

Aus dem Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf
Psychiatrische und Nervenlinik
Direktor: Prof. Dr. med. Dieter Naber

**Die Betreuung dementer/depressiver
Patienten durch niedergelassene
Nervenärzte Hamburgs**

Dissertation

zur Erlangung des Grades eines
Doktors der Medizin

aus dem Fachbereich Medizin
der Universität Hamburg
vorgelegt von

Oliver Lehmberg
aus
Hamburg

Hamburg 2000

Angenommen von dem Fachbereich Medizin
der Universität Hamburg am: 23.05.2000

Gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs
Medizin der Universität Hamburg

Dekan: Prof. Dr. H.-P. Leichtweiß

Referent: Prof. Dr. F.-M. Stark

Korreferent: Prof. Dr. D. Naber

Danksagung

Mein Dank gilt zuerst den niedergelassenen Hamburger Psychiatern, die sich an dieser Untersuchung beteiligt haben. Ohne sie wäre die vorliegende Arbeit nicht möglich gewesen.

Danken möchte ich weiterhin meinem Doktorvater, Herrn Prof. Stark, für seine Unterstützung sowie seiner vielen Anregungen für diese Arbeit.

ERKLÄRUNG

Ich versichere ausdrücklich, daß ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfaßt, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe, und daß ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Hamburg, 1998

Olliver Lehmborg

Inhaltsverzeichnis

| | |
|---|-----------|
| 1. EINLEITUNG | 1 |
| 2. FORSCHUNGSSTAND | 4 |
| 2.1. Definition, klinisches Bild, Epidemiologie und Primärversorgung der Demenz | 4 |
| 2.1.1. Definition und klinisches Bild der verschiedenen Demenzarten | 4 |
| 2.1.2. Epidemiologie der Demenz | 7 |
| 2.1.3. Primärversorgung von dementen Patienten | 8 |
| 2.2. Definition, klinisches Bild und Epidemiologie der Depression | 10 |
| 2.2.1. Definition und klinisches Bild der Depression | 10 |
| 2.2.2. Epidemiologische Angaben zur Depression | 15 |
| 2.2.3. Primärversorgung depressiver Patienten | 16 |
| 2.3. Zur Problematik der Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Nervenärzten | 18 |
| 2.4. Vergleich der Betreuung depressiver Patienten von Nervenärzten und Hausärzten | 19 |
| 2.5. Veränderungen in der Diagnose am Ende einer psychiatrischen Konsultation | 21 |
| 3. FRAGESTELLUNG | 22 |
| 4. METHODIK | 22 |
| 4.1. Grundsätzliches | 22 |
| 4.2. Stichprobengewinnung | 22 |
| 4.3. Fragebogen | 22 |
| 4.5. Datenschutz | 23 |
| 4.6. Datengewinnung | 23 |
| 4.7. Datenanalyse | 24 |

| | |
|--|-----------|
| 5. ERGEBNISSE | 20 |
| 5.1. Die Rücklaufquote | 20 |
| 5.2. Charakteristika der befragten Ärzte | 23 |
| 5.2.1. Alters- und Geschlechterverteilung | 23 |
| 5.2.2. Das Weiterbildungsverhalten | 24 |
| 5.2.3. Die eigene Kompetenz | 27 |
| 5.2.4. Die Zahl der Patienten mit psychiatrischen Krankheitsbildern | 30 |
| 5.3. Angaben zur Demenz | 39 |
| 5.3.1. Diagnostik | 39 |
| 5.3.2. Mitbetreuung | 47 |
| 5.3.3. Das Überweisungsverhalten bei Demenzkranken | 50 |
| 5.3.4. Die gewünschte Aufgabenverteilung mit den Hausärzten | 53 |
| 5.3.5. Die Beurteilung der Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen | 56 |
| 5.4. Angaben zur Depression | 59 |
| 5.4.1. Diagnostik | 59 |
| 5.4.2. Mitbetreuung | 65 |
| 5.4.3. Das Überweisungsverhalten bei depressiven Patienten | 69 |
| 5.4.4. Die gewünschte Aufgabenverteilung mit den Hausärzten | 73 |
| 5.4.5. Die Beurteilung der Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen | 76 |
| 5.5. Vergleichende Betrachtung hinsichtlich Demenz und Depression | 78 |
| 5.5.1. Das Weiterbildungsverhalten | 78 |
| 5.5.2. Die selbst eingeschätzte Kompetenz | 79 |
| 5.5.3. Das Überweisungsverhalten | 80 |
| 5.5.4. Die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen | 81 |
| 6. DISSKUSSION | 90 |
| 7. LITERATURVERZEICHNIS | 20 |
| ANHANG | |
| Verzeichnis der Abbildungen | 20 |
| Verzeichnis der Tabellen | 21 |

1. Einleitung

Die Sichtung der Literatur zeigt, daß viele psychisch Kranke nicht in ambulanter oder stationärer nervenärztlicher Behandlung sind. Nur ein Teil der psychisch Kranken wird von niedergelassenen Psychiatern betreut, während viele psychisch Erkrankte von ihren Hausärzten mitbetreut werden. Andere wiederum sind gar nicht in ärztlicher oder psychiatrischer Behandlung.

In vielen vergangenen Studien wurde die besondere Rolle des Hausarztes bei der Betreuung psychisch Kranker beschrieben. Deutlich wird dies spätestens seit dem Enquete- Bericht von 1975, der die besondere Lage des Allgemeinarztes beschreibt.

Aus dem Bericht ergab sich, daß Hausärzte 14 % der Bevölkerung während eines Jahres wegen psychischer Störungen behandeln, während Psychiater dagegen nur 1% und Klinikeinrichtungen nur 0,25% der Bevölkerung behandeln. Andere Autoren machten sogar noch höhere Angaben zum Anteil der psychisch Kranken in Hausarztpraxen.

Es können eine Reihe von Argumenten benannt werden, die für eine tragende Rolle des Hausarztes in der Versorgung psychischer Störungen sprechen.

Zum einen präsentieren Patienten mit psychischen Störungen oft körperliche Beschwerden und betrachten sich selbst meist nicht als behandlungsbedürftig. Hinzu kommt, daß die psychiatrische Behandlungsbedürftigkeit mit einem negativen Image behaftet ist. Zum anderen hängen viele psychische Störungen mit familiären Problemen zusammen, die der Familienarzt eher kennt. Außerdem kann der Hausarzt den Krankheitsverlauf über einen längeren Zeitraum verfolgen als der Spezialist.

Die tragende Rolle des Hausarztes verdeutlicht die Wichtigkeit einer guten Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Psychiatern. Nur wurde in vergangenen Studien häufig darauf hingewiesen, daß bei der Kooperation der Hausärzte mit den Psychiatern starke Mängel vorhanden sind. Diese Mängel sind einerseits darauf zurückzuführen, daß Hausärzte ein breites Spektrum an Erkrankungen zu betreuen haben und ihnen die notwendigen fachlichen Kompetenzen fehlen. In den vergangenen Studien wurde zum Beispiel gezeigt, daß viele Hausärzte gar keine Kenntnis von der Existenz einiger psychiatrischer ambulanter Einrichtungen hatten oder zumindest mit diesen noch nicht zusammengearbeitet hatten. Andererseits wurden den Psychiatern von vielen Hausärzten ein mangelnder Kooperationswillen vorgeworfen. Ferner wurde von

den Hausärzten häufig angegeben, daß Psychiater nicht so stark in die ärztliche Gemeinde integriert seien wie die Kollegen anderer Fachrichtungen.

Es ist leicht zu erkennen, daß viele Hindernisse aus dem Weg geräumt werden müssen, um eine gute Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Psychiatern zu erreichen und daß alte Vorurteile noch weiter zurückgedrängt werden müssen.

Dennoch ist zur Erfassung der vollständigen Problematik bei der Kooperation beider Bereiche die Befragung der niedergelassenen Psychiater notwendig. Bisher konnte nur wenig darüber gesagt werden, wie niedergelassene Psychiater die Betreuung dementer/ depressiver Patienten handhaben und wie sie sich eine mögliche Zusammenarbeit vorstellen. Die vorangegangenen Studien zeigten, daß nur relativ wenige Hausärzte ihre Patienten an niedergelassene Psychiater überweisen. Wie dies aus der Sicht der niedergelassenen Psychiater bewertet wird, wann niedergelassene Psychiater andere Einrichtungen oder Hausärzte mit in die Betreuung psychisch Kranker einbeziehen, soll in dieser Studie untersucht werden. Desweiteren soll untersucht werden, wie sich Psychiater eine mögliche Aufgabenverteilung mit den Hausärzten bei der Betreuung dementer/ depressiver Patienten vorstellen., da eine vollständige Betreuung des psychisch Kranken mit seinem sozialen Umfeld bei wachsenden Patientenzahlen in den Praxen für den Psychiater allein zu umfangreich erscheint. Grundlage der Datensammlung ist eine Umfrage bei den niedergelassenen Hamburger Psychiatern.

2. Forschungsstand

2.1. Definition, klinisches Bild, Epidemiologie und Primärversorgung der Demenz

2.1.1. Definition und klinisches Bild der verschiedenen Demenzarten

Im Allgemeinen wird die Demenz als Abbau der Gedächtnisleistungen bezeichnet. Sie ist entweder Folge einmaliger schwerer Hirnerkrankungen, chronischer toxischer Einwirkungen auf das Gehirn oder fortschreitender Hirnabbauprozesse.

Diese können durch degenerative Erkrankungen des zentralen Nervensystems wie M. Alzheimer, zerebrovaskuläre Erkrankungen und gemischte Formen verursacht sein. M. Alzheimer ist bei ca. 50% der Fälle Grund der Demenz. Vaskulär oder arteriosklerotisch verursachte Demenzen trifft man in 10-30% der Fälle an.

In milden oder frühen Formen der Demenz besteht die Schwierigkeit im Aufrechterhalten der geistigen Leistungsfähigkeit, mit früher Ermüdbarkeit und einer Tendenz zu versagen, wenn die Fragestellung neu und komplex ist oder veränderte Problemlösungsstrategien gefragt sind. Weiterhin wird das klinische Bild der Demenz durch den Begriff der Desorientierung geprägt. Der Patient verliert den Bezug zur Zeit, später zur Situation, dann zum Ort, wo der Patient sich befindet, und schließlich zur eigenen Person. Außerdem treten häufig Störungen des logischen Denkens, der Urteilsfähigkeit und der Entscheidungsfähigkeit auf. Sprachvermögen und Sprachverständnis können bei dementiellen Abbauprozessen beeinträchtigt sein. Die Sprache kann vage, stereotyp, unpräzise und umständlich sein. Als Ursache können aphasische Störungen vorliegen. Mögliche weitere Störungen sind auch Agnosien oder Apraxien. Es können Störungen beim Lesen, Schreiben, und Rechnen auftreten. Ein typisches Merkmal ist auch eine mangelnde Krankheitseinsicht. Im weiteren Verlauf können sich der Charakter und die Persönlichkeit des Patienten verändern. Plötzliche Wutausbrüche oder Sarkasmus können vorkommen. Ein dummer apathischer oder leerer Gesichtsausdruck, emotionale Labilität, unbeherrschte Ausdrucksart oder dumme Witze können Ausdruck einer Demenz sein. Paranoide Einbildungen können in einigen Fällen bezeichnend sein und führen zu falschen Bezeichnungen und verbalen oder körperlichen Angriffen. Diese Beschuldigungen können in einigen Fällen bis zu einem

Eifersuchtswahn gehen und dazu führen, daß in der Einbildung der Ehepartner als untreu angesehen wird.

Es ist wichtig zwischen den einzelnen Demenzformen zu unterscheiden. Zwar sind alle Demenzformen irreversibel, dennoch unterscheiden sie sich hinsichtlich verschiedener Aspekte.

Vaskuläre Demenz:

Die vaskuläre Demenz wird durch vorübergehende neurologische Symptome und einer langsamen, nicht kontinuierlichen Verschlechterung des Gedächtnisses charakterisiert. Manchmal kann der Zeitpunkt der Manifestation der Erkrankung durch ein externes Ereignis, das den normalen Lebenslauf unterbricht, wie der Tod eines Partners, bestimmt werden. Die Manifestation der Erkrankung beginnt meist sehr plötzlich.

Das Erinnerungsvermögen, die Aufmerksamkeit und die Konzentration des Patienten nehmen ab. Die Patienten haben Schwierigkeiten damit, sich an Namen, Figuren und andere Dinge zu erinnern. Oft fehlen dem Patienten in langen Gesprächen die Worte. Wenn sie jedoch spezifisch nach einzelnen Wörtern gefragt werden, sind die Ergebnisse meistens zufriedenstellend. Das Langzeitgedächtnis funktioniert noch relativ lange. Interessen und Hobbys verlieren an Bedeutung. Die Patienten haben Schwierigkeiten, sich neuen Situationen anzupassen und neue Informationen zu verarbeiten. Jedoch können Routinearbeiten noch lange Zeit ausgeführt werden. Die Patienten leiden unter Aphasien, Apraxien, Desorientierung, Motivationsstörungen und affektiven Veränderungen. Weiterhin sind die Patienten affektlabil und weisen häufig vorübergehende depressive Verstimmungen auf. Die Patienten werden zunehmend depressiver, mürrischer, reizbarer, herrischer und starrer. Manche Patienten entwickeln eine Hypochondrie.

Diese Entwicklung beeinträchtigt natürlich auch die Beziehung zu Familienmitgliedern und Freunden. Während der Nacht sind die Patienten besonders verwirrt und zeigen häufig Episoden von Bewußtseinstrübungen. In diesem Stadium können die Patienten auch halluzinieren.

Das Endstadium ist durch immer stärker werdende Desorientierung, Katatonie und der Verschlechterung aller geistiger Fähigkeiten geprägt.

Die Schäden der vaskulären Demenz können nicht geheilt werden, es ist jedoch möglich den Krankheitsverlauf durch z.B. antihypertensive Medikamente abzuschwächen.

Demenz vom Alzheimer-Typ

Die Ätiologie der Alzheimer Demenz ist noch unbekannt. Sie ist eine primär degenerative Erkrankung des Gehirns, die zu einer chronisch progredienten generalisierten Atrophie führt. Sie ist morphologisch durch amyloide Plaques und sogenannte Alzheimerfibrillen gekennzeichnet. Folgende Formen werden unterschieden:

- eine präsenile Form (die typische Alzheimer Erkrankung), die sich im Alter von 50-60 Jahren manifestiert;
- eine senile Form, die sich im Alter von 70-80 Jahren manifestiert.

Bei der Alzheimer Erkrankung beginnen die Gedächtnisstörungen relativ früh, während die Persönlichkeit des Patienten noch lange Zeit stabil bleibt. Im Gegensatz zur vaskulären Demenz verschlechtern sich die intellektuellen Fähigkeiten und das Gedächtnis kontinuierlich und gewöhnlich schneller.

Die ersten Symptome sind oft unspezifisch. Die Patienten leiden unter Kopfschmerzen, Schwindel und leichten Depressionen. Schon bald zeigen sich jedoch charakteristische neuro-psychologische Störungen: Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, Verminderung der Fähigkeit, Routinehandlungen durchzuführen, Schwierigkeiten beim Rechnen, Lesen, Schreiben und manchmal Aphasien. Anschließend wird es für die Patienten unmöglich, ihren Beruf weiterhin auszuführen oder ihren eigenen Haushalt zu planen.

Die Patienten sind desorientiert und neigen zum Perseverieren, sie bleiben bei einem Gedanken oder Wort haften.

Der Verlauf der Alzheimer Erkrankung schreitet schnell voran, so daß der Wortschatz und damit auch die Sprache des Patienten sich zunehmend verschlechtern.

Schließlich wiederholen die Patienten konstant und stereotypisch Wörter oder Phrasen. Dieselben stereotypischen Wiederholungen finden sich auch bei den motorischen Funktionen. Am Ende wiederholen die Patienten dieselben Bewegungen immer wieder, bis sie immobil werden.

Wirksame Therapieformen sind bei der Alzheimer Erkrankung nicht bekannt.

M. Pick

Die Picksche Erkrankung beschreibt eine zerebrale Atrophie mit schleichend progredientem Verlauf. Die Erkrankung kommt relativ selten vor und manifestiert sich im Alter von 50-60 Jahren, bei Frauen doppelt so häufig wie bei Männern.

Im Gegensatz zur vaskulären Demenz können Routinehandlungen schon in frühem Stadium der Erkrankung nicht mehr ausgeführt werden. Relativ früh verändert sich auch die Persönlichkeit des Patienten. Die Patienten reagieren nicht mehr angemessen auf eine Situation. Die Erkrankten fallen vor allem durch Enthemmung, Triebhaftigkeit und den Verlust sozialer Fähigkeiten und Funktionen auf.

Im fortgeschrittenem Stadium leiden die Patienten unter amnestischer Aphasie. Bei der Pickschen Erkrankung kommt es nicht zur räumlichen Desorientierung. Im Finalstadium entwickeln die Patienten ein Parkinson Syndrom mit einer schweren Demenz.

Es ist schwierig, anhand des klinischen Bildes zwischen den einzelnen Formen der Demenz zu unterscheiden. Hinzu kommt, daß man den einzelnen Symptomen der Demenz, insbesondere den Gedächtnisstörungen, auch andere Ursachen zuordnen kann, z.B. normale Veränderungen im Alter, amnestisches Syndrom, neuropsychologische Syndrome wie Aphasie oder Apraxie, psychiatrische Störungen wie Depressionen oder Angststörungen, Delirium, geistige Behinderung, Epilepsie, Alkoholmißbrauch, metabolische Störungen und Infektionen des zentralen Nervensystems.

Die Diagnose der Demenz sollte früh erfolgen, und der Patient sollte möglichst schnell eine gezielte Therapie erhalten, um das Fortschreiten der Erkrankung so lange wie möglich hinauszuzögern.

2.1.2. Epidemiologie der Demenz

In einer Mannheimer Längsschnittstudie fand man eine Gesamtprävalenz schwerer bzw. mittelschwerer Demenzerkrankungen von 60 pro 1000 über 65jährige. Die Prävalenz steigt mit zunehmenden Alter an und verdoppelt sich nach jeweils rund fünf weiteren Altersjahren (Cooper und Bickel,1989). Die jährliche Inzidenzrate beträgt, bezogen auf die Altersverteilung zu Beginn der Studie 15,4 pro 1000 Personen in der Altenbevölkerung. Mit zunehmenden Alter steigt auch die Inzidenzrate steil an. Die

epidemiologischen Maßzahlen deuten auf eine durchschnittliche Krankheitsdauer von etwa vier Jahren hin.

In England fand man vergleichbare Prävalenzen. In einer Studie in London betrug die Prävalenz 2,3% (Gurland et al., 1981), in Liverpool 5,2% (Copeland et al., 1987), und in Nottingham 4,3% (Morgan et al., 1987).

Die Prävalenzen schwanken zwischen 1,8-6% in Europa, USA und Asien (Inzitari, 1995).

In Europa scheint die Alzheimer Demenz zu überwiegen, während in Asien die Prävalenz der vaskulären Demenz größer ist als die der Alzheimer Demenz. Cooper und Bickel (1989) untersuchten verschiedene Studien und fanden Prävalenzen zwischen 5% und 8% für schwere Demenzformen heraus, während die Prävalenzen für milde Formen der Demenz sehr viel stärker schwanken. Diagnostische Probleme sind für die Unterschiede der Prävalenzen bei milden Depressionen verantwortlich.

Soziale und kulturelle Faktoren wie die Bildung, Ernährungsgewohnheiten und Isolation der älteren Bevölkerung schienen einen Einfluß auf die Prävalenz zu haben. Die Inzidenzrate in der Studie von Cooper und Bickel (1989) betrug ca. 1,5% der über 65-jährigen pro Jahr. Fast 57% der Neuerkrankungen waren Demenzen vom Alzheimer-Typ, 28% waren vaskuläre Demenzen. Die Ergebnisse entsprachen denen anderer europäischer Studien.

Das Älterwerden der Menschen ist ein Hauptrisikofaktor der Demenz. Personen über 80 Jahre beim Zeitpunkt der ersten Untersuchung haben ein 2,5fach höheres Risiko, an einer Demenz zu erkranken, als Personen unter 80 Jahren.

2.1.3. Primärversorgung von dementen Patienten

Mit zunehmenden Älterwerden der Bevölkerung werden auch immer mehr demente Patienten ihre Hausärzte aufsuchen. Der Hausarzt ist oftmals erste Anlaufstation, stellt die erste Diagnose und beginnt eine Therapie (Hayes, 1989). Es ist nur wenig darüber bekannt, wie diese Behandlung aussieht, aber einige sind der Meinung, daß diese nicht optimal ausfällt (Haley et al., 1992).

Es sind Richtlinien zur Diagnosenstellung bei Verdacht auf Demenz entworfen worden, wie die der „Canadian Consensus Conference on the Assessment of Dementia“ (1991).

Die Richtlinien empfehlen, mit einer genauen Anamnese und einer exakten körperlichen Untersuchung zu beginnen. Anschließend folgen Screening-Tests, wie der Mini-Mental State-Test, um den Schweregrad der kognitiven Störung zu bestimmen (Folstein et al., 1975). Außerdem werden noch einige Laboruntersuchungen empfohlen.

Dennoch ist nicht klar, in wie weit Hausärzten durch solche Richtlinien bei der Diagnosenstellung geholfen ist und wie sich ihr Umgang mit dementen Patienten dadurch geändert hat (Anderson, 1993). Weiterhin gaben Geriater Empfehlungen zum Umgang mit dementen Patienten. Es sollte die emotionale und körperliche Gesundheit und die Aktivität im täglichen Leben geprüft werden. Zusätzlich sollten gegebenenfalls spezialisierte Einrichtungen mit einbezogen werden (Winograd, Jarvik, 1986). Trotzdem ist wenig darüber bekannt, ob die für die Primärversorgung verantwortlichen Ärzte auch solche Einrichtungen nutzen.

Zwei amerikanische Studien untersuchten mit Hilfe eines Fragebogens, nach welchen Kriterien Hausärzte die Diagnose Demenz stellen (Rubin et al., 1987; Somerfield et al., 1991). Sie fanden heraus, daß die Mehrheit der Hausärzte keine standardisierten Tests wie den „Mini-Mental State“ benutzten, um die Diagnose Demenz zu stellen, sondern sich einer gründlichen körperlichen Untersuchung und Anamnese bedienten. Dies bestätigte auch die Studie von Cheok, Cohen und Zuchero, 1997. Hier schilderten die Untersucher den Hausärzten einer Gemeinde zwei Fälle dementer Patienten und untersuchten deren Vorgehensweise. Sie stellten fest, daß sich die meisten Laboruntersuchungen auf ein großes Blutbild und eine Schilddrüsenhormonbestimmung beschränkten. Weiterhin fanden sie heraus, daß nur ca. 30% der Hausärzte eine Überweisung zu einem Spezialisten in Erwägung ziehen. Sie stellten außerdem fest, daß 85 % der Ärzte Sicherheitsprobleme des Patienten im eigenen Haus erwähnten, während psychosoziale Angelegenheiten, wie der Streß für den Lebensgefährten oder eine Reduktion der Aktivität im täglichen Leben, nicht so häufig berücksichtigt wurden.

Für die Mehrheit der primärversorgenden Ärzte ist es auch keine Routine, mit Spezialeinrichtungen zusammenzuarbeiten. Dieses kann daran liegen, daß keine zufriedenstellenden Ergebnisse mit solchen Einrichtungen erzielt worden sind, die Patienten diese nicht nutzen möchten oder daß die meisten Ärzte zu wenig über deren

Existenz wissen. Etwa 30% der befragten Ärzte gaben an, daß sie mehr Informationen über solche Einrichtungen benötigten.

Insgesamt konnte mit den Untersuchungen festgestellt werden, daß die Primärversorgung dementer Patienten verbessert werden sollte. Für die Verbreitung und Anwendung von standardisierten, kognitiven Tests sollte gesorgt werden, und psychosoziale Aspekte bei der Betreuung dementer Patienten sollten stärker berücksichtigt werden.

2.2. Definition, klinisches Bild und Epidemiologie der Depression

2.2.1. Definition und klinisches Bild der Depression

Depressionen zählen zu den affektiven Störungen, wobei sie traditionell nach drei ursächlichen Gesichtspunkten unterteilt wurden, nämlich in psychogene Depressionen (reaktiv/neurotisch), endogene Depressionen (anlagebedingt) und somatogene (organisch-körperlich bedingte) Depressionen.

Diese Unterteilung beruht auf der Tatsache, daß man die Ursachen, die zur Depression führen, klar voneinander trennen kann. Nach neuesten Forschungsergebnissen wurde jedoch belegt, daß diese drei Faktoren in unterschiedlicher Gewichtung bei fast allen Depressionsformen eine Rolle spielen.

Heutzutage geht man daher von einer möglichst exakten Beschreibung der Krankheitssymptome aus. Eine Unterteilung nach klinischen und psychosozialen Kriterien (Schweregrad, Verlauf, Auslöser) erscheint sinnvoll. Dies wurde von der Erfahrung unterstrichen, daß antidepressiv-wirksame Medikamente auch bei nichtendogenen Depressionen wirksam sind.

Innerhalb der affektiven Störungen kommen den depressiven Erkrankungen bei weitem die größte Bedeutung zu. Typischerweise wird von den Patienten zuerst der Hausarzt aufgesucht. Häufig klagen die Patienten über körperliche Symptome, während die depressive Verstimmung im Hintergrund bleibt. Gerade mildere depressive Verstimmungen bleiben nicht selten unerkant.

Die Entstehung depressiver Erkrankungen ist als multifaktoriell anzusehen. Die depressiogene Wirksamkeit eines Lebensereignisses wird durch die individuelle Disposition des betreffenden Menschen bestimmt.

Als Ursachen konnten genetische, neurobiologische und psychologische Faktoren nachgewiesen werden. Durch Familien-, Zwillings- und Adoptionsstudien konnte eine genetische Disposition belegt werden. Besonders gilt dies für bipolare affektive Psychosen. Das Erkrankungsrisiko liegt bei Kindern von Eltern mit einem kranken Elternteil für unipolare Depressionen bei ca. 10%, bei bipolaren Depressionen bei ca. 20%.

Sind beide Elternteile betroffen steigt das Morbiditätsrisiko für bipolare Erkrankungen auf etwa 50-60%. Die Konkordanzrate bei eineiigen Zwillingen beträgt 80% für bipolare Störungen und 50% für unipolare Störungen.

Schon vor 20 Jahren wurde vermutet, daß depressive Störungen mit einer Verminderung der Neurotransmitter Noradrenalin und Serotonin einhergehen. Diese Theorie erfuhr dadurch Unterstützung, daß man den Wirkmechanismus von antidepressiven Pharmaka erkannte. Antidepressiva erhöhen die Aminkonzentration im synaptischen Spalt entweder durch Hemmung der Wiederaufnahme von Noradrenalin/ Serotonin oder durch Blockade des Abbaus.

Inzwischen geht man nicht mehr von isolierten Neurotransmitterveränderungen aus, sondern glaubt, daß auch Veränderungen der Dichte und Empfindlichkeit der Rezeptoren eine Rolle spielen.

Auch psychologische Faktoren spielen bei der Entstehung von Depressionen eine Rolle. Als Risikofaktoren gelten soziale Stressoren, wie der Tod eines Nahestehenden, Scheidung, Trennung und das Wochenbett.

Leitsymptome der Depression sind depressive Verstimmung, Hemmung von Antrieb und Denken sowie Schlafstörungen. Die Patienten können sich zu nichts aufraffen, sind interesse- und initiativlos und können sich kaum oder nur schwer entscheiden. Häufig klagen die Patienten über Angst und quälende Unruhe, sie fühlen sich hilflos. Die Kranken leiden unter Einfallsarmut und Konzentrationsstörungen, sind aber von ständigem Grübeln geplagt. Der Depressive sieht sich selbst und seine Umgebung negativ-, „grau“ und zieht sich häufig aus seinem sozialen Umfeld zurück.

Aufgrund des Erscheinungsbildes lassen sich folgende Subtypen der Depression unterscheiden:

- Gehemmte Depression: Reduktion der Psychomotorik und Aktivität
- Agitierte Depression: ängstliche Getriebenheit, Bewegungsunruhe, unproduktiv-hektisches Verhalten und Jammern
- Larvierte, somatisierte Depression: vegetative Störungen und vielfältige funktionelle Organbeschwerden
- psychotische Depression: Wahnideen treten auf

Die larvierte Depression spielt in der Hausarztpraxis eine besondere Rolle. Dominierend sind somatische Beschwerden und Mißempfindungen, die Ausdruck einer vordergründig gering ausgeprägten Depression sind. Dazu gehören typischerweise Appetitlosigkeit mit Gewichtsverlust, Obstipation, Schlafstörungen, Libidomangel und Vitalstörungen.

Zu den affektiven Störungen, die mit depressiven Verstimmungen einhergehen, zählt auch die Dysthymia. Hierbei handelt es sich um eine chronische Verstimmung leichteren Grades. Die Erkrankten fühlen sich müde und depressiv, alles ist für sie eine Anstrengung. Sie fühlen sich unzulänglich, beklagen sich und schlafen schlecht. In der Regel sind sie jedoch in der Lage, mit den täglichen Anforderungen des Lebens fertig zu werden. Der Verlauf der Erkrankung variiert stark. Etwa die Hälfte dieser Störungen beginnt vor dem 25. Lebensjahr, ein Teil geht später in „Major Depressionen“ über.

Bei der Zyklothymia handelt es sich um eine chronisch verlaufende andauernde Instabilität der Stimmung mit zahlreichen Perioden leichter Depression und leicht gehobener Stimmung. Die Stimmungsschwankungen werden im allgemeinen von den Patienten ohne Bezug zu bestimmten Lebensereignissen erlebt, sie sind relativ leicht. Da die Perioden gehobener Stimmung angenehm und fruchtbar sein können, gelangen diese Personen meist nicht in ärztliche Behandlung.

Schließlich ist im Rahmen der affektiven Störungen auch noch die Manie zu erwähnen, bei der der Erkrankte eine inadäquat gehobene Stimmung, Antriebssteigerung, beschleunigtes Denken und Selbstüberschätzung aufweist. Die euphorische Stimmung ist mit Hyperaktivität, Rededrang, und verminderten Schlafbedürfnis verbunden. Rededrang und Einfaltsreichtum können sich bis zur Ideenflucht steigern, die

Selbstüberschätzung kann bis hin zum Größenwahn gehen. Dem Kranken fehlt jedoch jegliches Krankheitsgefühl, was eine Behandlung gegen den Willen des Betroffenen erforderlich machen kann.

Bei der Diagnostik der Depression stellt sich zunächst die Frage, ob es sich bei der vorliegenden depressiven Verstimmung um eine solche mit Krankheitswert handelt oder um vorübergehende Stimmungsschwankungen oder eine Trauerreaktion. Die traditionelle Diagnostik unterscheidet nach Ausschluß somatogener (körperlich bedingter) Depressionen hauptsächlich zwischen endogenen und psychogenen Depressionen.

Mit den neueren operationalisierten Diagnosesystemen wie ICD-10 und DSM-III-R hat man die ätiopathogenetisch orientierte, traditionelle Klassifikation verlassen. Die diagnostischen Leitlinien basieren hier primär auf der symptomorientierten Beschreibung, dem Schweregrad und Zeitkriterien. Zur Beurteilung des Schweregrades wird herangezogen, ob der Patient seine normale Berufsfähigkeit und soziale Aktivität fortsetzen kann.

Grundlage der Depressionsbehandlung ist das verständnisvolle, stützende ärztliche Gespräch mit Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes. Der Schwerpunkt der Therapiemaßnahmen orientiert sich zum einen am klinischen Bild, zum anderen an der zu vermutenden Entstehung der Erkrankung. Je nach dem ätiologischen Schwerpunkt der Störung stehen entweder die (alleinige) Therapie mit Antidepressiva oder die Psychotherapie oder andere Therapieformen im Vordergrund.

Die Behandlungsstrategie gliedert sich in drei Phasen: Akutbehandlung, Erhaltungstherapie (drei bis sechs Monate), Rezidivprophylaxe (Jahre bis lebenslang). Schließlich muß geklärt werden, ob die Behandlung ambulant oder stationär erfolgen soll.

Hierzu ist besonders in Erfahrung zu bringen, ob eine Suizidgefahr besteht. Weiterhin ist es erforderlich, den Schweregrad der Depression abzuschätzen.

Die Therapie mit Antidepressiva steht im Zentrum der biologischen Behandlungsverfahren. Sowohl bei der Auswahl als auch bei der Verordnung von Antidepressiva sind bestimmte Grundregeln zu berücksichtigen. So sollte man

ängstlich-agitierte Depressionen eher mit einem sedierenden Antidepressivum behandeln, während man bei einem Suizidrisiko nur die kleinste Packungsgröße eines Präparates verordnen sollte.

Als spezielle Psychotherapieverfahren haben sich die sogenannte kognitive Verhaltenstherapie sowie die sog. interpersonale Therapie etabliert.

In der kognitiven Verhaltenstherapie wird nach Herstellung eines Arbeitsbündnisses in kleinen Schritten begonnen, Alltagsprobleme des Patienten zu bearbeiten. Hierbei ist es wichtig herauszufinden, wie der Patient denkt, erlebt, mit anderen Menschen umgeht und Probleme anpackt. Es sollen depressive Denkverzerrungen und unrealistische Erwartungen aufgedeckt werden. Allgemeines Ziel der Therapie ist es, die Fähigkeit zur Bewältigung von Lebensproblemen aufzubauen.

In der stationären Depressionsbehandlung spielt die Ergotherapie (Beschäftigungs- und Arbeitstherapie) eine entscheidende Rolle. Zielsetzungen und Anforderungen sind hierbei abhängig vom Krankheitszustand und reichen von der Tagesstrukturierung über die non-verbale Emotionsverarbeitung, die Entdeckung kreativer Fähigkeiten bis zum Training von Konzentration und Ausdauer.

Beim Umgang mit depressiven Patienten ist es besonders wichtig, dem Patienten Wertschätzung entgegenzubringen und auf seine persönliche Lebensgeschichte einzugehen. Zu den häufigen Fehlern im Umgang mit depressiven Patienten gehört, daß man den Patienten auffordert, sich zusammenzureißen, daß man die Empfehlung gibt, er solle sich ablenken, daß dem Patienten Wahnideen ausgedeutet werden oder ihm einredet es gehe ihm besser, als er sich selbst sehe.

Statt dessen sollten dem Patienten Mut und Hoffnung vermittelt werden. Wichtig ist auch, daß der Erkrankte von persönlich-privaten oder beruflich-finanziellen Entscheidungen während einer depressiven Episode abgehalten wird.

Von großer Bedeutung ist das Einbeziehen der Familie, insbesondere naher Bezugspersonen.

2.2.2. Epidemiologische Angaben zur Depression

Aus 17 verschiedenen Studien, in denen Prävalenzwerte von schwer depressiven Patienten ermittelt worden sind, ergaben sich folgende Werte, die in der untenstehenden Tabelle wiedergegeben wurden. Die Daten bezogen sich auf einen bestimmten Zeitpunkt, auf ein Jahr oder die gesamten Lebenszeit der Untersuchten (Angst, 1990).

Tabelle 2.1.: Zusammenfassung der epidemiologischen Daten

| | Prävalenzwerte | | |
|---------------------------|----------------------|----------|------------|
| | bestimmter Zeitpunkt | ein Jahr | Lebenszeit |
| „Major Depression“ | 1,5-4,9% | 2,6-6,2% | 4,4-18% |
| Dysthymia | 1,2-3,9% | 2,3-4,7% | 3,1-3,9% |
| Bipolare Störungen | 0,1-2,3% | 1,0-1,7% | 0,6-3,3% |
| Hypomanie/Manie | - | 3,0% | - |

Prävalenzen der „Major Depressionen“

Die Prävalenz schwankt zwischen 1,5 und 4,9%. Die wohl bekannteste Studie ist die „Epidemiologic Catchment Area“-Studie, die in der USA 1984 durchgeführt worden ist (Eaton et al., 1984; Regier et al., 1984). Diese Studie hat nicht nur die größte Fallzahl, sondern erzielte auch mit Abstand die niedrigsten Prävalenzwerte, u.a. 1,5% für „Major Depressionen“. Die meisten anderen Studien erzielten eine Prävalenz von 3-4%.

Wenn man die verschiedenen Studien vergleicht, schwanken die 6-Monatsprävalenzwerte zwischen 3,2% und 5,5% und die 1-Jahresprävalenzwerte zwischen 2,6% und 6,2%.

Jedoch schwanken die Lebenszeitprävalenzen sehr viel stärker. Hier wurden Werte von 4,4% bis 18% gefunden. Wieder wurde die kleinste Prävalenz von 4,4% bei der „Epidemiologic Catchment Area“-Studie gefunden, die der Prävalenz der „Puerto Rico“-Studie gleicht (Canino et al., 1987). Drei andere Studien fanden eine Lebenszeitprävalenz von 8,4-9% heraus (Elliot et al., 1985; Kashani et al., 1987;

Wittchen und von Zerssen, 1987). In drei weiteren Studien maß die Lebenszeitprävalenz 16-18% (Weissmann und Myers, 1978; Murphy, 1980; Oliver und Simmons, 1985).

Prävalenzen der Dysthymia

Die Prävalenzwerte eines bestimmten Zeitpunktes schwanken zwischen 1,2% und 3,9%, die 1-Jahresprävalenz kommt auf Werte bis zu 4,7% (Faravelli und Incerpi, 1985; Canino et al., 1987; Wittchen und von Zerssen, 1987; Bland et al., 1988; Weissman et al., 1988). Auffallend hoch war ein Wert der Lebenszeitprävalenz von 20,6%, der in Tampere, Finland von Kivelä et al., 1988, gefunden wurde.

Prävalenzen der bipolaren Störungen

Epidemiologische Daten für bipolare Störungen waren schwieriger zu erheben. Dies lag wahrscheinlich daran, daß die manischen Phasen sehr mild verlaufen können. In der Studie von Wittchen und von Zerssen, 1987, wurde kein Fall diagnostiziert. In den meisten Studien schwankten die Prävalenzen eines bestimmten Zeitpunktes zwischen 0,1% und 0,7% (Faravelli und Incerpi, 1985; Canino et al., 1987; Bland et al., 1988; Weissman et al., 1988). Wenn man die Zykllothymia mit dazurechnet, kommt man auf Werte zwischen 1,2% (Faravelli und Incerpi, 1985) und 2,3% (Oliver und Simmons, 1985). Die 1-Jahresprävalenz schwankte zwischen 1,0% (Murphy, 1980) und 1,7%.

2.2.3. Primärversorgung depressiver Patienten

Depressionen sind in Hausarztpraxen häufig anzutreffen und stellen für den Hausarzt ein alltägliches Problem dar. „Major Depressionen“ kommen mit einer Prävalenz von 5-8% vor (Barrett et al. 1988; Blacker, 1988; Coulehan et al., 1990; Hoepfer et al., 1979).

Viele weitere Patienten, die einen Hausarzt aufsuchen, leiden an mildereren, aber klinisch relevanten Depressionen (Kessler et al., 1985; Ormel et al., 1990; Schulberg et al., 1985; von Korff et al., 1987). Depressionen zählen zu den häufigsten Erkrankungen, die von Hausärzten gesehen werden. Depressive Patienten leiden unter der Abnahme der Lebensqualität und nehmen ihren Gesundheitszustand ähnlich wahr wie Patienten mit chronischen Erkrankungen wie die koronare Herzkrankheit, Arthritis und chronischen Lungenerkrankungen (Wells et al., 1989). Außerdem können durch Depressionen die

Morbidität und Mortalität verbunden mit anderen Erkrankungen ansteigen (Rodin, Voshart, 1987; Wai et al., 1981; Drossman et al., 1988; Rovner et al., 1991).

Patienten mit Depressionen besuchen den Hausarzt durchschnittlich häufiger als andere Patienten und unterziehen sich mehr Untersuchungen (Regier et al., 1988).

Daher ist es wichtig, daß Hausärzte aktiv bei der Erkennung von Depressionen involviert werden und an der anschließenden Behandlung teilnehmen.

Hausärzte sollten sich bewußt werden, welche Patienten zu den Risikogruppen gehören und wie diese sich dem Hausarzt präsentieren. Zu den Risikogruppen gehören Patienten mit einer positiven Familienanamnese (Gold et al., 1988), Patienten mit schweren Grunderkrankungen (Schwab, 1978; Frerichs et al., 1982; Murrell, 1983; Stewart, 1968; Murphy, 1982), Patienten nach besonders tragischen Lebensereignissen (Post, 1992), sozial verarmte Patienten (Cobb, 1976; Broadhead et al., 1983), drogenabhängige Patienten und Frauen.

Depressive Patienten berichten in nur 50% der Fälle, daß sie sich traurig oder depressiv fühlen (Mitchell-Heggs, 1971). Daher ist es für den Hausarzt oft schwierig, eine Depression zu erkennen. Selbst wenn der Patient keine depressive Verstimmung angibt, sollte bei folgenden Fällen an eine Depression gedacht werden:

- der Patient kann die Symptome nur vage äußern
- der Patient gibt verschiedene somatische Symptome an, die sich organisch nicht erklären lassen
- der Patient leidet mehr, als man durch seine angegebene Erkrankung erwarten würde
- die Beschwerden sind resistent gegenüber einer angemessenen Therapie
- die Mimik des Patienten läßt auf eine depressive Verstimmung schließen

Oft beinhalten Depressionen vegetative Störungen. Die Patienten geben zum Beispiel an, keinen Appetit mehr zu haben oder an Schlafstörungen zu leiden. Für den depressiven Patienten ist es auch schwierig, sich zu motivieren. Das Interesse an Hobbys läßt nach, die Libido nimmt ab und es wird schwieriger, sich zu konzentrieren. Es können Schuldgefühle, Hilflosigkeit und Hoffnungslosigkeit aufkommen, die Patienten können an Tod und Selbstmord denken. Die Patienten sind weniger aktiv und redselig und neigen dazu, sich aus der sozialen Umwelt zurückzuziehen.

Vielmals sind die Erkrankten nicht in der Lage, solch eindeutige Symptome zu schildern. Dann ist es wichtig, Familienangehörige oder Freunde zu befragen. Um die Diagnose der Depression zu erleichtern, sind verschiedene Fragebögen wie der „Short Beck Depression-Inventory“ (13 Fragen), (Beck, 1974), der „Zung Self-Rating Depression Scale“ (20 Fragen), (Zung, 1965) und der „Inventory to Diagnose Depression“ (20 Fragen), (Zimmerman, Coryell, 1987) entworfen worden. Der zuletzt genannte Fragebogen hat den Vorteil, daß er sich an den DSM-III-R-Kriterien für Depressionen hält. Ansonsten ähneln sich die Fragebögen hinsichtlich ihrer Sensitivität und Spezifität.

2.3. Zur Problematik der Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Nervenärzten

Obwohl ca. 20% der von Hausärzten betreuten Patienten psychische Störungen aufweisen, werden relativ wenige dieser Patienten von den Hausärzten an Psychiater überwiesen (Haupt et al., 1980, Shapiro et al., 1984, Regier, 1978, Schurman et al., 1985).

Unglücklicherweise wurde in vielen Studien festgestellt, daß von den Hausärzten längst nicht alle psychisch kranken Patienten erkannt werden oder angemessen therapiert werden (Nielsen, Williams, 1980, Zung et al., 1983, Thompson et al., 1983, Knights Folstein, 1977, Cohen-Cole et al., 1982).

Einerseits wird ein Mangel an verfügbaren psychiatrischen Einrichtungen als Grund angegeben (Wise, Mann et al., 1984), andererseits sind die Mehrzahl der Hausärzte der Meinung, daß sie die meisten psychiatrischen Störungen selbst behandeln sollten (Berlin et al., 1984).

In einer Studie von Thompson, 1988, wurden Hausärzte nach ihrer Einstellung zum Umgang mit psychisch kranken Patienten gefragt. 72% antworteten, daß sie regelmäßig, 21% gelegentlich und 7% nie Patienten an Nervenärzte überwiesen. Die Hauptgründe, daß Hausärzte nicht überwiesen, waren ein Mangel an Kommunikationswillen der Nervenärzte gefolgt von der Aversion der Patienten, einen Nervenarzt zu sehen.

59% der befragten Hausärzte gaben an, daß Nervenärzte zugänglicher und kooperativer sein sollten.

Von den Hausärzten, die regelmäßig an Nervenärzte überwiesen, wählten 65% befreundete Nervenärzte.

Zu den Hauptursachen, warum Hausärzte an Nervenärzte überwiesen, gehörten Wahnvorstellungen (83%), Depressionen (80%), Drogen-und Alkoholmißbrauch (45%) und Angststörungen (33%).

59 % der Hausärzte gaben an, daß Psychiater nicht so stark in der medizinischen Gemeinschaft involviert sind wie Ärzte anderer Fachrichtungen. 62 % der Befragten stellten fest, daß in den letzten 6 Monaten kein Psychiater Patienten an sie selbst überwiesen hatte.

2.4. Vergleich der Betreuung depressiver Patienten von Nervenärzten und Hausärzten

Depressionen sind ein häufiger Grund, warum Patienten ihren Hausarzt aufsuchen (Dunn, 1985; Blacker und Clare, 1987). Forscher haben wiederholt darauf hingewiesen, daß ein Mangel der Identifikation und Betreuung von depressiven Erkrankungen in Hausarztpraxen besteht (Williamson et al., 1964; Goldberg und Blackwell, 1970; Johnson, 1974; Freeling et al., 1985). Es gibt viele Hinweise darauf, daß Nervenärzte und Hausärzte sich hinsichtlich der Erkennung und Gewichtung psychiatrisch relevanter Symptome unterscheiden (Jenkins et al., 1988).

Daher erscheint es wichtig, die Behandlungsstrategien der Hausärzte zu überprüfen und diese mit denen der Nervenärzte zu vergleichen. Kerr et al. schickten 1994 Fragebögen an Nervenärzte und Hausärzte, um deren Umgang und Verschreibungsverhalten zu untersuchen.

Es stellte sich heraus, daß sich Hausärzte beim Umgang mit depressiven Patienten unwohler fühlten und die Arbeit als schwieriger und weniger anerkennend empfanden als Nervenärzte. Weiterhin gaben 66,8% der befragten Hausärzte und 75,8% der befragten Nervenärzte an, daß die Ursache schwerer Depressionen biochemisch zu erklären ist.

46,2% der Hausärzte und 34,7% der Nervenärzte hatten Schwierigkeiten zu erkennen, ob eine depressive Störung behandlungsbedürftig ist oder nicht. Auch gaben mehr Hausärzte (21,9%) als Nervenärzte (13,5%) an, daß Depressionen obligatorisch mit dem Älterwerden einhergehen. Wenn die Behandlungsmethoden des Hausarztes nicht greifen, gibt es für 30,4% der befragten Hausärzte nur wenig andere Möglichkeiten, den Patienten zu behandeln. 43,8% der Hausärzte und 27,2% der Nervenärzte behaupteten, daß eine Psychotherapie zur Behandlung eines depressiven Patienten eher wenig Erfolg verspricht.

Weniger Hausärzte (17,4%) als Nervenärzte (35,6%) glaubten, daß depressive Patienten, die Antidepressiva einnehmen, besser bei einem Nervenarzt aufgehoben sind als bei einem Hausarzt.

Hinsichtlich der Eigenschaften beim Verschreiben von Antidepressiva konnte festgestellt werden, daß 51% der befragten Hausärzte eine relativ niedrige Dosis bevorzugen und 40% die Therapiezeit möglichst kurz wählen. Nur 17 % der befragten Nervenärzte dagegen verschreiben lieber geringe Dosen und nur 6% sind der Meinung, die Therapiezeit möglichst kurz zu halten.

Insgesamt konnten in der Studie von M. Kerr, 1994, festgestellt werden daß die Hausärzte sich hinsichtlich der Identifikation von Depressionen schwerer taten und einen relativen Mangel an therapeutischen Optimismus bei depressiven Erkrankungen an den Tag legten.

Allerdings stellte Fahy fest, daß sich die Patienten eines Hausarztes in quantitativer und qualitativer Hinsicht von denen eines Nervenarztes unterscheiden. Sireling et al. fanden heraus, daß die meisten depressiven Patienten von Hausärzten einen geringeren Schweregrad der Erkrankung aufweisen und die Depressionen im Durchschnitt einen kürzeren Verlauf nehmen. Außerdem berichten Paykel et al. und Thompson, daß Hausärzte mit Hilfe von antidepressiv-wirksamen Medikamenten trotz Dosierungsunterschieden gute therapeutische Ergebnisse erzielen.

2.5. Veränderungen in der Diagnose am Ende einer psychiatrischen Konsultation

Nachdem auf die Schwierigkeiten der Primärversorgung von dementen und depressiven Erkrankungen durch Hausärzte hingewiesen worden ist und deren Mangel an Zusammenarbeit mit psychiatrischen Einrichtungen festgestellt worden ist, soll nun auf die Schwierigkeiten und Verschleierungen, die bei der Diagnosenstellung seitens des Nervenarztes auftreten können, eingegangen werden.

Snyder und Strain untersuchten 1988 in einer Studie die Veränderungen der Diagnosen im Laufe einer psychiatrischen Konsultationsbehandlung. In ihrer Studie verglichen sie die Diagnose nach der ersten Untersuchung mit der Diagnose am Ende der Behandlung. Bei 22% der Patienten, bei denen eine „Major Depression“ anfangs diagnostiziert worden war, änderte sich die Diagnose am Ende der Behandlung. Bei Störungen mit leichter depressiver Verstimmung wurde die Diagnose in 17,9% der Fälle geändert. Bei 13% der dementen Patienten änderte sich die Enddiagnose. Meistens wurde eine andere organisch bedingte psychische Erkrankung als Neudiagnose angegeben.

Die Häufigkeit, mit der die Diagnose der „Major-Depression“ geändert wurde, zeigt zum einen die Schwierigkeit der Erkennung dieser Erkrankung. Andererseits haben verschiedene Studien (Popkin et al., 1985, Bukberg et al., 1984, Clark et al., 1983, Rifkin et al., 1985) darauf hingewiesen, daß die psychischen Erkrankungen in den verschiedenen Institutionen, wo sie behandelt werden, ein unterschiedliches Bild liefern können.

In der untersuchten Gruppe überwogen bei den „Major Depressionen“ die Fälle, bei denen die Diagnose durch einen Ausschluß anderer Erkrankungen gestellt worden war. Später stellte sich heraus, daß nur in 6,3% der Fälle sich diese Ausschlußdiagnose als richtig erwies.

Die Studie von Snyder und Strain weist darauf hin, daß eine Instabilität in der Diagnosenstellung von psychiatrischen Erkrankungen existiert und daß eine fortdauernde Beurteilung des Patienten wichtig ist, um die gestellte Diagnose zu sichern.

3. Fragestellung

Eine gute Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Psychiatern und Hausärzten ist bei der Betreuung psychisch Kranker unerlässlich. Um die Probleme bei der Betreuung dementer/ depressiver Patienten zu durchleuchten, ist es wichtig, die Charakteristika der niedergelassenen Psychiater zu erfassen und deren Umgang mit dementen/ depressiven Patienten zu erforschen. Hierbei ergaben sich folgende relevante Fragen, die mit dem benutzten Fragebogen beantwortet werden sollten:

- (1) Wie häufig stellen Psychiater die Diagnose Demenz/ Depression in eigener Praxis?
- (2) Was für einen Stellenwert haben demente/ depressive Patienten in der psychiatrischen Praxis?
- (3) Wie ist die Altersverteilung bei den niedergelassenen Psychiatern und gibt es Unterschiede bei der Betreuung dementer/ depressiver Patienten zwischen den einzelnen Altersgruppen?
- (4) Welche psychotherapeutischen Erfahrungen haben Psychiater und gibt es Unterschiede bei der Beurteilung der Zusammenarbeit mit den Hausärzten, dem Überweisungsverhalten etc. zwischen den Psychiatern mit und ohne psychotherapeutischer Erfahrung?
- (5) Wie viele Psychiater nehmen regelmäßig an Fortbildungsveranstaltungen teil und wie beeinflusst dieses Verhalten die Patientenzahl, das Überweisungsverhalten, die Einschätzung der Zusammenarbeit mit den Hausärzten und klinischen Institutionen etc.?
- (6) Wie schätzen Psychiater ihre Kompetenz bei der Behandlung dementer/ depressiver Patienten ein und in wie fern korreliert ihre selbst eingeschätzte Kompetenz mit der Patientenzahl, dem Überweisungsverhalten, der Einschätzung der Zusammenarbeit mit den Hausärzten und klinischen Institutionen etc.?
- (7) Wie ist die Geschlechterverteilung bei den niedergelassenen Psychiatern und gibt es Unterschiede bei der Beurteilung der Zusammenarbeit mit den Hausärzten, dem Überweisungsverhalten etc. zwischen den beiden Geschlechtern?

- (8) Wie zufrieden sind Psychiater mit der Zusammenarbeit von Hausärzten, Tageskliniken oder anderen stationären Einrichtungen?
- (9) Wie würden sich Psychiater eine Aufgabenteilung mit den Hausärzten bei der Betreuung dementer/ depressiver Patienten wünschen?
- (10) Bei welchen Problemen überweisen Psychiater ihre dementen/ depressiven Patienten an andere Einrichtungen?

4. Methodik

4.1. Grundsätzliches

Mit Hilfe des Fragebogens sollten einerseits epidemiologische Daten zur Betreuung dementer und depressiver Patienten durch Nervenärzte erhoben werden.

Andererseits sollte der Umgang von Nervenärzten mit diesen Patienten, die aktuelle Zusammenarbeit von Nervenärzten mit Hausärzten, stationären/ambulanten Einrichtungen etc., sowie die von den Nervenärzten gewünschte Aufgabenverteilung untersucht werden.

4.2. Stichprobengewinnung

Zielgruppe der Studie waren die niedergelassenen Nervenärzte. Das Problem der Stichprobenauswahl wurde gelöst, indem alle Hamburger Nervenärzte einbezogen wurden. Die Hamburger Nervenärzte wurden mit Hilfe einer Liste der Hamburger Ärztekammer ermittelt und angeschrieben.

4.3. Fragebogen

Es wurde ein dreiseitiger standardisierter, retrospektiver Fragebogen entwickelt, der mit der Post an die niedergelassenen Nervenärzte verschickt wurde. Alle Nervenärzte erhielten den Fragebogen zum gleichen Zeitpunkt.

Der Fragebogen war so gestaltet, daß er möglichst zügig beantwortet werden konnte, um einen hohen Rücklauf zu erzielen. Die Rücklaufquote sollte zusätzlich noch gesteigert werden, indem wir die Studie auf der KV-Hauptversammlung im Herbst 1996 den niedergelassenen Nervenärzten vorstellten. Außerdem mußte der Fragebogen eindeutige, skalierbare Antworten ermöglichen. Als Vorlage dienten Fragebögen von Studien, die sich mit Allgemeinmedizinern und deren Umgang mit dementen/depressiven Patienten beschäftigten.

Alle Fragen wurden auf das Abrechnungsquartal 4/1996 bezogen. Der Fragebogen wurde zum Quartalswechsel Anfang Januar 1997 abgesendet, damit die Erinnerungen an das vergangene Quartal noch frisch waren.

4.4. Datenschutz

Eine Liste mit den Adressen der Hamburger Nervenärzte wurde uns von der Ärztekammer Hamburg zugeschickt. Anschließend sendeten wir die Fragebögen mit einem frankierten Rückumschlag an die Hamburger Nervenärzte. Die Rückumschläge waren mit einer fortlaufenden Nummer markiert. Der Fragebogen konnte anonym zurückgeschickt werden.

Nachdem die Briefe eintrafen, trennten wir den Umschlag von den Fragebögen und ermittelten mit Hilfe der Nummer auf den Briefumschlägen die Postzustellbezirke. Eine Renonymisierung war nach dem Trennen von Umschlag und Fragebogen nicht mehr möglich.

Jedoch konnten wir erkennen, welche Nervenärzte noch nicht geantwortet hatten und konnten diese telefonisch an die Rücksendung erinnern.

4.6. Datengewinnung

Die Liste der Hamburger Ärztekammer mit den Adressen der niedergelassenen Nervenärzte in Hamburg enthielt 207 Adressen. Auf der KV- Hauptversammlung der niedergelassenen Nervenärzte erfuhren wir, daß zur Zeit (Herbst/ 1996) 143 niedergelassene Nervenärzte in Hamburg mit einer Kassenzulassung arbeiteten.

Diese Differenz ergab sich daraus, daß viele der in der Liste geführten Nervenärzte bereits verstorben, sich zur Ruhe gesetzt hatten, mittlerweile aus Krankheitsgründen ihren Praxisbetrieb eingestellt hatten oder aus anderen Gründen nicht mehr nervenärztlich tätig waren.

Auf Grundlage der eingegangenen Antwortschreiben konnte für 26 Praxen eine Ursache für die fehlende Teilnahme an dieser Erhebung gefunden werden. Diese Nervenärzte waren entweder nur noch in einem kleinen Rahmen privatärztlich tätig oder arbeiteten ausschließlich psychotherapeutisch oder psychoanalytisch.

Nach 6 Wochen lagen uns 31 (= 22%) verwertbare schriftliche Antworten vor. Durch eine telefonische Erinnerung konnten wir unseren Antwortpool um 9 Antworten auf 40 Antworten (= 28%) steigern.

Die Gesamtzahl der Rücksendungen war insgesamt größer, ein großer Teil der Rücksendungen war jedoch aus den obengenannten Gründen z.B. verstorben, psychotherapeutisch tätig etc. nicht verwertbar.

4.7. Datenanalyse

Die vollständigen Datensätze aus den 40 Fragebögen wurden in kodierter Form in einen IBM-kompatiblen Personalcomputer 586X166 in eine auf dem Programmpaket SPSS für Windows 7.2.[®] basierende Datei eingegeben. Hiermit erfolgte auch die statistische Auswertung. Für die Textverarbeitung wurde das Programm Word für Windows 7.0[®] verwendet. Für Graphiken und Diagramme kamen Word für Windows 7.0[®] und SPSS für Windows 7.2.[®] zum Einsatz.

Es wurden die nachstehenden Lage- und Streuungsmaße berechnet: Arithmetisches Mittel, Standardabweichung, Modalwert, Median, Perzentile, Minimum und Maximum. Für alle statistischen Untersuchungen galt, daß eine Irrtumswahrscheinlichkeit von $p < 0,05$ als signifikant und von $p < 0,01$ als hochsignifikant angesehen wurde. Häufigkeiten von nominalskalierten Variablen wurden mit dem Chi-Quadrat-Test nach Pearson unter Angabe des Chi-Quadrat-Wertes χ^2 , des Freiheitsgrades df und der Irrtumswahrscheinlichkeit p analysiert. Die Überprüfung von Zusammenhängen zwischen mindestens ordinalskalierten Merkmalen erfolgte anhand des Korrelationskoeffizienten nach Spearman, wobei der Korrelationskoeffizient r und die Irrtumswahrscheinlichkeit p angeführt wurden. Zur Überprüfung von Unterschieden zwischen ordinal- oder höher skalierten Merkmalen wurden für zwei nicht verbundene Stichproben der Mann-Whitney U-Test (Angabe der mittleren Ränge, des z -Wertes z und der Irrtumswahrscheinlichkeit p) und für mehr als zwei nicht verbundene Stichproben der Kruskal-Wallis-Test (Angabe des Chi-Quadrat-Wertes χ^2 , des Freiheitsgrades df und der Irrtumswahrscheinlichkeit p) herangezogen. Für zwei verbundene Stichproben kamen der Wilcoxon-Test (Angabe des z -Wertes z und der Irrtumswahrscheinlichkeit p) und für mehr als zwei verbundene Stichproben der Friedmann-Test (Angabe des Chi-Quadrat-Wertes χ^2 , des Freiheitsgrades df und der Irrtumswahrscheinlichkeit p) zum Einsatz. Schließlich wurden noch univariate

einfaktorielle Varianzanalysen für verbundene Stichproben nach der Regressionsmethode angewandt, wobei die F-Werte mit den zugehörigen Irrtumswahrscheinlichkeiten p sowohl für den Einfluß der unabhängigen Variablen allein als auch die Interaktion genannt wurden.

5. Ergebnisse

5.1. Die Rücklaufquote

In die Auswertungen für diese Arbeit konnten insgesamt 40 gültige Fragebögen einbezogen werden. Im Rahmen dieser Erhebung waren 207 Fragebögen an alle durch die Ärztekammer der Freien und Hansestadt Hamburg registrierten niedergelassenen Nervenärzte bzw. Psychiater in Hamburg versandt worden, so daß sich unter Verwendung dieser Daten ein Rücklauf von 19,3% ergab.

Jedoch mußte die Zahl der im IV. Quartal 1996 niedergelassenen psychiatrisch tätigen ÄrztInnen revidiert werden: nach Auskunft der Jahreshauptversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) im Herbst 1996 nahmen im Erhebungszeitraum (IV. Quartal 1996) lediglich 143 Praxen an der ambulanten Patientenversorgung teil. Demnach ist von einer Responderquote von 28,0% auszugehen.

Auf Grundlage der eingegangenen Antwortschreiben konnte für 26 Praxen eine Ursache für die fehlende Teilnahme an dieser Erhebung gefunden werden, ohne daß dabei unterschieden werden konnte, ob sie zu den 64 Arztpraxen gehörten, die zwar von der Ärztekammer der Freien und Hansestadt Hamburg angegeben worden waren, aber unter Berücksichtigung der Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung nicht mehr tätig waren:

- ◆ In einem Fall wurde angegeben, ausschließlich in der ambulanten Drogentherapie tätig zu sein und deshalb den Fragebogen dieser Erhebung nicht sinnvoll ausfüllen zu können.
- ◆ Neun Praxen gaben an, ausschließlich Psychotherapie zu betreiben, wovon sieben verhaltenstherapeutisch und eine psychoanalytisch orientiert waren.
- ◆ Einer der angeschriebenen Ärzte war der Meinung, daß zwischen dem von ihm ausgeübtem Tätigkeitsfeld und dem Fragebogen dieser Untersuchung „keine vernünftige Basis herzustellen sei“.

Abschließend ist festzuhalten, daß unter Wertung aller Umstände eine Responderquote von ca. 28,0% anzunehmen ist.

Die Rücklaufquote wies deutliche Unterschiede innerhalb der Freien und Hansestadt Hamburg auf. Es sind hierbei nur die 143 Praxen berücksichtigt worden, die nach Auskunft der Jahreshauptversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung im Erhebungszeitraum (IV. Quartal 1996) an der ambulanten Patientenversorgung teilnahmen. In Hamburg Nord war die Beteiligung der ÄrztInnen am höchsten. Von 20 versandten Fragebögen wurden 10 (50%) vollständig ausgefüllt zurückgeschickt. Dagegen kooperierten in Altona nur 3 der angeschriebenen 22 Psychiater (13,7%). In Abb. 5.1. sind die Rücklaufquoten wiedergegeben.

Abb. 5.1.: Die Rücklaufquote des Fragebogens mit regionalen Unterschieden

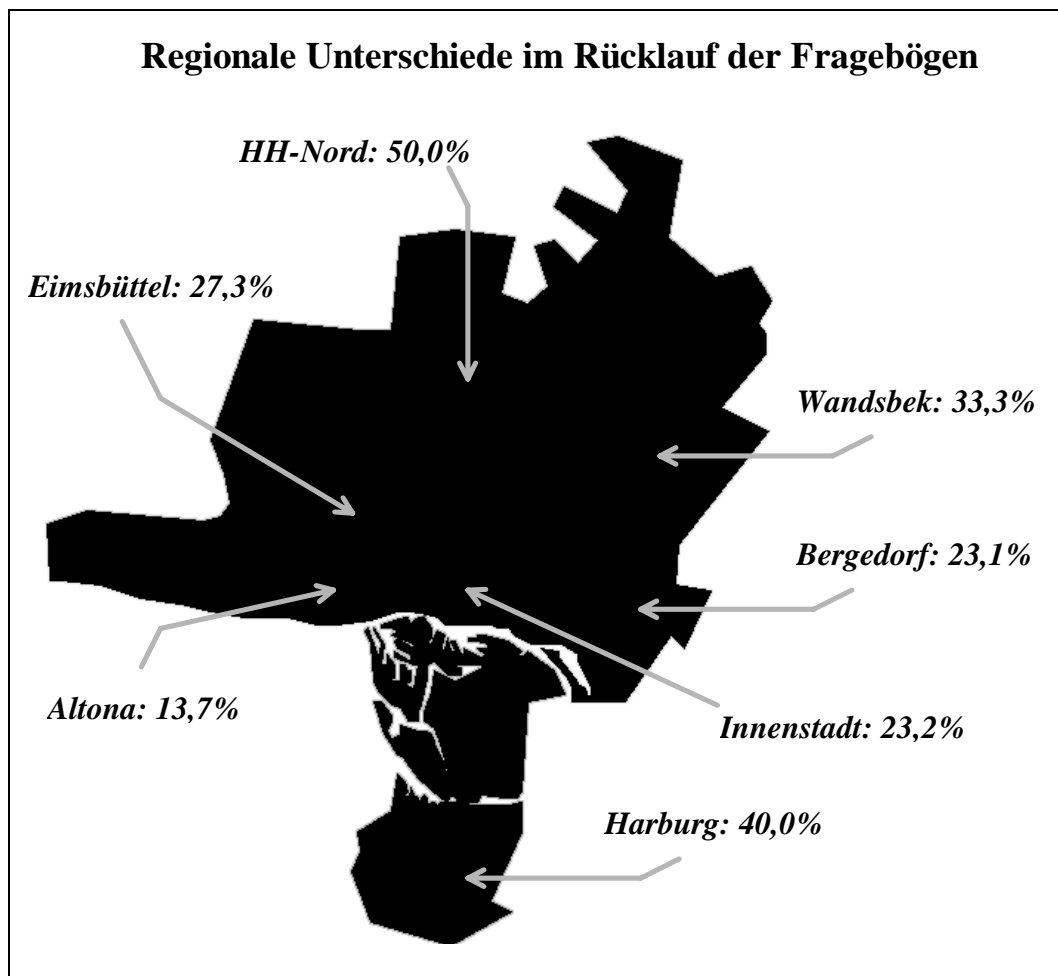


Tabelle 5.1. enthält neben der Zahl der versandten Fragebögen den absoluten und relativen Rücklauf.

Tabelle 5.1.: Der Rücklauf des Fragebogens mit den regionalen Unterschieden in Hamburg

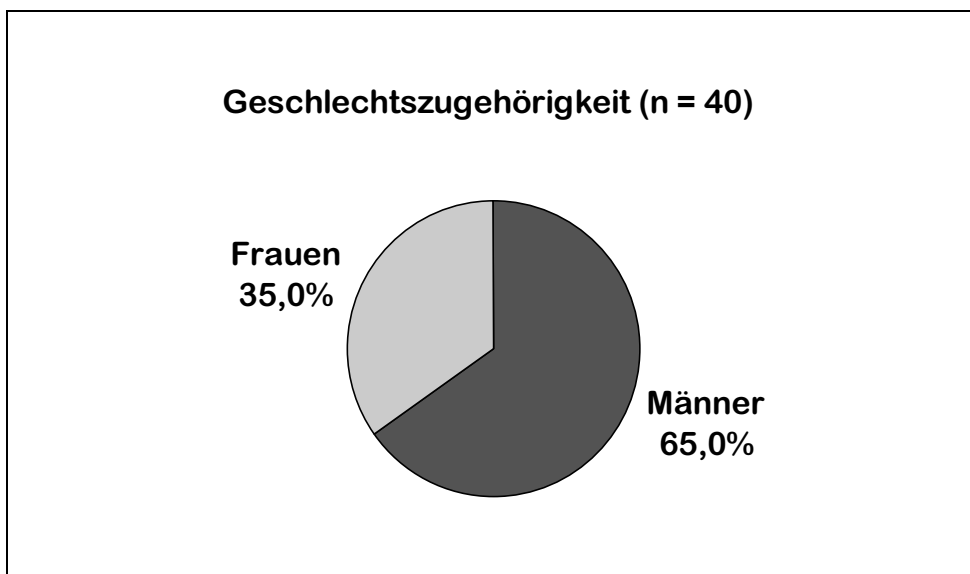
| Stadtteil | Verschickt [n] | Rücklauf | |
|---------------------|-----------------------|--------------------|--------------------|
| | | absolut [n] | relativ [%] |
| <i>Innenstadt</i> | 56 | 13 | 23,2% |
| <i>Eimsbüttel</i> | 11 | 3 | 27,3% |
| <i>Hamburg-Nord</i> | 20 | 10 | 50,0% |
| <i>Wandsbek</i> | 15 | 5 | 33,3% |
| <i>Bergedorf</i> | 13 | 3 | 23,1% |
| <i>Harburg</i> | 5 | 2 | 40,0% |
| <i>Altona</i> | 22 | 3 | 13,7% |
| <i>Weitere</i> | 1 | 1 | 100,0% |
| Insgesamt | 143 | 40 | 28,0% |

5.2. Charakteristika der befragten Ärzte

5.2.1. Alters- und Geschlechterverteilung

Von den 40 gültigen Fragebögen wurden 14 (35,0%) von ÄrztInnen und 26 (65,0%) von Ärzten ausgefüllt. Auf allen Fragebögen war das Geschlecht vermerkt. Abbildung 5.2. zeigt die Geschlechtszugehörigkeit der befragten ÄrztInnen:

Abb. 5.2.: Die Geschlechtszugehörigkeit der befragten ÄrztInnen



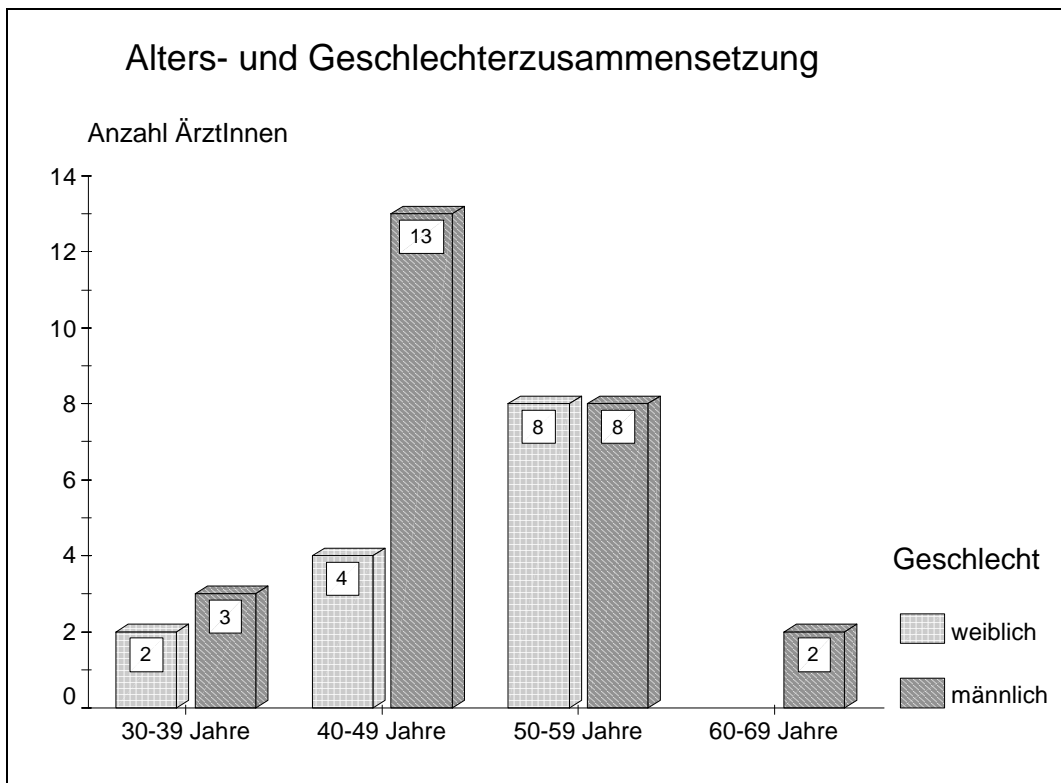
Die Ärztekammer der Freien und Hansestadt Hamburg gab an, daß im 4. Quartal 1996 von den 1964 niedergelassenen Gebietsärzten Hamburgs 467 (23,8%) Frauen waren. Dieses Geschlechterverhältnis unterschied sich nicht signifikant von dem dieser Erhebung ($\chi^2 = 2,71$; $df = 1$; $p = 0,10$).

Im Mann-Whitney U-Test war kein signifikanter Unterschied im Alter von Ärzten und Ärztinnen nachweisbar ($p > 0,05$; $U = 163,0$; $z = 0,604$). Wie Tabelle 5.2. und Abbildung 5.3. verdeutlichen, waren die meisten Frauen in der Altersgruppe zwischen 50 und 59 Jahren, während die meisten Männer zwischen 40 und 49 Jahren alt waren.

Tabelle 5.2.: Zusammensetzung der Psychiater nach Alter und Geschlecht

| Alter | Insgesamt | Geschlecht | |
|------------------------|------------|------------|------------|
| | | Frauen | Männer |
| Bis 30 Jahre | - | - | - |
| 30 bis 39 Jahre | 5 (12,5%) | 2 (14,3%) | 3 (11,5%) |
| 40 bis 49 Jahre | 17 (42,5%) | 4 (28,6%) | 13 (50,0%) |
| 50 bis 59 Jahre | 16 (40,0%) | 8 (57,1%) | 8 (30,8%) |
| 60 bis 69 Jahre | 2 (5,0%) | - | 2 (7,7%) |
| Über 70 Jahre | - | - | - |
| | 40 (100%) | 14 (35,0%) | 26 (65,0%) |

Abb. 5.3.: Alters- und Geschlechterverteilung



5.2.2. Das Weiterbildungsverhalten

Einer der Kernpunkte dieser Untersuchung stellte das Weiterbildungsverhalten der befragten Psychiater dar. Eine wichtige Frage zu diesem Thema war, ob die ÄrztInnen die **Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“** anstreben. Auf allen 40 gültigen Fragebögen war eine gültige Antwort vermerkt. Von den 40 ÄrztInnen gaben 45% (n = 18) an, die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ anzustreben. Dabei bestanden im Chi-Quadrat-

Test keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Geschlechts (Tabelle 5.3.) und im Mann-Whitney U-Test hinsichtlich des Alters ($p > 0,05$; $U = 183,5$; $z = -0,426$).

Tabelle 5.3.: Das Streben nach der Zusatzbezeichnung Psychotherapie nach dem Geschlecht

| Zusatzbezeichnung Psychotherapie angestrebt | | Geschlecht | | Insgesamt |
|--|----------------|------------------|-------------------|-------------------|
| | | Weiblich | Männlich | |
| Ja | Anteil [%] (n) | 42,9% (6) | 46,2% (12) | 45,0% (18) |
| Nein | Anteil [%] (n) | 57,1% (8) | 53,8% (14) | 55,0% (22) |
| Insgesamt | Anteil [%] (n) | 100% (14) | 100% (26) | 100% (40) |

Anmerkung: Chi-Quadrat-Test $\chi^2 = 0,04$; $df = 1$; $p = 0,84$

In diesem Kontext wurde auch die **Zahl der Fortbildungsveranstaltungen** über **demente bzw. depressive Erkrankungen/Therapieverfahren** in den letzten 5 Jahren erfragt. Alle 40 ÄrztInnen beantworteten diese Frage mit einer der drei Optionen. In 75% ($n = 27$) gaben die Befragten an, innerhalb der letzten 5 Jahre sowohl zur Depression als auch zur Demenz mehr als zwei Fortbildungen besucht zu haben. Fünf Psychiater (12,5%) gaben an, keine Fortbildungen zur Demenz besucht zu haben und zwei (5,0%) erklärten, keine Fortbildungen zur Depression besucht zu haben. Nur einer der Befragten (2,5%) teilte mit, weder zur Demenz noch zur Depression an einer Fortbildungsveranstaltung teilgenommen zu haben.

Von Frauen wurden im Vergleich zu deren männlichen Kollegen mehr Fortbildungen, die sich mit Depressionen befaßten, angegeben (Tabelle 5.4.). Dieser Unterschied war jedoch im Mann-Whitney U-Test nicht signifikant ($p = 0,13$; $z = -1,53$; mittlerer Rang von 21,6 [Frauen] versus 18,5 [Männer]). Im Vergleich zu Männern nahmen Frauen dagegen seltener an Weiterbildungen, die sich mit der Demenz beschäftigten, teil, wobei auch dieser Zusammenhang mit dem Geschlecht nicht statistisch signifikant war (Mann-Whitney U-Test: $p = 0,33$; $z = -0,98$; mittlerer Rang von 19,5 [Frauen] versus 22,4 [Männer]).

Tabelle 5.4.: Zahl der Fortbildungen zur Demenz und Depression nach dem Geschlecht

| Geschlecht | | Zahl der Fortbildungen für | | | | | |
|------------------|-----|----------------------------|-------------|-------------|----------------------|--------------|--------------|
| | | Depression ^{a)} | | | Demenz ^{b)} | | |
| | | > 2 | 1 bis 2 | keine | > 2 | 1 bis 2 | keine |
| Weiblich | [%] | 100,0% | - | - | 64,3% | 14,3% | 21,4% |
| n = 14 | (n) | (14) | | | (9) | (2) | (3) |
| Männlich | [%] | 84,6% | 7,7% | 7,7% | 76,9% | 15,4% | 7,7% |
| n = 26 | (n) | (22) | (2) | (2) | (20) | (4) | (2) |
| Insgesamt | (n) | (36) | (2) | (2) | (29) | (6) | (5) |

Anmerkung: ^{a)} Mann-Whitney U-Test: p = 0,13; z = -1,53; mittlerer Rang von 21,6 versus 18,5

^{b)} Mann-Whitney U-Test: p = 0,33; z = -0,98; mittlerer Rang von 22,4 versus 19,5

Ärzte mit dem Streben nach der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ erklärten seltener als Kollegen ohne diese Bestrebung, an Fortbildungen zur Demenz teilgenommen zu haben. Die Teilnahmefrequenz zu den Weiterbildungen bezüglich der Depression unterschied sich nur unwesentlich. Im Mann-Whitney U-Test war kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Teilnahme an Fortbildungen und dem Anstreben der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ statistisch abzusichern:

Tabelle 5.5.: Zahl der Fortbildungen zur Demenz und Depression nach dem Anstreben einer Zusatzbezeichnung

| Zusatzbezeichnung | angestrebt | | Zahl der Fortbildungen für | | | | | |
|-------------------|------------|--------------|----------------------------|-------------|--------------|----------------------|--------------|-------|
| | | | Depression ^{a)} | | | Demenz ^{b)} | | |
| | | | > 2 | 1 bis 2 | keine | > 2 | 1 bis 2 | keine |
| Ja | [%] | 88,8% | 5,6% | 5,6% | 61,1% | 16,7% | 22,2% | |
| n = 18 | (n) | (16) | (1) | (1) | (11) | (3) | (4) | |
| Nein | [%] | 84,6% | 4,5% | 4,5% | 81,9% | 13,6% | 4,5% | |
| n = 22 | (n) | (20) | (1) | (1) | (18) | (3) | (1) | |
| Insgesamt | [%] | 90,0% | 5,0% | 5,0% | 72,5% | 15,0% | 12,5% | |
| | (n) | (36) | (2) | (2) | (29) | (6) | (5) | |

Anmerkung: ^{a)} Mann-Whitney U-Test: p = 0,84; z = -1,53; mittlerer Rang von 20,3 [Zusatzbez. „Ja“] versus 20,7 [Zusatzbez. „Nein“]

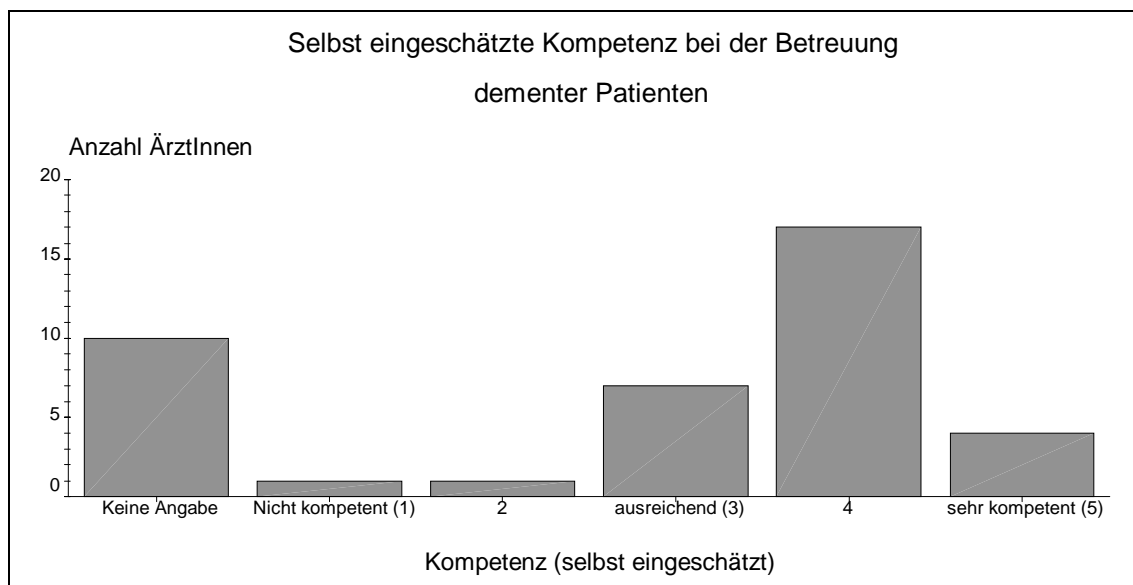
^{b)} Mann-Whitney U-Test: p = 0,11; z = -1,53; mittlerer Rang von 18,0 [Zusatzbez. „Ja“] versus 22,6 [Zusatzbez. „Nein“]

5.2.3. Die eigene Kompetenz

In den Fragen 10 bzw. 19 waren die befragten Psychiater aufgefordert, ihre eigene Kompetenz auf einer Skala von 1 bis 5 einzuschätzen. Dabei entsprach jeweils ein Wert von 1 „nicht kompetent“, ein Wert von 3 „ausreichend“ und ein Wert von 5 „sehr kompetent“. Zwischenstufen waren Werte von 2 und 4, die zwischen nicht und ausreichend bzw. ausreichend und sehr kompetent einzuordnen waren.

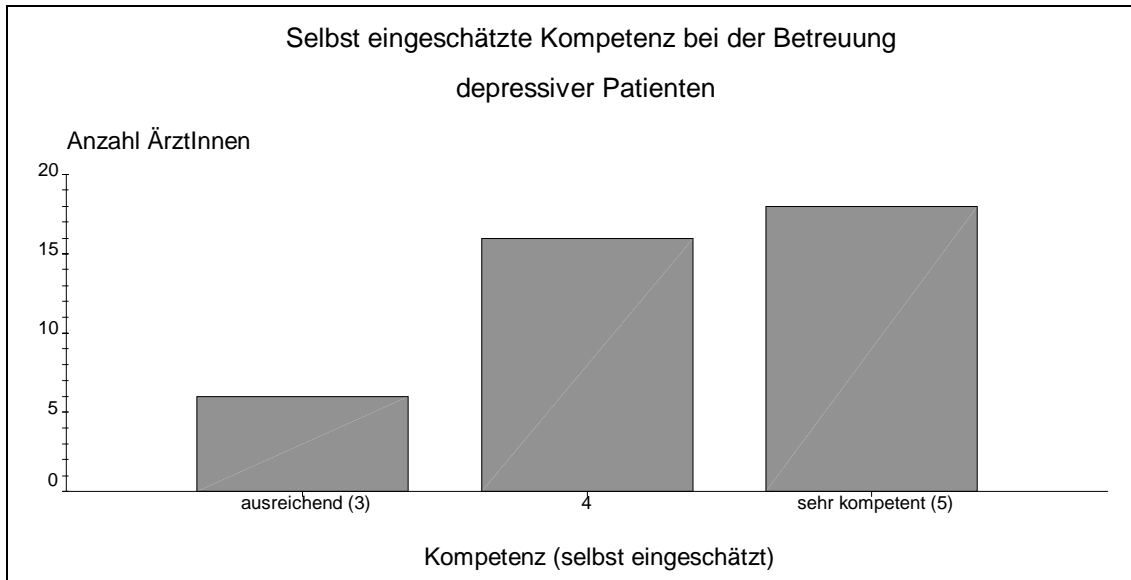
Keine Angabe zur eigenen Kompetenz hinsichtlich der Betreuung von an **Demenz** erkrankten Patienten machten 10 der 40 befragten Psychiater (25%). Nur je ein Arzt (2,5%) stuften ihre eigene Kompetenz mit 1 (nicht kompetent) bzw. 2 (zwischen nicht und ausreichend kompetent) ein. 17 Psychiater (42,5%) urteilten, daß ihre Kompetenz auf diesem Gebiet zwischen ausreichend und sehr kompetent einzustufen sei. Abb. 5.4 zeigt die Verteilung der Werte:

Abb. 5.4.: Die Beurteilung der eigenen Kompetenz hinsichtlich der Demenz



Wie Abb. 5.5. verdeutlicht, schätzten sich alle Psychiater von ausreichend bis sehr kompetent bezüglich der Betreuung von Patienten mit **Depressionen** ein. Alle machten hierzu eine gültige Angabe. Mit 18 von 40 (45%) waren die meisten sogar der Meinung, sehr kompetent zu sein:

Abb. 5.5.: Die Beurteilung der eigenen Kompetenz hinsichtlich der Depression



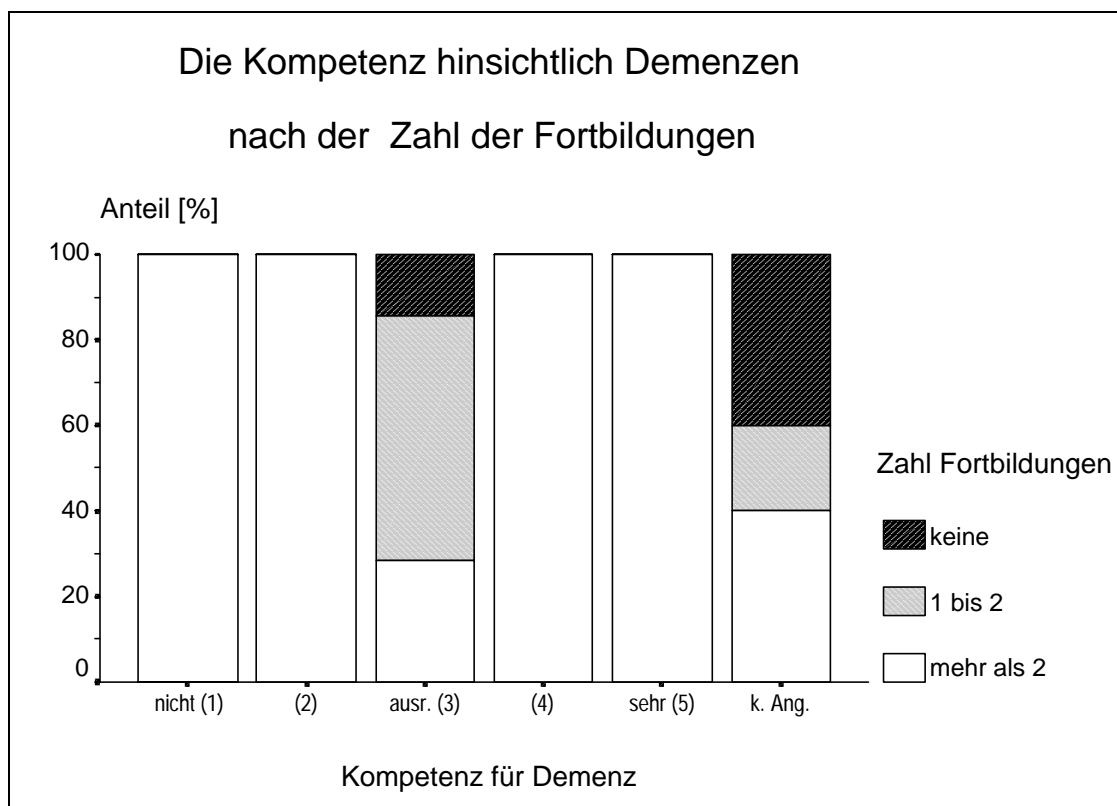
Zwischen der Kompetenz hinsichtlich der Betreuung von Depressionen und dem *Alter der ÄrztInnen* war in der nichtparametrischen Korrelationsrechnung eine signifikante Beziehung nachzuweisen. Ältere ÄrztInnen schätzten sich kompetenter ein als jüngere und umgekehrt (Spearman's Rho: $r = 0,35$; $p = 0,03$).

Wenn auch jüngere Psychiater eher als ältere meinten, demente Patienten kompetent zu betreiben und umgekehrt, war dieser inverse Zusammenhang nicht statistisch abzusichern (Spearman's Rho $r = -0,20$; $p = 0,28$).

Zwischen Männern und Frauen war im Mann-Whitney-U-Test in der selbst eingeschätzten Kompetenz hinsichtlich der Demenz ($p = 0,24$; $z = -1,18$; mittlerer Rang von 13,3 [Frauen] versus 16,8 [Männer]; $n = 30$) und der Depression ($p = 0,56$; $z = -0,58$; mittlerer Rang von 21,8 [Frauen] versus 19,8 [Männer]) kein signifikanter Unterschied nachweisbar.

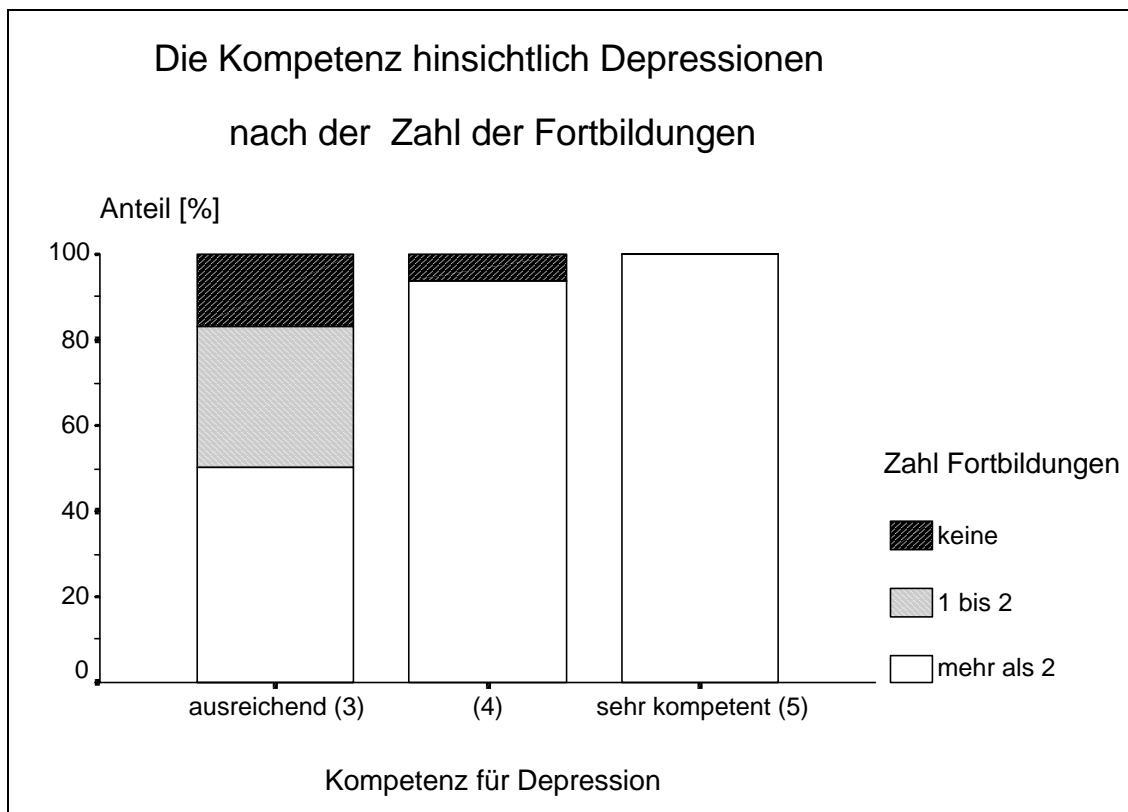
ÄrztInnen, die ihre eigene Kompetenz hinsichtlich der Betreuung Demenzkranker als ausreichend einschätzten ($n = 7$), besuchten in 14,3% keine, in 57,1% ein bis zwei und in 28,6% mehr als zwei Fortbildungen zu diesem Thema. Bei fehlenden Angaben zur eigenen Kompetenz ($n = 10$) wurden in je 40% keine bzw. mehr als zwei und in 20% ein bis zwei Fortbildungen zur Demenz besucht. Alle anderen Psychiater nahmen an mehr als zwei Fortbildungsveranstaltungen teil (Abb. 5.6.):

Abb. 5.6.: Die eigene Kompetenz hinsichtlich der **Demenz** nach Fortbildungen



Die selbst eingeschätzte Kompetenz hinsichtlich Depressionen stand in einem signifikantem Zusammenhang mit der *Zahl der besuchten Fortbildungen* hierzu (Spearman's Rho $r = 0,44$; $p < 0,01$). Die Zahl der Fortbildungen war desto größer, je höher die eigene Kompetenz eingeschätzt worden war. (Abb. 5.7.):

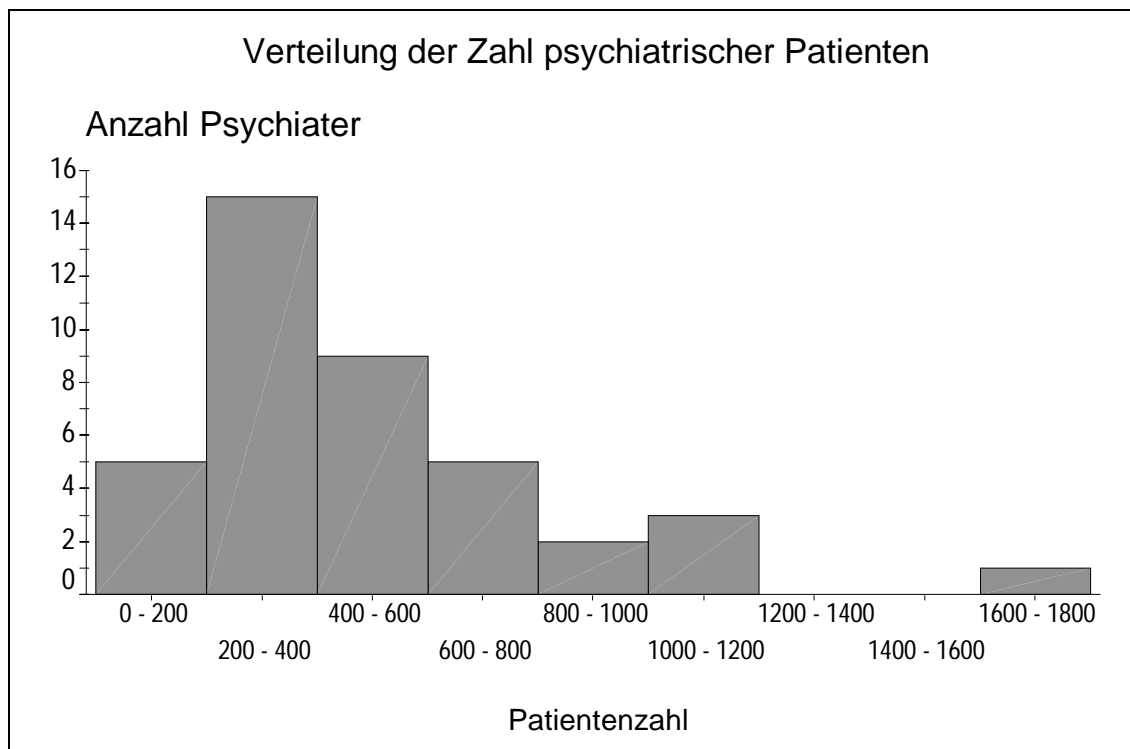
Abb. 5.7.: Die eigene Kompetenz hinsichtlich der **Depression** nach Fortbildungen



5.2.4. Die Zahl der Patienten mit psychiatrischen Krankheitsbildern

Die befragten Psychiater waren aufgefordert, die Zahl der im 4. Quartal 1996 behandelten Patienten zu schätzen. Durchschnittlich gaben die ÄrztInnen hier 449,3 ($s = 338,6$) Patienten an, die im 4. Quartal ausschließlich wegen psychiatrischer Probleme die Praxis aufsuchten. Der Bereich erstreckte sich von 20 bis 1650 Patienten. Der Median war 380 Patienten. Die Hälfte der angegebenen Patientenzahlen lagen zwischen 200 (25. Perzentil) und 600 Patienten (75. Perzentil). Wie der Unterschied zwischen Mittelwert und Median schon andeutet, war die Verteilung der Werte linkssteil. Abbildung 5.8. gibt die Verteilung wieder.

Abb. 5.8.: Die Verteilung der Zahl an psychiatrischen Patienten im 4. Quartal 1996 (n = 40)



Für das Alter der ÄrztInnen war kein bedeutsamer Zusammenhang mit der Patientenzahl festzustellen (Spearman's Rho $r = 0,27$; $p = 0,09$). Auch mit der selbst eingeschätzten Kompetenz hinsichtlich der Betreuung dementer (Spearman's Rho $r = 0,13$; $p = 0,48$) bzw. depressiver Patienten (Spearman's Rho $r = 0,02$; $p = 0,92$) bestand kein signifikanter Zusammenhang.

Wenn auch Ärztinnen mit durchschnittlich 325,0 deutlich weniger Patienten als ihre männlichen Kollegen mit durchschnittlich 516,2 angaben, war dieser Unterschied im Mann-Whitney U-Test nicht signifikant ($p = 0,12$; $z = -1,55$; mittlerer Rang von 16,6 [Frauen] versus 22,6 [Männer]). ÄrztInnen, die die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ anstrebten, gaben mit 346,7 deutlich weniger Patienten an als andere ÄrztInnen mit 533,2, wobei dieser Unterschied nicht statistisch abzusichern war (Mann-Whitney U-Test: $p = 0,20$; $z = -1,30$; mittlerer Rang von 17,9 [Zusatzbezeichnung angestrebt] versus 22,7 [nicht angestrebt]).

Mit höherer Zahl der *Fortbildungen zur Demenz* war eine signifikant höhere Patientenzahl zu verzeichnen (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 7,02$; $df = 2$; $p = 0,03$). Die Zahl der Fortbildungen zur Depression hingegen hatte keinen signifikanten Einfluß auf die Patientenzahl (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 1,41$; $df = 2$; $p = 0,49$).

Tabelle 5.6. faßt den Einfluß der verschiedenen Arztmerkmale auf die Patientenzahl zusammen:

Tabelle 5.6.: Der Einfluß verschiedener Arztmerkmale auf die Zahl psychiatrischer Patienten

Arztmerkmal

Zahl psychiatrischer Patienten ^{a)}

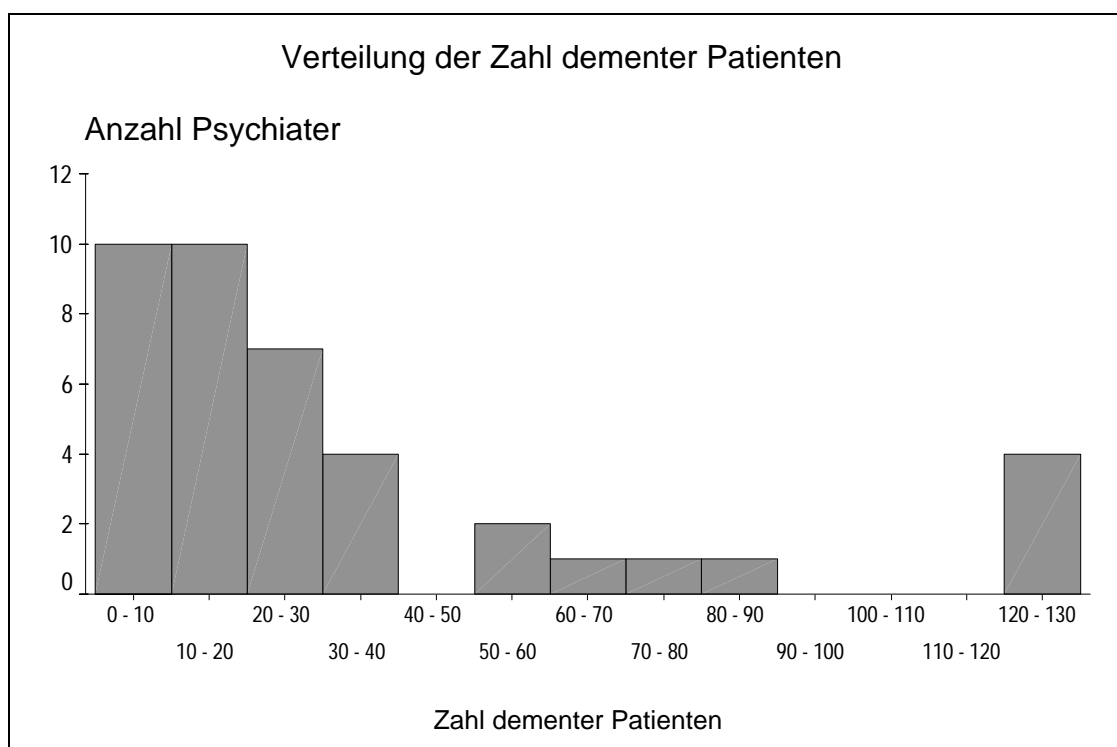
| | | n | \bar{x} | s | min | max | Median |
|---------------------------------------|---------|----------|-----------------------------|----------|------------|------------|---------------|
| Geschlecht | weibl. | 14 | 325,0 | 210,7 | 50,0 | 720,0 | 285,0 |
| | männl. | 26 | 516,2 | 377,4 | 20,0 | 1650,0 | 460,0 |
| Zusatzbez. angestr. | Ja | 18 | 346,7 | 208,8 | 20,0 | 800,0 | 290,0 |
| | Nein | 22 | 533,2 | 401,5 | 41,0 | 1650,0 | 475,0 |
| Fortbildg. Demenz^{a)} | Keine | 5 | 260,0 | 311,0 | 50,0 | 800,0 | 200,0 |
| | 1 bis 2 | 6 | 250,0 | 96,7 | 130,0 | 400,0 | 225,0 |
| | > 2 | 29 | 523,1 | 351,6 | 20,0 | 1650,0 | 500,0 |
| Fortbildg. Depress. | Keine | 2 | 525,0 | 388,9 | 250,0 | 800,0 | 525,0 |
| | 1 bis 2 | 2 | 225,0 | 35,4 | 200,0 | 250,0 | 225,0 |
| | > 2 | 36 | 457,5 | 346,6 | 20,0 | 1650,0 | 400,0 |
| Insgesamt | | 40 | 449,3 | 338,6 | 20,0 | 1650,0 | 380,0 |

Anmerkung: ^{a)} Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 7,02$; df = 2; p = 0,03

Die befragten ÄrztInnen sollten auch die **Zahl der an Demenz und Depressionen leidenden Patienten** schätzen. Alle 40 Psychiater machten hierzu vollständige Angaben. Im folgenden wurden die Angaben der ÄrztInnen zur Demenz erst hinsichtlich der angegebenen absoluten Patientenzahlen und dann deren Anteil an allen psychiatrischen Patienten ausgewertet. Nach dem gleichem Schema erfolgte die Analyse der Angaben zur Zahl depressiver Patienten.

Der Mittelwert für die **Zahl dementer Patienten** betrug 29,8 ($s = 36,8$). Neun ÄrztInnen (22,5%) gaben an, im 4. Quartal 1996 keine dementen Patienten behandelt zu haben. Die höchste genannte Zahl waren 130 Patienten. Der Median waren 18, das 25. Perzentil 3,3 und das 75. Perzentil 30 Patienten. Abb. 5.9. verdeutlicht die extreme Linkssteilheit der Verteilung.

Abb. 5.9.: Die Verteilung der absoluten Zahl dementer Patienten im 4. Quartal 1996 ($n = 40$)



Mit dem *Alter* der ÄrztInnen stand die geschätzte Zahl dementer Patienten in einem inversen Zusammenhang (Spearman's Rho $r = -0,42$; $p < 0,01$). Ältere ÄrztInnen gaben hier weniger Patienten an als jüngere und umgekehrt. Ein gleichsinniger Zusammenhang hingegen bestand erwartungsgemäß mit der selbst eingeschätzten *Kompetenz bei der Betreuung Demenzkranker* (Spearman's Rho $r = 0,47$; $p < 0,01$), während die Kompetenz hinsichtlich Depressionen nicht mit der Zahl dementer Patienten zusammenhing (Spearman's Rho $r = 0,05$; $p = 0,75$).

Weder das Geschlecht der befragten Psychiater (Mann-Whitney U-Test: $p = 0,21$; $z = -1,26$; mittlerer Rang von 17,4 [Frauen] versus 22,2 [Männer]) noch das Anstreben der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ (Mann-Whitney U-Test: $p = 0,86$; $z = -0,18$; mittlerer Rang von 20,1 [Zusatzbezeichnung angestrebt] versus 20,8 [nicht angestrebt]) beeinflusste die absolute Zahl der im 4. Quartal 1996 behandelten dementen Patienten signifikant.

Die ÄrztInnen, die angaben, viele *Fortbildungen zur Demenz* besucht zu haben, schätzten die absolute Zahl dementer Patienten signifikant höher ein, als ihre Kollegen (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 7,20$; $df = 2$; $p = 0,03$). Für die Zahl der Fortbildungen zur Depression hingegen war kein derartiger Einfluß festzustellen (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 1,41$; $df = 2$; $p = 0,49$).

Tabelle 5.7. gibt den Einfluß der verschiedenen Arztmerkmale auf die absolute Zahl dementer Patienten zusammengefaßt wieder und zeigt außerdem noch den im folgenden besprochenen Anteil dementer Patienten an der Zahl aller psychiatrischen Patienten im 4. Quartal 1996:

Tabelle 5.7.: Der Einfluß verschiedener Arztmerkmale auf die Zahl dementer Patienten und deren Anteil an allen psychiatrischen Patienten

| Arztmerkmal | | Zahl dementer Patienten im 4. Quartal 1996 | | | | | | | |
|--|---------|--|-------------|-----------------------|------|-----------|------|-------------|------|
| | | n | \bar{x} | Absolut ^{a)} | | | | Relativ [%] | |
| s | min | | | max | Med. | \bar{x} | s | | |
| Geschlecht | weibl. | 14 | 14,0 | 10,5 | 0,0 | 30,0 | 15,0 | 4,2 | 4,1 |
| | männl. | 26 | 38,3 | 42,8 | 0,0 | 130,0 | 20,0 | 7,7 | 8,6 |
| Zusatzbez. angestr. | Ja | 18 | 29,3 | 38,9 | 0,0 | 130,0 | 17,5 | 7,1 | 8,2 |
| | Nein | 22 | 30,3 | 35,8 | 0,0 | 120,0 | 18,0 | 6,0 | 7,0 |
| Fortbildg. Demenz ^{a)} | Keine | 5 | 4,0 | 8,9 | 0,0 | 20,0 | 0,0 | 0,5 | 1,1 |
| | 1 bis 2 | 6 | 14,2 | 12,0 | 0,0 | 30,0 | 17,5 | 4,9 | 3,8 |
| | > 2 | 29 | 37,5 | 40,2 | 0,0 | 130,0 | 20,0 | 7,8 | 8,2 |
| Fortbildg. Depress. | Keine | 2 | 45,0 | 35,4 | 20,0 | 70,0 | 45,0 | 15,3 | 18,0 |
| | 1 bis 2 | 2 | 15,0 | 21,2 | 0,0 | 30,0 | 15,0 | 6,0 | 8,5 |
| | > 2 | 36 | 29,8 | 37,8 | 0,0 | 130,0 | 15,5 | 6,0 | 6,8 |
| Insgesamt | | 40 | 29,8 | 36,8 | 0,0 | 130,0 | 18,0 | 6,5 | 7,5 |

Anmerkung: ^{a)} Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 7,20$; df = 2; p = 0,03

Bei den stark schwankenden Angaben zur Zahl aller psychiatrischen Patienten im 4. Quartal 1996 schien es angebracht, neben der absoluten Zahl der dementen Patienten den **Anteil der dementen an allen psychiatrischen Patienten** zu untersuchen. Um falsche Angaben der ÄrztInnen auszuschließen, wurde in Vorgriff auf die folgenden Seiten der Anteil der depressiven und der dementen Patienten an allen psychiatrischen Patienten addiert. Die Summe reichte von 3% (n = 1) bis zu 100% (n = 1). Durchschnittlich waren es 57,8% (s = 26,7). Dementsprechend sind die Angaben aller 40 Psychiater als gültig anzusehen.

Der Anteil der dementen an allen psychiatrischen Patienten reichte von 0% (n = 9) bis 28% (n = 1). Durchschnittlich betrug er 6,5% (s = 7,5). Tabelle 5.8. zeigt die Perzentile des Anteil der dementen an allen psychiatrischen Patienten:

Tabelle 5.8.: Perzentile des Anteil der dementen an allen psychiatrischen Patienten

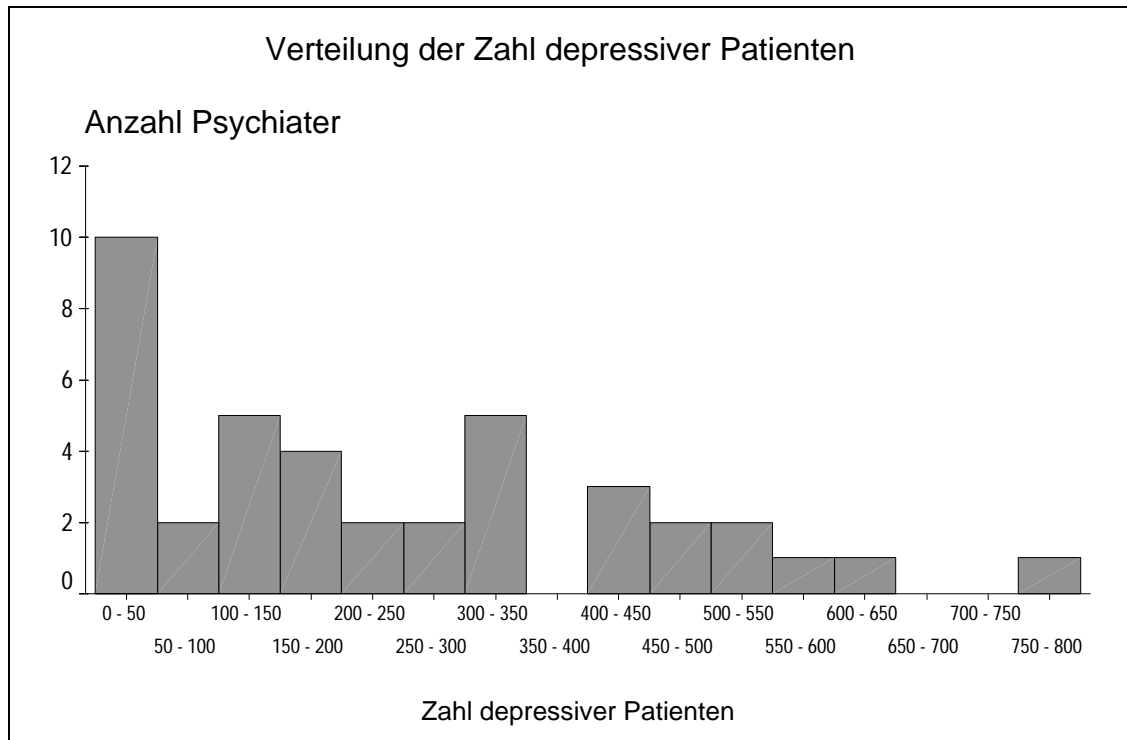
| | Perzentile | | | | | | |
|---|------------|-----|-----|-----|------|------|------|
| | 5. | 10. | 25. | 50. | 75. | 90. | 95. |
| Anteil dementer an allen psychiatrischen Patienten [%] | 0,0 | 0,0 | 0,8 | 2,9 | 10,0 | 21,0 | 24,0 |

Wie zuvor die absolute Zahl der dementen Patienten wurde auch deren **Anteil** an allen psychiatrischen Patienten im 4. Quartal 1996 auf Unterschiede bzw. Zusammenhänge mit den Arztmerkmalen untersucht. Dabei gab es keine anderen Ergebnisse als bei den absoluten Zahlen. Deshalb wurde an dieser Stelle auf eine Wiedergabe der Statistiken verzichtet.

Aus den vollständigen Angaben aller 40 Psychiater zur geschätzten **absoluten Zahl depressiver Patienten** im 4. Quartal 1996 errechnete sich ein Mittelwert von 229,8 ($s = 196,7$) Patienten. Je ein Psychiater (2,5%) schätzten die Zahl auf 5 bzw. 800 Patienten, was dem Minimum bzw. Maximum entsprach. Der Median waren 150 depressive Patienten. Das 25. Perzentil war 53,2 und das 75. Perzentil 380,0.

Abb. 5.10. zeigt die Verteilung der absoluten Zahl depressiver Patienten im 4. Quartal 1996:

Abb. 5.10.: Die Verteilung der absoluten Zahl depressiver Patienten im 4. Quartal 1996 ($n = 40$)



Das *Alter* der ÄrztInnen stand mit der geschätzten Zahl depressiver Patienten (wie schon zuvor mit der Zahl dementer Patienten) in einem inversem Zusammenhang (Spearman's Rho $r = -0,37$; $p = 0,02$). Ältere ÄrztInnen schätzten die Zahl depressiver Patienten geringer als jüngere und umgekehrt. Kein Zusammenhang bestand wider Erwarten mit der selbst eingeschätzten Kompetenz bei der Betreuung depressiver Patienten (Spearman's Rho $r = 0,15$; $p = 0,34$). Auch die Kompetenz bezüglich der Demenz hing erwartungsgemäß nicht mit der Zahl depressiver Patienten zusammen (Spearman's Rho $r = 0,22$; $p = 0,25$).

Für das Geschlecht der befragten Psychiater war kein signifikanter Einfluß nachweisbar (Mann-Whitney U-Test: $p = 0,93$; $z = -0,08$; mittlerer Rang von 20,7 [Frauen] versus 20,4 [Männer]). ÄrztInnen, welche die *Zusatzbezeichnung* „*Psychotherapie*“ anstrebten, schätzten die absolute Zahl depressiver Patienten mit 147,2 ($s = 123,0$) signifikant geringer ein als ihre Kollegen ohne ein derartiges Bestreben mit 297,3 ($s = 221,3$) (Mann-Whitney U-Test: $p = 0,04$; $z = -2,06$; mittlerer Rang von 16,3 [Zusatzbezeichnung angestrebt] versus 23,9 [nicht angestrebt]).

Wider Erwarten war bei häufigerem Besuch von Fortbildungen zu Depressionen keine signifikant höher geschätzte Zahl depressiver Patienten nachweisbar (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 2,96$; $df = 2$; $p = 0,23$).

Tabelle 5.9. enthält eine Zusammenfassung für den Einfluß der Arztmerkmale auf die absolute Zahl depressiver Patienten und zeigt den Anteil depressiver Patienten an der Zahl aller psychiatrischen Patienten im 4. Quartal 1996:

Tabelle 5.9.: Der Einfluß verschiedener Arztmerkmale auf die absolute Zahl depressiver Patienten und deren Anteil an allen psychiatrischen Patienten

| Arztmerkmal | Zahl depressiver Patienten im 4. Quartal 1996 | | | | | | | | |
|--|---|----|--------------|-------|------|-------|-------|-------------|------|
| | | n | Absolut | | | | | Relativ [%] | |
| | | | \bar{x} | s | min | max | Med. | \bar{x} | s |
| Geschlecht. ^{a)} | weibl. | 14 | 224,1 | 185,9 | 12,0 | 640,0 | 145,0 | 63,6 | 21,5 |
| | männl. | 26 | 232,8 | 205,8 | 5,0 | 800,0 | 175,0 | 44,8 | 25,1 |
| Zusatzbez. angestr. ^{b)} | Ja | 18 | 147,2 | 123,0 | 5,0 | 470,0 | 132,5 | 45,8 | 25,4 |
| | Nein | 22 | 297,3 | 221,3 | 12,0 | 800,0 | 280,0 | 55,9 | 24,9 |
| Fortbildg. Demenz | Keine | 5 | 51,4 | 46,3 | 5,0 | 100,0 | 40,0 | 33,8 | 31,3 |
| | 1 bis 2 | 6 | 152,5 | 109,0 | 40,0 | 300,0 | 137,5 | 55,3 | 25,8 |
| | > 2 | 29 | 276,5 | 205,5 | 8,0 | 800,0 | 250,0 | 53,6 | 23,9 |
| Fortbildg. Depress. | Keine | 2 | 70,0 | 42,4 | 40,0 | 100,0 | 70,0 | 14,3 | 2,5 |
| | 1 bis 2 | 2 | 102,5 | 137,9 | 5,0 | 200,0 | 102,5 | 41,3 | 54,8 |
| | > 2 | 36 | 245,7 | 199,7 | 8,0 | 800,0 | 175,0 | 54,0 | 23,2 |
| Insgesamt | | 40 | 229,8 | 196,7 | 5,0 | 800,0 | 150,0 | 51,4 | 25,3 |

Anmerkung: ^{a)} M-Whitney U-Test für den **relativen** Anteil: $p = 0,02$; $z = -2,34$; mittl. Rang 26,4 [Frauen] versus 17,3 [Männer]

^{b)} M-Whitney U-Test für die **absolute Zahl**: $p = 0,04$; $z = -2,06$; mittlerer Rang von 16,3 [Zusatzbezeichnung angestrebt] versus 23,9 [nicht angestrebt]

Neben den Angaben zur absoluten Zahl depressiver Patienten wurde der **Anteil der depressiven an allen psychiatrischen Patienten** analysiert. Dieser Anteil schwankte zwischen 3% ($n = 9$) und 92% ($n = 1$). Durchschnittlich betrug im 4. Quartal 1996 der Anteil depressiver an allen Patienten 51,4% ($s = 25,3$).

Tabelle 5.10. zeigt die Perzentile des Anteil der depressiven an allen psychiatrischen Patienten:

Tabelle 5.10.: Perzentile des Anteil der depressiven an allen psychiatrischen Patienten

| | Perzentile | | | | | | |
|---|------------|------|------|------|------|------|------|
| | 5. | 10. | 25. | 50. | 75. | 90. | 95. |
| Anteil dementer an allen psychiatrischen Patienten | 10,0 | 12,8 | 30,4 | 50,0 | 74,4 | 81,1 | 88,8 |

Psychiater weiblichen Geschlechts schätzten den *Anteil* der depressiven Patienten signifikant höher ein als ihre männlichen Kollegen (Mann-Whitney U-Test: $p = 0,02$; $z = -2,34$; mittlerer Rang von 26,4 [Frauen] versus 17,3 [Männer]). Ansonsten waren ähnliche Zusammenhänge der Arztmerkmalen mit dem Anteil der depressiven Patienten wie zuvor mit den absoluten Zahl zu verzeichnen, weshalb an dieser Stelle auf eine Wiedergabe dieser Test-Statistiken verzichtet wurde.

5.3. Angaben zur Demenz

Neun Psychiater (22,5%) hatten - wie schon erläutert - angegeben, im 4. Quartal 1996 keine dementen Patienten behandelt zu haben, so daß die Ausführungen zur Demenz lediglich die Ergebnisse der Fragebögen von 31 Psychiatern (77,5%) widerspiegeln.

5.3.1. Diagnostik

Die ÄrztInnen wurden gefragt, wieviele der im 4. Quartal 1996 behandelten dementen Patienten gezielt wegen dieser Erkrankung die Praxis aufsuchten und wieviele wegen anderer seelischer Probleme kamen. Die Zahl der *gezielt wegen einer Demenz* in die Praxis gekommenen Patienten wurde mit durchschnittlich 22,1 Patienten ($s = 25,4$) angegeben. Angaben von keinem ($n = 3$; 7,5%) bis zu 100 Patienten ($n = 2$; 5,0%) kamen vor. Der Median waren 12, das 25. Perzentil 5 und das 75. Perzentil 30 Patienten. Am häufigsten wurden 10 Patienten ($n = 5$; 12,5%) angegeben (Modalwert).

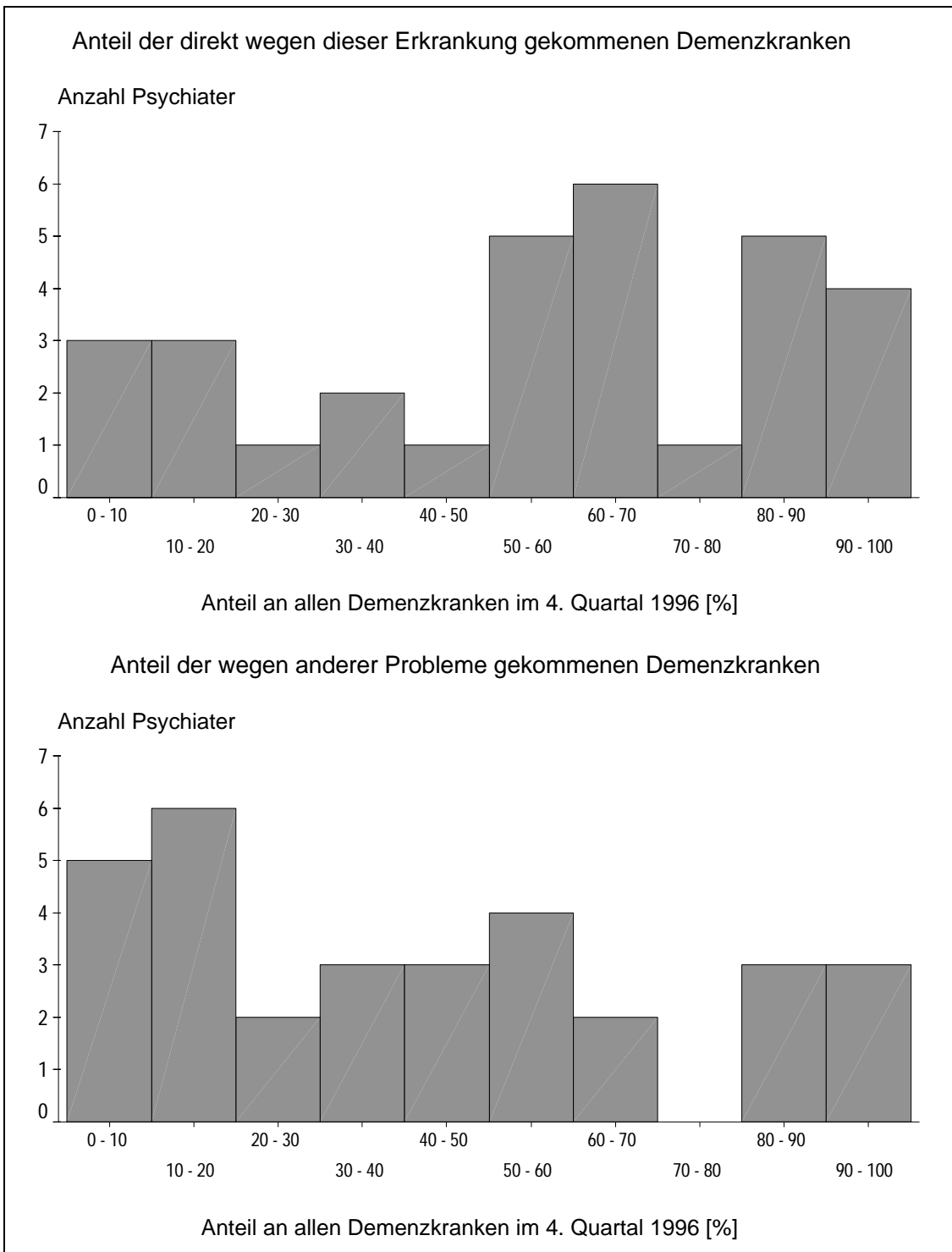
Wegen anderer seelischer Probleme kamen durchschnittlich 15,6 Patienten ($s = 21,1$). Die Angaben reichten von keinem ($n = 5$; 12,5%) bis zu 90 Patienten ($n = 1$; 2,5%). Der Median waren 10, das 25. Perzentil 2 und das 75. Perzentil 20 Patienten.

Die Zahl der wegen anderer seelischer Probleme und die der direkt wegen einer Demenz in die Praxis gekommenen Patienten unterschied sich im Wilcoxon-Test nicht signifikant ($p = 0,15$; $z = -1,44$). Bei 17 ÄrztInnen (42,5%) war die Zahl der gezielt gekommenen Patienten größer, bei 9 (22,5%) war sie kleiner und bei 5 (12,5%) war sie gleich groß wie die der wegen anderer seelischer Probleme gekommenen Patienten.

Da die absoluten Patientenzahlen weniger aussagekräftig sind, als die auf die Zahl aller dementen Patienten bezogenen, relativen Angaben, wurde der Anteil der direkt wegen einer Demenz und der Anteil der wegen anderer seelischer Probleme gekommenen Patienten berechnet. Bei 25 der 31 Psychiater (80,6%), die angaben, demente Patienten behandelt zu haben, addierten sich beide Anteile zu genau 100%. Bei sechs Psychiatern (19,4%) war die Summe der beider Anteile geringer und schwankte zwischen 10% und 97%. Diese Werte wurden alle als gültig angesehen und für weitere Berechnungen verwendet, da auch andere Gründe als die beiden genannten einen Praxisbesuch dementer Patienten erklären könnten.

Durchschnittlich kamen 54,9% ($s = 31,1$) der dementen Patienten direkt wegen der Demenz in die Praxis und 40,5% ($s = 32,3$) wegen anderer seelischer Probleme. Abb. 5.11. zeigt die Verteilung des Anteils der direkt und der wegen seelischer Probleme gekommenen Patienten:

Abb. 5.11.: Die Verteilung des Anteils der direkt wegen der Demenz und aus anderen Gründen gekommenen Demenzkranken (n = 31)



Im folgenden wurde überprüft, ob die Arztmerkmale den Anteil der gezielt wegen einer Demenz bzw. aus anderen Gründen gekommenen Patienten beeinflusste. Weder das Alter der ÄrztInnen (Spearman's Rho $r = 0,32$; $p = 0,08$) noch die selbst eingeschätzte Kompetenz bei der Betreuung dementer (Spearman's Rho $r = 0,06$; $p = 0,75$) oder depressiver Patienten (Spearman's Rho $r = 0,09$; $p = 0,62$) korrelierten signifikant mit dem Anteil der gezielt wegen der Demenz gekommenen an allen dementen Patienten. Auch das Geschlecht der befragten Psychiater hatte in der einfaktoriellen Varianzanalyse für verbundene Stichproben keinen signifikanten Einfluß ($p = 0,51$; $F = 0,73$ [Interaktion]).

ÄrztInnen, welche die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ anstrebten, schätzten den Anteil der direkt gekommenen Patienten mit 33,3% ($s = 31,0$) geringer ein als deren Kollegen ohne ein derartiges Bestreben mit 70,5% ($s = 20,4$). Den Anteil der wegen anderer seelischer Probleme gekommenen Patienten dagegen schätzten sie mit 60,0% ($s = 34,9$) gegenüber nur 26,4% ($s = 21,9$) höher ein. In der einfaktoriellen Varianzanalyse für verbundene Stichproben erwies sich dieser Unterschied - in Folge der Interaktion von Anstreben der Zusatzbezeichnung mit dem Grund des Praxisbesuchs - als statistisch signifikant ($p = 0,001$; $F = 15,20$ [Interaktion]). Abb. 5.12. stellt den Unterschied graphisch dar.

Die Häufigkeit des Besuches von Fortbildungen zur Demenz ($p = 0,15$; $F = 2,06$ [Interaktion]) oder Depressionen ($p = 0,46$; $F = 0,81$ [Interaktion]) blieb ohne signifikanten Einfluß. Tabelle 5.11. faßt die Ergebnisse zusammen:

Abb. 5.12.: Mittlerer Anteil (+/- einfache SD) der direkt wegen der Demenz und aus anderen, seelischen Problemen gekommenen Demenzkranken nach Anstreben einer Zusatzbezeichnung ($n = 31$)

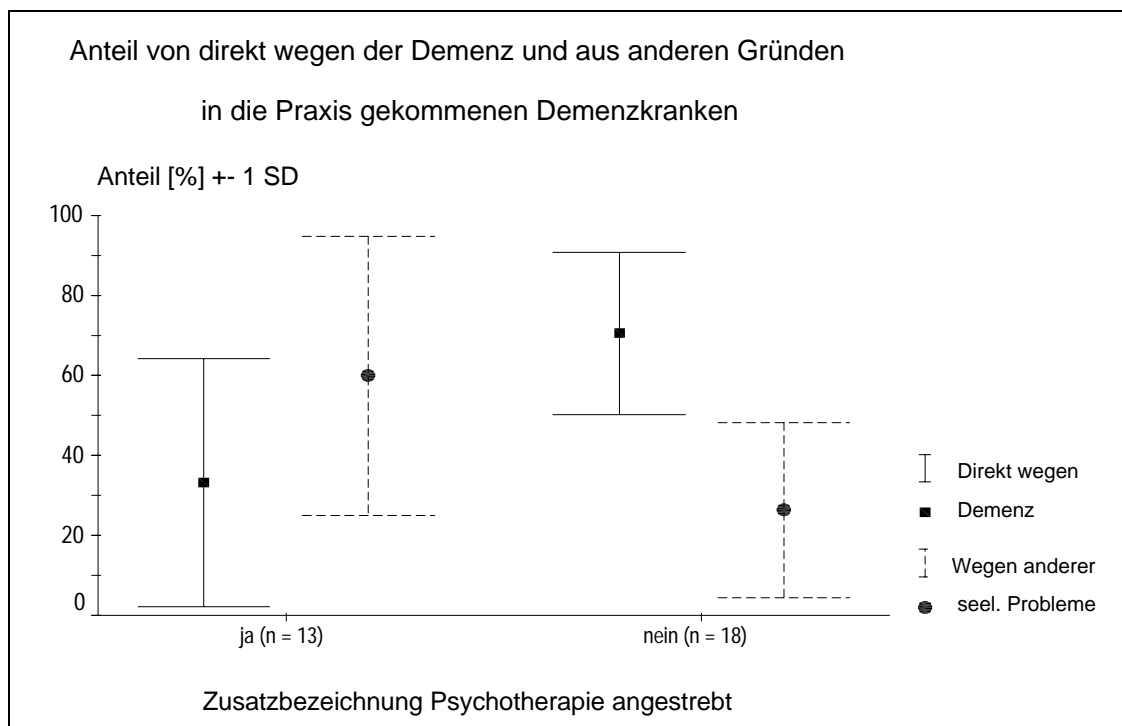


Tabelle 5.11.: Einfluß von Arztmerkmalen auf den Grund des Praxisbesuchs Demenzkranker (n = 31)

| Arztmerkmal | | Grund des Praxisbesuchs dementer Patienten | | | | | | | | |
|--|---------|--|-----------------------|------|------|-------|-------------------------|------|-------|-------|
| | | n | Dir. wegen Demenz [%] | | | | Andere seel. Gründe [%] | | | |
| | | | \bar{x} | s | min | max | \bar{x} | s | min | max |
| Geschlecht | weibl. | 11 | 50,2 | 35,2 | 0,0 | 100,0 | 39,8 | 33,8 | 0,0 | 100,0 |
| | männl. | 20 | 57,5 | 29,3 | 13,3 | 100,0 | 40,8 | 32,3 | 0,0 | 100,0 |
| Zusatzbez. angestr. ^{a)} | Ja | 13 | 33,3 | 31,0 | 0,0 | 83,3 | 60,0 | 34,9 | 10,0 | 100,0 |
| | Nein | 18 | 70,5 | 20,4 | 33,3 | 100,0 | 26,4 | 21,9 | 0,0 | 66,7 |
| Fortbildg. | Keine | 1 | 25,0 | - | 25,0 | 25,0 | 100,0 | - | 100,0 | 100,0 |
| Demenz | 1 bis 2 | 4 | 40,4 | 31,9 | 13,3 | 75,0 | 58,8 | 31,0 | 25,0 | 86,7 |
| | > 2 | 26 | 58,3 | 31,0 | 0,0 | 100,0 | 35,3 | 30,2 | 0,0 | 100,0 |
| Fortbildg. Depress. | Keine | 2 | 41,1 | 22,7 | 25,0 | 57,1 | 78,6 | 30,3 | 57,1 | 100,0 |
| Depress. | 1 bis 2 | 1 | 66,7 | - | 66,7 | 66,7 | 33,3 | - | 33,3 | 33,3 |
| | > 2 | 28 | 55,5 | 32,2 | 0,0 | 100,0 | 38,0 | 31,8 | 0,0 | 100,0 |
| Insgesamt | | 31 | 54,9 | 31,1 | 0,0 | 100,0 | 40,5 | 32,3 | 0,0 | 100,0 |

Anmerkung: ^{a)} einfaktorielle Varianzanalyse für verbundene Stichproben: p = 0,001; F = 15,20 für die Interaktion

Der *Ort der Diagnose der Demenz* als ein wesentlicher Indikator der Diagnostik dieser Erkrankung wird im folgenden dargestellt. Die Psychiater sollten angeben, welcher Anteil der Demenzerkrankungen in den Institutionen „Hausarzt“, „Krankenhaus“, „Psychiatrische Fachambulanz“ und „Eigene Praxis“ (sowie „sonstige“) gestellt worden sind.

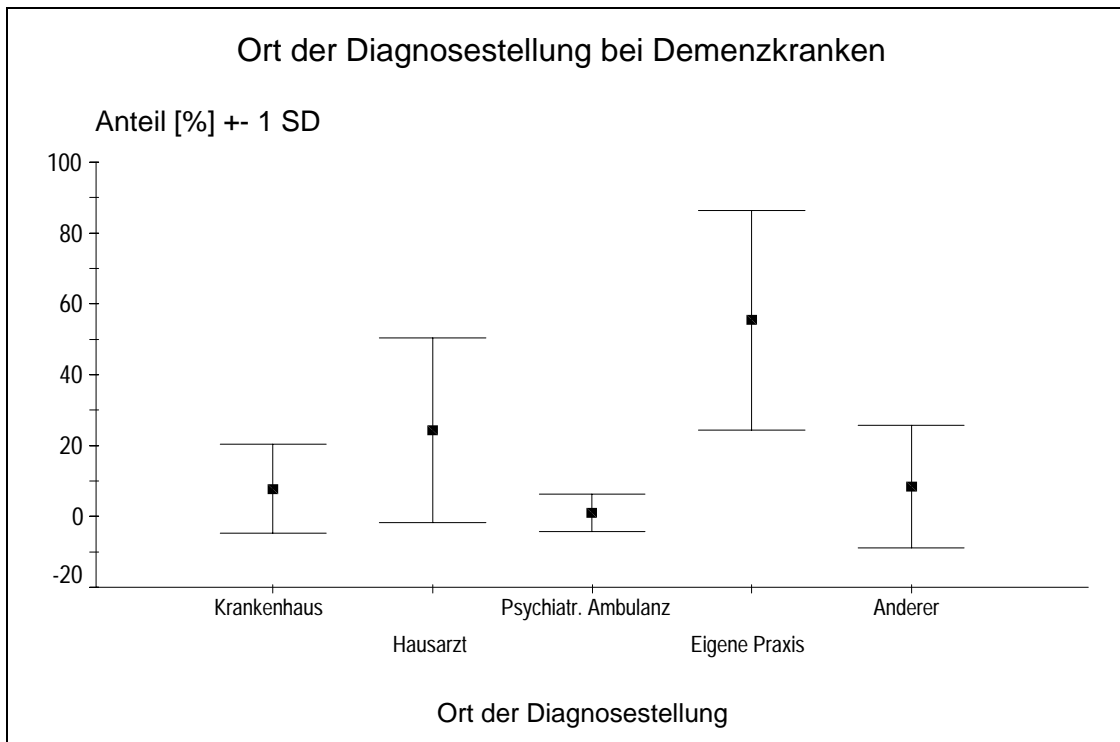
Die ÄrztInnen gaben an, daß bei weitem der größte Anteil der Demenzerkrankungen in der eigenen Praxis diagnostiziert worden sei. Durchschnittlich wurden dort 55,4% (s = 31,0) der Erkrankungen festgestellt. Mit 24,4% (s = 26,1) wurde dem Hausarzt der nächstgrößere Anteil zugeschrieben, während andere Einrichtungen nur einen geringen Teil ausmachten. Im Friedman-Test war dieser Unterschied hochsignifikant ($\chi^2 = 66,1$; df = 4; p < 0,01) (Tabelle 5.12. und Abb. 5.13.).

Tabelle 5.12.: Ort der Diagnose bei dementen Patienten (n = 31)

| Ort der Diagnosestellung | Statistische Kennwerte des Anteils [%] | | | | | Statistik* |
|----------------------------|--|------|-----------|--------|-----------|------------|
| | \bar{x} | s | 25. Perz. | Median | 75. Perz. | m. Rang |
| Krankenhaus | 7,7 | 12,6 | 0 | 0 | 10 | 2,55 |
| Hausarzt | 24,4 | 26,1 | 5 | 20 | 40 | 3,55 |
| Psychiatr. Ambulanz | 1,0 | 5,4 | 0 | 0 | 0 | 1,89 |
| Eigene Praxis | 55,4 | 31,0 | 30 | 50 | 80 | 4,52 |
| Sonstiges | 8,4 | 17,3 | 0 | 0 | 0 | 2,50 |

* Anmerkung: Friedman-Test; angegeben ist der mittlere Rang für „Ort der Diagnosestellung“
Teststatistik: $\chi^2 = 66,1$; df = 4; p < 0,01

Abb. 5.13.: Ort der Diagnose bei Demenzkranken: mittlere Häufigkeit und deren einfache Standardabweichung (n = 31)



Je kompetenter sich die Psychiater hinsichtlich der Betreuung dementer Patienten einschätzten, desto höher war der Anteil der durch den Hausarzt diagnostizierten Patienten (Spearman's Rho $r = 0,48$; $p < 0,01$).

Das Geschlecht der befragten Psychiater hatte in der einfaktoriellen Varianzanalyse für verbundene Stichproben keine signifikante Wirkung auf die Höhe des Anteils diagnostizierter Patienten insgesamt und der einzelnen Anteile ($p = 0,18$; $F = 1,87$ [Geschlecht] und $p = 0,51$; $F = 0,73$ [Interaktion Geschlecht-Anteil]).

ÄrztInnen, welche die *Zusatzbezeichnung* „*Psychotherapie*“ anstrebten, schätzten die Diagnosehäufigkeit der Hausärzte mit 11,9% weitaus geringer ein, als ihre Kollegen mit 33,3%. In der einfaktoriellen Varianzanalyse für verbundene Stichproben war das Anstreben der Zusatzbezeichnung allerdings (grenzwertig) nicht signifikant ($p = 0,25$; $F = 1,24$ [Zusatzbezeichnung]; $p = 0,06$; $F = 2,33$ [Interaktion]). Ohne Einfluß waren die Zahl der Fortbildungen bezüglich der Demenz ($p = 0,91$; $F = 0,09$ [Fortbildung] und $p = 0,17$; $F = 1,48$ [Interaktion]) bzw. Depressionen ($p = 0,95$; $F = 0,05$ [Fortbildung] und $p = 0,78$; $F = 0,60$ [Interaktion]). In der Tabelle 5.13. ist der Einfluß der einzelnen Arztmerkmale zusammengefaßt.

Tabelle 5.13.: Einfluß verschiedener Arztmerkmale auf den Ort der Diagnose der Demenz (n = 31)

| Arztmerkmal | Mittl. Anteil [%] der Demenz diagnostiziert in/bei: | | | | | | |
|--|---|-------------|------------------------|-----------------|---------------|-----------|------|
| | n | Krankenhaus | Hausarzt ^{a)} | Psych. Ambulanz | Eigene Praxis | Sonstiges | |
| Geschl. | weibl. | 11 | 2,7 | 20,5 | 0,0 | 60,5 | 7,3 |
| | männl. | 20 | 10,5 | 26,5 | 1,5 | 52,5 | 9,0 |
| Zusatzbez. angestr. ^{a)} | Ja | 13 | 10,0 | 11,9 | 0,0 | 55,1 | 15,4 |
| | Nein | 18 | 6,1 | 33,3 | 1,7 | 55,6 | 3,3 |
| Fortbildg. Demenz | Keine | 1 | 20,0 | 20,0 | 0,0 | 20,0 | 40,0 |
| | 1 bis 2 | 4 | 7,5 | 8,8 | 0,0 | 78,8 | 5,0 |
| | > 2 | 26 | 7,3 | 26,9 | 1,2 | 53,1 | 7,7 |
| Fortbildg. Depress. | Keine | 2 | 25,0 | 20,0 | 0,0 | 35,0 | 20,0 |
| | 1 bis 2 | 1 | 0,0 | 20,0 | 0,0 | 80,0 | 0,0 |
| | > 2 | 28 | 6,8 | 24,8 | 1,1 | 55,9 | 7,9 |
| Insgesamt | | 31 | 7,7 | 24,4 | 1,0 | 55,4 | 8,4 |

Anmerkung: ^{a)} einfaktorielle Varianzanalyse für verbundene Stichproben: $p = 0,25$; $F = 1,24$ [Zusatzbez.]; $p = 0,06$; $F = 2,33$ [Interaktion]

5.3.2. Mitbetreuung

Die Psychiater sollten angeben, wie groß die Zahl der von anderen Stellen mitbetreuten dementen Patienten ist. Vier ÄrztInnen machten hierzu ungültige Angaben, indem sie für die einzelnen Stellen Patientenzahlen angaben, die erheblich größer waren als die Zahl der dementen Patienten insgesamt. Deshalb konnte in diesem Abschnitt nur auf die Angaben von 27 Psychiatern zurückgegriffen werden. Da absolute Zahlen wenig aussagekräftig sind, wurden die genannten absoluten Patientenzahlen zuerst in relative Angaben, bezogen auf die Zahl aller dementen Patienten, transformiert.

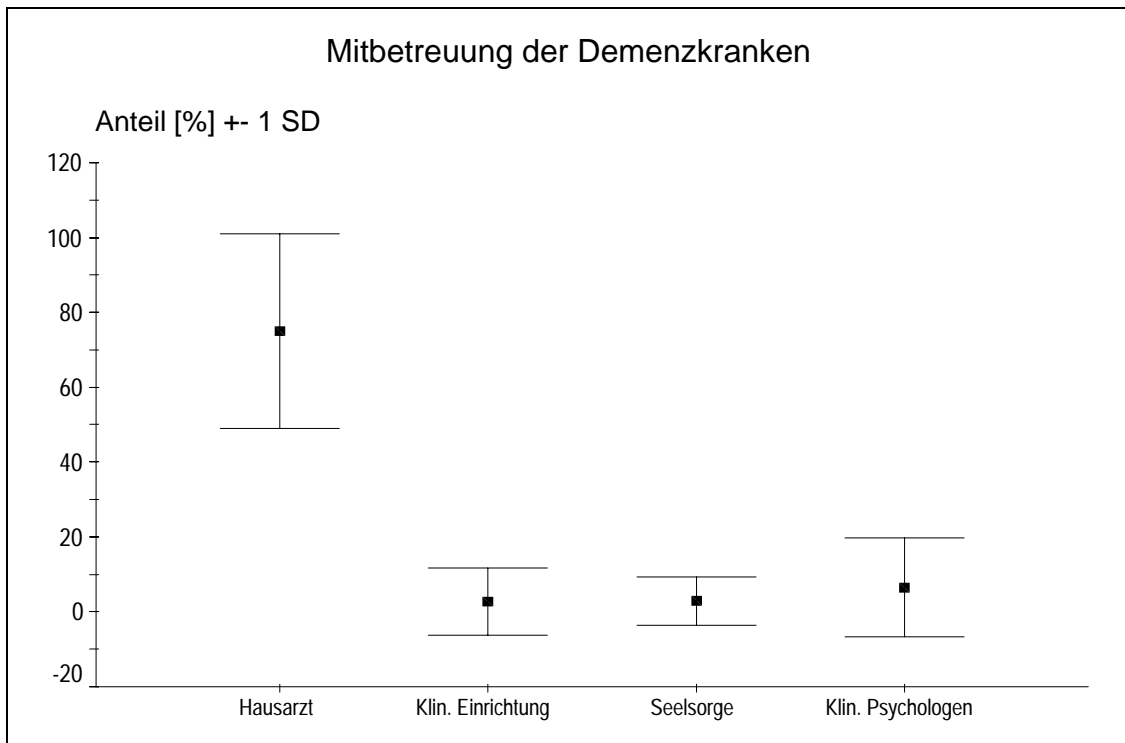
Wie die Tabelle 5.14. verdeutlicht, war der Anteil der von den Hausärzten mitbetreuten Patienten weitaus größer als jener der von anderen Stellen mitbetreuten Patienten. Im Friedman-Test war dieser Unterschied hochsignifikant ($\chi^2 = 61,5$; $df = 3$; $p < 0,01$). In der Abbildung 5.14. ist der Mittelwert mit der einfachen Standardabweichung der Anteile der von einzelnen Stellen mitbetreuten Patienten außerdem graphisch dargestellt.

Tabelle 5.14.: Mitbetreuung dementer Patienten, mehrere Antworten möglich (n = 27)

| Mitbetreuung durch: | Anteil mitbetreuter Patienten [%] | | | | | Statistik* |
|--------------------------|-----------------------------------|------|-----|-----|--------|------------|
| | \bar{x} | s | min | max | Median | m. Rang |
| Hausarzt | 75,0 | 26,0 | 20 | 100 | 83 | 3,98 |
| Klin. Einrichtung | 2,8 | 8,9 | 0 | 43 | 0 | 1,93 |
| Seelsorge | 2,8 | 6,5 | 0 | 29 | 0 | 1,93 |
| Klin. Psychologen | 6,5 | 13,3 | 0 | 50 | 0 | 2,17 |

*Anmerkung: Friedman-Test; angegeben ist der mittlere Rang für „Mitbetreuung durch“
 Teststatistik: $\chi^2 = 61,5$; $df = 3$; $p < 0,01$

Abb. 5.14.: Mitbetreuung von Demenzkranken: mittlere Häufigkeit und einfache Standardabweichung, mehrere Antworten möglich (n = 27)



Die Überprüfung des Einflusses der Arztmerkmale auf die Angaben zur Mitbetreuung der Demenzkranken zeigte, daß weder das Alter der Psychiater noch deren selbst eingeschätzte Kompetenz bei der Betreuung dementer oder depressiver Patienten signifikant mit der Mitbetreuung von Demenzkranken korrelierte (Spearman's Rho $p > 0,05$).

Weder das Geschlecht der befragten Psychiater ($p = 0,91$; $F = 0,02$ [Geschlecht] und $p = 0,71$; $F = 0,46$ [Interaktion]) noch das Anstreben einer Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ ($p = 0,29$; $F = 1,18$ [Zusatzbezeichnung]; $p = 0,47$; $F = 0,84$ [Interaktion]) hatten in der einfaktoriellen Varianzanalyse für verbundene Stichproben einen signifikanten Einfluß auf die Zahl der von den verschiedenen Stellen mitbetreuten Patienten.

ÄrztInnen mit mehr als zwei Fortbildungen bezüglich der Demenz gaben mehr mitbetreute Patienten insgesamt an als andere, während zwischen den verschiedenen mitbetreuenden Stellen keine deutlichen Abweichungen bestanden. Der Unterschied in der Häufigkeit mitbetreuter Patienten überhaupt erwies sich jedoch als (grenzwertig) nicht signifikant ($p = 0,06$; $F = 2,17$ [Fortbildung]; $p = 0,90$; $F = 0,10$ [Interaktion]). Keinen Einfluß auf die Mitbetreuung dementer Patienten hatte die Zahl der Fortbildungen hinsichtlich Depressionen ($p = 0,95$; $F = 0,05$ [Fortbildung]; $p = 0,78$; $F = 0,60$ [Interaktion]). In der Tabelle 5.15. ist der Einfluß der einzelnen Arztmerkmale zusammengefaßt.

Tabelle 5.15.: Der Einfluß verschiedener Arztmerkmale auf die Mitbetreuung Demenzkranker, mehrere Antworten möglich ($n = 27$)

| Arztmerkmal | Mittl. Anteil [%] der Demenz mitbetreut von: | | | | | | | | | |
|---------------------------------------|--|-----------|--------------|------|-------------|------|-------------|------|------------------|------|
| | | | Hausarzt | | Krankenhaus | | Seelsorge | | Klin. Psychologe | |
| | n | | \bar{x} | s | \bar{x} | s | \bar{x} | s | \bar{x} | s |
| Geschl. | weibl. | 11 | 78,0 | 29,2 | 2,1 | 6,0 | 2,6 | 3,8 | 3,5 | 10,0 |
| | männl. | 16 | 72,8 | 24,3 | 3,2 | 10,6 | 3,0 | 8,0 | 8,6 | 15,1 |
| Zusatzbez. angestr. | Ja | 11 | 68,5 | 28,6 | 0,9 | 1,4 | 1,8 | 3,5 | 8,2 | 14,7 |
| | Nein | 16 | 79,4 | 24,0 | 4,0 | 11,5 | 3,6 | 8,0 | 5,3 | 12,5 |
| Fortbildg. Demenz^{a)} | Keine | 1 | 50,0 | - | 0,0 | - | 0,0 | - | 50,0 | - |
| | 1 bis 2 | 4 | 67,5 | 28,8 | 5,0 | 10,0 | 3,8 | 4,8 | 7,9 | 6,6 |
| | > 2 | 22 | 77,4 | 25,9 | 2,5 | 9,1 | 2,8 | 7,0 | 4,3 | 10,8 |
| Fortbildg. Depress. | Keine | 2 | 60,7 | 15,2 | 21,4 | 30,3 | 14,3 | 20,2 | 25,0 | 35,4 |
| | 1 bis 2 | 1 | 100,0 | - | 0,0 | - | 0,0 | - | 0,0 | - |
| | > 2 | 24 | 75,1 | 26,6 | 1,3 | 4,1 | 2,0 | 4,2 | 5,2 | 10,6 |
| Insgesamt | | 27 | 75,0 | 26,0 | 2,8 | 8,9 | 2,8 | 6,5 | 6,5 | 13,3 |

Anmerkung: ^{a)} einfaktorielle Varianzanalyse für verbundene Stichproben: $p = 0,25$; $F = 1,24$ [Zusatzbez.]; $p = 0,06$; $F = 2,33$ [Interaktion] und $p = 0,01$; $F = 7,60$ [Kontrast Hausarzt-Zusatzbez.].

5.3.3. Das Überweisungsverhalten bei Demenzkranken

Die Psychiater wurden gefragt, bei welchen Problemen sie demente Patienten in Kliniken überweisen bzw. welche Probleme kein Hinderungsgrund für eine eigene Behandlung darstellen. Auch in diesem Abschnitt wurden nur die Angaben der 31 Psychiater, die demente Patienten behandelt hatten, verwendet.

Das problembezogene Überweisungsverhalten der Psychiater bei Demenzkranken unterschied sich stark: während ein höherer Schweregrad nur von 6,5% (2 von 31) der Psychiater als Hinderungsgrund für eine eigene Behandlung angesehen wurde, war dies bei suizidalen Patienten in 71% (22 von 31) der Fall. Bei einem ungünstigen sozialem Umfeld bzw. einer Therapieresistenz lag der Anteil bei 29% bzw. 45,2% (Tabelle 5.16.)

Tabelle 5.16.: Das Überweisungsverhalten bei Demenzkranken (n = 31)

| Problem: | Überweisungsverhalten | | | |
|--|-----------------------|----|-----------------------|----|
| | Eigene Behandlung | | Überweisung in Klinik | |
| | [%] | n | [%] | n |
| • Höherer Schweregrad mit Arbeitsunfähigkeit | 93,5% | 29 | 6,5% | 2 |
| • Ungünstiges soziales Umfeld | 71,0% | 22 | 29,0% | 9 |
| • Therapieresistenz | 54,8% | 17 | 45,2% | 14 |
| • Suizidalität | 29,0% | 9 | 71,0% | 22 |

Die 2 ÄrztInnen, die bei **höherem Schweregrad** der Demenz in die Klinik überweisen würden, schätzen ihre *eigene Kompetenz bezüglich der Demenz* signifikant niedriger ein als ihre Kollegen (Mann-Whitney U-Test mit exakter Methode: $p = 0,048$; $z = -2,13$; mittlerer Rang von 4,0 [Überweisen] versus 16,3 [Selbst behandeln]). Bei der geringen Fallzahl von ÄrztInnen, die nicht selbst behandeln wollten, waren keine weiteren bedeutsamen Unterschiede nachweisbar. ÄrztInnen, die eher in Kliniken überweisen würden, strebten signifikant häufiger eine Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ an. Bei **ungünstigem sozialem Umfeld** waren es 7 der 9 ÄrztInnen (77,8%), die eher überweisen würden gegenüber nur 6 der 16 ÄrztInnen (27,3%), die eher selbst behandeln würden (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 = 6,69$; $df = 1$; $p = 0,02$). Bei **Therapieresistenz** strebten 9 von 14 (64,3%) der eine Überweisung in die Klinik favorisierenden Ärzte die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ an gegenüber sonst nur 4 von 17 (23,5%) (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 = 5,24$; $df = 1$; $p = 0,03$). Bei **Suizidalität** war der Zusammenhang noch stärker: 13 der 22 Psychiater (59,1%) beabsichtigten, die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ zu erwerben gegenüber keinem der 9 eher selbst behandelnden Kollegen. (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 = 9,16$; $df = 1$; $p < 0,01$). Eine Überweisung in die Klinik bei Suizidalität war außerdem mit einer signifikant geringeren Zahl von Patienten mit psychiatrischen Problemen im 4. Quartal 1996 verbunden (Mann-Whitney U-Test: $p = 0,04$; $z = 2,08$; mittlerer Rang von 13,8 [Überweisen] versus 21,3 [Selbst behandeln]).

Tabelle 5.17.: Arztmerkmale und Überweisungsverhalten bei Demenzkranken (n = 31)

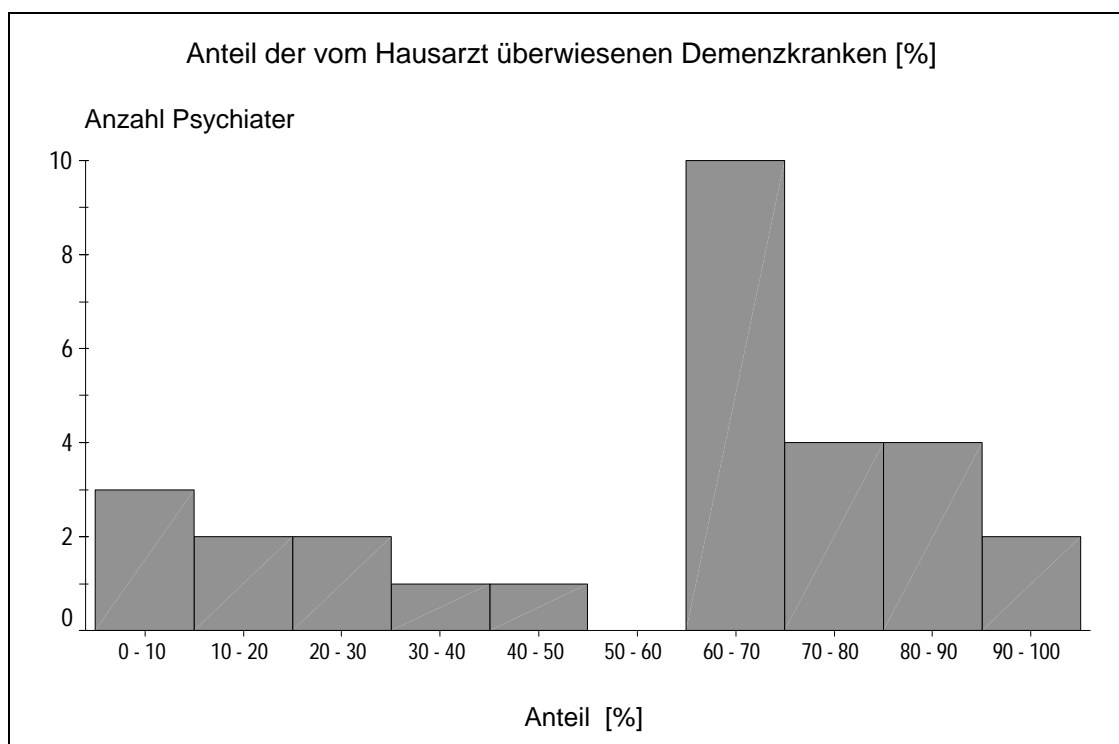
| Problem / Arztmerkmal | Überweisungsverhalten | |
|-------------------------------------|---------------------------|---------------------------|
| | Eigene Behandlung | Überw. in Klinik |
| HOHER SCHWEREGRAD | 93,5% (n = 29) | 6,5% (n = 2) |
| Zusatzbezeichnung angestrebt | 92,3% (n = 12) | 7,7% (n = 1) |
| nicht angestrebt | 94,4% (n = 17) | 5,6% (n = 1) |
| Kompetenz (Demenz) [1 bis 5] | $\bar{x} = 3,8$ (s = 0,8) | $\bar{x} = 2,5$ (s = 0,7) |
| UNGÜNSTIGES SOZ. UMFELD | 71,0% (n = 22) | 29,0% (n = 9) |
| Zusatzbezeichnung angestrebt | 46,2% (n = 6) | 53,8% (n = 7) |
| nicht angestrebt | 88,9% (n = 16) | 11,1% (n = 2) |
| THERAPIERESISTENZ | 54,8% (n = 17) | 45,2% (n = 14) |
| Zusatzbezeichnung angestrebt | 30,8% (n = 4) | 69,2% (n = 9) |
| nicht angestrebt | 72,2% (n = 13) | 27,8% (n = 5) |
| SUIZIDALITÄT | 29,0% (n = 9) | 71,0% (n = 22) |
| Zusatzbezeichnung angestrebt | - | 100,0% (n = 13) |
| nicht angestrebt | 50,0% (n = 9) | 50,0% (n = 9) |
| Patientenzahl | $\bar{x} = 557$ (s = 332) | $\bar{x} = 260$ (s = 85) |

Zum Kontext des Überweisungsverhaltens bei Demenzkranken gehörte auch die **Zahl der Patienten, welche die Psychiater von den Hausärzten überwiesen bekamen**. Es lagen hier gültige Angaben von 29 der 40 Psychiater (72,5%) vor. 9 (22,5%) hatten keine dementen Patienten angegeben und je einer (2,5%) machte zur Zahl der vom Hausarzt überwiesenen Patienten keine bzw. eine ungültige Angabe.

Die genannten Patientenzahlen schwankten zwischen keinem (n = 3) und 80 Patienten (n = 3). Durchschnittlich waren es 22,4 (s = 24,3) Patienten. Der Median waren 15, das 25. Perzentil 6 und das 75. Perzentil 30 Patienten.

Auch hier wurde die weitere Analyse mit dem relativen Anteil an allen dementen Patienten durchgeführt. Durchschnittlich wurden entsprechend den Angaben der Psychiater 55,7% (s = 29,8) der Demenzkranken von Hausärzten überwiesen. Der Bereich erstreckte sich von 0% (n = 3) bis 100% (n = 2). Der Median waren 66,7%, das 25. Perzentil 30,0% und das 75. Perzentil 70,0%. Abb. 5.15. zeigt die angetroffene Verteilung:

Abb. 5.15.: Verteilung des Anteil der vom Hausarzt überwiesenen an allen Demenzkranken (n = 29)



Für den Anteil der vom Hausarzt überwiesenen Patienten war keine signifikante Korrelation mit dem Alter der Psychiater, deren selbst eingeschätzte Kompetenz bei der Betreuung Demenzkranker bzw. der Zahl der Fortbildungen zur Demenz nachweisbar (Spearman's Rho: $p > 0,05$). Auch das Geschlecht (Mann-Whitney U-Test: $p = 0,13$; $z = -1,53$; mittlerer Rang von 18,5 [Frauen] versus 21,6 [Männer]) und das Anstreben einer Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ (Mann-Whitney U-Test: $p = 0,13$; $z = -1,53$; mittlerer Rang von 18,5 [Zusatzbezeichnung angestrebt] versus 21,6 [nicht angestrebt]) waren ohne signifikanten Einfluß.

5.3.4. Die gewünschte Aufgabenverteilung mit den Hausärzten

Die meisten der befragten Psychiater gaben für den überwiegenden Teil der angeführten Aufgaben an, daß sie eine gemeinsame Betreuung durch Hausarzt und Psychiater wünschen würden. Lediglich das Stellen der Diagnose und die Anwendung psychotherapeutischer Verfahren würden die meisten der befragten ÄrztInnen allein übernehmen. Hinsichtlich der Betreuung der Familie gaben gleich große Anteile an, dieses gemeinsam mit dem Hausarzt bzw. allein durchführen zu wollen. Für keine der genannten Aufgaben war die Mehrheit der Psychiater der Meinung, daß sie vorrangig durch die Hausärzte realisiert werden sollte. Selbst Hausbesuche wollten die meisten Psychiater gemeinsam mit den Hausärzten machen (Tabelle 5.18.).

Tabelle 5.18.: Die gewünschte Aufgabenverteilung bei der Betreuung Demenzkranker (n = 31)

| AUFGABE: | Gewünschte Aufgabenverteilung | | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|----|----------|----|--------------|----|
| | Psychiater | | Hausarzt | | Beide | |
| | [%] | n | [%] | n | [%] | n |
| Diagnose stellen | 58,1% | 18 | - | - | 41,9% | 13 |
| Dem Pat. Krankheit erklären | 32,3% | 10 | 3,2% | 1 | 64,5% | 20 |
| Engen Kontakt zum Pat. | 9,7% | 3 | 16,1% | 5 | 74,2% | 23 |
| Soziales Umfeld explorieren | 19,4% | 6 | 12,9% | 4 | 67,7% | 21 |
| Medikamentenwahl festlegen | 41,9% | 13 | 6,5% | 2 | 51,6% | 16 |
| Medikamente verabreichen | 35,5% | 11 | 9,7% | 3 | 54,8% | 17 |
| Ausführliche Gespräche | 41,9% | 13 | - | - | 58,1% | 18 |
| Psychotherapie | 64,5% | 20 | 3,2% | 1 | 32,3% | 10 |
| Familienbetreuung | 41,9% | 13 | 16,1% | 5 | 41,9% | 13 |
| Hausbesuche machen | 9,7% | 3 | 35,5% | 11 | 54,8% | 17 |

Es wurden für jede der zehn Aufgabengebiete die Einflüsse der Arztmerkmale Alter, Geschlecht, Kompetenz und Zahl der Fortbildungen hinsichtlich der Demenz sowie der Zusammenhang mit der Zahl der Patienten im 4. Quartal 1996 überprüft. Bei der Vielzahl der dafür durchgeführten statistischen Analysen ist eine Einordnung von Unterschieden bzw. Zusammenhängen als „signifikant“ lediglich als hypothesengenerierender Ansatz zu verstehen. In Tabelle 5.19. sind alle in diesem Sinne „signifikanten“ Ergebnisse zusammengefaßt.

Bei der Aufgabenzuweisung, das *soziale Umfeld des Patienten zu explorieren*, wurden zwei Zusammenhänge aufgedeckt. ÄrztInnen, die angaben, daß Psychiater und Hausarzt gemeinsam gefordert seien, hatten durchschnittlich 634 (s = 351) psychiatrische Patienten im 4. Quartal 1996 gegenüber sonst nur 337 (s = 170) bzw. 338 (s = 138) Patienten (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 6,48$; df = 2; p = 0,04). Außerdem waren sie häufiger männlichen Geschlechts als jene Psychiater, die sich eine andere Aufgabenverteilung wünschten (Chi-Quadrat-Test $\chi^2 = 8,85$; df = 2; p = 0,02).

Ausführliche Gespräche mit den Patienten wollten ältere Psychiater häufiger als jüngere selbst führen (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 4,71$; $df = 1$; $p = 0,03$). **Eine (therapeutische) Mitbetreuung von Patientenangehörigen** würden Ärztinnen häufiger als Ärzte eher selbst übernehmen (Chi-Quadrat-Test $\chi^2 = 6,67$; $df = 2$ $p = 0,05$).

Tabelle 5.19.: Die gewünschte Aufgabenverteilung bei der Betreuung Demenzkranker nach der Patientenzahl insgesamt, dem Geschlecht und Alter der Psychiater (n = 31)

| AUFGABE / Arztmerkmal | Gewünschte Aufgabenverteilung | | | | | |
|--|-------------------------------|-----------|--------------|----------|--------------|-----------|
| | Psychiater | | Hausarzt | | Beide | |
| | [%] | n | [%] | n | [%] | n |
| SOZIALES UMFELD EXPL. | 19,4% | 6 | 12,9% | 4 | 67,7% | 21 |
| ^{a)} Zahl psych. Patienten | \bar{x} | s | \bar{x} | s | \bar{x} | s |
| insgesamt | 337 | 170 | 338 | 138 | 634 | 351 |
| ^{b)} Geschlecht weiblich | 45,5% | 5 | 18,2% | 2 | 36,4% | 4 |
| männlich | 5,0% | 1 | 10,0% | 2 | 85,0% | 17 |
| AUSFÜHRL. GESPRÄCHE | 41,9% | 13 | - | - | 58,1% | 18 |
| ^{c)} Alter 30-39 Jahre | - | - | - | - | 100,0% | 4 |
| 40-49 Jahre | 37,5% | 6 | - | - | 62,5% | 10 |
| 50-59 Jahre | 63,6% | 7 | - | - | 36,4% | 4 |
| FAMILIENBETREUUNG | 41,9% | 13 | 16,1% | 5 | 41,9% | 13 |
| ^{d)} Geschlecht weiblich | 72,2% | 8 | 9,1% | 1 | 18,2% | 2 |
| männlich | 25,0% | 5 | 20% | 4 | 55,0% | 13 |

Anmerkung: ^{a)} Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 6,48$; $df = 2$; $p = 0,04$

^{b)} Chi-Quadrat-Test $\chi^2 = 8,85$; $df = 2$; $p = 0,02$

^{c)} Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 4,71$; $df = 1$; $p = 0,03$

^{d)} Chi-Quadrat-Test $\chi^2 = 6,67$; $df = 2$ $p = 0,05$

5.3.5. Die Beurteilung der Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen

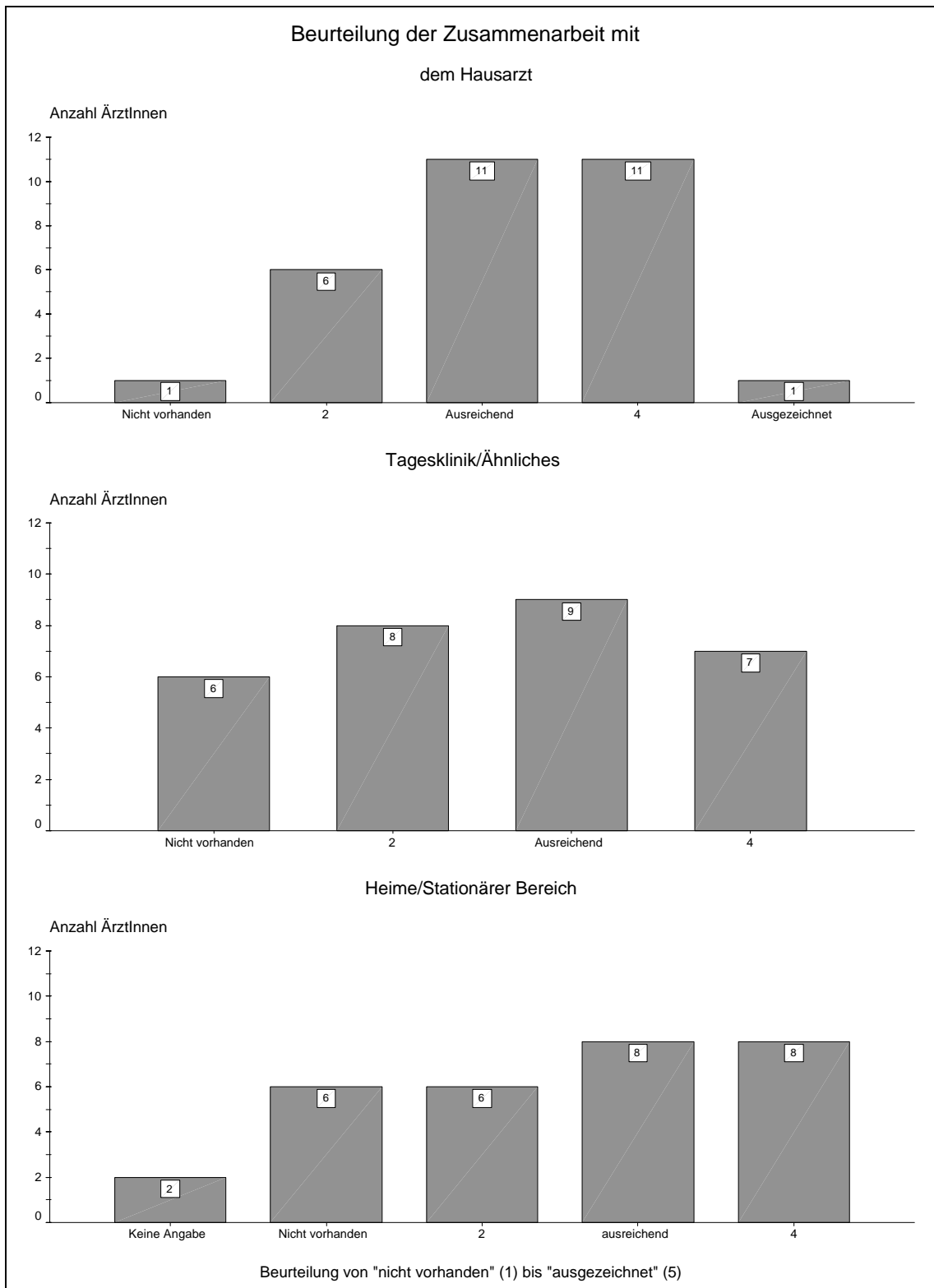
Die Psychiater sollten die Zusammenarbeit bei der Betreuung Demenzkranker mit den Hausärzten, Tageskliniken/ähnlichen Einrichtungen sowie mit Heimen/dem stationärem Bereich auf einer fünfstufigen Skala von nicht vorhanden (1) über ausreichend (3) bis zu ausgezeichnet (5) beurteilen. Von insgesamt 40 befragten Psychiatern hatten 9 (22,5%) angegeben, keine dementen Patienten behandelt zu haben. Ein anderer machte zur Beurteilung der Zusammenarbeit bei der Betreuung Demenzkranker generell keine Angabe. Daher wurden im folgenden nur die Angaben von 30 der 40 Psychiater (75,0%) berücksichtigt. Von diesen beurteilten zwei nicht die Zusammenarbeit mit Heimen/dem stationärem Bereich, was an den betreffenden Stellen Beachtung fand. Die Psychiater beurteilten die Zusammenarbeit mit dem Hausarzt signifikant besser als die mit Tageskliniken/ähnlichen Einrichtungen bzw. Heimen/dem stationärem Bereich (Friedman-Test: $\chi^2 = 7,84$; $df = 2$; $p = 0,02$). Im zusätzlich durchgeführten Wilcoxon-Test war zwischen Tageskliniken/ähnlichen Einrichtungen und Heimen/ dem stationärem Bereich kein signifikanter Unterschied festzustellen ($p = 0,48$; $z = -0,71$). Tabelle 5.20. faßt die Ergebnisse zusammen:

Tabelle 5.20.: Beurteilung der Zusammenarbeit bei der Betreuung dementer Patienten auf einer Skala von 1 (nicht vorhanden) bis 5 (ausgezeichnet)

| Beurteilung von: | Beurteilung von 1 bis 5 | | | | | | Statistik* |
|---------------------------------------|-------------------------|------------|-----|-----|-----|------|------------|
| | n | \bar{x} | s | min | max | Med. | m. Rang |
| Hausarzt | 30 | 3,2 | 0,9 | 1 | 5 | 3,0 | 2,30 |
| Tageskliniken/ähnl. Einrichtg. | 30 | 2,6 | 1,1 | 1 | 4 | 3,0 | 1,75 |
| Heime/stationärer Bereich | 28 | 2,6 | 1,1 | 1 | 4 | 3,0 | 1,95 |

* Anmerkung: Friedman-Test; angegeben ist der mittlere Rang für „Beurteilung der Zusammenarbeit“
Teststatistik: $\chi^2 = 7,84$; $df = 2$; $p = 0,02$

Abb. 5.16.: Beurteilung der Zusammenarbeit bei der Betreuung dementer Patienten auf einer Skala von 1 (nicht vorhanden) bis 5 (ausgezeichnet)



Zwischen der Beurteilung der drei verschiedenen Einrichtungen war untereinander keine signifikante Korrelation zu finden (Spearman's Rho $p > 0,05$). Bezüglich der Arztmerkmale war lediglich die *Kompetenz bei der Betreuung dementer Patienten*

signifikant positiv korreliert mit der Beurteilung von Tageskliniken/ähnlichen Einrichtungen Spearman's (Rho $r = 0,39$; $p = 0,03$) sowie Heimen/dem stationärem Bereich Spearman's Rho ($r = 0,38$; $p = 0,04$). Kein Zusammenhang war mit der Zahl der Fortbildungen zur Demenz nachweisbar (Spearman's Rho: $p > 0,05$).

Das *Geschlecht* der Psychiater hingegen beeinflusste signifikant die Beurteilung der Zusammenarbeit mit den Hausärzten: Ärztinnen beurteilten diese signifikant schlechter als ihre männlichen Kollegen (Mann-Whitney U-Test: $p = 0,04$; $z = -2,02$; mittlerer Rang von 11,5 [Frauen] versus 17,8 [Männer]). Die Beurteilung der Zusammenarbeit mit Tageskliniken/ähnlichen Einrichtungen sowie Heimen/dem stationärem Bereich wurde dagegen nicht durch das Geschlecht beeinflusst (Mann-Whitney U-Test: $p > 0,05$). Ebenfalls ohne signifikante Auswirkung auf die Beurteilung der Zusammenarbeit war das Anstreben der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ (Mann-Whitney U-Test: $p > 0,05$).

5.4. Angaben zur Depression

Alle 40 Psychiater hatten angegeben, im 4. Quartal 1996 depressive Patienten behandelt zu haben. Dementsprechend konnte alle 40 gültigen Fragebögen in die weitere Auswertung einbezogen werden.

5.4.1. Diagnostik

Die Frage, wieviele der depressiven Patienten gezielt wegen dieser Erkrankung die Praxis aufsuchten und wieviele wegen anderer seelischer Probleme kamen, wurde von 39 Psychiatern (97,5%) beantwortet: **Gezielt wegen einer depressiven Erkrankung** seien durchschnittlich 136,4 ($s = 124,0$) Patienten in die Praxis gekommenen. Angaben von 5 bis 400 Patienten kamen vor. Der Median waren 100, das 25. Perzentil 35 und das 75. Perzentil 200 Patienten. **Wegen anderer seelischer Probleme** sollen durchschnittlich 64,0 ($s = 87,7$) Patienten die Praxis aufgesucht haben. Der Bereich erstreckte sich von 0 bis 400 Patienten. Der Median waren 40, das 25. Perzentil 9 und das 75. Perzentil 80 Patienten.

Die Zahl der wegen anderer seelischer Probleme und die der direkt wegen einer Depression in die Praxis gekommenen Patienten unterschied sich im Wilcoxon-Test hochsignifikant ($p < 0,001$; $z = -4,84$). Bei 30 ÄrztInnen (75,0%) war die Zahl der gezielt gekommenen Patienten größer, bei 1 (2,5%) war sie kleiner und bei 8 (20,0%) war sie gleich groß wie die der wegen anderer seelischer Probleme gekommenen Patienten.

Wegen der besseren Vergleichbarkeit wurde zunächst der Anteil der direkt wegen einer Depression und der Anteil der wegen anderer seelischer Probleme gekommenen Patienten, mit relativem Bezug auf die Zahl aller depressiven Patienten, berechnet.

Bei 27 der 39 Psychiatern (69,2%), die hierzu gültige Angaben gemacht hatten, addierten sich beide Anteile zu genau 100%. Bei 12 Psychiatern (30,8%) war die Summe der beider Anteile geringer und schwankte zwischen 12% und 96%. Alle diese Werte wurden als gültig angesehen und für die weiteren Berechnungen verwendet, da auch andere Gründe, als die beiden genannten, für einen Praxisbesuch denkbar sind. Durchschnittlich kamen 63,8% (s = 20,0) der depressiven Patienten **direkt wegen einer Depression** in die Praxis. Der Median waren 66,7%, das 25. Perzentil 50,0% und das 75. Perzentil 75,0%. **Wegen anderer seelischer Probleme** kamen durchschnittlich 25,8% (s = 17,9) aller depressiven Patienten. Der Median waren 27,3%, das 25. Perzentil 12,5% und das 75. Perzentil 40,0%.

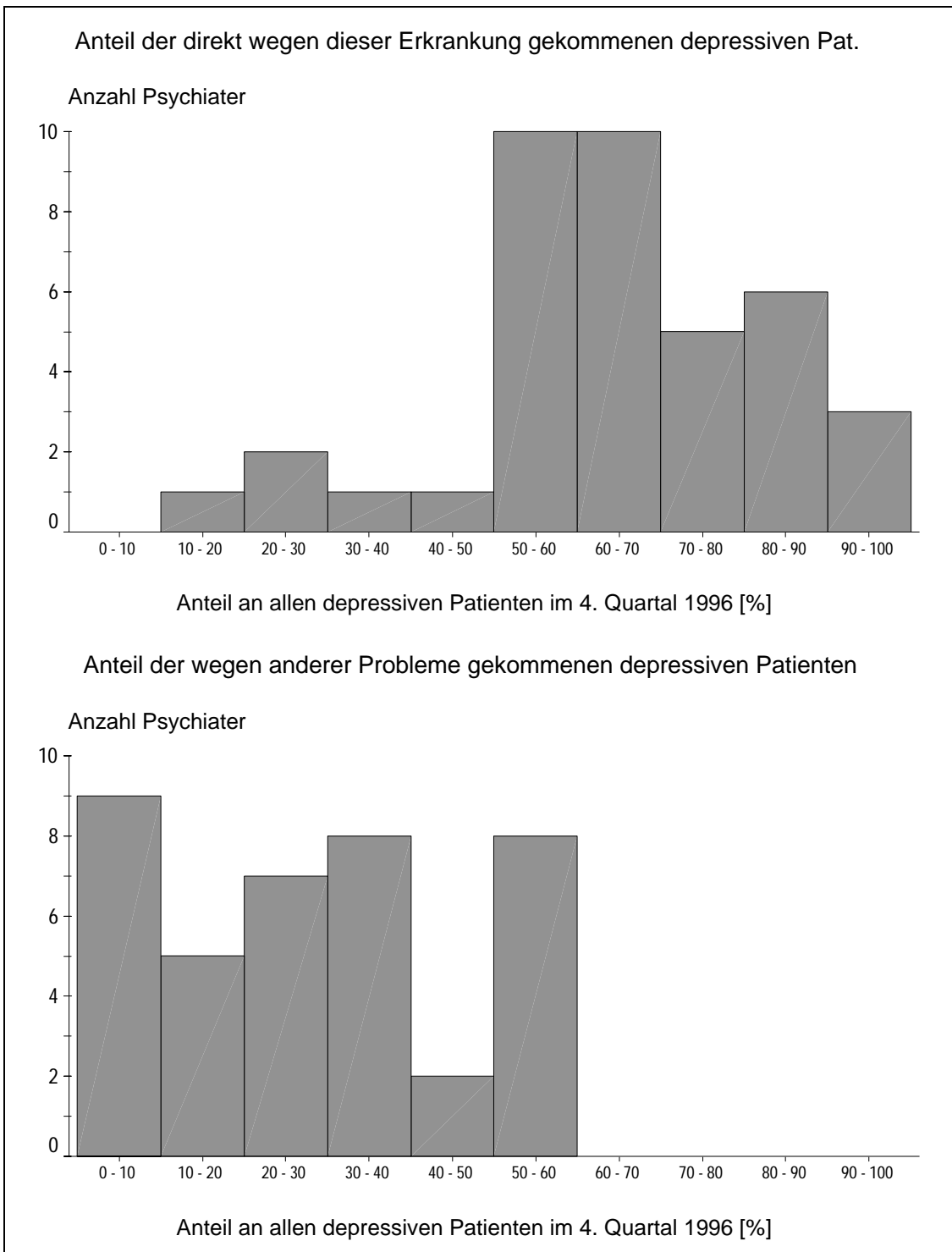
Tabelle 5.21.: Anteile der direkt wegen der Depression und der aus anderen Gründen gekommen an allen depressiven Patienten (n = 39)

| Grund des Praxisbesuchs: | Anteil [%] | | | | | | |
|--------------------------------|-------------|-------------|------|-------|------|--------|--------|
| | \bar{x} | s | min | max | Med. | 25. P. | 75. P. |
| Direkt wegen Depression | 63,8 | 20,0 | 13,0 | 100,0 | 66,7 | 50,0 | 75,0 |
| Wegen anderer Probleme | 25,8 | 17,9 | 0,0 | 50,0 | 27,3 | 12,5 | 40,0 |

* Anmerkung: Wilcoxon-Test: $p < 0,001$; $z = -4,84$

Abb. 5.17. auf der folgenden Seite zeigt die Verteilung der Anteil der direkt wegen der Erkrankung und der wegen seelischer Probleme gekommenen an allen depressiven Patienten.

Abb. 5.17.: Die Verteilung der Anteile der direkt wegen der Depression und der aus anderen Gründen gekommen an allen depressiven Patienten (n = 39)



Im folgenden wurde überprüft, ob die Arztmerkmale den Anteil der gezielt wegen einer Depression bzw. aus anderen Gründen gekommenen Patienten beeinflusste: Sowohl das Alter der ÄrztInnen (Spearman's Rho $r = 0,27$; $p = 0,09$) als auch die selbst eingeschätzte Kompetenz bei der Betreuung depressiver Patienten (Spearman's Rho $r = 0,31$; $p = 0,06$) korrelierten bei der geringen Fallzahl (grenzwertig) nicht signifikant mit dem Anteil der gezielt wegen einer Depression gekommenen an allen depressiven Patienten. Mit dem Anteil der wegen anderer Probleme gekommenen Patienten bestanden entgegengesetzte, ebenfalls nicht signifikante Zusammenhänge. Auch das Geschlecht der befragten Psychiater ($p = 0,47$; $F = 0,52$ [Interaktion]), das Anstreben der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ ($p = 0,24$; $F = 1,40$ [Interaktion]) und die Häufigkeit des Besuches von Fortbildungen zur Depressionen ($p = 0,18$; $F = 1,82$ [Interaktion]) hatten in der einfaktoriellen Varianzanalyse für verbundene Stichproben keinen signifikanten Einfluß. Tabelle 5.22. faßt die Ergebnisse zusammen:

Tabelle 5.22.: Einfluß von Arztmerkmalen auf den Grund des Praxisbesuchs depressiver Patienten (n = 39)

| Arztmerkmal | Grund des Praxisbesuchs depressiver Patienten | | | | | | | | | |
|-------------------------------|---|----|----------------------|------|------|-------|-------------------------|------|------|------|
| | | | Dir. wegen Depr. [%] | | | | Andere seel. Probl. [%] | | | |
| | n | | \bar{x} | s | min | max | \bar{x} | s | min | max |
| Geschlecht | weibl. | 14 | 67,9 | 13,7 | 48,0 | 100,0 | 25,0 | 13,4 | 0,0 | 48,0 |
| | männl. | 25 | 61,5 | 22,7 | 12,5 | 100,0 | 26,2 | 20,2 | 0,0 | 50,0 |
| Zusatzbez. angestrebt | Ja | 18 | 67,0 | 20,7 | 26,7 | 100,0 | 22,6 | 16,2 | 0,0 | 50,0 |
| | Nein | 21 | 61,0 | 19,4 | 12,5 | 100,0 | 28,5 | 19,1 | 0,0 | 50,0 |
| Fortbildung Depression | Keine | 2 | 43,8 | 8,8 | 37,5 | 50,0 | 45,0 | 7,1 | 40,0 | 50,0 |
| | 1 bis 2 | 2 | 75,0 | 35,4 | 50,0 | 100,0 | 25,0 | 35,4 | 0,0 | 50,0 |
| | > 2 | 35 | 64,3 | 19,4 | 12,5 | 100,0 | 24,7 | 17,2 | 0,0 | 50,0 |
| Insgesamt | | 39 | 63,8 | 20,0 | 12,5 | 100,0 | 25,8 | 17,9 | 0,0 | 50,0 |

Anmerkung: einfaktorielle Varianzanalysen für verbundene Stichproben: $p > 0,05$ für die Interaktion

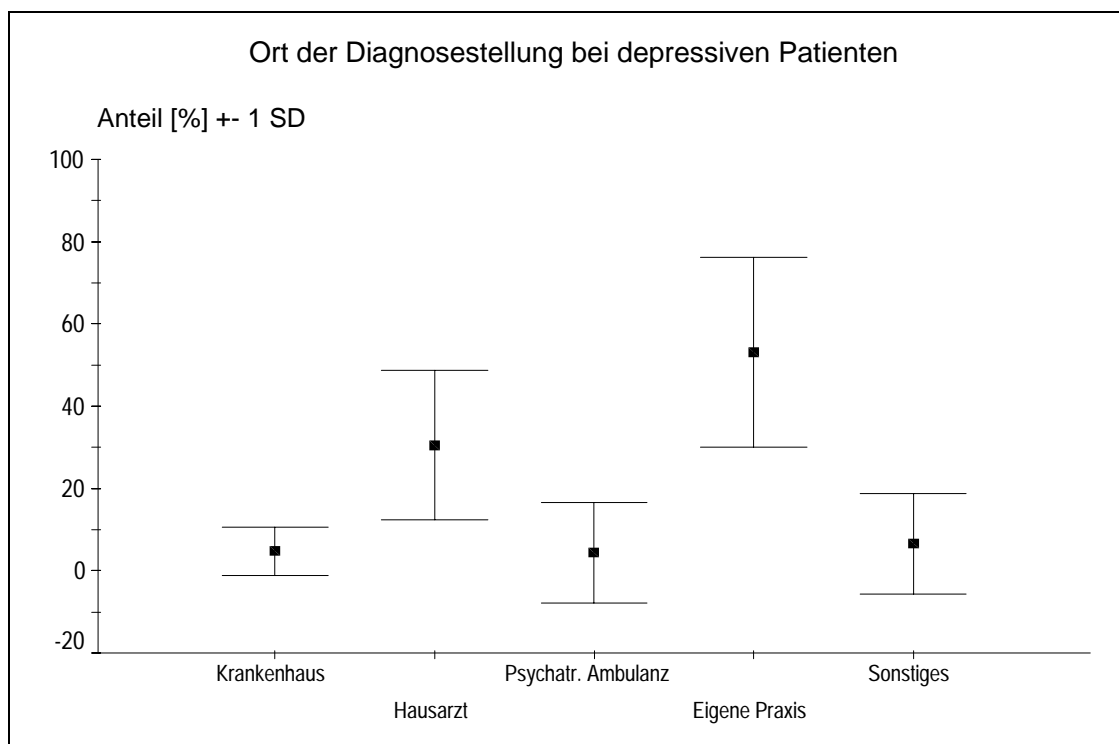
Neben dem Grund des Praxisbesuchs der Patienten war der *Ort der Diagnose der Depression* ein Kernpunkt der Diagnostik und wird im folgenden dargestellt. Die Psychiater sollten angeben, welcher Anteil der Diagnosen bei den an Depressionen erkrankten Patienten in den Institutionen „Hausarzt“, „Krankenhaus“, „Psychiatrische Fachambulanz“ und „Eigene Praxis“ (sowie „sonstige“) gestellt worden seien. Der größte Anteil der Depressionen sei in der eigenen Praxis diagnostiziert worden. Durchschnittlich wurden dort 53,1% (s = 23,1) der Depressionen festgestellt. Mit 30,5% (s = 18,2) wurde dem Hausarzt wie schon bei der Demenz der nächstgrößere Anteil zugeschrieben, während andere Einrichtungen wiederum nur einen geringen Teil beisteuerten. Im Friedman-Test waren diese Unterschiede hochsignifikant ($\chi^2 = 66,1$; df = 4; p < 0,01). Auch der Einzelvergleich zwischen der eigenen Praxis und dem Hausarzt erwies sich im Wilcoxon-Test als hochsignifikant (p = 0,001; z = -3,36). Bei 19 ÄrztInnen (48,7%) war der Anteil der vom Hausarzt gestellten Diagnosen kleiner, bei 6 (15,4%) war er größer und bei 14 (35,9%) war er gleich groß wie jener der in der eigenen Praxis gestellten Diagnosen. Tabelle 5.23. und Abb. 5.18. veranschaulichen zusammenfassend die Häufigkeit der Diagnosestellung in den verschiedenen Institutionen:

Tabelle 5.23.: Ort der Diagnose bei depressiven Patienten (n = 39)

| Ort der Diagnosestellung | Statistische Kennwerte des Anteils [%] | | | | | Statistik * |
|----------------------------|--|------|-----------|--------|-----------|-------------|
| | \bar{x} | s | 25. Perz. | Median | 75. Perz. | m. Rang |
| Krankenhaus | 4,8 | 5,8 | 0,0 | 5,0 | 10,0 | 2,23 |
| Hausarzt | 30,5 | 18,2 | 15,0 | 30,0 | 50,0 | 4,04 |
| Psychiatr. Ambulanz | 4,4 | 12,2 | 0,0 | 0,0 | 5,0 | 2,04 |
| Eigene Praxis | 53,1 | 23,1 | 40,0 | 50,0 | 70,0 | 4,46 |
| Sonstiges | 6,5 | 12,2 | 0,0 | 0,0 | 10,0 | 2,23 |

* Anmerkung: Friedman-Test; angegeben ist der mittlere Rang für „Ort der Diagnosestellung“
 Teststatistik: $\chi^2 = 99,03$; df = 4; p < 0,01

Abb. 5.18.: Ort der Diagnose bei depressiven Patienten: mittlere Häufigkeit und deren einfache Standardabweichung (n = 39)



Die Überprüfung des Einflusses der Arztmerkmale auf die Angaben zum Ort der Diagnose ergab, daß weder mit dem Alter der Psychiater noch deren selbst eingeschätzten Kompetenz hinsichtlich der Betreuung depressiver Patienten ein signifikanter Zusammenhang bestand (Spearman's Rho; $p > 0,05$).

Ein signifikanter, inverser Zusammenhang war zwischen der *Zahl der im 4. Quartal 1996 betreuten Patienten insgesamt* und dem Anteil der vom Hausarzt gestellten Diagnosen nachweisbar (Spearman's Rho $r = 0,33$; $p = 0,04$).

Das Geschlecht der befragten Psychiater ($p = 0,067$; $F = 3,56$ [Geschlecht] und $p = 0,06$; $F = 2,32$ [Interaktion]) hatte grenzwertig und das Anstreben der Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ ($p = 0,83$; $F = 0,05$ [Zusatzbezeichnung]; $p = 0,92$; $F = 0,24$ [Interaktion]) eindeutig in der einfaktoriellen Varianzanalyse für verbundene Stichproben keine signifikante Auswirkung auf die Diagnosehäufigkeiten. Die *Fortbildungen für Depressionen* hatte hingegen einen signifikanten Einfluß auf die Höhe der unterschiedlichen Anteile der Diagnosen ($p = 0,44$; $F = 0,65$ [Fortbildung] und $p = 0,02$; $F = 3,20$ [Interaktion]). Mit steigender Zahl von Fortbildungen wurde angegeben, einen höheren Anteil von Depressionen in der eigenen Praxis gestellt zu haben, während die anderen Institutionen einen geringeren Beitrag zusteueren. In der Tabelle 5.24. ist der Einfluß der einzelnen Arztmerkmale zusammengefaßt wiedergegeben.

Tabelle 5.24.: Der Einfluß verschiedener Arztmerkmale auf den Ort der Diagnose von Depressionen (n = 39)

| Arztmerkmal | Mittl. Anteil [%] der Depressionen diagnostiziert in/bei: |
|-------------|---|
|-------------|---|

| | | n | Krankenhaus | Hausarzt ^{a)} | Psych. Ambulanz | Eigene Praxis | Sonstiges |
|---------------------------------|---------|----|-------------|------------------------|-----------------|---------------|-----------|
| Geschl. | weibl. | 14 | 4,4 | 23,1 | 1,1 | 60,7 | 6,4 |
| | männl. | 25 | 5,0 | 34,6 | 6,2 | 48,8 | 6,6 |
| Zusatzbez. angestrebt | Ja | 18 | 5,1 | 31,6 | 1,9 | 54,2 | 6,1 |
| | Nein | 21 | 4,5 | 29,5 | 6,4 | 52,1 | 6,9 |
| Fortbildg. ^{a)} | Keine | 2 | 15,0 | 45,0 | 15,0 | 15,0 | 10,0 |
| Depression | 1 bis 2 | 2 | 5,0 | 40,0 | 0,0 | 30,0 | 30,0 |
| | > 2 | 35 | 4,2 | 29,1 | 4,0 | 56,6 | 5,0 |
| Insgesamt | | 39 | 4,8 | 30,5 | 4,4 | 53,1 | 6,5 |

Anmerkung: ^{a)} einfaktorielle Varianzanalyse für verbundene Stichproben: (p = 0,44; F = 0,65 [Fortbildung]; p = 0,02; F = 3,20 [Interaktion]).

5.4.2. Mitbetreuung

Die Psychiater sollten die absolute Zahl der von anderen Stellen mitbetreuten depressiven Patienten angeben. Ein Psychiater (2,5%) machte keine und zwei (5,0%) machten hierzu ungültige Angaben, indem sie für die einzelnen Stellen Patientenzahlen angaben, die erheblich größer waren als die Zahl der depressiven Patienten. Deshalb konnte in diesem Abschnitt nur auf die Angaben von 37 Psychiatern (92,5%) zurückgegriffen werden. Da absolute Zahlen wenig aussagekräftig sind, wurden die absoluten Patientenzahlen in relative Angaben, bezogen auf die Zahl aller depressiven Patienten, umgerechnet.

Wie Tabelle 5.25. verdeutlicht, war der Anteil der von den Hausärzten mitbetreuten depressiven Patienten weitaus größer, als jener der von anderen Stellen mitbetreuten Patienten. Im Friedman-Test war dieser Unterschied hochsignifikant ($\chi^2 = 88,9$; df = 3; p < 0,01).

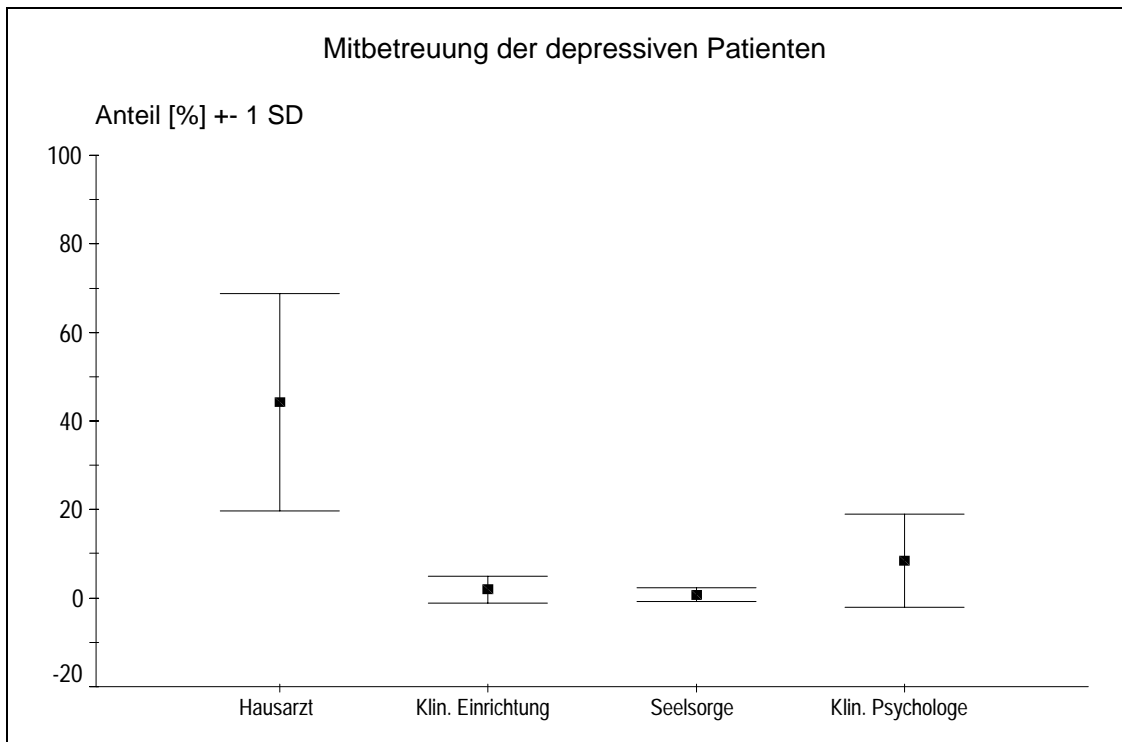
Tabelle 5.25.: Mitbetreuung depressiver Patienten, mehrere Antworten möglich (n = 27)

| Mitbetreuung durch: | Anteil mitbetreuter Patienten[%] | | | | | Statistik* |
|--------------------------|----------------------------------|----|-----|-----|--------|------------|
| | \bar{x} | s | min | max | Median | m. Rang |
| Hausarzt | 44 | 25 | 3 | 100 | 36 | 3,95 |
| Klin. Einrichtung | 2 | 3 | 0 | 10 | 0 | 1,89 |
| Seelsorge | 1 | 2 | 0 | 5 | 0 | 1,55 |
| Klin. Psychologen | 8 | 11 | 0 | 50 | 7 | 2,61 |

*Anmerkung: Friedman-Test; angegeben ist der mittlere Rang für „Mitbetreuung depr. Patienten durch“
 Teststatistik: $\chi^2 = 88,9$; df = 3; p < 0,01

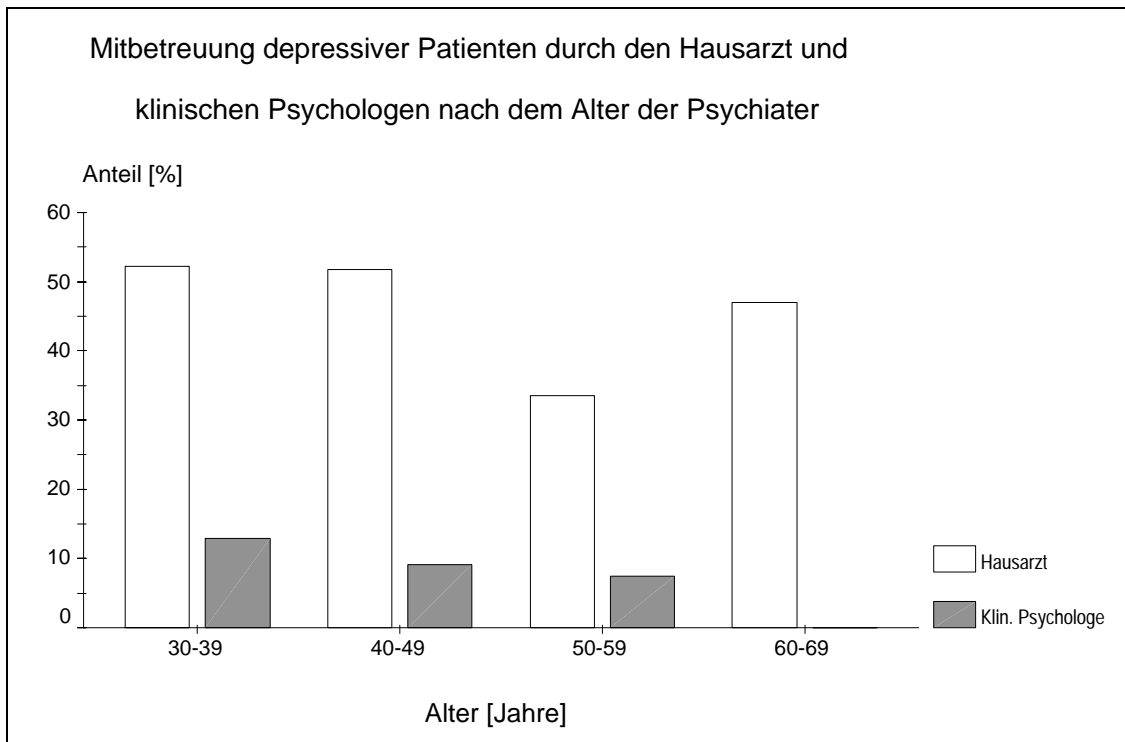
In der Abbildung 5.19. ist der Mittelwert mit der einfachen Standardabweichung der Anteile der von einzelnen Stellen mitbetreuten Patienten graphisch verdeutlicht:

Abb. 5.19.: Mitbetreuung von depressiven Patienten: mittlere Häufigkeit und einfache Standardabweichung, mehrere Antworten möglich (n = 37)



Die Überprüfung des Einflusses der Arztmerkmale auf die Angaben zur Mitbetreuung der depressiven Patienten zeigte, daß mit steigendem *Alter der Psychiater* der Anteil von durch den Hausarzt (Spearman's Rho $r = -0,34$; $p = 0,04$) und von klinischen Psychologen (Spearman's Rho $r = -0,35$; $p = 0,04$) mitbetreuten Patienten signifikant geringer war und umgekehrt (Abb. 5.20.).

Abb. 5.20.: Mittlere Häufigkeit der Mitbetreuung von depressiven Patienten durch den Hausarzt und den klinischen Psychologen nach dem Alter der Psychiater (n = 37)



Die durch die ÄrztInnen selbst eingeschätzte Kompetenz bei der Betreuung depressiver Patienten und die Zahl der Patienten im 4. Quartal 1996 korrelierte hingegen nicht signifikant mit dem Anteil der mitbetreuten Patienten (Spearman's Rho $p > 0,05$).

Sowohl das *Geschlecht* der befragten Psychiater ($p = 0,03$; $F = 5,00$ [Geschlecht]; $p = 0,001$; $F = 6,51$ [Interaktion]) als auch das *Anstreben einer Zusatzbezeichnung* „Psychotherapie“ ($p = 0,08$; $F = 3,30$ [Zusatzbezeichnung]; $p = 0,002$; $F = 5,15$ [Interaktion]) hatten in der einfaktoriellem Varianzanalyse für verbundene Stichproben einen signifikanten Einfluß auf den Anteil der von den verschiedenen Stellen mitbetreuten Patienten. Während Ärztinnen geringere Anteile von durch Hausärzte mitbetreute Patienten aufwiesen als ihre männlichen Kollegen, war dieser Anteil bei den Psychiatern, die eine Zusatzbezeichnung anstrebten, größer. Der Anteil der von Hausärzten mitbetreuten Patienten war bei steigender Zahl der Fortbildungen hinsichtlich Depressionen geringer, wobei dieser Einfluß nicht signifikant war ($p = 0,28$; $F = 1,32$ [Fortbildung]; $p = 0,06$; $F = 2,14$ [Interaktion]). In der Tabelle 5.26. ist der Einfluß der einzelnen Arztmerkmale zusammengefaßt.

Tabelle 5.26.: Der Einfluß verschiedener Arztmerkmale auf die Mitbetreuung depressiver Patienten, mehrere Antworten möglich ($n = 37$)

| Arztmerkmal | Mittl. Anteil [%] der depressiven Pat. mitbetreut von: | | | | | | | | | |
|--|--|----|-----------|------|-------------|-----|-----------|-----|------------------|------|
| | | | Hausarzt | | Krankenhaus | | Seelsorge | | Klin. Psychologe | |
| | | n | \bar{x} | s | \bar{x} | s | \bar{x} | s | \bar{x} | s |
| Geschl. ^{a)} | weibl. | 14 | 31,1 | 9,6 | 2,3 | 3,8 | 0,6 | 1,6 | 7,9 | 13,3 |
| | männl. | 23 | 52,2 | 27,6 | 1,7 | 2,5 | 0,8 | 1,7 | 8,7 | 8,9 |
| Zusatzbez. angestr. ^{b)} | Ja | 17 | 54,0 | 27,5 | 1,9 | 3,0 | 0,7 | 1,5 | 8,0 | 6,9 |
| | Nein | 20 | 35,9 | 18,8 | 1,9 | 3,2 | 0,8 | 1,7 | 8,7 | 13,1 |
| Fortbildg. | Keine | 1 | 80,0 | - | 0,0 | - | 0,0 | - | 20,0 | - |
| Depress. | 1 bis 2 | 2 | 65,0 | 49,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| | > 2 | 34 | 41,9 | 22,7 | 2,1 | 3,1 | 0,8 | 1,7 | 8,6 | 10,7 |
| Insgesamt | | 37 | 44,2 | 24,6 | 1,9 | 3,1 | 0,7 | 1,6 | 8,4 | 10,6 |

Anmerkung: einfaktoriellem Varianzanalyse für verbundene Stichproben:

^{a)} $p = 0,03$; $F = 5,00$ [Geschlecht.]; $p = 0,001$; $F = 6,51$ [Interaktion]

^{b)} $p = 0,08$; $F = 3,30$ [Zusatzbezeichnung]; $p = 0,002$; $F = 5,15$ [Interaktion]

5.4.3. Das Überweisungsverhalten bei depressiven Patienten

Die Psychiater wurden gefragt, bei welchen Problemen sie depressive Patienten in Kliniken überweisen bzw. bei welchen Problemen sie die Behandlung selbst durchführen. Hierzu lagen gültige Angaben von 38 Psychiatern vor.

Das angegebene Überweisungsverhalten der Psychiater bei depressiven Patienten unterschied sich stark bei den verschiedenen Problemen:

während ein höherer Schweregrad nur von 7,9% (3 von 38) der Psychiater als Hinderungsgrund für eine eigene Behandlung angesehen wurde, war dies bei suizidalen Patienten in 78,9% (30 von 38) der Fall. Bei einem ungünstigen sozialem Umfeld bzw. einer Therapieresistenz lag der Anteil bei 26,3% bzw. 60,5% (Tabelle 5.27.)

Tabelle 5.27.: Das Überweisungsverhalten bei depressiven Patienten (n = 38)

| Problem: | Überweisungsverhalten | | | |
|--|-----------------------|----|-----------------------|----|
| | Eigene Behandlung | | Überweisung in Klinik | |
| | [%] | n | [%] | n |
| • Höherer Schweregrad mit Arbeitsunfähigkeit | 92,1% | 35 | 7,9% | 3 |
| • Ungünstiges soziales Umfeld | 73,7% | 28 | 26,3% | 10 |
| • Therapieresistenz | 39,5% | 15 | 60,5% | 23 |
| • Suizidalität | 21,1% | 8 | 78,9% | 30 |

Die 3 ÄrztInnen, die bei *höherem Schweregrad* der Depression eher in die Klinik überweisen würden, waren signifikant älter als ihre Kollegen (Mann-Whitney U-Test mit exakter Methode: $p = 0,049$; $z = -2,10$; mittlerer Rang von 31,5 [Überweisen] versus 18,5 [Selbst behandeln]). Bei *ungünstigem sozialem Umfeld* strebten ÄrztInnen, die eher in Klinik überweisen würden, signifikant häufiger die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ an (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 = 0,88$; $df = 1$; $p = 0,02$).

Hinsichtlich **Therapieresistenz** und **Suizidalität** waren keine signifikanten Unterschiede nachweisbar. Weder im Geschlecht, dem Anstreben einer Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“, der Zahl der Fortbildungen zu Depressionen in den letzten 5 Jahren, dem Alter, der selbst eingeschätzten Kompetenz hinsichtlich Depressionen oder der Patientenzahl im 4. Quartal 1996 gab es bedeutsame Unterschiede. Tabelle 5.28. zeigt neben signifikanten Unterschieden den Anteil der ÄrztInnen, die eine der Zusatzbezeichnung anstrebten.

Tabelle 5.28.: Das Überweisungsverhalten bei depressiven Patienten hinsichtlich dem Geschlecht und dem Anstreben einer Zusatzbezeichnung durch die Psychiater (n = 38)

| Problem / Arztmerkmal | Überweisungsverhalten | |
|---|---------------------------|---------------------------|
| | Eigene Behandlung | Überw. in Klinik |
| HOHER SCHWEREGRAD | 92,1% (n = 35) | 7,9% (n = 3) |
| Zusatzbezeichnung angestrebt | 94,4% (n = 17) | 5,6% (n = 1) |
| nicht angestrebt | 90,0% (n = 18) | 10,0% (n = 2) |
| ^{a)} Alter in Jahren [30 - 39] | 100,0% (n = 5) | - |
| [40 - 49] | 100,0% (n = 15) | - |
| [50 - 59] | 87,5% (n = 14) | 12,5% (n = 2) |
| [60 - 69] | 50,0% (n = 1) | 50,0% (n = 1) |
| Kompetenz (Depression) [1 bis 5] | $\bar{x} = 4,5$ (s = 0,6) | $\bar{x} = 4,0$ (s = 0,8) |
| UNGÜNSTIGES SOZ. UMFELD | 73,7% (n = 28) | 26,3% (n = 10) |
| ^{b)} Zusatzbezeichnung angestrebt | 55,6% (n = 10) | 44,4% (n = 8) |
| nicht angestrebt | 90,0% (n = 18) | 10,0% (n = 2) |
| THERAPIERESISTENZ | 39,5% (n = 15) | 60,5% (n = 23) |
| Zusatzbezeichnung angestrebt | 44,4% (n = 8) | 55,6% (n = 10) |
| nicht angestrebt | 35,0% (n = 7) | 65,0% (n = 13) |
| SUIZIDALITÄT | 21,1% (n = 8) | 78,9% (n = 30) |
| Zusatzbezeichnung angestrebt | 22,2% (n = 4) | 78,8% (n = 14) |
| nicht angestrebt | 20,0% (n = 4) | 80,0% (n = 16) |

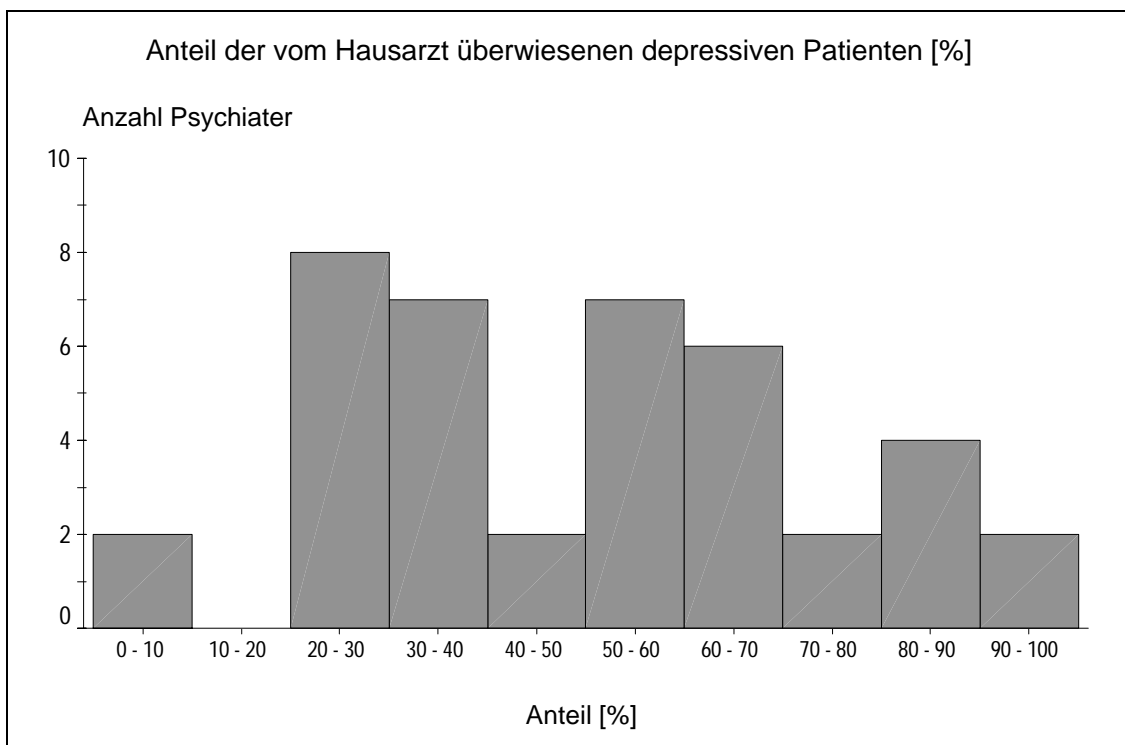
Anmerkung: ^{a)} Mann-Whitney U-Test: p = 0,049; z = -2,10; mittlerer Rang von 31,5 [Überweisen] versus 18,5 [Selbst behandeln]

^{b)} Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 = 5,80$; df = 1; p = 0,02

Zur Zahl der depressiven Patienten, welche die Psychiater von den Hausärzten überwiesen bekamen, lagen von allen 40 Psychiatern gültige Angaben vor. Die angegebenen Patientenzahlen schwankten zwischen keinem ($n = 1$) und 400 Patienten ($n = 2$). Durchschnittlich waren es 107,8 ($s = 106,0$) Patienten. Der Median waren 60, das 25. Perzentil 30 und das 75. Perzentil 200 Patienten.

Auch hier wurde die weitere Analyse mit dem relativen Anteil an allen dementen Patienten durchgeführt. Durchschnittlich wurden entsprechend den Angaben der Psychiater 48,1% ($s = 24,9$) der depressiven Patienten von Hausärzten überwiesen. Der Bereich erstreckte sich von 0% ($n = 1$) bis 100% ($n = 2$). Der Median waren 50,0%, das 25. Perzentil 28,9% und das 75. Perzentil 66,7%. Abb. 5.21. zeigt die Verteilung:

Abb. 5.21.: Verteilung des Anteil der vom Hausarzt überwiesenen an allen depressiven Patienten ($n = 40$)



Die selbst eingeschätzte *Kompetenz für Depressionen* korrelierte signifikant positiv mit dem Anteil der vom Hausarzt überwiesenen Patienten (Spearman's Rho $r = 0,32$; $p = 0,04$). Auch das *Geschlecht* hatte einen signifikanten Einfluß: Ärztinnen gaben durchschnittlich geringere Anteile an als ihre männlichen Kollegen (Mann-Whitney U-Test: $p < 0,05$; $z = -1,95$; mittlerer Rang von 15,6 [Frauen] versus 23,1 [Männer]). Mit höherer *Zahl der Fortbildungen für Depressionen* war im Kruskal-Wallis-Test nach der exakten Methode ein verminderter Anteil zu finden ($\chi^2 = 5,87$; $df = 2$; $p = 0,045$) (Tabelle 5.29.).

Tabelle 5.29.: Anteil der vom Hausarzt überwiesenen depressiven Patienten (n = 40)

| Arztmerkmal | | Anteil der vom Hausarzt überwiesenen depr. Patienten [%] | | |
|--|----------|---|--------------|------|
| | | n | \bar{x} | s |
| a) Geschlecht | weiblich | 14 | 37,0 | 21,2 |
| | männlich | 26 | 54,1 | 25,0 |
| b) Zahl der Fortbildungen zu Depressionen | keine | 2 | 55,0 | 35,4 |
| | 1 bis 2 | 2 | 100,0 | 0,0 |
| | > 2 | 36 | 44,8 | 22,0 |

Anmerkung: a) Mann-Whitney U-Test: $p < 0,05$; $z = -1,95$; mittlerer Rang von 15,6 [Frauen] versus 23,1 [Männer]

b) Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 5,87$; $df = 2$; $p = 0,045$

5.4.4. Die gewünschte Aufgabenverteilung mit den Hausärzten

Bei gültigen Angaben von allen 40 ÄrztInnen wurden eine gemeinsame Betreuung depressiver Patienten durch Hausarzt und Psychiater bzw. nur durch den Psychiater bei den meisten Aufgabengebieten gewünscht. Lediglich Hausbesuche sollten vorrangig die Hausärzte allein übernehmen.

Die gewünschte Aufgabenverteilung zwischen Hausarzt und Psychiater bei der Betreuung depressiver Patienten unterschied sich somit erheblich von der bei dementen Patienten gewünschten (Tabelle 5.30., vgl. Tabelle 5.19.):

Tabelle 5.30.: Die gewünschte Aufgabenverteilung bei der Betreuung depressiver Patienten (n = 40)

| AUFGABE: | Gewünschte Aufgabenverteilung | | | | | |
|------------------------------------|-------------------------------|----|--------------|----|--------------|----|
| | Psychiater | | Hausarzt | | Beide | |
| | [%] | n | [%] | n | [%] | n |
| Diagnose stellen | 50,0% | 20 | 2,5% | 1 | 47,5% | 19 |
| Dem Pat. Krankheit erklären | 45,0% | 18 | 5,0% | 2 | 50,0% | 20 |
| Engen Kontakt zum Pat. | 45,0% | 18 | 5,0% | 2 | 50,0% | 20 |
| Soziales Umfeld explorieren | 35,0% | 14 | 17,5% | 7 | 47,5% | 19 |
| Medikamentenwahl festlegen | 77,5% | 31 | 5,0% | 2 | 17,5% | 7 |
| Medikamente verabreichen | 60,0% | 24 | 12,5% | 5 | 27,5% | 11 |
| Ausführliche Gespräche | 70,0% | 28 | 5,0% | 2 | 25,0% | 10 |
| Psychotherapie | 95,0% | 38 | 2,5% | 1 | 2,5% | 1 |
| Familienbetreuung | 35,0% | 14 | 30,0% | 12 | 35,0% | 14 |
| Hausbesuche machen | 17,5% | 7 | 47,5% | 19 | 35,0% | 14 |

Es wurden für alle Aufgabengebiete die Einflüsse von Alter, Geschlecht, Kompetenz bzw. Zahl der Fortbildungen hinsichtlich Depressionen sowie der Zusammenhang mit der Zahl der Patienten im 4. Quartal 1996 überprüft. Die Vielzahl der dafür durchgeführten statistischen Analysen ist lediglich als hypothesengenerierender Ansatz zu werten. In Tabelle 5.31. sind alle in diesem Sinne „signifikanten“ Ergebnisse wiedergegeben.

Das *Geschlecht* hatte die meisten signifikanten Einflüsse: das **soziale Umfeld der Patienten explorieren** (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 = 19,9$; $df = 2$; $p < 0,001$), **ausführliche Gespräche mit den Patienten führen** (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 = 9,2$; $df = 2$; $p < 0,01$) und **Hausbesuche** (Chi-Quadrat-Test: $\chi^2 = 6,8$; $df = 2$; $p = 0,04$) wollten Frauen signifikant häufiger als Männer selbst übernehmen.

Das *Alter der ÄrztInnen* beeinflusste lediglich die gewünschte Aufgabenverteilung hinsichtlich der **Hausbesuche**: Psychiater, die diese als gemeinsame Aufgabe von Hausärzten und Psychiatern ansahen, waren signifikant jünger als ihre Kollegen (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 6,0$; $df = 3$; $p = 0,04$).

Mit steigender *Zahl der Fortbildungen zu Depressionen* wollten die Psychiater eher selbst die **Diagnose stellen** (Chi-Quadrat-Test nach der exakten Methode: $\chi^2 = 22,2$; $df = 2$; $p = 0,04$).

Die selbst eingeschätzte *Kompetenz hinsichtlich Depressionen* war signifikant vermindert bei ÄrztInnen, die **Medikamente zu verabreichen** als vorrangig hausärztliche Aufgabe ansahen (Kruskal-Wallis-Test: $\chi^2 = 5,9$; $df = 2$; $p = 0,05$).

Tabelle 5.31.: Die gewünschte Aufgabenverteilung bei der Betreuung depressiver Patienten nach den Arztmerkmalen (n = 40)

| AUFGABE / Arztmerkmal | Gewünschte Aufgabenverteilung | | | | | |
|---|-------------------------------|-----------|-----------------|-----------|-----------------|-----------|
| | Psychiater | | Hausarzt | | Beide | |
| | [%] | n | [%] | n | [%] | n |
| DIAGNOSE STELLEN | 50,0% | 20 | 2,5% | 1 | 47,5% | 19 |
| ^{a)} Fortbildungen Depr. | | | | | | |
| keine | - | - | - | - | 100,0% | 2 |
| 1 bis 2 | 50,0% | 1 | 50,0% | 1 | - | - |
| > 2 | 52,8% | 19 | - | - | 47,2 | 17 |
| SOZIALES UMFELD EXPL. | 35,0% | 14 | 17,5% | 7 | 47,5% | 19 |
| ^{a)} Geschlecht weiblich | 71,4% | 10 | 28,6% | 4 | - | - |
| männlich | 15,4% | 4 | 11,5% | 3 | 73,1% | 19 |
| MEDIKAMENTE VERABR. | 60,0% | 24 | 12,5% | 5 | 27,5% | 11 |
| ^{b)} Kompetenz (Depr.) [1 bis 5] | $\bar{x} = 4,5$ | | $\bar{x} = 3,4$ | | $\bar{x} = 4,3$ | |
| AUSFÜHRL. GESPRÄCHE ^{a)} | 70,0% | 28 | 5,0% | 2 | 25,0% | 10 |
| ^{a)} Geschlecht weiblich | 100,0% | 14 | - | - | - | - |
| männlich | 53,8% | 14 | 7,7% | 2 | 38,5% | 10 |
| HAUSBESUCHE | 17,5% | 7 | 47,5% | 19 | 35,0% | 14 |
| ^{a)} Geschlecht weiblich | 36,7% | 5 | 50,0% | 7 | 14,3% | 2 |
| männlich | 7,6% | 2 | 46,2% | 12 | 46,2% | 12 |
| ^{b)} Alter 30-39 Jahre | - | - | 60,0% | 3 | 40,0% | 2 |
| 40-49 Jahre | 17,6% | 3 | 23,5% | 4 | 58,8% | 10 |
| 50-59 Jahre | 25,0% | 4 | 62,5% | 10 | 12,5% | 2 |
| 60-69 Jahre | - | - | 100,0% | 2 | - | - |

Anmerkung: ^{a)} Chi-Quadrat-Test (mit exakter Methode): $p < 0,05$

^{b)} Kruskal-Wallis-Test: (mit exakter Methode): $p < 0,05$

5.4.5. Die Beurteilung der Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen

Die Psychiater sollten die Zusammenarbeit bei der Betreuung depressiver Patienten mit den Hausärzten, Tageskliniken/ähnlichen Einrichtungen sowie mit Heimen/dem stationärem Bereich auf einer fünfstufigen Skala beurteilen. Alle 40 befragten Psychiatern machten gültige Angaben und konnten daher für diese Auswertung berücksichtigt werden. Die Zusammenarbeit mit dem Hausarzt wurde besser beurteilt als die mit Tageskliniken/ähnlichen Einrichtungen und Heimen/dem stationärem Bereich. Jedoch war im Friedman-Test kein signifikanter Unterschied nachweisbar ($\chi^2 = 3,94$; $df = 2$; $p = 0,14$). Tabelle 5.32. faßt die Ergebnisse zusammen:

Tabelle 5.32.: Beurteilung der Zusammenarbeit bei der Betreuung depressiver Patienten auf einer Skala von 1 (nicht vorhanden) bis 5 (ausgezeichnet) (n = 40)

| Beurteilung von: | Beurteilung von 1 bis 5 | | | | | Statistik* |
|---------------------------------------|-------------------------|-----|-----|-----|------|------------|
| | \bar{x} | s | min | max | Med. | m. Rang |
| Hausarzt | 3,1 | 0,9 | 1,0 | 5,0 | 3,0 | 2,20 |
| Tageskliniken/ähnl. Einrichtg. | 2,8 | 0,9 | 1,0 | 4,0 | 3,0 | 1,94 |
| Heime/stationärer Bereich | 2,6 | 1,1 | 1,0 | 4,0 | 3,0 | 1,86 |

* Anmerkung: Friedman-Test; angegeben ist der mittlere Rang für „Beurteilung der Zusammenarbeit“
 Teststatistik: $\chi^2 = 3,94$; $df = 2$; $p = 0,14$

Die Beurteilung der Zusammenarbeit mit Tageskliniken/ähnlichen Einrichtungen und Heimen/dem stationärem Bereich korrelierte untereinander hochsignifikant (Spearman's Rho $r = 0,52$; $p < 0,001$). Kein Zusammenhang mit der Beurteilung der anderen Institutionen bestand hinsichtlich der Kooperation mit den Hausärzten (Spearman's Rho: $p > 0,05$). Das *Geschlecht* der Psychiater beeinflusste signifikant die Beurteilung der Zusammenarbeit mit den Hausärzten: Ärztinnen beurteilten diese signifikant schlechter als ihre männlichen Kollegen (Mann-Whitney U-Test: $p < 0,01$; $z = -2,87$; mittlerer Rang von 13,7 [Frauen] versus 24,2 [Männer]).

Die Beurteilung der Zusammenarbeit mit Tageskliniken/ähnlichen Einrichtungen sowie Heimen/dem stationärem Bereich wurde dagegen nicht durch das Geschlecht beeinflusst (Mann-Whitney U-Test: $p > 0,05$). Zwischen der Beurteilung der Zusammenarbeit mit Hausärzten und der selbst eingeschätzten *Kompetenz bei der Betreuung depressiver Patienten* war eine signifikante positive Korrelation nachweisbar (Rho $r = 0,42$; $p < 0,01$). Kein Zusammenhang war mit der Zahl der Fortbildungen zur Depression nachweisbar (Spearman's Rho: $p > 0,05$).

Die Beurteilung der Zusammenarbeit mit Heimen/dem stationärem Bereich war bei ÄrztInnen, die eine *Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“* anstrebten, schlechter, ohne daß dieser Unterschied signifikant war (Mann-Whitney U-Test: $p = 0,06$; $z = -1,87$; mittlerer Rang von 16,8 [Zusatzbezeichnung angestrebt] versus 23,5 [nicht angestrebt]).

Tabelle 5.33.: Der Einfluß von Arztmerkmalen auf die Beurteilung der Zusammenarbeit bei der Betreuung depressiver Patienten (n = 40)

| ARZTMERKMAL | | Beurteilung der Zusammenarbeit von 1 (nicht vorhanden) bis 5 (ausgezeichnet) hinsichtlich: | | | | | | | |
|--------------------------|------------------|--|-------------------------|-----------|---------------------------|-----------|-------------------------|-----|--|
| | | n | Hausarzt | | Tagesklinik/ ähnliches | | Heime /Stat. Bereich | | |
| | \bar{x} | | s | \bar{x} | s | \bar{x} | s | | |
| GESCHLECHT | | | | | | | | | |
| | weiblich | 14 | 2,5^{a)} | 1,1 | 2,7 | 1,0 | 2,4 | 1,1 | |
| | männlich | 26 | 3,3^{a)} | 0,6 | 2,8 | 0,8 | 2,8 | 1,1 | |
| ZUSATZBEZEICHNUNG | | | | | | | | | |
| | angestr. | 18 | 3,2^{b)} | 0,8 | 2,6 | 1,0 | 2,3 | 1,0 | |
| | nicht angestrebt | 22 | 3,0^{b)} | 1,0 | 3,0 | 0,7 | 2,9 | 1,1 | |
| FORTB. DEPRESSION | | | | | | | | | |
| | keine | 2 | 3,5 | 0,7 | 3,0 | 1,4 | 3,0 | 1,4 | |
| | 1 bis 2 | 2 | 2,5 | 0,7 | 2,0 | 1,4 | 1,5 | 0,7 | |
| | > 2 | 36 | 3,1 | 0,9 | 2,8 | 0,8 | 2,7 | 1,1 | |

Anmerkung: ^{a)} Mann-Whitney U-Test: $p < 0,01$; $z = -2,87$; mittl. Rang 13,7 [Frauen] versus 24,2 [Männer]

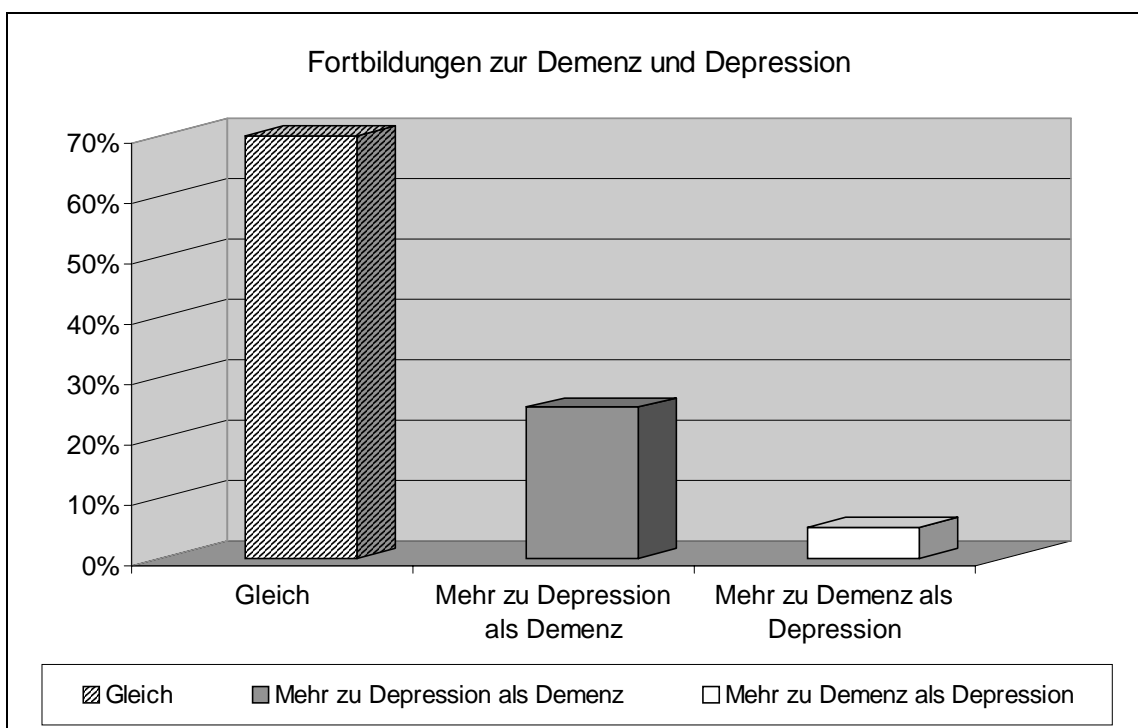
^{b)} Mann-Whitney U-Test: $p = 0,06$; $z = -1,87$; mittlerer Rang von 16,8 [Zusatzbez. angestrebt] versus 23,5 [nicht angestrebt]

5.5. Vergleichende Betrachtung hinsichtlich Demenz und Depression

5.5.1. Das Weiterbildungsverhalten

Im Wilcoxon-Test bestand (grenzwertig) kein signifikanter Unterschied zwischen der Zahl der Fortbildungen zur Demenz und zur Depression ($p = 0,051$; $z = -1,96$). Wie die Abb. 5.22. verdeutlicht, gaben 70% der Ärzte für beide Themengebiete deren Zahl gleich an. Immerhin 25% nahmen häufiger an Fortbildungen zu Depressionen teil gegenüber nur 5%, die mehr Fortbildungen zur Demenz angaben:

Abb. 5.22.: Vergleich der Zahl der Fortbildungen zur Demenz und Depression



Es zeigte sich, daß nur 72,5% (n = 29) aller ÄrztInnen angaben, mehr als zwei Fortbildungen zur Demenz besucht zu haben, während dieser Anteil bezüglich der Depression mit 90,0% (n = 36) weitaus höher ausfiel (Tabelle 5.34.):

Tabelle 5.34.: Zahl der Fortbildungen zur Demenz und Depression (%-Angaben spaltenweise)

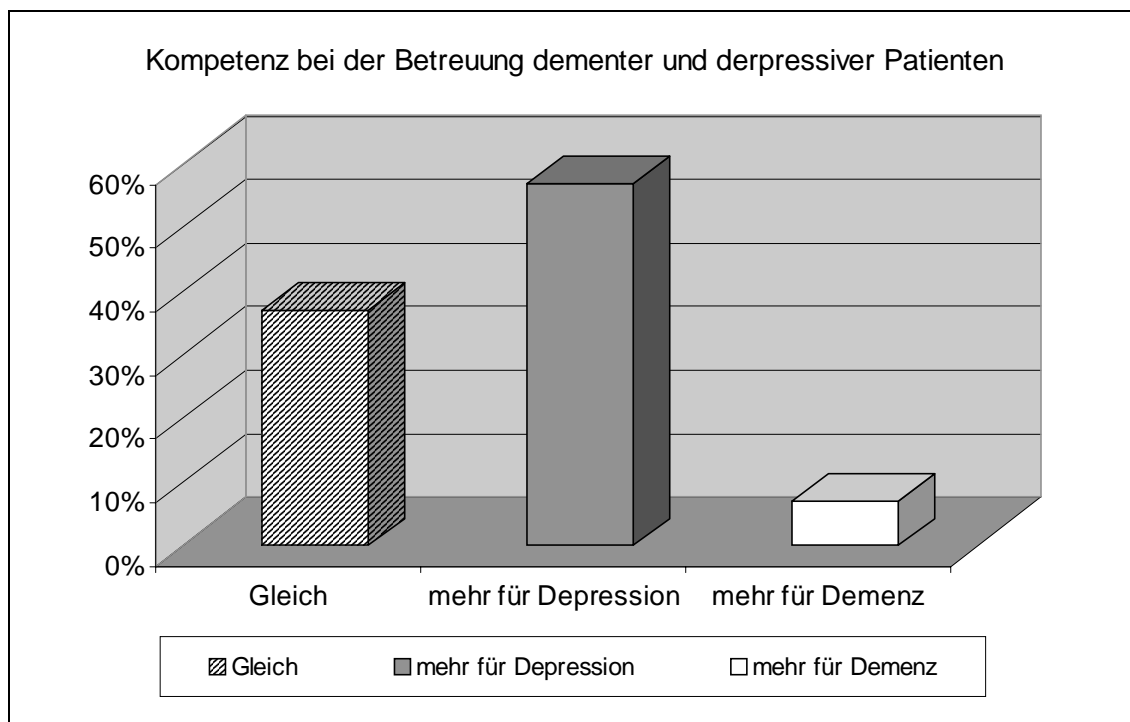
| Fortbildungen zur Demenz | | Fortbildungen zur Depression | | | Insgesamt |
|--------------------------|----------------|------------------------------|------------------|------------------|-------------------|
| | | Mehr als 2 | 1 bis 2 | keine | |
| Mehr als 2 | Anteil [%] (n) | 75,0% (27) | 50,0% (1) | 50,0% (1) | 72,5% (29) |
| 1 bis 2 | Anteil [%] (n) | 16,7% (6) | - | - | 15,0% (6) |
| keine | Anteil [%] (n) | 8,3% (3) | 50,0% (1) | 50,0% (1) | 12,5% (5) |
| Insgesamt | Anteil [%] (n) | 100% (36) | 100% (2) | 100% (2) | 100% (40) |

Anmerkung: Wilcoxon-Test: $p = 0,051$; $z = -1,96$

5.5.2. Die selbst eingeschätzte Kompetenz

Die selbst eingeschätzte Kompetenz hinsichtlich der Demenz bzw. der Depression unterschied sich im Wilcoxon-Test (für die 30 ÄrztInnen mit vollständigen Angaben) hochsignifikant ($p < 0,01$; $z = -2,64$). Die befragten ÄrztInnen waren meist der Meinung, bei der Betreuung depressiver Patienten mehr Kompetenz zu besitzen, als bei der Versorgung dementer Kranker:

Abb. 5.23.: Vergleich der Kompetenz zur Demenz und Depression

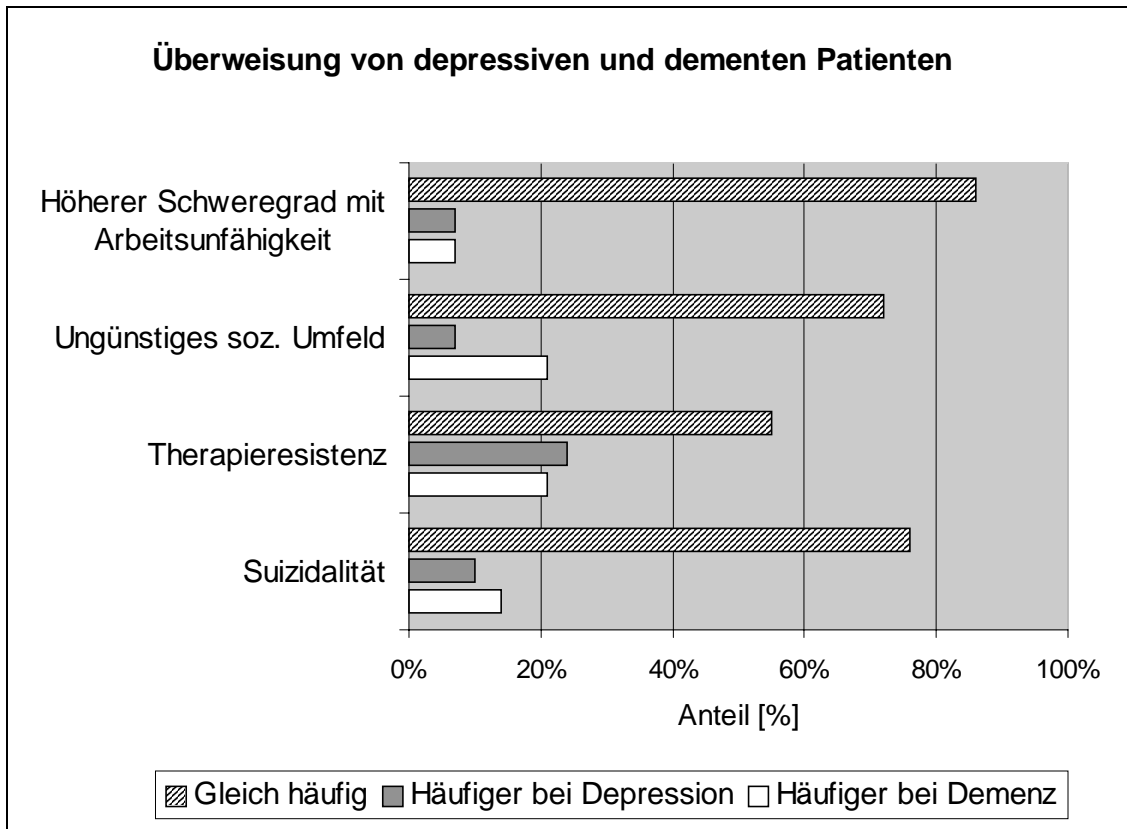


5.5.3. Das Überweisungsverhalten

Die zuvor erfaßten Unterschiede in der selbst eingeschätzten Kompetenz drückten sich nicht im Überweisungsverhalten aus. Für keine der Institutionen (Höherer Schweregrad mit Arbeitsunfähigkeit, Ungünstiges soziales Umfeld, Therapieresistenz, Suizidalität) war im Wilcoxon-Test ein signifikanter Unterschied zu finden ($p > 0,05$). Die meisten

Psychiater gaben für beide Krankheitsentitäten das gleiche Überweisungsverhalten an. Lediglich bei einem ungünstigen sozialen Umfeld wurde tendenziell häufiger bei Demenz überwiesen, wobei dieser Unterschied jedoch nicht statistisch abgesichert werden konnte (Wilcoxon-Test: $p = 0,157$; $z = -1,41$). Die Abbildung 5.24. zeigt vergleichend das Überweisungsverhalten bei Demenz und Depression:

Abb. 5.24.: Vergleich des Überweisungsverhaltens bei Demenz und Depression

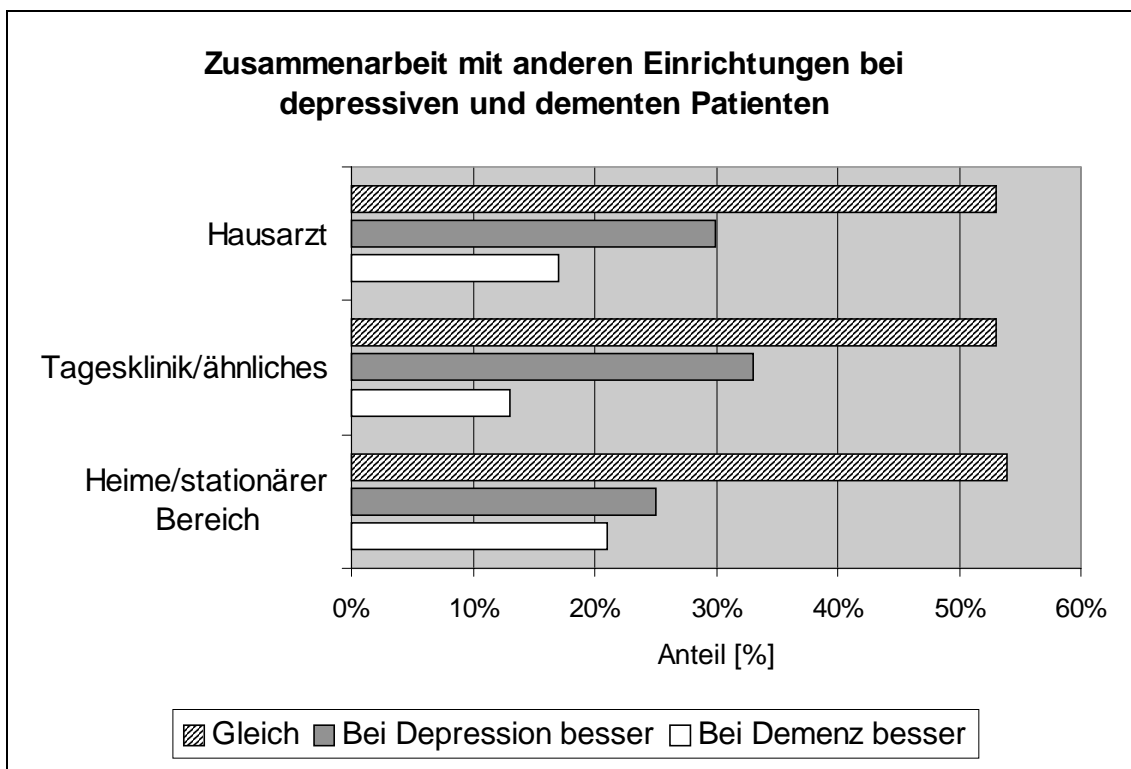


5.5.4. Die Zusammenarbeit mit anderen Einrichtungen

Zwischen der Beurteilung der Zusammenarbeit bei der Betreuung dementer und depressiver Patienten auf einer Skala von 1 (nicht vorhanden) bis 5 (ausgezeichnet) war weder für den Hausarzt oder für Tageskliniken bzw. ähnliche Einrichtungen noch für Heime und den stationären Bereich ein signifikanter Unterschied nachweisbar (Wilcoxon-Test: $p > 0,05$).

Tendenziell wurde die Zusammenarbeit bei der Betreuung der depressiven Patienten besser eingeschätzt. Beispielsweise die Kooperation mit dem Hausarzt wurde von 17% der Psychiater für depressive Patienten besser als für demente Patienten eingeschätzt, in 30% war es umgekehrt und in 53% wurde die Zusammenarbeit hinsichtlich beider Patientengruppen gleich beurteilt (Abb. 5.25.):

Abb. 5.25.: Vergleich der Zahl der Fortbildungen zur Demenz und Depression



In der Tabelle 5.35. sind die Mittelwerte mit der Standardabweichung für die Beurteilung der Zusammenarbeit mit Hausarzt, Tageskliniken und Heimen/dem stationären Bereich wiedergegeben:

Tabelle 5.35.: Die Beurteilung der Zusammenarbeit bei der Betreuung dementer und depressiver Patienten (n = 30)

| ARZTMERKMAL | Beurteilung der Zusammenarbeit von 1 (nicht vorhanden) bis 5 (ausgezeichnet) hinsichtlich: | | |
|----------------------|--|---------------------------|-------------------------|
| | Hausarzt | Tagesklinik/ ähnliches | Heime /Stat. Bereich |
| | \bar{x} s | \bar{x} s | \bar{x} s |
| DEMENTE PATIENTEN | 3,2 0,9 | 2,6 1,1 | 2,6 1,1 |
| DEPRESSIVE PATIENTEN | 3,1 0,9 | 2,8 0,9 | 2,6 1,1 |

6. Diskussion

6.1. Allgemein

Spätestens seit dem Enquete-Bericht (1975), der besagt, daß 14% der Bevölkerung während eines Jahres wegen psychischer Störungen von Hausärzten behandelt werden, ist die besondere Rolle der Hausärzte bei der Betreuung psychisch Kranker unumstritten. Der Hausarzt hat durch seine Nähe zur Gemeinde und Familie des Patienten eine wichtige Stellung in der Behandlung psychisch Kranker. Trotz der Bedeutung des Hausarztes ist die Kooperation zwischen Nervenärzten und Hausärzten nicht immer optimal, wie schon in den Studien über die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und Psychiatern von Ch. Haasen(1992), V. Fritzsche(1992) und T. Berghändler(1994) dargestellt worden ist. In den vorangegangenen Studien wurden die niedergelassenen Hausärzte und Internisten Hamburgs befragt.

In dieser Studie wurden einige Probleme und Besonderheiten bei der Betreuung dementer und depressiver Patienten durch niedergelassene Hamburger Psychiater und deren Zusammenarbeit mit Hausärzten und den einzelnen Institutionen dargestellt. Für die Auswertung der Arbeit wurden insgesamt 40 Fragebögen einbezogen. Dies entsprach einer Rücklaufquote von 28 %. Diese Antwortrate ist vergleichbar mit methodisch ähnlichen Studien (Haasen, 1992;Fritzsche, 1992; Berghändler, 1994), bei denen Hausärzte und niedergelassene Internisten befragt worden waren. Es konnte bei diesen Studien jedoch trotz ähnlicher Responderquote im Raum Hamburg mit einer wesentlich höheren Fallzahl gearbeitet werden.

Dieser „Nachteil“ macht sich teilweise bei den statistischen Ergebnissen bemerkbar, bei denen die Berechnungen mit teils nur niedrigen Fallzahlen durchgeführt werden mußten und sich Tendenzen nicht statistisch absichern ließen.

6.2. Überprüfung der Repräsentativität

Die 40 beantworteten Fragebögen wurden zu 35% von Frauen und zu 65% von Männern beantwortet. Verglichen mit der Geschlechterverteilung, die von der Ärztekammer angegeben worden war, ergab sich kein signifikanter Unterschied.

Bezüglich soziodemographischer Parameter läßt sich eine deutliche Ungleichverteilung im Rücklauf feststellen. In Altona war die Beteiligung der ÄrztInnen am niedrigsten, in Hamburg Nord am höchsten. Sie schwankte zwischen 13,7% und 50%, der Mittelwert lag bei 28%.

6.3. Diskussion der Ergebnisse

6.3.1. Anzahl und Bedeutung dementer und depressiver Patienten in der psychiatrischen Praxis und der Hausarztpraxis

Bei der Befragung der niedergelassenen Psychiater ergaben sich erhebliche Unterschiede im Hinblick auf die Betreuung dementer und depressiver Patienten. Allgemein gaben die 40 befragten ÄrztInnen an, im 4. Quartal durchschnittlich 449,3 Patienten in ihrer Praxis behandelt zu haben. Der Bereich erstreckte sich von 20 bis 1650 Patienten. Der Mittelwert für den Anteil dementer Patienten betrug 29,8, was einem prozentualen Anteil von 6,5% entsprach. Der Mittelwert für den Anteil depressiver Patienten betrug 229,8, was einem prozentualen Anteil von 51,4% entsprach. Trotz vergleichbarer Prävalenzen von Demenz (1,8-6% nach Inzitari,1995) und Depression (1,5-4,9% nach Eaton et al.,1984) ergab sich hier ein enormer Unterschied in der Verteilung dieser Krankheitsbilder innerhalb der psychiatrischen Praxen. Wie auch im Ergebnisteil dieser Arbeit festgestellt wurde, war das Interesse am Krankheitsbild Demenz geringer als am Krankheitsbild Depression. Dieser Unterschied ist vermutlich dadurch zu erklären, daß die Therapiemöglichkeiten und Erfolge der Therapie bei Demenz relativ begrenzt sind und die Verläufe der Krankheit meist chronisch sind.

Patienten mit depressiven Störungen spielen auch in der Hausarztpraxis eine enorme Rolle. Nachforschungen ergaben, daß 5-41% der Patienten in Hausarztpraxen an einer Form der Depression leiden (Main et al., 1993).

Trotz der hohen Prävalenz von depressiven Störungen bleibt die Erkrankung in 50-70% der Fälle unentdeckt (Coyne et al., 1995). Erfahrene Hausärzte übersehen bis zu 75% der depressiven Störungen (Badger et al., 1994). Als Gründe für die mangelnde Aufdeckung der psychiatrischen Erkrankungen wird die stark begrenzte Zeit in den

Allgemein-arztpraxen sowie die fehlende Zeit, Fortbildungen zu besuchen, genannt (Orleans CT et al., 1985).

Selbst wenn eine psychiatrische Erkrankung von Hausärzten erkannt worden war, fanden Borus et al. heraus, daß diese in fast 20% der Fälle falsch war.

In einer Studie von J.V. Penn, 1997, wurde die Fähigkeit untersucht, psychiatrische Erkrankungen anhand von Fallbeispielen zu erkennen. Es wurde zwischen Psychiatern und Hausärzten verglichen. Es wurde herausgefunden, daß bei Hausärzten und Psychiatern falsche sowie richtige Diagnosen gestellt worden waren. Der Anteil falscher Diagnosen bei Hausärzten war deutlich höher.

6.3.2. Grenzen der effektiven Behandlung von psychisch erkrankten Patienten in der Hausarztpraxis

Um die Grenzen bei der Behandlung psychisch erkrankter Patienten in der Hausarztpraxis darzustellen, muss die Patienten- und die Hausarztseite durchleuchtet werden. Bei den Hausärzten können Probleme auf den folgenden Ebenen liegen:

- 1) Diagnosestellung
- 2) Angemessenes Überweisungsverhalten
- 3) Behandlungsstrategien

Wie schon oben erwähnt wird ein relativ großer Anteil an psychisch Erkrankten in der Hausarztpraxis nicht diagnostiziert.

In einer Studie von Farmer AE, Griffiths H, 1992, wurde das mangelhafte Überweisungsverhalten dargestellt. Die befragten Hausärzte überwiesen nur in 20-50% der Fälle die psychisch erkrankten Patienten an einen Psychiater, wenn sie mit der Behandlung des Patienten alleine nicht mehr zurechtkamen.

Auch die Pharmakotherapie ist mit Problemen behaftet. Eine Studie von Katon W et al., 1992, ergab, daß nur 45% der depressiven Patienten auch eine antidepressive, medikamentöse Therapie erhielten. Nur 25% dieser untersuchten Patienten erhielten eine adäquate Dosis. Die „Medical Outcomes“-Studie von 1995 zeigte, daß 60% der Patienten mit Major Depressionen keine Medikamente erhielten. Die Dauer der Medikation war ebenfalls inadäquat und dauerte selten länger als 6 Wochen an.

1994 fanden Robbins JM et al. heraus, daß Hausärzte, die glaubten, keine spezifischen Fragen an den Patienten zu stellen, sondern die versteckten Gefühle des Patienten erkennen könnten, deutlich mehr Fälle von depressiv erkrankten Patienten übersahen als ihre Kollegen, die systematische Fragen zur Erkennung von Depressionen bereithielten. Außer fachlichen Defiziten spielen auch politische Gründe eine Rolle. Die Zeit, die der Hausarzt mit seinen Patienten verbringen kann wird immer knapper. Sicherlich ist auch die Einstellung des Hausarztes und der Glaube an die Wirksamkeit einer psychiatrischen Therapie wichtig.

Probleme bei der Diagnostik von psychisch Erkrankten können auch auf der Seite des Patienten liegen. So ist es wichtig zu wissen, wie sich z.B. Depressionen klinisch manifestieren können. Tylee et al., 1993, fanden heraus, daß Hausärzte wesentlich häufiger eine Depression erkannten, wenn keine zusätzlichen körperlichen Erkrankungen vorlagen als bei Patienten mit zusätzlichen körperlichen Erkrankungen. Kirmayer et al., 1993, zeigten, daß die korrekte Diagnosestellung einer Depression mit der Somatisierung der Erkrankung korrelierte. Nur bei 20 % der Patienten, die selbst keine psychosozialen Probleme sahen, wurde die Diagnose „Depression“ gestellt, während bei 77% der Patienten mit mindestens einem psychosozialen Symptom eine Depression erkannt wurde.

Abschließend ist noch erwähnenswert, daß Gefühle von Scham, Schuld und Hoffnungslosigkeit, die bei depressiv Erkrankten häufig vorkommen, verhindern können, daß diese sich in ärztliche Behandlung begeben.

6.3.3 Beurteilung der eigenen Kompetenz bei der Betreuung dementer/ depressiver Patienten

In den Fragen 10 und 19 sollten die Psychiater ihre eigene Kompetenz hinsichtlich der Betreuung dementer/ depressiver Patienten auf einer Skala von 1 „nicht kompetent“ bis 5 „sehr kompetent“ einschätzen. Die befragten ÄrztInnen waren zumeist der Meinung, bei der Betreuung depressiver Patienten mehr Kompetenz zu besitzen, als bei der

Versorgung dementer Kranker. Die Psychiater schätzten sich durchschnittlich kompetenter bei der Betreuung depressiver Patienten ein (4,3 versus 3,7 bei Demenz).

In der Studie von Fritzsche V, 1992, schätzten sich die befragten Hausärzte hinsichtlich ihrer Kompetenz bei der Betreuung depressiver Patienten etwas besser als ausreichend ein (3,3 auf der Skala). Je kompetenter die Hausärzte sich fühlten, desto mehr depressive Patienten sahen sie in ihren Praxen.

6.3.4 Die Zusammenarbeit zwischen Psychiatern mit den Hausärzten bei der Betreuung dementer / depressiver Patienten

6.3.4.1 Diagnostik bei den depressiven / dementen Patienten

Um die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Psychiatern und Hausärzten beurteilen zu können, ist es wichtig zu erfahren, ob die Patienten direkt wegen einer Demenz oder Depression in die Facharztpraxis gekommen sind. Wie wir weiter unten erfahren, werden die Mehrheit der dementen/ depressiven Patienten einer psychiatrischen Praxis vom Hausarzt überwiesen. Ist ein großer Anteil der Patienten direkt wegen einer Demenz oder Depression in die psychiatrische Praxis gekommen, spricht dies für eine gute Erkennung der Krankheitssymptome durch den Hausarzt und dessen Überweisung zu einem Spezialisten. Kommt der Patient dagegen wegen anderer seelischer Probleme in die Facharztpraxis, so kann es daran liegen, daß die Diagnose des Hausarztes mit der des Psychiaters nicht übereinstimmt oder daß der Patient den Psychiater aufgrund einer seelischen Erkrankung eigenständig aufsucht.

Hinzu kommt, daß sich die Diagnose im Laufe der Behandlung des psychisch Kranken ändern kann. So wurde z. B. laut einer Studie von Snyder, S. und Strain, J., 1990, die Initialdiagnose Depression in 21,7% der Fälle geändert. Die Initialdiagnose Demenz hingegen wurde nur in 13,2% der Fälle geändert.

Die befragten ÄrztInnen gaben an, daß 54,9% der dementen Patienten direkt wegen der Demenz und 40,5% wegen anderer seelischer Probleme in ihre Praxis kamen.

Bei der Depression kam ein höherer Anteil der Patienten (63,8%) direkt wegen einer Depression in die Praxis, während durchschnittlich nur 25,8% der depressiven Patienten

wegen anderer seelischer Probleme in die psychiatrische Praxis kamen. Dieser Unterschied ist wahrscheinlich auch darauf zurückzuführen, daß demente Patienten Vermeidungsstrategien entwickeln, um ihre Gedächtnisstörungen zu verdecken oder ihre Symptomatik einfach verdrängen und sie so zuerst durch andere hervortretende Symptome den Facharzt konsultieren. Desweiteren haben zwei nordamerikanische Studien, Rubin et al., 1987, und Somerfield et al., 1991, gezeigt, daß Hausärzte zumeist keine standardisierten Fragebögen zur Erkennung einer Demenz benutzen. In den Studien von Roca, RP., et al., 1984, und O'Connor, DW. et al., 1988, wird behauptet, daß in den meisten Hausarztpraxen eine beträchtliche Zahl an demenzkranken Patienten übersehen wird.

6.3.4.2 Ort der Diagnosenstellung

Der Ort der Diagnose ist ein wesentlicher Indikator der Diagnostik und erfolgt bei den Erkrankungen Demenz und Depression laut den befragten ÄrztInnen hauptsächlich in der eigenen Praxis. Der nächstgrößere Anteil wird den Hausärzten zugeschrieben. Andere Einrichtungen spielen für die befragten ÄrztInnen nur eine untergeordnete Rolle.

Trotz des relativ hohen Anteils der von Hausärzten an niedergelassene Psychiater überwiesenen Patienten bleiben viele Patienten mit depressiven Störungen unerkannt und werden dementsprechend nicht behandelt (Keller MB, 1990). Verschiedene Studien gehen von 50-70 % der Patienten mit Depressionen aus, die von Hausärzten nicht diagnostiziert werden (Coyne JC, 1995; Badger LW, 1994).

Andere Studien ergaben, daß viele Hausärzte der Meinung seien, daß sie selbst die Mehrheit der psychisch Kranken betreuen sollten (Berlin RM, Bereubaum I, et al., 1983).

Dies wirkt paradox, wenn man bedenkt, daß z.B. in der Studie von JV Penn, 1997, herausgefunden wurde, daß sich nur wenige Hausärzte mit der Medikation bei psychiatrischen Erkrankungen auskennen.

Interessanterweise stellte sich bei der Befragung heraus, daß die Psychiater, die sich hinsichtlich der Betreuung dementer Patienten kompetenter einschätzten, einen

signifikant höheren Anteil der durch den Hausarzt diagnostizierten Patienten angaben als die, die sich für nicht so kompetent hielten. Ein solcher Zusammenhang hinsichtlich der Kompetenz konnte bei den depressiven Patienten nicht beobachtet werden.

6.3.4.3 Intensität der Mitbetreuung und Zusammenarbeit dementer/depressiver Patienten durch Hausärzte und psychiatrische Einrichtungen

Eine gute Zusammenarbeit zwischen Psychiater und Hausarzt ist bei der Betreuung psychisch kranker Patienten unerlässlich. Hausärzte spielen oft eine entscheidende Rolle bei der Erkennung von Frühsymptomen psychischer Erkrankungen, da sie den Patienten häufig schon jahrelang kennen und auch Kenntnis über sein soziales und familiäres Umfeld besitzen. Als Familienarzt können sie die Angehörigen beraten und unterstützen. Für den Psychiater kann der Hausarzt bei entsprechender Fachkenntnis einige Aufgaben bei der Betreuung psychisch Kranker abnehmen. Ein optimales Zusammenspiel zwischen Psychiater und Hausarzt würde neben einer Kostenersparnis für das Gesundheitswesen eine bessere Abdeckung der psychisch Kranken durch psychiatrische Behandlung gewährleisten. Im Alltag ist eine gute Zusammenarbeit zwischen Psychiatern und Hausärzten noch nicht die Regel, wie man im folgenden Text leicht erkennt.

Hausärzte betreuen laut der befragten niedergelassenen Nervenärzte 75% der dementen Patienten mit, während nur 44% der depressiven Patienten von Hausärzten mitbetreut werden. Andere Einrichtungen spielen nur eine untergeordnete Rolle.

Wie schon oben erwähnt wird die Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Nervenärzten und Hausärzten als problematisch angesehen. In dieser Studie konnten die befragten ÄrztInnen auf einer Skala von 1 bis 5 die Beurteilung der Zusammenarbeit mit den Hausärzten und den einzelnen Einrichtungen angeben.

Die Zusammenarbeit mit den Hausärzten wurde durchschnittlich bei den dementen sowie depressiven Patienten als nur ausreichend angesehen. Die Zusammenarbeit mit den anderen Institutionen wurde noch schlechter als ausreichend beurteilt.

Weiterhin ist erwähnenswert, daß die Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und den befragten Nervenärzten bei der Betreuung depressiver Patienten desto besser eingeschätzt wurde, je kompetenter sich die befragten Psychiater selbst einschätzten.

Vergleichende Ergebnisse wurden auch bei der Befragung der Hausärzte erzielt (V. Fritzsche, 1992). Hier wurde die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Nervenärzten am besten bewertet, wenn auch nur etwas besser als ausreichend. Auch hier schnitten stationäre Einrichtungen, Tageskliniken, ambulante psychiatrische und soziale Einrichtungen noch schlechter ab.

6.3.4.4 Überweisungsverhalten der Nervenärzte bei depressiven/ dementen Patienten

Die Psychiater wurden gefragt, bei welchen Problemen sie depressive/ demente Patienten in Kliniken überweisen bzw. bei welchen Problemen sie die Behandlung selbst durchführen.

Es wurden ihnen folgende 4 Kategorien zur Auswahl angeboten: höherer Schweregrad mit Arbeitsunfähigkeit, ungünstiges soziales Umfeld, Therapieresistenz und Suizidalität. Man konnte bei den dementen sowie depressiven Patienten feststellen, daß die Zahl der selbst behandelnden ÄrztInnen in der oben genannten Reihenfolge abnahm.

Nur wenige der befragten Nervenärzte überwiesen ihre dementen Patienten schon bei einem höheren Schweregrad in die Klinik ein. Diese Ärzte schätzten ihre eigene Kompetenz bezüglich der Demenz signifikant niedriger ein als ihre Kollegen. Ebenfalls waren es nur wenige der befragten Psychiater, die depressive Patienten schon bei einem höheren Schweregrad in die Klinik einwiesen. Diese ÄrztInnen waren signifikant älter als ihre Kollegen.

Weiterhin wurde das Überweisungsverhalten der Hausärzte an die niedergelassenen Nervenärzte untersucht. Dabei kam heraus, daß durchschnittlich die Hälfte der depressiven und dementen Patienten von Hausärzten überwiesen worden waren. Bei den depressiven Patienten gaben die Nervenärzte einen höheren Anteil der vom Hausarzt überwiesenen Patienten an, die ihre Kompetenz selbst hoch einschätzten.

Bei der Befragung der Hausärzte in Hamburg durch V. Fritzsche(1992) kam heraus, daß nur knapp ein Zehntel der Hausärzte bei der Behandlung ihrer depressiven Patienten niedergelassene Nervenärzte hinzuzogen. Je älter die Hausärzte waren, desto eher überwiesen sie ihre depressiven Patienten an niedergelassene Nervenärzte.

Bei diesem relativ geringen Anteil der von Hausärzten an niedergelassene Nervenärzte überwiesenen depressiven Patienten ist es fast schon erstaunlich, daß die Nervenärzte angaben, daß fast die Hälfte ihrer Patienten von Hausärzten überwiesen worden waren. Dies ist wahrscheinlich dadurch zu erklären, daß die große Zahl der depressiv kranken Patienten nicht allein von den niedergelassenen Nervenärzten behandelt werden können und verdeutlicht die Wichtigkeit einer hohen Kompetenz im Umgang mit psychisch Erkrankten bei Hausärzten und einer guten Zusammenarbeit zwischen Nervenärzten und Hausärzten.

6.3.4.5 Darstellung der gewünschten Aufgabenverteilung zwischen Nervenärzten und Hausärzten

Die Mehrheit der befragten Nervenärzte gab für den überwiegenden Teil der angeführten Aufgaben an, daß sie sich eine gemeinsame Betreuung bei dementen/depressiven Patienten zwischen Hausärzten und Psychiatern wünschen würden. Nur einige der angeführten Aufgaben wollten die Psychiater allein bewältigen. Dabei ergaben sich erhebliche Unterschiede zwischen der gewünschten Aufgabenverteilung bei dementen und depressiven Patienten. Bei den dementen Patienten war es den Psychiatern am wichtigsten, die Diagnose allein zu stellen und die Anwendung psychotherapeutischer Verfahren selbst zu übernehmen.

In einer Studie von D. Johnson, 1974, über die Anwendung von Medikamenten bei depressiven Patienten in Hausarztpraxen kam heraus, daß die Hausärzte oft dafür kritisiert werden, Psychopharmaka bei inkorrektter Indikation und in Dosierungen zu verschreiben, die Psychiater als subtherapeutisch bezeichnen. In der Studie von M. Kerr, R. Blizard und A. Mann, 1995, kam heraus, daß bei der Anwendung von Antidepressiva zwischen Hausärzten und Psychiatern hinsichtlich der Dosierung und Dauer der Behandlung enorme Unterschiede bestehen. Hausärzte neigen eher dazu, eine Niedrig-

Dosis- Therapie bei depressiv erkrankten Patienten durchzuführen und verordneten die antidepressiv- wirksamen Medikamente über einen kürzeren Zeitraum als die befragten Psychiater der oben genannten Studie.

Erwartungsgemäß bevorzugten die befragten Psychiater bei den depressiven Patienten auch in dieser Studie, die Medikamentenwahl selbst festzulegen, die Medikamente selbst zu verabreichen, ausführliche Gespräche mit dem Patienten allein zu führen und psychotherapeutische Verfahren ohne Hilfe des Hausarztes anzuwenden.

6.3.5. Das Erkennen psychischer Erkrankungen in der hausärztlichen Versorgung

Es gibt wichtige Gründe, die dafür sprechen, daß psychische Erkrankungen eine zentrale Rolle bei der Versorgung von Kranken in der Bevölkerung spielen:

- Psychische Erkrankungen gehören zu den häufigsten Erkrankungen in der Bevölkerung. Etwa ein Viertel der Erwachsenen ist im Laufe eines Jahres von einer behandlungsbedürftigen psychischen Erkrankung betroffen (Weyerer und Häfner,1992).
- Psychische Erkrankungen haben beträchtliche ökonomische Belastungen zur Folge: Neuere Untersuchungen aus den Vereinigten Staaten belegen, daß allein Depressionen mit über 40 Milliarden Dollar pro Jahr ähnlich hohe Kosten verursachen wie koronare Herzerkrankungen (Greenberg et al., 1993).
- Psychische Erkrankungen verlaufen häufig chronisch und erhöhen die Inanspruchnahme ärztlicher Einrichtungen erheblich. Eine WHO-Studie hat ergeben, daß Patienten mit psychischen Störungen 50-70% der Arbeitszeit von Hausärzten beanspruchen.

Aufgrund der Schlüsselfunktion des Hausarztes in der medizinischen und psychosozialen Versorgung ist die Frage, in welchem Umfang er psychische Erkrankungen erkennt, von zentraler Bedeutung.

Verschiedene Studien belegten, daß die Qualität im Sinne von Krankheitserkennung und die Zufriedenheit des Patienten in psychiatrischen Einrichtungen höher ist als bei Hausärzten. Obwohl es nach den oben erläuterten Gründen sinnvoller wäre, für den

psychisch Erkrankten eine Therapie beim Spezialisten anzustreben, erscheint dies aufgrund von epidemiologischen Aspekten unrealistisch. Die „Epidemiologic Catchment Area (ECA)“- Studie geht von einem Anteil von 60% depressiv erkrankter Patienten aus, die ausschließlich von Hausärzten betreut werden.

Geht man davon aus, daß ein großer Teil psychisch Kranker von Hausärzten diagnostiziert und mitbetreut wird, so ist leicht ersichtlich, daß man anstreben sollte, die Kompetenz der Hausärzte bei der Diagnosestellung und Betreuung psychisch Kranker zu verbessern.

Studien von Rutz W, 1990 und 1992, zeigten, daß jährliche, 2-tägige Fortbildungen bei Hausärzten enorme Verbesserungen bezüglich der Erkennung depressiver Erkrankungen bewirkten.

Auch systematische Fragebögen wie der „Zung Self-Rating Depression Scale“ oder die AHCPR- Richtlinien (U.S. Agency for Health Care Policy and Research) versuchen, die Erkennung und Therapie von psychischen Erkrankungen in der Hausarztpraxis zu verbessern.

Der Prime- MD ist z.B. ein Instrument, das nach 5 wichtigen psychischen Störungen sucht: Depressionen, Angststörungen, Essstörungen, Alkoholkrankheit und somatisierte Störungen. Ein weiteres Instrument ist der „Symptom Driven Diagnostic System for Primary Care“- Fragebogen, der nach 16 Störungen, die häufig in der Hausarztpraxis vorkommen, sucht.

Systematisierte Fragebögen und eine Bereitschaft der Hausärzte, an psychiatrischen Fortbildungen teilzunehmen, sind ein wichtiger Schritt bei dem Bestreben, die Bevölkerung besser psychiatrisch versorgen zu können. Nur wenn ein Verständnis seitens der Hausärzte bezüglich psychiatrischen Erkrankungen aufgebaut wird und die Bereitwilligkeit zur Kooperation mit Nervenärzten vorhanden ist, kann für eine ausreichende psychiatrische Versorgung der Bevölkerung garantiert werden.

7. Literaturverzeichnis

- [1] Anderson G:
Implementing practice guidelines.
Can Med Assoc J 1993; 148(5):753-5.
- [2] Angst J:
How recurrent and predictable is depressive illness.
In: Montgomery SA, Rouillon F (eds) Progress in psychiatry (The long term treatment of depression, vol 3). Wiley, Sussex, England, 1990.
- [3] Barrett JE, Barrett JA, Oxman TE, et al.:
The prevalence of psychiatric disorders in a primary care practice.
Arch Gen Psychiatry 45:1100-1106, 1988.
- [4] Beck AT, Rial WY, Rickels K:
Short form of depression inventory: cross- validation.
Psychol Reports 34:1184-1186, 1974.
- [5] Berlin RM, Bereubbaum I, Wise T, et al.:
The role of psychiatrists in family medicine training.
Gen Hosp Psychiatry 5:123-127, 1983.
- [6] Blacker CVR, Clare AW:
The prevalence and treatment of depression in general practice.
Psychopharmacology 95:514-517, 1988.
- [7] Blacker CVR, Clare AW:
Depressive disorders in primary care.
Br J Psychiatry 1987; 150:737-751.
- [8] Bland RC, Newman SC, Orn H:
Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton.
Acta Psychiatr Scand 338:24-32, 1988.
- [9] Broadhead WE, Kaplan BH, James SA, et al:
The epidemiologic evidence for a relationship between social support and health.
AM J Epidemiol 117:521-537, 1983.
- [10] Bukberg J, Penman D, Holland JC:
Depression in hospitalized cancer patients.
Psychosomatic Medicine 46:199-212, 1984.
- [11] Canadian Consensus Conference on the Assessment of Dementia.
Assessing dementia: the Canadian consensus.
Can Med Assoc J 1991; 144(7):851-3.

- [12] Canino GJ, Bird HR, Shrout PE, Rubio-Stipied M, Bravo M, Marinez R, Sesman M, Guevara LM:
The prevalence of specific psychiatric disorders in Puerto Rico.
Arch Gen Psychiatry 44:727-735, 1987.
- [13] Cheok AS, Cohen CA, Zuccherro CA:
Diagnosing and managing dementia patients,
Can Fam Physician 1997; 43:477-82.
- [14] Clark DC, Cavanaugh SV, Gibbons RD:
The core symptoms of depression in medical and psychiatric patients.
Journal of Nervous and Mental Disease 171:705-713, 1983.
- [15] Cobb S:
Social support as a moderator of life stress.
Psychosomatic Med 38:300-314, 1976.
- [16] Cohen-Cole SA, Bird J, Freeman A, et al.:
An oral examination of the psychiatric knowledge and evaluation baseline.
Gen Hosp Psychiatry 4:103-111, 1982.
- [17] Cohen-Cole SA, Pincus HA, Stoudemire A, et al.:
Recent research developments in consultation-liaison psychiatry.
General Hospital Psychiatry 8:316-329, 1986.
- [18] Cooper B, Bickel H:
Population screening and the early detection of dementing disorders in old age: a review.
Psychological medicine 14:81-95, 1984.
- [19] Copeland JRM, Dewey ME, Wood N, Searle R, Davidson IA, McWilliam C:
Range of mental illness among the elderly in the community. Prevalence in Liverpool using the GMS-AGECAT package.
British Journal of Psychiatry 150:815-823, 1987.
- [20] Coulehan JR, Schulberg HC, Block MR, Janosky JE, Arena VC:
Medical comorbidity of major depressive disorder in a primary medical practice.
Arch Intern Med 150:2363-2367, 1990.
- [21] Depression Guideline Panel: Depression in Primary Care; Vol. 1. Detection and Diagnosis. Clinical Practice Guideline, No.5. Rockville, MD. U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, Agency for Health Care Policy and Research.
AHCPR Publication No. 93-0550, April 1993.
- [22] Drossman DA, McKee DC, Sandler RS, et al:
Psychosocial factors in the irritable bowel syndrome: a multivariate study of

patients and nonpatients with irritable bowel syndrome.
Gastroenterology 95:701-708, 1988.

- [23] Dunn D:
Records of psychiatric morbidity in general practice: the national morbidity surveys.
Psychol Med 1985; 15:223-226.
- [24] Eaton WW, Holzer De, von Korff M, Anthony JC, Helzer JE, George L, Burnam A, Boyd JH, Kessler LG, Locke BZ:
The design of the Epidemiologic Catchment Area Surveys. The control and measurement of error.
Arch Gen Psychiatry 41:942-948, 1984.
- [25] Elliot D, Huizinger D, Morse BJ:
The dynamics of deviant behaviour. A national survey: progress report.
Behavioural Research Institute, Boulder, CO, 1985.
- [26] Fahy TJ:
Depression in hospital and general practice: a direct clinical comparison.
Br J Psychiatry 1974; 124:240-242.
- [27] Faravelli C, Incerpi G:
Epidemiology of affective disorders in Florence. Preliminary results.
Acta Psychiatr Scand 72:331-333, 1985.
- [28] Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR.
Mini Mental State: a practical guide for grading the cognitive state of patients for the clinician.
J Psychiatr Res 1975; 12:189-98.
- [29] Freeling P, Rao BM, Paykel ES, Sireling LI:
Unrecognised depression in general practice.
BMJ 1985; 290:1880-1883.
- [30] Frerichs RR, Aneshensel CS, Yokopenic PA, et al:
Physical health and depression: an epidemiologic survey.
Prev Med 11:369,1982.
- [31] Gold PW, Goodwin FK, Chrousos GP:
Clinical and biochemical manifestations of depression.
N Engl J Med 319:348.353, 1988.
- [32] Goldberg DP, Blackwell B:
Psychiatric illness in medical practice; a detailed study using a new method of case identification.
BMJ 1970; 260:439-443.

- [33] Gurland BJ, Cross P, DeFiguendo J, Shannan H, Mann A, Jenkins R, Bennett R, Wilder D, et al.:
A cross-national comparison of the institutionalized elderly in the cities of New York and London.
Psychological medicine 9:781-788, 1979.
- [34] Haley WE, Clair JM, Saulsberry K:
Family caregiver satisfaction with medical care of their demented relatives.
Gerontology 1992; 32:219-26.
- [35] Hayes VM.
Organizing family medicine geriatric care.
Can Fam Physician 1989; 35:583-86.
- [36] Hooper EW, Nyczi GR, Cleary PD, et al.:
Estimated prevalence of RDC mental disorder in primary care.
Int J Mental Health 8:6-15, 1979.
- [37] Houpt JL, Orleans CS, George LK, et al.:
The role of psychiatric and behavioral factors in the practice of medicine.
Am J Psychiatry 137: 37-47, 1980.
- [38] Jenkins R, Smeeton N, Shepherd M:
Classification of mental disorders in primary care.
Psychol Med 1988; suppl 12:3-43.
- [39] Johnson DAW:
A study of the use of antidepressant medication in general practice.
Br J Psychiatry 1974; 125:186-192.
- [40] Kashani J, Carlson GA, Beck NC, Hooper EW, Corcoran CM, McAllister JA, Fallahi C, Rosenberg TK, Reid JC:
Depression, depressive symptoms, and depressed mood among a community sample of adolescents.
Am J Psychiatr 144: 931-934, 1987.
- [41] Kerr M:
Antidepressant prescribing: a comparison between general practitioners and psychiatrists.
Br J Gen Pract 1994; 44:275-276.
- [42] Kessler LG, Cleary PD, Burke JD:
Psychiatric disorders in primary care.
Arch Gen Psychiatry 42:583-587, 1985.
- [43] Kivelä SL, Pahkala K, Laipalla P:
Prevalence of depression in an elderly population in Finland.
Acta Psychiatr Scand 78:401-413, 1988.

- [44] Knights EB, Folstein MF:
Unsuspected emotional cognitive disturbance in medical patients.
Ann Intern Med 87:723-724, 1977.
- [45] Morgan K, Dallosso H, Arie T, Byrne EJ, Jones R, Waiste J:
Mental health and psychological well being among the old living at home.
British Journal of Psychiatry 150:801-807,1987.
- [46] Murphy E:
Social origins of depression in old age.
Br J Psychiatry 141:135-142, 1982.
- [47] Murphy JM:
Continuities in community-based psychiatric epidemiology.
Arch Gen Psychiatr 37:1215-1223, 1980.
- [48] Murrell SA, Himmelfarb S, Wright K:
Prevalence of depression and its correlates in older adults.
AM J Epidemiol 117:173, 1983.
- [49] Nielsen AC III, Williams TA:
Depression in ambulatory medical patients: prevalence by self-report questionnaire
and recognition by nonpsychiatric physicians.
Arch Gen Psychiatry 37:999-1004, 1980.
- [50] Oliver JM, Simmons ME:
Affective disorders and depression as measured by the Diagnostic Interview
Schedule and the Beck Depression Inventory in an unselected adult population.
J Clin Psychol 41:486-576, 1985.
- [51] Ormel J, Van Den Brink W, Koeter MWJ, et al.:
Recognition, management, and outcome of psychological disorders in primary
care: a naturalistic follow-up study.
Psychol Med 20:909 923, 1990.
- [52] Paykel ES, Hollyman JA, Freeling P, Sedgewick P:
Predictors of therapeutic benefit from amitriptyline in mild depression: a general
practice placebo controlled trial of affective disorder.
J Affect Dis 1988; 14:83-95.
- [53] Popkin MK, Callies AL, Mac Kenzie TB:
The outcome of antidepressant use in the medically ill.
Archives of General Psychiatry 42:1160-1163, 1985.
- [54] Post RM:
Transduction of psychosocial stress into the neurobiology of recurrent affective
disorder.
Am J Psychiatry 149(8):999-1010, 1992.

- [55] Regier DA, Goldberg ID, Taube CA:
The de facto US mental health services system: a public health perspective.
Arch Gen Psychiatry 35:685-693, 1978.
- [56] Regier DA, Hirschfeld MA, Goodwin FK, Burke JD, Lazar JB, Judd L:
The NIMH depression awareness, recognition and treatment program: structure,
aims and scientific basis.
AM J Psychiatry 145:1351-1357, 1988.
- [57] Regier DA, Myers JK, Kramer M, Robins LN, Blazer D, Hough RL, Eaton WW,
Locke BZ:
The NIMH Epidemiologic Catchment Area Program. Historical context, major
objectives, and study population characteristics:
Arch Gen Psychiatr 41:934-941, 1984.
- [58] Rifkin A, Reardon G, Siris S, et al.:
Trimipramine in physical illness with depression.
Journal of Clinical Psychiatry 46:4-8, 1985.
- [59] Rodin G, Voshart K:
Depressive symptoms and functional impairment in the medically ill.
Gen Hosp Psychiatry 9:251-258,1987.
- [60] Rovner BW, German PS, Brant LJ, Clark R, Burton L, Folstein MF:
Depression and mortality in nursing homes.
JAMA 265(8):993-996, 1991.
- [61] Rubin SM, Glasser ML, Werckle MA:
The examination of physicians awareness of dementing disorders.
J Am Geriatr Soc 1987; 35(12):1051-8.
- [62] Schulberg HC, Saul M, Mc Clelland M:
Assessing depression in primary medical and psychiatric practice.
Arch Gen Psychiatry 12:1164-1170, 1985.
- [63] Schurman RA, Kramer PD, Mitchell JB:
The hidden mental health network: treatment of mental illness by nonpsychiatrist
physicians.
Arch Gen Psychiatry 42:89-94, 1985.
- [64] Schwab JJ, Traven NK, Warheit GJ:
Relationships between physical and mental illness.
Psychosomatics 19:458, 1978.
- [65] Shapiro S, Skinner EA, Kessler LG, et al.:
Utilization of health and mental health services.
Arch Gen Psychiatry 41:934-941, 1984.

- [66] Sireling LI, Paykel ES, Freeling P, et al.:
Depression in general practice: case thresholds and diagnosis.
Br J Psychiatry 1985; 147:119-126.
- [67] Somerfield MR, Weisman CS, Ury W, Chase GA, Folstein MF:
Physician practices in the diagnosis of dementing disorders.
J Am Geriatr.Soc 1991; 39(2):172-5.
- [68] Stewart MA, Drake W, Winokur G:
Depression among medically ill patients.
Dis Nerv System 115:1365-1369, 1968.
- [69] Strain JJ:
Diagnostic considerations in the medical setting.
Psychiatric Clinics of North America 4:287-300, 1981.
- [70] Thompson C, Thompson CM:
The prescribing of antidepressants in general practice II: a placebo controlled trial
of low dose dothiepin.
Hum Psychopharmacol 1989; 4:191-204.
- [71] Thompson TL II, Stoudemire A, Mitchell WD, et al.:
Underrecognition of patients' psychosocial distress in a university hospital medical
clinic.
Am J Psychiatry 140:158-161, 1983.
- [72] Thompson TL, et al.:
Improving psychiatric consultation to nonpsychiatric physicians.
Psychosomatics,31:80-84, 1990.
- [73] von Korff M, Shaoiro S, Burke JD, et al:
Anxiety and depression in a primary care clinic.
Arch Gen Psychiatry 44:152-156, 1987.
- [74] Wai L, Burton H, Richmond J, et al:
Influence of psychosocial factors on survival of home-dialysis patients.
Lancet ii:1155-1156, 1981.
- [75] Weissman MM, Leaf PJ, Bruce ML, Florio L,,:
The epidemiology of dysthymia in five communities: rates, risks, comorbidity-
treatment.
Am J Psychiatr 145:815-819, 1988.
- [76] Weissman MM, Myers JK:
Rates and risks of depressive symptoms in a United States urban community.
Acta Psychiatr Scand 57:219-231, 1978.
- [77] Wells KB, Stewart A, Hays RD, et al:
The functioning and well-being of depressed patients. Results from the medical

outcomes study.
J Am Med Assoc 262:914-919, 1989.

- [78] Williamson J, Stokoe ICH, Gray S, Fisher MS:
Old people at home. Their unreported needs:
Lancet 1964; 1:1117-1120.
- [79] Winograd CH, Jarvik LF:
Physician management of the demented patient.
J Am Geriatr Soc 1986; 34(4):295-308.
- [80] Wise TN, Mann LS, Berlin RM, et al.:
Mental health referral patterns by family medicine educators.
Compr. Psychiatry 25:465-469,1984.
- [81] Wittchen HU, Zerssen D von:
Verläufe behandelter und unbehandelter Depressionen und Angststörungen. Eine
klinisch-psychiatrische und epidemiologische Verlaufsuntersuchung.
Springer, Berlin Heidelberg New York, 1987.
- [82] Zimmerman M, Coryell W, Corenthal C, Wilson S:
A self- report scale to diagnose major depressive disorder.
Arch Gen Psychiatry 43:1076-1081, 1986.
- [83] Zimmerman M, Coryell W:
The Inventory to Diagnose Depression (IDD): a self- report scale to diagnose
major depressive disorder.
J Consult Clin Psychol 55:55-59, 1987.
- [84] Zimmerman M, Coryell W:
The validity of a self- report questionnaire for diagnosing major depressive
disorder.
Arch Gen Psychiatry 45:738-740, 1988.
- [85] Zung WWK, Magill M, Moore JT, et al.:
Recognition and treatment of depression in a family medicine practice.
J Clin Psychiatry 44:3-6, 1983.
- [86] Zung WWK:
A self- rating depression scale.
Arch Gen Psychiatry 12:63-70, 1965.

Bevor Sie anfangen, diesen Fragebogen auszufüllen, möchten wir Sie darauf hinweisen, daß sich alle Patientenzahlen nur auf das 4. Quartal beziehen. Außerdem möchten wir Sie bitten, die bestmögliche Schätzung einzutragen, falls eine genaue Angabe nicht möglich ist. Ferner ist es uns wichtig, daß keine Einzelfälle betrachtet werden, sondern daß die am meisten angewendete Strategie angegeben wird.

1. Bitte schätzen Sie, wieviele Patienten (ausschließlich neurologische Patienten) Sie in Ihrer Praxis im 4. Quartal behandelt haben.

..... Patienten

2. Bitte schätzen Sie, wieviele Patienten, die an folgenden psychischen Störungen leiden, Sie in Ihrer Praxis im 4. Quartal 1996 behandelt haben.

- Demenz: Patienten

- Depression: Patienten

Demenz:

3. Wieviele der dementen Patienten sind gezielt zur Behandlung dieser Erkrankung in Ihre Praxis gekommen?

..... Patienten

4. Wieviele kamen wegen anderer seelischer Probleme?

..... Patienten

5. Wo ist bei den Patienten die Diagnose „Demenz“ gestellt worden?

bei% der Patienten: stationär im Krankenhaus

bei% der Patienten: bei dem hausärztlich tätigen Kollegen

bei% der Patienten: in einer psychiatrischen Fachambulanz

bei% der Patienten: in der eigenen Praxis

bei% der Patienten: sonstiges

6. Wieviele der Patienten aus Frage 2 werden von anderer Stelle mitbetreut?

- durch den hausärztlich tätigen Kollegen Patienten

- in einer (ambulanten) Klinikeinrichtung Patienten

- in seelsorgerischen Einrichtungen Patienten

- bei klinischen Psychologen Patienten

7. Bei welchen Problemen überweisen Sie demente Patienten?

| | in Kliniken | behandle selbst |
|---|--------------------------|--------------------------|
| -höherer Schweregrad (Arbeitsunfähigkeit) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -ungünstiges soziales Umfeld | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Therapieresistenz | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Suizidalität | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

8. Wenn Sie zusammen mit einem hausärztlich-tätigen Kollegen einen dementen Patienten betreuen, wie würden Sie sich eine Aufgabenverteilung wünschen? (pro Zeile bitte eine Nennung)

| | durch Sie selbst | durch den Hausarzt | durch beide |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| -die Diagnose stellen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -dem Patienten & Angehörigen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| die Krankheit erklären | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -engen Kontakt zum Patienten halten..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -sein soziales Umfeld explorieren..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -das Medikamentenregime festlegen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| -Medikamente verschreiben/ verabreichen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -ausführliche Gespräche führen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -psychotherapeutische Verfahren anwenden..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -(therapeutische) Familienbetreuung..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Hausbesuche machen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

9. Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit psychiatrischen Institutionen bzw. mit dem Hausarzt bei der Betreuung Ihrer dementen Patienten? (Markieren Sie bitte das entsprechende Kästchen)

- | | nicht vorhanden | | ausreichend | | ausgezeichnet |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| hausärztlich tätige Kollegen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tagesklinik/ ähnliche Einrichtungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Heime/ stationärer Bereich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

10. Für wie kompetent in der Betreuung dementer Patienten würden Sie sich einschätzen ? (Bitte markieren Sie das entsprechende Kästchen)

- | nicht kompetent | | ausreichend | | sehr kompetent |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11. Bitte schätzen Sie, wieviele der dementen Patienten aus Frage 2 von hausärztlich tätigen Kollegen an Sie überwiesen worden sind.

..... Patienten

Depression:

12. Wieviele der Patienten aus Frage 2, bei denen Sie eine Depression diagnostiziert haben, sind gezielt zur Behandlung dieser Erkrankung in Ihre Praxis gekommen?

..... Patienten

13. Wieviele kamen wegen anderer seelischer Probleme?

..... Patienten

14. Wo ist bei den Patienten die Diagnose „Depression“ gestellt worden?

- bei% der Patienten: stationär im Krankenhaus
- bei% der Patienten: bei dem hausärztlich tätigen Kollegen
- bei% der Patienten: in einer psychiatrischen Fachambulanz
- bei% der Patienten: in der eigenen Praxis
- bei% der Patienten: sonstiges

15. Wieviele der Patienten aus Frage 2 werden von anderer Stelle mitbetreut?

- durch den hausärztlich tätigen Kollegen Patienten
- in einer (ambulanten) Klinikeinrichtung Patienten
- in seelsorgerischen Einrichtungen Patienten
- bei klinischen Psychologen Patienten

16. Bei welchen Problemen überweisen Sie depressive Patienten

- | | in Kliniken | behandle selbst |
|---|--------------------------|--------------------------|
| -höherer Schweregrad (Arbeitsunfähigkeit) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -ungünstiges soziales Umfeld | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

-Therapieresistenz

-Suizidalität

17. Wenn Sie zusammen mit einem hausärztlich tätigen Kollegen einen depressiven Patienten betreuen, wie würden Sie sich eine Aufgabenverteilung wünschen? (pro Zeile bitte eine Nennung)

| | durch Sie selbst | durch den Hausarzt | durch beide |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| -die Diagnose stellen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -dem Patienten & Angehörigen..... die Krankheit erklären | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -engen Kontakt zum Patienten halten..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -sein soziales Umfeld explorieren..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -das Medikamentenregime festlegen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Medikamente verschreiben/ verabreichen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -ausführliche Gespräche führen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -psychotherapeutische Verfahren anwenden..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -(therapeutische) Familienbetreuung..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -Hausbesuche machen..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

18. Wie beurteilen Sie die Zusammenarbeit mit psychiatrischen Institutionen bzw. mit dem Hausarzt bei der Betreuung Ihrer depressiven Patienten? (Markieren Sie bitte das entsprechende Kästchen)

| | nicht vorhanden | ausreichend | ausgezeichnet |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| hausärztlich tätige Kollegen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tagesklinik/ ähnliche Einrichtungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Heime/ stationärer Bereich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

19. Für wie kompetent in der Betreuung depressiver Patienten würden Sie sich einschätzen ? (Bitte markieren Sie das entsprechende Kästchen)

| nicht kompetent | ausreichend | sehr kompetent |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

20. Bitte schätzen Sie, wieviele der depressiven Patienten aus Frage 2 von hausärztlich tätigen Kollegen an Sie überwiesen worden sind.

..... Patienten

21. Streben Sie die Zusatzbezeichnung „Psychotherapie“ an ? ja nein

22. Haben Sie in den letzten 5 Jahren Fortbildungsveranstaltungen besucht, die sich mit dementen Erkrankungen oder Therapieverfahren beschäftigen?

2 oder mehr 1 bis 2 keine

23. Haben Sie in den letzten 5 Jahren Fortbildungsveranstaltungen besucht, die sich mit depressiven Erkrankungen oder Therapieverfahren beschäftigen?

2 oder mehr 1 bis 2 keine

24. Zuletzt zwei persönliche Fragen. Würden Sie uns bitte sagen, wie alt Sie sind.

unter 30 Jahre 30-39 Jahre 40-49 Jahre

50-59 Jahre

60-69 Jahre

über 70 Jahre

Sind Sie weiblichen oder männlichen Geschlechts?

Falls Sie an Fortbildungsveranstaltungen teilnehmen möchten, legen Sie uns bitte eine Karte mit Ihrer Adresse bei.

Kommentare/ Anregungen zum Fragebogen: