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 einesDoktors 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


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
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
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 Nucleusverband ©Lea Salis................................................................. 166
    3.3.1.1. Strukturelle Elemente ....................................................................... 168
    3.3.1.2. 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 Nucleusverband \textsuperscript{2}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 Compliance zu Therapiebeginn (Angaben in Prozent) ........................................................................................................................................130
Abbildung 47 Unterschiede in der Medikamenteneinnahme und Compliance nach 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 Nucleusverband©Lea Salis: Modell für die Art der Zusammenarbeit dreier Versorger ambulanter Leistungen in der Depressionsversorgung ..........................................................167
Abbildung 57 Positionierung des Nucleusverbandes ©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 Nucleusverbandes ©Lea Salis ........................................................................................................................................... 170
0. Einleitung

0.1. Problemstellung


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 Versorgerteil 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


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 Selbstschatzung 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. Gesprächer 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 Ausgeprägtheit (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.

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 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 zwir Jahren).

1.1.1.1. Komorbidität


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

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

(Wittchen HU, 1999)


---

\(^1\) 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Andere körperliche Diagnose</th>
<th>Beispiel</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Maligne Erkrankungen</td>
<td>Pancreaskarzinom</td>
</tr>
<tr>
<td>Mangelernährungen</td>
<td>Vitamin B12 Mangel, Folsäuremangel, Eisenmangel</td>
</tr>
<tr>
<td>Infektionskrankheiten</td>
<td>AIDS, Hepatitis, Influenza, Lues</td>
</tr>
<tr>
<td>Neurologische Erkrankungen</td>
<td>Morbus Parkinson, Epilepsien, Schlaganfall, Chorea Huntington, Multiple Sklerose, Morbus Alzheimer, Hirntumor</td>
</tr>
<tr>
<td>Autoimmunerkrankungen</td>
<td>Systemischer Lupus erythematoses</td>
</tr>
<tr>
<td>Andere Erkrankungen</td>
<td>Koronare Herzerkrankung, Status nach Myokardinfarkt, Diabetes Mellitus, terminale Niereninsuffizienz, Anämie</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Medikation bzw. psychotrope Substanz</th>
<th>Beispiel</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Antihypertensiva</td>
<td>Reserpin, Clonidin, alpha-Methyldopa</td>
</tr>
<tr>
<td>Betablocker</td>
<td>Propanol</td>
</tr>
<tr>
<td>Steroide</td>
<td>Glucocorticoide, ACTH, anabole Steroide</td>
</tr>
<tr>
<td>Antihistaminika</td>
<td>Cimetidin, Ranitidin, Antiepileptika, Phenobarbital, Clonazepam</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychotrope Substanzen (Intoxikation, Entzug)</td>
<td>Alkohol, Amphetamine, Kokain</td>
</tr>
<tr>
<td>Andere Arzneimittel</td>
<td>Ethambutol, Baclofen, Cycloserin, Sulfonamide, Interferonpräparate</td>
</tr>
</tbody>
</table>

(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).

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
Fertigkeitsdefiziten, 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.

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. Postpartialperiode
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 1980 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 Punktprevalenzen 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 Hausarztpatienten 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 Krankheitsbilder „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 milderen 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

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

1.1.3. Negative Folgen


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

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 Majoren
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 Majoren 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 Majore Depression
verantwortlich (Lépine, 1997). Dass dies nicht bei den schweren Depressionen der Fall ist,
sondern auch in gravierendem Masse bei milderen, jedoch chronischen Verläufen, zeigt eine
Studie zu den Folgen von Dysthymia im Arbeitsleben (Adler DA, 2004). Die Autoren
vergleichen 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 depressiver 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 Arbeitsnehmer mit durchschnittlich 2890 $ (1292 $ für Kontrollpersonen) pro Jahr mehr als doppelt so teuer. Ebenfalls interessant sind die unterschiedlichen Arbeitsgeschichten dysthymer 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 Majordepression krankheitsbedingt durchschnittlich 13 Tage (rückblickend auf das letzte halbe Jahr) ihrer Arbeit fern, solche mit einer Minordepression 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 Major Depression litten (Im Vergleich dazu: Die Punktprävalenz von Major 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 Major 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


1.1.4. Zusammenfassung
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**


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
1.2.1.1. Der Stellenwert der ambulanten Versorgung

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

(Rosenbrock R, 2004)

1.2.1.2. Rolle der beteiligten Haus- und Fachärzte


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

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

(Berger M, 2005a)

Tabelle 5 Zahl und Verdienst ausgewählter Vertragsärzte in Deutschland

<table>
<thead>
<tr>
<th>Arztgruppe</th>
<th>Anzahl Ärzte(^8)</th>
<th>Überschuss(^9)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Potentielle Hausärzte</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Ärzte für Allgemeinmedizin</td>
<td>31'307</td>
<td>85'188 Euro</td>
</tr>
<tr>
<td>Praktische Ärzte</td>
<td>11'837</td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td>Internisten</td>
<td>16'809</td>
<td>(115'151 Euro)(^1)</td>
</tr>
<tr>
<td>Kinderärzte</td>
<td>5'739</td>
<td>102'804 Euro</td>
</tr>
<tr>
<td>Total</td>
<td>65'692(^1)</td>
<td>93'996 Euro(^1)</td>
</tr>
<tr>
<td>Fachärzte</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Nervenärzte, Neurologen, Psychiater</td>
<td>4'951</td>
<td>94'052 Euro</td>
</tr>
<tr>
<td>Ärztliche Psychotherapeuten Orthopäden</td>
<td>3'278</td>
<td>--</td>
</tr>
<tr>
<td>HNO-Ärzte</td>
<td>4'952</td>
<td>120'950 Euro</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>3'887</td>
<td>119'543 Euro</td>
</tr>
</tbody>
</table>

(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
\(^1\) Angabe spiegelt Anzahl potenzieller Hausärzte wieder. Tatsächliche Zahl ist nicht verfügbar.
\(^\text{11}\) Internisten wurden hier von den Berechnungen ausgenommen, weil unklar ist, ob der Verdienst bei hausärztlicher Tätigkeit tiefer ist.
\(^\text{12}\) Durchschnittlicher Verdienst auf der Basis der Angaben für Allgemeinmediziner & Kinderärzte
1.2.2. Versorgung von psychischen Störungen in Deutschland

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

Ziel: Gesundheit, berufliche & soziale Integration

Psychisch kranker Patient

Beratungsstellen

Psychotherapeut

Hausarzt

Nervenarzt

Notfalldienst

Poliklinik

Tagesklinik

Psychiatrisch-Psychotherapeutische Kliniken-Spezialstationen

Psychisch chronisch kranker Patient

Sozialpsychiatrische Schwerpunktspraxis

Case-Management Konferenz

HA NA

PT Notarzt

Sozialpsychiatrischer Dienst

Soziotherapie

GEMEINDE-PSYCHIATRISCHER DIENST

Betreutes Wohnen

Geschütztes Arbeiten

Integrationsfirmen

Tagesstätten

Begegnungs- und Freizeitangebote

Clearingstelle

Poliklinik

Tagesklinik

Ambulanter Krisendienst

Institutsambulanz

Ambulante Pflege

Psychiatrisch-Psychotherapeutische Kliniken-Spezialstationen

Chronisch Kranker ohne Behandlungs motivation

Erste Kontaktstelle für psychisch Kranke

(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 Psychologenbehandelt werden möchten) (Mickus M, 2000).

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

**Versorgung depressiv Kranker in Deutschland**

![Pie Chart](image)

(Lépine, 1997)
1.2.3. Zusammenfassung


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


1.3.1.1. Der Ablauf der Behandlung

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


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


1.3.2.1.1.1. Auf Seiten des Patienten


1.3.2.1.2. 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).


1.3.2.1.3. 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 WGW, 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 depressiv 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 Behandlungsverfahren 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


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 arbeitslose 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

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 wiederspiegeln. 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).

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


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“-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


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).


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


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 „Hausarztfaktor“ als Einflussgröße auf die Überweisung. Besonders wichtig sei dabei die persönliche Einstellung des Hausarztes zur


1.3.2.3.1.3. Auf Systemebene
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 Ärztgruppen 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;

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 erfolgreicher 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


Im Hinblick auf die Qualität der Identifikation von Depressionen fand eine Studie aus Singapur überraschendeweise 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

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 Ärztegruppen wahrnehmen und wie sie sich eine Zusammenarbeit vorstellen.


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 Ärztegruppen 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 Ärztegruppen einen ähnlich tiefen jährlichen Überschuss (Rosenbrock R, 2004).


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 ambulantenDepressionsbehandlung in Deutschland Mängel sowohl für die hausärztliche- als auch für diefachärztliche Versorgung feststellbar. So liefern zahlreiche Studien Befunde dazu, dassHausärzte nicht adäquat identifizieren und behandeln und zudem zu wenig oft adäquatüberweisen. Obwohl sich Fachärzte insgesamt als deutlich versierter im Kontakt mitdepressiven Patienten erweisen, zeigt sich auch bei ihnen mancher Mangel in ähnlicher Weisewie bei den Hausärzten. Die Gründe für diese unzureichende Versorgungsqualität sindkomplex und finden sich auf Seiten der Patienten, der Ärzte und des Versorgungssystems.Während auf Ebene der Patienten eine Verweigerungshaltung, die wohl stark mit einem tiefverwurzelter zum Stigmatisierungsproblem zusammenhängt, einen zentralen Einfluss auf eineverminderte Versorgungsqualität ausübt und sich unter anderem darin äußert, dass Patientenihre Symptome verbergen, vor sich selber nicht eingestehen und damit zusammenhängendkeine Behandlung akzeptieren, spielen auf ärztlicher Seite eine aversive Grundhaltunggegenüber psychischen Krankheiten (Hausarztfaktor) und damit ebenfalls eineStigmatisierungsthematik eine Rolle. Zusätzlich belasten Zeitmangel, eine ungetübteGesprächskultur und eine mangelnde Gesprächsausrichtung auf das Gegenüber dieBehandlungsqualität. Im Hinblick auf die Zusammenarbeit der verschiedenenVersorgerebenen zeigen sich gleichermaßen Wohlwollen wie auch eine gewisse Scheu bzw.Zurückhaltung der beteiligten Ärzte. Auf Systemebene schließlich ist eine individualisierteVersorgung, in der eine persönliche Patientenbegleitung über längere Zeit möglich ist, derVersorgungsqualität sehr zuträglich. Als in diesem Zusammenhang ebenfalls hilfreicherweisen sich vernetzte Versorgungsstrukturen, in denen verschiedenen Versorgertypenzusammenarbeiten (siehe auch 3.3.).
2. Empirischer Teil

2.1. Zielsetzung


2.2. Methodik

2.2.1. Fragestellungen

2.2.2. Hypothesen und Operationalisierungen


2.2.2.1. Grundhypothesen

Hypothese 1: Hausärzte erzielen eine andere (tiefe) Versorgungsqualität als Fachärzte. Fachärzte zeigen auch eine verbesserungswürdige Versorgungsqualität\textsuperscript{16}.

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


\textsuperscript{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.

\textsuperscript{16} Z.B. (Simon GE, 2001)

\textsuperscript{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

Abbildung 9 Messzeitpunkte, Messinstrumente und Datenerfassungsebenen der vorliegenden Arbeit

<table>
<thead>
<tr>
<th>Erhebungsart</th>
<th>Messzeitpunkt</th>
<th>Messinstrument</th>
<th>Datenebene</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Dokumentation</td>
<td>T0: Erstkontakt</td>
<td>Ärztefragebogen (AF)</td>
<td>Haus- und Facharzt</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Basisdokumentation (BaDo)</td>
<td>Haus- und Facharzt</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Patientenfragebogen (PF)</td>
<td>Patient</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>T1: sechs Wochen nach dem Erstkontakt</td>
<td>Verlaufsdocumentation (VeDo)</td>
<td>Haus- und Facharzt</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td></td>
<td>Patientengesundheitsfragebogen (PGF)</td>
<td>Patient</td>
</tr>
</tbody>
</table>

2.2.4. Instrumente


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% Allgemeinarzte, 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 Ärztegruppen 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 Ärztestichproben mit Unterschieden zwischen Haus- und Fachärzten

<table>
<thead>
<tr>
<th>Erfassen der allgemeinen Merkmale (Mehrfachnennungen möglich)</th>
<th>Hausärzte (N=43)</th>
<th>Fachärzte (N=24)</th>
<th>P Gesamtstichprobe</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Geschlecht(^1) (m/w)</td>
<td>70,7%/29,3%</td>
<td>60,9%/39,1%</td>
<td>n.s.(^a)</td>
</tr>
<tr>
<td>Alter(^1) (m/s)</td>
<td>47,5/ 6,9</td>
<td>49,3/ 8,8</td>
<td>n.s.(^x)</td>
</tr>
<tr>
<td>Dauer der Niederlassung in Jahren(^2) (m/s)</td>
<td>11,44/ 7,3</td>
<td>12,5/9,0</td>
<td>n.s.(^x)</td>
</tr>
<tr>
<td>Anzahl Einwohner am Praxisstandort(^2)</td>
<td></td>
<td></td>
<td>n.s.(^b)</td>
</tr>
<tr>
<td>„Bis 5 000“</td>
<td>24,4%</td>
<td>0,0%</td>
<td>n.s.(^b)</td>
</tr>
<tr>
<td>„Mehr als 100 000“</td>
<td>43,9%</td>
<td>54,2%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Praxencharakter(^2)</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Einzelpraxis</td>
<td>68,3%</td>
<td>66,7%</td>
<td>n.s.(^a)</td>
</tr>
<tr>
<td>Praxisgemeinschaft</td>
<td>19,5%</td>
<td>20,8%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Gemeinschaftspraxis</td>
<td>12,2%</td>
<td>12,5%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Durchschnittliche Scheinzahl(^2)</td>
<td></td>
<td></td>
<td>n.s.(^b)</td>
</tr>
<tr>
<td>„Bis 5 000“</td>
<td>10,0%</td>
<td>45,5%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>„5000- 1500“</td>
<td>90,0%</td>
<td>54,5%</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Erfassen der Aus- und Weiterbildung (Mehrfachnennungen möglich)³</td>
<td>Zusatztitel</td>
<td>17,5%</td>
<td>77,3%</td>
</tr>
<tr>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
<td>---</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychotherapie³</td>
<td></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Zusatztitel</th>
<th>Psychosomatische Grundversorgung³</th>
<th>70,7%</th>
<th>76,2%</th>
<th>n.s.³</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Weitere Zusatztitel³</th>
<th></th>
<th>73,3%</th>
<th>50%</th>
<th>n.s.³</th>
</tr>
</thead>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Vorerfahrung Psychiatrische Versorgung³</th>
<th></th>
<th>17,1%</th>
<th>95,7%</th>
<th>0,000³</th>
</tr>
</thead>
</table>

| Vorerfahrung Psychiatrische Versorgung³: Anzahl Monate (m/s) | 10/12,8 | 135/144,6 | n.s.³ |

³ 4-Felder-Chi-2-Test (zweiseitig), b Mann-Whitney-U-Test, x t-Test, beidseitig, ⁴ α’=0,0125, ⁵ α’=0,006, ⁶ α’=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 Ärzt eeinschätzungen 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

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

*a* 4-Felder-Chi-2-Test (zweiseitig), *b* Mann-Whitney-U-Test (*b* = bei schwerer Depression eher keine Kinder), *c* T-Test, beidseitig, für unabhängige Stichproben, *d* *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 Abgleich\textsuperscript{18} von Basisdaten, welche auch vorliegender Studie zugrunde liegen, und von Merkmalen der Gesamtpopulation ergab, dass sich die Ärztetestichproben vorliegender Studie im Hinblick auf Alter, Geschlecht, medizinische Spezialisierung und Praxisstruktur nicht signifikant von entsprechenden Populationsparametern unterschieden. Aus diesem Grund werden die Ärztetestichproben 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 Ärzteteinschätzungen 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 einzug 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).

\textsuperscript{18} (Schneider F, 2004)
2.2.7. Untersuchungsablauf

Abbildung 10 Teilnehmerfluss, Rekrutierungsstruktur und Fragestellungen vorliegender Studie

<table>
<thead>
<tr>
<th>Messinstrumente und Datenebene</th>
<th>Untersuchungspersonen</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>67 Ärzte telefonisch/schriftlich durch Studienpersonal rekrutiert</td>
<td>67 Ärzte telefonisch/schriftlich durch Studienpersonal rekrutiert</td>
</tr>
<tr>
<td>43 Hausärzte: 68% Allgemeinärzte 22,8% Internisten 9,2% Praktische Ärzte</td>
<td>24 Fachärzte: 68,5% FA für Neurologie &amp; Psychiatrie 31,5% FA für Psychiatrie &amp; Psychotherapie</td>
</tr>
<tr>
<td>67 Ärzte füllen für 346 Patienten die BaDo aus</td>
<td>Für 197 Hausarztpatienten</td>
</tr>
<tr>
<td>Für 197 Hausarztpatienten</td>
<td>Für 149 Facharztpatienten</td>
</tr>
<tr>
<td>137 Hausarztpatienten</td>
<td>119 Facharztpatienten</td>
</tr>
<tr>
<td>256 Patienten füllen den PF aus</td>
<td>Ärzte füllen für 55 Patienten die VeDo aus</td>
</tr>
<tr>
<td>39 Hausarztpatienten</td>
<td>16 Facharztpatienten</td>
</tr>
<tr>
<td>188 Patienten füllen den PGF aus</td>
<td>94 Hausarztpatienten</td>
</tr>
<tr>
<td>94 Facharztpatienten</td>
<td>94 Facharztpatienten</td>
</tr>
</tbody>
</table>

(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

auftraten. Es wurden zur Vermeidung von Alpha-Fehlern Bonferoni-Korrekturen nach der Formel \( \alpha' = \frac{\alpha}{2m} \) 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 Ärztegruppen 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 Belastungereignisse (vs. 13,5%) und Fachärzte etwas mehr länger andauernde Ereignisse diagnostizierten (14,9% vs. 10,6%). Am häufigsten geben beide Ärztegruppen 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 Ärztegruppen 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 Schweregrades 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 leichten (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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Erfassen der Belastungen¹ des Patienten</th>
<th>Hausärzte (N=197)</th>
<th>Fachärzte (N=149)</th>
<th>Grundstichprobe P</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Belastungen¹+1 akut</td>
<td>19,7% 14,9%</td>
<td>10,6% 14,9%</td>
<td>n.s. n.s.</td>
</tr>
<tr>
<td>Belastungen¹+1 länger</td>
<td>14,4% 13,5%</td>
<td>10,6% 14,9%</td>
<td>n.s. n.s.</td>
</tr>
<tr>
<td>Schweregrad der Depression (ICD-10) (keine Depression)</td>
<td>56 (28,4%)</td>
<td>48 (32,2%)</td>
<td>n.s. (p=.40b)</td>
</tr>
<tr>
<td>subsyndromale Depression</td>
<td>30 (15,2%)</td>
<td>15 (10,1%)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>leichte Depression</td>
<td>17 (8,6%)</td>
<td>12 (8,1%)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>mittelgradige Depression</td>
<td>56 (28,4%)</td>
<td>48 (32,2%)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>schwere Depression</td>
<td>94 (47,7%)</td>
<td>74 (49,6%)</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>CGI - Schweregrad</th>
<th>Grenzfall</th>
<th>Leicht</th>
<th>Mäßig</th>
<th>Deutlich</th>
<th>Schwer</th>
<th>Extrem schwer</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Hausärzte (N=197)</td>
<td>0 (0,0%)</td>
<td>16 (8,1%)</td>
<td>47 (23,9%)</td>
<td>106 (53,8%)</td>
<td>27 (13,7%)</td>
<td>1 (0,5%)</td>
</tr>
<tr>
<td>Fachärzte (N=149)</td>
<td>0 (0,0%)</td>
<td>4 (2,7%)</td>
<td>32 (21,5%)</td>
<td>85 (57,0%)</td>
<td>28 (18,8%)</td>
<td>0 (0,0%)</td>
</tr>
</tbody>
</table>

¹ Mann-Whitney-U-Test, ¹α=0,0125, ²α=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)

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

b Mann-Whitney-U-Test, \(^{1} \alpha'=0,008\)
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 Ärztegruppen an, dass sie extra auf depressionstypische Symptome (d.h. das Vorhandensein von z.B. Appetitstörungen) achteten. Deutlich weniger häufig schließen beide Ärztegruppen 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 Ärztegruppen 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 ausfindig gemacht werden, als Fachärzte dieses Prozedere wesentlich häufiger anwendeten (91,3% vs. 53,7%, p=0,002, 4-Felder-χ²-Test (zweiseitig)).
Abbildung 14 Vergleich der Diagnosegrundlagen von Haus- und Fachärzten (Angaben in Prozent)

Die Befunde zeigen bezüglich der Untersuchungspraxis, dass Hausärzte signifikant häufiger allgemein körperliche und neurologische Untersuchungen (83,4% vs. 66,0%, 4-Felder-\(\chi^2\)-Test, zweiseitig, \(p \leq 0,001\)) und eine Routinelabordiagnostik (69,1% vs. 53,1%, 4-Felder-\(\chi^2\)-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 Ärztegruppen in den allermeisten Fällen ein diagnostisches Gespräch statt.

\(^a\) 4-Felder-\(\chi^2\)-Test (zweiseitig), \(^1\) \(\alpha'=0,007\), \(^2\)\(\ast\)\(p = 0,002\)
Abbildung 15 Unterschiede in der Durchführung diagnostischer Untersuchungen von Haus- und Fachärzten (Angaben in Prozent)

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- $\chi^2$ -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

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

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-χ²-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)

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- χ²–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)

Adäquatheit der Diagnose (+)

\[ \chi^2 \] -Test, \( \alpha' = 0.008 \), (+) 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“)

AJPN = 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)

Übereinstimmung mit dem Patienten bezüglich des Vorliegens einer subsyndromalen bis leichten Depressionen

\[ 4\text{-Felder- } \chi^2\text{-Test, } \alpha' = 0.008 \]
Abbildung 20 Unterschiede in der Übereinstimmung von Arzt- und Patientenmeinung hinsichtlich mittelschweren bis schweren Depressionen (Angaben in Prozent)

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 depressive Patienten auf korrekte Art und Weise. Inhaltlich zeigt sich, dass die beiden Ärztegruppen 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 vorlag. 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

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

Wie oben (siehe Abb. 15 & 16) erläutert, gibt es im Hinblick auf die Arzt- und Patienteneinschätzung bezüglich des Schweregrades der Depression nur wenig Übereinstimmung.
Bei schwereren Depressionen wird Verlustthematik häufiger erfasst. 

\( (**) r_s = -0.22, \ p = 0.009 \)

*aus Arztensicht*

Fachärzte

Bei schwereren Depressionen werden Konflikte häufiger erfasst. 

\( (*) r_s = -0.22, \ p = 0.02 \)

*aus Patientensicht*

Fachärzte

Bei schwereren Depressionen werden Misshandlungen häufiger erfasst. 

\( (+) r_s = -0.15, \ p = 0.08 \)

*aus Arztensicht*

Fachärzte

Bei schwereren Depressionen werden Depressionen adäquater diagnostiziert. 

Mann-Whitney-U-Test 

\( p = 0.000 \)

*aus Patientensicht*

Hausärzte

Bei schwereren Depressionen stimmen Arzt und Patient eher überein. 

Mann-Whitney-U-Test 

\( p = 0.000 \)

*aus Patientensicht*

Hausärzte

\( \alpha' = 0.004 \)

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Depression vorhanden aus</th>
<th>Hausarzt</th>
<th>Facharzt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Patientensicht</td>
<td>3</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Arztensicht</td>
<td>2</td>
<td>3</td>
</tr>
</tbody>
</table>

2.3.1.2. Behandlung einer Depression


Die Betrachtung struktureller Aspekte zeigt, dass Fachärzte ihre Patienten signifikant länger sehen (durchschnittlich 30,5 vs. 25,9 min, \( \times T\)-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, \( \times T\)-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 Ärztegruppen in den allermeisten Fällen weiter Kontakt zu ihren Patienten pflegen.
Abbildung 21 Unterschiede in der Kontaktdauer und Wiedereinbestellungspraxis (Angaben in Prozent)

Im Hinblick auf das therapeutische Vorgehen wurden grundlegende therapeutische Vorgehensweisen erfasst, so das Durchführen einer Beratung, Arbeitsunfähigkeitschreiben, 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 Ärztegruppen 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 Arbeitsunfähigkeitschreiben, als Fachärzte häufiger und signifikant länger arbeitsunfähig schreiben: Während Hausärzte zu 63,5% nur kurz krank schreiben (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

![Diagramm der Unterschiede in den therapeutischen Grundmaßnahmen]

*a* 4-Felder-χ²-Test,  
b Mann-Whitney-U-Test,  
 α'=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-χ²-Test, *** p <= 0.001) und andere Medikamente (46,9% vs. 25,6%, 4-Felder-χ²-Test, *** p <= 0.001). Von den Antidepressiva
verschrieben sie zudem signifikant mehr SSRI (46,3% vs. 19,8%, 4-Felder- $\chi^2$–Test, ***$p < 0,001$) und deutlich mehr trizyklische Antidepressiva (40,9% vs. 27,9%, 4-Felder- $\chi^2$–Test, (**)$p < 0,01$). Hausärzte dagegen arbeiteten signifikant häufiger mit pflanzlichen Antidepressiva (21,3% vs. 4,7%, 4-Felder- $\chi^2$–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)

Bei der detaillierten Betrachtung des Verschreibeverhaltens von sonstigen Therapeutika bestätigt sich, dass Fachärzte mehr Medikamente verschreiben. Im Detail arbeiten sie signifikant häufiger mit Neuroleptika (13,4% vs. 2,0%, 4-Felder- $\chi^2$–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-χ²-Test, (**)) p <= 0,01) und Benzodiazepinen (8,1% vs. 6,1%, 4-Felder-χ²-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)

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-χ²-Test, ***p <= 0,001). Es zeigten sich dabei die Überweisungsfavoriten Psychotherapeuten (26,7%) und Nervenärzte (18,6%). Sehr beliebt war auch Physiotherapie (14,0%). Gemeindeanähe 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

---

**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 Wahlfrequenz der psychosomatischen Klinik, welche von Fachärzten nie und von Hausärzten immerhin in 4,6% der Fälle gewählt wurde. Fachärzte nahmen zudem auch gemeindenahe 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)

4-Felder- $\chi^2$-Test, $\alpha^* = 0.002$, $***p <= 0.001$, $(+) p=0.09$, $(++) p=0.07$, $(**p=0.2$

(+1) Spearman-Korrelationstest: Zusammenhang mit dem Schweregrad, $r_s = -0.30$, $(**)p=0.02$: Für Hausärzte gilt, dass sie bei aus Patientensicht schwereren Depressionen mehr zum Psychotherapeuten überweisen, $r_s = -0.20$, $(**)p=0.04$: Für Fachärzte gilt, dass sie bei aus Patientensicht schwereren Depressionen weniger zum Psychotherapeuten überweisen.

(+2) Spearman-Korrelationstest: Zusammenhang mit dem Schweregrad, $r_s = -0.12$, $(+)p=0.10$: Für Hausärzte gilt, dass sie bei aus Arztsicht schwereren Depressionen mehr in die psychiatrische Klinik überweisen
(+3) Spearman-Korrelationstest: Zusammenhang mit dem Schweregrad, $r_s = -0.19$, $(*)p=0.02$: Für Hausärzte gilt, dass sie bei aus Arztsicht schwereren Depressionen mehr zu Selbsthilfegruppen überweisen
(+4) Spearman-Korrelationstest: Zusammenhang mit dem Schweregrad, $r_s = -0.16$, $(+)p=0.05$: Für Hausärzte gilt, dass sie bei aus Arztsicht schwereren Depressionen mehr Anträge auf Rehamaßnahmen stellen, $r_s = -0.19$, $(+)p=0.05$: Für Fachärzte gilt, dass sie bei aus Arztsicht schwereren Depressionen weniger Anträge auf Rehamaßnahmen stellen.
(+5) Spearman-Korrelationstest: Zusammenhang mit dem Schweregrad, $r_s = -0.19$, $(+)p=0.05$: 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- $\chi^2$-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)

Adäquatheit der Therapie mit Antidepressiva(*)+1

$^{24}$ 4-Felder- $\chi^2$-Test, $^{1} a^{*}=0.008$, (*)&= 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=0.002: Für Haus- und Fachärzte gilt, dass sie bei aus Patientensicht schwereren Depressionen adäquater therapien.

Die Betrachtung der durchgeführten Art der Therapie ergab, dass Fachärzte häufiger eine Kombinationstherapie veranlassten als Hausärzte (96,6% vs. 77,8%, 4-Felder-χ²-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-χ²-Test).

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

Art der Therapie bei schweren Depressionen

<table>
<thead>
<tr>
<th>Art der Therapie bei schweren Depressionen</th>
<th>Fachärzte</th>
<th>Hausärzte</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kombinationstherapie</td>
<td>96.6%</td>
<td>77.8%</td>
</tr>
<tr>
<td>Nur Beratung</td>
<td>20.6%</td>
<td>3.4%</td>
</tr>
<tr>
<td>Nur Antidepressiva</td>
<td>1.6%</td>
<td>0%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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 Depressiver: 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)

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 Arbeitsunfähigsschreiben konnten keine wesentlichen Unterschiede festgestellt werden. Einzig die Dauer der Krankschreibung 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

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 prädiktorschen Zusammenhangs zwischen diagnostischen und therapeutischen Entscheidungen und der phänonalen Grundlage für die Depression (Arzt- oder Patientensicht) steht zurzeit noch aus und könnte in zukünftigen Fragestellungen eine Rolle spielen.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Verhaltensanpassung</th>
<th>Zusammenhang mit dem Schweregrad der Depression</th>
<th>Perspektive</th>
<th>Fachrichtung</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Bei schwereren Depressionen pflegen sie länger Kontakt.</td>
<td>$r_s=0.31$, ***$p=0.001$</td>
<td>aus Patientensicht</td>
<td>Hausärzte</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>$r_s=0.32$, ***$p=0.000$</td>
<td>aus Arztensicht</td>
<td>Fachärzte</td>
</tr>
<tr>
<td>Bei schwereren Depressionen bestellen sie früher wieder ein.</td>
<td>$r_s=-0.31$, ***$p=0.000$</td>
<td>aus Arztensicht</td>
<td>Fachärzte</td>
</tr>
<tr>
<td>Bei schwereren Depressionen warten sie weniger beobachtend ab.</td>
<td>$r_s=0.15$, (+)$p=0.07$</td>
<td>aus Arztensicht</td>
<td>Hausärzte</td>
</tr>
<tr>
<td>Bei schwereren Depressionen schreiben sie eher arbeitsunfähig.</td>
<td>$r_s=-0.22$, (+)$p=0.05$</td>
<td>aus Patientensicht</td>
<td>Hausärzte</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>$r_s=-0.24$, *(+)$p=0.008$</td>
<td>aus Arztensicht</td>
<td>Fachärzte</td>
</tr>
<tr>
<td>Bei schwereren Depressionen führen sie eher Beratungen durch.</td>
<td>$r_s=-0.12$, *(+)$p=0.03$</td>
<td>aus Patientensicht</td>
<td>Hausärzte</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>$r_s=-0.28$, **$p=0.003$</td>
<td>aus Arztensicht</td>
<td>Fachärzte</td>
</tr>
<tr>
<td>Bei schwereren Depressionen verschreiben sie weniger pflanzliche Präparate.</td>
<td>$r_s=0.14$, (+)$p=0.06$</td>
<td>aus Arztensicht</td>
<td>Hausärzte</td>
</tr>
<tr>
<td>Bei schwereren Depressionen verschreiben sie mehr SSRIs.</td>
<td>$r_s=-0.16$, (+)$p=0.08$</td>
<td>aus Patientensicht</td>
<td>Fachärzte</td>
</tr>
<tr>
<td>Bei schwereren Depressionen verschreiben sie mehr Benzodiazepine.</td>
<td>$r_s=-0.18$, (+)$p=0.06$</td>
<td>aus Patientensicht</td>
<td>Fachärzte</td>
</tr>
<tr>
<td>Bei schwereren Depressionen verschreiben sie mehr Neuroleptika.</td>
<td>$r_s=0.14$, (+)$p=0.05$</td>
<td>aus Arztensicht</td>
<td>Hausärzte</td>
</tr>
<tr>
<td>Bei schwereren Depressionen mehr Überweisungen zum Psychotherapeuten.</td>
<td>$r_s=0.30$, **$p=0.002$</td>
<td>aus Patientensicht</td>
<td>Hausärzte</td>
</tr>
<tr>
<td>Bei schwereren Depressionen weniger Überweisungen zum Psychotherapeuten.</td>
<td>$r_s=0.20$, *(+)$p=0.04$</td>
<td>aus Patientensicht</td>
<td>Fachärzte</td>
</tr>
<tr>
<td>Bei schwereren Depressionen mehr Überweisungen in die Psychiatrische Klinik.</td>
<td>$r_s=-0.12$, (+)$p=0.10$</td>
<td>aus Arztensicht</td>
<td>Hausärzte</td>
</tr>
<tr>
<td>Bei schwereren Depressionen mehr Überweisungen zu Selbsthilfegruppen.</td>
<td>$r_s=-0.19$, *(+)$p=0.02$</td>
<td>aus Arztensicht</td>
<td>Hausärzte</td>
</tr>
<tr>
<td>Bei schwereren Depressionen mehr Anträge auf Rehamaßnahmen.</td>
<td>$r_s=-0.16$, (+)$p=0.05$</td>
<td>aus Arztensicht</td>
<td>Hausärzte</td>
</tr>
<tr>
<td>Bei schwereren Depressionen weniger Anträge auf Rehamaßnahmen.</td>
<td>$r_s=-0.19$, (+)$p=0.05$</td>
<td>aus Arztensicht</td>
<td>Fachärzte</td>
</tr>
<tr>
<td>Bei schwereren Depressionen weniger zusätzliche andere Maßnahmen.</td>
<td>$r_s=-0.19$, (+)$p=0.05$</td>
<td>aus Patientensicht</td>
<td>Hausärzte</td>
</tr>
<tr>
<td>Bei schwereren Depressionen wird adäquater therapiert.</td>
<td>Mann-Whitney-U-Test(**), p=0.002</td>
<td>aus Patientensicht</td>
<td>Fachärzte</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Mann-Whitney-U-Test(***), p=0.002</td>
<td>aus Patientensicht</td>
<td>Hausärzte</td>
</tr>
<tr>
<td>Bei schwereren Depressionen wird adäquater überwiesen.</td>
<td>Mann-Whitney-U-Test (*), p=0.02</td>
<td>aus Patientensicht</td>
<td>Hausärzte</td>
</tr>
</tbody>
</table>

$\alpha'=0.002$
105

+2 Spearman-Korrelationstest: Zusammenhang mit dem Schweregrad, \( ***p=0.000 \): Für Fachärzte gilt, dass sie bei *Arztsicht* schwereren Depressionen früher wieder einbestellen.

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Depression vorhanden aus</th>
<th>Hausarzt</th>
<th>Facharzt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Patientensicht</td>
<td>7</td>
<td>4</td>
</tr>
<tr>
<td>Arztsicht</td>
<td>6</td>
<td>5</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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-Whintney-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 Hausärztestimmen 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)

Zuständigkeit für die Behandlung

<table>
<thead>
<tr>
<th>Behandlungsaspekt</th>
<th>Hausärzte</th>
<th>Fachärzte</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Behandlung in Kooperation mit Psychotherapeut/ Facharzt</td>
<td>56,1</td>
<td>91,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Motivation für Weiterbehandlung</td>
<td>46,3</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Nachsorge</td>
<td>15</td>
<td>73,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Behandlung/ Aufklärung***,**</td>
<td>53,7</td>
<td>91,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychotherapeutische Behandlung***,**</td>
<td>78</td>
<td>91,3</td>
</tr>
<tr>
<td>Medikamentöse Behandlung***,**</td>
<td>91,3</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Differentialdiagnose***,**</td>
<td>85,7</td>
<td>85,4</td>
</tr>
<tr>
<td>Erkennen *<strong>,</strong></td>
<td>76,2</td>
<td>82,9</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Signifikanztests: Man-Whitney-U-Test, \( \alpha' = 0.006 \), *** \( p <= 0.001 \), ** \( p <= 0.01 \), 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 Behandlungskenntnis. In allen Behandlungsaspekten, welche diagnostische, behandlungsbezogene und Nachsorgeanteile enthalten, zeigen Hausärzte eine signifikant tiefere Kenntniseinschätzung als Fachärzte (Man-Whitney-U-Test, *** \( p <= 0.001 \)). 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 Rezidivprophylaxe 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 <=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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Hausarzt</th>
<th>Facharzt</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>1. Diagnose (65,9%)</td>
<td>1. Diagnose (100,0%)</td>
</tr>
<tr>
<td>2. Basisbetreuung (63,4%)</td>
<td>1. Basisbetreuung (100,0%)</td>
</tr>
<tr>
<td>3. Gesprächsführung (56,1%)</td>
<td>1. Früherkennung (100,0%)</td>
</tr>
<tr>
<td>4. Medikamentöse Akutbehandlung (53,6%)</td>
<td>1. Medikamentöse Akutbehandlung (100,0%)</td>
</tr>
<tr>
<td>5. Medizinische Erhaltungstherapie (51,2%)</td>
<td>2. Gesprächsführung (91,3%)</td>
</tr>
<tr>
<td>6. Früherkennung (46,4%)</td>
<td>2. Umgang mit Suizidalität (91,3%)</td>
</tr>
<tr>
<td>7. Umgang mit Suizidalität (46,3%)</td>
<td>2. Rezidivprophylaxe (91,3%)</td>
</tr>
<tr>
<td>8. Rezidivprophylaxe (36,6%)</td>
<td>2. Medizinische Erhaltungstherapie (91,3%)</td>
</tr>
<tr>
<td>9. Psychotherapeutische Behandlung (29,2%)</td>
<td>3. Psychotherapeutische Behandlung (78,2%)</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Nennungen von „gut“ bis „sehr gut“, rot: Nennungen > 50%

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

\[\text{Man-Whitney-U-Test, } \alpha' = 0.005, \text{ *** } p \leq 0.001\]
Nennungen von „gut“ bis „sehr gut“
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- $\chi^2$-Test, **$p<=0,01$, *** $p <=0,001$, 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 Behandlungskenntnis 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.
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 mehr\(^{29}\) (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“)

Was belastet die Ärzte auf organisatorischer Seite? Wieder sind beide Ärztengruppen 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-\(\chi^2\)–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“)

*4-Felder-χ²-Test, 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 Ärztengruppen 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 Symptomerkägerungen 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 Behandlungskenntnis (Rang 7: 17,1% Nennungen von „stark erschwert“). Für Fachärzte rangierten dagegen eine allgemeine Belastung und fehlende Maßnahmen noch nach fehlender Kenntnis (Rang 5 „Geringe Kenntnis“: 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 Barrierarten im Hinblick auf die gefundenen Faktoren für Haus- und Fachärzte

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

Nennungen von „stark erschwert“ Rot: Nennungen > 50%
Zur Erklärung der Faktoren: siehe Abbildungen 32-34 und Anhang A

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)

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 Fortbildungwünschen mit „Ja“ beantworten. In welchen Bereichen erachten die beiden Ärztengruppen 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)

\[ a = 4\text{-Felder}-\chi^2\text{-Test (zweiseitig), } \alpha' = 0.003, *** p \leq 0.001, ** p \leq 0.01 \]

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 verständigen 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)

\[\text{Abbildung 37 Unterschiede in der Wahrnehmung der Interaktion mit dem Patienten (Angaben in Prozent)}\]

- Akzeptanz der Behandlung seitens des Patienten „sehr gut – gut“***+3,1
- Akzeptanz der Diagnose seitens des Patienten „sehr gut – gut“***+2,1
- Hat der Patient verstanden? „sehr gut – gut“, 2
- Kontakt zum Patienten „sehr gut – gut“+1, 2

\[\begin{array}{|c|c|}
\hline
\text{Fachärzte} & \text{Hausärzte} \\
\hline
80 & 63,8 \\
86,4 & 71,5 \\
79,5 & 66,6 \\
82,1 & 73,3 \\
\hline
\end{array}\]

\[\text{Mann-Whitney-U-Test, } a' = 0.0125, *** p <= 0.001, 1: Erhebungszeitpunkt zu Behandlungsbeginn, 2: Erhebungszeitpunkt nach sechs Wochen}\]

\[+1 \text{ Spearman-Korrelationstest}, \text{ Zusammenhang mit dem Schweregrad, } r_s = -.56, (*) p <= 0.05 \text{ für Fachärzte gilt, dass der Kontakt bei aus Arztsicht schwereren Depressionen besser ist.}\]

\[+2 \text{ Spearman-Korrelationstest}, \text{ Zusammenhang mit dem Schweregrad, } r_s = -20, (*) p <= 0.05 \text{ für Hausärzte gilt, dass die Diagnose bei aus Patientensicht schwereren Depressionen besser angenommen wird.}\]

\[+3 \text{ Spearman-Korrelationstest}, \text{ Zusammenhang mit dem Schweregrad, } r_s = -21, (*) p <= 0.05 \text{ für Hausärzte gilt, dass die Behandlung bei aus Patientensicht schwereren Depressionen besser angenommen wird.}\]
2.3.1.5. Wahrnehmung des Therapieerfolgs

Wie schätzen die beiden Ärztegruppen 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 Ärztegruppen 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, \(^{\alpha}=0.005\)
Eine Reihe weiterer Items zur Medikamenteneinnahme beleuchtet Aspekte des Therapieerfolgs. Dabei zeigt sich in auffallender 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)

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 Ärztegruppen insofern stark, als sie zu fast 100% von einer Besserung der Lage nach sechs Wochen ausgehen.

\(^{b}\) Mann-Whitney-U-Test, \(^{1}\alpha=0.005, **p<=0.01\)
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 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 Behandlungsoutcome 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 Majore Depression zeigen (4-Felder- $\chi^2$-Test, **p <=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- $\chi^2$-Test, **p <=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)

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 <=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

\footnote{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 ruhlos (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)

![Abbildung 41](image)

\(^{b}\) 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)

Nennungen von "unzufrieden" bis "sehr unzufrieden"

b Mann-Whitney-U-Test, α' = 0.0125, (*) p = 0.03
Abbildung 43 Unterschiede im allgemeinen Wohlbefinden (Angaben in Prozent)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Erhebungsfokus</th>
<th>Facharztpatienten</th>
<th>Hausarztpatienten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Beeinträchtigung der Kontakte „meistens – immer“</td>
<td>34,3</td>
<td>59,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Entmutigt in letzten 4 Wochen „meistens – immer“</td>
<td>29,1</td>
<td>44</td>
</tr>
<tr>
<td>Energievoll in letzten 4 Wochen „selten – nie“</td>
<td>33</td>
<td>39</td>
</tr>
<tr>
<td>Ruhig in letzten 4 Wochen „selten – nie“ (*)</td>
<td>39</td>
<td>48,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Behinderung wegen Schmerzen „ziemlich – sehr“</td>
<td>39</td>
<td>59,9</td>
</tr>
<tr>
<td>Schwierigkeit, alle Dinge tun wegen psychischer Probleme „Ja“ (*)</td>
<td>68,1</td>
<td>92,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Schwierigkeit alles zu schaffen wegen psychischer Probleme „Ja“ ***</td>
<td>77,5</td>
<td>82,8</td>
</tr>
<tr>
<td>Schwierigkeit, alles zu tun wegen Gesundheit „Ja“ (*)</td>
<td>58,9</td>
<td>73,5</td>
</tr>
<tr>
<td>Schwierigkeit alles zu tun wegen Gesundheit „Ja“***</td>
<td>77,5</td>
<td>82,6</td>
</tr>
<tr>
<td>Treppensteigen &quot;stark eingeschränkt“</td>
<td>18,2</td>
<td>39</td>
</tr>
<tr>
<td>Mittelschwere Tätigkeit „stark eingeschränkt“</td>
<td>15,4</td>
<td>23,1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

\[ b \text{ Mann-Whitney-U-Test, }^1 \alpha'=0.005, **p<=0.001, **p<=0.01, (*)p<=0.05 \]
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-$\chi^2$–Test, **$p <=0,01$) und signifikant mehr Facharztpatienten beim Facharzt (58,8% vs. 19%, 4-Felder-$\chi^2$–Test, ***$p <=0,001$) 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

*** Behandlung sonst. psych. St. durch andere

- durch den Psychologen
- durch den Nervenarzt
- durch den Hausarzt

*** Depressionsbehandlung durch andere

- durch den Psychologen
- durch den Nervenarzt
- durch den Hausarzt

Ja, von anderen psychischen Störungen
Ja, von Depressionen

\[\chi^2\text{-Test}, \quad \alpha'=? \quad \text{***}p<=0,001\]

4-Felder-\(\chi^2\)-Test, \(\alpha'=?\), ***p<=0,001
Abbildung 45 Unterschiede in der bisherigen Behandlungssituation (Angaben in Prozent)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Behandlungsort</th>
<th>Facharztpatienten</th>
<th>Hausarztpatienten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>bei einem sonstigen Arzt(+)</td>
<td>43,2</td>
<td>19,9</td>
</tr>
<tr>
<td>in psychologisch/psychiatrische Ambulanz</td>
<td>29,9</td>
<td>19,9</td>
</tr>
<tr>
<td>beim niedergelassenen Psychotherapeuten***</td>
<td>58,8</td>
<td>72,3</td>
</tr>
<tr>
<td>beim Hausarzt**</td>
<td>2,2</td>
<td>8,9</td>
</tr>
<tr>
<td>in psychiatrischer Tagesklinik</td>
<td>2,2</td>
<td>6,5</td>
</tr>
<tr>
<td>in Rehaklinik</td>
<td>4,8</td>
<td>5,5</td>
</tr>
<tr>
<td>im psychosomatischen Krankenhaus(+)</td>
<td>1,9</td>
<td>4,8</td>
</tr>
<tr>
<td>in psychiatrischem Krankenhaus</td>
<td>10,0</td>
<td>10,0</td>
</tr>
<tr>
<td>im Allgemeinkrankenhaus</td>
<td>10,0</td>
<td>10,0</td>
</tr>
</tbody>
</table>

*a 4-Felder-$\chi^2$–Test, $'a'=0,006, ***p<=0,001, **p<=0,01, (+)p<=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-$\chi^2$–Test, ***p<=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 verstärkte 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)

\[ a \] 4-Felder \( \chi^2 \)-Test, \[ b \] Mann-Whitney-U-Test, \( \alpha^* = 0.0125, ***p \leq 0.001 \]
Abbildung 47 Unterschiede in der Medikamenteneinnahme und Compliance nach sechs Wochen (Angaben in Prozent)

<table>
<thead>
<tr>
<th>Nebenwirkungen</th>
<th>Facharztpatienten</th>
<th>Hausarztpatienten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>„Deutliche – sehr starke Beeinträchtigung“</td>
<td>21,1%</td>
<td>17,6%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

<table>
<thead>
<tr>
<th>Compliance PGF</th>
<th>Facharztpatienten</th>
<th>Hausarztpatienten</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>„ziemlich – sehr genau“ (+)</td>
<td>92,6%</td>
<td>82%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

b Mann-Whitney-U-Test, $\alpha' = 0,025$, (+)$p<=0,10$

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 abstatten 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)

Die Abbildung zeigt die Unterschiede in der Patientenzufriedenheit zwischen Facharztpatienten und Hausarztpatienten in verschiedenen Bereichen. Die Zufriedenheit wurde anhand folgender Fragen erhoben:

- Erneuter Besuch bei Bedarf? „Ich glaube – eindeutig ja”
- Allgemeine Zufriedenheit mit der Behandlung „Weitgehend – sehr zufrieden”
- Behandlung eine Hilfe bei Problemen? „Ja, sie half etwas – eine Menge”
- Zufrieden mit Hilfe „weitgehend – sehr zufrieden”
- Praxis empfehlenswert? „Ich glaube- eindeutig ja”
- Praxis Bedürfnis entsprochen? „fast allen – den meisten”
- Gewünschte Behandlung erhalten? „Im Allgemeinen - eindeutig Ja”
- Beurteilung: Qualität der Behandlung „gut-ausgezeichnet” (+)

Die Ergebnisse werden durch Balkendiagramme dargestellt, die die Prozentsätze der zufriedenen Patienten zeigen. Die statistische Signifikanz der Unterschiede wird durch den Mann-Whitney-U-Test berechnet, wobei $\alpha' = 0,006$ und $p \leq 0,10$ gilt.

\[^b\] Mann-Whitney-U-Test, $\alpha' = 0,006$, (+)$p \leq 0,10$
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 Fachärzt- 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 Fachärzte- 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 Fachärzt- 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 Fachärztpatienten 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, \( \alpha' = 0.008 \)
Abbildung 50 Indirekte Befragung: Unterschiede in der Gesamtbeurteilung der Veränderung der Beschwerden phq PF-PGF (Angaben in Prozent)

\[ Mann-Whitney-U-Test, \alpha' = 0.008 \]
Abbildung 51 Indirekte Befragung, Hausarztpatienten: Veränderung der Beschwerden PHQ PF-PGF (Angaben in Prozent)

**Genesungsraten für Hausarztpatienten**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Veränderung</th>
<th>Prozent</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Teilremission</td>
<td>28%</td>
</tr>
<tr>
<td>Verschlechterung</td>
<td>20%</td>
</tr>
<tr>
<td>Komplette Remission</td>
<td>0%</td>
</tr>
<tr>
<td>Minimaler Effekt/Geringe Wirkung</td>
<td>24%</td>
</tr>
<tr>
<td>Kein Effekt/ Wirkung</td>
<td>28%</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

**Genesungsraten für Facharztpatienten**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Veränderung</th>
<th>Prozent</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Teilremission</td>
<td>23%</td>
</tr>
<tr>
<td>Verschlechterung</td>
<td>27%</td>
</tr>
<tr>
<td>Komplette Remission</td>
<td>2%</td>
</tr>
<tr>
<td>Minimaler Effekt/Geringe Wirkung</td>
<td>22%</td>
</tr>
<tr>
<td>Kein Effekt/ Wirkung</td>
<td>26%</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Abbildung 53 Direkte Befragung: Unterschiede im Gesundheitszustand nach sechs Wochen (Angaben in Prozent)

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%).

\[b\text{Mann-Whitney-U-Test, } \alpha' = 0.008\]
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 Majoren 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 Genesungsraten 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 Ärztegruppen 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

![Abbildung 55: Unterschiede im Vorkommen von Depressionen](image)

*a T-Test, beidseitig, für unabhängige Stichproben, \(\alpha'=0.006\), *** \(p \leq 0.001\)
3. Diskussion und Integration

3.1. Einleitung


3.1.1. Grenzen der Untersuchung


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 an\textsuperscript{36} 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


Was sagen die Auswertungen dieser Studie? Die Befunde machen deutlich, dass Fachärzte im Hinblick auf die erfassten Versorgungsaspekte\textsuperscript{37} 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 detaillierterer Betrachtung der Ergebnisse zeigt sich

\textsuperscript{36} Siehe Abschnitte 1.3.2, S. & 1.3.3, S. vorliegender Arbeit

\textsuperscript{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 Hausärzte\textsuperscript{38}. 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).


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

\textsuperscript{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).

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 prädiktischen 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 machten, 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 Routinearb- 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 „körperbetont“ in der Diagnose, und zwar insofern, als sie grundlegend mehr körperliche Diagnostiken durchführten.


Während der Aufruf zu Optimierung der diagnostischen Fertigkeiten von Hausärzten in zahlreichen deutschen und internationalen Studien Widerhall 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 Untersuchung, 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


41 Wie Fußnote 47


Wie verhält es sich mit der ärztlichen Einschätzung des Behandlungserfolgs? 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, erwarten nur 2,6% der Haus- und 6,3% der Fachärzte (siehe auch Abbildung 38). Ähnlich positiv schätzen die beiden Ärztengruppen 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 der vorliegenden 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 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 Ärztetangaben 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 kritisches 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 Ärztengruppen 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 Behandlungskenntnis und konnte einen Zusammenhang zwischen Kenntnisstand und psychiatrischer Vorerfahrung nachweisen (Bermejo I, 2002). Dass jeder zweite Hausarzt seine Diagnostik- und Behandlungskenntnisse 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 Hauärzte 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 Ärztgruppen am meisten Fortbildungsbedarf? Die fünf Favoritenthemen 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 Behandlungskenntnisse 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 Behandlungskenntnis 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 Ärztengruppen 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 Symptomemerkklärung (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).


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

\textsuperscript{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.

\textsuperscript{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.

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 Beratungsstellen, erwies sich die Zusammenarbeit mit den genannten ärztlichen- und psychologischen Psychotherapeuten sowie mit psychiatrischen Krankenhäusern nur für Hausärzte als problematisch (siehe auch Abbildung 35).


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 These\textsuperscript{57}, 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 Leitlinien\textsuperscript{58} 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

\textsuperscript{57} Siehe Hypothese 1 “Hausärzte sind schlechtere Depressionsversorger als Fachärzte“

\textsuperscript{58} (Härter M, 2003d)

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


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.

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 dazugehörende 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% 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 schwerwiegenderes 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

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. Hausarzt Patienten 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 Facharzt Patienten häufiger von Psychiatern oder Psychotherapeuten vorbehandelt worden sind (81% bzw. 56% der Facharzt Patienten waren im Vorfeld beim Psychiater oder Psychotherapeuten, aber nur 1% bzw. 6% der Hausarzt Patienten), ebenso, dass Hausarzt Patienten weitaus häufiger von Hausärzten vorbehandelt wurden (94% der als depressiv diagnostizierten Hausarzt Patienten im Vergleich zu 37% der Facharzt Patienten 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. Facharzt Patienten waren dabei bei beidseitig allgemein sehr hohen Bewertungen noch zufriedener und stärker „compliant“ als Hausarzt Patienten. 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 Hausarzt Patienten 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 Facharzt Patienten (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 Nebenwirkungen 61 (Salis L, 2008b). Wie kann dieser Widerspruch erklärt werden?


3.2.2.3. Zusammenfassung


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“

3.3. Integration der Ergebnisse

interdisziplinärer Zusammenarbeit 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*\textsuperscript{a2}\textsuperscript{e.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 möglich\textsuperscript{b}. 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

\textsuperscript{a2} 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).

\textsuperscript{b} Basiert auf der Tatsache, dass die Krankheit Depression oft von rekurrierenden Verläufen mit unterschiedlich stark ausgeprägten Symptomen geprägt ist (Hautzinger M, 1998).
weshalb überwiesen werden. 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. 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 identifiziert\(^{66}\) werden, „zirkulieren“ in einem Behandlungspool und werden in Abhängigkeit der Diagnose gemäß aktueller Leitlinienempfehlungen\(^{67}\) sowie unter Berücksichtigung ihrer eigenen Vorlieben\(^{68}\) 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**

Tabelle 15 Stärkenprofile, Rollenverteilung und Überweisungswege innerhalb des Nucleusverbandes

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

*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).

3.3.1.2.1. 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

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

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

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

5. *Weiterbildung*

3.3.1.2.5. *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.

3.3.1.2.6. *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.

3.3.1.2.7. *Gewinn*
Vorerst immaterieller Gewinn sind die empfangenen Rechte gemäß Vertrag sowie ein qualitativos 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.

3.3.1.2.8. *Zeitaufwand*
- 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

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 Model


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 Komplexleistung) und fünf (Therapiegruppe chronischer Verlauf) abrechnen.

3.3.1.4.1.2. Ambulante Qualitätszirkel\textsuperscript{74} (Integrierte Versorgung)


3.3.1.4.1.3. Case-Management\textsuperscript{76} und Partizipative Entscheidungsfindung\textsuperscript{77}

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

\textsuperscript{74} (Härter M, 2004)
\textsuperscript{75} (Härter M, 2004)
\textsuperscript{76} (Klesse C, 2007)
\textsuperscript{77} (Härter M, 2005)
\textsuperscript{78} (Klesse C, 2007)

79 (Härter M, 2005)
Abbildung 57 Positionierung des Nucleusverbandes\textsuperscript{80} in der aktuellen Versorgungslandschaft mit Hinweisen zu Synergien mit anderen Modellen

**Systemebene** *(Krankenkassen)*


**Versorgerebene** *(Ärzte)*

\textbf{Nucleusverband}\textsuperscript{82} = Verbindlicher, privatwirtschaftlicher Verband von Ärzten

\textbf{Integrierte Versorgung}\textsuperscript{81} = Freiwilliger Zusammenschluss von Ärzten für interdisziplinären Informationsaustausch und Weiterbildung

\textbf{Synergie 1}

\textbf{Qualitätszirkel} (ambulant & stationär)\textsuperscript{83} = Leitlinienorientiertes, fachverbandautorisiertes Angebot an Patienten in ambulant & stationär

**Klientenebene** *(Patienten)*

\textbf{Z.B. Case-Management}\textsuperscript{84} = Engmaschige Begleitung eines Patienten während des Krankheitsverlaufs durch interdisziplinäres Team mit dem Ziel der sozialen Rehabilitation.

\textbf{Partizipative Entscheidungsfindung}\textsuperscript{85} = Miteinbeziehen der Patienten in der Versorgungsablauf wird mit erhöhter Compliance in Verbindung gebracht.

\textbf{Synergien}

\textbf{Synergie 1} mit Harburger Modell = Ärzte im Nucleusverband können Module anbieten bzw. zu entsprechenden Leistungserbringern überweisen. Die Abrechnung würde wie im Harburger Modell erfolgen.

\textbf{Synergie 2} mit Qualitätszirkeln = Die Fortbildungen und Schulungen, welche im Rahmen des Nucleusverbandes bezogen werden, können von evidenzbasierten Qualitätszirkeln eingekauft bzw. übernommen werden.

\textbf{Synergie 3} mit Case-Management = Bei der Diagnose werden Patientenmengen und Präferenzen berücksichtigt.

\textsuperscript{80} Z. B. (Klesse C, 2007)
\textsuperscript{81} Z. B. (Berger M, 2006)
\textsuperscript{82} (Salis L, 2008a)
\textsuperscript{83} Z. B. (Brand S, 2005; Härter M, 2005)
\textsuperscript{84} Z. B. (Klesse C, 2007)
\textsuperscript{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


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 sind. 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 weiter 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 Zwiespults 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 der Hausärzten aufgenommen wird (siehe 3.2.1.3. & 3.2.1.4.). Zur möglicherweise wirksameren Erfassung der hausärztlichen Meinung und um die verfälschende Wirkung der Selbstselektion ausschließen zu dürfen, könnten alternative Untersuchungsdesigns wie Feldstudien in Betracht gezogen werden.


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 Vorverfahren 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

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 Leistungsabrechnungen 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


Gemeinsam entscheiden, erfolgreich behandeln. (pp. 165-174). Köln: Deutscher Ärzteverlag.


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)