

Gehring R<sup>1</sup>, Freytag A<sup>1</sup>, Schmidt K<sup>1</sup>, Schlattmann P<sup>2</sup>, Vollmar HC<sup>1</sup>, Gensichen J<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Jena; <sup>2</sup> Institut für Medizinische Statistik, Informatik und Dokumentation, Universitätsklinikum Jena  
<sup>3</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München

## Einleitung

Die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist eine schwere und sehr belastende psychische Erkrankung. Lebenszeit-Prävalenzschätzungen liegen in unterschiedlichen Ländern zwischen 1,4-10%, bei Flüchtlingen aus aktuellen Kriegs- und Krisengebieten liegt die Prävalenz bei ca. 30 %. In westlich geprägten Gesundheitssystemen stellen sich die meisten Patienten nach einem potentiell traumatisierenden Ereignis mit oft unspezifischen Symptomen zunächst beim Hausarzt vor. Barrieren wie das immer noch vorhandene Stigma einer psychischen Erkrankung, die Missbilligung durch Familie und Gesellschaft und ein Mangel an Psychotherapeuten tragen dazu bei, dass die Krankheit oft nicht erkannt und indizierte Therapien erst viel zu spät begonnen werden können (im Schnitt nach 12 Jahre). Aufgrund dieser Schwierigkeiten gibt es eine Vielzahl an innovativen Versuchen, die Versorgung von PTBS Patienten zu verbessern, wie z.B. Internet-basierte Therapien, Selbsthilfe und Interventionen durch medizinische Laien. Zudem gibt es vermehrt Versuche, Therapien in die Primärversorgung zu integrieren.

**Fragestellung:** Wie effektiv sind psychologische Interventionen für PTBS in der Primärversorgung? Durch welche Komponenten sind diese Interventionen charakterisiert? Welche Versorger sind in die Intervention involviert, welche Aufgaben übernehmen sie und wie interagieren sie untereinander?

## Methoden

### Einschlusskriterien:

**P (articipants):** PTBS oder klinisch relevante Symptome

**I (ntervention):** psychologische Intervention in der Primärversorgung, welche entweder durch den Hausarzt selbst oder durch nicht ärztliches Praxispersonal erbracht wurde, vorausgesetzt, dass der Hausarzt regelmäßig Rückmeldung von der laufenden Therapie erhielt

**O (utcome):** Reduktion der PTBS Symptome

**S (etting):** Primärversorgung

Suche: keine Limitationen bzgl. Sprache oder Publikationsjahr. Medline, Embase, Cochrane Central Register of Controlled Trials, CINAHL, PsycINFO, zusätzlich Kongressbände und Referenzlisten bis 11/2016.

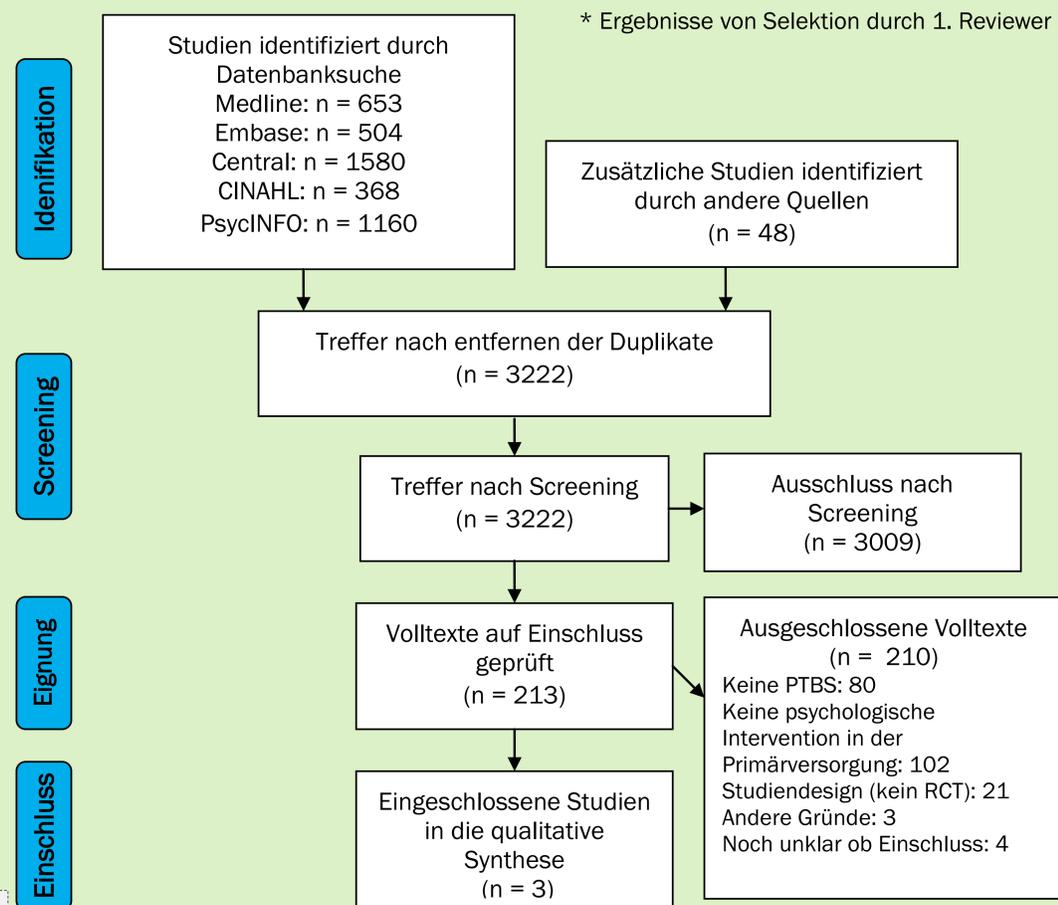
### Suchstrategie:

Schlagworte PTBS: posttrauma\*, post trauma\*, post-trauma\*, PTSD, stress disorder\*, combat disorder\*, war neuros\*, trauma\* AND (psycho\* OR stress\*), stress\* AND (extreme OR disorder\*), & MeSH Terms

Schlagworte *primary care*: Primary Care, Family Physician\*, General Practitioner\*, GP, General Practice Physician\*, Nurse Practitioner\*, Primary Care Nurs\*, Community Nurs\*, Practice Nurs\*, Health Care Assistant\*, case manager\*, General Practi\*, Family Practi\*, Primary health care, outpatient\*, & MeSH Terms

Studienselektion, - Extraktion und *risk of bias*-Bewertung mit dem *Cochrane Collaboration Risk of Bias Tool* durch zwei unabhängige Reviewer. Strukturierte Synthese bzgl. der Interventionskomponenten und der involvierten Versorger. Quantitative Datensynthese des primären Outcomes, ggf. Lebensqualität, mittels Metaanalyse.

## Ergebnisse: PRISMA Flow-Chart zur Studienselektion\*



## Ergebnisse: eingeschlossene Studien

Studie	Land	Setting	Population	Geschlecht	Alter	Größe IG/KG	Involvierte Versorger	Aufgaben des PCP	Psychologische Intervention	Kontrolle
STEPS-UP Engel, C.C., et al. JAMA Internal Medicine, 2016.	USA	military primary care clinics	Aktive Militär-Mitglieder	80% männlich	31	285/281	CM, PCP, MHS	- Patienteninformation zu Behandlungsoptionen; Wahl des nächsten Schritts im Behandlungsplan - Evidenz basierte Pharmakotherapie - Implementierung der Empfehlungen des 'central teams' - Rückmeldung von CM und central team	CBT-basierte und andere nicht weiter spezifizierte Evidenz basierte Psychotherapien	collaborative care
DESTRESS PC Engel, C.C., et al. Gen Hosp Psychiatry, 2015.	USA	Department of Defense and Veterans Affairs primary care clinics	Aktive Militär-Mitglieder und Veteranen	81% männlich	36,4	43/37	CM, PCP, MHS	- Patienten blieben durch den PCP betreut - Rückmeldung von CM	kurzes, Pflege-assistiertes, online Selbstmanagement basierend auf CBT-Strategien	care management
CALM Roy-Byrne, P., et al. Jama, 2010.	USA	primary care clinics	Patienten der Primärversorgung mit PD, GAD, SAD, PTSD,	28,9% männlich*	43,5*	33/28	CM, PCP, MHS	- PCP blieb der verantwortliche Arzt - Pharmakotherapie	Computer gestütztes CBT Programm	usual care durch den PCP; Überweisung zu MHS erlaubt

CM care manager; PCP primary care physician; MHS mental health specialist; PD panic disorder; GAD general anxiety disorder; SAD social anxiety disorder; IG Interventionsgruppe; KG Kontrollgruppe; CBT cognitive behavioral therapy; \* alle eingeschlossenen Angsterkrankungen (PD, GAD, SAD, PTSD)

## Diskussion

Insgesamt identifizierte dieser Review nur wenige Studien, die versuchen die Behandlung der PTBS in die Primärversorgung zu integrieren. In keiner der gefundenen Studien wurde die psychologische Therapie durch den Hausarzt selbst durchgeführt, sondern immer durch einen *care manager* oder speziell ausgebildetes Personal bzw. mit deren Unterstützung. Der Hausarzt war eingebunden durch regelmäßige Rückmeldungen zur laufenden Therapie. In allen Studien erhielt er spezielle Schulungen und blieb verantwortlich für die Pharmakotherapie. Die *risk of bias*-Bewertung sowie die quantitative Analyse sind noch nicht abgeschlossen.

**Limitationen:** Geringe Anzahl an eingeschlossenen Studien, unvollständige Beschreibung der Hausarztbeteiligung, keine separate Analyse bei PTBS Subgruppen, schlecht abschätzbare Wirksamkeit der psychologischen Intervention als integriertes Element von komplexen Interventionen.