

**Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung
in Schleswig-Holstein e.V.**

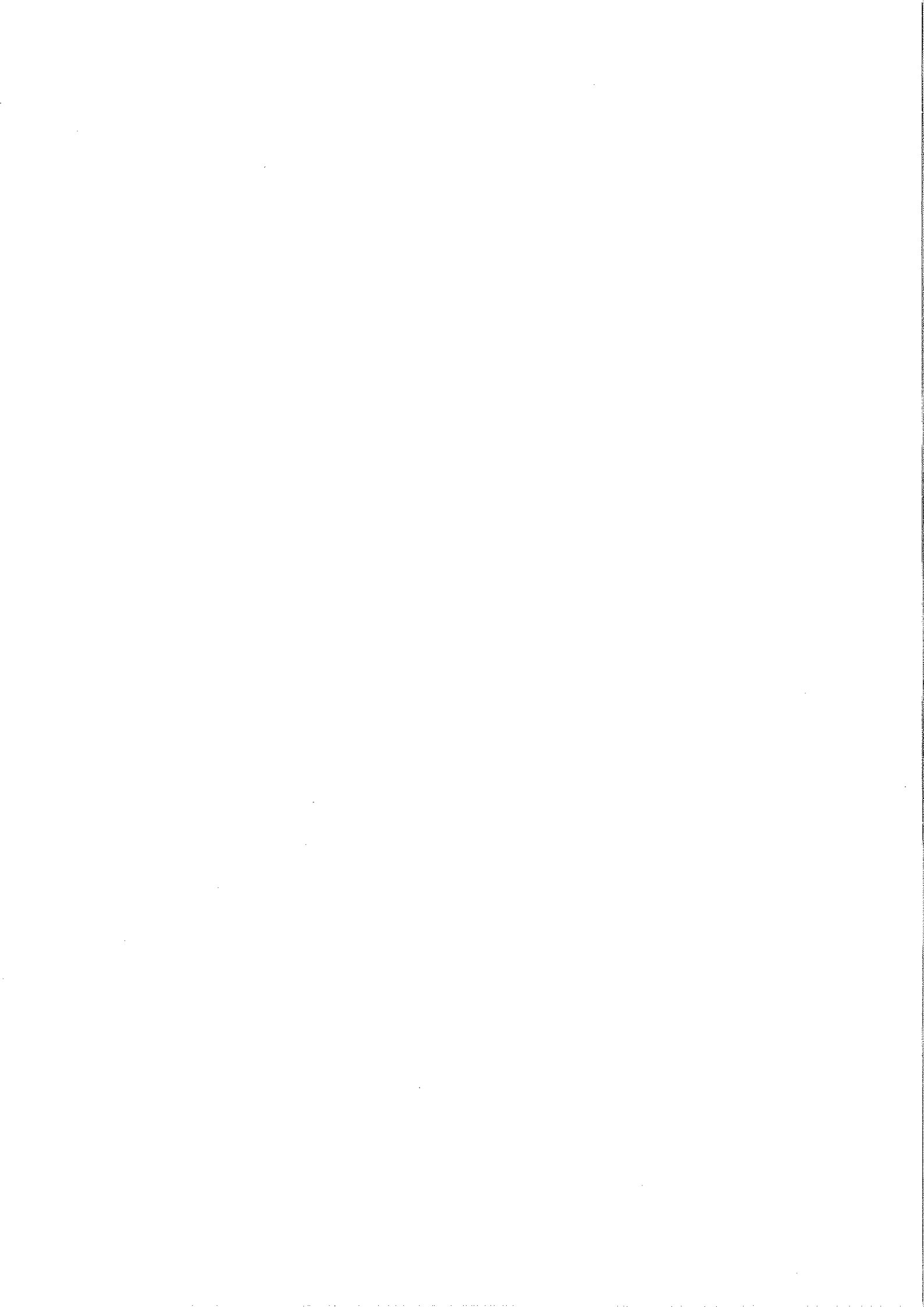
**Früherkennung und Behandlung von Depressionen in
Hausarztpraxen:**

**Evaluation von Fortbildungen zur Diagnostik, Therapie
und Einschätzung des Rehabilitationsbedarfs im
Rahmen des „Lübecker Bündnis gegen Depression“**

Ines Schäfer, Winfried Lotz-Rambaldi, Fritz Hohagen

Abschlußbericht

Oktober 2006



Abschlussbericht

Früherkennung und Behandlung von Depressionen in
Hausarztpraxen: Evaluation von Fortbildungen zur
Diagnostik, Therapie und Einschätzung des
Rehabilitationsbedarfs im Rahmen des
„Lübecker Bündnis gegen Depression“

Dr. Ines Schäfer, MPH
Dipl.-Psych. Winfried Lotz-Rambaldi
Prof. Dr. Fritz Hohagen

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Campus Lübeck



Förderer:

Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung
in Schleswig-Holstein – vffr

Oktober 2006

Korrespondenzadresse:

Dipl.-Psych. Winfried Lotz-Rambaldi
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck

Tel.: 0451-500-2445

E-Mail: lotz.w@psychiatrie.uk-sh.de

Inhalt

A. Einleitung	4
1. Theoretischer Hintergrund, Herleitung des Themas	4
1.1 Depression als Volkskrankheit	4
1.2 Unterversorgung von Patienten mit depressiven Störungen.....	4
1.3 Verbesserung der Versorgung durch Fortbildung von Hausärzten	5
1.4 Stand der Forschung.....	7
2. Studienziele	8
2.1 Studienziel	8
2.2 Primäre Zielvariablen	8
2.3 Sekundäre Zielvariablen.....	8
B. Hauptteil	10
3. Material und Methoden	10
3.1 Studientyp / Studiendesign.....	10
3.2 Anzahl der Messzeitpunkte	10
3.3 Art der Kontrollgruppe	10
3.4 Anzahl der Fälle in Interventions- und Kontrollgruppe	11
3.5 Stichprobe.....	11
3.5.1 Einschlusskriterien Praxen	11
3.5.2 Ausschlusskriterien Praxen	11
3.6 Erhebungsinstrumente	11
3.6.1 Überblick.....	11
3.6.2 Patient Health Questionnaire (PHQ).....	12
4. Durchführung der Studie	14
4.1 Akquisition der Praxen	14
4.1.1 Erstes Anschreiben	14
4.1.2 Erinnerungsschreiben	14
4.1.3 Kontaktierung der Studienpraxen	14
4.1.4 Maßnahmen zur Response-Sicherung	14
4.1.5 Randomisierung.....	15
4.2 Ablauf der Datenerhebung	15
4.2.1 Anonymisierung	15
4.2.2 Vergabe der Studienmaterialien an Arztpraxen	15
4.2.3 Datenerhebung in den Arztpraxen.....	16
4.3 Änderungen der Studie: Verzicht auf dritte Erhebungsphase	16
5. Auswertungen	18
5.1 Dateneingabe.....	18
5.2 Plausibilitätsprüfung / Datenediting	18
5.3 Statistische Auswertung	18
5.3.1 Analyse der Zielvariable	18
5.3.2 Auswertung des PHQ-9.....	19
5.3.3 Fehlende Werte.....	20
5.3.4 Auswertungsverfahren	20
6. Resultate	21
6.1 Response der Hausärzte.....	21
6.1.1 Stichprobe der Hausärzte.....	21
6.1.2 Non-Response-Analyse	23
6.2 Deskription der Stichprobe	24
6.2.1 Hausarztpraxen.....	24
6.2.2 Teilnahme an Fortbildung.....	25

6.2.3	Patientenstichprobe	26
6.3	Prävalenzen depressiver Störungen.....	28
6.3.1	Prävalenz nach PHQ-9.....	28
6.3.2	Prävalenz nach Arzturteil	29
6.4	Behandlungsmaßnahmen	30
6.5	Erkennungsrate depressiver Störungen / Übereinstimmung Arzt-Patient	31
6.5.1	Richtig und falsch diagnostizierte Patienten	31
6.5.2	Sensitivität und Spezifität	32
6.5.3	Genauigkeit.....	33
6.6	Zufriedenheit mit der Fortbildung.....	33
7.	Diskussion.....	36
7.1	Stichprobe der Hausarztpraxen.....	36
7.2	Prävalenz nach PHQ.....	36
7.3	Erkennungsrate.....	37
7.4	Effekt der Intervention	38
C.	Schlussteil	40
8.	Zusammenfassung.....	40
9.	Referenzen.....	43
10.	Danksagung	45
11.	Anhang	46

A. Einleitung

1. Theoretischer Hintergrund, Herleitung des Themas

1.1 Depression als Volkskrankheit

Die hohe gesundheits- und gesellschaftspolitische Bedeutung depressiver Störungen ist unbestritten. Untersuchungen der Weltgesundheitsorganisation (Murray u. Lopez 1997) zeigen die herausragende Bedeutung von Depressionen in den Industrieländern. Berücksichtigt man die Schwere der Beeinträchtigung und die Dauer der Erkrankung, liegt sie vor allen anderen körperlichen und psychiatrischen Volkskrankheiten. Nach einer Prognose der WHO wird die unipolare Depression im Jahre 2020 die zweithäufigste Erkrankung in der Gesamtbevölkerung darstellen.

Schätzungen zu Folge leiden in Deutschland ca. 5 % der erwachsenen Bevölkerung an einer behandlungsbedürftigen Depression (Punktprävalenz) – bei 52,82 Mio. Einwohnern in der Altersgruppe von 18-65 Jahren also ca. 2,6 Millionen Personen (Wittchen u. Jacobi 2001). Die Lebenszeitprävalenz beträgt ca. 12 % bei Männern und 24 % bei Frauen. 15 % der an schweren Depressionen leidenden Menschen nehmen sich das Leben. Autopsiestudien zeigen, dass bei 40-70 % aller Suizide Depression zu den Hauptursachen zählt. Der Mehrzahl der Betroffenen könnte durch spezielle Medikamente (Antidepressiva) und/oder Psychotherapie erfolgreich geholfen werden. Jedoch nur etwa 10 % der insgesamt ca. 4 Millionen betroffenen Personen aller Altersgruppen in Deutschland erhält eine adäquate Behandlung. Viele erkennen selbst nicht, dass sie unter Depression leiden, sondern glauben, körperlich erkrankt zu sein. Andere trauen sich aus Scham und Angst vor Stigmatisierung nicht, Hilfsangebote wahrzunehmen. Das persönliche Leid für Betroffene und Angehörige kann bei adäquater Diagnostik und Therapie deutlich verringert werden (vgl. Bündnis gegen Depression e.V. 2003).

Der wirtschaftliche Schaden, der mit oft langen krankheitsbedingten Ausfallzeiten, Unterversorgung und Chronifizierung von depressiven Erkrankungen einhergeht, ist beträchtlich. Im Jahr 1993 wurden in Deutschland 11 Mio. Ausfalltage durch Depressionen registriert und 1995 wurden 18.629 Frühberentungen aufgrund depressiver Erkrankungen bewilligt (Hegerl 2000).

1.2 Unterversorgung von Patienten mit depressiven Störungen

Im ambulanten Bereich wird die Versorgung psychisch Kranker in Deutschland v.a. durch niedrigschwellige Angebote von niedergelassenen Ärzten der Primärversorgung und durch fachspezifische Angebote von Ärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, von Ärz-

ten für Psychotherapeutische Medizin sowie von Psychologischen Psychotherapeuten gewährleistet. Daneben leisten psychosoziale Beratungsstellen, Ambulanzen und tagesklinische Einrichtungen wichtige Versorgungsaufgaben. Für einen Großteil der Hilfesuchenden sind die niedergelassenen Allgemeinärzte der primäre und oft auch einzige Ansprechpartner. Allerdings werden Fragen ihrer diagnostischen Kompetenz bei Vorliegen einer psychischen Komorbidität, also dem gleichzeitigen Vorliegen einer psychischen Störung neben einer somatischen Erkrankung, ihrer therapeutischen Kompetenz bei der Behandlung primärer (ausschließlicher) psychischer Störungen und ihrer Kooperationsbereitschaft mit spezialisierten Behandlern kontrovers diskutiert (Wittchen et al. 2000, Härter 2000, Koch 2003).

Im Jahr 2001 führten 135.255 Versicherte mit psychischen Störungen eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme über die Gesetzliche Rentenversicherung mit einer durchschnittlichen Verweildauer von 40 (Psychosomatik) bzw. 93 Tagen (Sucht) durch. In Psychosomatischen Rehabilitationskliniken stellen Patienten mit affektiven Störungen mit 24,8 % – nach der Gruppe der Patienten mit Störungen durch psychotrope Substanzen mit 28,6 % – die größte Gruppe dar (VDR 2002).

Bezogen auf das Gesamtsystem der Versorgung psychisch Kranker stellen sich nach Koch (2003) einige grundsätzliche Fragen vor allem zum Stellenwert und zur Integration der unterschiedlichen Angebotsformen:

- Wie kann die Frühidentifikation von behandlungsbedürftigen Patienten verbessert und eine adäquatere Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten erreicht werden?
- Wie können die unterschiedlichen Schnittstellenprobleme zwischen niederschwelliger und fachspezifischer Versorgung, zwischen ambulanten und stationären Angeboten, zwischen Krankenhausbehandlung und rehabilitativer Behandlung und zwischen stationärer Versorgung und Nachsorge verbessert werden?

Genau hier setzt die vorgelegte Studie an: Depressionen werden sowohl von Hausärzten, als auch im rehabilitativen Versorgungsbereich, noch immer zu häufig übersehen. Viele Patienten, die sich wegen einer somatischen Erkrankung in einer Rehabilitation befinden, weisen zusätzlich eine psychische Störung, meist eine Depression, auf. Psychische Belastungen und Störungen werden jedoch in der Rehabilitation häufig unzureichend erkannt und dementsprechend nicht oder nicht angemessen behandelt. Die Zuweisung solcher Patienten zu psychosozialen Behandlungsmaßnahmen innerhalb der Rehabilitation ist bisher nicht befriedigend (Härter u. Bengel 2001, Reuter et al. 2002).

1.3 Verbesserung der Versorgung durch Fortbildung von Hausärzten

Es sind unterschiedliche Modelle denkbar, auf welche Weise die Versorgung depressiv erkrankter Patienten im Sinne sekundär-präventiver Maßnahmen realisiert werden könn-

te, wobei das Vorgehen grundsätzlich aus zwei Schritten besteht: Screening und Intervention. Bei der Verortung der Aufgaben wäre es möglich, dass beide Schritte in der Hand des Arztes liegen. Für die Hausarztpraxis als Ort für Frühdetektion und Frühintervention spricht neben der dort gegebenen guten Erreichbarkeit von Personen mit depressiven Störungen und der Niederschwelligkeit des Angebots, dass der Hausarzt eine Vertrauensperson ist, zu dem zum Teil ein jahrelanger Kontakt besteht. Weiterhin ist eine Vielzahl von Erkrankungen direkt oder indirekt mit dem Auftreten depressiver Symptome assoziiert, wodurch sich günstige Anknüpfungspunkte für das beratende Gespräch ergeben. Hinzu kommt, dass sich hinter einer Reihe körperlicher Symptome wie Schlafstörungen, Abgeschlagenheit, Obstipation, Gewichtsverlust, Druckgefühl im Hals und auf der Brust, Schweregefühl in Armen und Beinen, Völlegefühl im Magen, Kopf- bzw. Rückenschmerzen eine – mitunter larvierte – Depression verbergen kann.

Ein solches erfolgreiches Vorgehen auf der Ebene der Hausarztpraxen im Sinne klassischer Früherkennung und -intervention könnte kurzfristig zu vielfältigen Vorteilen für Patienten, Behandler und Kostenträger führen:

- Erhöhung der Erkennungsrate behandlungsbedürftiger Depressionen
- frühere und adäquatere Behandlung durch den Hausarzt selbst oder frühere Überweisung zu spezialisierten Behandlern
- Verringerung der Suizid- und Suizidversuchsrate
- Reduktion von Krankschreibungen aufgrund „falscher“ somatischer Diagnosen
- Verminderung von Nicht- oder Fehlbehandlung
- Verbesserung der Zuweisungssteuerung zu Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation, i.S. einer Vermeidung von Fehlzuweisungen zu Reha-Maßnahmen im somatischen Indikationsbereich und einer Erhöhung gezielter Zuweisungen zu einer Rehabilitation für Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen

Dies wiederum kann mittel- und langfristig zur

- Vermeidung von Chronifizierungsprozessen
- Reduktion von Arbeitsunfähigkeitszeiten und
- Verhinderung vorzeitiger Berentungen

führen.

Die Studie zielt darauf, zu überprüfen, ob durch die Teilnahme von niedergelassenen Allgemeinärzten an einem strukturierten Fortbildungsprogramm die Erkennungsrate von depressiven Störungen in der hausärztlichen Praxis erhöht werden kann (Hauptzielvariable). Sie fokussiert damit auf die dringend erforderliche Verringerung der Unterversorgung von Personen mit einem besonderem Bedarf an rehabilitativen Hilfen, wie sie schon in den Empfehlungen der Kommission zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung (VDR 1991) gefordert wurde.

Die zu untersuchende Fortbildungsmaßnahme zielt dabei auf die Erhöhung unterschiedlicher Kompetenzbereiche ab. Neben der verbesserten Diagnostik depressiver Störungen wären bei Vorliegen bzw. Überschreiten definierter Grenzwerte dann verschiedene Optionen denkbar:

- Basisberatung bzw. Kurztherapie des Patienten durch den Allgemeinmediziner; hierzu soll im Rahmen des geplanten Projekts eine Fortbildung z.B. verhaltensmedizinischer oder psychopharmakologischer Kompetenz angeboten werden
- weitere diagnostische Abklärung durch den Allgemeinmediziner, welche dann gegebenenfalls zu einer unmittelbaren Zuweisung zu fachlich angemessener Behandlung (psychiatrische Behandlung, Fachpsychotherapie, stationäre oder ambulante psychosomatische Rehabilitationsbehandlung, etc.) führt
- Überweisung zur differenzierteren psychiatrisch/psychologischen Abklärung bei entsprechenden Spezialisten.

1.4 Stand der Forschung

Schätzungen über die Prävalenz psychogener Erkrankungen in Praxen der primärärztlichen Versorgung (Hausarzt, als Hausarzt tätiger Internist etc.) schwanken in deutschsprachigen Veröffentlichungen in Abhängigkeit der Krankheitsdefinition zwischen 15 % bzw. 25 % (Linden et al. 1996) und 36,8 % (Tress et al. 1997; vgl. auch Hartmann u. Zepf 2003). Die Erkennungsrate psychischer Erkrankungen wird dabei auf Werte zwischen 12,5 % und 3 % (Schach et al. 1989) und 60 % (Linden et al. 1996) geschätzt. Von den als psychisch krank diagnostizierten Patienten werden 47 % (Ormel et al. 1990) bis 51,6 % (Tress et al. 1997) pharmakologisch, 20 % i.S. der psychosomatischen Grundversorgung behandelt und nur etwa 8,4 % (Tress et al. 1997) bis 10 % (Geiselman u. Linden 1989) an Fachärzte überwiesen.

Wie bereits dargestellt, ist in Deutschland – bezogen auf alle Altersgruppen – von insgesamt ca. vier Millionen Betroffenen auszugehen, von denen jedoch lediglich nur 1,2-1,4 Millionen korrekt diagnostiziert sind. Eine adäquate Therapie erhalten ca. 400.000 Personen, also nur 10 % aller Betroffenen (Bündnis gegen Depression e.V. 2003). Die geringe Erkennungsrate psychischer Störungen in der primärärztlichen Versorgung weist ganz eindeutig auf ein Defizit in der ärztlichen Weiterbildung hin (Fritze et al. 2001). Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass trotz ihrer Häufigkeit Patienten mit depressiven Störungen nicht richtig erkannt, nicht adäquat psychopharmakologisch und psychotherapeutisch behandelt bzw. nicht rechtzeitig an Fachspezialisten überwiesen werden (Donoghue u. Tylee 1996, Paykel et al. 1997, Spitzer et al. 1995).

Diesen Aspekt griff eine im Rahmen des bundesweiten „Kompetenznetzes Depression, Suizidalität“ durchgeführte Interventionsstudie auf und entwickelte ein umfassendes Fortbildungskonzept und Qualitätsmanagementmaßnahmen für Haus- und Nervenärzte, das

implementiert und evaluiert wurde (ADM, Ambulantes Depressions-Management). An der Studie mit einem Interventions- und Kontrollgruppen-Design nahmen 66 Ärzte (43 Haus- und 23 Nervenärzte) in drei Modellregionen teil, die vor und nach einer gestuften Intervention mit Fortbildungsmaßnahmen und Qualitätszirkeln die diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen bei der Versorgung depressiver Patienten dokumentierten (Härter et al. 2003a, b, c). Aus der Evaluation der Ergebnisse lässt sich eine sehr positive Einschätzung durch die teilnehmenden Ärzte ableiten: 70 % der Hausärzte und 83 % der Nervenärzte waren zufrieden bzw. sehr zufrieden mit der Fortbildung und 70 % der Hausärzte bewerteten den Praxisbezug als gut bis sehr gut (Härter et al. 2003c). Positive Effekte auf die Versorgung depressiver Patienten lassen sich insbesondere in verbesserten Erkennungsraten, spezifischerer Diagnostik und einer stärkeren Leitlinienorientierung des diagnostischen und therapeutischen Vorgehens feststellen (Bermejo et al. 2003, Schneider et al. 2003).

2. Studienziele

2.1 Studienziel

Neben der Abschätzung der Größenordnung der Erkennensrate depressiver Störungen in hausärztlichen Praxen sollte der Effekt einer standardisierten und spezifischen Qualifizierung von Hausärzten auf die Detektion und frühe Sekundärprävention von Depressionserkrankungen analysiert werden. Damit wird die Frage fokussiert, ob sich durch eine spezifische Fortbildung die präventive und interventive Versorgung verändert. Es wird angenommen, dass durch die Beteiligung an entsprechenden Fortbildungen die Rate erkannter depressiver Störungen zunimmt.

2.2 Primäre Zielvariablen

- Erkennungsrate depressiver Störungen (Stichtagsprävalenz über drei Tage)
- Effekt einer standardisierten Fortbildung auf die Erkennungsrate

Es wurde erwartet, dass in den an der Fortbildung teilnehmenden Arztpraxen (Interventionsgruppe) nach der Fortbildung die Erkennungsrate um ca. 25 Prozentpunkte (von 45 % auf 70 %) somit signifikant höher ist als vor der Fortbildung (t0) und als in den nicht geschulten Arztpraxen (Kontrollgruppe).

2.3 Sekundäre Zielvariablen

- Zufriedenheit mit der Fortbildungsmaßnahme

- Von den Hausärzten dokumentierte Behandlungsmaßnahmen und Empfehlungen bei als depressiv eingeschätzten Patienten
- Einschätzung des Rehabilitationsbedarfs

Zum Zweck der Stichprobendeskription wurden soziodemographische und gesundheitsbezogene Variablen zu den Patienten sowie Arzt- und Praxismerkmale erhoben.

B. Hauptteil

3. Material und Methoden

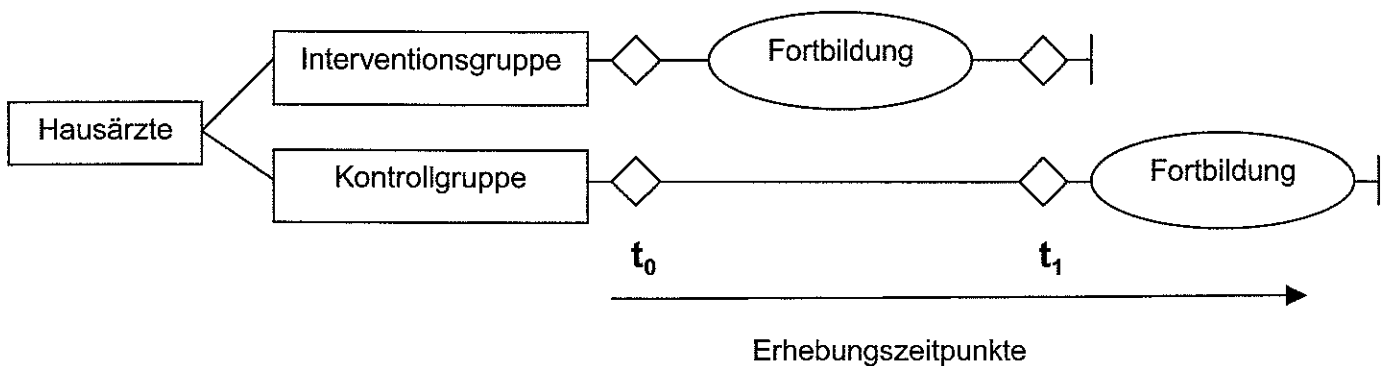
3.1 Studientyp / Studiendesign

Der Studientyp entspricht einer randomisierten, kontrollierten Interventionsstudie (Abb.1).

Im Rahmen einer Totalerhebung wurden alle Hausärzte der Studienregion kontaktiert und die teilnahmebereiten Praxen randomisiert der Interventions- bzw. Kontrollgruppe zugeordnet. Zu Studienbeginn wurde in jeder Gruppe die Erkennungsrate depressiver Störungen erfasst (t_0). Im Anschluss erhielt die Interventionsgruppe eine standardisierte Fortbildung zur Früherkennung und Behandlung von Depressionen. Danach folgte eine zweite identische Erhebungsphase (t_1).

Die Kontrollgruppe erhielt das Fortbildungsangebot nach Abschluss der Datenerhebungen.

Abb. 1 Schema Studiendesign



3.2 Anzahl der Messzeitpunkte

Die Datenerhebung findet somit in beiden Gruppen zeitgleich zu zwei Messzeitpunkten statt.

3.3 Art der Kontrollgruppe

Die Kontrollgruppe, die keine Fortbildung im Untersuchungszeitraum erfährt, bilden diejenigen Hausärzte, die aus der teilnahmebereiten Grundgesamtheit in diese Gruppe randomisiert wurden.

3.4 Anzahl der Fälle in Interventions- und Kontrollgruppe

Eine vor Studienbeginn durchgeführte Standard Power-Kalkulation ergab, dass eine Stichprobengröße von 20 Hausarztpraxen je Gruppe und einer Fallzahl von 200 Patienten pro Praxis und Messzeitpunkt ausreichend ist, um die angestrebte Verbesserung der Depressionserkennungsrate um 25 Prozentpunkte in der Interventionsgruppe mit mehr als 80 % Power und auf einem Signifikanzniveau von 5 % nachweisen zu können.

3.5 Stichprobe

Als studienrelevant im Sinne der Fragestellung galten alle niedergelassenen Ärzte, die in Lübeck und angrenzenden Gemeinden hausärztlich tätig waren. Ausgehend von der Kalkulation der für die Studie benötigten Fallzahl erfolgte die Definition der Studienregion in Absprache mit der Ärztekammer (ÄK) und der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holsteins (KV) sowie den Leitern hausärztlicher Qualitätszirkel.

3.5.1 Einschlusskriterien Praxen

- Fachärzte für Allgemeinmedizin
- Praktische Ärzte
- Hausärztlich niedergelassene Fachärzte für Innere Medizin
- Praktische Ärzte ohne Facharztanerkennung
- Praxissitz in:
 - Lübeck mit Kücknitz und Travemünde
 - Krummesse (Kreis Lübeck und Herzogtum Lauenburg)
 - Groß Grönau (Kreis Herzogtum Lauenburg)
 - Stockelsdorf (Kreis Ost-Holstein)
 - Bad Schwartau Stadt (Kreis Ost-Holstein)

3.5.2 Ausschlusskriterien Praxen

- Absehbare Praxisaufgabe oder -verlegung außerhalb der Studienregion vor Abschluss der Datenerhebungen
- Teilnahme an anderen Fortbildungen im Rahmen des „Lübecker Bündnis gegen Depression“ (z.B. „Train the Trainer-Seminar“)

3.6 Erhebungsinstrumente

3.6.1 Überblick

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die in der Studie verwendeten Erhebungsinstrumente. Zum Einsatz kamen ein Patienten-Fragebogen (Anlage 1), ein Arzt-Fragebogen (Anlage 2) und ein Praxis-Dokumentationsbogen (Anlage 3).

Tab. 1 Verwendete Erhebungsinstrumente

Instrument	Inhalt / Variablen	Items (n)
Patienten-Fragebogen (Anhang 1)	Beratungsanlass	1
	Arztbesuche in letztem Jahr (n)	1
	Gesundheitszustand (aus SF-12)	1
	Depression Screening-Instrument (PHQ-9)	9
	Soziodemographie und Partnersituation	8
Arzt-Fragebogen (Anhang 2)	Beratungsanlass	1
	Frühere psychische Beschwerden	3
	Depression ja/nein	1
	Depression: Diagnose und Therapie	8
Praxis-Dokumentationsbogen (Anhang 3)	Praxisart , Anzahl Ärzte	2
	Patienten / Tag	1
	Arztmerkmale (Alter, Geschlecht, Praxisjahre, Fachrichtung, Schwerpunktbezeichnung, Zusatzqualifikation „Psychosom. Grundversorgung“)	7
	Sicherheit bzgl. Depressionsdiagnose und -therapie	1
	Zufriedenheit mit Fortbildung (I-Gruppe)	1

Der innerhalb des Patienten-Fragebogens verwendete Patient Health Questionnaire (PHQ) wird wegen seiner zentralen Bedeutung für diese Studie im Folgenden näher beschrieben.

3.6.2 Patient Health Questionnaire (PHQ)

Zur Diagnostik depressiver Störungen stehen für den hausärztlichen Bereich verschiedene Instrumente zur Verfügung. Für die vorliegende Studie wurden als Screening-Instrument die Depressionsskala der deutschen Kurzform des „Patient Health Questionnaire“ (PHQ-D) (Löwe et. al 2001) ausgewählt. Dieses Selbstbeurteilungsinstrument erfasst DSM-IV und ICD-10 Diagnosekriterien für Depressionen; die kriterienorientierte Auswertung ermöglicht eine diagnostische Einschätzung der psychischen Beschwerden als „Majore Depression“ oder „andere depressive Störung“. Die Depressionsskala (PHQ-9) besteht aus 9 Items mit 4-stufigen Antwortvorgaben („überhaupt nicht“ bis „beinahe jeden Tag“) und stellt in der vorliegenden Studie den wesentlichen Bestandteil des Patientenfragebogens dar (Anhang 1).

Verschiedene Studien haben für den PHQ-9 gute Kennwerte belegt: Interne Konsistenz für die kontinuierlichen Skalen: $r=0,88$; Sensitivität 73 % bis 84 %; Spezifität 88 % bis 98 % (Bermejo 2003). Im Vergleich zu anderen Fragebögen zeichnet sich der PHQ durch eine günstigere Relation zwischen richtig und falsch diagnostizierten Patienten aus (positiver prädiktiver Wert).

Die Auswahl des PHQ begründet sich neben der hohen Validität bei der Diagnose depressiver Störungen auch darin, dass dieses Screening-Instrument in Studien mit vergleichbaren

Fragestellungen an der Universität Freiburg (Härter et al. 2003b) eingesetzt wurde, so dass umfangreiche Referenzdaten vorliegen.

Darüber hinaus ermöglicht der PHQ-9 mit einer Ausfüllzeit von ca. drei Minuten eine gut akzeptierte und zeitökonomische Diagnostik im Praxisalltag.

4. Durchführung der Studie

4.1 Akquisition der Praxen

4.1.1 Erstes Anschreiben

Kontaktiert wurden alle niedergelassenen Ärzte, welche die Einschlusskriterien der Studie erfüllten (Totalerhebung). Das erste Anschreiben wurde Ende September 2004 von der Ärztekammer Schleswig-Holstein versandt (Anhang 4). In einem gemeinsamen Brief der Ärztlichen Geschäftsführerin der Ärztekammer, des Vorsitzenden der Kassenärztlichen Vereinigung sowie des Direktors der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie (Studienzentrum) und des Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin des UK-SH Lübeck wurden das „Lübecker Bündnis gegen Depression“ und die geplante Studie kurz vorgestellt und um die Mitarbeit der Hausärzte gebeten. Eine zweite Seite enthielt detaillierte Informationen insbesondere zum Ablauf der Studie, Namen und Telefonnummern der Ansprechpartner sowie die Bitte, das beiliegende Antwortfax innerhalb der nächsten Woche an die Klinik für Psychiatrie zurückzusenden. Als Antwortkategorien waren „nehme teil“, „unentschieden, bitte Informationen“ sowie „nehme nicht teil (Begründung)“ vorgegeben.

Dieses Anschreiben wurde auf der Grundlage des im September 2004 aktuellen Ärzteverzeichnisses an insgesamt 201 Ärzte verschickt.

4.1.2 Erinnerungsschreiben

Die Ärzte, von denen vier Wochen nach dem ersten Brief noch keine Rückmeldung vorlag, wurden im Oktober 2004 erneut angeschrieben (Anhang 5). Diese, ebenfalls gemeinsam unterzeichneten und über die ÄK verschickten Anschreiben enthielten den Hinweis, dass bereits 30 (von 40 angestrebten) Hausarztpraxen ihre Studienteilnahme zugesagt hatten.

4.1.3 Kontaktierung der Studienpraxen

Mit den Hausärzten, die ihre Studienteilnahme zugesagt hatten oder um weitere Informationen baten, wurde telefonisch ein Besuch der wissenschaftlichen Mitarbeiterin der Studie in der Praxis vereinbart. Diese Praxistermine dienten der Beantwortung von Fragen, der Vorstellung der Erhebungsinstrumente sowie der konkreten Besprechung des Studienablaufs mit den ärztlichen und paramedizinischen Praxismitarbeitern.

4.1.4 Maßnahmen zur Response-Sicherung

Im Vorfeld des ersten Anschreibens wurde die geplante Studie in den regionalen Veröffentlichungsorganen der KV („Nordlicht“) und ÄK („Ärzteblatt“) vorgestellt; jeweils mit dem Hinweis auf die Unterstützung des Vorhabens durch die Ärztevertretung und der Bitte um Mitarbeit.

In den Informationen zur Studie, die dem ersten und zweiten Anschreiben beilagen, wurden den Ärzten als „Incentive“ eine Aufwandsentschädigung von insgesamt 150,- € angeboten. Darüber hinaus wurden in diesen Anschreiben auf die Akkreditierung der Fortbildungsveranstaltung durch die Ärztekammer mit insgesamt 12 Fortbildungspunkten hingewiesen.

Zur Sicherung des Rücklaufs der Fragebögen in t0 und t1 wurden Praxen, von denen zwei Wochen nach Ablauf der vorgesehenen Erhebungsfrist noch keine Fragebögen vorlagen, erneut angeschrieben und danach ggf. bis zu dreimal telefonisch kontaktiert.

Aufgrund des schlechteren Fragebogenrücklaufs in t1 wurde das 2. und 3. Telefongespräch mit dem Arzt selbst geführt.

4.1.5 Randomisierung

Alle teilnahmebereiten Hausarztpraxen wurden randomisiert in die Interventionsgruppe (Fortbildung) und die Kontrollgruppe (keine Fortbildung im Studienzeitraum) unterteilt. Die Zuteilung der Praxen erfolgte computergestützt auf der Basis einer Listen-Randomisierung mit Zufallszahlen (SISA 2002). Um zu gewährleisten, dass für die Auswertungen auch auf der Basis einer „Per Protocol-Analyse“ eine annähernd gleiche Anzahl von Interventions- und Kontrollpraxen zur Verfügung stehen, wurden etwas mehr als die Hälfte der Praxen (55 %) der Interventionsgruppe zugeordnet, für die aufgrund des Fortbildungsaufwands eine höhere Drop-Out-Rate zu erwarten war.

4.2 Ablauf der Datenerhebung

4.2.1 Anonymisierung

Die Datenerhebung erfolgte anonymisiert. Alle Arzt- und Patientenbögen enthielten einen 7-stelligen Code, der aus der Gruppenzugehörigkeit (I oder K), der Praxisnummer (01-99), dem Erhebungszeitpunkt (A, B) sowie einer dreistelligen fortlaufenden Nummerierung (Patientennummer) bestand. Den Praxismitarbeiterinnen wurden die Erhebungsbögen sortiert nach Paaren aus Patienten- und Arztfragebogen mit jeweils gleicher ID übergeben.

4.2.2 Vergabe der Studienmaterialien an Arztpraxen

Zum ersten Erhebungszeitpunkt (t0) wurden die Studienmaterialien (Arzt- und Patientenfragebogen, Informationsblatt für Patienten (Anhang 6), Ablaufbeschreibung für das Praxisteam (Anhang 7), Schreibunterlagen sowie Kugelschreiber für die Patienten) von der Studienmitarbeiterin persönlich in den teilnehmenden Arztpraxen abgegeben. Dabei wurde der Ablauf der Datenerhebung nochmals detailliert mit den Praxismitarbeiterinnen besprochen und insbesondere auf die methodische Notwendigkeit einer genauen Zuordnung der nummerierten Fragebögen und der unselektierten Ausgabe an alle Patienten hingewiesen. Für mög-

liche Fragen und Unsicherheiten, die sich während der Datenerhebung in den Praxen ergaben, stand eine telefonische Hotline zur Verfügung.

Nach Abschluss der Datenerhebung wurden die Erhebungsbögen aus den Praxen ebenfalls persönlich abgeholt.

In der zweiten Erhebungsphase erfolgten Versand und Rücksendung der Erhebungsbögen postalisch.

4.2.3 Datenerhebung in den Arztpraxen

Zu den Erhebungszeitpunkten t0 und t1 wurden an jeweils drei (aufeinander folgenden) Tagen allen Patienten, die den Arzt persönlich konsultierten der Patientenfragebogen und das Informationsblatt für Patienten von den empfangenden Praxismitarbeiterinnen ausgehändigt. Die Patienten wurden darin kurz über das Lübecker Bündnis gegen Depression und über die Studie informiert und gebeten, den Fragebogen im Wartezimmer auszufüllen. Vor dem Arztkontakt wurden die Fragebogen von den Praxismitarbeiterinnen wieder eingesammelt und auf Vollständigkeit überprüft.

Einschlusskriterien Patienten

- Mindestalter 18 Jahre
- Ausreichende Deutschkenntnisse

Ausschlusskriterien Patienten

- Aktuelle depressive Erkrankung
- Starke gesundheitliche oder geistige Beeinträchtigungen, so dass der Patient nicht in der Lage ist, den Fragebogen auszufüllen
- Teilnahme an Erhebung zu t0 (für t1)

Parallel zu der Ausgabe des Patientenfragebogens wurde von den Praxismitarbeiterinnen der Arztfragebogen mit identischer ID-Nummer in die Patientenkarte gelegt. Dieser wurde vom Arzt – ohne Kenntnis der Patientenangaben – unmittelbar nach der Konsultation ausgefüllt.

Nach Abschluss der zweiten Erhebungsphase wurde an alle teilnehmenden Ärzte ein Fragebogen zur Erfassung von Praxischarakteristika und – für die Interventionsgruppe – zur Erfassung der Zufriedenheit mit der Fortbildung versandt.

4.3 Änderungen der Studie: Verzicht auf dritte Erhebungsphase

Auf den ursprünglich vorgesehenen dritten Erhebungszeitpunkt zur Überprüfung der Nachhaltigkeit des Fortbildungseffektes wurde aus im Wesentlichen zwei Gründen verzichtet:

Zum einen traten im Unterschied zu t0 in der zweiten Erhebungsphase deutliche Responseprobleme auf, die insbesondere die Kontrollpraxen betrafen. Während zu den Ärzten der

Interventionsgruppe regelmäßiger persönlicher Kontakt durch die an drei Abenden stattgefundene Fortbildungsveranstaltung bestand, konnte eine angestrebte adäquate Bindung der Kontrollärzte auch durch wiederholte Anschreiben zum „Stand der Studie“ offenbar nicht gesichert werden.

In beiden Gruppen ergab die Datenerhebung in t1 eine geringere Fallzahl als in t0 und erstreckte sich über einen längeren Zeitraum. Letzteres ist vor allem auf die zeitaufwändigen Maßnahmen zur Responsesicherung zurück zu führen. Ca. 1/3 der Praxen erklärte sich erst nach mehrmaligem Kontaktieren zu einer erneuten Erhebungsphase bereit. Offensichtlich stellte sich, auch wenn den Hausärzten im initialen Anschreiben ein Studiendesign mit drei Erhebungszeitpunkten angekündigt wurde, nach Abschluss von t0 eine „Ermüdungsphase“ ein. Einige Praxen berichteten, den mit der Erhebung verbundenen Arbeitsaufwand, was sich insbesondere auf die Ausgabe der Fragebögen durch die Helferinnen bezog, unterschätzt zu haben. Aufgrund der zeitlichen Prolongierung von t1 hätte eine dritte Erhebungsphase – angesichts beschränkter zeitlicher und finanzieller Studienressourcen – im unmittelbaren Anschluss an t1 stattfinden müssen, wobei von einer äußerst geringen und hochgradig selektiven Teilnahme auszugehen gewesen wäre.

Zum anderen ergab eine Zwischenauswertung, dass sich der erwartete Anstieg der Erkennungsrate in der Gruppe der fortgebildeten Hausärzte nicht bestätigte, so dass eine weitere Erhebungsphase zur Analyse der Nachhaltigkeit eines nicht-belegbaren Interventionseffektes nicht sinnvoll erschien.

5. Auswertungen

5.1 Dateneingabe

Die auf Papierfragebögen erhobenen Arzt- und Patientendaten wurden in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie nach standardisierten Vorgaben in SPSS erfasst.

Bereits während und auch nach der Dateneingabe wurde die Korrektheit der Übertragung überprüft, indem sowohl ein regelmäßiger visueller Daten-Check der SPSS-Datei als auch ein stichprobenartiger Vergleich der eingegeben Daten mit den Fragebogenangaben vorgenommen wurde.

5.2 Plausibilitätsprüfung / Datenediting

Nach Abschluss der Dateneingabe wurden vorab definierte Plausibilitätsprüfungen durchgeführt. Angesichts der zentralen Bedeutung der korrekten Zuordnung von Arzt- und Patientenbogen in den Praxen wurde für jeden einzelnen Fall die Übereinstimmung der Angaben zum Erhebungsdatum und „Konsultationsgrund“ überprüft. In den Fällen, in denen eindeutig eine systematische Verschiebung in der Zuordnung (Ausgabe) der Bögen (z.B. jeweils versetzt um eine Nummer) zu erkennen war, wurde eine Korrektur vorgenommen. Fallreihen (keine einzelnen Fälle), für die eine offensichtlich falsche Zuordnung vorlag (Erhebungsdatum und Konsultationsgrund widersprüchlich) oder bei denen sich zu einer ID-Nummer jeweils nur ein Bogen fand, wurden von der Analyse ausgeschlossen. Um Eingabefehler auszuschließen wurden sowohl Korrekturen als auch Ausschlüsse erst nach einem Abgleich mit den Papierfragebögen vorgenommen.

5.3 Statistische Auswertung

Zunächst werden die Ergebnisse der beiden Erhebungszeitpunkte unabhängig voneinander deskriptiv ausgewertet und dargestellt. Unterschiede zwischen der Interventions- und der Kontrollgruppe zum Zeitpunkt t0 werden mit den chi²-Test bzw. dem T-Test auf ihre statistische Signifikanz überprüft.

Die Sensitivität und Spezifität sowie die korrespondierenden Konfidenzintervalle wurden mit Standardverfahren, entsprechend Fleiss (1981); „Statistical Methods for Rates and Proportions“, berechnet.

Alle Auswertungen erfolgten mit dem Statistikprogramm SPSS, Version 12.0.

5.3.1 Analyse der Zielvariable

Als Maß der hausärztlichen Depressions-Erkennungsrate wurde die Übereinstimmung zwischen der Selbstbeurteilung des Patienten anhand des PHQ-Scores (hier: „gold standard“) und der Arzt diagnose im Fragebogen (Depression „ja/nein“) zugrunde gelegt.

Dazu wurden folgende Parameter gebildet:

- richtig positiv
(Arzt und PHQ: Depression)
- richtig negativ
(Arzt und PHQ: keine Depression)
- falsch positiv
(Arzt: Depression, PHQ: keine Depression)
- falsch negativ
(Arzt: keine Depression, PHQ: Depression)

diagnostizierte Patienten

5.3.2 Auswertung des PHQ-9

Der PHQ-9 wurde entsprechend den standardisierten Vorgaben des Tests ausgewertet (Löwe et al. 2001). Den Analysen der vorliegenden Studie liegt die kategorielle Diagnosestellung zugrunde; unterschieden wurden: „Majore Depressionen“ und „andere depressive Störungen“. Für eine Majore Depression müssen mehr als fünf der neun Fragebogensymptome, darunter eins der beiden Hauptsymptome, „an mehr als der Hälfte der Tage“ oder „in den letzten 2 Wochen“ aufgetreten sein. Die Diagnose einer „anderen depressiven Störung“ wird gestellt, wenn zwei bis vier Symptome, darunter eins der beiden Hauptsymptome, „an mehr als der Hälfte der Tage“ oder „in den letzten 2 Wochen“ auftrat.

Für den vorliegenden Bericht wurde zusätzlich eine diese beiden Gruppen vereinende Kategorie „alle Depressionen“ gebildet (Tab. 2).

Tab. 2 Diagnosetabelle nach PHQ-Manual

Diagnose	Merkmale	ICD-10
Majore Depression	Erstmalige depressive Episode	
	leicht	F32.0
	mittelgradig	F32.1
	schwer	F32.2
	Rezidivierende depressive Episode	
	leicht	F33.0
mittelgradig	F33.1	
schwer	F33.2	
Andere depressive Syndrome	Nicht näher bez. depressive Episode	F32.9
	Nicht näher bez. rezidivierende depressive Störung	F33.9
	Dysthymia	F34.1
Alle depressiven Störungen	„Majore Depression“ oder „andere depressive Störungen“	

5.3.3 Fehlende Werte

Entsprechend dem Vorgehen der deutschen Autoren des PHQ (Löwe et al. 2001) wurden maximal zwei fehlende Werte der insgesamt neun Items durch Imputation des Skalenmittels ersetzt. Fälle mit mehr als zwei fehlenden Items wurden von der Auswertung ausgeschlossen.

5.3.4 Auswertungsverfahren

Die Berechnung der hausärztlichen Erkennungsrate erfolgte vorrangig nach dem „Intention to Treat“-Verfahren (ITT). Das heißt, die Arztpraxen wurden in derjenigen Gruppe ausgewertet, der sie durch Randomisierung zugewiesen wurden. So wurden beispielsweise Daten von Ärzten der Interventionsgruppe zugerechnet, auch wenn die Hausärzte nicht an der Schulung teilgenommen hatten. In die Kontrollgruppenärzte randomisierte Ärzte dagegen wurden für die Auswertung auch dann dieser Gruppe zugeordnet, wenn sie gemeinsam mit den Interventionsärzten die Fortbildungsveranstaltungen besucht haben.

Zusätzlich wurde für die Hauptfragestellungen eine „Per Protocol“-Analyse (PP) durchgeführt, in die nur die Hausärzte einbezogen wurden, die einen protokollgemäßen Studienablauf erfahren hatten.

Sofern nicht anders vermerkt, werden im vorliegenden Bericht die Ergebnisse der Intention to Treat Analyse aufgeführt.

6. Resultate

6.1 Response der Hausärzte

6.1.1 Stichprobe der Hausärzte

Die nachfolgend dargestellte Abbildung 2 gibt einen schematischen Überblick über das Responseverhalten der in die Untersuchung einbezogenen Arztpraxen.

Alle als studienrelevant identifizierten Hausärzte wurden von der ÄK-SH angeschrieben und um Teilnahme gebeten. Von diesen insgesamt 201 Praxen wurden 16 – aufgrund eines kürzlich erfolgten bzw. anstehenden Wechsels des Praxisinhabers oder wegen eines psychotherapeutischen Schwerpunktes – ausgeschlossen. Weitere 151 Praxen nahmen nicht an der Studie teil, so dass insgesamt 34 Praxen für die Randomisierung zur Verfügung standen. Dies entspricht einer Teilnehmerrate von 18,4 %.

Von den 34 Studienpraxen waren sieben Gemeinschaftspraxen, in denen sich jeweils alle Ärzte an der Datenerhebung beteiligten. Eine individuelle Zuordnung der Fragebogen zu den ausfüllenden Ärzten wäre nur für eine Gemeinschaftspraxis möglich. Die Randomisierung erfolgte jedoch auf Praxisebene und es konnte sichergestellt werden, dass alle Ärzte der Interventionspraxen an den Fortbildungsveranstaltungen teilnahmen.

Von den 34 Praxen wurden 18 der Interventions- und 16 der Kontrollgruppe zugeteilt. Alle randomisierten Interventionspraxen nahmen an der ersten Erhebungsphase teil. In der Kontrollgruppe wurde eine Praxis (2 Ärzte) wegen kurzfristiger Praxisabgabe und ein Arzt mit dem vorab nicht bekannten Schwerpunkt „Psychotherapie“ ausgeschlossen.

Insgesamt wurden in t0 Daten zu 1384 Patienten (758 aus den Interventions- und 626 aus den Kontrollpraxen) erhoben.

Mit Ausnahme zweier Ärzte (2 Praxen) besuchten alle Ärzte der Interventionspraxen (n=16) die Fortbildungsveranstaltung. Zusätzlich nahm ein Arzt aus der Kontrollgruppe an der Fortbildung teil.

Von den beiden Interventionspraxen, welche die Fortbildungsveranstaltung nicht besuchten, schied eine Praxis vor der zweiten Datenerhebung aus der Studie aus (Praxisumzug), die andere nahm an t1 teil.

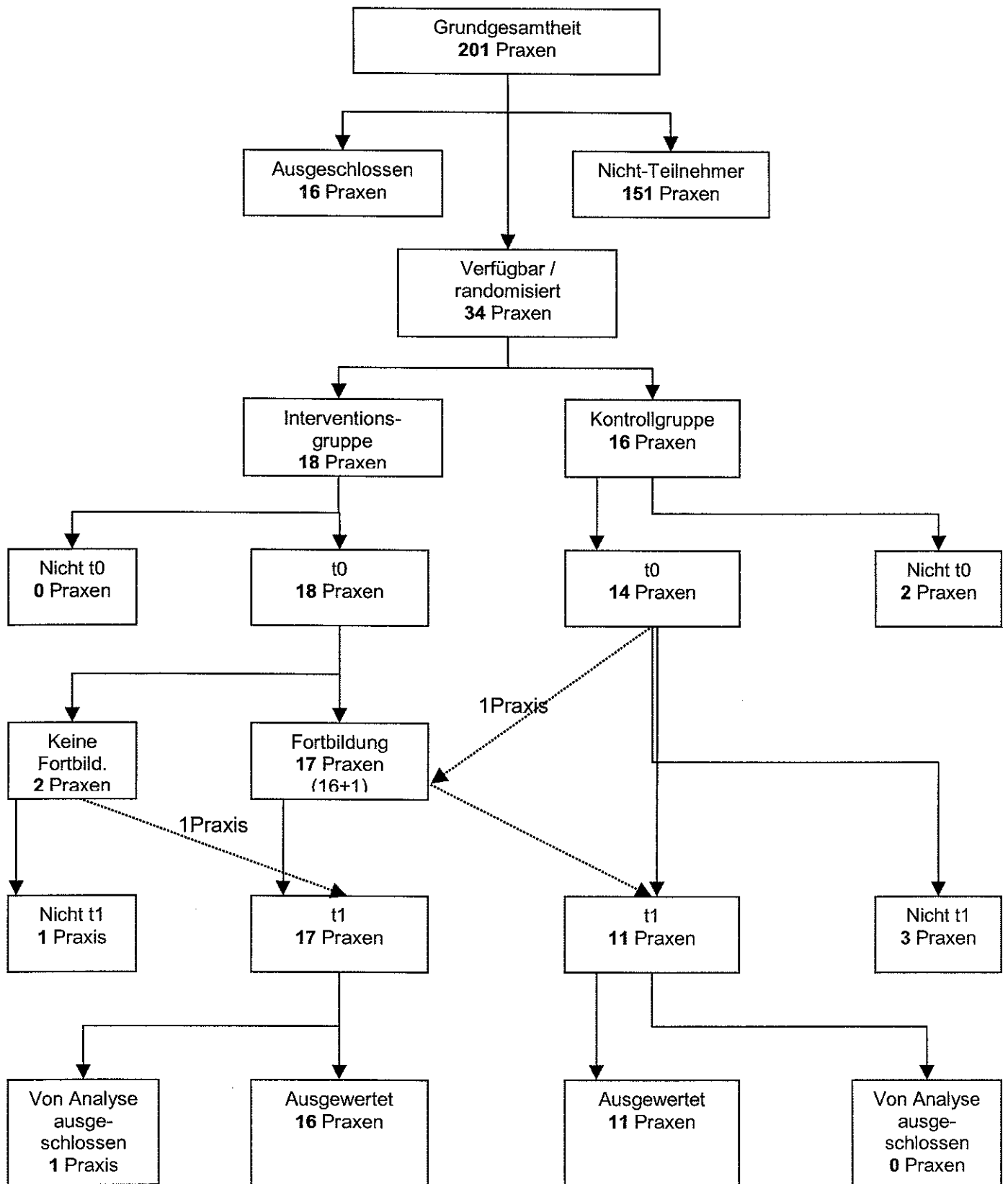
Von den 14 Kontrollpraxen für Daten aus t0 vorlagen, erhoben drei keine Daten in t1.

Die Anzahl der in t1 erhobenen Datensätze betrug insgesamt 943, davon entstammten 565 Patienten der Interventions- und 378 der Kontrollgruppe.

Für die Analysen ausgeschlossen werden musste lediglich eine Gemeinschaftspraxis aufgrund einer durchgehend fehlerhaften und nicht rekonstruierbaren Zuordnung der Arzt- und Patientenbogen, diese ist in den Angaben zu den Patientenzahlen nicht berücksichtigt.

Insgesamt standen aus t0 und t1 für die Auswertungen 2327 Datensätze zur Verfügung.

Abb. 2: Response-Schema



6.1.2 Non-Response-Analyse

Für eine detaillierte Non-Responder-Analyse (Tab. 3) standen lediglich die Daten der n=16 Arztpraxen (davon 2 Gemeinschaftspraxen) zur Verfügung, die das Antwortformular, das dem Anschreiben der Ärztekammer beilag, zurücksandten. Bei 56 % handelte es sich um Ärzte für Allgemeinmedizin und bei jeweils 19 % um praktische Ärzte bzw. Internisten. der Anteil der Ärztinnen betrug insgesamt 20 %.

Tab. 3 Non-Responder Fragebogenangaben nach Fachrichtung

Fachrichtung	n (%)
Ärzte für Allgemeinmedizin	9 (56,3)
Praktische Ärzte	3 (18,8)
Internisten	3 (18,8)
keine Angabe	1 (6,3)
Gesamt	16 (100,0)

Die Begründungen für die Nicht-Teilnahme verteilten sich wie folgt auf die vorgegebenen Kategorien (Tab. 4):

Tab. 4 Non-Responder Fragebogenangaben: Begründung der Nicht-Teilnahme

Grund (Mehrfachnennungen)	n (%)
Zeitaufwand Datenerhebung	9 (39,1)
Zeitaufwand Schulung	6 (26,0)
kein Interesse	4 (17,4)
anderer Grund	3 (13,0)
Absage ohne Angabe von Gründen	1 (4,3)
Gesamt	23 (100)

Als häufigster Grund für die Nicht-Teilnahme wurde der mit der Studie verbundene Zeitaufwand angeführt (insgesamt 65 % aller Nennungen), 17 % (n=4) gaben an, keine Interesse an der Studienthematik zu haben. „Andere Gründe“ waren eine grundsätzliche Nicht-Teilnahme an Forschungsprojekten (n=2) sowie die geringe Aufwandsentschädigung (n=1).

6.2 Deskription der Stichprobe

Wie in der Response-Graphik dargestellt, musste eine Praxis der Interventionsgruppe aus der Datenanalyse ausgeschlossen werden. Hier hatte die Plausibilitätskontrolle eine durchgängig nicht übereinstimmende Zuordnung der Arzt- und Patientenfragebögen gezeigt. Auch anhand der Papierfragebögen konnte eine nachträgliche Zuordnung nicht mit hinreichender Sicherheit vorgenommen werden, so dass diese Praxis in den folgenden Datenauswertungen nicht berücksichtigt wurde.

6.2.1 Hausarztpraxen

Tabelle 5 zeigt die Charakteristika der teilnehmenden Hausarztpraxen zum ersten Erhebungszeitpunkt.

Die Interventionsgruppe bestand aus 18 Praxen mit insgesamt 24 Ärzten und die Kontrollgruppe aus 14 Praxen mit insgesamt 15 Ärzten. Somit lag der Anteil der Gemeinschaftspraxen in der Interventionsgruppe mit 33 % deutlich höher als in der Kontrollgruppe (7 %); der Unterschied ist nach Fischer's Exaktem Test jedoch nicht statistisch signifikant ($p \leq 0,216$).

In der Interventionsgruppe ist der Anteil der Ärztinnen mit 37,5 % (nicht signifikant) höher als in der Kontrollgruppe (14,3 %). Auffällig ist weiter, dass bei den Kontrollärzten die beiden oberen Altersgruppen jeweils doppelt so hoch besetzt sind, wie bei den Interventionsärzten; aufgrund der z.T. geringen Zellbesetzung von unter fünf Fällen wird hier jedoch kein Signifikanzwert für den chi2 Test ($\chi^2 = 5,4$) angegeben.

In beiden Gruppen liegt der Anteil der Allgemeinmediziner bzw. praktischen Ärzte über 80 %, in der Interventionsgruppe nahmen zwei Fachärzte für Innere Medizin teil versus null in der Kontrollgruppe.

Die von den Ärzten geschätzte durchschnittliche Anzahl der Patienten pro Tag unterscheidet sich nicht signifikant zwischen den Gruppen, tendenziell wurde in der Kontrollgruppe ein etwas höheres Patientenaufkommen angegeben.

62,5 % der Interventions- und 50,5 % der Kontrollärzte verfügen über die Zusatzqualifikation „Psychosomatische Grundversorgung“.

Auf die Frage nach der empfundenen Sicherheit hinsichtlich Diagnose und Therapie von Depressionen (vor der Fortbildung) gaben alle Kontrollärzte an, sich entweder sehr oder ausreichend sicher zu fühlen, in der Interventionsgruppe traf dies auf 74 % zu, sechs Ärzte (26 %) schätzten ihre Sicherheit als nicht ausreichend ein.

Die mit dem Fragebogen erhobenen deskriptiven Ergebnisse zur „Dauer der Praxistätigkeit insgesamt“ werden in der Tabelle nicht dargestellt, da diese Frage aufgrund ihrer nicht eindeutigen Formulierung offenbar unterschiedlich interpretiert wurde. So bezogen sie einige Ärzte ausschließlich auf die Tätigkeit in der aktuellen Praxis, andere auf ihre gesamten „praktischen Erfahrungen“.

Insgesamt ist von einer akzeptablen Vergleichbarkeit der beiden Studiengruppen auszugehen. Nicht signifikante Unterschiede bestehen vor allem hinsichtlich des höheren Anteils von Gemeinschaftspraxen und Ärztinnen sowie des niedrigeren Durchschnittsalters in der Interventionsgruppe. Zu diskutieren ist, ob beim Ausfüllen des Fragebogens zu den Arztcharakteristika auch dann eine „Gemeinschaftspraxis“ angegeben wurde, wenn mehr als ein Arzt in der Praxis tätig war, unabhängig davon, ob es sich um einen weiteren angestellten Arzt oder eine formale Gemeinschaftspraxis handelte. Dieses könnte dem höheren Anteil von Frauen und jüngeren Ärzten in der Interventionsgruppe entsprechen, da nach mündlicher Mitteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein (jüngere) Frauen in Arztpraxen häufiger im (Teilzeit)-Angestelltenverhältnis tätig sind als Männer.

Tab. 5 Deskription Praxisärzte (Status zum Erhebungszeitpunkt t0)

Merkmal	Interventionsgruppe (n=18 Praxen; 24 Ärzte) %	Kontrollgruppe (n=14 Praxen; 15 Ärzte) %	p
Frauen	37,5	14,3	0,13
Alter (Jahre)			
< 30	4,3	0,0	n.s.
30-39	13,0	8,3	
40-49	47,8	16,7	
50-59	26,1	58,3	
>59	8,7	16,7	
Fachrichtung			
Allgemeinmediziner / praktischer Arzt	87,0	83,3	0,61
Internist	4,3	0,0	
Anderes	8,7	16,7	
Durchschnittliche Anzahl Patienten / Tag (Arztschätzung)			
< 30	17,4	7,7	0,60
30-59	43,5	30,8	
60-89	17,4	23,1	
>= 90	21,7	38,5	
Zusatzqualifikation „Psychosomatische Versorgung“	62,5	50,5	0,45
Sicherheit bzgl. Diagnose und Therapie von Depressionen (vor Fortbildung)			
sehr sicher			0,15
ausreichend sicher	13,0	16,7	
nicht ausreichend sicher	60,9	83,3	
unsicher	26,1	0,0	
	0,0	0,0	

6.2.2 Teilnahme an Fortbildung

Die Fortbildungsveranstaltungen für die Interventionsgruppe fanden an drei Abenden im Abstand von jeweils 3-4 Wochen statt. Von den 18 Hausarztpraxen mit insgesamt 24 Ärzten nahmen zwei Ärzte (8,3 %) gar nicht an der Fortbildung teil. 12 Ärzte (50 %) nahmen an al-

len drei Terminen, neun Ärzte (37,55) an zwei und ein Arzt (4,2 %) an einem Termin teil. Die dem Inhalt und Ablauf der Fortbildung entsprechenden schriftlichen Materialien wurden allen Ärzten vollständig zur Verfügung gestellt.

Ein Arzt aus der Kontrollgruppe besuchte zwei der (Interventions-)Fortbildungstermine.

6.2.3 Patientenstichprobe

Wie in der Responsestatistik beschrieben, standen für die Auswertung die Datensätze von insgesamt 2.327 Patienten zur Verfügung.

In den beiden folgenden Tabellen 6 und 7 werden – getrennt nach Erhebungsphase – die Patientenmerkmale der Interventions- und Kontrollgruppe dargestellt, die mit dem chi²-Ttest auf signifikante Gruppenunterschiede analysiert wurden.

Tab. 6 **Deskription Patienten t0**

Merkmal I= Fallzahl Interventionsgruppe K= Fallzahl Kontrollgruppe	Interventionsgruppe (n=758 Patienten) %	Kontrollgruppe (n=626 Patienten) %	p
Geschlecht (I=737; K=608) weiblich männlich	60,8 39,2	54,1 45,9	0,02
Mittleres Alter in Jahren (Stdv.) (I=733; K=600)	51,2 (18,8)	53,9 (18,0)	0,01
Gesundheitszustand (entspr. SF-36) (I=757; K=625) ausgezeichnet sehr gut gut weniger gut schlecht	2,0 11,8 52,0 29,5 4,7	1,9 8,9 56,7 28,7 3,7	0,31
Häufigkeit Hausarztbesuch in den letzten 12 Monaten (I=757; K=626) 1 mal 2-5 mal 6-10 mal > 10 mal	10,0 47,1 22,7 20,2	8,8 50,1 20,4 20,2	0,56
Schulabschluss (I=733; K=603) Hauptschulabschluss Mittlere Reife (Fach-) Hochschulreife, Abitur kein Schulabschluss anderer Schulabschluss	38,8 35,2 24,3 1,6 1,9	39,0 39,0 19,6 0,8 1,7	0,18
Familienstand (I=735; K=607) verheiratet getrennt lebend ledig geschieden verwitwet	48,7 3,0 27,6 9,4 11,3	61,4 1,8 18,9 7,7 10,0	0,00

Tab. 7 **Deskription Patientenstichprobe t1**

Merkmal I = Fallzahl Interventionsgruppe K = Fallzahl Kontrollgruppe	Interventionsgruppe (n=565 Patienten) %	Kontrollgruppe (n=378 Patienten) %	p
Geschlecht (I=549; K=368)			
weiblich	61,0	58,4	0,45
männlich	39,0	41,6	
Mittleres Alter in Jahren (Stdv.) (I=548; K=366)	50,7 (17,4)	54,8 (16,7)	0,00
Gesundheitszustand (entspr. SF-36) (I=562; K=375)			
ausgezeichnet	2,5	4,8	0,34
sehr gut	12,1	12,3	
gut	53,9	52,3	
weniger gut	27,0	26,9	
schlecht	4,4	3,5	
Häufigkeit Hausarztbesuch in den letzten 12 Monaten (I=555; K=371)			
1 mal	9,0	12,4	0,22
2-5 mal	50,6	47,4	
6-10 mal	21,8	19,1	
> 10 mal	18,6	21,0	
Schulabschluss (I=546; K=367)			
Hauptschulabschluss	43,2	42,0	0,76
Mittlere Reife	31,0	34,6	
(Fach-) Hochschulreife, Abitur	21,6	19,6	
kein Schulabschluss	3,1	2,5	
anderer Schulabschluss	1,1	1,4	
Familienstand (I=545; K=365)			
verheiratet	49,4	60,8	0,00
getrennt lebend	1,5	3,6	
ledig	26,8	16,2	
geschieden	13,2	9,9	
verwitwet	9,2	9,6	

Zu beiden Erhebungszeitpunkten lag der Anteil der Frauen insgesamt über dem der Männer. Im Gruppenvergleich zeigte sich ein höherer Anteil der Patientinnen in der Interventionsgruppe, der zu t0 statistisch signifikant war.

Der Altersmittelwert lag jeweils zwischen 51 und 55 Jahren mit einem – aufgrund der hohen Fallzahl – signifikant niedrigeren Mittelwert in den Interventionsgruppen.

Die Einschätzung des Gesundheitszustandes zeigte für beide Gruppen und über beide Erhebungszeitpunkte vergleichbare Ergebnisse: 30-34 % aller Patienten bezeichneten ihren Gesundheitszustand als weniger gut bzw. schlecht, die jeweils am häufigsten genannte Bewertung (über 50 %) war „gut“.

Auch für die Häufigkeit des Arztbesuches in den letzten 12 Monaten fanden sich keine signifikanten Gruppenunterschiede. Der Anteil häufiger Arztbesuche (> 6 mal) lag zwischen 40 und 43 %.

Ein Großteil der Patienten verfügte über einen Haupt- oder Realschulabschluss, jeweils unter 2 % aller Patienten hatten keinen Schulabschluss.

Signifikante Gruppenunterschiede fanden sich beim Familienstand: Hier war der Anteil der verheirateten Patienten zu beiden Erhebungszeitpunkten in der Kontrollgruppe höher als in der Interventionsgruppe während sich in letzterer mehr ledige Patienten fanden

6.3 Prävalenzen depressiver Störungen

6.3.1 Prävalenz nach PHQ-9

Gemäß der Auswertungsvorgaben des PHQ wurden nur Fälle mit weniger als 3 fehlenden Items berücksichtigt. In t0 standen danach die Daten von 96,7 % aller Patienten (n= 1339) und in t1 die Daten von 97,2 % aller Patienten (=917) für die Auswertung zur Verfügung. Zu beiden Erhebungszeitpunkten bestanden keine signifikanten Unterschiede in der Anzahl auswertbarer PHQ-Bögen zwischen der Interventions- und Kontrollgruppe.

Der am ehesten den klinischen DSM IV Diagnosekriterien entsprechende sogenannte kategoriale Depressionswert des PHQ stellt einen eher konservativen Schätzer der Prävalenz dar.

Tabelle 8 und 9 zeigen die jeweils über drei Tage erhobene „Stichtageprävalenz“. Diese beträgt für alle depressiven Störungen zusammen zum Baseline-Erhebungszeitpunkt t0 16,8 % und in der nachfolgenden Erhebung t1 16,4 %. Für die Untergruppe der „majoren“ Depressionen wurde in t0 eine Prävalenz von 5,8 % und in t1 von 7,1 % in t2 ermittelt. Die Häufigkeit anderer depressiver Störungen lag bei 11,0 % (t0) bzw. bei 9,2 % (t1).

Zu beiden Erhebungszeitpunkten lag die Prävalenz Majorer Depressionen in der Interventionsgruppe etwas höher als in der Kontrollgruppe, die Unterschiede waren jedoch statistisch nicht signifikant.

Tab. 8 Prävalenz depressiver Störungen t0 Patienten-Selbsteinschätzung (PHQ-9)

I= analysierte Fallzahl Intervent.gruppe K= analysierte Fallzahl Kontrollgruppe	Interventionsgruppe (n=758 Patienten) %	Kontrollgruppe (n=626 Patienten) %	Gesamt %	Vergleich Intervention-Kontrolle p (chi2)
Irgendeine depressive Störungen (majore und andere) (I=737; K=594)	18,3	15,0	16,8	0,11
Majore Depression (I=741; K=597)	6,5	4,9	5,8	0,21
Andere depressive Störung (I=737; K=595)	11,8	10,1	11,0	0,32

Tab. 9 Prävalenz depressiver Störungen t1 Patienten-Selbsteinschätzung (PHQ-9), Kategorieller Dpressionsscreener PHQ

I= analysierte Fallzahl Intervent.gruppe K= analysierte Fallzahl Kontrollgruppe	Interventionsgruppe (n=565 Patienten) %	Kontrollgruppe (n=378 Patienten) %	Gesamt %	Vergleich Intervention-Kontrolle p (chi2)
Irgendeine depressive Störungen (majore und andere) (I=547; K=362)	16,1	16,9	16,4	0,76
Majore Depression (I=552; K=365)	8,2	5,5	7,1	0,12
Andere depressive Störung (I=547; K=362)	7,9	11,3	9,2	0,08

6.3.2 Prävalenz nach Arzturteil

In den beiden folgenden Tabellen 10 und 11 werden die Ergebnisse der Befragung der Hausärzte zum Vorliegen einer Depression und ggf. dem weiteren Vorgehen dargestellt.

Tab. 10 Deskription Arztangaben zu Patienten t0

Merkmal I= Fallzahl Interventionsgruppe K= Fallzahl Kontrollgruppe	Interventionsgruppe (n=758 Patienten) %	Kontrollgruppe (n=626 Patienten) %	p
Pat. Zuvor jemals wg. psychischer Beschwerden behandelt (I=752; K=617)	23,1	24,5	0,56
Depressive Störung (I=748; K=615)			
ja	22,5	23,6	0,63
nein	77,5	76,4	
Wenn Depression=ja:			
Schweregrad (I=168; K=141)			
leicht	48,2	51,1	0,64
mittelgradig	45,8	41,1	
schwer	6,0	7,8	
Wg. Depression wieder einbestellt (I=158; K=138)			
gar nicht	29,1	29,7	0,68
< 1 Woche	12,0	8,0	
1-2 Wochen	22,2	21,7	
> 2 Wochen	36,7	40,6	
Wg. Depression Medikamente verordnet (I=175; K=142)			
ja	34,3	33,8	0,93
nein	65,7	66,2	
Wg. Depression überwiesen (I=178; K=145)			
ja	28,7	31,7	0,55
nein	71,3	68,3	
Davon: Überweisung an (I=51; K=45)			
Psychiater, Nervenarzt	49,0	51,1	0,84
Ärztl./Psychol. oder Psychotherapeut	43,1	44,4	
Psychiatr. Akutklinik	2,0	2,2	
Rehaeinrichtung	5,9	2,2	

Tab. 11 **Deskription Arztangaben zu Patienten t1**

Merkmal I= Fallzahl Intervent.gruppe K= Fallzahl Kontrollgruppe	Interventionsgruppe (n=565 Patienten) %	Kontrollgruppe (n=378 Patienten) %	p
Pat. Zuvor jemals wg. psychischer Beschwerden behandelt (I=558; K=373)	19,5	25,5	0,32
Depressive Störung (I=554; K=365)			
ja	18,8	19,2	0,88
nein	81,2	80,8	
Wenn Depression=ja			
Schweregrad (I=107; K=74)			
leicht	56,1	63,5	0,17
mittelgradig	41,1	29,7	
schwer	2,8	6,8	
Wg. Depression wieder einbestellt (I=107; K=73)			
gar nicht	21,5	31,5	0,07
< 1 Woche	15,9	19,2	
1-2 Wochen	32,7	35,6	
> 2 Wochen	29,9	13,7	
Wg. Depression Medikamente verordnet (I=102; K=73)			
ja	31,4	23,3	0,24
nein	68,6	76,7	
Wg. Depression überwiesen (I=107; K=76)			
ja	27,1	26,3	0,91
nein	72,9	73,7	
Davon: Überweisung an (I=31; K=20)			
Psychiater, Nervenarzt	58,1	30,0	0,17
Ärztl./Psychol. oder Psychotherapeut			
Psychiatr. Akutklinik	32,3	60,0	
Rehaeinrichtung	3,2	0,0	
	6,5	5,0	

Nach der Einschätzung des Hausarztes (Depression ja/nein) lag die Prävalenz depressiver Erkrankungen insgesamt höher als die nach der Selbsteinschätzung der Patienten. Nach ärztlicher Einschätzung lag zu t0 bei 22,5 % aller Interventions- und bei 23,6 % aller Kontrollpatienten eine depressive Störung vor. In t1 betrug die Prävalenzen 18,8 % für die Interventions- und 19,2 % für die Kontrollgruppe. Für beide Gruppen wird somit von den Hausärzten in t1 ein geringerer Prozentsatz als depressiv erkrankt diagnostiziert als zum Zeitpunkt der Baseline-Erhebung. Der Schweregrad der Erkrankung wurde überwiegend als „leicht“ bis „mittelgradig“ eingeschätzt. Nur jeweils 3 % bis 8 % aller als depressiv diagnostizierten Patienten wurde ein „schwerer“ Erkrankungsgrad zugeordnet.

6.4 Behandlungsmaßnahmen

Die Hausärzte dokumentierten anhand von vier vorgegebenen Kategorien, innerhalb welchen Zeitraumes sie für den Patienten aufgrund seiner depressiven Erkrankung einen erneu-

ten Praxisbesuch vorgesehen hatten. Bei der Interpretation dieser Variable ist zu berücksichtigen, dass nicht in jedem Fall eine klare Trennung zwischen einer Wiedereinbestellung ausschließlich infolge der Depression oder (auch) aus anderem Grund vorgenommen werden konnte. Während sich bei der ersten Datenerhebung nur geringe Unterschiede im Wiedereinbestellungsmodus zwischen den Gruppen fanden, war der Anteil von Patienten mit depressiven Störungen, die „gar nicht“ wieder einbestellt wurden bei den Interventionsärzten in der zweiten Erhebungsphase deutlich geringer als bei den Kontrollärzten. Insgesamt war der Gruppenunterschied in t1 jedoch nicht signifikant.

Zum Zeitpunkt der Baseline-Erhebung verordneten jeweils um die 34 % beider Hausarztgruppen im Falle einer depressiven Störung Medikamente. Im Rahmen der zweiten Erhebungsphase lag der Anteil der verordnenden Ärzte mit 31 % in der Interventionsgruppe höher als in der Kontrollgruppe (23 %).

Für die Überweisungsraten fanden sich keine signifikanten Gruppenunterschiede, auch wenn diese zu t0 mit 32 % in der Kontrollgruppe höher lag als in der Interventionsgruppe.

Dabei war der Anteil der Patienten, die zu einem Psychiater (ca. 50 %) oder zu einem Psychotherapeuten (ca. 43 %) überwiesen wurde, in t0 in beiden Gruppen gleich groß. In t1 dagegen wurden in der Interventionsgruppe mehr Patienten zu einem Psychiater (56 %) und weniger zu einem Psychotherapeuten (32 %) überwiesen als in der Kontrollgruppe (Psychiater 30 %, Psychotherapeut 60 %). Die Überweisungen in eine Rehabilitationseinrichtung erfolgte zu t0 für 2 % bis 6 % aller Patienten, zu t1 für 5 % bis 7 %. Signifikante Gruppenunterschiede bestanden nicht.

6.5 Erkennungsrate depressiver Störungen / Übereinstimmung Arzt-Patient

Die Analysen zu diesem zentralen Outcome basieren auf dem Vergleich des kategoriellen PHQ-Scores mit dem Arzturteil zum Vorliegen einer depressiven Erkrankung (ja/nein).

Einbezogen wurden somit nur die Datensatzpaare, für die sowohl die ärztliche Diagnose als auch die Selbstbeurteilung des Patienten vorlagen.

6.5.1 Richtig und falsch diagnostizierte Patienten

Nachfolgende Tabelle 12 stellt den Anteil richtig und falsch diagnostizierter Patienten an der Gesamtstichprobe dar. Der Anteil der richtig als depressiv erkannten Patienten lag in der Interventionsgruppe bei 9,2 % zum Zeitpunkt der Baseline- und bei knapp 7 % zum Zeitpunkt der Folgerhebung. Von den Kontrollärzten wurden zu t0 6,5 % und zu t1 7,4 % aller Studienpatienten richtig positiv diagnostiziert. Korrekterweise als nicht-depressiv diagnostiziert wurden zwischen 68 % und 72 % aller Patienten, wobei der Prozentsatz in beiden Gruppen in t1 jeweils etwas höher lag als zu t0. Der Anteil der „Falsch-Positiven“ dagegen, war in der

Folgerhebung niedriger als in der Baseline-Erhebung. Der prozentuale Anteil fälschlicherweise als gesund beurteilter depressiver Patienten erhöhte sich in beiden Gruppen geringfügig auf 9,3 % bzw. 9,4 %.

Tab. 12 Anzahl und Prozentsatz richtig und falsch diagnostizierter Patienten nach Gruppen und Erhebungsphase

Erhebungsphase	Richtig Positive n (%)	p	Richtig Negative n (%)	p	Falsch Positive n (%)	p	Falsch Negative n (%)	p
t0	Intervention	0,08	502 (68,8)	0,86	97 (13,3)	0,07	63 (8,6)	0,92
	Kontrolle		38 (6,5)		400 (68,2)		99 (16,8)	
t1	Intervention	0,79	338 (71,4)	0,93	66 (12,3)	0,75	50 (9,3)	0,96
	Kontrolle		26 (7,4)		251 (71,7)		40 (11,4)	

Die Ergebnisunterschiede für die beiden Studiengruppen erreichten im chi2-Test weder für die Baseline-Erhebung noch für die zweite Phase statistische Signifikanz (s. p-Werte). Insgesamt ist der Anteil der falsch positiv diagnostizierten Patienten in jeder Gruppe und zu beiden Erhebungszeitpunkten höher als der Anteil der richtig positiv diagnostizierten. Dieses entspricht der in Abschnitt 6.3.2 beschriebenen höheren ärztlich geschätzten Prävalenz im Vergleich zu der durch den PHQ ermittelten.

6.5.2 Sensitivität und Spezifität

Während die unter 4.5.1 aufgeführten Maßzahlen die richtig bzw. falsch diagnostizierten Patienten jeweils auf die gesamten Studiengruppe beziehen und somit u.a. abhängig sind von der Prävalenz der Depression, beziehen die Maße Sensitivität und Spezifität die richtig diagnostizierten Patienten auf die Zahl der wirklich depressiv Erkrankten (nach PHQ) bzw. die als gesund Beurteilten auf die Patienten ohne depressive Störungen.

Die Sensitivität, definiert als Wahrscheinlichkeit, dass ein Patient mit einer depressiven Störungen (nach PHQ) auch vom Hausarzt als depressiv diagnostiziert wurde, betrug während der ersten Erhebungsphase in der Interventionsgruppe 51,5 % und in der Kontrollgruppe 43,7 %. Zu t1 lag die Sensitivität bei 42,5 % in der Interventionsgruppe – und war damit niedriger als in t0 – und bei 44,7 % in der Kontrollgruppe, was eine geringfügige Erhöhung im Vergleich zum ersten Erhebungszeitpunkt bedeutet.

Die Wahrscheinlichkeit, dass ein (nach PHQ) nicht depressiver Patient vom Hausarzt ebenfalls als „nicht depressiv“ eingeschätzt wurde (Spezifität) lag in t0 bei 83,8 % in der Interventions- und bei 80,2 % in der Kontrollgruppe. Zur zweiten Erhebungsphase war die Spezifität in beiden Gruppen höher als zu t0 und betrug 85,3 % in der Interventions- und 86,3 % in der Kontrollgruppe (Tab. 13).

Tab. 13 Arzt-Patient-Übereinstimmung bei allen depressiven Störungen; Sensitivität und Spezifität in %

Erhebungsphase Gruppe	Sensitivität %	95 % KI	Spezifität %	95 % KI	
t0	Intervention	51,5	42,9 – 60,0	83,8	80,9 – 86,8
	Kontrolle	43,7	33,3 – 54,1	80,2	76,7 – 83,7
t1	Intervention	42,5	32,1 – 52,9	85,3	82,0 – 88,6
	Kontrolle	44,7	31,4 – 56,7	86,3	82,3 – 90,2

6.5.3 Genauigkeit

Alle (positiv wie negativ) richtig diagnostizierten Patienten werden mit dem Parameter der Genauigkeit zusammengefasst. Diese liegt für die Interventionsärzte sowohl zur Baseline-Erhebung als auch zur Erhebung nach der Fortbildung bei 78 %. Die Kontrollgruppe weist zu t0 eine Genauigkeit von 75 % und zum zweiten Erhebungszeitpunkt einen Anstieg auf 78 % auf.

6.6 Zufriedenheit mit der Fortbildung

In der Interventionsgruppe wurde die Zufriedenheit mit der Fortbildung auf einer Skala von 1 (sehr zufrieden) bis 5 (gar nicht zufrieden) erfasst (Tab. 14). Die Auswertung dieser Variable erfolgte auf der Ebene der einzelnen Ärzte, die an den Fortbildungsveranstaltungen für die Interventionsgruppe teilgenommen haben (n=22 plus 1 Arzt der Kontrollgruppe). Von diesen machten n=3 (12 %) im Fragebogen keine Angaben zur Zufriedenheit.

Tab. 14 Zufriedenheit mit der Fortbildung

Zufriedenheit Skala: 1 (sehr zufrieden) bis 5 (gar nicht zufrieden)	Fortbildungsteilnehmer (n=17 Praxen, 23 Ärzte) %
1	28,0
2	32,0
3	24,0
4	4,0
5	0,0
Keine Angaben	12,0

Die Fortbildung wurde überwiegend positiv bewertet. 60 % aller Fortbildungsteilnehmer bewerteten vergaben den besten bzw. zweitbesten Punktwert. Die Kategorie „gar nicht zufrieden“ wurde von keinem Hausarzt angekreuzt

Mit identischer 5-er Skala wurde um Angabe darüber gebeten, ob die Teilnehmer die Fortbildung weiter empfehlen würden (Tab. 15). Hier kreuzten 64 % die beiden höchsten Bewertungskategorien und keiner die zwei niedrigsten Punktwerte an.

Tab. 15 Fortbildung weiter empfehlen

Zufriedenheit (%) Skala: 1 (ja, unbedingt) bis 5 (nein, auf keinen Fall)	Fortbildungsteilnehmer (n=17 Praxen, 23 Ärzte) %
1	52,0
2	12,0
3	16,0
4	0,0
5	0,0
Keine Angaben	20,0

Die Mittelwerte der 5-stufigen Skalen (Tab. 16) betragen 2,1 für die Zufriedenheit und 1,6 für Weiterempfehlung.

Tab. 16 Mittelwerte für Zufriedenheit und Weiterempfehlung

	Mittelwert	Stdv
Zufriedenheit	2,05	0,89
Weiterempfehlen	1,55	0,83

Tendenziell wurde die Fortbildung von Hausärzten mit einer Zusatzqualifikation „psychosomatische Grundversorgung“ (Mittelwert Zufriedenheit 1,9) sowie von Ärztinnen (Mittelwert Zufriedenheit 1,8) etwas besser als vom Gruppendurchschnitt, die Unterschiede waren jedoch statistisch nicht signifikant.

7. Diskussion

7.1 Stichprobe der Hausarztpraxen

Die in der vorliegenden Studie erhobene Verteilung der Hausärzte auf die Gruppen Allgemeinärzte, praktische Ärzte und Internisten spiegelt nach Angaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2004) die reale Verteilung wider. Der Anteil der Allgemeinmediziner an den hausärztlich tätigen Vertragsärzten beträgt laut KBV 60,6 % (in der vorliegenden Studie (53 %), praktische Ärzte nach KBV 20,4 in unserer Studie 19 %, hausärztlich tätige Internisten nach KBV 19,1 % in unserer Studie 19,1 %. In der umfangreichen Studie von Jacobi et al. (2002) zur Frage der Prävalenz, dem Erkennungs- und Verschreibungsverhalten bei Depressionen wurden ebenfalls alle hausärztlich tätigen niedergelassenen Ärzte kontaktiert; von den 633 Teilnehmern waren 53 % Allgemeinärzte, 20 % praktische Ärzte, und 27 % Internisten. Auffallend ist jedoch der in unserer Studie offenbar hohe Anteil an Ärzten mit der Zusatzqualifikation „psychosomatische „Versorgung“ von 51 % in der Kontroll- und 63 % in der Interventionsgruppe. In der Studie von Jacobi gaben lediglich 14 % eine Zusatzqualifikation im Bereich Psychotherapie an. Dieser gravierende Unterschied kann evtl. durch die Art der Praxisauswahl erklärt werden: Während die Arbeitsgruppe um Jacobi Repräsentanten einer Pharmafirma um die Auswahl „typischer Praxen“ bat, wurden in der vorliegenden Studie alle Ärzte der definierten Studienregion kontaktiert. Einerseits ist damit eine Verzerrung aufgrund subjektiver Auswahlkriterien durch die Studienmitarbeiter ausgeschlossen, andererseits besteht hier die Möglichkeit, dass vor allem thematisch interessierte und „vorgebildete“ Ärzte an der Studie teilnehmen. Ein Responsebias ist somit, insbesondere angesichts der – für diese Art Studie durchaus typischen – Teilnahmerate von 18,4 % zu diskutieren. Die Randomisierung bleibt davon jedoch unberührt, so dass die höhere depressionsspezifische Vorbildung in der Interventionsgruppe einen (nicht signifikanten) zufälligen Unterschied darstellt.

7.2 Prävalenz nach PHQ

Die hier auf der Basis der Selbsteinschätzung der Patienten ermittelten Werte zur Prävalenz von 16,8 % (t0) bzw. 16,4 % (t1) für alle depressiven Störungen und 5,8 % (t0) bzw. 7,1 (t1) für Majore Depressionen werden gestützt durch die Befunde eines Großteils vergleichbarer Studien. Henkel et al. (2003) bestimmten die Punktprävalenz depressiver Störungen in 18 Hausarztpraxen mit unterschiedlichen Screeninginstrumenten und einem nachfolgenden standardisierten Interview. Ihre Ergebnisse entsprechen mit einer Gesamtprävalenz von 16,7 % genau den unseren. Die DEPRES Studie (Lepine et al. 1997) aus sechs Europäischen Ländern ermittelte mit diagnostischen Interviews eine Prävalenz von 17 % für alle und von

6,95 für Majore Depressionen. Auffällig war hier, dass in Deutschland mit 3,8 % die Häufigkeit Majorer Depressionen am niedrigsten war. In der oben zitierten Studie von Jacobi et al. (2003), die den Depression Screening Questionnaire (DSQ) einsetzten, erfüllten 11,3 % der Patienten die Kriterien für eine depressive Episode, 4,2 % wiesen nach DSM-IV Kriterien eine Majore Depression auf.

Studien, die wie die vorliegende den PHQ als Screeninginstrument in Hausarztpraxen einsetzten, ermittelten Gesamtprävalenzen im Bereich von 10 % (Kratz et al. 2003) bis 23 % (Bermejo et al., 2001); die vorliegenden Ergebnisse liegen somit im Mittelbereich des in der Literatur zum PHQ beschriebenen Prävalenz-Ranges.

Die an der Studie teilnehmenden Hausärzte schätzten die Häufigkeit depressiver Störungen insgesamt deutlich höher ein (23 % zu t0 und 19 % zu t1).

7.3 Erkennungsrate

Der Anteil der (positiv oder negativ) richtig diagnostizierten Patienten ist in der vorliegenden Studie mit 75 % bis 78 % hoch. Deutlich geringer liegt jedoch der Prozentsatz der richtig als depressiv erkannten Patienten (Sensitivität 43 % bis 52 %). Dieses ist umso auffälliger, als die Hausärzte die Depressionshäufigkeit insgesamt höher einschätzten als es den PHQ-Befunden entsprach. Dennoch wurden 48 % bis 58 % depressiver Patienten in den Praxen nicht erkannt und 14 % bis 20 % nicht depressiver Patienten fälschlicherweise als depressiv kategorisiert.

Die Freiburger Studie von Bermejo et al. (2003) ergab hinsichtlich der Erkennungsraten ausgesprochen ähnliche Befunde: Die Sensitivität lag in den unterschiedlichen Studienregionen zwischen 35 % und 57 %, der Anteil falsch positiv diagnostizierter Patienten betrug 15 %, insgesamt lag die Genauigkeit mit 81 % geringfügig höher.

In der Studie von Kratz et al. (2002), die ebenso wie die Arbeiten von Härter und Bermejo im Rahmen des Projektes „Umfassendes ambulantes Qualitätsmanagement“ durchgeführt wurde und ebenfalls den PHQ als Screening-Instrument einsetzte, betrug die Sensitivität 39 %

Im Rahmen des englischen Hampshire Depression Projects wurden die Erkennungsrate von Depressionen und ihre mögliche Verbesserung durch ein Fortbildungsprogramm in 60 Hausarztpraxen mit insgesamt 21.000 Patienten untersucht (Thompson et al. 2000). Die Arbeitsgruppe setzte die Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) ein und es zeigte sich eine etwas niedrigere Erkennungsrate: die Sensitivität schwankte zwischen den Studiengruppen und Erhebungszeitpunkten zwischen 36 % und 39 %, die Spezifität lag immer um 90 % und war damit vergleichsweise höher. Zu berücksichtigen ist die möglicherweise eingeschränkte Vergleichbarkeit der Ergebnisse aufgrund der verschiedenen Screening-Instrumente.

Jacobi et al. (2002) allerdings fanden unter Einsatz des DSQ-Fragebogens zur Depressionserfassung nahezu identische Ergebnisse wie in der vorliegenden Studie: Auf Basis der ICD-

10 Kriterien betrug die Sensitivität 49,7 % und die gesamte Rate richtig diagnostizierter Patienten 75 %.

Insgesamt lässt sich für die vorliegende Studie feststellen, dass die Erkennungsrate depressiver Störungen durch die Hausärzte in der Größenordnung vergleichbarer Studien bzw. bei Abweichungen eher im oberen Bereich liegt.

7.4 Effekt der Intervention

Der erwartete Effekt einer Erhöhung der Erkennungsrate durch die spezifische Fortbildung der Hausärzte ist in dieser Studie nicht bestätigt worden. Die Sensitivität des Arzturteils sank in der zweiten Erhebungsphase von 51,5 % auf 42,5 % in der geschulten Gruppe, während sie in der Kontrollgruppe geringfügig anstieg (von 43,7 % auf 44,7 %). Die Spezifität lag in der zweiten Erhebungsphase höher als in der ersten, allerdings war dies in beiden Gruppen (Intervention und Kontrolle) der Fall und kann somit nicht ursächlich der Fortbildung zugeschrieben werden. Auffällig ist die hohe Sensitivitätsrate in Interventionsgruppe zum Zeitpunkt der Baselineerhebung.

Als mögliche Gründe dieses Ergebnisses sind zu diskutieren:

- *Unterschiede zwischen Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich Arzt und Patientenmerkmalen:*

Die Praxen wurden den Gruppen randomisiert zugeteilt. In der Interventionsgruppe fanden sich somit zufallsbedingt mehr weibliche und jüngere Ärzte als in der Kontrollgruppe und der Anteil der Ärzte mit psychosomatischer Zusatzqualifikation war höher. Auch unter den Patienten waren mehr Frauen und jüngere Personen in der Interventionsgruppe. Ausgehend von der Hypothese, dass diese Merkmale zu einer vorteilhaften Kommunikationsstruktur zwischen Arzt und Patient führen, welche die Äußerung und Identifikation psychischer Beschwerden erleichtern, kann man vermuten, dass die Erkennungsrate in dieser Gruppe bereits vor der Intervention hoch war, so dass eine Verbesserung durch eine Fortbildung, welche die grundlegenden Prinzipien der Depressionserkennung vermittelte, nicht zu erzielen war.

Dieses würde den mangelnden Interventionseffekt, nicht jedoch das Absinken der Sensitivität in der geschulten und den Anstieg in der nicht-geschulten Gruppe zum zweiten Erhebungszeitpunkt erklären. Ein weiterer Gruppenunterschied bestand in der mit dem PHQ ermittelte Prävalenz der Depressionen, die zu t0 in der Interventionsgruppe deutlich über jener der Kontrollgruppe lag. Zu t1 dagegen lag dieser Unterschied deutlich niedriger. Dadurch könnte die richtige Diagnose einer Depression für die Interventionsärzte in t0 zufälligerweise außergewöhnlich „einfach“ gewesen sein.

- *Selektive Teilnahme der Hausärzte*

Es ist zu vermuten, dass der oben angesprochene Effekt eines bereits zu Studienbeginn guten Kenntnisstandes und einer hohen Sensibilität gegenüber depressiven Symptomen bei allen teilnehmenden Hausärzten vorlag. Zurückzuführen ist dieser auf einen möglichen Response-Bias, d.h. vorgebildete und am Thema interessierte Ärzte nehmen eher an der Studie teil, sowie auf die besondere Beachtung, die das zeitgleich aktive „Lübecker Bündnis gegen Depression“ dem Studienthema verschaffte. Angesichts dieser Effekte könnte die Fortbildung eine zu wenig „massive“ Intervention gewesen sein, um Gruppenunterschiede zu generieren und abzubilden.

- *Validität der Messverfahrens*

Die Eignung des PHQ als Screening-Instrument für Depressionen ist umfangreich belegt und wird durch die hier ermittelten Prävalenzen, die denen der Literatur nahezu vollständig entsprechen, belegt. Somit kann eine mangelnde Validität beim Messen der „wahren“ Depressionsrate ausgeschlossen werden.

- *Mängel der Intervention*

Da es sich um ein erprobtes und standardisiertes Fortbildungsprogramm handelte, das in der Studie von Bermejo et al. (2003) zu einer Verbesserung der Früherkennung von Depressionen führte, ist nicht anzunehmen, dass Defizite der Fortbildung Ursache für den mangelnden Effekt sind. Allerdings wurde das Programm für dieses Projekt etwas komprimiert, so dass wieder die Hypothese einer möglicherweise „zu schwachen“ Intervention zu diskutieren wäre.

Als Effekt des Fortbildungsprogramms ist möglicherweise der nach der Schulung lediglich in der Interventionsgruppe angestiegene Anteil von verordneten Medikamenten zu sehen. Auch wenn dieser Bereich nicht im Zentrum der Studienfragestellung stand, war seitens der Hausärzte ein großes Interesse an dieser Thematik auszumachen.

Auch die kontrollierte Interventionsstudie des Hampshire Depression Projects fand keinen Effekt der Intervention auf die Sensitivität und Spezifität der Depressionserkennung in Hausarztpraxen. In der Lancet-Publikation der Studienergebnisse (Thompson et al. 2000) wird die, ebenfalls ermittelte, Diskrepanz zwischen Zufriedenheit mit der Fortbildung und mangelndem Effekt diskutiert sowie die Möglichkeiten der Entwicklung und Umsetzung noch umfangreicher und stärker auf die Hausarztpraxis bezogener Fortbildungsprogramme.

C. Schlussteil

8. Zusammenfassung

Depressive Störungen haben eine hohe gesundheits- und gesellschaftspolitische Relevanz. Nur ein kleiner Teil depressiver Patienten wird jedoch korrekt diagnostiziert und erhält eine adäquate Behandlung. Dieses diagnostische und therapeutische Defizit eröffnet einen großen Optimierungsspielraum der Versorgung Depressiver, bei welcher der Gruppe der Hausärzte eine Schlüsselrolle zukommt. Eine Verbesserung der Erkennungsrate depressiver Störungen in der Allgemeinarztpraxis könnte zu einer früheren und angemesseneren Behandlung depressiver Störungen, Verringerung von Suizid- und Suizidversuchsraten, Vermeidung von Chronifizierungsprozessen und einer gezielteren Zuweisung zu einer medizinischen Maßnahme zur Rehabilitation von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen führen.

Im Rahmen der im Mai 2004 begonnenen zweijährigen Aufklärungskampagne „Lübecker Bündnis gegen Depression“ wurde eine randomisierte kontrollierte Interventionsstudie durchgeführt, die das Ziel hatte, depressive Störungen in Hausarztpraxen zu erfassen, ihre Erkennungsrate durch die Hausärzte zu ermitteln sowie den Effekt einer standardisierten Fortbildung auf die Erkennungsrate abzuschätzen. Nebenzielvariablen waren die Zufriedenheit mit der Fortbildungsmaßnahme und Behandlungsmaßnahmen der Ärzte, insbesondere deren Einschätzung des Rehabilitationsbedarfs bei depressiven Patienten.

Kontaktiert wurden alle niedergelassenen Hausärzte der Studienregion Lübeck mit Travemünde und fünf angrenzende Gemeinden (n=201 Praxen). Die teilnahmebereiten 34 Praxen wurden randomisiert der Interventionsgruppe (n=18) bzw. der Kontrollgruppe (n=16) zugeordnet.

In einer ersten Erhebungsphase wurde in beiden Gruppen die Stichtagsprävalenz depressiver Störungen über drei Tage erfasst. Dazu füllten alle konsekutiven Patienten einen Fragebogen aus, dessen Kernstück eine Skala zur Erfassung depressiver Störungen darstellte (Patient Health Questionnaire, PHQ). Die Hausärzte gaben zu jedem dieser Patienten zeitgleich ihre Einschätzung zum Vorliegen einer Depression (ja/nein) ab. Erfasst wurden darüber hinaus medizinische und soziodemographische Merkmale der Patienten sowie Arzt- und Praxisinformationen. Insgesamt wurden dabei Angaben zu 1384 Patienten erhoben. Im Anschluss nahmen die Ärzte der Interventionsgruppe an einer standardisierten Fortbildung zur Früherkennung und Behandlung depressiver Störungen teil, die an drei Abenden in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Lübeck stattfand. Entsprechend dem Vorgehen zur ersten Phase (t0) wurde in beiden Gruppen eine zweite Erhe-

bungsphase (t1) durchgeführt, an der insgesamt 943 Patienten teilnahmen. Den Ärzten der Kontrollgruppe wurde eine identische Fortbildung nach Abschluss der zweiten Erhebungsphase angeboten.

Die mit dem PHQ erfasste Selbstbeurteilung der Patienten ergab insgesamt eine Prävalenz depressiver Störungen von insgesamt 16,8 % in der ersten und von 16,4 % in der zweiten Erhebungsphase. Die Häufigkeit der Diagnose-Untergruppe „majore Depression“ lag bei 5,8 % bzw. 7,1 %. Es bestanden keine signifikanten Unterschiede in den Prävalenzen zwischen den beiden Studiengruppen, allerdings war insbesondere die Häufigkeit majorer Depressionen zu beiden Erhebungszeitpunkten in der Interventionsgruppe etwas höher als in der Kontrollgruppe.

Die Hausärzte schätzten die Prävalenz höher ein: Nach ihrer Bewertung lag zum ersten Erhebungszeitpunkt bei 23 % und zum zweiten bei 19 % der Patienten eine Depression vor.

Hinsichtlich der weiteren Behandlung der Patienten mit depressiven Störungen zeigen sich Gruppenunterschiede in der Form, dass zum Zeitpunkt der Baselineerhebung jeweils 34 % der Hausärzte im Falle einer depressiven Erkrankung ihren Patienten Medikamente verordneten. Bei der Folgerhebung jedoch lag der Anteil entsprechender Verordnungen in der Interventionsgruppe höher (31 %) als in der Kontrollgruppe (23 %). Der Anteil depressiver Patienten, die vom Hausarzt nicht wieder einbestellt wurden, war zu t0 in beiden Gruppen nahezu identisch (um 29 %), bei der Folgerhebung in der Interventionsgruppe mit 22 % dann jedoch deutlich geringer als in der Kontrollgruppe (32 %).

Die Überweisung in eine Rehabilitationseinrichtung erfolgte zu t0 für 5,9 % der Patienten der Interventionsgruppe und für 2,2 % der Patienten der Kontrollgruppe. Die entsprechenden Werte für die Folgerhebung waren 6,5 % und 5,0 %.

Die Erkennungsrate depressiver Störungen wurde ermittelt anhand der Übereinstimmung des Patienten- und Arzturteils zum Vorliegen einer Depression, wobei die Selbsteinschätzung der Patienten nach PHQ als sogenannter Gold-Standard definiert wurde. Demnach wurden zu t0 von den Interventionsärzten 9,2 % aller Studienpatienten richtigerweise als depressiv diagnostiziert (Prävalenz nach PHQ 18,3 %). Bei den Kontrollärzten betrug dieser Anteil 6,5 %, bei einer geringeren Prävalenz nach PHQ von 15 %.

Die Sensitivität, definiert als Wahrscheinlichkeit, dass ein Patient mit einer depressiven Störung auch vom Hausarzt als depressiv diagnostiziert wird, betrug während der ersten Erhebungsphase in der Interventionsgruppe 51,5 % und in der Kontrollgruppe 43,7 %. Im Rahmen der Folgerhebung sank die Sensitivität bei den Interventionsärzten auf 43,7 % und stieg bei den Kontrollärzten geringfügig an auf 44,7 %. Die Spezifität, d.h. die Wahrscheinlichkeit, dass ein nicht-depressiver Patient auch vom Hausarzt als „nicht depressiv“ eingeschätzt wird, war in beiden Gruppen in der zweiten Erhebungsphase geringfügig höher als in

der ersten. Sie betrug zu t0 in der Interventionsgruppe 83,3 %, bei den Kontrollärzten 80,2 % und zu t1 in der Interventionsgruppe 85,3 % und in der Kontrollgruppe 86,3 %.

Der Anteil aller richtig diagnostizierten Patienten (positiv wie negativ) lag in der Interventionsgruppe zu beiden Erhebungszeitpunkten bei 78 %, in der Kontrollgruppe stieg er von 75 % in der Baseline- auf 78 % in der Folgerhebung an.

Die Hausärzte bewerteten die Fortbildung überwiegend positiv; 60 % aller Teilnehmer vergaben den höchsten oder zweithöchsten Punktwert (von fünf) bei der Angabe zur Zufriedenheit. Die Ergebnisse zur Prävalenz depressiver Störungen – 16,8 % (t0) bzw. 16,4 % (t1) für alle depressiven Störungen und 5,8 % (t0) bzw. 7,1 (t1) für Majore Depressionen – und zur Erkennungsrate depressiver Störungen in der Untersuchungspopulation entsprechen denen anderer Studien.

Der erwartete Effekt einer Erhöhung der Erkennungsrate depressiver Störungen durch die Fortbildung konnte in dieser Studie nicht bestätigt werden. Als mögliche Gründe hierfür kommen neben Unterschieden zwischen Interventions- und Kontrollgruppe hinsichtlich Arzt und Patientenmerkmalen sowie einer möglicherweise zu schwachen Treatmentstärke (Verkürzung des ursprünglichen Fortbildungskonzeptes vor allem die Positivselektion der teilnehmenden Ärzte in Frage.

Abschließend lässt sich zusammenfassen, dass die vorliegende Studie valide Ergebnisse zur Prävalenz depressiver Störungen in Allgemeinarztpraxen und zur Erkennungsrate depressiver Störungen durch die teilnehmenden Ärzte erbrachte. Es zeigte sich jedoch kein Interventionseffekt zwischen fortgebildeten und nicht fortgebildeten Ärzten, dies vermutlich aufgrund einer selektiver Teilnahme vorgebildeter und hochmotivierter Hausärzte, für die diese Form der Fortbildung „nicht messbar Neues“ erbrachte. Dennoch zeigten die teilnehmenden Ärzte eine hohe Zufriedenheit mit der angebotenen Fortbildung.

9. Referenzen

- Althaus, D., Hegerl, U. (2001). Evaluation suizidpräventiver Maßnahmen. Aktueller Forschungsstand und resultierende Implikationen. *Nervenarzt* 72, 677-684
- Bermejo, I., Lohmann, A., Härter, M. (2001). Versorgung depressiver Patienten in der Allgemein- arztpraxis. *Z Allg Med* 77, 554-561
- Bermejo, I., Kratz, S., Schneider, F., Gaebel, W., Mulert, C., Hegerl, U., Berger, M., Härter, M. (2003). Konkordanz von Arzt- und Patienteneinschätzung bei depressiven Störungen. *Z. ärztl. Fortb. Qual.sich.* 97, Suppl. IV, 44-49
- Bündnis gegen Depression e.V. (Hrsg.) (2003). Das Bündnis gegen Depression. Ein Projekt zur Prävention von Depression und Suizid. Unveröff. Manuskript, München
- Donoghue, J.M., Tylee, A. (1996). The treatment of depression: Prescribing patterns of antidepressants in primary care in the UK. *Br J Psychiat* 168, 164-168
- Fritze, J., Saß, H., Schmauß, M. (2001). Befragung der Fachgesellschaften durch den Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zur Frage der Über-, Unter- und Fehlversorgung. Stellungnahme der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), <http://www.dgpn.de/stellungnahmen/svrkaq02.pdf> 19.2.2001
- Geiselmann, B., Linden, M. (1989). Überweisung psychisch kranker Patienten zum Nervenarzt. *MMW* 131, 50-52
- Härter, M. (2000). Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 50, 274-286
- Härter, M., Bengel, J. (2001). Psychische Störungen bei körperlichen Erkrankungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie* 50, 274-286
- Härter, M., Bermejo, I., Kratz, S., Schneider, F. (2003c). Fortbildungs- und Qualitätsmanagement-Maßnahmen zur Implementierung von Versorgungsleitlinien. *Z. ärztl. Fortb. Qual.sich.* 97, Suppl. IV, 67-73
- Härter, M., Bermejo, I., Schneider, F., Gaebel, W., Niebling, W., Berger, M. (2003a). Umfassendes ambulantes Qualitätsmanagement in der Versorgung depressiver Patienten. *Z. ärztl. Fortb. Qual.sich.* 97, Suppl. IV, 9-15
- Härter, M., Bermejo, I., Schneider, F., Kratz, S., Gaebel, W., Hegerl, U., Niebling, W., Berger, M. (2003b). Versorgungsleitlinien zur Diagnostik und Therapie depressiver Störungen in der hausärztlichen Praxis. *Z. ärztl. Fortb. Qual.sich.* 97, Suppl. IV, 16-35
- Hartmann, S., Zepf, S. (2003). Psychische Erkrankungen in der primärärztlichen Versorgung. *Psychother Psych Med* 53, 446-454
- Hegerl, U. (2000). Kompetenznetz Depression. <http://www.kompetenznetz-depression.de>
- Henkel, V., Merhel, R., Kohnen, R. et al. (2003) Identifying depression in primary care: a comparison of different methods in a prospective cohort study. *BMJ* 326, 2001-201
- Kassenärztliche Bundesvereinigung (2004). Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Dtsch Ärzte-Verlag, Köln
- Koch, U. (2003). Künftige vernetzte Versorgungsstrukturen für die Behandlung psychisch Kranker. Vortrag auf dem DGPPN-Kongress, Berlin, 19.-22.11.2003
- Kratz, S., Härter, M., Bermejo I. et al. (2003). Beratungsanlass und Diagnosestellung bei depressiven Patienten in der hausärztlichen Praxis. *Z Ärztl Fortbild Qual Sich* 97, 50-56
- Lepine, KP., Gastpar, M., Mendlewitz, O. (1997). Depression in the community: the first pan European study DEPRES. *Int Clin Psychopharmacology* 12, 19-29
- Linden, M., Maier, W., Achberger, M., Herr, R., Helmchen, H., Benkert, O. (1996). Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinpraxen in Deutschland. Ergebnisse aus einer Studie der Weltgesundheitsorganisation (WHO). *Nervenarzt* 67, 205-215

- Löwe, B., Zipfel, S., Herzog, W. (2001) Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). Komplettversion und Kurzform. Testmappe mit Manual, Fragebögen, Schablonen. Pfizer GmbH, Karlsruhe
- Murray, C.J., Lopez, A.D. (1997). Global and regional descriptive epidemiology of disability: incidence, prevalence, health expectancies and years lived with disability. In: Murray, C.J., Lopez, A.D. (ed), *The global burden of disease. Global burden of disease and injury series (volume I)*. Harvard: Harvard University Press, 201-246
- Ormel, J., Brink, W. van den, Koeter, M.W.J., Giel, R., Meer, K. van der, Willige, G. van der, Willmink, F.W. (1990). Recognition, management and outcome of psychological disorders in primary care: A naturalistic follow-up study. *Psychol Med* 20, 909-923
- Paykel, E.S., Tylee, A., Wright, A. et al. (1997). The Defeat Depression Campaign: psychiatry in the public area. *Am J Psychiat* 154 (suppl 6): 59-65
- Reuter, K., Woll, S., Stadelmann, S., Bengel, J., Härter, M. (2002). Erkennen und Behandeln psychischer Störungen in der orthopädischen Rehabilitation. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie* 50, 313-328
- Schach, E., Schwartz, F.W., Krek-Bodden, H.E. (1989). Die EvaS-Studie. Eine Erhebung über die ambulante medizinische Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland. Köln: Deutscher Ärzteverlag
- Schneider, F., Kratz, S., Bermejo, I., Hegerl, U., Gaebel, W., Berger, M., Härter, M. (2003). Unzureichender subjektiver Behandlungsverlauf bei depressiven Patienten in der haus- und nervenärztlichen Praxis. *Z. ärztl. Fortb. Qual.sich.* 97, Suppl. IV, 57-66
- SISA Biominal (1997). DG Uitenbroek, Southhamptom.
- Spitzer, R.L., Kroenke, K., Linzer, M. et al. (1995). Health-Related quality of life in primary care patients with mental disorders. *JAMA* 274, 1511-1517
- Thompson, C., Kinmonth, A., Stevens, L. et al. (2000). Effects of a clinical-practice guideline and practice-based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire Depression Project randomised controlled trial. *Lancet* 355, 185-189.
- Tress, W., Kruse, J., Heckrath, C., Schmitz, N., Alberti, L. (1997). Psychogene Erkrankungen in hausärztlichen Praxen. *Z Psychosom Med Psychoanal* 43, 211-232
- Verband Deutscher Rentenversicherer (VDR) (1991). Kommission zur Weiterentwicklung der medizinischen Rehabilitation in der gesetzlichen Rentenversicherung. Abschlussbericht, Frankfurt/Main: VDR
- Verband Deutscher Rentenversicherer (VDR) (2002). VDR-Statistik Rehabilitation, Berichtsjahr 2001, Frankfurt/Main: VDR
- Wittchen, H.-U., Jacobi, F. (2001). Die Versorgungssituation psychischer Störungen in Deutschland. Eine klinisch epidemiologische Abschätzung anhand des Bundes-Gesundheitssurveys 1998. *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*, 44, 993-1000
- Wittchen, H.-U., Winter, S., Höfler, M. et al. (2000). Häufigkeit und Erkennungsrate von Depressionen in der hausärztlichen Praxis. *Fortschr Med* 118 (Suppl I), 22-30

10. Danksagung

Unser Dank gilt dem Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Schleswig Holstein e.V. (*vffr*) für die Bereitstellung der Mittel zur Durchführung dieses Forschungsvorhabens. Insbesondere bedanken wir uns bei Dr. Glaser-Möller von der LVA und bei Frau Dr. Deck vom Institut für Sozialmedizin des UK-SH für ihre geduldige Unterstützung.

Bedanken möchten wir uns außerdem bei Frau Dr. Breindl und Frau Brocks von der Ärztekammer Schleswig-Holstein sowie bei Herrn Dr. Bittmann von der Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein für ihre Kooperation bei der Rekrutierung der Hausarztpraxen.

Herrn Prof. Träger gilt unser besonderer Dank. Er hat als Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin des UK-SH und Leiter verschiedener Qualitätszirkel maßgeblich zur Sicherung der Kooperation der Praxen sowie mit seiner umfassenden hausärztlichen und wissenschaftlichen Expertise zum Design und Ablauf der gesamten Studie beigetragen.

Bei Frau Dipl.-Stat. Dahmen vom Institut für Medizinische Biometrie und Statistik des UK-SH bedanken wir uns für Ihre Beratung in Fragen zur statistischen Auswertung der Daten.

Allen teilnehmenden Hausärzten und Hausärztinnen sowie ihren Praxisteams sei an dieser Stelle ganz herzlich gedankt für ihre Mitarbeit, die im Praxisalltag einen nicht geringen zusätzlichen Arbeitsaufwand bedeutet hat.

Ohne die Bereitschaft zur Mitarbeit der zahlreichen Patientinnen und Patienten wäre die Studie nicht möglich gewesen. Ihnen gilt unser herzliches Dankeschön!

Lübeck, im Oktober 2006

die Autoren

11. Anhang

Anhang 1: Patientenfragebogen

Anhang 2: Arzt-Fragebogen

Anhang 3: Praxis-Dokumentationsbogen

Anhang 4: Arztanschreiben

Anhang 5: Arztanschreiben (Erinnerung)

Anhang 6: Informationsblatt zur Studie zum Verbleib beim Patienten

Anhang 7: Informationen für das Praxisteam

Fragebogen für Patienten in der Hausarztpraxis

K24A-

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

vielen Dank für Ihre Bereitschaft, an unserer Studie teilzunehmen!

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen, indem Sie jeweils in der rechten Spalte ein Kreuz ✕ in das entsprechende Kästchen setzen oder Ihre Antwort an die durch einen Strich _____ markierte Stelle schreiben.

Beantworten Sie bitte alle Fragen und kreuzen Sie jeweils die Antwort an, die am ehesten auf Sie zutrifft.

1. Wegen welcher Beschwerden kommen Sie heute zum Arzt / zur Ärztin?	<hr/> <hr/>			
2. Wie häufig haben Sie in den <u>letzten 12 Monaten</u> Ihren Hausarzt / Ihre Hausärztin aufgesucht? <i>Bitte zählen Sie jeden Termin – auch den heutigen – einzeln</i>	1 Mal	2-5 Mal	6-10 Mal	mehr als 10 Mal
3. Wie würden Sie Ihren Gesundheitszustand im Allgemeinen beschreiben ?	ausgezeichnet	sehr gut	gut	weniger gut
4. Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten zwei Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt? <i>Bitte in jede Zeile eine Kreuz</i>	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als der Hälfte der Tage	beinahe jeden Tag
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte weiter auf der Rückseite →

Zum Schluss möchten wir Sie noch um einige Angaben zu Ihrer Person bitten:	
5. Geschlecht	männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/>
6. Alter	_____ Jahre
7. Staatsangehörigkeit	_____
8. Leben Sie mit einem Partner / einer Partnerin zusammen?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
9. Wie ist Ihr aktueller Familienstand?	verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/>
10. Was ist Ihr höchster erreichter Schulabschluss?	Hauptschulabschluss <input type="checkbox"/> Realschulabschluss / Mittlere Reife <input type="checkbox"/> (Fach-)Hochschulreife (Abitur) <input type="checkbox"/> kein Schulabschluss <input type="checkbox"/> anderer Schulabschluss <input type="checkbox"/>
11. Was ist Ihr höchster erreichter beruflicher Abschluss (Berufsausbildung)?	Lehre <input type="checkbox"/> Fach-/Meisterschule <input type="checkbox"/> (Fach-)Hochschule <input type="checkbox"/> keiner bzw. angelernt <input type="checkbox"/>
12. Wie ist Ihre aktuelle berufliche Situation?	Vollzeit erwerbstätig <input type="checkbox"/> Teilzeit erwerbstätig <input type="checkbox"/> Hausfrau / Hausmann <input type="checkbox"/> in Ausbildung, Umschulung <input type="checkbox"/> Wehrdienst, Zivildienst <input type="checkbox"/> arbeitslos gemeldet <input type="checkbox"/> in Rehabilitationsmaßnahme <input type="checkbox"/> Rentner(in), Pensionär(in) <input type="checkbox"/> Sonstiges, <input type="checkbox"/> bitte angeben _____
13. Heutiges Datum	Tag Monat Jahr _ _ . _ _ . _ _

Haben Sie herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

Fragebogen für den Hausarzt

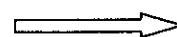
K13A-«PatNr»

1.	Datum des Ausfüllens	Tag _ _	Monat _	Jahr _ _
2.	Warum hat der Patient Sie heute aufgesucht? (Vorgebrachte Beschwerden des Patienten)	_____		
3.1	Haben Sie den Patienten zuvor jemals wegen psychischer Beschwerden behandelt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
3.2	Wenn ja: Seit wann und aufgrund welcher Beschwerden / Diagnose?	seit _____	Beschwerden _____	
4.	Wenn Sie den Patienten aufgrund seines heutigen Besuchs beurteilen: Liegt nach Ihrer Einschätzung eine depressive Störung vor? Wenn ja: Bitte weiter mit Frage 5. Wenn nein: Ende des Fragebogens!	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
5.	Bitte geben Sie die <u>Depressionsdiagnose</u> nach ICD-10 und den <u>Schweregrad</u> der depressiven Störung an.	Diagnose (ICD-10) _____ leicht <input type="checkbox"/> mittelgradig <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/>		
6.	Innerhalb welchen Zeitraums haben Sie den Patienten aufgrund seiner depressiven Symptomatik wieder einbestellt?	gar nicht <input type="checkbox"/>	< 1 Woche <input type="checkbox"/>	1-2 Wochen <input type="checkbox"/>
		> 2 Wochen <input type="checkbox"/>		
7.	Haben Sie den Patienten aufgrund der depressiven Erkrankung überwiesen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
7.1	Wenn ja: Wohin haben Sie überwiesen?	Psychiater / Nervenarzt <input type="checkbox"/>	Ärztl./Psychol. Psychotherapeut <input type="checkbox"/>	Psychiatr. Akutklinik <input type="checkbox"/>
		Rehabilitationseinrichtung <input type="checkbox"/>	Anderes: _____	
8.	Haben Sie dem Patienten aufgrund der depressiven Erkrankung Medikamente verordnet?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
8.1	Wenn ja: Welche Medikamente und in welcher Dosierung?	Medikament _____	Tagesdosis _____	
	Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!	Bemerkungen: _____		

Praxiserhebungsbogen

Praxis-ID [][][][][]

1.	Datum	Tag [][]	Monat [][]	Jahr [][]
Praxisangaben				
2.	Einzel- oder Gemeinschaftspraxis	Einzelpraxis	<input type="checkbox"/>	
		Gemeinschaftspraxis	<input type="checkbox"/>	
		Anzahl Ärzte	_____	
3.	Geschätzte Anzahl Patienten/Tag	< 30	<input type="checkbox"/>	
		30-59	<input type="checkbox"/>	
		60-89	<input type="checkbox"/>	
		>= 90	<input type="checkbox"/>	
Arztangaben				
4.	Geschlecht	männlich	<input type="checkbox"/>	
		weiblich	<input type="checkbox"/>	
5.	Alter	<30	<input type="checkbox"/>	
		30-39	<input type="checkbox"/>	
		40-49	<input type="checkbox"/>	
		50-59	<input type="checkbox"/>	
		> 59	<input type="checkbox"/>	
6.	Dauer der Praxistätigkeit (Jahre) insgesamt	1-5	<input type="checkbox"/>	
		6-10	<input type="checkbox"/>	
		11-15	<input type="checkbox"/>	
		16-20	<input type="checkbox"/>	
		> 20	<input type="checkbox"/>	
7.	Fachrichtung	Allgemeinarzt	<input type="checkbox"/>	
		Praktischer Arzt	<input type="checkbox"/>	
		Internist	<input type="checkbox"/>	
		Anderes	<input type="checkbox"/>	
		Was	_____	
8.1	Schwerpunktbezeichnung / Zusatztitel	ja	<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
8.2.	Wenn ja: Zusatzqualifikation „psychosomatische Grundversorgung“ oder Psychotherapietitel ?	ja	<input type="checkbox"/>	_____
		nein	<input type="checkbox"/>	

Bitte weiter
auf Seite 2

9.	Wie sicher fühlten Sie sich (vor der Studienfortbildung) in den Bereichen Diagnose und Behandlung von Depressionen?	sehr sicher <input type="checkbox"/>
		ausreichend sicher <input type="checkbox"/>
		nicht ausreichend sicher <input type="checkbox"/>
		unsicher <input type="checkbox"/>
Bankverbindung für Überweisung der Aufwandsentschädigung		
10.	Bankverbindung: Name des Kontoinhabers: _____ Bank: _____ BLZ: _____ Kontonummer _____	
11.	Bemerkungen:	

Vielen Dank !

Bitte den 2-seitigen Fragebogen zurücksenden an

**Dr. Ines Schäfer
Fax: 0451 / 5005097**

lÜbecker
bündnis
gegen
DEPRESSION

Campus Lübeck
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck
Prof. Dr. med. Fritz Hohagen
Prof. Dr. med. Jens-Martin Träder
Dr. Ines Schäfer
Telefon 0451 500-2445
Fax 0451 500-2603
schaefer.i@psychiatry.uni-luebeck.de

Lübecker Bündnis gegen Depression

Dr. XY

Lübeck,

Sehr geehrter Herr Kollege Dr. XY, *oder* sehr geehrte Frau Kollegin Dr. XY,
wir möchten **Ihre Mitarbeit** in einem Forschungsprojekt zum Thema „Depressionen in der Hausarztpraxis“ gewinnen.

Depressionen

- sind eine Volkskrankheit mit immensem Leidensdruck für die Betroffenen,
- stellen die Hauptursache für Suizide dar und
- verursachen hohe Krankheitsfolgekosten.

Im Mai diesen Jahres wurde das „**Lübecker Bündnis gegen Depression**“ mit dem Ziel gegründet, die Versorgungssituation für depressiv erkrankte Menschen zu verbessern. Dem Hausarzt kommt als erste Anlaufstelle für Patienten mit depressiven Störungen eine entscheidende Funktion für das frühzeitige Erkennen und Einleiten einer adäquaten Behandlung zu. Allerdings werden depressionstypische Beschwerden nur selten vom Patienten selbst thematisiert. Obwohl wirksame Therapien zur Verfügung stehen, führen krankheitsbedingte Schwierigkeiten in der Diagnosestellung dazu, dass nur ein kleiner Teil depressiver Patienten angemessen behandelt wird.

Die Studie „Früherkennung und Behandlung von Depressionen in Hausarztpraxen“

- wird im Rahmen des „Lübecker Bündnisses gegen Depression“ von Prof. Dr. J.-M. Träder und Prof. Dr. F. Hohagen durchgeführt,
- evaluiert den Effekt einer gezielten Fortbildung von Hausärzten auf die Erkennungsrate von Depressionserkrankungen,
- ist als randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie mit 3 Messzeitpunkten angelegt und
- bezieht alle in der Region Lübeck niedergelassenen Hausärzte ein.

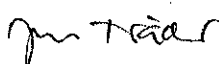
Informationen zur Studie haben wir für Sie auf der folgenden Seite zusammengefasst. Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie uns innerhalb der **nächsten 7 Tage** Antwort geben könnten, ob Sie an der Studie teilnehmen.

Für Ihre Antwort

- benutzen Sie bitte das beiliegende Formular (per Post oder Fax) oder
- senden Sie eine E-Mail an schaefer.i@psychiatry.uni-luebeck.de

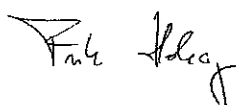
Wir möchten Sie nochmals herzlich bitten, durch Ihre Teilnahme das „Lübecker Bündnis gegen Depression“ zu unterstützen !

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



Prof. Dr. J.-M. Träder

(Lehrbeauftragter für
Allgemeinmedizin, UK-SH)



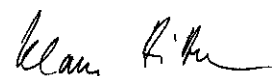
Prof. Dr. F. Hohagen

(Direktor der Klinik für
Psychiatrie und
Psychotherapie, UK-SH)



Dr. E. Breindl

(Ärztl. Geschäftsführerin,
der Ärztekammer SH)



Dr. K. Bittmann

(Vorsitzender der
Kassenärztlichen
Vereinigung SH)

Informationen zur Studie

Mitarbeit bedeutet für Sie

- Jeweils zu den Messzeitpunkten füllen an 3 aufeinanderfolgenden Tagen alle Patienten im Wartezimmer einen anonymisierten Fragebogen aus (Dauer ca. 5 Minuten). Kernstück ist eine evaluierte Skala zum Erfassen depressiver Störungen.
- Als behandelnder Arzt füllen Sie nach der Konsultation zu diesen Patienten einen sehr kurzen Fragebogen (3 bis 5 Fragen) aus, in dem im Wesentlichen der Konsultationsanlass und Ihre Einschätzung zum Vorliegen einer Depression (ja/nein) erhoben werden.

Die Messzeitpunkte sind für Oktober 2004 sowie Januar und Mai 2005 vorgesehen.

- Die Teilnahme an einem Fortbildungsprogramm, das im Anschluss an ein Abendessen an 3 Abenden in Lübeck stattfindet.

Die Fortbildung zur Früherkennung von Depressionen für Hausärzte wurde im Rahmen des Kompetenznetzes „Depression, Suizidalität“ gemeinsam mit der Klinik für Psychiatrie der Universität Freiburg entwickelt. Alle teilnahmebereiten Kollegen werden im Vorfeld zufällig einer von zwei Gruppen zugeordnet: Die Fortbildung für die erste Gruppe ist für den November 2004 vorgesehen; für die zweite Gruppe wird das identische Fortbildungsprogramm nach Abschluss der Datenerhebung im Frühjahr 2005 angeboten.

Wir bieten Ihnen

- eine akkreditierte Veranstaltung – Fortbildungspunkte sind bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein beantragt,
- eine kleine Aufwandsentschädigung von 150,- Euro,
- ein qualifiziertes und komprimiertes Fortbildungskonzept zur Früherkennung und Behandlung depressiver Störungen bei Ihren Patienten, das gezielt auf die Bedürfnisse und die Rahmenbedingungen in der hausärztlichen Praxis zugeschnitten ist,
- die Möglichkeit des Zusammentreffens und des Austausches mit Kollegen im Rahmen der Abendessen,
- auf Wunsch: Ein „Praxisprofil“ anhand der dreimal dreitägigen Datenerhebung, das Ihre Patientenzusammensetzung mit der der anderen hausärztlichen Studien-Praxen vergleicht.

Wie geht es weiter ?

Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie uns innerhalb der **nächsten 7 Tage** Antwort geben könnten, ob Sie an der Studie teilnehmen. Im Falle Ihrer Teilnahmebereitschaft werden wir Sie nach dem Zufallsverfahren einer der beiden Studiengruppen zuordnen und Ihnen dies dann umgehend mitteilen. Zur Vorbereitung der Datenerhebung wird die Studienmitarbeiterin Frau Dr. Ines Schäfer mit Ihnen einen Termin in Ihrer Praxis vereinbaren.

Für Fragen und weitere Informationen

steht Ihnen Frau Dr. Schäfer unter der Telefonnummer 0451 / 500-2445 von 8.30 bis 14.00 Uhr gerne zur Verfügung. Informationen zum „Lübecker Bündnis gegen Depressionen“ finden Sie im auch Internet unter <http://www.buendnis-depression.de>

Förderer des Projektes ist der Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Schleswig-Holstein (*vffr*). Die Ärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung des Landes Schleswig-Holstein unterstützen die Studie ausdrücklich. Ebenso liegt das positive Votum der Ethik-Kommission des UK-SH vor.

Lübecker
bündnis
gegen
DEPRESSION

Campus Lübeck
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Ratzeburger Allee 160
23538 Lübeck
Prof. Dr. med. Fritz Hohagen
Prof. Dr. med. Jens-Martin Träder
Dr. Ines Schäfer
Telefon 0451 500-2445
Fax 0451 500-2603
schaefer.i@psychiatry.uni-luebeck.de

Lübecker Bündnis gegen Depression

Herrn
Dr. XY

Lübeck,

Anrede: Sehr geehrter Herr Kollege Dr. XY, oder sehr geehrte Frau Kollegin Dr. XY,

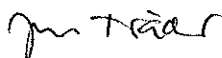
mit diesem Erinnerungsschreiben möchten wir Sie nochmals auf das Forschungsprojekt „**Früherkennung und Behandlung von Depressionen in der Hausarztpraxis**“ hinweisen, das im Rahmen des „Lübecker Bündnis gegen Depression“ durchgeführt wird. Die Studie evaluiert den Effekt einer gezielten Fortbildung von Hausärzten auf die Erkennungsrate von Depressionserkrankungen und ist als randomisierte, kontrollierte Interventionsstudie angelegt.

Wir streben eine Teilnehmerzahl von insgesamt 40 Ärzten (Praxen) an. Diese Größenordnung entspricht einer statistisch abgesicherten Fallzahlkalkulation und stellt mit je 20 Teilnehmern (Interventions- und Kontrollgruppe) eine für die Fortbildungsveranstaltung sinnvolle Gruppengröße dar.

Erfreulicherweise haben bisher 30 niedergelassene Hausärzte ihre Teilnahme an der Studie zugesagt. Die **10 noch zur Verfügung stehenden Plätze** würden wir gerne im Laufe der nächsten Woche mit interessierten Kolleginnen und Kollegen besetzen. Wir möchten Sie daher nochmals herzlich bitten, sich anhand des anhängenden Informationsblattes über die Studie zu informieren, unser Angebot einer hausarzt-spezifischen Fortbildung zu nutzen und das Lübecker Bündnis gegen Depression durch Ihre Teilnahme an der Studie zu unterstützen.

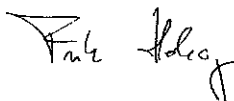
Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie uns innerhalb der **nächsten 5 Tage** Antwort geben könnten, ob Sie an der Studie teilnehmen. Benutzen Sie dafür bitte das beiliegende Formular (per Post oder Fax) oder senden Sie eine E-Mail an schaefer.i@psychiatry.uni-luebeck.de

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



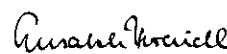
Prof. Dr. J.-M. Träder

(Lehrbeauftragter für
Allgemeinmedizin, UK-SH)



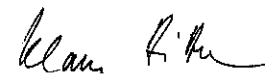
Prof. Dr. F. Hohagen

(Direktor der Klinik für
Psychiatrie und
Psychotherapie, UK-SH)



Dr. E. Breindl

(Ärztl. Geschäftsführerin,
der Ärztekammer SH)



Dr. K. Bittmann

(Vorsitzender der
Kassenärztlichen
Vereinigung SH)

Informationen zur Studie

Mitarbeit bedeutet für Sie

- Jeweils zu den Messzeitpunkten füllen an 3 aufeinanderfolgenden Tagen alle Patienten im Wartezimmer einen anonymisierten Fragebogen aus (Dauer ca. 5 Minuten). Kernstück ist eine evaluierte Skala zum Erfassen depressiver Störungen.
- Als behandelnder Arzt füllen Sie nach der Konsultation zu diesen Patienten einen sehr kurzen Fragebogen (3 bis 5 Fragen) aus, in dem im Wesentlichen der Konsultationsanlass und Ihre Einschätzung zum Vorliegen einer Depression (ja/nein) erhoben werden.

Die Messzeitpunkte sind für Dezember 2004 sowie Februar und Mai 2005 vorgesehen.

- Die Teilnahme an einem Fortbildungsprogramm, das im Anschluss an ein Abendessen an 3 Abenden in Lübeck stattfindet.

Die Fortbildung zur Früherkennung von Depressionen für Hausärzte wurde im Rahmen des Kompetenznetzes „Depression, Suizidalität“ gemeinsam mit der Klinik für Psychiatrie der Universität Freiburg entwickelt. Alle teilnahmebereiten Kollegen werden im Vorfeld zufällig einer von zwei Gruppen zugeordnet: Die Fortbildung für die erste Gruppe ist für den November 2004 vorgesehen; für die zweite Gruppe wird das identische Fortbildungsprogramm nach Abschluss der Datenerhebung im Frühjahr 2005 angeboten.

Wir bieten Ihnen

- eine akkreditierte Veranstaltung – Fortbildungspunkte sind bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein beantragt,
- eine kleine Aufwandsentschädigung von 150,- Euro,
- ein qualifiziertes und komprimiertes Fortbildungskonzept zur Früherkennung und Behandlung depressiver Störungen bei Ihren Patienten, das gezielt auf die Bedürfnisse und die Rahmenbedingungen in der hausärztlichen Praxis zugeschnitten ist,
- die Möglichkeit des Zusammentreffens und des Austausches mit Kollegen im Rahmen der Abendessen,
- auf Wunsch: Ein „Praxisprofil“ anhand der dreimal dreitägigen Datenerhebung, das Ihre Patientenzusammensetzung mit der der anderen hausärztlichen Studien-Praxen vergleicht.

Wie geht es weiter ?

Wir wären Ihnen sehr dankbar, wenn Sie uns innerhalb der **nächsten 7 Tage** Antwort geben könnten, ob Sie an der Studie teilnehmen. Im Falle Ihrer Teilnahmebereitschaft werden wir Sie nach dem Zufallsverfahren einer der beiden Studiengruppen zuordnen und Ihnen dies dann umgehend mitteilen. Zur Vorbereitung der Datenerhebung wird die Studienmitarbeiterin Frau Dr. Ines Schäfer mit Ihnen einen Termin in Ihrer Praxis vereinbaren.

Für Fragen und weitere Informationen

steht Ihnen Frau Dr. Schäfer unter der Telefonnummer 0451 / 500-2445 von 8.30 bis 14.00 Uhr gerne zur Verfügung. Informationen zum „Lübecker Bündnis gegen Depressionen“ finden Sie im auch Internet unter <http://www.buendnis-depression.de>

Förderer des Projektes ist der Verein zur Förderung der Rehabilitationsforschung in Schleswig-Holstein (*vffr*). Die Ärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung des Landes Schleswig-Holstein unterstützen die Studie ausdrücklich. Ebenso liegt das positive Votum der Ethik-Kommission des UK-SH vor.

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient !

Warum dieser Fragebogen ?

Sicher sind Sie etwas überrascht von der Bitte, im Wartezimmer Ihres/Ihrer Hausärztin einen Fragebogen zu Ihrem seelischen Wohlbefinden auszufüllen. Der Grund dafür ist eine wissenschaftliche Studie zum Thema Depression. Bei Depressionen handelt es sich um eine häufige „Volkskrankheit“, die jeden treffen kann, die aber oft nicht richtig erkannt wird. Depressionen sind heute jedoch mit großem Erfolg behandelbar.

Was ist das Ziel der Studie ?

Wie Sie vielleicht schon aus der Presse wissen, gibt es seit Mai 2004 das „Lübecker Bündnis gegen Depression“, das im Rahmen einer bundesweiten Aktion das Anliegen verfolgt, die Versorgung depressiv erkrankter Menschen in Deutschland zu verbessern.

Eine wichtige Voraussetzung dafür sind Kenntnisse darüber, wie häufig Depressionen vorkommen und wie sie erkannt werden können. Zu dieser Frage führt die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Lübeck eine wissenschaftliche Studie durch, an der möglichst alle Lübecker Hausärzte teilnehmen sollen. Wir freuen uns, dass auch Ihr Arzt/Ihre Ärztin dieses wichtige Vorhaben unterstützt.

Wer nimmt an der Studie teil ?

In jeder Hausarztpraxis in Lübeck und Umgebung wird an festgelegten Tagen allen Patienten ein Fragebogen ausgehändigt. Es ist für uns sehr wichtig, dass dieser auch von allen Patienten ausgefüllt wird, da nur so zuverlässige Aussagen über die Häufigkeit der untersuchten Erkrankung möglich sind.

Was geschieht mit den Daten ?

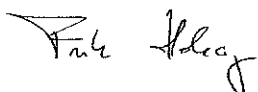
Im Rahmen der Studie werden Ihre persönlichen Daten zu keinem Zeitpunkt zusammen mit dem ausgefüllten Fragebogen aufbewahrt. Eine Zuordnung zu einzelnen Patienten ist nur für Ihren Arzt / Ihre Ärztin möglich. Für den Fall, dass bei Ihnen Hinweise auf eine depressive Erkrankung vorliegen, wird er / sie sich mit Ihnen in Verbindung setzen. Ihre Angaben werden in anonymisierter Form, also ohne Namen und unter Einhaltung aller gesetzlichen Bestimmungen zum Datenschutz elektronisch erfasst und ausgewertet. Alle Mitarbeiter der Studie im Universitätsklinikum und in der Arztpraxis unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht. Die Teilnahme an der Studie für Sie freiwillig; selbstverständlich entstehen Ihnen keine Nachteile, wenn Sie ablehnen. Die Ethikkommission der Universität Lübeck hat die Studie und das Verfahren zum Datenschutz geprüft und ihre Zustimmung gegeben.

Ihre Mitarbeit ist wichtig - und geht schnell


Das Ausfüllen des kurzen Fragebogens ist einfach und kostet mit ca. 10 Minuten nur wenig Zeit; Ihre Wartezeit wird dadurch nicht verlängert. Bitte unterstützen Sie, ebenso wie Ihr Arzt/Ihre Ärztin, das „Lübecker Bündnis gegen Depression“ bei seinem wichtigen Anliegen.

Für Fragen stehen Ihnen das Praxis-Team und die Mitarbeiterin der Studie im Klinikum, Frau Dr. Ines Schäfer, Tel. 0451 / 500-2445, gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Prof. Dr. F. Hohagen
(Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum SH, Campus Lübeck)



Dr. I. Schäfer
(Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum SH, Campus Lübeck)

Informationen für das Praxisteam

Materialien (Infoblatt und Fragebogen)

Ein Fragebogen-Set besteht jeweils aus einem Patienten- und einem Arztfragebogen, die beide die gleiche ID-Nummern haben (nur die handschriftliche Nummer muss verglichen werden, der Anfang ist immer gleich). Das Informationsblatt kann vom Patienten mit nach Hause genommen werden

neu

Bitte verwenden Sie keine „alten“ Fragebögen aus der ersten Erhebungsphase.

Ausgabe und Ausfüllen der Fragebogen

Jeder Patient erhält das Informationsblatt und einen Fragebogen mit der Bitte, diesen vor dem Arztbesuch im Wartezimmer auszufüllen.

Ausgefüllte Fragebögen werden (vor dem Arztkontakt) wieder bei den Praxismitarbeiterinnen abgegeben oder von ihnen eingesammelt. Bitte überprüfen Sie kurz, ob der Bogen vollständig ausgefüllt wurde und fragen Sie ggf. noch einmal nach.

Den dazugehörigen (ID-Nummer) Arzt-Fragebogen bitte mit der Patientenakte in das Sprechzimmer geben, so dass die Ärztin/der Arzt ihn gleich nachdem der Patient dort war ausfüllen kann.

Studienteilnehmer

Die Datenerhebung soll an 3 (aufeinander folgenden) Tagen durchgeführt werden (bzw. kürzer, wenn bereits alle Fragebogen ausgegeben wurden) und schließt alle Patienten, die an diesen Tagen die Ärztin/den Arzt persönlich konsultieren, ein.

Voraussetzungen

- Mindestens 18 Jahre alt und ausreichende Deutschkenntnisse

Ausgeschlossen werden

- Patienten, bei denen eine aktuelle depressive Erkrankung bereits bekannt ist
- Patienten, die den Fragebogen bereits in der 1. Erhebungsphase ausgefüllt haben
- Patienten, die geistig oder gesundheitlich nicht in der Lage sind, den Fragebogen auszufüllen (Einschätzung der Praxismitarbeiterinnen bzw. Eigenauskunft der Patienten)

neu

Jeder Patient füllt den Fragebogen **nur einmal** aus, auch wenn er an mehreren Studientagen die Praxis aufsucht.

Bei Fragen und Skepsis der Patienten

bitte - wie im Infoblatt aufgeführt - erklären, dass es seit einiger Zeit das Lübecker Bündnis gegen Depression gibt, mit dem Ziel die Versorgung depressiv erkrankter Menschen zu verbessern. Depressionen sind eine häufige und gut behandelbare Erkrankung. Mit der Studie von der Uni-Klinik Lübeck soll untersucht werden, wie häufig depressive Störungen in der Allgemeinbevölkerung sind und wie sie besser erkannt werden können. Die Hausärztin/der Hausarzt nimmt an der Studie teil, weil sie/er diese wichtig findet. In ganz Lübeck und Umgebung werden die Fragebögen an bestimmten Tagen an alle Hausarztpatienten verteilt. So gesehen, sind die Teilnehmer quasi zufällig „in die Studie geraten“. Für das Studienergebnis ist es jedoch wichtig, dass möglichst alle Patienten teilnehmen. Alle Datenschutzbestimmungen werden eingehalten, der Name des Patienten wird in der Studie nicht erfasst.

Bitte den Patienten **nicht darüber informieren**, dass auch die Ärztin/der Arzt einen Fragebogen ausfüllt und eine Einschätzung zum Vorliegen einer Depression abgibt.

neu

Wir möchten Sie bitten, uns **nach Abschluss der Datenerhebung** die ausgefüllten Fragebögen im beiliegenden vorfrankierten **Rückumschlag** zurückzuschicken.

Für Fragen stehe ich jederzeit gerne zur Verfügung: Dr. Ines Schäfer, Tel. 0451/5002445 oder 015114104056