

Case-Management bei Panikstörung in der Hausarztpraxis

Eine qualitative Patientenbefragung

Case-Management of Panic Disorder in Family Practice

A Qualitative Patient Survey

Karoline Lukaschek^{1*}, Elisabeth Schöne^{2*}, Thomas Stephan Hiller², Jörg Breitbart², Christian Brettschneider³, Jürgen Margraf⁴, Jochen Gensichen^{1,2} für die Paradies-Studiengruppe

Hintergrund

Untersuchung der Patientensicht auf Case-Management bei einer verhaltenstherapeutisch-orientierten, psychoedukativen Intervention („Patient Activation for Anxiety Disorders/Paradies“) für Menschen mit Panikstörung mit/ohne Agoraphobie in der Hausarztpraxis.

Methoden

16 Patientinnen und Patienten der Interventionsgruppe (87,5 % weiblich, Durchschnittsalter: 44,3 Jahre) aus zwölf Praxen mit Panikstörung mit/ohne Agoraphobie (ICD-10: F41.0, F40.01) wurden mittels semistrukturiertem Interviewleitfaden befragt. Die Interviews wurden transkribiert und inhaltsanalytisch nach Mayring qualitativ analysiert.

Ergebnisse

Das lokale Angebot zur Behandlung der Panikstörung durch das vertraute Praxisteam wurde von den Patientinnen und Patienten positiv aufgenommen und führte zu einem engeren Verhältnis zwischen Patientinnen und Patienten und Praxisteams. Die strukturierten Monitoringanrufe durch die medizinische Fachangestellte (MFA) als Case-Managerin wurden als kontinuierliche Unterstützung und Motivation zum Selbstmanagement bewertet. Sie halfen Probanden über Phasen der Demotivation hinweg und boten eine Möglichkeit zur Selbstreflexion des Behandlungsstandes.

Schlussfolgerungen

Das durch Case-Manager unterstützte Behandlungsprogramm zu Panikstörung in Hausarztpraxen wird von den Patientinnen und Patienten positiv bewertet. Die Betreuung durch das Praxisteam kann zu einer höheren Patientenzufriedenheit, einer besseren Compliance und einer engeren Bindung an das Hausarztpraxisteam beitragen.

Schlüsselwörter

Patientensicht; Panikstörung; Case-Management; hausärztliche Versorgung; qualitative Studie

Background

To investigate patients' perspective on case management in a behaviour therapy-oriented, psychoeducational intervention („Patient Activation for Anxiety Disorders/Paradies“) for patients with panic disorder with/without agoraphobia in family practice.

Methods

16 patients of the intervention group (87,5% female, mean age: 44,3 years) from 12 practices with panic disorder with/without agoraphobia (ICD-10: F41.0, F40.01) were interviewed using a semi-structured interview guide. The interviews were transcribed and analysed qualitatively using content analysis according to Mayring.

Results

The local offer of treatment for panic disorder by the familiar practice team was positively received by the participants and led to a closer relationship between participants and practice teams. The structured monitoring calls of the medical assistant (MFA) as case manager were felt as support and motivation for self-management. They helped patients overcome phases of demotivation and provided an opportunity for self-reflection on the treatment.

Conclusions

This case manager-supported treatment programme for panic disorder in family practices was positively evaluated by the patients. The support by the practice team can contribute to higher patient satisfaction, better compliance and a closer relationship with the practice team.

Keywords

patient perspective; panic disorder; case management; family medicine; qualitative study

* Die beiden Autorinnen teilen sich die Erstautorenschaft.

¹ Institut für Allgemeinmedizin, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München

² Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Jena

³ Institut für Gesundheitsökonomie und Versorgungsforschung, Hamburg Center for Health Economics, Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf

⁴ Lehrstuhl Klinische Psychologie und Psychotherapie, Ruhr-Universität Bochum, Bochum

Peer reviewed article eingereicht: 15.11.2021, akzeptiert: 17.12.2021

DOI 10.53180/zfa.2022.0054-0058

Hintergrund

Mit einer Prävalenz von 4,3 % sind Angst- und Panikstörungen häufige psychische Erkrankungen in der Hausarztpraxis [1]. Die aktuelle S3-Leitlinie zu Angststörungen empfiehlt die Behandlung leichter bis moderater Angststörungen auch durch Hausärztinnen und -ärzte [2]. Das hier untersuchte Praxisteam-unterstützte Übungsprogramm [3] für Patientinnen und Patienten mit Panikstörung mit/ohne Agoraphobie stellte Hausärztinnen und -ärzten eine Kurzintervention bereit. Ihm liegen evidenzbasierte Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie (Psychoedukation, interozeptive und situative Expositionenübungen im Selbstmanagement, Rückfallprophylaxe) sowie des „chronic care“-Modells (CCM) zugrunde [4, 5]. Das betreuende Hausarztteam, bestehend aus der Hausärztin/dem Hausarzt und einer medizinischen Fachangestellten (MFA) als Case-Managerin, begleitete die Patientinnen und Patienten durch ein sechs Monate dauerndes Behandlungsprogramm inklusive vier Hausarztterminen und zehn regelmäßigen Telefonkontakten mit der MFA [3].

In der PARADIES-Studie wurden 419 Patientinnen und Patienten mit Panikstörung mit/ohne Agoraphobie aus 73 Hausarztpraxen eingeschlossen (Interventionsarm: 230 Patientinnen und Patienten, 36 Hausarztpraxen). Alle Hausarztteams erhielten eine 2,5-stündige Basisschulung. Praxisteam im Interventionsarm erhielten zusätzlich eine dreistündige Schulung in der Durchführung der studienbezogenen Intervention. Das Programm verbesserte im Vergleich zur Routineversorgung die Symptome „Angst“ und „Panik“ sowie das Begleitsymptom „Depression“ [3]. Die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte bewerteten die Unterstützung durch ihre MFA für ihre Patientinnen und Patienten als relevant und für die praxisinterne Zusammenarbeit als produktiv [6]; MFAs empfanden ihren Beitrag zur Intervention als bereichernd und positiv [7]. Ziel dieser Arbeit ist es, die Sicht der Patientinnen und Patienten auf die Akteure Ärztin/Arzt und MFA im Behandlungsprogramm mit Case-Managements (CM) zu gewinnen.

Methoden

Probanden (N = 16) der Interventionsgruppe wurden durch ein Sampling-Verfahren („purposeful-sampling“) im Rahmen einer zielgerichteten Stichprobenerhebung ausgewählt [8], telefonisch kontaktiert und zu einem persönlichen Gespräch eingeladen. Die Einschlusskriterien („Sampling-Faktoren“) waren:

1. BAI-Wert-Veränderung nach Beck-Angstinventar [7a]
2. Geschlecht
3. unterschiedliche Hausarztpraxis.

Um eine breite Antwortvielfalt und Evaluation zu erhalten, wurden Probanden mit unterschiedlichen Ausprägungen der Sampling-Faktoren gewählt. Die Interviews (durchschnittliche Dauer: 41 min) wurden zwischen November 2014 und März 2015 von der Autorin ES vertraulich durchgeführt und audiodokumentiert. Alle Befragten gaben ihre schriftliche Einwilligung zur Teilnahme und Tonbandaufzeichnung. Die Studie wurde von der Ethikkommission der Friedrich-Schiller-Universität Jena genehmigt (No. 3484-06/12).

Im Rahmen der Prozessevaluation der PARADIES-Studie nach dem konzeptionellen Modell von Bellg et al. 2004 zur *intervention fidelity* [9] wurde

ein semistrukturiertes Interview als Gesprächsleitfaden zur Behandlungsevaluation aus Patientensichtweise entwickelt. Eine Pilotierung des Leitfadens an zwei Interviews, die in die Auswertung einfließen, sowie der iterative Austausch mit Experten und Expertinnen diente der Qualitätssicherung. Die aufgezeichneten Interviews wurden nach dem gesprächsanalytischen Transkriptionssystem [10] pseudonymisiert verschriftlicht. Die Auswertung der Interviews (N = 16) wurde mittels computerunterstützter, strukturierender Inhaltsanalyse nach Mayring [11] unter Nutzung eines deduktiven Kategoriensystems mithilfe der Software MAXQDA Version 11.1.1. durchgeführt.

Vorläufige aus dem Interviewleitfaden abgeleitete Kategorien wurden in Rückkopplungsschleifen kontinuierlich überarbeitet. Dadurch entstanden sechs Hauptkategorien mit verschiedenen Unterkategorien (Tab. 1). Der generierte Kategorienbaum wurde im Forschungsteam (ES, JB, TH) per Konsens finalisiert. Die Ergebnisse werden nach den Gütekriterien für qualitative Forschung (COREQ) berichtet [12]. Die Ergebnisse aus den Interviews zu den verschiedenen Kategorien waren sehr ergiebig. Im Folgenden werden fokussiert Ergebnisse vor-

Hauptthemen im Interviewleitfaden	Hauptkodesystem
1. Warm-up <ul style="list-style-type: none"> • Ausgangsmotivation zur Studienteilnahme • Ziele und Erwartungen • Auslöser und Erkrankungsbeschwerden 	1. Motivation <ul style="list-style-type: none"> 1.1. Vormotivation 1.2. Motivation während der Behandlung
2. Hausarztteam <ul style="list-style-type: none"> • Arzttermine und Beziehung zur Hausarztpraxis • Telefonate und Zusammenarbeit mit MFA 	2. Praxisteam <ul style="list-style-type: none"> 2.1. Ärztin/Arzt 2.2. MFA
3. <ul style="list-style-type: none"> • Patientenhandbuch: Benutzung, Bewertung 	3. Patientenleitfaden
4. Körper- und Situationsübungen* <ul style="list-style-type: none"> • Übungsauswahl • Effekte durch das Üben 	4. Übungen <ul style="list-style-type: none"> 4.1. Übungsprotokoll 4.2. Körperübungen 4.3. Situationsübungen
5. Motivation und Hürden <ul style="list-style-type: none"> • Bei der Studienteilnahme und Durchführung • Ressourcen und Hinderungsgründe 	5. Hürden und Hinderungsgründe
6. Veränderungen und heutiges Erleben durch die Behandlung <ul style="list-style-type: none"> • Im Alltag, auf Arbeit, im Familienumfeld, im Kontakt zu anderen 	6. Allgemeine Veränderungen

* interozeptive und situative Exposition aus der kognitiven Verhaltenstherapie, MFA = medizinische Fachangestellte

Tabelle 1 Interviewthemen mit den erstellten Kategoriensystemen

gestellt, welche nach internationaler Studienlage [13; 14] hochrelevant für die Hausarztpraxis sind: die Patientensichtweise auf das Praxisteam und auf Case-Management durch die MFA (Kategorie 2).

Ergebnisse

Die Befragten (N = 16, 87,5 % Frauen) aus 16 Praxen waren durchschnittlich 44,3 Jahre alt (SD = 13,41, min. 23 – max. 67 Jahre). Weitere soziodemografische Charakteristika sind in Tabelle 2 dargestellt.

Bei sieben Befragten zeigte sich in Folge der Intervention eine Zunahme des BAI-Werts (Verschlechterung der Angstsymptomatik) und bei neun Befragten eine BAI-Wert-Abnahme (Verbesserung der Angstsymptomatik) – das spricht für eine gelungene Sampling-Verteilung für den Sampling-Faktor „BAI-Wert-Veränderung“. Ebenso ist die Verteilung von 16 Patientinnen und Patienten aus zwölf verschiedenen Hausarztpraxen aus Thüringen, Hessen und Bayern eine gute Quote für den Sampling-Faktor „Unterschiedliche Hausarztpraxen“. Lediglich der Sampling-Faktor „Geschlechterverteilung“ zeigt eine weibliche Überrepräsentation mit 14 weiblichen und zwei männlichen Interviewten. Allerdings lag in der PARADIES-Hauptstudie [3] ebenfalls eine starke Überrepräsentation des weiblichen Geschlechtes mit 74 % vor. Beim durchschnittlichen Alter (46 Jahre vs. 44 Jahre) und BAI-Wert (28,3 vs. 28,1 Punkten) unterscheiden sich die Interviewpartner nur geringfügig von der Interventionsgruppe der Hauptstudie.

Ergebnisse aus den Interviews

Der Patientin/dem Patienten wurde im ersten Arztgespräch die MFA als Begleiterin vorgestellt und erläutert, dass die Intervention in einem Dreierbündnis durchgeführt wird – bestehend aus MFA, Hausärztin/Hausarzt und Patientin/Patient. Die Befragten willigten ein, regelmäßige Telefonanrufe der MFA entgegenzunehmen und an festgelegten Arztterminen in die Arztpraxis zu kommen.

Befragte schilderten, durch die Studie ein engeres Verhältnis zu ihrem Hausarztteam gewonnen zu haben. Dies lag u.a. an der intensiven,

langen, gemeinsamen Arbeitsphase, der Tatsache, eine Ärztin/einen Arzt gefunden zu haben, der die Symptomatik erkannte und einen konkreten Lösungsvorschlag bot oder an der Unterstützung in schwierigen Phasen.

„Der Hauptnutzen war wirklich (...) ja also ich bin enger auch mit meinem (...) Hausarzt zusammengekommen.“ (Interview 3, 102)

„Jetzt erkennt jemand diese Krankheit. (...) Es hat einen Namen. Es ist was, was anerkannt ist, und ich habe jetzt einen Arzt, der mir sagt, wie ich damit umzugehen habe.“ (Interview 10, 34)

Die Befragten motivierte es, wenn die Hausärztin/der Hausarzt in den Arztterminen mit ihnen gemeinsam die Körperübungen (interozeptive Exposition) durchführte.

„Dann hatte ich ja die erste Körperübung mit meinem Arzt zusammen gehabt und bin dann wieder in diese Panik verfallen. Es soll ja diese Panik auslösen, und habe dann gemerkt, also das Beste an der Übung war, dass es meinem Hausarzt genauso ging. (...) Von dem Moment an habe ich ja das Ziel gehabt, dass so durchzuziehen, wie es auch be-

schrieben war [...] Habe mich da motiviert gefühlt, ganz einfach.“ (Interview 10, 13–14)

Lobend erwähnten die Befragten, mit welchem Engagement und mit welcher Empathie die Praxisteam vorgingen. Dies führte dazu, dass sie sich gut aufgehoben fühlten, aber gleichzeitig auch eine Verbindlichkeit zur Weiterarbeit am Behandlungsprogramm spürten. Ein Patient erläuterte, wie er während seiner Behandlung Zweifel bekam, abbrechen wollte und im Arztgespräch Verständnis und ein offenes Ohr für seine Sorgen bekam. Gemeinsam mit dem Hausarzt erörterte er die Vor- und Nachteile, bekam Bedenkzeit eingeräumt und entschied sich letztlich für die Fortführung der Behandlung.

„So die Tendenz ist, ich höre auf, und dann hat er gefragt, warum ich es nicht mache und was dafür spricht aufzuhören und was dagegen. (...) Dann habe ich auch zwei, drei Wochen keine Übungen gemacht. Und dann hatte ich ein klares: Ja!“ (Interview 2, 73)

Auch praktische und organisatorische Dinge wurden von den Patienten

Hausärztliche Patientinnen und Patienten mit Panikstörung mit/ohne Agoraphobie	
(n = 16 aus 12 Praxen)	
Alter (Jahre)	M = 44,31 (SD = 13,41, min 23–max 67)
Geschlecht	n = 14 Frauen (87,5 %)
Bildungsabschlüsse	
8. bis 10. Klasse	n = 9 (56 %)
(Fach-)Hochschulreife	n = 4 (25 %)
(Fach-)Hochschulabschluss	n = 3 (19 %)
Beruflicher Status	
berufstätig	n = 10 (63 %)
berentet	n = 3 (19 %)
Hausarztkonsultationen 6 Monate vor Therapie	M = 6,6 (SD = 3,6)
Hausarztkonsultationen während Therapie (letzte 6 Mon.)	M = 6,4 (SD = 4,7)
Hausärztliche Betreuungsdauer (Jahre)	M = 6,0 (SD = 6,2)
Vorerfahrung mit Psychotherapie	n = 8 (50 %), davon n = 3 auch stationär
Zeit zwischen Therapieabschluss und Interview (Monate)	M = 8,3 (SD = 3,7)
BAI-Veränderung	-12,3 (19,8) ¹ (Cohen's d = -,44)

¹ Punktabnahme zeigt in Richtung klinischer Besserung
M = Mittelwert, SD = Standardabweichung, n = Fallzahl, BAI = Beck-Angst-Inventar

Tabelle 2 Soziodemografische Charakteristika

tinnen und Patienten geschätzt, z.B. dass sie mit ihrer Hausarztpraxis die Möglichkeit hatten, konkrete Hilfe vor Ort zu erhalten.

„Und bei Frau (Name Hausärztin) war ich sofort dabei [...] ich war ja damals (Name Stadt) beim Psychologen ja (...) wegzufahren noch abends nach Feierabend. [...] Und vor Ort, was Besseres kann dir nicht passieren.“ (Interview 11, 7)

Ebenfalls erzählten Patientinnen und Patienten, dass sie in der Behandlungsphase weniger Arztbesuche als vorher hatten: zum einen, da die Termine in einem vorgegebenen Intervall lagen, zum anderen, weil sie durch die Behandlung weniger Symptome und so einen geringeren Bedarf an Terminen hatten.

„Weil ich halt die Dinge jetzt oder diese Schmerzen oder diese Anzeichen, [...] versuche ich halt einfach jetzt mal auszuhalten oder nicht so ranzulassen, dass man da durcheinander kommt oder nervös wird oder dann die dann gleich wieder eben zum Arzt rennt oder so.“ (Interview 9, 21)

Eine Interviewteilnehmerin beschrieb ihre Arzttermine als überflüssig, da sie jedes Mal über eine Stunde Wartezeit einplanen musste und ihrer Meinung nach fast alle Inhalte auch im Patientenleitfaden hätte nachlesen können.

Die MFA übernahm das Telefonmonitoring und hatte somit eine wichtige Aufgabe im Case-Management. Als positiv wurde empfunden, wenn die Anrufe mit Ruhe und Ernsthaftigkeit erfolgten und die Patientinnen und Patienten das Gefühl hatten, dass sich die MFA Zeit nimmt.

„Ja, das halt ich wirklich das Gefühl hatte, die hört mir wirklich zu und die nimmt mich ernst. Also nicht so (...) die hat einen an der Klappe. Ja ich war sehr zufrieden mit ihr.“ (Interview 14, 37–38)

Die Befragten beschrieben die Telefonanrufe als schön, wenn sie Erfolge vorzuweisen hatten, jedoch als unangenehm und nervig, wenn sie nicht geübt hatten und sich entziehen wollten.

„Die Verantwortung lag bei mir. Also es war klar, ich habe Termine, und die Termine habe ich als Kontrolltermine erlebt. /ja/ Über die ich mich gefreut habe, wenn ich selbst das Gefühl hatte, ich ha-

be gut gearbeitet, und die ich lästig fand, wenn ich gemerkt habe, ich will mich eigentlich entziehen und die lassen mich nicht. Ähm, aber es war klar, derjenige, der arbeiten muss, das bin ich!“ (Interview 2, 124)

Die Befragten betonten, dass die MFA während ihrer Behandlungszeit stets freundlich und verständnisvoll auf ihre Lage reagierte. Sie schätzten die Anrufe als Möglichkeit der Selbstreflexion und nutzten die strukturierten Fragen der MFA, um den eigenen Behandlungsstand zu vergegenwärtigen.



PD Dr. Karoline Lukaschek ...

... ist habilitierte Epidemiologin und wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Allgemeinmedizin am Klinikum der LMU. Neben ihrer Forschungstätigkeit ist sie zuständig für die Entwicklung der Online-Lehre des Instituts. Ihre Interessenschwerpunkte liegen neben Themen mit Relevanz für die allgemeinmedizinische Versorgung psychisch kranker Patienten vor allem auf Aspekten der Suizidprävention.

Foto: Foto Sexauer, München

„Also das war, weil einem dann selbst aufgrund dieses Gesprächs auch noch einmal bewusst wurde [...], was noch schlecht ist und eben auch was besser geworden ist einfach. [...] Und das finde ich schon, mir hat das schon geholfen.“ (Interview 13, 98–99)

Diskussion

Diese qualitative Studie beleuchtet die Wahrnehmung eines Hausarztpraxisteam-basierten Behandlungsprogramms mit Case-Management von Menschen mit Panikstörung durch die Betroffenen selbst. Die Ergebnisse unterstützen Befunde, die auf positive Effekte in der Patientenversorgung (z.B. [15, 16]) sowie auf

Patientenzufriedenheit durch das Case-Management hinweisen. Bei der hausärztlichen Versorgung von Menschen mit Depression ist CM, auch mit einer MFA als Case-Managerin, bekannt [17].

Die regelmäßigen Monitoringanrufe der MFA im sonst auf Selbstmanagement aufbauenden Behandlungsprogramm bewirkten oft, dass die Patientinnen und Patienten zu den Übungen weiter motiviert wurden und engagiert das Programm durchzogen. Patientenbeteiligung und -engagement sind von zentraler Bedeutung, um gute Ergebnisse zu erzielen, ebenso wie die wahrgenommene Wertschätzung der Patientinnen und Patienten durch das Praxisteam [18]. Die Monitoringanrufe der MFA konnten manche Befragten in Phasen der Demotivation auffangen oder sie bei den unvermeidlichen Rückfällen beruhigen. Übungsergebnisse konnten reflektiert und Handlungsbedarf realistischer abgeschätzt werden. Befragte berichteten von einem gesteigerten Selbstbewusstsein und einem freieren Agieren im Alltag, wenn es ihnen gelang, sich den Expositionsübungen zu stellen (vergl. [19]). Da sie es selbst in der Hand hatte, wie oft und intensiv sie übten, lernten sie, eigenverantwortlich mit der Krankheit und deren Folgen umgehen zu können.

Unsere Ergebnisse unterstützen frühere Studien, die zeigen, dass Information und unterstützende Beratung wichtige Bedürfnisse seitens der Patientinnen und Patienten darstellen, die leider oft vernachlässigt werden [20]. Mit der vorliegenden Arbeit konnte gezeigt werden, dass Hausarztpraxisteam-basiertes Übungsprogramm mit regelmäßigen Monitoringanrufen durch die MFA als Case-Managerin machbar und für Patientinnen und Patienten hilfreich sein kann. Mehrfach fiel in diesem Zusammenhang das Wort Vertrauen bzw. Vertrauensperson. Eventuell ist das ein Prädiktor für ein gelungenes Telefonmonitoring: Befragte erzählten, dass es für sie wichtig war, dass die vertraute Bezugsperson anrief – im Gegensatz dazu war es eher irritierend, wenn eine andere MFA aus der Praxis anrief, die sie als weniger geeignet empfanden, beispielsweise

weil sie als jünger und unerfahrener eingeschätzt wurde. Ein offenes, vertrauensvolles und kooperatives Verhalten zwischen Patientin/Patient und Ärztin/Arzt bzw. MFA kann zu einer höheren Patientenzufriedenheit, einer höheren *compliance* und einer engeren Bindung an das Hausarztpraxisteam führen. Möglicherweise kann ein Hausarztpraxisteam-basiertes Übungsprogramm mit regelmäßigen Monitoringanrufen dazu beitragen, die um 23 % häufigere Inanspruchnahme primärmedizinischer Leistungen durch Menschen mit Panikstörung [21] zu reduzieren.

Relevanz für Klinik und Praxis

Die aktive telefonische Begleitung durch die MFA stärkte die Beziehung zwischen Praxisteam und Patientinnen und Patienten und förderte deren Eigenverantwortung und Motivation. Weitere Auswirkungen, z.B. auf *compliance*, sollte weiter beforscht werden.

Limitationen

Personen, die mit dem Behandlungsprogramm unzufrieden waren, standen möglicherweise seltener für ein Interview zur Verfügung (Selektionsbias). Um vielseitige Interviewaussagen zu gewinnen, wurden immer wieder Vor- und Nachteile des Programms mit den Befragten erörtert. Die Interviews wurden von nur einer Person (ES) codiert; allerdings erfolgte zum Abgleich der Fundstellen in den Interviewkategorien und zur Schärfung der Kategoriedefinitionen eine doppelte Kodierung an zwei Interviews durch die Autorin ES und den Koautor JB.

Die an der Studie teilnehmenden MFA waren sehr erfahren und haben möglicherweise eher engagiert und empathisch agiert. Die Stärke der vorliegenden Arbeit besteht in der Qualität der Durchführung der Interviews, die im persönlichen Umfeld der Befragten geführt wurden.

Danksagung

Die Paradies-Studie wurde vom Bundesministerium für Forschung und Bildung gefördert (Förderkennzeichen 01 GY 1146). Wir danken den Teilnehmenden für ihre Interviewbereitschaft.

Interessenskonflikte:

Keine.

Literatur

1. Lowe B, Grafe K, Zipfel S, et al. 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
2. Bandelow B, Aden I, Alpers GW, et al. Deutsche S3-Leitlinie Behandlung von Angststörungen, Version 2 2021
3. Gensichen J, Hiller TS, Breitbart J, et al. Panic disorder in primary care. *Dtsch Arztebl Int* 2019; 116: 159–66
4. Seekles W, Cuijpers P, Kok R, Beekman A, van Marwijk H, van Straten A. Psychological treatment of anxiety in primary care: a meta-analysis. Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews [Internet]: Centre for Reviews and Dissemination (UK); 2013
5. Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness: the chronic care model, Part 2. *JAMA* 2002; 288: 1909–14
6. Breitbart J, Hiller TS, Schone E, et al. [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]. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes* 2019; 143: 15–20
7. Blank WA, Lukaschek K, Breitbart J, et al. [Health assistants perspectives on team-led program for patients with panic in general practice – a qualitative study]. *Psychiatr Prax* 2021; 48: 258–64
- 7a. Beck AT, Steer RA: Beck Anxiety Inventory Manual. San Antonio: Harcourt Brace and Company, 1993
8. Teddlie C, Yu F. Mixed methods sampling. *J Mixed Meth Res* 2007; 1: 77–100
9. Bellg AJ, Borrelli B, Resnick B, et al. Enhancing treatment fidelity in health behavior change studies: best practices and recommendations from the NIH Behavior Change Consortium. *Health Psychol*. 2004; 23: 443–51
10. Kuckartz U. Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung, 2., durchgesehene Auflage. Weinheim, Basel: Beltz Juventa; 2014
11. Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken, 12., überarb. Auflage. Weinheim: Beltz; 2015
12. Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Quality Health Care* 2007; 19: 349–57
13. Hudon C, Chouinard M-C, Pluye P, et al. Characteristics of case management in primary care associated with positive outcomes for frequent users of health care: a systematic review. *Ann Fam Med* 2019; 17: 448–58
14. Szafran O, Kennett SL, Bell NR, Green L. Patients' perceptions of team-based care in family practice: access, benefits and team roles. *J Prim Health Care* 2018; 10: 248–57
15. Gensichen J, von Korff M, Peitz M, et al. Case management for depression by health care assistants in small primary care practices: a cluster randomized trial. *Ann Intern Med* 2009; 151: 369–78
16. Peters-Klimm F, Campbell S, Hermann K, et al. Case management for patients with chronic systolic heart failure in primary care: the HICMan exploratory randomised controlled trial. *Trials* 2010; 11: 56
17. Gensichen J, Beyer M, Muth C, Gerlach F, Von Korff M, Ormel J. Case management to improve major depression in primary health care: a systematic review. *Psychol Med* 2006; 36: 7–14
18. Elwyn G, Buetow S, Hibbard J, Wensing M. Respecting the subjective: quality measurement from the patient's perspective. *BMJ* 2007; 335: 1021–2
19. Schmidt-Traub S. Panikstörung und Agoraphobie. Ein Therapiemanual. Göttingen: Hogrefe; 2014
20. Prins M, Verhaak P, van der MK, Penninx BW, Bensing JM. Primary care patients with anxiety and depression: need for care from the patient's perspective *J Affect Dis* 2009; 119: 163–71
21. Fogarty CT, Sharma S, Chetty VK, Culpepper L. Mental health conditions are associated with increased health care utilization among urban family medicine patients. *J Am Board Fam Med* 2008; 21: 398–407

Korrespondenzadresse

Priv.-Doz. Dr. Karoline Lukaschek
LMU Klinikum
Institut für Allgemeinmedizin
Pettenkoferstraße 8a, 80336 München
karoline.lukaschek@
med.uni-muenchen.de