



Jochen Gensichen

# Case Management für depressive Patienten in der hausärztlichen Praxis

Jochen Gensichen, Martin Beyer, Ferdinand M. Gerlach  
 Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel

psychoneuro 2003; 29 (5): 227–233

Die WHO erwartet, dass die Depression 2020 nach der Koronaren Herzerkrankung die zweithäufigste Ursache für Behinderungen sein wird (22). Epidemiologische Studien zeigen in der deutschen Allgemeinbevölkerung eine Prävalenz für depressive Störungen von 6,3% in den letzten sechs Wochen (44). Die Prävalenz in deutschen Hausarztpraxen liegt bei 10,9% (44). Die Inanspruchnahme des Gesundheitswesens durch diese Patienten liegt um 50% über derjenigen von Patienten ohne Depression (28, 44).

Neben einer geringen Erkennungsrate und der Schnittstellenproblematik ist die unzureichende medikamentöse Therapie ein Kernproblem der Versorgung. Insbesondere die zu niedrige Dosierung, der zu frühe Therapieabbruch oder die unregelmäßige Medikamenteneinnahme erhöhen die Chronifizierungs- bzw. Suizidgefahr (1). In der derzeitigen medizinischen Versorgung von chronisch Kranken reagiert der Arzt zumeist auf die vom Patienten geäußerten gesundheitlichen Beschwerden bzw. auf die durch ihn initiierten Arztbesuche. Die Versorgung ist oft fragmentiert,

Defizite in der ambulanten Behandlung von Patienten mit psychischen Erkrankungen, wie die diskontinuierliche und unkoordinierte Versorgung, werden exemplarisch bei Patienten mit Depression deutlich. Case Management als ein situationsgeleitetes und kontinuierliches Betreuungsangebot für Patienten mit chronischen Erkrankungen wird in seinen Potenzialen für die ambulante Versorgung vorgestellt. Kernelemente sind: Identifikation, Assessment, Planung, Koordination und Monitoring. Die Modelle unterscheiden sich in ihrer Komplexität: Standard-, Stärken- und Intensiv-Modell. Eine kritische Auswertung vorliegender Reviews weist auf uneinheitliche Ergebnisse zu den Effekten hin. Das Standard-Modell wird für ein hausarztpraxisbasiertes Case Management für Patienten mit Depression empfohlen.

diskontinuierlich und unkoordiniert (6). Die Patientenbetreuung ist nur in geringem Maße an der Arzt-Patienten-Kommunikation bzw. an der Patientenstärkung (empowerment, self-management, adherence) orientiert (7, 39). Dies wirkt sich insbesondere erschwerend in der Behandlung von Patienten mit Depression aus. Derzeit stehen zwar effektive psychotherapeutische und pharmakologische Therapieoptionen zur Verfügung (26). Dennoch bleibt auch bei erfolgreicher Bewältigung einer depressiven Episode für die meisten Patienten ein psychosozialer Betreuungsbedarf bestehen.

Seit einigen Jahren werden in der Medizin innovative Formen einer patientenorientierten Versorgung, z.B. die strukturierte Versorgung (40) entwickelt und erprobt.

„Case Management“ als ein kontinuierliches Betreuungsangebot für die betroffenen Patienten bietet eine weitere behandlungsstützende Strategie. Der Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen bestätigt, dass in Deutschland nur ein geringer Teil der Menschen mit psychischen Störungen eine moderne und adäquate Behandlung erhält (29). Er empfiehlt exemplarisch bei der Versorgung von Menschen mit Depression, den hausärztlichen Bereich in den Mittelpunkt zu stellen, da langfristig hier die meisten Patienten betreut werden. Ziel der vorliegenden Arbeit ist, das Instrument Case Management und seine Potenziale für die hausärztliche Versorgung von Patienten mit Depression vorzustellen.

## ■ Case Management

Unter Case Management wird ein situationsgeleitetes und kontinuierliches Betreuungsangebot an den Patienten zur Vermeidung einer Krankheitsverschlechterung verstanden (9). Der Begriff wurde bereits um 1850 in der Sozialarbeit entwickelt (41). Dies ging mit der Einführung einer individuellen Betreuung von besonders gefährdeten (vulnerablen) Personen einher, insbesondere in der Jugend-, Sucht- und Wohnungslosenhilfe oder in der Reintegration (43). Seit ca. 1960 wird Case Management in der medizinischen Versorgung bei der Entwicklung von gemeindenahen (community based) Versorgungskonzepten insbesondere für psychiatrisch erkrankte Patienten angewandt (19). In den 80er-Jahren rückte die Stärkung der Selbstverantwortung (empowerment) von chronisch erkrankten Patienten in den Vordergrund (z.B. durch Self-management) (12). Aktuelle Anwendungen von Case Management finden sich in der ambulanten Langzeitversorgung von geriatrischen Patienten (4) oder in der sektorgrenzenüberschreitenden integrierten Versorgung (z.B. koordinierte Krankenhausentlassung)(24). In Abgrenzung zum aktuell viel diskutierten bevölkerungsbezogenen Ansatz „Disease Management“ (46) wird Case Management als ein individualmedizinisches Vorgehen verstanden. Vom „National Committee for Quality Assurance, NCQA“ Washington DC, wurde eine Definition von Case Management erarbeitet (derzeit noch unveröffentlichter Entwurf), die in deutscher Übersetzung folgendermaßen lautet:

„Das Case Management (CM) ist ein Bündel von Leistungsangeboten zur Koordinierung der Versorgung und Nachsorge (follow up) von Patienten mit ernsthaften oder chronischen Erkrankungen, um sicherzustellen, dass die Versorgung den Anforderungen evidenzbasierter Leitlinien entspricht. CM ist ein geplanter und strukturierter Ansatz zur Versorgung von chronisch kranken Menschen. (...) CM-Leistungsangebote schließen eine Erhebung von Patientenbedürfnissen in den verschiedenen Gesundheitsbereichen (biologisch, psychologisch, sozial),

schriftliche Versorgungspläne, um die Bedürfnisse zu erfüllen, eine systematische Nachsorge, Hilfestellung zur Eigenverantwortung (Self-management) sowie eine regelmäßige, dem Bedarf entsprechende Überprüfung der Behandlungspläne ein“ (23).

Die „Task Force on Community Preventive Service“ des „Center for Disease Control and Prevention“ nennt in einem Review folgende fünf maßgebliche Komponenten von Case Management (25):

- **Identifikation:** Aktives Erfassen und Auswahl der bedürftigen Patienten
- **Assessment:** Regelmäßige, umfassende Erhebung der individuellen Patientenbedürfnisse
- **Planung:** Gemeinsam mit dem

Patienten festgelegte Therapieziele

- **Koordination:** Interdisziplinäre Umsetzung der Behandlung
- **Monitoring:** Kontinuierliche Beobachtung der Ergebnisse und rechtzeitige Veranlassung indizierter Maßnahmen.

Die in Tabelle 1 gezeigte Übersicht stellen in Anlehnung an Mueser zusammenfassend Charakteristika der verschiedenen Anwendungsmodelle dar (siehe Kasten) (21). Die Zunahme der Komplexität der jeweiligen Modelle wird erkennbar.

Eine angemessene Einschätzung der Effektivität von medizinischen Behandlungen kann durch die Bewertung wissenschaftlicher Studien nach den Prinzipien von evidence based

## Modelle des Case Managements in der Versorgung von Patienten mit psychischen Störungen

**Standard Case Management:** In diesem historisch ältesten Modell stellt ein Case Manager den Bedarf des Patienten fest, ermittelt die Unterstützungsmaßnahmen und koordiniert die langfristige Behandlung (20). Der Mangel an psychiatrischer Fachkenntnis bei den Case Managern beschränkte ihren Erfolg. Klinisch besser ausgebildete Case Manager konnten später zusätzliche Aufgaben erfolgreich übernehmen: Psychoedukation, Förderung der Alltagskompetenzen, Beratung für Angehörige und Monitoring der Erkrankung bzw. rechtzeitiges Einleiten indizierter Maßnahmen. Beim Standard Case Management werden meist standardisierte Versorgungspfade/Leitlinien fallbezogen (nicht individualisiert) umgesetzt (8, 14, 17).

**„Stärken“ Modell im Case Management:** Stärken wird hier im doppelten Sinne gebraucht: Im Sinn einer Intensivierung und im Sinn des Anknüpfens an die Stärken/Reserven des Patienten. Entsprechend des Salutogeneseansatzes (3, 31) steht in diesem Modell die Förderung der individuellen Patientenressourcen im Mittelpunkt (42). Die vertrauensvolle und kontinuierliche Beziehung zwischen dem Case Manager und Patienten bildet hier den wesentlichen Wirkungsmechanismus (34). Zusätzlich sollen Ressourcen der Gemeinde bzw. des sozialen Umfeldes für eine positive Entwicklung des Patienten genutzt werden (27). Die Betreuung auf Grundlage eines individuellen Behandlungsplans wird durch einen speziell geschulten Case Manager zumeist innerhalb der gewohnten Umgebung angeboten. Das Ziel ist die Förderung der sozialen Rehabilitation (2, 5).

**Intensives Case Management:** Insbesondere für Patienten mit starken psychischen Beeinträchtigungen und hoher Nutzung medizinischer Versorgungseinrichtungen wurde diese besonders personalintensive Form entwickelt (35). Wurden in den zuvor dargestellten Modellen bis zu 30 Patienten von einem Case Manager betreut, sind es hier max. bis zu 10 Personen (33). Stand in den vorhergehenden Modellen die Koordination der unterschiedlichen Hilfeleistungen im Vordergrund, sollen hier alle Hilfen – bis zur Unterstützung des Patienten im Alltagsleben – im Rahmen eines umfassenden Behandlungsprogramms möglichst durch den interdisziplinär ausgebildeten Case Manager erbracht werden (13, 37). Im Modell des Assertive Community Treatment (ACT) wird dies durch ein in der Gemeinde etabliertes multidisziplinäres Team geleistet (10, 36)

**Tab. 1 Anwendungsmodelle (nach 21)**

	Modell Standard CM	Stärken CM	Intensives CM
Patientenstärkung	Self-monitoring	+ Self-management	idem
Aspekte der Versorgung	medizinische Versorgung	+ psycho-soziale Versorgung	idem
Integration der Behandlungskonzepte	Fallorientierung Leitlinien	Patientenorientierung Individuelle Pläne	Umfassende Behandlungsprogramme
Personal	Hilfskraft	Professioneller Case Manager	Team

medicine (EbM) gut begründet werden (16). Hierbei gelten Therapiestudien, in denen der Interventionsgruppe eine Kontrollgruppe gegenübergestellt wird, als besonders hochwertig, weil sie den Ursache-Wirkungs-Mechanismus der Behandlung klarer belegen können. Die zufällige Zuordnung der Patienten in die jeweilige Gruppe (Randomisierung) verhindert, dass einzelne Patienteneigenschaften in einer Gruppe besonders häufig vertreten sind (Selektionsfehler). Systematische Übersichtsarbeiten (Reviews) fassen die Ergebnisse der methodisch begutachteten Einzeluntersuchungen zusammen. Dennoch werden, wie in den Reviews zum Case Management für Patienten mit psychischen Erkrankungen (Schizophrenie, Angststörungen, Depressionen), z.T. sehr unterschiedliche Ergebnisse festgestellt. Dies liegt u.a. an folgenden Faktoren:

- Die Studien wurden in unterschiedlichen Gesundheitssystemen mit teilweise gut ausgebauten gemeindenahen psychiatrischen Versorgungseinrichtungen durchgeführt, sodass sich der Unterschied der Intervention gegenüber den ebenfalls gut versorgten Kontrollgruppen verringert.
- Die Studien können z.T. keine präzisen Definitionen ihrer Interventionen darlegen, sodass insbesondere die Effekte der unterschiedlich intensiven Case Management Modelle relativiert werden.
- Die Studien haben z.T. sehr unterschiedliche Patientengruppen eingeschlossen. Die größte Probandengruppe waren Patienten mit schizophrenen Störungen, sodass die Wirksamkeit des Case Managements bei anderen psychischen Störungen nur unzureichend belegt werden kann.

Holloway (15) wertete 23 Studien mit 11 randomisiert kontrollierten Studien (RCT) zu allen drei Anwendungsmodellen aus. Er stellte fest, dass Case Management eine deutliche Reduktion der Krankenhausaufenthaltsdauer, eine Erhöhung der Patientenzufriedenheit und eine Verbesserung der sozialen Versorgung der Patienten erreichen kann. Marshall (18) analysierte 11 RCTs ausschließlich zum Standard Modell. Demnach führte Case Management zu einer verstärkten Nutzung der psychiatrischen Versorgungseinrichtungen, zu vermehrten Krankenhauseinweisungen und zur Verlängerung der Krankenhausaufenthalte. Obwohl eine Verbesserung der Compliance erreicht wurde, konnte keine Symptomverbesserung festgestellt werden. In einem weiteren Review (17 RCTs) wies Marshall (18) auf die Reduktion von Krankenhausaufenthalten bzw. -Dauer und die Sicherung der kontinuierlichen Patientenversorgung durch das ACT Modell hin. Die mit 72 Studien (18 RCTs) bislang umfassendste Analyse von Mueser (21) zeigte, dass Intensiv Case Management-Modelle die Krankenhausaufenthaltsdauer reduzieren, die soziale Versorgung insbesondere für sog. „Vielnutzer-Patienten“ verbessern und moderate Verbesserungen in der Symptomatik der Patienten erreicht werden. Eine aktuelle Metaanalyse von Ziguras (45), die sich nicht nur wie die o.g. Arbeiten auf RCTs beschränkt, sondern auch Fall-Kontroll-Studien analysiert (44 Studien), zeigte, dass sowohl das Standard- als auch das intensive Assertive Community Treatment-Modell eine Verbesserung der Symptome, der sozialen Funktionen und der Patientenzufriedenheit sowie eine Reduktion der Krankenhausaufenthaltsdauer, der Einwei-

sungrate und der Abbrecherrate erreichten. Bislang wurden aus Deutschland lediglich in einer Pilotstudie erste positive Effekte zu einem Intensiv Case Management für Patienten mit schizophrenen Erkrankungen publiziert (30).

In einer aktuellen Übersicht von 11 RCTs verglich von Korff (38) die Effekte von ambulanten Programmen für Patienten mit Depression. Er zeigte, dass ausschließlich Interventionen, die ein Case Management für die betroffenen Patienten beinhalten, im Vergleich zur Kontrollgruppe Verbesserungen der Symptome erreichen können. Positive Effekte könnten schon durch einfache Maßnahmen, wie z.B. das Telefonmonitoring entsprechend eines Standard Case Managements erreicht werden.

### Anwendungsbeispiel

Die Intervention folgt dem Standardmodell des Case Managements: Praxishelferinnen der beteiligten Hausarztpraxen übernehmen die Aufgabe der Case Managerin. Sie erhalten zu diesem Zweck eine kurze Vorbereitung zum Krankheitsverständnis der Depression und eine Anleitung, wie sie den Kontakt zu den Patienten aufrechterhalten und den Behandlungsverlauf dokumentieren bzw. monitoren sollen. Im Rahmen der hausärztlichen Behandlung wird ihnen die Verantwortung übertragen, Kontakt zu den Studienpatienten zu halten (ggf. zu festgelegten Zeitpunkten die Patienten anzurufen, wenn der Kontakt zur Praxis unterbrochen ist), die Regelmäßigkeit der Rezeptintervalle, Wahrnehmung der Folgekonsultationen und v.a. eventueller Überweisungen (insbesondere zur fachpsychiatrischen Mitbehandlung) zu überwachen. Den Patienten sollen sie als Gesprächspartner z.B. über Symptome, Nebenwirkungen von Medikamenten bzw. Auffälligkeiten zur Verfügung stehen und sie auch aktiv zur Behandlungstreue motivieren. Nach jedem Patientenkontakt plante sie mit dem Hausarzt in einer Kurzbesprechung das weitere Vorgehen.

### Konkretes Umsetzungsmodell für die hausärztliche Versorgung depressiver Patienten

Wesentliche Anforderungen an die primärärztliche Versorgung von Patienten mit Depression sind die Kontinuität der Versorgung, das strukturierte Monitoring des Krankheitsverlaufes und die enge Kooperation mit fachärztlichen Kollegen (11). Die o.g. Ergebnisse zeigen, dass für die Behandlung der psychiatrischen Erkrankungen Schizophrenie und Angststörungen ein intensives Case Management erforderlich ist. Für die Depression liegen hingegen außerdem Hinweise vor, dass schon ein primärärztlich geleitetes Standard Case-Management effektiv ist.

Anwendungsbeispiel für ein hausarztpraxisbasiertes Case Management für Patienten mit Depression ist die im Kasten beschriebene Intervention einer in Kiel geplanten Studie (11).

Die Sicherung einer koordinierten Patientenbetreuung auf den jeweiligen Versorgungsstufen (Schnittstellenproblematik) kann durch die kontinuierliche und vertrauensvolle Versorgung der hausärztlichen Praxis geleistet werden. Eine effektive Nutzung von Case Management in der Hausarztpraxis gelingt, wenn es sich praktikabel in die alltäglichen Praxisabläufe integriert. Dies kann durch die weitestmögliche Anknüpfung an vorhandene Strukturen bzw. deren Ergänzung erreicht werden. Die Rolle der Case Managerin bietet eine Qualifizierungsmöglichkeit für das Praxisteam und ist Grundlage für eine Neustrukturierung der praxisinternen Arbeitsabläufe. Mit Einführung solcher Strukturen kann die Hausarztpraxis die an sie gestellten Anforderungen für eine gute Versorgung von chronisch erkrankten Patienten erfüllen.

#### Summary

*Shortcomings in outpatient care such as discontinuous and uncoordinated care of patients with mental-health problems are exemplarily perceptible in patients suffering from depression. Case management as a situation-conducted and continuous supply of medical care for patients with chronic di-*

*seases is presented in its potentials for outpatient care. Its core-elements are: Identification, assessment, planning, coordination, and monitoring. The models differ from their complexity: Standard-, strength- and intensive model. A critical analysis of reviews of effectiveness indicates inconsistent results. The standard model has been recommended for a case management for the treatment of patients with Depression in general practices.*

#### Literatur

- Ahrens B, Linden M. Faktoren der Chronifizierung von Depressionen. *MMW* 1991; 133: 49–50
- Anthony WA, Forbess R, Cohen MR. Rehabilitation orientated case management. In: Harris M, Bergman H. Case Management for mentally ill patients – Theory and practice. Langhorne PA, Harwood Academic Publishers, 1993
- Antonovsky A. Salutogenese – Entmystifizierung der Gesundheit. Wiesbaden, DGVT-Verlag, 1987
- Bernabei R, Landi F, Gambassi G, et al. Randomised trial of impact of model of integrated care and case management for older people living in the community. *BMJ* 1998; 316: 1348–1351
- Björkman T, Hansson L, Sandlund M. Outcome of case management based on the strength model compared to standard care – A randomised controlled trial. *Soc Psychiatry Epidemiol* 2002; 37: 147–152
- Bodenheimer T, Wagner EH, Grumbach K. Improving primary care for patients with chronic illness. *JAMA* 2002; 288(14): 1775–1779
- Coulter A, Elwyn G. What do patients want from high quality general practice and how do we involve them in improvement? *Br J Gen Pract* 2002; 52: 22–26
- Deitchman WS. How many case managers does it take to screw in a light bulb? *Hospital and Community Psychiatry* 1980; 3: 788–789
- Ferguson JA, Weinberger M. Case management programs in primary care. *J Gen Intern Med* 1998; 13: 123–126
- Freeman J. Can ACT take off? *Ment Health Nurs* 2000; 20: 124–131
- Gerlach FM, Gensichen J, Aldenhoff J et al. Hausarztbasiertes Case Management zur Behandlung von Patienten mit Major Depression Teilprojekt A. BMBF Hauptantrag Qualitätsförderung und strukturierte Versorgung Kiel, 2002.
- Gibson PG, Coughlan J, Wilson AJ et al. Self-management education and regular practitioner review for adults with asthma (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3. Oxford, Update Software, 2001
- Gournay K. Role of the community psychiatric nurse in management of schizophrenia. *Advances in Psychiatric Treatment* 2000; 6: 243–251
- Harris M, Bergmann HC. Misconceptions about the use of case management ser-

vices by the chronic mentally ill – A utilisation analysis. *Hosp Community Psychiatry* 1988; 39: 1276–1279

- Holloway F, Oliver N, Collins E et al. Case Management – A critical review of the outcomes literature. *Eur Psychiatry* 1995; 10: 113–128
- Kunz R, Ollenschläger G, Raspe H et al. Lehrbuch evidenzbasierte Medizin in Klinik und Praxis. Köln, Deutscher Ärzte Verlag, 2000
- Lamb HR. Young adult chronic patients – The new drifters. *Hospital and Community Psychiatry* 1982; 33: 456–468
- Marshall M, Gray A, Lockwood A. Case Management for people with severe mental disorders. (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 2. 2001, Oxford: Update Software, 2001
- Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders (Cochrane Review) In: The Cochrane Library, Issue 4, Oxford, Update Software, 2002
- Moore S. A social work practice model of case management – The case management grid. *Social Work* 1990; 35: 444–448
- Mueser KT, Bond GR, Drake RE et al. Models of care for severe mental illness – A review of research on case management. *Schizophr Bull* 1998; 24: 37–74
- Murray CJ, Lopez AD. Global burden of Disease. Cambridge, MA. Harvard University Press, 1996
- National Committee for Quality Assurance, NCQA. Diskussionsentwurf für eine Definition für „Case Management“. M. von Korff (persönliche Kommunikation 15.10.02)
- Naylor MD, Brooten D, Campell R et al. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalised elders – A randomised clinical trial. *JAMA* 1999; 281: 613–620
- Norris SL, Nicols PJ, Caspersen CJ et al. The effectiveness of disease and case management for people with diabetes – A systematic review. *Am J Prev Med* 2002; 22: 15–38
- Peveler R, Carson A, Gray R. ABC of psychological medicine – Depression in medical patients. *BMJ* 2002; 325: 149–52
- Rapp CA. Theory, principles, and methods of strength model of case management. In: Harris M, Bergman H et al. Case Management for mentally ill patients – Theory and Practice. Langhorne PA, Harwood Academic Publishers, 1993
- Rolands C, Kapur N et al. Determinants of consultation rate in patients with anxiety and depressive disorders in primary care. *Fam Pract* 2002; 19: 23–28
- Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. III, Über-, Unter- und Fehlversorgung. Berlin, 2001
- Schleuning G, Welschehold. Modellprojekt psychiatrisches Case Management. Schriftenreihe des Bundesministerium für Gesundheit. Bd. 133, Baden-Baden, 2000
- Schüffel W, Brucks U, Johnen R et al. Handbuch der Salutogenese – Konzept und Praxis. Wiesbaden, Ullstein Medical, 1998

32. Simon G, Ormel J. Health care costs associated with depression and anxiety disorders in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 850–856
33. Stein LI, Test MA. The evolution of the training in the community living model. *New Dir Mental Health Serv* 1985; 26: 7–16
34. Sullivan WP. Reclaiming the community – The strength perspective and desinstitutionalization. *Social Work* 1992; 37: 204–209
35. Surels R, Blanch AK, Shern DL et al. Case management as a strategy for system change. *Health Affairs* 1992; 11: 151–163
36. Test MA. Training in community living. In: Liberman RR (Hrsg.). *Handbook of psychiatric rehabilitation*. New York, Mac Millan Press, 1992
37. Thompson KS, Griffith E, Leaf PJ. A historical review of the Madison model of community care. *Hosp Community Psychiatry* 1991; 3: 125–134
38. v. Korff M, Goldberg D. Improving outcomes in depression – The whole process of care needs to be enhanced. *BMJ* 2001; 323: 948–949
39. Vermeire E, Hearnshaw H, v. Royen P et al. Patient adherence to treatment: three decades of research – A comprehensive review. *J Clin Pharm Ther* 2001; 26: 331–342
40. Wagner EH, Glasgow RE, Davis C et al. Quality improvement in chronic care – A collaborative approach. *Jt Comm J Qual Improv* 2001; 27: 63–80
41. Ward MD, Rieve JA. The role of case management in disease management. In: Todd WE, Nash E et al (Hrsg.). *Disease management – A system approach to improve patient outcomes*. Chicago, American Hospital Publishing Inc., 1997
42. Weick A, Rapp C, Sullivan WP, et al. A strength perspective for social work practice. *Social Work* 1989; 34: 350–354
43. Wendt WR. Case Management – Stand und Positionen in der Bundesrepublik. In: Löcherbach P et al (Hrsg.). *Case Management – Fall- und Systemsteuerung in Theorie und Praxis*. Neuwied Kriftel, Luchterhand, 2002
44. Wittchen HU. Die Studie Depression 2000. Eine bundesweite Depressions-Screening-Studie in Allgemeinarztpraxen. *MMW Fortschr d Med* 2000; 118 (suppl.1): 1–3
45. Ziguras SJ, Stuart GW. A meta-analysis of the effectiveness of mental health case management over 20 years. *Psychiatr Serv* 2000; 51(11): 1410–1421
46. Zitter M. A new paradigm in health care delivery disease management. In: Todd WE, Nash E et al (Hrsg.). *Disease management a system approach to improving outcomes*. Chicago, American hospital publishing Inc., 1997

#### Korrespondenzadresse

Jochen Gensichen  
(Dr. med., Dipl.-Päd., FA Allgemeinmedizin)  
Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Schleswig-Holstein - Campus Kiel,  
Arnold-Heller-Str. 8  
24105 Kiel  
E-mail:  
gensichen@allgemeinmedizin.uni-kiel.de

## Psychiatrie und Psychotherapie

*Gastpar M, Kasper S, Linden M (Hrsg.): Psychiatrie und Psychotherapie, 2. vollständig neu bearbeitete Auflage. 468 Seiten. Springer – Verlag Wien New York, ISBN 3–211–83576–8, € 37,20*

Die psychischen Krankheiten gehören zu den häufigsten Krankheiten überhaupt. Rund ein Viertel der Klienten des Hausarztes leidet primär an psychischen Störungen. Zum Beispiel rund 80 Prozent der Depressionen und Angstkrankheiten werden vom Hausarzt behandelt. Fast jegliches ärztliches Handeln verlangt zumindest psychotherapeutische Grundkompetenzen. Über 50 Prozent der Psychopharmaka werden von Ärzten verordnet, die über keine spezifische Weiterbildung im psychiatrisch-nervenärztlichen Fachgebiet verfügen. Vor diesem Hintergrund ist es unverzichtbar, bereits im Studium eine solide Wissensbasis zu legen. Hierzu leistet dieses Buch einen exzellenten Beitrag. Nachdem die Herausgeber ausdrücklich zur Rückmeldung einladen: kleinere Schönheitsfehler sind unvermeidbar. Die Legende von Abbildung 3-2 verspricht deutlich mehr als die Abbildung selbst hält. Ginkgo biloba, das unver-

ändert am häufigsten verordnete Nootropikum, wird nur beiläufig erwähnt, Galantamin überhaupt nicht. Die Wirksamkeit von Valproat ist nur für die Akutbehandlung der Manie gut belegt (wenn auch nicht zugelassen), nicht aber für die Phasenprophylaxe. Die Kapitel decken nicht nur das gesamte Spektrum psychischer Krankheiten einschließlich umfangreicher Ausführungen zu den Besonderheiten im Kindes- und Jugendalter umfassend ab, sondern informieren auch über die Rechtsgrundlagen in allen deutschsprachigen Ländern. Komprimierte und dennoch sorgfältige Darstellungen der Psychopharmakotherapie, Psychotherapie, physikalischer Therapieformen und der immer wichtiger werdenden Soziotherapie und Rehabilitation runden das Buch ab. Es liefert nicht nur dem Lernenden das unverzichtbare Grundwissen, sondern auch dem Prüfenden eine Hilfe, Pflicht von Kür zu unterscheiden. Prägnant formulierte Marginalien erleichtern die Orientierung und die Rekapitulation. Das Werk hat die grenzüberschreitende Verbreitung im gesamten deutschsprachigen Raum verdient.

*Prof. Dr. Jürgen Fritze, Pulheim*

## Vorsicht Test

*Berth H, Balck F (Hrsg.): Psychologische Tests für Mediziner. 332 Seiten. Springer-Verlag Berlin – Heidelberg – New York, 2003, ISBN 3–540–43503–4, € 34,95*

Quantifizierbare Parameter in der Versorgung psychisch Kranker tatsächlich auch quantitativ abzubilden, spielt bisher im Alltag (leider) keine allzu große Rolle. Das wird sich in der Zukunft ändern, spätestens wenn ab dem Jahr 2005 in zwei jährlichen Abständen jedes Krankenhaus einen Qualitätsbericht wird publizieren müssen. Vor diesem Hintergrund ist die kritische Beschreibung von insgesamt 121 psychologischen Testverfahren in diesem Buch ausgesprochen willkommen. Die Testinhalte jedes Verfahrens werden beschrieben, mit Beispielen illustriert, die Zielgruppe benannt, der Zeitaufwand nach Durchführung

und Auswertung beziffert, Testvalidität und -reliabilität kritisch kommentiert, Normierungsstichprobe und damit zusammenhängender Gültigkeitsbereich beschrieben und die Einsatzmöglichkeiten diskutiert. Die besprochenen Verfahren decken die Testbereiche Intelligenz, Leistung, Persönlichkeit, Lebensqualität, Psychopathologie, Psychiatrie/Psychotherapie, Beschwerden/Befindlichkeit, Angst und Depressionen, Schmerz, Gesundheits- und Krankheitsverhalten, Alkoholismus, Körperbild/Körpererleben, Essverhalten, Neuropsychologie, Zuckerkrankheit, Tinnitus und einige weitere ab. Etwas bedauerlich – wenn auch nachvollziehbar – ist, dass nur Selbstbeurteilungsverfahren abgehandelt werden. Zweifellos auch für den Arzt ist das einführende Kapitel über Testgütekriterien als Repetitorium sehr hilfreich.

*Prof. Dr. Jürgen Fritze, Pulheim*