

# Intuition und Professionalität – Konzepte von Allgemeinärzten zu Patienten mit depressiven Störungen – eine qualitative Interviewstudie

Nicole Becker<sup>1</sup>, Marcel Streng<sup>2</sup>, Martin Sielk<sup>1</sup>, Marieke Pilar de Pilars<sup>3</sup>, Heinz Harald Abholz<sup>1</sup>

**Hintergrund:** Schaut man sich die Versorgungslage depressiver Patienten in der Hausarztpraxis an, so weisen eine Vielzahl von Publikationen auf mangelnde Erkennensraten durch Hausärzte hin. Trotz hoher Prävalenzen werde die Depression nicht ausreichend behandelt. Allerdings zeigen Interventionsprogramme die darauf zielen Unter- und Fehlversorgung zu verbessern, insbesondere, wenn sie Wissen vermitteln, kaum Erfolge. Wie lässt sich das erklären? Uns interessierten Erfahrungen und Vorgehensweisen von Allgemeinärzten bei Patienten mit Depressionen und ihre dahinterliegenden Konzepte.

**Methoden:** 18 Allgemeinärzte wurden mit telefonischen Leitfadeninterviews von geschulten Interviewern befragt, nachdem sie sechs Monate zuvor an einer Screeningstudie teilgenommen hatten. Hauptthema der Interviews waren jeweils drei in den Screenigtests als depressiv eingestufte und von den Ärzten als diskrepanz beurteilte Patientenfälle. Von drei unabhängigen Auswertern wurden die Transkripte jeweils inhaltsanalytisch (nach *Mayring*) bearbeitet, bevor in der gemeinsamen Konsensusfindung anschließend Kategorien gebildet wurden.

**Ergebnisse:** Obwohl die Screeningstudie eine „Nichterkenntensrate“ von ca. 50 % ergeben hatte, thematisierte die Mehrheit der befragten Allgemeinärzte weder Probleme bei der Diagnosefindung noch bei der Therapie. Keiner der Ärzte fragte Depressionskriterien im Gespräch ab. Die Depressions-

Kriterien des DSM-IV/ICD10 spielten weder explizit noch implizit für die Diagnosestellung eine Rolle. Hingegen hatten ursachenzuschreibende Konzepte, wie etwa Depression als reaktive Erkrankung oder als Folge von organischem Leiden, als Persönlichkeitsstörung d. h. als Folge von besonderen Eigenschaften eines Menschen und psychosomatische Erkrankung, eine viel größere Bedeutung. Handlungsweisend im gestuften klinischen Vorgehen war für die Ärzte vor allem der Kontext des jeweiligen Behandlungsanlasses, wobei auch die eigene Intuition eine wichtige Rolle zu spielen schien. In manchen Fällen erkannten die Ärzte zwar die psychologische Problematik des Patienten, klassifizierten ihn jedoch nicht als depressiv. Dennoch erhielten diese Patienten aber Therapie bzw. Unterstützung durch konkrete und gestufte Hilfsangebote wie Beratung, Krankschreibung oder medikamentöse Therapie.

**Schlussfolgerungen:** Depression bildet sich in den Schilderungen der Hausärzte als ein sehr komplexes Phänomen ab, das mit (Ätiologie-unabhängigen) psychiatrischen Klassifikationssystemen nur teilweise übereinstimmt. Das hausärztliche Konzept der Depression ist wesentlich mehr vom hermeneutischen Fallverständnis geprägt als von formalisierbaren Kriterien.

*Schlüsselwörter: Depression – Hausarzt – Krankheitskonzept – qualitative Studie*

<sup>1</sup> Abteilung für Allgemeinmedizin, Universitätsklinikum Düsseldorf

<sup>2</sup> Fakultät für Theologie, Philosophie und Geschichtswissenschaften, Universität Bielefeld

<sup>3</sup> Centrum voor geesteliks gezondheidszorg, Sector volwassenzorg (psychiatrie) Kloeting, Niederlande

## Intuition and Professionalism – concepts of German general practitioners (GPs) on depressed patients – a qualitative interview study

**Background:** Depression is highly prevalent in general practice. But there is still an insufficient detection rate and undertreatment. Interventions aiming to increase general practitioners' knowledge have not been successful. How can this be explained? We were interested to learn more about approaches and concepts of German GPs when caring for depressed patients.

**Methods:** We interviewed 18 GPs who took part in a screening study on depression six months before. We used an open qualitative method to detect experience and attitudes of the participating GPs as to three cases which were discrepant in their judgment compared to the screening test. All GPs were contacted by telephone. The transcripts were independently analysed by three of the authors using content analysis (by *Mayring*). Categories were developed after a consensus-process.

**Results:** Despite the non detection rate of around 50 % found in the screening study most of the GPs did not men-

tion any problem concerning diagnosis and treatment of depression. International psychiatric criteria according to DSM-IV/ ICD 10 did not play a role in their diagnostic process. Much more important were clinical models based on aetiological and contextual thinking as for example reactive mood disorders, mood disorder with organic background, personality disorders and psychosomatic syndromes. Their work with depressed patients was influenced by the personal clinical experience, the doctor-patient relationship, knowledge of social impacts of the patient as well as personal intuition which is also described as "tacit knowledge".

Being aware of the psychological problem the GPs offered counselling, gave advice or a sick note or a medication.

**Conclusion:** In the perception of the GPs depression is a very complex phenomenon which is not be reduced to psychiatric non-aetiological classification systems. In clinical hermeneutic case theory, it is rather based on clinical experience as well as "tacit knowledge"/intuition.

*Key words:* depression – general practitioners – concepts – qualitative study

## Hintergrund

In den letzten Jahren wurden zahlreiche Publikationen zur Qualität der hausärztlichen Versorgung bei Patienten mit Depressionen veröffentlicht, die alle auf hohe Prävalenzen und mangelnde Erkennensraten und damit Unterversorgung und Fehlversorgung durch die Hausärzte hinwiesen [1–6]. Gleichzeitig zeigen Interventionsstudien zur Verbesserung der Versorgungsqualität, insbesondere wenn sie symptomorientierte psychiatrische Klassifikationssysteme implementieren, wenig Erfolge [7–10].

Uns interessierte, wie dies in einer allgemeinärztlich konzipierten Studie erklärt werden kann.

Im ersten Teil der „Depressionsstudie Nordrhein“ führten wir bei 35 Allgemeinärzten (aus 27 Lehrarztpraxen der Abteilung für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Düsseldorf) eine Screening-Untersuchung (PHQ-D) durch [11]. Die Ergebnisse von insgesamt 903 Patienten zeigten eine Prävalenz von ca. 20 % von depressiven Störungen nach PHQ-D (bei kontinuierlicher Auswertung)<sup>1</sup>. Das entsprach gleichzeitig einer Erkennensra-

te (Sensitivität) von nur ca. 50 % auf Seiten der Hausärzte. Damit wurden die bisherigen Ergebnisse anderer Studien bestätigt und werden an anderer Stelle publiziert [12, und Sielk M, et al.; die Publikation zur „Depressionsstudie Nordrhein“ ist derzeit angenommen in der Psychiatrischen Praxis (Sielk M, et al.)].

Im zweiten Teil der „Depressionsstudie Nordrhein“ wollten wir mit einem qualitativen Forschungsansatz den hausärztlichen Handlungs- und Diagnosekonzepten auf die Spur kommen, die zu solchen Ergebnissen führen könnten. Uns interessierte: Welche neuen Aspekte haben sich nach einem halben Jahr aus Sicht der Hausärzte in Bezug auf die „diskrepanten Fälle“ ergeben? Was sind ihre Begründungen für Handlungs- und Diagnosekonzepte zur Depression? Wie gehen sie vor?

International finden sich nur wenige qualitative Studien, die meist noch unter Verwendung eines standardisierten Fragebogens (DAQ) entstanden sind. Dabei scheint uns aber wichtiges Material wie Einstellungen, Meinungen, Konzepte bereits im Vorfeld klassifiziert und damit verloren zu gehen [14, 15].

## Methoden

Zunächst möchten wir an dieser Stelle zum besseren Verständnis einen kurzen Rückblick zum Studiendesign und der Begrifflichkeit der Screeningstudie machen.

In der „Depressionsstudie Nordrhein“ wurde bei 35 Allgemeinärzten eine Screeningstudie durchgeführt. Erhoben wurde konsekutiv an drei aufeinanderfolgenden Arbeitstagen. Es wurden alle deutschsprachigen, erwachsenen Patienten mit dem PHQ-D befragt. Ohne Kenntnis von der Selbsteinschätzung der Patienten füllten die Ärzte einen Diagnosebogen aus. Dieser enthielt die Möglichkeit anzukreuzen, ob eine psychiatrische Diagnose vorliegt. Bei positiver Antwort musste die Diagnose spezifiziert werden, indem aus einer Liste mit acht vorgegebenen psychiatrischen Diagnosen die zutreffende ausgewählt wurde. Weiterhin wurde erfragt, wie schwer die psychische Belastung eingeschätzt wird und wie viel Zeit in der Konsultation des aktuellen Tages psychischen Aspekten gewidmet wurde. Referenzstandard für die Diagnose war der

<sup>1</sup> **PHQ-D:** deutsche Übersetzung des Patient-Health-Questionnaire. Das ist ein vollstandardisierter und validierter, auf dem Boden von DSM-IV/ICD-10 Kriterien konzipierter Selbstauskunftsbogen für Patienten. Er lässt zwei Möglichkeiten der Auswertung zu: 1. Die kontinuierliche Auswertung. Diese ermöglicht über einen Summenwert einen „Depressivitätsscore“ zu ermitteln und eignet sich zur Verlaufsdokumentation bzw. einer Schweregradeinteilung nach unterschiedlichen „cut off“ Werten. 2. Die kategoriale Auswertung, die die Diagnose „Major Depression“ ermöglicht. Je nach Auswertungsverfahren kommt es zu unterschiedlichen Prävalenzen und Erkennensraten. In der „Depressionsstudie Nordrhein“ ergab bei kontinuierlicher Auswertung und einem „cut-off“ von 10 eine Prävalenz von 19,8 %, darin enthalten sind also auch Patienten mit nur leichten depressiven Syndromen. Während die kategoriale Auswertung eine Prävalenz von 9,3 % für die Diagnose der Major Depression ergab. [12]

PHQ-D. D. h. alle Fälle, in denen sich die Arzt diagnose von der PHQ-D Diagnose unterschied, wurden als „diskrepant“ gewertet.

Alle diskrepanten Fälle wurden den teilnehmenden Ärzten nach der Auswertung mitgeteilt.

Im zweiten Teil der Depressionsstudie wollten wir nun der Frage nachgehen, wie es aus Sicht der Ärzte zu der diskrepanten Einschätzung gekommen ist.

Wir verwendeten bei unserem qualitativen Studienansatz einerseits eine offene und hypothesengenerierende Methode, andererseits einen narrativen, erzählgenerierenden Ansatz, um sowohl bewusstes als auch unbewusstes Vorgehen zu erfassen [15–19].

Dabei wollten wir besondere allgemeinärztliche Aspekte – wie das hermeneutische Fallverständnis – untersuchen und auch abbilden können. Die Ärzte sollten möglichst ihre Patienten auch nochmal in der Sprechstunde gesehen haben.

Deswegen führten wir die telefonischen Leitfadeninterviews zu drei diskrepanten Fällen erst sechs Monate nach der Screeningstudie durch. Um eine mögliche Intervention durch die Ergebnismitteilung gering zu halten, verzichteten wir bei Durchführung der Screeningstudie darauf, die Ärzte über die nach einem halben Jahr geplanten Interviews aufzuklären.

Die Ergebnisse zu den diskrepanten Fällen wurden erst eine Woche vor Durchführung der Interviews erneut bekannt gegeben.

#### Hausärzte:

Alle Ärzte, die im August 2006 den ersten Studienteil (Screeningstudie) bereits sechs Monate zuvor abgeschlossen hatten, wurden telefonisch erneut kontaktiert. Das waren 22 der 35 teilnehmenden Ärzte. Zwei Ärzte wollten nicht erneut befragt werden, zwei Interviews konnten aus technischen Gründen nicht stattfinden. Insgesamt verblieben damit 18 der angesprochenen 22 Hausärzte.

Die Praxen waren zum Teil in städtischen Regionen, zum Teil auf dem Land. Es nahmen sechs Frauen und zwölf Männer teil. Der größte Teil der Ärzte war in Gemeinschaftspraxen tätig. Alle hatten, wie in der Weiterbildung für Allgemeinärzte in Deutschland üblich, die

„psychosomatische Grundversorgung“. Vier Ärzte hatten eine Zusatzausbildung für Psychotherapie. Die Altersverteilung lag zwischen 42 und 64 Jahren.

#### Erhebung und Auswertung:

Eine Woche vor dem Interview wurden alle diskrepanten Fälle den teilnehmenden Ärzten erneut mitgeteilt. Klinisch erfahrene und methodisch geschulte Interviewer (eine Allgemeinärztin, eine Internistin, ein Psychiater) führten die Leitfadeninterviews telefonisch durch. Die Eingangsfrage wurde bewusst offen und erzählgenerierend (mit narrativem Reiz) gestellt. Der Eingangstext des Leitfadeninterviews lautete:

*Guten Tag Frau X/Herr Y, vielen Dank nochmal für die Teilnahme an der Studie und für das heutige Interview. Seit der ersten Befragung sind nun sechs Monate vergangen. Wir haben Ihnen die Patienten genannt, bei denen sich Patientenauskunft und Arzteinschätzung unterschieden. Das sind die Pat. X, Y, Z.*

*Erzählen Sie mir bitte von dem Patienten X. ...Mich interessiert die Patientengeschichte von Pat. X, erzählen Sie mir davon. ...Vielleicht gibt es neue Aspekte, vielleicht haben Sie nochmal über die psychische Situation gesprochen? Erzählen Sie mir davon.*

Während der Interviews wurden schriftlich Notizen (Einstellung bzw. Diagnose verändert ja/nein; Fallbezogene Erklärungen; Memo) zu drei Fallgeschichten gemacht, gleichzeitig wurden alle Interviews mit MD-Disc aufgenommen. Die Hausärzte wurden über ein Codesystem anonymisiert. Für die inhaltsanalytische Auswertung wurden die Interviews von insgesamt drei Auswertern (einer Allgemeinmedizinerin und Psychotherapeutin, einem Sozialwissenschaftler und einem langjährigen Allgemeinarzt) mehrfach unabhängig voneinander abgehört und analysiert. Mit diesem Vorgehen sollte die Vielfalt der Argumente der Interviews erfasst werden. Wichtige Passagen wurden transkribiert und über den Zeitindex (Codenummer Arzt, Spur-Minuten-Sekunden) nachvollziehbar festgehalten. Eine Interviewerin hat gleichzeitig mitausgewertet.

Die Kategorienbildung erfolgte induktiv, also offen am Material, ohne vorher festgelegt worden zu sein. Dabei entstanden in unabhängigen Auswertungen

und gemeinsamer Gruppendiskussion die Oberkategorie: „Konzepte der Ärzte zur Depression“ mit den Sub-Kategorien „Professionelles“ und „Intuitives“ sowie weitere fünf Unterkategorien. Diese fünf Unterkategorien – *Behandlungsanlass, Alltagstauglichkeit, Arzt-Patient-Beziehung, Mitbehandlung durch den Facharzt, klinisch ursachenbezogene Zuschreibungen sowie subjektive Einstellungen des Arztes* – waren wichtig für die Diagnosefindung und Therapie.

Da die Ober- und Subkategorien im hohen Maße abstrakte Begriffe sind, möchten wir sie im Folgenden kurz definieren.

Der Begriff „Konzept“ wurde von uns sehr weit gefasst, d. h. zum Teil verstecken sich dahinter eher vage, wenig durchdachte und wenig bewusste Meinungen und Haltungen, zum Teil aber auch eher rationalisierte bzw. standardisierte Vorgehensweisen und Positionen.

Unter „Professionalität“ verstehen wir das Einbeziehen bzw. Anwenden spezialisierter ärztlicher Kenntnisse und Fertigkeiten auf klinische Probleme. „Intuition“ hingegen meint ein vorbewusstes Anwenden von Erfahrungs- und Handlungswissen in einer bestimmten, meist komplexen Problemsituation, das in der Psychologie auch als „tacit knowledge“ oder „implizites Wissen“ bekannt ist [20, 21].

„Experten“ beziehen sich beim Handeln also nicht ausschließlich auf das Anwenden von Regeln und Plänen, sondern integrieren ein situatives Verständnis mit analytischem Vorgehen. Professionelles wird also meist mit Intuition – wie hier verstanden – verbunden [22].

## Ergebnisse

Die Subkategorien „Intuition“ und „Professionalität“ ziehen sich als zwei miteinander überscheidende Elemente von Expertenvorgehen quasi durch alle Fallbeispiele.

Aus Gründen der Darstellung werden die Ergebnisse im Folgenden unter drei Fragestellungen bearbeitet.

1. Wie war nach 6 Monaten die Sichtweise auf die diskrepanten Fälle?
2. Wie erfolgte die Diagnosefindung und die Therapie? Hierbei werden die 5 Unter-

kategorien dargestellt und mit Beispielen illustriert.

3. Wie behandelten die Ärzte?

### Sichtweise der Allgemeinärzte auf die „diskrepanten Fälle“ nach 6 Monaten

Die allermeisten der von uns nachbefragten Hausärzte gaben keine veränderte Sichtweise an.

In nur zwei Fällen wurde überhaupt die Notwendigkeit einer diagnostischen Neueinschätzung gesehen, da Patienten im Selbstauskunftsbogen ‚Suizidalität‘ angekreuzt hatten, ohne im Arztgespräch darüber zu berichten.

In fünf Fällen kam es zu einer Verbesserung der Symptomatik im Verlauf; dies durch verbesserte Lebensumstände der Patienten. In vier Fällen gaben die Ärzte an, durch die Kenntnisse der Screening-Bögen neue wichtige Erkenntnisse gewonnen zu haben, jedoch ohne die Diagnose deswegen geändert zu haben. In drei Fällen nutzte der behandelnde Arzt die abweichenden Screeningtest-Ergebnisse, um erstmalig mit dem Patienten einen bis dahin nicht geäußerten Konflikt anzusprechen, jedoch auch hier ohne die Diagnose zu ändern. Insgesamt wurde nur bei sieben von insgesamt 54 Fällen die Diagnose verändert.

### Probleme bei Diagnose und Therapie?

Nur wenige Hausärzte sprachen offen über Probleme bei der Diagnose und Therapie psychischer Erkrankungen. Wenn Probleme thematisiert wurden, dann waren es häufig Befürchtungen, ihre Patienten würden die Diagnose einer psychischen Erkrankung nicht akzeptieren oder die Therapieangebote zurückweisen oder ablehnen. Nur selten stellten die von uns befragten Hausärzte ihre eigene Kompetenz in Frage. Wichtig für sie war zu entscheiden, ob ihre Patienten gefährdet waren oder nicht, und ob sie als Allgemeinärzte in der Lage waren, darauf einzugehen; dem fühlten sie sich prinzipiell gewachsen. Nur zwei wünschten sich eine Schulung.

„Depressionskriterien das ist fraglich, wie entscheide ich, ob jemand stark belastet ist? ... ein hoher Gefährdungsdruck? ...

Wenn der Patient gefährdet ist.“ (30; 004-4:32ff)

„Wenn eine Erkrankung sich im Gefühl niederschlägt, wenn man die eingrenzen will, dass man eine große Klarheit hat, merkt man plötzlich, huch, ich schwimme ja total, im Gespräch (in der Sprechstunde) bin ich in der Lage darauf einzugehen.“ (62B; 002-34:02ff)

„Wichtig ist, dass der Beurteiler einem diagnostischen Schema folgt ... dabei fühle ich mich manchmal mit den Patienten alleine gelassen. Also das ist jetzt ein Plädoyer für Schulungen.“ (9; 002-34:15ff)

Die Hausärzte waren zwar teilweise von den Ergebnissen des Screeningtests irritiert, hielten ihr allgemeinärztliches Vorgehen in den meisten der besprochenen Fälle aber weiterhin für sinnvoll.

„Für mich sind das irritierende Forschungsergebnisse, was durch den Fragebogen herauskommt, dass eben in der Tat 30 % Patienten in der Praxis eine Depression haben. Geschärft durch diesen Blick, geschärft durch meine Ausbildung glaube ich auch, dass das mindestens 30 % haben, es heißt allerdings auch das 2/3tel von diesen 30 %, also 20 %, das gar nicht zum Thema machen möchten. Also auf dieser Schiene wollen sie keine Hilfestellung haben. Ich darf den Blick nicht verstellen und an dieser Stelle muss ich ein Gesprächsangebot machen, aber deswegen muss das kein Thema werden. Das kann ein Thema sein was über Jahre geht. Dabei bleiben dann eben nur 10 %, die im Alltag so beeinträchtigt sind das sie aufgrund der Depression Hilfe benötigen. Diese 10 % sind, glaube ich, auch eher das was in der Selbsteinschätzung der meisten Ärzte stattfindet, die sich um diese anderen keine Gedanken machen brauchen.“ (16; 001-23:42ff)

Keiner der Ärzte benutzte ICD-10 bzw. DSM-IV Kriterien zur Klassifikation. Keiner fragte systematisch die Kriterien zur Depression ab. Niemand arbeitete mit einer Leitlinie oder setzte routinemässig einen Fragebogen ein.

### Behandlungsanlass

Ein häufiger Grund für das Übersehen von „Depressionen“ war, dass viele Patienten mit einem klar umgrenzten organischen Problem in die Sprechstunde kamen. Im Fragebogen kreuzten sie zwar psychische Probleme an, machten diese dann später mit dem dem Arzt nicht zum Thema. Häufig war das bei Erst- bzw. Einzelkontakten der Fall.

„Der Behandlungsanlass war der hohe Blutdruck. Der Patient war medikamentös nicht gut eingestellt. Danach war der Patient erleichtert und hatte keine anderen Anliegen.“ (45; 002-9:52 und 13:19)

„Der Patient kam nur ein einziges Mal wegen einer Impfung. Es war nur ein kurzer Kontakt.“ (41; 001-3:45ff)

„Die Patientin präsentiert in der Praxis wirklich nur somatische Symptome, Gewichtsprobleme; Ernährungsprobleme.“ (41; 001-9:00ff)

„Den habe ich mit Blinddarm ins Krankenhaus geschickt, über die andere Sache wurde gar nicht mehr gesprochen“ (26; 002-7:01ff)

„Das ist eine relativ schwerkranke Patientin, die hat keinen Gesprächsbedarf und macht prima vista einen zufriedenen Eindruck.“ (87; 002-2:24ff)

„Die Compliance ist hier schwierig, die wurde wegen eines knotigen Strumas operiert, jetzt kam sie akut wegen eines Hallux valgus, da haben wir therapeutische Möglichkeiten überlegt, hat keine psychischen Probleme.“ (45; 002-29:58)

„Die ist nur zweimal da gewesen und wollte eine Überweisung zum Gynäkologen, ähm Facharzt.“ (30; 002-3:24ff)

### Alltagstauglichkeit

Vermeintliche oder reale gute Alltagstauglichkeit der Patienten war ein häufiger Grund dafür Depressionen zu „übersehen“.

Denn ein wichtiger Entscheidungsparameter für das Vorgehen der Hausärzte war, ob die Patienten im Alltag zu recht kamen, also ob sie arbeitsfähig waren, in der Familie und der Beziehung zum Partner/Partnerin bzw. Kindern gehalten wurden oder überfordert waren und ob sie sich Hilfe holen konnten. Hatte der Arzt den subjektiven Eindruck – hier spielten intuitive Einschätzungen eine Rolle –, dass die Patienten in diesen sozialen Bereichen funktionierten, dann wurde weder Handlungsbedarf gesehen noch die Diagnose einer Depression vergeben.

„Die Patientin macht einen relativ stabilen Eindruck, schafft den Alltag gut.“ (41; 002-13:41ff)

„Na klar hat der im Augenblick Existenzängste, das ist keine Depression ... weil alles zu Bruch geht ... ich sehe, er ist aber in der Lage, die Dinge in die Wege zu leiten.“ (45; 002-26:03ff)

„Die leidet unter der Energiegeladenheit ihrer Enkelkinder ... die klagt ihr Leid, macht aber einen relativ stabilen Eindruck, scheint im Alltag gut zurecht zu kommen.“ (41; 002–07:31 ff)

„Klar, die ist seelisch mitgenommen, die Tochter hat ein CA, in der Familie gibt es Krebs ... sonst ist das aber eine differenzierte Frau, die weis mit sich und allem umzugehen, ...“ (27; 001–11,27 ff).

„Die (Diabetikerin) hat klar eine reduzierte psychische Belastbarkeit und eine mangelnde Kritikfähigkeit ... der Kontakt zur Familie ist eng, die würde sich nicht scheuen sich wieder zu melden, die hat ein liebevolles familiäres Umfeld, die fangen sich gegenseitig auf.“ (62B; 002–11.07ff)

### Arzt-Patient-Beziehung

Den meisten Allgemeinärzten war eine langjährige Arzt-Patienten-Beziehung eine wichtige Entscheidungshilfe bei der Frage nach Stabilität und Alltagstauglichkeit. Kenntnisse der Vorgeschichte und des sozialen Umfeldes waren von großer Bedeutung.

„Der ist langjährig bekannt, war runter mit der Stimmung, weil er Eheprobleme hat und Alkoholprobleme, hat sich vernachlässigt, deswegen war der Zucker so schlecht. Die Heilung hat Vertrauen aufgebaut, das ist eine stabile Arzt-Patient-Beziehung.“ (62A; 002–0213ff) .

„Geholfen hat dem Patienten einfach, dass wir uns um seinen Diabetes gekümmert haben ... Dadurch war die Lebensqualität besser. Der war dann auch gut drauf ...“ (62A; 002–6:32 ff)

„Das war eine Beratung wegen einem Betriebsunfall, hatte Angst vor dem Arbeitgeber, war aber nicht ausgesprochen, ich wollte mit Vorsicht abwarten.“ (93A; 002–04:31ff)

„Die ist psychisch stark belastet und für mich gefährdet ... aber sehr kontrolliert, die passt auf, was sie von sich preisgibt“ (30; 004–7:14 ff)

Dass in diese wichtige Beziehung auch Subjektives, wie Einstellungen und Meinungen mit hineinspielen, die nur teilweise reflektiert waren, soll im Folgenden gezeigt werden. Beispielsweise waren viele Ärzte der Meinung, eine gute Arzt-Patient-Beziehung bestünde gerade im Respekt der „Intimsphäre“ ihrer Patienten.

„Nach dem Fragebogen habe ich die Patientin behutsam darauf angesprochen und war doch ganz verblüfft, wie sie sich dort

ähm regelrecht ertappt fühlte. Auch da hatte ich bei ihr den Eindruck, das sie ähm diese ähm nähere, ja den Aspekt der Intimität, der auch verbunden ist mit dem Sich-Öffnen, dass sie sich ähm mehr reserviert hatte ...“ (16; 004–7:02ff)

Viele Ärzte schienen hier eher unbewusst auf ihre Intuition zu achten. Dabei wurden die Meinungen und Einstellungen der Patienten häufig antizipiert, ohne dass die Ärzte vorher dezidiert nachgefragt hatten.

„Manchen könnte das (die Nachfrage) brüskieren.“ (10A;002–12:13ff)

„Ich wollte keinen Vertrauensbruch, der Patient wollte das nicht preisgeben.“ (30; 004–10:32ff).

„Die Patientin wollte nicht in die Depressionsschublade gesteckt werden.“ (16; 002–11:03ff)

Nur in wenigen Fällen machten die Ärzte den Versuch, nach psychischen Problemen zu fragen, ohne dass die Patienten das von sich aus preisgaben, dann erfuhren sie häufig Zurückweisungen.

„Der Patient fühlte sich ertappt und wollte das nicht zum Thema machen. Er hat mein Gesprächsangebot zurückgewiesen.“ (16; 002–2:04ff)

„[Patient] präsentiert somatische Symptome, lässt sich nicht auf eine andere Ebene führen.“ 41; 002–31:02ff)

### Mitbehandlung durch den Facharzt

In diesen Fällen sahen die meisten Allgemeinärzte ihre Verantwortung für psychische Erkrankungen als an die Fachärzte übergeben an. Rücksprache mit psychiatrischen Kollegen wurde nicht oder selten gehalten, Diagnosen wurden übernommen, und es war nach den Ausführungen einiger Ärzte sogar so, dass die vom Fachkollegen durchgeführten Therapien häufig auch nicht bekannt waren. Die Hausärzte beschränkten sich dann nicht selten in Diagnose und Therapie auf die organischen Anliegen.

„Bei der medikamentösen Therapie kümmere ich mich nicht. Das stellt der Neurologe ein ... ist auch regelmäßig in der Psychotherapie.“ (26; 001–12:03ff)

„Ich sehe den Patienten nicht so oft, der ist weiterhin in neurologischer bzw. psychiatrischer Behandlung.“ (30; 004–4:32)

„Die Patientin ist nicht regelmäßig hier. Sie ist weiterhin in psychiatrischer Behandlung und macht eine Gesprächsthera-

pie wegen ihrer Panikattacken.“ (30; 001–10:32ff)

„Der Patient hat eine lange bekannte Psychose.“ (45; 002–14:02).

„Die ist seit Jahren beim Neurologen in Behandlung, da weiß ich nichts Neues.“ (27; 001–5:23ff)

### Ursachenbezogene Einteilung psychischer Erkrankungen

Ein Grossteil der von den Hausärzten sogenannten „nicht erkannten Depressionen“ wurde anders benannt, aber auch auf die Psyche bezogen und meist als „psychosomatische Erkrankung“ deklariert.

„Die Patientin hat depressive Züge aufgrund der Schmerzen. ... die ist stark eingeschränkt im Alltag ... na ist ja klar, die hat Schmerzen, war dadurch seit Monaten stark belastet. Ich war der Hoffnung, wenn die Schmerzen besser sind, dass die Depression dann im Hintergrund ist ...“ (87; 004–10:22ff).

„Das ist eine Patientin, die kommt zum DMP-Diabetes...präsentiert leider nur somatische Symptome, ist auf mein Gesprächsangebot nicht eingegangen.“ (41; 002–15:35ff).

„Das ist ein Patient, der von der Abschiebung bedroht ist...hat psychosomatische Beschwerden ... es ist nicht alles mit Medikamenten zu behandeln.“ (93B; 001–07:13ff).

„Die Patientin ist beeinträchtigt durch ihre chronische Erkrankung ...“ (62B; 002–23:25ff).

Die meisten Hausärzte begründeten ihre Diagnosen anhand der klassischen ursachenbezogenen Dreiteilung – als reaktive Erkrankung, Persönlichkeitsstörung oder endogene, d. h. organische Erkrankung. Dies geschah meist implizit anhand der geschilderten Fallgeschichten.

Reaktive Geschehen wurden dabei am häufigsten benannt. Viele Ärzte sahen die Beschwerden ihrer Patienten dabei als „normale“, nachvollziehbare Reaktionen an und nicht als Depression.

„Das finde ich normal, eine menschliche Regung, keine Krankheit, dass er sich Sorgen macht über die Tochter.“ (62A; 002–13:15ff).

„Die macht sich Sorgen um ihren Mann. Das ist für mich nicht behandlungsbedürftig.“ (45; 002–35:34ff)

„Der macht sich Sorgen um den Vater ... ist sicher belastet, ein junger Mensch, der

lebt viel draußen, das sehe ich so nicht [als Depression].“ (93B; 002-17:13ff)

„Die Arbeitsplatzsituation hat sich in den letzten 6 Monaten verbessert, dadurch geht es dem Patienten deutlich besser.“ (30; 001-02:40ff)

„Der hat eine schwere KHK und schweres Asthma, der hat Angst vor einer Verschlechterung, braucht immer eine halbe Stunde in der Sprechstunde um einen Kompromiss zu finden.“ (45; 002: 18:03)

„Das war reaktiv, aus der akuten Situation heraus, der hatte Angst um den Arbeitsplatz, seither ist der unauffällig.“ (9; 004-14:24ff)

Bei nachvollziehbar schweren organischen Leiden kam es zuweilen zu falsch positiv diagnostizierten Depressionen (gemessen am Screening-Test).

„... das war nach einer Krebserkrankung, die hatte eine schwere berufliche Situation, ich hatte sie damals depressiv erlebt.“ (16; 002-34:12ff)

„Die hat im Vordergrund ein schweres körperliches Krankheitsbild, eine Vaskulitis. Ich habe sie durch die chronische Erkrankung als psychisch beeinträchtigt erlebt.“ (62B; 002-2:32ff)

Persönlichkeitsstörungen wurden häufig als nicht therapierbar, im Sinne von „schwieriger Mensch“ eingeordnet. Dabei spielten wieder persönliche Einstellungen und das „intuitive Gefühl“ eine große Rolle.

„Ja, der ist mir eindrucksvoll in Erinnerung, schwieriger, nicht therapierbarer Mensch, hat eine mangelnde Einsichtsfähigkeit und provoziert Streit, der prozessiert um das Arbeitsklima...“ (62B; 002:08:07)

„Der Typ ist eigenartig, eigenwillig ... kam wegen infizierter Zehe.“ (41; 002-12:13ff)

Auch gab es manche Hausärzte, die annahmen, ihre Patienten hätten den Selbstauskunftsbogen manipuliert, um ihren sekundären Krankheitsgewinn auszukosten.

„Die hatte den Zeh gebrochen und will die Rente durchkriegen ... präsentiert sich mir anders als im Bogen.“ (30; 004-01:02ff)

„Das körperlich lebensbedrohliche Krankheitsbild ist ein Segen für die Patientin, ... die zelebriert ihre Erkrankung, quasi als Konkurrenz zum Ehemann.“ (62B; 002-001:45ff)

„Das ist ein Hypochonder, wie er im Buche steht.“ (11; 001-4:20ff)

Die sogenannte „organische Depression“ wurde häufig vom Facharzt mitbehandelt und an handfesten organischen Symptomen festgemacht.

„Ein psychische Erkrankung ... würde ich festmachen an harten organischen Sachen: Gewichtsverlust, Verwahrlosungszeichen, Arbeitsfähigkeit, soziale Kontaktfähigkeit, wenn's quälend wird für die Umgebung, dann gebe ich auch Psychopharmaka.“ (62B; 002-14:31ff)

„Das ist eine klassische endogene Depression, hat erniedrigte Serotoninspiegel, wird auch mit Antidepressiva behandelt, ein chronisch sich wiederholendes Geschehen.“ (37; 002-02:31ff)

### Einstellungen der Ärzte

Präformierte und zuweilen nicht immer reflektierte Einstellungen der Ärzte, also Krankheitskonzepte zu seelischen Erkrankungen, zum Kranksein und -schreiben, zum Umgang mit Belastungen des Lebens und zu Trauer hatten Einfluss auf die Diagnosefindung bzw. -Behandlung. Unbewusste Prozesse wie intuitives Entscheiden spielten ebenso mit hinein.

„Die hat eine Alkoholkrankheit, habe es aber nicht notiert, wegen der stigmatisierenden Wirkung, auch vor der Krankenkasse, aber generell habe ich das im Hinterkopf, ich halte die Latte im Sinne psychiatrischer Diagnosen sehr hoch, halte die Diagnose für stigmatisierend.“ (62B; 002-14:31ff)

„Ja, es geht ihm schlecht, körperlich, hat wenig Selbstbewusstsein, Selbstzweifel, der lässt sich hängen, sonst hat der keine psychischen Auffälligkeiten.“ (45; 002-6:36)

„Der hat keine Antriebsmangelkrankheit, das wäre ja eine Depression.“ (45; 002-12:17ff)

Die letzte Aussage machte eine Ärztin zu einem Patienten, der laut Selbstauskunftsbogen eine klassische Depression hat. Obwohl sie wusste, dass er Schlafstörungen hatte, freudlos war, Gewicht verlor und massive Ängste hatte, diagnostizierte sie keine Depression, schrieb ihn aber zur Entlastung krank. Offensichtlich spielte in diesem Fall die stark leistungsorientierte Lebenseinstellung der Hausärztin eine große Rolle, ebenso wie im nachfolgenden Beispiel.

„Es gab Schicksalsschläge in der Familie, der Tod des Vaters, Bruders, Schwagers, ... hat sich vehement mit Schuldvorwürfen auseinandergesetzt, ich fand das auffällig,

die war lange krankgeschrieben, da gibt's ja Richtwerte, normalerweise hat der Arbeitgeber kein Problem, den Beerdigungstag freizugeben, da hab ich gedacht: mein Gott, wann ist es denn mal gut.“ (62B; 002-23:04ff)

Haltungen und Normen zum Umgang mit Erkrankungen spielten auf der subjektiven Ebene des Arztes ebenso eine große Rolle.

„Alter ist ja keine Depression, es ist immer so die Frage, wie man damit zurecht kommt.“ (45; 002-24:01ff)

Falsch positiv diagnostizierte Depressionen hatten gelegentlich etwas mit starker Anteilnahme oder der Identifikation des Arztes mit dem Patienten zu tun. Im folgenden Fall geschah die Identifikation des Arztes über das Alter der Patientin, die nur geringfügig jünger war als der Arzt selbst. Im Nachgespräch reflektierte der behandelnde Arzt:

„... kam daher, dass sie einen Ehemann hat, der selbst depressiv ist und wochenlang in der Uniklinik in Bonn lag ... sie kommt wegen Schwindel, Magendruck, eine junge Frau viel jünger als ich. Vielleicht habe ich das projiziert von dem Mann auf die Frau ... warum die dann so häufig bei mir sitzt wird nicht geklärt.“ (87; 004-11:15 bis 14:22)

Persönliche Betroffenheit, emphatische Beteiligung am Schicksal der Patienten, Sympathie und Interesse sowie Antipathie spielten bei der falsch positiven Diagnose ebenso eine Rolle. So kam es z. B. zu einer Überschätzung durch den Arzt, da er an der schweren Krankengeschichte einer Patientin mit Brustkrebs stark beteiligt ist.

„Das war spannend, ja in der Tat, sie hat angegeben, sie hätte sich komplett geändert und dass sie in der Krebserkrankung, bei der ich sie sehr häufig sah, und insgesamt bei der problematischen Situation bei der Arbeit, da hatte ich sie als sehr depressiv erlebt.“ (16; 002-16:21ff)

Generelle Annahmen der Ärzte zu bestimmten Patientengruppen, die aus der persönlichen Erfahrung gewachsen waren, aber auch ein gewisses Voreingenommensein, bestimmen zuweilen das routinierte klinische Vorgehen.

„Türkische Patienten kommen häufig mit Schmerzen, zuerst möchte ich die körperlich abklären und parallel psychische Problem angehen.“ (93A; 002-37:02ff)

„Sie könnte schon Probleme haben, erst behandle ich wegen akuten Aspekten, will erstmal Vertrauen gewinnen, sie ist eine mo-

derne Frau in der türkischen Gesellschaft. Solche Frauen bekommen öfters Probleme in Deutschland ...“ (93A; 002–03:34ff)

### Behandlung durch Hausärzte

Wann und ob die Ärzte behandelten, hing häufig von ihren persönlichen und individualisierenden Einschätzungen ab, d. h. hier gab es kein standardisiertes Vorgehen in dem Sinne, dass Behandlungsrichtlinien oder Leitlinien angewendet wurden. Aus den Interviews wird deutlich, dass es den meisten Hausärzten um sehr konkrete Hilfestellung zum Erreichen einer besseren Lebensqualität für ihre Patienten ging. Dabei waren Kontext und Kenntnis des sozialen Hintergrundes von großer Bedeutung. Praktische Hilfsangebote wurden auch ohne diagnostische Zuordnung zu einer Depression – also auch bei vielen der falsch-negativen hausärztlichen Fälle – gemacht. Viele Hausärzte boten ein Beratungsgespräch an, welches zum Teil stützend, zum Teil problemorientiert war. Viele gaben konkrete Ratschläge z. B. im Sinne von aktivierenden Maßnahmen. Zum Teil wurde die Möglichkeit von Psychotherapie oder medikamentöser Therapie eröffnet. Dabei problematisierten viele Ärzte, dass Patienten Therapieangebote häufig zurückwiesen. Welche Therapie bevorzugt wurde, hing von der eigenen Erfahrung des Arztes und den antizipierten Konzepten der Patienten ab, nicht aber von Leitlinien zur Behandlung. Sowohl Ärzte und Patienten schätzen die Wirksamkeit der therapeutischen Maßnahmen nicht ausreichend hoch ein.

„Durch die schwerwiegende Erkrankung des Bruders der Patientin kamen die Schuldgefühle wieder hoch. Ich habe über ihre Sorgen gesprochen und über die Krankheit des Bruders (Schlaganfall) und gesagt: Tapfer bleiben, ich drücke die Daumen!“ (62B; 002–11:03)

„Die wird auch richtig antidepressiv behandelt, die ist ähm, in Mitbehandlung beim Psychiater. Das ist eine Familienproblematik, Verlust des Mannes, des Sohnes, kommt damit nicht klar, ist zur Schuldverweigerin geworden, ne, aber schafft es, ne, ihre Energien zu bündeln, kämpft gegen Windmühlen, Behörden, aber lässt nicht locker.“ (45; 001–3:16ff)

„Die hat depressive Züge aufgrund der Schmerzen, ist stark eingeschränkt im All-

tag, habe die Schmerzmedikation umgestellt.“ (87; 004–03:31ff)

„Ich kenne auch viele meiner Patienten, die eben ihre Depression haben behandeln lassen, die wie auch immer und durchaus nicht immer glücklich waren damit, weil es weder die medikamentöse Langzeittherapie noch die Psychotherapie irgend etwas – und das deckt sich auch mit evidenzbasierten Forschungsergebnissen – wo dies langfristig auch keine guten Ergebnisse hat und auch die Psychotherapie nicht, in dem Moment, wo ne Alltags-tauglichkeit hergestellt ist ... Bis dahin ist sie ne ganz wichtige Behandlung, die besser ist als manches Antibiotikum, aber, wenn die Alltags-tauglichkeit wieder hergestellt ist, da habe ich viele Patienten festgestellt, die durch Lebensänderung, wie jetzt diese lesbische Patientin ... die viel deutlichere Effekte hatte, also diese sozialen, soziotherapeutischen Maßnahmen viel dramatischere Effekte hatten, als eine Psychotherapie selbst ... Und das gibt mir Beruhigung für unser hausärztliches tun, weil wir durch unser Arbeiten, auch wenn wir gar nicht psychotherapeutisch geschult sind, aber in der Kenntnis des sozialen Umfeldes und eben Hinweis geben oder Punktberatung, soziale Beratung und eben dadurch häufig sehr viel Gutes tun in der Langzeitbehandlung von Depressiven. Und dazu kommt, dass man bei der Interpretation der Forschungsergebnisse nicht vergessen darf, dass es sich um Punktprävalenzen handelt. Wenn es stimmt, dass ein gutes Drittel der Depressionen an ein Einzelereignis gebunden sind, danach aber eigentlich nichts mehr ist, dann ist das eine grobe Überschätzung was Therapienotwendigkeiten betrifft.“ (16; 002–26:43ff)

## Diskussion

### Diagnosefindung

DSM-IV- oder ICD-10-Klassifikationen sowie Leitlinien und Fragebögen zur Depression spielten bei der Diagnosefindung und Vorgehensweise unserer Allgemeinärzte keine Rolle. Statt dessen hatten ursachenzuschreibende Konzepte Bedeutung. Dieser Ansatz kam offenbar dem hermeneutischen Fallverständnis der Allgemeinmediziner näher als das ausschließlich symptomorientierte Einordnen, wie es ICD/DMS erfordern. Die von uns befragten Allgemeinärzte

deklarierten ihre sogenannten „nicht-erkannten Depressionen“ häufig als psychosomatische Erkrankungen, reaktive Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen bzw. Auffälligkeiten oder organische Erkrankungen. Sie machten dies implizit beim Erzählen der Fallgeschichten deutlich. Häufig wurden Diagnosen auch „offen“ gelassen.

### Vorgehensweisen

Alle Allgemeinärzte schilderten ein Vorgehen, bei dem der Behandlungsanlass und das zu respektierende Anliegen ihrer Patienten im Vordergrund stand. Das Überschätzen von somatischen Problemen wurde bisher in vielen Studien als Ursache für die mangelnde Versorgung depressiver Patienten angenommen [23–26]. Wir sind hier anderer Meinung, denn unsere Hausärzte klärten zwar häufig zuerst diese organisch präsentierten Leiden ab. Dies geschah aber quasi als vertrauensbildende Maßnahme, um die vermuteten psychischen Probleme später ansprechen zu können. Ihre Strategie war die des „abwartenden Offenlassens“. Dies deckt sich mit Erkenntnissen von Johnson et al. 2006, die „abwartendes Offenlassen“ als qualitätsverbessernde Strategie zum Erkennen von Depressionen beschreiben und implementieren wollen [27].

Neuere Studien, die Entscheidungsprozesse von Allgemeinärzten untersucht haben, zeigen, dass mit deren zunehmender klinischer Erfahrung die Erkennensraten steigen [28–31]. Sie gehen auch davon aus, dass eine bessere Arzt-Patienten-Beziehung mit einer höheren Qualität der Versorgung bei depressiven Patienten einhergeht. Baik et al. 2008 wollen die Arzt-Patienten-Interaktion als „den“ entscheidenden Parameter klinischer Entscheidungsfindung dauerhaft beeinflussen [28, 36].

Nach diesen vorgenannten Kriterien war die Qualität der Versorgung in unserer Studie ganz gut, denn in allen Schilderungen unserer Hausärzte war die Arzt-Patienten-Beziehung maßgeblich von Bedeutung. Das Vorgehen bei Patienten mit psychischen Erkrankungen war geprägt durch einerseits rationales, schrittweises Vorgehen und andererseits durch „Intuition“. „Intuition“ sehen wir als einen unbewussten, kreativen Prozess an. Damit es zum Ausbilden dieser Fähigkeit kommt, ist ein hohes Maß an

Professionalität und Routine nötig. Dies deckt sich mit den Erkenntnissen von soziologischen Studien, die sich mit der Komplexität der ärztlichen Praxis und dem Begriff der Professionalität auseinandersetzen [31–36].

### Therapieangebote

Von einer Unterversorgung konnte in unserer Studie nicht gesprochen werden, da die von den Ärzten eher als „psychogen Erkrankt“ sehr wohl Hilfsangebote und Hilfen – wenn auch seltener Psychotherapie und Medikamente – bekamen. Die befragten Allgemeinärzte machten in der Regel verschiedene konkrete und gestaffelte Therapieangebote, die vom stützenden Gespräch, über Beratung, Entlastung durch Krankschreibung, problemorientiertes Vorgehen bei Konflikten bis zur medikamentösen Therapie, wie auch zur Empfehlung für eine Psychotherapie reichten. Dabei richteten sie sich im Allgemeinen nach den Anliegen der Patienten.

### Weiterbildungsbedarf

Im Gegensatz zum aus anderen Studien abgeleiteten Weiterbildungsbedarf empfanden sich unsere befragten Allgemeinärzte in der Regel als sicher bei Behandlungen von Patienten mit psychischen Erkrankungen [3–6, 23–26].

Wir halten auch das Vorgehen der Allgemeinärzte gerade deswegen für

professionell, weil es entweder auf der Kenntnis ihrer Patienten und deren psychosozialen Gegebenheiten beruht, also auf einem tiefen hermeneutischen Fallverständnis basiert. Oder es respektiert, dass ein nicht ausreichend bekannter Patient – z. B. wenn nur einmal ein Kontakt stattfand – nicht sinnvoll interpretiert und behandelt werden kann.

Bei Interventionen, die unternommen werden, um die hausärztliche Versorgung Depressiver zu verbessern, wäre es nach unserer Meinung daher wenig sinnvoll, wenn versucht werden würde, vorrangig symptomorientierte psychiatrische Klassifikationssysteme zu implementieren. Vielmehr sollten die Ärzte noch viel stärker als bisher zur Selbstreflexion in Bezug auf sich und den „Fall“ geschult werden. Beim Umgang mit solch komplexen Phänomenen wie dem der Depression, könnte „intuitive Kompetenz“ als wichtiger Schlüssel für Problemlösung und Entscheidungsfindung im Rahmen der Arzt-Patienten-Beziehung bewusster eingesetzt werden.

### Einschränkungen

Unsere Studie weist einige Einschränkungen auf, die genannt werden sollten.

Die gefundenen, diskrepanten Fälle stammen aus dem ersten Studienteil. Wir arbeiteten dort zwar mit dem einzigen in Deutschland an deutschen Allgemeinärztpaxen getesteten und vali-

dierten PHQ-D [11, 12]. Dieser hat aber – wie alle anderen verfügbaren Tests – gerade für unterschwellige Depressionen nur eine mäßige Sensitivität und Spezifität. Damit also mussten in einem Teil unserer „diskrepanten Fälle“ auch solche sein, die nach einer klinischen Evaluation gar keine Depression im psychiatrischen Sinne gehabt haben, das Urteil der Hausärzte selbst diskrepant zum PHQ – also richtig gewesen wäre.

Möglicherweise handelt es sich bei den teilnehmenden Hausärzten, die zudem alle Lehrärzte sind, auch um besonders an psychischen Erkrankungen interessierte Ärzte.

### Danksagung

Wir danken allen Hausärzten, die an unserer Studie teilgenommen haben und hierfür ihre Zeit aufgewendet haben.

**Interessenskonflikte:** keine angegeben.

### Korrespondenzadresse:

Dr. med.  
Nicole Becker  
Abteilung für  
Allgemeinmedizin  
Universitätsklinikum  
Düsseldorf  
Moorenstr. 5, 40225 Düsseldorf  
Tel.: 02 11 / 8 11 94 32  
E-Mail: nicole.becker@  
med.uni-duesseldorf.de



### Literatur:

1. Kessler RC, Berglund P, Demler O. The epidemiology of major depressive disorder – results from the National Comorbidity Survey replication (NHS-R). *JAMA* 2003; 289: 3095–3105
2. Jacobi F, Wittchen HU, Höfner C. Prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med* 2004; 34: 597–611
3. Wittchen HU, Höfner M, Meister W. Prevalence and recognition of depressive syndromes in German primary care settings: poorly recognized and treated? *Int Clin Psychopharmacol* 2001; 16: 121–135
4. Department of Health and Human Services. *Healthy people 2010: Understanding and improving health*, 2<sup>nd</sup> ed. Washington, DC: Government Printing Office; 2000
5. Perez-Stabel EJ, Miranda J, Munoz RF, Ying YW. Underrecognition and misdiagnosis. *Arch Intern Med*. 1990; 150: 1083–8
6. Seelig MD; Katon W. Gaps in depression care: why primary care physicians should hone their depression screening, diagnosis, and management skills. *J Occup Environ Med*
7. Christensen H, Griffiths KM, Gulliver A, Clack D, Kljakovic M, Wells L. Models in delivery of depression care: a systematic review of randomised and controlled intervention trials. *BMC Fam Pract*. 2008; 9 :25
8. Thompson C, Kinmonth AL, Stevens L. Effects of clinical-practice guideline and practice based education on detection and outcome of depression in primary care: Hampshire depression Project randomised controlled trial. *Lancet* 2000; 355:185–91
9. Von Korff M, Unutzer J, Katon W, Wells K: Improving care for depression in organized health care systems. *J Fam Pract* 2001; 50:530–1
10. Kendrick T. Why can't GPs follow guidelines on depression? We must question the basis of guidelines themselves. *Br Med J* 2000; 320: 200–201
11. Löwe B, Spitzer RL, Zipfel S. Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D) 2. Auflage. Pfizer, Karlsruhe 2002
12. Becker N, Abholz H. Prävalenz und Erkennen von depressiven Störungen in deutschen Allgemeinärztpaxen – eine systematische Literaturübersicht. *Z Allg Med* 2005; 81: 474 – 481
13. Kerr M, Blizard R, Mann A. General practitioners and psychiatrists: comparison of attitudes to depression using the depression attitude questionnaire. *Br J Gen Pract* 1995; 45: 89–92
14. Botega N, Blizard R, Wilkinson G,



- Mann A. General practitioners and depression – first use of depression attitude questionnaire. *Int J Meth Psychiat Res* 1992; 4: 169–180
15. Britten N, Jones R, Murphy E, Stacy R. Qualitative Research methods in general practice and primary care. *Fam Pract* 1995; 12: 104–114
  16. Faltenmaier T. Why public health research needs qualitative approaches. Subjects and methods in change. *Eur J Pub Health* 1997; 7: 357–363
  17. Pope C, Mays N. Qualitative Research: Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ* 1995; 311: 42–45
  18. Mayering P. Einführung in die qualitative Sozialforschung. Weinheim und Basel: Beltz 2002; 77
  19. Bohnsack R. Rekonstruktive Sozialforschung, Einführung in qualitative Methoden. 5. Auflage Opladen: Leske und Buderich 2003; 24: 207–209
  20. Polanyi, M. Implizites Wissen. Suhrkamp 1985
  21. Neuweg, GH. Könnerschaft und implizites Wissen: Zur-lehr-lerntheoretischen Bedeutung der Erkenntnis- und Wissenstheorie M. Polanyis. 4. Aufl. Münster: Waxmann 2006
  22. Schumacher RM, Czeriski MP: mental model and the acquisition of expert knowledge in Hoffmann RR Ed.) *The psychology of expertise*. Springer New York 1992
  23. Bridges KW, Goldberg DP. Somatic presentation of DSM III psychiatric disorders in primary care. *J Psychosom Res* 1985; 29:563–9
  24. Gerber PD, Barrett JE, Barrett JA, et al. The relationship of presenting physical complaints to depressive symptoms in primary care patients. *J Gen Intern Med* 1992; 7: 170–3
  25. Kirmayer LJ, Robbins JM. Patients who somatize in primary care: a longitudinal study of cognitive symptoms and social characteristics. *Psychol Med* 1996; 26:937–51
  26. Simon GE, Von Korff M, Piccinelli M, Fullerton C, Ormel J. An international study of the relation between somatic symptoms and depression. *N Engl J Med* 1999; 28: 1329–35
  27. Johnson MD, Meredith LS, Hickey SC, Wells KB. Influence of patient preference and primary care clinician proclivity for watchful waiting on receipt of depression treatment. *Gen Hosp Psychiatry*. 2006; 28: 379–86
  28. Baik SY, Bowers BJ, Oakley LD, Susman JL. What compromises clinical experience in recognizing depression ? The primary care clinician’s perspective. *J Am Board Fam Med*. 2008; 21:200–10
  29. Levinson W, Gorawara-Bhat R, Lamb J. A study of patient clues and physician responses in primary care and surgical settings. *JAMA* 2000; 284:1021–7
  30. Stewart M, Brown JB, Donner A. et al. The impact of patient-centered care on outcomes. *J Fam Pract* 2000; 49:796–804
  31. Greenhalgh T. Intuition and evidence – uneasy bedfellows? *Br J Gen Pract* 2002; 52: 395–400
  32. Miller WL, McDaniel RR, Crabtree BF, Stange KC. Practice jazz: understanding variation in family practices using complexity science. *Fam Pract* 2001; 50: 523–532
  33. Tracy SC, Dantas GC, Upshur REG. Evidence-based medicine in primary care: a qualitative study of family physicians. *BMC Family Practice* 2003; 4:6
  34. Anderson RA, McDaniel RR Jr. Managing healthcare organizations: where professionalism meets complexity science. *Health Care Manage Rev* 2000; 25:83–92
  35. Freidson E. Professionalism reborn: theory, prophecy, and policy. Chicago, 3rd Edit. University of Chicago Press 1994
  36. Tannenbaum SJ. Evidence and expertise: the challenge of outcomes movement to medical professionalism. *Acad Med* 1999; 74:757–63
  37. Swick H. Toward a normative definition of medical professionalism. *Acad Med* 2000; 75: 612–616