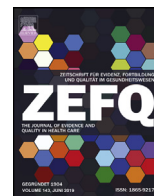


Contents lists available at [ScienceDirect](https://www.sciencedirect.com)

Z. Evid. Fortbild. Qual. Gesundh. wesen (ZEFQ)

journal homepage: <http://www.elsevier.com/locate/zefq>

Versorgungsforschung / Health Services Research

## Panikstörung und Agoraphobie hausärztlich behandelt: Vorzüge und Fallstricke eines Praxisteam-unterstützten Expositionstrainings aus Sicht von Hausärztinnen und Hausärzten – eine qualitative Studie



*Panic disorder and agoraphobia in general practice: Advantages and pitfalls of a practice team-supported exposure training from the general practitioner's perspective – a qualitative study*

Jörg Breitbart<sup>1</sup>, Thomas Stephan Hiller<sup>1</sup>, Elisabeth Schöne<sup>1</sup>, Mercedes Schelle<sup>1</sup>, Ulf Sauerbrey<sup>1</sup>, Michael Sommer<sup>1</sup>, Wolfgang Blank<sup>1</sup>, Sven Schulz<sup>1</sup>, Horst Christian Vollmar<sup>2,1</sup>, Michel Wensing<sup>3</sup>, Jürgen Margraf<sup>4</sup>, Jochen Gensichen<sup>5,1,\*</sup>

<sup>1</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Jena, Jena, Deutschland

<sup>2</sup> Abteilung für Allgemeinmedizin, Fakultät für Medizin, Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Deutschland

<sup>3</sup> Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg, Heidelberg, Deutschland

<sup>4</sup> Forschungs- und Behandlungszentrum für psychische Gesundheit, Ruhr-Universität Bochum, Bochum, Deutschland

<sup>5</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Klinikum der Universität München, München, Deutschland

### ARTIKEL INFO

#### Artikel-Historie:

Eingegangen: 7. Dezember 2018  
Revision eingegangen: 2. Mai 2019  
Akzeptiert: 3. Mai 2019  
Online gestellt: 5. Juni 2019

#### Schlüsselwörter:

Angststörungen  
KVT  
Case Management  
Allgemeinmedizin  
Prozessevaluation

### ZUSAMMENFASSUNG

**Hintergrund:** Für die Behandlung von Angsterkrankungen wird auch in der Primärversorgung die Anwendung verhaltenstherapeutisch orientierter Methoden empfohlen. Im Rahmen der Studie „Jena-PARADIES“ wurde ein Praxisteam-unterstütztes Behandlungsprogramm für hausärztliche Patient\*innen mit Panikstörung mit/ohne Agoraphobie entwickelt und evaluiert. Die vorliegende Studie gibt einen Überblick zur subjektiven Einschätzung der teilnehmenden Hausarzt\*innen zur Durchführbarkeit, Machbarkeit und Wirksamkeit dieser neuen Intervention für die Patient\*innen und das hausärztliche Praxisteam.

**Methode:** In Anlehnung an das Modell von Bellg zur „intervention fidelity“ wurden die Fragestellungen operationalisiert. In einer kriteriengesteuerten Stichprobenerhebung wurden 14 Hausarzt\*innen der Studie angesprochen und in Einzelinterviews befragt. Die Auswertung erfolgte inhaltsanalytisch nach Mayring.

**Diskussion:** Das Programm fand unter den befragten Hausarzt\*innen große Zustimmung und wurde als wichtige Therapieoption für eine unterversorgte Patient\*innengruppe eingeschätzt. Die Therapieelemente „Psychoedukation“ und „interozeptive Übungen“ wurden als gut anwendbar bewertet, während die Elemente zu „situativen Übungen“ und zur Rückfallprophylaxe weniger positiv bewertet wurden. Die aktive Einbindung der MFA in das Behandlungsprogramm wurde von den Hausarzt\*innen als Unterstützung angesehen.

**Schlussfolgerung:** Das Programm zur Behandlung von Panikstörungen mit/ohne Agoraphobie im hausärztlichen Praxisteam bildet in der Einschätzung der teilnehmenden Hausarzt\*innen insgesamt eine gut durchführbare Therapieoption in der Primärversorgung.

\* Korrespondenzadresse: Prof. Dr. Jochen Gensichen, Institut für Allgemeinmedizin, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München, Pettenkoferstr. 8a, D-80336 München, Deutschland.

E-mail: [Jochen.Gensichen@med.uni-muenchen.de](mailto:Jochen.Gensichen@med.uni-muenchen.de) (J. Gensichen).

## ARTICLE INFO

## Article History:

Received: 7 December 2018  
 Received in revised form: 2 May 2019  
 Accepted: 3 May 2019  
 Available online: 5 June 2019

## Keywords:

anxiety disorders  
 CBT  
 case management  
 family practice  
 process evaluation

## ABSTRACT

**Introduction:** For the treatment of anxiety disorders behavior therapy-oriented methods are recommended for primary care as well. Within the trial "Jena-PARADISE" a primary care practice team-supported exposure training for patients with panic disorder with or without agoraphobia was developed and evaluated.

The present paper gives an overview of general practitioners' subjective views on the practicability, feasibility and effectiveness of this new intervention for both patients and GP teams.

**Methods:** Questions were operationalized based on Bellg's intervention fidelity framework. Fourteen GPs of the intervention group were sampled purposefully and interviewed in a semi-structured way. Generated data were analyzed following Mayring's content analysis approach.

**Results:** The treatment program was positively assessed among the GPs and seen as a useful therapeutic option for inadequately treated patients. The therapy elements 'psycho-education' and 'interoceptive exposure exercises' were described as feasible, while situational exercises and relapse prevention got a less positive rating. The active participation of the nurse in the treatment program was seen as supportive.

**Conclusion:** From the GP perspective, the treatment program for patients with panic disorder and/or agoraphobia seems to be a viable therapeutic option in primary care.

## Einleitung

Angsterkrankungen sind in der Bevölkerung weit verbreitete psychische Erkrankungen [1]. Sie verlaufen unbehandelt oft chronisch oder rezidivierend und sind u.a. aufgrund des Vermeidungsverhaltens oft mit hohem Leidensdruck verbunden [2]. Für neu erkrankte Patient\*innen wird ein rascher Therapiestart in der Primärversorgung empfohlen [3]. Für die Panikstörung (ICD10 F41.0) wurde in deutschen Hausarztpraxen eine Prävalenz von 4,3% gezeigt [5]. Bei 35-65% dieser Patient\*innen besteht darüber hinaus eine Agoraphobie (ICD10 F40.01). Sowohl psychotherapeutische als auch psychopharmakologische Interventionen sind bei Angststörungen wirksam [6]. Evidenzbasierte Leitlinien empfehlen die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) als Therapieform erster Wahl [4,7]. Insbesondere für die im Rahmen von KVT häufig zur Anwendung kommenden Angst-Expositionsübungen liegen überzeugende Wirksamkeitsnachweise vor [8,9]. Die S3-Leitlinie „Angststörungen“ empfiehlt die Behandlung leichter bis moderater Angststörungen auch durch Hausärzt\*innen [4]. Entsprechende Studien hierzu fehlten jedoch bislang für den deutschsprachigen Raum.

In der randomisiert-kontrollierten BMBF-Studie „Jena-PARADISE“ („Jena-Paradise...defy anxiety to live free!“; Current Controlled Trials: ISRCTN64669297, DRKS: DRKS00004386, Ethikvotum der FSJ Jena: No. 3484–06/12) wurde ein Praxisteam-unterstütztes Behandlungsprogramm für Patient\*innen mit Panikstörung mit/ohne Agoraphobie in Hausarztpraxen evaluiert. Die Intervention umfasste die verhaltenstherapeutisch orientierten Elemente der Psychoedukation und die Anleitung zu interozeptiven sowie situativen Expositionsübungen, welche von Patient\*innen später selbstständig umgesetzt wurden. Patienten in der Interventionsgruppe bekamen ein Therapiebegleitbuch (Patientenleitfaden), das Informationen zu Psychoedukation und Übungsdurchführung sowie Expositionsprotokollbögen enthielt. In einem 23-wöchigen Zeitraum waren vier strukturierte 20-30 minütige Arzttermine vorgesehen, wobei die ersten drei zur Einführung der KVT-Elemente dienten. Ab dem zweiten Arzttermin sollten die Patient\*innen mindestens zweimal wöchentlich selbstständig Expositionsübungen (interozeptiv und situativ) durchführen. Um in regelmäßigen Abständen aktuelle Angstsymptome zu messen und die Therapieadhärenz zu stärken, führte eine Medizinische Fachangestellte (MFA) der Hausarztpraxis ein checklistengestütztes Telefonmonitoring durch [10] (s. Anhang A Behandlungsübersicht). Die Hauptstudie zeigte, dass das Therapieprogramm hinsichtlich der Reduktion von Angstsymptomen, Panikattacken, Vermeidungsverhalten und Depressivität wirksamer war als die hausärztliche Standardtherapie [11].

Im Rahmen der Prozessevaluation der Studie Jena-PARADISE nach dem konzeptionellen Modell von Bellg et al. [12] zur „intervention fidelity“ wurden Fragestellungen für die Akteurguppen – Hausärzt\*innen, MFA und Patient\*innen abgeleitet und in drei qualitativen Einzelstudien untersucht (s. Anhang B - Übersicht „intervention fidelity Jena-PARADISE“). Die vorliegende Arbeit fragt nach der subjektiven Einschätzung der teilnehmenden Hausärzt\*innen als Leistungserbringer zur Durchführbarkeit, Machbarkeit und Wirksamkeit dieser neuen Intervention für Patient\*innen und das hausärztliche Praxisteam sowie zur allgemeinen Versorgungslage für diese vulnerable Patient\*innengruppe.

## Methoden

Es wurde ein semistrukturierter Interviewleitfaden entwickelt, in dem u.a. die ärztliche Perspektive zur zeitlichen und inhaltlichen Durchführbarkeit der Intervention, ihre Machbarkeit, besonders mit Blick auf die Integrierbarkeit in den Praxisablauf bzw. in das Praxismanagement, sowie ihre Therapiesicherheit für die Patient\*innen erfragt wurden (s. Anhang C Interviewleitfaden). Die Auswahl potentieller Interviewpartner\*innen erfolgte kriteriengesteuert (purposeful sampling) [13,14]. Alle interviewten Hausärzt\*innen arbeiteten in Praxen im Interventionsarm der Studie Jena-PARADISE. Für die Teilnahme an der qualitativen Studie mussten die Hausärzt\*innen das Behandlungsprogramm zum Erhebungszeitpunkt mit mindestens einer Patient\*in komplett durchlaufen haben. Es wurden folgende dichotome Kriterien angestrebt: männlich/weiblich, Stadt/Land, Einzel-/Gemeinschaftspraxis und dichotomisierte Patient\*innenabbruchrate (cutoff bei 30% vorzeitigem Abbruch der Prüftherapie). Ziel war die einfache Abbildung aller Kriterienkombinationen (n=16), was etwa 50% der Hausärzt\*innen der Intervention entsprach. Es wurden 15 Hausärzt\*innen telefonisch über die Absichten des Interviews aufgeklärt und eingeladen. Die 16. Kriterienkombination (männlich + Land + Gemeinschaftspraxis + hohe Abbruchquote) war nicht vorhanden. Alle eingeladenen Hausärzt\*innen willigten ein teilzunehmen, was vor Interviewführung schriftlich fixiert wurde. Ein Interview war aufgrund technischer Probleme mit dem Aufnahmegerät nicht verwertbar. Die soziodemografischen Daten der verbleibenden 14 Hausärzt\*innen sind in [Tabelle 1](#) dargestellt.

Die Interviews wurden zwischen Mai 2014 und Februar 2016 (Dauer 31-74 min) von Jörg Breitbart durchgeführt (männlich, im Zeitraum Mitarbeiter im Studienteam der Jena-PARADISE Studie und Arzt in Weiterbildung). Acht Gespräche wurden unmittelbar in der Hausarztpraxis (vertraulich unter vier Augen), sechs telefonisch durchgeführt. Acht Hausärzt\*innen hatten ihre Praxis in Thüringen, drei in Nordbayern sowie drei in Nordhessen.

**Tabelle 1**  
Ausgewählte soziodemografische Merkmale der Hausärzt\*innen (n = 14).

| Kriterium                                      | Anzahl |
|--|--------|
| <b>Geschlecht</b>                              |        |
| Männlich                                       | 8      |
| Weiblich                                       | 6      |
| <b>Ort der Praxis</b>                          |        |
| Städtisch                                      | 8      |
| Ländlich                                       | 6      |
| <b>Praxisart</b>                               |        |
| Einzelpraxis                                   | 7      |
| Gemeinschaftspraxis                            | 7      |
| <b>Jahre der Niederlassung</b>                 |        |
| < 1 Jahr                                       | 0      |
| < 5 Jahre                                      | 2      |
| > 5 Jahre                                      | 12     |
| <b>Vorwissen zu mentalen Erkrankungen</b>      |        |
| Qualifikation Psychosomatische Grundversorgung | 9      |
| Erweiterte Vorkenntnisse*                      | 5      |

\* Die erweiterten Vorkenntnisse zu mentalen Erkrankungen umfassen Hausärzt\*innen mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie sowie Hausärzt\*innen mit mehr als einjähriger Berufserfahrung in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Fachklinik.

Die aufgezeichneten Interviews wurden in Anlehnung an das gesprächsanalytische Transkriptionssystem [15] dokumentiert und pseudonymisiert. Die Auswertung erfolgte im konsensuellen Kodierverfahren inhaltsanalytisch nach Mayring [16] mittels der Software MaxQDA 12. Dieses Kodierverfahren bedeutet, dass für die Forschungsfragen relevante Kategorien am Interviewmaterial von mindestens zwei verschiedenen Personen aus dem Forschungsteam unabhängig voneinander generiert und im Anschluss gemeinsam besprochen und für den weiteren Forschungsprozess explizit definiert wurden. Der auf diesem Wege generierte Kategorienbaum wurde am Material mehrfach überarbeitet und mit einer Schwerpunktfindung auf Durchführbarkeit, Machbarkeit und Wirksamkeitseinschätzung fokussiert. Subkategorien bildeten die Behandlungselemente der einzelnen Arzttermine – Psychoedukation, interozeptive Übungen, situative Übungen und Rückfallprophylaxe, für die jeweils relevante Zitate extrahiert wurden. Diese Subkategorien wurden zusätzlich evaluativ ausgewertet, dabei in die Kategorien hoch, mittel und niedrig eingeordnet.

Bei der Planung, Erhebung, Auswertung und Ergebnisdarstellung wurden im Rahmen der Studie die Gütekriterien qualitativer Forschung verfolgt und umgesetzt [17,18]. Auswertungsverlauf und Ergebnisse wurden im interdisziplinären Team (Psychologe, Soziologe, MFA, Versorgungsforscher, Ärzte) sowie mit nicht studienassoziierten qualitativen Forschern in zusätzlichen monatlichen Treffen abgeglichen.

## Ergebnisse

Die Perspektive der interviewten Hausärzt\*innen zur Durchführbarkeit, Machbarkeit und Wirksamkeitseinschätzung konnte entlang des chronologischen Ablaufs der Behandlungselemente kategorisiert werden: erster Arzttermin mit dem Schwerpunkt Psychoedukation, zweiter Arzttermin mit dem Schwerpunkt interozeptiver Expositionsübungen, dritter Arzttermin mit dem Schwerpunkt situativer Expositionsübungen und der vierte Arzttermin mit dem Schwerpunkt Rückfallprophylaxe. Des Weiteren fanden sich Aussagen zur Einbeziehung der MFA sowie der Gesamteinschätzung zum Behandlungsprogramm unter dem Aspekt der aktuellen psychotherapeutischen Versorgungslage. Die Ergebnisse dieser Hauptkategorien werden im Folgenden vorgestellt.

## Psychoedukation

**Durchführbarkeit:** Fast alle Hausärzt\*innen gaben an, dass Sie die Vermittlung der psychoedukativen Inhalte im ersten Arzttermin wie vorgesehen durchführen konnten. Als besonders hilfreich benannten sie den Patientenleitfaden, der von den Patient\*innen häufig vorab gelesenen worden sei. Er habe den Patient\*innen auf eine leicht verständliche Art die Hintergründe der Panikstörung/Agoraphobie erklären und den Termin somit gut vorbereiten können. Die Hausärzt\*innen konnten sich im Termin selbst dann eher auf die verbleibenden Fragen und Missverständnisse der Patient\*innen konzentrieren.

**Machbarkeit:** Die meisten Hausärzt\*innen hielten den Arzttermin zur Psychoedukation im Praxisalltag für gut umsetzbar. Sie begründeten dies vor allem mit einer guten inhaltlichen Vorbereitung mithilfe des Patientenleitfadens. Einige schätzten den Zeitaufwand als zu hoch ein für den ersten Arzttermin. Die meisten Hausärzt\*innen passten ihre Terminplanung an und reservierten entsprechende Zeiten. Die Hausärzt\*innen stellten fest, dass der Zeitaufwand für die Psychoedukation mit zunehmender Routine sank:

„Das war anfangs sehr zeitaufwändig, [...] wir bestellten die Patienten daher immer Dienstag nachmittags ein ...“ (I.1, Z 73 ff.)

**Wirksamkeit:** Die Hausärzt\*innen schätzten die Wirkung der Psychoedukation bzw. deren therapeutische Stellung als hoch ein. So berichteten sie von Patient\*innen, die sich in den Symptombeschreibungen des Patientenleitfadens wiederfinden und dadurch später im weiteren Behandlungsverlauf besser die angstauslösenden Übungen umsetzen können:

„Die Patientenanleitung hat die Patienten sehr gut aufgeklärt. Die berichten immer wieder, dass sie sich mit den Beschreibungen sehr stark identifizieren können. [...] Das hilft ja ungemein, bei den Übungen dran zu bleiben.“ (I.6, Z 103 ff.)

## Interozeptive Übungen

**Durchführbarkeit:** Alle befragten Hausärzt\*innen gaben an, dass die im zweiten Arzttermin zu vermittelnden interozeptiven Übungen (sog. „Körperübungen“) entweder von ihnen selbst vorgeführt oder gemeinsam mit der Patientin oder dem Patienten durchgeführt wurden. Dieses Vorgehen wurde in der Arztschulung empfohlen, war aber nicht obligatorisch. Die empfohlene Standardübung („Schnelles vertieftes Atmen“, Hyperventilation) wurde allen Patient\*innen vermittelt. Auch die Auswahl weiterer Übungen gemäß der angstauslösenden Leitsymptomatik gelang aus Sicht der befragten Hausärzt\*innen in den meisten Fällen. Wenn die Übungen kaum oder zu viel Angst auslösten, nahmen einige Anpassungen (Intensivierungen/Abschwächungen) der Übungen vor. Es wurde von wenigen Patient\*innen berichtet, welche auch nach mehrfachen Modifikationen bzw. Wechsel der Übungen keine Angstsymptomatik entwickelten. In einer Praxis kam es deswegen zum Abbruch der Studienteilnahme durch die Patient\*innen:

„... die zwei glaubten nicht, dass die Übungen etwas bringen, [...] den einen Patienten hatte ich nochmal einbestellt, der kam aber nicht wieder. Die Übungen haben da nicht richtig gewirkt.“ (I.8, Z 45)

Einige der befragten Hausärzt\*innen berichteten das Auftreten starker Angstsymptome (Panikattacken) während des Termins.

**Machbarkeit:** Die meisten Hausärzt\*innen gaben an, dass die Vermittlung der Körperübungen mit einem Großteil der Patient\*innen gut bis sehr gut umsetzbar war. Als besonders hilfreich wurden hierbei die konkreten Beispielübungen des Leitfadens genannt, welche eine rasche Auswahl der geeigneten Übungen

möglich machte. Der Zeitbedarf für diesen Termin wurde von allen Hausärzt\*innen als geringer eingeschätzt als für den ersten. Allerdings gaben einige an, dass eine erforderlich gewordene Nachbesprechung des ersten Arzttermins zu einem hohen Zeitaufwand von über 30 min geführt hatte.

**Wirksamkeit:** Die Wirkung der Körperübungen wurde durch die Hausärzt\*innen insgesamt als hoch eingeschätzt. Einige äußerten den Eindruck, dass die Übungen nur bei ein Teil der Patienten wirkten. Die Einschätzung zur Wirkung der interozeptiven Übungen war im Vergleich zur Psychoedukation heterogener.

### Situative Übungen

**Durchführbarkeit:** Bei der Einführung der situativen Übungen während des dritten Arzttermins berichten die Hausärzt\*innen von mehr Schwierigkeiten als bei den vorhergehenden Terminen. Vor allem gelang die Auswahl der passenden Übungen für die einzelnen Patient\*innen weniger gut. Dabei stellten sich für die Patient\*innen manche Übungen in der eigenständigen Durchführung als zu schwer oder auch als zu leicht heraus bzw. lösten keine Angstsymptome aus:

*„Die Patientin konnte die Übung nicht machen. Sie gab immer wieder an, dass die Übung zu schwer sei und sie zu viel Angst davor habe. Wir haben die Übung mehrfach abändern müssen. . .“ (I.7, Z 134)*

Die Hausärzt\*innen gaben an, dass Ihnen zunächst die Erstellung der Angsthierarchie und Übungsauswahl gemeinsam mit der Patient\*in keine Probleme bereitet habe, nach Berichten von Umsetzungsschwierigkeiten allerdings öfters Anpassungen vorgenommen werden mussten. Die meisten Hausärzt\*innen nutzten dazu den vierten Arzttermin. Bei einigen Patient\*innen kam es darüber hinaus zu weiteren Arztkontakten. Die Hausärzt\*innen stellten fest, dass inadäquat ausgewählte Übungen sich negativ auf die Motivation und Therapieadhärenz der Patient\*innen auswirkten. Einige wiesen darauf hin, dass die Planung der situativen Übungen ohne praktische Demonstration keine Einschätzung der tatsächlich ausgelösten Angststärke geboten habe. Eine Überprüfung der Übungsdurchführung war für sie im Gegensatz zu den interozeptiven Übungen weniger bis nicht möglich:

*„Die Übungsauswahl habe ich nach den Angaben des Patienten zusammengestellt, konnte das aber nicht überprüfen. Das war ein bisschen gewürfelt, [...] bei den Körperübungen hatte ich eine direkte Rückmeldung.“ (I.9, Z 85)*

Besonders Hausärzt\*innen, die auf eine größere psychotherapeutische Erfahrung zurückgreifen konnten, gaben an, dass sie auch situative Übungen adäquat auswählen und anpassen konnten.

**Machbarkeit:** Der Zeitaufwand für den dritten Arzttermin wurde ähnlich hoch wie der für den zweiten beschrieben, jedoch als von Patient\*in zu Patient\*in stärker variierend. Die für diesen Termin bereitgestellten Arbeitsmaterialien (u.a. Angstverlaufskurve, Übersicht exemplarischer Übungen, Anleitung zur Übungsdurchführung) wurden insgesamt als hilfreich für die Vermittlung eingeschätzt. Zur Erstellung der Angsthierarchie wurden die Beispielübungen häufig modifiziert. Die Hausärzt\*innen stützten sich hierbei auf Angaben der Patient\*innen bezüglich der angstausslösenden Situation und der auftretenden Angstsymptomatik:

*„Die vorgeschlagenen Übungen konnte man gut als Ideengeber nutzen, die Übungen mussten aber stark auf die Situation des Patienten angepasst werden.“ (I.6, Z 145)*

**Wirksamkeit:** Alle Hausärzt\*innen würdigten die klinische Bedeutung der situativen Übungen in der Behandlung von Angststörungen im hausärztlichen Kontext. Einige zweifelten jedoch die

Auswahl adäquater situativer Übungen gestützt auf Angaben der Patient\*in ohne direkte Überprüfbarkeit an. Dies habe zu Schwierigkeiten bei der späteren Umsetzung und damit zur Minderung oder Ausbleiben der erwarteten Effekte geführt.

### Rückfallprophylaxe

Beim vierten und letzten geplanten Arzttermin kam es zu den stärksten Abweichungen zum geplanten Vorgehen, so dass sich in der Folge die Durchführbarkeit, Machbarkeit und Wirksamkeit der Rückfallprophylaxe anhand des Interviewmaterials kaum vollständig und angemessen auswerten ließen. Einige Hausärzt\*innen gaben an, dass dieser letzte Termin zwar geplant worden war, aber bei einigen Patient\*innen nicht stattfand. Bei weiteren Patient\*innen wurde das Gespräch als sehr kurz eingeschätzt oder inhaltlich von der Nachbesprechung von Problemen bei der Übungsdurchführung geprägt, so dass ein Abschluss der Behandlung noch nicht möglich war. Andere Patient\*innen konnten alle Übungen so gut umsetzen, dass die Hausärzt\*innen keinen weiteren Gesprächsbedarf sahen. Diese Heterogenität am vierten Termin führte auch zu starken Unterschieden im Zeitaufwand. In der Gesamteinschätzung wiesen die Hausärzt\*innen der Rückfallprophylaxe einen eher untergeordneten Stellenwert zu.

### Implementierung in die Praxis: Einbeziehung der MFA

Die umfassende Einbeziehung der MFA in den Behandlungsablauf wurde von den Hausärzt\*innen als positive Entlastung gewertet. Teilweise wurde auf Erfahrungen mit Disease-Management-Programmen hingewiesen und es wurden Parallelen dazu hergestellt. Als sehr hilfreich schätzten die Hausärzt\*innen dabei die konkrete Unterstützung bei der Organisation und der Terminplanung durch ihre MFA. So mussten die Hausärzt\*innen sich im Regelfall nicht um die Ablaufplanung kümmern und der Umgang mit Patienten mit Angststörung wurde für sie und das Praxisteam besser planbar:

*„Die Arbeit meiner Mitarbeiterin kann ich gar nicht hoch genug einschätzen, sie hat mir bei der Durchführung der Behandlung den Rücken frei gehalten.“ (I.2, Z 221)*

Die regelmäßigen Telefonkontakte der MFA (vgl. JAMoL [19]) zur Patientin bzw. zum Patienten trugen aus Sicht der Hausärzt\*innen zur verbesserten Therapieadhärenz vor allem bei der eigenständigen Übungsdurchführung bei. Die Dokumentation der Anrufe in der Behandlungsmappe wurde als unterstützendes Instrument zur Einschätzung des Behandlungsverlaufs gewürdigt. Einige merkten an, dass die Vorkenntnisse und die Motivation der MFA entscheidend seien, weshalb sie dazu tendierten, eine erfahrenere MFA mit den Telefonaten zu betrauen.

Generell wünschten sich die Interviewten mehr Einbezug der MFA in die mit der Intervention verbundenen Aufgaben, z.B. in die Vermittlung und Umsetzung der interozeptiven Übungen. Die Hausärzt\*innen wiesen auch auf den zusätzlichen zeitlichen Aufwand für die MFA hin, der bislang nicht im Rahmen der Vergütung abgebildet sei.

### Gesamteinschätzung

Die Gesamtbewertung zum Programm wurde von den Hausärzt\*innen häufig im Kontext der aktuellen psychotherapeutischen Versorgungslücke gesehen. Sie beklagten, dass Patient\*innen mit psychischen Problemen bei Ihnen oft „hängen bleiben“ (I.1, Z 256), weil eine zeitnahe Anbindung an eine Psychotherapie kaum möglich sei. Bezüglich des Jena-PARADIES-Behandlungsprogramms fiel die Einschätzung insgesamt positiv

aus, die meisten Hausärzt\*innen sahen in dem Behandlungsprogramm eine wichtige neue Therapieoption für eine unterversorgte Patient\*innengruppe.

An weiteren Verbesserungsvorschlägen wünschten sich einige eine individuellere Therapiestaltung, um besser auf die Bedürfnisse der einzelnen Patient\*in eingehen zu können sowie einen früheren Beginn mit den interozeptiven Übungen bereits im ersten Arzttermin.

## Diskussion

Die Hausärzt\*innen der Jena-PARADIES Interventionsgruppe schätzten das Behandlungsprogramm mit Blick auf Durchführbarkeit, Machbarkeit und Wirksamkeit als wichtige Therapieoption für eine unterversorgte Patient\*innengruppe ein. Es fällt auf, dass die Bewertung der frühen Elemente zur Psychoedukation und zu den interozeptiven Übungen einheitlich positiver ausfallen als die Einschätzungen zu den situativen Übungen und der Rückfallprophylaxe.

Als wichtiger Erfolgsfaktor wurden die gut für den hausärztlichen Kontext strukturierten Arbeitsmaterialien genannt. Entsprechende Mängel in den Materialien zu den Situations- und Rückfallübungen waren insbesondere für Hausärzt\*innen mit weniger psychotherapeutischer Erfahrung gravierender. Auch die Teilnahmemotivation der Patient\*innen an den Übungen wurde von ihnen als Erfolgsfaktor gewertet, was sich mit Erfahrungen aus der Psychotherapieforschung deckt [20]. So war die Abbruchquote der Patient\*innen quantitativ nach dem Start der situativen Übungen am höchsten. Diese Übungen lösten bei einigen Patient\*innen keine Angstsymptomatik aus, da auch Patient\*innen mit Panikstörung aber ohne Agoraphobie protokollgemäß eingeschlossen waren.

Die von den Hausärzt\*innen gezogenen Vergleiche zu bestehenden Disease-Management- Programmen legen nahe, dass eine Implementation mit starker Einbeziehung der MFA als sinnvoll angesehen wird. Die Versorgung könnte so durch ein strukturiertes Behandlungsangebot verbessert werden [21].

Die vermehrt angegebenen Schwierigkeiten des dritten Arzttermins (situative Übungen) legen den Schluss nahe, dass eine Überarbeitung und stärkere Standardisierung die Durchführungsqualität erhöhen kann. Zusammen mit den auffälligen Protokollabweichungen des vierten Arzttermins (Rückfallprophylaxe) erscheint eine Umgestaltung und Straffung des Behandlungsprogramms sinnvoll. Eine Überarbeitung des Behandlungsprogramms sollte auch dem Wunsch der Hausärzt\*innen entsprechen, Patient\*innen früher in das Übungsprogramm einsteigen zu lassen. Ein stärkerer Einbezug der MFA in die konkrete Übungsanleitung könnte im Sinne einer Delegation unter ärztlicher Aufsicht erwogen werden.

Als Limitation des Behandlungsprogramms wird der Zeitaufwand für die/den Hausärzt\*in und die MFA angesehen. Für eine mögliche Implementierung sollte dies mit ausreichenden Vergütungsschlüsseln Beachtung finden.

Insgesamt fällt die Einordnung der Ergebnisse der qualitativen Studie in die bestehende Forschungslandschaft schwer, da die Hauptstudie Jena-PARADIES mit dem KVT-gestützten Behandlungsansatz mit der therapeutischen Hauptverantwortung der Hausärztin bzw. des Hausarztes Neuland betritt. Zwar existieren internationale Untersuchungen zur KVT im hausärztlichen Setting, diese beziehen sich aber auf Fachspezialisten-gestützte Interventionsmodelle [22,23].

Einschränkend für die vorgelegte Studie ist, dass Konzeption, Durchführung und Auswertung durch Mitglieder der Jena-PARADIES-Studiengruppe erfolgte und die Interviews von einem Interviewer durchgeführt wurden, weshalb ein Bias sowohl auf Studienteam- als Befragtenseite nicht auszuschließen ist. Darüber

hinaus wurde hier ausschließlich nach der subjektiven Einschätzung der Durchführbarkeit, Machbarkeit und Wirksamkeit aus Sicht der teilnehmenden Hausärzt\*innen gefragt. Ein Abgleich mit weiteren durchgeführten qualitativen Teilstudien, in denen auch die MFA sowie Patient\*innen befragt wurden, ist in Arbeit.

Gleichwohl legen die Ergebnisse nahe, dass es sich bei den Hausärzt\*innen um eine relevante Akteursgruppe in der Versorgung von Patient\*innen mit Angststörungen handelt. Die Einschätzung des neuen Behandlungsprogramms aus Sicht dieser Berufsgruppe ist nicht zuletzt vor dem Hintergrund künftiger Implementierungsversuche in der Primärversorgung von hoher Bedeutung.

## Fazit

Die Ergebnisse der Studie zeigen, dass insbesondere die psychoedukativen und interozeptiven Elemente des Behandlungsprogramms Jena-PARADIES zur Panikstörung mit/ohne Agoraphobie von den befragten Hausärzt\*innen für gut durchführbar und wirksam gehalten werden. Das Programm wurde dabei auch im Kontext der psychotherapeutischen Versorgungslücke als insgesamt hilfreich bewertet. Die Unterstützung durch die MFA in diesem Programm wurde als tragende Säule gesehen. Die Vermittlung der situativen Übungen und der Rückfallprophylaxe gelang aus Sicht der Hausärzt\*innen weniger gut, so dass eine Überarbeitung des Programms in diesen Dimensionen erfolgen sollte.

## Interessenskonflikt

Bei den Autoren liegt kein Interessenkonflikt vor.

## Danksagung

Die Studie „Jena-PARADIES“ (<http://www.allgemeinmedizin.unijena.de/content/forschung/angststoerung/index GER.html>) wurde gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (Förderkennzeichen 01GY1146) und ausgezeichnet mit dem „MSD Gesundheitspreis“ 2016 (<https://www.msd.de/fileadmin/files/pdf/gesundheitspreis/MSD-Gesundheitspreis-2016.pdf>).

## Appendix A. Zusätzliche Daten

Zusätzliche Daten verbunden mit diesem Artikel finden sich in der Online-Version unter: [doi:10.1016/j.zefq.2019.05.002](https://doi.org/10.1016/j.zefq.2019.05.002).

## Literatur

- [1] Jacobi F, Höfler M, Siebert J, Mack S, Gerschler A, Scholl L, Busch MA, Hapke U, Maske U, Seiffert I, Gabel W, Maier W, Wagner M, Zielaschky J, Wittchen H-U. Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany: the Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). *Int. J. Methods Psychiatr. Res* 2014;23:304–19.
- [2] Wittchen H-U, Gloster AT, Beesdo-Baum K, Fava GA, Craske MG. Agoraphobia: a review of the diagnostic classificatory position and criteria. *Depress. Anxiety* 2010;27:113–33.
- [3] National Institute for Health and Care Excellence, Generalised anxiety disorder and panic disorder in adults: management, NICE clinical guideline 113. National Institute for Health and Care Excellence (NICE), <https://www.nice.org.uk/guidance/cg113/resources/generalised-anxiety-disorder-and-panic-disorder-in-adults-management-35109387756997>, 2011 (abgerufen 24.02.16).
- [4] Bandelow B, Wiltink J, Alpers GW, Benecke C, Deckert J, Eckhardt-Henn A, Ehrig C, Engel E, Falkai P, Geiser F, Gerlach AL, Harfst T, Hau S, Joraschky P, Kellner M, Köllner V, Kopp I, Langs G, Lichte T, Liebeck H, Matzat J, Reitt M, Rüdell HP, Rudolf S, Schick G, Schweiger U, Simon R, Springer A, Staats H, Ströhle A, Ströhm W, Waldherr B, Watzke B, Wedekind D, Zottl C, Zwanzger P, Beutel ME. Deutsche S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen. Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF), [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/051-0281\\_S3\\_Angststoerung\\_C3B6rungen\\_2014-05\\_2.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-0281_S3_Angststoerung_C3B6rungen_2014-05_2.pdf), 2014 (abgerufen 04.03.17).

- [5] Löwe B, Gräfe K, Zipfel S, Spitzer RL, Herrmann-Lingen C, Witte S, Herzog W. Detecting panic disorder in medical and psychosomatic outpatients: comparative validation of the Hospital Anxiety and Depression Scale, the Patient Health Questionnaire, a screening question, and physicians' diagnosis. *J. Psychosom. Res* 2003;55:515–9.
- [6] Bandelow B, Michaelis S, Wedekind D. Treatment of anxiety disorders. *Dialogues Clin. Neurosci* 2017;19:93–107.
- [7] Heinrichs N, Alpers GW, Gerlach AL. Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie der Panikstörung und Agoraphobie. Göttingen: Hogrefe; 2009.
- [8] Moscovitch DA, Antony MM, Swinson RP. Exposure-based treatments for anxiety disorders: Theory and process. In: Antony MM, Stein MB, editors. *Oxford Handbook of Anxiety and Related Disorders*. New York: Oxford University Press; 2009. p. 461–75.
- [9] Lee K, Noda Y, Nakano Y, Ogawa S, Kinoshita Y, Funayama T, Furukawa TA. Interoceptive hypersensitivity and interoceptive exposure in patients with panic disorder: specificity and effectiveness. *BMC Psychiatry* 2006;6:32.
- [10] Gensichen J, Hiller TS, Breitbart J, Teismann T, Brettschneider C, Schumacher U, Piwitorak A, König HH, Hoyer H, Schneider N, Schelle M, Blank W, Thiel P, Wensing M, Margraf J. Evaluation of a practice team-supported exposure training for patients with panic disorder with or without agoraphobia in primary care - study protocol of a cluster randomised controlled superiority trial. *Trials* 2014;15.
- [11] Gensichen J, Hiller TS, Breitbart J, Brettschneider C, Teismann T, Schumacher U, Lukaschek K, Schelle M, Schneider N, Sommer M, Wensing M, König HH, Margraf J, on behalf of the Jena-PARADIES study group. Panic disorder in primary care: the effects of a team-based intervention—a cluster randomized trial. *Dtsch Arztebl Int* 2019;116:159–66.
- [12] Bellg AJ, Borrelli B, Resnick B, Hecht J, Minicucci DS, Ory M, Ogedegbe G, Orwig D, Ernst D, Czajkowski S. Enhancing Treatment Fidelity in Health Behavior Change Studies: Best Practices and Recommendations From the NIH Behavior Change Consortium. *Health Psychology* 2004;23.
- [13] Patton MQ. *Qualitative research and evaluation methods*, dritte Aufl. Thousand Oaks: Sage; 2002.
- [14] Palinkas LA, Horwitz SM, Green CA, Wisdom JP, Duan N, Hoagwood K. Purposeful sampling for qualitative data collection and analysis in mixed method implementation research. *Adm Policy Ment Health* 2015;42(5): 533–44.
- [15] Dresing T, Pehl T. *Praxisbuch Interview, Transkription & Analyse. Anleitungen und Regelsysteme für qualitativ Forschende*. Marburg: Eigenverlag; 2013.
- [16] Mayring P. *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Techniken*, elfte Aufl. Weinheim: Beltz; 2010.
- [17] Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care* 2007;19(6):349–57.
- [18] Steinke I. Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Flick U, Von Kardorff E, Steinke I, editors. *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. Reinbek: Rowohlt; 2000.
- [19] Hiller TS, Freytag A, Breitbart J, Teismann T, Schöne E, Blank W, Schelle M, Vollmar HC, Margraf J, Gensichen J. Die Jena Angst-Monitoring-Liste (JAMoL) – ein Instrument zur evidenzbasierten Behandlung von Panikstörung mit oder ohne Agoraphobie in der Hausarztpraxis. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhewes* 2018 Apr;131-132:28–37.
- [20] Grawe K. *Psychotherapie im Wandel*. Göttingen: Hogrefe; 1994.
- [21] Gerlach F, Beyer M, Szecsenyi J, Raspe H. Evaluation von Disease-Management-Programmen – Aktuelle Defizite, Anforderungen, Methoden. *Z. ärztl. Fortbild. Qual.sich. (ZaeFQ)* 2003;97:495–501.
- [22] Roy-Byrne P, Craske MG, Sullivan G, et al. Delivery of evidence-based treatment for multiple anxiety disorders in primary care: a randomized controlled trial. *JAMA* 2010;303:1921–8.
- [23] Muntingh AD, van der Feltz-Cornelis CM, van Marwijk HW, Spinhoven P, van Balkom AJ. Collaborative care for anxiety disorders in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Fam Pract* 2016;17:62.



**ELSEVIER**

**Marcel Fischer  
Advertising Management**

**Kirchgasse/Vicolo della chiesa 3  
I-39030 Olang/Valdaora (BZ)  
Italien-Südtirol/Italia-Alto Adige**

**mailto:marcel.fischer@elsevier.com  
Phone: +39 0474 496 665  
Mobil: +39 3480159984**