
Die Behandlung depressiver Störungen durch den Allgemeinarzt im Unterschied zum Facharzt

Dissertation

der Fakultät für Informations- und Kognitionswissenschaften
der Eberhard-Karls-Universität Tübingen
zur Erlangung des Grades eines
Doktors der Naturwissenschaften
(Dr. rer. nat.)

vorgelegt von
M.A. Lea Corina Salis
aus Zürich

Tübingen
2008

Tag der mündlichen Qualifikation:

15.10.2008

Dekan:

Prof. Dr. Oliver Kohlbacher

1. Berichterstatter:

Prof. Dr. Martin Hautzinger

2. Berichterstatter:

Prof. Dr. Dr. Martin Härter
(Universität Hamburg)

Für Milan Lucca

Herzlich danken möchte ich Professor Hautzinger, Arndt Rössler, Sibylle und Arno Salis, Esther und Tony Pfyl, Sigrun Rössler sowie Familie, Freunden und Bekannten für ihre große Unterstützung.

Die vorliegende Arbeit entstand im Rahmen eines Dissertations-Stipendiums zur „Förderung von Frauen im Rahmen des Hochschul- und Wissenschaftsprogramms der Universität Tübingen“

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis.....	4
Abbildungsverzeichnis.....	8
Tabellenverzeichnis.....	11
Tabellenverzeichnis.....	11
0. Einleitung.....	12
0.1. Problemstellung.....	12
0.2. Zielsetzung und Vorgehensweise.....	12
1. Theoretischer Teil.....	13
1.1. Die Grundproblematik der Depressionszunahme.....	13
1.1.1. Krankheitsbild Depression.....	13
1.1.1.1. Komorbidität.....	19
1.1.1.2. Korrelate.....	22
1.1.2. Weltweite Depressionszunahme.....	23
1.1.3. Negative Folgen.....	25
1.1.3.1. Auswirkungen auf den Betroffenen.....	26
1.1.3.2. Auswirkungen im Bereich der Arbeit und Familie.....	27
1.1.3.3. Auswirkungen auf Gesellschaft und Wirtschaft.....	28
1.1.4. Zusammenfassung.....	29
1.2. Wer behandelt depressive Patienten in Deutschland?.....	30
1.2.1. Grundstrukturen des Deutschen Gesundheitssystems.....	30
1.2.1.1. Der Stellenwert der ambulanten Versorgung.....	33
1.2.1.2. Rolle der beteiligten Haus- und Fachärzte.....	34
1.2.2. Versorgung von psychischen Störungen in Deutschland.....	39
1.2.2.1. Ambulante Versorgung von depressiven Störungen.....	41
1.2.3. Zusammenfassung.....	42
1.3. Wie gut werden depressive Patienten versorgt?.....	42
1.3.1. Strukturelle Elemente der hausärztlichen Depressionsbehandlung.....	43
1.3.1.1. Der Ablauf der Behandlung.....	43
1.3.2. Neuralgische Punkte in der Depressionsbehandlung.....	45
1.3.2.1. Identifikation.....	45
1.3.2.1.1. Einflüsse auf das Erkennen.....	47
1.3.2.2. Behandlung.....	50
1.3.2.2.1. Einflüsse auf die Behandlung.....	51

1.3.2.3.	Überweisung.....	58
1.3.2.3.1.	Einflüsse auf die Überweisung.....	59
1.3.3.	Unterschiede zwischen Haus- und Fachärzten in der Depressionsversorgung	62
1.3.3.1.	Auf Seiten der Patienten.....	62
1.3.3.2.	Hinsichtlich persönlicher Einstellungen.....	62
1.3.3.3.	Hinsichtlich der Behandlung.....	64
1.3.3.4.	Hinsichtlich ärztlicher Zusammenarbeit	66
1.3.3.5.	Hinsichtlich systembezogener Einflüsse.....	68
1.3.4.	Zusammenfassung.....	70
2.	Empirischer Teil.....	71
2.1.	Zielsetzung	71
2.2.	Methodik	71
2.2.1.	Fragestellungen	71
2.2.2.	Hypothesen und Operationalisierungen	72
2.2.2.1.	Grundhypothesen	72
2.2.2.2.	Subhypothesen zur Hypothese 1	73
2.2.2.3.	Subhypothesen zur Hypothese 2	73
2.2.3.	Untersuchungsdesign	73
2.2.4.	Instrumente.....	74
2.2.5.	Stichproben.....	74
2.2.5.1.	Studienärzte.....	74
2.2.5.2.	Patienten	76
2.2.6.	Repräsentativität.....	78
2.2.6.1.	Repräsentativität der Teilstichproben.....	78
2.2.7.	Untersuchungsablauf.....	79
2.2.8.	Statistik.....	80
2.3.	Ergebnisse	81
2.3.1.	Besonderheiten auf Arztseite	81
2.3.1.1.	Identifikation einer Depression	81
2.3.1.2.	Behandlung einer Depression.....	93
2.3.1.3.	Einstellungen der Ärzte.....	105
2.3.1.4.	Wahrnehmung der Interaktion mit dem Patienten	118
2.3.1.5.	Wahrnehmung des Therapieerfolgs	120
2.3.2.	Besonderheiten auf Patientenseite.....	122

2.3.2.1.	Symptomatik und Krankheitsgeschichte	122
2.3.2.2.	Vorbehandlung	127
2.3.2.3.	Medikamenteneinnahme und Compliance	129
2.3.2.4.	Wahrnehmung der Interaktion mit dem Arzt	131
2.3.2.5.	Wahrnehmung des Therapieerfolgs	134
2.3.3.	Besonderheiten auf Systemebene	140
2.3.3.1.	Häufigkeit der Depressionen	140
3.	Diskussion und Integration	141
3.1.	Einleitung	141
3.1.1.	Grenzen der Untersuchung	141
3.2.	Diskussion der Ergebnisse	142
3.2.1.	Zur Hypothese 1	142
3.2.1.1.	Identifikation	143
3.2.1.2.	Behandlung	146
3.2.1.3.	Einstellungen	151
3.2.1.4.	Zusammenfassung	156
3.2.1.4.1.	Mögliche Gründe für Barrieren in der Zusammenarbeit	157
3.2.2.	Zur Hypothese 2	159
3.2.2.1.	Krankengeschichte	160
3.2.2.2.	Reaktionen auf die Behandlung	163
3.2.2.3.	Zusammenfassung	164
3.3.	Integration der Ergebnisse	165
3.3.1.	Der <i>Nucleusverband</i> ^{©Lea Salis}	166
3.3.1.1.1.	Strukturelle Elemente	168
3.3.1.1.2.	Organisatorische Elemente	170
3.3.1.2.	Besonderheiten mit resultierenden Stärken	174
3.3.1.2.1.	Unternehmerische Ausrichtung	174
3.3.1.2.2.	Effizienz	174
3.3.1.2.3.	Klarheit & Transparenz	174
3.3.1.2.4.	Flexibilität	174
3.3.1.2.5.	Motivation	175
3.3.1.2.6.	Mehrwert und Qualität	175
3.3.1.3.	Voraussetzungen	175
3.3.1.4.	Begründung und Verwendungsrahmen	175

3.3.1.4.1. Abgrenzung von und Synergien mit aktuellen Modellen.....	176
3.4. Ausblick	180
3.4.1. Weiterführende Fragestellungen zum empirischen Teil	180
3.4.2. Weiterführende Fragestellungen zum <i>Nucleusverband</i> ^{©Lea Salis}	181
Anhang A & B	183
Literaturverzeichnis.....	184
Lebenslauf.....	191

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1 Definition einer unipolar depressiven Störung	14
Abbildung 2 Definition bipolar depressiver Störungen	16
Abbildung 3 Einteilung der Phasen einer depressiven Störung	18
Abbildung 4 Die organisatorischen Beziehungen der Hauptakteure im deutschen Gesundheitswesen nach Busse	32
Abbildung 5 Leistungs- und Vertragsbeziehungen in der ambulanten Versorgung nach Rosenbrock.....	34
Abbildung 6 Behandlung akut- a) & chronisch- b) psychisch kranker Menschen in Deutschland nach Berger	40
Abbildung 7 Anteil depressiver Patienten bei verschiedenen Ärzten und Versorgern in Deutschland nach Lépine	41
Abbildung 8 Strukturelle Elemente der hausärztlichen Depressionsbehandlung, vereinfacht nach Härter	45
Abbildung 9 Messzeitpunkte, Messinstrumente und Datenerfassungsebenen der vorliegenden Arbeit.....	74
Abbildung 10 Teilnehmerfluss, Rekrutierungsstruktur und Fragestellungen vorliegender Studie.....	80
Abbildung 11 Unterschiede in der Identifikation von Depressionen bezüglich des Schweregrades (ICD-10) (Angaben in Prozent)	83
Abbildung 12 Zusammenhang der Hausarzt- und Patienteneinschätzung zum Schweregrad der Depression (Angaben in Prozent)	83
Abbildung 13 Zusammenhang der Facharzt- und Patienteneinschätzung zum Schweregrad der Depression (Angaben in Prozent)	84
Abbildung 14 Vergleich der Diagnosegrundlagen von Haus- und Fachärzten (Angaben in Prozent)	85
Abbildung 15 Unterschiede in der Durchführung diagnostischer Untersuchungen von Haus- und Fachärzten (Angaben in Prozent).....	86
Abbildung 16 Unterschiede in der Befragung von Haus- und Fachärzten bezüglich Suizid (Angaben in Prozent)	87
Abbildung 17 Unterschiede zwischen Haus- und Fachärzten im Erfragen von psychosozialen Umständen/Anamnese (Angaben in Prozent)	88
Abbildung 18 Unterschiede in der Adäquatheit der Diagnose (Angaben in Prozent).....	89

Abbildung 19 Unterschiede in der Übereinstimmung von Arzt- und Patientenmeinung hinsichtlich leichter Depressionen (Angaben in Prozent)	90
Abbildung 20 Unterschiede in der Übereinstimmung von Arzt- und Patientenmeinung hinsichtlich mittelschweren bis schweren Depressionen (Angaben in Prozent).....	91
Abbildung 21 Unterschiede in der Kontaktdauer und Wiedereinbestellungspraxis (Angaben in Prozent)	94
Abbildung 22 Unterschiede in den therapeutischen Grundmaßnahmen	95
Abbildung 23 Unterschiede in der Antidepressivatherapie (Angaben in Prozent)	96
Abbildung 24 Unterschiede in der sonstigen medikamentösen Therapie (Angaben in Prozent)	97
Abbildung 25 Unterschiede in Überweisungspräferenzen (Angaben in Prozent)	99
Abbildung 26 Unterschiede in der Adäquatheit der Therapie: Behandlung mit Antidepressiva bei schwerer Depression (Angaben in Prozent)	100
Abbildung 27 Unterschiede in der Adäquatheit der Therapie: Art der Therapie bei schweren Depressionen (Angaben in Prozent).....	101
Abbildung 28 Unterschiede in der Adäquatheit der hausärztlichen Therapie: Überweisung zum Facharzt bei schweren Depressionen (Angaben in Prozent)	102
Abbildung 29 Unterschiede in der Einschätzung des Zuständigkeitsgefühls (Angaben in Prozent)	106
Abbildung 30 Unterschiede in der Einschätzung der eigenen Kenntnis (Angaben in Prozent)	108
Abbildung 31 Unterschiede in der Einschätzung der Zufriedenheit mit der eigenen Kenntnis (Angaben in Prozent)	109
Abbildung 32 Unterschiede in der Wahrnehmung von Ärztebarrieren (Angaben in Prozent; Nennungen von „Ja“)	111
Abbildung 33 Unterschiede in der Wahrnehmung von Patientenbarrieren (Angaben in Prozent; Nennungen von „Ja“).....	112
Abbildung 34 Unterschiede in der Wahrnehmung von Organisationsbarrieren (Angaben in Prozent; Nennungen von „Ja“).....	113
Abbildung 35 Unterschiede in der Zufriedenheit mit Überweisungen/ Kooperation mit ... (Angaben in Prozent)	116
Abbildung 36 Unterschiede im Fortbildungswunsch in... (Angaben in Prozent)	117
Abbildung 37 Unterschiede in der Wahrnehmung der Interaktion mit dem Patienten (Angaben in Prozent)	119

Abbildung 38 Unterschiede in der Gesamtbeurteilung der Veränderung von Beschwerden (Angaben in Prozent)	120
Abbildung 39 Unterschiede in der Wahrnehmung des Therapieerfolgs (Angaben in Prozent)	121
Abbildung 40 Zusammenfassung der Unterschiede in der Symptomatik der Depression und der Krankheitsgeschichte (Angaben in Prozent).....	123
Abbildung 41 Unterschiede im Vorkommen von psychosomatischen Symptomen(Angaben in Prozent)	124
Abbildung 42 Unterschiede in der Zufriedenheit mit sozialen Beziehungen (Angaben in Prozent)	125
Abbildung 43 Unterschiede im allgemeinen Wohlbefinden (Angaben in Prozent).....	126
Abbildung 44 Unterschiede in der Vorbehandlung von Depressionen(Angaben in Prozent)	128
Abbildung 45 Unterschiede in der bisherigen Behandlungssituation (Angaben in Prozent).	129
Abbildung 46 Unterschiede in der Medikamenteneinnahme und Compliancezu Therapiebeginn (Angaben in Prozent)	130
Abbildung 47 Unterschiede in der Medikamenteneinnahme und Compliancenaach sechs Wochen (Angaben in Prozent)	131
Abbildung 48 Unterschiede Patientenzufriedenheit (Angaben in Prozent)	133
Abbildung 49 Direkte Befragung: Unterschiede in der Gesamtbeurteilung der Veränderung der Beschwerden PGF (Angaben in Prozent)	135
Abbildung 50 Indirekte Befragung: Unterschiede in der Gesamtbeurteilung der Veränderung der Beschwerden phq PF-PGF (Angaben in Prozent).....	136
Abbildung 51 Indirekte Befragung, Hausarztpatienten: Veränderung der Beschwerden PHQ PF-PGF (Angaben in Prozent)	137
Abbildung 52 Indirekte Befragung, Facharztpatienten: Veränderung der Beschwerden PHQ PF-PGF (Angaben in Prozent)	137
Abbildung 53 Direkte Befragung: Unterschiede im Gesundheitszustand nach sechs Wochen (Angaben in Prozent)	138
Abbildung 54 Unterschiede in sozioökonomischen Veränderungen (Angaben in Prozent)..	139
Abbildung 55 Unterschiede im Vorkommen von Depressionen	140
Abbildung 56 <i>Nucleusverband</i> ^{©Lea Salis} : Modell für die Art der Zusammenarbeit dreier Versorger ambulanter Leistungen in der Depressionsversorgung	167
Abbildung 57 Positionierung des <i>Nucleusverbandes</i> ^{©Lea Salis} in der aktuellen Versorgungslandschaft mit Hinweisen zu Synergien mit anderen Modellen	179

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Komorbidität aktuell vorliegender Majorer Depression 12-Monats-Prävalenz mit anderen mentalen Krankheiten nach Wittchen.....	20
Tabelle 2 Körperliche Erkrankungen/ Medikamente/ Psychotrope Substanzen mit klarer Assoziation zu Depressionen nach Rothenhäusler.....	21
Tabelle 3 Prävalenzraten von Depressionen in Deutschland	25
Tabelle 4 Die ambulante Versorgung psychischer Störungen in Bayern 4. Quartal, 2002 nach Berger	38
Tabelle 5 Zahl und Verdienst ausgewählter Vertragsärzte in Deutschland	38
Tabelle 6 Ärztetichproben mit Unterschieden zwischen Haus- und Fachärzten.....	75
Tabelle 7 Unterschiede zwischen Haus- und Facharztpatienten bezüglich soziodemografischer Merkmale	77
Tabelle 8 Inhaltliche Diagnostikunterschiede von Haus- und Fachärzten.....	82
Tabelle 9 Zusammenfassung der Verhaltensanpassungen der Ärzte im Zusammenhang mit erhöhtem Schweregrad der Depression.....	92
Tabelle 10 Anzahl der Verhaltensanpassungen der Ärzte im Zusammenhang mit erhöhtem Schweregrad der Depression aufgrund wessen Urteils	93
Tabelle 11 Zusammenfassung der Verhaltensanpassungen der Ärzte im Zusammenhang mit erhöhtem Schweregrad der Depression.....	104
Tabelle 12 Anzahl der Verhaltensanpassungen der Ärzte im Zusammenhang mit erhöhtem Schweregrad der Depression aufgrund wessen Urteils	105
Tabelle 13 Inhaltliche Unterschiede im Stellenwert der Aspekte zur Kenntniseinschätzung	107
Tabelle 14 Inhaltliche Unterschiede im Stellenwert aller drei Barrierenarten im Hinblick auf die gefundenen Faktoren für Haus- und Fachärzte	115
Tabelle 15 Stärkenprofile, Rollenverteilung und Überweisungswege innerhalb des <i>Nucleusverbandes</i> ^{©Lea Salis}	170

0. Einleitung

0.1. Problemstellung

Hintergrund der vorliegenden Arbeit bilden qualitative Engpässe in der Depressionsbehandlung in Deutschland. Hauptfokus ist dabei die hausärztliche und fachärztliche Versorgung; es werden jedoch auch psychologische Versorgungsaspekte thematisiert. Zu unterscheiden gilt es bei der Betrachtung dieser Engpässe eine gesundheitspolitische- und eine behandlungsbezogene Ebene. Während auf ersterer Zuständigkeits- und Verteilungsthemen aufgrund von politischen Entscheidungen (90%-Regelung, Psychotherapeutengesetz,...) dominieren, spielen auf der zweiten Ebene Fragen nach der Qualität von einzelnen Behandlungselementen wie der Identifikation, Behandlung oder Überweisung eine Rolle. Insgesamt fasst diese Arbeit Engpässe in der ambulanten Depressionsversorgung sowohl auf gesundheitspolitischer wie auch behandlungsbezogener Ebene zusammen.

0.2. Zielsetzung und Vorgehensweise

In der vorliegenden Arbeit geht es im großen Zusammenhang darum, Vorschläge zur Verbesserung der Depressionsversorgung zu generieren. Zu diesem Zweck wird ein Modell für eine vernetzte Versorgung der ambulanten Depressionsbehandlung in Deutschland formuliert, dessen Bausteine aufgrund einer Literaturrecherche und einer ausführlichen Analyse von Unterschieden zwischen Haus- und Fachärzten in der Depressionsbehandlung als Optimierungsperspektive entwickelt werden. In das Modell fließen also gleichermaßen Schlussfolgerungen ein, die aufgrund einer Literaturrecherche aus gesundheitspolitischen und behandlungsspezifischen „Missständen“ hervorgehen, wie auch Erkenntnisse, die durch eigene, empirische Überprüfung der unterschiedlichen Versorgung durch Haus- und Fachärzte gewonnen werden konnten. Bezüglich des empirischen Teils werden die gefundenen Unterschiede, von denen ein Versorgungsteil einen Expertenstand bekleidet (Fachärzte), Auskunft dazu bieten, was von wem gelernt werden kann. Die detaillierte Beschreibung der Unterschiede geschieht im Hinblick auf drei behandlungsrelevante Elemente (Identifikation, Behandlung, Überweisung), wobei drei unterschiedliche Perspektiven (Patient, Arzt, Arzt-Patienten-Interaktion) berücksichtigt werden.

1. Theoretischer Teil

1.1. Die Grundproblematik der Depressionszunahme

Depressionen nehmen weltweit an Bedeutung zu, was große Anforderungen an die Betroffenen, Angehörigen, Politik aber auch an das Versorgungssystem und an die behandelnden Fachpersonen wie Ärzte, Psychologen und weitere Berufsgruppen bedeutet. Die vorliegende Arbeit untersucht Problembereiche in der ambulanten Versorgung von Depressionen. Bevor jedoch detailliert darauf eingegangen wird, soll das Krankheitsbild der Depression kurz vorgestellt und anhand von epidemiologischen Daten gezeigt werden, wie dringlich die Lage ist.

1.1.1. Krankheitsbild Depression

Depressionen sind nach Hautzinger (Hautzinger M, 1998) psychische Störungen, welche primär durch die Beeinträchtigung der Stimmung, Niedergeschlagenheit, Verlust von Freude, emotionale Leere, Antriebslosigkeit, Interesseverlust sowie einer Vielzahl an körperlichen Beschwerden geprägt sind. Da sie sowohl körperliche als auch psychische Symptome mit einschließen, handelt es sich bei ihnen um eine psychosomatische Krankheit im eigentlichen Sinne (Aldendorff JB, 2002).

Die beschriebenen Symptome können auch bei nicht depressiven Menschen als natürliche Reaktion auf die Erfahrung von negativen Erlebnissen wie Verlusten, Misserfolgen, Enttäuschungen oder Belastungen vorkommen und sind nicht immer als krank zu verstehen. Im Unterschied zu den gesunden Menschen leiden depressive Menschen jedoch deutlich länger und/oder intensiver an ihren Beschwerden und benötigen Hilfe zur Bewältigung ihrer Probleme. Eine weitere Besonderheit der Symptomatik ist es, dass die genannten Symptome nicht ausschließlich bei depressiven Störungen auftreten, und wenn, in individuell ausgeprägtem Maße. Das Leiden jedes depressiven Patienten folgt demzufolge einem „einmaligen“ Muster von Symptomen, welche sein Verhalten, seine Motorik, seine endokrinologischen Prozesse, sein Denken und seine Motivation individuell beeinträchtigen (Hautzinger M, 1998). Daraus wird deutlich, wie stark die Krankheit Depression den ganzen Menschen erfasst.

Welche Erscheinungsformen von Depressionen gibt es? Die Diagnose und Differentialdiagnose von depressiven Störungen bezieht sich sehr häufig und allgemein akzeptiert auf das amerikanische „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM IV) (American Psychiatric Association, 1994) sowie auf die von der WHO in Auftrag gegebene „International Classification of Diseases“ (ICD-10) (World Health Organization,

1992). Hierzulande ist die weltweit gültige 10. Revision das verbindliche kategoriale Diagnosesystem. Beiden Klassifikationssystemen gemeinsam ist die weitgehende Verpflichtung zur deskriptiven, auf wissenschaftlicher Evidenz basierenden Diagnostik, welche beim diagnostischen Prozess nur beschreibend vorgeht und keinerlei ätiologische Überlegungen mit einfließen lässt. Auf diesem Hintergrund ist denn auch die früher übliche Bezeichnung „Endogene Depression“ nicht mehr haltbar (Aldendorff JB, 2002).

Nach Hautzinger (Hautzinger M, 1998) basiert die Diagnosestellung von Depressionen auf dem gleichzeitigen Vorhandensein bestimmter Symptome, welche über eine bestimmte Zeit andauern und nicht durch andere Erkrankungen bzw. Umstände zu erklären sind. Der Verlauf, die Schwere (leicht, mittelgradig, schwer) und die besondere Ausprägung der Symptomatik (z.B. somatisch, psychotisch) werden zur Definition von weiteren Untergruppen herangezogen.

Abbildung 1 Definition einer „Unipolaren Depressiven Störung“

„Depressive Episode“

Mindestens fünf der folgenden Symptome müssen gleichzeitig während eines Zeitraums von mindestens 2 Wochen (*depressive Stimmung* und *Interesseverlust* müssen darunter sein) manifest sein:

1. **Depressive Verstimmung**
2. **Deutlich vermindertes Interesse oder Freude**
3. **Müdigkeit, Energie- und Antriebsverlust**
4. Verlust von Selbstvertrauen
5. Wertlosigkeit, Schuldgefühle
6. Todeswunsch, Suizidideen
7. Denk- und Konzentrationsprobleme, Unentschlossenheit
8. Veränderung der Psychomotorik: Unruhe, Hemmung, Verlangsamung
9. Schlaflosigkeit
10. Gewichtszunahme/ -verlust

Schweregrad der depressiven Episode

- Leicht
4 Symptome 1-10, davon zwei 1-3
- Mittelschwer
6 Symptome 1-10, davon zwei 1-3
- Schwer
8 Symptome 1-10, davon alle 1-3

„Somatisches Syndrom“ einer depressiven Episode

Vier der folgenden acht Symptome müssen gleichzeitig vorhanden sein.

1. Deutlich vermindertes Interesse oder Freude
2. Mangelnde emotionale Reagibilität
3. Frühmorgendliches Erwachen 2 h zu früh
4. Morgentief der Depression
5. Objektiv festgestellte psychomotorische Hemmung/ Agitiertheit
6. Appetitverlust
7. Gewichtsverlust (5% im vergangenen Monat)
8. Deutlicher Libidoverlust

„Dysthymia“ = depressive Stimmung, anhaltend oder häufig wiederkehrend für einen Zeitraum von mindestens 2 Jahren.

Mindestens drei der 11 Symptome müssen gleichzeitig vorhanden sein.

1. Verminderung der Energie oder Aktivität
2. Schlafstörung
3. Verlust des Selbstvertrauens
4. Konzentrationsschwierigkeiten
5. Häufiges Weinen
6. Libidoverlust
7. Hoffnungslosigkeit und Verzweiflung
8. Scheitern an Routine-Anforderungen
9. Pessimismus & Grübeln
10. Sozialer Rückzug
11. Verminderte Gesprächigkeit

(Hautzinger M, 1998)

Abbildung 2 Definition einer „Bipolar Depressiven Störung“

„Manische Episode“ = vorherrschend gehobene, expansive oder gereizte Stimmung in deutlich abnormem Ausmaß für die Betroffenen.

Mindestens drei der folgenden Symptome müssen gleichzeitig während eines Zeitraums von mindestens einer Woche manifest sein und die Lebensführung stark beeinträchtigen:

1. Gesteigerte Aktivität oder motorische Ruhelosigkeit
2. Gesteigerte Gesprächigkeit
3. Ideenflucht oder subjektives Gefühl von Gedankenjagen
4. Verlust normaler sozialer Hemmungen (→ unangemessenes Verhalten)
5. Vermindertes Schlafbedürfnis
6. Überhöhte Selbsteinschätzung oder Größenideen
7. Ablenkbarkeit (Ständig wechselnde Pläne)
8. Tollkühnes oder leichtsinniges Verhalten (ohne Risiken zu erkennen)
9. Gesteigerte sexuelle Energie oder sexuelle Taktlosigkeit

„Hypomanie“

Mindestens drei der folgenden Symptome müssen gleichzeitig während eines Zeitraums von mindestens vier Tagen manifest sein und die Lebensführung stark beeinträchtigen:

1. Gesteigerte Aktivität oder motorische Ruhelosigkeit
2. Gesteigerte Gesprächigkeit
3. Ablenkbarkeit oder Konzentrationsschwierigkeiten
4. Vermindertes Schlafbedürfnis
5. Gesteigerte sexuelle Energie
6. Gesteigertes leichtsinniges oder verantwortungsloses Verhalten
7. Gesteigerte Geselligkeit oder übermäßige Vertraulichkeit

„Zyklothymia“ = Instabilität der Stimmung mit mehreren Perioden von einerseits Depression und andererseits Hypomanie während eines Zeitraums von mindestens zwei Jahren

Mindestens drei der folgenden Symptome müssen gleichzeitig manifest sein für eine *depressive Periode*:

1. Verminderte Energie oder Aktivität
2. Schlafstörung
3. Verlust von Selbstvertrauen oder Gefühl von Unzulänglichkeit
4. Konzentrationsschwierigkeiten
5. Sozialer Rückzug

6. Verlust von Interesse oder Freude an sexuellen oder anderen Aktivitäten
7. Verminderte Gesprächigkeit
8. Pessimismus bezüglich der Zukunft oder Grübeln über die Vergangenheit

Mindestens drei der folgenden Symptome müssen gleichzeitig manifest sein für eine *manische Periode*:

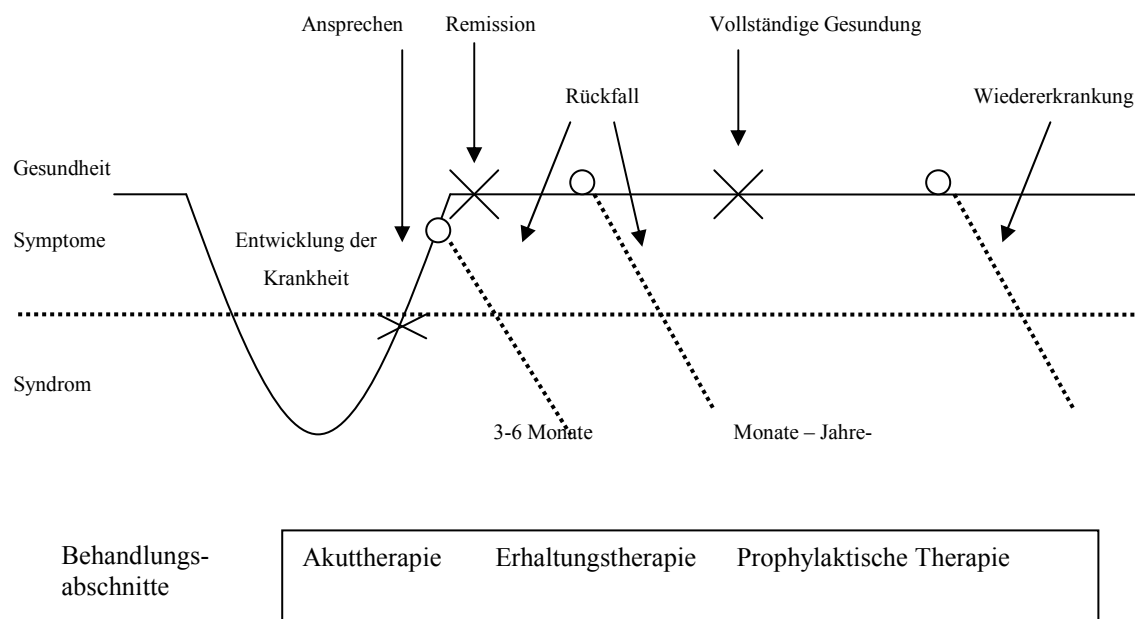
1. Vermehrte Energie oder Aktivität
2. Vermindertes Schlafbedürfnis
3. Übersteigertes Selbstwertgefühl
4. Geschärftes oder ungewöhnlich kreatives Denken
5. Geselliger als sonst
6. Gesprächiger oder witziger als sonst
7. Gesteigertes Interesse und Sicheinlassen auf sexuelle und andere angenehme Aktivität
8. Überoptimistisch oder Übertreiben früherer Erfolge

(Hautzinger M, 1998)

Nach Hautzinger (Hautzinger M, 1998) werden bei der Definition von depressiven Subtypen Aspekte der Ausprägtheit (Majore Depression (DSM-IV) oder „Depressive Episode mit somatischen psychotischen Symptomen“ (ICD-10)), der Schwere (leicht, mittelgradig, schwer), des Verlaufs (uni- oder bipolar), des Vorhandenseins psychotischer Symptome, der Chronizität sowie des Auftretens situativer Gebundenheiten (saisonal abhängige Depression, Postpartum Depression) berücksichtigt.

Wie verläuft eine depressive Erkrankung? Es gibt keinen einzigen typischen Verlauf depressiver Erkrankungen, da eindeutige Parameter fehlen und die interindividuellen Krankheitsverläufe sehr unterschiedlich sind. Folgende Einteilung einer depressiven Episode zeigt den kleinsten gemeinsamen Nenner der verschiedenen Verläufe.

Abbildung 3 Einteilung der Phasen einer depressiven Störung



(Hautzinger M, 1998)

Legende: Remission = Zustand, kurze Zeit der (vollständigen oder partiellen) Besserung
 Genesung = vollständige Remission über eine längere Zeitstrecke (2-6 Monate)
 Rückfall = Wiederauftreten von depressiven Symptomen während der Remission
 Wiedererkrankung = Auftreten einer neuen depressiven Episode nach der Genesung

.....

Wie häufig treten depressive Erkrankungen auf und wie lange dauern sie? Über die Zeitspanne von 30 Jahren erleiden unipolar depressiv erkrankte Patienten durchschnittlich vier bis fünf Episoden, die meistens fünf Monate andauern (Median). Diese Zeitspanne ist recht stabil, sofern keine Chronifizierung auftritt: Innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten klingen drei Viertel aller Erkrankungen wieder ab und etwa 50% aller Episoden weisen sogar nur eine Länge von drei Monaten auf. Bipolar depressive Menschen machen zudem durchschnittlich 7-8 Episoden in 30 Jahren durch, welche rund vier Monate (Median) andauern. Einphasige Depressionen kommen nur selten vor (Hautzinger M, 1998).

Wie lange dauert es, bis erneut eine depressive Episode eintritt? Die Zykluslänge (depressive Episode und depressionsfreie Phase) liegt bei periodisch verlaufenden unipolaren Depressionen (Median) bei 4,5- bis fünf Jahren und bei bipolaren Formen bei zwei bis drei Jahren (Hautzinger M, 1998).

Wie viele Patienten werden geheilt? Nach Hautzinger (Hautzinger M, 1998) genesen die Hälfte bis zwei Drittel der Betroffenen. Eine Phase ohne Rückfälle von mindestens fünf

Jahren fand sich bei knapp 30% der bipolaren und bei 42% der unipolar erkrankten Patienten. 10-20 Prozent der unipolar oder bipolar Depressiven sind chronisch krank (Minimaldauer der Beschwerden von zwei Jahren).

1.1.1.1. Komorbidität

Depressionen kommen häufig zusammen mit anderen psychischen und physischen Krankheiten vor. Die Komorbidität tritt oft mit Angststörungen (Phobien, soziale Ängste, Panikstörungen, generalisierte Angststörung), Zwängen, posttraumatischer Belastungsstörung, Essstörung, Substanzmissbrauch, Substanzabhängigkeit und Schlafstörung aber auch zusammen mit sexuellem Missbrauch, somatoformen und psychophysiologischen, mit schizophrenen oder hirnganischen Störungen auf. Ebenso mit Persönlichkeitsstörungen und zerebralem Abbau (Hautzinger M, 1998). Wie weit verbreitet ist Komorbidität bei Depression? Im Hinblick auf die psychische Komorbidität zeigt sich in einer Stichprobe von Patienten, die über einen Zeitraum von mindestens 12 Monaten an einer DSM-IV Diagnose litten, dass für 24,1% der Depressiven zusätzlich noch drei oder mehr Diagnosen (psychische Störungen) zutrafen, während 39,3% an einer Depression allein leiden (Jacobi F, 2004). Die Befunde einer dänischen Hausarztstudie verdeutlichen dies: 65% aller depressiv Kranken sind demnach von komorbiden psychischen Krankheiten betroffen (Toft T, 2005). Welche Formen von psychischen Krankheiten treten zusammen mit Depressionen auf? Sehr häufig sind es Komorbiditäten mit Angsterkrankungen (siehe Tabelle 1): Majore Depressionen und eine andere Form der Angsterkrankung kommen in 51,2% der untersuchten Fälle zusammen vor, wovon einfache Phobien mit 23,7% und soziale Phobien mit 20,0% am häufigsten vertreten sind (Wittchen HU, 1999).

Tabelle 1 Komorbidität aktuell vorliegender Majorer Depression 12-Monats-Prävalenz mit anderen mentalen Krankheiten nach Wittchen

Andere Diagnose	NCS ¹ (retrospektiv)	EDSP ² (prospektiv)
Irgendeine Angsterkrankung	51,2%	48,6%
Panikerkrankung	8,6%	5,0%
GAD ³	15,4%	17,0%
Agoraphobia	12,6%	7,6%
Social Anxiety Disorder	20,0%	17,3%
Simple Phobia	23,7%	30,0%
Posttraumatic Stress Disorder	15,2%	4,9%
Obsessiv-kompulsive Krankheit	--	2,0%
Trennungsangst	--	1,5%
Substanzmissbrauch	18,5%	23,4%
Alkoholabhängigkeit	13,0%	8,0%
Alkoholmissbrauch	1,4%	15,9%
Drogenmissbrauch/-abhängigkeit	7,5%	7,8%
Somatoforme Störung	--	23,5%
Essstörung	--	6,9%
Andere Störungen	4,0%	4,6%

(Wittchen HU, 1999)

Depressive Störungen treten aber nicht nur bei psychischen Störungen auf, sondern sind auch bei physischen Krankheiten sehr häufig. So sind Krebs-, Herzkreislauf-, endokrinologische- und muskuloskelettöse Erkrankungen häufig mit stark erhöhtem Depressionsvorkommen assoziiert. So fanden sich beispielsweise für depressive Syndrome oder Angsterkrankungen bei Tumorpatienten Prävalenzraten von 20-45%, bei koronarer Herzerkrankung und/oder Myokardinfarkt solche von 16-23% (für Majore Depression) und 45% (für depressive Symptomatik allgemein). Auf endokrinologischer Seite finden sich Zusammenhänge mit z.B. Nebenschilddrüseleiden. Auch Diabetes Mellitus (8,5-27,3% Majore Depression) wird mit Depressionen in Verbindung gebracht. Ebenfalls gefährdet sind Menschen mit rheumatoider Arthritis (17-74% depressive Symptome), Fibromyalgie (22-55% depressive Störungen) oder mit Rückenschmerzen (0-87% depressive Störungen) (Härter M, 2000).

¹ NCS (National Comorbidity Survey)

² EADS (Early Developmental Stages of Psychopathology)

³ GAD (Generalized Anxiety Disorder)

Tabelle 2 Körperliche Erkrankungen/ Medikamente/ Psychotrope Substanzen mit klarer Assoziation zu Depressionen nach Rothenhäusler

Andere körperliche Diagnose	Beispiel
Maligne Erkrankungen	Pancreaskarzinom
Mangelerkrankungen	Vitamin B12 Mangel, Folsäuremangel, Eisenmangel
Infektionskrankheiten	AIDS, Hepatitis, Influenza, Lues
Neurologische Erkrankungen	Morbus Parkinson, Epilepsien, Schlaganfall, Chorea Huntington, Multiple Sklerose, Morbus Alzheimer, Hirntumor
Autoimmunerkrankungen	Systemischer Lupus erythematodes
Andere Erkrankungen	Koronare Herzerkrankung, Status nach Myokardinfarkt, Diabetes Mellitus, terminale Niereninsuffizienz, Anämie
Medikation bzw. psychotrope Substanz	Beispiel
Antihypertensiva	Reserpin, Clonidin, alpha-Methyldopa
Betablocker	Propranolol
Steroide	Glucocorticoide, ACTH, anabole Steroide
Antihistaminika	Cimetidin, Ranitidin, Antiepileptika, Phenobarbital, Clonazepam
Psychotrope Substanzen (Intoxikation, Entzug)	Alkohol, Amphetamine, Kokain
Andere Arzneimittel	Ethambutol, Baclofen, Cycloserin, Sulfonamide, Interferonpräparate

(Rothenhäusler HB, 2003)

Bei der Frage danach, was zuerst war; die Depression oder die komorbide Störung, geben die meisten Betroffenen an, dass die anderen Störungen vorher manifest seien. So sind 61,8% der im Rahmen des NCS befragten Personen der Ansicht, an einer sekundären Majoren Depression zu leiden. Ihr voran gegangen sind oft Angsterkrankungen, somatoforme Erkrankungen, Substanzmissbrauch und Essstörungen. Der zeitliche Zusammenhang ist in sowohl retrospektiven- als auch prospektiven Studien feststellbar (Wittchen HU, 1999). Wie entstehen Komorbiditäten von Depressionen mit physischen Krankheiten? Es gibt dafür folgende logischen Erklärungen (Härter M, 2000).

Mögliche Erklärungen für eine Komorbidität von Depressionen und physischen Krankheiten nach Härter:

1. Eine somatische Störung oder zur Behandlung dieser somatischen Störung eingesetzte Medikamente verursachen biologisch eine Depression (z.B. führt eine Schilddrüsenunterfunktion zu depressiven Symptomen wie Anergie, etc.).
2. Bei genetisch vulnerablen Personen geht die somatische Störung einer Depression voraus (z.B. bei Morbus Cushing).
3. Die depressive Störung entwickelt sich als psychische Reaktion auf eine somatische Erkrankung und ihre Behandlung (z.B. entwickelt ein Patient mit einer Krebserkrankung eine Depression als Reaktion auf die Diagnose).
4. Die depressive Störung geht körperlichen Symptomen voraus und verursacht sie möglicherweise (Somatisierung).
5. Die somatische- und die depressive Störung sind nicht kausal miteinander verbunden (zeitliche Koinzidenz).

(Härter M, 2000)

1.1.1.2. Korrelate

Welche Faktoren haben Einfluss auf die Erkrankungswahrscheinlichkeit? Erstens haben Frauen ein doppelt so hohes Erkrankungsrisiko für unipolare Depressionen wie Männer. Dieser Befund wird mit höherem Alter schwächer. Bei den bipolaren Verläufen finden sich keine solchen Geschlechtsunterschiede (evtl. wegen zu kleinen Stichproben). Ein zweiter Einflussfaktor ist das Lebensalter. Der Gipfel der Ersterkrankungen liegt zwischen dem 18. und dem 25. Lebensjahr. Majore Depressionen scheinen im hohen Alter seltener zu werden: So ist die Prävalenzrate bei über 65-Jährigen nur noch halb so hoch wie bei den 50-Jährigen. Dieser Ratenabfall bedeutet jedoch nicht unbedingt, dass Alter vor schwerer Depression schützt, sondern, dass in hohem Alter Menschen besonders von der depressionsbedingten Mortalität betroffen sind und deswegen auch früher an direkten oder indirekten Gesundheitsschäden sterben (Mojtabai R, 2004). Ebenfalls Einfluss auf das Vorhandensein unipolarer Depressionen nehmen sozioökonomische Faktoren. Entscheidend ist dabei, ob die betroffene Person bei Belastungen auf eine vertrauensvolle persönliche Beziehung zurückgreifen kann (intime, emotional positive, unterstützende Sozialbeziehung). Ebenfalls gehäuft treten Depressionen in Familien mit kleinen Kindern sowie bei Ressourcen- und Fertigungsdefiziten, bei Fehlen von Berufstätigkeit und geringem Selbstwertgefühl auf. Letzteres ist eher eine Folge der Vulnerabilitätsfaktoren im Sinne eines Unvermögens, Selbstwirksamkeitserfahrungen zu sammeln, und weniger primäre Ursache der Depression.

Insgesamt verzeichnen verheiratete Personen mit höherer Bildung, beruflicher sicherer Anstellung in eher ländlich-kleinstädtischer Umgebung die niedrigste Depressionsrate. Belastende Lebensereignisse treten zudem im Vorfeld depressiver Episoden gehäuft auf, wobei Stressphasen ohne Erholungsmöglichkeit besonders schwierig sind. Bei den bipolaren Störungen nehmen soziale oder sozioökonomische Faktoren höchstens Einfluss auf das Ersterkrankungsalter, nicht aber auf den Verlauf der Krankheit. Schließlich zeigt sich familiäre Vorbelastung mit affektiven Störungen als die risikoreichste Komponente. Angehörige ersten Grades von bipolar erkrankten Patienten weisen ein Erkrankungsrisiko für alle affektive Störungen von 25% auf, Angehörige unipolar erkrankter Formen 20% und Angehörige gesunder Personen nur 7% (Hautzinger M, 1998).

Folgende Risikofaktoren für eine depressive Erkrankung fassen die genannten Aspekte zusammen (Härter M, 2000):

1. frühere depressive Episoden
2. familiäre Häufung depressiver Episoden
3. frühere Suizidversuche
4. weibliches Geschlecht
5. Erkrankungsbeginn unter 40 Jahren
6. Postpartalperiode
7. somatische Komorbidität
8. fehlende soziale Unterstützung
9. belastende Lebensereignisse
10. gegenwärtiger Substanzmissbrauch

1.1.2. Weltweite Depressionszunahme

Depressive Störungen haben weltweit eine hohe Relevanz und kommen immer häufiger vor (Pincus HA, 2006). Sie betreffen sehr viele Menschen und haben auch äußerst belastende Auswirkungen auf diese, auf Angehörige und auf die gesamte Gesellschaft. In der EU leiden gemäß einer europaweiten Studie 17 % der Gesamtbevölkerung an depressiven Störungen, davon 6,9% an eine Majoren- und 1,8% an einer Minoren Depression (Lépine, 1997). Sehr ähnlich sieht die Situation in Deutschland aus, wo die Lebenszeitprävalenz für unipolare Depressionen bei 17,1% liegt (11,1% für Männer und 23,3% für Frauen) liegt. Bipolare Depressionen sind hingegen wesentlich seltener und treten nur mit 1,0% Lebenszeitprävalenz auf (0,8% Männer, 1,2% Frauen). Insgesamt leiden 18,6% der deutschen Bevölkerung mindestens einmal in ihrem Leben an einer affektiven Störung (Jacobi F, 2004). Pro Jahr gerechnet, leiden in Deutschland 300'000 Menschen an einer Depression (Schneider F, 2005).

Ebenfalls für Deutschland gibt eine neuere Untersuchung eine 12-Monats-Prävalenz für Majore Depressionen von 10,7% an (Baumeister H, 2007). Eine niederländische und eine internationale Studie kommen mit einer Lebenszeitprävalenzrate von 19,0% zu einem sehr ähnlichen Schluss, wobei auch hier Frauen mit 24,5% deutlich höhere Werte erreichen als Männer (13,6%) (Bijl RV, 1998; Merikangas KR, 1996). Im Vergleich dazu sind früher erhobene Prävalenzraten, welche in einer amerikanischen Metaanalyse (Murphy JM, 2000) einander gegenübergestellt worden sind, deutlich niedriger: Durchschnittlich litten im Verlauf ihres Lebens um 1980⁴ nur 4,5% der Männer und 8,3% der Frauen an einer Depression. Wie lässt sich dieser Unterschied erklären? Obwohl andere Untersuchungen (Lecrubier Y, 2001; Pincus HA, 2006) eine Verschlimmerung des Phänomens „Depressionszunahme“ durchaus bestätigen, ist diese Diskrepanz in ihrem gravierenden Ausmaß wahrscheinlich eher auf das unterschiedliche Untersuchungsdesign zurückzuführen (in ersterer wird die Prävalenzrate prospektiv und in letzterer retrospektiv erfasst). Verlagert man die Sichtweise von der Gesamtbevölkerung auf die Population der Hausarztpatienten, zeigen sich in einer prospektiven dänischen Studie noch höhere Lebenszeitprävalenzen, nämlich 32,3% für sämtliche affektive Störungen (ICD-10) und 9,2% für schwere/mittelschwere Depressionen (Toft T, 2005). Im Hinblick auf das akute Vorliegen von Depressionen in Deutschland zeigen sich Punktprävalenzen von 11,3% für depressive Störungen allgemein (Jacobi F, 2002) bzw. 8,6% in einer älteren Studie (Linden M, 1996) und 4,4% für akute Majore Depressionen (ICD-10) (3,5% für Männer und 5,6% für Frauen) (Wittchen HU, 2002). Eine ebenfalls ältere Studie setzt die 4-Wochen Prävalenz für eine depressive Episode in Deutschlands Hausarztpraxen auf 11,2% fest (Weiffenbach O, 1995). Bei den Prävalenzraten von Depressionen gibt es beträchtliche internationale Unterschiede. So fiel die Prävalenz für aktuelle depressive Störungen bei Patienten in Japan mit 1,6% gravierend tiefer aus als zum Beispiel in Paris (13,5%) oder Santiago (26,3%). Die Autoren betreffender Studie (Simon GE, 2002) führen diese Unterschiede jedoch nicht auf kategoriale Fehler in der Klassifikation der Krankheitsbildes „Depression“ zurück, sondern erklären sie anhand von unterschiedlich angewandten Diagnoseinstrumenten oder auch anhand des unterschiedlichen Umgangs (Stigma) mit der Diagnose Depression. So gehen sie davon aus, dass die in östlichen Ländern tiefere Prävalenzrate auch dadurch zu erklären sei, dass dort ansässige Menschen weniger dazu bereit seien, psychische Schwächen zu thematisieren als Menschen im Westen. Ebenfalls möglich seien unterschiedliche Vorgehensweisen bei der Inanspruchnahme von

⁴ Die amerikanische Metaanalyse verglich Daten der Studien „The Epidemiologic Catchment Area (ECA) Program“, „The Edmonton Psychiatric Epidemiologic Project“, „The Stirling County Study“, welche insgesamt 24410 Personen untersucht haben.

ärztlicher Hilfe: Während Menschen in Ländern tiefer Prävalenzraten erst dann Hilfe holen würden, wenn sie sehr ausgeprägte Depressionen hätten, würden dies Menschen in Ländern höherer Raten auch schon bei den mildereren Formen tun. Insgesamt erweisen sich Depressionen mit weltweit rund 19% Lebenszeitprävalenz als sehr häufige Phänomene, wobei der Vergleich mit früheren Studien zeigt, dass die Raten steigen, was als Ausdruck methodischer Unterschiedlichkeiten, aber auch als solcher einer allgemeinen Entwicklung verstanden werden kann.

Tabelle 3 Prävalenzraten von Depressionen in Deutschland

	Prozentuale Angaben	Jahr	Referenz	Quelle
Punktprävalenz	11,3% (Depressive Störung)	2002	Hausarzt-patienten	(Jacobi F, 2002)
	4,4% (Majore Depression) 8,6% (Depressive Störung)	1996		(Wittchen HU, 2002) (Linden M, 1996)
4-Monatsprävalenz	11,2% (Depressive Episode)	1995	Hausarzt-patienten Allgemein-bevölkerung	(Weiffenbach O, 1995)
12-Monatsprävalenz	8,3% (Depression) 4,5% (Dysthymie) 1,3% (Bipolare Störungen)	2005		(Berger M, 2005a)
	10,7% (Majore Depression)	2007		(Baumeister H, 2007)
Lebenszeitprävalenz	17,1% (Unipolare Depression)	2004	Allgemein-bevölkerung	(Jacobi F, 2004)

1.1.3. Negative Folgen

Depressionen haben äußerst belastende Auswirkungen auf den Betroffenen selbst, seine Familie, die Gesellschaft und Wirtschaft (Pincus HA, 2006). Der depressive Patient ist viel stärker suizidgefährdet als der Allgemeinbürger (Althaus D, 2003). Da ein depressiver Patient nicht nur von gedanklich gequält wird, sondern zudem auch in seinem Handeln gehemmt und nicht mehr in der Lage ist, seine berufliche und familiäre Rolle auszufüllen und in angemessener Weise zu erledigen (Lecrubier Y, 2001), bedeutet die Krankheit auch für seine Angehörigen eine große psychische und wirtschaftliche Belastung. Sie sind dazu genötigt, Aufgaben für den Depressiven zu übernehmen, die eigentlich in seinen Verantwortungsbereich gehörten, und sind den negativen Kognitionen, Handlungen sowie ihren eigenen Gefühlen, der Sorge und dem Umgang mit dem Kranken ausgesetzt. Auf gesellschaftlicher und wirtschaftlicher Ebene zeigen sich die Folgen der Krankheit sowohl in Form von Arbeitsausfall (Lépine, 1997) als auch im stark erhöhten Gebrauch von

Gesundheitseinrichtungen mit den jeweils damit verbundenen Kosten (Lecrubier Y, 2001). Ford bringt unten abgebildete Konsequenzen mit depressiven Störungen in Verbindung.

Konsequenzen depressiver Störungen:

1. Persönliches und familiäres Leid
2. Suizid
3. Funktionaler Schaden in Arbeit und Familie
4. Unteranstellung und tiefe Schul- und Berufsleistung
5. Substanzmissbrauch und Rauchen
6. Abbruch medikamentöser Therapie
7. Myokardinfarkt, Hirnschlag und wahrscheinlich Diabetes
8. Überbenutzung von medizinischen Services

(Ford DE, 2006)

1.1.3.1. Auswirkungen auf den Betroffenen

Depressiv erkrankte Menschen leiden in großem Ausmaß. Sie sind in ihrem ganzen Wirkungsbereich entscheidend eingeschränkt, was sich bei vielen körperlich bedingten Krankheitsformen nicht so stark manifestiert. So verbringen bei einem Vergleich der Beeinträchtigung (anhand der während des letzten Monats im Bett verbrachten Tage) mit körperlich kranken Menschen (acht chronische Krankheiten, darunter mit absteigenden Werten Lungenprobleme, Diabetes, Gastrointestinal-Probleme, Rückenprobleme, Arthritis, Bluthochdruck, Angina) nur Menschen mit koronaren Krankheiten mehr Tage im Bett als depressiv Kranke. Depressive Menschen haben zudem ein schlechteres physisches Allgemeinbefinden (physical functioning) und eine verminderte Fähigkeit, ihre Rollen adäquat auszufüllen, als Menschen mit Bluthochdruck, Diabetes, Arthritis oder gastrointestinalen Problemen. Auch weisen sie eine schlechtere Rollenfunktionabilität als Menschen mit Lungen- oder Rückenproblemen auf (Lecrubier Y, 2001). Im Zusammenhang mit der Frage nach der Last, welche heute allgemein und weltweit durch Krankheiten verursacht wird, (Global Burden of Disease Series, (Murray CJL, 1997)) haben sich einige Studien auch auf die Folgen depressiver Störungen konzentriert. Es zeigte sich dabei, dass Depressionen in ihrem Leidenspotential weltweit als viertgrößte Bürde aller Krankheiten wahrgenommen werden und Schätzungen für das Jahr 2020 zufolge sogar als zweitgrößte Last. Für das Jahr 2020 werden einzig noch ischämische Herzkrankheiten als folgenschwerer eingestuft (Murray CJL, 1996). Als Maß für die Berechnung der Bürde wurden DALY (Disability Adjusted Life Years) angenommen, worunter die Anzahl von Lebensjahren

verstanden wird, welche Menschen mit krankheitsbedingten Einschränkungen leben bzw. frühzeitig sterben müssen. Depressive Menschen sind zudem erhöht suizidgefährdet. Die Lebenszeit-Suizidmortalität aller Menschen, welche in ihrem Leben einmal an einer Major Depression gelitten haben, liegt bei 3,5%. Von 100 schwer depressiven Kranken versterben, gerechnet über 60 Lebensjahre, 15% im Laufe ihres Lebens durch Suizid (Busse R, 2005; Fartacek R, 2003). Wie psychologische Autopsiestudien gezeigt haben, lassen sich 40-70% aller Suizide auf depressive Erkrankungen zurückführen (Althaus D, 2003). Eine neuere amerikanische Studie verglich Untersuchungen im Hinblick auf die Rate der suizidalen Gedanken und fand Häufigkeiten im Bereich von 1,2% (während einer Woche in Indiana) bis 7,3% (momentaner Zustand in New York City). Unter depressiven Hausarztpatienten waren sie noch häufiger und rangierten von 10,4% (während eines Jahres in 11 Zentren in den USA) bis 21,4% (die Woche vor der Messung in Pittsburgh) (Schulberg HC, 2004). Depressionen treten nur selten als einzige psychische Störung auf; meistens ist der Patient noch von weiteren psychischen und körperlichen Krankheiten betroffen. Ein solches Zusammentreffen mehrerer psychischer Störungen beeinflusst den Heilungsverlauf einer Major Depression und verschlimmert die Symptomatik: Je mehr komorbide Störungen auftreten desto häufiger werden Suizide versucht, desto eher wird jemand hospitalisiert und erleidet ernsthafte Behinderungen und desto wahrscheinlicher wird ein chronischer Verlauf (Wittchen HU, 1999).

1.1.3.2. Auswirkungen im Bereich der Arbeit und Familie

Depressive Störungen werden zudem mit Minderleistungen in Beruf und Privatleben in Verbindung gebracht. Für die meisten Ausfälle ist dabei die Major Depression verantwortlich (Lépine, 1997). Dass dies nicht bei den schweren Depressionen der Fall ist, sondern auch in gravierendem Masse bei mildereren, jedoch chronischen Verläufen, zeigt eine Studie zu den Folgen von Dysthymia im Arbeitsleben (Adler DA, 2004). Die Autoren verglichen die Arbeitsleistung von depressiven Menschen mit derjenigen von Kontrollpersonen anhand des WLQ (Work Limitations Questionnaire) und konnten zeigen, dass Menschen mit Dysthymia signifikant weniger produktiv sind in mentalen und interpersonellen Aufgaben (So bezüglich Sorgfalt, Konzentration, und Sozialkontakten), im Umgang mit Zeit (z.B. Einhalten einer Zeitvorgabe, Pausenregelung) oder in Bezug auf ihre „Outputleistung“ (z.B. Umgang mit dem Workload oder Zeitdruck). So gaben dysthyme Menschen an, sich in einer Periode von zwei Wochen in einem Viertel der Zeit (24,9%) daran gehindert gefühlt zu haben, die genannten Arbeitskomponenten adäquat erledigt zu haben. Im Vergleich dazu fühlten sich nur 10% der Kontrollpersonen in ähnlicher Weise limitiert. Diese

Leistungsverminderung depressiv Kranker geht mit deutlichen Gehaltseinbußen einher, was die Autoren ebenfalls als signifikant unterschiedlich feststellen konnten. Der „Outputloss“ berechnet sich aus dem durch den WLQ bestimmten Gesamtproduktivitätsausfall mal Gehalt und kommt für depressive Arbeitnehmer mit durchschnittlich 2890 \$ (1292 \$ für Kontrollpersonen) pro Jahr mehr als doppelt so teuer. Ebenfalls interessant sind die unterschiedlichen Arbeitsgeschichten dysthymen Arbeitnehmer: So zeigen diese signifikant mehr Berufs- (38% vs. 8%) oder Arbeitgeberwechsel (39% vs. 14%), Übergänge von Voll- zu Teilzeit- (19% vs. 2%) oder von Teilzeit- zu temporärer Arbeit (10% vs. 2%), früherer Selbständigkeit (10% vs. 2%) oder zeitweilige Arbeitspausen (>30 Tage; 33% vs. 15%). Keine Unterschiede konnten die Autoren jedoch hinsichtlich der beruflichen Stellung (ähnlich viele Manager, Techniker,...), der Arbeitserfahrung, Unternehmensgröße, Arbeitsstunden pro Woche oder der aktuellen Selbständigkeit feststellen. Verminderte Arbeitsleistung wird in vielen Studien auch anhand von Fehltagen definiert („days of works lost“) (Lecrubier Y, 2001), wobei sich auch hier zeigt, dass depressive Menschen deutlich höhere Werte haben, noch gravierender bei schwereren Depressionsformen (Lépine, 1997). So bleiben Menschen mit einer Majoren Depression krankheitsbedingt durchschnittlich 13 Tage (rückblickend auf das letzte halbe Jahr) ihrer Arbeit fern, solche mit einer Minoren Depression 10-, mit depressiven Symptomen 4- und gesunde Kontrollpersonen 3 Tage. Ebenfalls beliebt zur Erfassung depressionsbedingter Behinderung sind Betttage („bed days“). Auch hier zeigt sich eine starke positive Assoziation zwischen im Bett verbrachten Tagen und depressiven Symptomen (Lecrubier Y, 2001). Es gibt vielerlei Hinweise darauf, dass die Auswirkungen noch verschärft werden, wenn die Störung komorbid auftritt: 64% der in ihrer Leistung behinderten Patienten klagten über komorbide Depressionen und „nur“ 48% über rein depressive Symptome (Wittchen HU, 1999).

1.1.3.3. Auswirkungen auf Gesellschaft und Wirtschaft

Depressive Patienten sind „High Utilizers“ im Gesundheitssystem, d.h. sie besuchen Gesundheitseinrichtungen wiederholt und häufig. Eine internationale Studie untersuchte eine Stichprobe bei diesen Menschen, die zeigte, dass 23,5% von ihnen an einer Majoren Depression litten (Im Vergleich dazu: Die Punktprävalenz von Majoren Depressionen in Hausarztpraxen ist in Deutschland 4,4%), und drei Viertel bereits ein- oder mehrfach in ihrem Leben an einer Depression erkrankt waren (Jacobi F, 2002). An einer Majoren Depression erkrankte Menschen besuchten während des letzten halben Jahres durchschnittlich (Werte aus sechs europäischen Ländern; Belgien, Frankreich, Deutschland, Holland, Spanien, England) viermal so häufig ihren Hausarzt wie nicht depressive Menschen (4,4 Besuche vs. 1,5

Besuche), an einer Minoren Depression oder an depressiven Symptomen Erkrankte (4,4 Besuche vs. 2,9 und 3,0 Besuche) (Lépine, 1997). Warum besuchen diese Patienten so häufig diese Gesundheitseinrichtungen? Ein Grund ist die Unterversorgung des eigentlichen psychischen Anliegens wegen der weit verbreiteten Stigmatisierung psychischer Krankheiten (Gaebel W, 2005). Zugunsten von physischen, gesellschaftlich besser akzeptierten Gründen werden die eigentlichen psychischen Beschwerden nicht vorgebracht. Die Patienten schämen sich und fürchten, stigmatisiert zu werden (Fartacek R, 2003; Lecrubier Y, 2001).

Eine weitere Folge unentdeckter und unbehandelter Depressionen sind Frühberentungen. Während in Deutschland noch um 1995 Krankheiten, die das Skelett, Muskeln und Bindegewebe betreffen, die wichtigste Ursache für Frühberentungen waren, haben diese Position heute die psychischen Krankheiten übernommen (Berger M, 2005a). 2002 waren diese in 50'000 Fällen der Grund für eine frühzeitige Berentung; muskuloskelettöse Krankheiten bestimmten nur noch 40000 Fälle. In Deutschland werden die jährlichen direkten Behandlungskosten für Depressionen auf 1,3 Mrd. € geschätzt, zuzüglich der Kosten für depressionsbedingte Frühberentungen (18'000 pro Jahr). Im gleichen Zeitraum verursachte diese Krankheit den Ausfall von etwa 11 Millionen Arbeitstagen. Die Kosten der medizinischen Gesamtbehandlung einer Depression (einschließlich stationärer, ambulanter und rehabilitativer Elemente) eines von Haus- oder Facharzt als depressiv diagnostizierten und behandelten Patienten kommen auf 3'849 € jährlich (Schneider F, 2005).

1.1.4. Zusammenfassung

Depressionen sind Krankheiten, an welchen ein Großteil der Bevölkerung im Laufe ihres Lebens mindestens einmal leidet. Von dieser Krankheit betroffene Menschen sind stark beeinträchtigt, da sie durch den Verlust an Interesse und Freude, durch ständiges Grübeln, Versagensgedanken und Hoffnungslosigkeit, Verminderung der Energie, durch Schlafstörungen,... in allen Bereichen ihrer Person erfasst werden. Zusätzlich sind Sozialbeziehungen, Partnerschaft oder Arbeit stark belastet und die Kosten für das Sozialsystem in Form von Frühberentung oder Arbeitsausfall hoch. Die mit Depression verbundene Beeinträchtigung der Lebensqualität übersteigt insgesamt diejenigen oft, die durch körperliche Krankheiten ausgelöst sind. Vor dem Hintergrund des geschilderten Leidensdrucks wird deutlich, wie wichtig eine angemessene Versorgung depressiver Kranker ist. Die nächsten Kapitel widmen sich der Frage danach, wie die Versorgungssituation in Deutschland ist.

1.2. Wer behandelt depressive Patienten in Deutschland?

Bevor im Detail dargelegt wird, wer in Deutschland für die ambulante Versorgung von Depressionen zuständig ist, sollen die Grundstrukturen des deutschen Gesundheitssystems thematisiert werden.

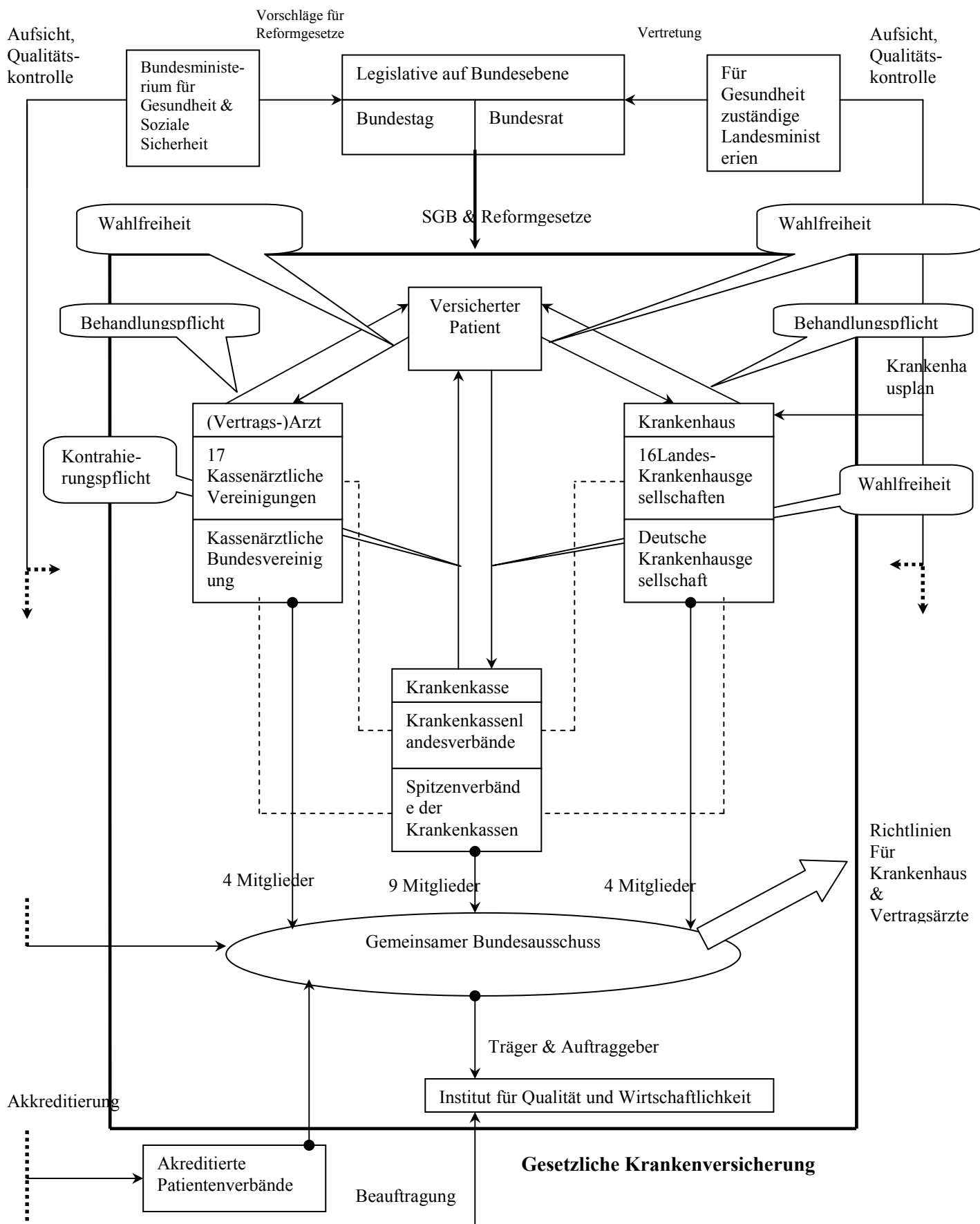
1.2.1. Grundstrukturen des Deutschen Gesundheitssystems

Die für das Gesundheitssystem wichtigste Säule ist die *Gesetzliche Krankenversicherung (GKV)*: Sie bildet ein stark vernetztes System zur Erbringung von Gesundheitsleistungen und wird von unterschiedlichen Akteuren getragen (siehe Abbildung 4). Eine wesentliche Eigenschaft des Deutschen Gesundheitssystems ist die Gewaltenteilung zwischen Bund, Ländern und legitimitierten Organisationen der Zivilgesellschaft. Die Regierung überträgt dabei Kompetenzen auf selbstregulierte Organisationen wie z.B. die *Kassenärztliche Vereinigung*. Der Bund übt über die gesundheitspolitisch relevanten Einrichtungen wie das *Bundesministerium für Gesundheit & Soziale Sicherheit*, dem *Bundestag* und *Bundesrat* legislativen Einfluss durch z.B. die Umsetzung von Reformen aus (Bundestag und –rat) oder erarbeitet Reformvorschläge und beaufsichtigt die beteiligten selbstorganisierten Zivilorganisationen (Bundesministerium für Gesundheit & Soziale Sicherheit). Zusammen mit diesen selbstverwalteten Organisationen bildet er den *Bundesausschuss*, der u.a. Arbeitsrichtlinien für die beteiligten Akteure festlegt. Letzterer fungiert zusätzlich als wichtiges Kontrollorgan, indem er Träger und Auftraggeber des *Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit* ist. Die bereits genannten selbstorganisierten Akteure des Gesundheitswesens sind die *Krankenkassen* und ihre Verbände sowie die *Kassenärztlichen Vereinigungen* der Vertragsärzte. Ihnen kommt die Aufgabe zu, Leistungen, Preise und Qualitätsstandards (Bundesebene) zu definieren und horizontale Verträge unter den verschiedenen Leistungserbringern zu schließen, ihre Mitglieder zu überprüfen und gegebenenfalls zu sanktionieren (Länderebene) (Busse R, 2005).

Im Deutschen Gesundheitssystem wird besonderer Wert auf die freie Arztwahl, auf unverzügliche Zugänglichkeit und auf ein hohes Niveau der Leistungserbringung und technischen Ausstattung gelegt. Gerade die freie Arztwahl stellt eine Besonderheit dar, gilt in vielen Ländern (z.B. Großbritannien oder Holland) doch das sogenannte *Gate-Keeper-System*, wonach die Patienten als Erstes einen Hausarzt aufsuchen müssen, bevor sie dann über den Prozess der Überweisung weiter spezialisiert behandelt werden (Rosenbrock R, 2004). Seit 1999 beinhaltet die freie Arztwahl auch die freie Wahl von Psychotherapeuten (s.u.). In Deutschland setzen sich die genannten Prioritäten als Zielsetzung durch und sind auch von

einer breiten Öffentlichkeit trotz hoher Kosten gestützt. Insgesamt arbeitet das Gesundheitssystem gut; formale Wartelisten und explizite Rationalisierung sind weitgehend unbekannt (Busse R, 2005).

Abbildung 4 Die organisatorischen Beziehungen der Hauptakteure im deutschen Gesundheitswesen nach Busse

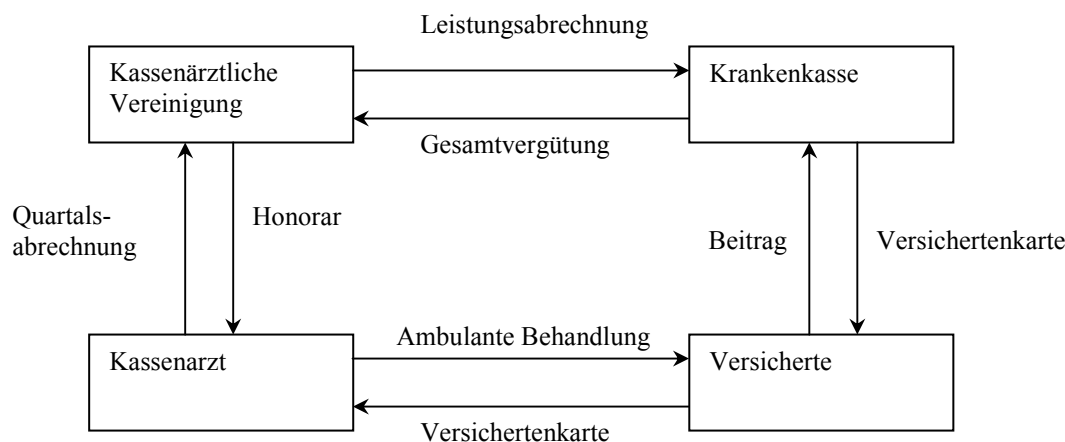


(Busse R, 2005)

1.2.1.1. Der Stellenwert der ambulanten Versorgung

Die ambulante Versorgung hat in Deutschland einen hohen Stellenwert, da die meisten professionell behandelten Krankheitsfälle leichter Art sind und ambulant versorgt werden können. „Ambulant“ bedeutet, dass der Patient zu Hause bleiben kann und nicht ins Krankenhaus gehen muss. Im April 1999 waren in Deutschland 5,58 Millionen Menschen in ambulanter Behandlung (drei Millionen Frauen und 2,58 Millionen Männer), welche in Deutschland fast ausschließlich (zu 98%) von Vertragsärzten, d.h. von freiberuflich tätigen Ärzten getragen wird. Sie sind verpflichtet, Mitglieder in den vom Staat zur Sicherstellung dieser Versorgungsform begründeten *Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen)* (Abbildung 4) zu sein. Letztere hat den Auftrag, Kollektivverträge zwischen Ärzten und Krankenkassen abzuschließen. Eine ambulante Behandlung für GKV-Versicherte von anderen Akteuren als von Vertragsärzten ist nur in Ausnahmefällen zulässig. Das Deutsche Gesundheitssystem weist den niedergelassenen Ärzten eine *Schlüsselstellung* im Versorgungssystem zu, indem sie ihnen in medizinischer und volkswirtschaftlicher Hinsicht eine zentrale Anlauf- und Verteilerfunktion im Versorgungssystem übertragen. Dies deshalb, weil im Krankheitsfall der niedergelassene Arzt derjenige Akteur im Gesundheitswesen ist, den der Patient als Erstes aufsucht, der eine Krankheit identifiziert und gegebenenfalls auch selbst behandelt, das heißt medizinische Erstversorgung leistet. Außerdem auch deshalb, weil er andere Leistungserbringer im Gesundheitssystem dazu veranlasst, tätig zu werden (z.B. niedergelassene Kollegen, Krankenhausärzte, Apotheker, Pflegekräfte, Heilmittelhersteller, Masseur, Logopäden, Ergotherapeuten,...). Diese Verteilerfunktion wird darin deutlich, dass die Vertragsärzte 2001 70% aller GKV-finanzierten Leistungsausgaben veranlassten, wovon das von ihnen selbst erbrachte Leistungsvolumen nur einen Viertel davon ausmachte. (Rosenbrock R, 2004).

Abbildung 5 Leistungs- und Vertragsbeziehungen in der ambulanten Versorgung nach Rosenbrock



(Rosenbrock R, 2004)

1.2.1.2. Rolle der beteiligten Haus- und Fachärzte

Seit 1993 ist die ambulante Versorgung in einen hausärztlichen und einen fachärztlichen Bereich geteilt. Die *Hausarztfunktion* können Allgemeinmediziner und praktische Ärzte, aber auch Internisten ohne Teilgebietsbezeichnung oder Kinderärzte übernehmen. Hausärzte haben eine grundsätzlich wichtige Stellung im Gesundheitssystem, ist ihnen doch eigentlich im Leitbild ihres Berufs eine umfassende und kontinuierliche Betreuungs- und Versorgungsfunktion zugeordnet. 2002 betrug die Gesamtzahl der Hausärzte in Deutschland 60'000 (Rosenbrock R, 2004).

Tätigkeitsbereich und Leitbild des Hausarztes (§ 73, Abs. 1 SGB) nach Rosenbrock

1. Die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung des Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfelds
2. Die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen
3. Die Dokumentation, insbesondere die Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung.
4. Die Einleitung und Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nichtärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen.

(Rosenbrock R, 2004)

Typischerweise soll die hausärztliche Versorgung also eine „ganzheitliche“ Perspektive auf die Krankheit haben und nicht durch den vorschnellen Einsatz von medizinisch-technischen oder pharmakologischen Behandlungsinstrumenten gekennzeichnet sein. Der Hausarzt soll diejenige Instanz sein, die den Patienten durch das Versorgungssystem geleitet und seine Behandlung koordiniert.

Tatsächlich kann der Hausarzt diesem Leitbild oft jedoch nur ungenügend nachgehen. Dies hat zum einen mit der bereits beschriebenen Besonderheit des Deutschen Gesundheitswesens zu tun, dass fachärztliche Versorgungskapazitäten nicht nur im Krankenhaus, sondern auch im ambulanten Bereich frei zugänglich sind. Beim Erstkontakt können Patienten sowohl einen Hausarzt oder einen Facharzt aufsuchen. Dies führt dazu, dass der Patientenstrom oft am Hausarzt vorbei geht, was die im Leitbild eigentlich vorgesehene Funktion des Hausarztes als zentrale Koordinationsstelle der Behandlung des Patienten natürlich ungleich erschwert. Die umfassende Betreuung und Behandlung des Patienten durch den Hausarzt ist also eher die Ausnahme als die Regel. Zum anderen ist ein weiterer Grund für die direkte Inanspruchnahme der Spezialisten deren im Unterschied zu Hausärzten verstärkte Verwendung von Apparatedizin. Das vermehrte Aufsuchen von technologisch arbeitenden Ärzten spiegelt dabei die gesellschaftliche Hochbewertung dieser Form von Medizin wider. Ein nächster Grund für die nur unzureichend wahrgenommene Versorgungsfunktion des Hausarztes liegt in der zunehmend sinkenden Verfügbarkeit von Hausärzten. Immer weniger Mediziner wählen die für den Hausarzt typischen Spezialisierungen wie Allgemeinmediziner oder praktischer Arzt (1970 gab es unter allen Vertragsärzten noch 55% Allgemeinärzte oder praktische Ärzte, 2001 nur noch 34%). Dies hat nicht zuletzt mit dem geringen Überschuss zu tun, den Hausärzte im Vergleich zu anderen Spezialisierungsrichtungen erwirtschaften können: Während Allgemeinärzte im Jahre 1996/1998 in der BRD 85'188 Euro Überschuss verzeichneten, konnten Gebietsärzte durchschnittlich 108'367 Euro und die Spitzenverdiener Orthopäden 120'950 Euro und HNO-Ärzte 119'543 Euro verbuchen. Seit den späten achtziger Jahren gibt es seitens der Politik direkte Maßnahmen zur Stärkung des Hausarztberufes. Diese begründen sich darin, dass die Aufwertung des Hausarztberufs einer Überbetonung eines somatisch- und technischen Krankheitsverständnisses entgegenwirken und durch Koordinationstätigkeiten Kosten dämpfen könnte. Die durchgeführten Maßnahmen zielen darauf ab, Anreize zur Erbringung zuwendungsintensiver Leistungen zu schaffen, die hausärztliche Tätigkeit finanziell grundsätzlich attraktiver zu machen, einen verstärkten Anreiz für Patienten zu bieten, sich zuerst beim Hausarzt zu zeigen sowie die hausärztlichen Qualifikationen anzuheben (Rosenbrock R, 2004).

Welches ist die *Rolle der Fachärzte* in der ambulanten Versorgung? Im Folgenden soll die ambulante Versorgungssituation aus Sicht der für die vorliegende Arbeit interessierenden Richtungen (Facharzt für Psychiatrie & Psychotherapie, medizinische Psychotherapeuten und Nervenärzte) beleuchtet werden. In Deutschland gab es im Jahre 2001 4'951 Nervenärzte, Neurologen oder Psychiater und 3'278 medizinische Psychotherapeuten. Diese standen 1996/1997 mit einem Überschuss von 94'052 € eher am unteren Ende des ärztlichen Verdienstspektrums (siehe Tabelle 5). Sie sehen sich für alle Schweregrade psychischer Erkrankungen zuständig, besonders jedoch für psychisch schwerst Kranke wie Schizophrene, schwer Depressive, Alkoholranke, Drogenabhängige, oder an Demenz Erkrankte. In Abgrenzung von anderen Fachgebieten sehen sie ihr besonderes Potential dabei in der Möglichkeit, eine komplexe Behandlung, d.h. eine Kombination aus Pharmako-, Sozio- und Psychotherapie durchführen zu können (Berger M, 2005b). Der Aufgabenbereich von Psychiatern und Nervenärzten hat sich in den letzten 20 Jahren stark verändert. Lag um 1980 die Versorgung psychischer Krankheiten noch hauptsächlich in den Händen der Psychiater und Nervenärzten, kümmerten sich infolge politischer Entscheidungen zunehmend auch psychologische- und ärztliche Psychotherapeuten sowie psychosomatisch ausgebildete Ärzte um psychisch Kranke (Barth-Stopik A, 2002). Konkret heißt dies: Bis 1980 hatten Nervenärzte, Neurologen und Psychiater das Monopol in der Behandlung psychisch Kranker und heute (2001) stehen 4'500 Psychiatern 14'900 ärztliche und psychologische Psychotherapeuten gegenüber (Berger M, 2005a). Welche politischen Entscheidungen haben dazu geführt? Einen ersten Zuwachs an Therapeuten verursachten 1987 die politischen Entscheidungen zur *Aufwertung von psychosomatischer Versorgung* (bessere Honorierung) und zur *Zulassung von Verhaltenstherapie als Richtlinienverfahren*. Mehrere hundert Psychologen boten nun zusätzlich zu den genannten Ärztgruppen Psychotherapie an. Als Ursache einer nächsten Welle der Veränderung gilt die *Novellierung der Weiterbildungsordnung* im Deutschen Ärztetag von 1992. Die darin festgesetzte Öffnung der psychotherapeutischen Weiterbildung auch für nichtpsychiatrische Berufsgruppen hatte zur Folge, dass die Anzahl von medizinischen- und psychologischen Psychotherapeuten weiter anwuchs. Noch konnten Patienten jedoch nicht direkt einen psychologischen Psychotherapeuten aufsuchen, sondern mussten per Delegationsverfahren von einem Psychiater überwiesen werden. Die Aufteilung in psychiatrische Grundversorgung und rein medizinische Psychotherapie erfolgte dann aufgrund der *Schaffung des Facharztes für Psychiatrie und Psychotherapie* infolge von Kapazitätsengpässen: Wegen der sogenannten 90% Regelung (wonach eine gewisse Form der Punktabrechnung nur erlangt werden kann,

wenn der Arzt zu 90% Richtlinienpsychotherapie durchführt) waren die Psychiater gezwungen, sich zwischen reiner Psychotherapie und dem Durchführen psychiatrischer Grundversorgung (mit Psychotherapie unter dem 90%-Level) zu entscheiden. Der Versorgungsalltag in einer psychiatrischen Praxis lässt aber keine zu 90% Richtlinienpsychotherapie zu, wenn ihre sonstigen Leistungen gewährleistet werden sollen. Es wird also immer weniger Psychotherapie bei immer mehr psychiatrischer Grundversorgung geleistet, was sich auch aus finanziellen Gründen in Form von Massenabfertigung äußert. Jüngste Ursache für Veränderungen war das *Psychotherapeutengesetz von 1999*, wonach auch psychologische Psychotherapeuten direkt und ohne Delegationsverfahren therapieren durften (Barth-Stopik A, 2002). Die für Psychiater und Nervenärzte aufgrund vieler neuer „Konkurrenz“ brisante Lage hat sich deshalb noch verschärft, weil seit 2000 infolge der Favorisierung des Hausarztberufes die Richtlinienpsychotherapie finanziell nun bei ihnen „untergebracht“ ist, was sich in weiteren Einschränkungen bemerkbar macht (Roth-Sackenheim C, 2005). Die finanziellen Einbussen und ein Rückgang an Fachärzten und Weiterbildungsassistenten führen aus finanziell notwendigen Gründen zur Annahme von zusätzlichen Patienten, was die Massenabfertigung noch verstärkt. Eine Übersicht aus Bayern (siehe Tabelle 4) macht dies deutlich: Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie behandeln pro Quartal zehnmal mehr Patienten, als dies medizinische und psychologische Psychotherapeuten tun. Dies hängt natürlich auch mit der angewandten Methodik zusammen. Aus der Sicht der genannten Berufsgruppe ist die Qualität der ambulanten Versorgung, insbesondere für schwerer psychisch Erkrankte, ernsthaft gefährdet.

Tabelle 4 Die ambulante Versorgung psychischer Störungen in Bayern 4. Quartal, 2002 nach Berger

	Anzahl Ärzte	Fallzahl/ Quartal	Fallzahl/ Quartal/ Arzt	Punkte/ Fall/ Quartal
Fachärzte für Psychiatrie & Psychotherapie, Nervenärzte	700	276'000 insgesamt 27'600 depressive Patienten ⁵	399 insgesamt 39 depressive Patienten	1'855
Medizinische Psychotherapeuten (Ärzte für psychotherapeutische Medizin, Ärzte mit Zusatztitel Psychotherapie)	865	35'000 insgesamt 3'500 depressive Patienten ⁶	40 insgesamt 4 depressive Patienten	7'543
Psychologische Psychotherapeuten	2'101	72'000 insgesamt 7'200 depressive Patienten ⁷	34 insgesamt 3 depressive Patienten	8'694

(Berger M, 2005a)

Tabelle 5 Zahl und Verdienst ausgewählter Vertragsärzte in Deutschland

Arztgruppe		Anzahl Ärzte ⁸	Überschuss ⁹
Potentielle Hausärzte	Ärzte für Allgemeinmedizin	31'307	85'188 Euro
	Praktische Ärzte	11'837	--
	Internisten	16'809	(115'151 Euro) ¹¹
	Kinderärzte	5'739	102'804 Euro
	Total	65'692 ¹⁰	93'996Euro ¹²
Fachärzte	Nervenärzte, Neurologen, Psychiater	4'951	94'052 Euro
	Ärztliche Psychotherapeuten	3'278	--
	Orthopäden	4'952	120'950 Euro
	HNO-Ärzte	3'887	119'543 Euro

(Rosenbrock R, 2004)

⁵ Bei einer Depressionsrate von 10% bei psychischen Störungen (Berger M, 2005a)

⁶ Bei einer Depressionsrate von 10% bei psychischen Störungen (Berger M, 2005a)

⁷ Bei einer Depressionsrate von 10% bei psychischen Störungen (Berger M, 2005a)

⁸ 2001

⁹ Angaben für die Ärzte der BRD, 1996/1997

¹⁰ Angabe spiegelt Anzahl potenzieller Hausärzte wieder. Tatsächliche Zahl ist nicht verfügbar.

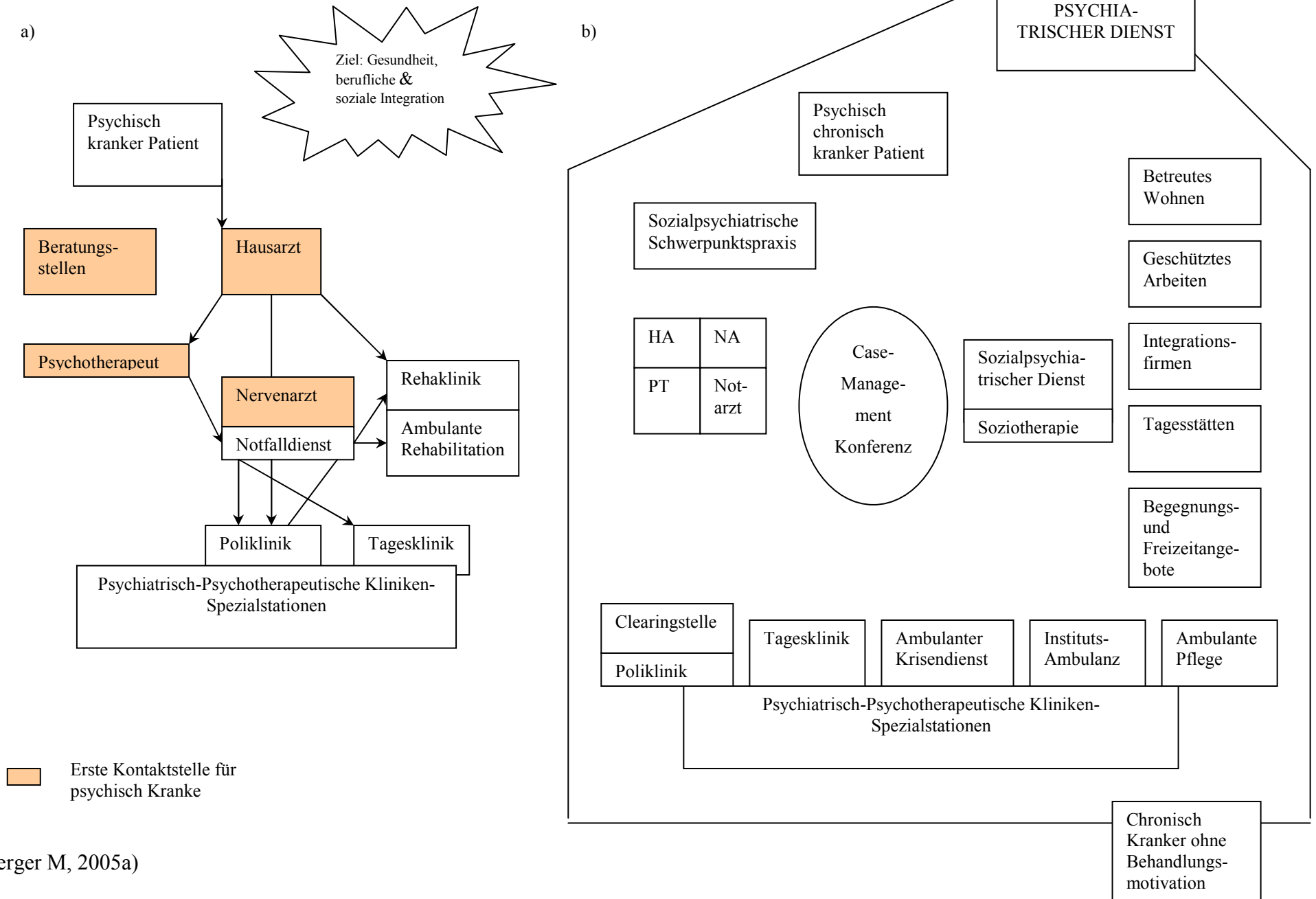
¹¹ Internisten wurden hier von den Berechnungen ausgenommen, weil unklar ist, ob der Verdienst bei hausärztlicher Tätigkeit tiefer ist.

¹² Durchschnittlicher Verdienst auf der Basis der Angaben für Allgemeinmediziner & Kinderärzte

1.2.2. Versorgung von psychischen Störungen in Deutschland

Die Versorgung psychisch Kranker wird in Deutschland von stationären und ambulanten Einrichtungen geleistet. Sie stützt sich dabei vermehrt auf gemeindenahere Strukturen, um eine unnötige Hospitalisierung zu vermeiden. Auf ambulanter Ebene sind bei der Betreuung psychisch Kranker neben Haus-, Fachärzten und Psychologen auch Wohngemeinschaften, Kriseninterventionszentren, Zentren der psychosozialen Beratung und der sozialen Unterstützung mitbeteiligt. Die genannten Organisationen werden häufig in freigemeinnützlicher Trägerschaft geführt. Quantität, Qualität und Leistungsspektrum gemeindenaherer Angebote variieren stark zwischen den verschiedenen Kommunen und Ländern. Trotz Fortschritten sind psychosoziale Einrichtungen oft weniger gut eingerichtet als somatische Institutionen (Busse R, 2005). Abbildung 6 zeigt ein Beispiel dafür, wie und von wem chronische und akute psychische Störungen auf Gemeindeebene versorgt werden. Die Patienten können in Deutschland aufgrund der freien Arztwahl selbst entscheiden, ob sie als Erstes einen Haus- oder Facharzt, einen Psychotherapeuten oder Beratungsstellen mit ihren Beschwerden aufsuchen.

Abbildung 6 Behandlung akut- a) & chronisch- b) psychisch kranker Menschen in Deutschland nach Berger

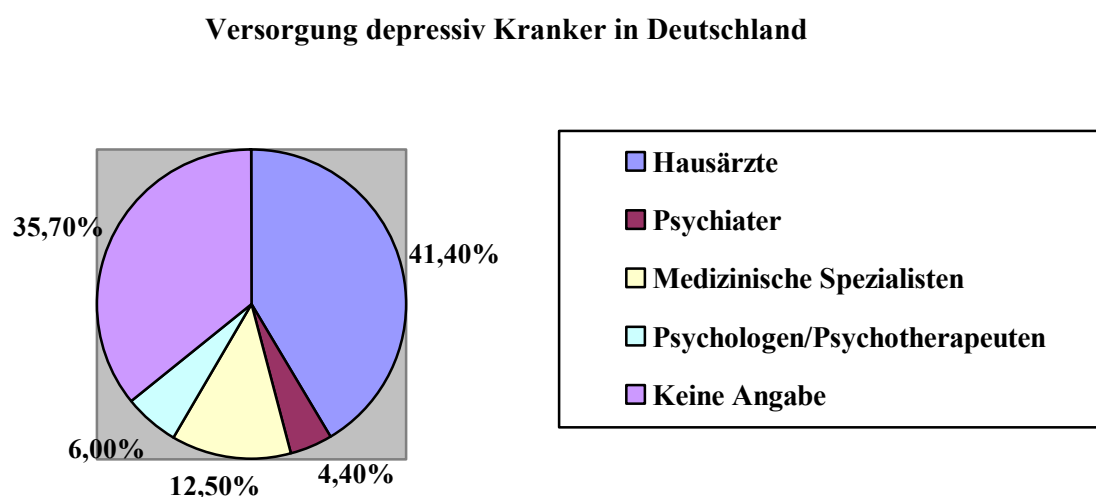


(Berger M, 2005a)

1.2.2.1. Ambulante Versorgung von depressiven Störungen

43% aller in einer europäischen Studie identifizierten depressiv Kranken werden gar nicht behandelt. Für Deutschland gilt, dass von denjenigen, welche Hilfe in Anspruch nehmen, (57%) die meisten, d.h. 40,4%, beim Hausarzt behandelt werden. Es gibt zahlreiche Hinweise dafür, dass Patienten für ihre psychischen Probleme die hausärztliche Versorgung der fachärztlichen vorziehen. Im Vergleich dazu fallen die Versorgungsanteile von Spezialisten deutlich geringer aus: Nur 4,4% sind beim Psychiater, 6% bei Psychologen oder medizinischen Spezialisten (12,5%) (siehe Abbildung 7). Dieser übergroße Anteil an depressiven Patienten beim Hausarzt macht deutlich, wie wichtig dessen Position für die Versorgung depressiver Kranker ist (Lépine, 1997). Eine amerikanische Studie konnte zeigen, dass 56% der Bevölkerung von Michigan ihre psychischen Anliegen am liebsten vom Hausarzt versorgt sehen. Dies gilt besonders für ältere Menschen, welche zu 65% die hausärztliche Behandlung wünschen. Im Vergleich dazu sind Psychiater oder Psychologen weitaus weniger beliebt (13% wünschen eine Behandlung von Psychiatern oder 10% von Psychologen, wobei ältere Menschen zu 14% von Psychiatern und nur zu 4% von Psychologen behandelt werden möchten) (Mickus M, 2000).

Abbildung 7 Anteil depressiver Patienten bei verschiedenen Ärzten und Versorgern in Deutschland nach Lépine



(Lépine, 1997)

1.2.3. Zusammenfassung

Depressive Menschen werden in Deutschland im ambulanten Bereich sowohl von Haus- oder Fachärzten als auch von Psychologen und gemeindenahen sonstigen Einrichtungen wie Beratungsstellen betreut. Der Hausarzt versorgt dabei die meisten depressiven Patienten. Aufgrund der in Deutschland einmaligen Regelung der freien Arztwahl kann der Patient selber entscheiden, welchen der Leistungserbringer er zuerst aufsucht und von wem er sich behandeln lässt. Seit dem Psychotherapeutengesetz von 1998 verliert das bis anhin gängige Delegationsverfahren (Haus- und Nervenärzte werden zuerst aufgesucht und überweisen an die Psychotherapeuten) an Bedeutung. Die an sich patientenfreundliche freie Arztwahl hat unter anderem zu einer Abwertung des Hausarztberufes geführt (die Patientenströme liefen aufgrund einer Vorliebe für spezialisierte Behandlungsformen am Hausarzt vorbei), und das seit 2000 anhand zu Sonderregelungen (z.B. monetäre Aufwertung), die politisch die Stellung des Hausarztes aufzuwerten suchten. Für die psychotherapeutische Behandlung depressiver Störungen im Sinne einer 90%-igen Richtlinienpsychotherapie kommen aus Gründen politischer Regelungen (90%-Regelung; siehe oben) und Kapazitätsengpässen vor allem Psychologen oder medizinische Psychotherapeuten, weniger aber Haus- oder Nervenärzte und Psychiater infrage. Dies bedeutet, dass zwar mehrere Leistungserbringer (Fachärzte für Psychiatrie, Nervenärzte, psychologische- und medizinische Psychotherapeuten) depressive Störungen diagnostizieren und theoretisch auch therapieren dürfen, dass jedoch aufgrund von politischen Bestimmungen (90%-Regelung) bei der Psychotherapie insofern eine deutliche Arbeitsteilung eingeleitet worden ist, als diese aus Kapazitätsgründen hauptsächlich von medizinischen und psychologischen Psychotherapeuten und weniger von Psychiatern und Nervenärzten durchgeführt werden kann. Insgesamt zeigt sich bei der Behandlungswahl eine für den Patienten recht unübersichtliche und verwirrende Lage, muss er sich doch als Laie angesichts der verschiedenen und wohl auch wenig bekannten Wahlmöglichkeiten der Leistungserbringer ziemlich überfordert fühlen.

1.3. Wie gut werden depressive Patienten versorgt?

Im Folgenden sollen zum einen anhand eines typischen Ablaufs der hausärztlichen Depressionsbehandlung allgemein vorkommende strukturelle Elemente gezeigt und zum anderen, darauf Bezug nehmend, Aufgaben und Themen vorgestellt werden, welche in der Literatur oft als Quellen größerer Herausforderungen in der Depressionsbehandlung dargestellt werden (Bellon JA, 1999). Diese sind sowohl auf ärztlicher Seite im Zusammenhang mit der Identifikation, Überweisung und Behandlung der Depression, der

persönlichen Einstellung und Verfassung, als auch auf der organisatorischen Ebene und patientenbezogenen Seite zu finden und werden hier als *neuralgische Punkte in der Depressionsversorgung* bezeichnet. Es geht nun einerseits darum, diese neuralgischen Punkte zu beschreiben, andererseits, mögliche Hintergründe und Zusammenhänge aufzudecken. Die Angaben beziehen sich hauptsächlich auf die hausärztliche Versorgung, was stark damit zusammenhängt, dass nur sehr wenige Studien die fachärztliche Seite thematisieren. Die dennoch gefundenen Unterschiede zwischen haus- und fachärztlicher Depressionsbehandlung werden unter 1.3.3. besprochen.

1.3.1. Strukturelle Elemente der hausärztlichen Depressionsbehandlung

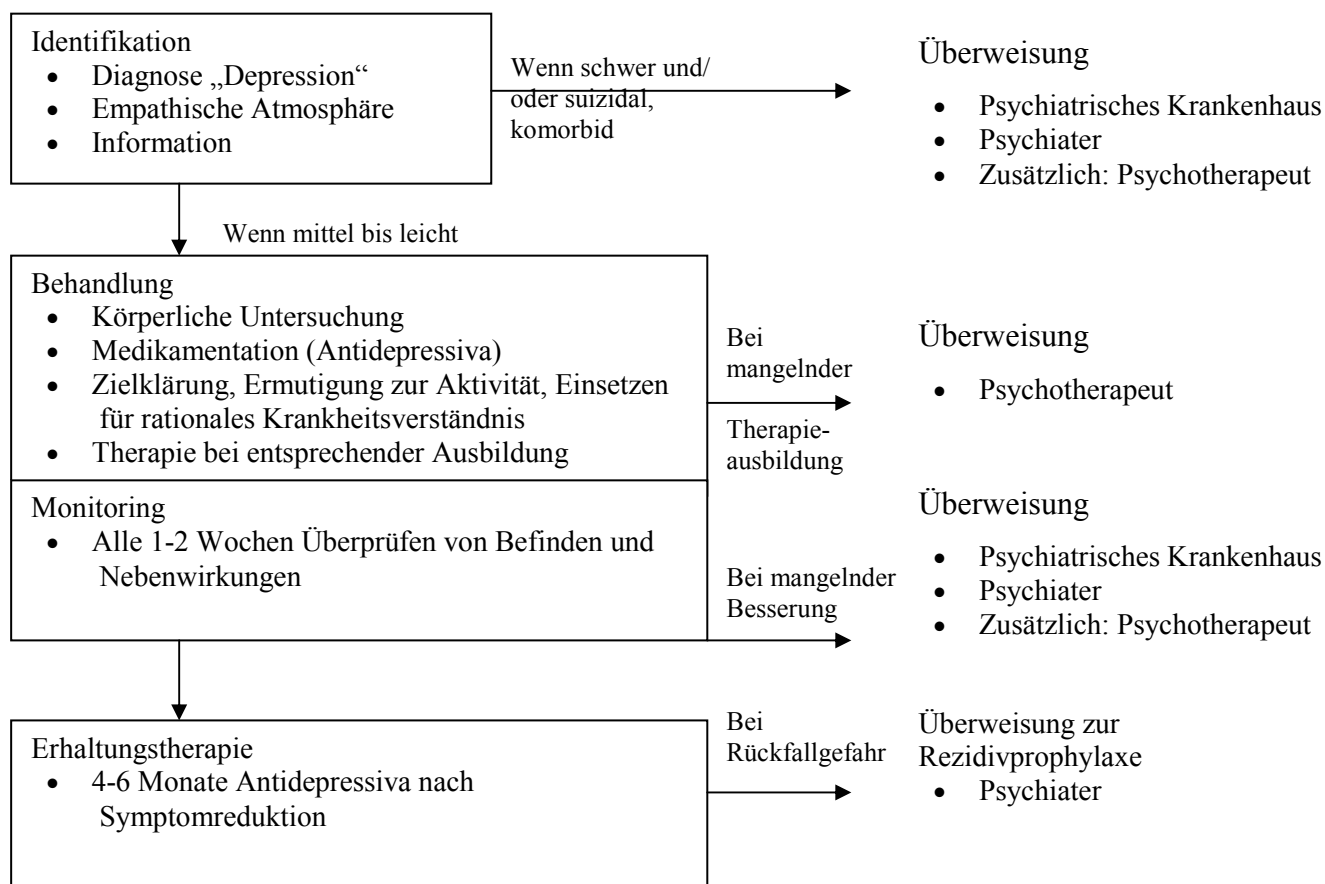
Die hausärztliche Depressionsbehandlung ist durch gleichbleibende strukturelle Elemente geprägt, die für einen Behandlungsablauf typisch sind. Diese sind *Identifikation, Überweisung, Behandlung, Monitoring, Erhaltungstherapie*. Die folgenden Angaben zum Ablauf der Depressionsbehandlung stellen einen vereinfachten Auszug aus den Leitlinienempfehlungen für Hausärzte dar und sind weitgehend ein Behandlungskonsens (Härter M, 2003d).

1.3.1.1. Der Ablauf der Behandlung

Als Erstes geht es darum, einen Patienten als depressiv zu erkennen (Identifikation). Zwischen Arzt und Patient ist dazu eine empathische Beziehung nötig, die durch eine vertrauensvolle Atmosphäre gekennzeichnet ist. Wichtig ist, dass der Arzt den Patienten über die Krankheit Depression aufklärt und anhand von Beteuerungen, dass sie häufig auftritt und der Patient keine Schuld daran trägt, dem Stigmatisierungsproblem entgegenwirkt (Härter M, 2003d). Als besonders hilfreich hat es sich herausgestellt, darüber zu informieren, dass die Krankheit geheilt werden kann. Der Hausarzt soll nur mittelschwere bis leichte Depressionen selbst behandeln und die schweren Formen bzw. Patienten mit Suizidgedanken oder solche, welche an mehreren psychischen Störungen leiden, an ein psychiatrisches Krankenhaus oder einen Facharzt überweisen. Zusätzlich kann Psychotherapie in Anspruch genommen werden. Die mittelschweren bis leichten Fälle soll der Hausarzt jedoch nach einer gründlichen körperlichen Untersuchung selber mit Hilfe von Antidepressiva (Nichtselektive Monoamin-Rückaufnahme-Inhibitoren (NSMRI), Selektive Serotonin Rückaufnahme Inhibitoren (SSRI), Monoaminoxidase-Hemmer (MAOI), Neuere Antidepressiva, Phytotherapeutika) und gutem Gesprächskontakt behandeln, wobei die Tatsache überhaupt gehört zu werden mit sorgfältigem und vorsichtigen Abtasten des Arztes Erfolg verspricht (Nolan P, 2004). Im Hinblick auf psychopharmakologische Interventionen gibt es den Einwand, dass kein einzig

Medikament Genesung verspreche, weshalb geraten wird, den Patienten stark in die Wahl der jeweiligen Antidepressiva mit einzubeziehen. Die Gespräche zwischen Arzt und Patient sind durch Ermutigungen von Seiten des Arztes geprägt, wobei der Arzt den Patienten dabei unterstützt, neue Zielsetzungen für sein Leben zu formulieren, körperlich aktiver zu werden und die Krankheit nüchtern zu sehen. Wieder ist großes Fingerspitzengefühl angezeigt: Besprechungen sollten sehr einfühlsam sein und nicht weniger als sieben Minuten dauern (Nolan P, 2004). Da der Hausarzt jedoch zeitlich nur bedingt größere Ressourcen bereithalten kann, ist meistens neben diesen Gesprächen eine Psychotherapie bzw. die Hilfe von Praxispersonal angezeigt. Diese wird sowohl von psychologischen als auch von medizinischen Psychotherapeuten angeboten und kann parallel zur hausärztlichen Behandlung in Anspruch genommen werden. Alle zwei Wochen sollte der Hausarzt das Befinden seines Patienten überprüfen, d.h. ein *Behandlungs-Monitoring* durchführen. Wichtig zur Aufrechterhaltung der medikamentösen Compliance ist es, dass sich der Hausarzt um ein vertrauensvolles Verhältnis bemüht und betont, dass es sich bei der Depression um eine multifaktoriell bedingte Krankheit handelt, welche biologisch sehr sinnvoll und erfolgreich behandelt werden kann. Bei fehlender Besserung während der hausärztlichen Behandlung ist dann eine Überweisung zum Psychiater bzw. ins Krankenhaus angezeigt. Es ist weitgehend Konsens, dass die Antidepressiva-Therapie auch nach vollständiger Symptomremission für vier bis sechs Monate in gleicher Dosierung weiter zu führen ist (Erhaltungstherapie). Nach sechs Monaten kann eine schleichende Dosisreduktion erfolgen, welche unter ständiger Kontrolle bis zu neun Monaten anhalten sollte. Die langanhaltende Antidepressivagabe verringert das Rückfallrisiko wesentlich, d.h. um bis zu 70%. Bei Patienten mit hohem Rückfallrisiko sind auch längere Antidepressivatherapien sinnvoll, welche jedoch in erster Linie von Fachärzten durchgeführt werden sollen (Härter M, 2003d).

Abbildung 8 Strukturelle Elemente der hausärztlichen Depressionsbehandlung, vereinfacht nach Härter



(Härter M, 2002)

1.3.2. Neuralgische Punkte in der Depressionsbehandlung

Wie gut gelingt es den Hausärzten, Depressionen zu behandeln? Es besteht ein Konsens in der Literatur, dass die hausärztliche Versorgung zum Teil erhebliche Mängel aufweist:

Depressionen werden zu oft nicht korrekt identifiziert, behandelt und überwiesen. Im Folgenden sollen speziell Deutschland betreffende, aber auch internationale Informationen zu diesem Tatbestand sowie deren mögliche Ursachen und Hintergründe auf Arzt-, Patienten- und Systemebene besprochen werden.

1.3.2.1. Identifikation

Das richtige Erkennen von depressiven Störungen durch den Hausarzt ist von herausragender Bedeutung für die ganze Behandlung des Patienten: Nur wer als krank erkannt wird, hat eine Chance behandelt und überwiesen zu werden (Linden M, 1996). Ohne korrekte Identifikation und Behandlung bleibt der depressive Patient aber solange in der Vorbehandlungsstufe des Gesundheitssystems „hängen“ und wird bei den verschiedensten Ärzten und Leistungserbringern so oft vorstellig, bis das eigentliche Anliegen entdeckt und behandelt

wird. Dass dies häufig versäumt wird, ist im Kapitel 1.3. nachzulesen). Internationalen Studien zufolge kommt diese Nachlässigkeit das Gesundheitswesen teuer zu stehen und übertrifft den finanziellen Aufwand einer durchgeführten Behandlung bei weitem. So fallen die Kosten, welche durch medizinische Serviceleistungen entstehen, während einer medikamentösen Behandlung von 13.28 \$ auf 6.75 \$ am Tag (ohne Medikamentenkosten) (Lecrubier Y, 2001). Das erfolgreiche Erkennen und Behandeln depressiver Störungen lohnt sich aber auch aus anderen Gründen: So konnte eine Reihe von Studien belegen, dass die richtige Behandlung von Depressionen durch Allgemeinmediziner einen suizidpräventiven Effekt nach sich zieht (Fartacek R, 2003).

Depressionen werden, wie oben gezeigt, von Hausärzten meistens nicht adäquat erkannt. Dies bestätigt eine bekannte WHO-Studie, wonach bei einer Prävalenzrate von 11,7% nur jede zweite Depression (6,4%) durch den Hausarzt diagnostiziert wird (Sartorius N, 1996) bzw. 51% (Crawford MJ, 1998). In 30%-50% der Fälle würden die Hausärzte in ihren Urteilen falsch liegen (Brody DS, 2002). Neuere Studien beziehen sich sogar auf noch tiefere Raten: Nur zwei von fünf Patienten würden adäquat erkannt und behandelt (Levine S, 2005). Das Vorhandensein tiefer Erkenntnisraten bestätigen eine Reihe weiterer klassischer Studien (Ormel J, 1990; Simon GE, 1995; VonKorff M, 1987). In diesem Zusammenhang gibt es eine zweite Fehlerquelle: den Fall nämlich, dass Hausärzte Depressionen überdiagnostizieren. Dies bedeutet, dass sie auch dann eine Depression diagnostizieren, wenn gar keine vorliegt. In einer deutschen Studie konnte für die Patienten aus 633 Hausarztpraxen eine Falsch-Positiv-Urteils-Rate von 11,7% identifiziert werden (Im Vergleich dazu waren insgesamt 11,3% der Patienten depressiv, wovon 58,9% als Schwellenwerts- und 26,2% als unterschwellig Depressive erkannt worden sind) (Höfler M, 2000). Das Phänomen der hausärztlichen Nichterkennens psychischer Störungen wird auch „hidden psychiatric morbidity“ bezeichnet (Linden M, 1996). Neben diesen alarmierenden Fehlurteilen gibt es aber auch positivere Befundlagen. So konnten in einer bundesweiten Hausarztstudie in Deutschland an einem Stichtag deutlich höhere Erkenntniswerte nachgewiesen werden: Die Hausärzte erkannten 85% ihrer depressiven Patienten (schwere und leichte DSM-IV oder ICD-10 Fälle). Interessant ist, dass unterschiedliche Erkenntnisraten zu verzeichnen waren, je nachdem, ob ein Patient aufgrund von DSM-IV- oder ICD-10 Kriterien als depressiv angenommen wurde: Bei anhand von DSM-IV-Kriterien identifizierten Patienten war die Erkenntnisrate mit 74,8% weitaus höher als bei solchen, welche aufgrund von ICD-10-Kriterien als depressiv bezeichnet worden sind (49,7%) (Wittchen, 2001). Eine weitere deutsche Studie kommt auf richtig diagnostizierte 17,2% unterschwellige- und 74,8% voll ausgeprägte Depression (DSM-

IV) bzw. 31,5% unterschwellige- und 49,7% voll ausgeprägte Depression (ICD-10) (Jacobi F, 2002).

1.3.2.1.1. Einflüsse auf das Erkennen

Warum erkennen Hausärzte Depressionen schlecht, bzw. warum kommt es zu erhöhten Falsch-Positiv-Urteilen? Die Hintergründe für mangelhaftes bzw. erfolgreiches Erkennen sind komplex und betreffen mehrere Ebenen. Wittchen unterscheidet zwischen Einflussgrößen auf Seiten des Patienten, des Arztes, des sozialen Umfeldes und des Systems (Wittchen HU, 2000).

1.3.2.1.1.1. Auf Seiten des Patienten

Zu einer richtigen Diagnose „helfen“ auf Seiten des Patienten das spontane Nennen von psychologischen Beschwerden (Jacobi F, 2002), eine bestehende Depressionsgeschichte, erhöhter Schweregrad und verstärkte Depressionssymptomatik (z.B. Interesseverlust an den meisten Tagen), suizidale Ideen, höheres Alter, weibliches Geschlecht, die „Zustände“ Arbeitslosigkeit und Rentenstand (Wittchen, 2001). Ebenfalls hilfreich sind eine erhöhte Vertrautheit zwischen Arzt und Patient sowie vegetative Symptome (Klinkman MS, 1998). Viele dieser Einflüsse werden auch im Zusammenhang mit Falsch-Positiv-Urteilen genannt, welche dann scheinbar noch verstärkt auftreten, wenn der Patient zwar depressiv wirkt (Symptome vorhanden, jedoch nicht stark genug für eine Depressionsdiagnose), es jedoch nicht ist, wenn er außerdem älter und bereits früher behandelt worden ist. Zusätzlich scheint das Vorhandensein von Depressions-Screening- Instrumenten die Hausärzte zur Überdiagnostizieren zu verführen (Höfler M, 2000). In weiterem Zusammenhang mit dem Erkennen von Depressionen steht das gleichzeitige Auftreten von psychiatrischer Komorbidität. Während gemäß einer neueren Studie die Erkenntnisrate insgesamt bei 28,8% (MD oder Dysthymia) lag, zeigt die genauere Analyse von Subgruppen, dass die Depression bei Patienten mit psychiatrischer Komorbidität deutlich besser (35,3%) erkannt wurde (Nuyen J, 2005). Umgekehrt sind in der Gruppe der unterdiagnostizierten Patienten verstärkt Männer, verheiratete Patienten, schlechter Gebildete, Behinderte sowie diejenigen zu finden, die an mildereren Formen von Depressionen erkrankt sind (Crawford MJ, 1998; Simon GE, 1995). Einer der Hauptgründe dafür, dass depressive Menschen vom Hausarzt nicht erkannt werden, ist die mit psychischen Krankheiten verbundene *Stigmatisierung*, d.h. der negative „Ruf“ der Krankheit in der Bevölkerung und die damit verbundenen Vermeidungsverhalten. Die Stigmatisierung äußert sich im Erkennensprozess darin, dass die betroffenen Patienten selbst aus Scham ihre depressiven Symptome verbergen und stattdessen lieber physische

Beschwerden vorbringen (Brody DS, 2002). Insgesamt betrachtet, bedeutet erfolgreiches Erkennen von Depressionen noch keine Genesung des Patienten (Simon GE, 1995; Tiemens BG, 1996).

1.3.2.1.1.2. Auf Seiten des Arztes und der Arzt-Patienten-Interaktion

Auf Seiten des Arztes wirkt sich eine *lange Praxiserfahrung* positiv auf das Erkennen aus, nicht jedoch die Anzahl depressionsspezifischer Weiterbildungen (Wittchen, 2001). Als Grund verminderten Erkennens werden die straffe Zeitplanung des Hausarztes verstanden (Saarela T, 2003), eine Abneigung für Unterbrechungen des Praxisablaufs, geringe zeitliche Flexibilität sowie das oftmals vorhandene mangelnde Interesse an psychischen Themen, an Weiterbildungen in diesem Bereich sowie auch schlicht mangelnde Fertigkeit (Brody DS, 2002).

Eine englische Studie verweist in einer Literaturdurchsicht auf zusätzliche Aspekte in den *Verhaltensweisen* der Ärzte, die das Erkennen beeinflussen. So würden Ärzte mit einem hohen Maß an Ernsthaftigkeit, erkennbar an empathischem Auftreten, Interesse an Psychiatrie sowie an Fragen nach persönlichem Befinden und nach der Familie Depressionen besser erkennen als sogenannte konservative Ärzte. Letztere zeichnen sich dadurch aus, dass sie sich nicht ändern wollen, extrovertiert sind und dazu neigen, während der Untersuchung ständig zu reden. Die besseren Ärzte hatten zudem häufig Augenkontakt mit dem Patienten, neigten weniger dazu, ihn zu unterbrechen, schienen weniger gehetzt und hörten gut zu. Zudem stellten sie direkte offene Fragen nach psychologischen Themen und lieferten dem Patienten zahlreiche Möglichkeiten, mit sogenannten Hinweisen (Cues) direkt auf ihre Krankheit aufmerksam zu machen. Schlechter identifizierende Ärzte hingegen stellen geschlossene Fragen, die nicht zum langen Antworten einladen, sondern nur mit Ja oder Nein beantwortet werden können, und verunmöglichen es dem Patienten, Hinweise auf die Krankheit zu liefern (Tylee A, 1999).

In Bezug auf die Arzt und Patienteninteraktion ist die mangelnde Übereinstimmung zwischen Arzt und Patient bei der Suche nach der eigentlichen Ursache der Krankheit zu betonen (Gabbay M, 2003). Gemäß einer neueren Studie wird der *erste Kontakt* zwischen Arzt und Patient als besonders wichtig für die gesamte Identifikations- und Behandlungsgeschichte des Patienten erachtet. Während des ersten Kontaktes zwischen Arzt und Patient schätzt letzterer nämlich ein, inwiefern der Arzt ihm helfen kann und wie vertrauenswürdig dieser ist (Nolan P, 2004). Eine britische Studie konnte aber zeigen, dass Ärzte und Patienten während dieses ersten Kontaktes oft nicht darin übereinstimmen, welches Problem sie denn nun haben. Patienten halten nämlich oft auch dann an einer physischen Diagnose fest, wenn der Arzt fest

von der psychologischen Natur des Problems überzeugt ist. Die Autoren identifizieren neben diesem Problem der Somatisierung auf Patientenseite das Problem der mangelnden Zeit und des schlechten Umgangs mit dem richtigen Moment („schlechtes Timing“) auf der Seite des Arztes als Gründe für die ungenügende Übereinstimmung hinsichtlich der Hauptdiagnose. Patienten würden nämlich erst spät in der Unterhaltung auf ihr eigentliches psychologisches Problem zu sprechen kommen und erst einmal physische Beschwerden nennen. Nun hätten aber Ärzte wegen zeitlichen Engpässen oft nicht die Geduld, ein Gespräch sich entwickeln zu lassen, und würden die Patienten oft unterbrechen. Wie wichtig ist es für die Behandlung, dass Arzt und Patienten bezüglich ihrer Sicht auf die Hauptdiagnose übereinstimmen? Die Autoren konnten weder zwischen der Diagnoseübereinstimmung und der medikamentösen Compliance noch zwischen der Diagnoseübereinstimmung und der Genesungsrate einen Zusammenhang finden, allerdings mit einer Ausnahme: Eine hundertprozentige Anfangsübereinstimmung korrelierte signifikant mit tieferer Depressionssymptomatik nach 12 Monaten (Gabbay M, 2003). In einer europaweiten Studie wurde danach gefragt, welche Einflüsse dazu beitragen, dass sich Hausärzte als erste Anlaufstelle für Depressionen betrachten. Es stellte sich heraus, dass jüngeres Alter und weibliches Geschlecht einen negativen-, die Existenz eines Überweisungssystems sowie eines Systems für Terminvereinbarungen, Routineerfassungen von Patientendaten, starke Praxisauslastung, freiwillige Weiterbildung, Treffen mit Sozialarbeitern, ländlicher Praxisstandort und Positionierung im Westen Europas einen positiven Einfluss darauf hatten, ob die Ärzte sich mit der Funktion als erste Anlaufstelle identifizieren konnten (Boerma WG, 1999).

1.3.2.1.1.3. Auf Systemebene

Auf Systemebene wird eine individualisierte Versorgung mit erhöhter Erkenntnisrate in Verbindung gesetzt. In Systemen individualisierter Versorgung, d.h. in solchen, wo Patienten normalerweise beim Hausarzt betreut werden und demzufolge eine persönliche dauerhafte Beziehung zu ihrem Arzt aufbauen können und wo die Hausärzte ein klares Aufgabenprofil haben und gut mit ihrem Versorgungssystem vernetzt sind, identifizieren Hausärzte deutlich häufiger und besser Depressionen als in Systemen kollektiver Versorgung. In letzteren wurde hingegen eine unpersönliche krankenhausbetonte Versorgung dominieren (Boerma WG, 1999). Zusätzlich werden Versorgungssysteme, welche die Zusammenarbeit von Hausärzten mit Spezialisten für psychische Krankheiten ins Zentrum stellen (Integrated Care, Liaison Psychiatry) mit erhöhten Erkenntnisraten in Verbindung gebracht (Brody DS, 2002). Im Diskussionsteil der vorliegenden Arbeit wird vertieft auf diese Form der Versorgung eingegangen.

1.3.2.2. Behandlung

Wie steht es um die Behandlung von Depressionen beim Hausarzt? Eine europaweite Untersuchung zeigt, dass Depressionen nicht nur zu wenig gut erkannt (siehe oben), sondern auch zu wenig häufig adäquat behandelt werden. 57% der depressiven Kranken suchten Unterstützung, die meisten davon bei ihrem Hausarzt. Von diesen Patienten bekamen eine erschreckend große Anzahl, nämlich 69%, überhaupt keine Behandlung! Und im Falle einer medikamentösen Behandlung (in nur 31%) erhielten nur 25% eine Antidepressivatherapie. Die Anzahl der hausärztlichen Besuche steigt stark an mit erhöhtem Depressionsschweregrad. Major depressive Kranke verzeichneten drei Mal so viele Hausarztbesuche wie Nichtdepressive (4,4 vs. 1,5 Besuche in 6 Monaten). Im Hinblick auf die Art der Therapie zeigte eine deutsche Untersuchung, dass die ambulante Behandlung psychischer Störungen in Deutschland durch Medikation und ärztliche Gespräche geprägt ist. Auf Grund von ärztlichen Angaben ergab sich für psychisch Kranke folgendes Behandlungsprofil: 23,8% erhielten Gesprächstherapie (der Wert ist signifikant höher als der europäische Durchschnittswert von 14,1%), 4,3% psychotherapeutische Beratung (in Gesamteuropa mehr: 7,4%), 26,1% bekamen irgendeine psychosoziale- und 16,1% irgendeine medikamentöse Therapie (in Gesamteuropa 13,5% resp. 7,4%) oder wurden zu 7,4% „nur“ körperlich untersucht (in Gesamteuropa weniger mit 4,4%) (Linden M, 1996). Verstärkt medikamentös behandelt wurde in Abhängigkeit vom Schweregrad der Krankheit: Major Depressive erhielten in Deutschland mehr als doppelt so häufig Medikamente wie Patienten mit einigen wenigen depressiven Symptomen (34,6% vs. 13,3%). Hier ist der internationale Vergleich interessant: Die deutschen Hausärzte verschrieben europaweit am wenigsten Medikamente: Insgesamt therapierten sie in 22,9% der Fälle Depressionen mit Medikamenten. Im Vergleich dazu erzielten Belgien (38,8%), Frankreich (38,7%) oder die Niederlande (37,9%) deutlich höhere Quoten. Europaweit ebenfalls einzigartig war die Wahl der Medikamente: Während Hausärzte in den meisten Ländern Depressionen häufiger mit Tranquilizern als mit Antidepressiva behandelten (Belgien, Frankreich, Niederlande, Spanien), überwogen in Deutschland Verschreibungen von Antidepressiva (wie auch in England) (Lépine, 1997). Eine weitere internationale Studie zeigte ein leicht anderes Muster: Die Antidepressivatherapie war mit 26,2% für „reine-“ und mit 25,5% für komorbide Depression die häufigst gewählte medikamentöse Therapieart (Sartorius N, 1996). Als ungenügend hat sich die Höhe der Dosierung von Antidepressiva in einer englischen Studie erwiesen: Die Mehrheit der Verschreibungen waren auf einem zu tiefen Niveau. Allerdings stellte sich heraus, dass von diesem Fehler vor allem die alten TCA Antidepressiva wie Amitriptyline, Clomipramine und

Dothiepin, nicht aber die neueren Antidepressiva wie Lofepramine und die SSRI betroffen waren (Donoghue JM, 1996). Jedoch gibt es auch im Hinblick auf die Behandlung von Depressionen weitaus positivere Befunde. Eine bundesweit durchgeführte Hausarztstudie konnte zeigen, dass depressive Patienten (ICD-10 Kriterien) in 11% bzw. in nur 4,5% der Fälle (DSM-IV Kriterien) keine Intervention erhielten, d.h. in den allermeisten Fällen versorgt wurden. Im Detail bekamen depressive Patienten (ICD-10/ DSM-IV) dieser Studie am häufigsten „irgendeine Medikation“ (60,8% bzw. 72,7%), gefolgt von Antidepressivatherapien (44,3% bzw. 65,3%), und „pflanzliche Präparate“ (22,6% bzw. 18,9%). Ebenfalls häufig war die Option „nur Beratung“ (18,8% bzw. 11,5%). Zu den restlichen Behandlungsmethoden zählten: „moderne Antidepressiva (SSRI, SNRI, NaSSA,...)“, „klassische Antidepressiva (TCA)“ (16,2% bzw. in 27,7%), (28,1% bzw. in 37,6%) „Hypnotika/Sedativa“ (6,6% bzw. in 8,9%), „Psychotherapie ohne Medikation“ (6,1% bzw. 8,3%), „Neuroleptika“ (3,2% bzw. in 4,8%) und „andere Medikationen“ (2,3% bzw. in 3,1%). Die Autoren bringen die hohe Angemessenheit der Therapie damit in Zusammenhang, dass die „Hochverschreiber“ der Stichprobe möglicherweise überrepräsentiert waren (Jacobi F, 2002).

1.3.2.2.1. Einflüsse auf die Behandlung

Wodurch wird eine erfolgreiche bzw. mangelhafte Behandlung beeinflusst? Wieder werden im Folgenden Einflüsse auf Patienten-, Arzt-, Arzt-Patienten-Interaktions- und auf Systemebene besprochen.

1.3.2.2.1.1. Auf Seiten des Patienten

Im Hinblick auf die allgemeine *medikamentöse Behandlung* ergab eine deutsche Studie, dass signifikant häufiger Frauen (22,0% vs. 16,3%), ältere- (28,7% vs. 15,4%), geschiedene- und verheiratete- (26,8% und 21,6% vs. 13,3% ledige) sowie arbeitlose Menschen medikamentös behandelt wurden (21,8% vs. 17,8%) (Kisely S, 2000; Linden M, 1996). Ähnlich wie beim Erkennen von Depressionen steigt auch die Adäquatheit der Behandlung mit dem Schweregrad der Krankheit an (Simon GE, 1995). Selbst-Stigmatisierungsprozesse, die Scham vor der Erkrankung und ein tiefer Selbstwert sind bei depressiven Patienten häufig und machen es den Betroffenen schwer, Hilfe in Anspruch zu nehmen (Nolan P, 2004). Eine amerikanische Untersuchung identifizierte Barrieren in der Depressionsbehandlung, wobei auf Seiten des Patienten folgende erschwerende Faktoren genannt wurden: die familiäre Weigerung, die Diagnose zu akzeptieren; die Bevorzugung körperlicher Probleme zur Erklärung der Krankheit und als Basis für die Therapie; die Ablehnung gegenüber der

Einnahme von Antidepressiva; Angst vor Nebenwirkungen; und abschließend die Weigerung, sich zu einem Psychiater oder Psychologen überweisen zu lassen (Williams JW, 1999).

In vielen Studien wurde das *Besuchsverhalten* von Hausarztpatienten untersucht. Eine englische Studie konnte Variablen identifizieren, die allgemein und nicht nur bei depressiven Patienten mit dem Besuchsverhalten zusammenhängen. Erhöhte Besuchsfrequenz war dabei (mit hoher Augenscheinvalidität) mit schlechter Gesundheit (d.h. der eigenen Wahrnehmung davon), Gesundheitsängsten, chronischer physischer oder psychischer Krankheit, vielen somatischen Symptomen assoziiert. Interessanterweise fanden die Autoren zusätzlich einen stark negativ korrelierenden Zusammenhang des Besuchsverhaltens mit dem Faktor „männliches Geschlecht“ (Kapur N, 2004). In einer neueren amerikanischen Studie wurden die Bedingungen dafür untersucht, dass Patienten (Depressive und an Diabetes Erkrankte) ihre ausgemachten Termine beim Hausarzt nicht wahrnahmen. Es konnten Zusammenhänge mit den Bindungsstilen nach Ainsworth, gemessen anhand des Relationship Questionnaire (RQ), gefunden werden. Insgesamt betrachtet, verpassten die depressiven Patienten (mit Diabetes) im Vergleich zu den nichtdepressiven- („) mehr als doppelt so häufig ihre Termine (2,57 vs. 1,14 durchschnittlich verpasste Termine in 10 Jahren). Die genauere Betrachtung der depressiven Gruppe zeigt, dass die Patienten mit vermeidendem Bindungsstil (dismissive) ihre Termine deutlich häufiger nicht wahrnahmen als diejenigen mit sicherem Bindungsstil (secure). Das Gleiche galt auch für ängstlich gebundene Patienten (fearful). Umgekehrt war der (...besorgte) (preoccupied) Bindungsstil mit erhöhter Praxisnutzung verbunden (Chiechanowski P, 2006). Eine weitere Studie untersuchte die Gruppe der sogenannten „High Utilizers“ und kam zum Schluss, dass deren gehäufte Arztbesuche in erster Linie auf die Überzeugung dieser Patienten zurückzuführen waren, grundsätzlich für chronische Krankheiten anfällig zu sein, und erst in zweiter Linie darauf, eine Therapie als notwendig zu erachten. Die Autoren schlagen vor, dass depressive Symptome wie kognitive und affektive Fehlleistungen über den Mechanismus dieser Grundvorstellungen von der eigenen Gesundheit die Häufigkeit von Arztbesuchen mit beeinflussen (Levinson CM, 2005). Eine spanische Studie untersuchte Korrelate für diese High Utilizers und konnte nachweisen, dass sich diese Gruppe durch das Vorhandensein besonders vieler psychischer Symptome auszeichnete (GHQ-28 Scores > 7 kamen in 85% vor bei Low Utilizers nur in 30% der Fälle). Ebenfalls stark gekennzeichnet war diese Gruppe durch den hohen Anteil an familiärer Dysfunktion und der Auffassung, für schwere Krankheiten anfällig zu sein (Bellon JA, 1999). Ein wichtiger Aspekt für die erfolgreiche Behandlung ist die *medikamentöse Compliance* bzw. die weiterführende Einnahme der Medikamente. Eine holländische Studie untersuchte die

Vorliebe der Patienten für bestimmte Therapien. Die dazu durchgeführte Literaturlanalyse (Medline, PsychInfo, Cochrane Library) zeigte, dass die Mehrheit der Hausarztpatienten Psychotherapie einer medikamentösen Behandlung vorziehen. Unter sechs Studien, welche die Vorlieben depressiver Hausarztpatienten untersuchten, fand sich keine einzige, in der die Mehrheit der Patienten medikamentös behandelt werden wollten. Die meisten Menschen wünschten sich Beratung (durchschnittlich 70 Prozent der Patienten) oder Psychotherapie (durchschnittlich 38,5%). Nur durchschnittlich 29,8% sprachen sich für eine Antidepressivatherapie aus. Frauen, Menschen mit Psychotherapie-Erfahrung und solche mit Mittelklasse-Profil wählten dabei häufiger die Option der Psychotherapie. Höheres Alter und Erfahrung mit psychotropischer Medikation gingen andererseits mit der Vorliebe für Antidepressiva einher (Schaik DJF, 2004). In einer neueren qualitativen Studie zeigten sich auch viele Patienten grundsätzlich negativ gegenüber Medikamenten eingestellt und äußerten folgende Vorbehalte: Angst vor Abhängigkeit (10/27), Medikamente machen hilflos (5/27), Medikamente stigmatisieren einen als depressiv (5/27), Medikamente führen dazu, dass man die Kontrolle über sein Leben verliert (4/27), Genesung sollte selbstbestimmt erfolgen und nicht wegen Medikamenten (2/27), Angst, dass Medikamente die Persönlichkeit verändern (1/27) (Nolan P, 2004). Eine dänische Studie fand ähnlich negative Einstellungen gegenüber Medikamenten. Von den 1005 Fragebogen zeugten 40-80% von einem schlechten Bild davon, wie Antidepressiva wirken. Dabei waren unter den wegen Depressionen oder bipolaren Störungen im Krankenhaus behandelten, aber bereits wieder entlassenen älteren Menschen (und deren Partnern) besonders negative Einstellungen zu Antidepressiva zu finden (Suchtgefahr, Angst vor Autonomieverlust und Persönlichkeitsveränderung) (Kessing LV, 2005). Neuere Untersuchungen bestätigen, dass Skepsis der Patienten gegenüber der Einnahme von Antidepressiva (SSRI) mit verfrühtem Therapieabbruch zusammenhängen. Insgesamt brachen ein Viertel der untersuchten depressiven Patienten ihre SSRI-Therapie verfrüht ab, ohne das Medikament zu wechseln. Interessanterweise hatten zudem Patienten, die die Therapie abbrachen, nach 9 Monaten signifikant weniger Rückfälle und zeigten weniger schwere Symptome als Nichtabbrecher. Die Autoren führten diese Ergebnisse auf die möglicherweise spezielle Natur der Patienten im Sinne einer Subgruppe mit günstiger Kurzzeitprognose zurück (Aikens JE, 2005). Eine neue amerikanische Studie (siehe auch unten) hat gezeigt, dass der Bindungsstil (im Sinne von Ainsworth) der Patienten mit der Einstellung gegenüber Medikamenten zu tun hat. Ängstlich gebundene Menschen (fearful) scheinen demzufolge besonders düstere Ansichten gegenüber Medikamenten zu haben, insofern, als sie die Nebenwirkungen als zu gravierend einschätzen. Beide, der ängstliche- wie

auch der vermeidende (dismissive) Bindungsstil, waren zusätzlich mit mangelndem Interesse an Zusammenarbeit verbunden. Wie können solche Vorbehalte gegenüber medikamentöser Behandlung und Behandlung überhaupt aufgehoben werden? Gemäß der bereits oben zitierten qualitativen Studie ist der beste Prediktor dafür, dass die Behandlung durchgehalten wird, (treatment adherence) das Ausmaß, in dem sich Patienten dazu in der Lage fühlen, Behandlungsalternativen mit ihrem Arzt zu besprechen. Als ebenfalls wichtig bezeichnen die Autoren dieser Studie die Gewährleistung der Kontinuität in der Behandlung, wonach sich Patienten betrogen fühlten, wenn mitten in der Behandlung ein Therapeutenwechsel stattfände (Nolan P, 2004). Auch andere Studien sprechen durchaus für die Veränderbarkeit der negativen Einstellungen. Die Autoren einer literaturanalytischen Studie schlussfolgerten, dass sich Patienten im Zusammenhang mit Verbesserungsinterventionsprogrammen durchaus von der für sie besten Therapie überzeugen ließen (Schaik DJF, 2004). In die gleiche Richtung deuten die Ergebnisse einer amerikanischen Studie, bei der u.a. die Wirkungen eines Programms zur Rückfallprävention auf die medikamentöse Compliance untersucht wurden (während 12 Monaten: zwei Besuche eines Spezialisten, drei geplante Telefonate zur Steuerung der Einnahme von Antidepressiva, vier persönliche Briefe). Sie zeigen deutlich positivere Einstellungen gegenüber einer Medikation mit Antidepressiva. Zusätzlich verbesserte das Programm das Vertrauen der Patienten in sich selbst, mit Nebenwirkungen umgehen zu können. Diese beiden Faktoren konnten zudem als Prädiktoren für erfolgreiche (adherence) medikamentöse Compliance identifiziert werden (Lin EHB, 2003).

Einige Studien setzen sich mit der *Patientenzufriedenheit* auseinander. Es konnte gezeigt werden, dass erhöhte Zufriedenheit mit erhöhter Compliance einhergeht, weshalb Patientenzufriedenheit als Einfluss auf die Behandlungsqualität gewertet wird (Forche K, 2004; Jung HP, 2002). Bei der Befragung zur allgemeinen Art und Qualität der medizinischen Behandlung im Rahmen einer amerikanischen Studie stellte man fest, dass die Zufriedenheit mit der Behandlung insgesamt sehr hoch war: 74,7% waren sehr zufrieden und 53,3% erachteten ihre Behandlung als sehr effektiv. Zum selben Schluss kamen die Autoren einer niederländischen Studie (Jung HP, 2002; Wyshak G, 1995). Die fünf am positivsten empfundenen Punkte der ärztlichen Behandlung sind gemäß der niederländischen Studie: 1. Das Arztgeheimnis wird respektiert, 2. Der Arzt hört zu, 3. Der Arzt hat genügend Zeit während der Behandlung, 4. Der Arzt ist bei Notfällen schnell verfügbar, 5. Die Praxismitarbeiter sind hilfsbereit (Jung HP, 2002). Bei der Interpretation dieser günstigen Ergebnisse gilt es, ein besonderes Phänomen zu berücksichtigen: das Phänomen der hohen Patientenzufriedenheit. Es wird als Tendenz der Patienten definiert, Fragen nach der Qualität

positiv zu beantworten, was gemäß einer deutschen Untersuchung damit zusammenhängt, dass diese Antwortform sozial erwünscht ist. Sie kann aber statt hoher Zufriedenheit, auch hohe Resignation als Ausdruck der Abhängigkeit von der medizinischen Versorgung widerspiegeln. Die Ergebnisse der gleichen Untersuchung legten zudem nahe, dass die Patientenzufriedenheit mit der Arzt-Patienteninteraktion insofern stark zusammenhängt als sich eine vertrauensvolle, unterstützende, zuwendungsorientierte Art der Interaktion positiv und umgekehrt eine durch Mobbing und Vernachlässigung geprägte- negativ auf die Zufriedenheit auswirkt (Forche K, 2004; Loh A, 2007). Ebenfalls konnte ein Zusammenhang zwischen Depressivität und Zufriedenheit dadurch nachgewiesen werden, dass höhere Depressionswerte (Selbstbeurteilung) mit tieferer Zufriedenheit einhergingen. Die Anzahl früherer nicht psychiatrischer Krankenhausaufenthalte (je mehr desto unzufriedener), die Wirksamkeit der Medikation (je besser, desto zufriedener), und am deutlichsten die selbsteingeschätzte Besorgtheit (je stärker, desto unzufriedener), erwiesen sich als weitere beeinflussende Kriterien (Wyshak G, 1995).

1.3.2.2.1.2. Auf Seiten des Arztes und der Arzt-Patienten-Interaktion

Eine bereits oben besprochene amerikanische Untersuchung identifizierte als *Barrieren in der Depressionsbehandlung* auf ärztlicher Seite folgende Einflüsse: mangelndes Zuständigkeitsgefühl für die Identifikation und Behandlung von Depressionen, mangelnde diagnostische und therapeutische (medikamentös und beartungsbezogene) Fähigkeit bzw. mangelnde generelle Fertigkeit im Umgang mit Depression (Williams JW, 1999). Bezüglich der *erlebten Zuständigkeit* für die Depressionsbehandlung wird in einer ebenfalls amerikanischen Untersuchung betont, dass sich Hausärzte für die Behandlung depressiver Störung verantwortlich fühlen würden, dass die Zuständigkeit also groß sei (Oxman TE, 2003). Dennoch macht sich gerade hier ein grundlegendes *Dilemma der Hausärzte* bemerkbar: Einerseits fühlen sie sich stark zuständig (90% der Hausärzte möchten psychisch Kranke in Zusammenarbeit mit dem Facharzt behandeln), andererseits haben sie einfach nicht die nötigen Zeitressourcen zur Besprechung und Behandlung der entsprechenden Probleme (Spießl H, 2000). Eine neuseeländische Studie konnte nachweisen, dass sich die Einstellungen gegenüber Depressionen und psychischen Problemen durch Fortbildungen positiv beeinflussen ließen. Insgesamt waren weibliche Ärzte depressiven Störungen gegenüber weniger negativ eingestellt als männliche (Richards JC, 2004).

In einer amerikanischen Studie stellte sich heraus, dass das *Geschlecht* des Arztes einen wesentlichen Einfluss auf die Kommunikation zwischen Arzt und Patient hat. Besuche bei weiblichen Ärzten waren im Unterschied zu männlichen- durch längere Dauer (27,56 min vs.

21,86min) und stärkere Gesprächsorientierung geprägt. Gemäß Auswertungen kodierter Daten machten Ärztinnen dabei mehr positive Bemerkungen, verwendeten mehr partnerschaftliches Vokabular (z.B. Wir-Formulierungen), fragten stärker nach medizinischen und psychosozialen Themen, verwendeten mehr sogenannte „back-channel“¹³-Äußerungen, lächelten und nickten häufiger. Besonders stark war dieser Unterschied bei Ärztinnen, welche Patientinnen behandelten. Als komplex erwies sich die Kommunikation zwischen Ärztin und männlichem Patient, da sie durch Widersprüche geprägt war: Einerseits benützten Ärztinnen hier am wenigsten technischen Vokabular und lächelten am häufigsten, andererseits spiegelte ihre Sprachfärbung jedoch noch eine zusätzliche Gemütslage, indem sie zu Beginn der Besprechung dominant, am Schluss der Besprechung nur wenig freundlich und durchgängig sehr besorgt und interessiert klang. Die männlichen Patienten andererseits wurden als dominant zu Beginn und gelangweilt zum Ende der Besprechung hin kodiert. Die Autorinnen der Studie erwägen für diese Widersprüchlichkeit eine gefühlte Ambivalenz im Rollenverständnis der Ärztinnen, da sie sich in traditionell männlichem Terrain befinden. Zusätzlich könne es sich bei der Dominanz der Ärztin um eine Reaktion auf die gelangweilt wirkende Haltung der männlichen Patienten handeln (Hall J, 1994; Roter D, 1991).

Im Hinblick auf die Arzt-Patienten-Interaktion zeigte sich, ähnlich wie beim Erkennen von Depressionen, Widersprüche zwischen Arzt- und Patientensicht. Ärzte und Patienten scheinen nämlich die Effektivität der Behandlung verschieden einzuschätzen. Während Ärzte in der Beurteilung ihrer Leistungen wesentlich strenger als ihre Patienten waren, (Beispielsweise beurteilten Ärzte ihre Fähigkeit, schnelle Erleichterung zu bringen, als wesentlich schlechter (zu 24,8% positiv) als Patienten (zu 74, 8% positiv) und waren bezüglich ihrer Fähigkeit, einen angemessenen Behandlungstermin zu finden, kritischer (34,4% positive Äußerungen der Ärzte vs. 78,1% entsprechende Aussagen der Patienten), bewerteten die Patienten die Behandlungsqualität wesentlich besser (Jung HP, 2002). In einer amerikanischen Studie zeigte sich gleichermaßen, dass Patienten ihre medizinische Behandlung positiver sahen als die Ärzte: Während 53,3% der Patienten der Meinung waren, ihre Behandlung sei besonders effektiv, teilten nur 9,7% der Ärzte diese Ansicht. Einfluss auf die ärztliche Sicht der Effektivität hatten der Schweregrad der Erkrankung (je schwerer, desto weniger effektiv), das Patientenalter (je älter, desto effektiver), das Geschlecht (effektiver für Männer) (Wyshak G, 1995). Ebenfalls mangelnde Übereinstimmung zwischen Arzt- und Patientensicht wird in einer deutschen Studie berichtet, allerdings in umgekehrter Art und Weise: Ärzte beurteilten

¹³ Damit sind ermutigende Gesprächselemente gemeint, welche auf aufmerksames Zuhören hinweisen wie: „mm-hmm“, „ja“, „okay“, „richtig“, gemeint.

die Therapie als erfolgreicher als ihre Patienten (Ärzte schätzten den Gesundheitszustand nach der Behandlung mit 51% Nennungen von „sehr viel“ bis „viel besser“ wesentlich höher ein als ihre Patienten, die bestenfalls in 23% der Fälle von einer Teilremission, nie jedoch von Vollremission ausgingen (Schneider F, 2003). Auch eine dänische Studie fand Einflüsse auf die Beziehung zwischen Arzt und Patient und zeigte aufgrund von vier Dimensionen des *Antidepressant Compliance Questionnaires (ADCQ)* auf, dass ältere und depressive Menschen sowie Frauen ein negativeres Bild der Arzt-Patientenbeziehung hatten als jüngere, nicht depressive Menschen und Männer (Kessing LV, 2005). Als Prädiktoren für eine schwierige Arzt-Patienten-Beziehung erwiesen sich das Ausmaß der Somatisierung des Patienten (Anzahl somatischer Symptome aus Arztsicht), die erhöhte Anzahl psychiatrischer Diagnosen (aufgrund Arztdiagnose und General Health Questionnaire (GHQ)), der erhöhte Schweregrad der psychiatrischen Störung, das Vorhandensein einer Persönlichkeitsstörung (Axis II) und der Interaktion zwischen Somatisierung, psychiatrischer Krankheit und Persönlichkeitsstörung (Hahn SR, 1994).

1.3.2.2.1.3. Auf Systemebene

Die bereits mehrfach zitierte amerikanische Studie nennt folgende Barrieren für die Depressionsbehandlung auf Systemebene: zu kurze Behandlungszeit, inadäquate Zeit für Beratung und Psychoedukation sowie eine zu tiefe Bezahlung für eine Behandlungsdurchführung (Williams JW, 1999). Strukturelle Einflüsse auf der Ebene der ärztlichen Praxis sowie die Art, Ressourcen zu generieren, scheinen die Behandlungsqualität stark zu beeinflussen. Eine englische Studie untersuchte Prädiktoren für qualitativ hochstehende ganzheitliche Versorgung aller Patienten (im Hinblick auf das Erreichen der vollen Punktzahl im englischen Abrechnungssystem) und fand, dass ländliche und materiell benachteiligte Praxen sowie solche mit größerem Team und mit Interesse an Zusatzverdiensten eine bessere Qualität der Behandlung vorwiesen. Praxen, in denen weniger als vier Ärzte arbeiteten, lieferten schlechtere Qualität und der Einfluss von Krankenschwestern allein trug noch zu keiner signifikanten Verbesserung bei. Im Hinblick auf den positiven Effekt des Interesses an „Fundholding“ ist festzuhalten, dass Pauschalzahlungen einen negativen Einfluss auf die Qualität haben. Keinen Einfluss auf die Behandlungsqualität haben Trainingstatus der Ärzte sowie ihr Alter (Sutton M, 2006). Eine andere englische Studie jedoch relativiert die oben vorgestellten Ergebnisse im Hinblick auf den positiven Einfluss von Praxisgröße und ländlicher benachteiligter Lage insofern, als sie zeigt, dass auch kleine Praxen signifikant gute Qualität liefern können und dass eine

benachteiligte Lage sogar mit negativer Qualität verbunden ist. Zusätzlich wird als positiver Einfluss ein gutes Teamklima genannt (Campbell SM, 2001).

Auf der Ebene des Gesundheitssystems zeigt eine Fülle von Studien die qualitative Überlegenheit von Modellen, in denen eine Zusammenarbeit zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung besteht (Integrated Care, Liaison Psychiatry). Es wird darin hinsichtlich positiver Effekte beispielsweise von einer höheren Akzeptanz der Behandlung sowie von höheren Genesungs- und Überweisungsraten berichtet (Levine S, 2005; Yeung A, 2004). Im Rahmen der Diskussion der im Zusammenhang mit vorliegender Studie erbrachten Ergebnisse wird vertieft darauf eingegangen.

1.3.2.3. Überweisung

Bisher konnten Befunde zu Behandlung und Identifikation vorgelegt und der Nachweis erbracht werden, dass diese beiden Aspekte der hausärztlichen Depressionsversorgung nicht reibungslos ablaufen. Wie verhält es sich im Hinblick auf die Überweisung zu Fachärzten durch den Hausarzt? Das rechtzeitige Überweisen vom Hausarzt zum Facharzt bzw. in eine stationäre Einrichtung wird ebenfalls als mangelhaft bezeichnet (Härter M, 2003a). Eine deutsche Untersuchung (5284 Patienten aus 55 Hausarztpraxen wurden an einem Stichtag untersucht) konnte nur für 1,0% aller Patienten eine Überweisung zum Nervenarzt (in Gesamteuropa: 5,2%) nachweisen. Bei einer Vorkommenshäufigkeit von depressiven Störungen (11,3% in der Population der deutschen Hausarztpatienten) bedeutet dies, dass nur jeder zehnte Patient zum Facharzt überwiesen wird (Jacobi F, 2002). Im Hinblick auf depressive Patienten zeigte eine bereits mehrfach zitierte deutsche Hausarztstudie (20'421 Hausarztpatienten wurden in 633 Arztpraxen an einem Stichtag befragt) für 10,1% der nach ICD-10 Kriterien (16,2% nach DSM-IV Kriterien) als depressiv eingestuften Patienten eine Überweisung zu einem Spezialisten auf (Jacobi F, 2002). Diese Überweisungsrate ist tiefer als die für amerikanische Hausarztpatienten aufgeführte-, wonach mit 13,0% der depressiven Hausarztpatienten zu einem Psychiater und 23% zu irgendeiner Fachperson für psychische Probleme überwiesen wurden (Grembovski DE, 2002). Im Hinblick darauf, wohin die Ärzte überweisen, zeigte eine niederländische Studie, dass sie psychotische Probleme am häufigsten in die Psychiatrie (68,3%), neurotische Probleme zu ähnlichen Teilen zu ambulanten und psychiatrisch stationären Anbietern (29,4% vs. 37,6%), Beziehungsprobleme am häufigsten zu Sozialarbeitern (44,3%) oder ambulanten Diensten (39,2%) und soziale/materielle Probleme am ehesten zu Sozialarbeitern (56%) überwiesen (Verhaak PFM, 1993).

1.3.2.3.1. Einflüsse auf die Überweisung

Im Folgenden werden erneut Einflüsse auf die Überweisung auf Seiten des Patienten, des Arztes, der Arzt-Patienten Interaktion und der Systemebene besprochen.

1.3.2.3.1.1. Auf Seiten des Patienten

Es konnte mehrfach gezeigt werden, dass viele Patienten ihre psychischen Probleme lieber von ihrem Hausarzt behandelt haben möchten als von einem Facharzt (Brody DS, 2002). Dies hat wohl zum einen damit zu tun, dass der Hausarzt gut bekannt ist, und zum anderen hinsichtlich der Behandlung von psychischen Störungen weniger Stigmatisierung bedeutet. Ein Patient, der sich vor Stigmatisierungseffekten wegen seiner psychischen Störung fürchtet, kann seine Erkrankung bei hausärztlicher Behandlung besser verbergen, da diese nach außen hin nicht als solche erkennbar behandelt werden muss. Der Patient bleibt mit seiner Problematik beispielsweise dem Arbeitgeber gegenüber unbekannt. Besonders bei älteren Menschen seien diese Vorurteile stark vertreten (Diesvold T, 1998). Hinsichtlich der Bedeutung des „Verweigerungsproblems“ seitens der Patienten zeigte eine amerikanische Studie jedoch, dass mit 68,9% Nennungen die Mehrzahl der befragten Hausärzte das Problem „Weigerung des Patienten, psychiatrischen Service in Anspruch zu nehmen“ als nur geringfügig störend für die Überweisung einschätzten. Wichtiger waren für sie organisatorische Variablen wie die mangelnde Verfügbarkeit von entsprechenden Einrichtungen (54,2% Nennungen von „sehr störend“ bzw. „a great deal“) (Hartley D, 1998). Eine amerikanische Untersuchung fand noch weitere Prädiktoren für Überweisung und Zugang zu fachärztlicher Versorgung. Es konnte gezeigt werden, dass Patienten mit schwererer Depressionssymptomatik zu Behandlungsbeginn (SCL-20), psychotischen Störungen, vorangehender Behandlungsgeschichte bei Fachpersonen für psychische Probleme, besserer Ausbildung, jüngerem Alter und weiblichem Geschlecht eher überwiesen wurden (Diesvold T, 1998; Grembovski DE, 2002; Verhaak PFM, 1993). Hinsichtlich des Geschlechts gab es eine Studie, welche für Männer eine höhere Überweisungswahrscheinlichkeit feststellten (Verhaak PFM, 1993). Männer neigen zudem eher dazu als Frauen, den Hausarzt zu umgehen und sich selber beim Facharzt vorzustellen (Diesvold T, 1998).

1.3.2.3.1.2. Auf Seiten des Arztes und der Arzt-Arzt-Interaktion

Da das Überweisungsverhalten von Hausarzt zu Hausarzt stark variiert, sprechen die Autoren einer deutschen Untersuchung von einem „Hausarzteffektor“ als Einflussgröße auf die Überweisung. Besonders wichtig sei dabei die persönliche *Einstellung des Hausarztes zur*

Psychiatrie und zu psychischen Störungen. So werden grundsätzlich positivere Einstellungen mit einer geringeren Überweisungszahl in Verbindung gebracht (Spießl H, 2000). Eine amerikanische Studie kommt zum gleichen Schluss und zeigt, dass die Hausärzte am wenigsten überwiesen, welche Depression als wichtiges Problem der Primärversorgung betrachteten und sich deren effektive Behandlung selbst zutrauten, und zwar unabhängig davon, ob eine spezialisierte Behandlung verfügbar war oder nicht (Hartley D, 1998). Zusätzlich überweisen Hausärzte öfters, wenn sich ihre Praxis in einer großen Stadt befindet, wenn die Ärzte in einem Gesundheitszentrum arbeiten, wenn sie eine verminderte Zuständigkeit für psychologisches Behandeln empfanden (Verhaak PFM, 1993), wenn sie bereits länger niedergelassen und in Einzelpraxen tätig waren (Spießl H, 2000). Den Hauptgrund für *tiefe* Überweisungsquoten sehen die Autoren einer amerikanischen Studie in mangelnder Kenntnis der Indikatoren für eine Überweisung (Suizidalität, hoher Depressionsschweregrad, psychiatrische Komorbidität) (Brody DS, 2002). Keinen Vorhersagewert für das Überweisungsverhalten lieferte gemäß der bereits oben zitierten amerikanischen Studie das Geschlecht des Arztes, Niederlassungsdauer, Fortbildung und Ausbildung zum adäquaten Umgang mit Depression, Anzahl der Patienten pro Woche sowie eine lange Wartezeit für einen Termin beim Spezialisten. Wurden die Studienteilnehmer nach den Barrieren gefragt, welche eine Überweisung behindern, stellte sich aber heraus, dass die mangelnde Verfügbarkeit spezialisierter Services (54,2% Nennungen von „stark störend“ bzw. „a good deal“), lange Wartezeiten für einen Termin beim Spezialisten (48,9% entsprechende Nennungen) sowie fehlende Bezahlung für Therapieleistungen (39,9% entsprechende Nennungen) doch als recht hinderlich für eine Überweisung angesehen wurden (Hartley D, 1998).

Bezüglich der Arzt-Patienten-Beziehung wurde argumentiert, dass Überweisungen eine negative Behandlungsgeschichte zwischen Hausarzt und Patient widerspiegeln können. Dies sei insofern der Fall, als Ärzte bei einer misslungenen Therapie, welche mit einem Vertrauensverlust verbunden sei, Patienten an eine Fachkraft eher überweisen würden (Verhaak PFM, 1993). Folgende Einflussfaktoren spielen gemäß einer deutschen Studie bei der Überweisung vom Hausarzt in eine psychiatrische Klinik eine Rolle: 1. Die diagnostische Kompetenz des Hausarztes, 2. die Verfügbarkeit eigener Ressourcen (Zeit,...), 3. Wirtschaftliche Anreize, 4. Summe verfügbarer klinischer Informationen, 5. Therapeutisches Repertoire des Hausarztes, 6. Rollenverständnis als Hausarzt, 7. Beziehung der Ärzte untereinander (Spießl H, 2000).

Für das Überweisungsverhalten ist die *Beziehung zwischen den beteiligten Ärzten* von großer Bedeutung, da die meisten Überweisungen aufgrund von persönlichen Entscheidungen ausgehen. Neben der persönlichen Sympathie gibt es auch berufsbedingte Besonderheiten, welche die Beziehung zwischen Haus- und Facharzt und damit auch die Vorliebe für eine Wahl als Überweisungspartner beeinflussen können. Eine qualitative britische Untersuchung konnte zeigen, dass Hausärzte eher zu Fachärzten zu überweisen scheinen, mit denen sie hinsichtlich Erwartungen an eine Behandlung und an die Art des Feedbacks übereinstimmen. Für Hausärzte stellen dabei die Arztbriefe ein sensibles Thema dar, verwenden sie doch darin einen Terminus, der von den Fachärzten auch kritisiert werden kann. Insgesamt zeigt sich aber, dass sich Letztere in der Kritik an Arztbriefen stark zurückhalten, so, dass Hausärzte sich eher mehr als weniger (konstruktive) Kritik zur Überweisung wünschen. Zusätzlich bevorzugen Hausärzte eher Ärzten, deren Art sie als sympathisch empfinden (Marshall MN, 1999).

1.3.2.3.1.3. Auf Systemebene

Eine finnische Studie untersuchte den Einfluss der erhöhten *Zugänglichkeit zu spezialisierter Versorgung* auf die Überweisungsquote. Normalerweise gehören Fachärzte für Psychiatrie in Finnland dem stationären Sektor an. Im Rahmen der Studie wurde untersucht, inwiefern sich eine Öffnung (Hausärzte konnten für die Überweisung auch privat arbeitende Psychotherapeuten wählen) auf das Überweisungsverhalten bemerkbar macht. Es zeigte sich, dass jetzt die Hausärzte ihre Patienten deutlich häufiger überantworteten. Die Autoren der Studie schlussfolgerten, dass eine freie Wahl des Überweisungs-Partners einen positiven Effekt auf das Überweisungsverhalten hat (Linnala A, 2001). Eine amerikanische Studie konnte keinen signifikanten Zusammenhang zwischen Verfügbarkeit von psychiatrischen spezialisierten Dienstleistungen und dem Überweisungsverhalten feststellen, schlossen jedoch einen grundsätzlichen Zusammenhang nicht aus (Hartley D, 1998). Den wichtigen Stellenwert der Entscheidungsfreiheit bestätigen auch die Autoren einer ebenfalls amerikanischen Studie. Ihnen gemäß bildet die freie Wahl des Überweisungspartners sowie die freie Wahl der Stärke und Tiefe seines Involviertseins in die Behandlung das Fundament einer effektiven Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Ärzten (Brody DS, 2002). Wieder zeigte eine Vielzahl von Studien, dass in integrierten Versorgungssystemen, in denen die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Versorgungsebenen und Ärzten betont wird, erhöhte Überweisungsfrequenzen zu beobachten sind. Eine amerikanische Studie untersuchte beispielsweise mit dem „Bridge-Project“ ein Modell zur Integration von Psychiatrie und Primärversorgung und konnte ein Zunahme an Überweisungsraten feststellen (Yeung A,

2004). Im Rahmen des Diskussionsteils vorliegender Arbeit wird vertieft auf die Vorteile einer integrierten Versorgung eingegangen.

1.3.3. Unterschiede zwischen Haus- und Fachärzten in der Depressionsversorgung

Bei der Frage nach der Qualität der Depressionsbehandlung konnten also, wie oben ausgeführt, Mängel für die hausärztliche Versorgung nachgewiesen werden: Hausärzte identifizieren und behandeln oft nicht adäquat, zudem überweisen sie zu wenig oft. Wie sieht es auf fachärztlicher Seite aus? Wodurch unterscheidet sich die hausärztliche- von der fachärztlichen Behandlung? Befunde zu Unterschieden hinsichtlich der Art der Patienten, persönlicher Einstellungen, Behandlungsparametern, der Zusammenarbeit untereinander und systembezogenen Faktoren werden nun zusammengefasst.

1.3.3.1. Auf Seiten der Patienten

Es gibt einige Hinweise darauf, dass sich die Form der Depression im hausärztlichen Bereich grundsätzlich von der im psychiatrischen Bereich unterscheidet, hinsichtlich der Art und Weise, der Schwere und der Behandelbarkeit (Kua JHK, 2000). Eine amerikanische Studie konnte zeigen, dass psychiatrische Patienten zu Untersuchungsbeginn stärker beeinträchtigt und schwerer krank waren als diejenigen von Hausärzten. Sie waren zudem zu 81% um ein Vielfaches häufiger vorher schon einmal bei einem Psychiater in Behandlung als Hausarztpatienten (1% frühere Behandlung beim Psychiater). Umgekehrt waren die hausärztlichen Patienten früher schon zu 94% von ihrem Hausarzt als depressiv identifiziert worden, was bei den Facharztpatienten immerhin noch zu 37% der Fall war (Simon GE, 2001). Dass die Behandlungsgeschichte im beschriebenen Fall so unterschiedlich ist, kann zum Teil darauf zurückgeführt werden, dass in Amerika die Versorgung psychischer Probleme oft ganz von der primärärztlichen Versorgung getrennt ist. Sogenannte „Carve-Out“ Organisationen wenden sich direkt an psychisch Kranke und bieten ziemlich effizient meist nicht ärztliche Leistungen an und umgehen die hausärztliche Versorgung somit ganz (Gask L, 2005). Von unterschiedlichen Patientenpopulationen bei Haus- und Fachärzten gehen jedoch auch deutsche Autoren aus und bestätigen, dass Hausärzte leichtere- und Fachärzte schwerere Fälle von Depressionen behandeln (Berger M, 2005a).

1.3.3.2. Hinsichtlich persönlicher Einstellungen

Es zeigten sich für die beiden Ärztegruppen zum Teil große Unterschiede im Aufgaben- und Rollenverständnis ihres Berufs. Neuere Studien argumentieren, dass Hausärzte Experten darin seien, die Breite des Problems, und Fachärzte darin, die Tiefe zu erfassen (Gask L, 2005;

Robertson J, 2003). Die psychiatrische Arbeit bei der Behandlung von Depressionen ist gemäß einer finnischen Studie durch eine persönliche Note und individuelle Gespräche geprägt. Im Gegensatz dazu erscheinen im hausärztlichen Vorgehen psychosoziale und emotionale Themen nur selten. Dies wurde damit in Verbindung gebracht, dass Hausärzte eine biomedizinische Neutralität bewahren möchten. Aus Sicht der Autoren spiegelt dies ein grundlegendes Dilemma der Hausärzte, insofern, als sie zwischen dem Impuls stehen, die Neutralität zu wahren und angesichts psychischer Symptome zu intervenieren (Saarela T, 2003). Eine qualitative Studie, welche allerdings Hausärzte mit Krankenhauspezialisten (und nicht Psychiatern!) verglichen hatte, konnte unterschiedliche *Motivationen für die Berufswahl* identifizieren, die jedoch hauptsächlich für nicht psychiatrische Spezialisten gelten mögen: Während Hausärzte in erster Linie am nahen Patientenkontakt und der langjährigen Begleitung von Patienten interessiert waren, stand für Spezialisten eher das medizinische Interesse an Krankheiten und an technischen Aspekten von Heilverfahren im Zentrum (Marshall MN, 1999). Obwohl auch Fachärzte zu den Spezialisten zählen, kann bei dieser Fachrichtung eine Grundmotivation aufgrund eines Interesses an technischen Heilverfahren nicht die gleiche Rolle wie bei der nicht psychiatrischen Medizin spielen. Dennoch ist es möglich, ein vertieftes Interesse an Grundlagenwissen über Krankheiten und deren medikamentöse Behandlung auch für Spezialisten der psychischen Versorgung anzunehmen. Grundsätzlich zeigten sich beide Ärztegruppen gleichermaßen verantwortlich, Depressionen zu behandeln (Saarela T, 2003). Während diese Grundbereitschaft von den einen Studien dazu genutzt wurde, diesen Anspruch für Hausärzte zu verteidigen und Fachärzte dazu aufzufordern, Hausärzte als Behandelnde von Depressiven zu respektieren (Oxman TE, 2003), gab sie bei anderen eher Anlass zu Überlegungen der hausärztlichen Überforderung. Eine deutsche Studie verwies auf das Dilemma der Hausärzte, Depressionen einerseits selbst behandeln zu wollen, andererseits jedoch für eine effektive Behandlung zu wenig Zeit zu haben (Spießl H, 2000). Damit stimmig erweist sich der Befund einer irischen Studie, der die empfundene hausärztliche Zuständigkeit auf leichtere Formen von Depressionen beschränkt (Russell V, 2003).

Im Hinblick auf *Einstellungen gegenüber psychischen Krankheiten* zeigt sich, dass Hausärzte sich eher für die Behandlung körperlicher Beschwerden psychisch Kranker zuständig fühlen als für eine solche psychologischer Art (Spießl H, 2000). Gemäß einer amerikanischen Untersuchung wird die hausärztliche Einstellung gegenüber der Versorgung psychischer Krankheiten von einem Gefühl der erlernten Hilflosigkeit geprägt, was aus einer Geschichte erfolgloser Anfragen für Unterstützung in Verbindung gebracht wird (Gask L, 2005). Da es

im Vergleich zu Amerika um die Erreichbarkeit von Spezialisten in Europa wesentlich besser gestellt ist (auch weil es kein „Carve-Out-System“ gibt, siehe oben), dürfte es sich bei diesem Befund um ein eher nationales Phänomen handeln, das in stärker vernetzten Versorgungssystemen weniger ausgeprägt auftritt.

Schließlich konnte eine Studie aus Singapur Unterschiede zwischen der Behandlung durch Hausärzte und Fachärzte darin nachweisen, welche *Therapieform sie als hilfreich* erachteten. Es konnte gezeigt werden, dass sowohl Hausärzte als auch Psychiater eine medikamentöse Therapie als hilfreich ansahen. Psychiater leiteten zudem eher Behandlungen ein als Hausärzte, in welche sie, zum Beispiel in der Funktion als Therapeuten, selbst involviert waren (Kua JHK, 2000). Eine australische Vorgängerstudie beschrieb die damit kongruente Tendenz, dass die jeweilige Berufsgruppe (Psychiater, Psychologen und Hausärzte) Behandlungsverfahren der eigenen Berufsgruppen bevorzugten (Jorm AF, 1997). Eine weitere Studie aus Singapur fand, dass Psychiater den Krankheitsausgang von Depressionen, d.h. die Aussicht auf Genesung, wesentlich positiver einschätzten als Hausärzte, was aus Sicht der Autoren mit den jüngsten Fortschritten der psychopharmakologischen Behandlung zu tun hat (Kua JHK, 2000).

1.3.3.3. Hinsichtlich der Behandlung

Es gibt es nur sehr wenige Studien, welche Haus- und Fachärzte direkt hinsichtlich der Behandlung von Depressionen miteinander vergleichen (Simon GE, 2001). Bezüglich der *Identifikation von Depressionen* konnten in einer qualitativen finnischen Studie deutliche Unterschiede zwischen den Ärztegruppen nachgewiesen werden. Diese zeigten sich darin, dass Hausärzte die auftretenden Symptome als weniger dringlich einstufen als Psychiater, eher aufgrund von Erfahrungswerten aus ähnlichen Fällen und weniger aufgrund von Symptomen des aktuellen Patienten diagnostizieren (schon eine Folge des straffen Praxisablaufs) und bei der Diagnose von Depressionen weniger die Dauer der depressiven Symptomatik als Messwert nehmen würden (eine mögliche Auswirkung der geringeren Erfahrung). Zusätzlich beschreiben die Autoren, dass die Befragungen von Psychiatern persönlicher, sorgfältiger, achtsamer und individuell deutlicher auf den jeweiligen Patienten, ihre Handlungsempfehlungen auf promptere Umsetzbarkeit zugeschnitten und ihre medikamentösen Vorgaben genauer waren. Hausärzte neigten zudem eher dazu, die Situation des Patienten extern zu attribuieren, indem sie sie als Trauerreaktion oder Lebenskrise und weniger als Manifestation der Krankheit Depression interpretierten. Die Studie fand bezüglich einer angemessenen Befolgung von Leitlinien weiter, dass sich Psychiater beim Diagnostizieren stark auf Klassifikationssysteme wie ICD-10 oder DSM-IV stützten und die

dazugehörigen Manuale auch verwendeten, während für Hausärzte fast keine entsprechenden Ergebnisse zur Vorgehensweise beim Diagnostizieren vorlägen (Saarela T, 2003). Ebenfalls deutlich verschieden erwiesen sich gemäß einer britischen Untersuchung die Gründe, auf die Hausärzte und Psychotherapeuten die von ihren Patienten vorgebrachten Probleme zurückführten. Während Hausärzte diese auf die vorherrschende depressive Stimmung, Angst, Stress und das Gefühl des Patienten, verrückt zu werden, zurückführten, erklärten die Therapeuten vorliegende Probleme eher anhand von Kindheitserfahrungen, Verlust und allgemeiner Verwirrung (Gabbay M, 2003). Bezüglich der durchgeführten *Art der Therapie* verweist eine Studie aus Singapur auf deutliche Unterschiede zwischen den beiden Ärztegruppen. Während Psychiater biologische, d.h. medikamentöse Verfahren für die Behandlung von Depressionen bevorzugten (höhere Nennungen besonders für Stimmungsaufheller (mood stabilizers), legen Hausärzte mehr Wert auf generelle Verfahren wie Aktivitätssteigerung im Alltag, Besuchen von Entspannungsseminaren, verstärktes Ausgehen und Urlaub. Besonders unterschiedlich sahen die Ärztegruppen den Wert einer Elektrokrampftherapie, welche Psychiater als wesentlich hilfreicher erachteten als Hausärzte. Die Vorliebe für die unterschiedlichen Verfahren setzen die Autoren der Studie in Zusammenhang damit, dass Psychiater schwerere Depressionsformen behandeln würden. Einig waren sich die beiden Ärztegruppen bei der Bewertung der Bedeutung von Psychiatern, Psychologen und Allianzen aus mehreren Berufsgruppen für die Depressionsbehandlung sowie von Antidepressiva, welche beide Ärztegruppen als sehr hilfreich erachteten (Chen H, 2000).

Im Hinblick auf die *Qualität der Identifikation von Depressionen* fand eine Studie aus Singapur überraschenderweise nur geringfügige Unterschiede zwischen Hausärzten und Psychiatern: 96% der Hausärzte diagnostizieren die vorgestellten Symptom-Vignetten als Depression im Vergleich zu 95% der Psychiater. Für die Erklärung der guten Erkenntnisrate leistet die (wohl aufgrund einer sehr tiefen Rücklaufquote der Fragebogen erfolgte) Selbstselektion der Hausärzte bestimmt einen entscheidenden Beitrag (In dem Sinne zu verstehen, dass vor allem an psychischen Themen interessierte Hausärzte an der Studie teilnahmen). Besser als die Hausärzte schnitten die Psychiater hingegen bei der Manie ab, welche sie mit 72% Genauigkeit erkannten. Im Vergleich dazu identifizierten nur 47% der Hausärzte die vorgestellte Vignette korrekterweise als Manie (Chen H, 2000). Ebenfalls bezüglich qualitativer Aspekte verglich eine amerikanische Studie den *Behandlungsverlauf* mit Antidepressiva für und die Genesungsrate von Patienten, die bei Hausärzten bzw. Psychiatern in Behandlung waren, und konnte zeigen, dass die beiden Ärztegruppen eine sehr

ähnliche Behandlungsqualität lieferten. Zwar war die Adäquatheit der Behandlung mit Antidepressiva (HEDIS Standards für adäquates „Follow-up“) bei den Psychiatern mit 57% Adäquatheit deutlich höher als bei den Hausärzten (26% korrekte Dosis), spiegelte jedoch mit 43% entsprechend falscher Anwendung von Antidepressiva auf psychiatrischer Seite einen erschreckend hohen Anteil dafür, dass sie es als Experten eigentlich besser wissen müssten. Ähnlich schlecht waren die beiden Ärztegruppen bezüglich einer angemessen langen Nachsorge: Nur 48% der Hausärzte und 49% der Psychiater verschrieben ihren Patienten Psychopharmaka länger als 90 Tage, wie es eigentlich empfohlen wird. Zusätzlich wiesen die Patienten von Hausärzten und Psychiatern gleiche Genesungsraten bezüglich der Depressivität (SCL Depression Score) und der emotionalen Befindlichkeit (SF-36) auf. Die Autoren dieser Studie schlussfolgern, dass die qualitativen Missstände der Depressionsbehandlung, welche in vielen Studien für Hausärzte nachgewiesen werden konnten, in gleichem Masse auch für die Psychiater zutreffen (Simon GE, 2001). Die bereits zitierte britische Studie fand für Hausärzte im Vergleich zu Psychotherapeuten zwischen Arzt und Patient bessere Übereinstimmung darin, welches Hauptproblem vorlag, wobei sich Hausärzte und Patienten zu 33% und Psychotherapeuten und Patienten zu 23% einig waren. Als Prädiktoren für die Übereinstimmung erwiesen sich weibliches Geschlecht auf Arztseite sowie klinischer Psychologe (und nicht Berater/ Counsellor). Hinsichtlich der Bedeutung diese Übereinstimmung konnte kein Zusammenhang mit der Überweisungscompliance, Beendigung der Therapie, Genesung oder Zufriedenheit gefunden werden (Gabbay M, 2003). Eine ebenfalls ungenügende Behandlungsqualität konnte eine deutsche Studie sowohl für Hausärzte wie für Fachärzte im Bereich der Diagnostik, Therapie und Überweisung nachweisen. Es zeigte sich dabei, dass Hausärzte schlechter abschnitten als Fachärzte. Fachärzte ihrerseits zeigten auch deutliche Defizite in der Behandlung (Schneider F, 2003).

1.3.3.4. Hinsichtlich ärztlicher Zusammenarbeit

Hausärzte arbeiten in den meisten Gesundheitssystemen mehr oder weniger eng mit Fachärzten für psychische Störungen zusammen. Während der Kontakt in weniger vernetzten Systemen, wie dies im Falle von „Carve Out Programs“ (siehe oben) in Amerika der Fall ist, nicht vorhanden ist oder sich bestenfalls auf die Überweisungsprotokollierung beschränkt, gibt es in vernetzteren Gesundheitsmodellen (z.B. Liaison Psychiatry, Collaborative Care) in Deutschland, Amerika, England, Dänemark, Irland und Holland von beratender Funktion der Fachärzte über Mitarbeit bis zum festen Anstellungsverhältnis alle Facetten der Zusammenarbeit (siehe Diskussionsteil der vorliegenden Arbeit). Im Folgenden sollen

verschiedene Befunde dazu vorgestellt werden, wie sich die beiden Ärztgruppen wahrnehmen und wie sie sich eine Zusammenarbeit vorstellen.

Eine australische qualitative Untersuchung befasste sich mit dem Einfluss von Fachärzten auf Hausärzte und konnte feststellen, dass dieser erheblich war, obwohl Hausärzte dies selber vorerst nicht so sahen. Es zeigte sich bei der Analyse von ausführlicheren Gesprächen, dass Fachärzte für Hausärzte bezüglich medikamentöser Verschreibungen die Position von Rollenmodellen einnahmen. Dies war insofern der Fall, als sich die Hausärzte am fachärztlichen Vorgehen orientierten. Hausärzte machten einen eher unsicheren Eindruck beim Verschreiben und führten entweder die fachärztliche Medikation fort oder verschrieben so, wie sie annahmen, dass es der Facharzt täte. Der fachärztliche Einfluss äußerte sich insgesamt bezüglich der Verschreibung von neuen Medikamenten, der Medikamentenwahl und in der Anpassung bzw. Veränderung bestehenden Verschreibungsverhaltens. Als wichtige Einflusskanäle wurden telefonische Besprechungen, Überweisungsprotokolle und –briefe, lehrreiche Treffen mit Fokus auf klinische Themen und Zeitschriftenartikel genannt. Obwohl in dieser Studie wenig Informationen zum Einfluss von Depressionsspezialisten aufgrund von deren mangelnder Verfügbarkeit vorlag, ist es naheliegend, dass auch diese eine Vorbildfunktion für Hausärzte bezüglich des Verschreibens innehaben (Robertson J, 2003).

Eine ebenfalls qualitative britische Studie analysierte die Beziehung zwischen Haus- und Klinikfachärzten und fand, dass diese grundsätzlich von gegenseitiger Wertschätzung geprägt sei. Die beiden Ärztgruppen waren sich zudem über die herausragende Bedeutung des Hausarztes für die Gesundheitsversorgung einig. Dennoch kristallisierten sich einige Kritikpunkte heraus, zum Beispiel dahingehend, dass sich die Spezialisten vom Diktat der Hausärzte manchmal bevormundet fühlten (in England hat der Hausarzt eine Gate-Keeper-Rolle). Als ebenfalls problematischer Bereich stellte sich die Lehr-Interaktion zwischen Haus- und Fachärzten heraus. Spezialisten erachteten ihre Lehrtätigkeit als Einweghandlung, da sie den Hausärzten viel beizubringen, umgekehrt aber wenig von ihnen zu profitieren hätten. Am liebsten war ihnen für Weiterbildungen dann aber noch der traditionelle Vorlesungsstil. Mit dieser Sichtweise konnten umgekehrt die Hausärzte wenig anfangen und beurteilten den Vorlesungsstil als inhaltlich und formal unangemessen. Lieber wäre ihnen ein praxisnäherer Austausch mit den Spezialisten, während für sie inhaltlich relevante Information vor Ort und fallbezogen bearbeitet würde. Zusätzlich wünschten sie sich die Möglichkeit, die Spezialisten für einen Rat schnell und am liebsten telefonisch erreichen zu können, aber auch eine aufrichtige und konstruktive Kritik der Spezialisten zu ihren geschriebenen Überweisungsprotokollen. Zudem waren sie der Ansicht, dass auch sie ihren fachärztlichen

Kollegen viel beizubringen hätten, insbesondere bezüglich der Vorteile ihres Berufs als Generalisten (ganzheitliche Sichtweise, Lehrmethoden, Trainingbedürfnisse, Kommunikationsfertigkeiten). Als Kritikpunkt wurde geäußert, dass Spezialisten für Raterteilung oft wegen Abwesenheit für Weiterbildungen oder Urlaub nicht erreichbar seien¹⁴. Spezialisten ihrerseits konnten sich aus zeitlichen Gründen und zum Zwecke des Aufrechterhaltens eines höflichen Kontakts nur schwer vorstellen, diese Wünsche zu erfüllen, und zeigten Missfallen an telefonischen Störungen durch den Hausarzt. Im Großen und Ganzen waren die beiden Ärztegruppen jedoch gern dazu bereit, voneinander zu lernen. Trotz dieses grundsätzlich geäußerten Interesses an guter und langfristiger Kooperation zeigte sich bezüglich Modellideen jedoch ein Mangel an positiven Visionen für eine bessere Zusammenarbeit. Dies war der Fall, obwohl solche bestimmt etwas bewegt haben würden, hatten manche an der Studie beteiligten Ärzte doch eine Schlüsselstellung und damit Machpositionen im britischen gesundheitspolitischen System inne. Die Autoren der Studie führten den identifizierten Mangel an positiven Ideen auf die im britischen Gesundheitssystem vorhandene eingeschränkte Bewegungsfreiheit und Autonomie zurück (Marshall MN, 1998; Marshall MN, 1999). Hinsichtlich des *Wunsches nach Fortbildung* zeigten beide Ärztegruppen großes Interesse, wobei sich jedoch inhaltliche Unterschiede herauskristallisierten: Während sich Hausärzte eher für praxisnahe, fallspezifische Formen der Weiterbildung interessierten, wollten Fachärzte mehr über die neusten Entwicklungen ihres Fachgebiets erfahren (Marshall MN, 1998). Hinsichtlich der Bedeutung von Fortbildungen zeigte eine deutsche Untersuchung, dass Hausärzte Fortbildungsveranstaltungen signifikant häufiger als wichtig erachteten als niedergelassene Nervenärzte oder Psychiater (Spießl H, 2000).

1.3.3.5. Hinsichtlich systembezogener Einflüsse

Unterschiede zwischen Haus- und Fachärzten werden maßgebend auch von systembedingten Faktoren mitbestimmt, welche sich in Abhängigkeit vom jeweiligen Gesundheitssystemmodell ganz anders auswirken. Im Folgenden werden die oben ausführlich beschriebenen Punkte bezüglich der Situation in Deutschland kurz wieder aufgenommen und zusammengefasst (siehe oben unter 1.2.1.2.).

¹⁴ Die Ansicht, dass Fachärzte öfters Zeit für Urlaub und Weiterbildung haben würden, mag ein monetäres Ungleichgewicht widerspiegeln, welches für England zugunsten von Spezialisten zu bestehen scheint. Die Autoren der beschriebenen Studie konnten jedoch feststellen, dass sich dies zurzeit gerade in Form einer Aufwertung des Hausarztberufs ausgleicht.

Auf Systemebene unterscheiden sich die beiden Ärzteguppen erst einmal bezüglich ihrer fachärztlichen *Ausbildung*. Während die fachärztliche Schwerpunktsausbildung für Psychiatrie und Psychotherapie ein Hintergrundwissen in Physiologie, Biochemie, Psychologie, Pharmakologie und Psychopathologie bereitstellt, ist das hausärztliche Ausbildungsprofil und Wissen um psychische Störungen um ein Vielfaches allgemeiner gehalten (Barth-Stopik A, 2002).

Bezüglich ihres *Verdienstes* wiederum ist die Summe bei Hausärzten und Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie jedoch gar nicht so verschieden, erwirtschaften beide doch im Vergleich zu anderen Ärzteguppen einen ähnlich tiefen jährlichen Überschuss (Rosenbrock R, 2004).

Hinsichtlich ihrer *Position im Versorgungssystem* unterscheiden sie sich wieder deutlich, werden sie doch politisch verschieden stark gefördert: Seit 2000 tendiert man dazu, den hausärztlichen Bereich politisch zu stärken. Die damit verbundene Trennung von haus- und fachärztlicher Finanzierung führte dazu, dass sich die Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie ihre finanziellen Ressourcen mit den ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten teilen müssen. Dies macht sich in einer Anspannung der finanziellen Lage für die Fachärzte bemerkbar (Roth-Sackenheim C, 2005). In Deutschland haben die Hausärzte offiziell keine Gate-Keeper-Rolle, was sich in der freien Arztwahl widerspiegelt. Haus- und Fachärzte kommen also grundsätzlich gleichermaßen als Erstkontakt und Primärbehandelnder für depressiv Kranke infrage (Linden M, 1996).

In einer Vielzahl an Studien wurde der Einfluss bestimmter Versorgermodelle auf die Qualität der Versorgung erhoben. Im Zusammenhang mit Modellen, welche die *Vernetzung zwischen den Versorgungsebenen* thematisieren, konnte gezeigt werden, dass sich die Behandlungsqualität sowie die Interaktion zwischen den Versorgungsebenen verbessert (Gask L, 2005) (siehe auch 3.3.).

1.3.4. Zusammenfassung

Insgesamt sind im Hinblick auf die Frage nach der Qualität der ambulanten Depressionsbehandlung in Deutschland Mängel sowohl für die hausärztliche- als auch für die fachärztliche Versorgung feststellbar. So liefern zahlreiche Studien Befunde dazu, dass Hausärzte nicht adäquat identifizieren und behandeln und zudem zu wenig oft adäquat überweisen. Obwohl sich Fachärzte insgesamt als deutlich versierter im Kontakt mit depressiven Patienten erweisen, zeigt sich auch bei ihnen mancher Mangel in ähnlicher Weise wie bei den Hausärzten. Die Gründe für diese unzureichende Versorgungsqualität sind komplex und finden sich auf Seiten der Patienten, der Ärzte und des Versorgungssystems. Während auf Ebene der Patienten eine Verweigerungshaltung, die wohl stark mit einem tief verwurzelten Stigmatisierungsproblem zusammenhängt, einen zentralen Einfluss auf eine verminderte Versorgungsqualität ausübt und sich unter anderem darin äußert, dass Patienten ihre Symptome verbergen, vor sich selber nicht eingestehen und damit zusammenhängend keine Behandlung akzeptieren, spielen auf ärztlicher Seite eine aversive Grundhaltung gegenüber psychischen Krankheiten (Hausarztfaktor) und damit ebenfalls eine Stigmatisierungsthematik eine Rolle. Zusätzlich belasten Zeitmangel, eine ungeübte Gesprächskultur und eine mangelnde Gesprächsausrichtung auf das Gegenüber die Behandlungsqualität. Im Hinblick auf die Zusammenarbeit der verschiedenen Versorgungsebenen zeigen sich gleichermaßen Wohlwollen wie auch eine gewisse Scheu bzw. Zurückhaltung der beteiligten Ärzte. Auf Systemebene schließlich ist eine individualisierte Versorgung, in der eine persönliche Patientenbegleitung über längere Zeit möglich ist, der Versorgungsqualität sehr zuträglich. Als in diesem Zusammenhang ebenfalls hilfreich erweisen sich vernetzte Versorgungsstrukturen, in denen verschiedenen Versorgertypen zusammenarbeiten (siehe auch 3.3.).

2. Empirischer Teil

2.1. Zielsetzung

Insgesamt gibt es wenig Befunde dazu, worin sich Haus- und Fachärzte in der Depressionsversorgung unterscheiden (Simon GE, 2001). Die vorliegende Arbeit widmet sich dieser Frage, indem sie für Haus- und Fachärzte die neuralgischen Punkte *Identifikation*, *Behandlung* und *Überweisung* in der Depressionsversorgung auf Arzt- und Patientenseite bezüglich Unterschiede überprüft. Die Ergebnisse werden dabei so vorgestellt, dass Aspekte seitens des Patienten, des Arztes, der Behandlung (inklusive Identifikation), der ärztlichen Zusammenarbeit sowie solche, welche systembedingt auftreten, besprochen werden.

2.2. Methodik

2.2.1. Fragestellungen

Gibt es Unterschiede in der Versorgungsqualität zwischen Haus- und Fachärzten? Im empirischen Teil vorliegender Studie geht es darum, das unterschiedliche Vorgehen von Haus- und Fachärzten in der Depressionsbehandlung zu dokumentieren. Konkret sollen im Rahmen dieser Studie günstige und ungünstige Unterschiede in der Depressionsbehandlung durch Haus- und Fachärzte herausgearbeitet werden, um Rückschlüsse auf Stärken und Schwächen der beiden Ärzteguppen ziehen zu können. Dazu werden Aspekte auf ärztlicher Seite (Identifikation, Behandlung, Zusammenarbeit, Einstellungen, Wünsche), auf Patientenseite (Gesundheitszustand, Genesung, Zufriedenheit, ...) und systembezogene Einflüsse (Praxisstruktur, Ablauf, Zeit, Wirtschaftlichkeit,...) auf Unterschiede überprüft. Zusätzlich wird untersucht, ob es Hinweise darauf gibt, dass Zusammenhänge mit dem Schweregrad der Depression bestehen; dahingehend zum Beispiel, dass Haus- oder Fachärzte schwerer oder leichter Erkrankte anders behandeln. Die dazugehörigen Fragestellungen lauten: „Gibt es Unterschiede in der Identifikation und Behandlung von Depressionen, in der persönlichen Einstellung der beiden Ärzteguppen, in der Art der Patienten und in der ärztlichen Zusammenarbeit oder auf Systemebene? Welche?“.

2.2.2. Hypothesen und Operationalisierungen

Vorliegende Arbeit knüpft an zwei in der Literatur begründete Hypothesen an und untersucht sie anhand einer Palette dazugehöriger Unterhypothesen. Während sich die erste Hypothese¹⁵ auf die Qualität der ärztlichen Versorgung bezieht, betrifft die zweite in erster Linie Unterschiede auf Patientenebene. Beiden gleich ist der Fokus auf die unterschiedliche Versorgungssituation von Haus- und Fachärzten. Für vorliegende Studie gilt eine Mischform aus a priori festgelegter Hypothesenprüfung, welche meistens ungerichtet formuliert ist, und heuristischer Beschreibung noch unbekannter Größen. Zur Minimierung des im Zusammenhang mit heuristischen Fragestellungen auftretenden α -Fehlers wurde durchgängig eine Bonferoni-Korrektur des Signifikanzniveaus durchgeführt, obwohl dies bei Fragestellungen, für welche a priori Hypothesen aufgestellt worden sind, eigentlich nicht erforderlich gewesen wäre.

2.2.2.1. Grundhypothesen

Hypothese 1: Hausärzte erzielen eine andere (tiefere) Versorgungsqualität als Fachärzte. Fachärzte zeigen auch eine verbesserungswürdige Versorgungsqualität¹⁶.

Hypothese 2: Hausarztpatienten unterscheiden sich in ihrer Art von Facharztpatienten, insofern als Hausarztpatienten weniger stark beeinträchtigt und weniger schwer krank sind.

Die beiden Haupthypothesenstränge bezüglich der Versorgungsqualität und der Natur der Patienten wurden anhand von zahlreichen Subhypothesen weiter spezifiziert¹⁷. Die *Versorgungsqualität* wurde anhand der Qualität der Identifikation, der Qualität der Behandlung, der Qualität der Einstellung zur Depressionsbehandlung, der Qualität des Therapieerfolgs und der Qualität der Interaktion mit dem Patienten operationalisiert. Die *Art von Patienten* wurde anhand von Items zur Symptomatik und Krankheitsgeschichte, Medikamenteneinnahme und Compliance, der Wahrnehmung der Interaktion mit dem Arzt und der Wahrnehmung des Therapieerfolgs operationalisiert. Die nun folgenden Subhypothesen beziehen sich auf diese Unterteilung.

¹⁵ Hinsichtlich der ersten Hypothesengruppe wurden ähnliche Fragestellungen anderswo ebenfalls untersucht (Schneider F, 2003; Schneider F, 2005). Deren gleichzeitige Überprüfung im Zusammenhang mit vorliegender Arbeit erfolgte mit eigenständiger und übergeordneter Zielsetzung. Überschneidungen mit den genannten Veröffentlichungen werden als Replikationsarbeit verstanden, bzw. sind unbeabsichtigt erfolgt.

¹⁶ Z.B. (Simon GE, 2001)

¹⁷ Zur Übersicht über alle Operationalisierungen: siehe Anhang A

2.2.2.2. Subhypothesen zur Hypothese 1

Versorgungsqualität zwischen Haus- und Fachärzten ist unterschiedlich (siehe 1.3.3.)

1. Bezüglich der Qualität der Identifikation einer Depression
2. Bezüglich der Qualität der Behandlung einer Depression
3. Bezüglich der Qualität der Einstellung zur Depressionsbehandlung
4. Bezüglich der Qualität der Interaktion mit dem Patienten
5. Bezüglich des Therapieerfolgs

2.2.2.3. Subhypothesen zur Hypothese 2

Art der Patienten von Haus- und Fachärzten ist unterschiedlich (siehe 1.3.3.1.)

1. Bezüglich der Symptomatik und Krankheitsgeschichte
2. Bezüglich der Vorbehandlung
3. Bezüglich der Medikamenteneinnahme und Compliance
4. Bezüglich der Wahrnehmung der Interaktion mit dem Arzt
5. Bezüglich der Wahrnehmung des Therapieerfolgs

2.2.3. Untersuchungsdesign

Die empirische Untersuchung vorliegender Arbeit bezieht sich auf ein Design mit Messwiederholungen, wobei Ärzte und Patienten zu zwei Zeitpunkten (mit sechs Wochen Intervall) gebeten wurden, Fragebogen zur Depressionsbehandlung auszufüllen. Da sowohl Haus- als auch Fachärzte an der Studie teilnahmen, war ein durchgehender Vergleich der beiden Gruppen möglich. Die verwendeten Fragebogen liefern inhaltlich eine Fülle behandlungsbezogener Daten aus Sicht der Patienten (zu sich selber, zum Arzt) und aus Sicht der Ärzte (zu sich selber, zum Patienten). Abbildung 9 fasst Messzeitpunkte, -instrumente und Erhebungsebenen vorliegender Studie zusammen. Im Rahmen dieser Arbeit wurden Daten der Baselineerhebung des Projektes 3.1 „Umfassendes, ambulantes Qualitätsmanagement in der Versorgung depressiver Störungen“ des „Kompetenznetz Depression“ analysiert (Härter M, 2003c).

Abbildung 9 Messzeitpunkte, Messinstrumente und Datenerfassungsebenen der vorliegenden Arbeit

Erhebungsart	Messzeitpunkt	Messinstrument	Datenebene
Dokumentation	T0: Erstkontakt	Ärztefragebogen (ÄF) Basisdokumentation (BaDo) Patientenfragebogen (PF)	Haus- und Facharzt Haus- und Facharzt Patient
	T1: sechs Wochen nach dem Erstkontakt	Verlaufsdokumentation (VeDo) Patientengesundheitsfragebogen (PGF)	Haus- und Facharzt Patient

2.2.4. Instrumente

Die im Rahmen vorliegender Untersuchung eingesetzten Fragebogen wurden im Zusammenhang mit dem oben genannten Projekt entwickelt (Bermejo I, 2003). Sie zielen darauf ab, die wichtigsten Diagnose-, Behandlungs- und Überweisungsmaßnahmen zu erfassen und sollen praxisnah eingesetzt werden können. Strukturell umfassen sie einen Fragebogen für die Ärzte (*Basisdokumentation*) und einen für die Patienten (*Patientenfragebogen*), welche jeweils für die Posterhebung nach sechs Wochen in leicht veränderter Version wieder eingesetzt werden konnten (als *Verlaufsdokumentation* für den Arzt und als *Patientengesundheitsfragebogen* für den Patienten). Zusätzlich wurde in vorliegender Studie ein *Ärztefragebogen* für Ärzte mit Fragen über sie selbst eingesetzt. Insgesamt wurden also fünf verschiedene Fragebogen zu zwei Zeitpunkten verwendet (siehe Anhang B). Die Instrumente werden bei den Ärzten gut akzeptiert und größtenteils als für die Behandlung (Praxisdokumentation, Diagnostik, Therapie, Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung) hilfreich erachtet (Schneider F, 2003). Die Fragebogen BaDo und Patienten- und Patientengesundheitsfragebogen enthalten Items standardisierter Tests zur Erfassung der aktuellen depressiven Symptome (Löwe B, 2001) und Lebensqualität (Bullinger M, 1998). Abbildung 9 bietet eine Zusammenfassung der verwendeten Fragebogen.

2.2.5. Stichproben

2.2.5.1. Studienärzte

Für die ärztliche Stichprobe wurden Haus- und Fachärzte der Studienregionen München, Südbaden und Rheinland telefonisch rekrutiert. Von den ursprünglich 400 angefragten Haus- und Fachärzten nahmen 67 an der Studie teil. Dies entspricht einer Beteiligung von 16,75%.

Unter den 43 Hausärzten waren 68% Allgemeinärzte, 22,8% Internisten und 9,2% Praktische Ärzte, unter den Fachärzten 68,5% Fachärzte für Neurologie & Psychiatrie und 31,5% Fachärzte für Psychiatrie & Psychotherapie vertreten. Haus- und Fachärzte unterschieden sich nur unwesentlich bezüglich soziodemografischer Merkmale, wobei Hausärzte mit 47,5 Jahren (SD=6,9) etwas jünger waren als die Fachärzte (49,3/8,8). Zudem gab es unter den Fachärzten mehr Frauen als unter den Hausärzten (39,1% vs. 29,3%). Die Fachärzte waren mit durchschnittlich 12,5 Jahren (SD = 9,0) nur wenig länger niedergelassen als Hausärzte (m=11,44 Jahre, SD=7,3) und arbeiteten wie Hausärzte am häufigsten in einer Einzelpraxis (66,7% vs. 68,3%). Die beiden Ärzteguppen unterschieden sich jedoch bezüglich ihrer Aus- und Weiterbildung, wobei Fachärzte erwartungsgemäß einen deutlichen Vorsprung verzeichneten: 77,3% der Fachärzte, aber nur 17,5% der Hausärzte hatten einen Zusatztitel in Psychotherapie, 95,7% der Fachärzte und nur 17,1% der Hausärzte hatten durchschnittlich 135 Monate (resp. 10 Monate der Hausärzte) Vorerfahrung in psychiatrischer Versorgung. Wieder sehr ähnlich waren die Prozentsätze von Zusatztiteln in psychosomatischer Grundversorgung, welche für Hausärzte auf 70,7% und für Fachärzte auf 76,2% fiel.

Tabelle 6 Ärztstichproben mit Unterschieden zwischen Haus- und Fachärzten

		Hausärzte (N=43)	Fachärzte (N=24)	P Gesamt- stichprobe
Erfassen der allgemeinen Merkmale (Mehrfachnennungen möglich)	Geschlecht ¹ (m/w)	70,7%/29,3%	60,9%/39,1%	n.s. ^a
	Alter ¹ (m/s)	47,5/ 6,9	49,3/ 8,8	n.s. ^x
	Dauer der Niederlassung in Jahren ² (m/s)	11,44/ 7,3	12,5/9,0	n.s. ^x
	Anzahl Einwohner am Praxisstandort ²			n.s. ^b
	„Bis 5 000“	24,4%	0,0%	
	„Mehr als 100 000“	43,9%	54,2%	
	Praxencharakter ²			n.s. ^a
Einzelpraxis	68,3%	66,7%		
Praxisgemeinschaft	19,5%	20,8%		
Gemeinschaftspraxis	12,2%	12,5%		
Durchschnittliche Scheinzahl ²			n.s. ^b	
„Bis 5 000“	10,0%	45,5%		
„5000- 1500“	90,0%	54,5%		

Erfassen der Aus- und Weiterbildung (Mehrfachnennungen möglich) ¹	Zusattitel Psychotherapie ³	17,5%	77,3%	0,000 ^a
	Zusattitel Psychosomatische Grundversorgung ³	70,7%	76,2%	n.s. ^a
	Weitere Zusattitel ³	73,3%	50%	n.s. ^a
	Vorerfahrung Psychiatrische Versorgung ³	17,1%	95,7%	0,000 ^a
	Vorerfahrung Psychiatrische Versorgung ³ : Anzahl Monate (m/s)	10/12,8	135/144,6	n.s. ^x

^a 4-Felder-Chi-2-Test (zweiseitig), ^b Mann-Whitney-U-Test, ^x t-Test, beidseitig, ¹ $\alpha^2=0,0125$, ² $\alpha^2=0,006$, ³ $\alpha^2=0,005$ Für detaillierte Angaben mit Rohwerten und Stichprobengrößen siehe Anhang A

2.2.5.2. Patienten

Insgesamt wurden für 346 Patienten zum ersten Besuchskontakt Ärzteneinschätzungen vorgenommen, d.h. für 197 Hausarzt- und 149 Facharztpatienten. Zusätzlich lagen für insgesamt 256 Patienten Eigenangaben vor. Die Betrachtung soziodemografischer Daten widerspiegelt nur bezüglich des Alters signifikante Unterschiede zwischen den beiden Stichproben, wobei Hausarztpatienten mit einem Durchschnittsalter von 51,2 Jahren signifikant älter sind als Facharztpatienten (Durchschnittsalter = 45,4 Jahren, SD=13,0).

Umgekehrt sind Hausarztpatienten etwas häufiger weiblich (25,5% vs. 20,9%), und kommen häufiger aus benachbarten EU-Ländern (3,9% vs. 0,9%). Nicht EU-Bürger sind umgekehrt in der fachärztlichen Praxis häufiger (9,5% vs. 4,7%). Hausarztpatienten leben häufiger allein (42,3% vs. 35,0%), haben weniger Kinder (65,4% vs. 71,2%), schließen die Schule weniger häufig mit Abitur oder Fachhochschule (19,2% vs. 25,9%) ab, sind mit 10,8% fast doppelt so häufig hauptberuflich als Hausfrau/Hausmann tätig (vs. 5,1%) und mit 5,4% fast halb so oft arbeitslos gemeldet wie Facharztpatienten (9,4%).

Tabelle 7 Unterschiede zwischen Haus- und Facharztpatienten bezüglich soziodemografischer Merkmale

		Hausarztpatienten (N=197)	Facharztpatienten (N=149)	P
Erfassen soziodemografischer Merkmale (Mehrfachnennungen möglich) ¹	Geschlecht (m/w)	25,5%/74,5%	20,9%/79,1%	n.s.
	Alter des Patienten gemäß Patient in Jahren (m/s)	51,2/ 15,0	45,4/ 13,0	0,000 ^x
	Staatangehörigkeit			n.s.
	Deutsch	91,5%	89,7%	
	EU	3,9%	0,9%	
	Nicht EU	4,7%	9,5%	
	Familienstand „allein lebend“	42,3%	35,0%	n.s.
	Kinder „Ja“	65,4%	71,2%	n.s.
	Anzahl Kinder „viele“	15,7%	14,6%	n.s.
	Höchster Schulabschluss			n.s.
Haupt-/Volksschule oder Realschule/ Mittlere Reife	70,4%	63,8%		
Abitur/ Fachhochschule	19,2%	25,9%		
Kein Schulabschluss	3,2%	5,2%		
Höchster Berufsabschluss			n.s.	
Lehre oder Fach/Meisterschule	60,5%	58,3%		
Fach/ Hochschule	17,6%	19,4%		
Berufsstatus			n.s.	
Vollzeit	28,5%	35,9%		
Selbständige Tätigkeit	0,8%	2,6%		
Hausfrau, Hausmann	10,8%	5,1%		
Teilzeit, gelegentlich berufstätig oder mithelfender Familienangehöriger	31,5%	29,1%		
Ausbildung/ Umschulung	17,7%	12,0%		
Wehr-/ Zivildienst	1,5%	0,0%		
Rehamaßnahme	0,0%	0,9%		
Arbeitslos gemeldet oder anderweitig ohne berufliche Tätigkeit	5,4%	9,4%		

^a 4-Felder-Chi-2-Test (zweiseitig), ^b Mann-Whitney-U-Test (^{b1}= bei schwerer Depression eher keine Kinder), ^x T-Test, beidseitig, für unabhängige Stichproben, ¹ α '=0,0025

2.2.6. Repräsentativität

Nachdem gezeigt werden konnte, dass sich die Stichproben der Ärzte (Haus- und Fachärzte) und Patienten (Haus- und Facharztpatienten) sowohl auf Arzt- als auch auf Patientenseite bezüglich soziodemografischer Merkmale nicht unterscheiden, stellt sich noch die Frage, inwiefern die untersuchten Gruppen denn auf die Gesamtpopulation aller Haus- und Fachärzte Deutschlands verallgemeinerbar sind. Eine im Zusammenhang mit dem 3.1er Projekt „Umfassendes ambulantes Qualitätsmanagement in der Depressionsbehandlung“ durchgeführter Abgleich¹⁸ von Basisdaten, welche auch vorliegender Studie zugrunde liegen, und von Merkmalen der Gesamtpopulation ergab, dass sich die Ärztstichproben vorliegender Studie im Hinblick auf Alter, Geschlecht, medizinische Spezialisierung und Praxisstruktur nicht signifikant von entsprechenden Populationsparametern unterschieden. Aus diesem Grund werden die Ärztstichproben vorliegender Studie als repräsentativ für ambulanten haus- und fachärztlichen Versorger in Deutschland angesehen.

2.2.6.1. Repräsentativität der Teilstichproben

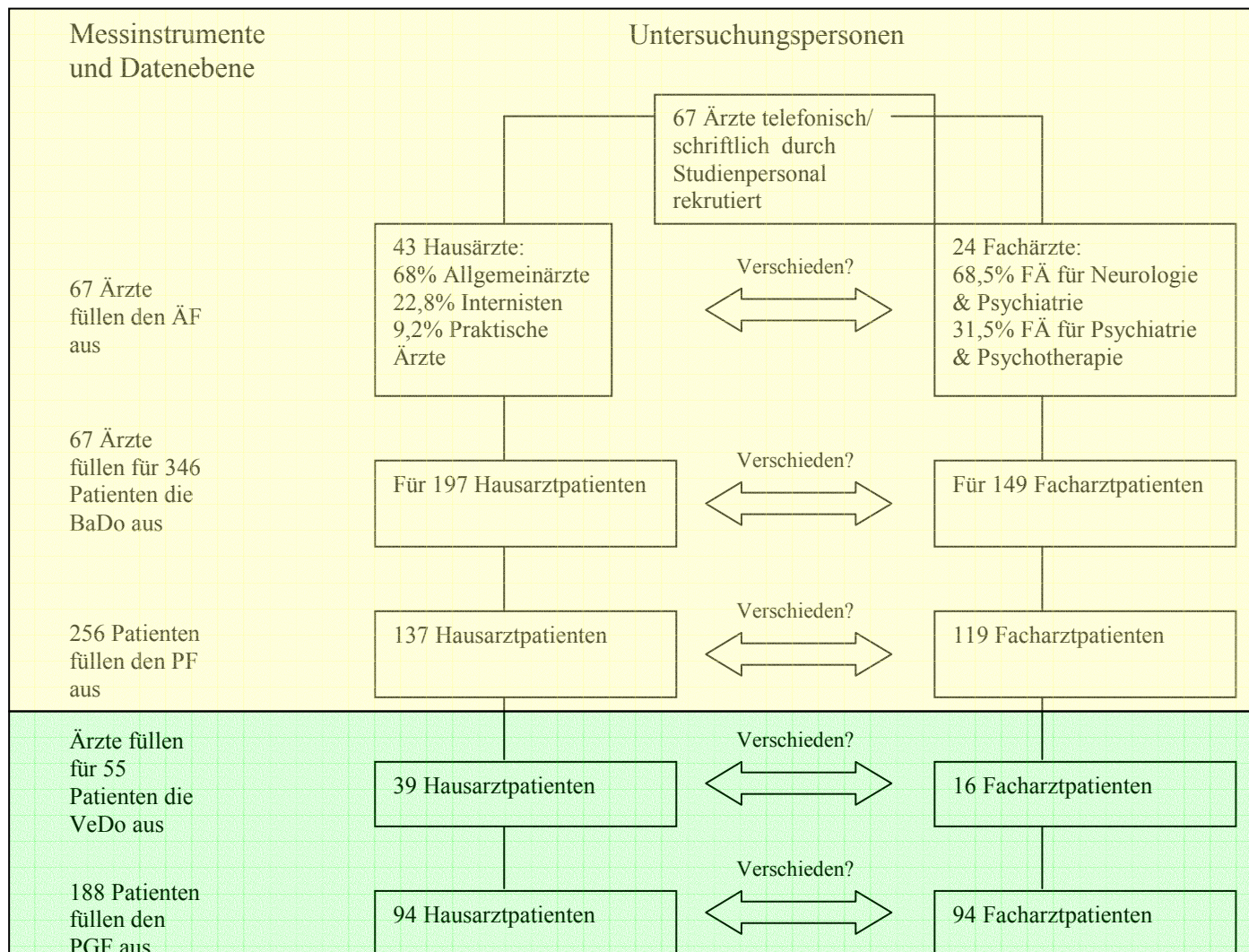
Als methodische Herausforderung erwies sich, wie in Abbildung 10 dargestellt, die starke Fluktuation der Patienten. Während es zum Zeitpunkt T0 für insgesamt 346 Patienten ärztliche Einschätzungen (BaDo) gab, lagen zum Zeitpunkt T1 nur noch für 55 Patienten entsprechende Angaben vor. Und während anfangs 256 Patienten den Patientenfragebogen ausfüllten, taten dies zum Zeitpunkt T1 nur noch 188. Diese starke Fluktuation von Patienten geschah teilweise aus methodischen Gründen (viele Ärzteneinschätzungen wurden zu spät ausgefüllt und mussten deshalb ausgeschlossen werden) oder deshalb, weil Patienten beim Arzt entweder nicht mehr erschienen, gesund wurden oder überwiesen worden sind. Zur Gewährleistung der Kohärenz der Stichprobe wurde deshalb überprüft, ob sich die Completer und Noncompleter der Teilstichproben, gebildet durch die unterschiedlichen Fragebogen, unterscheiden. Es konnte gezeigt werden, dass sich die Stichproben durch das Ausscheiden der Noncompleter bezüglich soziodemografischer Größen bei allen Teilstichproben mit einer Ausnahme nicht veränderten. Vorsicht geboten ist einzig bei Berechnungen, welche sich auf Daten der Teilstichprobe 2 beziehen, da in dieser Stichprobe im Unterschied zu allen anderen die Noncompleter signifikant schwerer krank sind als die Completer. Im Anhang der vorliegenden Arbeit sind die einzelnen Vergleiche detailliert gezeigt und ausgeführt (siehe Anhang A).

¹⁸ (Schneider F, 2004)

2.2.7. Untersuchungsablauf

Die Ärzte wurden vom Versuchsleiter bei einem ersten Treffen gebeten, zehn aus ihrer Sicht depressive Patienten konsekutiv in die Studie aufzunehmen. Einschlusskriterien waren insgesamt das Vorhandensein oder der Neubeginn einer depressiven Störung jeglichen Schweregrads, ein Mindestalter von 18 Jahren und ausreichende Deutschkenntnisse. Die Stichprobe der Patienten wurde so anhand des Wahlverfahrens durch die Ärzte rekrutiert. Zum Zwecke der Behandlungsdokumentation für diese zehn Patienten sollte der Arzt vor und nach sechs Wochen einen Fragebogen (Basisdokumentation und Verlaufsdokumentation) ausfüllen und die Patienten bitten, zu Behandlungsbeginn ihrerseits mit dem Patientenfragebogen dasselbe zu tun (Patientenfragebogen). Nach sechs Wochen bekamen die Patienten vom Versuchsleiter einen zweiten Fragebogen zugeschickt (Patientengesundheitsfragebogen).

Abbildung 10 Teilnehmerfluss, Rekrutierungsstruktur und Fragestellungen vorliegender Studie



(gelb = zum Zeitpunkt T0, grün = zum Zeitpunkt T1) 400 Ärzte wurden angeschrieben, angerufen; 75 waren interessiert (beantworteten Brief), 67 machten mit.

2.2.8. Statistik

Die Auswertungsarbeit des empirischen Teils vorliegender Studie wurde mit SPSS 12.0 (Statistical Package for Social Sciences) ausgeführt und bestand zu einem großen Teil aus der Variablenbildung, der Anwendung von Filtern zur Definition von und Verwendung meiner Teilstichproben, der Verwendung von Tests zur Unterschiedsprüfung (T-, χ^2 -, Mann-Whitney-U-, Wilcoxon-Tests) und zur Feststellung von Zusammenhängen (Spearman-Korrelationsprüfung, χ^2 -Test) (siehe Anhang A). Die methodische Entscheidung fiel zugunsten einer Durchführung vieler Einzelvergleiche und gegen ein multivariates Verfahren, da für die in Frage kommende, binäre logistische Regressionsanalyse insofern Voraussetzungen verletzt waren, als Interkorrelationen zwischen den einzelnen Items

auftraten. Es wurden zur Vermeidung von Alpha-Fehlern Bonferoni-Korrekturen nach der Formel $\alpha' = \alpha / 2m$ durchgeführt, wobei m die Anzahl Einzeltests pro Konstrukt repräsentiert (Bortz J, 1999).

2.3. Ergebnisse

Im empirischen Teil der vorliegenden Arbeit wurde überprüft, ob und inwiefern sich Haus- und Fachärzte in der Depressionsbehandlung unterscheiden.

2.3.1. Besonderheiten auf Arztseite

Im Folgenden werden Ergebnisse vorgestellt, die im Zusammenhang mit der ersten Hypothese „die Versorgungsqualität zwischen Haus- und Fachärzten ist unterschiedlich“ erhoben wurden. Es werden dabei Antworten zu den Fragen nach Unterschieden in der Qualität der Identifikation einer Depression, deren Behandlung, der Einstellung zur Depressionsbehandlung, der Interaktion mit dem Patienten und im Therapieerfolg generiert (siehe 2.2.2.1.).

2.3.1.1. Identifikation einer Depression

Welche diagnostischen „Urteile“ werden von den beiden Ärztgruppen *inhaltlich* vergeben? Zum einen wurde im Rahmen vorliegender Studie erhoben, wie häufig sie akute oder längerfristige Belastungen der Patienten identifizieren, und zum anderen, ob eine Depression vorhanden und wie schwer ausgeprägt sie ist. Hinsichtlich der Einschätzung von Belastungen zeigt sich, dass Haus- und Fachärzte bei ihren Patienten die bestehende Belastungssituation sehr ähnlich einschätzen, wobei Hausärzte mit 14,9% etwas, aber nicht signifikant mehr akute Belastungsereignisse (vs. 13,5%) und Fachärzte etwas mehr länger andauernde Ereignisse diagnostizierten (14,9% vs. 10,6%). Am häufigsten geben beide Ärztgruppen für akute Belastungen an, dass diese entweder nicht (HA 35,1%, FA: 36,9%) oder nur in leichter (z.B. Schulbeginn, Kind verlässt Elternhaus) oder mittlerer Form (Heirat, Trennung, Arbeitsplatzverlust,...) vorhanden sind. Die am häufigsten genannten längerfristigen Belastungen liegen für beide Ärztgruppen im mittleren Bereich (HA: 35,1%, FA: 27,0% Identifikation von Eheproblemen, finanziellen Problemen, Ärger mit Vorgesetzten, für detailliertere Angaben siehe Anhang A). Die schweren langfristigen Belastungen wie Armut oder Arbeitslosigkeit werden bei Facharztpatienten fast doppelt so häufig diagnostiziert wie bei Hausarztpatienten (14,2% vs. 7,6%).

Bezüglich der Einschätzung des Schweregrads der Depression zeigen sich nur geringfügige Unterschiede. Während Fachärzte die Depressionen ihrer Patienten (ICD-10-Kategorien) mit

81,8% etwas häufiger als Hausärzte (76,1%) als mittel bis schwer einschätzen, geben Hausärzte häufiger an, mit subsyndromalen bis leichten Erkrankungen konfrontiert zu sein (23,8% vs. 18,2%). In die gleiche Richtung deutet die Einschätzung der Schwere der Depression aufgrund von CGI-Kategorien: Auch hier haben Hausärzte wieder mit den leichteren (32% vs. 24,4%), und Fachärzte mit den schwereren Formen der Erkrankung (75,8% vs. 68,0%) zu tun.

Tabelle 8 Inhaltliche Diagnostikunterschiede von Haus- und Fachärzten

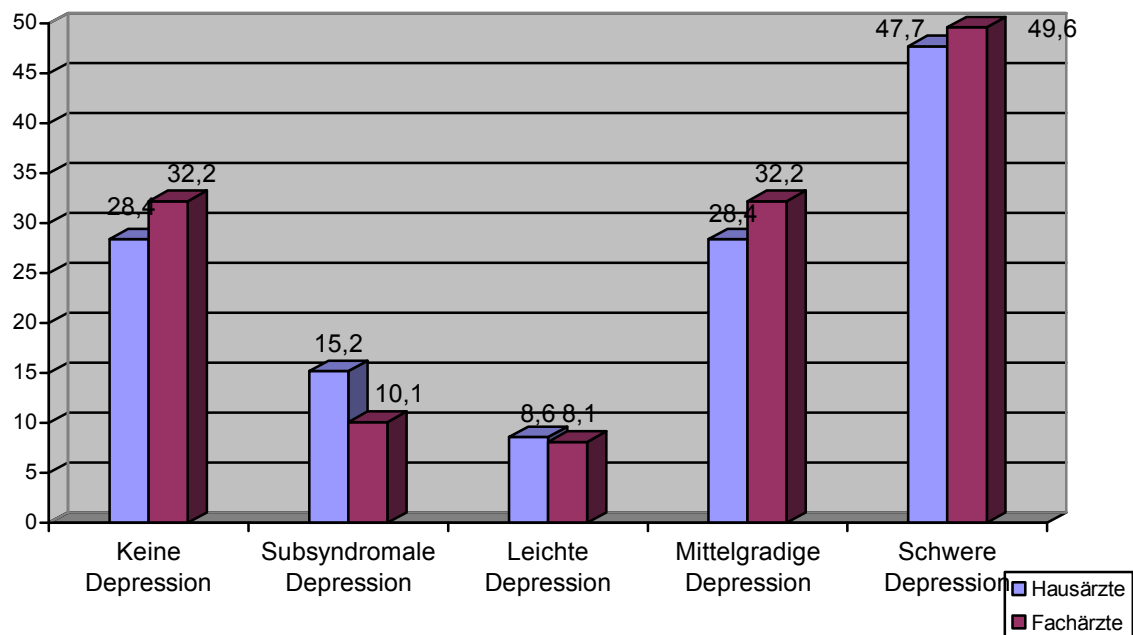
		Hausärzte	Fachärzte	Grund- stichprobe P
Erfassen der Belastungen ¹ des Patienten	Belastungen ¹⁹ +1 akut länger	(N=197) 14,9% 13,5%	(N=149) 10,6% 14,9%	n.s. n.s.
... der Schwere der Depression ²	Schweregrad der Depression (ICD-10) (keine Depression) subsyndromale Depression leichte Depression mittelgradige Depression schwere Depression	(N=197) 56 (28,4%) 30 (15,2%) 17 (8,6%) 56 (28,4%) 94 (47,7%)	(N=149) 48 (32,2%) 15 (10,1%) 12 (8,1%) 48 (32,2%) 74 (49,6%)	n.s. (p=.40b)
	CGI - Schweregrad Grenzfall Leicht Mäßig Deutlich Schwer Extrem schwer	(N=197) 0 (0,0%) 16 (8,1%) 47 (23,9%) 106 (53,8%) 27 (13,7%) 1 (0,5%)	(N=149) 0 (0,0%) 4 (2,7%) 32 (21,5%) 85 (57,0%) 28 (18,8%) 0 (0,0%)	n.s. (p=.06+b)

^b Mann-Whitney-U-Test, ¹ α' =0,0125, ² α' =0,008,

+1 Spearman-Korrelationstest: Zusammenhang mit dem Schweregrad, (*)p=.03: Für Fachärzte gilt, dass sie bei aus *Arztsicht* schwereren Depressionen mehr akute Belastungen identifizieren

¹⁹ Nennungen von „sehr schwer – katastrophal“

Abbildung 11 Unterschiede in der Identifikation von Depressionen bezüglich des Schweregrades (ICD-10) (Angaben in Prozent)



^b Mann-Whitney-U-Test, ¹ $\alpha'=0,008$

Abbildung 12 Zusammenhang der Hausarzt- und Patienteneinschätzung zum Schweregrad der Depression (Angaben in Prozent)

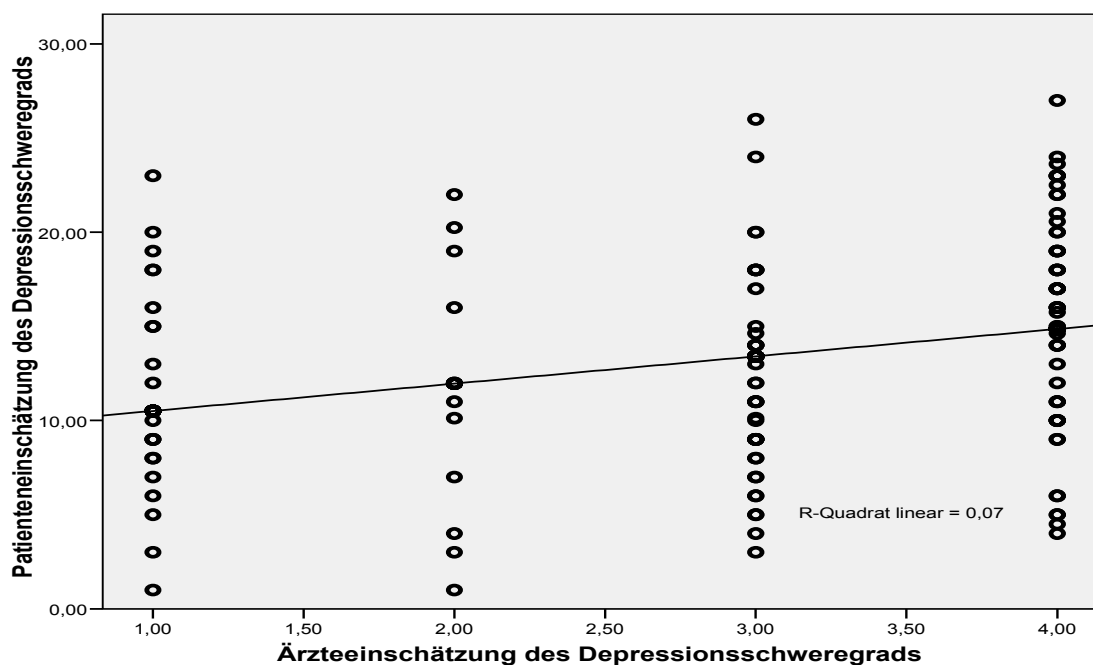
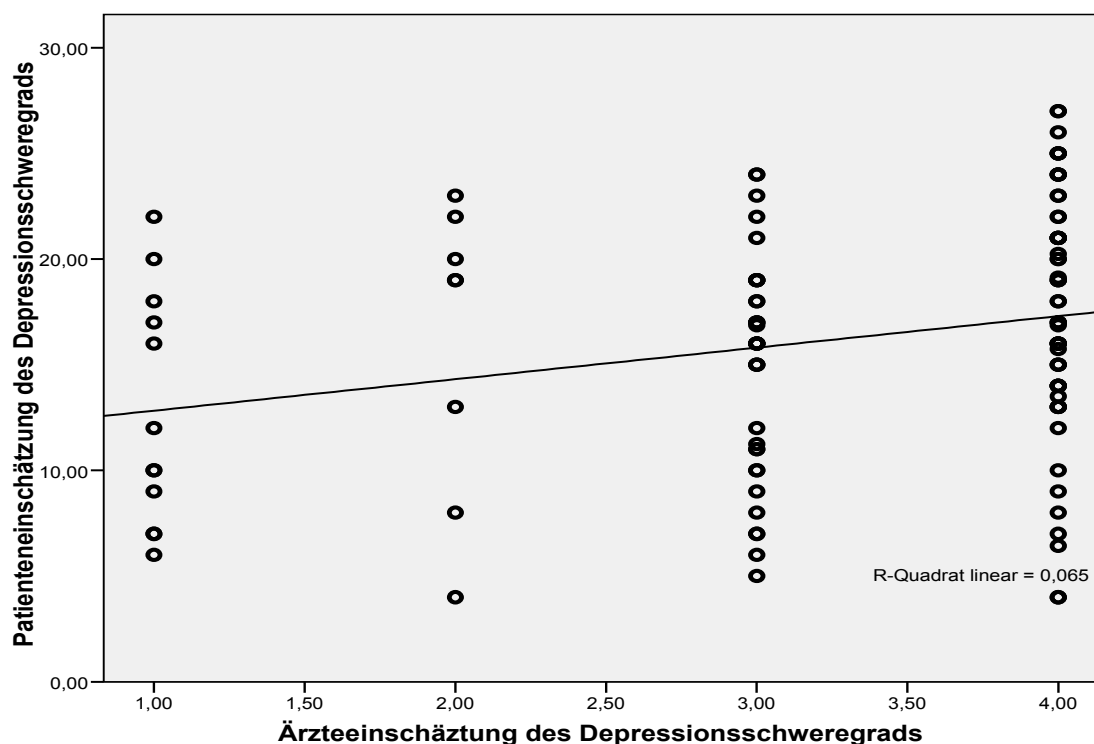
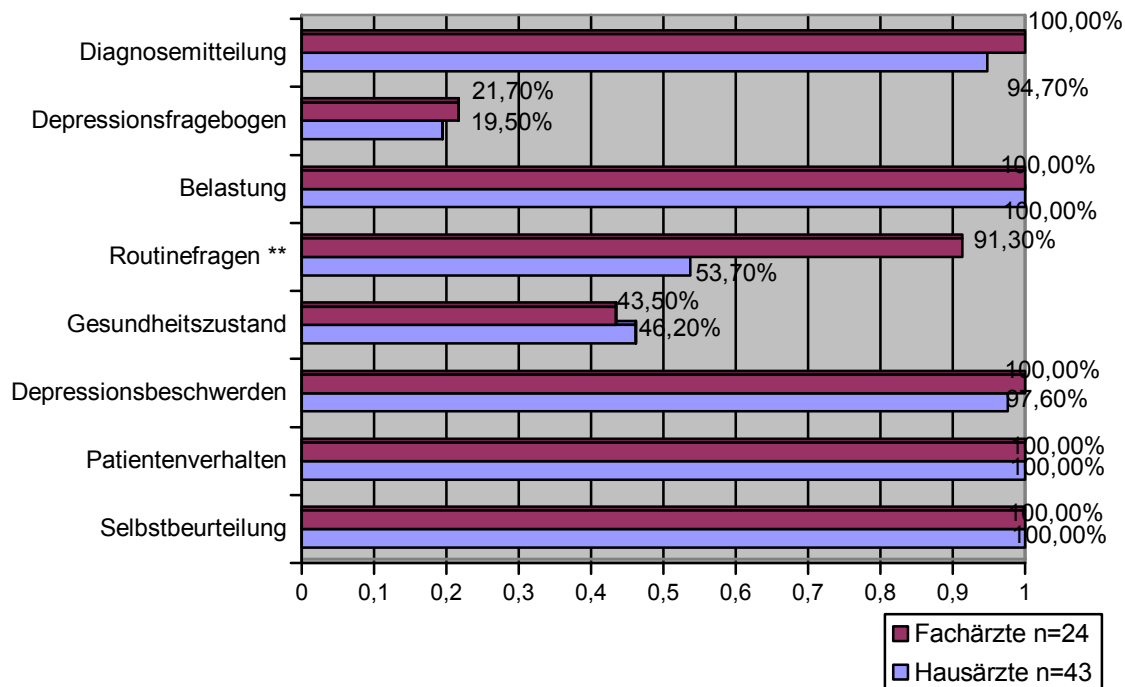


Abbildung 13 Zusammenhang der Facharzt- und Patienteneinschätzung zum Schweregrad der Depression (Angaben in Prozent)



Die Befunde zeigen, dass sich Haus- und Fachärzte meist nicht darin unterscheiden, aufgrund welcher *Informationsquelle* sie eine Depression diagnostizieren. So geben alle Haus- und Fachärzte an, dass sie ihre Diagnose auf Aussagen der Patienten zu ihrem Befinden (Selbstbeurteilung, Belastungen) sowie auf ihre eigenen Beobachtungen stützen würden (Patientenverhalten). Mit ebenfalls fast vollständiger Zustimmung geben beide Ärzteguppen an, dass sie extra auf depressionstypische Symptome (d.h. das Vorhandensein von z.B. Appetitstörungen) achteten. Deutlich weniger häufig schließen beide Ärzteguppen von einem allgemein schlechten Gesundheitszustand auf das mögliche Vorhandensein einer Depression: Nur 43,5% der Haus- und 46,2% der Fachärzte diagnostizieren so. Schließlich geben beide Ärzteguppen vergleichbar selten an, eine Depression aufgrund eines Depressionsfragebogens zu diagnostizieren (21,7% der Fach- und 21,7% der Hausärzte). Der einzig signifikante Unterschied konnte beim routinemäßigen Fragen nach depressiven Symptomen insofern auffindig gemacht werden, als Fachärzte dieses Procedere wesentlich häufiger anwendeten (91,3% vs. 53,7%, $p=0,002$, 4-Felder- χ^2 -Test (zweiseitig)).

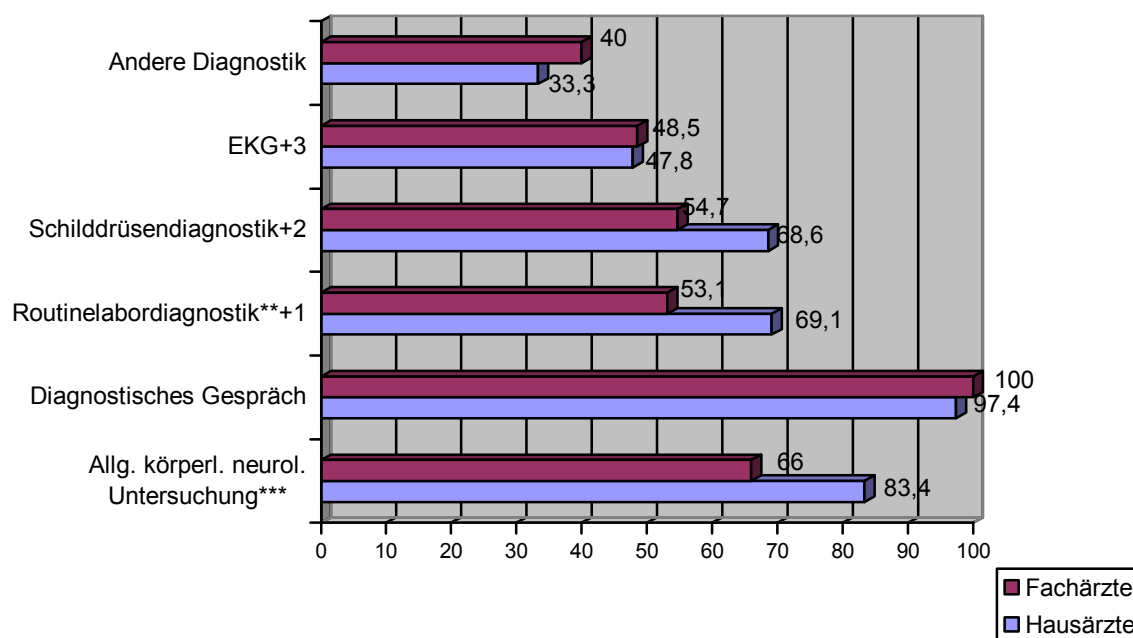
Abbildung 14 Vergleich der Diagnosegrundlagen von Haus- und Fachärzten (Angaben in Prozent)



^a 4-Felder- χ^2 -Test (zweiseitig), ¹ $\alpha=0,007$, $**p = 0,002$

Die Befunde zeigen bezüglich der *Untersuchungspraxis*, dass Hausärzte signifikant häufiger allgemein körperliche und neurologische Untersuchungen (83,4% vs. 66,0%, 4-Felder- χ^2 -Test, zweiseitig, $p \leq 0,001$) und eine Routinelabordiagnostik (69,1% vs. 53,1%, 4-Felder- χ^2 -Test, zweiseitig, $p \leq 0,01$) durchführen als Fachärzte. Ebenfalls, aber nicht signifikant häufiger, machen sie eine Schilddrüsendiagnostik (68,6% vs. 54,7%). Eine genauere Analyse der Zusammenhänge mit dem Schweregrad zeigt, dass Fachärzte dann vermehrt Routine- und Schilddrüsen- wie auch EKG-Untersuchungen durchführen, wenn schwerere Depressionen aus Patientensicht vorliegen. Insgesamt läuft bei Haus- und Fachärzten fast gleich oft eine EKG- oder eine weitere, nicht genau bezeichnete Untersuchung ab. Zudem findet bei beiden Ärzteguppen in den allermeisten Fällen ein diagnostisches Gespräch statt.

Abbildung 15 Unterschiede in der Durchführung diagnostischer Untersuchungen von Haus- und Fachärzten (Angaben in Prozent)



^a4-Felder- χ^2 -Test (zweiseitig), ¹ α' =0.004, *** $p \leq 0,001$, ** $p=0,004$

+1 Spearman-Korrelationstest: Zusammenhang mit dem Schweregrad, (**) $r_s=.25$, $p=.01$: Für Fachärzte gilt, dass sie bei aus *Patientensicht* schwereren Depressionen häufiger Routinelabordiagnostiken durchführen,

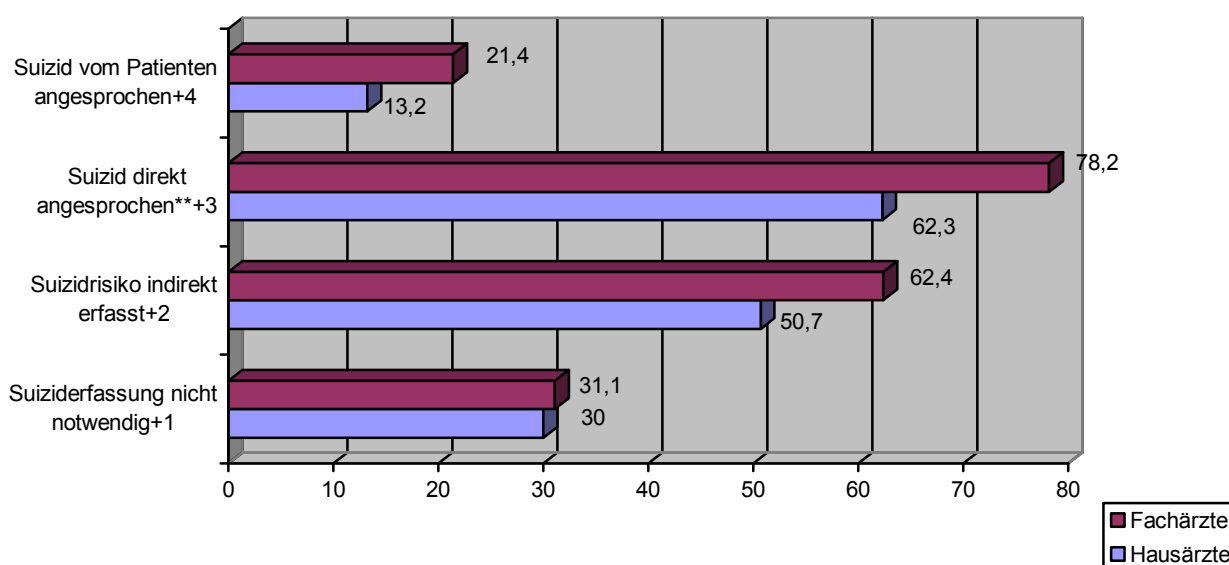
+2 Spearman-Korrelationstest: Zusammenhang mit dem Schweregrad, (**) $r_s=.25$, $p=.01$: Für Fachärzte gilt, dass sie bei aus *Patientensicht* schwereren Depressionen häufiger Schilddrüsendiagnostiken durchführen,

+3 Spearman-Korrelationstest: Zusammenhang mit dem Schweregrad, (**) $r_s=.20$, $p=.01$: Für Fachärzte gilt, dass sie bei aus *Patientensicht* schwereren Depressionen häufiger EKG durchführen

Als weiterer inhaltlicher Diagnosebereich wurde der ärztliche Umgang mit dem Thema *Suizid* untersucht. Hier zeigten sich deutliche Unterschiede zugunsten der Fachärzte insofern, als diese den Patienten signifikant häufiger direkt nach Suizidabsichten fragen (78,2% vs. 62,3%, 4-Felder- χ^2 -Test, zweiseitig, $p = 0,004$), das Suizidrisiko häufiger indirekt erheben (62,4% vs. 50,7%) und häufiger angeben, dass der Patient das Thema von sich aus anspricht (21,4% vs. 13,2%). Erstaunlicherweise ist der Anteil von Fachärzten, die eine Suiziderfassung als nicht notwendig erachten, mit 31,1% (vs. 30,0%) fast gleich groß wie bei den Hausärzten. Neben diesen inhaltlichen Unterschieden beim Diagnostizieren wurde der Zusammenhang mit dem Schweregrad mituntersucht. Es zeigte sich zum einen, dass Hausärzte Suizid bei schweren Depressionsformen eher erfassen wollen und häufiger angeben, ihre Patienten würden von sich aus auf das Thema zu sprechen kommen, und zum anderen, dass Fachärzte bei schwereren Formen die Suizidthematik noch verstärkt ansprechen. Diese Zusammenhänge

treten mit der Wahrnehmung des Schweregrads aus *Arztsicht* auf. Zusätzlich gibt es auch einen Befund, der auf einen Zusammenhang mit der *Patientensicht* hinweist: Hausärzte scheinen nämlich dann häufiger nach Suizidabsichten zu fragen, wenn aus *Patientensicht* eine Depression vorliegt. Diese Zusammenhänge traten insgesamt tendenziell, aber nicht signifikant auf.

Abbildung 16 Unterschiede in der Befragung von Haus- und Fachärzten bezüglich Suizid (Angaben in Prozent)



^a 4-Felder- χ^2 -Test –Test (zweiseitig), ¹ α' =0.006, **p=0,004

+1 Mann-Whitney-U-Test: Zusammenhang mit dem Schweregrad, (*) p=.02: Für Hausärzte gilt, dass sie bei aus *Arztsicht* schwereren Depressionen weniger häufig dieser Ansicht sind.

+2 Spearman-Korrelationstest: Zusammenhang mit dem Schweregrad, (*) p=.02: Für Hausärzte gilt, dass sie bei aus *Patientensicht* schwereren Depressionen Suizid häufiger indirekt ansprechen.

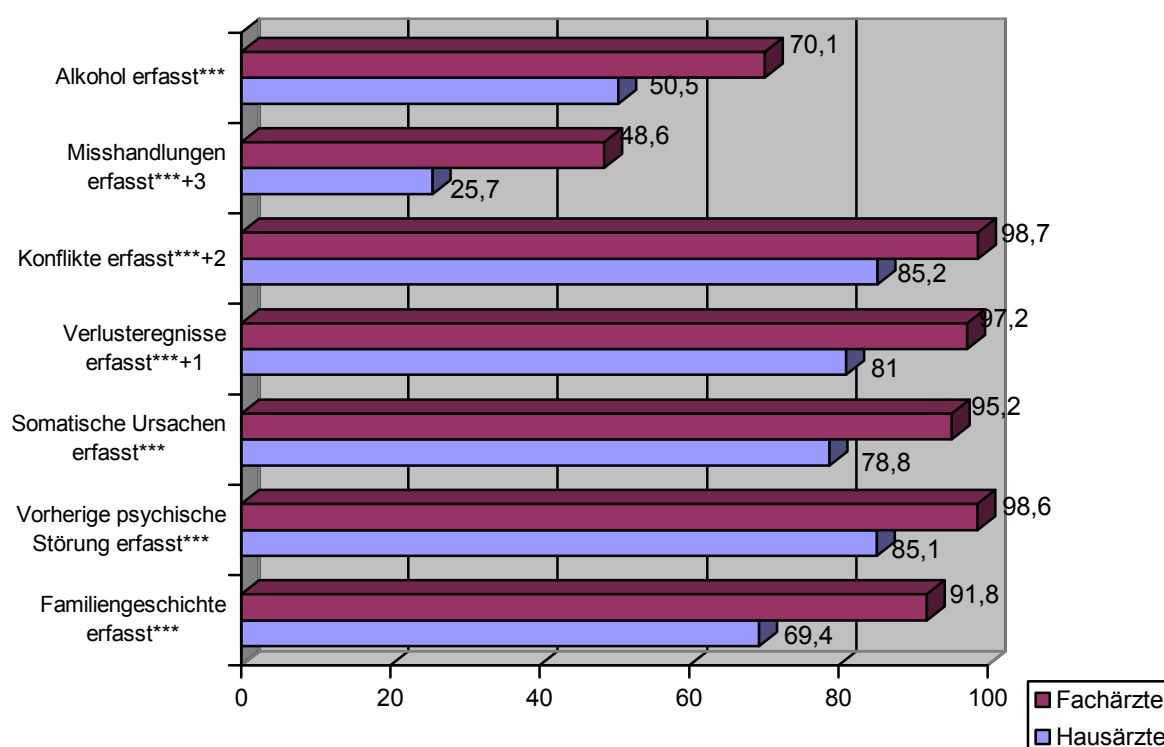
+3 Spearman-Korrelationstest: Zusammenhang mit dem Schweregrad, (*) p=.05: Für Fachärzte gilt, dass sie bei aus *Arztsicht* schwereren Depressionen Suizid häufiger direkt ansprechen.

+4 Mann-Whitney-U-Test: Zusammenhang mit dem Schweregrad, (*) p=.02: Für Hausärzte gilt, dass sie angeben, ihre Patienten würden bei aus *Arztsicht* schwereren Depressionen Suizid häufiger direkt ansprechen.

Inhaltlich besonders verschieden fiel die *anamnestische Untersuchungspraxis* aus, wobei Fachärzte in den meisten Fällen signifikant häufiger Fragen nach psychosozialen Umständen stellten. So erfassten sie mit durchschnittlich 96,3% (vs. 78,14) signifikant häufiger (4-Felder- χ^2 -Test, zweiseitig, p <= 0,001) die Familiengeschichte, das Vorhandensein einer früheren Störung, die Möglichkeit einer somatischen Ursache, Verlustereignisse und Konflikte sowie Alkoholmissbrauch (70,1% vs. 50,5%) und Misshandlungen (48,6% vs. 25,7%). Für Verlustereignisse und Misshandlungen konnte bei Fachärzten zudem als Trend festgestellt werden, dass diese bei schwereren Depressionen (*Arztsicht*) vermehrt vorkamen. Dasselbe

galt bei der Konflikterfassung, allerdings nur dann, wenn aus Patientensicht eine Depression bestand.

Abbildung 17 Unterschiede zwischen Haus- und Fachärzten im Erfragen von psychosozialen Umständen/Anamnese (Angaben in Prozent)



^a 4-Felder- χ^2 -Test –Test (zweiseitig), ¹ $\alpha' = 0.003$, *** $p \leq 0,001$

+1 Spearman-Korrelationstest:: Zusammenhang mit dem Schweregrad, (**) $r_s = -.22$, $p = .009$: Für Fachärzte gilt, dass sie bei aus *Arztsicht* schwereren Depressionen häufiger Verlustereignisse erfassen.

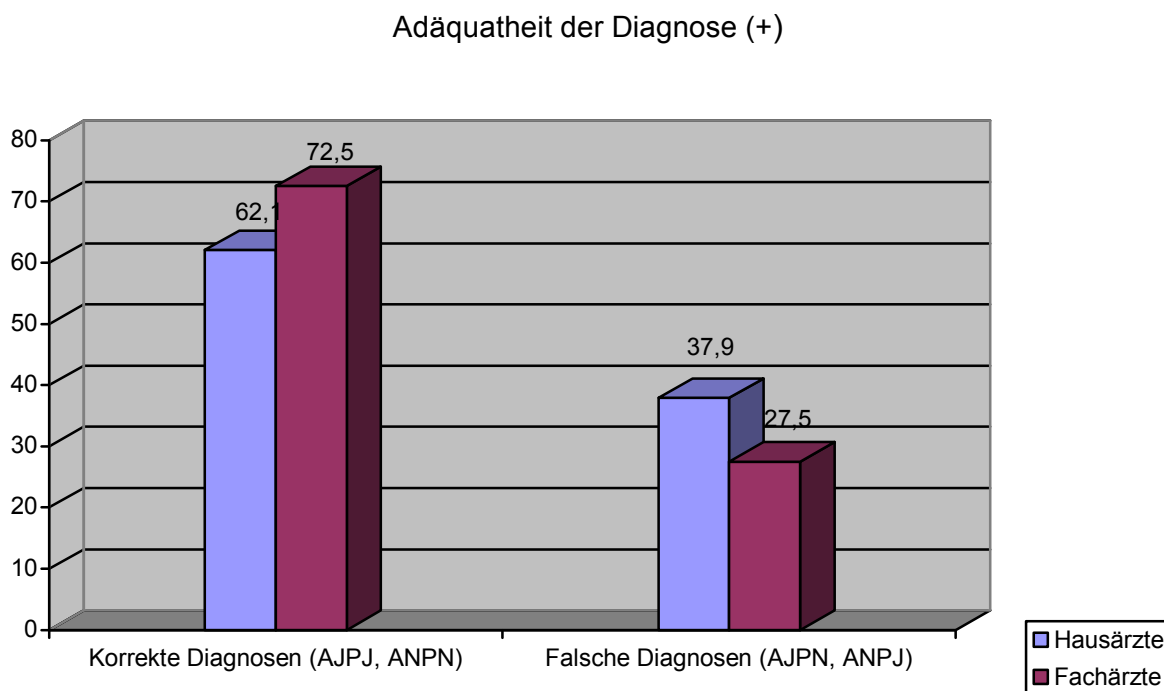
+2 Spearman-Korrelationstest:: Zusammenhang mit dem Schweregrad, (*) $r_s = -.22$, $p = .02$: Für Fachärzte gilt, dass sie bei aus *Patientensicht* schwereren Depressionen häufiger Konflikte erfassen.

+3 Spearman-Korrelationstest:: Zusammenhang mit dem Schweregrad, (+) $r_s = -.15$, $p = .08$: Für Fachärzte gilt, dass sie bei aus *Arztsicht* schwereren Depressionen häufiger Misshandlungen erfassen.

Im Anschluss an die Beschreibung von inhaltlichen Unterschieden beim Diagnostizieren wurde die Qualität der Diagnose, d.h. deren Adäquatheit untersucht. Als *korrekt diagnostiziert* wurden die Fälle definiert, bei denen Übereinstimmung zwischen Arzt und Patient in der beidseitigen Feststellung einer Depression bestand. Als *falsch diagnostiziert* wurden umgekehrt die Fälle definiert, bei denen keine Übereinstimmung zwischen Arzt und Patient bestand, d.h. dass Arzt und Patient unterschiedliche Meinungen dazu hatten, ob eine Depression vorliegt (siehe Abbildung 18). Die Auswertungen zeigen, dass Fachärzte häufiger adäquat diagnostizieren als Hausärzte (72,5% vs. 62,1%, 4-Felder- χ^2 -Test), was mit einer Wahrscheinlichkeit von $p = 0,04$ überzufällig ist und damit einen deutlichen, aber wegen des

korrigierten Signifikanzniveaus nicht signifikanten Unterschied ausmacht (siehe Anhang A). Interessant ist, dass sowohl für Haus- und Fachärzte gilt: Mit zunehmendem Schweregrad der Depression steigt dann die Adäquatheit der Diagnose, wenn aus Patientensicht (nicht aber, wenn aus Arztsicht) eine Depression vorliegt.

Abbildung 18 Unterschiede in der Adäquatheit der Diagnose (Angaben in Prozent)



^a 4-Felder- χ^2 -Test, ¹ α' =0.008, (+) p=0,04

AJPJ =richtig positiv (Arzt sagt „Ja, eine Depression liegt vor“ und Patient sagt „Ja, eine Depression liegt vor“)

ANPN=richtig negativ (Arzt sagt „nein, keine Depression liegt vor“ und Patient sagt „nein, keine Depression liegt vor“)

AJPJ=falsch positiv (Arzt sagt „Ja, eine Depression liegt vor“ und Patient sagt „nein, keine Depression liegt vor“)

ANPJ=falsch negativ (Arzt sagt „nein, keine Depression liegt vor“ und Patient sagt „Ja, eine Depression liegt vor“)

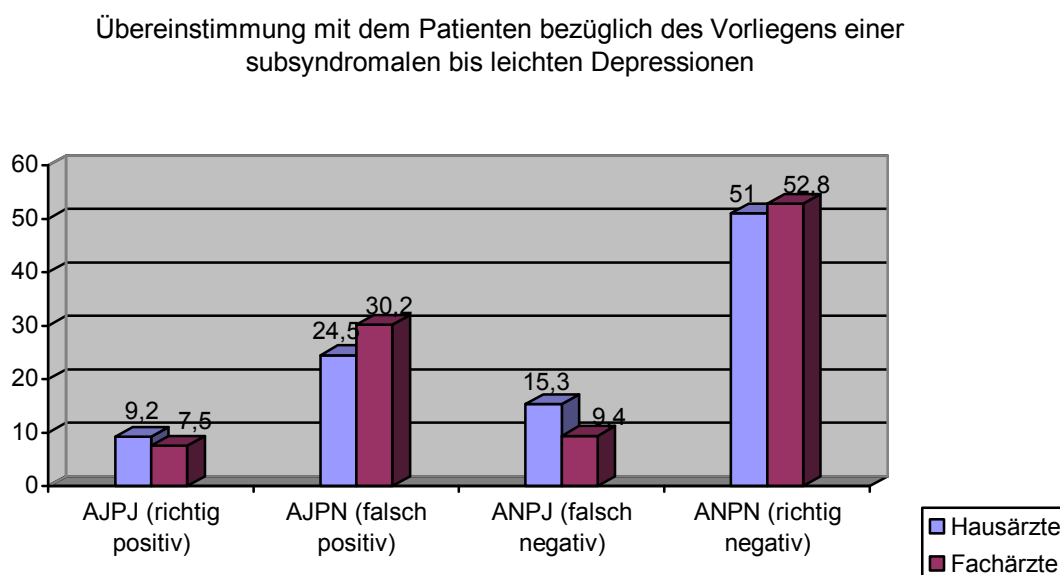
+ Mann-Whitney-U-Test: Zusammenhang mit dem Schweregrad, p=.000: Für Haus- und Fachärzte gilt, dass sie dann häufiger adäquat diagnostizieren, wenn aus *Patientensicht* eine schwere Depression vorliegt.

Im Hinblick auf die Adäquatheit der Diagnose wurde zusätzlich die *Übereinstimmung von Arzt und Patientenmeinung* für leichte und schwere Krankheitsformen untersucht. Es zeigten sich dabei bei den leichten Fällen für Haus- und Fachärzte gleichermaßen eine erschreckend unsichere Diagnostik: Nur 9,2% der Hausärzte und 7,5% der Fachärzte diagnostizierten richtig positiv. Besser gelang es beiden Ärztegruppen, richtig negativ einzuschätzen: 52,8% der Fach- und 51% der Hausärzte schlossen korrekterweise eine leichte Depression aus. Bei der Betrachtung der Art der gemachten Fehler zeigte sich, dass rund ein Drittel der Ärzte

(30,2% der Fachärzte und 24,5% der Hausärzte) fälschlicherweise eine leichte Depression diagnostizierten (falsch positiv) und rund 10% diese, wenn sie vorhanden war, nicht bemerkten (falsch negativ Urteile von 15,2% der Haus- und 9,4% der Fachärzte).

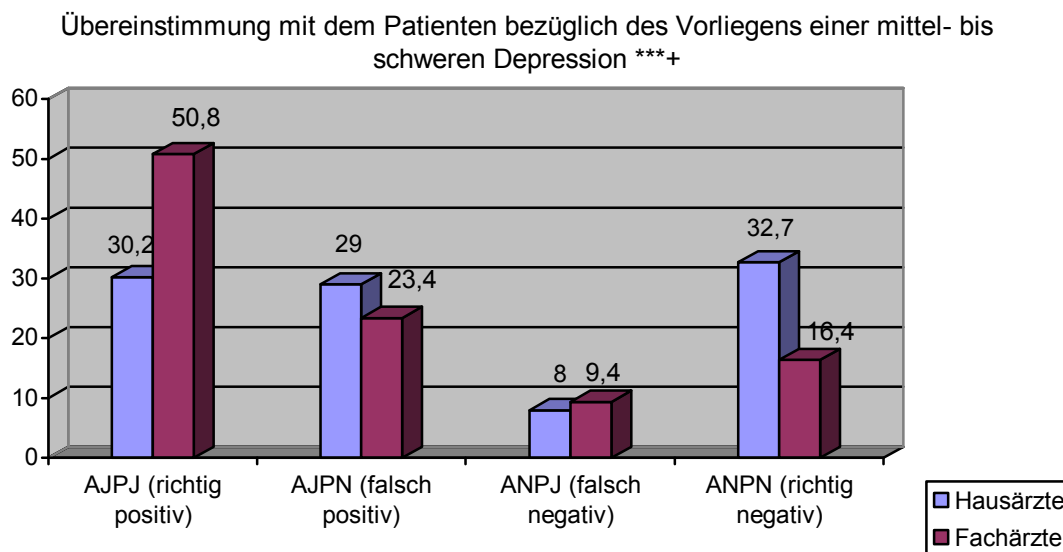
Wesentlich besser schnitten die beiden Ärztegruppen mit deutlichem Vorsprung der Fachärzte beim Diagnostizieren von mittelgradig bis schweren Depressionen ab: 50,8% der Fachärzte und 30,2% der Hausärzte gaben eine richtig positive- und 32,7% der Fachärzte bzw. 16,4% der Hausärzte eine richtig negative Diagnose ab. Die detaillierte Betrachtung der Fehler zeigt, dass mit 23,4% fachärztlicher- und 29,0% hausärztlicher Beurteilung mehr Ärzte falsch positiv als falsch negativ diagnostizierten (9,4% der Fachärzte bzw. 8% der Hausärzte).

Abbildung 19 Unterschiede in der Übereinstimmung von Arzt- und Patientenmeinung hinsichtlich leichter Depressionen (Angaben in Prozent)



^a 4-Felder- χ^2 -Test, ¹ $\alpha=0.008$

Abbildung 20 Unterschiede in der Übereinstimmung von Arzt- und Patientenmeinung hinsichtlich mittelschweren bis schweren Depressionen (Angaben in Prozent)



^a 4-Felder- χ^2 -Test, ¹ $\alpha=0.008$, *** $p \leq 0,001$

+ Mann-Whitney-U-Test: Zusammenhang mit dem Schweregrad, $p=0.000$: Für Haus- und Fachärzte gilt, dass sie dann häufiger mit dem Patienten einig sind, dass eine Depression vorliegt, wenn aus *Patientensicht* eine schwere Depression vorliegt.

Zusammengefasst zeigen die Ergebnisse, dass es Hausärzte nach ihrer eigenen Einschätzung mit leichteren Formen von Depressionen zu tun haben, dass Hausarztpatienten eher an akuten Belastungen leiden und Facharztpatienten verstärkt von längerfristigen Belastungen betroffen sind, wobei schwere langfristige Belastungen bei letzteren fast doppelt so häufig anzutreffen sind. Unterschiede in den beschriebenen Bereichen sind vorhanden, aber nicht signifikant. Bezüglich der Qualität des diagnostischen Vorgehens zeigt sich, dass Fachärzte besser diagnostizieren als Hausärzte, dass jedoch auch Diagnosemängel bestehen, insbesondere bei leichten Depressionen. So identifizieren Haus- und Fachärzte gleichermaßen nur jeden zehnten leicht depressiven Patienten auf korrekte Art und Weise. Inhaltlich zeigt sich, dass die beiden Ärztgruppen ihre Diagnose auf ähnliche Informationen stützen, d.h. gleichermaßen auf Patientenaussagen achten, Verhalten beobachten, Belastungen überprüfen, depressive Symptome beachten und mit Fragebogen arbeiten (selten), dass Fachärzte aber signifikant häufiger routinemäßig nach Depressionssymptomen fragen. Hausärzte führen zudem mehr körperliche Untersuchungen durch. Fachärzte hingegen befragen häufiger anamnestisch und gehen das Thema Suizidalität öfters gezielt an. Es wurde durchgehend untersucht, ob sich die diagnostischen Verhaltensweisen der Ärzte im Zusammenhang mit einem erhöhten Schweregrad veränderten. Es zeigte sich dabei, dass sowohl Haus- als auch Fachärzte schwerer kranke Patienten adäquater identifizierten, wobei Fachärzte bei erhöhtem

Schweregrad ihr Verhalten häufiger anpassten als Hausärzte (9 zu 5 Mal). Inhaltlich bedeutet dies, dass Fachärzte bei schwereren Depressionen mehr körperliche Untersuchungen durchführten, eher nach Suizidabsichten fragten und eher Misshandlungen, Verluste oder Konflikte erfassten. Hausärzte ihrerseits diagnostizierten bei schwerer kranken Patienten auch adäquater als bei weniger kranken-, warteten weniger ab, sprachen die Suizidthematik eher indirekt an und wurden von ihren Patienten häufiger direkt darauf angesprochen. Die besprochenen Zusammenhänge zeigten sich, wenn aus Patientensicht eine Depression bestand oder wenn aus Arztsicht eine Depression vorlag²⁰. Sowohl Haus- als auch Fachärzte scheinen ihr Verhalten aber häufiger dann anzupassen, wenn aus Patientensicht eine Depression besteht (Hausärzte 1,5 Mal und Fachärzte 2 Mal häufiger), was dafür sprechen könnte, dass Ärzte beim Diagnostizieren auf die „gefühlte“ Symptomlage achten und weniger auf die eigene, möglicherweise stärker kriterienorientierte Ansicht. Dieser Hypothese kann in weiteren Untersuchungen nachgegangen werden.

Tabelle 9 Zusammenfassung der Verhaltensanpassungen der Ärzte im Zusammenhang mit erhöhtem Schweregrad der Depression

Verhaltensanpassung	Zusammenhang mit dem Schweregrad der Depression Spearman-Korrelationstest oder Mann-Whitney-U-Test ¹	Perspektive „Depression vorhanden...“	Fachrichtung „Wer passt an?“
Bei schwereren Depressionen werden mehr Routinelabordiagnostiken durchgeführt.	$r_s=.25, p=.01$	<i>aus Patientensicht</i>	Fachärzte
Bei schwereren Depressionen werden mehr Schilddrüsendiagnostiken durchgeführt.	$r_s=.25, p=.01$	<i>aus Patientensicht</i>	Fachärzte
Bei schwereren Depressionen werden mehr EKG-Diagnostiken durchgeführt.	$r_s=.20, p=.01$	<i>aus Patientensicht</i>	Fachärzte
Bei schwereren Depressionen wird weniger häufig beobachtend abgewartet.	Mann-Whitney-U-Test(*) $p=.02$	<i>aus Arztsicht</i>	Hausärzte
Bei schwereren Depressionen wird Suizidthematik häufiger indirekt angesprochen.	(*) $p=.02$	<i>aus Patientensicht</i>	Hausärzte
Bei schwereren Depressionen wird Suizidthematik häufiger direkt angesprochen.	(*) $p=.05$	<i>aus Arztsicht</i>	Fachärzte
Bei schwereren Depressionen wird Suizidthematik von Patienten häufiger direkt angesprochen.	Mann-Whitney-U-Test (*) $p=.02$	<i>aus Arztsicht</i>	Hausärzte

²⁰ Wie oben (siehe Abb. 15 & 16) erläutert, gibt es im Hinblick auf die Arzt- und Patienteneinschätzung bezüglich des Schweregrads der Depression nur wenig Übereinstimmung.

Bei schwereren Depressionen wird Verlustthematik häufiger erfasst.	(**)r _s =-.22, p=.009	<i>aus Arztsicht</i>	Fachärzte
Bei schwereren Depressionen werden Konflikte häufiger erfasst.	(*)r _s =-.22, p=.02	<i>aus Patientensicht</i>	Fachärzte
Bei schwereren Depressionen werden Misshandlungen häufiger erfasst.	(+)r _s =-.15, p=.08	<i>aus Arztsicht</i>	Fachärzte
Bei schwereren Depressionen werden Depressionen adäquater diagnostiziert.	Mann-Whitney-U-Test p=.000	<i>aus Patientensicht</i>	Hausärzte
			Fachärzte
Bei schwereren Depressionen stimmen Arzt und Patient eher überein.	Mann-Whitney-U-Test p=.000	<i>aus Patientensicht</i>	Hausärzte
			Fachärzte

[†] α' =0.004

Tabelle 10 Anzahl der Verhaltensanpassungen der Ärzte im Zusammenhang mit erhöhtem Schweregrad der Depression aufgrund wessen Urteils

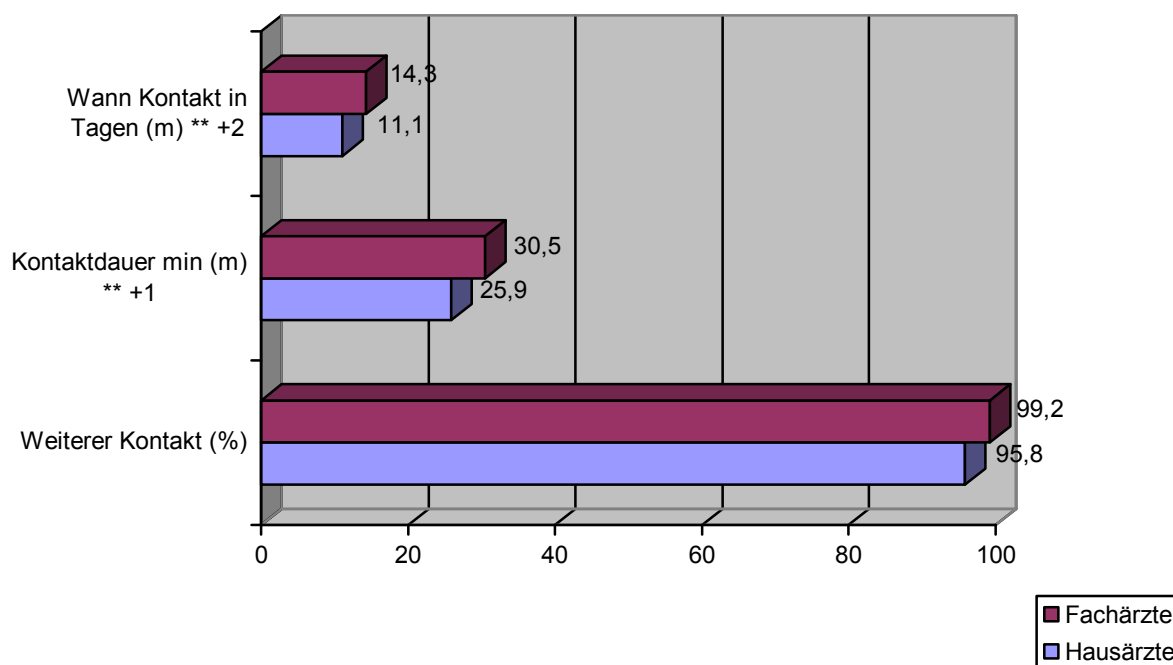
Depression vorhanden aus	Hausarzt	Facharzt
Patientensicht	3	6
Arztsicht	2	3

2.3.1.2. Behandlung einer Depression

Im Folgenden soll gezeigt werden, inwiefern sich Haus- und Fachärzte in der Behandlung von Depressionen unterscheiden. Dabei werden neben der Dauer des Kontakts und des Zeitpunkts der Wiedereinbestellung grundlegendes therapeutisches Vorgehen, medikamentöse Therapie und Überweisungsmuster beleuchtet. Zusätzlich werden mit der Frage nach der Adäquatheit der Therapie Aspekte der Qualität thematisiert.

Die Betrachtung struktureller Aspekte zeigt, dass Fachärzte ihre Patienten signifikant länger sehen (durchschnittlich 30,5 vs. 25,9 min, ^x T-Test, beidseitig, für unabhängige Stichproben p=0,002) als Hausärzte, dass letztere ihre Klienten jedoch früher als Fachärzte wieder einbestellen (durchschnittlich nach 11,1 vs. 14,3 Tagen, ^x T-Test, beidseitig, für unabhängige Stichproben, p=0,007). Beide scheinen schwerer kranke Patienten länger zu behandeln, und Fachärzte scheinen diese früher wieder einzubestellen. Die genaue Betrachtung der Zusammenhänge mit dem Schweregrad zeigt, dass Fachärzte dann früher einbestellen und länger therapieren, wenn der Patient ihrer eigenen Meinung nach (ICD-10) krank ist, wohingegen Hausärzte dies vermehrt dann tun, wenn aus Patientensicht (PHQ) eine Depression besteht. Sehr ähnlich ist, dass beide Ärztgruppen in den allermeisten Fällen weiter Kontakt zu ihren Patienten pflegen.

Abbildung 21 Unterschiede in der Kontaktdauer und Wiedereinbestellungspraxis (Angaben in Prozent)



^x T-Test, beidseitig, für unabhängige Stichproben, ¹ α' =0.008, ** $p \leq 0,01$

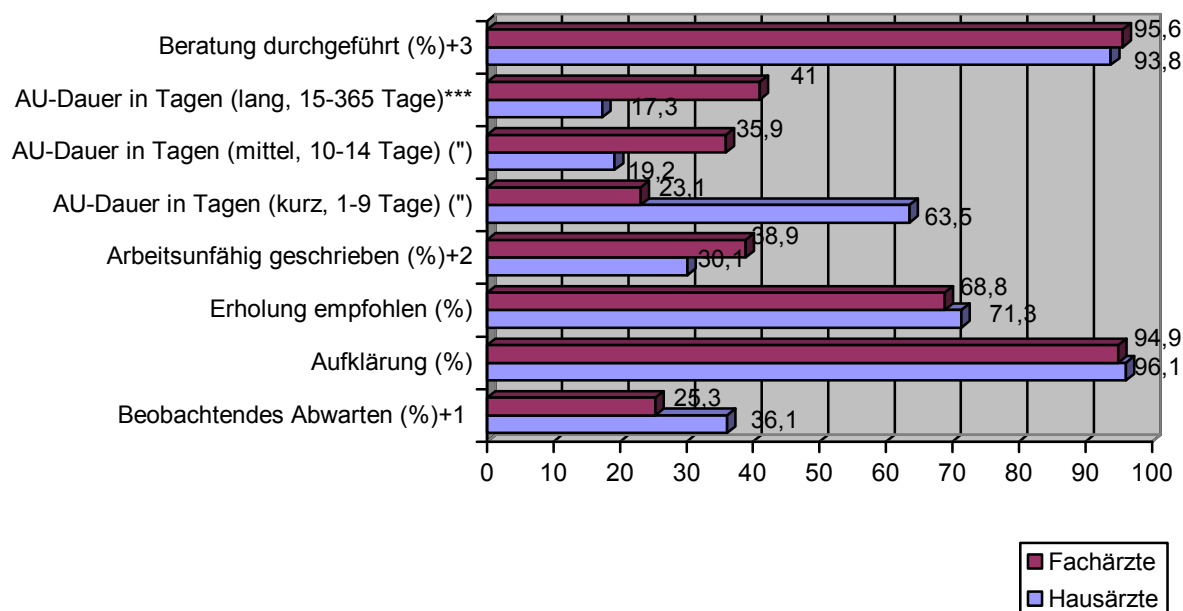
+1 Spearman-Korrelationstest: Zusammenhang mit dem Schweregrad, *** $p=0,001$: Für Hausärzte gilt, dass sie bei *aus Patientensicht* schwereren Depressionen längeren Kontakt pflegen, *** $p=0,000$: Für Fachärzte gilt, dass sie bei *aus Arztsicht* schwereren Depressionen längeren Kontakt pflegen,

+2 Spearman-Korrelationstest: Zusammenhang mit dem Schweregrad, *** $p=0,000$: Für Fachärzte gilt, dass sie bei *aus Arztsicht* schwereren Depressionen früher wieder einbestellen.

Im Hinblick auf das therapeutische Vorgehen wurden grundlegende therapeutische Vorgehensweisen erfasst, so das Durchführen einer Beratung, Arbeitsunfähigkeitsschreiben, Empfehlen von Erholung, Aufklären und beobachtendes Abwarten. Nicht erhoben wurden auf spezialärztlicher Seite (Fachärzte oder Hausärzte mit entsprechender Weiterbildung) psychotherapeutische Methoden. Grundsätzlich zeigte sich für die beiden Ärztgruppen ein sehr ähnliches Muster: So führen sowohl Haus- als auch Fachärzte in den allermeisten Fällen eine Beratung durch (93,8% vs. 95,6%), klären ihre Patienten über die Krankheit Depression auf (HA: 96,1%, FA: 94,9%) und empfehlen ihnen, sich zu erholen (HA: 71,3%, FA: 68,8%). Unterschiede zwischen den beiden Gruppen fanden sich insofern im Arbeitsunfähigkeitsschreiben, als Fachärzte häufiger und signifikant länger arbeitsunfähig schreiben: Während Hausärzte zu 63,5% nur kurz krankschreiben (1-9 Tage), tun dies Fachärzte für deutlich längere Zeiträume (10 bis 14 Tage: 35,9%, 15 bis 365 Tage: 41%). Hausärzte unterscheiden sich von Fachärzten auch deutlich, aber nicht signifikant darin, dass

sie häufiger einmal die Depression einfach beobachten und vorerst abwarten (36,1% vs. 25,3%). Hinsichtlich eines Zusammenhangs mit dem Schweregrad zeigten sich insofern tendenzielle, aber nicht signifikante Zusammenhänge, als Hausärzte dann eher krankschreiben oder beraten, wenn aus Patientensicht eine Depression vorliegt, und Fachärzte dann eher, wenn ein Patient gemäss ihrer eigenen Einschätzung depressiv ist. Ein tendenzieller Zusammenhang mit dem Schweregrad zeigte sich für Hausärzte auch hinsichtlich des beobachtenden Abwartens: Sie scheinen dies dann weniger zu tun, wenn sie selbst eine schwere Depression vermuten (Zusammenhang mit dem Schweregrad aus Arztsicht).

Abbildung 22 Unterschiede in den therapeutischen Grundmaßnahmen



^a 4-Felder- χ^2 -Test, ^b Mann-Whitney-U-Test, ¹ $\alpha^2=0.004$, ***p <= 0,001

+1 Spearman-Korrelationstest,: Zusammenhang mit dem Schweregrad, $r_s=.15$, (+)p=.07: Für Hausärzte gilt, dass sie bei *aus Arztsicht* schwereren Depressionen weniger beobachtend abwarten.

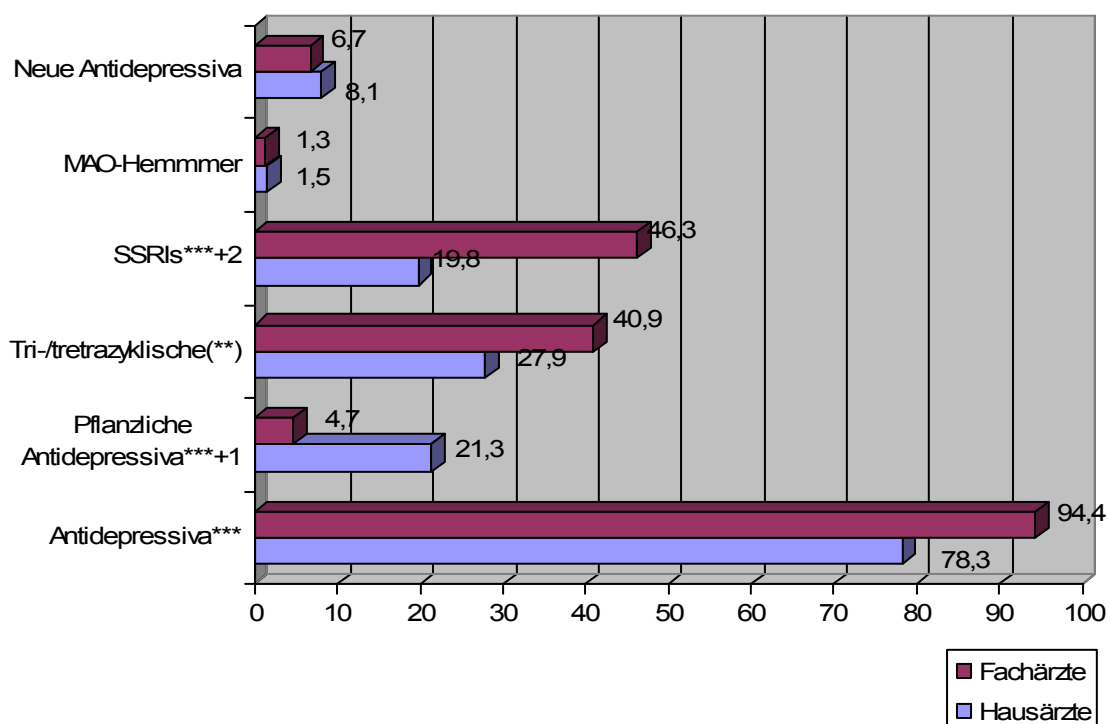
+2 Spearman-Korrelationstest,: Zusammenhang mit dem Schweregrad, $r_s=-.22$, (+)p=.05: Für Hausärzte gilt, dass sie bei *aus Patientensicht* schwereren Depressionen eher arbeitsunfähig schreiben, $r_s=-.24$, (***)p=.008: Für Fachärzte gilt, dass sie bei *aus Arztsicht* schwereren Depressionen eher arbeitsunfähig schreiben,

+3 Spearman-Korrelationstest,: Zusammenhang mit dem Schweregrad, $r_s=-.12$, (+)p=.03: Für Hausärzte gilt, dass sie bei *aus Patientensicht* schwereren Depressionen eher Beratungen durchführen, $r_s=-.28$, (***)p=.003: Für Fachärzte gilt, dass sie bei *aus Arztsicht* schwereren Depressionen eher Beratungen durchführen.

Das therapeutische Vorgehen wurde neben grundsätzlichen Maßnahmen auch im Hinblick auf eine medikamentöse Therapie erfasst, wobei sich deutliche und signifikante Unterschiede abbildeten. Fachärzte verordneten ihren depressiven Patienten insgesamt signifikant mehr Antidepressiva (94,4% vs. 78,3%, 4-Felder- χ^2 -Test, ***p <= 0,001) und andere Medikamente (46,9% vs. 25,6%, 4-Felder- χ^2 -Test, ***p <= 0,001). Von den Antidepressiva

verschrieben sie zudem signifikant mehr SSRI (46,3% vs. 19,8%, 4-Felder- χ^2 –Test, ***p <= 0,001) und deutlich mehr trizyklische Antidepressiva (40,9% vs. 27,9%, 4-Felder- χ^2 –Test, (**)²¹ p <= 0,01). Hausärzte dagegen arbeiteten signifikant häufiger mit pflanzlichen Antidepressiva (21,3% vs. 4,7%, 4-Felder- χ^2 –Test, ***p <= 0,001), wobei sich beim hausärztlichen Vorgehen insofern ein tendenzieller Zusammenhang mit dem Schweregrad abzeichnete, als sie bei aus eigener Sicht schwereren Depressionen weniger pflanzliche Antidepressiva und bei aus Patientensicht schwereren Depressionen mehr SSRIs verschrieben.

Abbildung 23 Unterschiede in der Antidepressivatherapie (Angaben in Prozent)



4-Felder- χ^2 –Test, ¹ α '=0,004, ***p <= 0,001, (**)²¹ p = 0,01

+1 Spearman-Korrelationstest.: Zusammenhang mit dem Schweregrad, r_s =.14, (+)²¹p=.06: Für Hausärzte gilt, dass sie bei *aus Arztsicht* schwereren Depressionen weniger pflanzliche Antidepressiva verschreiben.

+2 Spearman-Korrelationstest.: Zusammenhang mit dem Schweregrad, r_s =-.16, (+)²¹p=.08: Für Hausärzte gilt, dass sie bei *aus Patientensicht* schwereren Depressionen mehr SSRIs verschreiben

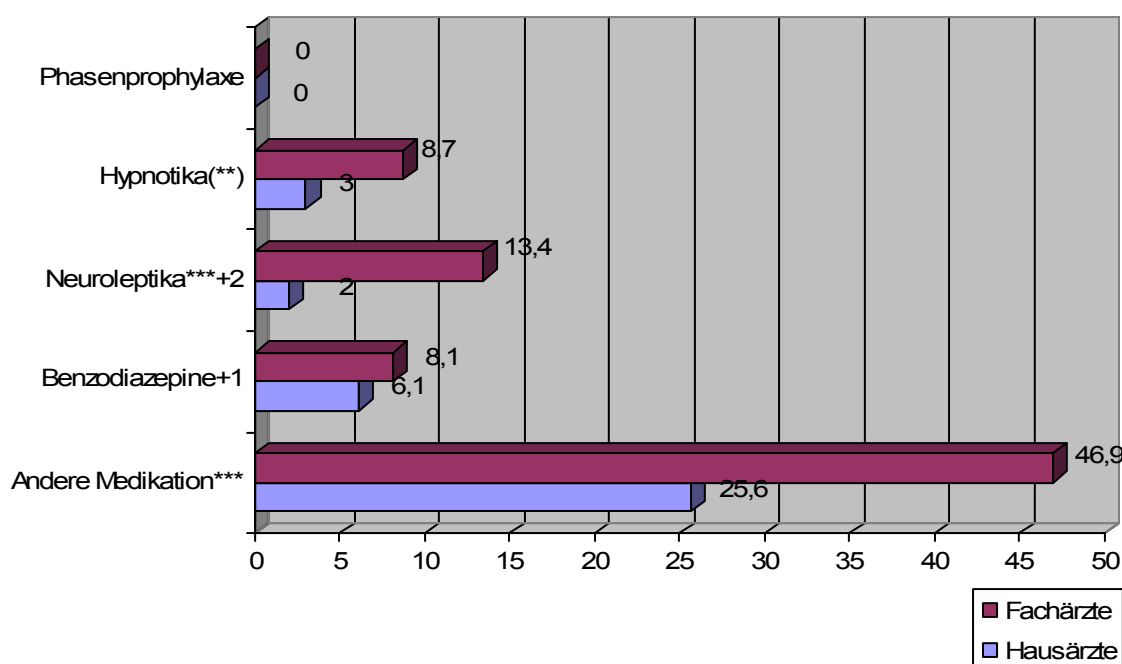
Bei der detaillierten Betrachtung des Verschreibeverhaltens von sonstigen Therapeutika bestätigt sich, dass Fachärzte mehr Medikamente verschreiben. Im Detail arbeiten sie signifikant häufiger mit Neuroleptika²² (13,4% vs. 2,0%, 4-Felder- χ^2 –Test, ***p <= 0,001)

²¹ Was wegen des korrigierten Signifikanzniveaus nicht signifikant wurde.

²² Was Hausärzte auch häufiger tun, wenn aus ihrer Sicht eine Depression besteht.

und tendenziell häufiger mit Hypnotika (8,7% vs. 3,0%, 4-Felder- χ^2 –Test, (**)²³p <= 0,01) und Benzodiazepinen (8,1% vs. 6,1%, 4-Felder- χ^2 –Test). Bei aus Patientensicht schwereren Depressionen scheint für Fachärzte insofern ein Zusammenhang zu bestehen, als sie sie dann noch verstärkt verschreiben.

Abbildung 24 Unterschiede in der sonstigen medikamentösen Therapie (Angaben in Prozent)



4-Felder- χ^2 –Test, ¹ α '=0.005, ***p <= 0,001, (**)p=0,02

+1 Spearman-Korrelationstest,: Zusammenhang mit dem Schweregrad, r_s =-.18, (+)p=.06: Für Fachärzte gilt, dass sie bei *aus Patientensicht* schwereren Depressionen mehr Benzodiazepine verschreiben.

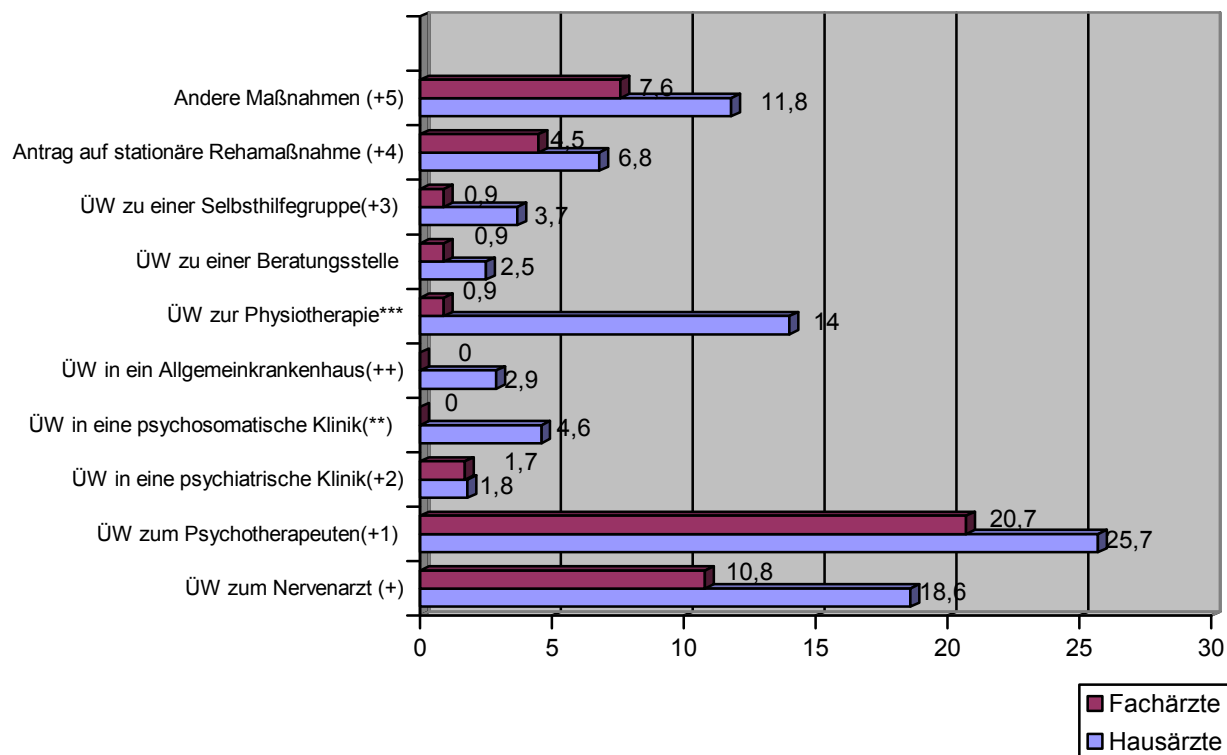
+2 Spearman-Korrelationstest,: Zusammenhang mit dem Schweregrad, r_s =-.14, (+)p=.05: Für Hausärzte gilt, dass sie bei *aus Arztsicht* schwereren Depressionen mehr Neuroleptika verschreiben

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde neben dem therapeutischen Vorgehen auch das Überweisungsverhalten von Haus- und Fachärzten untersucht. Grundsätzlich deutlich und erwartungsgemäss ist, dass Hausärzte häufiger überweisen. Dies ist für eine Überweisung zum Nervenarzt, Psychotherapeuten, in die psychosomatische Klinik, das Allgemeinkrankenhaus, die Beratungsstelle, zur Selbsthilfegruppe und in Form einer Rehamassnahme der Fall. Besonders aber auch für die Physiotherapie (14,0% vs. 0,9%, 4-Felder- χ^2 –Test, ***p <= 0,001). Es zeigten sich dabei die Überweisungsfavoriten Psychotherapeuten (26,7%) und Nervenärzte (18,6%). Sehr beliebt war auch Physiotherapie (14,0%). Gemeindenahere Angebote wie Selbsthilfegruppen oder Beratungsdienste wurden relativ selten genannt (3,7% vs. 3,5%). Auf Seiten der Fachärzte zeigte sich, dass sie ziemlich häufig zum Nervenarzt (10,8%) oder Psychotherapeuten (20,7%) überwiesen, was mit

²³ Was wegen des korrigierten Signifikanzniveaus nicht signifikant wurde.

eigenen Kapazitätsengpässen zusammenhängen könnte. Ebenfalls häufig veranlassten sie weitere, nicht deutlicher genannte Maßnahmen (11,8%). Überraschenderweise empfahlen Fachärzte jedoch nur sehr selten oder gar nie eine Überweisung in eine psychiatrische- (1,8%), psychosomatische- (0%) oder allgemeinärztliche Klinik (0%). Auch Hausärzte benutzten diese Option mit 1,7%, 4,6% oder 3,9% nur relativ selten. Deutlich verschieden war die Wahlhäufigkeit der psychosomatischen Klinik, welche von Fachärzten nie und von Hausärzten immerhin in 4,6% der Fälle gewählt wurde. Fachärzte nahmen zudem auch gemeindenahere Angebote in Form von Selbsthilfegruppen oder Beratungsdiensten mit je 0,9% nur wenig in Anspruch. Insgesamt zeichnet sich für Fachärzte eine Vorliebe für Überweisungen zu Vertretern der eigenen Fachrichtung ab. Bezüglich des Schweregrads konnten eine Reihe tendenzieller Zusammenhänge festgestellt werden. Hausärzte scheinen bei aus Patientensicht schwereren Depressionen häufiger zum Psychotherapeuten und bei aus Arztsicht schwererer Depression häufiger in die psychiatrische Klinik und zu Selbsthilfegruppen zu überweisen und mehr Anträge auf RehaMaßnahmen zu stellen. Mit Verstärkung der Depression (Arztsicht) scheinen sie insgesamt aber weniger zusätzliche Maßnahmen in die Wege zu leiten. Für Fachärzte zeigten sich insofern auch tendenzielle Zusammenhänge mit dem Schweregrad, als Fachärzte bei aus Patientensicht schwereren Depressionen weniger zum Psychotherapeuten überwiesen und beim Bestehen einer Depression gemäss eigener Einschätzung weniger Rehabilitationsanträge stellten.

Abbildung 25 Unterschiede in Überweisungspräferenzen (Angaben in Prozent)



^a 4-Felder- χ^2 -Test, ¹ $\alpha=0.002$, *** $p \leq 0,001$, (+) $p=0,09$, (++) $p=0,07$, (**) $p=0,2$

(+1) Spearman-Korrelationstest: Zusammenhang mit dem Schweregrad, $r_s=-.30$, (**) $p=.002$: Für Hausärzte gilt, dass sie bei *aus Patientensicht* schwereren Depressionen mehr zum Psychotherapeuten überweisen, $r_s=.20$, (**) $p=.04$: Für Fachärzte gilt, dass sie bei *aus Patientensicht* schwereren Depressionen weniger zum Psychotherapeuten überweisen.

(+2) Spearman-Korrelationstest: Zusammenhang mit dem Schweregrad, $r_s=-.12$, (+) $p=.10$: Für Hausärzte gilt, dass sie bei *aus Arztsicht* schwereren Depressionen mehr in die psychiatrische Klinik überweisen

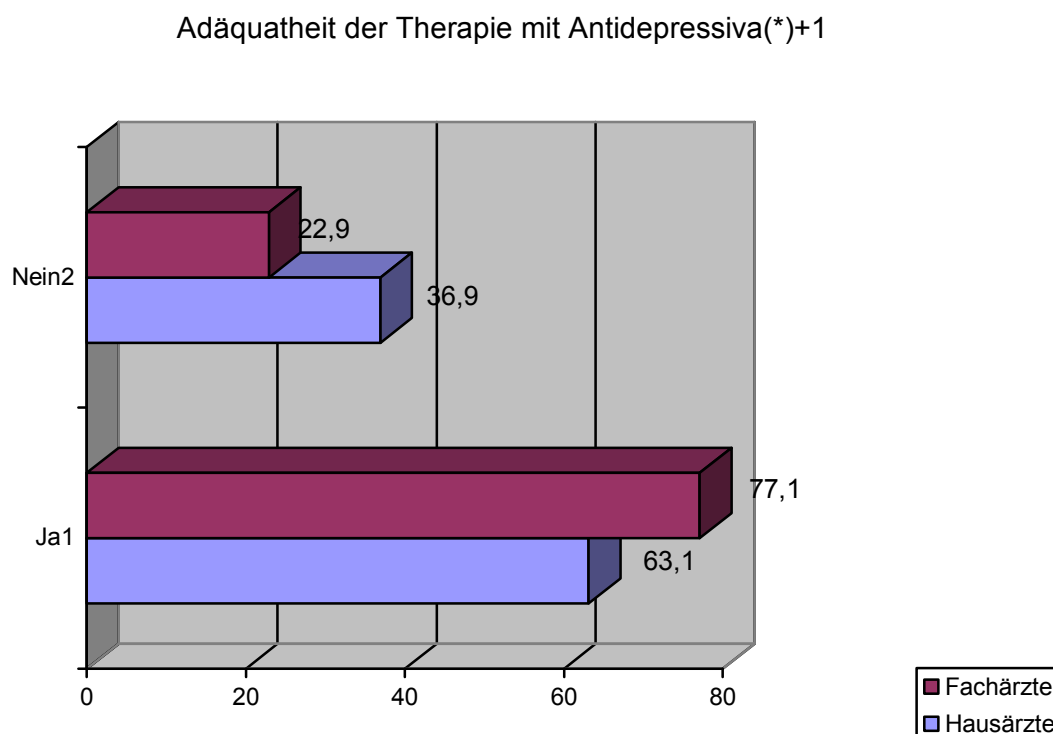
(+3) Spearman-Korrelationstest: Zusammenhang mit dem Schweregrad, $r_s=-.19$, (*) $p=.02$: Für Hausärzte gilt, dass sie bei *aus Arztsicht* schwereren Depressionen mehr zu Selbsthilfegruppen überweisen

(+4) Spearman-Korrelationstest: Zusammenhang mit dem Schweregrad, $r_s=-.16$, (+) $p=.05$: Für Hausärzte gilt, dass sie bei *aus Arztsicht* schwereren Depressionen mehr Anträge auf RehaMaßnahmen stellen, $r_s=.19$, (+) $p=.05$: Für Fachärzte gilt, dass sie bei *aus Arztsicht* schwereren Depressionen weniger Anträge auf RehaMaßnahmen stellen.

(+5) Spearman-Korrelationstest: Zusammenhang mit dem Schweregrad, $r_s=.19$, (+) $p=.05$: Für Hausärzte gilt, dass sie bei *aus Patientensicht* schwereren Depressionen weniger zusätzliche andere Maßnahmen in die Wege leiten.

Insgesamt stellte sich die Frage danach, ob es im Zusammenhang mit der Qualitätsthematik Unterschiede in der Adäquatheit der Therapiedurchführung gab. Dazu wurde untersucht, ob die Ärzte bei schweren Depressionen Antidepressiva verwendeten (= adäquat), welche Art der Therapie sie bei schweren Depressionen durchführten (adäquat= Kombinationstherapie) und ob Hausärzte bei schweren Depressionen zu Fachärzten überwiesen (=adäquat). Die Befunde zeigten, dass Fachärzte deutlich adäquater mit Antidepressiva therapierten. So verschrieben 77,1% von ihnen bei Majoren Depressionen Antidepressiva, was nur 63,1% der Hausärzte taten (4-Felder- χ^2 -Test, (*)²⁴ p= 0,02). Auffallend war bei der Betrachtung der nichtbehandelten Fälle jedoch der relativ hohe Anteil inadäquat behandelter Facharztpatienten, welche trotz eines wesentlich tieferen Anteils für Hausärzte (36,9%) in immerhin 22,9% der Fälle ihre Majore Depressionen ebenfalls nicht mit Antidepressiva behandelt bekamen. Bezüglich eines Zusammenhangs mit dem Schweregrad zeigte sich, dass sowohl Haus- als auch Fachärzte bei aus Patientensicht stärkeren Depressionen adäquater behandelten.

Abbildung 26 Unterschiede in der Adäquatheit der Therapie: Behandlung mit Antidepressiva bei schwerer Depression (Angaben in Prozent)



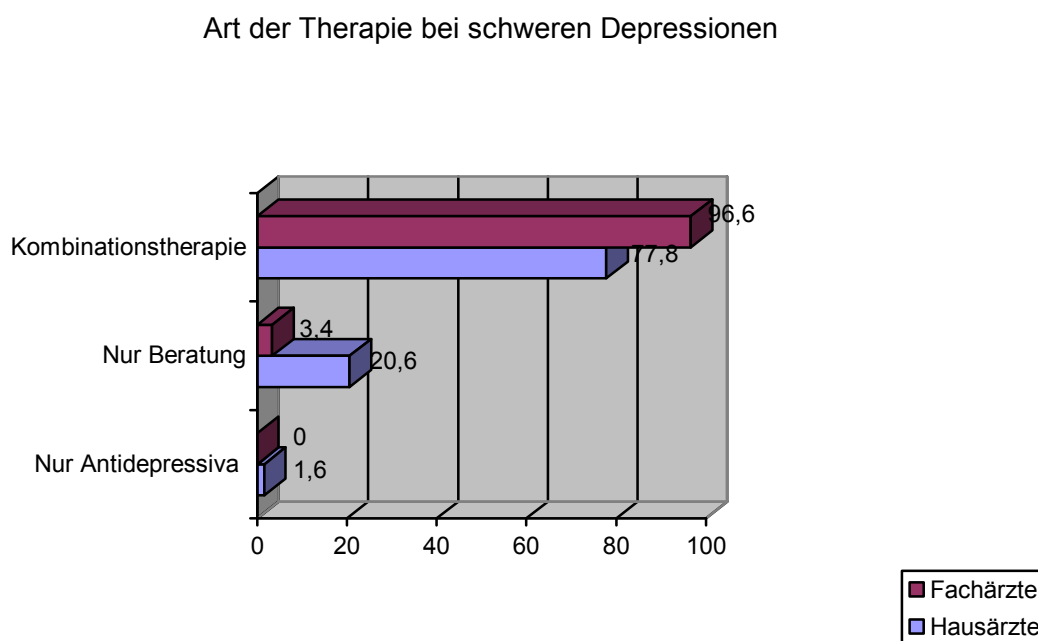
^a 4-Felder- χ^2 -Test, ¹ $\alpha=0.008$, (*)p = 0,02,

²⁴ Was wegen des korrigierten Signifikanzniveaus nicht signifikant wurde.

1 Ja= Majore Depression vorhanden und Antidepressivatherapie durchgeführt, 2 nein= majore Depression vorhanden und keine Antidepressivatherapie durchgeführt
+1 Mann-Whitney-U-Test: Zusammenhang mit dem Schweregrad, (**) $p=,002$: Für Haus- und Fachärzte gilt, dass sie bei *aus Patientensicht* schwereren Depressionen adäquater therapieren.

Die Betrachtung der durchgeführten Art der Therapie ergab, dass Fachärzte häufiger eine Kombinationstherapie veranlassten als Hausärzte (96,6% vs. 77,8%, 4-Felder- χ^2 –Test), was als adäquateres Vorgehen bei schweren Depressionen verstanden wird. Hausärzte boten mit 20,6% der Fälle in alarmierend hohem Ausmass für Majore Depressionen nur eine Beratung an, was Fachärzte nur, aber in immerhin 3,4% der Fälle taten. Antidepressivatherapie allein wurde bei Majoren Depressionen fast (Hausärzte) bzw. nie (Fachärzte) gewählt (1,6% vs. 0,0%, 4-Felder- χ^2 –Test).

Abbildung 27 Unterschiede in der Adäquatheit der Therapie: Art der Therapie bei schweren Depressionen (Angaben in Prozent)



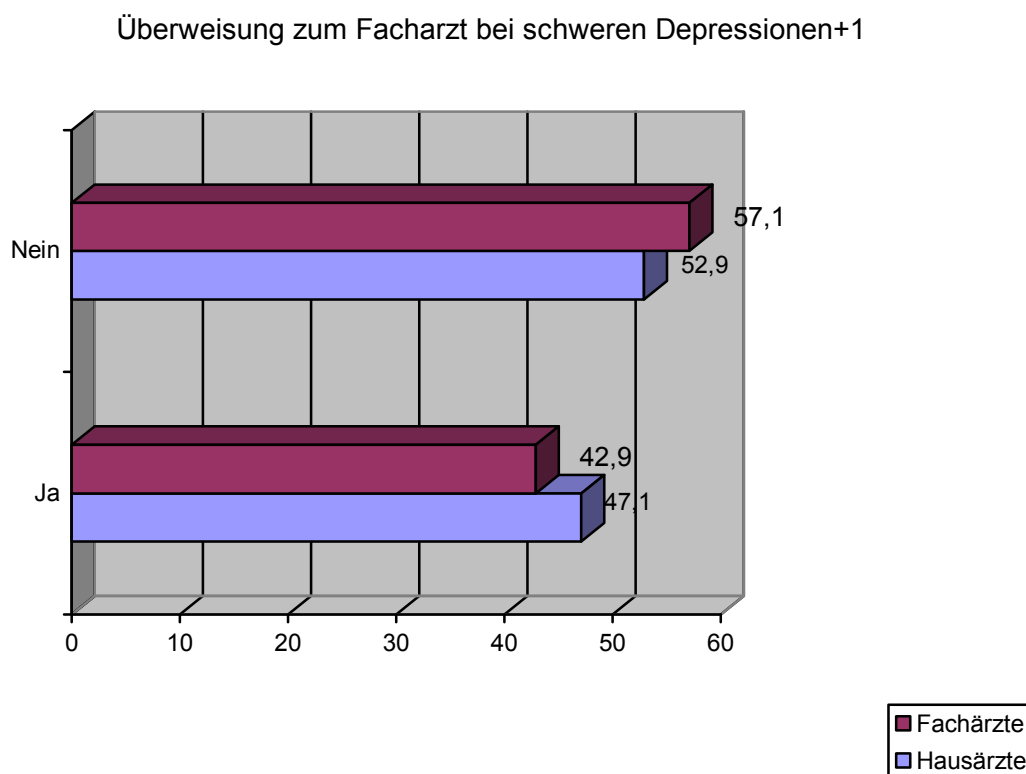
^a 4-Felder- χ^2 –Test, ¹ $\alpha'=0,008$

Schließlich wurde im Zusammenhang mit Fragen nach der Qualität der Therapie die Adäquatheit der Überweisung zum Facharzt untersucht. Es zeigte sich dabei auf hausärztlicher Seite ein großer Anteil inadäquat, d.h. nicht überwiesener Fälle von Major Depressiver²⁵: Jeder zweite Hausarzt (52,9%) gibt an, diese nicht zum Facharzt zu überweisen. Es zeigt sich jedoch, dass sie mit zunehmender Stärke der Depression (Patientensicht) häufiger adäquat überweisen. Umgekehrt ist unter den Fachärzten der Anteil

²⁵ Auch Fachärzte überwiesen viele Major Depressive nicht, was aufgrund deren Expertenstatus aber nicht als inadäquat eingestuft wurde.

derer, welche schwer Depressive zu anderen Fachärzten überweisen, mit 42,9% ziemlich hoch. Für Hausärzte gilt, dass sie mehr als die Hälfte der schwer Depressiven (52,9%) nicht überweisen, d.h. selber behandeln.

Abbildung 28 Unterschiede in der Adäquatheit der hausärztlichen Therapie: Überweisung zum Facharzt bei schweren Depressionen (Angaben in Prozent)



^a 4-Felder- χ^2 -Test, ¹ $\alpha'=0.008$

+1 Mann-Whitney-U-Test: Zusammenhang mit dem Schweregrad, (*) $p=0.02$: Für Hausärzte gilt, dass sie bei *aus Patientensicht* schwereren Depressionen adäquater überweisen.

Zusammenfassend kann im Hinblick auf die Therapie von Depressionen gesagt werden, dass Fachärzte wesentlich häufiger klassische Medikamente (meist Antidepressiva) verschreiben und Hausärzte eher auf Phytotherapeutika (Pflanzliche Antidepressiva) setzen. Bezüglich allgemeiner grundlegender Behandlungsprozeduren wie Aufklärung, Gesprächsführung oder Arbeitsunfähigkeitschreiben konnten keine wesentlichen Unterschiede festgestellt werden. Einzig die Dauer der Krankenschreibung fiel bei Fachärzten deutlich länger aus. Ansonsten zeigte sich, dass Hausärzte früher wieder einbestellen und Fachärzte ihre Patienten länger sehen. Es wurde durchgehend miterhoben, ob sich das ärztliche Verhalten im Zusammenhang mit erhöhter Depressionssymptomatik verändert. Dabei konnten tendenzielle Anpassungen

festgestellt werden²⁶. Beide Ärzteguppen zeigten bei erhöhtem Schweregrad ein adäquateres Therapieverhalten. So warteten Hausärzte weniger beobachtend ab, schrieben eher arbeitsunfähig, führten eher Beratungen durch und verschrieben weniger pflanzliche Antidepressiva und mehr Neuroleptika, überwiesen mehr zum Psychotherapeuten, in die psychiatrische Klinik, zu Selbsthilfegruppen und veranlassten mehr Reha- und weniger sonstige Maßnahmen, therapierten ihre Majoren Depressiven adäquater mit Antidepressiva und überwiesen sie eher zum Facharzt. Fachärzte ihrerseits schrieben mit höherem Schweregrad der Depression eher arbeitsunfähig, führten eher Beratungen durch, therapierten verstärkt mit SSRIs und Benzodiazepinen, überwiesen weniger zu Psychotherapeuten, stellten weniger Reha-Anträge und therapierten ihre Major Depressiven eher adäquat mit Antidepressiva. Es wurde stets untersucht, ob die Zusammenhänge dann bestehen, wenn es sich aus Patientensicht oder aus Arztsicht um eine Depression handelt. Diese Unterscheidung wurde im Kontext mit dem geringen Zusammenhang zwischen der Diagnose der Depression aus Arzt- und Patientensicht (siehe oben) als interessant erachtet²⁷. Es konnte dabei festgestellt werden (siehe Tabellen 11 und 12), dass sowohl Haus- als auch Fachärzte ihre Verhaltensanpassungen manchmal dann machen, wenn aus Arztsicht eine Depression besteht, und manchmal dann, wenn aus Patientensicht eine Depression vorhanden ist. Sie scheinen also beide kriterienorientiert bzw. erfahrungsbezogen (Arztsicht), aber auch eher intuitiv als Reaktion auf das Patientenverhalten (Patientensicht) vorzugehen. Zur Beurteilung der Adäquatheit der Therapie wurde schließlich überprüft, wie die Ärzte mit ihren Major depressiv Kranken umgehen. Dabei zeigte sich, dass Fachärzte diese Patientengruppe insofern besser behandelten, als sie ihnen häufiger Antidepressiva verschrieben und häufiger eine Kombinationstherapie veranlassten. Hausärzte zeigten insofern eine tiefe Behandlungskompetenz, als sie einen erschreckend hohen Anteil der Major Depressiven (52,9%) nicht überwiesen und wohl selber behandelten. Für beide Ärzteguppen zeigte sich mit schwereren Depressionsgraden eine Zunahme der Antidepressivagabe und für Hausärzte ein adäquateres Überweisungsverhalten.

²⁶ Welche wegen des korrigierten Signifikanzniveaus oft nicht signifikant wurden.

²⁷ Die Übereinstimmung der beiden Konstrukte zur Erhebung der Depressivität verweist auf einen gemeinsamen Varianzanteil von nur 7% (siehe oben). Die Überprüfung eines prädiktorischen Zusammenhangs zwischen diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen und der phänomenalen Grundlage für die Depression (Arzt- oder Patientensicht) steht zurzeit noch aus und könnte in zukünftigen Fragestellungen eine Rolle spielen.

Tabelle 11 Zusammenfassung der Verhaltensanpassungen der Ärzte im Zusammenhang mit erhöhtem Schweregrad der Depression

Verhaltensanpassung	Zusammenhang mit dem Schweregrad der Depression Spearman-Korrelationstest, Mann-Whitney-U-Test	Perspektive	Fachrichtung
Bei schwereren Depressionen pflegen sie länger Kontakt.	$r_s=0,31, ***p=,001$	<i>aus Patientensicht</i>	Hausärzte
	$r_s=0,32, ***p=,000$	<i>aus Arztsicht</i>	Fachärzte
Bei schwereren Depressionen bestellen sie früher wieder ein.	$r_s=-0,31, ***p=,000$	<i>aus Arztsicht</i>	Fachärzte
Bei schwereren Depressionen warten sie weniger beobachtend ab.	$r_s=.15, (+)p=,07$	<i>aus Arztsicht</i>	Hausärzte
Bei schwereren Depressionen schreiben sie eher arbeitsunfähig.	$r_s =-.22, (+)p=,05$	<i>aus Patientensicht</i>	Hausärzte
	$r_s =-.24, *(*)p=,008$	<i>aus Arztsicht</i>	Fachärzte
Bei schwereren Depressionen führen sie eher Beratungen durch.	$r_s =-.12, (+)p=,03$	<i>aus Patientensicht</i>	Hausärzte
	$r_s =-.28, **p=,003$	<i>aus Arztsicht</i>	Fachärzte
Bei schwereren Depressionen verschreiben sie weniger pflanzliche Präparate.	$r_s=.14, (+)p=,06$	<i>aus Arztsicht</i>	Hausärzte
Bei schwereren Depressionen verschreiben sie mehr SSRIs.	$r_s=-.16, (+)p=,08$	<i>aus Patientensicht</i>	Fachärzte
Bei schwereren Depressionen verschreiben sie mehr Benzodiazepine.	$r_s=-.18, (+)p=,06$	<i>aus Patientensicht</i>	Fachärzte
Bei schwereren Depressionen verschreiben sie mehr Neuroleptika.	$r_s=-.14, (+)p=,05$	<i>aus Arztsicht</i>	Hausärzte
Bei schwereren Depressionen mehr Überweisungen zum Psychotherapeuten.	$r_s=-.30, **p=,002$	<i>aus Patientensicht</i>	Hausärzte
Bei schwereren Depressionen weniger Überweisungen zum Psychotherapeuten.	$r_s=.20, (***)p=,04$	<i>aus Patientensicht</i>	Fachärzte
Bei schwereren Depressionen mehr Überweisungen in die Psychiatrische Klinik.	$r_s=-.12, (+)p=,10$	<i>aus Arztsicht</i>	Hausärzte
Bei schwereren Depressionen mehr Überweisungen zu Selbsthilfegruppen.	$r_s=-.19, (*)p=,02$	<i>aus Arztsicht</i>	Hausärzte
Bei schwereren Depressionen mehr Anträge auf RehaMaßnahmen.	$r_s=-.16, (+)p=,05$	<i>aus Arztsicht</i>	Hausärzte
Bei schwereren Depressionen weniger Anträge auf RehaMaßnahmen.	$r_s=.19, (+)p=,05$	<i>aus Arztsicht</i>	Fachärzte
Bei schwereren Depressionen weniger zusätzliche andere Maßnahmen.	$r_s=.19, (+)p=,05$	<i>aus Patientensicht</i>	Hausärzte
Bei schwereren Depressionen wird adäquater therapiert.	Mann-Whitney-U-Test(**), $p=,002$	<i>aus Patientensicht</i>	Fachärzte
	Mann-Whitney-U-Test(**), $p=,002$	<i>aus Patientensicht</i>	Hausärzte
Bei schwereren Depressionen wird adäquater überwiesen.	Mann-Whitney-U-Test (*), $p=.02$	<i>aus Patientensicht</i>	Hausärzte

¹ $\alpha'=0.002$

+2 Spearman-Korrelationstest: Zusammenhang mit dem Schweregrad, *** $p=0,000$: Für Fachärzte gilt, dass sie bei *aus Arztsicht* schwereren Depressionen früher wieder einbestellen.

Tabelle 12 Anzahl der Verhaltensanpassungen der Ärzte im Zusammenhang mit erhöhtem Schweregrad der Depression aufgrund wessen Urteils

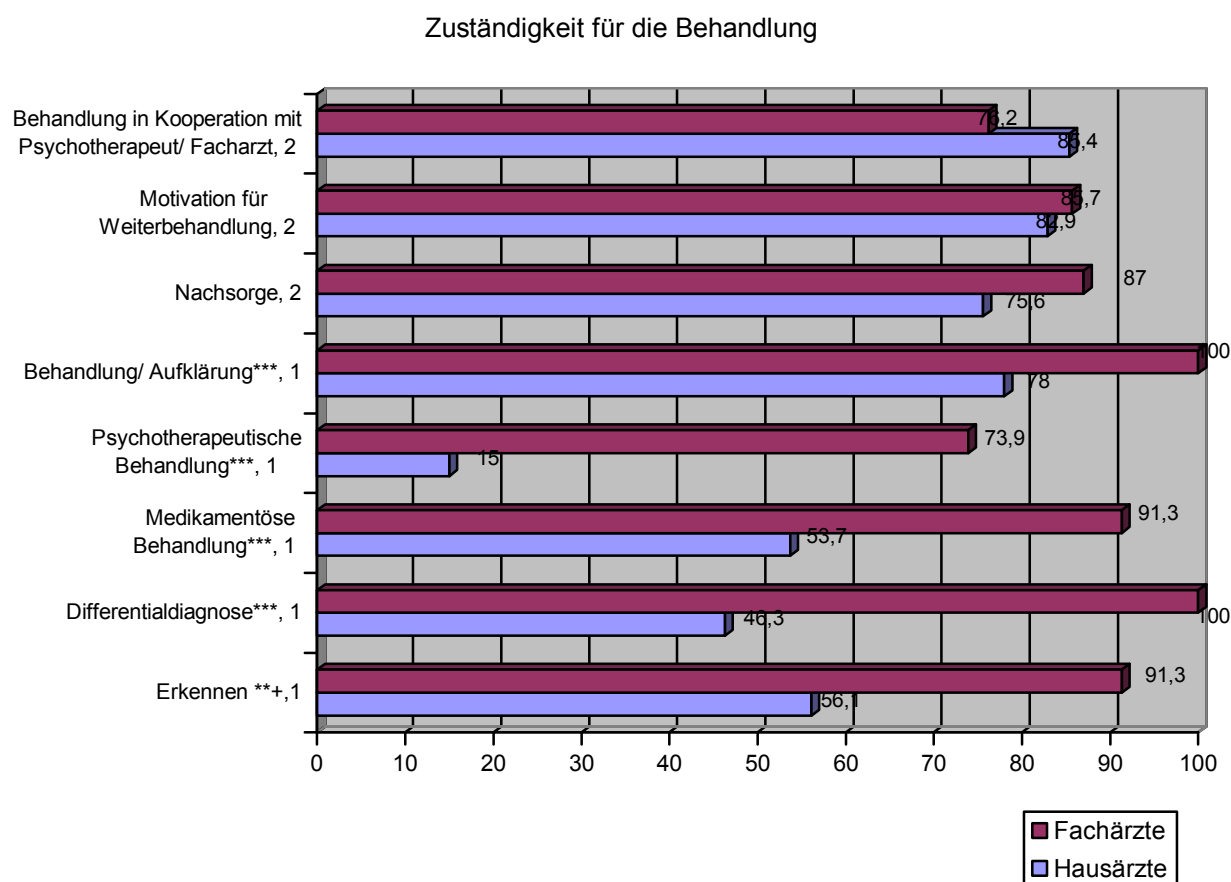
Depression vorhanden aus	Hausarzt	Facharzt
Patientensicht	7	4
Arztsicht	6	5

2.3.1.3. Einstellungen der Ärzte

Hier soll besprochen werden, wie die Ärzte selbst zu ihrer Rolle in der Depressionsbehandlung stehen, wie sicher, wohl und zuständig sie sich in der und für die Depressionsbehandlung wahrnehmen, und fühlen, welche Problembereiche sie identifizieren, zu welchen Kooperationspartnern sie am liebsten überweisen und wo es für sie Bedarf an Weiterbildung gibt.

Wofür fühlen sich Haus- und Fachärzte bezüglich der Behandlung von Depressionen überhaupt zuständig? Die Befunde zeigen, dass sich signifikant mehr Fachärzte für das Erkennen und Behandeln von Depressionen zuständig fühlen (Man-Whitney-U-Test, *** $p \leq 0,001$). Dies verdeutlicht sich darin, dass 91,3% der Fachärzte, aber nur 56,1% der Hausärzte angeben, das Erkennen einer Depression falle in ihren Zuständigkeitsbereich, dass sich 91,3% der Fachärzte, aber nur 53,7% der Hausärzte für eine medikamentöse Behandlung zuständig fühlen. Noch deutlicher fällt dieses Muster für tiefergehende Abläufe wie Differentialdiagnose und Psychotherapie aus: Während sich für eine Differentialdiagnose 100% der Fachärzte zuständig sehen, tun dies nur 46,3% der Hausärzte, und während 73,9% der Fachärzte eine Psychotherapie durchzuführen bereit sind, wollen und können dies auf hausärztlicher Seite nur 15%. Etwas besser sieht es aus, wenn nach einer grundsätzlichen Zuständigkeit für Aufklärung zu und Behandlung von Depressionen gefragt wird: Hier stimmen 78% der Hausärzte und 100% der Fachärzte zu. Deutlich ähnlicher sind sich die beiden Ärztegruppen in ihrem Zuständigkeitsempfinden bei der Nachsorge (78% der Fachärzte und 75,6% der Hausärzte stimmen zu) ihrer Motivation dazu (85,7% der Fachärzte und 82,9% der Hausärzte stimmen zu) sowie für die weiterführende Behandlung in Kooperation mit einem Psychotherapeuten oder Facharzt (76,2% der Fachärzte und 85,4% der Hausärzte stimmen zu). Die Analyse der Items anhand einer Faktoranalyse verweist auf die Existenz zweier Faktoren, wobei der eine für Zuständigkeit bezüglich der akuten Therapie und der zweite für eine Zuständigkeit für eine längerfristige therapeutische Begleitung zu stehen scheint (siehe Anhang A).

Abbildung 29 Unterschiede in der Einschätzung des Zuständigkeitsgefühls (Angaben in Prozent)



^b Man-Whintney-U-Test, ¹ α' =0.006, *** $p \leq 0,001$, ** $p \leq 0,01$, 1: „stimme absolut zu“, Varimax-Hauptkomponentenanalyse, 1: Items laden auf Faktor 1, 2: Items laden auf Faktor 2 (für Faktorladungen: siehe Anhang A), Nennungen von „stimme zu- stimme absolut zu“

Das niedere Zuständigkeitsgefühl von Hausärzten für die Behandlung von Depressionen spiegelt sich in deren tiefer Einschätzung der eigenen Behandlungskennntnis. In allen Behandlungsaspekten, welche diagnostische, behandlungsbezogene und Nachsorgeanteile enthalten, zeigen Hausärzte eine signifikant tiefere Kenntniseinschätzung als Fachärzte (Man-Whintney-U-Test, *** $p \leq 0,001$). So gibt in Bezug auf alle Aspekte durchschnittlich nur jeder zweite Hausarzt an (50,0%), eher bis sehr gut Bescheid zu wissen, was im Vergleich dazu 93,7% der Fachärzte tun. Am unsichersten sind sie mit 29,2% Nennungen von „gut“ bis „sehr gute Kenntnis in Psychotherapie“, worin sie in der Rangordnung mit den Fachärzten insofern übereinstimmen, als auch diese ihre Psychotherapieeinschätzung am geringsten, aber noch immerhin zu 78,2% als gut bis sehr gut einschätzen. Ebenfalls ähnlich sind sich die beiden Ärztegruppen in ihrem sichersten Procedere in der Depressionsbehandlung: Beide,

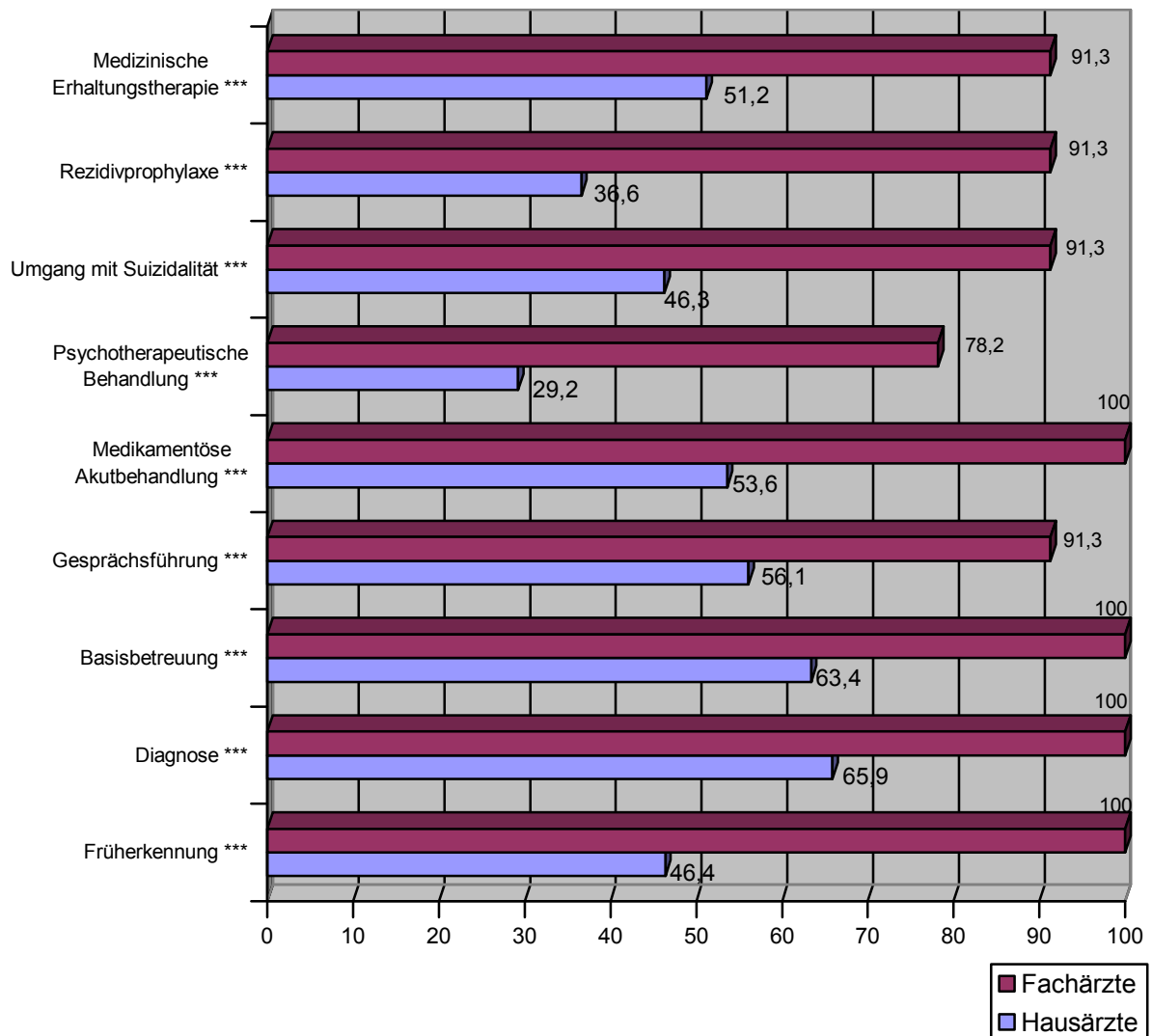
Hausärzte mit 65,9% und Fachärzte mit 100,0% geben an, gute bis sehr gute Kenntnisse in der Diagnose zu haben. Während die fachärztliche Kenntniseinschätzung für alle Behandlungsaspekte gleichbleibend hoch ausfällt, gibt es bei den Hausärzten deutliche Kenntnisabfälle: Geben doch noch fast zwei von drei Hausärzten an, sich in der Basisbetreuung von depressiv Kranken gut bis sehr gut auszukennen, sinkt dieses Kompetenzgefühl bei Gesprächsführung (56,1% Nennungen von „gut“ bis „sehr gute Kenntnis“), medikamentöser Akutbehandlung (53,6% Nennungen von „gut“ bis „sehr gute Kenntnis“) und Erhaltungstherapie (51,2% Nennungen von „gut“ bis „sehr gute Kenntnis“). Deutlich unsicherer werden Hausärzte in den Bereichen Früherkennung, beim Umgang mit Suizidalität, der Rezidivprohylaxe und, wie bereits angesprochen, in der Psychotherapie, wo nur noch 46,4%, 46,3%, 36,6% und 26,2% ihre Kenntnis als gut bis sehr gut einschätzen. Die Faktoranalyse der verwendeten Items erbrachte nur einen einzigen Faktor für die Kenntniseinschätzung und widerspiegelt dadurch deren Homogenität (siehe Anhang A). Obwohl sich Hausärzte nur bedingt zuständig für die Depressionsbehandlung fühlen, zeigt die Betrachtung der Zufriedenheit der Ärzte mit dem eigenen Kenntnisstand, dass ein tiefe Kenntnis mit einer tiefen Zufriedenheit einhergeht. Hausärzte sind dabei durchgehend signifikant unzufriedener mit ihrem Kenntnisstand als Fachärzte (Man-Whintney-U-Test, $***p \leq 0,001$), wobei sie dann am zufriedensten sind (64,1% Nennungen von „eher“ bis „sehr zufrieden“ mit dem eigenen Kenntnisstand), wenn sie viel wissen; oder umgekehrt, am unzufriedensten, z.B. bei der Psychotherapie, wenn sie wenig Kenntnis haben (21,1% Nennungen von „eher“ bis „sehr zufrieden“). Dieses Verhältnis gilt sowohl bei Haus- wie auch Fachärzten in analoger Weise für alle Behandlungsaspekte.

Tabelle 13 Inhaltliche Unterschiede im Stellenwert der Aspekte zur Kenntniseinschätzung

Hausarzt	Facharzt
1. Diagnose (65,9%)	1. Diagnose (100,0%)
2. Basisbetreuung (63,4%)	1. Basisbetreuung (100,0%)
3. Gesprächsführung (56,1%)	1. Früherkennung (100,0%)
4. Medikamentöse Akutbehandlung (53,6%)	1. Medikamentöse Akutbehandlung (100,0%)
5. Medizinische Erhaltungstherapie (51,2%)	2. Gesprächsführung (91,3%)
6. Früherkennung (46,4%)	2. Umgang mit Suizidalität (91,3%)
7. Umgang mit Suizidalität (46,3%)	2. Rezidivprohylaxe (91,3%)
8. Rezidivprohylaxe (36,6%)	2. Medizinische Erhaltungstherapie (91,3%)
9. Psychotherapeutische Behandlung (29,2%)	3. Psychotherapeutische Behandlung (78,2%)

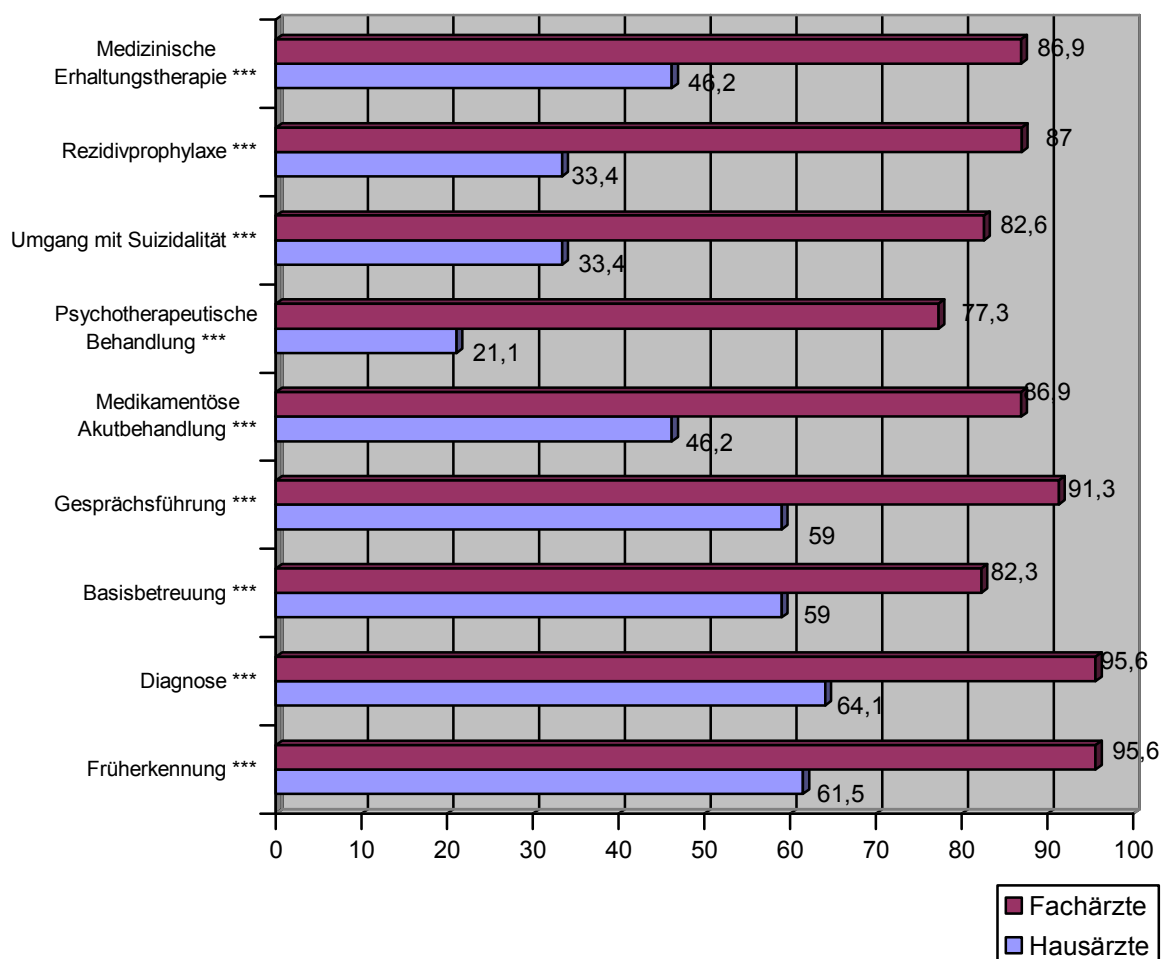
Nennungen von „gut“ bis „sehr gut“, rot: Nennungen > 50%

Abbildung 30 Unterschiede in der Einschätzung der eigenen Kenntnis (Angaben in Prozent)



^b Man-Whintney-U-Test, ¹ α' =0.005, *** p <=0,001
Nennungen von „gut“ bis „sehr gut“

Abbildung 31 Unterschiede in der Einschätzung der Zufriedenheit mit der eigenen Kenntnis
(Angaben in Prozent)

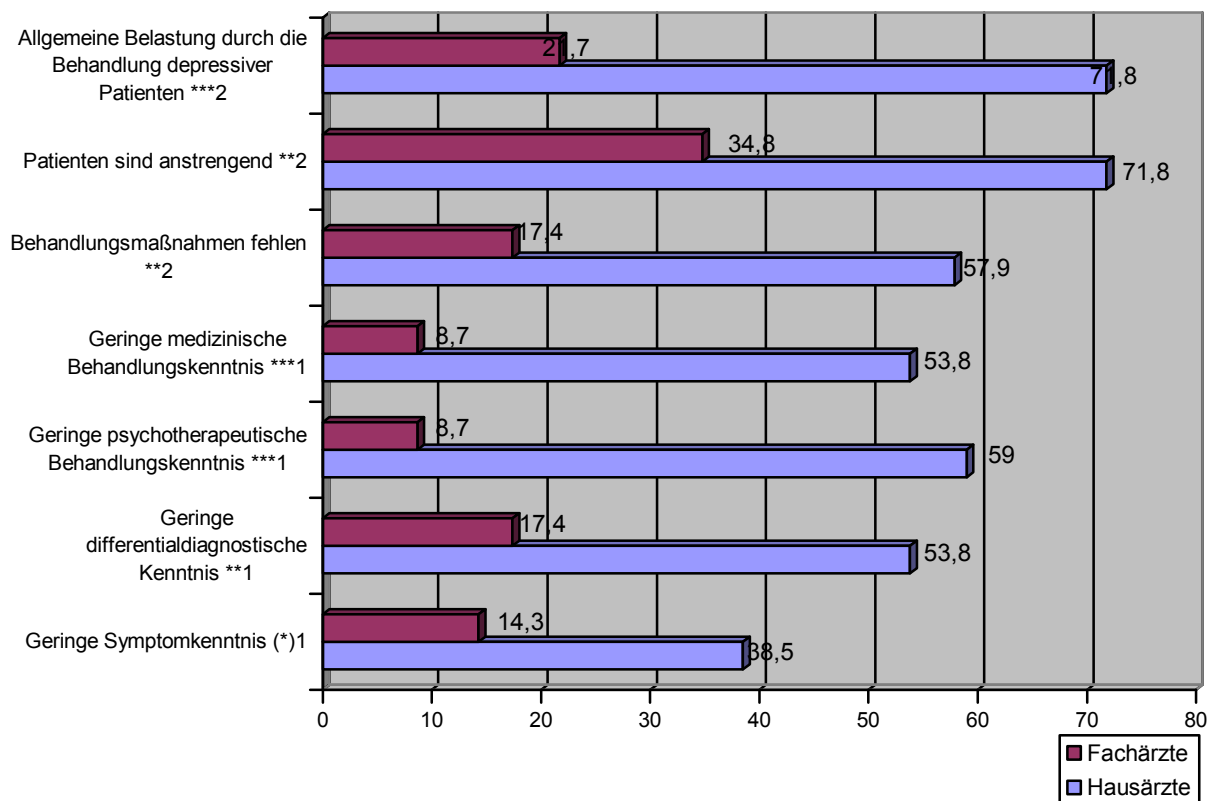


^b Man-Whintney-U-Test, ¹ α '=0.005, *** $p \leq 0,001$
Nennungen von „eher“ bis „sehr zufrieden“

Neben der Einschätzung des Zuständigkeitsgefühls für und der eigenen Kompetenz der Behandlung wurde im Rahmen vorliegender Arbeit untersucht, welche Hindernisse oder Barrieren Ärzte in der Behandlung von Depressionen wahrnehmen. Unterschieden wird dabei zwischen Hindernissen organisatorischer Art, solchen auf Seiten der Ärzte oder Patienten. Die detaillierte Betrachtung der erlebten Hindernisse zeigt, dass Hausärzte in den allermeisten Fällen insofern stärker betroffen sind als Fachärzte, als Hausärzte sechs der insgesamt sieben Belastungsfaktoren mit häufiger als 50% als erschwert nennen. Fachärzte äußern sich entsprechend nur in zwei Fällen (siehe Tabelle 14).

Signifikante Unterschiede konnten vor allem für die *ärztebezogenen Barrieren* gefunden werden, welche Schwierigkeiten im Umgang mit der Krankheit Depression, der damit verbundenen Belastung und mangelnder Kenntnis in der Behandlung thematisieren (siehe Abbildung 32). Die Befunde zeigen, dass Hausärzte bei weitem stärker von den depressionstypischen Behandlungsanforderungen belastet werden als Fachärzte. So bezeichnen 71,8% von ihnen depressive Patienten als anstrengend und die allgemeine Belastung wegen depressiver Patienten als hoch, wohingegen nur 34,8% bzw. 21,8% der Fachärzte Vergleichbares äußern (4-Felder- χ^2 –Test, ** $p \leq 0,01$, *** $p \leq 0,001$, siehe Abbildung 32). Auch hinsichtlich mangelnder Kenntnis in Diagnose und Behandlung fühlen sich Hausärzte stärker beeinträchtigt, was sich mit ihrer oben beschriebenen mangelnden Zufriedenheit mit ihrer tiefen Kenntnis inhaltlich deckt und in einer Reihe signifikanter Unterschiede spiegelt. So fühlen sich 46,2% der Hausärzte durch ihre tiefe Diagnosekompetenz (Durchschnittswert) beeinträchtigt, was bei den Fachärzten analogerweise nur bei 15,9% der Fall ist. Unter ihrer mangelnden psychotherapeutischen und medizinischen Behandlungskennntnis leiden im Vergleich zu 3,7% der Fachärzte sogar 59% bzw. 53,8% der Hausärzte. Es stellt sich hier die Frage, warum sich Hausärzte so verantwortlich fühlen und unter ihrer mangelnden Kenntnis so leiden, wo sie doch ausbildungs- und kapazitätsbedingt gar nicht mehr wissen oder nicht mehr therapieren können.

Abbildung 32 Unterschiede in der Wahrnehmung von Ärztebarrieren (Angaben in Prozent; Nennungen von „Ja“)



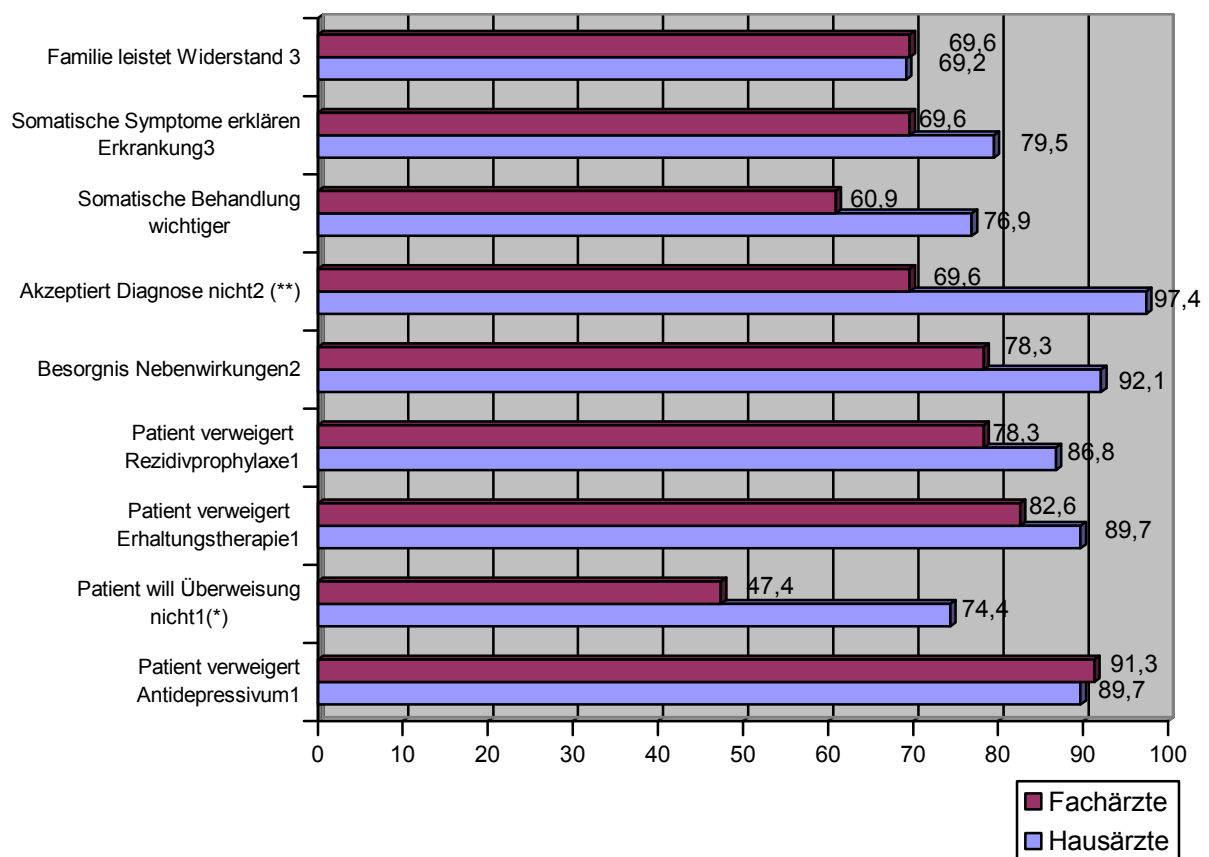
^a 4-Felder- χ^2 -Test, ¹ α' =0,007, *** p <=0,001, **p<=0,01, (*)p=0,05²⁸, Varimax-Hauptkomponentenanalyse, 1: Items laden auf Faktor 1, 2: Items laden auf Faktor 2 (für Faktorladungen: siehe Anhang A)

Welche Aspekte auf Seiten der Patienten empfinden die Ärzte denn als schwierig? Die Betrachtung der patientenbezogenen Barrieren zeigt, dass diese Schwierigkeiten sowohl für Haus- als auch für Fachärzte eine große Rolle spielen. So werden sie insgesamt von Fachärzten durchschnittlich zu 72% und von Hausärzten zu 84% als problematisch eingestuft. Dabei rangieren die Verweigerung von Antidepressiva für beide Ärztegruppen ganz oben (91,3% der Fachärzte und 89,7% der Hausärzte kennen diese Schwierigkeiten), dicht gefolgt von der Verweigerung der Erhaltungstherapie, Rezidivprophylaxe oder der Besorgnis vor Nebenwirkungen (82,6%, 78,3%, 78,3% der Fachärzte und 89,7%, 86,8%, 92,1% der Hausärzte kennen diese Schwierigkeiten). In den allermeisten Fällen sind etwas, aber nicht signifikant mehr Hausärzte von den Schwierigkeiten betroffen als Fachärzte. Bezüglich der

²⁸ Was wegen des korrigierten Signifikanzniveaus nicht signifikant wurde.

Weigerung, die Diagnose zu akzeptieren und überwiesen zu werden, sind es sogar deutlich mehr²⁹ (97,4% vs. 69,6%, resp. 74,4% vs. 47,4%). Aber auch vom Problem, dass somatische Symptome wichtiger sind bzw. zur Erklärung der Erkrankung herangezogen werden, sind mehr Hausärzte betroffen (76,9% vs. 60,9%, resp. 79,5% vs. 69,6%). Annähernd so oft besteht mit 69,2% (Hausarzt) zu 69,6% (Facharzt) die Schwierigkeit des familiären Widerstands der Patienten.

Abbildung 33 Unterschiede in der Wahrnehmung von Patientenbarrieren (Angaben in Prozent; Nennungen von „Ja“)



^a 4-Felder- χ^2 -Test, ¹ α' =0.005, (**) p =0,002³⁰, (*) p =.02, Varimax-Hauptkomponenten-Analyse: Faktor 1: Verweigerung, Faktor 2: Somatisches wichtiger & Akzeptanzmangel, Faktor 3: Familie des Patienten & Somatische Symptome zentral (für Faktorladungen: siehe Anhang A)

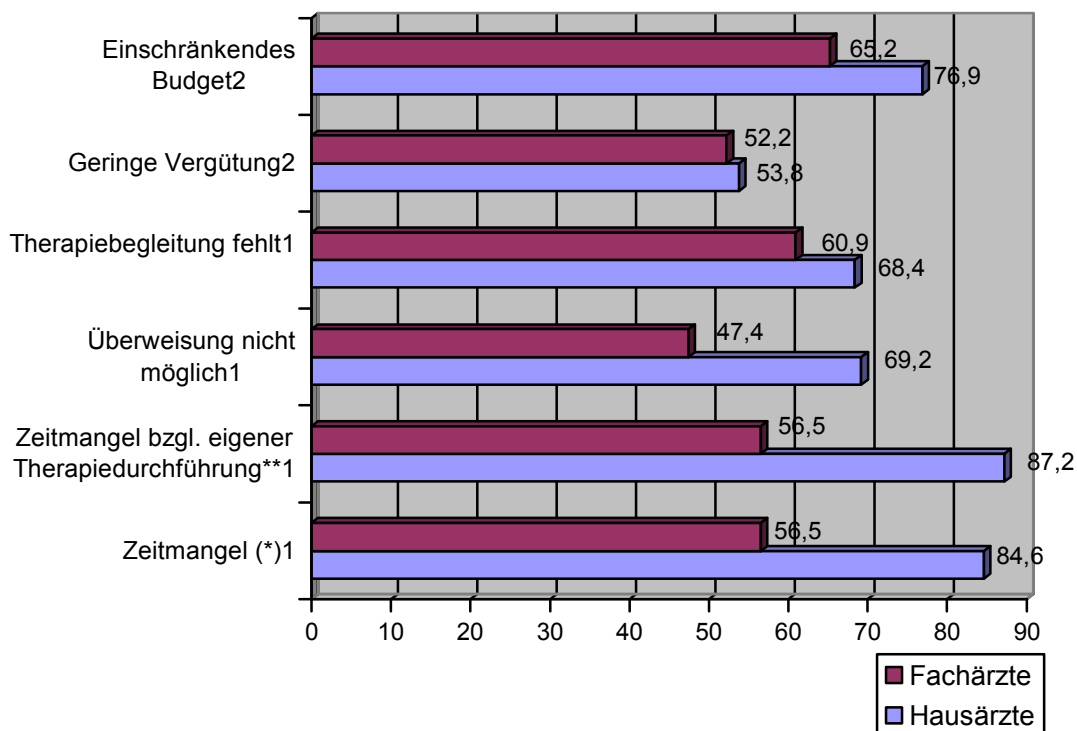
Was belastet die Ärzte auf organisatorischer Seite? Wieder sind beide Ärztgruppen deutlich bis stark von dieser Hindernisform betroffen, wobei sich organisatorische Probleme für

²⁹ Was wegen des korrigierten Signifikanzniveaus nicht signifikant wurde.

³⁰ Voraussetzung für 4-Felder- χ^2 -Test verletzt: 50% der Zellenwerte <5.

Hausärzte noch einmal gravierender erweisen. Durchschnittlich 74% geben im Vergleich zu 56,5% der Fachärzte hier Schwierigkeiten an. Welche Punkte belasten wen denn inhaltlich am meisten? Während Hausärzte am stärksten am Mangel an Zeit (bezüglich eigener Therapiedurchführung zu 87,2% oder insgesamt zu 84,4%) leiden, gehören auf organisatorischer Ebene für Fachärzte neben den zeitlichen Engpässen (56,5%) auch Budget-Probleme (65,2%), tiefe Vergütung (52,2%) und mangelnde Therapiebegleitung (60,9%) zu den dringlichsten Themen, welche auch bei den Hausärzten, absolut betrachtet, sogar teilweise noch höhere Werte erhalten (76,8% für mangelndes Budget, 52,2% für geringe Vergütung, 60,9% für fehlende Therapiebegleitung).

Abbildung 34 Unterschiede in der Wahrnehmung von Organisationsbarrieren (Angaben in Prozent; Nennungen von „Ja“)



^a 4-Felder- χ^2 -Test, ¹ α' =0.008, ^{**}p=0,006, (*)p=.02, Varimax-Hauptkomponenten-Analyse: Faktor 1: Zeit und anderes, Faktor 2: Budget, (für Faktorladungen: siehe Anhang A)

Welche Barrieren sind insgesamt am belastendsten? Die Betrachtung der Tabelle 14 ergibt, dass Haus- und Fachärzte im Hinblick auf die Rangfolge der Barrieren unter fast den gleichen Hindernissen leiden. Unterschiedlich für die beiden Ärztegruppen ist dabei das absolute Ausmaß der Einschränkung (die Arbeit von Hausärzten ist allgemein stärker erschwert: Hausärzte nennen zwei der insgesamt sieben Belastungsfaktoren mit häufiger als 50% als stark erschwert, Fachärzte dagegen keine). Für beide Ärztegruppen sind es die gleichen organisatorischen und patientenbezogenen Hindernisse, welche die vier ersten Plätze in der Rangfolge der Belastungen einnehmen: die Verweigerung der Patienten, zu wenig Zeit, ein zu geringes Budget und die Vorrangstellung körperlicher Erklärungen. Unterschiedlich sind dabei, wie oben angedeutet, das absolute Ausmaß der Belastung und die jeweilige Position der Barrieren in der Rangfolge. Während die ersten beiden Plätze mit Patientenverweigerung und Zeitmangel für beide Ärztegruppen gleich besetzt sind, (Rang 1 „Verweigerung“: 66,7% Nennungen von „stark erschwert“ für Haus- und 36,8% für Fachärzte. Rang 2 „Zeit und anderes“: 50,0% Nennungen von „stark erschwert“ für Hausärzte und 31,6% für Fachärzte), bestehen für die Plätze drei und vier leichte Unterschiede: Hausärzte nennen die Vorrangstellung einer somatischen Behandlung und Akzeptanzmangel der Patienten (Rang 3: 46,3% Nennungen von „stark erschwert“) noch vor Budgetproblemen (34,1% Nennungen von „stark erschwert“), wohingegen Fachärzte die beiden Hindernisse als gleich schwierig einstufen (Rang 3 „Somatische Behandlung wichtiger & Akzeptanzmangel“ und „Budget“: jeweils 30,4% Nennungen von „stark erschwert“). Und während sich Fachärzte an vierter Stelle darüber beschweren, dass sich die Familie des Patienten gegen eine Behandlung wehrt und somatische Symptomerklärungen Vorrang haben (Rang 4: 26,1% Nennungen von „stark erschwert“), leiden Hausärzte unter allgemeiner Belastung und fehlenden Therapiemöglichkeiten (Rang 5: 25,0% Nennungen von „stark erschwert“). Dass aber auch sie die Problematik des Familienwiderstands und die Überbewertung von somatischen Erklärungen kennen, zeigt sich durch 24,4% Nennungen von „stark erschwert“. Am wenigsten hinderlich erschien ihnen dagegen ihre geringe Behandlungskennntnis (Rang 7: 17,1% Nennungen von „stark erschwert“). Für Fachärzte rangierten dagegen eine allgemeine Belastung und fehlende Maßnahmen noch nach fehlender Kennntnis (Rang 5 „Geringe Kennntnis“: 5,6% Nennungen von „stark erschwert“, Rang 6 „Fehlende Maßnahmen & Belastung“: 5,6% Nennungen von „stark erschwert“).

Tabelle 14 Inhaltliche Unterschiede im Stellenwert aller drei Barrierenarten im Hinblick auf die gefundenen Faktoren für Haus- und Fachärzte

Hausarzt	Facharzt
1. Patientenbarrieren: Faktor 1 „Verweigerung“ (66,7%)	1. Patientenbarrieren: Faktor 1 „Verweigerung“ (36,8%)
2. Organisationsbarrieren: Faktor 1 „Zeit und anderes“ (50,0%)	2. Organisationsbarrieren: Faktor 1 „Zeit und anderes“ (31,6%)
3. Patientenbarrieren: Faktor 2 „Somatische Behandlung wichtiger & Akzeptanzmangel“ (46,3%)	3. Organisationsbarrieren: Faktor 2 „Budget“ (30,4%)
4. Organisationsbarrieren: Faktor 2 „Budget“ (34,1%)	3. Patientenbarrieren: Faktor 2 „Somatische Behandlung wichtiger & Akzeptanzmangel“ (30,4%)
5. Ärztevariablen: Faktor 2 „Fehlende Maßnahmen & Belastung“ (25,0%)	4. Patientenbarrieren: Faktor 3 „Familie des Patienten & Erklärung anhand somatischer Symptome zentral“ (26,1%)
6. Patientenbarrieren: Faktor 3 „Familie des Patienten & Erklärung anhand somatischer Symptome zentral“ (24,4%)	5. Ärztevariablen: Faktor 1 „Geringe Kenntnis“ (9,5%)
7. Ärztevariablen: Faktor 1 „Geringe Kenntnis“ (17,1%)	6. Ärztevariablen: Faktor 2 „Fehlende Maßnahmen & Belastung“ (4,3%)

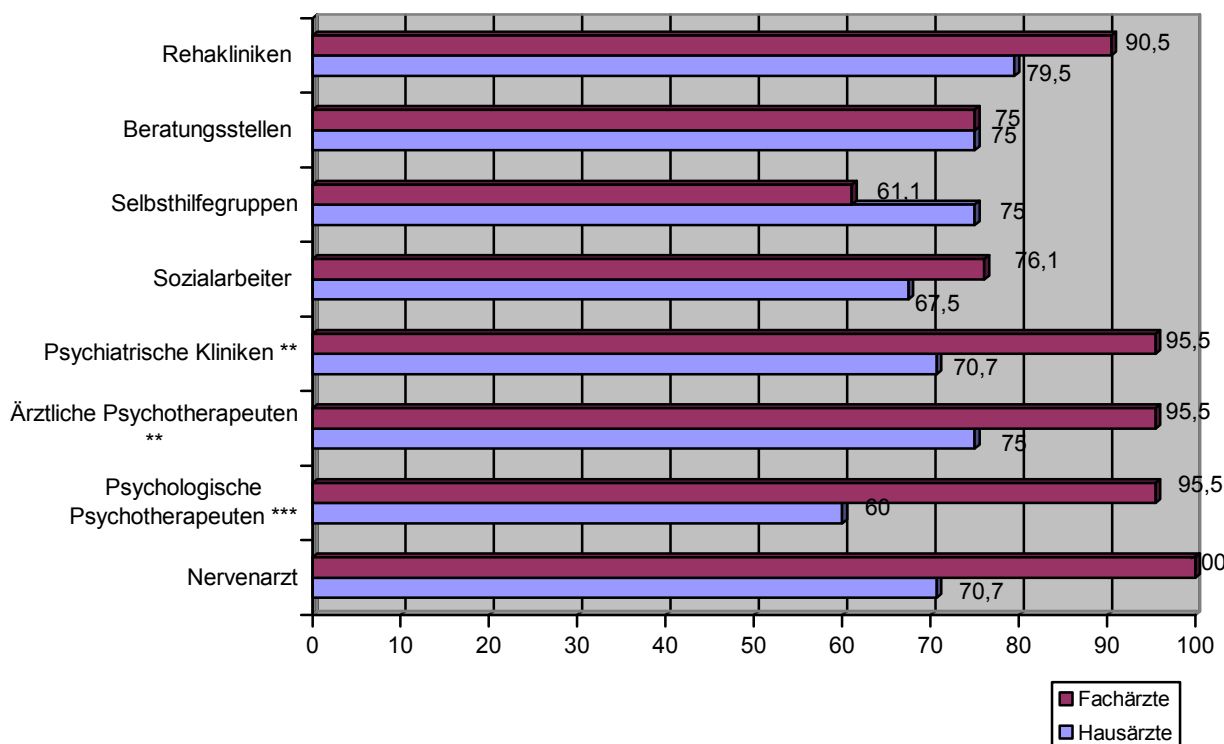
Nennungen von „stark erschwert“ Rot: Nennungen > 50%

Zur Erklärung der Faktoren: siehe Abbildungen 32-34 und Anhang A

Neben Kompetenzeinschätzungen und Wahrnehmung von Barrieren in der Depressionsbehandlung wurden im Rahmen vorliegender Arbeit auch die Zufriedenheit mit der Zusammenarbeit mit Kollegen und anderen Berufsgruppen untersucht. Die Auswertung der Ergebnisse zeigt, dass Fachärzte mit 86,2% durchschnittlichen Nennungen von „teils-teils“ bis „sehr zufrieden“ generell etwas zufriedener mit Kooperationen sind als Hausärzte, die sich mit 71,7% weniger häufig entsprechend äußern. Während Fachärzte durchgängig „hoch zufrieden“ sind mit der Überweisung zu und der Kooperation mit Nervenärzten (100% Nennungen von „teils-teils“ bis „sehr zufrieden“), psychologischen- und medizinischen Psychotherapeuten, psychiatrischen Kliniken oder Reha-Kliniken (über 90% entsprechender Nennungen), sind sie deutlich „weniger zufrieden“ mit der Zusammenarbeit mit Sozialarbeitern, Beratungsstellen (rund 75% entsprechender Nennungen) und Selbsthilfegruppen (61,1% entsprechender Nennungen). Anders sieht das Bild für Hausärzte aus, welche mit manchen Kooperationspartnerschaften signifikant „unzufriedener“ sind als Fachärzte. So sind es allen voran die psychologischen Psychotherapeuten, mit denen

Hausärzte am wenigsten gern zusammenarbeiten. Dies wird in nur 60% Nennungen von „teils-teils“ bis „sehr zufrieden“ deutlich. Fast jeder zweite Hausarzt ist also „eher“ bis „sehr unzufrieden“ mit der Kooperationen mit psychologischen Psychotherapeuten. Aber auch mit der Zusammenarbeit mit Nervenärzten (70% Nennungen von „teils-teils“ bis „sehr zufrieden“), psychiatrischen Kliniken (70,7% entsprechender Nennungen) und Sozialarbeitern (67,5% entsprechender Nennungen) sind rund ein Drittel der Hausärzte „eher“ bis „sehr unzufrieden“. Am liebsten ist Hausärzten die Zusammenarbeit mit ärztlichen Psychotherapeuten, Selbsthilfegruppen oder Beratungsstellen (75% entsprechender Nennungen), welche sie aber immer noch zu 25% als nicht zufriedenstellend einstufen (Nennungen von „eher“ bis „sehr unzufrieden“).

Abbildung 35 Unterschiede in der Zufriedenheit mit Überweisungen/ Kooperation mit ... (Angaben in Prozent)

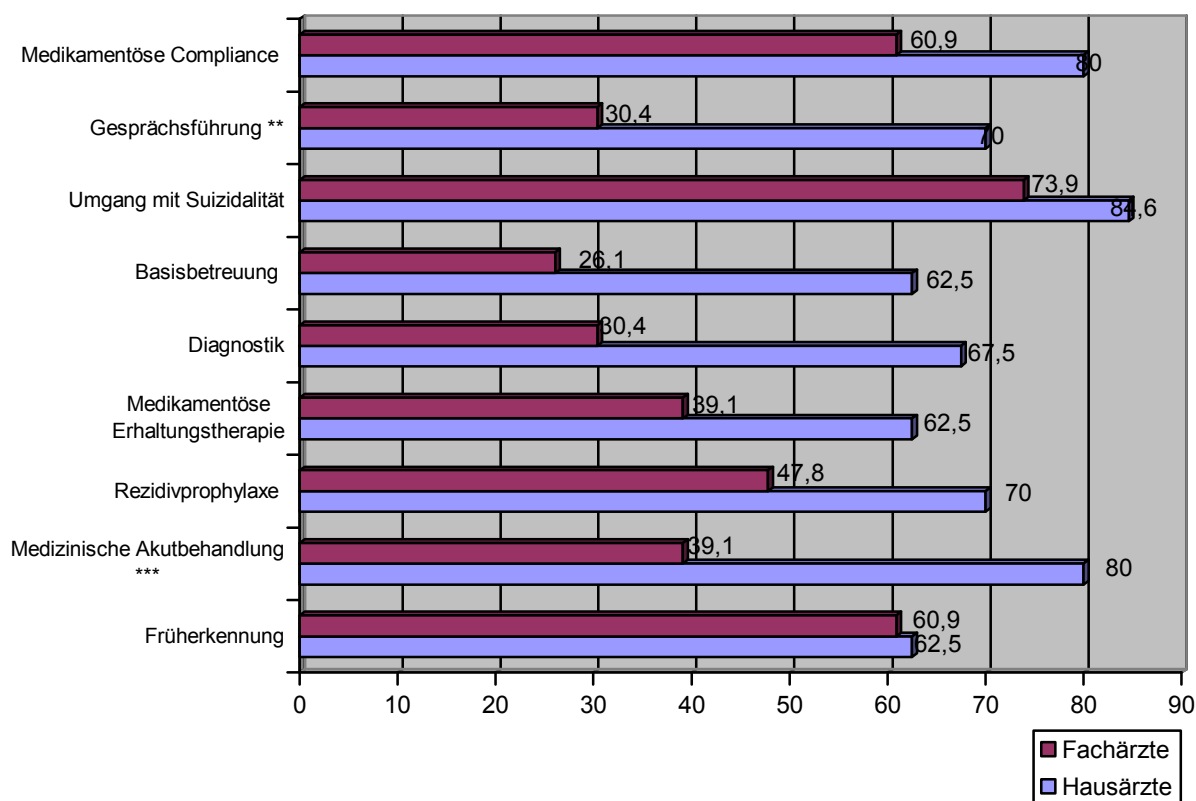


^b Man-Whintney-U-Test, ¹ α '=0.006, *** p <=0,001, ** p <=0,01
Nennungen von „teils-teils“ bis „sehr zufrieden“

Schließlich wurde im Rahmen vorliegender Arbeit nach den inhaltlichen Wünschen in Hinblick auf Fortbildungsveranstaltungen gefragt. Die Auswertung der Befunde macht deutlich, dass Hausärzte mit durchschnittlichen Nennungen von 71% „Ja“ ein deutlich stärkeres Bedürfnis nach Fortbildung haben als Fachärzte, welche nur zu 52,3% die Frage

nach Fortbildungswünschen mit „Ja“ beantworten. In welchen Bereichen erachten die beiden Ärztegruppen Fortbildung als am nützlichsten? Hausärzte haben ein dringendes Bedürfnis nach Fortbildung im Umgang mit Suizidalität (84,6% wünschen sich Fortbildung), medikamentöser Compliance und medizinischer Akutbehandlung (jeweils 80% wünschen sich Fortbildung). Weniger häufig, aber immer noch deutlich ist der Wunsch, mehr über Rezidivprophylaxe, Gesprächsführung (jeweils 70% wünschen sich Fortbildung), Diagnostik (67,5% wünschen sich Fortbildung), Basisbetreuung, Erhaltungstherapie oder Früherkennung (jeweils 62,5% wünschen sich Fortbildung) zu erfahren. Auf Seiten der Fachärzte besteht ebenfalls am meisten Bedarf im Umgang mit Suizidalität (73,9% wünschen sich Fortbildung), gefolgt vom Umgang mit medikamentöser Compliance, Früherkennung (jeweils 60,9% wünschen sich Fortbildung) oder Rezidivprophylaxe (47,8% wünschen sich Fortbildung). In den übrigen Bereichen lässt der Bedarf an Fortbildung dann rapide nach; nur noch rund jeder dritte Facharzt wünscht sich Fortbildung in Akutbehandlung, Erhaltungstherapie, Diagnostik, Basisbetreuung oder Gesprächsführung.

Abbildung 36 Unterschiede im Fortbildungswunsch in... (Angaben in Prozent)



^a 4-Felder- χ^2 -Test (zweiseitig), ¹ α' =0.003, *** p <=0,001, ** p <=0,01

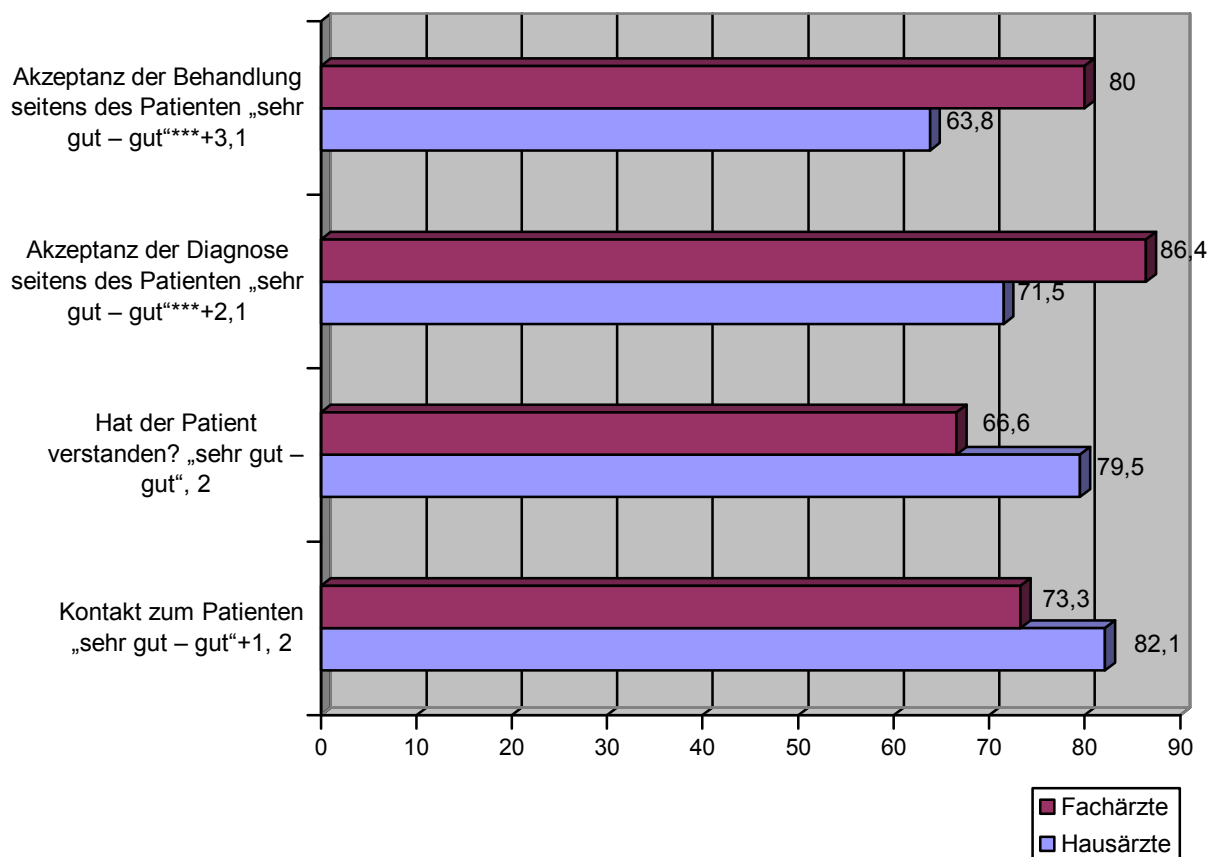
Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich Haus- und Fachärzte für die Behandlung von Depressionen zuständig fühlen. Bei genauerer Betrachtung des Zuständigkeitsgefühls wird jedoch deutlich, dass sich Hausärzte für wesentlich weniger tiefgreifende Abläufe der Behandlung als Fachärzte zuständig fühlen, d.h. ihr Aufgabenfeld in erster Linie in Aufklärung und einer allgemeinen Grundbehandlung und weniger in Differentialdiagnose, Psychotherapie und medikamentöser Behandlung sehen. Fachärzte hingegen fühlen sich für alle Therapiebereiche gleichermaßen verantwortlich. Dieses eingeschränkte Zuständigkeitsempfinden der Hausärzte spiegelt sich in deren tiefen Meinung der eigenen Behandlungskennntnis. Nur zwei von drei Hausärzten im Vergleich zu (fast) allen Fachärzten geben an, sich bezüglich Diagnose und Basistherapie von Depressionen sicher zu fühlen. Die Befunde zeigen weiter, dass Hausärzte diese Unsicherheit jedoch als Belastung empfinden und sich Fortbildungsmaßnahmen wünschen, um sich zu verbessern. Fachärzte ihrerseits sind mit ihren Kenntnissen ziemlich zufrieden und wünschen sich auch nicht so viel Fortbildung wie Hausärzte. Bereiche, in denen beide Ärztegruppen gleichermaßen geschult werden möchten, ist der Umgang mit Suizidalität und Patientencompliance. Neben mangelnder Kenntnis kristallisierte sich als Schwachstelle auf hausärztlicher Seite eine Kapazitätsgrenze im Umgang mit depressiven Patienten insofern heraus, als diese sich durch die Behandlung von Depressiven deutlich stärker belastet fühlen als Fachärzte. Weitere Störfaktoren für die Behandlung konnten auf Patientenseite und für organisatorische Themen identifiziert werden. Auf Seiten der Patienten entpuppten sich Verweigerungstendenzen im Bereich der medikamentösen Compliance, Überweisung und Therapie sowie eine gewisse Grundskepsis gegenüber der Diagnose überhaupt (Akzeptanzmangel) und bezüglich der Erklärung als psychisches Phänomen (beliebt war eine physische Erklärung für die depressiven Symptome) für beide Ärztegruppen gleichermaßen als starke Beeinträchtigung. Auf organisatorischer Seite erwiesen sich wieder für beide Ärztegruppen Zeitengpässe und eingeschränktes Budget als wichtige Störgrößen für die Behandlung, wobei Hausärzte deutlich stärker unter der zeitlichen Knappheit zur Therapiedurchführung litten. Insgesamt lässt sich also in erster Linie dahingehend ein Unterschied zwischen Haus- und Fachärzten beschreiben, als Hausärzte einen deutlichen Widerspruch zwischen Können und Wollen verzeichnen, der bei den Fachärzten nicht vorgefunden werden kann.

2.3.1.4. Wahrnehmung der Interaktion mit dem Patienten

Bezüglich der Qualität der Interaktion mit dem Patienten geben Fachärzte signifikant häufiger an, dass ihre Patienten die Diagnose und Behandlung akzeptierten (durchschnittlich 83,2% vs.

65,2% Nennungen von „gut“ bis „sehr gut“). Hausarztpatienten scheinen beides mit erhöhtem Schweregrad der Depression auch besser anzunehmen. Zwei weitere Items zur Erfassung der Interaktion zwischen Arzt und Patient zeigt jedoch insofern ein etwas anderes Bild, als Hausärzte angeben, ihre Patienten verstanden sie besser und die Qualität des Kontakts zu den Patienten sei höher (79,5% vs. 66,6% resp. 82,1% vs. 73,3%). Wieder konnte ein Zusammenhang mit dem Schweregrad festgestellt werden. Diesmal gaben die Fachärzte an, der Kontakt sei bei schwerer kranken Patienten besser. Diese Einschätzung lag dann vor, wenn aus ihrer eigenen Einschätzung eine Depression vorlag.

Abbildung 37 Unterschiede in der Wahrnehmung der Interaktion mit dem Patienten (Angaben in Prozent)



^b Mann-Whitney-U-Test, ¹ $\alpha^2=0.0125$, *** $p \leq 0,001$, 1: Erhebungszeitpunkt zu Behandlungsbeginn, 2: Erhebungszeitpunkt nach sechs Wochen

+1 Spearman-Korrelationstest.: Zusammenhang mit dem Schweregrad, $r_s = -.56$, (*) $p \leq 0,05$ für Fachärzte gilt, dass der Kontakt bei *aus Arztsicht* schwereren Depressionen besser ist.

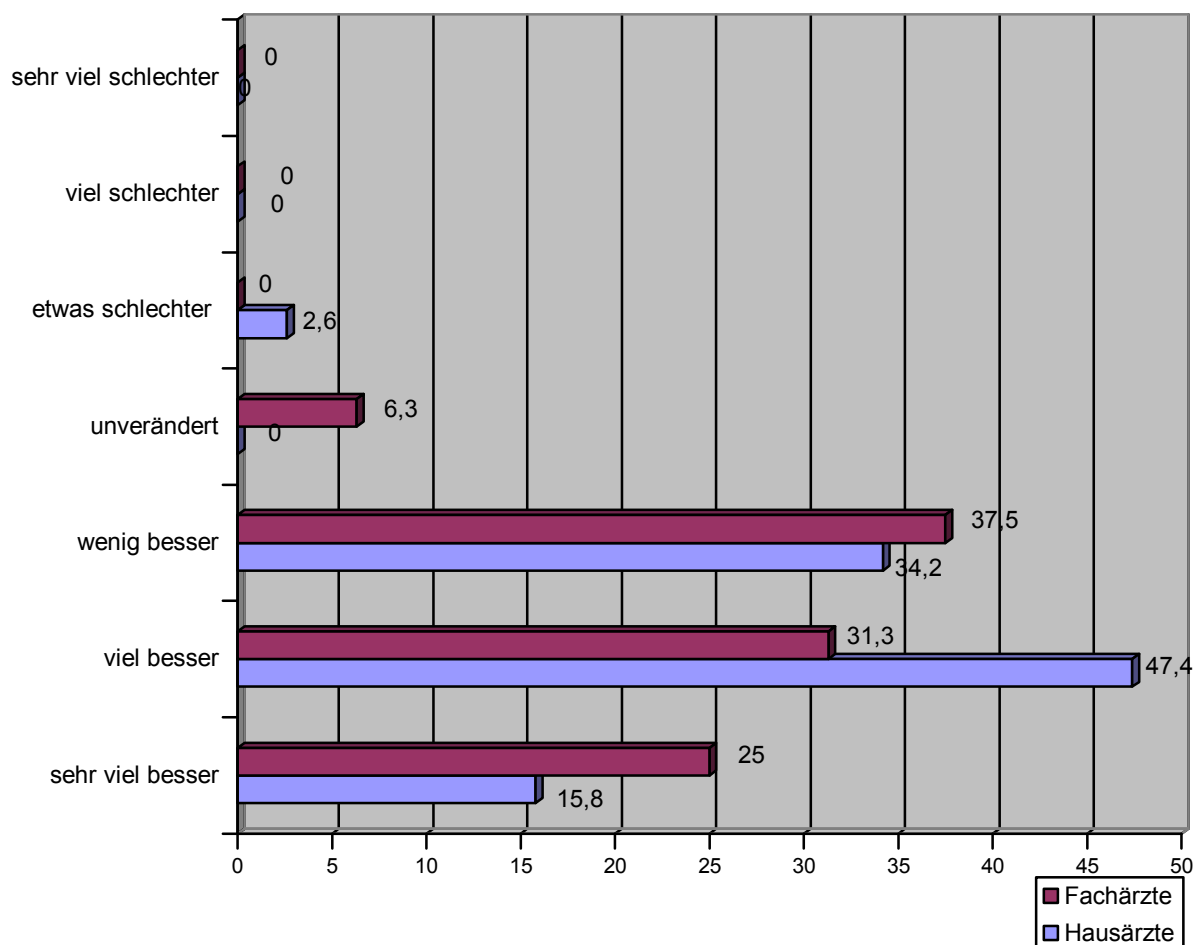
+2 Spearman-Korrelationstest.: Zusammenhang mit dem Schweregrad, $r_s = -.20$, (*) $p \leq 0,05$ für Hausärzte gilt, dass die Diagnose bei *aus Patientensicht* schwereren Depressionen besser angenommen wird.

+3 Spearman-Korrelationstest.: Zusammenhang mit dem Schweregrad, $r_s = -.21$, (*) $p \leq 0,05$ für Hausärzte gilt, dass die Behandlung bei *aus Patientensicht* schwereren Depressionen besser angenommen wird.

2.3.1.5. Wahrnehmung des Therapieerfolgs

Wie schätzen die beiden Ärztgruppen den Erfolg ihrer Therapie ein? Insgesamt geht es nach sechswöchiger Behandlung 93,8% der Facharzt- und 97,4% der Hausarztpatienten irgendwie besser (ärztliche Einschätzung). Darin unterscheiden sich die beiden Ärztgruppen nicht. Dennoch bestehen insofern deutliche Verschiedenheiten, als es den Ärzten entsprechend mehr Facharztpatienten (25% vs. 15,8%) nach sechs Wochen *sehr viel besser* geht und deutlich mehr Hausarztpatienten nach der gleichen Zeit *viel besser* (47,4% vs. 31,3%). Während 6,3% der Fachärzte angeben, ihren Patienten gehe es unverändert, verweisen 2,6% der Hausärzte eine Verschlechterung. Gemäß der ärztlichen Einschätzung geht es keinem der Facharzt- und oder Hausarztpatienten nach sechs Wochen viel oder sehr viel schlechter.

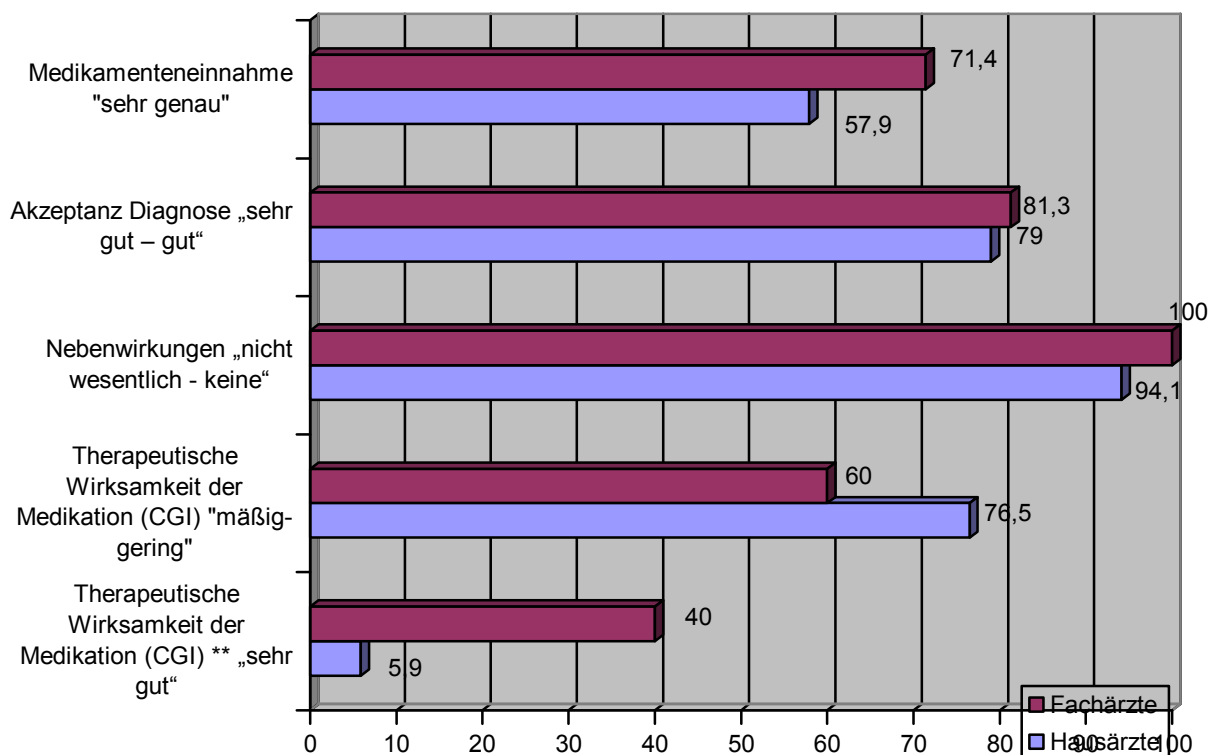
Abbildung 38 Unterschiede in der Gesamtbeurteilung der Veränderung von Beschwerden (Angaben in Prozent)



^b Mann-Whitney-U-Test, ¹ $\alpha=0.005$

Eine Reihe weiterer Items zur Medikamenteneinnahme beleuchtet Aspekte des Therapieerfolgs. Dabei zeigt sich in auffälliger Weise, dass Fachärzte im Vergleich zu Hausärzten verstärkt angeben, die Medikamente wirkten bei ihren Patienten besonders gut (40% vs. 9,5%) und die Patienten würden sich sehr genau an die Medikamenteneinnahme halten (71,4% vs. 57,9%). Ein vergleichbarer Anteil Haus- und Fachärzte geben hingegen für ihre Patienten an, sie hätten keine Nebenwirkungen (94,1% vs. 100%) und akzeptierten die Diagnose gut bis sehr gut (79% vs. 81,3%).

Abbildung 39 Unterschiede in der Wahrnehmung des Therapieerfolgs (Angaben in Prozent)



^b Mann-Whitney-U-Test, ¹ α' =0.005, ** $p \leq 0,01$

Zusammenfassend lässt sich hinsichtlich der Interaktion mit dem Arzt und bezüglich der ärztlichen Wahrnehmung des Therapieerfolgs sagen, dass Fachärzte die Akzeptanz von Diagnose, Behandlung und medikamentöser Therapie bei ihren Patienten höher einstufen als Hausärzte. Bezüglich der Genesungseinschätzung von Patienten gleichen sich die beiden Ärzteguppen insofern stark, als sie zu fast 100% von einer Besserung der Lage nach sechs Wochen ausgehen.

2.3.2. Besonderheiten auf Patientenseite

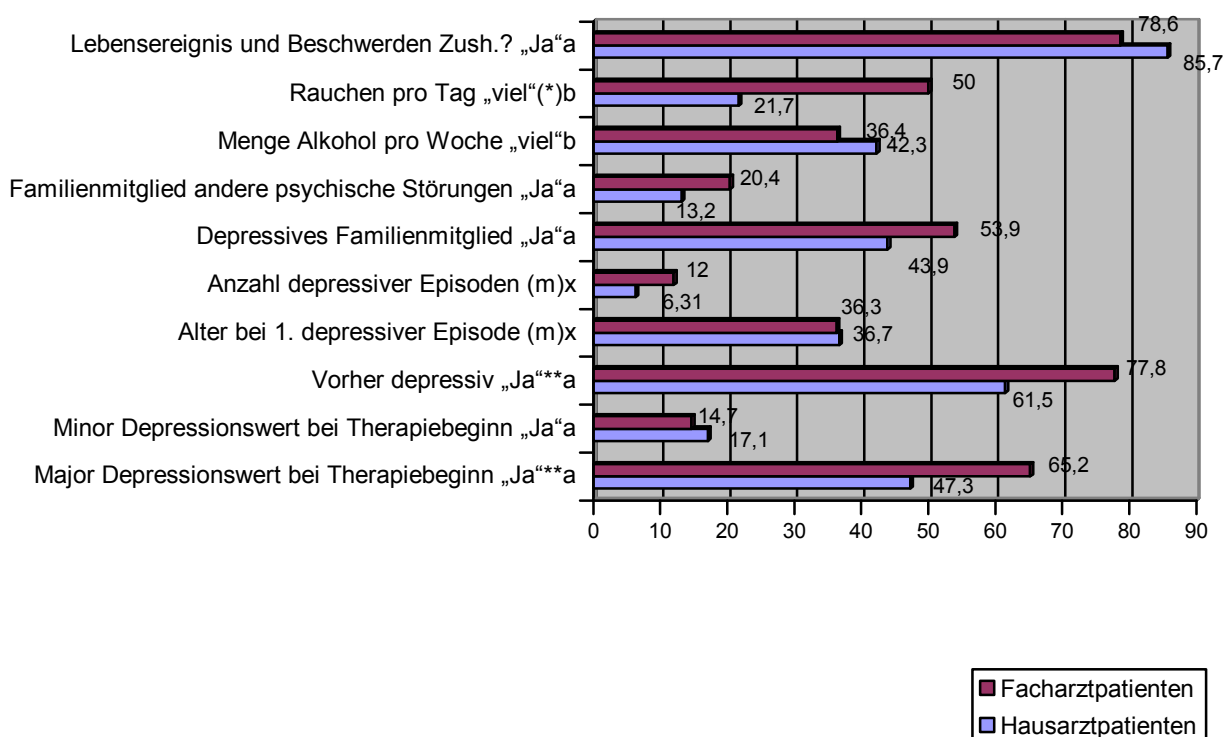
Im Folgenden werden Ergebnisse vorgestellt, die im Zusammenhang mit der zweiten Hypothese erhoben wurden („die Art der Patienten von Haus- und Fachärzten ist unterschiedlich“). Es werden dabei Antworten zu den Fragen nach Unterschieden in der Symptomatik und Krankheitsgeschichte einer Depression, der Medikamenteneinnahme und Compliance, der Interaktion mit dem Arzt und im Therapieerfolg generiert (siehe 2.2.2.3.).

2.3.2.1. Symptomatik und Krankheitsgeschichte

In einem Vergleich zwischen Haus- und Facharztpatienten wird geprüft, ob sich die beiden Gruppen grundlegend hinsichtlich der Symptomatik der Depression, d.h. des Schweregrads, der allgemeinen Befindlichkeit, der sozialen Kontakte, psychosomatischer Beeinträchtigung, der familiären Belastung, der Krankheitsgeschichte und der bisherigen Behandlungssituation unterscheiden. Zusätzlich wird nach Unterschieden in der Medikamenteneinnahme und Compliance sowie in der Zufriedenheit mit der ärztlichen Versorgung und insgesamt mit dem Behandlungsergebnis gefragt.

Unterscheiden sich Haus- und Facharztpatienten grundlegend in der Depressionssymptomatik und mit damit verbundenen Beeinträchtigungen? Die Befunde zeigen, dass Facharztpatienten insgesamt schwerer beeinträchtigt sind. So leiden sie zum einen unter schwereren Depressionsformen, was sich darin zeigt, dass zu Behandlungsbeginn 65,2% der Facharzt- und 47,3% der depressiven Hausarztpatienten eine schwere Major Depression zeigen (4-Felder- χ^2 -Test, $**p \leq 0,01$) und dadurch, dass sie signifikant häufiger eine depressive Leidensgeschichte (77,8% der Facharzt- und 61,5% der depressiven Hausarztpatienten waren vorher schon mal depressiv, 4-Felder- χ^2 -Test, $**p \leq 0,01$) und bereits fast doppelt so viele depressive Episoden (12 zu 6,31) erlebt haben. Neben dem Befund, dass Facharztpatienten stärker von der Krankheit betroffen sind, zeigt sich, dass in beiden Patientengruppen depressive und andere psychische Störungen familiär gehäuft auftreten. So geben 53,9% der Facharzt- und 43,9% der Hausarztpatienten an, ein Familienmitglied sei depressiv, bzw. leide an einer anderen psychischen Störung (20% vs. 13,2%). Des Weiteren auffällig ist, dass Facharztpatienten deutlich stärker rauchen (50% vs. 21,4%) und Hausarztpatienten umgekehrt häufiger Alkohol trinken (42,3% vs. 36,4% trinken pro Woche „viel“) und ihre depressiven Symptome vermehrt mit einem einschneidenden Lebensereignis in Verbindung bringen (85,7% vs. 78,6%).

Abbildung 40 Zusammenfassung der Unterschiede in der Symptomatik der Depression und der Krankheitsgeschichte (Angaben in Prozent)



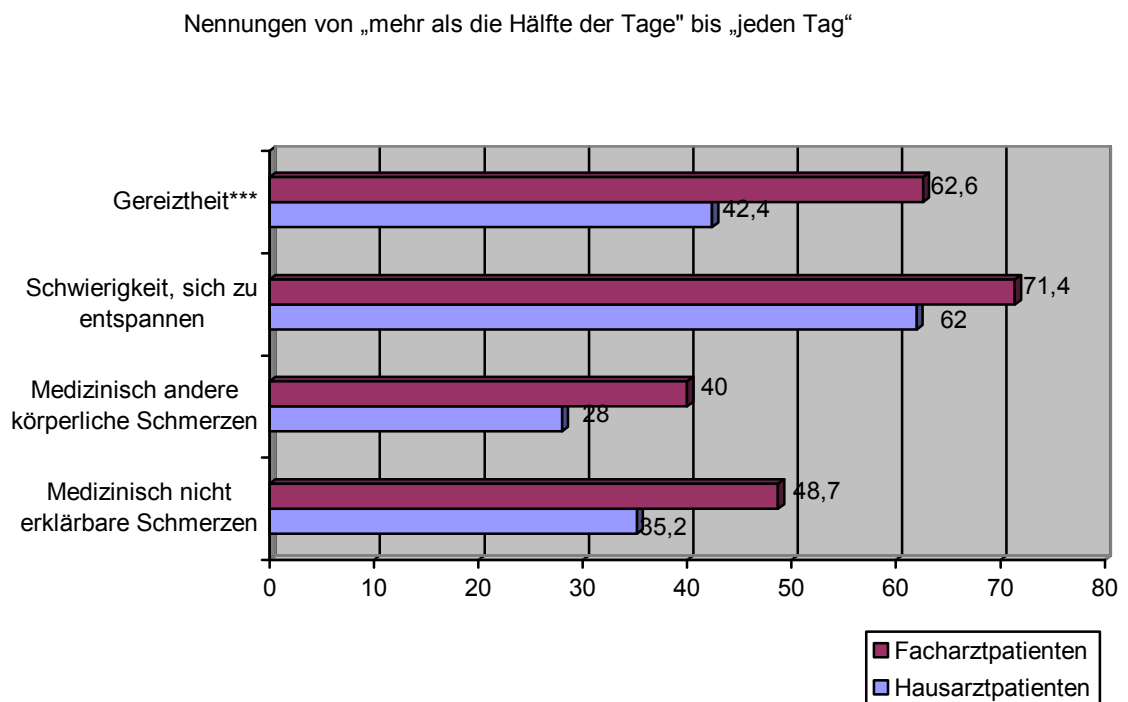
^a 4-Felder- χ^2 -Test (zweiseitig), ^x T-Test, beidseitig, für unabhängige Stichproben, ^b Mann-Whitney-U-Test, ¹ α' = siehe Anhang A³¹, ^{**}p $\leq 0,01$, ^(*)p = 0,04

Die oben beschriebene stärkere Symptombelastung der Facharztpatienten bestätigt sich durch weitere Befunde zu einer erhöhten psychosomatischen Belastung, größeren Unzufriedenheit mit sozialen Kontakten und einem stärker eingeschränkten allgemeinen Wohlbefinden (Abbildungen 40-43). Im Hinblick auf das Vorkommen psychosomatischer Symptome geben Facharztpatienten häufiger an, gereizt zu sein (signifikanter Unterschied: 62,6% vs. 42,2%, Mann-Whitney-U-Test, ^{**}p $\leq 0,001$), an medizinisch nicht erklärbaren oder sonstigen Schmerzen zu leiden (48,7% vs. 35,2% bzw. 40% vs. 28%) oder Entspannungsprobleme zu haben (71,4% vs. 62%). Zusätzlich sind sie weniger zufrieden mit ihrem Bekannten- oder Freundeskreis (26,3% vs. 14% bzw. 25% vs. 15,8% Nennungen von „unzufrieden“ bis „sehr unzufrieden“). Bezüglich Fragen nach sozialer Isolation scheinen beide Patientengruppen

³¹ Da es sich hier um eine Zusammenfassung verschiedener Konstrukte handelt, bestehen verschiedene α' . Genaue Angaben zu den korrigierten α' -Werten finden sich im Anhang.

grundsätzlich gut versorgt zu sein: 77,9% der Facharzt- und 75,6% der Hausarztpatienten haben eine Bezugsperson, mit der sie ihre Probleme besprechen können, und nur 4,4% der Facharzt- und 5,5% der Hausarztpatienten sind mit der Beziehungsqualität unzufrieden. Die stärkere Symptombelastung der Facharztpatienten verdeutlicht sich schließlich im stärker beeinträchtigten allgemeinen Wohlbefinden. Facharztpatienten geben signifikant häufiger an, ihre Kontakte seien beeinträchtigt (Nennungen von „meistens“ bis „immer“ für Facharztpatienten zu 59,5% verglichen mit 36,3% der Hausarztpatienten, Mann-Whitney-U-Test, *** $p \leq 0,001$), bzw. sie selber fühlten sich stärker entmutigt (44% vs. 29,1% entsprechender Nennungen, Mann-Whitney-U-Test, ** $p \leq 0,01$), energie- (81,9% vs. 55,9% entsprechender Nennungen, Mann-Whitney-U-Test, *** $p \leq 0,001$) oder ruhelos (58,2% vs. 46,9% entsprechender Nennungen, Mann-Whitney-U-Test, (* $p \leq 0,05$)³²). Zusätzlich sind sie bei Alltagstätigkeiten stärker überfordert. 92,8% der Facharztpatienten im Vergleich zu 77,5% der Hausarztpatienten trauen sich wegen psychischer Probleme nicht zu, alles zu schaffen, (Mann-Whitney-U-Test, *** $p \leq 0,001$) und fühlen sich, durch eine angeschlagene Gesundheit geschwächt, auch nicht mehr zu alltäglichen Tätigkeiten wie Treppensteigen in der Lage (82,6% vs. 77,5% entsprechender Nennungen).

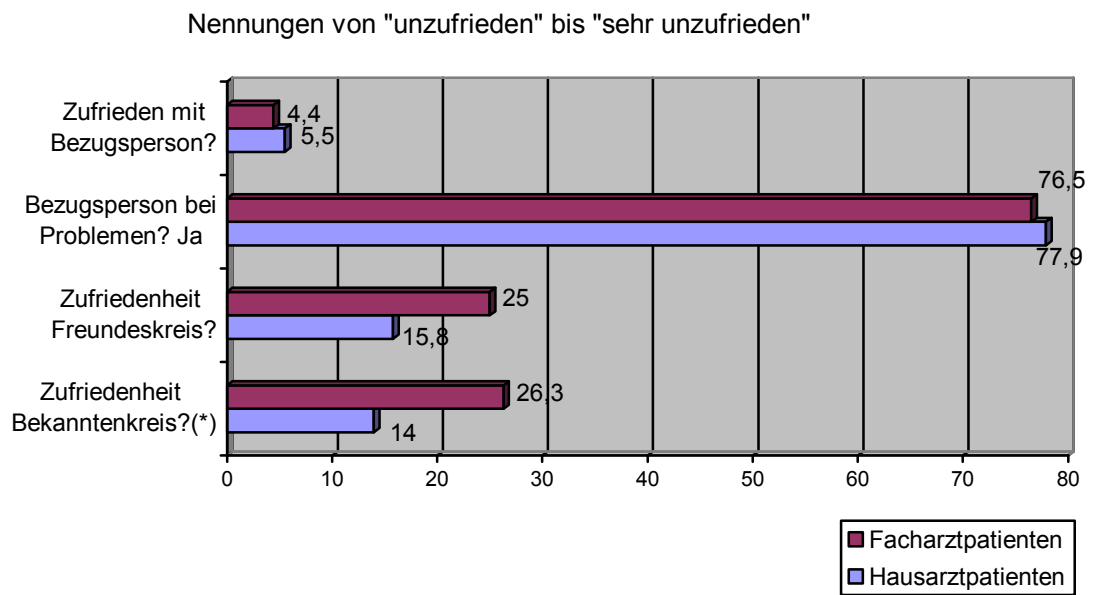
Abbildung 41 Unterschiede im Vorkommen von psychosomatischen Symptomen (Angaben in Prozent)



^b Mann-Whitney-U-Test, ¹ $\alpha' = 0.0125$, *** $p \leq 0,001$

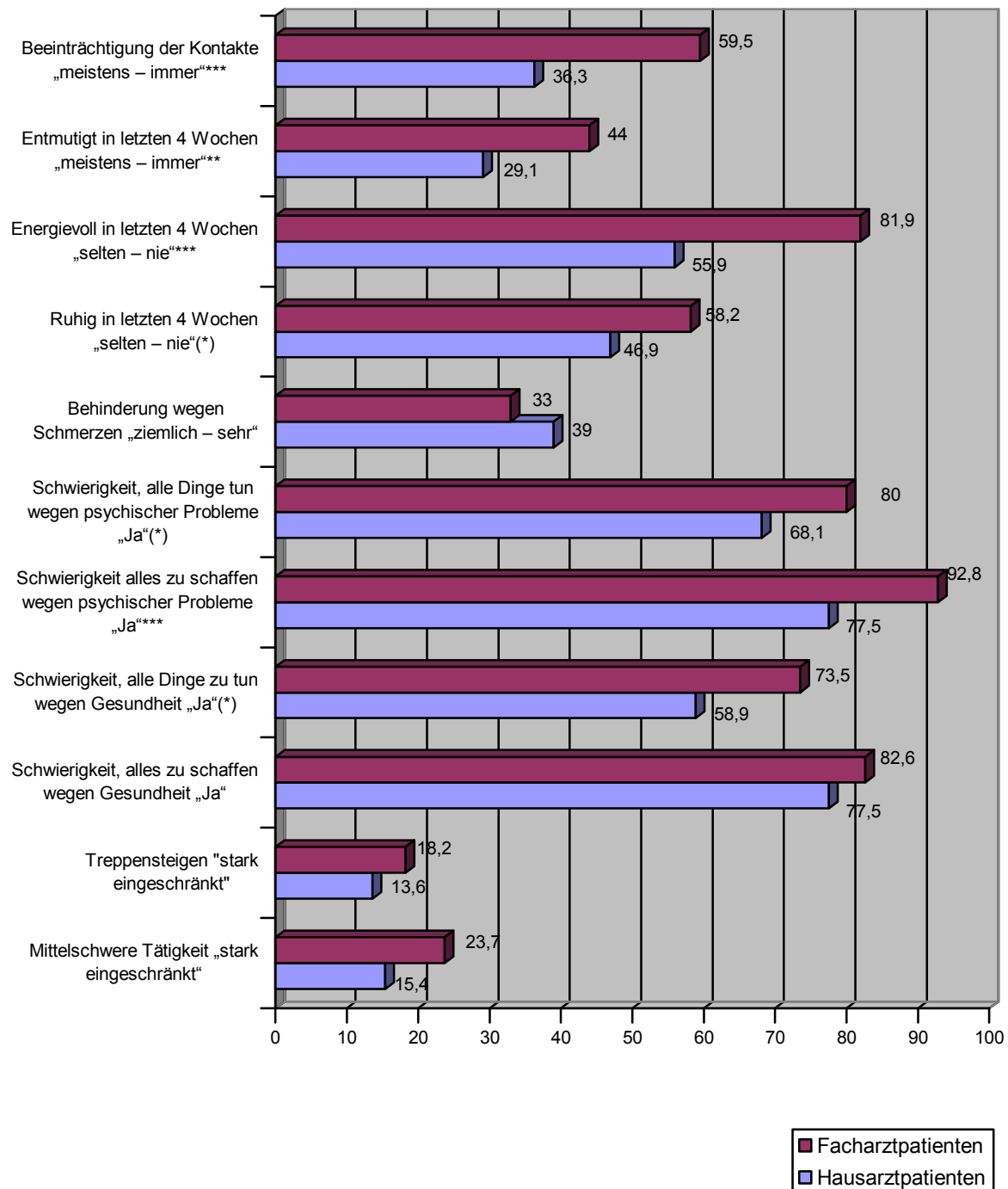
³² Wegen korrigiertem Signifikanzniveau nicht signifikant.

Abbildung 42 Unterschiede in der Zufriedenheit mit sozialen Beziehungen (Angaben in Prozent)



^b Mann-Whitney-U-Test, ¹ $\alpha^2=0.0125$, (*) $p=0,03$

Abbildung 43 Unterschiede im allgemeinen Wohlbefinden (Angaben in Prozent)



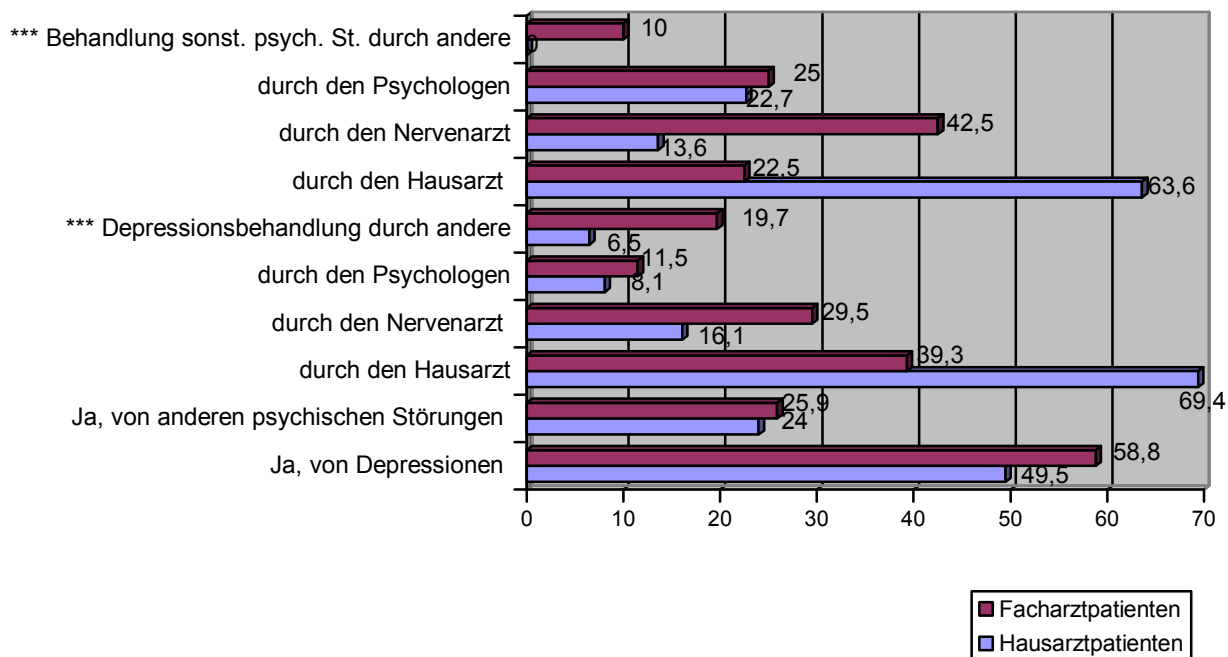
^b Mann-Whitney-U-Test, ¹ $\alpha^2=0.005$, ^{***} $p \leq 0,001$, ^{**} $p \leq 0,01$, ^(*) $p \leq 0,05$

2.3.2.2. Vorbehandlung

Facharztpatienten sind nicht nur von stärkeren Depressionssymptomen betroffen als Hausarztpatienten, sondern wurden zu 58,8% vs. 49,5% wegen Depressionen oder anderer psychischer Störungen (25,4% vs. 24%) auch schon häufiger vorbehandelt als Hausarztpatienten. Bei der Analyse der Leistungserbringer für diese Vorbehandlung zeigte sich, dass eine frühere Behandlung sowohl bei Hausarzt- wie auch bei Facharztpatienten am allerhäufigsten beim Hausarzt stattfand. Für Hausarztpatienten galt dies allerdings fast doppelt so häufig wie für Facharztpatienten (69,4% vs. 39,3%), welche ihre Depressionen mit 29,5% auch häufig vom Nervenarzt vorbehandeln ließen (was im Vergleich dazu nur 16,1% der Hausärzte taten). Während der Hausarzt bei Hausarztpatienten auch für andere psychische Störungen der bevorzugte Behandelnde war, zeigte sich für Facharztpatienten eine andere Lage: Mit 42,5% Nennungen war der Nervenarzt hier die bevorzugte Anlaufstelle (im Vergleich zu 22,5% Nennungen für den Hausarzt). Ebenfalls auffallend verschieden war die Wahl der Versorgung durch die Psychologen. Hausarztpatienten scheinen diese Leistungserbringer für die Depressionsbehandlung und auch für die Versorgung anderer psychischer Störungen etwas weniger häufig zu wählen als Facharztpatienten (11,5% vs. 8,1% resp. 25% vs. 22,7%). In die gleiche Richtung weisen insofern weitere Befunde zur Vorbehandlung, als signifikante Unterschiede zwischen Hausarzt- und Facharztpatienten bezüglich ihrer Wahl von Psychotherapeuten und Hausärzten bestehen. So waren signifikant mehr Hausarztpatienten beim Hausarzt (72,3% vs. 53,9%, 4-Felder- χ^2 -Test, $**p \leq 0,01$) und signifikant mehr Facharztpatienten beim Facharzt (58,8% vs. 19%, 4-Felder- χ^2 -Test, $***p \leq 0,001$) in Vorbehandlung. Facharztpatienten waren zudem häufiger (aber nicht signifikant) bei einem sonstigen Arzt (43,2% vs. 29,9%) oder in einer psychiatrischen Tages- oder Rehaklinik (2,2% vs. 1% resp. 8% vs. 6,5%), Hausarztpatienten hingegen häufiger in psychologisch/psychiatrischer Ambulanz (7,1% vs. 2,4%), in einem psychosomatischen- oder einem Allgemeinkrankenhaus (5,5% vs. 1% resp. 8,9% vs. 4,8%).

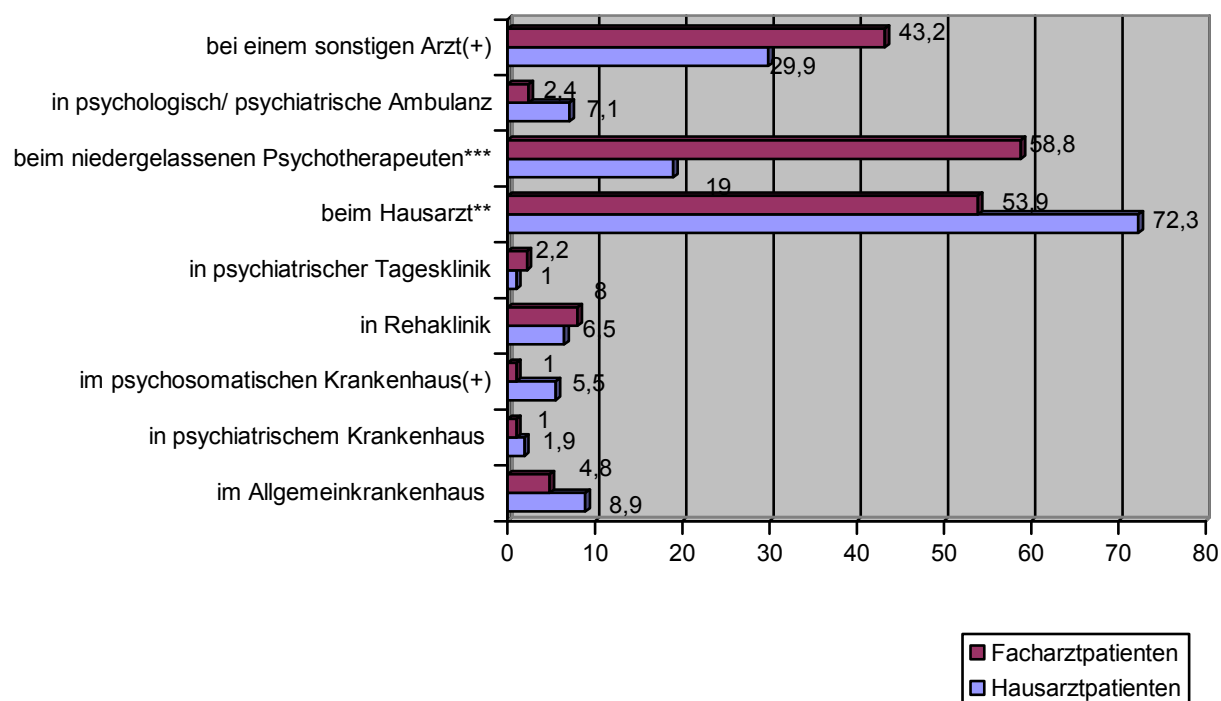
Abbildung 44 Unterschiede in der Vorbehandlung von Depressionen (Angaben in Prozent)

Vorbehandlung von Depressionen und anderen psychischen Störungen



^a 4-Felder- χ^2 -Test, ¹ α '=?, *** $p \leq 0,001$

Abbildung 45 Unterschiede in der bisherigen Behandlungssituation (Angaben in Prozent)



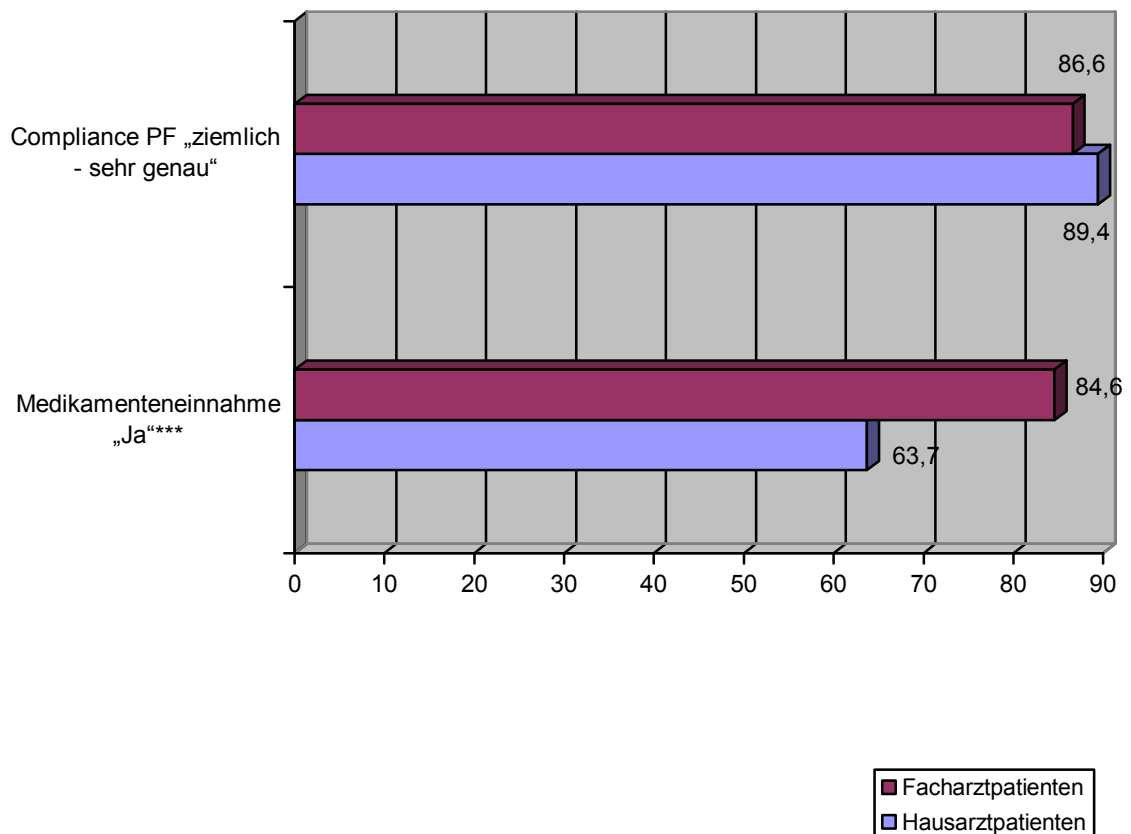
^a 4-Felder- χ^2 -Test, ¹ α' =0,006, *** $p \leq 0,001$, ** $p \leq 0,01$, (+) $p \leq 0,10$

2.3.2.3. Medikamenteneinnahme und Compliance

Bis anhin konnte gezeigt werden, dass sich Haus- und Facharztpatienten im Hinblick auf den Schweregrad der Krankheit und deren Vorbehandlung deutlich unterscheiden. Unterschiede konnten auch für die Medikamenteneinnahme festgestellt werden. Facharztpatienten geben nämlich signifikant häufiger an, Medikamente einzunehmen (84,6% vs. 63,7%, 4-Felder χ^2 -Test, *** $p \leq 0,001$). Dies stimmt damit überein, dass auch Fachärzte im Vergleich zu Hausärzten vermehrt zustimmen, Medikamente zu verschreiben (siehe oben). Bezüglich der Zuverlässigkeit der Einnahme dieser Medikamente konnten hingegen weder für den Zeitpunkt vor der Behandlung noch für eine Zeitspanne nach sechs Wochen Unterschiede festgestellt werden. Sowohl Haus- als auch Facharztpatienten gaben zu beiden Zeitpunkten zu über 80% an, die Medikamente sehr genau einzunehmen. Facharztpatienten waren dabei allerdings noch etwas genauer, was sich beim zweiten Messzeitpunkt verstärkt offenbarte (92,6% der Facharzt- und 82% der Hausarztpatienten geben an, Medikamente „ziemlich“ bis „sehr genau“ einzunehmen). Ebenfalls im Zusammenhang mit der Medikation zeigte sich, dass

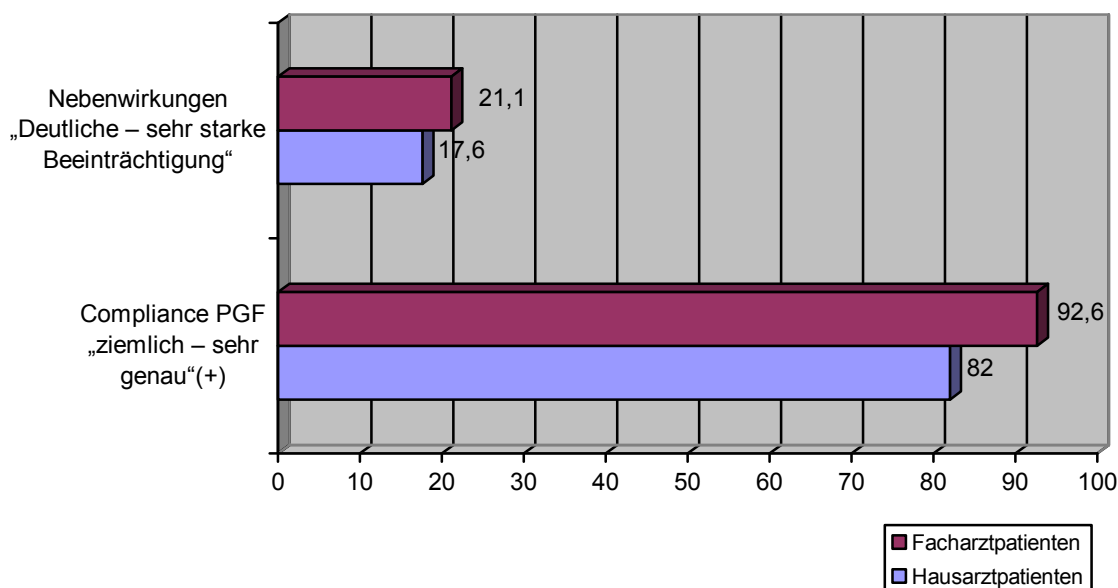
Facharztpatienten vermehrt „stärker“ unter Nebenwirkungen litten als Hausarztpatienten (21,1% vs. 17,6% waren „deutlich“ bis „sehr stark“ beeinträchtigt).

Abbildung 46 Unterschiede in der Medikamenteneinnahme und Compliance zu Therapiebeginn (Angaben in Prozent)



^a4-Felder χ^2 -Test, ^b Mann-Whitney-U-Test, ¹ α' =0.0125, *** $p \leq 0,001$

Abbildung 47 Unterschiede in der Medikamenteneinnahme und Compliance nach sechs Wochen (Angaben in Prozent)



^b Mann-Whitney-U-Test, ¹ α' =0,025, (+) p <=0,10

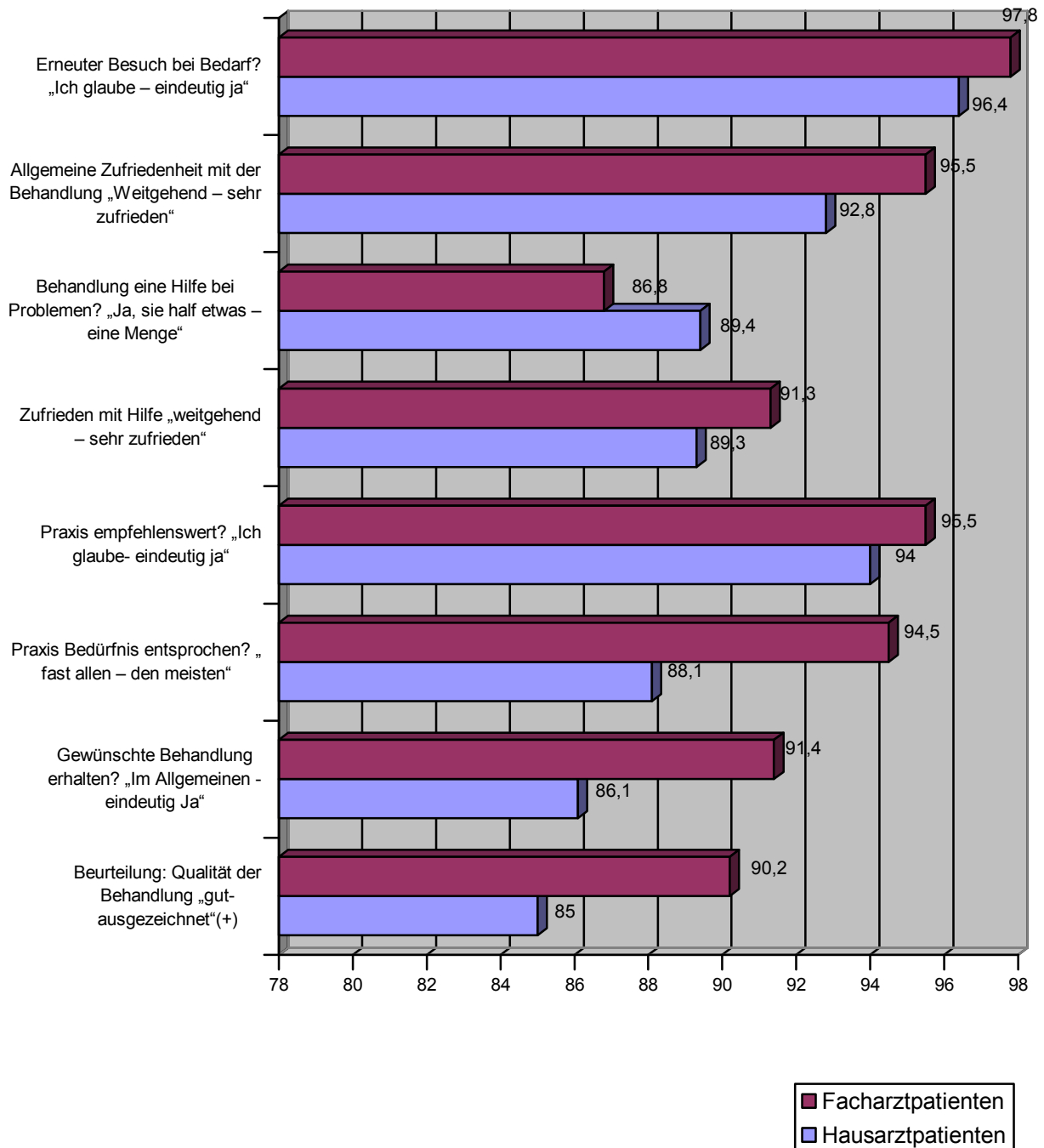
2.3.2.4. Wahrnehmung der Interaktion mit dem Arzt

Auf Patientenseite wurde neben der Depressionssymptomatik, Krankheitsgeschichte, Medikamenteneinnahme und Compliance auch erhoben, wie zufrieden die beiden Patientengruppen mit ihrer Behandlung waren. Es zeigte sich dabei, dass die allermeisten Haus- und Facharztpatienten zu ihrer Behandlung sehr positiv eingestellt waren. Facharztpatienten übertrafen mit durchschnittlich 92,9% Nennungen von „weitgehend“ bis „sehr zufrieden“ dabei die Hausarztpatienten noch (durchschnittlich 79,5% entsprechende Nennungen). Am stärksten verschieden war die Einschätzung der Hausärzte bezüglich der Frage danach, ob sie im Allgemeinen die erwünschte Behandlung erhalten hätten. Während 91,4% der Facharztpatienten dieser Frage eindeutig zustimmten, waren nur 86,1% der Hausarztpatienten dieser Ansicht. Dasselbe galt insofern für die Einschätzung der Behandlungsqualität (90,2% Facharzt-Antworten von „gut bis ausgezeichnet“ vs. 85% entsprechender Antworten auf hausärztlicher Seite) und der Frage danach, ob die Behandlung dem Patientenbedürfnis entsprochen habe (94,5% Facharzt- vs. 88,1% entsprechende Antworten der Hausärzte). Bei beiden lagen die Zufriedenheitswerte der Hausarztpatienten etwas, aber nicht signifikant tiefer. Sehr ähnlich waren sich die beiden Patientengruppen

wieder darin, dass sie bei Bedarf bis zu über 90% einen erneuten Besuch abstaten würden, mit über 90% Nennungen im Allgemeinen mit der Behandlung „weitgehend“ bis „sehr zufrieden“ waren und mit über 90% Nennungen die Praxis weiterempfehlen würden.

Hausarztpatienten übertrafen ihre Facharztpatienten einmal darin, dass sie die Nützlichkeit der Behandlung zur Problembewältigung höher einschätzten (98,4% vs. 86,4% Nennungen von „Ja, die Behandlung half eine Menge“).

Abbildung 48 Unterschiede Patientenzufriedenheit (Angaben in Prozent)



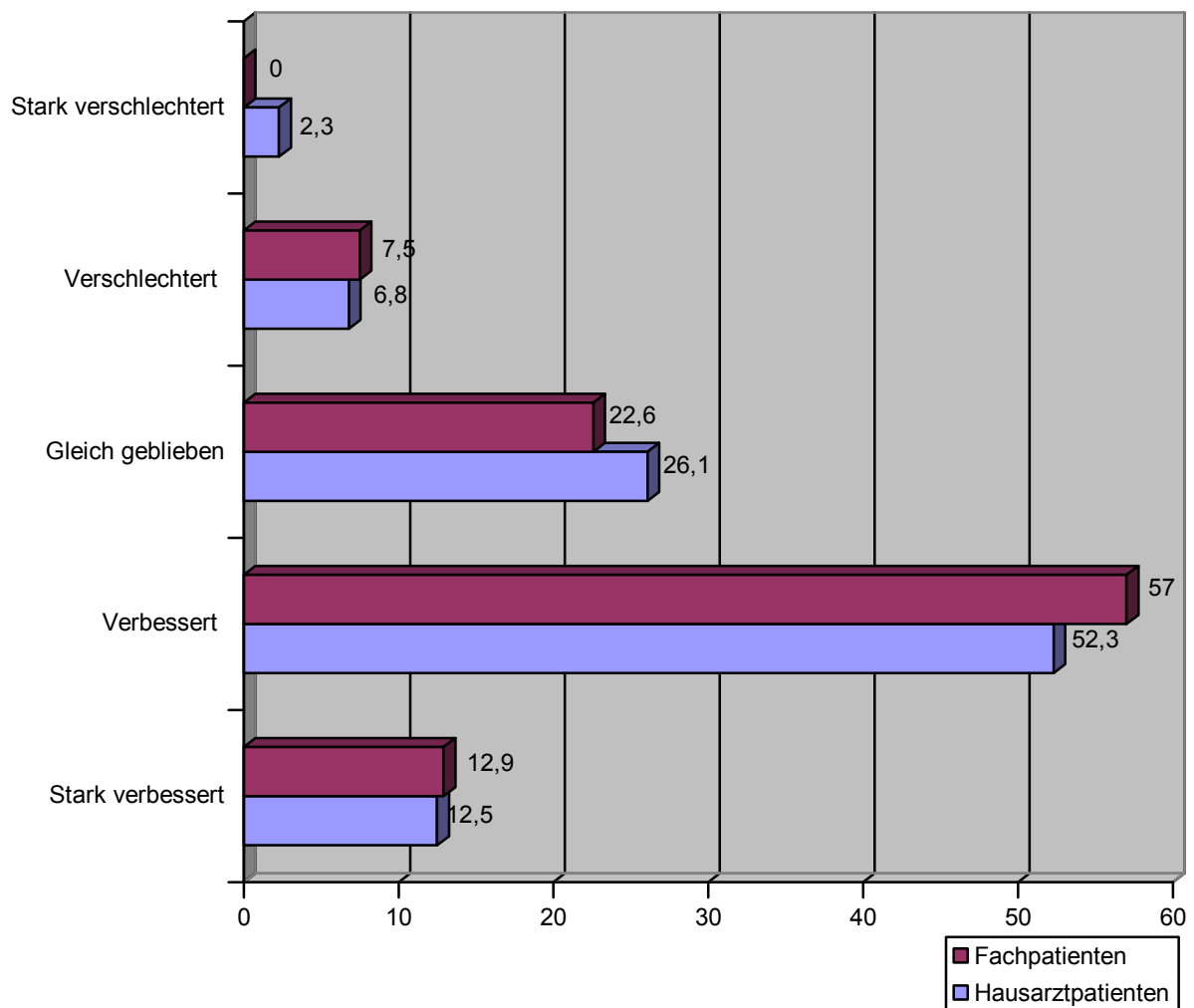
^b Mann-Whitney-U-Test, ¹ α' =0,006, (+) p <=0,10

2.3.2.5. Wahrnehmung des Therapieerfolgs

Auf Patientenseite wurde schließlich untersucht, ob sich Haus- und Facharztpatienten in der Genesungsrate unterscheiden. Während die Analyse der drei Items in keinem Fall signifikante Unterschiede zwischen den Patientengruppen ergab, zeichneten sich anderweitig Auffälligkeiten ab. Die Antworten auf Fragen nach der Symptombesserung waren nämlich verschieden, je nachdem, ob direkt oder indirekt (Vorher und Nachher-Vergleich der Depressionssymptomatik) danach gefragt wurde. Die Antworten auf eine direkte Frage nach der Veränderung der Beschwerden ergaben für beide Patientengruppen, dass es mehr als der Hälfte der Depressiven nach sechs Wochen Behandlung besser (57% der Facharzt- und 52,3% der Hausarztpatienten) und 12% beider Patientengruppen sogar viel besser ging. Rund einem Drittel der Patienten beider Gruppen ging es nach sechs Wochen immer noch ähnlich schlecht, rund 7% litten stärker und 2,3% der Hausarztpatienten ging es sehr viel schlechter als vor der Behandlung. Ein anderes Bild ergab sich, wenn zur Beurteilung der Veränderung der Beschwerden nicht direkt gefragt wurde, sondern, wenn diese indirekt über einen Symptomvergleich vor und nach der Behandlung erhoben wurde (Differenz der PHQ-Werte vor der Behandlung und der PHQ-Werte nach der Behandlung). Die Genesungsrate war bei dieser indirekten Erhebungsart nämlich für beide Patientengruppen insofern schlechter, als nun 26,7% der Facharzt- und 20,3% der Hausarztpatienten von einer Symptomverschlechterung berichteten (was bei der direkten Befragung nur für 9,1% der Hausarzt- und 7,5% der Facharztpatienten der Fall war). Während die Einschätzung für das Gleichbleiben der Symptomatik bei der direkten und indirekten Befragung ähnlich war (22,6% vs. 22,2% für Facharzt- resp. 26,1% vs. 24,1% für Hausarztpatienten), traten bei Angaben zur Symptomverbesserung wieder deutliche Unterschiede mit günstigeren Nennungen bei direkter Befragung zutage. 57% der Facharztpatienten gingen dabei von einer Symptomverbesserung aus; ein indirekter Symptomvergleich zeigte dagegen, dass nur für 23,3% von ihnen eine Teilremission feststellbar war. Ähnlich günstiger fiel auch für Hausarztpatienten die Genesungseinschätzung aus, wenn man direkt danach fragte: So gaben 52,3% an, ihre Symptome hätten sich verbessert, wobei für nur 27,8% von ihnen eine Teilremission vorlag. Für eine komplette Remission schließlich war der vergünstigende Effekt der direkten Befragung am deutlichsten. Während sich bei einem indirekten Symptomabgleich für nur 2,2% der Facharzt- und für überhaupt keinen Hausarztpatienten eine Komplettremission ergab, gaben bei direkter Befragung gut 12% beider Patientengruppen an, ihre Symptome hätten sich stark verbessert. Ein mit der indirekten Befragung eher übereinstimmendes Bild zeigt sich bei der Frage nach dem körperlichen

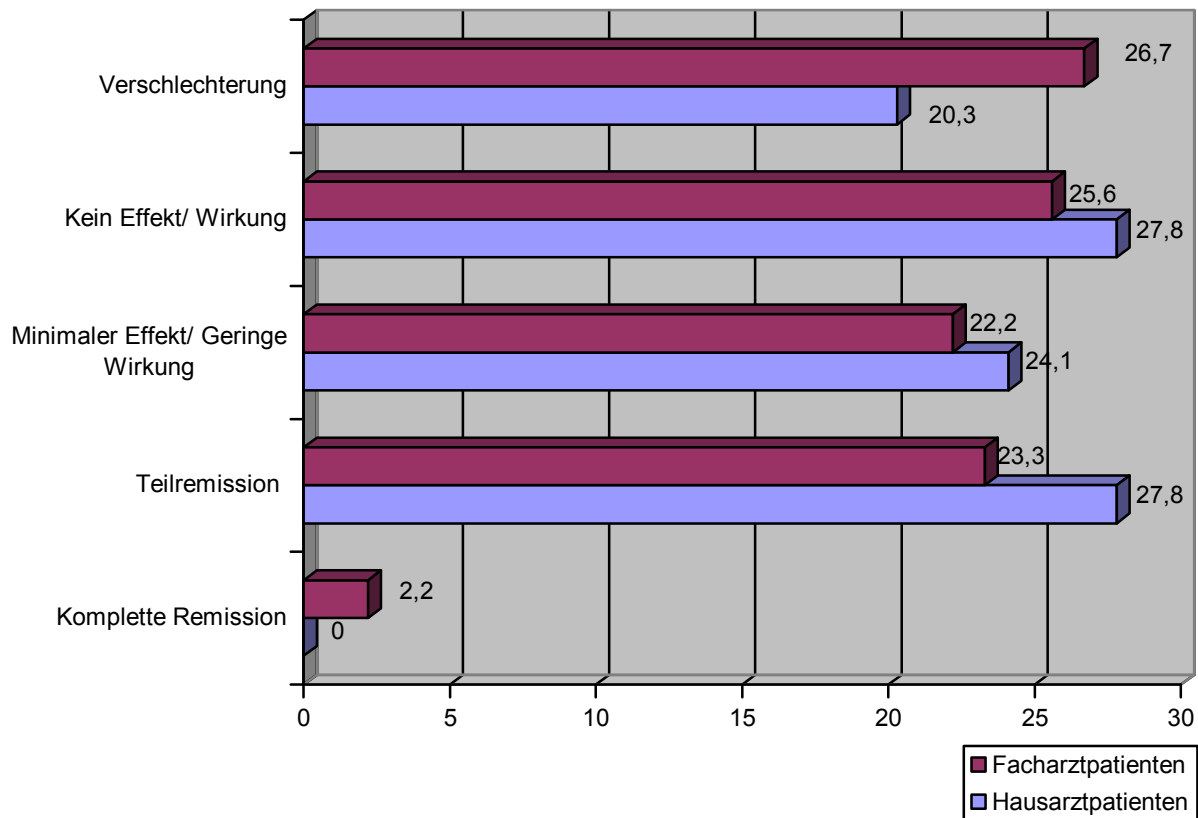
Befinden, was für 575 der Facharzt- und 44,7% der Hausarztpatienten als „weniger gut“ bezeichnet wurde. „Gut“ ging es 42,6% der Hausarzt- und 32,3% der Facharztpatienten, „sehr gut“ 4,3% resp. 2,2%.

Abbildung 49 Direkte Befragung: Unterschiede in der Gesamtbeurteilung der Veränderung der Beschwerden PGF (Angaben in Prozent)



^b Mann-Whitney-U-Test, ¹ $\alpha^2=0.008$

Abbildung 50 Indirekte Befragung: Unterschiede in der Gesamtbeurteilung der Veränderung der Beschwerden phq PF-PGF (Angaben in Prozent)



^b Mann-Whitney-U-Test, ¹ α' =0.008

Abbildung 51 Indirekte Befragung, Hausarztpatienten: Veränderung der Beschwerden PHQ PF-PGF (Angaben in Prozent)

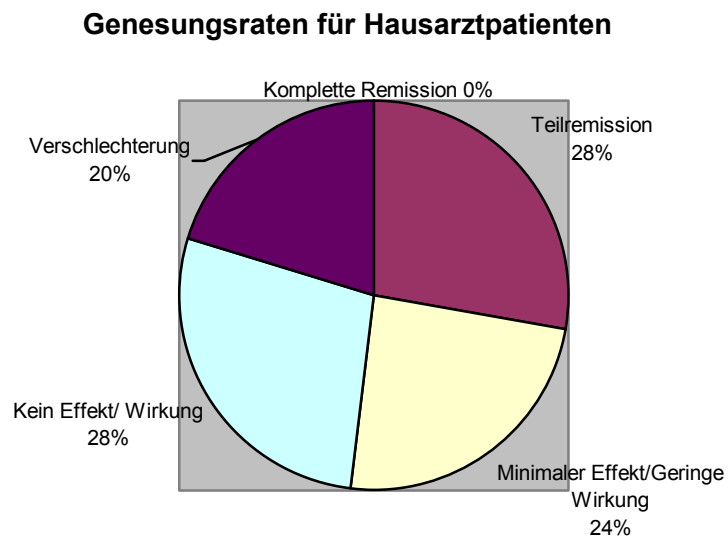


Abbildung 52 Indirekte Befragung, Facharztpatienten: Veränderung der Beschwerden PHQ PF-PGF (Angaben in Prozent)

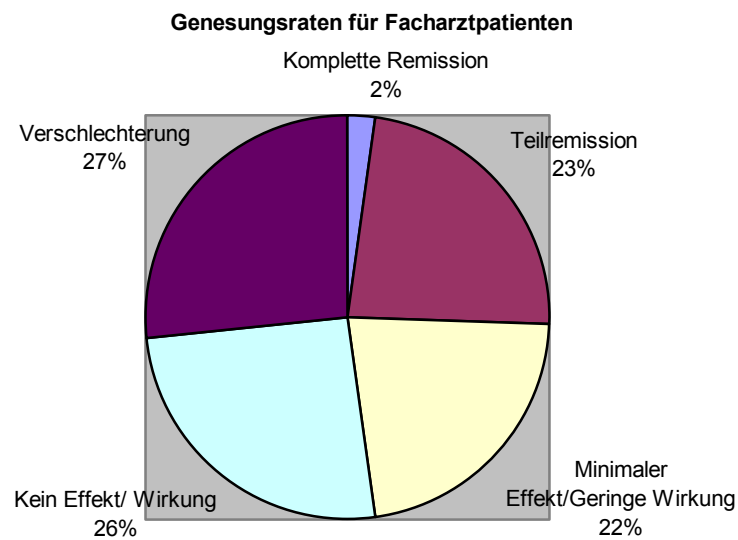
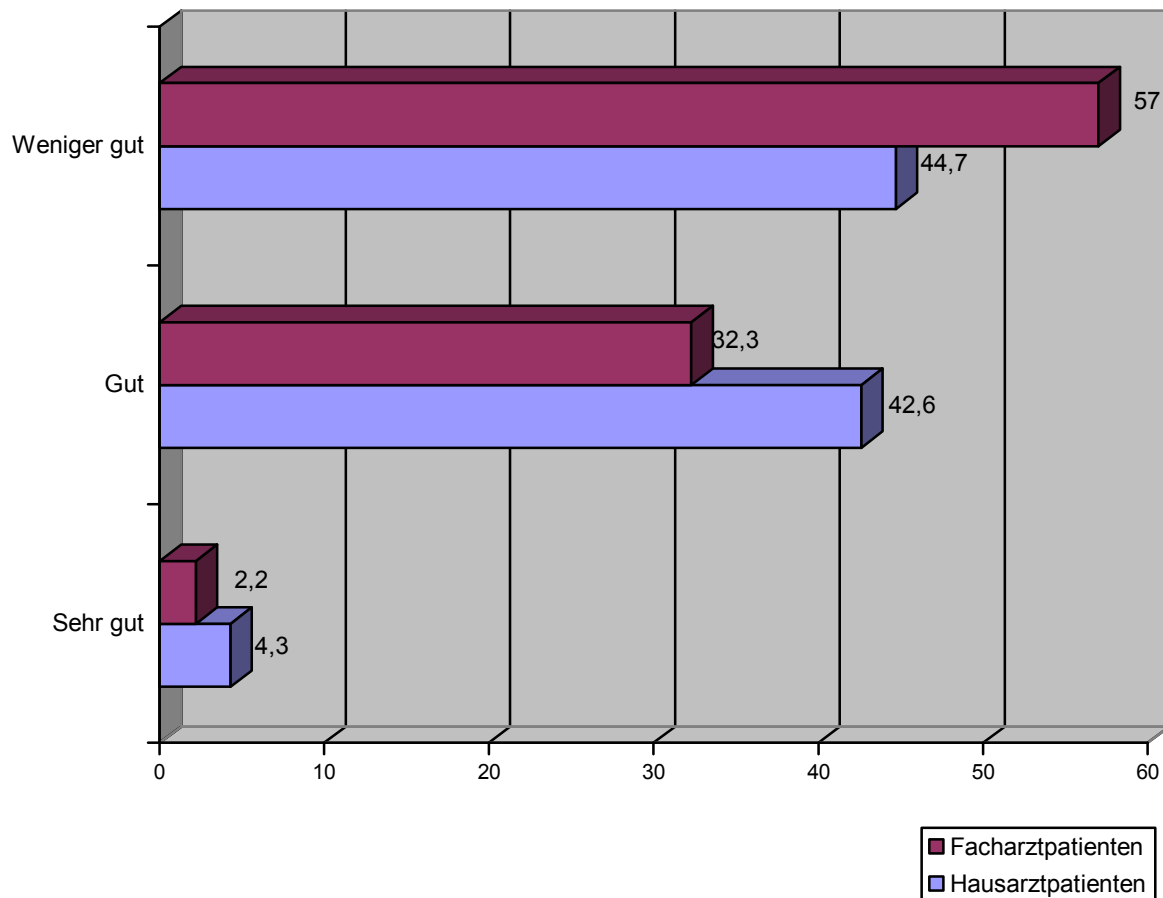


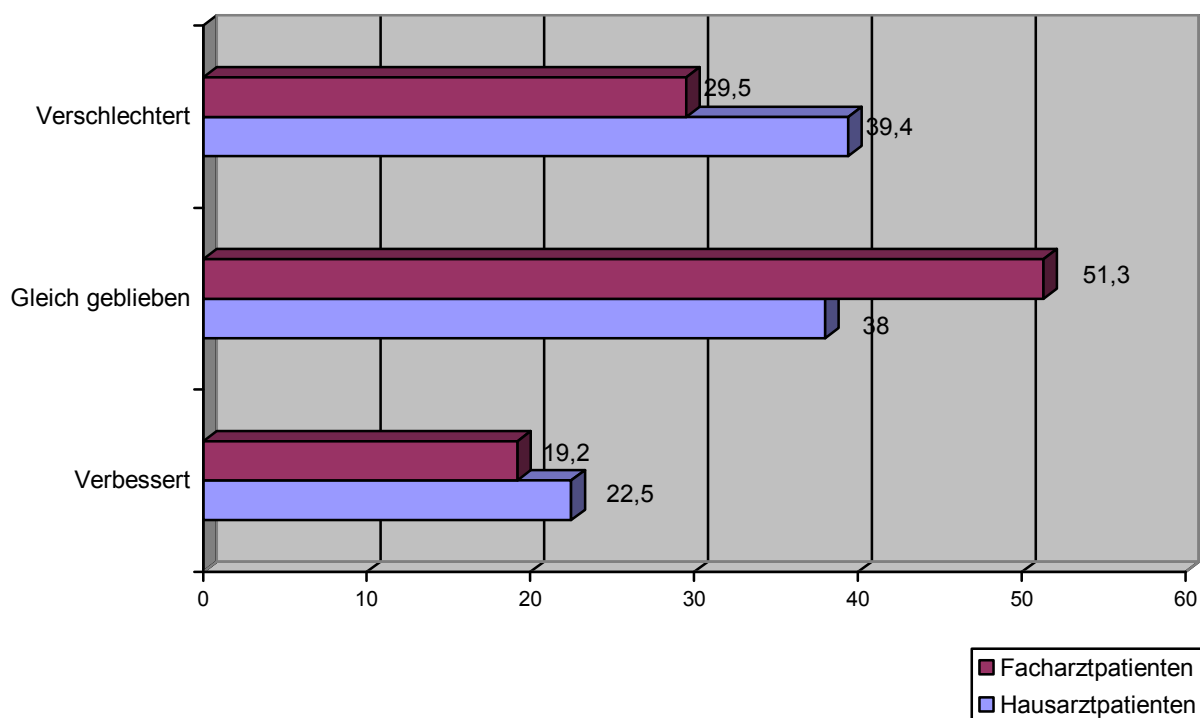
Abbildung 53 Direkte Befragung: Unterschiede im Gesundheitszustand nach sechs Wochen (Angaben in Prozent)



^b Mann-Whitney-U-Test, ¹ α' =0.008

Schließlich wurde im Hinblick auf den Behandlungserfolg untersucht, ob sich bei Hausarzt- und Facharztpatienten nach sechswöchiger Behandlung Veränderungen in der sozioökonomischen Situation zeigten. Es konnte dabei trotz mangelnder signifikanter Unterschiede festgestellt werden, dass die sozioökonomische Situation für die meisten Facharzt- und Hausarztpatienten nach sechs Wochen gleich geblieben ist, d.h. die meisten Patienten ihre berufliche Rolle beibehielten (51,3% der Facharzt- und 38% der Hausarztpatienten). Für viele verschlechterte sich die sozioökonomische Situation aber auch, d.h. die Patienten wechselten in eine beruflich weniger exponierte bzw. aktive Rolle (z.B. von Voll- zu Teilzeit oder von Teilzeit zu arbeitslos,... siehe Anhang A). Dies war für mehr Hausarzt- als Facharztpatienten der Fall (39,4% vs. 29,5%).

Abbildung 54 Unterschiede in sozioökonomischen Veränderungen (Angaben in Prozent)



^b Mann-Whitney-U-Test, ¹ $\alpha'=0.05$

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sich Haus- und Facharztpatienten darin unterscheiden, dass Erstere schwerer depressiv krank sind, was sich darin zeigt, dass Facharztpatienten zu Behandlungsbeginn vermehrt unter einer Major Depression, und unter mehr psychosomatischen Symptomen leiden, ihre sozialen Kontakte als weniger zufriedenstellend einschätzen und ein allgemein tieferes Wohlbefinden verzeichnen. Zudem waren sie eher früher bereits schon depressiv, haben fast doppelt so viele Episoden hinter sich, sind familiär stärker vorbelastet und sehen Lebensereignisse weniger häufig in Zusammenhang mit ihrer Depressionssymptomatik. Haus- und Facharztpatienten unterscheiden sich jedoch nicht nur hinsichtlich der Symptomatik und Krankheitsgeschichte, sondern auch insofern, als Facharztpatienten signifikant häufiger beim Psychotherapeuten und Hausarztpatienten signifikant häufiger beim Hausarzt vorbehandelt worden sind. Beide Patientengruppen waren, absolut betrachtet, wegen ihren Depressionen während des Monats vor der Befragung jedoch am häufigsten beim Hausarzt. Bezüglich der Therapiedurchführung bestätigte sich der Befund der Arztperspektive dahingehend, dass Facharztpatienten signifikant mehr Medikamente verschrieben bekamen. In Bezug auf die medikamentöse Compliance gaben beide Patientengruppen eine gleichermaßen hohe Bereitschaft zur Mitarbeit an. Unter medikamentösen Nebenwirkungen litten mit 21,1% etwas mehr

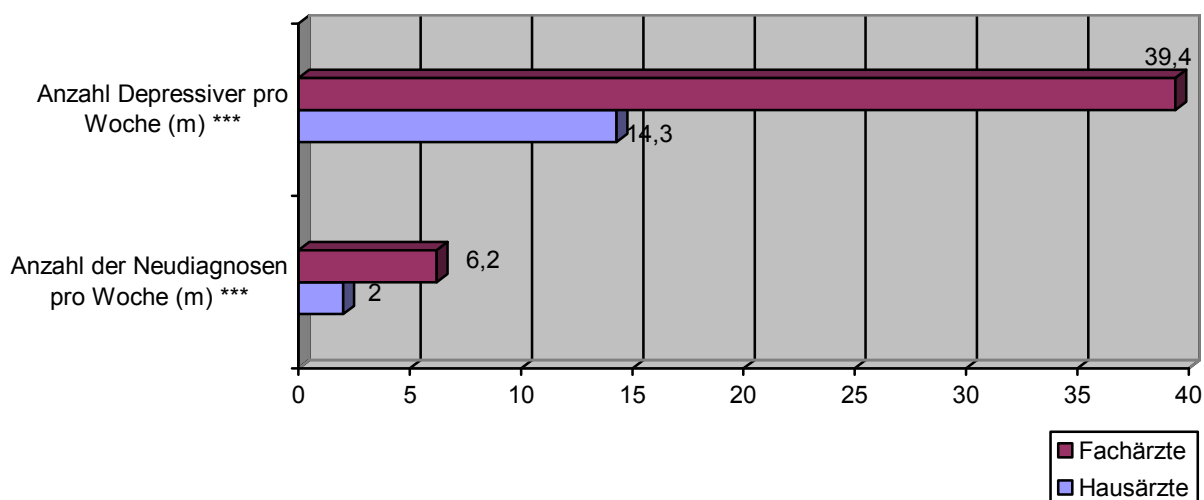
Facharztpatienten sehr stark. Im Hinblick auf die Zufriedenheit der Patienten mit der ärztlichen Behandlung äußerten sich beide Patientengruppen äußerst positiv (durchschnittliche Nennungen für Hausarzt- um 80% und für Facharztpatienten um 90% sehr positiv), wobei die Facharztpatienten noch etwas, wenn auch nicht signifikant, überzeugter waren. Die Betrachtung der Genesungsrate erbrachte für Haus- und Facharztpatienten sehr ähnliche Befunde: Rund ein Viertel wird teilweise gesund und erfährt eine deutliche Symptomverbesserung, ein Viertel erlebt geringe Verbesserungen, ein Viertel bleibt gleich und verzeichnet keine Veränderung und einem letzten Viertel geht es schlechter. Interessant war, dass die Genesungseinschätzung bei direkter Befragung sowohl für Haus- wie auch für Facharztpatienten deutlich besser ausfiel als bei indirekter Erfassung über einen Vorher-Nachher-Vergleich der Depressionssymptomatik (vor und nach sechs Wochen). Im Hinblick auf die sozioökonomische Veränderung zeigte sich, dass die berufliche Stellung sowohl von Hausarzt- wie auch Facharztpatienten in den meisten Fällen gehalten werden konnte; bei manchen Patienten, -bei Hausarztpatienten etwas häufiger (wenn auch nicht signifikant)-, fiel sie weniger exponiert aus.

2.3.3. Besonderheiten auf Systemebene

2.3.3.1. Häufigkeit der Depressionen

Die Betrachtung davon, wie häufig die beiden Ärzteguppen Depressionen schließlich in ihrem Praxisalltag antreffen, zeigte, dass Fachärzte signifikant mehr Depressionen pro Woche behandeln (39,4% vs. 14,3%) oder neu diagnostizieren (6,2% vs. 2%).

Abbildung 55 Unterschiede im Vorkommen von Depressionen



^x T-Test, beidseitig, für unabhängige Stichproben, ¹ α' =0.006, *** p <=0,001

3. Diskussion und Integration

3.1. Einleitung

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, Vorschläge zur Verbesserung der Depressionsversorgung zu generieren. Zu diesem Zweck wird ein Modell für eine versorgertypenübergreifende Zusammenarbeit in der ambulanten Depressionsbehandlung in Deutschland formuliert. Dieses wird neben verschiedentlich bereits entwickelten Maßnahmen³³ als weitere Option für eine Verbesserung der Lage begriffen und im Folgenden unter dem Abschnitt „Integration der Ergebnisse“ vorgestellt und begründet. Es stützt sich gleichermaßen auf Schlussfolgerungen, die aufgrund der Literaturrecherche gezogen, wie auch auf Erkenntnisse, die aufgrund der eigenen empirischen Überprüfung von Unterschieden zwischen zwei Versorgungsebenen (Haus- und Fachärzten) gewonnen werden konnten. Bevor das Modell vorgestellt und begründet wird, werden im Abschnitt „Diskussion der Ergebnisse“ die im empirischen Teil der Arbeit erhobenen Unterschiede zwischen zwei Versorgungsebenen auf dem Hintergrund relevanter Literatur diskutiert.

3.1.1. Grenzen der Untersuchung

Die Grenzen vorliegender Studie beziehen sich in erster Linie auf Aussagen, welche auf Arztseite den gesamten Verlauf betreffen, da die für Verlaufsaussagen verwendeten Konstrukte zu einem Teil der Teilstichprobe 2 entstammen, welche sich beim Test hinsichtlich einer Repräsentativität der Teilstichproben als insofern verschieden von der Gesamtstichprobe herausstellte, als sie signifikant weniger kranke Patienten enthielt. Konkret betrifft diese Einschränkung Aussagen über die Arztsicht vom Therapieerfolg und ihrer Gesamtbeurteilung der Beschwerden (siehe Abbildungen 39 & 40). Als weitere Einschränkung kann gelten, dass Gesamtaussagen zur Qualität der „Depressionsversorgung“ als Richtwerte und nicht als absolute Aussagen verstanden werden müssen, da letztere nur für Teilkonstrukte der Depressionsversorgung³⁴ wie „Adäquatheit der Diagnose“, „Konkordanz von Arzt- und Patientenmeinung“, „Adäquatheit der Therapie“ und andere trennscharf und klar operationalisiert zur Verfügung stehen. Zudem kann trotz anderswo belegter Repräsentativität vorliegender Ärztstichproben im Hinblick auf die Gesamtpopulation der Haus- und Fachärzte in Deutschland³⁵ eine Selbstselektion der Ärzte bei der

³³ Z.B. (Berger M, 2006; Härter M, 2003b; Härter M, 2006)

³⁴ Siehe Anhang A

³⁵ (Schneider F, 2004)

Stichprobenbildung das Gesamtbild auf die ambulante Depressionsversorgung beeinflussen, so dass psychischen Störungen gegenüber aversiv eingestellte Ärzte an einer Studie zur Depressionsversorgung wohl nicht teilnehmen würden. Es ist also denkbar, dass die vorliegenden Befunde zu den Einstellungen der Ärzte insgesamt positiver und aufgeschlossener ausfallen, als dies in Wirklichkeit der Fall ist.

3.2. Diskussion der Ergebnisse

Vorliegende Untersuchung knüpft an zwei kontrovers diskutierte Themen in der Literatur zur Depressionsversorgung an³⁶ und generiert zwei daraus hervorgehende Hypothesen, und zwar: 1) Hausärzte sind schlechtere Depressionsversorger als Fachärzte und 2) Hausarztpatienten und Facharztpatienten unterscheiden sich grundlegend in ihrer Art. Während die erste Hypothese den Hauptfokus dieser Studie spiegelt und im Detail beschrieben und diskutiert wird, soll die zweite vor allem zur Vertiefung und weiteren Ergründung der ersten herangezogen werden.

3.2.1. Zur Hypothese 1

Die Versorgung von depressiven Störungen weist besonders im primärmedizinischen Bereich erhebliche Mängel auf. Es gibt zahlreiche Studien, welche für Hausärzte großen Verbesserungsbedarf beim Erkennen und Behandeln von Depressionen sowie bei der Adäquatheit vom Überweisen sehen (Brody DS, 2002; Crawford MJ, 1998; Levine S, 2005; Sartorius N, 1996). Andere Studien wiederum attestieren den behandelnden Hausärzten positivere Versorgungsqualitäten (Jacobi F, 2002). Wie gut sind Hausärzte nun tatsächlich im Umgang mit depressiven Erkrankungen? Vorliegende Untersuchung nimmt diese kontrovers diskutierte Fragestellung auf. Dazu wird das hausärztliche Vorgehen in der Depressionsversorgung mit demjenigen von Psychiatern und Nervenärzten verglichen. Für letztere werden aufgrund ihres Expertenstatus a priori bessere Versorgungsqualitäten angenommen. Die dazugehörige Hypothese lautet 1) Hausärzte sind schlechtere Depressionsversorger als Fachärzte.

Was sagen die Auswertungen dieser Studie? Die Befunde machen deutlich, dass Fachärzte im Hinblick auf die erfassten Versorgungsaspekte³⁷ in den meisten Fällen besser abschneiden als Hausärzte. Dennoch zeigen auch Hausärzte deutliche Stärken und erreichen in einem Fall sogar höhere Werte als Fachärzte. Bei detaillierter Betrachtung der Ergebnisse zeigt sich

³⁶ Siehe Abschnitte 1.3.2, S. & 1.3.3, S. vorliegender Arbeit

³⁷ Im Rahmen der vorliegenden Studie wurden Versorgungsaspekte unter Verwendung von Items zur Identifikations- und Behandlungsphase operationalisiert (siehe Anhang A: Tabellen 20 & 21).

insgesamt, dass die Fachärzte den Hausärzten sowohl in der Identifikations- wie auch in der Behandlungsphase überlegen sind.

3.2.1.1. Identifikation

Bezogen auf die Identifikationsphase einer Depression erweisen sich Fachärzte als gründlichere Anamnestiker, sensibler bezüglich der Suizidthematik und treffender beim Diagnostizieren. Fachärzte halten zudem signifikant länger Kontakt zu ihren Patienten als Hausärzte (siehe auch Abbildungen 15-21). Im Detail werden diese Vorzüge dadurch deutlich, dass Fachärzte signifikant häufiger angeben, routinemäßig nach Depressionssymptomen, direkt nach Suizidabsichten sowie bedeutend häufiger anamnestisch nach Familien- und Krankengeschichte, Verlust, Misshandlung und Sucht zu fragen. Diese Vorteile zeigen sich auch hinsichtlich der Akkuratheit der Diagnose, wenn auch diesbezügliche Vergleiche nicht signifikant wurden: Fachärzte diagnostizieren häufiger richtig und weniger häufig falsch als Hausärzte³⁸. Allerdings scheinen sie sowohl leichte als auch mittel bis schwere Depressionen gerne auch dann zu diagnostizieren, wenn gar keine bestehen (für leichte Depressionen: recht viele falsch positive-, für mittel bis schwere Depressionen: weniger richtig negative Urteile als Hausärzte; siehe Abbildungen 19 & 20). Als weitere Überlegenheit der Fachärzte kann ihr angepassterer Umgang mit schwerer depressiv Kranken verstanden werden. Fachärzte scheinen nämlich während der Identifikationsphase ihr Verhalten häufiger (neun zu fünf Mal) als Hausärzte zu verändern, wenn sie es mit schwerer Kranken zu tun hatten, indem sie für schwer depressive Menschen häufiger Routinelabor-, Schilddrüsen-, und EKG-Diagnostiken einleiteten und ihre ohnehin straffe Anamnese noch dadurch verstärkten, dass sie noch häufiger direkt nach Suizidabsichten, Verlust, Konflikt und Misshandlungen fragten (siehe Tabelle 9). Wegen des tiefen Signifikanzniveaus wurde allerdings keiner dieser Zusammenhänge signifikant. Obwohl sich Fachärzte im Vergleich zu Hausärzten also als bessere Anamnestiker und Diagnostiker erwiesen, zeigen die Befunde oft Ähnlichkeiten auf Seiten der Hausärzte. Auch wenn sie die Fachärzte darin fast nie übertrafen (siehe unten), so zeigten sie doch manchmal ein doch ähnliches Vorgehen wie die Fachärzte; zum Beispiel dadurch, dass sie die Diagnose aufgrund vergleichbarer Informationen fällten. So gaben sowohl die allermeisten Haus- als auch Fachärzte an, dazu Angaben des Patienten zu sich selbst, allgemeine

³⁸ Eine genaue Gegenüberstellung der diagnostischen Urteile mit den Patientenangaben zeigt, dass die Überlegenheit der Fachärzte hauptsächlich bei der Diagnostik von mittel bis schweren Depressionen zutage tritt. Fachärzte sind hier Hausärzten darin überlegen, dass sie signifikant häufiger eine solche erkennen (richtig positive Urteile).

Verhaltensbeobachtungen, Bemerkungen eines auffälligen Zusammenfallens von physischen und depressiven Symptomen oder eines schlechten Gesundheitszustands sowie das Auftreten von Belastungen zu nutzen (siehe auch Abbildung 14). Die Einschätzung durch Hausärzte erwies sich als ähnlich zutreffend wie jene durch Fachärzte, wenn es um das Diagnostizieren von subsyndromal bis leichten Depressionen ging (siehe auch Abbildung 19). Handelte es sich aber um mittelschwere- bis schwere Depressionen, erwies sich die Diagnose als problematischer (siehe auch Abbildung 20). Im Hinblick auf Verhaltensveränderungen³⁹ angesichts schwerer Depressionsformen zeigten auch Hausärzte deutliche Maßnahmen, wenn auch weniger häufig als Fachärzte, indem sie bei schwerer Depressiven häufiger indirekt nach Suizidabsichten fragten und diesbezüglich vermehrt Nennungen seitens der Patienten registrierten. Wegen des tiefen Signifikanzniveaus wurde jedoch keine dieser Beziehungen signifikant. In zwei Fällen konnte allerdings schon ein signifikanter Zusammenhang mit dem Schweregrad der Depression festgestellt werden, und zwar insofern, als sowohl Haus- als auch Fachärzte schwere Depressionen häufiger adäquat diagnostizierten als leichte. Zusätzlich zeigte sich für die schwer Depressiven eine höhere Übereinstimmung zwischen Arzt (Haus- und Fachärzten) und Patient (siehe auch Tabelle 9). Wie bereits angedeutet, übertrafen in wenigen Fällen die Hausärzte auch die Fachärzte. Eine solche Überlegenheit war hinsichtlich der Durchführung von körperlichen Untersuchungen insofern zu verzeichnen, als Hausärzte signifikant mehr körperliche Untersuchungen durchführten⁴⁰, und dies unabhängig vom Schweregrad der Depression (siehe auch Abbildung 15). Es zeigte sich, dass Fachärzte den beschriebenen Vorteil der Hausärzte wettmachten, wenn mittel bis schwere Depressionen vorlagen (siehe auch oben und Tabellen 9 & 10).

Wie gut waren die diagnostischen Fertigkeiten von Haus- und Fachärzten? Insgesamt betrachtet, erwiesen sich die diagnostischen Fertigkeiten von sowohl Fachärzten als auch Hausärzten als verbesserungswürdig, was dadurch deutlich wurde, dass Hausärzte in fast 40%

³⁹ Im Hinblick auf einen Bezug zum Schweregrad wurde stets untersucht, ob die Zusammenhänge dann bestehen, wenn aus Patientensicht oder aus Arztsicht eine Depression besteht. Diese Unterscheidung wurde im Kontext mit dem geringen Zusammenhang zwischen der Diagnose der Depression aus Arzt- und Patientensicht als wichtig erachtet. (Die Übereinstimmung der beiden Konstrukte zur Erhebung der Depressivität verweist auf einen gemeinsamen Varianzanteil von nur 7% (siehe Abbildungen 12-13). Die Überprüfung eines prädiktorischen Zusammenhangs zwischen diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen und der phänomenalen Grundlage für die Depression (Arzt- oder Patientensicht) steht zurzeit noch aus und könnte in zukünftigen Fragestellungen eine Rolle spielen) als interessant erachtet. Es konnte dabei festgestellt werden (siehe Tabellen 9-12), dass sowohl Haus- als auch Fachärzte ihre Verhaltensanpassungen manchmal dann machen, wenn aus Arztsicht eine Depression besteht, und manchmal dann, wenn aus Patientensicht eine Depression vorhanden ist. Sie scheinen also beide kriterienorientiert bzw. erfahrungsbezogen (Arztsicht), aber als Reaktion auf das Patientenverhalten (Patientensicht) auch eher intuitiv vorzugehen.

⁴⁰ Sie führten signifikant häufiger Routinelabor- und Schilddrüsendiagnostik sowie eine allgemein körperliche Untersuchung durch.

der Fälle und Fachärzte in 27,5% der Fälle eine falsche Diagnose stellten (siehe auch Abbildung 18).

Zusammengefasst zeigte sich in der Identifikationsphase deutlich Verbesserungsbedarf sowohl bei Haus- als auch Fachärzten, wobei eine Überlegenheit der Fachärzte dort zu verzeichnen war, wo diese im Vergleich zu Hausärzten bessere anamnestische und diagnostische Fertigkeiten zeigten sowie ihre Behandlungsanpassungen flexibler an unterschiedliche Depressionsschweregrade anpassten. Hausärzte ihrerseits erwiesen sich als „körperbetonter“ in der Diagnose, und zwar insofern, als sie grundlegend mehr körperliche Diagnostiken durchführten.

Gibt es ähnliche Befunde in der Literatur? Zahlreiche Studien bestätigen eine diagnostische und anamnestische Überlegenheit von Fachärzten. So konnte eine finnische Studie zeigen, dass Hausärzte die beobachteten Symptome als weniger ernst und die Situation als weniger dringlich einstufen als die überprüften Psychiater. Zudem würden Hausärzte stärker aufgrund von Krankengeschichte und vergangenen Erfahrungen mit den Patienten diagnostizieren und weniger direkt aufgrund des Patienteneindrucks; ebenso würden sie Symptome stärker als Trauerreaktionen oder Lebenskrisen deuten als Psychiater. Psychiater ihrerseits würden vermehrt persönlich auf Gesprächsbasis mit dem Patienten arbeiten, mehr persönliche Fragen stellen und sich stärker an den diagnostischen Leitlinien wie dem DSM-IV orientieren als Hausärzte (Saarela T, 2003). Auch eine britische Studie identifizierte Unterschiede beim Diagnostizieren zugunsten der Fachärzte, in dem Falle von Therapeuten. So würden sich die beiden Gruppen darin unterscheiden, wie sie die Erstprobleme, mit denen Patienten vorstellig werden, interpretieren. Während diese von Therapeuten in erster Linie mit Kindheitstraumata und Unsicherheiten bezüglich des eigenen Lebens in Verbindung gebracht wurden, führten Hausärzte die vorgebrachten Probleme vor allem auf erhöhte Nervosität, Stress und das Gefühl, verrückt zu werden, zurück (Gabbay M, 2003). Die Hauptgründe für die unterschiedlichen Kompetenzen sahen die Autoren der genannten finnischen Studie im Vorhandensein verschiedener institutioneller Umstände sowie unterschiedlich zugänglicher Ressourcen sowie auch in unterschiedlichen Ausbildungsprofilen (Saarela T, 2003). Während der Aufruf zu Optimierung der diagnostischen Fertigkeiten von Hausärzten in zahlreichen deutschen und internationalen Studien Wiederhall findet, indem vor allem Verbesserungen seitens der Erkenntnisrate und der Behandlung mit Antidepressiva gefordert wird (Sartorius N, 1996; Schwenk TL, 1998; Simon GE, 1995), gibt es auch manche Untersuchungen, welche auch für den fachärztlichen Sektor Optimierungsbedarf sieht (Schneider F, 2003; Simon GE, 2001). Im Gegensatz dazu gibt es jedoch auch Stimmen,

welche von ähnlich guten diagnostischen Fertigkeiten von Hausärzten berichten (Chen H, 2000). Die Autoren einer deutschen Studie führen die gefundenen hohen Werte auf den Erfolg von Depressionsaufklärungskampagnen in Deutschland zurück (Jacobi F, 2002; Wittchen, 2001)

3.2.1.2. Behandlung

Was erbrachte die vorliegende Studie im Hinblick auf die Behandlung einer Depression? Auch bei den konkreten Behandlungsmaßnahmen waren die Fachärzte den Hausärzten überlegen, wenn auch nur in geringem Mass. Der fachärztliche Vorteil wurde in erster Linie dadurch deutlich, dass Fachärzte häufiger adäquat mit Antidepressiva therapierten (d.h. beim Vorhandensein einer mittel- bis schweren Depression häufiger Antidepressiva verschrieben, bzw. bei fehlender Depression keine- verordneten; siehe auch Abbildung 26). Sie wissen auch häufiger als Hausärzte bei Majoren Depressionen eine Kombinationstherapie aus Beratung und Medikation an (siehe auch Abbildung 27). Beide Befunde wurden wegen des tiefen Signifikanzniveaus nicht signifikant. Ebenfalls in Richtung kompetenteren Vorgehens deutet, dass Fachärzte die Symptomatik weniger häufig nur beobachteten und weniger vorerst einmal nur abwarteten als Hausärzte und signifikant mehr Antidepressiva (insbesondere mehr SSRIs und tri/ tetrazyklische Antidepressiva), auch allgemein mehr Medikamente (insbesondere mehr Neuroleptika und Hypnotika) verschrieben. Einzig bei den pflanzlichen Präparaten wiesen die Hausärzte eine signifikant erhöhte Verschreibungshäufigkeit auf (siehe auch Abbildungen 23-24). Zudem bestellten Hausärzte ihre Patienten signifikant früher ein als Fachärzte (siehe auch Abbildung 21). Im Hinblick auf mögliche Verhaltensanpassungen⁴¹ angesichts schwerer Depressionsformen (siehe auch Tabelle 11) ergaben sich neben einem signifikanten Zusammenhang mehrere Tendenzen der Verhaltensanpassung. Als signifikant auf den Schweregrad der Krankheit bezogen, stellte sich bezüglich der Dauer der Behandlung heraus, dass sowohl Haus- als auch Fachärzte diese verlängerten, wenn sie es mit schwerer Kranken zu tun hatten. Neben diesen signifikanten Bezügen zeigten sich eine Reihe nicht signifikanter Tendenzen der Verhaltensanpassung. So warteten Hausärzte bei schweren Depressionen weniger häufig nur ab, schrieben eher arbeitsunfähig, führten eher Beratungen durch, verschrieben weniger pflanzliche Antidepressiva und mehr Neuroleptika, überwiesen eher zum Psychotherapeuten, in die psychiatrische Klinik oder zu einer Selbsthilfegruppe, stellten mehr Rehabilitationsanträge, leiteten weniger zusätzliche andere Maßnahmen ein und therapierten insgesamt adäquater mit Antidepressiva, bzw. überwiesen adäquater. Fachärzte

⁴¹ Wie Fußnote 47

ihrerseits modifizierten ihr Verhalten angesichts schwerer Depressionsformen so, dass sie, wie die Hausärzte, eher arbeitsunfähig schrieben und eher Beratungen durchführten, mehr SSRIs und Benzodiazepine verschrieben und weniger zum Psychotherapeuten überwiesen. Zudem schrieben sie weniger Reha-Anträge. Insgesamt betrachtet, steigerten sie sich in der Akkuratheit der Antidepressivgabe, wenn sie es mit schwerer Kranken zu tun hatten. Wegen des tiefen Signifikanzniveaus wurde allerdings, wie bereits angedeutet, keine dieser Beziehungen signifikant. Der Grund für den Qualitätsvorsprung der Behandlung durch Fachärzte wird, ähnlich wie bei den diagnostischen Fertigkeiten, darin gesehen, dass Fachärzte durch ihre Spezialisierung über ein wesentlich größeres Wissen sowohl im Umgang mit der Depression als auch mit deren Identifikation verfügen.

Spiegelt sich die gefundene fachärztliche Überlegenheit bzw. das hausärztliche Bemühen um adäquate Behandlung in der Literatur? Grundsätzlich gibt es nur wenige Studien, welche die Behandlungsqualität von Hausärzten direkt mit derjenigen von Fachärzten vergleichen. Eine Studie aus Singapur fand, dass Psychiater biologischen Behandlungsmethoden den Vorzug gaben und Hausärzte eher dazu neigten, unspezifische Behandlungsmethoden anzuwenden (Empfehlung, physisch aktiver zu werden, mehr an die frische Luft zu gehen, Entspannungskurse zu belegen) (Chen H, 2000). Im Hinblick auf eine Überlegenheit in den Behandlungsmaßnahmen wird das genannte fachärztliche Verhalten als Beleg für deren adäquateres Vorgehen und damit als Unterstützung der Ergebnisse vorliegender Studie gewertet. Als weitere Quelle sei eine amerikanische Studie vorgestellt, welche als eine unter wenigen den gesamten (medikamentösen) Behandlungsprozess für beide Versorgungstypen (Hausärzte und Psychiater) untersuchte. Die Autoren dieser Untersuchung fanden keine Unterschiede in der Behandlungsqualität zugunsten der Fachärzte. Allerdings ist zu betonen, dass im Rahmen der genannten Untersuchung nicht die gleichen Aspekte der Behandlungsqualität wie in vorliegender Studie untersucht wurden. Während vorliegende Untersuchung sich auf die Adäquatheit einerseits der Therapie mit Antidepressiva, andererseits der adäquaten Durchführung einer Kombinationstherapie konzentrierte (siehe auch Anhang A), untersuchten die Autoren der zitierten Studie die Adäquatheit der Dosierung und der Nachsorge. Für letztere zwei konnten sie ähnliche Mängel für beide Versorgungstypen identifizieren: Nur 49% der Fachärzte und 48% der Hausärzte verschrieben über einen Zeitraum von 90 Tagen richtig dosierte Medikation und 40-70% der Patienten beider Gruppen erhielten keine adäquate Nachsorge. Die Autoren geben zu bedenken, dass Mängel bezüglich Wissen, Motivation und Fertigkeit, üblicherweise den Hausärzten zugewiesen, auch bei Fachärzten zu finden seien. Begründet sehen sie dies darin, dass es im amerikanischen

Gesundheitssystem grundsätzlich schlecht um das Krankheitsmanagement über längere Zeit stehe (Simon GE, 2001). Da sich die Autoren der besagten Studie mit ihren Aussagen auf das amerikanische Gesundheitssystem beziehen und die beschriebenen Mängel direkt darauf zurückführen, könnte es gut sein, dass in anderen Gesundheitssystemen bessere Befunde zu verzeichnen sind. Auf diesem Hintergrund werden die positiveren Befunde einer bereits zitierten Studie zur hausärztlichen Versorgungskompetenz (Diagnose und Behandlung) als möglicher Ausdruck des andersartigen Gesundheitssystems mit denkbar erhöhter Benutzerfreundlichkeit gewertet (Jacobi F, 2002). Dagegen spricht eine weitere deutsche Untersuchung, welche für Haus- und Fachärzte im deutschen Gesundheitssystem ebenfalls deutliche therapeutische Mängel sowohl beim Diagnostizieren als auch in Bezug auf eine adäquate Dosierung mit Antidepressiva feststellen konnte (Schneider F, 2003). Insgesamt betrachtet, erwies sich im Rahmen vorliegender Studie das therapeutische Vorgehen für beide Ärzteguppen als verbesserungswürdig: So verstießen 36,9% der Hausärzte und immerhin 22,9% der Fachärzte insofern gegen die Leitlinien⁴², als sie mittel bis schwer Depressiven keine Antidepressiva verschrieben. Hinsichtlich der Anordnung einer leitliniengemäßen Kombinationstherapie schnitten Fachärzte dann doch etwas besser ab: Nur noch 0,4% von ihnen kamen der Forderung nach einer Kombinationstherapie für mittel bis schwer Depressive nicht nach. Hausärzte allerdings versäumten dies in 22,2% der Fälle. Zusätzlich wurde bei den Hausärzten ein alarmierender Mangel deutlich, indem sie nur jeden zweiten schwer Depressiven an Fachärzte oder in die Klinik überwiesen (siehe auch Abbildung 28). Ein Vergleich mit aktuellen Leitlinienempfehlungen zeigt somit, dass sowohl Fachärzte als auch Hausärzte nicht leitliniengetreu vorgehen, wobei sich Fachärzte noch stärker an ihnen orientieren.

Wie verhält es sich mit der ärztlichen Einschätzung des Behandlungserfolgs⁴³? Es zeigte sich im Rahmen vorliegender Untersuchung, dass sich sowohl Haus- als auch Fachärzte ein sehr positives Bild von der eigenen Behandlung machen und sich diesbezüglich fast nicht unterscheiden. So gehen 63,2% der Hausärzte und 56,3% der Fachärzte davon aus, dass es ihren Patienten nach einer sechswöchigen Behandlung „viel“ bis „sehr viel besser“ geht. Dass es ihnen schlechter oder gleich gehen könnte, erwägen nur 2,6% der Haus- und 6,3% der Fachärzte (siehe auch Abbildung 38). Ähnlich positiv schätzen die beiden Ärzteguppen Nebenwirkungen der Medikamente ein (sind doch 94,1% der Haus- und 100% der Fachärzte davon überzeugt, ihre Patienten litten nur wenig bis gar nicht unter solchen Nebenwirkungen),

⁴² Für aktuelle Leitlinien für die ambulante Depressionsbehandlung siehe (Härter M, 2003d)

⁴³ Obwohl nicht zentraler Fokus vorliegender Studie, wurden Fragen zum Behandlungserfolg mitbehandelt, um damit ein ganzheitliches Bild des Behandlungsverlaufs zu erhalten.

positiv beurteilen sie auch die Akzeptanz der Diagnose (79% der Haus- und 81,3% der Fachärzte sind der Ansicht, ihre Patienten akzeptierten die Diagnose gut bis sehr gut) oder die medikamentöse Compliance ihrer Patienten (84,2% der Haus- und 100% der Fachärzte meinen, ihre Patienten würden die Medikamente sehr genau und nur mit gelegentlichem Widerstreben einnehmen; siehe auch Abbildung 39). Einzig bezüglich der Einschätzung davon, wie die Medikamente wirken, hatten die beiden Ärztegruppen insofern signifikant unterschiedliche Ansichten, als Hausärzte wesentlich seltener angaben, die Medikamente wirkten sehr gut (5,9% zu 40%) und umgekehrt wesentlich häufiger angaben, der Zustand ihrer Patienten sei unverändert oder verschlechtert (17,6% zu 0%). Diese insgesamt positive Sicht der Ärzte auf die eigene Behandlung sowie die nur geringfügigen Unterschiede zwischen Haus- und Fachärzten bestätigt sich bei einem Vergleich mit der genannten deutschen Studie (Schneider F, 2003).

Ein solch günstiges Bild der Ärzte legt eine Gegenüberstellung mit der Perspektive der Patienten nahe. Haben Patienten ein ähnlich positives Bild des Behandlungserfolges wie ihre Ärzte? Die oben zitierte deutsche Studie fand in diesem Zusammenhang eine auffallende Diskrepanz zwischen Arzt- und Patientensicht, was im Rahmen vorliegender Untersuchung noch weiter elaboriert wurde. Die in der besagten Studie gefundenen, wesentlich ungünstigeren Resultate dazu, wie Patienten den Behandlungserfolg bewerten, bestätigen sich im Rahmen vorliegender Untersuchung insofern, als Patienten bei *indirekter Erfassung*⁴⁴ der Depressionssymptomatik vor und nach der Behandlung eine weit weniger positive Sicht auf den Behandlungserfolg gaben. Dieser Abgleich zeigt, dass kein Hausarztpatient und nur 2,2% der Facharztpatienten nach sechs Wochen ganz gesund waren und es den meisten Patienten nur minimal besser ging (51,9% der Hausarzt- und 45,5% der Facharztpatienten fühlten sich „teilweise“ bis „minimal besser“). Diese Bilanz bedeutet, dass es 48,1% resp. 52,3% der Haus- und Facharztpatienten nach sechswöchiger Behandlung schlechter, bzw. gleich schlecht ging wie vor der Behandlung (siehe auch Abbildungen 51 & 52). Eine mögliche Erklärung für die positiveren Ärzteangaben könnte darin gesehen werden, dass die Ärzte ihre Angaben auf weniger kranke Patienten beziehen (siehe 2.2.6.1 und 3.1.1.). Ein anderes Bild ergibt sich bei der Betrachtung der Patientenangaben, wenn man sie nach sechs Wochen *direkt* nach der Verbesserung ihres Befindens befragt. Nun geben 64,8% der Hausarzt- und 69,9% der Facharztpatienten an, es gehe ihnen „stark“ oder „ein wenig besser“. Für die

⁴⁴ Die *indirekte Erfassung* bezieht sich auf den Vergleich der Depressionssymptome vor und nach der Behandlung (PHQ) und auf den daraus gezogenen Schluss der Krankheitsverbesserung. Im Gegensatz dazu verweist die *direkte Erfassung* auf ein Item, welches direkt nach dem Gesundheitszustand fragt (siehe auch Anhang für Operationalisierungen).

Facharztpatienten bedeutet dies einen Aufschwung in der Einschätzung um 22,2 Prozentpunkte und für Hausarztpatienten um 12,5 Prozentpunkte (siehe auch Abbildung 49). Auf Patientenseite erweisen sich also die Behandlungseinschätzungen aufgrund von *direkter* Befragung als wesentlich positiver als bei indirekter Erhebung. In die gleiche Richtung weisen die insgesamt aufgrund direkter Befragung erhobenen sehr hohen Qualitätseinschätzungen der Patienten, wonach 95,5% der Facharzt- und 92,8% der Hausarztpatienten angaben, mit der allgemeinen Behandlung „weitgehend“ bis „sehr zufrieden“ zu sein (siehe auch Hypothese 2 und Abbildung 48). Weniger positiv schätzen die beiden Patientengruppen ebenfalls bei direkter Befragung die Nebenwirkungen der Medikamente ein: 36,3% der Haus- und 38,8% der Facharztpatienten meinten, an leichten Nebenwirkungen zu leiden, und 17,6% der Haus- und 21,1% der Facharztpatienten gaben an, durch Nebenwirkungen deutlich bis sehr stark beeinträchtigt zu sein. Im Vergleich zur ebenfalls direkt erfassten ärztlichen Einschätzung ergibt sich auf Patientenseite ein wesentlich kritischeres Bild. Keine solche Diskrepanz zwischen Arzt- und Patientensicht zeigte sich im Hinblick auf die Einschätzung der medikamentösen Compliance. Diese schätzten sowohl Ärzte als auch Patienten „weitgehend“ als „ausreichend gut“ ein (siehe auch Abbildung 47). Die Erklärung für die unterschiedliche Genesungseinschätzung je nachdem, ob diese direkt oder indirekt erfasst wurde, wird in der sozialen Erwünschtheit bestimmter Antworttendenzen gesehen (siehe auch Zusammenfassung Hypothese 2). Eine Literaturrecherche dazu ergab, dass ärztliche Einschätzungen durchaus auch selbstkritisch sein können. Obwohl die in einer holländischen Untersuchung erhobene Arzt- und Patientensicht insgesamt eine günstige Behandlungsqualität widerspiegelte, erwiesen sich die untersuchten Hausärzte als selbstkritischer als ihre Patienten und unterschätzten deren positive Sichtweise (Jung HP, 2002).

Damit bestätigten sich bezüglich der Interpretation des Therapieerfolgs unterschiedliche Arzt- und Patientenperspektiven; wobei diese im Rahmen vorliegender Studie allerdings nur bei *indirektem* Erfassen der Patientensicht auf den Gesundheitszustand zutage traten. Der *direkte* Vergleich ergab, mit Ausnahme der Einschätzung von Nebenwirkungen, für Arzt- und Patientenperspektiven eine ähnlich positive Einschätzung des Therapieerfolgs. Im Folgenden soll die Einstellung der behandelnden Ärzte zur Depressionsbehandlung, zur Behandlung und zu den Patienten besprochen werden.

3.2.1.3. Einstellungen

Wie schätzen die beiden Ärztegruppen die Depressionsbehandlung allgemein im Hinblick auf ihre Behandlungskompetenz, Schwierigkeiten, Zusammenarbeit und ihren Fortbildungsbedarf ein?

Die Befunde vorliegender Studie zeigen, dass sich Hausärzte deutlich weniger stark für die Behandlung von Depressionen zuständig fühlen als Fachärzte (siehe auch Abbildung 29). Insbesondere im Hinblick auf eine akute Behandlung hielten sich Hausärzte signifikant weniger häufig als Fachärzte zuständig für Behandlung oder Aufklärung (78% zu 100%), psychotherapeutische Behandlung (15% zu 73,9%), medikamentöse Behandlung (50,3% zu 91,3%), Differentialdiagnose (48,3% zu 100%) oder fürs Erkennen einer Depression (56,1% zu 91,3%). Wieder ähnlich zuständig fühlen sich Hausärzte, wenn es um die Motivation zu Weiterbehandlungen, Nachsorge und Behandlung in zweiter Instanz geht (unterstützt durch einen Facharzt oder Psychotherapeuten). In die gleiche Richtung gehen die Ergebnisse einer irischen Studie, welche beweisen, dass Hausärzte nur sehr bedingt Verantwortung für schwere psychische Störungen übernehmen möchten und im Umgang mit solchen gerne von Fachärzten unterstützt würden (Russell V, 2003). Weiter fühlten sich Hausärzte nicht nur weniger häufig für die Behandlung und das Erkennen zuständig, sie schätzen ihre gesamten Kenntnisse in der Depressionsbehandlung auch wesentlich geringer ein als Fachärzte. So erreichen sie signifikant tiefere Werte in der Früherkennung, beim Diagnostizieren, in der Basisbetreuung, der Gesprächsführung, in der medikamentösen Akuttherapie, der Psychotherapie, dem Umgang mit Suizidalität, in der Rezidivprophylaxe oder Erhaltungstherapie. Insgesamt betrachtet aber, hatten die Hausärzte zwar eine recht hohe Meinung von ihren Fertigkeiten, schätzte doch jeder zweite Hausarzt seine Kenntnisse beim Behandeln und Diagnostizieren von Depressionen (49,2% durchschnittliche Nennungen) als gut bis sehr gut ein (im Vergleich dazu taten dies 93,7% der Fachärzte). Am sichersten fühlen sich Hausärzte beim Diagnostizieren, bei der Basisbetreuung und in der Gesprächsführung (siehe auch Tabelle 13 sowie Abbildungen 30 & 31). Eine deutsche Studie fand ähnlich hohe Einschätzungen durch Hausärzte hinsichtlich der eigenen Behandlungskennntnis und konnte einen Zusammenhang zwischen Kenntnisstand und psychiatrischer Vorerfahrung nachweisen (Bermejo I, 2002). Dass jeder zweite Hausarzt seine Diagnostik- und Behandlungskennntnisse als gut einschätzt, kann jedoch auch als geringe Quote interpretiert werden. Besonders angesichts der Tatsache, dass Hausärzte für die allermeisten Patienten erste Anlaufstelle sind (72,3% der Hausarzt- und 53,9% der Facharztpatienten wurden vom Hausarzt wegen Depressionen vorbehandelt), erscheinen obige Befunde doch recht tief. Einige Hausärzte

fühlen sich angesichts der großen Zahlen depressiv Erkrankter in ihrer Praxis also nicht sicher beim Diagnostizieren und Behandeln. In die gleiche Richtung deutet der weitere Befund vorliegender Studie, dass Hausärzte allgemein sehr unzufrieden und bei einem direkten Vergleich viel unzufriedener als Fachärzte mit ihrem Kenntnisstand beim Diagnostizieren und Behandeln von Depressionen waren. Konkret spiegelte sich dies in durchgehend signifikanten Unterschieden zugunsten der Fachärzte in allen oben genannten Bereichen der Depressionsbehandlung (siehe auch Abbildung 31). Am unzufriedensten waren die Hausärzte mit ihren psychotherapeutischen (nur 21,1% waren „eher“ bis „sehr zufrieden“) und am zufriedensten mit ihren diagnostischen Kenntnissen (nur 64,1% waren „eher“ bis „sehr zufrieden“). Fachärzte hingegen zeigten sich durchschnittlich zu 87,3% als „eher“ bis „sehr zufrieden“ mit ihren Leistungen (Hausärzte im Vergleich nur zu 47,1%). Diese Unzufriedenheit der Hausärzte mit ihrem Kenntnisstand konnte in einem anderen Zusammenhang ebenfalls nachgewiesen werden (Bermejo I, 2002). Mit dieser großen hausärztlichen Unzufriedenheit mit dem eigenen Wissen deckt sich deren starkes Bedürfnis nach Weiterbildung: Durchschnittlich 70% der Hausärzte wünschen sich Fortbildungen in den verschiedenen Bereichen der Depressionsversorgung (siehe auch Abbildung 36). Im Vergleich dazu interessieren sich nur durchschnittlich 45,5% der Fachärzte dafür. Worin sehen die beiden Ärztegruppen am meisten Fortbildungsbedarf? Die fünf Favoritenthemata waren bei Hausärzten der Umgang mit Suizidalität (84,6% wünschen sich Fortbildung), das Herstellen medikamentöser Compliance und das Erbringen medizinischer Akutbehandlung (jeweils 80% wünschen sich Fortbildung) bzw. Gesprächsführung oder Rezidivprophylaxe (jeweils 70% wünschen sich Fortbildung). Bei Fachärzten rangierten die Themen Umgang mit Suizidalität (73,9%), das Herstellen medikamentöser Compliance und die Früherkennung (jeweils 60,9%) an oberster Stelle. Von einem hohen Bedürfnis von Haus-, aber auch von Fachärzten nach Weiterbildung in der Depressionsversorgung wird auch in der Literatur häufig berichtet (Spießl H, 2000). Ebenfalls in Richtung Verbesserungsbedarf weisen zusätzliche Befunde zu Barrieren im Behandlungsverlauf. Wieder erweisen sich Hausärzte als deutlich stärker betroffen als Fachärzte. Besonders ärztebezogene Hindernisse (siehe unten) erschweren Hausärzten signifikant häufiger als Fachärzten den Praxisalltag, wobei wohl ein Großteil dieses Missstandes auf mangelnde Behandlungskennnisse zurückzuführen war: Durchschnittlich 51,3% der Hausärzte fühlen sich durch ihre medizinischen, psychotherapeutischen und diagnostischen Kenntnislücken in der Behandlung eingeschränkt. Dies deckt sich mit den oben besprochenen Befunden zur tiefen Einschätzung der eigenen Behandlungskennnisse von Hausärzten. Zusätzlich geben die meisten Hausärzte signifikant

häufiger als Fachärzte (71,8%) an, dass sie die Behandlung von depressiven Patienten stark belaste, bzw. dass depressiv Kranke anstrengend seien. Im Vergleich dazu waren nur 28,3% der Fachärzte dieser Ansicht (siehe auch Abbildung 32). Ähnlicher waren sich Haus- und Fachärzte dann wieder bezüglich der empfundenen Barrierewirkung patientenbezogener Einflüsse. Dies zeigte sich insofern, als beiden Ärztegruppen häufig ein Verweigerungsverhalten der Patienten bezüglich Antidepressivagabe, Überweisung, Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe sowie die Angst vor Nebenwirkungen zu schaffen machte; das Thema der „Verweigerung“ erschwerte Hausärzten durchschnittlich zu 86,4% und Fachärzten zu 75,6% die Behandlung. Auch mangelnde Akzeptanz der Diagnose (97,4% der Hausärzte und 69,6% der Fachärzte hielten diese für schwierig), die Bevorzugung somatischer Behandlung oder Symptomerklärung (78,2% der Hausärzte und 65,3% der Fachärzte hielten diese für schwierig) bzw. familiäre Widerstände (69,2% der Hausärzte und 69,6% der Fachärzte hielten dies für schwierig) trugen für beide Versorgergruppen wesentlich zur Belastung bei (siehe auch Abbildung 33). Auf organisatorischer Ebene waren wieder beide Gruppen deutlich von strukturellen Hindernissen betroffen, wobei dies für Hausärzte noch etwas stärker zutraf. So gaben beide Gruppen an, zu wenig Zeit zur Depressionsbehandlung zu haben (85,9% der Hausärzte und 56,5% der Fachärzte hielten dies für schwierig), bzw. nicht überweisen zu können (69,2% der Hausärzte und 47,4% litten darunter). Zusätzlich bemängelten beide Gruppen die eingeschränkte Budgetierung und Besoldung ihrer Leistungen (65,4% der Hausärzte und 58,7% der Fachärzte hielten dies für schwierig) (siehe auch Abbildung 34).

Finden die starken Belastungshinweise Wiederhall in der Literatur? Eine amerikanische Studie fand eine durchaus ähnliche hausärztliche Einschätzung der Barrierewirkung von Kenntnislücken⁴⁵, Zeitmangel⁴⁶, Patientenverweigerung⁴⁷ sowie der mangelnden Verfügbarkeit von Beratern⁴⁸. Weniger erschwerend als in vorliegender Studie empfanden die Hausärzte der besagten Studie die persönliche Belastung⁴⁹ oder die Höhe der Vergütung⁵⁰ (Hartley D, 1998). Eine weitere amerikanische und auch eine deutsche Untersuchung fanden im Hinblick auf die starke Barrierewirkung eigener Kenntnislücken wesentlich mildere

⁴⁵ 65,5% (im Vergleich zu 51,3% in vorliegender Studie) der Hausärzte schätzten Kenntnislücken als recht bis stark hinderlich für eine erfolgreiche Behandlung ein

⁴⁶ 79,9% (im Vergleich zu 85,9% in vorliegender Studie) der Hausärzte schätzten Zeitmangel “ “

⁴⁷ 87,5% (im Vergleich zu 86,4% in vorliegender Studie) der Hausärzte schätzten Patientenverweigerung “ “

⁴⁸ 87,5% (im Vergleich zu 68,4% in vorliegender Studie) der Hausärzte schätzten Beratermangel “ “

⁴⁹ 26,3% (im Vergleich zu 71,8% vorliegender Studie) der Hausärzte schätzten Belastung als recht bis stark hinderlich für eine erfolgreiche Behandlung ein

⁵⁰ 22,7% (im Vergleich zu 65,4% vorliegender Studie) der Hausärzte schätzten die Höhe der Vergütung “ “

Einschätzungen⁵¹. Ebenfalls weniger dringlich schätzten die Hausärzte derselben amerikanischen und deutschen Studie viele patientenbezogene⁵² und organisatorische⁵³ Problemaspekte ein (Bermejo I, 2002; Williams JW, 1999). Insgesamt betrachtet, scheint die hausärztliche Wahrnehmung von Problemaspekten nicht immer gleich alarmierend auszufallen. Wie sind solche Unterschiede in der Einstellung zu erklären? Es gibt Hinweise dafür, dass Einstellungen zur eigenen Behandlungskompetenz mit steigender Erfahrung im Umgang mit psychischen Störungen positiver ausfallen. Eine australische Studie zeigt, dass Hausärzte mit Trainingserfahrung im Umgang mit psychischen Problemen depressiven Patienten und deren Behandlung gegenüber insgesamt positiver eingestellt waren (Richards JC, 2004). In gleicher Weise weist eine deutsche Studie auf eine erhöhte Einschätzung der eigenen Kompetenz hin, wenn die betreffenden Ärzte über Vorerfahrung mit psychischen Störungen verfügen (Bermejo I, 2002). Zusätzlich zur Vorerfahrung scheint eine von den Ärzten gepflegte innere Grundhaltung gegenüber der Versorgung psychischer Störungen eine Rolle zu spielen. Die Autoren einer amerikanischen Studie gehen davon aus, dass sich viele Ärzte allgemein mit einem biologisch-körperlichen Versorgungskonzept wohl fühlten und der Versorgung psychischer Störungen u.a. wegen der aufwändigen Diagnostik gegenüber eine eher vorsichtige Haltung einnahmen. Damit zusammenhängen würden aus Sicht der Autoren die Bevorzugung somatischer Symptome sowie ein allgemein empfundener hoher Stress, Frustration oder Unzufriedenheit im Umgang mit psychisch Kranken (Williams-Russo P, 1996). Die Autorin einer weiteren amerikanischen Studie verweist ebenfalls auf eine gewisse Befremdung bei Hausärzten angesichts schwerer Formen psychischer Störungen (Gask L, 2005). Die durchgängig hohen Barriereeinschätzungen vorliegender Studie könnten im Hinblick auf die zitierten Quellen also zum einen mit einem niedrigen Grad an Vorerfahrung mit psychischen Störungen, zum anderen mit dem Vorhandensein eines biologisch-körperlichen Versorgungskonzepts in Zusammenhang gebracht werden. Die Überprüfung dieser Zusammenhänge steht zurzeit noch aus und soll in zukünftigen Studien durchgeführt werden (siehe 3.3). Bezüglich unterschiedlicher Einstellungen von Haus- und Fachärzten wurde im Rahmen vorliegender Untersuchung schließlich die Zufriedenheit mit der

⁵¹ Durchschnittlich nur 30% (Williams JW, 1999) oder 18,2% (Bermejo I, 2002) (im Vergleich zu 51,3% vorliegender Studie) der Hausärzte schätzten Kenntnislücken als schwierig ein.

⁵² Durchschnittlich nur 47,7% (Williams JW, 1999) oder 41,2% (Bermejo I, 2002) (im Vergleich zu 86,4% vorliegender Studie) der Hausärzte schätzten Patientenverweigerung als schwierig ein.

⁵³ Durchschnittlich nur 58,5% (Williams JW, 1999) oder 36,2% (Bermejo I, 2002) (im Vergleich zu 85,9% vorliegender Studie) der Hausärzte schätzten Zeitmangel oder tiefe Budgetierung (durchschnittlich nur 29% (Williams JW, 1999) oder 31% (Bermejo I, 2002) (im Vergleich zu 65,4% vorliegender Studie) der Hausärzte) als schwierig ein.

Überweisung zu anderen Ärzten und Spezialisten untersucht. Hierbei zeigte sich, dass Fachärzte insgesamt sehr zufrieden mit der Kooperation und im Vergleich zu Hausärzten deutlich zufriedener waren. So waren durchschnittlich 86,2% der Fachärzte mit Kooperationen insgesamt „teils-teils“ bis „sehr zufrieden“, was auf Hausärzte zu nur 71,7% zutraf. Besonders im Hinblick auf die Interaktion mit psychologischen und in geringerem Masse auch mit ärztlichen Psychotherapeuten sowie mit psychiatrischen Krankenhäusern erwiesen sich Fachärzte als signifikant zufriedener als Hausärzte. Auffallend tief fiel dabei die hausärztliche Zufriedenheit über die Zusammenarbeit mit psychologischen Psychotherapeuten aus (siehe auch Fußnote 56). Während sich beide Gruppen einig waren in der relativen Unzufriedenheit mit dem Kontakt zu Sozialarbeitern oder Beratungsstellen⁵⁴, erwies sich die Zusammenarbeit mit den genannten ärztlichen- und psychologischen Psychotherapeuten sowie mit psychiatrischen Krankenhäusern nur für Hausärzte als problematisch⁵⁵ (siehe auch Abbildung 35).

Finden diese Befunde Bestätigung in der Literatur? Es gibt Grund dazu anzunehmen, dass Ärzte eine Kooperation mit denjenigen Partnern bevorzugen, die ihnen selbst ähnlich sind im Hinblick auf Ausbildung und Versorgungskonzept. Zumindest gibt es zahlreiche Hinweise darauf, dass Ärzte die Behandlungsmaßnahmen der eigenen Berufsgruppe am hilfreichsten einschätzen. So fanden eine australische und eine singhalesische Studie, dass Hausärzte ihre eigene Leistung als ebenso hilfreich einstufen wie diejenige von Psychiatern, Psychiater ihrerseits ihre eigene Berufsgruppe bevorzugten und klinische Psychologen in erster Linie Psychologen für die Behandlung von Depressionen heranziehen wollten⁵⁶ (Jorm AF, 1997; Kua JHK, 2000). Der im Rahmen vorliegender Studie erbrachte Befund, dass Fachärzte lieber mit ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten sowie mit psychiatrischen Krankenhäusern zusammenarbeiteten als Hausärzte, könnte in diesem Zusammenhang insofern erklärt werden, als die genannten Berufsgruppen denjenigen von Fachärzten grundsätzlich näher sind als jenen von Hausärzten. Zusätzlich können Unterschiede in Versorgungskonzepten bzw. im Rollenverständnis ihren Beitrag zu erhöhtem Unbehagen von Hausärzten angesichts der Zusammenarbeit mit Kollegen anderer Fachrichtungen leisten.

⁵⁴ 32,5% der Haus- und 23,9% der Fachärzte waren mit der Kooperation mit Sozialarbeitern unzufrieden; jeweils 25% der Haus- und Fachärzte waren mit der Kooperation mit Beratungsstellen unzufrieden.

⁵⁵ 40% der Hausärzte waren mit der Kooperation mit psychologischen- und 25% mit ärztlichen Psychotherapeuten unzufrieden; 29,3% der Hausärzte waren mit der Kooperation mit psychiatrischen Krankenhäusern unzufrieden

⁵⁶ Daneben räumten alle genannten Gruppen den nichteigenen Berufsgruppen durchaus ebenfalls hohe „Nützlichkeitseinschätzungen“ ein.

3.2.1.4. Zusammenfassung

Im Hinblick auf die These⁵⁷, dass Hausärzte im Vergleich zu Fachärzten Depressionen weniger adäquat behandeln, fand vorliegende Studie klare Hinweise darauf, dass dem so ist. So waren Fachärzte Hausärzten sowohl beim Identifizieren einer Depression als auch beim Behandeln mit Antidepressiva insofern überlegen, als sie eine vertieftere Anamnese, eine genauere Diagnose und eine adäquatere Antidepressivatherapie einleiteten. Diese Überlegenheit der Fachärzte bestätigt somit die Hypothese 1 vorliegender- und entspricht den Befunden zahlreicher anderer Studien. Diese bescheinigen Fachärzten einen professionelleren Umgang mit Depressiven, was sich darin äußert, dass sie diese in ihrer Thematik ernster nahmen als Hausärzte (Gabbay M, 2003; Saarela T, 2003). Dies verdeutlicht sich in der Literatur darin, dass letztere depressive Symptome doch häufig als situations- und stressbedingt zu sehen scheinen und damit wohl unterschätzen. Als Grund für die unterschiedlichen Kompetenzen werden unterschiedliche Ausbildungsprofile, verschieden guter Zugang zu Ressourcen und Zeitmangel gesehen (Saarela T, 2003). Trotz der gefundenen und auch in der Literatur bestätigten höheren Qualitätswerte für Fachärzte zeigte sich bei ganzheitlicher Betrachtung, dass die Identifikation und Behandlung von depressiv Kranken sowohl bei Haus- als auch bei Fachärzten erhebliche Mängel aufweisen: So verstoßen 36,9% der Hausärzte und 22,9% der Fachärzte insofern gegen die Leitlinien, als sie mittel bis schwer Depressiven keine Antidepressiva verschreiben. Hausärzte überweisen zudem nur jeden zweiten schwer Depressiven zu einem Facharzt oder in eine psychiatrische Klinik, was ein deutlicher Verstoß gegen die Leitlinien⁵⁸ darstellt. Die Autoren einer amerikanischen und einer deutschen Studie verweisen gleichermaßen auf sehr ähnliche und ungenügende Behandlungskompetenzen von Haus- und Fachärzten, indem sie hinsichtlich der inadäquaten Dosierung von Antidepressiva keinen Unterschied für die beiden Gruppen finden konnten (Schneider F, 2003; Simon GE, 2001). Bestätigend für die fachärztliche Überlegenheit im Umgang mit depressiv Kranken erweist sich deren konstant gefundene bessere Selbstwahrnehmung. So schätzen sie sich nicht nur viel kompetenter in der Depressionsversorgung ein, sondern fühlen sich mit ihrem Wissen auch viel wohler als Hausärzte und wünschen deutlich weniger Fortbildung als diese. Ein Blick auf empfundene Hindernisse im Behandlungsablauf verdeutlicht diesen Umstand nochmals, wenn man in Betracht zieht, dass Hausärzte zumindest hinsichtlich des eigenen Könnens deutlich mehr Probleme wahrnehmen als Fachärzte. Auch beim Überweisen und im Hinblick auf die

⁵⁷ Siehe Hypothese 1 "Hausärzte sind schlechtere Depressionsversorger als Fachärzte"

⁵⁸ (Härter M, 2003d)

Zusammenarbeit mit anderen Ärzten oder Psychologen fühlen sich Hausärzte deutlich weniger wohl als Fachärzte. Interessant ist auch, dass sich Hausärzte weniger zuständig für die Behandlung einstufen als Fachärzte. Für die gefundene ungünstigere Selbstwahrnehmung und Unsicherheit bezüglich der Behandlung von depressiv Kranken gibt es zahlreiche Hinweise in der Literatur. Eine irische Studie fand beispielsweise, dass sich Hausärzte gerne von Fachärzten bei der Behandlung von schweren psychischen Störungen unterstützen ließen, weil sie sich mit diesen Fällen nicht wohl fühlten (Russell V, 2003). Eine weitere australische Studie konnte zeigen, dass sich Hausärzte von Fachärzten beim Verschreiben von Medikamenten und bei der korrekten Überweisungsprotokollierung fürs Krankenhaus gerne beraten lassen würden und begleitet werden möchten, da sie dies sich selbst nur bedingt zutrauten (Robertson J, 2003).

3.2.1.4.1. Mögliche Gründe für Barrieren in der Zusammenarbeit

Im Folgenden soll gezeigt werden, wie drei Spannungsfelder dazu beitragen können, dass sich Hausärzte, besonders im Hinblick auf die Zusammenarbeit mit Kollegen, unwohl fühlen.

3.2.1.4.1.1. Biologisch-körperliches vs. psychosozial orientiertes Versorgungskonzept

Zum einen ist im Hinblick aufs Überweisen denkbar, dass Haus- und Fachärzte Patienten deshalb weniger gern an Selbsthilfegruppen oder Beratungsstellen oder auch an psychologische Psychotherapeute (Hausärzte) überantworten, weil diese stärker ein psychosozial geprägtes Versorgungskonzept verfolgen als sie selbst (Williams-Russo P, 1996). Das psychosozial geprägte Versorgungskonzept betont die Selbstverantwortlichkeit des Patienten und fokussiert Umgebungsfaktoren zur Behandlung der Symptomatik, weniger aber körperliche Ursachen (Gask L, 2005). Im Unterschied dazu gehen Vertreter des biologisch-körperlichen Versorgungsmodells in erster Linie von einem physischen Behandlungskonzept aus. Zusätzlich gibt es Grund zur Annahme, dass bezüglich der genannten Konzepte auch Unterschiede zwischen Haus- und Fachärzten insofern bestehen, als Fachärzte ein noch körperbetonteres Konzept als Hausärzte verfolgen, was sich beispielsweise in deren niedrigerem Gebrauch von Medikamenten äußert (Chen H, 2000). Daneben verdeutlichen andere Quellen wieder eine psychologischere Vorgehensweise seitens der Fachärzte, was sich u.a. durch eine einfühlsamere und professionellere Anamnese bemerkbar mache (Saarela T, 2003).

3.2.1.4.1.2. *Generalist vs. Spezialist: Rollenverständnis*

Des Weiteren könnte die Bevorzugung ärztlicher Psychotherapeuten gegenüber psychologischen- zum einen anhand der beruflichen Nähe (ebenfalls medizinische Ausbildung) (Jorm AF, 1997), zum anderen aber auch wegen einer in der Literatur beschriebenen Mentorfunktion von Fachärzten für Hausärzte zustande kommen. Es gibt zahlreiche Hinweise⁵⁹ darauf, dass sich Hausärzte in der Behandlung von Depressionen ohne Unterstützung von Fachärzten überfordert fühlen (Russell V, 2003). Hausärzte wünschen sich, besonders bezüglich der Verschreibung von Medikamenten oder bezüglich einer korrekten diagnostischen Überweisungsprotokollierung z.B. fürs Krankenhaus, oftmals eine Berater- und Leitfunktion von Fachärzten. Letztere wurden von Hausärzten als fehlerlos und autoritär empfunden (Robertson J, 2003). Dass der Wunsch nach Unterstützung oft nicht einfach umzusetzen ist, zeigt eine englische qualitative Studie zur Kommunikation zwischen Haus- und Spezialisten aller Fachrichtungen: Während sich Hausärzte Feedbacks zu ihren Überweisungen wünschten, lehnten dies viele Spezialisten wegen Zeitengpässen ab (Marshall MN, 1999). Zusätzlich schätzten es Spezialisten nicht, wenn sie Hausärzte wegen telefonischer Nachfragen in ihrer Arbeit unterbrechen (Gask L, 2005; Marshall MN, 1998). Ein weiterer Unterschied im Rollenverständnis ist die Erwartung, an Hausärzte im Besonderen, bei psychologischen Themen Neutralität zu wahren (Saarela T, 2003). Während Hausärzte sich eher um die Breite eines Problems als „Generalist“ kümmern würden, seien Fachärzte als Spezialisten eher für die Tiefe des Problems zuständig (Gask L, 2005). Ebenfalls möglich im Hinblick auf die Qualität der Zusammenarbeit sind Spannungen zwischen Haus- und Fachärzten wegen „Förderunterschieden“ aufgrund der politisch gewollten Aufwertung der hausärztlichen Position, die sich im Zusammenhang mit vorliegender Studie aber nicht deutlich machten (Rosenbrock R, 2004).

3.2.1.4.1.3. *Hausarzteffekt: Hausärztliche Haltung gegenüber psychischen Störungen*

Dass sich die Rollenerwartung der Neutralität im Hinblick auf psychologische Themen bei Hausärzten nicht immer positiv für die Behandlung psychischer Störungen auswirkt, liegt nach der Lektüre einer deutschen Studie nahe. Entscheidend für die Überweisung zu anderen Fachärzten bzw. ins Krankenhaus sei nämlich die ganz persönliche Einstellung des jeweiligen Hausarztes zur Psychiatrie und psychischen Störungen, was von „aufgeschlossen“ bis zu „negativ eingestellt“ reichen kann. Eher überweisen würden Hausärzte, wenn sie sich nicht

⁵⁹ U.a. auch im tiefen hausärztlichen Zuständigkeitsgefühl und in deren hohen Fortbildungsbedarf, die im Rahmen vorliegender Studie gefunden wurden.

für die Behandlung zuständig fühlen würden und psychischen Krankheiten gegenüber eher vorsichtig eingestellt wären (Spießl H, 2000). Während in der Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Versorgungsebenen also deutliche Unterschiede zwischen den Versorgungskonzepten, dem Rollenverständnis und der grundsätzlichen Haltung gegenüber psychischen Störungen verschiedener Versorgungsebenen deutlich werden und zum gefundenen Unwohlsein der Hausärzte beitragen können, verweist ein zusätzlicher Befund vorliegender Studie auf einen weiteren möglichen Stressor für Hausärzte. Bei einem Vergleich der hausärztlichen Einstellungen macht sich nämlich infolge der Diskrepanz zwischen tiefer Kompetenz und hohem Fortbildungsbedarf bzw. der gefundenen geringen Zufriedenheit mit der eigenen Leistung ein großes Unbehagen bei den Hausärzten deutlich. Als Erklärung dafür könnte gelten, was ein deutscher Autor grundsätzlich als Dilemma der Hausärzte postuliert: Hausärzte wollen eigentlich behandeln, haben aber zu wenig Zeit dazu (Spießl H, 2000). Der Grund dafür, dass Hausärzte einerseits therapieren möchten, dies aber nicht zur Gänze können, wird in dem Zusammenhang möglicherweise auf dem Hintergrund gesundheitspolitischer Forderungen deutlicher. Einerseits sollen Hausärzte einer zentralen Koordinationsfunktion im Gesundheitssystem nachkommen, andererseits gibt es diesbezüglich kein strukturelles Gefüge, das die Hausärzte diese Rolle als Gatekeeper zwischen Primär- und Sekundärversorgung auch verlässlich ausführen lässt (Busse R, 2005). Sehr oft fließen nämlich Patientenströme wegen der im deutschen Gesundheitssystem üblichen „freien Arztwahl“ am Hausarzt vorbei. Dass so eine kontinuierliche, engmaschige Behandlung mit adäquater Nachsorge von Kranken, wie sie in der Depressionsversorgung notwendig wäre, schwer fällt, liegt auf der Hand. Als Konsequenz dieser Überlegungen gilt es zu erwägen, ob Hausärzte angesichts ihres momentanen Versorgungsauftrags als erste Anlaufstelle mit Koordinationsfunktion im Bezug auf die Depressionsversorgung möglicherweise zu stark gefordert sind. Als hilfreiche Unterstützung für Hausärzte scheint diesbezüglich eine im Behandlungsprozess sehr frühe Zusammenarbeit mit Fachärzten zu sein⁶⁰.

3.2.2. Zur Hypothese 2

Inwiefern tragen zusätzliche Befunde zu Unterschieden zwischen Haus- und Facharztpatienten noch dazu bei, Unterschiede zwischen Haus- und Fachärzten besser zu verstehen? Zusätzlich zur Frage nach der Behandlungsqualität überprüft diese Untersuchung am Rande, ob sich die Patienten von Haus- und Fachärzten grundsätzlich unterscheiden.

⁶⁰ Hausärzte fühlen sich stärker für die Depressionsbehandlung zuständig, wenn sie in Zusammenarbeit mit dem Facharzt behandeln können. Siehe auch Abbildung 32

Zahlreiche Forscher gehen davon aus, dass es sich bei den beiden Patientengruppen um grundverschiedene Populationen handelt (Kua JHK, 2000; Simon GE, 2001). Die dazugehörige Hypothese (2) lautet „Hausarztpatienten und Facharztpatienten unterscheiden sich grundlegend in ihrer Art“.

3.2.2.1. Krankengeschichte

Worin unterscheiden sich Haus- und Facharztpatienten im Hinblick auf die Symptomatik der Krankheit bzw. deren Vorbehandlung? Bezüglich der Schwere der Erkrankung zeigten die Facharztpatienten für viele der erfassten Größen signifikant höhere Werte. So litten signifikant mehr Facharztpatienten zu Therapiebeginn unter einer Majoren Depression (65,8% vs. 47,3%) und waren häufiger von psychosomatischen Beschwerden, darunter signifikant häufiger von andauernder Gereiztheit betroffen (siehe auch Abbildungen 40 & 41). Zudem gaben Facharztpatienten signifikant häufiger an, mit ihren Kontakten im Bekanntenkreis und in geringerem Maße auch im Freundeskreis sehr unzufrieden (26,3% vs. 14%, resp. 25% vs. 15,8%) bzw. allgemein in ihrem Wohlbefinden stark beeinträchtigt zu sein (siehe auch Abbildungen 42 & 43). Dies äußerte sich darin, dass signifikant mehr Facharztpatienten angaben, ihre psychischen Probleme und auch ihre eingeschränkte Gesundheit würden sie so stark beeinträchtigen, dass sie deswegen nicht alles schaffen könnten (92,8% vs. 77,5%, resp. 73,5% vs. 50,9%). Zudem gaben sie signifikant häufiger an, sich selten bis gar nie energievoll oder ruhig (81,9% vs. 56,9%, resp. 58,2% vs. 46,9%), aber häufiger entmutigt zu fühlen (44% vs. 29,1%) (siehe auch Abbildung 43). Neben diesen signifikant stärkeren Ausprägungen erwiesen sich die Facharztpatienten auch in weiteren Aspekten als deutlich, wenn auch nicht mehr signifikant stärker betroffen. So waren mehr Facharztpatienten vorher bereits einmal depressiv (77,8% vs. 61,5%), hatten doppelt so viele depressive Episoden hinter sich (12 vs. 6,31) und litten unter Entspannungsschwierigkeiten oder medizinisch nicht erklärbaren Schmerzen (71,4% vs. 62%, resp. 48,7% vs. 35,2%). Außerdem waren bei den Facharztpatienten mehr Familienangehörige entweder ebenfalls depressiv (53,9% vs. 43,9%) oder litten unter einer anderen psychischen Störung (20,4% vs. 18,2%). Zudem rauchten Facharztpatienten signifikant häufiger „viel pro Tag“. Andererseits erreichten auch Hausarztpatienten in wenigen Bereichen erhöhte Werte, wenn auch nicht signifikant erhöhte. So erfüllten zum einen leicht mehr Hausarztpatienten die Kriterien einer Minoren Depression (17,1% vs. 14,7%) und gaben zum anderen häufiger an, ihre Depression stehe im Zusammenhang mit belastenden Lebensereignissen (85,7% vs. 78,6%). Hausarztpatienten scheinen zudem pro Woche häufiger „viel“ Alkohol zu konsumieren (42,3% vs. 36,4%). Sehr ähnlich und nicht klar erhöht für eine bestimmte Patientengruppe erwiesen sich die

Genesungsraten. So zeigten bei indirektem Symptomabgleich Hausarztpatienten nach sechs Wochen Behandlung insofern sehr ähnliche Verläufe, als sowohl bei Fach- als auch bei Hausarztpatienten jeweils rund ein Viertel der Patienten entweder teilweise gesund wurden, nur einen minimalen Effekt bzw. keine Wirkung der Behandlung spürten oder es ihnen schlechter ging als zuvor. Leicht erhöhte Werte fanden sich für Hausarztpatienten insofern, als sie einerseits etwas häufiger teilweise gesund wurden oder etwas häufiger zumindest minimal auf die Behandlung reagierten (27,8% vs. 23,3%, resp. 24,1% vs. 22,2%), andererseits aber auch häufiger überhaupt nicht (27,8% vs. 26,5%). Facharztpatienten ihrerseits remittierten etwas häufiger vollständig (2,2% vs. 0%) oder litten etwas öfters unter Symptomverschlechterung (26,7% vs. 20,3%). Absolut betrachtet ist bemerkenswert, dass es damit rund einem Viertel der Patienten beider Versorgergruppen nach sechs Wochen Behandlung psychisch (indirekte Erfassung) sowie 44,7% der Hausarzt- und 57% der Facharztpatienten physisch schlechter ging als zuvor (siehe auch Abbildungen 50 & 53). Im Hinblick auf den Schweregrad der Krankheit entsprechen die Befunde vorliegender Studie denjenigen einer amerikanischen Untersuchung, welche zu Therapiebeginn für Facharztpatienten ebenfalls erhöhte Depressionswerte feststellen konnte. In gleicher Weise bestätigen sich die bei Facharztpatienten gefundenen tieferen Werte im emotionalen Befinden, in der Zufriedenheit mit sozialen Kontakten, in der Wahrnehmung der eigenen Gesundheit sowie der physischen Befindlichkeit (Schwenk TL, 1998; Simon GE, 2001). Auch die Befunde, dass bei Hausarztpatienten im Vorfeld der Depression signifikant häufiger ein schwerwiegendes Lebensereignis vorgefallen ist, wie auch, dass Facharztpatienten eine höhere Zahl früherer Episoden durchleiden mussten, finden Bestätigung in der Literatur (Schwenk TL, 1998). Bezüglich der Genesungsraten eruierten dieselben Studien insofern sehr ähnliche Verläufe sowohl für Haus- als auch für Facharztpatienten, als sich für beide Gruppen der Depressionswert nach zwei resp. sechs Monaten deutlich verringerte und sich die emotionale Befindlichkeit nach der gleichen Zeit klar verbesserte. Dennoch zeigten sich immerhin 40% der Patienten als depressionssymptomatisch (Schwenk TL, 1998; Simon GE, 2001). Von einer ähnlich hohen monatlichen Prävalenzrate für depressive Erkrankungen bei Hausarztpatienten nach einer Behandlung (43,6%) berichtet eine weitere deutsche Studie (Kühn KU, 2002). Diese aber insgesamt doch positive Verlaufsbeschreibung deckt sich nur teilweise mit den Befunden vorliegender Studie. Während die *direkte* Frage nach der Veränderung der Beschwerden zwar ein sehr ähnlich positives Bild ergibt (69,9% der Fach- und 67,8% der Hausarztpatienten sind der Ansicht, eine Verbesserung sei eingetreten), erweist sich die Lage beim *indirekten* Symptomabgleich vor und nach sechs Wochen als

wesentlich ungünstiger: 74,5% der Facharzt- und 72,2% der Hausarztpatienten geben an, entweder nur minimale oder keine Wirkung bzw. eine Verschlechterung zu spüren (siehe auch Abbildungen 51 & 52). Von ähnlich tiefen Werten berichtet eine deutsche Untersuchung (Schneider F, 2003). Eine mögliche Erklärung für die Diskrepanz zwischen der günstigeren und weniger günstigen Verlaufsbeschreibung könnte sein, dass sich der Zeitraum für erstere auf zwei und sechs Monate erstreckt, für letztere aber nur auf sechs Wochen. Möglicherweise reichen sechs Wochen Therapie nicht aus, um eine deutliche therapeutische Verbesserung zu erzielen. Grundsätzlich scheint die Identifikation von Prädiktoren für eine Genesung ein äußerst schwieriges Unterfangen zu sein. Eine ältere amerikanische Studie konnte weder auf Seiten demografischer- noch krankheitsgeschichtlicher-, stress-, oder persönlichkeitsbezogener Variablen eine signifikante Prädiktorenwirkung für Genesung finden (Mynors-Wallis L, 1997). Zusätzlich wurde im Rahmen vorliegender Studie ein Vergleich zwischen ärztlicher und Patientensichtweise durchgeführt. Es zeigte sich dabei, dass Haus- und Fachärzte die Vorkommenshäufigkeit der einzelnen Depressionsschweregrade sehr ähnlich einschätzten: 81,8% der Fach- und 76,1% der Hausärzte identifizierten bei indirekter Erhebung der Diagnose über die Erfassung der Depressionssymptomatik ihrer Patienten eine mittelgradige bis schwere und 18,2% der Fach- bzw. 23,8% der Hausärzte eine subsyndromale bis leichte Depression (siehe auch Abbildung 11). Eine Gegenüberstellung mit der Patientensicht zeigt, dass sich Facharztpatienten bei ebenfalls indirekter Erfassung signifikant häufiger Majore Depressionswerte zuschreiben (65,2% vs. 47,3%) als Hausarztpatienten. Ein solcher Unterschied konnte aufgrund der ärztlichen Einschätzung nicht festgestellt werden. Die auf diesem Hintergrund durchgeführte Korrelationsanalyse ergab sowohl für Haus- als auch für Fachärzte einen gemeinsamen Varianzanteil von nur 0,07 (siehe auch Abbildungen 12-13) und damit eine nur geringe Übereinstimmung. Dass sich Arzt- und Patienteneinschätzungen deutlich unterscheiden können, zeigt die bereits oben zitierte deutsche Studie, die bei einem Vergleich zwischen der ärztlichen und patientenbezogenen Sicht auf den Behandlungserfolg ebenfalls keinen korrelativen Zusammenhang feststellen konnte (Schneider F, 2003). Mangelnde Übereinstimmung zwischen Ärzten und Patienten könnte als mögliche Ursache für Mängel beim Diagnostizieren interpretiert werden (siehe auch 3.2.1.1).

Des Weiteren konnte im Rahmen vorliegender Studie gefunden werden, dass die Behandlungsgeschichten für Haus- und Facharztpatienten unterschiedlich ausfallen. Während bei Facharztpatienten signifikant häufiger niedergelassene Psychotherapeuten oder sonstige Ärzte die depressiven Störungen (58,8% vs. 19%, resp. 43,2% vs. 29,9%) vorbehandelten,

taten dies bei Hausarztpatienten signifikant häufiger Hausärzte (72,3% vs. 53,9%) (siehe auch Abbildungen 44-45). Dieselbe Vorliebe fand sich auch für die vorherige Behandlung von anderen psychischen Störungen. Hausarztpatienten nahmen zudem häufiger, wenn auch nicht signifikant häufiger, die Hilfe psychologisch-psychiatrischer Ambulanz in Anspruch oder ließen sich in einem psychosomatischen oder einem allgemeinen Krankenhaus behandeln. Ähnlich oft waren die beiden Patientengruppen in einem psychiatrischen Krankenhaus, einer Reha- oder Tagesklinik. Können diese Befunde in der Literatur bestätigt werden? Die bereits zitierte amerikanische Studie fand ebenfalls, dass Facharztpatienten häufiger von Psychiatern oder Psychotherapeuten vorbehandelt worden sind (81% bzw. 56% der Facharztpatienten waren im Vorfeld beim Psychiater oder Psychotherapeuten, aber nur 1% bzw. 6% der Hausarztpatienten), ebenso, dass Hausarztpatienten weitaus häufiger von Hausärzten vorbehandelt wurden (94% der als depressiv diagnostizierten Hausarztpatienten im Vergleich zu 37% der Facharztpatienten wurden deswegen bereits vom Hausarzt behandelt) (Simon GE, 2001).

3.2.2.2. Reaktionen auf die Behandlung

Inwiefern unterscheiden sich die beiden Patientengruppen darin, wie gut sie die Medikamente einnehmen oder mit dem Arzt zusammenarbeiten? Gibt es Unterschiede in der Wahrnehmung der Behandlungsqualität oder des Therapieerfolgs? Die Befunde vorliegender Studie zeigen, dass die beiden Patientengruppen sich nur geringfügig darin unterschieden, wie sie auf die Behandlung reagierten. Facharztpatienten waren dabei bei beidseitig allgemein sehr hohen Bewertungen noch zufriedener und stärker „compliant“ als Hausarztpatienten. Sie gaben noch etwas häufiger an, ihre Medikamente ziemlich bis sehr genau einzunehmen (92,6% vs. 82%) bzw., die Behandlungsqualität gut bis ausgezeichnet zu finden (90,2% vs. 85%) (siehe auch Abbildungen 46-48). Die tieferen Zufriedenheitswerte für Hausarztpatienten entsprechen Befunden einer amerikanischen Studie, nach welcher Patienten, die ausschließlich von Hausärzten vorbehandelt wurden, der gängigen Depressionsbehandlung (Antidepressivagabe) gegenüber um Einiges negativer eingestellt waren als Facharztpatienten (Van Voorhees BW, 2003). Die jedoch insgesamt nachgewiesene hohe Bewertung der Behandlungsqualität vorliegender Studie steht im Widerspruch zur ebenfalls gefundenen hohen Rate an psychischen und physischen Zustandsverschlechterungen (siehe oben) bzw. zu einer relativ

hohen Nennung von Nebenwirkungen⁶¹ (Salis L, 2008b). Wie kann dieser Widerspruch erklärt werden?

Die günstigen Ergebnisse könnten im Zusammenhang mit dem Phänomen der hohen Patientenzufriedenheit gesehen werden. Es wird als Tendenz der Patienten definiert, Fragen nach der Qualität positiv zu beantworten, was gemäß einer deutschen Untersuchung mit der sozialen Erwünschtheit dieser Antwortform zusammenhängt; aber keineswegs immer der tatsächlichen Einschätzung entsprechen muss (Forche K, 2004; Loh A, 2007). Der Umgang mit psychischen Störungen in der Gesellschaft ist oft wegen der starken Stigmatisierung psychisch Kranker durch große Vorsicht geprägt (Gaebel W, 2005). Dieser Umstand kann ebenfalls im Zusammenhang mit den möglicherweise nicht der Realität entsprechend hohen Zufriedenheitswerten gesehen werden: Aus Angst, wegen psychischer Störungen diskriminiert und isoliert zu werden, hält man seine Erwartungen tief und ist froh, nicht weiter durch Unzufriedenheit aufzufallen. Ein weiterer Grund könnte sein, dass sich die depressiven Patienten nicht ausreichend für eigene Belange stark machen, was im Zusammenhang mit vermindertem Antrieb und mangelndem Selbstwertgefühl ja symptomatisch für das Krankheitsbild der Depression ist. Eine deutsche Untersuchung fand diesbezüglich, dass sich einige depressive Patienten im Behandlungsprozess orientierungslos oder ambivalent fühlten, dagegen aber nicht viel unternahmen, sondern mit scheinbarer Gleichgültigkeit reagierten (Simon D, 2006). Trotz dieser Erklärungen, welche ja auf dem Hintergrund widersprüchlicher Befunde (einerseits hohe Zufriedenheit, andererseits schlechter Zustand und Schilderung häufiger Nebenwirkungen) gemacht werden, ist es durchaus auch denkbar, dass die Patienten einfach zufrieden sind mit der Behandlung. In diese Richtung tendiert auch eine dänische Untersuchung, welche für Hausarztpatienten eine durchschnittliche Zufriedenheitsrate von rund 60% fand. Die Autoren konnten zudem zeigen, dass ältere Patienten zufriedener waren im Hinblick auf Informationsvermittlung und Effizienz der Behandlung (Kessing LV, 2006). Nicht bestätigen konnte vorliegende Studie auf Seiten der Patienten die häufig zitierte tiefe Bereitschaft, Medikamente einzunehmen oder die Behandlung zu befürworten.

3.2.2.3. Zusammenfassung

Auch im Hinblick auf die zweite Hypothese⁶², dass sich Hausarztpatienten grundlegend von Facharztpatienten unterscheiden, gibt es bestätigende Hinweise. Am deutlichsten wird dies bezüglich des Schweregrades der Krankheit ersichtlich: Facharztpatienten erweisen sich als

⁶¹ 21,1% der Facharzt- und 17,6% der Hausarztpatienten geben an, unter deutlich bis starken Nebenwirkungen zu leiden (siehe auch Abbildung 50).

⁶² Siehe Hypothese 2 „Hausarztpatienten und Facharztpatienten unterscheiden sich grundlegend in ihrer Art“

schwerer krank, psychosomatisch stärker belastet sowie als stärker in ihrem Wohlbefinden und in ihren sozialen Beziehungen beeinträchtigt. Bei Hausarztpatienten scheinen hingegen Lebensereignisse im Vorfeld der Erkrankung eine größere Rolle zu spielen als bei Facharztpatienten. Es gibt zu all diesen Befunde zahlreiche Bestätigungen in der Literatur (Schwenk TL, 1998; Simon GE, 2001). Uneinheitlich fielen die Befunde zu den Genesungsraten von Haus- und Facharztpatienten aus, wobei diese je nachdem, ob die Symptome über eine direkte Frage oder indirekt über einen Vergleich der Depressionssymptomatik vor und nach der Behandlung erfasst worden sind, sich als besser (direkt) oder schlechter (indirekt über Symptomatik) erwiesen. Als zusätzlich uneinheitlicher Befund zeigte sich die Diskrepanz zwischen einer insgesamt für beide Patientengruppen nachgewiesenen hohen Bewertung der Behandlungsqualität und einer ebenfalls gefundenen hohen Rate an psychischen und physischen Zustandsverschlechterungen (siehe oben) bzw. einer relativ hohen Nennung von Nebenwirkungen (Salis L, 2008b). Als mögliche Erklärungen für diese Diskrepanzen werden zum einen die soziale Erwünschtheit der positiven Antwortform und das damit in Zusammenhang gebrachte *Phänomen der hohen Patientenzufriedenheit*, zum anderen der allgemein wegen der depressiven Symptomatik vorherrschende Antriebsmangel herangezogen (Forche K, 2004; Komarahadi FL, 2004; Simon D, 2006). Dass es sich bei der Erfassung von Einflussgrößen auf die Genesung um ein komplexes Unterfangen handelt, das nicht einheitlich geklärt ist, findet Bestätigung in der Literatur (Mynors-Wallis L, 1997). Abschließend konnten dahingehend Unterschiede zwischen Haus- und Facharztpatienten festgestellt werden, als Erstere ihre Depression vor allem von Hausärzten und Letztere vorzugsweise von Fachärzten vorbehandeln ließen. Auch dieser Befund findet Wiederhall in der Literatur (Simon GE, 2001).

3.3. Integration der Ergebnisse

Die Befunde vorliegender Studie zeigen, dass sich Hausärzte in der Depressionsbehandlung deutlich unsicher fühlen und dass allgemein die Versorgungsqualität bei Haus- als auch bei Fachärzten verbesserungswürdig ist. Zudem verweisen Berichte zur aktuellen Lage der Depressionsversorgung darauf, dass auch auf struktureller Ebene Handlungsbedarf besteht (Berger M, 2005a; Berger M, 2005b). Im Folgenden soll nun anhand des im Rahmen vorliegender Arbeit entwickelten Modells des *Nucleusverbandes* ein Beitrag zur Erleichterung der Lage gemacht werden. Es knüpft an den vielerorts verdeutlichten Bedarf an

interdisziplinärer Zusammenarbeit⁶³ an und zeigt, wie Haus-, Fachärzte und Psychotherapeuten als drei wichtige Akteure in der ambulanten Depressionsversorgung voneinander profitieren und anhand der genutzten Synergien effizienter zusammenwirken können. Die Entwicklung des Modells wurde im Hinblick auf die aktuellste Lage in der Depressionsversorgungslandschaft erstellt und versteht sich als Ergänzung aktueller Modelle. Im Anschluss an eine nun folgende detaillierte Beschreibung des *Nucleusverbandes* soll denn auch dessen genaue Positionierung in Abgrenzung zu bestehenden Vorschlägen vorgenommen werden.

3.3.1. Der *Nucleusverband*^{©Lea Salis}

Insgesamt handelt es sich beim *Nucleusverband* um ein Modell, welches dafür konzipiert wurde, den Austausch zwischen den drei Versorgern Hausarzt, Facharzt und Psychotherapeut in der ambulanten Depressionsversorgung durch Nutzung von Synergien zu optimieren. Neu an diesem Modell sind seine unternehmerische Ausrichtung mit Fokus auf die Generierung von Mehrwert sowie die verbindliche Teilnahme der Mitglieder. Im Unterschied zu anderen wirtschaftlich ausgerichteten Verbänden kostet die Teilnahme nichts und der zeitliche Aufwand ist klein. Bereits bestehende Vorschläge zur Optimierung der ambulanten Depressionsbehandlung können in den *Nucleusverband* integriert werden (siehe 3.3.1.4.1.). Die Synergien, der Kompetenzgewinn, die erleichterte Kommunikation, die Eigenverantwortung und die größere funktional verwertbare Vernetzung zielen dabei auf die Entwicklung eines deutlichen Mehrwerts sowohl für Patienten wie auch für die einzelnen Mitglieder ab. Zu den Stärken des gebündelten Vorgehens in einer relativ kleinen Unternehmergruppe gehören neben einem erhöhten fachlichen Potenzial auch die Flexibilität im Umgang mit der Natur der Depressionserkrankung mit ihren oft schwer zu vereinheitlichenden rekurrierenden Verläufen, dem Bedarf an engmaschiger Nachsorge und persönlichem Bezug. Da die Patienten im *Nucleusverband* grundsätzlich gemeinsam von allen Teilnehmern und je nach Bedarf von einem speziellen Mitglied betreut werden, ist die flexible Anpassung an die jeweilige Bedürfnislage sofort möglich⁶⁴. Gleichzeitig fühlen sich die Patienten bei einem Wechsel zu einem anderen Versorger nicht gänzlich auf sich allein gestellt und in einer riesigen Angebotslandschaft verloren, sondern wissen genau, zu wem sie

⁶³ Basiert z.B. auf der Aussage, dass eine enge Kooperation zwischen den Versorgungsebenen am ehesten zu einer dauerhaften Stabilisierung des Behandlungserfolgs führt (Klesse C, 2007).

⁶⁴ Basiert auf der Tatsache, dass die Krankheit Depression oft von rekurrierenden Verläufen mit unterschiedlich stark ausgeprägten Symptomen geprägt ist (Hautzinger M, 1998).

weshalb überwiesen werden⁶⁵. Im Folgenden soll der *Nucleusverband* mit seinen strukturellen, organisatorischen und inhaltlichen Elementen konkret beschrieben werden.

Abbildung 56 *Nucleusverband*^{©Lea Salis}: Modell für die Art der Zusammenarbeit dreier Versorger ambulanter Leistungen in der Depressionsversorgung



⁶⁵ Basiert auf dem Befund, dass sich Patienten manchmal ambivalent und unsicher fühlen angesichts von Entscheidungen bezüglich der Versorgung (Simon D, 2006).

3.3.1.1.1. Strukturelle Elemente

Die strukturellen Elemente des *Nucleusverbandes* umfassen Mitglieder, den Patientenpool, klar akzentuierte Aufgaben sowie das Stattfinden eines regelmäßigen Austauschs (siehe Abbildung 56). Im Folgenden werden diese kurz beschrieben.

1. Mitglieder

Grundsätzlich sind alle Hausärzte, Fachärzte und Psychotherapeuten (sowohl ärztliche- wie auch psychologische-) angesprochen, sich in einem *Nucleusverband* zu organisieren. Wichtig ist, dass der *Nucleusverband* übersichtlich bleibt und nicht zu groß wird. Details zur Organisation des Verbandes folgen unter 3.3.1.4.

2. Gemeinsamer Patientenpool

Alle Patienten, welche von den Mitgliedern als depressiv identifiziert⁶⁶ werden, „zirkulieren“ in einem Behandlungspool und werden in Abhängigkeit der Diagnose gemäß aktueller Leitlinienempfehlungen⁶⁷ sowie unter Berücksichtigung ihrer eigenen Vorlieben⁶⁸ zu einem Mitglied überwiesen, welches den aktuellen Versorgungsbedarf am besten abdeckt.

3. Klar akzentuierte Aufgaben

Identifikation

Aufgrund der Bestimmung, dass Patienten in Deutschland ihre erstversorgenden Ärzte und seit dem Psychotherapeutengesetz auch Psychotherapeuten frei wählen dürfen (freie Arztwahl), erfolgt im *Nucleusverband* die Identifikation einer Depression von allen Mitgliedern gleichermaßen. Bezüglich des Ablaufs tritt also ein Patient mit seinen Beschwerden an ein beliebiges *Nucleusmitglied* heran und wird von ihm als depressiv identifiziert. Im Folgenden überweist das *Nucleusmitglied* diesen Patienten an andere Mitglieder des Verbandes, und zwar gemäß klar definierten Grundsätzen. Diese werden im Folgenden erläutert (siehe auch Tabelle 15).

⁶⁶ Die Identifikation wird von allen Mitgliedern durchgeführt. Dadurch soll der in Deutschland gängigen „freien Arztwahl“ Rechnung getragen werden.

⁶⁷ (Härter M, 2003d)

⁶⁸ Dazu: Partizipative Entscheidungsfindung (Loh A, 2007; Loh A, 2005; Simon, D, 2006)

Behandlung

Damit die Überweisungs- und Kommunikationsprozesse im *Nucleusverband* reibungsarm und effizient ablaufen können, ist eine klare Definition der Aufgaben und Pflichten der einzelnen Mitglieder unabdingbar. Die folgende verbindliche Rollenverteilung, welche jedoch auch gewechselt werden kann, wenn ein Arzt dazu qualifiziert ist (siehe unter Rollenwechsel), stellt das Herzstück des *Nucleusverbandes* dar. Sie erfordert von jedem Mitglied im Hinblick auf die Versorgung von Depressionen die verbindliche (für manche Versorger aber auch nach Absprache änderbare) Übernahme einer bestimmten Versorgerrolle. Dabei sind innerhalb des *Nucleusverbandes* gemäß den unterschiedlichen Ausbildungsprofilen der Mitglieder die Rollen mehr oder weniger fix festgelegt. Diese Festlegung der im Folgenden vorgestellten Stärkeprofile erfolgte aufgrund von Leitlinienempfehlungen und Befunden vorliegender Arbeit. Inhaltlich bedeuten diese Stärkeprofile, dass für *Hausärzte* aufgrund ihrer bereits in anderen Modellen eingeübten Funktion als Moderatoren, aufgrund ihrer Stärken in der medizinischen Grundversorgung und in der Behandlung von leichten Depressionen sowie in der Nachsorge ein Rollenprofil als Koordinator für den *Nucleusverband* im Hinblick auf die Depressionsbehandlung als Spezialisten für die körperliche Erstversorgung bzw. für die Begleitung der Kranken nach überstandener akuter Episoden bestimmt wird. Für *Fachärzte* ihrerseits sind für den *Nucleusverband* wegen ihres Expertenstatus Rollen als Mentoren für Hausärzte und bezüglich der direkten Behandlung solche als Spezialisten für schwere Fälle sowie für die Medikation vorgesehen. *Psychotherapeuten* schließlich bekleiden wegen ihrer Spezialisierung auf die Therapie im *Nucleusverband* ebenfalls eine Mentorenfunktion und sind für Patienten als Psychotherapeuten zuständig. Da es für Fachärzte und medizinische Psychotherapeuten eine Kompetenzüberschneidung im Bereich Psychotherapie und Medikation gibt, ist für diese beiden Versorger die Möglichkeit eines flexiblen Rollenwechsels geplant. Dies bedeutet, dass Fachärzte nach Prüfen des organisatorischen Bedarfs mit dem Koordinatoren auch die Rolle des Psychotherapeuten übernehmen, bzw. auch medizinische Psychotherapeuten nach Absprache mit dem Facharzt die Medikation annehmen können. Eine Übersicht über die verschiedenen Stärkeprofile und Rollen mit Angaben dazu, wer wann welche Patienten zu welchem Verbandspartner überweist, ist in Tabelle 15 festgehalten.

Tabelle 15 Stärkenprofile, Rollenverteilung und Überweisungswege innerhalb des
Nucleusverbandes ^{@Lea Salis}

Versorgertyp/ Rolle	Stärke	Defizit	Veränderung im Nucleusverband	Gleichbleibendes im Nucleusverband
Hausarzt Koordinator Körperlicher Grundversorger Nachsorger	*Medizinische Grundversorgung *Leichte Fälle *Nachsorge	*Psychotherapie *Psychiatrische Grundversorgung *Schwere Fälle	*Gibt schwere Fälle ab *Bekommt leichte Fälle *Führt Psychoedukation (Antistigma) durch	*Identifikation wird von allen gemacht.
Facharzt* Spezialist für schwere Fälle & Medikation Psychiatrische Grundversorger Mentor	*Schwere Fälle *Psychiatrische Grundversorgung	*Psychotherapie	*Gibt leichte Fälle ab *Bekommt schwere Fälle *Führt psychiatrische Grundversorgung durch *Gibt Vorlesungen und Feedbacks, sind Mentoren	
Psychotherapeut* Psychotherapeut Mentor	*Psychotherapie	*Medikation *Nachsorge *Psychiatrische Grundversorgung	*Gibt Medikation ab *Bekommt Psychotherapie-Klienten *Gibt Vorlesungen und Feedbacks, sind Mentoren	

*Flexibilität: Fachärzte können nach Absprache und Klärung der Möglichkeiten auch Rolle des Psychotherapeuten übernehmen, medizinische Psychotherapeuten können nach Absprache auch Medikamente verschreiben.

3.3.1.1.2. Organisatorische Elemente

Neben den oben beschriebenen strukturellen Elementen prägen folgende organisatorische Merkmale die Zusammenarbeit im *Nucleusverband*. Grundsatz der Zusammenarbeit ist, dass jedes Mitglied im Sinne einer Arbeit im Netzwerk ein wenig an im Umfang zumutbare Arbeitszeit sowie an Expertise investiert und später viel an zusätzlicher Wertschöpfung profitiert (siehe 3.3.1.1).

3.3.1.1.2.1. Gründung

Initiator

Die Gründung eines *Nucleusverbandes* erfolgt über einen Initiator, welcher Kollegen der betreffenden Fachrichtungen für die Mitgliedschaft gewinnt. Der Initiator koordiniert anfänglich die Verteilung und die Verwaltung der einzelnen Verbandsaufgaben, später kann er diese Koordinatorenfunktion teilen bzw. abgeben.

3.3.1.1.2.2. Mitglieder

Anzahl

Der Umfang eines *Nucleusverbandes* sollte nicht zu groß ausfallen. Günstig wäre es, wenn mindestens zwei und maximal zehn Mitglieder von jeder Fachrichtung teilnahmen. Dies bedeutet eine optimale Gesamtmitgliederzahl zwischen sechs und 30.

Aufnahme

Aufgenommen werden können nach Antrag beim Koordinator grundsätzlich alle Haus- und Fachärzte und alle medizinischen oder psychologischen Psychotherapeuten. Notwendig ist dabei, dass die potenziellen Teilnehmer die vertraglichen Statuten und Pflichten (siehe unten) befürworten und insbesondere mit der flexiblen Annahme der Versorgerrolle einverstanden sind. Zudem sollten sie sich dazu bereit erklären, im Rahmen des Vertrags aktiv und zuverlässig teilzunehmen.

3.3.1.1.2.3. Treffen

Plenum

Das Plenumtreffen findet einmal monatlich in einer beliebigen Praxisräumlichkeit statt. Es dient als Podium des Austauschs. Dabei finden je nach Bedarf Fallbesprechungen, gegenseitige Supervision oder Hilfestellung (z.B. beim Übermitteln von Arztbriefen oder Laborbefunden), aber auch Impulsvorträge der Mentoren (d.h. der Fachärzte oder Psychotherapeuten) zu bestimmten Themen statt. Diese monatlichen Treffen sind keine Weiterbildungsveranstaltungen, sondern zielen in erster Linie darauf ab, konkrete Probleme einem anderen Mitglied direkt vorzulegen und von dessen Expertise ohne Umwege zu profitieren. Die Plenumtreffen werden moderiert von den Koordinatoren (siehe Tabelle 15).

Versammlung

Einmal jährlich findet eine Vollversammlung statt, wo die Verbandsaufgaben neu verteilt werden und etwaige Unklarheiten beseitigt werden können. Hier gibt es die Möglichkeit, allgemeine Anregungen zur Verbesserung des *Nucleusverbandes* anzubringen. Die Moderation erfolgt über Mitglieder des Vorstandes.

Online Netzwerk

Die Kommunikation im *Nucleusverband* läuft über ein virtuelles Netzwerk. Es sind mehrere davon auf dem Markt, wobei es auch kostenlose Versionen gibt. Die Vorteile einer virtuellen Netzwerkkommunikation liegen auf der Hand: Die Mitglieder sind immer auf dem neuesten

Stand bezüglich Verfügbarkeit von Mentoren oder anderen Neuigkeiten, ohne dass dafür großer zeitlicher oder organisatorischer Aufwand anfiel.

3.3.1.1.2.4. *Verbandsaufgaben*

Die Zusammenarbeit und Nutzung des Potenzials basiert in ausgeprägtem Masse auf der im zeitlichen Ausmaß zumutbaren Mitarbeit der einzelnen Mitglieder. Folgende Aufgaben sollten dabei unter den Mitgliedern durch den Initiator vergeben werden.

1. *Vorstand*

Der Vorstand dient als Koordinations- und Anlaufstelle bei organisatorischen und sonstigen Fragen. Damit die Arbeit des Vorstands nicht das zumutbare Maß überschreitet, ist die Festlegung bestimmter zeitlicher Anfragegefäße geplant. Ebenfalls zuständig ist der Vorstand für repräsentative Aufgaben nach außen (Presse) sowie für die Bündelung von Weiterbildungsangeboten, welche von allen Teilnehmern gesammelt und beim Vorstand deponiert werden. Der Vorstand organisiert und moderiert zudem die jährliche Vollversammlung.

2. *Sekretariat*

Im Austausch mit dem Vorstand gilt es die Adressen der Mitglieder zu verwalten sowie anfallende schriftliche Aufgaben (Paperwork) zu erfüllen.

3. *Koordinatoren*⁶⁹

Koordinatoren moderieren und organisieren die monatlichen Plenumtreffen. In erster Linie sind Hausärzte für diese Rolle bestimmt, da sie heute schon diese Funktion in anderen Zusammenhängen ausüben.

4. *Mentoren*⁷⁰

Als Ratgeber, Mentoren oder einfach Experten fungieren die Fachärzte und Psychotherapeuten im *Nucleusverband*. Ihre Aufgabe ist es, in einem klar definierten Umfang von drei Anfragen wöchentlich, insgesamt aber nicht länger als eine halbe Stunde wöchentlich, für Fragen von Kollegen verfügbar zu sein. Hat ein Mentor diese Sollzeit geleistet, vermerkt er dies auf der virtuellen Plattform und ist so von der Mentorfunktion

⁶⁹ Die Maßnahme basiert auf der Tatsache, dass Hausärzte die Rolle der Koordinatoren bereits aus freiwilligen Qualitätszirkeln kennen (Härter M, 2004).

⁷⁰ Die Maßnahme basiert auf dem Befund, dass Fachärzte zwar gerne für Fragen zur Verfügung stehen, allerdings nicht zu für sie ungünstigen Zeiten und bei zu großem Aufwand (Marshall MN, 1998; Marshall MN, 1999) sowie auf demjenigen, dass Hausärzte Fachärzte oft als Mentoren wahrnehmen (Richardson LP, 2004)

befreit. Zusätzlich halten Mentoren im Rahmen des monatlichen Plenumtreffens Impulsvorträge zu ihnen wichtigen Themen.

5. Weiterbildung

Alle Mitglieder nehmen ein Mal pro Jahr an einer Weiterbildung im Bereich Depressionsbehandlung bzw. Versorgung psychischer Störungen teil. Vielfalt der genutzten Angebote ist erwünscht, weil sich durch die so gesteigerte Komplexität der Problemwahrnehmung die Qualität der Verbandsleistung weiter steigert. Konkretes Wissen über Weiterbildungsangebote wird gewonnen, indem alle Mitglieder fortlaufend Informationen zu Weiterbildungsangeboten sammeln und diese an den Vorstand weiterreichen.

3.3.1.1.2.5. Abrechnung der Leistungen

Die Behandlungsleistungen, welche im *Nucleusverband* von den drei Versorgergruppen erbracht werden, entsprechen inhaltlich zum Teil den Leistungen der Harburger Module 1, 2 und 5 (siehe unten bei 3.3.1.4.1.). Die *Nucleusmitglieder* könnten nach rechtlicher Klärung der Befugnis (siehe unten) auf die Abrechnungsform der Harburger Module zurückgreifen und ihre Leistungen wie dort modulbezogen abrechnen.

3.3.1.1.2.6. Kosten

Die Mitgliedschaft im *Nucleusverband* ist kostenlos, Beitragsspenden sind jedoch erwünscht. Immaterielle Kosten fallen auf Seiten der Mitglieder in Form von zu erfüllenden Pflichten gemäß Vertrag an.

3.3.1.1.2.7. Gewinn

Vorerst immaterieller Gewinn sind die empfangenen Rechte gemäß Vertrag sowie ein qualitativer Mehrwert durch Motivationssteigerung bei Arzt und Patient, erhöhte Planungssicherheit, höhere Flexibilität und einen Kompetenzgewinn (durch Vernetzung mit anderen Experten), der sich möglicherweise auch finanziell auswirkt.

3.3.1.1.2.8. Zeitaufwand⁷¹

- Ein Mal ein Treffen pro Monat
- Ein Mal ein Treffen pro Jahr
- Eine Weiterbildung pro Jahr. Der Vorstand sammelt Weiterbildungsangebote.

⁷¹ Geringer Zeitaufwand trägt dem Befund vorliegender Arbeit Rechnung, dass alle Ärzte immer unter Zeitknappheit leiden (siehe Barrieren).

- Drei Stunden pro Monat für Verbandsaufgaben
 - Für Hausärzte: Koordinationsaufgaben
 - Für Fach- und Psychotherapeuten: Mentoraufgaben (Anfragen bis zu drei Mal pro Woche, insgesamt aber nicht länger als eine halbe Stunde wöchentlich. Die Kommunikation der Verfügbarkeit erfolgt über ein virtuelles Netzwerk).
 - Für alle: restliche Aufgaben.

3.3.1.2. Besonderheiten mit resultierenden Stärken

Folgende Stärken sollen den *Nucleusverband* zu einem attraktiven Modell machen.

3.3.1.2.1. Unternehmerische Ausrichtung

Ausübende Ärzte mit eigener Praxis sind von ihrem Selbstverständnis her Unternehmer. Der *Nucleusverband* nimmt diesen Gedanken auf und zielt darauf ab, im unternehmerischen Sinne Mehrwert auf Basis einer Zusammenarbeit im Netzwerk zu generieren. Eine eigenverantwortliche Ausrichtung der Arbeit im *Nucleusverband* widerspiegelt dabei Forschung zu Motivationspsychologie (Motivationssteigerung bei selbstverantwortlicher Tätigkeit) (Amabile TM, 1996). In der Ausrichtung auf die Eigeninitiative der Ärzte wird denn auch eine straffere und effizientere Nutzung vorhandener Ressourcen wie z.B. der Qualitätszirkel (siehe bei 3.3.1.4.1.) gesehen.

3.3.1.2.2. Effizienz

Die vorhandenen Stärken in den Kompetenzprofilen der Ärzte werden so genutzt, dass Redundanzen aufgehoben und Synergien angezapft werden. Durch diese Effizienzsteigerung wird ein qualitativer und wirtschaftlicher Gewinn für alle Beteiligten erwartet.

3.3.1.2.3. Klarheit & Transparenz

Alle Kriterien, wonach wer wann zu wem überweist, bzw. was wer wann von wem zu erwarten oder zu leisten hat, werden allen Teilnehmern in einem Einführungsgespräch von einem dafür zuständigen Mitglied mitgeteilt (siehe 3.3.1.3). Anhand der genauen Kenntnis der Rechte und Pflichten, d.h. durch die Transparenz, wird gegenseitiges Vertrauen aufgebaut, was sich positiv auf die Unternehmenskultur und Motivation zur Teilnahme auswirkt.

3.3.1.2.4. Flexibilität

Dank der engen Vernetzung und der hohen Transparenz ist es jederzeit möglich, Behandlungsanpassungen vorzunehmen. Durch die so vermiedenen Fehlbehandlungen steigert sich die Behandlungsqualität und werden Kosten gespart.

3.3.1.2.5. Motivation

Die aktive Teilnahme im *Nucleusverband* erhöht sowohl die Motivation der Ärzte als auch diejenige der Patienten. Die Motivation der Ärzte wird dabei gesteigert durch den ständigen Zufluss an Patienten, durch gegenseitigen Austausch und Kompetenzgewinn, durch verminderte Isolation, reduzierte Überlastung, erhöhte Planungssicherheit sowie Flexibilität der Rollen für ausgebildete Teilnehmer (siehe unten). Die Motivation der Patienten wird dadurch erhöht, dass sie wissen, wer über längere Zeit für sie zuständig ist und wann ein Wechsel warum stattfindet sowie auch durch die Vielfalt der Behandlungsmöglichkeiten (auch Module 2-5 außerhalb) und die Flexibilität der Behandlungsform (Berücksichtigen der Schwere und Form der Krankheit).

3.3.1.2.6. Mehrwert und Qualität

Durch das ständige voneinander Lernen, die Weiterbildungen und das Reduzieren von Fehlbehandlungen verbessert sich die Leistung im *Nucleusverband* ständig, was sowohl Teilnehmern als auch Patienten zugute kommt.

3.3.1.3. Voraussetzungen

Damit die Stärken des *Nucleusverbandes* tatsächlich auch umgesetzt werden und sich als Gewinn für alle Beteiligten auswirken können, braucht es folgende Gegebenheiten:

1. Die gesetzlichen Grundlagen für Egalisierung der Vergütung der Teilnehmer
2. Genaues Festlegen der Statuten des Vertrags mit Rechten und Pflichten (siehe unten)
3. Rechtliche Klärung der Abrechnungsart: Ist die teilweise Übernahme der Abrechnungsart anderer Modelle (z. B. Harburger Module) möglich?
4. Juristische Vertragserstellung
5. Evaluation und Pilotprojekt

Zur Erbringung dieser Forderungen ist weitere Forschungstätigkeit notwendig (siehe 3.4.).

3.3.1.4. Begründung und Verwendungsrahmen

Gemäß aktuellen Berichten braucht es in Deutschland neue ökonomische Modelle, welche dabei helfen, die strukturelle Abschottung zwischen den Versorgungsstrukturen zu überwinden. Obwohl die gesetzlichen Grundlagen dafür seit dem Gesundheitsreformgesetz von 2000 bestehen und seit dem GKV Modernisierungsgesetz 2004 noch vereinfacht wurden, wurden sie kaum ausgeschöpft (Fritze J, 2005). Der *Nucleusverband* soll hierzu einen Beitrag leisten, indem er dafür konzipiert wurde, die Interaktion zwischen den Versorgern zu verbessern.

3.3.1.4.1. Abgrenzung von und Synergien mit aktuellen Modellen

Im Folgenden wird der *Nucleusverband* auf dem Hintergrund der aktuellen Versorgungslandschaft besprochen und von anderen Modellen abgegrenzt, bzw. Vorschläge dazu gemacht, wie er mit ihnen zusammen genutzt werden könnte.

3.3.1.4.1.1. Harburger Modell⁷²

Das *Harburger Modell* wurde evidenzbezogen für die Optimierung der integrierten Versorgung entwickelt und wird bereits in Harburg eingesetzt, nachdem entsprechende Verträge mit den Krankenkassen abgeschlossen worden sind. Konkret können sich Patienten dafür entscheiden, sich bei den Krankenkassen in *der integrierten Versorgung* einzuschreiben und infolgedessen bei Bedarf bestimmte Leistungsmodule in Anspruch zu nehmen. Einstieg ist in jedem Krankheitsstadium möglich und Kombinationen der verschiedenen Module sind im Konzept enthalten. Die fünf Module beziehen sich auf das gesamte Versorgungsspektrum für Depressionen (Haus- und Fachärzte, Klinik, Psychotherapie, Rehabilitation).

Wodurch unterscheidet sich der *Nucleusverband* vom Harburger Modell? Anders als das Harburger Modell bezieht sich der *Nucleusverband* auf die *Art der Interaktion* der Leistungserbringer und nicht auf die detaillierte inhaltliche Abgrenzung der medizinischen Behandlungsleistungen⁷³. Während sich der Arzt im Harburger Modell als Alleinunternehmer versteht, betrachtet sich der Arzt im *Nucleusverband* als Mitglied eines funktionalen Netzwerks mit gegenseitigen, verbindlich zu erbringenden Leistungen. Zusätzlich unterscheidet sich die Ebene der Betrachtung. Während das Harburger Modell „top down“ und auf Systemebene ein Konzept zur Optimierung der Leistungserbringung anbietet (siehe auch Abbildung 57), stellt der *Nucleusverband* ein Konzept dar, welches auf *Versorgerebene* Individualstrukturen für eine optimierte Zusammenarbeit mit Vorschlägen zur gegenseitigen Vernetzung und gewinnbringender Nutzung kollegialer Expertise anbietet.

Infolge der identifizierten Unterschiede sind Kombinationen der beiden Modelle insofern gut vorstellbar, als Mitglieder des *Nucleusverbandes* ihre Leistungen gemäß den entsprechenden Modulen im Harburger Modell abrechnen könnten oder, anders betrachtet, dass Ärzte, welche ihre Leistungen gemäß dem Harburger Modell abrechnen, sich in einem *Nucleusverband* organisieren. Die beiden Modelle ergänzen einander somit. Konkret würde eine Bezugnahme auf das Harburger Modell bedeuten, dass *Nucleusmitglieder* ihre Leistungen im Rahmen von

⁷² (Berger M, 2006)

⁷³ Im *Nucleusverband* sind in Form der unterschiedlichen Rollenprofile der Mitglieder schon inhaltliche Behandlungsschwerpunkte definiert (siehe Tabelle 14), welche jedoch in erster Linie der Optimierung der Interaktion *zwischen den Versorgern* dienen und sich *nicht* auf die Abrechnung der Leistungen bzw. auch *nicht* auf die Interaktion mit den Krankenkassen beziehen.

Modul eins (haus- und fachärztliche Leistungen), zwei (hochfrequente, ambulante Komplexeleistung) und fünf (Therapiegruppe chronischer Verlauf) abrechnen.

3.3.1.4.1.2. *Ambulante Qualitätszirkel*⁷⁴ (*Integrierte Versorgung*)

Ambulante Qualitätszirkel sind freiwillige Zusammenschlüsse von Ärzten mit dem Ziel des interdisziplinären Informationsaustauschs und der Weiterbildung. Sie fungieren als Schlüsselmaßnahmen für eine kontinuierliche Qualitätsverbesserung in der Medizin und werden so der seit dem Gesundheitsreformgesetz geforderten Qualitätssicherung in der Medizin gerecht. In Deutschland sind zurzeit ein Drittel der Ärzte in Qualitätszirkeln organisiert. Es gibt in Umfang und Art sehr unterschiedliche Formen von Qualitätszirkeln, wobei die Zielsetzungen von der Überprüfung von Leitlinien über deren Entwicklung bis zum interventionsbezogenen Austausch reichen. Worin unterscheidet sich der *Nucleusverband* von einem Qualitätszirkel? Im Unterschied zu den Qualitätszirkeln ist die Mitgliedschaft im *Nucleusverband* verbindlich und wirkt sich strukturell auf den alltäglichen Arbeitsprozess aus. Das geschieht in erster Linie dadurch, dass sich das einzelne Mitglied im *Nucleusverband*, anders als im Qualitätszirkel, zur Übernahme und Leistung einer bestimmten Versorgerrolle verpflichtet und diese durchgängig pflegt. Das Mitglied gibt und bekommt dafür klar definierte Leistungen gemäß einem klar definierten Vertrag. Insgesamt betrifft eine Mitgliedschaft im *Nucleusverband* die alltägliche Arbeit mit depressiv Kranken *verbindlicher* als eine solche im Qualitätszirkel. Da es sich auch bei den Qualitätszirkeln um eine Maßnahme zur Qualitätssteigerung auf Versorgerebene handelt, gilt es nach rechtlicher Klärung bereits geschaffene Produkte von Qualitätszirkeln (z.B. Schulungsprogramme) als Synergien zu nutzen. Möglicherweise lassen sich durch vom *Nucleusverband* ständig generierten Bedarf an Weiterbildungen die Bedingungen schaffen, welche es dazu braucht, damit sich die Teilnehmer auch längerfristig freiwillig in Qualitätszirkeln engagieren. Dies könnte die mangelnde Verbindlich- und Freiwilligkeit⁷⁵, welche in bestehenden Qualitätszirkeln identifiziert worden sind, reduzieren und damit optimieren helfen.

3.3.1.4.1.3. *Case-Management*⁷⁶ und *Partizipative Entscheidungsfindung*⁷⁷

Unter *Case-Management*⁷⁸ versteht sich die interdisziplinäre, engmaschige Begleitung von Patienten durch das Versorgungsangebot mit dem Ziel der individuell optimalen sozialen

⁷⁴ (Härter M, 2004)

⁷⁵ (Härter M, 2004)

⁷⁶ (Klesse C, 2007)

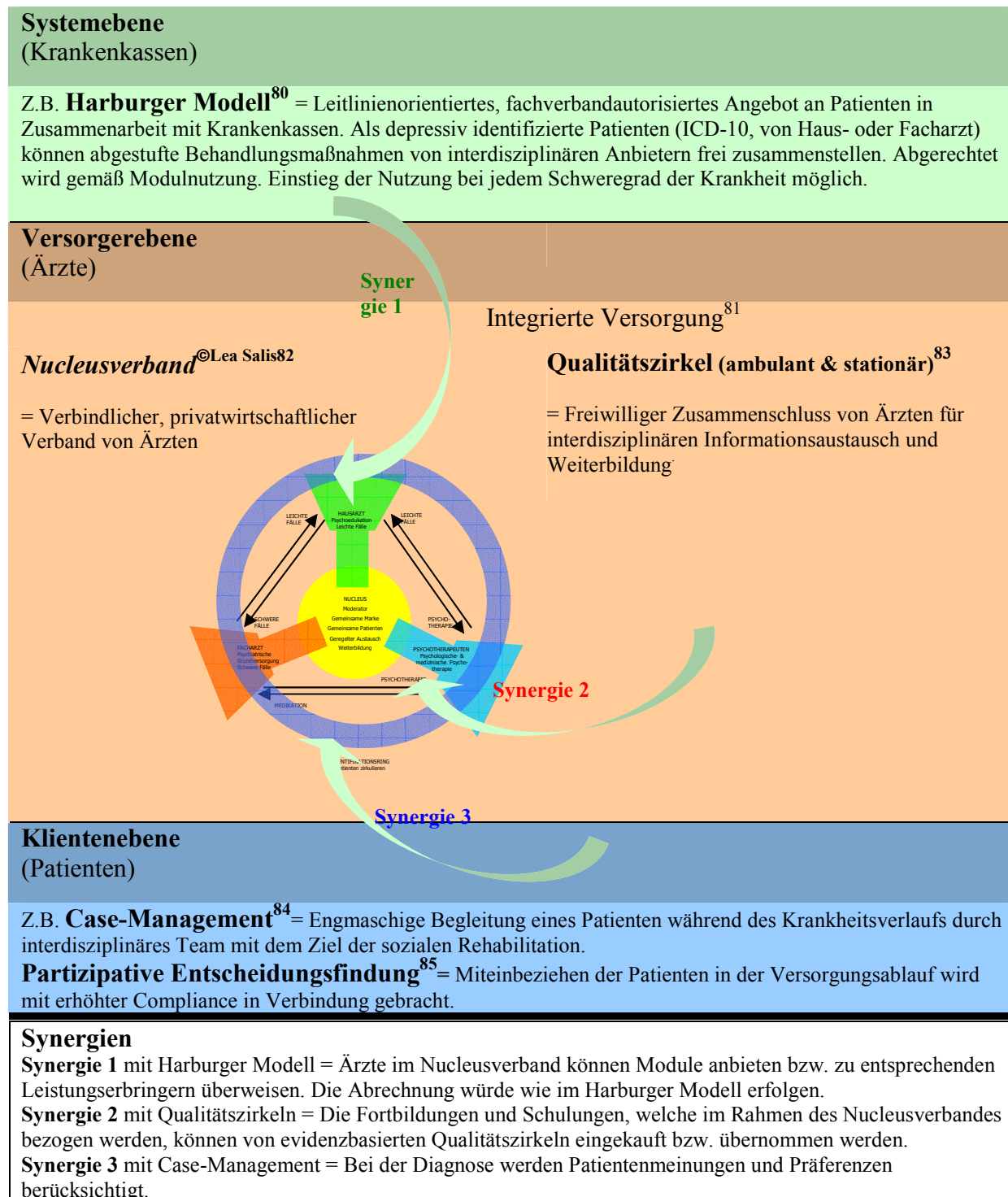
⁷⁷ (Härter M, 2005)

⁷⁸ (Klesse C, 2007)

Rehabilitation. Es gibt mehrere Formen von Case-Managements. Der Prozess findet auf der Ebene des Individuums statt und wird meistens von einem Hausarzt koordiniert. Der Fokus auf die Sichtweise des Patienten wird auch im Zusammenhang mit Forschung zur *Partizipativen Entscheidungsfindung*⁷⁹ gemacht. Neuere Befunde dazu zeigen, dass sich viele Aspekte des Behandlungsqualität auf Seiten der Patienten, wie Akzeptanz der Diagnose, der Behandlung, Zuverlässigkeit der Medikamenteneinnahme, Genesungsrate und Zufriedenheit verbessern, wenn Patienten stärker in den Entscheidungsprozess miteinbezogen werden (Loh A, 2005). Der *Nucleusverband* trägt dieser positiven Wirkung dadurch Rechnung, dass Patienten bei der Festlegung ihres Behandlungsplans Vorlieben nennen können. Der Umstand, dass der *Nucleusverband* aus einer fixen Anzahl von Mitgliedern besteht, welche alle festgesetzte Versorgerrollen innehaben, dürfte sich zudem positiv auf das Sicherheitsempfinden von Patienten auswirken. Auf der Ebene des Patienten zielt der *Nucleusverband* also sowohl darauf ab, den Patienten mit einzubeziehen (Partizipative Entscheidungsfindung) als auch, im Sinne eines Case-Managements, die für ihn angemessenste Behandlungsform zu finden.

⁷⁹ (Härter M, 2005)

Abbildung 57 Positionierung des *Nucleusverbandes*^{©Lea Salis} in der aktuellen Versorgungslandschaft mit Hinweisen zu Synergien mit anderen Modellen



⁸⁰ Z. B. (Klesse C, 2007)

⁸¹ Z. B. (Berger M, 2006)

⁸² (Salis L, 2008a)

⁸³ Z. B. (Brand S, 2005; Härter M, 2005)

⁸⁴ Z. B. (Klesse C, 2007)

⁸⁵ Z. B. (Härter M, 2005)

3.4. Ausblick

Welche weiterführende Forschung ist aufgrund der durchgeführten Untersuchung sinnvoll? Die nun folgende Darlegung der aufgeworfenen Fragestellung bezieht sich zum einen auf die im Rahmen der empirischen Untersuchung gefundenen offenen Fragen und zum anderen auf das im Rahmen vorliegender Untersuchung entwickelte Modell des *Nucleusverbandes*.

3.4.1. Weiterführende Fragestellungen zum empirischen Teil

Der Befund vorliegender Arbeit, dass Haus- und Fachärzte insgesamt eine verbesserungswürdige Qualität in der Depressionsversorgung liefern, wird von vielen anderen Studien gestützt z.B. (Sartorius N, 1996; Schneider F, 2004). Gleichwohl gibt es einige wenige, die von überraschend hohen Erkenntnisraten und Behandlungskompetenzen im ambulanten Sektor berichten. Im Rahmen weiterführender Fragestellungen könnte diesem Widerspruch in der berichteten Qualität weiter nachgegangen werden (Jacobi F, 2002; Wittchen, 2001).

Des Weiteren könnte die im Rahmen vorliegender Studie bestätigten *Divergenz zwischen Arzt- und Patientensicht* auf den Gesamterfolg der Behandlung weiter elaboriert werden, indem überprüft würde, ob diese Divergenz auch bei Stichproben zu finden ist, welche durch keinen starken Dropout der Patienten gekennzeichnet sind⁸⁶. Im Detail ginge es hierbei darum, die Arzt- und Patientensicht auf verschiedenste Konstrukte der Behandlungsqualität systematisch paarweise zu erfassen und hypothesengeleitet auf Einflussfaktoren hin zu überprüfen. Im Rahmen vorliegender Studie bot sich in diesem Zusammenhang das Vorhandensein von sozialer Erwünschtheit als Einflussoption an. Diese These unterstützt der im Rahmen vorliegender Studie erbrachte zusätzliche Befund, dass die Divergenz zwischen ärztlich hoher- und patientenbezogen tiefer Einschätzung des Behandlungserfolgs nur dann zutage trat, wenn die Erfassung der Meinung indirekt über die Erhebung von depressiven Symptomen erfolgte und nicht zu eruieren war, wenn die Patienten direkt nach ihrer gesundheitlichen Verfassung gefragt wurden (siehe Abbildungen 50-53 bzw. 49). Weitere Befunde zu Unterschieden zwischen Arzt- und Patientensicht könnte so zur Klärung beitragen, warum es eine Rolle spielt, dass eine Einschätzung direkt oder indirekt erfasst wird. In ähnlicher und darüber hinausgehender Weise könnten zukünftige Untersuchungen allgemein die *Wirkungsweisen von sozialer Erwünschtheit und auch Stigma auf die Rezeption*

⁸⁶ Im Rahmen vorliegender Studie standen nach sechs Wochen von ursprünglich 346 Patienten noch 188 zur Verfügung, welche sich von ersteren allerdings im Hinblick auf soziodemografischen Daten und im Hinblick auf den Schweregrad ihrer Krankheit nicht unterschieden (siehe Abbildung 11), weshalb das reduzierte Stichprobe als für die Gesamtstichprobe repräsentativ angesehen wurde (siehe auch 2.2.6).

der Behandlung untersuchen, indem systematisch und im Hinblick auf weitere Konstrukte im Behandlungsablauf überprüft wird, ob sich die Einstellung zur Behandlung in Abhängigkeit einer direkten oder indirekten Erfassung verändert.

Zusätzlich wäre es wünschenswert, die Hintergründe des *hausärztlichen Zwiespalts zwischen Anspruch einerseits und Kapazität und Können andererseits* besser zu verstehen. In diesem Zusammenhang wäre es interessant zu überprüfen, inwiefern die von der Politik geforderte Schlüsselrolle der Hausärzte, auch im Hinblick auf die Erstversorgung von psychisch Kranken, tatsächlich von den Hausärzten aufgenommen wird (siehe 3.2.1.3. & 3.2.1.4.). Zur möglichst wirklichkeitsnahen Erfassung der hausärztlichen Meinung und um die verfälschende Wirkung der Selbstselektion ausschließen zu dürfen, könnten alternative Untersuchungsdesigns wie Feldstudien in Betracht gezogen werden.

Interessant wäre es auch, mehr darüber zu erfahren, warum Hausärzte nur ungern zu psychologischen Psychotherapeuten überweisen (siehe Abbildung 35), bzw. allgemein detailliertere *Information zu Vorlieben und Barrieren im Zusammenhang mit Überweisungen* zu erhalten. Als günstige Untersuchungsdesigns haben sich auf diesem Hintergrund qualitative Verfahren herausgestellt (Marshall MN, 1998; Marshall MN, 1999).

Schließlich wäre es hilfreich zu ergründen, ob es bei der Erfassung der Behandlungsqualität einen Unterschied macht, ob letztere anhand der adäquaten Dosierung oder anhand adäquater Diagnose, bzw. adäquater Medikation mit Antidepressiva operationalisiert wurden (siehe 3.2.1.2.).

Ebenfalls im Zusammenhang mit den Barriereinschätzungen müsste überprüft werden, ob die *starke Barriereempfindung* in vorliegender Studie mit einem niedrigen Grad an Vorerfahrung mit psychischen Störungen oder mit dem Vorhandensein eines biologisch-körperlichen Versorgungskonzepts in Zusammenhang gebracht werden können (siehe 3.2.1.3).

3.4.2. Weiterführende Fragestellungen zum *Nucleusverband*^{©Lea Salis}

Insgesamt notwendig ist es, die rechtlichen Grundlagen einer möglichen Umsetzung des *Nucleusverbandes* in die Praxis zu prüfen. Im Speziellen wichtig sind dabei Themen wie

- Beseitigen von ungerechtfertigten Unterschieden in den Leistungsabrechnungen⁸⁷ der beteiligten Versorger, weil nur auf der Basis eines grundsätzlichen Vertrauens in Gleichberechtigung die im Modell erwünschte Zusammenarbeit stattfinden kann.

⁸⁷ Siehe dazu (Berger M, 2005a)

- Vertragserstellung mit genauer Festlegung der gegenseitigen Versorgerrollen mit Rechten und Pflichten (siehe 3.3.1.1.2).
- Abklärung der vorgeschlagenen Synergien mit bestehenden Modellen: Ist die teilweise Inanspruchnahme rechtlich möglich und von den Autoren erwünscht (3.3.1.4.1.)?
- Evaluation und Implementierung des Modells in einem gestuften Vorgehen (Pilotphase, Implementierung, Evaluation).

Anhang A & B

Siehe beigelegte CD-Rom.

Literaturverzeichnis

- Adler DA, Irish J, McLaughlin TJ, Perissinotto C, Chang H, Hood M, Lapitsky L, Rogers WH, Lerner D (2004). The work impact of dysthymia in a primary care population. *General Hospital Psychiatry*, 26, 269-276.
- Aikens JE, Kroenke K, Swindle RW, Eckert GJ (2005). Nine-month predictors and outcomes of SSRI antidepressant continuation in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 27, 229-236.
- Aldendorff JB (2002). *Depression in Forschung und Lehre*. Berlin: Springer.
- Althaus D, Niklewski G, Schmidtke A, Felber W, Kunz J, Lehfeld H, Hegerl U (2003). Ergebnisse nach neun Monaten Intervention des "Nürnberger Bündnis gegen Depression". *Psychoneuro*, 29(1+2), 28-34.
- Amabile TM (1996). *Creativity in context*. Colorado: Westview Press.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Barth-Stopik A (2002). *Strukturen, Abläufe & Maßnahmen zur Optimierung der Versorgung depressiver Patienten beim Psychiater*. Berlin: Springer.
- Baumeister H, Härter M (2007). Prevalence of mental disorders based on general population surveys. *Soc Psychiatr Epidemiol*, 42, 537-546.
- Bellon JA, Delgado A, De Dios Luna J, Lardelli P (1999). Psychosocial and health belief variables associated with frequent attendance in primary care. *Psychological Medecine*, 29, 1347-1357.
- Berger M (2006). Integrierte Versorgung Depression. *Nervenarzt*, 77, 618-623.
- Berger M. (2005a). *Die Versorgung psychisch Erkrankter in Deutschland - unter besonderer Berücksichtigung des Faches "Psychiatrie & Psychotherapie"*. Berlin: Springer.
- Berger M, Bergman F, Roth-Sackenheim C (2005b). *Wer behandelt in Zukunft schwer psychisch Erkrankte?* Berlin: Springer.
- Bermejo I, Schneider F, Kratz S, Härter M (2003). Entwicklung und Evaluation einer Basisdokumentation zur leitlinienorientierten ambulanten Versorgung depressiver Patienten. *Z. ärztl. Fortb. Qual.sich. (ZaeFQ)*, 97 (suppl. IV), 36-43.
- Bermejo I, Lohmann A, Berger M, Härter M (2002). Barrieren und Unterstützungsbedarf in der hausärztlichen Versorgung depressiver Patienten. *Z. ärztl. Fortb. Qual. sich. (ZaeFQ)*, 96, 605-613.
- Bijl RV, Ravelli A, Van Zessen G (1998). Prevalence of psychiatric disorders in the general population: Results of the netherlands mental health survey and incidence study (NEMESIS). *Soc Psychiatr Epidemiol*, 33, 587-595.
- Boerma WGW, Verhaak P (1999). The general practitioner as the first contacted health professional by patients with psychosocial problems: An European study. *Psychological Medecine*, 29, 689-696.
- Bortz J (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.
- Brand S, Härter M, Sitta P, Van Claker D, Menke R, Heindl A, Herold K, Kudling R, Luckhaus C, Rupprecht U, Sanner D, Schmitz D, Schramm E, Berger M, Gaebel W, Schneider F (2005). Datengestützte Qualitätszirkel in der stationären Depressionsbehandlung. *Nervenarzt*, 76(865-874).
- Brody DS (2002). How can psychiatry and primary care work together more effectively to manage patients with mental disorders? *Psychiatric Annals*, 32 (9), 535-540.
- Bullinger M, Kirchberger I (1998). *SF-36. Fragebogen zum Gesundheitszustand*. Göttingen: Hogrefe.

- Busse R, Riesberg A (2005). *Gesundheitssysteme im Wandel: Deutschland*. Kopenhagen: WHO Regionalbüro für Europa im Auftrag des Europäischen Observatoriums für Gesundheitssysteme und Gesundheitspolitik.
- Campbell SM, Hann M, Hacker J, Burns C, Oliver D, Thapar A, Mead N, Gelb Safran D, Roland MO (2001). Identifying predictors of high quality care in English general practice: Observational study. *BMJ*, 323, 1-6.
- Chen H, Parker G, Kua J, Jorm A, Loh J (2000). Mental health literacy in Singapore: A comparative survey of psychiatrists and primary health professionals. *Ann Acad Med Singapore*, 29, 467-473.
- Chiechanowski P, Russo J, Katon W, Simon G, Ludman E, Von Korff M, Young B, Lin E (2006). Where is the patient? The association of psychosocial factors and missed primary care appointments in patients with diabetes. *General Hospital Psychiatry*, 28, 9-17.
- Crawford MJ, Prince M, Menezes P, Mann AH (1998). The recognition and treatment of depression in older people in primary care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13, 172-176.
- Diesvold T, Sandlund M, Hansson L, Christiansen L, Göstas G, Lindhardt A, Saarento O, Sytema S, Zandren T (1998). Factors associated with referral to psychiatric care by general practioners compared with self-referrals. *Psychological Medecine*, 28, 427-436.
- Donoghue JM, Tylee A (1996). The treatment of depression: Prescribing patterns of antidepressants in primary care in the UK. *British Journal of Psychiatry*, 168, 164-168.
- Fartacek R (2003). *Der suizidale depressive Patient*. Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Forche K (2004). *Der Einfluss der erlebten Beziehungsqualität zwischen Arzt und Patient und des Grades der Depression der Patienten auf die Zufriedenheit der psychiatrischen Patienten*. Köln: Diss. Univ. Köln.
- Ford DE (2006). Primary care physicians perspective on management of patients with depression. *Journal of Managed Care Pharmacy*, 12 (2 Suppl.), 10-13.
- Fritze J (2005). Integrierte Versorgung: Was ist das? Wie funktioniert das? In Berger M, Fritze J, Roth-Sackenheim C, Vorderholzer U (Hrsg.), *Die Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland. Aktuelle Stellungnahmen der DGPPN 2003-2004*. Berlin: Springer.
- Gabbay M, Shiels C, Bower P, Sibald B, King M, Ward E (2003). Patient-practioner agreement: Does it matter? *Psychological Medecine*, 33, 241-251.
- Gaebel W, Zäske H, Baumann A (2005). Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch Erkrankter als Herausforderung für die Gesundheitsversorgung in Deutschland. In Berger M, Fritze J, Roth-Sackenheim C, Vorderholzer U (Hrsg.), *Die Versorgung psychischer Erkrankungen in Deutschland. Aktuelle Stellungnahmen der DGPPN 2003-2004*. Berlin: Springer.
- Gask L (2005). Overt and covert barriers to the integration of primary and specialist mental health care. *Social science and medicine*, 61, 1785-1794.
- Grembovski DE, Martin D, Patrick DL, Diehr P, Katon W, Williams B, Engelberg R, Novak L, Dickstein D, Deyo R, Goldberg HI (2002). Managed care, access to mental health specialists and outcomes among primary care patients with depressive symptoms. *J Gen Intern Med*, 17, 258-269.
- Hahn SR, Thompson K, Wills TA, Stern V, Budner NS (1994). The difficult doctor-patient relationship: Somatization, personality and psychopathology. *J Clin Epidemiology*, 47(6), 647-657.

- Hall J, Irish J, Roter DL, Ehrlich CM, Miller LH (1994). Gender in medical encounters: An analysis of physician and patient communication in a primary care setting. *Health Psychology, 13*(5), 384-392.
- Härter M, Bermejo I, Ollenschläger G, Schneider F, Gaebel W, Hegerl U, Niebling W, Berger M (2006). Improving quality of care for depression: The German action programme for the implementation of evidence-based guidelines. *International Journal for Quality in Health Care, 18* (2), 113-119.
- Härter M, Loh A, Spies C (2005). *Gemeinsam entscheiden, erfolgreich behandeln. Neue Wege für Ärzte und Patienten im Gesundheitswesen*. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Härter M, Tausch B (2004). Anspruch und Wirklichkeit von Qualitätszirkeln in der ambulanten Versorgung. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschungs-Patientenschutz, 47*, 118-124.
- Härter M, Bermejo I, Dausend S, Schneider F, Gaebel W, Berger M (2003a). Entwicklung und Evaluation von Diagnose- und Therapieempfehlungen. *Psychoneuro, 29*(5), 217-226.
- Härter M, Bermejo I, Kratz S, Schneider F (2003b). Fortbildungs- und Qualitätsmanagement-Maßnahmen zur Implementierung von Leitlinien. *Z. ärztl. Fortb. Qual.sich. (ZaeFQ), 97* (Suppl. IV), 36-43.
- Härter M, Bermejo I, Schneider F, Gaebel W, Niebling W, Berger M (2003c). Umfassendes ambulantes Qualitätsmanagement in der Versorgung depressiver Patienten. *Z. ärztl. Fortb. Qual.sich. (ZaeFQ), 97* (Suppl. IV), 9-15.
- Härter M, Bermejo I, Schneider F, Kratz S, Gaebel W, Hegerl U, Niebling W, Berger M (2003d). Versorgungsleitlinien zur Diagnostik und Therapie depressiver Störungen in der hausärztlichen Praxis. *Z. ärztl. Fortb. Qual.sich. (ZaeFQ), 97* (Suppl IV), 16-35.
- Härter M, Bermejo I, Niebling W, Schneider F, Gaebel W, Berger M (2002). Vernetzte Versorgung depressiver Patienten - Entwicklung eines Behandlungskorridors und Implementierung evidenzbasierter Behandlungsempfehlungen. *Z. Allg. Med., 78*, 231-238.
- Härter M (2000). Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen. *Psychother Psychosom med Psychol, 50*, 274-286.
- Hartley D, Korsen N, Bird D, Agger M (1998). Management of patients with depression by rural primary care practitioners. *Arch Fam Med, 7*, 139-145.
- Hautzinger M (1998). *Depression* (Vol. 4). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Höfler M, Wittchen HU (2000). Why do primary care doctors diagnose depression when diagnostic criteria are not met? *Int Journ Methods in Psychiatric Research, 9*(3), 110-120.
- Jacobi F, Wittchen HU, Hölling C, Höfler M, Pfister H, Müller N, Lieb R (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: Results from the German health interview & examination survey (ghs). *Psychological Medicine, 34*, 597-611.
- Jacobi F, Höfler M, Meister W, Wittchen HU (2002). Prävalenz, Erkennens- und Verschreibensverhalten bei Depressionen. Eine bundesdeutsche Hausarztstudie. *Nervenarzt, 73*, 651-658.
- Jorm AF, Korten AE, Jacomb PA, Rodgers B, Pollitt P (1997). Beliefs about the helpfulness of interventions for mental disorders: A comparison of general practitioners, psychiatrists and clinical psychologists. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 31*, 844-851.
- Jung HP, Wensing M, Grol R (2002). Comparison of patients' and general practitioners' evaluations of general practice care. *Qual Saf Health Care, 11*, 315-319.

- Kapur N, Hunt I, Lunt M, Mc Beth J, Creed F, Macfarlane G (2004). Psychosocial and illness related predictors of consultation rates in primary care- a cohort study. *Psychological Medecine*, 34, 719-728.
- Kessing LV, Hansen HV, Ruggeri M, Bech P. (2006). Satisfaction with treatment among patients with depressive and bipolar disorders. *Soc Psychiatr Epidemiol*, 41, 148-155.
- Kessing LV, Hansen HV, Demyttenaere K (2005). Depressive and bipolar disorders: Patient attitudes and beliefs towards depression and antidepressants. *Psychological Medecine*, 35, 1205-1213.
- Kisely S, Linden M, Bellantuono C, Jones J (2000). Why are patients prescribed psychotropic drugs by general practionners? Results of an international study. *Psychological Medicine*, 30, 1217-1225.
- Klesse C, Bermejo I, Härter M (2007). Neue Versorgungsmodelle in der Depressionsbehandlung. *Nervenarzt*, 78 (Suppl. 3), 585-596.
- Klinkman MS, Coyne CJ, Gallo S, Schwenk TL (1998). False positives, false negatives, and the validity of the diagnosis of major depression in primary care. *Arch Fam Med*, 7, 451-461.
- Komarahadi FL, Maurischat C, Härter M, Bengel J (2004). Zusammenhänge von Depressivität und Ängstlichkeit mit sozialer Erwünschtheit bei chronischen Schmerzpatienten. *Schmerz*, 18, 38-44.
- Kua JHK, Parker G, Lee C, Jorm AF (2000). Beliefs about outcomes for mental disorders: A comparative study of primary health practionners and psychiatrists in Singapore. *Singapore Med*, 41(11), 542-547.
- Kühn KU, Quednow BB, Barkow K, et al. (2002). Chronifizierung psychosozialer Behinderung der depressiven Erkrankungen bei Patienten in der Allgemeinarztpraxis im Einjahresverlauf - Ergebnisse aus einer Studie der Weltgesundheitsorganisation. *Nervenarzt*, 73, 644-650.
- Lecrubier Y (2001). The burden of depression and anxiety in general medecine. *J Clin Psychiatry*, 62 (Suppl 8), 4-9.
- Lépine JP, Gastpar M, Mendlewicz J, Tylee A (1997). Depression in the community: The first pan-european study depres (depression research in european society). *International Clinical Psychopharmacology*, 12, 19-29.
- Levine S, Unützer J, Yip JY, Hoffing M, Leung M, Fan MY, Lin EHB, Grypma L, Katon W, Harpole LH, Langston CA (2005). Physician's satisfaction with a collaborative disease management program for late-life depression in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 27, 383-391.
- Levinson CM, Druss BG (2005). Health beliefs and depression in a group of elderly high utilizers of medical services. *General Hospital Psychiatry*, 27, 97-99.
- Lin EHB, Von Korff M, Ludman EJ, Rutter C, Bush TM, Simon GE, Unützer J, Walker E, Katon WJ (2003). Enhancing adherence to prevent depression relapse in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 25, 303-310.
- Linden M, Maier W, Achberger M, Herr R, Helmchen H, Benkert O (1996). Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinarztpraxen in Deutschland. *Nervenarzt*, 67, 201-215.
- Linnala A, Aromaa A, Mattila K (2001). Specialists as consultants to genaral practionners. Private sector services as an alternative way of organising consultant services in health care. *Scand J Prim Health Care*, 19, 90-94.
- Loh A, Leonhardt R, Wills CE, Simon D, Härter M (2007). The impact of patient participation on adherence and clinical outcome in primary care of depression. *Patient Education and Counseling*, 65, 69-78.
- Loh A, Simon D, Bermejo I, Härter M (2005). Miteinander statt Nebeneinander - der Patient als Partner in der Depressionsbehandlung. In L. A. Härter M, Spies C, (Ed.),

- Gemeinsam entscheiden, erfolgreich behandeln.* (pp. 165-174). Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Löwe B, Zipfel S, Herzog W (2001). *Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). Kompletversion und Kurzform. Testmappe mit vorläufigem Manual, Fragebögen, Schablonen.* Karlsruhe: Pfizer GmbH.
- Marshall MN, Philipps DR (1999). A qualitative study of the professional relationship between family physicians and hospital specialists. *Professional Geographer*, 51(2), 274-282.
- Marshall MN (1998). Qualitative study of educational interaction between general practitioners and specialists. *BMJ*, 316(7129), 442-445.
- Merikangas KR, Angst J, Eaton W, Canino G, Rubio-Stipec M, Wacker H, Wittchen HU, Andrade C (1996). Comorbidity and boundaries of affective disorders with anxiety disorders and substance misuse: Results from an international task force. *British Journal of Psychiatry*.
- Mickus M, Colenda C, Hogan AJ (2000). Knowledge of mental health benefits and preferences for type of mental health providers among the general public. *Psychiatr Serv*, 51(2), 199-202.
- Mojtabai R, Olfson M (2004). Major depression in community-dwelling middle-aged and older adults: Prevalence and 2- and 4-year follow-up symptoms. *Psychological Medicine*, 34, 623-634.
- Murphy JM, Monson R, Laird NM, Sobol AM, Leighton AH (2000). Studying the incidence of depression: An 'interval' effect. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 9(4), 184-193.
- Murray CJL, Lopez AD (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1950-2020: Global burden of disease study. *Lancet*, 24(349), 1498-1504.
- Murray CJL, Lopez AD (1996). *A comprehensive assessment of mortality and disabilities from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. The global burden of disease and injuries series (Vol.1).* Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mynors-Wallis L, Gath D (1997). Predictors of treatment outcome for major depression in primary care. *Psychological Medicine*, 27, 731-736.
- Nolan P, Badger F (2004). Aspects of the relationship between doctors and depressed patients that enhance satisfaction with primary care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12, 146-153.
- Nuyen J, Volkers AC, Verhaak PFM, Schellevis FG, Groenewegen PP, van den Bos GAM. (2005). Accuracy of diagnosing depression in primary care: The impact of chronic somatic and psychiatric co-morbidity. *Psychological Medicine*, 35, 1185-1195.
- Ormel J, Van den Brink W, Koeter MW, van der Meer D, van de Willige G, Wilimink FW (1990). Recognition, management, and outcome of psychological disorders in primary care: A naturalistic follow-up study. *Psychological Medicine*, 20, 909-923.
- Oxman TE, Dietrich AJ, Schulberg HC (2003). The depression care manager and mental health specialist as collaborators within primary care. *Am J Geriatr Psychiatry*, 11, 507-516.
- Pincus HA (2006). Depression in primary care: Drowning in the mainstream or left on the banks? *Journal of Managed Care Pharmacy*, 12(2 Suppl.), 3-9.
- Richards JC, Ryan P, McCabe MP, Groom G, Hickie IB (2004). Barriers to effective management of depression in general practice. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 795-803.
- Richardson LP, DiGuseppe C, Christakis D, McCauley E, Katon W (2004). Quality of care by medicaid covered youth treated with antidepressant therapy. *Arch Gen Psychiatry*, 61, 475-480.

- Robertson J, Treolar C, Sprogis A, Henry DA (2003). The influence of specialists on prescribing by general practitioners. A qualitative study. *Australian Family Physician*, 32(7), 573-576.
- Rosenbrock R, Gerlinger T (2004). *Gesundheitspolitik. Eine systematische Einführung*. Bern.
- Roter D, Lipkin M, Korsgaard A (1991). Sex differences in patients' and physicians' communication during primary care medical visits. *Medical Care*, 29(11), 1083-1093.
- Roth-Sackenheim C (2005). *Qualifizierte ambulante Versorgung psychisch Erkrankter durch fehlgeschlagene Ressourcenverteilung nur noch Utopie? Die negativen Folgen der Gesundheitspolitik, des Psychotherapeutengesetzes, des 90%-Urteils und der Haus- und Facharzztrennung für die ambulante psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung*. Berlin: Springer.
- Rothenhäusler HB (2003). *Depressionen bei körperlichen Erkrankungen*. Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Russell V, MacCauley MD, Mac Mahon JP, Casey S, McCullagh H, Begley J (2003). Liaison psychiatry in rural general practice. *Ir J Psych Med*, 20(2), 65-68.
- Saarela T, Engeström R (2003). Reported differences in management strategies by primary care physicians and psychiatrists in older patients who are depressed. *Intern J Geriatr Psychiatry*, 18, 161-168.
- Salis L (2008a). *Die Behandlung depressiver Störungen durch den Hausarzt im Unterschied zum Facharzt*. Tübingen: Cand. Diss. Univ. Tüb.
- Salis L, Bermejo I, Wesemann U, Härter M, Bermejo I, Schneider F, Hautzinger M, Mulert C (2008b). Compliance and satisfaction of depressive patients in primary and speciality care. Not yet published.
- Sartorius N, Üstün TB, Lecrubier Y, Wittchen HU (1996). Depression comorbid with anxiety: Results from the WHO study on psychological disorders in primary health care. *British Journal of Psychiatry*, 168 (Suppl. 30), 38-43.
- Schaik DJF, Klijn HPJ, van Marwijk HWJ, Beekman ATF, de Haan M, van Dyck R (2004). Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in primary care. *General Hospital Psychiatry*, 26, 184-189.
- Schneider F, Menke R, Härter M, Salize HJ, Janssen B, Bergmann F, Berger M, Gaebel W (2005). Sind Bonussysteme auf eine leitlinienkonforme haus- und nervenärztliche Depressionsbehandlung übertragbar? *Nervenarzt*, 76, 308-314.
- Schneider F, Kratz S, Bermejo I, Menke R, Mulert Ch, Hegerl U, Berger M, Gaebel W, Härter M (2004). Insufficient depression treatment in outpatient setting. *German Medical Science*, 2 (doc 1), 1-14.
- Schneider F, Härter M, Kratz S, Bermejo I, Mulert Ch, Hegerl U, Gaebel W, Berger M (2003). Unzureichender subjektiver Behandlungsverlauf bei depressiven Patienten in der haus- und nervenärztlichen Praxis. *Z. ärztl. Fortbild. Qual. sich.*, 97 (Suppl IV), 57-66.
- Schulberg HC, Bruce ML, Lee PW, Williams JW Jr, Dietrich AJ (2004). Preventing suicide in primary care patients: The primary care physician's role. *General Hospital Psychiatry*, 26, 337-345.
- Schwenk TL, Klinkman MS, Coyne JC (1998). Depression in the family physicians' office: What the psychiatrist needs to know: The Michigan depression project. *J Clin Psychiatry*, 59 (Suppl. 20), 94-100.
- Simon D, Loh A, Wills CE, Härter M (2006). Depressed patients' perceptions of depression treatment decision making. *Health Expectations*, 10, 62-74.
- Simon GE, Goldberg DP, von Korff M, Üstün TB (2002). Understanding cross-national differences in depression prevalence. *Psychological Medicine*, 32, 585-594.

- Simon GE, Von Korff M, Kutter CM, Peterson DA (2001). Treatment process and outcomes for managed care patients receiving new antidepressant prescriptions from psychiatrists and primary care physicians. *Arch Gen Psychiatry*, 58, 395-401.
- Simon GE, Von Korff M (1995). Recognition, management, and outcomes of depression in primary care. *Arch Fam Med*, 4, 99-105.
- Spießl H, Cording C (2000). Zusammenarbeit niedergelassener Allgemeinärzte und Nervenärzte mit der psychiatrischen Klinik. *Fortschr Neurol Psychiat*, 68, 206-215.
- Sutton M, McLean G (2006). Determinants of primary medical care quality measured under the new UK contract: Cross sectional study. *BMJ* (doi: 10.1136/bmj.38742.554468.55).
- Tiemens BG, Ormel J, Simon GE (1996). Occurrence, recognition, and outcome of psychological disorders in primary care. *Am J Psychiatry*, 153(5), 636-644.
- Toft T, Fink P, Oernboel E, Christensen K, Frosthalm L, Oelson F (2005). Mental disorders in primary care: Prevalence and co-morbidity among disorders: Results from the functional illness in primary care (FIP) study. *Psychological Medicine*, 35, 1175-1184.
- Tylee A (1999). Depression in the community: Physician and patient perspective. *J Clin Psychiatry*, 60 (Suppl. 7), 12-16.
- Van Voorhees BW, Cooper LA, Rost KM, Nutting P, Rubenstein LV, Meredith L, Wang N-Y, Ford DE (2003). Primary care patients with depression are less accepting of treatment than those seen by mental health specialists. *J Gen Intern Med*, 18, 991-1000.
- Verhaak PFM (1993). Analysis of referrals of mental health problems by general practitioners. *British Journal of General Practice*, 43, 203-208.
- VonKorff M, Shapiro S, Burke JD, et. al. (1987). Anxiety and depression in primary care clinic: Comparison of diagnostic interview schedule, general health questionnaire, and practitioner assessment. *Arch Gen Psychiatry*, 44, 152-156.
- Weiffenbach O, Gänsicke M, Faust G, Maier W (1995). Psychische und psychosomatische Störungen in der Allgemeinarztpraxis. *Münch. med. Wschr.*, 137(34), 528-534.
- Williams JW, Rost K, Allen JD, Ciotti MC, Zyzanski SJ, Cornell J (1999). Primary care physicians' approach to depressive disorders. *Arch Fam Med*, 8, 58-67.
- Williams-Russo P (1996). Barriers to diagnosis and treatment of depression in primary care settings. *Am J Geriatr Psychiatry*, 4([Suppl. 1]), 84-90.
- Wittchen HU, K. R., Beesdo K, Krause P, Höfler M, Hoyer J. (2002). Generalized anxiety and depression in primary care: Prevalence, recognition, and management. *J Clin Psychiatry*, 63(Suppl. 8), 24-34.
- Wittchen HU, Höfler M., Meister W (2001). Prevalence and recognition of depressive syndroms in german primary care settings: Poorly recognized and treated? *International Clinical Psychopharmacology*, 16, 121-135.
- Wittchen HU, Höfler M, Meister W (2000). Depressionen in der Allgemeinarztpraxis: die bundesweite Depressionsstudie. Stuttgart: Schattauer.
- Wittchen HU, Lieb R, Wunderlich U, Schustop P (1999). Comorbidity in primary care: Presentation and consequences. *J Clin Psychiatry*, 60 (Suppl. 7)
- World Health Organization (1992). *International classification of diseases* (10th ed.). Genf: World Health Organization.
- Wyshak G, Barsky A (1995). Satisfaction with and effectiveness of medical care in relation to anxiety and depression. *General Hospital Psychiatry*, 17, 108-114.
- Yeung A, Kung WW, Chung H, Rubenstein G, Rotti P, Mischoulon D, Fava M (2004). Integrating psychiatry and primary care improves acceptability to mental health services among chinese americans. *General Hospital Psychiatry*, 26, 256-260.

Lebenslauf

GEBOREN	12.06.1973	In Zürich (CH)
FAMILIE		Verheiratet, ein Sohn
BERUFSERFAHRUNG UND PRAKTIKA	2004 bis jetzt	Dozentin „Kreativität, kognitive Fähigkeiten und Problemlösungsstrategien“ im Master-Onlinestudiengang der Fachhochschule Nordwestschweiz (FHNW): Unterrichtskonzeption und –durchführung
	2001 bis 2004	Wissenschaftliche Arbeit bei Professor Hegerl im Rahmen des „Kompetenznetzes Depression“ in München (D)
	2001	Praktikum für Text und Konzeption bei BBDO-InterOne in München (D)
	2000	Wissenschaftliches Praktikum bei Professor Csikszentmihalyi in Claremont (U.S.A.)
	1999	Wissenschaftliches Praktikum bei Professor Heller in München (D)
	1998	Psychologie-Praktikum in der psychiatrischen Klinik Schlössli in Oetwil am See (CH)
	1997	Pflege-Praktikum in der psychiatrischen Klinik Rheinau (CH)
STUDIUM	2004-2006	Zuerkennung eines Dissertations-Stipendiums zur „Förderung von Frauen im Rahmen des Hochschul- und Wissenschaftsprogramms der Universität Tübingen“
	21.03.2001	Studienabschluss Master in „Psychology of Excellence“ in München (D); Unterrichts- und Prüfungssprache war Englisch; Schwerpunkt Hochbegabung
	1998 bis 1999	Austauschsemester in Salzburg (A)
	1995 bis 1998	Psychologiestudium, Psychopathologie des Erwachsenenalters und Kunstgeschichte in Zürich (CH)
	1993 bis 1995	Theologiestudium in Zürich (CH)
SCHULBILDUNG	10.09.1993	Matura Typus B in Zürich (CH)
	1986 bis 1993	Gymnasium in Zürich (CH)
	1980 bis 1986	Primarschule in Zürich (CH)