

**Aus der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie
der Carl-Friedrich-Flemming-Klinik, HELIOS Kliniken Schwerin**

Ärztlicher Direktor

Prof. Dr. med. Andreas Broocks

und

aus der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

der Universität zu Lübeck

Direktor: Prof. Dr. med. Fritz Hohagen

Inauguraldissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der Universität zu Lübeck

- Aus der Sektion Medizin –

vorgelegt von

Laura Maria Dickmann
Oldenburg (in Oldenburg)

Lübeck 2016

1. Berichterstatter:
2. Berichterstatter:

Prof. Dr. med. Andreas Broocks
Prof. Dr. med. Alexandar Katalinic

Tag der mündlichen Prüfung:

18.07.2016

Zum Druck genehmigt. Lübeck, den

Promotionskommission der Sektion Medizin

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung und Fragestellung	6
1.1	Disease-Management-Programme in Deutschland.....	6
1.2	Hindernisse auf dem Weg zu einem DMP „Depression“	7
1.3	Das Beispiel Australien	9
1.4	Fragestellung.....	10
2.	Material und Methoden.....	11
2.1	Befragung von Hausärzten	11
2.2	Beschreibung und Bewertung eines australischen Regional Mental Health Service 11	
2.3	Statistische Methoden	12
3.	Ergebnisse.....	13
3.1	Befragung von Hausärzten	13
3.2	Beschreibung des Wodonga Adult Mental Health Services (WAMHS):.....	26
3.2.1	Organisationsstruktur des Dienstes.....	26
3.2.2	Der Weg der Patienten durch den WAMHS.....	26
3.2.3	Community Treatment Order	27
3.2.4	Ausbildung der Pflegekräfte	28
3.3	Befragung von zuweisenden Allgemeinärzten und Mitarbeitern des WAMHS	28
3.3.1	Allgemeinärzte.....	28
3.3.2	Mitarbeiter	31
4.	Diskussion.....	35
4.1	Kritik der Hausärzte an laufenden DMP für internistische Erkrankungen	35
4.2	Einstellung der Hausärzte zu einem möglichen DMP Depression	37
4.3	Kenntnisstand der Stichprobe über affektive Störungen	40
4.3.1	Diagnostik.....	41
4.3.2	Therapie	45

4.4	Praktizierte Kooperation der Hausärzte mit Spezialisten	47
4.5	Laufende IV-Modelle und Stand der Leitliniendiskussion.....	48
4.6	Das australische Modell.....	49
4.7	Limitationen der Studie	51
5.	Zusammenfassung	52
6.	Literaturverzeichnis	54
7.	Anhänge.....	60
7.1	Fragebogen für Allgemeinärzte der Bezirksstelle Oldenburg	61
7.2	Fragebogen australische Allgemeinärzte	67
7.3	Fragebogen australische Mitarbeiter.....	68
7.4	Rohdaten 2 – Befragung von Mitarbeiter.xlsx (Australien)	69
7.5	Rohdaten 3 – Befragung von Hausärzten.xlsx (Australien)	70
8.	Danksagungen.....	71
9.	Veröffentlichungen der Arbeitsergebnisse	722

Abkürzungsverzeichnis

AART	<i>Acute Assessment Response Teams</i>
AOK	Allgemeine Ortskrankenkasse
CAT	<i>Clinical Assessment Teams</i>
CME	<i>Continuous medical education</i>
COPD	<i>Chronic obstructive pulmonary disease</i>
CTO	<i>Community Treatment Order</i> (Behandlungsaufgabe in der Gemeinde)
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DMP	Disease Management Programme
DRG	<i>Diagnose Related Groups</i>
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
HAMD	<i>Hamilton Depression Scale</i>
HONOS	<i>Health of the Nation Outcomes Scale</i>
ICD-10	<i>International Classification of Disease</i>
IV	Integrierte Versorgung
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
KHK	Koronare Herzerkrankung
KV	Kassenärztliche Vereinigung
MHS	<i>Mental Health Service</i>
RSA	Risikostrukturausgleich
SpD	Sozialpsychiatrischer Dienst
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SSRI	<i>Selective serotonin re-uptake inhibitor</i>
STAR-D	<i>Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression</i>
WAMHS	<i>Wodonga Adult Mental Health Service</i>

1. Einleitung und Fragestellung

1.1 Disease-Management-Programme in Deutschland

In den entwickelten Ländern verursachen wenige chronische Erkrankungen einen Großteil der Kosten im medizinischen Bereich. Viele Staaten mit ausgebauten Gesundheitssystemen versuchen daher, diese Entwicklung mit Hilfe von Disease-Management-Programmen (DMP) zu beeinflussen. DMP sollen als systematischer Ansatz der Verbesserung der Diagnostik und Therapie chronischer Erkrankungen dienen [1].

In Deutschland wurden DMP für internistische Erkrankungen seit 2002 geplant und vom Bundesversicherungsamt reguliert [2]. Die Beratung und Ausgestaltung der Programme erfolgte im Gemeinsamen Bundesausschuss. Hier verhandelten Geschäftsführungen der Krankenhäuser, Patientenvertreter, Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen die Kautelen im Detail. Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) prüfte auf Evidenz unter Einbeziehung von Expertenmeinungen. Das IQWiG evaluierte DMPs kontinuierlich und erstattete dem Gesundheitsministerium Bericht. DMPs waren von dieser Bundesbehörde genehmigungspflichtig und mussten folgenden Kriterien genügen:

1. Evidenzbasierte Behandlung nach aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaften,
2. Kontinuierliche Qualitätssicherung und festgelegte Dauer des DMP,
3. Einschlusskriterien für Patienten,
4. Fortbildung der Leistungserbringer und Information der Patienten,
5. Exakte Dokumentation aller Behandlungsschritte,
6. Auswertung der Effekte und Kosten.

Die DMP „Diabetes mellitus Typ 2“ und „Brustkrebs“ wurden 2002 eingeführt. 2003 folgten „Koronare Herzkrankheit“, 2004 „Diabetes mellitus Typ 1“, 2005 „Asthma bronchiale“ und „Chronisch obstruktive Lungenerkrankung“ und 2009 „Chronische Herzinsuffizienz“ als zusätzliches Modul im DMP „Koronare Herzerkrankung“.

Weil seit Einführung der DMP parallel keine randomisierten Kontrollgruppen geführt wurden, war die exakte Quantifizierung von Behandlungserfolgen schwierig [3]. So bestritten Kritiker Verbesserungen durch das DMP Diabetes II [4]. Das Aufsicht führende Bundesversicherungsamt äußerte sich vorsichtig optimistisch, was positive Effekte des DMP Diabetes Typ 2 anbelangte [5].

Obwohl es an Unmutsäußerungen und offenem Widerstand der Hausärzte gegen die Einführung von DMP nicht fehlte [6], wurde deren Einstellung bisher nur nicht-repräsentativ erfragt [7].

1.2 Hindernisse auf dem Weg zu einem DMP „Depression“

Während sich Krankenkassen und Ärzteverbände für die internistischen „Volkskrankheiten“ seit 2002 in rascher Folge über DMP verständigen konnten, steht ein ähnliches Vorgehen für psychische Erkrankungen noch aus. Dabei ist der Handlungsbedarf groß. Depressive Episode ist die häufigste psychiatrische Diagnose. Seit Jahren ist eine rasante Zunahme der Behandlungsfälle zu beobachten und ständig steigen die direkten und indirekten Kosten [8].

In der Studie „Depression 2000“ konnten Wittchen et al. zeigen, dass auch in Deutschland nur bei etwa 50% der Patienten, die sich beim Hausarzt vorstellten, die korrekte Diagnose gestellt wurde. Davon erhielt wiederum nur die Hälfte eine spezifische Behandlung. Die Rate von Überweisungen zum Psychiater blieb mit 22% sehr niedrig [9].

Bereits seit den neunziger Jahren hatte es intensive Anstrengungen um ein DMP für Depression in den Niederlanden, Großbritannien und den USA gegeben. Im Zentrum stand dabei der Hausarzt als möglicher Fallmanager, der eine optimierte Behandlung von möglichst vielen depressiv Erkrankten auf der Primärarztebene gewährleisten sollte.

In der Literatur blieb es strittig, ob Leitlinienschulung von Hausärzten für die Behandlung von Depression zu messbaren Verbesserungen der Behandlungsergebnisse führt [10-15]. Selbst der Nutzen sensitiver Diagnostik für das Behandlungsergebnis wurde kontrovers diskutiert [9, 16-20], und vor vermehrt falsch positiven Diagnosen und möglicher Übertherapie gewarnt [16, 21].

Einige Autoren zweifelten an der Anwendbarkeit des Kapitels für psychische Erkrankungen der ICD-10 [22] oder des DSM-IV [23] auf Patienten, die von Hausärzten behandelt werden [24]. Die Internationale Klassifikation psychischer Erkrankungen ICD-10 kategorisierte unter dem Oberbegriff „Affektive Störungen“ mit dem Kode F30 bis F39 55 Diagnosen. Unter Einschluss der Anpassungsstörungen mit depressiver Symptomatik ergaben sich 58 diagnostische Kategorien allein unter diesem Oberbegriff [22]. Dieses für die Primärarztebene schwierig anzupassende Klassifikationssystem war in seiner ganzen

Komplexität Grundlage der im November 2009 verabschiedeten „Nationalen Leitlinie S3 Depression“ [25].

Während der Nutzen sensitiver Diagnostik und Leitlinienimplementierung strittig blieb, führte eine Maßnahme in der Mehrzahl der Studien zu messbaren Verbesserungen des Behandlungsergebnisses: der Einsatz von Pflegekräften als Fallmanager mit kontinuierlicher Patientenbetreuung einschließlich regelmäßiger, mindestens monatlicher Besuche über einen Zeitraum von sechs bis zwölf Monaten [13]. Wird dieser Therapie-„Baustein“ aus dem Fallmanagement gestrichen, so verschwinden messbare Unterschiede im Behandlungsergebnis zwischen Interventions- und Kontrollgruppe [26]. Der Einsatz von Fallmanagern war mit einer Übertragung ärztlicher Kompetenz auf Pflegekräfte verbunden. Ob kostengünstiges telefonisches nicht-ärztliches Fallmanagement das Behandlungsergebnis gegenüber einer Kontrollgruppe verbessert, wurde in der Literatur kontrovers diskutiert [27, 28]. Bisher war diese Substitution ärztlicher Kompetenz durch Pflegekräfte nur für die primärärztliche Versorgung umfangreich untersucht worden. Dabei waren die Ergebnisse überwiegend positiv, und es fiel eine höhere Patientenzufriedenheit im Vergleich zur ärztlichen Behandlung auf. Ein Grund könnte gewesen sein, dass Pflegekräfte längere Konsultationszeiten gewährten [29].

Bisher durchgeführte Studien wurden 2005 einem *Cochrane Review* unterzogen, der eine mindestens gleichwertige Qualität der Patientenversorgung durch Pflegekräfte in der Allgemeinmedizin wahrscheinlich machte. Es wurde darauf verwiesen, dass die Anzahl und Qualität der vorliegenden Studien nicht ausreichte, um diese Frage mit hoher Evidenz zu beantworten [30].

Ob ein solcher Ersatz von Ärzten durch Pflegekräfte Kosten sparte, war noch nicht entschieden. Wichtige Variablen waren der Unterschied in der Höhe des Gehaltes und die Effektivität der Behandlung in Bezug auf die Anzahl der Patienten pro Zeiteinheit. Pflegekräfte orderten mehr Tests, involvierten mehr andere Dienste und erfüllten unter Umständen Ansprüche der Patienten, die bisher nicht bedacht worden waren.

Es sind bisher keine größeren kontrollierten Studien publiziert worden, die die Behandlung schwergradiger psychischer Erkrankungen durch Fachpflegekräfte in der Psychiatrie mit der Behandlung durch Psychiater verglichen hätten. Lediglich eine kleine Studie wurde in Australien durchgeführt. Hiernach unterschied sich die Qualität der Arbeit einer Fachpflegekraft nicht von der eines Arztes [31].

Offen blieb die Frage, ob DMP zu einer Ersparnis bei direkten und indirekten Kosten führen kann. Für Interventionen bei depressiven Störungen auf der Primärarztebene, die sich auf Leitlinienimplementierung und Schulung beschränkten, konnte eine Senkung der direkten Behandlungskosten bisher nicht nachgewiesen werden. Komplexere Interventionen mit umfassendem Fallmanagement erbrachten die erhofften Verbesserungen für die Gesundheit der Patienten, allerdings bei steigenden direkten Krankheitskosten [32]. Die Implementierung von DMP kann zur Behandlung von mehr Patienten führen. Unzureichend behandelte Depressionen führen nur in einer kleinen Zahl zu teuren medizinischen Interventionen (stationäre Behandlung), so dass die Vermeidung stationärer Behandlung keine Einsparung bei den direkten Gesamtkosten garantiert [33]. Die erhoffte Kostenersparnis wäre danach nur über die indirekten Kosten (Arbeitsunfähigkeit, Frühberentung) zu erreichen.

1.3 Das Beispiel Australien

Im staatlich organisierten Gesundheitswesen Australiens beschritt man seit Jahren innovative Wege. Dort wurden Fallpauschalen für den stationären Sektor (*Diagnose Related Groups*) und Frühinterventionsteams für an Psychose Erkrankte zuerst erprobt, die mittlerweile auch in den USA und Europa teilweise übernommen wurden. Nach Schließung der großen psychiatrischen Krankenhäuser hatten die australischen Bundesländer im staatlichen Gesundheitsdienst konsequent eine flächendeckende Gemeindepsychiatrie aufgebaut, die sich auf Teams gut ausgebildeter Fachpflegekräfte stützte. Diese Aktivitäten erfolgten unabhängig vom Stand der Leitliniendiskussion der Fachgesellschaften [34].

Auch in großen Städten mit einer vergleichsweise größeren Anzahl von Psychiatern wurde die Organisation und der Großteil der klinischen Arbeit in der Gemeindepsychiatrie des staatlichen Gesundheitsdienstes bei den Pflegekräften belassen. Die Pflegekräfte nannten sich innerhalb der MHS nicht mehr *nurse* (Schwester/Pfleger) sondern *clinician* (Kliniker) und bei psychiatrisch-psychopharmakologischer Zusatzausbildung *nurse practitioner* mit Ermächtigung zum Ausstellen von Rezepten und medizinischen Bescheinigungen. Sie hatten die Aufgabe des Fallmanagements von den Hausärzten übernommen.

1.4 Fragestellung

In der vorgelegten Arbeit wurden die Erfahrungen von Hausärzten in Deutschland mit existierenden DMP, ihre Einstellungen und Erwartungen gegenüber einem möglichen DMP Depression sowie der Kenntnisstand und die Arbeitsweise bei affektiven Störungen erfragt. Zudem wurde als Beispiel für ein etabliertes DMP für psychische Erkrankungen ein australischer *Community Mental Health Service* beschrieben und die Zufriedenheit der Mitarbeiter und zuweisenden Hausärzte mit der Arbeit des Dienstes untersucht. Die Berücksichtigung der Hausarztperspektive und der australischen Erfahrungen sollte dazu beitragen, bei der Planung eines DMP Fehler zu vermeiden.

2. Material und Methoden

2.1 Befragung von Hausärzten

„Im August 2011 wurden 185 kassenärztlich tätige Allgemeinärzte und hausärztliche Internisten angeschrieben (Mitgliederverzeichnis der KV Oldenburg, Stand: Juni 2011). Darunter befanden sich alle Allgemeinärzte und hausärztlichen Internisten der Stadt und des Landkreises Oldenburg (158 Ärzte). Hinzu kamen 27 zufällig ausgewählte Hausärzte aus dem angrenzenden Landkreis Ammerland. Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte (zugelassen in der Gruppe Praktischer Arzt/Arzt/Facharzt für Allgemeinmedizin) wurden nicht einbezogen.

Der Fragebogen wurde unter Mitarbeit eines Allgemeinarztes, einer Ärztin ohne Gebietsbezeichnung mit Tätigkeitsschwerpunkt Psychiatrie sowie zweier Psychiater entworfen. Dieser Entwurf wurde drei Allgemeinärztinnen zur Prüfung auf Relevanz und Praktikabilität vorgelegt. Er umfasste 39 Fragen, davon 19 im Likert-Format, und ließ Raum für freie Kommentare. Ein Verfahren zur Ermittlung von Trennschärfe-Indizes und Trennschärfe-Koeffizienten für einzelne Items kam nicht zur Anwendung, weil keine Hausärzte dafür zur Verfügung standen. Beide Antworten links der Neutralposition (stimme völlig zu, stimme zu) wurden bei Likert-Skala als positiv zusammengefasst, beide Antworten rechts der Neutralposition (stimme nicht zu, stimme überhaupt nicht zu) als negativ. Der vollständige Fragebogen findet sich im Anhang.

Das Anschreiben wurde von einer als Psychotherapeutin tätigen Vertragsärztin der Bezirksstelle Oldenburg versandt mit dem Angebot einer Aufwandsentschädigung in Höhe von 30€. Die anschreibende Vertragsärztin war seit 21 Jahren im Bezirk tätig und fast allen Ärzten mindestens namentlich bekannt. Die Rücksendung erfolgte anonym. Allen Teilnehmern wurde Information über die Ergebnisse der Befragung zugesichert.“ [35]

2.2 Beschreibung und Bewertung eines australischen Regional Mental Health Service

Die Autorin dieser Arbeit hatte im Jahre 2009 Gelegenheit, zwei Monate in der Krankenpflege des Wodonga Regional Health Service, Northeast Victoria, Australien, zu hospitieren und dort eine Befragung der Mitarbeiter durchzuführen. Die Organisation des staatlichen Mental Health Service (MHS) und der Weg eines Patienten durch den MHS wurden beschrieben. Um die Zufriedenheit der Mitarbeiter und der zuweisenden

Allgemeinärzte zu erfassen, wurden 30 Allgemeinärzte angeschrieben und 23 Mitarbeiter um anonyme Teilnahme gebeten. Die Fragebögen wurden unter Mitarbeit eines Psychiaters und einer Fachpflegekraft Psychiatrie entworfen und zur Prüfung auf Praktikabilität und Plausibilität vier Fachpflegekräften vorgelegt. Der vollständige Fragebogen findet sich im Anhang.

2.3 Statistische Methoden

Die Datenerhebung wurde mittels Microsoft Excel, die Analyse der Daten mittels SPSS (Version 17.0, Cambridge, UK) durchgeführt. Prozentangaben sind gerundet und ergeben nicht immer 100%.

3. Ergebnisse

3.1 Befragung von Hausärzten

Die Rücklaufquote betrug 78% (n=144). Die Teilnehmer waren im Durchschnitt 21,1 Jahre berufstätig, davon 12,2 Jahre in eigener Praxis. Weitere Daten zur genaueren Charakterisierung der Studienteilnehmer finden sich in Tabelle 1. Den Anteil ihrer Patienten mit Depression schätzten die Ärzte auf durchschnittlich 14,1%, wobei die Spanne von 2-50% reichte. Die Ergebnisse werden tabellarisch präsentiert, wobei die Fragen in den Tabellen zum Teil gekürzt und in numerischer Reihenfolge erscheinen. Der ausgesandte Originalfragebogen befindet sich im Anhang.

Tabelle 1 Angaben zu den Studienteilnehmern Hausärzte Oldenburg. SD: Standardabweichung

	Gesamt	SD
angeschriebene Ärzte (n)	185	
Teilnehmer (n)	144	
Rücklaufquote	78%	
männliche Teilnehmer	91 (63,2%)	
weibliche Teilnehmer	51 (35,4%)	
keine Angabe	2 (1,4%)	
Alter (Jahre)	49,0	±6,99
berufstätig (Jahre)	21,1	±7,40
eigene Praxis (Jahre)	12,2	±7,91
Facharzt für Allgemeinmedizin	108 (75%)	
Hausärztlicher Internist	32 (22%)	
keine Angabe	4 (3%)	
Patientenzahl pro Quartal	872	±285,4
Anteil der Patienten mit Depression (%)	14,1	±9,9

Tabelle 2 Anteil der Teilnehmer an den verschiedenen laufenden DMP (Frage 1)

	Diabetes	KHK	Brustkrebs	Asthma	COPD	keinem
Teilnehmer n=143	123 (85%)	125 (87%)	15 (10%)	112 (78%)	109 (76%)	15 (10%)

Die Mehrzahl der Ärzte partizipierte an drei und mehr DMP. 10% der Teilnehmer nahmen bisher an keinem DMP teil.

Tabelle 3 Erfahrungen mit laufenden DMP (Frage 2)

	sehr gut	gut	neutral	schlecht	sehr schlecht
Teilnehmer n=140	5 (4%)	45 (32%)	52 (37%)	25 (18%)	13 (9%)
Likert Skala Durchschnitt (\pm SD):2,97 (1,01)					

36% bewerteten ihre Erfahrungen mit den laufenden DMP als positiv, 27% negativ und 37% neutral.

Tabelle 4 Kritikpunkte an laufenden DMP. Mehrfachnennungen möglich. (Frage 3)

Es stören mich...	Anzahl der Teilnehmer n=143
bürokratischer Aufwand	111 (77%)
zu geringe Bezahlung	63 (44%)
nicht erkennbarer Nutzen für die Patienten	88 (61%)
der Druck, den Krankenkassen auf die Patienten ausüben	88 (61%)
unwillige Patienten, die obligatorische Termine nicht einhalten	51 (35%)
Pflichtfortbildungen	62 (43%)
teure Folgeerzepte für Patienten (z.B. vom Psychiater bei geplantem DMP Depression)	55 (38%)

Tabelle 5 Einstellung zu einem möglichen DMP Depression. (Frage 4)

Ein DMP „Depression“ würde ich begrüßen und gerne Patienten einschreiben:	sehr	etwas	neutral	weniger	gar nicht
Teilnehmer n=144	17 (12%)	16 (11%)	23 (16%)	43 (30%)	45 (31%)
Likert Skala Durchschnitt (\pm SD):3,58 (1,34)					

Der Einführung eines DMP „Depression“ standen 23% der Befragten positiv gegenüber, 61% negativ.

Tabelle 6 Geforderte Honorierung im Quartal in einem möglichen DMP Depression für drei Stunden Arbeit am Patienten + Dokumentation + monatlicher Qualitätszirkel (Frage 5)

	50 €	100 €	200 €	300 €	400 €
Teilnehmer n=136	4 (3%)	15 (11%)	27 (20%)	48 (35%)	42 (31%)

Für die Behandlung eines depressiven Patienten in einem DMP hielten 66% eine Bezahlung von 300-400€ im Quartal für angemessen.

Tabelle 7 Akzeptabler Zeitaufwand für Dokumentation pro Patient und Quartal (Frage 6)

bis	10 min	30 min	1 Stunde	>1 Stunde
Teilnehmer n=142	60 (42%)	51 (36%)	25 (18%)	6 (4%)

Einen Dokumentationsaufwand von mehr als 30 Minuten pro Quartal fanden 78% inakzeptabel.

Tabelle 8 Maximal verfügbare Zeit für ein dringendes Erstinterview (Frage 7)

	10 min	20 min	30 min	40 min	60 min
Teilnehmer n=144	13 (9%)	64 (44%)	60 (42%)	4 (3%)	3 (2%)

53% aller Teilnehmer sahen sich außerstande, für das Erstinterview eines depressiv Erkrankten mehr als 10 bis 20 Minuten Zeit zu investieren.

Tabelle 9 Möglichkeit der regelmäßigen Teilnahme an dreimal dreistündiger Leitliniens Schulung und monatlichem Qualitätszirkel (Frage 8)

	immer	oft	An der Hälfte der Veranstaltungen	selten	nie
Teilnehmer n=144	1 (1%)	15 (10%)	38 (26%)	76 (53%)	14 (10%)

63% könnten an neun Stunden Leitliniens Schulung und monatlichem Qualitätszirkel nur selten oder nie teilnehmen.

Tabelle 10 Einstellung zu Fallmanagement im Team und nicht-ärztlichem Fallmanager (Frage 9), Mehrfachnennungen möglich.

	Anzahl der Teilnehmer n=143
Ich lehne Verlagerung der ärztlichen Therapiehoheit auf Pflegekräfte ab.	25 (17%)
Ich gebe gerne so viel Therapiezeit und Dokumentation wie möglich an Fallmanager ab.	88 (61%)
Häufige Teambesprechungen mit Fallmanager, Sozialarbeiter, Beschäftigungstherapeut, Psychiater oder Sozialpsychiatrischem Dienst würden mich überfordern.	98 (68%)
Teambesprechungen müssten zum größten Teil in meiner Praxis stattfinden. Ich kann dazu nicht häufiger ins Gesundheitsamt, die Tagesklinik oder zur Wohnung des Patienten fahren.	81 (57%)
Die ganze Konstruktion „Fallmanagement im Team“ mit einem hohen zeitlichen Abstimmungsbedarf scheint mir eher für angestellte Ärzte geeignet.	58 (40%)
Wöchentliche Therapiekontrollen während des ersten Monats der Behandlung und danach alle 2 bis 3 Wochen für ein Vierteljahr übersteigen meine Möglichkeiten.	87 (60%)

61% wollten so viel Therapiezeit und Dokumentation wie möglich an einen Fallmanager abtreten. 17% lehnten eine Verlagerung ärztlicher Therapiehoheit auf Pflegekräfte ab. 68% fühlten sich durch häufige Teambesprechungen überfordert und 60% nicht dazu in der Lage, im ersten Monat der Behandlung wöchentliche Therapiekontrollen durchzuführen.

Tabelle 11 Kontaktfrequenz mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst (Frage 10)

	Wöchentlich	Monatlich	Einmal im Quartal	Einmal im Jahr	So gut wie nie
Teilnehmer n=144	0 (0%)	7 (5%)	22 (15%)	50 (35%)	64 (44%)

44% hatten „so gut wie nie“ Kontakt mit dem sozialpsychiatrischen Dienst, 35% einmal im Jahr.

Tabelle 12 Zufriedenheit mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst (Frage 11)

	Sehr zufrieden	zufrieden	neutral	unzufrieden	Sehr unzufrieden
Teilnehmer n=143	4 (3%)	40 (28%)	89 (62%)	7 (5%)	3 (2%)

Likert Skala Durchschnitt (\pm SD):2,67 (0,68)

Tabelle 13 Bereitschaft zur Behandlung von Patienten mit Depression (Frage 12)

Patienten mit Depressionen behandle ich grundsätzlich:	sehr gerne	gerne	neutral	ungern	sehr ungerne
Teilnehmer n=143	11 (8%)	49 (34%)	67 (47%)	15 (10%)	1 (1%)

Likert Skala Durchschnitt (\pm SD):2,62 (0,80)

42% sahen sich grundsätzlich gerne als Behandler von Depressiven.

Tabelle 14 Präferenz der Überweisung an Psychiater (Frage 13)

Am liebsten ist mir Diagnose und Weiterbehandlung durch den Psychiater.	stimme völlig zu	stimme zu	neutral	stimme nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
Teilnehmer n=144	14 (10%)	51 (35%)	33 (23%)	40 (28%)	6 (4%)

Likert Skala Durchschnitt (\pm SD):2,81 (1,08)

45% bevorzugten die Überweisung zum Psychiater.

Tabelle 15 Selbsteinschätzung des Ausbildungsstandes (Frage 16)

Mein Ausbildungsstand in der Behandlung von Depressionen ist völlig ausreichend für meine tägliche Praxis.	stimme völlig zu	stimme zu	neutral	stimme nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
Teilnehmer n=144	1 (1%)	48 (33%)	38 (26%)	57 (40%)	0 (0%)

Likert Skala Durchschnitt (\pm SD):3,05 (0,87)

34% beurteilten ihren Kenntnisstand zur Behandlung von Depressionen als ausreichend, 40% als unzureichend.

Tabelle 16 Selbsteinschätzung der Kenntnisse des Kapitels F der ICD 10 (Frage 17)

Das Kapitel F (psychische Erkrankungen) im ICD 10 ist mir sehr gut vertraut.	stimme völlig zu	stimme zu	neutral	stimme nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
Teilnehmer n=144	6 (4%)	26 (18%)	31 (22%)	72 (50%)	9 (6%)

Likert Skala Durchschnitt (\pm SD):3,36 (0,99)

56% stellten fehlende Vertrautheit mit ICD-10 Kapitel F (psychische Erkrankungen) fest.

Tabelle 17 Selbsteinschätzung der Fähigkeit, den Schweregrad von Depression einzuordnen (Frage 18)

Die Einschätzung des Schweregrades einer Depression in leicht-, mittel- und schwergradig bereitet mir keine Schwierigkeiten	stimme völlig zu	stimme zu	neutral	stimme nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
Teilnehmer n=144	4 (3%)	50 (35%)	43 (30%)	42 (29%)	5 (3%)

Likert Skala Durchschnitt (±SD):2,96 (0,95)

32% sahen Schwierigkeiten bei der Einschätzung des Schweregrades einer Depression.

Tabelle 18 Selbsteinschätzung der Fähigkeit zwischen bipolar I und II Störung zu unterscheiden (Frage 19)

Der Unterschied zwischen bipolarer Störung I und II ist mir gut bekannt.	stimme völlig zu	stimme zu	neutral	stimme nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
Teilnehmer n=143	1 (1%)	29 (20%)	16 (11%)	53 (37%)	44 (31%)

Likert Skala Durchschnitt (±SD):3,77 (1,12)

Bei 68% fehlten Kenntnisse zur Differenzierung von Bipolar I- und Bipolar II- Patienten.

Frage 20: Die Teilnehmer (n=143) diagnostizierten im Mittel bei 37% ihrer Patienten mit Depression eine „somatisierte (maskierte) Depression“. Die Spanne reichte von 1 bis 90%.

Tabelle 19 Geschätzte Dauer einer depressiven Episode ohne Behandlung (Frage 21)

	1 Monat	3 Monate	6 Monate	1 Jahr	2 Jahre	Weiß nicht
Teilnehmer n=96 beantwortet	3 (3%)	17 (18%)	48 (50%)	22 (23%)	6 (6%)	48 von 144 (33%)

% der Teilnehmer, die eine Zeitangabe machten (ohne „weiß nicht“)

Die durchschnittliche Dauer einer unbehandelten Episode schätzten 73% auf sechs bis zwölf Monate. 34% (n=48) aller Befragten konnten hierzu keine Angaben machen.

Tabelle 20 Einschätzung der Wirksamkeit von Placebo bei Depression (Frage 22)

Bei leicht- bis mittelgradiger Depression wirkt ein Placebo ähnlich gut wie ein Verum-Antidepressivum.	stimme völlig zu	stimme zu	neutral	stimme nicht zu	stimme überhaupt nicht zu	weiß nicht
Teilnehmer n=132	14 (11%)	43 (33%)	11 (8%)	44 (33%)	20 (15%)	8 von 140 (6%)

% der Teilnehmer, die ein Likert-Feld wählten (ohne „weiß nicht“)

Likert Skala Durchschnitt (\pm SD):3,10 (1,30)

Der Sachverhalt, dass Antidepressiva bei leicht- bis mittelgradiger Depression kaum effektiver als Placebo wirken, war 44% bekannt.

Tabelle 21 Einschätzung der Wirksamkeit von Verhaltenstherapie bei Depression (Frage 23)

Kognitive Verhaltenstherapie ist antidepressiver Medikation bei leicht- bis mittelgradiger Depression mindestens ebenbürtig:	stimme völlig zu	stimme zu	neutral	stimme nicht zu	stimme überhaupt nicht zu	weiß nicht
Teilnehmer n=134	14 (10%)	58 (43%)	27 (20%)	30 (22%)	5 (4%)	10 von 144 (7%)

% der Teilnehmer, die ein Likert-Feld wählten (ohne „weiß nicht“)

Likert Skala Durchschnitt (\pm SD):2,66 (1,06)

Mindestens vergleichbare Wirksamkeit von Psychotherapie und Medikation bei leicht- bis mittelgradiger Depression nahmen 53% an.

Tabelle 22 Gewählte Behandlungsdauer einer depressiven Episode (Frage 24)

Ich behandle eine akute erste depressive Episode bei Ansprechen auf ein Antidepressivum mindestens	1 Monat	3 Monate	6 Monate	1 Jahr	2 Jahre	Weiß nicht
Teilnehmer n=135 beantwortet	1 (0.7%)	32 (23.7%)	79 (58.5%)	19 (14.1%)	4 (3.0%)	9 von 144 (6%)

% der Teilnehmer, die ein Likert-Feld wählten (ohne „weiß nicht“)

82% behandelten eine erste depressive Episode mit einem Antidepressivum drei bis maximal sechs Monate.

Tabelle 23 Geschätzte Remissionsquote einer Major Depression unter antidepressiver Medikation mit SSRI nach sechs Wochen (Frage 25)

	90%	75%	50%	35%	10%	Weiß nicht
Teilnehmer n=101 trafen eine Wahl	0 (0%)	14 (14%)	14 (14%)	38 (38%)	35 (35%)	43 von 144 (30%)

% der Teilnehmer, die eine Prozentangabe machten (ohne „weiß nicht“)

Befragt nach der Wirksamkeit selektiv serotonerger Antidepressiva bei Major Depression, gaben 28% eine Remissionsrate nach sechs Wochen Behandlung von 75% und mehr an.

Tabelle 24 Einschätzung der Wirksamkeit verschiedener Psychotherapieverfahren (Frage 26)

Zwischen den verschiedenen Psychotherapieverfahren bestehen große Wirksamkeitsunterschiede.	stimme völlig zu	stimme zu	neutral	stimme nicht zu	stimme überhaupt nicht zu	Weiß nicht
Teilnehmer n=115	15 (13%)	63 (55%)	19 (17%)	16 (14%)	2 (2%)	29 von 144 (20%)

% der Teilnehmer, die ein Likert-Feld wählten (ohne „weiß nicht“)

Likert Skala Durchschnitt (\pm SD):2,37 (0,94)

Große Wirksamkeitsunterschiede bei den verschiedenen Psychotherapieverfahren sahen 68%.

Tabelle 25 Einsatz von Symptomlisten zur Diagnosefindung (Frage 27)

Um die Diagnose Depression zu stellen, frage ich eine komplette Liste von Kernsymptomen ab.	stimme völlig zu	stimme zu	neutral	stimme nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
Teilnehmer n=144	10 (7%)	79 (55%)	20 (14%)	33 (23%)	2 (1%)

Likert Skala Durchschnitt (\pm SD):2,57 (0,97)

62% fragten zur Diagnosestellung eine Symptomliste ab.

Tabelle 26 Einsatz von Schätzskalen und Selbstbefragungsbögen (Frage 28)

Schätzskalen und Selbstbefragungsbögen benutze ich:	immer	meistens	selten	nie	Würde ich gerne erlernen
Teilnehmer n=144	0 (0%)	13 (9%)	50 (35%)	72 (50%)	8 (6%)

9% nutzten Schätzskalen immer oder meistens.

Tabelle 27 Schwierigkeiten der Diagnosestellung bei Depression (Frage 29)

Was macht die Diagnosefindung bei Depression für sie schwierig? Mehrfachantworten möglich:	Anzahl der Teilnehmer n=143
Das klinische Bild ist oft zu bunt und vieldeutig	97 (67%)
Ich bin mit Diagnostik der Depression zu wenig vertraut	27 (19%)
Das Diagnosesystem ICD 10 psychischer Erkrankungen ist zu kompliziert	73 (51%)
Es gibt keine objektiven Laborparameter	24 (17%)
Die Gespräche dauern zu lange	52 (36%)

Tabelle 28 Einfluss des ICD-9 Konzepts endogene versus reaktive Depression (Frage 30a)

Das Konzept endogene / reaktive Depression beeinflusst meine Therapie weiterhin	stimme völlig zu	stimme zu	neutral	stimme nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
Teilnehmer n=144	20 (14%)	65 (45%)	22 (15%)	32 (22%)	5 (3%)

Likert Skala Durchschnitt (\pm SD):2,56 (1,09)

59% nutzten das Konzept reaktive versus endogene Depression.

Tabelle 29 Schwierigkeiten der Behandlung reaktiver versus endogener Depression (Frage 30b)

Reaktive Depressionen bei ungünstigen psychosozialen Umständen sind schwerer zu behandeln als endogene.	stimme völlig zu	stimme zu	neutral	stimme nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
Teilnehmer n=144	10 (7%)	52 (36%)	20 (14%)	61 (42%)	1 (1%)

Likert Skala Durchschnitt (\pm SD):2,94 (1,05)

Frage 30c: Teilnehmer n=144. Für „reaktive Depressionen“ verordneten 81% ausschließlich Psychotherapie, 13% ausschließlich Antidepressiva und 3% eine Kombination aus beiden.

Tabelle 30 Auswahl von Behandlungsalternativen durch den Patienten (Frage 31)

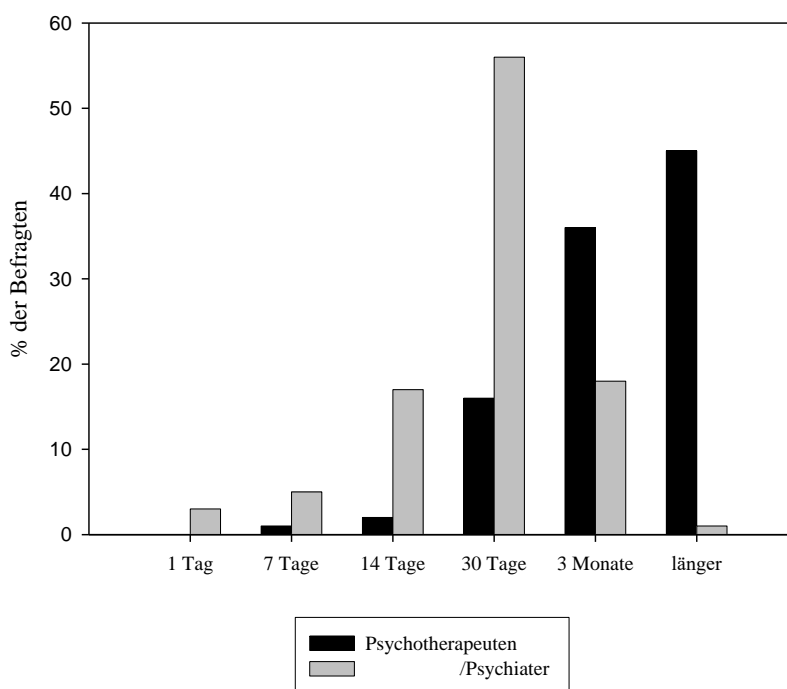
Bei der Auswahl der Behandlung folge ich meistens der Vorliebe des Patienten.	stimme völlig zu	stimme zu	neutral	stimme nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
Teilnehmer n=144	1 (1%)	45 (31%)	28 (19%)	59 (41%)	11 (8%)

Likert Skala Durchschnitt (\pm SD):3,24 (1,00)

Einem Konzept „informed choice“ (der Patient trifft nach ausführlicher Psychoedukation die Wahl, z.B. zwischen psychotherapeutischer oder medikamentöser Behandlung) durch den Patienten bei der Erstellung eines Behandlungsplans folgten 32%.

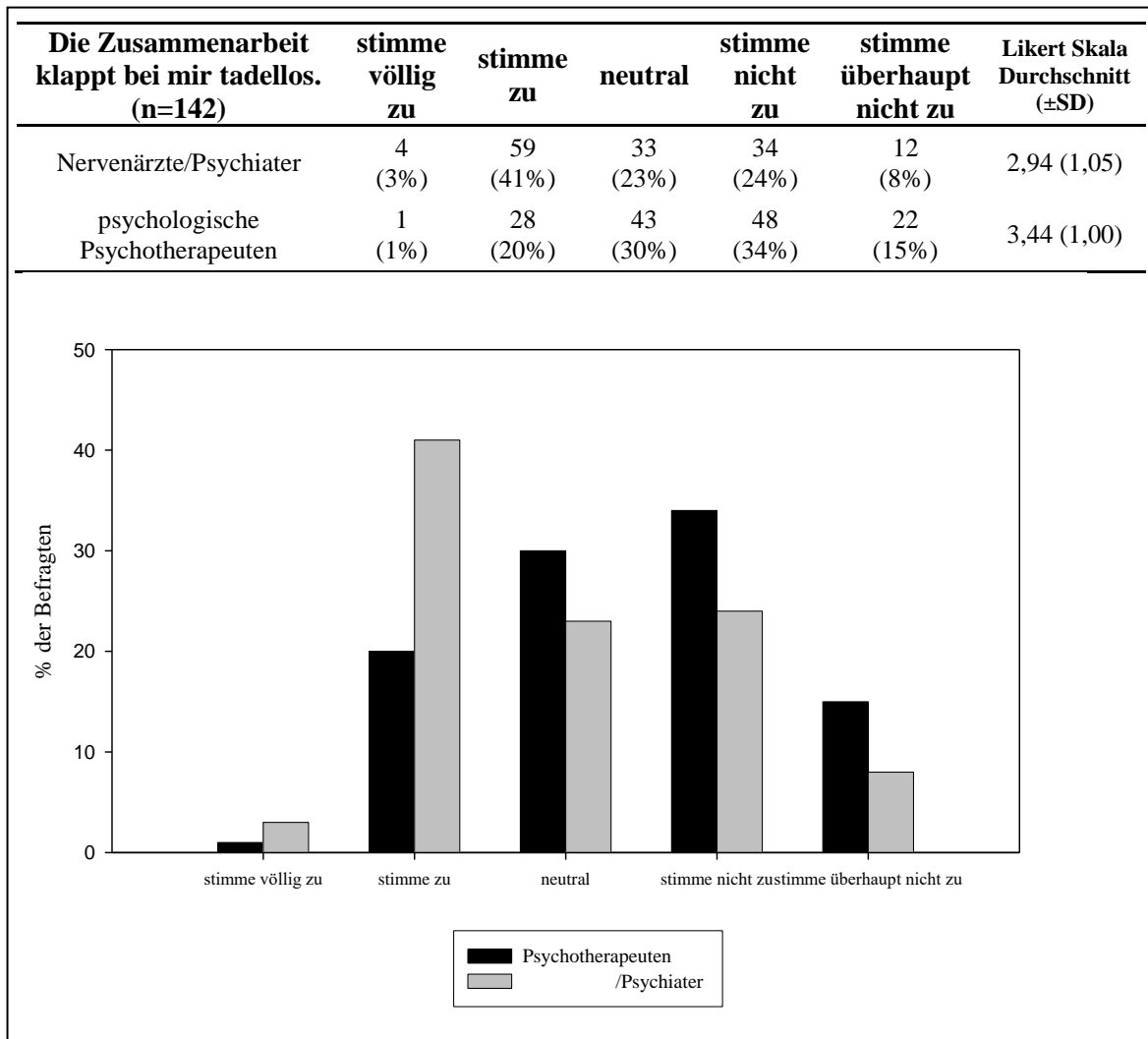
Abbildung 1 Wartezeit auf einen Termin bei psychologischen Psychotherapeuten, Nervenärzten oder Psychiatern bei Anmeldung durch den Hausarzt (Fragen 32 und 33)

n=144	1 Tag	7 Tage	14 Tage	30 Tage	3 Monate	länger
psychologischer Psychotherapeut	0 (0%)	1 (1%)	3 (2%)	23 (16%)	52 (36%)	65 (45%)
Nervenarzt/Psychiater	4 (3%)	7 (5%)	25 (17%)	81 (56%)	26 (18%)	1 (1%)



Einen Termin zur Behandlung beim psychologischen Psychotherapeuten konnten 81% der Befragten nicht innerhalb von drei Monaten vereinbaren. Bei einem Nervenarzt gelang dies 81% der Hausärzte innerhalb eines Monats.

Abbildung 2 Zusammenarbeit zwischen Hausärzten und psychologischen Psychotherapeuten oder Nervenärzten/Psychiatern (Frage 34 und 35)



Die Zusammenarbeit mit Nervenärzten/Psychiatern beurteilten 44% als gut oder sehr gut, 23% neutral und 32% schlecht. Bei den Vergleichszahlen für die Zusammenarbeit mit den Psychologen zeigte sich folgendes Ergebnis: 21% gut oder sehr gut, 30% neutral und 47% schlecht.

Tabelle 31 Anteil der Spezialisten, die die Hausärzte persönlich kennen (Frage 36)

Die Spezialisten, zu denen ich überweise, kenne ich persönlich.	alle	fast alle	wenige	keinen
Teilnehmer n=144	4 (3%)	45 (31%)	84 (58%)	11 (8%)

66% der Ärzte kannten nur wenige oder keinen der Spezialisten persönlich, zu denen sie Patienten überwiesen.

Tabelle 32 Wünsche der Hausärzte an die Spezialisten (Frage 37)

Am hilfreichsten in der Zusammenarbeit mit Spezialisten wären für mich: (Mehrfachnennung möglich)		Anzahl der Teilnehmer n=143
Terminvergabe in dringenden Fällen innerhalb von	2 Tagen	42 (29%)
	7 Tagen	76 (53%)
	14 Tagen	24 (17%)
	30 Tagen	0 (0%)
Möglichkeit am selben Tag mit den Spezialisten telefonisch Kontakt aufzunehmen		83 (58%)
ein klar strukturierter, ausführlicher Brief mit Behandlungsplan und kurzen Empfehlungen/Anforderungen an mich, der eintrifft, bevor sich der Patient wieder bei mir vorstellt		110 (76%)
Ein persönliches Kennenlernen der Spezialisten in ihrer/meiner Praxis		13 (9%)

82% hielten eine Terminvergabe für dringende Fälle innerhalb von 7 Tagen für erforderlich. 76% wünschten sich einen klar strukturierten, ausführlichen Brief mit Behandlungsplan, bevor sich der Patient wieder vorstellte. 58% wünschten einen Telefonkontakt mit dem Spezialisten am selben Tag. Für 9% wäre ein persönliches Kennenlernen der Spezialisten hilfreich.

Tabelle 33 Individuelle Nutzung von Fortbildungsmöglichkeiten (Frage 38)

Ich bevorzuge (Mehrfachnennung möglich):		Anzahl der Teilnehmer n=143
Selbststudium mit	Originalliteratur	35 (24%)
	Übersichtsartikeln	90 (63%)
	Internet CME Aktiv	54 (38%)
Treffen im Qualitätszirkel in den Abendstunden		46 (32%)
Halbtagsveranstaltungen ohne Sponsor		66 (46%)
Abend- oder Wochenendveranstaltungen mit Sponsor aus der pharmazeutischen Industrie ohne aufdringliches Produktmarketing		42 (29%)
Zwangsfortbildungsveranstaltungen in meiner Freizeit ohne Aufwandsentschädigung sind für mich eigentlich nicht akzeptabel.		31 (40%)

Wenn es um die eigene Fortbildung ging, bevorzugten 76% das Selbststudium der Literatur. Die Teilnahme an Qualitätszirkeln war für 32% akzeptabel.

Frage 39:

47% aller Befragten hatten von einer S3 Leitlinie Depression noch keine Kenntnis genommen.

3.2 Beschreibung des Wodonga Adult Mental Health Services (WAMHS):

3.2.1 Organisationsstruktur des Dienstes

Wodonga Adult Mental Health, Wodonga Child and Adolescent Mental Health, Wodonga Substance Abuse und *Wangaretta Old Age Psychiatric Service* versorgten ein Einzugsgebiet von 67 000 Menschen im Nordosten des Bundesstaates Victoria. Direktor des gesamten Dienstes war eine Fachpflegekraft. Für die Leitungsebene darunter mit Erwachsenen-, Kinder-, Jugend-, Gerontopsychiatrie und Substanzabusus-Service war jeweils eine weitere Fachpflegekraft als Manager eingesetzt. Weisungsbefugt (!) für den Psychiater waren somit zwei Pflegekräfte. Das Team für Erwachsene WAMHS bestand aus 23 fest angestellten Mitarbeitern, davon sechs, die zeitweilig beschäftigt wurden (Krankenpflegekräfte, Beschäftigungstherapeuten und Sozialarbeiter, eine Verwaltungskraft, eine Psychologin in Teilzeit und ein Psychiater in Vollzeit). Acht Teammitglieder arbeiteten als Fallmanager. Krankenpflegekräfte, Beschäftigungstherapeuten und Sozialarbeiter konnten sich zu Fallmanagern weiterbilden lassen. Diese betreuten jeweils durchschnittlich 15 Patienten mit chronischen Psychosen. Für jeden Patienten waren zwei aufsuchende Kontakte im Monat vorgesehen und tägliche Kontakte mit der Bezugspflegekraft während einer eventuellen stationären Behandlung.

3.2.2 Der Weg der Patienten durch den WAMHS

Fast alle Patienten mit psychischen Erkrankungen wurden zunächst auf der Primärebene vom Hausarzt erfasst. Der Hausarzt stellte die medizinische Vordiagnostik sicher, sei es in der eigenen Praxis, durch einen Neurologen oder die Notfallabteilung des örtlichen Krankenhauses. Konnte der Hausarzt und die assoziierte Psychiatrie-Primärfachpflegekraft keine angemessene Behandlung leisten, so wurde der Patient mit einem informativen Behandlungsbericht an den Mental Health Service überwiesen. Dort wurden Anruf und Überweisung von einer Triage-Pflegekraft entgegengenommen. Je nach Dringlichkeit wurden ein Interviewtermin, ein Hausbesuch oder eine Überweisung an andere Dienste vereinbart. Patienten hatten jedoch auch die Möglichkeit, sich selber an den Service zu wenden. Das Erstinterview wurde von zwei Pflegekräften des *Acute Assessment Response Teams* (AART) oder *Clinical Assessment Teams* (CAT) geführt. Sie erhoben anhand von 16 Seiten Dokumentationsbögen eine komplette strukturierte psychiatrische Krankengeschichte und einen psychopathologischen Befund. Nach dem Diagnostischen und Statistischem Manual der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft DSM-IV und

der Internationalen Klassifikation der Erkrankungen ICD-10 wurden eine vorläufige Diagnose gestellt sowie Checklisten zur Risikoabschätzung bei Suizidalität und Substanzmissbrauchs angewandt. Mit der *Health of the Nation Outcomes Scale* (HONOS) und *Behaviour and Symptom Identification Scale* (Basis 32) wurde der Schweregrad der Erkrankung erfasst. Diese Fälle wurden am Folgetag während einer Frühkonferenz besprochen. War bereits in Akutfällen eine Entscheidung getroffen worden, z.B. Notfalleinweisung in die Klinik, so beriet das Team den weiteren Behandlungsplan. In Zeiten, in denen der Service über keinen Psychiater verfügte – und das konnten Zeiträume bis zu 18 Monaten sein – wurde der Hausarzt um das Ausstellen von Rezepten gebeten. Die Pflegekräfte stellten einen Behandlungsplan auf, wiesen ein zu stationärer Behandlung oder starteten das Verfahren einer Zwangsunterbringung, das innerhalb von 24 Stunden durch einen Psychiater im Fachkrankenhaus abgeschlossen sein musste. Der Psychiater im ambulanten Team war während der Frühkonferenz anwesend. Das Team der Pflegekräfte beschrieb sich als *Gate Keeper* und war in die Rolle von Klinikern hineingewachsen, die sich der gesamten Verantwortung stellten. Ausdruck dieses Kompetenzzuwachses war zum Beispiel die Übernahme sämtlicher Rufbereitschaften. Alle Entscheidungen wurden nachts oder an Wochenenden durch Pflegekräfte getroffen und bedurften nicht der Rücksprache mit dem Arzt. Das psychiatrische Krankenhaus mit 20 Betten (ein Bett für 6000 Einwohner des Bezirks Northeast Victoria) war Teil des Allgemeinkrankenhauses. Zwei Psychiaterinnen waren dort vollzeitig beschäftigt. Wurden dort Patienten des WAMHS behandelt, so erhielt das ambulante Team jeden Morgen während der Frühkonferenz telefonisch Rückmeldung über den Zustand des Patienten. Einmal wöchentlich nahm sein Fallmanager an einer gemeinsamen Visite in der psychiatrischen Klinik teil. Die Entlassung wurde von beiden Teams gemeinsam geplant und vorbereitet.

3.2.3 Community Treatment Order

Bei schwergradigen psychischen Erkrankungen konnte die Krankheitseinsicht fehlen und das Urteilsvermögen aufgehoben sein. Um in diesen Fällen dennoch die Behandlung mittels *assertive outreach* (nachhaltig einfordernd) fortzusetzen, musste ein rechtlicher Weg gefunden werden, der das Recht eines Patienten auf Selbstbestimmung auch während ambulanter Behandlung einschränkte. Australische Juristen und Verwaltungsfachleute waren hier mit der Einführung einer *Community Treatment Order* (CTO, Behandlungsaufgabe in der Gemeinde) einen ausgesprochen pragmatischen Weg gegangen. Die Forschung dazu hatte widersprüchliche Ergebnisse erbracht. Einige Autoren

beschrieben einen günstigen Einfluss auf die Langzeitprognose, andere fehlende Effektivität [36, 37]. Patienten, die unter CTO standen, durften bei Unmöglichkeit der Kontaktaufnahme vom *Case Manager* auch mit Hilfe der Polizei gesucht werden. Australische Kliniker konnten sich eine gemeindenahere Versorgung einer kleinen Gruppe von Patienten mit schwergradigen Psychosen nicht ohne CTO vorstellen.

3.2.4 Ausbildung der Pflegekräfte

Die Ausbildung zur Pflegekraft war in Australien als dreijähriges Studium mit einem Abschluss *Bachelor of Nursing* organisiert. Ein weiteres Jahr Psychiatrie war für die Anerkennung als Fachpflegekraft obligat. Folgende Bereiche schloss die Schulung der Psychiatriepflegekräfte ein: Erhebung von Anamnese, Biographie, psychopathologischem Befund, Stellung einer vorläufigen Diagnose, Abschätzung des Wirk- und Nebenwirkungsprofils von Psychopharmaka, des Suizidrisikos und des Schweregrades der Erkrankung nach Schätzskalen. Hinzu kam die Schulung in verbalen psychiatrischen Interventionen, Psychoedukation, psychopharmakologische Behandlung, der Anwendung des *Mental Health Acts* (Unterbringungsgesetz für psychisch Kranke), teilstationärer Rehabilitation und Zusammenarbeit mit dem tertiären Versorgungssektor.

3.3 Befragung von zuweisenden Allgemeinärzten und Mitarbeitern des WAMHS

3.3.1 Allgemeinärzte

Rücklaufquote: 28 (93%) der 30 angeschriebenen Allgemeinärzte sandten den Fragebogen zurück. Das Durchschnittsalter betrug 48,8 Jahre, die durchschnittliche Berufstätigkeit als Allgemeinarzt 15,8 Jahre. Durchschnittlich 2,4 Patienten pro Monat überwies ein Arzt an den Mental Health Service. Die Ergebnisse werden tabellarisch präsentiert, wobei die Fragen in den Tabellen zum Teil gekürzt und in numerischer Reihenfolge (A1 bis A7) erscheinen. Der Originalfragebogen in englischer Sprache findet sich im Anhang.

Tabelle 34 Angaben zu den Studienteilnehmern australische Allgemeinärzte. SD: Standardabweichung

	Gesamt	SD
angeschriebene Ärzte (n)	30	
Teilnehmer (n)	28	
Rücklaufquote	93%	
männliche Teilnehmer	16 (57%)	
weibliche Teilnehmer	11 (39%)	
keine Angabe	1 (4%)	
Alter (Jahre)	48,75	±10,4
Hausarzt seit (Jahre)	15,84	±9,8
Anzahl der überwiesenen Patienten pro Monat	2,4 (Spanne 1-6)	±1,3

Tabelle 35 Globalurteil der Hausärzte über den öffentlichen *Mental Health Service* (Frage A1)

Alles in allem bin ich mit der öffentlichen psychiatrischen Versorgung zufrieden.	stimme völlig zu	stimme zu	neutral	stimme nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
Teilnehmer n=27	1 (4%)	7 (26%)	9 (33%)	9 (33%)	1 (4%)

Durchschnitt (±SD): 3,1 (1,0)

Mit dem gesamten MHS (Erwachsenen-, Kinder-, Jugend- und Gerontopsychiatrie) waren 30% der befragten Hausärzte zufrieden.

Tabelle 36 Globalurteil der Hausärzte über den WAMHS (Frage A2)

Mit dem Dienst der Stadt Wodonga für Erwachsene mit psychischen Erkrankungen bin ich sehr zufrieden.	stimme völlig zu	stimme zu	neutral	stimme nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
Teilnehmer n=28	3 (11%)	20 (71%)	3 (11%)	1 (4%)	1 (4%)

Durchschnitt (±SD): 2,2 (0,8)

Mit dem Dienst für Erwachsene waren 82% zufrieden.

Tabelle 37 Urteil der Hausärzte über die Einsatzgeschwindigkeit des WAMHS (Frage A3)

Der WAMHS schreitet schnell genug ein.	stimme völlig zu	stimme zu	neutral	stimme nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
Teilnehmer n=28	4 (14%)	18 (64%)	4 (14%)	1 (4%)	1 (4%)

Durchschnitt (\pm SD): 2,2 (0,9)

Mit der Reaktionsgeschwindigkeit des Dienstes für Erwachsene waren 78% zufrieden.

Tabelle 38 Urteil der Hausärzte über die Kompetenz der Mitarbeiter des WAMHS (Frage A4)

Die Kompetenz der Fachpflegekräfte des Dienstes ist hoch.	stimme völlig zu	stimme zu	neutral	stimme nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
Teilnehmer n=28	2 (7%)	18 (64%)	5 (18%)	2 (7%)	1 (4%)

Durchschnitt (\pm SD): 2,2 (0,9)

Die Kompetenz des Dienstes für Erwachsene schätzten 71% als hoch ein.

Tabelle 39 Präferenz hinsichtlich Pflegekraft oder Arzt als Erstuntersucher (Frage A5)

Ich würde es vorziehen, wenn Einganguntersuchungen durch einen Arzt vorgenommen würden.	stimme völlig zu	stimme zu	neutral	stimme nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
Teilnehmer n=28	1 (4%)	8 (29%)	14 (50%)	5 (18%)	0 (0%)

Durchschnitt (\pm SD): 2,8 (0,8)

Einen Arzt als Erstuntersucher bevorzugten 33%.

Tabelle 40 Urteil der Hausärzte über den Informationsfluss im WAMHS (Frage A6)

Mit dem Informationsfluss zwischen dem Dienst und mir bin ich zufrieden.	stimme völlig zu	stimme zu	neutral	stimme nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
Teilnehmer n=28	1 (4%)	18 (64%)	5 (18%)	3 (11%)	1 (4%)

Durchschnitt (\pm SD): 2,5 (0,9)

Mit dem Informationsfluss im Dienst für Erwachsene waren 68% zufrieden.

Tabelle 41 Urteil der Hausärzte über Qualität und Zeitnähe der schriftlichen Korrespondenz des WAMHS (Frage A7)

Mit der Qualität und Zeitnähe der Korrespondenz des Dienstes bin ich zufrieden.	stimme völlig zu	stimme zu	neutral	stimme nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
Teilnehmer n=27	0 (0%)	13 (48%)	9 (33%)	4 (15%)	1 (4%)

Durchschnitt (\pm SD): 2,7 (0,9)

Mit der Qualität und Zeitnähe der schriftlichen Korrespondenz im Dienst für Erwachsene waren 48% zufrieden.

3.3.2 Mitarbeiter

Allen ansprechbaren 23 Mitarbeitern wurden anonyme Fragebögen in ihre Postfächer gelegt. 21 gaben Fragebögen zurück, die alle auswertbar waren.

Die Ergebnisse werden tabellarisch präsentiert, wobei die Fragen in den Tabellen zum Teil gekürzt und in numerischer Reihenfolge (M1 bis M11) erscheinen. Der Originalfragebogen in englischer Sprache findet sich im Anhang.

Tabelle 42 Angaben zu den Mitarbeiter des WAMHS. SD: Standardabweichung

	Gesamt	SD
angeschriebene Mitarbeiter (n)	23	
Teilnehmer (n)	21	
Rücklaufquote	91%	
männliche Teilnehmer	7 (33%)	
weibliche Teilnehmer	14 (66%)	
keine Angabe	0 (0%)	
Alter (Jahre)	45,5	\pm 12,64
Berufserfahrung (Jahre)	16,6	\pm 12,8

Tabelle 43 Urteil der Mitarbeiter über ihre Arbeitsbelastung (Frage M1)

Meine Arbeitsbelastung ist angemessen.	stimme völlig zu	stimme zu	neutral	stimme nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
Teilnehmer n=21	6 (29%)	14 (67%)	1 (5%)	0 (0%)	0 (0%)

Durchschnitt (\pm SD): 1,76 (0,54)

Ihre Arbeitsbelastung beurteilten 96% der Mitarbeiter als angemessen.

Tabelle 44 Urteil der Mitarbeiter über die Attraktivität eines Wechsels in den Privatsektor (Frage M2)

Ich würde lieber im privaten Sektor arbeiten.	stimme völlig zu	stimme zu	neutral	stimme nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
Teilnehmer n=21	0 (0%)	0 (0%)	7 (33%)	9 (43%)	5 (24%)
Durchschnitt (±SD): 3,90 (0,77)					

Einen Wechsel in den privaten Sektor fanden 67% unattraktiv.

Tabelle 45 Urteil der Mitarbeiter über die Angemessenheit ihrer Bezahlung (Frage M3)

Meine Bezahlung ist angemessen.	stimme völlig zu	stimme zu	neutral	stimme nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
Teilnehmer n=21	0 (0%)	13 (62%)	2 (10%)	6 (29%)	0 (0%)
Durchschnitt (±SD): 2,67 (0,91)					

Mit ihrer Bezahlung waren 62% zufrieden.

Tabelle 46 Urteil der Mitarbeiter über das Ausmaß interner Fortbildung (Frage M4)

Es gibt genügend interne Fortbildungsveranstaltungen.	stimme völlig zu	stimme zu	neutral	stimme nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
Teilnehmer n=21	0 (0%)	7 (33%)	4 (19%)	8 (38%)	2 (10%)
Durchschnitt (±SD): 3,24 (1,04)					

Mit dem Angebot interner Fortbildungsveranstaltungen waren 48% unzufrieden.

Tabelle 47 Urteil der Mitarbeiter über das Ausmaß externer Fortbildung (Frage M5)

Es gibt genügend externe Fortbildungsveranstaltungen.	stimme völlig zu	stimme zu	neutral	stimme nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
Teilnehmer n=21	0 (0%)	15 (71%)	5 (24%)	1 (5%)	0 (0%)
Durchschnitt (±SD): 2,33 (0,58)					

Tabelle 48 Wunsch der Mitarbeiter nach Höherqualifizierung (Frage M6)

Ich würde gerne eine Fachpflegekraft mit Rezeptierkompetenz werden.	stimme völlig zu	stimme zu	neutral	stimme nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
Teilnehmer n=19	0 (0%)	5 (26%)	9 (47%)	3 (16%)	2 (11%)
Durchschnitt (±SD): 3,11 (0,94)					

Eine Höherqualifizierung strebten 26% an.

Tabelle 49 Urteil der Mitarbeiter über ihrer Befähigung zum Bereitschaftsdienst ohne Psychiater im Hintergrund (Frage M7)

Ich fühle mich im Bereitschaftsdienst ohne einen Psychiater im Hintergrund sicher.	stimme völlig zu	stimme zu	neutral	stimme nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
Teilnehmer n=21	4 (19%)	9 (43%)	3 (14%)	2 (10%)	3 (14%)

Durchschnitt (±SD): 2,57 (1,33)

Dem Bereitschaftsdienst ohne einen Psychiater im Hintergrund fühlten sich 62% gewachsen.

Tabelle 50 Urteil der Mitarbeiter über die Notwendigkeit von Langzeitpflege in einer Institution (Frage M8)

Eine Institution mit Betten für die Langzeitpflege von bestimmten Patienten mit chronischen Psychosen wird dringend benötigt.	stimme völlig zu	stimme zu	neutral	stimme nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
Teilnehmer n=21	12 (57%)	5 (24%)	4 (19%)	0 (0%)	0 (0%)

Durchschnitt (±SD): 1,62 (0,80)

Eine Institution mit Betten für die Langzeitpflege vermissten 81%.

Tabelle 51 Urteil der Mitarbeiter über die Kommunikation mit Ärzten (Frage M9)

Die Kommunikation mit überweisenden Ärzten ist einfach.	stimme völlig zu	stimme zu	neutral	stimme nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
Teilnehmer n=21	0 (0%)	9 (43%)	5 (24%)	7 (33%)	0 (0%)

Durchschnitt (±SD): 2,90 (0,89)

Die Kommunikation mit überweisenden Ärzten schätzten 43% als einfach ein.

Tabelle 52 Urteil der Mitarbeiter über die Akzeptanz, die sie im Gespräch mit Ärzten erfahren (Frage M10)

Mit überweisenden Ärzten spreche ich auf Augenhöhe.	stimme völlig zu	stimme zu	neutral	stimme nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
Teilnehmer n=21	0 (0%)	10 (48%)	6 (29%)	5 (24%)	0 (0%)

Durchschnitt (±SD): 2,76 (0,83)

Als ebenbürtigen Partner im Kontakt mit Ärzten erlebten sich 48%.

Tabelle 53 Globalurteil der Mitarbeiter über ihre Arbeitsplätze (Frage M11)

Ich bin mit meinem Arbeitsplatz im Dienst hoch zufrieden.	stimme völlig zu	stimme zu	neutral	stimme nicht zu	stimme überhaupt nicht zu
Teilnehmer n=21	6 (29%)	9 (43%)	6 (29%)	0 (0%)	0 (0%)

Durchschnitt (\pm SD): 2,00 (0,77)

Hochzufrieden mit ihrem Arbeitsplatz waren 72%.

4. Diskussion

4.1 Kritik der Hausärzte an laufenden DMP für internistische Erkrankungen

(Fragen 1-3)

Auch zehn Jahre nach der Einführung von DMP stand eine systematische Erfassung der Einstellung der Hausärzte zu den existierenden DMP noch aus.

Wie wichtig DMP für die Hausärzte waren, zeigte die Zahl der aufgelegten Programme (10 915) und der eingeschriebenen Patienten (5 987 417, Stand November 2011) [38].

90% (127 Ärzte) der von uns befragten Hausärzte nahmen an drei und mehr DMP teil.

Globalurteil

27% schätzten ihre Erfahrungen als negativ, 36% als positiv und 37% als neutral ein. Danach nahm auch die Mehrheit der ablehnenden Ärzte teil, was sich durch ökonomische Zwänge erklärte.

Sieben Kritikpunkte

Ganz oben auf einer Liste von Kritikpunkten an den laufenden DMP stand der „bürokratische Aufwand“ (77%), gefolgt von „Druck der Krankenkassen auf die Patienten“ (61%) und „fehlendem medizinischen Nutzen für die Patienten“ (61%). Der Kritikpunkt „Druck der Krankenkassen auf die Patienten“ stand wahrscheinlich in einem ursächlichen Zusammenhang mit der Finanzierung der DMP. Solange die Einschreibung eines Patienten in ein DMP bis Januar 2009 hohe Zahlungen aus dem Risikostrukturausgleich (RSA) auslöste, entfalteten die gesetzlichen Krankenkassen rege Aktivitäten, um für DMP geeignete Patienten zu rekrutieren. 61% der von uns befragten Hausärzte störte ein dadurch erzeugter Druck der Kassen, eine maximale Anzahl von Versicherten zu rekrutieren. Patienten, deren Hausarzt sich der DMP Teilnahme widersetzte, erhielten bisweilen von ihrer Krankenkasse den Rat, zu einem partizipierenden Arzt zu wechseln. Mit Wegfall der Sonderzahlungen für DMP- Teilnehmer in 2010 kamen solche Aktivitäten zum Erliegen. Seither war die Vermeidung von Zuzahlungen der Versicherten für die Existenz einer Krankenkasse entscheidend. Reines Kostenmanagement hatte Priorität. Nun gab es für 80 ausgewählte Erkrankungen eine erhöhte Pauschale aus dem Gesundheitsfond. Sämtliche bisher zugelassene DMP waren in die erhöhten Pauschalen einbezogen worden. Lediglich 180 Euro pro Jahr und Patient wurden in 2009 und 2010 zur Förderung von DMP noch zusätzlich an die Krankenkassen ausgezahlt und für das Jahr 2012 auf 153 € abgesenkt [39].

„Freie DMP“ und Programme der integrierten Versorgung waren freiwillig und brachten den Krankenkassen keinen sofortigen Vorteil bei der Zuweisung von Beitragsgeldern der gesetzlich Versicherten aus dem Gesundheitsfond. Sie verursachten zunächst nur Kosten. Allerdings generierten Programme der Integrierten Versorgung eine Sonderstellung der beteiligten Kliniken, Krankenversicherungen und Vertragsärzte, hatten also durchaus werbenden Charakter.

Auch nachdem ein Jahr zwischen dem Ende der forcierten Einschreibpraxis und der Befragung der Hausärzte vergangen war, schien der von vielen Ärzten empfundene Eingriff in die Arzt-Patient-Beziehung noch negativ nachzuwirken. Krankenkassen und Fallmanagement-Organisationen sollten solche Effekte berücksichtigen, wenn man über Freiwilligkeit und Zwang in DMP berät.

Besonders schwer wog, dass 61% der Befragten einen fehlenden Nutzen für Patienten beklagten. Diese Hausärzte sahen sich an der Seite einiger Wissenschaftler, die keine ausreichende Evidenz für die Effektivität der laufenden DMP erkannten. Entgegen Expertenrat wurde kein DMP von einer randomisierten, kontrollierten Studie begleitet [3]. Die Behandlungsergebnisse bei Patienten außerhalb des DMP hatten sich ebenfalls kontinuierlich verbessert.

Eine zu geringe Bezahlung beklagten 44%. Für die Eingangsuntersuchung mit Dokumentation im DMP Diabetes Typ 2 erhielt der Arzt eine Einschreibpauschale von 25€ und 15€ für Kontrolluntersuchung.

Pflichtfortbildungen beklagten 43%. Der Aufwand für das laufende DMP Diabetes Typ II mit erforderlichen vier Fortbildungspunkten im Jahr erschien moderat. Nahm ein Arzt allerdings an mehreren DMP teil, so summierten sich die Aktivitäten. Einen Fortbildungspunkt gab es für eine Stunde Teilnahme und weitere Punkte konnten daheim durch Teilnahme an einer CME (*continuous medical education*) Veranstaltung im Internet erworben werden. Ein mögliches DMP Depression würde nach den bisher durchgeführten Pilotstudien wesentlich höhere Anforderungen an die Fortbildungszeit stellen.

Probleme mit teuren Folgepreskriptionen sahen bereits für die laufenden DMP 38% und dies könnte auch in einem DMP Depression insbesondere für sogenannte *off-label* Verordnungen (Verordnung von Medikamenten außerhalb gesetzlicher Zulassung) sowie Verordnungen von patent-geschützten Originalpräparaten problematisch werden.

Über unwillige Patienten klagten 35% der Hausärzte. Vergaßen Patienten Termine, mussten sie aufgespürt werden, denn die regelmäßigen Kontrolluntersuchungen mit Dokumentation, auch wenn es dem Patienten gut ging, waren wesentlicher DMP Bestandteil. Erschien der Patient zu zwei Untersuchungsterminen in Folge nicht, so wurde er aus dem Programm „ausgeschrieben“, um später eventuell wieder eingeschrieben zu werden. Seitdem der kleine Anreiz des Wegfalls der Praxisgebühr (10 Euro für ein Quartal) nicht mehr bestand, erschienen Patienten immer häufiger nicht zu den Kontrollterminen [persönliche Mitteilung Dr. Warnecke]. Einziger materieller Vorteil für einen Teil der Patienten blieb die auf 1% des Einkommens reduzierte Belastungsgrenze bei der Zuzahlung von rezeptierten Medikamenten, die sonst 2% des Einkommens betrug.

4.2 Einstellung der Hausärzte zu einem möglichen DMP Depression

(Fragen 4-9,12-14,38)

Die Einstellung der Hausärzte zu einem möglichen DMP Depression ist bisher nicht systematisch erfasst worden und konnte so auch nicht in die Entwicklung der Leitlinien einfließen, auf die sich ein DMP stützen würde. Lediglich kleine Kollektive hochmotivierter Hausärzte und Psychiater wurden nach intensiver Leitlinienschulung befragt und gaben ein positives Urteil ab.

Trotz medialer Präsentation der nationalen S3-Leitlinie Unipolare Depression und der Einbeziehung aller relevanten Verbände einschließlich der Berufsverbände der Hausärzte, ist der Effekt dieser Leitlinie auf die tägliche Arbeit in den Praxen wahrscheinlich gering geblieben. 47% der in der vorliegenden Arbeit befragten Hausärzte gaben an, von der Existenz der S3-Leitlinie noch nicht gehört zu haben.

Globalurteil

61% der Befragten lehnten ein mögliches neues DMP Depression ab, 27% würden es begrüßen.

Verwaltung und Dokumentation

Bürokratischer Aufwand wurde an erster Stelle der Bürden der laufenden DMP genannt. Deshalb wurde erfragt, welcher Zeitaufwand für Verwaltung und Dokumentation in einem DMP Depression erträglich wäre. Die befragten Ärzte sahen die Grenze bei durchschnittlich 30 Minuten im Quartal. Einen Dokumentationsaufwand von mehr als 30 Minuten pro Quartal fanden 78% inakzeptabel. Da nur wenige Ärzte Personal speziell für

IV-Verträge und DMP beschäftigen werden, müsste die Dokumentation EDV-gestützt extrem schlank erfolgen. Je weniger Patienten eine Praxis einschließt, umso höher der Anteil an Verwaltungsarbeit pro Patient. Parallel laufende IV-Modelle und verschiedene kassenspezifische DMP für Versicherte mit Depression würden den Aufwand multiplizieren.

Honorar

Befragt nach einem Honorar, das eine Teilnahme an einem DMP attraktiv machen würde, nannten 66% für die Behandlung eines depressiven Patienten 300-400€ im Quartal. Das entspräche dem mindestens fünffachen eines Quartalsfallwertes im Jahr 2011 in der Regelversorgung [40]. Ein Honorar in dieser Größenordnung wurde bereits in einem IV-Modell Projekt ausgehandelt und ist über vier Jahre ausgezahlt worden (Aachen). Mit dem Hinweis auf zu hohe Kosten, hat die AOK diesen Vertrag 2011 gekündigt. Während des laufenden Modellversuches war die gesetzliche Anschubfinanzierung ausgelaufen [41].

Vorgehaltene Zeit für Notfalltermine

Befragt nach der Zeit, die sie für die Erstuntersuchung eines akut depressiv Erkrankten innerhalb von 48 Stunden zur Verfügung stellen könnten, sahen sich 53% aller Teilnehmer der vorliegenden Studie außerstande, mehr als 10 bis 20 Minuten Zeit vorzuhalten. Hier stehen die Planer vor der Aufgabe, eine Art Triage-Protokoll zu entwerfen, das innerhalb einer so kurzen Zeit zu einer Arbeitsdiagnose und einem Behandlungsplan führen könnte. Ein freiberuflich tätiger Arzt hat es unter Kostendruck schwer, täglich eine Stunde für eilige Fälle zu reservieren.

Teilnahme an Fortbildung

Eine Pilotstudie „Ambulantes Depressions-Management“ erprobte eine Fortbildung für Leitlinienimplementierung mit initial dreimal dreistündigen Seminaren und später regelmäßiger monatlicher Qualitätszirkelarbeit. Hier sollte durch „Kombination einer interaktiven Leitlinienfortbildung mit interdisziplinären Qualitätszirkeln“ eine angemessenere Versorgung Depressiver erreicht werden. Härter et al. konstatierten: „Aus der Evaluation des Depressions-Management-Konzeptes lässt sich eine sehr positive Einschätzung durch die Haus- und Fachärzte ableiten: 70% der Hausärzte und 83% der Fachärzte waren zufrieden bzw. sehr zufrieden mit der Fortbildung und 70% der Haus- sowie 50% der Nervenärzte bewerteten den Praxisbezug als gut bis sehr gut“ [42]. Der Studie von Härter et al. haftet das Problem einer ausgelesenen, kleinen Stichprobe an. Die

Absolut-Zahlen für 70% Hausärzte und 83% Fachärzte entsprechen 14 Hausärzten bzw. 10 Fachärzten, denn es nahmen an der Studie nur 20 Hausärzte und 12 Nervenärzte teil. Über die Rekrutierung der Teilnehmer machen Härter et al. keine Angaben. Es ist möglich, dass die publizierten sehr positiven Ergebnisse sich auf ein kleines Kollektiv hochmotivierter Ärzte beschränken. Exakt dieselben Prozentzahlen von 70% zufriedenen Hausärzten und 83% zufriedenen Fachärzten publizierten Härter et al. 2005 für eine Gruppe von 90 Hausärzten und Fachärzten [43].

Bermejo publizierte 2009 die Ergebnisse einer Studie, die den Erfolg einer Leitlinienimplementierung an 29 Hausärzten (18 in der Interventionsgruppe, 11 in der Kontrollgruppe) und 15 Psychiatern (11 in der Interventionsgruppe, 4 in der Kontrollgruppe) untersuchte. Die Intervention beinhaltete 18 Stunden Schulung. Ein signifikant besseres Behandlungsergebnis konnte für die Interventionsgruppe nicht nachgewiesen werden [10].

In der vorliegenden Studie gaben 63% der befragten Hausärzte an, an neun Stunden Leitlinienschulung und monatlichem Qualitätszirkel nur selten oder nie teilnehmen zu können.

Von freiberuflich tätigen Ärzten wird erwartet, dass ihre Fortbildung für die DMP-Teilnahme außerhalb der Arbeitszeit an Abenden oder Wochenenden stattfindet und eine Teilnahme nicht vergütet wird.

Einstellung zu depressiv Erkrankten

In der Literatur finden sich zahlreiche Untersuchungen zur Einstellung von Allgemeinärzten und Fachärzten, die meistens mit dem *Depression Attitude Questionnaire* getestet wurde [44]. Hausärzte erleben danach die Behandlung von Depressiven als schwierig, stehen aber zum bio-sozialen Entstehungsmodell und schätzen Medikation und Psychotherapie [45, 46]. Auf die Frage, ob sie Patienten mit Depression grundsätzlich gerne behandeln, antworteten 42% der Ärzte dieser Studie mit ja, 11% mit nein und 47% waren „neutral“. Hier wäre noch zu prüfen, was sich unter „neutral“ bei dieser Antwort sammelt.

Überweisungspraxis

Für 45% ist eine Überweisung zum Psychiater die beste Option in der Behandlung von Depressiven. 70% beginnen allerdings mit der Behandlung zunächst selbst und überweisen nur bei Therapieresistenz. Diese Zahlen können nur repräsentativ sein für Planungsbezirke

einer KV, in denen eine mehr als 100% Versorgung mit Spezialisten besteht. Dies traf für die Bezirke Oldenburg Stadt, Oldenburg Land und Ammerland zu.

Einstellung zu Fallmanagement im Team

Fallmanagement im Team ist das zentrale Element effektiv arbeitender Gemeindepsychiatrie in angelsächsischen Ländern. Zwischen den Teammitarbeitern besteht ein hoher Abstimmungsbedarf, was die Teilnahme an Konferenzen notwendig macht. Die Mehrheit der befragten Ärzte fühlte sich durch häufige Teambesprechungen überfordert und nicht dazu in der Lage, im ersten Monat der Behandlung wöchentliche Therapiekontrollen durchzuführen. Diese Hausärzte wollten nicht als Fallmanager eingesetzt werden und wollten so viel Therapiezeit und Dokumentation wie möglich an einen nicht-ärztlichen Fallmanager abtreten. Nur eine Minderheit (17%) lehnte eine Verlagerung ärztlicher Therapiehoheit auf Pflegekräfte ab. Rechtlich war die Übertragung von ärztlicher Kompetenz auf Pflegekräfte in Deutschland noch nicht geregelt [47, 48]. Diese Angaben stellen Konzepte der Haus- und Facharztverbände in Frage, die sich auf die Hausärzte als Fallmanager stützen wollen. Es bleibt festzuhalten: 42% behandeln Depressive grundsätzlich gerne, 45% bevorzugen die Delegation der gesamten Behandlung und mehr als 60% sehen sich außerstande, die Aufgaben eines Fallmanagers zu übernehmen.

4.3 Kenntnisstand der Stichprobe über affektive Störungen

(Fragen 15-31)

Es wurde in der vorgelegten Arbeit versucht, den Kenntnisstand über einige wenige praxisrelevante Forschungsergebnisse der letzten 20 Jahre abzufragen, über die in verschiedenen Leitlinien Konsens zu finden war.

Befragt nach der globalen Einschätzung ihres Kenntnisstandes über Depressionen, gaben 34% an, dass ihr Wissen völlig ausreichend für ihre tägliche Praxis sei, 40% verneinten dies und 26% blieben unentschieden. Dieses Ergebnis spiegelt eine große Unsicherheit bei der Behandlung von Depressionen wider. Einige Autoren sehen dies nicht nur als Folge einer missglückten Transmission von gesicherten Erkenntnissen psychiatrischer Forschung in die Allgemeinmedizin. Sie beklagen das Fehlen solcher gesicherter Erkenntnisse über die Gruppe von Patienten mit affektiven Störungen, die Hausärzte aufsuchen [49].

Danach sind die Forschungsergebnisse vor allem an Patientenkollektiven gewonnen worden, die von Psychiatern behandelt werden, was die Übertragbarkeit stark einschränke.

Woher beziehen Hausärzte ihre Kenntnisse über Depressionen?

Für 62% waren Ausbildung im Studium und für 65% Weiterbildung in einer Klinik keine wesentlichen Kenntnisquellen. Das spiegelt wahrscheinlich die unterrepräsentierte Schulung in Psychiatrie im Medizinstudium und im Rahmen der Ausbildung zum Allgemeinarzt wider. Eine Justierung der Curricula angelehnt an die Häufigkeit affektiver Störungen in der Bevölkerung steht hier noch aus.

Andersson et al. hatten 1997 Allgemeinärzte befragt, was ihre Behandlung von depressiven Patienten beeinflusst [50]. Dabei wurde geäußert, dass implizites Wissen (englisch *tacit knowledge* = „etwas können, ohne sagen zu können, wie es geht“ [Wikipedia]) einen größeren Einfluss habe als sechs Monate formales Training in der Psychiatrie während der Facharztausbildung.

Ein Ergebnis der vorgelegten Arbeit weist in dieselbe Richtung: 99% der Befragten nannten „tägliche Arbeit mit den Patienten“ als wichtige Erkenntnisquelle. Dies ist möglicherweise eine Umschreibung einer besonderen Form des Lernens bei Hausärzten, nämlich durch Beobachtung von Krankheitsverläufen und Biographien ihrer Stammpatienten über Jahre und Jahrzehnte. Dies deckt sich mit Erkenntnissen der Lerntheorie, die solchem Erfahrungs-, Situations-, Emotions- und Interaktionswissen einen höheren Stellenwert beimisst als der Abwägung von Theoriewissen durch Leitlinien [51].

Welche Form der Fortbildung wählen Hausärzte in der Psychiatrie?

Die in der vorgelegten Arbeit befragten Hausärzte bevorzugten als Medium der Fortbildung an erster Stelle (63%) das Selbststudium von Übersichtsartikeln gefolgt von Halbtagsveranstaltungen ohne Sponsor (46%), interaktiven Internet CME Programmen (38%), Treffen im Qualitätszirkel in den Abendstunden (32%) und Abend- und Wochenendveranstaltungen der pharmazeutischen Industrie (29%). Die derzeit übliche Praxis, dass für Kassenärzte Fortbildung in ihrer Freizeit ohne Entschädigung stattfindet, halten 40% für nicht akzeptabel. Bezahlter „Bildungsurlaub“ oder Fortbildung während der Arbeitszeit, auf die Angestellte einen Anspruch haben, existiert für Hausärzte nicht.

4.3.1 Diagnostik

(Fragen 17,19,20,27,29,30a,b, Schweregrad 18,28)

Wenn Hausärzte nur etwa 50% ihrer Patienten, die an einer Depression leiden, diagnostizieren, muss es daran liegen, dass sie im Rahmen eines kurzen diagnostischen

Gesprächs anders vorgehen, als nach ICD-10 und fachärztlicher Schulung vorgesehen. Interview gestützte qualitative Studien identifizieren als Hauptproblem die möglicherweise fehlende Validität von Facharztalgorithmen der DSM IV und ICD 10-Diagnostik für Hausarztpatienten, von denen sich die Mehrzahl mit reaktiver depressiver Symptomatik präsentierte [52].

Nach Hickie macht es der kategoriale Ansatz von ICD-10 schwierig, das bei der Mehrzahl hausärztlicher Patienten vorhandene Kontinuum leichtgradiger affektiver Störungen und Belastungsreaktionen zu kodieren [49]. Diesen Zweifel an der Eignung der ICD-10 für die Diagnose von Depressionen in der Allgemeinpraxis teilten die Studienteilnehmer der vorgelegten Arbeit. Befragt, was die Diagnosefindung bei Depression für sie schwierig macht (Frage 29), gaben 67% an „Das klinische Bild ist oft zu bunt und vieldeutig“ und 51% hielten das Diagnosesystem ICD-10 für zu kompliziert. 17% fehlten Laborparameter und 36% die Zeit für längere diagnostische Gespräche. Vor diesem Hintergrund gaben 56% an, mit dem Kapitel F im ICD-10 nicht vertraut zu sein. Dabei gaben 62% an, für die Diagnosefindung systematisch eine Liste von Kernsymptomen abzufragen. Der in der Literatur favorisierte Einsatz von Selbstbefragungsbögen und Schätzskalen (Beck-Depressionsinventar) findet in 50% der Hausarztpraxen keine Anwendung, in 35% selten. Interesse, den Gebrauch solcher Instrumente zu erlernen, äußerten 6% der Hausärzte. Dass 35% solche Instrumente kennen, aber selten nutzen, gibt einen Hinweis, wie Hausärzte den Nutzen solcher Instrumente einschätzen. Welche(s) Instrument(e) man Hausärzten im Rahmen von Leitliniens Schulung anbietet, müsste genau untersucht werden - am besten durch Diskussion mit den 35% der Hausärzte, die dazu Erfahrungen einbringen können.

Findet sich bei Hausärzten eine eigene Taxonomie für depressive Syndrome?

Aus der Literatur ist bekannt, dass Hausärzte intuitiv eine andere spezielle Herangehensweise an vermutete depressive Syndrome haben als in strukturierten Interviews zu den Klassifikationssystemen ICD 10 und DSM-IV vorgesehen [53].

In der vorgelegten Arbeit wurde nach der Häufigkeit der Diagnose „somatisierte (maskierte) Depression“ (körperliche Beschwerden ohne klaren Organbefund stehen im Vordergrund) gefragt. Alle Hausärzte antworteten, dass sie diese Diagnose stellten. Nur ein Arzt machte keine Angabe. Der Mittelwert der Häufigkeit der Diagnose „somatisierte (maskierte) Depression“ betrug für alle Patienten, die sich wegen einer Depression in Behandlung befanden, 37%.

Somatisierte oder „larvierte“ Depression ist nicht nur im deutschsprachigen Raum, sondern als *somatic depression* auch im angelsächsischen eine schlecht, bzw. gar nicht definierte Entität. Kielholz führte die Diagnose „maskierte Depression“ in den 70er Jahren ein, die weder in die ICD noch in das DSM Aufnahme fand [54]. „Maskierte Depression“ und „somatisierte Depression“ werden synonym gebraucht. Nicht gleichzusetzen ist damit „Depression mit somatischem Syndrom“ in der ICD 10. Zu den Einschlusskriterien in Zulassungsstudien für Antidepressiva gehört eine depressive Stimmung. Meistens wird dafür das Item 1 der Hamilton-Depressions- Skala (HAMD) benutzt und darunter werden mindestens zwei Punkte gefordert (vom Patienten spontan geäußert: depressive Stimmung, Gefühle der Traurigkeit, Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, Wertlosigkeit).

Es blieb festzuhalten, dass Allgemeinärzte mehr als ein Drittel ihrer Patienten mit Depression mit einer Diagnose versahen, für die es keinen ICD-Code und keine Leitlinienempfehlungen gab.

Ein ähnliches Phänomen war die Nutzung des Konzeptes reaktive versus endogene Depression. Diese Kategorien der ICD-9 waren im ICD-10 aufgegeben worden. Von den Befragten gaben 59% an, dass dieses Konzept ihre Therapie weiterhin beeinflusste und 82% verordneten bei reaktiver Depression eher Psychotherapie, nur 18 Teilnehmer Antidepressiva und vier Teilnehmer eine Kombination. Diese Zahlen stimmten gut mit Untersuchungen an australischen Hausärzten überein und wiesen auf ein Problem: die Häufigkeit von Belastungsreaktionen in der Allgemeinpraxis und deren Trennung von unipolaren depressiven Episoden.

Clarke et al. haben dieses Phänomen durch die Analyse von 139 Videointerviews untersucht [53]. Die Hausärzte waren alle in Melbourne tätig und vollzogen ihre Diagnostik in drei Schritten. Sie ließen sich vorrangig vom ersten Eindruck und den spontan geäußerten Beschwerden leiten: Weinerlichkeit und das Vorbringen psychologischer Leiden lenkten die diagnostische Einschätzung sofort auf Depression. Verlust von Interessen, Schlafstörungen und herabgesetzte Leistungsfähigkeit induzierten ebenfalls eine Verdachtsdiagnose Depression. In einem zweiten Schritt wurde versucht, einen Auslöser für die Depression zu finden und zwischen reaktiv (durch Stressoren am Arbeitsplatz oder in Beziehungen) und endogen („chemisch“) zu unterscheiden. Hier spiegelt sich der intuitive Versuch wider, in das diagnostische Konstrukt doch auch ätiologische Anteile einzubringen. In einem dritten Schritt versuchten die australischen Kollegen ein ängstliches Syndrom (reaktiv) gegen eines der Hoffnungslosigkeit (endogen)

abzugrenzen. Beim ängstlich-reaktiven Syndrom waren die Hausärzte sehr zurückhaltend mit der Verschreibung eines Antidepressivums und setzten eher auf Zuwarten und Wiedereinbestellung. Hingegen wurden Patienten, die sich mit einem „endogenen“ Syndrom mit Hoffnungslosigkeit präsentierten, sofort medikamentös behandelt. Diese Ergebnisse sprechen dafür, dass ältere ätiologische Vorstellungen noch heute die Therapie entscheidend stark beeinflussen und Schulungsbedarf im Hinblick auf ein therapeutisches Vorgehen besteht, das auf dem aktuellen wissenschaftlichen Stand basiert.

Einschätzung des Schweregrades von Depressionen

Die Einschätzung des Schweregrades einer Depression in leicht-, mittel- oder schwergradig ist für ICD Kodierung und Therapie entscheidend - aber schwierig, was die Reliabilität angeht [55]. 38% der befragten Hausärzte gaben an, mit der Einschätzung keine Schwierigkeiten zu haben. 32% hatten Schwierigkeiten und 30% waren unentschieden. Dem in ICD-10 vorgesehenen Abzählen von Symptomen haftet das Manko an, dass das einzelne Symptom nicht nach dem Schweregrad gewichtet werden kann. Deshalb nutzten fast alle Studien eine oder mehrere Schätzskalen, um die Reliabilität zu verbessern. Ob man Selbstbeurteilungsskalen oder Fremdbeurteilungsskalen den Vorzug geben sollte, darüber wurde in der Literatur konträr diskutiert. Für die Hausarztpraxis wurde aus Zeitgründen eher die Selbstbeurteilung favorisiert. Die Hälfte der befragten Hausärzte benutzte keine Fragebögen oder Schätzskalen. Von diesen hatten 12% Interesse, den Gebrauch zu erlernen.

Differentialdiagnose bipolare Störung

Die Bedeutung bipolarer Symptomatik für die Behandlung affektiver Störungen nahm in der Literatur einen ständig wachsenden Raum ein [56, 57]. Vom Auftreten der ersten bipolaren Symptomatik bis zur Diagnosestellung vergingen im Mittel 7.5 Jahre und bis zur Diagnosestellung wurden ca. 40 % der Patienten als unipolar depressiv diagnostiziert und behandelt. Dabei war der entscheidende diagnostische Schritt die retrospektive Erfassung hypomanischer und manischer Symptomatik in Anamnese und Fremdanamnese. Dies sollte Auswirkungen auch auf das Rezeptieren von Psychopharmaka durch einen Allgemeinarzt haben [58].

Auf die Frage, ob ihnen der Unterschied zwischen bipolarer Störung I und II gut bekannt sei, antworteten 68% mit Nein, 21% bejahten dies und 11 waren unentschieden. Als Kommentar teilten Teilnehmer mit, dass sie das Wort „bipolar“ keinem medizinischen Sachverhalt zuordnen könnten.

4.3.2 Therapie

(Fragen 21-26,30c)

Vor Beginn einer Therapie sollte der Arzt über die Spontanprognose einer Erkrankung mit dem Patienten sprechen [59]. 33% der befragten Hausärzte fehlte hierzu für die Depression Kenntnis.

Psychotherapie versus Pharmakotherapie

Mit der Psychotherapie und der psychopharmakologischen Behandlung standen zwei evidenzbasierte Wege offen, für die in der Literatur mindestens für leicht- bis mittelgradige Depressionen vergleichbare Wirksamkeit belegt war. 53% der befragten Hausärzte stimmen dem zu.

Placebo versus Verum

In Metaanalysen konnte kein großer Unterschied in der Wirksamkeit von Verum und Placebo-Medikation in der Behandlung von leicht- und mittelgradigen depressiven Episoden gefunden werden [60-63].

Die befragten Hausärzte waren geteilter Meinung: 44% stimmten der Aussage, dass leicht – bis mittelgradige Depression ähnlich gut auf Placebo wie auf Verum ansprechen, zu, dagegen votierten 48% und 8% waren unentschieden.

Wirksamkeit der Antidepressiva

Die STAR-D Studie (*Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression*) zeigte, dass der Effekt von Antidepressiva in einer Feldstudie deutlicher geringer ausfiel als in Zulassungsstudien [64]. Befragt nach der Wirksamkeit der meist verordneten selektiv serotonergen Antidepressiva, sahen sich 30% der befragten Hausärzte außerstande, diese Frage zu beantworten. Die durchschnittlichen Angaben passten zu den in STAR-D genannten Remissionsraten. Allerdings überschätzten 28% die Wirksamkeit eines selektiv serotonergen Antidepressivums. Sie erwarteten bei 50 – 75% der Patienten eine Remission. 35% unterschätzten die Wirksamkeit und erwarteten bei 10% der Patienten eine Remission.

Dauer medikamentöser Behandlung

83% behandelten eine erste depressive Episode mit einem Antidepressivum mindestens drei bis sechs Monate und lagen damit unter den empfohlenen sechs bis zwölf Monaten (S3 Leitlinie Depression).

Wirksamkeitsunterschiede zwischen den Psychotherapieverfahren

Psychotherapie konnte den höchsten Evidenzgrad für Wirksamkeit in Leitlinien reklamieren. Die Frage nach Wirksamkeitsunterschieden zwischen den verschiedenen Verfahren wurde diskutiert. Kognitive Verhaltenstherapie wurde in Leitlinien bevorzugt, weil dafür die meisten Studien hoher Qualität vorlagen. Allerdings wurden spezifische Elemente der Verfahren weiterhin angezweifelt [65, 66].

In Deutschland konnten Hausärzte zu Psychoanalytikern, Verhaltenstherapeuten und Therapeuten, die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie anboten, überweisen. Für diese Verfahren übernahmen die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten. In Stadt und Landkreis Oldenburg waren im Jahr 2011 34 psychologische Vertragspsychotherapeuten für tiefenpsychologische Psychotherapie zugelassen, 18 für Verhaltenstherapie und 4 für beide Verfahren.

Befragt, ob zwischen den Verfahren Unterschiede in der Wirksamkeit bei Depression bestehen, antworteten 68% mit Ja, 16% sahen keine großen Unterschiede und 17% waren unentschieden. Es sollte weiter untersucht werden, von welchem Verfahren sich die Ärzte am meisten versprechen und warum.

Eine praktische Konsequenz haben die befragten Hausärzte gezogen: 82% verordneten für „reaktive Depressionen“ eher Psychotherapie. Im Gegensatz zu Leitlinien therapierten die befragten Hausärzte eher „ätiologie-spezifisch“, indem sie bei reaktiven Depressionen mehr auf Gespräche setzten (81%) als auf Antidepressiva (13%) oder die Kombination aus beiden (3%).

Partizipative Entscheidungsfindung

Einem Konzept *informed choice*, dass bei gleichwertigen Behandlungsoptionen der Arzt der Präferenz des Patienten folgen könnte (Abwarten, Pharmakotherapie oder Psychotherapie bei leichtgradiger Depression), stimmten 32% zu, 49% lehnten das ab und 19% waren neutral. Hier müsste noch näher untersucht werden, wie die Hausärzte zur partizipativen Entscheidungsfindung bei der Behandlung von Depressionen stehen, die als besonders wirksames Instrument galt [67, 68].

4.4 Praktizierte Kooperation der Hausärzte mit Spezialisten

Aus der Literatur war bekannt, dass Hausärzte von der Kooperation mit Psychiatern häufig enttäuscht waren [50].

Für 45% der befragten Hausärzte dieser Studie war die sofortige Überweisung zum Facharzt ihre beste Option. Sie kalkulierten wochenlange Wartezeiten beim Psychiater und monatelange beim Psychotherapeuten ein.

Bestehenden Kooperationsmöglichkeiten im staatlichen Gesundheitswesen und im vertragsärztlichen System Deutschlands stellten die Hausärzte ein schlechtes Zeugnis aus. Für 79% war der Sozialpsychiatrische Dienst (SpD) praktisch nicht existent und damit ein Urteil über die Qualität dessen Arbeit nicht möglich. Hier wäre zu klären, warum diese bundesweit gesetzlich garantierte Institution so wenig Kontakt zu Primärärzten unterhielt. Eine weitere bereits existierende Entlastungsmöglichkeit im Sinne von Teamarbeit wäre die seit 2001 mögliche Verordnung von Soziotherapie mit aufsuchender Krankenpflege gewesen. Diese wurde von Psychiatern in Niedersachsen praktisch nicht genutzt und war für Hausärzte nur eingeschränkt zu verordnen (Hausärzte 0,02 Verordnungen auf 100 Fälle im 3. Quartal 2009, Psychiater 0,02) [Auskunft der Bezirksstelle Oldenburg der Kassenärztlichen Vereinigung].

Wie schnitt die Zusammenarbeit mit Fachärzten und psychologischen Psychotherapeuten ab?

„Die Kooperation mit Psychiatern bezeichneten 32% als gestört, die mit psychologischen Psychotherapeuten 47%. Das große Problem war, einen Vorstellungstermin beim Spezialisten zeitnah zu erhalten. 81% gaben an, einen ersten Konsultationstermin beim Psychiater innerhalb eines Monats buchen zu können, beim Psychotherapeuten dauerte es länger als drei Monate. Die Zahlen deckten sich gut mit einer kürzlich durchgeführten Befragung von 2500 psychologischen Psychotherapeuten in Deutschland [26]. Danach konnten nur 5% aller Psychotherapeuten einen Therapieplatz sofort anbieten. Durchschnittlich mussten Patienten 79 Tage warten - in Großstädten 62 Tage und in Kleinstädten 104 Tage.

Spezialisten standen zur Beseitigung des Engpasses „Sofortintervention bei Depression“ nach Einschätzung der Hausärzte nicht ausreichend zur Verfügung. Ein Teilnehmer formulierte im freien Kommentar: „Die Spezialisten lassen die akut Erkrankten im Stich.“

In freien Kommentaren wurde fehlende Kommunikation zwischen überweisenden Hausärzten und psychologischen Psychotherapeuten beklagt. Es fehlte an Rückmeldung

und Berichte über Untersuchung und Behandlung würden nicht erstellt. Die Psychologen seien telefonisch nicht erreichbar. 58% der Hausärzte kannten nur wenige Spezialisten persönlich, mit denen sie kooperierten. Lediglich 9% wünschten sich ein persönliches Kennenlernen der Spezialisten. Diese Zahlen zeigten, dass eine intensive Vernetzung im Bereich seelische Gesundheit in Oldenburg praktisch nicht existent war. Dabei hatten die Hausärzte klare Vorstellungen, was sie von Spezialisten erwarteten. An erster Stelle ging es um rasche Terminvergabe innerhalb von sieben Tagen, möglichst per Telefonanruf vereinbart am selben Tag. 75% legten auf zeitnahe Befundberichte mit Behandlungsplan großen Wert.“[35]

4.5 Laufende IV-Modelle und Stand der Leitliniendiskussion

Der erste IV Vertrag „Integrierte Versorgung Depression“ wurde am 3.2.2006 zwischen mehreren Krankenkassen und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN), dem Berufsverband der Nervenärzte und der Uniklinik Aachen geschlossen [69].

Im Qualitätsbericht der Universitätsklinik Aachen 2005 hieß es dazu auf Seite 91:

„Grundlegendes Element der Integrierten Versorgung ist die Orientierung an den medizinischen Leitlinien zur Diagnostik und Therapie depressiver Erkrankungen der DGPPN. Hinzu kommt die zertifizierte Fortbildung der handelnden Akteure. Außerdem werden regelmäßig Qualitätszirkel, Supervisions-/Intervisionsgruppen und Fallkonferenzen stattfinden. Ein wesentlicher Teil eines effektiven Qualitätsmanagements ist die sorgfältige und umfassende Dokumentation der Abläufe und Aktivitäten. Die Leiter des Projektes erhalten wöchentlich Kennzahlen der Leistungserbringer, Patienten und Leistungen, um überprüfen zu können, ob die Leistungen in sinnvoller Indikationsstellung, Abfolge und Häufigkeit erbracht werden. Darüber hinaus wird eine zeitnahe Datengrundlage für ein Fallmanagement geschaffen, das den Patienten durch die Integrierte Versorgung begleitet und die optimale Steuerung der Behandlung gewährleistet. Die Daten werden jeweils auf geschützten Internetseiten für alle Teilnehmer verfügbar gemacht. Das Modell Integrierte Versorgung stellt eine Erweiterung des bisherigen Leistungsangebots dar. Die erbrachten Leistungen bleiben wie bisher über EBM bzw. die tagesgleichen Pflegesätze abrechenbar. Zusätzliche Leistungen werden gesondert erbracht und zusätzlich vergütet. Diese zusätzlichen Leistungen sind von den Netzteilnehmern genau definiert und in sog. Leistungskomplexe gegliedert worden. Es wurde für jede Leistung eine bestimmte Handlungsroutine festgelegt, die dann dokumentiert und abgerechnet wird. Das Netz folgt damit einem fortschrittlichen Vergütungsprinzip, dass Versorgungsstrategen seit langem einfordern. Es wird das Prinzip 'Das Geld folgt der Leistung' umgesetzt ('fee for service'). Es ist geplant, dass das Aachener Modell mittelfristig in anderen Regionen landes- und bundesweit ausgedehnt wird.“ [70]

Dieses Zitat dokumentierte den hohen Anspruch der Gründungsmitglieder und das Ausmaß der zeitlichen Inanspruchnahme der Hausärzte.

Nach Einbeziehung der Schizophrenie wurde dieses IV-Modell in „Integrierte Versorgung seelische Gesundheit“ umbenannt. Der Modellversuch stützte sich weitgehend auf die von der DGPPN erarbeiteten und in 2003 publizierten Leitlinien: Versorgungsleitlinien zur Diagnostik und Therapie depressiver Störungen in der hausärztlichen Praxis [71]. Das IV Projekt „Seelische Gesundheit“ in Aachen hatte im Einvernehmen mit den Krankenkassen ein Honorierungssystem implementiert, das es für teilnehmende Ärzte möglich machte, ein- bis zu achtfach und höheres Honorar als in der Regelversorgung zu erzielen. Folgende Angaben dienen der besseren Einordnung dieses Honorars: Der durchschnittliche Fallwert pro Quartal für die Behandlung eines Patienten durch einen Hausarzt in Niedersachsen betrug für das Quartal 2/2011 60€, für einen Psychiater 114€ [40], eine im internationalen Vergleich ungewöhnlich niedrige Vergütung.

In Mecklenburg-Vorpommern war 2005 ein ähnliches Projekt zwischen der Carl-Friedrich-Flemming-Klinik, HELIOS Kliniken Schwerin und der Techniker Krankenkasse vereinbart worden, welches auch in 2012 fortgesetzt wurde [72].

Im zitierten australischen Modell erfolgt die Bezahlung streng als Einzelleistungsvergütung mit z.B. 210€ Honorar für eine Erstuntersuchung mit Erstellung eines Behandlungsplanes durch den Psychiater für den überweisenden Hausarzt. Das reibungslose Funktionieren und die hohe Zufriedenheit aller Teilnehmer im Aachener Modell könnten auch auf die höhere Bezahlung der Leistungserbringer zurückzuführen sein. Werden IV Modelle wie in Aachen als bewährte Musterbeispiele gewertet und darauf basierend landesweite Implementierung angestrebt, wäre es ratsam, vor weiterer Planung die Kostenfrage zu klären. Die AOK Rheinland/Hamburg hatte den Aachen-Vertrag nach fünf Jahren Laufzeit 2011 gekündigt. Eine Begründung: fehlende Einsparungen, insbesondere kein Rückgang der Krankenhauseinweisungen [73].

4.6 Das australische Modell

In Australien hatte sich eine staatliche Gemeindepsychiatrie MHS organisiert, die ganz auf Fachpflegekräfte baute und sich auf DMP für die Patienten konzentrierte, die an schweren psychischen Erkrankungen litten. In einem solchen DMP blieb der Hausarzt erste Anlaufstelle, wurde aber nicht für jeden Patienten zum Fallmanager. Er konnte die

Weiterbehandlung eines Patienten am selben Tag mit einem Telefonanruf an den MHS delegieren. Fallmanager war von nun an ein nichtärztliches Teammitglied. Der Hausarzt nahm nicht persönlich an Teambesprechungen, Hausbesuchen oder Angehörigenterminen teil. Der Patient wurde ihm nach Besserung mit einem Behandlungsbericht/-plan rücküberwiesen.

Zufriedenheit der Hausärzte mit dem MHS

Das Durchschnittsalter (48,7 Jahre) und die Dauer der Berufstätigkeit als Allgemeinarzt (15,8 Jahre) wiesen die befragte Gruppe als sehr erfahren aus. 82% der in dieser Studie befragten Hausärzte waren mit der Arbeit des MHS für Erwachsene zufrieden, bzw. sehr zufrieden, 11% indifferent und nur 8% unzufrieden. Allerdings relativierte sich dieses sehr positive Urteil bei einem Blick auf die Zufriedenheit mit dem gesamten Mental Health Service. Hier äußerten bereits 37% der Hausärzte Unzufriedenheit. Vakante Stellen der Kinder- und Jugendpsychiaterin sowie in der Gerontopsychiatrie waren mögliche Ursachen. Offen Zweifel an der Kompetenz der Fachpflegekräfte äußerten nur 12% der Ärzte, wobei sich 18% eher eine Untersuchung und Behandlung durch einen Psychiater wünschten.

Bemerkenswert war, dass die befragten australischen Hausärzte nur durchschnittlich zwei Patienten im Monat an die Spezialisten des MHS (also nicht nur Erwachsenenpsychiatrie, sondern auch Gerontopsychiatrie, Kinder und Jugend sowie Sucht-Psychiatrie) überwiesen. Nur zwei Ärzte beklagten eine zu langsame Reaktion des MHS für Erwachsene. Der Service einer 24h- Telefon-Hotline war ein Baustein der Organisation.

Mitarbeiterzufriedenheit im MHS

Die befragten 21 Mitarbeiter wiesen sich durch Alter (Durchschnitt 45,5 Jahre) und Jahre der Arbeit im MHS (Durchschnitt 15,8 Jahre) als sehr erfahren aus. Im Globalurteil war keiner mit seinem Arbeitsplatz unzufrieden, keiner fühlte sich durch das Arbeitspensum überfordert. Im öffentlichen Dienst waren die Arbeitsbedingungen so, dass keiner einen Wechsel in den Privatsektor in Erwägung zog, obwohl dort höhere Gehälter gezahlt wurden. Für 26% der Mitarbeiter war eine Zusatzqualifikation zum *nurse practitioner* attraktiv, was mit einem Jahr Schulung zur Erlangung der Befähigung zum Ausstellen von Rezepten verbunden gewesen wäre. Die Mehrheit fühlte sich Bereitschaftsdiensten ohne die Sicherheit eines Psychiaters im Hintergrund gewachsen. 24% hatten Bedenken und darunter waren es 14%, die sich hier sehr unsicher fühlten und das nach zehn, vier und drei

Jahren Berufserfahrung. Für die Mehrheit war der fachliche Austausch mit den zuweisenden Ärzten unkompliziert. Die Kommunikation mit den Hausärzten empfanden 33% der Mitarbeiter als schwierig und 24% meinten, dass sie nicht auf gleicher Augenhöhe mit den Ärzten sprechen könnten.

Ein Problem konnte der australische MHS nicht lösen: Die Mehrheit der Mitarbeiter (81%) beklagte das Fehlen einer Institution mit Betten zur Langzeitpflege einer Untergruppe von Patienten mit chronischen Psychosen. Für 57% der Mitarbeiter war dies ein brennendes Problem, und keiner war der Meinung, dass dieses Problem nicht existent wäre. Auch ein personell gut aufgestelltes multiprofessionelles Team sah sich nicht dazu in der Lage, alle Patienten mit schweren Psychosen dauerhaft in der Gemeinde zu integrieren.

4.7 Limitationen der Studie

Bei mehr als 40000 praktizierenden Hausärzten in Deutschland stellen 185 angeschriebene und 144 antwortende Studienteilnehmer eine kleine Stichprobe dar. Durch Beschränkung auf eine Bezirksstelle einer kassenärztlichen Vereinigung war die Stichprobe nur für die Stadt Oldenburg repräsentativ und es konnten keine Aussagen zu möglichen Unterschieden in anderen Regionen getroffen werden. 22% der angeschriebenen Hausärzte antworteten nicht.

Verfahren zur Ermittlung von Trennschärfe-Indizes, Trennschärfe-Koeffizienten für einzelne Items, Paralleltest- und Retestreliaibilität kamen nicht zur Anwendung, weil keine Hausärzte für wiederholte Befragungen zur Verfügung standen.

Hinsichtlich der Objektivität gab es Einschränkungen in der Durchführungsobjektivität durch die individuell-häusliche und anonyme Bearbeitung des Fragebogens.

Der Fragebogen konnte nicht systematisch auf Kontent-, Kriteriums- und Konstruktvalidität überprüft werden, weil für die meisten Fragen kein Itemuniversum definiert werden konnte, keine Außenkriterien zum Vergleich und keine Annahmen über dimensionale Strukturen als Voraussetzung für Faktorenanalysen vorlagen [74].

5. Zusammenfassung

Fragestellung: Nach zehn Jahren Erfahrung mit Disease Management Programmen (DMP) für internistische Erkrankungen in Deutschland und vor Einführung eines möglichen DMP „Depression“ sollte die Perspektive der Hausärzte untersucht werden. Die Organisationsstruktur eines funktionierenden DMP für psychische Erkrankungen sollte am Beispiel der australischen Gemeindepsychiatrie beschrieben werden.

Methoden: Es wurden 185 Hausärzte der Stadt und des Landkreises Oldenburg sowie Ammerland angeschrieben. Alle 30 zuweisenden Hausärzte und 21 Mitarbeiter eines regionalen australischen *Mental Health Service* wurden angeschrieben.

Ergebnisse: Für die an die Oldenburger Hausärzte versandten Fragebögen betrug die Rücklaufquote 78% (n=144). Die Mehrzahl der Ärzte partizipierte an drei oder mehr DMP. 10% der Teilnehmer nahmen bisher an keinem DMP teil. Ihre Erfahrungen mit den laufenden DMP bewerteten 36% als positiv, 27% negativ und 37% neutral. Die Einführung eines DMP Depression lehnten 61% ab, 23% begrüßten dies. 63% sahen sich außerstande an neun Stunden Leitlinienschulung und monatlichem Qualitätszirkel regelmäßig teilzunehmen. Soviel Therapiezeit und Dokumentation wie möglich wollten 61% an einen Fallmanager abtreten. Eine Verlagerung ärztlicher Therapiehoheit auf Pflegekräfte lehnten 17% der Hausärzte ab. Durch häufige Teambesprechungen fühlten sich 68% überfordert und 60% waren nicht dazu in der Lage, im ersten Monat der Behandlung wöchentliche Therapiekontrollen durchzuführen. Ihren Kenntnisstand zur Behandlung von Depressionen beurteilten 34% als völlig ausreichend, 40% als unzureichend. 82% der befragten australischen Hausärzte waren mit der Arbeit des *Wodonga Adult Mental Health Service* (WAMHS) zufrieden. Im Globalurteil war keiner der befragten 21 nichtärztlichen Mitarbeiter des WAMHS mit seinem Arbeitsplatz unzufrieden. Keiner schätzte sein Arbeitspensum als zu hoch ein. 62% fühlten sich Bereitschaftsdiensten ohne Hintergrunddienst eines Psychiaters gewachsen. Die Kommunikation mit Ärzten war für 43% unproblematisch. Als gravierenden Mangel sahen 81% das Fehlen einer Institution zur stationären Langzeitbehandlung von Patienten mit Psychosen.

Diskussion: Die Mehrheit der befragten Oldenburger Hausärzte äußerte Zweifel am Nutzen der laufenden DMP für internistische Erkrankungen und stand einer zeitintensiven Einbindung in ein mögliches DMP Depression ablehnend gegenüber. Zudem diagnostizierte die Mehrheit anders als in geltenden Leitlinien und der ICD-10 vorgesehen. Sie sah sich außerstande an initialer Leitlinienschulung und DMP Qualitätszirkelarbeit

teilzunehmen. Die Mehrzahl der befragten Hausärzte wollte gerne möglichst viel Arbeit an Fallmanager delegieren und Behandlungskompetenz übertragen. Im Gegensatz zur bloßen Leitlinienimplementierung ist die Zuordnung eines Fallmanagers die einzige Maßnahme, für die in der Literatur robust ein positiver Effekt auf das Behandlungsergebnis nachgewiesen ist. Angelpunkt eines DMP Depression sollte danach die Schaffung kompetenter Fallmanagement-Teams sein, wie sie in Australien gestützt auf Fachpflegekräfte seit vielen Jahren erfolgreich arbeiten. Die befragten Hausärzte und Mitarbeiter des australischen DMP äußerten hohe Zufriedenheit mit dem Service. Allerdings arbeitet das australische Modell als steuerfinanzierter staatlicher Dienst, und die Ausbildung der Fachpflegekräfte erfolgt akademisch.

6. Literaturverzeichnis

1. AOK Bundesverband: Disease-Management-Programme (DMP); URL: http://www.aok-bv.de/lexikon/d/index_00296.html; 2010. (Tag des Zugriffs: 27.12.2012)
2. Bundesversicherungsamt: Zulassung der Disease Management Programme (DMP) durch das Bundesversicherungsamt (BVA); URL: http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_108/nn_1046154/DE/DMP/dmp__inhalt.html#doc1046158bodyText11; 2012 (Tag des Zugriffs: 27.12.2012)
3. Deutsches Ärzteblatt: Zehn Jahre DMP: Wenig Begeisterung. <http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=47410>; 2011 (Tag des Zugriffs: 27.12.2012)
4. Linder R, et al.: Nutzen und Effizienz des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2. Deutsches Ärzteblatt, 108(10): 155-162; 2011
5. Bundesversicherungsamt: Ergebnisse der DMP-Evaluation zur Indikation Diabetes mellitus Typ 2; URL: http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_108/nn_1046154/DE/DMP/Ergebnisse__DMP-Evaluation__DM2.html; 2012 (Tag des Zugriffs: 27.12.2012)
6. Gerst T, Korzilius H: Disease-Management-Programme: Viel Geld im Spiel. Deutsches Ärzteblatt 102(43): A-2904 / B-2456 / C-2314; 2005
7. Van Lente E: Mitmachen lohnt sich. Gesundheit und Gesellschaft Spezial: 9(10): 12; 2006
8. Bundesversicherungsamt: Ergebnisse der DMP-Evaluation zur Indikation Diabetes mellitus Typ 2. URL: http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_108/nn_1046154/DE/DMP/Ergebnisse__DMP-Evaluation__DM2.html; 2012 (Tag des Zugriffs: 27.12.2012)
9. Wittchen HU, Pittrow D: Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. Human Psychopharmacology-Clinical and Experimental 17: 1-11; 2002
10. Bermejo I, et al.: Improving outpatient care of depression by implementing practice guidelines: a controlled clinical trial. International Journal for Quality in Health Care, 21(1): 29-36; 2009
11. Tiemens BG, et al.: Training primary-care physicians to recognize, diagnose and manage depression: does it improve patient outcomes? Psychological Medicine, 29(4): 833-845; 1999
12. Thompson C, et al.: 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(9199): 185-191; 2000

13. Gilbody S, et al.: Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care - A systematic review. *JAMA -Journal of the American Medical Association*, 289(23): 3145-3151; 2003
14. Smit A, Tiemens BG, Ormel J: Improving long-term outcome of depression in primary care: a review of RCTs with psychological and supportive interventions. *European Journal of Psychiatry*, 21(1): 37-48; 2007
15. Lim PZ, et al.: Medication prescribing patterns for patients with bipolar I disorder in hospital settings: adherence to published practice guidelines. *Bipolar Disorders*, 3(4): 165-173; 2001
16. Thompson C, et al.: Dimensional perspective on the recognition of depressive symptoms in primary care - The Hampshire Depression Project 3. *British Journal of Psychiatry*, 179: 317-323; 2001
17. O'Connor E.A, et al.: Screening for Depression in Adult Patients in Primary Care Settings: A Systematic Evidence Review. *Annals of Internal Medicine*, 151(11): 793-W265; 2009
18. Tiemens BG, Ormel J, and Simon GE: Occurrence, recognition, and outcome of psychological disorders in primary care. *American Journal of Psychiatry*, 153(5): 636-644; 1996
19. Kamphuis MH, et al.: Does recognition of depression in primary care affect outcome? The Predict-NL study. *Family Practice*, 29(1); 2012
20. Dowrick C, Buchan I: Twelve month outcome of depression in general practice - does detection or disclosure make a difference? *British Medical Journal*, 311(7015): 1274-1276; 1995
21. Thombs BD, C.J., Cuijpers P, de Jonge P, Gilbody S, Ioannidis JP, Johnson BT, Patten SB, Turner EH, Ziegelstein RC: Rethinking recommendations for screening for depression in primary care. *Canadian Medical Association Journal*; 2011
22. World Health Organization: The tenth revision of the International Classification of Disease and related health problems (ICD-10). URL <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>; 1992 (Tag des Zugriffs: 27.12.2012)
23. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision 2000. 4 ed; 2000
24. Schumann I, et al.: Physicians' attitudes, diagnostic process and barriers regarding depression diagnosis in primary care: a systematic review of qualitative studies. *Family Practice*, 29(3); 2012
25. Bundesärztekammer, A.d.W.M. Fachgesellschaften: Programm für Nationale Versorgungsleitlinien. URL http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/depression/index_html.2009; 2009 (Tag des Zugriffs: 27.12.2012)

26. Rubenstein LV: Improving care for depression: There's no free lunch. *Annals of Internal Medicine*, 145(7): 544-546; 2006
27. Gensichen J, et al.: Case Management for Depression by Health Care Assistants in Small Primary Care Practices A Cluster Randomized Trial. *Annals of Internal Medicine*, 151(6); 2009
28. Dobscha SK, et al.: Depression decision support in primary care - A cluster randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 145(7); 2006
29. Horrocks S, Anderson E, Salisbury C: Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *British Medical Journal*, 324: 819-823; 2002
30. Laurant M, et al.: Substitution of doctors by nurses in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4; 2004
31. Happell B, et al.: Assessing Nurse-Initiated Care in a Mental Health Crisis Assessment and Treatment Team in Australia. *Psychiatric Services*, 60(11): 1527-1531; 2009
32. Gilbody S, Bower P, Whitty P: Costs and consequences of enhanced primary care for depression - Systematic review of randomised economic evaluations. *British Journal of Psychiatry*, 189: 297-308; 2006
33. Rauh SS, et al.: The Saving Illusion- Why Clinical Quality Improvement Fails to Deliver Bottom-Line Results. *New English Journal of Medicine*, 365; 2011
34. Commonwealth of Australia: A national approach to mental health - from crisis to community. First Report. Senate Printing Unit, Canberra; 2006
35. Dickmann L, Dickmann J, Broocks A: DMP Depression? Die Hausarztperspektive. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin*, 88: 210-217; 2012
36. Department of Health: International experiences of using community treatment orders. URL www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_072730; 2007 (Tag des Zugriffs: 27.12.2012)
37. Lawton-Smith S, Dawson J, Burns T: Community treatment orders are not a good thing. *British Journal of Psychiatry*, 193(2): 96-100; 2008
38. Bundesversicherungsamt: Zulassung der Disease Management Programme (DMP) durch das Bundesversicherungsamt. URL http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_108/nn_1046154/DE/DMP/dmp_inhalt.html; 2012 (Tag des Zugriffs: 27.12.2012)
39. Bundesversicherungsamt. Zulassung der Disease Management Programme (DMP) durch das Bundesversicherungsamt (BVA). URL http://www.bundesversicherungsamt.de/cln_108/nn_1046154/DE/DMP/dmp_inhalt.html#doc1046158bodyText11; 2012 (Tag des Zugriffs: 27.12.2012)

40. Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen: Honorarstatistik. Niedersächsisches Ärzteblatt, 84: 54-55; 2011
41. Gesundheitspolitik und Gesellschaft: Ärzte und AOK streiten um einen IV-Vertrag. Ärzte Zeitung, 177: 9; 2011
42. Härter M, et al.: Fortbildungs- und Qualitätsmanagement-Maßnahmen zur Implementierung von Versorgungsleitlinien. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen, 97 (Suppl. IV): 67-73; 2003
43. Härter M, et al.: Improving quality of care for depression: The German Action Programme for the implementation of evidence-based Guidelines. International Journal for Quality in Health Care, 2005: p. 1-7.
44. Haddada, M, et al.: Clinicians' attitudes to depression in Europe: a polled analysis of Depression Attitude. Family Practice, 0: 1-10; 2011
45. Chew-Graham C.A, et al.: Managing depression in primary care: another example of the inverse care law? Family Practice, 19(6); 2002
46. Kerr M, Blizard R, Mann A: General-practitioners and psychiatrists-comparison of attitudes to depression using the depression attitude questionnaire. British Journal of General Practice, 45(391); 1995
47. Ärzte Zeitung: Deutscher Internistentag in Berlin: Neue Assistenten sollen Ärzte entlasten. Ärzte Zeitung, 172; 2011
48. Osterloh F: Substitution versus Delegation. Deutsches Ärzteblatt, 108(43); 2011
49. Hickie IB: Primary care psychiatry is not specialist psychiatry in general practice. Medical Journal of Australia, 170(4): 171-173; 1999
50. Andersson SJ, Lindberg G, Troein M: What shapes GPs' work with depressed patients? A qualitative interview study. Family Practice, 19(6): 623-631; 2002
51. Linden M: Guidelines and the psychology of medical decision making in the treatment of depressive disorders. Fortschritte Der Neurologie Psychiatrie, 73(5): 249-258; 2005
52. Schumann I, et al.: Physicians' attitudes, diagnostic process and barriers regarding depression diagnosis in primary care: a systematic review of qualitative studies. 0: 1-9; 2011
53. Clarke DM, et al.: What do general practitioners think depression is? A taxonomy of distress and depression for general practice. Medical Journal of Australia, 188(12): S110-S113; 2008
54. Kielholz P, Pöldinger W, Adams C: Die larvierte Depression. Deutscher Aerzte Verlag; 1985
55. Dickmann CEB, Dickmann JRM, Broocks A: How Reliably Can General Practitioners Diagnose Depression Using ICD-10 Criteria? German Journal of Psychiatry, 11: 146-148; 2008

56. Angst J: The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. *Journal of Affective Disorders*, 50(2-3): 143-151; 1998
57. Benazzi F: Bipolar disorder - focus on bipolar II disorder and mixed depression. *Lancet*. 369(9565): 935-945; 2007
58. Goodwin G.M.: Evidence-based guidelines for treating bipolar disorder: revised second edition-recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *Journal of Psychopharmacology*, 23(4): 346-388; 2009
59. Lehmann HE: Clinical evaluation and natural course of depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 44(5); 1983
60. Gavin A: Placebo response in depression: bane of research, boon to therapy. 178: 192-194; 2001
61. Enserink M: Can the placebo be the cure? *Science*, 284(5412); 1999
62. Kraemer HC: Statistical analysis to settle ethical issues? *Archives of General Psychiatry*. 57: 327-328; 2000
63. Moncrieff J, Wessely S, Hardy R: Meta-analysis of trials comparing antidepressants with active placebos. *British Journal of Psychiatry*, 172; 1998
64. Trivedi M, et al.: STAR*D Study Team. Evaluation of outcomes with citalopram for depression using measurement-based care in STAR*D: implications for clinical practice. *American Journal of Psychiatry*, 163(1): 28-40; 2006
65. Parker G, Fletcher K: Clinical Overview: Treating depression with the evidence-based psychotherapies: a critique of the evidence. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 115: 352-359; 2007
66. Wampold BE, et al.: A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. *Journal of Affective Disorders*, 68(2-3); 2002
67. Giersdorf N, Loh A, Härter M: Measuring shared decision making. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 98(2); 2004
68. Towle A, Godolphin W: Framework for teaching and learning informed shared decision making. *British Medical Journal*, 31: 766-771; 1999
69. Kirchner T, et al.: Integrierte Versorgung Depression Aachen. *Mitteilungen DGPPN. Nervenarzt*, 77(11): 1399-403; 2006
70. Universitätsklinikum Aachen: Qualitätsbericht 2005. URL <http://www.ukaachen.de/go/show?ID=4942684&DV=0&COMP=download&NAV ID=20829309&NAVDV=0>; 2005 (Tag des Zugriffs: 27.12.2012)
71. Härter M, Bermejo I, Schneider F, Kratz S, Gaebel W, Hegerl U, Niebling W, Berger M: Versorgungsleitlinien zur Diagnostik und Therapie depressiver Störungen in der hausärztlichen Praxis. *Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*, 97(4): 16-35; 2003

72. Techniker Krankenkasse: Integrierte Versorgung. URL http://www.medizin.uni-greifswald.de/haut/fileadmin/user_upload/lehre/q3/IGV_Dr.Schadowski_02.12.10.pdf; 2010 (Tag des Zugriffs: 27.12.2012)
73. Ärzte Zeitung: Gesundheitspolitik und Gesellschaft: Ärzte und AOK streiten um einen IV-Vertrag. 177: 9; 2011
74. Rammstedt, B: Zur Bestimmung der Güte von Multi-Item-Skalen: Eine Einführung. URL http://www.gesis.org/fileadmin/upload/forschung/publikationen/gesis_reihen/howto/how-to12br.pdf; 2004 (Tag des Zugriffs: 27.12.2012)

7. Anhänge

Fragebogen für Allgemeinärzte der Bezirksstelle Oldenburg

Fragebogen australische Allgemeinärzte

Fragebogen australische Mitarbeiter

Drei Exceldateien mit den Rohdaten der Befragungen befinden sich in der elektronisch gespeicherten Version dieser Arbeit. Die Exceltabelle Rohdaten 1 befindet sich wegen ihrer Größe ausschließlich in der elektronisch gespeicherten Version.

Zwei Exceltabellen (Rohdaten 2 und 3) werden aufgrund ihrer Größe als Bildschirmfotos dargestellt.

7.1 Fragebogen für Allgemeinärzte der Bezirksstelle Oldenburg

Fragebogen

Im folgenden Text wird bei der Personenbezeichnung die männliche Form angewandt.

Dies geschieht ausschließlich zur Verbesserung der Lesbarkeit.

Angaben, die uns für die statistische Ausarbeitung helfen

Geschlecht: männlich weiblich **Alter:** _____ Jahre

Jahre Ihrer ärztlichen Berufstätigkeit _____, davon in eigener Praxis _____

Facharzt für Allgemeinmedizin Hausärztlicher Internist

Wie viele Patienten behandeln Sie im Quartal? _____ Patienten

Davon grob geschätzt wie viele Patienten mit Depression? _____ %

Ihr Umgang mit Disease Management Programmen (DMP)

1. Ich nehme bereits an DMP teil:

Diabetes KHK MammaCA Asthma COPD keinem

2. Meine Erfahrungen mit DMPs sind

sehr gut gut neutral schlecht sehr schlecht

3. Es stören mich (Mehrfachnennung möglich):

- bürokratischer Aufwand
- zu geringe Bezahlung
- nicht erkennbarer Nutzen für die Patienten
- der Druck, den Krankenkassen auf die Patienten ausüben
- unwillige Patienten, die obligatorische Termine nicht einhalten
- Pflichtfortbildungen
- Teure Folgeerzepte für Patienten (z.B. vom Psychiater bei geplantem DMP Depression)

4. Ein DMP Depression würde ich begrüßen und gerne Patienten einschreiben:

sehr etwas neutral weniger gar nicht

5. Um eine Teilnahme am DMP Depression für mich verlockend zu machen, müsste die Bezahlung pro Quartal für drei Stunden Arbeit am Patienten + Dokumentation + monatlicher Qualitätszirkel

50 100 200 300 400 € betragen.

6. **Im Rahmen eines DMP Depression sollen Erstinterview und vier weitere Termine pro Quartal dokumentiert werden. Wie viel Zeitaufwand für Dokumentation im Quartal wäre für sie akzeptabel?**
 10 min 30 min Eine Stunde mehr als eine Stunde
7. **Angenommen Sie müssen einen Patienten mit Neuerkrankung Depression innerhalb von zwei Tagen dringend sehen. Wie viel Zeit könnten Sie maximal für das erste Interview und Einleitung der Behandlung in Ihrer Sprechstunde einbauen?**
 10 20 30 40 60min
8. **An einer initial dreimal dreistündigen Fortbildungsveranstaltung (Leitlinienschulung) und später regelmäßig einmal im Monat interdisziplinären Qualitätszirkel in einem DMP Depression könnte ich regelmäßig teilnehmen:**
 immer oft an der Hälfte der Veranstaltungen selten nie
9. **DMPs psychiatrische Erkrankungen bauen in anderen Ländern schwerpunktmäßig auf sogenannte Fallmanager („Case Manager“) als Dreh- und Angelpunkt. Zumeist sind es Fachpflegekräfte in der Psychiatrie, die die gesamte Behandlung koordinieren. Sie leisten im Team den größten zeitlichen Anteil therapeutischer Arbeit am Patienten. Ihre Meinung dazu (Mehrfachnennungen möglich):**
 Ich lehne Verlagerung der ärztlichen Therapiehoheit auf Pflegekräfte ab.
 Ich gebe gerne so viel Therapiezeit und Dokumentation wie möglich an Fallmanager ab.
 Häufige Teambesprechungen mit Fallmanager, Sozialarbeiter, Beschäftigungstherapeut, Psychiater oder Sozialpsychiatrischem Dienst würden mich überfordern.
 Teambesprechungen müssten zum größten Teil in meiner Praxis stattfinden. Ich kann dazu nicht häufiger ins Gesundheitsamt, die Tagesklinik oder zur Wohnung des Patienten fahren.
 Die ganze Konstruktion „Fallmanagement im Team“ mit einem hohen zeitlichen Abstimmungsbedarf scheint mir eher für angestellte Ärzte geeignet.
 Wöchentliche Therapiekontrollen während des ersten Monats der Behandlung und danach alle 2 bis 3 Wochen für ein Vierteljahr übersteigen meine Möglichkeiten.
10. **Ich habe Kontakt mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst**
 wöchentlich monatlich einmal im Quartal einmal im Jahr so gut wie nie
11. **Mit der Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes bin ich**
 Sehr zufrieden zufrieden neutral unzufrieden sehr unzufrieden

Ihre Einstellung zu depressiv Erkrankten

12. **Patienten mit Depressionen behandle ich grundsätzlich**
 sehr gerne gerne neutral ungern sehr ungern
13. **Am liebsten ist mir Diagnose und Weiterbehandlung durch den Psychiater**
 stimme völlig zu stimme zu neutral stimme nicht zu stimme überhaupt nicht zu
14. **Ich behandle meistens an und überweise nur bei Therapieresistenz zum Psychiater.**
 stimme völlig zu stimme zu neutral stimme nicht zu stimme überhaupt nicht zu

15. **Meine Einstellung und Kenntnisse über Depressionen haben sich vor allem entwickelt durch (Mehrfachnennung möglich):**
- Ausbildung im Studium
 - Weiterbildung in einer Klinik
 - Fortbildung auf gesponserten Tagungen der pharmazeutischen Industrie
 - Persönliche Erfahrungen bei mir selbst oder in der Familie
 - Durch die tägliche Arbeit mit meinen Patienten

Ihr Kenntnisstand über affektive Störungen

Die folgenden Fragen sind nicht schulmeisterlich gemeint!

„Weiß nicht“ ist eine ehrliche Antwort und für die Zukunftsplanung eines DMP sehr wichtig.

16. **Mein Ausbildungs-/Fortbildungsstand in der Behandlung von Depressionen ist völlig ausreichend für meine tägliche Praxis**
- stimme völlig zu stimme zu neutral stimme nicht zu stimme überhaupt nicht zu
17. **Das Kapitel F (psychische Erkrankungen) im ICD 10 ist mir sehr gut vertraut**
- stimme völlig zu stimme zu neutral stimme nicht zu stimme überhaupt nicht zu
18. **Die Einschätzung des Schweregrades einer Depression in leicht-, mittel- und schwergradig bereitet mir keine Schwierigkeiten:**
- stimme völlig zu stimme zu neutral stimme nicht zu stimme überhaupt nicht zu
19. **Der Unterschied zwischen bipolarer Störung I und II ist mir gut bekannt.**
- stimme völlig zu stimme zu neutral stimme nicht zu stimme überhaupt nicht zu
20. **Die Diagnose „somatisierte (maskierte) Depression“ (körperliche Beschwerden ohne klaren Organbefund stehen im Vordergrund) stelle ich bei grob geschätzt etwa**
- _____% meiner Patienten mit Depression. nie.
21. **Nach meinem Kenntnisstand erreicht die Mehrzahl der Patienten mit depressiver Episode ohne Behandlung eine Remission innerhalb von durchschnittlich**
- einem Monat 3 Monate 6 Monate einem Jahr zwei Jahren weiß nicht
22. **Bei leicht- bis mittelgradiger Depression wirkt ein Placebo ähnlich gut wie ein Verum-Antidepressivum.**
- stimme völlig zu stimme zu neutral stimme nicht zu stimme überhaupt nicht zu
- Weiß nicht.
23. **Kognitive Verhaltenstherapie ist antidepressiver Medikation bei leicht- bis mittelgradiger Depression mindestens ebenbürtig:**
- stimme völlig zu stimme zu neutral stimme nicht zu stimme überhaupt nicht zu
- Weiß nicht.

- 24. Ich behandle eine akute erste depressive Episode bei Ansprechen auf ein Antidepressivum mindestens ____**
 1 Monat 3 Monate 6 Monate 1 Jahr 2 Jahre weiß ich nicht
- 25. Nach 6 Wochen Behandlung einer Major Depression (mittel- bis schwergradig) mit einem SSRI (Citalopram, Paroxetin, Sertralin) sind in Remission (symptomfrei) ____ %**
 90% 75% 50% 35% 10% weiß nicht
- 26. Zwischen den verschiedenen Psychotherapieverfahren (kognitive Verhaltenstherapie, tiefenpsychologische Therapien) bestehen bei der Depressionsbehandlung große Wirksamkeitsunterschiede:**
 stimme völlig zu stimme zu neutral stimme nicht zu stimme überhaupt nicht zu
 Weiß nicht

Ihr Vorgehen bei Verdacht auf Depression:
--

- 27. Um die Diagnose Depression zu stellen, frage ich eine komplette Liste (im Kopf oder auf Papier) von Kernsymptomen systematisch ab.**
 stimme völlig zu stimme zu neutral stimme nicht zu stimme überhaupt nicht zu
- 28. Schätzskalen und Selbstbefragungsbögen benutze ich:**
 immer meistens selten nie würde ich gerne erlernen
- 29. Was macht die Diagnosefindung bei Depression für sie schwierig? Mehrfachantworten möglich.**
- Das klinische Bild ist oft zu bunt und vieldeutig
- Ich bin mit Diagnostik der Depression zu wenig vertraut
- Das Diagnosesystem ICD 10 psychischer Erkrankungen ist zu kompliziert
- Es gibt keine objektiven Laborparameter
- Die Gespräche dauern zu lange
- _____

30. Das alte Konzept zur Entstehung von Depressionen (ICD 9) sah eine Trennung vor zwischen reaktiven (entscheidend sind Stressoren in Beziehungen und/oder Beruf) und endogenen („aus heiterem Himmel, chemisch“). ICD 10 kennt diese Trennung nicht mehr. Endogen sollte besser auf Medikamente ansprechen.
- a. Dieses Konzept endogene /reaktive Depression beeinflusst meine Therapie weiterhin
 stimme völlig zu stimme zu neutral stimme nicht zu stimme überhaupt nicht zu
- b. Reaktive Depressionen bei ungünstigen psychosozialen Umständen sind schwerer zu behandeln als endogene
 stimme völlig zu stimme zu neutral stimme nicht zu stimme überhaupt nicht zu
- c. Für reaktive Depressionen verordne ich eher Psychotherapie Antidepressivum
31. Bei der Auswahl der Behandlung (Abwarten, Pharmakotherapie, Psychotherapie) folge ich meistens der Vorliebe/Präferenz des Patienten.
 stimme völlig zu stimme zu neutral stimme nicht zu stimme überhaupt nicht zu
32. Für einen depressiven Patienten kann ich innerhalb von wie vielen Tagen einen Vorstellungstermin beim psychologischen Psychotherapeuten bekommen?
 1 Tag 7 Tage 14 Tage 30 Tage drei Monate länger
33. Beim Nervenarzt/Psychiater sind es
 1 Tag 7 Tage 14 Tage 30 Tage drei Monate länger
34. Die Zusammenarbeit mit Nervenärzten/Psychiatern klappt bei mir tadellos.
 stimme völlig zu stimme zu neutral stimme nicht zu stimme überhaupt nicht zu
Freier Kommentar zu Problemen der Zusammenarbeit mit Psychiatern:

35. Die Zusammenarbeit mit psychologischen Psychotherapeuten klappt bei mir tadellos.
 stimme völlig zu stimme zu neutral stimme nicht zu stimme überhaupt nicht zu
Freier Kommentar zu Problemen der Zusammenarbeit mit psychologischen Psychotherapeuten:

36. Die Spezialisten, zu denen ich überweise, kenne ich persönlich.
 alle fast alle wenige keinen

37. Am hilfreichsten in der Zusammenarbeit mit Spezialisten wären für mich: (Mehrfachnennung möglich)

- Terminvergabe in dringenden Fällen innerhalb von 2 7 14 30 Tagen
- Möglichkeit am selben Tag mit den Spezialisten telefonisch Kontakt aufzunehmen
- Ein klar strukturierter, ausführlicher Brief mit Behandlungsplan und kurzen Empfehlungen/Anforderungen an mich, der eintrifft, bevor sich der Patient wieder bei mir vorstellt.
- Ein persönliches Kennenlernen der Spezialisten in ihrer/meiner Praxis.
- Kommentar: _____

Eigene Fortbildung zum Thema Depression
--

38. Ich bevorzuge (Mehrfachnennung möglich)

- Selbststudium mit
 - Originalliteratur, Übersichtsartikeln, Internet CME interaktiv
- Treffen im Qualitätszirkel in den Abendstunden
- Halbtagsveranstaltungen ohne Sponsor
- Abend- oder Wochenendveranstaltungen mit Sponsor aus der pharmazeutischen Industrie ohne aufdringliches Produktmarketing
- Zwangsfortbildungsveranstaltungen in meiner Freizeit ohne Aufwandsentschädigung sind für mich nicht akzeptabel.

Freier Kommentar:

39. Von einer S3 Leitlinie Depression

- Habe ich schon Kenntnis genommen noch nie etwas gehört

7.2 Fragebogen australische Allgemeinärzte

Questionnaire

for general practitioners

How old are you? _____ years (optional)

Gender female male (optional)

Year of registration as a GP _____ (e.g. 1995)

Estimated number of referrals to Wodonga Mental Health per month _____

For each statement, please show the extent of your agreement.

1. My overall satisfaction with Public Mental Health Care Service is high.

strongly agree agree neither agree nor disagree disagree strongly disagree

2. My satisfaction with Wodonga Adult Mental Health Service is high.

strongly agree agree neither agree nor disagree disagree strongly disagree

3. The response of WAMHS is fast enough.

strongly agree agree neither agree nor disagree disagree strongly disagree

4. The competence of WAMHS nurse clinicians is high.

strongly agree agree neither agree nor disagree disagree strongly disagree

5. I would prefer that initial assessments were done by a doctor.

strongly agree agree neither agree nor disagree disagree strongly disagree

6. I am satisfied with the flow of information between me and WAMHS.

strongly agree agree neither agree nor disagree disagree strongly disagree

7. I am satisfied with the quality and timeliness of correspondence sent by WAMHS.

strongly agree agree neither agree nor disagree disagree strongly disagree

All answers remain anonymous. Thank you.

7.3 Fragebogen australische Mitarbeiter

Questionnaire

for AMHS staff

How old are you? _____ years (optional)

Gender female male (optional)

For how many years have you been working in Mental Health? _____ years (please round)

For each statement, please show the extent of your agreement.

1. **My work load is reasonable.**

strongly agree agree neither agree nor disagree disagree strongly disagree

2. **I would prefer to work in the private sector.**

strongly agree agree neither agree nor disagree disagree strongly disagree

3. **My payment is reasonable**

strongly agree agree neither agree nor disagree disagree strongly disagree

4. **There are enough internal educational sessions to keep me up to date.**

strongly agree agree neither agree nor disagree disagree strongly disagree

5. **There are enough external education sessions to keep me up to date.**

strongly agree agree neither agree nor disagree disagree strongly disagree

6. **I would like to become a “nurse practitioner” (limited prescribing, sick-leave certificates etc.)**

strongly agree agree neither agree nor disagree disagree strongly disagree

7. **I am comfortable to work on-call without back up by a psychiatrist.**

strongly agree agree neither agree nor disagree disagree strongly disagree

8. **An institution with beds for long term care of some chronic psychotics is badly needed.**

strongly agree agree neither agree nor disagree disagree strongly disagree

9. **Communication with referring doctors is easy.**

strongly agree agree neither agree nor disagree disagree strongly disagree

10. **When I speak to referring doctors, I am on par with them.**

strongly agree agree neither agree nor disagree disagree strongly disagree

11. **My overall work satisfaction as member of AMHS is high.**

strongly agree agree neither agree nor disagree disagree strongly disagree

All answers remain anonymous. Thank you.

7.4 Rohdaten 2 – Befragung von Mitarbeiter.xlsx (Australien)

Rohdaten 2 - Australien Mitarbeiter.xlsx																					
Nr.	Alter	Geschlecht	Berufserfahrung	Frage 1 Work load	Frage 2 Private Sector	Frage 3 Payment	Frage 4 internal education	Frage 5 external education	Frage 6 practitioner	Frage 7 on-call work	Frage 8 long term care	Frage 9 ation with referring	Frage 10 to referring doctors	Frage 11 satisfaction							
1	42 w		10	2	3	4	2	2	3	5	1	4	2	3							
2	27 m		4	2	3	4	4	3	4	5	1	4	4	3							
3	48 w		20	2	4	4	4	2	4	4	1	4	2	2							
4	53 w		10	2	4	4	2	2	3	2	1	3	4	2							
5	62 m		42	2	3	4	4	2	2	1	1	2	2	2							
6	53 w		10	1	4	4	4	2	2	2	1	3	4	2							
7	51 m		35	1	5	2	2	2	3	1	3	2	2	1							
8	34 m		3	2	5	2	3	2	3	3	1	2	3	2							
9	28 w		8	1	4	2	3	3	keine Angabe	1	1	4	3	2							
10	27 w		6	1	4	2	2	3	3	2	3	2	2	2							
11	61 w		38	1	4	2	5	2	keine Angabe	2	1	2	3	1							
12	59 w		29	2	4	2	2	2	4	2	2	3	2	1							
13	55 w		3	2	5	2	4	4	4	5	1	3	3	2							
14	keine Angabe		30	3	4	2	2	2	2	2	3	2	2	2							
15	keine Angabe		2	2	3	2	2	2	2	3	2	2	2	3							
16	54 m		25	2	3	2	4	2	3	2	2	3	3	3							
17	41 w		19	2	5	2	5	2	5	4	2	4	4	3							
18	31 w		3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3							
19	55 w		21	2	5	3	2	3	3	1	2	2	2	1							
20	28 m		7	1	3	2	3	2	2	2	1	4	4	1							
21	56 w		23	2	4	3	4	2	3	2	1	2	2	1							
Durchschn	45,526316	14	16,57142857	1,761904762	3,9047619	2,66666667	3,2380952	2,33333333	3,1052632	2,5714286	1,6190476	2,9047619	2,7619048	2,00000000							
SD	12,646336	7	12,76546681	0,538958431	0,7684245	0,9128709	1,0442587	0,5773503	0,9365858	1,3255727	0,80474782	0,8890873	0,830949	0,7745967							
1				6	29%	0	0%	0	0%	4	19%	12	57%	0	0%	0	6	29%			
2				14	67%	0	0%	13	62%	7	33%	15	71%	5	26%	9	43%	9	43%		
3				1	5%	7	33%	2	10%	4	19%	5	24%	9	47%	3	14%	4	19%		
4				0	0%	9	43%	6	29%	8	38%	1	5%	3	16%	2	10%	0	0%		
5				0	0%	5	24%	0	0%	2	10%	0	0%	2	11%	3	14%	0	0%		
Gesamt				21		21		21		21		21		21		21		21			

7.5 Rohdaten 3 – Befragung von Hausärzten.xlsx (Australien)

Nr.	Alter	Geschlecht	Arzt seit Jah	Frage 1 Satisfaction Public Mental Health	Frage 2 Satisfaction Wodonga Adult Mental Health	Frage 3 Response		Frage 4 Competence of nurse clinicians		Frage 5 Prefer initial assessment by doctor		Frage 6 Flow of information		Frage 7 Timeliness and quality of correspondence		Überweisungen pro Monat
1	48 m		12	5	5	5		4		2		5		5		2
2	51 f		20	4	4	2		5		3		2		3		1
3	keine Angabe m		34	2	2	2		2		3		2		3		2
4	43 f		10 keine Angabe		2	3		2		3		3		3		keine Angabe
5	43 f		11	2	3	3		4		4		4		keine Angabe		5
6	63 m		30	4	2	2		2		4		2		2		1
7	30 f		1	3	2	2		2		2		4		2		3
8	56 m		26	2	2	1		1		3		2		2		1
9	keine Angabe m		keine Angabe	3	3	2		3		2		2		3		1
10	keine Angabe keine Angabe keine Angabe			3	3	4		3		2		4		4		1
11	33 m		2	3	2	2		2		2		2		4		3
12	65 m		33	4	2	2		2		3		3		4		4
13	36 m		5	3	1	1		2		3		2		2		4
14	64 w		22	2	1	2		2		2		2		2		3
15	37 m		2	4	2	2		2		3		2		3		6
16	41 w		10	3	2	2		2		4		2		2		3
17	40 w		9	3	2	3		2		3		3		3		4
18	40 m		8	2	2	3		2		4		2		2		2
19	56 m		18	3	2	2		2		3		2		2		2
20	44 m		7	4	2	2		2		3		3		3		2
21	64 w		29	3	1	1		1		3		1		2		1
22	55 w		18	4	2	2		2		2		2		3		1
23	52 m		13	4	2	2		2		3		2		2		3
24	keine Angabe m		keine Angabe	4	2	2		3		1		2		4		2
25	47 m		15	4	2	2		2		2		2		2		3
26	60 w		23	1	2	2		3		3		2		2		1
27	55 m		23	2	2	2		2		4		2		2		2
28	47 w		15	2	2	1		3		3		3		3		2
						4		14%		2		7%		1		6
						18		64%		18		64%		8		1
						4		14%		5		18%		14		
						1		4%		2		7%		5		
						1		4%		1		4%		0		
						28		28		28		28		27		
						0,86		0,87		0,77		0,88		0,86		
						2,17857143		2,35714286		2,82142857		2,46428571		2,74074074		

8. Danksagungen

Ich danke Herrn Prof. Andreas Brooks für die Überlassung des Themas und die Unterstützung im Verlauf der Arbeit.

Ich danke meiner Mutter, Frau Dr.med. Nikola Dickmann, für die Herstellung der Kontakte zu Allgemeinärzten im Einzugsgebiet ihrer Praxis.

Allen Mitarbeitern des Wodonga Mental Health Teams danke ich für die freundliche Aufnahme und Teilnahme an der Befragung.

Bei meinem Bruder Julian Dickmann, BA (Oxf) Medical Sciences, bedanke ich mich für die Hilfe bei der Datenauswertung und Erstellung der Publikationen.

9. Veröffentlichungen der Arbeitsergebnisse

Dickmann LM, Dickmann JRM, Brooks A: DMP Depression? Die Hausarztperspektive. Zeitschrift für Allgemeinmedizin 88.5: 210; 2012

Dickmann JRM, Dickmann LM: Pflegegesteuertes Disease-Management-Programm psychischer Erkrankungen. Psych. Pflege heute: 18:90-93; 2012