufgrund ihrer

Prävalenz und aufgrund ihrer Krankheitslast eine enorme Rolle spielen.^{14,15} Im Rahmen des „World mental health – surveys“ der WHO wurde im Jahr 2004 in sechs europäischen Ländern eine großangelegte Interviewstudie durchgeführt. Hierbei kamen Ergebnisse zustande, nach denen zehn Prozent der Befragten innerhalb der letzten zwölf Monate an einer der in diese Studie einbezogenen psychischen Erkrankungen litten. Die erhobene Lebenszeitprävalenz für diese Erkrankungen lag bei 14 Prozent.^{16,17} Neueren und auf Deutschland beschränkten Studien zufolge, liegt die Zwölf-Monats-Prävalenz einer psychischen Erkrankung bei uns sogar bei fast 30 Prozent^{15,18} und die Lebenszeitprävalenz bei etwa 40 Prozent.¹⁹ Eine besondere Relevanz haben psychische und Verhaltensstörungen, weil ihre Prävalenz in relativ kurzer Zeit drastisch zugenommen hat.²⁰ Seit 1976 sind sie auf das fünffache angestiegen.³⁻⁵ Betrachtet man die Prävalenzen der unterschiedlichen psychischen und Verhaltensstörungen separat, fällt auf, dass Angststörungen, affektive Störungen und somatoforme Krankheitsbilder in allen Altersgruppen (18-65 Jahre) in der deutschen Allgemeinbevölkerung am weitesten verbreitet sind.^{7,18,19,21-23}

2.4.2. Wer sind die betroffenen Patienten?

Es scheint so zu sein, als gäbe es ein klassisches Risikoprofil, das mit dem Auftreten psychischer und Verhaltensstörungen einhergeht. Zahlreiche Studien weisen nach, dass Frauen häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen sind als Männer.^{4,15,21} Dies scheint für alle (untersuchten) F-Diagnosen zu gelten, abgesehen von „Psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ – vor allem durch Alkohol.^{16,19} Andere Faktoren, die das Risiko an einer solchen „Störung“ zu erkranken deutlich steigern, sind Arbeitslosigkeit, ein eher jüngeres Alter und das Leben ohne eheliche Beziehung (nie-verheiratete oder geschieden).^{15,16,21} Hinzu kommen eine bereits bestehende andere F-Diagnosen, das Durchleben verschiedener Verlustsituationen,²⁴ ein geringer sozioökonomischer Status und ein Leben im städtischen Umfeld.^{15,18}

2.4.3. Bedeutung für Gesellschaft und Gesundheitssystem

Die Gesundheitssysteme dieser Welt werden durch die enorme Prävalenz psychischer Erkrankungen stark strapaziert. Unter die weltweit führenden 20 Gründe für eine Behinderung fielen im Jahr 2004 sieben verschiedenen Diagnosen der Kategorie F nach ICD-10: Depression, Alkoholabhängigkeit, Bipolare Störung, Schizophrenie, Demenz, Panikstörung und Medikamentenabhängigkeit.¹⁴

In Deutschland machen sie aktuell nach Störungen der Atmung und des Skelettsystems die drittgrößte Anzahl an Arbeitsunfähigkeitstagen aus. Zwar ist der Anteil an AU-Fällen aufgrund einer psychischen und Verhaltensstörung nicht übermäßig hoch, doch der einzelne AU-Fall bedeutet eine durchschnittliche Ausfallzeit von deutlich über 30 bis zu über 40 Tagen.³⁻⁵ Affektiven Störungen kommt bezüglich der Einschränkung der Arbeitsproduktivität ein bedeutsam höherer Stellenwert zu, als Angst- und somatoformen Störungen.²¹

Aus diesen Umständen resultieren enorme Kosten, für das deutsche Gesundheitssystem– aber auch für Gesundheitssysteme anderer europäischer Länder ^{25,26} Eine Schätzung für die europaweit verursachten Kosten durch Patienten mit F-Diagnosen kommt auf insgesamt 798 Billionen Euro für das Jahr 2010 und liegt damit über 400 Billionen Euro über einer entsprechenden Schätzung von 2005. In der aktuelleren Untersuchung sind allerdings auch 19 statt zwölf Krankheitsentitäten mit eingeflossen und neue EU-Staaten hinzugekommen.²⁷ Bei den entstehenden Kosten geht es vor allen Dingen um indirekte Krankheitskosten, die durch den Arbeitsausfall der Patienten entstehen, aber auch direkte Kosten für Medikamente, Arztbesuche, Laboruntersuchungen, Krankenhausaufenthalte und ähnliches sind bei Patienten mit einer psychischen und Verhaltensstörung enorm. Die Betroffenen nehmen häufiger Leistungen des Gesundheitssystems in Anspruch, als Patienten ohne eine solche Erkrankung. Sie haben häufigere Hausarztbesuche und längere Hospitalisierungszeiten.^{28,29}

2.4.4. Bedeutung für die betroffenen Patienten

Aber nicht nur für die Gesellschaft und das Gesundheitssystem, sondern auch und vor allem für die betroffenen Patienten selber spielen psychische Erkrankungen eine erhebliche Rolle und bedeuten eine enorme Beeinträchtigung, die mit einem Verlust der physischen und psychischen Lebensqualität einhergeht.³⁰ Eine Einheit zum Abschätzen der Belastung des Patienten durch eine bestimmte Krankheit bzw. Behinderung, existiert seit der ersten „Global Burden of Disease“ - Studie von 1990. Es handelt sich um die sogenannten DALYs (= „disability-adjusted life years“).¹⁴ DALYs sind ein Maß für die Jahre, die aufgrund einer bestimmten Erkrankung in ihrer Qualität beeinträchtigt sind. Sie setzen sich zusammen aus den Jahren, die aufgrund von vorzeitigem Tod verloren gehen und den Jahren, die mit der entsprechenden Erkrankung/ Behinderung gelebt werden. Unter den 20 Krankheiten, die weltweit die meisten DALYs verursachen, befinden sich mit der unipolaren depressiven Störung (Platz 3) und der Alkoholabhängigkeit (Platz 17) zwei Erkrankungen des psychischen Formenkreises. Betrachtet man nur Länder mit einem mittleren bis hohen BIP, so führen unipolare depressive Störungen die Liste der DALYs sogar an und Alkoholabhängigkeit klettert auf Platz 8 bzw. 5.¹⁴ Bezüglich der Einschränkung der Lebensqualität spielen Diagnosen wie Dysthymie, schwere Depression, Posttraumatische Belastungsstörung, Panikstörungen und soziale Phobien eine besonders große Rolle.³⁰ Junge Frauen haben in allen Ländern eine maximale Krankheitsbelastung durch unipolare Depressionen.¹⁴

Einen zusätzlichen negativen Einfluss auf die Bedeutung von F-Diagnosen für die betroffenen Patienten hat die enorm hohe Komorbiditätsrate fast aller Erkrankungen dieses Formenkreises.^{15,19}

2.4.5. Bedeutung für die Hausärzte

Die große Anzahl von Patienten, die an einer psychischen Erkrankung oder einer Verhaltensstörung leiden, bedeutet auch für die Hausärzte eine enorme Beanspruchung. Viele

Patienten wählen nicht nur bei somatischen Beschwerden, sondern auch im Fall einer persönlich als „psychisch“ eingestuften Symptomatik primär ihren Hausarzt auf.⁷ Stichproben, die an einzelnen Tagen in hausärztliche Praxen durchgeführt wurden, zeigten, dass ein Viertel der Patienten, die ihren Hausarzt aufsuchen zu diesem Zeitpunkt an einer akuten psychischen Erkrankung litten³¹ - mehr als jeder Zehnte an einer Depression.³² Der Hausarzt ist für fast 90 Prozent der Patienten, die innerhalb eines Jahres ärztliche Hilfe wegen psychischer Beschwerden in Anspruch nehmen, die erste Anlaufstelle.⁷ Damit kommt dem Arzt eine enorme Verantwortung zu – nicht nur für seine betroffenen Patienten, sondern auch für die Gesellschaft. Hier agiert der Arzt als „sozialer Kontrolleur“. Hinzu kommt, dass es den Hausärzten zufolge häufig zu Problemen der Honorierung ihrer Leistungen im Umgang mit psychisch und verhaltensgestörten Patienten kommt.³³

2.4.6. Überbehandlung von F-Diagnosen in Deutschland

In Deutschland wird die Behandlung psychisch erkrankter Patienten, im Vergleich zu anderen Ländern relativ häufig durch Fachkräfte abgedeckt - und das weitestgehend unabhängig vom Schweregrad der vorliegenden Störung.^{34,35} Dieser Umstand ist vermutlich in der Möglichkeit des direkten Patientenzugangs zum Facharzt und zum psychologischen Psychotherapeuten begründet. Hieraus kann allerdings eine gesteigerte Behandlung von „Nicht-Patienten“ resultieren.³⁴ Hinzu kommt, dass auch hausärztliche Fehldiagnosen zu einer verbreiteten Behandlung von Patienten führen, bei denen unter Anwendung korrekter Kriterien keine psychische Erkrankung oder Verhaltensstörung vorliegt.³² Durch diese Missstände wird ein ohnehin stark beanspruchtes System zusätzlich belastet.

2.4.7. Unterbehandlung von F-Diagnosen in Deutschland

Demgegenüber steht leider eine, nicht nur in Deutschland, sondern auch in anderen Industrienationen bestehende, relevante Unterbehandlung von tatsächlich psychisch und verhaltensgestörten Patienten. Einigen Studien zufolge bleiben bis zu 60 % der manifesten F-Diagnosen unbehandelt.^{7,22,36} Zwar ist die Rate der Behandlungen streng mit der Schwere der Erkrankung korreliert, wodurch schwer kranke Patienten verhältnismäßig häufig einer Therapie zugeführt werden,^{34,36,37} doch auch schwere Verläufe bleiben mitunter unbehandelt.^{34,38} Aus dieser Unterbehandlung psychischer Störungen resultiert die Gefahr einer Verschleppung der Problematik, wodurch der Krankheitsverlauf negativ beeinflusst werden kann.

Denkbare Gründe für eine solche Verschleppung sind vielfältig.

Zum einen liegt die Ursache auf Seiten der Patienten. Es besteht ein ungenügender Gebrauch von Gesundheitsleistungen bei psychischen Erkrankungen. So suchen sich nur ein Viertel der Personen mit einer psychischen Erkrankung in der Zeit der Erkrankung professionelle Hilfe - davon zwei Drittel primär fachspezifisch.³⁹ Frauen wählen noch eher den Schritt, professionelle Hilfe zu erbitten als Männer und ältere Patienten häufiger als jüngere.^{7,40} Möglicherweise ist

es Scham, die Patienten in Deutschland davon abhält rechtzeitig oder überhaupt ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Hinzu kommt, dass bei vielen Patienten, trotz akuter psychischer Erkrankung, die Schilderung der somatischen Beschwerden im Vordergrund steht.^{31,37} Und je weniger sie ihre psychischen Symptome zur Sprache bringen, desto seltener werden die zugrundeliegenden Erkrankungen erkannt und folglich auch behandelt.³⁷

Zum anderen sind Ursachen auf ärztlicher Seite zu sehen, wobei einige der folgenden Aspekte nicht auf ärztliche Fehler, sondern auf Mängel im Gesundheitssystem zurückzuführen sind. Ein großer Teil derjenigen Patienten, die sich um Hilfe bemühen, erfährt trotzdem keine Behandlung.³⁹ Gerade bei Patienten, die während des Hausarztkontaktes somatische Beschwerden in den Vordergrund stellen, ist es besonders wichtig, dass der Arzt dem Patienten aufmerksam begegnet, ein Ohr für Äußerungen hat, die Hinweise auf eine psychische Erkrankung sein können und ausreichend Zeit in das Gespräch investiert. Die Art der Arzt-Patienten-Interaktion ist hier von besonderer Bedeutung. Ein komplementäres kontrollierendes Interaktionsmuster, in dem der Arzt den Patienten kontrolliert und dominiert und der Patient sich unterordnet, geht mit geringerer Erkennungsrate einer psychischen Symptomatik einher. Auch eine kürzere Dauer des Patientenkontakts führt zu schlechteren Erkennungsraten.³⁷ Möglicherweise gibt es auch Situationen, in denen der Arzt eine F-Diagnose bewusst noch nicht diagnostiziert, um eine drohende Stigmatisierung seiner Patienten zu vermeiden.

Jedenfalls werden beim Hausarzt einigen Studien zur Folge nur etwa ein Viertel der manifesten Depressionen auch tatsächlich erkannt.⁴¹ Bessere Studienergebnisse für Hausärzte gehen von Erkennungsraten von bis zu 60% aus – hier war allerdings die Spezifität der hausärztlichen Erkennung wesentlich schlechter.⁴² Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass die Erkennungsrate psychischer Erkrankungen an einem bestimmten Stichtag, der Leistung der Hausärzte nicht gerecht wird. Häufig wollen oder können sie erst in einem der zahlreichen sich anschließenden Folgetermine eine Diagnose stellen. Kessler et al zeigten beispielsweise, dass nach einem Zeitraum von drei Jahren „nur“ noch 14 Prozent der anfänglichen F-Diagnosen nicht diagnostiziert fortbestanden.⁴³ Es gibt im deutschsprachigen Bereich noch keine praktikablen Hilfen, die den Ablauf der Diagnostik für die psychosomatische Grundversorgung strukturieren.⁴¹ Seit 2009 gibt es die erste „Nationale Versorgungsleitlinien zur unipolaren Depression“, welche 2022 auf die aktuell gültige Version angepasst wurde. Durch sie wird eine Optimierung der Patientenversorgung angestrebt. Im Ausland gab es bereits vorher gute Leitlinien, die einen strukturierten Einstieg in eine systematische Diagnostik gewährleisten. Dies geschieht mit Hilfe der Definition von „Signalsituationen“, die an eine bestimmte Erkrankung denken lassen sollten.⁴¹

Auch auf Seiten der psychotherapeutischen Fachspezialisten sind Gründe für eine mögliche Verzögerung einer indizierten Therapie von psychisch kranken Patienten in Deutschland zu

sehen. Auch hier ist einiges auf gesundheitspolitische Missstände zurückzuführen. Es ist allgemein bekannt, dass es immense Wartezeiten gibt, die Patienten auf sich nehmen müssen, um einen Termin für probatorische Sitzungen bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten angeboten zu bekommen.^{44,45} Einer neueren bundesweiten Umfrage unter allen Mitgliedern der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung zufolge, gibt es durchschnittliche Wartezeiten von mehr als zweieinhalb Monaten für ein diagnostisches Erstgespräch mit einer zusätzlichen Verschärfung der Situation in wenig besiedelten, ländlichen Gebieten.⁴⁶ Eine bestehende Unterversorgung mit Fachspezialisten spiegelt sich auch in hohen Chronifizierungsraten und einer hohen Ablehnungsrate durch diese wieder.⁴⁴

Doch die Unterbehandlung psychischer Erkrankungen ist nicht allein in den niedrigen Erkennungsraten begründet und betrifft nicht nur die Psychotherapie bei fachspezifischen Spezialisten.

Auch die Pharmakotherapie findet bei Patienten in Europa nur sehr eingeschränkt ihren Einsatz. Nur ein Drittel der Menschen mit einer entsprechenden Störung nehmen im Zeitraum der Erkrankung Psychopharmaka ein. Vor allem im Fall einer schweren Depression besteht häufig eine Unterbehandlung.⁴⁷ Auch hier besteht wieder ein Unterschied zwischen den Geschlechtern, denn Frauen werden häufiger pharmakologisch behandelt als Männer.³ Auffällig ist, dass Patienten in Deutschland wesentlich weniger Psychopharmaka verschrieben bekommen als beispielsweise in Frankreich⁴⁷ – und das obwohl Psychopharmaka die am häufigsten gewählte Behandlungsoption in der hausärztlichen Praxis darstellen.⁴²

Es ist jedoch als positiv zu bewerten, dass sich fast alle behandelten Patienten bei ihren Hausärzten gut behandelt und beraten fühlen.⁷ Das Missverhältnis aus behandelten „Nicht-Patienten“ und tatsächlichen Patienten ohne Therapie scheint nicht nur ein deutsches Problem der Versorgung psychisch Kranken Menschen zu sein.³⁶

2.4.8. Zusammenfassung und Wertung der Aussagen aus der Literatur

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass psychische und Verhaltensstörungen aufgrund ihrer enormen Prävalenz und vor allem der drastischen Zunahme ihrer Prävalenz innerhalb kurzer Zeit zu Recht in den Fokus der Forschung und der Presse gerückt sind.^{3-5,14-19} Angststörungen, affektiven Störungen und somatoformen Krankheitsbildern kommt dabei eine besondere Bedeutung zu, da sie die Liste der F-Diagnosen bezogen auf die Häufigkeit ihres Auftretens anführen.^{7,18,19,21-23}

Die bekannten Risikofaktoren, für das Auftreten einer Erkrankung aus dem Formenkreis der psychischen und Verhaltensstörungen, sind „weibliches Geschlecht“, „junges Alter“, „Arbeitslosigkeit“, „uneheliches Leben“, „niedriger sozioökonomischer Status“, „Erleben von Verlustsituationen“ und „Leben im städtischen Umfeld“.^{4,15,16,18,19,21,24} Diese sind jedoch alle nicht beeinflussbar oder aufgrund ihrer Komplexität kaum zu beeinflussen, sodass es

schwierig ist, primärpräventive Maßnahmen zur Vermeidung psychischer und Verhaltensstörungen zu entwickeln.

Das Gesundheitssystem, und damit die Gesellschaft, wird durch psychische und Verhaltensstörungen stark belastet. F-Diagnosen haben einen großen Stellenwert bezogen auf die Ursachen für Behinderung und für Arbeitsunfähigkeitstage.^{3-5,14} Dadurch verursachen sie enorme direkte und indirekte Kosten für das Gesundheitssystem.²⁶⁻²⁹

Selbstverständlich bedeutet es auch für die betroffenen Patienten selber eine enorme Belastung, an einer psychischen Erkrankung zu leiden. Hiermit geht für sie eine deutliche Einschränkung der Lebensqualität einher.^{14,30}

Die Hausärzte werden als erste Anlaufstelle für betroffene Patienten beansprucht.⁷ Ihnen kommt somit eine große Rolle in der Diagnosestellung und Therapieeinleitung zu. Sie tragen daher eine große Verantwortung – für ihre Patienten und für die Gesellschaft.

Hausärztliche Fehldiagnosen und die Möglichkeit des direkten Aufsuchens von Psychotherapeuten durch die vermeintlich betroffenen Patienten, führen in Deutschland zu dem Problem von nicht psychisch erkrankten Menschen, die trotzdem einer folglich inadäquaten Therapie zugeführt werden.^{32,34} Hieraus resultiert eine unnötige Belastung eines ohnehin schon stark beanspruchten Gesundheitssystems.

Problematischer ist im Zusammenhang mit psychisch und verhaltensgestörten Patienten aber vor allem die Tatsache, dass bis zu 60% der Erkrankten aus unterschiedlichen Gründen keiner Therapie zugeführt werden.^{7,22,36} Ein wesentlicher Aspekt ist dabei die mangelhafte Erkennung oder Verkennung von psychisch bedingten Symptomen durch den Hausarzt.^{37,39,41,42} Seitens der Psychotherapeuten spiegelt sich die Unterversorgung in den langen Wartezeiten für Termine zur Therapie wider.⁴⁴⁻⁴⁶

Es sollte daran gearbeitet werden, die Behandlung psychisch erkrankter Patienten durch gute Diagnostik und funktionelle Therapiekonzepte flächendeckend und frühzeitig zu initiieren, um dadurch einer Chronifizierung der Erkrankungen vorzubeugen und die Patienten, sowie das Gesundheitswesen vor den Folgen der Chronifizierung zu bewahren.

2.5. Interesse, Ziel, Fragestellung und Forschungsgegenstand der Arbeit

Die Definition von Forschungsinteresse und -ziel sowie die Formulierung der Fragestellung und des Forschungsgegenstandes ergeben letztlich die Notwendigkeit einer qualitativen Studie.

2.5.1. Forschungsinteresse und Ziel der Arbeit

Die objektive Bedeutung psychischer und Verhaltensstörungen im Allgemeinen und für den Hausarzt im Besonderen wurde im vorangehenden Kapitel ausgiebig dargestellt. Immer wieder geht es um dieselben Fragen: Wie viele Patienten sind betroffen? Welche Patienten

sind gefährdet? Welche Erkrankungen haben welchen Stellenwert? Wer versorgt die betroffenen Patienten? Wie erfolgt die Versorgung? Wie teuer sind psychische und Verhaltensstörungen für die Gesellschaft?

Sehr häufig werden quantitative Studien zur Beantwortung der Fragen herangezogen. Gesundheitspolitisch sind diese statistischen Erhebungen sicherlich von Relevanz und Interesse. Die Fragen, die unmittelbar die beteiligten Personen betreffen, werden hierbei allerdings oft nicht beantwortet.

Anknüpfend an die umfangreichen Studien und Erhebungen zu Zahlen rund um das Thema „Psychische und Verhaltensstörungen“ in Deutschland, ist es das Ziel dieser Arbeit, ein Verständnis für die Situation der niedergelassenen und im hausärztlichen Bereich tätigen Ärzte mit ihren, an einer F-Diagnose erkrankten, Patienten zu generieren. Diese qualitative Studie will Ärzte und nicht Zahlen und Statistiken sprechen lassen, um ein Bild des aktuellen Alltags mit psychisch und verhaltensgestörten Patienten zu entwerfen. Die subjektiven Sichtweisen der betroffenen Ärzte sollen genauer betrachtet werden. Es ist von Interesse, wie sie die Situation beschreiben, in der sie sich in diesem Zusammenhang sehen. Unter dem Begriff „Situation“ wird die Kombination aus persönlichen und organisatorischen Umfeld-bedingten Hintergründen des Arztes, den darauf treffenden Anforderungen durch die erkrankten Patienten und den wiederum verfügbaren Handlungs- und Reaktionsmöglichkeiten für die Ärzte verstanden.

Es soll aber nicht nur die Situation beleuchtet werden, wie sie aktuell ist, sondern auch untersucht werden, welche Umstände zu dieser Situation beitragen, welche Bedeutung diese Situation für die einzelnen Ärzte hat und welche Bewältigungsstrategien die Ärzte im Zusammenhang mit dieser Situation entwickelt haben.

2.5.2. Fragestellung der Arbeit

Bei der Planung dieser Studie ergaben sich diverse Fragen rund um die Thematik „Psychische und Verhaltensstörungen im hausärztlichen Alltag“.

„Welche Erfahrungen machen Hausärzte in Ihrem Alltag mit psychischen und Verhaltensstörungen?“ „Fühlen sich Hausärzte ihren Herausforderungen im Umgang mit psychisch und verhaltensgestörten Patienten gewachsen?“ „Wo gibt es Probleme bei der hausärztlichen Interaktion mit psychisch und verhaltensgestörten Patienten?“ „Beeinflusst der Umgang mit solchen Patienten das Selbstbild des Hausarztes - sein Selbstvertrauen und Selbstwertgefühl?“ „Spielt das Geschlecht des Hausarztes eine Rolle bezogen auf den Umgang mit Patienten, die an einer F-Diagnose erkrankt sind?“ „Welche Therapiemöglichkeiten stehen dem Hausarzt für seine betroffenen Patienten zur Verfügung- und welche nutzt er?“ „Gibt es Unterschiede zwischen Land und Stadt?“ „Wie funktioniert die interdisziplinäre Zusammenarbeit?“ „Wie geht man mit Patienten um, bei denen dringender Handlungsbedarf besteht?“ „Welches Outcome haben psychisch und verhaltensgestörte

Patienten zu erwarten?“ „Gibt es konkrete Verbesserungsvorschläge für die Situation von psychisch und verhaltensgestörten Patienten in der Hausarztpraxis?“

Die Fragestellung, die diesem Forschungsprojekt schließlich zu Grunde liegt, lautet „Wie empfinden Hausärzte ihre aktuelle Situation in der Betreuung von Patienten mit einer „Psychischen und Verhaltensstörung“ – vor allem unter Berücksichtigung ihrer Behandlungsoptionen?“ und soll weitestgehend alle oben genannten Fragen in sich vereinigen.

2.5.3. Methodologisch verorteter Forschungsgegenstand

An dieser Stelle soll der methodologisch verortete Forschungsgegenstand der Studie formuliert werden. Der Forschungsgegenstand ist letztendlich das, was tatsächlich aus dem erhobenen Material, in diesem Fall den leitfadengestützten Experteninterviews, gewonnen werden kann. Er muss sich daran orientieren, was qualitative Forschung leisten kann. Das bedeutet, dass, auch wenn Alltagssituationen der interviewten Ärzte bei dieser Studie von Interesse sind, der Alltag nicht als Forschungsgegenstand bezeichnet werden kann, da im Rahmen von Interviews, die hier zur Datenerhebung genutzt werden, allenfalls die Bedeutung oder der Sinn, den die entsprechenden Ärzte ihrer Situation oder ihrem Alltag verleihen, zur Sprache kommen kann. Der Forschungsgegenstand ist also das, was das Material tatsächlich abbildet.⁴⁸

Der Forschungsgegenstand dieser Studie soll einerseits die Wirklichkeitskonstruktion der interviewten Ärzte bezogen auf die Entwicklung von psychischen und Verhaltensstörungen in Deutschland sein und andererseits die subjektiven Konzepte und Alltagstheorien der einzelnen Hausärzte bezogen auf ihren Umgang mit psychisch und verhaltensgestörten Patienten in ihrem Alltag.

3. Material und Methoden

3.1. Allgemeines

Es wurde entschieden, sich für diese Studie Methoden der qualitativen Forschung zunutze zu machen. Die Gründe hierfür und die Grundprinzipien qualitativer Forschung sollen vorab erläutert werden.

3.1.1. Warum qualitative Forschung?

Es ist im vorangehenden Kapitel als Ziel dieser Arbeit definiert worden, ein Verständnis für die Situation der interviewten Hausärzte mit ihren, an einer F-Diagnose erkrankten, Patienten zu generieren. Es gibt zahllose unterschiedliche Aspekte, die Einfluss auf eine persönliche „Situation“ haben. Bei der Gestaltung des Forschungsdesigns für dieses Projekt wurde schnell deutlich, dass eine standardisierte quantitative Forschungsmethode, die ausschließlich der Erhebung objektiver Daten bezüglich der Fallzahlen, der Anzahl an Überweisungen zu Spezialisten, der Rate an stationären Einweisungen, der biographischen Patientendaten und ähnlichem dient, die Vielfalt dieser unterschiedlichen Aspekte nicht ausreichend berücksichtigen kann. Dem bestehenden Forschungsinteresse kann ein quantitativer Forschungsansatz nicht gerecht werden, da zu viel von dem verloren ginge, was die Situation der Hausärzte mit ihren psychisch und verhaltensgestörten Patienten tatsächlich ausmacht: subjektive Empfindungen und Emotionen, persönliche „Tipps und Tricks“ für den Umgang und die Behandlung der Patienten, individuelle Erfahrungen, etc. Außerdem birgt die Analyse der schriftlichen Dokumentationen der Hausärzte bezüglich ihrer Fallzahlen auch die Gefahr, dass „Karteileichen“ in die Erhebung mit einbezogen werden, dass nichtdokumentierte alternative Behandlungsstrategien verloren gehen und dass der persönlichen Sichtweise der Hausärzte auf ihre Situation kein Ausdruck verliehen werden kann.

Wo der quantitativen Forschung Grenzen gesetzt sind, ist ein qualitativer Ansatz oftmals nicht nur eine gute Ausweichmöglichkeit, sondern exakt das richtige Instrument, um sich der Thematik zu nähern. Bei dieser Art von Forschung muss das Ziel nicht Pauschalisierung und Generalisierung heißen. Hier geht es um eine möglichst realitätsnahe und materialgebundene Analyse von Zusammenhängen und individuellen Sichtweisen, wobei die Analyse auch fallspezifische Besonderheiten berücksichtigen kann. Qualitative Forschung setzt am Einmaligen und Individuellen an. Ihr Forschungsauftrag ist „Verstehen“ und nicht „Erklären“ und „Aufstellen allgemeingültiger Prinzipien und Gesetze“, wie dies bei quantitativer Forschung beabsichtigt ist.⁴⁹

Die nahe Orientierung am Alltag der Ärzte soll Einblicke in ihre praktische Arbeit gewährleisten.

3.1.2. Grundprinzipien qualitativer Forschung

Qualitative Forschung basiert auf vier Grundprinzipien: *Kommunikation*, *Offenheit*, *Fremdheit* und *Reflexivität*.⁴⁸ Es ist wichtig, während des gesamten Forschungsprozesses, von der

Ausarbeitung des Interviewleitfadens, über die Durchführung der Interviews bis hin zur Auswertung stets diese vier Grundprinzipien zu respektieren.

Jedes Datenmaterial, das im Rahmen qualitativer Forschung ausgewertet werden kann, stellt eine Form der *Kommunikation* dar. Im Fall dieser Studie sind die transkribierten Interviews fixierte Kommunikation, die zur Analyse herangezogen wird. Es geht also „um Sprechen und Zuhören, um Fragen und Verstehen, um Selbstdarstellung und Fremdeinschätzung“. ^{48,49} Der Text, der hierbei produziert wird, ist weder unabhängig von dem Interviewten, der als primärer Produzent des Textes fungiert, noch von dem Interviewenden, der augenscheinlich zunächst der Empfänger des Textes ist. Ihre Beziehung zueinander und die jeweiligen persönlichen Hintergründe haben Einflüsse auf den produzierten Text und müssen bei der Analyse berücksichtigt werden. Bei diesem Projekt gibt es neben dem Interviewer noch weitere potentielle Empfänger für den Text. Bei einer möglichen Veröffentlichung von Ausschnitten aus der qualitativen Analyse der Interviews, tritt auch die Öffentlichkeit, vermutlich unbekannte Kollegen, an die Stelle der Rezipienten für den produzierten Text. Da es die Unabhängigkeit eines im Interview entstandenen Textes von sozialen und kommunikativen Einflüssen nicht gibt, müssen diese Einflüsse bei der Interviewgestaltung und Interpretation beachtet und miteinbezogen werden. ⁴⁸

Die von qualitativer Forschung verlangte *Offenheit* soll in diesem Fall den Ärzten im Interview genau den benötigten Freiraum bieten, den sie brauchen, um eigene Akzente und Prioritäten in der Thematik zu setzen, neue Ideen einzubringen und selbstständig zu entscheiden, welche Aspekte für sie überhaupt von Relevanz sind und welchen Stellenwert die angesprochenen Phänomene für sie haben. Im Unterschied zu standardisierten Forschungsverfahren, müssen sich die Befragten hier auch nicht an festgelegte Formulierungen halten. Eine offene Haltung sollte in der Interviewgestaltung eingehalten werden. Hier bedeutet es Zurückhaltung statt Einmischung des Interviewenden und offene Frageformulierungen. Zudem sollte die Haltung des Interviewers von Offenheit geprägt sein. In dem Fall ist eine gewünschte breite Aufmerksamkeit auf alles, was der Interviewte zur Sprache bringt gemeint. Diese Aufmerksamkeit sollte unabhängig von vorbestehendem Wissen und Erwartungen sein. ^{48,50}

Das Prinzip *Fremdheit* ist stark von der unumgänglichen Offenheit abhängig. Der Interviewer muss offen für die Aspekte sein, die der Interviewte anspricht und die dem Interviewer bislang nicht vertraut waren. Angesprochene Punkte, die nicht mit dem Vorverständnis des Interviewers übereinstimmen, oder über dieses hinausgehen, folglich dem Interviewer nicht vertraut sind, müssen trotzdem gehört und wahrgenommen werden und in die Analyse mit einfließen. „Im ersten Moment Unverstandenes muss noch lange nicht „unsinnig“ sein, der Sinn zeigt sich vielleicht erst nach einer entsprechenden Arbeit am Verstehen.“ ⁴⁸ Um dieses Prinzip der Fremdheit zu gewährleisten ist es wichtig, dass der Interviewer, bzw. der Analytiker

des Interviews, sich über sein Vorwissen im Klaren ist und vorab seine unbewussten Erwartungen an den Text des Interviewten reflektiert.⁴⁸

Damit ist auch zugleich das vierte und letzte Grundprinzip qualitativer Forschung angesprochen: die *Reflexivität*. Sie spielt wiederum in allen Forschungsabschnitten eine große Rolle. So ist es zum Beispiel nicht schlimm, sondern ganz natürlich, dass der Interviewer zu bestimmten Interviewfragen konkrete Antwortexpectationen hat – solange er sich dessen bewusst ist und sein implizites Vorwissen und seine Erwartungshaltung reflektiert. Nur die unbewusste Beeinflussung durch vorbestehende Annahmen steht einer qualitativen Untersuchung im Wege.⁴⁸ Es geht um das „Wahrnehmen und Vergegenwärtigen, welches Vorwissen, welche impliziten Annahmen und unbewussten Erwartungen, welchen „Normalitätshorizont“ und welche Aufmerksamkeitshaltung, welche Ängste und Bewältigungsstrategien man als Interviewende oder Interviewender in die Situation einbringt“.

⁴⁸

3.2. Material

Das Material dieser Studie sind schriftlich fixierte leitfadengestützte Experteninterviews.

3.2.1. Gestaltung des Interviewleitfadens

Für die Erstellung des Leitfadens im Voraus der Interviews wurde die Anleitung von Cornelia Helfferich aus ihrem Handbuch „Die Qualität qualitativer Daten“ genutzt.

Mit einem ersten Brainstorming wurden möglichst viele Fragen, die im Hinblick auf die Thematik relevant und interessant erschienen, gesammelt.

Im nächsten Schritt wurden die gesammelten Fragen geprüft und zunächst alle Faktenfragen entfernt, die mit einem bis wenigen Stichpunkten beantwortet werden könnten, um sie stattdessen teilweise in den in Kapitel 3.2.3. beschriebenen Kurzfragebogen mit aufzunehmen. Ebenfalls eliminiert wurden solche Fragen, die sich grundsätzlich nicht zur Beantwortung der Forschungsfrage eigneten sowie diejenigen, die letztlich nur Ausdruck der eigenen Erwartungen und des Vorwissens darstellten oder solche, die implizite oder explizite Vorstellungen vermittelten und damit in eine vorgegebene Richtung wiesen, ohne Raum für völlig neue Zusammenhänge zuzulassen. Schließlich wurden noch solche Fragen gestrichen, die zwar im Forschungsinteresse begründet waren, aber auf derart abstrakte Zusammenhänge abzielten, dass eine Beantwortung durch eine einzelne Person nicht erwartet werden konnte.

Der nächste Schritt diente dem Sortieren der übrig gebliebenen Fragen und Stichpunkte. In diesem Fall wurde nach inhaltlichen Aspekten sortiert und so zwei große Erzählblöcke herausgearbeitet.

Schließlich ging es bei dem Schritt des Subsumierens darum, für jeden der beiden Erzählblöcke eine einzige, leicht verständliche, offene Erzählaufforderung zu finden, der dann

die einzelnen übrig gebliebenen Aspekte untergeordnet werden konnten, teils stichpunktartig als Notizen für mögliche Nachfragen und teils als ausformulierte Fragen, die obligatorisch im Interviewverlauf untergebracht werden müssen. ⁴⁸

Das Ergebnis ist ein Leitfaden, der in seinem ersten Erzählblock darauf abzielt, die Interviewpartner über eine möglichst freie Assoziation zum Beschreiben ihrer Wirklichkeitskonstruktion im Zusammenhang mit psychisch und verhaltensgestörten Patienten zu motivieren. Die initiale Erzählaufforderung „Das Deutsche Ärzteblatt hat 2006 einen Artikel mit der Überschrift „Psychische und Verhaltensstörungen: Die Epidemie des 21. Jahrhundert?“ veröffentlicht. Welche Gedanken gehen Ihnen bei diesem Titel durch den Kopf?“ lässt ausreichend Raum für eine freie Selektion. Die Ärzte können entscheiden, welche Aspekte sie grundsätzlich ansprechen möchten und in welcher Reihenfolge. Dieser erste Erzählblock soll möglichst auch das Verhältnis der Hausärzte zu ihren betroffenen Patienten widerspiegeln. Die obligatorische Frage „Welche Gedanken gehen Ihnen durch den Kopf, wenn Sie einem Patienten zum ersten Mal eine F-Diagnose codieren?“ ist hierfür besonders relevant.

Der zweite Erzählblock soll dann die subjektiven Konzepte und Alltagstheorien der Ärzte zu Sprache bringen und damit ihr Verhalten gegenüber und ihren Umgang mit den erkrankten Patienten. Als entsprechende Erzählaufforderung für diesen zweiten Erzählblock wurde die Formulierung gewählt: „Können Sie mir bitte Ihr Vorgehen in der Therapie Ihrer Patienten mit einer Psychischen und Verhaltensstörung schildern?“. Der so erarbeitete fertige Interviewleitfaden befindet sich in Anhang 8.4..

3.2.2. Rekrutierung der Studienteilnehmer

Die Rekrutierung der Studienteilnehmer erfolgte telefonisch oder per Anschreiben. Zur Auswahl der Ärzte, die um eine Teilnahme am Projekt gebeten wurden, wurden die folgenden Einschlusskriterien genutzt: Approbierter Arzt/ Approbierte Ärztin, der/ die aktuell im niedergelassenen Bereich eine hausärztliche Grundversorgung abdeckt und dessen/ deren Praxis im Regierungsbezirk Köln der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein liegt. Ausgeschlossen wurden nur diejenigen Ärzte, die eine zusätzliche Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie absolviert hatten. Bei der Auswahl der Interviewpartner wurde zudem darauf geachtet, dass mehrere Vertreter beider Geschlechter in die Studie integriert werden. Außerdem sollten sich die Teilnehmer bezüglich ihrer praktischen Erfahrung (Art und Stand der Ausbildung), der Lage ihrer Praxen (ländliche Gegend - Ballungsraum Köln) und der Praxisstruktur (Patientenzahl, Schwerpunkte) unterscheiden. Sinn dahinter war, ein möglichst breites Spektrum an Ergebnissen zu erhalten, ehe eine Saturierung der Interviews stattfinden konnte. Zunächst wurde die Liste der Ausbildungs- und Lehrpraxen der Universität zu Köln als Basis der Teilnehmerrekrutierung genutzt. Nachdem sich einige der Ärzte bereit erklärt hatten, wurde die Liste mit weiteren Ärzten ergänzt, die keine Kölner Lehrpraxis

betreiben, um Vertreter aus ländlicheren Gegenden dazuzugewinnen. Hierfür wurden mittels Internetrecherche einige Praxen ausgewählt, die im größeren Umkreis Kölns ansässig sind.

3.2.3. Kurzfragebogen

Nach der Vereinbarung eines Interviewtermins, wurde den Teilnehmern ein knappes Informationsschreiben, sowie ein Fragebogen zugesendet. (Anhang 8.2.) Mit dem Fragebogen wurde das Alter der teilnehmenden Ärzte, das Jahr ihrer Approbation, die Art ihrer fachärztlichen Weiterbildung, der Zeitpunkt ihrer Niederlassung, die Schwerpunkte ihrer Praxis, die Anzahl ihrer Kassenscheine, der geschätzte Anteil ihrer privat versicherten Patienten und der geschätzte Anteil ihrer Patienten mit einer psychischen und Verhaltensstörung ermittelt. Die Daten dieses Fragebogens sollten der Einordnung der Praxis in einen situativen Kontext dienen. Die teilnehmenden Ärzte konnten den Fragebogen schon im Voraus ausfüllen oder letztlich erst im Zusammenhang mit dem Interview beim Besuch der Interviewenden in der Praxis.

3.2.4. Leitfaden gestützte Experteninterviews

Zu den Interviewterminen wurden die teilnehmenden Ärzte in den Räumlichkeiten ihrer Praxen aufgesucht. Nach knappen einführenden Worten, einer eigenständigen Vorstellung der Interviewenden, einer kurzen Erläuterung des weiteren Prozederes sowie einer Nennung des Titels der Studie, folgte gegebenenfalls das gemeinsame Ausfüllen des Fragebogens. Daraufhin wurden die Interviewpartner zur Studienteilnahme aufgeklärt und sie unterschrieben die Einwilligungserklärung. (Anhang 8.3.)

Nun erfolgte die Durchführung der Interviews anhand des vorab konstruierten Leitfadens. Die Interviews dauerten alle zwischen 11 und 32 Minuten und wurden mit Tonbandgerät aufgezeichnet.

3.2.5. Verschriftlichung der Daten

Nachdem zehn Studienteilnehmer interviewt waren, wurden die entstandenen Texte pseudonymisiert transkribiert. Das bedeutet, die Transkription, und damit auch die anschließende Analyse, erfolgte ohne Namensnennung, sondern nur codiert, z. B. durch eine Nummer. Eine Zuordnung ist nur über eine hinterlegte Identifikationsliste möglich. Alter, Geschlecht, beruflicher Werdegang und die ebenfalls im Fragebogen erfassten Daten zur Praxis, werden jedoch in die Auswertung mit übernommen, da sie der Einordnung des durch die Interviews gewonnenen Materials dienen und somit für die qualitative Analyse unerlässlich sind.

Bei der Transkription galten die folgenden Transkriptionsregeln:

1. Vollständige und wörtliche Transkription
2. Eindeutschung von Dialektfärbungen, außer wenn keine eindeutige Übersetzung möglich ist

3. Wortverschleifungen an Schriftdeutsch angenähert
4. Beibehaltung von Fülllauten wie „Mmh“, „Ähm“ oder ähnliches
5. Wort-/ Satzabbrüche mit dem Abbruchzeichen / kennzeichnen
6. Interpunktion wird zu Gunsten der Lesbarkeit geglättet
7. Sehr kurze Pausen mit (-) etwas längere mit (---), Pausen über zwei Sekunden mit (Sekundenzahl) markieren
8. Deutlich betonte Wörter oder Silben in Großbuchstaben
9. Langgezogene Silben durch Aneinanderreihung mehrerer Vokale
10. Zeitgleich gesprochene Passagen mit // zu Beginn und Ende markieren
11. Unsicher Verstandenes in Klammern und Zeitangabe hinzufügen
12. Unverständliche Passage mit (*unverständlich*) ersetzen und Zeitangabe hinzufügen
13. Unterbrechungen, Auffälligkeiten und bedeutungsvolle Betonung an entsprechender Stelle in Klammern angeben
14. Format: Schriftart: Cambria; Schriftgröße: 12 Pt; Zeilenabstand: 1,5
15. Nummerierung der Zeilen auf jeder Seite neu mit 1 beginnend
16. Redebeitrag des Interviewers mit „I:“ einleiten, Redebeitrag des Interviewten mit „B:“ (für Befragter) einleiten
17. Jeder Sprecherbeitrag erhält einen eigenen Absatz. Jeweils eine leere Zeile zwischen den Beiträgen
18. Zeitmarken am Ende der Absätze

Diese Transkriptionsregeln sind angelehnt an diejenigen aus dem „Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse“ von Thorsten Dresing und Thorsten Pehl.⁵¹

3.3. Methoden

Die genutzte Methode zur Analyse des Materials ist die Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring.

3.3.1. Grundprinzipien der „Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring“

Qualitativer Forschung wird immer wieder eine gewisse Willkür aufgrund mangelnder Nachvollziehbarkeit und Nichtanwendbarkeit der klassischen Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität vorgeworfen. Philipp Mayring begann in den frühen 1980er Jahren den Entwurf seiner „Qualitativen Inhaltsanalyse“ mit dem Ziel, konkrete Techniken zu beschreiben, die es möglich machen, Texte systematisch zu analysieren und damit eine intersubjektive Überprüfbarkeit zu gewährleisten. Trotz dieser Systematik, sollte jedoch der Sinn qualitativer Forschung erhalten bleiben. Das heißt, die entwickelten Techniken sollten weiterhin die Komplexität und Bedeutungsfülle qualitativer Daten berücksichtigen.⁴⁹

Inhaltsanalyse und damit auch die „Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring“ hat einige Spezifika: Zum einen handelt es sich bei dem Gegenstand, der analysiert wird, immer um

Kommunikation. Kommunikation ist dabei ein Überbegriff, der für jede Situation steht, in der es einen Sender gibt, der einen gewissen Gegenstand an einen Empfänger übermittelt. Dies kann in Form von Sprache, Schrift, Mimik, Gestik, Handlung oder auf jegliche andere Art und Weise geschehen.⁴⁹ Ein weiteres Merkmal qualitativer Inhaltsanalyse ist die *Arbeit an symbolischem Material*. Im Fall dieser Studie sind die transkribierten Interviews als *fixierte Kommunikation* dieses symbolische Material.⁴⁹ Sie sind letztendlich nur ein Symbol dafür, beziehungsweise eine Abbildung davon, was eigentlich der Kern der Analyse ist, nämlich die alltägliche Situation der Hausärzte mit ihren psychisch und/oder verhaltensgestörten Patienten, wie es in der Forschungsfrage ausgedrückt ist.

Ein ganz wichtiger Aspekt der Inhaltsanalyse ist das *systematische Vorgehen*, da hierin ein entscheidender Unterschied zu den meisten hermeneutischen Methoden liegt. Diese beabsichtigte Systematik wird umgesetzt, indem die Analyse anhand ausdrücklicher und konkreter *Regeln* abläuft. So soll Nachprüfbarkeit erreicht werden.⁴⁹ Eine andere Eigenschaft der Inhaltsanalyse ist das *theoriegeleitete Vorgehen*. Die Analyse soll also anhand einer theoretisch begründeten Fragestellung erfolgen und an bereits bestehende Erfahrungen mit der entsprechenden Thematik anknüpfen.⁴⁹ Schließlich handelt es sich bei Inhaltsanalyse um eine *schlussfolgernde Methode*. Die Analyse erfolgt mit dem Ziel ihren Gegenstand als Teil eines Kommunikationskomplexes zu betrachten und damit unter Umständen auch Aussagen zum „Sender“ oder „Empfänger“ des Materials zu treffen.⁴⁹

Philipp Mayring leitet zudem für seine qualitative Inhaltsanalyse noch weitere Merkmale ab. Unter anderem beschreibt er eine *anfängliche Quellenkunde* zu Beginn jeder qualitativen Inhaltsanalyse als unumgänglich.⁴⁹ Die Entstehungsbedingungen müssen genauestens reflektiert und beschrieben werden. Hier ist das Setting der Datenerhebung von Interesse, die Teilnehmer der Kommunikation, ihre Intentionen und besonders ihr jeweiliges *Vorverständnis*. Was wissen die Kommunikationspartner übereinander und über die Thematik? Welche impliziten Annahmen und Einflussfaktoren ergeben sich aus diesem Vorwissen?⁴⁹ Philipp Mayring macht ein *Kategoriensystem* zum Zentrum seiner qualitativen Inhaltsanalyse. Auch hier spiegelt sich die beabsichtigte Systematik wider, die für Vergleichbarkeit und Reliabilität sorgt.⁴⁹ Trotz der strengen Regelgeleitetheit und des Kategoriensystems sollen die Techniken hinter dem *Gegenstandsbezug* zurückstehen. Letztlich ist es wichtig, dass jede Systematik an den zu untersuchenden Gegenstand angepasst ist und der Sinn der Analyse erhalten bleibt.⁴⁹ Schließlich entwickelt sich eine, auf das zu analysierende Material zugeschnittene Verfahrensweise. Sowohl diese Verfahrensweise als auch das Kategoriensystem muss im Rahmen von Pilotstudien zunächst getestet werden, bevor die vollständige Analyse durchgeführt werden kann.⁴⁹ Zuletzt bezeichnet Mayring noch die *Anwendung von Gütekriterien* als wichtigen Aspekt seiner Analyseform⁴⁹ und die *Definition eines konkreten Ablaufmodells* im Voraus der Analyse als unumgänglich.⁴⁹ Philipp Mayring kommt zu dem

Schluss, dass seine Analyse drei voneinander unabhängige Grundformen des Interpretierens ermöglicht: Zusammenfassung, Explikation und Strukturierung.⁴⁹ Da sich zum Zweck der Auswertung dieser Interviews für eine Kombination aus Zusammenfassung und Strukturierung entschieden wurde, werden diese beiden Techniken im Folgenden näher beschreiben. Zur Explikation sei vorab nur folgendes Zitat genannt: „Ziel der Analyse ist es, zu einzelnen fraglichen Textteilen (Begriffen, Sätzen, ...) zusätzliches Material heranzutragen, das das Verhältnis erweitert, das die Textstelle erläutert, erklärt, ausdeutet.“⁴⁹

3.3.2. Zusammenfassung

Der erste Teil dieser Inhaltsanalyse soll eine Zusammenfassung der einzelnen produzierten Texte werden. Ziel einer Zusammenfassung ist das Generieren einer überschaubaren Textmenge, die dennoch Abbild der Grundgesamtheit bleibt.⁴⁹ Es wird eine möglichst gegenstandsnahe Abbildung des Materials angestrebt.⁴⁹ Abbildung 1 stellt das allgemeine Ablaufmodell einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring dar. Die einzelnen Schritte werden in Kapitel 3.3.4 näher erläutert.

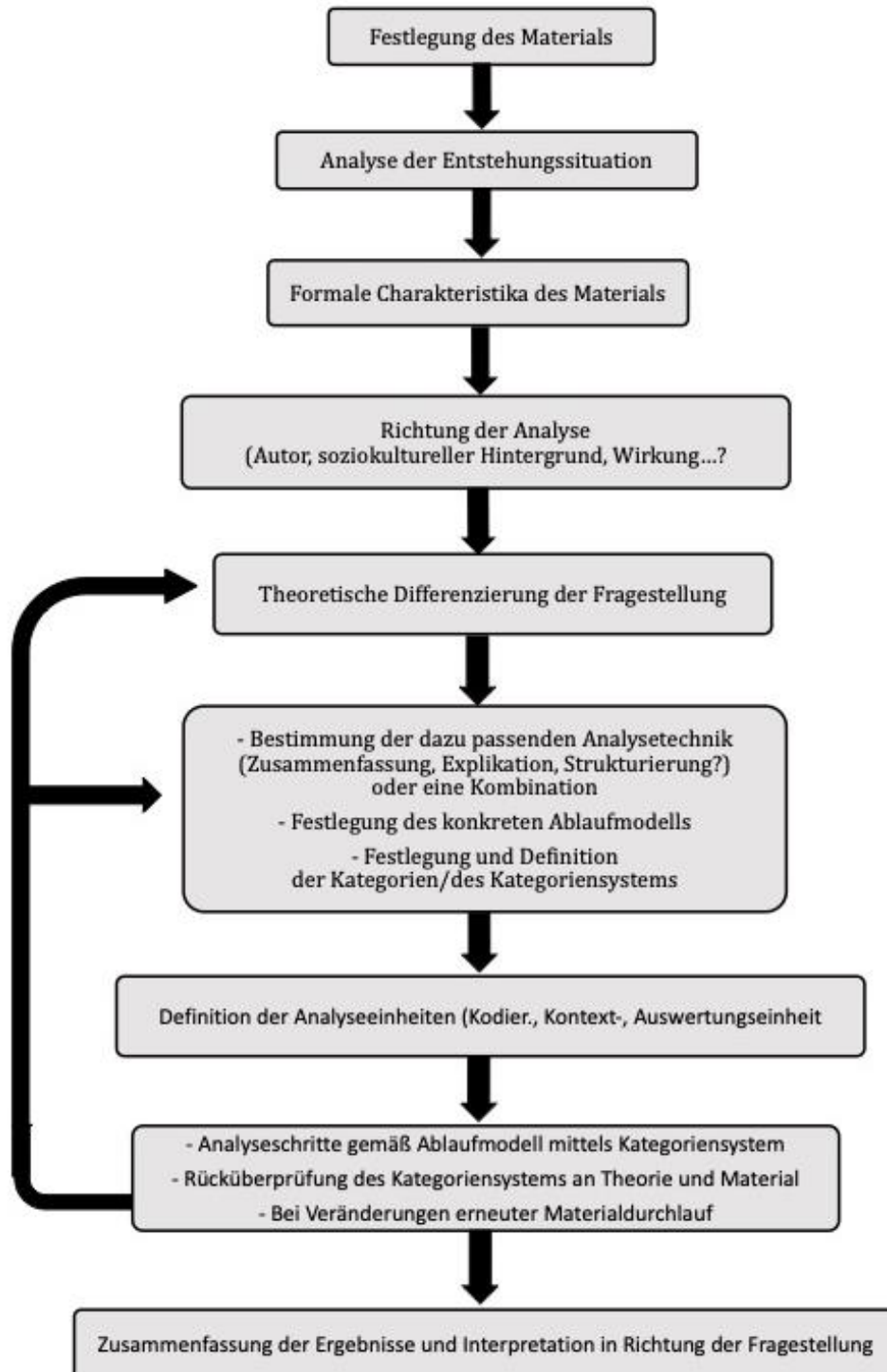


Abbildung 1: Allgemeines Ablaufmodell der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2010)

Nach den ersten sechs Schritten im allgemeinen Ablaufmodell der qualitativen Inhaltsanalyse (Abbildung 1), erfolgt bei der Zusammenfassung laut Philipp Mayring zunächst die Bestimmung der Analyseeinheiten.⁴⁹ Die *Kodiereinheit* bestimmt, welches der kleinste Materialbestandteil ist, der in einer Kategorie eingeordnet werden kann und damit in die Auswertung einfließen soll. Die *Kontexteinheit* legt dagegen den größten Textbestandteil fest,

der noch unter einer Kategorie eingeordnet werden kann. Die *Auswertungseinheit* legt fest, welche Textbestandteile nacheinander ausgewertet werden sollen.⁴⁹ Jetzt kann das Material Schritt für Schritt zusammengefasst werden, indem zunächst inhaltstragende Textstellen paraphrasiert werden. Hierfür hat Mayring die Z1-Regeln entworfen, nach denen Nichtinhalttragendes gestrichen wird und der Rest in einheitlicher Sprache und grammatikalischer Kurzform notiert wird. Im nächsten Schritt kommt der Makrooperator Generalisation in Form der Z2-Regeln zum Tragen. Die übriggebliebenen Paraphrasen werden auf einheitliche Weise auf ein vorab festgelegtes angestrebtes Abstraktionsniveau generalisiert. Alle Paraphrasen unter diesem Niveau müssen verallgemeinert werden, die darüber werden belassen. Mithilfe der Z3-Regeln werden nun in generalisierter Form inhaltsgleiche, -ähnliche oder -lose Paraphrasen gestrichen – Makrooperator Auslassen - und die zentralen und aussagekräftigen selektiert – Makrooperator Selektion. Schließlich werden die Makrooperatoren Bündelung, Konstruktion und Integration genutzt, um ähnliche Paraphrasen zu einer, sowie Paraphrasen mit verschiedenen Aussagen zu dem gleichen Gegenstand zusammenzufassen. (Z4-Regeln) Die auf diese Art herausgearbeiteten neuen Aussagen werden in einem Kategoriensystem zusammengestellt. Nun muss sichergestellt werden, dass dieses Kategoriensystem tatsächlich noch ein Abbild der Grundgesamtheit ist. Das bedeutet, es wird überprüft, ob sich alle ursprünglichen Paraphrasen darin abbilden lassen. Sollte eine weitergehende Zusammenfassung gewünscht sein, können die oben aufgeführten Z-Regeln nach Festlegung eines höheren Abstraktionsniveaus einfach zirkulär wiederholt werden.⁴⁹ Abbildung 2 stellt diesen Ablauf der zusammenfassenden Inhaltsanalyse nach Mayring noch einmal schematisch dar.

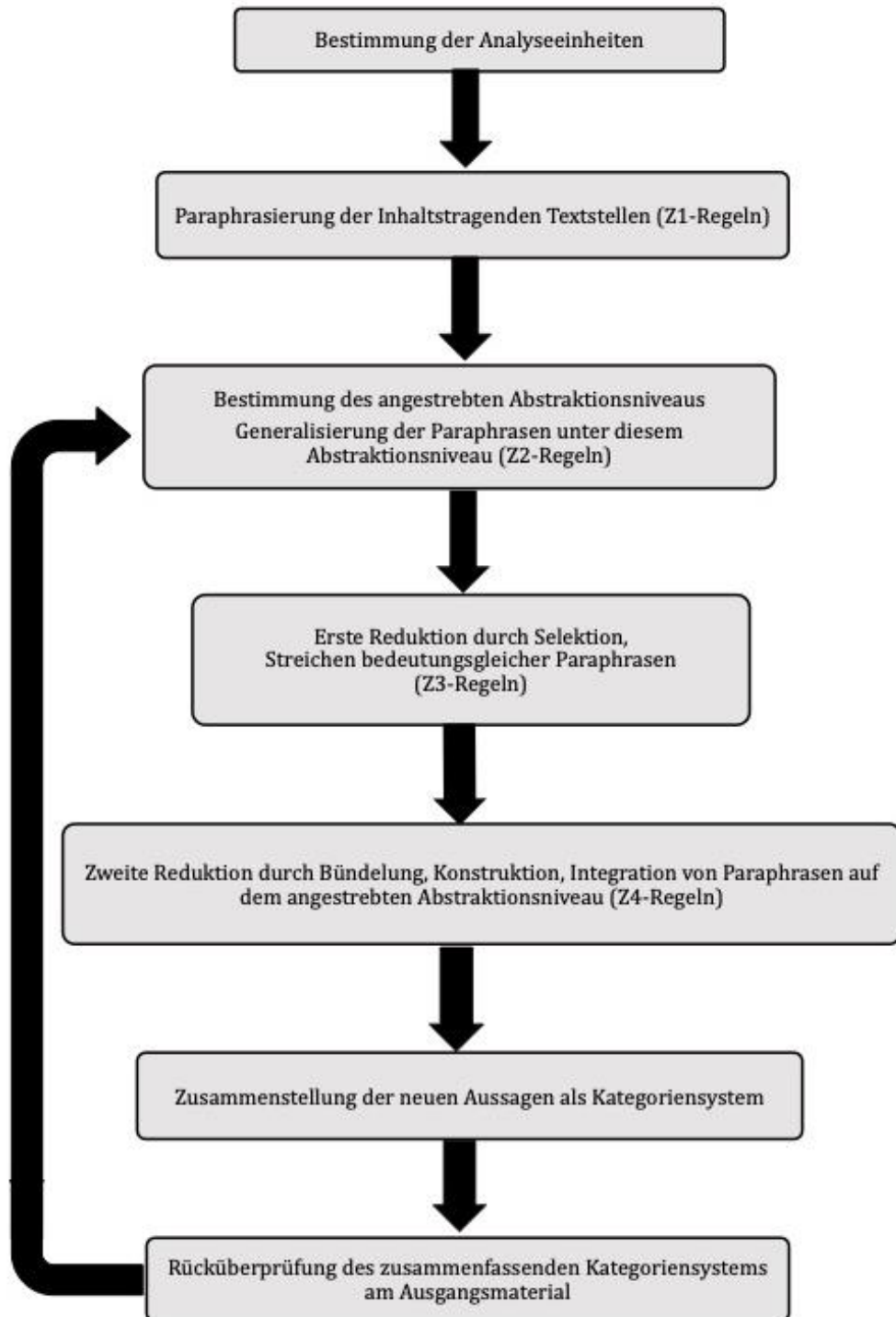


Abbildung 2: Ablaufmodell einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse (Mayring 2010)

3.3.3. Strukturierung

In einem zweiten Schritt sollen die, mit Hilfe der Zusammenfassung generierten, induktiven Kategorien inhaltlich strukturiert werden. Für die Strukturierung werden Techniken eines deduktiven Kategoriensystems genutzt. Vor dem theoretischen Hintergrund der

Forschungsfrage, werden dazu im Vorfeld der Analyse theoretisch begründete Kategorien entwickelt und definiert.⁴⁹ Diese werden dann als Oberkategorien genutzt. Hierunter sollen die mit Hilfe der Zusammenfassung entwickelten Kategorien im Rahmen einer inhaltlichen Strukturierung subsumiert werden.⁴⁹ Diese deduktiv entwickelten Oberkategorien sind auf einem deutlich höheren Abstraktionsniveau formuliert, um dann die fall- und situationsspezifischen, sehr individuellen Kategorien der Zusammenfassung darunter einsortieren zu können. Dabei besteht auch die Möglichkeit dieselbe Aussage in mehreren passenden Kategorien einzusortieren. Für das Subsumieren der Kategorien aus der Zusammenfassung unter die deduktiven Oberkategorien, ist es von Nöten Ankerbeispiele auszuwählen. Hierbei handelt es sich um Textstellen, die unter eine bestimmte Kategorie fallen und als typisch für diese Kategorie bezeichnet werden können. Außerdem müssen für unklare Fälle Kodierregeln zur genauen Abgrenzung zwischen den Kategorien formuliert werden. Die Definitionen der Kategorien, Ankerbeispiele und Kodierregeln werden dann in einem Probedurchlauf mit einem Teil des gesamten Materials erprobt. Gegebenenfalls müssen daraufhin noch Anpassungen in den Definitionen der Kategorien, den Ankerbeispielen und den Kodierregeln vorgenommen werden. Funktioniert die Analyse, kann mit den entsprechenden Formulierungen das gesamte Material angegangen werden.⁴⁹ Auch die Schritte dieser inhaltlich strukturierenden Inhaltsanalyse werden in Abbildung 3 schematisch dargestellt.

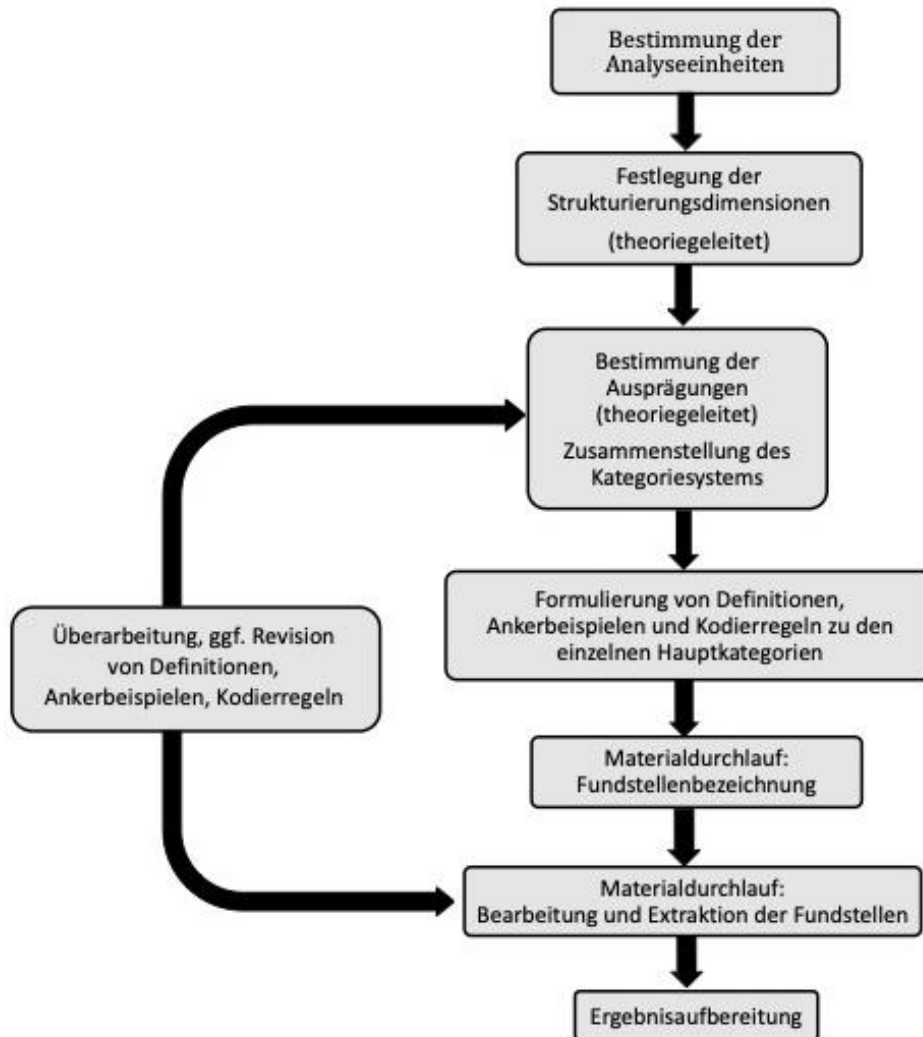


Abbildung 3: Ablaufmodell einer strukturierenden Inhaltsanalyse (Mayring 2010)

3.3.4. Ablaufmodell der Analyse

Um das Ziel der Nachvollziehbarkeit und der Regelgeleitetheit zu verwirklichen, ist die Festlegung eines strikten Ablaufmodells für eine qualitative Inhaltsanalyse von zentraler Bedeutung. Dieses Ablaufmodell bestimmt die einzelnen Analyseschritte und ihre Reihenfolge und muss an das Studienmaterial angepasst sein. Ziel des Ablaufmodells ist es, dass ein zweiter unvoreingenommener Auswerter bei einer Analyse nach den Schritten des Ablaufmodells zu ähnlichen Ergebnissen kommen würde. Es soll also die Intercoder-Reliabilität erhöht werden.⁴⁹ Ein allgemeines inhaltsanalytisches Ablaufmodell ist in Abbildung 1 in Kapitel 3.3.2. dargestellt. Alle in diesem Fließdiagramm dargestellten Schritte sind bei jeder qualitativen Inhaltsanalyse unverzichtbar und werden sich auch im konkreten Ablaufmodell dieser Analyse wiederfinden. Die Schritte 1 bis 5 sind in dieser Form unabhängig von der Art der qualitativen Inhaltsanalyse immer ein fester Bestandteil. In Schritt 1 bis 3 erfolgt die Bestimmung des Ausgangsmaterials für die Analyse, was letztlich einer Quellenkunde

gleichkommt. Bei der „Festlegung des Materials“ im ersten Schritt geht es um eine Definition des Textes, der der geplanten Inhaltsanalyse zu Grunde liegt. Es wird erläutert, um welche Art von Text es sich handelt. Zudem muss die Grundgesamtheit definiert werden, über die durch die Textanalyse Aussagen getroffen werden sollen. Die Auswahl der Studienteilnehmer, also der Autoren des zu analysierenden Textes muss erklärt werden.⁴⁹ Die daran anschließende „Analyse der Entstehungssituation“ ist für jede qualitative Inhaltsanalyse unumgänglich. Hier geht es darum, die Einflüsse, die auf die Textproduktion wirkten, ausfindig zu machen und zu benennen. Von Relevanz sind hier nicht nur äußere Einflüsse durch das zeitliche und örtliche Setting der Textproduktion, sondern genauso auch Einflussfaktoren, die der Autor oder Verfasser mit in die Situation der Textproduktion bringt. Die Erfahrungen, die er über sein Leben hinweg gesammelt hat, seine aktuelle Stimmungslage, seinen Wissensstand, seine Intentionen, eben seinen Hintergrund. Genauso hat auch der Rezipient, bzw. der Empfänger des Textes, für den der Text verfasst wurde, einen großen Einfluss auf das letztendlich produzierte Material. Auch hier spielen Erfahrungen, Emotionen, Wissensstand, Erwartungen und Verhalten eine entscheidende Rolle.⁴⁹ Nachdem die Entstehungssituation so ausreichend genau betrachtet wurde, werden noch die formalen Charakteristika des Materials benannt. Hier geht es um Techniken und Bearbeitungsschritte, die sich an die Textproduktion anschließen, um das Material der Analyse zugänglich zu machen. In Schritt 4 und 5 wird nun die Fragestellung der geplanten Analyse exakt definiert. Zunächst wird hierzu die „Richtung der Analyse“ festgelegt. Bei der Analyse von sprachlichem Material, wie sie im Rahmen dieser Studie geplant ist, können Aussagen in diverse Richtungen hin getroffen werden. Hierfür ist es ratsam, den Text in das in Abbildung 4 dargestellte einfache inhaltsanalytische Kommunikationsmodell von Lagerberg aus dem Jahr 1975 einzuordnen.

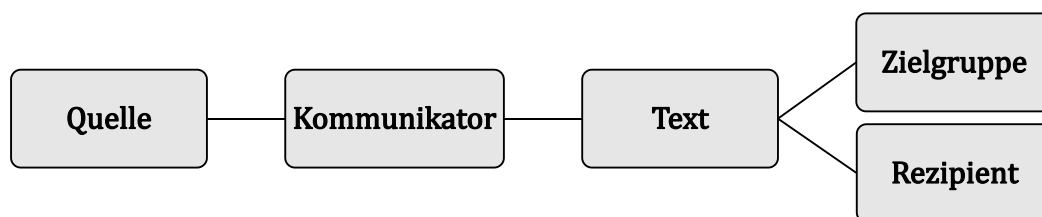


Abbildung 4: Einfaches inhaltsanalytisches Kommunikationsmodell (Lagerberg 1975)

Zu jedem Bestandteil dieser dargestellten fünfgliedrigen Kommunikationskette können anhand eines produzierten Textes Aussagen getroffen werden: Sowohl zu der Person des Textverfassers, als auch zu seinem Hintergrund, der letztlich als Quelle des Textes dient, als auch direkt über den Text selber oder über die Zielgruppe, an die sich der Text richtet, ebenso

wie über die Interviewende als Rezipientin des Textes. Abbildung 5 stellt das Kommunikationsmodell nach Lagerberg, angepasst an die vorliegende Studie dar. Der interviewte Arzt ist der Kommunikator, dessen Erfahrungsschatz ihm als Quelle dient. Der Text, den der Arzt im Interview generiert ist Ausdruck seiner Sichtweisen, seiner Deutungen und seines Verständnisses. Als Rezipient tritt die interviewende Doktorandin auf und als Zielgruppe ein unbekanntes Kollegium.

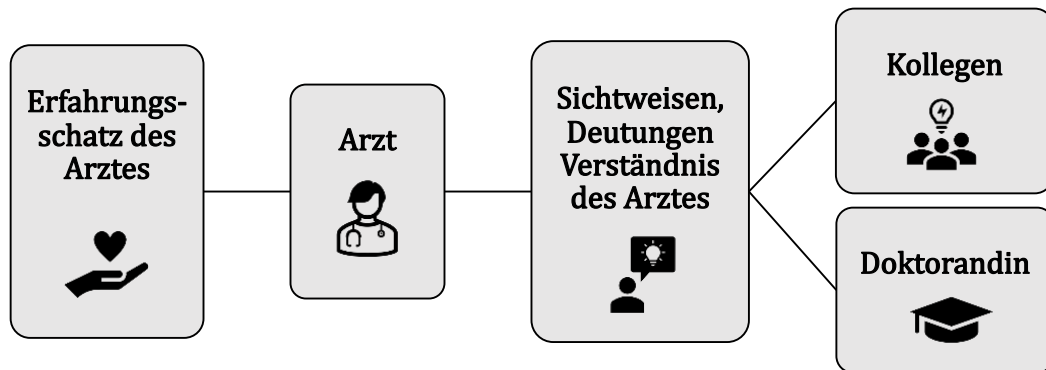


Abbildung 5: Angepasstes Kommunikationsmodell (nach Lagerberg 1975)

In Schritt 4 des Ablaufmodells geht es also darum, festzulegen, in welche dieser Richtungen die geplante Analyse laufen soll.⁴⁹ Als nächstes wird dem inhaltsanalytischen Grundsatz der „Theoriegeleitetheit“ genüge getan, indem die inhaltliche Fragestellung der Analyse theoretisch begründet formuliert wird. Theoriegeleitetheit bedeutet hier, dass im Vorfeld der Formulierung der Fragestellung eine Literaturrecherche erfolgen muss, die die bereits erworbenen und bekannt gemachten Erfahrungen zum entsprechenden Gegenstand zusammenstellt. An diesen Wissensstand anknüpfend, soll dann theoretisch begründet die konkrete Fragestellung formuliert werden.⁴⁹ Ab dem sechsten Schritt unterscheiden sich nun die Ablaufmodelle je nach konkreter Art der Inhaltsanalyse. In diesem Fall wird zunächst eine zusammenfassende Analyse angestrebt. Hierfür geht es im sechsten Schritt darum die Kodier-, Kontext- und Auswertungseinheit zu definieren. Dies ist bereits in Kapitel 3.3.2 näher erklärt. Bei Schritt 7 geht es um die Bestimmung des angestrebten Abstraktionsniveaus für die Generalisierung. Schritt 8 bis 11 entspricht den Z-Regeln 1 bis 4 nach Mayring im Sinne einer Paraphrasierung, einer Generalisierung und zwei Reduktionsschritten. In Schritt 12 werden die so gewonnenen Aussagen in einem Kategoriensystem pro Interview zusammengestellt. Nach Rücküberprüfung des zusammenfassenden Kategoriensystems am Ausgangsmaterial in Schritt 13 muss gegebenenfalls für einen erneuten Durchlauf das Abstraktionsniveau noch einmal angepasst werden.

In der von der Zusammenfassung unabhängigen Strukturierung geht es darum, deduktiv entwickelte Kategorien auf das vorliegende Material anzuwenden. Das konkrete Ablaufmodell sieht demnach im ersten Schritt die theoriegeleitete Entwicklung inhaltlicher Hauptkategorien vor. Schritt 2 beinhaltet die Formulierung der Definitionen von Kategorien, sowie deren Ankerbeispiele und gegebenenfalls der Kodierregeln. Im dritten Schritt werden die in der Zusammenfassung erarbeiteten Kategorien unter die definierten Hauptkategorien subsumiert. Schritt 4 ist dann lediglich noch die gegebenenfalls notwendige Überarbeitung von Definitionen, Ankerbeispielen und Kodierregeln.

Abbildung 6 stellt das konkrete Ablaufmodell dieser Studie noch einmal schematisch vor.

Anhand dieses Ablaufmodells wird schließlich im folgenden Kapitel die Analyse des erhobenen Datenmaterials, der fixierten Interviews, erfolgen.

Bestimmung des Ausgangsmaterials:

Festlegung des Materials

Analyse der Entstehungssituation

Formale Charakteristika
des Materials

Fragestellung der Analyse:

Richtung der Analyse
(Autor, soziokultureller Hintergrund,
Wirkung ...?)

Theoretische Differenzierung der Fragestellung

1. Schritt: Zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse

Definition der Analyseeinheiten
(Kodier-, Kontext-, Auswertungseinheit)

Bestimmung des angestrebten
Abstraktionsniveaus für die Generalisierung

Paraphrasierung
der inhaltstragenden Textstellen
(Z1-Regeln)

Generalisierung der Paraphrasen unter
festgelegtes Abstraktionsniveau
(Z2-Regeln) (*Paraphrasen in MAXQDA*)



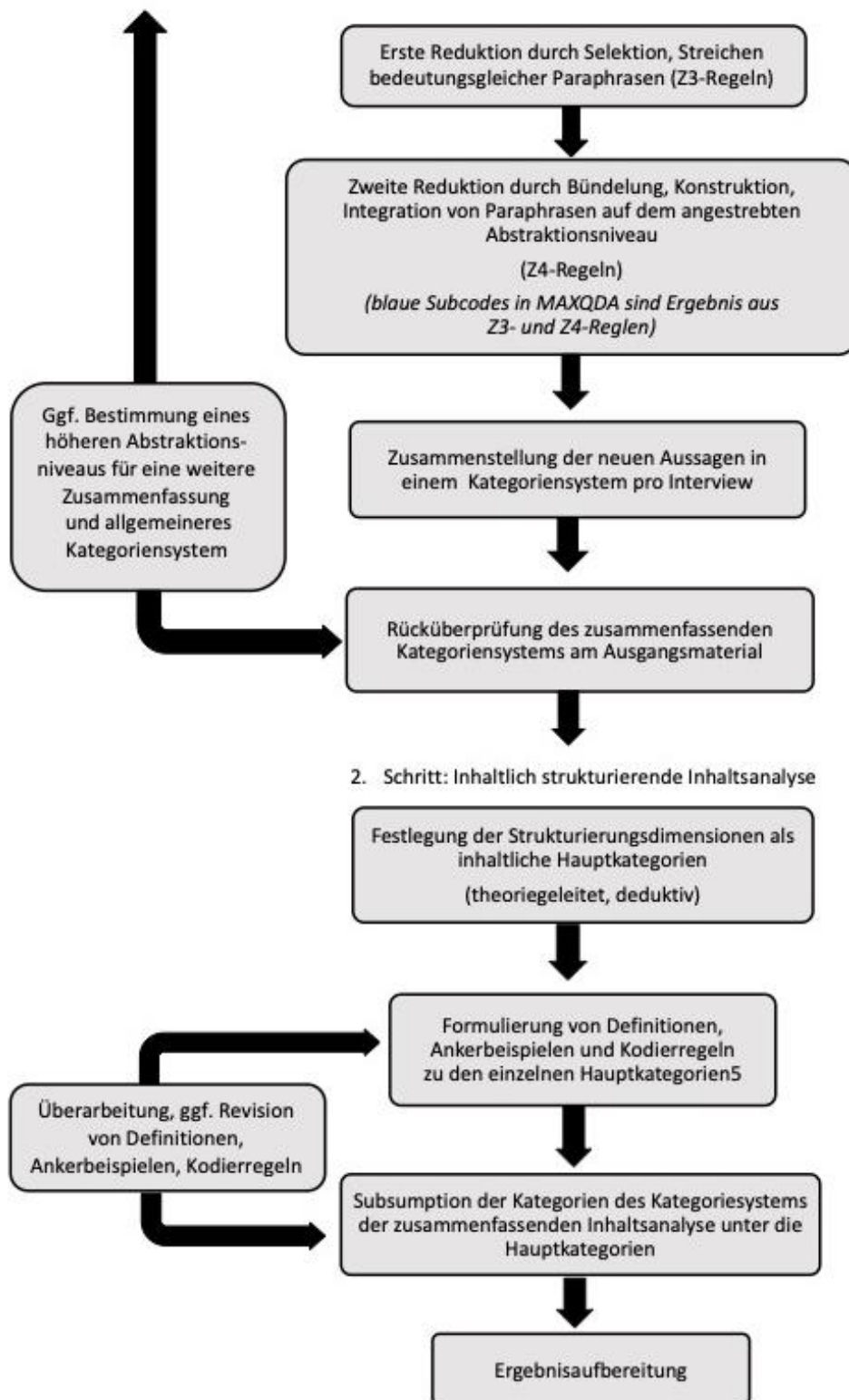


Abbildung 6: Konkretes Ablaufmodell der vorliegenden Studie (Eigene Darstellung nach Mayring, 2010)

4. Ergebnisse

In diesem Kapitel werden die Ergebnisse der einzelnen Analyseschritte, wie sie in den Ablaufmodellen aufeinander folgen, zusammengestellt.

4.1. Bestimmung des Ausgangsmaterials

Zunächst erfolgt hier eine Art Quellenkunde des der Studie zugrunde liegenden Materials.

4.1.1. Festlegung des Materials

Das Datenmaterial, auf dem qualitative Forschung basiert, sind stets Texte. Bei dem Material, das dieser qualitativen Inhaltsanalyse zugrunde liegt, handelt es sich um die Verschriftlichung leitfadengestützter qualitativer Interviews. Alle Interviewpartner wurden nach den in Kapitel 3.2.2. definierten Einschlusskriterien ausgewählt.

Im Rahmen der Rekrutierung wurde Kontakt zu 26 Ärzten aufgenommen, um zehn von ihnen für eine Teilnahme an der Studie gewinnen zu können. Wie oben beschrieben, erfolgte die Auswahl der angeschriebenen Praxen anhand der Liste der Lehrpraxen der Universität zu Köln, ergänzt mit weiteren Praxen im Bereich der KV Nordrhein mit möglichst individuellem Praxisprofil. Die am häufigsten angegebenen Gründe für eine Nicht-Teilnahme waren zeitlicher Art. Hinzu kamen Aussagen wie: „So etwas macht der Herr/ die Frau Dr. (im Moment) nicht“, „Kein Interesse“ oder „Momentan ist das ja sehr schwierig und deshalb will ich gerne, dass Sie da Abstand bei mir nehmen“. Letztendlich konnte das Interview mit sieben männlichen und drei weiblichen Teilnehmern durchgeführt werden, deren Profile bei der Auswertung der einzelnen Interviews genauer betrachtet werden. Diese recht kleine Anzahl an Interviewpartnern ermöglicht es, eine intensive, nuancenreiche, komplexe Auswertung der Interviews zu verwirklichen. Die Interviews wurden mit Tonband aufgenommen und dann manuell transkribiert. Die so erzeugten Protokolle haben einen Umfang von 109 Seiten. Grundlage der qualitativen Inhaltsanalyse ist also der vollständige verschriftlichte Inhalt des erhobenen Interviewmaterials.

4.1.2. Entstehungsbedingungen des Materials

Die verschiedensten Aspekte hatten einen Einfluss auf die Entstehung des vorliegenden Analysematerials.

Die Teilnahme der Ärzte am Interview erfolgte freiwillig. Der offensichtliche Nutzen des Interviews liegt demnach einseitig bei der Interviewerin, da zumindest objektiv kein direkter Nutzen für die teilnehmenden Ärzte zu erkennen ist. Eine mögliche Gegenseitigkeit kann jedoch in einem Interesse der Teilnehmer für die Thematik der Studie liegen und in dem Wunsch, die eigenen Gedanken hierzu bekannt zu machen. Worin letztlich die Motivation der Teilnehmer lag, ist nur zu mutmaßen. Die Gelegenheit, einer gewissen Selbstdarstellung könnte für einzelne Interviewpartner ebenfalls ein Anreiz zur Teilnahme an der Studie gewesen

sein. Andere Ärzte werden sich womöglich auf den Wunsch hin, eine medizinische Promotion zu unterstützen, zum Interview bereit erklärt haben.

Im Vorfeld des Interviews erhielten die Studienteilnehmer einen Fragebogen, der ihr persönliches Profil, sowie das Profil ihrer Praxis erfassen sollte und ein kleines Anschreiben (Anhang 8.1.), in dem die Thematik des Interviews als „Verständnis für Ihre Situation mit psychisch und/oder verhaltensgestörten Patienten“ bezeichnet wurde. Außerdem wurde eine Interviewdauer von etwa 30 Minuten angekündigt und darauf hingewiesen, dass keinerlei Vorbereitung auf das Interview nötig sei.

Bevor die offizielle Interviewdurchführung mit Tonbandaufnahme erfolgte, fand jedes Mal eine (meistens) sehr kurze Vorbesprechung statt. Hier stellte sich die Interviewerin als Medizinstudentin und Doktorandin vor, erklärte den Ablauf des halbstrukturierten leitfadengestützten Interviews mit offenen Fragen und holte das Einverständnis für die Teilnahme an der Studie inklusive der Aufzeichnung per Tonbandgerät ein.

Die Interviewsituation war für (fast) alle Studienteilnehmer völlig unbekannt. Verschiedene Bedingungen könnten bewusst oder unbewusst einen Einfluss auf die Äußerungen der Ärzte und den Verlauf des Interviews gehabt haben.

Sie könnten die Interviewerin als „junge Kollegin“ gesehen haben, vor der sie ihre persönliche Tätigkeit als Arzt und den Beruf des Arztes an sich gut darstellen wollten. Ein gewisser Wunsch zur Belehrung könnte eine Rolle gespielt haben. Die Frage: „Was glauben die Teilnehmer sagen zu müssen?“ ist sehr entscheidend für die Entstehungsbedingungen des Materials.

Eventuell hat auch der Kontakt zum Lehrstuhl für Allgemeinmedizin der Universitätsklinik Köln gewisse Erwartungen und Verpflichtungen in den Teilnehmern hervorgerufen. Zumindest die Ärzte der Lehrpraxen hatten womöglich das Gefühl, sie müssten sich und ihre Praxis in einem guten Licht darstellen. Es ist denkbar, dass hierdurch Probleme weniger drastisch geschildert oder zumindest die eigenen Bewältigungsmethoden übermäßig gut und effektiv dargestellt wurden.

Es ist wichtig, festzuhalten, dass sich die Interviewsituation und ihre Entstehungsbedingungen aus Perspektive der Interviewerin von Mal zu Mal geringfügig änderten, da die vorangegangenen Interviews zu einer gewissen Erfahrung und Routine führten. Aus Sicht der Interviewpartner allerdings, war die Situation, zumindest unter objektiven Gesichtspunkten, jedes Mal dieselbe. Es handelte sich immer um eine bekannte Umgebung in den eigenen Praxisräumen. Tageszeitlich fanden sämtliche Interviews in der zeitlich begrenzten Mittagspause oder nach Feierabend, mit dem Wunsch, nach Hause zu kommen statt, was dazu führte, dass immer ein gewisser Zeitdruck eine Rolle spielte. Da alle Interviews von derselben Interviewerin geführt wurden, dürfte der Einfluss durch ihre Art und ihr Auftreten ebenfalls immer sehr ähnlich gewesen sein.

Von Interview zu Interview verschiedene Einflüsse ergeben sich aber natürlich durch die von den Teilnehmern jeweils persönlich mit ins Interview gebrachten Erfahrungen, Emotionen und Sichtweisen. Es ist denkbar, dass die Ärzte sich teilweise anhand des Fragebogens und der im Vorfeld genannten Thematik auf das Interview vorbereitet hatten. Sie könnten bereits Ideen dazu entwickelt haben, was sie unbedingt ins Interview einfließen lassen wollten. Einige Interviewpartner wirkten am Tag des Interviews so, als hätten sie sich noch überhaupt nicht mit der Thematik beschäftigt und reagierten sehr spontan auf die Fragen.

Von besonderer Bedeutung für die Entstehungsbedingungen des Materials ist immer auch das Vorverständnis des Interviewers. Im Fall dieser Studie, bei der Interviewer und Analytiker in einer Person vereint sind, ist eine Reflexion hierüber besonders wichtig. Das Vorwissen, welches die Interviewerin als Medizinstudentin und Doktorandin der Universität zu Köln mit in die Studiensituation bringt, ist beeinflusst von der Meinung des Lehrstuhlinhabers für Allgemeinmedizin der Uniklinik Köln, Herr Professor Bödecker, zu dem bereits zum Zeitpunkt der Studienplanung Kontakt bestand und von den Medien. Es existierte bereits vor Durchführung der Interviews der Eindruck, psychische und Verhaltensstörungen seien grundsätzlich eher „problematisch“. Die Gründe hierfür schienen vielseitig zu sein. Da psychisch erkrankte Patienten aufwändig in der Betreuung zu sein schienen, spielte ein chronischer Zeitmangel in den Hausarztpraxen ebenso eine Rolle, wie eine unzureichende Vergütung. Psychische und Verhaltensstörungen scheinen auch daher von großer Wichtigkeit zu sein, da ihre Prävalenz drastisch steigt. Problematisch scheint ihre Tendenz zur Chronifizierung, die zu zahlreichen Dauerdiagnosen führt. Eine konkrete Schwierigkeit für die Hausärzte sind wohl die unzureichenden Behandlungsmöglichkeiten, die sich unter anderem in den immensen Wartezeiten bei niedergelassenen Psychotherapeuten widerspiegeln. Eine andere Meinung, die im Zusammenhang mit F-Diagnosen gelegentlich laut wird, ist die, dass es sich teilweise um ein selbstgemachtes Problem handelt. Dass die Erkrankungen an sich gar nicht häufiger werden, sondern höchstens übermäßig diagnostiziert und behandelt werden. Vor diesem Hintergrund muss die implizite Erwartung, *F-Diagnosen sind ein Problem*, während des Analyseprozesses bewusst bleiben.

4.1.3. Formale Charakteristika des Materials

Das Material aus den leitfadengestützten qualitativen Experteninterviews wurde in seiner Entstehungssituation mit Tonband aufgezeichnet. Im weiteren Verlauf wurden die aufgenommenen Texte transkribiert und relevante Beobachtungen aus den Interviews ergänzt, die sich nicht im gesprochenen Wort widerspiegeln. Bei der Transkription wurde sich an die unter 3.2.5. formulierten Transkriptionsregeln gehalten.

4.2. Fragestellung der Analyse

Es bedarf einer exakten Definition der Fragestellung der Analyse. Hierzu muss die Richtung der Analyse festgelegt werden und die theoretische Differenzierung der Fragestellung formuliert werden.

4.2.1. Richtung der Analyse

Die Fragestellung, die zu Beginn dieser Studie existierte, lautete: „Wie empfinden Hausärzte ihre aktuelle Situation in der Betreuung von Patienten mit einer psychischen und Verhaltensstörung – v.a. unter Berücksichtigung ihrer Behandlungsoptionen?“. Um dieser Fragestellung gerecht zu werden, stellt diese qualitative Studie den Text, den die Ärzte im Interview produzierten und in dem sie ihre Sichtweisen präsentieren in den Vordergrund. Die Deutungen, Einstellungen, Meinungen und Empfindungen der einzelnen Ärzte sollen herausgearbeitet und untersucht werden und dies vor dem Hintergrund ihrer selbst als Kommunikatoren mit emotionalen, kognitiven und Handlungshintergründen. Auch der soziokulturelle Hintergrund des Arztes spielt eine wichtige Rolle. Hieraus resultiert die Frage: „Warum produziert dieser Arzt diesen Text?“

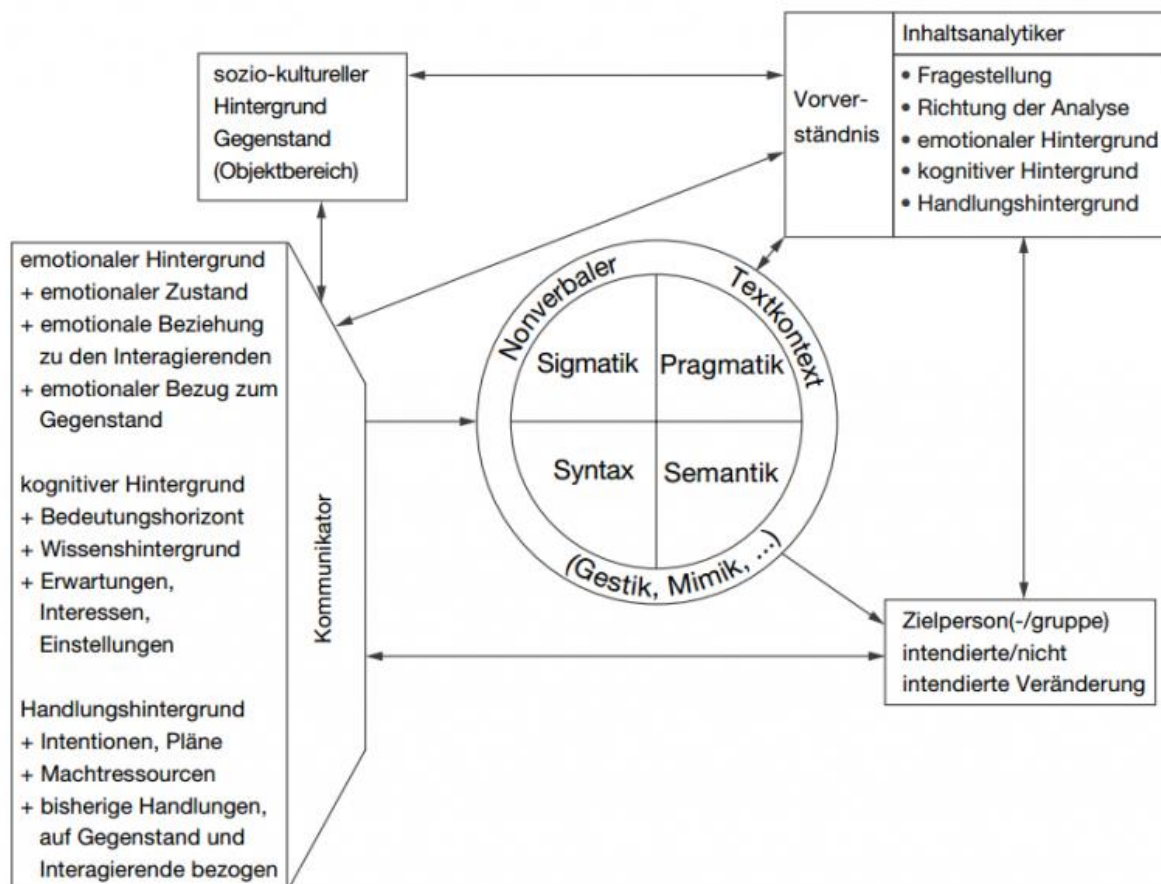


Abbildung 7: Inhaltsanalytisches Kommunikationsmodell (Mayring 2010)

Eingeordnet in das inhaltsanalytische Kommunikationsmodell nach Mayring (Abbildung 7) ⁴⁹ ist der zu analysierende Aspekt also der Objektbereich, der Text an sich. Aus diesem sollen die beschriebenen Erfahrungen, Reaktionen, Handlungsmöglichkeiten und Ideen der Ärzte abgeleitet werden.

Trotzdem sollen in dieser Analyse die Kommunikatoren, in diesem Fall die interviewten Hausärzte, mit ihrem Erfahrungs- und Erlebnishintergrund nicht außer Acht gelassen werden, ebenso wenig, wie die Tatsache, dass eine Medizinstudentin und „angehende Kollegin“ als Rezipient auftritt und viele weitere Kollegen und möglicherweise eine unbestimmte Öffentlichkeit als Zielgruppe agiert. Auch diese Aspekte sind für die Entstehung des Textes, der im Zentrum der Analyse steht von Relevanz. Es ist also wichtig die Einbettung in den Gesamtzusammenhang zu beachten und den Text als Teil einer Kommunikationskette zu sehen.

4.2.2. Theoretische Differenzierung der Fragestellung

Zur Definition der Fragestellung wurde zunächst eine Literaturrecherche durchgeführt. Die Fragestellung der Studie sollte dann anknüpfend an die Ergebnisse der Literaturrecherche auf einen Erkenntnisfortschritt hin formuliert werden.

„Psychische und Verhaltensstörungen“ wurden in einem Artikel des Deutschen Ärzteblattes aus dem Jahr 2006 als „Epidemie des 21. Jahrhundert“ bezeichnet. Vor diesem Hintergrund ist es interessant zu fragen, wie Hausärzte, die in der Regel die ersten Ansprechpartner bei derartigen Erkrankungen sind⁷, selber ihre Situation mit psychisch und verhaltensgestörten Patienten sehen. In Kapitel 2.4. wurde das aktuelle Gerüst um Patienten mit psychischen und Verhaltensstörungen ausführlich und objektiv dargestellt. Daran anknüpfend soll diese Studie nun den folgenden theoretisch begründeten Fragestellungen auf den Grund gehen:

1. Was sind konkrete Erfahrungen der Hausärzte im Umgang mit ihren psychisch und verhaltensgestörten Patienten?
2. Welche Gefühle und Emotionen rufen diese Erfahrungen hervor?
3. Welche Bewältigungsstrategien haben Hausärzte in Bezug auf die Herausforderungen durch betroffene Patienten?

4.3. Zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse

Das Ergebnis der zusammenfassenden Inhaltsanalyse ist ein induktives Kategoriensystem, welches die Inhalte der Interviews gekürzt und zusammengefasst abbildet. Nachdem die Analyseeinheiten festgelegt wurden, muss hierfür das Abstraktionsniveau sowie die Selektionskriterien der Kategorienentwicklung festgelegt werden.

4.3.1 Festlegung der Analyseeinheiten

Unverzichtbarer Bestandteil im Ablaufmodell jeder qualitativen Inhaltsanalyse ist die Definition der Analyseeinheiten. Hierdurch wird wiederum der gewünschten Regelgeleitetheit Folge

geleistet und die Präzision der Analyse erhöht.⁴⁹ Die kleinste Texteinheit, die im Rahmen der zusammenfassenden Inhaltsanalyse in das Kategoriensystem aufgenommen werden soll, die Kodiereinheit, sind die Textstellen, die im ersten Schritt der Zusammenfassung den Paraphrasen zugrunde liegen. Es sind sämtliche Äußerungen der interviewten Ärzte bezogen auf ihre Erfahrungen, ihre Emotionen, ihre Sichtweisen, ihre Konzepte und Strategien. Kontexteinheit und damit größter Textbestandteil, der unter eine Kategorie fallen kann, ist zunächst das Material, das pro Interview verschriftlicht wurde und im weiteren Verlauf der Analyse die Gesamtheit der Interviews.

Auf das generierte Datenmaterial angewandt, stellt die Auswertungseinheit die zu Grunde liegenden zehn Interviews in ihrer Gesamtheit dar. Es sollen zunächst alle Interviews einzeln nacheinander ausgewertet werden und im Anschluss, wenn alle Interviews einzeln bearbeitet und in ein gemeinsames Kategoriensystem eingeordnet wurden, werden sie im Gesamten miteinander in Verbindung gesetzt. Damit entspricht die Auswertungseinheit im Fall der zusammenfassenden Inhaltsanalyse der Kontexteinheit.⁴⁹

4.3.2. Abstraktionsniveau der Zusammenfassung und Selektionskriterium der induktiven Kategorienentwicklung

Zunächst muss für den ersten Durchgang der zusammenfassenden qualitativen Inhaltsanalyse ein angestrebtes Abstraktionsniveau festgelegt werden. Ziel dieser ersten Zusammenfassung ist es, möglichst allgemeine, aber fallspezifische Aussagen über die Situation mit psychisch und verhaltensgestörten Patienten herauszuarbeiten. Die Generalisierung soll im Fall dieser Studie also so ablaufen, dass vor allem praxisnahe Aussagen über die Situation der Hausärzte mit ihren psychisch und verhaltensgestörten Patienten getroffen werden können. Das Abstraktionsniveau ist demnach recht niedrig angesetzt, um fallspezifische Besonderheiten und auch einzigartige konkrete Ideen für die Auswertung zu erhalten. Die Komplexität und Variabilität soll erhalten bleiben und nicht durch zu abstrakte Hauptkategorien verloren gehen. Es wird keine detaillierte Darstellung der Gesamtsituation der Hausärzte angestrebt, sondern die Ausarbeitung interessanter Ausschnitte aus dem komplexen Alltag der Interviewpartner.⁴⁹ Für die angestrebte induktive Kategorienentwicklung muss vorab ein Selektionskriterium festgelegt werden. Hierdurch wird bestimmt, welches Material Ausgangspunkt für die Definitionen der Kategorien sein soll. In diesem Fall sollen alle beschreibenden Aussagen zur Situation der interviewten Hausärzte mit Ihren psychisch und verhaltensgestörten Patienten, ihre emotionalen und handlungsbezogenen Reaktionen auf die Herausforderungen, die im Umgang mit diesen Patienten auftreten sowie Lösungsansätze und Verbesserungsansätze in diesem Zusammenhang das Selektionskriterium sein. Ausschmückende Floskeln oder von der Thematik abweichende Aussagen finden also keinen Eingang in das Kategoriensystem.⁴⁹ Wie in Kapitel 3.3.2. beschrieben, wurde im ersten Schritt der zusammenfassenden Inhaltsanalyse das Ursprungsmaterial paraphrasiert. Die Transkription der Interviews wie auch

der erste Schritt der Zusammenfassung, die Paraphrasierung nach den Z1-Regeln, erfolgte in Microsoft Word. Die so erstellten Word-Dokumente wurden dann in MAXQDA integriert.

Mit MAXQDA wurden die Dokumente mithilfe der Funktion „Paraphrasieren“ bearbeitet. Hierbei wurden die Z2-Regeln nach Mayring angewendet, also die erarbeiteten Paraphrasen auf das festgelegte Abstraktionsniveau generalisiert. Anhand des vorab festgelegten Selektionskriterium werden nun die generalisierten Paraphrasen untersucht. Passt eine Paraphrase ins Selektionsmuster, so wird sie zu einem Code in MAXQDA formuliert, zudem werden bedeutungsgleiche Paraphrasen gestrichen. Unter Anwendung der Z3-Regeln entstanden in MAXQDA schließlich die blauen Codes und durch die weitere Reduktion anhand der Z4-Regeln schließlich die gelben, roten und schwarzen Codes. Das Abstraktionsniveau der Codes nimmt also von blau über orange und gelb zu schwarz zu.

4.3.3. Das induktive Kategoriensystem

Am Ende dieser Schritte der Zusammenfassung entsteht also durch Bündelung, Integration und Konstruktion letztlich ein Kategoriensystem aus 362 induktiven Kategorien, welches inhaltlich das gesamte erhobene Material abbildet. Meist sind bereits die blauen Codes zu induktiven Kategorien formuliert worden, entstehen also Kategorien bereits vor der zweiten Reduktion der Zusammenfassung. Dies geschah an den Stellen, an denen eine zweite Reduktion nicht mehr sinnvoll erschien, um den Inhalt noch möglichst gegenstandsnah darzustellen. An wenigen Stellen wurde die induktive Kategorie erst aus den gelben oder orangefarbenen Codes, also nach weiterer Reduktion formuliert. Die Formulierung der Kategorien erfolgte sehr nah an der Formulierung der Codes, teils entstehen Formulierungen aus Kombination von Codes und Subcodes. Die so erstellten induktiven Kategorien wurden chronologisch, mit dem ersten Interview beginnend, mit iK1 bis iK362 bezeichnet in einem Worddokument zusammengestellt. Dargestellt ist dieses gesamte induktive Kategoriensystem inklusive der Fundstellen in Anhang 8.5. Die große Anzahl der induktiven Kategorien soll die tatsächliche Situation möglichst weit gefächert sowie detail- und kontextgetreu abbilden. Die Interpretation kann damit möglichst gegenstandsnah stattfinden. Im nächsten Abschnitt werden die zehn Interviews alle anhand ihrer angesprochenen induktiven Kategorien zusammengefasst.

4.3.4. Die einzelnen Interviews dargestellt und zusammengefasst anhand der entwickelten induktiven Kategorien

1. Interview:

Praxisvorstellung:

Der Interviewpartner des ersten Interviews ist Allgemeinmediziner in einer Praxis, welche über 50 km vom Kölner Stadtzentrum entfernt im ländlichen Umfeld liegt. Hausärztlich tätig ist der Kollege seit circa 30 Jahren.

Zusammenfassung des Interviews anhand der induktiven Kategorien:

Die Zahl an F-Diagnosen ist insgesamt zunehmend, wobei ein Teil der zunehmenden Zahlen auf fehlerhafte Daten zurückzuführen ist, welche zu einer Überschätzung der Entwicklung dieser Diagnosen führen. (iK1) Fehlerhafte Daten entstehen, da F-Diagnosen eine Einnahmequelle für Hausärzte sind (iK2) und teils als solche genutzt und hierfür großzügig codiert werden. Zum anderen wird die zahlenmäßige Entwicklung überschätzt, da F-Diagnosen, auch wenn es sie schon immer gab (iK3), heutzutage häufiger codiert werden.

Häufig vorkommende F-Diagnosen sind depressive Störungen (iK10), somatoforme Beschwerden (iK11) sowie Anpassungsstörungen. (iK13)

Ursächlich für F-Diagnosen sind tendenziell zunehmende Probleme im familiären Bereich (iK15) und Probleme am Arbeitsplatz. (iK14)

Es ist eine Herausforderung, dass F-Diagnosen diffus (iK8) und damit schwer objektivierbar sind. Es gibt Studien, nach denen Hausärzte Depressionen bei ihren Patienten übersehen. (iK12) Um F-Diagnosen nicht zu übersehen, ist es wichtig, dass der Hausarzt an sie denkt (iK4) und die Patienten ausdrücklich nach emotionalen Belastungsfaktoren (iK35), der Familie und dem Beruf fragt. Ein Hinweis für eine vorliegende F-Diagnose kann es sein, wenn Untersuchungsbefunde und Anamnese eines Patienten nicht vereinbar scheinen. (iK33) Dem Hausarzt hilft zudem die erlebte Anamnese bei der Diagnosestellung. (iK36) Das Stellen einer F-Diagnose durch den Hausarzt erfolgt emotional. (iK30)

F-Diagnosen sind Ausschlussdiagnosen nach durchgeführter somatischer Diagnostik mit unauffälligen Befunden. (iK31) Eine somatische Diagnostik wird auch von den Patienten gewünscht. (iK34) Gerade bei Somatisierungsstörungen ist jedoch der Verzicht auf zu viel Diagnostik notwendig. (iK32) Hausärzte haben bei der Stellung einer F-Diagnose Sorge, eine somatische Erkrankung zu übersehen. (iK29)

Für den Patienten selber sind F-Diagnosen alltagsbestimmend. (iK5) Außerdem sind sie gesellschaftlich negativ besetzt (iK25), werden beispielsweise als „Etikett“ wahrgenommen und Patienten schämen sich für sie. Der Vorwurf, man rede mit einer F-Diagnose jemanden krank, ist falsch. (iK37)

Durch Mängel in der hausärztlichen Kommunikation mit den Patienten (iK24), wissen Patienten häufig nicht, welche Diagnosen ihnen codiert werden.

Die Betreuung von psychisch kranken Patienten ist für Hausärzte zeitaufwändig (iK7) und kraftaufwändig (iK6). Der Hausarzt führt Gespräche (iK49), wobei andauernde Gespräche eine Entwicklung bewirken können. (iK38) Medikamente können hierbei unterstützen. (iK39) Eine medikamentöse Therapie ist jedoch kein Allheilmittel (iK42) und bei den Patienten unbeliebt. (iK40) Die Compliance der Patienten für eine medikamentöse Therapie kann ein Zeichen für die Akzeptanz der Diagnose sein. (iK41)

Der Hausarzt muss zudem die Arbeitsunfähigkeit berufstätiger psychisch kranker Patienten organisieren. (iK45)

Eine Unterstützung durch Psychiater oder Psychotherapeuten ist für die Betreuung psychisch kranker Patienten zu erwägen (iK43) und wird teils von den Krankenkassen verlangt (iK46). Auch eine Psychotherapie ist aber kein Allheilmittel. (iK48) Außerdem gibt es einen Mangel an verfügbaren Fachkräften (iK44), welche sich am ehesten in der Stadt konzentrieren und keine raschen Sprechstundenzeiten anbieten. (iK61)

Der Patient bekommt zur Unterstützung der Suche eines passenden Therapeuten eine Liste (iK56). Zudem können die gesetzlichen Kostenträger bei der Suche nach einem Therapeuten helfen. (iK47)

Die Erreichbarkeit der Therapeuten ist unzureichend (iK55), da sie primär über Email funktioniert. Hier ist eine Verbesserung notwendig, um den Hausärzten die Situation zu erleichtern. (iK68)

Die Hauptursache für die schlechte Zusammenarbeit mit den Psychotherapeuten (iK67) ist die Kommunikation mit ihnen. (iK59) Eine Rückmeldung der Therapeuten findet nicht statt, teils unter dem Vorwand, der Patient wolle dies aus Datenschutzgründen nicht, was nicht stimmt. (iK63) Eine bessere Kommunikation ist notwendig, um die Patientenführung zu verbessern (iK70), um menschliche Probleme zu verringern (iK71) und um Zeit zu sparen. (iK69)

Das Verhältnis zwischen Psychotherapeuten und Hausärzten ist oft schlecht (iK64), durch Eitelkeiten und Grabenkämpfe (iK65) und dadurch geprägt, dass die Therapeuten den Hausärzten nichts zutrauen. (iK60)

An manchen Stellen gibt es mit Therapeuten bereits eine gute Zusammenarbeit (iK66) und an den anderen sind Hausärzte um eine bessere Zusammenarbeit bemüht. (iK62)

Für den Fall, dass kein Therapeut zur Unterstützung der Therapie gefunden wird, gibt es alternativ eine psychologische Beratungsstelle vom Gesundheitsamt. (iK58)

Der Hausarzt sollte ein Netzwerk haben, mit welchem er Patienten im Notfall unterbringen kann. (iK57)

Ein psychiatrischer Notfall ist eine seltene (iK53) angespannte Situation (iK52), welche eine stationäre Einweisung durch den Hausarzt notwendig macht, (iK50) wobei die Überzeugung des Patienten einem PsychKG vorgezogen werden sollte. (iK51) Zur Not kann der Hausarzt den Patienten auch persönlich ins Krankenhaus bringen. (iK54)

Hausärzte erfahren eine persönliche emotionale Belastung durch den Umgang mit psychisch kranken Patienten (iK16). Der Umgang mit psychisch erkrankten Menschen erfordert Distanz vom Hausarzt (iK23), sodass Belastungen abperlen, was jedoch schwierig umzusetzen ist. (iK17). Gespräche, beispielsweise mit dem Partner (iK18) oder in Balintgruppen (iK22), können beim Umgang mit diesen Belastungen helfen. Einiges muss der Hausarzt allerdings auch alleine verarbeiten. (iK21)

Der Umgang mit gewissen Krankheitsbildern, beispielsweise Drogenabhängigkeit, erfordert eine Kommunikation im Praxisteam. (iK20) Die Kommunikation im Praxisteam zur Verarbeitung ist jedoch aus zeitlichen Gründen und aus Gründen der Schweigepflicht unzureichend. (iK19)

Bezüglich der Dokumentation von F-Diagnosen muss der Hausarzt darauf aufpassen, intime Patientendaten vor der Krankenkasse zu schützen. (iK9) Revidiert werden sollten F-Diagnosen nicht (iK28), da sie Dauerdiagnosen sind, die sich tendenziell mit der Zeit anhäufen (iK27).

2. Interview:

Praxisvorstellung:

Das zweite Interview wird mit einem 64-jährigen männlichen Kollegen geführt, dessen Praxis in einem Kölner Stadtteil liegt. Er ist als Facharzt für Allgemeinmedizin niedergelassen, zum Zeitpunkt des Interviews seit ca. 25 Jahren. Er selber schätzt seine Scheinzahl auf 1300 und vermutet einen Privatpatientenanteil von fünf Prozent.

Zusammenfassung des Interviews anhand der induktiven Kategorien:

Einige Aspekte finden in diesem Interview ähnlich Erwähnung wie schon im ersten. So beispielsweise die schwere Objektivierbarkeit von F-Diagnosen (iK8) und die Tatsache, dass F-Diagnosen aufgrund der schwierigen Objektivierbarkeit Ausschlussdiagnosen sind. (iK31) Auch das negative gesellschaftliche Bild der Diagnosen wird erneut genannt. (iK25) Abermals wird die zeitaufwändige Betreuung von psychisch kranken Patienten (iK7) erwähnt, sowie die hausärztliche Aufgabe des Krankschreibens (iK45, iK138, iK139). Es wiederholt sich die Nennung der Option einer medikamentös unterstützten Therapie von F-Diagnosen (iK39). Der Mangel an freien Psychotherapeuten (iK44), wie auch die schlechte Erreichbarkeit der Psychotherapeuten (iK55) mit engen Telefonzeiten und der Wunsch nach Verbesserung der Erreichbarkeit (iK68), sowie nach besserer Kommunikation und Zusammenarbeit mit den Therapeuten (iK62, iK146) wird erneut laut. Die Kommunikation mit den Therapeuten wird auch hier als das Hauptproblem bezeichnet (iK59), auch wenn es abermals heißt, dass es teilweise schon gute Zusammenarbeit mit Therapeuten gibt. (iK66) Auch im zweiten Interview wird ausdrücklich die Notwendigkeit einer stationären Einweisung beim psychiatrischen Notfall genannt (iK50).

Wieder wird, um sich als Hausarzt selber zu schützen, „Distanz“ für den Umgang mit psychisch erkrankten Patienten empfohlen. (iK23)

Im Folgenden werden nun die hinzukommenden Aspekte oder diejenigen, die sich vom ersten Interview unterscheiden anhand der induktiven Kategorien näher zusammengefasst.

1999 wurden die psychologischen Psychotherapeuten in das KV-System aufgenommen und sollten von da an Psychotherapie machen, (iK74) zunächst auf Zuweisung von Psychiatern, im Verlauf war der direkte Zugang für die Patienten mit der Krankenkassenkarte ohne vorherigen Arztkontakt möglich. (iK76) Alleine durch den einfacheren Zugang zum Therapeuten gibt es seitdem eine vermeintlich steigende Anzahl an F-Diagnosen (iK77), da der Therapeut von den Patienten als kostenfreier Gesprächspartner gesehen wird. (iK108)

Eine überschätzte Entwicklung von F-Diagnosen kommt zudem auch dadurch zustande, dass teils Missempfindungen normaler Situationen (iK100) durch die Minderbelastbarkeit der jungen Generation oder durch ihr fehlendes Selbstbewusstsein zu F-Diagnosen führen. Außerdem werden F-Diagnosen von Ärzten teils dazu herangezogen, um Schwerbehinderungen zu begründen, damit ihre älteren, arbeitslosen Patienten früher in die reguläre Rente eintreten können. (iK1)

F-Diagnosen können Folge von Arbeitslosigkeit (iK78) und zunehmenden Stressfaktoren sein. (iK79) Die Regierung sollte sich daher zur Arbeitslosigkeit Gedanken machen. (iK104) Häufige F-Diagnosen sind psychosoziale Störungen im Zusammenhang mit dem sozialen Umfeld (iK95) und Schizophrenien (iK96). Oft sind F-Diagnosen Hilferufe. (iK99)

F-Diagnosen sind schwer nachweisbar. (iK82) Zur Detektion einer F-Diagnose sollte eventuell fachspezifische Kompetenz erfragt werden (iK116) und bei echten F-Diagnosen sollte eine ärztliche Diagnosestellung erfolgen. Das Stellen einer korrekten Diagnose ist nicht immer sofort möglich. (iK117) Es ist ärztliche Aufgabe, bei der Detektion von F-Diagnosen eine somatische Erkrankung nicht zu übersehen. Dies können Psychotherapeuten nicht gewährleisten, weshalb der direkte Zugang zum Psychotherapeuten Gefahren birgt. (iK136, iK137)

F-Diagnosen müssen vorsichtig codiert werden, da sie den Patienten stigmatisieren. (iK112) Ein Zusammenbruch im Rahmen einer F-Diagnose macht den Patienten unattraktiv. (iK114) F-Diagnosen verursachen Arbeitsunfähigkeitszeiten (iK73) und dies zunehmend durch die steigende Zahl der F-Diagnosen. (iK72) Sie können zu Arbeitslosigkeit und Berentung führen. (iK102) F-Diagnosen kosten die Gesellschaft, z.B. durch Vorrühestände wegen psychischer Schwerbehinderung, viel Geld. (iK103) Auch der bereits erwähnte direkte Zugang zum Psychotherapeuten ohne vorherigen Arztkontakt kostet viel Geld. (iK109)

F-Diagnosen erfordern eine Therapie (iK81, iK120), welche abhängig von der Art der Diagnose ist (iK115). Oft ist eine zeitnahe Therapie aber nicht zwingend notwendig. (iK111) Hausärzte haben Erfahrung mit psychisch kranken Patienten (iK84) und sind der Herausforderung, Psychotherapie anzubieten in der Regel gewachsen. (iK75) Aufgrund dessen besteht kein Verständnis dafür, dass Hausärzte seit der Einführung der psychologischen Psychotherapeuten in das KV-System keine Psychotherapie mehr selber machen sollen. Hausärzte motivieren Patienten mit F-Diagnosen (iK110) und schreiben nicht einfach so krank.

Hausärzte besprechen mit den Patienten, was eine F-Diagnose in der Partnerschaft anrichtet. (iK113)

Der Hausarzt bekommt für die Betreuung psychisch kranker Patienten nur noch dann Geld, wenn er die psychosomatische Grundversorgung absolviert hat. (iK87) Diese ist zu umständlich zu erreichen (iK88) und sollte erleichtert werden, beispielsweise durch zwingende Integration in die Facharztausbildung für Allgemeinmedizin. Zudem sollten Hausärzte angemessen entlohnt werden und investierte Zeit abrechnen können (iK143), sonst ist der Hausarzt gezwungen, seine Patienten bei Spezialisten unterzubringen. (iK144)

Bei gravierenden psychiatrischen Störungen sollten Spezialisten involviert werden (iK98). Die Suche nach einem Therapeuten ist teils so schwierig, dass der Hausarzt unter Umständen gezwungen ist, selber zu telefonieren, um einen Therapeutentermin zu finden. (iK145)

Oftmals findet dann eine jahrelange Psychotherapie statt. (iK83) Neurologische Störungen bedürfen einer medikamentösen Therapie. (iK97)

Die langen Wartezeiten bei den Psychotherapeuten sind hausgemacht, (iK133) da die Therapeuten lediglich zu wenig arbeiten. Potentiell gibt es eine Überversorgung an Therapeuten (iK134), sie müssten nur ihre regulär vorgeschriebenen Fallzahlen absolvieren. (iK135)

Hausärzte sind für eine gute Therapie ihrer Patienten abhängig von einer guten Kommunikation mit den Spezialisten (iK140), auch für Krankschreibung bedarf es einer Kommunikation. (iK142) Mit Psychotherapeuten, die ungern schreiben (iK141), wünschen sich Hausärzte eine Kommunikation wie mit Fachärzten. (iK146)

Durch den bereits erwähnten direkten Zugang zu den Therapeuten ohne vorherigen Arztkontakt wurde die Kooperation weiter erschwert. Hierdurch findet teils Psychotherapie bei unbekannter Diagnose (iK119) und vor allem ohne ärztliche Diagnose statt (iK85), weil erst für die Genehmigung einer Langzeittherapie ein Arzt involviert werden muss. (iK86) Dann benötigen Patienten von ihrem Hausarzt einen Konsiliarbericht (iK118), den dieser aber nicht einfach so ausstellen möchte.

Ein psychiatrischer Notfall zerstört den Praxisalltag (iK121) und der Hausarzt weiß nicht, was er tun soll. (iK122) Zwingend muss er nach der Eigengefährdung (iK123) und Fremdgefährdung fragen (iK129) und handeln. (iK128) Eventuell kann er akut medikamentös behandeln (iK124), den Patienten beruhigen (iK125) und das Patientenumfeld involvieren (iK126), welches er kennt. (iK127) Im Extremfall ist ein PsychKG indiziert (iK130), hiermit ist der Hausarzt den Patienten los. Ein PsychKG ist selten, da der Hausarzt den Patienten kennt und der Patient dem Hausarzt auch im Notfall glaubt. (iK131) Hiervon profitiert der Hausarzt. (iK132)

Den Umgang mit der persönlichen Belastung durch F-Diagnosen bei seinen Patienten muss der Hausarzt lernen (iK89), wobei ein ausgewogenes Verhältnis aus Distanz und Empathie

benötigt wird. (iK90) Hausärzte betreuen ihre Patienten bis an deren Lebensende. (iK91) Andere Fachärzte sind nicht zwingend diesen Herausforderungen des Berufs „Hausarzt“ gewachsen. (iK92)

Die Rehabilitation von F-Diagnosen ist uneindeutig (iK80), trotzdem sind sie keine Dauerdiagnosen. (iK107) Psychiatrische Diagnosen halten z.B. in Konfliktsituationen oft einige Zeit an (iK105), müssen vom Hausarzt dann aber womöglich revidiert werden, z.B. bei Entwicklungen in Partnerschaften. Sie sind eher Akutdiagnosen, die sich wiederholen. (iK106)

3. Interview:

Praxisvorstellung:

Dieses Interview wurde mit einer weiblichen Kollegin geführt, welche seit über 20 Jahren als Allgemeinmedizinerin niedergelassen ist. Die Scheinzahl der Praxis wird auf 800 geschätzt, wobei der Anteil an Privatpatienten auf ein Viertel geschätzt wird. Die Praxis liegt in einem Stadtteil im Kölner Westen.

Zusammenfassung des Interviews anhand der induktiven Kategorien:

Auch in diesem Interview finden einige Aspekte bereits in Wiederholung Ansprache und werden im Folgenden lediglich erneut kurz erwähnt.

F-Diagnosen gab es schon immer (iK3) und die Anzahl schwerer psychischer Erkrankungen hat zuletzt nicht zugenommen. Teils führen Missempfindungen normaler Situationen zur Stellung von F-Diagnosen. (iK100) F-Diagnosen sind schwer objektivierbar (iK8) und daher Ausschlussdiagnosen (iK31). Hausärzte haben daher Sorge bei Diagnostizierung einer psychischen Erkrankung, eine somatische Erkrankung zu übersehen. (iK29) Es ist nicht immer sofort eine Diagnosestellung möglich (iK117), sondern oft ein Kennenlernen des Patienten notwendig. Zur Detektion einer F-Diagnose sollte auch fachspezifische Kompetenz zu Hilfe genommen werden. (iK116)

F-Diagnosen sind negativ besetzt (iK25), es existiert ein „Schubladendenken“.

Die hausärztliche Betreuung psychisch kranker Patienten braucht viel Zeit. (iK7) Gespräche mit dem Hausarzt sind ein Therapieansatz für F-Diagnosen (iK49) und können Belastungssituationen entzerren. Hausärzte motivieren Patienten (iK110) und geben Hilfe zur Selbsthilfe. Hausärzte haben Erfahrung mit psychisch kranken Patienten (iK84), sodass in der Regel keine hausärztliche Überforderung besteht. (iK75)

Es gibt einen Mangel an freien Psychiatern und Psychotherapeuten (iK44), da sie schlecht kurzfristig akute Patienten dazwischen nehmen können. Die gesetzlichen Kostenträger können bei der Therapeutensuche helfen (iK47), beispielsweise mithilfe der Homepage der KVNO. Teils telefoniert der Hausarzt selber, um für den Patienten einen Therapeuten zu finden. (iK145)

Der Hausarzt braucht ein Netzwerk, um Patienten im akuten Notfall unterzubringen. (iK57)
Im psychiatrischen Notfall muss er Hausarzt den Patienten stationär einweisen. (iK50) Er kann zudem eine akute medikamentöse Behandlung einleiten (iK124) und das Patientenumfeld involvieren. (iK126)

F-Diagnosen sollten nicht revidiert werden. (iK28)

Erstmalig angesprochen werden die folgenden Kategorien:

Es gibt im Allgemeinen eine zunehmende Anzahl an F-Diagnosen. (iK149) Insbesondere junge, scheinbar minderbelastbare Patienten sind oft betroffen. (iK148) Die Anzahl an schweren F-Diagnosen ist eher klein (iK161) und nicht größer geworden (iK3), sie gehören schon immer zum hausärztlichen Alltag. (iK154)

Alltägliche Belastungssituationen sind häufig. (iK162) Burnout ist eine der häufigen F-Diagnose. (iK147) Spezielle F-Diagnosen treten in besonderen Einrichtungen auf. (iK160)

Der Hausarzt kennt seine Patienten (iK158) oder muss sie kennenlernen, bevor er eine F-Diagnose stellen kann. (iK117)

Für den Patienten stellt eine F-Diagnose oft eine lange emotionale Belastung dar. (iK155)

Wenn eine F-Diagnose gestellt wird, muss der Hausarzt dies mit dem Patienten besprechen (iK163). Kommunikation ist auch nötig, um den richtigen Therapieansatz für den Patienten zu finden (iK164) und hierüber zu informieren. (iK165) Der Hausarzt muss feststellen, ob eine Akutintervention nötig ist. (iK173)

Der hausärztliche Aufwand für Patienten mit schweren F-Diagnosen ist gleichbleibend hoch (iK150) und unabhängig von der Diagnose. (iK151) Mit zunehmender Kenntnis des Patienten nimmt der Aufwand ab. (iK152) Durch den großen Zeitaufwand entsteht dem Hausarzt durch die Betreuung psychisch kranker Patienten ein wirtschaftlicher Nachteil. (iK153)

Hausärzte sollten sich nicht selber überschätzen (iK172) und Spezialisten involvieren. Die Therapeutensuche muss der Patient selber in Angriff nehmen (iK166), wobei es schwierig ist, einen Therapeuten zu finden, dem man vertraut. Die KVNO bietet auf ihrer Homepage Unterstützung bei der Therapeutensuche. (iK47) Therapeuten sind ausgelastet und können nicht einfach Patienten dazwischen vorziehen. (iK167)

Der Hausarzt muss sich durch direkte Kommunikation mit den Spezialisten ein Netzwerk aufbauen, mit dem er Patienten zur Not akut helfen kann. (iK168, iK57) Hier kann der Spezialist um eine kurzfristige knappe Mitbeurteilung gebeten werden. (iK171) Der Hausarzt bekommt Rückmeldung von den Therapeuten, wenn er darum bittet. (iK170)

Kommunikation mit Kollegen ist für Hausärzte immer unabdingbar. (iK169)

Eine Übertragung der emotionalen Belastung des Patienten durch eine F-Diagnose auf den behandelnden Hausarzt ist abhängig von dessen Tagesform. (iK156) Mitunter reagiert der Hausarzt gereizt (iK157) oder ungeduldig bei jungen jammernden Patienten. (iK159)

4. Interview:

Praxisvorstellung:

Interviewpartner des vierten Interviews ist ein männlicher Kollege mit einer Gemeinschaftspraxis im Kölner Nord-Osten. Zum Zeitpunkt des Interviews ist er seit ca. 15 Jahren als Facharzt für Allgemeinmedizin niedergelassen. Die Scheinzahl wird auf 1150 gerundet, der Anteil an Privatpatienten auf drei Prozent.

Zusammenfassung des Interviews anhand der induktiven Kategorien:

Zunächst eine Wiederholung der bereits erwähnten Aspekte, welche auch in diesem Interview wieder angesprochen wurden.

F-Diagnosen nehmen im Allgemeinen zu. (iK149) Grund hierfür sind z.B. zunehmende Stressfaktoren (iK79), sowie Probleme am Arbeitsplatz. (iK14) Häufige F-Diagnosen sind beispielsweise somatoforme Beschwerden (iK11) und Burnout (iK147).

F-Diagnosen haben eine finanzielle Bedeutung für die Gesellschaft (iK103), da ihre Therapie die Allgemeinheit Geld kostet.

F-Diagnosen benötigen eine Therapie. (iK81) Ein hausärztlicher Therapieansatz sind Gespräche (iK49), wobei andauernde Gespräche Entwicklung bringen. (iK38) Hausärzte motivieren Patienten. (iK110) Manche F-Diagnosen benötigen eine medikamentöse Therapie. (iK97) F-Diagnosen sind Teil des hausärztlichen Alltags. (iK154) Vorteil des Hausarztes ist es, dass er seine Patienten (iK158) und ihr Umfeld (iK127) kennt. Der hausärztliche Aufwand für psychisch kranken Patienten nimmt ab, je besser er sie kennt. (iK152)

Der Hausarzt sollte sich im Umgang mit psychisch kranken Patienten nicht selber überschätzen. (iK172) Die Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten ist wegen Eitelkeiten und Grabenkämpfen (iK65) jedoch schlecht. (iK67) Das Hauptproblem ist die Kommunikation. (iK59) Die Hausärzten wünschen sich von Psychiatern und Therapeuten eine Kommunikation wie mit anderen Fachärzten (iK146) und eine bessere Erreichbarkeit (iK68).

Ein psychiatrischer Notfall bedarf einer stationären Einweisung. (iK50)

Der Hausarzt erfährt durch seine psychisch kranken Patienten eine persönliche emotionale Belastung. (iK16) Distanz ist eine mögliche Umgangsform mit dieser Belastung (iK23), wobei eine Distanzierung gegenüber den psychischen Problemen der Patienten schwierig ist (iK17) und geübt werden muss.

Eine Rehabilitation von F-Diagnosen ist uneindeutig. (iK80) F-Diagnosen sollten nicht revidiert werden. (iK28)

Neu angesprochene Aspekte aus diesem Interview werden im Folgenden zusammengefasst. Es gibt eine Zunahme an psychischen Miterkrankungen bei Patienten. (iK181, iK231)

Funktionelle Beschwerden sind häufig. (iK182)

Es bedarf einer klaren Definition (iK174) von F-Diagnosen sowie einer eindeutigen Abgrenzung vom Normalzustand (iK175), um F-Diagnosen sicher stellen zu können. Die Gedanken des Hausarztes bei Erstdiagnostizierung einer F-Diagnose sind abhängig vom Geschlecht des Patienten. (iK191)

Einige psychisch erkrankte Patienten sind voll alltagsfähig. (iK177)

Die klare Definition von F-Diagnosen ist auch notwendig, um eine neue Therapieindustrie zu verhindern. (iK176) Sonst entstehen für die Therapie von F-Diagnosen immer enormere Kosten für die Allgemeinheit. (iK103)

Hausärzte sind zu Praxiszeiten ständig für ihre Patienten erreichbar. (iK199) Die menschliche Verbindung mit dem Patienten hat für den Hausarzt eine große Bedeutung. (iK196) Hausärzte beraten, strukturieren (iK179) und wirken verbal stabilisierend auf ihre Patienten ein. (iK178) Die Kommunikation mit dem Patienten ist bei Identifikation mit ihm einfacher. (iK194) Der Umgang mit psychisch kranken Patienten ist abhängig von der Persönlichkeit des Hausarztes. (iK198) Sie brauchen Charakter, Mitgefühl, Stabilität und Professionalität (iK197), sind aber keine soften Psychotherapeuten. (iK200) Der hausärztliche Therapieansatz ist auch abhängig vom Geschlecht der Patienten (iK193), wobei Hausärzte für junge Patientinnen eine Stütze sein können. (iK192) Patientinnen sollten keine Befehle erteilt werden. (iK195) Hausärzte können etwas medikamentös behandeln. (iK205) Die Psychosomatische Grundausbildung ist eine Zusatzqualifikation für Hausärzte. (iK206) Hausärzte können keine spezifische Therapie von F-Diagnosen leisten. (iK180) Abhängigkeiten oder Psychosen benötigen eine medikamentöse Therapie. (iK97) Manche Diagnosen bedürfen einer stationären Einweisung durch den Hausarzt. (iK201) Hausärzte sind durch psychisch erkrankte Patienten überfordert. (iK188)

Zur Therapeutensuche können die Patienten die Telefonnummer der „Kontaktbörse Psychotherapie“ bekommen. (iK203) Psychotherapeuten haben untragbare Wartezeiten. (iK204) Eine Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten existiert nicht. (iK208) Teils ist eine Kommunikation mit den Spezialisten aufgrund der hausärztlichen Überlastung auch gar nicht gewünscht. (iK209)

Psychiatrische Notfälle müssen fachärztliche weiter betreut werden (iK202), da eine hausärztliche Behandlung Selbstüberschätzung wäre.

Viele alternative Therapieoptionen gibt das System nicht her. (iK207)

Die Hausärzte können aufgrund ihrer zu hohen Patientenfrequenz nicht gesund mit ihrer persönlichen emotionalen Belastung umgehen. (iK183) Aufgrund der Alternativlosigkeit müssen sie jedoch einen Umgang damit finden. (iK184) Der Hausarzt braucht ein Leben neben dem Beruf (iK186), denn Hausarztsein ist ungesund. (iK185) Um die Belastung zu reduzieren können Hausärzte Gemeinschaftspraxen gründen. (iK187)

Auch nach einer Therapie bleiben F-Diagnosen teils bestehen (iK189), manchmal können sie allerdings auch wieder gestrichen werden. (iK190)

5. Interview:

Praxisvorstellung:

Die Praxis des nächsten Interviewpartners liegt im rechtsrheinischen Köln. Niedergelassen ist der Kollege seit knapp 20 Jahren als Facharzt für Innere Medizin und Allgemeinmedizin. Es handelt sich um eine Gemeinschaftspraxis, wobei die Scheinzahl auf 1400 geschätzt wird und der Anteil der Privatpatienten auf zehn Prozent.

Zusammenfassung des Interviews anhand der induktiven Kategorien:

Zunächst die Aspekte des Interviews, die bereits in den vorherigen 4 Interviews angesprochen wurden:

F-Diagnosen gab es schon immer. (iK3) Sie sind Teil des hausärztlichen Alltags. (iK154)

Häufig sind depressive Störungen (iK10) und somatoforme Beschwerden (iK11). Teils führen Missemphindungen normaler Situationen (iK100) oder dramatische Bewertungen einer bestimmten Situation (iK101) durch die Patienten zur Stellung einer F-Diagnose.

F-Diagnosen erfordern eine klare Definition (iK174) und eine Abgrenzung vom Normalzustand. (iK175) Sie sind uneinheitlich und daher schwer objektivierbar. (iK8) Um F-Diagnosen zu detektieren, muss man an sie denken. (iK4) Hausärzte müssen somatische Erkrankungen erkennen. (iK137)

Psychische Erkrankungen sind negativ besetzt. (iK25)

Die Therapie von F-Diagnosen ist abhängig von der Art der F-Diagnose. (iK115) Hausärzte müssen abwägen, bei welchen psychisch kranken Patienten eine Akutintervention notwendig ist. (iK173) Hausärzte führen Gespräche, um den richtigen Therapieansatz zu finden. (iK164)

Die Betreuung psychisch kranker Patienten ist für den Hausarzt zeitaufwändig. (iK7) Der Aufwand ist für den Hausarzt unabhängig von der Art der F-Diagnose immer gleich. (iK151)

Die psychosomatische Grundausbildung ist für den Hausarzt eine Zusatzqualifikation in Bezug auf die Betreuung psychisch kranker Patienten. (iK206) Hausärzte bekommen für die Behandlung psychisch kranker Patienten nur Geld, wenn sie die psychosomatische Grundausbildung haben. (iK87) Der Hausarzt kennt das Umfeld seiner Patienten. (iK127) Eine Überforderung des Hausarztes besteht in der Regel nicht. (iK75)

Teils ist es sinnvoll, insbesondere bei gravierenden Störungen (iK98), eine Unterstützung durch Therapeuten oder Psychiater zu erwägen. (iK43) Zudem haben Patienten die Möglichkeit einen Psychotherapeuten ohne vorherigen Arztkontakt aufzusuchen. (iK76) Psychotherapeuten haben jedoch untragbare Wartezeiten. (iK204) Die Kommunikation mit

den Psychotherapeuten ist das Hauptproblem in Bezug auf die Zusammenarbeit mit ihnen. (iK59) Eine wirkliche Zusammenarbeit existiert nicht. (iK208)

Der Hausarzt braucht ein Netzwerk, um seine Patienten im Notfall unterbringen zu können (iK57) und um Therapeuten um kurzfristige Mitbeurteilung bitten zu können. (iK171) Der Aufbau eines solchen Netzwerks erfordert eine direkte Kommunikation des Hausarztes mit seinen Kollegen. (iK168)

Psychiatrische Notfallsituationen sind sehr selten (iK53), dann ist eine fachärztliche Weiterbetreuung notwendig. (iK202) Es bedarf einer stationären Einweisung. (iK50) Am besten sollte der Patient hierzu überzeugt werden (iK51), im Extremfall braucht es aber ein PsychKG. (iK130)

Den Umgang mit der persönlichen emotionalen Belastung muss man als Hausarzt lernen. (iK89). Gespräche können hierbei helfen (iK18), zudem ist Distanz eine mögliche Umgangsform. (iK23)

Manche F-Diagnosen können im Verlauf auch wieder gestrichen werden. (iK190) Sie sollten aber nicht revidiert werden. (iK28)

Standpunkte die in diesem Interview erstmalig vertreten wurden, sind die folgenden:

Psychische und Verhaltensstörungen scheinen Modediagnose geworden zu sein. (iK212)

Jede Erkrankung hat eine psychische Komponente. (iK210)

Es macht für den Hausarzt keinen Unterschied, ob er eine F- oder eine I-Diagnosen codiert. (iK221)

F-Diagnosen sind Erkrankungen wie alle anderen. (iK220)

Hausärzte müssen mit Patienten kommunizieren, um eine Akzeptanz für die Diagnose zu erlangen. (iK219)

Hausärzte leisten biopsychosoziale Medizin (iK211) und daher sind F-Diagnosen Teil des hausärztlichen Alltags. Es ist hausärztliche Aufgabe, F-Diagnosen einzuordnen und zu ermitteln, wenn sie das führende Problem sind. (iK213) Manche F-Diagnosen verlaufen auch ohne Therapie selbstlimitierend (iK222), sodass nicht jeder sofort eine Therapie braucht. (iK225) Hausärzte können sich bei Überlastung von Patienten trennen (iK216) und Behandlungsaufträge ablehnen.

Hausärzte leiten Patienten an Fachkollegen weiter. (iK214) Nur im Ausnahmefall kann der Hausarzt selber direkt Kontakt zu Fachkollegen aufnehmen (iK227), um Patienten zu helfen.

Patienten mit schwersten Depressionen gelangen teils ohne Kontakt zum Hausarzt beim Facharzt. (iK215) Die Kommunikation mit den Fachkollegen ist teils schwierig, weil die Patienten keine Rückmeldung an den Hausarzt wünschen. (iK228) Die Information über die Therapie bekommt der Hausarzt teils auch direkt über die Patienten. (iK229)

Ein psychiatrischer Notfall ist durch Selbstgefährdung und Suizidalität charakterisiert (iK223) und muss vom Hausarzt erkannt werden. (iK230) Eine akute wahnhafte Störung ist ein psychiatrischer Notfall. (iK224)

Der Hausarzt darf sein Netzwerk, um Patienten im akuten Notfall unterbringen zu können, nicht missbrauchen. (iK226)

Häufig werden F-Diagnosen als Dauerdiagnosen in der Dokumentation einfach übernommen. (iK218) Bei Privatpatienten, zum Beispiel beim Wechsel in den Privatstatus, werden sie dann teils aus der Dokumentation gestrichen. (iK217)

6. Interview:

Praxisvorstellung:

Das sechste Interview konnte mit einem Arzt in Weiterbildung geführt werden, welcher zum Interviewzeitpunkt als Assistenzarzt in einer Gemeinschaftspraxis für Allgemeinmedizin im rechtsrheinischen Köln angestellt war.

Zusammenfassung des Interviews anhand der induktiven Kategorien:

Bereits in den vorangegangenen Interviews fanden die folgenden Punkte Anklang.

Zunehmende Stressfaktoren sind Ursache für F-Diagnosen. (iK79) Häufig sind Belastungssituationen (iK162) sowie psychosoziale Störungen im Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz (iK94) oder dem sozialen Umfeld. (iK95)

F-Diagnosen sind uneinheitlich und dadurch schwer objektivierbar. (iK8) Zur Detektion von F-Diagnosen ist es wichtig, an sie zu denken. (iK4)

Psychische Erkrankungen sind negativ besetzt. (iK25)

Die Therapie ist abhängig von der Art der F-Diagnose. (iK115) Gesprächen mit dem Patienten führen zum richtigen Therapieansatz. (iK164) Der Hausarzt muss abwägen, ob eine Akutintervention nötig ist. (iK173) Gespräche beim Hausarzt können ein Therapieansatz sein. (iK49) Hausärzte motivieren ihre Patienten. (iK110) Medikamente können die Therapie unterstützen. (iK39) Auch Hausärzte können etwas medikamentös behandeln. (iK205) Medikamentöse Therapie ist aber unbeliebt. (iK40) Es ist hausärztliche Aufgabe, Patienten an Fachkollegen weiterzuleiten. (iK214) Hausärzte sind durch psychisch kranke Patienten überfordert (iK188) und fühlen sich hilflos.

Der Hausarzt sollte sich nicht selber überschätzen (iK172) und zur Therapie von F-Diagnosen eine Unterstützung durch Psychiater oder Therapeuten erwägen (iK43). Psychotherapeuten haben untragbare Wartezeiten. (iK204) Das Hauptproblem der Kooperation mit Psychotherapeuten ist jedoch die Kommunikation mit ihnen. (iK59) Die Rückmeldung über Therapien findet lediglich direkt über den Patienten statt. (iK229) Hausärzte wünschen sich eine Kommunikation mit den Therapeuten. (iK146)

Bei einem psychiatrischen Notfall muss der Hausarzt handeln (iK128) und nach Eigengefährdung fragen (iK123), da Selbstgefährdung und Suizidalität einen psychiatrischen Notfall definieren. (iK223) Dieser erfordert eine fachärztliche Weiterbetreuung (iK202), bzw. eine stationäre Einweisung. (iK50) Im seltenen Extremfall ist ein PsychKG notwendig (iK130), wobei der Patient lieber überzeugt werden sollte. (iK51)

Hausärzte erfahre eine persönliche emotionale Belastung durch den Umgang mit psychisch kranken Patienten (iK16) und müssen den Umgang hiermit erlernen. (iK89) Die Übertragung der emotionalen Belastung auf den Hausarzt ist abhängig von dessen Tagesform. (iK156) Der Umgang mit der emotionalen Belastung ist abhängig von der Persönlichkeit des Hausarztes. (iK198) Distanz ist eine mögliche Umgangsform. (iK23) Alternativ können Gespräche bei der Verarbeitung einer persönlichen Belastung helfen. (iK18)

Der Hausarzt sollte F-Diagnosen nicht revidieren (iK28), da sie auch nach einer Therapie bestehen bleiben. (iK189) Sie sind Akutdiagnosen, die sich wiederholen. (iK106)

Neu angesprochen wurden die nachfolgenden Aspekte:

F-Diagnosen sind tendenziell häufiger geworden. (iK231)

Ursache hierfür kann die Schnelllebigkeit der Menschen sein. (iK232) Posttraumatische Belastungsstörungen sind eher seltene F-Diagnosen (iK233) und müssen vom Fachpersonal mitbetreut werden. (iK234)

Der Hausarzt trägt bei der Stellung von F-Diagnosen Verantwortung. (iK242) F-Diagnosen sollten lieber früher als zu spät gestellt werden. (iK244) Die Stellung einer F-Diagnose birgt Konfliktpotential. (iK243)

F-Diagnosen haben teils einen schwer vorhersehbaren, individuellen Verlauf. (iK241)

Der Umgang mit psychisch kranken Patienten wird für den Hausarzt zur Routine. (iK236) Hausärzte müssen Therapieoptionen kennen (iK256) und die Wartezeiten der Spezialisten überbrücken. (iK249) Der Hausarzt kann das Rüstzeug für den Umgang mit psychisch kranken Patienten lernen. (iK255) Hausärzte tun auch bei schweren F-Diagnosen ihr Bestes. (iK235) Der Hausarzt trägt eine große Verantwortung für seine Patienten. (iK257) Es ist schwierig, Hausarzt zu sein. (iK261) Der Hausarzt sollte sich nicht selber überschätzen (iK172) und darf nicht zu stolz sein, um abzugeben. Die hausärztliche Aufgabe ist erledigt, wenn dem Patienten im System geholfen wird. (iK252) Der Hausarzt möchte aber im Kontakt mit seinen Patienten bleiben. (iK251) Eine öffentliche Diskussion wäre notwendig (iK259), um Hilfestellung für Hausärzte im Umgang mit ihren psychisch- und verhaltensgestörten Patienten zu fordern. Zudem bräuchte es für Hausärzte ein erweitertes attraktives Fortbildungsangebot (iK260) für den Umgang mit F-Diagnosen.

Fachärzte haben mit Therapiestrategien mehr Erfahrungen. (iK246) Hausärzte kooperieren daher mit Neurologen (iK247) und suchen Mittler, die eine Therapie einleiten. (iK248)

Medikamentöse Therapien sollten durch Spezialisten erfolgen. (iK250) Es ist gut, dass es im deutschen Gesundheitssystem Spezialisten gibt. (iK245) Die Kommunikation mit den Spezialisten über Briefe ist für Rückmeldungen ok. (iK258)

Der psychiatrische Notfall birgt Gefahr. (iK253) Hier sollte der Hausarzt vorsichtig sein, um schlechte Erfahrungen (iK254) und ewige Schuldgefühle zu vermeiden.

Teils fühlt sich der Hausarzt jedoch durch psychisch kranke Patienten überfordert und hilflos (iK237) und dadurch belastet. (iK238) Der Hausarzt bräuchte für den Umgang mit der Belastung Zeit zur Reflexion, auch zum Eigenschutz. (iK239) Eine andere Methode des Umgangs mit der Belastung ist Verdrängung. (iK240)

7. Interview:

Praxisvorstellung:

Das siebte Interview wurde mit einer Kollegin geführt, welche ihre Praxis in einem zentrumsnahen westlichen Stadtteil von Köln hat. Sie ist seit 20 Jahren als Fachärztin für Allgemeinmedizin niedergelassen. Die Scheinzahl der Praxis wird mit 460 benannt, der Anteil an privat versicherten Patienten auf knapp 15 Prozent geschätzt.

Zusammenfassung des Interviews anhand der induktiven Kategorien:

Zunächst eine Zusammenstellung der bereits in den vorangegangenen Interviews angesprochen Aspekte.

F-Diagnosen sind häufiger geworden. (iK231) Anpassungsstörungen (iK13), depressive Störungen (iK10), sowie somatoforme Beschwerden (iK11) und Belastungssituationen (iK162) sind häufig.

F-Diagnosen sind uneinheitlich und daher schwer objektivierbar. (iK8) Um eine F-Diagnose zu detektieren, sollte der Hausarzt emotionale Belastungsfaktoren abfragen. (iK35) Für den Hausarzt ist es kein Unterschied, ob er eine F- oder eine I-Diagnose codiert (iK221), da F-Diagnosen Erkrankungen wie alle anderen sind. (iK220)

F-Diagnosen bedeuten für die Patienten oft eine lange emotionale Belastung. (iK155)

Die Betreuung psychisch kranker Patienten braucht viel Kraft (iK6) und Zeit. (iK7) Der Hausarzt trägt Verantwortung für seine Patienten. (iK257) Hausärzte organisieren die AU ihrer Patienten (iK45) und überbrücken die Wartezeiten der Psychotherapeuten. (iK249) Eine Therapie mit Psychopharmaka ist bei den Patienten unbeliebt. (iK40)

Zur Suche eines unterstützenden Therapeuten können Hausärzte nur in Ausnahmefällen selber direkt Kontakt zu Therapeuten aufnehmen. (iK227) Psychotherapeuten haben untragbare Wartezeiten. (iK204) Die Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten ist schlecht. (iK67) Die Kommunikation mit ihnen ist dabei das Hauptproblem (iK59), während sie mit Fachärzten über Briefe ok ist. (iK258) Hausärzte wünschen sich eine bessere Kommunikation

mit den Therapeuten (iK146) und sind um eine bessere Zusammenarbeit mit ihnen bemüht. (iK62) Die Kommunikation mit den Therapeuten ist für die Patientenführung wichtig. (iK70) Hausärzte müssen direkt mit ihren Kollegen kommunizieren, um sich ein Netzwerk aufbauen zu können. (iK168) Mit diesem Netzwerk können sie Patienten dann im akuten Notfall unterbringen. (iK57)

Selbstgefährdung und Suizidalität definieren einen psychiatrischen Notfall. (iK223) Dieser erfordert eine stationäre Einweisung (iK50), lieber mittels Überzeugung als mit PsychKG (iK51), im Extremfall aber auch mit PsychKG. (iK130) Der Hausarzt kann den Patienten erstmal beruhigen (iK125) oder akut medikamentös behandeln. (iK124)

Die Übertragung der emotionalen Belastung der Patienten auf den Hausarzt ist abhängig von dessen Tagesform. (iK156)

F-Diagnosen sind keine Dauerdiagnosen (iK107) und können manchmal wieder gestrichen werden. (iK190) Hausärzte übernehmen Dauerdiagnosen häufig einfach. (iK218)

Die jetzt noch folgenden Meinungen wurden erstmalig in diesem Interview angesprochen.

Eine größere Akzeptanz für F-Diagnosen (iK265) und damit ein verstärktes Denken an F-Diagnosen (iK264) und ein häufigeres Ansprechen auf F-Diagnosen kann eine vermeintliche Zunahme von F-Diagnosen bedingen.

Aggressionen sind häufige F-Diagnosen. (iK267) Zunehmend schwierigere soziale Begegnungen (iK262) sowie zunehmende emotionale Belastungen und traumatisierende Erfahrungen (iK262) können Ursache für zunehmende F-Diagnosen sein.

Das Diagnostizieren von F-Diagnosen durch den Hausarzt muss achtsam erfolgen. (iK268)

Eine fehlende Therapieeinsicht bei manchen Patienten ist ein Problem der Hausärzte. (iK274)

Je nach Symptomintensität verlangen F-Diagnosen eine medikamentöse Therapie (iK271).

Manche Patienten wünschen sich auch heilende Tabletten. (iK275) Die finanzielle Bedeutung von F-Diagnosen ist nicht der hausärztliche Maßstab. (iK266)

Bei akuten Erkrankungen sind Psychotherapien nötig. (iK272) Bei chronischen Erkrankungen ist Psychotherapie schwierig für die Patienten. (iK273)

Coaches können eine gute Therapiealternative sein (iK279), sie sind aber teuer. (iK278)

Selbstgefährdung und Fremdgefährdung (iK276) definiert einen psychiatrischen Notfall.

Katatonie ist ein psychiatrischer Notfall. (iK277)

Hausärzte müssen die Dauerdiagnosen ihrer Patienten prüfen. (iK269) F-Diagnosen sollten nicht als Dauerdiagnosen geführt werden, sondern jedes Quartal neu codiert werden. (iK270)

8. Interview:

Praxisvorstellung:

Das achte Interview wurde mit einem männlichen Kollegen geführt, welcher als Facharzt für Innere Medizin hausärztlich tätig ist. Seit 13 Jahren besteht die Niederlassung. Die Praxis ist eine Gemeinschaftspraxis mit einem weiteren Kollegen und liegt in einer Kleinstadt im Rheinisch-Bergischen Kreis, ca. 25 km vom Kölner Stadtzentrum entfernt. Die Scheinzahl der Praxis wird pro Quartal auf 1500 geschätzt.

Zusammenfassung des Interviews anhand der induktiven Kategorien:

Zunächst kurz zusammengestellt die bereits in den vorherigen Interviews erwähnten Aspekte.

Es gibt eine zunehmende Anzahl an F-Diagnosen (iK149, iK231) und damit auch zunehmende Arbeitsunfähigkeitszeiten durch F-Diagnosen. (iK72, iK73) Eine zu großzügige Codierung von F-Diagnosen führt zusätzlich zu fehlerhaft überschätzten Zahlen an F-Diagnosen. (iK1)

F-Diagnosen entstehen durch traumatisierende Erfahrungen. (iK263) Depressive Störungen (iK10), somatoforme Beschwerden (iK11), Anpassungsstörungen (iK13), psychosoziale Störungen im Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz (iK94) und Burnout (iK147) sind häufig. Spezielle F-Diagnosen gibt es in besonderen Einrichtungen. (iK160)

F-Diagnosen sind Ausschlussdiagnosen. (iK31) Sie sollten durch den Hausarzt besonders achtsam gestellt werden. (iK268) Gegebenenfalls sollte fachspezifische Kompetenz zur Detektion einer F-Diagnose hinzugezogen werden. (iK116) Der Hausarzt trägt bei der Stellung einer F-Diagnose die Verantwortung. (iK242)

Somatisierungsstörungen erfordern vom Hausarzt Verzicht auf zu viel Diagnostik. (iK32) Die Patienten wünschen sich jedoch somatische Diagnostik (iK34) und zudem hat der Hausarzt Sorge, etwas Somatisches zu übersehen. (iK29)

Die zu frühe Stellung einer F-Diagnose stigmatisiert den Patienten. (iK112) Psychische Erkrankungen sind negativ besetzt (iK25), was zu einer schlechten Akzeptanz der Diagnosen führt.

Die Diagnostik und Therapie von F-Diagnosen bedeuten zunehmende Kosten für die Gesellschaft. (iK103)

Die Betreuung psychisch kranker Patienten ist für den Hausarzt zeitaufwändig. (iK7) Er hat jedoch den Vorteil, seine Patienten zu kennen (iK158), sodass diese ihm vertrauen. Die Therapie von F-Diagnosen ist abhängig von der Art der F-Diagnose. (iK115) Medikamente können die Therapie unterstützen (iK39), jedoch ist eine medikamentöse Therapie oft unbeliebt. (iK40) Zudem sind Psychopharmaka auch kein Allheilmittel. (iK42) Hausärzte überbrücken die Wartezeiten der Spezialisten. (iK249) Sie haben für die Therapie von psychisch kranken Patienten die Zusatzqualifikation der psychosomatischen Grundversorgung. (iK206) Psychisch kranke Patienten dienen Hausärzten damit als Geldquelle. (iK2) Hausärzte sind mit psychisch kranken Patienten jedoch überfordert. (iK188) Es bedarf in diesem Bereich eines erweiterten Fortbildungsangebotes für Hausärzte. (iK260)

Trotzdem sind sie natürlich keine Psychotherapeuten (iK200), haben keine gute Ausbildung in Psychiatrie und sollten sich daher nicht selber überschätzen. (iK172)

Aufgrund dessen sollten psychisch kranke Patienten fachspezifisch angebunden werden. (iK120, iK74) Es gibt jedoch einen Mangel an freien Psychiatern/ Psychotherapeuten. (iK44) Patienten müssen sich selber ihre Therapeuten suchen. (iK166) Gesetzliche Kostenträger können hierbei helfen. (iK47) Die Kommunikation mit den Therapeuten ist das Hauptproblem der Kooperation mit ihnen. (iK59) Hausärzte wünschen sich in der Regel eine Kommunikation wie mit (anderen) Fachärzten. (iK146) Teils wird jedoch aufgrund hausärztlicher Überlastung gar nicht mehr unbedingt mehr Kommunikation gewünscht. (iK209)

Selbstgefährdung und Suizidalität (iK223) sowie Fremdgefährdung (iK276) definiert einen psychiatrischen Notfall. Diesen muss der Hausarzt erkennen. (iK230) Ein psychiatrischer Notfall bedarf sofort hausärztliches Handeln (iK128) in Form einer stationären Einweisung (iK50), im Extremfall mittels PsychKG. (iK130) Gegebenenfalls kann akut eine medikamentöse Behandlung helfen. (iK124) Patienten haben häufig eine fehlende Therapieeinsicht. (iK274) Hausärzte brauchen Distanz, um eine persönliche Belastung durch F-Diagnosen zu vermeiden. (iK23) Zudem brauchen sie ein Leben neben dem Beruf. (iK186) Das Gründen von Gemeinschaftspraxen kann entlasten. (iK187) Hausarztsein ist ungesund. (iK185)

Hausärzte müssen die Dauerd Diagnosen ihrer Patienten prüfen (iK269), da F-Diagnosen manchmal wieder gestrichen werden können. (iK190) Karteileichen führen zu fälschlich zu großen Zahlen an F-Diagnosen (iK1)

Eine öffentliche Diskussion ist notwendig, um die Herausforderungen durch F-Diagnosen zu bewältigen. (iK259)

Nun folgen die, in diesem Interview zum ersten Mal zur Sprache kommenden Aussagen.

F-Diagnosen werden teils aus gesundheitspolitischen Gründen großzügig codiert. (iK294)

Die atypische Trauerreaktion ist eine häufige F-Diagnose. (iK284) Auch Demenzen (iK285) und Suchterkrankungen (iK286) spielen eine große Rolle. Schizophrenien sind selten. (iK290) Angststörungen sind häufige (iK287) und gut akzeptierte (iK289) F-Diagnosen.

Therapien von F-Diagnosen sind gut einleitbar, wenn eine Akzeptanz beim Patienten vorhanden ist. (iK288) Die hausärztlichen Therapieansätze sind zeitaufwändig. (iK298) Hausärzte haben aus forensischen Gründen einen großen Aufwand mit ihren psychisch erkrankten Patienten. (iK281) Hausärzte führen Gespräche mit psychisch kranken Patienten. (iK295) Sie therapieren die Patienten, wenn kein Psychiater gewünscht ist (iK296), wobei der Erfolg wechselnd ist (iK297) oder zur Überbrückung von Wartezeiten. Medikamente können die Zeit bis zu einem Therapieplatz überbrücken. (iK300) Hausärzte haben jedoch unzureichende Kenntnisse über Psychopharmaka. (iK301) Hausärzte haben insgesamt eine

unzureichende psychiatrische Ausbildung. (iK306) Die psychosomatische Grundausbildung der Hausärzte sollte erweitert werden. (iK305)

Therapeuten sollten Therapieindikationen beurteilen. (iK299) Eine Einleitung und Modifikation der Pharmakotherapie durch Psychiater ist sinnvoll. (iK302) Die Zusammenarbeit mit Therapeuten ist unproblematisch. (iK303)

Situative Fehlwahrnehmung bei Demenz ist ein psychiatrischer Notfall. (iK304)

Der Hausarzt erfährt keine persönliche emotionale Belastung durch den richtigen Umgang mit psychisch erkrankten Patienten. (iK283)

F-Diagnosen bleiben teils als Karteileichen bestehen (iK292), da Dauordiagnosen zu wenig reflektiert werden. (iK291) F-Diagnosen, z.B. depressive Episoden, können klinisch wieder unbedeutend werden. (iK293)

9. Interview:

Praxisvorstellung:

Der Interviewpartner des neunten Interviews ist als Praktischer Arzt niedergelassen seit etwa 30 Jahren. Seine hausärztliche Praxis liegt im Bergischen Land, ca. 30 km von Köln entfernt.

Zusammenfassung des Interviews anhand der induktiven Kategorien:

Zusammenfassend finden einige Aspekte hier bereits wiederholt Anklang.

Es gibt eine tendenziell zunehmende Zahl an F-Diagnosen im Allgemeinen (iK149), sie sind häufiger geworden. (iK231) Insbesondere junge Patienten sind oft von F-Diagnosen betroffen. (iK148)

Zunehmende emotionale Belastung (iK263), z.B. durch häufige Probleme im familiären Bereich (iK15) können hierfür Ursache sein. Burnout (K147), depressive Störungen (iK10), sowie Suchterkrankungen (iK286) sind relevante F-Diagnosen.

Die Stellung einer F-Diagnosen durch den Hausarzt erfolgt emotional. (iK30)

F-Diagnosen bestimmen den Alltag (iK5) und bedeuten für die Patienten oft eine lange emotionale Belastung. (iK155)

Die Therapie von F-Diagnosen ist abhängig von der Art der F-Diagnose. (iK115)

Hausärzte führen Gespräche (iK295), dies kann ein Therapieansatz sein (iK49), wobei andauernde Gespräche Entwicklung bringen. (iK38) Hausärzte unterstützen Patienten bei der Bewältigung des Alltags, indem sie ihre Patienten beraten. (iK179) Hausärzte überbrücken zudem die Wartezeiten der Spezialisten. (iK249) Hausärzte können etwas medikamentös behandeln, (iK205) auch um die Wartezeit der Spezialisten zu überbrücken. (iK300) Die Betreuung psychisch kranker Patienten ist für die Hausärzte zeitaufwändig. (iK7) Durch den großen Zeitaufwand entsteht dem Hausarzt ein relativer wirtschaftlicher Nachteil. (iK153) Es ist notwendig, dass Hausärzte eine angemessene Entlohnung erhalten (iK143), indem sie ihre

investierte Zeit abrechnen können. Zudem ist ein erweitertes Fortbildungsangebot für Hausärzte in Bezug auf die Betreuung psychisch kranker Patienten wünschenswert. (iK260) Für die Behandlung psychisch kranker Patienten sollte die Unterstützung durch Psychiater oder Therapeuten erwogen werden. (iK43) Posttraumatische Belastungsstörungen werden von Fachpersonal mitbetreut. (iK234) Teils ist eine jahrelange Psychotherapie notwendig. (iK83) Die Patienten geben dem Hausarzt Rückmeldung über die stattfindenden Psychotherapien. (iK229) Für eine gute Therapie ist ein interkollegialer Austausch notwendig. (iK140) Die Zusammenarbeit mit Therapeuten ist unproblematisch (iK303), abgesehen von den untragbaren Wartezeiten. (iK204) Medikamente können die Therapie von F-Diagnosen unterstützen (iK39), teils ist eine medikamentöse Therapie indiziert. (iK97) Schwierige Fälle brauchen eine stationäre Therapie. (iK201)

Hausärzte müssen direkt mit ihren Kollegen kommunizieren (iK168), um ein Netzwerk aufzubauen, mit welchem sie Patienten im Notfall akut unterbringen können. (iK57)

Akute wahnhaft schizoide Störungen (iK224) und Fremdgefährdung (iK276) sind psychiatrische Notfälle. Psychiatrische Notfälle sind selten (iK53) und erfordern eine stationäre Einweisung (iK50), im Extremfall ein PsychKG. (iK130)

Hausärzte erfahren eine emotionale Belastung durch psychisch kranke Patienten. (iK16) Distanz ist hierfür die richtige Umgangsform (iK23), wobei Distanzierung gegenüber psychischen Problemen schwierig ist (iK17), insbesondere wenn man die Patienten kennt. Gespräche helfen Hausärzten bei der Verarbeitung der persönlichen emotionalen Belastung. (iK18) Hausärzte brauchen ein Leben neben dem Beruf. (iK186) Hausärzte können zur Entlastung Gemeinschaftspraxen gründen. (iK187) Bei Überlastung können Hausärzte sich von Patienten trennen. (iK216) (iK269)

Manchmal können F-Diagnosen wieder gestrichen werden. (iK190) F-Diagnosen können klinisch wieder inapparent werden (iK293), beispielsweise können depressive Episoden wieder in den Hintergrund treten. F-Diagnosen sind keine Dauerdiagnosen (iK107), sondern Akutdiagnosen, die sich wiederholen. (iK106) Der Hausarzt muss Dauerdiagnosen prüfen.

Und folgende Punkte werden in diesem Interview erstmalig angesprochen:

ADHS bei Kindern ist zunehmend. (iK307)

Die Gedanken des Hausarztes bei der Diagnosestellung von F-Diagnosen sind abhängig von der Diagnose. (iK310)

Psychiatrische Diagnosen sind gravierender als somatische (iK312), sie verändern das Leben. (iK313)

Hausärzte brauchen Empathie für den Umgang mit psychisch kranken Patienten. (iK314) Sie können in die Betreuung psychisch kranker Patienten teilweise deren Familie und Freunde

einbinden. (iK317) Tendenziell wünschen Patienten einen Verzicht auf medikamentöse Therapien. (iK318)

Angst- und Panikstörungen benötigen eine Verhaltenstherapie. (iK315) Bei einer spezialisierten Therapie müssen Hausärzte teils direkt mit den Kollegen telefonieren, um ihre Patienten zu vermitteln. (iK316)

Der Umgang mit Patienten mit PTBS ist für Hausärzte belastend. (iK308) Eine Übertragung der Belastung auf den Hausarzt ist abhängig von dessen gemachten Erfahrungen. (iK311) Teils werden F-Diagnosen von Hausärzten im Verlauf wieder revidiert. (iK309)

10. Interview:

Praxisvorstellung:

Das letzte Interview wurde mit einer Kollegin geführt, welche seit knapp zehn Jahren als Fachärztin für Allgemeinmedizin niedergelassen ist. Die Praxis liegt im Rhein-Erft-Kreis, ca. 20 km vom Kölner Stadtzentrum entfernt.

Zusammenfassung des Interviews anhand der induktiven Kategorien:

Auch in diesem Interview finden wieder viele Aspekte Anklang, die bereits in den vorangegangenen Interviews thematisiert werden. Diese werden auch hier wieder nur sehr kurz zusammengefasst.

Im Allgemeinen sind F-Diagnosen häufiger geworden (iK231). Teils werden F-Diagnosen aus gesundheitspolitischen Gründen großzügig codiert. (iK294)

Häufige F-Diagnosen sind depressive Störungen (iK10) und Anpassungsstörungen (iK13). Schizophrenien sind selten. (iK290)

F-Diagnosen erfordern eine achtsame Diagnosestellung (iK268), wofür Hausärzte ihre Patienten zunächst kennenlernen müssen. (iK117)

F-Diagnosen sind negativ besetzt (iK15) und zu frühe F-Diagnosen stigmatisieren den Patienten. (iK112)

Die hausärztliche Kommunikation mit den Patienten weist Mängel auf. (iK24)

Die hausärztliche Betreuung psychisch kranker Patienten braucht viel Zeit. (iK7) Der Hausarzt trägt Verantwortung für seine Patienten. (iK257) Die Therapie von F-Diagnosen ist abhängig von der Art. (iK115) Hausärztliche Gespräche sind ein Therapieansatz (iK49), wobei andauernde Gespräche Entwicklung bringen. (iK38) Eine spezifische Therapie ist durch den Hausarzt aber nicht möglich. (iK180) Hausärzte haben keine gute Ausbildung in Psychiatrie und sollten sich nicht selber überschätzen. (iK172) Es ist hausärztliche Aufgabe, Patienten an Fachkollegen weiterzuleiten. (iK214)

Bei gravierenden Störungen sollten Psychiater involviert werden. (iK120, iK98) Je nach Symptomintensität kann eine medikamentöse Therapie begonnen werden. (iK271) Diese

sollte durch Psychiater eingeleitet und modifiziert werden. (iK302) Psychotherapie ist unzureichend verfügbar (iK44), sodass die Wartezeiten für Psychotherapeuten sehr lang sind. (iK204) Patienten müssen sich selber Therapeuten suchen. (iK166) Die Kommunikation mit Fachärzten über Briefe ist ok. (iK258)

Selbstgefährdung, Suizidalität und akut wahnhaft schizoide Störungen sind psychiatrische Notfälle. (iK223) Im psychiatrischen Notfall ist eine fachärztliche Weiterbetreuung indiziert. (iK202) Um Patienten im Notfall akut unterbringen zu können braucht der Hausarzt ein Netzwerk (iK57), welches nicht missbraucht werden darf. (iK226) Hier ist teils ein direkter Anruf (iK316) und direkte Kommunikation mit den Kollegen durch den Hausarzt notwendig. (iK168) Hausärzte erfahren eine emotionale Belastung durch psychisch kranke Patienten (iK16), welche sie mit Gesprächen verarbeiten. (iK18)

In diesem Interview neu angesprochene Aspekte, gibt es lediglich noch die wenigen folgenden: Psychiatrische Diagnosen sind gravierender als somatische (iK312), da sie an Persönlichkeit gebunden sind. (iK322) Zudem können sie für die Patienten eine Bedeutung für die Zukunft haben. (iK321)

Hausärzte sollten ihren psychisch erkrankten Patienten mehr Zeit in ihrer Sprechstunde einräumen. (iK319) Eine medikamentöse Therapie sollte nicht beim Erstkontakt eingeleitet werden (iK323) und ist differenziert nicht durch den Hausarzt möglich. (iK302)

Hausarzt empfindet keine Belastung durch lange Wartezeiten für Psychotherapien (iK324), da es für den Notfall ein funktionierendes Netzwerk gibt. Die Zusammenarbeit mit den Therapeuten wird als wechselnd empfunden. (iK325) Hausärzte würden von mehr verfügbaren Therapieplätzen profitieren. (iK326)

F- Diagnosen sollten nicht revidiert werden (iK28), da sie meist lange Zeit eine Rolle spielen. (iK320)

4.4. Deduktive Kategorienbildung und inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse

Für die inhaltlich strukturierende Inhaltsanalyse muss ein Kategoriensystem mit deduktiv entwickelten Hauptkategorien entworfen werden.

4.4.1. Theoriegeleitete Entwicklung der Hauptkategorien

Schon im Rahmen theoretischer Vorüberlegungen zu Beginn der Studie, beispielsweise bei Gesprächen zur Studienplanung oder bei der Literaturrecherche, sind Ideen zu einigen Kategorien für eine inhaltliche Strukturierung entstanden. Bestimmte Themen, Inhalte und Aspekte, die mit Hilfe der Studie herausgearbeitet werden sollten, wurden benannt. Dies entspricht einem deduktiven Ansatz zur Generierung von Kategorien. Diese vorab erdachten Oberkategorien sind dann auch in die Gestaltung des Interviewleitfadens

eingeflossen, um sicherzustellen, dass mit den geplanten Interviews auch tatsächlich Aspekte zu den gewünschten Kategorien angesprochen werden.

Bei der Erstellung des Interviewleitfadens waren diese vorab erdachten Themenblöcke von Bedeutung:

1. Hausärztlicher Aufwand für psychisch erkrankte Patienten - emotional, finanziell und zeitlich und seine Entwicklung mit der Zeit
2. Revision/ Zurücknahme von einmal diagnostizierten F-Diagnosen durch den Hausarzt bzw. F-Diagnosen als Karteileichen
3. Umgang der Hausärzte mit ihrer potentiellen emotionalen Belastung durch den Umgang mit psychisch und verhaltensgestörten Patienten
4. Zur Verfügung stehende Therapiemöglichkeiten für Patienten mit Psychischen und Verhaltensstörungen
5. Wartezeiten auf einen Therapieplatz beim Psychotherapeuten
6. Verbesserungsvorschläge der Hausärzte für die bestehenden Schwierigkeiten ihrer Situation

Aus diesen Themengebieten, welche für die Studie von Interesse sein sollten, ließen sich nun deduktiv die folgenden Ober- und auch schon Unterkategorien generieren.

1. Entwicklung von F-Diagnosen aus Perspektive des Hausarztes (dK1)
 - Zunehmende Zahlen im Allgemeinen (dK1a)
 - Überschätzte Entwicklung von F-Diagnosen (z.B. durch Karteileichen) (dK1b)
2. Vorkommende Arten von F-Diagnosen und Einschätzung zu ihrer Häufigkeit (dK2)
3. Verschiedene Behandlungsoptionen/ Therapieansätze für Patienten mit psychischen- und/ oder Verhaltensstörungen (dK3)
 - hausärztlich (dK3a)
 - fachärztlich/ psychotherapeutisch (dK3b)
 - medikamentös (dK3c)
 - sonstige (dK3d)
 - Umgang mit akutem psychiatrischem Notfall (dK3e)
4. Herausforderungen durch F-Diagnosen (dK4)
 - Finanzielle Bedeutung von F-Diagnosen (dK4a)
 - a) für den Hausarzt (dK4a-i)
 - Therapeutische Schwierigkeiten (dK4b)
 - a) Probleme der Hausärzte (dK4b-i)
 - b) Probleme der Psychotherapie (dK4b-ii)
 - c) Probleme der Pharmakotherapie (dK4b-iii)

- Herausforderungen für den Hausarzt (dK4c)
 - a) im Allgemeinen (dK4c-i)
 - b) Persönliche emotionale Belastung für den Hausarzt (dK4c-ii)
 - c) Hausärztlicher Aufwand (dK4c-iii)
 - Herausforderungen im Allgemeinen (dK4d)
 - Ideen/ Lösungsansätze für bestehende Herausforderungen (dK4e)
 - a) im Allgemeinen (dK4e-i)
5. Bedeutung von Kommunikation für den Hausarzt (dK5)
- mit dem Patienten (dK5a)
 - mit dem Spezialisten (dK5b)

4.4.2. Definitionen, Ankerbeispiele und ggf. Kodierregeln der deduktiven Hauptkategorien

dK1: Entwicklung von F-Diagnosen aus Perspektive des Hausarztes

dK1a: Zunehmende Anzahl im Allgemeinen

Definition: Äußerungen über eine zunehmende Anzahl von Patienten mit psychischen und Verhaltensstörungen, auch über eine Zunahme der Diagnose „Burnout“. Auch zustimmende Äußerungen darüber, psychische und Verhaltensstörungen als Epidemie des 21. Jahrhunderts zu bezeichnen.

Ankerbeispiel: „Ich erlebe viele, insbesondere jüngere Patienten, die schon mit der Diagnose "Burnout" in meine Praxis kommen, sodass man von einer Epidemie des 21. Jahrhunderts sprechen kann.“

dK1b: Überschätzte Entwicklung von F-Diagnosen (z.B. durch Karteileichen)

Definition: Vermutungen oder Gewissheiten darüber, dass die Anzahl an dokumentierten F-Diagnosen die tatsächliche Anzahl der Erkrankungen übersteigt, da diese Diagnosen aus verschiedenen Gründen derzeit großzügiger dokumentiert werden oder als Dauerdiagnosen geführt werden, und somit die erhobenen Daten über die Anzahl an Psychischen und Verhaltensstörungen nicht korrekt sind. Auch Aussagen darüber, dass eine Minderbelastbarkeit der Menschen zu einer gehäuften Diagnosestellung führt.

Ankerbeispiel: „Psychische und Verhaltensstörungen halte ich nicht für eine Epidemie, das war 2006 eine Modediagnose.“

dK2: Vorkommende Arten von F-Diagnosen und Einschätzung zu ihrer Häufigkeit

Definition: Aussagen über die Häufigkeit bestimmter F-Diagnosen, hierzu zählen alle in der ICD-Klassifikation auftretenden Diagnosen, wie auch die Bezeichnung „Psychiatrischer Notfall“ und „Burnout“. Zudem Aussagen über das Vorkommen „schwerwiegender“ Diagnosen im Unterschied zu alltäglichen Belastungssituationen

Ankerbeispiel: „Häufige F-Diagnosen sind depressive Störungen, somatoforme Beschwerden, Anpassungsstörungen, Probleme am Arbeitsplatz und im familiären Bereich.“

dK3: Verschiedene Behandlungsoptionen/ Therapieansätze für Patienten mit psychischen- und/ oder Verhaltensstörungen

dK3a: hausärztlich

Definition: Sämtliche Formulierung von hausärztlichen Möglichkeiten der Therapie ihrer psychisch erkrankten Patienten, wobei hierbei „Therapie“ insbesondere den Umgang mit diesen Patienten meint, sowie hausärztliche Methoden ihrer Betreuung. Gegebenenfalls auch Aussagen darüber, was explizit nicht Aufgabe des Hausarztes ist.

Ankerbeispiel: „Es reicht auf hausärztlicher Ebene, viel mit psychisch kranken Patienten zu reden.“

dK3b: fachärztlich/ psychotherapeutisch

Definition: Alle Äußerungen über die Miteinbeziehung von Spezialisten in die Betreuung und Behandlung von psychisch erkrankten Patienten, ambulant wie auch stationär.

Ankerbeispiel: „Ich lege den Patienten mit gravierender Störung nahe, sich einen Psychotherapeuten zu suchen.“

dK3c: medikamentös

Definition: Jede Erwähnung eines medikamentösen Therapieansatzes für psychiatrische Erkrankungen.

Ankerbeispiel: „Wenn ich eine gravierende Störung vermute biete ich eine medikamentös antidepressive Behandlung an, jedoch nicht beim Erstkontakt.“

dK3d: sonstige

Definition: Jegliche Erwähnung alternativer Therapie-/Behandlungsoptionen. Ideen für alternative Hilfestellungen für Patienten. Auch Äußerungen über die Beschränktheit bzw. das Nichtvorhandensein von Alternativen.

Ankerbeispiel: „Es gibt fähige Coaches, die die Psychotherapie als Heilpraktiker gemacht haben und aus Großunternehmen kommen, die bei Schwierigkeiten im Betrieb oder bei Mobbing sehr hilfreich sein können, wenn man sie auch selber bezahlen muss.“

Kodierregel: Keine Äußerungen über hausärztliche, fachärztliche, medikamentöse Ansätze sowie keine Äußerungen über den Umgang mit psychiatrischen Notfallsituationen.

dK3e: Umgang mit akutem psychiatrischem Notfall

Definition: Jede Äußerung über die hausärztlichen Verpflichtungen und Handlungsmöglichkeiten sowie Empfehlungen bei Auftreten eines akuten psychiatrischen Notfalls. Auch Hinweise über die Kommunikation mit den Patienten. Gegebenenfalls auch Äußerungen über eine hausärztliche Überforderung im Umgang mit einem psychiatrischen Notfall.

Ankerbeispiel: „Ein psychiatrischer Notfall ist die akute Suizidalität, bei der wir es meistens schaffen, den Patienten zu überzeugen, in die Klinik zu gehen oder sich dorthin abholen zu lassen, um eine sehr problematische Zwangseinweisung zu vermeiden.“

dK4: Herausforderungen durch F-Diagnosen

dK4a: Finanzielle Bedeutung von F-Diagnosen

dK4a-i: ...für den Hausarzt

Definition: Äußerungen darüber, dass Patienten mit F-Diagnosen für Hausärzte eine Verdienstquelle sind, wie auch gegenteilige Äußerungen dahingehend, dass das Geldverdienen an psychiatrisch erkrankten Patienten schwierig ist und Äußerungen dazu, dass die finanzielle Bedeutung von psychiatrisch erkrankten Patienten für die Praxis nicht bemessen werden soll.

Ankerbeispiel: „Erfahrene Fachärzte für Allgemeinmedizin durften teils auf einmal ihre Patienten zwar weiter behandeln, haben aber kein Geld mehr dafür bekommen.“

dK4b: Therapeutische Schwierigkeiten

dK4b-i: Probleme der Hausärzte

Definition: Äußerungen zu Problemen der Hausärzte in Bezug auf die Therapie ihrer psychisch erkrankten Patienten, betreffend die Einsicht der Patienten zur Therapie, aber auch negative finanzielle Aspekte, sowie fehlender Therapieerfolg und hoher zeitlicher Aufwand.

Ankerbeispiel: „Da es von Bezahlung und Aufwand her schwierig ist, ist es dann meine Aufgaben, die Patienten dann an die entsprechenden Fachkollegen weiterzuleiten.“

dK4b-ii: Probleme der Psychotherapie

Definition: Jede Äußerung, die problematische Aspekte einer psychotherapeutischen Mitbetreuung der Patienten anspricht. Insbesondere auch die Therapeutensuche und -erreichbarkeit betreffend, aber auch die Kooperation mit den Therapeuten und Limitationen der Psychotherapie an sich.

Ankerbeispiel: „Die zwei Fachpsychiater sind nicht telefonisch, sondern nur per Mail mit Wartezeit auf eine Antwort zu erreichen.“

dK4b-iii: Probleme der Pharmakotherapie

Definition: Jede Äußerung über Limitationen oder Probleme einer medikamentösen Therapie von psychischen und Verhaltensstörungen

Ankerbeispiel: „Meine persönliche Kenntnis zur Pharmakotherapie ist zu gering.“

dK4c: Herausforderungen durch F-Diagnosen für den Hausarzt

dK4c-i: im Allgemeinen

Definition: Hausärztliche Probleme durch Patienten mit F-Diagnosen in verschiedenen Situationen, z.B. auch bei psychiatrischem Notfall, die durchaus auch zu einer hausärztlichen Überforderung führen können.

Ankerbeispiel: „Aber es gibt nichts, was es nicht gibt und man ertappt sich immer wieder dabei, dass man hilflos ist und sich erschrickt, weil man nicht richtig weiß, wie man mit einer Situation umgehen soll.“

Kodierregel: Hier sind keine Äußerungen gemeint, die die finanziellen Aspekte der Betreuung psychisch kranker Patienten ansprechen, ebenso wenig Herausforderungen, die die Therapie der Patienten oder den Aufwand für die Patienten betreffen, auch nicht die emotionale Belastung des Hausarztes durch den Umgang mit den Patienten.

dK4c-ii: Persönliche emotionale Belastung für den Hausarzt

Definition: Sämtliche Äußerungen betreffend die emotionale Belastung der Hausärzte durch den Umgang mit psychisch erkrankten Patienten, sowie auch über den Umgang mit einer solchen Belastung. Gegebenenfalls auch Äußerungen über das Nichtvorhandensein einer solchen Belastung.

Ankerbeispiel: „Je nach Tagesform empfinde ich eine Übertragung der emotionalen Belastung auf mich.“

dK4c-iii: Hausärztlicher Aufwand

Definition: Jede Äußerung, die den hohen hausärztlichen Zeit- und Kraftaufwand für psychisch erkrankten Patienten beschreibt

Ankerbeispiel: „Die chronisch Kranken kommen jede Woche bei mir an und der Umgang mit ihnen ist anstrengend und aufwändig und schwierig, ihnen klar zu machen, dass sie professionelle Hilfe brauchen.“

dK4d: Herausforderungen durch F-Diagnosen im Allgemeinen

Definition: Sämtliche erwähnte Schwierigkeiten durch F-Diagnosen: strukturelle, gesellschaftliche, allgemeine.

Ankerbeispiel: „Psychiatrische Erkrankungen sind schwer nachzuvollziehen, führen aber zur Arbeitsunfähigkeit.“

Kodierregel: Hier sollen nicht die Herausforderungen an den Hausarzt oder an den Patienten erscheinen, ebenso wenig die finanziellen oder die therapeutischen Probleme

dK4e: Ideen/ Lösungsansätze für bestehende Herausforderungen

dK4e-i: Lösungsansätze für die Herausforderungen im Allgemeinen

Definition: Alle Erwähnungen von Vorschlägen für eine Verbesserung der Situation, sowohl abstrakt als auch konkret. Hierunter fallen Forderungen nach mehr therapeutischen Möglichkeiten, die Idee eines Netzwerks für die Hausärzte, einer besseren Aus- und Fortbildung der Hausärzte, Vorschläge zur Entlohnung, sowie Forderungen an Regierung und Gesellschaft.

Ankerbeispiel: „Jeder Hausarzt muss es leisten, ein Netzwerk zu haben, wo er jemanden hinschickt.“

Kodierregel: Hierunter fallen keine Äußerungen, die das Verhalten der Therapeuten, die Therapeutensuche oder die hausärztlichen Therapieansätze betreffen.

dK5: Bedeutung von Kommunikation für den Hausarzt

dK5a: ...mit dem Patienten

Definition: Alle Äußerungen über die hausärztliche Kommunikation mit seinen Patienten: den Sinn der Kommunikation, Ratschläge zur Kommunikation sowie Mängel in der Kommunikation.

Ankerbeispiel: „Teils höre ich lange nichts von den Patienten und weiß nicht, ob sie verschollen sind oder mich nicht brauchen, weil sie gut angebunden sind.“

dK5b: ...mit dem Spezialisten

Definition: Alle Äußerungen über die hausärztliche Kommunikation mit den Spezialisten: den Sinn und Zweck der Kommunikation sowie Mängel in der Kommunikation.

Ankerbeispiel: „Man braucht interkollegialen Austausch und Einigkeit, damit der Patient nicht, wie ein Kind bei Vater und Mutter, von einem zum anderen rennt und Dinge behauptet.“

4.4.3. Subsumption der induktiven Kategorien unter die Hauptkategorien

Die zuvor induktiv entwickelten Kategorien aus der zusammenfassenden Analyse sollten für die inhaltliche Strukturierung in dieses System aus Oberkategorien subsumiert werden.

Im Rahmen der Interviews wurden jedoch zusätzlich Aspekte angesprochen, welche sich nicht in diese vorab deduktiv entwickelten Hauptkategorien subsumieren ließen, aber trotzdem in die inhaltliche Strukturierung einfließen sollen. Es erfolgte demnach induktiv eine Ergänzung der Oberkategorien, sodass schließlich in das folgende Kategoriensystem sämtliche induktiv entwickelten Kategorien aufgenommen und inhaltlich strukturiert werden konnten. Die am Material zusätzlich erarbeiteten, induktiven Oberkategorien sind im Folgenden **fett** geschrieben.

1. Entwicklung von F-Diagnosen aus Perspektive des Hausarztes (dK1)

- Zunehmende Zahlen im Allgemeinen (dK1a)
 - Überschätzte Entwicklung von F-Diagnosen (dK1b)
 - **Unabsehbarer Verlauf der Diagnose im Einzelnen (K1c)**
 - a) **F-Diagnosen sind keine Dauerdiagnosen (K1c-i)**
 - **Ursachen echter F-Diagnosen (K1d)**
2. Vorkommende Arten von F-Diagnosen und Einschätzung zu ihrer Häufigkeit (dK2)
- **Kennzeichen eines psychiatrischen Notfalls (K2a)**
3. Verschiedene Behandlungsoptionen/ Therapieansätze für Patienten mit psychischen- und/ oder Verhaltensstörungen (dK3)
- hausärztlich (dK3a)
 - fachärztlich/ psychotherapeutisch (dK3b)
 - medikamentös (dK3c)
 - sonstige (dK3d)
 - Umgang mit akutem psychiatrischem Notfall (dK3e)
 - **Therapie abhängig von Art der F-Diagnose (K3f)**
4. Herausforderungen durch F-Diagnosen (dK4)
- Finanzielle Bedeutung von F-Diagnosen (dK4a)
 - a) für den Hausarzt (dK4a-i)
 - b) für die Gesellschaft (K4a-ii)**
 - Therapeutische Schwierigkeiten (dK4b)
 - a) Probleme der Hausärzte (dK4b-i)
 - b) Probleme der Psychotherapie (dK4b-ii)
 - c) Probleme der Pharmakotherapie (dK4b-iii)
 - Herausforderungen für den Hausarzt (dK4c)
 - a) im Allgemeinen (dK4c-i)
 - b) Persönliche emotionale Belastung des Hausarztes (dK4c-ii)
 - c) Hausärztlicher Aufwand (dK4c-iii)
 - Herausforderungen im Allgemeinen (dK4d)
 - Ideen/ Lösungsansätze für bestehende Herausforderungen (dK4e)
 - a) im Allgemeinen (dK4e-i)
 - b) für die Therapeutensuche (K4e-ii)**
 - c) für Therapieansätze beim Hausarzt (K4e-iii)**
 - d) Verhalten der Therapeuten (K4e-iv)**
 - **Herausforderungen für den Patienten (K4f)**
5. Bedeutung von Kommunikation für den Hausarzt (dK5)
- mit dem Patienten (dK5a)
 - mit dem Spezialisten (dK5b)

- im Praxisteam (K5c)
- 6. Kritik an Psychotherapeuten (K6)
- 7. Kritik am Gesundheitssystem (K7)
 - im Allgemeinen (K7a)
 - Psychotherapie möglich ohne vorherigen Arztkontakt (K7b)
- 8. Selbstdarstellung der Ärzte im Rahmen des Interviews/ Entworfenes Selbstbild (K8)
 - Kritische Reflexion der Hausärzte (K8a)
 - a) Negative Aspekte
 - b) Vermittlung eines positiven Bildes
 - Hausärztliche Skills (K8b)
 - a) Berufsbedingte Fähigkeiten
 - b) Persönliche Fähigkeiten
 - Hausärztliche Aufgaben (K8c)
 - a) Allgemeiner Umgang mit Patienten
 - b) Diagnosefindung/ -stellung
 - 1. Ratschläge zur Detektion einer F-Diagnose
 - 2. Herausforderung beim Stellen von F-Diagnosen
 - 3. Gedanken bei Erstdokumentation einer F-Diagnose
 - c) Dokumentation von F-Diagnosen
 - 1. F-Diagnosen bleiben in Dokumentation erhalten
 - 2. F-Diagnosen sind nicht als Dauerdiagnosen zu führen
 - d) Aufgaben im Umgang mit psychisch kranken Patienten

Auch für diese zusätzlichen, induktiv aus dem Interviewmaterial heraus entstandenen Ober- und Unterkategorien mussten Definitionen und Ankerbeispiele, sowie gegebenenfalls Kodierregeln gefunden werden, um alle hierunter passenden induktiven Kategorien zu vereinen und eine Abgrenzung von den anderen Oberkategorien zu gewährleisten.

K1c: Unabsehbarer Verlauf der Diagnose im Einzelnen

Definition: Äußerungen darüber, dass unterschiedliche psychiatrische Erkrankungen bei unterschiedlichen Patienten unterschiedliche Verläufe haben und diese Verläufe kaum absehbar sind, insbesondere eine Genesung oft uneindeutig ist.

Ankerbeispiel: „Man weiß nicht, ob nicht plötzlich wieder eine neue Situation entsteht, die wieder genau das gleiche Bild mich sich bringt.“

K1c-i: F-Diagnosen sind keine Dauerdiagnosen

Definition: Äußerungen darüber, dass manche F-Diagnosen wieder klinisch inapparent werden können und nicht als Dauerdiagnosen dokumentiert werden sollten.

Ankerbeispiel: „Wenn F-Diagnosen wieder in den Hintergrund treten bleiben sie als Karteileichen in der EDV oder als Stigma oft länger erhalten als sie klinisch apparent sind.“

K1d: Ursachen echter F-Diagnosen

Definition: Äußerungen über die Ursachen von psychischen und Verhaltensstörungen, hierunter fallen auch Äußerungen über eine (vermutete) Minderbelastbarkeit der jüngeren Generation.

Ankerbeispiel: „Psychische und Verhaltensstörungen (...) sind ein großes Thema, wobei ich nicht weiß, ob das mit der Schnelllebigkeit der Menschheit oder mit den Einflüssen von außen zu tun hat.“

Kodierregel: Hier sollen nicht Ursachen für eine lediglich gehäufte Dokumentation erscheinen, sondern tatsächlich für bestehende Erkrankungen.

K2a: Kennzeichen eines psychiatrischen Notfalls

Definition: Beschreibungen, was unter „psychiatrischer Notfall“ verstanden werden sollte, sowie Äußerungen über deren Häufigkeit.

Ankerbeispiel: „Psychiatrischer Notfall ist eine Akutgefährdung für den Patienten oder seine Umgebung oder ein Fallen in eine Katatonie.“

K3f: Therapie abhängig von Art der F-Diagnose

Definition: Äußerungen darüber, dass unterschiedliche Diagnosen unterschiedlich schnell eine unterschiedliche Art der Therapien verlangen, sowie konkrete Therapieempfehlungen bei bestimmten Diagnosen und Aussagen darüber, dass der Patient in die Therapieauswahl mit einbezogen werden sollte und unter Umständen auch keine Therapie notwendig ist.

Ankerbeispiel: „Das Therapievorgehen bei psychisch kranken Patienten ist von der Diagnose abhängig.“

K4a-ii: Finanzielle Bedeutung von F-Diagnosen für die Gesellschaft

Definition: Äußerungen über gesellschaftliche Kosten durch psychiatrisch erkrankte Patienten

Ankerbeispiel: „Erkrankungen sind auch auf Kosten der Allgemeinheit behandlungsbedürftig.“

K5c: Bedeutung der Kommunikation des Hausarztes im Praxisteam

Definition: Äußerungen über die Rolle der Kommunikation im Praxisteam, sowohl den Sinn der Kommunikation, als auch Mängel die Kommunikation betreffend.

Ankerbeispiel: „Der Umgang mit Drogenabhängigen erfordert Kommunikation im Team zur Entlastung.“

K6: Kritik an Psychotherapeuten

Definition: Äußerungen, die Psychotherapeuten kritisieren oder in ein negatives Licht rücken. Ebenso Aussagen, die Verständnis für die Therapeuten aufbringen.

Ankerbeispiel: „Psychologische Psychotherapeuten arbeiten zu wenig und behandeln zu wenig Patienten, dafür dass sie einen vollen Versorgungsauftrag haben.“

K7: Kritik am Gesundheitssystem

K7a: Im Allgemeinen

Definition: Negative Kritik am Gesundheitssystem, die die Ausbildung der Hausärzte und die Abrechenbarkeit hausärztlicher Leistungen betrifft aber auch positive Äußerungen beispielsweise zur Aufgabenteilung mit Spezialisten.

Ankerbeispiel: „In der Facharztausbildung haben wir im Krankenhaus empirisch Erfahrungen in der Versorgung psychiatrischer Krankheitsbilder gesammelt, allerdings nicht institutionalisiert.“

Kodierregel: Ausgenommen sind hier kritische Hinweise darauf, dass eine Psychotherapie nach dem aktuellen Psychotherapeutengesetz ohne vorherigen Arztkontakt möglich ist.

K7b: Möglichkeit einer Psychotherapie ohne vorherigen Arztkontakt

Definition: Kritische Äußerungen darüber, dass Patienten ohne vorherigen Kontakt zu einem Arzt einen Psychotherapeuten aufsuchen können, wie es das aktuelle Psychotherapeutengesetz zulässt.

Ankerbeispiel: „Der Beginn einer Psychotherapie erfolgt heute mitunter ohne vorab gestellte ärztliche Diagnose.“

K8: Selbstbild der Hausärzte

K8a: Kritische Selbstreflexion der Hausärzte

Definition: Sowohl Äußerungen zu negativen Aspekten einer kritischen Selbstreflexion wie Ungeduld, Überforderung oder Nachlässigkeit, als auch Äußerungen, die die Hausärzte in ein positives Licht rücken, wie das bewältigen schwieriger Aufgaben ohne Überforderung oder Selbstüberschätzung.

Ankerbeispiel: „Wir bilden uns nicht ein, allwissend zu sein auch wenn wir ein bisschen Wissen haben.“

K8b: Hausärztliche Skills

Definition: Alle Äußerungen über Fähigkeiten, die Hausärzte haben (müssen), sowohl Fähigkeiten, die die Persönlichkeit des Hausarztes mit sich bringt, also auch Fähigkeiten, die berufsbedingt erworben wurden.

Ankerbeispiel: „Nach meinem Eindruck wird man in der Psychosomatik weniger als Arzt, als als Therapeut und Charakter gesehen.“

K8c: Hausärztliche Aufgaben

Definition: Sämtliche Äußerungen zu den Aufgaben, die die Hausärzte in ihrer Rolle haben. Hierunter fallen Aufgaben im Umgang mit Patienten im Allgemeinen wie auch mit psychiatrisch erkrankten Patienten im Besonderen, zudem die Aufgabe der Diagnosefindung und der Dokumentation.

Ankerbeispiel: „Zuerst mache ich eine internistische Abklärung, um andere Ursachen als die augenscheinlichen auszuschließen.“

In dieses Kategoriensystem ließen sich nun sämtliche induktive Kategorien einsortieren, um eine inhaltliche Strukturierung zu gewährleisten. In Anhang 8.6. ist die Einordnung der induktiven Kategorien in das Kategoriensystem dargestellt.

4.5. Auswertung der Kategoriensysteme

Zur Auswertung der entwickelten Kategoriensysteme werden Häufigkeitsanalysen durchgeführt.

4.5.1. Häufigkeitsanalyse des induktiven Kategoriensystems

Mittels Häufigkeitsanalyse soll eruiert werden, welche der induktiven Kategorien häufig und welche nur selten durch das Material angesprochen wurden. Es wurden aufgrund der Interviewanzahl (10), der Anzahl der gesamten Fundstellen (994) sowie der Anzahl der induktiven Kategorien (326) die folgenden Häufigkeitsstufen und Anzahl der entsprechenden Fundstellen festgelegt:

- sehr häufig entspricht über zehn Fundstellen
- häufig entspricht sechs bis zehn Fundstellen
- durchschnittlich entspricht drei bis fünf Fundstellen
- selten entspricht zwei Fundstellen
- sehr selten entspricht einer Fundstelle

Anhang 8.7. ist eine Auflistung der sehr häufig und der häufig angesprochenen Kategorien, wobei die Anzahl der Fundstellen in Klammern hinter der Kategorie an erster Stelle steht. Zu beachten ist hierbei, dass gelegentlich mehrere Fundstellen zu einer Kategorie im selben Interview auftraten, sodass manche Kategorien in der ersten Häufigkeitsanalyse von größerer Bedeutung erschienen, jedoch lediglich von einem Interviewpartner mehrfach erwähnt wurden, weil sie für ihn oder sie besonders wichtig erschienen. Daher erschien es für die häufig und sehr häufig auftretenden induktiven Kategorien zusätzlich sinnvoll, zu zählen, von wie vielen Interviewpartnern einer bestimmten Kategorie Bedeutung beigemessen wurde. Die Anzahl der Interviewpartner, die die entsprechende Kategorie erwähnen, steht hinter den

Kategorien in der Klammer an zweiter Stelle. Wurde eine induktive Kategorie von weniger als 5 Interviewpartnern angesprochen, wurde sie insgesamt aus den häufigen und sehr häufigen Kategorien ausgeklammert.

Die am häufigsten angesprochene Kategorie ist die induktive Kategorie „Kommunikation mit Psychotherapeuten ist das Hauptproblem für die Zusammenarbeit mit ihnen“ (iK59). Diese Kategorie wurde von sieben der zehn Interviewpartner angesprochen und es konnten insgesamt 21 Fundstellen hierunter subsumiert werden. Aus der Formulierung der Kategorie geht auch bereits der wichtige Hinweis hervor, dass die Zusammenarbeit mit den Psychotherapeuten insgesamt von den Hausärzten eher als schwierig wahrgenommen wird, da hier von *Hauptproblem* die Rede ist. Zudem wird bereits die große Bedeutung von Kommunikation für Hausärzte deutlich.

„Dazu kommt, dass (...) speziell Hausärzte und Psychotherapeuten eine ganz schwierige Kommunikation miteinander haben. Die Psychotherapeuten sind sehr selbstbewusst und trauen den Hausärzten grundsätzlich nichts zu. (...) Dazu kommt, dass ich von Psychotherapeuten nie eine Nachricht bekomme. (...) Verstecken sich hinter Datenschutz. (...) Ist dummes Zeug. Wenn der (Patient) bei mir war und holt sich eine Überweisung, hat er nichts dagegen, dass ich erfahre, dass er dort in Behandlung ist. Aber da gibt es leider Eitelkeiten, Grabenkämpfe, wie man das nennen will. Die Zusammenarbeit zwischen den Psychotherapeuten und mir als Hausarzt ist leider miserabel. Trotz intensiver Bemühungen.“

In der ebenfalls häufig angesprochenen Kategorie „Es wird eine Kommunikation mit Therapeuten (wie mit Fachärzten) gewünscht“ (iK146) wird auch bereits ein Verbesserungsvorschlag für dieses Hauptproblem genannt. „wie mit Fachärzten“ bedeutet hierbei sowohl eine Kommunikation über Behandlungsberichte/ Arztbriefe als auch die Möglichkeit kurzer mündlicher Absprachen. Offenbar ist die bestehende Berichtspflicht der Therapeuten gegenüber den Hausärzten zur Abrechnung bestimmter Maßnahmen nicht ausreichend oder wird zu oft umgangen.

Mit 20 Fundstellen bei insgesamt acht Interviewpartnern eine sehr ähnlich relevant erscheinende induktive Kategorie ist die Kategorie „Betreuung psychisch kranker Patienten fordert viel Zeit vom Hausarzt“ (iK7). Diese Kategorie ist zwar zunächst wertfrei formuliert, lässt aber doch die Vermutung zu, dass hierdurch Schwierigkeiten für die Hausärzte entstehen.

„Mein erster Vorschlag ist uns in solchen Fällen, diese Zeit auch honorartechnisch zuzugestehen. (...) Der Patient sitzt hier und beschäftigt uns eine Stunde. Wenn wir dann ein wiederholtes Zusammentreffen zwischen uns eintragen, können Sie die 9999 eintragen. Das

ist der „Arzt-Patienten-Kontrakt ohne abrechenbare Leistung“. Das heißt, wir haben Patienten, die wir eine Stunde beschäftigen und wir kriegen keinen Pfennig mehr dafür.“

Beide dieser sehr häufig angesprochenen Kategorien schildern Herausforderungen und potentielle Schwierigkeiten für die Hausärzte im Umgang mit ihren psychisch und verhaltensgestörten Patienten.

Auch andere sehr häufig angesprochene Kategorien lassen Rückschlüsse darauf zu, dass die Betreuung psychiatrisch erkrankter Patienten für die Hausärzte Probleme aufweist. Die Aussage „F-Diagnosen sind häufig diffus und schwer objektivierbar“ (iK8) mit elf Fundstellen bei sechs verschiedenen Hausärzten bedeutet für die Hausärzte nicht nur eine schwierige Diagnosestellung, sondern auch ein problematisches Beurteilen einer Therapiebedürftigkeit und einer Genesung von der Erkrankung.

„Wo definiert man eine Krankheit, die auch auf Kosten der Allgemeinheit behandlungsbedürftig ist? Dass man eine klare Definition findet, jetzt auch mit diesem neuen Katalog der psychischen Krankheiten aus Amerika. Der ist auch mit dieser strukturellen Unschärfe gesegnet, da kann man aus allem was Pathologisches machen. Das finde ich, ist das Wichtigste.“

Die Kategorie „Es gibt einen Mangel an freien Psychiatern und Psychotherapeuten“ (iK44) bestätigt eine Vorannahme aus der Literaturrecherche zu Wartezeiten auf Therapieplätze. Hierzu passt ebenfalls die Kategorie „Die Wartezeiten für Psychotherapien sind untragbar“ (iK204). Zusammen genommen kommen diese Kategorien mit insgesamt 21 Fundstellen bei zehn Interviewpartnern sehr häufig vor.

Die am dritthäufigsten angesprochene Kategorie „Der Hausarzt braucht ein Netzwerk, um Patienten im akuten Fall unterzubringen“ findet in 19 Fundstellen bei fünf Interviewpartnern Erwähnung und stellt damit einen bedeutungsvollen, weil häufig gegebenen, Ratschlag für den Umgang mit psychiatrisch erkrankten Patienten dar. Häufig erwähnt wird auch die hierzu passende Kategorie „Man sollte direkte Kommunikation mit den Fachkollegen führen, um sich ein Netzwerk aufzubauen“ (iK168). Dieses Netzwerk scheint also auf Kommunikation zu basieren, was auch an dieser Stelle wieder die Bedeutung von Kommunikation für die Hausärzte unterstreicht, und ermöglicht es dem Hausarzt, Patienten in gravierenden Fällen an Spezialisten weiterzuleiten.

„Netzwerk bedeutet, dass ich frühzeitig Kontakt mit Neurologen aufnehme und mit Psychiatern und mich bei einzelnen schwierigen Patienten bemühe, mit dem Kollegen direkt zu sprechen.“

„Aber wie ich gerade schon gesagt habe, im wirklich absoluten Notfall greife ich sofort zum Telefon (...) und das ist mir noch nicht passiert, dass dann ein Kollege nicht gesagt hat: „Der Patient kann sofort kommen“. Das kommt nicht vor. Und dann schalte ich mich persönlich ein und das klappt eigentlich immer und da finde ich es hilfreich, wenn man die Fachkollegen kennt und wenn man sein Netzwerk aufrecht erhält und pflegt.“

Mit der Kategorie „Hausärzte sollten sich im Umgang mit psychisch kranken Patienten nicht selber überschätzen“ (iK172), welche am vierthäufigsten, nämlich in fünf Interviews an insgesamt 17 Fundstellen erwähnt wird, wird einerseits abermals deutlich, dass der Umgang mit psychisch und verhaltensgestörten Patienten Schwierigkeiten birgt und andererseits auch eine gewisse Überforderung der Hausärzte vorliegen könnte.

Die Kategorie „F-Diagnosen sind Dauerdiagnosen und müssen nicht revidiert werden“ (iK28) wird von acht Interviewpartnern in insgesamt elf Fundstellen angesprochen.

„Ich tue das selten. Weil das meistens Störungen sind, die die Patienten über eine lange Zeit begleiten oder die hier, wenn sie bei mir lange in Behandlung sind auch eine große Rolle spielen. Dann revidiere ich so eine Diagnose nicht.“

„Das ist aber etwas, was als Karteileiche, oder als Stigma den Patienten in der EDV oft länger erhalten bleibt, als es klinisch apparent ist.“

„Deswegen tue ich mich damit schwer, so was zu revidieren, rauszunehmen und zu sagen: „Geheilt“. Gibt es für mich nicht.“

Obwohl diese Kategorie in acht von zehn Interviews aufkommt, herrscht doch eine gewisse Uneinigkeit zu der Thematik. Auch zu der Kategorie „Manchmal kann man F-Diagnosen im Verlauf wieder streichen“ (iK190) gibt es nämlich in fünf Interviews insgesamt acht Fundstellen. Diese Kategorie schränkt die vorherige wieder ein. Vermutet wurde im Prozess der Studienplanung, dass F-Diagnosen häufig als Dauerdiagnosen geführt werden und hierdurch die Zahlen an dokumentierten psychischen und Verhaltensstörungen die der tatsächlich klinisch apparenten Störungen übersteigt, also ein Vorhandensein von „Karteileichen“ zu einer Überschätzung der Anzahl von F-Diagnosen führt. Diese Vermutung wird durch die sehr häufige Kategorie iK28 tendenziell gestützt.

Die letzten beiden sehr häufig vorkommenden Kategorien beziehen sich auf psychiatrische Notfallsituationen. „Psychiatrische Notfälle müssen stationär eingewiesen werden“ (iK50) und „Im Extremfall braucht man bei psychiatrischem Notfall ein PsychKG“ (iK130). Zu beiden

Punkten gibt es keine nennenswerten kontroversen Meinungen und es herrscht insgesamt Einigkeit.

„Das Extrem wäre ein PsychKG. Dann würden wir die Feuerwehr anrufen. Basta. Dafür können wir nicht stundenlang rumsitzen. (...) Das ist hier in Köln, in der Stadt, anders als auf dem Lande. In der Walachei. Hier ist das einfach. 112, dann kommt (...) die Feuerwehr. Dann sprechen wir mit denen und dann sind wir den los.“

Auch die Kategorie „Selbstgefährdung definiert einen psychiatrischen Notfall“ (iK223) wird mit insgesamt sieben Fundstellen bei fünf Interviewpartnern häufig angesprochen. Auch hierüber herrscht insgesamt Einigkeit, wenn auch durch manche Interviewpartner noch über die Selbstgefährdung hinaus weitere Notfallsituationen geschildert werden.

Unter den häufigen Kategorien ist auch die Kategorie „Psychische Erkrankungen sind gesellschaftlich negativ besetzt“ (iK25) mit zehn Fundstellen in sieben Interviews. Hier ist in den verschiedenen Interviews von „Schubladen“, „Stigmata“ und „Etiketten“ die Rede, sodass auch mit dem Wortschatz der Hausärzte im Interview psychiatrischen Diagnosen eine gewisse Negativität zugeschrieben wird. Dieses gesellschaftliche Bild stellt ebenfalls eine der Herausforderungen durch F-Diagnosen dar – für die Patienten, aber auch für die Ärzte, die sie behandeln wollen.

„Dann werde ich diese F-Diagnose erst mal als „Verdacht auf“ stehen lassen. (...) Bevor ich jemanden in eine Schublade tue.“

In der Kategorie „Der Therapieansatz ist abhängig von der Art der F-Diagnose“ (iK115), angesprochen von sechs Interviewpartnern, herrschte insgesamt Einigkeit.

Die Kategorien „Depressive Störungen sind häufig“ (iK10) und „Somatoforme Beschwerden sind häufig“ befinden sich ebenfalls unter den häufig genannten. Hiermit wird diesen beiden Krankheitsbildern eine besondere Bedeutung beigemessen, sie scheinen für den hausärztlichen Alltag von besonderer Relevanz zu sein.

Bei der Kategorie „Der Umgang mit psychisch kranken Patienten belastet den Hausarzt emotional“ (iK16), welche an neun Fundstellen von sechs verschiedenen Interviewpartnern angesprochen wurde, ist die Gesamtheit der Interviewpartner sich nicht ganz einig. Teils wird die emotionale Belastung sehr drastisch beschrieben, wohingegen einer der Interviewpartner ausdrücklich äußert „Der Umgang mit psychisch kranken Patienten bedeutet für den Hausarzt keine emotionale Belastung“ (iK283). Hierbei handelt es sich aber zumindest unter den Interviewpartnern um eine Einzelmeinung. Dieser Interviewpartner erwähnt hierbei auch, dass er meint „mit einem dicken Fell“ ausgestattet zu sein und darin einen „Segen“ sieht, den er

versucht für sich zu erhalten. Auch er weiß also zumindest um die Möglichkeit einer persönlichen emotionalen Belastung der Kollegen im Umgang mit psychiatrisch erkrankten Patienten.

Mit der ebenfalls häufig angesprochenen Kategorie „Sinnvolle hausärztliche Verarbeitung der persönlichen emotionalen Belastung durch Gespräche“ wird bereits eine Idee für den Umgang mit der bestehenden emotionalen Belastung laut, zusätzlich wird ein weiterer bedeutungsvoller Aspekt von Kommunikation für den Hausarzt deutlich.

Über die Kategorie „Gelegentliche Gespräche mit dem Hausarzt als therapeutischer Ansatz“ (iK49) sind sich die Interviewpartner insgesamt einig. In der Formulierung schwingt mit, dass hiermit keineswegs eine spezifische Therapie durch den Hausarzt gemeint ist, sondern vielmehr eine gelegentliche freie Unterhaltung mit dem Patienten. Hierin wird teils eine ausreichende Behandlung der Patienten gesehen, teilweise aber auch eine Überbrückung der Wartezeit auf eine professionelle Therapie.

„Man fragt die klassischen Fragen: „Wie lange?“, „Welche Auslöser?“, dann die persönliche Beziehungsebene ab. Ich formuliere es so: „Ich rede viel mit den Leuten“. Das reicht meistens. Auf hausärztlicher Ebene.“

„Dann sagt man: „Kommen Sie einmal häufiger zu uns“. Dann investiert man eine viertel Stunde, vielleicht auch ein bisschen mehr, um schon einen kleinen Ansatz zu geben und dass der Patient Halt hat für die Zeit.“

„Medikamente können die Therapie von F-Diagnosen unterstützen“ (iK39) meinen fünf Interviewpartner in sechs Fundstellen. Hierin wird durchaus eine Möglichkeit gesehen, jedoch werden in mehreren induktiven Kategorien auch Einschränkungen hierzu laut. Psychopharmaka werden von vier Interviewpartnern nämlich doch eher als unbeliebt beschrieben (iK40), sollten nicht als Allheilmittel gesehen werden (iK42) und zwei der Hausärzte geben zu, unzureichende Kenntnisse (iK301) zur Therapie mit Psychopharmaka zu haben.

Die letzte ebenfalls häufig auftretende Kategorie „F-Diagnosen sind häufiger geworden“ (iK231) müsste eigentlich von der Häufigkeitsanalyse ausgeschlossen werden, da der Einstieg ins Interview mit der ersten Erzählaufforderung zu sehr darauf abzielt, dass eben diese Kategorie Erwähnung findet. Letztlich sind es sieben Fundstellen bei sechs Interviewpartnern, in denen die Kategorie angesprochen wird. Inhaltlich könnte hier die Kategorie „Psychische Miterkrankungen nehmen zu“ (iK181) ebenfalls hinzugenommen werden, dann sind es insgesamt sieben Interviewpartner, die sich dementsprechend äußern. Ausgenommen wird an dieser Stelle von einem Interviewpartner ausdrücklich eine Zunahme der „schweren“

psychischen Erkrankungen. Die Kategorie „AU-Zeiten durch F-Diagnosen nehmen zu“ (iK72), welche von einem der verbleibenden drei Interviewpartner angesprochen wird, soll hier eher nicht hinzugezählt werden, da diese vielmehr wieder die Diskussion aufwirft, ob tatsächlich die Erkrankungen häufiger geworden sind, oder lediglich die Dokumentation. Einer der Interviewpartner ist überzeugt, dass es eine überschätzte Entwicklung der Zahlen durch vermehrte Dokumentation gibt. Der dritte Interviewpartner, der ebenfalls nicht von einer Zunahme der psychiatrischen Erkrankungen ausgeht, äußert dass sich für ihn diesbezüglich die Situation nicht verändert hat, wobei er zum Interviewzeitpunkt bereits auf eine zwanzigjährige Berufserfahrung als Allgemeinmediziner zurückblickt.

4.5.2. Auswertung der inhaltlichen Strukturierung

Bei der Auswertung der inhaltlichen Strukturierung wurde zunächst ebenfalls eine Art Häufigkeitsanalyse durchgeführt, indem die Anzahl der pro Oberkategorie vereinten Fundstellen betrachtet wurde, um eine Bedeutung der Oberkategorien abzuschätzen. Hierbei macht es Sinn tatsächlich die Anzahl der Fundstellen zu betrachten und nicht die Anzahl der induktiven Kategorie pro Oberkategorie, da für die Erstellung der induktiven Kategorien im Rahmen der Zusammenfassung bereits eine Generalisierung und Reduktion stattgefunden hat.

Zu der Oberkategorie „Entwicklung von F-Diagnosen aus Perspektive des Hausarztes“ (dK1) gibt es fünf Fundstellen, in denen von einer zunehmenden Häufigkeit an Erkrankungen die Rede ist (dK1a), und 25 Fundstellen, mit Äußerungen dahingehen, dass sie die Entwicklung von F-Diagnosen für überschätzt halten (dK1b). Die Ursachen für diese empfundene Überschätzung sind dabei vielfältig. Zum einen wird wiederholt vermutet, dass vermehrt Diagnosen psychischer und Verhaltensstörungen gestellt werden, weil deren Dokumentation die Abrechnung ihrer Therapie ermöglicht. Zum anderen wird die Reform des Psychotherapeutengesetzes mit der hieraus resultierenden Möglichkeit, ohne vorherigen Arztkontakt einen Psychotherapeuten aufzusuchen für ursächlich gesehen. Auch eine Minderbelastbarkeit der „jungen Generation“ soll zur vermehrten Stellung von F-Diagnosen führen. In einem Interview wird vermutet, F-Diagnosen werden genutzt um Erwerbsminderungsrenten durchzusetzen. In einem anderen Interview werden psychische und Verhaltensstörungen als „Modediagnose“ bezeichnet. Auch soll eine größere Aufmerksamkeit für psychische Erkrankungen mit einer vermehrten Diagnosestellung verbunden sein. Zusätzlich ist eine unzureichende Pflege der Patientendaten mit hieraus resultierenden Listen an Dauerdiagnosen und F-Diagnosen als „Karteileichen“ eine denkbare Begründung für zu hoch vermutete Fallzahlen.

„Es werden viele F-Diagnosen codiert, weil man mit der Abrechnungsziffer Geld verdienen kann.... Seit es eine direkte Konsequenz (Abrechnung) hat, ist die genannte Zahl von Psychischen Störungen größer geworden. Dass sie tatsächlich größer ist, glaube ich nicht.“

„Heute ist der Wunsch „Ich geh zu einem Psychotherapeuten“. Das heißt, man fängt mit der Therapie an. Obwohl man meistens nicht mal die Diagnose hat.“

„Das ist ein Prinzip, was auch im Bereich der somatoformen Störungen aus der Gruppe F-45 eine Rolle spielt, weil hier bestimmte Gesprächsleistungen die Dokumentation dieser Diagnose erfordern. Auch da ist man vielleicht großzügig in der Indikation oder in der Diagnoseformulierung. Eine Tendenz, die ich selbstkritisch nicht ganz abstreiten würde.“

„Mit der Diagnose „Depressive Verstimmung“ bin ich großzügig, weil das für mich bedeutet, und dann kommt doch ein finanzieller Aspekt hinein, wenn ich mich mit diesen Leuten mehr beschäftige, dann kann ich das abrechnen, weil ich die psychosomatische Grundversorgung habe und ich dann die entsprechenden Ziffern einsetzen kann.“

Die Vermutung, die sich hieraus ergeben kann, dass psychische und Verhaltensstörungen für den hausärztlichen Alltag gar nicht die erwartet große Bedeutung haben, die man aufgrund der steigenden Zahlen vermuten kann, scheint aber dennoch nicht zuzutreffen.

Die Oberkategorie, die die meisten Fundstellen beinhaltet ist nämlich die Kategorie „Herausforderungen durch F-Diagnosen“ (dK4). In 20 Fundstellen ist dabei von der finanziellen Bedeutung (dK4a) der Erkrankungen die Rede. Um „therapeutische Schwierigkeiten“ (dK4b) geht es in 96 Fundstellen, um Herausforderungen für den Hausarzt (dK4c) in 105 Fundstellen – wobei hierunter der Aufwand der Hausärzte und ihre emotionale Belastung fällt. Allgemeine Herausforderungen (dK4d) durch psychische und Verhaltensstörungen werden in 61 Fundstellen angesprochen und Herausforderungen für die erkrankten Patienten selber (K4f) in 21 Teststellen. Immerhin 87 Fundstellen sprechen Lösungsansätze (dK4e) für existente Probleme an.

Der unabsehbare Verlauf von psychischen und Verhaltensstörungen (K1c) wird in 31 Fundstellen angesprochen und Ursachen für echte F-Diagnosen (K1d) in 15 Fundstellen.

In 51 Fundstellen wird auf die Häufigkeit konkreter Arten von F-Diagnosen (dK2) eingegangen und in 20 Fundstellen der psychiatrische Notfall definiert (K2a).

Die große Oberkategorie „Therapieansätze für F-Diagnosen“ (dK3) vereint 192 Fundstellen. Hierunter fallen Fundstellen, in denen auf hausärztliche Therapieansätze (dK3a) hingewiesen wird, auch in Notfallsituationen (dK3e), sowie auf fachärztlich oder fachpsychotherapeutisch

(dK3b), auf medikamentöse (dK3c) und auf sonstige (dK3d), zudem auch die Textstellen, in denen erwähnt wird, dass die Therapie von der Art der F-Diagnose abhängt (K3f).

Unter der Oberkategorie „Kommunikation des Hausarztes“ (dK5) wurden insgesamt 55 Fundstellen in 16 verschiedenen induktiven Kategorien subsumiert. Dies passt zu dem Eindruck aus den Interviews, wonach Kommunikation von zentraler Bedeutung für den hausärztlichen Alltag zu sein scheint, wie es auch schon in der Häufigkeitsanalyse der induktiven Kategorien zur Sprache kam.

In sieben Fundstellen wird negative Kritik an Psychotherapeuten (K6) geübt, allerdings stammen all diese Fundstellen aus einem Interview.

„Man muss denen höchstens sagen: „Wenn ihr nicht genug macht, dann nehmen wir euch die Zulassung weg und setzen da einen hin, der vernünftig arbeitet“.“

Lediglich die Zusammenarbeit und Kommunikation mit den Therapeuten wird auch in weiteren sieben, also in acht von zehn Interviews kritisiert. In einer Fundstelle wird Verständnis für die Therapeuten und ihre langen Wartezeiten aufgebracht.

Kritik am Gesundheitssystem (K7) findet man in 28 Fundstellen, hiermit werden einige der Herausforderungen durch psychiatrische Erkrankungen begründet.

In 42 Textstellen findet man Aussagen zu einer Selbstreflexion der Hausärzte (K8a), wobei an 16 Stellen negative Aspekte lautwerden und an 26 Stellen ein positives Bild der Hausärzte gezeichnet wird. Hausärztliche Fähigkeiten (K8b) werden an 25 Fundstellen benannt und hausärztliche Aufgaben (K8c) an 130 Fundstellen, sodass es insgesamt 197 Fundstellen sind, in denen die Hausärzte Aspekte ihres Selbstbildes laut werden lassen.

Bei der Beantwortung der Forschungsfrage sind manche Oberkategorien von besonderem Interesse. Die unter ihnen vereinten induktiven Kategorien wie auch unmittelbar die Fundstellen im Material sollen genauer betrachtet werden, unabhängig von jeder Häufigkeit, um auch vereinzelte Hinweise, Ideen oder Gedanken, welche von Bedeutung für die Allgemeinheit sein könnten wahrzunehmen und zu nennen. Die Forschungsfrage war formuliert als „Wie empfinden Hausärzte ihre aktuelle Situation in der Betreuung von Patienten mit einer „Psychischen und Verhaltensstörung“ – vor allem unter Berücksichtigung ihrer Behandlungsoptionen?“ In Anbetracht dieser Forschungsfrage ist es naheliegend, dass die Oberkategorie „Therapieansätze für F-Diagnosen“ (dK3) genauer betrachtet werden sollte, denn hierhinter verbergen sich die besagten Behandlungsoptionen. Insgesamt sind sich die Interviewpartner einig darin, dass der Therapieansatz von der Art der Diagnose abhängig zu machen ist (K3f), wobei der Hausarzt die Optionen kennen und sie mit dem Patienten besprechen sollte.

Die Option des hausärztlichen Therapieansatzes (dK3a) beläuft sich dabei wie die Interviewpartner berichten auf Gespräche, der Patient soll motiviert und beraten werden. Unter Umständen kann auch eine medikamentöse Therapie durch den Hausarzt stattfinden. Hausärzte therapieren, wenn eine andere Therapie von den Patienten nicht gewünscht wird oder wenn Wartezeiten überbrückt werden müssen, ohne dass eine spezifische Therapie realisierbar ist. Der Hausarzt hat eventuell die Möglichkeit, das Umfeld des Patienten für die Behandlung mit einzubeziehen. Es ist seine Aufgabe, den Patienten falls notwendig krank zu schreiben. Im psychiatrischen Notfall (dK3e) muss der Hausarzt handeln. Er muss die Situation richtig einschätzen, den Patienten beruhigen, sein Vertrauen nutzen, unter Umständen akut (medikamentös) behandeln und den Patienten einer fachärztlichen Weiterbetreuung zuführen, im Extremfall nach Psychiatrischem Krankengesetz.

Eine fachärztliche oder fachpsychotherapeutische Anbindung der Patienten (dK3b), eventuell auch stationär, sollte erwogen werden, nach manchen Interviewpartnern grundsätzlich bei bestehender Erkrankung psychischer Genese, anderen zufolge in bestimmten Fällen, vor allem bei besonders gravierenden Erkrankungen, da so mehr Expertise mit passenden Therapiestrategien besteht. Auch ist es unter Umständen möglich, dass Patienten bereits bei Kontakt zum Hausarzt psychotherapeutisch bekannt sind, da für eine Erstvorstellung beim Therapeuten keine hausärztliche Überweisung nötig ist.

Eine medikamentöse Therapie (dK3c) kann die Therapie der erkrankten Patienten unterstützen, zudem können hiermit Wartezeiten auf einen Therapieplatz überbrückt werden. Bei manchen psychiatrischen Erkrankungen ist eine medikamentöse Therapie essentiell. Zwei Interviewpartnern zufolge sollte eine medikamentöse Therapie durch Psychiater betreut werden.

„Insofern bin ich in vielen Fällen dankbar, wenn in dem Fall der fachpsychiatrische, da können psychologische Psychotherapeuten nicht helfen, Kollege eine Pharmakotherapie modifiziert oder einleitet, mit seiner Autorität.“

Insgesamt ergibt sich der Eindruck, Medikamente seien, auch bei den Patienten, nicht uneingeschränkt beliebt, allerdings wird im Gegensatz hierzu in einem Interview auch laut, manche Patienten würden sich heilende Tabletten wünschen.

Eine Kategorie von besonderer Bedeutung ist dK3d. Hier sollen fernab der allgemein bekannten Therapiemöglichkeiten darüberhinausgehende Optionen angesprochen werden. Lediglich zwei Interviewpartner haben diesbezüglich Ideen, ein dritter formuliert ausdrücklich „Mehr gibt unser System nicht her“. Von einem der Interviewpartner wird die psychologische Beratungsstelle vom Gesundheitsamt genannt, eine „aktive und wirksame“ Möglichkeit, zumindest für ein Initialgespräch. Ein anderer Interviewpartner erwähnt die Option

sogenannter Coaches, welche zum Beispiel als Heilpraktiker therapeutisch arbeiten. Einschränkend wird hierzu allerdings auch gleich genannt, dass Therapien durch diese Coaches teuer sind und von den Patienten selber bezahlt werden müssen.

Als nächstes soll die Oberkategorie Herausforderungen durch F-Diagnosen (dK4) und hier unter Berücksichtigung der Forschungsfrage insbesondere Herausforderungen für den Hausarzt (dK4c), die finanzielle Bedeutung von F-Diagnosen für den Hausarzt (dK4a-i), therapeutische Schwierigkeiten (dK4b) und mögliche Lösungsansätze (dK4e) für bestehende Probleme näher betrachtet werden.

Die Herausforderung für die Hausärzte, zu der mit Abstand die meisten Fundstellen gefunden werden können, ist der große zeitliche Aufwand, den die Hausärzte für ihre psychiatrisch erkrankten Patienten aufbringen müssen.

„Ein sehr zeitfressender Türöffner. Da muss man sagen: „Passen Sie auf. Ich hab das Gefühl, wir müssten miteinander reden“ und dann sitzen wir abends eben von 7 bis 8 hier, oder bis halb 9.“

„Sie kosten viel Zeit. Was heißt kosten, sie brauchen viel Zeit, um psychische Auffälligkeiten oder alterskranke Patienten zu betreuen. Das ist so.“

„Ich kann von einer erheblichen zeitlichen Belastung sprechen, aber emotional würde ich meinen Beruf unbegrenzt weiter fortzuführen bereit sein. Die Belastung liegt im zeitlichen Bereich.“

Zudem wird auch ein großer Kraftaufwand genannt. Ebenfalls von Bedeutung ist die emotionale Belastung, die der Umgang mit psychiatrisch erkrankten Patienten für die betreuenden Hausärzte mit sich bringt, lediglich einer der Interviewpartner formuliert keinerlei solche Belastung zu verspüren. Hierbei scheint es sich aber am ehesten um eine Einzelmeinung zu handeln. Einer der Interviewpartner gibt zudem eine gewisse Belastung durch eine eigene Überforderung zu.

Für den Umgang mit der existenten emotionalen Belastung werden Gespräche empfohlen, ob in Balintgruppen oder im persönlichen Umfeld. Balintgruppenarbeit wird aber von einem der Interviewpartner auch ausdrücklich als nicht hilfreich bewertet. Eine weitere Möglichkeit ist es, sich als Hausarzt von Patienten zu trennen oder Behandlungsaufträge abzulehnen. Diese Option wird zumindest von zwei der Interviewpartner genannt.

„Wenn ich merke, das ist ein Bereich, den ich nicht haben will, der mir zu anstrengend ist, dann sage ich: „Den Behandlungsauftrag nehme ich nicht an“ und das ist ein guter Schutz und deshalb komme ich ganz gut damit klar.“

„Beruflich habe ich mich von einigen Patienten getrennt. Das habe ich vorher noch nie gemacht. Wo ich gesehen habe, dass das einfach nicht mehr ging. Patienten, die jeden Tag fünfmal hier anrufen, die jede Woche eins, zwei, drei Hausbesuche fordern. Ich habe bei manchen Patienten einen Schlusstrich gezogen und meine Freizeit ausgedehnt.“

In drei Interviews wird empfohlen, Gemeinschaftspraxen zu etablieren, um eine Überlastung zu reduzieren. Sieben Interviewpartner empfehlen Distanz zum Eigenschutz im Umgang mit psychisch und verhaltensgestörten Patienten. Es wird als hilfreich beschrieben, auch ein Leben neben dem Beruf zu haben.

Bezüglich der finanziellen Bedeutung, die psychische und Verhaltensstörungen für die hausärztliche Praxis haben, gibt es zwei gegensätzliche Ansichten. Zwei der Interviewpartner äußern, dass F-Diagnosen eine Einnahmequelle für die Praxis darstellen und daher unter Umständen Diagnosen auch großzügiger codiert werden, um die erbrachten Leistungen dementsprechend abrechnen zu können.

„Es sind viele F-Diagnosen verwendet worden, weil man damit Geld verdienen kann. Weil die Abrechnungsziffer dafür zusätzlich zu der Pauschale gegeben wird und da sind viele auf die Idee gekommen, das zu verwenden.“

„Das ist ein Prinzip, was auch im Bereich der somatoformen Störungen aus der Gruppe F-45 eine Rolle spielt, weil hier bestimmte Gesprächsleistungen die Dokumentation dieser Diagnose erfordern. Auch da ist man vielleicht großzügig in der Indikation oder in der Diagnoseformulierung.“

In zwei anderen Interviews ist davon die Rede, dass die Betreuung psychiatrisch erkrankter Patienten aufgrund des großen Zeitaufwandes ein relativer wirtschaftlicher Nachteil ist.

„Dass es von den Krankenkassen nicht abgegolten wird, ist klar. Die Honorare, die wir bekommen für psychotherapeutische Gespräche, die sind gering.“

„Natürlich hat man dadurch einen relativen wirtschaftlichen Nachteil.“

Lediglich ein Interviewpartner formuliert ausdrücklich, die finanzielle Bedeutung sei nicht der hausärztliche Maßstab und werde deshalb nicht bemessen.

Auf therapeutische Schwierigkeiten im Zusammenhang mit psychisch und verhaltensgestörten Patienten sollte im Hinblick auf die Forschungsfrage ebenfalls ein besonderes Augenmerk gelegt werden. Problematisch für den hausärztlichen Therapieansatz ist eine häufig fehlende Akzeptanz der Erkrankungen durch den Patienten und damit auch eine fehlende Therapieeinsicht, zudem auch der oben schon genannte hohe zeitliche Aufwand für die Hausärzte bei wechselndem Erfolg der Therapie.

Die Inanspruchnahme einer professionellen Psychotherapie birgt für die Patienten und damit häufig auch für die Hausärzte diverse Probleme. Die Therapeutensuche muss der Patient meist selber bewältigen. Diese ist erschwert bei einer unzureichenden Verfügbarkeit von Therapeuten, wobei insbesondere in ländlichen Regionen ein Mangel besteht. Lediglich einer der Interviewpartner vertritt die Meinung, es bestünde ein Überangebot an Psychotherapeuten, welche lediglich zu wenig arbeiten würden. Die Praxis dieses Interviewpartners liegt in einem der Kölner Stadtteile.

„Wenn Sie nachschauen, wie viel ein psychologischer Psychotherapeut arbeitet, wie viele Patienten er behandelt, obwohl er einen vollen Versorgungsauftrag hat, dann wissen Sie, warum die lange Wartezeiten haben. Die machen zu wenig. Wir haben eine Überversorgung, derzeit. Wir sind bis obenhin voll mit psychologischen Psychotherapeuten. Wo es manchmal fehlt, sind die Regionen um Köln herum. Da gibt es kaum eine. Die konzentrieren sich alle in der Innenstadt. Aber, genug haben wir.“

Insgesamt beklagen die Hausärzte im Interview untragbare Wartezeiten auf Therapieplätze, völlig im Gegensatz dazu berichtet lediglich ein Interviewpartner, keinerlei Belastung durch Wartezeiten zu verspüren und das obwohl die Praxis in ländlicher Gegend liegt. Hierbei scheint es sich aber um eine hier nicht erklärbare Einzelmeinung zu handeln. Zusätzlich zur unzureichenden Verfügbarkeit der Therapeuten wird auch eine unzureichende Erreichbarkeit, insbesondere telefonisch, bemängelt.

„Die aber sehr schwer erreichbar sind, wo ich nicht anrufen kann. Da müsste ich eine Mail hinschicken, um zu gucken, ob ich eine Resonanz kriege. Das ist schwierig.“

Das Verhältnis der Hausärzte zu den Psychotherapeuten wird nicht gut beschrieben und die Zusammenarbeit mit ihnen vorwiegend als unzureichend. Lediglich drei der Interviewpartner beschreiben die Zusammenarbeit als unproblematisch, der Rest ist unzufrieden, insbesondere mit der Kommunikation.

„Die Psychotherapeuten haben historisch immer eine etwas degradierte Rolle gehabt. Kriegen weniger Honorar und sind nicht bereit, sich dann von uns vereinnahmen zu lassen.“

„Die Psychotherapeuten haben sich nur am weitesten von uns abgegrenzt. Deswegen gibt es da keine Kommunikation. In der Regel weiß ich nicht, bei welchem Psychotherapeuten meine Patienten sind und was die gerade machen. Vernetzung gibt es nicht wirklich.“

Auch die Pharmakotherapie bringt Schwierigkeiten mit sich. In einem der Interviews wird die unzureichende Kenntnis der Hausärzte hierüber explizit angesprochen, in einem weiteren heißt es, eine Pharmakotherapie sollte möglichst durch Spezialisten erfolgen, was vermutlich ebenfalls hierauf zurückzuführen ist. Aus vier der Interviews geht zudem hervor, dass eine Pharmakotherapie unbeliebt ist, sowohl bei den Patienten als auch bei den Hausärzten.

„Bin ich eher kein Freund von, weil ich der Meinung bin, dass man sich, wenn es irgendwo geht, relativ lange zurückhalten sollte und das in fachärztliche Hände geben sollte.“

Für einige der Herausforderungen werden, von lediglich einem der Interviewpartner, die Therapeuten verantwortlich gemacht. Hier wird den Therapeuten vorgeworfen, sie würden Patienten behandeln, ohne deren Diagnosen zu kennen, würden zu wenig arbeiten, was zu den langen Wartezeiten führe und würden zu ungern dokumentieren und kommunizieren. Deutlich mehr Kritik wird am Gesundheitssystem geübt. Die Psychosomatische Grundversorgung scheint zu umständlich zu sein und die Hausärzte unzureichend auf ihre Aufgaben vorzubereiten. Es wird kritisiert, dass durch die unzureichende Bezahlung der Hausarzt teils gezwungen ist, seine Patienten weiterzuleiten und sich nicht selber zu kümmern.

„Weil es sowohl von der Bezahlung, als auch von dem zeitlichen Aufwand her schwierig ist, die Patienten an die entsprechenden Fachkollegen weiterzuleiten. Darin sehe ich meine Aufgabe.“

Zudem wird kritisiert, dass mit dem aktuellen Psychotherapeutengesetz den Patienten ein Zugang zum Therapeuten gewährt wird, ohne dass vorher Kontakt zu einem Arzt aufgenommen werden muss, sodass dann auch Therapien eingeleitet werden, ohne dass es eine ärztliche Diagnose gibt. Es wird vermutet, dass Patienten sich so Therapeuten als einfache kostenfreie Gesprächspartner nehmen, was letztlich das System viel Geld kostet.

„Mit der Chipkarte gehe ich zum Psychotherapeuten. Ich brauche das. Ist schön da jemanden zu haben, der zuhört. Und das kostet nichts. Jedenfalls, den Patienten kostet das nichts. Die Allgemeinheit kostet das viel Geld.“

Nach den genannten Herausforderungen durch psychische und Verhaltensstörungen in der hausärztlichen Praxis sollte nun auch ein besonderes Augenmerk auf mögliche Lösungsansätze und -vorschläge gelegt werden. Unter der Kategorie dK4e sind hierzu 87 Fundstellen vereint. Die erste Idee ist es, mehr Optionen der Psychotherapie zu schaffen, was bedeutet mehr Kassensitze zuzulassen. Ein sehr häufig genannter Vorschlag, der mit den bestehenden Ressourcen auskommt, ist der, dass Hausärzte sich ein Netzwerk schaffen müssen, um im akuten Fall Patienten rasch anbinden zu können. Dieses Netzwerk entsteht durch direkte Kommunikation des Hausarztes mit den Kollegen und darf keinesfalls für wenig dringende Fälle missbraucht werden, um das gegenseitige Vertrauen zu wahren. Drei der Interviewpartner wünschen sich ein attraktiveres und besseres Fortbildungsangebot zur Versorgung psychiatrisch erkrankter Patienten. Eine Idee ist es auch, die psychosomatische Grundausbildung, die die Hausärzte absolvieren müssen über die Psychosomatik hinaus zu erweitern. Eine Forderung von zwei der interviewten Hausärzte ist es, für die getane Arbeit angemessen entlohnt zu werden. Dabei zielt der eine Interviewpartner darauf ab, dass die Gesprächsleistungen zu gering vergütet werden und der andere darauf, dass Hausärzte, die noch vor Einführung der psychosomatischen Grundversorgung als Pflichtteil der Weiterbildung Hausarzt geworden sind, ihre Leistungen seit dem, sollten sie die psychosomatische Grundversorgung nicht nachträglich erworben haben, nicht mehr abrechnen dürfen. Zwei der Hausärzte wünschen sich eine klarere Definition der F-Diagnosen und eine eindeutigere Abgrenzung vom Normalzustand. Sechs der zehn Interviewpartner wünschen sich eine bessere Kommunikation mit den Therapeuten, dies bedeutet eine Kommunikation wie mit (anderen) Fachärzten und eine bessere Erreichbarkeit. Einer der Interviewpartner wünscht sich, dass die Therapeuten ihre regulären Fallzahlen absolvieren und ihre Zulassung verlieren, wenn sie zu wenig Patienten behandeln. Die Therapeutensuche durch die Patienten kann vereinfacht werden, indem sie von ihren Hausärzten eine Liste mit Therapeuten ausgehändigt bekommen. Zudem kann den Patienten die „Kontaktbörse Psychotherapie“ als Hilfestellung genannt werden (hiermit ist a.e. ein Angebot der Psychotherapeutenkammer gemeint) sowie eine Unterstützung durch die gesetzlichen Krankenversicherungen, zum Beispiel über die Homepage der KVNO, empfohlen werden. Als Empfehlung für die Kollegen äußert ein Interviewpartner bei Patienten mit vermuteter psychischer und Verhaltensstörung „Doppeltermine“ in der Sprechstunde einzuplanen.

Obwohl es eigentlich nicht explizites Forschungsinteresse bei der Planung dieser Studie war, fiel doch in sämtlichen Interviews immer wieder auf, dass die gewünschte Offenheit der

Interviews, den Hausärzten auch Raum und Gelegenheit für eine Darstellung ihrer selbst gab, was unterschiedlich ausgeprägt geschah. Doch auch eben diese Selbstdarstellung weckte während der Studie ein Interesse. Welches Bild hat der Arzt von sich und warum? Und welches Bild vermittelt er gerne? Unter der Kategorie K8 („Hausärztliches Selbstbild“) sind insgesamt 197 Fundstellen vereint. Hierbei reflektierten sich die interviewten Ärzte kritisch selber, wobei mehr positive als negative Aspekte genannt wurden. So erwähnen vier der Interviewpartner stolz, dass es schwierig ist, Hausarzt zu sein. Drei Hausärzte behaupten, sie spürten keine Überforderung bei der Betreuung psychisch erkrankter Patienten. Im Gegensatz hierzu äußern aber genauso viele Interviewpartner, dass sie sich durch ihre psychisch erkrankten Patienten doch überfordert fühlen.

„Wobei man sagen muss, dass es leider nichts gibt, was es nicht gibt und man sich immer wieder dabei ertappt, dass man, ich möchte nicht sagen „hilflos“ ist, aber sich selbst erschrickt und nicht richtig weiß, wie man mit der Situation umgehen soll.“

In insgesamt 17 Fundstellen wird darauf Wert gelegt, dass Hausärzte sich nicht selber überschätzen dürfen. Diese Fundstellen finden sich bei fünf der zehn Interviewpartner. In einem der Interviews wird ausdrücklich erwähnt, dass finanzielle Aspekte nicht Maßstab hausärztlicher Arbeit seien. Negativer Aspekt der Selbstreflexion ist beispielweise das Eingestehen einer gewissen Ungeduld gegenüber klagenden psychisch belasteten Patienten in einem Interview. Ein Interviewpartner räumt ein, dass die Dauerdiagnosen der Patienten zu wenig reflektiert werden und derselbe, sowie ein weiterer gesteht, dass aus gesundheitspolitischen Gründen psychische und Verhaltensstörungen teilweise zu großzügig codiert werden.

Zudem werden an mehreren Interviewstellen hausärztliche Fähigkeiten genannt. Zwei Interviewpartner erwähnen, dass der Umgang mit psychisch erkrankten Patienten von der Persönlichkeit des Arztes abhängig ist. Zu den persönlichen Fähigkeiten, die Hausärzte haben sollten, gehört ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Distanz und Empathie zum Patienten. Zudem haben Hausärzte in ihrer Rolle auch berufsbedingte Fähigkeiten. Ein gewisses Rüstzeug kann hier erlernt werden. Außerdem spielt die Erfahrung, die Hausärzte im Umgang mit psychisch erkrankten Patienten haben, eine große Rolle, sowie die Tatsache, dass Hausärzte ihre Patienten kennen. Die menschliche Verbindung, aufgrund welcher die Patienten ihrem Hausarzt vertrauen, ist wichtig.

An 130 Fundstellen definieren die Interviewpartner ihre hausärztlichen Aufgaben. Im allgemeinen Umgang mit Patienten erachten die Hausärzte es als ihre Aufgabe, biopsychosoziale Medizin zu leisten, während der Praxiszeiten ständig für ihre Patienten erreichbar zu sein, die Patienten bis an ihr Lebensende zu begleiten, im Kontakt zu den

Patienten zu stehen und empfindliche Patientendaten vor der Krankenkasse zu schützen. In Bezug auf psychische und Verhaltensstörungen haben Hausärzte oft die bedeutungsvolle Aufgabe der Diagnosestellung. Hierfür sollten die Hausärzte ihre Patienten nach emotionalen Belastungsfaktoren fragen, unter Umständen fachspezifische Kompetenz um Hilfe bitten und vor allem an die Möglichkeit einer bestehenden psychischen und Verhaltensstörung denken, zum Beispiel dann, wenn die Anamnese und die erhobenen Untersuchungsbefunde eines Patienten nicht zusammen zu passen scheinen. Bei der Diagnosestellung hilft den Hausärzten die erlebte Anamnese. Das Stellen einer F-Diagnose bringt Herausforderungen für die Hausärzte mit. In 17 Fundstellen wird darauf hingewiesen, dass Hausärzte somatische Erkrankungen nicht übersehen dürfen, sondern erkennen müssen. Somatische Diagnostik ist also notwendig, da psychische und Verhaltensstörungen Ausschlussdiagnosen sind. Außerdem wünschen die Patienten somatische Diagnostik.

„Ich muss immer bereit sein, den somatischen Störer zu entlarven. Deshalb fühlt man sich bei einer F-Diagnose nicht nur wohl. Es ist ein Risiko dabei. Dessen muss man sich bewusst sein.“

„Nicht-somatische Diagnosen sind in ihrer vielfältigen Symptomatik, in der somatisierten Depression oder in der somatoformen Störung, Ausschlussdiagnosen. Und auch aus forensischen Aspekten wird heute weiterhin der Weg gegangen, dass man erst die somatische Medizin komplett durchexerziert, bevor man dafür bereit ist, und dann auch erst eine Akzeptanz beim Patienten erzeugen kann dafür, dass es sich um eine nicht-somatische Störung handelt.“

Hausärzte tragen Verantwortung bei der Stellung von F-Diagnosen, in sechs Fundstellen wird die Dringlichkeit einer achtsamen Diagnosestellung insbesondere bei psychischen und Verhaltensstörungen erwähnt.

„Also bei F bin ich nochmal vorsichtiger, als bei anderen Geschichten.“

Aufgrund dessen ist nicht immer eine sofortige Diagnosestellung möglich. Während zwei der Interviewpartner behaupten, es sei für sie kein Unterschied, ob sie bei einem Patienten eine somatische Erkrankung oder eine psychische oder Verhaltensstörung diagnostizieren und dokumentieren, gibt es drei Interviewpartner, die erwähnen, dass die Stellung einer F-Diagnose emotional erfolgt oder Konfliktpotential birgt. Neben der Stellung der Diagnosen ist auch ihre Dokumentation hausärztliche Aufgabe. Sieben der zehn Interviewpartner äußern sich diesbezüglich dafür, dass eine einmal gestellte psychische und Verhaltensstörung nicht revidiert werden muss, wobei zwei von ihnen einräumen, dass manchmal F-Diagnosen wieder

gestrichen werden können. Die anderen drei Interviewpartner formulieren ausdrücklich, dass Dauerdiagnosen regelmäßig geprüft werden müssen, wobei in einem Interview berichtet wird, dass alle F-Diagnosen jedes Quartal neu codiert werden. Im Umgang mit ihren psychisch und verhaltensgestörten Patienten erachten die Hausärzte es als ihre Aufgabe, gesicherte F-Diagnosen mit ihnen zu besprechen. Zudem müssen psychiatrische Notfallsituationen erkannt und die Arbeitsunfähigkeit der Patienten organisiert werden. Drei der Interviewpartner äußern, es sei hausärztliche Aufgabe, ihre psychiatrisch erkrankten Patienten an Fachkollegen weiter zu leiten, wobei einer von ihnen es so weit gehend formuliert, dass die hausärztliche Aufgabe erledigt sei, wenn dem Patienten im System geholfen wird.

5. Diskussion

5.1. Diskussion der Methodik

Einige der Gründe, aus denen die Wahl der Methodik dieser Studie auf einen qualitativen Forschungsansatz gefallen ist, sind bereits in Kapitel 3.1.1. erwähnt. Es sollte die Individualität und Subjektivität der Hausärzte untersucht werden, anstelle einer quantitativen Erhebung möglichst objektiver Daten zum Zwecke von Verallgemeinerung oder Formulierung von Gesetzmäßigkeiten und Prinzipien.

Die Hausärzte sollten zur Sprache kommen und ihre Situation sollte im Rahmen dieser Studie verstanden werden, anstatt erklärt.

„Qualitative Wissenschaft als verstehende will also am Einmaligen, am Individuellen ansetzen, quantitative Wissenschaft als erklärende will an allgemeinen Prinzipien, an Gesetzen oder gesetzähnlichen Aussagen ansetzen. Erstere versteht sich eher als induktiv, Zweitere eher als deduktiv.“⁴⁹

Ein weiterer Vorteil der qualitativen Forschung liegt darin, hiermit eine realitätsnahe Darstellung von mitunter großer Komplexität zu ermöglichen, „während quantitative Analyse ihren Gegenstand häufig zerstückele, atomisiere, in einzelne Variablen zerteile und ihm auf diese Art seine eigentliche Bedeutung nehme“. ⁴⁹

Bei qualitativer Forschung wird nicht nur größtenteils auf Zerlegung in Variablen, sondern auch auf Generalisierung und Verallgemeinerung in der Art, wie sie in quantitativen Studien erfolgt, verzichtet, um nicht nur komplexe Zusammenhänge sondern auch fallspezifische Sachverhalte zur Sprache zu bringen und in die Auswertung mit einbeziehen zu können.

Diese mangelnde Verallgemeinerung wird jedoch häufig auch als Nachteil qualitativer Forschungsansätze genannt, da durch Einzelfallanalysen nur zufälliges Material generiert werde, welches keine Aussagen zur Grundgesamtheit zulasse. Im Fall dieser Studie ist Verallgemeinerung jedoch explizit nicht Ziel der Arbeit, sondern vielmehr eine möglichst große Bandbreite an individuellen Erfahrungen und Empfehlungen.

Ein weiterer häufig genannter Nachteil qualitativer Forschungsmethoden ist, wie bereits in Kapitel 3.3.1. geschrieben, eine gewisse Willkür der Methodik aufgrund mangelnder Nachvollziehbarkeit und Nichtanwendbarkeit der klassischen Gütekriterien Objektivität, Reliabilität und Validität. Genau diesem Vorwurf stellt sich Philipp Mayring jedoch entgegen, indem er für die Auswertung qualitativen Datenmaterials seine qualitative Inhaltsanalyse entwirft, die auch in der Auswertung dieser Studie Anwendung findet. Die Grundprinzipien der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring wurden in Kapitel 3.3.1. bereits näher beschrieben.

Die gewählte Methodik zur Materialgewinnung, die Durchführung leifadengestützter Experteninterviews, erscheint in Anbetracht des gewonnenen Materials, dem Forschungsinteresse gerecht geworden zu sein. Die interviewten Ärzte nutzten die Gelegenheit, ihre Erfahrungen, ihre Gefühle und Emotionen und ihre Bewältigungsstrategien auszusprechen, sodass insgesamt 184 Minuten Interviewmaterial resultieren. Auch die Fülle der aus dem Material generierten induktiven Kategorien spricht dafür, dass nicht nur die Thematik, sondern auch die Methodik, die Ärzte anregte, ihre Situation umfassend zu beschreiben. Dem primären Ziel der Arbeit, Hausärzte sprechen zu lassen, wurde also genüge getan.

Die Art und Weise der Rekrutierung der Interviewpartner könnte zu einem gewissen Bias in der Auswahl geführt haben. Da primär Kontakt zu den Lehrpraxen der Kölner Universitätsklinik aufgenommen wurde, kann man vermuten, dass es sich bei den teilnehmenden Medizinern um überproportional engagierte Hausärzte handelt. Die Nähe zur Universität und zum Lehrstuhl für Allgemeinmedizin könnte bei diesen Kollegen zudem das Selbstbild, das sie von sich entwerfen, beeinflussen. Womöglich möchten die Interviewten hier einen besonders umsichtigen und korrekten Eindruck machen. Überforderungen werden eventuell weniger offen zugegeben.

Ebenfalls denkbar ist es, dass sich insbesondere Ärzte beteiligen, die zeitlich weniger gestresst sind als manche ihrer Kollegen, weshalb sie noch Energie und Zeit für die Teilnahme an der Studie haben. Wo mehr Zeit ist, ist eventuell auch mehr Zeit für einen anderen Umgang mit psychisch und verhaltensgestörten Patienten als bei den gestressteren Kollegen.

Grundsätzlich muss man festhalten, dass sich vor allem Ärzte zu der Teilnahme an der Studie bereiterklären, die, aus vermutlich unterschiedlichen Gründen, bereits ein gewisses Interesse und eine Sensibilisierung für die Thematik mitbringen.

Die Bandbreite der Antworten und die teils konträr ausfallenden Äußerungen, sprechen jedoch dafür, dass die interviewten Hausärzte trotzdem auf sehr unterschiedliche Erfahrungsschätze zurückgreifen können. Um dies zu begünstigen, wurden bei der Rekrutierung der Teilnehmer auf möglichst unterschiedliche Praxisprofile geachtet. Bewusst wurden männliche und weibliche Interviewpartner mit eingeschlossen, die Lage der Praxen sollte zwischen ländlicheren und städtischeren Gebieten variierend, einige der Hausärzte sind sehr erfahren, andere noch recht jung und die Größen der Praxen unterschieden sich ebenfalls möglichst deutlich voneinander.

Es wurde sich bei der Studienplanung für die Durchführung von Einzelinterviews und gegen Fokusgruppen entschieden, um das Phänomen einer verzerrenden Selbstdarstellung vor anderen Kollegen so gering wie möglich zu halten und um den teilnehmenden Hausärzten die

Möglichkeit zu geben, intime Themen anzusprechen. In fast allen Interviews wurden bestehende Probleme zugegeben und oft wurde kritisch selbstreflektiert. Beides wäre womöglich in einer Fokusgruppe zu kurz gekommen.

5.2. Diskussion der Ergebnisse

Zur Beantwortung der Forschungsfrage „Wie empfinden Hausärzte ihre aktuelle Situation in der Betreuung von Patienten mit einer „Psychischen und Verhaltensstörung“ – vor allem unter Berücksichtigung ihrer Behandlungsoptionen?“ soll zuerst betrachtet werden, wie die interviewten Hausärzte ihre Situation mit den betroffenen Patienten beschreiben und dies in Bezug zu der vorangehenden Literaturrecherche gesetzt werden.

Während im Vorfeld der Arbeit im Rahmen der Literaturrecherche immer wieder von einer zunehmenden Prävalenz von F-Diagnosen in den letzten Jahren die Rede war³⁻⁵, wird nicht nur in anderen europäischen Ländern, wie beispielsweise in Frankreich auch eine Zunahme von psychiatrischen Erkrankungen in der Hausarztpraxis beschrieben,⁵² sondern auch acht der zehn Hausärzte dieser Studie berichten von einer empfundenen zunehmenden Anzahl an psychiatrisch erkrankten Patienten in ihren Praxen. Für ursächlich werden zunehmende emotionale Belastungen durch traumatisierende Erlebnisse, durch Probleme in der Arbeitswelt oder im familiären Bereich sowie durch eine größere Schnellebigkeit gehalten. Es wird jedoch von sieben der zehn Interviewpartner nebenbei die Vermutung geäußert, es gebe insgesamt trotzdem eine überschätzte Zunahme der Prävalenz, das bedeutet eine Zunahme der dokumentierten Diagnosen, die das Maß der Zunahme an tatsächlichen Erkrankungen überschreitet, ein derart in der Literatur noch nicht vorbeschriebener Gedanke. Viele der Hausärzte gehen also davon aus, dass die Zunahme an dokumentierten F-Diagnosen, wie sie in die Prävalenzstudien einfließt drastischer erscheint, als sie in Realität ist. Die genannten Gründe für diese Überschätzung sind dabei vielfältig. Einige von ihnen liegen auf der Seite des Gesundheitssystems. Der direkte Zugang zum Psychotherapeuten ohne vorherigen Arztkontakt soll eine Zunahme an psychiatrischen Diagnosen bedingen, ebenso wie ein großzügigeres Codieren der Hausärzte, um Gesprächsleistungen abrechnen zu können. Hinzu kommen Gründe auf Seiten der Hausärzte, wie das unzureichende Prüfen der Dauerdiagnosen und gesellschaftliche Gründe, wie ein größeres Bewusstsein für die Erkrankungen und eine verminderte Belastbarkeit der Menschen. Studien und Zahlen zu dieser vermeintlichen Überschätzung der Prävalenz von psychischen und Verhaltensstörungen stehen bislang nicht zur Verfügung.

Alleine durch die große und tendenziell steigende Prävalenz von psychischen und Verhaltensstörungen ist der zeitliche Aufwand, den die Hausärzte für die betroffenen Patienten betreiben naturgemäß groß. Hinzu kommt, dass die Betreuung insbesondere dieser Patienten

besonders zeitintensiv und aufwändig ist.^{53,54} Diese Empfindung wird nicht nur in Befragungen von Hausärzten in Frankreich⁵⁵ oder Kanada⁵⁶ deutlich, sondern auch acht der zehn Interviewpartner dieser Studie äußern sich dahingehend. Als Ursache für diese Zeitintensivität werden aufwändige Anamnesegespräche, die Notwendigkeit andauernder Gespräche als möglicher Therapieansatz, die fehlende Einsicht der Patienten für eine spezifische Therapie beim Spezialisten, die Chronizität der Erkrankungen sowie forensische Gründe genannt. Lediglich in einem Interview wird berichtet, man könne jederzeit, geplant oder spontan, problemlos in Form von mehr Zeit in der Sprechstunde auf den zeitlichen Mehrbedarf der Patienten reagieren. In allen anderen Interviews scheint dies eine größere Herausforderung zu sein, wobei in einem sogar ausdrücklich formuliert wird, ein akuter „seelischer Zusammenbruch“ eines Patienten könne „die Praxis richtig kaputt machen“.

Die Hausärzte berichten von verschiedenen Erkrankungen aus dem Kreis der psychischen und Verhaltensstörungen, an denen ihre Patienten leiden. Führend in den Prävalenzstudien sind unter anderem die Angststörungen.^{7,18,19,21-23} Auffällig ist, dass diese lediglich von einem der Interviewpartner als häufig auftretend bezeichnet werden. Eventuell liefert dieser Interviewpartner mit seinem Kommentar („Die Angststörung ist auch eine recht häufig auftretende, dann aber gut zu einer Akzeptanz führende und damit in die fachärztliche Richtung zu lenkende Form einer psychiatrischen Erkrankung“) die Begründung hierfür. Offenbar haben Angststörungen für die Hausärzte einen weniger großen Stellenwert, womöglich weil der Umgang mit ihnen aufgrund der guten Akzeptanz der Patienten und der Möglichkeit einer Psychotherapie dazu führen, dass der Umgang mit den betroffenen Patienten für Hausärzte eher unkompliziert erscheint.

Die meisten Interviewpartner benennen die Depression als häufige Krankheitsentität. Dies scheint im Einklang mit den bestehenden Häufigkeitsanalysen und -studien zu stehen.^{5,16-20,57} Auffällig ist, dass in den Interviews die somatoforme Störung sehr häufig erwähnt wird. Dahingegen ist sie in den Prävalenzstudien verhältnismäßig wenig repräsentiert.^{57,58} Dies könnte daran liegen, dass Störungen dieser Art in den Hausarztpraxen zwar häufig gesehen werden, jedoch selten tatsächlich codiert und somit nicht in die großen Erhebungen mit aufgenommen werden. Dies könnte daran liegen, dass bei dieser Art von Störung bis zuletzt somatisch zu Grunde liegende Erkrankungen im Raum stehen und zunächst gänzlich ausgeschlossen werden müssen. Oder dass im Fall dieser Diagnose die Angst vor Stigmatisierung besonders hoch ist, da somatoform Erkrankte als „Eingebildete Kranke“ gelten könnten.

Im Rahmen der initialen Literaturrecherche wurde auch die Thematik der Überbehandlung von psychiatrischen Erkrankungen, im Sinne einer Behandlung von Nicht-Patienten nach zu

großzügiger Diagnosestellung laut.^{32,34} Dies scheint auch für die interviewten Hausärzte eine Bedeutung im Alltag zu haben. Um hausärztliche Fehldiagnosen, die zu einer Behandlung von Nicht-Erkrankten führen³², zu vermeiden, wünschen sich sieben der befragten Hausärzte eine bessere Objektivierbarkeit und Definition der Erkrankungen und eine eindeutigere Abgrenzung vom „Normalzustand“. Einer der Hausärzte empfindet zudem die hausärztliche Ausbildung in der Versorgung psychiatrischer Krankheitsbilder als unzureichend.

Bezüglich der finanziellen Bedeutung der psychiatrischen Erkrankungen für die Hausärzte herrscht unter den Interviewpartnern Uneinigkeit, ob die Betreuung psychisch kranker Patienten aufgrund des Zeitaufwandes finanziell nachteilig ist oder aufgrund der abrechenbaren Gesprächsleistungen zumindest die Dokumentation von psychischen und Verhaltensstörungen wirtschaftliche Vorteile mit sich bringt. Lediglich ein Interviewpartner formuliert ausdrücklich, der finanzielle Aspekt sei kein hausärztlicher Maßstab und werde daher nicht gewichtet.

Die Honorierung der hausärztlichen Leistungen wird schon in der Literatur als problematisch beschrieben³³, ebenso äußern sich vier der zehn Interviewpartner. Keiner der interviewten Hausärzte nimmt diesbezüglich eine Gegenposition ein. Kritisiert wird, dass eine Abrechnung der Leistungen grundsätzlich nur möglich ist, wenn der Hausarzt die psychosomatische Grundausbildung absolviert hat, was bei den älteren Kollegen noch nicht im Rahmen der Facharztausbildung erfolgte. Verständlich ist diese Kritik der sehr erfahrenen älteren Hausärzte ebenso wie das Bestreben, den Kenntnisstand der Allgemeinmediziner in Bezug auf psychische und Verhaltensstörungen mit der Psychosomatischen Grundausbildung zu vereinheitlichen. Auch wird kritisiert, dass die Honorierung den bereits erwähnten großen zeitlichen Aufwand, den der Umgang mit psychiatrisch erkrankten Patienten bedeutet nicht ausgleicht. Diese unzureichende Honorierung der hausärztlichen Leistungen kann Mitursache dafür sein, dass Hausärzte ihre Patienten primär zu Spezialisten weiterschicken, wodurch sich hier die Wartezeiten weiter verlängern.

Um der Forschungsfrage gerecht zu werden, sollte ein besonderes Augenmerk auf die Behandlungsoptionen gelegt werden, weshalb die Schilderungen der Ärzte hierzu im Folgenden gesondert aufgeführt werden und abermals ein Bezug zu der bestehenden Literatur hergestellt werden soll.

Von den interviewten Hausärzten wird der hausärztliche Therapieansatz am häufigsten erwähnt. Hierunter wird eine medikamentöse (Mit-)Behandlung, aber vor allen Dingen eine gesprächsbasierte Therapie verstanden. Diese wird in der vorliegenden Studie oft als recht unstrukturiert beschrieben, ähnlich äußern sich auch hausärztliche Interviewpartner in einer norwegischen Studie, in welcher der Einsatz einer „internetbasierten kognitiven

Verhaltenstherapie“ diesbezüglich als hilfreich empfunden wird⁵⁹. Die nächste genannte Behandlungsoption ist die Involvierung von Fachärzten oder Fachpsychotherapeuten, stationär in psychiatrischen Notfallsituationen oder zur Therapie von Suchterkrankungen, sonst ambulant. Auch eine Studie mit Fokusgruppen in Großbritannien kam zu dem Ergebnis, dass Patienten lieber ihre eigenen, wenn auch schlechter geschulten, Hausärzte aufsuchen, die ihnen zuhören und lernen wollen, als formal bereits besser ausgebildete Spezialisten.⁶⁰ Der medikamentöse Therapieansatz wird insgesamt von den in dieser Studie befragten Ärzten zögerlich und mit Einschränkungen erwähnt, zwar bei manchen Krankheitsbildern als unumgänglich eingeschätzt, sonst aber lieber vermieden, zeitlich begrenzt oder den Spezialisten überlassen.

Abgesehen von diesen naheliegenden häufig erwähnten Therapieoptionen, gibt es zusätzlich lediglich noch die Nennung von Coaches als mögliche Alternative in einem der Interviews sowie in einem anderen Interview die „psychologische Beratungsstelle vom Gesundheitsamt“ für ein Initialgespräch, womit a.e. der sozialpsychiatrische Dienst der Stadt Köln gemeint ist. Zuletzt soll auch noch die Möglichkeit der Nicht-Behandlung erwähnt werden, die in den Interviews ebenfalls wiederholt genannt wird. Nicht jede Diagnose bedarf zwingend einer Therapie.

Schwierigkeiten im Zusammenhang mit der Therapie von psychiatrischen Erkrankungen finden in den Interviews häufig Ausdruck. Genannte Probleme des hausärztlichen Therapieansatzes basieren hierbei auf einer fehlenden Akzeptanz und damit auch Therapieeinsicht der Patienten, auf dem hohen Zeitaufwand bei unzureichender Vergütung und auf mitunter unzureichendem Therapieerfolg. Als noch deutlich problematischer wird die Psychotherapie durch die Spezialisten wahrgenommen und beschrieben. Hier wird insbesondere die Zusammenarbeit mit den Therapeuten, vorwiegend die Kommunikation mit ihnen, sowie deren unzureichende Verfügbarkeit bemängelt. Dies deckt sich weitestgehend mit den Ergebnissen anderer europäischer Studien zur Zufriedenheit von Hausärzten in Bezug auf die psychiatrische Gesundheitsfürsorge.^{55,61-63} Die meisten Hausärzte dieser Studie erachten einen Mangel an Psychotherapeuten für ursächlich für die bekannten untragbaren Wartezeiten auf einen Therapieplatz. Auch die unzureichende Entlohnung der hausärztlichen Leistungen und eine damit verbundene Bevorzugung der Verweisung an die Spezialisten wird als Ursache für die Überlastung der Psychotherapeuten und die damit einhergehenden langen Wartezeiten gesehen. Lediglich einer der befragten Hausärzte ist der Ansicht, es gebe im ambulanten Bereich nicht nur ausreichend viele Psychotherapeuten, sondern sogar eine Überversorgung, lediglich deren unzureichende Patientenzahlen seien die Ursache für die enormen Wartezeiten. Auch die Pharmakotherapie birgt Probleme für die Hausärzte. Es klingt an, dass die medikamentöse Therapie teils bei den Patienten und auch bei den Hausärzten

unbeliebt ist. Es scheint eine Unsicherheit mit der medikamentösen Therapie zu geben. Einer der Hausärzte gibt zu, unzureichende Kenntnisse zu haben.

Zuletzt sollen nun noch gezielt die in den Interviews genannten oder mitschwingenden Empfindungen der befragten Hausärzte diskutiert werden.

Die Hausärzte empfinden ihren Beruf und hiermit auch ihre Rolle im Kontakt zu psychischen und verhaltensgestörten Patienten als schwierig und anspruchsvoll. Dies ist zunächst einmal nicht wertend. In den Formulierungen der Interviewpartner schwingt jedoch ein gewisser positiver Stolz mit, auf ihre berufsbedingten und persönlichen Fähigkeiten und Fertigkeiten.

Die Hausärzte empfinden gegenüber ihren psychiatrisch erkrankten Patienten eine große Verantwortung. Neun der zehn Interviewpartner messen psychiatrischen Diagnosen einen anderen Stellenwert bei, als rein somatischen Diagnosen, beispielsweise wegen des negativen gesellschaftlichen Bildes und der Bedeutung für die Patienten und empfinden aufgrund dessen auch eine größere Verantwortung für die Korrektheit der Diagnosen und die Angemessenheit der Therapien. Lediglich ein Interviewpartner vertritt vehement die These, es gebe zwischen somatischen und psychiatrischen Diagnosen für ihn keinen Unterschied. Aus der Literatur kann entnommen werden, dass eine gewisse Unterbehandlung von psychiatrischen Erkrankungen daraus resultiert, dass Hausärzte die Diagnosen bei ihren Patienten übersehen.⁴¹⁻⁴³ Um hier ihrer großen Verantwortung gerecht zu werden und einer Verschleppung und Chronifizierung der Erkrankung durch Übersehen der Diagnose entgegen zu wirken, geben die Hausärzte aus ihren Erfahrungen heraus einige Ratschläge zur Detektion von F-Diagnosen. Grundsätzlich wird geraten, an die Möglichkeit einer psychiatrischen Diagnose zu denken. Besondere Sensibilität sollte bestehen, wenn bereits eine psychiatrische Diagnose unter den Vorerkrankungen ist. Wenn die Anamnese nicht zu den erhobenen Untersuchungsbefunden passt, kann eine psychiatrische Erkrankung ursächlich sein. Das konkrete Erfragen emotionaler Belastungsfaktoren, sowie das Erkundigen nach Familie und Beruf wird empfohlen. Drei der Interviewpartner empfehlen zudem eine Kooperation mit Psychiatern oder Neurologen zur sicher korrekten Diagnosestellung bei Verdacht auf eine psychiatrische Erkrankung. In sieben der zehn Interviews werden Hinweise zur Detektion von F-Diagnosen gegeben, sodass davon ausgegangen werden kann, dass die Gefahr, eine Diagnose zu übersehen den Hausärzten bewusst ist und die Sorge davor existiert.

Aufgrund der gesellschaftlichen Auswirkungen von F-Diagnosen in Form von hohen direkten und indirekten Kosten für das Gesundheitssystem²⁶ sowie dem Ausfall der betroffenen Patienten in der Arbeitswelt³⁻⁵ sowie im familiären und sozialen Gefüge, tragen Hausärzte auch eine besondere Verantwortung für die Gesellschaft, sie agieren als „sozialer Kontrolleur“.

Die Hausärzte äußern sich hierzu insofern, als dass sie berichten, sie müssen die Arbeitsunfähigkeit der Patienten „organisieren“. Hier wird von zwei Interviewpartnern ausdrücklich geschildert, dass es dabei nicht einfach darum geht, die Patienten krankzuschreiben. Es ist also hausärztliche Aufgabe, diesbezüglich Nutzen und Risiko abzuwägen. Die Rolle des „sozialen Kontrolleur“ wird auch dann deutlich, wenn einer der Interviewpartner formuliert, es sei hausärztliche Aufgabe, zu verhindern, dass eine neue Therapieindustrie entsteht. Gemeint ist hier, dass psychiatrische Erkrankungen klarer definiert und vom Normalzustand abgegrenzt werden müssen, sie müssen objektiver werden, um nicht Gefahr einer Überbehandlung zu laufen.

Neben der großen Verantwortung, die die Hausärzte empfinden, empfinden sie ebenso wie auch befragte Hausärzte in einer Studie in Kanada⁵⁶, größtenteils auch eine persönliche emotionale Belastung durch den Umgang mit den betroffenen Patienten. Lediglich einer der Interviewpartner der aktuellen Studie streitet dies ab. Insgesamt scheint diese emotionale Belastung von den hier interviewten Hausärzten zwar empfunden zu werden, es gibt jedoch gleichzeitig auch sehr viele formulierte Strategien, um hiermit zurechtzukommen. Wiederholt wird erwähnt, es brauche eine emotionale Distanz zu den Patienten für einen gesunden Umgang mit ihnen. Gespräche mit Vertrauten und Reflexion können die emotionale Belastung reduzieren. Zudem wird empfohlen, dass man „ein Leben neben dem Beruf“ führt. Gemeinschaftspraxen können für Entlastung sorgen und unter Umständen können Hausärzte sich sogar von besonders belastenden Patienten trennen. Lediglich in dem Interview mit dem am wenigsten weitergebildeten Arzt wird von einer Überforderung durch diese Belastung berichtet.

Negative Empfindungen im Zusammenhang mit der Thematik, die in den Interviews ausgesprochen werden, sind das Gefühl von Überforderung und Hilflosigkeit. Dies wird auch in Befragungen von Hausärzten anderer Länder, insbesondere im Zusammenhang mit als „schwer“ eingestuften psychiatrischen Erkrankungen laut.^{61,64} Derart drastisch formuliert wird diese Empfindung allerdings nur von einem, und zwar dem jüngsten und unerfahrensten der Ärzte. Hier hingegen formulieren drei der Kollegen, sie fühlten sich im Großen und Ganzen den Herausforderungen gewachsen. Die Empfehlung „Hausärzte sollten sich nicht überschätzen“, die aus fünf der Interviews hervorgeht, spricht dafür, dass eine potentielle Überforderung der Kollegen zwar gesehen, eine eigene Überforderung jedoch nicht konkret zugegeben wird.

Weitere angesprochene negative Empfindungen sind eine Ungeduld mit „jammernden“ psychisch belasteten Patienten sowie eine große Anspannung in psychiatrischen Notfallsituationen.

Es stellte sich die Frage, ob die anspruchsvollen Situationen und die gemachten Erfahrungen im Zusammenhang mit psychisch erkrankten Patienten, das Selbstbild der betreuenden Hausärzte beeinflussen. Die Anzahl der Fundstellen, in denen die Ärzte ein positives Selbstbild übermitteln, überwiegt die Anzahl derer, in denen ein selbstkritisch negatives Bild entworfen wird deutlich. Die befragten Ärzte benennen häufig ihre persönlichen und berufsbedingten Fertigkeiten und Fähigkeiten. Selbstzweifel spielen keine größere Rolle. Es wird zwar wiederholt Kritik am System geäußert, jedoch nahezu nicht die eigene Kompetenz oder die Beziehung zwischen den betroffenen Patienten und ihnen als betreuende Hausärzte angezweifelt.

Insgesamt scheint die Vorannahme aus der Literaturrecherche, dass psychische und Verhaltensstörungen problematisch für den hausärztlichen Alltag sind insofern bestätigt, als dass alle Interviewpartner dieser Studie mehr oder weniger viele, insbesondere gesundheitssystembezogene Kritikpunkte äußern. Wenn die Hausärzte die Situation mit ihren psychischen und verhaltensgestörten Patienten schildern, überwiegt die Schilderung der Schwierigkeiten, Herausforderungen und Probleme, insbesondere auch in Bezug auf die Behandlungsmöglichkeiten. Eine empfundene Unzufriedenheit hiermit wird in den Interviews mit den Hausärzten an vielen Stellen deutlich. Dies steht im Einklang zu Studien aus anderen Ländern weltweit, beispielsweise auch Brasilien, wo Diagnostik und Behandlung von psychischen Erkrankungen, sowie die Zusammenarbeit mit den Spezialisten als schwierig beschrieben wird.⁶⁵ Trotz dieser negativen Empfindung der Unzufriedenheit, scheinen die Emotionen der Hausärzte dieser Studie gegenüber ihren Patienten, gegenüber ihrer Arbeit und auch ihr Selbstbild hiervon jedoch nicht nachhaltig negativ beeinflusst zu sein. Es wird viel nach Lösungsansätzen gesucht, Verbesserungsvorschläge werden formuliert, sowie Ratschläge gegeben, um mit bestehenden Problemen umzugehen. Damit diese Ideen und Lösungsansätze für die formulierten systematischen Schwierigkeiten nicht verloren gehen, sollen die wichtigsten, noch nicht genannten, hier noch erwähnt werden. Immer wieder wird ein „Netzwerk“ genannt, das es braucht, um psychisch und verhaltensgestörte Patienten gut betreuen und versorgen zu können. Die Hausärzte dieser Studie reden bislang jedoch lediglich von kleineren persönlichen Netzwerken im individuellen Umfeld, welche auf unmittelbarer Kommunikation der Hausärzte mit den Kollegen basieren und vor Missbrauch geschützt werden müssen. Während aus einer Studie in Großbritannien hervorgeht, dass nicht nur Patienten, sondern auch Hausärzte die Symptome ihrer betroffenen Patienten übertrieben

darstellen, um schnelleren Zugang zu den Spezialisten zu erhalten⁶⁰, legen die befragten Hausärzte dieser Studie großen Wert darauf, ihr „Netzwerk“ nicht über zu strapazieren und wirklich nur für die dringenden und schweren Fälle in Anspruch zu nehmen. Die Idee eines größer angelegten, strukturierten Netzwerks, ähnlich wie beispielsweise das 2001 in Frankreich gegründete „South Yvelines Mental Health Network“ zur Lösung ähnlicher Probleme, wie die in dieser Studie beschrieben,⁶² wurde durch die Hausärzte hier nicht genannt. Für die Therapeutensuche wird empfohlen, den Patienten Listen vorzubereiten, oder die Unterstützung der gesetzlichen Kostenträger zu nutzen. Sofern möglich, sollte bei bekannten psychiatrischen Erkrankungen für die betroffenen Patienten mehr Zeit in der Sprechstunde eingeplant werden. Die Ratschläge zur Detektion von psychischen und Verhaltensstörungen sowie alternative Therapieoptionen werden in diesem Kapitel bereits genannt.

Die Hausärzte wünschen sich zudem ein attraktiveres Fortbildungsangebot in der Thematik, mehr Therapeuten, eine angemessene Entlohnung investierter Gesprächszeiten sowie einfachere und mehr Kommunikation mit den Therapeuten.

6. Fazit

Aus den Ergebnissen dieser Studie lässt sich schließen, dass das Selbstbewusstsein der interviewten Ärzte durch die teils schwierige Situation im Umgang mit psychisch und verhaltensgestörten Patienten nicht wesentlich geschmälert zu werden scheint, sondern sie sich überwiegend der Herausforderung gewachsen fühlen und sie zudem bereit sind, ihren Kollegen Ratschläge aus dem eigenen Erfahrungsschatz zu geben. Ein gewisser Stolz darauf, als Hausarzt mit der anspruchsvollen Situation umgehen zu können, schwingt in einigen Interviews mit.

Die hausärztliche Situation ist aufgrund verschiedener, auch beeinflussbarer, Faktoren erschwert. Aufgrund der großen Bedeutung der hausärztlichen Rolle sollte sie weitestgehend erleichtert werden. Dies impliziert für die Praxis die Notwendigkeit einer angemessenen finanziellen Entlohnung des großen zeitlichen Aufwandes, den die Hausärzte für die Betreuung der betroffenen Patienten betreiben, auch zur Schonung der Ressource „Psychotherapie“. Ein erster Schritt scheint hier mit dem neuen EBM, welcher am 01. April 2020 in Kraft trat und welcher die Psychosomatik-Ziffern 35100 und 35110 aufwertet, bereits in die richtige Richtung gegangen worden zu sein.⁶⁶ Neben einer angemesseneren Entlohnung wünschen einige der Hausärzte auch ein attraktiveres und besseres Fortbildungsangebot, sowie eine Erweiterung der Psychosomatischen Grundausbildung über die Psychosomatik hinaus. Hiermit könnte die teilweise empfundene Wissenslücke im Bereich der Pharmakotherapie geschlossen werden. Wünschenswert ist zudem eine systematische Erleichterung der Netzwerkarbeit durch organisierte Zirkel aus Hausärzten und Therapeuten, nicht nur zur Vermittlung von Therapieplätzen sondern auch für die Kommunikation während einer laufenden Therapie. Ein neuer Aspekt dieser Studie ist die mehrfach zur Sprache gekommene Vermutung der Hausärzte, dass die Zunahme der dokumentierten F-Diagnosen die Zunahme der tatsächlich apparenten psychiatrischen Erkrankungen überschreitet. Zahlen zu dieser vermeintlichen Überschätzung der Prävalenzzunahme können noch von Interesse für weitere quantitative Forschungsansätze sein.

Telemedizin oder künstliche Intelligenz werden von den Hausärzten weder als bereits genutzte, noch als potentiell entlastende Struktur der Zukunft für die bestehende herausfordernde Situation erwähnt. Wiederholt wird der Beruf des Hausarztes als schwierig beschrieben, womöglich zu schwierig, um technisch teilweise ersetzt zu werden. Die große Bedeutung von Empathie, insbesondere im hausärztlichen Umgang mit psychisch und verhaltensgestörten Patienten, wird genannt. Einer der Hausärzte nennt vor allem den Charakter des Hausarztes als bedeutend. Es lässt sich vermuten, dass die interviewten Hausärzte aufgrund dessen Grenzen, sowohl der Telemedizin als auch einer eingesetzten Künstlichen Intelligenz, sehen.

7. Literaturverzeichnis

1. Marschall J, Hildebrandt S, Nolting H-D. DAK Gesundheitsreport 2019 Analyse der Arbeitsunfähigkeitsdaten Alte und neue Süchte im Betrieb. 2019. <https://www.dak.de/dak/bundesthemen/gesundheitsreport-2019-2099306.html#/> (Zuletzt abgerufen am 14.07.2023)
2. Marschall J, Hildebrandt S, Kleinlercher K-M, Nolting H-D. DAK Gesundheitsreport 2020 Stress in der modernen Arbeitswelt. 2020. <https://www.dak.de/dak/bundesthemen/gesundheitsreport-2020-2371690.html#/> (Zuletzt abgerufen am 14.07.2023)
3. Bungard S, Hertle D, Kliner K, Lüken F, Tewes C, Trümner A. BKK Gesundheitsreport 2013 Gesundheit in Bewegung Schwerpunkt Muskel- und Skeletterkrankungen. 2013. <https://www.bkk-dachverband.de/publikationen/bkk-gesundheitsreport> (Zuletzt abgerufen am 24.05.2016)
4. Marschall J, Hildebrandt S. DAK Gesundheitsreport 2014. Die Rushhour des Lebens. Gesundheit im Spannungsfeld von Job, Karriere und Familie. 2014. <https://www.dak.de/dak/bundesthemen/gesundheitsreport-2014-2119690.html#/> (Zuletzt abgerufen am 14.07.2023)
5. Grobe T. Gesundheitsreport der Techniker Krankenkasse mit Daten und Fakten zu Arbeitsunfähigkeit und Arzneiverordnungen. 2014. <https://www.tk.de/resource/blob/2034306/178be8d4b1ce2a94f69be13990fb553b/gesundheitsreport-2014-data.pdf> (Zuletzt abgerufen am 14.07.2023)
6. DAK Gesundheitsreport 2013. 2013. <https://www.dak.de/dak/download/vollstaendiger-bundesweiter-gesundheitsreport-2013-2120160.pdf> (Zuletzt abgerufen am 14.07.2023)
7. Harfst T, Marstedt G, Mappes-Niediek N. Psychische Gesundheit in Deutschland: Erkrankungen bleiben oft unentdeckt. 2009. <https://www.bertelsmann-stiftung.de/de/unsere-projekte/abgeschlossene-projekte/gesundheitsmonitor/publikationen> (Zuletzt abgerufen am 25.06.2014)
8. ICD-10-GM Version 2023. https://www.bfarm.de/DE/Kodiersysteme/Klassifikationen/ICD/ICD-10-GM/_node.html (Zuletzt abgerufen am 14.07.2023)
9. Keller A. Die Klassifikation psychischer Störungen nach DSM-IV mit Hilfe eines strukturierten diagnostischen Interviews (F-DIPS) - Eine Untersuchung der Retest-Reliabilität und Validität: Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg; 2000.
10. Gesetz über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Psychotherapeutengesetz - PsychThG). https://www.gesetze-im-internet.de/psychthg_2020/ (Zuletzt abgerufen am 14.07.2023)
11. Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) - Stand: 3. Quartal 2023. 2023. <https://www.kbv.de/html/online-ebm.php> (Zuletzt abgerufen am 14.07.2023)
12. Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie). 2009. https://www.g-ba.de/downloads/62-492-2400/PT-RL_2020-11-20_iK-2021-02-18.pdf (Zuletzt abgerufen am 14.07.2023)
13. Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV). 1957. <https://www.gesetze-im-internet.de/zo-rzte/BJNR005720957.html> (Zuletzt abgerufen am 14.07.2023)
14. WHO. The Global Burden Of Disease: 2004 update. 2008. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43942/9789241563710_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y (Zuletzt abgerufen am 14.07.2023)
15. Jacobi F, Hofler M, Strehle J, et al. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt* 2014; **85**(1): 77-87.

16. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta psychiatrica Scandinavica* 2004; **109**(s420): 21-7.
17. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al. Sampling and methods of the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta psychiatrica Scandinavica* 2004; **109**(s420): 8-20.
18. Kurth BM. Erste Ergebnisse aus der "Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland" (DEGS). *Bundesgesundheitsblatt* 2012; **55**(8): 980-90.
19. Jacobi F, Wittchen HU, Höltling C, et al. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychological medicine* 2004; **34**(4): 597-611.
20. Steffen A, Thom J, Jacobi F, Holstiege J, Bätzing J. Trends in prevalence of depression in Germany between 2009 and 2017 based on nationwide ambulatory claims data. *Journal of affective disorders* 2020; **271**: 239-47.
21. Wittchen HU, Muller N, Pfister H, Winter S, Schmidtunz B. Affektive, somatoforme und Angststörungen in Deutschland – Erste Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 1999; **61**: 216-22.
22. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry* 1994; **51**(1): 8-19.
23. Kessler RC, Petukhova M, Sampson NA, Zaslavsky AM, Wittchen HU. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *International journal of methods in psychiatric research* 2012; **21**(3): 169-84.
24. de Graaf R, ten Have M, Tuithof M, van Dorsselaer S. First-incidence of DSM-IV mood, anxiety and substance use disorders and its determinants: results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study-2. *Journal of affective disorders* 2013; **149**(1): 100-7.
25. Eden J-L, Konnopka A, Kölnig H-H. Kosten der Depression in Deutschland. *Psychiatrische Praxis* 2021; **48**(06).
26. Lopez AD, D. MC, Ezzati M, Jamison DT, Murray CJL. Global Burden of Disease and Risk Factors.; 2006.
27. Gustavsson A, Svensson M, Jacobi F, et al. Cost of disorders of the brain in Europe 2010. *European neuropsychopharmacology : the journal of the European College of Neuropsychopharmacology* 2011; **21**(10): 718-79.
28. Busch MA, Neuner B, Aichberger MC, Hapke U, Riedel-Heller SG, Lupp M. Depressive Symptomatik und Inanspruchnahme von Gesundheits- und Pflegeleistungen bei Personen im Alter ab 50 Jahren in Deutschland. Ergebnisse einer bevölkerungsbasierten Querschnittstudie. *Psychiatrisch Praxis* 2013; **40**(4): 214-9.
29. Jacobi F, Klose M, Wittchen HU. Psychische Störungen in der deutschen Allgemeinbevölkerung: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen und Ausfalltage. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 2004; **47**(8): 736-44.
30. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al. Disability and quality of life impact of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta psychiatrica Scandinavica* 2004; **109**(s420): 38-46.
31. Linden M, Maier W, Achberger M, Herr R, Helmchen H, Benkert O. Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinarztpraxen in Deutschland: Ergebnisse aus einer Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO). *Der Nervenarzt* 1996; **67**(3): 205-15.
32. Jacobi F, Hofler M, Meister W, Wittchen HU. Prävalenz, Erkennens- und Verschreibungsverhalten bei depressiven Syndromen. Eine bundesdeutsche Hausarztstudie. *Der Nervenarzt* 2002; **73**(7): 651-8.
33. Fritzsche K, Schmitt MF, Nubling M, Wirsching M. Ärztliche Psychotherapie in der Haus- und Facharztpraxis: Eine empirische Untersuchung in Südbaden. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 2010; **56**(4): 348-57.
34. Bijl RV, de Graaf R, Hiripi E, et al. The prevalence of treated and untreated mental disorders in five countries. *Health affairs (Project Hope)* 2003; **22**(3): 122-33.

35. Wittchen HU, Jacobi F. Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz* 2001; **44**(10): 993-1000.
36. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA : the journal of the American Medical Association* 2004; **291**(21): 2581-90.
37. Kruse J, Schmitz N, Wöller W, Heckrath C, Tress W. Warum übersieht der Hausarzt die psychischen Störungen seiner Patienten?
Determinanten der hausärztlichen Identifikation psychischer Störungen. *Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie* 2004; **54**: 45-51.
38. Stahmeyer JT, Märten C, Eidt-Koch D, Kahl KG, Zeidler J, Eberhard S. Versorgungssituation von Menschen mit Depressionsdiagnose
Eine Analyse auf Basis von Routinedaten der gesetzlichen Krankenversicherung. *Deutsches Ärzteblatt International* 2022; **119**.
39. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta psychiatrica Scandinavica* 2004; **109**(420): 47-54.
40. Burgess PM, Pirkis JE, Slade TN, Johnston AK, Meadows GN, Gunn JM. Service use for mental health problems: findings from the 2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry* 2009; **43**(7): 615-23.
41. Gensichen J, Huchzermeier C, Aldenhoff JB, Gerlach FM, Hinze-Selch D. Signalsituationen für den Beginn einer strukturierten Depressionsdiagnostik in der Allgemeinarztpraxis. *Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 2005; **99**(1): 57-63.
42. Jacobi F, Wittchen HU, Höltling C, et al. Estimating the prevalence of mental and somatic disorders in the community: aims and methods of the German National Health Interview and Examination Survey. *International journal of methods in psychiatric research* 2002; **11**(1): 1-18.
43. Kessler D, Bennewith O, Lewis G, Sharp D. Detection of depression and anxiety in primary care: follow up study. *British Medical Journal* 2002; **325**(7371): 1016-7.
44. Bühring P. Psychosoziale Versorgung in der Medizin: Bedarf steigt mit dem Fortschritt. *Deutsches Ärzteblatt* 2003; **100**(42): 487-8.
45. Zepf S, Mengele U, Hartmann S. Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 2003; **53**(3-4): 152-62.
46. Walendzik A, Rabe-Menssen C, Lux G, Wasem J, Jahn R. Zur Versorgungslage im Bereich der ambulanten Psychotherapie-Ergebnisse einer Erhebung unter den Mitgliedern der Deutschen Psychotherapeuten Vereinigung (DPtV). *Gesundheitswesen (Bundesverband der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))* 2014; **76**(3): 135-46.
47. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S, et al. Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta psychiatrica Scandinavica* 2004; **109**(420): 55-64.
48. Helfferich C. Die Qualität qualitativer Daten. 4 ed: VS Verlag für Sozialwissenschaften; 2011.
49. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse - Grundlagen und Techniken. 11 ed: Beltz Verlag; 2010.
50. Bohnsack R. Rekonstruktive Sozialforschung
Einführung qualitative Methoden. 10 ed. Opladen: Utb GmbH; 2021.
51. Dresing T, Pehl T. Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende Marburg: Eigenverlag; 2015.
52. Norton J, David M, Boulenger J-P. General practitioners are bearing an increasing burden of the care of common mental disorders in France. *European Journal of Psychiatry* 2007; **21**(1): 63-70.
53. Hahn SR, Kroenke K, Spitzer RL, et al. The difficult patient: Prevalence, psychopathology, and functional impairment. *Journal of General Internal Medicine* 1996; **11**(1): 1-8.

54. Boeckle M, Liegl G, Leitner A, Pieh C. Wie belastend ist die Behandlung von Patienten mit somatoformen Störungen? *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 2014; **60**(4): 383-91.
55. Younès N, Gasquet I, Gaudebout P, et al. General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BMC Family Practice* 2005; **6**(1): 18.
56. Fleury M-J, Imboua A, Aubé D, Farand L, Lambert Y. General practitioners' management of mental disorders: A rewarding practice with considerable obstacles. *BMC Family Practice* 2012; **13**(19).
57. Wittchen HU, Jacobi F. Size and burden of mental disorders in Europe - a critical review and appraisal of 27 studies. *European neuropsychopharmacology* 2005; **15**(4): 357-76.
58. Haller H, Cramer H, Lauche R, Dobos G. Somatoform disorders and medically unexplained symptoms in primary care. *Deutsches Ärzteblatt* 2015; **112**(16): 279-87.
59. Wilhelmsen M, Sørensen Høifødt R, Kolstrup N, et al. Norwegian General Practitioners' Perspectives on Implementation of a Guided Web-Based Cognitive Behavioral Therapy for Depression: A Qualitative Study. *Journal of Medical Internet Research* 2014; **16**(9).
60. Lester HE, Tritter JQ, Sorohan H. Patients' and health professionals' views on primary care for people with serious mental illness: focus group study. *British Medical Journal* 2005; **330**.
61. Jegou M, Debaty E, Ouirini L, Carrier H, Beetlestone E. Caring for patients with mental disorders in primary care: a qualitative study on French GPs' views, attitudes and needs. *Family Practice* 2019; **36**(1): 72-6.
62. Younès N, Hardy-Bayle M-C, Falissard B, Kovess V, Chaillet M-P, Gasquet I. Differing mental health practice among general practitioners, private psychiatrists and public psychiatrists. *BMC public health* 2005; **5**: 104.
63. Fredheim T, J DL, Haavet OR, Kjønnsberg K, Lien L. Collaboration between general practitioners and mental health care professionals: a qualitative study. *International Journal of Mental Health Systems* 2011; **5**.
64. Fleury M-J, Farand L, Aubé D, Imboua A. Management of mental health problems by general practitioners in Quebec. *Canadian Family Physician* 2012; **58**(12).
65. Ballester DA, Filippou AP, Braga C, Andreoli SB. The general practitioner and mental health problems: challenges and strategies for medical education. *Sao Paulo Medical Journal* 2005; **123**(2): 72-6.
66. Zimmermann GW. EBM-Reform: Das sind die Auswirkungen auf die hausärztliche Praxis. *Der Hausarzt* 2020; (01).

8. Anhang

8.1. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Allgemeines Ablaufmodell der qualitativen Inhaltsanalyse (Mayring 2010)	32
Abbildung 2: Ablaufmodell einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse (Mayring 2010)	34
Abbildung 3: Ablaufmodell einer strukturierenden Inhaltsanalyse (Mayring 2010)	36
Abbildung 4: Einfaches inhaltsanalytisches Kommunikationsmodell (Lagerberg 1975)	37
Abbildung 5: Angepasstes Kommunikationsmodell (nach Lagerberg 1975)	38
Abbildung 6: Konkretes Ablaufmodell der vorliegenden Studie (Eigene Darstellung nach Mayring, 2010)	41
Abbildung 7: Inhaltsanalytisches Kommunikationsmodell (Mayring 2010)	45

8.2. Infoschreiben und Fragebogen

Universität zu Köln



Universität zu Köln, Schwerpunkt Allgemeinmedizin, Joseph-Stolzmann-Str. 20, 50931 Köln

Medizinische
Fakultät

An Frau/Herr

XXX

XXX

XXX

Schwerpunkt
Allgemeinmedizin

Prof. Dr. med. A. W. Bödecker
– Leitung –

Informationen zum geplanten Interview am XXX

Köln, den 08.08.2022

Sehr geehrte Frau/ Sehr geehrter Herr XXX,

zunächst möchte ich mich herzlich bei Ihnen dafür bedanken, dass Sie sich dazu bereit erklärt haben, meine Dissertation in der Allgemeinmedizin bei Herrn Prof. Dr. Bödecker in Form eines Interviews zu unterstützen.

In Zusammenarbeit mit Ihnen, in Ihrer Funktion als niedergelassene Hausärztin/ niedergelassener Hausarzt, möchte ich mit meinem Forschungsprojekt ein Verständnis für Ihre Situation mit psychisch- und/oder verhaltensgestörten Patienten erarbeiten. Um diesem Forschungsinteresse gerecht zu werden, habe ich mich bezüglich der Methodik für die Durchführung und die Analyse qualitativer Interviews entschieden.

Das Interview wird einen zeitlichen Rahmen von 30 Minuten nicht überschreiten und bedarf Ihrerseits keinerlei Vorbereitung.

Beigefügt finden Sie einen kurzen Fragebogen, den Sie am besten bereits im Vorfeld so weit wie möglich ausfüllen und mir per Email oder Fax zurücksenden.

Wenn Sie noch Fragen zum Projekt oder zum Interviewtermin haben, können Sie sich selbstverständlich an mich wenden!

Hausadresse:
Joseph-Stolzmann-Str. 20
Gebäude 42, Forum
50931 Köln

Mit freundlichen Grüßen

Ronja Busch

Herthastraße 39

50969 Köln

Email: ronja.busch@t-online.de/ Fax: 0221-478-86212

Fragebogen

I) Persönliches

Name, Vorname: _____

Geburtstag: _____

Jahr des Staatsexamens: _____

Fachärztliche Weiterbildung (Zeitraum und Fachrichtung):

Niedergelassen seit:

II) Informationen zur Praxis/ zu den Patienten

Schwerpunkt(e) der Praxis:

Scheinzahl: _____

Anteil privatversicherter Patienten: _____

Anzahl Ihrer Patienten mit einer „F-Diagnose“ nach ICD-10:

a) intuitiv geschätzte Anzahl: _____

b) genaue Anzahl: _____

8.3. Einwilligungserklärung

Verantwortliche Stelle: **Schwerpunkt Allgemeinmedizin**

**Universität zu Köln
Joseph-Stelzmann-Str. 20
50931 Köln
Telefon 0221 47888848
Fax 0221 47886212**

Studienarzt: **Herr Prof. Dr. August-Wilhelm Bödecker**

Information über die Teilnahme an einer Studie

Psychische und Verhaltensstörungen im hausärztlichen Alltag **– Eine qualitative Studie**

Sehr geehrte Kollegin, sehr geehrter Kollege,

wir freuen uns, dass sie an unserer Forschung zur Situation der Hausärzte im Umgang mit ihren Patienten mit einer Psychischen und Verhaltensstörung interessiert sind und uns eventuell durch ihre Teilnahme hierbei unterstützen möchten. Im Folgenden möchten wir Sie über die Ziele und den Verlauf der Studie informieren und Ihnen erklären, warum Ihre Mitarbeit im Falle einer Studienteilnahme wichtig ist. Die Studie wird zu Forschungszwecken durchgeführt.

Wir bitten Sie, diese Information sorgfältig zu lesen und anschließend zu entscheiden, ob Sie an dieser Studie teilnehmen möchten oder nicht.

Studienleiter: Herr Prof. Dr. med. August-Wilhelm Bödecker
Oberwiehler Str. 53
51674 Wiehl
Tel: 02262 9025
Fax: 02262 9026

Autorisierte Vertretung: Doktorandin Ronja Busch
Herthastr. 39
50969 Köln
Email: ronja.busch@t-online.de
Tel.: 0178 356761

Ziel der Studie:

Ziel dieser qualitativen Studie ist es, ein Verständnis für die Situation zu erarbeiten, in der sich die Interviewpartner als unterschiedliche und individuelle Einzelfälle unter den Ärzten

der hausärztlichen Versorgung mit ihren psychisch- und verhaltensgestörten Patienten befinden. Verschiedene Bewältigungsmethoden für die Schwierigkeiten dieser Situation sollen gesammelt und Möglichkeiten für den Umgang mit den entsprechenden Patienten zusammengetragen werden.

Art der Studie:

Bei der Art der Studie handelt es sich um „Qualitative Sozialforschung“, die anhand von qualitativen, leitfadengestützten Interviews stattfindet. Mithilfe der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring soll das Interviewmaterial anschließend ausgewertet werden.

Die Ethikkommission der Medizinischen Fakultät zu Köln hat das vorliegende Forschungsvorhaben beraten und zustimmend bewertet.

Untersuchungsmethoden, Ausschlusskriterien und mögliche Risiken:

Innerhalb der nächsten 6 Monate sollen insgesamt ca. 15 bis 25 Ärzte der hausärztlichen Versorgung in die geplante Studie eingeschlossen werden.

An der Studie können alle approbierten Ärzte mitmachen, die aktuell eine hausärztliche Versorgung im niedergelassenen Bereich abdecken und deren Praxis im Regierungsbezirk Köln der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein liegt. Außerdem muss ihr schriftliches Einverständnis zur Teilnahme an der Studie vorliegen.

Nicht teilnehmen können Ärzte, die zusätzlich die Facharztausbildung für Psychiatrie und Psychotherapie abgeschlossen haben oder bei denen eine Einwilligungserklärung fehlt.

Die Teilnahme an der Studie birgt für die Ärzte, abgesehen vom zeitlichen Aufwand, keine voraussehbaren Risiken. Der Umgang mit den möglicherweise empfindlichen Informationen, die im Interview erhoben werden, wird durch die angegliederte Einwilligungserklärung geregelt.

Verlauf der Studie:

Die Studie beginnt mit der Rekrutierung der potentiellen Teilnehmer über Telefon und/ oder Anschreiben. Bei der Auswahl der Ärzte wird darauf geachtet, dass sich die Profile ihrer Praxen bezüglich Ihrer geographischen Lage und ihrer Größe unterscheiden. Des Weiteren wird eine breite Variabilität bezüglich des Alters und der Erfahrung der interviewten Hausärzte angestrebt. Die Anzahl der Studienteilnehmer (Ärzte der hausärztlichen Versorgung) hängt vom Verlauf der Interviews ab, da eine Saturierung der Interviews angestrebt wird. Voraussichtlich wird sie jedoch zwischen 15 und 25 liegen.

Nach mündlicher Zusage zur Teilnahme an der Studie, erhalten die Interviewpartner ein knappes Informationsschreiben, sowie einen Fragebogen. Dieser dient der Einordnung der Praxis und kann von den teilnehmenden Ärzten schon im Voraus ausgefüllt werden; alternativ im Zusammenhang mit dem Praxisbesuch des Interviewers.

Der Praxisbesuch durch die autorisierte Vertretung des Studienleiters erfolgt zum vorab vereinbarten Termin. Nach dem Ausfüllen und Besprechen des Fragebogens und dem Unterschreiben der Einwilligungserklärung kann das leitfadengestützte Interview erfolgen. Dieses wird mit Hilfe eines Aufnahmeegerätes für die weitere Verarbeitung festgehalten. Für den Praxisbesuch ist eine Zeit von 30 bis maximal 45 Minuten einzuplanen.

Am weiteren Verlauf der Studie sind die interviewten Ärzte nicht mehr beteiligt. Hier erfolgt eine Transkription der aufgezeichneten Interviews und einer anschließenden Analyse des Materials anhand der „Qualitativen Inhaltsanalyse“ nach Mayring, ebenfalls durch die autorisierte Vertretungsperson des Studienleiters.

Die Studie soll inklusive der Auswertung innerhalb von 12 Monaten abgeschlossen sein.

Aufklärung und Einwilligung:

Nach einer mündlichen Aufklärung und dem Durchlesen der Studienteilnehmerinformation geben die Teilnehmer freiwillig ihre schriftliche Einwilligung zur Teilnahme an der Studie.

Maßnahmen:

Die einzigen Maßnahmen, an denen die Studienteilnehmer direkt beteiligt sind, ist das Ausfüllen des Fragebogens zur Einordnung des Praxis und des interviewten Arztes und schließlich das qualitative, leitfadengestützte Experteninterview. Dieses wird durch die interviewende Vertretungsperson des Studienleiters mit Hilfe eines Aufnahmegerätes festgehalten.

Abwägung von Nutzen und Risiko der Studie:

Die Teilnehmer haben von dieser Studie keinen direkten Nutzen. Im Anschluss an die Studie können sie jedoch ein Exemplar der Verschriftlichung erhalten und so die Positionen verschiedener Kollegen kennenlernen und eventuell von hilfreichen Hinweisen profitieren.

Ein vorhersehbares Risiko besteht für die teilnehmenden Ärzte durch das Interview nicht. Der Umgang mit persönlichen oder empfindlichen Informationen, die im Interview zur Sprache kommen, wird mit der Einwilligungserklärung geregelt.

Datenverarbeitung und Datenschutz:

Im Rahmen der Studie werden Ihre Daten pseudonymisiert, das heißt ohne Namensnennung, sondern nur codiert durch z. B. eine Nummer, transkribiert und analysiert. Eine Zuordnung ist nur über eine beim Studienleiter hinterlegte Identifikationsliste möglich. Ihr Alter, Ihr Geschlecht, Ihr beruflicher Werdegang und die ebenfalls im Fragebogen erfassten Daten zu Ihrer Praxis, werden jedoch in die Auswertung mit übernommen, da sie der Einordnung des durch Ihr Interview gewonnenen Materials dienen und somit für die qualitative Analyse unerlässlich sind. Die, im Rahmen der Studie erhobenen Daten, werden von der durch den Studienleiter autorisierten Person transkribiert und qualitativ analysiert. Nach Beendigung der Studie werden alle Daten nach den derzeit gültigen Vorschriften entsprechend gespeichert und archiviert.

Die Bearbeitung der erhobenen Daten erfolgt in Verantwortung von Herrn Prof. Dr. med. August-Wilhelm Bödecker (Leiter des „Schwerpunkt Allgemeinmedizin“ der Universität zu Köln, Joseph-Stelzmann-Str. 20, 50931 Köln) durch eine autorisierte Vertretungsperson (Doktorandin Ronja Busch). Sie haben das Recht, Einsicht in Ihre Daten zu nehmen, die während der Studie erhoben werden. Sollten Sie dabei Fehler in Ihren Daten feststellen, so haben Sie das Recht, diese durch den Studienarzt korrigieren zu lassen.

Die pseudonymisierten Daten werden dem Auftraggeber der Studie oder einer von diesem beauftragten Stelle zu wissenschaftlichen Zwecken zur Verfügung gestellt. Im Falle der Veröffentlichung von Studienergebnissen bleibt die Vertraulichkeit Ihrer persönlichen Daten ebenfalls gewährleistet.

Die ordnungsgemäße Durchführung der Studie, insbesondere die ordnungsgemäße Durchführung der Interviews, sowie deren Zuordnung zu bestimmten Ärzten, wird von einem autorisierten Vertreter des Auftraggebers auch durch direkte Einsicht in Ihre beim Studienarzt vorliegenden personenbezogenen (d.h. in Verbindung mit Ihrem Namen genannten) Daten überprüft. Der autorisierte Vertreter des Studienleiters wird für diese Aufgabe speziell ausgebildet und ist zur Verschwiegenheit verpflichtet. Er darf Ihre Daten nur in pseudonymisierter Form weitergeben und keine Kopien oder Abschriften erstellen. Einsicht in Ihre, beim Studienarzt vorliegenden personenbezogenen Daten, nimmt unter Umständen auch die zuständige Ethikkommission.

Ihre Daten werden über einen Zeitraum von 10 Jahren in einem sicheren System gespeichert und im Anschluss gelöscht, sofern gesetzliche Gründe nicht eine längere Speicherung vorschreiben.

Freiwilligkeit und Rücktritt von der Teilnahme:

Die Teilnahme an dem Forschungsvorhaben ist ganz und gar freiwillig. Sie können jederzeit und ohne Angabe von Gründen ihr Einverständnis zur Teilnahme zurücknehmen, ohne dass Ihnen hieraus irgendwelche Nachteile entstehen.

Probanden-/Patientenversicherung:

Eine Probandenversicherung besteht für die vorliegende Studie nicht.

Mögliche Gründe für ein vorzeitiges Studienende:

Es gibt keine vorhersehbaren Gründe, die zu einem vorzeitigen Abbruch der Studie führen würden.

Aufwandsentschädigung:

Eine Aufwandsentschädigung wird Ihnen für Ihre Teilnahme an der Untersuchung nicht gezahlt. Es entstehen Ihnen jedoch auch keinerlei Kosten durch die Teilnahme an der Studie.

Haben Sie weitere Fragen?

Sollten Sie noch weitere Fragen zum Ablauf der Studie, zum Datenschutz, zu Ihren Rechten, usw. haben, wenden Sie sich bitte an den Studienleiter (Adresse und Telefonnummer des Studienzentrum s.u.) oder an die vom Studienleiter autorisierte Vertretungsperson (Doktorandin Ronja Busch, Herthastr. 39, 50969 Köln, Email: ronja.busch@t-online.de, Tel.: 0178 3567612)

Information über neue Erkenntnisse:

Der Studienleiter wird Sie in einer angemessenen Frist auch über jede weitere wichtige, während der Studie bekannt werdende Information in Kenntnis setzen, die Ihre Einwilligung zur weiteren Teilnahme beeinflussen könnte.

Adresse und Telefonnummer des Studienzentrums:

Herr Prof. Dr. med. A.-W. Bödecker
Schwerpunkt Allgemeinmedizin
Universität zu Köln
Joseph-Stelzmann-Str. 20
50931 Köln
Tel.: 0221 47888848
Fax: 0221 47886212

Einwilligungserklärung:

- Ich habe die Studienteilnehmerinformation gelesen und Ziel, Ablauf und Durchführung der Studie verstanden. Ich wurde mündlich über Wesen, Bedeutung, Tragweite und Risiken der geplanten Studienteilnahme informiert. Mir wurde ausreichend Gelegenheit gegeben, alle offenen Fragen zu klären. Ich habe jederzeit das Recht, weitere Informationen zur Studie zu erfragen.
- Ich erkläre mich freiwillig bereit, an der Studie teilzunehmen.
- Ich bestätige, auf dem Fragebogen und im Interview vollständige und wahrheitsgemäße Angaben gemacht zu haben.
- Ich habe jederzeit das Recht, ohne Angabe von Gründen von der Studie zurückzutreten, ohne dass für mich Nachteile in der medizinischen Behandlung daraus entstehen.
- Ich wurde darüber informiert, dass meine Daten in pseudonymisierter Form gespeichert, weitergegeben und analysiert werden.

Einwilligungserklärung zum Datenschutz:

Bei dieser wissenschaftlichen Studie werden personenbezogene und persönliche Daten über Sie erhoben. Die Speicherung, Weitergabe und Auswertung dieser Daten erfolgt gemäß gesetzlichen Bestimmungen und setzt vor Teilnahme an der Studie die folgende freiwillige Einwilligung voraus:

1. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass im Rahmen dieser Studie erhobene Daten auf Fragebögen und elektronischen Datenträgern und in pseudonymisierter Form aufgezeichnet und pseudonymisiert (ohne Namensnennung) weitergegeben werden an den Auftraggeber der Studie:

**Schwerpunkt Allgemeinmedizin
Universität zu Köln
Joseph-Stelzmann-Str. 20
50931 Köln
Telefon 0221 47888848
Fax 0221 47886212**

2. Außerdem erkläre ich mich damit einverstanden, dass ein autorisierter und zur Verschwiegenheit verpflichteter Beauftragter des Auftraggebers oder ein Vertreter der zuständigen Ethikkommission in meine beim Studienarzt vorhandenen personenbezogenen Daten Einsicht nehmen kann, soweit dies für die Überprüfung der Studie notwendig ist.

3. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine Daten nach Beendigung oder Abbruch der Studie bis zu zehn Jahre aufbewahrt werden. Danach werden meine personenbezogenen Daten gelöscht, soweit nicht gesetzliche Aufbewahrungsfristen entgegenstehen.

4. Ich bin darüber aufgeklärt worden, dass ich jederzeit die Teilnahme an der klinischen Studie beenden kann. Dies schließt auch das Recht ein, meine Einwilligung in die Datenverarbeitung zu widerrufen. In diesem Falle wird der Personenbezug zu den Daten gelöscht.

Studienteilnehmerinformation und Einwilligungserklärung

Ich habe die vollständige Probandeninformation zur Studie sowie ein unterschriebenes Exemplar dieser Einwilligungserklärung erhalten.

Vor- und Nachname des Studienteilnehmers

Ort und Datum (persönlich auszufüllen)

Unterschrift des Studienteilnehmers

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich diesem Probanden Natur, Ziel und mögliche Risiken dieser Studie erklärt habe, und dass ich ihm eine Kopie dieser Einwilligungserklärung ausgehändigt habe. Der Studienteilnehmer war in der Lage, das Konzept der Studie zu verstehen und seinen Willen hiernach zu bestimmen.

Vor- und Nachname der durch den Studienleiter autorisierten Vertretungsperson

Ort und Datum (persönlich auszufüllen)

Unterschrift der autorisierten Vertretung

Vor- und Nachname des Studienarztes

Ort und Datum (persönlich auszufüllen)

Unterschrift des Studienarztes

8.4. Interviewleitfaden

Leitfaden

1. Interviewteil:

- Leitfrage: *** Das Deutsche Ärzteblatt hat 2006 einen Artikel mit der Überschrift „Psychische und Verhaltensstörungen: Die Epidemie des 21. Jahrhundert?“ veröffentlicht. Welche Gedanken gehen Ihnen bei diesem Titel durch den Kopf?**

- Check (Memo für mögliche Nachfragen):
- „Sie haben ... erwähnt. Können Sie mir ... vielleicht noch erläutern?“
 - * Anteil der F-Patienten am Praxisgeschehen
 - Aufwand
 - emotional
 - finanziell
 - zeitlich
 - Verdienst
 - * Art der F-Diagnosen
 - * Revision/ Zurücknahmen einer F-Diagnose
 - * Umgang mit emotionaler Belastung (falls vorhanden)
- Konkrete Fragen:
 - * Welche Gedanken gehen Ihnen durch den Kopf, wenn Sie einem Patienten zum ersten mal eine F-Diagnose codieren?
- Steuerungs- und Aufrechterhaltungsfragen:
 - Wie war das für Sie?
 - Und wie geht es dann weiter?
 - Und weiter?

2. Interview-Teil:

- Leitfrage: *** Können Sie mir bitte Ihr Vorgehen in der Therapie Ihrer Patienten mit einer Psychischen und Verhaltensstörung schildern?**

- Check (Memo für mögliche Nachfragen)
 - * Therapiemöglichkeiten
 - vorhanden
 - genutzt
- auch in Abhängigkeit von Art/ Schwere der Diagnose**

- * **Verfahren im Notfall**
- * **Wartezeiten – Länge?**
- * **Überbrückung von Wartezeiten**
- * **Andere Probleme? (außer Wartezeit)**

- Konkrete Fragen:

- * **Haben Sie Vorschläge, was Ihnen Ihre Situation mit psychisch und verhaltensgestörten Patienten erleichtern würde?**

- Steuerungs- und Aufrechterhaltungsfragen:

- Wie war das für Sie
- Und wie geht es dann weiter?
- Und weiter

8.5. Induktives Kategoriensystem

iK (Kategoriennummer) – (Titel)

(Fundstellen)

iK1 – Fehlerhafte Daten zu F-Diagnosen führen zu überschätzter Entwicklung von F-Diagnosen (8 Fundstellen)

Interview 1 – „Es sind Daten verwendet worden, die nicht stichhaltig sind“

Interview 1 – „Früher hat man das behandelt, aber man hat es häufig nicht in die Diagnosen aufgenommen. Seit es eine direkte Konsequenz hat, ist die genannte Zahl von Psychischen Störungen größer geworden. Dass sie tatsächlich größer ist, glaube ich nicht.“

Interview 1 – „ (...) Man codiert locker irgendwas in den Behandlungsausweis (...) „Was wäre, wenn der Patient dieses Ding zu sehen kriegte? Würde man das genauso nennen?“ Ich denke, da würde man zurückhaltender sein.“

Interview 2 – „(...) Dann sind die von einem zum andern gerannt, damit die irgendwie so krank wurden, um auf die fünfzig Prozent zu kommen. Wenn sie keine körperlichen Beschwerden haben, müssen sie dann auf die seelischen ausweichen.“

Interview 8 – „Das ist aber etwas, was als Karteileiche, oder als Stigma den Patienten in der EDV oft länger erhalten bleibt, als es klinisch apparent ist.“

Interview 8 – Es gibt allerdings Notwendigkeiten, die auch im GKV-Bereich begründet sind, die einen mit der Diagnose einer dementiellen Entwicklung (...) großzügig umgehen lässt. (...) Da erfolgt eine großzügige Diagnosestellung.“

Interview 8 – „Das ist ein Prinzip, was auch im Bereich der somatoformen Störungen aus der Gruppe F-45 eine Rolle spielt, weil hier bestimmte Gesprächsleistungen die Dokumentation dieser Diagnose erfordern. Auch da ist man vielleicht großzügig in der Indikation oder in der Diagnoseformulierung.“

Interview 8 – „Eine Tendenz, die ich selbstkritisch nicht ganz abstreiten würde.“

iK2 – F-Diagnosen dienen Hausärzten als Einnahmequelle (4 Fundstellen)

Interview 1 – „Es sind viele F-Diagnosen verwendet worden, weil man damit Geld verdienen kann. Weil die Abrechnungsziffer dafür zusätzlich zu der Pauschale gegeben wird und da sind viele auf die Idee gekommen, das zu verwenden.“

Interview 1 – „Früher hat man das behandelt, aber man hat es häufig nicht in die Diagnosen aufgenommen. Seit es eine direkte Konsequenz hat, ist die genannte Zahl von Psychischen Störungen größer geworden. Dass sie tatsächlich größer ist, glaube ich nicht.“

Interview 1 – „(...) Es gibt so genannte Zusatzbudgets. (...) das sind ungefähr zwei bis drei Prozent vom Gesamtvolumen. (...)“

Interview 8 – „(...) weil hier bestimmte Gesprächsleistungen die Dokumentation dieser Diagnose erfordern. Auch da ist man vielleicht großzügig in der Indikation oder in der Diagnoseformulierung.“

iK3 – F-Diagnosen sind kein neues Phänomen (3 Fundstellen)

Interview 1 – „Das hat es immer gegeben und wir haben immer schon gesagt, dass es sehr viele psychosomatische und sonstige Erkrankungen gibt und dass wir damit jeden Tag zu tun haben“

Interview 3 – „ Auf der anderen Seite habe ich sehr viele schwerst psychisch Kranke, für die diese Aussage nicht zutrifft.“

Interview 5 – „Kann ich nicht sagen. Ich finde, das ist immer gleich geblieben. Ich kann nicht erkennen, dass die Leute psychisch kränker geworden sind. Das spielte immer eine Rolle. Also in meinem Erleben ist das gleich.“

iK4 – Das Denken an eine F-Diagnose ist wichtig, um die hausärztliche Aufgabe der Detektion von F-Diagnosen zu erfüllen (7 Fundstellen)

Interview 1 – „(...) und dass man darauf mehr achten soll.“

Interview 1 – „und dass diese Probleme bei vielen Menschen, wenn man daran denken will und daran denkt, entdeckt werden können.“

Interview 1 – „Ich muss bereit sein, mich diesem Thema zu widmen und nicht zu sagen: „Ich hab nichts gefunden, also sind Sie gesund.““

Interview 5 – „Also weites Spektrum, man muss überall die Augen und die Ohren offen halten.“

Interview 6 – „(...) man muss immer aufmerksam und sensibel sein. Auch wenn man zwei Jahren lang keine Symptomatik hatte, muss man trotzdem immer wissen, welcher Patient hat die Vorgeschichte und da ist schon wieder was, was nicht so richtig gut läuft und deshalb muss man aufmerksam sein

Interview 6 – „(...) und deswegen sollte man sehr vorsichtig damit sein, die rauszunehmen.“

Interview 6 – „Das ist das wichtigste. Dass man aufmerksam ist und dass man so ein bisschen auch weiß, was man für eine Verantwortung hat und dass man weiß, was man sich aneignen muss, um denen, denen es nicht gut geht, helfen zu können.“

iK5 – Psychische Probleme bestimmen den Alltag der Patienten (2 Fundstellen)

Interview 1 – „Es ist so, dass solche Probleme den Alltag stark bestimmen“

Interview 9 – „Bei F-Diagnosen (...) die das Leben sehr stark tangieren, (...) die das Leben der Menschen völlig verändert, (...)“

iK6 – Betreuung psychisch kranker Patienten fordert viel Kraft vom Hausarzt (2 Fundstellen)

Interview 1 – „Würde Sie in Ihrem alltäglichen Dasein als Hausarzt sagen, dass Sie einen großen Teil Ihrer Arbeitskraft (...) mit der Betreuung dieser Patienten verbringen? - Ja. Das war schon immer so und das ist jetzt auch so.“

Interview 7 – „Die jede Woche hier bei mir antanzen und es ist relativ anstrengend, aufwändig mit denen umzugehen (...)“

iK7 – Betreuung psychisch kranker Patienten fordert viel Zeit vom Hausarzt (20 Fundstellen)

Interview 1 – „Würde Sie in Ihrem alltäglichen Dasein als Hausarzt sagen, dass Sie einen großen Teil Ihrer Arbeitskraft (...) mit der Betreuung dieser Patienten verbringen? - Ja. Das war schon immer so und das ist jetzt auch so.“

Interview 1 – „Ein sehr zeitfressender Türöffner. (...)“

Interview 1 – „Das kann eine ganze Weile dauern. Man kann sehen, dass sich bei solchen Gesprächen irgendwas tut.“

Interview 1 – „Dann kann sich das über Wochen und Monate hinziehen, dass ich mit jemandem spreche.“

Interview 2 – „Das gibt uns die Möglichkeit, mit ihm viel Zeit zu verbringen.“

Interview 2 – „(...) Das heißt es ist eine sehr zeitaufwendige (...)“

Interview 2 – „Der Patient sitzt hier und beschäftigt uns eine Stunde.“

Interview 3 – „Sie kosten viel Zeit. Was heißt kosten, sie brauchen viel Zeit, um psychische Auffälligkeiten oder alterskranke Patienten zu betreuen. Das ist so.“

Interview 5 – „weil es sowohl von der Bezahlung, als auch von dem zeitlichen Aufwand her schwierig ist, die Patienten an die entsprechenden Fachkollegen weiterzuleiten (...)“

Interview 7 – „Die jede Woche hier bei mir antanzen und es ist relativ anstrengend, aufwändig mit denen umzugehen (...)“

Interview 8 – „Der Zeitaufwand ist aus zwei Gründen sehr hoch.“

Interview 8 – „(...) das wird auch das zeitaufwendige Gespräch zum einen sehr im Vordergrund sehen (...)“

Interview 8 – „Da ist der Zeitaufwand und der Kostenaufwand nicht nur für die Leistungserbringer sondern auch für die Patienten hoch und nimmt zu.“

Interview 8 – „Ich kann von einer erheblichen zeitlichen Belastung sprechen, (...). Die Belastung liegt im zeitlichen Bereich.“

Interview 8 – „In jedem Fall ist ein hoher Zeitaufwand damit verbunden“

Interview 8 – „(...) Weil wir auch unseren hausärztlichen Alltag durchbekommen müssen und diese Patienten ohnehin gesprächsintensiv sind, (...).

Interview 9 – „Der Zeitaufwand ist hoch. Er war schon immer hoch und wird immer höher.“

Interview 10 – „Ich betreibe für diese Patienten einen hohen Aufwand.“

Interview 10 – „Wenn ich das einschätzen kann, (...) dann bekommt der mehr Raum in der Sprechstunde.“

Interview 10 – „Manchmal bin ich natürlich überrascht von den Anliegen, die Patienten haben, dann räume ich denen aber spontan deutlich Platz in der Sprechstunde ein (...).“

iK8 – F-Diagnosen sind häufig diffus und schwer objektivierbar (11 Fundstellen)

Interview 1 – „Diagnostischer Tiefgang wird, was die Definition der Störung angeht, nicht angestrebt. Es bleibt meistens bei pauschalen oder diffusen Diagnosen wie F43.2 die Anpassungsstörung.“

Interview 1 – „(...) Ich setze damit nur die Marke „da läuft was“.“

Interview 2 – „Wenn Sie sagen „Ich kann nicht mehr“, Stichwort „Burnout“, kann das kein Mensch nachvollziehen. (...).“

Interview 2 – „Alles das ist schwer nachzuweisen. Erfordert aber eine Therapie.“

Interview 3 – „Wobei, muss ich dazu sagen, dass diese Situation dann so empfunden ist, wie sie ist. (...) das wird schon als extreme Störung empfunden. (...).“

Interview 3 – „(...) Aber gut, auch das wird so empfunden und dann hilft man weder dem Patienten noch sich selber, wenn man sagt: „Stellen Sie sich nicht so an“. (...).“

Interview 5 – „Das Spektrum ist weit.“

Interview 5 – „Also weites Spektrum, (...).“

Interview 5 – „Das Problem ist, dass das ein weites Feld ist. (...).“

Interview 6 – „Von bis“

Interview 7 – „Diese Krankheiten sind sehr vielfältig.“

iK9 – Hausarzt will intime Patientendaten vor der Krankenkasse schützen (1 Fundstelle)

Interview 1 – „Auf der einen Seite will ich der Krankenkasse keine intimen Details liefern. Datenschutz hin oder her, wir wissen wie brüchig das Ganze ist. (...).“

iK10 – Depressive Störungen sind häufig (9 Fundstellen)

Interview 1 – „(...) Depression ist ein großes Feld.“

Interview 1 – „Depressive Störungen kommen sehr häufig vor. Über die Graduierung kann man Streitgespräche führen. (...).“

Interview 5 – „Der ICD-10-Code „F“ kann eine schwerste Depression bedeuten, (...).“

Interview 7 – „(...) Depressionen natürlich, auch Aggressionen gibt es viele.“

Interview 8 – „Zwei Dinge spielen eine zahlenmäßig große Rolle. Das ist die somatoforme Störung und die somatisierte Depression.“

Interview 8 – „Beide haben einen großen Anteil“

Interview 9 – „Und mein Gefühl ist, ich habe keine Statistik darüber, dass die depressiven Erkrankungen bei Jugendlichen auch zunehmen.“

Interview 9 – „Die ganze Palette der Depressionen. Endogen, ohne, dass wir einen Grund sehen. Depressionen, die aufgrund von posttraumatischen Belastungsstörungen vorkommen. (...)“

Interview 10 – „Ganz häufig kommen Depressionen vor und depressive Verstimmungen, (...)“

iK11 – Somatoforme Beschwerden sind häufig (8 Fundstellen)

Interview 1 – „Somatoforme Schmerzstörungen sind sehr häufig. (...)“

Interview 1 – „(...) Ich denke, dass somatoforme Beschwerden und alles, was man unter Anpassungsstörungen versteht, Probleme am Arbeitsplatz und Probleme im familiären Bereich, die wesentlichen Dinge sind.“

Interview 4 – „(...) Als leichte Psychosomatosen, diese funktionellen Wirbelsäulen-, Kopfschmerz-, Magen-Darm-Beschwerden. Das ist häufig. Nicht immer solitär, aber als Mitdiagnose pro Quartal sicherlich in dreistelliger Zahl.“

Interview 5 – „(...)bis zu dieser „somatoformen Störung“, der F45.9, die fast überall eine Rolle spielt.“

Interview 5 – „Das ist ja somatoform. Wenn man das kommuniziert und sagt: „Jede Erkrankung hat eine psychische Komponente. Das geht gar nicht anders.“, dann ist das ok.“

Interview 7 – „Somatisierungsstörungen, Reaktionen auf extreme Belastung, (...)“

Interview 8 – „Zwei Dinge spielen eine zahlenmäßig große Rolle. Das ist die somatoforme Störung und die somatisierte Depression.“

Interview 8 – „Beide haben einen großen Anteil“

iK12 – Hausärzten übersehen angeblich bei Patienten Depressionen (1 Fundstelle)

Interview 1 – „Lange Zeit wurde gesagt, dass die Zahl der Depressionen zunimmt und dass die Hausärzte die wichtige Aufgabe hätten, die raus zu filtern und dass das zu wenig passieren würde.“

iK13 – Anpassungsstörungen sind häufig (5 Fundstellen)

Interview 1 – „(...) und alles, was man unter Anpassungsstörungen versteht, Probleme am Arbeitsplatz und Probleme im familiären Bereich, die wesentlichen Dinge sind.“

Interview 7 – „Dass Anpassungsstörungen oder auch soziale Begegnungen schwierig werden.“

Interview 7 – „Somatisierungsstörungen, Reaktionen auf extreme Belastung, (...) gibt es viele.“

Interview 8 – „Die Anpassungsstörung, das heißt emotionale Belastung oder berufliche Umstände, auf die reaktiv eine gesundheitliche Symptomatik bei den Patienten auftritt, ist vielleicht an Stelle Drei zu nennen.“

Interview 10 – „Anpassungsstörung“ ist eine häufige Diagnose“

iK14 – Emotionale Belastungen durch Probleme am Arbeitsplatz führen zu F-Diagnosen (2 Fundstellen)

Interview 1 – „(...) alles, was man unter Anpassungsstörungen versteht, Probleme am Arbeitsplatz und Probleme im familiären Bereich (...)“

Interview 4 – „(...) Ich habe hier viele kleine Angestellte, die nicht die berufliche Freiheit haben, mit einem Schnitt etwas zu verändern (...)“

iK15 – Emotionale Belastungen durch familiäre Probleme führen zu F-Diagnosen (2 Fundstellen)

Interview 1 – „(...) alles, was man unter Anpassungsstörungen versteht, Probleme am Arbeitsplatz und Probleme im familiären Bereich, die wesentlichen Dinge sind.“

Interview 9 – „Auch, wenn Familien zerfallen aus diesen Gründen. (...) Da ist eine enorme Belastung der Familien, (...)“

iK16 – Der Umgang mit psychisch kranken Patienten belastet den Hausarzt emotional (9 Fundstellen)

Interview 1 – „Es gibt eine emotionale Belastung, wenn man beginnt, sich mit Menschen mit diesen Problemen zu befassen“

Interview 2 – „Das muss man als Arzt immer lernen. Das müssen Sie auch mit Sterbenden lernen.“

Interview 4 – „Die ist enorm, weil ich Verbalisierer bin und ich bin wie ein Schwamm, der Probleme aufnimmt. (...)“

Interview 6 – „In meinen ersten ein, zwei Jahren, die ich im Krankenhaus war, war es etwas bedrückender, sich mit solchen Patienten zu beschäftigen.“

Interview 9 – „Die wird leider auch immer höher.“

Interview 9 – „Obwohl ich durch mein Alter und fünf Jahre Klinik und 26 Jahre Praxis relativ viel Erfahrung habe, geht mir Vieles sehr nah.“

Interview 9 – „Auch, wenn Familien zerfallen aus diesen Gründen. (...) Da ist eine enorme Belastung der Familien, aber auch des Arztes. Das kann man nicht einfach wegschieben.“

Interview 10 – „Beim persönlichen Aufwand ist es so, dass mich viele Krankengeschichten auch in meinem Privatleben begleiten. Wenn ich nach Hause gehe denke ich häufig noch über den ein oder anderen Patienten nach oder überlege, wie ich dem helfen könnte.“

Interview 10 – „Manchmal ja.“

iK17 – Distanzierung gegenüber psychischen Problemen der Patienten fällt schwer (4 Fundstellen)

Interview 1 – „Es ist schwer eine Schranke zu finden, wo man sagt „das ist deren Problem und hier bin ich“.“

Interview 1 – „Man muss trainieren, sich zu distanzieren. (...) es ist ein wichtiger Trainingseffekt, wenn ich mich professionell zur Verfügung stellen will, dass ich meine Grenzen ziehe und versuche emotional abzublocken.“

Interview 4 – „Jetzt habe ich die Stärke, mich abzugrenzen, wenn die Überforderung überhand nimmt. Anders geht es nicht.“

Interview 9 – „Vielleicht, dass man sich im Lauf der Zeit nicht mehr zu sehr persönlich mit reinziehen lässt, sondern versucht von Anfang an eine gewisse Distanz zu halten. Das ist nicht immer einfach.“

iK18 – Sinnvolle hausärztliche Verarbeitung der persönlichen emotionalen Belastung durch Gespräche (7 Fundstellen)

Interview 1 – „Über herausragende Eindrücke spreche ich mit meiner Frau.“

Interview 1 – „Wenn es stark ist, dann rede ich mit meiner Frau darüber“

Interview 5 – „Ich habe viel Balintgruppenarbeit gemacht. Mich mit den Problemen beschäftigt.“

Interview 6 – „Diese Balintgruppen werden zu selten wahrgenommen, (...)“

Interview 9 – „(...) Und mit meiner Frau habe ich auch einen guten Kontakt. Das hilft sehr. Ich habe auch einige Freunde, ein gewisses soziales Netzwerk, wie man das heutzutage ausdrückt. Da kann man einiges kompensieren.“

Interview 10 – „ Ich spreche mit Studienfreundinnen, die eine Psychotherapie Weiterbildung oder Ausbildung haben, oder Fachärztinnen sind“

Interview 10 – „Wir sind eine Gruppe von neun Frauen, die sich regelmäßig trifft, eigentlich aus privaten Gründen, aber immer wieder ist es so, dass man die ein oder andere um Rat fragt und eine Geschichte auch vorstellt.“

iK19 – Im Team der Hausarztpraxis findet aus zeitlichen Gründen und aus Gründen der Schweigepflicht zu wenig Kommunikation statt (1 Fundstelle)

Interview 1 – „Seltener sprechen wir im Team darüber. Einmal aus zeitlichen Gründen und zum andern um nicht zu viel rauszulassen, (...). Deshalb gibt es in der Praxis wenig Kommunikation darüber.“

iK20 – Kommunikation im Team der Hausarztpraxis ist bei der Betreuung psychisch kranker Patienten notwendig (1 Fundstelle)

Interview 1 – „Wir haben über 100 Drogenabhängige, die wir substituieren, da muss drüber gesprochen werden und da ist es entlastend, auch für meine Mitarbeiter.“

iK21 – Hausarzt verarbeitet seine persönliche emotionale Belastung selber (1 Fundstelle)

Interview 1 – „Ansonsten macht man das mit sich selbst aus.“

iK22 – Balintgruppen sind für den Umgang mit persönlichen Belastungen des Hausarztes nicht hilfreich (1 Fundstelle)

Interview 1 – „Ich hab eine Zeit lang in einer Balintgruppe mitgemacht, aber das hat mich mehr geärgert, als befreit und da bin ich wieder von abgekommen.“

iK23 – Für den Umgang mit der persönlichen emotionalen Belastung hilft Distanz (7 Fundstellen)

Interview 1 – „(...) und ansonsten muss es abperlen.“

Interview 2 – „Ich denke, das ist ein Qualitätsmerkmal eines guten Hausarztes, dass er soviel Distanz und soviel Empathie mitbekommt, dass er dem Patienten das Gefühl vermittelt, er fühlt sich geborgen und verstanden, aber dass man nicht losheult, nur weil ein Patient stirbt, den man behandelt hat.“

Interview 2 – „Wenn das ein Problem darstellt und man dann Nächte lang nicht schlafen kann, dann sollte man es lassen. (...) Das geht nicht.“

Interview 2 – „Sie müssen dieses Geschick, eine gesunde Distanz und verantwortliches Mitgefühl. Aber „Mitgefühl“ heißt nicht, dass man sich reinsteigert, dass man diesen Verlust als persönliche Tragödie erlebt. Das kann nicht sein.“

Interview 4 – „Jetzt habe ich die Stärke, mich abzugrenzen, wenn die Überforderung überhand nimmt. Anders geht es nicht.“

Interview 5 – „Wenn ich merke, das ist ein Bereich, den ich nicht haben will, der mir zu anstrengend ist, dann sage ich: „Den Behandlungsauftrag nehme ich nicht an“ (...).“

Interview 8 – „(...) Manches berührt einen, aber ich bin mit einem dicken Fell ausgerüstet und kann Berufliches und Privates emotional trennen. Das ist ein Segen. Das bemühe ich mir auch zu erhalten.“

iK24 – Es gibt Mängel in der Kommunikation zwischen Hausarzt und Patient (2 Fundstellen)

Interview 1 – „Man codiert locker irgendwas in den Behandlungsausweis. (...) Was wäre, wenn der Patient dieses Ding zu sehen kriegte? Würde man das genauso nennen? (...)“

Interview 10 – „Von der habe ich lange nichts gehört. Ich weiß nicht, warum das so ist. Ob die Patientin verschollen ist, oder sie so gut da eingebunden ist, dass sie mich nicht braucht. Das kann ich nicht einschätzen. Das kommt vor.“

iK25 – Psychische Erkrankungen sind gesellschaftlich negativ besetzt (10 Fundstellen)

Interview 1 – „Nicht weil man der Überzeugung ist, dass man falsch codiert hat, sondern um den Patienten nicht zu konfrontieren mit einem solchen Etikett.“

Interview 1 – „Denn wir wissen, dass nach wie vor alles, was nicht somatisch ist, in unserer Gesellschaft einen hohen Makel hat. „Ich bin doch nicht bekloppt“, „Ich hab doch keinen an der Waffel“, „Ich geh doch nicht zum Verrücktenarzt“.“

Interview 1 – „Es ist ein interessanter Aspekt, dass eine ganze Menge Menschen eher zum Hausarzt gehen. Das ist unverdächtiger, als wenn sie beim Nervenarzt aufschlagen. (...) Wir haben hier keinen echten Psychiater, sondern bloß einen Neurologen, aber wenn „Psychiatrie“ an der Haustür steht, dann haben wir Sorge, man könnte dabei erwischt werden. Und darum haben auch die Patienten, die akzeptieren, dass sie ein psychisches Problem haben, eine höhere Affinität zum Hausarzt, um dort das Problem regeln zu lassen.“

Interview 2 – „Wenn man ihn zu früh auf diese Diagnose einschwört, ist er stigmatisiert.“

Interview 3 – „Bevor ich jemanden in eine Schublade tue.“

Interview 5 – „Es mag den ein oder anderen geben, der dann die Praxis verlassen hat, aber das kann ich auch nicht nachvollziehen.“

Interview 6 – „Haften dem Patienten natürlich an. Das ist der Nachteil.“

Interview 8 – „(...) weiterhin der Weg gegangen, dass man erst die somatische Medizin komplett durchexerziert, bevor man dafür bereit ist, und dann auch erst eine Akzeptanz beim Patienten erzeugen kann dafür, dass es sich um eine nicht-somatische Störung handelt.“

Interview 8 – „Das ist aber etwas, was als Karteileiche, oder als Stigma den Patienten in der EDV oft länger erhalten bleibt, als es klinisch apparent ist.“

Interview 10 – „Je nach dem, was es für eine Diagnose ist, denke ich darüber nach, ob ich ihn damit stigmatisiere; wenn es eine ganz gravierende F-Diagnose ist. Das möchte ich möglichst vermeiden.“

iK26 – Patienten schämen sich für F-Diagnosen (2 Fundstellen)

Interview 1 – „(...) Denn sie fühlen sich beobachtet. Gerade in der Kleinstadt, wenn man die Tür vom Nervenarzt überschreitet. Wir haben hier keinen echten Psychiater, sondern bloß einen Neurologen, aber wenn „Psychiatrie“ an der Haustür steht, dann haben wir Sorge, man könnte dabei erwischt werden. (...)“

Interview 1 – „Sie sind gegebenenfalls bereit einen Psychotherapeuten aufzusuchen. Da die bei uns so weit weg sind vom Wohnort, ist das kein Thema. Da können sie sich hin trauen. Ein Psychotherapeut wird eher akzeptiert als ein Psychiater. Ein Psychiater ist immer eine schlimme Geschichte.“

iK27 – F-Diagnosen häufen sich bei den Patienten tendenziell mit der Zeit an (1 Fundstelle)

Interview 1 – „Und die Rücknahme einer solchen Diagnose? Ne, es gibt keinen Grund. Natürlich kann es sein, dass ich nach ein bis zwei Quartalen über die Sache anders denke, aber da sagt meine kumulierte Erfahrung, es kommen eher F-Diagnosen dazu, als dass sie weg müssen.“

iK28 – F-Diagnosen sind Dauerdiagnosen und müssen nicht revidiert werden (11 Fundstellen)

Interview 1 – „Und die Rücknahme einer solchen Diagnose? Ne, es gibt keinen Grund. Natürlich kann es sein, dass ich nach ein bis zwei Quartalen über die Sache anders denke, aber da sagt meine kumulierte Erfahrung, es kommen eher F-Diagnosen dazu, als dass sie weg müssen.“

Interview 2 – „Rücknahme der Diagnose, wir brauchen nichts zurückzunehmen.“

Interview 3 – „Was fällt Ihnen zu dem Stichwort „Revision“ oder „Zurücknahme“ einer F-Diagnose ein? B: Nichts. R: Kommt das vor? B: Nein.“

Interview 4 – „Da ist immer noch der genetische Aspekt, oder auch der Umgebungs- und familiäre Aspekt, der wohl wichtiger ist, als die Akuttherapie. Und deswegen, die Diagnose komplett zu streichen, halte ich für gefährlich.“

Interview 5 – „Ich mach das selten.“

Interview 6 – „(...) Ganz ehrlich. Es ist schwer, Patienten dann wieder gesund zu schreiben, weil das sind Sachen, die nicht sind wie eine Grippe, wo man nach zwei Wochen keine Beschwerden mehr hat.“

Interview 6 – „Deswegen tue ich mich damit schwer, so was zu revidieren, rauszunehmen und zu sagen: „Geheilt“. Gibt es für mich nicht.“

Interview 6 – „und deswegen sollte man sehr vorsichtig damit sein, die rauszunehmen.“

Interview 8 – „Ein seltener Vorgang. Vielleicht reflektieren wir unsere einmal formulierten Dauerdiagnosen, das ist ein gewisses Verfahren in der Dokumentation im Bereich der GKV, zu wenig.“

Interview 10 – „Damit habe ich mich noch nicht beschäftigt. Ich tue das selten. Weil das meistens Störungen sind, die die Patienten über eine lange Zeit begleiten oder die hier, wenn

sie bei mir lange in Behandlung sind auch eine große Rolle spielen. Dann revidiere ich so eine Diagnose nicht.“

Interview 10 – „In ganz seltenen Fällen würde ich die Diagnose ein bisschen abschwächen, aber im Großen und Ganzen revidiere ich nicht, sondern bin mir meiner Diagnose sicher.“

Interview

iK29 – Formulierung einer F-Diagnose beinhaltet die Angst, etwas Somatisches zu übersehen (7 Fundstellen)

Interview 1 – „Ich muss immer bereit sein, den somatischen Störer zu entlarven. Deshalb fühlt man sich bei einer F-Diagnose nicht nur wohl. Es ist ein Risiko dabei. Dessen muss man sich bewusst sein.“

Interview 1 – „Innerlich wohl wissend, dass das keineswegs die letzte Sicherheit gibt. (...)“

Interview 1 – „(...) Da ist es ein Stück riskant auf immer weitere Diagnostik zu verzichten. (...) da brauche ich ein breites Kreuz, um die Verantwortung zu schultern. (...)“

Interview 1 – „Hoffentlich hab‘ ich nichts übersehen. Weil ja immer noch das Primat ist, die somatischen Aspekte abzuklären.“

Interview 3 – „Und eine hinterlistige Ursache ausschließen.“

Interview 3 – „Ich hoffe, dass ich richtig liege.“

Interview 8 – „Nicht-somatischen Diagnosen sind in ihrer vielfältigen Symptomatik, in der somatisierten Depression oder in der somatoformen Störung, Ausschlussdiagnosen. Und auch aus forensischen Aspekten wird heute weiterhin der Weg gegangen, dass man erst die somatische Medizin komplett durchexerziert, bevor man dafür bereit ist, (...)“

iK30 – Die Stellung einer F-Diagnose erfolgt emotional (3 Fundstellen)

Interview 1 – „Einen Beschwerdekomples in eine F-Diagnose hineinzutun, ist etwas heikel, weil ich keine Messtechnik habe. Das geht häufig emotional.“

Interview 9 – „(...) Bei den F-Diagnosen sind häufig mehr Emotionen dabei. (...)“

Interview 9 – „Bei F-Diagnosen oder Carcinom-Diagnosen, oder Diagnosen, die das Leben sehr stark tangieren, (...) die das Leben der Menschen völlig verändert, hat man als Arzt immer Emotionen. Das kann man nicht abstellen.“

iK31 – F-Diagnosen sind Ausschlussdiagnosen nach somatischer Diagnostik (8 Fundstellen)

Interview 1 – „(...) Jemand hat Beschwerden, die ich momentan nicht deuten kann und ich lass mir irgendeine Facharzt-Ralley einfallen. (...) Angenommen die Kollegen machen eine Rückkopplung (...) und alle sagen „Ich hab nichts gefunden“. Dann sag ich innerlich (...): „Das

ist keine somatische Geschichte“. Ich habe nicht zu befürchten, dass eine schreckliche Krebserkrankung da hinter ist. Dann habe ich eine Berechtigung.“

Interview 1 – „(...) Ich gucke nach Entzündungswerten, ich gucke nach auffälligen Stoffwechselfdaten. (...). Das sind die Klassiker. Wenn die in Ordnung sind und kein klinisch eindeutig pathologischer Befund da ist, (...).

Interview 1 – „Ich muss bereit sein, mich diesem Thema zu widmen und nicht zu sagen: Ich hab nichts gefunden, also sind Sie gesund.“

Interview 2 – „Wir haben ausgeschlossen, dass es eine organische Erkrankung ist“

Interview 3 – „(...) Die schon Diagnostik hinter sich haben. Da übernehme ich die Diagnose nach dem Gespräch mit dem Patienten. Das gleiche gilt, wenn im Seniorenheim eine entsprechende Diagnostik vorliegt.(...)“

Interview 3 – „Und eine hinterlistige Ursache ausschließen.“

Interview 3 – „Ich (...) werde auf jeden Fall eine internistische Abklärung machen, um auszuschließen, dass diese Störungen auf anderen Dingen beruhen,(...)“

Interview 8 – „Nicht-somatischen Diagnosen sind in ihrer vielfältigen Symptomatik (...) Ausschlussdiagnosen. Und auch aus forensischen Aspekten wird heute weiterhin der Weg gegangen, dass man erst die somatische Medizin komplett durchexerziert, (...).“

iK32 – Somatisierungsstörungen erfordern Verzicht auf zu viel Diagnostik (2 Fundstellen)

Interview 1 – „(...) Da ist es ein Stück riskant auf immer weitere Diagnostik zu verzichten. Auf der anderen Seite sagt jeder Kardiologe, wenn einer über funktionelle Herzbeschwerden aus dem somatoformen Kreis klagt, wird jedes EKG, das neu geschrieben wird, ihn in seiner Fixierung bestärken. (...).“

Interview 8 – „Auch unter dem Kostenaspekt. Denn natürlich ist es sinnvoll im Falle nicht-somatischer Diagnosen eine somatische Diagnostik auf ein Minimum zu beschränken. Man will dem Patienten Zeit und Eingriffe ersparen, aber auch dem Medizinsystem Kosten.“

iK33 – Nicht zusammenpassende Anamnese und Untersuchungsbefunde sind Hinweis auf das Vorliegen einer F-Diagnose (1 Fundstelle)

Interview 1 – „(...) Oder eine intensive Schmerzschilderung und die orientierende körperliche Untersuchungen ist ein Nullbefund. Dann stutzt man. Es gibt für alle Körperregionen auch Standardparameter, die man abklopft.“

iK34 – Patienten wünschen somatische Diagnostik (3 Fundstellen)

Interview 1 – „(...) da brauche ich ein breites Kreuz, um die Verantwortung zu schultern. Um zu sagen „Nein, jetzt mach ich es nicht“. (...).“

Interview 1 – „Der Patient hat die Gewissheit. Der Doktor hat sich alles angeguckt.“

Interview 8 – „(...) Und auch aus forensischen Aspekten wird heute weiterhin der Weg gegangen, dass man erst die somatische Medizin komplett durchexerziert, bevor man dafür bereit ist, und dann auch erst eine Akzeptanz beim Patienten erzeugen kann dafür, dass es sich um eine nicht-somatische Störung handelt.“

iK35 – Die Frage nach emotionalen Belastungsfaktoren kann zur Detektion einer F-Diagnose führen (4 Fundstellen)

Interview 1 – „Und wenn ich dann nichts gefunden habe, dann komme ich auf den Gedanken zu fragen: „Was ist denn so familiär? Was ist beruflich?““

Interview 1 - Dann ergibt sich spätestens beim dritten Mal die aktive Frage: „Sagen Sie mal, was ist denn wirklich los?“ Und wenn dann die Augen feucht werden, oder die Stimme zitterig, dann weiß man, dass man auf einem zielführenden Weg ist. Die Frage muss man aber stellen.“

Interview 1 – „Aber man muss die Frage irgendwann stellen, wenn man eine Diskrepanz hat zwischen dem Leidensdruck, der vorgeführt wird und den objektiv erhebbaren Befunden. Dass man fragt: „Was ist wirklich los?“ Diese Frage ist für mich sehr häufig ein Türöffner.“

Interview 7 – „Emotionale Belastungsfaktoren werden abgefragt beim Check-Up ab 35. Deswegen ist das schon Routine, nach diesen Dingen zu fragen.“

iK36 – Die erlebte Anamnese hilft dem Hausarzt bei der Detektion von F-Diagnosen (2 Fundstellen)

Interview 1 – „Das schöne für einen Hausarzt ist die erlebte Anamnese. Wir kennen viele Patienten über lange Zeit. Wir kennen auch dramatische Entwicklungen am Arbeitsmarkt, im familiären Bereich und können das mit ins Kalkül ziehen.“

Interview 1 – „(...) Denn ich als Hausarzt mit meiner erlebten Anamnese, hab schon was dazu beizutragen, zu so einer ganzen Geschichte und darum wäre es günstig, wenn man die Möglichkeit hätte, jemanden kurzfristig zur Vorstellung zu einem psychotherapeutisch visierten Menschen, oder mehreren zu schicken.“

iK37 – Mit F-Diagnosen werden Menschen nicht bewusst krank geredet (1 Fundstelle)

Interview 1 – „Das führt zu dem Vorwurf, dass es missverstanden werden kann: Man will die Menschen krank reden. Das ist völlig dummes Zeug. Davon hat keiner was.“

iK38 – Andauernde Gespräche sind hausärztlicher Therapieansatz (5 Fundstellen)

Interview 1 – „Das kann eine ganze Weile dauern. Man kann sehen, dass sich bei solchen Gesprächen irgendwas tut.“

Interview 4 – „Wenn man mit F-Patienten einmal ein langes Gespräch geführt hat, sind die auch nicht anstrengend. Weil man viele Dinge schon besprochen hat.“

Interview 4 – „(...) Ich formuliere es so: „Ich rede viel mit den Leuten“. Das reicht meistens. Auf hausärztlicher Ebene.“

Interview 9 – „Aber das mache ich im Grunde genommen nie alleine, sondern da ist die Arbeit der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten immer notwendig. Unter Umständen auch über längere Zeit, z.B. mehrere Jahre.“

Interview 10 – „Manchmal auch oft. Das können auch zehn Kontakte sein, in gewissen Zeitabständen. Ich versuche das Gefühl zu geben, dass sie mit dem Problem jeder Zeit zu mir kommen können.“

iK39 – Medikamente können die Therapie von F-Diagnosen unterstützen (6 Fundstellen)

Interview 1 – „Man kann überlegen, ob man medikamentös was Unterstützendes macht.“

Interview 2 – „er muss entweder mit Medikamenten oder mit einer Psychotherapie oder mit beidem behandelt werden.“

Interview 6 – „Und medikamentöse Therapie von bis; ob wie wir in dieser Praxis auch an der Natur orientiert oder eben darüber hinaus etwas stärkere Medikamente. Kann man auch machen.“

Interview 8 – „Insofern bin ich in vielen Fällen dankbar, wenn in dem Fall der fachpsychiatrische, da können psychologische Psychotherapeuten nicht helfen, Kollege eine Pharmakotherapie modifiziert oder einleitet, mit seiner Autorität.“

Interview 9 – „Aber man versucht durch Gespräche, die Leute wieder so in ihr Leben zu integrieren, manchmal auch mit medikamentöser Unterstützung, dass sie wieder den Alltag bewältigen.“

Interview 9 – „Bei Burnout-Patienten ist es so, dass die das nicht brauchen, manchmal für eine gewisse Übergangszeit. Aber dann nicht mehr als sechs Wochen bis drei Monaten. (...)“

iK40 – Medikamentöse Therapie ist unbeliebt (5 Fundstellen)

Interview 1 – „Unbeliebte Geschichte, aber es wäre denkbar, dass man sich das zu Nutze macht.“

Interview 6 – „Bin ich eher kein Freund von, weil ich der Meinung bin, dass man sich, wenn es irgendwo geht, relativ lange zurückhalten sollte und das in fachärztliche Hände geben sollte.“

Interview 7 – „Bei denen gibt es die Unterschiede, dass es Leute gibt, die sagen: „Geben Sie mir eine Pille, dass das morgen aufhört“ und andere Angst davor haben, weil Sie die Vorstellung haben, dass es irgendwie ihr Wesen verändert.“

Interview 8 – „Auch hier oft geringe Akzeptanz beim Patienten auf der einen Seite“

Interview 8 – „Es wird bei weitem nicht immer akzeptiert vom Patienten.“

iK41 – Die Compliance der Pharmatherapie dient als Hinweis auf die Akzeptanz der Diagnose (1 Fundstelle)

Interview 1 – „Um auch zu testen, ob er akzeptiert, dass da so was ist. Wenn ich ein Psychopharmakon, welcher Art auch immer, aufschreibe und der nimmt das, dann ist das eine Arbeitsbasis.“

iK42 – Psychopharmaka sind kein Allheilmittel (2 Fundstellen)

Interview 1 – „Wir müssen uns dabei klar sein, dass das nicht die Lösung aller Probleme ist, aber immerhin.“

Interview 8 – „Und das ist auch nicht immer erfolgreich, wenn denn akzeptiert.“

iK43 – Für die Therapie psychisch kranker Patienten sollte die Einbindung von Psychiatern oder Psychotherapeuten erwogen werden (4 Fundstellen)

Interview 1 – „Dann kommt natürlich auch die Frage: Hat man einen Schnittpunkt, wo man sagt „Da brauch ich jetzt einen Psychiater oder einen Psychotherapeuten.““

Interview 5 – „Wir versuchen, zu identifizieren, welche Patienten mehr strukturierte neurologisch-psychiatrische Hilfe brauchen. Das kriegen wir nach einigen Gesprächen raus, wenn die häufiger kommen.“

Interview 6 – „Es ist so, dass wir, abhängig von der entsprechenden Störung, den Patienten raten, das auch fachärztlicherseits abklären zu lassen und sich da Hilfe zu holen.“

Interview 9 – „Aber das mache ich im Grunde genommen nie alleine, sondern da ist die Arbeit der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten immer notwendig. Unter Umständen auch über längere Zeit, z.B. mehrere Jahre.“

iK44 – Es gibt einen Mangel an freien Psychiatern und Psychotherapeuten (11 Fundstellen)

Interview 1 – „Aber da macht man ein ganz neues Problem auf, denn beide haben wir nicht.“

Interview 1 – „Es ist richtig. Wir haben, gerade hier in unserer Region, keinen niedergelassenen Fachpsychiater mehr. Das sind alles Neurologen, die einen Teil Psychiatrie mit abdecken, aber wir haben keine Psychiater. Doch, Entschuldigung, zwei haben wir.“

Interview 1 – „Dann kommen die in der Regel in einer Woche wieder und sagen: „Ich hab keinen erreicht und keiner hat sich gemeldet.““

Interview 1 – „Aber im Grunde ist die Psychotherapie, speziell was Kinder und Jugendliche angeht, schwierig unterzubringen.“

Interview 2 – „Denn eine Chance für eine Therapie hat er sowieso in der nächsten Zeit nicht.“

Interview 2 – „Einen Psychologen und Psychotherapeuten kriegen Sie nicht.“

Interview 2 – „Wo es manchmal fehlt, sind die Regionen um Köln herum. Da gibt es kaum eine. Die konzentrieren sich alle in der Innenstadt.“

Interview 3 – „Das andere ist, dass die psychotherapeutischen Kollegen in den Therapien drin sind und es ist nachvollziehbar, dass die nicht ganz schnell einen zwischen nehmen können.“

Interview 8 – „Für die Patienten ist es sehr schwierig, die Notwendigkeit einer wahrscheinlich angezeigten Psychotherapie beim Psychotherapeuten beurteilen zu lassen, da die Nachfrage nach Psychotherapieplätzen deutlich höher zu sein scheint, als das Angebot.“

Interview 8 – „Auch das wird schwieriger.“

Interview 10 – „Also wenn es mehr Möglichkeiten gäbe, die Patienten sofort zeitnah anzubinden, dann wäre das eine Entlastung der Hausärzte.“

iK45 – Es ist hausärztliche Aufgabe die AU von Patienten mit F-Diagnosen zu organisieren (6 Fundstellen)

Interview 1 – „Und wenn Leute berufstätig sind, kommt unter Umständen das Problem, dass sie krank geschrieben werden müssen.“

Interview 2 – „Und je länger sie dann die Arbeit nicht aufnehmen, umso stärker manifestiert sich das Ganze. Es gibt soziale Karrieren, die in die Arbeitslosigkeit und die Dauerberentung führen.“

Interview 2 – „Dann kitzeln wir auch, dass er nicht einfach sagt: „Ich komm da nicht klar, ich brauche eine Krankmeldung“. Sondern, der wird hart rangenommen.“

Interview 2 – „Er kann nur dann von uns krank geschrieben werden, wenn wir wissen, weswegen und ob der Therapeut ein Votum abgegeben hat, dass dieser Mensch arbeitsunfähig ist.“

Interview 2 – „Denn häufig ist das Gegenteil der Fall. Die sollen ihn motivieren: „Geh hin! Wehre dich!“ und nicht: „Haue ab. Ducke dich!“, sondern genau das Gegenteil.“

Interview 7 – „Es gibt Fälle, denen akut geholfen werden muss. Ich mache es fast immer, wenn Leute akut kommen, so, dass ich die erstmal ein paar Tage aus dem Verkehr ziehe, aus ihrem beruflichen Alltag rausnehme, um zu sehen: Was bleibt dann noch übrig?“

iK46 – Die Krankenkasse verlangt teils den Kontakt zum psychiatrischen Fachkollegen (1 Fundstelle)

Interview 1 – „Dann drückt die Krankenkasse und sagt „Warum war er nicht beim Facharzt?““

iK47 – Gesetzliche Kostenträger können bei der Suche nach Therapeuten unterstützen (3 Fundstellen)

Interview 1 – „Es gibt inzwischen von der AOK das Modell, dass sie für Berufstätige dafür sorgen, dass sie schneller einen Termin kriegen.“

Interview 3 – „Patienten bitten mich häufig darum, ihnen jemanden zu nennen. Ich verweise sie dann in aller Regel auf die Homepage der KV NO.“

Interview 8 – „Hier sind die gesetzlichen Kostenträger ausnahmsweise zu loben. Wir legen den Patienten immer öfter nahe, sich bei der Psychotherapeutensuche der Hilfe der gesetzlichen Kostenträger zu bedienen. Das ist in vielen Fällen erfolgreicher, als wenn sich der Patient alleine auf die Suche macht.“

iK48 – Psychotherapie ist kein Allheilmittel (1 Fundstelle)

Interview 1 – „Aber das ist auch nicht immer der entscheidende Weg. (...) Es gibt eine unglaubliche Zaubergläubigkeit an eine psychotherapeutische Intervention. Ich sehe auch täglich Rückkehrer von langfristigen Psychotherapien, die keinen Zentimeter weitergekommen sind. Es ist kein Allheilmittel.“

iK49 – Gelegentliche Gespräche mit dem Hausarzt als therapeutischer Ansatz (8 Fundstellen)

Interview 1 – „Darum ist die hausärztliche Anbindung mit gelegentlichen Gesprächen aus meiner 31-jährigen Erfahrung hier am Ort eine tragfähige Geschichte.“

Interview 3 – „Das was ich erlebe, sind Belastungssituationen im Alltag, die dann häufig durch ein Gespräch entzerrt werden können.“

Interview 4 – „Man fragt die klassischen Fragen: „Wie lange?“, „Welche Auslöser?“, dann die persönliche Beziehungsebene ab. Ich formuliere es so: „Ich rede viel mit den Leuten“. Das reicht meistens. Auf hausärztlicher Ebene.“

Interview 6 – „Dann sagt man: „Kommen Sie einmal häufiger zu uns“. Dann investiert man eine viertel Stunde, vielleicht auch ein bisschen mehr, um schon einen kleinen Ansatz zu geben und dass der Patient Halt hat für die Zeit.“

Interview 9 – „oder sagen: „Sie sind in einer schwierigen Situation. Kommen Sie zweimal jede Woche zu mir, solange bis wir jemanden gefunden haben, der Sie dann psychotherapeutisch professionell behandelt“.“

Interview 10 – „Aber mein erstes Hilfsangebot ist, dass ich die Patienten wieder einbestelle.“

Interview 10 – „Manchmal auch oft. Das können auch zehn Kontakte sein, in gewissen Zeitabständen. Ich versuche das Gefühl zu geben, dass sie mit dem Problem jeder Zeit zu mir kommen können.“

Interview 10 – „Wenn es nicht ganz so dringend ist, dass ich denke, jemand ist akut suizidal, dann biete ich ganz zeitnah, eventuell am nächsten Tag, das nächste Gespräch an.“

iK50 – Psychiatrische Notfälle müssen stationär eingewiesen werden (11 Fundstellen)

Interview 1 – „Psychiatrischer Notfall bedeutet auf jeden Fall eine Einweisung hinzukriegen.“

Interview 3 – „Ein psychiatrischer Notfall, (...) Den habe ich eingewiesen. Da gibt es keine Experimente.“

Interview 3 – „Genauso gilt das für schwerst kranke Patienten in dieser Tagesklinik. Das ist keine Tagesklinik, das ist „Beschütztes Wohnen“. Da werde ich Rücksprache mit den betreuenden Therapeuten nehmen und wenn der sagt: „Ne“, dann sofort in die Klinik.“

Interview 3 – „Wenn Sie nachts angerufen werden und da randaliert jemand im Seniorenheim oder kann nicht schlafen, da kann man kurzfristig ein Sedativum geben, aber in aller Regel schicke ich die in die Klinik.“

Interview 4 – „Und wenn es ein Notfall ist, muss man in die Klinik. Was Besseres ist mir bislang nicht eingefallen.“

Interview 5 – „Das eine ist die akute Suizidalität, bei der wir uns bemühen, den Patienten davon zu überzeugen, umgehend ohne Zwangseinweisung, weil das ein riesen Problem ist, in die Klinik zu gehen. (...)“

Interview 6 – „Wenn ich bei einem Patienten das Gefühl habe, da ist was nicht in Ordnung, der ist mir zu wackelig, dann setze ich dem die Pistole auf die Brust und sage: „Wir müssen hier und jetzt Nägel mit Köpfen machen. Sie müssen im schlimmsten Fall eingewiesen werden (...).“

Interview 7 – „Da habe ich in der Psychiatrie angerufen und die konnte von hier durchmarschieren in die Ambulanz der Psychiatrie. (...)“

Interview 7 – „Und es gibt Leute, die holt man von hier mit Einverständnis ab“

Interview 8 – „Das ist oft Anlass die Patienten, wie es das Verfahren vorsieht, einer stationären Behandlung zuzuführen, auch zunächst hoheitlich über die Freizügigkeit entscheiden zu lassen.“

Interview 9 – „(...) Die hatte einen akuten Schub von einer Psychose. Die werden dann ins Krankenhaus eingewiesen.“

iK51 – Überzeugung des Patienten ist einem PsychKG vorzuziehen (6 Fundstellen)

Interview 1 – „Nach Möglichkeit nicht als Zwangseinweisung im Sinne des PsychKGs, sondern dass man versucht den Menschen zu überzeugen, sich in Sicherheit zu begeben.“

Interview 1 – „Ich habe die Möglichkeit eine Akuteinweisung, PsychKG ist eh klar, aber wenn es um was ganz Dringliches geht (...) krieg ich im zuständigen Krankenhaus. Die haben eine Akutabteilung, die das abnehmen. Natürlich nur nach persönlicher Voranmeldung.“

Interview 1 – „Ich habe einmal einen Menschen, der wirklich psychotisch vollkommen dekompenziert ist, (...) da wollte ich kein PsychKG machen und ich stand zeitlich furchtbar unter Druck. Den hab ich ins Auto geladen. Hab gesagt: „Komm, ich fahr dich irgendwo hin.“ Dann hat er gesagt: „Ok, mach ich.“(...)“

Interview 5 – „Das eine ist die akute Suizidalität, bei der wir uns bemühen, den Patienten davon zu überzeugen, umgehend ohne Zwangseinweisung, weil das ein riesen Problem ist, in die Klinik zu gehen. Wir schaffen es meistens, dass er sich da vorstellt und sich abholen lässt vom Krankenwagen.“

Interview 6 - Das ist aus der Praxis immer schwieriger, weil man andere Möglichkeiten hat und man überlegt sich aus der Praxis heraus dreimal einen Notarzt zu rufen. Das ist ein schmaler Grat“

Interview 7 – „Und es gibt Leute, die holt man von hier mit Einverständnis ab“

iK52 – Der psychiatrische Notfall ist eine unangenehm angespannte Situation (1 Fundstelle)

Interview 1 – „Extrem unangenehme Situation. Furchtbar angespannte Situation. Erst recht, wenn Polizei und Ordnungsamt mit im Spiel sind.“

iK53 – Psychiatrische Notfälle sind sehr selten (4 Fundstellen)

Interview 1 – „Zum Glück äußerst selten. Ich habe in meiner Zeit vier PsychKGs gemacht, in 31 Jahren. Und Akuteinweisungen höchstens zehn. Ist also ein seltenes Ereignis.“

Interview 1 – „Das sind aber ganz seltene Fälle. Psychiatrische Notfalleinweisungen, möge es so bleiben, selten.“

Interview 5 – „Psychiatrische Notfälle gibt es zwei.“

Interview 9 – „Aber diese Fälle sind, Gott sei Dank, relativ selten, höchstens einmal im Jahr.“

iK54 – Notfalls bringt der Hausarzt den Patienten selber ins Krankenhaus (1 Fundstelle)

Interview 1 – „Ich habe einmal einen Menschen, der wirklich psychotisch vollkommen dekompenziert ist, ein junger Mann, wahrscheinlich im Zusammenhang mit Drogen, da wollte ich kein PsychKG machen und ich stand zeitlich furchtbar unter Druck. Den hab ich ins Auto geladen. Hab gesagt: „Komm, ich fahr dich irgendwo hin.“ Dann hat er gesagt: „Ok, mach ich.“ Und dann bin ich mit dem ins Krankenhaus gebraust (...)“

iK55 – Unzureichende Erreichbarkeit von Psychotherapeuten (3 Fundstellen)

Interview 1 – „Die aber sehr schwer erreichbar sind, wo ich nicht anrufen kann. Da müsste ich eine Mail hinschicken, um zu gucken, ob ich eine Resonanz kriege. Das ist schwierig.“

Interview 2 – „Da können Sie nicht anrufen. Da können Sie sich zwischen eins und halb zwei telefonisch melden.“

Interview 2 – „Wir sind die ganze Zeit am Telefonieren und müssen uns bei solchen psychologischen Psychotherapeuten bemühen, um einen Termin für ihn hinzubekommen. Und die sind nur eine halbe Stunde in der Mittagszeit zu erreichen.“

iK56 – Aushändigung einer Liste zur Therapeutensuche an die Patienten (1 Fundstelle)

Interview 1 – „Psychotherapie mache ich so, dass ich den Menschen, die bereit sind, das zu machen, eine Adressenliste gebe. Die können Sie abfrühstücken.“

iK57 – Der Hausarzt braucht ein Netzwerk, um Patienten im akuten Fall unterzubringen (19 Fundstellen)

Interview 1 – „(...) habe ich dort einen Psychotherapeuten, zu dem ich einen guten Draht habe. Dem schicke ich eine Mail (...) und dann krieg ich innerhalb von sechs Stunden eine Antwort und dann sagt der mir „Ok, kann kommen“. Das hat der immer gesagt bisher.“

Interview 3 – „Bei wirklich akuten Dingen habe ich die Möglichkeit, die sehr schnell zum Therapeuten, bzw. erst mal zum Psychiater, oder Neurologen zu schicken.“

Interview 3 – „Das muss jeder Hausarzt leisten können. Dass er sein Netzwerk hat, wo er jemanden hinschickt.“

Interview 3 – „Indem man die Leute kennen lernt. Indem man anruft (...) Das ergibt sich.“

Interview 3 – „Das wäre fatal, wenn ich das nicht gemacht hätte. Das muss jeder machen.“

Interview 3 – „Einige kann ich anrufen und sagen: „Ich bin mir nicht sicher, wie dringlich das ist, können Sie mal eins, zwei Gespräche führen?“. Das geht meistens.“

Interview 5 – „Das zweite sind die akuten wahnhaften schizoiden Störungen, bei denen wir einen guten Draht zum Neurologen haben und entsprechend helfen können.“

Interview 5 – „Da haben wir ein Netzwerk aufgebaut, das es uns ermöglicht Patienten nach zwei Wochen bei einem Kollegen vorzustellen, der dann sagen kann, wie wichtig oder unwichtig die Therapie ist und dann gehen die zügig dahin.“

Interview 5 – „Der erkennt im Laufe der Zeit: „Der Kollege schickt mir Patienten, wo es dringend ist“. Dadurch steht mir die Tür für Notfälle offen.“

Interview 5 – „Ich missbrauche das nicht, weil irgendeiner meint, er müsse da dringend hin, sondern mache das nur, wenn es dringend notwendig ist.“

Interview 5 – „Wir haben uns das selber eingerichtet. Dieses Netzwerk aufbauen, das wäre ein Vorschlag, den man den Kollegen empfehlen kann.“

Interview 7 – „Dann habe ich in meinen Jahren, die ich hier bin, Kontakte zu Ärzten und wenn ich sage, es ist ganz dringen, dann ist es auch ganz dringend. Auch trotz der vielen Termine, hat jeder Psychiater immer noch solche Termine.“

Interview 10 – „Aber wie ich gerade schon gesagt habe, im wirklich absoluten Notfall greife ich sofort zum Telefon, mache ich auch bei anderen Krankheitsbildern und das ist mir noch nicht passiert, dass dann ein Kollege nicht gesagt hat: „Der Patient kann sofort kommen“. Das kommt nicht vor. Und dann schalte ich mich persönlich ein und das klappt eigentlich immer“

Interview 10 – „da finde ich es hilfreich, wenn man die Fachkollegen kennt und wenn man sein Netzwerk aufrecht erhält und pflegt.“

Interview 10 – „Das sind die Fachkollegen, die hier am Ort sind. Da ist die Auswahl nicht riesig in so einer Kleinstadt und da ist es so, dass man sich kennt.“

Interview 10 – „Aber ich nutze das ganz bewusst.“

Interview 10 – „Wenn ich mich hier mit Namen melde aus dieser Praxis, (...) und ich melde mich mit dem Namen der Praxis, habe ich kein Problem, jemanden unterzubringen.“

Interview 10 – „Die Kollegen wissen auch, dass wir das nicht ausnutzen. Dass wir das wirklich nur in Notfällen machen und dann kriegen wir die Hilfe, die wir brauchen.“

Interview 10 – „Finde ich auch wirklich unverzichtbar.“

iK58 – Psychologische Beratungsstelle vom Gesundheitsamt als alternative Therapieoption (1 Fundstelle)

Interview 1 – „Wir haben noch eine Möglichkeit hier. Das ist vom Gesundheitsamt aus. Die haben eine psychologische Beratungsstelle. Die ist ganz aktiv und wirksam, wo ich auch schon kurzfristig, nicht für eine ganze Therapie, aber für ein Initialgespräch jemanden hinschicken kann.“

iK59 – Kommunikation mit Psychotherapeuten ist das Hauptproblem für die Zusammenarbeit mit ihnen (21 Fundstellen)

Interview 1 – „Dazu kommt, dass die Fachgruppe Ärzte, speziell Hausärzte und Psychotherapeuten, eine ganz schwierige Kommunikation miteinander haben.“

Interview 1 – „Dazu kommt, dass ich von Psychotherapeuten nie eine Nachricht bekomme. (...) Einfach nur wissen, dass jemand in Behandlung ist. Kommt nicht. (...)“

Interview 1 – „Verstecken sich hinter Datenschutz. „Der Patient will das gar nicht.““

Interview 1 – „Kommunikation ist für meine Begriffe die Hauptkrise in der ganzen Geschichte.“

Interview 2 – „ansonsten ist es sehr schwierig, vor allen Dingen die Kommunikation untereinander.“

Interview 2 – „Daran hapert es.“

Interview 2 – „Die schreiben nicht gerne.“

Interview 4 – „Die Psychotherapeuten lassen sich ungern in die Karten gucken, was die Therapieplätze angeht. Kann ich aus deren Sicht verstehen“

Interview 4 – „Mal ein Therapiebericht. Kriege ich übrigens auch von fachärztlichen Kollegen, außer Radiologie, nie. (...) Das ist kein Psychotherapeuten-Problem.“

Interview 4 – „Die Psychotherapeuten haben sich nur am weitesten von uns abgegrenzt. Deswegen gibt es da keine Kommunikation. In der Regel weiß ich nicht, bei welchem

Psychotherapeuten meine Patienten sind und was die gerade machen. Vernetzung gibt es nicht wirklich.“

Interview 4 – „Das System, wie es derzeit aufgeteilt ist, finde ich gar nicht schlecht und auch die Qualität in der Psychotherapie finde ich nicht schlecht, aber die Vernetzung zum hausärztlichen Alltag ist nicht vorhanden.“

Interview 5 – „Da gibt es keine Rückmeldung.“

Interview 5 – „Viele Patienten wollen sich nicht komplett vorm Hausarzt ausziehen. (...) Für mich ist das akzeptabel. Das ist in Ordnung.“

Interview 6 – „Nach meiner kurzen Zeit, ich bin gerade anderthalb Jahre hier in der Praxis, habe ich das Gefühl, dass da wenig kommt.“

Interview 7 – „: Das ist, ich denke da an einen Coaching-Mann, so, dass ich da nur die Rückmeldung über meinen Patienten höre.“

Interview 7 – „Es ist nicht laufende Information. Nur in seltenen Ausnahmefällen, wenn es heißt: „Ich habe den jetzt doch in die Geschlossene geschickt“. Aber sonst nichts. Das ist ein bisschen schade.“

Interview 8 – „Der Informationsfluss ist aber auf Formalismen begrenzt“

Interview 8 – „(...) Das ist in so einem formalisierten Fragebogen erforderlich im Bereich der gesetzlichen Kostenträger. Das ist oft der einzige Weg, insbesondere, wenn der schon vom Psychotherapeuten gestempelt ist, überhaupt zu erfahren, wer denn der Psychotherapeut ist.“

Interview 8 – „Wir bekommen ansonsten keine Reflexion, nur von wenigen Ausnahmen abgesehen.“

Interview 8 – „Inhaltlich erfahren wir besonders selten etwas.“

Interview 8 – „Wir werden zur Vita und zur Reflexion, das ist oft ein erstes Erarbeiten der Situation zwischen Therapeut und Patient, nicht mit Details versorgt.“

iK60 – Psychotherapeuten trauen Hausärzten nichts zu (2 Fundstellen)

Interview 1 – „Die Psychotherapeuten sind sehr selbstbewusst und trauen den Hausärzten grundsätzlich nichts zu“

Interview 1 – „Mokieren sich also über zeitliche Verzögerungen.“

iK61 – Psychotherapeuten bieten keine raschen Sprechstundentermine an (1 Fundstelle)

Interview 1 – „Sind aber nicht bereit, rasche Sprechstunden anzubieten.“

iK62 – Hausärzte bemühen sich um bessere Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten (5 Fundstellen)

Interview 1 – „(...) Wir haben von Seiten der kassenärztlichen Vereinigung gekämpft wie die Löwen. „Leute, gebt uns die Rückkopplung.“ Ist nicht.“

Interview 1 – „(...) Die Zusammenarbeit zwischen den Psychotherapeuten und mir als Hausarzt ist leider miserabel. Trotz intensiver Bemühungen.“

Interview 2 – „Wir arbeiten dran, dass sich das verbessert.“

Interview 2 – „Natürlich auch die Interaktion. Die gehören zur Gruppe der Fachärzte. (...) Das müsste da auch sein. Und das ist nicht. Das ist das A und O.“

Interview 7 – „Muss nicht alleine sein, könnte auch in Zirkeln stattfinden. Es gibt nur ein oder zwei Hände voll Psychotherapeuten und 30, 40, 50 Allgemeinmediziner. Dass man sich mal zusammen setzt und ein Informationsnetz aufbaut. (...)“

iK63 – Patienten haben kein Problem damit, dass Hausarzt Informationen erhält (1 Fundstelle)

Interview 1 – „Ist dummes Zeug. Wenn der bei mir war und holt sich eine Überweisung, hat er nichts dagegen, dass ich erfahre, dass er dort in Behandlung ist.“

iK64 – Es gibt ein schlechtes Verhältnis zwischen Hausärzten und Psychotherapeuten (1 Fundstelle)

Interview 1 – „Aber da gibt es leider Eitelkeiten, Grabenkämpfe, wie man das nennen will. Die Zusammenarbeit zwischen den Psychotherapeuten und mir als Hausarzt ist leider miserabel. Trotz intensiver Bemühungen.“

iK65 – Die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Psychotherapeuten ist wegen Eitelkeiten und Grabenkämpfen schlecht (3 Fundstellen)

Interview 1 – „Aber da gibt es leider Eitelkeiten, Grabenkämpfe, wie man das nennen will. Die Zusammenarbeit zwischen den Psychotherapeuten und mir als Hausarzt ist leider miserabel. Trotz intensiver Bemühungen.“

Interview 4 – „Die Psychotherapeuten haben sich nur am weitesten von uns abgegrenzt. Deswegen gibt es da keine Kommunikation. (...)“

Interview 4 – „Die Psychotherapeuten haben historisch immer eine etwas degradierte Rolle gehabt. Kriegen weniger Honorar und sind nicht bereit, sich dann von uns vereinnahmen zu lassen.“

iK66 – Vereinzelt gibt es gute Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten (2 Fundstellen)

Interview 1 – „Wir hatten ein paar Highlights. Man hat ein paar Kompetenzpartner im Laufe der Zeit, mit denen man vielleicht eine etwas andere Schiene aufbauen kann“

Interview 2 – „Mit psychologischen Psychotherapeuten gibt es in dem Netzwerk wie mit allen, mit denen man zusammenarbeitet, zum Teil gute Zusammenarbeit, wenn man jemanden hat“

iK67 – Die Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten ist schlecht. (2 Fundstellen)

Interview 1 – „aber grundsätzlich ist das ein riesen Manko“

Interview 7 – „Eine bessere Zusammenarbeit mit den Psychiatern. Nicht nur mit der Psychiatrie, sondern mit dem Psychiater, mit dem wir zusammenarbeiten.“

iK68 – Eine bessere Erreichbarkeit der Therapeuten würde Hausärzten den Alltag erleichtern (3 Fundstellen)

Interview 1 – „Eine niederschwelligere Erreichbarkeit, zumindest für eine Indikationsdiskussion. Von mir aus auch für eine diagnostische Diskussion. (...)“

Interview 2 – „Indem die sich genauso verhalten, wie jeder niedergelassene Arzt: telefonisch immer erreichbar. Auch die müssten ein Vorzimmer haben. Mit einem medizinischen Fachangestellten oder irgendeinem, der da vorne ist. Das ist ja alles nicht. Die sind zum Teil alleine, haben gar keine Telefonanlage, nichts. Telefonieren alleine.“

Interview 4 – „Bessere Erreichbarkeit der Psychotherapeuten ist das wichtigste, aber dann sind wir in der Politik.“

iK69 – Eine bessere Kommunikation mit den Therapeuten würde Zeit sparen (1 Fundstelle)

Interview 1 – „Und dass man darüber kommuniziert (...) Wenn man diese Sicherheit hätte, dass noch ein anderer entsprechende Bestärkung reinbringt, dann könnte man die Führung des Patienten wesentlich einfacher machen. Man könnte sich manche zeitlichen und vielleicht auch menschlichen Probleme ersparen.“

iK70 – Kommunikation mit den Therapeuten erleichtert die Patientenführung („2 Fundstellen)

Interview 1 – „Und dass man darüber kommuniziert (...) Wenn man diese Sicherheit hätte, dass noch ein anderer entsprechende Bestärkung reinbringt, dann könnte man die Führung des Patienten wesentlich einfacher machen. Man könnte sich manche zeitlichen und vielleicht auch menschlichen Probleme ersparen.“

Interview 7 – „Ich würde hoffen, dass es möglich ist, kurzfristig, wenn ein Psycho, den ich zur Therapie geschickt habe, kommt und sagt, er hat auf einmal ganz schreckliche Magenschmerzen. (...) Da hätte ich gerne einen kurzen Weg, dass man sagt: „Hier, kann das sein? Ist das gerade da eng?“ Damit man das einordnen kann. Und nicht nur symptomatisch behandeln muss.“

iK71 – Kommunikation würde menschliche Probleme verringern (1 Fundstelle)

Interview 1 – „Und dass man darüber kommuniziert (...) Wenn man diese Sicherheit hätte, dass noch ein anderer entsprechende Bestärkung reinbringt, dann könnte man die Führung des Patienten wesentlich einfacher machen. Man könnte sich manche zeitlichen und vielleicht auch menschlichen Probleme ersparen.“

iK72 – AU-Zeiten durch F-Diagnosen nehmen zu (2 Fundstellen)

Interview 2 – „Zunahme der Arbeitsunfähigkeitszeiten“

Interview 8 – „Ich glaube, dass in diesem Zeitfenster, das ist nur ein subjektiver Eindruck, der Anteil der psychischen Veränderungen, die von klinischer Relevanz sind, weil sie eine Arbeitsunfähigkeit begründen, weil sie eine Therapie nach sich ziehen, weil sie aufwändige Diagnostik mit sich bringen und eine dicke Patientenakte erzeugen, zugenommen hat und eine solche öffentliche Diskussion notwendig macht.“

iK73 – F-Diagnosen verursachen AU (5 Fundstellen)

Interview 2 – „Zunahme der Arbeitsunfähigkeitszeiten“

Interview 2 – „Die Möglichkeiten, über eine längere Zeit krank zu werden, oder auch zu dokumentieren, sind vor allen Dingen psychiatrische Erkrankungen. Wenn Sie sich den Arm abhacken, dann wissen Sie, irgendwann sind Sie rehabilitiert.“

Interview 2 – „Wenn Sie sagen „Ich kann nicht mehr“, Stichwort „Burnout“, kann das kein Mensch nachvollziehen. Aber wenn das vorgetragen wird, dass er damit nicht arbeiten kann, dann ist er arbeitsunfähig.“

Interview 2 – „Das sind Lebenssituationen, die normal sind, aber bei der heutigen Generation als Katastrophe empfunden werden. Häufig wird das als Auslöser benutzt, um wochenlang die Arbeit nicht aufzunehmen.“

Interview 8 – „Ich glaube, dass in diesem Zeitfenster, das ist nur ein subjektiver Eindruck, der Anteil der psychischen Veränderungen, die von klinischer Relevanz sind, weil sie eine Arbeitsunfähigkeit begründen, weil sie eine Therapie nach sich ziehen, weil sie aufwändige Diagnostik mit sich bringen und eine dicke Patientenakte erzeugen, zugenommen hat und eine solche öffentliche Diskussion notwendig macht.“

iK74 – Vertragspsychotherapeuten sollen Psychotherapie machen (2 Fundstellen)

Interview 2 – „1999 kamen in die vertragsärztliche Versorgung die Vertragspsychotherapeuten. Die nichts anderes machen sollten, als die Psychotherapie abdecken, die wir im ärztlichen Teil anscheinend nicht ausreichend erbringen konnten.“

Interview 8 – „Wenn wir an Fachleute aus dem ärztlichen oder psychologischen Bereich delegieren können, tun wir das gerne. Voraussetzung dafür ist die Akzeptanz beim Patienten und dass das System das hergibt.“

iK75 – Es besteht in der Regel keine hausärztliche Überforderung (3 Fundstellen)

Interview 2 – „1999 kamen in die vertragsärztliche Versorgung die Vertragspsychotherapeuten. Die nichts anderes machen sollten, als die Psychotherapie abdecken, die wir im ärztlichen Teil anscheinend nicht ausreichend erbringen konnten.“

Interview 3 – „In aller Regel ja.“

Interview 5 – „Ich sehe das nicht als großes Problem für die Praxis an.“

iK76 – Kritik am Zugang zur Psychotherapie ohne vorherigen Hausarztkontakt (6 Fundstellen)

Interview 2 – „Das hat man später aufgegeben und hat die Möglichkeit eines direkten Zugangs mit der Chipkarte gegeben. Danach kamen immer mehr Menschen, die psychisch krank waren.“

Interview 2 – „Und das ist es, was in den letzten Jahren, hier vorwiegend zunimmt. Der Zugang zu dem Psychotherapeuten ist einfach geworden. Sie brauchen keinen mehr fragen.“

Interview 2 – „Sie nehmen Ihre Chipkarte und gehen nicht zum Psychiater, sondern zu einem Psychotherapeuten, der noch nicht mal Arzt ist, der dann aber schon mal behandelt.“

Interview 2 – Heute ist der Wunsch „Ich geh zu einem Psychotherapeuten“. Das heißt, man fängt mit der Therapie an. Obwohl man meistens nicht mal die Diagnose hat.“

Interview 2 – „Aber durch den freien Zugang mit der Chipkarte zum Therapeuten ist das in den letzten Jahren stark verwässert worden.“

Interview 5 – „Der ICD-10-Code „F“ kann eine schwerste Depression bedeuten, diese Patienten landen, da es dieses Überweisungssystem nicht mehr gibt, häufig gar nicht bei uns, sondern sind beim Neurologen und Psychiater in Behandlung“

iK77 - Überschätzte Entwicklung von F-Diagnosen durch leichteren Zugang zum Psychotherapeuten (3 Fundstellen)

Interview 2 – „Das hat man später aufgegeben und hat die Möglichkeit eines direkten Zugangs mit der Chipkarte gegeben. Danach kamen immer mehr Menschen, die psychisch krank waren.“

Interview 2 – „Und das ist es, was in den letzten Jahren, hier vorwiegend zunimmt. Der Zugang zu dem Psychotherapeuten ist einfach geworden. Sie brauchen keinen mehr fragen.“

Interview 2 – „Man hat die Möglichkeit. „Mit der Chipkarte gehe ich zum Psychotherapeuten. Ich brauche das. Ist schön da jemanden zu haben, der zuhört. Und das kostet nichts“. (...“

iK78 – F-Diagnosen sind Folge von Arbeitslosigkeit (2 Fundstellen)

Interview 2 – „Dann kamen, wir sitzen im Kölner Norden, umgeben von Industrie, die Zeiten zunehmender Arbeitslosigkeit, Hartz IV. Das Arbeitsamt und das Sozialamt wurden umgewichtet in „Arge“ und in „Agentur für Arbeit“ Es gab immer mehr Langzeitarbeitslose.“

Interview 2 – „Aber das ist es, was diese Schleimspur der Arbeitslosigkeit hinter sich lässt. Das ist halt so. Wenn sich die Bundesregierung da drüber mal Gedanken machen würde, wäre es anders. Aber macht ja keiner.“

iK79 – F-Diagnosen sind Folge zunehmender Stressfaktoren (3 Fundstellen)

Interview 2 – „Es gab immer mehr Stressfaktoren.“

Interview 4 – „Die stressassoziierten Sachen, also die funktionellen Beschwerden und auch die Erschöpfungsdepressionen nehmen klar zu. Ich habe hier viele kleine Angestellte, die nicht die berufliche Freiheit haben, mit einem Schnitt etwas zu verändern. Das nimmt deutlich zu. Das ist ganz klar.“

Interview 6 – „Ich weiß nicht, ob das mit der Schnellebigkeit der Menschheit zu tun hat, mit den Einflüssen von außen, aber ich habe das Gefühl, dass diese Erkrankungsbilder zunehmend in Allgemeinmedizinerpraxen auftreten (...).“

iK80 – Rehabilitation von F-Diagnosen ist uneindeutig (3 Fundstellen)

Interview 2 – „Die Möglichkeiten, über eine längere Zeit krank zu werden, oder auch zu dokumentieren, sind vor allen Dingen psychiatrische Erkrankungen. Wenn Sie sich den Arm abhacken, dann wissen Sie, irgendwann sind Sie rehabilitiert.“

Interview 4 – „Sehr schwer zu definieren, wann jemand geheilt ist. Die psychischen Erkrankungen, die kann man therapieren, normalisieren, aber verschwindet das wirklich ganz?“

Interview 4 – „Da ist immer noch der genetische Aspekt, oder auch der Umgebungs- und familiäre Aspekt, der wohl wichtiger ist, als die Akuttherapie. Und deswegen, die Diagnose komplett zu streichen, halte ich für gefährlich.“

iK81 – F-Diagnosen sind therapiebedürftig (2 Fundstellen)

Interview 2 – „Alles das ist schwer nachzuweisen. Erfordert aber eine Therapie.“

Interview 4 – „(...)auch auf Kosten der Allgemeinheit behandlungsbedürftig ist?“

iK82 – F-Diagnosen sind schwer nachweisbar (1 Fundstelle)

Interview 2 – „Alles das ist schwer nachzuweisen. Erfordert aber eine Therapie.“

iK83 – Teils ist jahrelange Psychotherapie notwendig (2 Fundstellen)

Interview 2 – „(...) Also muss er eine bestimmte Psychotherapie haben und die Psychotherapie zieht sich über Jahre hin.“

Interview 9 – „(...) Unter Umständen auch über längere Zeit, z.B. mehrere Jahre.“

iK84 – Hausärzte haben Erfahrung mit psychisch kranken Patienten (5 Fundstellen)

Interview 2 – „Wir als Hausärzte gehen schon ewig damit um.“

Interview 2 – „Das heißt, Sie müssen sich qualifizieren, damit Sie dafür Geld bekommen, was Sie schon immer gemacht haben. Das hat viele Konflikte hervorgebracht“

Interview 2 – „(...) Das ist eine Erfahrung, die man im Laufe seiner ärztlichen Tätigkeit erlernt, oder man erlernt sie nicht.“

Interview 2 – „Der Hausarzt ist einer, der sich in diese Richtung weiterentwickelt und deswegen ist es auch wichtig, dass man bevor man in den hausärztlichen Teil hineinkommt, die Erfahrung macht.“

Interview 3 – „Weil Sie haben als Hausarzt auch Erfahrung.“

iK85 – Teils findet Psychotherapie ohne ärztliche Diagnosestellung statt (4 Fundstellen)

Interview 2 – „Heute ist der Wunsch „Ich geh zu einem Psychotherapeuten“. Das heißt, man fängt mit der Therapie an. Obwohl man meistens nicht mal die Diagnose hat.“

Interview 2 – „Sie waren schon beim psychologischen Psychotherapeuten, wegen irgendwas, was keiner weiß, denn eine Diagnose gibt es noch gar nicht.“

Interview 2 – „Dann fangen wir an und reden mit den Patienten. Was er will. Was hat er denn? Wer hat ihn untersucht? Welche Diagnose steckt dahinter?“

Interview 2 – „Weiß er alles gar nicht. Er wird nur behandelt und belatschert.“

iK86 – Erst für eine Langzeittherapie muss ein Arzt involviert werden (2 Fundstellen)

Interview 2 – „Das wird erst später aufgefangen, wenn eine genehmigungspflichtige Langzeitbehandlung notwendig ist. Da muss der Psychologe, der als Psychotherapeut in dem System ist, uns als Ärzte fragen: „Ist das überhaupt richtig? Ist das eine gute Indikation? Ist das eine Kontraindikation? Darf der überhaupt behandelt werden?“. Zu diesem Zeitpunkt kann er schon einige Wochen in Therapie sein.“

Interview 2 – „Der hat seine probatorische Sitzung gemacht und will jetzt eine Langzeitbehandlung beantragen. Dazu brauch er von uns einen Konsiliarbericht.“

iK87 – Hausärzte bekommen für die Behandlung psychiatrisch erkrankter Patienten nur Geld, wenn sie die psychosomatische Grundversorgung absolviert haben (7 Fundstellen)

Interview 2 – „Dazu kommt, dass die Hausärzte dafür nicht bezahlt werden, was sie früher gemacht haben, weil diese psychotherapeutische Behandlung über die Weiterbildung dann reglementiert worden ist und nur der, der eine bestimmte Ausbildung hat, die „Psychosomatische Grundversorgung“, oder die „Psychotherapie“, die wird extra bezahlt im neuen EBM.“

Interview 2 – „Das heißt, Sie müssen sich qualifizieren, damit Sie dafür Geld bekommen, was Sie schon immer gemacht haben. Das hat viele Konflikte hervorgebracht“

Interview 2 – „Stellen Sie sich vor, Sie haben einen zwanzigjährigen Facharzt für Allgemeinmedizin, der seine Patienten immer schon behandelt hat und ab morgen darf er das zwar weiter machen, aber er kriegt dafür kein Geld mehr, was er vorher bekommen hat.“

Interview 2 – „Und das ist die Situation, die in den Bundesverhandlungen zwischen den Spitzenverbänden der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Spitzenverbänden der Krankenkassen rausgekommen ist. Das ist nicht immer alles gut, aber damit leben wir.“

Interview 2 – „allerdings können Sie das nur abrechnen, wenn sie die ganzen Lehrgänge für „Psychosomatische Grundversorgung“ gemacht haben.“

Interview 2 – „Wenn wir dann ein wiederholtes Zusammentreffen zwischen uns eintragen, können Sie die 9999 eintragen. Das ist der „Arzt-Patienten-Kontrakt ohne abrechenbare Leistung“. Das heißt, wir haben Patienten, die wir eine Stunde beschäftigen und wir kriegen keinen Pfennig mehr dafür.“

Interview 5 – „weil es sowohl von der Bezahlung, als auch von dem zeitlichen Aufwand her schwierig ist, die Patienten an die entsprechenden Fachkollegen weiterzuleiten. Darin sehe ich meine Aufgabe.“

iK88 – Psychosomatische Grundausbildung ist zu umständlich zu erreichen (2 Fundstellen)

Interview 2 – „wahrscheinlich ist das auch ein Fehler in der Weiterbildung, dass man das nicht deklariert, dass jeder Hausarzt, in seiner Weiterbildung als Facharzt für Allgemeinmedizin die Psychotherapie mitabdeckt und das gleich mitmachen kann. Dann hätten wir damit keine Probleme. Aber das ist nicht gemacht worden.“

Interview 2 – „Und das haben viele Kollegen nicht, weil das dauert und man hat viel anderes zu tun.“

iK89 – Den Umgang mit persönlichen emotionalen Belastungen muss man als Hausarzt lernen (4 Fundstellen)

Interview 2 – „Das muss man als Arzt immer lernen. (...)"

Interview 5 - „Da haben wir, zumindest ich in meiner Ausbildung, eine strukturierte Ausbildung durchlaufen. Ich habe früh gelernt, damit umzugehen.“

Interview 6 – „Ich glaube, das hat was mit Erfahrung zu tun, dass man, je nachdem wie lange man in so einem Job ist, lernt, damit besser umzugehen.“

Interview 6 – „In meinen ersten ein, zwei Jahren, die ich im Krankenhaus war, war es etwas bedrückender, sich mit solchen Patienten zu beschäftigen.“

iK90 – Hausärzte zeichnen sich durch ausgewogenes Verhältnis aus Distanz und Empathie aus (2 Fundstellen)

Interview 2 – „Ich denke, das ist ein Qualitätsmerkmal eines guten Hausarztes, dass er soviel Distanz und soviel Empathie mitbekommt, dass er dem Patienten das Gefühl vermittelt, er fühlt sich geborgen und verstanden, aber dass man nicht losheult, nur weil ein Patient stirbt, den man behandelt hat.“

Interview 9 – „Man will ja auch mitfühlender Arzt sein und nicht nur ein Arzt, der was feststellt und dann sagt: „Tschüss“.“

iK91 – Hausärzte begleiten Patienten bis zum Lebensende (1 Fundstelle)

Interview 2 – „(...) Während bei uns - am Ende des Lebens ist der Tod und bis dahin behandeln wir diesen Patienten und betreuen ihn und begleiten ihn.“

iK92 – Andere Fachärzte können nicht einfach hausärztlich arbeiten (1 Fundstelle)

Interview 2 – „Es reicht nicht aus, wenn einer eine Facharztausbildung als Chirurg macht und sich dann am Ende entscheidet: „Och, ich habe die Möglichkeit Hausarzt zu werden“. Das geht nicht. Ist nicht vorgesehen. Würde auch nicht zugelassen werden.“

iK93 – Hausärzte sollten ihre Weiterbildungszeit nutzen, um die Herausforderungen im Umgang mit psychisch erkrankten Patienten zu erproben (1 Fundstelle)

Interview 2 – „Da kann man sehen, wie wichtig es ist, dass man einen Großteil seiner Weiterbildungszeit in dem Milieu verbringt, wo man, testen kann, ob man bei jedem Patienten, der trotz der guten Behandlung, krank geworden ist und stirbt.“

iK94 – Psychosoziale Störungen im Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz sind häufig (3 Fundstellen)

Interview 2 – „(...) Und „Psychosoziale Störung im Zusammenhang mit dem Arbeitsplatz“. Das kommt häufig vor.“

Interview 6 – „Viele psychosomatische Belastungsstörungen, wo man das Gefühl hat, dass die Patienten in ihrer sozialen Umgebung Probleme haben - ob familiär, ob im Job - und damit nicht klarkommen und dann hier auflaufen und kurz davor sind, vor die Wand zu laufen.“

Interview 8 – „(...) Der Druck in der Berufswelt scheint jedes Jahr mit einer e-Funktion zuzunehmen. Die Ressource Mensch wird immer weiter in den Schraubstock genommen und das ist etwas, was nicht jedes Individuum gleichermaßen gut toleriert.“

iK95 - Psychosoziale Störungen im Zusammenhang mit dem sozialen Umfeld (2 Fundstellen)

Interview 2 – „In letzter Zeit, „Hartz IV“, gibt es sehr häufig die „psychosoziale Störung im Zusammenhang mit dem sozialen Umfeld“. Das ist eine F-Diagnose. (...)“

Interview 6 – „Viele psychosomatische Belastungsstörungen, wo man das Gefühl hat, dass die Patienten in ihrer sozialen Umgebung Probleme haben (...) und damit nicht klar kommen und dann hier auflaufen und kurz davor sind, vor die Wand zu laufen.“

iK96 – Schizophrenien sind häufig (1 Fundstelle)

Interview 2 – „Andere Diagnosen sind eher neurologischer Art, Schizophrenie.“

iK97 – Medikamentöser Therapieansatz ist bei einzelnen Erkrankungen sinnvoll (4 Fundstellen)

Interview 2 – „Das sind klinische Diagnosen, die etwas bewirken können mit Medikamenten, mit einer guten Therapie“

Interview 4 – „Verordnung der Psychopharmaka. Ich habe einige Abhängige und auch Leute mit ausgeprägten Psychosen, die brauchen es, (...)“

Interview 9 – „Nehme an, es ist eine endogene Depression: die Patienten brauchen Medikamente. Die kommen nicht mit der Psychotherapie aus. Weil die über das ärztliche Wort oder psychotherapeutische Gespräch, nicht zu erreichen sind. Die brauchen dann für eine gewisse Zeit Antidepressiva.“

Interview 9 – „Bei den Angst- und Panikstörungen ist das schwierig. Die werden häufig medikamentös behandelt, aber auch verhaltenstherapeutisch. (...)“

iK98 – Bei gravierenden psychiatrischen Erkrankungen sollten Psychiater/ Psychotherapeuten involviert werden (5 Fundstellen)

Interview 2 – „Das sind klinische Diagnosen, die etwas bewirken können mit Medikamenten, mit einer guten Therapie“

Interview 2 – „Wenn es darauf hinausläuft, dass wir sehen, da ist nichts zu machen, der muss lange in Therapie, dann versuchen wir umgehend einen Neurologen oder Psychiater zu involvieren.“

Interview 2 – „Wir fangen dann an und sagen: „So geht es nicht“ und versuchen ihn dann erst mal in eine ärztliche Psychotherapie zu bekommen, oder nicht eine Therapie, zumindest ein

Psychiater muss ihn gesehen haben. Und sagen „Hier geht es um eine F-Diagnose und der muss so und so behandelt werden“.“

Interview 5 – „Wir versuchen, zu identifizieren, welche Patienten mehr strukturierte neurologisch-psychiatrische Hilfe brauchen. Das kriegen wir nach einigen Gesprächen raus, wenn die häufiger kommen.“

Interview 10 – „Lege aber den Patienten dann gleichzeitig nahe, sich einen Psychotherapieplatz zu suchen.“

iK99 – F-Diagnosen sind Hilferufe (1 Fundstelle)

Interview 2 – „und das andere sind Hilferufe: „Ich komme nicht weiter am Arbeitsplatz.“, „Mein Freund hat mich beleidigt.“, „Ich bin ungewollt schwanger geworden.““

iK100 – F-Diagnosen sind teils Missempfindungen normaler Situationen (4 Fundstellen)

Interview 2 – „Das sind Lebenssituationen, die normal sind, aber bei der heutigen Generation als Katastrophe empfunden werden. Häufig wird das als Auslöser benutzt, um wochenlang die Arbeit nicht aufzunehmen.“

Interview 2 – „Die sind nicht krank. Theoretische könnten sie wieder hingehen. Wenn sie so stabil in ihrem Selbstbewusstsein wären, aber das sind sie nicht.“

Interview 3 – „ich erlebe bei sehr vielen jungen Leuten, die haben gerade mal ein Kind, sind zu Hause, sind wohl eingebettet in die Gesellschaft und jammern ohne Ende. (...“

Interview 5 – „Dann haben Sie auch ein somatoformes Geschehen, weil dann sagen die: „Jetzt bin ich krank und das geht gar nicht mehr und mir geht es so schlecht damit“.“

iK101 – Persönliche Bewertung einer Situation kann zu F-Diagnose führen (1 Fundstelle)

Interview 5 – „Dann haben Sie auch ein somatoformes Geschehen, weil dann sagen die: „Jetzt bin ich krank und das geht gar nicht mehr und mir geht es so schlecht damit“.“

iK102 – F-Diagnosen führen zu Arbeitslosigkeit und Berentung (1 Fundstelle)

Interview 2 – „Und je länger sie dann die Arbeit nicht aufnehmen, umso stärker manifestiert sich das Ganze. Es gibt soziale Karrieren, die in die Arbeitslosigkeit und die Dauerberentung führen.“

iK103 – F-Diagnosen kosten die Gesellschaft viel Geld (5 Fundstellen)

Interview 2 – „Hat viel Geld gekostet, die Krankenkasse.“

Interview 2 – „Die Allgemeinheit kostet das viel Geld.“

Interview 4 – „auch auf Kosten der Allgemeinheit behandlungsbedürftig ist?“

Interview 8 – „Auch unter dem Kostenaspekt. Denn natürlich ist es sinnvoll im Falle nicht-somatischer Diagnosen eine somatische Diagnostik auf ein Minimum zu beschränken. Man will dem Patienten Zeit und Eingriffe ersparen, aber auch dem Medizinsystem Kosten.“

Interview 8 – „Da ist der Zeitaufwand und der Kostenaufwand nicht nur für die Leistungserbringer sondern auch für die Patienten hoch und nimmt zu.“

iK104 – Regierung sollte sich Gedanken zur Arbeitslosigkeit machen (1 Fundstelle)

Interview 2 – „Aber das ist es, was diese Schleimspur der Arbeitslosigkeit hinter sich lässt. Das ist halt so. Wenn sich die Bundesregierung da drüber mal Gedanken machen würde, wäre es anders. Aber macht ja keiner.“

iK105 – F-Diagnosen halten in Konfliktsituationen einige Zeit an (1 Fundstelle)

Interview 2 – „(...) oder es sind Akutdiagnosen, die mal zwei, drei Wochen oder vier Wochen, oder sechs Wochen dauern, wo es Konflikte mit dem Arbeitsplatz gibt, aber schon der nächste Arbeitsplatz anvisiert ist. (...)“

iK106 – F-Diagnosen sind Akutdiagnosen, die sich wiederholen (3 Fundstellen)

Interview 2 – „Es sind in der Regel keine Dauerdiagnosen, sondern Akutdiagnosen, die sich Quartal für Quartal wiederholen, (...)“

Interview 6 – „Was bei den Menschen los ist und ob nicht von heute auf morgen wieder so eine Situation entstehen kann, die im Grunde wieder genau das gleiche Bild mit sich bringt.“

Interview 9 – „Bei Depressionen ist es sehr selten, dass die da ganz rauskommen. Es gibt aber immer wieder depressionsfreie Intervalle.“

iK107 – F-Diagnosen sind keine Dauerdiagnosen (2 Fundstellen)

Interview 2 – „Es sind in der Regel keine Dauerdiagnosen, sondern Akutdiagnosen, die sich Quartal für Quartal wiederholen, oder es sind Akutdiagnosen, die mal zwei, drei Wochen oder vier Wochen, oder sechs Wochen dauern, (...)“

Interview 9 – „Bei Schlafstörungen, die sind oft saisonal, oder nur episodisch und nicht permanent.“

iK108 – Psychotherapeuten dienen als einfache kostenfreie Gesprächspartner (1 Fundstelle)

Interview 2 – „Man hat die Möglichkeit. „Mit der Chipkarte gehe ich zum Psychotherapeuten. Ich brauche das. Ist schön da jemanden zu haben, der zuhört. Und das kostet nichts“.. Jedenfalls, den Patienten kostet das nichts.“

iK109 – Die direkte Zugangsmöglichkeit zum Psychotherapeuten kostet viel Geld (1 Fundstelle)

Interview 2 – „Die Allgemeinheit kostet das viel Geld.“

iK110 – Hausärztliche Therapie beruht auf Motivation der Patienten (9 Fundstellen)

Interview 2 – „Wir versuchen immer rauszufinden, ihn zu motivieren, was er selber tun kann.“

Interview 2 – „Wenn es beim Arbeitsplatz nicht funktioniert fragen wir, ob er sich bei seinem Gewerkschaftler. Er hat ja Möglichkeiten im Betrieb sich zu wehren. Da versuchen wir ihn zu motivieren.“

Interview 2 – „Dann kitzeln wir auch, dass er nicht einfach sagt: „Ich komm da nicht klar, ich brauche eine Krankmeldung“. Sondern, der wird hart rangenommen.“

Interview 2 – „Wenn einer hier ankommt und sagt „Ich kann nicht mehr“ und „Meine Frau hat mich betrogen“ oder „Mein Mann ist weggelaufen“. Wenn er dann hier heulend in der Ecke liegt, dann werden wir dafür sorgen, ihm zu sagen: „Das ist kein Wunder“. Wenn einer so rumheult, dann wird er garantiert nicht mehr so attraktiv sein für den Partner, denn dann fühlt der sich bestätigt. „Guck doch an die Heulsuse. Jetzt ist er auch noch krank. Gott sei Dank, hab ich den abgeschossen“.“

Interview 2 – „Wir versuchen ihn zu motivieren, um ihm sein Selbstbewusstsein zurückzugeben und dass er sich attraktiv macht, damit der Partner, der ihn verlassen hat, sieht, was er für einen Verlust hat.“

Interview 2 – „Denn häufig ist das Gegenteil der Fall. Die sollen ihn motivieren: „Geh hin! Wehre dich!“ und nicht: „Haue ab. Ducke dich!“, sondern genau das Gegenteil.“

Interview 3 – „ich erlebe bei sehr vielen jungen Leuten, die haben gerade mal ein Kind, sind zu Hause, sind wohl eingebettet in die Gesellschaft und jammern ohne Ende. Dann nehme ich mir auch die Freiheit zu sagen: „So, jetzt versuchen Sie Ihre Situation mal von oben zu sehen. Gucken Sie mal da drauf. Was stimmt denn nicht?““

Interview 4 – „Gerade bei den Depressiven ist das eine Dynamik, die man ausstrahlt, die positiv wahrgenommen wird.“

Interview 6 – „Und Hilfestellungen erfragen, die wir irgendwie versuchen ihnen zu geben.“

iK111 – Eine zeitnahe Psychotherapie ist oft nicht notwendig (1 Fundstelle)

Interview 2 – „Ist in meinen Augen auch nicht notwendig.“

iK112 – Vorzeitige F-Diagnose stigmatisiert den Patienten (3 Fundstellen)

Interview 2 – „Wenn man ihn zu früh auf diese Diagnose einschwört, ist er stigmatisiert.“

Interview 8 – „Das ist aber etwas, was als Karteileiche, oder als Stigma den Patienten in der EDV oft länger erhalten bleibt, als es klinisch apparent ist.“

Interview 10 – „Je nach dem, was es für eine Diagnose ist, denke ich darüber nach, ob ich ihn damit stigmatisiere; wenn es eine ganz gravierende F-Diagnose ist. Das möchte ich möglichst vermeiden.“

iK113 – Hausarzt bespricht mit Patienten was F-Diagnosen in der Partnerschaft anrichten (1 Fundstelle)

Interview 2 – „Auch das besprechen wir mit denen, was sie damit anrichten auch in der Partnerschaft.“

iK114 – Ein psychischer Zusammenbruch ist unattraktiv (1 Fundstelle)

Interview 2 – „(...) Wenn einer so rumheult, dann wird er garantiert nicht mehr so attraktiv sein für den Partner, denn dann fühlt der sich bestätigt. „Guck doch an die Heulsuse. Jetzt ist er auch noch krank. Gott sei Dank, hab ich den abgeschossen“.“

iK115 – Der Therapieansatz ist abhängig von der Art der F-Diagnose (10 Fundstellen)

Interview 2 – „Kommt drauf an, ob es wirklich einer Verhaltensstörung ist.“

Interview 5 – „Das Problem ist, dass das ein weites Feld ist. Dass man kaum regelhaft was daraus ableiten kann“

Interview 6 – „Es ist so, dass wir, abhängig von der entsprechenden Störung, den Patienten raten, das auch fachärztlicherseits abklären zu lassen und sich da Hilfe zu holen.“

Interview 8 – „Es ist wichtig eine tragfähige Diagnose vor sich zu sehen und dann soll eine Diagnose auch die Reflexion einer therapeutischen Strategie mit sich führen.“

Interview 8 – „Manche Psychotherapien setzen tiefenpsychologisch an, andere verhaltenstherapeutisch, begleitend, konfrontativ.“

Interview 9 – „Das ist verschieden, je nachdem was für eine Störung es ist.“

Interview 9 – „Nehme an, es ist eine endogene Depression: die Patienten brauchen Medikamente. Die kommen nicht mit der Psychotherapie aus. Weil die über das ärztliche Wort oder psychotherapeutische Gespräch, nicht zu erreichen sind. Die brauchen dann für eine gewisse Zeit Antidepressiva.“

Interview 9 – „Bei Burnout-Patienten ist es so, dass die das nicht brauchen, manchmal für eine gewisse Übergangszeit. Aber dann nicht mehr als sechs Wochen bis drei Monaten. Dann brauchen sie aufbauende psychotherapeutische Gespräche, vielleicht auch eine Herausnahme aus dem bisherigen Job, vielleicht einen Arbeitsplatzwechsel oder eine innerbetriebliche Umsetzung oder Rausnahme aus der Schichtarbeit.“

Interview 9 – „Bei den Angst- und Panikstörungen ist das schwierig. Die werden häufig medikamentös behandelt, aber auch verhaltenstherapeutisch. (...)“

Interview 10 – „Lege aber den Patienten dann gleichzeitig nahe, sich einen Psychotherapieplatz zu suchen.“

iK116 – Bei echten F-Diagnosen sollte immer eine (fach-)ärztliche Diagnosestellung erfolgen (5 Fundstellen)

Interview 2 – „Aber wenn einer kommt, der sich geritzt hat. Oder wir haben auch richtige klassische Schizophrenien, schizoide Psychosen. Wir versuchen immer entweder selber oder sofort eine psychiatrische oder neurologische Diagnose herzustellen.“

Interview 2 – „Wir fangen dann an und sagen: „So geht es nicht“ und versuchen ihn dann erst mal in eine ärztliche Psychotherapie zu bekommen, oder nicht eine Therapie, zumindest ein Psychiater muss ihn gesehen haben. Und sagen „Hier geht es um eine F-Diagnose und der muss so und so behandelt werden“.“

Interview 3 – „Dann werde ich diese F-Diagnose erst mal als „Verdacht auf“ stehen lassen. Und mir die Hilfe von Neurologen, Psychiatern, Psychotherapeuten geben.“

Interview 3 – „Mich gegebenenfalls mit den neurologischen oder psychotherapeutischen Kollegen kurzschließen.“

Interview 8 – „Ansonsten überlasse ich fundierte psychiatrische Diagnosen gern dem, dann einzubindenden, wenn der Patient es zulässt, Psychiater und dokumentiere die dann erst in der ICD-Codierung hier, wenn die uns fachpsychiatrisch in einem Behandlungsbericht erreicht haben.“

iK117 – Eine F-Diagnose kann nicht immer sofort gestellt werden (4 Fundstellen)

Interview 2 – „Das ist aber nicht immer der Fall.“

Interview 3 – „Beim ersten Kontakt? Würde ich das nicht tun. Es sei denn bei Patienten, die aus dieser Situation kommen. Die von der Uniklinik überwiesen werden. Die schon Diagnostik hinter sich haben. Da übernehme ich die Diagnose nach dem Gespräch mit dem Patienten. Das gleiche gilt, wenn im Seniorenheim eine entsprechende Diagnostik vorliegt. Würde ich in aller Regel nach dem Erstgespräch, einer Erstuntersuchung, die Diagnose nehmen.“

Interview 3 – „Wenn ich einen Patienten habe, der mit allgemeinen Klagen über Angststörungen, Schlafstörungen kommt, kann ich keine F-Diagnose stellen. Den muss ich erst kennen lernen.“

Interview 10 – „Beim Erstkontakt versuche ich die Patienten zu explorieren.“

iK118 – Patienten treten erst in Kontakt zu Hausarzt, um Konsiliarbericht für Therapeuten abzuholen (2 Fundstellen)

Interview 2 - Der Haken ist, Patienten kommen zu uns gar nicht, weil sie krank sind, sondern sie wollen von uns einen Konsiliarbericht haben.“

Interview 2 – „Sodass die Patienten nur mit dem Wunsch kommen: „Ich brauche einen Zettel, damit der Therapeut eine Langzeithandlung von der Krankenkasse bewilligt kriegt“. Und das lassen wir nicht zu. Dann gibt es auch mal Knatsch, aber das ist egal.“

iK119 – Psychotherapeuten behandeln Patienten teils, ohne zu wissen woran diese leiden (2 Fundstellen)

Interview 2 – „Weiß er alles gar nicht. Er wird nur behandelt und belatschert.“

Interview 2 – „Nur wenn ein Patient aufgrund von irgendeiner Diagnose, die man nicht kennt, bei einem psychologischen Psychotherapeuten ist und deswegen glaubt, krank zu sein, braucht er eine Arbeitsunfähigkeit. Da muss er zu uns kommen.“

iK120 – Psychisch kranke Patienten sollten psychiatrisch angebunden werden (2 Fundstellen)

Interview 2 – „er muss entweder mit Medikamenten oder mit einer Psychotherapie oder mit beidem behandelt werden.“

Interview 10 – „Nur wenn ich das Gefühl hätte, das ist eine psychiatrische Erkrankung, versuche ich die Patienten an die psychiatrische Praxis hier anzubinden.“

iK121 – Ein psychiatrischer Notfall zerstört den Praxisalltag (1 Fundstelle)

Interview 2 – „Wir haben psychiatrische Notfälle, die uns die Praxis richtig kaputt machen. Wenn Sie morgens um halb zehn hier reinkommen, die Buden sind voll und dann kommt einer, der seelisch zusammenbricht“

iK122 – Hausarzt weiß nicht, was er bei akutem Zusammenbruch eines Patienten tun soll (1 Fundstelle)

Interview 2 – „was sollen wir da machen?“

iK123 – Hausarzt muss bei psychiatrischem Notfall nach Eigengefährdung fragen (3 Fundstellen)

Interview 2 – „Da ist die Frage: „Ist er suizidgefährdet oder nicht?“.“

Interview 2 – „Die Frage ist „Ist er suizidgefährdet?“. „Randaliert er rum?““

Interview 6 – „Muss man natürlich auch fragen. (...) man muss die Patienten wirklich fragen: „Wollen Sie sich was antun?“. (...)“

iK124 – Der Hausarzt kann beim psychiatrischen Notfall akut medikamentös behandeln (5 Fundstellen)

Interview 2 – „Wir haben Möglichkeiten ihn akut mit Medikamenten zu behandeln,“

Interview 2 – „Wir können den dahin setzen und beruhigen wir können ihm Infusionen, wir können beruhigende Injektionen oder sonst irgendwas geben. Und können dann, wenn er in aller Ruhe am Tropf hängt, die notwendige Therapie einleiten.“

Interview 3 – „Wenn Sie nachts angerufen werden und da randaliert jemand im Seniorenheim oder kann nicht schlafen, da kann man kurzfristig ein Sedativum geben, aber in aller Regel schicke ich die in die Klinik.“

Interview 7 – „Agitierte Menschen, aggressive Menschen muss man notfalls ruhigstellen.“

Interview 8 – „(...) oder eine Intervention erforderlich wird, die nicht die stationäre Einweisung notwendig macht, aber dann eine in der Regel pharmakologische Therapieentscheidung von unserer Seite. Diese beiden Dinge sind mir prägend, was den psychiatrischen Notfall angeht.“

iK125 – Hausarzt muss Patienten im Notfall beruhigen (3 Fundstellen)

Interview 2 – „ihn zu beruhigen“

Interview 2 – „Wir können den dahin setzen und beruhigen (...).“

Interview 7 – „Agitierte Menschen, aggressive Menschen muss man notfalls ruhigstellen.“

iK126 – Der Hausarzt kann im Notfall das Umfeld des Patienten mit involvieren (2 Fundstellen)

Interview 2 – „und der Vorteil der hausärztlichen Tätigkeit ist, dass wir das soziale und persönliche Umfeld kennen. Also wir haben jemanden, der mit dabei ist oder wir können den anrufen und gucken.“

Interview 3 – „Genauso gilt das für schwerst kranke Patienten in dieser Tagesklinik. Das ist keine Tagesklinik, das ist „Beschütztes Wohnen“. Da werde ich Rücksprache mit den betreuenden Therapeuten nehmen und wenn der sagt: „Ne“, dann sofort in die Klinik.“

iK127 – Der Hausarzt hat den Vorteil, das Umfeld der Patienten zu kennen (3 Fundstellen)

Interview 2 – „und der Vorteil der hausärztlichen Tätigkeit ist, dass wir das soziale und persönliche Umfeld kennen. (...).“

Interview 4 – „Dadurch, dass ich in Buchheim seit 1999 niedergelassen bin, habe ich Augen und Ohren überall. Da kriegt man sehr viel mit. Ich sage immer im Scherz, so mancher Patient findet es ganz gut, wenn er sich beobachtet vorkommt.“

Interview 5 – „und da gehören bei „sozial“ die Lebensumstände dazu. Ich muss wissen, wo ich die Praxis habe.“

iK128 – Der Hausarzt muss im psychiatrischen Notfall handeln (3 Fundstellen)

Interview 2 – „Wir können den dahin setzen und beruhigen wir können ihm Infusionen, wir können beruhigende Injektionen oder sonst irgendwas geben. Und können dann, wenn er in aller Ruhe am Tropf hängt, die notwendige Therapie einleiten.“

Interview 6 – „Ich hatte letztes ein spannendes Beispiel von einer jungen Patientin, die zu mir kam und die in der Psychiatrie angerufen hat und da gesagt hat: „Ich will mir was antun“ und die Ärztin auf der anderen Seite hat nichts gemacht. (...)“

Interview 8 – „(...)oder eine Intervention erforderlich wird, die nicht die stationäre Einweisung notwendig macht, aber dann eine in der Regel pharmakologische Therapieentscheidung von unserer Seite. Diese beiden Dinge sind mir prägend, was den psychiatrischen Notfall angeht.“

iK129 – Hausarzt muss bei psychiatrischem Notfall nach Fremdgefährdung fragen (1 Fundstelle)

Interview 2 – „Die Frage ist „Ist er suizidgefährdet?“. „Randaliert er rum?““

iK130 – Im Extremfall braucht man bei psychiatrischem Notfall ein PsychKG (11 Fundstellen)

Interview 2 – „Das Extrem wäre ein PsychKG. Dann würden wir die Feuerwehr anrufen. Basta. Dafür können wir nicht stundenlang rumsitzen. Dann holen wir die Feuerwehr.“

Interview 2 – „Das ist hier in Köln, in der Stadt, anders als auf dem Lande. In der Walachei. Hier ist das einfach. 112, dann kommt von hier vorne von der Scheibenstraße die Feuerwehr. Dann sprechen wir mit denen und dann sind wir den los.“

Interview 2 – „Aber das kommt sehr selten vor.“

Interview 2 – „Selbst bei großen schizoiden Psychosen, die wir haben. Das sind Patienten, die kennen wir“

Interview 5 – „Das eine ist die akute Suizidalität, bei der wir uns bemühen, den Patienten davon zu überzeugen, umgehend ohne Zwangseinweisung, weil das ein riesen Problem ist, in die Klinik zu gehen. Wir schaffen es meistens, dass er sich da vorstellt und sich abholen lässt vom Krankenwagen.“

Interview 6 – „(...) man muss die Patienten wirklich fragen: „Wollen Sie sich was antun?“. Wenn dann eine Äußerung kommt, muss einem klar sein, dass man die Patienten sofort einweisen muss. Dass man den Notarzt rufen muss, weil wenn was passiert, wird man seines Lebens nicht mehr froh.“

Interview 6 – „Das ist aus der Praxis immer schwieriger, weil man andere Möglichkeiten hat und man überlegt sich aus der Praxis heraus dreimal einen Notarzt zu rufen. Das ist ein schmaler Grat“

Interview 6 – „Aber, bevor ich da ein Risiko eingehen würde, würde ich das machen.“

Interview 7 – „s gibt ganz seltene Fälle, ich erinnere mich an vier, fünf, wo man mit PsychKG was machen muss.“

Interview 8 – „Das ist oft Anlass die Patienten, wie es das Verfahren vorsieht, einer stationären Behandlung zuzuführen, auch zunächst hoheitlich über die Freizügigkeit entscheiden zu lassen.“

Interview 9 – „(...) Das war gefährlich, weil ich Angst hatte: jetzt geht er auch auf mich los. Da habe ich die Polizei geholt und es wurde eine Zwangseinweisung gemacht.“

iK131 – Patienten haben auch im Notfall Vertrauen zum Hausarzt (1 Fundstelle)

Interview 2 - Denen können wir genau sagen, was. Die glauben uns auch. Wir sagen: „Sie sind schwer krank. Wir müssen auf Sie aufpassen“.

iK132 – Hausarzt profitiert davon, dass er die Patienten kennt (2 Fundstellen)

Interview 2 – „Denen können wir genau sagen, was. Die glauben uns auch. Wir sagen: „Sie sind schwer krank. Wir müssen auf Sie aufpassen“.

Interview 2 – „Es ist was anderes, als wenn da irgendein Fremder kommt mit weißem Kittel und sagt: „Sie müssen stationär aufgenommen werden“.“

iK133 – Die langen Wartezeiten beim Psychotherapeuten sind hausgemacht (3 Fundstellen)

Interview 2 – „Das ist hausgemacht.“

Interview 2 – „Wenn Sie nachschauen, wie viel ein psychologischer Psychotherapeut arbeitet, wie viele Patienten er behandelt, obwohl er einen vollen Versorgungsauftrag hat, dann wissen Sie, warum die lange Wartezeiten haben. Die machen zu wenig.“

Interview 2 – „Aber, genug haben wir. Wenn die alle ihre fünfzig... es gibt unterschiedliche, je nach dem was die haben. Wenn einer in Verhaltenstherapie, Tiefenpsychotherapie tätig ist, da haben die unterschiedliche Zahlen pro Quartal. Aber wenn die ihre regulären Fälle machen würden, im vertragspsychotherapeutischen Bereich, dann gäbe es keine Probleme,“

iK134 – Es gibt eine Überversorgung an Psychotherapeuten (1 Fundstelle)

Interview 2 – „Wir haben eine Überversorgung, derzeit. Wir sind bis obenhin voll mit psychologischen Psychotherapeuten.“

iK135 – Psychotherapeuten müssten ihre regulären Fallzahlen absolvieren (2 Fundstellen)

Interview 2 – „(...) Aber wenn die ihre regulären Fälle machen würden, im vertragspsychotherapeutischen Bereich, dann gäbe es keine Probleme,“

Interview 2 – „Man muss denen höchstens sagen: „Wenn ihr nicht genug macht, dann nehmen wir euch die Zulassung weg und setzen da einen hin, der vernünftig arbeitet“.“

iK136 – Psychotherapeuten können keine somatischen Erkrankungen erkennen (1 Fundstelle)

Interview 2 – „Die psychologischen Psychotherapeuten sind nur Therapeuten. (...) Dürfen sie nicht. Weil sie keine somatischen Erkrankungen erkennen können. Das müssen wir machen.“

iK137 – Der Hausarzt muss somatische Erkrankungen erkennen (2 Fundstellen)

Interview 2 – „(...) Weil sie keine somatischen Erkrankungen erkennen können. Das müssen wir machen.“

Interview 5 – „Da gehört die Somatik dazu. Ich habe eine Krankheit, deshalb kommen die Leute überhaupt zu mir, die häufig somatisch getriggert ist.“

iK138 – Hausarzt muss Medikamente verordnen, Überweisungen und AU ausstellen (1 Fundstelle)

Interview 2 – „Die psychologischen Psychotherapeuten sind nur Therapeuten. Sie haben nicht die Möglichkeit Medikamente zu verordnen, Überweisungen auszustellen, bis auf die eine rote an uns, oder Arbeitsunfähigkeiten auszustellen. Dürfen sie nicht. Weil sie keine somatischen Erkrankungen erkennen können. Das müssen wir machen.“

iK139 – Der Patient muss zum Hausarzt, um krank geschrieben zu werden (1 Fundstelle)

Interview 2 – „Nur wenn ein Patient aufgrund von irgendeiner Diagnose, die man nicht kennt, bei einem psychologischen Psychotherapeuten ist und deswegen glaubt, krank zu sein, braucht er eine Arbeitsunfähigkeit. Da muss er zu uns kommen.“

iK140 – Interkollegialer Austausch mit Spezialisten ist für gute Therapie notwendig (2 Fundstellen)

Interview 2 – „Damit der Patient uns nicht, sowie das Kind bei Vater und Mutter einmal zu dem rennt und sagt: „Der hat gesagt... Und ich darf das“. Das geht nicht. Wir müssen uns einig sein und dazu brauchen wir interkollegialen Austausch.“

Interview 9 – „Die rufen mich immer mal wieder an, sagen: „So und so ist der neueste Stand. Wie sehen Sie das als Arzt? Ich, als Psychotherapeut sehe das so und so, die Medikamente haben angeschlagen, oder nicht“, dann biete ich an: „Wir können eine Umstellung machen“. Wenn die nicht angeschlagen haben. Und die informieren mich auch über die Fortschritte in der Psychotherapie.“

iK141 – Psychotherapeuten schreiben zu wenig (1 Fundstelle)

Interview 2 – „Die schreiben nicht gerne.“

iK142 – Patient wird wegen fehlender Kommunikation nicht krankgeschrieben (1 Fundstelle)

Interview 2 – „Aber letztendlich ist der Patient der Dumme. Wir können ihn dann nicht krankschreiben. Das ist so im Leben.“

iK143 – Eine angemessene Entlohnung der Hausärzte für getane Arbeit ist notwendig (4 Fundstellen)

Interview 2 – „Wir machen sehr viel, weil uns nichts anderes übrig bleibt. Das heißt es ist eine sehr zeitaufwendige. Mein erster Vorschlag ist uns in solchen Fällen, diese Zeit auch honorartechnisch zuzugestehen.“

Interview 2 – „Das wäre das wichtigste. Dann würden wir das Ganze entspannter sehen.“

Interview 2 – „Wenn das nicht geändert wird, dann sollte zumindest die Zeit, die wir mit diesem Menschen verbringen finanziell abgedeckt sein. Und das ist auch nicht.“

Interview 9 – „Dass es von den Krankenkassen nicht abgegolten wird, ist klar. Die Honorare, die wir bekommen für psychotherapeutische Gespräche, die sind gering.“

iK144 – Hausärzte sind gezwungen, ihre Patienten unterzubringen (1 Fundstelle)

Interview 2 - Weil wir damit nichts zu tun haben können oder wollen oder dürfen, müssen wir alle Aktionen machen, um ihn irgendwo unterzubringen.“

iK145 – Hausärzte telefonieren selber, um Therapeutentermine zu organisieren (2 Fundstellen)

Interview 2 – „Wir sind die ganze Zeit am Telefonieren und müssen uns bei solchen psychologischen Psychotherapeuten bemühen, um einen Termin für ihn hinzubekommen. Und die sind nur eine halbe Stunde in der Mittagszeit zu erreichen.“

Interview 3 – „Und wenn gar nichts zustande kommt, dann versuche ich mich selbst ans Telefon zu hängen und rumzutelefonieren.“

iK146 – Es wird eine Kommunikation mit Therapeuten (wie mit Fachärzten) gewünscht (7 Fundstellen)

Interview 2 – „Natürlich auch die Interaktion. Die gehören zur Gruppe der Fachärzte. Genauso, wie wenn ich ein Problem mit einem Herzpatienten habe, rufe ich einen Kardiologen an und schildere ihm das. Das müsste da auch sein. Und das ist nicht. (...)“

Interview 4 – „Mal ein Therapiebericht. Kriege ich übrigens auch von fachärztlichen Kollegen, außer Radiologie, nie. Ich glaube, ich habe noch nie ungefragt einen Bericht von einem Orthopäden gesehen. Oder HNO-Arzt. Augenarzt -außer diese Formblätter für die Diabetiker kommt nie etwas zurück. Das ist kein Psychotherapeuten-Problem.“

Interview 6 – „Ich hätte schon gerne ein Feedback, wie es läuft und ob der Therapeut das Gefühl hat, den Patienten richtig abzuholen und dass das alles in richtige Bahnen gelenkt wird. Da wünsche ich mir ein bisschen mehr.“

Interview 6 – „Ich fände es schön, wenn man mehr Feedback bekäme, von der therapeutischen Seite.“

Interview 7 – „Eine bessere Zusammenarbeit mit den Psychiatern. Nicht nur mit der Psychiatrie, sondern mit dem Psychiater, mit dem wir zusammenarbeiten.“

Interview 7 – „(...) Da hätte ich gerne einen kurzen Weg, dass man sagt: „Hier, kann das sein? Ist das gerade da eng?“ Damit man das einordnen kann. Und nicht nur symptomatisch behandeln muss.“

Interview 8 – „Die Informationen, erreichen uns seltener als zum Beispiel ein Behandlungsbericht eines Neurologen oder eines Kardiologen. In der somatischen Medizin ist der Informationsfluss transparenter und geregelter.“

iK147 – Burnout ist häufig (4 Fundstellen)

Interview 3 – „Ich erlebe viele Patienten, insbesondere jüngere Patienten, die mit psychischen Beschwerden, schon mit der festen Diagnose „Burnout“ in meine Praxis kommen. Insofern kann ich diesem Titel zustimmen.“

Interview 4 – „Neurasthenie, F48.0. Funktionelle Beschwerden, die zu einer Erschöpfung führen. Das habe ich häufig. Als leichte Psychosomatosen, diese funktionellen Wirbelsäulen-, Kopfschmerz-, Magen-Darm-Beschwerden. Das ist häufig. Nicht immer solitär, aber als Mitdiagnose pro Quartal sicherlich in dreistelliger Zahl.“

Interview 8 – „und nicht zuletzt haben wir die, mit dem Schlagwort „Burn-Out“ bezeichneten Patienten, die ebenfalls zahlenmäßig zunehmen. Der Druck in der Berufswelt scheint jedes Jahr mit einer e-Funktion zuzunehmen. Die Ressource Mensch wird immer weiter in den Schraubstock genommen und das ist etwas, was nicht jedes Individuum gleichermaßen gut toleriert...“

Interview 9 – „Ich habe das Gefühl, dass die Burnout-Zustände in den letzten Jahren extrem zugenommen haben. Ich habe zum Teil bei zwischen 40 und 80 manchmal 90 Patienten pro Tag, zwischen 3 und 5 Männer und Frauen mit Burnout- Zuständen.“

iK148 – Junge Patienten sind gehäuft durch F-Diagnosen betroffen (2 Fundstellen)

Interview 3 – „Ich erlebe viele Patienten, insbesondere jüngere Patienten, die mit psychischen Beschwerden, schon mit der festen Diagnose „Burnout“ in meine Praxis kommen. Insofern kann ich diesem Titel zustimmen.“

Interview 9 – „Und mein Gefühl ist, ich habe keine Statistik darüber, dass die depressiven Erkrankungen bei Jugendlichen auch zunehmen.“

iK149 – F-Diagnosen sind zunehmend (5 Fundstellen)

Interview 3 – „Ich erlebe viele Patienten, insbesondere jüngere Patienten, die mit psychischen Beschwerden, schon mit der festen Diagnose „Burnout“ in meine Praxis kommen. Insofern kann ich diesem Titel zustimmen.“

Interview 4 – „Die stressassoziierten Sachen, also die funktionellen Beschwerden und auch die Erschöpfungsdepressionen nehmen klar zu. Ich habe hier viele kleine Angestellte, die nicht die berufliche Freiheit haben, mit einem Schnitt etwas zu verändern. Das nimmt deutlich zu. Das ist ganz klar.“

Interview 8 – „Ich kann diese plakative Überschrift nachvollziehen. Das deutsche Ärzteblatt ist keine Ramschpublikation. Durch meine Tätigkeit, die im ambulanten Bereich 2001 begonnen hat, kann ich auf gute zehn Jahre der niedergelassenen ambulanten Medizin zurückblicken.“

Interview 9 – „Ich habe sehr viele Patienten, die in diese Kategorie einzuordnen sind: Leute mit Angststörungen, Leute mit Schlafstörungen, Leute mit Burnout.“

Interview 9 – „Und mein Gefühl ist, ich habe keine Statistik darüber, dass die depressiven Erkrankungen bei Jugendlichen auch zunehmen.“

iK150 – Der Aufwand für schwer psychisch kranke Patienten war schon immer derselbe (1 Fundstelle) (1 Fundstelle)

Interview 3 – „Auf der anderen Seite habe ich sehr viele schwerst psychisch Kranke, für die diese Aussage nicht zutrifft.“

iK151 – Unabhängig von der Art der F-Diagnosen war der Aufwand schon immer gleich (2 Fundstellen)

Interview 3 – „Der ist immer gleich. Weil ich kann nicht davon ausgehen, wenn jemand hereinkommt und sagt „Ich hab ein Burnout“, dass er nicht wirklich eine psychische Störung hat. Im weitesten Sinne. Oder eine psychische Auffälligkeit oder eine wirklich extrem belastende Situation.“

Interview 5 – „Kann ich nicht sagen. Ich finde, das ist immer gleichgeblieben. Ich kann nicht erkennen, dass die Leute psychisch kränker geworden sind. Das spielte immer eine Rolle. Also in meinem Erleben ist das gleich.“

iK152 – Je besser man den Patienten kennt, desto geringer ist der Aufwand für ihn (2 Fundstellen)

Interview 3 – „Bei den Patienten, die ich betreue mit einer Schizophrenie oder anderen Formen der Psychose oder Altersdemenzen ist der Aufwand genauso groß, zumindest zu Beginn. Im weiteren Verlauf beurteilen Sie dann, wenn Sie die Patienten zum Teil wöchentlich sehen, nur Verhaltensänderungen, gravierende Einschnitte oder zusätzliche Erkrankungen. Vom Aufwand her ist das gleich.“

Interview 4 – „Wenn man mit F-Patienten einmal ein langes Gespräch geführt hat, sind die auch nicht anstrengend. Weil man viele Dinge schon besprochen hat.“

iK153 – Der Hausarzt hat durch den Zeitaufwand für psychisch kranke Patienten einen relativen wirtschaftlichen Nachteil (2 Fundstellen)

Interview 3 – „Natürlich hat man dadurch einen relativen wirtschaftlichen Nachteil.“

Interview 9 – „Dass es von den Krankenkassen nicht abgegolten wird, ist klar. Die Honorare, die wir bekommen für psychotherapeutische Gespräche, die sind gering.“

iK154 – F-Diagnosen sind Teil des hausärztlichen Alltags (5 Fundstellen)

Interview 3 – „Aber das gehört zum hausärztlichen Alltag dazu.“

Interview 3 – „Nein. Das gehört zu meinem Berufsalltag.“

Interview 4 – „Aber Alternativen habe ich nicht.“

Interview 5 – „Für mich sind diese F-Diagnosen in aller Regel zum Menschen und zu den Krankheiten dazugehörend. Deshalb ist das für mich nichts Ungewöhnliches. Das ist in der Allgemeinmedizin etwas, was zu dem Fach dazugehört.“

Interview 5 – „Das gehört dazu“

iK155 – F-Diagnosen bedeuten für Patienten oft eine lang andauernde emotionale Belastung (5 Fundstellen)

Interview 3 – „Die emotionale Belastung ist bei allen Patienten groß. Wenn Sie einen Patienten haben mit einer Schizophrenie oder einer extremen Angststörung, oder einen völlig dementen Patienten, der sehr angstbesetzt auf Geräusche, Personen, Änderungen reagiert, dann ist das eben so.“

Interview 3 – „Bei anderen Patienten, wo Sie... Jemand kommt rein und sagt: „Ich habe zwei Kinder, die sind krank. Mein Mann ist weg. Ich studiere noch“, oder „Ich habe keinen Job“. Da ist die Belastung ebenfalls sehr hoch, aber liegt irgendwo ganz anders, mehr auf einem, in aller Regel kürzeren Zeitraum.“

Interview 3 – „Bei chronisch kranken Patienten haben Sie diese Situation immer.“

Interview 7 – „Bei den psychischen Erkrankungen spielt immer eine emotionale Belastung eine Rolle. Was zuerst war die Erkrankung oder die Belastung ist unterschiedlich.“

Interview 9 – „Auch, wenn Familien zerfallen aus diesen Gründen. Durch Alkoholismus, durch Drogensucht, durch Versagen der Kinder in den Schulen, durch immer mehr Kinder, die an diesem Zappel-Philipp-Syndrom, ADHS, leiden. Da ist eine enorme Belastung der Familien, aber auch des Arztes. Das kann man nicht einfach wegschieben.“

iK156 – Die Übertragung der emotionalen Belastung auf den Hausarzt ist abhängig von seiner Tagesform (3 Fundstellen)

Interview 3 – „Hängt von meiner Tagesform ab.“

Interview 6 – „Ich bin zwar eher ein Verdränger-Typ und mache irgendwie weiter, weil zu viel möchte ich nicht an mich ranlassen, aber es passiert doch immer wieder, immer seltener, je länger man in diesem Job ist, aber doch immer noch mal wieder.“

Interview 7 – „Das ist abhängig von meiner Verfassung.“

iK157 – Teil gereizte Reaktion bei persönlicher emotionaler Belastung (1 Fundstelle)

Interview 3 – „Es gibt Situationen, wo man dann etwas gereizt reagiert.“

iK158 – Der Hausarzt kennt seine Patienten (1 Fundstelle)

Interview 3 – „Ich kenne meine Patienten zum größten Teil gut“

iK159 – Hausarzt ist bei jungen jammernden Patienten teils ungeduldig (3 Fundstellen)

Interview 3 – „Wenn ich dagegen schwerst Kranke erlebe, die ihre Situation besser händeln, zugegeben, wird man manchmal ungeduldig.“

Interview 3 – „Wobei, muss ich dazu sagen, dass diese Situation dann so empfunden ist, wie sie ist. Gerade hatte ich eine junge Frau, ein Kind zweieinhalb Jahre alt, ist zu Hause, ist körperlich absolut fit und dann kommt das Kind nachts mal und will was und das wird schon als extreme Störung empfunden. Da halt ich mich zurück, aber nicht immer.“

Interview 3 – „Weil ich diese Form als Luxusform sehe, einer Belastung. Aber gut, auch das wird so empfunden und dann hilft man weder dem Patienten noch sich selber, wenn man sagt: „Stellen Sie sich nicht so an“. Es wird ja so gelebt. Und da muss man sehen, wie man mit denen klarkommt.“

iK160 – Spezielle F-Diagnosen kommen in besonderen Einrichtungen vor (3 Fundstellen)

Interview 3 – „Die sind schwerwiegend. Ich betreue psychisch kranke Patienten, die hier in einer Wohngemeinschaft leben. Da haben Sie die Bandbreite von einer schweren depressiven

bis zu einer bipolaren Störung, bis zu einer synästhetischen Schizophrenie bis hin zu klassischen Schizophrenien mit extremen Wahnvorstellungen. Das ist die Bandbreite.“

Interview 3 – „Genauso gilt das für schwerst kranke Patienten in dieser Tagesklinik. Das ist keine Tagesklinik, das ist „Beschütztes Wohnen“. Da werde ich Rücksprache mit den betreuenden Therapeuten nehmen und wenn der sagt: „Ne“, dann sofort in die Klinik.“

Interview 8 – „Wir betreuen in unserer Praxis ein gerontopsychiatrisches Haus. Eine Pflegeeinrichtung hier im Rösrather Raum, die nicht nur gerontopsychiatrische, sondern auch allgemeinspsychiatrische Patienten aufnimmt, die im Alltag nicht zurechtkommen. Da wären auch noch spezielle Diagnosen aufzuführen. (...)“

iK161 – Schwere F-Diagnosen sind eher selten (1 Fundstelle)

Interview 3 – „Das Alltägliche ist das nicht. Ich denke das ist eine besondere Situation. Weil ich sowohl hier den Zwischenraum betreue, als auch im Seniorenheim sehr viele Patienten habe.“

iK162 – Belastungssituationen sind häufig (3 Fundstellen)

Interview 3 – „Das was ich erlebe, sind Belastungssituationen im Alltag, die dann häufig durch ein Gespräch entzerrt werden können.“

Interview 6 – „Viele psychosomatische Belastungsstörungen, wo man das Gefühl hat, dass die Patienten in ihrer sozialen Umgebung Probleme haben - ob familiär, ob im Job - und damit nicht klarkommen und dann hier auflaufen und kurz davor sind, vor die Wand zu laufen.“

Interview 7 – „Somatisierungsstörungen, Reaktionen auf extreme Belastung, Depressionen natürlich, auch Aggressionen gibt es viele. Eigentlich das Spektrum.“

iK163 – Falls der Hausarzt von einer F-Diagnose überzeugt ist, sollte er hierüber mit dem Patienten sprechen (1 Fundstelle)

Interview 3 – „Ich bin nach allen Ergebnissen der Diagnostik davon überzeugt, dass eine F-Diagnose vorliegt. Dann werde ich das mit dem Patienten besprechen.“

iK164 – Gespräche mit Patienten, um richtigen Therapieansatz zu finden (3 Fundstellen)

Interview 3 - Und dann mit dem Patienten besprechen, was man mit einer möglichen Gesprächstherapie, oder weiteren Gesprächen, medikamentös tun kann.“

Interview 5 – „Wir versuchen, zu identifizieren, welche Patienten mehr strukturierte neurologisch-psychiatrische Hilfe brauchen. Das kriegen wir nach einigen Gesprächen raus, wenn die häufiger kommen.“

Interview 6 – „Wenn ich bei einem Patienten das Gefühl habe, da ist was nicht in Ordnung, der ist mir zu wackelig, dann setze ich dem die Pistole auf die Brust und sage: „Wir müssen hier

und jetzt Nägel mit Köpfen machen. Sie müssen im schlimmsten Fall eingewiesen werden und Sie müssen im schlimmsten Fall sofort was unternehmen.“

iK165 – Therapieansatz sollte mit Patienten besprochen werden (1 Fundstelle)

Interview 3 – „Und dann mit dem Patienten besprechen, was man mit einer möglichen Gesprächstherapie, oder weiteren Gesprächen, medikamentös tun kann.“

iK166 – Die Patienten müssen selber einen Therapeuten suchen (3 Fundstellen)

Interview 3 – „Es ist für einen Patienten, der eine ambulante Psychotherapie beginnen wird, wenn er sich erst dazu entschlossen hat, nicht leicht jemanden zu finden. Nicht, weil das Angebot nicht da wäre, aber Sie müssen jemanden finden, dem Sie vertrauen können.“

Interview 8 – „Dazu kommt, dass wir die Patienten in der Regel völlig alleine den Weg der Therapeutensuche gehen lassen müssen. Da haben wir keine Ressourcen für.“

Interview 10 – „Da muss man sich natürlich kümmern. Die Patienten müssen sich kümmern und das finde ich eigentlich einen Knackpunkt.“

iK167 – Psychotherapeuten können schlecht einen Patienten kurzfristig aufnehmen (1 Fundstelle)

Interview 3 – „Das andere ist, dass die psychotherapeutischen Kollegen in den Therapien drin sind und es ist nachvollziehbar, dass die nicht ganz schnell einen zwischen nehmen können.“

iK168 – Man sollte direkte Kommunikation mit den Fachkollegen führen, um sich ein Netzwerk aufzubauen (7 Fundstellen)

Interview 3 – „Indem man die Leute kennenlernt. Indem man anruft und sagt: „Ich habe hier diesen und diesen Fall und ich sehe das als dringend an. Können Sie wenigstens ein paar Interventionen machen? Und prospektiv den Patienten aufnehmen? Oder mir sagen: „Also, den halte ich für dramatisch gefährdet, der muss in die Klinik.““ Das ergibt sich.“

Interview 3 – „Das wäre fatal, wenn ich das nicht gemacht hätte. Das muss jeder machen.“

Interview 5 – „Netzwerk bedeutet, dass ich frühzeitig Kontakt mit Neurologen aufnehme und mit Psychiatern und mich bei einzelnen schwierigen Patienten bemühe, mit dem Kollegen direkt zu sprechen.“

Interview 5 – „Der erkennt im Laufe der Zeit: „Der Kollege schickt mir Patienten, wo es dringend ist“. Dadurch steht mir die Tür für Notfälle offen.“

Interview 7 – „Dann habe ich in meinen Jahren, die ich hier bin, Kontakte zu Ärzten und wenn ich sage, es ist ganz dringen, dann ist es auch ganz dringend. Auch trotz der vielen Termine, hat jeder Psychiater immer noch solche Termine.“

Interview 9 – „Man muss als Hausarzt einen Telefonhörer in die Hand nehmen und die Kollegen anrufen und sagen: „Bitte schiebt da einen noch rein“. Dann stöhnen die und sagen: „Wir sind schon voll bis oben hin.““

Interview 10 – „Aber wie ich gerade schon gesagt habe, im wirklich absoluten Notfall greife ich sofort zum Telefon, mache ich auch bei anderen Krankheitsbildern und das ist mir noch nicht passiert, dass dann ein Kollege nicht gesagt hat: „Der Patient kann sofort kommen“. Das kommt nicht vor. Und dann schalte ich mich persönlich ein und das klappt eigentlich immer“

iK169 – Hausärzte müssen grundsätzlich mit Kollegen kommunizieren (2 Fundstellen)

Interview 3 – „Als Hausarzt müssen Sie versuchen mit den anderen Kollegen zu kommunizieren, mit den fachärztlichen, damit Sie sagen können: „Das ist jetzt aber dringend“. Das gilt nicht nur für die Psychotherapeuten oder Neurologen, sondern genauso gut für die Gastroenterologen, Radiologen.“

iK170 – Bei der Bitte um Rückmeldung, bekommt man diese vom Therapeuten (1 Fundstelle)

Interview 3 – „Wenn ich um Rückmeldung bitte, wird sie mir gewährt, es sei denn der Patient wünscht das nicht.“

iK171 – Therapeuten kurzfristig um einige Gespräche zur Mitbeurteilung bitten (2 Fundstellen)

Interview 3 – „Einige kann ich anrufen und sagen: „Ich bin mir nicht sicher, wie dringlich das ist, können Sie mal eins, zwei Gespräche führen?““. Das geht meistens.“

Interview 5 – „Da haben wir ein Netzwerk aufgebaut, das es uns ermöglicht Patienten nach zwei Wochen bei einem Kollegen vorzustellen, der dann sagen kann, wie wichtig oder unwichtig die Therapie ist und dann gehen die zügig dahin.“

iK172 – Hausärzte sollten sich im Umgang mit psychisch kranken Patienten nicht selber überschätzen (17 Fundstellen)

Interview 3 – „Ich habe diese hausärztliche Psychotherapie gemacht, aber letztendlich sollte man bei seinen Leisten bleiben.“

Interview 4 – „Ich habe nicht den Anspruch eine endogene Depression zu kurieren“

Interview 4 – „Es ist nicht meine Aufgabe die Lücken zu stopfen. Das wäre wieder eine Selbstüberschätzung.“

Interview 6 – „Weil wir, zwar schon auch ein bisschen Wissen haben, aber uns nicht einbilden, die Allwissenden zu sein.“

Interview 6 – „(...) Dass man den Notarzt rufen muss, weil wenn was passiert, wird man seines Lebens nicht mehr froh.“

Interview 6 – „Ich bin jemand, der vorsichtig ist. (...)“

Interview 6 – „Da bin ich vorsichtig, weil ich habe zwar selbst noch keine großen Erfahrungen diesbezüglich, aber die möchte ich auch nicht sammeln.“

Interview 6 – „Und das würde man sich nicht verzeihen, wenn man einen Patienten rausgehen lässt, der total labil ist (...) dann (hinterher liest) der hat sich was angetan.“

Interview 6 – „Ich bin jemand, der vorsichtig ist.“

Interview 6 – „Da muss man aufpassen, dass man nicht zu überheblich wird und meint, man kann alles selbst.“

Interview 6 – „Sondern man muss sensibel bleiben und sich eingestehen, dass man ab einem bestimmten Punkt abgeben muss.“

Interview 6 – „Ein Hausarzt darf nicht zu stolz sein, abzugeben.“

Interview 8 – „Ich bin kein Psychiater, bedaure auch, da keine gute Ausbildung zu haben“

Interview 8 – „Eine Tendenz, die ich selbstkritisch nicht ganz abstreiten würde.“

Interview 8 – „Natürlich haben wir alle in der Facharztausbildung Jahre in der stationären Medizin hinter uns, die uns gewisse Grundfertigkeiten in der Versorgung psychiatrischer Krankheitsbilder lieferte, allerdings nicht institutionalisiert, sondern empirisch.“

Interview 8 – „Da fehlt mir die fundierte psychiatrische Kenntnis.“

Interview 10 – „Und eine Psychotherapie kann ich nicht machen, habe ich nicht gelernt, sage ich den Patienten auch sehr schnell am Anfang.“

iK173 – Es gilt abzuwägen, ob wirklich eine Akutintervention notwendig ist (5 Fundstellen)

Interview 3 – „(...) Das heißt, ich muss, und ich hoffe es gelingt mir meistens, abschätzen können: „Den kann ich mit warmen Worten auf morgen trösten“ oder „Da muss ich jetzt was machen“. Ich hoffe, das gelingt mir meistens.“

Interview 5 – „Ich glaube, dass eine Hausarztpraxis, die relativ groß ist, in der Hauptsache die Funktion hat, diese psychischen Störungen einzuordnen und zu erkennen, wann die führend sind und dann,“

Interview 5 – „Ich glaube nicht, dass man jedem Patienten, ermöglichen muss, innerhalb von zwei Wochen eine Psychotherapie anzufangen für ein Problem, was seit zwanzig Jahren besteht. Das muss nicht sein,“

Interview 5 – „Dass man sicher ist: Was sind Notfälle, wo muss ich agieren?“

Interview 6 – „Wenn ich bei einem Patienten das Gefühl habe, da ist was nicht in Ordnung, der ist mir zu wackelig, dann setze ich dem die Pistole auf die Brust und sage: „Wir müssen hier

und jetzt Nägel mit Köpfen machen. Sie müssen im schlimmsten Fall eingewiesen werden und Sie müssen im schlimmsten Fall sofort was unternehmen.““

iK174 – F-Diagnosen sollten genauer definiert werden (3 Fundstellen)

Interview 4 – „Das ist mir sehr ungenau definiert. Ich weiß noch diese Idee von der Epidemie des 21. Jahrhunderts. Die psychischen Erkrankungen müssten genauer bezeichnet werden.“

Interview 4 – „Dass man eine klare Definition findet, jetzt auch mit diesem neuen Katalog der psychischen Krankheiten aus Amerika. Der ist auch mit dieser strukturellen Unschärfe gesegnet, da kann man aus allem was Pathologisches machen. Das finde ich, ist das Wichtigste.“

Interview 5 – „Ich denke, dass jede Erkrankung eine psychische Komponente hat. Dass das aber dazu führt, dass die Leute verhaltensgestört sind, würde ich auf keinen Fall sagen.“

iK175 – F-Diagnosen erfordern eine Abgrenzung vom Normalzustand (4 Fundstellen)

Interview 4 – „Die Grenze zur Erkrankung vom Normalzustand dargestellt werden“

Interview 4 – „ehmen wir beispielsweise eine Angststörung. Was ist pathologisch? Was ist normal? Ein Patient, der Angst hat in der Gondel zu fahren, würde sich nicht als krank ansehen. Ich persönlich würde sagen, das ist ein Problem. Oder Flugangst, Aufzugsangst. Wo definiert man eine Krankheit,“

Interview 4 – „Dass man eine klare Definition findet, jetzt auch mit diesem neuen Katalog der psychischen Krankheiten aus Amerika. Der ist auch mit dieser strukturellen Unschärfe gesegnet, da kann man aus allem was Pathologisches machen. Das finde ich, ist das Wichtigste.“

Interview 5 – „Ich denke, dass jede Erkrankung eine psychische Komponente hat. Dass das aber dazu führt, dass die Leute verhaltensgestört sind, würde ich auf keinen Fall sagen.“

iK176 – Eine Therapieindustrie für F-Diagnosen sollte verhindert werden (1 Fundstelle)

Interview 4 – „verhindert werden, dass wieder eine neue Therapieindustrie etabliert wird.“

iK177 – Viele psychisch kranke Menschen sind voll alltagsfähig (1 Fundstelle)

Interview 4 – „Weil, es gibt ja genügend psychisch pathologische Patienten, die ihren Job und ihre Alltagsfunktion ganz normal ausfüllen.“

iK178 – Hausärzte wirken verbal stabilisierend auf ihre Patienten (2 Fundstellen)

Interview 4 – „Ich versuche stabilisierend auf die einzuwirken, sehr verbal orientiert.“

Interview 4 – „Die suchen von mir nicht das Rezept sondern. Das ist schwer zu sagen, aber ein bisschen Stabilisierung, ein bisschen Mitgefühl, eine Mischung aus Professionalität und persönlichem Charakter.“

iK179 – Hausärzte haben beratende Funktion (4 Fundstellen)

Interview 4 – „Verordnung der Psychopharmaka. Ich habe einige Abhängige und auch Leute mit ausgeprägten Psychosen, die brauchen es, aber als Hausarzt sehe ich meine Funktion eher in der beratenden Tätigkeit. Strukturierend.“

Interview 4 – „Persönlichkeit und Umfeld versuchen zu strukturieren. Das ist meine Aufgabe.“

Interview 4 – „Während ich bei Männern mit einem Burnout oder einer psychischen Erkrankung viel mehr von gleich zu gleich reden kann. Ich habe einige Männer, die in einer sehr ähnlichen Situation sind, wie ich es gewesen bin. Da kann man tatsächlich untherapeutisch aus seinem Nähkästchen plaudern und sagen „So wird das jetzt gemacht.““

Interview 9 – „Aber man versucht durch Gespräche, die Leute wieder so in ihr Leben zu integrieren, manchmal auch mit medikamentöser Unterstützung, dass sie wieder den Alltag bewältigen.“

iK180 – Eine spezifische Therapie von psychisch kranken Patienten ist für Hausärzte nicht machbar (4 Fundstellen)

Interview 4 – „Eine spezifische Therapie, das tue ich mir in der Hausarztpraxis nicht an.“

Interview 4 – „Ich habe nicht den Anspruch eine endogene Depression zu kurieren,“

Interview 10 – „was ich nicht mache.“

Interview 10 – „Und eine Psychotherapie kann ich nicht machen, habe ich nicht gelernt, sage ich den Patienten auch sehr schnell am Anfang.“

iK181 – Psychische Miterkrankungen sind häufiger geworden (2 Fundstellen)

Interview 4 – „Es ist in der Hausarztpraxis kein Geheimnis, dass wir locker die Hälfte unserer Patienten mit psychischen Miterkrankungen haben. Das ist zunehmend eine Phase, aber das ist, glaube ich, auch festgestellt worden, dass diese Krankheiten zunehmen. Das gilt auch hier.“

Interview 4 – „Neurasthenie, F48.0. Funktionelle Beschwerden, die zu einer Erschöpfung führen. Das habe ich häufig. Als leichte Psychosomatosen, diese funktionellen Wirbelsäulen-, Kopfschmerz-, Magen-Darm-Beschwerden. Das ist häufig. Nicht immer solitär, aber als Mitdiagnose pro Quartal sicherlich in dreistelliger Zahl.“

iK182 – Funktionelle Beschwerden sind häufig (1 Fundstelle)

Interview 4 – „Neurasthenie, F48.0. Funktionelle Beschwerden, die zu einer Erschöpfung führen. Das habe ich häufig. Als leichte Psychosomatosen, diese funktionellen Wirbelsäulen-, Kopfschmerz-, Magen-Darm-Beschwerden. Das ist häufig. Nicht immer solitär, aber als Mitdiagnose pro Quartal sicherlich in dreistelliger Zahl.“

iK183 – Hausärzte haben eine zu hohe Patientenfrequenz, um gesund mit Belastungen umzugehen (1 Fundstelle)

Interview 4 – „die Patientenfrequenz ist zu hoch, um als Therapeut gesund damit umzugehen. Selbst an einem luschigen Tag wie heute, habe ich dreißig Kontakte, Montag bis zu hundert, wenn davon nur ein Viertel psychische Probleme hat, führe ich fünfundzwanzig Gespräche mit einem therapeutischen Ansatz. Das ist viel zu viel.“

iK184 – Hausarzt muss mit Belastung umgehen, da sie alternativlos ist (1 Fundstelle)

Interview 4 – „Aber Alternativen habe ich nicht.“

iK185 – Hausarzt sein ist ungesund (2 Fundstellen)

Interview 4 – „Arzt sein ist eine sehr ungesunde Sache. Das weiß ich, kann es aber nicht ändern.“

Interview 8 – „Aber nichts desto trotz meine ich, dass ich doppelt so viel arbeite, wie viele andere, die eine tariflich geregelte Arbeitszeit haben. Die Work-Life-Balance ist noch verbesserbar.“

iK186 – Hausarzt sollte ein Leben neben dem Beruf haben (8 Fundstellen)

Interview 4 – „Natürlich. Ich bin gelernter Musiker. Ich habe auch ein anderes Leben, wo die Medizin keine Rolle spielt. Das sind zwei ganz unterschiedliche Welten.“

Interview 4 – „Ich gehöre zu den wenigen, die eine intakte Familie haben und seit Ewigkeiten verheiratet sind. Das ist ein Stabilitätsanker. Habe eine fachfremde Ehefrau, die mit meiner Praxis nichts zu tun haben will, was sehr gut ist.“

Interview 4 – „Dadurch ist die Praxis nur ein Teil meiner Welt und nicht achtzig Prozent.“

Interview 4 – „Mindestens fünfzig Prozent meines Lebens von den Dingen, die Spaß machen, sind nicht medizinisch und dann kann man gut gelaunt seinen Job machen. Es fragen auch Patienten „Sie sind immer so gut gelaunt, wie kommt das?“. Dann sage ich, „weil ich Musiker bin und nicht Arzt“. Das ist sehr plakativ ausgedrückt, aber man hat dann eine Fluchtregion, die jeden Tag, bei mir eine Rolle spielt und ich habe nicht ohne Grund ein Instrument hier in meinem Sprechzimmer; um mich daran zu erinnern, dass ich nicht nur Stethoskope halten muss.“

Interview 8 – „(...) aber ich bin mit einem dicken Fell ausgerüstet und kann Berufliches und Privates emotional trennen. Das ist ein Segen. Das bemühe ich mir auch zu erhalten.“

Interview 9 – „Ich habe verschiedene Ventile.“

Interview 9 – „Ich mache viel Sport. Gehe viel in die Natur. Mache jetzt mehr Urlaub als früher. Früher habe ich im Jahr zwei, drei Wochen Urlaub genommen und jetzt mache ich das Doppelte. Das hilft mir, Abstand zu gewinnen. Ich habe stabile Familienverhältnisse. Ich habe vier Kinder. Die sind alle ok. Und mit meiner Frau habe ich auch einen guten Kontakt. Das hilft sehr. Ich habe auch einige Freunde, ein gewisses soziales Netzwerk, wie man das heutzutage ausdrückt. Da kann man einiges kompensieren.“

Interview 9 – „Habe meinen Sport intensiviert und so bin ich da auch wieder rausgekommen.“

iK187 – Hausärzte können zur Entlastung Gemeinschaftspraxen gründen (3 Fundstellen)

Interview 4 – „Durch die Gründung der Gemeinschaftspraxis habe ich auf diese Überlastung reagiert. Allerdings erst nachdem ich fast einen Zusammenbruch hatte.“

Interview 8 – „Da habe ich sogar schon erste therapeutische Schritte eingeleitet, indem seit 14 Tagen ein neuer Kollege bei mir in der Praxis tätig ist. (...) Also da bin ich in der Selbsttherapie schon ein Schrittchen weitergekommen.“

Interview 9 – „Ich habe eine Kollegin mit in die Praxis genommen, die mich entlasten konnte.“

iK188 – Es besteht eine hausärztliche Überlastung durch psychisch kranke Patienten (6 Fundstellen)

Interview 4 – „Jetzt habe ich die Stärke, mich abzugrenzen, wenn die Überforderung überhand nimmt. Anders geht es nicht“

Interview 4 – „Ich bin schon gut überlastet.“

Interview 6 – „Dann bin ich nicht böse, dass man mir das aus der Hand nimmt. Genau das Gegenteil“

Interview 6 – „Wobei man sagen muss, dass es leider nichts gibt, was es nicht gibt und man sich immer wieder dabei ertappt, dass man, ich möchte nicht sagen „hilflos“ ist, aber sich selbst erschrickt und nicht richtig weiß, wie man mit der Situation umgehen soll.“

Interview 8 – „Wenn wir an Fachleute aus dem ärztlichen oder psychologischen Bereich delegieren können, tun wir das gerne. Voraussetzung dafür ist die Akzeptanz beim Patienten und dass das System das hergibt.“

Interview 8 – „Aber das hinterfrage ich auch zu wenig. Weil wir auch unseren hausärztlichen Alltag durchbekommen müssen und diese Patienten ohnehin gesprächsintensiv sind, frage ich, muss ich gestehen, oft nicht nach, um in der Sprechstunde weiter zu kommen.“

iK189 – Eine psychische Erkrankung ist nach einer Therapie nicht unbedingt weg (3 Fundstellen)

Interview 4 – „Da ist immer noch der genetische Aspekt, oder auch der Umgebungs- und familiäre Aspekt, der wohl wichtiger ist, als die Akuttherapie. Und deswegen, die Diagnose komplett zu streichen, halte ich für gefährlich.“

Interview 6 – „(...) Es ist schwer, Patienten dann wieder gesund zu schreiben, weil das sind Sachen, die nicht sind wie eine Grippe, wo man nach zwei Wochen keine Beschwerden mehr hat.“

Interview 6 – „Deswegen tue ich mich damit schwer, so was zu revidieren, rauszunehmen und zu sagen: „Geheilt“. Gibt es für mich nicht,“

iK190 – Manchmal kann man F-Diagnosen im Verlauf wieder streichen (8 Fundstellen)

Interview 4 – „Kommt immer drauf an was. „Erschöpfung“ kurzfristig, oder „depressive Episode“, na klar. Aber eine Diagnose wie „mittelgrade Depression“, glaube ich nicht, dass man die ganz streichen kann.“

Interview 5 – „Ich mach das selten.“

Interview 7 – „Dass man jemandem nicht ständig als Dauerdiagnose seine Depression von vor 15 Jahren mitführt.“

Interview 8 – „Natürlich gibt es depressive Episoden, insbesondere bei der bipolaren affektiven Störung gibt es reaktiv Veränderungen, die dann auch wieder in den Hintergrund treten. Weniger die manischen Verlaufsformen, sondern die depressiven sind da zu nennen.“

Interview 9 – „Bei Burnout-Zuständen ist es so, dass nach einer längeren Psychotherapie, oder nach einem längeren Klinikaufenthalt, diejenigen darüber weg gekommen sind und dann fällt diese Diagnose weg.“

Interview 9 – „Bei Angst- und Panikzuständen ist es so, dass die Erfolge der Psychotherapie recht gut sind. Zum Teil mit medikamentöser Begleitung. Sodass diese Diagnosen auch irgendwann wegfallen.“

Interview 9 – „Bei Schlafstörungen, die sind oft saisonal, oder nur episodisch und nicht permanent.“

Interview 9 – „Ja. Immer mal wieder.“

iK191 – Die Gedanken bei Erstdiagnose einer F-Diagnose sind abhängig vom Geschlecht des Patienten (1 Fundstelle)

Interview 4 – „Das ist eine schwierige Frage. Ist geschlechtsabhängig.“

iK192 – Für weibliche Patienten kann man eine Stütze zum Anlehnen sein (1 Fundstelle)

Interview 4 – „Ich habe viele Patientinnen, eher jüngere, mit funktionellen Diagnosen. Die suchen scheinbar eine Art Anker, einen Klotz, an den man sich anlehnen kann. Dann denke ich, dem Bild, das ich von mir hab, muss ich auch entsprechen.“

iK193 – Der hausärztliche Therapieansatz kann geschlechtsspezifisch sein (2 Fundstellen)

Interview 4 – „Ich habe viele Patientinnen, eher jüngere, mit funktionellen Diagnosen. Die suchen scheinbar eine Art Anker, einen Klotz, an den man sich anlehnen kann. Dann denke ich, dem Bild, das ich von mir hab, muss ich auch entsprechen.“

Interview 4 – „Das heißt, ich habe eine geschlechtsspezifische Vorgehensweise.“

iK194 – Die Kommunikation mit dem Patienten fällt einfacher, wenn man sich mit ihm identifiziert (1 Fundstelle)

Interview 4 – „Während ich bei Männern mit einem Burnout oder einer psychischen Erkrankung viel mehr von gleich zu gleich reden kann. Ich habe einige Männer, die in einer sehr ähnlichen Situation sind, wie ich es gewesen bin. Da kann man tatsächlich untherapeutisch aus seinem Nähkästchen plaudern und sagen „So wird das jetzt gemacht.“.“

iK195 – Mit weiblichen Patienten sollte keine Kommunikation in Befehlsform stattfinden (1 Fundstelle)

Interview 4 – „Bei Frauen kann man mit dieser Befehlsstruktur in der Regel nicht gut arbeiten.“

iK196 – Die menschliche Verbindung zwischen Hausarzt und Patient hat eine große Bedeutung (1 Fundstelle)

Interview 4 – „Aber ich finde den Aspekt der menschlichen Verbindung bei diesen Patienten besonders wichtig.“

iK197 – Patient wünscht sich vom HA Mitgefühl, Charakter, Stabilität, Professionalität (1 Fundstelle)

Interview 4 – „Die suchen von mir nicht das Rezept sondern. Das ist schwer zu sagen, aber ein bisschen Stabilisierung, ein bisschen Mitgefühl, eine Mischung aus Professionalität und persönlichem Charakter.“

iK198 – Persönlichkeit und Charakter des Hausarztes ist beim Umgang mit psychisch erkrankten Personen von Bedeutung (4 Fundstellen)

Interview 4 – „Ich finde, in der Psychosomatik wird man nicht als Arzt gesehen, sondern eher als Therapeut oder als Charakter. So mein Eindruck.“

Interview 4 – „Gerade bei den Depressiven ist das eine Dynamik, die man ausstrahlt, die positiv wahrgenommen wird.“

Interview 6 – „Gewisse Dinge kann man nicht beigebracht bekommen.“

Interview 6 – „Zum anderen ist es eine individuelle Geschichte. Wie ist man selbst aufgestellt? Was traut man sich zwischenmenschlich zu, um bei den Patienten Informationen zu erfahren.“

iK199 – Der Hausarzt muss zu Praxiszeiten für Notfälle ständig erreichbar sein (1 Fundstelle)

Interview 4 – „sondern ich habe Akutsituationen und biete eine gewisse Erreichbarkeit an. Nicht nachts, aber wenn ich hier in der Praxis bin, haben die Leute immer das Angebot, wenn es ein Problem gibt, können die kommen. Es wird keine Terminvergabe gemacht, sondern wer was hat, darf antreten.“

iK200 – Hausärzte sind keine soften Psychotherapeuten (2 Fundstellen)

Interview 4 – „Den soften Psychotherapeuten könnte ich nicht gut geben. Zeitlich nicht und auch vom Charakter her nicht. Bin ich nicht gut geeignet für.“

Interview 8 – „Ich bin kein Psychiater, bedaure auch, da keine gute Ausbildung zu haben“

iK201 – Manche F-Diagnosen benötigen stationäre Therapie (2 Fundstellen)

Interview 4 – „Wir haben die Landesklinik um die Ecke. Da bin ich strikt. Wenn ich das Gefühl habe, zum Beispiel in einer Suchtsituation, „Das ist ambulant nicht behebbar“, wird nicht diskutiert oder ein Psychotherapeut bemüht, sondern die Leute gehen nach Merheim. Zack aus.“

Interview 9 – „In ganz schwierigen Fällen ist eine Noteinweisung in ein Krankenhaus gegeben.“

iK202 – Ein psychiatrischer Notfall braucht eine fachärztliche Weiterbetreuung (5 Fundstellen)

Interview 4 – „Da mache ich selber wenig. Weil das ist Selbstüberschätzung, wenn ich denke einen psychiatrischen Notfall vernünftig händeln zu können.“

Interview 5 – „Eine F32.3, „schwerste Depression mit Suizidalität“, die kommen zwar zu uns, aber werden dann zügig in die Weiterbetreuung übergeben.“

Interview 5 – „Das zweite sind die akuten wahnhaften schizoiden Störungen, bei denen wir einen guten Draht zum Neurologen haben und entsprechend helfen können.“

Interview 6 – „(...)„Wollen Sie sich was antun?“. Wenn dann eine Äußerung kommt, muss einem klar sein, dass man die Patienten sofort einweisen muss. Dass man den Notarzt rufen muss, weil wenn was passiert, wird man seines Lebens nicht mehr froh.“

Interview 10 – „Ich habe einige wenige Male Patienten gehabt, die mit klaren Suizidabsichten hier vorstellig geworden sind, dann habe ich umgehend Kontakt mit der psychiatrischen Praxis aufgenommen und habe sie dahin geschickt. Habe auch überwacht, dass die da angekommen sind, per Telefon oder mit Begleitperson.“

iK203 – Die Nummer der „Kontaktbörse Psychotherapie“ kann bei der Therapeutensuche helfen (1 Fundstelle)

Interview 4 – „Das ist zutreffend. Ich drucke jedem Patienten die Kontaktbörse „Psychotherapie“ aus, die Telefonnummer.“

iK204 – Die Wartezeiten für Psychotherapien sind untragbar (9 Fundstellen)

Interview 4 – „und die Wartezeiten sind enorm. Viele Monate.“

Interview 5 – „Die Wartezeiten sind eine Katastrophe.“

Interview 5 – „aber manchmal dauert es ein halbes Jahr, bis die Patienten zur Therapie kommen.“

Interview 6 – „Problem ist oftmals, dass es dann einen Monat dauert, bis man einen Termin beim Neurologen hat oder im schlimmsten Fall beim Therapeuten noch länger.“

Interview 6 – „Da muss man überbrückend tätig sein.“

Interview 7 – „Das ist so. Das ist leider so.“

Interview 9 – „(...) Die Wartezeiten betragen, bei Psychiatern etwa sechs Wochen und bei Psychotherapeuten sechs Monate. Das ist zu viel.“

Interview 9 – „Aber die Wartezeiten sind eindeutig zu lang.“

Interview 10 – „Die Wartezeiten sind dramatisch, auch hier an unserem Standort.“

iK205 – Hausärzte können medikamentös behandeln (4 Fundstellen)

Interview 4 – „Ich kann auf hausärztlicher Ebene ein bisschen medikamentös machen,“

Interview 6 – „Und medikamentöse Therapie von bis; ob wie wir in dieser Praxis auch an der Natur orientiert oder eben darüber hinaus etwas stärkere Medikamente. Kann man auch machen.“

Interview 9 – „Aber man versucht durch Gespräche, die Leute wieder so in ihr Leben zu integrieren, manchmal auch mit medikamentöser Unterstützung, dass sie wieder den Alltag bewältigen.“

Interview 9 – „Ich kann als Hausarzt auch ein Medikament aufschreiben“

iK206 – Der Hausarzt kann psychosomatische Grundversorgung leisten (5 Fundstellen)

Interview 4 – „kann „psychosomatische Grundversorgung“ leisten“

Interview 5 – „Die anderen Geschichten können wir sehr gut durch die kleine Psychotherapie in der Praxis behandeln.“

Interview 8 – „Wir, mein Kollege in der Praxis und ich, haben hier die erforderliche Qualifikation zu Erbringung der psychosomatischen Grundversorgung. Das heißt wir haben uns unabhängig von der Facharztausbildung nochmal mit der Psychosomatik auseinandergesetzt.“

Interview 8 – „Das ist auch etwas, was Wesen des ärztlichen Gespräches sein kann.“

Interview 8 – „Hier gibt es auch therapeutische Effekte, die im ärztlichen Gespräch genutzt werden können, auch vom Nicht-Psychiater oder Nicht-psychotherapeutisch spezialisierten Arzt, oder Psychotherapeuten.“

iK207 – Das System gibt wenig alternative Therapieoptionen für F-Diagnosen her (1 Fundstelle)

Interview 4 – „Ansonsten muss man hoffen. Mehr gibt unser System nicht her.“

iK208 – Eine Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten existiert nicht (3 Fundstellen)

Interview 4 – „Welche Zusammenarbeit? Die gibt es nicht. Grundsätzlich nicht.“

Interview 4 – „Das System, wie es derzeit aufgeteilt ist, finde ich gar nicht schlecht und auch die Qualität in der Psychotherapie finde ich nicht schlecht, aber die Vernetzung zum hausärztlichen Alltag ist nicht vorhanden.“

Interview 5 – „Die sind verschwunden.“

iK208 – Eine Zusammenarbeit zwischen Psychotherapeuten und Hausärzten existiert nicht (3 Fundstellen)

Interview 4 – „Das System, wie es derzeit aufgeteilt ist, finde ich gar nicht schlecht und auch die Qualität in der Psychotherapie finde ich nicht schlecht, aber die Vernetzung zum hausärztlichen Alltag ist nicht vorhanden.“

Interview 4 – „Welche Zusammenarbeit? Die gibt es nicht. Grundsätzlich nicht.“

Interview 5 – „Die sind verschwunden.“

iK209 – Teil ist eine Kommunikation mit den Therapeuten aufgrund einer hausärztlichen Überlastung nicht gewünscht (2 Fundstellen)

Interview 4 – „Andererseits, will ich das auch noch tun? Ich werfe hier alle Angebote für irgendwelche Netzwerke direkt in den Papierkorb, da muss ich mir nicht so was Aufwändiges noch ans Bein binden.“

Interview 8 – „Aber das hinterfrage ich auch zu wenig. Weil wir auch unseren hausärztlichen Alltag durchbekommen müssen und diese Patienten ohnehin gesprächsintensiv sind, frage ich, muss ich gestehen, oft nicht nach, um in der Sprechstunde weiter zu kommen.“

iK210 – Jede Erkrankung hat eine psychische Komponente (8 Fundstellen)

Interview 5 – „Ich denke, dass jede Erkrankung eine psychische Komponente hat. Dass das aber dazu führt, dass die Leute verhaltensgestört sind, würde ich auf keinen Fall sagen.“

Interview 5 – „Und ich habe psychische Probleme, die bei jeder Erkrankung eine Rolle spielen, die aber unterschiedlich stark ausgeprägt sind.“

Interview 5 – „Das ist ja somatoform. Wenn man das kommuniziert und sagt: „Jede Erkrankung hat eine psychische Komponente. Das geht gar nicht anders.“, dann ist das ok.“

Interview 5 – „Psychosomatik heißt Psyche und Somatik und es gibt nichts, was ohne Psyche abläuft. Kann gar nicht. Wie soll das funktionieren? Außer beim beatmeten Patienten. Wie soll das sonst gehen? Sonst habe ich immer Bewusstseinsprozesse im Kopf, die eine Rolle spielen in der Krankheitsverarbeitung. Die müssen wir berücksichtigen.“

Interview 5 – „Das ist mal mehr relevant und mal weniger.“

Interview 5 – „Beim Schnupfen ist es nicht so relevant, aber auch da erleben wir einen Unterschied. Der eine sagt: „Ich kann auf diese Arbeitsstelle so nicht gehen. Die wollen immer volle Leistung. Die nehmen keine Rücksicht“. Dann haben wir die psychische Komponente.“

Interview 5 – „Dann haben Sie auch ein somatoformes Geschehen, weil dann sagen die: „Jetzt bin ich krank und das geht gar nicht mehr und mir geht es so schlecht damit“.“

Interview 5 – „Und dann haben Sie andere, die sagen: „Klar kann ich damit arbeiten gehen. Die Kollegen nehmen Rücksicht auf mich“. Dann spielt die Psyche eine Rolle.“

iK211 – Hausärzte machen biopsychosoziale Medizin (1 Fundstelle)

Interview 5 – „Das, was wir in der Hausarztmedizin sehen, ist „biopsychosozial“

iK212 – F-Diagnosen sind Modediagnosen (1 Fundstelle)

Interview 5 – „Dass das eine Epidemie ist, würde ich nicht teilen wollen. Das ist damals Modediagnose gewesen.“

iK213 – Hausärzte müssen F-Diagnosen einordnen und erkennen, wann sie führen (1 Fundstelle)

Interview 5 – „Ich glaube, dass eine Hausarztpraxis, die relativ groß ist, in der Hauptsache die Funktion hat, diese psychischen Störungen einzuordnen und zu erkennen, wann die führend sind und dann,“

iK214 – Es ist hausärztliche Aufgabe, Patienten an Fachkollegen weiterzuleiten (4 Fundstellen)

Interview 5 – „weil es sowohl von der Bezahlung, als auch von dem zeitlichen Aufwand her schwierig ist, die Patienten an die entsprechenden Fachkollegen weiterzuleiten. Darin sehe ich meine Aufgabe.“

Interview 6 – „Sondern man muss sensibel bleiben und sich eingestehen, dass man ab einem bestimmten Punkt abgeben muss“

Interview 6 – „Ein Hausarzt darf nicht zu stolz sein, abzugeben.“

Interview 10 – „Mir geht gerade eine Patientin durch den Kopf, um die ich mich sehr intensiv gekümmert habe. Das war eine Patientin mit Spielsucht und schwerer Depression und da habe ich viele Kontakte gehabt und angeboten und sie dann an die psychiatrische Praxis angebunden. Die wurde von denen differenziert medikamentös behandelt“

iK215 – Schwerste Depressionen werden fachärztlich behandelt (1 Fundstelle)

Interview 5 – „Der ICD-10-Code „F“ kann eine schwerste Depression bedeuten, diese Patienten landen, da es dieses Überweisungssystem nicht mehr gibt, häufig gar nicht bei uns, sondern sind beim Neurologen und Psychiater in Behandlung,“

iK216 – Der Hausarzt kann bei zu hoher (emotionaler) Belastung Behandlungsaufträge ablehnen (4 Fundstellen)

Interview 5 – „Ein Kernsatz aus einem dieser Seminare, die ich besucht habe, ist für mich: „Diesen Behandlungsauftrag nehme ich nicht an“.“

Interview 5 – „Das bedeutet, ich lasse mich nicht von diesen Problemen überfrachten.“

Interview 5 – „Wenn ich merke, das ist ein Bereich, den ich nicht haben will, der mir zu anstrengend ist, dann sage ich: „Den Behandlungsauftrag nehme ich nicht an“ und das ist ein guter Schutz und deshalb komme ich ganz gut damit klar.“

Interview 9 – „Beruflich habe ich mich von einigen Patienten getrennt. Das habe ich vorher noch nie gemacht. Wo ich gesehen habe, dass das einfach nicht mehr ging. Patienten, die jeden Tag fünfmal hier anrufen, die jede Woche eins, zwei, drei Hausbesuche fordern. Ich habe bei manchen Patienten einen Schlussstrich gezogen und meine Freizeit ausgedehnt.“

iK217 – Revision von F-Diagnosen bei Patienten in privaten Krankenversicherungen (2 Fundstellen)

Interview 5 – „Das erlebt man in zwei Geschichten. Zum einen, wenn Patienten aus dem Kassenstatus in den Privatstatus wechseln und die Dauerdiagnosen wurden einfach übernommen. Dann gibt es immer Kasalla.“

Interview 5 – „Das zweite ist, was ich in meiner ersten Zeit als Jungassistent gelernt habe, dass der Oberarzt alle psychosomatischen Diagnosen bei den Privatpatienten rausgeschmissen hat.“

iK218 – Dauerdiagnosen werden häufig einfach übernommen (2 Fundstellen)

Interview 5 – „Das erlebt man in zwei Geschichten. Zum einen, wenn Patienten aus dem Kassenstatus in den Privatstatus wechseln und die Dauerdiagnosen wurden einfach übernommen. Dann gibt es immer Kasalla.“

Interview 7 – „Dass man jemandem nicht ständig als Dauerdiagnose seine Depression von vor 15 Jahren mitführt.“

iK219 – Die Kommunikation mit dem Patienten ist wichtig, um eine Akzeptanz der Diagnose zu erreichen (1 Fundstelle)

Interview 5 – „Das ist ja somatoform. Wenn man das kommuniziert und sagt: „Jede Erkrankung hat eine psychische Komponente. Das geht gar nicht anders.“, dann ist das ok.“

iK220 – F-Diagnosen sind Diagnosen wie alle anderen (3 Fundstellen)

Interview 5 – „Für mich sind diese F-Diagnosen in aller Regel zum Menschen und zu den Krankheiten dazugehörend. Deshalb ist das für mich nichts Ungewöhnliches. Das ist in der Allgemeinmedizin etwas, was zu dem Fach dazugehört.“

Interview 5 – „Das gehört dazu“

Interview 7 – „Ich versuche dem Patienten, weil ich auch selber davon überzeugt bin, dass eine F-Diagnose eine Krankheit ist, wie eine I-DIAGNOSE, das so klar zu machen und dass das das Natürlichste von der Welt ist, eine F-Diagnose zu haben. Also, eine Krankheit, wie eine I-Diagnose. Und das sehe ich selber so und das versuche ich auch, den Patienten so zu sagen.“

iK221 – Für den Hausarzt macht es keinen Unterschied ob er eine F- oder eine I-Diagnose codiert (2 Fundstellen)

Interview 5 – „Null Komma Null.“

Interview 7 – „Ich versuche dem Patienten, weil ich auch selber davon überzeugt bin, dass eine F-Diagnose eine Krankheit ist, wie eine I-DIAGNOSE, das so klar zu machen und dass das das Natürlichste von der Welt ist, eine F-Diagnose zu haben. Also, eine Krankheit, wie eine I-Diagnose. Und das sehe ich selber so und das versuche ich auch, den Patienten so zu sagen.“

iK222 – Teils verlaufen F-Diagnosen selbstlimitierend (1 Fundstelle)

Interview 5 – „Vieles löst sich auch von selber auf.“

iK223 – Selbstgefährdung definiert einen psychiatrischen Notfall (7 Fundstellen)

Interview 5 – „Das eine ist die akute Suizidalität, bei der wir uns bemühen, den Patienten davon zu überzeugen, umgehend ohne Zwangseinweisung, weil das ein riesen Problem ist, in die Klinik zu gehen. Wir schaffen es meistens, dass er sich da vorstellt und sich abholen lässt vom Krankenwagen.“

Interview 6 – „Selbstgefährdung. Ein ganz großes Thema. Wenn man das Gefühl hat, der Patient könnte sich im schlimmsten Fall was antun.“

Interview 7 – „Psychiatrischer Notfall ist eine Akutgefährdung für den Patienten oder für seine Umgebung. (...) Es gibt erregte, aggressive Patienten. Ich hatte vor kurzem eine Frau, die sagte: „Bis hier hin und jetzt geht gar nichts mehr“.“

Interview 8 – „Es ist durch die Lebensumstände oder die Folgen für den Patienten geprägt, was wir im hausärztlichen Alltag an psychiatrischen Notfällen erleben. Das heißt die Auswirkungen, die sich nach dem psychiatrischen Krankengesetz auch für Umstehende erkennen lassen: Eigengefährdung, Fremdgefährdung.“

Interview 8 – „Ich glaube, psychiatrischer Notfall so, wie es die hausärztliche Tätigkeit in meinem Arbeitsbereich betrifft, beschränkt sich auf das Psych-KG.“

Interview 10 – „Ich habe einige wenige Male Patienten gehabt, die mit klaren Suizidabsichten hier vorstellig geworden sind, dann habe ich umgehend Kontakt mit der psychiatrischen Praxis aufgenommen und habe sie dahin geschickt. Habe auch überwacht, dass die da angekommen sind, per Telefon oder mit Begleitperson.“

Interview 10 – „Andere Notfälle hatte ich in dem Sinne nicht, außer Suizidalität.“

iK224 – Eine akut wahnhaft schizoide Störung ist ein psychiatrischer Notfall (3 Fundstellen)

Interview 5 – „Das zweite sind die akuten wahnhaften schizoiden Störungen, bei denen wir einen guten Draht zum Neurologen haben und entsprechend helfen können.“

Interview 9 – „Psychiatrische Notfälle habe ich noch nicht sehr viele erlebt. Einmal bin ich von einem Mann gerufen worden, dessen Frau lag im Kofferraum vom Auto mit ihrem Hund und hat sich seit zwei Tagen nicht mehr rausbewegt. Die hatte einen akuten Schub von einer Psychose. Die werden dann ins Krankenhaus eingewiesen.“

Interview 10 – „Neulich muss es einen psychiatrischen Notfall bei einem meiner Patienten gegeben haben. (...) Der ist dann an seinem Arbeitsplatz ganz unvermittelt psychotisch geworden und ist von den Kollegen stationär eingewiesen worden.“

iK225 – Hausarzt muss erkennen, dass nicht jeder sofort eine Therapie braucht (2 Fundstellen)

Interview 5 – „Ich glaube nicht, dass man jedem Patienten, ermöglichen muss, innerhalb von zwei Wochen eine Psychotherapie anzufangen für ein Problem, was seit zwanzig Jahren besteht. Das muss nicht sein,“

Interview 5 – „Der erkennt im Laufe der Zeit: „Der Kollege schickt mir Patienten, wo es dringend ist“. Dadurch steht mir die Tür für Notfälle offen.“

iK226 – Das interkollegiale Netzwerk für schnelle Unterstützung darf nicht missbraucht werden (3 Fundstellen)

Interview 5 – „Ich missbrauche das nicht, weil irgendeiner meint, er müsse da dringend hin, sondern mache das nur, wenn es dringend notwendig ist.“

Interview 10 – „Aber ich nutze das ganz bewusst.“

Interview 10 – „Die Kollegen wissen auch, dass wir das nicht ausnutzen. Dass wir das wirklich nur in Notfällen machen und dann kriegen wir die Hilfe, die wir brauchen.“

iK227 – Hausarzt kann nur in Ausnahmefällen selber direkt Kontakt zum Spezialisten aufnehmen (3 Fundstellen)

Interview 5 – „Das wird auch akzeptiert. Wir können das auch nicht regelhaft leisten.“

Interview 5 – „Wenn ich höre, dass Herr Montgomery im Interview im Deutschlandfunk gesagt hat: „die Hausärzte sollten überall anrufen, um die Patienten schnell unterzubringen“, das ist völliger Quark. Ich kann das in ausgewählten Fällen machen und sonst überhaupt nicht.“

Interview 7 – „Da habe ich in der Psychiatrie angerufen und die konnte von hier durchmarschieren in die Ambulanz der Psychiatrie. Nicht über die Zentrale (weil ich gesagt habe?) „Das geht alles gar nicht mehr“ sondern dann wurde dieses Case Management umlaufen. Die ist direkt da gelandet.“

iK228 – Teilweise wünscht der Patient keine Rückmeldung des Therapeuten oder Psychiaters an den Hausarzt (1 Fundstelle)

Interview 5 – „Viele Patienten wollen sich nicht komplett vorm Hausarzt ausziehen. Das kann ich verstehen. Die wollen das nicht, weil die Ehepartner sind hier, dann haben die Angst, dass das dahin kommt. Die Kinder sind hier. Die Daten stehen alle im Computer. Viele wollen das nicht. Für mich ist das akzeptabel. Das ist in Ordnung.“

iK229 – Die Rückmeldung über die Psychotherapie erfolgt direkt über den Patienten (3 Fundstellen)

Interview 5 – „Ich frage dann: „Wie geht es Ihnen damit?“ und die sagen: „Gut.“ und dann ist gut.“

Interview 6 – „Es gibt selten Beispiele, dass Patienten nochmal reinkommen und davon berichten. Sehr selten.“

Interview 9 – „Wobei die Patienten auch zu mir kommen und mir das erzählen.“

iK230 – Der Hausarzt muss psychiatrische Notfälle erkennen (2 Fundstellen)

Interview 5 – „Dass man sicher ist: Was sind Notfälle, wo muss ich agieren?“

Interview 8 – „Es gibt auch weitere psychiatrische Notfälle, die aber im Alltag unzureichend erkannt oder nicht thematisiert werden.“

iK231 – F-Diagnosen sind häufiger geworden (7 Fundstellen)

Interview 3 – „Ich erlebe viele Patienten, insbesondere jüngere Patienten, die mit psychischen Beschwerden, schon mit der festen Diagnose „Burnout“ in meine Praxis kommen. Insofern kann ich diesem Titel zustimmen.“

Interview 6 – „Mir fällt ein, dass es gefühlt deutlich mehr geworden ist, dass Patienten mit Krankheitsbildern aus dieser Richtung Praxen aufsuchen.“

Interview 6 – „Ich weiß nicht, ob das mit der Schnelllebigkeit der Menschheit zu tun hat, mit den Einflüssen von außen, aber ich habe das Gefühl, dass diese Erkrankungsbilder zunehmend in Allgemeinmedizinerpraxen auftreten und dass das ein ganz großes Thema ist.“

Interview 7 – „Dass das zunimmt. Dass Verhaltensauffälligkeiten zunehmen.“

Interview 8 – „Ich glaube, dass in diesem Zeitfenster, das ist nur ein subjektiver Eindruck, der Anteil der psychischen Veränderungen, die von klinischer Relevanz sind, weil sie eine Arbeitsunfähigkeit begründen, weil sie eine Therapie nach sich ziehen, weil sie aufwändige Diagnostik mit sich bringen und eine dicke Patientenakte erzeugen, zugenommen hat und eine solche öffentliche Diskussion notwendig macht.“

Interview 9 – „Ich habe das Gefühl, dass die Burnout-Zustände in den letzten Jahren extrem zugenommen haben. Ich habe zum Teil bei zwischen 40 und 80 manchmal 90 Patienten pro Tag, zwischen 3 und 5 Männer und Frauen mit Burnout- Zuständen.“

Interview 10 – „Dass psychische Störungen beim Menschen im Allgemeinen und bei unseren Patienten zunehmen und einen erheblichen Platz in der Praxis einnehmen.“

iK232 – Die Schnelllebigkeit der Menschen als Ursache für F-Diagnosen (1 Fundstelle)

Interview 6 – „Ich weiß nicht, ob das mit der Schnelllebigkeit der Menschheit zu tun hat, mit den Einflüssen von außen, aber ich habe das Gefühl, dass diese Erkrankungsbilder zunehmend in Allgemeinmedizinerpraxen auftreten und dass das ein ganz großes Thema ist.“

iK233 – Posttraumatische Belastungsstörungen sind eher selten (2 Fundstellen)

Interview 6 – „Und es gibt leider Beispiele, wo man Patienten hat, die schlimme Erlebniserfahrungen haben. Ich habe vor zwei Patienten eine Vergewaltigung gehabt. Jemand, der ein traumatisches Erlebnis aufgrund eines Attentates hatte.“

Interview 6 – „Das sind die Kolibris, die man in der Praxis auch nicht komplett betreut, sondern sich auch zusätzlich Fachpersonal heranholt, also einen Neurologen, Psychotherapeuten etc., aber die sind bei uns auch präsent.“

iK234 – Posttraumatische Belastungsstörungen werden vom Spezialisten mitbetreut (2 Fundstellen)

Interview 6 – „Das sind die Kolibris, die man in der Praxis auch nicht komplett betreut, sondern sich auch zusätzlich Fachpersonal heranholt, also einen Neurologen, Psychotherapeuten etc., aber die sind bei uns auch präsent.“

Interview 9 – „Natürlich ist dann immer die Co-Behandlung durch einen Psychiater oder Psychotherapeuten dabei. Solche Dinge kann man als Hausarzt nicht alleine bewältigen.“

iK235 – Hausarzt tut auch bei schweren F-Diagnosen sein Bestes (1 Fundstelle)

Interview 6 – „Wir versuchen dann unser Bestes zu tun.“

iK236 – Der Umgang mit psychisch kranken Patienten wird durch Erfahrung zur Routine (1 Fundstelle)

Interview 6 – „Mittlerweile ist das nicht Alltag geworden, aber eine andere Routine.“

iK237 – Hausärzte fühlen sich teils hilflos und überfordert (1 Fundstelle)

Interview 6 – „Wobei man sagen muss, dass es leider nichts gibt, was es nicht gibt und man sich immer wieder dabei ertappt, dass man, ich möchte nicht sagen „hilflos“ ist, aber sich selbst erschrickt und nicht richtig weiß, wie man mit der Situation umgehen soll.“

iK238 – Der Hausarzt erfährt eine persönliche Belastung durch seine Überforderung (1 Fundstelle)

Interview 6 – „Das belastet einen dann schon und man nimmt es mit nach Hause und dieses Beispiel, diese junge Frau, die vergewaltigt worden ist, da sitzt man erst mal und findet keine Worte und weiß nicht, was man sagen soll.“

iK239 – Es bedarf Zeit zur Reflexion, um mit Belastungen umzugehen (2 Fundstellen)

Interview 6 – „Das sind belastende Situationen und da muss man sich Zeit nehmen, das zu reflektieren.“

Interview 6 – „Es ist definitiv so, dass man aufpassen muss, dass man nicht alles immer verdrängt, sondern dass man auch reflektiert. Sonst wird es irgendwann so, dass man auf der anderen Seite des Schreibtisches sitzt.“

iK240 – Verdrängen ist eine mögliche Umgangsform mit emotionaler Belastung (1 Fundstelle)

Interview 6 – „Ich bin zwar eher ein Verdränger-Typ und mache irgendwie weiter, weil zu viel möchte ich nicht an mich ranlassen, aber es passiert doch immer wieder, immer seltener, je länger man in diesem Job ist, aber doch immer noch mal wieder.“

iK241 – F-Diagnosen haben teils einen schwer vorhersehbaren individuellen Verlauf (2 Fundstellen)

Interview 6 – „Man kann nicht hinter die Fassade eines Menschen gucken und ich finde es immer unglaublich schwer, so eine Diagnose zurückzunehmen, weil man nie weiß, was im weiteren Verlauf passiert.“

Interview 6 – „Was bei den Menschen los ist und ob nicht von heute auf morgen wieder so eine Situation entstehen kann, die im Grunde wieder genau das gleiche Bild mit sich bringt.“

iK242 – Der Hausarzt trägt beim Stellen einer F-Diagnose Verantwortung (4 Fundstellen)

Interview 6 – „Es ist, wie es ist. Der Patient ist krank und ich gucke da immer auf meine medizinische Verantwortung oder Aufgabe“

Interview 6 – „Aber dass man trotzdem in der Verantwortung ist, mit der ich hier jetzt sitze und muss das aus meiner Situation heraus beantworten können und „abwendbar gefährlicher Verlauf“, man muss im Sinne des Patienten Vorsicht walten lassen und dann lieber diesen Schritt gehen.“

Interview 6 – „Bevor man ein Risiko eingeht und dieser Patient einmal vor die Wand läuft. Lieber einmal früher, als zu spät.“

Interview 8 – „Bist du dir wirklich sicher? Das kann ein Grund sein, warum das nicht leichtfertig geschieht.“

iK243 – Die Codierung einer F-Diagnose birgt Konfliktpotential (1 Fundstelle)

Interview 6 – „weiß natürlich auch, dass das mit gewissen Konflikten verbunden ist.“

iK244 – Eine F-Diagnose sollte lieber früher als zu spät diagnostiziert werden (1 Fundstelle)

Interview 6 – „Bevor man ein Risiko eingeht und dieser Patient einmal vor die Wand läuft. Lieber einmal früher, als zu spät.“

iK245 – Es ist gut an unserem Gesundheitssystem, dass es Spezialisten gibt (1 Fundstelle)

Interview 6 – „Das ist das Schöne an unserer medizinischen Versorgung: Wir haben Möglichkeiten, nicht den Schwarzen Peter zu verschieben, aber zu sagen: „Da sind Menschen, die sind kompetenter in dem Bereich“.“

iK246 – Psychiater oder Psychotherapeuten haben mit Therapiestrategien mehr Erfahrungen (2 Fundstellen)

Interview 6 – „Die haben, was Therapiestrategien angeht, bessere Erfahrungswerte.“

Interview 6 – „Wo wir dann explizit auf die Überweisung schreiben: „Das und das stellt sich im Moment dar“ und „Wir bitten um eine Therapieempfehlung im Hinblick auf medikamentöse oder psychotherapeutische Einstellung“.“

iK247 – Um psychisch kranke Patienten anzubinden kooperieren Hausärzte mit Neurologen (1 Fundstelle)

Interview 6 – „Da arbeiten wir meistens über die Schiene der Neurologen.“

iK248 – Der Hausarzt sucht einen Spezialisten, der dann eine Therapie einleitet (1 Fundstelle)

Interview 6 – „Das heißt, wir suchen uns nochmal einen Mittler, der dann diese Therapie in die Wege leitet.“

iK249 – Hausärzte müssen Wartezeiten überbrücken (6 Fundstellen)

Interview 6 – „Da muss man überbrückend tätig sein.“

Interview 6 – „Dann sagt man: „Kommen Sie einmal häufiger zu uns“. Dann investiert man eine Viertelstunde, vielleicht auch ein bisschen mehr, um schon einen kleinen Ansatz zu geben und dass der Patient Halt hat für die Zeit.“

Interview 7 – „Ich habe Möglichkeiten der Überbrückung. Da muss man unterschieden zwischen Kassen- und Privatpatienten.“

Interview 8 – „Die Pharmakotherapie ist eine zur Verfügung stehende Möglichkeit.“

Interview 9 – „Ich kann als Hausarzt auch ein Medikament aufschreiben“

Interview 9 – „oder sagen: „Sie sind in einer schwierigen Situation. Kommen Sie zweimal jede Woche zu mir, solange bis wir jemanden gefunden haben, der Sie dann psychotherapeutisch professionell behandelt“.“

iK250 – Eine medikamentöse Therapie sollte möglichst nur durch einen Spezialisten erfolgen (1 Fundstelle)

Interview 6 – „Bin ich eher kein Freund von, weil ich der Meinung bin, dass man sich, wenn es irgendwo geht, relativ lange zurückhalten sollte und das in fachärztliche Hände geben sollte.“

iK251 – Hausarzt möchte im Kontakt mit seinen Patienten bleiben (2 Fundstellen)

Interview 6 – „Leider hat man dann oftmals gar nicht mehr viel mit den Patienten zu tun. Das finde ich schade.“

Interview 6 – „Das ist nicht das, was ich mir immer unter „Allgemeinmedizin“ vorstelle.“

iK252 – Die Aufgabe des Hausarztes ist erledigt, wenn dem Patienten im System geholfen ist (1 Fundstelle)

Interview 6 – „Dann ist meine Aufgabe aber auch getan. Ich weiß, die Patienten sind aufgefangen im System und es geht in die richtige Richtung.“

iK253 – Der psychiatrische Notfall birgt Gefahr für den Patienten (2 Fundstellen)

Interview 6 - Muss man natürlich auch fragen. Ich bin als Notarzt tätig, man muss die Patienten wirklich fragen: „Wollen Sie sich was antun?“. Wenn dann eine Äußerung kommt, muss einem klar sein, dass man die Patienten sofort einweisen muss. Dass man den Notarzt rufen muss, weil wenn was passiert, wird man seines Lebens nicht mehr froh.“

Interview 6 – „Ich bin jemand, der vorsichtig ist. Mir ist zwar noch nichts Schlimmes passiert, aber man weiß nie.“

iK254 – Der Hausarzt sollte vorsichtig sein, um schlechte Erfahrungen zu vermeiden (4 Fundstellen)

Interview 6 – „Ich bin jemand, der vorsichtig ist. Mir ist zwar noch nichts Schlimmes passiert, aber man weiß nie.“

Interview 6 – „Da bin ich vorsichtig, weil ich habe zwar selbst noch keine großen Erfahrungen diesbezüglich, aber die möchte ich auch nicht sammeln.“

Interview 6 – „Und das würde man sich nicht verzeihen, wenn man einen Patienten rausgehen lässt, der total labil ist und dem es schlecht geht und dann (hinterher liest) der hat sich was angetan“

Interview 6 – „Da bin ich sehr vorsichtig. Und als Notarzt habe ich das auch immer so gemacht. Das war auch ganz klar, jeden Patienten mitgenommen, jeden.“

iK255 – Hausarzt muss das Rüstzeug für den Umgang mit psychisch kranken Patienten erlernen (3 Fundstellen)

Interview 6 – „Ich glaube, man kann ein gewisses Rüstzeug lernen, ein Stück weit.“

Interview 6 – „Und es ist nicht verkehrt, wenn man ein gewisses Wissen über die Materie hat.“

Interview 6 – „Wenn man weiß, wie man sich in welchen Situationen zu verhalten hat. Jetzt gerade mit dem Thema „Selbstmordgedanken“, mit dem Thema „Depression“.“

iK256 – Hausarzt muss die Therapieoptionen kennen (1 Fundstelle)

Interview 6 – „Dass man vorher weiß: Was habe ich für Möglichkeiten, ob im Krankenhaus, ob bestimmte Medikationen, ob Therapie. Das muss man sich aneignen.“

iK257 – Der Hausarzt trägt im Umgang mit seinen Patienten Verantwortung (3 Fundstellen)

Interview 6 – „Das ist das wichtigste. Dass man aufmerksam ist und dass man so ein bisschen auch weiß, was man für eine Verantwortung hat und dass man weiß, was man sich aneignen muss, um denen, denen es nicht gut geht, helfen zu können.“

Interview 7 – „Dass eine Verantwortung darin liegt, die Dauerdiagnosen daraufhin zu überprüfen, welche noch gültig sind und welche nicht.“

Interview 10 – „Und da glaube ich, habe ich mich immer verantwortungsbewusst drum gekümmert. Da ist auch bisher nichts passiert.“

iK258 – Die Kommunikation mit Fachärzten über Briefe ist ok (3 Fundstellen)

Interview 6 – „Die Kommunikation zwischen Fachärzten und uns ist gar nicht schlecht. Das ist mit Briefkontakt alles gut gemacht.“

Interview 7 – „Bei den Ärzten ist das ein ganz normaler Arztbrief, vier bis sechs Wochen später (lachend).“

Interview 10 – „Also, nach dem Erstkontakt bekomme ich in der Regel einen Brief.“

iK259 – Eine öffentlichere Diskussion zum Thema F-Diagnosen ist von Nöten (2 Fundstellen)

Interview 6 – „Ich denke, dass es, wenn es von der Öffentlichkeit gefordert wird, mehr anzubieten, um den Ärzten im Umgang mit solchen Situationen Hilfestellung zu leisten.“

Interview 6 – „Ich glaube, dass in diesem Zeitfenster, das ist nur ein subjektiver Eindruck, der Anteil der psychischen Veränderungen, die von klinischer Relevanz sind, weil sie eine Arbeitsunfähigkeit begründen, weil sie eine Therapie nach sich ziehen, weil sie aufwändige Diagnostik mit sich bringen und eine dicke Patientenakte erzeugen, zugenommen hat und eine solche öffentliche Diskussion notwendig macht.“

iK260 – Das Fortbildungsangebot für Hausärzte zur Thematik der F-Diagnosen sollte verbessert werden (8 Fundstellen)

Interview 6 – „Ich könnte mir vorstellen, dass das vielen nicht attraktiv genug verpackt ist, dass das nicht viel wahrgenommen wird.“

Interview 6 – „Da bin ich ganz frech und sage das so. Man wünscht sich manchmal ein bisschen mehr Rüstzeug, neben dem was man schon weiß. Das aber attraktiv verpackt. Das ist nicht einfach. Und in seinen Alltag passend.“

Interview 8 – „Ich bin kein Psychiater, bedaure auch, da keine gute Ausbildung zu haben“

Interview 8 – „Eine regelmäßige, auf die Erfordernis unseres Krankengutes ausgerichtete, idealerweise mit einer guten Show und Redundanz versorgte Fortbildung.“

Interview 8 – „Eine nicht akademische, sondern problembezogene, regelmäßige Fortbildung wünscht man sich manchmal; insbesondere auch hinsichtlich der Möglichkeiten einer Pharmakotherapie. So geht es mir jedenfalls.“

Interview 8 – „Aber vielleicht gibt es Angebote und wenn ich wählen kann zwischen einer kardiologischen Fortbildung oder einer psychiatrischen, muss ich mich aus Zeitgründen auf mein Fachgebiet beschränken.“

Interview 8 – „Aber das wäre noch auszubauen.“

Interview 9 – „Ja. Wir könnten unser Fortbildungsangebot dahingehend erweitern. (...) Das Angebot an psychotherapeutischen Fortbildungen ist nicht groß. Das wäre eine schöne Sache, wenn wir da mehr Angebote hätten.“

iK261 – Hausarzt sein ist schwierig (1 Fundstelle)

Interview 6 – „Weil man schon so viele Sachen in der Allgemeinmedizin (unverständlich). Es gibt ganz viele Bilder, die wir hier bearbeiten. Deswegen ich das nicht einfach.“

iK262 – Es gibt mehr F-Diagnosen, da soziale Begegnungen schwieriger geworden sind (1 Fundstelle)

Interview 7 – „Dass Anpassungsstörungen oder auch soziale Begegnungen schwierig werden.“

iK263 – Emotionale Belastungen durch Traumata nehmen als Ursachen für F-Diagnosen zu (3 Fundstellen)

Interview 7 – „Dass viele Menschen in irgendeiner Weise traumatisiert sind, durch Erfahrungen“

Interview 7 – „Bei den psychischen Erkrankungen spielt immer eine emotionale Belastung eine Rolle. Was zuerst war die Erkrankung oder die Belastung ist unterschiedlich.“

Interview 8 – „Einzelne Schicksale, die im Laufe der Jahre eine bunte Palette an Färbungen aufweisen. Dinge, die wir hausärztlich unter dem Siegel der Schweigepflicht von Patienten anvertraut bekommen. Aber nicht nur private Schicksalsschläge, sondern das Gros der beruflichen Einflüsse nimmt hier erschreckenderweise zu. (...)“

iK264 – Eine Pseudozunahme der F-Diagnosen kommt auch dadurch zustande, dass vermehrt an F-Diagnosen gedacht wird (4 Fundstellen)

Interview 7 – „Sicher ist es so, dass wir mehr darauf ansprechen“

Interview 7 – „Es ist so, dass das Nachdenken über diese psychosomatischen oder psychischen Ursachen eines Verhaltens in der Patientenschaft verstärkt ist.“

Interview 7 – „Dass es auch leichter ist als Arzt darüber zu sprechen oder das als einen der Gründe anzugeben, weshalb Symptome auftreten, oder weshalb Verhalten immer das gleiche Verhalten ist.“

Interview 7 – „Emotionale Belastungsfaktoren werden abgefragt beim Check-Up ab 35. Deswegen ist das schon Routine, nach diesen Dingen zu fragen.“

iK265 – Es gibt heute eine größere Akzeptanz für F-Diagnosen (1 Fundstelle)

Interview 7 – „Dass es auch leichter ist als Arzt darüber zu sprechen oder das als einen der Gründe anzugeben, weshalb Symptome auftreten, oder weshalb Verhalten immer das gleiche Verhalten ist.“

iK266 – Finanzielle Aspekte sind nicht hausärztlicher Maßstab (2 Fundstellen)

Interview 7 – „Das kann ich nicht beurteilen, weil das nicht mein Maßstab ist. Kann ich nichts zu sagen.“

Interview 7 – „Sie sehen, dass ich keine riesengroße Praxis habe und das möchte ich auch gar nicht. Ich selber möchte es gar nicht gewichten.“

iK267 – Aggressionen sind häufig (1 Fundstelle)

Interview 7 – „Somatisierungsstörungen, Reaktionen auf extreme Belastung, Depressionen natürlich, auch Aggressionen gibt es viele. Eigentlich das Spektrum.“

iK268 – Insbesondere bei F-Diagnosen ist eine achtsame Diagnosestellung wichtig (6 Fundstellen)

Interview 7 – „Revision? Ich denke, dass man achtsam mit Diagnosen, grundsätzlich mit allen, umgehen sollte, mit diesen besonders.“

Interview 7 – „Also bei F bin ich nochmal vorsichtiger, als bei anderen Geschichten.“

Interview 8 – „Bist du dir wirklich sicher? Das kann ein Grund sein, warum das nicht leichtfertig geschieht.“

Interview 8 – „Es ist wichtig eine tragfähige Diagnose vor sich zu sehen und dann soll eine Diagnose auch die Reflexion einer therapeutischen Strategie mit sich führen.“

Interview 10 – „Beim Erstkontakt versuche ich die Patienten zu explorieren.“

Interview 10 – „Ich biete, wenn ich nicht genau weiß, wo es hinget, sehr zeitnah ein zweites Gespräch an. Das wird in der Sprechstunde als so genannter (lachend) „Doppeltermin“ geplant.“

iK269 – Dauerdiagnosen müssen regelmäßig geprüfte werden (4 Fundstellen)

Interview 7 – „Dass eine Verantwortung darin liegt, die Dauerdiagnosen daraufhin zu überprüfen, welche noch gültig sind und welche nicht.“

Interview 8 – „Ein seltener Vorgang. Vielleicht reflektieren wir unsere einmal formulierten Dauerdiagnosen, das ist ein gewisses Verfahren in der Dokumentation im Bereich der GKV, zu wenig.“

Interview 8 – „Ich glaube da müssen wir uns an die eigene Nase fassen und vielleicht im Alltag mehr drauf achten, ob die (unverständlich) nicht auch wieder gelöscht werden können.“

Interview 9 – „Ja. Immer mal wieder.“

iK270 – F-Diagnosen sollten jedes Quartal neu codiert werden, anstatt als Dauerdiagnosen mitzulaufen (1 Fundstelle)

Interview 7 – „Das mache ich bei allen F-Diagnosen. Ich gebe fast nie eine F-Diagnose in mein Computersystem als Dauerdiagnose, sondern ich gebe es wenn es der Fall ist, jedes Quartal wieder neu ein.“

iK271 – Medikamentöse Therapie ist je nach Symptomintensität sinnvoll (2 Fundstellen)

Interview 7 – „Je nach dem, wie stark die Beschwerden sind, muss man kurzfristig medikamentös helfen.“

Interview 10 – „Wenn ich den Eindruck habe, die Störung ist sehr gravierend, würde ich aber nicht beim Erstkontakt machen, aber vielleicht bei weiteren Kontakten, biete ich auch eine medikamentöse antidepressive Behandlung an.“

iK272 – Bei akuten Erkrankungen ist Psychotherapie notwendig (1 Fundstelle)

Interview 7 – „Was ich immer empfehle und mich auch selber für einen baldigen Termin einsetze, ist eine Psychotherapie, Verhaltenstherapie, bei diesen Akutgeschichten.“

iK273 – Eine Psychotherapie ist für Patienten mit chronischer Erkrankung schwierig (1 Fundstelle)

Interview 7 – „Bei den Sachen, die chronisch sind, ist es schwieriger. Da sind viele dabei, die sich schwertun mit einer Therapie.“

iK274 – Die fehlende Therapieeinsicht der Patienten ist problematisch (2 Fundstellen)

Interview 7 – „Die jede Woche hier bei mir antanzen und es ist relativ anstrengend, aufwändig mit denen umzugehen und ihnen klar zu machen, dass sie professionelle Hilfe in Anspruch nehmen müssen“

Interview 8 – „Das bemühen wir uns auch zu tun, zumal viele Patienten nicht die Notwendigkeit einer fachpsychiatrischen Vorstellung sehen. Bevor sich keiner kümmert, bemühen wir uns eine gewisse therapeutische Entwicklung zu erreichen mit wechselndem Erfolg.“

iK275 – Manche Patienten wünschen sich heilende Medikamente (1 Fundstelle)

Interview 7 – „Bei denen gibt es die Unterschiede, das es Leute gibt, die sagen: „Geben Sie mir eine Pille, dass das morgen aufhört“ und andere Angst davor haben, weil Sie die Vorstellung haben, dass es irgendwie ihr Wesen verändert.“

iK276 – Fremdgefährdung definiert einen psychiatrischen Notfall (4 Fundstellen)

Interview 7 – „Psychiatrischer Notfall ist eine Akutgefährdung für den Patienten oder für seine Umgebung. (...) Es gibt erregte, aggressive Patienten. Ich hatte vor kurzem eine Frau, die sagte: „Bis hier hin und jetzt geht gar nichts mehr“.“

Interview 8 – „(...) Das heißt die Auswirkungen, die sich nach dem psychiatrischen Krankengesetz auch für Umstehende erkennen lassen: Eigengefährdung, Fremdgefährdung.“

Interview 8 – „Ich glaube, psychiatrischer Notfall so, wie es die hausärztliche Tätigkeit in meinem Arbeitsbereich betrifft, beschränkt sich auf das Psych-KG“

Interview 9 – „In einem anderen Fall, den ich erlebt habe, hat ein psychotischer junger Mann seine Mutter mit dem Messer bedroht. Das war gefährlich, weil ich Angst hatte: jetzt geht er auch auf mich los. Da habe ich die Polizei geholt und es wurde eine Zwangseinweisung gemacht.“

iK277 – Katatonie ist ein psychiatrischer Notfall (1 Fundstelle)

Interview 7 – „(...) Oder ein Fallen in eine Katatonie; die nichts mehr machen können, die nur noch sagen: „Ich bin hier und es geht gar nicht mehr weiter“. (...)“

iK278 – Coaches als alternative Therapieoption sind teuer (2 Fundstellen)

Interview 7 – „Beziehungsweise, ich habe auch schon Kassenpatienten empfohlen, es zu bezahlen. Die Möglichkeit besteht auch.“

Interview 7 – „Es gibt Coaching-Leute, die diese Psychotherapie als Heilpraktiker gemacht haben. Das sind ganz fähige Leute, die kommen aus Großunternehmen. Wenn jemand so eine Schwierigkeit hat, im Betrieb, oder Mobbing, ist das sehr hilfreich und im Endeffekt, auch wenn sie es selbst bezahlen müssen, eine gute Lösung.“

iK279 – Coaches können eine Alternative zur Therapie von F-Diagnosen sein (2 Fundstellen)

Interview 7 – „Es gibt Coaching-Leute, die diese Psychotherapie als Heilpraktiker gemacht haben. Das sind ganz fähige Leute, die kommen aus Großunternehmen. Wenn jemand so eine Schwierigkeit hat, im Betrieb, oder Mobbing, ist das sehr hilfreich und im Endeffekt, auch wenn sie es selbst bezahlen müssen, eine gute Lösung.“

Interview 7 – „Aber die ist durchweg gut. Ich stütze mich auf die Erfahrung, was ich von den Patienten höre.“

iK280 – Gemeinsamer Aufbau eines Informationsnetzes für Hausärzte und Psychotherapeuten zur Verbesserung der Zusammenarbeit (1 Fundstelle)

Interview 7 – „Muss nicht alleine sein, könnte auch in Zirkeln stattfinden. Es gibt nur ein oder zwei Hände voll Psychotherapeuten und 30, 40, 50 Allgemeinmediziner. Dass man sich mal zusammen setzt und ein Informationsnetz aufbaut. Wodurch man sich schneller Informationen geben kann.“

iK281 – Hausärzte haben aus forensischen Gründen einen großen Aufwand mit psychisch erkrankten Patienten (2 Fundstellen)

Interview 8 – „Mit den Jahren hat man einen gewissen Stil in der Patientenführung/ das wird auch das zeitaufwendige Gespräch zum einen sehr im Vordergrund sehen (da sind dann aber?) doch auch forensische Aspekte heute mehr in den Vordergrund stellt.“

Interview 8 – „Nicht-somatischen Diagnosen sind in ihrer vielfältigen Symptomatik, in der somatisierten Depression oder in der somatoformen Störung, Ausschlussdiagnosen. Und auch aus forensischen Aspekten wird heute weiterhin der Weg gegangen, dass man erst die somatische Medizin komplett durchexerziert, bevor man dafür bereit ist, und dann auch erst eine Akzeptanz beim Patienten erzeugen kann dafür, dass es sich um eine nicht-somatische Störung handelt.“

iK282 – Der Patient hat Vertrauen zum Hausarzt aufgrund dessen Schweigepflicht (1 Fundstelle)

Interview 8 – „Einzelne Schicksale, die im Laufe der Jahre eine bunte Palette an Färbungen aufweisen. Dinge, die wir hausärztlich unter dem Siegel der Schweigepflicht von Patienten anvertraut bekommen. (...)“

iK283 – Der Umgang mit psychisch kranken Patienten bedeutet für den Hausarzt keine emotionale Belastung (1 Fundstelle)

Interview 8 – „Ich kann von einer erheblichen zeitlichen Belastung sprechen, aber emotional würde ich meinen Beruf unbegrenzt weiter fortzuführen bereit sein. Die Belastung liegt im zeitlichen Bereich.“

iK284 – Atypische Trauerreaktionen kommen vor (1 Fundstelle)

Interview 8 – „Die atypischen Trauerreaktionen sind zahlenmäßig nicht so häufig, kommen vor.“

iK285 – Demenzielle Erkrankungen sind häufig (1 Fundstelle)

Interview 8 – „Eine ganz große Rolle, und das ist auch eine F-Diagnose und wäre beinahe unter den Tisch gefallen, spielt die dementielle Entwicklung im Bereich der hausärztlichen Tätigkeit.“

iK286 – Suchterkrankungen sind häufig (3 Fundstellen)

Interview 8 – „Ebenfalls bedeutsame F-Diagnosen sind suchtmedizinische Diagnosen. Die chronische Alkoholerkrankung, die uns oft auch nach vielen Jahren der hausärztlichen Tätigkeit gar nicht transparent wird und manchmal erst durch Dritte transportiert wird. Der Benzodiazepin-Abusus, oder was hier an diesem Standort allerdings eine geringe Rolle spielt, der Abusus von Opioiden oder neuen synthetischen Drogen“

Interview 8 – „Das ist hier zahlenmäßig sehr im Hintergrund.“

Interview 9 – „Auch, wenn Familien zerfallen aus diesen Gründen. Durch Alkoholismus, durch Drogensucht, (...)“

iK287 – Angststörungen sind häufig (1 Fundstelle)

Interview 8 – „Die Angststörung ist auch eine recht häufig auftretende, (...) Form einer psychiatrischen Erkrankung“

iK288 – Therapien sind gut einleitbar, wenn eine Akzeptanz bei den Patienten besteht (2 Fundstellen)

Interview 8 – „Die Angststörung ist auch eine recht häufig auftretende, dann aber gut zu einer Akzeptanz führende und damit in die fachärztliche Richtung zu lenkende Form einer psychiatrischen Erkrankung“

Interview 8 – „Wenn wir an Fachleute aus dem ärztlichen oder psychologischen Bereich delegieren können, tun wir das gerne. Voraussetzung dafür ist die Akzeptanz beim Patienten und dass das System das hergibt.“

iK289 – Angststörungen sind gesellschaftlich gut akzeptiert (1 Fundstelle)

Interview 8 – „Die Angststörung ist auch eine recht häufig auftretende, dann aber gut zu einer Akzeptanz führende und damit in die fachärztliche Richtung zu lenkende Form einer psychiatrischen Erkrankung“

iK290 – Schizophrenien sind selten (2 Fundstellen)

Interview 8 – „Die klassischen psychiatrischen Erkrankungen, allen voran die Schizophrenie, das sind seltene Dinge.“

Interview 10 – „In selteneren Fällen gravierende Persönlichkeitsstörungen, Psychosen.“

iK291 – Hausärzte reflektieren ihre Dauerdiagnosen zu wenig (2 Fundstellen)

Interview 8 – „Ein seltener Vorgang. Vielleicht reflektieren wir unsere einmal formulierten Dauerdiagnosen, das ist ein gewisses Verfahren in der Dokumentation im Bereich der GKV, zu wenig.“

Interview 8 – „Ich glaube da müssen wir uns an die eigene Nase fassen und vielleicht im Alltag mehr drauf achten, ob die (unverständlich) nicht auch wieder gelöscht werden können.“

iK292 – F-Diagnosen bleiben teils als Karteileichen bestehen (2 Fundstellen)

Interview 8 – „Ein seltener Vorgang. Vielleicht reflektieren wir unsere einmal formulierten Dauerdiagnosen, das ist ein gewisses Verfahren in der Dokumentation im Bereich der GKV, zu wenig.“

Interview 8 – „Das ist aber etwas, was als Karteileiche, oder als Stigma den Patienten in der EDV oft länger erhalten bleibt, als es klinisch apparent ist.“

iK293 – F-Diagnosen können klinisch wieder inapparent werden (5 Fundstellen)

Interview 8 – „Das ist aber etwas, was als Karteileiche, oder als Stigma den Patienten in der EDV oft länger erhalten bleibt, als es klinisch apparent ist.“

Interview 8 – „Natürlich gibt es depressive Episoden, insbesondere bei der bipolaren affektiven Störung gibt es reaktiv Veränderungen, die dann auch wieder in den Hintergrund treten. Weniger die manischen Verlaufsformen, sondern die depressiven sind da zu nennen.“

Interview 9 – „Bei Angst- und Panikzuständen ist es so, dass die Erfolge der Psychotherapie recht gut sind. Zum Teil mit medikamentöser Begleitung. Sodass diese Diagnosen auch irgendwann wegfallen.“

Interview 9 – „Bei Schlafstörungen, die sind oft saisonal, oder nur episodisch und nicht permanent.“

Interview 9 – „Bei Depressionen ist es sehr selten, dass die da ganz rauskommen. Es gibt aber immer wieder depressionsfreie Intervalle.“

iK294 – F-Diagnosen werden teils aus gesundheitspolitischen Gründen großzügig codiert (5 Fundstellen)

Interview 8 – „Es gibt allerdings Notwendigkeiten, die auch im GKV-Bereich begründet sind, die einen mit der Diagnose einer dementiellen Entwicklung, auch wenn sie nicht fachärztlich gesichert ist und eher auf einem klinischen Eindruck beruht, großzügig umgehen lässt. Denn hier sind Begründungen notwendig, die zum Beispiel den Einsatz eines Pflegedienstes zur Medikamentengestellung, begleiten, ohne die die gesetzlichen Kostenträger nicht bereit sind, diesen Aufwand mitzutragen. Da erfolgt eine großzügige Diagnosestellung.“

Interview 8 – „Das ist ein Prinzip, was auch im Bereich der somatoformen Störungen aus der Gruppe F-45 eine Rolle spielt, weil hier bestimmte Gesprächsleistungen die Dokumentation dieser Diagnose erfordern. Auch da ist man vielleicht großzügig in der Indikation oder in der Diagnoseformulierung.“

Interview 8 – „Eine Tendenz, die ich selbstkritisch nicht ganz abstreiten würde.“

Interview 10 – „Mit der Diagnose „Depressive Verstimmung“ bin ich großzügig, weil das für mich bedeutet, und dann kommt doch ein finanzieller Aspekt hinein, wenn ich mich mit diesen Leuten mehr beschäftige, dann kann ich das abrechnen, weil ich die psychosomatische Grundversorgung habe und ich dann die entsprechenden Ziffern einsetzen kann.“

Interview 10 – „Ich erfinde Diagnosen nicht, aber wenn ich merke, dass das vielleicht Diagnosen sind, die auf die körperliche Befindlichkeiten Auswirkung haben, dann bin ich mit so einer Diagnose „Depressive Verstimmung“ großzügig.“

iK295 – Hausärzte können therapeutisch Gespräche führen (3 Fundstellen)

Interview 8 – „Das Wichtigste ist, mit solchen Patienten ins Gespräch zu kommen, oder im Gespräch zu bleiben.“

Interview 9 – „Aber man versucht durch Gespräche, die Leute wieder so in ihr Leben zu integrieren, manchmal auch mit medikamentöser Unterstützung, dass sie wieder den Alltag bewältigen.“

Interview 9 – „Und ich konnte auf Medikamente ganz verzichten.“

iK296 – Hausärzte müssen therapieren, wenn Patient keinen Psychiater wünscht (2 Fundstellen)

Interview 8 – „Das bemühen wir uns auch zu tun, zumal viele Patienten nicht die Notwendigkeit einer fachpsychiatrischen Vorstellung sehen. Bevor sich keiner kümmert, bemühen wir uns eine gewisse therapeutische Entwicklung zu erreichen mit wechselndem Erfolg.“

Interview 8 – „Der therapeutische Effekt ist eher zurückhaltend zu bewerten. Aber was wollen wir tun, wenn die Weiterleitung zum Psychotherapeuten oder zum Fachpsychiater nicht gewünscht ist?“

iK297 – Eine hausärztliche Therapie von F-Diagnosen hat wechselnden Erfolg (2 Fundstellen)

Interview 8 – „Das bemühen wir uns auch zu tun, zumal viele Patienten nicht die Notwendigkeit einer fachpsychiatrischen Vorstellung sehen. Bevor sich keiner kümmert, bemühen wir uns eine gewisse therapeutische Entwicklung zu erreichen mit wechselndem Erfolg.“

Interview 8 – „Der therapeutische Effekt ist eher zurückhaltend zu bewerten. Aber was wollen wir tun, wenn die Weiterleitung zum Psychotherapeuten oder zum Fachpsychiater nicht gewünscht ist?“

iK298 – Therapeutische Ansätze durch Hausärzte sind zeitaufwändig (1 Fundstelle)

Interview 8 – „In jedem Fall ist ein hoher Zeitaufwand damit verbunden“

iK299 – Therapeuten sollten die Therapieindikation beurteilen (1 Fundstelle)

Interview 8 – „Für die Patienten ist es sehr schwierig, die Notwendigkeit einer wahrscheinlich angezeigten Psychotherapie beim Psychotherapeuten beurteilen zu lassen, da die Nachfrage nach Psychotherapieplätzen deutlich höher zu sein scheint, als das Angebot.“

iK300 – Medikamentöse Therapie kann zur Überbrückung bis zu einem Therapieplatz dienen (3 Fundstellen)

Interview 8 – „Die Pharmakotherapie ist eine zur Verfügung stehende Möglichkeit.“

Interview 8 – „Bestimmte Substanzen, die ich kenne und die der Situation angemessen sein können, sind ein Weg. Zumindest schlage ich das vor.“

Interview 9 – „Ich kann als Hausarzt auch ein Medikament aufschreiben“

iK301 – Hausärzte haben unzureichende Kenntnisse über Psychopharmaka (2 Fundstellen)

Interview 8 – „und zu geringe fachliche Kenntnis auf zumindest meiner Seite.“

Interview 8 – „Ich bin da als Internist fachlich nicht firm.“

iK302 – Einleitung und Modifikation der medikamentösen Therapie sollte durch Psychiater erfolgen (3 Fundstellen)

Interview 8 – „In sofern bin ich in vielen Fällen dankbar, wenn in dem Fall der fachpsychiatrische, da können psychologische Psychotherapeuten nicht helfen, Kollege eine Pharmakotherapie modifiziert oder einleitet, mit seiner Autorität.“

Interview 10 – „Mir geht gerade eine Patientin durch den Kopf, um die ich mich sehr intensiv gekümmert habe. Das war eine Patientin mit Spielsucht und schwerer Depression und da habe ich viele Kontakte gehabt und angeboten und sie dann an die psychiatrische Praxis angebunden. Die wurde von denen differenziert medikamentös behandelt,“

Interview 10 – „was ich nicht mache.“

iK303 – Die Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten ist unproblematisch (4 Fundstellen)

Interview 8 – „Unproblematisch (lachend).“

Interview 9 – „Die ist gut. Im Allgemeinen, 90%, ist die sehr gut.“

Interview 9 – „Die rufen mich immer mal wieder an, sagen: „So und so ist der neueste Stand. Wie sehen Sie das als Arzt? Ich, als Psychotherapeut sehe das so und so, die Medikamente haben angeschlagen, oder nicht“, dann biete ich an: „Wir können eine Umstellung machen“. Wenn die nicht angeschlagen haben. Und die informieren mich auch über die Fortschritte in der Psychotherapie.“

Interview 9 – „Da bin ich zufrieden als Hausarzt.“

iK304 – Situative Fehlwahrnehmung bei Demenz kann psychiatrischer Notfall sein (1 Fundstelle)

Interview 8 – „Wenn man von notfallmäßigen Anfragen, insbesondere der Pflegeeinrichtungen, absieht, was im Falle der dementiellen situativen Fehlwahrnehmung begründet ist. Das heißt, wenn die Oma in ihrer Verwirrtheit anfängt zu boxen, oder gar nicht mehr schläft, (...) Diese beiden Dinge sind mir prägend, was den psychiatrischen Notfall angeht.“

iK305 – Die psychosomatische Grundausbildung für Hausärzte sollte erweitert werden (1 Fundstelle)

Interview 8 – „Diese „Psychosomatische Grundversorgung“ ist zu sehr auf den psychosomatischen Bereich beschränkt.“

iK306 – Die psychiatrische Ausbildung von Allgemeinmedizinern ist unzureichend (1 Fundstelle)

Interview 8 – „Natürlich haben wir alle in der Facharztausbildung Jahre in der stationären Medizin hinter uns, die uns gewisse Grundfertigkeiten in der Versorgung psychiatrischer Krankheitsbilder lieferte, allerdings nicht institutionalisiert, sondern empirisch.“

iK307 – ADHS bei Kindern nimmt zu (1 Fundstelle)

Interview 9 – „(...) durch Versagen der Kindern in den Schulen, durch immer mehr Kinder, die an diesem Zappel-Philipp-Syndrom, ADHS, leiden. Da ist eine enorme Belastung der Familien, aber auch des Arztes. Das kann man nicht einfach wegschieben.“

iK308 – Der Umgang mit Patienten mit posttraumatischer Belastungsstörung ist für Ärzte schwierig (1 Fundstelle)

Interview 9 – „Es ist auch nicht einfach, als Arzt damit umzugehen.“

iK309 – Teilweise werden F-Diagnosen revidiert (1 Fundstelle)

Interview 9 – „Ja. Immer mal wieder.“

iK310 – Die hausärztlichen Gedanken bei Diagnostizierung einer F-Diagnosen hängen von der Diagnose ab (1 Fundstelle)

Interview 9 – „Es kommt darauf an, was für eine F-Diagnose das ist.“

iK311 – Die Übertragung der persönlichen Belastung auf den Hausarzt ist abhängig von dessen gemachten Erfahrungen (1 Fundstelle)

Interview 9 – „Bei Patienten mit Depression, das kann ich selber nicht so nachempfinden, weil ich nie unter einer Depression gelitten habe. Auch bei Menschen mit Angst- und Panikzuständen, das kenne ich aus eigener Erfahrung auch nicht.“

iK312 – Psychiatrische Diagnosen sind gravierender als somatische (2 Fundstellen)

Interview 9 – „Bei den F-Diagnosen sind häufig mehr Emotionen dabei. Wenn einer mit einer banalen Erkrankung zu uns kommt, das sind zwei Drittel, oder fünfzig Prozent der Patienten, da hat man natürlich keine Emotionen. Wenn einer mit einer Bronchitis kommt.“

Interview 10 – „Während, wenn ich es mit einem Hochdruck zu tun habe, dann ist das nicht so sehr an die Person und an die Persönlichkeit gebunden. Deswegen finde ich eine psychische Diagnose gravierender.“

iK313 – F-Diagnosen verändern das Leben (1 Fundstelle)

Interview 9 – „Bei F-Diagnosen oder Carcinom-Diagnosen, oder Diagnosen, die das Leben sehr stark tangieren, Multiple Sklerose, andere neurologische Erkrankungen, rheumatische

Arthritis, die das Leben der Menschen völlig verändert, hat man als Arzt immer Emotionen. Das kann man nicht abstellen.“

iK314 – Hausärzte brauchen Empathie (1 Fundstelle)

Interview 9 – „Man will ja auch mitfühlender Arzt sein und nicht nur ein Arzt, der was feststellt und dann sagt: „Tschüss“.“

iK315 – Verhaltenstherapie als Ansatz bei Angst- und Panikstörungen (1 Fundstelle)

Interview 9 – „Bei den Angst- und Panikstörungen ist das schwierig. Die werden häufig medikamentös behandelt, aber auch verhaltenstherapeutisch. Dass zum Beispiel der Psychotherapeut mit denen in den Aufzug geht und sagt: „So, jetzt bin ich dabei. Jetzt kann nichts passieren. Wir fahren jetzt mal rauf und runter“. Oder mit denen eine halbe Stunde Bus fährt. Wenn sie da Angst haben. Klaustrophobie.“

iK316 – Teils sind direkte Anrufe bei den Therapeuten notwendig, um die Patienten zu vermitteln (2 Fundstellen)

Interview 9 – „Man muss als Hausarzt einen Telefonhörer in die Hand nehmen und die Kollegen anrufen und sagen: „Bitte schiebt da einen noch rein“. (...)“

Interview 10 – „Aber wie ich gerade schon gesagt habe, im wirklich absoluten Notfall greife ich sofort zum Telefon, mache ich auch bei anderen Krankheitsbildern und das ist mir noch nicht passiert, dass dann ein Kollege nicht gesagt hat: „Der Patient kann sofort kommen“. Das kommt nicht vor. Und dann schalte ich mich persönlich ein und das klappt eigentlich immer“

iK317 – Hausärzte können für die Therapie Familie und Freunde einbinden (2 Fundstellen)

Interview 9 – „Das machen ich schon, indem ich andere Leute mit ins Boot hole. Zum Beispiel gute Freunde von den Patienten, die dann dabei sein dürfen, wenn derjenige es möchte, oder Familienangehörige. Das mache ich in eigener Regie.“

Interview 9 – „Zum Beispiel ein Paargespräch. (...) Das war ein sehr gutes Gespräch, was wir dann hatten. Die haben untereinander einiges geregelt in meinem Dabeisein. Wir haben Gedanken, Strategien entwickelt, wie wir rauskommen, gemeinsam. Das war sehr positiv.“

iK318 – Der Verzicht auf Medikamente ist gewünscht (1 Fundstelle)

Interview 9 – „Und ich konnte auf Medikamente ganz verzichten.“

iK319 – Der Hausarzt sollte den Patienten mit F-Diagnosen mehr Zeit in Sprechstunde einräumen (2 Fundstellen)

Interview 10 – „Wenn ich das einschätzen kann, wenn ein Patient sich anmeldet, dann bekommt der mehr Raum in der Sprechstunde.“

Interview 10 – „Manchmal bin ich natürlich überrascht von den Anliegen, die Patienten haben, dann räume ich denen aber spontan deutlich Platz in der Sprechstunde ein und befasse mich ausführlich mit diesen Patienten.“

iK320 – F-Diagnosen spielen meist lange Zeit eine Rolle (1 Fundstelle)

Interview 10 – „Damit habe ich mich noch nicht beschäftigt. Ich tue das selten. Weil das meistens Störungen sind, die die Patienten über eine lange Zeit begleiten oder die hier, wenn sie bei mir lange in Behandlung sind auch eine große Rolle spielen. Dann revidiere ich so eine Diagnose nicht.“

iK321 – F-Diagnosen können für den Patienten eine Bedeutung für die Zukunft haben (1 Fundstelle)

Interview 10 – „Ich denke manchmal darüber nach, gerade wenn es junge Patienten sind, was das für eine Auswirkung für ihre Weiterentwicklung und für ihr späteres Leben, auch in Bezug auf Bewerbungen und Berufstätigkeit bedeuten kann.“

iK322 – F-Diagnosen sind an Persönlichkeit des Patienten gebunden (2 Fundstellen)

Interview 10 – „Auch weil das ein anderes Feld ist. Es ist nicht nur die somatische Seite eines Menschen, sondern es betrifft die Psyche, die Seele; eigentlich den ganzen Menschen.“

Interview 10 – „Während, wenn ich es mit einem Hochdruck zu tun habe, dann ist das nicht so sehr an die Person und an die Persönlichkeit gebunden. Deswegen finde ich eine psychische Diagnose gravierender.“

iK323 – Eine medikamentöse Therapie sollte nicht beim Erstkontakt eingeleitet werden (1 Fundstelle)

Interview 10 – „Wenn ich den Eindruck habe, die Störung ist sehr gravierend, würde ich aber nicht beim Erstkontakt machen, aber vielleicht bei weiteren Kontakten, biete ich auch eine medikamentöse antidepressive Behandlung an.“

iK324 –Die Wartezeiten für Psychotherapieplätze bedeuten keine Belastung der Hausärzte (1 Fundstelle)

Interview 10 – „Ich kann nicht sagen, dass ich mich da belastet fühle.“

iK325 – Die Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten ist sehr variabel (1 Fundstelle)

Interview 10 – „Das ist unterschiedlich“

iK326 – Man bräuchte besser verfügbare Psychotherapie (2 Fundstellen)

Interview 10 – „Natürlich wäre es besser, wenn es mehr Fachkollegen gäbe, wenn es mehr Psychotherapeuten gäbe, weil ja nicht nur die Wartezeiten bei den Psychiatern lang sind, sondern vor allen Dingen bei den Psychotherapeuten.“

Interview 10 – „Also wenn es mehr Möglichkeiten gäbe, die Patienten sofort zeitnah anzubinden, dann wäre das eine Entlastung der Hausärzte.“

8.6. Kategoriensystem aus deduktiven und induktiven Oberkategorien mit Einordnung aller induktiver Kategorien

Codesystem
Entwicklung von F-Diagnosen aus HA-Perspektive (dK1)
Entwicklung von F-Diagnosen aus HA-Perspektive (dK1)\Zunehmende Zahlen im Allgemeinen (iK149)
Entwicklung von F-Diagnosen aus HA-Perspektive (dK1)\Zunehmende Zahlen im Allgemeinen (iK149)\Stressassoziierte Erkrankungen nehmen zu.
Entwicklung von F-Diagnosen aus HA-Perspektive (dK1)\Zunehmende Zahlen im Allgemeinen (iK149)\Depressionen bei Jugendlichen sind zunehmend.
Entwicklung von F-Diagnosen aus HA-Perspektive (dK1)\Zunehmende Zahlen im Allgemeinen (iK149)\F-Diagnosen können als Epidemie des 21. Jhd bezeichnet werden.
Entwicklung von F-Diagnosen aus HA-Perspektive (dK1)\Überschätzte Entwicklung von F-Diagnosen
Entwicklung von F-Diagnosen aus HA-Perspektive (dK1)\Überschätzte Entwicklung von F-Diagnosen\F-Diagnosen gab es schon immer. (iK3)
Entwicklung von F-Diagnosen aus HA-Perspektive (dK1)\Überschätzte Entwicklung von F-Diagnosen\F-Diagnosen gab es schon immer. (iK3)\Schwere psychische Erkrankungen haben nicht zugenommen.
Entwicklung von F-Diagnosen aus HA-Perspektive (dK1)\Überschätzte Entwicklung von F-Diagnosen\Verstärktes Denken an F-Diagnosen. (iK264)
Entwicklung von F-Diagnosen aus HA-Perspektive (dK1)\Überschätzte Entwicklung von F-Diagnosen\Verstärktes Denken an F-Diagnosen. (iK264)\Häufigeres Ansprechen auf psychische Erkrankungen.
Entwicklung von F-Diagnosen aus HA-Perspektive (dK1)\Überschätzte Entwicklung von F-Diagnosen\Psychische und Verhaltensstörungen als Modediagnose (iK212)
Entwicklung von F-Diagnosen aus HA-Perspektive (dK1)\Überschätzte Entwicklung von F-Diagnosen\Psychische und Verhaltensstörungen als Modediagnose (iK212)\Größere Akzeptanz für F-Diagnosen.(iK265)

Entwicklung von F-Diagnosen aus HA-Perspektive (dK1)\Überschätzte Entwicklung von F-Diagnosen\Psychische und Verhaltensstörungen als Modediagnose (iK212)\Missempfindung normaler Situationen als F-Diagnosen. (iK100)

Entwicklung von F-Diagnosen aus HA-Perspektive (dK1)\Überschätzte Entwicklung von F-Diagnosen\Psychische und Verhaltensstörungen als Modediagnose (iK212)\Missempfindung normaler Situationen als F-Diagnosen. (iK100)\Teils nur fehlendes Selbstbewusstsein statt Krankheit.

Entwicklung von F-Diagnosen aus HA-Perspektive (dK1)\Überschätzte Entwicklung von F-Diagnosen\Mehr F-Diagnosen durch leichteren Zugang zum Therapeuten (iK77)

Entwicklung von F-Diagnosen aus HA-Perspektive (dK1)\Überschätzte Entwicklung von F-Diagnosen\Mehr F-Diagnosen durch leichteren Zugang zum Therapeuten (iK77)\Therapeut als einfacher, kostenfreier Gesprächspartner.

Entwicklung von F-Diagnosen aus HA-Perspektive (dK1)\Überschätzte Entwicklung von F-Diagnosen\Fehlerhafte Daten zu F-Diagnosen führen zu ... (iK1)

Entwicklung von F-Diagnosen aus HA-Perspektive (dK1)\Überschätzte Entwicklung von F-Diagnosen\Fehlerhafte Daten zu F-Diagnosen führen zu ... (iK1)\F-Diagnosen werden großzügig codiert.

Entwicklung von F-Diagnosen aus HA-Perspektive (dK1)\Überschätzte Entwicklung von F-Diagnosen\Fehlerhafte Daten zu F-Diagnosen führen zu ... (iK1)\F-Diagnosen werden großzügig codiert.\Häufigere Dokumentation von F-Diagnosen.

Entwicklung von F-Diagnosen aus HA-Perspektive (dK1)\Überschätzte Entwicklung von F-Diagnosen\Fehlerhafte Daten zu F-Diagnosen führen zu ... (iK1)\F-Diagnosen nutzen zur Begründung einer Schwerbehinderung.

Entwicklung von F-Diagnosen aus HA-Perspektive (dK1)\Überschätzte Entwicklung von F-Diagnosen\Fehlerhafte Daten zu F-Diagnosen führen zu ... (iK1)\F-Diagnosen als Karteileichen

Entwicklung von F-Diagnosen aus HA-Perspektive (dK1)\Überschätzte Entwicklung von F-Diagnosen\Viele psychisch Kranke sind voll alltagsfähig.(iK177)

Entwicklung von F-Diagnosen aus HA-Perspektive (dK1)\Unabsehbarer Verlauf von F-Diagnosen im Einzelnen

Entwicklung von F-Diagnosen aus HA-Perspektive (dK1)\Unabsehbarer Verlauf von F-Diagnosen im Einzelnen\F-Diagnosen sind keine Dauerdiagnosen.(iK107)

Entwicklung von F-Diagnosen aus HA-Perspektive (dK1)\Unabsehbarer Verlauf von F-Diagnosen im Einzelnen\F-Diagnosen sind keine Dauerdiagnosen.(iK107)\F-Diagnosen sind Akutdiagnosen, die sich wiederholen.(iK106)

Entwicklung von F-Diagnosen aus HA-Perspektive (dK1)\Unabsehbarer Verlauf von F-Diagnosen im Einzelnen\F-Diagnosen sind keine Dauerdiagnosen.(iK107)\Revision von F-Diagnose z.B. bei Entwicklung in Partnerschaft.

Entwicklung von F-Diagnosen aus HA-Perspektive (dK1)\Unabsehbarer Verlauf von F-Diagnosen im Einzelnen\F-Diagnosen sind keine Dauerdiagnosen.(iK107)\F-Diagnosen können klinisch wieder inapparent werden.(iK293)

Entwicklung von F-Diagnosen aus HA-Perspektive (dK1)\Unabsehbarer Verlauf von F-Diagnosen im Einzelnen\F-Diagnosen sind keine Dauerdiagnosen.(iK107)\F-Diagnosen können klinisch wieder inapparent werden.(iK293)\Depressive Episoden können wieder in den Hintergrund treten.

Entwicklung von F-Diagnosen aus HA-Perspektive (dK1)\Unabsehbarer Verlauf von F-Diagnosen im Einzelnen\F-Diagnosen sind keine Dauerdiagnosen.(iK107)\Manchmal kann man F-Diagnose wieder streichen. (iK190)

Entwicklung von F-Diagnosen aus HA-Perspektive (dK1)\Unabsehbarer Verlauf von F-Diagnosen im Einzelnen\Rehabilitation von F-Diagnosen ist uneindeutig. (iK80)

Entwicklung von F-Diagnosen aus HA-Perspektive (dK1)\Unabsehbarer Verlauf von F-Diagnosen im Einzelnen\F-Diagnosen halten in Konfliktsituationen einige Zeit an(iK105)
Entwicklung von F-Diagnosen aus HA-Perspektive (dK1)\Unabsehbarer Verlauf von F-Diagnosen im Einzelnen\F-Diagnosen spielen meist lange Zeit eine Rolle.(iK320)
Entwicklung von F-Diagnosen aus HA-Perspektive (dK1)\Unabsehbarer Verlauf von F-Diagnosen im Einzelnen\F-Diagnosen häufen sich tendenziell mit der Zeit. (iK27)
Entwicklung von F-Diagnosen aus HA-Perspektive (dK1)\Unabsehbarer Verlauf von F-Diagnosen im Einzelnen\Nach Therapie bleibt F-Diagnose teils bestehen(iK189)
Entwicklung von F-Diagnosen aus HA-Perspektive (dK1)\Unabsehbarer Verlauf von F-Diagnosen im Einzelnen\Teils schwer vorhersehbarer individueller Verlauf.(iK241)
Entwicklung von F-Diagnosen aus HA-Perspektive (dK1)\Ursachen echter F-Diagnosen
Entwicklung von F-Diagnosen aus HA-Perspektive (dK1)\Ursachen echter F-Diagnosen\Emotionale Belastungen nehmen zu (iK263)
Entwicklung von F-Diagnosen aus HA-Perspektive (dK1)\Ursachen echter F-Diagnosen\Emotionale Belastungen nehmen zu (iK263)\Traumatisierende Erfahrungen (iK263)
Entwicklung von F-Diagnosen aus HA-Perspektive (dK1)\Ursachen echter F-Diagnosen\Emotionale Belastungen nehmen zu (iK263)\F-Diagnose als Folge von Arbeitslosigkeit (iK78)
Entwicklung von F-Diagnosen aus HA-Perspektive (dK1)\Ursachen echter F-Diagnosen\Emotionale Belastungen nehmen zu (iK263)\Probleme am Arbeitsplatz sind häufig. (iK14)
Entwicklung von F-Diagnosen aus HA-Perspektive (dK1)\Ursachen echter F-Diagnosen\Emotionale Belastungen nehmen zu (iK263)\Zunehmende Stressfaktoren (iK79)

Entwicklung von F-Diagnosen aus HA-Perspektive (dK1)\Ursachen echter F-Diagnosen\Emotionale Belastungen nehmen zu (iK263)\Probleme im familiären Bereich sind häufig. (iK15)
Entwicklung von F-Diagnosen aus HA-Perspektive (dK1)\Ursachen echter F-Diagnosen\Soziale Begegnungen sind schwieriger.(iK262)
Entwicklung von F-Diagnosen aus HA-Perspektive (dK1)\Ursachen echter F-Diagnosen\Schnelllebigkeit der Menschen.(iK232)
Entwicklung von F-Diagnosen aus HA-Perspektive (dK1)\Ursachen echter F-Diagnosen\Persönliche Bewertung von Situationen(iK101)
Art der F-Diagnosen (dK2)
Art der F-Diagnosen (dK2)\Definition eines psychiatrischen Notfalls.
Art der F-Diagnosen (dK2)\Definition eines psychiatrischen Notfalls.\Situative Fehlwahrnehmung bei Demenz.(iK304)
Art der F-Diagnosen (dK2)\Definition eines psychiatrischen Notfalls.\Katatonie (iK277)
Art der F-Diagnosen (dK2)\Definition eines psychiatrischen Notfalls.\Fremdgefährdung (iK276)
Art der F-Diagnosen (dK2)\Definition eines psychiatrischen Notfalls.\Akut wahnhaft Schizoide Störung.(iK224)
Art der F-Diagnosen (dK2)\Definition eines psychiatrischen Notfalls.\Selbstgefährdung, Suizidalität (iK223)
Art der F-Diagnosen (dK2)\Definition eines psychiatrischen Notfalls.\Psychiatrische Notfallsituationen sind sehr selten. (iK53)
Art der F-Diagnosen (dK2)\Demenz spielt eine große Rolle. (iK285)
Art der F-Diagnosen (dK2)\ADHS bei Kindern nimmt zu.(iK307)
Art der F-Diagnosen (dK2)\Angststörungen sind häufig. (iK287)
Art der F-Diagnosen (dK2)\Suchterkrankungen sind bedeutsam.(iK286)
Art der F-Diagnosen (dK2)\Suchterkrankungen sind bedeutsam.(iK286)\Opiate und synthetische Drogen sind weniger relevant.
Art der F-Diagnosen (dK2)\Atypische Trauerreaktionen.(iK284)

Art der F-Diagnosen (dK2)\Aggressionen sind häufig.(K267)
Art der F-Diagnosen (dK2)\Psychosoziale Störung im Zusammenhang mit sozialem Umfeld (iK95)
Art der F-Diagnosen (dK2)\Psychosoziale Störung im Zusammenhang mit Arbeitsplatz. (iK94)
Art der F-Diagnosen (dK2)\Anpassungsstörungen sind häufig. (iK13)
Art der F-Diagnosen (dK2)\Belastungssituationen sind häufig.(iK162)
Art der F-Diagnosen (dK2)\Burnout ist häufig.(iK147)
Art der F-Diagnosen (dK2)\Schizophrenien sind häufig. (iK96)
Art der F-Diagnosen (dK2)\Schizophrenien sind häufig. (iK96)\Schizophrenien sind selten.(iK290)
Art der F-Diagnosen (dK2)\Somatoforme Beschwerden sind häufig. (iK11)
Art der F-Diagnosen (dK2)\Funktionelle Beschwerden sind häufig.(iK182)
Art der F-Diagnosen (dK2)\Depressive Störungen sind häufig. (iK10)
Art der F-Diagnosen (dK2)\Schwere F-Diagnosen sind eher selten. (iK161)
Art der F-Diagnosen (dK2)\PTBS sind eher selten (iK233)
Art der F-Diagnosen (dK2)\Spezielle Diagnosen in besonderen Einrichtungen. (iK160)
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\hausärztlich
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\hausärztlich\Hausarzt tut auch bei schweren F-Diagnosen sein bestes.(iK235)
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\hausärztlich\Hausärzte motivieren die Patienten. (iK110)
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\hausärztlich\Hausärzte motivieren die Patienten. (iK110)\Hausarzt nimmt den Patienten hart ran.
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\hausärztlich\Hausärzte motivieren die Patienten. (iK110)\Hausärzte geben Hilfe zur Selbsthilfe.

Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\hausärztlich\Hausärzte motivieren die Patienten. (iK110)\Dynamik des Hausarztes positiv für Patient.
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\hausärztlich\Hausärzte motivieren die Patienten. (iK110)\Motivation zu neuem Selbstbewusstsein.
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\hausärztlich\Hausärzte motivieren die Patienten. (iK110)\Hausarzt motiviert den Patienten ggf. sich zu wehren.
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\hausärztlich\Hausärzte beraten. (iK179)
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\hausärztlich\Hausärzte beraten. (iK179)\Hausarzt unterstützt bei der Bewältigung des Alltags.
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\hausärztlich\Hausärzte beraten. (iK179)\Hausärzte strukturieren.
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\hausärztlich\Hausärzte führen Gespräche (iK295)
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\hausärztlich\Hausärzte führen Gespräche (iK295)\Mehr Zeit im Doppeltermin.
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\hausärztlich\Hausärzte führen Gespräche (iK295)\Verbal stabilisierende Einwirkung des Hausarztes.(iK178)
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\hausärztlich\Hausärzte führen Gespräche (iK295)\Andauernde Gespräche bringen Entwicklung. (iK38)
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\hausärztlich\Hausärzte führen Gespräche (iK295)\Gespräche beim Hausarzt als Therapieansatz. (iK49
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\hausärztlich\Hausärzte führen Gespräche (iK295)\Gespräche beim Hausarzt als Therapieansatz. (iK49)\Belastungssituationen können durch Gespräche entzerrt werden.
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\hausärztlich\Einbindung von Familie/Freunden. (iK317)
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\hausärztlich\Spezifische Therapie von F-Diagnosen nicht machbar. (iK180)
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\hausärztlich\Hausarzt kann Rüstzeug lernen (iK255)

Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\hausärztlich\Geschlechtsspezifischer Ansatz.(iK193)
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\hausärztlich\Geschlechtsspezifischer Ansatz.(iK193)\Hausarzt als Stütze zum Anlehen für weibliche Patienten.
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\hausärztlich\Hausarzt überbrückt Wartezeit des Spezialisten.(iK249)
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\hausärztlich\HA therapiert, wenn kein Psychiater gewünscht ist (iK296)
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\hausärztlich\Mitgefühl, Charakter, Stabilität, Professionalität (iK197)
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\hausärztlich\Psychosomatische Grundversorgung als Zusatzqualifikation(iK206)
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\hausärztlich\Hausarzt kann etwas medikamentös behandeln.(iK205)
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\hausärztlich\Medis, Überweisungen und AU darf nur ein Arzt verordnen.(iK138)
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Fachärztlich/ -psychotherapeutisch
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Fachärztlich/ -psychotherapeutisch\stationär (iK201)
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Fachärztlich/ -psychotherapeutisch\stationär (iK201)\Stationäre Behandlung schwieriger Fälle.
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Fachärztlich/ -psychotherapeutisch\stationär (iK201)\Z.B. Sucht ist nicht ambulant behandelbar.
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Fachärztlich/ -psychotherapeutisch\Psychisch kranke Patienten psychiatrisch anbinden (iK120)
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Fachärztlich/ -psychotherapeutisch\Psychisch kranke Patienten psychiatrisch anbinden (iK120)\Vertragspsychotherapeuten sollen Psychotherapie machen. (iK74)

Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Fachärztlich/psychotherapeutisch\Psychisch kranke Patienten psychiatrisch anbinden (iK120)\Hausärztliche Kooperation mit Neurologen.(iK247)	-
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Fachärztlich/psychotherapeutisch\Psychisch kranke Patienten psychiatrisch anbinden (iK120)\Psychotherapie bei akuten Erkrankungen nötig (iK272)	-
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Fachärztlich/psychotherapeutisch\Psychisch kranke Patienten psychiatrisch anbinden (iK120)\Bei gravierenden Störungen Psychiater involvieren. (iK 98)	-
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Fachärztlich/psychotherapeutisch\Psychisch kranke Patienten psychiatrisch anbinden (iK120)\Bei gravierenden Störungen Psychiater involvieren. (iK 98)\Therapie kann bei neurologischen Störungen etwas bewirken.	-
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Fachärztlich/psychotherapeutisch\Psychisch kranke Patienten psychiatrisch anbinden (iK120)\Unterstützung durch Psychiater/ Therapeuten erwägen. (iK43)	-
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Fachärztlich/psychotherapeutisch\Psychisch kranke Patienten psychiatrisch anbinden (iK120)\Verhaltenstherapie bei Angst- und Panikstörungen.(iK315)	-
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Fachärztlich/psychotherapeutisch\Psychisch kranke Patienten psychiatrisch anbinden (iK120)\PTBS werden von Fachpersonal mit betreut.(iK234)	-
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Fachärztlich/psychotherapeutisch\Therapeut sollte Therapieindikation beurteilen (iK299)	-
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Fachärztlich/psychotherapeutisch\Psychotherapie bei Chronizität schwierig für Patient (iK273)	-
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Fachärztlich/psychotherapeutisch\HA sucht Mittler, der Therapie einleitet.(iK248)	-
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Fachärztlich/psychotherapeutisch\Schwerste Depressionen gelangen ohne HA zum Facharzt.(iK215)	-

Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Fachärztlich/psychotherapeutisch\Fachärzte haben mit Therapiestrategien mehr Erfahrungen.(iK246)	-
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Fachärztlich/psychotherapeutisch\Fachärzte haben mit Therapiestrategien mehr Erfahrungen.(iK246)\Überweisung mit Bitte um Therapieempfehlungen.	-
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Fachärztlich/psychotherapeutisch\Zeitnahe Therapie oft nicht notwendig. (iK111)	-
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Fachärztlich/psychotherapeutisch\Jahrelange Psychotherapie ist notwendig. (iK83)	-
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\medikamentös	
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\medikamentös\Medikamente können die Therapie unterstützen. (iK39)	
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\medikamentös\Medikamente zur Überbrückung bis zu einem Therapieplatz (iK300)	
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\medikamentös\Medikamentöse Therapie bei...(iK97)	
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\medikamentös\Medikamentöse Therapie bei...(iK97)\... Abhängigkeiten oder Psychosen.	
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\medikamentös\Medikamentöse Therapie bei...(iK97)\... Angst- und Panikstörungen.	
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\medikamentös\Medikamentöse Therapie bei...(iK97)\... neurologischen Störungen.	
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\medikamentös\Medikamentöse Therapie bei...(iK97)\... endogenen Depressionen.	
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\medikamentös\Einleitung + Modifikation durch Psychiater ist sinnvoll.(iK302)	
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\medikamentös\Einleitung + Modifikation durch Psychiater ist sinnvoll.(iK302)\Keine differenzierte medikamentöse Therapie durch HA.	

Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\medikamentös\Heilende Tabletten gewünscht (iK275)
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\medikamentös\Verzicht auf Medikamente gewünscht.(iK318)
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\medikamentös\Medikamente nicht beim Erstkontakt.(iK323)
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\medikamentös\Medikamente je nach Symptomintensität (iK271)
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\sonstige
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\sonstige\System gibt nicht viele Optionen her.(iK207)
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\sonstige\"Coaches" als gute Alternative (iK279)
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\sonstige\Psychologische Beratungsstelle vom Gesundheitsamt (iK58)
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Hausärztlicher Umgang mit psychiatrischem Notfall.
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Hausärztlicher Umgang mit psychiatrischem Notfall.\Unklar was HA bei akutem Zusammenbruch tun soll (iK122)
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Hausärztlicher Umgang mit psychiatrischem Notfall.\Vorsicht geboten, um schlechte Erfahrung zu vermeiden.(iK254)
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Hausärztlicher Umgang mit psychiatrischem Notfall.\Stationäre Einweisung beim psychiatrischen Notfall. (iK50)
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Hausärztlicher Umgang mit psychiatrischem Notfall.\Stationäre Einweisung beim psychiatrischen Notfall. (iK50)\Patienten selber ins Krankenhaus bringen. (iK 54)

Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Hausärztlicher Umgang mit psychiatrischem Notfall.\Stationäre Einweisung beim psychiatrischen Notfall. (iK50)\Lieber Überzeugung als PsychKG. (iK51)

Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Hausärztlicher Umgang mit psychiatrischem Notfall.\Stationäre Einweisung beim psychiatrischen Notfall. (iK50)\Im Extremfall braucht es ein PsychKG. (iK130)

Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Hausärztlicher Umgang mit psychiatrischem Notfall.\Stationäre Einweisung beim psychiatrischen Notfall. (iK50)\Im Extremfall braucht es ein PsychKG. (iK130)\Selten braucht man ein PsychKG.

Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Hausärztlicher Umgang mit psychiatrischem Notfall.\Stationäre Einweisung beim psychiatrischen Notfall. (iK50)\Im Extremfall braucht es ein PsychKG. (iK130)\Selten braucht man ein PsychKG.\Zur Not Notarzt rufen.

Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Hausärztlicher Umgang mit psychiatrischem Notfall.\Stationäre Einweisung beim psychiatrischen Notfall. (iK50)\Im Extremfall braucht es ein PsychKG. (iK130)\Selten braucht man ein PsychKG.\Selten PsychKG, da Hausarzt den Patienten kennt.

Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Hausärztlicher Umgang mit psychiatrischem Notfall.\Stationäre Einweisung beim psychiatrischen Notfall. (iK50)\Im Extremfall braucht es ein PsychKG. (iK130)\Mit einem PsychKG ist man den Patienten los.

Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Hausärztlicher Umgang mit psychiatrischem Notfall.\Fachärztliche Weiterbetreuung.(iK202)

Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Hausärztlicher Umgang mit psychiatrischem Notfall.\Fachärztliche Weiterbetreuung.(iK202)\Hausärztliche Behandlung wäre Selbstüberschätzung.

Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Hausärztlicher Umgang mit psychiatrischem Notfall.\Involvierung des Patientenumfeldes. (iK126)

Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Hausärztlicher Umgang mit psychiatrischem Notfall.\Akut medikamentöse Behandlung. (iK124)

Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Hausärztlicher Umgang mit psychiatrischem Notfall.\Beruhigung des Patienten. (iK125)
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Hausärztlicher Umgang mit psychiatrischem Notfall.\HA muss handeln.(iK128)
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Hausärztlicher Umgang mit psychiatrischem Notfall.\HA muss handeln.(iK128)\Einleitung einer Therapie
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Hausärztlicher Umgang mit psychiatrischem Notfall.\Frage nach Fremdgefährdung. (iK129)
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Hausärztlicher Umgang mit psychiatrischem Notfall.\Frage nach Eigengefährdung. (iK123)
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Hausärztlicher Umgang mit psychiatrischem Notfall.\Die Patienten glauben dem HA auch im Notfall (iK131)
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Therapie abhängig von Art der F-Diagnose. (iK115)
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Therapie abhängig von Art der F-Diagnose. (iK115)\HA muss Optionen kennen.(iK256)
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Therapie abhängig von Art der F-Diagnose. (iK115)\Therapieansatz mit Patienten besprechen.(iK165)
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Therapie abhängig von Art der F-Diagnose. (iK115)\Teils selbstlimitierend ohne Therapie.(iK222)
Therapieansätze für F-Diagnosen (dK3)\Therapie abhängig von Art der F-Diagnose. (iK115)\Teils selbstlimitierend ohne Therapie.(iK222)\Abwägen, ob Akutintervention wirklich nötig. (iK173)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Finanzielle Bedeutung von F-Diagnosen
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Finanzielle Bedeutung von F-Diagnosen\Für den Hausarzt
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Finanzielle Bedeutung von F-Diagnosen\Für den Hausarzt\Finanzielle Bedeutung ist nicht hausärztlicher Maßstab.(iK266)

Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Finanzielle Bedeutung von F-Diagnosen\Für den Hausarzt\F-Diagnosen als Geldquelle. (iK2)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Finanzielle Bedeutung von F-Diagnosen\Für den Hausarzt\Durch Zeitaufwand relativer wirtschaftlicher Nachteil.(iK153)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Finanzielle Bedeutung von F-Diagnosen\Für den Hausarzt\Geld nur wenn HA psychosomatische Grundausbildung hat.(iK87)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Finanzielle Bedeutung von F-Diagnosen\Für die Gesellschaft (iK103)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Finanzielle Bedeutung von F-Diagnosen\Für die Gesellschaft (iK103)\Teure psychische Schwerbehinderungen wegen Vorrüheständen.
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Finanzielle Bedeutung von F-Diagnosen\Für die Gesellschaft (iK103)\Direkter Zugang zum Therapeuten kostet viel Geld.
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Finanzielle Bedeutung von F-Diagnosen\Für die Gesellschaft (iK103)\Therapie von F-Diagnosen auf Kosten der Allgemeinheit.
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Finanzielle Bedeutung von F-Diagnosen\Für die Gesellschaft (iK103)\Zunehmende Kosten durch Diagnostik und Therapie von F-Diagnosen
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Hausärzte
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Hausärzte\Therapie gut einleitbar, wenn Akzeptanz vorhanden. (iK288)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Hausärzte\Fehlende Therapieeinsicht der Patienten (iK274)

Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Hausärzte\Geld nur wenn HA psychosomatische Grundversorgung hat. (iK87)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Hausärzte\Therapeutische Ansätze sind zeitaufwändig. (iK298)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Hausärzte\Hausärztliche Therapie mit wechselndem Erfolg (iK297)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Psychotherapie
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Psychotherapie\Psychotherapie ist kein Allheilmittel. (iK48)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Psychotherapie\Krankenkasse verlangt teils Kontakt zum Facharzt. (iK46)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Psychotherapie\Patient muss sich selber Therapeuten suchen. (iK166)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Psychotherapie\Patient muss sich selber Therapeuten suchen. (iK166)\Patienten finden schwer Therapeuten, dem sie vertrauen.
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Psychotherapie\Verfügbarkeit von Psychotherapeuten
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Psychotherapie\Verfügbarkeit von Psychotherapeuten\Mangel an freien Psychiatern/Psychotherapeuten. (iK44)

Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Psychotherapie\Verfügbarkeit von Psychotherapeuten\Mangel an freien Psychiatern/Psychotherapeuten. (iK44)\Therapeuten können schlecht mal Patienten dazwischen nehmen.

Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Psychotherapie\Verfügbarkeit von Psychotherapeuten\Mangel an freien Psychiatern/Psychotherapeuten. (iK44)\Psychotherapeuten konzentrieren sich in der Stadt.

Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Psychotherapie\Verfügbarkeit von Psychotherapeuten\Mangel an freien Psychiatern/Psychotherapeuten. (iK44)\Psychotherapeuten konzentrieren sich in der Stadt.\Nur 2 Fachpsychiater in der Region.

Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Psychotherapie\Verfügbarkeit von Psychotherapeuten\Mangel an freien Psychiatern/Psychotherapeuten. (iK44)\Meist wird kein Therapeut der Liste gefunden.

Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Psychotherapie\Verfügbarkeit von Psychotherapeuten\Mangel an freien Psychiatern/Psychotherapeuten. (iK44)\Psychotherapie ist schwer verfügbar.

Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Psychotherapie\Verfügbarkeit von Psychotherapeuten\Mangel an freien Psychiatern/Psychotherapeuten. (iK44)\Nachfrage überschreitet Angebot an Therapieplätzen

Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Psychotherapie\Verfügbarkeit von

<p>Psychotherapeuten\Es gibt Überversorgung an Psychotherapeuten. (iK134)</p>
<p>Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Psychotherapie\Verfügbarkeit von Psychotherapeuten\Untragbare Wartezeiten.(iK204)</p>
<p>Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Psychotherapie\Verfügbarkeit von Psychotherapeuten\Untragbare Wartezeiten.(iK204)\Psychotherapeuten bieten keine raschen Sprechstunden an. (iK61)</p>
<p>Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Psychotherapie\Verfügbarkeit von Psychotherapeuten\Untragbare Wartezeiten.(iK204)\Keine Belastung durch Wartezeiten. (iK324)</p>
<p>Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Psychotherapie\Erreichbarkeit von Psychotherapeuten (iK55)</p>
<p>Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Psychotherapie\Erreichbarkeit von Psychotherapeuten (iK55)\Enge Telefonzeiten bei Psychotherapeuten.</p>
<p>Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Psychotherapie\Erreichbarkeit von Psychotherapeuten (iK55)\Fachpsychiater sind nur per Mail zu erreichen.</p>
<p>Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Psychotherapie\Verhältnis zu Psychotherapeuten</p>
<p>Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Psychotherapie\Verhältnis zu Psychotherapeuten\Psychotherapeuten trauen Hausärzten nichts zu. (iK60)</p>
<p>Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Psychotherapie\Verhältnis zu Psychotherapeuten\Schlechtes Verhältnis zu Psychotherapeuten. (iK64)</p>

Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Psychotherapie\Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Psychotherapie\Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten\Variable Zusammenarbeit mit Therapeuten (iK325)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Psychotherapie\Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten\Variable Zusammenarbeit mit Therapeuten (iK325)\Teils gibt es mit Therapeuten gute Zusammenarbeit. (iK66)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Psychotherapie\Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten\Unproblematische Zusammenarbeit mit Therapeuten.(iK303)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Psychotherapie\Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten\Unproblematische Zusammenarbeit mit Therapeuten.(iK303)\Bei Bitte um Rückmeldung, bekommt man diese (iK170)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Psychotherapie\Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten\Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten ist schlecht. (iK67)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Psychotherapie\Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten\Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten ist schlecht. (iK67)\Kommunikation ist das Hauptproblem. (iK59)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Psychotherapie\Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten\Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten ist schlecht. (iK67)\Kommunikation ist das Hauptproblem. (iK59)\Psychotherapeuten geben Hausärzten keine Rückmeldung.

Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Psychotherapie\Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten\Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten ist schlecht. (iK67)\Kommunikation ist das Hauptproblem. (iK59)\Kommunikation mit Psychotherapeuten ist schwierig.

Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Psychotherapie\Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten\Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten ist schlecht. (iK67)\Kommunikation ist das Hauptproblem. (iK59)\Leider selten laufender Informationsaustausch

Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Psychotherapie\Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten\Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten ist schlecht. (iK67)\Kommunikation ist das Hauptproblem. (iK59)\Pat wünscht teils verständlicherweise keine Rückmeldung an HA.

Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Psychotherapie\Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten\Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten ist schlecht. (iK67)\Kommunikation ist das Hauptproblem. (iK59)\Kommunikation mit Therapeuten lediglich für Formalia.

Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Psychotherapie\Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten\Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten ist schlecht. (iK67)\Zusammenarbeit mit Therapeuten existiert nicht.(iK208)

Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Psychotherapie\Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten\Zusammenarbeit mit Psychotherapeuten ist schlecht. (iK67)\... wegen Eitelkeiten + Grabenkämpfen. (iK65)

Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Pharmakotherapie

Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Pharmakotherapie\HA hat unzureichende Kenntnis (iK301)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Pharmakotherapie\Psychopharmaka sind kein Allheilmittel. (iK42)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Pharmakotherapie\Medikamentöse Therapie möglichst durch Spezialisten.(iK250)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Pharmakotherapie\Medikamentöse Therapie ist unbeliebt. (iK40)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Therapeutische Schwierigkeiten\Probleme der Pharmakotherapie\Compliance als Indiz für Akzeptanz der Diagnose. (iK41)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\im Allgemeinen
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\im Allgemeinen\Psychiatrischer Notfall zerstört den Praxisalltag (iK121)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\im Allgemeinen\Hausarzt fühlt sich teils hilflos/ überfordert.(iK237)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\im Allgemeinen\Angespannte Situation beim psychiatrischen Notfall. (iK52)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Persönliche Belastung des Hausarztes durch F-Diagnosen
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Persönliche Belastung des Hausarztes durch F-Diagnosen\Schwieriger Umgang mit PTBS, auch für Ärzte (iK308)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Persönliche Belastung des Hausarztes durch F-Diagnosen\Übertragung der Belastung abhängig von Tagesform (iK156)

Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Persönliche Belastung des Hausarztes durch F-Diagnosen\Emotionale Belastung durch psychisch kranke Patienten. (iK16)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Persönliche Belastung des Hausarztes durch F-Diagnosen\Belastung durch eigene Überforderung.(iK238)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Persönliche Belastung des Hausarztes durch F-Diagnosen\Keine emotionale Belastung durch F-Diagnosen für HA(iK283)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Persönliche Belastung des Hausarztes durch F-Diagnosen\Übertragung bei persönlich gemachten Erfahrungen.(iK311)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Persönliche Belastung des Hausarztes durch F-Diagnosen\Umgang mit Belastung durch F-Diagnosen
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Persönliche Belastung des Hausarztes durch F-Diagnosen\Umgang mit Belastung durch F-Diagnosen\Hausärztlich
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Persönliche Belastung des Hausarztes durch F-Diagnosen\Umgang mit Belastung durch F-Diagnosen\Hausärztlich\Gespräche zur Verarbeitung der persönlichen Belastung (iK18)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Persönliche Belastung des Hausarztes durch F-Diagnosen\Umgang mit Belastung durch F-Diagnosen\Hausärztlich\Gespräche zur Verarbeitung der persönlichen Belastung (iK18)\Verarbeitung emotionaler Belastung durch Partner-Gespräche.
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Persönliche Belastung des Hausarztes durch F-Diagnosen\Umgang mit Belastung durch F-

Diagnosen\Hausärztlich\Gespräche zur Verarbeitung der persönlichen Belastung (iK18)\Balintgruppenarbeit
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Persönliche Belastung des Hausarztes durch F-Diagnosen\Umgang mit Belastung durch F-Diagnosen\Hausärztlich\Gespräche zur Verarbeitung der persönlichen Belastung (iK18)\Gespräche mit Freunden vom Fach.
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Persönliche Belastung des Hausarztes durch F-Diagnosen\Umgang mit Belastung durch F-Diagnosen\Hausärztlich\HA kann sich bei Überlastung von Patienten trennen (iK216)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Persönliche Belastung des Hausarztes durch F-Diagnosen\Umgang mit Belastung durch F-Diagnosen\Hausärztlich\HA kann sich bei Überlastung von Patienten trennen (iK216)\Behandlungsaufträge ablehnen.
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Persönliche Belastung des Hausarztes durch F-Diagnosen\Umgang mit Belastung durch F-Diagnosen\Hausärztlich\Verdrängen.(iK240)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Persönliche Belastung des Hausarztes durch F-Diagnosen\Umgang mit Belastung durch F-Diagnosen\Hausärztlich\Umgang mit psychisch Kranken wird zur Routine.(iK236)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Persönliche Belastung des Hausarztes durch F-Diagnosen\Umgang mit Belastung durch F-Diagnosen\Hausärztlich\Zeit für Reflexion - auch zum Eigenschutz.(iK239)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Persönliche Belastung des Hausarztes durch F-

Diagnosen\Umgang mit Belastung durch F-Diagnosen\Hausärztlich\Distanz als Umgangsform. (iK23)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Persönliche Belastung des Hausarztes durch F-Diagnosen\Umgang mit Belastung durch F-Diagnosen\Hausärztlich\Distanz als Umgangsform. (iK23)\Hausärzte brauchen Distanz. (iK23)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Persönliche Belastung des Hausarztes durch F-Diagnosen\Umgang mit Belastung durch F-Diagnosen\Hausärztlich\Distanz als Umgangsform. (iK23)\Hausärzte brauchen Distanz. (iK23)\Es braucht eine Mischung aus Distanz und Mitgefühl.
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Persönliche Belastung des Hausarztes durch F-Diagnosen\Umgang mit Belastung durch F-Diagnosen\Hausärztlich\Distanz als Umgangsform. (iK23)\Hausärzte brauchen Distanz. (iK23)\Emotionale Belastung muss abperlen.
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Persönliche Belastung des Hausarztes durch F-Diagnosen\Umgang mit Belastung durch F-Diagnosen\Hausärztlich\Distanz als Umgangsform. (iK23)\Hausärzte brauchen Distanz. (iK23)\Hausärzte sollten nicht zu persönlich involviert sein.
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Persönliche Belastung des Hausarztes durch F-Diagnosen\Umgang mit Belastung durch F-Diagnosen\Hausärztlich\Distanz als Umgangsform. (iK23)\Hausärzte brauchen Distanz. (iK23)\Trennung von Beruf und Privat
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Persönliche Belastung des Hausarztes durch F-Diagnosen\Umgang mit Belastung durch F-

Diagnosen\Hausärztlich\Distanz als Umgangsform. (iK23)\Hausärzte brauchen Distanz. (iK23)\Eigenschutz.
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Persönliche Belastung des Hausarztes durch F-Diagnosen\Umgang mit Belastung durch F-Diagnosen\Hausärztlich\Distanz als Umgangsform. (iK23)\Schwierige Distanzierung gegenüber psychischen Problemen.(iK17)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Persönliche Belastung des Hausarztes durch F-Diagnosen\Umgang mit Belastung durch F-Diagnosen\Hausärztlich\Distanz als Umgangsform. (iK23)\Schwierige Distanzierung gegenüber psychischen Problemen.(iK17)\Distanzierung von Patientenschicksalen muss man üben.
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Persönliche Belastung des Hausarztes durch F-Diagnosen\Umgang mit Belastung durch F-Diagnosen\Hausärztlich\Distanz als Umgangsform. (iK23)\Schwierige Distanzierung gegenüber psychischen Problemen.(iK17)\Distanz schwierig, wenn man den Patienten kennt und mag.
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Persönliche Belastung des Hausarztes durch F-Diagnosen\Umgang mit Belastung durch F-Diagnosen\Hausärztlich\Man braucht ein Leben neben dem Beruf.(iK186)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Persönliche Belastung des Hausarztes durch F-Diagnosen\Umgang mit Belastung durch F-Diagnosen\Hausärztlich\Hausarzt muss mit Belastung umgehen, da alternativlos (iK184)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Persönliche Belastung des Hausarztes durch F-

Diagnosen\Umgang mit Belastung durch F-Diagnosen\Hausärztlich\Zu hohe Patientenfrequenz für gesunden Umgang (iK183)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Persönliche Belastung des Hausarztes durch F-Diagnosen\Umgang mit Belastung durch F-Diagnosen\Hausärztlich\Gereizte Reaktion. (iK157)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Persönliche Belastung des Hausarztes durch F-Diagnosen\Umgang mit Belastung durch F-Diagnosen\Hausärztlich\Gründung von Gemeinschaftspraxis.(iK187)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Persönliche Belastung des Hausarztes durch F-Diagnosen\Umgang mit Belastung durch F-Diagnosen\Hausärztlich\Umgang mit persönlicher Belastung muss man lernen. (iK89)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Persönliche Belastung des Hausarztes durch F-Diagnosen\Umgang mit Belastung durch F-Diagnosen\Hausärztlich\Balintgruppen sind nicht hilfreich. (iK22)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Persönliche Belastung des Hausarztes durch F-Diagnosen\Umgang mit Belastung durch F-Diagnosen\Hausärztlich\Emotionale Belastung wird selber verarbeitet. (iK21)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Hausärztlicher Aufwand für F-Diagnosen
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Hausärztlicher Aufwand für F-Diagnosen\Hoher Aufwand aus forensischen Gründen (ik281)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Hausärztlicher Aufwand für F-Diagnosen\HA kann nur in Ausnahmen selber direkt Kontakt aufnehmen.(iK227

Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Hausärztlicher Aufwand für F-Diagnosen\HA telefoniert selber, um Therapeutentermin zu finden. (iK145)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Hausärztlicher Aufwand für F-Diagnosen\Aufwand nimmt ab, wenn man Patienten besser kennt.(iK152)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Hausärztlicher Aufwand für F-Diagnosen\Unabhängig von F-Diagnose ist Aufwand immer gleich (iK151)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Hausärztlicher Aufwand für F-Diagnosen\Aufwand für schwer psychisch Kranke schon immer gleich (iK150)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Hausärztlicher Aufwand für F-Diagnosen\Betreuung psychisch kranker Patienten braucht viel Kraft. (iK6)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Hausärztlicher Aufwand für F-Diagnosen\Betreuung psychisch kranker Patienten braucht viel Zeit. (iK7)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Hausärztlicher Aufwand für F-Diagnosen\Betreuung psychisch kranker Patienten braucht viel Zeit. (iK7)\Motivationsgespräche brauchen viel Zeit mit dem Patienten.
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Hausarzt\Hausärztlicher Aufwand für F-Diagnosen\Betreuung psychisch kranker Patienten braucht viel Zeit. (iK7)\Großer Zeitaufwand auch ohne psychotherapeutische Ausbildung.
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Im Allgemeinen
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Im Allgemeinen\Gesellschaftliches Bild von F-Diagnosen
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Im Allgemeinen\Gesellschaftliches Bild von F-Diagnosen\Psychische Erkrankungen sind negativ besetzt. (iK25)

Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Im Allgemeinen\Gesellschaftliches Bild von F-Diagnosen\Psychische Erkrankungen sind negativ besetzt. (iK25)\Schlechte Akzeptanz von F-Diagnosen.
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Im Allgemeinen\Gesellschaftliches Bild von F-Diagnosen\Psychische Erkrankungen sind negativ besetzt. (iK25)\F-Diagnosen haften als Stigma lange an
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Im Allgemeinen\Gesellschaftliches Bild von F-Diagnosen\Psychische Erkrankungen sind negativ besetzt. (iK25)\Eine F-Diagnose ist ein Etikett.
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Im Allgemeinen\Gesellschaftliches Bild von F-Diagnosen\Psychische Erkrankungen sind negativ besetzt. (iK25)\F-Diagnosen bedeuten "Schublade".
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Im Allgemeinen\Gesellschaftliches Bild von F-Diagnosen\Psychische Erkrankungen sind negativ besetzt. (iK25)\Patienten schämen sich für F-Diagnosen.
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Im Allgemeinen\Gesellschaftliches Bild von F-Diagnosen\Angststörungen sind gut akzeptiert (iK289)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Im Allgemeinen\Gesellschaftliches Bild von F-Diagnosen\Mit F-Diagnose redet man niemanden krank. (iK37)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Im Allgemeinen\F-Diagnosen sind Erkrankungen wie alle anderen.(iK220)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Im Allgemeinen\F-Diagnosen sind Hilferufe.(iK99)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Im Allgemeinen\F-Diagnosen verursachen AU. (iK73)

Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Im Allgemeinen\Junge Patienten oft betroffen. (iK148)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Im Allgemeinen\F-Diagnosen sind häufiger geworden.(iK231)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Im Allgemeinen\F-Diagnosen sind häufiger geworden.(iK231)\Psychische Miterkrankungen nehmen zu.(iK181)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Im Allgemeinen\F-Diagnosen sind häufiger geworden.(iK231)\AU-Zeiten durch F-Diagnosen nehmen zu. (iK72)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Im Allgemeinen\F-Diagnosen sind schwer objektivierbar. (iK8)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Im Allgemeinen\F-Diagnosen sind schwer objektivierbar. (iK8)\F-Diagnosen sind uneinheitlich.
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Im Allgemeinen\F-Diagnosen sind schwer objektivierbar. (iK8)\Häufig sind F-Diagnosen diffus.
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Im Allgemeinen\Jede Erkrankung/Alles hat psychische Komponente.(iK210)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Im Allgemeinen\Jede Erkrankung/Alles hat psychische Komponente.(iK210)\F-Diagnosen erfordern Abgrenzung vom Normalzustand.(iK175)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Im Allgemeinen\F-Diagnosen führen zu Arbeitslosigkeit und Berentung (iK102)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Im Allgemeinen\Neue Therapieindustrie muss verhindert werden. (iK176)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Im Allgemeinen\F-Diagnosen benötigen Therapie. (iK81)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Patienten
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Patienten\Ein Zusammenbruch ist unattraktiv.(iK114)

Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Patienten\Der psychiatrische Notfall birgt Gefahr.(iK253)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Patienten\Psychiatrische Diagnosen sind gravierender als Somatische(iK312
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Patienten\Psychiatrische Diagnosen sind an Persönlichkeit gebunden.(iK322
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Patienten\Oft lange emotionale Belastung durch F-Diagnose.(iK155)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Patienten\Zu frühe F-Diagnose stigmatisiert den Patienten.(iK112)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Patienten\Patienten schämen sich für F-Diagnosen. (iK26)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Patienten\F-Diagnosen verändern das Leben.(iK313)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Patienten\F-Diagnosen können Bedeutung für Zukunft haben.(iK321)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\An den Patienten\Psychische Probleme bestimmen den Alltag. (iK5)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Lösungsansätze für Herausforderungen
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Lösungsansätze für Herausforderungen\Im Allgemeinen
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Lösungsansätze für Herausforderungen\Im Allgemeinen\Mehr Möglichkeiten an psychiatrischer Therapie.(iK326)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Lösungsansätze für Herausforderungen\Im Allgemeinen\Netzwerk, um Patient im akuten Notfall unterzubringen. (iK57)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Lösungsansätze für Herausforderungen\Im Allgemeinen\Netzwerk, um Patient im akuten Notfall unterzubringen. (iK57)\Idee: Gemeinsamer Aufbau eines Informationsnetzes

Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Lösungsansätze für Herausforderungen\Im Allgemeinen\Netzwerk, um Patient im akuten Notfall unterzubringen. (iK57)\Direkter Anruf, um Patienten zu vermitteln.(iK316)

Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Lösungsansätze für Herausforderungen\Im Allgemeinen\Netzwerk, um Patient im akuten Notfall unterzubringen. (iK57)\Therapeuten um kurzfristige Mitbeurteilung bitten.(iK171)

Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Lösungsansätze für Herausforderungen\Im Allgemeinen\Netzwerk, um Patient im akuten Notfall unterzubringen. (iK57)\Netzwerk darf nicht missbraucht werden. (iK226)

Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Lösungsansätze für Herausforderungen\Im Allgemeinen\Netzwerk, um Patient im akuten Notfall unterzubringen. (iK57)\Direkte Kommunikation mit Kollegen für Netzwerk(iK168)

Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Lösungsansätze für Herausforderungen\Im Allgemeinen\Erweitertes Fortbildungsangebot für Hausärzte (iK260)

Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Lösungsansätze für Herausforderungen\Im Allgemeinen\Erweitertes Fortbildungsangebot für Hausärzte (iK260)\Attraktive Hilfestellung für Hausärzte im Umgang mit F-Diagnose

Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Lösungsansätze für Herausforderungen\Im Allgemeinen\Psychosomatische Grundausbildung erweitern (iK305)

Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Lösungsansätze für Herausforderungen\Im Allgemeinen\Angemessene Entlohnung der Hausärzte. (iK143)

Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Lösungsansätze für Herausforderungen\Im Allgemeinen\Angemessene Entlohnung der Hausärzte. (iK143)\Hausärzte sollten investierte Zeit abrechnen können.

Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Lösungsansätze für Herausforderungen\Im Allgemeinen\Maßnahmen mit Coaches zur Überbrückung sind teuer.(iK278)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Lösungsansätze für Herausforderungen\Im Allgemeinen\Regierung muss sich Gedanken zur Arbeitslosigkeit machen(iK104)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Lösungsansätze für Herausforderungen\Im Allgemeinen\F-Diagnosen müssen definiert werden (iK174)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Lösungsansätze für Herausforderungen\Im Allgemeinen\F-Diagnosen müssen definiert werden (iK174)\Klare Definition und Abgrenzung vom Normalzustand nötig.
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Lösungsansätze für Herausforderungen\Im Allgemeinen\Öffentliche Diskussion notwendig (iK259)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Lösungsansätze für Herausforderungen\Im Allgemeinen\Öffentliche Diskussion notwendig (iK259)\Öffentlichkeit müsste Hilfestellung für HA fordern.
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Lösungsansätze für Herausforderungen\Verhalten der Therapeuten
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Lösungsansätze für Herausforderungen\Verhalten der Therapeuten\Kommunikation mit Therapeuten gewünscht (iK146)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Lösungsansätze für Herausforderungen\Verhalten der Therapeuten\Kommunikation mit Therapeuten gewünscht (iK146)\Bemühungen um bessere Zusammenarbeit mit Therapeuten (iK62)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Lösungsansätze für Herausforderungen\Verhalten der Therapeuten\Kommunikation mit Therapeuten gewünscht (iK146)\Bessere Therapeuten-Erreichbarkeit zur Erleichterung. (iK68)

Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Lösungsansätze für Herausforderungen\Verhalten der Therapeuten\Kommunikation mit Therapeuten gewünscht (iK146)\Kommunikation wie mit Fachärzten gewünscht.(iK146)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Lösungsansätze für Herausforderungen\Verhalten der Therapeuten\Kommunikation mit Therapeuten gewünscht (iK146)\Kommunikation mit Therapeuten zur Patientenführung. (iK70)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Lösungsansätze für Herausforderungen\Verhalten der Therapeuten\Kommunikation mit Therapeuten gewünscht (iK146)\Kommunikation mit Therapeuten würde Zeit sparen. (iK69)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Lösungsansätze für Herausforderungen\Verhalten der Therapeuten\Kommunikation mit Therapeuten gewünscht (iK146)\Kommunikation würde menschliche Probleme verringern. (iK71)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Lösungsansätze für Herausforderungen\Verhalten der Therapeuten\Therapeuten müssten reguläre Fallzahlen machen.(iK135)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Lösungsansätze für Herausforderungen\Verhalten der Therapeuten\Therapeuten müssten reguläre Fallzahlen machen.(iK135)\Zulassung nur an Therapeuten, die genug arbeiten.
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Lösungsansätze für Herausforderungen\Therapeutensuche
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Lösungsansätze für Herausforderungen\Therapeutensuche\Patienten bekommen Therapeutenliste für die Suche. (iK56)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Lösungsansätze für Herausforderungen\Therapeutensuche\Nummer der "Kontaktbörse Psychotherapie" für Patienten.(iK203)

Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Lösungsansätze für Herausforderungen\Therapeutensuche\Therapeutensuche mit Hilfe der gesetzlichen Kostenträger (iK47)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Lösungsansätze für Herausforderungen\Therapeutensuche\Therapeutensuche mit Hilfe der gesetzlichen Kostenträger (iK47)\Homepage der KVNO zur Therapeutensuche für die Patienten.
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Lösungsansätze für Herausforderungen\Therapeutensuche\Therapeutensuche mit Hilfe der gesetzlichen Kostenträger (iK47)\AOK organisiert Psychotherapeuten-Termin.
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Lösungsansätze für Herausforderungen\Hausärztliche Therapieansätze
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Lösungsansätze für Herausforderungen\Hausärztliche Therapieansätze\Mehr Zeit für Termin in Sprechstunde bei F-Diagnose.(iK319)
Herausforderung durch F-Diagnosen (dK4)\Lösungsansätze für Herausforderungen\Hausärztliche Therapieansätze\Nicht jeder braucht sofort Therapie.(iK225)
Kommunikation des Hausarztes (dK5)
Kommunikation des Hausarztes (dK5)\Kommunikation Hausarzt - Patient
Kommunikation des Hausarztes (dK5)\Kommunikation Hausarzt - Patient\Sinn und Zweck
Kommunikation des Hausarztes (dK5)\Kommunikation Hausarzt - Patient\Sinn und Zweck\Rückmeldung über Psychotherapie direkt über Patienten.(iK229)
Kommunikation des Hausarztes (dK5)\Kommunikation Hausarzt - Patient\Sinn und Zweck\HA bespricht was F-Diagnose in Partnerschaft anrichtet. (iK113)
Kommunikation des Hausarztes (dK5)\Kommunikation Hausarzt - Patient\Sinn und Zweck\Kommunikation für Akzeptanz der Diagnose.(iK219)

Kommunikation des Hausarztes (dK5)\Kommunikation Hausarzt - Patient\Sinn und Zweck\Gespräche, um richtigen Therapieansatz zu finden. (iK164)
Kommunikation des Hausarztes (dK5)\Kommunikation Hausarzt - Patient\Ratschläge zur Kommunikation
Kommunikation des Hausarztes (dK5)\Kommunikation Hausarzt - Patient\Ratschläge zur Kommunikation\Einfachere Kommunikation bei Identifikation mit Patient (iK194)
Kommunikation des Hausarztes (dK5)\Kommunikation Hausarzt - Patient\Ratschläge zur Kommunikation\Keine Befehle bei weiblichen Patienten.(iK195)
Kommunikation des Hausarztes (dK5)\Kommunikation Hausarzt - Patient\Ratschläge zur Kommunikation\Falls von F-Diagnose überzeugt, Besprechung mit Patient.(iK163)
Kommunikation des Hausarztes (dK5)\Kommunikation Hausarzt - Patient\Mängel (iK24)
Kommunikation des Hausarztes (dK5)\Kommunikation Hausarzt - Patient\Mängel (iK24)\Teils lange keine Rückmeldung von Patienten.
Kommunikation des Hausarztes (dK5)\Kommunikation Hausarzt - Patient\Mängel (iK24)\Patienten wissen nicht, welche Diagnose ihnen codiert werden.
Kommunikation des Hausarztes (dK5)\Kommunikation im Praxisteam
Kommunikation des Hausarztes (dK5)\Kommunikation im Praxisteam\Sinn und Zweck
Kommunikation des Hausarztes (dK5)\Kommunikation im Praxisteam\Sinn und Zweck\Umgang mit Drogenabhängigen erfordert Kommunikation. (iK20)
Kommunikation des Hausarztes (dK5)\Kommunikation im Praxisteam\Mängel
Kommunikation des Hausarztes (dK5)\Kommunikation im Praxisteam\Mängel\Zeitliche Gründe und Schweigepflicht. (iK19)
Kommunikation des Hausarztes (dK5)\Kommunikation: Hausarzt - Spezialist

Kommunikation des Hausarztes (dK5)\Kommunikation: Hausarzt - Spezialist\Mängel
Kommunikation des Hausarztes (dK5)\Kommunikation: Hausarzt - Spezialist\Mängel\Keine Krankschreibung wegen fehlender Kommunikation (iK142)
Kommunikation des Hausarztes (dK5)\Kommunikation: Hausarzt - Spezialist\Mängel\Kommunikation wegen Überlastung nicht gewünscht(iK209)
Kommunikation des Hausarztes (dK5)\Kommunikation: Hausarzt - Spezialist\Mängel\Pat wünscht teils keine Rückmeldung an HA (iK228)
Kommunikation des Hausarztes (dK5)\Kommunikation: Hausarzt - Spezialist\Mängel\Pat wünscht teils keine Rückmeldung an HA (iK228)\Patienten haben nichts gegen Information an Hausarzt. (iK63)
Kommunikation des Hausarztes (dK5)\Kommunikation: Hausarzt - Spezialist\Sinn und Zweck
Kommunikation des Hausarztes (dK5)\Kommunikation: Hausarzt - Spezialist\Sinn und Zweck\HA muss grundsätzlich mit Kollegen kommunizieren.(iK169)
Kommunikation des Hausarztes (dK5)\Kommunikation: Hausarzt - Spezialist\Sinn und Zweck\Direkte Kommunikation mit Kollegen für Netzwerk (iK168)
Kommunikation des Hausarztes (dK5)\Kommunikation: Hausarzt - Spezialist\Sinn und Zweck\Rückmeldung der Spezialisten
Kommunikation des Hausarztes (dK5)\Kommunikation: Hausarzt - Spezialist\Sinn und Zweck\Rückmeldung der Spezialisten\Kommunikation mit Fachärzten über Briefe ist ok.(iK258)
Kommunikation des Hausarztes (dK5)\Kommunikation: Hausarzt - Spezialist\Sinn und Zweck\Rückmeldung der Spezialisten\Interkollegialer Austausch nötig für gute Therapie. (iK140)
Kritik an Psychotherapeuten (K6)
Kritik an Psychotherapeuten (K6)\Verständnis für Therapeuten.

Kritik an Psychotherapeuten (K6)\Verständnis für Therapeuten.\Therapeuten können schlecht Patienten dazwischen nehmen.(iK167)
Kritik an Psychotherapeuten (K6)\Psychotherapeuten schreiben nicht gerne.(iK141)
Kritik an Psychotherapeuten (K6)\Therapeut kann keine somatischen Krankheiten erkennen.(iK136)
Kritik an Psychotherapeuten (K6)\Patienten mit unbekanntem Diagnosen beim Therapeuten. (iK119)
Kritik an Psychotherapeuten (K6)\Patienten mit unbekanntem Diagnosen beim Therapeuten. (iK119)\Therapeuten behandeln Patienten ohne zu wissen was sie haben.
Kritik an Psychotherapeuten (K6)\Lange Wartezeiten bei Therapeuten sind hausgemacht.(iK133)
Kritik an Psychotherapeuten (K6)\Lange Wartezeiten bei Therapeuten sind hausgemacht.(iK133)\Psychologische Psychotherapeuten arbeiten zu wenig.
Kritik am Gesundheitssystem (K7)
Kritik am Gesundheitssystem (K7)\Im Allgemeinen
Kritik am Gesundheitssystem (K7)\Im Allgemeinen\Psychosomatische Grundausbildung ist zu umständlich (iK88)
Kritik am Gesundheitssystem (K7)\Im Allgemeinen\Psychosomatische Grundausbildung ist zu umständlich (iK88)\Facharzt für Allgemeinmedizin müsste Psychotherapie abdecken.
Kritik am Gesundheitssystem (K7)\Im Allgemeinen\Geld nur wenn HA psychosomatische Grundausbildung hat. (iK87)
Kritik am Gesundheitssystem (K7)\Im Allgemeinen\HA wird gezwungen, seine Patienten unterzubringen.(iK144)
Kritik am Gesundheitssystem (K7)\Im Allgemeinen\Gut, dass es im System Spezialisten gibt.(iK245)
Kritik am Gesundheitssystem (K7)\Im Allgemeinen\Unzureichende psychiatrische Ausbildung für HA (iK306)
Kritik am Gesundheitssystem (K7)\Psychotherapie ohne Arztkontakt vorab.

Kritik am Gesundheitssystem (K7)\Psychotherapie ohne Arztkontakt vorab.\Psychotherapie ohne ärztliche Diagnose. (iK85)
Kritik am Gesundheitssystem (K7)\Psychotherapie ohne Arztkontakt vorab.\Zugang zum Psychotherapeuten ohne Arztkontakt (iK76)
Kritik am Gesundheitssystem (K7)\Psychotherapie ohne Arztkontakt vorab.\Erst für Langzeittherapie muss Arzt involviert werden. (iK86)
Kritik am Gesundheitssystem (K7)\Psychotherapie ohne Arztkontakt vorab.\Direkter Zugang zum Therapeuten kostet viel Geld. (iK109)
Kritik am Gesundheitssystem (K7)\Psychotherapie ohne Arztkontakt vorab.\Therapeut als einfacher, kostenfreier Gesprächspartner. (iK108)
Kritik am Gesundheitssystem (K7)\Psychotherapie ohne Arztkontakt vorab.\Patienten kommen erst, um Konsiliarbericht zu holen.(iK118)
Kritik am Gesundheitssystem (K7)\Psychotherapie ohne Arztkontakt vorab.\Patienten kommen erst, um Konsiliarbericht zu holen.(iK118)\Ärger, wenn Hausarzt nicht einfach Konsiliarbericht ausstellt.
Hausärztliches Selbstbild (K8)
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Kritische Reflexion von Hausärzten
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Kritische Reflexion von Hausärzten\Negative Aspekte der Selbstreflexion
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Kritische Reflexion von Hausärzten\Negative Aspekte der Selbstreflexion\Goßzügige Codierung aus gesundheitspolitischen Gründen (iK294)
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Kritische Reflexion von Hausärzten\Negative Aspekte der Selbstreflexion\Zu wenig Reflexion der Dauerdiagnosen.(iK291)
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Kritische Reflexion von Hausärzten\Negative Aspekte der Selbstreflexion\Zu wenig Reflexion der Dauerdiagnosen.(iK291)\HA sollten mehr darauf achten, ob F-Diagnosen löschar sind.
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Kritische Reflexion von Hausärzten\Negative Aspekte der Selbstreflexion\Ungeduld bei jammerndern jungen Patienten.(iK159)

Hausärztliches Selbstbild (K8)\Kritische Reflexion von Hausärzten\Negative Aspekte der Selbstreflexion\Ungeduld bei jammernden jungen Patienten.(iK159)\Bewusster Versuch, sich zurückzuhalten bei jammernden Patienten
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Kritische Reflexion von Hausärzten\Negative Aspekte der Selbstreflexion\Hausärztliche Überforderung durch psychisch Kranke. (iK188)
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Kritische Reflexion von Hausärzten\Negative Aspekte der Selbstreflexion\Hausärztliche Überforderung durch psychisch Kranke. (iK188)\Hausärzte sind überlastet.
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Kritische Reflexion von Hausärzten\Negative Aspekte der Selbstreflexion\Hausärztliche Überforderung durch psychisch Kranke. (iK188)\HA ist froh wenn ihm psychisch kranker Patient abgenommen wird.
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Kritische Reflexion von Hausärzten\Negative Aspekte der Selbstreflexion\Hausärztliche Überforderung durch psychisch Kranke. (iK188)\Hausarzt fühlt sich mitunter hilflos.
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Kritische Reflexion von Hausärzten\Vermittlung eines positiven Bildes
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Kritische Reflexion von Hausärzten\Vermittlung eines positiven Bildes\Finanzielle Bedeutung ist nicht hausärztlicher Maßstab. (iK266)
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Kritische Reflexion von Hausärzten\Vermittlung eines positiven Bildes\Hausarzt sollte sich nicht selber überschätzen. (iK172)
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Kritische Reflexion von Hausärzten\Vermittlung eines positiven Bildes\Hausarzt sollte sich nicht selber überschätzen. (iK172)\Achtsame Diagnosestellung, insbesondere bei F-Diagnosen.
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Kritische Reflexion von Hausärzten\Vermittlung eines positiven Bildes\Hausarzt sollte sich

					nicht selber überschätzen. (iK172)\Achtsame Diagnosestellung, insbesondere bei F-Diagnosen.\Zu großzügige F-Diagnose-Stellung
Hausärztliches	Selbstbild	(K8)\	Kritische	Reflexion	von Hausärzten\Vermittlung eines positiven Bildes\Hausarzt sollte sich nicht selber überschätzen. (iK172)\Hausarzt hat keine gute Ausbildung in Psychiatrie.
Hausärztliches	Selbstbild	(K8)\	Kritische	Reflexion	von Hausärzten\Vermittlung eines positiven Bildes\Hausarzt sollte sich nicht selber überschätzen. (iK172)\Vorsichtig, um schlechte Erfahrung zu vermeiden.
Hausärztliches	Selbstbild	(K8)\	Kritische	Reflexion	von Hausärzten\Vermittlung eines positiven Bildes\Hausarzt sollte sich nicht selber überschätzen. (iK172)\Vorsichtig, um schlechte Erfahrung zu vermeiden.\Ewige Schuldgefühle, wenn man etwas übersehen würde.
Hausärztliches	Selbstbild	(K8)\	Kritische	Reflexion	von Hausärzten\Vermittlung eines positiven Bildes\Hausarzt sollte sich nicht selber überschätzen. (iK172)\Hausarzt gibt nicht vor, allwissend zu sein.
Hausärztliches	Selbstbild	(K8)\	Kritische	Reflexion	von Hausärzten\Vermittlung eines positiven Bildes\Hausarzt sollte sich nicht selber überschätzen. (iK172)\HA darf nicht zu stolz sein, um abzugeben.
Hausärztliches	Selbstbild	(K8)\	Kritische	Reflexion	von Hausärzten\Vermittlung eines positiven Bildes\Es besteht i.d.R. keine hausärztliche Überforderung. (iK75)
Hausärztliches	Selbstbild	(K8)\	Kritische	Reflexion	von Hausärzten\Vermittlung eines positiven Bildes\Es besteht i.d.R. keine hausärztliche Überforderung. (iK75)\Unverständnis für Zweifel an Psychotherapiekompetenz von HA.
Hausärztliches	Selbstbild	(K8)\	Kritische	Reflexion	von Hausärzten\Vermittlung eines positiven Bildes\Hausarzt sein ist schwierig.(iK261)

Hausärztliches Selbstbild (K8)\Kritische Reflexion von Hausärzten\Vermittlung eines positiven Bildes\Hausarzt sein ist schwierig.(iK261)\Hausarzt sein ist ungesund.(iK185)
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Kritische Reflexion von Hausärzten\Vermittlung eines positiven Bildes\Hausarzt sein ist schwierig.(iK261)\Andere Fachärzte können nicht hausärztlich arbeiten. (iK92)
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Skills
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Skills\Berufsbedingte Fähigkeiten
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Skills\Berufsbedingte Fähigkeiten\HA muss grundsätzlich mit Kollegen kommunizieren.(iK169)
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Skills\Berufsbedingte Fähigkeiten\Hausarzt kann Rüstzeug lernen.(iK255)
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Skills\Berufsbedingte Fähigkeiten\Hausarzt kennt seine Patienten.(iK158)
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Skills\Berufsbedingte Fähigkeiten\Hausarzt kennt seine Patienten.(iK158)\Vertrauen zum Hausarzt unter Schweigepflicht.
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Skills\Berufsbedingte Fähigkeiten\Hausarzt kennt seine Patienten.(iK158)\Große Bedeutung der menschlichen Verbindung.(iK196)
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Skills\Berufsbedingte Fähigkeiten\Hausarzt kennt seine Patienten.(iK158)\Hausarzt kennt Umfeld des Patienten.(iK127)
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Skills\Berufsbedingte Fähigkeiten\Hausarzt kennt seine Patienten.(iK158)\Hausarzt profitiert davon, dass er die Patienten kennt.(iK132)
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Skills\Berufsbedingte Fähigkeiten\Hausarzt kennt seine Patienten.(iK158)\Hausarzt profitiert davon, dass er die Patienten kennt.(iK132)\Fremder im weißen Kittel hat es schwieriger als der Hausarzt.

Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Skills\Berufsbedingte Fähigkeiten\Hausarzt hat Erfahrung mit psychisch kranken Patienten. (iK84)
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Skills\Berufsbedingte Fähigkeiten\Hausarzt hat Erfahrung mit psychisch kranken Patienten. (iK84)\Den Umgang mit psychisch Kranken lernt man aus Erfahrung.
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Skills\Persönliche Fähigkeiten
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Skills\Persönliche Fähigkeiten\Hausärzte brauchen ausgewogen Distanz und Empathie (iK90)
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Skills\Persönliche Fähigkeiten\Hausärzte brauchen ausgewogen Distanz und Empathie (iK90)\Hausärzte brauchen Empathie (iK314)
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Skills\Persönliche Fähigkeiten\Hausarzt ist nicht (softer) Psychotherapeut.(iK200)
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Skills\Persönliche Fähigkeiten\Umgang mit F-Diagnosen abhängig von Persönlichkeit (iK198)
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Skills\Persönliche Fähigkeiten\Umgang mit F-Diagnosen abhängig von Persönlichkeit (iK198)\Hausarzt in Psychosomatik mehr Therapeut und Charakter als Arzt
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Skills\Persönliche Fähigkeiten\Umgang mit F-Diagnosen abhängig von Persönlichkeit (iK198)\Hausarzt strahlt Dynamik aus.
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Allgemeiner Umgang mit Patienten.
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Allgemeiner Umgang mit Patienten.\Intime Patientendaten vor Krankenkasse schützen. (iK9)
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Allgemeiner Umgang mit Patienten.\Hausarzt macht biopsychosoziale Medizin.(iK211)

Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Allgemeiner Umgang mit Patienten.\Hausarzt macht biopsychosoziale Medizin.(iK211)\F-Diagnosen sind Teil des hausärztlichen Alltags.(iK154)
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Allgemeiner Umgang mit Patienten.\Ständige HA-Erreichbarkeit zu Praxiszeiten.(iK199)
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Allgemeiner Umgang mit Patienten.\Hausarzt trägt Verantwortung.(iK257)
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Allgemeiner Umgang mit Patienten.\Der Hausarzt begleitet den Patienten bis ans Lebensende. (iK91)
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Allgemeiner Umgang mit Patienten.\Möchte im Kontakt mit Patient bleiben.(iK251)
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Diagnosefindung /-stellung
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Diagnosefindung /-stellung\Ratschläge zur Detektion einer F-Diagnose
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Diagnosefindung /-stellung\Ratschläge zur Detektion einer F-Diagnose\Erlebte Anamnese hilft bei Diagnosestellung. (iK36)
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Diagnosefindung /-stellung\Ratschläge zur Detektion einer F-Diagnose\Denken an F-Diagnosen ist wichtig. (iK4)
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Diagnosefindung /-stellung\Ratschläge zur Detektion einer F-Diagnose\Denken an F-Diagnosen ist wichtig. (iK4)\Bei bestehender Vorerkrankung stets sensibel bleiben.
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Diagnosefindung /-stellung\Ratschläge zur Detektion einer F-Diagnose\Nicht passende Anamnese + Befunde als H.a. F-Diagnose (iK33)
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Diagnosefindung /-stellung\Ratschläge zur Detektion einer F-Diagnose\Frage nach emotionalen Belastungsfaktoren. (iK35)

Hausärztliches	Selbstbild	(K8)\Hausärztliche Aufgaben\Diagnosefindung /-stellung\Ratschläge zur Detektion einer F-Diagnose\Frage nach emotionalen Belastungsfaktoren. (iK35)\Die Reaktion auf die Frage was wirklich los ist, ist wichtig.
Hausärztliches	Selbstbild	(K8)\Hausärztliche Aufgaben\Diagnosefindung /-stellung\Ratschläge zur Detektion einer F-Diagnose\Frage nach emotionalen Belastungsfaktoren. (iK35)\Frage nach Familie und Beruf bei V.a. F-Diagnose.
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Diagnosefindung /-stellung\Ratschläge zur Detektion einer F-Diagnose\Zuhilfenahme fachspezifischer Kompetenz. (iK116)		
Hausärztliches	Selbstbild	(K8)\Hausärztliche Aufgaben\Diagnosefindung /-stellung\Ratschläge zur Detektion einer F-Diagnose\Zuhilfenahme fachspezifischer Kompetenz. (iK116)\Bei echten F-Diagnosen immer ärztliche Diagnosestellung.
Hausärztliches	Selbstbild	(K8)\Hausärztliche Aufgaben\Diagnosefindung /-stellung\Ratschläge zur Detektion einer F-Diagnose\Zuhilfenahme fachspezifischer Kompetenz. (iK116)\Kurzschluss mit Fachkollegen zur Diagnosestellung.
Hausärztliches	Selbstbild	(K8)\Hausärztliche Aufgaben\Diagnosefindung /-stellung\Ratschläge zur Detektion einer F-Diagnose\Zuhilfenahme fachspezifischer Kompetenz. (iK116)\Fundierte psychiatrische Diagnose durch Psychiater.
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Diagnosefindung /-stellung\Herausforderungen beim Stellen von F-Diagnosen.		
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Diagnosefindung /-stellung\Herausforderungen beim Stellen von F-Diagnosen.\Diagnosestellung nur nach Vorab-Diagnostik.		
Hausärztliches	Selbstbild	(K8)\Hausärztliche Aufgaben\Diagnosefindung /-stellung\Herausforderungen beim Stellen von F-Diagnosen.\Diagnosestellung nur nach Vorab-Diagnostik.\Der Hausarzt muss somatische Erkrankungen erkennen. (iK137)

Hausärztliches	Selbstbild	(K8)\Hausärztliche Aufgaben\Diagnosefindung /-stellung\Herausforderungen beim Stellen von F-Diagnosen.\Diagnosestellung nur nach Vorab-Diagnostik.\Der Hausarzt muss somatische Erkrankungen erkennen. (iK137)\Sorge, etwas Somatisches zu übersehen. (iK29)
Hausärztliches	Selbstbild	(K8)\Hausärztliche Aufgaben\Diagnosefindung /-stellung\Herausforderungen beim Stellen von F-Diagnosen.\Diagnosestellung nur nach Vorab-Diagnostik.\Der Hausarzt muss somatische Erkrankungen erkennen. (iK137)\F-Diagnose ist Ausschlussdiagnose (iK31)
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Diagnosefindung /-stellung\Herausforderungen beim Stellen von F-Diagnosen.\Hausärzte übersehen angeblich Depressionen. (iK12)		
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Diagnosefindung /-stellung\Herausforderungen beim Stellen von F-Diagnosen.\HA muss F-Diagnose einordnen und erkennen wann sie führt.(iK213		
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Diagnosefindung /-stellung\Herausforderungen beim Stellen von F-Diagnosen.\Hausarzt trägt bei F-Diagnosestellung Verantwortung.(iK242)		
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Diagnosefindung /-stellung\Herausforderungen beim Stellen von F-Diagnosen.\Schwere Nachweisbarkeit von F-Diagnosen. (iK82)		
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Diagnosefindung /-stellung\Herausforderungen beim Stellen von F-Diagnosen.\F-Diagnosestellung birgt Konfliktpotential.(iK243)		
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Diagnosefindung /-stellung\Herausforderungen beim Stellen von F-Diagnosen.\Achtsame Diagnosestellung, insbesondere bei F-Diagnosen.(iK268)		
Hausärztliches	Selbstbild	(K8)\Hausärztliche Aufgaben\Diagnosefindung /-stellung\Herausforderungen beim Stellen von F-Diagnosen.\Achtsame Diagnosestellung, insbesondere bei F-Diagnosen.(iK268)\Tragfähige Diagnose ist wichtig.

Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Diagnosefindung /-stellung\Herausforderungen beim Stellen von F-Diagnosen.\F-Diagnosestellung lieber früher als zu spät.(iK244)
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Diagnosefindung /-stellung\Herausforderungen beim Stellen von F-Diagnosen.\Patienten wünschen somatische Diagnostik. (iK34)
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Diagnosefindung /-stellung\Herausforderungen beim Stellen von F-Diagnosen.\Patienten wünschen somatische Diagnostik. (iK34)\Somatisierungen erfordern Verzicht auf Diagnostik. (iK32)
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Diagnosefindung /-stellung\Herausforderungen beim Stellen von F-Diagnosen.\Nicht immer sofortige Diagnosestellung möglich.(iK117)
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Diagnosefindung /-stellung\Herausforderungen beim Stellen von F-Diagnosen.\Nicht immer sofortige Diagnosestellung möglich.(iK117)\Kennenlernen des Patienten vor F-Diagnose-Stellung.
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Diagnosefindung /-stellung\Gedanken bei Erstdokumentation einer F-Diagnose
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Diagnosefindung /-stellung\Gedanken bei Erstdokumentation einer F-Diagnose\Eine F-Diagnosestellung erfolgt emotional. (iK30)
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Diagnosefindung /-stellung\Gedanken bei Erstdokumentation einer F-Diagnose\Kein Unterschied ob F- oder I-Diagnose codiert wird.(iK221)
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Diagnosefindung /-stellung\Gedanken bei Erstdokumentation einer F-Diagnose\Gedanken bei Diagnosestellung abhängig von Diagnose.(iK310)
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Diagnosefindung /-stellung\Gedanken bei Erstdokumentation einer F-

Diagnose\Geschlechtsabhängige Erstadiagnostizierung.(iK191)	Gedanken	bei
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Dokumentation von F-Diagnosen		
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Dokumentation von F-Diagnosen\F-Diagnosen bleiben in Dokumentation erhalten.		
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Dokumentation von F-Diagnosen\F-Diagnosen bleiben in Dokumentation erhalten.\F-Diagnosen sollten nicht revidiert werden. (iK28)		
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Dokumentation von F-Diagnosen\F-Diagnosen bleiben in Dokumentation erhalten.\Häufig werden Dauerdiagnosen einfach übernommen.(iK218)		
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Dokumentation von F-Diagnosen\F-Diagnosen bleiben in Dokumentation erhalten.\F-Diagnosen bleiben als Karteileichen.(iK292)		
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Dokumentation von F-Diagnosen\F-Diagnosen nicht als Dauerdiagnosen führen.		
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Dokumentation von F-Diagnosen\F-Diagnosen nicht als Dauerdiagnosen führen.\Dauerdiagnosen müssen geprüft werden.(iK269)		
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Dokumentation von F-Diagnosen\F-Diagnosen nicht als Dauerdiagnosen führen.\Teils werden F-Diagnosen revidiert.(iK309)		
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Dokumentation von F-Diagnosen\F-Diagnosen nicht als Dauerdiagnosen führen.\Teils werden F-Diagnosen revidiert.(iK309)\Streichen von F-Diagnosen bei Privatpatienten.(iK217)		
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Dokumentation von F-Diagnosen\F-Diagnosen nicht als Dauerdiagnosen führen.\Teils werden F-Diagnosen revidiert.(iK309)\Streichen von F-Diagnosen bei		

Privatpatienten.(iK217)\Revision von F-Diagnosen wenn Patient in Privatstatus wechselt.
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Dokumentation von F-Diagnosen\F-Diagnosen nicht als Dauerdiagnosen führen.\Manchmal kann man F-Diagnose wieder streichen. (iK190)
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Dokumentation von F-Diagnosen\F-Diagnosen nicht als Dauerdiagnosen führen.\F-Diagnosen jedes Quartal neu codieren.(iK270)
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Umgang mit psychisch erkrankten Patienten.
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Umgang mit psychisch erkrankten Patienten.\Hausärzte organisieren die AU. (iK45)
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Umgang mit psychisch erkrankten Patienten.\Hausärzte organisieren die AU. (iK45)\Der Patient muss für Krankschreibung zum Hausarzt. (iK139)
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Umgang mit psychisch erkrankten Patienten.\Hausärzte organisieren die AU. (iK45)\Hausarzt schreibt krank, wenn der Therapeut dies empfiehlt.
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Umgang mit psychisch erkrankten Patienten.\Hausärzte organisieren die AU. (iK45)\In der AU manifestiert sich die Problematik erst recht.
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Umgang mit psychisch erkrankten Patienten.\Hausärzte organisieren die AU. (iK45)\Berufstätige Patienten muss man krank schreiben.
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Umgang mit psychisch erkrankten Patienten.\Hausärzte organisieren die AU. (iK45)\Hausarzt meldet nicht einfach nur krank.
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Umgang mit psychisch erkrankten Patienten.\Falls von F-Diagnose überzeugt, Besprechung mit Patient (iK163)
Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Umgang mit psychisch erkrankten Patienten.\Notfälle müssen erkannt werden.(iK230)

Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Umgang mit psychisch erkrankten Patienten.\Spezifische Therapie von F-Diagnosen nicht machbar.(iK180)

Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Umgang mit psychisch erkrankten Patienten.\Der HA leitet Patienten an Fachkollegen weiter.(iK214)

Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Umgang mit psychisch erkrankten Patienten.\Aufgabe erledigt, wenn Patient im System geholfen wird.(iK252)

Hausärztliches Selbstbild (K8)\Hausärztliche Aufgaben\Umgang mit psychisch erkrankten Patienten.\Stütze zum Anlehnen für weibliche junge Patientinnen.(iK192)

8.7. Zusammenstellung der sehr häufigen und häufigen Kategorien aus der Häufigkeitsanalyse der induktiven Kategorien

Sehr häufig:

iK59: Kommunikation mit Psychotherapeuten ist das Hauptproblem für die Zusammenarbeit mit ihnen (21, 7)

iK7: Betreuung psychisch kranker Patienten fordert viel Zeit vom Hausarzt (20, 8)

iK57: Der Hausarzt braucht ein Netzwerk, um Patienten im akuten Fall unterzubringen (19, 5)

iK172: Hausärzte sollten sich im Umgang mit psychisch kranken Patienten nicht selber überschätzen (17, 5)

iK8: F-Diagnosen sind häufig diffus und schwer objektivierbar (11, 6)

iK28: F-Diagnosen sind Dauerdiagnosen und müssen nicht revidiert werden (11, 8)

iK44: Es gibt einen Mangel an freien Psychiatern und Psychotherapeuten (11, 5)

iK50: Psychiatrische Notfälle müssen stationär eingewiesen werden (11, 8)

iK130: Im Extremfall braucht man bei psychiatrischem Notfall ein PsychKG (11, 6)

Häufig:

iK25: Psychische Erkrankungen sind gesellschaftlich negativ besetzt (10, 7)

iK115: Der Therapieansatz ist abhängig von der Art der F-Diagnose (10, 6)

iK10: Depressive Störungen sind häufig (9, 6)

iK16: Der Umgang mit psychisch kranken Patienten belastet den Hausarzt emotional (9, 6)

(iK110: Hausärztliche Therapie beruht auf Motivation der Patienten (9))

iK204: Die Wartezeiten für Psychotherapien sind untragbar (9,6)

(iK1: Fehlerhafte Daten zu F-Diagnosen führen zu überschätzter Entwicklung von F-Diagnosen (8))

iK11: Somatoforme Beschwerden sind häufig (8, 5)

(iK31: F-Diagnosen sind Ausschlussdiagnosen nach somatischer Diagnostik (8))

iK49: Gelegentliche Gespräche mit dem Hausarzt als therapeutischer Ansatz (8, 6)

(iK186: Hausarzt sollte ein Leben neben dem Beruf haben (8))

iK190: Manchmal kann man F-Diagnosen im Verlauf wieder streichen (8, 5)

(iK210: Jede Erkrankung hat eine psychische Komponente (8))

(iK260: Das Fortbildungsangebot für Hausärzte zur Thematik der F-Diagnosen sollte verbessert werden (8))

(iK4: Das Denken an eine F-Diagnose ist wichtig, um die hausärztliche Aufgabe der Detektion von F-Diagnosen zu erfüllen (7))

iK18: Sinnvolle hausärztliche Verarbeitung der persönlichen emotionalen Belastung durch Gespräche (7, 5)

(iK29: Formulierung einer F-Diagnose beinhaltet die Angst, etwas Somatisches zu übersehen (7))

(iK87: Hausärzte bekommen für die Behandlung psychiatrisch erkrankter Patienten nur Geld, wenn sie die psychosomatische Grundversorgung absolviert haben (7))

iK146: Es wird eine Kommunikation mit Therapeuten (wie mit Fachärzten) gewünscht (7, 5)

iK168: Man sollte direkte Kommunikation mit den Fachkollegen führen, um sich ein Netzwerk aufzubauen (7, 5)

iK223: Selbstgefährdung definiert einen psychiatrischen Notfall (7, 5)

iK39: Medikamente können die Therapie von F-Diagnosen unterstützen (6, 5)

(iK45: Es ist hausärztliche Aufgabe die AU von Patienten mit F-Diagnosen zu organisieren (6))

(iK51: Überzeugung des Patienten ist einem PsychKG vorzuziehen (6))

(iK76: Kritik am Zugang zur Psychotherapie ohne vorherigen Hausarztkontakt (6))

(iK188: Es besteht eine hausärztliche Überlastung durch psychisch kranke Patienten (6))

iK231: F-Diagnosen sind häufiger geworden (6, 5)

(iK249: Hausärzte müssen Wartezeiten überbrücken (6))

(iK268: Insbesondere bei F-Diagnosen ist eine achtsame Diagnosestellung wichtig (6))