

Aus dem Institut für Allgemeinmedizin

der Universität Würzburg

Vorstand: Prof. Dr. med. Anne Simmenroth, Prof. Dr. med. Ildikó Gágyor

**Durchführung und Evaluation einer psychiatrischen Kurz-Psychotherapie zur
Behandlung von depressiven Patienten in der hausärztlichen Praxis: eine
Machbarkeitsstudie**

Inauguraldissertation

zur Erlangung der Doktorwürde der

Medizinischen Fakultät

der

Julius-Maximilians-Universität Würzburg

vorgelegt von

Lisa-Marie Bräunling

aus Aurach

Würzburg, Januar 2023

Referentin: Prof. Dr. med. Anne Simmenroth
Koreferent: Prof. Dr. phil. Martin Herrmann
Dekan: Prof. Dr. med. Matthias Frosch

Tag der mündlichen Prüfung: 17.10.2023

Die Promovendin ist Ärztin

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	1
1.1	Krankheitsbild: Depression	1
1.1.1	Prävalenz	1
1.1.2	Symptomatik.....	1
1.1.3	Ätiologie.....	2
1.1.4	Diagnosestellung und Schweregradeinschätzung.....	3
1.1.5	Therapie, Verlauf und Prognose	3
1.2	Diagnostik und Therapie der Depression im hausärztlichen Kontext.....	5
1.2.1	Untersuchungen zur präziseren Diagnosestellung.....	6
1.3	PKP-Karten.....	6
1.3.1	Hintergrund.....	6
1.3.2	Therapiematerial.....	8
1.3.3	Anwendung	8
1.4	Bisheriger Einsatz und Evaluation der PKP-Karten.....	9
1.4.1	Ambulante Anwendung der PKP-Karten.....	9
1.4.2	Stationäre Anwendung der PKP-Karten.....	10
1.4.3	Untersuchung zur Patientenzufriedenheit	10
1.5	Fragestellung.....	10
2	Material und Methoden	13
2.1	Studiendesign.....	13
2.2	Ablauf der Studie	13
2.2.1	Schulung der Studienteilnehmer zu Hintergrund und Anwendung der PKP-Karten	14
2.2.2	Intervention: Anwendung der PKP-Karten in den Hausarztpraxen	14
2.2.3	Fokusgruppendifkussion	15
2.3	Auswahl der PKP-Karten	15
2.4	Messinstrumente	17

2.4.1	Standardisierte Fragebögen zur Depression.....	17
2.4.2	Entwicklung eigener Fragebögen.....	18
2.4.3	Vorbefragung.....	18
2.4.4	Nachbefragung.....	20
2.4.5	Evaluation: Schulung und Fokusgruppe.....	21
2.5	Stichprobe	22
2.5.1	Ein- und Ausschlusskriterien.....	22
2.6	Datenerhebung.....	23
2.6.1	Datenspeicherung und -nutzung.....	23
2.6.2	Datenschutz	23
2.7	Statistische Analyse.....	24
2.7.1	Deskriptive Statistik	24
2.7.2	Inferenzstatistik.....	24
2.7.3	Ethikvotum.....	24
3	Ergebnisse.....	25
3.1	Vorbereitende Datenanalyse	25
3.1.1	Umgang mit Missing Data.....	25
3.2	Beschreibung der Stichprobe.....	25
3.3	Ergebnisse der Befragungen vor und nach der Intervention	26
3.3.1	Häufigkeit und Diagnostik von Depressionen in der Praxis	26
3.3.2	Betreuung und weitere therapeutische Versorgung	28
3.3.3	Bisherige therapeutische Strategien und Empfehlungen.....	30
3.3.4	Einschätzung der eigenen Kompetenz und Ressourcen.....	32
3.3.5	Möglichkeiten und Grenzen einer hausärztlichen Versorgung von Patienten mit einer Depression allgemein.....	34
3.3.6	Anwendung der PKP-Karten.....	36
3.3.7	Bewertung der einzelnen PKP-Karten	38
3.3.8	Gesamtbewertung der PKP-Karten.....	39

3.4	Vergleich: Einstellungen der Hausärzte zur Kartenanwendung vor der Intervention (Schulung) und zum Abschluss der Studie (Fokusgruppe).....	43
3.5	Offene Bewertung der PKP-Karten	44
4	Diskussion	47
4.1	Stärken und Limitationen	58
5	Zusammenfassung	61
6	Literaturverzeichnis.....	62
7	Anhang	
7.1	Tabellen (Ergebnisse).....	
7.2	Studienmaterial: Halbstandardisierte Fragebögen	
7.2.1	Fragebogen vor Beginn der Intervention.....	
7.2.2	Fragebogen nach Abschluss der Intervention	
7.2.3	Evaluationsbögen (Ärzt Schulung & Fokusgruppe)	
7.3	Studienmaterial: Standardisierte Fragebögen zur Depression	
7.3.1	PHQ-9	
7.4	Studienmaterial: PKP-Karten (Auswahl für die Studie).....	
7.5	Studienmaterial: Dokumentationsbogen	
I.	Abkürzungsverzeichnis	
II.	Abbildungsverzeichnis	
III.	Tabellenverzeichnis	
IV.	Danksagung	
V.	Eigene Veröffentlichungen und Kongressteilnahmen	

In dieser Arbeit wird aus Gründen der besseren Lesbarkeit das generische Maskulinum verwendet. Weibliche und anderweitige Geschlechteridentitäten werden dabei ausdrücklich mitgemeint.

1 Einleitung

„Was ist Depression? Es ist die Unfähigkeit zu fühlen, das Gefühl, tot zu sein, während der Körper noch lebt. Es ist die Unfähigkeit, froh zu sein, genau wie man unfähig ist, traurig zu sein. Ein depressiver Mensch wäre höchst erleichtert, wenn er traurig sein könnte [1].“ (Erich Fromm)

1.1 Krankheitsbild: Depression

Depressionen gehören zu den häufigsten psychischen Störungen [2]. Sie äußern sich u.a. durch eine gedrückte Stimmung/Freudlosigkeit und Interessenverlust. Oftmals treten auch körperliche Beschwerden in den Vordergrund. Das Krankheitsbild ist mit einem hohen Leidensdruck verbunden, der das Alltagsleben belastet [3]. Depressionen sind gut behandelbar, jedoch ist in Deutschland der Zugang zu psychotherapeutischer Versorgung geprägt durch lange Wartezeiten [4].

1.1.1 Prävalenz

Circa 280 Millionen Menschen weltweit leiden laut World Health Organisation (WHO) an Depressionen, wobei die Dunkelziffer hoch ist, da Depressionen häufig nicht als solche erkannt werden [5-7]. Die Jahresinzidenz liegt bei 1-2%. Betrachtet man die Lebenszeitprävalenz von circa 20%, lässt sich konstatieren, dass statistisch jeder fünfte Mensch einmal in seinem Leben an einer Depression erkrankt [8]. Die Erkrankung kann in jedem Lebensalter auftreten, Frauen sind häufiger betroffen als Männer [9-10]. Bezogen auf eine Zwölf-Monats-Prävalenz bei unipolaren Depressionen, ist das Erkrankungsrisiko bei Frauen mit rund 10,6% etwa doppelt so hoch wie bei Männern mit 4,8% [11].

1.1.2 Symptomatik

Die Symptomatik wird gemäß International Classification of Diseases (ICD-10) (Manual zur Strukturierung und einheitlichen Benennung von medizinischen Diagnosen und Behandlungen) in Haupt- und Zusatzsymptome eingeteilt. Zu den Hauptsymptomen gehören eine gedrückte Stimmung, Interessenverlust und eine Antriebsminderung mit erhöhter Erschöpfbarkeit und Aktivitätsminderung [7,12]. Als Nebensymptome werden u.a. verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit sowie ein geringes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen genannt. Hinzu können Schuldgefühle und Gefühle der Wertlosigkeit, negative und pessimistische Zukunftsgedanken,

Suizidgedanken, Selbstverletzungen oder Suizidhandlungen kommen [12]. Schlafstörungen und verminderter Appetit können als vegetative Symptome ebenso Ausdruck einer Depression sein [7].

1.1.3 Ätiologie

Es existieren verschiedene Modelle zur Ätiologie der Depression. Die Neurotransmitter-Hypothese besagt, dass die Neurotransmitter-Konzentrationen von Noradrenalin, Dopamin oder Serotonin vermindert sind. Diese sorgen physiologisch für einen stimmungsaufhellenden Effekt. Die neuroendokrinologische Hypothese besagt, dass durch eine Hyperaktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Schilddrüsen-Achse ein erhöhter Spiegel des Kortisol- und Corticotropin-Releasing-Hormons im Blut vorliegt (CRH) [7,12]. Außerdem sind neurotrope Faktoren von Bedeutung [13].

Ätiologisch relevant ist insbesondere die genetische Prädisposition. Verwandte ersten Grades eines depressiven Menschen können im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung doppelt so häufig (ca. 50%) von einer unipolaren Depression betroffen sein. Es konnten bisher keine geeigneten DNA-Marker identifiziert werden [14].

Auch traumatische Erfahrungen, insbesondere Verlusterlebnisse können mit Depressionen assoziiert sein (Verstärker-Verlust-Modell, Lewinsohn 1974) [15,18]. Außerdem kann Stress ein Auslöser von depressiven Episoden sein, insbesondere wenn eine Dysbalance zwischen Belastungsfaktoren (Stressoren) und Belastbarkeit besteht (Vulnerabilitäts-Stress-Modell, Zubin & Spring 1977) [16-18].

Kognitionspsychologische Hypothesen besagen, dass depressive Störungen auf dysfunktionale Einstellungen des Patienten, die mit überwiegend negativen Gedankengängen über sich selbst, ihre Umwelt und Zukunft verbunden sind, basieren (kognitive Triade, Aaron T. Beck 1967) [19]. Es entsteht eine realitätsfremde, verzerrte Wahrnehmung, die die Lebensbewältigung erschwert [7,20].

Im Sinne der „erlernten Hilflosigkeit“ nach Seligman (1967) resultiert die Entwicklung einer Depression aus dem wiederholten Erleben von Hilflosigkeit. Dies habe die Änderung von Verhalten und Kognition zur Folge. Laut neueren Erkenntnissen kann der Beschreibung der erlernten Hilflosigkeit eine neurobiologische Lokalisation zugeschrieben werden [21-22].

Ferner können auch Persönlichkeitsmerkmale wie Introvertiertheit oder Neurotizismus die Entwicklung einer Depression fördern [23-24].

Schließlich gibt es auch physikalische Einwirkungen (z.B. Lichtentzug einhergehend mit der Veränderung der Melatonin-Ausschüttung), die mit dem Auftreten einer Depression

assoziiert sind [7,12]. Insgesamt werden multikausale Faktoren mit einer Wechselwirkung von biologischen und psychosozialen Komponenten angenommen [25].

1.1.4 Diagnosestellung und Schweregradeinschätzung

Die Diagnose einer Depression erfolgt laut S3-Leitlinie nach ICD-10 unter Berücksichtigung der Ausschlusskriterien, wenn mindestens zwei Hauptsymptome, die meiste Zeit des Tages, für mindestens zwei Wochen anhalten (s. 1.1.2).

Es gibt mehrere validierte Verfahren zur Diagnosestellung und Schweregradeinteilung. Die Erfassung kann mittels Fragebögen sowohl durch eine Fremdbeurteilung (z.B. MADRS – Montgomery-Asberg Depression Rating Scale oder HDRS bzw. HAMD – Hamilton-Depression-Rating-Skala) als auch durch Selbstbeurteilung (z.B. PHQ-9 - Patient Health Questionnaire Depression oder BDI-II - Beck-Depressions-Inventar-Revision) erfolgen [26-28]. Der PHQ-9 Fragebogen ist sowohl im klinischen Alltag, in der Versorgungsforschung, und im Allgemeinmedizinischen Kontext sehr verbreitet (s. 2.4.1).

Bei depressiven Störungen besteht oft eine Komorbidität mit anderen psychischen Störungen [29-31]. So ist eine differentialdiagnostische Absicherung beispielsweise gegenüber einer Angststörung oder anderen Formen affektiver Störungen notwendig [32].

1.1.5 Therapie, Verlauf und Prognose

Depressive Episoden gelten insgesamt als gut behandelbar [31]. Das Krankheitsbild der Depression kann in drei Schweregrade eingeteilt werden (leichte, mittelgradige, schwere Depression). Entsprechend der Ätiologie wird auch therapeutisch ein multimodaler Ansatz vertreten. Es werden sowohl pharmakologische als auch psychotherapeutische Maßnahmen angewandt [7]. Laut der deutschen S3-Leitlinie (Evidenz- und Konsensbasierte Leitlinie mit höchster Qualitätsstufe) „Unipolare Depression“ [31] kann eine leichte bis mittelgradige Depression mit Psychotherapie oder Pharmakotherapie behandelt werden. Bei einer schweren Depression wird eine Kombination von Pharmakologie und Psychotherapie empfohlen [31]. Zu den Richtlinien-Verfahren (Psychotherapien, die im Leistungskatalog der Krankenkassen enthalten sind und deren Kosten erstattet werden) zählen die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, die analytische Therapie, die Verhaltenstherapie und die Systemische Therapie [33]. Daneben gibt es eine Vielzahl unterschiedlicher Therapieansätze zur Behandlung von

Depressionen, beispielsweise die Interpersonelle Therapie (IPT), achtsamkeitsbasierte Verfahren, Akzeptanz- und Commitment Therapie (ACT), Metakognitive Verfahren, Schematherapie, Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) oder Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP) [34-37]. Weitere therapeutische Ansätze wie z.B. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) sind bei Depressionen als Traumafolgestörung ebenfalls etabliert [38].

Die zeitliche Planung einer Psychotherapie kann wie folgt aussehen: Pro psychotherapeutischer Einzelsprechstunde ist in der Regel eine Dauer von 25 bis 50 Minuten z.B. in der Verhaltenstherapie vorgesehen. In Bezug auf eine Langzeittherapie kann die geplante Psychotherapie auf max. 80 Stunden insgesamt erweitert werden, sodass der Abschluss einer Psychotherapie durchschnittlich erst nach 2-3 Jahren zu erwarten ist [33].

Die Verläufe depressiver Störungen sind zumeist episodischen Charakters und dadurch zeitlich begrenzt. Unter den depressiv erkrankten Patienten zeigt sich eine starke Variabilität der Episoden. Diese kann vollständig oder unvollständig remittieren. Die Wahrscheinlichkeit der kompletten Remission einer Depression ist innerhalb der ersten sechs Monate einer antidepressiven Therapie mit 54% am höchsten [39-40]. Dauern die Symptome weiter an, sinkt die Chance einer schnellen kompletten Remission. Depressive Symptome können jedoch auch unter Therapie in bis zu einem Drittel der Fälle einer schweren Depression persistieren [37].

Die Prognose einer Depression ist von vielen Faktoren abhängig. Dazu gehören neben den o.g. verschiedenen Modellen zur Ätiologie u.a. Komorbiditäten, Schweregrad, Geschlecht, Alter bei Ersterkrankung, familiäre und soziale Komponenten sowie die Phasendynamik. Eine unbehandelte depressive Episode kann 6-8 Monate andauern. Die Krankheitsdauer lässt sich unter Therapie auf etwa die Hälfte reduzieren [37].

1.2 Diagnostik und Therapie der Depression im hausärztlichen Kontext

Der Hausarzt wird laut aktueller Leitlinie als erster Ansprechpartner für depressive Patienten genannt [31]. Eine deutsche Stichtagsprävalenzstudie aus 412 teilnehmenden Allgemeinarztpraxen ergab, dass ca. 11% der Stichprobe von >14.000 Patienten an einer depressiven Episode litten [41].

Es gibt Studien, die zu verschiedenen Ergebnissen hinsichtlich der Untersuchung von Diagnostik und Therapie von Depressionen im hausärztlichen Kontext kommen.

In Deutschland wird die Diagnose einer Depression laut einer großen epidemiologischen Studie zu ca. 55% von den Hausärzten diagnostiziert [41]. Die Hausärzte behandeln im Schnitt 50% der depressiv Erkrankten selbst [42-43].

Eine explorative Querschnittsstudie ergab, dass sich mehr als die Hälfte der Hausärzte im Rahmen ihrer Profession für kompetent halten, um leitliniengerecht depressive Patienten zu diagnostizieren und zu behandeln. Sie schildern aber Probleme mit Zeitkontingenten in der Sprechstunde und eine unzureichende Vergütung [42].

Eine epidemiologische Querschnittsstudie beschäftigte sich mit der Häufigkeit und Erkennung depressiver Störungen in der Primärversorgung [43]. Mittels Stichtagerhebung wurden 253 Hausärzte und über 3000 Patienten bezüglich Diagnose und Behandlung von Depressionen befragt. Es zeigte sich, dass circa jeder zweite Patient, der sich mit depressiven Symptomen in der Hausarztpraxis vorstellt, die Diagnose einer Depression nach ICD-10 Kriterien erhielt. Die Schwierigkeit liegt in der Erkennung des Krankheitsbildes, da die Symptomatik oft nicht eindeutig ist.

Circa jeder fünfte Patient mit Depressionen wurde vom Hausarzt zum Gebietsarzt überwiesen. Nach gestellter Diagnose erfolgte in o.g. Studie, abhängig vom Schweregrad, bei circa 7% der Patienten eine psychotherapeutische Behandlung durch den Hausarzt.

Eine Cluster-randomisierte Studie - PRoMPT-Studie (PRimary care Monitoring for depressive Patients Trial) -, bei der über 600 Patienten im Alter von 18 bis 80 Jahren mit einer Depression teilnahmen, ergab, dass durch ein niederschwelliges Case-Management seitens des Hausarztes eine ambulante und damit wohnortnahe Therapie gewährleistet werden könne, ohne dass sich Symptome zuspitzen oder die Gefahr der Chronifizierung bestehe [44].

1.2.1 Untersuchungen zur präziseren Diagnosestellung

In Dänemark beschäftigte sich eine retrospektive, clusterrandomisierte Studie damit, wie man die Präzision der Diagnose einer Depression in der Hausarztpraxis verbessern kann [45]. Untersucht wurde, ob der sofortige Einsatz von Messinstrumenten wie MDI (Major Depression Inventory) oder MINI (Mini International Neuropsychiatric Interview) bei alleinigem Verdacht einer Depression die Diagnostische Qualität steigert, im Vergleich zur Nutzung von Messinstrumenten erst nach dem sicheren Feststellen von zwei Hauptsymptomen nach ICD-10 und den üblichen klinischen Untersuchungen. Entgegen den Erwartungen zeigte sich, dass die durchgängige Nutzung von strategisch eingesetzten Messinstrumenten zur Diagnostik einer Depression in der Hausarztpraxis keine Verbesserung der Präzision erbringen konnte [45].

Eine Cluster-randomisierte Pilotstudie der Technischen Universität München untersuchte den Zusammenhang zwischen einer eintägigen Schulung von Hausärzten und der Verbesserung der diagnostischen Kompetenz bzgl. der Erkennung von Depressionen, Angst und somatischen Störungen. Das Ergebnis dieser Studie war, dass eine einmalige Schulung nicht ausreichte, um eine signifikante Verbesserung der diagnostischen Kompetenz zu erreichen [46].

1.3 PKP-Karten

1.3.1 Hintergrund

Die Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP) ist eine Technik, durch die mit Hilfe von gedruckten und z.T. bebilderten Karten die gängigen verhaltenstherapeutischen Behandlungsstrategien schnell und effektiv umgesetzt werden können [47]. Mit den Sprechstundenkarten soll das störungsspezifische Vorgehen in der akuten Behandlung von Depressionen erleichtert werden [48].

Die Entwicklung der PKP-Karten entstand aus dem Bedarf heraus, neue Anwendungsmöglichkeiten der psychotherapeutischen Behandlung zu schaffen. Die PKP soll es ermöglichen, die nach kassenärztlicher Richtlinien-Psychotherapie vorgegebenen 50-minütigen Sitzungseinheiten in kleinere Einheiten (von ca. 10-25 Minuten) einzuteilen. Dabei wird ein „roter Faden“ vom Erstkontakt über die Therapieplanung bis hin zur Erreichung der Zielsetzung verfolgt.

Die PKP-Karten zum Thema Depression wurden 2009 von Sulz und Deckert entwickelt. Im Laufe der vergangenen Jahre wurden weitere störungsspezifische Sprechstundenkarten herausgegeben, die eine Behandlung von Angst und Zwang (Sulz

S et al. 2015), Alkoholabhängigkeit (Sulz S et al. 2012) oder von chronischen Schmerzen (Schober S 2018) ermöglichen [49-52].

Die PKP „Depression“, als kompaktes Manual, ist nicht nur für die Anwendung im Arbeitsalltag von Psychiatern geeignet, sondern auch im hausärztlichen (z.B. im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung) und gebietsärztlichen Bereich (auch ohne psychotherapeutische Zusatzqualifikation) einsetzbar.

Die PKP-Karten wurden bisher auf fachspezifischer Ebene, im psychiatrisch/psychotherapeutischen Bereich ambulant sowie stationär angewandt.

PKP kann laut Literatur nach kurzer Einarbeitung auch für Einsteiger anwendbar sein [48].

Das PKP-Konzept basiert auf dem 3-Säulen Modell nach Serge Sulz (s. Abb. 1) [53-54]:

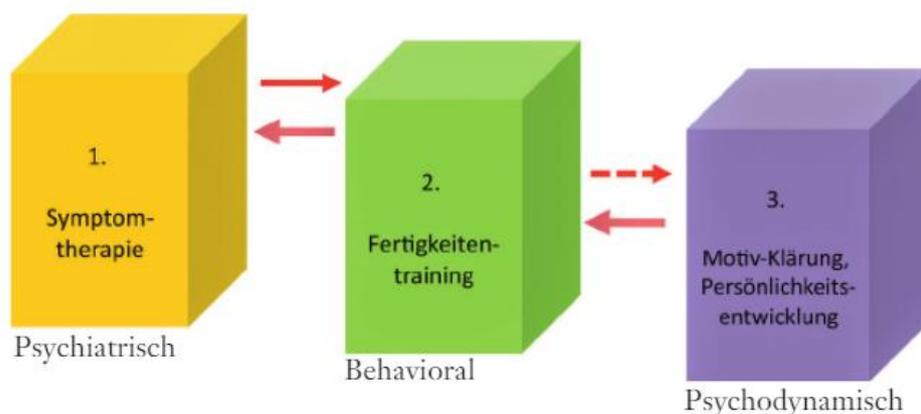


Abbildung 1: PKP 3-Säulen-Konzept (Sulz, 1994)

Säule 1: Psychoedukation mit dem Ziel Symptomverständnis (psychiatrische Therapie)

Zu Beginn wird dem Patienten Symptomverständnis vermittelt. Wenn der Patient seine Symptome kennt, und weiß, was sie verursacht hat (Entstehungsmodelle) und aufrechterhält, kann er selbstreflektiert daran arbeiten. Die Depression soll als eine Erkrankung (affektive Störung) begriffen werden [55].

Säule 2: Fertigkeitentraining

Nach der Psychoedukation folgt das Fertigkeitentraining entsprechend verhaltenstherapeutischen Techniken. Es besteht im PKP-Modell aus vier Expositionsmodulen (Freude-, Angst-, Ärger- und Trauer-Modul), die je nach Problemschwerpunkt des Patienten ausgewählt werden. In Säule 2 werden bereits

evaluierte verhaltenstherapeutische Interventionen umgesetzt: Aktivitätsaufbau zur positiven Verstärkung, Kognitionsänderungen und Aufbau sozialer Fertigkeiten [55-56].

Säule 3: Analyse der Persönlichkeitsentwicklung im Rahmen der Biografie-Arbeit

Die dritte Säule beschäftigt sich mit der Persönlichkeitsentwicklung. Sie kommt zum Einsatz, falls Aspekte der Persönlichkeit zu berücksichtigen sind, wenn z.B. Selbstunsicherheit aktives Wehren verhindert oder „gelernte Hilflosigkeit“ die Depression aufrechterhält. Diese Säule wird von Psychotherapeuten oder/und Psychiatern bearbeitet [55].

1.3.2 Therapiematerial

Die PKP-Kartenbox zur Depression besteht aus insgesamt 90 Karten (s. Abb. 2) [57].



Abbildung 3: Kartenbox PKP-Karten Depression



Abbildung 2: Bsp. Säule 2, Karte 23 (Sulz & Deckert, 2011)

Sie ist sowohl auf Papier (als Karteikartenbox) als auch in digitaler Form seit 2011 erhältlich [48].

Beispiel:

In Abbildung 3 ist eine Sprechstundenkarte der Säule 2 abgebildet (Fertigkeitentraining) [57]. Anhand dieser Karte soll der Patient (gemeinsam mit seinem Therapeuten oder als Hausaufgabe allein) Ideen zu genussvollen Sinneseindrücken sammeln. Ziel des Fertigkeitentrainings ist es, positive Gefühle durch positive Aktivitäten aufzubauen.

1.3.3 Anwendung

Mit den PKP-Karten hat der Arzt einen störungsspezifischen Leitfaden an der Hand, der ihn sowohl bedarfsorientiert als auch chronologisch durch die Patientenkontakte führt [48].

Die PKP kann mit den Karten der Patientenaufnahme (Karten, die ebenfalls in der Sammlung enthalten sind, s. Abb. 2) beginnen, welche die kurze Anamnese und die Erhebung des psychopathologischen Befundes beinhalten.

Es wird eine Reihe von Sitzungen vereinbart, welche aneinander anknüpfen. Zunächst erfolgt der Einsatz der Karten zur Psychoedukation (Säule 1), gefolgt von den Karten des Fertigkeitentrainings (Säule 2). Bei Bedarf kann auf die Karten der Analyse der Persönlichkeitsentwicklung eingegangen werden (Säule 3, s. 1.3.1).

1.4 Bisheriger Einsatz und Evaluation der PKP-Karten

Die PKP-Karten sind sowohl im ambulanten als auch stationären Bereich der psychiatrischen und psychosomatischen Versorgung einsetzbar, inner- und außerhalb der Richtlinien-Psychotherapie [58-60].

Es liegen einige Studien vor, die sich mit den Fragestellungen nach Effektivität, Wirkung und Effizienz der PKP-Karten beschäftigten.

1.4.1 Ambulante Anwendung der PKP-Karten

In einer Feldstudie im ambulanten setting verfolgte man eine kognitiv-emotive Behandlungsstrategie mittels PKP-Karten, die im Sinne der rational-emotiven Verhaltenstherapie (REVT), welche zur Gruppe der kognitiven Verhaltenstherapien gehört, auch auf die Regulation negativer Emotionen abzielte [58-59]. Dabei wurden zunächst eine Kurzzeit- (24 wöchentliche Sitzungen zu je 50 Minuten, im Zeitraum von 6 Monaten) und eine Erhaltungstherapiegruppe (Sitzungen alle vier Wochen, innerhalb weiterer 6 Monate) gebildet (insg. 30 Sitzungen), die dann mit einer Langzeittherapiegruppe (44 wöchentliche Sitzungen) verglichen wurden [58]. Die Therapie wurde durch PKP-geschulte Studientherapeuten durchgeführt. Es zeigte sich, dass bereits 24 Wochen nach Einsatz der PKP-Karten ein Wirkungsoptimum erreicht wurde, welches sich nach Ablauf der Zeit bis zur 44. Sitzung nicht wesentlich steigern ließ. Im Vergleich zur Wartelisten-Kontrollgruppe zeichnete sich die Interventionsgruppe bereits nach der Akuttherapie durch eine funktionalere Emotionsregulation aus. So war bei einem Drittel der Patienten eine deutliche Verbesserung der Symptomatik nachweisbar. Mehrere Verfahren zur Selbst- und Fremdeinschätzung ergaben diesbezüglich durchgängig signifikante Behandlungseffekte [59].

1.4.2 Stationäre Anwendung der PKP-Karten

In einer Evaluation des Klinikums Braunschweig wurde die Anwendung des PKP-Karten Konzepts zur Behandlung depressiver Patienten im stationären setting in Form von modularen PKP-Depressionsgruppen untersucht. Die Datenerhebung fand auf einer allgemeinpsychiatrischen und psychotherapeutischen Station von August 2011 bis Dezember 2016 statt. Es nahmen insgesamt 1196 Patienten teil. Die Patienten wurden in 4 Module (Psychoedukation, Aufbau positiver Aktivitäten, Expositionstraining, zentrales Verhaltensschema) eingeteilt. Ein Modul entsprach einer Woche Intervention, in welcher 3 Sitzungen stattfanden (insg. 12 Sitzungen). 696 Patienten der PKP-Depressionsgruppe durchliefen alle 4 Module. Die PKP-Depressionsgruppen wurden von psychologischen Mitarbeitern geleitet. Parallel zu den Gruppensitzungen innerhalb der Module konnten bei Bedarf zusätzlich ambulante Einzelsitzungen erfolgen.

Es zeigte sich, u.a. gemessen anhand der Auswertung von Mittelwerten des BDI-II, dass sich die depressive Symptomatik der Patienten im Verlauf der Gruppentherapie signifikant verbesserte [60].

1.4.3 Untersuchung zur Patientenzufriedenheit

Eine von Frau Dr. Deckert (Autorin der PKP-Karten) in der ambulanten Praxis durchgeführte Fragebogenerhebung ermittelte Daten zur Patientenzufriedenheit bezogen auf Behandlung, Aufklärung, Therapiebeziehung und /-ergebnis mittels PKP-Karten. Es zeigte sich, dass sich alle 22 Teilnehmer sowohl aufgeklärt über ihre Depression als auch zufrieden mit der Behandlung fühlten. Die Therapiebeziehung wurde als „deutlich förderlich“ bis „extrem förderlich“ beschrieben. Das Therapieergebnis nach ca. 6 bis 12 Monaten wurde mit „deutlich zufrieden“ bis „extrem gut“ bewertet. Der ermittelte Gesamtwert im BDI-II zu Therapieende hatte sich im Vergleich zum Therapiebeginn etwas mehr als halbiert [61].

1.5 Fragestellung

Die PKP-basierten Psychotherapien wurden in den bisherigen Studien durch geschultes psychologisches und ärztliches Personal in psychotherapeutischen Ambulanzen oder im allgemeinpsychiatrisch/psychotherapeutisch stationären Bereich durchgeführt. Bislang wurde der Einsatz von PKP-Karten jedoch noch nicht in Hausarztpraxen evaluiert.

Da Patienten mit Depressionen überwiegend zunächst den Hausarzt aufsuchen und durch diesen behandelt werden, wäre es von Vorteil, wenn der Hausarzt bereits

bestehende therapeutische Arbeitsweisen zur Behandlung depressiver Patienten um therapeutische Interventionen mittels Sprechstundenkarten ergänzen könnte. Ist das in der Hausarztpraxis machbar, angesichts der begrenzten Zeit pro Patienten und des getakteten Arbeitsalltags? Es stellt sich daher die Frage, ob sich die PKP-Karten effektiv in das hausärztliche setting integrieren lassen.

Bereits genannte Studien stützen die Wirksamkeit und Effizienz im fachärztlichen Bereich, aber wie hilfreich wird die Anwendung der Sprechstundenkarten zur Behandlung von Patienten mit Depressionen von Hausärzten erlebt? Besteht generell der Bedarf einer solchen Methodik seitens der Hausärzte?

Im Hinblick auf lange Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz könnte die Behandlung depressiver Patienten mittels Sprechstundenkarten durch den Hausarzt als Übergangstherapie fungieren und somit Versorgungslücken schließen. Sind die Sprechstundenkarten geeignet für eine (überbrückende) Behandlung von depressiven Patienten durch den Hausarzt (bis zur Weiterbehandlung durch einen Fachspezialisten)?

In der vorliegenden Studie sollen folgende Hypothesen geprüft werden:

1. *Hypothese (Machbarkeit)*: Die Sprechstundenkarten lassen sich effektiv im hausärztlichen setting einsetzen.
(Nullhypothese): Die Sprechstundenkarten lassen sich im hausärztlichen setting nicht effektiv einsetzen.
2. *Hypothese (Bedarf)*: Es besteht generell Bedarf an der Arbeit mit den Sprechstundenkarten seitens der Hausärzte.
(Nullhypothese): Es besteht generell kein Bedarf an der Arbeit mit den Sprechstundenkarten seitens der Hausärzte.
3. *Hypothese (Behandlung)*: Die Sprechstundenkarten sind dazu geeignet, die Zeit bis zu einer ambulanten Psychotherapie zu überbrücken.
(Nullhypothese): Die Sprechstundenkarten sind nicht dazu geeignet, die Zeit bis zu einer ambulanten Psychotherapie zu überbrücken.

Daneben sollen in einem exploratorischen Ansatz weitere Effekte der Kartenanwendung und der damit verbundenen Veränderung auf Seiten der Hausärzte untersucht werden. Dazu zählen die Auswirkung der Anwendung der Karten auf die Diagnosestellung einer Depression sowie die Veränderung der Einstellung der Hausärzte bzgl. des geschätzten

effektiven und organisatorischen Einsatzes der Karten im Praxisalltag. Außerdem soll der Stellenwert einer Schulung in Bezug auf die Anwendung der Karten näher untersucht werden.

2 Material und Methoden

2.1 Studiendesign

Es handelte sich um eine empirische, nicht randomisierte Machbarkeitsstudie zur Evaluation des probatorischen Einsatzes einer Auswahl an PKP-Karten zur Depression im hausärztlichen setting. Eine Gruppe von Studienärzten wurde in der Anwendung der PKP-Karten geschult, um diese in ihrer Praxis mit eigenen Patienten anzuwenden. Eine Kontrollgruppe gab es nicht. In einem Messwiederholungsdesign wurden die Hausärzte vor und nach der Anwendung der PKP-Karten befragt (abhängige Stichprobe).

Die Daten wurden durch die Hausärzte erhoben, die Patienten selbst wurden nicht befragt.

2.2 Ablauf der Studie

Der geplante Ablauf sah es vor, dass zunächst eine Kartenauswahl der PKP-Karten zum Krankheitsbild Depression (Sulz & Deckert, 2011) getroffen wurde (s. Abb. 4). Danach erfolgte von Juni bis Juli 2020 die Rekrutierung interessierter Hausärzte. Diese wurden im Anschluss zu Hintergrund und Anwendung der Sprechstundenkarten geschult. Der Interventionszeitraum erstreckte sich von September 2020 bis April 2021. Zum Abschluss der Datenerhebung wurde eine Fokusgruppe für den 21. April 2021 geplant. Die Hausärzte wurden vor und nach Intervention befragt. Die Vorbefragung erfolgte direkt im Anschluss an die Schulung. Für die Nachbefragung wurden am 17.03.2021 codierte Fragebögen per Post in die Praxen gesendet. Diese mussten die Hausärzte noch vor dem Tag der Fokusgruppe (bis zum 15.04.2021) an das Institut für Allgemeinmedizin zur Auswertung zurücksenden (s. 2.4.2, Tabelle 2 und Anhang 7.2).

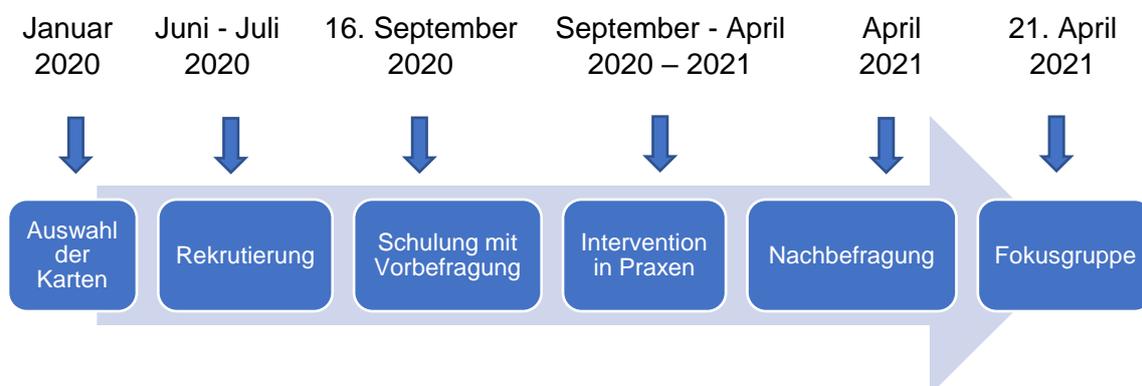


Abbildung 4: zeitlicher Ablauf der Studie im Überblick

2.2.1 Schulung der Studienteilnehmer zu Hintergrund und Anwendung der PKP-Karten

Vor Interventionsbeginn fand Mitte September 2020 eine zweistündige Schulung statt, um die Hausärzte mit dem Konzept der PKP-Karten vertraut zu machen. Da die Schulung in die Zeit der Corona-Pandemie fiel, erfolgte die Veranstaltung unter strenger Einhaltung der Hygiene- und Schutzmaßnahmen. Die inhaltliche und organisatorische Planung erfolgte durch die Doktorandin und das Institut für Allgemeinmedizin der Universität Würzburg. Zu Beginn der Schulung erfolgte die Vorstellung des Studienvorhabens. Frau Dr. Deckert wurde als Expertin zu den PKP-Karten eingeladen. Als eine der Entwicklerinnen der Sprechstundenkarten referierte sie über den theoretischen Hintergrund. Anschließend erfolgte eine praktische Demonstration einer idealisierten PKP-Sitzung. Die Demonstration sollte den Hausärzten die praktische Anwendung der Karten zum Abschluss der Schulung beispielhaft vermitteln.

Den Hausärzten wurde eine Kartenbox der PKP-Sprechstundenkarten für die Anwendung in der Praxis zur Verfügung gestellt. Außerdem erhielten sie Exemplare der beiden Instrumente PHQ-9 und BDI-II. Es wurde jedoch den Hausärzten überlassen, ob und welches Messinstrument sie im Rahmen der Studie nutzen wollten.

Außerdem erhielten die Hausärzte einen Dokumentationsbogen, in welchem sie ihre Erfahrungen mit den einzelnen PKP-Karten festhalten konnten, z.B. welche Karten zum Einsatz kamen und wie sie diese benoten würden (s. Anhang 7.5). Der Dokumentationsbogen sollte als Gedankenstütze zur Bearbeitung des Nachbefragungsbogens dienen. Die Hausärzte bekamen am Schulungstermin den Fragebogen vor dem Einsatz der PKP-Karten ausgehändigt (s. 2.4.3).

2.2.2 Intervention: Anwendung der PKP-Karten in den Hausarztpraxen

Der Einsatz der PKP-Karten in den Hausarztpraxen erstreckte sich von September 2020 bis April 2021. In diesem Zeitraum wurden die Hausärzte zweimal telefonisch kontaktiert, um Gelegenheit für Rückfragen zu erhalten.

Bei Erfüllung der Einschlusskriterien (s. 2.5.1) wurden 2-4 verbale Interventionen mit depressiven Patienten empfohlen. Pro Patient waren 3-4 Konsultationen, zu je durchschnittlich 20 Minuten vorgesehen. Als zeitlicher Abstand zwischen den Sitzungen konnte ein Zeitraum von 1 bis 2 Wochen gewählt werden. Angedacht war eine Interventionsphase von 6 Monaten mit dem Ziel, den Einsatz der Karten bei insgesamt 30 Patienten zu erproben.

2.2.3 Fokusgruppendifkussion

Die 120-minütige Fokusgruppendifkussion, welche Ende April 2021 stattfand, stellte den Abschluss der Studie dar. Die Fokusgruppe sollte den Hausärzten vor allem als Plattform für den Austausch der gesammelten Erfahrungen mit der Anwendung der Karten dienen sowie zusätzliche Eindrücke und Erfahrungswerte liefern. Es wurden verbale Rückmeldungen erfasst, u.a. zu Schwierigkeiten und Erfolgen mit der Anwendung der PKP-Karten.

Die Fokusgruppe fand angesichts der damalig geltenden Bestimmungen und Regelungen in Zeiten der Corona-Pandemie im Online-Format (zoom®) statt. Die Hausärzte wurden vorab über dieses Format aufgeklärt und erhielten per Post zusätzliche Informationen zur Teilnahme.

2.3 Auswahl der PKP-Karten

Für die Studie wurden 16 Karten von insgesamt 90 Karten ausgewählt. Abbildung 5 zeigt ein Kartenbeispiel [57].

PKP-Psychiatrische Kurz-Psychotherapie Aufnahme Karte 11R

PKP: Aufklärung III

• Depression: Entstehungs-Bedingungen

Erziehung Verlust Stress Biologie

Depression

Biologische Faktoren	Familie/Erziehung	Verlusterfahrungen	Belastungen
Genetik	Fehlende Verstärkung/Lob	Verstärkerverlust	Krankheit
Hormone	Hohe Moralansprüche	Trennung	Überforderung
(Wochenbett/ Wechseljahre ...)	Hohe Leistungserwartung	Scheidung	Armut
Medikamente	Modell depressive Eltern	Tod	Isolation
...	...	Berufswechsel	Konflikte
		Ruhestand	...
		Ziele	
		...	

Abbildung 5: Aufnahme Karte 11R (Aufklärung)

Die Auswahl erfolgte aus Gründen der Übersichtlichkeit zum Einstieg in die Kartenanwendung. Die vorgeschlagenen 16 Karten sollten, wenn möglich, angewandt

werden, jedoch konnten im Verlauf auch weitere Karten der Kartenbox hinzugenommen werden. Die Wahl der Karten basierte auf mehreren Kriterien. Einerseits sollten die Karten für die Patienten leicht verständlich sein. Daher wurden gezielt Karten ausgewählt, die sowohl leicht zu lesen als auch visuell gut und schnell zu erfassen sind. Andererseits sollte die Anwendung durch den Arzt ohne zu viel Aufwand möglich sein, weshalb Karten ausgewählt wurden, die den Arzt in kurzer Zeit und gut strukturiert durch das Arzt-Patienten Gespräch leiten. Die Reihenfolge bei der Auswahl der Karten orientierte sich an dem 3-Säulen Prinzip des PKP-Karten Konzepts „Symptomtherapie/Psychoedukation – Fertigkeitentraining – motivationale Arbeit“ richtete. Ausgewählt wurden schlussendlich 9 Karten zum Psychoedukations-/Symptomverständnis (Säule (S)1 bzw. (A) Karten der Patientenaufnahme) und 7 Karten zum Fertigkeitentraining (S2, s. Tabelle 1).

Tabelle 1: Kartenauswahl der PKP-Karten Depression

Psychoedukation/Symptomverständnis	Fertigkeitentraining (Freudeexposition)
<p>*S1, *K2: Welche Symptome habe ich? S1, K5: Was ist denn Depression? S1, K7: Funktion der Depression S1, K11: Der Gefühlsstern: vitale Pendelausschläge S1, K12: Auswirkung der Depression auf den Gefühlsstern S1, K13: Gefühlsstern und Depressionstherapie *A11: Entstehungsbedingungen der Depression A12: Modelle der Depression A13: Integratives Modell</p>	<p>S2, K16: Erstellen einer individuellen Liste mit verstärkenden Aktivitäten Je nach Antwort in K16: Sport: K20: Liste mit Sportart und Häufigkeit K21: Protokoll zu Sport und Stimmung Entspannung: K22: Einweisung und Protokoll Genussstraining: K23: Sammeln K24: Üben S2, K17: Protokoll zu verstärkenden Aktivitäten (Genuss und Verwöhnen)</p>

*S=Säule, K=Karte, A=Patientenaufnahme

Im weiteren Verlauf der Vorbereitung im Hinblick auf die Hausärzteschulung wurde beschlossen, die Karten zum Thema der Emotionsexposition nicht mit in die Studie aufzunehmen. Dies hätte eine extra Schulung für die Allgemeinmediziner bedeutet, da dieser Teil in seiner Umsetzung komplexer ist als die ersten beiden Teile. Um den zeitlichen und organisatorischen Rahmen des Studienvorhabens übersichtlich zu gestalten, wurde ferner auf die Einbeziehung der dritten Säule - Motivklärung/Persönlichkeitsentwicklung (S3) - verzichtet und der Fokus auf die sichere Vermittlung des Wissens zu Säule 1 und Säule 2 gelegt. Den Hausärzten war freigestellt,

in welcher Reihenfolge sie die Karten nutzen wollten. Es wurde lediglich empfohlen, mit der Psychoedukation zu beginnen.

2.4 Messinstrumente

Es kamen verschiedene Verfahren zur Anwendung. Im Folgenden werden zunächst die standardisierten Messinstrumente, der „Patient Health Questionnaire-9“ (PHQ-9) und das „revidierte Beck-Depressions-Inventar“ (BDI-II), vorgestellt. Danach wird auf die Inhalte der eigenen Fragebögen eingegangen.

2.4.1 Standardisierte Fragebögen zur Depression

Der „Patient Health Questionnaire-9“ (PHQ-9, s. Anhang 7.3.1) entspricht dem Depressionsmodul des Gesundheitsfragebogens für Patienten (PHQ-D) und umfasst eine Depressionsskala mit neun Unterpunkten zur Selbstbeurteilung des Patienten. Der PHQ-9 kann messen, ob und in welchem Ausmaß (leicht, mittelgradig, schwer) eine Depression vorliegt [62-63]. Die Erhebung der Symptomatik wird auf die letzten zwei Wochen bezogen. Der PHQ-9 ist neben der Anwendung im psychotherapeutischen Bereich auch für den Einsatz in der allgemeinmedizinischen Grundversorgung grundsätzlich geeignet [63-64].

Das Beck-Depressions-Inventar („BDI-II“) ist ebenfalls ein Selbstbeurteilungsbogen, der sich auf die Symptomatik innerhalb der vergangenen zwei Wochen bezieht. Durch die Anwendung des BDI-II kann eine Aussage über die Schwere der Depression getroffen werden. Der BDI-II wird in der Forschung oft als Screening-Instrument genutzt, ist aber ebenso in der Praxis einsetzbar [65-66].

2.4.2 Entwicklung eigener Fragebögen

Zur Evaluation der Sprechstundenkarten seitens der Hausärzte wurden unter Berücksichtigung methodischer Empfehlungen zur Fragebogenkonstruktion [67] zwei papierbasierte, halb-standardisierte Fragebögen zur Vor- und Nachbefragung speziell für diese Studie entwickelt. Tabelle 2 bietet einen Überblick über die Inhalte der Messinstrumente (s. Anhang 7.2).

Die Antwortmodi der Fragebögen bestanden aus 5-stufigen Antwortskalen, Mehrfachantworten sowie Freitext-Antworten. Die mehrstufige, ungerade Skalierung der Antwortskalen wurde gewählt, um den Teilnehmern eine Antwortmöglichkeit anzubieten, mit der sie ihre Neutralität bzw. Unentschlossenheit ausdrücken konnten. Im Gegensatz zu einer binären Antwortmöglichkeit bietet die mehrstufige Antwortskala einen größeren Antwortspielraum und kann Tendenzen aufzeigen.

Tabelle 2: Inhalte der nicht-standardisierten Messinstrumente im Überblick (Fragebögen, Evaluationsbögen)

Fragebögen		Evaluationsbögen	
Vorbefragung	Nachbefragung	Schulung	Fokusgruppe
Häufigkeit und Diagnostik von Depressionen in der Praxis		Theoretische Kenntnisse	
Betreuung und weitere therapeutische Versorgung		Praktische Fähigkeiten	
Konkrete therapeutische Strategien und Empfehlungen		Wichtigkeit der Schulung	Austausch mit Kollegen
Einschätzung der eigenen Kompetenz und Ressourcen		Karten als effizientes Werkzeug	
Möglichkeiten und Grenzen einer hausärztlichen Versorgung von Patienten mit einer Depression allgemein		Einsatz der Karten in der Praxis	
		Anwendung der PKP-Karten	
		Bewertung der PKP-Karten	

2.4.3 Vorbefragung

Die Vorbefragung diente einerseits dazu, Ausgangswerte zum Wissensstand der Hausärzte zu erhalten, und andererseits dazu, individuelle Behandlungsstrategien abzufragen. Es wurden folgende Aspekte erhoben (s. Tabelle 2):

- Häufigkeit und Diagnostik von Depressionen in der Praxis:
 - Häufigkeit von Erstdiagnosen in der Hausarztpraxis,
 - Bekanntheitsgrad und/oder Einsatz standardisierter Messinstrumente (PHQ-9, BDI-II, HAMD, Sonstige).

- Betreuung und weitere therapeutische Versorgung:
 - Fakten zur Betreuung und der weiteren therapeutischen Versorgung,
 - Vorgehen bei der Medikamentösen Therapie,
 - Selbsteinschätzung: inwiefern fühlt sich der Hausarzt kompetent, eine psychosomatische Grundversorgung zur Überbrückung selbst durchzuführen,
 - Häufigkeit der Ausstellung von Überweisungen an den Gebietsarzt und/oder zur stationären Behandlung,
 - Präferenz bei der Empfehlung eines Psychotherapieverfahrens oder eines Therapeuten.

- Konkrete therapeutische Strategien und Empfehlungen:
 - Häufigkeiten konkreter therapeutischer Strategien wie z.B. Bewegung und Sport, Liste mit positiven Aktivitäten sowie
 - Handlungsempfehlungen, z.B. zur Verbesserung der Schlafhygiene oder zu Entspannungsübungen/-therapien.

- Einschätzung der eigenen Kompetenz und Ressourcen:
 - Ermittlung theoretischer und praktischer Kenntnisse zur Diagnostik und psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit Depressionen,
 - Wunsch nach weiteren Schulungsbedarf oder Maßnahmen zur Stärkung der therapeutischen Kompetenz.

- Möglichkeiten und Grenzen einer hausärztlichen Versorgung von Patienten mit einer Depression allgemein:
 - Ermittlung des Bedarfs einer hausärztlichen Versorgung von Patienten mit einer Depression,
 - Untersuchung, ob die PKP-Karten ein effektives „Werkzeug“ im hausärztlichen setting sein könnten,

- Machbarkeit der pharmakologischen Behandlung von Patienten mit Depressionen durch den Hausarzt (zumindest bei leichtem bis mittlerem Schweregrad),
- Machbarkeit der psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit Depressionen durch den Hausarzt (zumindest bei leichtem bis mittlerem Schweregrad) allein oder zur Überbrückung,
- Vorschläge zur Verbesserung der Voraussetzungen für die Behandlung von Patienten mit Depressionen (aus Sicht der Hausärzte).

2.4.4 Nachbefragung

Die Nachbefragung diene in erster Linie der Ermittlung von Veränderungen der Einstellung bzgl. der Betreuung und weiteren therapeutischen Versorgung, Einschätzung der eigenen Kompetenz und Ressourcen sowie der Möglichkeiten und Grenzen der hausärztlichen Versorgung von Patienten mit einer Depression. Des Weiteren sollten konkrete Erfahrungen und Bewertungen bzgl. der Anwendung der PKP-Karten im hausärztlichen setting erfasst werden (s. 2.4.2, Tabelle 2).

Im Rahmen der Nachbefragung wurden folgende Aspekte erhoben:

- Häufigkeit und Diagnostik von Depressionen in der Praxis:
 - Häufigkeit von Erstdiagnosen während der Studienphase (um festzustellen, ob während der Studienphase zufällig mehr Depressionen auftraten),
 - Nutzung von Messinstrumenten zur Diagnosestellung (um einen Trend abzuschätzen, welche Messinstrumente sich in den Hausarztpraxen etablieren könnten),
 - Anzahl der Patienten, die für die Studie in Frage kamen, sowie die Anzahl der Patienten die tatsächlich teilgenommen haben (um im Rahmen der Studie feststellen zu können, wie gut die Anwendung der Karten im hausärztlichen setting etabliert werden konnte),
 - Gründe für den eventuellen Ausschluss von Patienten.
- Behandlung depressiver Patienten mittels PKP-Karten:
 - Untersuchung der Bekanntheit der PKP-Karten vor Studienbeginn,
 - während der Studienphase gesammelte Erfahrung zum Einsatz der PKP-Karten,

- Tauglichkeit der Karten im Praxisalltag,
- Eruiieren des tatsächlichen zeitlichen Rahmens der Anwendung der Karten (Zeit pro Sitzung in Minuten).
- Einschätzung des Behandlungserfolgs:
 - Untersuchung der Motivation der Patienten während des Fertigkeitentrainings,
 - Annahme der Behandlung mittels PKP-Karten,
 - Einschätzung der Hausärzte, ob die Patienten die Anwendung der Sprechstundenkarten nach Konsultation weiterführen und
 - ob eine Besserung der Symptomatik durch den Einsatz der Karten subjektiv ersichtlich war.
- Bewertung der Sprechstundenkarten:
 - Ermittlung, ob bestimmte Karten besser als andere bewertet wurden (Bewertung mittels Schulnoten),
 - Untersuchung der Vor- und Nachteile,
 - Eignung, die Wartezeit bis zu einer ambulanten Psychotherapie zu überbrücken oder sogar Letztere zu ersetzen.

Abschließend wurde auch im Nachbefragungsbogen Raum für Vorschläge, Verbesserungen und weitere Ideen zur Anwendung in Form von Freitext-Antworten zur Verfügung gestellt.

2.4.5 Evaluation: Schulung und Fokusgruppe

Die Evaluationsbögen der Schulung und Fokusgruppe (s. Anhang 7.2.3) dienen der Erfassung der Qualität und dem Feedback zu den vermittelten Inhalten, aber auch der ersten Einschätzung seitens der Hausärzte, ob die Anwendung der Sprechstundenkarten in der Praxis umsetzbar ist.

Evaluationsbogen zur Schulung: Die inhaltliche Datenerhebung (mittels 5-stufiger Skala) umfasste die Einschätzung zur Relevanz der Schulung und Machbarkeit des Einsatzes der Karten im Praxisalltag (hypothesenprüfende Inhalte: effizienter Einsatz, organisatorische Machbarkeit). Die übrigen Fragen dienten der Qualitätssicherung.

Evaluationsbogen zur Fokusgruppe: Die inhaltliche Datenerhebung (mittels 5-stufigerSkala) umfasste insbesondere die Einstellung zum Online-Format (zoom®), eine Rückmeldung zum persönlichen theoretischen und praktischen Nutzen sowie die Einschätzung zur Machbarkeit des Einsatzes der Karten im Praxisalltag (hypothesenprüfende Inhalte: effizienter Einsatz, organisatorische Machbarkeit). Die übrigen Fragen dienten der Qualitätssicherung.

2.5 Stichprobe

Die Hausärzte wurden aus den zum Zeitpunkt der Rekrutierung (Juni-Juli 2020) bestehenden 89 Lehrarztpraxen des Instituts für Allgemeinmedizin der Universität Würzburg per E-Mail und Fax kontaktiert. Die Einladung zur freiwilligen Teilnahme an der vorliegenden Studie beinhaltete grundlegende Informationen zu Inhalt und Ablauf der Studie. Angesichts der schwierigen Situation während der Corona-Pandemie und da es sich um eine explorative Studie handelte, wurde eine Teilnahme von circa 20 Hausärzten angestrebt, die insgesamt circa 30 Patienten mittels PKP behandeln sollten.

2.5.1 Ein- und Ausschlusskriterien

Es galten nachstehende Einschlusskriterien für die Hausärzte bzw. Hausarztpraxen:

- Teilnahme interessierter Hausärzte unabhängig von Praxisstandort möglich,
- teilnehmende Hausärzte sollten „KV-Sitz“ haben (Berechtigung zur Behandlung gesetzlich krankenversicherter Patienten mit Kostenerstattung durch die Kassenärztliche Vereinigung),
- Bereitschaft zur Teilnahme an zweistündiger Schulung.

Für die Hausärzte bzw. Hausarztpraxen wurden folgende Ausschlusskriterien formuliert:

- Schwerpunktpraxen für Psychotherapie,
- Praxen ohne „KV-Sitz“.

Es galten nachstehende Einschlusskriterien für die Patienten:

- Mindestalter von 18 Jahren (keine obere Altersgrenze),
- Deutsch als Muttersprache oder vergleichbar gute Deutschkenntnisse,
- leichte oder mittelgradige Schwere der Depression,
 - Erfassung mittels PHQ-9: 5-14 Punkte,
 - Erfassung mittels BDI-II: 10-29 Punkte,

- Erstdiagnose einer Depression oder Rezidiv nach krankheitsfreier Phase von mind. 3 Jahren. In diesen drei Jahren durfte
 - keine Psychotherapie, jedoch stabile Pharmakotherapie stattgefunden haben,
- begleitende/parallele Behandlung durch einen Facharzt erlaubt,
- Einschluss von Patienten mit somatischer Erkrankung in Ausnahmefällen möglich, solange eine Verzerrung der Ergebnisse durch die somatische Erkrankung nicht zu erwarten ist.

Für die Patienten wurden folgende Ausschlusskriterien formuliert:

- Hinweise auf dementielle Beeinträchtigungen, Schizophrenie, Abhängigkeitserkrankungen, Substanzmissbrauch, psychotische Symptome oder hochdosierte Behandlung mit Benzodiazepinen,
- Patienten mit einer hochgradigen Schwere der Depression.

Auf den Einbezug von Patientendaten wurde aus verschiedenen Gründen verzichtet. Das Erheben der Daten hätte v.a. einen erhöhten datenschutzrechtlichen Aufwand für die Aufklärung/Einwilligung der Patienten zufolge gehabt, welcher für das explorative Vorhaben der Machbarkeitsstudie nicht vorgesehen war. Außerdem sollte auf Seite der Hausärzte der zeitliche und bürokratische Aufwand verringert werden.

2.6 Datenerhebung

Die Daten wurden manuell in Papierform erfasst. Alle Fragebogendaten wurden pseudonymisiert erhoben. Die Namen Name der Teilnehmer wurden durch ein Pseudonym (ein Code, bestehend aus einer Buchstaben- und Zahlenkombination) ersetzt (s. 2.4.2, Tabelle 2).

2.6.1 Datenspeicherung und -nutzung

Nur Mitarbeiter des Institutes für Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Würzburg (UKW), die in der Studie beschäftigt waren, hatten Zugang zu den Daten. Die Speicherung der Daten erfolgte auf passwortgeschützten Datenträgern des Instituts für Allgemeinmedizin des UKW.

2.6.2 Datenschutz

Die Hausärzte erhielten am Tag der Schulung im September 2020 eine schriftliche Aufklärung zu projektspezifischen und allgemeinen Hinweisen zum Datenschutz.

Weiterhin wurden sie schriftlich über die Freiwilligkeit der Teilnahme und das Recht des Widerrufs aufgeklärt. Die Teilnehmer willigten schriftlich in die Aufklärung zum Datenschutz ein.

2.7 Statistische Analyse

Für die statistische Datenanalyse wurde das Programm SPSS (IBM SPSS Statistics 26 Premium 2020-2021) verwendet.

Die Datenauswertung erfolgte überwiegend mittels quantitativer Methoden, während vereinzelte offene Fragen und Beiträge der Fokusgruppe mittels qualitativer Methoden untersucht wurden.

2.7.1 Deskriptive Statistik

Zur Darstellung der Ergebnisse wurden Mittelwert, Standardabweichung, Maximum, Minimum und (relative) Häufigkeiten berechnet.

Mehrfachantworten wurden in Antwortkategorien eingeteilt. Damit die Antwortkategorien in ihrer Häufigkeit in Prozent beurteilt werden konnten, erfolgte die Umwandlung in Mehrfachantworten-Sets.

Freitext-Antworten und mündliche Beiträge aus der Fokusgruppe wurden i.S. einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring [68] bearbeitet. Die Inhalte der offenen Fragen wurden wörtlich als Schlagworte transkribiert und induktiv kategorisiert. Der Einteilung in Kategorien folgte die Erstellung einer Häufigkeitsverteilung. Grafisch wurden die Ergebnisse durch Balkendiagramme dargestellt.

2.7.2 Inferenzstatistik

Bezüglich des Antwortformats im Fragebogen wurde nach Möglichkeit eine 5-stufige Likert-Skala verwendet. Hierbei konnte eine Äquidistanz bezüglich der Abstände zwischen den Items angenommen werden, sodass die Auswertung auf Intervalldatenniveau erfolgte. Für den Vorher-nachher-Vergleich wurden t-Tests und der Vorzeichenstest (zweiseitig) berechnet. Für alle statistischen Tests wurde ein Signifikanzniveau von $p < 0.05$ angenommen.

2.7.3 Ethikvotum

Die Ethikkommission des Universitätsklinikums Würzburg bewilligte das Vorhaben (Aktenzeichen: 20200302 01).

3 Ergebnisse

3.1 Vorbereitende Datenanalyse

Die Ergebnisse der Fragebögen vor und nach der Intervention wurden zunächst separat voneinander in einer statistischen Datenbank in SPSS eingegeben. Für die vergleichende Analyse der Vorher-nachher-Ergebnisse wurden beide Datensätze zusammengeführt. Alle erhobenen Daten flossen in die Analysen ein.

3.1.1 Umgang mit Missing Data

Vereinzelt kam es sowohl in den Fragebögen als auch in den Evaluationsbögen vor, dass Fragen nicht beantwortet wurden. Fehlende Werte wurden numerisch (als Zahl -9) in SPSS definiert und flossen nicht mit in die Auswertung ein.

3.2 Beschreibung der Stichprobe

Insgesamt nahmen nach der Rekrutierung von 89 Lehrarztpraxen des Institutes für Allgemeinmedizin der Universität Würzburg 13 Hausärzte an der Studie teil. Davon waren 8 weiblich und 5 männlich. Die Einzugsgebiete der Praxen erstreckten sich von Würzburg Stadt und unmittelbarer Umgebung (6 Praxen) bis hin zum Würzburger Umland (6 Praxen). Eine Praxis lag außerhalb dieses Einzugsgebietes in Baden-Württemberg. Elf der 13 Hausarztpraxen waren hausärztliche Gemeinschaftspraxen. Es wurden keine soziodemografischen Daten der teilnehmenden Hausärzte erhoben. Zwölf der 13 teilnehmenden Hausärzte waren die PKP-Sprechstundenkarten vor Studienbeginn nicht bekannt.

Es wurden insgesamt 32 Patienten unter Anwendung der PKP-Sprechstundenkarten behandelt.

Zu Studienende zeigte sich, dass im Durchschnitt 9 Patienten ($M=9.08$, $SD=4.94$) für die Studie in Frage kamen (s. Anhang 7.1, Tabellen 6, 8).

Im Durchschnitt nahmen 3 Patienten ($M=2.54$, $SD=1.89$) tatsächlich teil (s. Anhang 7.1, Tabellen 7, 8).

Es gab verschiedene Gründe, warum Patienten nicht an der Studie teilnahmen.

Auf Seite der Patienten wurde eine fehlende Bereitschaft zur Arbeit mit den PKP-Karten genannt. Ebenso kam es vor, dass Patienten Termine absagten, z.B. aufgrund der Besserung der Symptomatik, eines Wechsels des Behandlers oder der bedenklichen Lage während der Corona-Pandemie.

Auf Seite der Hausärzte wurden weitere Faktoren genannt.

Einerseits beschrieben die Hausärzte Probleme mit der Integration und Einarbeitung der Anwendung der PKP-Karten im Praxisalltag.

Andererseits führte Zeitmangel zur Nicht-Aufnahme von Patienten (s. Anhang 7.1, Tabelle 9).

3.3 Ergebnisse der Befragungen vor und nach der Intervention

Die Reihenfolge und Gliederung der Auswertung orientiert sich an der Struktur des Vorher-Fragebogens vor Interventionsbeginn. Nach der Darstellung der Einstellungen der Hausärzte vor Interventionsbeginn (Hausärzteschulung) werden zu jedem Themengebiet zunächst die Ergebnisse vor Beginn der Arbeit mit den PKP-Karten dargestellt und im Anschluss die Ergebnisse aus der Nachbefragung im direkten Vorher-nachher-Vergleich präsentiert. Abschließend werden die Ergebnisse aus der Nachbefragung speziell zur Anwendung und Bewertung der PKP-Karten sowie die inhaltlichen Ergebnisse der Fokusgruppe dargestellt.

3.3.1 Häufigkeit und Diagnostik von Depressionen in der Praxis

Stellung der Erstdiagnose: Zu Studienbeginn gaben die Hausärzte an, dass sie die Erstdiagnose einer Depression mehrmals pro Monat oder sogar häufiger, mehrmals pro Woche ($M=1.85$, $SD=.55$) stellten. Zu Studienende gaben alle Hausärzte an, dass sie während der Interventionsphase die Erstdiagnose einer Depression mehrmals im Monat ($M=2.00$, $SD=.00$) stellten. Im Vergleich ist festzustellen, dass sich kein signifikanter Vorher-nachher-Unterschied zeigte (s. Anhang 7.1, Tabelle 10).

Bekanntheit von Messinstrumenten (PHQ-9, BDI-II, HAMD): Zu Studienbeginn gaben 5 von 9 Hausärzten an, den PHQ-9 und HAMD zu kennen. Der BDI-II war lediglich 3 von 9 Hausärzten bekannt (s. Anhang 7.1, Tabelle 11).

Diagnosestellung von Depressionen in der Hausarztpraxis: Zu Studienbeginn gaben die Hausärzte an, den PHQ-9 häufiger als den BDI-II zu nutzen. Die Diagnostik erfolgte v.a. anhand der Symptomatik sowie der S3-Leitlinien (s. 1.1.4). Der HAMD wurde von den befragten Hausärzten gar nicht genutzt. Zu Studienende gaben die Hausärzte an, dass sie die Diagnose der Depression auch in Zukunft v.a. anhand der Symptomatik sowie der S3-Leitlinien und Messinstrumenten (PHQ-9>BDI-II>HAMD) stellen werden. Im Vergleich ist festzustellen, dass die Diagnostik im hausärztlichen Kontext v.a. anhand der Symptomatik sowie der S3-Leitlinien erfolgte (s. Anhang 7.1, Tabelle 12).

Geschätzter Anteil (%) an Patienten in der Hausarztpraxis die in den letzten 3 Monaten unter Depressionen litten

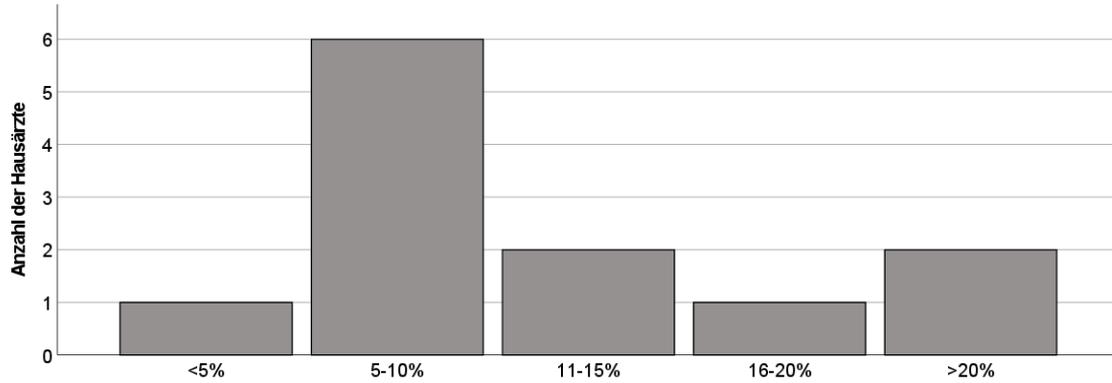


Abbildung 6: Auftreten von Depressionen in der Hausarztpraxis ($n=12$)

Der Anteil der Patienten, die in der Hausarztpraxis in den letzten 3 Monaten unter Depressionen litten, wurde in der Vorbefragung am häufigsten auf 5-10% und darüber geschätzt (s. Abb. 6; s. Anhang 7.1, Tabelle 13).

3.3.2 Betreuung und weitere therapeutische Versorgung

Pharmakologische Therapie: Während vor der Intervention 7 der 13 Hausärzte angaben, die pharmakologische Therapie häufig selbst zu initiieren und zu betreuen, waren es nachher 9 (s. Abb. 7 und Tabelle 3).

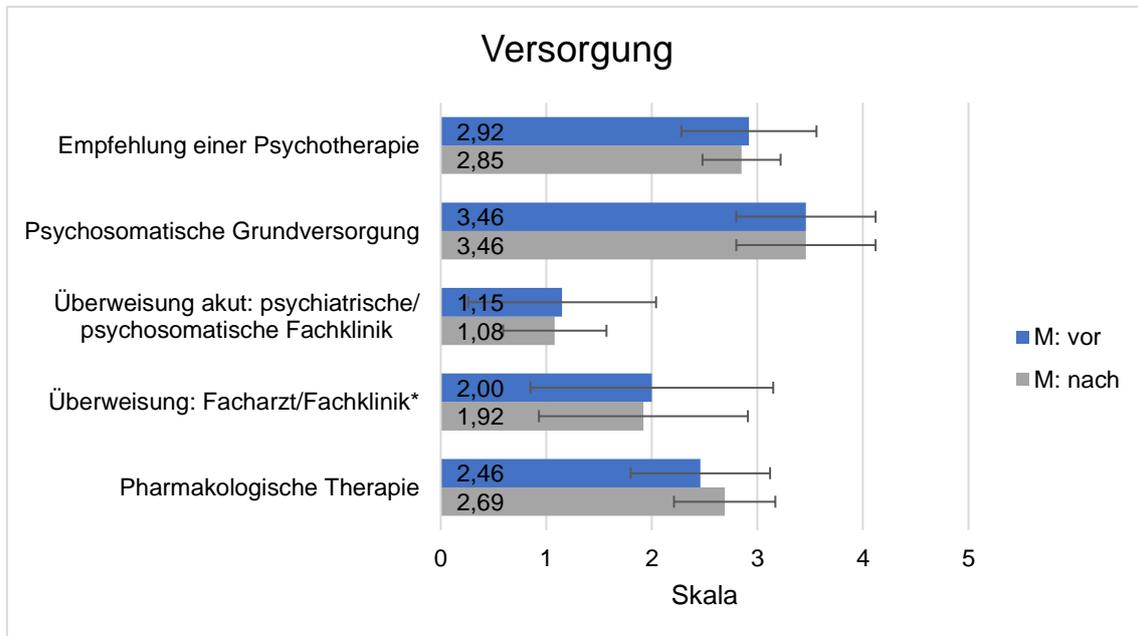


Abbildung 7: Gegenüberstellung der Versorgung vor und nach der Intervention (Skala: 0=„nie“ - 4=„immer“, Fehlerbalken: SD, n=13, *Nachbefragung n=12)

Überweisung zum Facharzt und Einweisung in eine Fachklinik: In der Vorbefragung gaben 6 von 13 Hausärzten an, die Patienten mit Depressionen häufig selbst zu behandeln. Sieben der 12 Hausärzte überwiesen die Patienten an einen Psychiater oder Neurologen/ Nervenarzt, wobei eine akute Überweisung in eine psychiatrische/ psychosomatische Fachklinik bei 9 von 13 Hausärzten eher selten bis nie vorkomme. In der Nachbefragung gaben 5 von 12 Hausärzten an, die Patienten mit Depressionen weiterhin häufig selbst zu behandeln. Sieben von 12 Hausärzten überwiesen die Patienten unterschiedlich häufig an einen Psychiater oder Neurologen/ Nervenarzt. Eine akute Einweisung eines Patienten in eine psychiatrische/ psychosomatische Fachklinik komme laut 10 von 13 Hausärzten eher selten vor (s. Abb. 7 und Tabelle 3).

Psychosomatische Grundversorgung zur Überbrückung: In der Vorbefragung gaben alle Hausärzte an, die psychosomatische Grundversorgung zur Überbrückung in den meisten Fällen selbst durchzuführen. In der Nachbefragung gaben alle Hausärzte an,

dass sie die psychosomatische Grundversorgung zur Überbrückung in den meisten Fällen weiterhin selbst durchführten (s. Abb. 7 und Tabelle 3).

Empfehlung einer Psychotherapie: Während in der Vorbefragung 8 der 13 Hausärzte angaben, häufig eine Psychotherapie zu empfehlen, waren es in der Nachbefragung 11. Im Vergleich ist festzustellen, dass alle Hausärzte eine Psychotherapie empfehlen würden (s. Abb. 7 und Tabelle 3).

Tabelle 3: Gegenüberstellung der Betreuung und weiteren therapeutischen Versorgung vor und nach der Intervention

Item	Antwortkategorie					Gesamt (%)
	nie	selten	manchmal	häufig	immer	
	Vorher: n (%) / Nachher: n (%)					
Pharmakologische Therapie	0/0	1 (7,7)/ 0	5 (38,5)/ 4 (30,8)	7 (53,8)/ 9 (69,2)	0/0	100,0
Überweisung an Facharzt	0/0	6 (46,2)/ 5 (41,7)*	3 (23,1)/ 4 (33,3)*	2 (15,4)/ 2 (16,7)*	2 (15,4)/ 1 (8,3)*	100,0
Überweisung akut in Fachklinik	3 (23,1)/ 1 (7,7)	6 (46,2)/ 10 (76,9)	3 (23,1)/ 2 (15,4)	1 (7,7)/ 0	0/0	100,0
Psychosomatische Grundversorgung	0/0	0/0	1 (7,7)/ 1 (7,7)	5 (38,5)/ 5 (38,5)	7 (53,8)/ 7 (53,8)	100,0
Empfehlung einer Psychotherapie	0/0	0/0	3 (23,1)/ 2 (15,4)	8 (61,5)/ 11 (84,6)	2 (15,4)/ 0	100,0

n= 13 (*n=12); Skala: 0=„nie“ - 4=„immer“

Im Vergleich zeigten sich bei den in Tabelle 3 abgebildeten Punkten keine signifikanten Unterschiede (s. Anhang 7.1, Tabelle 14).

Die Nutzung von Serviceangeboten zur Therapieplatzvermittlung (z.B. über KV oder Krankenkasse) wurde von 84,6% der Hausärzte in der Vorbefragung, neben der Empfehlung bekannter Therapeuten bzw. jener Therapeuten mit zeitnahen Therapieplätzen (jeweils 61,5%) empfohlen. Weniger als die Hälfte der Hausärzte (46,2%) empfahlen Therapeuten aufgrund positiver Erfahrungen oder Rückmeldungen anderer Patienten. Zwei von 13 Hausärzten empfahlen „Sonstiges“ (bspw. psychologisch/ psychotherapeutisch spezialisierte Ergotherapeuten; Empfehlung anhand von Listen mit Therapeuten) (s. Anhang 7.1, Tabelle 15).

Die Nutzung von Serviceangeboten wurde auch in der Nachbefragung von Hausärzten häufig (92,3%) empfohlen, neben der Empfehlung eines Therapeuten wg. „positiver Erfahrungen“ (61,5%) bzw. jener bekannten Therapeuten (46,2%) (s. Anhang 7.1, Tabelle 15). Im Vergleich ist festzustellen, dass die Nutzung von Serviceangeboten häufig empfohlen wurde (s. Anhang 7.1, Tabelle 14).

Bevorzugung einer Psychotherapie: In der Vorbefragung wurde von 46,2% der Hausärzte kein Psychotherapieverfahren bevorzugt, aber deutlich häufiger wurde die kognitive Verhaltenstherapie (38,5%) empfohlen. Weniger häufig (15,4%) wurde die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie empfohlen. Die Analytische Psychotherapie wurde nur von einem und die Systemische Therapie von keinem der Hausärzte empfohlen (s. Anhang 7.1, Tabelle 16).

In der Nachbefragung gaben 61,5% der Hausärzte an, häufig kognitive Verhaltenstherapien zu empfehlen. Ein Teil empfiehlt kein Psychotherapieverfahren bevorzugt (30,8%). Drei der 13 Teilnehmer empfahlen eine tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (s. Anhang 7.1, Tabelle 16). Im Vergleich zeigte sich, dass die kognitive Verhaltenstherapie bevorzugt empfohlen wurde.

3.3.3 Bisherige therapeutische Strategien und Empfehlungen

Folgende Daten wurden nur in der Vorbefragung erhoben.

Aufklärung über die Merkmale einer Depression (Psychoedukation): 100% der teilnehmenden Hausärzte führten bereits Psychoedukation durch (s. Anhang 7.1, Tabelle 17).

Schlafhygiene: 100% der teilnehmenden Hausärzte empfahlen bereits Maßnahmen, die die Schlafhygiene verbessern sollen. (s. Anhang 7.1, Tabelle 17).

Bewegung und Sport: Bewegung und Sport wurden von 100% der teilnehmenden Hausärzte empfohlen. (s. Anhang 7.1, Tabelle 17).

Empfehlung von Entspannungsübungen und -therapien: Entspannungsübungen (30,8%=immer) wurden weniger häufig als Sport und Bewegung (46,2%=immer) empfohlen. Es wurden v.a. Progressive Muskelrelaxation (PMR) und Sonstiges (z.B. Yoga, Achtsamkeit oder Qigong) von 10 der 13 Teilnehmer empfohlen. Autogenes Training wurde von 9 der 13 Teilnehmer empfohlen. Hypnose wurde gar nicht empfohlen (s. Anhang 7.1, Tabelle 18).

Empfehlung positiver Aktivitäten: Positive Aktivitäten wurden häufig empfohlen. Dabei war es weniger üblich, dass die Hausärzte zusammen mit dem Patienten eine individuelle Liste mit positiven Aktivitäten erstellten (30,8%=selten, 23,1%=nie). 38,5%

der Hausärzte erstellten jedoch häufig eine Liste zusammen mit dem Patienten (s. Anhang 7.1, Tabelle 17).

Aufgeben von Hausaufgaben: Manche Hausärzte gaben den Patienten konkrete Hausaufgaben zur Förderung positiver Aktivitäten mit nach Hause (15,4%=immer, 30,8%=häufig, 23,1%=manchmal). Eine Minderheit der Hausärzte gab nie (15,4%) oder selten (15,4%) Hausaufgaben auf (s. Anhang 7.1, Tabelle 17).

Empfehlung Genusstraining: Das Genusstraining wurde am wenigsten (23,1%=manchmal, 38,5%=selten) bis gar nicht (38,5%) empfohlen (s. Anhang 7.1, Tabelle 17).

Empfehlung „Sonstiges“: Zwei von 13 Hausärzten gaben weitere therapeutische Strategien an, wie z.B. das Explorieren konkreter Probleme mit anschließender gemeinsamer Lösungsfindung oder das Hervorheben „positiver Aspekte im Leben“ (s. Anhang 7.1, Tabelle 17).

3.3.4 Einschätzung der eigenen Kompetenz und Ressourcen

Diagnosestellung einer Depression: Während in der Vorbefragung 76,9% der Hausärzte angaben, sich überwiegend sicher bei der Diagnosestellung einer Depression zu fühlen, waren es in der Nachbefragung 92,3%. Ein geringer Teil (7,7%) beschrieb Unsicherheiten bei der Diagnosestellung (s. Anhang 7.1, Tabelle 19). Im Vergleich zeigte sich, dass sich die Hausärzte nach der Intervention signifikant sicherer bei der Diagnosestellung einer Depression fühlten ($p=.018$) (s. Abb. 8; Anhang 7.1, Tabelle 20).

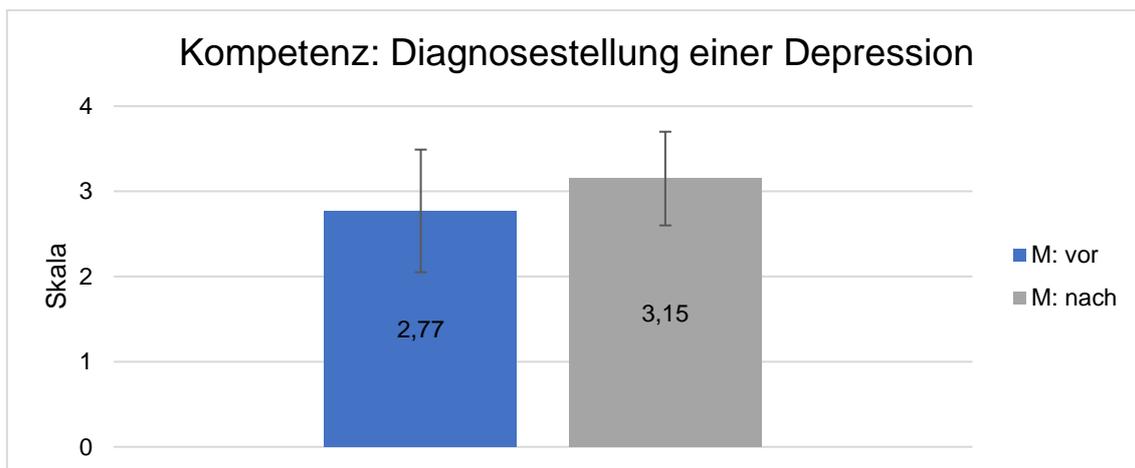


Abbildung 8: Gegenüberstellung der Diagnosestellung einer Depression vor und nach der Intervention (Skala: 0="stimme gar nicht zu" - 4="stimme voll zu", Fehlerbalken: SD , $n=13$)

Theoretische und praktische Kenntnisse zur Psychotherapie einer Depression: In der Vorbefragung gaben die Hausärzte an, dass sie ihre theoretischen ($M=1.69$, $SD=1.10$) und praktischen ($M=1.92$, $SD=1.18$) Kenntnisse zur Psychotherapie einer Depression im Durchschnitt als mittelmäßig gut einschätzen, wobei es deutliche interindividuelle Unterschiede gab (s. Anhang 7.1, Tabellen 19, 20). In der Nachbefragung gaben die Hausärzte an, ihre theoretischen ($M=2.38$, $SD=.87$) und praktischen ($M=2.46$, $SD=.96$) Kenntnisse weiterhin im Durchschnitt als mittelmäßig gut einzuschätzen, wobei es auch hier interindividuelle Unterschiede gab (s. Anhang 7.1, Tabellen 19, 20).

Im Vergleich zeigte sich, dass die Hausärzte ihre theoretischen und praktischen Kenntnisse zur Psychotherapie als verbessert beschrieben.

Psychotherapeutische Behandlung zur Überbrückung: In der Vorbefragung gaben etwas weniger als die Hälfte (38,5%) der Hausärzte an, sich sicher zu fühlen, Patienten mit einer Depression zur Überbrückung psychotherapeutisch selbst zu behandeln. 38,5% der Hausärzte beschrieben diesbezüglich Unsicherheiten (s. Anhang 7.1, Tabelle 19).

In der Nachbefragung gaben deutlich mehr Hausärzte (61,6%) an, sich bei der überbrückenden Behandlung sicher zu fühlen. 30,8% der Hausärzte beschrieben Unsicherheiten oder fühlten sich nicht sicher (7,7%) (s. Anhang 7.1, Tabelle 19).

Im Vergleich zeigte sich, dass sich die Hausärzte nach der Intervention (noch) sicherer fühlten, Patienten mit einer Depression zur Überbrückung psychotherapeutisch zu behandeln.

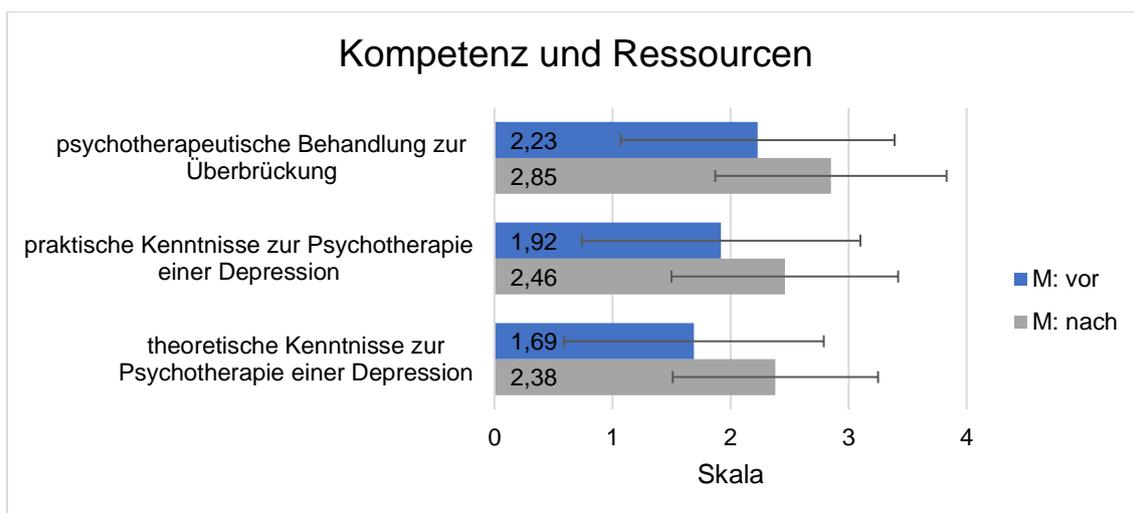


Abbildung 9: Gegenüberstellung der Kompetenz und Ressourcen vor und nach der Intervention (Skala: 0="stimme gar nicht zu" - 4="stimme voll zu", Fehlerbalken: SD, n=13)

Bei jeweils höheren Mittelwerten in der Nachbefragung zeigte sich bei den in Abb. 9 dargestellten Punkten kein signifikanter Unterschied im Vorher-nachher-Vergleich (s. Anhang 7.1, Tabelle 20).

Maßnahmen zur Stärkung der therapeutischen Kompetenz: Die Hausärzte wünschten sich in der Vorbefragung v.a. mehr Schulungen und Fortbildungen zur Vermittlung theoretischer Grundlagen (84,6%) der Depression und praktischen Übungen (92,3%), um konkrete Behandlungsschritte einzuleiten. Außerdem wünschten sie sich ein stärkeres Gewicht des Themas „Depression“ in Weiterbildungen (61,5%) und im Studium (23,1%). Zwei von 13 Hausärzten wünschten keine Maßnahmen zur Stärkung ihrer therapeutischen Kompetenzen, da sie sie als ausreichend erachteten, oder die Patienten zum Spezialisten überweisen würden. Ein Hausarzt wünschte sich generell mehr Fokussierung auf das Trainieren der psychotherapeutischen Kompetenz (s. Anhang 7.1, Tabelle 21).

3.3.5 Möglichkeiten und Grenzen einer hausärztlichen Versorgung von Patienten mit einer Depression allgemein

Bedarf einer hausärztlichen Versorgung von Patienten mit Depression: Zu Studienbeginn wird der Bedarf einer hausärztlichen Versorgung von Patienten mit Depression von den Hausärzten als sehr hoch beschrieben (92,3%=stimme voll zu, 7,7%=stimme zu). Es gab keinen Arzt, der diesen Bedarf nicht sah (s. Anhang 7.1, Tabelle 22).

Machbarkeit der pharmakologischen Behandlung von Patienten mit einer Depression durch den Hausarzt: Zu Studienbeginn fühlten sich 92,3% der Hausärzte kompetent bezüglich der pharmakologischen Behandlung einer Depression (zumindest bei leichtem bis mittlerem Schweregrad) (s. Anhang 7.1, Tabelle 22).

Zu Studienende gaben weiterhin 92,3% der Hausärzte an, dass sie sich auch nach Intervention kompetent bezüglich der pharmakologischen Behandlung (zumindest bei leichtem bis mittlerem Schweregrad) fühlten (s. Anhang 7.1, Tabelle 22).

Machbarkeit der psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit einer Depression durch den Hausarzt zur Überbrückung: Zu Studienbeginn gaben 69,3% der Hausärzte an, dass die psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit einer Depression zur Überbrückung durchaus machbar ist (zumindest bei leichtem bis mittlerem Schweregrad). Nur wenige Hausärzte (4 von 13) beschrieben Unsicherheiten bzgl. der Machbarkeit (s. Anhang 7.1, Tabelle 22).

Zu Studienende gaben 92,3% der Hausärzte an, dass die psychotherapeutische Behandlung zur Überbrückung durchaus machbar ist (s. Anhang 7.1, Tabelle 22).

Im Vergleich zeigte sich, dass die psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit einer Depression durch den Hausarzt zur Überbrückung machbar scheint.

Machbarkeit der psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit einer Depression durch den Hausarzt allein: Zu Studienbeginn wurde die Machbarkeit einer psychotherapeutischen Behandlung von Patienten mit einer Depression allein durch den Hausarzt von den Hausärzten als zwiespältig beschrieben (46,2%=machbar, 15,4%=unentschieden, 38,5%=nicht machbar) (zumindest bei leichtem bis mittlerem Schweregrad) (s. Anhang 7.1, Tabelle 22).

Zu Studienende wurde die Machbarkeit von den Hausärzten weiterhin indifferent beschrieben (23,1%=machbar, 30,8%=unentschlossen, 46,2%=nicht machbar) (s. Anhang 7.1, Tabelle 22).

Im Vergleich zeigte sich, dass nach der Intervention weniger Hausärzte der Meinung waren, dass die psychotherapeutische Behandlung von Patienten mit einer Depression allein durch den Hausarzt machbar sei.

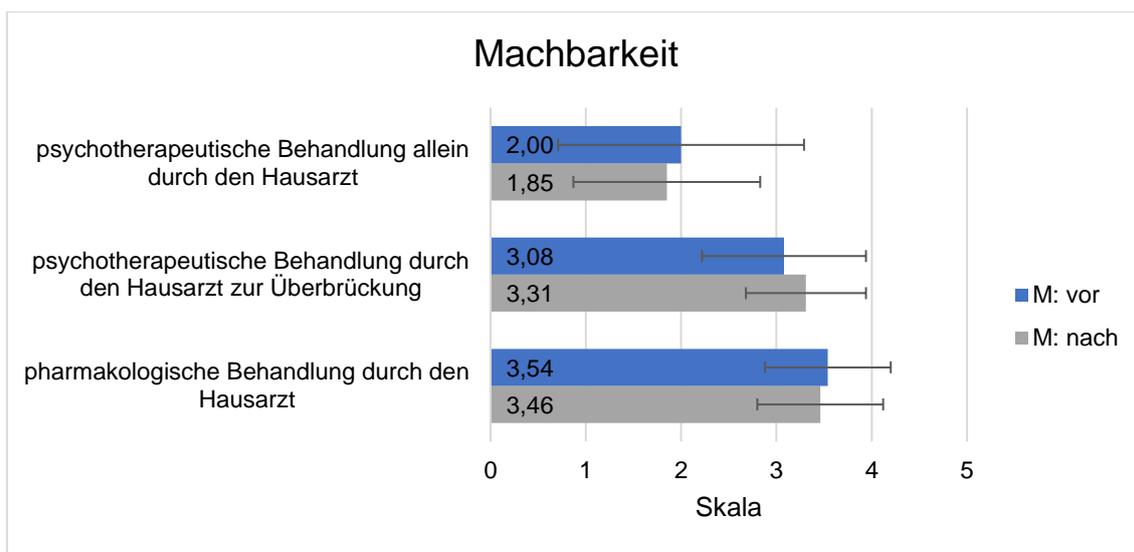


Abbildung 10: Gegenüberstellung der Machbarkeit der hausärztlichen Versorgung vor und nach der Intervention (Skala: 0="stimme gar nicht zu" - 4="stimme voll zu", Fehlerbalken: SD, n=13)

Im Vergleich zeigten sich bei den in Abb. 10 dargestellten Punkten keine signifikanten Unterschiede (s. Anhang 7.1, Tabelle 23).

Bedarf zur Verbesserung der Voraussetzungen für die hausärztliche Behandlung von Patienten mit Depressionen: Aus Sicht der Mehrzahl der Hausärzte (84,6%) bestand Bedarf zur Verbesserung der Voraussetzungen für die hausärztliche Behandlung von Patienten mit Depressionen. Zwei von 13 Hausärzten sahen diesen Bedarf nicht (s. Anhang 7.1, Tabelle 22).

Zur Frage, welche Voraussetzungen für die hausärztliche Behandlung von Patienten mit Depressionen geschaffen werden müssen, äußerten sich 8 von 13 Hausärzten in Form von Freitext-Beiträgen (s. auch Anhang 7.1, Tabelle 24).

5 von 8 Hausärzten beschrieben einen hohen Bedarf an Schulung und Fortbildung zum Thema Depression. Drei von 8 Hausärzten gaben neben dem Wunsch eines Kompetenztrainings an, dass sie gerne mehr Zeit zur Behandlung depressiver Patienten

hätten, was sich im Praxisalltag jedoch organisatorisch oft schwierig gestalten würde. Außerdem sollten die Abrechnungsmöglichkeiten geändert werden.

Darüber hinaus sollte laut einem der 8 Hausärzten das Thema Depression stärker im Studium vertreten sein. Ein weiterer Hausarzt wünschte sich die Verbesserung der Vergütung über die Krankenkassen sowie der Anerkennung z.B. durch den medizinischen Dienst der Arbeitsagentur. Außerdem merkte ein Arzt an, mehr Bedarf an kollegialem Austausch zu diesem Thema zu haben.

3.3.6 Anwendung der PKP-Karten

Den meisten Hausärzten (92,3%) waren die PKP-Karten vor Teilnahme an der Studie nicht bekannt (s. Anhang 7.1, Tabelle 25). Die Hausärzteschulung im Vorfeld wurde als sehr wichtig beschrieben, um die Karten in der Praxis anwenden zu können ($M=3.62$, $SD=.65$) (s. Abb.11; s. Anhang 7.1, Tabelle 26).

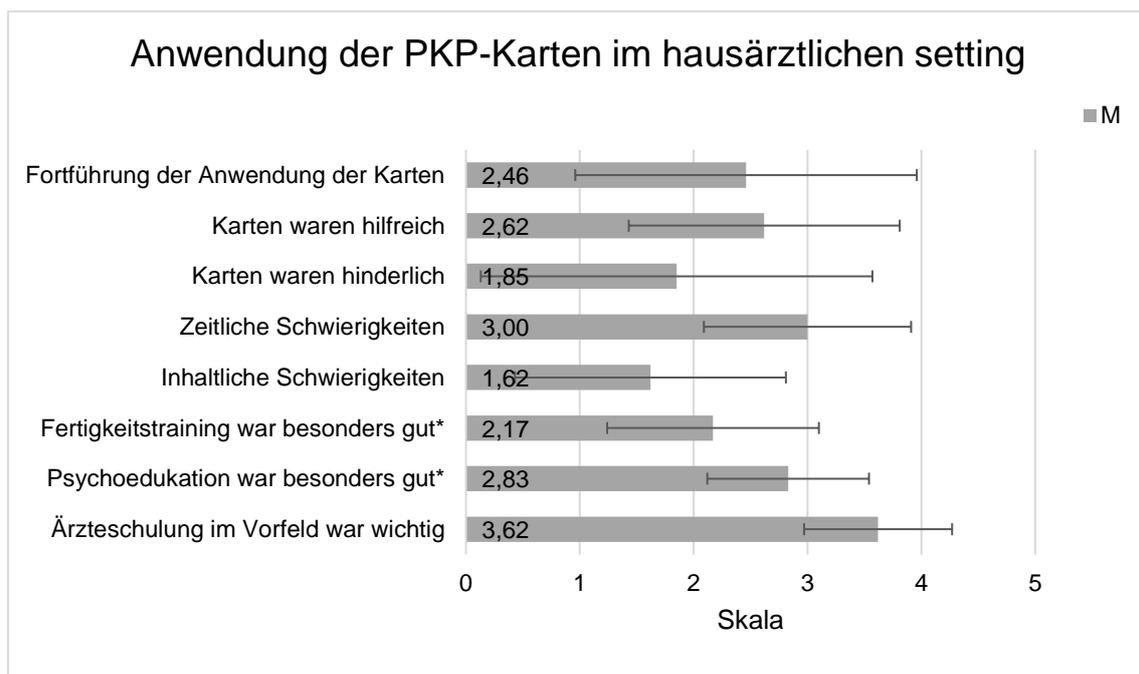


Abbildung 11: Bewertung der Anwendung der PKP-Karten im hausärztlichen setting ($n=13$; Skala: 0="stimme gar nicht zu" - 4="stimme voll zu", Fehlerbalken: SD , * $n=12$)

Bewertung einzelner Säulen: Die Fragen, welchen Teil (Psychoedukation/ Fertigkeitstraining) die Hausärzte besonders „gut“ fanden, wurden von 12 Hausärzten bewertet. Die meisten Hausärzte (66,7%) fanden das Psychoedukationstraining während der Behandlung besonders gut (s. Anhang 7.1, Tabelle 26).

Das Fertigkeitentraining während der Behandlung hingegen wurde von 5 der 12 Hausärzte als besonders gut beschrieben. Ein Teil der Hausärzte (41,7%) beschrieb Unsicherheiten bei der Bewertung des Fertigkeitentrainings oder empfand es als nicht gut (16,6%) (s. Anhang 7.1, Tabelle 26).

Inhaltliche und zeitliche Schwierigkeiten: Etwas weniger als die Hälfte (46,2%) der Hausärzte gab an, keine inhaltlichen Schwierigkeiten mit der Anwendung der Karten zu haben. Ein Teil beschrieb Unsicherheiten. Die meisten Hausärzte (77%) hatten wegen des Zeitdrucks im Praxisalltag Schwierigkeiten, die Karten anzuwenden (s. Anhang 7.1, Tabellen 25, 26).

Karten als hilfreiches „Werkzeug“: Etwas weniger als die Hälfte der Hausärzte (38,5%) empfand die Karten als hinderlich bei der Behandlung. Die meisten Hausärzte (61,6%) beschrieben, dass ihnen die Karten bei der Behandlung depressiver Patienten halfen. Ein Teil (23,1%) beschrieb diesbezüglich Unsicherheiten (s. Anhang 7.1, Tabelle 26). Wenigen Hausärzten (15,4%) hätten die Karten nicht geholfen. Mehr als die Hälfte der Hausärzte (61,6%) würde die Arbeit mit den Karten gerne über die Studie hinaus fortführen (s. Anhang 7.1, Tabellen 25, 26).

Sitzungsdauer im Durchschnitt: Die durchschnittliche Dauer einer Sitzung pro Patient betrug 24 Minuten ($Min.=15$, $Max.=38$, $M=24.45$, $SD=7.60$, $n=11$) (s. Anhang 7.1, Tabelle 26). Am häufigsten wurde die Dauer auf 20-30 Minuten geschätzt. Ein Hausarzt gab eine Durchschnittsdauer von mehr als 30 Minuten an (s. Anhang 7.1, Tabelle 27).

3.3.7 Bewertung der einzelnen PKP-Karten

Es kamen alle ausgewählten Karten innerhalb der Intervention zum Einsatz. Von 2 Hausärzten lagen keine Daten zur Kartenbewertung vor. 11 Hausärzte haben die Karten bewertet. Darunter lagen vereinzelt fehlende Angaben vor.

Häufigkeiten der Nutzung einzelner Karten: Aus dem Teil Psychoedukation der PKP-Karten wurde die Karte „Entstehungsbedingungen“ am häufigsten genutzt. Die Karte „Integratives Modell“ wurde am wenigsten genutzt (s. Abb. 12 und Anhang 7.1, Tabelle 28).

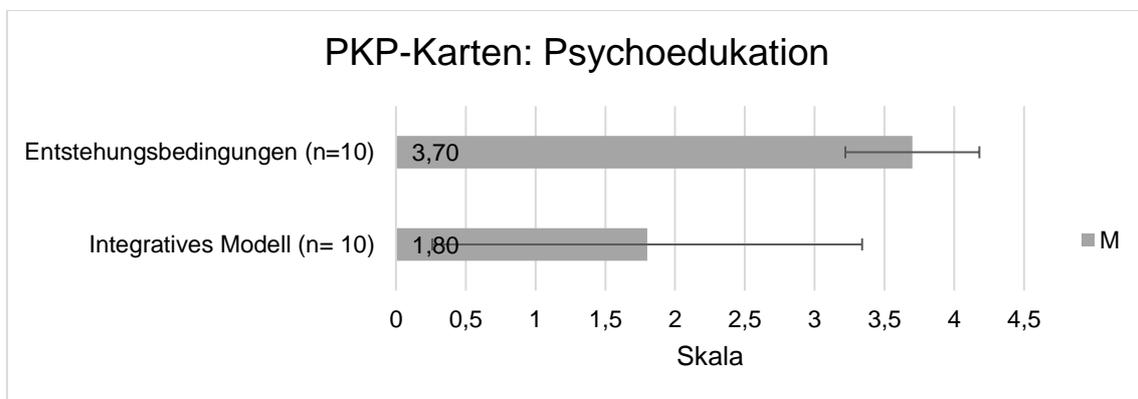


Abbildung 12: Häufigkeit der Nutzung einzelner PKP-Karten der Psychoedukation (Skala: 0=„nie“ - 4=„immer“, Fehlerbalken: SD)

Aus dem Teil des Fertigkeitentrainings der PKP-Karten wurde die Karte „Liste Aktivitäten“ am häufigsten genutzt. Die Karte „Entspannung“ wurde am wenigsten genutzt (s. Abb.13 und Anhang 7.1, Tabelle 28).

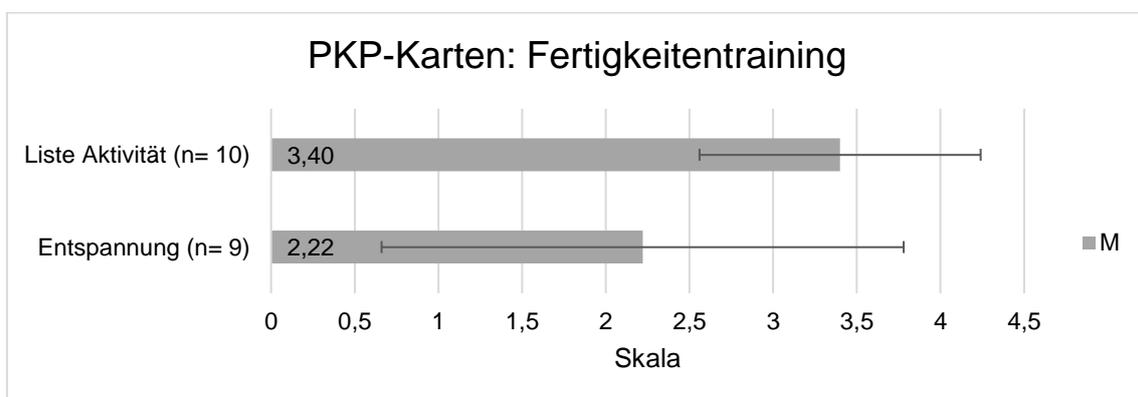


Abbildung 13: Häufigkeit der Nutzung einzelner PKP-Karten des Fertigkeitentrainings (Skala: 0=„nie“ - 4=„immer“, Fehlerbalken: SD)

Benotung einzelner Karten: Aus dem Teil Psychoedukation der PKP-Karten wurde die Karte „Entstehungsbedingungen“ am besten benotet ($M=1.40$; $SD=.51$). Die Karte „Integratives Modell“ wurde am schlechtesten benotet ($M=3.11$; $SD=.92$). Aus dem Teil des Fertigkeitentrainings der PKP-Karten wurde die Karte „Genuss“ am besten benotet ($M=1.29$; $SD=.48$). Die Karte „Entspannung“ wurde am schlechtesten benotet ($M=2.25$; $SD=.70$) (s. Anhang 7.1, Tabelle 29).

Die Karten der Psychoedukation wurden im Durchschnitt häufiger genutzt und besser benotet als die Karten des Fertigkeitentrainings (s. Anhang 7.1, Tabellen 28, 29).

3.3.8 Gesamtbewertung der PKP-Karten

Folgende Angaben wurden in der Nachbefragung als abschließende Bewertung der Sprechstundenkarten erhoben. Elf von 13 Hausärzten nahmen an der Gesamtbewertung der PKP-Karten teil.

Eignung der PKP-Karten für das hausärztliche setting: Sieben der 11 Hausärzte gaben nach der Intervention an, dass die Karten dazu geeignet sind, depressive Patienten im hausärztlichen setting zu behandeln. Ein Teil (4 Hausärzte) beschrieb Unsicherheiten bzgl. der Eignung der PKP-Karten für das hausärztliche setting ($M=2.82$; $SD=.75$) (s. Abb. 14 und Anhang 7.1, Tabellen 30, 31).

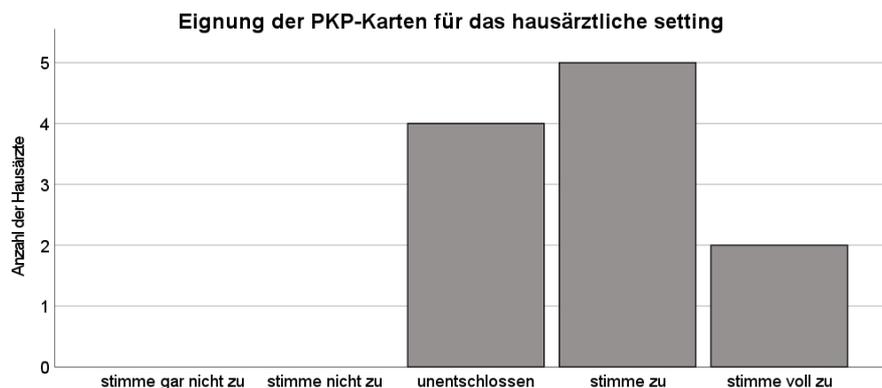


Abbildung 14: Gesamtbewertung der PKP-Karten zur Aussage „Die Karten sind geeignet, depressive Patienten im hausärztlichen Setting zu behandeln.“ ($n=11$)

PKP-Karten als effizientes Werkzeug im Praxisalltag: Acht von 11 Hausärzten beschrieben die PKP-Karten zu Studienende als ein „effizientes Werkzeug im Praxisalltag“. Drei der 11 Hausärzte beschrieben Unsicherheiten bzgl. der geschätzten Effizienz ($M=2.91$; $SD=.70$) (s. Abb. 15 und Anhang 7.1, Tabellen 30, 31).

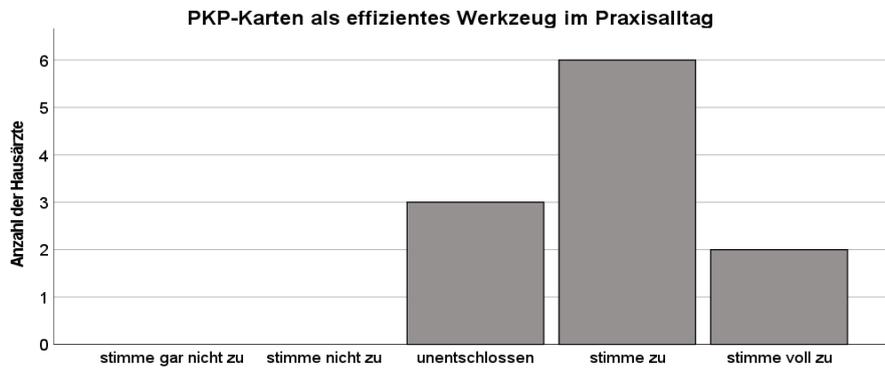


Abbildung 15: Gesamtbewertung der PKP-Karten zur Aussage „Die Karten sind ein effizientes Werkzeug im Praxisalltag.“ ($n=11$)

PKP-Karten als Überbrückung bis zu einer ambulanten Psychotherapie: Neun der 11 Hausärzte bewerteten die Karten zu Studienende als geeignet, die Zeit bis zu einer ambulanten Psychotherapie zu überbrücken. Zwei Hausärzte beschrieben Unsicherheiten bzw. beschrieben die Sprechstundenkarten als nicht geeignet, die Zeit bis zu einer ambulanten Psychotherapie zu überbrücken ($M=3.09$; $SD=.94$) (s. Abb.16 und Anhang 7.1, Tabellen 30, 31).

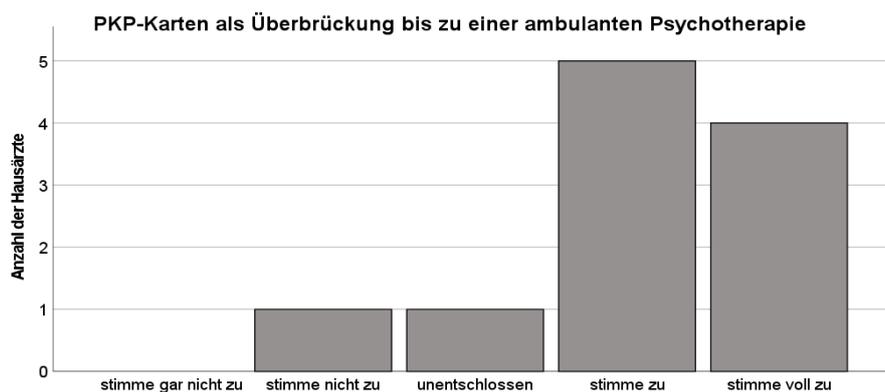


Abbildung 16: Gesamtbewertung der PKP-Karten zur Aussage „Die Karten sind geeignet, die Zeit bis zu einer ambulanten Psychotherapie zu überbrücken.“ ($n=11$)

PKP-Karten als Ersatz für eine ambulante Psychotherapie: Die PKP-Karten wurden von 8 der 11 Hausärzte als nicht geeignet bewertet, eine ambulante Psychotherapie komplett zu ersetzen. Ein Hausarzt beschrieb Unsicherheiten bzw. 2 hielten die Sprechstundenkarten für nicht geeignet als Ersatz für eine ambulante Psychotherapie ($M=1.18$; $SD=1.07$) (s. Abb.17 und Anhang 7.1, Tabellen 30, 31).

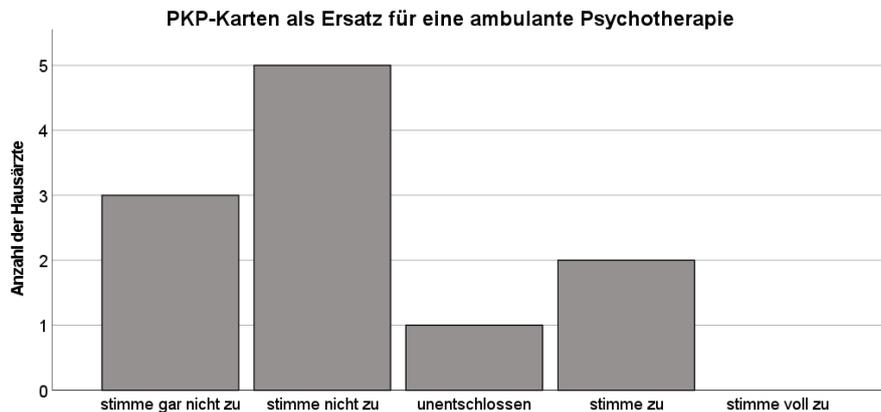


Abbildung 17: Gesamtbewertung der PKP-Karten zur Aussage „Die Karten sind geeignet, eine ambulante Psychotherapie zu ersetzen.“ ($n=11$)

Bewertung des Designs und Inhalts anhand von Schulnoten: Design und Inhalte der PKP-Karten wurden im Mittel mit der Schulnote 2 („gut“) bewertet (s. Anhang 7.1, Tabelle 32).

Möglichkeiten/Vorteile, Schwierigkeiten/Nachteile, Verbesserungsvorschläge: Es wurden Freitext-Antworten gegeben, deren Inhalt zusammenfassend in Abschnitt 3.5 „Offene Bewertung der Karten“ erläutert wird (Tabelle 4).

Behandlungserfolg: Zwölf von 13 Hausärzten bewerteten den Behandlungserfolg. Elf Hausärzte beschrieben, dass das Kartenset „Psychoedukation“ für die Patienten hilfreich sei, die eigene Erkrankung besser zu verstehen. Sechs von 12 Hausärzten beschrieben, dass das Kartenset „Fertigkeitentraining“ den Patienten geholfen habe, besser mit der Erkrankung umzugehen. Sieben Hausärzte gaben an, dass die Patienten Motivation bei der Durchführung positiver Aktivitäten zeigten (Fertigkeitentraining). Außerdem berichteten sie, dass die Behandlung mittels PKP-Karten gut angenommen wurde und dass die Karten zur Besserung der Symptome beigetragen haben (z.B. bessere Stimmung, mehr Antrieb, besseres Selbstwertgefühl). Keiner der Hausärzte beschrieb, dass die Patienten die Behandlung mittels PKP-Karten nicht gut angenommen hätten. Zehn Hausärzte beschrieben Unsicherheiten bzgl. der selbst fortgeführten Anwendung der Sprechstundenkarten seitens der Patienten nach der Konsultation. Zwei Hausärzte gaben eine selbstständige Fortführung der Anwendung der Sprechstundenkarten seitens der Patienten nach Konsultation an (s. Abb. 18 und Anhang 7.1, Tabellen 33, 34).

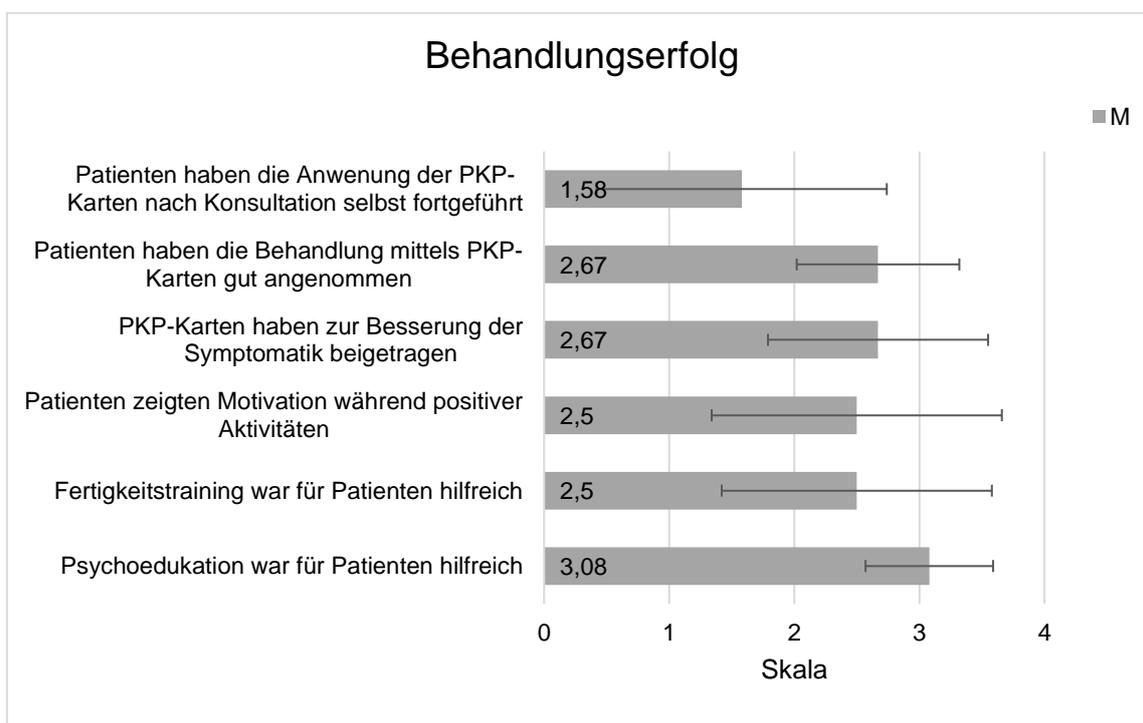


Abbildung 18: Gesamtbewertung der PKP-Karten zur Einschätzung des Behandlungserfolgs (n=12; Skala: 0=„stimme gar nicht zu“ - 4=„stimme voll zu“, Fehlerbalken: SD)

3.4 Vergleich: Einstellungen der Hausärzte zur Kartenanwendung vor der Intervention (Schulung) und zum Abschluss der Studie (Fokusgruppe)

Die Hausärzte wurden mittels Evaluationsbögen vor und nach der Intervention zur Effizienz der Karten und Skepsis gegenüber dem organisatorischen Einsatz im Praxisalltag befragt. Ein aussagekräftiger Vorher-nachher-Vergleich zu beiden Punkten war an dieser Stelle aufgrund der geringen Anzahl an ausgefüllten Evaluationsbögen der Fokusgruppe nur bedingt möglich. Die geschätzte Effizienz der PKP-Karten im Praxisalltag (s. Abb. 19) wurde von einem Teil der Teilnehmer ($n=4$) der Fokusgruppe als geringer eingestuft im Vergleich zur Hausärzteschulung (vor: $M=3.31$, $SD=.63$; nach: $M=2.75$, $SD=1.25$). Die Skepsis gegenüber dem organisatorischen Einsatz der Karten im Praxisalltag wurde von den o.g. 4 Hausärzten als gestiegen beschrieben (vor: $M=1.69$, $SD=.94$; nach: $M=3.25$, $SD=.50$).

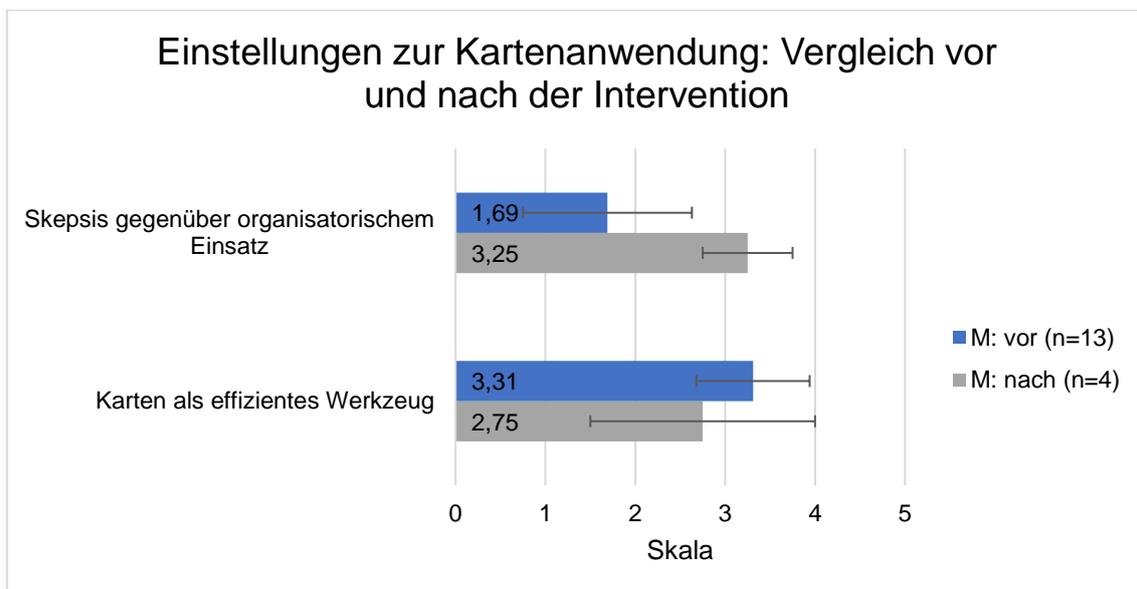


Abbildung 19: Gegenüberstellung der Einstellungen der Hausärzte zur Kartenanwendung vor und nach der Intervention (Skala: 0=„stimme gar nicht zu“ - 4=„stimme voll zu“, Fehlerbalken: SD)

Vor Beginn der Intervention gaben 12 von 13 Hausärzten an, dass sie sich die PKP-Karten als ein effizientes Werkzeug im Praxisalltag grundsätzlich vorstellen können. Ein Hausarzt beschrieb Unsicherheiten bzgl. des geschätzten effizienten Einsatzes der Sprechstundenkarten im Praxisalltag (s. Anhang 7.1, Tabellen 35, 36).

Ein Teil der Hausärzte (6 von 13) traute sich den Einsatz der Karten im Praxisalltag organisatorisch zu. Vier Hausärzte beschrieben Unsicherheiten bzgl. des organisatorischen Einsatzes der PKP-Karten im Praxisalltag. Drei Hausärzte waren

skeptisch, ob sie den Einsatz der Karten im Praxisalltag organisatorisch leisten können (s. Anhang 7.1, Tabellen 35, 36).

Sieben Hausärzte beschrieben ihre theoretischen Kenntnisse zu einer Depression und praktischen Fähigkeiten zur Behandlung einer Depression durch die Schulung als verbessert. Sechs von 12 Hausärzten beschrieben ihre praktischen Fähigkeiten zur Diagnostik von Depressionen als verbessert. Die Hausärzte sollten außerdem einschätzen, wie wichtig die Schulung als Vorbereitung zur Anwendung der PKP-Karten war. 92,3% der Hausärzte empfanden die Schulung als wichtig, um die Karten in der Praxis praktisch anwenden zu können (s. Anhang 7.1, Tabellen 36, 37).

3.5 Offene Bewertung der PKP-Karten

Die offene Bewertung der PKP-Karten erfolgte einerseits im Rahmen der Nachbefragung in schriftlicher Form und andererseits am Tag der Fokusgruppe in Form von mündlichen Beiträgen.

In der Nachbefragung berichteten die Hausärzte über Vor- und Nachteile der Anwendung der PKP-Karten. Positiv wurde berichtet, dass die Karten v.a. Struktur in die Patientengespräche brächten. Aus Sicht der Hausärzte dienten die Karten somit gut als ein „roter Faden“ in der psychotherapeutischen Gesprächsführung bzw. Behandlung. Eine schnelle Einarbeitung sei möglich. Der Inhalt der PKP-Karten sei auf individuelle Vorgehensweisen der Behandlung übertragbar. Außerdem seien diese eine Hilfe bei der Diagnostik, Therapie und dem Patientenumgang. Der Teil der Psychoedukation wurde von den Hausärzten als besonders wertvoll beschrieben. Manche Hausärzte berichteten, dass die Karten zu schematisch und zu wenig individuell seien. Die Anwendung der Karten wurde von manchen Hausärzten als nicht selbsterklärend beschrieben. Es benötige vorab eine praxisnahe Anleitung bzw. Einarbeitung in die Anwendung der Sprechstundenkarten und ausreichend Zeit für Übungseinheiten (s. Tabelle 4 auf S. 46).

Zum Abschluss der Fokusgruppe berichteten die Hausärzte über weitere Aspekte bzgl. der Anwendung der Karten. An der Fokusgruppe nahmen 7 Hausärzte teil. Der Rücklauf lag bei 4 Evaluationsbögen. Positiv wurde berichtet, dass die Hausärzte und die Patienten mit den Karten ein schnell griffbereites Behandlungstool an der Hand hätten. Die Karten dienten den Patienten dazu, das eigene Krankheitsbild i.S. der Psychoedukation zu erkennen und zu verstehen. Die auf den Karten befindlichen Bilder, Tabellen und Grafiken unterstützten dabei den Lernprozess. Außerdem animierte die Gestaltung der Karten die Patienten zur Mitarbeit. Darin hinterlegte Lückentexte bzw.

Frage-Antwort-Blöcke könnten vom Patienten allein oder mit dem Arzt zusammen interaktiv ausgefüllt werden. Die Hausärzte beschrieben die Karten als praktisch gut anwendbar. Mit der Zeit hatten sie gern genutzte „Favoriten“ unter den Karten. Der Großteil der Patienten habe die Karten gut aufgenommen (s. Tabelle 4 auf S. 46).

Jedoch berichteten die Hausärzte in der Fokusgruppe auch von negativen Aspekten. Die Anwendung der Karten sei sehr zeitaufwendig, vor allem zu Beginn, wenn die Übung der Anwendung noch fehlt. Dieser Umstand habe bei manchen Hausärzten dazu geführt, dass sie keine Routine gefunden hätten und eher verunsichert bei der Anwendung der Karten gewesen seien. Es wurde außerdem beschrieben, dass in manchen Fällen viele Behandlungstermine notwendig gewesen seien. Eine 1:1-Umsetzung der Karteninhalte sei manchmal innerhalb einer Sitzung nicht möglich gewesen und musste u.U. auf mehrere Sitzungen verteilt werden. Dies hänge auch vom Patienten ab, inwiefern er mitarbeiten könne und aufnahmefähig sei. Manche Patienten schienen auch überfordert mit den Karten. Letztendlich käme es auch in der Hausarztpraxis auf die aktive Mitarbeit der Patienten an. Einige Hausärzte berichteten von Schwierigkeiten bei der täglichen Umsetzung der Anwendung der Karten. Es wurde außerdem ein großer Kopieraufwand beschrieben. Der Teil des Fertigkeitentrainings wurde von manchen Hausärzten als zu umfangreich für das setting in der Hausarztpraxis beschrieben. Es könne viel Zeit erfordern, gemeinsam mit Patienten nach möglichen positiven Aktivitäten zu forschen oder deren Aktivitätslevel kontinuierlich zu prüfen. Die vorgeschlagene Kartenauswahl und damit der Kartenumfang waren aus Sicht mancher Hausärzte für einen probatorischen Einsatz in der Hausarztpraxis zu umfangreich (s. Tabelle 4 auf S. 46).

Die Hausärzte nannten einige Verbesserungsvorschläge. Am häufigsten fielen die Vorschläge, dass es mehr praktische Einarbeitung bzw. mehr Übung vorab benötige, um die Karten in der Praxis anwenden zu können. Außerdem solle der Umfang der Kartenauswahl reduziert werden. Die Hausärzte schlugen vor, mehr Anwendungsmaterial zur Verfügung zu stellen, z.B. in Form von Videos und ausführlichen Anleitungen. Es wurde auch die Entwicklung einer App vorgeschlagen, über die die Karten von Zuhause aus genutzt werden könnten. Eine Bereitstellung einer digitalen Version bei der Anwendung der Karten in den Hausarztpraxen wäre ebenfalls eine Möglichkeit, die Anwendung in der Praxis zu erleichtern. Es könnte somit u.a. am Kopieraufwand gespart werden (s. Tabelle 4 auf S. 46).

Tabelle 4: Einschätzungen der Hausärzte bzgl. positiven und negativen Aspekten/Vorteilen und Nachteilen der Anwendung der PKP-Karten sowie Verbesserungsvorschlägen

Kategorien	Häufigkeiten		
	Nachbefragung (n=12)	Fokusgruppe (n=7)	Gesamt
Positives/Vorteile			
Die PKP-Karten bringen Struktur in das Gespräch	6	5	11
Die PKP-Karten sind patientenfreundlich/anschaulich	5	3	8
Die PKP-Karten sind praktisch gut anwendbar	-	2	2
Die PKP-Karten lassen sich effizient anwenden	1	-	1
Die Patienten haben die Karten gut angenommen	-	2	2
Der Teil Psychoedukation ist besonders wertvoll	2	2	4
Als „Behandlungstool“ schnell zur Hand	-	2	2
schnelle Einarbeitung ist möglich	1	1	2
Inhalt ist individuell auf Behandlung übertragbar	1	-	1
Negatives/Nachteile			
Übung der Anwendung fehlt	-	3	3
Anwendung ist zeitaufwändig	5	3	8
unsicheres Gefühl bei Anwendung	-	3	3
Annahme der Karten als „Behandlungstool“ ist patientenabhängig	-	2	2
keine Routine in der Anwendung gefunden	-	2	2
nicht für alle Patienten geeignet (manche seien überfordert)	1	2	3
Einarbeitung war aufwendig/langwierig	2	2	4
Anwendung nicht praktisch genug für den Alltag (tägliche Umsetzung sei schwierig)	3	2	5
Probleme bei der strukturierten Anwendung	-	2	2
viele Termine notwendig	-	1	1
Kopieraufwand war groß	-	1	1
Der Teil des Fertigkeitentrainings sei zu umfangreich für die Nutzung in der Hausarztpraxis	2	1	3
PKP-Karten seien zu schematisch, wenig individuell	2	-	2
praktische Demonstration notwendig für Anwendung	1	-	1
Anwendung sei nicht selbsterklärend	2	-	2
Verbesserungsvorschläge (n=9)			
bessere Einarbeitung v.a. bzgl. Fertigkeitentraining	1	-	1
Mehr Anwendungsmaterial (Videos/Anleitungen)	2	-	2
Umfang der Kartenauswahl verringern	3	-	3
Layout und Beschriftung klarer strukturieren	2	-	2
Entwicklung einer PKP-App für Patienten	1	-	1
digitale Version der PKP-Karten zur Verfügung stellen	1	-	1

4 Diskussion

Wir untersuchten in der vorliegenden Studie erstmals die Anwendung der PKP-Karten zur Depressionsbehandlung durch Hausärzte in ihren Praxen.

In Bezug auf Machbarkeit (H1), Bedarf (H2) und Behandlung (H3), lässt sich ein positives Resümee ziehen.

Ein wesentliches Ziel der Studie bestand darin herauszufinden, ob die PKP-Karten in der Hausarztpraxis durch den Hausarzt anwendbar sind. Es stellte sich heraus, dass sich diese im hausärztlichen setting grundsätzlich anwenden lassen.

In der vorliegenden Untersuchung wurde ein Zuwachs an Sicherheit bei der Diagnostik von Depressionen und überbrückenden, psychotherapeutischen Behandlung depressiver Patienten beschrieben. Ob dies ein Resultat der Kartennutzung als Arbeitsmittel oder der thematischen Auseinandersetzung mit dem Thema Depression und deren Behandlung war, bleibt dabei offen. Es lässt sich jedoch feststellen, dass viele Hausärzte die PKP-Karten als einen „roten Faden“ während der psychosomatischen Grundversorgung der depressiven Patienten erlebten. Sie brachten demnach mehr Struktur in die Gesprächsführung und in diesem Zusammenhang möglicherweise mehr Sicherheit bei der Behandlung. Ein wichtiges Ergebnis war, dass sich die PKP-Karten aus Sicht der meisten Hausärzte zur Überbrückung der Wartezeit bis zu einer ambulanten Psychotherapie eignen. In der Zusammenschau stellten die PKP-Karten zusammenfassend ein nützliches Instrument in der Hausarztpraxis dar zur Behandlung depressiver Patienten dar.

Studien weisen nach, dass der Einsatz der PKP-Karten in der ambulanten und stationären Psychiatrie erfolgreich ist [58,60]. Hausärzte berichten in einer qualitativen Analyse von Experteninterviews, dass sie sich für ausreichend qualifiziert halten die Diagnostik und Behandlung depressiver Patienten in der Hausarztpraxis durchzuführen [42]. Es ist dennoch anzumerken, dass eine den Leitlinien entsprechende Behandlung depressiver Patienten in der Hausarztpraxis stark vom Erkennen des Krankheitsbildes abhängig ist. Laut Trautman et al. (2017) bestehe diesbezüglich Verbesserungsbedarf. Der Großteil der Patienten mit Depressionen erhält in der Allgemeinarztpraxis eine Behandlung, wobei hier die Psychotherapie weniger häufig zum Einsatz kommt als die medikamentöse Therapie [43].

Angesichts der laut o.g. Literatur eingeschätzten Kompetenz im Umgang mit depressiven Patienten seitens der Hausärzte könnten die PKP-Karten als ein zusätzliches, unterstützendes Arbeitsmittel dienen. Hierunter könnte die psychosomatische Grundversorgung in Hausarztpraxen ergänzt bzw. verbessert werden.

Die Auswertung der Evaluationsbögen vor und nach der Intervention ergab, dass ein Teil der Hausärzte am Tag der Fokusgruppe weniger an den effektiven Einsatz der PKP-Karten im Praxisalltag glaubte als zum Zeitpunkt der Schulung. Außerdem stieg die Skepsis bei einem Teil der Hausärzte, den organisatorischen Einsatz der Karten im Praxisalltag leisten zu können. Beide Einstellungen gegenüber dem Einsatz der PKP-Karten könnten jedoch durch die Herausforderungen durch die Corona-Pandemie oder durch die fehlende Akzeptanz seitens der Patienten beeinflusst worden sein.

Bei der Interpretation der Ergebnisse ist zu berücksichtigen, dass unterschiedliche Rücklaufquoten der Evaluationsbögen vorlagen. Während die Evaluationsbögen der Hausärzteschulung von 13 Hausärzten bearbeitet wurden, füllten lediglich vier Hausärzte den Evaluationsbogen der Fokusgruppe aus. Die Aussagekraft der Ergebnisse zu beiden Fragestellungen ist daher stark eingeschränkt.

In der Nachbefragung gab es keinen Arzt, der die Karten für den effizienten Einsatz im Praxisalltag als nicht geeignet bewertete.

Hausärztliche Versorgung von Patienten mit Depressionen:

Der Bedarf an der Behandlung von Depressionen wird laut Literatur als hoch eingeschätzt [29]. Der in der dieser Studie auf 5-10% geschätzte Anteil an depressiven Patienten in der Hausarztpraxis ist vergleichbar mit den Ergebnissen anderer Studien [3,69]. Dass der Hausarzt meist die erste Anlaufstelle für die depressiven Patienten darstellt und in der Konsequenz auch häufig die Erstdiagnose stellt sowie die Therapie einleitet, spiegelt sich auch in den Ergebnissen der Studie wider [3,42]. Den Angaben der Hausärzte zufolge, stellten sie häufig die Erstdiagnose einer Depression und führten im Anschluss die pharmakologische und psychotherapeutische Behandlung (zumindest bei leichtem bis mittlerem Schweregrad) zumeist selbst durch.

Zu Studienbeginn wurde der Bedarf der hausärztlichen Versorgung von Patienten mit Depression von allen teilnehmenden Hausärzten als sehr hoch beschrieben. Gleichzeitig bestand aus Sicht der Hausärzte ein hoher Bedarf zur Verbesserung der Voraussetzungen. Diesen Bedarf beschreiben auch Gottberg und Kollegen [42].

Zur Verbesserung der Voraussetzungen gehört die effektive Integration neuer Arbeitsmethoden und -mittel in der Hausarztpraxis. Die Ergebnisse dieser Studie zeigten den Wunsch nach Kompetenztraining seitens der Hausärzte. Es bestehe ein hoher Bedarf an Schulung und Fortbildung zum Thema Depression.

Die Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT) bietet spezielle Themen- und Web-Seminare zum Thema Depression an [70]. Außerdem bietet die Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB) Seminare speziell für Hausärzte an, die das Erkennen und Behandeln von Depressionen beinhalten [71].

Implementierung neuer Methoden bzw. neuer Arbeitsmittel:

Die Einarbeitung in eine neue Methodik bzw. in den Umgang mit neuen Arbeitsmitteln spielt eine zentrale Rolle für den erfolgreichen Einsatz in der Praxis.

Die vorliegenden Ergebnisse zeigten, dass es neben Übung und Zeit auch eine angemessene Honorierung benötigt, um neue Arbeitsmethoden und -mittel in den Hausarztpraxen zu integrieren. Gottberg et al. (2020) beschrieben, dass die Rahmenbedingungen, wie z.B. die Vergütung verbessert werden müssten, damit die Versorgung depressiver Patienten in Hausarztpraxen verbessert werden könnte.

Die aktuelle Abrechnung von psychotherapeutischen (Kurz-) Interventionen ist gemäß GOÄ - Gebührenordnung für Ärzte (privat Versicherte) und EBM - Einheitlicher Bewertungsmaßstab (gesetzlich Versicherte) in Hausarztpraxen möglich. In beiden Abrechnungssystemen ist eine zeitliche Mindestdauer pro Sitzung vorgegeben, um eine psychotherapeutische Intervention abrechnen zu dürfen. Pro Sitzung, die mind. 15 (EBM) bzw. 20 (GOÄ) Minuten andauern muss, kann die Ziffer nur einmal abgerechnet werden. Sitzungen, die u.U. aus Krankheitsgründen nicht mind. 15 bzw. 20 Minuten lang erfolgen können oder 45 Minuten überschreiten, können aber nicht gemäß ihrem Zeitaufwand abgerechnet werden.

Bei Privatpatienten kann der Einsatz von Fragebögen (z.B. BDI-II) gesondert mit einer Ziffer nach GOÄ abgerechnet werden, hingegen kann bei gesetzlich Versicherten nur eine Versichertenpauschale abgerechnet werden, oder eine hausärztliche „Gesprächsziffer“ je pro 10 Minuten „diagnostischer Aufwand“. Abrechnungsziffern für Patienten mit chronischen Erkrankungen, sog. „Chronikerziffern“, können ebenfalls nur unter bestimmten Bedingungen und Zeitabständen abgerechnet werden [72].

Eine Möglichkeit zur Verbesserung der Vergütung wäre z.B. die Einführung einer zusätzlichen Ziffer. Diese sollte auch längere Sitzungen im Quartal abdecken und immer dann abrechenbar sein, wenn ein depressiver Patient den Hausarzt konsultiert.

Außerdem wäre die Einführung von gesonderten Ziffern im EBM-System zur Abrechnung des Einsatzes und dem damit verbundenen Zeitaufwand von diagnostischen Mitteln (z.B. Fragebögen wie BDI-II und PHQ-9) wünschenswert.

Diagnosestellung einer Depression:

Trautman et al. (2017) beschreiben, dass sich die Diagnosestellung einer Depression in der Hausarztpraxis oft schwierig gestaltet (s. 1.2) [43]. Weitere Studien beschäftigten sich damit, wie die diagnostische Kompetenz von psychischen Erkrankungen (u.a. Depressionen) in Hausarztpraxen verbessert werden kann [45-46].

Die vorliegenden Ergebnisse zeigten, dass Hausärzte die Depressionsdiagnose v.a. anhand der Abfrage der Kriterien aus der S3-Leitlinie sowie anhand der geschilderten Symptome im anamnestischen Gespräch stellten und weniger anhand von Messinstrumenten. Zu einem ähnlichen Ergebnis kam eine dänische Studie. Darin wurden Messinstrumente zur Depressionsdiagnostik lediglich ergänzend (zusätzlich zur Feststellung der Symptomatik) in der Hausarztpraxis eingesetzt [45].

In der vorliegenden Studie erbrachte die Schulung zu Beginn in Kombination mit der Anwendung der Sprechstundenkarten im hausärztlichen setting den Effekt, dass sich die Hausärzte nach der Intervention (noch) sicherer bei der Diagnosestellung einer Depression fühlten. Im Vergleich erbrachte eine 1-tägige Schulungsintervention einer Studie keine signifikante Verbesserung der diagnostischen Kompetenz bzgl. der Erkennung von Depression, Angst und Somatisierungsstörung [46]. Bei der Studie von Schneider et al. (2019) lag eine vergleichbar niedrige Anzahl an teilnehmenden Hausarztpraxen bei jedoch wesentlich höherer Patientenzahl vor. Im Gegensatz zur vorliegenden Studie erfolgte eine Einteilung in Interventions- und Kontrollgruppe. Außerdem wurden neben den Einschätzungen der Hausärzte Patientendaten in Form von Selbstbefragungsbögen (PHQ-D) zur Detektion psychischer Erkrankungen erhoben, die in der vorliegenden Studie nicht mit erhoben wurden.

Für zukünftige PKP-Studien in Hausarztpraxen könnten zusätzlich Patientendaten erhoben werden, um weitere Fragestellungen an die Patienten zu richten. Eine detaillierte Auswertung der Erfahrung der Patienten mit der Anwendung der Sprechstundenkarten in der Hausarztpraxis wäre hierbei denkbar. Patienten könnten berichten, welche persönlichen Vor- und Nachteile das Anwenden der PKP-Karten mit sich bringt. Es wäre interessant zu erforschen, ob die Patienten abhängig vom Schweregrad der Erkrankung unterschiedlich von der Arbeit mit den Karten im

hausärztlichen setting profitieren. Die Patienten könnten darüber hinaus Vorschläge einbringen, wie aus ihrer Sicht die Implementierung der Karten in der Hausarztpraxis erfolgreich gelingen kann. Außerdem könnten die Patienten zur Besserung der Symptomatik befragt werden. In diesem Kontext könnte eine Prä-post-Auswertung von Messinstrumenten wie z.B. dem BDI-II zum Einsatz kommen, um einen Behandlungserfolg im hausärztlichen setting messen zu können. Eine Einteilung in Gruppen (Kontroll- und Interventionsgruppe) könnte zur Überprüfung des effektiven Einsatzes der Kartennutzung ebenfalls sinnvoll sein.

Schulung:

Eine Schulung zur Anwendung der Sprechstundenkarten war aus Sicht der Hausärzte wichtig, bevor diese die Arbeit mit den Sprechstundenkarten aufnehmen.

Um eine Wissensbasis zu schaffen, sollten zukünftige Schulungen z.B. im Rahmen eines Vortrags zunächst auf den Hintergrund der PKP-Karten eingehen. In der vorliegenden Studie referierte eine der Autoren der PKP-Karten zu Epidemiologie der Depression im hausärztlichen setting, zu Diagnostik und Therapie (speziell Verhaltenstherapie) sowie zum Konzept der PKP. Eine Evaluation sollte direkt im Anschluss an die Schulung erfolgen, sodass ein Zuwachs an theoretischen und praktischen Kenntnissen/Fähigkeiten zur Behandlung und Diagnostik einer Depression der Lehrveranstaltung zugeschrieben und damit eine zeitliche/edukative Störvariable vermieden werden kann. Die Teilnehmer der Studie sollten die Evaluation außerdem einzeln ausfüllen, um einen Konformitätsbias zu vermeiden.

Die Unterweisung in der Anwendung der PKP-Karten sollte den größten zeitlichen Teil der Schulung ausmachen. Diese sollte v.a. praxisnah sein und Übungseinheiten beinhalten. Eine Übung in Kleingruppen kann von Vorteil sein, da die Hausärzte in „Trockenübungen“ Erfahrungswerte sammeln können und gleichzeitig Feedback erhalten können.

Interprofessionelle Zusammenarbeit:

In der vorliegenden Studie wurden Hausärzte geschult und nahmen den probatorischen Einsatz der PKP-Karten in der Hausarztpraxis vor. In der Literatur setzten manche Untersuchungen jedoch auf Interprofessionalität und nutzten die Zusammenarbeit unterschiedlicher Berufsgruppen in der ambulanten oder stationären Versorgung, um die Patientenversorgung zu verbessern [44,60].

Gensichen et al. (2019) beschrieben in ihrer Studie, dass sowohl die Hausärzte als auch die Medizinischen Fachangestellten (MFA) in verhaltenstherapeutischen Interventionen geschult wurden. Im Fokus stand die Behandlung von Panikstörungen und Platzangst [68,69]. Die MFA wurden zusätzlich im „Case Management“ geschult, welches die lückenlose Betreuung, u.a. durch regelmäßige telefonische Befragungen z.B. zu Symptomen des Patienten beinhaltet. Außerdem wurden die Hausärzte in der Anleitung, Motivation und Supervision der Patienten geschult. Anstelle des Fertigkeitentrainings wurde in der o.g. Studie nach der Psychoedukation ein Expositionstraining vollzogen. Die ständige Re-Evaluierung der aktuellen Bedürfnisse der Patienten sowie des Behandlungsstandes führten laut Studie zu einer besseren Versorgung der Patienten. Die Hausärzte konnten auf Grundlage des Feedbacks der erhobenen Informationen der MFA zeitgerecht agieren. Die interprofessionelle Zusammenarbeit und die aktive, eigenverantwortliche Mitarbeit des Patienten führten laut Studie in der Konsequenz zu einem effizienteren Arbeitsfluss in der Praxis. Die Patienten erhielten, wie in der vorliegenden Studie, ebenfalls Hausaufgaben mit nach Hause.

Angesichts des beispielhaften Vorgehens aus der Literatur wäre eine interprofessionelle Zusammenarbeit in der hausärztlichen Praxis beim Einsatz der PKP-Karten ebenfalls denkbar. Die Arbeit im Team könnte die Eingliederung der Behandlungs-Technik erleichtern. MFA könnten die Hausärzte z.B. in administrativen Tätigkeiten bei der Anwendung der PKP-Karten unterstützen. Dazu könnte die Dokumentation und Planung des Einsatzes einzelner Karten gehören. Wurden die Patienten erst einmal in der Anwendung der Karten durch den Hausarzt instruiert und eine Abfolge der Kartennutzung im Team besprochen, könnten MFA planen, welche Karten in den Folgesitzungen ausgegeben werden sollen, welche Zeitslots benötigt werden und entsprechend Patienten einbestellen. Auch die Erfassung von Zwischenständen zur aktuellen Symptomatik sowie zum Behandlungserfolg könnten durch MFA z.B. anhand von Telefon-Recalls getätigt werden. Die Patienten müssten dadurch nicht zu jeder Befragung des Fortschritts persönlich in der Praxis erscheinen. Dies stellt ebenso eine Entlastung für die Patienten dar. Den Patienten Hausaufgaben mit nach Hause zu geben, scheint ein wichtiger Prozess für die Eigenverantwortlichkeit und Aktivierung des Patienten zu sein [75-76]. Da Patienten von Hausaufgaben laut den Untersuchungen von Helbig et al. (2005) und Wunschel et al. (2022) profitieren, ist deren Einsatz für eine nächste PKP-Studie ebenfalls sinnvoll.

In der Studie von Gensichen et al. (2019) wurden die Hausärzte speziell darin geschult, den Patienten während der Behandlung zu motivieren. In unserer Studie war dies nicht der Fall, trotzdem beschrieben die Hausärzte, dass die meisten ihrer Studien-Patienten motiviert bei der Anwendung der PKP-Karten gewesen seien. Ob dies eine direkte Wirkung der Anwendung der Karten war, oder die gute Arzt-Patienten-Beziehung einen Anteil daran hatte, bleibt offen, da keine Patientendaten erhoben wurden. Zukünftige Studien könnten noch mehr auf die Akzeptanz der Sprechstundenkarten seitens der Patienten eingehen und untersuchen welche Rolle die Behandlungsmotivation dabei spielt.

In der vorliegenden Untersuchung beschrieben die meisten Hausärzte Unsicherheiten bzgl. der selbst fortgeführten Anwendung der PKP-Karten seitens ihrer Patienten. Das könnte u.a. daran gelegen haben, dass die Hausärzte nicht speziell darauf trainiert waren, ein konkretes Feedback von den Patienten einzuholen, ob, wann, und wie oft sie die PKP-Karten außerhalb der Hausarztpraxis nutzten. Die Erstellung eines Dokumentationsbogens für Patienten könnte hierbei Abhilfe schaffen. Dieser könnte dem Hausarzt übermittelt werden. Patienten könnte darin eintragen, mit welchen PKP-Karten gearbeitet wurde. Das hätte den Vorteil, dass Hausärzte sowohl zwischen den einzelnen Konsultationen als auch nach Abschluss der verbalen Intervention einen genauen Verlauf der Kartennutzung vorliegen haben. In einem Dokumentationsbogen könnte außerdem festgehalten werden, welche Karten dem Patienten bei der Bewältigung der Symptomatik besonders gut geholfen haben. Falls eine erneute Aufnahme der Behandlung nötig ist, könnten gezielt PKP-Karten ausgewählt werden, die dem Patienten bereits geholfen hatten. Falls es daran lag, dass die Patienten u.U. nicht allein mit der Anwendung zurechtkamen, könnte eine Schulung speziell für interessierte, depressive Patienten in Hausarztpraxen angeboten werden, die eine Anwendung und ggf. den Hintergrund der PKP-Karten erklärt. Diese Aufgabe könnte z.B. auch von den MFA übernommen werden, wenn sie selbst vorher darin geschult wurden. Um Zeit und Personalaufwand einzusparen, wäre die Erstellung und Auslage spezieller Informations-Flyer denkbar. Darin könnte zunächst der Hintergrund der PKP-Karten beschrieben und folgend eine übersichtlich gestaltete Schritt-für-Schritt- Anleitung der Kartennutzung mit Bildern eingefügt werden. Außerdem könnten nützliche Hinweise enthalten sein, wann und wie die Anwendung der PKP-Karten allein gelingen kann. Ein solcher Rat könnte lauten, dass die Patienten die Arbeit mit den Karten an individuelle Tageszeiten anpassen, an denen sie besonders aufnahmefähig sind. Eine strukturierte

bzw. geplante Nutzung der PKP-Karten könnte den Behandlungserfolg unterstützen, indem diese Teil des Alltags wird.

Algermisen et al. (2017) und Algermisen & Rösser (2019) konnten in ihrer stationären PKP-Studie zeigen, dass sich eine interprofessionelle Zusammenarbeit positiv auf die Implementierung der PKP-Karten auswirkte. Die ineinandergreifende Behandlung von Patienten verbesserte deren therapeutische Versorgung. Voraussetzung für die Zusammenarbeit war, dass alle Berufsgruppen zum PKP-Konzept geschult wurden. Die Arbeit an einzelnen Modulen konnte unter den verschiedenen Berufsgruppen aufgeteilt werden [60].

Umfang der Kartenauswahl:

Da die Hausärzte nicht gleichermaßen im Einzelnen alle Karten der Auswahl genutzt hatten, könnte der Umfang der Kartenauswahl für den probatorischen Einsatz im Hinblick auf eine bessere Einteilung des Zeitmanagements in den Praxen reduziert werden. Die Hausärzte berichteten, dass sie mit der Zeit gern genutzte „Favoriten“ unter den Karten hatten. Für den probatorischen Einsatz der Sprechstundenkarten wurde die Auswahl von 16 Karten vorgenommen, um den Einstieg in die Arbeit mit den Karten für die Hausärzte zu erleichtern. Die detaillierten Ergebnisse zur Nutzung und Bewertung einzelner Karten könnten für Folgestudien nützlich sein, eine Reduzierung der Kartenauswahl vorzunehmen.

Verbesserung der diagnostischen Kompetenz:

Bei der vorliegenden PKP-Studie im hausärztlichen setting handelt es sich bei der signifikanten Verbesserung der diagnostischen Kompetenz und unter Berücksichtigung der kleinen unter Umständen um einen Zufallsbefund, da nicht explizit isoliert danach geforscht wurde. Dennoch lässt sich die Verbesserung der diagnostischen Kompetenz dadurch erklären, dass sich die Hausärzte zum einen im Rahmen der Schulung vorab, und zum anderen während der Intervention in den Hausarztpraxen intensiviert mit dem Thema beschäftigt hatten.

Psychoedukation:

Der Bereich „Psychoedukation“ wurde laut den Hausärzten von den Patienten als besonders hilfreich empfunden, um mit ihrer Erkrankung umzugehen.

In der Literatur finden sich im Kontext verschiedener Krankheitsbilder z.B. milde-moderate Depression, bipolaren Störungen oder Krebserkrankungen einige Untersuchungen, welche die Psychoedukation ebenfalls als hilfreich beschreiben [77-79].

Wir schlugen einen Zeitraum von 1 bis 2 Wochen zwischen den einzelnen Konsultationen/Sitzungen zu je ca. 20 Minuten vor. Eine randomisiert-kontrollierte Studie aus Peking zeigt auf, dass eine Gruppentherapie basierte Psychoedukation bei Patienten mit bipolaren Störungen auch in größeren Einheiten (8 x 40-60 Min.) in kurzer Zeit (innerhalb von 14 Tagen) wirksam sein kann [73]. Unsere Ergebnisse zeigen, dass v.a. die Patienten einen Einfluss darauf zu haben scheinen, wie sich die zeitliche Einteilung einer Sitzung und dem Intervall dazwischen gestaltet.

Einerseits ist die Informationsvermittlung zum Krankheitsbild der Depression wichtig, jedoch darf andererseits das familiäre Umfeld dabei nicht vergessen werden, welches ebenfalls mit dem Krankheitsbild konfrontiert ist. Eine weitere Studie beschäftigte sich mit der Verbreitung von Psychoedukation bei Depression für Patienten und Angehörige [80]. Mittels postalischer Umfrage wurden an allen psychiatrischen Einrichtungen in Deutschland, Österreich und der Schweiz Daten erhoben. Ergebnis dieser Untersuchung war, dass das Angebot und die Inanspruchnahme von Psychoedukation unter depressiven Patienten viel häufiger stattfand als unter Angehörigen. Bei der Verbreitung von Psychoedukation unter Angehörigen besteht laut den Autoren ein hoher Verbesserungsbedarf [80]. Angesichts dieser Lücke scheint es sinnvoll, die Psychoedukation der PKP in zukünftigen Untersuchungen probatorisch auf das familiäre Umfeld zu erweitern bzw. zu ergänzen. Die Einbeziehung Angehöriger erfordert jedoch die gesonderte Zustimmung des Patienten i.S. des Datenschutzes. Außerdem müssten die PKP-Karten dazu modifiziert werden, da bisher der Adressat der Karten in der Ich-Form angesprochen wird. Es könnte eine Untersuchung erfolgen, welche prüft, ob Angehörige eine Psychoedukation mittels PKP-Karten gut annehmen, und davon profitieren bzw. in welcher Weise. Pitschel-Walz et al. (2017) beschrieben z.B. den positiven Effekt der emotionalen Entlastung durch die Bildung von psychoedukativen Familien-/Angehörigengruppen. Durch umfassende Aufklärung über die Erkrankung selbst und Kompetenztraining im Umgang mit dieser, wird das gegenseitige Verständnis gefördert und u.a. oben genannter Effekt hervorgerufen [81].

Weiterentwicklung der PKP-Karten:

Die Digitalisierung der PKP-Karten zu untersuchen, wäre ein weiterer interessanter Aspekt.

Eine randomisiert kontrollierte Studie beschäftigte sich mit Psychoedukation in digitaler Form zur Reduktion postnataler Depressionen Erstgebärender [82]. Dabei erfolgte die Psychoedukation per Handy-App neben der stationären Behandlung. Der Vorschlag zur Entwicklung einer PKP-App für das Krankheitsbild Depression ist in der vorliegenden Untersuchung von den Hausärzten ebenfalls genannt worden. Da sich bereits entwickelte Psychoedukations-Apps in wissenschaftlichen Untersuchungen behauptet haben, könnte dies ein nächster Schritt für zukünftige Untersuchungen im Rahmen der PKP sein. Laut einer Studie zur Primärversorgung können sich trotz interindividueller Unterschieden in der Einstellung zu Gesundheits-Apps immerhin 72% der Hausärzte deren Einsatz und Integration in Zukunft vorstellen [83].

Eine digitalisierte Version der PKP-Sprechstundenkarten ist bereits verfügbar. Diese kann am PC oder Tablet eingesetzt werden. Anhand einer App könnte der Arzt-Patienten-Austausch noch flexibler gestaltet werden und somit den organisatorischen Einsatz der Karten auf diese Weise erleichtern. Beispiele der Anwendung solcher Apps finden sich z.B. im Bereich der Behandlung von Diabetes Mellitus oder Depressionen [84-85]. Die Depressions-App „deprexis®“ wird von der gesetzlichen Krankenversicherung erstattet [85-86]. Am Beispiel von PKP könnten z.B. absolvierte positive Aktivitäten in Echtzeit vom Arzt über eine Software, die mit der App verknüpft ist, am PC direkt positiv kommentiert werden. Außerdem könnten solche Aufzeichnungen im Arztzimmer während der Sitzung über den PC abgerufen werden. Für den Fall, dass der Patient seine zu besprechenden Aufzeichnungen an diesem Termin vergessen hat.

Zukünftige Anwendungsmöglichkeiten:

Für einen Ausblick der zukünftigen Anwendung der PKP-Karten ist die frühe Heranführung an solch ein Behandlungstool für Hausärzte von Bedeutung. Die Integration der Sprechstundenkarten z.B. als ein Teil der allgemeinmedizinischen Weiterbildung wäre eine Möglichkeit, gerade für junge Hausärzte, mit den Sprechstundenkarten früh in Kontakt zu kommen und sich in der Anwendung zu üben. Die Absolvierung eines 80 Stunden Kurses in „Psychosomatischer Grundversorgung“ ist verpflichtender Teil der Weiterbildungsordnung zum Erwerb der Gebietsbezeichnung „Allgemeinmedizin“ [87]. Das Thema Depression sollte aus Sicht der Hausärzte bereits

im Studium einen höheren Stellenwert erhalten. Denkbar wären hier Workshops zur PKP. Als Teil des Studiums der Humanmedizin der Universität Würzburg wird v.a. über die Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Lehre zum Thema Depression angeboten. Praktische Kurse wie z.B. „klinische Visite in der Psychiatrie“ werden in Vorklinik und Klinik angeboten, bei denen u.a. die Depression als Krankheitsbild direkt am Patienten erlebbar und Ätiologie, Diagnostik und Therapie thematisiert wird. Außerdem bieten die Praktika und Vorlesungen der höheren Semester der Klinik ebenfalls o.g. Einblicke.

Die PKP-Karten zum Thema Depression wurden neben der deutschen Version in verschiedene Sprachen übersetzt wie z.B. Englisch, Türkisch, Polnisch, Ungarisch und Russisch [48]. Der Einsatz von PKP-Karten in anderen Ländern bzw. in anderen Sprachen könnte in Folgestudien untersucht werden.

Die der PKP-Karten wurde bereits in ungarischen Hausarztpraxen eingesetzt, in Kooperation mit der Universität in Pécs (Ergebnisse noch nicht veröffentlicht). Aus aktuellem Anlass des Ukraine Krieges könnten die PKP-Karten z.B. in Krisengebieten der Ukraine über dortige Hausärzte angewendet werden. Bei gegebener sprachlicher Schnittstelle zwischen Hausarzt und depressiven Geflüchteten kann u.U. auch in Deutschland eine überbrückende Behandlung ermöglicht und damit das bestehende psychologische Hilfsangebot erweitert werden [88].

Besonderheit - Einsatzort Hausarztpraxis:

In der vorliegenden Studie wurden die PKP-Karten in Hausarztpraxen eingesetzt. Im Vergleich zur Situation im ambulanten und stationären psychiatrischen setting war der Anteil an depressiven Patienten in der Hausarztpraxis ein geringerer [58,60]. Außerdem war der Interventionszeitraum von 6 Monaten mit 2-4 verbalen Interventionen/Sitzungen pro Patient vergleichsweise kurz. Im ambulanten psychiatrischen setting belief sich die Intervention auf ca. 1 Jahr (max. 30 Sitzungen/Patient). Im stationären psychiatrischen setting belief sich die Intervention der PKP-Depressionsgruppe auf 4 Wochen (1-monatiges Gruppenkonzept mit insg. 12 Sitzungen/Patient). Eine hochfrequentierte Einbestellung der teilnehmenden Patienten sei in der Praxis laut Hausärzten nicht machbar und auch nicht vorgesehen. Außerdem setzten die PKP-Studien ebenso wie bereits genannte Untersuchungen (s. 1.2.1; 1.4.3) Selbstbeurteilungsbögen ein (z.B. BDI-II), um den Behandlungserfolg zu messen.

4.1 Stärken und Limitationen

An der vorliegenden Studie haben erfahrene Hausärzte teilgenommen. Der Mehrzahl der Hausärzte waren die PKP-Karten vor Studienbeginn nicht bekannt. Lediglich ein Teilnehmer war bereits mit den PKP-Karten vertraut und hatte Erfahrung in der Anwendung der Karten. Es kann somit angenommen werden, dass die Ergebnisse die Erfahrungen noch unerfahrener Hausärzte in der Anwendung der PKP-Karten widerspiegeln. Laut Literatur sind die PKP-Karten auch für Ungeübte geeignet. Dies spiegelte sich auch in unseren Ergebnissen wider: Die vorliegende Untersuchung zeigte, dass die Karten den meisten Anwendern einen guten Einstieg in die psychotherapeutische Behandlung, unabhängig von psychotherapeutischen Vorkenntnissen boten [48]. Ein komplizierter oder schwieriger Einstieg hätte die Hausärzte u.U. demotiviert, die Karten anzuwenden. Manche Hausärzte berichteten jedoch, sie hätten keine Routine in der Anwendung gefunden, dies habe hauptsächlich am Zeitmangel gelegen.

Die Hausärzte waren im Interventionszeitraum (September 2020 bis April 2021) während der Phase der Corona-Pandemie zeitlich besonders belastet. Angesichts des Termin- und Personalmangels ergab sich ein erhöhter Bedarf an Behandlung depressiver Menschen unterschiedlichen Alters in Hausarztpraxen [89-90]. Vermutlich hatte dies auch einen Einfluss darauf, dass manche Hausärzte keine Routine in der Anwendung fanden. Trotz und vermutlich gerade wegen der schwierigen Umstände zeigten die Hausärzte Motivation, die PKP-Karten anzuwenden.

Algermissen et al. (2017) und Algermissen & Rösser (2019) haben in ihrer Studie gezeigt, dass auch eine Zusammenarbeit zwischen stationärem und ambulantem setting mit den Sprechstundenkarten machbar ist. Eine begonnene stationäre Behandlung konnte ambulant bei PKP erfahrenen Therapeuten fortgesetzt werden. Anhand dieses Beispiels ist ersichtlich, dass die Nutzung eines gemeinsamen Arbeitsmittels (PKP-Karten) möglich wäre. Dabei kann sich der Behandlungspfad in zwei Richtungen bewegen. Die Arbeit mit den Sprechstundenkarten könnte z.B. im psychiatrischen, ambulanten Bereich beginnen und bei Bedarf (z.B. bei Terminmangel) in den hausärztlichen Bereich übergeben werden und andersherum. Auf diese Weise wäre eine lückenlose Behandlung eines depressiven Patienten möglich.

Eine weitere Stärke der Studie besteht darin, dass mit der Auswahl der PKP-Karten als Interventionsgegenstand ein bereits seit über 13 Jahren renommiertes und etabliertes

Verfahren der Kurzzeittherapie als Produkt der Deutschen Ärztlichen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT) zum Einsatz kam [61]. Das Manual der PKP bot den Vorteil Psychoedukation zusammen mit kurzen Therapieeinheiten zu verknüpfen.

Des Weiteren wurden die Hausärzte persönlich von einer der Autorinnen der Sprechstundenkarten geschult. Die Hausärzte hatten am Tag der Schulung somit die Möglichkeit, eine Expertin zur Anwendung und dem Inhalt der Karten zu befragen.

Auf der Seite der Limitationen ist die relativ geringe Teilnehmerzahl an Hausärzten zu nennen. Nur 13 Hausärzten aus ursprünglich 89 rekrutierten Lehrarztpraxen des Instituts für Allgemeinmedizin konnten für die Studie gewonnen werden. Die vorliegenden Ergebnisse sind daher nur bedingt übertragbar. Zukünftige Studien sollten einen größeren Stichprobenumfang haben. Angesichts des sehr hohen Aufwands, dass das Studienkonzept mit sich brachte (u.a. Notwendigkeit einer speziellen PKP-Schulung und hohes Engagement seitens der Hausärzte), ist die Teilnehmerzahl der Hausärzte und Patienten zufriedenstellend.

Der Interventionszeitraum war auf 6 Monate begrenzt. Für den Rahmen einer Machbarkeitsstudie war dieser Zeitraum jedoch ausreichend, um erste Ergebnisse zum Einsatz von PKP in der Hausarztpraxis zu erhalten.

Laut den Hausärzten war eine gewisse Zeit an Einarbeitung nötig. Die meisten Hausärzte kamen jedoch nach einiger Zeit gut mit der Anwendung der PKP-Karten zurecht.

Die praktischen Übungseinheiten konnten am Tag der Hausärzteschulung aufgrund der Hygienerichtlinien nicht wie geplant durchgeführt werden. Ursprünglich waren kleine, intensivierete Arbeitsgruppen in 3er-Teams geplant, in welchen die Anwendung der Sprechstundenkarten trainiert werden sollte. Zwei Hausärzte sollten eine Simulationsübung durchführen und ein dritter Hausarzt die Beobachterrolle übernehmen und Feedback geben. Danach sollten die Rollen jeweils getauscht werden, bis jeder eine Rolle spielen konnte. Aufgrund des Zeitmangels und den räumlichen Begebenheiten im Hörsaal des Uni Klinikums in Würzburg musste auf oben beschriebenes Training verzichtet werden. Stattdessen erfolgte eine Demonstrationsübung zur beispielhaften Anwendung der PKP-Karten.

Ein Selektionsbias ist anzunehmen, da die teilnehmenden Hausärzte aus Lehr- und Forschungspraxen von Anfang an forschungsaffin waren und sich in diesem Zuge

motiviert zeigten, an der Studie teilzunehmen. Zwölf der 13 Hausärzte waren vor der Studie nicht mit der Anwendung der PKP-Sprechstundenkarten vertraut. Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass die einzelne, erfahrene Person die Bewertung der Karten nicht wesentlich verzerrt hat.

5 Zusammenfassung

Es besteht ein hoher Bedarf an der Versorgung depressiver Patienten im hausärztlichen Bereich. Gleichzeitig existieren lange Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz. Es gibt Sprechstundenkarten zur Kurz-Psychotherapie von Depressionen, die im psychiatrischen Fachbereich bereits etabliert sind. Unsere Studie sollte erstmals die Anwendung von Psychiatrischen Kurz-Psychotherapie (PKP)-Karten zum Thema Depression in Hausarztpraxen untersuchen. Es sollte überprüft werden, ob die PKP-Karten in der Hausarztpraxis durch den Hausarzt anwendbar sind.

Dreizehn Hausärzte wurden zu Studienbeginn zu Hintergrund und Anwendung der PKP-Karten geschult. Im Anschluss setzten die Hausärzte eine gezielte Auswahl an PKP-Karten bei der Behandlung depressiver Patienten in ihren Praxen ein. Der Zeitraum erstreckte sich von September 2020 bis April 2021. Anhand von Fragebögen wurde vor und nach diesem Zeitraum erfasst, welche Einstellungen, Erwartungen und Erfahrungen die Hausärzte bezüglich der Karten hatten, und wie sich diese im Verlauf veränderten. Zu Studienende konnten die Hausärzte ihre Erfahrungen im Rahmen einer Fokusgruppe austauschen.

Die Ergebnisse zeigen, dass der Einsatz der PKP-Karten im hausärztlichen setting überwiegend als machbar und hilfreich empfunden wurde. Die meisten Hausärzte waren der Ansicht, dass sich die Karten zur überbrückenden Behandlung depressiver Patienten in der Hausarztpraxis bis zum Erhalt eines ambulanten Psychotherapieplatzes eignen. Die Hausärzte berichteten, dass die Schulung im Vorfeld wichtig war, um die Karten in der Praxis anwenden zu können. Außerdem war der Faktor „Zeit“ bei der Implementierung der PKP-Karten entscheidend. Als ein Nebeneffekt zeigte sich, dass sich die Hausärzte nach der Intervention signifikant sicherer bei der Diagnosestellung einer Depression fühlten.

Zukünftige Studien sollten den Einsatz der PKP-Karten in den Hausarztpraxen mit einer höheren Teilnehmerzahl untersuchen, und zusätzlich Patientendaten erheben, um den Behandlungserfolg auch aus Sicht des Patienten beurteilen zu können.

6 Literaturverzeichnis

1. Fromm E. Wege aus einer kranken Gesellschaft. 10. Aufl. Frankfurt am Main: Ullstein; 1982.
2. Lopez AD, Murray CC. The global burden of disease, 1990-2020. *Nat Med*. 1998;4(11):1241-1243. doi:10.1038/3218.
3. Wittchen HU et al. Erscheinungsformen, Häufigkeit und Versorgung von Depressionen: Ergebnisse des bundesweiten Gesundheitssurveys „Psychische Störungen“. *Fortschr Med*. 2000;118(1):4-10.
4. Richter R. Zahlen und Fakten. Psychotherapeuten in Deutschland in BPTK-Spezial-Psychotherapeutengesetz. Bundespsychotherapeutenkammer. 2008: S. 8. In: bptk.de, Dez. 2008 (online) https://www.bptk.de/wpcontent/uploads/2019/01/20081200_bptk-spezial-02-2008-1.pdf (abgerufen am: 14.08.2022).
5. James SL et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *Lancet*. 2018;392(10159):1789-1858. doi:10.1016/S0140-6736(18)32279-7.
6. World Health Organization (WHO): Depression. In: www.who.int, 13. Sept. 2021, (online) <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression> (abgerufen am: 28.09.2021).
7. Schäfer U, Rütger E. Psychiatrische Patienten in der Hausarztpraxis: Erkennen-Untersuchen-Behandeln. Bd. 6. Stuttgart: Georg Thieme Verlag; 2006.
8. Ebmeier KP, Donaghey C, Steele JD. Recent developments and current controversies in depression. *Lancet*. 2006;367(9505):153-167. doi:10.1016/S0140-6736(06)67964-6.
9. Jacobi F et al. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med*. 2004;34(4):597-611. doi:10.1017/S0033291703001399.
10. Bennett DS, Ambrosini PJ, Kudes D, Metz C, Rabinovich H. Gender differences in adolescent depression: do symptoms differ for boys and girls?. *J Affect Disord*. 2005;89(1-3):35-44. doi:10.1016/j.jad.2005.05.020.
11. Jacobi F et al. Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Nervenarzt*. 2014;85(1):77-87. doi:10.1007/s00115-013-3961-y.
12. Möller HJ, Laux G, Kampfhammer HP. *Psychiatrie und Psychotherapie*. 1. Aufl. Berlin: Springer Verlag; 1999.
13. Imboden C, Hatzinger M. Biochemische Aspekte der Depression. *pipette – swiss laboratory medicine*. 2013;Nr.6:6-7.
14. Laux G. Depressive Störungen. In: Möller HJ, Laux G, Kampfhammer HP. *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. Bd. 1-4. 5. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag; 2017:1711-1817.
15. Lewinsohn PM. A behavioral Approach to Depression. In: Friedman RJ, Katz M. eds. *The Psychology of Depression: contemporary Theory and Research*. Oxford: Wiley; 1974: 157-178.
16. Zubin J, Spring B. Vulnerability-a new view of schizophrenia. *J Abnorm Psychol*. 1977;86(2):103-126. doi:10.1037//0021-843x.86.2.103.
17. Hautzinger M. Affektive Störungen. In: *Psychische Störungen und ihre Behandlung*. Hahlweg K, Ehlers A. Göttingen: Hogrefe Verlag; 1997:156-239.

18. Heim C, Newport DJ, Mletzko T, Miller AH, Nemeroff CB. The link between childhood trauma and depression: insights from HPA axis studies in humans. *Psychoneuroendocrinology*. 2008;33(6):693-710. doi:10.1016/j.psyneuen.2008.03.008.
19. Beck AT. *Depression: clinical, experimental and theoretical aspects*. New York: Hoeber Medical Division, Harper & Row; 1967.
20. Hautzinger M. *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen*. 8.Aufl. Weinheim Basel: Belz Verlag; 2021.
21. Maier SF, Seligman ME. Learned helplessness at fifty: Insights from neuroscience. *Psychol Rev*. 2016;123(4):349-367. doi:10.1037/rev0000033.
22. Seligman MEP. *Erlernte Hilflosigkeit*. München, Wien, Baltimore: Urban und Schwarzenberg Verlag; 1979.
23. McCullough J. Chronic depression and the Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy. In: *A casebook of psychotherapy integration*. Gold J, Stricker G. Washington: American Psychological Association; 2006:137-51.
24. Hirschfeld RM. Personality disorders and depression: comorbidity. *Depress Anxiety*. 1999;10(4):142-6. doi:10.1002/(sici)1520-6394(1999)10:4<142::aid-da2>3.0.co;2-q.
25. Aldenhoff J. Überlegungen zur Psychobiologie der Depression. *Nervenarzt*. 1997;68:379-389. doi:10.1007/s001150050139.
26. Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. *Br J Psychiatry*. 1979;134:382-389. doi:10.1192/bjp.134.4.382.
27. Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 1960;23(1):56-62. doi:10.1136/jnnp.23.1.56.
28. Geue K, Strauß B, Brähler E. *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie: Diagnostik für Klinik und Praxis*. Bd. 1. Hogrefe Verlag; 2016.
29. Kessler RC et al. Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey. *Br J Psychiatry Suppl*. 1996;(30):17-30.
30. Hasin DS et al. Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62(10):1097-106. doi:10.1001/archpsyc.62.10.1097.
31. Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). *Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression - Langfassung, Version 3.0*. 2022. DOI: 10.6101/AZQ/000493. www.leitlinien.de/depression (abgerufen am 07.11.2022).
32. Berger M, van Calker D. *Affektive Störungen*. In: *Psychische Erkrankungen: Klinik und Therapie*. Berger M. 2. Aufl. München: Urban und Fischer; 2004.
33. *Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie)*. zuletzt geändert am 20. November 2020 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 17.02.2021 B1) in Kraft getreten am 18. Februar 2021. In: kbv.de, 20.Nov.2020 (online) <https://www.kbv.de/html/2924.php> (abgerufen am: 14.08.2022).
34. Bohus M. Achtsamkeitsbasierte Psychotherapie. *Nervenarzt*. 2012;83(11):1479-1489. doi.org/10.1007/s00115-012-3555-0.
35. Probst T et al. Patients' interpersonal problems as moderators of depression outcomes in a randomized controlled trial comparing mindfulness-based cognitive therapy and a group version of the cognitive-behavioral analysis system of psychotherapy in chronic depression. *J Clin Psychol*. 2020;76(7):1241-1254. doi:10.1002/jclp.22931.
36. Parfy E, Schuch B, Lenz G. *Verhaltenstherapie: Moderne Ansätze für Theorie und Praxis*. 2. Aufl. Stuttgart: UTB GmbH; 2016.

37. Möller HJ, Laux G, Deister A et al. *Duale Reihe Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie*. 6. Aufl. Stuttgart: Thieme Verlag; 2015.
38. Hase M et al. Eye Movement Desensitization and Reprocessing Versus Treatment as Usual in the Treatment of Depression: A Randomized-Controlled Trial. *Front Psychol*. 2018;9:1384. doi: 10.3389/fpsyg.2018.01384.
39. Keller MB et al. Time to recovery, chronicity, and levels of psychopathology in major depression. A 5-year prospective follow-up of 431 subjects. *Arch Gen Psychiatry*. 1992;49(10):809-816. doi:10.1001/archpsyc.1992.01820100053010.
40. Bakish D. New standard of depression treatment: remission and full recovery. *J Clin Psychiatry*. 2001;62(26):5-9.
41. Wittchen HU, Pittrow D. Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study. *Hum Psychopharmacol*. 2002;17(1):1-11. doi:10.1002/hup.398.
42. Gottberg et al. Depressionsbehandlung aus hausärztlicher Sicht - eine qualitative Analyse von Experteninterviews. *ZFA*. 2020;(1). doi:10.3238/zfa.2020.0012-0017.
43. Trautman S, Beesdo-Baum K. The Treatment of Depression in Primary Care. *Dtsch Arztebl Int*. 2017;114(43):721-728. doi:10.3238/arztebl.2017.0721.
44. Gensichen J, von Korff M, Peitz M, et al. Case management for depression by health care assistants in small primary care practices: a cluster randomized trial. *Ann Intern Med*. 2009;151(6):369-378. doi:10.7326/0003-4819-151-6-200909150-00001.
45. Brinck-Claussen UØ, Curth NK, Christensen KS, et al. Improving the precision of depression diagnosis in general practice: a cluster-randomized trial. *BMC Fam Pract*. 2021;22(1):88. doi:10.1186/s12875-021-01432-w.
46. Schneider A, Mayer V, Dinkel A, Wagenpfeil S, Linde K, Henningsen P. Educational intervention to improve diagnostic accuracy regarding psychological morbidity in general practice. *Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes*. 2019;147-148:20-27. doi:10.1016/j.zefq.2019.08.006.
47. Sulz SKD, Deckert B. Mehr therapeutische Hilfe für mehr psychisch Kranke – Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP). *Psychotherapie*. 2021;26.Jg.(Heft 2):9-23.
48. Sulz SKD, Deckert B. Mehr therapeutische Hilfe für mehr psychisch Kranke – Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP). *Psychotherapie*. 2021;26.Jg.(Heft 2):25-32.
49. Sulz SKD, Sichort-Hebing M, Jänsch P. *Psychotherapiekarten für die Praxis: Angst & Zwang*. Therapiekarten. München: CIP-Medien; 2015.
50. Sulz SKD, Antoni J, Hagleitner R, Spaan L. *Psychotherapiekarten für die Praxis: Alkoholabhängigkeit*. Therapiekarten. München: CIP-Medien; 2012.
51. Schober S. *Psychotherapiekarten für die Praxis: Chronischer Schmerz*. Therapiekarten. München: CIP Medien; 2018.
52. Backmund-Abedinpour S et al. *Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP) bei Angst, Zwang, Depression und Alkoholismus und chronischem Schmerz*. Psychotherapie. München: CIP-Medien. 2018;23.Jg.(Bd.23-1):134-149.
53. Sulz SKD. *Strategische Kurzzeittherapie*. München: CIP-Medien; 1994.
54. Sulz SKD. *Psychotherapie-Grundkurs und Praxisleitfaden. Therapie-Durchführung in Klinik und Praxis: PKP-Handbuch Grundkurs*. Gießen-Wieseck: Psychosozial-Verlag; 2013.
55. Deckert B, Sulz SKD. *Verhaltenstherapeutische Basis-Strategien gegen Depression*. *Neuro aktuell*. 2021;(3):71-74.
56. Margraf J. *Verhaltenstherapie*. 10. Aufl. In: *Kompendium der Psychotherapie und Psychiatrie*. Freyberger JH, Stieglitz RD. Basel: Karger Verlag; 1996.

57. Sulz SKD, Deckert B. Psychiatrische Kurz-Psychotherapie - PKP - Depression. Psychotherapiekarten für die Praxis. München: CIP-Medien; 2012.
58. Kaufmayer T, Sulz SKD. Allgemeine und differentielle Wirksamkeit der Psych. Kurz-Psychotherapie (PKP) zur Behandlung depressiver Erkrankungen - eine empirische Studie im ambulanten Setting. Psychotherapie. 2018;23(1):113-133.
59. Peters M, Sulz SKD. Wirksamkeit der Psychiatrischen Kurz-Psychotherapie (PKP) - Ist Kurzzeittherapie der Depression einer Langzeittherapie ebenbürtig? Eine vergleichende Studie. Psychotherapie. 2018;23(1):151-164.
60. Algermissen C, Rösser N. Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP) der Depression als kombinierte Gruppen- und Einzeltherapie in Psychiatrischen Kliniken – Konsistente Therapieeffekte. In: Mehr therapeutische Hilfe für mehr psychisch Kranke – Psychiatrische Kurz-Psychotherapie (PKP). Psychotherapie. Gießen- Wieseck: Psychosozialverlag. 2021;73-90.
61. Deckert B, Sulz SKD. PKP bei Depression. Sprechstundenkarten für die Psychiatrische Kurz-Psychotherapie. DNP - Der Neurologe & Psychiater. 2013; Jg.14:41-47.
62. Geue K, Strauß B, Brähler E. Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie: Diagnostik für Klinik und Praxis. Bd 1. Göttingen: Hogrefe Verlag; 2016.
63. Gräfe K, Zipfel S, Herzog W, Löwe B. Screening psychischer Störungen mit dem Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D). Diagnostica. 2004;Jg. 50(Heft 4):171-181.
64. Mitchell AJ, Yadegarfar M, Gill J, Stubbs B. Case finding and screening clinical utility of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9 and PHQ-2) for depression in primary care: a diagnostic meta-analysis of 40 studies. BJPsych Open. 2016;2(2):127-138. doi:10.1192/bjpo.bp.115.001685.
65. Kühner C, Bürger C, Keller F, Hautzinger M. Reliabilität und Validität des revidierten Beck-Depressionsinventars (BDI-II). Nervenarzt. 2007;78(6):651-656. doi:10.1007/s00115-006-2098-7.
66. Herzberg PY, Goldschmidt S. Beck Depressions-Inventar (BDI-II). In: Report Psychologie. TBS-TK Rezension. 2008;301-302.
67. Mayer HO. Interview und schriftliche Befragung: Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung. 6. Aufl. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag; 2012.
68. Mayring P, Fenzl T. Qualitative Inhaltsanalyse. In: Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung, Baur N, Blasius J. Wiesbaden: Springer Fachmedien; 2019:633-648.
69. Wittchen HU et al. Themenheft 51 "Depressive Erkrankungen". Berlin: Robert Koch-Institut; 2010.
70. Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT). In: dgvt.de (online) <https://www.dgvt-fortbildung.de/unterpunkt-3-mit-mehr-titellaenge-4> (abgerufen am: 12.07.2022).
71. Kassenärztliche Vereinigung Bayerns (KVB). In: kvb.de (online) <https://dienste.kvb.de/vam/index.cfm?seite=veranstaltungsliste&l=66928> (abgerufen am: 12.07.2022).
72. Springer M. EBM vs. GOÄ: Behandlung der Depression. MMW - Fortschr Med. 2020;162(4):26.
73. Gensichen J et al. on behalf of the Jena-PARADIES study group: Panic disorder in primary care: the effects of a team-based intervention - a cluster randomized trial. Dtsch Arztebl Int. 2019;116:159–166. doi:10.3238/arztebl.2019.0159.
74. Gensichen et al. Projekt: Jena-Paradies. In: uniklinikum-jena.de. (online) <https://www.uniklinikum->

- jena.de/allgemeinmedizin/Forschung/Abgeschlossene+Projekte/Jena_Paradies-p-80.html (abgerufen am: 29.07.2022).
75. Helbig S, Fehm L. Der Einsatz von Hausaufgaben in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*. 2005;50(2):122-128.
 76. Wunschel I, Linden M: Hausaufgaben, in *Verhaltenstherapiemanual – Erwachsene*. Berlin, Heidelberg: Springer Verlag. 2022;135-139.
 77. Casañas R, Catalán R, del Val JL, Real J, Valero S, Casas M. Effectiveness of a psycho-educational group program for major depression in primary care: a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*. 2012;12:230. doi:10.1186/1471-244X-12-230.
 78. Chen R, Zhu X, Capitão LP, et al. Psychoeducation for psychiatric inpatients following remission of a manic episode in bipolar I disorder: A randomized controlled trial. *Bipolar Disord*. 2019;21(1):76-85. doi:10.1111/bdi.12642.
 79. Weis J & Heckl U et al. Psychoedukation mit Krebspatienten. Hintergrund und wissenschaftliche Evidenz. *Der Onkologe*. 2021;27(1):54-62.
 80. Rummel-Kluge C, Kluge M, Kissling W. Psychoedukation bei Depression: Ergebnisse zweier Umfragen im Abstand von fünf Jahren in Deutschland, Österreich und der Schweiz. In: *Psychiatrische Praxis*. 2015;42(06):309-312.
 81. Pitschel-Walz G, Bäuml J, Kissling W. Psychoedukation bei Depression: Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen. 2. Aufl. München: Elsevier; 2018.
 82. Chan KL, Leung WC, Tiwari A, Or KL, Ip P. Using Smartphone-Based Psychoeducation to Reduce Postnatal Depression Among First-Time Mothers: Randomized Controlled Trial. *JMIR Mhealth Uhealth*. 2019;7(5):e12794. doi:10.2196/12794.
 83. Wangler, J., Jansky, M. Welchen Nutzen bringen Gesundheits-Apps für die Primärversorgung? Ergebnisse einer Befragung von Allgemeinmediziner*innen. *Präv Gesundheitsf*. 2021;16:150–156. doi:10.1007/s11553-020-00797-7.
 84. D.U.T: Digitalisierungs- und Technologie Report Diabetes. In: *dut.de* (online) <https://www.dut-report.de/2020/01/14/apps-in-der-diabetologie-2020/> (abgerufen am: 31.07.2022).
 85. Müller-Waldeck R. *deprexis - Ergänzung zur Depressionstherapie*. *MMW Fortschr Med*. 2022;164(20):16-17. doi:10.1007/s15006-022-2117-z.
 86. Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. In: *diga.bfarm.de* (online) <https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis/450> (abgerufen am 19.12.2022).
 87. Bayerische Landesärztekammer (BLÄK). In: *blaek.de* (online) <https://www.blaek.de/fortbildung/seminare-veranstaltungen-der-blaek/psychosomatische-grundversorgung> (abgerufen am 12.07.2022).
 88. Deutsche Gesellschaft für Psychologie (DGPS). *psychologische Hilfsangebote für Kriegsflüchtlinge*. In: *dgps.de* (online) <https://www.dgps.de/schwerpunkte/psychologische-hilfe-ukraine/> (abgerufen am: 14.04.2022).
 89. Ravens-Sieberer U et al. Seelische Gesundheit und psychische Belastungen von Kindern und Jugendlichen in der ersten Welle der COVID-19- Pandemie: Ergebnisse der COPSYS-Studie. *Bundesgesundheitsbl*. 2021;64:1512–1521.
 90. Bundes Psychotherapeuten Kammer (BPtK). *BPtK-Auswertung: Monatelange Wartezeiten bei Psychotherapeut*innen - Corona-Pandemie verschärft das Defizit an Behandlungsplätzen*. 2021, Berlin. In: *bptk.de*, 29. März 2021 (online) <https://www.bptk.de/bptk-auswertung-monatelange-wartezeiten-bei-psychotherapeutinnen/> (abgerufen am: 14.08.2022).

7 Anhang

7.1 Tabellen (Ergebnisse).....	
7.2 Studienmaterial: Halbstandardisierte Fragebögen	
7.2.1 Fragebogen vor Beginn der Intervention.....	
7.2.2 Fragebogen nach Abschluss der Intervention.....	
7.2.3 Evaluationsbögen (Ärzt Schulung & Fokusgruppe).....	
7.3 Studienmaterial: Standardisierte Fragebögen zur Depression	
7.3.1 PHQ-9	
7.4 Studienmaterial: PKP-Karten (Auswahl für die Studie).....	
7.5 Studienmaterial: Dokumentationsbogen	

7.1 Tabellen (Ergebnisse)

Tabelle 6: Anzahl an Patienten, die für die Studie in Frage kamen

Anzahl an Patienten (n)	2	5	6	8	9	11	12	14	20
Häufigkeit	1	2	3	1	1	1	1	2	1
Prozent (%)	7,7	15,4	23,1	7,7	7,7	7,7	7,7	15,4	7,7

n=13

Tabelle 7: Anzahl an Patienten, die tatsächlich an der Studie teilnahmen

Anzahl an Patienten (n)	0	1	2	4	5
Häufigkeit	3	1	3	4	2
Prozent (%)	23,1	7,7	23,1	30,8	15,4

n=13

Tabelle 8: Geschätzte und tatsächliche Anzahl an Patienten

	Nachher			
	Min.	Max.	M	SD
Anzahl an Patienten, die für die Studie in Frage kamen	2	20	9,08	4.941
Anzahl an Patienten die tatsächlich teilnahmen	0	5	2.54	1.898

n=13

Tabelle 9: Gründe zum Ausschluss von Patienten

	Ärztliche Faktoren	Einschlusskriterien nicht erfüllt	Mangelnde Motivation seitens des Patienten	Sonstiges
Häufigkeit	8*	3	8	4*
Kategorien	- Karten konnten nicht integriert werden (2*) - Studie vergessen (1*) - schnelle Einarbeitung war nicht möglich (1*) - Zeitmangel (4*)			- Wechsel des Behandlers (1*) - Besserung der Symptomatik nach 2. Kontakt (1*) - Absage wg. Covid-Lage (1*) - Pat. kam nicht mehr in die Praxis (1*)
Prozent (%)	61,53	23,07	61,53	30,76

* Freitextantworten; Mehrfachantworten waren möglich

Tabelle 10: Gegenüberstellung der Einschätzungen der Hausärzte bzgl. Prävalenz vor und nach der Intervention

Item	Vorher				Nachher				p	P
	Min.	Max.	M	SD	Min.	Max.	M	SD		
Prävalenz: Häufigkeit der Stellung einer Erstdiagnose	1	3	1.85	.555	2	2	2.00	.000	.625	.337

n=13; Skala: 1=„mehrmals pro Woche“, 2=„mehrmals im Monat“, 3=„seltener“;

*VZT=Vorzeichentest

Tabelle 11: Bekanntheit von Messinstrumenten

	PHQ-9	HAMD	BDI-II	Sonstiges	Freitext (Sonstiges)
Häufigkeit	5	5	3	1	- Screeningfragen
Prozent (%)	55,55	55,55	33,33	11,11	

n=9; Mehrfachantworten waren möglich

Tabelle 12: Gegenüberstellung der Einschätzungen der Hausärzte bzgl. Nutzung von Messinstrumenten und Sonstiges zur Diagnosestellung vor und nach der Intervention

	Symptomatik	S-3 Leitlinie	PHQ-9	BDI-II	HAMD	Sonstiges
Vorher						
Häufigkeit (n=13)	13	8	4	1	0	0
Prozent (%)	100,00	61,5	30,8	7,7	0	0
Nachher						
Häufigkeit (n=12)	10	8	7	2	1	0
Prozent (%)	83,3	66,7	58,1	16,7	8,3	0

Mehrfachantworten waren möglich

Tabelle 13: Geschätzter Anteil an Patienten in der Hausarztpraxis, die unter Depressionen leiden

Anteil an Patienten	< 5%	5-10%	11-15%	16-20%	>20%
Häufigkeiten	1	6	2	1	2
Prozent (%)	8,3	50,0	16,7	8,3	16,7

n=12

Tabelle 14: Gegenüberstellung der Einschätzungen der Hausärzte bzgl. therapeutischer Versorgung vor und nach der Intervention

Item	Vorher				Nachher				p	p
	Min.	Max.	M	SD	Min.	Max.	M	SD	VZT*	T-Test
Versorgung: Pharmakologische Therapie	1	3	2.46	.660	2	3	2.69	.480	.250	.082
Versorgung: Überweisung zu einem Psychiater oder Neurologen/ Nervenarzt**	1	4	2.00	1.155	1	4	1.92	.996	.687	.438
Versorgung: Überweisung akut in eine psychiatrische/ psychosomatische Fachklinik	0	3	1.15	.899	0	2	1.08	.494	1.000	.776
Versorgung: Psychosomatische Grundversorgung	2	4	3.46	.660	2	4	3.46	.660	1.000	1.000
Versorgung: Empfehlung einer Psychotherapie	2	4	2.92	.641	2	3	2.85	.376	1.000	.673

**1 missing data in der Nachbefragung zu diesem Punkt, n=12; Skala: 0=„nie“ - 4=„immer“;

*VZT=Vorzeichentest

Tabelle 15: Empfehlung einer Psychotherapie

Antwortkategorie	Vorher		Nachher	
	Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)
Bekannter Therapeut	8	61,5	6	46,2
Positive Erfahrung oder Rückmeldung	6	46,2	8	61,5
Therapeut mit zeitnahen Terminen	8	61,5	5	38,5
Nutzung von Serviceangeboten	11	84,6	12	92,3
Sonstiges	2	15,4	2	15,4
Freitext (Sonstiges)	- je nach Fall mit Dringlichkeits-Überweisung - psychologisch/psychotherapeutisch tätige Ergotherapeutin		- Kollegen empfohlen - Beratungsstelle im Studentenwerk für Studenten	

Mehrfachantworten waren möglich

Tabelle 16: Bevorzugte Psychotherapie

Antwortkategorie	Vorher		Nachher	
	Häufigkeit	Prozent (%)	Häufigkeit	Prozent (%)
Keine bevorzugt	6	46,2	4	30,8
Kognitive VT	5	38,5	8	61,5
Analytische PT	1	7,7	-	-
Tiefenpsychologisch fundierte PT	2	15,4	3	23,1
Systemische Therapie	-	-	-	-
Andere	-	-	-	-

Mehrfachantworten waren möglich

Tabelle 17: Bisherige therapeutische Strategien und Empfehlungen

Item	Antwortkategorie					Vorher		M	SD
	nie n (%)	selten n (%)	manchmal n (%)	häufig n (%)	immer n (%)	Min.	Max.		
Psycho- edukation	-	1 (7,7)	2 (15,4)	9 (69,2)	1 (7,7)	1	4	2.77	.725
Schlaf- hygiene	-	2 (15,4)	1 (7,7)	8 (61,5)	2 (15,4)	1	4	2.77	.927
Bewegung/ Sport	-	1 (7,7)	1 (7,7)	5 (38,5)	6 (46,2)	1	4	3.23	.927
Entspannung	-	1 (7,7)	3 (23,1)	5 (38,5)	4 (30,8)	1	4	2.92	.954
Positive Aktivitäten	-	-	4 (30,8)	5 (38,5)	4 (30,8)	2	4	3.00	.816
Liste	3 (23,1)	4 (30,8)	1 (7,7)	5 (38,5)	-	0	3	1.62	1.261
Haus- aufgaben	2 (15,4)	2 (15,4)	3 (23,1)	4 (30,8)	2 (15,4)	0	4	2.15	1.345
Genuss- training	5 (38,5)	5 (38,5)	3 (23,1)	-	-	0	2	.85	.801
Freitext (Sonstiges) (n=2)	- positive Aspekte im Leben hervorheben - gemeinsames Explorieren konkreter Probleme mit Lösungsfindung								

n=13; Skala: 0=„nie“ - 4=„immer“

Tabelle 18: Empfohlene Entspannungsübungen

	PMR	Autogenes Training	Hypnose	Sonstiges (z.B. Yoga, Achtsamkeit, Qigong)	
Häufigkeit	10	9	0		10
Prozent (%)	77,0	69,3	0		77,0

Mehrfachantworten waren möglich

Tabelle 19: Gegenüberstellung der Einschätzungen der Hausärzte bzgl. Kompetenz vor und nach der Intervention (Häufigkeiten)

Item	Antwortkategorie					Gesamt
	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschieden	stimme zu	stimme voll zu	
Kompetenz: Diagnosestellung einer Depression	0/0	1 (7,7)/ 0	2 (15,4)/ 1 (7,7)	9 (69,2)/ 9 (69,2)	1 (7,7)/ 3 (23,1)	100,0
Kompetenz: theoretische Kenntnisse zur Psychotherapie einer Depression	2 (15,4)/ 1 (7,7)	3 (23,1)/ 0		6 (46,2)/ 5 (38,5)	1 (7,7)/ 7 (53,8)	100,0
Kompetenz: praktische Kenntnisse zur Psychotherapie einer Depression	2 (15,4)/ 1 (7,7)	1 (7,7)/ 0		8 (61,5)/ 5 (38,5)	0/ 6 (46,2)	100,0
Kompetenz: psycho- therapeutische Behandlung zur Überbrückung	1 (7,7)/ 0	2 (15,4)/ 1 (7,7)		5 (38,5)/ 4 (30,8)	3 (23,1)/ 4 (30,8)	100,0

n=13; Skala: 0=„stimme gar nicht zu“ - 4=„stimme voll zu“

Tabelle 20: Gegenüberstellung der Einschätzungen der Hausärzte bzgl. Kompetenz vor und nach der Intervention

Item	Vorher				Nachher				ρ	
	Min.	Max.	M	SD	Min.	Max.	M	SD	VZT*	T-Test
Kompetenz: Diagnosestellung einer Depression	1	4	2.77	.725	2	4	3.15	.555	.063	.018**
Kompetenz: theoretische Kenntnisse zur Psychotherapie einer Depression	0	4	1.69	1.109	0	3	2.38	.870	.109	.095
Kompetenz: praktische Kenntnisse zur Psychotherapie einer Depression	0	4	1.92	1.188	0	4	2.46	.967	.508	.222
Kompetenz: psychotherapeutische Behandlung zur Überbrückung	0	4	2.23	1.166	1	4	2.85	.987	.289	.120

$n=13$; Skala: 0=„stimme gar nicht zu“ - 4=„stimme voll zu“; *VZT=Vorzeichentest; **Signifikante Ergebnisse ($p<0.05$) sind **fett** markiert

Tabelle 21: Maßnahmen zur Stärkung der therapeutischen Kompetenz

Antwortkategorie	Häufigkeit	Prozent (%)
Kompetenz ausreichend	1	7,7
Spezialisten überlassen	1	7,7
Theoretische Schulung und Fortbildung	11	84,6
Praktische Schulung und Fortbildung	12	92,3
Studium	3	23,1
Weiterbildung	8	61,5
Freitext (Sonstiges)	1*	7,7

*"weniger Fokus auf Pharmakotherapie"; Mehrfachantworten waren möglich

Tabelle 22: Gegenüberstellung der Einschätzungen der Hausärzte bzgl. Machbarkeit der hausärztlichen Versorgung von Patienten mit einer Depression vor und nach der Intervention (Häufigkeiten)

Item	Antwortkategorie					Gesamt (%)
	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschlossen	stimme zu	stimme voll zu	
Bedarf	Vorher: <i>n</i> (%) / Nachher: <i>n</i> (%)					
	0/0	0/0	0/0	1 (7,7)/ 0	12 (92,3)/ 0	100,0
Machbarkeit: pharmakologische Behandlung durch den Hausarzt*	0/0	0/0	1 (7,7)/ 1 (7,7)	4 (30,8)/ 5(38,5)	8 (61,5)/ 7 (53,8)	100,0
Machbarkeit: psychotherapeutische Behandlung durch den Hausarzt zur Überbrückung	0/0	0/0	4 (30,8)/ 1 (7,7)	4 (30,8)/ 7 (53,8)	5 (38,5)/ 5 (38,5)	100,0
Machbarkeit: psychotherapeutische Behandlung allein durch den Hausarzt*	2 (15,4)/ 0	3 (23,1)/ 6 (46,2)	2 (15,4)/ 4 (30,8)	5 (38,5)/ 2 (15,4)	1 (7,7)/ 1 (7,7)	100,0
Voraussetzung	2 (15,4)/ 0	0/0	0/0	4 (30,8)/ 0	7 (53,8)/ 0	100,0

n=13; Skala: 0=„stimme gar nicht zu“ - 4=„stimme voll zu“; *zumindest bei leichtem bis mittlerem Schweregrad

Tabelle 23: Gegenüberstellung der Einschätzungen der Hausärzte bzgl. Machbarkeit der hausärztlichen Versorgung von Patienten mit einer Depression vor und nach der Intervention

Item	Vorher				Nachher				<i>p</i> VZT*	<i>p</i> T-Test
	Min.	Max.	<i>M</i>	<i>SD</i>	Min.	Max.	<i>M</i>	<i>SD</i>		
Machbarkeit: pharmakologische Behandlung durch den Hausarzt**	2	4	3.54	.660	2	4	3.46	.660	1.000	.673
Machbarkeit: psychotherapeutische Behandlung durch den Hausarzt zur Überbrückung	2	4	3.08	.862	2	4	3.31	.630	.754	.427
Machbarkeit: psychotherapeutische Behandlung allein durch den Hausarzt**	0	4	2.00	1.291	1	4	1.85	.987	.754	.687

n=13; Skala: 0=„stimme gar nicht zu“ - 4=„stimme voll zu“; *VZT=Vorzeichentest, **zumindest bei leichtem bis mittlerem Schweregrad

Tabelle 24: Voraussetzungen für die hausärztliche Behandlung von Patienten mit Depressionen

Antwortkategorie	Häufigkeit	Prozent (%)
Schulung und Fortbildung	5	27,8
Zeit	3	16,7
Kompetenztraining	3	16,7
Abrechnungsmöglichkeiten	3	16,7
Vergütung	1	5,6
Studium	1	5,6
Kollegialer Austausch	1	5,6
Anerkennung durch Kassen	1	5,6

n=8; Mehrfachantworten waren möglich

Tabelle 25: Anwendung der PKP-Karten (Häufigkeiten)

Item	Antwortkategorie					Gesamt (%)
	stimme gar nicht zu n (%)	stimme nicht zu n (%)	unentschlossen n (%)	stimme zu n (%)	stimme voll zu n (%)	
Schulung war wichtig	-	-	1 (7,7)	3 (23,1)	9 (69,2)	100,0
Psychoedukation besonders gut*	-	-	4 (33,3)	6 (50,0)	2 (16,7)	100,0
Fertigkeiten -training besonders gut*	1 (8,3)	1 (8,3)	5 (41,7)	5 (41,7)	-	100,0
Inhaltliche Schwierigkeiten	3 (23,1)	3 (23,1)	3 (23,1)	4 (30,8)	-	100,0
Zeitliche Schwierigkeiten	-	1 (7,7)	2 (15,4)	6 (46,2)	4 (30,8)	100,0
Karten hinderlich	4 (30,8)	3 (23,1)	1 (7,7)	1 (7,7)	4 (30,8)	100,0
Karten hilfreich	1 (7,7)	1 (7,7)	3 (23,1)	5 (38,5)	3 (23,1)	100,0
Fortführung der Anwendung der Karten	2 (15,4)	2 (15,4)	1 (7,7)	4 (30,8)	4 (30,8)	100,0

n=13, *n=12; Skala: 0=„stimme gar nicht zu“ - 4=„stimme voll zu“

Tabelle 26: Anwendung der PKP-Karten

Item	Nachher			
	Min.	Max.	M	SD
Schulung im Vorfeld war wichtig	2	4	3.62	.650
Psychoedukation war besonders gut*	2	4	2.83	.718
Fertigkeitentraining war besonders gut*	0	3	2.17	.937
Inhaltliche Schwierigkeiten	0	3	1.62	1.193
Zeitliche Schwierigkeiten	1	4	3.00	.913
Karten waren hinderlich	0	4	1.85	1.725
Karten waren hilfreich	0	4	2.62	1.193
Fortführung der Anwendung der Karten	0	4	2.46	1.506
Sitzungsdauer im Durchschnitt **	15	38	24.45	7.607

n=13, *n=12, **n=11; Skala: 0=„stimme gar nicht zu“ - 4=„stimme voll zu“

Tabelle 27: Geschätzte Sitzungsdauer

Kategorien	Sitzungsdauer (Minuten)							
	15	18	20	25	30	33	38	
Häufigkeit	2	1	2	2	2	1	1	
Prozent (%)	18,2	9,1	18,2	18,2	18,2	9,1	9,1	

n=11

Tabelle 28: Häufigkeit der Nutzung einzelner PKP-Karten

PKP-Karten	Nachher			
	Min.	Max.	M	SD
Psychoedukation:				
S1K2 Symptome	2	4	3.40	.843
S1K5 Akzeptanz der Depression	2	4	2.90	.876
S1K7 Funktion der Depression	1	4	2.80	1.033
S1K11 Stern: Vitalität	0	4	2.90	1.524
S1K12 Stern: Depression	0	4	3.20	1.476
S1K13 Stern: Therapie	0	4	2.80	1.476
S1A11R Entstehungsbedingungen	3	4	3.70	.483
S1A12R Modelle Depression	0	4	2.40	1.647
S1 A13 Integratives Modell	0	4	1.80	1.549
Gesamt			2.87	.713
Fertigkeitentraining:				
S2 K16 Liste Aktivität	2	4	3.40	.843
S2 K17 Plan/Stimmung Aktivitäten*	1	4	2.78	1.093
S2 K20 Liste Sportart*	0	4	2.89	1.269
S2 K21 Plan/Stimmung Sport*	0	4	2.33	1.414
S2 K22 Entspannung*	0	4	2.22	1.563
S2 K23 Genuss*	0	4	2.44	1.667
S2 K24 Plan/Üben Genuss*	0	4	2.33	1.871
Gesamt			2.58	.955

n=10, *n=9; Skala: 0=„nie“ - 4=„immer“

Tabelle 29: Schulnoten einzelner PKP-Karten

PKP-Karten	Nachher			
	Min.	Max.	M	SD
Psychoedukation:				
S1K2 Symptome	1	3	1.60	.699
S1K5 Akzeptanz der Depression	1	3	1.90	.738
S1K7 Funktion der Depression	1	4	2.00	.943
S1K11 Stern: Vitalität*	1	2	1.56	.527
S1K12 Stern: Depression*	1	3	1.44	.726
S1K13 Stern: Therapie*	1	3	1.89	.928
S1A11R Entstehungsbedingungen	1	2	1.40	.516
S1A12R Modelle Depression*	1	3	2.00	.707
S1 A13 Integratives Modell*	2	5	3.11	.928
Gesamt			1.87	.423
Fertigkeitentraining:				
S2 K16 Liste Aktivität*	1	3	1.78	.833
S2 K17 Plan/Stimmung Aktivitäten*	1	3	2.11	.601
S2 K20 Liste Sportart**	2	2	2.00	.000
S2 K21 Plan/Stimmung Sport**	2	3	2.13	.354
S2 K22 Entspannung**	1	3	2.25	.707
S2 K23 Genuss***	1	2	1.29	.488
S2 K24 Plan/Üben Genuss***	1	2	1.43	.535
Gesamt			1.90	.269

$n=10$, * $n=9$, ** $n=8$, *** $n=7$; Skala: 1=„sehr gut“, 2=„gut“, 3=„befriedigend“, 4=„ausreichend“, 5=„mangelhaft“, 6=„ungenügend“

Tabelle 30: Gesamtbewertung der PKP-Karten (Häufigkeiten)

Item	Antwortkategorie					Gesamt (%)
	stimme gar nicht zu n (%)	stimme nicht zu n (%)	unentschlossen n (%)	stimme zu n (%)	stimme voll zu n (%)	
Karten für das hausärztliche setting geeignet	-	-	4 (36,4)	5 (45,5)	2 (18,2)	100,0
Karten als effizientes Werkzeug im Praxisalltag	-	-	3 (27,3)	6 (54,5)	2 (18,2)	100,0
Karten zur Überbrückung geeignet bis zu einer ambulanten Psychotherapie	-	1 (9,1)	1 (9,1)	5 (45,5)	4 (36,4)	100,0
Karten als Ersatz für eine ambulante Psychotherapie geeignet	3 (27,3)	5 (45,5)	1 (9,1)	2 (18,2)	-	100,0

$n=11$; Skala: 0=„stimme gar nicht zu“ - 4=„stimme voll zu“

Tabelle 31: Gesamtbewertung der PKP-Karten

Item	Nachher			
	Min.	Max.	M	SD
Karten für das hausärztliche Setting geeignet	2	4	2.82	.751
Karten als effizientes Werkzeug im Praxisalltag	2	4	2.91	.701
Karten zur Überbrückung geeignet bis zu einer ambulanten Psychotherapie	1	4	3.09	.944
Karten als Ersatz für eine ambulante Psychotherapie geeignet	0	3	1.18	1.079
Schulnote Design	1	3	2.09	.539
Schulnote Inhalt	1	4	2.36	.809

n=11

Tabelle 32: Schulnoten auf Design und Inhalt der PKP-Karten

Schulnoten	Design	Inhalt
	n (%)	n (%)
Note 1	1 (9,1)	1 (9,1)
Note 2	8 (72,7)	6 (54,5)
Note 3	2 (18,2)	3 (27,3)
Note 4	-	1 (9,1)
Note 5	-	-
Note 6	-	-
Gesamt	100,0	100,0

n=11

Tabelle 33: Geschätzter Behandlungserfolg

Item	Nachher			
	Min.	Max.	M	SD
Psychoedukation war für Patienten hilfreich	2	4	3.08	.515
Fertigkeitentraining war für Patienten hilfreich	0	4	2.50	1.087
Patienten zeigten Motivation während positiver Aktivitäten	0	4	2.50	1.168
PKP-Karten haben zur Besserung der Symptomatik beigetragen	1	4	2.67	.888
Patienten haben die Behandlung mittels PKP-Karten gut angenommen	2	4	2.67	.651
Patienten haben die Anwendung der Karten nach Konsultation selbst fortgeführt	0	4	1.58	1.165

n=12; Skala: 0=„stimme gar nicht zu“ - 4=„stimme voll zu“

Tabelle 34: Geschätzter Behandlungserfolg (Häufigkeiten)

Item	Antwortkategorie					Gesamt %
	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	unentschlossen	stimme zu	stimme voll zu	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Psychoedukation war für Patienten hilfreich	-	-	1 (8,3)	9 (75,0)	2 (16,7)	100,0
Fertigkeiten-training war für Patienten hilfreich	1 (8,3)	-	5 (41,7)	4 (33,3)	2 (16,7)	100,0
Patienten zeigten Motivation während positiver Aktivitäten	1 (8,3)	1 (8,3)	3 (25,0)	5 (41,7)	2 (16,7)	100,0
PKP-Karten haben zur Besserung der Symptomatik beigetragen	-	1 (8,3)	4 (33,3)	5 (41,7)	2 (16,7)	100,0
Patienten haben die Behandlung mittels PKP-Karten gut angenommen	-	-	5 (41,7)	6 (50,0)	1 (8,3)	100,0
Patienten haben die Anwendung der PKP-Karten selbst fortgeführt	2 (16,7)	4 (33,3)	4 (33,3)	1 (8,3)	1 (8,3)	100,0

n=12; Skala: 0=„stimme gar nicht zu“ - 4=„stimme voll zu“

Tabelle 35: Gegenüberstellung der Einschätzungen der Hausärzte bzgl. Effizienz und Integration der PKP-Karten in den Praxisalltag vor und nach der Intervention

Item	Antwortkategorie					Gesamt (%)
	lehne stark ab	lehne ab	unentschlossen	stimme zu	stimme stark zu	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Schulung*: Karten als effizientes Werkzeug	-	-	1 (7,7)	7 (53,8)	5 (38,5)	100,0
Skepsis zum organisatorischen Einsatz	1 (7,7)	5 (38,5)	4 (30,8)	3 (23,1)	-	100,0
Fokusgruppe**: Karten als effizientes Werkzeug	-	1 (25,0)	-	2 (50,0)	1 (25,0)	100,0
Skepsis zum organisatorischen Einsatz	-	-	-	3 (75,0)	1 (25,0)	100,0

*n=13, **n=4; Skala: 0=„lehne stark ab“ - 4=„stimme stark zu“

Tabelle 36: Inhaltliche Ergebnisse der Evaluation der Schulung & Fokusgruppe

Item	Schulung (n=13)				Fokusgruppe (n=4)			
	Min.	Max.	M	SD	Min.	Max.	M	SD
Karten als effizientes Werkzeug	2	4	3.31	.630	1	4	2.75	1.258
Skepsis gegenüber organisatorischem Einsatz	0	3	1.69	.947	3	4	3.25	.500
Verbesserung der theoretischen Kenntnisse zu einer Depression	1	4	2.69	.947	-	-	-	-
Verbesserung der praktischen Fähigkeiten zur Behandlung von Depressionen	1	4	2.62	.870	-	-	-	-
Verbesserung der praktischen Fähigkeiten zur Diagnostik von Depressionen*	2	4	2.67	.778	-	-	-	-
Verbesserung der theoretischen Kenntnisse zur Anwendung der Karten	-	-	-	-	1	2	1.50	.577
Verbesserung der praktischen Fähigkeiten zur Anwendung der Karten	-	-	-	-	1	3	1.75	.957
Schulung war wichtig	2	4	3.23	.599	-	-	-	-

*n=12; Skala: 0=„lehne stark ab“ - 4=„stimme stark zu“

Tabelle 37: Inhaltliche Ergebnisse der Evaluation der Schulung

Item	Antwortkategorie					Gesamt (%)
	lehne stark ab	lehne ab	unentschieden	stimme zu	stimme stark zu	
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	
Verbesserung theoretische Kenntnisse zu einer Depression	-	1 (7,7)	5 (38,5)	4 (30,8)	3 (32,1)	100,0
Verbesserung praktische Fähigkeiten zur Behandlung von Depressionen	-	1 (7,7)	5 (38,5)	5 (38,5)	2 (15,4)	100,0
Verbesserung praktische Fähigkeiten zur Diagnostik von Depressionen*	-	-	6 (50,0)	4 (33,3)	2 (16,7)	100,0
Schulung war wichtig	-	-	1 (7,7)	8 (61,5)	4 (30,8)	100,0

n=13, *n=12; Skala: 0=„lehne stark ab“ - 4=„stimme stark zu“

7.2 Studienmaterial: Halbstandardisierte Fragebögen

7.2.1 Fragebogen vor Beginn der Intervention

Fragebogen zur hausärztlichen Diagnose und therapeutischen Versorgung von Patienten mit einer Depression (vor Schulung/ Einsatz der PKP-Karten)

Code: _____

1. Auftreten und Diagnostik von Depressionen in Ihrer Praxis

1.1 Wie häufig stellen Sie die *Erstdiagnose* einer Depression?

- mehrmals pro Woche mehrmals im Monat seltener

1.2 Welche standardisierten Messinstrumente zur Diagnose einer Depression sind Ihnen bekannt? (*Mehrfachantworten möglich*)

- PHQ BDI HAMD Sonstige: _____

1.3 Wie stellen Sie die Diagnose? (*Mehrfachantworten möglich*)

- anhand der geschilderten Symptome im anamnestischen Gespräch
 anhand der Abfrage der Kriterien aus der S3-Leitlinie
 anhand standardisierter Messinstrumente, nämlich:
 PHQ BDI HAMD Sonstige: _____

1.4 Ungefähr welcher Anteil der von Ihnen in den letzten drei Monaten behandelten Patienten leidet an einer Depression?

- <5% 5-10% 11-15% 16-20% > 20% kann ich nicht beantworten

2. Betreuung und weitere therapeutische Versorgung

2.1 Ich initiiere und betreue die *pharmakologische* Therapie selbst.

nie				immer

2.2 Ich überweise die Patienten zu einem Psychiater oder Neurologen/ Nervenarzt.

nie				immer

2.3 Ich überweise die Patienten akut in eine psychiatrische/psychosomatische Fachklinik.

nie				immer

2.4 Ich führe die psychosomatische Grundversorgung *zur Überbrückung* selbst durch.

nie				immer

2.5 Ich empfehle den Patienten eine Psychotherapie.

nie				immer

Falls ja, empfehle ich (*Mehrfachantworten möglich*)

- Therapeuten, die mir persönlich bekannt sind
 Therapeuten, aufgrund positiver Erfahrungen oder Rückmeldungen anderer Patienten
 Therapeuten, die relativ zeitnah Therapieplätze anbieten können
 die Nutzung von Serviceangeboten zur Therapieplatzvermittlung (z.B. über die KV oder die zuständige Krankenkasse)

Sonstige: _____

2.6 Welches Psychotherieverfahren empfehlen Sie bevorzugt?

- keines bevorzugt
- Kognitive Verhaltenstherapie
- Analytische Psychotherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Systemische Therapie
- Andere: _____

3. Konkrete therapeutische Strategien und Empfehlungen

3.1 Ich kläre ausführlich über die Merkmale einer Depression (Psychoedukation zu Symptomen, Ursachen und Therapie) auf.	<input type="checkbox"/>	nie	immer				
3.2 Ich empfehle Maßnahmen zur Verbesserung des Schlafs (Schlafhygiene).	<input type="checkbox"/>	nie	immer				
3.3 Ich empfehle mehr Bewegung oder Sport.	<input type="checkbox"/>	nie	immer				
3.4 Ich empfehle Entspannungsübungen/-therapien.	<input type="checkbox"/>	nie	immer				
Wenn ja, welche? <input type="checkbox"/> PMR <input type="checkbox"/> Autogenes Training <input type="checkbox"/> Hypnose <input type="checkbox"/> Sonstige (z.B. Yoga, Achtsamkeit, Qigong)							
3.5 Ich empfehle den Patienten, etwas Schönes zu unternehmen (positive Aktivitäten).	<input type="checkbox"/>	nie	immer				
3.6 Ich erstelle mit den Patienten eine individuelle Liste mit positiven Aktivitäten.	<input type="checkbox"/>	nie	immer				
3.7 Ich verordne konkrete „Hausaufgaben“ zur Förderung positiver Aktivitäten.	<input type="checkbox"/>	nie	immer				
3.8 Ich empfehle ein Genusstraining.	<input type="checkbox"/>	nie	immer				
3.9 Ich empfehle Sonstiges, und zwar _____							

4. Einschätzung der eigenen Kompetenz und Ressourcen

4.1 Ich fühle mich sicher bei der <i>Diagnosestellung</i> einer Depression.	<input type="checkbox"/>	stimme gar nicht zu	stimme voll zu				
4.2 Ich habe sehr gute <i>theoretische</i> Kenntnisse zur Psychotherapie einer Depression	<input type="checkbox"/>	stimme gar nicht zu	stimme voll zu				

4.3 Ich habe sehr gute <i>praktische</i> Kenntnisse zur Psychotherapie einer Depression	<input type="checkbox"/>	stimme gar nicht zu	stimme voll zu				
4.4 Ich fühle mich sicher, Patienten mit einer Depression <i>zur Überbrückung</i> psychotherapeutisch zu behandeln.	<input type="checkbox"/>	stimme gar nicht zu	stimme voll zu				
<p>4.5 Welche Maßnahmen wünschen Sie sich, um Ihre <i>therapeutischen Kompetenzen</i> zu stärken? (<i>Mehrfachantworten möglich</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Keine, ich halte meine Kompetenzen für ausreichend.</p> <p><input type="checkbox"/> Keine, (ich überlasse die Therapie den Spezialisten).</p> <p><input type="checkbox"/> Schulungen und Fortbildungen zur Vermittlung theoretischer Grundlagen der Depression.</p> <p><input type="checkbox"/> Schulungen und Fortbildungen mit praktischen Übungen, um konkrete Behandlungsschritte einzuüben.</p> <p><input type="checkbox"/> Mehr Gewicht des Themas Depression bereits im Studium</p> <p><input type="checkbox"/> Mehr Gewicht des Themas Depression in der Weiterbildung</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges: _____</p>							

5. Möglichkeiten und Grenzen einer hausärztlichen Versorgung von Patienten mit einer Depression allgemein							
5.1 Der Bedarf einer hausärztlichen Versorgung von Patienten mit einer Depression ist sehr groß.	<input type="checkbox"/>	stimme gar nicht zu	stimme voll zu				
5.2 Die <i>pharmakologische</i> Behandlung von Patienten mit einer Depression durch den Hausarzt ist machbar (zumindest bei leichtem bis mittlerem Schweregrad).	<input type="checkbox"/>	stimme gar nicht zu	stimme voll zu				
5.3 Die <i>psychotherapeutische</i> Behandlung von Patienten mit einer Depression durch den Hausarzt ist <i>zur Überbrückung</i> machbar.	<input type="checkbox"/>	stimme gar nicht zu	stimme voll zu				
5.4 Die <i>psychotherapeutische</i> Behandlung von Patienten mit einer Depression <i>allein</i> durch den Hausarzt ist machbar (zumindest bei leichtem bis mittlerem Schweregrad).	<input type="checkbox"/>	stimme gar nicht zu	stimme voll zu				
5.5 Die Voraussetzungen für die hausärztliche Behandlung von Patienten mit Depressionen sollten verbessert werden.	<input type="checkbox"/>	stimme gar nicht zu	stimme voll zu				
<p>... Falls ja, inwiefern?</p> <p>_____</p>							

VIELEN DANK FÜR IHRE MITARBEIT!

7.2.2 Fragebogen nach Abschluss der Intervention

Fragebogen zur hausärztlichen Diagnose und therapeutischen Versorgung von Patienten mit einer Depression (nach der Studie/ Einsatz der PKP-Karten)

Code: _____

1. Auftreten und Diagnostik von Depressionen in Ihrer Praxis												
1.1 Wie häufig stellten Sie während der Studienphase die <i>Erstdiagnose</i> einer Depression?	<input type="checkbox"/> mehrmals pro Woche <input type="checkbox"/> mehrmals im Monat <input type="checkbox"/> seltener											
1.2 Wie werden Sie in Zukunft die Diagnose stellen? (<i>Mehrfachantworten möglich</i>)	<input type="checkbox"/> anhand der geschilderten Symptome im anamnestischen Gespräch <input type="checkbox"/> anhand der Abfrage der Kriterien aus der S3-Leitlinie <input type="checkbox"/> anhand standardisierter Messinstrumente, nämlich <input type="checkbox"/> PHQ <input type="checkbox"/> BDI <input type="checkbox"/> HAMD <input type="checkbox"/> Sonstige: _____											
1.3 Wie viele depressive Patienten kamen für die Studie schätzungsweise in Frage? _____												
1.4 Wie viele depressive Patienten haben in Ihrer Praxis tatsächlich an der Studie teilgenommen? _____												
1.5 Aus welchen Gründen wurden Patienten nicht in die Studie aufgenommen? (<i>Mehrfachantworten möglich</i>)	<input type="checkbox"/> wegen nicht erfüllter Einschlusskriterien <input type="checkbox"/> wegen mangelnder Motivation auf Seiten des Patienten <input type="checkbox"/> Faktoren auf ärztlicher Seite, und zwar: _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____											
2. Betreuung und weitere therapeutische Versorgung												
2.1 Ich initiiere und betreue die <i>pharmakologische</i> Therapie selbst.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">nie</td> <td colspan="3"></td> <td>immer</td> </tr> </table>						nie					immer
nie					immer							
2.2 Ich überweise die Patienten zu einem Psychiater oder Neurologen/ Nervenarzt.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">nie</td> <td colspan="3"></td> <td>immer</td> </tr> </table>						nie					immer
nie					immer							
2.3 Ich überweise die Patienten akut in eine psychiatrische/ psychosomatische Fachklinik.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">nie</td> <td colspan="3"></td> <td>immer</td> </tr> </table>						nie					immer
nie					immer							
2.4 Ich führe die psychosomatische Grundversorgung zur <i>Überbrückung</i> selbst durch.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">nie</td> <td colspan="3"></td> <td>immer</td> </tr> </table>						nie					immer
nie					immer							
2.5 Ich empfehle den Patienten eine Psychotherapie.	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td colspan="2">nie</td> <td colspan="3"></td> <td>immer</td> </tr> </table>						nie					immer
nie					immer							

5. Behandlung depressiver Patienten mittels PKP-Karten

Vorwissen bezüglich der PKP-Karten

5.1 Waren Ihnen die PKP-Karten vor der Teilnahme an der Studie bekannt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
5.2 Die Ärzteschulung im Vorfeld war wichtig, um die Karten in der Praxis anwenden zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	stimme gar nicht zu		stimme voll zu		

Gesammelte Erfahrungen zum Einsatz der PKP-Karten (während der Studienphase)

5.3 Während der Behandlung fand ich das Psychoedukationstraining besonders gut.	<input type="checkbox"/>				
	stimme gar nicht zu		stimme voll zu		
5.4 Während der Behandlung fand ich das das Fertigkeitstraining besonders gut.	<input type="checkbox"/>				
	stimme gar nicht zu		stimme voll zu		

(Fortsetzung gesammelte Erfahrungen zum Einsatz der PKP-Karten während der Studienphase)

5.5 Ich hatte <i>inhaltliche</i> Schwierigkeiten mit der Anwendung der Karten.	<input type="checkbox"/>				
	stimme gar nicht zu		stimme voll zu		
5.6 Ich hatte wegen des <i>Zeitdrucks</i> im Praxisalltag Schwierigkeiten, die Karten anzuwenden.	<input type="checkbox"/>				
	stimme gar nicht zu		stimme voll zu		
5.7 Ich empfand die Karten eher als hinderlich bei der Behandlung.	<input type="checkbox"/>				
	stimme gar nicht zu		stimme voll zu		
5.8 Die Karten haben mir bei der Behandlung depressiver Patienten geholfen.	<input type="checkbox"/>				
	stimme gar nicht zu		stimme voll zu		
5.9 Ich werde die Arbeit mit den Karten gerne über die Studie hinaus fortführen.	<input type="checkbox"/>				
	stimme gar nicht zu		stimme voll zu		
5.10 Bitte schätzen Sie, wie lange haben die Sitzungen bei Anwendung der Karten im Durchschnitt gedauert?: _____ Minuten.					

Einschätzung des Behandlungserfolgs

5.11 Das Kartenset „Psychoedukation“ war für den Patienten hilfreich, die eigene Erkrankung besser zu verstehen.	<input type="checkbox"/>				
	stimme gar nicht zu		stimme voll zu		
5.12 Das Kartenset „Fertigkeitstraining“ hat den Patienten geholfen, besser mit der Erkrankung umzugehen.	<input type="checkbox"/>				
	stimme gar nicht zu		stimme voll zu		

S2 Fertigkeitstraining												
K16	Liste Aktivitäten	<input type="text"/>										
		nie				immer	1	2	3	4	5	6
K17	Plan/ Stimmung Aktivitäten	<input type="text"/>										
		nie				immer	1	2	3	4	5	6
K20	Liste Sportart/ Häufigkeit	<input type="text"/>										
		nie				immer	1	2	3	4	5	6
K21	Plan/ Stimmung Sport	<input type="text"/>										
		nie				immer	1	2	3	4	5	6
K22	Entspannung	<input type="text"/>										
		nie				immer	1	2	3	4	5	6
K23	Genuss	<input type="text"/>										
		nie				immer	1	2	3	4	5	6
K24	Plan/ Üben Genuss	<input type="text"/>										
		nie				immer	1	2	3	4	5	6

7. Gesamtbewertung der Karten	
7.1 Die Karten sind geeignet, depressive Patienten im hausärztlichen Setting zu behandeln.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> stimme gar nicht zu stimme voll zu
7.2 Die Karten sind ein effizientes Werkzeug im Praxisalltag.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> stimme gar nicht zu stimme voll zu
7.3 Die Karten sind geeignet, die Zeit bis zu einer ambulanten Psychotherapie zu überbrücken.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> stimme gar nicht zu stimme voll zu
7.4 Die Karten sind geeignet, eine ambulante Psychotherapie zu ersetzen.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> stimme gar nicht zu stimme voll zu
7.5 Welche Schulnote würden Sie den PKP-Karten insgesamt auf das <i>Design</i> geben?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1 2 3 4 5 6
7.6 Welche Schulnote würden Sie den PKP-Karten insgesamt auf den <i>Inhalt</i> geben?	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 1 2 3 4 5 6

Bitte wenden und Fragen auf der Rückseite beachten.

7.7 Welche positiven Effekte/ Vorteile hat die Anwendung der Karten aus Ihrer Sicht?

7.8 Welche Schwierigkeiten/ Nachteile hat die Anwendung der Karten aus Ihrer Sicht?

7.9 Welche Verbesserungsvorschläge haben Sie?

Nutzen Sie gerne die Rückseite für weitere Anmerkungen.

Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!

7.2.3 Evaluationsbögen (Ärzt Schulung & Fokusgruppe)

Evaluationsbogen – PKP – Ärzteschulung am 16.9.2020

	lehne stark ab		stimme stark zu	
1. Der Inhalt der Schulung war für mich logisch nachvollziehbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Der Ablauf der Schulung war für mich logisch nachvollziehbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Die Arbeitsaufträge in den Kleingruppen waren eindeutig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Die Referenten konnten Kompliziertes verständlich machen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Die Referenten waren aufgeschlossen und freundlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Die Schulung hat meine <i>theoretischen</i> Kenntnisse zur Depression verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Die Schulung hat meine <i>praktischen</i> Fähigkeiten zur <i>Behandlung</i> der Depression verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Die Schulung hat meine <i>praktischen</i> Fähigkeiten zur <i>Diagnostik</i> der Depression verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Die praktischen Übungen der Schulung waren für mich hilfreich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Die Schulung war wichtig, um die Karten in der Praxis praktisch anwenden zu können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich kann mir vorstellen, dass die Karten ein effizientes Werkzeug im Praxisalltag sein können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich bin skeptisch, dass ich den Einsatz der Karten im Praxisalltag organisatorisch leisten kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	zu langsam		zu schnell	
13. Das Vorgehen war...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	zu kurz		zu lang	
14. Die theoretischen Inhalte der Schulung waren...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Die praktischen Übungen der Schulung waren...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	gering		groß	
16. Meine Motivation während der Schulung war...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	zu kurz		zu lang	
17. Der zeitliche Rahmen war insgesamt...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte wenden und Fragen auf der Rückseite beachten.

**18. Welche Schulnote
geben Sie der Schulung
insgesamt?**

<input type="checkbox"/>					
1	2	3	4	5	6

19. Was hat Ihnen *besonders gut* gefallen?

20. Was können wir *besser* machen?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

Evaluationsbogen – PKP – Fokusgruppe am 21.04.2021

	lehne stark ab		stimme stark	
1. Der Inhalt der Fokusgruppe war für mich logisch nachvollziehbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Der Ablauf der Fokusgruppe war für mich logisch nachvollziehbar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Der Ablauf der Fokusgruppe war klar strukturiert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Die Umsetzung der Fokusgruppe als Online-Veranstaltung hat gut funktioniert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Die Moderatoren waren aufgeschlossen und freundlich.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Die Fokusgruppe hat meine <i>theoretischen</i> Kenntnisse zur Anwendung der Karten verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Die Fokusgruppe hat meine <i>praktischen</i> Fähigkeiten zur Anwendung der Karten verbessert.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Der Austausch mit meinen Kollegen/-innen war für mich bereichernd.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ich kann mir vorstellen, dass die Karten ein effizientes Werkzeug im Praxisalltag sein können.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich bin skeptisch, dass ich den Einsatz der Karten im Praxisalltag organisatorisch leisten kann.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	zu langsam		zu schnell	
11. Das Vorgehen war...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	zu kurz		zu lang	
12. Die Zeit von seinen eigenen Erfahrungen zu berichten war...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Der Austausch mit meinen Kollegen/-innen war...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	gering		groß	
14. Meine Motivation während der Fokusgruppe war...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	zu kurz		zu lang	
15. Der zeitliche Rahmen war insgesamt...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Welche Schulnote geben Sie der Fokusgruppe *insgesamt*?

1 2 3 4 5 6

Bitte wenden und Fragen auf der Rückseite beachten.

17. Was hat Ihnen *besonders gut* gefallen?

18. Was können wir *besser* machen?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit!

7.3 Studienmaterial: Standardisierte Fragebögen zur Depression

7.3.1 PHQ-9

Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-9)

Wie oft fühlten Sie sich im Verlauf der <u>letzten 2 Wochen</u> durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt?	Überhaupt nicht	An einzelnen Tagen	An mehr als der Hälfte der Tage	Beinahe jeden Tag
Punkte	0	1	2	3
Wenig Interesse oder Freude an Ihren Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Niedergeschlagenheit, Schwermut oder Hoffnungslosigkeit.	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schwierigkeiten ein- oder durchzuschlafen oder vermehrter Schlaf	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen auffallen würde? Oder waren Sie im Gegenteil „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

Gesamtwert _____ = Addition _____ + _____ + _____
der Spaltensummen

Auswertung

< 5	gesund
< 10	unauffällig
10–14	„leichtgradige“ Depression
15–19	„mittelgradige“ Depression
20–27	„schwergradige“ Depression

(Deutsche Übersetzung des „Patient Health Questionnaire (PHQ-9)“ durch B. Löwe, S. Zipfel und W. Herzog, Medizinische Universitätsklinik Heidelberg. Englische Originalversion: Spitzer, Kroenke & Williams; 1999)

7.4 Studienmaterial: PKP-Karten (Auswahl für die Studie)

Karte 2

F3 Depression
Säule 1 Symptom-Verständnis

Welche Symptome habe ich?

Einfach alle Symptome aufzählen. Bitte je Zeile nur ein Symptom nennen:

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.

S. Sulz et al. PKP Depression www.cip-medien.com 2012

Hinweise zum praktischen Vorgehen

F3 Depression
Säule 1 Symptom-Verständnis

Symptome der Depression sind oft:

Niedergeschlagen	Schuldgefühle
Hoffnungslos	Innere Unruhe
Nichts wert sein	Denken verlangsamt
Leicht erschöpfbar	Zukunftsangst
Interessen verloren	Tagesschwankungen der Stimmung
Selbstvorwürfe	Lebensmüdigkeit

Ziel dieser Symptomaufzählung ist, dass der Patient vom Status des Leidenden in den Status des Beobachters und Berichterstatters wechselt, indem er „über“ seine Beschwerden spricht. Wenn wir nur die Symptome aufschreiben, die zur Depression gehören, dann übt er zu unterscheiden, was alles zur Depression gehört und was nicht.

S. Sulz et al. PKP Depression www.cip-medien.com 2012

(S. Sulz et al. PKP Depression www.cip-medien.com 2012)



Was ist denn Depression?

- Depression ist eine Krankheit
- Depression ist eine Verstimmung
- Depression ist eine Störung der Affekte (Gefühle, Emotionen)

- Habe ich eine Depression? JA () NEIN ()



Was ist Depression?

- Es sollte klar werden, dass die Beschwerden Symptome einer Depression sind. Und es sollte hervorgehoben werden:
- Depression ist eine Krankheit
- Depression ist eine Verstimmung
- Depression ist eine Störung der Affekte

Ziel Der Arzt entlastet den Patienten, indem er eindeutig den Krankheitsbegriff einführt (es ist kein Versagen, keine Schuld, sondern eine Krankheit, die ihre Ursachen außerhalb der Verantwortlichkeit des Pat. hat (auch den Angehörigen gegenüber)

- Dann wird erklärt, dass phänomenologisch Stimmung und Affekte die Krankheit charakterisieren.



Funktion der Depression

Was wird durch Depression vermieden?

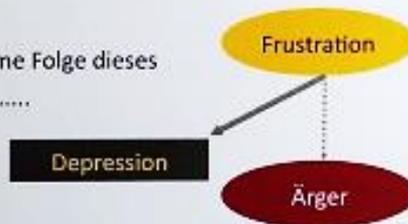
Was geschah unmittelbar bevor Sie depressiv wurden?

..... (z. B. Ehemann nahm sich andere Frau)

Wie hätten Sie oder andere an Ihrer Stelle auf dieses Ereignis reagiert, um es zu meistern? (z. B. gekämpft, ihn zur Rede gestellt und es ihm nicht so leicht gemacht)

Was wäre neben der positiven die unangenehme Folge dieses Meisterns gewesen?

(z. B. es hätte noch mehr Streit gegeben)



S. Sulz et al. PKP Depression www.cip-medien.com 2012



Depression vermeidet ein wirksames Wehren

- Im Sinne der Verhaltenstheorie ist Depression ein operantes oder instrumentelles Verhalten.
- Es wird durch seine Konsequenzen aufrecht erhalten.
- Konsequenz einer Depression ist Vermeidung.
- Um eine Depression zu verstehen, müssen wir herausfinden, was genau vermieden wird.

Ziel ist, dass der Patient auslösende Situation so einstuft, dass er sich eigentlich hätte wehren dürfen und müssen.

S. Sulz et al. PKP Depression www.cip-medien.com 2012

Der Gefühls-Stern: Vitale Pendelausschläge



S. Sulz et al. PKP Depression www.cip-medien.com, 2012

Der Gefühls-Stern: Vitale Pendelausschläge

- Wir beginnen die Psychoedukation zum Gefühlsstern damit, dass wir hervorheben, dass jeder Mensch diese **Gefühle zum Nutzen seiner Vitalität** (= Lebenskraft) braucht.
- Sie **helfen ihm auf die Welt bestmöglich zu reagieren**
- und für sein inneres Wohlbefinden zu sorgen
- (Bedürfnisse befriedigen, Gefahren reduzieren, Verluste überwinden, sich gegen Frustrationen wehren)

Ziel ist, dass der Patient die Lebensnotwendigkeit des freien Zugangs zu seinen Gefühlen erkennt. Gefühle geben Orientierung, helfen das Notwendige zu tun etc.

S. Sulz et al. PKP Depression www.cip-medien.com, 2012



Depression = Verstimmung statt Gefühl



S. Sulz et al. PKP Depression www.cip-medien.com 2012



Depression = Verstimmung statt Gefühl

- Wenn Depression vor unerträglichen oder scheinbar gefährlichen Gefühlen schützt und sie beseitigt, geht die Lebenskraft (Vitalität) verloren
- Nicht nur das Gefühlsleben ist erstickt
- Auch die Beziehungen können nicht mehr gestaltet werden
- Und alltägliche Aufgaben fallen sehr schwer
- Das ist ein sehr hoher Preis
- Es fehlt die Motivation und Kraft, sein Leben in die Hand zu nehmen

Zur Demonstration: Legen Sie Karte 12 auf Karte 11, wiederholen Sie das mehrfach

Ziel ist, dass der Patient Vor- und Nachteile für die Psyche sehen kann. Der Schutz war wohl notwendig, aber der Preis ist zu hoch. Es muss auch anders gehen.

S. Sulz et al. PKP Depression www.cip-medien.com 2012

Depressions-Therapie = Gefühl statt Verstimmung



Depressions-Therapie = Gefühl statt Verstimmung

- Depressionstherapie soll den Zugang zu den vitalen Gefühlen wieder herstellen. Das geschieht durch Exposition, bewusst in Situationen gehen und dort so reagieren, dass diese Gefühle entstehen.
- Freude-Exposition: Situationen, die Erfolg, Spaß bringen
- Angst-Exposition: Situationen, die anfangs Angst machen
- Ärger-Exposition: Situationen, in denen Ärger auftritt
- Trauer-Exposition: sich der Situation stellen, dass etwas/jemand verloren wurde

Ziel ist, dass der Patient die Exposition im Vorgehen grundsätzlich versteht. Es wird ihm gesagt, dass er darin so gut begleitet wird, dass er es sicher schaffen wird.

Zur Demonstration: Legen Sie Karte 13 auf Karte 12, wiederholen Sie das mehrfach



PKP: Aufklärung III

Depression: Entstehungs-Bedingungen

- **Biologische Faktoren:** Genetik, Hormone, Involution, Wochenbett, Medikation ...
- **Familie und Erziehung:** fehlende Verstärkung/Lob, hohe Moralansprüche, hohe Leistungserwartung, Modell depressiver Eltern ...
- **Verlusterfahrungen:** Verstärkerverlust, Trennung, Scheidung, Tod, Berufswechsel, Ruhestand, Ziele ...
- **Belastungen:** Krankheit, Überforderung, Armut, Isolation, Konflikte ...



PKP: Aufklärung III



Biologische Faktoren

Genetik
Hormone
(Wochenbett/
Wechseljahre ...)
Medikamente
...

Familie/Erziehung

Fehlende Verstärkung/Lob
Hohe Moralansprüche
Hohe Leistungserwartung
Modell depressive Eltern
...

Verlusterfahrungen

Verstärkerverlust
Trennung
Scheidung
Tod
Berufswechsel
Ruhestand
Ziele
...

Belastungen

Krankheit
Überforderung
Armut
Isolation
Konflikte
...



PKP: Aufklärung IV

Depression: Störungs-Modelle

Biologisches Modell: Neurotransmitter-Übertragung

Vulnerabilitäts-Stress-Modell (Zubin)

Verstärkerverlustmodell (Lewinsohn)

Modell der erlernten Hilflosigkeit (Seligman)

Kognitives Modell (Beck)

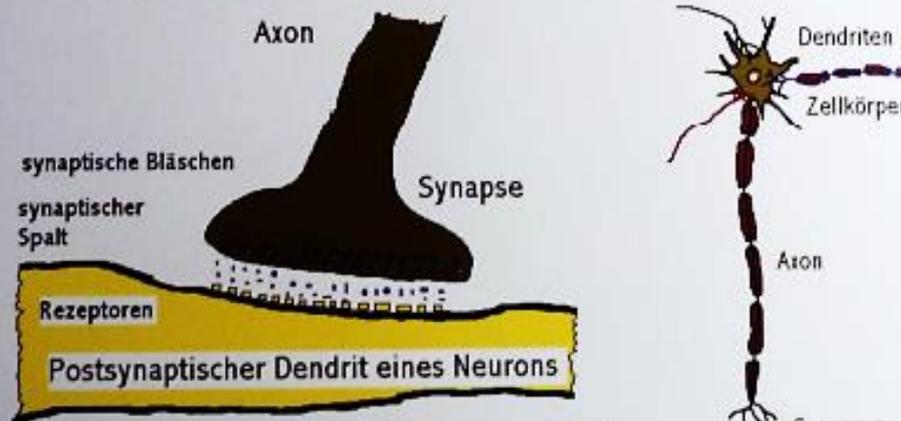
Integratives Modell (Hautzinger)

PKP-Modell (Sulz et al.)



PKP: Aufklärung IV

- Depression: Störungs-Modelle
- Biologisches Modell: Neurotransmitter-Übertragung





PKP: Depression: Integratives Modell (Hautzinger)

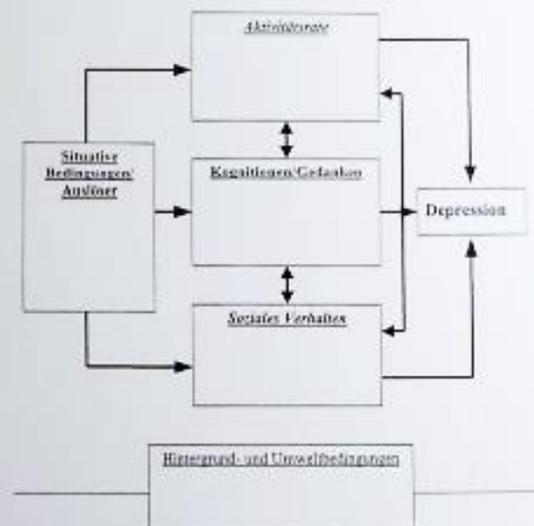


B. Deckert 2012: PKP-Modul: Patienten-Aufnahme



PKP: Depression: Integratives Modell (Hautzinger)

Vorlage zum Beschriften für Individuelles Modell des Patienten (siehe auch Hinweise auf Karte 11R)



B. Deckert 2012: PKP-Modul: Patienten-Aufnahme

(B. Deckert 2012: PKP-Modul: Patienten-Aufnahme)



Depressions-Therapie = Freude statt Verstimmung

a) Aufbau positiver Aktivitäten – Erstellen einer individuellen Liste von kleinen, mittleren und großen verstärkenden Aktivitäten.

BEISPIEL

Was ich gerne mehrmals täglich gemacht habe:

z. B. frische Luft schnappen, Telefonieren, Kaffeepause, Musik hören

Was ich gerne einmal am Tag gemacht habe:

z. B. Joggen, Fernsehen, Zeitung lesen, Nachrichten anschauen

Was ich gerne einmal in der Woche gemacht habe:

z. B. Malen, Kino gehen, Freund besuchen, Restaurant

Was ich gerne einmal im Monat gemacht habe:

z. B. Konzert, Einkaufsbummel, Wanderung, Radtour



Depressions-Therapie = Freude statt Verstimmung

a) Aufbau positiver Aktivitäten

Positive Aktivitäten sind Aktivitäten, die verstärkend wirken.

Sie hellen die Stimmung auf bzw. verhindern Depressivität.

Die Schritte sind:

- Erstellen einer individuellen Liste von kleinen, mittleren und großen verstärkenden Aktivitäten
- Planen der Aktivitäten des nächsten Tages
- Protokollieren einer Aktivität möglichst sofort nach Durchführung
- Schätzung der Stimmung während der Aktivität (0 - 10)
- Am Abend Schätzen der durchschnittlichen Stimmung des Tages
- Künftig die Aktivitäten öfter einplanen, die mit größerer Stimmungsaufhellung einhergehen



Depressions-Therapie = Freude statt Verstimmung

a) Aufbau positiver Aktivitäten: Planen, Protokollieren und Schätzung der Stimmung während der Aktivität (0 – 10)

0 = schwerst depressiv | 10 = völlig depressionsfrei

BEISPIEL

Meine positiven Aktivitäten am 21.6.2013

Nr.	Uhrzeit	Aktivität	Durchgeführt?	Stimmung
1.	8.00 Uhr	Duschen	Ja/Nein	4
2.	8.30 Uhr	Frühstücken	Ja/Nein	4
3.	9.00 Uhr	Zeitung lesen	Ja/Nein	5
4.	9.30 Uhr	Einkaufen	Ja/Nein	5
5.	12.00 Uhr	Essen kochen	Ja/Nein	5
6.	12.30 Uhr	Mittagessen	Ja/Nein	5
7.	13.30 Uhr	Entspannungstraining	Ja/Nein	6
8.	14.00 Uhr	Fahrradausflug mit Freund	Ja/Nein	8

Stimmung des Tages (0 – 10): 5

S. Sulz et al. PKP Depression www.cip-medien.com 2012



Depressions-Therapie = Freude statt Verstimmung

Aufbau positiver Aktivitäten: Planen, Protokollieren und Schätzung der Stimmung während der Aktivität (0 – 10)

0 = schwerst depressiv | 10 = völlig depressionsfrei

- Am Abend vorher plant der Patient z. B. fünf positive Aktivitäten = eine Aktivität, die bei depressionsfreiem Zustand Spaß machen würde. Oder deren Erledigung Zufriedenheit erzeugen würde).
- Er gibt an, ob er die Aktivität durchführte (JA / NEIN)
- Möglichst gleich nach der Aktivität schätzt er seine Stimmung während der Aktivität auf einer Skala von 0 bis 10 ein und protokolliert diese. Protokollierung erst am Abend ist zu negativ eingefärbt.

S. Sulz et al. PKP Depression www.cip-medien.com 2012



Depressions-Therapie = Freude statt Verstimmung

b) Bewegung und Sport

BEISPIEL

Folgende Sportarten stehen zur Auswahl:

- | | |
|---------|-----------------|
| 1. | z. B. Joggen |
| 2. | z. B. Wandern |
| 3. | z. B. Schwimmen |
| 4. | z. B. Radfahren |
| 5. | z. B. Gymnastik |

TÄGLICH eignet sich am besten: z. B. Joggen

WÖCHENTLICH ist am besten: z. B. Schwimmen



Depressions-Therapie = Freude statt Verstimmung

b) Bewegung und Sport

Für viele Menschen ist Körperbewegung ein Antidepressivum.

- Was ist die tägliche Bewegungsart, die schon vorhanden ist und ausgedehnt werden kann?
(z. B. Gehen, Radeln)
- Zu welchem Sport, der leicht verfügbar ist, besteht die größte Motivation?
(z. B. Gymnastik, Joggen, Wandern, Schwimmen, Fitness-Studio)
- Ist es möglich einen Spielsport zu finden, der zugleich Geselligkeit vermittelt?
(z. B. Volleyball, Federball, Tischtennis, Tennis)
- Wenn viel aufgetauter Ärger im Menschen ist, kann eine Kampfsportart gefunden werden?
(z. B. Aikido, Karate, Fechten)



Depressions-Therapie = Freude statt Verstimmung

b) Bewegung und Sport

* 0 = schwerst depressiv | 10 = völlig depressionsfrei

BEISPIEL

Mein Sportplan für die Woche vom 20.6. bis 26.6.

Tag	Sportart	Gemacht?	Stimmung (0-10)*
Montag	Joggen	JA/NEIN	4
Dienstag	Joggen	JA/NEIN	5
Mittwoch	Schwimmen	JA/NEIN	6
Donnerstag	Joggen	JA/NEIN	5
Freitag	Joggen	JA/NEIN	5
Samstag	Radfahren	JA/NEIN	3
Sonntag	Wandern	JA/NEIN	7

S. Sulz et al. PKP Depression www.cip-medien.com 2012



Depressions-Therapie = Freude statt Verstimmung

b) Bewegung und Sport

Sport ist eines der wichtigsten antidepressiven Mittel.

Deshalb lohnt es sich, beharrlich zu bleiben und dem Patienten einen Kompromiss abzurufen. Auch wenn er derzeit keine Kraft hat, auch wenn es mühsam ist, der Lohn der Stimmungsverbesserung kommt ganz sicher.

Es sollte eine Sportart gewählt werden, die täglich praktiziert werden kann (45 Minuten zügig Gehen (Ziel vereinbaren: Wohin?), 20 Minuten Joggen, 30 Minuten Radeln). Zusätzlich sollte ein richtiger Sport aufgenommen werden, idealerweise ein Mannschaftssport wie Volleyball, Basketball oder wenn ein Partner vorhanden ist, Badminton, Tennis. Sonst Schwimmen).

Bitte nicht locker lassen, auch wenn der Widerstand Mühe macht.

S. Sulz et al. PKP Depression www.cip-medien.com 2012



Depressions-Therapie = Freude statt Verstimmung

c) Entspannungstraining

BEISPIEL

Entspannungsprotokoll

0 % = völlig entspannt 100 % völlig angespannt

Datum:	Spannung vorher	Spannung nachher	Bemerkungen
1. 20.6.	80 %	40 %	entspannter
2. 21.6.	70 %	40 %	entspannter
3. 22.6.	70 %	30 %	gut entspannt
4. 23.6.	70 %	30 %	gut entspannt
5. 24.6.	80 %	30 %	gut entspannt
6. 25.6.	70 %	20 %	sehr entspannt
7. 26.6.	70 %	20 %	sehr entspannt



Depressions-Therapie = Freude statt Verstimmung

c) Entspannungstraining

Entspannungstraining hat sich in einigen Studien als wirksamer erwiesen als Aktivitäten-Aufbau.

- Einweisung in die Methode der Progressiven Muskelrelaxation
- In jeder Therapiestunde 1 x Entspannung mit dem Patienten durchführen (anfangs 20 Minuten, später 10 Minuten)
- Dem Patienten eine CD mitgeben, nach der er 2 x tägl. Entspannung durchführen soll. Besser ist es, wenn er sich selbst instruieren kann.
- Den Patient ein Protokoll schreiben lassen mit Angabe der Entspannungswirkung (z. B. von 70 % Spannung auf 30 % reduziert) je Übung
- Dem Patienten zeigen, wie er PMR im Alltag einsetzen kann.



Depressions-Therapie = Freude statt Verstimmung

d) Genussstraining – Sammeln

BEISPIEL

1. Sammeln von genussvollen Sinneseindrücken (je 3 bis 5):

- Augenweiden:
z. B. Blumen, schönes Holzstück, schöner Stein, Landschaft, Fotos
- Himmlische Klänge:
z. B. Klangschale, Melodien, Vogelzwitschern, Gesang
- Bezaubernde Düfte:
z. B. Parfum, Rosen, Lavendel, Morgenfrische, Heuwiese
- Wohlmundender Geschmack:
z. B. Bonbon, Obst, Schokolade, Wein, Saft
- Schmelzende Berührungen:
z. B. Fell, Samt, Seide, ein lebendes Tier, Hand eines Menschen



Depressions-Therapie = Freude statt Verstimmung

d) Genussstraining – erstmals Ausprobieren

Patient und Therapeut bringen **Sinnenfreudiges mit** zum Genießen. Die Gegenstände und Bilder werden ausgebreitet. Jedes Sinnesorgan nach dem anderen – je 5 Minuten:

- Wohltuende visuelle, akustische, olfaktorische, gustatorische und kinästhetische Wahrnehmung üben (verstärkende Stimuli in allen Sinnesmodalitäten sammeln und exponieren)
- Bewusst und konzentriert wahrnehmen
Was? Wie? Was löst es in mir aus? Wie geht es mir damit?
- Die Erinnerung daran absichtlich bewahren – gut merken und erinnernd nachspüren des Angenehmen
- Immer mehr Situationen zu diesem konzentrierten Sinneserleben nutzen
- Immer öfter das Bewusstsein weg von Grübeln zur Wahrnehmung des Momentanen lenken



Depressions-Therapie = Freude statt Verstimmung

d) Genusstraining – Üben

BEISPIEL

2. Üben von genussvollem Sinneserleben: Augenweiden – himmlische Klänge – bezaubernde Düfte – wohlmundender Geschmack – schmeichelnde Berührungen

Situation: z. B. morgens Blick aus dem Fenster
 Uhrzeit: z. B. kurz nach 7 Uhr
 Genießender Sinn: z. B. Augenweide
 Wahrnehmungen: z. B. Bäume und Sträucher wiegen sich leicht, Sonnenstrahlen dringen durch die Blätter
 Gefühl danach: z. B. Ruhe, Zuversicht



Depressions-Therapie = Freude statt Verstimmung

d) Genusstraining – Üben

2. Üben von genussvollem Sinneserleben: Augenweiden – himmlische Klänge – bezaubernde Düfte – wohlmundender Geschmack – schmeichelnde Berührungen

Mit dem Patienten erproben und vereinbaren, welche Sinnesgenüsse ihn ansprechen. In der Sitzung üben.

Seine ganze Aufmerksamkeit darauf lenken, indem ihm Fragen dazu gestellt werden wie:

- Können Sie es gut wahrnehmen?
- Was genau nehmen Sie wahr?
- Auf welche Weise ist es genussvoll?

Als Hausaufgabe wird vereinbart, wann, wo, wie welche Genüsse wie lange genossen werden.

7.5 Studienmaterial: Dokumentationsbogen

Dokumentationsbogen

SSK	Inhalt	Genutzt	Genutzt	Note 1-6	Feedback
		Ja	Nein		
Teil 1: Psychoedukation					
S1, K2	Symptome				
S1, K5	D Akzeptanz				
S1, K7	Funktion				
S1, K11	Stern Vitalität= gesund				
S1, K12	Stern Depression				
S1, K13	Stern: Therapie				
A11R	Entstehungs- bedingung				
A12R	Modelle Depression				
A13	Integratives Modell				
Teil 2: Aktivitätenaufbau					
S2, K16	Liste Aktivität				
S2, K17	Plan/Stimmung				
S2, K20	Sport				
S2, K21	Plan/Stimmung				
S2, K22	Entspannung				
S2, K23	Genuss				
S2, K24	Plan/Üben				

I. Abkürzungsverzeichnis

ACT	Akzeptanz- und Commitment Therapie
BDI-II	Beck-Depressions-Inventar-Revision
CBASP	Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy
CRH	Corticotropin-Releasing-Hormon
DEGAM	Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin
DGVT	Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab
EMDR	Eye Movement Desensitization and Reprocessing
GOÄ	Gebührenordnung für Ärzte
HDRS bzw. HAMD	Hamilton-Depression-Rating-Skala
ICD-10	International Classification of Diseases
KVB	Kassenärztliche Vereinigung Bayerns
MADRS	Montgomery-Asberg Depression Rating Scale
MDI	Major Depression Inventory
MINI	Mini International Neuropsychiatric Interview
PHQ-9	Patient Health Questionnaire- 9 items version
PHQ-D	Gesundheitsfragebogen für Patienten
PRoMPT	PRimary care Monitoring for depressive Patients Trial
REVT	Rational-emotive Verhaltenstherapie
UKW	Universitätsklinikum Würzburg
WHO	World Health Organisation

II. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	PKP 3-Säulen-Konzept	7
Abbildung 3:	Bsp. Säule 2, Karte 23	8
Abbildung 2:	Kartenbox PKP-Karten Depression	8
Abbildung 4:	zeitlicher Ablauf der Studie im Überblick	13
Abbildung 5:	Aufnahme Karte 11R (Aufklärung).....	15
Abbildung 6:	Auftreten von Depressionen in der Hausarztpraxis.....	27
Abbildung 7:	Gegenüberstellung der Versorgung vor und nach der Intervention.....	28
Abbildung 8:	Gegenüberstellung der Diagnosestellung einer Depression vor und nach der Intervention.....	32
Abbildung 9:	Gegenüberstellung der Kompetenz und Ressourcen vor und nach der Intervention	33
Abbildung 10:	Gegenüberstellung der Machbarkeit der hausärztlichen Versorgung vor und nach der Intervention.....	35
Abbildung 11:	Bewertung der Anwendung der PKP-Karten im hausärztlichen setting	36
Abbildung 12:	Häufigkeit der Nutzung einzelner PKP-Karten der Psychoedukation ..	38

Abbildung 13: Häufigkeit der Nutzung einzelner PKP-Karten des Fertigkeitentrainings	38
Abbildung 14: Gesamtbewertung der PKP-Karten zur Aussage „Die Karten sind geeignet, depressive Patienten im hausärztlichen Setting zu behandeln.“	39
Abbildung 15: Gesamtbewertung der PKP-Karten zur Aussage „Die Karten sind ein effizientes Werkzeug im Praxisalltag.“	40
Abbildung 16: Gesamtbewertung der PKP-Karten zur Aussage „Die Karten sind geeignet, die Zeit bis zu einer ambulanten Psychotherapie zu überbrücken.“	40
Abbildung 17: Gesamtbewertung der PKP-Karten zur Aussage „Die Karten sind geeignet, eine ambulante Psychotherapie zu ersetzen.“	41
Abbildung 18: Gesamtbewertung der PKP-Karten zur Einschätzung des Behandlungserfolgs.....	42
Abbildung 19: Gegenüberstellung der Einstellungen der Hausärzte zur Kartenanwendung vor und nach der Intervention	43

III. Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Kartenauswahl der PKP-Karten Depression	16
Tabelle 2: Inhalte der nicht-standardisierten Messinstrumente im Überblick (Fragebögen, Evaluationsbögen).....	18
Tabelle 3: Gegenüberstellung der Betreuung und weiteren therapeutischen Versorgung vor und nach der Intervention	29
Tabelle 4: Einschätzungen der Hausärzte bzgl. positiven und negativen Aspekten/Vorteilen und Nachteilen der Anwendung der PKP-Karten sowie Verbesserungsvorschlägen	46

IV. Danksagung

An dieser Stelle möchte ich allen Menschen danken, die mich bei der Anfertigung meiner Dissertation unterstützt haben.

Mein besonderer Dank gilt meiner Doktormutter Frau Prof. Dr. med. Anne Simmenroth, Frau Prof. Dr. med. Ildikó Gágyor sowie den Wissenschaftlichen Mitarbeiterinnen Frau Dipl.-Psych. Maike Krauthausen und Frau Dr. phil. Yvonne Kaußner für die hervorragende Betreuung bei der Umsetzung der gesamten Arbeit.

Außerdem möchte ich Frau Dr. Beate Deckert meinen Dank aussprechen, die mich auf meinem Weg mit produktiven Gesprächen begleitet hat.

Nicht zuletzt muss ich zudem den teilnehmenden Hausärzten der Studie meinen Dank äußern, ohne die meine Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Für den Zugang zu Räumlichkeiten danke ich dem Institut für Allgemeinmedizin der Universität Würzburg.

Meiner Familie und Freunden danke ich für ihre Ermutigungen während des Studiums und der Arbeit an dieser Dissertation.

V. Eigene Veröffentlichungen und Kongressteilnahmen

Kongressbeitrag im Rahmen des 55. Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) „Digitalisierung-Chancen und Risiken für die Allgemeinmedizin“, 16.-18. September 2021, Lübeck: Kurzvortrag "Möglichkeiten der Anwendung von PKP-Sprechstundenkarten zur Depressionsbehandlung in der Hausarztpraxis – eine Machbarkeitsstudie" (online).