

# DMP Depression? Die Hausarztperspektive

## *DMP Depression? The Family Practitioner's Perspective*

Laura Maria Dickmann<sup>1</sup>, Julian Robert Dickmann<sup>2</sup>, Andreas Brooks<sup>3</sup>

**Hintergrund:** Für psychische Erkrankungen existiert in Deutschland noch kein landesweites Disease-Management-Programm (DMP), lediglich eine Vielzahl von Modellversuchen der Integrierten Versorgung (IV) auf regionaler Ebene. Bisher ist die Praktikabilität einer Leitlinienimplementierung als Teil eines möglichen DMP Depression in Deutschland nur an kleinen Gruppen hochmotivierter Haus- und Fachärzte untersucht worden. Die Ergebnisse fielen positiv aus.

**Zielsetzung:** Diese Arbeit untersucht die Erfahrungen einer unselektierten Gruppe von Hausärzten mit existierenden DMP, den Kenntnisstand über Depressionen sowie die Einschätzung existierender Kooperation mit Spezialisten. Erfragt wurden Einstellungen und Erwartungen gegenüber einem möglichen DMP Depression. Aus den Ergebnissen sollen Schlussfolgerungen für die Ausgestaltung eines künftigen DMP Depression gezogen werden.

**Methoden:** Im August 2011 wurden alle Allgemeinärzte und hausärztlichen Internisten der Stadt und des Landkreises Oldenburg (158 Ärzte) sowie 27 zufällig ausgewählte Hausärzte aus dem angrenzenden Landkreis Ammerland angeschrieben. Der Fragebogen umfasste 39 Fragen, davon 19 im Likert-Format.

**Ergebnisse:** Die Rücklaufquote betrug 78%. 10% der Befragten nahmen bisher an keinem DMP teil. 89% teilnahmen an zwei oder mehr DMPs. 36% bewerteten ihre Erfahrungen mit den laufenden DMP als positiv, 27% negativ und 37% neutral. Die Einführung eines DMP Depression begrüßten 23% der Befragten, 61% lehnten dies ab. 61% wünschten im Rahmen eines möglichen DMP Depression eine konsequente Übertragung ärztlicher Behandlungskompetenz auf nichtärztliche Fallmanager, weil sie sich nicht in der Lage fühlten, die zeitliche DMP-Inanspruchnahme zu leisten. Nur 17% lehnten eine Verlagerung ärztlicher Kompetenzen auf Pflegekräfte ab. 34% beurteilten ihren Kenntnisstand zur Behandlung von Depressionen als ausreichend, 40% als unzureichend. 47% war die Existenz der S3-Leitlinie Depression nicht bekannt. Die Kooperation mit Psychiatern bezeichneten 32% als gestört, die mit psychologischen Psychotherapeuten 47%.

**Background:** Currently a disease management program (DMP) for psychiatric disorders does not exist in Germany. Only a variety of model projects of integrated care (IV) exist on a regional level. The practicability of guideline implementation as part of a possible DMP for depression in Germany has been evaluated only for small groups of highly motivated doctors. The results were positive.

**Objective:** To examine the experiences of an unselected group of family practitioners (FPs) with existing DMPs, their attitudes and expectations toward a possible DMP depression, their knowledge and approach when dealing with depression and their view on practised cooperation with specialists. From the results, conclusions will be drawn for the planning of a future DMP.

**Methods:** In August 2011 all FPs in the city and rural district of Oldenburg and 27 randomly selected FPs of the adjacent rural district of Ammerland were asked to participate in a survey.

**Results:** Response rate was 78%. 10% of participants did not take part in any of the existing DMPs. 89% participated in two or more DMPs. 36% valued their experiences with running DMPs as positive, 27% negative and 37% neutral. The introduction of a DMP depression was welcomed by 23% whereas 61% were unwilling to participate. 61% advocated a transfer of doctor's therapeutic competence to non-physician case managers and argued that they could not cope with the demand of time when participating in a DMP. Only 17% rejected a transfer of physician competence to nurses. 34% estimated their knowledge in treating depression as satisfactory, 40% as unsatisfactory. 47% were not aware of an S3-guideline depression. Cooperation with psychiatrists was unsatisfactory for 32% and with psychologists for 47%.

**Conclusions:** FPs can be divided in two groups: One is willing to participate as potential case managers whereas the other prefers to refer and coordinate only on a limited scale. The majority rejects involvement in a time consuming DMP including intensive training. The current approach of FPs to depression is far from utilising guidelines and cannot be changed by short term training interven-

<sup>1</sup> Goethe-Universität, Frankfurt am Main

<sup>2</sup> University of Oxford, Brasenose College, Oxford, United Kingdom

<sup>3</sup> Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, HELIOS-Kliniken Schwerin

Peer reviewed article eingereicht: 30.11.2011, akzeptiert: 20.03.2012

DOI 10.3238/zfa.2012.0210-0217

**Schlussfolgerungen:** Unter den Hausärzten scheint es zwei Gruppen zu geben: Die einen sehen sich als potenzielle Fallmanager in einem DMP Depression, die anderen eher als Verteiler und „Überweiser“. Die Mehrheit steht einem DMP mit intensiver Schulung und hoher zeitlicher Inanspruchnahme ablehnend gegenüber. Die gegenwärtige Arbeitsweise der Hausärzte ist weit entfernt von der S3-Leitlinie Depression und durch Kurzschulung nicht zu überbrücken. Danach müssten für eine landesweite DMP-Einführung Fallmanagerteams gestützt auf Fachpflegekräfte nach britischem und australischem Vorbild geschult werden. Die Planer eines DMP Depression sollten immer im Auge behalten, dass jedes neue DMP mit bereits existierenden und weiteren eingeforderten qualitätssichernden Maßnahmen konkurriert. Erfolgreich könnte ein DMP sein, das zunächst wenig in die hausärztliche Arbeit eingreift, die sich an lange bestehende Zwänge im vertragsärztlichen System angepasst hat.

*Schlüsselwörter: Disease Management; DMP; Depression; Hausarzt; Fallmanager*

tions. For a nationwide implementation of a DMP it will be necessary to form case management teams following the British and Australian example. Planners should keep in mind that any new DMP is competing with existing ones and other quality management programs. A DMP could be successful as long as it does not interfere too much with FPs' routine care and takes into account long standing coercions in the primary care system.

*Keywords: Disease Management; DMP; Depression; Family Practitioner; Case Management*

## Einleitung

Unter den psychischen Erkrankungen verursachen Depressionen mit 4,3 Millionen eingeschränkter Lebensjahre die höchste Morbidität in Europa [1]. Projiziert auf das Jahr 2020 wird mit einem weiteren Anstieg der Morbidität und der Kosten gerechnet [2]. Viele OECD-Länder mit ausgebauten Gesundheitssystemen versuchen, diese Entwicklung mittels Disease-Management-Programmen (DMP) zu beeinflussen. DMP werden als systematischer Ansatz zur Verbesserung der Diagnostik und der Therapie chronischer Erkrankungen verstanden. Hier soll evidenzbasiertes Handeln gefördert und die Kooperation aller an der Behandlung Beteiligten sichergestellt werden. Wichtige Bestandteile sind die exakte Dokumentation, die Schulung von Patienten und die Erzielung von Kostenersparnis [3]. Die exakte Quantifizierung von Behandlungserfolgen erscheint schwierig und für Deutschland werden fehlende kontrollierte Studien zu dieser Fragestellung beklagt [4].

Für psychische Erkrankungen existiert in Deutschland noch kein DMP, lediglich eine Vielzahl von Modellversuchen der Integrierten Versorgung (IV) auf regionaler Ebene. Viele der Beteiligten orientieren sich an einem Konzept, das existierende Leitlinien in den Klinik-Alltag implementieren soll.

Aktuell ist für IV und DMP die im November 2009 verabschiedete Nationale Leitlinie S3 Depression vorgesehen [5]. In der Literatur ist es immer noch strittig, ob Leitlinienimplementierung für die Behandlung von Depression zu messbaren Verbesserungen der Behandlungsergebnisse führt [6–11]. Der Nutzen sensitiver Diagnostik für das Behandlungsergebnis auf der Primärarzt-Ebene wird kontrovers diskutiert [12–14] und vor vermehrt falsch positiven Diagnosen und möglicher Übertherapie wird gewarnt [15, 16].

Diese Arbeit untersucht die Erfahrungen der Hausärzte mit existierenden DMP, ihre Einstellungen und Erwartungen gegenüber einem möglichen DMP Depression sowie den Kenntnisstand und die Arbeitsweise bei affektiven Störungen. Eine frühzeitige Berücksichtigung der Hausarztperspektive bei der Konzeption eines DMP Depression kann dazu beitragen, dessen Akzeptanz bei Hausärzten wesentlich zu erhöhen.

## Methoden

### Studiendesign

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 (Tabelle 1). Ausschließlich psychotherapeutisch tätige Ärzte (zugehört 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. Es wurde versucht, den Suggestivcharakter einzelner Items gering zu halten. Der Entwurf wurde drei Allgemeinärztinnen zur Prüfung auf Relevanz und Praktikabilität vorgelegt und überarbeitet. Der Fragebogen umfasste 39 Fragen, davon 19 im Likert-Format. Raum für freie Kommentare bestand. Ein Pretest-Verfahren zur Ermittlung von Trennschärfe-Indizes und Trennschärfe-Koeffizienten kam nicht zur Anwendung. Beide Antworten links der Neutralposition (stimme völlig zu, stimme zu) wurden bei der Likert-Skala als positiv zusammengefasst, beide Antworten rechts der Neutralposition (stimme nicht zu, stimme überhaupt nicht zu) als negativ. Das Anschreiben wurde von einer als Psychotherapeutin tätigen Vertragsärztin der Bezirksstelle Olden-

	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
SD: Standardabweichung		

**Tabelle 1** Angaben zu den Studienteilnehmern.

burg versandt mit Angebot einer Aufwandsentschädigung in Höhe von 30 Euro. 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.

## Ergebnisse

Die Rücklaufquote betrug 78% (n=144). Im Durchschnitt waren die Teilnehmer 21,1 Jahre berufstätig, davon 12,2 Jahre in eigener Praxis (Tabelle 1). Die Ärzte schätzten den Anteil ihrer Patienten mit Depression auf durchschnittlich 14,1%, wobei die Spanne von 2–50% reichte.

### Einstellung zu laufenden DMP

Die Mehrzahl der Ärzte partizipierte an drei oder mehr DMP (87% KHK, 85%

Diabetes, 78% Asthma, 76% COPD und 10% Mamma-Ca). 10% der Teilnehmer nahmen bisher an keinem DMP teil. 36% bewerteten ihre Erfahrungen mit den laufenden DMP als positiv, 27% negativ und 37% neutral. Sieben Kritikpunkte (Mehrfachnennung möglich) wurden benannt: bürokratischer Aufwand (77%), nicht erkennbarer Nutzen für die Patienten (61%), Druck der Krankenkassen auf die Patienten (61%), zu geringe Bezahlung (44%), Pflichtfortbildungen (43%), teure Folgeerzepte (38%) und unwillige Patienten (35%).

### Ein mögliches DMP Depression

Die Einführung eines DMP Depression begrüßten 23% der Befragten, 61% lehnten dies ab. Für die Behandlung eines depressiven Patienten in einem DMP forderten 66% eine Bezahlung von 300–400 Euro im Quartal. Einen Dokumentationsaufwand von mehr als 30 Minuten pro Quartal nannten

78% inakzeptabel. 53% aller Teilnehmer sahen sich außerstande, für das Erstinterview eines depressiv Erkrankten mehr als 10 bis 20 Minuten Zeit zu investieren. 63% könnten an neun Stunden Leitlinienschulung verteilt auf drei Termine und monatlichem Qualitätszirkel nur selten oder nie teilnehmen. 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.

### Kenntnisstand affektive Störungen

34% beurteilten ihren Kenntnisstand zur Behandlung von Depressionen als völlig ausreichend, 40% als unzureichend. 56% stellten fehlende Vertrautheit mit ICD-10 Kapitel F (psychische Erkrankungen) fest. Als wichtigste drei Ursachen für die Schwierigkeiten der Diagnosestellung wurden genannt (Mehrfachnennung möglich): 1. Das klinische Bild ist oft zu bunt und vieldeutig (67%) 2. Das Diagnosesystem ICD 10 psychische Erkrankungen ist zu kompliziert (51%) 3. Die Gespräche dauern zu lange (36%). 32% sahen Schwierigkeiten bei der Einschätzung des Schweregrades einer Depression. 68% gaben mangelnde Kenntnisse zur Differenzierung von Bipolar-I- und Bipolar-II-Patienten an. 37% ihrer Patienten mit Depression diagnostizierten die Hausärzte als „somatisierte (maskierte) Depression“. Die durchschnittliche Dauer einer unbehandelten Episode schätzten 71% der Teilnehmer auf sechs bis zwölf Monate. 33% gaben an, diese Frage aufgrund *mangelnder Kenntnisse (mK)* nicht beantworten zu können. Die derzeit vorherrschende Lehrmeinung, dass ein Placebo bei leicht- bis mittelgradiger Depression ähnlich gut wirken kann wie ein Antidepressivum, war 44% bekannt (8% *mK*). Mindestens ebenbürtige Wirksamkeit von kognitiver Verhaltenstherapie und Medikation bei leicht- bis mittelgradiger Depression nahmen 53% an (7% *mK*). Befragt nach der Wirksamkeit selektiv serotonerger Antidepressiva bei Major Depression, gaben 14% der Befragten eine Remissionsrate von 75% nach sechs

Frage	n	1	2	3	4	5	Durchschnitt (±SD)
		Stimme völlig zu (sehr gut)	Stimme zu (gut)	Neutral	Stimme nicht zu (schlecht)	Stimme überhaupt nicht zu (sehr schlecht)	
Meine Erfahrungen mit DMP sind	140	5 (4%)	45 (32%)	52 (37%)	25 (18%)	13 (9%)	2,97 (1,01)
Ein DMP Depression würde ich begrüßen und gerne Patienten einschreiben.	144	17 (12%)	16 (11%)	23 (16%)	43 (30%)	45 (31%)	3,58 (1,34)
Mit der Arbeit des Sozialpsychiatrischen Dienstes bin ich zufrieden.	143	4 (3%)	40 (28%)	89 (62%)	7 (5%)	3 (2%)	2,76 (0,68)
Patienten mit Depression behandle ich grundsätzlich gerne.	143	11 (8%)	49 (34%)	67 (47%)	15 (10%)	1 (1%)	2,62 (0,80)
Am liebsten ist mir Diagnose und Weiterbildung durch den Psychiater.	144	14 (10%)	51 (35%)	33 (23%)	40 (28%)	6 (4%)	2,81 (1,08)
Ich behandle meistens an und überweise nur bei Therapieresistenz zum Psychiater.	144	20 (14%)	81 (56%)	19 (13%)	22 (15%)	2 (1%)	2,34 (0,95)
Mein Ausbildungsstand in der Behandlung von Depressionen ist völlig ausreichend für meine tägliche Praxis.	144	1 (1%)	48 (33%)	38 (26%)	57 (40%)	0 (0%)	3,05 (0,87)
Das Kapitel F (psychische Erkrankungen) im ICD-10 ist mir sehr gut vertraut.	144	6 (4%)	26 (18%)	31 (22%)	72 (50%)	9 (6%)	3,36 (0,99)
Die Einschätzung des Schweregrades einer Depression in leicht-mittel- und schwergradig bereitet mir keine Schwierigkeiten	144	4 (3%)	50 (35%)	43 (30%)	42 (29%)	5 (3%)	2,96 (0,95)
Der Unterschied zwischen bipolarer Störung I und II ist mir gut bekannt.	143	1 (1%)	29 (20%)	16 (11%)	53 (37%)	44 (31%)	3,77 (1,12)
Bei leicht-mittelgradiger Depression wirkt ein Placebo ähnlich gut wie ein Verum-Antidepressivum.	132*	14 (11%)	43 (33%)	11 (8%)	44 (33%)	20 (15%)	3,10 (1,30)
Kognitive Verhaltenstherapie ist antidepressiver Medikation bei leicht- mittelgradiger Depression mindestens ebenbürtig	134**	14 (10%)	58 (43%)	27 (20%)	30 (22%)	5 (4%)	2,66 (1,06)
Zwischen den Verschiedenen Psychotherapieverfahren bestehen bei der Depressionsbehandlung große Wirksamkeitsunterschiede.	115***	15 (13%)	63 (55%)	19 (17%)	16 (14%)	2 (2%)	2,37 (0,94)
Um die Diagnose Depression zu stellen, frage ich eine komplette Liste von Kernsymptomen systematisch ab.	144	10 (7%)	79 (55%)	20 (14%)	33 (23%)	2 (1%)	2,57 (0,97)
Das Konzept endogene/reaktive Depression beeinflusst meine Therapie weiterhin.	144	20 (14%)	65 (45%)	22 (15%)	32 (22%)	5 (3%)	2,56 (1,09)
Reaktive Depressionen bei ungünstigen psychosozialen Umständen sind schwerer zu behandeln als endogene.	144	10 (7%)	52 (36%)	20 (14%)	61 (42%)	1 (1%)	2,94 (1,05)
Bei der Auswahl der Behandlung (Abwarten, Pharmakotherapie, Psychotherapie) folge ich meistens der Vorliebe der Vorliebe/Präferenz des Patienten.	144	1 (1%)	45 (31%)	28 (19%)	59 (41%)	11 (8%)	3,24 (1,00)
Die Zusammenarbeit mit Nervenärzten / Psychiatern klappt bei mir tadellos.	144	4 (3%)	59 (41%)	33 (23%)	34 (24%)	12 (8%)	2,94 (1,05)
Die Zusammenarbeit mit psychologischen Psychotherapeuten klappt bei mir tadellos.	143	1 (1%)	28 (20%)	43 (30%)	48 (34%)	19 (13%)	3,46 (1,04)

\* = 8, \*\* = 10, \*\*\* = 29 Teilnehmer geben an, dass ihr Kenntnisstand nicht ausreicht, um diese Frage zu beantworten. Ergebnisse der Fragen, die nicht im Likert Format gestellt wurden, erscheinen im Text als Prozentangaben.

**Tabelle 2** Ergebnisse der Befragung (19 Fragen im Likert Format). Prozentzahlen sind gerundet und deshalb ergeben die Summen nicht immer 100%.

Wochen Behandlung an, 14% votierten für eine Remissionsrate von 50%, 38% von 35% und 35% von 10% (30% *mK*). Große Wirksamkeitsunterschiede bei den verschiedenen Psychotherapieverfahren sahen 68% (22% *mK*). 47% aller Befragten hatten von einer S3-Leitlinie Depression noch keine Kenntnis genommen. Wenn es um die eigene Fortbildung ging, bevorzugten 76% Selbststudium der Literatur. Die Teilnahme an Qualitätszirkeln war für 32% akzeptabel.

### Vorgehen bei Verdacht auf Depression

42% sahen sich grundsätzlich gerne als Behandler von Depressiven, 11% ungern, 47% antworteten neutral. 70% behandelten Depressive zunächst an und überwiesen nur bei Therapieresistenz zum Psychiater. 45% bevorzugten wenn möglich eine initiale Überweisung zum Psychiater für Diagnostik und Therapie.

62% fragten zur Diagnosestellung eine Symptomliste ab, 9% nutzten Schätzskaalen immer oder meistens. 59% nutzten das Konzept reaktive versus endogene Depression. Für reaktive Depressionen verordneten 82% eher Psychotherapie als Medikation. Einem Konzept „informed choice“ (der Patient trifft nach Aufklärung die Wahl, z.B. zwischen psychotherapeutischer oder medikamentöser Behandlung bei leicht- bis mittelgradiger Depression) bei der Erstellung eines Behandlungsplans folgten 32%. 83% behandelten eine erste depressive Episode mit einem Antidepressivum mindestens drei bis sechs Monate (5% *mK*).

### Vernetzung

Einen Termin zur Behandlung beim psychologischen Psychotherapeuten konnten 19% innerhalb eines Monats, 36% innerhalb von drei Monaten und 45% nicht innerhalb eines Vierteljahres für ihre Patienten vereinbaren. Bei einem Nervenarzt gelang dies 81% der Hausärzte innerhalb von einem Monat. Die Zusammenarbeit mit Nervenärzten/Psychiatern beurteilten 44% als gut oder sehr gut, 23% neutral und 32% als schlecht. Die Vergleichszahlen für die Psychologen lauteten: 21% gut oder sehr gut, 30% neutral und 47% schlecht. 66% der Ärzte kannten persönlich nur wenige oder keinen der Spezialisten, zu denen sie Patienten

überwiesen. Dabei wünschten sich 58% die Möglichkeit eines direkten zeitnahen Telefonkontakts mit den Spezialisten. 29% forderten eine Terminvergabe für dringende Fälle innerhalb von 2 Tagen, 51% innerhalb einer Woche. 76% wünschten sich einen klar strukturierten, ausführlichen Brief mit Behandlungsplan, bevor sich der Patient wieder vorstellt. 58% forderten einen Telefonkontakt mit dem Spezialisten am selben Tag. Ein persönliches Kennenlernen der Spezialisten wünschten sich 9%.

Mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst (SpD) hatten 44% „so gut wie nie“ Kontakt, 35% einmal im Jahr. 31% waren mit der Arbeit des Dienstes zufrieden, 7% unzufrieden. 62% konnten (wegen der seltenen Kontakte?) kein Urteil über die Qualität der Arbeit des SpD abgeben.

## Diskussion

### Einstellung zu laufenden DMP

DMP für alle „Volkskrankheiten“ sind ein erklärtes Ziel der gesetzlichen Krankenversicherung und ärztlicher Berufsverbände. Die Erfahrungen mit den existierenden DMP fallen gemischt aus. Während ein Teil der Ärzte Verbesserungen in der Versorgung z.B. durch das DMP Diabetes sieht, wird dies von Kritikern bestritten [17]. Dieser Diskussionsstand spiegelt sich in den Befragungsergebnissen dieser Studie wider. Die große Mehrheit (89%) nahm an zwei und mehr DMP teil. Die Zahl der Befürworter (36%) übersteigt die der Ablehnenden (27%) und eine große Gruppe (37%) machte zwiespältige Erfahrungen. Kritik äußerten alle. Beklagt wurden bürokratischer Aufwand (77%), nicht erkennbarer Nutzen für die Patienten (61%) und Druck der Krankenkassen auf die Patienten (61%). Dieser Druck machte die Teilnahme an laufenden DMP nicht ganz freiwillig. Ärzte, die nicht teilnahmen, mussten damit rechnen, dass ihre Patienten durch die Krankenkasse ermuntert wurden, den Arzt zu wechseln.

### Ein mögliches DMP Depression

61% der Befragten lehnten ein DMP Depression ab. So votierten auch Ärzte, die mit den existierenden DMP keine Probleme hatten.

Insbesondere der zu erwartende Zeitaufwand scheint Ärzte zu schrecken. In Pilotstudien wurde für Leitlinienschulung eine dreimal dreistündige Einführungsfortbildung und später monatliche Qualitätszirkel angesetzt. 63% der von uns Befragten gaben an, an solchen Fortbildungsmaßnahmen nur selten oder nie teilnehmen zu können. Die Mehrheit (68%) fühlte sich durch Mitarbeit in Teamstrukturen eines DMP Depression überfordert und wollte eher so viel Therapiezeit und Dokumentation wie möglich an einen nichtärztlichen Fallmanager abtreten (61%). Teambesprechungen und DMP-Fortbildungen gemeinsam mit angestellten Teammitgliedern während der Arbeitszeiten zu organisieren, bringt freiberufliche Hausärzte in eine schwierige Situation. Es bedeutet das Streichen von Sprechstundenzeiten und für das Praxispersonal u.U. eine Zwangspause.

Diese genannten Hemmnisse sprechen für eine Verlagerung leitlinienkonformen Fallmanagements auf Fachkräfte, die die notwendige Zeit für kontinuierliche Teamarbeit und Qualitätsmanagement aufbringen können. Ein solcher Systemwandel stieß nur bei 17% der befragten Ärzte auf Widerstand, die eine Verlagerung der ärztlichen Therapiehoheit auf Pflegekräfte ablehnten. Die Selbsteinschätzungen im Hinblick auf die Möglichkeiten, sich in ein zeitaufwendiges Programm einzubringen, stehen im Widerspruch zu der sehr positiven Meinung kleiner selektionierter Hausarztkollektive nach erfolgten intensiven Schulungen in Pilotstudien [6, 18]. Im Unterschied zu diesen früheren Untersuchungen befragten wir sämtliche Ärzte einer Stadt und eines Landkreises und haben auch potenziell desinteressierte Ärzte erfasst, was der hohe Anteil von Teilnehmern (61%) belegt, die ein DMP Depression ablehnen.

### Kenntnisstand über und Vorgehen bei Depression

Zunächst überraschend, aber in der Literatur bereits beschrieben [19], nannten die meisten Teilnehmer (99%) als wichtige Quelle ihrer Kenntnisse über Depressionen „die tägliche Arbeit mit meinen Patienten“. Dies ist wohl eine Umschreibung einer besonderen Form des Lernens, nämlich durch Beobachtung von Krankheitsverläufen. Ausbildung

im Studium (38%) und klinische Weiterbildung (35%) waren seltener wesentliche Kenntnisquellen. Hier schlägt sich die Unterrepräsentierung der Psychiatrie in den Curricula der Universitäten und Weiterbildungsordnungen für Allgemeinmedizin nieder. Bevorzugter Weg der kontinuierlichen Fortbildung war das Selbststudium der Literatur daheim für 76%. Ihren Ausbildungsstand für die tägliche Praxis schätzten 44% global als völlig ausreichend ein, 40% als unzureichend.

Die Diagnostik von Depressionen ist in Allgemeinarztpraxen ein Problem, dem in zahlreichen Studien nachgegangen wurde [20]. Nach Wittchen stellen sich in Hausarztpraxen durchschnittlich 10,9% der Patienten mit Symptomen einer Depression vor, von denen 55% korrekt diagnostiziert werden [12]. Die Ärzte unserer Stichprobe gaben für die von ihnen behandelten Patienten einen Prozentanteil diagnostiziert mit Depression von 14,5% an, was im Vergleich zu den Daten von Wittchen eine Erkennungsrate von 100% bedeuten würde. Wie kann man diese Diskrepanz erklären? Es ist unwahrscheinlich, dass es im Verlauf von 10 Jahren zu einer Verdoppelung der diagnostischen Sensitivität gekommen ist. Ursächlich könnte sein, dass unsere Stichprobe 37% der diagnostizierten Depressionen mit der Diagnose „somatisierte Depression“ versah. „Somatisierte Depression“ ist ein schlecht definiertes Konstrukt, das weder in der ICD 10 noch im DSM IV operationalisiert ist, noch in der S3-Leitlinie auftaucht. Es ist nicht identisch mit der ICD-Kategorie „depressive Episode mit somatischem Syndrom“. Im deutschen Sprachraum wird synonym „larvierte Depression“ gebraucht und darunter ein Syndrom verstanden, bei dem körperliche Beschwerden ohne klare Organpathologie als präsentierendes Symptom im Vordergrund stehen und Traurigkeit oder Verlust von Interessen eher im Hintergrund bzw. gar nicht berichtet werden. Es wird nicht einfach sein, diese häufige hausärztliche Diagnose unter einem ICD-10-Code zu erfassen. Zu untersuchen wäre, ob Hausärzte unter „somatisierte Depression“ zu einem großen Teil somatoforme Störungen erfassen. Diese gehören nicht zu den affektiven Störungen. Eine solche Kodierung von somatoformen Störungen als Depression könnte dazu führen, dass ein Drittel

aller Patienten in einem DMP Depression fälschlich unter S3-Leitlinie unipolare Depression in Behandlung käme. Die Mehrheit der befragten Ärzte (56%) schätzten ihre Kenntnisse des Kapitels F der ICD (psychische Erkrankungen) als unzureichend ein. Dabei folgten sie den ICD-Vorgaben mit Abfragen einer Symptomliste. Dennoch war die Diagnosefindung schwierig und als Gründe wurden genannt: 1. Das klinische Bild ist zu bunt (67%) 2. ICD-10 zu kompliziert (51%) 3. Gespräche dauern zu lange (36%).

Einige Autoren beschreiben, dass Hausärzte intuitiv das alte Konzept endogene versus reaktive Depression weiterhin bevorzugen [21, 22].

Dies bestätigten 59% der Ärzte dieser Studie. Für sie war eine reaktive Depression bei ungünstigen psychosozialen Umständen schwieriger zu behandeln als eine endogene.

### Status quo der Vernetzung

Nur eine kleine Minderheit der Hausärzte (11%) behandelte Depressive ungerne. Eine größere Gruppe (45%) sah in einer sofortigen Überweisung zum Facharzt ihre beste Option. Dabei rechneten sie mit wochenlangen Wartezeiten beim Psychiater und monatelangen beim Psychotherapeuten.

Bestehenden Strukturen einer Behandlung im Team stellen die Hausärzte ein schlechtes Zeugnis aus. Für 79% ist 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 unterhält.

Eine weitere bereits existierende Entlastungsmöglichkeit im Team wäre die seit 2001 mögliche Verordnung von *Soziotherapie mit aufsuchender Krankenpflege*. Diese wird von Psychiatern in Niedersachsen praktisch nicht genutzt und ist für Hausärzte nur eingeschränkt zu verordnen (Hausärzte 0,02 Verordnungen auf 100 Fälle im 3. Quartal 2009, Psychiater 0,02. Auskunft 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 von einem Monat buchen zu können, beim Psychotherapeuten dauerte es länger als drei Monate. Die Zahlen decken sich gut mit einer kürzlich durchgeführten Befragung von 2500 psychologischen Psychotherapeuten in Deutschland [23]. Danach können nur 5% aller Psychotherapeuten einen Therapieplatz sofort anbieten. Durchschnittlich müssen Patienten 79 Tage warten – in Großstädten 62 Tage und in Kleinstädten 104 Tage.

Spezialisten stehen derzeit zur Beseitigung des Nadelohrs „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 fehle 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. Bemerkenswert ist, dass sich bei solchen Problemen lediglich 9% ein persönliches Kennenlernen der Spezialisten wünschten. Diese Zahlen zeigen, dass eine intensive Vernetzung im Bereich seelische Gesundheit praktisch nicht existent ist. Dabei hatten die Hausärzte klare Vorstellungen, was sie sich von Spezialisten wünschten. 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.

### Honorierung

Dass die Honorierung von Leistungen in DMP in festen Euro-Beträgen und nicht nach flotierenden Punktwerten erfolgt, ist für teilnehmende Ärzte ein Fortschritt. So erhält der Arzt für die Aufnahmedokumentation eines Patienten im DMP Diabetes 25 Euro, für Folgedokumentation 15 Euro. Für eine Minderheit

**Laura Dickmann ...**

... ist seit 2009 Studentin der Humanmedizin an der Goethe Universität Frankfurt am Main. Wissenschaftlich arbeitet sie an Themen der Sozialpsychiatrie.

der Befragten (44%) war das zu gering bemessen. Ein Teilnehmer lehnte die Nennung eines akzeptablen Entgeltes mit einem Kommentar ab: „Ich bin Arzt und kein Kaufmann.“ Der Zeitaufwand in einem DMP Depression würde im Vergleich zu den laufenden DMP allerdings sehr viel höher ausfallen. Ein Drittel der Befragten nannte ein Quartals-honorar von 50 bis 200 Euro als angemessen für ca. vier Stunden Arbeitseinsatz pro Patient in einem möglichen DMP Depression. Das entspräche einem gemittelten Stundenhonorar von etwa 30 Euro. Ob ein solches Bruttohonorar ausreicht, um langfristig eine Praxis zu betreiben, die die Infrastruktur für DMP-Teilnahme kostendeckend bereitstellt, erscheint zweifelhaft. Das Honorierungssystem ist bei freiberuflichen Teilnehmern ein schwer zu lösendes Problem. Das IV-Projekt „Seelische Gesundheit“ in Aachen hatte im Einvernehmen mit den Krankenkassen ein Honorierungssystem implementiert, das es für teilnehmende Hausärzte und Psychiater möglich machte, ein bis zu achtfach höheres Honorar als in der Regelversorgung zu erzielen [persönliche Mitteilung C. Kefalidis, 2010]. Das reibungslose Funktionieren und die hohe Zufriedenheit aller Teilnehmer im Aachener Modell könnten auch mit dieser höheren Bezahlung der Leistungserbringer zu tun haben. Wenn man IV-Modelle wie in Aachen als geglückte Musterbeispiele wertet und darauf aufbauend landesweite Implementierung anstrebt, wäre es angebracht, vor weiterer Planung die Kostenfrage zu klären. Die AOK Rheinland/Hamburg hat den Aachen-Vertrag nach fünf Jahren Laufzeit mittlerweile gekündigt. Als Begründungen wurden u.a. fehlende Einsparungen, insbesondere kein Rückgang der Krankenhaus-einweisungen, genannt [24].

### Schlussfolgerungen für die Planung eines DMP Depression

Die Mehrheit der befragten Hausärzte steht einer zeitintensiven Einbindung in ein DMP ablehnend gegenüber. Würde man solche Kollegen in ein S3-Leitlinien gestütztes DMP zwingen, wäre der Unmut vorprogrammiert. Dabei ist deren Interesse an verbesserter Kooperation reger. Allerdings war für 45% eine rasche Überweisung zum Psychiater die beste Option. Damit einher geht der Wunsch nach einem möglichst raschen, telefonischen Zugang zu Psychiatern und psychologischen sowie ärztlichen Psychotherapeuten, um Patienten rasch überweisen zu können.

Prinzipiell wäre eine auf Spezialisten zentrierte Behandlung denkbar, wird allerdings durch den Mangel an verfügbaren Therapeuten begrenzt.

### Fallmanagement-Teams als Antwort

Die Mehrzahl der befragten Hausärzte würde gerne möglichst viel Arbeit an Fallmanager delegieren und Behandlungskompetenz übertragen. Im Gegensatz zur bloßen Leitlinienimplementierung ist die Zuordnung eines Fallmanagers die wesentliche Maßnahme, für die in der Literatur robust ein positiver Effekt auf das Behandlungsergebnis nachgewiesen ist [8].

Angelpunkt eines DMP Depression sollte danach die Schaffung kompetenter Fallmanagement-Teams sein, die im Ausland gestützt auf Fachpflegekräfte seit vielen Jahren erfolgreich arbeiten [Dickmann L, Dickmann J, Pflegegesteuertes Disease-Management-Programm Psychische Erkrankungen, Psych. Pflege Heute, im Druck]. Dadurch ließe sich

auch die geforderte Entlastung von Dokumentation und Gesprächszeit erreichen. Während Teile der Fachärzteschaft eine Verlagerung ärztlicher Kompetenz kritisch sehen [25, 26], stehen die Hausärzte unserer Studie einem Fallmanagement durch nicht-ärztliches Personal sehr aufgeschlossen gegenüber. Sie wünschen sich damit eine Entwicklung, die in Großbritannien und Australien bereits Realität ist [27]. Dort schätzen Hausärzte die Möglichkeit sehr hoch, mit einem einzigen Anruf das weitere Management eines schwer an Depression erkrankten Patienten sofort delegieren zu können. Allerdings sind die erfolgreichen angelsächsischen Fallmanagement-Programme für seelische Gesundheit innerhalb staatlicher, steuerfinanzierter Systeme entstanden. Deutschland verfügt immerhin mit dem Sozialpsychiatrischen Dienst bereits über eine ähnliche landesweite staatliche Struktur, wenn auch im Kleinformat.

Planer eines DMP Depression sollten immer im Auge behalten, das jedes neue DMP mit bereits existierenden und weiteren eingeforderten qualitätssichernden Maßnahmen konkurriert. Erfolgreich könnte ein DMP sein, das zunächst wenig in eine hausärztliche Arbeit eingreift, die sich an lange bestehende Zwänge im kassenärztlichen System angepasst hat. Wenn eine große Mehrheit sich nicht zeitintensiv einbringen kann und will, wird man das respektieren müssen.

**Interessenkonflikte:** keine angegeben.

### Korrespondenzadresse

Julian Robert Dickmann, BA (Oxf)  
University of Oxford, Brasenose College  
Radcliffe Square  
OX1 4AJ Oxford  
United Kingdom  
E-Mail: julian.dickmann@bnc.ox.ac.uk

## Literatur

1. Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2011; 21: 655–79
2. Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990–2020: Global burden of disease study. *Lancet* 1997; 349: 1498–504
3. AOK. Disease-Management-Programme (DMP). AOK Bundesverband; 2010; [http://www.aok-bv.de/lexikon/d/index\\_00296.html](http://www.aok-bv.de/lexikon/d/index_00296.html). Letzter Zugriff: 07.05.2011
4. Deutsches Ärzteblatt. Zehn Jahre DMP: Wenig Begeisterung. 2011: A2001
5. Bundesärztekammer Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. Programm für Nationale Versorgungsleitlinien. 2009; <http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/depression/index.html>. Letzter Zugriff: 29.11.2011
6. Bermejo I, Schneider F, Kriston L, et al. Improving outpatient care of depression by implementing practice guidelines: a controlled clinical trial. *International Journal for Quality in Health Care* 2009; 21: 29–36
7. Tiemens BG, Ormel J, Jenner JA, et al. Training primary-care physicians to recognize, diagnose and manage depression: does it improve patient outcomes? *Psychol Med* 1999; 29: 833–45
8. Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Thomas R. Educational and organizational interventions to improve the management of depression in primary care – A systematic review. *JAMA* 2003; 289: 3145–51
9. 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* 2007; 21: 37–48
10. Lin EHB, Simon GE, Katzelnick DJ, Pearson SD. Does physician education improve treatment in primary depression management care? *JGIM* 2001; 16: 614–9
11. Thompson C, Ostler K, Peveler RC, Baker N, Kinmonth AL. Dimensional perspective on the recognition of depressive symptoms in primary care – The Hampshire Depression Project 3. *Br J Psychiatry* 2001; 179: 317–23
12. Wittchen HU, Pittrow D. Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. *Human Psychopharmacology* 2002; 17: S1–S11
13. O'Connor EA, Whitlock EP, Beil TL, Gaynes BN. Screening for depression in adult patients in primary care settings: A systematic evidence review. *Ann Intern Med* 2009; 151: 793–803
14. Kamphuisa M, Stegengaa B, Zuithoffa N, Kingb M, Nazarethc I. Does recognition of depression in primary care affect outcome? The PREDICT-NL stud. *Family Practice* 2012; 29, 16–23
15. Thompson C, Ostler K, Peveler RC, Baker N, Kinmonth AL. Dimensional perspective on the recognition of depressive symptoms in primary care – The Hampshire Depression Project 3. *Br J Psychiatry* 2001; 179: 317–23
16. Thombs BD CJ, Cuijpers P, de Jonge P, et al. Rethinking recommendations for screening for depression in primary care. *CMAJ* 2011, September 11 [Epub ahead of print]
17. Linder R, Ahrens S, Koepfel D, Heilmann T, Verheyen F. Nutzen und Effizienz des Disease-Management-Programms Diabetes mellitus Typ 2. *Dtsch Arztebl* 2011; 108: 155–62
18. Härter M, Bermejo I, Kratz S, Schneider F. Fortbildungs- und Qualitätsmanagement-Maßnahmen zur Implementierung von Versorgungsleitlinien. *Z ärztl Fortbild Quallsich* 2003; 97(Suppl. IV): 67–73
19. Andersson S J, Lindberg G, Troein M. What shapes GPs' work with depressed patients? A qualitative interview study. *Family Practice* 2012; 19, 623–631
20. Dickmann CEB, Dickmann JRM, Brooks A. How Reliably Can General Practitioners Diagnose Depression Using ICD-10 Criteria? *German Journal of Psychiatry* 2008; 11: 146–8
21. Hickie IB. Primary care psychiatry is not specialist psychiatry in general practice. *MJA* 1999; 170: 171–3
22. Clarke DM, Cook K, Smith GC, Piterman L. What do general practitioners think depression is? A taxonomy of distress and depression for general practice. *MJA* 2008; 188, 110–113
23. Walendzik A, Lux G, Wasem J, Jahn R. Die Schwierigkeiten, einen Therapieplatz zu finden – Unter- und Fehlversorgung im Bereich der ambulanten Psychotherapie Pressekonferenz am 14.02.2011. Deutsche Psychotherapeutenvereinigung, 2011 <http://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/fileadmin/main/g-datei-download/News/2011/Pressemappe.pdf> letzter Zugriff: 29.11.2011
24. Ärzte Zeitung. Gesundheitspolitik und Gesellschaft: Ärzte und AOK streiten um einen IV-Vertrag. 2011; 177: 9. Epub 05.10.2011
25. Ärzte Zeitung. Deutscher Internisten-tag in Berlin: Neue Assistenten sollen Ärzte entlasten. *Ärzte Zeitung*. 2011; 172. Epub 27.09.2011. letzter Zugriff: 29.11.2011
26. Osterloh F. Substitution versus Delegation. *Dtsch Arztebl* 2011: 108
27. Happell B, Sundram S, Wortans J, Johnstone H, Ryan R, Lakshmana R. Assessing nurse-initiated care in a mental health crisis assessment and treatment team in Australia. *Psychiatric Services* 2009; 60: 1527–31