

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Direktor: Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Bernd Löwe

Welchen Einfluss haben soziodemografische Faktoren auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei PatientInnen mit Verdacht auf eine depressive Störung?

Dissertation

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

vorgelegt von
Afsaneh Javaheri-Širić
aus Hamburg

Hamburg 2023

Angenommen von der

Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 02.04.2024

Veröffentlicht mit Genehmigung der

Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. Hans-Helmut König

Prüfungsausschuss, 2. Gutachter/in: PD Dr. Sebastian Kohlmann

Für meinen Opa

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| Tabellenverzeichnis | 7 |
| Abbildungsverzeichnis | 9 |
| Abkürzungsverzeichnis | 10 |
| 1 Einleitung | 11 |
| 2 Theoretischer Hintergrund | 14 |
| 2.1 Depression | 14 |
| 2.1.1 Epidemiologie..... | 14 |
| 2.1.2 Ätiologie | 14 |
| 2.1.4 Klassifikation und Symptome nach der ICD-11 | 16 |
| 2.1.5 Diagnostik..... | 17 |
| 2.1.6 Psychometrische Tests und Symptomskalen | 19 |
| 2.1.7 Verlauf und Therapie..... | 20 |
| 2.2 Ambulante psychotherapeutische Versorgungssituation | 21 |
| 2.3 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Abhängigkeit von soziodemografischen Faktoren | 23 |
| 2.3.1 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Abhängigkeit vom Alter | 23 |
| 2.3.2 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Abhängigkeit vom Geschlecht..... | 24 |
| 2.3.3 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Abhängigkeit vom Bildungsabschluss | 25 |
| 2.4 Fragestellungen und Hypothesen | 26 |
| 3 Methodik | 28 |
| 3.1 Studienaufbau | 28 |
| 3.1.1 Projektbeschreibung | 28 |
| 3.1.2 Studienablauf | 28 |
| 3.1.2.1 Entstehung der Stichprobe | 29 |
| 3.2 Beschreibung der Fragebögen | 31 |
| 3.2.1 Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)..... | 31 |
| 3.2.2 Somatic Symptom Scale 8 (SSS-8) | 32 |
| 3.2.3 Generalized Anxiety Disorder Scale 7 (GAD-7)..... | 33 |

| | |
|---|-----------|
| 3.2.4 Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory (CSSRI)..... | 34 |
| 3.2.5 Höchster Bildungsabschluss | 34 |
| 3.3 Statistische Auswertung | 35 |
| 3.4 Ethische Aspekte | 36 |
| 4 Ergebnisse | 37 |
| 4.1 Stichprobe | 37 |
| 4.1.1 Stichprobeneigenschaften..... | 37 |
| 4.1.1.1 Soziodemografische Daten | 37 |
| 4.1.1.2 Besuchsanzahl innerhalb von 6 Monaten..... | 38 |
| 4.1.1.3 PHQ-9 Score zu T0 | 41 |
| 4.1.1.4 SSS-8 Score zu T0 | 42 |
| 4.1.1.5 GAD-7 Score zu T0 | 42 |
| 4.2 Fragestellung 1: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistung in Abhängigkeit von soziodemografischen Faktoren | 43 |
| 4.2.1 Hypothese 1.1 – Faktor Alter: Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ist bei PatientInnen ab dem mittleren Alter (45 Jahre) höher als bei PatientInnen unter 45 Jahren | 44 |
| 4.2.2 Hypothese 1.2 - Faktor Geschlecht: Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ist bei Patientinnen höher als bei Patienten..... | 45 |
| 4.2.3 Hypothese 1.3 – Faktor Bildung: Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ist bei PatientInnen mit höherem Bildungsabschluss höher als bei PatientInnen mit niedrigerem Bildungsabschluss..... | 46 |
| 4.3 Fragestellung 2: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistung unter Berücksichtigung komorbider psychischer Belastungen | 47 |
| 4.3.1 Fragestellung 2.1: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistung unter Berücksichtigung komorbider hoher somatischer Symptombelastung | 47 |
| 4.3.1.1 Hypothese 2.1: PatientInnen mit Verdacht auf eine depressive Störung und zusätzlich hoher somatischer Symptombelastung nehmen häufiger Gesundheitsleistungen in Anspruch als PatientInnen mit Verdacht auf eine depressive Störung und niedriger somatischer Symptombelastung | 47 |
| 4.3.2 Fragestellung 2.2: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistung unter Berücksichtigung komorbider erhöhter Ängstlichkeit..... | 48 |
| 4.3.2.1 Hypothese 2.2: PatientInnen mit Verdacht auf eine depressive Störung und erhöhte Ängstlichkeit als zusätzlichen Faktor nehmen häufiger Gesundheitsleistungen in Anspruch als PatientInnen mit Verdacht auf eine depressive Störung ohne erhöhte Ängstlichkeit | 49 |

| | |
|---|-----------|
| 4.4 Fragestellung 3: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistung bei Verdacht auf eine depressive Störung mit Schwerpunkt auf somatischen Symptomen vs. Verdacht auf eine depressive Störung mit vorrangig Symptomen, welche die Motivation betreffen..... | 49 |
| 4.4.1 Hypothese 3: PatientInnen mit Verdacht auf eine depressive Störung, die zu körperlichen Beschwerden führt nehmen signifikant häufiger Gesundheitsleistungen in Anspruch als PatientInnen mit Verdacht auf eine depressive Störung, welche die Motivation beeinflusst..... | 50 |
| 5 Diskussion | 52 |
| 5.1 Überblick..... | 52 |
| 5.2 Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellungen | 52 |
| 5.3 Stärken und Limitationen der Arbeit..... | 54 |
| 5.4 Vergleich der Ergebnisse mit anderen Studien | 55 |
| 5.5 Ausblick..... | 59 |
| 6 Zusammenfassung | 61 |
| Literaturverzeichnis..... | 64 |
| Anhang | 75 |
| Anhang A: Patienteninformation und Einwilligungserklärung..... | 75 |
| Anhang B: Danksagung..... | 85 |
| Anhang C: Lebenslauf | 86 |
| Anhang D: Eidesstattliche Erklärung | 87 |

Tabellenverzeichnis

| | | |
|-------------|---|----|
| Tabelle 1: | Ein- und Ausschlusskriterien | 29 |
| Tabelle 2: | Neun Fragen des Patient Health Questionnaires (PHQ-9) | 31 |
| Tabelle 3: | Acht Fragen der Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8) | 32 |
| Tabelle 4: | Sieben Fragen der Generalized Anxiety Disorder Scale-7 (GAD-7) | 33 |
| Tabelle 5: | Fragen des Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory (CSSRI) für die Erhebung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen | 34 |
| Tabelle 6: | Soziodemographische Charakteristika der StudienteilnehmerInnen zu T0 | 38 |
| Tabelle 7: | Anzahl an Besuchen in den letzten 6 Monaten | 40 |
| Tabelle 8: | Informationen zu Daten der statistischen Analyse von Fragestellung 1 | 44 |
| Tabelle 9: | Statistische Schätzungen der Mittelwerte des Alters | 45 |
| Tabelle 10: | Kontraste und p-Werte - Alter | 45 |
| Tabelle 11: | Statistische Schätzungen der Mittelwerte des Geschlechts | 45 |
| Tabelle 12: | Kontraste und p-Werte - Geschlecht | 45 |
| Tabelle 13: | Statistische Schätzungen der Mittelwerte des höchsten Bildungsabschlusses | 46 |
| Tabelle 14: | Informationen zu Daten der statistischen Analyse von Fragestellung 2.1 | 47 |
| Tabelle 15: | Statistische Schätzungen der Mittelwerte des SSS-8-Scores | 48 |
| Tabelle 16: | Kontraste und p-Werte – SSS-8-Score | 48 |
| Tabelle 17: | Informationen zu Daten der statistischen Analyse von Fragestellung 2.2 | 48 |
| Tabelle 18: | Statistische Schätzungen der Mittelwerte des GAD-7-Scores | 49 |
| Tabelle 19: | Kontraste und p-Werte – GAD-7-Score | 49 |
| Tabelle 20: | Informationen zu Daten der statistischen Analyse von Fragestellung 3 | 50 |

| | | |
|-------------|---|----|
| Tabelle 21: | Statistische Schätzungen der Mittelwerte des PHQ-9-Scores auf Itemebene | 51 |
| Tabelle 22: | Kontraste und p-Werte – PHQ-9-Scores auf Itemebene | 51 |
| Tabelle 23: | Ergebnisse bisheriger Studien in Bezug auf den Einfluss des Alters auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ... | 56 |
| Tabelle 24: | Ergebnisse bisheriger Studien in Bezug auf den Einfluss des Geschlechts auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen | 57 |
| Tabelle 25: | Ergebnisse bisheriger Studien in Bezug auf den Einfluss des Bildungsabschlusses auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen | 58 |
| Tabelle 26: | Ergebnisse bisheriger Studien in Bezug auf den Einfluss komorbider somatoformer Belastung oder einer Angststörung auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen | 59 |

Abbildungsverzeichnis

| | | |
|--------------|---|----|
| Abbildung 1: | Vulnerabilitäts-Stress-Coping Modell | 16 |
| Abbildung 2: | Diagnose depressiver Episoden nach ICD-11 Kriterien | 19 |
| Abbildung 3: | Flow-Chart zum GET.FEEDBACK.GP Studiendesign | 30 |
| Abbildung 4: | Grafische Darstellung der Häufigkeit der Inanspruchnahme innerhalb von 6 Monaten | 41 |
| Abbildung 5: | PHQ-9-Score zum Zeitpunkt T0 | 41 |
| Abbildung 6: | SSS-8-Score zum Zeitpunkt T0 | 42 |
| Abbildung 7: | GAD-7-Score zum Zeitpunkt T0 | 43 |

Abkürzungsverzeichnis

| | |
|----------|---|
| Bzw. | beziehungsweise |
| CBT | Kognitive Verhaltenstherapie |
| CSSRI | Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory |
| DSM-V | Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5. Ausgabe |
| FDD | Fragebogen zur Depressionsdiagnostik |
| GAD-7 | Generalized Anxiety Disorder Scale |
| HADS | Hospital Anxiety and Depression Scale |
| HDRS | Hamilton Depression Rating Scale |
| ICD-11 | International Classification of Diseases, 11. Version |
| IPT | Interpersonelle Therapie |
| MADRS | Montgomery Asberg Depression Rating Scale |
| PHQ-2 | Patient Health Questionnaire – 2 |
| PHQ-9 | Patient Health Questionnaire – 9 |
| PHQ-15 | Patient Health Questionnaire – 15 |
| PsychThG | Psychotherapeutengesetz |
| SPSS | Statistical Package for Social Sciences |
| SSS-8 | Somatic Symptome Scale 8 |
| u.a. | unter anderem |
| UKE | Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf |
| WHO | World Health Organization |
| z.B. | zum Beispiel |

1 Einleitung

Psychische und Verhaltensstörungen haben seit den 1990er Jahren um ca. 46% zugenommen (Schneider, 2011). Darunter sind Phobien, somatoforme Störungen und depressive Störungen hervorzuheben. Insbesondere die depressiven Störungen gehören in Deutschland zu den häufigsten psychischen Erkrankungen und gehen mit einer Auswirkung auf die Gesundheit und Lebensqualität der Betroffenen einher (Schneider, 2011; Winter, 2006; Wittchen & Jacobi, 2005). Depressive Störungen sind ein Überbegriff für eine Störung des Gemüts, welche die Affektion, die Kognition und die Stimmung negativ beeinflussen kann. Ein mindestens zweiwöchiges Andauern der Symptomatik indiziert eine behandlungsbedürftige Erkrankung (Melchior et al., 2014; Saß & Cording, 2020; World Health Organization, 2021). Das Risiko mindestens einmal im Leben an einer depressiven Störung zu leiden liegt in der deutschen Gesamtbevölkerung bei ca. 16-20% (Bundesärztekammer et al., 2022; Schneider et al., 2017). Die 12-Monatsprävalenz einer depressiven Störung liegt in der deutschen Allgemeinbevölkerung bei ca. 8% (Schneider et al., 2017; Thom et al., 2017). Zudem treten depressive Störungen gehäuft gemeinsam mit körperlichen und anderen psychischen Erkrankungen auf (Melchior et al., 2014). Studien zufolge ist das Risiko für eine körperliche Erkrankung bei PatientInnen mit einer depressiven Störung ca. um den Faktor 2 erhöht (Schneider, 2011). Weiterhin wurde gezeigt, dass depressive Störungen mit einer Zunahme der medizinischen Inanspruchnahme im deutschen Gesundheitssystem einher gehen (Maske et al., 2019; Schneider, 2011). Eine Studie von Simon et al. ergab, dass PatientInnen die an einer depressiven Störung leiden eine höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen haben, als PatientInnen ohne depressive Störung und dadurch höhere Gesundheitsversorgungskosten verursachen (Simon et al., 1995). Darüber hinaus ist der Zugang zu medizinischer Versorgung essentiell, um eine depressive Störung diagnostizieren und behandeln zu können, um Komplikationen wie einer Chronifizierung vorzubeugen (Melchior et al., 2014).

Das Inanspruchnahmeverhalten in Bezug auf Gesundheitsleistungen wird nicht nur von der Diagnose einer depressiven Störung beeinflusst, sondern auch von soziodemografischen Faktoren wie dem Alter, Geschlecht und Bildungsabschluss.

Hinsichtlich des Alters belegen mehrere Studien in der Allgemeinbevölkerung eine Zunahme der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen mit zunehmendem Alter (Baumeister et al., 2004; Prütz et al., 2021; Röding & Elkeles, 2021; Thode et al., 2004). Insbesondere ab einem mittleren Alter von 45 Jahren wurde in einer Studie von Thode et al. eine Steigerung der

Gesundheitsleistungen festgestellt (Thode et al., 2004). Eine Studie von Beekman et al. untersuchte die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei älteren PatientInnen mit einer depressiven Störung und zeigte, dass StudienteilnehmerInnen im Alter von 55 bis 85 Jahren häufiger medizinische Dienstleistungen in Anspruch nehmen als PatientInnen der gleichen Altersgruppe ohne depressive Störung (Beekman et al., 2002).

In Bezug auf das Geschlecht belegen zahlreiche Studien, dass Frauen in der Allgemeinbevölkerung häufiger Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen als Männer (beispielsweise: (Keil et al., 2020; Prütz et al., 2021; Tille et al., 2017). Weiterhin ist bekannt, dass die Prävalenz einer depressiven Störung bei den Frauen höher ist als bei den Männern (Bennett et al., 2005; Bergemann, 2005; Jacobi et al., 2014; Kessler, 2003). Dies könnte ein möglicher Faktor sein, der zu einer unterschiedlichen Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zwischen Männern und Frauen mit depressiver Störung beitragen könnte.

Die International Standard Classification of Education definiert ein abgeschlossenes Studium als höchsten Bildungsabschluss nach der Promotion bzw. Habilitation (UNESCO Institute for Statistics, 2006). Ein höherer Bildungsabschluss kann auch Auswirkungen auf das Inanspruchnahmeverhalten von Gesundheitsleistungen haben. Tille et al. haben in einer Studie gezeigt, dass TeilnehmerInnen mit einem formal niedrigeren Bildungsabschluss häufiger 10-mal oder mehr innerhalb eines Jahres einen Besuch bei HausärztInnen in Anspruch nehmen als TeilnehmerInnen mit einem formal höheren Bildungsabschluss (Tille et al., 2017). Es wird davon ausgegangen, dass ein höherer Bildungsabschluss mit einem höheren Einkommen und einem höheren sozioökonomischen Status assoziiert ist (Bremer & Wübker, 2012). Eine Studie von Bremer und Wübker aus dem Jahr 2012 untersucht die soziale Ungleichheit und die Inanspruchnahme medizinischer und präventiver Leistungen bei TeilnehmerInnen im Alter von 25 bis 69 Jahren in Deutschland. Dabei zeigen die Ergebnisse, dass TeilnehmerInnen mit einem niedrigeren sozioökonomischen Status seltener medizinische und präventive Leistungen in Anspruch nehmen als jene mit höherem sozioökonomischen Status (Bremer & Wübker, 2012). Dies könnte auf ein höheres Gesundheitsverständnis und eine bessere Gesundheitsversorgung aufgrund eines höheren Einkommens und sozioökonomischen Statuses zurückzuführen sein. Ein Plädoyer von von dem Knesebeck et al. von 2009 unterstützt die Ergebnisse der Studie von Bremer und Wübker und beschreibt, dass der Zugang zur Gesundheitsversorgung bei PatientInnen mit unterschiedlichem Versicherungsstatus zugunsten der Privatversicherten ausfällt. Es wurde

beispielsweise gezeigt dass gesetzlich Versicherte längere Wartezeiten in Kauf nehmen müssen als privat Versicherte (von dem Knesebeck et al., 2009).

Es existieren Studien, welche die Assoziation eines höheren Bildungsabschlusses mit einer niedrigeren Prävalenz an depressiven Störungen belegen (Bundesärztekammer et al., 2022). Dies wirft die Frage auf, ob Personen, die von einer depressiven Störung betroffen sind und einen niedrigeren Bildungsabschluss haben, möglicherweise weniger wahrscheinlich Zugang zu einer angemessenen medizinischen Versorgung haben und diese in Anspruch nehmen als Personen mit einer depressiven Störung und einem höheren Bildungsabschluss.

In der Erforschung dieses Themengebiets wurden bisher wenige Studien durchgeführt, die sich mit dem Zusammenhang zwischen depressiven Erkrankungen und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen beschäftigen. Zudem gibt es bislang kaum Untersuchungen, die sich speziell auf den Einfluss unterschiedlicher soziodemografischer Faktoren, komorbider psychischer Erkrankungen und des Depressionstyps innerhalb der Gruppe von PatientInnen mit depressiver Störung konzentrieren. Das Ziel dieser Dissertation ist es, den Einfluss von Alter, Geschlecht und Bildungsabschluss auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei PatientInnen mit Verdacht auf eine depressive Störung zu identifizieren. Weiterhin soll untersucht werden, ob eine komorbide somatische Symptombelastung oder erhöhte Ängstlichkeit oder die Art der depressiven Störung die Anzahl in Anspruch genommener Gesundheitsleistungen bei PatientInnen mit Verdacht auf eine depressive Störung beeinflussen. Die Ergebnisse dieser Untersuchung sollen dazu beitragen, zukünftige Forschung und Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung von PatientInnen mit depressiver Störung zu unterstützen.

2 Theoretischer Hintergrund

2.1 Depression

Die depressive Störung ist in der International Classification of Diseases, 11. Version (ICD-11) der World Health Organisation (WHO) unter Kapitel 6, den „mental, behavioural and neurodevelopmental disorders“ zugeordnet. Sie ist definiert als Beeinträchtigung der Kognition, der Stimmung und des Affekts. (Saß & Cording, 2020; World Health Organization, 2021)

2.1.1 Epidemiologie

Depressive Störungen zählen zu den häufigsten psychischen Erkrankungen in Deutschland (Winter, 2006; Wittchen & Jacobi, 2005). Das Risiko mindestens einmal im Leben an einer depressiven Störung zu erkranken (Lebenszeitprävalenz) beträgt in der deutschen Allgemeinbevölkerung ca. 16-20% (Bundesärztekammer et al., 2022; Schneider et al., 2017). Studien haben gezeigt, dass die Prävalenz in städtischen Gebieten und bei Frauen höher ist. (Bennett et al., 2005; Bergemann, 2005; Jacobi et al., 2014; Kessler, 2003). Genetisch epidemiologische Studien weisen auf eine familiäre Häufung von depressiven Störungen hin. Bei Verwandten ersten Grades ist die Wahrscheinlichkeit, im Laufe ihres Lebens eine depressive Störung zu entwickeln, 50% höher als in der Allgemeinbevölkerung (Schneider et al., 2017; Wittchen et al., 2011). Eine dänische Zwillingsstudie zeigte eine Konkordanzrate von 50% bei eineiigen Zwillingen und 15-20% bei zweieiigen Zwillingen (Bertelsen et al., 1977). Je früher eine depressive Störung auftritt, desto höher ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine genetische Komponente vorliegt. Innerhalb der Familien ist ein abnehmendes Erkrankungsalter zu beobachten, so dass Kinder von Eltern mit depressiven Störungen ein erhöhtes Risiko haben, bereits in der Kindheit oder Pubertät eine depressive Störung zu entwickeln. Zudem wird eine Zunahme der familiären Übertragung beobachtet, wenn sie von der Mutter vererbt wird (Maier, 2004).

2.1.2 Ätiologie

Eine abschließende Erklärung für die Entstehung von depressiven Störungen konnte bis heute nicht gefunden werden. Es wird eine multifaktorielle Genese, einschließlich biologischer, psychologischer und sozialer Faktoren vermutet. Dabei kann die Bedeutung der einzelnen Faktoren individuell sehr unterschiedlich sein (Bundesärztekammer et al., 2022; Schneider, 2011; Wien, 2008).

Biologische Faktoren wie genetische Disposition oder Neurotransmissionsstörungen können die Entstehung einer depressiven Störung begünstigen (Schneider, 2011; Wien, 2008). Die Monoamin-Hypothese erklärt die molekularen Prozesse hinter der Neurotransmissionsstörung. Es wird angenommen, dass ein relativer Mangel von Serotonin und Noradrenalin aufgrund einer verringerten Produktion im synaptischen Spalt besteht. Dieser Erklärungsansatz basiert auf der Beobachtung, dass die Symptome einer depressiven Störung durch die Wirkstoffe von Antidepressiva gelindert werden können. Diese Arzneimittel erhöhen die Konzentration von Monoaminen in der Synapse durch verschiedene Mechanismen und führen zu einer Linderung der depressiven Symptomatik (Hirschfeld, 2000; Messer & Hermann, 2018). Darüber hinaus können depressive Störungen organische Ursachen haben, wie zum Beispiel (z.B.) Schilddrüsenfunktionsstörungen, Demenz oder Morbus Parkinson (Schneider, 2011; Wien, 2008). Psychologische Faktoren beinhalten Persönlichkeitsfaktoren wie eine dysfunktionale Affektregulation und ein dysfunktionales soziales Verhalten und können ebenfalls zur Entstehung einer depressiven Störung beitragen (Bundesärztekammer et al., 2022; Mohr et al., 2017; Schneider, 2011). Bei sozialen Faktoren handelt es sich um anhaltende Überforderung und berufliche oder private Belastungssituationen, wie z.B. Trennung, Tod oder Konflikte (Mohr et al., 2017).

Die Krankheitsentwicklung lässt sich in drei Kategorien unterteilen: Prädisponierende Faktoren, auslösende Faktoren und aufrechterhaltende Faktoren (Schneider, 2011). Zu den prädisponierenden Faktoren gehört die Vulnerabilität. Sie beschreibt eine Affinität für die Entwicklung einer Erkrankung und beinhaltet biologische Faktoren wie beispielsweise eine Beeinträchtigung der Hirnreifung und psychosozialen Faktoren wie der elterliche Verlust oder Missbrauch (Berking & Rief, 2012; Schneider, 2011). Den auslösenden Faktoren werden traumatische oder kritische Lebensereignisse wie Beziehungskrisen oder der Verlust einer nahestehenden Person zugeordnet. Sie gehen dem Krankheitsbeginn unmittelbar voraus (Bundesärztekammer et al., 2022; Schneider, 2011). Aufrechterhaltende Faktoren sind krankheitsverstärkende Reaktionen. Zu ihnen zählen beispielsweise ein mangelndes Selbstvertrauen (Mohr et al., 2017; Schneider, 2011).

Schutzfaktoren sind Gegenspieler der Krankheitsentstehung. Zu ihnen gehören stabile emotionale Beziehungen und sozialer Rückhalt (Berking & Rief, 2012; Schneider, 2011).

Ein Modell zur Entwicklung einer depressiven Störung, das diese Aspekte aufgreift ist das in Abbildung 1 dargestellte Vulnerabilitäts-Stress-Coping Modell. Demnach wird die individuelle Vulnerabilität mit Stressoren wie somatische Erkrankung, Verlust des Arbeitsplatzes oder Trennung addiert. Wird dadurch die Erkrankungsschwelle überschritten, kommt es zur

Manifestation einer depressiven Störung. Zu beachten ist, dass die Erkrankungsschwelle ebenfalls individuell ist und durch Schutzfaktoren moduliert wird. Wie in Abbildung 1 dargestellt, gilt je niedriger die Summe aus Vulnerabilität und Stressoren und höher die protektiven Faktoren, desto größer die Wahrscheinlichkeit, dass die Krankheitsschwelle nicht überschritten wird und es nicht zur Manifestation einer depressiven Störung kommt (Mohr et al., 2017; Schneider, 2011).

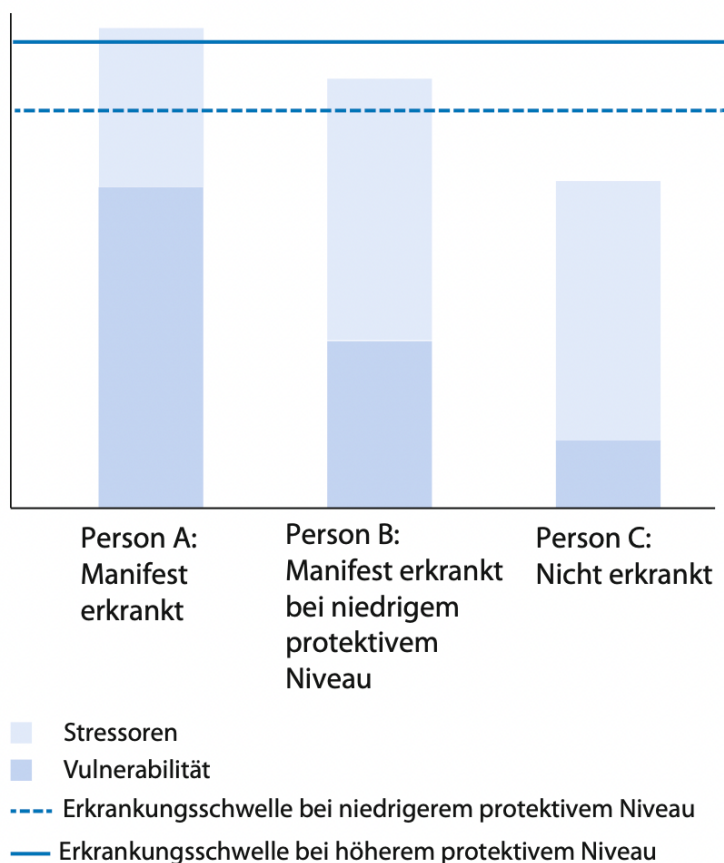


Abbildung 1: Vulnerabilitäts-Stress-Coping Modell (aus Schneider 2011)

2.1.4 Klassifikation und Symptome nach der ICD-11

Gemäß ICD-11 wird die depressive Störung unter dem Code „6A70“ als singuläre depressive Episode bzw. „6A71“ als rezidivierende depressive Episode klassifiziert. Auf die Begriffe wird in Kapitel 2.1.6 näher eingegangen. Die Ziffer nach dem Komma beschreibt die Schwere der Symptome. Eine leichte depressive Episode wird als "6A70/6A71.0" codiert, eine mittelgradige Episode als "6A70/6A71.1" und eine schwere Episode als "6A70/6A71.3". Wenn die depressive Episode mit psychotischen Symptomen einhergeht, wird sie als „6A71.2“ oder

„6A71.4“ kodiert, je nachdem, ob sie im Rahmen einer mittelgradigen oder schweren depressive Störung auftreten (World Health Organization, 2021).

Klinische Symptome der depressiven Störung sind nach Angaben der ICD-11:

1. gedrückte Stimmung
2. verminderte Freude und Interesse
3. verminderte Konzentrations- und Aufmerksamkeitsfähigkeit
4. geringes Selbstwertgefühl
5. Hoffnungslosigkeit
6. Suizidgedanken und/oder -handlungen
7. psychomotorische Unruhe
8. Schlafstörungen
9. Appetitveränderungen
10. verminderter Antrieb und erhöhte Müdigkeit

Dabei gehören die Symptome 1 und 2 in das affektive Cluster, die Symptome 3, 4, 5 und 6 in das kognitive Cluster und die Symptome 7, 8, 9 und 10 in das neurovegetative Cluster (Bundesärztekammer et al., 2022; World Health Organization, 2021).

Im Rahmen einer depressiven Störung können ebenso anhaltende körperliche Symptome wie Kopfschmerzen, Bauchschmerzen oder Rückenschmerzen auftreten (Bundesärztekammer et al., 2022). Des Weiteren können zusätzlich zur depressiven Symptomatik psychotische Symptome wie Wahnideen und Halluzinationen vorliegen (Bundesärztekammer et al., 2022; Schneider et al., 2017).

2.1.5 Diagnostik

Die Diagnose einer depressiven Störung ist häufig dadurch erschwert, dass PatientInnen die depressive Symptomatik eher organischen Ursachen zuordnen. Sie klagen über allgemeines Unwohlsein oder anhaltende körperliche Symptome (Berking & Rief, 2012; Bundesärztekammer et al., 2022; Schneider et al., 2017). Diese Fehlzuschreibung spiegelt sich in der Erkennungsrate einer depressiven Störung im Hausärztlichen Setting wider. Die Erkennungsrate liegt bei ca. 45% (Sielk et al., 2009). Die Erkennungsrate einer depressiven Störung kann durch eine ausführliche Anamneseerhebung und körperliche Untersuchung verbessert werden. Daher ist bei Verdacht auf eine depressive Störung und nach Ausschluss organischer Ursachen eine aktive Exploration essenziell (Berking & Rief, 2012; Bundesärztekammer et al., 2022; Schneider et al., 2017).

Zur vollständigen Diagnostik einer depressiven Störung gehören: Die Erfassung der Symptomatik und des zeitlichen Verlaufs, der Ausschluss differenzialdiagnostischer psychischer Störungen und organischer Ursachen wie beispielsweise eine Schilddrüsenerkrankung oder einer Stoffwechselstörung, die Erfassung von Komorbiditäten und das Erfragen von Suizidalität (Bundesärztekammer et al., 2022; Doering et al., 2013).

Die Bestimmung der Schwere einer depressiven Störung nach ICD-11 ist in Abbildung 2 dargestellt. Der Schweregrad wird durch die Anzahl und Ausprägung der klinischen Symptome, welche in 2.1.4 aufgelistet sind und die Einschränkung der Funktionsfähigkeit graduiert. Für die Diagnose einer depressiven Störung müssen mindestens 5 Symptome vorhanden sein, wobei mindestens ein Symptom aus dem affektiven Cluster und 3 aus dem kognitiven und neurovegetativen Cluster vorliegen müssen. Zudem müssen die Symptome über einen Zeitraum von mindestens zwei Wochen an fast jedem Tag vorhanden sein. (Bundesärztekammer et al., 2022).

| | | | |
|---|--|---|--|
| Affektives Cluster | | | ≥ 1 |
| <ul style="list-style-type: none"> gedrückte, depressive Stimmung Interessenverlust, Freudlosigkeit | | | |
| | | | + |
| Kognitives Cluster | | | ≥ 3 |
| <ul style="list-style-type: none"> verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen, Gefühle von Schuld und Wertlosigkeit Hoffnungslosigkeit Wiederkehrende Gedanken an den Tod, Suizidgedanken/-handlungen | | | |
| Neurovegetatives Cluster | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Schlafstörungen signifikant verminderter oder erhöhter Appetit psychomotorische Unruhe oder Verlangsamung Antriebsmangel, erhöhte Ermüdbarkeit | | | |
| Symptome ≥ 2 Wochen fast jeden Tag | | | ≥ 5 |
| Ausprägung der Symptomatik | kein Symptom stärker ausgeprägt | mehrere Symptome stärker ausgeprägt oder große Anzahl an gering ausgeprägten Symptomen | viele/die meisten Symptome stärker ausgeprägt oder geringere Anzahl von Symptomen intensiv ausgeprägt |
| Funktionsfähigkeit (persönlich, familiär, sozial, schulisch, beruflich ...) | in einem oder mehreren Bereichen etwas eingeschränkt | in mehreren Bereichen erheblich eingeschränkt | in den meisten Bereichen ernsthaft eingeschränkt |
| Schweregrad nach ICD-11 | leicht | mittelgradig | schwer |
| ohne psychotische Symptome | 6A70/71.0 | 6A70/71.1 | 6A70/71.3 |
| mit psychotischen Symptomen | – | 6A70/71.2 | 6A70/71.4 |

Abbildung 2: Diagnose depressiver Episoden nach ICD-11 Kriterien (aus Bundesärztekammer et al., S. 32)

2.1.6 Psychometrische Tests und Symptomskalen

Es gibt zahlreiche psychometrische Tests zur Einschätzung der Symptomschwere im Rahmen der Diagnostik und Evaluation von Symptomveränderung im Verlauf einer depressiven Störung. Sie werden unterteilt in Tests zur Selbst- und Fremdeinschätzung (Bundesärztekammer et al., 2022).

Der Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2) kann als erster kurzer Test bei depressionstypischen Symptomen durchgeführt werden und auf das Vorliegen einer depressiven Störung hindeuten. Er ist die Ultrakurzform des Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) und erfragt das Vorhandensein der beiden Hauptsymptome einer depressiven

Störung: „gedrückte Stimmung“ und „verminderte Freude und Interesse“ in den letzten zwei Wochen. Werden beiden Fragen durch den Patienten mit Ja beantwortet, sollte sich eine genauere Depressionsdiagnostik anschließen. Der Test weist Studien zufolge eine gute Validität auf und ist gleichzeitig ohne komplizierte Auswertung im Rahmen eines alltäglichen Arztbesuches durchführbar (Bundesärztekammer et al., 2022; Whooley et al., 1997).

Zu den Selbstbeurteilungsskalen gehören unter anderem die Allgemeine Depressionsskala, der PHQ-9, der Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) und der Fragebogen zur Depressionsdiagnostik (FDD) (Berking & Rief, 2012; Bundesärztekammer et al., 2022; Petermann, 2015; Regen & Benkert, 2017; Schneider et al., 2017). Auf den PHQ-9 wird in Kapitel 3.2.1 genauer eingegangen.

Zu den Fremdbeurteilungsskalen gehören beispielsweise die Hamilton Depression Rating Scale (HDRS) und die Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) (Berking & Rief, 2012; Bundesärztekammer et al., 2022; Regen & Benkert, 2017; Schneider et al., 2017).

2.1.7 Verlauf und Therapie

Der Verlauf einer depressiven Störung ist sehr individuell und hängt unter anderem vom Schweregrad der Erkrankung, von der Dauer der Symptome und der Art der Therapie ab (Bundesärztekammer et al., 2022). Allgemein lässt sich eine depressive Störung in einen episodischen, rezidivierenden oder chronischen Verlauf unterteilen (Doering et al., 2013; Schneider et al., 2017). Die depressive Episode hat eine begrenzte Dauer und kann nach Wochen oder Monaten ohne therapeutische Behandlung abklingen (Bundesärztekammer et al., 2022; Üstün et al., 2004). Eine rezidivierende depressive Störung beschreibt das Wiederauftreten von depressiven Episoden nach einer remissionsfreien Phase. Eine chronische depressive Störung bezeichnet eine Depression, die mindestens zwei Jahre anhält und meist nicht auf eine Behandlung anspricht (Bundesärztekammer et al., 2022; Schneider et al., 2017). Hält eine subsyndromale depressive Verstimmung über mindestens zwei Jahre an (Dysthymie), kann sich daraus bei zusätzlicher depressiver Episode eine Doppel-Depression entwickeln (Bundesärztekammer et al., 2022).

Die Behandlung einer depressiven Störung kann ihren Verlauf positiv beeinflussen. Ziel der Behandlung einer depressiven Störung ist die Symptomlinderung bis hin zur vollständigen Remission oder die Verhinderung von Rückfällen, sowie die Wiederherstellung oder Aufrechterhaltung der Leistungsfähigkeit und sozialen Interaktion (Regen & Benkert, 2017).

Die Behandlung kann Medikamente und/oder Psychotherapie beinhalten und durch lebensstilbezogene Veränderungen wie körperliche Aktivität zur Freisetzung von Endorphinen,

ergänzt werden. Im Allgemeinen sollte im Rahmen der Therapieplanung eine partizipative Entscheidungsfindung erfolgen, um die Adhärenz und die Patientenzufriedenheit zu erhöhen und damit die Wahrscheinlichkeit eines Therapieerfolgs zu steigern (Regen & Benkert, 2017). Der individuelle Behandlungsplan hängt unter anderem von der Schwere der depressiven Störung ab. Ist die depressive Störung leicht ausgeprägt, so besteht die Möglichkeit zunächst ein aktiv-abwartendes Verhalten zu versuchen, da sich die depressive Symptomatik ohne therapeutische Maßnahme zurückbilden kann (Bundesärztekammer et al., 2022; Regen & Benkert, 2017). Sollten therapeutische Maßnahmen notwendig sein, können Psychoedukation, körperliche Aktivität, soziale Kontakte und unterstützende Gespräche eingesetzt werden (Bundesärztekammer et al., 2022). In der Behandlung der mittelschweren depressiven Störung sind die kognitive Verhaltenstherapie (CBT) oder interpersonelle Therapie (IPT) psychotherapeutische Behandlungsoptionen. Die CBT hilft negative Gedanken und Verhaltensweisen zu erkennen und zu verändern. Die IPT hat das Ziel die Beziehung einer Person zu anderen zu verbessern und die Konfliktbewältigung zu schulen (Bundesärztekammer et al., 2022; Cuijpers et al., 2013; Schramm, 2017). Bei Bedarf kann eine zusätzliche Therapie mit Antidepressiva erfolgen. Antidepressiva können durch eine Erhöhung der Neurotransmitterverfügbarkeit im Gehirn zu einer verbesserten Regulation der Stimmung beitragen (Bundesärztekammer et al., 2022). Die Erstlinientherapie einer schweren Depression ist die Kombination aus Psychotherapie und Antidepressiva. Weiterhin gibt es bei schweren behandlungsresistenten depressiven Störungen die Möglichkeit neurostimulatorischen Verfahren ergänzend einzusetzen. Dazu gehören die Elektrokrampftherapie und die repetitive transkranielle Magnetstimulation (Bundesärztekammer et al., 2022; Schneider et al., 2017).

2.2 Ambulante psychotherapeutische Versorgungssituation

Die Lebenszeitprävalenz depressiver Störungen liegt in der deutschen Bevölkerung bei etwa 16-20 % (Schneider et al., 2017). Damit ist jede/r 5. bis 6. PatientIn beim Hausarzt/bei der Hausärztin von einer depressiven Störung betroffen (Kohlmann et al., 2020; Sielk et al., 2009). Mit einer depressiven Störung ist eine hohe soziale Krankheitslast verbunden (Jacobi, 2009). In der Behandlung der depressiven Störungen ist die Psychotherapie eine der wichtigsten Säulen (Caspar et al., 2008).

Die meisten ambulanten Psychotherapien werden durch niedergelassene ärztliche und psychologische PsychotherapeutInnen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen durchgeführt. Die ambulante Versorgung von privat versicherten oder selbst zahlenden

Personen mit psychischen Erkrankungen wird zusätzlich von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeuten in privater Praxis geleistet. (Nübling, 2009)

Bevor PatientInnen eine Psychotherapie in Anspruch nehmen können, müssen sie eine Reihe von Barrieren überwinden. Zum einen haben Studien eine niedrige Erkennungsrate von ca. 45% bei psychischer Erkrankungen im hausärztlichen Setting beschrieben (Hartmann & Zepf, 2003; Sielk et al., 2009). Weiterhin zeigte sich, dass Betroffene, die sich mit ihren psychischen Problemen an ihre/n Arzt/Ärztin wenden, unzureichend innerhalb des medizinischen Systems weitergeleitet werden (Albani et al., 2010). Darüber hinaus wurde eine lange Wartezeit auf ambulante psychotherapeutische Behandlungsplätze festgestellt. Die Wartezeit variierte zwischen 2,7 und 4,6 Monaten (Walendzik et al., 2011; Zepf et al., 2003). Einer der Faktoren, der die Wartezeit beeinflusst, ist der Versicherungsstatus. Es wurde beobachtet, dass gesetzlich Versicherte eine durchschnittliche Wartezeit von 5,6 Monaten hatten, während privat versicherte PatientInnen eine Wartezeit von 3,2 Monaten aufwiesen (Zepf et al., 2003). Zudem lassen sich deutliche regionale Unterschiede feststellen. Besonders schlecht ist den Ergebnissen einer Studie von Wittchen und Jacobi zufolge die Versorgungslage dort, wo keine Universitäten oder psychotherapeutische Weiterbildungsinstitute in der Nähe sind (Wittchen & Jacobi, 2001).

Um den Bedarf ambulanter Psychotherapie flächendeckend sicherzustellen, erfolgte im April 2017 eine Reform der Psychotherapie-Richtlinien durch den gemeinsamen Bundesausschuss. Eine Maßnahme war die Errichtung einer Terminservicestelle. Diese haben die Aufgabe der Organisation eines Erstgesprächs. Im Rahmen des Erstgesprächs wird der psychotherapeutischen Behandlungsbedarf geklärt. Ziel der Reform ist der zeitnahe Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung im Anschluss an das Erstgespräch, um eine Chronifizierung zu vermeiden (LSG Berlin-Brandenburg, 2019).

Nach der Reform konnte die Wartezeit auf ein Erstgespräch verkürzt werden. Eine Untersuchung des Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE) im Auftrag der Bundespsychotherapeutenkammer zeigte eine Verkürzung der Wartezeit von 12,5 Wochen im Jahr 2011 auf 5,7 Wochen im Jahr 2017 (Bundespsychotherapeutenkammer, 2018). Außerdem konnte die Wartezeit auf einen Behandlungsplatz zwar um ca. 4 Wochen verkürzt werden, ist aber weiterhin lang. Die Untersuchung des UKE zeigte eine Verkürzung von 23,4 Wochen im Jahr 2011 auf 19,5 Wochen im Jahr 2017. Weiterhin ergab eine Auswertung von 300.000 Versichertendaten durch die Bundespsychotherapeutenkammer im Jahr 2019, dass 40% der Versicherten eine Wartezeit von 3-9 Monaten auf einen Therapieplatz nach Feststellung eines Behandlungsbedarfs hatten (Bundespsychotherapeutenkammer, 2021).

Eine deutschlandweite Erhebung von Bleckmann et al. ergab eine Wartezeit von 12 Wochen nach dem Erstgespräch und eine Wartezeit von insgesamt 18 Wochen ab dem Erstkontakt (Bleckmann et al., 2022). Zudem ergaben sich deutliche Unterschiede auf Bundeslandebene. Während die Wartezeit auf den ersten Behandlungstermin in Berlin bei ca. 3 Monaten liegt, ist sie im Saarland mit ca. 6 Monaten doppelt so hoch (Bundespsychotherapeutenkammer, 2018). Außerdem konnten durch die Reform die regionalen Unterschiede nicht ausgeglichen werden. So zeigte die Untersuchung des UKE eine durchschnittliche Wartezeit in der Großstadt von ca. 4 Monaten, wohingegen sie im Ruhrgebiet bei ca. 7 Monaten lag (Bundespsychotherapeutenkammer, 2018). Diese Ergebnisse werden durch die Ergebnisse der Untersuchung von Bleckmann et al. gestützt. Sie zeigte, dass in der Stadt zwischen Erstkontakt und Therapiebeginn im Schnitt 8 Wochen vergingen, wohingegen es auf dem Land ca. 24 Wochen waren (Bleckmann et al., 2022).

Die Studien ergaben heterogene Ergebnisse bezüglich der Wartezeit auf einen psychotherapeutischen Behandlungsplatz. Insgesamt zeigt sich aber, dass die Wartezeiten auf einen ambulanten Psychotherapieplatz in Deutschland vor der Reform 2017 lang waren und nach der Reform weiterhin lang sind. Gründe dafür sind die niedrigen hausärztliche Detektionsraten, eine unzureichende Weiterleitung innerhalb des medizinischen Systems und regionale Versorgungsunterschiede. Die daraus resultierenden langen Wartezeiten können durch die anhaltende psychische Belastung der PatientInnen zur Chronifizierung der Erkrankungen und vermehrter Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung beitragen (Gaebel, 2016).

2.3 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Abhängigkeit von soziodemografischen Faktoren

Im Folgenden werden bisherige Forschungsergebnisse in Bezug auf den Zusammenhang zwischen Alter, Geschlecht und höchstem Bildungsabschluss und der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in der Allgemeinbevölkerung beleuchtet.

2.3.1 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Abhängigkeit vom Alter

Im Kindesalter sind Kinderfrüherkennungsuntersuchungen (U-Untersuchungen) und Impfungen ein wichtiger Bestandteil der Gesundheitsvorsorge. Kinder werden regelmäßig zu Vorsorgeuntersuchungen beim Kinderarzt eingeladen, um das Wachstum und die körperliche Entwicklung zu überwachen. Diese Untersuchungen dienen auch dazu, frühzeitig mögliche

Entwicklungsstörungen oder Erkrankungen zu erkennen und gegebenenfalls zu behandeln. Zudem suchen Eltern ärztlichen Rat auf, wenn ihre Kinder Krankheitssymptome aufzeigen, um sicherzustellen, dass diese abgeklärt werden und ihr Kind schnellstmöglich wieder gesund wird (Kamtsiuris et al., 2007).

Im Jugendalter ist die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen je nach Lebensstil sehr unterschiedlich. Bei Jugendlichen kann es z.B. durch Tabakkonsum zu gesundheitlichen Probleme kommen (Fassmer et al., 2019). Außerdem sind Verletzungen im Rahmen von Unfälle, wie Sportverletzungen, Fahrradstürze oder Verletzungen im Straßenverkehr bei ca. 13-20% aller Jugendlichen pro Jahr ein Vorstellungsgrund (Fegeler et al., 2014).

Im Erwachsenenalter stellen regelmäßige Kontroll- und Präventionsuntersuchungen sowie gesundheitliche Beschwerden und Medikamentenverordnungen die häufigsten Gründe für Arztkonsultationen dar. Im höheren Lebensalter nimmt die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen tendenziell zu, was unter anderem auf die höhere Prävalenz chronischer Erkrankungen bei älteren Menschen zurückzuführen ist (Prütz et al., 2021). Eine Vielzahl von Studien belegen diese Zusammenhänge. So konnten Thode et al. 2004 zeigen, dass die Anzahl der Arztkontakte bei Männern und Frauen ab dem mittleren Alter (45 Jahre) deutlich ansteigt (Thode et al., 2004). In einer weiteren Studie von Baumeister et al. 2004 zeigte sich eine überproportionale Zunahme der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen mit zunehmendem Alter (Baumeister et al., 2004). Roding & Elkeles bestätigen in ihrer Studie, dass ältere Personen eine höhere Wahrscheinlichkeit haben ambulante ärztliche Leistungen in Anspruch zu nehmen (Röding & Elkeles, 2021).

2.3.2 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Abhängigkeit vom Geschlecht

Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird auch durch das Geschlecht beeinflusst. Zudem ist das Geschlecht ein wichtiger Faktor zur Identifizierung möglicher Ungleichheiten in der medizinischen Versorgung zwischen Frauen und Männern (Keil et al., 2020). Eine Vielzahl von Studien hat gezeigt, dass Frauen im Allgemeinen mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen als Männer (Keil et al., 2020; Prütz et al., 2021; Rattay et al., 2013; Röding & Elkeles, 2021; Tille et al., 2017). Die möglichen Gründe dafür liegen in geschlechtsspezifischen Unterschieden wie der Reproduktionsbiologie, dem Gesundheitsbewusstsein und der Krankheitswahrnehmung sowie den

geschlechtsspezifischen gesellschaftlichen Rollenerwartungen (Keil et al., 2020; Röding & Elkeles, 2021).

Eine repräsentative Studie von Baumeister et al. zeigte, dass Frauen im Vergleich zu Männern innerhalb der letzten 12 Monate mehr Kontakte zu AllgemeinmedizinerInnen und/oder InternistInnen hatten (6,8 vs. 5,2) (Baumeister et al., 2004). Es ist zu beachten, dass diese Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren sind, da in anderen Studien eine höhere Inanspruchnahme bestimmter Facharztgruppen bei Männern im Vergleich zu Frauen festgestellt wurde. Eine Studie von Keil et al. untersuchte die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in einer Zufallsstichprobe und fand heraus, dass Frauen im Vergleich zu Männern häufiger HausärztInnen, PsychiaterInnen und PsychotherapeutInnen konsultieren. Im Gegensatz dazu wurde bei Männern eine höhere Inanspruchnahme von Terminen bei KardiologInnen und UrologInnen im Vergleich zu Frauen beobachtet (Keil et al., 2020).

2.3.3 Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Abhängigkeit vom Bildungsabschluss

Eine Vielzahl von Studien belegen den Einfluss der Bildung auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozio-ökonomischen Status, in den formal der Bildungsgrad miteinfließt, nehmen vermehrt ÄrztInnen für Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Psychiatrie sowie Psychotherapie in Anspruch (Lampert et al., 2018). Weiterhin zeigte eine Studie von Tille et al., dass formal niedrig gebildete Menschen häufiger HausärztInnen konsultieren als formal höher gebildete Menschen (Tille et al., 2017). Eine Studie von Röckl-Wiedmann et al. ergab, dass Menschen mit Abitur und höherer sozialer Schicht im Allgemeinen mehr Fachärzte aufsuchen. In Addition zeigte eine Untersuchung von Fasel et al., dass höher gebildete Menschen häufiger spezialisierte Behandlungen in Anspruch, während Menschen mit niedrigerer Bildung eher allgemeinmedizinische Behandlungen oder Notfallmedizin in Anspruch nehmen (Fasel et al., 2010). Diese Ergebnisse könnte damit zusammenhängen, dass Menschen mit formaler höherer Bildung eher in der Lage sind, einen geeigneten Ansprechpartner für ihre spezifischen Gesundheitsbedürfnisse zu finden (Röckl-Wiedmann et al., 2002).

Eine Studie von Röding und Elkeles deutet darauf hin, dass der soziale Status einer Person, in den der Bildungsgrad miteinfließt, ebenfalls einen Einfluss darauf hat, ob ambulante ärztliche Leistungen in Anspruch genommen werden oder nicht. Menschen mit höherem

sozialen Status haben dabei eine höhere Wahrscheinlichkeit, ambulante ärztliche Leistungen in Anspruch zu nehmen als Menschen mit niedrigem sozialen Status (Röding & Elkeles, 2021).

2.4 Fragestellungen und Hypothesen

Ziel dieser Dissertation ist, die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten bei PatientInnen mit Verdacht auf eine depressive Störung im primärärztlichen Setting zu untersuchen und stratifiziert nach soziodemografischen Faktoren, komorbider psychischer Belastung und Depressionscharakter zu testen. Als Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wird die Anzahl an Besuchen bei AllgemeinmedizinerInnen, HausärztInnen, PsychiaterInnen und PsychologInnen/PsychotherapeutInnen in den letzten 6 Monaten gemessen.

Folgende Fragestellung mit dazugehörigen Hypothesen soll untersucht werden:

Fragestellung 1: Unterscheidet sich die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei PatientInnen mit Verdacht auf eine depressive Störung (PHQ-9 \geq 10 Punkte) in Abhängigkeit von Alter, Geschlecht und Bildung?

Hypothese 1.1 – Faktor Alter: Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ist bei PatientInnen ab dem mittleren Alter (45 Jahre) höher als bei PatientInnen unter 45 Jahren.

Hypothese 1.2 – Faktor Geschlecht: Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ist bei Patientinnen höher als bei Patienten.

Hypothese 1.3 – Faktor Bildung: Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ist bei PatientInnen mit höherem Bildungsabschluss höher als bei PatientInnen mit niedrigerem Bildungsabschluss.

Weiterhin soll untersucht werden, ob komorbide psychische Belastungen wie eine hohe somatische Symptombelastung oder erhöhte Ängstlichkeit mit einer erhöhten Inanspruchnahme assoziiert sind. Dazu soll folgende Fragestellung und dazugehörige Hypothesen überprüft werden:

Fragestellung 2: Unterscheidet sich die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei PatientInnen mit Verdacht auf eine depressive Störung (PHQ-9 \geq 10 Punkte) in Abhängigkeit von einer zusätzlich hohen somatischer Symptombelastung (SSS-8 \geq 12 Punkte) oder erhöhten Ängstlichkeit (GAD-7 \geq 10 Punkte)?

Hypothese 2.1: PatientInnen mit zusätzlich hoher somatischer Symptombelastung (SSS-8 \geq 12 Punkte) nehmen signifikant häufiger Gesundheitsleistungen in Anspruch als PatientInnen mit niedriger somatischer Symptombelastung.

Hypothese 2.2: PatientInnen mit erhöhter Ängstlichkeit GAD-7 \geq 10 Punkte) nehmen häufiger Gesundheitsleistungen in Anspruch als PatientInnen ohne erhöhte Ängstlichkeit.

Die depressive Störung kann durch Symptome, welche die Motivation betreffen und solche, die somatische Beschwerden verursachen bestimmt werden. Studien zufolge gehören die Symptome Schwierigkeiten ein- und durchzuschlafen (PHQ-9 Frage 3), Müdigkeit (PHQ-9 Frage 4) und Appetitstörungen (PHQ-9 Frage 5) zu den somatischen Symptomen (Fried & Nesse, 2015; Kapfhammer, 2022). Zu Symptomen, welche die Motivation betreffen gehören wenig Interesse (PHQ-9 Frage 1), Niedergeschlagenheit/Hoffnungslosigkeit (PHQ-9 Frage 2) und Schwierigkeiten sich auf etwas zu konzentrieren (PHQ-9 Frage 7) (Duivis et al., 2013). Dazu soll folgende Fragestellung und dazugehörige Hypothese untersucht werden:

Fragestellung 3: Nehmen PatientInnen mit Verdacht auf eine depressive Störung (PHQ-9 \geq 10 Punkte), die vor allem zu körperlichen Beschwerden wie Schlafstörungen, Müdigkeit oder Störungen des Appetits führt, häufiger Gesundheitsleistungen in Anspruch verglichen mit PatientInnen mit Verdacht auf eine depressive Störung, welche die Motivation beeinflusst (gemessen auf PHQ-9 Item-Ebene)?

Hypothese 3: PatientInnen mit Verdacht auf eine depressive Störung, die in erster Linie zu körperlichen Beschwerden führt, nehmen signifikant häufiger Gesundheitsleistungen in Anspruch als PatientInnen mit Verdacht auf eine depressive Störung, welche die Motivation beeinflusst.

3 Methodik

3.1 Studienaufbau

Im nachfolgenden Abschnitt wird der Studienaufbau erläutert, in dessen Rahmen die vorliegende Dissertation entstanden ist.

3.1.1 Projektbeschreibung

Die Dissertation ist im Rahmen der GET.FEEDBACK.GP Studie entstanden. Die GET.FEEDBACK.GP Studie ist eine multizentrische, dreiarmige, einfach verblindete randomisiert-kontrollierte Studie, die unter alltäglichen klinischen Bedingungen in 64 Hausarztpraxen in Nord- (Hamburg), Ost- (Jena) und Süddeutschland (Heidelberg, München, Tübingen) durchgeführt wurde (Kohlmann et al., 2020). GET.FEEDBACK.GP ist eine Erweiterung der DEPSCREEN-INFO-Studie, in der gezeigt wurde, dass ein Feedback an PatientInnen nach einem Depressionsscreening den Schweregrad der Depression bei HerzpatientInnen verringert (Brettschneider et al., 2017; Kohlmann et al., 2020). Ziel der GET.FEEDBACK.GP Studie war es die Wirksamkeit von patientenorientiertem Feedback auf den Verlauf der depressiven Störung als Ergänzung zum Depressionsscreening in der Primärversorgung zu untersuchen.

3.1.2 Studienablauf

Im Rahmen der Datenerhebung wurden zuerst elektronische Fragebögen zu den persönlichen Daten der StudienteilnehmerInnen sowie ihrer allgemeinen und psychischen Gesundheit ausgefüllt. Anschließend führten diejenigen, die die Einschlusskriterien erfüllten und keine Ausschlusskriterien aufwiesen (siehe Tabelle 1), ein Depressionsscreening (PHQ-9) im Rahmen eines Hausarztbesuches durch. Falls das Ergebnis des Screenings positiv ausfiel (PHQ-9-Score ≥ 10 Punkte), wurden die PatientInnen zufällig einem von drei Feedbackarmen zugewiesen.

In dem ersten Arm erhielten sowohl PatientIn als auch der/die Hausarzt/Hausärztin ein Feedback zum Ergebnis des Depressionsscreenings. Im zweiten Arm bekam der/die Hausarzt/Hausärztin ein Feedback zum Ergebnis des Depressionsscreenings und der/die PatientIn eine Rückmeldung ohne Mitteilung des Ergebnisses. Im dritten Arm ohne Feedback erhielten PatientIn und der/die Hausarzt/Hausärztin eine Rückmeldung ohne Mitteilung des Ergebnisses.

Die randomisierten StudienteilnehmerInnen wurden nach einem, sechs und zwölf Monaten telefonisch kontaktiert und zu ihrer aktuellen allgemeinen und psychischen Gesundheit und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen befragt (Kohlmann et al., 2020). In der vorliegenden Dissertation wurden soziodemografische Daten, der PHQ-9, der SSS-8 und der GAD-7 zum Zeitpunkt T0 (Baseline) und Fragen des CSSRI nach einem und nach fünf Monaten nach Baseline erhoben.

Die Dissertation untersucht die PatientInnen des dritten Arms, welche im Rahmen der Studie keine Rückmeldung bezüglich ihres Screening Ergebnisses erhalten haben. Dadurch soll der potenzielle Einfluss einer vermehrten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen durch den (ersten) Verdacht auf eine depressive Störung vermieden werden.

3.1.2.1 Entstehung der Stichprobe

An den fünf Standorten wurden Hausarztpraxen aus allen verfügbaren Hausarztpraxen in der jeweiligen Region nach dem Zufallsprinzip ausgewählt. Die Stichprobe besteht aus PatientInnen, die im Rahmen eines Hausarztbesuches durch wissenschaftliche MitarbeiterInnen angesprochen wurden.

Die Ein- und Ausschlusskriterien sind in Tabelle 1 dargestellt.

| Einschlusskriterien | Ausschlusskriterien |
|---------------------------------------|---|
| persönlicher Kontakt mit dem Hausarzt | PHQ-9-Score < 10 |
| Mindestalter von 18 Jahren | bereits eine depressive Störung diagnostiziert |
| Deutsch sprechen | akuter Suizidalität (gemessen anhand der Frage 9 aus dem PHQ-9) |
| Fähigkeit zur gültigen Einwilligung | |

Tabelle 1: Ein- und Ausschlusskriterien

PatientInnen, die die Einschlusskriterien erfüllten und im PHQ-9 mindestens 10 Punkte erzielt haben, wurden in die Studie eingeschlossen und randomisiert.

Der Rekrutierungsbeginn war im Juli 2019 und endete im August 2022. Die Abbildung 3 zeigt das Study Flow, bei dem insgesamt 25279 TeilnehmerInnen befragt wurden. Von diesen wurden 1030 TeilnehmerInnen in die Randomisierung einbezogen, und 345 wurden dem dritten Feedbackarm zugewiesen.

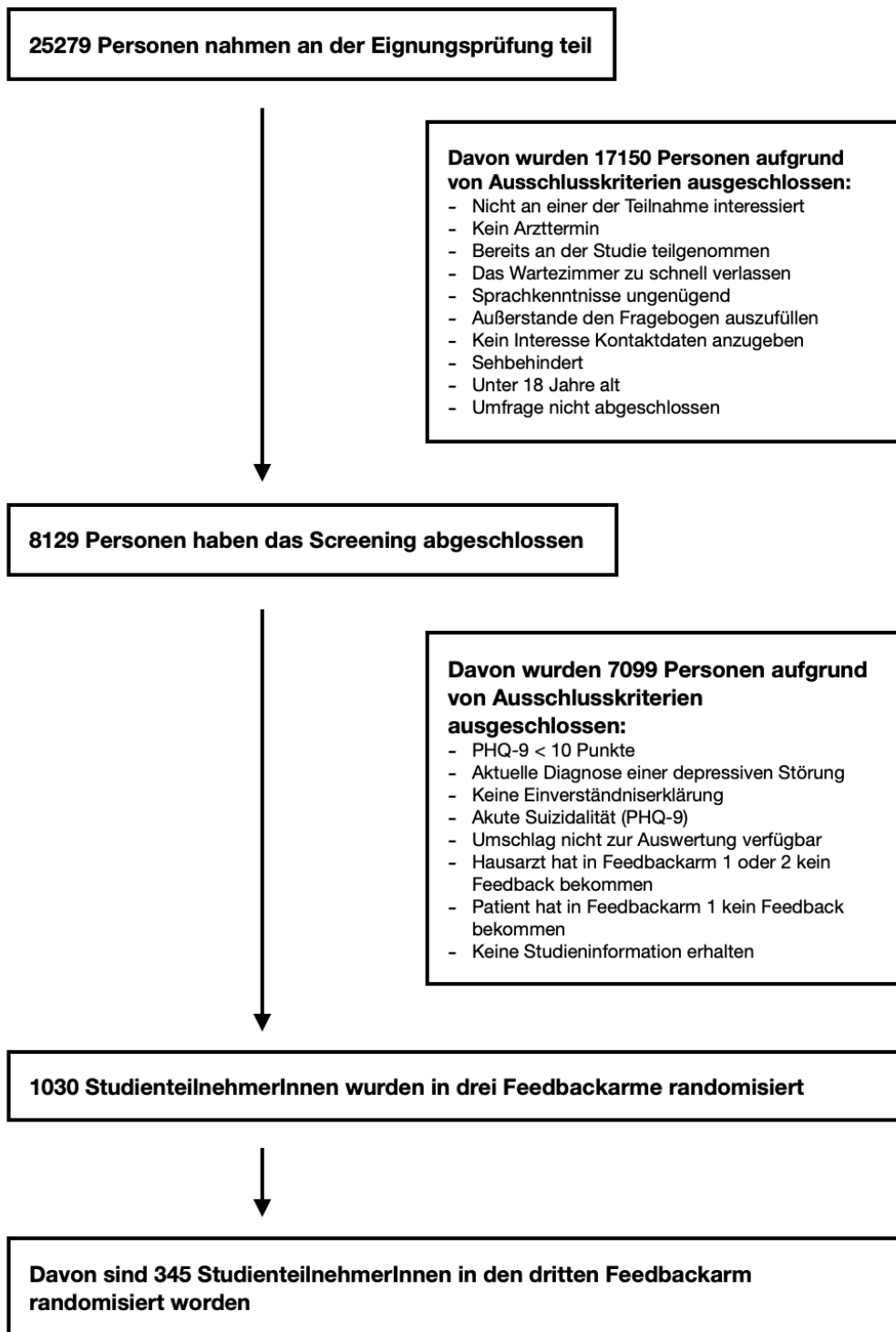


Abbildung 3: Flow-Chart zum GET.FEEDBACK.GP Studiendesign (in Anlehnung an Kohlmann et al. 2020)

3.2 Beschreibung der Fragebögen

Im Folgenden soll ein kurzer Überblick über die wichtigsten Eigenschaften, der in dieser Dissertation verwendeten Fragebögen gegeben werden.

3.2.1 Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)

Der PHQ-9 ist ein validiertes und weit verbreitetes Instrument zur Erfassung depressiver Symptomatik (Löwe et al., 2004; Zhou et al., 2020). Im Rahmen einer Studie von Kroenke et al. konnte der PHQ-9 eine hohe Sensitivität und Spezifität bei der Diagnose einer depressiven Störung aufweisen (Kroenke et al., 2010). Er besteht aus neun Fragen (siehe Tabelle 2), welche die neun Kriterien der Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5. Ausgabe (DSM-5) für die Diagnose einer Major Depression abfragen (Kroenke et al., 2001). Der PHQ-9 hat sich durch seine schnelle und einfache Anwendung in der klinischen Praxis etabliert (Kroenke et al., 2001; Löwe et al., 2004).

| Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch folgende Beschwerden beeinträchtigt? |
|---|
| 1. Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten |
| 2. Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit |
| 3. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf |
| 4. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben |
| 5. Verminderter Appetit oder übermässiges Bedürfnis, zu essen |
| 6. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben |
| 7. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren |
| 8. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil zappelig, ruhelos und hatten einen stärkeren Bewegungsdrang? |
| 9. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten |

Tabelle 2: Neun Fragen des Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9) (angelehnt an: Kroenke et al., 2001)

Der PHQ-9 kann sowohl zur Unterstützung bei der Diagnose einer depressiven Störung als auch für die Verlaufsdagnostik verwendet werden (Sun et al., 2020). Jede Frage wird mit 0-3 Punkten bewertet, wobei 0 für überhaupt nicht vorhanden und 3 für fast jeden Tag vorhanden

steht. Es kann eine Gesamtpunktzahl von 0-27 Punkten erreicht werden. 0-4 Punkte entsprechen dabei einer minimalen, 5-9 Punkte einer milden, 10-14 Punkte einer mittelgradigen, 15-19 Punkte einer mittelschweren und 20-27 Punkte einer schweren depressiven Störung (Kroenke et al., 2001).

Im Rahmen dieser Dissertation wurde der PHQ-9 zum Zeitpunkt T0 (Baseline) erfasst.

Es gibt Studien, welche die erfragten Symptome einem somatischen und einem die Motivation beeinflussenden Schwerpunkt zuordnen. Dabei werden Schwierigkeiten beim Ein- und Durchschlafen (Frage 3), Müdigkeit (Frage 4) und Appetitstörungen (Frage 5) den somatischen Symptomen zugeordnet (Fried & Nesse, 2015; Kapfhammer, 2022). Ein vermindertes Interesse an Tätigkeiten (Frage 1), Niedergeschlagenheit (Frage 2) und Konzentrationsschwierigkeiten (Frage 7) werden Symptomen, welche die Motivation beeinflussen zugeordnet (Duivis et al., 2013).

3.2.2 Somatic Symptom Scale 8 (SSS-8)

Die Somatic Symptom Scale 8 (SSS-8) ist die verkürzte 8-Item-Version des Patient Health Questionnaire 15 (PHQ -15). Sie ist ein diagnostisches Instrument zur Messung somatischer Symptombelastung (Gierk et al., 2014; van Ravesteijn et al., 2009). Die acht Fragen des SSS-8 sind in Tabelle 3 dargestellt.

| Wie stark fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 7 Tage durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt? |
|--|
| 1. Bauchschmerzen oder Verdauungsbeschwerden |
| 2. Rückenschmerzen |
| 3. Schmerzen in Armen, Beinen oder Gelenken |
| 4. Kopfschmerzen |
| 5. Schmerzen in der Brust oder Kurzatmigkeit |
| 6. Schwindel |
| 7. Müdigkeit oder Gefühl keine Energie zu haben |
| 8. Schlafstörungen |

Tabelle 3: Acht Fragen der Somatic Symptom Scale-8 (SSS-8) (angelehnt an: Gierk et al., 2014)

Diese Symptome haben gemein, dass es sich um körperliche Beschwerden handelt, die trotz fehlender somatischer Ursache auftreten können. Der SSS-8 ist schnell durchführbar, wodurch er gut in der klinischen Praxis umsetzbar ist. Jede Frage wird mit 0-4 Punkten bewertet, je

nachdem ob und wie stark sich der/die Befragte innerhalb der letzten 7 Tage durch das erfragte Symptom beeinträchtigt gefühlt hat. Der SSS-8-Score kann daher zwischen 0 und 32 liegen. 0-3 Punkte bedeuten keine bis minimale, 4-7 Punkte leichte, 8-11 Punkte mittlere, 12-15 Punkte hohe und 16-31 Punkte sehr hohe somatische Symptombelastung (Gierk et al., 2014). Im Rahmen dieser Dissertation wurde der SSS-8 zum Zeitpunkt T0 (Baseline) erfasst.

3.2.3 Generalized Anxiety Disorder Scale 7 (GAD-7)

Die Generalized Anxiety Disorder Scale 7 (GAD-7) wurde ursprünglich für die Feststellung einer generalisierten Angststörung, sowie deren Symptomschwere konzipiert (Spitzer et al., 2006). Im Rahmen der Validierung dieses Screeninginstruments zeigte sich zudem eine hohe Treffsicherheit für weitere Angststörungen wie die soziale Phobie, die posttraumatische Belastungsstörung und die Panikstörung, sodass der GAD-7 auch im Rahmen ihrer Diagnostik verwendet werden kann (Kroenke et al., 2007).

In Tabelle 3 sieht man die sieben Fragen des GAD-7, welche die Schwere der Ängstlichkeit innerhalb der letzten zwei Wochen abfragen. Dabei können jeweils 0-3 Punkte erreicht werden, sodass ein Gesamtpunktwert von 0-21 Punkten erreicht werden kann. Ein Punktwert von 0-4 bedeutet eine normale bis milde, ein Punktwert von 5-9 eine milde, ein Wert von 10-14 eine mittelgradige und ein Punktwert von 15-21 eine schwer ausgeprägte Angstsymptomatik (Spitzer et al., 2006). Studien zufolge hat der GAD-7 eine hohe Sensitivität und Spezifität. Das GAD-7 ist zeitökonomisch und einfach zu verwenden, sodass er in der klinischen Praxis integriert werden kann (Plummer et al., 2016; Spitzer et al., 2006).

Im Rahmen dieser Dissertation wurde der GAD-7 zum Zeitpunkt T0 (Baseline) erfasst.

| Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der letzten 2 Wochen durch folgende Beschwerden beeinträchtigt? |
|--|
| 1. Nervosität, Ängstlichkeit oder Anspannung |
| 2. Nicht in der Lage sein, Sorgen zu stoppen oder zu kontrollieren |
| 3. Übermäßige Sorgen bezüglich verschiedener Angelegenheiten |
| 4. Schwierigkeiten zu entspannen |
| 5. Rastlosigkeit, sodass Stillsitzen schwer fällt |
| 6. Schnelle Verärgerung oder Gereiztheit |
| 7. Gefühl der Angst, so als würde etwas Schlimmes passieren |

Tabelle 4: Sieben Fragen der Generalized Anxiety Disorder Scale 7 (GAD-7) (angelehnt an: Spitzer et al., 2006)

3.2.4 Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory (CSSRI)

Der Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory (CSSRI) ist ein semi-strukturiertes Interview zur Erfassung von soziodemografischen Informationen und der Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen (Roick et al., 2001). Der CSSRI hat sich als Instrument zur Planung und Bewertung von Dienstleistungen im medizinischen Sektor erwiesen, da er eine Übersicht über die Inanspruchnahme und damit verbundene Kosten erbringt (Chisholm et al., 2000).

Im Rahmen der Dissertation werden zur Erhebung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen Fragen des CSSRI herangezogen. Die Erhebung erfolgte jeweils einen und sechs Monate nach Baseline. Dabei wurde die Anzahl an Besuchen bei HausärztInnen, AllgemeinmedizinerInnen, PsychiaterInnen, PsychologInnen und PsychotherapeutInnen erfragt. Die spezifische Art des Arztbesuches oder die Dauer der Konsultation wurden bei der Analyse nicht berücksichtigt.

| Fragen aus dem CSSRI |
|---|
| 1. Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen/letzten 5 Monaten eine/n AllgemeinmedizinerIn aufgesucht? |
| 2. Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen/letzten 5 Monaten eine/n Hausarzt/Hausärztin aufgesucht? |
| 3. Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen/letzten 5 Monaten eine/n PsychiaterIn aufgesucht? |
| 4. Wie oft haben Sie in den letzten 4 Wochen/letzten 5 Monaten eine/n PsychologIn/PsychotherapeutIn aufgesucht? |

Tabelle 5: Fragen des Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory (CSSRI) für die Erhebung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

3.2.5 Höchster Bildungsabschluss

Im Rahmen der Datenerhebung erfolgte die Erfassung des höchsten Bildungsabschlusses über die Frage „Wir werden Ihnen im Folgenden Fragen zu Ihrer Person stellen. Was ist Ihr höchster Bildungsabschluss?“. Es standen folgende Antwortmöglichkeiten zur Auswahl: Ohne Berufsabschluss, noch in der Berufslehre, Lehre/ Ausbildung/ Fachschule, Meister, abgeschlossenes Fach-/ Hochschulstudium, sonstige.

3.3 Statistische Auswertung

Für die statistische Analyse werden die erhobenen Daten mittels Statistical Package for Social Sciences (SPSS) in der Version 26 ausgewertet. Die Daten des PHQ-9-, GAD-7- und SSS-8-Screenings wurden einmalig zum Zeitpunkt T0 (Baseline) erhoben. Die Fragen aus dem CSSRI wurden zu beiden Follow-up-Zeitpunkte nach einem Monat und nach sechs Monaten erfragt. Da die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in allen Fragestellungen als abhängige, zählige Variable verwendet wird, wird für jede Fragestellung eine Poisson-Regression durchgeführt. Zur Bestimmung der Signifikanz der Ergebnisse werden die Gruppenkontraste betrachtet. Das Signifikanzniveau des p-Werts wird auf 0,05 festgelegt. Bei einem mittleren bis kleinen Effekt zwischen der Inanspruchnahme und den Prädiktoren: Soziodemografische Faktoren, psychische Komorbiditäten und Schwerpunkt der depressiven Symptomatik wird bei einer Stichprobengröße von 345, einem Determinationskoeffizienten von 0,08 und einem Alphaniveau von 5% eine Power von 0,99 erreicht (Hemmerich, 2019).

Bei StudienteilnehmerInnen, bei denen zu bestimmten Fragen oder Messzeitpunkten keine Antwort dokumentiert war, wurden die entsprechenden Daten in der Analyse nicht berücksichtigt.

Für die Berechnung der ersten Fragestellung wurde eine Poisson-Regression durchgeführt, wobei der Summenscore der Inanspruchnahme nach sechs Monaten als abhängige Variable und das Alter ab 45 Jahren, das Geschlecht und der höchste Bildungsabschluss als Faktor verwendet wurden. Eine Stratifizieren des Alters erfolgt, weil eine Studie festgestellt hat, dass insbesondere ab einem mittleren Alter von 45 Jahren eine Steigerung der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu beobachten ist (Thode et al., 2004).

Für die Analyse der zweiten Fragestellung wurde ebenfalls eine Poisson-Regression durchgeführt, wobei der Summenscore der Inanspruchnahme nach sechs Monaten als abhängige Variable und der SSS-8- bzw. der GAD-7-Score zum Zeitpunkt T0 als Faktor verwendet wurde. Dazu wurde der jeweilige Summenscore in zwei Gruppen eingeteilt. Beim SSS-8-Score war es eine Gruppe mit einem Score bis 11 und einem Score ab 12 Punkten, um die Gruppe mit einer hohen somatischen Symptombelastung zu definieren und beim GAD-7-Score in eine Gruppe mit einem Score bis 9 und eine Gruppe mit einem Score ab 10, wobei die Gruppe mit einem GAD-7-Score ab 10 Punkten die StudienteilnehmerInnen mit erhöhter Ängstlichkeit widerspiegelt hat.

Zur Berechnung der dritten Fragestellung wurde ebenfalls eine Poisson-Regression mit dem Summenscore der Inanspruchnahme nach sechs Monaten als abhängige Variable durchgeführt. Um zwei Gruppen mit unterschiedlichem Symptomschwerpunkt zu definieren,

erfolgte die Erstellung von Dummy-Variablen. Für die Gruppe mit vorrangig somatischen Beschwerden wurde eine Dummy-Variable mit dem Summenwert der Fragen 1,2 und 7 des PHQ-9 zum Zeitpunkt T0 gebildet (vgl. Kapitel 3.2.1). Für die Gruppe mit Symptomen, welche die Motivation beeinflussen, wurde eine Dummy-Variable mit dem Summenwert der Fragen 3,4 und 5 des PHQ-9 zum Zeitpunkt T0 gebildet (vgl. Kapitel 3.2.1). Um festzustellen, ob eine depressive Störung mit vorrangig somatischer Symptomatik oder eine depressive Störung mit vorrangig Einfluss der Symptomatik auf die Motivation vorliegt, wurde der Wert der Dummy-Variable mit den Symptomen, welche die Motivation beeinflussen von dem Wert der Dummy-Variable mit den körperlichen Symptomen, subtrahiert. Ein positiver Wert deutet dabei auf ein Überwiegen der körperlichen Symptome hin, während ein negativer Wert auf eine depressive Störung mit überwiegen des Einflusses der Symptome auf die Motivation hinweist. Auf dieser Basis wurde eine Indikatorvariable für das Vorliegen einer überwiegenden körperlichen Symptomatik gebildet und im Rahmen einer Poisson-Regression als Faktor eingefügt.

3.4 Ethische Aspekte

Die vorliegenden Daten wurden im Rahmen der GET.FEEDBACK.gp-Studie erhoben. Das Studienprotokoll ist durch die Ethikkommission der Ärztekammer Hamburg begutachtet und am 08.04.2019 genehmigt worden. Vor Beginn der Studie wurden die StudienteilnehmerInnen über die Ziele und den Ablauf der Studie aufgeklärt und konnten ihre Einwilligung durch zweifache Unterschrift auf der Einwilligungserklärung erteilen. Die Datenerhebung erfolgte unter Einhaltung strenger Datenschutzrichtlinien, einschließlich elektronischer Verschlüsselung und Verwendung von Pseudonymen. Den StudienteilnehmerInnen wurde versichert, dass sie jederzeit ohne Angabe von Gründen und ohne Nachteile ihre Teilnahme an der Studie beenden können. (Kohlmann et al., 2020)

4 Ergebnisse

4.1 Stichprobe

Im Rahmen der Dissertation wurden die StudienteilnehmerInnen untersucht, welche in den dritten Feedbackarm randomisiert wurden und keine Rückmeldung ihres Screening-Ergebnisses erhalten haben. Diese Vorgehensweise wurde gewählt, um einen potenziellen Information Bias zu umgehen, der durch eine mögliche erhöhte Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen aufgrund des (ersten) Verdachts auf eine depressive Störung entstehen könnte.

In die Auswertung wurden insgesamt 345 StudienteilnehmerInnen einbezogen.

4.1.1 Stichprobeneigenschaften

Im nächsten Abschnitt erfolgt die Beschreibung der Stichprobeneigenschaften.

4.1.1.1 Soziodemografische Daten

In Tabelle 6 sind die soziodemografischen Charakteristika der StudienteilnehmerInnen dargestellt. Im Rahmen dieser Studie wurden diese Daten zum Zeitpunkt T0 (Baseline) erfasst. Insgesamt haben 345 StudienteilnehmerInnen an der Untersuchung teilgenommen. Es liegen zu 343 StudienteilnehmerInnen Informationen bezüglich des Geschlechts, Alters und höchsten Bildungsabschlusses vor. Davon waren 220 weiblich, 122 männlich und eine Person identifizierte sich als divers. Das Alter der StudienteilnehmerInnen variierte zwischen 18 und 89 Jahren, mit einem Mittelwert von 39,64 Jahren und einer Standardabweichung von 15,25 Jahren. Am häufigsten waren die StudienteilnehmerInnen 24 Jahre alt. Bezüglich des höchsten Bildungsabschlusses, hatten 36 StudienteilnehmerInnen keinen Berufsabschluss, 26 befanden sich noch in der Berufslehre, 158 hatten eine Ausbildung abgeschlossen, 9 hatten einen Meisterabschluss, 99 hatten ein abgeschlossenes Studium und 15 hatten einen sonstigen höchsten Bildungsabschluss.

| | | |
|---------------------------------------|--|-----------------------------|
| StudienteilnehmerInnen | Gesamtanzahl | 345 |
| | Daten vorhanden | 343 |
| Geschlecht | Weiblich, Anzahl (%) | 220 (64,1%) |
| | Männlich, Anzahl (%) | 122 (35,6%) |
| | Divers, Anzahl (%) | 1 (0,3%) |
| Alter | Minimum, Maximum | 18 Jahre, 89 Jahre |
| | Mittelwert, Standardabweichung | 39,64 Jahre, 15,25 Jahre |
| Höchster Bildungsabschluss | ohne Berufsabschluss, Anzahl (%) | 36 (10,5%) |
| | noch in der Berufslehre, Anzahl (%) | 26 (7,6%) |
| | Lehre/ Ausbildung/ Fachschule, Anzahl (%) | 158 (46,1%) |
| | Meister, Anzahl (%) | 9 (2,6%) |
| | abgeschlossenes Fach-/ Hochschulstudium, Anzahl (%) | 99 (28,9%) |
| | sonstige, Anzahl (%) | 15 (4,4%) |

Tabelle 6: Soziodemografische Charakteristika der StudienteilnehmerInnen zu T0

4.1.1.2 Besuchsanzahl innerhalb von 6 Monaten

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen mittels CSSRI (Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory) ermittelt. Hierzu wurden insgesamt 345 StudienteilnehmerInnen zu Beginn der Untersuchung (T0) erfasst. Nach einem Monat (T1) und sechs Monaten nach Baseline (T2) wurden sie zur Anzahl der Besuche bei HausärztInnen, AllgemeinmedizinerInnen, PsychiaterInnen und PsychologInnen/PsychotherapeutInnen befragt. Von den 345 StudienteilnehmerInnen konnten bei 196 Personen Antworten zu T1 und T2 dokumentiert werden. Bei 149 StudienteilnehmerInnen gab es zu mindestens einem der beiden Zeitpunkte keine dokumentierte Antwort, sodass sie in der Analyse nicht berücksichtigt wurden. Die Auswertung der Befragung ergab, dass die StudienteilnehmerInnen zwischen 0 und 40 Arztbesuchen in

den letzten 6 Monaten angegeben haben. Im Durchschnitt wurden 6,88 Arztbesuche pro Person in Anspruch genommen (Standardabweichung: 8,21). In Tabelle 7 und Abbildung 4 werden die Häufigkeiten der in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen visualisiert.

| Anzahl an Arztbesuchen | Häufigkeit | Prozent |
|------------------------|-------------|--------------|
| 0 | 17 | 8,7 |
| 1 | 26 | 13,3 |
| 2 | 22 | 11,2 |
| 3 | 28 | 14,3 |
| 4 | 16 | 8,2 |
| 5 | 14 | 7,1 |
| 6 | 10 | 5,1 |
| 7 | 9 | 4,6 |
| 8 | 3 | 1,5 |
| 9 | 7 | 3,6 |
| 10 | 4 | 2,0 |
| 11 | 3 | 1,5 |
| 12 | 1 | 0,5 |
| 13 | 6 | 3,1 |
| 14 | 6 | 3,1 |
| 15 | 1 | 0,5 |
| 16 | 4 | 2,0 |
| 17 | 2 | 1,0 |
| 20 | 3 | 1,5 |
| 22 | 1 | 0,5 |
| 23 | 1 | 0,5 |
| 25 | 1 | 0,5 |
| 26 | 2 | 1,0 |
| 27 | 1 | 0,5 |
| 28 | 1 | 0,5 |
| 31 | 1 | 0,5 |
| 34 | 1 | 0,5 |
| 36 | 2 | 1,0 |
| 38 | 1 | 0,5 |
| 39 | 1 | 0,5 |
| 40 | 1 | 0,5 |
| | Gesamt: 196 | Gesamt: 100% |

Tabelle 7: Anzahl an Besuchen bei HausärztInnen, AllgemeinmedizinerInnen, PsychiaterInnen, PsychotherapeutInnen und PsychologInnen in den letzten 6 Monate

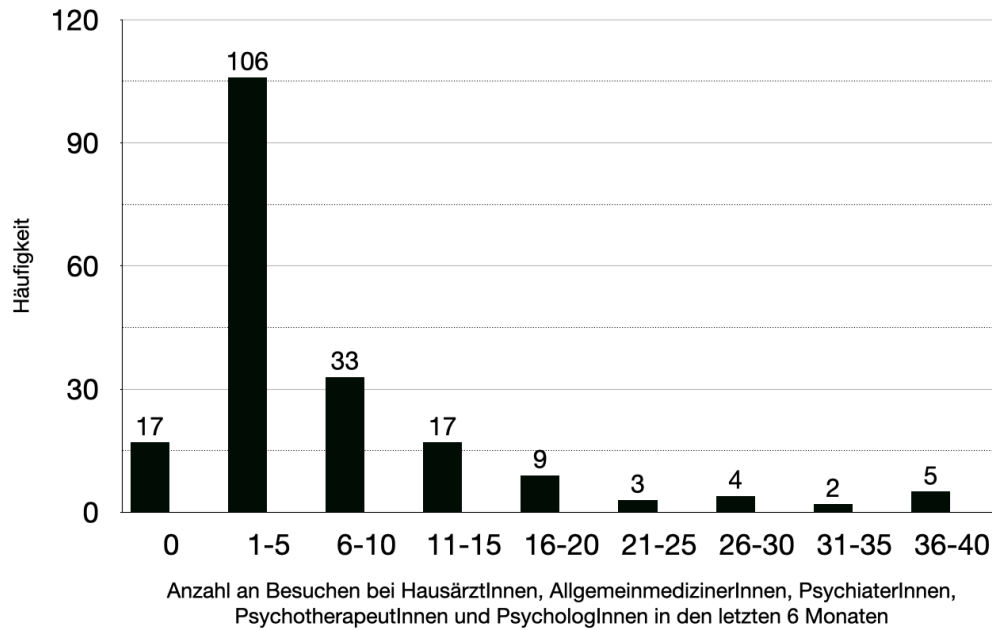


Abbildung 4: Grafische Darstellung der Häufigkeit der Inanspruchnahme innerhalb von 6 Monaten

4.1.1.3 PHQ-9 Score zu T0

Im Rahmen der Studie wurden zum Zeitpunkt T0 (Baseline) die PHQ-9-Scores von insgesamt 345 StudienteilnehmerInnen erfasst. Die Ergebnisse zeigten eine Mindestpunktzahl von 10 und eine Maximalpunktzahl von 24, wobei der Mittelwert bei 13,55 Punkten lag und eine Standardabweichung von 3,36 vorlag. Die am häufigsten erreichte Punktzahl betrug 10. In Abbildung 5 ist die Häufigkeitsverteilung der PHQ-9-Scores dargestellt.

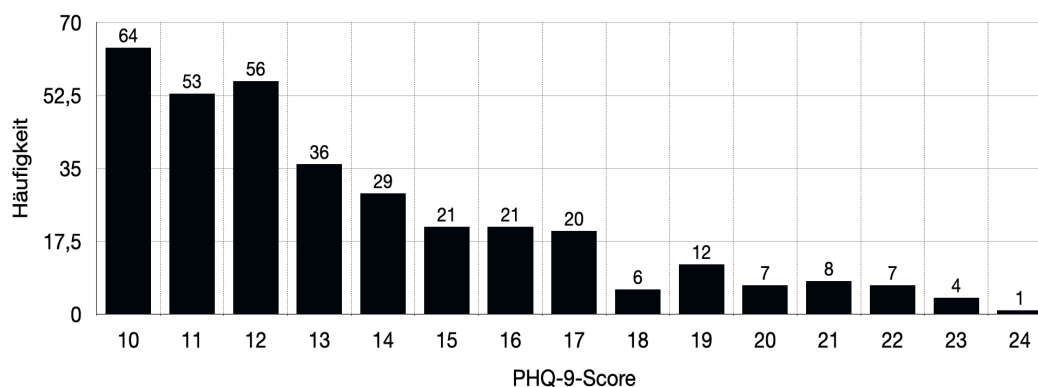


Abbildung 5: PHQ-9-Score zum Zeitpunkt T0

4.1.1.4 SSS-8 Score zu T0

Im Rahmen der Studie wurden zum Zeitpunkt T0 (Baseline) die Daten der Somatic Symptom Scale (SSS-8) von insgesamt 345 StudienteilnehmerInnen erhoben. Der SSS-8-Score variierte im untersuchten Studienkollektiv zwischen 3 und 28 Punkten mit einem Mittelwert von 14,96 Punkten und einer Standardabweichung von 5,14. Die am häufigsten erreichte Punktzahl betrug 15. In Abbildung 6 ist die Häufigkeitsverteilung des SSS-8-Scores dargestellt. Von den 345 StudienteilnehmerInnen wiesen 254 (73,62%) einen SSS-8-Score von 12 oder höher auf, was als hohe somatische Symptombelastung definiert ist.

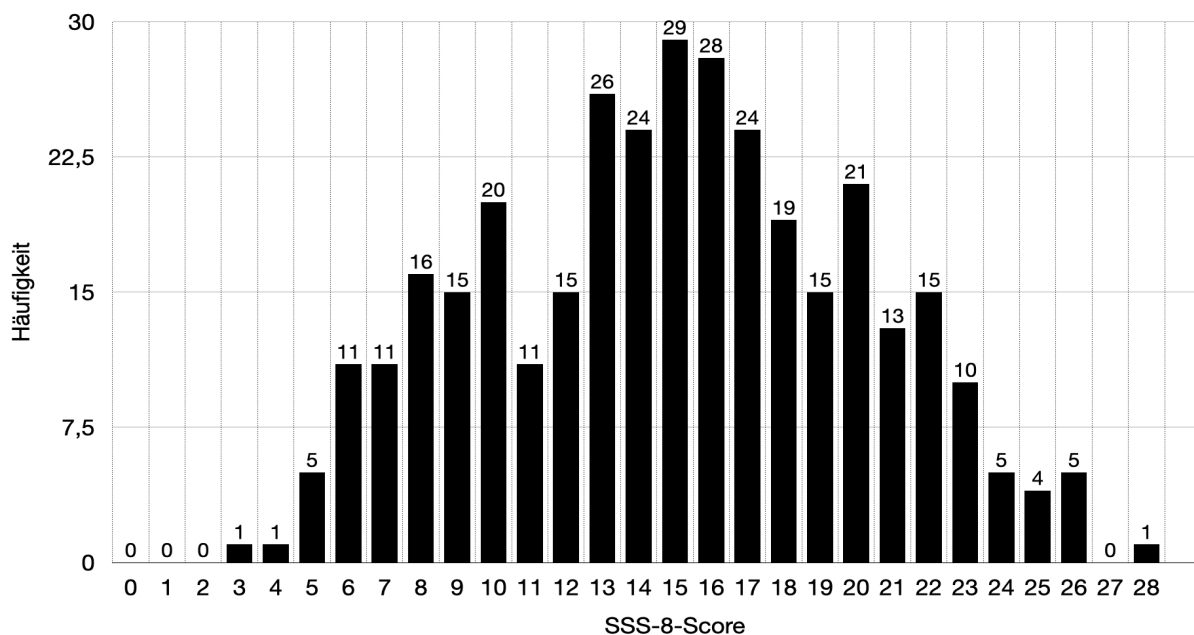


Abbildung 6: SSS-8-Score zum Zeitpunkt T0

4.1.1.5 GAD-7 Score zu T0

Im Rahmen der vorliegenden Studie liegen von 344 StudienteilnehmerInnen Daten zum GAD-7-Score zum Zeitpunkt T0 vor. Die minimalen und maximalen Werte des Scores lagen bei 1 und 21 Punkten, während der am häufigsten erreichte Wert bei 10 Punkte lag. Der Mittelwert betrug 11,38 Punkte, mit einer Standardabweichung von 4,47. Von den 344 StudienteilnehmerInnen wiesen 228 (68,26%) einen GAD-7-Score größer oder gleich 10 auf, was als Hinweis auf eine erhöhte Ängstlichkeit gewertet wurde. In Abbildung 7 ist die Häufigkeitsverteilung des GAD-7-Scores dargestellt.

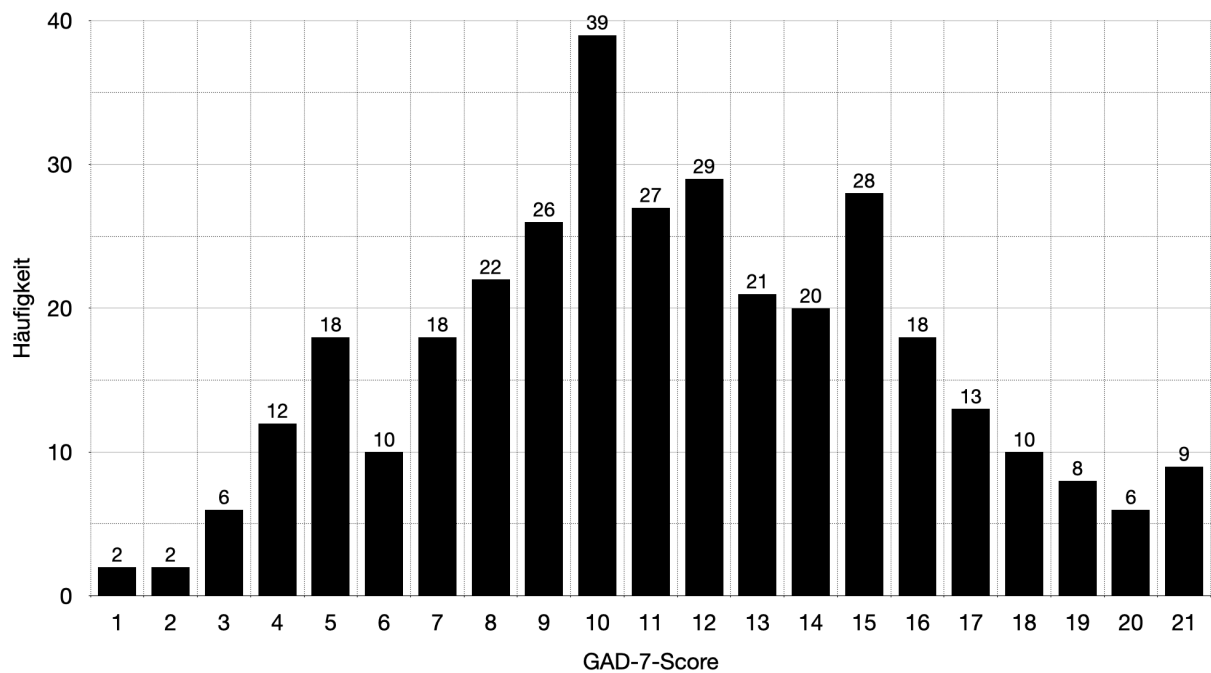


Abbildung 7: GAD-7-Score zum Zeitpunkt T0

4.2 Fragestellung 1: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistung in Abhängigkeit von soziodemografischen Faktoren

Die Analyse umfasste Daten von 193 StudienteilnehmerInnen, davon waren 83 StudienteilnehmerInnen älter als 45 Jahre (43,0%), wobei das Mindestalter bei 18 Jahren und das höchste Alter bei 81 Jahren lag. 124 der StudienteilnehmerInnen gaben ein weibliches Geschlecht (64,2%), 68 ein männliches Geschlecht (35,2%) und 1 Person ein diverses Geschlecht an (0,5%). In Bezug auf den höchsten Bildungsabschluss gaben 23 StudienteilnehmerInnen an keinen Berufsabschluss zu haben (11,9%), 15 gaben an sich noch in der Berufslehre zu befinden (7,8%), 76 gaben eine Lehre/ Ausbildung/ Fachschule an (39,4%), 8 haben einen Meister angegeben (4,1%), 65 haben ein abgeschlossenes Fach-/Hochschulstudium angegeben (33,7%) und 6 gaben einen sonstigen Abschluss (3,1%) an.

| | | |
|-----------------------------------|---|-------------|
| Inkludierte Daten | Anzahl | 193 |
| Alter | < 45 Jahre, Anzahl (%) | 110 (57,0%) |
| | ≥ 45 Jahre, Anzahl (%) | 83 (43,0%) |
| Geschlecht | Weiblich, Anzahl (%) | 124 (64,2%) |
| | Männlich, Anzahl (%) | 68 (35,2%) |
| | Divers, Anzahl (%) | 1 (0,5%) |
| Höchster Bildungsabschluss | ohne Berufsabschluss, Anzahl (%) | 23 (11,9%) |
| | noch in der Berufslehre, Anzahl (%) | 15 (7,8%) |
| | Lehre/ Ausbildung/ Fachschule, Anzahl (%) | 76 (39,4%) |
| | Meister, Anzahl (%) | 8 (4,1%) |
| | abgeschlossenes Fach-/ Hochschulstudium, Anzahl (%) | 65 (33,7%) |
| | sonstige, Anzahl (%) | 6 (3,1%) |

Tabelle 8: Informationen zu Daten der statistischen Analyse von Fragestellung 1

4.2.1 Hypothese 1.1 – Faktor Alter: Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ist bei PatientInnen ab dem mittleren Alter (45 Jahre) höher als bei PatientInnen unter 45 Jahren

Für die Überprüfung dieser Hypothese wurde die Stichprobe in eine Gruppe bis 44 Jahre und eine Gruppe ab 45 Jahre unterteilt. Die Ergebnisse zeigten, dass StudienteilnehmerInnen der Gruppe bis 44 Jahre eine mittlere Rate an Besuchen von 3,14 pro Person aufwiesen (95%-Konfidenzintervall 1,62-6,08), während die Gruppe ab 45 Jahren eine mittlere Rate von 3,85 Besuchen pro Person hatte (95%-Konfidenzintervall 1,98-7,49). Die Differenz zwischen beiden Altersgruppen beträgt 0,71 und wurde als relevant in der Stichprobe gewertet (p-Wert von 0,027).

| Alter | Mittelwert | 95%-Konfidenzintervall | |
|------------|------------|------------------------|--------------|
| | | Untere Grenze | Obere Grenze |
| < 45 Jahre | 3,14 | 1,62 | 6,08 |
| ≥ 45 Jahre | 3,85 | 1,98 | 7,49 |

Tabelle 9: Statistische Schätzungen der Mittelwerte des Alters

| Altersunterschiedskontrast | Kontrast Schätzwert | Signifikanz (p-Wert) |
|-----------------------------|---------------------|----------------------|
| < 45 Jahre gegen ≥ 45 Jahre | 0,71 | 0,027 |

Tabelle 10: Kontraste und p-Wert - Alter

4.2.2 Hypothese 1.2 - Faktor Geschlecht: Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ist bei Patientinnen höher als bei Patienten

Der vorliegende Datensatz zeigt, dass Frauen einen Mittelwert von 6,47 Besuchen pro Person (95%-Konfidenzintervall 5,83-7,18) und Männer 6,03 Besuche pro Person (95%-Konfidenzintervall 5,36-6,78) angegeben haben. Da das diverse Geschlecht nur einmal in der Stichprobe vorkam, wurde es bei der Analyse dieser Fragestellung nicht berücksichtigt.

Die Differenz zwischen der Anzahl an Besuchen von weiblichen und männlichen StudienteilnehmerInnen betrug 0,44, was nicht als relevante Differenz in der untersuchten Stichprobe gewertet wurde (p-Wert 0,232).

| Geschlecht | Mittelwert | 95%-Konfidenzintervall | |
|------------|------------|------------------------|--------------|
| | | Untere Grenze | Obere Grenze |
| Weiblich | 6,47 | 5,83 | 7,18 |
| Männlich | 6,03 | 5,36 | 6,78 |

Tabelle 11: Statistische Schätzungen der Mittelwerte des Geschlechts

| Geschlechtsunterschiedskontrast | Kontrast Schätzwert | Signifikanz (p-Wert) |
|---------------------------------|---------------------|----------------------|
| Weiblich gegen männlich | 0,44 | 0,232 |

Tabelle 12: Kontraste und p-Wert - Geschlecht

4.2.3 Hypothese 1.3 – Faktor Bildung: Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ist bei PatientInnen mit höherem Bildungsabschluss höher als bei PatientInnen mit niedrigerem Bildungsabschluss.

Die Ergebnisse zeigen, dass StudienteilnehmerInnen ohne Bildungsabschluss eine mittlere Rate an Besuchen von 3,57 pro Person aufwiesen (95%-Konfidenzintervall 1,84-6,94), während StudienteilnehmerInnen in der Berufslehre eine mittlere Rate von 4,53 pro Person aufwiesen (95%-Konfidenzintervall 2,28-8,98). StudienteilnehmerInnen mit einer Lehre/ Ausbildung/ Fachschule wiesen eine mittlere Rate von 3,88 pro Person auf (95%-Konfidenzintervall 2,00-7,52), während StudienteilnehmerInnen mit Meisterabschluss eine mittlere Rate von 2,39 pro Person aufwiesen (95%-Konfidenzintervall 1,14-4,98). StudienteilnehmerInnen mit abgeschlossenem Fach-/ Hochschulstudium hatten eine mittlere Rate von 4,03 pro Person (95%-Konfidenzintervall 2,08-7,80), während StudienteilnehmerInnen mit sonstigem höchstem Bildungsabschluss eine mittlere Rate von 2,93 pro Person aufwiesen (95%-Konfidenzintervall 1,39-6,17).

In Bezug auf die Hypothese gab die Gruppe mit dem abgeschlossenen Fach-/Hochschulstudium im Durchschnitt 0,46 Besuche mehr an als die Gruppe ohne Berufsabschluss. Jedoch hatte die Gruppe, welche sich noch in der Berufslehre befand mit 4,53 Besuchen den höchsten Mittelwert in der untersuchten Stichprobe.

| Höchster Bildungsabschluss | Mittelwert | 95%-Konfidenzintervall | |
|---|------------|------------------------|--------------|
| | | Untere Grenze | Obere Grenze |
| ohne Berufsabschluss | 3,57 | 1,84 | 6,94 |
| noch in der Berufslehre | 4,53 | 2,28 | 8,99 |
| Lehre/ Ausbildung/ Fachschule | 3,88 | 2,00 | 7,52 |
| Meister | 2,39 | 1,14 | 4,98 |
| abgeschlossenes Fach-/ Hochschulstudium | 4,03 | 2,08 | 7,81 |
| sonstige | 2,93 | 1,39 | 6,17 |

Tabelle 13: Statistische Schätzungen der Mittelwerte des höchsten Bildungsabschlusses

4.3 Fragestellung 2: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistung unter Berücksichtigung komorbider psychischer Belastungen

Im Folgenden werden die Berechnung und die Ergebnisse der Analyse zur Fragestellung 2 erläutert.

4.3.1 Fragestellung 2.1: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistung unter Berücksichtigung komorbider hoher somatischer Symptombelastung

Informationen zum Summenscore der Inanspruchnahme und dem SSS-8-Score lagen bei insgesamt 196 StudienteilnehmerInnen vor. Von diesen wiesen 138 StudienteilnehmerInnen (70,4%) einen SSS-8-Score ab 12 Punkten auf, was als hohe somatische Symptombelastung gewertet wurde.

| | | |
|--------------------------|--|-------------|
| Inkludierte Daten | Anzahl | 196 |
| SSS-8-Score | SSS-8-Score < 12 Punkte, Anzahl (%) | 58 (29,6%) |
| | SSS-8-Score ≥ 12 Punkte, Anzahl (%) | 138 (70,4%) |

Tabelle 14: Informationen zu Daten der statistischen Analyse von Fragestellung 2.1

4.3.1.1 Hypothese 2.1: PatientInnen mit Verdacht auf eine depressive Störung und zusätzlich hoher somatischer Symptombelastung nehmen häufiger Gesundheitsleistungen in Anspruch als PatientInnen mit Verdacht auf eine depressive Störung und niedriger somatischer Symptombelastung

Die Berechnungen zeigen, dass StudienteilnehmerInnen mit einem SSS-8-Score bis 11 Punkte im Mittel 4,81 Besuche pro Person angegeben haben (95%-Konfidenzintervall 4,28-5,41), während StudienteilnehmerInnen mit einem SSS-8-Score ab 12 Punkte eine durchschnittliche Besuchsrate von 7,75 pro Person aufwiesen (95%-Konfidenzintervall 7,30-8,23). Die Differenz zwischen beiden Gruppen beträgt 2,94 und wurde als statistisch signifikant bewertet (p-Wert von 0,000).

| SSS-8-Score | Mittelwert | 95%-Konfidenzintervall | |
|----------------------------|------------|------------------------|--------------|
| | | Untere Grenze | Obere Grenze |
| SSS-8-Score < 12 Punkte | 4,81 | 4,28 | 5,41 |
| SSS-8-Score ≥ 12 Punkte | 7,75 | 7,30 | 8,23 |

Tabelle 15: Statistische Schätzungen der Mittelwerte des SSS-8-Scores

| SSS-8-Unterschiedskontrast | Kontrast Schätzwert | Signifikanz (p-Wert) |
|--|---------------------|----------------------|
| SSS-8-Score < 12 Punkte gegen SSS-8-Score ≥ 12 Punkte | 2,94 | 0,000 |

Tabelle 16: Kontraste und p-Wert – SSS-8-Score

4.3.2 Fragestellung 2.2: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistung unter Berücksichtigung komorbider erhöhter Ängstlichkeit

Bei insgesamt 194 Studienteilnehmern lagen Informationen zu Summenscore der Inanspruchnahme und GAD-7-Score vor. Davon hatten 130 Teilnehmer (67,0%) einen GAD-7-Score ab 10 Punkten, was als erhöhte Ängstlichkeit gewertet wurde.

| Inkludierte Daten | Anzahl | 194 |
|-------------------|--|-------------|
| GAD-7-Score | GAD-7-Score < 10 Punkte, Anzahl (%) | 64 (33,0%) |
| | GAD-7-Score ≥ 10 Punkte, Anzahl (%) | 130 (67,0%) |

Tabelle 17: Informationen zu Daten der statistischen Analyse von Fragestellung 2.2

4.3.2.1 Hypothese 2.2: PatientInnen mit Verdacht auf eine depressive Störung und erhöhte Ängstlichkeit als zusätzlichen Faktor nehmen häufiger Gesundheitsleistungen in Anspruch als PatientInnen mit Verdacht auf eine depressive Störung ohne erhöhte Ängstlichkeit

Die Berechnung dieser Fragestellung ergab, dass StudienteilnehmerInnen der Gruppe mit einem GAD-7-Score bis 9 Punkte im Mittel 5,05 Besuche pro Person (95%-Konfidenzintervall 4,53-5,63) angegeben haben. Dahingegen gaben StudienteilnehmerInnen der Gruppe mit einem GAD-7-Score ab 10 Punkte im Mittel 7,87 Besuche pro Person an (95%-Konfidenzintervall 7,40-8,37). Es ergibt sich eine Differenz von 2,82. Dies wird als relevante Differenz in der Stichprobe gewertet (p-Wert von 0,000).

| GAD-7-Score | Mittelwert | 95%-Konfidenzintervall | |
|----------------------------|------------|------------------------|--------------|
| | | Untere Grenze | Obere Grenze |
| GAD-7-Score < 10 Punkte | 5,05 | 4,53 | 5,63 |
| GAD-7-Score ≥ 10 Punkte | 7,87 | 7,40 | 8,37 |

Tabelle 18: Statistische Schätzungen der Mittelwerte des GAD-7-Scores

| GAD-7-Unterschiedskontrast | Kontrast Schätzwert | Signifikanz (p-Wert) |
|--|---------------------|----------------------|
| GAD-7-Score < 10 Punkte gegen GAD-7-Score ≥ 10 Punkte | 2,82 | 0,000 |

Tabelle 19: Kontraste und p-Wert – GAD-7-Score

4.4 Fragestellung 3: Inanspruchnahme von Gesundheitsleistung bei Verdacht auf eine depressive Störung mit Schwerpunkt auf somatischen Symptomen vs. Verdacht auf eine depressive Störung mit vorrangig Symptomen, welche die Motivation betreffen

Es lagen Daten von insgesamt 196 StudienteilnehmerInnen bezüglich des Summenwerts der Inanspruchnahme und den Fragen 1,2,3,4,5,7 des PHQ-9 zum Zeitpunkt T0 vor (vgl. Kapitel 3.2.1). Von diesen StudienteilnehmerInnen wiesen 88 (44,9%) den Verdacht auf eine

depressive Störung mit überwiegend Symptomen, welche die Motivation beeinflussen, auf, während bei 108 TeilnehmerInnen (55,1%) eine depressive Störung mit überwiegend somatischen Symptomen vorlag.

| | | |
|----------------------------------|---|-------------|
| Inkludierte Daten | Anzahl | 196 |
| PHQ-9-Score auf Itemebene | Überwiegen der Symptome, welche die Motivation beeinflussen Anzahl (%) | 88 (44,9%) |
| | Überwiegen der somatischen Symptome, Anzahl (%) | 108 (55,1%) |

Tabelle 20: Informationen zu Daten der statistischen Analyse von Fragestellung 3

4.4.1 Hypothese 3: PatientInnen mit Verdacht auf eine depressive Störung, die zu körperlichen Beschwerden führt nehmen signifikant häufiger Gesundheitsleistungen in Anspruch als PatientInnen mit Verdacht auf eine depressive Störung, welche die Motivation beeinflusst

Die Analyse ergab eine durchschnittliche Anzahl an Besuchen von 6,97 in der Gruppe der StudienteilnehmerInnen mit einer depressiven Störung mit vorrangig Einfluss auf die Motivation (95%-Konfidenzintervall 6,45-7,55). Bei StudienteilnehmerInnen mit einer depressiven Störung, die vorrangig somatische Symptome hervorruft, zeigte sich eine mittlere Rate von 6,81 Besuchen pro Person (95%-Konfidenzintervall 6,33-7,32). Der Vergleich der beiden Gruppen ergab eine Differenz von 0,1717, die als nicht signifikant eingestuft wurde (p-Wert 0,649).

| PHQ-9-Score auf Itemebene | Mittelwert | 95%-Konfidenzintervall | |
|---|------------|------------------------|--------------|
| | | Untere Grenze | Obere Grenze |
| Überwiegen der Symptome, welche die Motivation beeinflussen | 6,97 | 6,45 | 7,55 |
| Überwiegen der körperlichen Symptome | 6,81 | 6,33 | 7,32 |

Tabelle 21: Statistische Schätzungen der Mittelwerte des PHQ-9-Scores auf Itemebene

| PHQ-9-Score auf Itemebene - Unterschiedskontrast | Kontrast Schätzwert | Signifikanz (p-Wert) |
|--|---------------------|----------------------|
| Überwiegen der Symptome, welche die Motivation beeinflussen gegen Überwiegen der körperlichen Symptome | 0,16 | 0,649 |

Tabelle 22: Kontraste und p-Wert – PHQ-9-Scores auf Itemebene

5 Diskussion

Die vorliegende Arbeit untersucht die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen innerhalb eines Zeitraums von sechs Monaten bei PatientInnen mit Verdacht auf eine depressive Störung im primärärztlichen Setting. Dabei erfolgte eine Überprüfung des Einflusses soziodemografischer Faktoren sowie komorbider psychischer Belastungen und des Schwerpunkts der depressiven Symptomatik.

In der nachfolgenden Diskussion wird zu Beginn ein kurzer Überblick der wichtigsten Studienergebnisse gegeben. Die Ergebnisse werden daraufhin einzeln hinsichtlich der Fragestellungen interpretiert, sowie Stärken und mögliche Limitationen der Arbeit untersucht. Darauf wird ein Vergleich mit anderen Studien folgen, die sich mit einer ähnlichen Thematik auseinandergesetzt haben. Abschließend wird ein Ausblick präsentiert.

5.1 Überblick

Im Rahmen der Arbeit wurde die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei 345 StudienteilnehmerInnen mit Verdacht auf eine depressive Störung untersucht. In Bezug auf den Einfluss soziodemografischer Faktoren konnte gezeigt werden, dass StudienteilnehmerInnen ab 45 Jahren signifikant häufiger Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen haben. Bei Betrachtung des Geschlechts konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden. Die Untersuchung des Faktors Bildung ergab, dass StudienteilnehmerInnen, welche sich noch in der Berufslehre befinden, die höchste Inanspruchnahmerate aufwiesen. In Bezug auf komorbide psychische Belastungen ergab die Analyse, dass die StudienteilnehmerInnen, die zusätzlich zu ihrer depressiven Symptomatik unter einer weiteren psychischen Belastung litten, eine signifikant höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Vergleich zu den StudienteilnehmerInnen ohne zusätzliche psychische Belastungen angegeben haben. Die Untersuchung des Schwerpunkts der depressiven Symptomatik ergab keinen signifikanten Gruppenunterschied.

5.2 Interpretation der Ergebnisse in Bezug auf die Fragestellungen

Die Auswertung der vorliegenden Stichprobe bestätigt die Hypothese zur Fragestellung 1.1, welche besagt, dass *„die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei PatientInnen ab einem Alter von 45 Jahren höher ist als bei PatientInnen unter 45 Jahren“*. Die Ergebnisse der Berechnung zeigen, dass PatientInnen über 45 Jahre signifikant häufiger Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. Im Durchschnitt gingen PatientInnen über 45

Jahren einmal mehr zu HausärztInnen, AllgemeinmedizinerInnen, PsychiaterInnen und PsychologInnen/PsychotherapeutInnen.

Bei der Analyse der Stichprobe konnte die Hypothese zu Fragestellung 1.2, wonach *„die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei Patientinnen höher ist als bei Patienten“*, nicht bestätigt werden. Die Ergebnisse der Berechnung zeigen keinen signifikanten Gruppenunterschied.

Die Hypothese zu Fragestellung 1.3 *„die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ist bei PatientInnen mit höherem Bildungsabschluss höher als bei PatientInnen mit niedrigerem Bildungsabschluss“* konnte nicht bestätigt werden. Es zeigte sich zwar eine Gruppendifferenz zugunsten des abgeschlossenen Fach-/Hochschulstudiums im Vergleich zur Gruppe ohne Berufsabschluss. Jedoch wies die Gruppe, welche sich noch in der Berufslehre befindet, die höchste durchschnittliche Besuchsrate auf.

Die Hypothese zur Fragestellung 2.1 *„PatientInnen mit Verdacht auf depressive Störung und zusätzlich hoher somatischer Symptombelastung nehmen signifikant häufiger Gesundheitsleistungen in Anspruch als PatientInnen mit Verdacht auf eine depressive Störung und niedriger somatischer Symptombelastung“* konnte in der vorliegenden Stichprobe bestätigt werden. Die durchgeführten Analysen ergaben, dass die Gruppe mit der zusätzlich hohen somatischen Symptombelastung signifikant häufiger Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen haben. Im Durchschnitt haben PatientInnen mit zusätzlich hoher somatischer Symptombelastung drei Besuche mehr angegeben.

Die Auswertung der vorliegenden Stichprobe bestätigt die Hypothese zu Fragestellung 2.2 *„PatientInnen mit Verdacht auf eine depressive Störung und erhöhte Ängstlichkeit als zusätzlichen Faktor nehmen häufiger Gesundheitsleistungen in Anspruch als PatientInnen mit Verdacht auf eine depressive Störung ohne erhöhte Ängstlichkeit“*. Die Ergebnisse der Analyse ergab, dass die Gruppe mit zusätzlich erhöhter Ängstlichkeit eine signifikant höhere Anzahl an Besuchen angegeben hat. Im Durchschnitt haben PatientInnen der Gruppe mit zusätzlich erhöhter Ängstlichkeit drei Besuche mehr in Anspruch genommen.

Die untersuchte Stichprobe konnte die Hypothese zu Fragestellung 3 *„PatientInnen mit Verdacht auf eine depressive Störung, die zu körperlichen Beschwerden führt nehmen*

signifikant häufiger Gesundheitsleistungen in Anspruch als PatientInnen mit Verdacht auf eine depressive Störung, welche die Motivation beeinflusst“ nicht bestätigen. Die Analyse ergab keinen signifikanten Gruppenunterschied. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass zwischen einer depressiven Störung, die hauptsächlich körperliche Symptome verursacht, und einer depressiven Störung mit Symptomen, die die Motivation beeinflussen, kein relevanter Unterschied in Bezug auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen besteht und somit der Schwerpunkt der Symptomatik keinen signifikanten Einfluss auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen hat.

5.3 Stärken und Limitationen der Arbeit

Die erste Stärke dieser Dissertation ist, dass die Untersuchung in der Gruppe des dritten Feedbackarms ohne Rückmeldung des Screening Ergebnisses vorgenommen wurde, um einen möglichen Information-Bias aufgrund des ersten Verdachts auf eine depressive Störung und der damit möglicherweise verbundenen erhöhten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu umgehen.

Die zweite Stärke der Studie ist, dass es sich um eine multizentrische Studie handelt, welche prospektiven angelegt ist. Dadurch wurde erreicht, dass die Ergebnisse das Verhalten von PatientInnen mit Verdacht auf eine depressive Störung im primärärztlichen Setting in Deutschland widerspiegeln.

Die dritte Stärke ist, dass die Datenerhebung mit standardisierten Fragebögen und mit dem PHQ-9, dem GAD-7 und dem SSS-8 auch mit validierten Fragebögen durchgeführt wurde.

Die erste Limitation ist ein möglicher Bias durch fehlende Ergebnisdaten, bedingt durch einen hohen Drop-out oder loss to follow-up. Von den 345 StudienteilnehmerInnen des dritten Feedbackarms, in dem keine Rückmeldung des Screening Ergebnisses erfolgt ist, liegen nur von 196 StudienteilnehmerInnen Informationen bezüglich der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen innerhalb von 6 Monaten vor, was in allen Fragestellungen die abhängige Variable darstellt. Die Posthoc-Poweranalyse ergab eine Power von 99,8% bei 345 StudienteilnehmerInnen. Die Berechnung der Power ergab für 196 StudienteilnehmerInnen ein Ergebnis von 94,4%. Dies stellt weiterhin eine hohe statistische Power dar.

Die zweite Limitation stellt die verwendete Zeitspanne der Untersuchung von sechs Monaten dar. Es wurde auf eine zusätzliche Auswertung nach zwölf Monaten (T3) verzichtet. Grund dafür ist, dass bereits nach sechs Monaten bei 149 von 345 StudienteilnehmerInnen zu den Messzeitpunkten T1 und T2 keine dokumentierte Antwort bezüglich der Anzahl an Besuchen

bei HausärztInnen, AllgemeinmedizinerInnen, PsychiaterInnen oder PsychologInnen/PsychotherapeutInnen vorlag.

Die dritte Limitation der vorliegenden Studie besteht darin, dass keine Kontrollgruppe beispielsweise in Form der Daten von Studienteilnehmerinnen welche im PHQ-9 einen Score von weniger zehn Punkte erreicht haben herangezogen wurde, um die Untersuchungsergebnisse mit einem Vergleichskollektiv abzugleichen.

Die vierte Limitation dieser Arbeit ist, dass die Anzahl an Arztbesuchen durch einen Selbstbericht der Inanspruchnahme dokumentiert wurde. Dadurch könnte es zu einem Memory Bias kommen, da die StudienteilnehmerInnen zu T1 nach der Anzahl der Arztbesuche innerhalb der letzten vier Wochen und zu T2 innerhalb der letzten fünf Monate gefragt wurden. Es kann dabei vorkommen, dass die Anzahl an Besuchen bei fehlender Dokumentation durch den/die StudienteilnehmerIn über- bzw. unterschätzt wurde. Des Weiteren kann der Selbstbericht aufgrund von sozialer Erwünschtheit oder Angst vor Selbststigmatisierung dazu führen, dass Informationen zu in Anspruch genommenen Gesundheitsleistungen bei PsychiaterInnen, PsychotherapeutInnen oder PsychologInnen möglicherweise zurückgehalten wurden.

Die fünfte Limitation dieser Dissertation ist, dass die Erhebung der Inanspruchnahme auf die Anzahl an Besuche bei AllgemeinmedizinerInnen, HausärztInnen, PsychiaterInnen und PsychologInnen/PsychotherapeutInnen begrenzt war. Grund dafür was das Ziel die spezifische Inanspruchnahme bei PatientInnen mit Verdacht auf eine depressive Störung zu untersuchen.

5.4 Vergleich der Ergebnisse mit anderen Studien

In bisherigen Studien (vergleiche Kapitel 2.3.1 und Tabelle 23) wurde gezeigt, dass die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in Allgemeinbevölkerung sowie bei Menschen mit depressiven Störungen mit steigendem Alter zunimmt. Die vorliegende Arbeit bestätigt, dass die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in einem Patientenkollektiv mit Verdacht auf depressiver Störung mit steigendem Alter zunimmt.

| Quelle | Ergebnis |
|---------------------------|---|
| (Thode et al., 2004) | Die Anzahl der Arztkontakte nimmt ab dem mittleren Alter zu |
| (Baumeister et al., 2004) | Überproportionale Zunahme der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen mit zunehmendem Alter |
| (Röding & Elkeles, 2021) | Ältere Personen nehmen mit einer höheren Wahrscheinlichkeit ambulante ärztliche Leistungen in Anspruch. |
| (Prütz et al., 2021) | In höherem Lebensalter nimmt die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zu |

Tabelle 23: Ergebnisse bisheriger Studien in Bezug auf den Einfluss des Alters auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Die Auswirkung des Geschlechts auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wurde ebenfalls untersucht. Die meisten bisherigen Studien (vergleiche Kapitel 2.3.2 und Tabelle 24) zeigten, dass Frauen im Vergleich zu Männern mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. Diese Beobachtung konnte im Rahmen dieser Studie nicht bestätigt werden.

| Quelle | Ergebnis |
|---------------------------|--|
| (Baumeister et al., 2004) | Frauen hatten in den letzten 12 Monaten mehr Kontakte zu AllgemeinmedizinerInnen und/oder InternistInnen |
| (Rattay et al., 2013) | Es nehmen mehr Frauen mindestens einmal einen Arztkontakt in den letzten 12 Monaten in Anspruch als Männer |
| (Tille et al., 2017) | Frauen konsultieren häufiger Ärzte als Männer |
| (Keil et al., 2020) | Frauen konsultieren häufiger HausärztInnen, PsychiaterInnen und PsychotherapeutInnen. Männer konsultieren häufiger KardiologInnen und UrologInnen. |
| (Prütz et al., 2021) | Frauen nehmen häufiger ambulante medizinische Leistungen in Anspruch als Männer |
| (Röding & Elkeles, 2021) | Frauen nehmen häufiger ambulante medizinische Leistungen in Anspruch zu nehmen als Männer |

Tabelle 24: Ergebnisse bisheriger Studien in Bezug auf den Einfluss des Geschlechts auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

In Bezug auf den Einfluss des höchsten Bildungsabschlusses wurden heterogene Ergebnisse in früheren Studien gefunden (vergleiche Kapitel 2.3.3 und Tabelle 25). Die vorliegende Studie zeigt, dass StudienteilnehmerInnen mit abgeschlossenem Fach-/Hochschulstudiums innerhalb von sechs Monaten im Vergleich zur Gruppe ohne Berufsabschluss mehr Besuche in Anspruch genommen haben. StudienteilnehmerInnen, welche sich noch in der Berufslehre befanden, hatten jedoch den höchsten Wert, was eine eindeutige Interpretation der Ergebnisse erschwert.

| Quelle | Ergebnisse |
|-------------------------------|---|
| (Lampert et al., 2018) | Kinder und Jugendliche aus Familien mit niedrigem sozioökonomischem Status nehmen mehr Besuche bei AllgemeinmedizinerInnen, GynäkologInnen, PsychiaterInnen und PsychotherapeutInnen in Anspruch |
| (Tille et al., 2017) | Formal niedriger gebildete Menschen konsultieren häufiger HausärztInnen als formal höher gebildete Menschen |
| (Fasel et al., 2010) | Höher gebildete Menschen nehmen häufiger spezialisierte Behandlungen in Anspruch, während Menschen mit niedrigerer Bildung eher allgemeinmedizinische Behandlungen oder Notfallmedizin in Anspruch nehmen |
| (Röckl-Wiedmann et al., 2002) | Menschen mit Abitur konsultieren häufiger FachärztInnen als Menschen ohne Abitur |
| (Röding & Elkeles, 2021) | Menschen mit höherem sozialem Status haben eine höhere Wahrscheinlichkeit ambulante ärztliche Leistungen in Anspruch zu nehmen als Menschen mit niedrigem sozialem Status |

Tabelle 25: Ergebnisse bisheriger Studien in Bezug auf den Einfluss des Bildungsabschlusses auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Der Einfluss einer komorbider somatischer Symptombelastung und erhöhter Ängstlichkeit auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen wurde bislang selten untersucht. Bisherige Studien, die eine ähnliche Fragestellung untersucht haben, (Hämäläinen et al., 2008; Hüsing et al., 2018; Kohlmann et al., 2016; Nanke & Rief, 2003) zeigten, dass diese Faktoren zu einer Zunahme der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen. Die Ergebnisse dieser Studie bestätigen diese Beobachtung.

| Quelle | Ergebnisse |
|---------------------------|---|
| (Nanke & Rief, 2003) | Bei Vorliegen einer somatoformen Störung, steigt die Anzahl an ambulanten Arztbesuchen bei zusätzlichem Vorliegen einer Depressivität an |
| (Hämäläinen et al., 2008) | Menschen mit depressiver Störung und Angststörung nehmen mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch als Menschen mit depressiver Störung ohne Angststörung |
| (Kohlmann et al., 2016) | Bei Vorliegen eines depressiven, ängstlichen oder somatischen Syndroms, nimmt die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen mit zunehmender Anzahl an Syndromen zu. |
| (Hüsing et al., 2018) | Bei Vorliegen einer somatoformen Störung und einer komorbiden depressiven Störung und Angststörung steigt die Anzahl an Arztbesuchen. |

Tabelle 26: Ergebnisse bisheriger Studien in Bezug auf den Einfluss komorbider somatoformer Belastung oder einer Angststörung auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen

Abschließend bleibt anzumerken, dass der Einfluss einer vorrangig auf körperlichen Symptomen basierenden depressiven Störung im Vergleich zu einer depressiven Störung mit Symptomen, welche vorrangig die Motivation betreffen, auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bisher nicht untersucht wurde. Daher kann das Ergebnis dieser Studie nicht mit früheren Studien verglichen werden und legt nahe, dass weitere Untersuchungen in diesem Bereich notwendig sind, um die Ergebnisse zu replizieren und zu verifizieren.

5.5 Ausblick

Diese Arbeit hat die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei 345 StudienteilnehmerInnen mit Verdacht auf eine depressive Störung untersucht. Dabei wurde äquivalent zu vorherigen Studien mit einer ähnlichen Fragestellung beobachtet, dass

StudienteilnehmerInnen ab 45 Jahren, sowie jene mit komorbiden psychischen Belastungen häufiger Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen haben. Diese Erkenntnisse weisen darauf hin, dass das Alter und komorbide psychischer Belastungen relevante Faktoren bei der Versorgung von PatientInnen mit Verdacht auf eine depressive Störung darstellen. Diese Information kann dazu anregen altersspezifische Interventionen zu entwickeln und die Gesundheitsversorgung älterer Menschen mit Verdacht auf eine depressive Störung zu individualisieren. Diesbezüglich könnten zukünftige Studien Interventionen speziell für PatientInnen ab 45 Jahren mit Verdacht auf eine depressive Störung untersuchen und so analysieren, welche Therapien und Unterstützungsangebote in dieser Altersgruppe besonders wirksam sind.

Weiterhin zeigt die Erkenntnis, dass komorbide psychische Belastungen zu einer erhöhten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei PatientInnen mit Verdacht auf eine depressive Störung geführt haben, dass es wichtig ist mögliche komorbide psychische Belastungen bei dem Verdacht auf eine depressive Störung frühzeitig zu identifizieren.

Die vorliegende Arbeit hat den signifikanten Einfluss des Alters als soziodemografischen Faktor und komorbider psychischer Belastungen bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen bei PatientInnen mit Verdacht auf eine depressive Störung beobachtet. Zukünftige Studien könnten den Einfluss des Alters bei PatientInnen mit Verdacht auf eine depressive Störung und komorbiden psychischen Belastungen untersuchen.

Bezüglich des Einflusses des Geschlechts, des höchsten Bildungsabschlusses und des Schwerpunkts der depressiven Symptomatik konnten im Rahmen dieser Dissertation keine signifikanten Gruppenunterschiede festgestellt werden. Zukünftige Studien könnten unter Heranziehung einer Vergleichsgruppe, beispielsweise mit diagnostizierter depressiver Störung und/oder ohne depressive Störung die Studienfrage erneut untersuchen, um die Ergebnisse dieser Arbeit zu replizieren.

6 Zusammenfassung

Hintergrund: Depressive Störungen gehören in Deutschland zu den häufigsten psychischen Erkrankungen. Trotz der hohen Prävalenz wird nur rund die Hälfte der Fälle im hausärztlichen Setting korrekt erkannt. Dies kann zu einem langwierigen Krankheitsverlauf und einer erhöhten Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen führen. Ziel dieser Dissertation war es, den Einfluss soziodemographischer Faktoren, komorbider psychischer Belastungen sowie des Schwerpunkts der depressiven Symptomatik auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistung zu untersuchen. Dadurch soll das Inanspruchnahmeverhalten besser verstanden werden, um eine Einsicht in die Adäquatheit der Versorgungssituation bei PatientInnen mit Verdacht auf eine depressive Störung im primärärztlichen Setting zu erhalten.

Material und Methoden: Die Arbeit führt eine längsschnittliche, prospektive Untersuchung bei StudienteilnehmerInnen mit Verdacht auf eine depressive Störung durch. Dazu wurde in 64 Hausarztpraxen in Deutschland im Rahmen eines alltäglichen Arztbesuches ein Depressionsscreening mittels PHQ-9 durchgeführt. Eingeschlossen wurden PatientInnen, mit einem PHQ-9 Score ab 10 Punkten, ab 18 Jahren, mit persönlichem Kontakt mit dem/der Hausarzt/Hausärztin, die Deutsch sprechen und verstehen und eine gültige Einwilligung geben können. Zu den Ausschlusskriterien zählten die Diagnose einer depressiven Störung und akute Suizidalität. Die eingeschlossenen StudienteilnehmerInnen wurden in drei Feedbackarme randomisiert, welche sich hinsichtlich der Rückmeldung des Screening Ergebnisses unterschieden. Die vorliegende Arbeit untersucht den dritten Feedbackarm ohne Rückmeldung des Screening Ergebnisses. Im Rahmen der Analyse wurden Daten zum Alter, Geschlecht, höchsten Bildungsabschluss, dem PHQ-9, GAD-7, SSS-8 und der Anzahl an Arztbesuchen bei AllgemeinmedizinerInnen, HausärztInnen, PsychiaterInnen und PsychologInnen/PsychotherapeutInnen erhoben. Die statistische Auswertung erfolgte mittels Poisson-Regression mit dem Summenwert der Inanspruchnahme als abhängige Variable und den soziodemografischen Faktoren, den komorbiden psychischen Belastungen und dem Schwerpunkt der depressiven Symptomatik als unabhängige Variablen. Der Schwerpunkt der depressiven Symptomatik beschreibt in diesem Zusammenhang, ob die depressive Störung eher durch Symptome, welche die Motivation beeinflussen oder Symptome, welche somatische Beschwerden verursachen, geprägt ist.

Ergebnisse: Die Stichprobe umfasste 345 StudienteilnehmerInnen. Bei 343 StudienteilnehmerInnen lagen Daten zum Geschlecht vor. Davon waren 220 (64,1%) weiblich, 122 (35,6%) männlich und eine Person (0,3%) identifizierte sich als divers. Das Durchschnittsalter betrug 40 Jahre mit einer Standardabweichung von ca. 15 Jahren. 36 (10,5%) StudienteilnehmerInnen hatten keinen Berufsabschluss, 26 (7,6%) befanden sich noch in der Berufslehre, 158 (46,1%) hatten eine Ausbildung abgeschlossen, 9 (2,6%) hatten einen Meisterabschluss, 99 (28,9%) hatten ein abgeschlossenes Studium und 15 (4,4%) hatten einen sonstigen höchsten Bildungsabschluss. Bei 254 (73,6%) StudienteilnehmerInnen lag ein SSS-8 von ≥ 12 Punkten vor, was einer hohen somatischen Symptombelastung entspricht und bei 228 (68,3%) lag ein GAD-7-Score ≥ 10 Punkten vor, was einer erhöhten Ängstlichkeit entspricht.

In Bezug auf den Einfluss des Alters konnte gezeigt werden, dass StudienteilnehmerInnen ab 45 Jahren signifikant häufiger Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen haben. Bei Betrachtung des Geschlechts konnte kein signifikanter Unterschied in der Inanspruchnahme festgestellt werden. Die Untersuchung des Faktors Bildung ergab, dass StudienteilnehmerInnen, welche sich noch in der Berufslehre befinden, die höchste Inanspruchnahmerate aufwiesen. Die Untersuchung komorbider psychischer Belastungen ergab, dass die StudienteilnehmerInnen, die zusätzlich zu ihrer depressiven Symptomatik noch unter einer weiteren psychischen Belastung litten, eine signifikant höhere Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen im Vergleich zu den StudienteilnehmerInnen ohne zusätzliche psychische Belastungen angegeben haben. Die Untersuchung des Schwerpunkts der depressiven Symptomatik ergab keinen signifikanten Gruppenunterschied.

Schlussfolgerung: In frühere Studien haben die Ergebnisse ebenfalls gezeigt, dass in der Allgemeinbevölkerung und bei PatientInnen mit depressiver Störung die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen mit zunehmendem Alter zunehmen. Die Auswirkung des Geschlechts auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen zeigte in bisherigen Studien, dass Frauen im Vergleich zu Männern mehr Gesundheitsleistungen in Anspruch nehmen. Diese Beobachtung konnte im Rahmen der untersuchten Stichprobe nicht repliziert werden. Bisherige Studien zeigten, in Bezug auf den höchsten Bildungsabschluss heterogene Ergebnisse. Auch die vorliegende Arbeit konnte keinen eindeutigen Einfluss des höchsten Bildungsabschlusses auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen feststellen. Komorbide psychische Belastungen führen zu einer höheren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen. Dieser Zusammenhang wurde sowohl in früheren Studien als auch in

der vorliegenden Arbeit beobachtet. Die erstmalig durchgeführte Untersuchung, inwiefern der Schwerpunkt der depressiven Symptomatik auf die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen Einfluss nimmt, zeigte in der vorliegenden Arbeit kein signifikantes Ergebnis und kann aufgrund fehlender früheren Forschungsarbeiten nicht mit vorherigen Studienergebnissen verglichen werden.

Mögliche Limitationen dieser Arbeit sind ein hoher loss to follow-up, da lediglich bei 196 von 345 untersuchten StudienteilnehmerInnen Informationen bezüglich der Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen innerhalb von sechs Monaten dokumentiert wurden. Jedoch zeigt die Posthoc-Poweranalyse sich dadurch keine relevante Einschränkung der Power ergab. Als weitere Limitation könnte das Fehlen einer Kontrollgruppe angesehen werden, da so kein Abgleich mit einem Vergleichskollektiv erfolgt ist. Eine weitere Limitation ist der Selbstbericht der Inanspruchnahme. Dadurch kann sowohl ein Memory Bias als auch ein mögliches Zurückhalten aufgrund von Angst vor Selbststigmatisierung zu einer Verzerrung der angegebenen Informationen geführt haben.

Zur Replikation der Studienergebnisse sollte in zukünftigen Studien eine standardisierte Dokumentation der Anzahl an Besuchen bei AllgemeinmedizinerInnen, HausärztInnen, PsychiaterInnen, PsychotherapeutInnen und PsychologInnen erfolgen, damit die möglichen Limitationen durch den Selbstbericht umgangen werden und die Inanspruchnahme zu den Follow-Up-Zeitpunkten korrekt dokumentiert werden kann und so auch der loss to follow-up reduziert werden kann.

Literaturverzeichnis

- 1) Albani, C., Blaser, G., Geyer, M., Schmutzer, G., & Brähler, E. (2010). Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus Sicht der Patienten. *Psychotherapeut*, 55(6), 503-514. <https://doi.org/10.1007/s00278-010-0778-z>
- 2) Baumeister, S. E., Alte, D., & John, U. (2004). Inanspruchnahme medizinischer Leistungen: Welche Rolle spielt die soziale Unterstützung?-Ergebnisse der Study of Health in Pomerania (SHIP). *Das Gesundheitswesen*, 66(3), 175-179. <https://doi.org/10.1055/s-2004-813028>
- 3) Beekman, A. T., Penninx, B. W., Deeg, D. J., de Beurs, E., Geerling, S. W., & van Tilburg, W. (2002). The impact of depression on the well-being, disability and use of services in older adults: a longitudinal perspective. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 105(1), 20-27. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2002.10078.x>
- 4) Bennett, D. S., Ambrosini, P. J., Kudes, D., Metz, C., & Rabinovich, H. (2005). Gender differences in adolescent depression: do symptoms differ for boys and girls? *J Affect Disord*, 89(1-3), 35-44. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2005.05.020>
- 5) Bergemann, N., & Riecher-Rössler, A. (2005). *Estrogen effects in psychiatric disorders*.
.
- 6) Berking, M., & Rief, W. (2012). *Klinische Psychologie und Psychotherapie für Bachelor*. Springer Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-642-16974-8>
- 7) Bertelsen, A., Harvald, B., & Hauge, M. (1977). A Danish twin study of manic-depressive disorders. *Br J Psychiatry*, 130, 330-351. <https://doi.org/10.1192/bjp.130.4.330>
- 8) Bleckmann, W., Maier-Borst, H., & Mersmann, S. (2022). *Wartezeiten für Psychotherapieplätze sind weit höher als von Krankenkassen angegeben*. <https://www.rbb24.de/panorama/beitrag/2022/05/wartezeiten-psychotherapie-laenger-als-angaben-krankenkassen.html>

- 9) Bremer, P., & Wübker, A. (2012). Soziale Ungleichheit und Inanspruchnahme medizinischer und präventiver Leistungen in Deutschland: eine empirische Analyse. *Discussion Papers.*, (No. 20/2012).
- 10) Brettschneider, C., Kohlmann, S., Gierk, B., Lowe, B., & König, H. H. (2017). Depression screening with patient-targeted feedback in cardiology: The cost-effectiveness of DEPSCREEN-INFO. *PLoS One*, 12(8), e0181021. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0181021>
- 11) Bundesärztekammer, B. K., Kassenärztliche Bundesvereinigung, K., & Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, A. (2022). Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression – Langfassung, Version 3.0. Konsultationsfassung 2022. . <https://doi.org/10.6101/AZQ/000494>
- 12) Bundespsychotherapeutenkammer, B. (2018). *Wartezeiten für eine Psychotherapie - Ergebnisse einer bundesweiten Befragung von psychotherapeutischen Praxen im Jahr 2018*. Retrieved 25.02.2023 from https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf
- 13) Bundespsychotherapeutenkammer, B. (2021). *Monatelange Wartezeiten für Psychotherapie trotz Reformen*. Retrieved 25.02.2023 from https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2021/03/20210329_pm_bptk_monatelange-Wartezeiten.pdf
- 14) Caspar, F., Belz, M., Groß-Hardt, M., & Schneider, F. (2008). Psychotherapie. Psychische Erkrankungen in der Hausarztpraxis. *Springer, Berlin, Heidelberg*.
- 15) Chisholm, D., Knapp, M. R., Knudsen, H. C., Amaddeo, F., Gaité, L., & van Wijngaarden, B. (2000). Client Socio-Demographic and Service Receipt Inventory--European Version: development of an instrument for international research. EPSILON Study 5. European Psychiatric Services: Inputs Linked to Outcome Domains and Needs. *The British Journal of Psychiatry*(39), 28-33. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.39.s28>
- 16) Cuijpers, P., Berking, M., Andersson, G., Quigley, L., Kleiboer, A., & Dobson, K. S. (2013). A meta-analysis of cognitive-behavioural therapy for adult depression, alone

and in comparison with other treatments. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 58(7), 376-385.

- 17) Doering, S., Kasper, S., Kapfhammer, H. P., & Lindemeier, A. (2013). Ist die leichte Depression behandlungsbedürftig? *Neuropsychiatrie*, 27(1), 47-51. <https://doi.org/10.1007/s40211-013-0061-y>
- 18) Duivis, H. E., Vogelzangs, N., Kupper, N., de Jonge, P., & Penninx, B. W. (2013). Differential association of somatic and cognitive symptoms of depression and anxiety with inflammation: findings from the Netherlands Study of Depression and Anxiety (NESDA). *Psychoneuroendocrinology*, 38(9), 1573-1585. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2013.01.002>
- 19) Fasel, T., Baer, N., & Frick, U. (2010). Dynamik der Inanspruchnahme bei psychischen Problemen. Soziodemographische, regionale, krankheits- und systembezogene Indikatoren. *Obsan*. <https://doi.org/10.5167/uzh-43859>
- 20) Fassmer, A. M., Luque Ramos, A., Boiselle, C., Dreger, S., Helmer, S., & Zeeb, H. (2019). Tabakkonsum und Inanspruchnahme medizinischer Leistungen im Jugendalter—Eine Analyse der KIGGS Daten. *Das Gesundheitswesen*, 81(1), 17-23. <https://doi.org/10.1055/s-0042-116590>
- 21) Fegeler, U., Jäger-Roman, E., Martin, R., & Nentwich, H. J. (2014). Ambulante allgemeinpädiatrische Grundversorgung. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 162(12), 1117-1130. <https://doi.org/10.1007/s00112-014-3258-7>
- 22) Fried, E. I., & Nesse, R. M. (2015). Depression sum-scores don't add up: why analyzing specific depression symptoms is essential. *BMC Medicine*, 13, 72. <https://doi.org/10.1186/s12916-015-0325-4>
- 23) Gaebel, W., Zielasek, J., & Kowitz, S. . (2016). Inanspruchnahme ambulanter psychotherapeutischer Versorgung: Eine Analyse von Sekundärdaten. *Der Nervenarzt*, 87(11), 1201-1210. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0168-z>

- 24) Gierk, B., Kohlmann, S., Kroenke, K., Spangenberg, L., Zenger, M., Brahler, E., & Löwe, B. (2014). The somatic symptom scale-8 (SSS-8): a brief measure of somatic symptom burden. *JAMA internal medicine*, 174(3), 399-407. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2013.12179>
- 25) Hämmäläinen, J., Isometsä, E., Sihvo, S., Pirkola, S., & Kiviruusu, O. (2008). Use of health services for major depressive and anxiety disorders in Finland. *Depression and Anxiety*, 25(1), 27-37. <https://doi.org/10.1002/da.20256>
- 26) Hartmann, S., & Zepf, S. (2003). Psychische Erkrankungen in der primärärztlichen Versorgung. *PPmP-Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 53(11).
- 27) Hemmerich, W. (2019). *StatistikGuru: Poweranalyse und Stichprobenberechnung für Regression*. <https://statistikguru.de/rechner/poweranalyse-regression.html>
- 28) Hirschfeld, R. M. (2000). History and evolution of the monoamine hypothesis of depression. *Journal of clinical psychiatry*, 61(6), 4-6.
- 29) Hüsing, P., Löwe, B., Piontek, K., & Shedden-Mora, M. (2018). Somatoform disorder in primary care: The influence of co-morbidity with anxiety and depression on health care utilization. *Journal of evaluation in clinical practice*, 24(4), 892-900. <https://doi.org/10.1111/jep.12898>
- 30) Jacobi, F. (2009). Nehmen psychische Störungen zu? *eport psychologie*, 34(1), 16-28.
- 31) Jacobi, F., Hofler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J., & Wittchen, H. U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung : Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt*, 85(1), 77-87. <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3961-y>
- 32) Kamtsiuris, P., Bergmann, E., Rattay, P., & Schlaud, M. (2007). Inanspruchnahme medizinischer Leistungen: Ergebnisse des Kinder-und Jugendgesundheits surveys

- (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 50(5-6), 836-850. <https://doi.org/10.1007/s00103-007-0247-1>
- 33) Kapfhammer, H. P. (2022). Somatic symptoms in depression. *Dialogues Clinical Neuroscience*, 8(2), 227-239. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2006.8.2/hpkapfhammer>
- 34) Keil, J., Brendler, V., Sachse, C., Zulke, A., Zeynalova, S., Engel, C., Loeffler, M., Riedel-Heller, S. G., König, H. H., & Stengler, K. (2020). Geschlechterspezifische Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen in einer urbanen Erwachsenenpopulation. *Das Gesundheitswesen*, 82(3), 17-23. <https://doi.org/10.1055/a-0820-3584>
- 35) Kessler, R. (2003). Epidemiology of women and depression. *Journal of Affective Disorders*, 74(1), 5-13. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(02\)00426-3](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(02)00426-3)
- 36) Kohlmann, S., Gierk, B., Hilbert, A., Brähler, E., & Löwe, B. (2016). The overlap of somatic, anxious and depressive syndromes: A population-based analysis. *Journal of psychosomatic research*, 90, 51-56. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2016.09.004>
- 37) Kohlmann, S., Lehmann, M., Eisele, M., Braunschneider, L. E., Marx, G., Zapf, A., Wegscheider, K., Harter, M., König, H. H., Gallinat, J., Joos, S., Resmark, G., Schneider, A., Allwang, C., Szecsenyi, J., Nikendei, C., Schulz, S., Brenk-Franz, K., Scherer, M., & Löwe, B. (2020). Depression screening using patient-targeted feedback in general practices: study protocol of the German multicentre GET.FEEDBACK.GP randomised controlled trial. *BMJ Open*, 10(9), e035973. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-035973>
- 38) Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., & Löwe, B. (2010). The Patient Health Questionnaire Somatic, Anxiety, and Depressive Symptom Scales: a systematic review. *Gen Hosp Psychiatry*, 32(4), 345-359. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2010.03.006>
- 39) Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B., Monahan, P. O., & Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of internal medicine*, 146(5), 317-325.

- 40) Kroenke, K., Spitzer, R. L., & Williams, J. B. W. (2001). The PHQ-9 Validity of a Brief Depression Severity Measure.
- 41) Lampert, T., Prütz, F., Rommel, A., & Kuntz, B. (2018). Soziale Unterschiede in der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen von Kindern und Jugendlichen in Deutschland–Querschnittergebnisse aus KiGGS Welle 2. *Journal of Health Monitoring*. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2018-091>
- 42) Löwe, B., Kroenke, K., Herzog, W., & Gräfe, K. (2004). Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *Journal of Affective Disorders*, 81(1), 61-66. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(03\)00198-8](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(03)00198-8)
- 43) LSG Berlin-Brandenburg, B. v. L. K. E. (2019). Vermittlung von Richtlinien-Psychotherapie durch Terminservicestellen: SGB V § 75 Abs. 1a S. 13 SGB V, BMV-Ä § 5 Anlage 28, SGG § 86b Abs. 1. *Medizinrecht*, 37(3), 244-248. <https://doi.org/10.1007/s00350-019-5216-9>
- 44) Maier, W. (2004). Genetik der Depression. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 47(5), 487-492. <https://doi.org/10.1007/s00103-003-0773-4>
- 45) Maske, U. E., Jaedtke, M., Luppä, M., Riedel-Heller, S., Kleiber, D., & Busch, M. A. (2019). Diagnostizierte Depression und Inanspruchnahme von medizinischen Versorgungs- und Vorsorgeleistungen bei Erwachsenen in Deutschland. *Psychiatrische Praxis*, 46(2), 73-81. <https://doi.org/10.1055/s-0042-122327>
- 46) Melchior, H., Schulz, H., & Härter, M. (2014). Faktencheck Gesundheit: Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen. *Gütersloh: Bertelsmann Stiftung*.
- 47) Messer, T., & Hermann, M. J. (2018). Diagnostik und Therapie der unipolaren Depression. *CME*, 15(11), 9-21.

- 48) Mohr, B., Korsch, S., Roch, S., & Hampel, P. (2017). Störungsbild unipolare Depression. In: Debora – Trainingsmanual Rückenschmerzkompetenz und Depressionsprävention. Psychotherapie: Manuale. Springer, Berlin, Heidelberg. https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-662-52739-9_3
- 49) Nanke, A., & Rief, W. (2003). Zur Inanspruchnahme medizinischer Leistungen bei Patienten mit somatoformen Störungen. *Psychotherapeut*, 48(5), 329-335. <https://doi.org/10.1007/s00278-003-0323-4>
- 50) Nübling, R. (2009). Verankerung und Veränderung der psychotherapeutischen Versorgung seit dem Psychotherapeutengesetz–aktueller Stand und Ausblick. *Psychotherapeutenjournal*, 8(3), 239-252.
- 51) Petermann, F. (2015). Hospital Anxiety and Depression Scale, Deutsche Version (HADS-D) *Zeitschrift für Psychiatrie, Psychologie und Psychotherapie*, 59(3), 251-253. <https://doi.org/10.1024/1661-4747/a000077>
- 52) Plummer, F., Manea, L., Trepel, D., & McMillan, D. (2016). Screening for anxiety disorders with the GAD-7 and GAD-2: a systematic review and diagnostic metaanalysis. *General hospital psychiatry*, 39, 24-31. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2015.11.005>
- 53) Prütz, F., Rommel, A., Thom, J., Du, Y., Sarganas, G., & Starker, A. (2021). Inanspruchnahme ambulanter medizinischer Leistungen in Deutschland–Ergebnisse der Studie GEDA 2019/2020-EHIS. *Journal of Health Monitoring*. <https://doi.org/10.25646/8554>
- 54) Rattay, P., Butschalowsky, H., Rommel, A., Prutz, F., Jordan, S., Nowossadeck, E., Domanska, O., & Kamtsiuris, P. (2013). Inanspruchnahme der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung in Deutschland: Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 56(5-6), 832-844. <https://doi.org/10.1007/s00103-013-1665-x>

- 55) Regen, F., & Benkert, O. (2017). Therapie der Depression. *Springer, Berlin, Heidelberg*. https://doi.org/https://doi.org/10.1007/978-3-662-50347-8_9
- 56) Röckl-Wiedmann, I., Meyer, N., Fischer, R., Laubereau, B., Weitkunat, R., & Überla, K. (2002). Schichtspezifische Inanspruchnahme medizinischer Leistungen und Vorsorgeverhalten in Bayern: Ergebnisse einer repräsentativen Bevölkerungsbefragung. *Sozial-und Präventivmedizin*, 47, 307-317.
- 57) Röding, D., & Elkeles, T. (2021). Geschlechtsspezifische Inanspruchnahme von ambulanten medizinischen und präventiven Leistungen in einem ländlichen Raum. . *Gesundheitswesen*, 83(12), 976-982. <https://doi.org/10.1055/a-1205-1105>
- 58) Roick, C., Kilian, R., Matschinger, H., Bernert, S., Mory, C., & Angermeyer, M. C. (2001). Die deutsche Version des Client Sociodemographic and Service Receipt Inventory. *Psychiatrische Praxis*, 28, 84-90. <https://doi.org/10.1055/s-2001-17790>
- 59) Saß, H., & Cording, C. (2020). Psychiatrische Diagnosesysteme, Konzepte psychischer Störungen, der zivilrechtliche Krankheitsbegriff und das Problem der neurokognitiven Störungen in ICD-11. *Forensische Psychiatrie, Psychologie, Kriminologie*, 15(1), 4-12. <https://doi.org/10.1007/s11757-020-00639-4>
- 60) Schneider, F. (2011). Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie. *Springer-Verlag*.
- 61) Schneider, F., Härter, M., & Schorr, S. (2017). S3-Leitlinie (Nationale Versorgungsleitlinie) Unipolare Depression. *Springer-Verlag*.
- 62) Schramm, E. (2017). Interpersonelle Psychotherapie. *Springer Berlin Heidelberg*.
- 63) Sielk, M., Altiner, A., Janssen, B., Becker, N., de Pilars, M. P., & Abholz, H. H. (2009). Prävalenz und Diagnostik depressiver Störungen in der Allgemeinarztpraxis. *Psychiatrische Praxis*, 36(04), 169-174. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1090150>
- 64) Simon, G. E., VonKorff, M., & Barlow, W. (1995). Health care costs of primary care patients with recognized depression. *Archives of general psychiatry*, 52(10), 850-856.

- 65) Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A Brief Measure for Assessing Generalized Anxiety Disorder. The GAD-7. *Archives of internal medicine*, 116(10), 1092-1097.
- 66) Sun, Y., Fu, Z., Bo, Q., Mao, Z., Ma, X., & Wang, C. (2020). The reliability and validity of PHQ-9 in patients with major depressive disorder in psychiatric hospital. *BMC Psychiatry*, 20(1), 474. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02885-6>
- 67) Thode, N., Bergmann, E., Kamtsiuris, P., & Kurth, B. M. (2004). Einflussfaktoren auf die Inanspruchnahme des deutschen Gesundheitswesens und mögliche Steuerungsmechanismen. *Schlussbericht, RKI, Berlin*.
- 68) Thom, J., Kuhnert, R., Born, S., & Hapke, U. (2017). 12-Monats-Prävalenz der selbstberichteten ärztlich diagnostizierten Depression in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*. <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-057>
- 69) Tille, F., Gibis, B., Balke, K., Kuhlmeier, A., & Schnitzer, S. (2017). Soziodemografische und gesundheitsbezogene Merkmale der Inanspruchnahme und des Zugangs zu haus- und fachärztlicher Versorgung - Ergebnisse einer deutschlandweiten Bevölkerungsbefragung von 2006 bis 2016. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 126, 52-65. <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2017.07.012>
- 70) UNESCO Institute for Statistics. (2006). International standard classification of education (ISCED) 1997. <https://doi.org/www.uis.unesco.org>
- 71) Üstün, T. B., Ayuso-Mateos, J. L., Chatterji, S., Mathers, C., & Murray, C. J. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *The British Journal of Psychiatry*, 184, 386-392. <https://doi.org/10.1192/bjp.184.5.386>
- 72) van Ravesteijn, H., Wittkamp, K., Lucassen, P., van de Lisdonk, E., van den Hoogen, H., van Weert, H., Huisser, J., Schene, A., van Weel, C., & Speckens, A. (2009). Detecting somatoform disorders in primary care with the PHQ-15. *Ann Fam Med*, 7(3), 232-238. <https://doi.org/10.1370/afm.985>

- 73) von dem Knesebeck, O., Bauer, U., Geyer, S., & Mielck, A. (2009). Soziale Ungleichheit in der gesundheitlichen Versorgung—ein Plädoyer für systematische Forschung. *Das Gesundheitswesen*, 71(2), 59-62. <https://doi.org/10.1055/s-0028-1119371>
- 74) Walendzik, A., Rabe-Menssen, C., Lux, G., Wasem, J., Jahn, R., Duncker, C., & Farrenkopf, N. (2011). Erhebung zur ambulanten psychotherapeutischen Versorgung 2010. *Berlin: Deutsche Psychotherapeutenvereinigung*.
- 75) Whooley, M. A., Avins, A. L., Miranda, J., & Browner, W. S. (1997). Case-finding instruments for depression: Two questions are as good as many. *Journal of general internal medicine*, 12(7), 439-445.
- 76) Wien, S., Bergmann, F., Niebling, W., Schneider, F. . (2008). Ätiologie und Epidemiologie. In *Klinikmanual Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie* (pp. 2-6). *Springer*.
- 77) Winter, M. J., Maaz, A., & Kuhlmeier, A. . (2006). Ambulante und stationäre medizinische Versorgung im Alter. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*, 49(6), 575-582. <https://doi.org/10.1007/s00103-006-1272-1>
- 78) Wittchen, H. U., & Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland eine klinisch-epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 44(10), 993-1000.
- 79) Wittchen, H. U., & Jacobi, F. (2005). Size and burden of mental disorders in Europe—a critical review and appraisal of 27 studies. *Eur Neuropsychopharmacol*, 15(4), 357-376. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2005.04.012>
- 80) Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jonsson, B., Olesen, J., Allgulander, C., Alonso, J., Faravelli, C., Fratiglioni, L., Jennum, P., Lieb, R., Maercker, A., van Os, J., Preisig, M., Salvador-Carulla, L., Simon, R., & Steinhausen, H. C. (2011). The size and burden of mental disorders and other

disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*, 21(9), 655-679.
<https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2011.07.018>

- 81) World Health Organization, W. (2021, 20.02.2023). *ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (ICD-11 MMS): International Classification of Diseases 11th Revision. The global standard for diagnostic health information.* . <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.
- 82) Zepf, S., Mengele, U., & Hartmann, S. (2003). Zum Stand der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung der Erwachsenen in der Bundesrepublik Deutschland. *PPmP-Psychotherapie· Psychosomatik· Medizinische Psychologie*, 53(03/04), 152-162.
- 83) Zhou, Y., Xu, J., & Rief, W. (2020). Are comparisons of mental disorders between Chinese and German students possible? An examination of measurement invariance for the PHQ-15, PHQ-9 and GAD-7. *BMC Psychiatry*, 20(1), 480.
<https://doi.org/10.1186/s12888-020-02859-8>

Anhang

Anhang A: Patienteninformation und Einwilligungserklärung



Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin
Direktor:
Prof. Dr. med. Martin Scherer
Martinistr. 52
20246 Hamburg

Institut und Poliklinik für Psychosomatische
Medizin und Psychotherapie
Direktor: Prof. Dr med. Dipl. Psych. Bernd Löwe
Martinistr. 52
20246 Hamburg



Wissenschaftliche Studie zum psychischen Wohlbefinden von hausärztlichen Patientinnen und Patienten*

**Depressionsscreening in der Hausarztpraxis – Steigerung der klinischen Effektivität und ökonomischen Effizienz durch
patienten-orientiertes Feedback (GET.FEEDBACK.GP)*

INFORMATIONEN ZUR STUDIE, INFORMATIONEN ZUM DATENSCHUTZ & EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

in Kooperation mit



Wissenschaftliche Studie zum psychischen Wohlbefinden - Studieninformationen & Einwilligung

Sehr geehrte Dame, sehr geehrter Herr,

wir möchten Sie herzlich zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Studie einladen. Es geht um das Thema psychisches Wohlbefinden und Versorgung von psychischen Beschwerden bei hausärztlichen Patientinnen und Patienten. Psychische Beschwerden sind gar nicht so selten: Wussten Sie, dass über 30% der Bevölkerung davon betroffen sind? Damit gehören psychische Beschwerden wie zum Beispiel Ängste, depressive Verstimmungen/Burnout oder Schlafstörungen ebenso zum Alltag wie Diabetes, Übergewicht oder Bluthochdruck. Hausärzte/innen haben eine wichtige Funktion im Gesundheitssystem, denn viele Erkrankungen werden in der Hausarztpraxis festgestellt.

Ziel der Studie

Diese Studie soll dazu beitragen, psychische Beschwerden frühzeitig zu erkennen und ihre Behandlung zu verbessern.

Ihre Teilnahme ist für uns wichtig

Sie wurden für die Studienteilnahme ausgewählt¹. Mit Ihrer Teilnahme können Sie zur Verbesserung der Versorgung von psychischen Beschwerden und damit zur Verbesserung der psychischen Gesundheit der Bevölkerung beitragen. Ihre Teilnahme ist freiwillig. Wenn Sie Interesse an einer Teilnahme haben, lesen Sie bitte aufmerksam die nachfolgenden Informationen zum Studienablauf und zum Datenschutz. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die Studienmitarbeiterin/den Studienmitarbeiter, die/der Ihnen diese Information ausgehändigt hat. Teilnehmen können erwachsene Personen über 18 Jahre, die heute einen persönlichen Termin beim Hausarzt/bei der Hausärztin haben.

Das Institut und die Poliklinik für Allgemeinmedizin und das Institut und die Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf führen diese wissenschaftliche Studie mit dem Titel „Effizienz eines Depressionsscreening in der Hausarztpraxis: Steigerung der klinischen Effektivität bei der Versorgung von Depression mittels patienten-orientiertem Feedback“ gemeinsam durch. Die Studie wird vom Innovationsausschuss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) gefördert.

Herzlichen Dank für Ihre Unterstützung!

Prof. Dr. med. Dipl. Psych. Bernd Löwe
(Studienleitung, Konsortialführung)

Prof. Dr. med. Martin Scherer
(Co-Studienleitung)

Wissenschaftliche Studie zum psychischen Wohlbefinden - Studieninformationen & Einwilligung

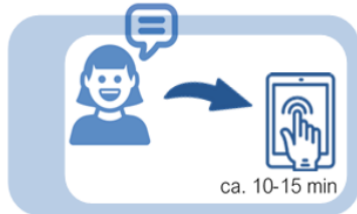
Ablauf der Studie

Wenn Sie teilnehmen möchten, unterschreiben Sie zunächst die Einverständniserklärung. Danach füllen Sie einen Fragebogen mit Fragen zu Ihrer Person und zu Ihrer allgemeinen und psychischen Gesundheit aus. Alle Fragen füllen Sie hier in der Praxis elektronisch an einem tragbaren Computer (*tablet*) aus. Das ist ganz einfach. Das Ausfüllen des Fragebogens wird nur **ca. 10-15 Minuten** dauern. Damit Sie dabei nicht gestört werden, kann es sein, dass eine andere Person, die nach Ihnen eingetroffen ist, vor Ihnen ins Sprechzimmer gerufen wird. Der Studienablauf sieht vor, dass ein Teil der Studienteilnehmer/innen und/oder Ihr Hausarzt/Ihre Hausärztin über einen Teil der Befragungsergebnisse eine Rückmeldung erhalten. Ob Sie oder Ihr Hausarzt/Ihre Hausärztin eine Rückmeldung erhalten oder nicht, entscheidet der Zufall (*Randomisierung*^{II}). Weder Ihr Hausarzt/Ihre Hausärztin noch unser/e Studienmitarbeiter/in wissen, wer eine Rückmeldung zu den Befragungsergebnissen erhält (*Verblindung*^{III}). In jedem Fall wird Ihnen nach Abschluss der Befragung ein Umschlag ausgehändigt, in dem wir uns für Ihre Teilnahme bedanken. Der Inhalt des Umschlages ist der/dem Studienmitarbeiter/in, die/der Ihnen den Umschlag überreicht, nicht bekannt. Ihre Angaben werden mit eventuell vorliegenden Dauererkrankungen aus den Unterlagen Ihres Hausarztes ergänzt. Das Studienteam wird einen Teil der Teilnehmer/innen nach einem Monat, nach sechs Monaten und nach zwölf Monaten anrufen und erneut Fragen zu Ihrer allgemeinen und psychischen Gesundheit und zur Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen (z.B. Arztbesuche, Medikamente, Krankenhausaufenthalte) stellen. Dafür benötigen wir Ihre Telefonnummer. **Für jede telefonische Befragung erhalten Sie eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 10 Euro.**

Im Anschluss an die Studie möchten wir einen Teil der Teilnehmer/innen für eine telefonische Befragung erneut kontaktieren. Dann werden Sie gefragt, wie Sie die im Rahmen der Studie erhaltenen Informationen erlebt haben. Die Teilnahme an dieser zusätzlichen Befragung ist freiwillig und unabhängig von der Studienteilnahme.

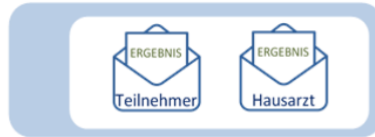
Für eine Übersicht des Studienablaufs beachten Sie bitte das Schaubild auf der folgenden Seite.

Übersicht zum Ablauf der Studie



1. Sie erhalten einen elektronischen Fragebogen mit Fragen zu Ihrer Person und zu ihrer allgemeinen und psychischen Gesundheit.

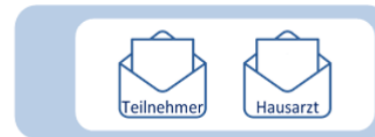
2. Wir werden per Zufall auswählen, welche Form der Rückmeldung Sie erhalten. Es gibt diese drei Möglichkeiten.



oder



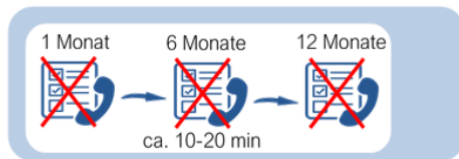
oder



oder



oder



3. Wir werden einen Teil der Studienteilnehmer/innen in den Monaten nach der heutigen Befragung anrufen und zu ihrer aktuellen Gesundheit befragen. Es gibt diese drei Möglichkeiten. Für jede telefonische Befragung erhalten Sie 10 Euro.

Der vertrauliche Umgang mit Ihren Daten ist uns wichtig

Was geschieht mit den erhobenen Daten?

Ihre Angaben werden unmittelbar nach der Eingabe auf dem *tablet* elektronisch verschlüsselt und unter Verwendung eines Pseudonyms direkt an das *Clinical Trial Center North* (CTC) in Hamburg gesendet. Dies ist ein Unternehmen, das sich auf die Durchführung krankheitsbezogener (klinischer) Untersuchungen nach höchsten Datensicherheitsstandards spezialisiert hat. Daher ist es nicht möglich, dass nachfolgende Studienteilnehmer/innen die von Ihnen eingegebenen Daten einsehen können oder dass Ihre Daten im Internet veröffentlicht werden. Ihre Daten werden von CTC passwortgeschützt verwaltet. Ihre personenbezogenen Daten werden von Ihren Fragebogendaten getrennt aufbewahrt und nur für den Zweck der Kontaktaufnahme durch uns nach einem, sechs und zwölf Monaten verwendet. Das verwendete Pseudonym und Ihr Name werden getrennt voneinander aufbewahrt. Die Aufhebung der Verschlüsselung erfolgt nur durch CTC als studienunabhängiges Unternehmen. Die elektronisch erhobenen Daten werden 10 Jahre aufbewahrt. Alle gesammelten Informationen werden verschlüsselt (*pseudonymisiert*^{IV}).

Alle Angaben werden ausschließlich für Forschungszwecke verwendet. Die Ergebnisse werden ohne Nennung von Namen oder anderen Angaben, die einen Rückschluss auf die Person des Teilnehmenden ermöglichen würden, in wissenschaftlichen Veröffentlichungen (Fachzeitschriften, Fachkongresse) dargestellt.

Erläuterungen zum Datenschutz

(Datenschutzpassus der Ethikkommission der Hamburger Ärztekammer in der Version 22.11.2017)

Die im Rahmen des Forschungsvorhabens nach Einwilligungserklärung des Studienteilnehmers erhobenen persönlichen Daten unterliegen der Schweigepflicht und den datenschutzgesetzlichen Bestimmungen. Sie werden elektronisch verschlüsselt pseudonymisiert^{IV} (verschlüsselt) und passwortgeschützt im Clinical Trial Center North sowie in der sogenannten Mainzliste (quantitative Daten) für die Dauer der laufenden Studie gespeichert. Nach Beendigung der Studie werden die abgeschlossenen Daten pseudonymisiert^{IV} an das Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie zwecks Datenanalyse weitergeleitet und hier für 10 Jahre anonymisiert^V archiviert. Bei der Pseudonymisierung wird eine mehrstellige Buchstaben- oder Zahlenkombination, auch Code genannt, vergeben, um die Identifizierung des Studienteilnehmers auszuschließen oder wesentlich zu erschweren. Zugang zu dem „Schlüssel“, der eine persönliche Zuordnung der Daten des Studienteilnehmers ermöglicht, hat der Studienleiter. Sobald der Forschungszweck es zulässt, wird der Schlüssel gelöscht und die erhobenen Daten damit anonymisiert^V.

Die Auswertung und Nutzung der Daten durch die Studienleitung und ihre Mitarbeiter/innen erfolgt in pseudonymisierter^{IV} Form. Die Veröffentlichung der Studienergebnisse erfolgt ausschließlich in anonymisierter Form.

Sie haben das Recht, über die von Ihnen erhobenen personenbezogenen Daten Auskunft zu verlangen. Im Falle des Widerrufs der Einwilligungserklärung werden die bereits erhobenen Daten gelöscht oder anonymisiert und in dieser Form weiter genutzt. Eine Löschung bereits anonymisierter^V Daten ist nicht möglich.

Dieses Forschungsvorhaben ist durch die zuständige Ethik-Kommission ethisch und fachrechtlich beraten und die Durchführung genehmigt worden.

Im Folgenden werden Sie hiermit über die in der DSGVO festgelegten Rechte informiert (Artikel 12 ff. DSGVO):

Rechtsgrundlage

Die Rechtsgrundlage zur Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten bildet Ihre freiwillige schriftliche Einwilligung gemäß DSGVO; daneben sind die Deklaration von Helsinki (Erklärung des Weltärztebundes zu den ethischen Grundsätzen für die medizinische Forschung am Menschen) und die Leitlinie für Gute Klinische Praxis zu beachten. Zeitgleich mit der DSGVO tritt in Deutschland das überarbeitete Bundesdatenschutzgesetz (BDSG-neu) in Kraft.

Für die Datenverarbeitung verantwortliche Person

Der Studienleiter: Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Bernd Löwe.

Recht auf Auskunft

Sie haben das Recht auf Auskunft über die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die im Rahmen der klinischen Studie erhoben, verarbeitet oder ggf. an Dritte übermittelt werden (Aushändigen einer kostenfreien Kopie) (Artikel 15 DSGVO, §34 BDSG-neu).

Recht auf Berichtigung

Sie haben das Recht, Sie betreffende unrichtige personenbezogene Daten berichtigen zu lassen (Artikel 16 und 19 DSGVO).

Recht auf Löschung

Sie haben das Recht auf Löschung Sie betreffender personenbezogener Daten, z. B. wenn diese Daten für den Zweck, für den sie erhoben wurden, nicht mehr notwendig sind (Artikel 17 und 19 DSGVO, §35 BDSG-neu).

Recht auf Einschränkung der Verarbeitung

Unter bestimmten Voraussetzungen haben Sie das Recht, eine Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen, d.h. die Daten dürfen nur gespeichert, aber nicht verarbeitet werden. Dies müssen Sie beantragen. Wenden Sie sich hierzu bitte an Ihren Studienleiter oder an den Datenschutzbeauftragten des Prüfzentrums (Artikel 18 und 19 DSGVO).

Recht auf Datenübertragbarkeit

Sie haben das Recht, die Sie betreffenden personenbezogenen Daten, die Sie dem Verantwortlichen für die klinische Studie bereitgestellt haben, zu erhalten. Damit können Sie beantragen, dass diese Daten entweder Ihnen oder, soweit technisch möglich, einer anderen von Ihnen benannten Stelle übermittelt werden (Artikel 20 DSGVO).

Wissenschaftliche Studie zum psychischen Wohlbefinden - Studieninformationen &
Einwilligung

**Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten und
Recht auf Widerruf dieser Einwilligung**

Die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten ist nur mit Ihrer Einwilligung rechtmäßig (Artikel 6 DSGVO). Die Einwilligung ist freiwillig. Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten jederzeit ohne Angabe von Gründen zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird jedoch die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Weder die Nicht-Teilnahme noch ein Widerruf haben für Sie Nachteile für Ihre Behandlung. Im Falle des Widerrufs müssen Ihre personenbezogenen Daten grundsätzlich gelöscht werden (Artikel 7, Absatz 3 DSGVO). Es gibt allerdings Ausnahmen, nach denen die bis zum Zeitpunkt des Widerrufs erhobenen Daten weiter verarbeitet werden dürfen, z.B. wenn die weitere Datenverarbeitung zur Erfüllung einer rechtlichen Verpflichtung erforderlich ist (Art. 17 Abs. 3 b DSGVO).

**Möchten Sie eines dieser Rechte in Anspruch nehmen, wenden Sie sich bitte an den
Studienleiter Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Bernd Löwe.**

Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf (UKE)
Martinistr. 52, 20246 Hamburg
Telefon: 040 7410 59733, Fax: 040 7410 54975
E-Mail: b.loewe@uke.de

Sollten Sie Fragen zur Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung haben, können Sie sich für weitere
Auskünfte an den **Datenschutzbeauftragten des UKE** wenden:

Matthias Jaster
Martinistraße 52
20246 Hamburg
Tel. 040/7410 56890
E-Mail: m.jaster@uke.de

Darüber hinaus haben Sie die Möglichkeit, sich auch an eine **Aufsichtsbehörde** mit einer Beschwerde
zu wenden. Die Zuständigkeit einer Aufsichtsbehörde richtet sich u.a. nach dem Sitz der
verantwortlichen Stelle, dem Bundesland Ihres Aufenthaltsortes, Ihres Arbeitsplatzes oder des
mutmaßlichen Datenschutzverstoßes. Eine Liste der Aufsichtsbehörden mit Anschrift finden Sie
unter:

https://www.bfdi.bund.de/DE/Infothek/Anschriften_Links/anschriften_links-node.html.

Für das UKE zuständig ist:

Der Hamburgische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit
Ludwig-Erhard-Straße 22
20459 Hamburg
mailbox@datenschutz.hamburg.de
<https://www.datenschutz-hamburg.de/>

Erläuterungen

^I **Teilnehmerauswahl** nach dem Zufallsprinzip ist ein Verfahren, um die Studienteilnehmer/innen möglichst repräsentativ auszuwählen (Zufallsstichprobe). Das heißt, es wird eine vorher festgelegte Abzählregel angewendet, die unabhängig von der Person ist, die ausgewählt wird. Durch dieses Verfahren wird die Aussagekraft der Studienergebnisse verbessert.

^{II} **Randomisieren** ist ein Verfahren, bei dem die Studienteilnehmer/innen unter Verwendung eines Zufallsmechanismus unterschiedlichen Gruppen zugeordnet werden. Dadurch soll eine höhere statistische Sicherheit erreicht werden. Randomisierung ist eine Voraussetzung für die Verblindung (s. unten).

^{III} **Verblindung** ist eine Form einer Studiengestaltung, bei der die Studienteilnehmer/innen und die Studienmitarbeiter/innen nicht wissen, welcher Gruppe die Teilnehmer/innen angehören. In unserer Studie bedeutet dies, dass niemand weiß, ob Sie und Ihr/e Hausärztin oder nur Ihr/e Hausarzt/in oder keine/r von beiden eine Rückmeldung über das Ergebnis der Befragung erhalten.

^{IV} **Pseudonymisieren** ist das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale durch ein Kennzeichen zu dem Zweck, die Identifizierung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren (§ 3 Abs. 6a Bundesdatenschutzgesetz).

^V **Anonymisieren** ist das Verändern personenbezogener Daten derart, dass die Einzelangaben über persönliche oder sachliche Verhältnisse nicht mehr oder nur mit einem unverhältnismäßig großen Aufwand an Zeit, Kosten und Arbeitskraft einer bestimmten oder bestimmbar natürlichen Person zugeordnet werden können (§ 3 Abs. 6 Bundesdatenschutzgesetz).

Einwilligungserklärung – Ausfertigung für die/den Studienteilnehmer/in

Ich wurde über das oben genannte Forschungsvorhaben ausreichend schriftlich und mündlich informiert. Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen und diese zu klären.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich Folgendes:

Ich bin damit einverstanden, im Rahmen des oben genannten Forschungsvorhabens einen Fragebogen zu meiner Person und meiner allgemeinen und psychischen Gesundheit auszufüllen. Ich bin damit einverstanden, dass ich eventuell nach einem, sechs und zwölf Monaten für eine weitere Befragung angerufen werde. Ich bin damit einverstanden, dass ich selbst und/oder mein/e Hausarzt/-ärztin gegebenenfalls über das Ergebnis des Fragebogens informiert werden. Ich bin damit einverstanden, dass die Studienmitarbeiter in der Praxis die von meinem Hausarzt in meiner Akte dokumentierten chronischen Erkrankungen erfragt und dokumentiert und entbinde die Praxis ausschließlich für diese Informationen von der Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass mich nach Abschluss der Studie Studienmitarbeiter gegebenenfalls mit einer Einladung zu weiteren Befragungen kontaktieren dürfen. Ich kann dann frei entscheiden, ob ich an weiteren Befragungen teilnehmen möchte oder nicht.

Ich habe die Informationen zur Rechtsgrundlage und den Datenschutzpassus zur Pseudonymisierung (Verschlüsselung) gelesen und verstanden. Die im Rahmen des Forschungsprojektes gesammelten Informationen dürfen in pseudonymisierter Form zu Forschungszwecken verwendet werden.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich mit vorstehend geschilderter Vorgehensweise einverstanden bin. Ich habe eine Kopie des Informationsblatts und dieser Einverständniserklärung erhalten und den Inhalt verstanden und stimme zu, an diesem Forschungsvorhaben teilzunehmen.

Meine Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Ich weiß, dass ich diese Zustimmung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Mir entstehen dadurch keine Nachteile.

Name _____ Vorname _____

Ort, Datum Unterschrift Studienteilnehmer/in

Ort, Datum Unterschrift aufklärende Person

Einwilligungserklärung – Ausfertigung für die/den Studienmitarbeiter/in

Ich wurde über das oben genannte Forschungsvorhaben ausreichend schriftlich und mündlich informiert. Ich hatte die Möglichkeit, Fragen zu stellen und diese zu klären.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich Folgendes:

Ich bin damit einverstanden, im Rahmen des oben genannten Forschungsvorhabens einen Fragebogen zu meiner Person und meiner allgemeinen und psychischen Gesundheit auszufüllen. Ich bin damit einverstanden, dass ich eventuell nach einem, sechs und zwölf Monaten für eine weitere Befragung angerufen werde. Ich bin damit einverstanden, dass ich selbst und/oder mein/e Hausarzt/-ärztin gegebenenfalls über das Ergebnis des Fragebogens informiert werden. Ich bin damit einverstanden, dass die Studienmitarbeiter in der Praxis die von meinem Hausarzt in meiner Akte dokumentierten chronischen Erkrankungen erfragt und dokumentiert und entbinde die Praxis ausschließlich für diese Informationen von der Schweigepflicht. Ich bin damit einverstanden, dass mich nach Abschluss der Studie Studienmitarbeiter gegebenenfalls mit einer Einladung zu weiteren Befragungen kontaktieren dürfen. Ich kann dann frei entscheiden, ob ich an weiteren Befragungen teilnehmen möchte oder nicht.

Ich habe die Informationen zur Rechtsgrundlage und den Datenschutzpassus zur Pseudonymisierung (Verschlüsselung) gelesen und verstanden. Die im Rahmen des Forschungsprojektes gesammelten Informationen dürfen in pseudonymisierter Form zu Forschungszwecken verwendet werden.

Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich mit vorstehend geschilderter Vorgehensweise einverstanden bin. Ich habe eine Kopie des Informationsblatts und dieser Einverständniserklärung erhalten und den Inhalt verstanden und stimme zu, an diesem Forschungsvorhaben teilzunehmen.

Meine Teilnahme an der Studie ist freiwillig. Ich weiß, dass ich diese Zustimmung jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Mir entstehen dadurch keine Nachteile.

Name _____ Vorname _____

Ort, Datum

Unterschrift Studienteilnehmer/in

Ort, Datum

Unterschrift aufklärende Person

Anhang B: Danksagung

Ich möchte mich herzlich bei allen bedanken, die mich bei der Erstellung dieser Dissertation unterstützt haben.

Vielen Dank an Herrn Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Bernd Löwe, Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf, der mir viel Freiheit bei der Themenauswahl und Strukturierung dieser Arbeit überließ und mich zu jeder Zeit hilfsbereit und mit Expertise unterstützt hat.

Weiterhin danke ich Frau Lea-Elena Braunschneider, M. Sc., die mich als Betreuerin meiner Arbeit unterstützt und beraten hat.

Ein großer Dank gilt Herrn PD Dr. Sebastian Kohlmann, der kurzfristig als neuer Doktorvater und Betreuer eingesprungen ist und mir mit seiner Expertise die Fertigstellung meiner Arbeit ermöglicht hat.

Mein besonderer Dank gilt meinen Eltern, meinem großen Bruder und meinem Ehemann für den Rückhalt, die lustigen Fahrten zu den Datenerhebungen und ihr Vertrauen in mich. Ohne ihre Unterstützung und ständige Motivation wäre mir die Erarbeitung dieser Dissertation deutlich schwerer gefallen.

Anhang C: Lebenslauf

Aus datenschutzrechtlichen Gründen wird der Lebenslauf in der elektronischen Fassung der Dissertation nicht veröffentlicht.

