

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Institut für Medizinische Psychologie

Direktor: Prof. Dr. med. Dr. phil. Martin Härter

Fortbildungsbedarf in der primärärztlichen Depressionsversorgung:

Evaluation eines kompakten Fortbildungsangebots für Hausärzte

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines Doktors der Medizin
an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von:

Marie-Luise Drynda
aus Leipzig

Hamburg 2014

(wird von der Medizinischen Fakultät ausgefüllt)

**Angenommen von der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 01.07.2015**

**Veröffentlicht mit Genehmigung der
Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.**

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. Birgit Watzke

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: Prof. Dr. Bernd Löwe

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	4
Abbildungsverzeichnis	6
Tabellenverzeichnis	7
Einleitung	8
1. Theoretischer Hintergrund	10
1.1. Überblick über die aktuellen Leitlinienempfehlungen zur Diagnostik und Behandlung depressiver Störungen	10
1.1.1. Hintergründe der aktuellen S3-Leitlinie ‚Unipolare Depression‘	10
1.1.2. Allgemeine Diagnostikkriterien depressiver Störungen	11
1.1.3. Spezielles Vorgehen in der Diagnostik	13
1.1.4. Therapie depressiver Störungen	15
1.1.5. Schnittstellen in der Versorgung	17
1.2. Defizite und Fortbildungsbedarf in der primärärztlichen Depressionsversorgung ...	19
1.2.1. Beobachtete Defizite in der primärärztlichen Depressionsversorgung	19
1.2.2. Mögliche Ursachen für beobachtete Defizite in der primärärztlichen Depressionsversorgung	20
1.2.2.1. Unterschiede zwischen der hausärztlichen Arbeitsweise und der Anwendung von standardisierten Messinstrumenten	21
1.2.2.2. Unzureichende Anwendung von Screeningverfahren und formalen Diagnosekriterien	22
1.2.2.3. Unzureichende Leitlinienumsetzung	23
1.2.2.4. Unzureichende Rahmenbedingungen, unzureichende Gesprächsführungs- kompetenz und Stigmatisierungsbefürchtungen	24
1.3. Hintergrund zur (primär)ärztlichen Fort- und Weiterbildung	26
1.3.1. Rahmenbedingungen der ärztlichen Fortbildung	26
1.3.2. Depressionsspezifische hausärztliche Fort- und Weiterbildung	28
1.3.3. Evaluation von ärztlichen Fortbildungen - allgemeine Kriterien und depressionsspezifische Ergebnisse	29
1.3.4. Subjektiver Fortbildungsbedarf	32
1.4. Projekte zur Leitlinienimplementierung	33
1.4.1. Bisherige Entwicklungen zur leitliniengerechten Depressionsversorgung	33
1.4.2. Ein innovatives Modell zur Leitlinienimplementierung: Das ‚Gesundheitsnetz Depression‘ im Großprojekt ‚psychenet‘	34
2. Fragestellungen und Hypothesen	41
2.1. A: Fragestellungen zum primärärztlichen depressionsspezifischen Fortbildungsbedarf	41
2.2. B: Fragestellungen zur Evaluation einer depressionsspezifischen Fortbildung im Rahmen des Gesundheitsnetz Depression	42

3. Methodik	43
3.1. Rahmenbedingungen der Erhebung	43
3.1.1. Rekrutierung der Projektteilnehmer	43
3.1.2. Ablauf und Durchführung der Fortbildungen.....	44
3.1.3. Aufbau und Inhalt der Fortbildungen	44
3.2. Erhebungsinstrument	49
3.2.1. Entwicklung der Fragebögen	49
3.2.2. Aufbau der Fragebögen	50
3.3. Statistische Verfahren	54
3.3.1. Korrelative Analysen zur Fragestellung A.II.....	55
3.3.2. Prä-Post-Analysen zur Fragestellung B.I.....	55
3.3.3. Inhaltliche Analysen zu den Fragestellungen A.III, A.IV und B.III	56
4. Ergebnisse	57
4.1. Stichprobenbeschreibung	57
4.2. Ergebnisse zum primärärztlichen depressionsspezifischen Fortbildungsbedarf	59
4.2.1. Subjektive Sicherheitseinschätzung zur Depressionsbehandlung vor der Fortbildung..	59
4.2.2. Zusammenhang von soziodemographischen Variablen und subjektiver Sicherheit ...	62
4.2.3. Fortbildungsrelevante Themen aus primärärztlicher Sicht	65
4.2.4. Defizite in der Depressionsdiagnostik aus primärärztlicher Sicht.....	66
4.3. Ergebnisse zur Evaluation einer depressionsspezifischen Fortbildung	69
4.3.1. Veränderungen der subjektiven Sicherheit nach der Fortbildung	69
4.3.2. Retrospektive Erfassung der Erweiterung der subjektiven Sicherheit.....	75
4.3.3. Allgemeine Zufriedenheit und Praxisbezug	75
4.3.4. Struktur und Prozess der Fortbildung	76
4.3.5. Änderungsvorschläge der Teilnehmer.....	77
5. Diskussion	81
5.1. Diskussion der Fragestellungen	81
5.1.1. Primärärztlicher depressionsspezifischer Fortbildungsbedarf	81
5.1.2. Evaluation einer depressionsspezifischen Fortbildung im Rahmen des 'Gesundheitsnetz Depression'	90
5.2. Limitationen der Untersuchung	96
5.3. Schlussfolgerung und Ausblick	97
6. Zusammenfassung	100
7. Anhang	101
8. Literaturverzeichnis	109
9. Danksagung	118
10. Lebenslauf	118
11. Eidesstattliche Erklärung	119

Abkürzungsverzeichnis

ADS	Allgemeine Depressionsskala
AHCPR	Agency for Healthcare Research and Quality" vom U.S. Department of Health & Human Services
AMWF	Wissenschaftliche Medizinische Fachgesellschaft
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
ÄZQ	Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
CME	Continuing Medical Education
d	Effektstärke nach Cohen (d=0,2 schwache Effekt, d=0,5 mittlerer Effekt d=0,8 starker Effekt)
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familien-medizin
DeGEval	Deutsche Gesellschaft für Evaluation e.V.
depr.	depressiv
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
DMP	Disease Management Programme
EAAD	European Alliance Against Depression
EG (A, B, 0, KKP)	Evidenzgrad, A="Soll"-Empfehlung, B="Sollte"-Empfehlung, 0="Kann"-Empfehlung, KKP="Klinischer Konsenspunkt"
et al.	et alii (lateinisch) und andere
GMG	Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung
HAD-Skala	Hospital Anxiety and Depression Scale
HFH	Hausärztliche Fortbildung Hamburg
ICD	International Classification of Diseases
IV	integrierten Versorgung
KI _{0,95}	Konfidenzintervall mit 95% Niveau
LKK	Landwirtschaftliche Krankenkasse
min.	Minuten
n	Menge, Anzahl der Aussagen, Anzahl der Antworten
NICE	National Institute for Health and Care Excellence
NVL	Nationale-Versorgungsleitlinie
NWpG	NetzWerk für psychische Gesundheit
P-Arzt	Im Projekt verwendeter Begriff zur Zusammenfassung von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Neurologie und Nervenheilkunde
PHQ	Gesundheitsfragebogen für Patienten (D=Deutsch, 9=Kurzform mit 9 Fragen)
PPV	Positiver prädiktiver Wert
psych.	psychisch
r _s	Spearman's Rho
S3-Leitlinie	höchste Qualitätsstufe in der Leitlinienentwicklung nach des AMWFs

SCM	Stepped-Care-Modell
SD	Standardabweichung
SGB V	Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung -
T0	Prä-Befragung
T1	Post-Befragung
U-Test	Wilcoxon-Mann-Whitney-Homogenitätstest
Vgl.	Vergleich
WBI-5	WHO-5 Fragebogen zum Wohlbefinden
WHO	World Health Organization
\bar{x}, \emptyset	Mittelwert

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Phasen der Depressionsbehandlung	15
Abbildung 2: Die 11 Projekte von psychenet	35
Abbildung 3: Leitlinienbasiertes Stepped-Care mit sechs Behandlungsoptionen	36
Abbildung 4: Erfahrung mit depressiven Patienten	58
Abbildung 5: Erfahrung mit Netzwerkarbeit (qualitativ)	58
Abbildung 6: Fortbildungsbedarf: Primärärztliche subjektive Sicherheit.....	61
Abbildung 7: Prä-Post-Vergleich der subjektiven Sicherheit	71
Abbildung 8: Effektstärken der Sicherheitserweiterung nach der Fortbildung.....	72
Abbildung 9: Häufigkeitsverteilung der Individuellen Veränderungen der subjektiven Sicherheit	74
Abbildung 10: Erweiterung der eigenen Fähigkeiten	75
Abbildung 11: Zufriedenheit mit der Fortbildung	76
Abbildung 12: Einfluss der Fortbildung auf die ärztliche/ therapeutische Tätigkeit	76
Abbildung 13: Struktur und Prozess der Fortbildung	77
Abbildung 14: Positives an der Fortbildung	78
Abbildung 15: Mögliche Veränderungen am Fortbildungskonzept	79
Abbildung 16: Mögliche Themen zukünftiger Qualitätszirkel.....	80
Abbildung 17: Fragebogen vor Beginn der Fortbildung;T0-(Prä-) Befragung	101
Abbildung 18: Fragebogen zum Abschluss der Fortbildung;T1-(Post-) Befragung S.1	102
Abbildung 19: Fragebogen zum Abschluss der Fortbildung;T1-(Post-) Befragung S.2	103

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Grade der Empfehlung in der S3-Leitlinie Unipolare Depression.....	10
Tabelle 2: Hauptkategorien affektiver Störungen nach ICD-10.....	11
Tabelle 3: Haupt- und Zusatzsymptome depressiver Störungen nach ICD-10.....	12
Tabelle 4: Akteure der Depressionsversorgung.....	18
Tabelle 5: Kriterien für Fortbildungsinhalte.....	27
Tabelle 6: Indikationskriterien und Zuständigkeiten im Rahmen des SCM.....	40
Tabelle 7: Überblick der Fortbildungsveranstaltungen und Teilnehmer.....	44
Tabelle 8: Struktur der Fortbildungseinheiten.....	45
Tabelle 9: Demografische Daten der teilnehmenden Behandler.....	51
Tabelle 10: Skalierung des Bereichs Fortbildungsbedarf.....	51
Tabelle 11: Items des Bereichs Fortbildungsbedarf.....	52
Tabelle 12: Offene Fragen zur Meinungsanalyse.....	52
Tabelle 13: Skalierung der Items zur Zufriedenheit der Fortbildung.....	53
Tabelle 14: Items zur Zufriedenheit der Fortbildung.....	53
Tabelle 15: Item zu Erwartungen an das Projekt.....	54
Tabelle 16: Items zu Veränderungsmöglichkeiten und Themenwünsche.....	54
Tabelle 17: Stichprobe der Hausärzte der Interventionsgruppe.....	57
Tabelle 18: Korrelationen von „Vorerfahrung mit depressiven Patienten“ mit Sicherheitsitems ...	62
Tabelle 19: Korrelationen von „ Häufigkeit des Kontakts zu depressiven Patienten“ mit Sicherheitsitems.....	63
Tabelle 20: Korrelationen von „Tätigkeitszeitraum in Jahren“ mit Sicherheitsitems.....	64
Tabelle 21: Fokus auf andere Krankheitsbilder.....	67
Tabelle 22: Negative Bewertung der Depression.....	67
Tabelle 23: Ressourcenmangel.....	68
Tabelle 24: Kompetenzdefizite).....	68
Tabelle 25: Prä-Post-Vergleich (Mittelwerte, t-Test für abhängige Stichproben, Effektstärke Cohens d).....	69
Tabelle 26: Antworten zu Netzwerkerfahrungen.....	104
Tabelle 27: Wörtliche Antworten zu fortbildungsrelevanten Themen.....	104
Tabelle 28: Wörtliche Antworten zu Defiziten in der Depressionsdiagnostik aus primärärztlicher Sicht.....	105
Tabelle 29: Wörtliche Antworten zu positiven Punkten der Fortbildung.....	107
Tabelle 30: Wörtliche Antworten zu Veränderungsmöglichkeiten am Fortbildungskonzept.....	107
Tabelle 31: Wörtliche Antworten zu gewünschten Themen für zukünftige Qualitätszirkel.....	108

Einleitung

In den Ergebnissen der 'Global Burden of Disease Study 2010' der WHO stellt die Depression die zweithäufigste Ursache für eine Beeinträchtigung der Lebensqualität durch krankheitsbedingte Behinderungen dar (Vos et al. 2012). Die Stichtagsprävalenz der Depression in Deutschland beträgt nach Busch et al. (2013) 8,1% und in der deutschen Hausarztpraxis nach Jacobi et al. (2002) 11,3 %. Der größte Anteil der Depressionsbehandlung wird durch die allgemeinärztliche Primärversorgung geleistet (Baron et al. 2011). Hausärzte¹ stehen somit oft im professionellen Erstkontakt mit depressiven Patienten, stellen die Weichen für den weiteren Krankheitsverlauf und übernehmen in vielen Fällen die Therapie. Noch immer diagnostizieren Hausärzte nur circa 50% der durch ICD-10 gesicherten Depressionen (Mitchell et al. 2009, Sielk et al. 2009). Obwohl zahlreiche nationale Leitlinien zur Verfügung stehen, welche in ihren Inhalten und Empfehlungen weitgehend kongruent sind, erfolgt die Behandlung in vielen Fällen nicht leitliniengerecht (Schürer-Maly et al. 2008). Härter et al. (2010) weisen auf deutliche Verbesserungspotenziale in der rechtzeitigen und adäquaten Erkennung depressiver Störungen hin. Es besteht primärärztlicher Fortbildungsbedarf in der leitliniengerechten Depressionsversorgung (Kratz et al. 2003, Bermejo et al. 2003, Schneider et al. 2003, Wittchen und Jacobi 2005, Härter et al. 2010). Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, den Fortbildungsbedarf zu spezifizieren und die Durchführung und Ergebnisse eines 6-stündigen Fortbildungsprogrammes zu evaluieren.

„Bedarf“ wird im Duden (26. Auflage, 2013) als „in einer bestimmten Lage Benötigtes“ beschrieben. Welche Informationen und/oder Fähigkeiten der Hausarzt im Praxisalltag benötigt und welche Inhalte Fortbildungen zum Thema Depressionen abdecken sollen, ist Inhalt verschiedener Untersuchungen und nicht eindeutig greifbar. Der Großteil der vorliegenden Studien misst durch quantifizierbare Indikatoren wie Erkennungsrate oder Behandlungserfolg die Kompetenz der Hausärzte (Mitchell et al. 2009). Andere Studien suchen nach Gründen, warum Hausärzte Depressionen häufig nicht diagnostizieren (Pilar et al. 2012), evaluieren den Erfolg von vorliegenden Fortbildungskonzepten (Sikorski et al. 2012) oder erfassen hausärztlich bevorzugte Inhalte für Fortbildungen mit psychiatrischen Schwerpunkten (Hodges et al. 2001). Die Beschreibung des Bedarfs an Fortbildung zeigt sich als Mosaik vieler einzelner Faktoren. Dem durch Analysen der Versorgungsstrukturen und Wissensdefizite quantifizierbaren Bedarf steht der subjektive Bedarf der Teilnehmer in Form von speziellen Themenwünschen und Interessengebieten gegenüber.

¹ Aus Gründen der Leserlichkeit wird im Folgenden nur die männliche Form verwendet, alle Bezeichnungen beziehen sich jedoch im selben Maße auf das weibliche Geschlecht.

Diese Arbeit soll einen Beitrag zur Untersuchung des hausärztlichen depressionsspezifischen Fortbildungsbedarfs und deren Veränderung leisten, indem sie die Einschätzung des persönlich wahrgenommenen Sicherheitsgefühls in Bezug auf spezifische Punkte der leitliniengerechten Depressionsbehandlung vor und nach einer Fortbildung erhebt. Zusätzlich wird die hausärztliche Meinung zu fortbildungsrelevanten Themen und Gründen für die Defizite in der Depressionsdiagnostik erfasst.

Den Rahmen der Datenerhebung bildet eine depressionsspezifische Fortbildung des Forschungs- und Versorgungsprojektes ‚Gesundheitsnetz Depression‘, einem Teilprojekt von ‚psychnet - Hamburger Netz psychischer Gesundheit‘. Mit Hilfe von zwei Fragebögen im Prä-Post-Design schätzen die Teilnehmer (32 Hausärzte) ihre subjektive Sicherheit hinsichtlich verschiedener Bereiche der leitliniengerechten Depressionsdiagnostik und -behandlung vor und nach der Fortbildung ein und bewerten die Fortbildung in Bezug auf Inhalt und Durchführung. Mit dieser Methode werden die hausärztlichen Sicherheitseinschätzungen und Veränderungen der Sicherheitseinschätzungen in einzelnen Bereichen im Rahmen der Fortbildung erfasst und die Stärken und Schwächen der einzelnen Themen der Fortbildung werden spezifiziert.

Die Arbeit gliedert sich in 5 inhaltliche Bereiche: Theoretischer Hintergrund, Fragestellungen und Hypothesen, Methodik, Ergebnisse und Diskussion. Im Abschnitt theoretischen Hintergrund werden die aktuellen Standards zur leitliniengerechten Depressionsbehandlung beschrieben, Literaturbefunde zu Defiziten und Fortbildungsbedarf in der primärärztlichen Depressionsversorgung dargelegt, Hintergründe zur hausärztlichen Fortbildung und deren Evaluation geschildert und das Projekt ‚Gesundheitsnetz Depression‘ beschrieben. Im Anschluss werden Fragestellungen und Hypothesen vorgestellt. Im Methodenabschnitt werden die Rahmenbedingungen der Erhebung beschrieben, sowie das Erhebungsinstrument und verwendete statistische Verfahren erläutert. Der Ergebnisabschnitt beinhaltet die Beschreibung der Stichprobe, gefolgt von der Auswertung der Ergebnisse zu den Bereichen des primärärztlichen depressionsspezifischen Fortbildungsbedarfs und der Evaluation der depressionsspezifischen Fortbildung. In der abschließenden Diskussion werden die Ergebnisse zu allen Fragestellungen diskutiert und in die Befundlage der Literatur eingeordnet. Außerdem werden Limitationen der Untersuchung benannt und ein Ausblick für zukünftige Arbeiten gegeben.

1. Theoretischer Hintergrund

Zum Einstieg wird ein Überblick über die aktuelle leitliniengerechte Versorgung der Depression gegeben, im Anschluss Literatur zu Defiziten und Fortbildungsbedarf der depressionsspezifischen primärärztlichen Versorgung präsentiert, Hintergründe der primärärztlichen Fort- und Weiterbildung und deren Evaluation vorgestellt und über Projekte zur Leitlinienimplementierung berichtet.

1.1. Überblick über die aktuellen Leitlinienempfehlungen zur Diagnostik und Behandlung depressiver Störungen

1.1.1. Hintergründe der aktuellen S3-Leitlinie ‚Unipolare Depression‘

Im Dezember 2009 wurde die aktuelle S3-Leitlinie/Nationale-Versorgungsleitlinie (NVL) ‚Unipolare Depression‘ (DGPPN et al. 2009) veröffentlicht. Initiator dieser Leitlinie war die ‚Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde‘ (DGPPN), die von der ‚Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaft‘ (AWMF), dem ‚Ärztlichen Zentrum für Qualität in der Medizin‘ (ÄZQ) und vielen anderen Institutionen in der Erarbeitung dieser Leitlinie unterstützt wurde. Die Konsensgruppe, bestehend aus Vertretern von 29 Fachgesellschaften und Berufsverbänden sowie Selbsthilfegruppen und Angehörigenverbänden erarbeitete in 14 Konsensuskonferenzen insgesamt 107 evidenzbasierte Empfehlungen und Statements (Härter et al. 2010). Dazu wurden internationale und nationale Leitlinien zur unipolaren Depression zusammengefasst und durch systematische Literaturrecherche ergänzt. Als zentrale Quelleitlinie diente die Leitlinie des ‚National Institut for Health and Clinical Excellence‘ (NICE), ‚Depression: Management of depression in primary and secondary care‘ (NICE 2004). Die Empfehlungen der S3-Leitlinie sind wie in Tabelle 1 ersichtlich in die vier verschiedenen Empfehlungsgrade: A, B, 0 und KKP eingeteilt.

Tabelle 1: Grade der Empfehlung in der S3-Leitlinie Unipolare Depression (nach DGPPN et al. 2009, S.21)

A	<u>„Soll“-Empfehlung</u> : Zumindest eine randomisierte kontrollierte Studie von insgesamt guter Qualität und Konsistenz, die sich direkt auf die jeweilige Empfehlung bezieht und nicht extrapoliert wurde.
B	<u>„Sollte“-Empfehlung</u> : Gut durchgeführte klinische Studien, aber keine randomisierten klinischen Studien, mit direktem Bezug zur Empfehlung oder Extrapolation, falls der Bezug zur spezifischen Fragestellung fehlt.
0	<u>„Kann“-Empfehlung</u> : Berichte von Expertenkreisen oder Expertenmeinung und/oder klinische Erfahrung anerkannter Autoritäten oder Extrapolation.

	Diese Einstufung zeigt an, dass direkt anwendbare klinische Studien von guter Qualität nicht vorhanden oder nicht verfügbar waren.
KKP ²	„ <u>Klinischer Konsenspunkt</u> “: Empfohlen als gute klinische Praxis („Good Clinical Practice Point“) im Konsens und aufgrund der klinischen Erfahrung der Mitglieder der Leitliniengruppe als ein Standard in der Behandlung, bei dem keine experimentelle wissenschaftliche Erforschung möglich oder angestrebt ist.

Die Zusammenfassung der Leitlinienempfehlungen im Rahmen dieser Arbeit bezieht sich auf den Arbeitsschwerpunkt des Hausarztes. Spezielle Psychopharmakotherapie, verschiedene Psychotherapieverfahren und das empfohlene Handeln in speziellen Fällen sind ausführlich in der Langfassung der aktuellen S3-Leitlinie zu finden (DGPPN et al. 2009).

1.1.2. Allgemeine Diagnostikkriterien depressiver Störungen

Im Bereich Diagnostik orientiert sich die Leitlinie an der ‚International Classification of Diseases‘ (ICD-10). Nach dem Klassifikationssystem der ICD-10 werden depressive Störungen den ‚Affektiven Störungen‘ (F30-F39) zugeordnet. Diese Kategorie fasst Störungsbilder zusammen, die sich auf eine Veränderung der Stimmung (Affektivität) bzw. des allgemeinen Aktivitätsniveaus beziehen (siehe Tabelle 2).

Tabelle 2: Hauptkategorien affektiver Störungen nach ICD-10 (DGPPN et al. 2009, S. 58)

F30 Manische Episode
F31 Bipolare affektive Störung
F32 Depressive Episode
F33 Rezidivierende depressive Störungen
F34 Anhaltende affektive Störungen
F38 Sonstige affektive Störungen
F39 Nicht näher bezeichnete affektive Störungen

Die Gruppe der ‚depressiven Störungen‘ zeichnet sich durch Symptome wie Niedergestimmtheit, Interessenverlust, Freudlosigkeit, erhöhte Ermüdbarkeit und Antriebsmangel aus, die Leitlinie bezieht sich in ihren Empfehlungen auf die ‚depressive Episode‘ (F32),

² „Klinische Konsenspunkte (KKP) wurden abweichend vom üblichen NVL-Verfahren eingeführt, um den besonderen Bedingungen der gemeinsamen Erstellung von S3-Leitlinie und nationaler Versorgungsleitlinie Rechnung zu tragen.“ (DGPPN et al. 2009, S.21)

die ‚rezidivierende depressive Störung‘ (F33), die ‚anhaltende affektive Störung‘ (hier nur ‚Dysthymie‘, F34.1) und ‚sonstige affektive Störungen‘ (hier nur ‚rezidivierende kurze depressive Störung‘, F38.1) (DGPPN et al. 2009, S.58).

Die ICD-10 Diagnostik basiert zum einem auf der Erfassung von Haupt- und Zusatzsymptomen der Depression (Tabelle 3), sowie auf der Beschreibung des Schweregrades (leicht, mittel, schwer), der Dauer und Frequenz (monophasisch, rezidivierend/chronisch, bipolarer Verlauf) und auf dem Auftreten von somatischen oder psychotischen Symptomen.

Tabelle 3: Haupt- und Zusatzsymptome depressiver Störungen nach ICD-10 (DGPPN et al. 2009,S. 60)

Hauptsymptome:	<ul style="list-style-type: none"> • Gedrückte , depressive Stimmung • Interessenverlust, Freudlosigkeit • Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit
Zusatzsymptome:	<ul style="list-style-type: none"> • Verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit • Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen • Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit • Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven • Suizidgedanken/-handlungen • Schlafstörungen • Verminderter Appetit

Zur Diagnosestellung einer ‚depressiven Episode‘ (F32) müssen mindestens 2 Hauptsymptome und mindestens 2 Zusatzsymptome über einen Zeitraum von 2 Wochen oder länger anhalten. Von einer ‚rezidivierenden depressiven Störung‘ (F33) spricht man, wenn in der Vorgeschichte zumindest eine depressive Episode zu finden war. Die ‚Dysthymie‘ (F34.1) bezeichnet eine chronische depressive Erkrankung, die über mindestens 2 Jahre andauert und bei der das Ausmaß der depressiven Symptome nicht für die Definition einer leichten depressiven Episode ausreicht (Härter et al. 2007, Kapitel 2, S.11). Zur Schweregradbestimmung wird die genaue Anzahl der Haupt- und Nebensymptome genutzt. Bei mindestens 2 Hauptsymptomen und mindestens 2 Zusatzsymptomen spricht man von einer leichten Episode (F32.0.), bei mindestens 2 Hauptsymptomen und mindestens 3-4 Zusatzsymptomen von einer mittelgradigen Episode (F.32.1) und bei 3 Hauptsymptomen und mindestens 4 Nebensymptomen von einer schweren depressiven Episode (F32.2).

Zusätzlich zur Schweregradbestimmung und der Erfassung von Verlaufsaspekten werden psychotische und somatische Symptome bei der Diagnostik mit eingeschlossen. Zu den psychotischen Symptomen zählen Wahnideen, Halluzinationen und schwere

psychomotorische Hemmungen. Diese können nur bei einer schweren depressiven Episode zusätzlich kodiert werden (schwere Episode ohne psychotische Symptome: F32.2, schwere Episode mit psychotischen Symptomen: F32.3).

Bei leichten und mittelgradigen depressiven Episoden hingegen kann zusätzlich ein ‚somatisches Syndrom‘ kodiert werden, wenn mindestens 4 somatische Symptome vorhanden sind (z.B. Frühes Erwachen (≥ 2 Stunden früher als üblich), psychomotorische Einschränkung oder Unruhe, deutlicher Appetitsverlust, Verlust von sexuellen Bedürfnissen oder Gewichtsabnahme über 5% in einem Monat (Dilling et al. 2011)). Bei einer schweren Depression ist diese Kodierung nicht vorgesehen, da der Grad der Ausprägung körperliche Symptome mit einschließt.

1.1.3. Spezielles Vorgehen in der Diagnostik

Depressive Patienten stellen oft körperliche Symptome in den Behandlungsfokus (Wittchen et al. 2010, Fobbe 2006) und berichten selten spontan über typische Kernsymptome, die auf eine depressive Störung schließen lassen (Prior et al. 2003, Helmchen 1969). Unspezifische Beschwerden, die geäußert werden, können allgemeine körperliche Abgeschlagenheit, Schlafstörungen mit morgendlichem Früherwachen, Appetitminderung, anhaltende Schmerzen und/ oder körperliche Beschwerden sein (Ebel et al. 2002). Die Leitlinie sieht aufgrund dessen eine aktive Exploration depressiver Symptome vor [Evidenzgrad (EG) A³] (DGPPN et al. 2009, S.31). Bei Patienten, die einer Hochrisikogruppe angehören - im Fall der Depression z.B. aufgrund komorbider somatischer Erkrankungen, diffuser somatischer Beschwerden, in der Vergangenheit liegender depressiver Episoden oder in der Familiengeschichte auftauchender bipolarer und depressiver Störungen - ist das Vorliegen einer Depression wahrscheinlich und es ist angebracht, Testverfahren zur Früherkennung anzuwenden [EG B] (DGPPN et al. 2009, S.31). Ein systematisches Screening aller Patienten ist nach Gilbody et al. (2008) und NICE (2010) hingegen nicht empfehlenswert, da der zeitliche Aufwand in einem unvorteilhaften Verhältnis zum Nutzen steht. Anerkannte Screeninginstrumente in der S3-Leitlinie (DGPPN et al. 2009, S.67) sind der ‚2-Fragen-Test‘ (Whooley et al. 1997) , der ‚Gesundheitsfragebogen für Patienten‘ (Kurzform PHQ-D) (Gilbody et al. 2007), der ‚WHO-5 Fragebogen zum Wohlbefinden‘ (WBI-5) (WHO 1998) und die ‚Allgemeine Depressionsskala‘ (ADS) (Hautzinger und Bailer 2005). Im Vergleich von PHQ, WBI-5 und ADS an einer 501 Patienten umfassenden deutschen Stichprobe durch Löwe et al. (2004) zeigten diese drei Screeninginstrumente eine sehr gute innere Konsistenz (Cronbachs α : 0,85-0,90). Die jeweiligen Cut-off Werte hatten eine Sensitivität von 98% im

³ Grade der Empfehlung in der Leitlinie (DGPPN et al. 2009) werden im fortlaufenden Text in [] angegeben.

PHQ, 94% im WBI-5, 85% im ADS und eine Spezifität von 80% im PHQ, 78% im WBI-5 und 76% im ADS. Die Kriteriumsvalidität des PHQ war signifikant höher als von ADS und WBI-5 (Löwe et al. 2004). In einer größeren Patientenprobe (5026 Patienten aus 14 Einzelstudien, im größtenteils US-amerikanischen Raum) wurden eine Sensitivität von 80% und eine Spezifität von 92% für den PHQ ermittelt (Gilbody et al. 2007).

Depressive Symptome gehören zum Krankheitsbild vieler psychischer Störungen, wie z.B. Angst- und Panikstörungen, Anpassungsstörungen, bipolare Störungen, Substanzmissbrauch, Ess- und Persönlichkeitsstörungen oder Schizophrenie (Negativsymptomatik) (DGPPN et al. 2009, S.70). Deswegen sollte nach der Erhebung der gegenwärtigen depressiven Symptome auch eine Befunderhebung weiterer psychischer Erkrankungen erfolgen [EG B] (DGPPN 2009, S.32). Eine nicht immer einfach abzugrenzende Differentialdiagnose ist die Anpassungsstörung (F43.2), z.B. als Trauerreaktion auf den Verlust eines Familienmitglieds. Im Vergleich zu einer depressiven Episode, besteht bei einer Anpassungsstörung jedoch oftmals noch Schwingungsfähigkeit (Ansprechbarkeit auf positive Ereignisse), die Symptome verringern sich meist innerhalb von 2 Monaten nach einem belastendem Lebensereignis und es treten nur selten Suizidabsichten, andauernde schwere Selbstzweifel und vegetative Symptome wie Gewichtsschwankungen oder frühmorgendliches Erwachen auf (DGPPN 2009, S.68).

Die vollständige Depressionsdiagnostik schließt neben der Exploration anderer psychischer Erkrankungen auch die Abklärung des körperlichen Status mit ein. Dazu gehört die Überprüfung bestehender körperlicher Erkrankungen und „die Einnahme von Medikamenten und Noxen, die mit depressiven Symptomen einhergehen können, sowie Komorbiditäten“ [EG B] (DGPPN 2009, S. 32). Depressive Symptome finden sich z. B. bei endokrinen Erkrankungen wie Schilddrüsenfunktionsstörungen, hypothalamisch-hypophysären-Regulationsstörungen, Autoimmunerkrankungen wie Vaskulitiden, Hirnerkrankungen wie Hirntumoren, Enzephalitiden oder Demenz, medikamentöser Behandlung mit z.B. Antihypertensiva oder Steroidhormonen (Gaebel et al. 2000, Wittchen et al. 2010).

Suizidalität ist ein wichtiges Zusatzsymptom der Depression, zu dem die Leitlinie explizite Empfehlungen gibt. Psychische Störungen verursachen circa. 65-90% aller Suizide, die Depression trägt dabei den größten Anteil (Krug et al. 2002). Das Suizidrisiko von depressiven Patienten ist 30-mal höher als das der Gesamtbevölkerung (Harris et al. 1997). Suizidalität sollte deswegen (nach DGPPN et al. 2009, S.31) bei jedem Patienten aktiv und empathisch im Rahmen der Erstdiagnostik erfragt und auch im weiteren Kontaktverlauf regelmäßig klinisch eingeschätzt und gegebenenfalls angesprochen werden [EG KKP].

Für den Therapieerfolg ist die aktive Mitarbeit des Patienten unerlässlich. Dazu ist eine stabile und vertrauensvolle Arzt-Patienten-Beziehung wichtig. „Depressive Patienten sollen über Symptomatik, Verlauf und Behandlung der Depression aufgeklärt werden. Wenn es angebracht ist und die Patienten einverstanden sind, gilt dies auch für deren Angehörige“ [EG A] (DGPPN et al. 2009, S.33). Zusätzlich sollte mit dem Patienten mit Hilfe der partizipativen Entscheidungsfindung über mögliche Behandlungswege und deren erwünschte und unerwünschte Wirkungen diskutiert und gemeinsam die für den Patienten passendste Lösung gefunden werden [EG B] (DGPPN et al. 2009, S.33). Das Anbieten von Psychoedukation [EG B], Informieren und falls angebracht Motivieren zur Teilnahme an Selbsthilfe- oder Angehörigengruppen [EG A] stellt einen nützlichen Zusatz zur Therapie dar.

1.1.4. Therapie depressiver Störungen

Es werden zuerst die verschiedenen Phasen der Depressionsbehandlung vorgestellt und im Anschluss Therapieoptionen erläutert.

Behandlungsphasen:

Allgemein lässt sich die Behandlung einer Depression in 3 Phasen einteilen: Akuttherapie, Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe (Abbildung 1 gibt einen Überblick).

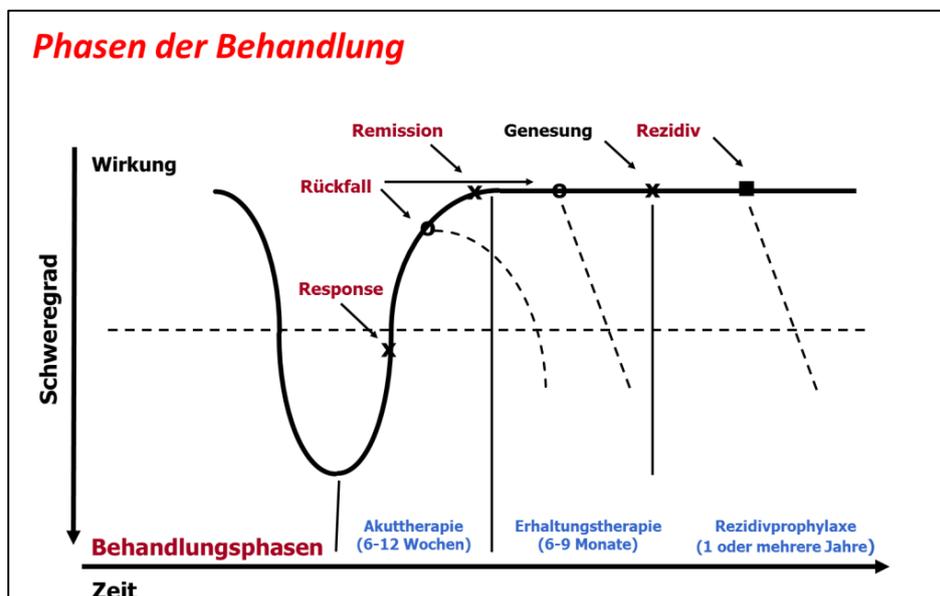


Abbildung 1: Phasen der Depressionsbehandlung (nach Kupfer 1991, S.28-34)

Die Akuttherapie erstreckt sich in der Regel über einen Zeitraum von 6-12 Wochen und hat zum Ziel, den Leidensdruck des Patienten zu lindern, die gegenwärtigen Symptome zu behandeln und die psychosoziale und berufliche Leistungsfähigkeit wiederherzustellen (Kempermann et al. 2008). Die Erhaltungstherapie erstreckt sich über einen Zeitraum von 6-9 Monaten. Die depressiven Symptome sind während dieser Phase zwar

schon weitgehend abgeklungen, aber die depressive Episode noch nicht vollständig überwunden. Die plötzliche Beendigung der Therapie nach dem Erreichen der Remission ist mit einem hohen Rückfallrisiko verbunden (Geddes et al. 2003). Bleibt der Patient in der Phase der Erhaltungstherapie symptomfrei, bezeichnet man dies als vollständige Genesung und es wird gegebenenfalls zur mindestens einjährigen Rezidivprophylaxe übergegangen oder die Therapie beendet. Depressionen zeigen gehäuft chronische Verläufe (15-30%) und bis zu 80% der Betroffenen durchleben zumindest eine weitere depressive Episode in den Folgejahren (Paykel et al. 2005).

Therapieoptionen:

Zur erfolgreichen Therapie einer Depression bieten sich verschiedene Wege an. Die Wahl der geeigneten Behandlungsalternative richtet sich nach klinischen Faktoren (Schweregrad der Symptomatik, Erkrankungsverlauf, zusätzliche Symptome) und nach Patientenpräferenz. Es lassen sich in der aktuellen S3-Leitlinie grundsätzlich 4 etablierte Behandlungsstrategien unterscheiden:

- Aktiv-abwartende Begleitung („watchful waiting“)
- Medikamentöse Behandlung (vor allem Antidepressiva)
- Psychotherapeutische Behandlung
- Kombinationstherapie

Es bestehen zahlreiche weitere Therapieverfahren wie Lichttherapie, körperliches Training, Wachtherapie, Elektrokonvulsive Therapie (EKT) oder Vagus-Nerv-Stimulation, die unter anderem unterstützend eingesetzt werden können.

In der NICE-Guideline (2010) werden zusätzlich niederschwellige Therapieverfahren basierend auf kognitiver Verhaltenstherapie, wie computerunterstützte Interventionen oder begleitete Selbsthilfe in Buchform, empfohlen.

Nach DGPPN et al. (2009, S.33) kann bei einer leichten depressiven Episode unter der Annahme, dass die Symptomatik ohne aktive Intervention abklingen könnte, über einen Zeitraum von 2 Wochen durch eine ‚aktiv-abwartende Begleitung‘ von einer depressionsspezifischen Behandlung abgesehen werden [EG 0]. Wenn sich der Zustand innerhalb von 2 Wochen nicht verändert oder sogar verschlechtert, ist eine Behandlung ange-raten. Hier bieten sich die Optionen der Psychotherapie oder der Psychopharmakotherapie an. Die S3-Leitlinie besagt, dass „Antidepressiva nicht generell zur Erstbehandlung einer leichten depressiven Episode eingesetzt werden sollen, sondern nur unter besonders kritischer Abwägung des Nutzen-Risiko-Verhältnisses“ [EG B] (DGPPN et al. 2009, S.33). Die Therapieempfehlung der Leitlinie zur Behandlung leichter depressiver Episoden ist die Psychotherapie [EG A] (DGPPN et al. 2009, S.38). Eine Studie von Kirsch et al. (2008) zeigt auf, dass bei der Behandlung einer leichten depressiven Episode keine

statistischen Unterschiede zwischen der Wirkung von Antidepressiva und Placebo bestehen. Bei einer mittleren bis schweren depressiven Episode ist der Wirkungsunterschied zwischen Antidepressiva und Placebo jedoch deutlich größer (Khan et al. 2002). NICE (2010) empfiehlt zusätzlich die kognitiv-verhaltenstherapeutische computerunterstützte und bibliotherapeutische Selbsthilfe zur Behandlung der leichten und moderaten Depression. Auch Patten et al. (2008) bestätigten, dass aktiv-abwartende Begleitung und niedrighschwellige Therapien wie Selbsthilfeangebote nützliche Werkzeuge in der Depressionsbehandlung sind.

Zur Behandlung von mittelgradigen depressiven Episoden empfiehlt die S3-Leitlinie eine Monotherapie durch Psychopharmakotherapie oder Psychotherapie. Beide Verfahren sollen als gleichwertige alleinige Therapieoptionen angeboten werden [EG A] (DGPPN et al. 2009, S.38). Erst bei einer schweren depressiven Episode wird empfohlen eine Kombinationstherapie mit medikamentöser Therapie und Psychotherapie durchzuführen [EG A] (DGPPN et al. 2009, S.38). Khan et al. (2002) und DeRubeis et al. (1999) belegen die placebokontrollierte Wirksamkeit von Antidepressiva und alleiniger Psychotherapie (kognitive Verhaltenstherapie oder interpersonelle Psychotherapie). Die Überlegenheit einer Kombinationstherapie aus Psychopharmakon und Psychotherapie bei schweren oder rezidivierenden Depressionen konnte zum Beispiel durch Thase et al. (1997) belegt werden. Auch bei „Dysthymie, Double Depression und chronischer oder rezidivierender Depression soll der Patient darüber informiert werden, dass eine Kombinationstherapie mit Psychotherapie und Antidepressiva gegenüber einer Monotherapie wirksamer ist“ [EG A] (DGPPN et al. 2009, S.39).

Die S3-Leitlinie gibt außerdem Empfehlungen zur Verlaufsdiagnostik: Für alle Therapieoptionen gilt, dass das bisherige Vorgehen nicht unverändert fortgesetzt werden sollte, wenn sich während der Akutbehandlung innerhalb von 3-4 Wochen keine positive Entwicklung im Sinne der Zielvorgaben einstellt [EG 0] (DGPPN et al. 2009, S.32). Für die Pharmakotherapie wird ein wöchentliches Monitoring in den ersten 4 Behandlungswochen empfohlen. Danach vergrößert sich das Intervall auf 2-4 Wochen und nach dreimonatiger Therapie auf längere Intervalle [Statement] (DGPPN et al. 2009, S.35).

1.1.5. Schnittstellen in der Versorgung

Verschiedene Akteure sind an der ambulanten und stationären Depressionsversorgung beteiligt. Die Leitlinie enthält Einschätzungen, inwieweit welche Berufsgruppe für die verschiedenen Stadien und Möglichkeiten der Therapie qualifiziert ist. Tabelle 4 gibt einen Überblick der Beteiligten der Depressionsversorgung.

Tabelle 4: Akteure der Depressionsversorgung (aus DGPPN et al. 2009, S.82)

Ambulante Versorgung	Stationäre Versorgung
<ul style="list-style-type: none"> • Hausärzte (Facharzt (FA) für Allgemeinmedizin, FA für Innere Medizin, praktische Ärzte) • FA für Psychiatrie und Psychotherapie, Nervenheilkunde • FA für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie • Ärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie oder Psychoanalyse • Psychologische Psychotherapeuten • Andere Leistungserbringer psychosozialer Therapien: Ergotherapeuten, Sozialpädagogen, Sozialarbeiter, Soziotherapeuten, häusliche psychiatrische Pflege 	<ul style="list-style-type: none"> • Fachkrankenhäuser und Fachabteilungen in Allgemeinkrankenhäusern für <ul style="list-style-type: none"> - Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung - Psychosomatisch-psychotherapeutische Behandlung • Rehabilitationseinrichtungen (vor allem Psychosomatik)

Grundsätzlich kann eine ambulante Depressionsbehandlung von allen relevanten Berufsgruppen (Hausärzten, Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Ärzten mit psychotherapeutischer Zusatzbezeichnung, Psychologischen Psychotherapeuten) durchgeführt werden. Hausärzte nehmen eine zentrale Rolle in der Depressionsversorgung ein (NICE 2010) und leisten den größten Teil der Depressionsversorgung (Baron et al. 2011). Hausärzte begleiten Patienten oft jahrelang und können so Veränderungen von depressiven Symptomen leichter erkennen. Außerdem hat der Hausarzt eine wichtige beratende Funktion: Er entscheidet, inwieweit andere Fachgruppen in die Therapie mit eingebunden werden sollen und steht an erster Position der Patientenaufklärung und Psychoedukation. Je nach eigener Qualifikation kann der Hausarzt eine Psychopharmakotherapie eigenständig durchführen oder an einen Experten überweisen. Zur Psychotherapie überweist der Hausarzt an einen Psychologischen Psychotherapeuten oder Facharzt der Psychiatrie oder Psychosomatik mit psychotherapeutischer Ausbildung, da er in den meisten Fällen diese Zusatzqualifikationen nicht selbst besitzt. Die Indikation für eine stationäre psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung besteht neben dem Wunsch des Patienten unter anderem bei akuter Suizidalität, der Gefahr der depressionsbedingten Isolation, den Therapieerfolg massiv behindernden Lebensumständen, einer Therapieresistenz gegen ambulante Therapien, der Schwere des Krankheitsbildes und der starken Gefahr einer Chronifizierung (DGPPN et al. 2009, S.87).

1.2. Defizite und Fortbildungsbedarf in der primärärztlichen Depressionsversorgung

Schon seit geraumer Zeit werden Depressionen als schwierig zu diagnostizierende und behandelnde Krankheit in der Allgemeinarztpraxis beschrieben. Bereits 1969 wurde Hausärzten empfohlen, leichte Depressionen, die sich oft hinter somatischen Symptomen verstecken, mit aktiver Exploration aufzudecken (Helmchen 1969). Damals wie heute ist die hausärztliche Erkennungsrate der Depression mit unverändert circa 50% verbesserungsfähig (Sielk et al. 2009, Bermejo et al. 2003, Kratz et al. 2003, Üstün et al. 1995). Hausärztliche Fortbildung in diesem Bereich ist notwendig (Wittchen und Pittrow 2002). Nachfolgend werden Erkenntnisse verschiedener Studien aus der Literatur vorgestellt, die diese Erkennungsrate explorieren und Ursachen und spezifische Defizite in der Depressionsversorgung aufzudecken versuchen.

1.2.1. Beobachtete Defizite in der primärärztlichen Depressionsversorgung

Basierend auf einer systematischen Literaturrecherche von 1966-2009⁴ beschreiben Mitchell et al. (2009) in einer Metaanalyse von 41 Studien zur Genauigkeit von hausärztlichen Depressionsdiagnosen die Erkennungsrate der Depression und die Rate der falsch positiven Diagnosen. Insgesamt konnten 50371 Patientenfälle ausgewertet werden. Die Sensitivität (Erkennung des Krankheitsbildes) betrug durchschnittlich 47,3 % (KI_{0,95}⁵: 41,7%-53,0%). In 19 Einzelstudien dieser Metaanalyse konnte durch die explizite Möglichkeit des Ausschlusses einer Depression die Spezifität, also die Erkennungsrate der Nicht-Depressiven, ermittelt werden. Im Durchschnitt erkannten die Hausärzte 81,3% (KI_{0,95}: 74,5%-87,3%) der Patienten ohne Depression korrekt als nicht depressiv. Die Sensitivität betrug in dieser Auswahl von Studien hingegen durchschnittlich 50,1% (KI_{0,95}: 41,3-59,0%). Bei einer Prävalenz von 10% würde der durchschnittliche Hausarzt, bezogen auf 100 Patientenfälle, 5 von 10 depressiven Patienten identifizieren und bei 73 von 90 nicht depressiven Patienten eine Depression richtig ausschließen. Der Hausarzt diagnostiziert in 100 zufällig gewählten Fällen also mehr falsch Positive (n=17) als nicht diagnostizierte (n=5) oder korrekt diagnostizierte (n=5) Depressionsfälle. Die Diagnosegenauigkeit (Korrektklassifikationsrate) beträgt 78%. Anders gesagt, von jeweils 5 Depressionsdiagnosen ist nur eine richtig (positiver prädiktiver Wert: 22,9%) und von 20 Fällen, die als nicht depressiv eingeschätzt wurden, sind 19 tatsächlich nicht depressiv (negativer prädiktiver Wert: 93,6%). Zusammenfassend kommt diese Analyse zu dem Ergebnis, dass Hausärzte beim Ausschluss einer Depression relativ sicher sind (81,3%)

⁴ Systematische Literaturrecherche in: Medline (1966-2009), PsycINFO (1887- 2009), Embase (1980 - 2009) und Scopus (1980- 2009)

⁵ Konfidenzintervall mit 95% Niveau

und die Erkennungsrate mit 47,3% noch zu verbessern ist. Jedoch übertrifft die Anzahl der Fehldiagnosen (Falsch-Positive) diejenige der übersehenen Fälle (Falsch-Negative). Barkow K. et al. zeigten 2002, dass nichtdepressive Patienten, die als depressiv diagnostiziert wurden, im Folgejahr zweimal so häufig an einer Depression erkrankten, wie Patienten ohne Depression, die nicht als depressiv diagnostiziert wurden. Neben den übersehenen depressiven Fällen tragen also auch die fehldiagnostizierten Fälle zu Defiziten in der primärärztlichen Versorgung bei und erhöhen sogar das Risiko, an einer Depression zu erkranken. Eine adäquate Diagnosestellung ist die Voraussetzung für eine adäquate Therapie. Die Arbeitsgruppe Schürer-Maly et al. (2008) untersuchte in einem systematischen Review von 1999-2008⁶ Publikationen zum Thema „Behandlungsmethoden und -erfolge bei Depressionen in der Allgemeinmedizin“. Von den 1798 gefundenen Arbeiten erfüllten 250 die Einschlusskriterien und wurden evaluiert. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass neben der Diagnosestellung auch die Depressionstherapie in der allgemeinmedizinischen Praxis nach psychiatrischem Standard als nicht optimal anzusehen ist. Die Behandlung erfolgte überwiegend mit Antidepressiva und nur circa ein Fünftel der Patienten wurde zusätzlich durch einen fachspezifischen Facharzt oder Psychologischen Psychotherapeuten betreut. Die Hälfte der Patienten erhielt aufgrund des Nichterkennens der Depression oder durch abwartendes Verhalten der Hausärzte überhaupt keine Therapie. Es wurden hingegen auch Patienten mit Antidepressiva behandelt, die nach anerkannten Diagnostikinstrumenten keine Depression hatten. Die Behandlung erfolgte in vielen Fällen nicht leitliniengerecht, obwohl zahlreiche nationale Leitlinien zur Verfügung stehen, welche in ihren Inhalten und Empfehlungen weitgehend kongruent sind (Schürer-Maly et al. 2008).

1.2.2. Mögliche Ursachen für beobachtete Defizite in der primärärztlichen Depressionsversorgung

In unterschiedlichen Einzelarbeiten konnten Gründe für die im vorangegangenen Abschnitt beschriebenen Defizite in der primärärztlichen Depressionsversorgung gefunden werden. Es wird zuerst Literatur zum Erklärungsansatz der Divergenz zwischen hausärztlicher Arbeitsweise und der Anwendung standardisierter Messinstrumente (für die niedrigen Erkennungsraten) beschrieben und im Anschluss Literatur zu möglichen Ursachen und Gründen für die Defizite in der hausärztlichen Depressionsversorgung vorgestellt.

⁶ 1999-2008, englisch- und deutschsprachige Literatur: PubMed, Scopus, AHRG, Mayo Clinic, Natl. Clearinghouse, NICE-Guideline

1.2.2.1. Unterschiede zwischen der hausärztlichen Arbeitsweise und der Anwendung von standardisierten Messinstrumenten

Sielk et al. (2009) verglichen in Lehrarztpraxen der Universität Düsseldorf bei 902 Patientenkontakten die Übereinstimmung hausärztlicher Depressionsdiagnosen mit dem Vorhandensein einer Major Depression nach PHQ-D (Cut-off-Wert von 12 Punkten). Die Arbeitsgruppe stellte eine mangelhafte Erkennungsrate (Sensitivität von 45%) und eine Spezifität von 86,3% fest. Die befragten Hausärzte gaben allerdings bei 2/3 der durch den PHQ-D positiv diagnostizierten Patienten "eine psychische Belastung anderer Zuordnung" an (Sielk et al. 2009). Die Forscher kamen zu der Schlussfolgerung, dass Hausärzte oftmals die psychische Belastung ihrer Patienten erkennen, allerdings die Diagnose Depression nicht stellen. Kritisch zur Validierung der Diagnose anhand des PHQ-D-Wertes wurde auch angemerkt, dass Hausärzte im Gegensatz zum PHQ-D oft Umweltfaktoren und alltägliche Probleme zur Erklärung depressiver Symptome mit einbeziehen.

Pilar et al. (2012) explorierten anhand einer qualitativen Befragung⁷ Gründe, warum Hausärzte vorliegende Depressionen nicht diagnostizieren. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass Hausärzte Beeinträchtigungen des seelischen Zustandes deutlich öfter erkennen, als es in den Erkennungsraten von entsprechenden Studien erscheint. Sie vertreten den Standpunkt, dass die Gründe des Nicht-Diagnostizierens viel eher in der spezifischen hausärztlichen Arbeitsweise und Krankheitskonzeption als in einem Wissensdefizit zu finden sind: Hausärzte würden die Diagnosestellung anders konzeptualisieren, als dies in standardisierten psychiatrischen Fragebögen getan werde. Obwohl Hausärzte das Vorliegen eines psychischen Problems erkennen würden, erfolge die Diagnosestellung oft erst im Verlauf der Behandlung (konsekutive Diagnostik). Der Fokus der Diagnosestellung liege nicht auf der exakten Benennung des Krankheitsbildes, sondern eher auf der therapeutischen Konsequenz der Symptome und der Beeinträchtigung des Patienten. Dem Hausarzt sei auch die Angst des Patienten vor Stigmatisierung bewusst. Pilar et al. (2012) liefern hiermit einen Erklärungsansatz, warum es problematisch erscheint, das „psychiatrische Krankheitskonzept“ mit entsprechender standardisierter Diagnostik in den Hausarztalltag zu übernehmen. Die Autoren äußern Zweifel an der Bewertung hausärztlicher Diagnostikgenauigkeit durch initial angewendete, formale psychiatrische Messinstrumente wie den PHQ-D.

Patten (2008) zweifelt ebenfalls die klinische Relevanz der psychiatrischen Messinstrumente und die Behandlungsnotwendigkeit der durch sie diagnostizierten Depressionen an. In einer Metaanalyse zur Anwendung des PHQ-9 (Gilbody et al. 2007) wird angemerkt, dass eine alleinige Anwendung psychiatrischer Messinstrumente nicht den Be-

⁷ Framework-Methode von Lewis und Ritchie

handlungserfolg der Depression verbessern würde. Mitchell et al. (2009) zeigen, dass sich unter vielen der falsch-positiven Diagnosen ähnliche Krankheitsbilder wie Angst- oder Anpassungsstörungen fanden und dass im Verlauf die richtige Diagnose gestellt oder die Therapie angepasst werden konnte. Schon eine einmalige erneute Beurteilung hebt die Diagnosegenauigkeit von 78% auf 89,5% an. Sielk und Abholz (2005, S.489) betonen am Beispiel der Suizidalität „wie weit die psychiatrischen Diagnosesysteme von der allgemeinärztlichen Realität entfernt sind“. Aus Sicht eines Hausarztes kann nach Sielk und Abholz (2005) ein suizidaler und verzweifelter Patient durchaus eine „Depression“ im weiten Sinne haben, unabhängig davon, ob er die in validierten Diagnoseinstrumenten geforderten Kriterien erfüllt oder nicht.

Aus diesen Arbeiten lässt sich schlussfolgern, dass die Anwendung psychiatrischer Diagnostikelemente in der Hausarztpraxis sinnvoll erscheint, jedoch Zweifel an der Anwendbarkeit formaler psychiatrischer Diagnostikmethoden (z.B. PHQ-D) als Standard für die Diagnosesicherheit der Hausärzte bestehen. Es ist anzunehmen, dass psychische Probleme vom Hausarzt häufiger erkannt werden als es beschrieben wird, jedoch in nicht wenigen Fällen zuerst beobachtet und nicht immer sofort diagnostiziert und behandelt werden.

1.2.2.2. Unzureichende Anwendung von Screeningverfahren und formalen Diagnosekriterien

Problematisch bei der Aufdeckung einer depressiven Störung ist, dass Patienten selten spontan depressive Symptome äußern (Prior et al. 2003) und Hausärzte im Praxisalltag nicht immer konsequent danach fragen (Kratz et al. 2003, Helmchen 1969).

Bermejo et al. (2003) schlossen aufgrund einer Studie im Rahmen des ‚Kompetenznetzes Depression, Suizidalität‘⁸ zur hausärztlichen Erkennungsrate von Depressionen und deren Übereinstimmung mit der Selbsteinschätzung der Patienten auf eine Notwendigkeit der „Verbesserungen im diagnostischen Bereich (Erkennung depressiver Störungen) sowie Anwendung von ICD-10 Kriterien (Differenzialdiagnose)“ (S.44). Nur in 40% der untersuchten Fälle fragten Hausärzte direkt und vollständig nach diagnostischen Kriterien einer Depression. Die diagnostische Sicherheit und Qualität kann durch Vermittlung von Diagnosekriterien erhöht werden. Schneider et al. (2003) betonen mangelnde Fortbildung und ungenügende Kenntnisse in leitlinienorientierter Diagnostik und Härter et al. (2010) weisen auf deutliche Verbesserungspotenziale in der rechtzeitigen und adäquaten Erkennung depressiver Störungen hin. Eine zusätzliche Befragung von Hausärzten zu deren Diagnoseverhalten ergab, dass sie „Depressionen eher anhand

⁸ Die Studie umfasste 1233 Patienten aus 32 teilnehmenden Hausarztpraxen im Raum Südbaden, Rheinland und München.

der Selbstbeurteilung und des Verhaltens des Patienten diagnostizierten, als routinemäßig nach depressiven Symptomen zu fragen" (Kratz et al. 2003, S. 50). Da in dieser Studie Patienten, die sich selbst als depressiv einschätzen, zu 57% körperliche Symptome und nur zu 20% psychische Beschwerden äußerten, erscheint den Autoren diese Art der Diagnostik fraglich. In der Befragung von Kratz et al. (2003, S. 50) wird der Fortbildungsbedarf an „kriterienorientierter Diagnostik und der Anwendung geeigneter Screeninginstrumente für depressive Störungen in der hausärztlichen Praxis“ unterstrichen. 2010 ermittelten Bermejo et al. anhand einer Fragebogenstudie im Raum Baden die aktuelle Situation der ambulanten Depressionsbehandlung verschiedener Fachgruppen⁹. Sie kamen zu dem Schluss, dass u.a. die Diagnostik besonders optimierungsbedürftig sei. Alle Behandlungsgruppen würden ihre Diagnose eher auf vom Patienten geäußerten Beschwerden anstatt auf der aktiven Exploration depressiver Symptome und formaler ICD-10 Diagnostik basieren. Bei den Hausärzten diene in 62,2% der Fälle der klinische Eindruck als diagnostisches Instrument und in 48,7% wurde ICD-10 Diagnostik angewandt.

Auch Pilar et al. (2012) bestätigen, dass der Hausarzt oft seine Intuition als diagnostisches Mittel einsetzt. Einen Teil der nicht diagnostizierten Fälle führen sie außerdem auf Vermeidung einer ausführlichen Diagnostik, fehlendes Interesse an psychiatrischer Diagnostik oder ungenügendes themenspezifisches Wissen zurück. Diese Autoren weisen nach, dass die Vermittlung von Diagnosekriterien die Qualität der Versorgung verbessern kann, die aktive Exploration unzureichend eingesetzt und Intuition fälschlicherweise zu oft als Diagnostikinstrument benutzt wird.

1.2.2.3. Unzureichende Leitlinienumsetzung

Schneider et al. (2003) untersuchten in den Gebieten Rheinland, Südbaden und München den Behandlungsverlauf depressiver Patienten in der ambulanten Betreuung. Dazu wurde die von 66 Behandlern (43 Haus- und 23 Fachärzte) dokumentierte Prozessqualität bzw. aktuelle Behandlungssituation ihrer depressiven Patienten mit den aktuellen Leitlinienempfehlungen verglichen. Die Ergebnisse zeigten, dass Hausärzte sich noch nicht ausreichend an aktuellen Behandlungsempfehlungen orientieren und ein hoher Bedarf an Leitliniens Schulung und verbesserter Vernetzung besteht. Auch Härter et al. (2006a) beschrieben die von ärztlicher Seite nur geringe Akzeptanz der Anwendung von Depressionsleitlinien. Seit geraumer Zeit ist bekannt, dass die leitlinienorientierte Versorgung mit Anwendung entsprechender Diagnosekriterien, Pharmako- und Psychothe-

⁹ Hausärzte (n=180), Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Nervenheilkunde (n=71), psychologische und ärztliche Psychotherapeuten (n=160)

rapie die hausärztliche Depressionsversorgung entscheidend verbessern kann (Lave et al. 1998, Schneider et al. 2003).

Nutting et al. untersuchten 2002 im Rahmen einer US-amerikanischen Interviewstudie Gründe, warum Hausärzte einige depressive Patienten nicht leitliniengerecht behandeln. Im Versuchsaufbau wurden Patienten randomisiert entweder der Gruppe "übliche Behandlung" oder "leitliniengerechte Behandlung nach AHCPR-Depression-Guideline¹⁰" zugeordnet. Aus Sicht der Hausärzte war die leitliniengerechte Therapie bei 66 von 239 Patienten der Gruppe nicht einsetzbar. Folgende Gründe wurden angegeben: Andere Krankheiten stehen im Vordergrund, Nichtakzeptanz der Diagnose Depression, mangelnde Therapiebereitschaft, Zweifel der Patienten an der Wirksamkeit von Antidepressiva bzw. Angst vor deren Nebenwirkungen. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass Hindernisse in der Depressionsbehandlung so vielschichtig sind, dass sie nicht durch alleinige Kompetenzerweiterung der Hausärzte behoben werden können, sondern innovative Strategien erforderlich sind, um Akzeptanz der Diagnose Depression und die Therapiebereitschaft bei Patienten zu fördern. Kendrick (2000) sieht den Zustand, warum Hausärzte Depressionsleitlinien schlecht umsetzen können neben dem Problem der uneindeutigen Symptomatik auch darin begründet, dass sie an der Wirkung von Antidepressiva zweifeln, wenn die Depression soziale Ursachen zeigt.

Ein Fazit dieser verschiedenen Untersuchungen ist, dass ein hoher Bedarf an Leitlinienvermittlung besteht und die Umsetzung im Praxisalltag mangelhaft ist. Sie wird durch multiple Faktoren wie z.B. die Therapiebereitschaft des Patienten oder einem mangelnden Fokus auf das Krankheitsbild erschwert.

1.2.2.4. Unzureichende Rahmenbedingungen, unzureichende Gesprächsführungskompetenz und Stigmatisierungsbefürchtungen

Nach Telford et al. (2002), die 3626 britische Hausärzte zu Hindernissen und Schwierigkeiten einer effektiven hausärztlichen Depressionsbehandlung befragten, sehen Hausärzte Defizite in der Depressionsbehandlung eher auf externen Faktoren wie Zeitmangel oder ungenügenden fachärztlichen Weiterbehandlungsmöglichkeiten begründet, als auf eigenen Wissensdefiziten. Auch andere Autoren (z.B. Mitchell et al. 2009 und Helmchen 1969) kommen wiederholt auf den die Behandlungsqualität limitierenden Faktor des Zeitmangels zu sprechen. Die Konsultationszeit von Hausärzten in Deutschland beträgt durchschnittlich $7,6 \pm 4,3$ Minuten bei 309 Patienten pro Woche und schneidet im europäischen Vergleich sehr schlecht ab (Angerer et al. 2010).

¹⁰ AHRQ: "Agency for Healthcare Research and Quality" vom U.S. Department of Health & Human Services

Studien zur Konsultationsdauer (Armstrong 2009 und Kruse et al. 2004) ergaben, dass wenn ein Gespräch in weniger als 6 Minuten endet, die Gefahr, dass psychische Störungen nicht erkannt werden, sehr hoch ist. Mit der Zunahme der Gesprächsdauer steigt die Anzahl an Patienten, die ein inneres Problem ansprechen. Beträgt die Dauer 10 Minuten und mehr, würden fast alle Patienten ein inneres Problem ansprechen.

In einer deutschlandweiten hausärztlichen Befragung von Hemmer-Schanze et al. (2006) zu den "wichtigsten Hindernissen für eine gelungene Arzt-Patienten-Kommunikation" war Zeitdruck die häufigste Nennung. Im Rahmen dieser Untersuchung wurden auch die Schwierigkeiten spezieller Kommunikationssituationen erörtert. In der Rangfolge von schwierigen Kommunikationssituationen steht nach Meinung der Hausärzte der Kontakt zu „depressiv wirkenden Patienten“ direkt hinter „Angehörige im Todesfall“ und „Sterbende“. Es wurden auch Informationen zu wichtigen Faktoren zum Erwerb kommunikativer Kompetenzen erhoben. Die zwei wichtigsten Faktoren waren „Eigene Erfahrungen in der Praxis“ und „Anleitung von Kollegen“. Die unwichtigsten Faktoren waren "universitäre Ausbildung" und „medizinische Lehrbücher“, während „Fortbildungsveranstaltungen und Seminare“ im Mittelfeld rangierten.

Andere Faktoren, die in der Literatur zu finden sind, sind gesundheitsökonomische Rahmenbedingungen (Schneider et al. 2003), eine verbesserungsfähige, sektorenübergreifende Versorgung (Schneider et al. 2004) und interdisziplinäre Kooperation (Bermejo et al. 2010) sowie Scham und Ängste des Patienten (Hegerl et al. 2003, Helmchen 1969). Auch Loh et al. (2004) kommen in einer Analyse von hausärztlichen Meinungen zu spezifischen Problemstellungen in der hausärztlichen Depressionsbehandlung zu dem Ergebnis, dass die häufigsten Schwierigkeiten in der „mangelnden Akzeptanz der Patienten und in der unzureichenden Einsicht, dass eine behandlungsbedürftige Depression vorliegt“ bestehen.

Fasst man die Literaturbefunde zu Defiziten und Fortbildungsbedarf in der primärärztlichen Versorgung zusammen, besteht Fortbildungsbedarf bezüglich der Inhalte von Leitlinien und deren Umsetzung in die Praxis, fokussierend auf der Anwendung formaler Diagnostikinstrumente und aktiver Exploration, sowie in der Pharmakotherapie. Eine adäquate Aufklärung des depressiven Patienten und eine gute Arzt-Patient-Beziehung kann die Therapiebereitschaft erhöhen. Der Hausarzt kann durch fundiertes Wissen und Aufklärung des Betroffenen zum Mediator zwischen Patient und Krankheit werden und mit additiver Hilfe durch interdisziplinäre Kooperationen den Behandlungsverlauf positiv beeinflussen.

1.3. Hintergrund zur (primär)ärztlichen Fort- und Weiterbildung

Es werden zuerst Rahmenbedingungen der ärztlichen Fortbildung erläutert und im Anschluss depressionsspezifische Inhalte dargelegt.

1.3.1. Rahmenbedingungen der ärztlichen Fortbildung

Am 1. Januar 2004 trat das „Gesetz zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung“ (GMG) in Kraft, das Ärzten die gesetzliche Pflicht zur fachlichen Fortbildung auferlegt (Egidi et al. 2011). Bis zu diesem Zeitpunkt wurde die ärztliche Fortbildungspflicht ausschließlich berufsrechtlich geregelt. Gemäß § 95 d SGB V verpflichtet der Gesetzgeber damit die Vertragsärzte zur regelmäßigen Fortbildung und deren Nachweis gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung in Fünfjahreszeiträumen. Es drohen empfindliche Sanktionen (Honorarkürzungen) bei Nichteinhaltung dieser Fortbildungspflicht. Die Regelung des angemessenen Umfangs der nötigen Fortbildung unterliegt der Kassenärztlichen Bundesvereinigung im Einvernehmen mit den zuständigen Arbeitsgemeinschaften der Kammern auf Bundesebene (SGB V Stand 5.8.2004). Mitte 2004 beschloss der 107. Deutsche Ärztetag die Grundlagen für die „kontinuierliche berufsbegleitende Fortbildung“, kurz als CME („Continuing Medical Education“) bekannt. Diese gibt vor, dass Fachärzte innerhalb von 5 Jahren 250 Fortbildungspunkte sammeln müssen. Die Wertigkeit von Fortbildungsveranstaltungen werden in Kategorien von A bis H eingeteilt (Bundesärztekammer 2004). Die Festsetzung von inhaltlichen Kriterien zur Anrechenbarkeit von Fortbildungsnachweisen unterliegt der Regelungskompetenz der Ärzteschaft. Die Grundlage dazu bildet die Fortbildungsordnung der Bundesärztekammer. Diese besagt, dass im Rahmen der gesetzlichen Verpflichtung jene Fortbildungsveranstaltungen angerechnet werden können, die zuvor von einer Ärztekammer oder anderen Heilberufskammer anerkannt und mit Fortbildungspunkten bewertet worden sind. Die jeweiligen Fortbildungsverordnungen der Landesärztekammern regeln Genaueres (Bundesärztekammer 2007). Diese orientieren sich meist eng an der ‚(Muster-) Satzungsregelung Fortbildung und Fortbildungszertifikat‘ der Bundesärztekammer. Darin wird festgelegt, dass der Sinn von Fortbildungen in der Erhaltung der fachlichen Kompetenz durch kontinuierliche Aktualisierung des Wissenstandes der Medizin besteht. Fortbildungen sollen „sowohl fachspezifische als auch interdisziplinäre und fachübergreifende Kenntnisse und die Einübung von klinisch-praktischen Fähigkeiten umfassen“ (S.1 (Muster-) Satzungsregelung Fortbildung und Fortbildungszertifikat in Bundesärztekammer 2007). Dies schließt auch die Verbesserung kommunikativer und sozialer Kompetenzen ein (Bundesärztekammer 2004). Geeignete Fortbildungsmethoden sind nach §3 der Fortbildungsverordnung der Ärztekammer Hamburg (Kieckbusch 2007): Mediengestütztes Eigenstudium, Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen, klinische Fortbildung und

curriculär vermittelte Inhalte. Der einzelne Arzt kann, je nach individuellen Lernzielen, frei über die Art der Fortbildung entscheiden. In der „Empfehlung zur ärztlichen Fortbildung“ (2007) der Bundesärztekammer werden Kriterien festgesetzt, die Fortbildungsinhalte erfüllen müssen (siehe Tabelle 5).

Tabelle 5: Kriterien für Fortbildungsinhalte (aus 'Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung', Bundesärztekammer 2007, S.5)

- Nutzen für Patienten
- Verständlichkeit
- Relevanz und Aktualität
- Wissenschaftliche Evidenz /dem allgemeinen Stand der Wissenschaft entsprechend
- Anwendbarkeit des Erlernten in der beruflichen Praxis
- Nutzen für den Arbeitsablauf
- Transparenz (Kosten-Nutzen-Verhältnis / Qualitätssicherung / Fehlermanagement)
- Kritische Wertung im Kontext des Themenfeldes
- Unabhängigkeit von ideologischen und kommerziellen Interessen
- Konformität mit den Vorgaben der verfassten Ärzteschaft (Fortbildungssatzungen, Berufsordnungen)
- Konformität mit ethischen Grundsätzen (WHO-Deklaration)

Die Umsetzung dieser Regelungen in die Praxis wird dadurch realisiert, dass die Ärztekammern eigenständig Fortbildungen anbieten können und die Aufgabe erfüllen, Fremdangebote auf Tauglichkeit zu prüfen. Sowohl die Entwicklung qualitativ wertvoller Fortbildungsveranstaltungen als auch die Prüfung externer Angebote ist zeit- und kostenintensiv. Der großen Anzahl an notwendigen Angeboten sind die Landeskammern nicht immer gewachsen (dem Hövel 2008). Es gibt viele Anbieter kostenloser Fortbildungen gemäß des Kriteriums „Unabhängigkeit von ideologischen und kommerziellen Interessen“, oft sind Pharmakonzerne jedoch als Sponsoren zu erkennen (dem Hövel 2008). Fast jeder große Pharmakonzern hat heute ein eigenes CME-Portal und bietet Fortbildungen an. Die ‚Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin‘ (DEGAM) hat 2010 Kriterien für gute hausärztliche Fortbildung definiert: „evidenzbasiert, interaktiv, Orientierung an der hausärztlichen Arbeitsweise, von Hausärzten durchgeführt oder zumindest geleitet, teamorientiert und industrieunabhängig“ (Gerlach 2010). Immer größer wird der Wunsch nach industrieunabhängigen qualitativ hochwertigen Fortbildungsmöglichkeiten (Sachtleben 2006). Die DEGAM bietet deutschlandweit haus-

arztspezifische Fortbildungsveranstaltungen an, es finden sich aber auch immer mehr unabhängige regionale Fortbildungsinitiativen für Hausärzte.

Ein Beispiel für ein interdisziplinäres Fortbildungscurriculum für Hausärzte in Hamburg stellt die HFH (‚Hausärztliche Fortbildung Hamburg‘) dar. Diese wurde 2005 durch die Kooperation der universitären und wissenschaftlichen Allgemeinmedizin mit politischen Berufsverbänden der Hausärzte und der Fortbildungsakademie der Ärztekammer Hamburg ins Leben gerufen. Ziel dieses Curriculums ist es, Hamburger Hausärzten ein "unabhängiges und evidenzbasiertes, aufeinander abgestimmtes, für alle erreichbares und bezahlbares Fortbildungsprogramm" anzubieten (Küver et al. 2006). Es werden pro Jahr 8 Großveranstaltungen mit einer Kombination aus Expertenvorträgen, Fallbesprechungen und Podiumsdiskussionen angeboten.

1.3.2. Depressionsspezifische hausärztliche Fort- und Weiterbildung

Die Basis des hausärztlichen Wissens wird während der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin angeeignet. Depressionsspezifische Anteile finden sich fast ausschließlich in den seit 1996 vorgeschriebenen psychosomatischen Inhalten in der Weiterbildungsordnung für Allgemeinmedizin. Der Umfang der psychosomatischen Inhalte schwankte in den vergangenen Jahren von 80 bis 240 Stunden. Mit dem Beschluss der Bundesärztekammer 2005 wurde der Kurs ‚Psychosomatische Grundversorgung‘ verpflichtend in die hausärztliche Weiterbildungsverordnung aufgenommen. Er umfasst mindestens 80 Stunden, davon 20 Stunden theoretische Inhalte, 30 Stunden praktisches Training verbaler Interventionen, sowie 30 Stunden kontinuierliche Balintgruppenarbeit (Bundesärztekammer 2001). Ziel des Kurses ist der Erwerb von Fähigkeiten in folgenden Bereichen: Basisdiagnostik psychischer Krankheiten, grundlegende psychosomatische Behandlung (vor allem durch verbale Interventionen) und adäquate Kooperation im psychosozialen Versorgungssystem (Bundesärztekammer 2001).

Beispiele für depressionsspezifische hausärztliche Fortbildung finden sich ubiquitär in Deutschland. Die ‚HFH‘ bot 2009 eine Veranstaltung "Update Depression" an, wobei die teilnehmenden Ärzte im Vorfeld im Internet Wünsche und Anregungen zu den Inhalten der Fortbildung äußern konnten. Die ‚Stiftung Deutsche Depressionshilfe‘ bietet ebenso wie die Ärztekammern in zahlreichen regionalen Initiativen Fortbildungsangebote an.

Um ein Beispiel näher zu betrachten, bietet sich das Großprojekt ‚Kompetenznetz Depression, Suizidalität‘ (Pfeiffer-Gerschel et al. 2006) an. Ein Teilprojekt dessen verfolgte das Ziel, die Versorgungsqualität depressiver Patienten zu evaluieren und zu verbessern, indem u.a. Leitlinien entwickelt und Fort- und Weiterbildungsmaterialien bei hausärztlich tätigen Ärzten etabliert wurden (Hegerl et al. 2000). Daraus erfolgte die Entwicklung des ‚Praxismanual Depression‘ und die Durchführung von Fortbildungsmaßnahmen

(CME-Training) im Raum Freiburg. Diese Maßnahmen umfassten 6-9 Sitzungen innerhalb eines Jahres in Form von leitlinienorientierter Fortbildung und Qualitätszirkeln, an denen 90 ambulante Behandler (Hausärzte, Psychiater, Nervenärzte) und 10 psychiatrische Kliniken teilnahmen. Die Teilnehmer evaluierten die Nützlichkeit der einzelnen Sitzungen in Bezug auf die Behandlung ihrer Patienten. Nach der Absolvierung dieses Fortbildungsturnus stieg die Erkennungsrate von Depressionen bei Primärärzten von 29% auf 71%. Die Anwendung von ICD-10 Kriterien für Diagnose und Monitoring erhöhte sich hingegen nur minimal. Insgesamt konnte ein signifikant positiverer klinischer Behandlungserfolg als ohne Fortbildungsmaßnahmen verzeichnet werden (Härter et al. 2006a).

1.3.3. Evaluation von ärztlichen Fortbildungen - allgemeine Kriterien und depressionsspezifische Ergebnisse

Grundsätze für die Evaluation ärztlicher Fortbildungen finden sich in den Standards der ‚Deutschen Gesellschaft für Evaluation e.V‘ (DeGEval). Nach der ‚DeGEval‘ existieren 4 Grundsätze der Evaluation: „Nützlichkeit, Durchführbarkeit, Fairness und Genauigkeit“ (Beywl 2008, S.1). Mit diesen Grundsätzen soll sichergestellt werden, dass sich die Evaluation am Informationsbedarf der vorgesehenen Nutzer orientiert, sie realistisch geplant und kostenbewusst durchgeführt werden kann, sie respektvoll und fair mit den befragten Gruppen umgeht und gültige Ergebnisse zum entsprechenden Evaluationsgegenstand ermittelt (Beywl 2008). Hafner et al. (2006) definierten im Rahmen der Analyse eines Evaluationssystems für Fortbildungen der Landesärztekammer Hessen Kriterien für Evaluationsinstrumente. Beim Aufbau des Evaluationsbogens ist es wichtig, auf die Trennschärfe und die Auswahl der Fragen zu achten, so dass die Qualität der Fortbildung umfassend erhoben werden kann. Um eine Vergleichbarkeit von Veranstaltungen zu garantieren, sollten Evaluationsbögen einheitlich gestaltet werden und wissenschaftlichen Standards entsprechen. Die Auswertung sollte zeitnah nach standardisierten Vorgaben erfolgen und „subjektive Interpretationselemente“ (Hafner et al. 2006) ausschalten. Die Bundesärztekammer stellt in ihren „Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung“ (Bundesärztekammer 2007) neben inhaltlichen Anforderungen für die ärztliche Fortbildung auch Qualitätsanforderungen in den Bereichen Organisation, Referenten/Kursleiter und wirtschaftliche Interessen auf. Diese können auch zur Entwicklung eines Evaluationsinstruments dienen.

Im Allgemeinen ist die Beantwortung von Fragen zu Zufriedenheit von Fortbildungen kritisch zu betrachten. Oftmals werden Fortbildungen sehr positiv bewertet. Faktoren die diesen Zustand erklären können sind beispielsweise die „Soziale Erwünschtheit“ (Bortz und Döring 2002) oder die „Dissonanzreduktion“ (Heckhausen 2000). Die Soziale Erwünschtheit wird als erwartungskonformes Verhalten aus Furcht sozialer Verurteilung

beschrieben und konnte auch bei anonym konzipierten Fragebögen aufgezeigt werden (Bortz und Döring 2002). Die Dissonanzreduktion beschreibt nach Heckhausen (2000), den Zustand, dass Tätigkeiten retrospektiv positiver bewertet werden für die man sich freiwillig entschieden und diese absolviert hat.

Neben den Grundsätzen einer qualitativ hochwertigen Evaluation sind auch die Ergebnisse von Evaluationen zu hausärztlichen Fortbildungen zu betrachten. Einige Publikationen beschäftigen sich mit dem Thema, wie effektiv Fortbildungsangebote für Hausärzte sind und ob sie im Praxisalltag und am Behandlungserfolg etwas verändern. Gilbody et al. (2003) führten eine strukturierte Literaturrecherche in medizinischen und psychologischen Datenbanken¹¹ zum Thema Effektivität von organisatorischen und edukativen Interventionen zur Verbesserung des Managements von Depression in der primärärztlichen Praxis durch (größtenteils im US-amerikanischen Raum). Sie kommen zu dem Ergebnis, dass die reine Verbreitung von Leitlinien und edukativen Maßnahmen zur Verbesserung der Erkennungsrate und des Managements depressiver Erkrankungen nur minimale Effekte auf die Behandlung von Depressionen haben. Sie folgern, dass erfolgreiche Konzepte pädagogische Interventionen mit organisatorischen Veränderungen im Praxisalltag wie z.B. interdisziplinäre Netzwerkbildung, kooperative Versorgung, Depression- oder Case-Management-Programme vereinen (Badamgarav et al. 2003).

Eine relevante Einzelstudie aus Großbritannien (Thompson et al. 2000) untersuchte das ‚Hampshire Depression Projekt‘ - ein etabliertes klinisches Fortbildungs- und Leitlinienimplementierungskonzept, welches breites positives Feedback in der hausärztlichen Versorgung erhielt. Die Fortbildungen enthielten Kleingruppenunterricht, Videofilme, schriftliches Material und Rollenspiele. 80% der teilnehmenden Hausärzte waren nach der Fortbildung der Meinung, dass die Teilnahme die Behandlung ihrer depressiven Patienten verbessern würde. Diese Intervention hatte jedoch keine signifikanten Auswirkungen auf die Erkennungsrate. Es wurden dazu 21409 Patienten anhand der HAD-Skala¹² gescreent (Kendrick et al. 2001).

Auch Sikorski et al. (2012) kommen in einer systematischen Literaturrecherche von 1999-2011 in elektronischen Datenbanken¹³ zu dem Schluss, dass eine alleinige Fortbildung der Primärärzte den Behandlungserfolg von depressiven Patienten nicht verbessert. Wenn jedoch edukative Angebote mit zusätzlichen Maßnahmen wie einer Leitlinienimplementierung oder kooperativen Versorgungsmodellen ergänzt werden, ist eine

¹¹ bis 2003: MEDLINE, PsycLIT, EMBASE, CINAHL, Cochrane Controlled Trials Register, United Kingdom National Health Service Economics Evaluations Database, Cochrane Depression Anxiety and Neurosis Group register, Cochrane Effective Professional and Organizational Change Group specialist register

¹² Hospital Anxiety and Depression Scale

¹³ Medline, Web of Science, PsycINFO, Cochrane Library, Nationale Leitlinien und HTA

Erhöhung des Behandlungserfolges bei depressiven Patienten wahrscheinlich, insbesondere für Patienten mit einer erstmals diagnostizierten depressiven Störung.

Passend zu diesen Ergebnissen folgern Badamgarav et al. (2003) nach einem Review von 1987 bis 2001 zum Thema depressionsspezifischer Disease-Management-Programme, dass Programme, die ein systematisches Screening- und Diagnoseverfahren ansetzen, die Erkennungs- und Behandlungsrate von Depression deutlich steigern können.

Neben der Einbettung von Fortbildungen in langfristige Maßnahmen wird die Effektivität auch durch die Auswahl von Lerninhalten beeinflusst. Norman et al. (2004) zeigen, dass Fortbildungen – unabhängig von ihrem Präsentationsformat – weniger effektiv sind, wenn dem Arzt der Sinn des zu erarbeitenden Inhaltes nicht bewusst ist. Hodges et al. (2001) untersuchten in einem Review von 1950-2000 Literatur zur hausärztlichen Fortbildung zu psychiatrischen Inhalten und Methoden. Die Autoren der untersuchten Artikel waren meist Psychiater, die über Lernziele hausärztlicher Fortbildungen berichteten. Hodges et al. (2001) fanden klare Hinweise, dass die Themen, die Hausärzte zur kontinuierlichen Fortbildung auswählten, sich stark von denen unterschieden, welche Psychiater auswählten. Psychiater präferierten vor allem Fortbildungen zu diagnostischen Kriterien spezifischer psychischer Krankheiten wie Schizophrenie, bipolarer Störung und Depression und neue Ergebnisse der Psychopharmakotherapie. Hausärzte hingegen bevorzugten Themen wie Somatisierung, psychosexuelle Probleme, Umgang mit schwierigen Patienten, Gesprächsführung und Managementstrategien bei Stress und akuten Lebenskrisen.

In einer Einzelarbeit von Loh et al. (2004) zur Evaluation eines „Fortbildungskonzepts zur partizipativen Entscheidungsfindung für die hausärztliche Versorgung depressiver Patienten“ waren gewünschte Fortbildungsthemen von Hausärzten (in absteigender Reihenfolge der Häufigkeit): „Gesprächsführung, Diagnostik, Pharmakotherapie, Psychotherapie, Erfassung und Umgang mit Suizidalität, Schnittstellenprobleme in der Zusammenarbeit mit Fachkollegen, Umgang mit schwierigen Patienten und Angehörigenarbeit“ (Loh et al. 2004, S.978). Dieser Befund zeigt im Gegensatz zum Review von Hodges et al. (2001), dass Hausärzte spezifische Diagnostik und Therapie durchaus für fortbildungsrelevant halten.

Um Fortbildungen effektiv zu gestalten ist es wichtig, die Bedürfnisse und Ansprüche der jeweils Lernenden zu ermitteln, also sogenannte ‚need-assessments‘ durchzuführen (Sartorius 1997, Halbreich 1994, Norman et al. 2004). Für den Psychiater als häufiger Konzeptionist hausärztlicher Fortbildungen besteht die Schwierigkeit, diagnostische Werkzeuge, welche in einer 30- bis 50-minütigen Sitzung verwendet werden, in den zeitlichen Kontext der hausärztlichen Sitzungsdauer von maximal 15 Minuten zu transferie-

ren (Pilar et al. 2012, Rand et al. 1997). Für den Hausarzt besteht die Schwierigkeit, in seinem bereits engen Zeitplan mehr Freiräume für zusätzliche psychiatrische Diagnostik zu schaffen (Hodges et al. 2001). Für eine effektive Fortbildung sind das gegenseitige Verständnis für die unterschiedlichen Arbeitsweisen von Lehrenden und Lernenden und der anhaltende Dialog über wichtige Inhalte unabdingbar (Gallagher und Chapman 1981).

1.3.4. Subjektiver Fortbildungsbedarf

Ein weiterer interessanter Faktor zur Effektivität von Fortbildungen ist die subjektive Wahrnehmung des eigenen Fortbildungsbedarfs. Es wird allgemein vorausgesetzt und gesetzlich vorgeschrieben, dass der Arzt sich nach dem Abschluss des Studiums fortlaufend und eigenständig weiterbilden muss (Egidi et al. 2011). Gerade in der heutigen Zeit mit einer großen Menge an ständig neuen Erkenntnissen und Optimierungen von Therapien erscheint dies essentiell. Nach Norman et al. (2004) ist es für Ärzte schwierig, eigenständig zu ermitteln, in welchen Bereichen ihre Defizite bzw. ‚learning needs‘ liegen und die richtige Fortbildung zu wählen. Hausärzte tendieren in der Wahl von Bildungsthemen eher dazu, solche zu wählen, in denen sie sich schon relativ sicher fühlen und vermeiden eher Themen, in denen noch Bedarf an Wissensvermittlung besteht (Sibley et al. 1982). Die Ermittlung von objektiven Lernzielen durch Fokusgruppen, epidemiologische Ergebnisse oder die Analyse regionaler Strukturen ist objektiver aber dadurch oft oberflächlicher (Norman et al. 2004). ‚Gap‘-Analysen vergleichen akzeptierte standardisierte Behandlungsverfahren mit dem Verhalten des einzelnen Arztes. Als Ergebnis wird die Divergenz zum optimalen Behandlungsstandard ersichtlich. Diese Lücken und die Gründe, warum die Lücken entstanden sind, sind ein besserer Hinweis auf den Fortbildungsbedarf als die rein individuelle oder objektive Betrachtung (Grant 2002). Spezielle ‚need assessments‘ versuchen die Fortbildungsbedürfnisse des Arztes zu erfassen, indem sie nicht nur nach gewünschten Themen fragen, sondern darüber hinaus verschiedene Methoden einsetzen, die sich bereits als nützlich erwiesen haben: z.B. das Führen eines Tagebuchs mit Lernzielen (Perol et al. 2002) oder ein standardisierter praktischer Prüfungsdurchlauf von 10 Stationen in 25 Minuten (Cohen et al. 2002). Weitere Methoden werden aktuell noch evaluiert.

Zusammenfassend lässt sich schlussfolgern, dass Fortbildungsprogramme, die ohne die Implikation zusätzlicher Maßnahmen durchgeführt werden, keine zufriedenstellende und dauerhafte Verbesserung in der Patientenversorgung erbringen. Für den Erfolg einer Fortbildung müssen Lerninhalte an die Bedürfnisse der jeweiligen Gruppe individuell angepasst werden (‚need-assessments‘). Die subjektive ärztliche Wahl von Fortbil-

dungsthemen deckt sich nicht mit den bei Ärzten objektiv gemessenen Wissensdefiziten. Für eine effektive Fortbildung ist die Kenntnis über den Nutzen und die Notwendigkeit des Erlernten entscheidend. „Gap-Analysen“ versuchen die Lücke zwischen individuellen Verhalten und leitliniengerechter Vorgehensweise zu analysieren.

1.4. Projekte zur Leitlinienimplementierung

1.4.1. Bisherige Entwicklungen zur leitliniengerechten Depressionsversorgung

Für den Verlauf der Depression ist die zeitnahe Behandlung und die Kooperation der einzelnen Fachbereiche sehr wichtig (Bermejo et al. 2010). Immer noch werden Depressionen schlecht erkannt, die Wartezeiten auf spezifische Therapieplätze sind zu lang und zu viele Depressionen chronifizieren unnötig (Schürer-Maly et al. 2008). Die S3-Leitlinie beschreibt existierende Kooperationsmodelle verschiedener Behandler: z.B. Case Management, Disease Management Programme (DMP) oder Modelle der integrierten Versorgung (IV)¹⁴, die diesen Zustand verbessern sollen. Diese Konzepte finden ihre Grundlage in leitlinienorientierten Diagnose- und Behandlungsprozessen. Im internationalen Raum finden sich Belege für den Erfolg solcher komplexen Behandlungskonzepte (z.B. Gilbody et al. 2003, Rost 2005, Von Korff et al. 2001). Nach der NICE-Guideline (2010) bilden Hausärzte eine ideale Basis für eine ‚Stepped Care‘-Behandlung. Hinter dem Begriff ‚Stepped-Care‘ versteckt sich ein gestuftes Modell der Gesundheitsversorgung mit diversen Behandlungsoptionen unterschiedlicher Intensität. Dabei wird für den Patienten diejenige erfolgversprechende Behandlungsoption gewählt, die die niedrigste Intensität aufweist. Es kann je nach Verlauf der Behandlung die Intensität durch den Wechsel zwischen Behandlungsstufen angepasst werden ('Stepping up' und 'Stepping down') (Bower und Gilbody 2005).

In Deutschland wurden im Rahmen der integrierten Versorgung bereits einige Konzepte zwischen den gesetzlichen Krankenkassen und verschiedenen Akteuren realisiert (Härter et al. 2006b). Eine systematisch vergleichende Evaluation der deutschen IV-Netze ist jedoch noch zu erheben (DGPPN et al. 2009, S.90). Ein Beispiel für das Modell der Integrierten Versorgung ist das Projekt ‚Gesundes Kinzigtal‘, welches seit 2006 in Baden-Württemberg durch die Krankenkassen AOK und LKK durchgeführt wird (Hölzel et al. 2011).

Das Großforschungsprojekt ‚Kompetenznetz Depression, Suizidalität‘, gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), legte 1999 den Grundstein für die Ausbildung vieler Netzwerks- und Kooperationsstrukturen in der Depressionsversorgung in Deutschland. Im Rahmen der Teilprojekte ‚Nürnberger Bündnis gegen Depres-

¹⁴ „eine verschiedene Leistungssektoren übergreifende [...], oder eine interdisziplinär-fachübergreifende Versorgung“ (§140a Abs. 1 SGB V)

sion' (Pfeiffer-Gerschel et al. 2007) und ‚Umfassendes ambulantes Qualitätsmanagement in der Versorgung depressiver Patienten‘ (Härter et al. 2003) wurde das ‚Praxismanual Depression‘ (Härter et al. 2007) entwickelt, welches einen Beitrag zur Erarbeitung der aktuellen S3-Leitlinie leistete (Härter et al. 2007). Außerdem kam es 2002 zur deutschlandweiten Ausweitung des Projektes ‚Nürnberger Bündnis gegen Depression‘ mit der Gründung des ‚Deutsches Bündnis gegen Depressionen e.V.‘, welches bis heute unter dem Dach der ‚Stiftung Deutsche Depressionshilfe‘ fortbesteht. 2004 gelang auch die europaweite Ausweitung durch die EAAD "European Alliance Against Depression" (Pfeiffer-Gerschel et al. 2007).

Auf dem Kongress der DGPPN 2012 wurden neue Möglichkeiten zur Unterstützung der Hausärzte in der Depressionsversorgung diskutiert: „Ein sinnvoller Ansatz könnte sein, auf psychische Krankheiten spezialisierte [...] Gesundheits- und Krankenpfleger als Fallmanager in Hausarztpraxen einzusetzen, die den Hausarzt in ausführlicher Anamnese und Beratung des Patienten unterstützen“ (Ara 2013). Auch deutsche Case-Management-Programme, wie in der PRoMT-Studie¹⁵ vom Frankfurter Institut für Allgemeinmedizin untersucht, können den Behandlungserfolg von depressiven Patienten im Vergleich zur Routineversorgung durch eine kontinuierliche Betreuung verbessern (Gensichen et al. 2009).

1.4.2. Ein innovatives Modell zur Leitlinienimplementierung: Das ‚Gesundheitsnetz Depression‘ im Großprojekt ‚psychenet‘

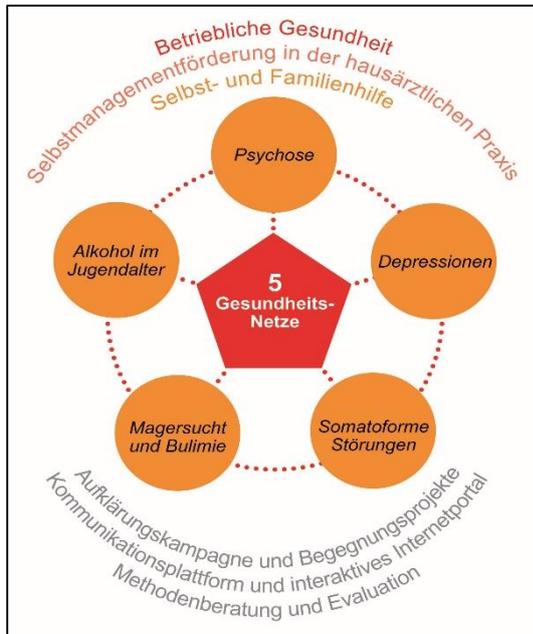
Ein Beispiel für ein innovatives ‚Stepped-Care‘-Modell im deutschen Sprachraum bildet das ‚Gesundheitsnetz Depression‘ (Härter et al. 2012), welches den Rahmen für die vorliegende Dissertation bildet und nachfolgend beschrieben wird. Es wird mit der Vorstellung des Großprojektes ‚psychenet‘ begonnen und im Anschluss Struktur und Inhalt des ‚Gesundheitsnetz Depression‘ und die Rolle von Fortbildung im Netz beschrieben.

Entstehung und Struktur des Großprojektes ‚psychenet - Hamburger Netz psychische Gesundheit‘

Im Mai 2010 wurde Hamburg mit dem Projekt ‚psychenet - Hamburger Netz psychische Gesundheit‘ von der Förderinitiative des Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) neben 4 anderen Regionen zur ‚Gesundheitsregion der Zukunft – Fortschritt durch Forschung und Innovation‘ erwählt. Dieser Wettbewerb hatte zum Ziel, Innovationen im Gesundheitssystem entstehen zu lassen, indem Akteure aus medizinischer Forschung, Entwicklung und Gesundheitsversorgung neue Initiativen in der Gesundheitsversorgung entwickeln (psychenet 2012, Härter et al. 2012). Das übergeordnete Ziel von

¹⁵ Primary care Monitoring for depressive Patients Trial

„psychenet“ ist es, „heute und in Zukunft psychische Gesundheit zu fördern, psychische Erkrankungen früh zu erkennen und nachhaltig zu behandeln“ (psychenet 2012). An diesem Ziel arbeiten über 60 verschiedene Hamburger Akteure aus Wissenschaft, Politik und Gesundheitsversorgung. Die Koordination des Verbundes wird durch die Gesundheitswirtschaft Hamburg GmbH und das Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf realisiert. In diesem Versorgungsmodell werden elf verschiedene Projekte vereint, die die



Prävention und Therapie von psychischen Erkrankungen in der Region Hamburg verbessern sollen. Fünf Teilprojekte fördern krankheitsübergreifend die psychische Gesundheit durch Wissensvermittlung und Öffentlichkeitsarbeit, während fünf weitere Teilprojekte jeweils krankheitsspezifische Gesundheitsnetze bilden, die die Struktur, Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit der Gesundheitsversorgung psychisch kranker Menschen verbessern sollen. Ein übergeordnetes Teilprojekt begleitet das Gesamtprojekt wissenschaftlich und dient der methodischen Qualitätssicherung (siehe Abbildung 2).

Abbildung 2: Die 11 Projekte von psychenet (nach Härter et al. 2012)

Gesundheitsnetz Depression (Teilprojekt VII)

Ziel des Teilprojekts VII: „Gesundheitsnetz Depression: Effektivität und Effizienz von Behandlungspfaden für Patienten mit depressiven Erkrankungen: Stepped-Care als Ansatz für ein leitliniengerechtes und integriertes Versorgungsmanagement“ ist es, die Versorgung depressiver Patienten in Hamburg zu verbessern. Hierzu wird ein ‚Stepped-Care‘ Behandlungsmodell mit 6 unterschiedlich intensiven Behandlungswegen implementiert und wissenschaftlich untersucht. Dabei werden innovative, niederschwellige Therapieverfahren evaluiert und die aktuelle S3-Leitlinie Unipolare Depression (DGPPN et al. 2009) im Sinn einer integrierten und evidenzbasierten Versorgung in die Praxis transferiert (Härter 2012). Neben der Erprobung dieses innovativen Behandlungsmodells ist die Bildung eines Netzwerks zwischen Hamburger Hausärzten, Psychiatern, Psychotherapeuten und (teil)stationären Behandlern ein wichtiger Aspekt des Projektes. Hierdurch soll der interdisziplinäre Austausch gefördert und eine zeitnahe und angemessene Betreuung depressiver Patienten realisiert werden.

Die Evaluation des Projektes erfolgt durch eine randomisierte kontrollierte Interventionsstudie. Diese wird als prospektive Mehrzeitpunktbefragung mit vier zeitstandardisierten

Messzeitpunkten einer konsekutiven Stichprobe depressiver Patienten in teilnehmenden haus- und fachärztlichen Praxen und Einrichtungen durchgeführt (psychnet, Studienprotokoll). Die Studie überprüft, ob die Einführung eines ‚Stepped-Care‘ Modells (SCM) mit der Etablierung noch nicht in der Regelversorgung verfügbarer, niederschwelliger Therapieoptionen (Selbsthilfe in Form von Bibliothherapie, internetgestützter Selbsthilfe („deprexis“) und psychotherapeutischer Telefonunterstützung) sowie einer engmaschigeren Vernetzung der Behandler die Versorgung depressiver Patienten verbessern und effizienter gestalten kann. Hierzu werden Patienten der Regelversorgung (Kontrollgruppe) mit Patienten, die im SCM behandelt werden und vom multiprofessionellen Netzwerk profitieren (Interventionsgruppe) innerhalb eines Ein-Jahres-Zeitraums verglichen. Einen Überblick zum Stepped-Care-Modell gibt Abbildung 3:

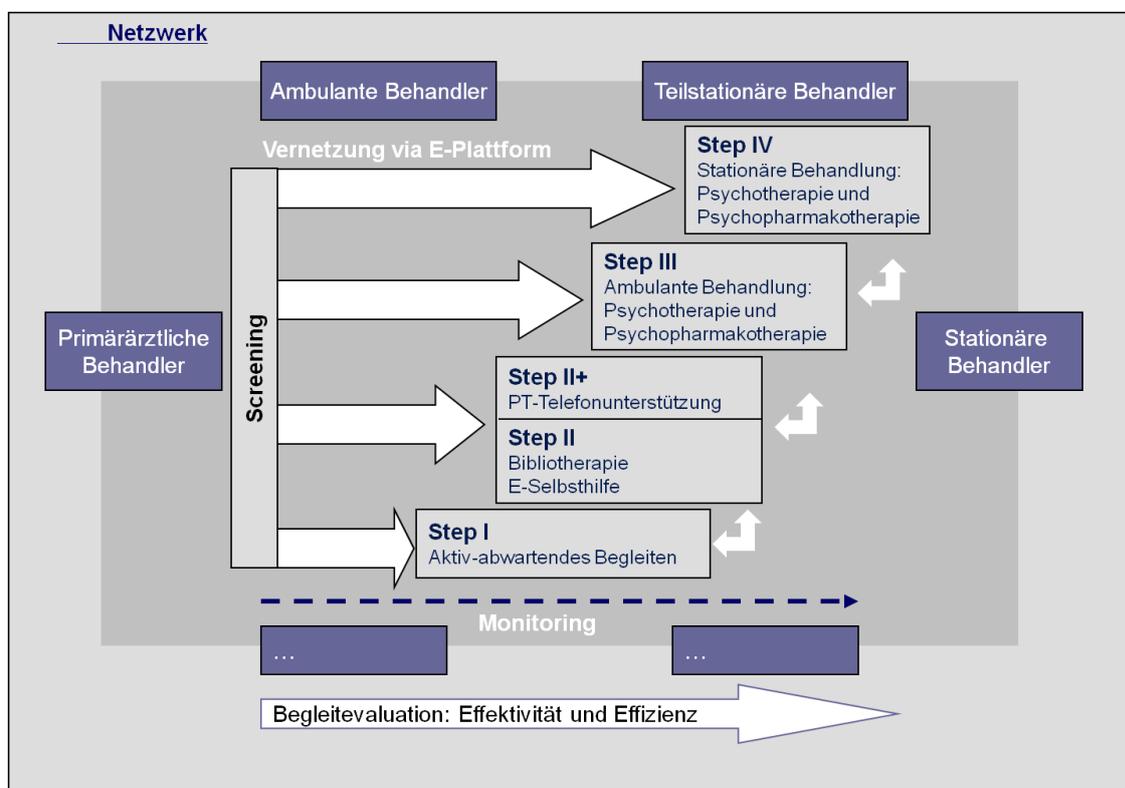


Abbildung 3: Leitlinienbasiertes Stepped-Care mit sechs Behandlungsoptionen (Härter 2012)

Als Grundsatz der Behandlung nach SCM gilt: Patienten sollen mit derjenigen Interventionsform behandelt werden, die nach Evidenz empfohlen wird und die niedrigste Intensität aufweist. Wird durch die gewählte Interventionsform keine oder eine nur geringe Verbesserung der depressiven Symptomatik erzielt, erfolgt ein ‚Stepping up‘ (Wechsel zu einer intensiveren Behandlungsstufe). Im Gegenteil kann je nach Erfolg der Therapiemethode ein ‚Stepping down‘ (Wechsel zu einer niedrigschwelligeren Behandlungsstufe) erfolgen.

Um den jeweils optimalen Behandlungsweg zu finden, wird leitliniengerecht gescreent, nach ICD-10 diagnostiziert und danach mit dem Patienten zusammen nach dem Modell der partizipativen Entscheidungsfindung die passende Interventionsform ausgewählt.

Folgend wird ein Überblick der Steps in aufsteigender Reihenfolge nach der Intensität dargestellt.

- **Step I:** Aktiv-abwartende Begleitung

- **Step II:** a: Bibliothherapie (Selbsthilfebuch)
b: Internetgestützte Selbsthilfe („deprexis“)
- **Step II+:** Psychotherapeutische Telefonunterstützung
(inklusive oder exklusive Briefkontakt)

niederschwellige
innovative Verfahren

- **Step III:** Ambulante Behandlung: Psychotherapie oder Psychopharmakotherapie
- **Step IV:** Kombinationsbehandlung (ggf. (teil)stationär): Psychotherapie, Psychopharmakotherapie und ggf. weitere Verfahren..

Die Interventionen aus Step II gehören zum jetzigen Zeitpunkt nicht zur deutschen Regelversorgung. Wirksamkeitsbelege findet man in internationalen Studien (z.B. Meyer et al. 2009, Christensen et al. 2004) und in der aktuellen NICE-Guideline (NICE 2010).

Es folgt die Darstellung der Umsetzung spezifischer Steps im Projekt.

Step I: Aktiv-abwartende Begleitung: Hier wird zunächst über einen Zeitraum von zwei Wochen von einer depressionsspezifischen Behandlung abgesehen, in der Annahme, dass die Symptome von allein abklingen könnten. Nach zwei Wochen wird die depressive Symptomatik erneut erhoben. Wenn sie weiterhin besteht, wird ein intensiverer Step durchgeführt.

Step IIa - Bibliothherapie: Das Selbsthilfebuch ‚Selbsthilfe bei Depressionen‘ (Görlitz 2010) wurde für die Bibliothherapie ausgewählt. Dieses Selbsthilfebuch mit kognitiv-verhaltenstherapeutischem Ansatz bietet Psychoedukation sowie Anleitungen und Übungen auf einem evidenzbasierten Hintergrund. Der Fokus liegt vor allem auf dem Einüben von hilfreichen Gedanken, dem Aufbau angenehmer Aktivitäten und der Stärkung des Selbstwertgefühls. Patienten sollen im SCM eigenständig mit dem Buch arbeiten und in regelmäßigen Abständen mit ihrem Hausarzt ihren Fortschritt besprechen.

Step IIb – Internetbasierte Selbsthilfe (deprexis): deprexis ein internetbasiertes Selbsthilfeprogramm zur Unterstützung der Therapie von Depression und depressiver Verstimmungen. Dieses CE-zertifizierte Medizinprodukt ist kognitiv-verhaltenstherapeutisch ausgelegt und sieht eine wöchentliche Bearbeitung von jeweils einem von insgesamt zwölf Modulen vor. Es beinhaltet Übungen, Anleitungen und

Psychoedukation und passt sich durch Frage-Antwort-Interaktion individuell an den Patienten an. Der behandelnde Hausarzt bekommt vom Programm eine wöchentliche automatische Rückmeldung über den Fortschritt des betreffenden Patienten (Meyer et al. 2009) und bespricht diesen in regelmäßigen Abständen persönlich.

Step II+ - Psychotherapeutische Telefonunterstützung: Es handelt sich hierbei um ein projektintern weiterentwickeltes kognitiv-verhaltenstherapeutisches Programm auf der Basis von bereits bestehenden, gut evaluierten Konzepten anderer Arbeitsgruppen (z.B. Tutty et al. 2005). Die wöchentliche Telefontherapie wird von approbierten psychologischen Psychotherapeuten mit verhaltenstherapeutischer Ausrichtung durchgeführt und umfasst 10-12 Sitzungen à 30 Minuten. Nach einem erstmaligen persönlichen Kontakt werden mithilfe eines ausführlichen Arbeitsbuchs für den Patienten und eines Manuals für den Therapeuten nach einem zeitlich festgelegten Schema Telefonsitzungen durchgeführt. In diesen erhält der Patient neben dem therapeutischen Gespräch Aufgaben, die bis zur nächsten Sitzung bearbeitet werden sollen. Innerhalb dieser Studie wird die Auswirkung von zusätzlichem wöchentlichem Briefkontakt vom Therapeuten zum Patient wissenschaftlich untersucht.

Step III - Ambulante Behandlung: Eine ambulante psychotherapeutische oder psychopharmakologische Behandlung wird dem Patienten ohne lange Wartezeiten zur Verfügung gestellt, wobei die Behandlungsverläufe durch ein systematisches Monitoring erfasst werden. Die Therapieplatzvermittlung von Hausärzten zu Psychotherapeuten und Fachärzten, die Psychotherapie oder Psychopharmakotherapie anbieten, erfolgt über eine Internetplattform. Es findet ein zeitnaher inhaltlicher Austausch zwischen den Behandlern bzgl. der Patienten statt.

Step IV - Kombinationsbehandlung (ggf. (teil)stationär): Dieser Step beinhaltet Psychotherapie, Psychopharmakotherapie und ggf. weitere Verfahren. Reicht die Intensität der Steps I-III nicht aus, so kann der Patient im (teil)stationären Setting behandelt werden.

Die Aufgaben der am Projekt teilnehmenden Behandler sind klar verteilt: Die Hausarztpraxen der Interventionsgruppe stellen die Eingangspforte der Studienteilnehmer dar, screenen Hochrisikopatienten¹⁶ mit dem ‚2-Fragen-Test‘ (Whooley et al. 1997) und dem PHQ-9 (Gilbody et al. 2007, Löwe et al. 2004), stellen die Diagnose inklusive Schweregrad nach ICD-10 und leiten nach dem SCM die Behandlung ein (sofern die Patienten in die Teilnahme an der Studie einwilligen). Zu allen Schritten werden Formulare zum

¹⁶ Hochrisikopatienten in dieser Studie: Patienten mit chronischer somatischer Erkrankung oder diffusen somatischen Beschwerden.

strukturierten, standardisierten, übersichtlichen und schnellen Erfassen der Daten verwendet.

Der 2-Fragen-Test stellt mit einer Sensitivität von 96% und Spezifität von 57 % (Whooley et al. 1997) ein zeitökonomisches und erprobtes Screeninginstrument dar und besteht aus folgenden Fragen:

„1. Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?

2. Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?“

Wird eine der beiden Fragen bejaht, schließt sich ein Screening mit dem PHQ-9 (Gilbody et al. 2007, Löwe et al. 2004) an. Dieser erfasst die psychische Beeinträchtigung in 9 Items (orientiert an Symptomen nach ICD-10) anhand einer vier-stufigen Skala von 0=„überhaupt nicht“ bis 3=„beinahe jeden Tag“.

Wenn im PHQ-D-9 ein Ergebnis von fünf oder mehr Punkten erzielt wird, kann der Patient in die Studie eingeschlossen werden¹⁷. Daraufhin erfolgen die Diagnostik nach ICD-10 und die Patientenaufklärung. Patient und Hausarzt treffen gemeinsam die Wahl für eine der Therapieoptionen.

Niedrigschwellige Therapieoptionen (Step I und Step II a und b) sowie eine hausärztliche psychopharmakologische Behandlung werden vom Hausarzt betreut und in regelmäßigen Abständen durch ein Monitoring mit dem PHQ-D-9 in ihrer Wirksamkeit überprüft. Bei Step II+ und den intensiveren Therapieoptionen gibt der Hausarzt die Verantwortung der Weiterbehandlung in die Hände eines Psychotherapeuten bzw. Psychiaters/Neurologen/Nervenarztes. Diese Professionen führen die entsprechende Therapie und ein regelmäßiges Monitoring der Symptomatik durch. Sie haben die Aufgabe, zeitnah Therapieplätze für Patienten der Studie über eine Onlineplattform zur Verfügung zu stellen. Tabelle 6 fasst Indikationskriterien der Interventionsformen und Zuständigkeiten der einzelnen Behandler zusammen.

¹⁷ Einschlusskriterien: Mindestalter 18 Jahre, erhöhter Depressivitätswert im Screening (≥ 5 im PHQ-D-9), aktuelle gesundheitliche Situation, die ein Ausfüllen der Studienfragebögen erlaubt sowie ausreichende Deutschkenntnisse

Tabelle 6: Indikationskriterien und Zuständigkeiten im Rahmen des SCM

Schweregrad der depressiven Symptomatik	SCM-Step	Intervention	Haupt-behandler
leichte depr. Episode ≤ 2 Wochen	I	Aktiv-abwartende Begleitung	Hausarzt
leichte depr. Episode > 2 Wochen	IIa/ IIb	Bibliotherapie oder internetbasierte Selbsthilfe (deprexis)	Hausarzt
mittelgradige depr. Episode oder leichte depr. Episode >2 Wochen ¹⁸	II+	Psychotherapeutische Telefonunterstützung	Psychotherapeut
mittelgradige depr. Episode	III	Psychotherapie oder Psychopharmakotherapie	Psychotherapeut, Hausarzt, Facharzt
schwere depr. Episode, akute Suizidalität, erfolglose Therapieversuche	IV	Psychopharmakotherapie und ggf. (teil-) stationäre Psychotherapie	(teil-)stationärer Facharzt

Die Kontrollgruppe der Studie besteht aus Hausärzten, welche Patienten mit dem 2-Fragen-Test und dem PHQ-D-9 screenen. Patienten, die die Einschlusskriterien erfüllen (und die Einverständniserklärung unterschreiben), werden in die Studie eingeschlossen und weiterhin in der Regelversorgung behandelt.

Die Rolle der Fortbildung im Gesundheitsnetz Depression

Die am Projekt teilnehmenden Behandler der Interventionsgruppe (Hausärzte, Psychiater, Nervenärzte, Psychotherapeuten und stationäre Behandler) bilden ein Netzwerk, in dem der interdisziplinäre Austausch und die Bereitstellung von psychotherapeutischen/fachärztlichen Therapieplätzen im Fokus stehen. Vor dem Studienstart werden die Professionen gemeinsam ausführlich zu den Themen der aktuellen S3-Leitlinie/NVL und deren Umsetzung in die Praxis, dem SCM-Behandlungskonzept und der Zusammenarbeit im Netzwerk geschult. Im Verlauf des Projektes ist die Teilnahme der Netzwerkbehandler an multidisziplinären Qualitätszirkeln verpflichtend.

Die vorliegende Dissertation analysiert die Fortbildung zu Beginn der Projektarbeit zur Untersuchung des Fortbildungsbedarfs der primärärztlichen Depressionsversorgung und zur Evaluation der angebotenen Fortbildung.

¹⁸ Wenn der Patient für Step IIa/b nicht motivierbar ist oder nicht die entsprechenden personellen Ressourcen besitzt.

2. Fragestellungen und Hypothesen

In der vorliegenden Arbeit sind vier Fragestellungen im Bereich primärärztlicher depressionsspezifischer Fortbildungsbedarf (Bereich A) und 3 Fragestellungen im Bereich Evaluation einer depressionsspezifischen Fortbildung im Rahmen des ‚Gesundheitsnetz Depression‘ (Bereich B) aufgestellt wurden. Es werden die Fragestellungen beider Bereiche und die daraus abgeleiteten Hypothesen vorgestellt.

2.1. A: Fragestellungen zum primärärztlichen depressionsspezifischen Fortbildungsbedarf

A.I Wie hoch ist die subjektive Sicherheit von Hausärzten bzgl. verschiedener Bereiche der ambulanten Depressionsversorgung?

Hypothese: In der allgemeinen Erkennung von psychischen Störungen fühlen sich Hausärzte durchaus sicher, im Vergleich dazu zeigen sich Unsicherheiten in der spezifischen Diagnostik nach ICD-10 und der Umsetzung von Leitlinienempfehlungen.

A.II Inwiefern steht die subjektive Sicherheit von Hausärzten in der Diagnostik und Behandlung von depressiven Patienten mit der beruflichen Erfahrung mit Depressionspatienten und dem Abstand zur beruflichen Ausbildung im Zusammenhang?

Hypothese: Zu dieser Fragestellung finden sich in der Literatur nur Belege bzgl. der Sicherheit bzw. Kompetenz in der ärztlichen Gesprächsführung. Hieraus abgeleitet wird erwartet, dass auch die subjektive Sicherheit im Bereich der Gesprächsführung mit der beruflichen Erfahrung mit Depressionspatienten und einem größeren Abstand zur beruflichen Ausbildung zusammenhängt. Zum Zusammenhang der arztseitigen Variablen mit anderen Bereichen der Depressionsdiagnostik und -behandlung kann aufgrund der mangelnden Befundlage keine Hypothese gebildet werden.

A.III Welche depressionsspezifischen Themen sind aus primärärztlicher Sicht fortbildungsrelevant?

Hypothese: Von Hausärzten als fortbildungsrelevant angesehene psychiatrische Themen umfassen eher Bereiche der Arzt-Patienten-Beziehung (z.B. Umgang mit schwierigen Patienten oder Gesprächsführung) als formale Diagnostikkriterien und spezifische Psychopharmakotherapie. Hausärzte tendieren in der Wahl von Fortbildungsthemen eher dazu, Bereiche zu wählen, in denen sie sich schon relativ sicher fühlen und Themen zu vermeiden, in denen noch Bedarf an Wissensvermittlung besteht.

A.IV Welche Gründe für Defizite in der Depressionsdiagnostik bestehen aus primärärztlicher Sicht?

Hypothese: Es existieren aus primärärztlicher Sicht multiple Faktoren, die die Qualität der Depressionsdiagnostik einschränken können. Im Allgemeinen sehen Hausärzte Gründe für diese Defizite jedoch eher in externen Faktoren wie z.B. Zeitmangel und fehlende Akzeptanz des Patienten als in eigenen Wissensdefiziten begründet.

2.2. B: Fragestellungen zur Evaluation einer depressionsspezifischen Fortbildung im Rahmen des Gesundheitsnetz Depression

B.I Inwiefern zeigen sich Veränderungen der subjektiven Sicherheit durch die Teilnahme an der Fortbildung?

Hypothese: In allen Bereichen wird sich die subjektive Sicherheit der Hausärzte verbessern, vor allem in den Bereichen der ausführlich behandelten Themen der Fortbildung (leitliniengerechte Diagnostik mit Schweregradbestimmung und Screening).

B.II: Wie wird die Zufriedenheit der Fortbildung von den Teilnehmern bewertet?

Hypothese: Eine Hypothese ist nur bedingt aufzustellen, da die Bewertung der Fortbildung von der Präsentation und der Vermittlung einzelner Themenbereiche abhängig ist. Die Literatur zeigt, dass in Zufriedenheitsbefragungen insgesamt häufig positive Einschätzungen gegeben werden, da Faktoren wie soziale Erwünschtheit und Dissonanzreduktion diese Tendenz fördern. Es wird daher eine insgesamt eher positive Bewertung erwartet.

B.III Inwiefern wünschen sich die Teilnehmer Veränderungen für zukünftige Fortbildungen?

Aufgrund mangelnder vergleichbarer Befunde in der Literatur und dem spezifischen Bezug zur durchgeführten Fortbildungsveranstaltung wird diese Fragestellung explorativ untersucht.

3. Methodik

Um die aufgestellten Fragestellungen und Hypothesen untersuchen zu können, wurden die multidisziplinären Fortbildungen des Projekts ‚Gesundheitsnetz Depression‘ evaluiert. Hierzu wurden zwei speziell auf die Fortbildungen zugeschnittene Fragebögen im Prä-Post-Design entwickelt. Diese erfassen die subjektive Sicherheit der Behandler zu Beginn und zum Ende der Fortbildung in verschiedenen Bereichen der ambulanten Depressionsversorgung und beinhalten eine Evaluation der Struktur und des Inhalts der Fortbildungen, sowie eine Einschätzung der Hausärzte zu Gründen für die Defizite in der Depressionsdiagnostik. Die einzelnen Items wurden in Orientierung an der aktuellen S3-Leitlinie und Themen der Fortbildung erarbeitet.

Zu Beginn des Methodikteils steht die Beschreibung der Rahmenbedingungen der Erhebung (Rekrutierung der Projektteilnehmer, Ablauf und Durchführung der Fortbildungen, Aufbau und Inhalt der Fortbildungen) im Anschluss wird der Fragebogen als Erhebungsinstrument in Entwicklung und Aufbau erläutert und abschließend angewendete statistische Verfahren vorgestellt.

3.1. Rahmenbedingungen der Erhebung

3.1.1. Rekrutierung der Projektteilnehmer

Im März 2012 erhielten alle niedergelassenen Hausärzte Hamburgs (circa 1200) über das Adressverzeichnis der KV-Hamburg eine schriftliche Einladung zur Teilnahme an der Studie ‚Gesundheitsnetz Depression‘. Psychologische Psychotherapeuten wurden über den E-Mailverteiler der Psychotherapeutenkammer und die circa 450 niedergelassenen „P-Ärzte“¹⁹ über das Adressverzeichnis der Psychotherapeutenkammer zur Studie informiert. 149 Hausärzte, 33 „P-Ärzte“ und 29 Psychologische Psychotherapeuten meldeten sich mit Interesse an der Teilnahme zurück. Schließlich konnten 59 Hausärzte, 16 Psychologische Psychotherapeuten und 21 „P-Ärzte“ zur Teilnahme an der Studie rekrutiert werden. Die 59 rekrutierten Hausärzte wurden randomisiert in eine Kontrollgruppe von 14 Hausärzten und einer Interventionsgruppe von 45 Hausärzten aufgeteilt. Die Interventionsgruppe wurde durch die 16 Psychologischen Psychotherapeuten und 21 „P-Ärzten“ komplementiert. Für die Interventionsgruppe wurde zu Beginn der Projektarbeit eine multidisziplinäre depressionsspezifische Fortbildung angeboten. Die Kontrollgruppe nahm an dieser Fortbildung nicht teil und wurde im Rahmen der vorliegenden Arbeit nicht untersucht.

¹⁹ Im Projekt verwendeter Begriff zur Zusammenfassung von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Neurologie und Nervenheilkunde

3.1.2. Ablauf und Durchführung der Fortbildungen

Die Fortbildungen fanden am Institut für Medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Eppendorf in Hamburg statt. Das Referententeam setzte sich aus Psychologen und Ärzten zusammen. Es wurden zeitlich versetzt 3 alternative Blöcke mit jeweils 2 Einheiten à 3 Stunden angeboten. Die ersten beiden Blöcke fanden im Mai (23. und 30.5.) und Juni (13. und 20.6.) 2012 jeweils mittwochs um 18 Uhr statt. Die Einheiten wurden im Abstand von einer Woche abgehalten. Im August 2012 wurde ein zusätzlicher Block für alle angeboten, die die Termine im Mai und Juni nicht wahrnehmen konnten. Hier betrug der Abstand zwischen beiden Einheiten nur zwei Tage (22. und 24.8.12). Wenn es den Teilnehmern nicht möglich war, beide Termine eines Blockes wahrzunehmen, konnten die Einheiten auch in verschiedenen Blöcken absolviert werden.

Tabelle 7: Überblick der Fortbildungsveranstaltungen und Teilnehmer

	Einheit 1	Einheit 2
Block Mai	23.05.2012: 10 Hausärzte 8 Psychotherapeuten 4 P-Ärzte	30.05.2012: 10 Hausärzte 7 Psychotherapeuten 4 P-Ärzte
Block Juni	13.06.2012: 18 Hausärzte 8 Psychotherapeuten 14 P-Ärzte	20.06.2012: 16 Hausärzte 6 Psychotherapeuten 9 P-Ärzte
Block August	22.08.2012: 8 Hausärzte 3 Psychotherapeuten 5 P-Ärzte	24.08.2012: 9 Hausärzte 7 Psychotherapeuten 8 P-Ärzte

3.1.3. Aufbau und Inhalt der Fortbildungen

Die Fortbildung zur Einführung in das Projekt ‚Gesundheitsnetz Depression‘ sollte die Teilnehmer auf die Arbeit in der Studie vorbereiten und Kompetenzen in der Depressionsbehandlung vertiefen. Da im Projekt alle drei Berufsgruppen Hausärzte, „P-Ärzte“ und Psychologische Psychotherapeuten zusammenarbeiten sollten, wurde die Fortbildung interdisziplinär durchgeführt.

Die Fortbildung teilte sich in zwei Einheiten zu je drei Stunden auf. Es wurden Inhalte zur Depressionsdiagnostik und -behandlung und zum praktischen Ablauf im Projekt abgehandelt. In der ersten Einheit standen Diagnostik und Aufklärung im Fokus, in der zwei-

ten Einheit wurde über Behandlung und Monitoring referiert. Beide Fortbildungen wurden als interaktiver Vortrag mit fachübergreifenden Diskussionsrunden gestaltet. Anhand der Leitlinie wurde der aktuelle Stand zu den Themen Screening, Diagnostik und Therapie erläutert und deren praktische Umsetzung im Projekt dargelegt. An geeigneten Punkten wurde interdisziplinär diskutiert. Die verwendeten Folien wurden den Teilnehmern als Handouts zur Verfügung gestellt. Tabelle 8 gibt einen Überblick der behandelten Themen und der Strukturierung der Fortbildung und Befragung. Im Anschluss werden die beiden Einheiten detailliert vorgestellt.

Tabelle 8: Struktur der Fortbildungseinheiten

Themen	abgehandelte Inhalte
1. Einheit: Diagnostik und Aufklärung	
Einführung	<ul style="list-style-type: none"> • Entstehung von und Überblick zu ‚psychenet‘ • Hintergrundinformationen zur Studie
Prä-Befragung (T0)	
Einführung	<ul style="list-style-type: none"> • Vorstellung des Stepped-Care-Modells
Hintergrundinformationen zum Thema Depression	<ul style="list-style-type: none"> • Interessante und wichtige Informationen zur Depression • Diskussion: Warum werden Depressionen häufig nicht erkannt oder diagnostiziert?
Diagnostik und Patientenaufklärung nach der S3-Leitlinie	<ul style="list-style-type: none"> • Entstehung der S3-Leitlinie • Versorgungsrealität der Leitlinienempfehlung • Screening-Verfahren • Diagnostik und Schweregradbestimmung nach ICD-10 • Depression und Suizidalität • Erfassung psychischer Komorbidität und Abgrenzung zu anderen Störungsbildern • Aufklärung und Psychoedukation des Patienten
Studienspezifische Abläufe	<ul style="list-style-type: none"> • Einschluss von Patienten in die Studie • Zusammenfassung der Abläufe • Kommunikation innerhalb des Netzwerks
2. Einheit: Behandlung und Monitoring	
Einführung	<ul style="list-style-type: none"> • Zusammenfassung der praktischen Abläufe für Diagnostik und Studieneinschluss
Allgemeine Therapie depressiver Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • Allgemeine Therapieprinzipien • Phasen der Behandlung und psychosoziale Basisbehandlung • Behandlungsoptionen und Stepped-Care-Modell • Leitlinienempfehlung zur Behandlung leichter, mittelgradiger und schwerer Depressionen • Vorstellung neuer Behandlungsmöglichkeiten im ‚Gesundheitsnetz Depression‘

Spezielle Therapie depressiver Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • Leitlinienempfehlungen zur Pharmako- und Psychotherapie • Vorstellung einzelner Psychotherapieverfahren • Allgemeine und spezielle Informationen zur Psychopharmakotherapie und Umsetzung im Projekt • Alternative somatische Therapieverfahren • Partizipative Entscheidungsfindung
Monitoring und Wirkungsprüfung	<ul style="list-style-type: none"> • Leitlinienempfehlung zum Monitoring und Umsetzung im Projekt
Abklärung praktischer Fragen	<ul style="list-style-type: none"> • Kommunikation und Informationsaustausch innerhalb des Netzwerks • Abrechnungsmodalitäten • Qualitätszirkel
Post-Befragung (T1)	

1. Einheit: Diagnostik und Aufklärung

Die Fortbildung begann mit einer Einführung zu den Rahmenbedingungen der Studie. Es wurde das Großprojekt ‚psychenet‘ vorgestellt und die Ziele des Projekts ‚Gesundheitsnetz Depression‘ erläutert. Nachdem die Teilnehmer erfuhren, dass sie der Interventionsgruppe angehören, wurde die Prä-Befragung durchgeführt. Die Teilnehmer erhielten genügend Zeit, um den Fragebogen auszufüllen und wieder abzugeben. Den Abschluss der Einführung bildete die Vorstellung des Stepped-Care-Modells (Vgl. Abbildung 3 in 1.4.2.2.).

Den Einstieg in den fachlichen Teil der Fortbildung bildeten relevante Hintergrundinformationen zum Thema Depression. Dazu gehörten die ‚Pyramide depressiver Beschwerden‘, die die 12-Monats-Querschnittsprävalenz depressiver Beschwerden in der Allgemeinbevölkerung darstellt, das ‚Eisbergmodell‘, das Verstehen der 3 Ebenen der Depression (Psyche-Körper-Verhalten) und das Beschwerdeprofil der Depression (Vgl. Härter et al. 2007). Den Abschluss der allgemeinen Informationen bildete eine Diskussionsrunde zum Thema: „Depressionen bleiben häufig unerkannt- warum?“ Zum Einstieg wurden folgende Statements gegeben: „Viele Betroffene erkennen die eigene Depression nicht“, „körperliche Beschwerden überdecken/ larvieren die Depression“, „Unsicherheit bei Ärzten über Symptome/Diagnosekriterien“.

Als nächster Themenblock folgte Diagnostik und Patientenaufklärung nach der aktuellen S3-Leitlinie (DGPPN et al. 2009). Hierzu wurde zuerst die Entstehung der S3-Leitlinie erläutert und die Empfehlungsgrade (A, B, 0, KKP) (Vgl. 1.1.1.) beschrieben. Danach wurden Spannungsfelder und Verbesserungspotenziale in der jetzigen Depressionsversorgung nach dem aktuellen Stand dargestellt. Es schloss sich das Thema Screening und Früherkennung an. Dazu wurden die Erkenntnisse der Leitlinie zum Thema Risikopatientenscreening und aktive Exploration depressiver Symptome dargelegt, die Screeninginstrumente ‚2-Fragen-Test‘ (Whooley et al. 1997) und ‚PHQ-9‘ (Gilbody et al. 2007)

vorgelegt sowie die praktische Umsetzung des Screenings im Projekt erläutert (Vgl. 1.4.2.2.). Über Möglichkeiten, wie man dieses System möglichst fließend in den Praxisalltag integrieren kann, wurde diskutiert.

Im Anschluss wurde die Diagnostik nach ICD-10 (DGPPN et al. 2009) und die im Projekt verwendeten Diagnosebögen vorgestellt. Zur Erfassung der Hauptsymptome wurden 3 Fragen aus dem ‚Composite International Diagnostic Interview‘ (CIDI) (Kessler und Üstün 2004) als Formulierungshilfen gegeben:

„A. Fühlten Sie sich in den letzten 2 Wochen fast jeden Tag nahezu durchgängig niedergeschlagen, traurig oder deprimiert?

B. Hatten Sie in den letzten 2 Wochen fast ständig das Gefühl, zu nichts mehr Lust zu haben; oder haben Sie das Interesse und die Freude an Dingen verloren, die Ihnen gewöhnlich Freude machen?

C. Haben Sie sich in dieser Zeit fast immer müde und energielos gefühlt?“

Suizidalität ist ein wichtiges Thema in der Depressionsversorgung und wurde auch in der Fortbildung angesprochen. Es wurden aktuelle Zahlen der Auftrittswahrscheinlichkeit und Leitlinienempfehlungen (Vgl. 1.1.3.) vorgestellt, Risikofaktoren für Suizidalität verdeutlicht und Formulierungshilfen zur Exploration suizidaler Absichten gegeben (zum Beispiel: „Haben Sie in letzter Zeit daran denken müssen, nicht mehr leben zu wollen?“). Als nächster Punkt wurde die Erfassung von psychischen Komorbiditäten bearbeitet und zu den jeweiligen Krankheitsbildern passende Screeningfragen vorgestellt (zum Beispiel für Zwangsstörung: „Haben Sie jemals unter Gedanken gelitten, die unsinnig waren und immer wieder kamen, auch wenn Sie es gar nicht wollten?“).

Danach wurde auf die Abgrenzung zu anderen Störungsbildern mit dem Beispiel der Anpassungsstörung eingegangen und über Probleme der Abgrenzung im Praxisalltag diskutiert. Den Abschluss der klinischen Informationen bildete die Vorstellung der Leitlinienstatements zum Thema Patientenaufklärung, Psychoedukation und Gesprächsführung. Es wurde die in der Studie verwendete evidenzbasierte Patienteninformation vorgestellt. Im letzten Block der ersten Fortbildung wurden Abläufe im Studienalltag besprochen. Dazu wurden die genauen Einschlusskriterien für Patienten beschrieben, die Diagnostik und Einschlussabläufe zusammengefasst und die Internetplattform zur Kommunikation und Vermittlung von freien Therapieplätzen vorgestellt.

2. Einheit: Behandlung und Monitoring

In der 2. Einheit der Fortbildung wurde die Therapie depressiver Erkrankungen nach der aktuellen S3-Leitlinie in den Fokus gestellt. Allgemeine Informationen wurden vermittelt,

Empfehlungen zur Psychotherapie und Psychopharmakotherapie gegeben, die Monitoringabläufe vorgestellt und praktische Fragen geklärt.

Zu Beginn wurden ausgewählte Ergebnisse aus der Prä-Befragung kurz präsentiert und die beim 1. Termin behandelten Studienabläufe wiederholt. Dann wurden allgemeine Therapieprinzipien der Depression vorgestellt. Diese umfassen Behandlungsziele (vollständige Remission und Rückfallprophylaxe) und die gemeinsame Erarbeitung eines Behandlungsplans. Darauf folgend wurden die einzelnen Phasen der Behandlung vorgestellt (Akuttherapie, Erhaltungs-therapie, Rezidivprophylaxe) (Vgl. 1.1.4.) und die Prinzipien der ‚psychosozialen Basisbehandlung‘ eruiert. Die Erläuterung des Stepped-Care-Modells und der einzelnen Behandlungsschritte wurde mit dem Aufzeigen der verschiedenen Therapieoptionen (aktiv abwartendes Begleiten, Psychotherapie, Psychopharmakotherapie, weitere Verfahren) und dem Vorstellen der Leitlinienstatements zur Therapie der leichten Depression eingeleitet. Im Anschluss wurden die innovativen Therapieelemente der internetbasierten Selbsthilfe, der Bibliothherapie und der psychotherapeutischen Telefonunterstützung mit ihren Inhalten, Aufbau und Beispielaufgaben vorgestellt. Es folgten die Leitlinienempfehlungen für die Behandlung der mittelgradigen Depression allgemein und speziell für Psychotherapie und Pharmakotherapie. Die wichtigsten wissenschaftlich und empirisch geprüften Psychotherapieverfahren zur Behandlung der Depression, die kognitive Verhaltenstherapie, Interpersonelle Psychotherapie und tiefenpsychologische Kurzzeittherapie, wurden dargestellt. Danach wurde ausführlich auf die Psychopharmakotherapie eingegangen. Hierzu wurden allgemeine Informationen zu den Auswahlkriterien, der Wirksamkeit und Responserate von Antidepressiva gegeben. Es folgte die Vorstellung der verschiedenen Wirkstoffgruppen. Auf die vier großen Wirkstoffgruppen (trizyklische Antidepressiva, Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer, dual wirksame Antidepressiva und Monoaminoxidase-Hemmer) wurde genauer eingegangen. Jeweils wurden verschiedene Präparate vorgestellt, das Nebenwirkungsprofil und Vor- und Nachteile in der Anwendung für die jeweiligen Gruppen erläutert. Im Anschluss folgten die Darstellung von Maßnahmen bei Nichtansprechen der Pharmakotherapie und die spezielle medikamentöse Therapie bei somatischen Komorbiditäten sowie bei besonderen Patientengruppen wie z.B. demenzielle oder wahnhaftige Patienten. Als nächstes wurden die Leitlinienempfehlungen zur schweren Depression vorgestellt. Zusammenfassend wurden die Indikationen für Haupttherapieoptionen (Aktiv-abwartendes Begleiten, niedrighschwellige Verfahren, psychotherapeutische Behandlung, medikamentöse Behandlung, Kombinationstherapie) wiederholt und die Wahl der Behandlungsform im Projektablauf besprochen.

Daraufhin wurden die Indikationen für eine stationäre Behandlung aufgezeigt und alternative somatische Therapieverfahren wie Elektrokonvulsive Therapie, Wachtherapie,

Lichttherapie und körperliches Training vorgestellt. Das Thema der partizipativen Entscheidungsfindung war den Teilnehmern bekannt und wurde somit nur umrissen. Es folgte ein Abschnitt zu Monitoring und Wirkungsprüfung der Therapie und zu den Leitlinienempfehlungen zur Erhaltungstherapie und Rezidivprophylaxe der Psycho- und Pharmakotherapie.

Die Fortbildung ging mit der Klärung noch offener praktischer Fragen und mit der Erläuterung der Abrechnungsmodalitäten zu Ende. Zum Abschluss erhielten die Teilnehmer Zeit, um die Post-Befragung auszufüllen. Sie beinhaltete die Einschätzung der eigenen Kompetenz nach Absolvieren der Fortbildung und die Zufriedenheit mit Inhalt und Durchführung der Veranstaltung. Es wurde Freiraum für Anregungen und Kritik gegeben.

3.2. Erhebungsinstrument

Es werden zuerst Hintergründe zur Entwicklung des Fragebogens vorgestellt und im Anschluss der spezifische Aufbau erläutert.

3.2.1. Entwicklung der Fragebögen

Benötigt wurde ein Instrument um den Fortbildungsbedarf der Hausärzte im Bereich Depression detailliert zu ermitteln und um zu prüfen, inwieweit die Fortbildung eine Veränderung in der Selbsteinschätzung der eigenen Fähigkeiten hervorruft. Außerdem sollte die Qualität der Fortbildung in Bezug auf Inhalt und Durchführung ermittelt werden. Die gefundene Lösung bestand aus 2 Fragebögen (Prä- und Post-Befragung).

Wie aus dem theoretischen Teil dieser Arbeit ersichtlich, ist der Begriff Fortbildungsbedarf nicht klar zu definieren. Aufbauend auf folgenden Erkenntnissen wurde eine Methode zu dessen Operationalisierung innerhalb dieser Studie entwickelt:

- Es fällt Ärzten nicht immer leicht, ihre „learning needs“ zu ermitteln (Norman et al. 2004).
- Fortbildungen sind effektiver, wenn den Lernenden die Wichtigkeit der zu bearbeitenden Inhalte bewusst ist (Norman et al. 2004).
- Ärzte wählen bevorzugt Fortbildungsveranstaltungen, deren Themen sie interessant finden und in denen sie schon eine gewisse Grundkompetenz besitzen (Sibley et al. 1982).
- Quantifizierbare Ermittlungen von Defiziten (z.B. durch Prävalenzen, Erkennungsrate anhand von standardisierten Messinstrumenten (Vgl. zu 1.2.1.) liefern oft nur oberflächliche Ergebnisse (Norman et al. 2004).

Aufbauend auf diese Erkenntnisse wurden neben der Frage, welche depressionsspezifischen Themen Hausärzte für fortbildungsrelevant halten und wo sie Defizite in der Depressionsdiagnostik sehen, die persönliche Einschätzung verlangt, wie sicher sie sich in

Bereichen der aktuellen leitliniengerechten Depressionsversorgung fühlen. Dabei wurden 14 Statements zu wichtigen Inhalten und Diagnose- und Behandlungsschritten der aktuellen S3-Leitlinie/NVL entwickelt (Vgl. zu 1.1.). Diese wurden in einer Prä-Befragung zu Beginn der Fortbildung erhoben, sodass gemessen am aktuellen optimalen Behandlungsstand eine Bewertung der eigenen Kompetenzen vorgenommen werden konnte. Durch diese strukturierte Selbsteinschätzung sollten die Hausärzte auch für die Relevanz der einzelnen Fortbildungsthemen sensibilisiert werden.

Zur Entwicklung des Teils der retrospektiven Bewertung der Fortbildung in der Post-Befragung wurden Evaluationsbögen anderer Fortbildungsveranstaltungen²⁰ begutachtet und auf der Basis dieser Recherche für das Projekt relevante Items entwickelt. Zur detaillierten Erfassung der Umsetzung einzelner Themen und des Sicherheitszuwachses nach der Fortbildung wurde die Erhebung der subjektiven Sicherheit in der Post-Befragung erneut durchgeführt und in 3 übergeordneten Fragen zusätzlich retrospektiv nach einem Sicherheitszuwachs in zusammenfassenden Bereichen gefragt.

3.2.2. Aufbau der Fragebögen

Die 2 Fragebögen (vollständige Darstellung siehe Abbildungen 17-19 im Anhang) als Prä -und Post-Befragung lassen sich inhaltlich in 4 Bereiche einteilen und werden folgend beschrieben:

- Angaben zur Person
- Fortbildungsbedarf (Prä-Post Erhebung)
- Persönliche Meinungen und Erwartungen
- Bewertung der Fortbildung

Angaben zur Person:

Um die Fragebögen 1 und 2 zur Auswertung zusammenführen zu können, wurde eine Kodierung basierend auf Buchstaben der Vornamen der Eltern und Ziffern des Geburtsmonats entwickelt. Zur Untersuchung des Zusammenhangs der subjektiven Sicherheit mit arztseitigen Variablen wurden in der Prä- und Post-Befragung demografische Daten erhoben. Um die Länge der Fragebögen moderat zu halten, wurden die zu erfassenden Daten auf beide Fragebögen aufgeteilt. Abgefragt wurden die Items Profession, Geschlecht, Qualifikation zur Erbringung psychosomatischer Grundversorgung, bisherige Erfahrung mit depressiven Patienten, durchschnittlicher Kontakt zu depressiven Patienten pro Monat, ärztlicher/therapeutischer Tätigkeitszeitraum und die Erfahrung in der Netzwerkarbeit. Tabelle 9 zeigt die Darstellung im Fragebogen.

²⁰ u.a. Härter (1997), AOK Bayern (2005), Eickholt (2006), Härter und Bermejo (2001)

Tabelle 9: Demografische Daten der teilnehmenden Behandler

1. Profession:	2. Geschlecht: <input type="radio"/> männl. <input type="radio"/> weibl.
Hausarzt <input type="radio"/> „Qualifikation zur Erbringung psychosomatischer Grundversorgung“ (EBM-Ziffer: 35100/35110) vorhanden?: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
P-Arzt <input type="radio"/> Tätigkeitsschwerpunkt(e): psychiatrisch <input type="radio"/> psychotherapeutisch <input type="radio"/>	
Psychologischer Psychotherapeut <input type="radio"/>	
3. Wie viel Erfahrung mit Patienten mit Depression haben Sie bisher? <input type="radio"/> 1 wenig <input type="radio"/> 2 eher wenig <input type="radio"/> 3 mittelmäßig <input type="radio"/> 4 eher viel <input type="radio"/> 5 viel	
4. Bitte schätzen Sie ein, zu wie vielen depressiven Patienten Sie pro Monat Kontakt haben:  _____ Patienten	
5. Wie lang sind Sie bisher insgesamt ärztlich/therapeutisch tätig?:  _____ Jahre	
6. Welche Erfahrungen haben Sie bereits in der Arbeit innerhalb eines Netzwerks?	

Bei der Frage zur Profession konnten die Teilnehmer zwischen Hausarzt, „P- Arzt“ und Psychologischem Psychotherapeuten wählen. Hausärzte konnten zusätzlich angeben, ob die „Qualifikation zur Erbringung psychosomatischer Grundversorgung“ (EBM-Ziffer: 35100/35110) vorhanden ist. Die „Qualifikation zur Erbringung psychosomatischer Grundversorgung“ wird in der Weiterbildungsverordnung für Hausärzte seit 2005 vorgeschrieben. Bis dahin war der Erwerb fakultativ möglich und nötig um die EBM-Ziffer: 35100/35110 abrechnen zu können. Diese Frage wurde in den Fragebogen aufgenommen, um das Vorwissen der Hausärzte detaillierter einschätzen zu können.

Fortbildungsbedarf:

Der Fortbildungsbedarf wurde, wie in Tabelle 11 dargestellt, durch 14 Items abgefragt. Die Skalierung wurde hier 6-stufig nach Likert (Rohrmann 1978) gewählt, um eine detaillierte Einschätzung vornehmen zu können und um die Erfassung bereits kleiner Veränderungen durch die Fortbildung zu ermöglichen. Sie umfasst den Bereich von 0=„stimmt überhaupt nicht“ bis 5=„stimmt völlig“ (siehe Tabelle 10).

Tabelle 10: Skalierung des Bereichs Fortbildungsbedarf

stimmt überhaupt nicht	stimmt weitgehend nicht	stimmt eher nicht	stimmt eher	stimmt weitgehend	stimmt völlig
<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

Die ersten 7 Items spezifizieren den Bereich „Diagnostik und Aufklärung“, die folgenden 6 Items den Bereich „Therapie und Beratung“ und das letzte Item ermöglicht eine allgemeine Einschätzung zum Umgang mit depressiven Patienten. Die Reihenfolge der Items wurde dem Ablauf der Depressionsdiagnostik und -therapie in der Praxis nachempfunden.

Tabelle 11: Items des Bereichs Fortbildungsbedarf

Fortbildungsbedarf: Ich bin sicher darin...		
...Risikopatienten für eine Depression zu erkennen	1	Diagnostik und Aufklärung
...leitliniengerecht zu screenen	2	
...leitliniengerecht nach ICD-10 die Art und den Schweregrad der Depression zu diagnostizieren	3	
...Depression von anderen psychischen Störungen abzugrenzen	4	
...Depression von einer Reaktion auf ein belastendes Ereignis, bei der kein Behandlungsbedarf besteht, abzugrenzen	5	
...die Diagnose Depression dem Patienten fachgerecht zu vermitteln	6	
...das Thema Suizidalität professionell anzusprechen	7	
...eine differentielle Behandlungsindikation nach Schweregrad zu stellen	8	Therapie und Beratung
...den Patienten umfassend zu Therapieoptionen zu beraten und aufzuklären	9	
...den Patienten zur psychotherapeutischen Behandlung zu beraten	10	
...den Patienten zur medikamentösen Behandlung zu beraten	11	
...eine auf den Patienten abgestimmte Psychopharmakotherapie durchzuführen für mich nicht zutreffend: ○	12	
...depressive Patienten zur aktiven Mitarbeit an einer Behandlung zu motivieren	13	
...allgemein im Umgang mit depressiven Patienten	14	

Persönliche Meinung und Erwartungen

Zur Erfassung der Erwartungen an das Projekt und die Fortbildung und zur Erfassung der hausärztlichen Meinung zu Defiziten in der Depressionsversorgung wurden folgende 3 offene Fragen in der Prä-Befragung gestellt (siehe Tabelle 12).

Tabelle 12: Offene Fragen zur Meinungsanalyse

Was sind Ihrer Meinung nach...
...die wichtigsten Gründe, warum Depressionen häufig nicht erkannt und/oder diagnostiziert werden?.....
...die wichtigsten Themen, die diese Fortbildung abdecken sollte?.....
Was erhoffen Sie sich durch die Teilnahme am Projekt „Gesundheitsnetz Depression“?

Bewertung der Fortbildung:

Die Zufriedenheit mit Fortbildungen wurde im Rahmen der Post-Befragung erhoben. Als Skalierung wurde (bis auf eine Frage) eine 5-stufige Likert-Skala (Rohrman 1978) von 0=„stimmt nicht“ bis 4=„stimmt völlig“ gewählt (siehe Tabelle 13).

Tabelle 13: Skalierung der Items zur Zufriedenheit der Fortbildung

stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt mittelmäßig	stimmt ziemlich	stimmt völlig
○0	○1	○2	○3	○4

Die mit dieser Skala abgefragten 14 Items umfassen die Bereiche allgemeine Zufriedenheit, Struktur und Prozess, Erweiterung der eigenen Fähigkeiten und Anleitungen zur Umsetzung des Studiendesigns. Die nachstehende Tabelle 14 stellt die Items mit Zuordnung zum jeweiligen Bereich vor. Zur besseren Übersicht wurden die Items nach Bereichen geordnet und nicht in der abgefragten Reihenfolge im Fragebogen wiedergegeben.

Tabelle 14: Items zur Zufriedenheit der Fortbildung

Zufriedenheit mit den Fortbildungen	
Die Fortbildung war gut strukturiert und organisiert.	Struktur und Prozess
Die Arbeitsatmosphäre war konstruktiv.	
Es wurde genug Raum für Fragen, eigene Beiträge und Diskussion gegeben.	
Das Tempo der vermittelten Inhalte war angemessen.	
Zufriedenheit mit Element Vortrag	
Zufriedenheit mit Element Diskussion	
Die vermittelten Inhalte werden meine ärztliche/therapeutische Tätigkeit positiv beeinflussen.	Erweiterung der eigenen Fähigkeiten
Die Fortbildung gibt mir mehr Sicherheit bei der Depressionsdiagnostik.	
Die Fortbildung gibt mir mehr Sicherheit bei der Gesprächsführung mit depressiven Patienten.	
Die Fortbildung gibt mir mehr Sicherheit bei der Depressionsbehandlung.	
Der Umgang mit innovativen Therapieelementen ist verständlich.	Umsetzung des Studiendesigns
Die Zusammenarbeit innerhalb des Netzwerks ist für mich umsetzbar.	
Ich fühle mich gut vorbereitet, Patienten individuell nach diesem Modell zu betreuen.	
Allgemeine Zufriedenheit mit der Fortbildung	Allg. Zufriedenheit

Zusätzlich wurden die Erwartungen an den Verlauf des Projekts (6-stufig skaliert von 0=„trifft nicht“ zu bis 5=„trifft sehr zu“), Veränderungsmöglichkeiten der Fortbildung und Themenwünsche für zukünftige Qualitätszirkel anhand von offenen Fragen eruiert (siehe Tabelle 15 und 16).

Tabelle 15: Item zu Erwartungen an das Projekt

<p>Ich erwarte, dass die Teilnahme im Projekt „Gesundheitsnetz Depression“ sich positiv auf die Versorgung meiner Patienten auswirken wird.</p> <p>trifft nicht zu <input type="radio"/>0 <input type="radio"/>1 <input type="radio"/>2 <input type="radio"/>3 <input type="radio"/>4 <input type="radio"/>5 trifft sehr zu</p>
--

Tabelle 16: Items zu Veränderungsmöglichkeiten und Themenwünsche

<p>Folgendes hat mir an den Fortbildungen zum „Gesundheitsnetz Depression“ besonders gut gefallen:</p> <p>.....</p> <p>Folgendes könnte man am Fortbildungskonzept zum „Gesundheitsnetz Depression“ noch verändern:</p> <p>.....</p> <p>Folgende Bereiche würde ich gern in zukünftigen Fortbildungen/Qualitätszirkeln vertiefen:.....</p> <p>.....</p>

Zusammenfassung zur Erhebung des Fortbildungsbedarfs:

Der Fortbildungsbedarf wurde durch 14 Items detailliert abgefragt und zusätzlich durch 3 Fragen zur Verbesserung der Fähigkeiten retrospektiv auf die Veränderung in den Bereichen Diagnostik, Gesprächsführung und Therapie untersucht. Mit der offenen Frage nach Defiziten in der ambulanten Depressionsbehandlung wurden allgemeine Verbesserungspotentiale in der hausärztlichen Versorgung erhoben.

3.3. Statistische Verfahren

Die statistische Auswertung erfolgte mit der Statistiksoftware ‚IBM SPSS Statistics 20.0.0‘. Es wurden deskriptive Statistiken (Mittelwertberechnungen und Häufigkeitsverteilungen) zur Stichprobenbeschreibung, Beschreibung der subjektiven Sicherheit zum Prä-Messzeitpunkt (Fragestellung A.I) und Auswertung der Zufriedenheit mit der Fortbildung (Fragestellung B.II) angewandt. Inferenzstatistisch ausgewertet wurde der Prä-Post-Vergleich der subjektiven Sicherheit in verschiedenen Bereichen der Depressionsversorgung (Fragestellung B.I) und die Korrelationen zwischen soziodemografischen Daten der Teilnehmer und der subjektiven Sicherheit zum Prä-Messzeitpunkt (A.II). Fehlende Antworten wurden auf Itemebene ausgeschlossen, sodass valide Prozente zur

Darstellung kamen. Für alle Analysen wurde ein 95%-Signifikanzniveau gewählt. Die offenen Fragen wurden mit Hilfe einer Inhaltsanalyse ausgewertet. Es folgt die Erläuterung der inferenzstatistischen und inhaltsanalytischen Methoden.

3.3.1. Korrelative Analysen zur Fragestellung A.II

Fragestellung A.II: „Inwiefern steht die subjektive Sicherheit von Hausärzten in der Diagnostik und Behandlung von depressiven Patienten mit der beruflichen Erfahrung mit Depressionspatienten und dem Abstand zur beruflichen Ausbildung im Zusammenhang?“

Um diese Fragestellung zu untersuchen, wurde der Zusammenhang zwischen soziodemographischen Variablen zur Berufserfahrung (Jahre ärztlicher Tätigkeit), Anzahl der monatlichen Kontakte zu depressiven Patienten und Vorerfahrung mit depressiven Patienten (Skala 1=„wenig“ bis 5=„viel“) und den 14 Items der subjektiven Sicherheit anhand einer Korrelationsanalyse untersucht. Die Normalverteilungen der Daten wurde visuell mit Hilfe von Histogrammen mit Normalverteilungskurve geprüft. Die visuelle Prüfung der Normalverteilung ergab für die Sicherheitsitems 5 und 10 des Prä-Test und „Kontakt zu depressiven Patienten“ und „Tätigkeitszeitraum in Jahren“ keine Normalverteilung. Um die Korrelationen zwischen diesen Variablen und den Items des Fortbildungsbedarfs (Einschätzung der eigenen Sicherheit) zu ermitteln, wurde daher der Rangkorrelationskoeffizient Spearmans Rho (r_s) gewählt.

3.3.2. Prä-Post-Analysen zur Fragestellung B.I

Fragestellung B.I: Inwiefern zeigen sich Veränderungen der subjektiven Sicherheit durch die Teilnahme an der Fortbildung?“

Um die Veränderung des Sicherheitsgefühls zwischen Prä- und Post-Befragung zu erfassen, sollte der parametrische ‚t-Test für abhängige Stichproben‘ angewendet und zur Relativierung seiner Ergebnisse die ‚Effektstärke Cohens d' berechnet werden.

Die Normalverteilung der Differenzen stellt eine Voraussetzung für die Anwendung des ‚t-Test für abhängige Stichproben‘ dar (Bortz 2005, S.144) und wurde visuell mit Hilfe von Histogrammen mit Normalverteilungskurve geprüft. Während der Großteil der Differenzen eine ausreichende Normalverteilung zeigte, wiesen die Differenzen von Sicherheitsitem 12 und 14 eine eindeutige Schiefe auf. Daraufhin wurde die Signifikanzprüfung der Veränderungen der Mittelwerte anhand des parameterfreien Homogenitätstest nach Wilcoxon-Mann-Whitney („U-Test“) durchgeführt. Dieser zeigte bis auf Item 14 (Sicherheit im allgemeinen Umgang mit depressiven Patienten) bei allen Items signifikante Ergebnisse ($p < 0,05$). Da die Beschreibung von Rangmittelwerten in ihrer Aussagekraft eingeschränkt ist, wurde aufgrund der vorliegenden Signifikanz des parameterfreien

Tests nachträglich der stärkere, auf Annahmeverletzung insgesamt robust reagierende „t-Test für unabhängige Stichproben“ angeschlossen.

Zusätzlich liefert die Berechnung der Effektstärke nach Cohen (1988) eine Relativierung des t-Tests, da bei großen Stichproben häufig eine Signifikanz trotz kleiner Prüfgröße und bei kleinen Stichproben trotz großer Prüfgröße keine Signifikanz erreicht wird. Nach Cohen (1988) stellt $d=0,2$ einen schwachen Effekt, $d=0,5$ einen mittleren Effekt und $d=0,8$ einen starken Effekt dar.

3.3.3. Inhaltliche Analysen zu den Fragestellungen A.III, A.IV und B.III

Die Auswertung der offenen Fragen erfolgte in Anlehnung an die qualitativ orientierte kategoriengeleitete Textanalyse nach Mayring (2010). Diese Art der Inhaltsanalyse vereint quantitative Analyseverfahren (z.B. Häufigkeitsvergleiche) mit qualitativen Analyseverfahren (z.B. Kategorienbildung). Aus den gegebenen Antworten wurden differenzielle Aspekte extrahiert und diese einzelnen Aussagen zur Zusammenfassung und Veranschaulichung in Kategorien gebündelt. Die Kategorienbildung erfolgte nach der Methode der induktiven Kategorienbildung nach Mayring. Durch die Bildung von Kategorien kann das Textmaterial für Außenstehende nachvollziehbar reduziert werden. Es wird zwischen der deduktiven und der induktiven Kategorienbildung unterschieden. Im deduktiven Prozess werden Kategorien nach vorab erstellten Theorien entwickelt. Im induktiven Prozess orientiert sich die Kategorienbildung direkt am Material und ermöglicht so eine möglichst gegenstandsnahe Abbildung der erhobenen Antworten (Mayring 2008).

4. Ergebnisse

Der Ergebnisteil beginnt mit der Beschreibung der Stichprobe. Darauf folgen die Ergebnisse zum primärärztlichen depressionsspezifischen Fortbildungsbedarf und zur Evaluation der Fortbildung des ‚Gesundheitsnetzes Depression‘.

4.1. Stichprobenbeschreibung

Die Stichprobe umfasste 32 Hausärzte der Interventionsgruppe, die beide Fragebögen mindestens teilweise ausgefüllt haben (siehe Tabelle 17). An der Fortbildung der Interventionsgruppe nahmen insgesamt 41 Hausärzte teil, es gab also 9 Ärzte mit fehlenden Fragebögen, deren Daten nicht ausgewertet wurden. Die Hausärzte waren im Mittel 18 Jahre ärztlich tätig (Range²¹: 7,5 bis 33 Jahre). Von den 20 Hausärzten, die die Frage nach dem Geschlecht beantworteten, waren 9 männlich (45%) und 11 weiblich (55%). Im Durchschnitt gaben sie an, im Monat mit 43 depressiven Patienten Kontakt zu haben (Range: 5 bis 150 Patienten). Die mittlere bisherige Erfahrung mit depressiven Patienten wurde mit 3,64 zwischen 3=„mittelmäßig“ und 4=„eher viel“ eingeschätzt (siehe Abbildung 4). Alle befragten Hausärzte verfügten über die Zusatzqualifikation „psychosomatische Grundversorgung“.

Tabelle 17: Stichprobe der Hausärzte der Interventionsgruppe

Merkmal (Einheit)	Kategorie	n	Range	Absolut (gültige Prozen- te)/ Mittelwert (SD)
Geschlecht (%)	männlich weiblich	20	-	9 (45%) 11 (55%)
Tätigkeitszeitraum (Jahre)	Mittelwert	32	7,5 bis 33	17,99 (6,59)
Kontakt zu depressiven Patienten (pro Monat)	Mittelwert	32	5 bis 150	43,1 (32,08)
Erfahrung mit Patienten mit Depression (1-5)	Mittelwert	28	1 bis 5	3,64 (0,826)
Psychosomatische Zusatzqualifikation vorhanden (%)	ja nein	32	-	32 (100%) 0 (0%)
Erfahrung innerhalb eines Netzwerks (offene Frage, Kategorien)	keine Erfahrung wenig Erfahrung Erfahr. vorhanden Qualitätszirkel	30	-	17 (56,70%) 2 (6,70 %) 7 (23,30 %) 4 (13,30 %)

n=Menge der gegebenen Antworten, SD=Standardabweichung

²¹ Bereich von kleinsten bis zum größten Wert

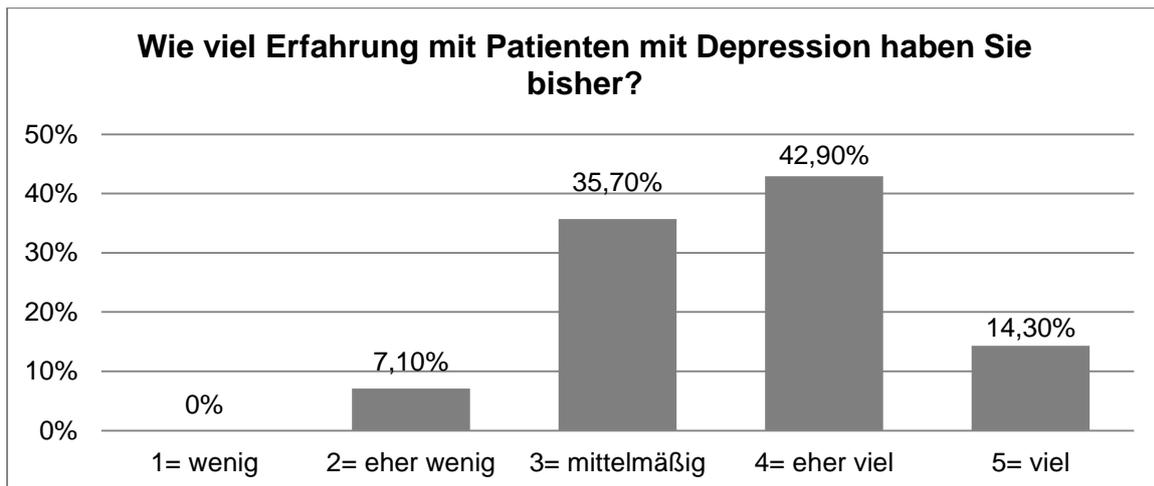


Abbildung 4: Erfahrung mit depressiven Patienten

Zur Auswertung der offenen Frage: „Welche Erfahrungen haben Sie bereits in der Arbeit innerhalb eines Netzwerks?“ wurden nachträglich vier Kategorien gebildet: Über die Hälfte der befragten Hausärzte (56,7%) hatten noch keine Erfahrung zur Arbeit innerhalb eines Netzwerks, 2 Hausärzte (6,7%) hatten wenig Erfahrung, 7 Hausärzte (23,3%) gaben Erfahrungen mit Netzwerken an und 4 Hausärzte (13,3%) beantworteten die Frage, indem sie Erfahrungen mit „Qualitätszirkeln“ angaben (siehe Tabelle 17 und Abbildung 5). Die wortwörtlichen Antworten sind im Anhang in Tabelle 26 zu finden.

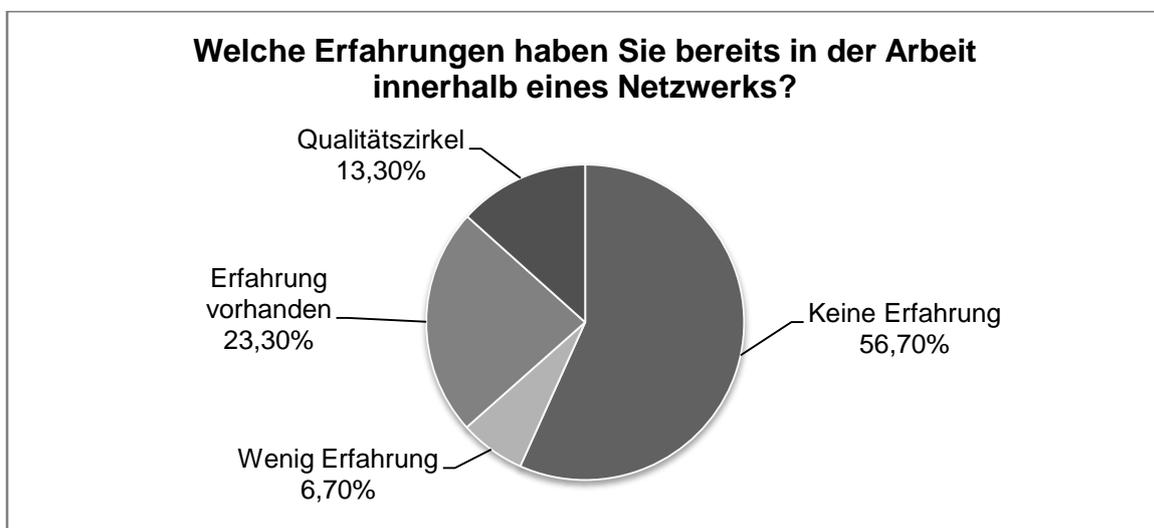


Abbildung 5: Erfahrung mit Netzwerkarbeit (qualitativ)

4.2. Ergebnisse zum primärärztlichen depressionsspezifischen Fortbildungsbedarf

4.2.1. Subjektive Sicherheitseinschätzung zur Depressionsbehandlung vor der Fortbildung

Die Einschätzung der Hausärzte hinsichtlich ihres persönlichen Fortbildungsbedarfs in Bereichen der Depressionsversorgung erfolgte mit der Fragestellung: „Ich bin sicher darin,...“ in 14 Items speziell zu depressionsspezifischen Handlungsschritten, beginnend beim leitliniengerechten Screening über Diagnostik bis zur Therapieempfehlung und Patientenmotivation. Es wurde eine 6-stufige Skala von 0 („stimmt überhaupt nicht“) bis („stimmt völlig“) angeboten. Die Aussagen zu den einzelnen Items variierten von durchschnittlich 2,00 („stimmt eher nicht“) bis 3,50 („stimmt eher“/„stimmt weitgehend“).

Das Vorhandensein subjektiver Sicherheit im allgemeinen Umgang mit depressiven Patienten wurde im Mittel mit $\bar{x}^{22}=3,26$ (SD:0,73) mit „stimmt eher“ bewertet. Bei der Auswertung aller anderen Items wurde in die beiden Bereiche „Diagnostik und Aufklärung“ und „Therapie und Beratung“ unterteilt.

Diagnostik und Aufklärung:

Im Bereich der Diagnostik fühlten sich die Hausärzte in der Erkennung von Risikopatienten für eine Depression im Mittel zwischen „weitgehend“ und „eher“ sicher ($\bar{x}=3,50$; SD:0,76). Im Gegensatz dazu aber „eher nicht“ sicher ($\bar{x}=2,00$; SD:1,19) leitliniengerecht zu screenen. Auch bzgl. der leitliniengerechten ICD-10 Diagnostik mit Art- und Schweregradbestimmung fühlten sich die Ärzte im Mittel „eher nicht“ sicher ($\bar{x}=2,28$; SD:1,17). Durchschnittliche „Eher“ sicher fühlten sich die Hausärzte in allen anderen abgefragten Bereichen: Abgrenzung zu anderen psychischen Krankheiten ($\bar{x}=3,06$; SD:0,56), professionelles Ansprechen des Themas Suizidalität ($\bar{x}=3,13$; SD:1,04), Abgrenzung zu Reaktionen auf belastende Ereignisse, bei denen kein Handlungsbedarf besteht ($\bar{x}=3,16$; SD:0,81) und in der fachgerechten Vermittlung der Diagnose Depression ($\bar{x}=3,16$; SD:0,77).

Therapie und Beratung:

Im Bereich Beratung und Therapie fühlen sich die Ärzte in allen Bereichen „eher“ sicher, wobei jedoch größere Unterschiede in diesem Bereich ersichtlich sind. Die Einschätzung des Sicherheitsgefühls dabei, eine differentielle Behandlungsindikation nach Schweregrad zu stellen, wird im Mittel mit 2,69 (SD:0,99) angegeben, Patienten umfassend zu

²² \bar{x} = Mittelwert

Therapieoptionen zu beraten und aufzuklären mit 3,06 (SD:0,88) und Patienten zur aktiven Mitarbeit an einer Behandlung zu motivieren mit 3,31 (SD:0,59).

Patienten speziell zur psychotherapeutischen Therapie zu beraten wird mit 3,28 Punkten (SD:0,99) angegeben, speziell zur medikamentösen Therapie zu beraten mit 3,25 (SD:0,72) und die Durchführung einer auf den Patienten abgestimmten Psychopharmakotherapie wird im Mittel mit 2,83 (SD:0,83) eingeschätzt.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die teilnehmenden Hausärzte sich am sichersten dabei fühlen, Risikopatienten für eine Depression zu erkennen ($\bar{x}=3,50$; SD:0,76) und am wenigsten sicher dabei sind, leitliniengerecht zu screenen ($\bar{x}=2,00$; SD:1,19). 4 Bereiche wurden im Mittel mit weniger als 3 Punkten eingeschätzt: leitliniengerechtes Screening ($\bar{x}=2,00$; SD:1,19), leitliniengerechte Art- und Schweregradbestimmung nach ICD-10 ($\bar{x}=2,28$; SD:1,17), differentielle Behandlungsindikation nach Schweregrad zu stellen ($\bar{x}=2,69$; SD:0,99), sowie die Durchführung einer auf den Patienten abgestimmten Psychopharmakotherapie ($\bar{x}=2,83$; SD:0,83). Alle anderen Items finden sich im Bereich >3 bis 3,5. Abbildung 6 stellt alle Items mit den zugehörigen Mittelwerten größengeordnet und aufgeteilt in die 2 Bereiche „Diagnostik und Aufklärung“ und „Therapie und Beratung“ dar.

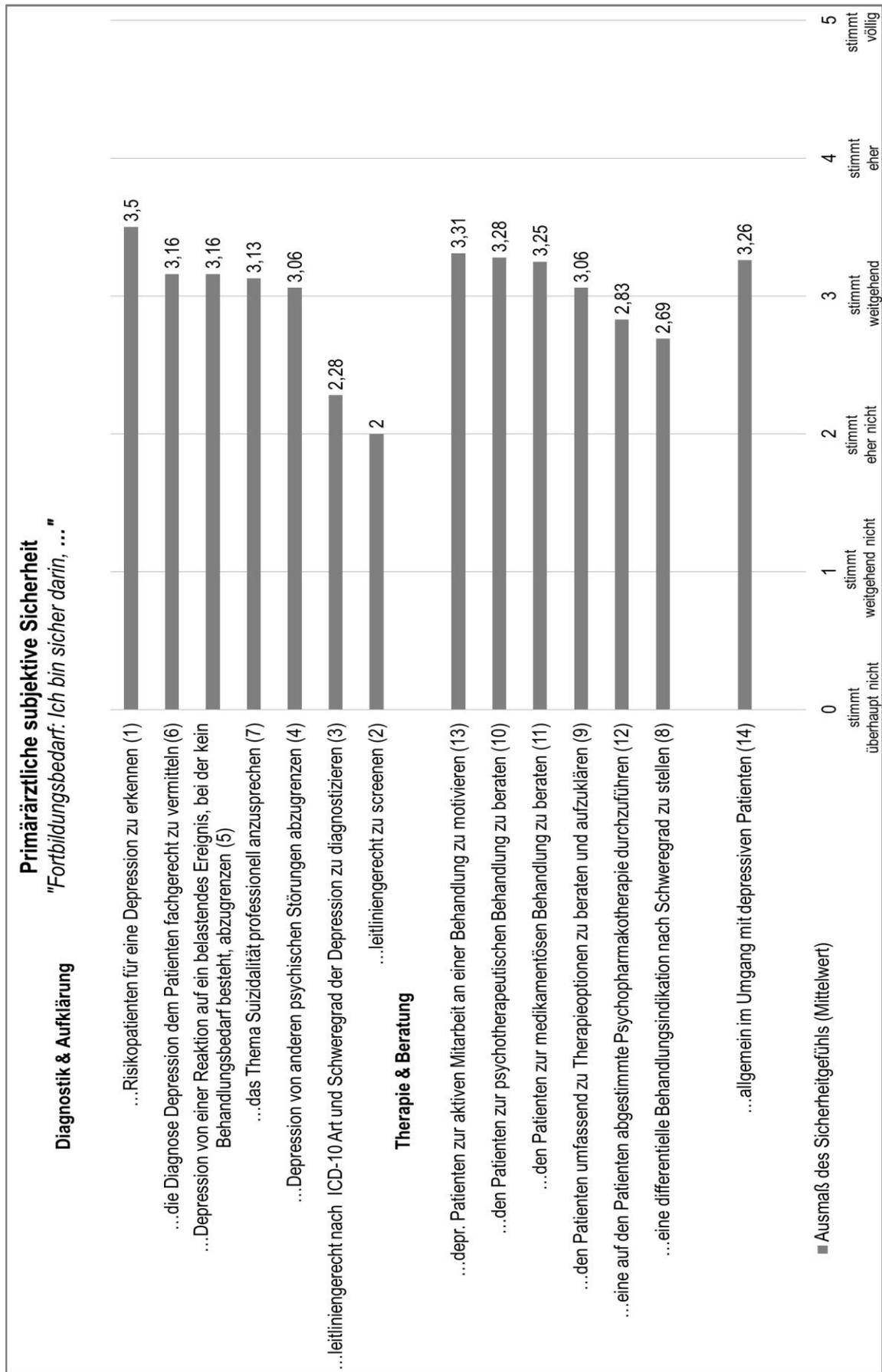


Abbildung 6: Fortbildungsbedarf: Primärärztliche subjektive Sicherheit ((1-14): Itemnummer im Fragebogen)

4.2.2. Zusammenhang von soziodemographischen Variablen und subjektiver Sicherheit

Es wurden allgemeine Daten zur Person der Hausärzte erhoben. Dazu gehören:

1. Vorerfahrung im Umgang mit depressiven Patienten (Ordinalskala von 1=“wenig“ bis 5=“viel“)
2. Kontakt zu depressiven Patienten pro Monat (metrisch, Verhältnisskala)
3. Tätigkeitszeitraum in Jahren (metrisch, Verhältnisskala)

Um den Zusammenhang zwischen diesen 3 Variablen und der subjektiven Sicherheit zu untersuchen wurde mit Hilfe des Rangkorrelationskoeffizient Spearman's Rho (r_s) die Korrelationen zwischen diesen 3 Items und allen 14 Items der primärärztlichen subjektiven Sicherheit ermittelt.

Korrelation zwischen Vorerfahrung mit depressiven Patienten und primärärztlicher subjektiver Sicherheit:

Für die Korrelation des Items „Vorerfahrung mit depressiven Patienten“ (Skala 1=“wenig“ bis 5=“viel“, $\bar{x}=3,64$; $SD:0,83$; Abbildung 4) mit allen 14 Items des Fortbildungsbedarfs ergeben sich für 8 Sicherheitsitems signifikant positive Zusammenhänge zur Vorerfahrung mit depressiven Patienten im Bereich $r_s= 0,39$ ($p=0,04$) bis $0,61$ ($p=0,001$). Tabelle 18 stellt die Items mit Korrelation Spearman's Rho dar.

Tabelle 18: Korrelationen von „Vorerfahrung mit depressiven Patienten“ mit Sicherheitsitems

Item	n	r_s	p	Effektgröße
Diagnostik und Aufklärung				
S01: Risikopatienten erkennen	28	0,543**	0,003	stark
S02: leitliniengerechtes Screening	28	0,238	0,223	schwach
S03: Art- und Schweregradbestimmung	28	0,228	0,243	schwach
S04: Abgrenzung zu anderen psychischen Störungen	28	0,301	0,120	mittel
S05: Abgrenzung zu Reaktion auf belastendes Ereignis	28	0,466*	0,012	mittel
S06: fachgerechte Diagnosevermittlung	28	0,607**	0,001	stark
S07: professionelles Ansprechen von Suizidalität	28	0,403*	0,033	mittel
Therapie und Beratung				
S08: differentielle Behandlungsindikation nach Schweregrad stellen	28	0,297	0,124	schwach
S09: Beratung und Aufklärung zu Therapieoptionen	28	0,565**	0,002	stark
S10: Beratung zur Psychotherapie	28	0,430*	0,022	mittel
S11: Beratung Psychopharmakotherapie	28	0,250	0,200	schwach
S12: Durchführung Psychopharmakotherapie	26	-0,052	0,802	-

S13: Patientenmotivation	28	0,393*	0,039	mittel
S14: allgemeine Sicherheit im Umgang mit depressiven Patienten	27	0,601**	0,001	stark

r_s : Spearmans Roh, S1-14: Sicherheitsitem 1-14, * Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig) ($p < 0,05$), ** Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig) ($p < 0,01$), p: Signifikanz, Effektgröße: $r_s \geq 0,1$: schwacher Effekt, $r_s \geq 0,3$: mittlerer Effekt, $r_s \geq 0,5$: starker Effekt (Cohen 1988)

Einen hochsignifikanten Zusammenhang ($p < 0,01$, d. h. 1% Irrtumswahrscheinlichkeit) mit starkem Effekt mit dem Item „Vorerfahrung im Umgang mit depressiven Patienten“ erzielten die folgenden Items (absteigend des Korrelationsbetrags nach): Fachgerechte Diagnosevermittlung, allgemeine Sicherheit im Umgang mit depressiven Patienten, Beratung und Aufklärung zu Therapieoptionen, Risikopatienten erkennen. Einen signifikanten Zusammenhang auf dem 0,05 Niveau ($p < 0,05$, d. h. 5% Irrtumswahrscheinlichkeit) mit mittlerem Effekt zeigten die Items: Abgrenzung der Depression zur Anpassungsstörung, professionelles Ansprechen von Suizidalität, Beratung zur Psychotherapie und Patientenmotivation.

Korrelation zwischen Häufigkeit des Kontakts zu depressiven Patienten im Praxisalltag und primärärztlicher subjektiver Sicherheit

Für die Korrelation des Items „durchschnittlicher Kontakt zu depressiven Patienten im Monat“ (metrische Verhältnisskala, $\bar{x}=43,1$; $SD:32,08$) mit allen 14 Items des Fortbildungsbedarfs, ergab sich nur für das Item „Risikopatienten erkennen“ eine positive signifikante Korrelation mit mittlerem Effekt von $r_s=0,44$ ($p=0,011$). Tabelle 19 stellt die Items mit Korrelation nach Spearmans Rho dar.

Tabelle 19: Korrelationen von „ Häufigkeit des Kontakts zu depressiven Patienten“ mit Sicherheitsitems

Item	n	r_s	p	Effektgröße
Diagnostik und Aufklärung				
S01: Risikopatienten erkennen	32	0,444*	0,011	mittel
S02: leitliniengerechtes Screening	32	0,018	0,922	schwach
S03: Art- und Schweregradbestimmung	32	-0,005	0,979	-
S04: Abgrenzung zu anderen psychischen Störungen	32	0,054	0,770	-
S05: Abgrenzung zu Reaktion auf belastendes Ereignis	32	0,251	0,165	schwach
S06: fachgerechte Diagnosevermittlung	32	0,256	0,157	schwach
S07: professionelles Ansprechen von Suizidalität	32	0,031	0,868	-
Therapie und Beratung				
S08: differentielle Behandlungsindikation nach Schweregrad stellen	32	-0,028	0,879	-
S09: Beratung und Aufklärung zu Therapieoptionen	32	0,135	0,461	schwach

S10: Beratung zur Psychotherapie	32	0,118	0,519	schwach
S11: Beratung Psychopharmakotherapie	32	0,199	0,276	schwach
S12: Durchführung Psychopharmakotherapie	30	0,062	0,743	-
S13: Patientenmotivation	32	0,299	0,097	schwach
S14: allgemeine Sicherheit im Umgang mit depressiven Patienten	31	-0,027	0,884	-

r_s : Spearmans Rho, S1-14: Sicherheitsitem 1-14, * Die Korrelation ist auf dem 0,05 Niveau signifikant (zweiseitig) ($p < 0,05$), ** Die Korrelation ist auf dem 0,01 Niveau signifikant (zweiseitig) ($p < 0,01$), p: Signifikanz, Effektgröße: $r_s \geq 0,1$: schwacher Effekt, $r_s \geq 0,3$: mittlerer Effekt, $r_s \geq 0,5$: starker Effekt (Cohen 1988)

Korrelation zwischen Tätigkeitszeitraum (Abstand zur beruflichen Ausbildung) und primärärztlicher subjektiver Sicherheit

Für die Korrelation des Items „Tätigkeitszeitraum in Jahren“ (metrische Verhältnisskala, $\bar{x}=17,99$, $SD:6,59$) mit allen 14 Items des Fortbildungsbedarfs ergab sich für kein Item ein signifikanter Zusammenhang. Tabelle 20 stellt die Items mit Korrelation nach Spearmans Rho dar.

Tabelle 20: Korrelationen von „Tätigkeitszeitraum in Jahren“ mit Sicherheitsitems

Item	N	r_s	p	Effektgröße
Diagnostik und Aufklärung				
S01: Risikopatienten erkennen	32	0,080	0,663	-
S02: leitliniengerechtes Screening	32	-0,187	0,304	-
S03: Art- und Schweregradbestimmung	32	-0,172	0,346	-
S04: Abgrenzung zu anderen psychischen Störungen	32	0,009	0,959	-
S05: Abgrenzung zu Reaktion auf belastendes Ereignis	32	-0,213	0,242	-
S06: fachgerechte Diagnosevermittlung	32	-0,220	0,226	-
S07: professionelles Ansprechen von Suizidalität	32	-0,236	0,193	-
Therapie und Beratung				
S08: differentielle Behandlungsindikation nach Schweregrad stellen	32	-0,061	0,740	-
S09: Beratung und Aufklärung zu Therapieoptionen	32	-0,072	0,693	-
S10: Beratung zur Psychotherapie	32	-0,007	0,970	-
S11: Beratung Psychopharmakotherapie	32	0,081	0,661	-
S12: Durchführung Psychopharmakotherapie	30	-0,020	0,918	-
S13: Patientenmotivation	32	-0,131	0,475	-
S14: allgemeine Sicherheit im Umgang mit depressiven Patienten	31	-0,249	0,177	-

r_s : Spearmans Roh, S1-14: Sicherheitsitem 1-14, p: Signifikanz, Effektgröße: $r_s \geq 0,1$: schwacher Effekt, $r_s \geq 0,3$: mittlere Effekt, $r_s \geq 0,5$: starker Effekt (Cohen 1988)

4.2.3. Fortbildungsrelevante Themen aus primärärztlicher Sicht

Der Fortbildungsbedarf wurde auch durch die offene Frage: „Was sind Ihrer Meinung nach die wichtigsten Themen, die diese Fortbildung abdecken sollte?“ ermittelt.

31 Hausärzte beantworteten die Frage und 54 verschiedene Aussagen konnten aus den Antworten extrahiert werden. Die vollständigen Antworten sind im Anhang (Tabelle 27) zu finden.

Die Aussagen variierten von sehr allgemeinen Äußerungen wie „Depression“ oder „praktische Aspekte“ bis zu sehr detaillierten Antworten wie z.B. „eine larvierte Depression entdecken“. Es konnten dennoch 4 größere Kategorien gebildet werden:

- Leitliniengerechte Diagnostik (19²³)
- Leitliniengerechte Therapie (18)
- Netzwerkstrukturen und System zur zeitnahen Weiterbehandlung (10)
- Allgemeine Informationen (7)

19 Hausärzte wünschten sich die Bearbeitung des Themas der leitliniengerechten Diagnostik. Davon lagen 6 Hausärzte speziell Wert auf die Schweregradbestimmung, 4 Hausärzte auf das Thema Screening und jeweils 1 Hausarzt auf die Erkennung einer larvierten Depression, die Abgrenzung zu anderen psychischen Erkrankungen und die Diagnostik sowie den Umgang mit Suizidalität.

18 Hausärzte sahen die leitliniengerechte Therapie als wichtiges Thema an. Davon wünschten sich 2 Hausärzte gezielt Informationen zur Psychopharmakotherapie. Einige äußerten den Wunsch nach allgemeiner Fortbildung zur Depressionsbehandlung, während andere speziellere Wünsche wie z.B.: „Erste Maßnahmen“, „Prognose einschätzen können“, „Therapieangebote beschreiben“, „Wissensvermittlung“, „neuere Studienlage was psychotherapeutische und medizinische Behandlung angeht“ und „Problembehebung in der Therapie“ äußerten.

10 Hausärzte sahen die Beschreibung der Netzwerkstrukturen und die damit einhergehende Möglichkeit einer zeitnahen Weiterbehandlung ihrer Patienten durch Spezialisten als wichtige Fortbildungsthemen an.

In der Kategorie „allgemeine Informationen“ fanden sich 7 Antworten. 4-fach wurde das Thema der allgemeinen Vermittlung der Leitlinie mitsamt praktischer Umsetzung gewünscht, 2 Antworten stellten allgemeines Interesse an Depression dar und einmal wurde der „Umgang mit depressiven Patienten“ gewünscht.

²³ (Anzahl der Aussagen für diese Kategorie)

4.2.4. Defizite in der Depressionsdiagnostik aus primärärztlicher Sicht

Insgesamt 31 Hausärzte beantworteten die Frage: „Was sind ihrer Meinung nach die wichtigsten Gründe, warum Depressionen häufig nicht erkannt und/ oder diagnostiziert werden?“. Aus diesen Antworten konnten 69 einzelne Aussagen extrahiert und in 5 Kategorien mit Untergruppen eingeteilt werden. Es folgt eine Beschreibung der Kategorien in tabellarischer Form mit Aufführung der wortwörtlichen Aussagen (vollständige Antworten siehe Tabelle 28 im Anhang).

A. Fokus auf andere Krankheitsbilder (22)

- Larvierung der Depression (8)
- Somatik steht im Behandlungsfokus (6)
- Vielseitige Symptomatik (4)
- Interessenmangel (4)

B. Negative Bewertung der Depression (19)

- fehlende Akzeptanz und Bewusstsein (11)
- Scham (4)
- Stigmatisierung durch die Gesellschaft (4)

C. Ressourcenmangel (18)

- Zeitmangel (17)
- Geldproblematik (1)

D. Kompetenzdefizite (10)

- Mangelndes Wissen (4)
- Mangelndes Screening (4)
- mangelhafte Gesprächsführung (2)

A Fokus auf andere Krankheitsbilder

Tabelle 21: Fokus auf andere Krankheitsbilder (n=Anzahl der Aussagen)

Kategorie	n	Wörtliche Aussagen
Larvierung der Depression	8	„Das Symptom, mit dem Patient kommt, wird nicht adäquat ‚übersetzt‘“, „Somatisierung“, „Somatische Aspekte werden verkannt als eigenständige Erkrankung“, „vorschieben körperlicher Symptome“, „Larvierung von Seiten des Patienten und Somatisierung“, „Larvierung hinter vielen somatischen Beschwerden“, „larviert durch indirekte Symptome“, „die Erkrankung sich hinter anderen Beschwerden versteckt“
Somatik steht im Behandlungsfokus	6	„häufig somatische Symptome im Vordergrund“, „somatische Erkrankungen stehen im Behandlungsfokus“, „Konzentration auf Somatik“, „nur die Somatik behandelt wird“, „eher somatische Beschwerden“, „Behandler denkt nicht an mögliche Diagnose“
Vielseitige Symptomatik	4	„Multimorbidität“ „Komorbidität“, „symptomatisch sehr vielseitig“, „multisyndromales Bild“
Interessenmangel	4	„kein Interesse Depression zu behandeln“, „mangelndes Interesse“, „fehlendes Interesse“ „mangelnde Aufmerksamkeit“

B Negative Bewertung der Depression (19)

Tabelle 22: Negative Bewertung der Depression (n=Anzahl der Aussagen)

Kategorie	n	Wörtliche Aussagen
fehlende Akzeptanz und Bewusstsein	11	„weil der Patient selbst die Gründe eher im somatischen Bereich sucht und psychische Ursachen nicht annehmen möchte“, „Abwehr der Akzeptanz psych. Beschwerden“, „kompletter Rückzug des Patienten“, „Patient möchte nicht drüber sprechen“, „Patient steht sich im Weg“, „bei älteren Patienten fehlende Akzeptanz an einer psych. Erkrankung zu leiden bzw. hierüber zu reden“, „Patient ist noch nicht soweit würde eine psychische Erkrankung nicht? ansprechen“, „der Pat. ist sich seiner Depression nicht bewusst und äußert sich nur unzureichend dazu“, „Abwehrhaltung des Patient“, „Fassade/Verdrängung der Patienten“ „häufige Abwehr von Patient ‚psychische‘ Beschwerden zu akzeptieren“, „Patient möchte das gar nicht“
Scham	4	„Scham“, „Scham der Patienten“, „es oftmals schambesetzt ist über psychische Beschwerden zu sprechen.“, „Patient scheuen sich vor Arztgang“, „dem Patienten ist es unangenehm, schiebt andere Gründe für Konsultation vor“
Stigmatisierung durch die Gesellschaft	4	„Depression keine gern gesehene Krankheit“ „unbequeme, stigmatisierende Diagnose-> Nachteile beim Abschluss BU/LV+ Krankenversicherung!!“, „Schutz des Patienten“, „häufige Abwehr von Patient“

		„psychische“ Beschwerden zu akzeptieren aus dem Gefühl eher gesellschaftlichen Ablehnung“
--	--	---

C Ressourcenmangel (18)

Tabelle 23: Ressourcenmangel (n=Anzahl der Aussagen)

Kategorie	n	Wörtliche Aussagen
Zeitmangel	17	„scheinbarer Zeitmangel des Arztes“, „Zeitdruck des Arztes“ „zu wenig Zeit in der Hausarztpraxis“, „Zeit“, „Zeitmangel“ (5-fach), „Zeitfaktor“, „zu wenig Zeit für Anamneseerhebung“, „Ärzte sich zu wenig Zeit nehmen“, „mangelnde Zeit für eine Anamnese bzw. Gespräch“, „wenig Zeit“, „Zeitmangel des Arztes bei voller Praxis (Diagnostik zeitlich intensiv)“ „mangelnde... Zeit des aufgesuchten Arztes“ „zu wenig Zeit im Gespräch mit dem Arzt, bevor Patient sich "öffnet" bei Kurzkontakten“
Geldproblematik	1	„Geld“

D Kompetenzdefizite (10)

Tabelle 24: Kompetenzdefizite (n=Anzahl der Aussagen)

Kategorie	n	Wörtliche Aussagen
Mangelndes Wissen	4	„Unsicherheit des Arztes in Diagnostik und Therapie“, „Unsicherheit über Therapieangebot“, „Kompetenz des Behandlers“, „Verwechslung mit Burnout“
Mangelndes Screening	4	Methodik zum Erkennen nicht ausreichend genutzt“, „kein Screening wird durchgeführt“, „wird nicht gescreent“, „Erkennungsmethoden nicht genutzt“
Mangelhafte Gesprächsführung	2	„Patient wird nicht zugehört, zu wenig hinterfragt“, „zu wenig Gespräche, zuhören und offene Fragen“

4.3. Ergebnisse zur Evaluation einer depressionsspezifischen Fortbildung

In diesem Abschnitt werden zu Beginn die Prä-Post-Unterschiede der Einschätzung der subjektiven Sicherheit vorgestellt, danach die inhaltliche Bewertung der Fortbildung anhand der retrospektiven Einschätzung der Erweiterung der eigenen Fähigkeiten dargestellt und im Anschluss die allgemeine Zufriedenheit mit der Fortbildung, Einschätzungen zu Struktur und Prozess erläutert und Änderungsvorschläge der Teilnehmer präsentiert.

Die Antwortskalen der Prä-Post-Unterschiede sind identisch mit der Prä-Befragung. Alle anderen Skalen wurden zum Vergleich der Antworten einheitlich 5-stufig von 0 bis 4 nach Likert (Rohmann 1978) gewählt. Von 0 („stimmt nicht“), 1 („stimmt wenig“), 2 („stimmt mittelmäßig“), 3 („stimmt ziemlich“), bis zu 4 („stimmt völlig“).

4.3.1. Veränderungen der subjektiven Sicherheit nach der Fortbildung

Zur Beschreibung der Prä-Post-Unterschiede der Einschätzung des Sicherheitsgefühls wurden in der Post-Befragung die Items zur Einschätzung der subjektiven Sicherheit in verschiedenen Bereichen der Depressionsversorgung kongruent zur Prä-Befragung wiederholt abgefragt. Die Veränderung des Sicherheitsgefühls wurde mit Hilfe des ‚t-Tests für abhängige Stichproben‘ ermittelt und die ‚Effektstärke Cohens d‘ zur Einschätzung des Effekts berechnet. Der ‚t-Test für abhängige Stichproben‘ zeigte außer bei Item 10 (Beratung zur Psychotherapie) bei allen anderen Items einen signifikanten, positiven Unterschied von mindestens $p < 0,5$ im Prä-Post-Vergleich.

Außer Item 10 zeigten alle Items einen positiven Effekt, davon Item 12 (Durchführung von Psychopharmakotherapie) einen schwachen Effekt, 9 Items einen mittleren Effekt und 3 einen starken Effekt (leitliniengerechtes Screening, Art- und Schweregradbestimmung, differentielle Behandlungsindikation nach Schweregrad). Tabelle 25 beinhaltet die Mittelwerte der Prä- und Posterhebung, die Ergebnisse des ‚t-Tests für abhängige Stichproben‘ und die Ermittlung der ‚Effektstärke Cohens d‘.

Tabelle 25: Prä-Post-Vergleich (Mittelwerte, t-Test für abhängige Stichproben, Effektstärke Cohens d)

Item		T0	T1	t-Test (abh. Stichproben)	Effektstärke Cohens d
Diagnostik und Aufklärung					
S01: Risikopatienten erkennen	n	32	32	t(31)= 2,204 Sig.: 0,035 (p< 0,05)	0,54 (mittel)
	M	3,5	3,91		
	SD	0,762	0,777		
S02: leitliniengerechtes Screening	n	32	32	t(31)= 6,062 Sig.: 0,0 (p< 0,01)	1,79 (stark)
	M	2	3,69		
	SD	1,191	0,644		

S03: Art- und Schweregradbestimmung	n	32	32	t(31)= 5,522 Sig.: 0,0 (p< 0,01)	1,43 (stark)
	M	2,28	3,66		
	SD	1,17	0,745		
S04: Abgrenzung zu anderen psych. Störungen	n	32	32	t(31)= 2,784 Sig.: 0,009 (p< 0,01)	0,76 (mittel)
	M	3,06	3,56		
	SD	0,564	0,759		
S05: Abgrenzung zu Reaktion auf belastendes Ereignis	n	32	32	t(31)= 2,272 Sig.: 0,03 (p< 0,05)	0,51 (mittel)
	M	3,16	3,56		
	SD	0,808	0,801		
S06: fachgerechte Diagnosevermittlung	n	32	32	t(31)= 2,897 Sig.: 0,007 (p< 0,01)	0,61 (mittel)
	M	3,16	3,63		
	SD	0,767	0,793		
S07: professionelles Ansprechen von Suizidalität	n	32	32	t(31)= 3,164 Sig.: 0,003 (p< 0,01)	0,55 (mittel)
	M	3,13	3,66		
	SD	1,04	0,902		
Therapie und Beratung					
S08: differentielle Behandlungsindikation nach Schweregrad stellen	n	32	32	t(31)= 4,104 Sig.: 0,0 (p< 0,01)	0,95 (stark)
	M	2,69	3,5		
	SD	0,998	0,718		
S9: Beratung und Aufklärung zu Therapieoptionen	n	32	32	t(31)= 3,304 Sig.: 0,002 (p< 0,01)	0,74 (mittel)
	M	3,06	3,69		
	SD	0,878	0,859		
S10: Beratung zur Psychotherapie	n	32	32	t(31)= 0,926 Sig.: 0,361 (p> 0,05)	0,17
	M	3,28	3,44		
	SD	0,991	0,948		
S11: Beratung zur Psychopharmakotherapie	n	32	32	t(31)= 3,259 Sig.: 0,003 (p< 0,01)	0,56 (mittel)
	M	3,25	3,69		
	SD	0,718	0,859		
S12: Durchführung Psychopharmakotherapie	n	26	26	t(25)= 2,56 Sig.: 0,017 (p< 0,05)	0,42 (schwach)
	M	2,88	3,23		
	SD	0,816	0,863		
S13: Patientenmotivation	n	32	32	t(31)=03,232 Sig.: 0,003 (p< 0,01)	0,6 (mittel)
	M	3,31	3,66		
	SD	0,592	0,602		
S14: allgemeine Sicherheit im Umgang mit depr. Patienten	n	31	31	t(30)= 2,555 Sig.: 0,016 (p< 0,05)	0,59 (mittel)
	M	3,26	3,65		
	SD	0,729	0,608		

T0=Prä-Befragung, T1=Post-Befragung, n=Menge der Antworten, M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, Sig.=Signifikanz (Signifikanzniveau), Effektstärke: d>0,2: schwacher Effekt, d>0,5: mittlere Effekt, d>0,8: starker Effekt (Cohens 1988)

Abbildung 7 veranschaulicht die durch die Fortbildung erzielten Effekte, indem die Mittelwerte der Prä-Befragung (T0) den Mittelwerten der Post-Befragung (T1) gegenüber gestellt wurden. Die Darstellung erfolgte vergleichend zur Darstellung der subjektiven Sicherheit vor der Fortbildung (Abb. 6) in den Bereichen „Diagnostik und Aufklärung“ und „Therapie und Beratung“ geordnet nach Größe der Mittelwerte der Post-Befragung.

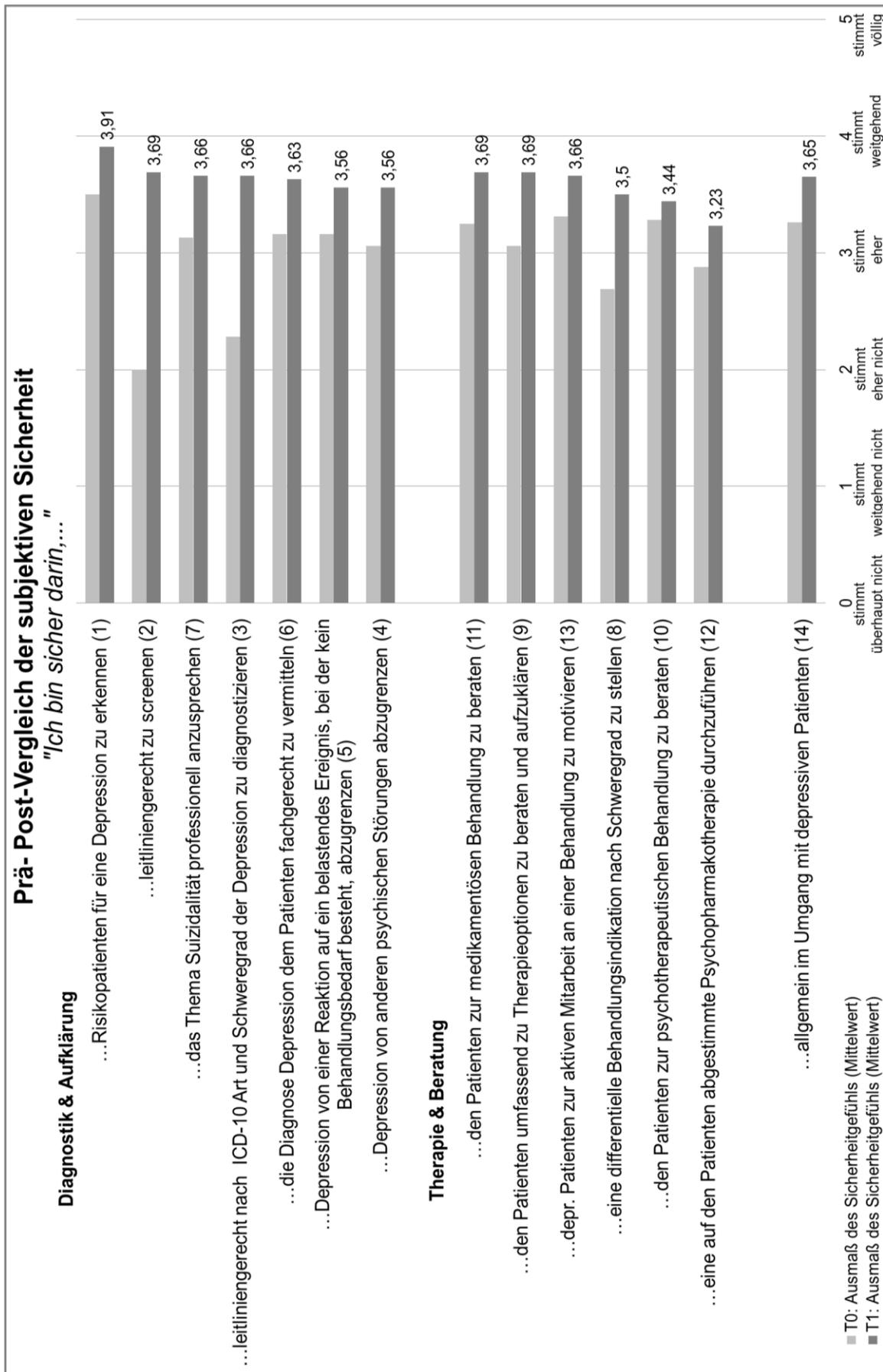


Abbildung 7: Prä-Post-Vergleich der subjektiven Sicherheit (T0=Prä-Befragung, T1=Post-Befragung, (1-14): Itemnummer im Fragebogen)

Bei allen Items fand sich in der Post-Erhebung ein höherer Mittelwert der subjektiven Sicherheit als in der Prä-Erhebung. Bei Betrachtung der Gegenüberstellung fällt zusätzlich auf, dass die Schwankungen der Mittelwerte zwischen einzelnen Items in der Post-Erhebung geringer sind als in Prä-Erhebung. Aus Abbildung 7 ist ersichtlich, dass Items mit niedrigen Werten zum Sicherheitsgefühl in T0 einen größeren Punktzuwachs in T1 verzeichnen als Items, die schon zu T0 eine hohe Punktzahl aufwiesen. Zusammenfassend hat sich das Sicherheitsgefühl in allen Items in der Post-Befragung erhöht und ist im internen Vergleich homogener geworden.

Die Größe der Sicherheitsveränderung (T1-T0) variierte im Bereich von $\bar{x}=0,16$ bis 1,68 mit einer Effektstärke (d) von 0,17 (kein Effekt) bis 1,79 (starker Effekt). Es ließen sich deutliche Unterschiede im Sicherheitszuwachs nach der Fortbildung in den einzelnen Bereichen der Depressionsversorgung feststellen. Starke, hochsignifikante Effekte gab es in den Kategorien „leitliniengerechtes Screening“ (d=1,79, p=0,00), „Art- und Schweregradbestimmung“ (d=1,43, p=0,00) und „differentielle Behandlungsindikation nach Schweregrad stellen“ (d=0,95, p=0,00). Keine signifikante Änderung wurde in der Kategorie „Beratung zur Psychotherapie“ (d=0,17, p=0,36) erreicht. Einen schwachen Effekt gab es in der Kategorie „Durchführung der Psychopharmakotherapie“ (d=0,42, p=0,017). Alle anderen Items erzielten einen mittleren Effekt. Abbildung 8 stellt alle Effektstärken nach Größe geordnet dar.



Abbildung 8: Effektstärken der Sicherheitserweiterung nach der Fortbildung (**:p<0,01, *:p<0,05, (1-14): Itemnummer im Fragebogen)

Die Effektstärken geben einen Überblick des über alle Items gemessenen Sicherheitszuwachses. Um die Veränderungen noch detaillierter und individueller betrachten zu können, stellt Abbildung 9 die Häufigkeitsverteilung der individuellen Mittelwertveränderungen geordnet nach Effektstärken (simultan zu Abb. 8) dar. Hierzu wurden die Differenzen der eingeschätzten Sicherheit für jedes zusammengehörige Item-Paar (der Prä- und Post-Erhebung jeweils eines Hausarztes) berechnet und durch eine Häufigkeitsverteilung dargestellt. Der Bereich umfasst eine Verschlechterung um 2 Stufen²⁴ bis zu einer Verbesserung von 5 Stufen. Es fällt auf, dass bei jedem Item bei einem Teil der Befragten keine Veränderungen des Sicherheitsgefühls auftreten (Häufigkeit: je nach Item bei 3-22 (9,38%-68,75%) der befragten 32 Hausärzte) und bei jedem Item auch vereinzelt Verschlechterungen in der subjektiven Sicherheit auftauchen (bei allen Items um mindestens eine Stufe und bei 6 Items sogar um 2 Stufen). Vereinzelt treten aber auch Verbesserungen um 4 und 5 Stufen auf.

²⁴ Mit einer „Stufenänderung von 2“ ist eine Veränderung der Einschätzung von z. B. „stimmt eher nicht“ in der Prä-Befragung zu „stimmt weitgehend“ in der Post-Befragung desselben Hausarztes für ein spezifisches Item gemeint. Würde sich die Einschätzung des Hausarztes von „stimmt weitgehend“ (T0) zu „stimmt eher nicht“ (T1) verschlechtern, ergäbe sich eine negative Stufenänderung, die in Abb.9 als „-2“ dargestellt werden würde.

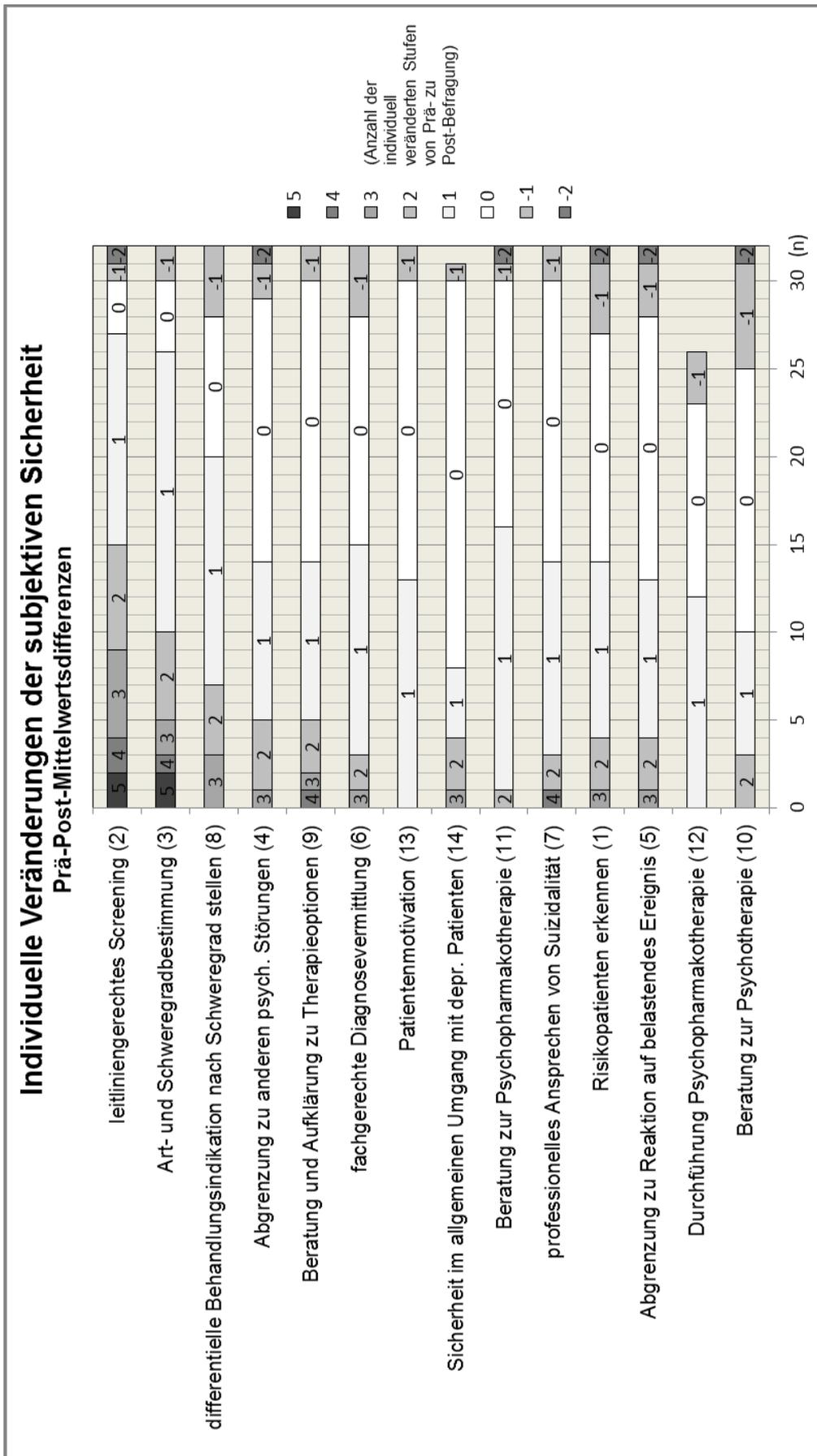


Abbildung 9: Häufigkeitsverteilung der Individuellen Veränderungen der subjektiven Sicherheit (Prä-Post-Mittelwertsdifferenzen) (n=Anzahl der Hausärzte, (1-14): Nummer der Items im Fragebogen)

4.3.2. Retrospektive Erfassung der Erweiterung der subjektiven Sicherheit

In diesem Bereich wurde retrospektiv mit Hilfe von 3 Aussagen erfasst, inwieweit die Ärzte einen Sicherheitszuwachs durch die Fortbildungen in den Bereichen Depressionsdiagnostik, Depressionsbehandlung und Gesprächsführung empfinden. Am höchsten bewertet wurde die Aussage „Die Fortbildungen geben mir mehr Sicherheit bei der Depressionsdiagnostik“ mit $\bar{x}=3,00$ (SD:0,82) („stimmt ziemlich“) gefolgt von „Die Fortbildungen geben mir mehr Sicherheit bei der Depressionsbehandlung“ mit $\bar{x}=2,71$ (SD:0,82) („stimmt ziemlich“) und „Die Fortbildung geben mir mehr Sicherheit bei der Gesprächsführung mit depressiven Patienten“ mit $\bar{x}=2,00$ (SD:0,98) („stimmt mittelmäßig“). Zur Betrachtung der Häufigkeitsverteilung der individuellen Antworten siehe Abbildung 10.

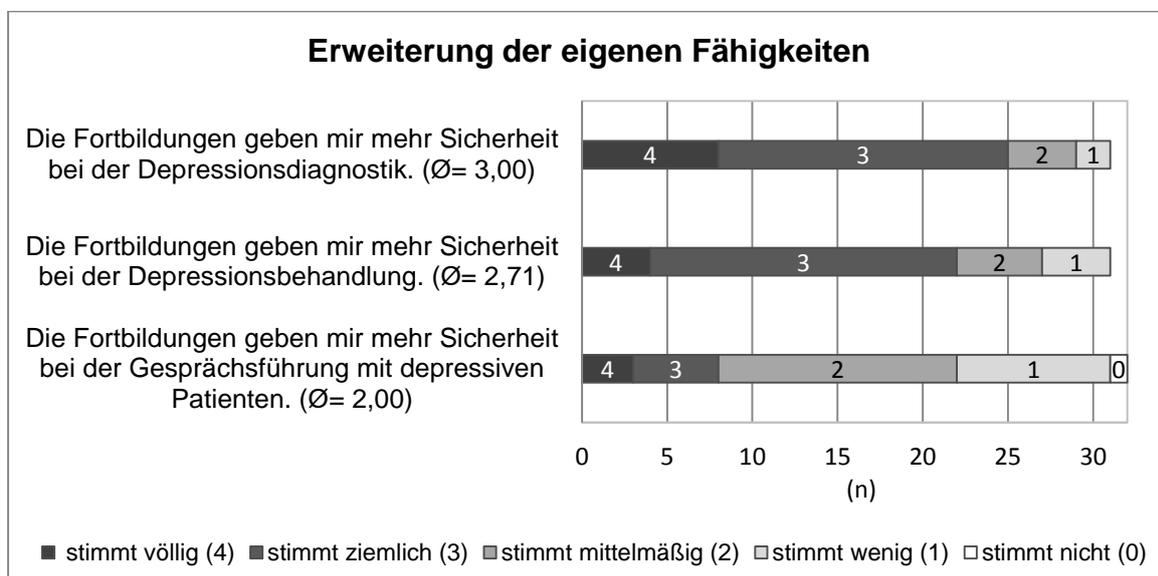


Abbildung 10: Erweiterung der eigenen Fähigkeiten (Ø=Mittelwert, x-Achse: n=Anzahl der Antworten, (Aussage 1 und 2 wurden von einem Hausarzt nicht bewertet))

4.3.3. Allgemeine Zufriedenheit und Praxisbezug

Die Zufriedenheit mit der Fortbildung wurde mit dem Mittelwert von 3,06 (SD:0,56) „ziemlich“ positiv bewertet. 6 der 32 Teilnehmer (18,8%) waren im Allgemeinen mit der Fortbildung „völlig“ zufrieden, 22 der 32 Teilnehmer (68,80%) waren „ziemlich“ zufrieden und 4 Teilnehmer (12,5%) waren „mittelmäßig“ zufrieden (siehe Abbildung 11).

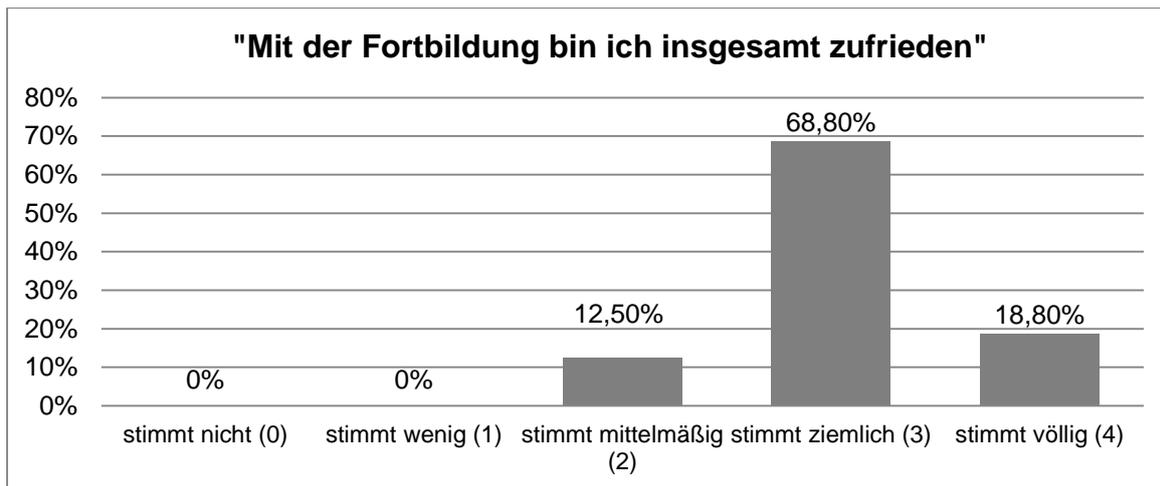


Abbildung 11: Zufriedenheit mit der Fortbildung

Die Hausärzte wurden auch gebeten, den Einfluss der Fortbildung auf ihre ärztliche Tätigkeit einzuschätzen. Die Bewertung zur allgemeinen Aussage: „Die vermittelten Inhalte werden meine ärztliche/therapeutische Tätigkeit positiv beeinflussen“ wurde mit einem Mittelwert von 2,88 (SD:0,83) („stimmt ziemlich“) vorgenommen (siehe Abbildung 12).

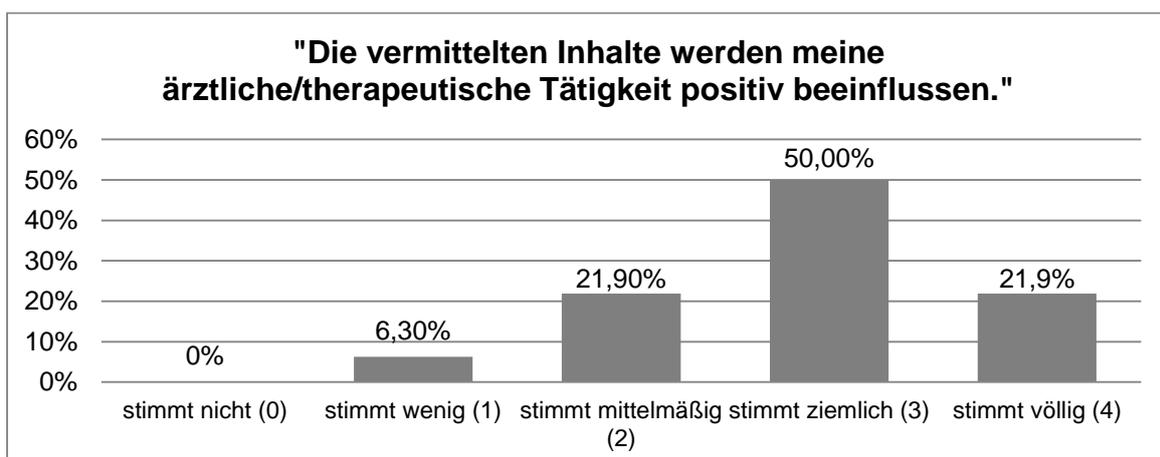


Abbildung 12: Einfluss der Fortbildung auf die ärztliche/therapeutische Tätigkeit

4.3.4. Struktur und Prozess der Fortbildung

Durch insgesamt 6 verschiedene Fragen wurde der Bereich „Struktur und Prozess der Fortbildung“ evaluiert. Die Fragen wurden im Mittel mit „stimmt ziemlich“ 3,05 (SD:0,70) bewertet. Die Mittelwerte der einzelnen Items und die Verteilung der Antworthäufigkeiten sind in Abbildung 13 dargestellt.

Die höchste Zufriedenheit mit $\bar{x}=3,34$ (SD:0,79) wurde zum Thema „genügend Raum für Fragen und Diskussion“ erreicht. Dagegen wurde das Tempo der vermittelten Inhalte mit $\bar{x}=2,84$ (SD:0,95) am schlechtesten bewertet. Die Teilnehmer waren mit dem Element Vortrag mit einem Mittelwert von 3,00 (SD:0,57) zufriedener als mit dem Element der Diskussion ($\bar{x}=2,78$; SD:0,49). Die Strukturiertheit und Organisation wurde im Mittel mit

3,16 (SD:0,72) und die Konstruktivität der Arbeitsatmosphäre mit 3,19 (SD:0,69) bewertet.

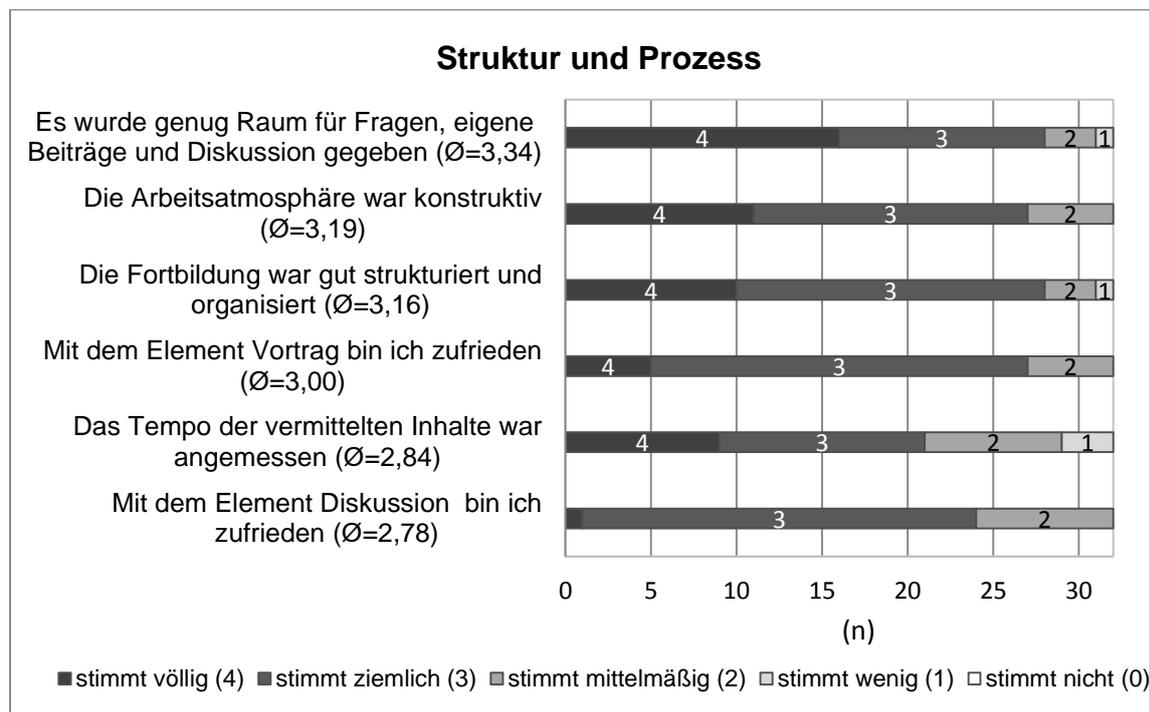


Abbildung 13: Struktur und Prozess der Fortbildung (Ø=Mittelwert, x-Achse: n=Anzahl der Antworten)

4.3.5. Änderungsvorschläge der Teilnehmer

Die Teilnehmer erhielten die Möglichkeit, Kritik und Verbesserungsvorschläge zu den Fortbildungen zu äußern und inhaltliche Präferenzen für zukünftige Qualitätszirkel anzugeben. Folgend werden die kategorisierten Antworten zu den Bereichen Positives an der Fortbildung, mögliche Veränderungen am Fortbildungskonzept und mögliche Themen zukünftiger Qualitätszirkel. Die vollständigen Antworten aller Fragen sind im Anhang zu finden (Tabellen 30 bis 32).

Positives an der Fortbildung

Zu der Aussage: „Folgendes hat mir an den Fortbildungen zum „Gesundheitsnetz Depression“ besonders gut gefallen“ äußerten sich 24 Hausärzte (vollständige Antworten siehe Tabelle 29 im Anhang) und es konnten 41 Aussagen extrahiert werden. Diese 41 Aussagen ließen sich in folgende Kategorien unterteilen (siehe Abbildung 14).

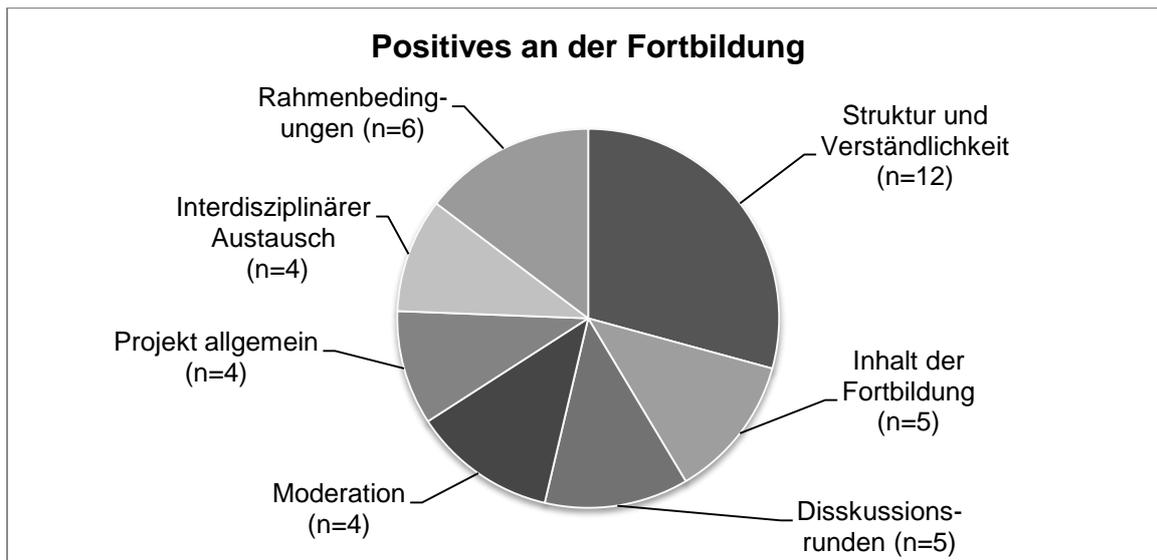


Abbildung 14: Positives an der Fortbildung (n=Anzahl der Aussagen)

Der Bereich Struktur und Verständlichkeit wurde mit einer 12-fachen Nennung besonders positiv aufgenommen (z.B.: „gute Struktur“, „gute Übersicht“, „gute Verständlichkeit“, „klar strukturiert“). Die Diskussionsrunden wurden 5-fach genannt (z.B.: „Gespräche zwischen den Vorträgen“, „offene Diskussionen“, „viel Raum für Diskussion“). Im Bereich Inhalt der Fortbildung (5 Aussagen) wurden zweifach die klare Differenzierung des Schweregrades und jeweils einmal die „Möglichkeit, die medizinischen Therapieoptionen zu erörtern“, die „praktischen Handlungsanweisungen“ und die „Praxisnähe“ positiv hervorgehoben. Das Projekt allgemein wurde 4-fach positiv erwähnt, davon 2-fach die Anbindung an ein Netzwerk und 2-fach die gute Struktur des Projekts. Der interdisziplinäre Austausch wurde ebenfalls 4-mal positiv bewertet (z.B.: „Kontakt zu anderen Fachdisziplinen“ und „Austausch mit Kollegen“). Genauso oft wurden Aussagen zum Bereich Moderation gemacht: „Freundliche Referenten“, „gute Moderation“, „gute Vermittlung“, „freundliche, offene Vortragsweise“. Die restlichen 6 Statements wurden inhaltlich in der Kategorie „Rahmenbedingungen“ zusammengefasst: Hier wurden 2-fach die Atmosphäre, 2-fach das Catering und 1-fach die Handouts und die Fragebögen gelobt.

Mögliche Veränderungen am Fortbildungskonzept

Zu der Aussage: „Folgendes könnte man am Fortbildungskonzept zum „Gesundheitsnetz Depression“ noch verändern“ äußerten sich 15 Hausärzte und 18 Statements konnten extrahiert werden. Die 18 Statements konnten in die in Abbildung 15 dargestellten 3 Kategorien eingeteilt werden (vollständige Antworten siehe Tabelle 30 im Anhang).

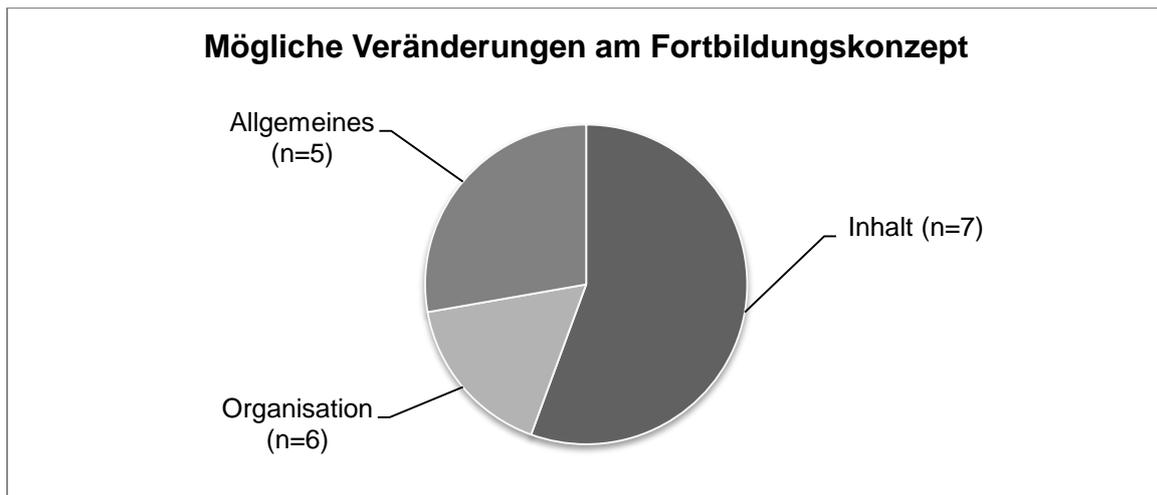


Abbildung 15: Mögliche Veränderungen am Fortbildungskonzept (n=Anzahl der Aussagen)

Zum „Inhalt“ der Fortbildung wurde 2-fach kritisch angemerkt, dass zu viele allgemeine Informationen in der Einleitung gebracht wurden und daher weniger Zeit für spezielle Themen blieb. Die Hausärzte wünschten sich mehr Zeit für die einzelnen Themen, würden inhaltlich gerne noch mehr lernen und wünschten sich eine noch behandlungsspezifischere Fortbildung. Die Themen „Depression im Alter“ und „Studiengewinn für Teilnehmer“ können noch ausgebaut werden.

Zur Verbesserung der „Organisation“ wurde eine zügigere Präsentation und mindestens stündliche Pausen gewünscht. Es wurde die Vermittlung von zu vielen Informationen in kurzer Zeit angemerkt. Außerdem wurde vorgeschlagen, dass eine Aufteilung der Fortbildung auf 3 Abende vorteilhafter als die durchgeführten 2 Abende wäre, die Räumlichkeiten noch verbesserungswürdig sind und Mittwochnachmittage prinzipiell als bester Zeitpunkt für eine Fortbildung angesehen werden (Block im August).

„Allgemeine Verbesserungsvorschläge“ waren allgemeine Aussagen wie: „weniger Bürokratie, bessere Bezahlung für Hausärzte“, „Zuviel Arbeit für Hausärzte, Vermittlung zu Psychotherapeuten zweifelhaft“. Zusätzlich wurde 2-fach angemerkt, dass sich Verbesserungsmöglichkeiten erst noch in der Zukunft herausstellen müssen.

Mögliche Themen zukünftiger Qualitätszirkel

Zu der Aussage: „Folgende Bereiche würde ich gern in zukünftigen Fortbildungen/Qualitätszirkeln vertiefen“ äußerten sich 22 Hausärzte und 29 Statements konnten extrahiert werden. Die 29 Statements konnten in die in Abbildung 16 dargestellten 7 Kategorien eingeteilt werden (vollständige Antworten siehe Tabelle 31 im Anhang).

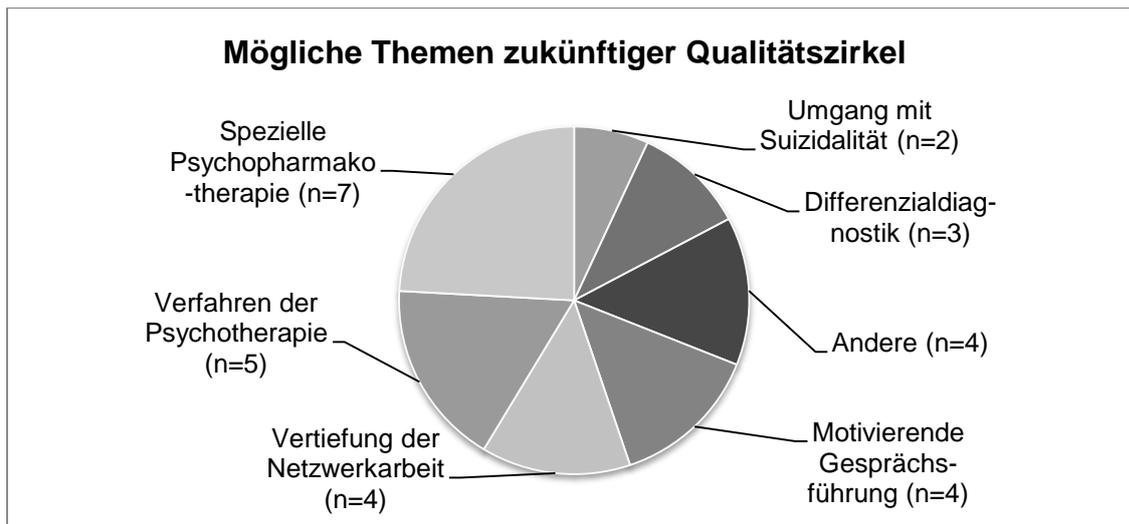


Abbildung 16: Mögliche Themen zukünftiger Qualitätszirkel (n=Anzahl der Aussagen)

Die Bereiche, die die Behandler in zukünftigen Fortbildungen oder Qualitätszirkeln vertiefen möchten, waren breit gefächert. Der größte Teil der befragten Hausärzte favorisierte detailliertere Ausführungen zum Bereich Therapie depressiver Störungen. 7 Hausärzte wünschten speziell Informationen zur Psychopharmakotherapie, wie z.B. „genaue Wirkung und Nebenwirkungen“, „medikamentöse Therapie“ und 5 Hausärzte wünschten die nähere Erläuterung psychotherapeutischer Verfahren wie z.B. „verschiedene Ansätze der Psychotherapie“ oder „Inhalte von Verhaltenstherapie - Aspekte für den Hausarzt“.

4-fach wurden Informationen zur motivierenden Gesprächsführung gefordert, 2-fach der Umgang mit Suizidalität und 3-fach die Differenzialdiagnostik, die die Abgrenzung zu anderen psychischen Störungen, wie Psychosen und Suchterkrankungen, und Komorbiditäten umfasst.

Der Bereich Vertiefung der Netzwerkarbeit umfasst folgende 4 Aussagen: „Alltag im Netz, Kommunikationsprobleme“, „Interaktionen Hausärzte/Psychotherapeuten“, „Kontakte, kurze Wege“ und „Netzwerkstruktur ist mir noch nicht klar, bzw. deren praktikable Umsetzung in der Praxis“.

Jeweils einfach wurden folgende Aussagen genannt und unter der Kategorie „Andere“ zusammengefasst: Die Bearbeitung von Fallbeispielen, der Austausch zur Umsetzung der Leitlinien, die „genaue Vorstellung der Therapien und Materialien (Buch etc.)“ und „Behandlungsprognosen/Erfahrungen im Langzeitverlauf aus Sicht Psychotherapeuten/Psychiater und individuelle Erfahrungen der Fachärzte in der Behandlung mit Depressiven“.

5. Diskussion

Die vorliegende Arbeit untersucht den Fortbildungsbedarf von Hausärzten zum Krankheitsbild der Depression anhand der subjektiven Einschätzung der persönlichen Sicherheit, gemessen an Schritten der aktuell leitliniengerechten Versorgung. Außerdem wird die Veränderung der subjektiven Sicherheit bei der Depressionsdiagnostik und -behandlung durch die Teilnahme an einer depressionsspezifischen Fortbildung und die Bewertung dieser Veranstaltung durch die Teilnehmer untersucht. Es wurden ein Prä- und ein Post-Fragebogen entwickelt, die den Fortbildungsbedarf, die Veränderung der subjektiven Sicherheit und die Bewertung der Fortbildung erfassen. Die folgende Diskussion soll die Ergebnisse der Untersuchung hinsichtlich der Fragestellungen und der Befundlage der Literatur erörtern, inhaltliche und methodische Einschränkungen der Untersuchung darlegen und Schlussfolgerungen tätigen.

5.1. Diskussion der Fragestellungen

5.1.1. Primärärztlicher depressionsspezifischer Fortbildungsbedarf

Die Beschreibung des Bedarfs an Fortbildung kann aus verschiedenen Richtungen betrachtet werden. Dem quantifizierbaren Bedarf, ermittelt durch Analysen von Versorgungsstrukturen und Defiziten (z.B. durch Wissenstestung, Prävalenzen oder Erkennungsraten gemessen anhand von standardisierten Messinstrumenten), steht der subjektive Bedarf der Teilnehmer in Form von speziellen Themenwünschen und Interessengebieten gegenüber.

Innerhalb dieser Arbeit wurde die Einschätzung des eigenen Sicherheitsgefühls zur leitliniengerechten Depressionsdiagnostik und -behandlung und deren Zusammenhang zu berufsspezifischen Variablen erhoben, sowie die aus primärärztlicher Sicht relevanten Fortbildungsthemen und Defizite in der Depressionsdiagnostik erfasst. Nachfolgend werden die einzelnen Fragestellungen und Hypothesen hierzu diskutiert.

Fragestellung A.I: Wie hoch ist die subjektive Sicherheit von Hausärzten bzgl. verschiedener Bereiche der ambulanten Depressionsversorgung?

Zur Analyse des Fortbildungsbedarfs von Hausärzten liegen in der Literatur diverse Ergebnisse zur Selbsteinschätzung fortbildungsrelevanter Themen und quantifizierbare Erfassungen der Defizite im Behandlungsablauf vor. Allerdings lässt sich keine Erfassung der Selbsteinschätzung der Kompetenz bzw. Sicherheit in verschiedenen Bereichen der Depressionsversorgung, gemessen an der aktuellen leitliniengerechten Versorgung, finden. Die aus der Literatur abgeleitete Hypothese, dass Hausärzte sich in der allgemeinen Erkennung von Depressionen durchaus sicher fühlen, aber im Vergleich dazu Defizite bei der spezifischen Diagnostik nach ICD-10 und der Umsetzung von Leit-

linienempfehlungen bestehen, konnte mit dieser Untersuchung bestätigt werden. Da sich Unterschiede zwischen den im Ergebnisabschnitt beschriebenen Bereichen „Diagnostik und Aufklärung“ und „Therapie und Beratung“ zeigten, werden beide separat diskutiert.

Diagnostik und Aufklärung:

Bermejo et al. (2003), Kratz et al. (2003) und bereits Helmchen (1969) zeigten, dass die Anwendung formaler Diagnosekriterien und die aktive Exploration depressiver Symptome in der primärärztlichen Praxis unzureichend erfolgen und Hausärzte sich eher auf die von Patienten geäußerten Symptome und den eigenen Eindruck verlassen. Beide Umstände gefährden den Behandlungserfolg und tragen zu einer noch unzureichenden Versorgung bei (Kratz 2003, Pilar et al. 2012). Hausärzte im ‚Gesundheitsnetz Depression‘ fühlen sich vor der Fortbildung im Mittel „eher“ bis „weitgehend“ sicher, Risikopatienten für eine Depression zu erkennen ($\bar{x}=3,50$ von maximal 5), aber „eher nicht“ sicher, Patienten leitliniengerecht zu screenen ($\bar{x}=2,00$) und die Art und den Schweregrad der Depression nach ICD-10 zu diagnostizieren ($\bar{x}=2,28$). Diese Ergebnisse lassen sich gut in die bestehende Literatur einordnen und unterstreichen den Fortbildungsbedarf an leitlinienorientierter Diagnostik (Härter et al. 2010, Kratz et al. 2003, Bermejo et al. 2003, Schneider et al. 2003). Die Diskrepanz zwischen der eher positiven Einschätzung der eigenen Fähigkeit, intuitiv Risikopatienten zu erkennen (höchster Mittelwert aller Items) und der relativen Unsicherheit in der formalen Diagnostik kann als Erklärungsansatz für die in der Literatur beschriebene mangelhafte Erkennungsrate von circa 50% und Ausschlussrate von circa 80% (Mitchell et al. 2009) gesehen werden. Patienten, die keine dem Arzt geläufigen depressiven Symptome zeigen, bleiben durch unzureichende formale Diagnostik leichter unerkannt, während Nicht-Depressive häufiger fälschlicherweise als depressiv diagnostiziert werden.

Hausärzte im ‚Gesundheitsnetz Depression‘ fühlen sich im Mittel „eher“ sicher bei der Diagnosevermittlung, dem Ansprechen des Themas Suizidalität sowie der differentialdiagnostischen Abgrenzung zu anderen psychischen Störungen und Reaktionen auf belastende Ereignisse, bei denen kein Behandlungsbedarf besteht ($\bar{x}=3,06$ bis $3,16$). Diese mittelmäßige Sicherheit in den weiterführenden diagnostischen Abläufen passt gut zu den in der Literatur beschriebenen Erkenntnissen zur geringen Akzeptanz der Anwendung von Depressionsleitlinien (Härter et al. 2006a) und dem allgemeinen Bedarf an Leitlinienimplementierung (Schneider et al. 2003, Lave et al. 1998).

Therapie und Beratung:

Das subjektive Sicherheitsgefühl der Hausärzte hinsichtlich Therapie und Beratung befindet sich im Mittel einheitlich im Bereich „eher“ sicher ($\bar{x}=2,69$ bis $3,31$ von maximal 5). In den Elementen der Therapie, d.h. eine differentielle Behandlungsindikation nach

Schweregrad zu stellen ($\bar{x}=2,69$) und der Durchführung einer auf den Patienten abgestimmten Psychopharmakotherapie ($\bar{x}=2,83$), fühlen sich die Ärzte im Bereich „Therapie und Beratung“ am unsichersten. Dieses Ergebnis könnte neben Folgen von Wissensdefiziten u.a. eine Folge der unzureichenden Kompetenz in der Diagnostik nach ICD-10 sein, welche die Schweregradbestimmung umfasst und die Grundlage für die weiterführende schweregradabhängige Therapie, bildet.

Im Bereich der Beratung fühlen sich die Hausärzte im Mittel insgesamt sicherer als im Bereich Therapie. Dies umfasst die Punkte (in der Sicherheit aufsteigend): Patienten umfassend zu Therapieoptionen zu beraten und aufzuklären ($\bar{x}=3,06$), Patienten speziell zur medikamentösen Therapie zu beraten ($\bar{x}=3,25$) und speziell zur psychotherapeutischen Therapie zu beraten ($\bar{x}=3,28$). Am sichersten fühlen sie sich, Patienten zur aktiven Mitarbeit an einer Behandlung zu motivieren ($\bar{x}=3,31$). Auch hierdurch scheint sich die Hypothese zu bestätigen, dass Hausärzte bei der Umsetzung von spezifischen Leitlinienempfehlungen (z.B. eine Behandlungsindikation nach Schweregrad zu stellen) Schwierigkeiten aufweisen. In weniger spezifischen Bereichen, wie der Motivation, fühlen sie sich etwas sicherer.

In der Beratung zur psychotherapeutischen Behandlung fühlen sich Hausärzte minimal sicherer als in der Beratung zur Psychopharmakotherapie. Da nur extrem wenige Hausärzte zusätzlich als Psychotherapeuten zugelassen sind und somit eher eine Psychopharmakotherapie durchführen, läge es nah, dass sie sich in der Beratung zur Psychopharmakotherapie sicherer fühlen würden als in der Beratung zur Psychotherapie. Das gegenteilige Ergebnis kann zum einen zufällig durch die Größe der Stichprobe zu Stande gekommen sein, oder daran liegen, dass die Ärzte sich bereits in der Durchführung der Psychopharmakotherapie unsicher fühlen und sich darauf aufbauend auch in der Beratung unsicher einschätzen. Außerdem könnte die Beratung zur Psychotherapie den Hausärzten weniger komplex erscheinen (nur 3-4 „große“ Therapieformen) als die Beratung zu Antidepressiva (viele unterschiedliche Präparate mit ihren Nebenwirkungen und Interaktionen).

Insgesamt fällt auf, dass Hausärzte sich in folgenden Bereichen am wenigsten sicher fühlen ($\bar{x}<3$ „eher“ sicher): Leitliniengerechtes Screening, leitliniengerechte Art- und Schweregradbestimmung der Depression nach ICD-10, Stellen einer differentiellen Behandlungsindikation nach Schweregrad, sowie Durchführung einer auf den Patienten abgestimmten Psychopharmakotherapie. Dies bestätigt die aufgestellte Hypothese, dass Hausärzte sich in der allgemeinen Erkennung von Depressionen durchaus sicher fühlen, aber Defizite in der spezifischen Diagnostik nach ICD-10 und der Umsetzung von Leitlinienempfehlungen bestehen.

Da in dieser Arbeit eine rein deskriptive Übersicht angestrebt wurde, wären weiterführende Untersuchungen notwendig, um zu ermitteln, inwiefern die Einschätzungen der subjektiven Sicherheit vor der Fortbildung sich in den verschiedenen Bereichen tatsächlich signifikant voneinander unterscheiden.

Fragestellung A.II: Inwiefern steht die subjektive Sicherheit von Hausärzten in der Diagnostik und Behandlung von depressiven Patienten mit der beruflichen Erfahrung mit Depressionspatienten und dem Abstand zur beruflichen Ausbildung im Zusammenhang?

Zur Aufstellung einer Hypothese konnte nur Literatur zum Bereich Gesprächsführung herangezogen werden (Hemmer-Schanze et al. 2006). Hiernach sind beeinflussende Faktoren der kommunikativen Kompetenz vor allem Praxiserfahrungen und Austausch mit Kollegen, während die Qualität der universitären Ausbildung keinen signifikanten Einfluss auf die kommunikativen Kompetenzen zeigt. Die Ergebnisse dieser Arbeit bestätigen diese Erkenntnisse, soweit ein Vergleich durch die unterschiedliche Erfassung dies zulässt.

Die subjektiv eingeschätzte Vorerfahrung des Hausarztes im Umgang mit depressiven Patienten korreliert im Gegensatz zum Tätigkeitszeitraum in Jahren (Abstand zur beruflichen Ausbildung) und Kontakt zu depressiven Patienten mit den meisten Items der subjektiv wahrgenommenen Sicherheit. Diese sind in absteigender Korrelationsgröße: Fachgerechte Diagnosevermittlung, allgemeine Sicherheit im Umgang mit depressiven Patienten, Beratung und Aufklärung zu Therapieoptionen, Risikopatienten erkennen, Abgrenzung der Depression zur Anpassungsstörung, professionelles Ansprechen von Suizidalität, Beratung zur Psychotherapie und Patientenmotivation. Je mehr Vorerfahrung Hausärzte im Umgang mit depressiven Patienten haben, desto sicherer schätzen sie sich in diesen Bereichen ein. Bereiche die nicht signifikant korrelieren sind z.B. leitliniengerechtes Screening und Art- und Schweregradbestimmung. Bei Betrachtung dieser Ergebnisse fällt auf, dass die signifikant korrelierenden Fähigkeitsbereiche solche sind, die nicht so stark wie andere Bereiche auf Fachwissen beruhen, sondern eher auf Erfahrung in der Gesprächsführung und dem Umgang mit Patienten.

Der Tätigkeitszeitraum des Hausarztes in Jahren (Abstand zur beruflichen Ausbildung) korreliert in keinem der Bereiche signifikant mit dem subjektiv wahrgenommenen Sicherheitsgefühl. Dies lässt schlussfolgern, dass die Dauer der ärztlichen Tätigkeit die Sicherheit im Umgang mit depressiven Patienten nicht beeinflusst, also dass ein langjährig praktizierender Arzt nicht automatisch sicherer im Umgang mit depressiven Patienten ist, nur aufgrund seines Tätigkeitszeitraumes.

Mit der aktuellen Kontakthäufigkeit des Hausarztes zu depressiven Patienten korreliert ausschließlich die subjektive Sicherheit dabei, Risikopatienten zu erkennen, signifikant positiv. Diese Korrelation zeigt, dass mit höherer aktueller Kontakthäufigkeit zu depressiven Patienten auch das Sicherheitsgefühl in der Erkennung von Risikopatienten steigt. Die Kontakthäufigkeit des Hausarztes zu depressiven Patienten ähnelt dem Item Vorerfahrung mit depressiven Patienten. Warum bei der Korrelation Kontakthäufigkeit des Hausarztes nur dieses eine Item signifikant wurde ist vielleicht mit der großen Spannweite der metrischen Antworten (5 bis 150 $\bar{x}=43,1$, $SD:32,08$) im Gegensatz zu den ordinalskalierten Antworten der Vorerfahrung mit depressiven Patienten zu begründen ($\bar{x}=3,64$, $SD:0,83$).

Fragestellung A.III: Welche depressionsspezifischen Themen sind aus primärärztlicher Sicht fortbildungsrelevant?

Neben der Einschätzung des Fortbildungsbedarfs in Form der Bewertung der eigenen Sicherheit wurden die Hausärzte gebeten, sich zu Themen zu äußern, welche sie für eine Fortbildung zum Thema Depression (hier speziell für die Fortbildung im ‚Gesundheitsnetz Depression‘) für relevant halten. In der Literatur wird die Wichtigkeit der Erfassung von Bedürfnissen und Ansprüchen der fortzubildenden Zielgruppe in Form von ‚need-assessments‘ zur effektiven Konzeption eines Fortbildungsprogramms mehrfach hervorgehoben (Sartorius 1997, Halbreich 1994, Norman et al. 2004). In der untersuchten Fortbildung wurden die Teilnehmer direkt vor Beginn der Veranstaltung nach ihrer Meinung zu fortbildungsrelevanten, depressionsspezifischen Themen gefragt. Die Themenwünsche konnten in der 2. Sitzung z.T. berücksichtigt werden und können in zukünftigen Qualitätszirkeln des Projektes ebenfalls aufgegriffen werden. Die Fortbildung hatte unter anderem das Ziel, eine Einführung in die Studienabläufe zu geben, wodurch die Freiheit in der Themenwahl von vornherein limitiert war.

Die Hypothese, dass von Hausärzten gewählte fortbildungsrelevante psychiatrische Themen eher Bereiche der Arzt-Patienten-Beziehung als spezifische Diagnostikkriterien und spezifische Psychopharmakotherapie umfassen, wurde nach den Ergebnissen eines Reviews von Hodges et al. (2001) aufgestellt und konnte in dieser Untersuchung nicht bestätigt werden. In der Literatur wurde außerdem beschrieben, dass Hausärzte Schwierigkeiten haben, ihre Fortbildungsbedürfnisse zu erfassen (Norman et al. 2004) und dass sie bei der Wahl von Fortbildungsthemen dazu neigen, Bereiche zu wählen, in denen sie sich schon relativ sicher fühlen und Themen zu vermeiden, in denen noch Bedarf an Wissensvermittlung besteht (Sibley et al. 1982). Auch diese Annahme konnte nicht bestätigt werden.

Die Themen, die Hausärzte der vorliegenden Untersuchung für relevant hielten, umfassen die Bereiche: Leitliniengerechte Diagnostik (19 Aussagen), leitliniengerechte Therapie (18 Aussagen), die Netzwerkstrukturen und das projektspezifische System zur zeitnahen Weiterbehandlung (10 Aussagen) sowie allgemeine Informationen (7 Aussagen). Dabei stimmen die Bereiche mit den meisten Aussagen (leitliniengerechte Diagnostik und Therapie) mit Sicherheitsitems überein, bei welchen sich die Hausärzte am unsichersten fühlen (leitliniengerechtes Screening, leitliniengerechte Art- und Schweregradbestimmung der Depression nach ICD-10, differentielle Behandlungsindikation nach Schweregrad stellen, sowie die Durchführung einer auf den Patienten abgestimmten Psychopharmakotherapie). Ein Erklärungsansatz für diese, entgegen der Literatur, positive Übereinstimmung von gewünschten Themen und Unsicherheiten, könnte die Platzierung dieser Fragen in der Prä-Befragung sein. Die Frage zu fortbildungsrelevanten Themen folgt im Fragebogen dem Abschnitt der subjektiven Sicherheitseinschätzung zu spezifischen Schritten der leitliniengerechten Depressionsversorgung. Die Hausärzte waren somit nicht unvoreingenommen in der Angabe von fortbildungsrelevanten Themen, da sie vorher schon spezifisch ihre Unsicherheiten ermittelt hatten und somit ihre Defizite fokussieren konnten. Diese Interpretation wird von dem Ergebnis unterstützt, dass sich 6 Hausärzte zum Thema leitliniengerechte Diagnostik speziell Informationen zur Art- und Schweregradbestimmung der Depression wünschten, welche in der bearbeiteten Literatur nicht annähernd zur Sprache kamen.

Es stellt sich die Frage, warum Hausärzte sich in den beschriebenen Studien (Hodges et al. 2001, Sibley et al. 1982, Norman et al. 2004) eher für ihnen geläufige Themen entschieden als Themen zu präferieren in denen sie Defizite aufweisen (wie z.B. die leitliniengerechte Diagnostik). Ein Grund dafür könnte sein, dass ihnen ihre Defizite nicht im vollen Ausmaß bewusst waren und sie so bei der freien Angabe von präferierten Fortbildungsthemen diese Themen vernachlässigten. Dadurch liegt die Schlussfolgerung nahe, dass wenn sich Hausärzten eine Möglichkeit zur spezifischen Analyse ihrer Unsicherheiten bietet, sie ihre Fortbildungsbedürfnisse durchaus realistisch einschätzen können. Die Entwicklung von in der Literatur beschriebenen speziellen ‚need assessments‘ (Perol et al. 2002, Cohen et al. 2002) erscheint somit als essentielles Feld für weitere Forschungen und Untersuchungen.

Auffällig an den erhobenen Ergebnissen ist außerdem die große Zahl von Fortbildungswünschen zu Netzwerkstrukturen und Möglichkeiten der zeitnahen Weiterbehandlung. Grund dafür könnte die Einbettung der Fortbildung in das Projekt ‚Gesundheitsnetz Depression‘ sein, in welchem neben der Implementierung eines Stepped-Care-Modells ein interdisziplinäres Netzwerk gebildet wurde. Im Vergleich dazu wurden in einer Fortbildungsveranstaltung zum Thema Depression und partizipativer Entscheidungsfindung

(Loh et al. 2004) bei der Frage nach gewünschten Fortbildungsthemen die Gesprächsführung, als vergleichbares zentrales Thema, wie die Netzwerkbildung im ‚Gesundheitsnetz Depression‘, noch vor Diagnostik und Therapie genannt. Die Vorselektion von Befragten durch die freiwillige Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen und Projekten, scheint die Wahl von Themen also auch zu beeinflussen und sollte bei der Bewertung von Ergebnissen beachtet werden.

Fragestellung A.IV: Welche Gründe für Defizite in der Depressionsdiagnostik bestehen aus primärärztlicher Sicht?

Neben der Einschätzung der eigenen Kompetenz und der Erfassung gewünschter Themen rundet die Frage nach Gründen, warum Depressionen aus Sicht der Ärzte häufig nicht erkannt und/oder diagnostiziert werden, die multidimensionale Erfassung des Fortbildungsbedarfs in der ambulanten Depressionsversorgung innerhalb der vorliegenden Arbeit ab.

Die Untersuchung von Telford et al. (2002) kam durch die Befragung von 3626 britischen Hausärzten zu Hindernissen und Schwierigkeiten einer effektiven hausärztlichen Depressionsbehandlung zu dem Schluss, dass Hausärzte weniger eigene Wissensdefizite als Rahmenbedingungen (z.B. Zeitmangel) und ungenügende Weiterbildungsmöglichkeiten als Hindernisse einer effektiven Depressionsversorgung sehen. Mitchell et al. (2009) und Helmchen (1969) brachten ebenso wiederholt den Faktor des Zeitmangels als Limitation der Behandlungsqualität zur Sprache.

Prior et al. (2003), Kratz et al. (2003) und Helmchen (1969) zeigten, dass Symptome der Depression facettenreich sind und oft von körperlichen Symptomen überdeckt werden und somit die Diagnostik erschweren. Ein anderer Aspekt ist der Interessenmangel, der von Pilar et al. (2012) beschrieben wurde.

Loh et al. (2004), Hegerl et al. (2003) und Helmchen (1969) beschrieben Scham und Ängste des Patienten als zusätzlich wichtigen Aspekt zur Einschränkung der optimalen Behandlung. Auf diese Arbeiten bezugnehmend leitete sich die Hypothese ab, dass Gründe für Defizite in der Depressionsdiagnostik von Hausärzten als multifaktoriell angesehen, allerdings eher durch externe Faktoren und weniger durch eigene Wissensdefizite begründet werden.

Die ermittelten Ergebnisse der vorliegenden Arbeit fügen sich in das Bild dieser Hypothese und erweitern ihre Diversität. Nach Häufigkeit absteigend wurden folgende 5 Themenkomplexe zu wahrgenommenen Gründen für Defizite in der Depressionsdiagnostik gefunden: Fokus auf andere Krankheitsbilder (22 Aussagen), Negative Bewertung der Depression (19 Aussagen), Ressourcenmangel (18 Aussagen), Kompetenzdefizite (10).

Der Bereich „Fokus auf andere Krankheitsbilder“ umfasst u.a. die „Larvierung der Depression“, „vielseitige Symptomatik“ und den Aspekt, dass die Somatik im Behandlungsfokus steht. Diese Aspekte finden sich vergleichend in den Arbeiten von Prior et al. (2003), Kratz et al. (2003) und bereits in den Arbeit von Helmchen (1969). Eine andere Aussage, die in dieser Kategorie getätigt wurde, ist der „Interessenmangel“ den schon Pilar et al. (2012) beschrieben. Ohne die Motivation des Arztes, Depressionen zu entdecken und zu behandeln, können Fälle, in denen der Patient sich aus Scham oder anderen Gründen nicht traut das Thema anzusprechen, leicht unentdeckt bleiben.

Der Bereich der negativen Bewertung von Depression umfassen in dieser Untersuchung die Unterpunkte „fehlende Akzeptanz und Offenheit“, „Scham des Patienten“ und „Stigmatisierung durch die Gesellschaft“. Vergleichend Hegerl et al. (2003), Helmchen (1969) und zu Loh et al. (2004) konnten die Ergebnisse bestätigt werden. In der Bedarfsanalyse unter Hausärzten zur spezifischen Problemstellung in der hausärztlichen Depressionsbehandlung von Loh et al. (2004) wurden als die zwei häufigsten Schwierigkeiten einer effektiven Depressionsbehandlung die mangelnde Akzeptanz der Patienten und deren unzureichende Einsicht zum Krankheitsbild Depression beschrieben. Die persönliche Einstellung des Patienten und Sicht auf das Krankheitsbild Depression sind somit Komponenten, die die Erkennung und den Behandlungserfolg der Depression entscheidend beeinflussen können.

Ein weiterer wichtiger Grund für Defizite, der von verschiedenen Autoren (Mitchell et al. 2009, Telford et al. 2002 und Helmchen 1969) zur Sprache gebracht und durch die Meinung der Ärzte im Projekt bestätigt wird, ist der Zeitmangel (18 von 19 Aussagen im Bereich „Ressourcenmangel“). Die Konsultationszeit von Hausärzten in Deutschland schneidet im europäischen Vergleich sehr negativ ab (durchschnittlich 7,6 Minuten bei 309 Patienten pro Woche) (Angerer et al. 2010). Studien zur Konsultationsdauer ergaben, dass die Gefahr, psychische Störungen nicht zu erkennen, sehr hoch ist, wenn ein Gespräch weniger als 6 Minuten andauert. Bei einer Gesprächsdauer von über 10 Minuten, würden fast alle Patienten vorhandene psychisches Probleme zur Sprache bringen (Armstrong 2009, Kruse et al. 2004).

In der Kategorie „Kompetenzdefizite“ werden als Gründe für die Defizite in der Depressionsversorgung „mangelndes Screening“ und „mangelhafte Gesprächsführung“ angeführt, welche neben dem Nichtvorhandensein von Kompetenzen in diesem Bereich auch auf dem Faktor Zeitmangel begründet sein könnten. Insgesamt wird in dieser Untersuchung nur von 4 Ärzten Wissensmangel als Grund für Defizite in der Depressionsbehandlung angesprochen, was die Hypothese, dass Gründe für Defizite eher durch externe Faktoren und weniger durch Wissensdefizite begründet werden, bestätigt.

Zusammenfassung der Diskussion zum primärärztlichen depressionsspezifischen Fortbildungsbedarf

Die Diagnosegenauigkeit von Hausärzten ist nicht optimal: 50% der depressiven Patienten werden nach psychiatrischen Kriterien nicht erkannt und weitere 20% falsch positiv mit Depression diagnostiziert (Mitchell et al. 2009). Fragt man Hausärzte nach Gründen des Nichterkennens, steht deren eigener Wissensmangel (in dieser Erhebung und z.B. nach Telford et al. 2002) ganz am Ende der Rangfolge und Faktoren wie Stigmatisierung des Krankheitsbildes und Zeitmangel im Fokus. Betrachtet man externe wissenschaftliche Einschätzungen zu Defiziten in der Depressionsversorgung, stehen allerdings die unzureichende Umsetzung von Leitlinien und Anwendung von formalen Diagnostikkriterien im Vordergrund der Ursachen für Defizite in der Versorgung (Schneider et al. 2003, Härter et al. 2006a).

In der vorliegenden Selbsteinschätzung fühlen sich Hausärzte eher sicher darin, Depressionen zu erkennen, aber eher nicht sicher darin, wie sie korrekt zu diagnostizieren sind. Auch in anderen Bereichen der depressionsspezifischen Behandlung zeigen sich Unsicherheiten. Die Diskrepanz zwischen der eher positiven Einschätzung der eigenen Fähigkeit, intuitiv Risikopatienten zu erkennen und der Unsicherheit in der formalen Diagnostik kann als Erklärungsansatz für die in der Literatur beschriebene mangelhafte Erkennungsrate und Ausschlussrate gesehen werden.

Diese Untersuchung zeigt außerdem, dass Hausärzte mit mehr Vorerfahrung im Umgang mit depressiven Patienten sich vor allem in Bereichen, die auf Erfahrung in der Gesprächsführung und dem Umgang mit Patienten beruhen, sicherer einschätzen und Bereiche die spezifische Kenntnisse erfordern, wie leitliniengerechtes Screening und Art- und Schweregradbestimmung, nicht mit der Vorerfahrung korrelieren. Des Weiteren ist die Erkenntnis erwähnenswert, dass wenn sich Hausärzten vorab eine Möglichkeit zur spezifischen Analyse ihre Unsicherheiten bietet, sie ihre Fortbildungsbedürfnisse durchaus realistisch einschätzen können.

5.1.2. Evaluation einer depressionsspezifischen Fortbildung im Rahmen des ‚Gesundheitsnetz Depression‘

Die Qualität der Fortbildung wurde zum einen direkt von den Teilnehmern anhand von Struktur und Inhalt und zum anderen indirekt durch die Veränderungen des subjektiven Sicherheitsgefühls der Teilnehmer von Beginn bis zum Abschluss der Fortbildung bewertet.

Fragestellung B.I: Inwiefern zeigen sich Veränderungen der subjektiven Sicherheit durch die Teilnahme an der Fortbildung?

Die Hypothese, dass sich die subjektive Sicherheit in allen Bereichen, - und dies vor allem bei in der Fortbildung ausführlich behandelten Themengebieten der leitliniengerechten Diagnostik mit Schweregradbestimmung und Screening - verbessern wird, konnte bis auf wenige Ausnahmen bestätigt werden. Es wurden für alle Items außer der Beratung zur Psychotherapie signifikante Ergebnisse im t-Test für abhängige Stichproben erzielt und mindestens eine schwache Effektstärke nach Cohen ermittelt. Die Voraussetzung der Normalverteilung des t-Tests wurde für zwei Items nicht erfüllt. Dies ist als Einschränkung bei der Betrachtung der Ergebnisse zu beachten. Aufgrund der Robustheit des t-Tests gegenüber Verletzungen der Anwendungsvoraussetzungen sowie der überwiegend signifikanten Ergebnisse des parameterfreien U-Tests wurde die Durchführung des t-Tests jedoch als angebracht erachtet.

In der Anfangsbefragung variiert die Sicherheit im Mittel zwischen $\bar{x}=2,00$ bis 3,50 pro Item. In der Post-Befragung wird die Sicherheit im Mittel insgesamt positiver eingeschätzt und die Unterschiede zwischen den Items verkleinern sich (auf $\bar{x}=3,23$ bis 3,91). In Bereichen, in denen sich die Behandler vor der Fortbildung weniger sicher fühlten, werden größere Veränderungen in der Sicherheit erzielt als in Bereichen mit größerer Sicherheit in der Prä-Befragung, sodass die Sicherheitseinschätzung in der Post-Befragung insgesamt homogener ausfällt. Dies könnte zum einen an der zu den Defiziten passenden Auswahl der Fortbildungsthemen liegen und zum anderen daran, dass in Bereichen mit weniger Vorwissen auch mehr Möglichkeiten für eine Wissenserweiterung bestehen. Die Effektstärken der Veränderungen im Sicherheitsgefühl variieren von 0,17 („kein Effekt“, Beratung zur Psychotherapie) bis 1,79 („starker Effekt“, leitliniengerechtes Screening). Es lassen sich deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Bereichen der Depressionsversorgung erkennen. Starke, hochsignifikante Effekte bestehen in den Kategorien leitliniengerechtes Screening, Art- und Schweregradbestimmung der Depression und Stellen einer differentiellen Behandlungsindikation nach Schweregrad. Einen schwachen Effekt gibt es in der Kategorie der Durchführung der Psychopharmakotherapie. Keine signifikante Änderung wird in der Kategorie der Beratung zur Psychothe-

rapie erreicht. Alle anderen Items erzielten einen mittleren Effekt (Risikopatienten erkennen, Abgrenzung zu anderen psychischen Störungen, Abgrenzung zu Reaktion auf belastendes Ereignis, fachgerechte Diagnosevermittlung, professionelles Ansprechen von Suizidalität, Beratung und Aufklärung zu Therapieoptionen, Beratung zur Psychopharmakotherapie, Patientenmotivation und allgemeine Sicherheit im Umgang mit depressiven Patienten). Diese Ergebnisse lassen sich durch die Schwerpunkte erklären, die in der Fortbildung gesetzt wurden. Im Mittelpunkt stand die Vorbereitung der Hausärzte auf ihre Aufgaben im ‚Gesundheitsnetz Depression‘. Die Themen leitliniengerechtes Screening und Diagnostik nach ICD-10 mit darauffolgender Anwendung des Stepped-Care-Modells wurden ausführlich besprochen und diskutiert. Im Bereich Psychotherapie wurden die entsprechenden Therapieverfahren kurz erläutert, jedoch nicht vertiefend erörtert, da dies größtenteils nicht in den Aufgabenbereich des Hausarztes fällt. Zum Bereich „Durchführung der Psychopharmakotherapie“ referierte ein Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie. Es wurde hierbei ein Überblick über die verschiedenen Stoffklassen der Antidepressiva gegeben, Nebenwirkungen und Indikationen besprochen. Der schwache Effekt trotz Vermittlung vieler Informationen lässt sich möglicherweise auf die große Menge an Informationen in relativ kurzer Zeit (circa 30 Min.) oder auf die Komplexität dieses Themas zurückzuführen. Die Vertiefung dieses Bereichs wird auch für zukünftige Qualitätszirkel gewünscht.

Ein weiterer interessanter Bereich ist die Häufigkeitsverteilung individueller Veränderungen von Prä- zu Post-Befragung. Das Spektrum der Veränderungsmaße der einzelnen Teilnehmer umfasst eine Verschlechterung um zwei Stufen (dies kam bei 6 Items bei jeweils einem Hausarzt vor) bis zu einer Verbesserung von fünf Stufen (bei 2 Items jeweils 2 Hausärzte) von der Prä- zur Post-Befragung. Es fällt auf, dass bei jedem Item bei einem Teil der Befragten keine Veränderungen des Sicherheitsgefühls auftreten (je nach Item kam dies bei 3-22 Hausärzten vor). Aber auch positive Extreme sind zu finden. Bei den Items „leitliniengerechtes Screening“ und „Art- und Schweregradbestimmung“ verbessern sich jeweils zwei Hausärzte um ganze fünf Stufen und bei 4 anderen Items um 4 Stufen. Diese unterschiedlich großen Veränderungen legen eine große Variabilität von Vorerfahrungen und persönlichen Gewinnen einzelner Teilnehmer durch die Fortbildung nahe.

Objektiv betrachtet sollte durch eine Fortbildung keine Verschlechterung des Sicherheitsgefühls zu erwarten sein, bei der subjektiven Einschätzung ergeben sich jedoch solche Fälle. Dabei sind Verschlechterungen um eine Stufe bei allen Items (1 bis 6 Hausärzte pro Item) und Verschlechterungen um 2 Stufen bei 6 Items für jeweils einen Hausarzt zu finden. Verschiedene Erklärungsmodelle erscheinen plausibel: Zum einen können die Teilnehmer keinen Bezug auf die Anfangsbefragung nehmen: Durch den

Abstand von einer Woche erinnern sie sich möglicherweise nicht mehr, wie sie ihre Sicherheit primär einschätzten. Eine weitere Erklärung ist, dass erst durch die Fortbildung eigene Defizite der Teilnehmer aufgedeckt wurden: Dadurch schätzen sie sich nach der Fortbildung weniger sicher als vorher ein, obwohl sie etwas lernten.

Die Nichtveränderungen könnten durch eine ungenügende Bearbeitung des Themas begründet werden oder, so dass Defizite durch die Fortbildung zuerst aufgedeckt und dann teilweise behoben wurden und die Ergebnisse letztendlich neutral erschienen. Am häufigsten tritt Nichtveränderung im Bereich der allgemeinen Sicherheit im Umgang mit depressiven Patienten auf. In diesem Fall könnte zusätzlich die Begründung herangezogen werden, dass das abgefragte Gebiet so umfassend ist, dass eine Veränderung von einem Punkt schon eine große Veränderung darstellt oder auch dass Verbesserungen in diesem Bereich eher durch Übungen und praktische Anwendung und nicht durch reine Informationsvermittlung und Diskussionen erreicht werden können. Im Bereich der Beratung zur Psychotherapie schätzen nur zehn Ärzte ihre Sicherheit höher ein als vor der Fortbildung und in den Bereichen der Patientenmotivation und Abgrenzung zur Differentialdiagnose Anpassungsstörung schätzen sich nur 13 Hausärzte nach der Fortbildung sicherer ein. Diese Themen wurden in der Fortbildung weniger intensiv behandelt als andere. In den Bereichen mit den größten Effektstärken - Art- und Schweregradbestimmungen und leitliniengerechtes Screening - gab es hingegen sehr positive Ergebnisse: Nur maximal sechs bzw. fünf Ärzte schätzen sich nicht sicherer ein und fünf bzw. neun Ärzte schätzen sich um 3 bis 5 Stufen sicher ein.

In drei Fragen wurde nach Abschluss der Fortbildung der Zuwachs des Sicherheitsgefühls in den Kategorien Depressionsdiagnostik, -behandlung und Gesprächsführung mit depressiven Patienten retrospektiv abgefragt. Der größte Sicherheitszuwachs findet sich im Mittel in der Kategorie Diagnostik, gefolgt von Depressionsbehandlung und den kleinsten Zuwachs in Gesprächsführung mit depressiven Patienten.

Analog dazu finden bei den Fragen zur subjektiven Sicherheit die größten Veränderungen im diagnostischen Bereich statt: Beim Screening ($d=1,79$; $p\leq 0,01$) oder Art- und Schweregradbestimmung der Depression ($d=1,43$; $p=0,01$). Allerdings kommen auch im diagnostischen Bereich bei manchen Items nur mittlere und schwache Effekte vor. Bezüglich der Therapie treten einige starke Effekte auf (z.B. differentielle Behandlungsindikation, $d=0,95$; $p\leq 0,01$), aber das Item Durchführung der Psychopharmakotherapie ($d=0,42$; $p=0,02$) mit dem zweitkleinsten Effekt ist in dieser Kategorie ebenfalls zu finden. Items, die der Kategorie Gesprächsführung zugeordnet werden können, erzielen nur mittlere und schwache Effekte. Die Abstufung der retrospektiven Einschätzung der Kompetenzerweiterung der drei Bereiche Depressionsdiagnostik, Depressionsbehandlung und Gesprächsführung passt daher zu den Effekten der Prä-Post-Analyse der sub-

jektiven Sicherheit. Beide Arten der Erfassung der Veränderungen der subjektiven Sicherheit kommen zu allgemein übereinstimmenden Ergebnissen und die retrospektive Abfrage des Sicherheitszuwachs in den 3 Bereichen bestätigt somit die gefundenen Ergebnisse des Prä-Post-Vergleichs der subjektiven Sicherheit.

Die zentrale Bedeutung des Wissenszuwachses ist, dass er die Grundvoraussetzung einer Verhaltensänderung darstellt (Vollmar et al. 2007). Die Einschätzung der Veränderungen im Sicherheitsgefühl der Teilnehmer nach einer Fortbildung zeigt den kurzfristigen subjektiven Erfolg der Fortbildung und kann die Stärken und Schwächen des Fortbildungskonzepts in einer Momentaufnahme bewerten. Ob sich langfristige Veränderungen in der Patientenversorgung ergeben, hängt allerdings von anderen Faktoren wie z.B. der kontinuierlichen Weiterbildung, interdisziplinären Netzwerkbildung und zusätzlichen organisatorischen Veränderungen im Praxisalltag ab (Kendrick et al. 2001, Badamgarav et al. 2003, Von Korff et al. 2001, Thompson et al. 2000). Eine zukünftige interessante Betrachtung wird somit auch die Einschätzung des Sicherheitsgefühls nach der Durchführung der Studie sein. Durch umfassende Maßnahmen werden die Fortbildungsinhalte in der Projektarbeit vertieft werden. Dies geschieht durch das Angebot von Qualitätszirkeln und Veränderungen im Behandlungsablauf, wie dem systematischen Screening von Risikopatienten, der Anwendung der leitliniengerechten Diagnostik mit Hilfe des ‚2-Fragen-Test‘, dem PHQ-9 und der Diagnostik nach ICD-10 mit Schweregradbestimmung, sowie dem regelmäßigen Monitoring der Studienpatienten.

Fragestellung B.II: Wie wird die Zufriedenheit der Fortbildung von den Teilnehmern bewertet?

Die zu dieser Fragestellung aufgestellte Hypothese besagt, dass eine Vorhersage zur Zufriedenheit nur bedingt zu treffen ist, da die Bewertung der Fortbildung von der Präsentation und der Vermittlung einzelner Themenbereiche abhängig ist. Die Literatur zeigt, dass in Zufriedenheitsbefragungen insgesamt häufig positive Einschätzungen gegeben werden, da Faktoren wie soziale Erwünschtheit (Bortz und Döring 2002) und Dissonanzreduktion (Heckhausen 2000) diese Tendenz fördern.

In der Evaluation des Hampshire Depressionsprojekt (Thompson et al. 2000) waren 80% der teilnehmenden Hausärzte der Meinung, dass die Teilnahme an der Fortbildung die Behandlung ihrer depressiven Patienten verbessern würde. Die Fortbildung zur „Partizipativen Entscheidungsfindung für die hausärztliche Versorgung depressiver Patienten“ von Loh et al. (2004) wurde mit einer Gesamtzufriedenheit von durchschnittlich 4,53 auf einer Skala von „1= sehr schlecht“ bis 5=„sehr gut“ bewertet. Die hausärztlichen Teilnehmer der Fortbildung des ‚Gesundheitsnetz Depression‘ bewerteten ihre allgemeine Zufriedenheit mit der Fortbildung mit durchschnittlich 3,06 auf einer Skala von 0=„stimmt

nicht“ bis 4=“stimmt völlig“ oder anders ausgedrückt: 87,6% der Teilnehmer sind mit der Fortbildung insgesamt zufrieden („stimmt ziemlich“ bis „stimmt völlig“). 71,9 % der Ärzte stimmen der Aussage „ziemlich“ bis „völlig“ zu, dass die vermittelten Inhalte ihre ärztliche Tätigkeit positiv beeinflussen werden. Diese Ergebnisse ähneln den Größenordnungen der in der Literatur gefundenen Ergebnisse.

Im Bereich Struktur und Prozess fand sich eine Zufriedenheit der Teilnehmer („stimmt ziemlich“ bis „stimmt völlig“) im Bereich von 65,63% bis 87,5% (\bar{x} =2,78 bis 3,34 von maximal 4). Geordnet nach absteigenden Mittelwerten ergab sich folgende Reihenfolge: Genügend Raum für Diskussion und eigene Beiträge, konstruktive Arbeitsatmosphäre, Strukturierung und Organisation, Fortbildungselement Vortrag, angemessenes Tempo der vermittelten Inhalte und Fortbildungselement Diskussion. Interessant zu betrachten ist, dass das Item Raum für Diskussion und eigene Beiträge am positivsten und das Element Diskussion am schlechtesten beurteilt wird. Dies könnte dahingehend interpretiert werden, dass die Möglichkeit zur Diskussion als ausreichend empfunden, aber die Art oder die Nützlichkeit dieser Diskussionen als nicht zufriedenstellend bewertet wurde. Die Beantwortung von Zufriedenheitsfragen ist kritisch zu betrachten, denn im Allgemeinen fällt die Bewertung oft sehr positiv aus: Die soziale Erwünschtheit (erwartungskonformes Verhalten aus Furcht sozialer Verurteilung) könnte einen Grund hierfür darstellen und wurde auch bei anonym konzipierten Fragebögen als beeinflussender Faktor gefunden (Bortz und Döring 2002). Ein weiterer Erklärungsansatz stellt die ‚Dissonanzreduktion‘ dar: Darunter versteht man das im Nachhinein positivere Bewerten einer Tätigkeit, für welche man sich freiwillig entschieden und sie auch durchgeführt hat (Heckhausen 2000). Die Bewertung der Zufriedenheit mit der Fortbildung und Einschätzung der zukünftigen Veränderungen in der Versorgung stellt keinen Prädiktor der Verbesserung der Versorgung dar (Kendrick et al. 2001). Positiv auf Veränderungen in der Versorgung wirken sich eher organisatorische Veränderungen im Praxisalltag aus, die mit Fortbildungen einhergehen (Sikorski et al. 2012). Die Evaluation dient also primär den Entwicklern des Fortbildungsprogramms als zeitnahes Feedback zur Konzeption und dessen Umsetzung.

Fragestellung B.III: Inwiefern wünschen sich die Teilnehmer Veränderungen für zukünftige Fortbildungen?

Fragt man die Teilnehmer, was ihnen an der Fortbildung gut gefallen hat, was verändert werden könnte und welche Themen sie gern künftig vertiefen würden, geben mehr als 2/3 positive Anmerkungen und weniger als die Hälfte der Ärzte Verbesserungsvorschläge an. Positiv angemerkt werden (in der Häufigkeit absteigend): Die Struktur und Verständlichkeit, der Inhalt, die Diskussionsrunden, die Moderation, der interdisziplinäre

Austausch, das Projekt allgemein, die Atmosphäre, die Handouts und Evaluationsfragebögen.

Anhand der Frage nach Veränderungsmöglichkeiten am Fortbildungskonzept und gewünschten zukünftigen Themen für Qualitätszirkel lässt sich ableiten, welche Themen die Hausärzte als relevant erachten und weiter vertiefen möchten bzw. welche Themen in der Fortbildung zu kurz kamen. Die Teilnehmer des Projekts ‚Gesundheitsnetz Depression‘ würden in der Fortbildung inhaltlich mehr Wert auf spezifische Informationen für den Praxisalltag legen und weniger allgemeine Informationen erhalten wollen. Dieses Ergebnis spiegelt das von der DEGAM aufgestellte Kriterium für gute hausärztliche Fortbildung: „Orientierung an der hausärztlichen Arbeitsweise“ (Gerlach 2010) wider. Außerdem wünschen die befragten Hausärzte eine zügigere Präsentation und die Aufteilung der Themen von zwei auf drei Abende. Passend zur lediglich geringen Erhöhung des Sicherheitsgefühls im Bereich der Durchführung der Psychopharmakotherapie wird die Vertiefung dieses Themas gewünscht. Auch der Wunsch nach mehr Informationen zur Psychotherapie deckt sich damit, dass in diesem Bereich keine signifikante Veränderung des wahrgenommenen Sicherheitsgefühls gefunden wird. Vergleichend zu den Themen, die Hausärzte vor Beginn der Fortbildung für relevant hielten, wird der Bedarf an allgemeinen Informationen nach der Fortbildung nicht mehr angegeben. Der Fortbildungsbedarf zur leitliniengerechten Diagnostik reduziert sich zum Ende der Fortbildung auf den Bereich der Differenzialdiagnostik, während der Wunsch nach Informationen zu leitliniengerechter Therapie sich nach der Fortbildung auf spezielle Psychopharmakotherapie und Verfahren der Psychotherapie begrenzt. Die Netzwerkarbeit soll mit ihren genauen Abläufen vertieft werden. Bestehen blieben der Wunsch nach Behandlung der Themen Umgang mit Suizidalität, Einschätzung der Behandlungsprognosen und Bearbeitung von Fallbeispielen. Neu hinzugekommene Aspekte sind „Depression im Alter“, „Studiengewinn für Teilnehmer“ und die genaue Vorstellung der innovativen Therapieelemente. Die gefundenen Ergebnisse bilden eine Grundlage für weiterführende Fortbildungsveranstaltungen im Rahmen von Qualitätszirkeln und bilden ab welche Themen in der Fortbildung nach Meinung der Hausärzte noch nicht ausführlich genug behandelt wurden. Die gewünschten Themen für weiterführende Fortbildung wie beispielsweise Differenzial-diagnostik, spezielle Psychopharmakotherapie, Verfahren der Psychotherapie, Umgang mit Suizidalität oder Depression im Alter, sind Gebiete, die in den durchgeführten zwei Fortbildungseinheiten nicht tiefgründig behandelt werden konnten. Durch diese Offenlegung von speziellen Bereichen gewünschter weiterführender Fortbildung, können zukünftige im Projekt vorgesehene Qualitätszirkel nun spezifisch auf die Bedürfnisse der Hausärzte des ‚Gesundheitsnetz Depression‘ zugeschnitten werden.

Zusammenfassung der Diskussion zur Evaluation der Fortbildung im Rahmen des ‚Gesundheitsnetz Depression‘

Zusammenfassend wird das Fortbildungskonzept in Inhalt und Durchführung „ziemlich“ positiv bewertet. Inhaltliche Stärken werden von den Hausärzten in der Vermittlung von Screening- und Diagnostikabläufen gesehen. Inhaltliche Defizite liegen aus Sicht der Ärzte in der Behandlung der Themen Psychopharmakotherapie, Umgang mit Suizidalität und Einschätzung von Behandlungsprognosen. Durch die Fortbildung erhöht sich die Einschätzung der hausärztlichen Sicherheit signifikant in nahezu allen Bereichen. Die Gebiete leitliniengerechtes Screening, Diagnostik und Therapieindikation nach Schweregrad zu stellen zeigen den höchsten Sicherheitszuwachs, während nur schwache Effekte in den Bereichen Durchführung der Psychopharmakotherapie und Beratung zur Psychotherapie zu finden sind. Als beeinflussende Faktoren sind die zeitliche Limitation auf sechs Stunden und die inhaltliche Limitation aufgrund der Notwendigkeit der Erörterung des Studiendesigns zu nennen.

5.2. Limitationen der Untersuchung

Die untersuchte Stichprobe setzt sich aus Hausärzten zusammen, die sich für die Teilnahme am Projekt ‚Gesundheitsnetz Depression‘ freiwillig entschieden haben. Ein gewisses Maß an erhöhtem Bewusstsein und Interesse für das Thema Depression und Fortbildungsmaßnahmen als in der Grundgesamtheit der Hausärzte ist anzunehmen und die Generalisierbarkeit auf die hausärztliche Versorgung somit teilweise eingeschränkt. Die geringe Größe der Stichprobe mit 32 Hausärzten stellt eine weitere Einschränkung der Studie dar. Es wurden zwar signifikante Ergebnisse gefunden, aber um deren Generalisierbarkeit zu erhöhen sollte eine größere Stichprobe gebildet und ihre Repräsentativität überprüft werden.

Der Fragebogen wurde erstmalig eingesetzt und es existiert keine Normierungsstichprobe. Die Objektivität als erstes Testgütekriterium kann durch das schriftliche Ausfüllen und der festgelegten Skalen gewährleistet werden. Zur Überprüfung der Konzeption des Fragebogens liegen keine Reliabilitäts- oder Validitätsprüfungen vor. Die Anonymisierung der Fragebögen trägt allerdings zur Reduktion des Phänomens der sozialen Erwünschtheit bei und wirkt sich somit positiv auf die Validität aus.

Der Zeitraum zwischen den beiden Fortbildungseinheiten und somit der Zeitraum zwischen Prä- und Post-Befragung betrug eine Woche. So können auch andere nicht erhobene Faktoren wie z.B. Eigenlektüre, Selbstreflexion oder persönliche Erfahrungen während dieser Woche die Post-Einschätzung der Sicherheit beeinflusst haben. Die Ergebnisse können somit nicht kausal als Auswirkungen der Fortbildung interpretiert werden.

5.3. Schlussfolgerung und Ausblick

Die vorliegende Arbeit untersucht den hausärztlichen Fortbildungsbedarf hinsichtlich der leitliniengerechten Depressionsversorgung mithilfe der Einschätzung der eigenen Sicherheit zu speziellen Schritten in Diagnostik- und Behandlungsablauf. Anders als bei Studien, die entweder durch quantifizierbare Untersuchungen Defizite in der Depressionsversorgung aufdecken oder Hausärzte anhand von offenen Fragen ihre Defizite einschätzen lassen, konnte mit dieser Art der Untersuchung eine spezifische Selbsteinschätzung mit direktem Bezug zur aktuellen leitliniengerechten Versorgung erhoben werden. Der Prä-Post-Vergleich der hausärztlichen subjektiven Sicherheit kann als Indikator für den Erfolg der Umsetzung der einzelnen Themen der Fortbildung analysiert und durch die retrospektive Evaluation der Fortbildung die Zufriedenheit und Verbesserungsmöglichkeiten ermittelt werden.

Diese Untersuchung zeigt wie viele andere, dass in verschiedenen Bereichen der Depressionsbehandlung hausärztlicher Fortbildungsbedarf besteht. Vor allem in der leitlinienorientierten Diagnostik besteht Verbesserungspotential. Ein, im Vergleich zur Literatur, neuer Aspekt ist, dass sich Hausärzte in der Erkennung von Risikopatienten für eine Depression ziemlich sicher fühlen, obwohl objektive Messinstrumente zu anderen Ergebnissen kommen und die Hausärzte sich in der Anwendung von formalen psychiatrischen Diagnostikinstrumenten keinesfalls vergleichbar sicher wie in der Erkennung von Risikopatienten fühlen. Die Diskrepanz zwischen der eher positiven Einschätzung der eigenen Fähigkeit, intuitiv Risikopatienten zu erkennen und der Unsicherheit in der formalen Diagnostik kann als Erklärungsansatz für die in der Literatur beschriebene mangelhafte Erkennungsrate von circa 50% und Ausschlussrate von circa 80% (Mitchell et al. 2009) gesehen werden.

Die Befunde dieser Untersuchung geben eine detaillierte Betrachtung der Stärken und Schwächen der spezifischen Bereiche der hausärztlichen Depressionsversorgung und stellen einen weiteren Schritt zur Erklärung und Verbesserung der noch relativ geringen Erkennungsrate der Depression in der Hausarztpraxis dar.

Die Erforschung von Defiziten und Optimierungsmöglichkeiten von Fortbildungsmethoden ist ein wichtiger Schritt zur Verbesserung der Versorgung. Neben Wissensdefiziten scheinen die nicht kongruenten Ergebnisse von hausärztlichen und wissenschaftlichen Einschätzungen der Gründe für Defizite in der Depressionsbehandlung ein wichtiger Punkt zu sein, der in Fortbildungen behandelt werden könnte. Wenn dem Hausarzt das Problem der Fehleinschätzung und der Larvierung der Depression im Praxisalltag präsenter werden könnte und ihm bewusster werden könnte, dass eine intuitive Einschätzung im Bereich der Depression oft nicht zielführend und ausreichend ist, könnte mög-

licherweise schon allein durch diesen Punkt eine Verbesserung der Diagnosegenauigkeit erreicht werden.

Relevant bleibt dabei jedoch zu bedenken, dass der Praxistransfer von Fortschritten in diesem Bereich stark durch andere Faktoren limitiert wird. In einer durchschnittlichen Konsultationszeit von wenigen Minuten pro Patient erscheinen leitliniengerechte Depressionsdiagnostik und -behandlung schwer umsetzbar und die Wahrscheinlichkeit, dass der Patient von selbst psychische Probleme äußert, gering. Allein schon durch die mangelhafte hausärztliche Konsultationszeit in Deutschland werden psychische Krankheiten übersehen (Kruse et al. 2004).

Die Angst vor Stigmatisierung durch psychische Diagnosen und die Abwehr vieler Patienten gegen diese erschwert die Diagnostik zusätzlich, wie auch in dieser Untersuchung gefunden wurde. Hinzu kommt die eingeschränkte Kapazität im Hinblick auf den Zugang zu fachspezifischen Behandlungsangeboten. Wenn die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen für eine gute Versorgung fehlen, können Hausärzte noch so gut fortgebildet sein und trotzdem keine optimalen Ergebnisse im Behandlungserfolg erreichen. Zukünftige Erhebungen könnten sich dementsprechend neben den Fragen der Möglichkeiten der Erweiterung der Konsultationszeit und Reduzierung gesellschaftlicher Stigmata gegenüber psychischer Krankheiten mit der Frage befassen, wie psychiatrische Diagnostik effektiv und ohne bedeutsamen zeitlichen Mehraufwand in die hausärztliche Routine integriert werden könnte.

Die Ermittlung des Fortbildungsbedarfs erfordert Informationen aus verschiedenen Bereichen. In dieser Untersuchung konnten die Einschätzung des eigenen Sicherheitsgefühls in der leitliniengerechten Depressionsversorgung und die Interessengebiete bezüglich depressionsspezifischer Fortbildungen erfasst und mit vorliegender Literatur verglichen werden.

Die Evaluation zur Zufriedenheit der Hausärzte mit dem Fortbildungskonzept brachte positive Ergebnisse. Durch die Erhebung der Prä-Post-Unterschiede der subjektiven Sicherheit konnten detaillierte Indikatoren zur Umsetzung einzelner Themen gewonnen werden. Durch das Instrument der Einschätzung der eigenen Sicherheit zu Beginn der Fortbildung konnten die Teilnehmer ihre persönlichen Schwächen und Stärken in der leitliniengerechten Depressionsbehandlung ermitteln, und somit fortbildungsrelevante Themen realistischer einschätzen. Dadurch konnte ein positiver Einfluss auf das Bewusstsein der Teilnehmer hinsichtlich der Bedeutung des angebotenen Lernstoffs genommen werden, was nach Norman et al. (2004) die Effektivität von Fortbildungen verbessert. Solche Prä-Post-Einschätzungen der subjektiven Sicherheit erscheinen als sinnvolles Element im Rahmen der Evaluation von Fortbildungsveranstaltungen und können in größeren Stichproben erprobt werden.

Interessant wäre auch eine vergleichende objektive Beurteilung des Kompetenzzuwachses durch Prä-Post-Wissensabfragen oder Testung im Praxisalltag. Ein anderer interessanter Punkt wäre die hausärztliche Einschätzung der Relevanz und Umsetzbarkeit der verschiedenen Schritte der leitliniengerechten Depressionsversorgung im Praxisalltag. Basierend auf der Erkenntnis, dass Hausärzte ihre Fortbildungsbedürfnisse besser einschätzen, wenn sich ihnen eine Möglichkeit zur spezifischen Analyse ihrer Unsicherheiten bietet, erscheinen die in der Literatur beschriebenen speziellen ‚need assessments‘ (Perol et al. 2002, Cohen et al. 2002) als ein wichtiges Feld für weiterführende Untersuchungen.

6. Zusammenfassung

Depressive Störungen gehören zu den häufigsten Beratungsanlässen in der ambulanten Versorgung (DGPPN 2009). Noch immer wird nur etwa die Hälfte der depressiven Störungen vom Hausarzt diagnostiziert und lediglich ein Drittel der Patienten erhält eine leitliniengerechte Therapie (Schneider et al 2003). Es besteht primärärztlicher Fortbildungsbedarf in der leitliniengerechten Depressionsversorgung (Kratz et al. 2003, Bermejo et al. 2003, Härter et al. 2010). Ziel der vorliegenden Arbeit war es, den primärärztlichen Fortbildungsbedarf zum Thema Depression zu spezifizieren und die Durchführung und Ergebnisse eines 6-stündigen Fortbildungsprogrammes zu evaluieren.

Das im Großprojekt ‚psychenet – Hamburger Netz psychischer Gesundheit‘ verankerte Teilprojekt ‚Gesundheitsnetz Depression‘ bildete den Rahmen für diese Untersuchung, indem die Hausärzte des Projekts als Stichprobe gewonnen wurden und eine verbindliche Fortbildung zu Beginn des Projekts evaluiert wurde. Die Datenerhebung erfolgte im Prä-Post-Design mit Hilfe von zwei im Rahmen der Dissertation entwickelten Fragebögen. Der Fortbildungsbedarf wurde anhand der Einschätzung des subjektiven Sicherheitsgefühls der Teilnehmer in verschiedenen Bereichen der leitliniengerechten Depressionsversorgung vor Beginn und nach Absolvieren der Fortbildung, durch die Abfrage als fortbildungsrelevant eingeschätzter Themen und durch die Erhebung wahrgenommener Gründe für Defizite in der Depressionsdiagnostik aus hausärztlicher Sicht untersucht. Zusätzlich wurde die Fortbildung retrospektiv evaluiert.

In der Selbsteinschätzung zur Sicherheit hinsichtlich verschiedener depressionsspezifischer Bereiche fühlten sich Hausärzte der Studie vor der Fortbildung ziemlich sicher darin, Depressionen zu erkennen, aber eher nicht sicher darin, sie leitliniengerecht zu diagnostizieren. Auch in anderen depressionsspezifischen Bereichen wurden Unsicherheiten berichtet. Als Begründungen für Defizite in der Diagnostik gaben die Hausärzte vor allem externe Faktoren wie Zeitmangel, Fokussierung somatischer Krankheiten und Stigmatisierung des Krankheitsbildes der Depression an, welches im Widerspruch zu Befunden der Literatur zu Gründen für Versorgungsdefizite (unzureichende Anwendung von Diagnostikkriterien und Leitlinienumsetzung, mangelhafte Erkennungsrate) steht.

Zusammenfassend wird das Fortbildungskonzept in Inhalt und Durchführung „ziemlich“ positiv bewertet. Inhaltliche Stärken liegen in der Vermittlung von Screening- und Diagnostikabläufen, Defizite in den Themen Psychopharmakotherapie, Umgang mit Suizidalität und Einschätzung von Behandlungsprognosen. Durch die Fortbildung erhöht sich die Einschätzung der hausärztlichen Sicherheit signifikant in nahezu allen Bereichen, am höchsten in den Bereichen leitliniengerechtes Screening und Diagnostik. Wenn sich Hausärzten eine Möglichkeit zur spezifischen Analyse ihre Unsicherheiten bietet, scheint sich die realistische Einschätzung ihrer Fortbildungsbedürfnisse zu verbessern.

7. Anhang



Hamburger Netz psychische Gesundheit

Herzlich Willkommen im „Gesundheitsnetz Depression“

Sehr geehrte/r Netzwerkpartner/in,
Wir freuen uns sehr, dass Sie in unserem Projekt mitwirken und gemeinsam mit uns die Behandlungslage für Depression in Hamburg verbessern wollen. Mit dieser Fortbildung möchten wir Sie gut auf diese Aufgabe vorbereiten. Deswegen vorab einige Fragen zum eigenen Fortbildungsbedarf bzw. -interessen und Einschätzung der Versorgungssituation in Hamburg. Wir bitten um ein vollständiges Ausfüllen des Fragebogens. Die Daten werden pseudonymisiert ausgewertet. Die Kodierung dient lediglich der Zuordnung zur Befragung nach der Fortbildung.

Kodierung		Die ersten 2 Buchstaben des Vornamens der Mutter
		Die letzten 2 Buchstaben des Vornamens des Vaters
		Geburtsmonat (z.B. 07 für Juli)

1. Profession:	2. Geschlecht: <input type="radio"/> männl. <input type="radio"/> weibl.
Hausarzt <input type="radio"/> „Qualifikation zur Erbringung psychosomatischer Grundversorgung“ (EBM-Ziffer: 35100/35110) vorhanden?: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
P-Arzt <input type="radio"/> Tätigkeitsschwerpunkt(e)?: psychiatrisch <input type="radio"/> psychotherapeutisch <input type="radio"/>	
Psychologischer Psychotherapeut <input type="radio"/>	
3. Wie viel Erfahrung mit Patienten mit Depression haben Sie bisher? <input type="radio"/> 1 wenig <input type="radio"/> 2 eher wenig <input type="radio"/> 3 mittelmäßig <input type="radio"/> 4 eher viel <input type="radio"/> 5 viel	

4. Fortbildungsbedarf: Ich bin sicher darin, ...	stimmt überhaupt nicht	stimmt weitgehend nicht	stimmt eher nicht	stimmt eher	stimmt weitgehend	stimmt völlig
...Risikopatienten für eine Depression zu erkennen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
...leitliniengerecht zu screenen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
...leitliniengerecht nach ICD-10 die Art und den Schweregrad der Depression zu diagnostizieren	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
...Depression von anderen psychischen Störungen abzugrenzen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
...Depression von einer Reaktion auf ein belastendes Ereignis, bei der kein Behandlungsbedarf besteht, abzugrenzen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
...die Diagnose Depression dem Patienten fachgerecht zu vermitteln	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
...das Thema Suizidalität professionell anzusprechen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
...eine differenzielle Behandlungsindikation nach Schweregrad zu stellen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
...den Patienten umfassend zu Therapieoptionen zu beraten und aufzuklären	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
...den Patienten zur psychotherapeutischen Behandlung zu beraten	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
...den Patienten zur medikamentösen Behandlung zu beraten	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
...eine auf den Patienten abgestimmte Psychopharmakotherapie durchzuführen für mich nicht zutreffend: <input type="radio"/>	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
...depressive Patienten zur aktiven Mitarbeit an einer Behandlung zu motivieren	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
...allgemein im Umgang mit depressiven Patienten	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

Was sind Ihrer Meinung nach...

5. ...die wichtigsten Gründe, warum Depressionen häufig nicht erkannt und/oder diagnostiziert werden?
.....
.....

6. ...die wichtigsten Themen, die diese Fortbildung abdecken sollte?
.....
.....

7. Was erhoffen Sie sich durch die Teilnahme am Projekt „Gesundheitsnetz Depression“?
.....
.....

Benutzen Sie auch gern die Rückseite für zusätzliche Anmerkungen. Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Abbildung 17: Fragebogen vor Beginn der Fortbildung; T0-(Prä-) Befragung

Abschlussbefragung zur Fortbildung im „Gesundheitsnetz Depression“

Liebe(r) Fortbildungsteilnehmer(in),

wir sind nun am Ende unserer Fortbildungen und hoffen, dass es Ihnen gefallen hat. Um in Zukunft Dinge verbessern zu können, bitten wir Sie um ein ehrliches Feedback und ein vollständiges Ausfüllen des Fragebogens. Die Daten werden pseudonymisiert ausgewertet. Die Kodierung dient lediglich der Zuordnung zur Anfangsbefragung der Schulung.

Kodierung		Die ersten 2 Buchstaben des Vornamens der Mutter
		Die letzten 2 Buchstaben des Vornamens des Vaters
		Geburtsmonat (z.B. 07 für Juli)

1. Bitte schätzen Sie ein, zu wie vielen depressiven Patienten Sie pro Monat Kontakt haben: : Patienten

2. Wie lang sind Sie bisher insgesamt ärztlich/therapeutisch tätig?: Jahre

3. Welche Erfahrungen haben Sie bereits in der Arbeit innerhalb eines Netzwerks?

.....

.....

.....

4. Zufriedenheit mit den Fortbildungen					
	stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt mittel mäßig	stimmt ziemlich	stimmt völlig
Es wurde genug Raum für Fragen, eigene Beiträge und Diskussion gegeben.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Das Tempo der vermittelten Inhalte war angemessen.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Die Fortbildungen waren gut strukturiert und organisiert.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Die Arbeitsatmosphäre war konstruktiv.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Die vermittelten Inhalte werden meine ärztliche/therapeutische Tätigkeit positiv beeinflussen.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Die Fortbildungen geben mir mehr Sicherheit bei der Depressionsdiagnostik.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Die Fortbildungen geben mir mehr Sicherheit bei der Gesprächsführung mit depressiven Patienten.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Die Fortbildungen geben mir mehr Sicherheit bei der Depressionsbehandlung.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Der Umgang mit innovativen Therapieelementen ist verständlich.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Die Zusammenarbeit innerhalb des Netzwerks ist für mich umsetzbar.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Ich fühle mich gut vorbereitet, Patienten individuell nach diesem Modell zu betreuen.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Mit den folgenden Elementen bin ich zufrieden:					
	stimmt nicht	stimmt wenig	stimmt mittel mäßig	stimmt ziemlich	stimmt völlig
Vortrag	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Diskussion	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4
Mit den Fortbildungen bin ich insgesamt zufrieden.	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4

Ich erwarte, dass die Teilnahme im Projekt „Gesundheitsnetz Depression“ sich positiv auf die Versorgung meiner Patienten auswirken wird.

trifft nicht zu 0 1 2 3 4 5 trifft sehr zu

Abbildung 18: Fragebogen zum Abschluss der Fortbildung; T1-(Post-) Befragung S.1

5. Fortbildungsbedarf: Ich bin sicher darin, ...	stimmt überhaupt nicht	stimmt weitgeh- end nicht	stimmt eher nicht	stimmt eher	stimmt weit- gehend	stimmt völlig
...Risikopatienten für eine Depression zu erkennen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
...leitliniengerecht zu screenen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
...leitliniengerecht nach ICD-10 die Art und den Schweregrad der Depression zu diagnostizieren	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
...Depression von anderen psychischen Störungen abzugrenzen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
...Depression von einer Reaktion auf ein belastendes Ereignis, bei der kein Behandlungsbedarf besteht, abzugrenzen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
...die Diagnose Depression dem Patienten fachgerecht zu vermitteln	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
...das Thema Suizidalität professionell anzusprechen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
...eine differentielle Behandlungsindikation nach Schweregrad zu stellen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
...den Patienten umfassend zu Therapieoptionen zu beraten und aufzuklären	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
...den Patienten zur psychotherapeutischen Behandlung zu beraten	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
...den Patienten zur medikamentösen Behandlung zu beraten	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
...eine auf den Patienten abgestimmte Psychopharmakotherapie durchzuführen	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
...depressive Patienten zur aktiven Mitarbeit an einer Behandlung zu motivieren	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
...allgemein im Umgang mit depressiven Patienten	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

6. Folgendes hat mir an den Fortbildungen zum „Gesundheitsnetz Depression“ besonders gut gefallen:

.....

.....

.....

.....

7. Folgendes könnte man am Fortbildungskonzept zum „Gesundheitsnetz Depression“ noch verändern:

.....

.....

.....

.....

8. Folgende Bereiche würde ich gern in zukünftigen Fortbildungen/Qualitätszirkeln vertiefen:

.....

.....

.....

.....

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Seite 2 von 2

Abbildung 19: Fragebogen zum Abschluss der Fortbildung; T1-(Post-) Befragung S.2

Tabelle 26: Wörtliche Antworten zu Netzwerkerfahrungen (Vgl. 4.1.)

„Welche Erfahrungen haben Sie bereits in der Arbeit innerhalb eines Netzwerks?“	
1	keine
2	keine
3	Naturheilkunde Netzwerk
4	Ärztenez Hamburg, integrierte Versorgung, Terminpool
5	Ärztenez Hamburg
6	kleinere Netzwerke +, in dieser Größe -
7	keine
8	keine
9	keine
10	eher geringe Erfahrung-> DMP bedingte Qualitätszirkel
11	keine
12	Qualitätszirkel
13	keine
14	Qualitätszirkel Hausarzt, Suchtmedizin
15	keine
16	keine
17	gute
18	keine
19	keine
20	keine
21	keine
22	keine
23	habe "eigenes, informelles" Netzwerk mit Fachärzten /Kollegen + stat. Einrichtungen
24	wenig
25	keine
26	keine
27	keine
28	Hausarztkreis, sonst nichts
29	wenig
30	gute, mit lokalen Netzwerken mit FacharztKollegen.

Tabelle 27: Wörtliche Antworten zu fortbildungsrelevanten Themen (Vgl. 4.2.3.)

„Was sind ihrer Meinung nach die wichtigsten Themen, die diese Fortbildung abdecken sollte?“	
1	fachkompetente Beratung/Hilfestellung bzgl. Diagnostik, Therapie etc. bei psych. Erkrankungen, Leitlinien vermitteln und praxisnah umsetzen, Ansprechen von Fehlern, die leicht gemacht werden können.
2	Screening, Therapie, Vernetzung
3	Vernetzung-> an wen wende ich mich?
4	erkennen und behandeln von Depressionen. Schnelle Hilfe für den Patienten. Netzstrukturen kennenlernen.

5	Unterscheidung der Schweregrade der Depression, Prognose besser einschätzen können
6	Leitliniengerechte Diagnostik, Umgang mit "schwer depress. Patienten", "Erste Maßnahmen"
7	Diagnostik Depression nach Leitlinie, Möglichkeiten der Weiterbehandlung
8	praktische Aspekte
9	Einschätzung Schweregrad Depression, leitliniengerechte Therapie
10	Medikamente und Nebenwirkungen/Umstellung/Indikation -> Behandlungsmöglichkeiten-> Umgang mit psychologischen Patienten
11	larvierte Depressionen zu entdecken, Wege einer schnellen Therapiemöglichkeit
12	Systematik in der Diagnostik +Therapie
13	Studien und Leitlinien zu beschreiben, Therapieangebote zu beschreiben
14	Medikamente, differenzierte Behandlungsstrategien, Therapieformen besprechen
15	(Leitlinien)gerechte Diagnostik+Ther. Depression, Abgrenzung psych. Erkrankungen
16	diff. Therapie, Patientenbindung um Sprechstunden nicht nur für Ärzte auch von Psychotherapeuten/Psychologen ("90%ige)??
17	klare Einordnung welche Depressionsgruppe der Pat. ist und wie ich ihn weiter-schicken kann, zeitnah
18	Depression
19	Abgrenzung versch. Schweregrade d. Depression. diff. med. Therapie
20	wie vorgesehen
21	Infos über versch. Therapieangebote (bes, interessant:Praxis nah)
22	S3-Leitlinie, Umsetzung, Probleme
23	Zeit für Diskussionen-Fragen- sonst präzise Darstellung erbeten-Handout liegt ja netterweise vor; angst+/- depr. Pat oder auch Zwänge, Süchte zusätzlich einschr. Eßstörung
24	Screening, leitliniengerecht Behandlung
25	Einteilung/Erkennung der Schweregrade, Suizidgefährdung/ konkrete Tips für Weiterleitung/Unterbringung der dringl. Fälle
26	wie ein Multiprofessioneller Ansatz aussehen könnte
27	Systematik in Diagnostik + Therapie bringen
28	neuste Leitlinien, Prüfung auf Alltags/Praxistauglichkeit
29	Zugang zu zeitnaher Psychotherapie
30	Psychopharmakotherapie
31	Einstufung Schweregrad, Bahnung Behandlungsabläufe, neue fachgerechter Einstufung- Netzwerk Hausarzt

Tabelle 28: Wörtliche Antworten zu Defiziten in der Depressionsdiagnostik aus primärärztlicher Sicht
(Vgl. 4.2.4.)

Was sind ihrer Meinung nach die wichtigsten Gründe, warum Depressionen häufig nicht erkannt und/ oder diagnostiziert werden?“	
1	Pat. wird nicht zugehört, zu wenig hinterfragt, zu wenig Zeit in der Hausarztpraxis, Unsicherheit des Arztes in Diagnostik und Therapie
2	Zeit, Geld, Ressourcen, Scham
3	Zeitmangel

4	Methodik zum Erkennen nicht ausreichend genutzt, unsicher über Therapieangebot, Zeitfaktor
5	symptomatisch sehr vielseitig, häufig somatische Symptome im Vordergrund
6	zu wenig Zeit für die Anamneseerhebung, Pat. steht sich im Weg, Symptom mit dem Pat. Kommt, wird nicht adäquat "übersetzt"
7	somatische Erkrankungen stehen im Behandlungsfokus, Zeitmangel
8	scheinbarer Zeitmangel des Arztes, Pat. möchte das gar nicht
9	Zeitmangel, bei älteren Patienten fehlende Akzeptanz an einer psych. Erkrankung zu leiden bzw. hierüber zu reden
10	mangelhafte Praxisstruktur oder kein Interesse Depression zu behandeln, Depression ist keine gern gesehene Erkrankung
11	kompletter Rückzug des Patienten, Somatisierung, Schutz des Patienten
12	Zeitmangel, mangelnde Aufmerksamkeit
13	weil der Patient selbst die Gründe eher im somatischen Bereich sucht und psych. Ursachen nicht annehmen möchte
14	zu wenig Gespräche, zuhören und offene Fragen, Scham der Patienten, Konzentration auf Somatik
15	Ärzte sich zu wenig Zeit nehmen; nur die Somatik behandelt wird
16	Somatische Aspekte werden verkannt als eigenständige Erkrankung, ungünstige Verblendung mit "Burn Out"
17	mangelnde Zeit für eine Anamnese bzw. Gespräch
18	wenig Zeit, Multimorbidität
19	Larvierung v.s. des Pat. und Somatisierung, Behandler denkt nicht daran, wehrt innerlich ab.
20	somatoforme Begleitsymptomatik, besonders Pat. aus dem Mittelmeerraum
21	vorschieben körperl. Symptome
22	Larvierung hinter vielen somatischen Beschwerden, Zeitmangel des Arztes bei voller Praxis (Diagnostik zeitlich intensiv), Patient "ist noch nicht soweit" würde eine psychische Erkrankung ansprechen
23	unbequeme, stigmatisierende Diagnose-> Nachteile beim Abschluss BU/LV+ Krankenversicherung!! multisyndromales Bild, Pat. scheuen sich vor Arztgang
24	kein Screening wird durchgeführt. Eher somatische Beschwerden
25	larviert durch indirekte Symptome, d.h. der Pat. ist sich seiner Depression nicht bewusst und äußert sich nur unzureichend dazu
26	Die Erkrankung sich hinter anderen Beschwerden "versteckt": z. Bsp. Körperliche Beschwerden, Beschwerden bagatellisiert werden, es oftmals schambesetzt ist über psychische Beschwerden zu sprechen.
27	dem Patienten ist es unangenehm, schiebt andere Gründe für Konsultation vor. wird nicht gescreent
28	mangelndes Interesse + Zeit des aufgesuchten Arztes
29	Abwehrhaltung des Pat., Zeitdruck des Arztes
30	Zeitmangel oder fehlendes Interesse/Kompetenz des Behandlers, "Fassade"/Verdrängung der Patienten
31	zu wenig Zeit im Gespräch mit dem Arzt, bevor Pat. sich "öffnet" bei Kurzkontakten und die häufige Abwehr von Pat. "psychische" Beschwerden zu akzeptieren aus dem Gefühl eher gesellschaftlichen Ablehnung

Tabelle 29: Wörtliche Antworten zu positiven Punkten der Fortbildung (Vgl. 4.3.5.)

„Folgendes hat mir an den Fortbildungen zum „Gesundheitsnetz Depression“ besonders gut gefallen“	
1	Fragen konnten gestellt werden, sehr strukturiert
2	geplante Vernetzung
3	Anbindung an ein Netz, Gespräche zw. den Vorträgen
4	gute Struktur, gute Übersicht, praktische Handlungsanweisungen
5	gut verständlich, gut strukturiert
6	Struktur, praxisnah
7	alles gut strukturiert
8	viel Raum für Diskussion
9	umfassende Struktur des Projekts, gute Struktur und Finanzierung
10	gute Strukturierung, logischer Aufbau der Schritte
11	Diskussionmöglichkeiten
12	Strukturierung - wann wird was angeboten, wie oft Monitoring, wie?
13	klar strukturiert, freundliche Referenten, gute Atmosphäre
14	ruhige Atmosphäre, neue Ideen
15	gute Struktur, Anschaulichkeit, gute Vermittlung
16	Kontakt zu anderen Fachdisziplinen
17	Fragebogen
18	neue Aspekte kennenzulernen, klare Struktur der einzelnen Depressionsformen, Medizinische Therapieoptionen zu erörtern, Austausch mit Kollegen
19	gut strukturiert, offen, lebhaft, gute Versorgung mit Essen und Trinken
20	andere Fachgruppen kennenzulernen
21	gute Moderation
22	klare Differenzierung der Schweregrade einer Depression, einige Begriffe geklärt
23	offene Diskussion
24	die freundliche offene Vortragsweise der Beteiligten, der Austausch interdisziplinär, die Handouts. Danke! PS: die gastliche Bewirtung

Tabelle 30: Wörtliche Antworten zu Veränderungsmöglichkeiten am Fortbildungskonzept (Vgl. 4.3.5.)

„Folgendes könnte man am Fortbildungskonzept zum „Gesundheitsnetz Depression“ noch verändern“	
1	lieber Mittwochnachmittags!
2	Buch und Internetmöglichkeit "üben" (was wir ja noch machen sollen)
3	engerer Kontakt zwischen Netzwerkmitgliedern
4	bei erster Fortbildung waren Präliminarien und Allgemeines zu ausführlich, dann keine Zeit mehr für die Diagnostik.
5	weniger allgemeines, mehr Zeit für spezielle Fragen
6	muss sich noch herausstellen
7	Pausen mind. Stündlich, Studiengewinn für Teilnehmer, <u>inhaltlich</u> mehr lernen
8	bessere Räumlichkeiten
9	Depression im Alter
10	zu viele Informationen in zu kurzer Zeit, vermutl. Wären 3 Abende geeigneter zur Einführung. Ich habe erhebl. Zweifel ob das vorgesehene Zeitmanagement eingehalten werden kann. Wenn das weit abweicht in der Praxis, würde ich austreten.

11	zügigere Präsentation
12	deutlich weniger Bürokratie und bessere Bezahlung für die Hausärzte!!
13	Behandlerspezifische Fortbildung, als ärztlicher Psychotherapeut habe ich relativ wenig über meinen Part im Netzwerk erfahren.
14	viel zu viel Arbeit für Hausärzte ohne adäquate Honorierung. Versorgung durch zeitnahe Psychotherapeuten eher zweifelhaft.
15	Erst mal den Start im Alltag abwarten, dann kann ich eher Ansagen machen.

Tabelle 31: Wörtliche Antworten zu gewünschten Themen für zukünftige Qualitätszirkel (Vgl. 4.3.5.)

„Folgende Bereiche würde ich gern in zukünftigen Fortbildungen/Qualitätszirkeln vertiefen“	
1	therapeutische Ansätze und Pharmakotherapie
2	Thema: Suizidalität, Pharmakotherapie
3	Motivationsgespräche führen, Suizidalität ansprechen, wie?
4	Psychopharmaka
5	differenzierte Pharmakotherapie, verschiedene Ansätze der Psychotherapie
6	Gesprächsführung, praxisnahe Themen
7	Alltag im Netz, Kommunikationsprobleme
8	Interaktion Hausärzte/Psychotherapeuten
9	Wie was ansprechen
10	genaue Wirkung und Nebenwirkung Med., genaue Vorstellung der Therapien und Materialien (Buch etc.)
11	Kontakte, kurze Wege
12	"schwieriger Pat." -> Fallbeispiele, Ökonomisierung des Monitorings durch EDV
13	Austausch über Umsetzung der Leitlinien
14	Psychose, Suchterkrankungen
15	Netzwerkstruktur ist mir noch nicht klar, bzw. deren praktikable Umsetzung in der Praxis
16	versch. Psychotherapieverfahren
17	medizinische Therapie, Grenzfälle: Abgrenzung zu psychologischen Erkrankungen
18	Komorbiditäten
19	medikamentöse Therapie
20	Gesprächsführung, Vorstellung verschiedener Psychotherapiemethoden
21	Inhalte von Verhaltenstherapie - Aspekte für den Hausarzt
22	Behandlungsprognosen/Erfahrungen im Langzeitverlauf aus Sicht PT/Psychiater, individuelle Erfahrungen Fachärzte in der Behandlung mit Depressiven. Vielen Dank - man fühlt sich willkommen.

8. Literaturverzeichnis

Angerer, P.; Schwartz, F. (2010): Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten. Befunde und Interventionen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag (Report Versorgungsforschung, 2).

AOK Bayern (2005): Fragebogen zur IDA-Fortbildung Demenz.

ara (2013): Psychisch Kranke in der Praxis betreuen: Hilfe für den Hausarzt. In: Medical Tribune (Neurologie Psychiatrie special) 48, 25.01.2013 (4), S. S. 12.

Armstrong, U. (2009): Patienten brauchen viel Aufmerksamkeit. Ärzte Zeitung. Online verfügbar unter http://www.aerztezeitung.de/praxis_wirtschaft/w_specials/special-arzt-patient/article/548166/patienten-brauchen-aufmerksamkeit.html.

Badamgarav, E.; Weingarten, S.R.; Henning, J. M.; Hasselblad, V. (2003): Effectiveness of Disease Management Programs in Depression: A Systematic Review. In: American Journal of Psychiatry (160), S. 2080–2090.

Barkow, K.; Maier, W.; Üstün, T. B.; Gänsicke, M.; Wittchen, H. U. (2002): Risk factors for new depressive episodes in primary health care: an international prospective 12-month follow-up study. In: Psychological Medicine (32), S. 595–607.

Baron, S.; Heider, D.; Gensichen, J.; Petersen, J.; Gerlach, F.; Krauth, C. et al. (2011): Kostenstruktur eines Case-Management-Programms in der hausärztlichen Depressionstherapie. In: Psychiatrische Praxis 38 (07), S. 342–344.

Bermejo, I. und Härter, M. (2001): Evaluation der Fortbildungsveranstaltung In: Umfassendes ambulantes Qualitätsmanagement, Projekt 3.1., Kompetenznetz Depression, Universität Freiburg.

Bermejo, I.; Kratz, S.; Schneider, F.; Gaebel, W.; Mulert, C.; Hegerl, U. et al. (2003): Konkordanz von Arzt- und Patienten-Einschätzung bei depressiven Störungen. In: Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen (97), S. 44–49.

Bermejo, I.; Kriston, L.; Berger, M.; Härter, M. (2010): Ambulante Depressionsbehandlung – eine vergleichende Analyse des fachärztlichen, hausärztlichen und psychotherapeutischen Versorgungssektors. In: PPM - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie 60 (08), S. 326–328.

Beywl, W. (2008): Standards für Evaluation. 4. unveränderte Auflage. Mainz: DeGEval-Gesellschaft für Evaluation e.V.

Bortz, J. (2005): Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler. Mit 242 Tabellen. 6. Aufl. Berlin ; Heidelberg ; New York: Springer.

Bortz, J.; Döring, N. (2002): Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Bower, P.; Gilbody, S. (2005): Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency: Narrative literature review. In: The British Journal of Psychiatry 186 (1), S. 11–17, zuletzt geprüft am 14.07.2013.

Bundesärztekammer (Hg.) (2001): Curriculum Psychosomatische Grundversorgung. Basisdiagnostik und Basisversorgung bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungen einschließlich Aspekte der Qualitätssicherung. 2. Aufl. Online verfügbar unter <http://www.bundesaerztekammer.de>, zuletzt geprüft am 10.12.2012.

Bundesärztekammer (Hg.) (2007): Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung. Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung. 3. Aufl. Berlin.

Bundesärztekammer (2004): (Muster-)Satzungsregelung Fortbildung und Fortbildungszertifikat. Beschlussprotokoll des 107. Deutschen Ärztetages 2004: TOP-II Fortbildungsnachweis, zuletzt geprüft am 25.07.2011.

Busch, M.A.; Maske, U.E.; Ryl, L.; Schlack, R.; Hapke, U. (2013): Prävalenz von depressiver Symptomatik und diagnostizierter Depression bei Erwachsenen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 56 (5-6), S. 733–739.

Christensen, H.; Griffiths, K.; Jorm, A. (2004): Delivering interventions for depression by using the internet: randomised controlled trial. In: BMJ 328 (265).

Cohen, J. (1988): Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2. Aufl. Hillsdale, N.J.: L. Erlbaum Associates.

Cohen, R.; Amiel, G. E.; Tann, M.; Shechter, A.; Weingarten, M.; Reis S. (2002): Performance assessment of community-based physicians: evaluating the reliability and validity of a tool for determining CME needs. In: Academic Medicine (77), S. 1247–1254.

DeRubeis, R. J.; Gelfand, M. A.; Tang, T. Z.; Simons, A. D. (1999): Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: mega-analysis of four randomized comparisons. In: American Journal of Psychiatry 156 (7), S. 1007–1013.

DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPtK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression*. S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression-Langfassung, 1. Auflage 2009. DGPPN, ÄZQ, AWMF - Berlin, Düsseldorf 2009. Internet: www.dgppn.de, www.versorgungsleitlinien.de, www.awmf-leitlinien.de. (*Organisationen, die in der Leitliniengruppe kooperierten: DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BPtK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW, BDK, BDP, BPM, BVDN, BVDP, BVVP, CPKA, DÄVT, DFT, DGGPP, DGPT, DGVT, DPG, DPV, DPtV, DVT, Deutscher Hausärzteverband, GwG, KND)

Dilling, H.; Mombour, W.; Schmidt, M.H (2011): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) : klinisch-diagnostische Leitlinien. 8. Auflage. Bern: Huber.

Duden - Die deutsche Rechtschreibung. Das umfassende Standardwerk auf der Grundlage der aktuellen amtlichen Regeln (2013). 26. Aufl. [s.l.]: Bibliographisches Institut (Der Duden in zwölf Bänden, 1).

Ebel, H.; Beichert, K. (2002): Depressive Störungen bei Patienten der Allgemeinmedizin. Früherkennung und therapeutische Ansätze. In: Deutsches Ärzteblatt 99 (3), S. A124-A130.

Egidi, G.; Biesewig-Siebenmorgen, J.; Schmiemann, G. (2011): 5 Jahre Akademie für hausärztliche Fortbildung Bremen – Rückblick und Perspektiven. In: ZFA (87(11)).

Eickholt (2006): Fortbildungsveranstaltung „Die Versorgung depressiver Patienten in der hausärztlichen Praxis- Diagnostik, Therapie und Gesprächsführung“.

Fobbe, G. (2006): Depression in der hausärztlichen Versorgung. In: psychoneuro (32-2), S. 104.

Gaebel, W.; Falkai, P. (2000): Praxisleitlinien in der Psychiatrie: Behandlungsleitlinie Affektive Erkrankungen. Darmstadt: Steinkopff.

Gallagher, R.; Chapman, R. (1981): The medication seminar and primary care education. In: general hospital Psychiatry (3), S. 16–23.

Geddes, J. M.; Carney, S. M.; Davies, C.; Furukawa, T. A.; Kupfer, D. J.; Frank, E.; Goodwin, G. M. (2003): Relapse prevention with antidepressant drug treatment in depressive disorders: a systematic review. In: The Lancet 361 (9358), S. 653–661.

Gensichen, J.; Von Korff, M.; Peitz, M.; Muth, C.; Beyer, M.; Guthlin, C. et al. (2009): Case management for depression by health care assistants in small primary care practices: a cluster randomized trial. In: Annals of internal medicine 151 (6), S. 369–378.

Gerlach, M. (2010): DEGAM-Fortbildungen. Kriterien für gute hausärztliche Fortbildung. Online verfügbar unter <http://www.degam.de/index.php?id=1148>, zuletzt geprüft am 04.05.2013.

Gilbody, S.; Richards, D.; Brealey, S.; Hewitt, C. (2007): Screening for Depression in Medical Settings with the Patient Health Questionnaire (PHQ): A Diagnostic Meta-Analysis. In: journal of General internal Medicine 22 (11), S. 1596–1602.

Gilbody, S.; Sheldon, T.; House, A. (2008): Screening and case-finding instruments for depression: a meta-analysis. In: CMAJ 178 (8), S. 997–1003.

Gilbody, S.; Whitty, P.; Grimshaw, J.; Thomas, R. (2003): Educational and Organizational Interventions to Improve the Management of Depression in Primary Care: A Systematic Review. In: JAMA (289(23)), S. 3145–3151.

Görlitz, G. (2010): Selbsthilfe bei Depressionen. 3. Auflage: Klett Cotta.

Grant, J. (2002): Learning needs assessment: assessing the need. In: BMJ (324), S. 156–159.

Hafner, C.; Giere, G.; Loch, E. G. (2006): Die wissenschaftliche Evaluation als Grundlage der Qualitätssicherung in der ärztlichen Fortbildung. In: zaeFQ (100), S. 203–207.

Halbreich, U. (1994): Teaching Normal and Abnormal Behavior to Primary Care Physicians. In: The International Journal of Psychiatry in Medicine 24 (2), S. 115–120.

Harris, E. C.; Barraclough, B. (1997): Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. In: Br J Psychiatry 170, S. 205–228.

Härter (1997): Fragebogen für Teilnehmer In: Evaluation- Seminar „Fachkunde Suchttherapie“ (Teil 1), Freiburg.

Härter, M.; Bermejo, I.; Schneider, F.; Gaebel, W.; Niebling, W.; Berger, M. (2003): Umfassendes ambulantes Qualitätsmanagement in der Versorgung depressiver Patienten. In: zaeFQ (97), S. 9–15.

Härter (a), M.; Bermejo, I.; Ollenschläger, G.; Schneider, F.; Gaebel, W.; Hegerl, U. et al. (2006): Improving quality of care for depression: the German action programme for the implementation of evidence-based guidelines. In: International Journal for Quality in Health Care 18 (2), S. 113–119.

Härter (b), M.; Berger, M. (2006): Integrierte Versorgung Depression - Eine gut abgestimmte Behandlung stabilisiert den Erfolg. In: INFO Neurol Psychiat (8(Sonderheft)), S. 42–45.

Härter, M.; Bermejo, I.; Niebling, W. (2007): Praxismanual Depression. Diagnostik und Therapie erfolgreich umsetzen. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.

Härter, M.; Klesse, Christian; Bermejo, Isaac; Schneider, Frank; Berger, Matthias (2010): Klinische Leitlinie, Unipolare Depression. Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie aus der aktuellen S3- und Nationalen VersorgungsLeitlinie „Unipolare Depression“. In: Deutsches Ärzteblatt 107 (40), S. 700–708. Online verfügbar unter <http://www.aerzteblatt.de/pdf/107/40/m700.pdf#toolbar=1&statusbar=0&view=Fit>, zuletzt geprüft am 25.06.2012.

Härter, M., Kentgens, M., Brandes, A., Bock, T., Dirmaier, J., Erzberger, M., Fürstenberg, W., Hillebrandt, B., Karow, A., Knesebeck, O., König, H.H., Löwe, B., Meyer, H.J., Romer, G., Rouhiainen, T., Scherer, M., Thomasius, R., Watzke, B., Wegscheider, K. & Lambert, M. (2012): Rationale and content of psychenet: the Hamburg Network for Mental Health. In: European Archive of Psychiatry and Clinical Neuroscience 262 (2), S. 57–63.

Härter, M. (2012): Das integrierte Versorgungsmodell „Gesundheitsnetz Depression“: Optimierung des Behandlungspfads durch Stepped Care. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), Berlin.

Hautzinger, M.; Bailer, M. (2005): Die Allgemeine Depressionsskala. Weinheim: Beltz.

Heckhausen, J. (2000): Wo hängen die süßen Trauben? Entwicklungs- und motivationspsychologische Überlegungen zur Funktionalität des Bereuens. In: Psychologische Rundschau 51 (3), S. 123–134.

Hegerl, U.; Althaus, D.; Niklewski, G.; Schmidtke, A. (2003): Optimierte Versorgung depressiver Patienten und Suizidprävention. Ergebnisse des „Nürnberger Bündnisses gegen Depression“. In: Deutsches Ärzteblatt (11), S. 515–519. Online verfügbar unter: <http://www.aerzteblatt.de/pdf/PP/2/11/s515.pdf#toolbar=1&statusbar=0&view=Fit>, zuletzt geprüft am 12.06.2012.

Hegerl, U.; Ziegler, W. (2000): Das Kompetenznetz Depression - Suizidalität. In: psychoneuro (26), S. 338–342.

Helmchen, H (1969): Die Erkennung von Depressionen in der Allgemeinarztpraxis. In: Deutsches Medizinisches Journal (20-2), S. 57–60.

Hemmer-Schanze, C.; Füessler, H. (2006): Wer verstehen will, braucht Zeit. In: MMW-Fortschritt Medizin 148 (3), S. 25–31.

Hodges, B.; Inch, C.; Silver, I. (2001): Improving the Psychiatric Knowledge, Skills, and Attitudes of Primary Care Physicians, 1950-2000: A Review. In: American Journal of Psychiatry 158 (10), S. 1579–1586.

Hölzel, L.; Vollmer, M.; Kriston, L.; Härter, M. (2011): Beteiligung an medizinischen Entscheidungen und Zufriedenheit mit der hausärztlichen Versorgung – Ergebnisse einer kontrollierten Längsschnittstudie. In: Das Gesundheitswesen 73 (08).

Hövel, J. auf dem (2008): Mediziner Fortbildung: Macht der Pharma-Portale erobert das Kartellamt, 15.10.2008. Online verfügbar unter <http://www.spiegel.de/wissenschaft/mensch/mediziner-fortbildung-macht-der-pharma-portale-erobert-das-kartellamt-a-582389.html>, zuletzt geprüft am 26.05.2013.

Jacobi, F.; Höfler, M.; Meister, W.; Wittchen, H. U. (2002): Prävalenz, Erkennens- und Verschreibungsverhalten bei depressiven Syndromen. In: Der Nervenarzt 73 (7), S. 651–658.

Kempermann, U.; Henke, M.; Sasse, J.; Bauer, M.: Psychiatrie und Psychotherapie up 2 date. S. 73-87. Stuttgart: Georg Thieme Verlag KG.

Kendrick, T. (2000): Why can't GP's follow guidelines on depression? We must question the basis of guidelines. In Br Med J (320), S. 200-2001.

Kendrick, T.; Stevens, L.; Bryant, A.; Goddard, J.; Stevens, A.; Raftery, J.; C. Thompson, C. (2001): Hampshire depression project: changes in the process of care and cost consequences. In: BJGP 51 (472), S. 911–913.

Kessler, R. and Üstün, T. (2004): The World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI) In: International Journal of Methods in Psychiatric Research (13), S. 93–121.

Khan, A.; Leventhal, R. M.; Khan, S.R; Brown, W. A. (2002): Severity of depression and response to antidepressants and placebo: an analysis of the Food and Drug Administration database. In: J Clin Psychopharmacol 22 (1), S. 40–45.

Kieckbusch (2007): Fortbildungsordnung der Hamburger Ärzte und Ärztinnen vom 21.06.2004 i.d.F. vom 30.10.2006. Ärztekammer Hamburg. Online verfügbar unter http://www.aerztekammer-hamburg.de/berufsrecht/Fortbildungsordnung_febr07.pdf, zuletzt aktualisiert am 02.03.2007, zuletzt geprüft am 16.01.2013.

Kirsch, I.; Deacon, B. J.; Huedo-Medina, T. B.; Scoboria, A.; Moore, T. J.; Johnson, B. T. (2008): Initial severity and antidepressant benefits: a metaanalysis of data submitted to the Food and Drug Administration. In: PLoS Med (5), S. e45.

Kratz, S.; Härter, M.; Bermejo, I.; Berger, M.; Schneider, F.; Gaebel, W. (2003): Beratungsanlass und Diagnosestellung bei depressiven Patienten in der hausärztlichen Praxis. In: *zaeFQ* (97), S. 50–56.

Krug, E.G; Dahlberg, L.L; Mercy, J.A; et al. (2002): *World report on violence and health*. World Health Organization. Genf.

Kruse, J.; Schmitz, N.; Wöller, W.; Heckrath, C.; Tress, W. (2004): Warum übersieht der Hausarzt die psychischen Störungen seiner Patienten? In: *PPmP Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 54 (2), S. 45–51.

Kupfer, D.J (1991): Long Term Treatment of depression. In: *J. Clin Psychiatry* 52 (5), S. 28–34.

Küver, C.; Dunkelberg, S.; Klemperer, M.; Niemann, D.; Leffmann, C.; Ippen, M. et al. (2006): Hausärztliche Fortbildung Hamburg (HFH) - neues interdisziplinäres Fortbildungscurriculum für Hausärzte. In: *Z Allg Med* 82 (4), S. 182–184, zuletzt geprüft am 18.09.2012.

Lave, Jr; Frank, Rg; Schulberg, H. et alC (1998): Cost-effectiveness of treatments for major depression in primary care practice. In: *Arch Gen Psychiat* (55), S. 645–651.

Loh, A.; Meier, K.; Simon, D.; Hänselmann, S.; Jahn, H.; Niebling, M.; Härter, W. (2004): Entwicklung und Evaluation eines Fortbildungsprogramms zur Partizipativen Entscheidungsfindung für die hausärztliche Versorgung depressiver Patienten. In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 47 (10), S. 977–984.

Löwe, B.; Spitzer, R. L.; Gräfe, K.; Krenke, K.; Quenter, A.; Zipfel, S. et al. (2004): Comparative validity of three screening questionnaires for DSM-IV depressive disorders and physicians' diagnoses. In: *Journal of Affective Disorders* 78 (2), S. 131–140.

Mayring, P. (Hg.) (2008): *Die Praxis der qualitativen Inhaltsanalyse*. Unter Mitarbeit von M. Gläser-Zikuda. 2. Aufl. Weinheim, Basel: Beltz (Pädagogik).

Mayring, P. (2010): *Qualitative Inhaltsanalyse*. In: Günter Mey und Katja Mruck (Hg.): *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 601-613.

Mey, Günter; Mruck, Katja (Hg.) (2010): *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*: Verlag für Sozialwissenschaften.

Meyer, B.; Berger, T.; Caspar, F.; Beevers, C. G.; Andersson, G.; Weiss, M. (2009): Effectiveness of a novel integrative online treatment for depression (Deprexis): randomized controlled trial. In: *Journal of Medical Internet Research* 11 (2).

Mitchell, A.; Vaze, A.; Rao, S. (2009): Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. In: *The Lancet* (374), S. 609–619.

National Collaborating Centre for Mental Health, National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2004): *Depression: Management of depression in primary and secondary care*. CG 23. Online verfügbar unter <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=235213>.

National Collaborating Centre for Mental Health, National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2010): Depression. The treatment and management of depression in adults. Updated edition (CG90). London: Royal College of Psychiatrists.

Norman, G. R.; Shannon, I.S; Marrin, M.L (2004): The need for needs assessment in continuing medical education. In: *BMJ* 328 (7446), S. 999–1001.

Nutting, P. A.; Rost, K.; Dickinson, M.; Werner, J. J.; Dickinson, P.; Smith, J. L.; Gallovic, B. (2002): Barriers to initiating depression treatment in primary care practice. In: *Journal of General Internal Medicine* 17 (2), S. 103–111.

Patten S.B. (2008): Major depression prevalence is very high, but the syndrome is a poor proxy for community populations' clinical treatment needs. In: *Canadian journal of psychiatry* (53), S. 411–419.

Patten, S.; Bilsker, D.; Goldner, E. (2008): The evolving understanding of major depression epidemiology: implications for practice and policy. In: *Canadian journal of psychiatry* 53 (10), S. 689–695.

Paykel, E.; Brugha, T.; Fryers, T. (2005): Size and burden of depressive disorders in Europe. In: *European Neuropsychopharmacology* 15, S. 411–423.

Perol, D.; Boissel, J-P; Broussolle, C.; Cetre, J-C; Stagnara, J.; Chauvin, F. (2002): A simple tool to evoke physicians' real training needs. In: *Academic Medicine* (77), S. 407–410.

Pfeiffer-Gerschel, T.; Schlee, A.; Hegerl, U. (2006): Das Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“. In *Medizinische Klinik* (6), S. 505-508.

Pfeiffer-Gerschel, T.; Wittmann, M.; Hegerl, U. (2007): Die "European Alliance Against Depression" (EAAD) - ein europäisches Netzwerk zur Verbesserung der Versorgung depressiv erkrankter Menschen. In: *Neuropsychiatrie* (1), S. 51–58.

Pilars de Pilar, M.; Abholz, H.H; Becker, N.; Sielk, M. (2012): Was erzählen Hausärzte über ihre Patienten, bei denen sie eine vorliegende Depression nicht diagnostiziert haben? In: *Psychiatrische Praxis* 39 (02), S. 71–78.

Prior, L.; Wood, F.; Lewis, G.; Pill, R. (2003): Stigma revisited, disclosure of emotional problems in primary care consultations in Wales. In: *Social Science & Medicine* 56 (10), S. 2191–2200.

psychenet (2012): Psychische Gesundheit fördern. Psychische Erkrankungen früh erkennen und nachhaltig handeln. Hg. v. psychenet. Online verfügbar unter http://www.psychenet.de/fileadmin/redaktion/Dokumente_zum_Download/Poster_Flyer_Plakate_%C3%9Cber_psychenet/pnet_Broschuere.pdf.

Rand, E.H; Thompson II, Troy L. (1997): Using successful models of care to guide the teaching of psychiatry in primary care. In: *Psychosomatics* 38 (2), S. 140–147.

Rohrmann, B. (1978): Empirische Studien zur Entwicklung von Antwortskalen für die sozialwissenschaftliche Forschung. In: *Zeitschrift für Sozialpsychologie* (9), S. 222–245.

Rost, K.M (2005): Improving depression treatment by integrated care. In: Journal of Managed Care Pharmacy 11 (3), S. 5–8. Online verfügbar unter <http://www.amcp.org/WorkArea/DownloadAsset.aspx?id=14829>.

Sachtleben, S. (2006): Continuous Medical Education - A Proposal for an Outline of a New Concept. In: ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin 82 (1), S. 8–10.

Sartorius, N. (1997): Psychiatry in the framework of primary health care : A threat or boost to psychiatry? In: American Journal of Psychiatry (154(6)), S. 67–72.

Schneider, F.; Härter, M.; Kratz, S. (2003): Unzureichender subjektiver Behandlungsverlauf bei depressiven Patienten in der Haus- und nervenärztlichen Praxis. In: zaeFQ (97), S. 57–66.

Schneider, F.; Kratz, S.; Bermejo, I.; Menke, R.; Mulert, C.; Hegerl, U. et al. (2004): Insufficient depression treatment in outpatient settings. In: German Medical Science 2 (2), S. 1–9.

Schürer-Maly, C.; Abholz, H.-H (2008): Hausärztliche Behandlung von Patienten mit Depression: Wie, warum und mit welchem Erfolg? Eine systematische Literaturübersicht. In: ZFA - Zeitschrift für Allgemeinmedizin 84 (08), S. 327–335.

SGB V (BundesDeutscheGesetze – Stand 5.8.2004) (2004). Online verfügbar unter http://www.aerztekammer-hamburg.de/fortbildung/fb_sgb_gesetz.pdf, zuletzt aktualisiert am 24.09.2004, zuletzt geprüft am 16.01.2013.

Sibley, J. C.; Sackett, D. L.; Neufeld, V.; Gerrard, B.; Rudnick, K.; Fraser, W. (1982): Randomized trial of continuing medical education. In: The new england journal of medicine (306), S. 511–515.

Sielk, M.; Abholz, H.-H (2005): Warum bezeichnen Allgemeinärzte andere Patienten als depressiv als Psychiater es tun? In: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 81 (11), S. 486–490.

Sielk, M.; Altiner, A.; Janssen, B.; Becker, N.; Pilars, M. de; Abholz, H.-H (2009): Prävalenz und Diagnostik depressiver Störungen in der Allgemeinarztpraxis. In: Psychiatrische Praxis 36 (04), S. 169–174.

Sikorski, C.; Lupp, M.; König, H.-H (2012): Does GP training in depression care affect patient outcome? - A systematic review and meta-analysis. In: BMC Health Serv Res. (12:10).

Telford, R.; Hutchinson, A.; Jones, R.; et al. (2002): Obstacles to effective treatment of depression: a general practice perspective. In: Family Practice 19 (1), S. 45–52.

Thase, M. E.; Greenhouse, J. B.; Frank, E.; et al. (1997): Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-psychopharmacotherapy combinations. In: Arch Gen Psychiat 54 (11), S. 1009–1015.

Thompson, C.; Kinmonth, A. L.; Stevens, L.; Pevele, R. C.; Stevens, A.; Ostler, K. J. et al. (2000): Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project random-

ised controlled trial. In: *The Lancet* 355 (9199), S. 185–191. Online verfügbar unter <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673699031712>.

Tutty, S.; Ludman, E. Joy; Simon, G. (2005): Feasibility and acceptability of a telephone psychotherapy program for depressed adults treated in primary care. In: *general hospital Psychiatry* 27 (6), S. 400–410.

Üstün T.B.; Sartorius, N. (1995): *Mental health in general care across the world. An international study*. New York: John Wiley & Sons.

Vollmar, H.; mar Gräßel Jörg Lauterberg Simone Neubauer Maria Großfeld-Schmitz. (2007): Multimodale Schulung von Hausärzten – Evaluation und Wissenszuwachs im Rahmen der Initiative Demenzversorgung in der Allgemeinmedizin (IDA). In: *zaeFQ* (101), S. 27–34, zuletzt geprüft am 20.04.2012.

Vos, T.; Flaxman, A.D; Naghavi, M.; Lozano, R.; Michaud, C. (2012): Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. In: *The Lancet* 380 (9859), S. 2163–2196.

Von Korff, M. von (2001): Improving outcomes in depression. The whole process of care needs to be enhanced. In: *BMJ* 323 (7319), S. 948–949.

Whooley, M.; Avins, A. Miranda J.; Browner, W. (1997): Case-finding instruments for depression. Two Questions are as good as many. In: *journal of General internal Medicine* 12 (7), S. 439–445.

Wittchen, H. Jacobi FU; Klose, M; Ryl, L. (2010): *Gesundheitsberichterstattung des Bundes - Depressive Erkrankungen*. Hg. v. Robert Koch-Institut (RKI). Berlin (Heft 51), zuletzt geprüft am 17.12.2012.

Wittchen, H.; Jacobi F (2005): Size and burden of mental disorders in Europe – a critical review and appraisal of 27 studies. In: *Eur Neuropsychopharmacol* (15), S. 357–376.

Wittchen, H.U; Pittrow, D. (2002): Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. In: *Human Psychopharmacology* (17), S. 1–11.

World Health Organization (WHO) (1998): *Wellbeing measures in primary health care: the DepCare Project*. WHO. Copenhagen.

9. Danksagung

Ich danke an erster Stelle Maya Steinmann und Daniela Heddaeus für die wirkliche tolle Begleitung meiner Arbeit. Ihr habt mich immer mit konstruktiver Kritik und guten Ideen unterstützt. Eine bessere Betreuung kann man sich als Doktorand wirklich nicht wünschen.

Ich danke auch Prof. Dr. Birgit Watzke für die Betreuung als Doktormutter und Prof. Dr. Dr. Martin Härter für die Möglichkeit, meine Dissertation am Institut verfassen zu dürfen. Mein Dank gilt auch Fr. Schmutzer, die mir in statistischen Fragen mit Rat zu Seite stand und Thomas Heinz und Lars Marek für die Versuche mir bei kniffligen Excel-Fragen zu helfen.

Ganz besonders und diese Arbeit übergreifend danke ich meiner Familie für ihren Halt, Motivation und Unterstützung in allen bisherigen Lebenslagen.

11. Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift: 