

Aus dem Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der  
Medizinischen Fakultät Charité - Universitätsmedizin Berlin

Dissertation

# **Einstellungen zur Depressionsbehandlung bei Patienten mit Hochnutzerverhalten und majorer Depression in der Hausarztpraxis**

Zur Erlangung des akademischen Grades  
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät Charité - Universitätsmedizin Berlin

von  
Frau Ilka Christiane Bruhn

Gutachter:     1. Prof. Dr. med. S. N. Willich  
                  2. Prof. Dr. med. F. M. Reischies  
                  3. Prof. Dr. med. W. Felber

Datum der Promotion: 30.01.2009

## Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurde im Rahmen einer randomisierten prospektiven Vergleichsstudie eines systematischen Behandlungsplans versus Therapie „wie üblich“ der Einfluss auf die Einstellung zur antidepressiven Medikation bei Patienten mit Hochnutzerverhalten und akut behandlungsbedürftiger majorer Depression in der Hausarztpraxis untersucht. 44 Patienten wurden in die „wie üblich“-Gruppe und 19 Patienten in die Interventionsgruppe eingeschlossen. Die Einstellung zur antidepressiven Medikation wurde mit dem Fragebogen zu Einstellungen gegenüber antidepressiver Medikation (Questionnaire of Attitudes towards Antidepressant Medication) von Elizabeth Lin (2003) zu Studienbeginn sowie nach drei- und sechs Monaten untersucht. In der „wie üblich“-Gruppe zeigte sich über alle Messzeitpunkte eine ungünstige Einstellung zu Medikamenten gegen Depressionen. Die Einstellungswerte in der Interventionsgruppe waren zu Studienbeginn signifikant höher als in der „wie üblich“-Gruppe. Die Einstellungswerte unterschieden sich nach 6-monatiger Behandlung jedoch nicht mehr signifikant voneinander, obgleich in der Interventionsgruppe zu allen Messzeitpunkten numerisch größere Werte gemessen wurden. Eine nachhaltige Verbesserung der Einstellung zur Medikation durch das Interventionsprogramm konnte nicht nachgewiesen werden.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Einstellungen zur Depressionsbehandlung insgesamt sehr negativ sind. 73 % der Patienten gaben an, dass sie in der Lage sein sollten, ohne Medikamente gegen Depressionen auszukommen. 71 % denken, dass Medikamente gegen Depressionen nicht langfristig eingenommen werden sollten und 50 % der Patienten gaben an, bei Antidepressiva die Gefahr der Abhängigkeit zu sehen.

Es besteht ein großer Unterschied zwischen den Vorstellungen der Patienten und der Fachkreise über die Wirksamkeit und die Gefahren von Antidepressiva. Um eine Verbesserung der Versorgung depressiv erkrankter Patienten zu ermöglichen, sollten mehr Kräfte aufgewandt werden, um diese Differenzen zu verringern.

Schlagwörter: Depressionsbehandlung, Einstellung zu Antidepressiva

## **Abstract**

In the present work, within the scope of a randomized prospective comparative study of a systematic treatment program versus treatment „as usual,“ the influence on the attitudes towards antidepressant medication in patients that are high utilizers of health care resources and that are acutely in need of treatment for major depression in primary care is examined. Included in the "as usual" group were 44 patients and in the intervention group 19 patients. The attitude towards antidepressant medication was examined with a Questionnaire of Attitudes towards Antidepressant Medication by Elizabeth Lin (2003) as a baseline as well as after three and six months. In the „as usual“ group an unfavorable attitude towards medications for depression appeared at all measuring times. The attitude in the intervention group as a baseline was significantly higher than in the "as usual" group. The attitude scores after 6 months of treatment did not however differ more significantly from each other, although in the intervention group numerically larger values were measured at all measuring times. A lasting improvement in the attitude towards the medication by the intervention program could not be proven.

The results show that the attitudes towards antidepressant treatment are overall very negative. 73 % of the patients indicated that they believe they should be able to get along without medication for depression. 71 % think that medications for depression should not be taken long-term and 50 % of the patients indicated that they see a danger of dependence with antidepressant medications.

There is a great difference between the beliefs of the patients and the circle of experts on the effectiveness and the dangers of antidepressants. In order to be able to improve the care of patients suffering from depression, more efforts should be expended to reduce these differences.

Key words: Depression treatment, attitude towards antidepressants

## **Danksagung**

Ich danke herzlich Frau Dr. med. Anne Berghöfer für die freundliche Betreuung und Frau Dr. med. Andrea Pfennig, Frau Hülya Schweikert, Herrn Andreas Reich und Frau Dipl.-Stat. Stephanie Roll für die Unterstützung bei der Durchführung meiner wissenschaftlichen Arbeit.

Für die Überlassung des Themas möchte ich mich bei Herrn Professor Dr. med. Stefan N. Willich, Leiter des Instituts für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité – Universitätsmedizin Berlin, bedanken.

Meinen Eltern

## Abkürzungsverzeichnis

AD	Antidepressiva
ADH	Antidiuretisches Hormon
ÄAGP	Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie
AMG	Arzneimittelgesetz
ANCOVA	Analysis of covariance
APA	American Psychiatric Association
BInDSG	Berliner Datenschutzgesetz
BMBF	Bundesministerium für Bildung und Forschung
B-PHQ	Brief Patient Health Questionnaire
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
DALY	Disability Adjusted Life Year
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
DGPT	Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie
DIA-X	rechnergestützte Version des Composite international Diagnostic Interviews (CIDI)
DKPM	Deutsches Kollegium Psychosomatische Medizin
DNRI	Dopamin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer
DPGM	Deutsche Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders of the American Psychiatric Association, DSM-IV: vierte Revision
FB	Fragebogen
GCP	Good Clinical Practice, Qualitätsstandard
gem.	gemäß

GEP	Gute Epidemiologische Praxis
HAM-D	Hamilton-Depressionsskala
HMO	Health Maintenance Organisation
Hrsg.	Herausgeber
5-HT2	5-Hydroxytryptamine-2-Rezeptorantagonist
ICD	The International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ICD-10: zehnte Revision
ICH	International Conference on Harmonisation of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use
MAOH	Irreversible Monoaminoxidase-Hemmstoffe
NRI	Noradrenalin Wiederaufnahmehemmer
PHQ	Patient Health Questionnaire
POS	Polytechnische Oberschule
RIMA	Reversible Hemmer der Monoaminoxidase A
SD	Standard Deviation
SIADH	Syndrom der inadäquaten ADH-Sekretion
SSNRI	Selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer
SSRI	Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer
SVR	Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen
Tetra ZA	Tetrazyklische Antidepressiva
TZA	Trizyklische Antidepressiva
u.a.	unter anderem
z.B.	zum Beispiel



# Inhaltsverzeichnis:

<b>1</b>	<b><u>EINLEITUNG</u></b>	<b>1</b>
1.1	<b>KRANKHEITSBILD UND BEDEUTUNG DER DEPRESSION</b>	<b>1</b>
1.1.1	MAJORE DEPRESSION	1
1.1.2	ANTIDEPRESSIVE MEDIKATION	3
1.1.3	DEPRESSIONSBEHANDLUNG	4
1.1.4	VERSORGUNGSSITUATION	6
1.2	<b>EINSTELLUNGEN</b>	<b>8</b>
1.2.1	EINSTELLUNGEN UND WISSENSSTAND ZUR DEPRESSIONSBEHANDLUNG	10
1.2.2	STIGMATISIERUNGSÄNGSTE	18
1.3	<b>HOCHNUTZER</b>	<b>20</b>
<b>2</b>	<b><u>FRAGESTELLUNGEN</u></b>	<b>21</b>
<b>3</b>	<b><u>METHODEN</u></b>	<b>23</b>
3.1	<b>GESAMTZUSAMMENHANG</b>	<b>23</b>
3.2	<b>STUDIENDESIGN</b>	<b>24</b>
3.3	<b>STUDIENPOPULATION</b>	<b>27</b>
3.4	<b>MESSPARAMETER UND ERHEBUNGSINSTRUMENTE</b>	<b>28</b>
3.4.1	B-PHQ (BRIEF PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE)	28
3.4.2	HAM-D-17 (HAMILTON DEPRESSION RATING SCALE)	28
3.4.3	FRAGEBOGEN ZUR EINSTELLUNG GEGENÜBER ANTIDEPRESSIVER MEDIKATION	29
3.5	<b>DATENVERARBEITUNG UND STATISTISCHE METHODIK</b>	<b>32</b>
<b>4</b>	<b><u>ERGEBNISSE</u></b>	<b>33</b>
4.1	<b>REKRUTIERUNGSPROZESS</b>	<b>33</b>
4.2	<b>CHARAKTERISTIK DER PATIENTENGRUPPE</b>	<b>35</b>
4.3	<b>BEHANDLUNG DER PATIENTEN DER „WIE ÜBLICH“-GRUPPE</b>	<b>36</b>
4.4	<b>BEHANDLUNG DER PATIENTEN DER INTERVENTIONSGRUPPE</b>	<b>37</b>

<b>4.5</b>	<b>EINFLUSS DES INTERVENTIONSPROGRAMMS AUF DIE EINSTELLUNG ZUR ANTIDEPRESSIVEN MEDIKATION .....</b>	<b>38</b>
<b>4.6</b>	<b>EINSTELLUNG ZUR ANTIDEPRESSIVEN MEDIKATION STRATIFIZIERT NACH DER PSYCHOPATHOLOGISCHEN VERBESSERUNG.....</b>	<b>40</b>
<b>4.7</b>	<b>EINSTELLUNG ZUR ANTIDEPRESSIVEN MEDIKATION STRATIFIZIERT NACH DEMOGRAPHISCHEN VARIABLEN .....</b>	<b>41</b>
<b>4.8</b>	<b>AUSWERTUNG EINZELNER ITEMS DES FRAGEBOGENS ZUR ANTIDEPRESSIVEN MEDIKATION .....</b>	<b>41</b>
<b>5</b>	<b><u>DISKUSSION.....</u></b>	<b><u>46</u></b>
<b>5.1</b>	<b>CHARAKTERISTIK DER PATIENTENGRUPPE .....</b>	<b>47</b>
<b>5.2</b>	<b>BEHANDLUNG DER PATIENTEN .....</b>	<b>48</b>
<b>5.3</b>	<b>EINFLUSS DES INTERVENTIONSPROGRAMMS.....</b>	<b>49</b>
<b>5.4</b>	<b>EINFLUSS DER PSYCHOPATHOLOGISCHEN VERBESSERUNG .....</b>	<b>52</b>
<b>5.5</b>	<b>EINFLUSS DEMOGRAPHISCHER VARIABLEN .....</b>	<b>53</b>
<b>5.6</b>	<b>AUSWERTUNG EINZELNER ITEMS DES FRAGEBOGENS .....</b>	<b>53</b>
<b>5.7</b>	<b>LIMITATIONEN .....</b>	<b>57</b>
<b>6</b>	<b><u>ZUSAMMENFASSUNG.....</u></b>	<b><u>57</u></b>
<b>7</b>	<b><u>LITERATURVERZEICHNIS.....</u></b>	<b><u>61</u></b>

# **1 Einleitung**

## **1.1 Krankheitsbild und Bedeutung der Depression**

Psychische Störungen, insbesondere verschiedene Formen depressiver, psychotischer, Sucht- und Angsterkrankungen, gehören zu den besonders häufigen sowie stark und oft dauerhaft die Lebensqualität der Betroffenen einschränkenden Erkrankungen (Wittchen et al., 1998, Linden, 2003). In der „Global-Burden-of-Disease-Studie“ wurde zur standardisierten Abschätzung der Krankheitslast das Konzept der DALYs benutzt. Die DALYs („quality adjusted life years“) stehen für die Anzahl an Lebensjahren, die ohne perfekte Gesundheit verbracht wurden. Die Krankheitslast bei depressiven Störungen lag bei Frauen bei 14,3 DALYs und bei Männern bei 6,8 DALYs (Bland, 1996). Ein DALY steht für ein mit Behinderung gelebtes Lebensjahr. Wird die Krankheitslast mit dem Konzept der DALYs gemessen, rangiert die Depression aktuell an 4. Position, für 2020 wird der Depression Platz 2 hinter den ischämischen Herzkrankheiten prognostiziert (Murray et al., 1997). Depressive Störungen gehören zu den oftmals in ihrer Schwere am meisten unterschätzten Erkrankungen, sie gehen mit einer hohen Mortalität, v. a. durch Suizide (Härter et al., 2003), sowie mit erhöhten ökonomischen Belastungen für das Gesundheitsbudget und für das Individuum (Baune, 2005) einher. Bereits jetzt liegen depressive Störungen an der Spitze der Beratungsanlässe in hausärztlichen Praxen (Linden et al., 1996).

### **1.1.1 Majore Depression**

Die genaue Ätiologie der depressiven Störungen ist nicht geklärt, es wird jedoch allgemein von einer multifaktoriellen Genese ausgegangen. Eine Prädisposition kann durch genetische und erworbene Faktoren entstehen. Zu den auslösenden Faktoren werden beispielsweise psychosoziale Belastungen (z. B. Verlusterlebnisse, chronische Überforderungssituationen) und körperliche Erkrankungen gezählt. Im zentralen Nervensystem werden unter anderem Dysfunktionen des serotonergen und

noradrenergen Transmittersystems, als neurobiologisches (somatisches) Korrelat, angenommen.

Depressive Störungen werden in den internationalen Klassifizierungssystemen als psychopathologische Syndrome innerhalb der diagnostischen Kategorie der „Affektiven Störungen“ definiert. Die entsprechend der DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association) als Major Depression oder entsprechend der ICD-10 (10. Revision der International Classification of Diseases) als depressive Episode bezeichnete depressive Erkrankung zeichnet sich vor allem durch die Symptome „depressive Verstimmung“ sowie gravierender Interessenverlust und Freudlosigkeit aus. Zur Diagnosestellung laut DSM-IV muss mindestens eines der Hauptsymptome zusammen mit vier weiteren Symptomen wie z.B. Schlafstörungen, Gewichtsverlust, Suizidalität etc. vorliegen. Laut ICD-10 müssen zwei der drei Hauptsymptome depressive Verstimmung, Verlust von Interesse und Freude, erhöhte Ermüdbarkeit, zusammen mit mindestens zwei (leichte Depression) der im folgenden aufgelisteten Symptome, für die Diagnosestellung depressive Episode vorliegen: verminderte Konzentration und Aufmerksamkeit; vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen; Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit; negative und pessimistische Zukunftsperspektiven; Suizidgedanken oder erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen; Schlafstörungen und verminderter Appetit. Etwa 70- bis 80 % der Patienten berichten zusätzlich über Angstgefühle. Die Symptomatik muss über mindestens zwei Wochen bestehen, um als „Major Depression“ bzw. „depressive Episode“ diagnostiziert zu werden.

Depressive Episoden treten häufig gemeinsam mit körperlichen Erkrankungen auf (Anderson et al., 2001). Die depressive Stimmungslage ist nicht bei allen Patienten unmittelbar erkennbar, daher bedarf die Diagnostik in der allgemeinmedizinischen Praxis besonderer Aufmerksamkeit. Viele der Patienten erleben ihre körperlichen Beschwerden im Vordergrund und schildern diese ihrem Arzt. Häufig genannte vegetative Symptome sind beispielsweise Obstipation, Kopfschmerzen, Muskelkrämpfe, Herzbeschwerden, Ohrgeräusche, Übelkeit, Magenbeschwerden, Schwindel und Kreislaufbeschwerden. Depressive und nicht depressive Patienten

unterscheiden sich bezüglich ihres Beratungsanlasses beim Hausarzt oft kaum voneinander (Kratz et al., 2003).

### **1.1.2 Antidepressive Medikation**

Zur pharmakotherapeutischen Behandlung depressiver Episoden steht eine Vielzahl von Medikamenten zur Verfügung, welche in folgende Hauptklassen unterteilt werden können: trizyklische Antidepressiva (TZA), tetrazyklische Antidepressiva (TetraZA), selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI), irreversible Monoaminoxidase-Hemmstoffe (MAOH) und reversible Hemmer der Monoaminoxidase A (RIMA), selektive Serotonin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (SSNRI), 5-HT<sub>2</sub>-Rezeptorantagonisten, Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (NRI) sowie Dopamin-Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer (DNRI) (Bauer et al., 2005). Die antidepressive Wirkung tritt zumeist mit einer Latenzzeit von zwei bis vier Wochen ein (Benkert et al., 1996). Der Anteil der Patienten, die nicht adäquat auf eine Erstbehandlung mit einem Antidepressivum ansprechen, ist mit 30- bis 50 % leider sehr hoch (Bauer et al., 2007). Antidepressiva unterscheiden sich vor allem in ihrem Nebenwirkungsprofil und in ihrer Sicherheit hinsichtlich einer Überdosierung (Bauer et al., 2007). Bei den tri- und tetrazyklischen Antidepressiva stehen Effekte auf das vegetative Nervensystem im Vordergrund. Mögliche Nebenwirkungen trizyklischer Antidepressiva sind Mundtrockenheit, Miktionsstörungen, Obstipation, Akkomodationslähmung, Steigerung des Augeninnendrucks, Herzfrequenzsteigerung, Delir, Reduktion der Krampfschwelle, feinschlägiger Tremor, Wirkungsverstärkung endogener und exogener Katecholamine, kardiotoxische Effekte, orthostatische Dysregulation, Sedierung, Schlafstörungen, innere Unruhe, Müdigkeit, Übelkeit, Magenschmerzen, Leistungstörungen, allergische und toxische Reaktionen, Appetit- und Gewichtszunahme, Hyperhidrosis, Syndrom der inadäquaten ADH-Sekretion (SIADH) sowie bei prädisponierten Patienten ein Stimmungsumschwung in eine manische Phase (Karow, 2004). Antidepressiva der zweiten und dritten Generation wie beispielsweise SSRI werden im Allgemeinen besser toleriert und führen zu weniger Behandlungsabbrüchen als Medikamente der ersten Generation wie tri- und tetrazyklische Antidepressiva. Häufige Nebenwirkungen von SSRI sind zum einen

gastrointestinale Nebenwirkungen wie Übelkeit, Erbrechen und Diarrhö, des Weiteren Ruhelosigkeit, sexuelle Dysfunktionen und neurologische Nebenwirkungen wie Zunahme von Migräne- und Spannungskopfschmerzen (Bauer et al., 2005). Als phytotherapeutische Medikation steht Johanniskraut zur Behandlung leichter und mittelschwerer depressiver Episoden zur Verfügung (Schulz, 2003). Die Akzeptanz durch die Patienten ist bei guter Verträglichkeit und nur selten auftretenden Nebenwirkungen, in Form von Hauterscheinungen und gastrointestinalen Beschwerden, hoch. Als Erklärung für die hohe Akzeptanz von Johanniskraut gilt aber beispielsweise auch das emotionale Konzept „reine Natur für die Seele“ (Müller et al., 2001).

### **1.1.3 Depressionsbehandlung**

Depressive Erkrankungen sind im Allgemeinen gut behandelbar, wesentlich für die Prognose ist jedoch der rechtzeitige und zielgerichtete Beginn mit einer validierten therapeutischen Intervention (Härter et al., 2001). In internationalen Studien konnte gezeigt werden, dass Behandlungsmaßnahmen, die sich an Leitlinien orientieren, zu einer deutlichen Verbesserung der Versorgung depressiver Patienten führen (Adli et al., 2006, APA, 2000, Bauer et al., 2007, DGPPN, 2000). Im Folgenden sollen kurz Behandlungsempfehlungen vier wichtiger deutscher Leitlinien zur Depressionsbehandlung erwähnt werden.

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft:

#### Empfehlungen zur Therapie der Depression

Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft beschreibt die drei Säulen der antidepressiven Therapie bestehend aus dem ärztlichen Gespräch, der Pharmakotherapie und der spezifischen Psychotherapie. Generell könne jedes depressive Syndrom mit Antidepressiva behandelt werden, je schwerer das depressive Syndrom jedoch sei, desto eher müsse an erster Stelle die pharmakotherapeutische Behandlung mit einem Antidepressivum erfolgen. Vorurteilen gegenüber einer medikamentösen Therapie sei entgegenzutreten. Sie bezögen sich meist global auf die Gruppe der Psychopharmaka. Die Vorurteile gegenüber Psychopharmaka seien meist aufgrund der Aufklärung über das

Abhängigkeitspotential von Benzodiazepinen entstanden. Zu Beginn der medikamentösen Therapie wird eine regelmäßige Vorstellung in der Praxis, zweimal wöchentlich, vorgeschlagen, um eine ausreichende Compliance zu gewährleisten und die Pharmakotherapie durch das ärztliche Gespräch zu unterstützen. Nach Abklingen der Beschwerden soll die medikamentöse Therapie sechs bis 18 Monate aufrechterhalten werden, um ein Rezidiv zu verhindern. Häufig würden bei der remissionsstabilisierenden Behandlung jedoch Fehler gemacht.

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DPGM), Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), Deutsches Kollegium Psychosomatische Medizin (DKPM), Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie (AÄGP):

#### Psychotherapie der Depression

In diesen Leitlinien wird betont, dass bereits die initiale Diagnostik, zu der auch die Identifizierung von prädisponierenden, vorausgehenden und aufrechterhaltenden Krankheitsfaktoren gehöre, von wesentlicher Bedeutung sei. Die psychotherapeutische Behandlung von depressiven Erkrankungen könne nur durch fachspezifisch ausgebildete Psychotherapeuten erfolgen. Die Psychotherapie verstehe sich als ein interaktioneller Prozess zur Beeinflussung von Verhaltensstörungen und Leidenszuständen. Die Beeinflussung der Erkrankung erfolge mit psychologischen Mitteln und durch lehrbare Techniken. Als spezifische Verfahren stünden die kognitive Verhaltenstherapie, die Psychodynamische Psychotherapie, die Interpersonelle Therapie, die Gesprächspsychotherapie, die Gruppentherapie, die Paar- und Familientherapie sowie die stationäre Psychotherapie zur Verfügung.

Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN):

#### Affektive Erkrankungen

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) empfiehlt eine Behandlung mit Antidepressiva bei allen Patienten mit einer mittelschweren bis schweren Depression, unabhängig davon, ob gleichzeitig eine

Psychotherapie erfolgt. Eine alleinige psychotherapeutische Behandlung sei bei leichter bis mittelschwerer Symptomatik, Kontraindikationen gegen antidepressive Pharmakotherapie und der Ablehnung einer medikamentösen Therapie durch den Patienten zu diskutieren.

Kompetenznetz Depression, Suizidalität (BMBF); Härter et al. (Hrsg.):

#### Versorgungsleitlinien zur Diagnostik und Therapie depressiver Störungen in der hausärztlichen Praxis

Allgemein werden drei Behandlungsoptionen dargestellt: die medikamentöse Behandlung, die psychotherapeutische Behandlung sowie die Kombinationstherapie bestehend aus Antidepressiva und Psychotherapie. Als primäre Therapieform gelte die medikamentöse Behandlung mit Antidepressiva, welche bei mittelschweren, schweren und chronifizierten Depressionen jedes Schweregrades dringend empfohlen wird. Die Psychotherapie als alleinige Behandlung sollte bei leichten bis mittelgradigen Depressionen sowie bei Kontraindikationen gegen eine medikamentöse Therapie oder Ablehnung von Antidepressiva durch den Patienten erwogen werden. Die Kombinationstherapie sei bei unvollständiger Response auf alleinige medikamentöse oder psychotherapeutische Behandlung indiziert.

#### **1.1.4 Versorgungssituation**

In drei der vier oben genannten deutschen Leitlinien gilt eine Behandlung mit Antidepressiva bei mittelschweren bis schweren Depressionen als Goldstandard. Die Behandlung von depressiven Patienten im ambulanten Sektor weist jedoch gravierende Mängel auf. Diagnostik, Therapie und Überweisungsverhalten orientieren sich meist nicht an Richtlinien (Schneider et al., 2003). Die medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten werden oft unzureichend genutzt (Wittchen et al., 2002), Antidepressiva werden häufig zu gering dosiert und für zu kurze Zeit verordnet, aber auch auf Seiten der Patienten bestehen nicht selten Vorbehalte gegenüber einer ausreichend dosierten Pharmakotherapie (Härter et al., 2001). In einer 2003 veröffentlichten Studie von Schneider et al. zum Behandlungsverlauf bei depressiven Patienten in der haus- und nervenärztlichen Praxis zeigten sich deutliche Unterschiede in der Verschreibung von Antidepressiva.



Hausärzte verschrieben signifikant seltener Antidepressiva als Fachärzte. Zudem zeigte sich sowohl bei den Hausärzten als auch bei den Fachärzten kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Verordnung antidepressiver Medikamente und dem Schweregrad der Depression. Die unzureichende medikamentöse Therapie bei depressiven Patienten stellt ein wesentliches Problem dar (Gensichen et al., 2004).

Der „British National Survey of Psychiatric Morbidity“ sammelte neben psychiatrischen Diagnosen auch Informationen über das Konsultationsverhalten der Probanden beim Allgemeinarzt. Es zeigte sich, dass 75 % der Fälle mit diagnostizierten depressiven Störungen keine Behandlung erhielten (Bebbington, 2000). Die Verschreibung von Antidepressiva war fast genauso häufig wie die Verordnung von Hypnotika und Anxiolytika bei depressiven Störungen (Bebbington, 2000). Die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft beispielsweise empfiehlt bei Bedarf niedrigpotente Neuroleptika und Benzodiazepine, jedoch nur zusätzlich zur antidepressiven Basistherapie.

Depressive Episoden stellen in der ambulanten und stationären Versorgung ein häufiges Erkrankungsbild dar (Härter et al., 2001). In Deutschland kann davon ausgegangen werden, dass ca. 18 % der Gesamtbevölkerung bis zum 65. Lebensjahr an einer Depression erkranken, Frauen weisen dabei mit 24 % ein erhöhtes Erkrankungsrisiko gegenüber der männlichen Bevölkerung mit 12 % auf (Wittchen et al., 2000). Eine Untersuchung in deutschen Hausarztpraxen zur Häufigkeit und Erkennungsrate von Depressionen zeigte eine Punktprävalenz von 10,9 % (ICD-10) und eine Erkennungsrate der Depression von 55 % (Wittchen et al., 2002).

Chronische Verlaufsformen psychischer Störungen benötigen eine kontinuierliche Versorgung, für die sich die hausärztliche Betreuung generell eignet. Der Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (SVR) empfiehlt daher die hausärztliche Behandlung bei der Versorgung depressiver Patienten in den Mittelpunkt zu stellen, da dort langfristig die meisten Patienten betreut werden. Dafür spricht auch, dass der Hausarzt für den größten Teil der an einer Depression erkrankten Patienten die erste Anlaufstelle bildet (Schneider et al., 2003). Die Hausärzte sind somit wichtige Entscheidungsträger für die Planung und

die Durchführung der weiteren Behandlung (Rudolf et al., 2006), jedoch wird das Management depressiver Patienten von vielen Hausärzten als problematisch beschrieben (Wittchen et al., 2000). Häufig wird nur eine kleine Minderheit der an einer schwerwiegenden Depression erkrankten Patienten einer evidenzbasierten Behandlung zugeführt (Scott, 2006).

In der „Depression 2000“ Studie von Wittchen et al. zeigte sich, dass nur die Hälfte aller depressiven Patienten Kontakt zu einer Behandlungseinrichtung aufnahm und nur ein Drittel dieser Patienten eine depressionsspezifische Behandlung erhielt (Wittchen et al., 2000). Besonders bei jungen Patienten, Männern sowie Patienten ohne psychiatrische Vorgeschichte ist die Wahrscheinlichkeit einer nicht korrekt gestellten Diagnose erhöht (Rudolf et al., 2006). Laut Wittchen et al. verdoppelt sich die Wahrscheinlichkeit für einen depressiven Patienten als depressiv erkannt zu werden, wenn er im Arztgespräch Wörter wie „traurig“ oder „depressiv“ benutzt. Die Wahrscheinlichkeit, behandelt zu werden, verdreifacht sich dann. Ein Patient, der selbst Wörter wie traurig oder depressiv verwendet, hat vielleicht eine günstigere Einstellung zur Depressionsbehandlung. Die Aufklärung der Bevölkerung über Kernsymptome der Depression sowie der Kampf gegen die starke Stigmatisierung affektiver Erkrankungen könnte depressive Patienten dazu ermutigen, depressive Beschwerden als Anlass für ihre Vorstellung beim Hausarzt zu äußern (Wittchen et al., 2000).

## **1.2 Einstellungen**

Es gibt keine einheitliche Definition des Begriffs Einstellung. Beispielhaft seien hier zwei Definitionen herausgegriffen.

„Einstellungen als Bezeichnung für unter Umständen handlungsbeeinflussende Meinungen, Anschauungen, Haltungen, Standpunkte, Urteile und Vorstellungen mit unbewussten, emotionalen und kognitiven Anteilen“ (Pschyrembel Klinisches Wörterbuch, 1994).

„Einstellung ist die seelische Haltung gegenüber einer Person, einer Idee oder Sache, verbunden mit einer Wertung oder einer Erwartung“ (Dorsch Psychologisches Wörterbuch, 1994).

Das Konzept der Einstellungen wird in der Sozialpsychologie allgemein als ein effizientes Werkzeug zum Verständnis und zur Erklärung menschlichen Verhaltens angesehen (Krech et al., 1992). Es wird angenommen, dass Einstellungen aus früheren Erfahrungen abgeleitet sind und über lange Zeiträume sowie unterschiedliche Situationen hinweg stabil sind. Doch wie können sich Einstellungen verändern? Theorien der Einstellungsänderung konzentrieren sich auf verschiedene Situationen und bieten unterschiedliche Erklärungen für den Grund der Einstellungsänderung an, beispielsweise im Rahmen von Kommunikation und Überredung. Eine Einstellungsänderung sei in dieser Situation am wahrscheinlichsten, wenn der Kommunikator (der in der Regel eine Kommunikation präsentiert, die eine neue Einstellung enthält) glaubwürdig, die Botschaft extrem und die Zielperson nicht auf die ursprüngliche Einstellung festgelegt ist (Krech et al., 1992). Wenn ein Patient beispielsweise eine schlechte Einstellung zu Antidepressiva hat und davon ausgeht, dass diese mit einem hohen Abhängigkeitspotential einhergehen, sein Hausarzt für ihn jedoch eine glaubwürdige und vertrauensvolle Person darstellt und ihm im Gespräch vermittelt, dass Antidepressiva nicht abhängig machen, könnte dies eine Situation darstellen, in der es zu einer Einstellungsänderung kommt, wenn der Patient nicht auf die ursprüngliche Einstellung festgelegt ist. Eine weitere Situation, in der es zu einer Einstellungsänderung kommen kann, ist einstellungsdiskrepantes Verhalten. Ein Erklärungsmodell lässt sich aus der Theorie der kognitiven Dissonanz von Leon Festinger ableiten (Krech et al., 1992). Einstellungsänderungen treten dann ein, wenn Personen Verhaltensweisen praktizieren, die nicht mit ihren ursprünglichen Einstellungen übereinstimmen. Das Ausmaß der Einstellungsänderung wird proportional zum Ausmaß der kognitiven Dissonanz beschrieben. Dissonanz wird definiert als unangenehme psychologische Spannung, wenn beispielsweise Einstellung und eigenes Verhalten nicht übereinstimmen. Mit einer Änderung der Einstellung bringt eine Person somit Einstellungen und Verhalten wieder in Einklang.

Interessant ist nicht nur, wie sich Einstellungen verändern können, sondern auch, wie sie unser Verhalten beeinflussen. Um Verhaltensweisen jedoch verstehen oder erklären zu können, bedarf es größerer theoretischer Modelle, die Einflussgrößen und Wirkmechanismen integrieren (Schwarzer, 2004). In der vorliegenden Arbeit werden Einstellungen zur Depressionsbehandlung untersucht. Im Folgenden soll dennoch kurz eine Theorie des Gesundheitsverhaltens erwähnt werden, in der die Einstellung als affektive Modellkomponente aufgefasst wird. Die „Theorie of Reasoned Action“ von Ajzen und Fishbein 1980, bietet ein Erklärungsmodell für den Zusammenhang zwischen Einstellung und Verhalten (Schwarzer, 2004). Die „Theorie of Planned Behavior“ von Ajzen 1985 stellt eine Erweiterung dieser Theorie dar (Schwarzer, 2004), die häufig zur Vorhersage und Erklärung von Gesundheitsverhalten herangezogen wird. Der wichtigste Prädiktor des Verhaltens ist in diesem Modell die Intention, die selbst wiederum von Einstellungen, subjektiver Norm und wahrgenommener Verhaltenskontrolle beeinflusst wird. Die Einstellung beschreibt in dieser Theorie eine gefühlsmäßige Einschätzung, die sich aus den Überzeugungen über Verhaltenskonsequenzen und den Bewertungen der Verhaltenskonsequenzen zusammensetzt. Die subjektive Norm umfasst die Vorstellungen von Erwartungen derjenigen Personen, die zu der eigenen Bezugsgruppe gehören, die vermuteten Ansichten von beispielsweise Eltern und Freunden. Die wahrgenommene Verhaltenskontrolle kann definiert werden als die wahrgenommene Schwierigkeit, ein Verhalten auch wirklich auszuführen.

### **1.2.1 Einstellungen und Wissensstand zur Depressionsbehandlung**

Einen wesentlichen Einfluss auf die Depressionsbehandlung könnte der Wissensstand der Allgemeinbevölkerung über Depressionen haben, zum Einen die vorherrschenden Meinungen über die Ätiologie einer Depression und zum Anderen verbreitete Einstellungen zu therapeutischen Maßnahmen. Die Vorstellungen in der Bevölkerung über Nutzen und Schaden der unterschiedlichen Behandlungsformen könnten für die Akzeptanz der Therapieformen von nicht zu unterschätzender Bedeutung sein (Angermeyer et al., 1993), insbesondere die zumeist negativen Einstellungen zu pharmakotherapeutischen Interventionen (Althaus et al., 2003).

Als Teil des Kompetenznetzes „Depression, Suizidalität“ fand im Rahmen des „Nürnberger Bündnisses gegen Depression“ ein depressions- und suizidpräventives Aufklärungsprogramm statt. Im Zuge einer Studie über Wissensstand und Einstellungen der Allgemeinbevölkerung zu Symptomen, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten depressiver Erkrankungen, durchgeführt von Althaus et al. 2002, wurden 1426 Personen aus Würzburg und Nürnberg befragt. Die Depression wurde zwar vom Großteil der Befragten als ernsthafte Erkrankung erkannt, jedoch lag in vielen Bereichen ein beträchtliches Wissensdefizit vor (Althaus et al., 2002). Als Auslöser für die Depression wurden vor allem soziale Umstände und Stress gesehen. Diese unikausale Vorstellung steht im Gegensatz zur allgemeinen Lehrmeinung, in der zumeist von einer multifaktorielle Genese der Depression ausgegangen wird. Der Einnahme von Antidepressiva standen 31,5 % der Befragten aufgeschlossen gegenüber. Allerdings wurde der Besuch eines Heilpraktikers genauso häufig als geeignete Behandlungsform eingeschätzt wie die Pharmakotherapie gegen Depressionen (Althaus et al., 2002). Auch diese Vorstellung spiegelt eine große Differenz zwischen dem antizipierten Nutzen einer medikamentösen Therapie in der Bevölkerung und in Fachkreisen wider. 80 % der Befragten gaben an, dass sie bei Antidepressiva die Gefahr der Abhängigkeit sehen und 69 % befürchteten eine Persönlichkeitsveränderung unter antidepressiver Medikation (Althaus et al., 2002). Diese Ergebnisse deuten darauf hin, dass über Antidepressiva kein differenziertes Wissen vorhanden ist (Althaus et al., 2002). Vergleicht man die Einstellung zu psychotropen Medikamenten mit denen zu Medikamenten für kardiovaskuläre Erkrankungen, so sind die Befürchtungen über Nebenwirkungen und Kontrollverlust bei psychotropen Medikamenten deutlich größer (Benkert et al., 1997). Auch bei schweren psychischen Erkrankungen sind psychotrope Medikamente im Vergleich zu Medikamenten für kardiovaskuläre Erkrankungen kaum akzeptiert (Benkert et al., 1997). Viele Laien können nicht zwischen den verschiedenen Psychopharmakagruppen unterscheiden und setzen Antidepressiva mit Tranquillizern und Neuroleptika gleich. Als geeignete Behandlung wurde die Psychotherapie eindeutig vor der medikamentösen Therapie genannt. Bereits die Ergebnisse einer 1990 durchgeführten Repräsentativerhebung bei der Erwachsenenbevölkerung der BRD zeigten, dass die Allgemeinbevölkerung

eindeutig die Psychotherapie gegenüber der Psychopharmakotherapie favorisiert (Angermeyer et al., 1993). Nach Ansicht von Angermeyer et al. stellt die Psychotherapie für viele Personen die bessere Behandlungsform dar, da der Kranke bei dieser Therapie die Möglichkeit zur persönlichen Aussprache hat und somit die Ursachen der psychischen Störung aufgedeckt werden können. Den Psychopharmaka wird hingegen vorgeworfen, dass sie nur symptomatisch wirken und die Ursachen der Störung von ihr unbeeinflusst bleiben.

Auch in einem Review über die Behandlungspräferenzen depressiver Patienten der Primärversorgung wurde deutlich, dass der Großteil der Patienten die Psychotherapie der Behandlung mit Antidepressiva vorzog (van Schaik et al., 2004). Häufig genannte Argumente gegen die Einnahme von Medikamenten waren auch in dieser Untersuchung die Gefahr von Abhängigkeit und unerwünschten Nebenwirkungen. Wenn die Patienten bei Antidepressiva nicht die Gefahr der Abhängigkeit sehen würden, wären sie vielleicht eher bereit, eine medikamentöse Behandlung zu beginnen. Benkert et al. zeigten in einer Untersuchung, dass Probanden, die bereits Erfahrungen mit psychotropen Medikamenten gemacht haben, sich in einer Befragung auch eher für eine Behandlung mit Medikamenten denn für eine psychotherapeutische Behandlung aussprechen (Benkert et al., 1997). Ähnliche Ergebnisse deuteten sich bei einer Befragung von 3109 Australiern zur Wirksamkeit von Depressionsbehandlungen an. Befragte, die bereits eine depressive Episode erlebt hatten und im Zuge dieser nach Unterstützung gesucht hatten, waren eher von der Wirksamkeit einer pharmakologischen Therapie überzeugt als Befragte ohne vorherige depressive Episode. Diese Gruppe glaubte, dass in erster Linie eine Änderung des Lebensstils zu einer Besserung der depressiven Symptomatik führt (Jorm et al., 2000). In einer Follow-up-Untersuchung stellte sich heraus, dass die Vorstellung über die Wirksamkeit einer Intervention nicht generell deren Inanspruchnahme vorhersagen konnte (Jorm et al., 2000). Die zuvor befragten Probanden nahmen im Erkrankungsfall nicht unbedingt die zuvor favorisierte Intervention auf, bis auf den Teil der Befragten, der von der Wirksamkeit von Antidepressiva überzeugt war. Der Glaube an die Effektivität von Antidepressiva war assoziiert mit dem Beginn einer medikamentösen Therapie im Erkrankungsfall (Jorm et al., 2000). Bei einer Befragung von 999 Australiern im Jahre 2005, hielt ein Viertel

der Probanden Antidepressiva für schädlich. Diese Gruppe zeichnete sich durch einen niedrigen Bildungsstand und wenig Erfahrung mit Depressionen aus (Jorm et al., 2005).

„The Defeat Depression Campaign“ zeigte zwischen 1991 und 1996 erstmals die Beeinflussbarkeit von Einstellungen gegenüber depressiven Erkrankungen durch Aufklärungsarbeit (Paykel et al., 1997, 1998). Mittels Artikeln in Zeitschriften und Magazinen sowie Radio und Fernsehprogrammen wurde über die Erkrankung selbst, aber auch über die Behandlungsformen aufgeklärt. Beobachtet wurde ein signifikant positiver Unterschied im Bezug auf Einstellungen zu Depressionen und Einstellungen zu Antidepressiva. Es soll jedoch erwähnt werden, dass dieser Effekt auch als Ausdruck des allgemeinen Zeitgeistes gesehen werden kann (Angermeyer et al., 2004). So sahen 1991 46 % von 2000 Befragten Antidepressiva als effektive Pharmakotherapie an, dies erhöhte sich auf 60 % im Jahre 1997. Auch in dieser Untersuchung wurde die Psychotherapie von den Befragten als besser und effektiver eingeschätzt als die Pharmakotherapie. Auch Angermeyer et al. wiesen eine Veränderung der Einstellung der Allgemeinbevölkerung zu psychotropen Medikamenten im Vergleich zu Studien aus den neunziger Jahren nach (Angermeyer et al., 2004). Die Einstellungen in der Allgemeinbevölkerung scheinen günstiger geworden zu sein. Im Hinblick auf ihren möglichen Einfluss auf die Behandlungssituation depressiver Patienten sind sie jedoch noch nicht zufriedenstellend. Daher plädieren Angermeyer et al. für weitere Bestrebungen, um den Wissensstand der Bevölkerung über Medikamente zur Behandlung psychischer Störungen zu verbessern (Angermeyer et al., 2004). Auch Althaus et al. beschreiben die negative Bewertung der Pharmakotherapie als ein großes Hindernis für eine Verbesserung der Versorgung depressiver Patienten (Althaus et al., 2002). Als Hindernisse einer Leitlinien getreuen Behandlung depressiver Patienten werden auch von Ärzten am häufigsten Patienten gebundene Faktoren genannt, zum Einen psychosoziale Lebensumstände, zum Anderen Einstellungen und Vorstellungen der Patienten über die Depression und ihre Behandlung (Nutting et al., 2002). Es gibt zudem Hinweise darauf, dass Allgemeinmediziner Antidepressiva zu selten verschreiben, da sie eine negative Einstellung zur Medikation bei den Patienten vermuten (Kendrick et al., 2005).

Von großem Interesse sind Faktoren, die die Einstellung der Patienten zu Antidepressiva und das Ansprechen der Patienten im Rahmen einer antidepressiven Therapie beeinflussen. Denn die Wirksamkeit und die Verträglichkeit von Antidepressiva wird nicht nur durch ihre pharmakologische Potenz bestimmt. Erste Arbeiten über die Einstellungen der Patienten zu Antidepressiva und ihr Einfluss auf die medikamentöse Therapie wurden von Michael Sheard durchgeführt (Sheard, 1964). Seine Hypothese, eine positive Einstellung zur Medikation korreliere positiv mit einer erfolgreichen Behandlung, bestätigte sich zunächst nicht (Sheard, 1964). Sheards Untersuchungen bezogen sich jedoch auch auf die Einstellungen der Ärzte. Hier zeigte sich eine signifikante Korrelation zwischen der Einstellung des behandelnden Arztes zur Medikation und dem Ansprechen der Patienten auf die Therapie. Eine positive Einstellung des Arztes korrelierte mit einem besseren Behandlungserfolg (Sheard, 1963). Untersuchungen zur Einstellung der Ärzte zur Depression zeigten zudem Unterschiede in der Einstellung zwischen Allgemeinmedizinern und Psychiatern (Kerr et al., 1995).

In einer niederländischen Studie von Hoencamp et al. wurden 233 Patienten, die mit einer antidepressiven Medikation behandelt wurden, zu ihren Einstellungen gegenüber Antidepressiva befragt (Hoencamp et al., 2002). Der Großteil der Patienten (82 %) erhielt die Medikation bereits über einen Zeitraum von sechs Monaten. 30 % der Befragten stimmten der Aussage zu, Antidepressiva gingen mit der Gefahr der Abhängigkeit einher, 17 % sahen die Einnahme von Antidepressiva als Zeichen der Schwäche, 70 % gaben an, die Einnahme von Antidepressiva löse nicht die persönlichen Probleme. An positiven Einstellungen zeichnete sich ab, dass 87 % der Patienten angaben, Antidepressiva würden ihnen dabei helfen, ihre Probleme zu lösen und sich besser zu fühlen. 75 % gaben an, dass sie glauben, die Einnahme von Antidepressiva sei gleichartig wie die Einnahme von Medikamenten gegen Diabetes mellitus. Die Ergebnisse sprechen dafür, dass auch bei Patienten, die bereits über einen längeren Zeitraum medikamentös behandelt wurden, negative Einstellungen zu Antidepressiva persistieren können (Hoencamp et al., 2002).

Auch bei einer Befragung von dänischen Patienten mit depressiven Episoden und bipolaren Erkrankungen wurden vorwiegend negative und falsche Vorstellungen über Antidepressiva gefunden (Kessing et al., 2005). Insbesondere bei Patienten, die älter



als 40 Jahre sind, zeigte sich eine besonders negative Sichtweise des Arzt-Patienten-Verhältnisses und eine negative Einstellung gegenüber Antidepressiva (Kessing et al., 2005). Die Einstellung zur Therapie schien bei dieser Untersuchung weder abhängig von der Ausbildung des behandelnden Arztes (z.B. Allgemeinmediziner oder Psychiater), noch von der Anzahl der behandelten Episoden zu sein (Kessing et al., 2005). Wissensdefizite über depressive Erkrankungen und eine sehr kritische Einstellung zur medikamentösen Therapie könnten besonders bei älteren Patienten zu einer Prognoseverschlechterung führen (Kessing et al., 2005).

Givens et al. führten bei Patienten, die eine ablehnende Haltung zu der ihnen in der Primärversorgung angebotenen antidepressiven Therapie hatten, eine qualitative Untersuchung mittels Interviews durch. Befragt wurden Patienten, die älter als 60 Jahre waren und an einer minoren oder majoren Depression erkrankt waren. Vier Vorstellungen zeichneten sich bei diesen Patienten ab: erstens, die Angst vor Abhängigkeit, zweitens, der Widerstand die depressiven Symptome als medizinische Erkrankung zu sehen, drittens, die Sorge Antidepressiva könnten „natürliche Traurigkeit“ verhindern und viertens, vorausgegangene schlechte Erfahrungen mit Antidepressiva (Givens et al., 2006).

Weich et al. untersuchten die Einstellungen zu Depressionen und zur Depressionsbehandlung mittels eines 19 Items umfassenden Fragebogens (ADepT questionnaire) bei 866 Patienten mit mittelschwerer und schwerer Depression, die sich in allgemeinmedizinischer Behandlung in England befanden (Weich et al., 2007). Die 19 Items konnten auf drei wesentliche Faktoren (Einstellungen) reduziert werden, die möglicherweise einen Einfluss auf das Konsultationsverhalten und die Fortführung der Therapie haben könnten. Faktor 1 entspricht der Einstellung, Depressionen als chronische, stark beeinträchtigende und stigmatisierende Erkrankung zu erleben. Faktor 2 bildet eine eher „positive“ Sichtweise der Depression als Erkrankung, die generell jeden betreffen kann und bei der es durch Hilfe und Unterstützung zu einer Besserung kommen kann ab. Und schließlich Faktor 3, Antidepressiva als ineffektive Medikamente mit einem hohen Abhängigkeitspotential zu betrachten. Patienten, die eine leitliniengerechte pharmakologische Therapie erhielten, wiesen höhere Werte im Faktor 2 und

signifikant niedrigere Werte in den Faktoren 1 und 3 auf (Weich et al., 2007). Interessant ist die Frage, ob die positive Einstellung zu einer den Leitlinien entsprechenden Behandlung geführt hat oder ob eine adäquate Behandlung zu einer positiven Einstellung geführt hat. Weich et al. plädieren dafür, die Einstellung der Patienten mehr in den Vordergrund des Interesses zu stellen, da sie möglicherweise einen entscheidenden Faktor der bestehenden Unterversorgung depressiver Patienten in der Hausarztpraxis darstellt und sie bei der Betrachtung dieser Thematik zu häufig übergangen wird (Weich et al., 2007).

Die negativen Einstellungen zu Antidepressiva bei Patienten in der Primärversorgung und in der Allgemeinbevölkerung könnten einen wesentlichen Einfluss auf die niedrige Therapietreue haben (van Schaik et al., 2004). Eine unregelmäßige Medikamenteneinnahme und eine niedrige Compliance ist häufig assoziiert mit rezidivierenden depressiven Episoden (Manning et al., 2003). Für eine erfolgreiche Langzeitbehandlung ist deshalb die gezielte Beratung und Unterstützung des Patienten von ausschlaggebender Bedeutung, denn sie geht mit einer höheren Compliance und einer größeren Patientenzufriedenheit einher (Unützer et al., 2001). Compliance oder Adhärenz steht im Allgemeinen für die Einhaltung von vorgeschriebenen oder empfohlenen Verhaltensweisen. Im medizinischen Bereich steht Compliance u.a. für die Befolgung ärztlicher Verordnungen. Bei der Behandlung depressiver Störungen ist die Therapie meistens langfristig angelegt und wird zum großen Teil ambulant durchgeführt, eine gute Compliance ist somit ein wesentlicher Faktor einer leitliniengerechten Versorgung. Jedoch unterbrechen 50- bis 75 % der Patienten bereits innerhalb der ersten sechs Monate die Behandlung (Cramer et al., 1998). Je früher eine antidepressive Behandlung jedoch abgebrochen wird, desto mehr erhöht sich das Risiko eines Rückfalles (Melfi et al., 1998), der Chronifizierung sowie der Suizidgefahr (Ahrens et al., 1991).

Aikens et al. versuchten, in einer Untersuchung demografische, psychiatrische und einstellungsbedingte Faktoren für die Fortführung einer remissionsstabilisierenden Therapie zu identifizieren (Aikens et al., 2005). Sie befragten 81 Patienten der Primärversorgung zu Depressionsmerkmalen, Behandlungsmaßnahmen, regelmäßiger Einnahme der verordneten Medikamente und ihren Vorstellungen über Antidepressiva. Die Fortführung der Therapie variierte stark zwischen den

Probanden und war unabhängig von der Art und Dauer der Behandlung sowie von demografischen Variablen. Das Verhältnis der wahrgenommenen Notwendigkeit und Schädlichkeit der verschriebenen Antidepressiva hatte jedoch einen Einfluss auf die Einhaltung der Therapie (Aikens et al., 2005). Es ist möglich, dass die Allgemeinmediziner zu wenig Zeit haben, um mit den Patienten ein ausführliches Gespräch über die Medikamente und ihre Nebenwirkungen zu führen. In Verbindung mit den in der Allgemeinbevölkerung vorherrschenden negativen Einstellungen zu einer medikamentösen Depressionsbehandlung birgt dies die Gefahr einer niedrigen Therapietreue zur verschriebenen Medikation.

Die Einstellung zu Antidepressiva ist ein bedeutender Prädiktor der Fortführung einer antidepressiven Therapie (Kessing et al., 2005). Laut Lin et al. können bereits kurze und spezifische Informationen durch den Hausarzt einen signifikanten Einfluss auf die Compliance des Patienten haben (Lin et al., 1995). 2003 zeigten sie in einer Studie den deutlichen Einfluss eines Interventionsprogramms auf die Einstellung der Patienten zur antidepressiven Medikation und die Sicherheit im Umgang mit Nebenwirkungen sowie die Bedeutung der Einstellung und der Sicherheit als Schlüsselfaktoren einer konsequenten remissionsstabilisierenden Therapie. 386 Patienten der Primärversorgung mit bereits mehreren depressiven Episoden in der Anamnese wurden randomisiert einer Interventions- sowie einer Kontrollgruppe zugeordnet. Das Interventionsprogramm, bestehend aus Pharmakotherapie, Psychotherapie und Informationen über die Häufigkeit, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten von Depressionen, führte zu einer signifikant positiveren Einstellung zu Antidepressiva und zu einer größeren Sicherheit im Umgang mit Nebenwirkungen. Diese beiden Faktoren waren assoziiert mit einer signifikant höheren Fortführung der remissionsstabilisierenden Therapie, im Vergleich zu den Patienten aus der Kontrollgruppe (Lin et al., 2003).

Gleichwohl besteht ein großer Unterschied zwischen den Vorstellungen der Allgemeinbevölkerung und der Fachkreise über die Wirksamkeit und die Gefahren von Antidepressiva. Um eine leitliniengerechte Behandlung depressiv erkrankter Patienten zu ermöglichen, sollten mehr Kräfte aufgewandt werden, um diese Differenzen zu verringern.

## 1.2.2 Stigmatisierungsängste

Eine psychiatrische Diagnose kann nach wie vor in der Wahrnehmung der Patienten einen diskriminierenden Aspekt haben (Linden et al., 1996). Viele depressive Patienten befürchten zudem das Stigma, das mit dieser psychischen Erkrankung verbunden ist. Stigmatisierung kann aber auch in der Behandlung oder in weiteren sozialen Interaktionen erlebt werden. Stigma steht für Kennzeichen, Merkmal, Wundmal (Dorsch Psychologisches Wörterbuch, 1994). Soziale Stigmatisierung (Zuschreibung einer allgemeinen oder gruppenspezifisch negativ bewerteten Eigenschaft durch soziale Umgebung) und stigmatisierende Kennzeichnungen (z. B. vorbestraft, nicht ehelich, Alkoholiker, Schizophrener) führen zu sozialer Diskreditierung und können auch die therapeutische Interaktion belasten (Pschyrembel Klinisches Wörterbuch, 1994). Gemäß Corrigan können bei der öffentlichen Stigmatisierung sowie auch bei der Selbststigmatisierung drei Komponenten unterschieden werden: Stereotypie, Vorurteil und Diskriminierung (Corrigan et al., 2002).

In einer von Dinos et al. durchgeführten qualitativen Studie wurden 46 Patienten mit psychischen Erkrankungen zu ihren Gefühlen und Erfahrungen im Rahmen ihres Krankheitsverlaufes befragt (Dinos et al., 2004). 42 von 46 Patienten äußerten sich besorgt darüber, wie sie mit der Information über die Erkrankung umgehen sollten, insbesondere über die Entscheidung, es ihren Freunden, ihrer Familie oder zukünftigen Arbeitgebern mitzuteilen. In einer Untersuchung zu Depression und Stigma, in der ausschließlich Patienten mit depressiven Episoden befragt wurden, gab die Mehrzahl der Patienten die Geheimhaltung der Erkrankung als Strategie zur Stigmabewältigung an (Stengler-Wenzke et al., 2000). Auch Holzinger et al. untersuchten das Stigma psychischer Krankheit aus der Sicht schizophrener und depressiv Erkrankter (Holzinger et al., 2003). Eingeschlossen wurden 201 Patienten. Betrachtet wurden zum Einen die antizipierten Stigmatisierungen, zum Anderen konkrete Stigmatisierungen der Betroffenen. Auffallend war, dass sich schizophrene und depressive Patienten in ihrer Einschätzung der Stigmatisierung kaum unterschieden. Deutliche Differenzen zeigten sich allerdings in der konkret erfahrenen Stigmatisierung. Schizophrene Patienten berichteten über deutlich mehr erlebte Diskriminierung, besonders in der interpersonellen Interaktion. Obwohl sich

demnach schizophrene und depressive Patienten deutlich in dem Ausmaß der beschriebenen negativen Erfahrungen voneinander unterscheiden, rechnet jedoch der Großteil beider Patientengruppen mit diskriminierenden Reaktionen aus ihrem sozialen Umfeld. Konkrete Stigmatisierungserfahrungen und antizipierte Stigmatisierungen waren demnach weitgehend unabhängig voneinander. Holzinger et al. deuteten ihre Ergebnisse u.a. als Unterstützung einer von Link et al. 1989 aufgestellten These, die besagt, dass jedes Mitglied unserer Gesellschaft, unabhängig davon, ob es später psychisch erkrankt oder nicht, bereits im Zuge der Sozialisation ein Bild psychisch Erkrankter vermittelt bekommt und dementsprechend abwertende Reaktionen und Diskriminierungen von der Umwelt erwartet. Als eine mögliche Lösungsstrategie nennen Holzinger et al. beispielsweise die Psychoedukation, Diskussionsgruppen sowie kognitiv-verhaltenstherapeutische Programme, um nicht zuletzt der Tendenz der Selbststigmatisierung entgegen zu wirken (Holzinger et al., 2003).

Ein besseres Verständnis für die psychologischen Hindernisse der Therapietreue, wie beispielsweise das wahrgenommene Stigma der Depression, könnte hilfreich sein, um neue klinische Interventionen zur Verbesserung der Compliance zu entwickeln. Dies könnte ein wichtiger Schritt sein, um der Unterversorgung depressiver Patienten entgegenzuwirken. Indem man versucht, Barrieren zu lösen, die auf der Seite des Patienten bestehen. Nicht der klinische Schweregrad der Depression, sondern die durch den Patienten wahrgenommene Schwere der Depression scheint ein weiterer Prädiktor für Therapietreue zu sein (Sirey et al., 2001). Die Akzeptanz der Erkrankung scheint einen großen Einfluss auf die Behandlungsmotivation zu haben. Doch nicht nur die eigene Akzeptanz, auch die des sozialen Umfeldes. Patienten brechen möglicherweise eine Behandlung nur ab, um nicht zur Gruppe der „psychisch Kranken“ zu gehören, denn auch das wahrgenommene Stigma der Patienten beeinflusst die Compliance (Sirey et al., 2001). Möglicherweise fürchten auch Angehörige von Patienten das Stigma einer psychischen Krankheit. Patienten mit psychischen Erkrankungen werden von ihren Familienangehörigen beispielsweise seltener ermutigt, psychiatrische Hilfe in Anspruch zu nehmen, als von ihren Freunden (Horwitz, 1978). Auch die Vorstellungen und antizipierten Stigmatisierungen der Bezugspersonen depressiver

Patienten können die Therapietreue beeinflussen. Patienten, deren Bezugspersonen Depressionen eher kognitiven Problemen zuschreiben, zeigen eine niedrigere Therapietreue (Sher et al., 2005).

Der 109. Deutsche Ärztetag hat sich am 25.05.06 gegen die Stigmatisierung und Diskriminierung psychisch Kranker ausgesprochen. „Trotz einer guten Heilbarkeit von psychischen Krankheiten sind die von ihnen betroffenen Kinder und Erwachsenen, ihre Angehörigen und in der psychiatrisch- psychotherapeutischen Versorgung Beschäftigten subtilen und offensichtlichen Stigmatisierungen und Diskriminierungen auf allen Ebenen ausgesetzt. Aus Scham würden viele Patientinnen und Patienten wegen einer psychischen Erkrankung daher zu spät oder gar keine ärztliche Hilfe in Anspruch nehmen“, so Prof. Dr. Norman (Wissenschaftlicher Direktor des Weltprogrammes gegen Stigma und Diskriminierung der World Association in Genf). Appelliert wurde auch an private Krankenversicherer, Lebensversicherer und Berufsunfähigkeitsversicherungen, die Diskriminierung psychisch kranker Menschen zu beenden. Patienten, die bereits psychotherapeutisch behandelt wurden oder an einer psychischen Erkrankung gelitten haben, würden bei Antrag auf Aufnahme meist ausgeschlossen.

### **1.3 Hochnutzer**

Die niedrigen Erkennungsraten sowie die niedrigen Behandlungsquoten depressiver Patienten können mit den vorwiegend negativen Einstellungen zur Depressionsbehandlung und der Angst vor einer Stigmatisierung in Verbindung gebracht werden. Patienten stellen möglicherweise ihre körperlichen Beschwerden bei der Vorstellung beim Hausarzt in den Vordergrund und thematisieren psychische Probleme seltener, da sie eine psychische Erkrankung schwerer akzeptieren können oder eine derartige Diagnose ablehnen. Patienten mit Depressionen nehmen Gesundheitsleistungen besonders stark in Anspruch (Tylee, 2000) und verursachen deutlich höhere Kosten im Vergleich zu Patienten ohne Depressionen (Unnützer et al., 1997). Patienten, die Gesundheitsleistungen besonders oft und stark in Anspruch nehmen, werden als „high utilizer“ oder „Hochnutzer“ bezeichnet.

Pearson et al. haben in einer Studie gezeigt, dass bis zu 20 % der „high utilizer“ der „health maintenance organisation“ (HMO) in den USA an einer nicht erkannten bzw. unzureichend behandelten majoren Depression leiden (Pearson et al., 1999). Forschungsprojekte aus den USA haben gezeigt, dass Interventionsprogramme in Form von systematischem Screening, Schulung von Hausärzten, Patienten und Angehörigen sowie Anleitung zu antidepressiver Therapie den Ressourcenverbrauch durch Hochnutzer senken und zu einer Verbesserung der Depressionsschwere und des allgemeinen Gesundheitsstatus führen (Katzelnick et al., 2000, Wells et al., 2000).

Für das Forschungsprojekt wurden Hochnutzer des Gesundheitssystems ausgewählt, weil sie hinsichtlich der Prävalenz der Depression sowie möglichen Behandlungsbarrieren ein besonders selektives Klientel darstellen.

## **2 Fragestellungen**

Ziel der vorliegenden Arbeit ist die Untersuchung der Einstellung zur medikamentösen Depressionsbehandlung bei Patienten mit majorer Depression und Hochnutzerverhalten in der Hausarztpraxis. Der bisherige Forschungsstand zur Depressionsbehandlung und zur Einstellung zu Medikamenten gegen Depression ergibt vor allem folgende Ergebnisse: Depressive Erkrankungen gehören zu den häufigsten und oftmals stark unterschätzten Erkrankungen, die Krankheitslast ist hoch und wird weiter zunehmen (Murray et al., 1997). Es gibt wirksame Medikamente zur Behandlung dieser Erkrankung sowie ausgearbeitete Leitlinien, die zu einer Verbesserung der Behandlung depressiver Störungen führen können (APA, 2000; DGPPN, 2000). Dennoch erhalten viele Patienten keine depressionsspezifische Behandlung, zum Einen, da eine depressive Erkrankung häufig nicht erkannt wird (Wittchen et al., 2002) oder unzureichend behandelt wird (Bebbington et al., 2000), zum Anderen, da Patienten häufig eine negative Einstellung zu Antidepressiva haben, was zu einem vorzeitigen Abbruch einer Therapie führen kann (Lin et al., 2003). Bisherige Studien haben die Einstellung zu psychotropen oder antidepressiven Medikamenten bei der Normalbevölkerung sowie bei bereits antidepressiv behandelten Patienten erfasst. Die häufigsten Vorurteile gegenüber Antidepressiva sind die Gefahr von Abhängigkeit sowie von starken

Nebenwirkungen (van Schaik, 2004), obgleich Antidepressiva kein großes Abhängigkeitspotential besitzen und das Nebenwirkungsprofil der neueren Antidepressiva im Vergleich zu Antidepressiva der ersten Generation deutlich günstiger ist (Bauer, 2005). In Studien wurde gezeigt, dass durch Interventionsprogramme die Einstellung zu Medikamenten gegen Depression verbessert werden kann und dass dies zu einer signifikant größeren Fortführung einer remissionsstabilisierenden Therapie führt (Lin et al., 2003).

In der vorliegenden Arbeit soll die Einstellung zu Medikamenten gegen Depressionen bei einer Population von Hochnutzern mit akut behandlungsbedürftiger depressiver Episode untersucht werden. Von besonderem Interesse ist, ob die Einstellung zu Antidepressiva in der akuten Behandlungsphase einer depressiven Episode durch ein Interventionsprogramm verbessert werden kann. Untersucht wurde, wie sich die Einstellung der Patienten im Rahmen des Interventionsprogramms im Vergleich zu der Einstellung der Patienten in der „wie üblich“ behandelten Patientengruppe entwickelt. Des Weiteren wurde untersucht, welche Faktoren die Einstellung zur medikamentösen Depressionsbehandlung bei Patienten mit Hochnutzerverhalten und depressiver Episode beeinflussen und ob sich diese über einen Untersuchungszeitraum von sechs Monaten ändert. Folgende Fragen übernahmen hierbei eine leitende Funktion:

- Unterscheiden sich „wie üblich“- und Interventionspatienten in der Veränderung ihrer Einstellung nach sechs Monaten?
- Hat das Ausmaß der psychopathologischen Verbesserung der Patienten einen Einfluss auf die Veränderung der Einstellung gegenüber einer antidepressiven Medikation nach sechs Monaten?
- Haben demographische Variablen einen Einfluss auf die Einstellung gegenüber einer antidepressiven Medikation?
- Wie ist die Einstellung der Patienten gegenüber einer antidepressiven Medikation und ändert sie sich im Laufe der Behandlung?



## **3 Methoden**

### **3.1 Gesamtzusammenhang**

Die Untersuchung war eingebunden in ein größeres Forschungsvorhaben: "Randomisierte Vergleichsstudie eines systematischen Behandlungsplans versus Therapie „wie üblich“ bei Hochnutzern der Primärversorgung mit majorer Depression". In der Studie wurden Fragen zur Schwere der Depression, dem allgemeinen Gesundheitsstatus und der Gesamtkosten bei Patienten nach systematischem Behandlungsplan versus nach Behandlung „wie üblich“ untersucht. Sekundäre Fragestellungen waren die Einstellung gegenüber der antidepressiven Medikation, die Lebensqualität und die Akzeptanz des Interventionsprogramms durch die Prüfarzte.

In der randomisierten prospektiven Interventionsstudie wurden Hochnutzer mit behandlungsbedürftiger depressiver Episode in Hausarztpraxen behandelt. Ein Patient wurde in dieser Studie als Hochnutzer definiert, wenn er im letzten Quartal mindestens fünf Arztkontakte angab.

Die beteiligten Arztpraxen wurden den beiden folgenden möglichen Behandlungsarmen randomisiert zugeordnet:

1. 6-monatiges Behandlungsprogramm bestehend aus Pharmakotherapie (Wirkstoff: Sertralin, Präparat: Zoloft®) und standardisiertem Aufklärungs- und Beratungsprogramm für Ärzte und Patienten
2. 6-monatiger ärztlichen Behandlung „wie üblich“

Für die Untersuchung wurde das Votum der Ethikkommission der Charité, Campus Mitte, eingeholt. Die Studie entspricht den ICH Guidelines for GCP, den Leitlinien für GEP, den Landesdatenschutzgesetzen, der Deklaration von Helsinki sowie den Vorschriften des AMG.

## 3.2 Studiendesign

Die Patienten erhielten als erstes Screeninginstrument einen Patientenbogen zur Erfassung des Gesundheitszustandes (Brief Patient Health Questionnaire, B-PHQ). Das Screening erfolgte abhängig von der Organisation der Praxis unsystematisch im Wartezimmer oder systematisch durch Aushändigen des Fragebogens an jeden Patienten einmalig pro Quartal. Wenn sich während dieses ersten Screening-Tests herausstellte, dass es sich wahrscheinlich um eine depressive Störung handelt, wurden die Patienten um Teilnahme an der Studie gebeten. Bei Einwilligung der Patienten wurde mit ihnen als zweiter Schritt ein ausführliches diagnostisches Telefoninterview (Computerversion des Composite International Diagnostik Interview, CIDI) durchgeführt, um zu verifizieren, ob es sich tatsächlich um eine mittel- bis schwergradige majore Depression handelt (Robins et al., 1988). Fiel die Diagnose positiv aus, wurde der behandelnde Hausarzt darüber informiert und darum gebeten, mit der ihm zugeordneten Behandlungsform zu beginnen.

Die Patienten erhielten vor Einschluss in die Untersuchung eine Patienteninformation über die Studie. Die Einwilligungserklärung der Patienten an der Studie erfolgte mit Datum und Unterschrift des Patienten sowie des jeweiligen Studienarztes. Jeder eingeschlossene Patient erhielt eine Kopie der Einwilligungserklärung. Die Einwilligungserklärung verblieb im Original beim behandelnden Arzt und in Kopie im Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité – Universitätsmedizin Berlin. Alle innerhalb der Untersuchung erhobenen Befunde wurden entsprechend den Landesdatenschutzgesetzen anonymisiert gespeichert (im Rahmen von § 5 BlnDSG) und vertraulich behandelt (gem. § 8 BlnDSG). Die Patienten wurden während der Dokumentations- und Auswertungsphase lediglich anhand eines individuellen Patienten-Codes und des Geburtsdatums identifiziert.

Studienorte waren Praxen von hausärztlich tätigen Ärzten in Berlin. Es konnten praktische Ärzte, Allgemeinmediziner und hausärztlich tätige Internisten teilnehmen.

Zur Qualitätssicherung wurde in den beteiligten Arztpraxen in regelmäßigen Abständen durch Studienmitarbeiter ein Monitoring durchgeführt, in dessen Rahmen die Daten auf Vollständigkeit und Plausibilität geprüft wurden. Der erste Monitorbesuch erfolgte nach Einschluss des ersten Patienten in der jeweiligen

Studienpraxis, der zweite nach dem Einschluss des letzten Patienten. Nach Beendigung der Untersuchung des letzten eingeschlossenen Patienten erfolgte ein Abschlussmonitoring.

Das Interventionsprogramm bestand aus:

- Pharmakotherapie
- Informationsmaterial für den Hausarzt
- Informationsmaterial für Patienten und Angehörige
- Schulung für Hausarzt und Praxispersonal
- Standardisierter Verlaufsmessung
- Arzthelfer-Fall-Management
- Hotline für Fragen des Hausarztes

Die Ärzte des Interventionsarms erhielten einen Algorithmus zur standardisierten Behandlung ihrer Patienten. Das Pharmakotherapeutikum Zoloft® (Wirkstoff: Sertralin) wurde zur Verfügung gestellt. Das Informationsmaterial beinhaltete die Themen Depression und Studienmedikation. Auch die Probanden und ihre Angehörigen erhielten Informationsmaterial über die Studie und zur Depression.

Patienten der Interventionsgruppe erhielten 50 mg Sertralin/Tag über 2 Wochen, bei nicht ausreichender Response weitere 2 Wochen 100 mg Sertralin/Tag. Bei nicht ausreichender Response im zweiten Monat wurde die Dosis auf 150 mg Sertralin/Tag erhöht. Kam es auch unter dieser Dosierung zu keiner ausreichenden Response oder lag eine Unverträglichkeit von Sertralin vor, wurde der Patient auf eine Therapie mit Doxepin umgestellt.

Ein Umstellen der Pharmakotherapie auf den Wirkstoff Doxepin erfolgte im Falle von:

- unzureichender Response nach 6 Wochen der Behandlung mit Sertralin (Zoloft®) oder
- Unverträglichkeit von Sertralin (Zoloft®) zu jedem Zeitpunkt der Studie.

Das Interventionsprogramm wurde nach Abschluss des Monats 6 beendet.

Die Kontrollgruppe wurde von ihren Hausärzten „wie üblich“ behandelt. Ärzte die dem „wie üblich“-Arm zugeteilt wurden, sollten ihre in die Studie eingeschlossenen Patienten so behandeln wie sie üblicherweise ihre Patienten mit majorer Depression behandeln.

Datenerhebungen erfolgten bei Studienbeginn (T0), nach drei (T1) und sechs (T2) Monaten. Die Patienten erhielten jeweils eine Mappe mit Fragebögen. Die Untersuchung des psychopathologischen Zustandes erfolgte anhand des B-PHQ (Brief Patient Health Questionnaire) sowie des HAM-D-17 (Hamilton Depression Rating Scale). Die Untersuchung der Einstellung gegenüber antidepressiver Medikation erfolgte mit dem Fragebogen zur Einstellung gegenüber antidepressiver Medikation (Questionnaire of Attitudes towards Antidepressant Medikation, Lin et al., 2003).

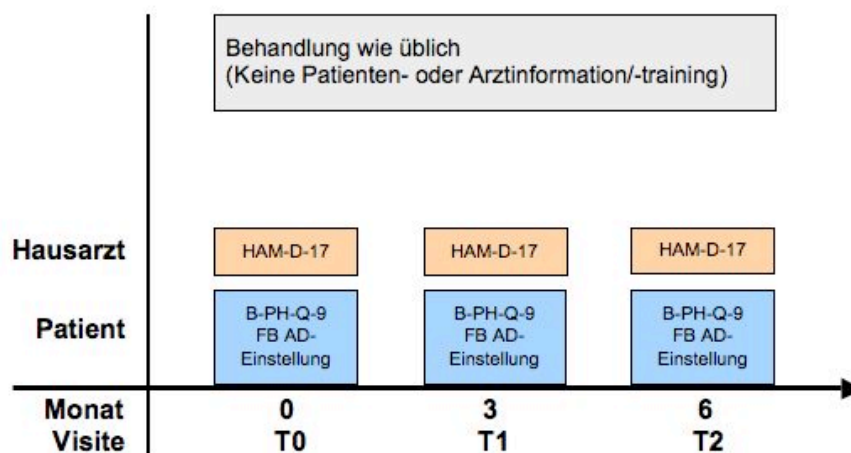


Abbildung 1: Behandlungsarm „wie üblich“

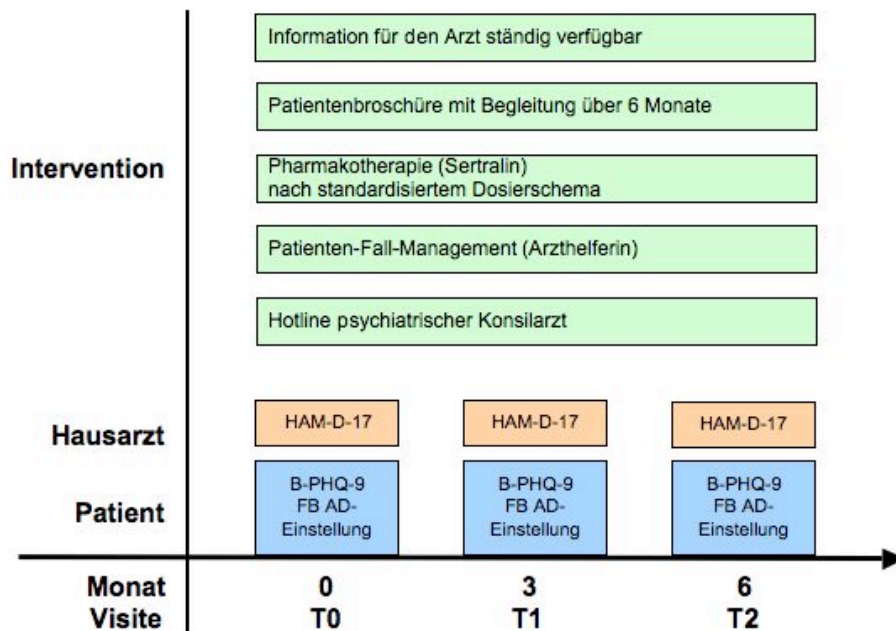


Abbildung 2: Behandlungsarm Intervention

### 3.3 Studienpopulation

Einschlusskriterien:

- Hochnutzer (mindestens fünf Arztkontakte im letzten Quartal)
- Depressives Syndrom nach positivem Screening durch B-PHQ (siehe Erhebungsinstrumente)
- Diagnose einer gegenwärtigen depressiven Episode (ICD-10 F32, F33) nach positivem DIA-X Interview (Computerversion des Composite International Diagnostik Interview, CIDI), mit dem Schweregrad mittel (F32.1;F33.1) oder schwer (F 32.2;F33.2) bestätigt (Robins et al 1988)
- Alter  $\geq$  18 Jahre
- Geistig und sprachlich in der Lage, die Studienanforderungen zu erfüllen

- Schriftliche Einwilligungserklärung des Patienten liegt vor

Ausschlusskriterien:

- Aktuelle Behandlung bei einem Psychiater/Nervenarzt
- Aktuelle Behandlung im Rahmen einer formalen Psychotherapie
- Aktuelle Diagnose einer depressiven Episode bereits vor dem Screening gestellt und bereits laufende Behandlung mit einem Antidepressivum
- Vorliegen einer depressiven Episode, die nicht die Einschlusskriterien erfüllt (siehe Studiendesign)
- Weitere psychiatrische Diagnosen: bipolare affektive Störung, Schizophrenie, schizoaffektive Störung, Alkoholabhängigkeit, Drogenabhängigkeit
- Suizidgefährdung (Frage 1i des B-PHQ mit mindestens „an mehr als der Hälfte der Tage“ beantwortet)
- Kontraindikationen für eine Pharmakotherapie mit Sertralin (Zoloft®)
- Schwere Allgemeinerkrankung nach Ermessen des Arztes

### **3.4 Messparameter und Erhebungsinstrumente**

#### **3.4.1 B-PHQ (Brief Patient Health Questionnaire)**

Der B-PHQ (Brief Patient Health Questionnaire) ist eine Selbstbeurteilungsversion des Patient Health Questionnaires, PHQ, für die Diagnose von affektiven Störungen und Panikstörungen (Spitzer et al., 1999, Kroenke et al., 2001). Er besteht aus neun Fragen zur Depression und fünf Fragen zur Angst sowie einer Frage zur funktionellen Beeinträchtigung.

#### **3.4.2 HAM-D-17 (Hamilton Depression Rating Scale)**

Der HAM-D-17 ist eine 17 Fragen umfassende Version der Hamilton Depression Rating Scale (Hamilton, 1960). Sie wurde zusammen mit dem strukturierten Interview

nach Williams in der deutschen Übersetzung von Kasper und Steglitz verwendet (Williams, 1988).

Für den HAM-D-17 wurden als Responsekriterien festgelegt:

- Non-Response: Reduktion um weniger als 50 % des Ausgangswertes oder keine Veränderung des Wertes.
- Response: Reduktion um mindestens 50 % des Ausgangswertes.
- Remission: Wert von  $\leq 7$ .

### **3.4.3 Fragebogen zur Einstellung gegenüber antidepressiver Medikation**

Die Einstellung gegenüber antidepressiver Medikation wurde mit Hilfe eines 12 Item umfassenden Fragebogens „Questionnaire of Attitudes towards Antidepressant Medication“ von Lin et al. 2003 erfasst. Um die Antworten der Patienten möglichst nicht durch soziale Erwünschtheit zu verfälschen, wurden die Fragebögen zur Einstellung zu Medikamenten gegen Angst und Depression direkt an die Patienten versandt und von diesen an das Institut für Sozialmedizin, Epidemiologie und Gesundheitsökonomie der Charité – Universitätsmedizin Berlin gesendet. Die Patienten mussten dementsprechend nicht befürchten, dass ihr behandelnder Arzt Einsicht in ihre Einstellungsbögen hat. Dadurch sollte vermieden werden, dass die Patienten entsprechend der antizipierten Erwartungen der Ärzte antworten. Die Zustimmung zu den Items wurde auf einer Eins-bis-Fünf-Likert-Skala gemessen. Eins entspricht „absolut zutreffend“, zwei „eher zutreffend“, drei „neutral“, vier „eher nicht zutreffend“ und fünf „absolut nicht zutreffend“. Die deutsche Übersetzung wurde von Frau Dr. Andrea Pfennig angefertigt und im Rahmen einer Pilotstudie an Patienten der Ambulanz der Klinik für Psychiatrie der Charité nach Zeit, Machbarkeit und Verständlichkeit geprüft. Eine Rückübersetzung wurde von einem Mitarbeiter des Instituts angefertigt, dessen Muttersprache Englisch ist. Der Summenscore zur Einstellung wurde durch Mittelwertbildung der 12 Items errechnet. Ein Score von 3 deutet auf eine neutrale Haltung gegenüber antidepressiver Medikation hin. Ein Wert  $< 3$  steht für eine ungünstige und ein Wert  $> 3$  für eine günstige Einstellung zur antidepressiven Medikation. Dieser Fragebogen wurde von Lin et al. entwickelt und bereits 1996 (in ähnlicher Form) im Rahmen einer Studie angewendet (Katon, 1996).

Item 10 und 12 müssen in der Auswertung entgegengesetzt zu den anderen Items auf der Skala gewertet werden. Zur Reliabilitäts-Bestimmung des Fragebogens wurde der Alpha-Koeffizient von Cronbach bestimmt und mit 0,81 angegeben. Der Alpha-Koeffizient von Cronbach ist ein Koeffizient, der beschreibt, wie gut eine Gruppe von Items eine Idee oder ein Konstrukt abbildet, die so genannte Inter-Item-Konsistenz, in diesem Fall die Einstellung zu Antidepressiva. Laut Lin et al. zeigte die Skala bei diesem 12-Item-Fragebogen zudem eine Normalverteilung und eine gute Varianz (Lin et al., 2003).



	Absolut zutreffend	Eher zutreffend	Neutral	Eher nicht zutreffend	Absolut nicht zutreffend
Medikamente gegen Angst und Depression sind nicht die Antwort auf Probleme im persönlichen Leben.					
Solche verschriebenen Medikamente sind nur eine Krücke.					
Ich sollte in der Lage sein, ohne solche Medikamente auszukommen.					
Ich könnte abhängig werden.					
Meine Familie würde nicht wollen, dass ich solche Medikamente nehme.					
Ich werde nicht in der Lage sein, zu arbeiten, wenn ich solche Medikamente nehme.					
Solche Medikamente werden zu häufig genommen.					
Solche Medikamente sollten nicht langfristig genommen werden.					
Medikamente, die Ärzte gegen Angst und Depressionen verschreiben, sind gefährlich.					
Solche Medikamente sind hilfreich für die Behandlung von Depressionen.					
Natürliche Ansätze gegen Depressionen wie Sport, Ernährung und Entspannung sind besser als solche Medikamente einzunehmen.					
Solche Medikamente können spätere Depressionen verhindern.					

**Abbildung 3: Fragebogen zur Einstellung gegenüber antidepressiver Medikation**

Um die subjektive Sicherheit der Patienten im Umgang mit Nebenwirkungen der antidepressiven Medikation zu erfahren, sollten die Patienten folgende Frage auf einer Skala von 1–10 beantworten, „Wie sicher ist Ihr Umgang mit Nebenwirkungen der antidepressiven Medikation?“, wobei 1 „überhaupt nicht sicher“ und 10 „sehr sicher“ bedeutet (Lin et al., 2003).

Wie sicher sind Sie in Ihrer Fähigkeit, mit Nebenwirkungen der Medikamente gegen Angst und Depression umzugehen?  
Bitte kreuzen Sie eine Zahl an (1 entspricht „gar nicht sicher“, 10 entspricht „sehr sicher“).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

**Abbildung 4: Sicherheit im Umgang mit Nebenwirkungen**

Außerdem wurden die Patienten zu soziodemographischen Variablen, zu ihrem Lebensstil und zur Compliance befragt. Eingegangene Fragebögen wurden nach Vollständigkeit durchgesehen. Nach Möglichkeit wurden fehlende Werte in den Arztfragebögen nach Rücksprache mit den Prüfarztpraxen, fehlende Angaben in den Patientenfragebögen nach Rücksprache mit den Patienten ergänzt.

### **3.5 Datenverarbeitung und statistische Methodik**

Die erhobenen Daten wurden nach manueller Kontrolle in einer SPSS/PC Datenbank erfasst, Version 13.0, und nach ordnungsgemäßer Kodierung geprüft. Es kam eine Intention-to-treat-Analyse zur Anwendung. Alle in die Studie aufgenommenen Patienten gingen in der Gruppe, in der sie eingeschlossen wurden, in die Analyse ein. Fehlende Werte einer Variablen wurden durch den Mittelwert dieser Variablen in der jeweiligen Gruppe ersetzt. Die angewandte „Mean substitution“-Methode wirkt einem Informationsverlust entgegen, sie impliziert jedoch eine Normalverteilung der Variablen und verkleinert künstlich die Varianz.

Anschließend wurden die Daten mit Hilfe der deskriptiven Statistik beschrieben, z. B. Mittelwerte, Standardabweichungen, Häufigkeiten und Prozentwerte. Zu untersuchende Merkmale beinhalteten die verschiedenen Depressionssyndrome,

HAM-D-17, BPH-Q, Alter, Geschlecht, sozioökonomischer Status, Einstellung gegenüber antidepressiver Medikation und Sicherheit im Umgang mit Nebenwirkungen. Da die Einstellung zur antidepressiven Medikation im vorliegenden Gesamtprojekt eine sekundäre Fragestellung darstellte, wurde für diese Fragestellung keine eigene Fallzahlschätzung erstellt.

Statistische Signifikanz wurde bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von  $p < 0.05$  festgelegt. Die statistische Analyse erfolgte mit SPSS/PC Version 13.0. Baseline-Unterschiede zwischen den Gruppen wurden bei kategoriellen Variablen mit dem Chi-Quadrat-Test, bei kontinuierlichen Variablen mit dem t-Test ermittelt. Aufgrund der Veränderung der Depressionsschwere entsprechend den Kriterien des HAM-D-17 wurden die Patienten eingeteilt in Nonresponder (ohne klinisch relevante Verbesserung definiert als Reduktion um weniger als 50 % des Ausgangswertes), Responder (klinisch relevante Verbesserung definiert als Reduktion des Ausgangswertes um mindestens 50 %) und Remitter (keine klinisch relevante depressive Episode mehr messbar definiert als Wert  $\leq 7$ ). Zur Identifizierung der die Einstellung gegenüber antidepressiver Medikation beeinflussenden Faktoren wurde eine Regressionsanalyse durchgeführt. Unabhängige Variablen waren Alter, Behandlungsgruppe, Bildungsniveau, Geschlecht und Responsestatus. Die ANCOVA (Analysis of covariance) wurde angewandt, um Gruppenunterschiede in der Veränderung der Einstellung gegenüber der antidepressiven Therapie zu testen. Die Analysen wurden gemäß vorliegender Unterschiede im Alter zu Studienbeginn adjustiert.

## **4 Ergebnisse**

### **4.1 Rekrutierungsprozess**

In Kooperation mit 40 Hausarztpraxen in Berlin wurden 1774 Patienten untersucht, von denen bei 386 Patienten das Screening für eine majore Depression positiv ausfiel. Von diesen Patienten erfüllten 182 die Kriterien des Hochnutzerverhaltens. 129 Patienten erklärten sich zur Teilnahme an der Studie bereit. Bei 7 Patienten

bestätigte sich der Verdacht auf das Vorliegen einer majoren Depression im DIA-X nicht, 22 Patienten wurden aufgrund weiterer psychiatrischer Erkrankungen ausgeschlossen, 37 Patienten wurden wegen anderer Ausschlusskriterien nicht in die Studie aufgenommen. Insgesamt wurden 63 Patienten aus 31 Prüfarztpraxen in die Studie eingeschlossen, 44 Patienten in Prüfarztpraxen der „wie üblich“-Gruppe und 19 Patienten in Interventionspraxen.

## 4.2 Charakteristik der Patientengruppe

In Tabelle 1 sind soziodemografische und anamnestische Variablen der Patientenpopulation in ihrer Gesamtheit und aufgeteilt in die beiden Behandlungsgruppen dargestellt. Der HAM-D-17 Score betrug bei Studienbeginn 18,5 ( $\pm 6,5$ ) in der „wie üblich“-Gruppe und 20,6 ( $\pm 4,4$ ) in der Interventionsgruppe. 53 Patienten (84,1 %) gaben somatische Erkrankungen an. Besonders häufig auftretende Nebendiagnosen waren ein chronisches Schmerzsyndrom, Magenbeschwerden, Skeletterkrankungen und Bluthochdruck. Zu Studienbeginn nahmen bereits 89,5 % der Patienten aus dem „wie üblich“-Arm und 88,2 % der Patienten aus dem Interventionsarm regelmäßig Medikamente ein.

**Tabelle 1: Charakteristik der Patientengruppen zu Studienbeginn**

	Gesamt		„wie üblich“		Intervention	
	N=63		N=44		N=19	
<b>Geschlecht</b>						
Männer	17	27 %	13	29,5 %	4	21,1 %
Frauen	46	73 %	31	70,5 %	15	78,9 %
<b>Alter (Mittelwert <math>\pm</math> SD)</b>	51,7	$\pm 13,8$	51,9	$\pm 14,0$	44,5	$\pm 12,0$
<b>Haushaltseinkommen</b>						
< 1000 €	22	34,9 %	14	31,8 %	8	42,1 %
1000–3250 €	29	46,0 %	21	47,7 %	8	42,1 %
> 3250 €	3	4,8 %	3	6,8 %	0	0 %
Keine Angabe	9	14,3 %	6	13,6 %	3	15,8 %
<b>Schulbildung</b>						
Kein Abschluss	4	6,3 %	2	4,5 %	2	10,5 %
Volks-/Hauptschule	16	25,4 %	11	25,0 %	5	26,3 %
Realschule/POS	20	31,7 %	14	31,8 %	6	31,6 %
Fach-/Abitur	9	14,3 %	6	13,6 %	3	15,8 %
Hochschulabschluss	8	12,7 %	7	15,9 %	1	5,3 %
Keine Angabe	6	9,5 %	4	9,1 %	2	10,5 %

Die Probanden in der „wie üblich“- und in der Interventionsgruppe unterschieden sich hinsichtlich Geschlecht, Ausbildung und Depressionsschwere zu Studienbeginn nicht

signifikant voneinander. Das Alter der Patienten in der Interventionsgruppe war zu Studienbeginn jedoch signifikant niedriger im Vergleich mit den Patienten der „wie üblich“-Gruppe (44,5 ( $\pm$ 12,0) versus 51,9 ( $\pm$ 14,0) Jahre,  $p = 0,048$ ). So dass die nachfolgenden Berechnungen für diese Variable adjustiert wurden.

### **4.3 Behandlung der Patienten der „wie üblich“-Gruppe**

In der „wie üblich“-Gruppe wurden 21 Patienten (47,7 %) mit Antidepressiva behandelt, acht Patienten (18,2 %) wurden mit selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern behandelt und neun Patienten (20,5 %) mit Substanzen anderer Klassen. Vier Patienten (9,1 %) wurden mit Phytopharmaka behandelt. In Tabelle 2 sind alle eingenommenen Medikamente aufgeführt. Bei 15 Patienten (34,1 %) war keine depressionsspezifische Behandlung erfassbar, und bei sechs Patienten (13,6 %) lagen keine Angaben vor. Eine psychotherapeutische Behandlung erhielten sieben Patienten (15,9 %) der „wie üblich“-Patienten, davon fünf (11,4 %) zusammen mit Antidepressiva, und zwei Patienten (4,5 %) erhielten ausschließlich eine psychotherapeutische Behandlung.

**Tabelle 2: Behandlung der „wie üblich“-Gruppe (N=44)**

	Anzahl	Prozent
Citalopram	3	6,8
Escitalopram	1	2,3
Fluoxetin	4	9,1
Amitriptylin	1	2,3
Mirtazapin	5	11,4
Amitriptylin und Mirtazapin	1	2,3
Trimipramin und Opiramol	1	2,3
Venlafaxin	1	2,3
Johanniskrautextrakt	4	9,1
Psychotherapie und Antidepressiva	5	11,4
Psychotherapie ohne Antidepressiva	2	4,5
Keine depressionsspezifische Behandlung	15	34,1
Keine Angabe	6	13,6

#### **4.4 Behandlung der Patienten der Interventionsgruppe**

Entsprechend des Interventionsprogramms wurden 16 Patienten (84,2 %) mit Sertralin behandelt sowie ein Patient (5,3 %) mit Doxepin. Zwei Patienten sind bereits früh ausgeschieden, so dass keine Angaben über eine depressionsspezifische Behandlung vorlagen.

**Tabelle 3: Behandlung der Interventionsgruppe (N=19)**

	Anzahl	Prozent
Sertralin	16	84,2
Doxepin	1	5,3
Keine Angabe	2	10,5

## 4.5 Einfluss des Interventionsprogramms auf die Einstellung zur antidepressiven Medikation

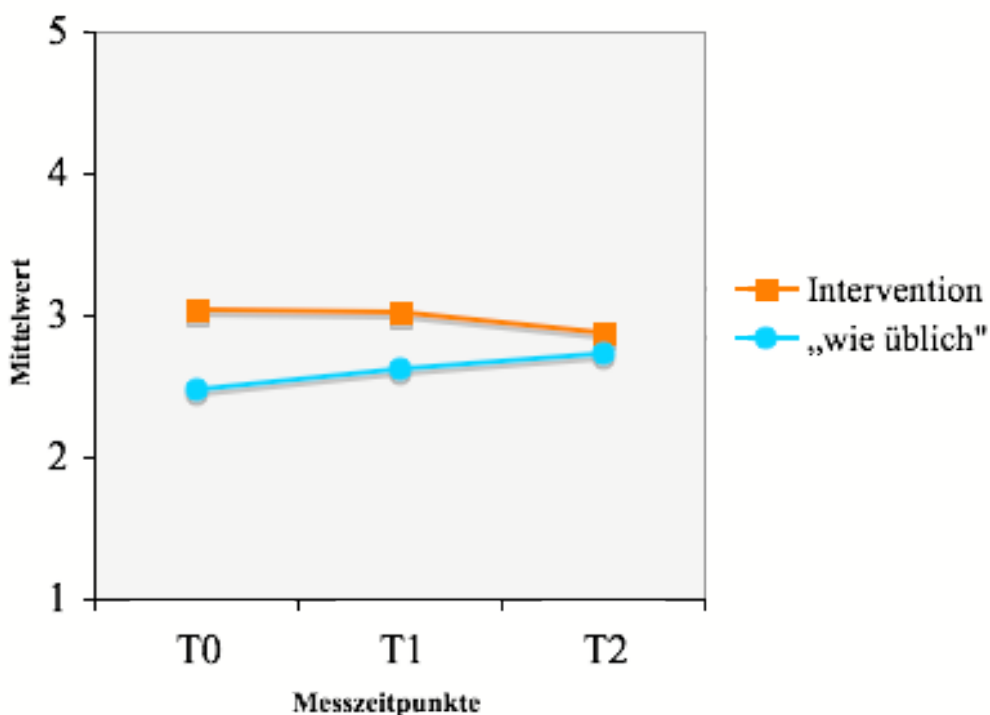
Die Einstellung gegenüber antidepressiver Medikation wurde zu Studienbeginn, nach drei und nach sechs Monaten mit Hilfe eines von Lin et al. 2003 entwickelten Fragebogens auf einer Likert-Skala von 1–5 gemessen. Die Sicherheit im Umgang mit Nebenwirkungen wurde auf einer Skala von 1–10 erfasst. In Tabelle 4 ist die Veränderung der Einstellung zu Medikamenten in dem „wie üblich“- und in dem Interventionsbehandlungsarm dargestellt.

**Tabelle 4: Werte in der Einstellungsskala zu Studienbeginn, nach drei und sechs Monaten Behandlung (Mittelwert, SD, Skala von 1–5)**

	Studienbeginn	3 Monate	6 Monate
„wie üblich“	2,47 ( $\pm 0,77$ )	2,61 ( $\pm 0,72$ )	2,74 ( $\pm 0,86$ )
Intervention	3,03 ( $\pm 0,68$ )	3,02 ( $\pm 0,77$ )	2,88 ( $\pm 0,87$ )



Im „wie üblich“-Behandlungsarm zeigte sich über alle Messzeitpunkte eine ungünstige Einstellung zu Medikamenten gegen Depressionen, jedoch mit der Tendenz zu einer neutralen Einstellung. Auffällig ist, dass die Einstellung in der Interventionsgruppe zu Studienbeginn signifikant höher ist als in der „wie üblich“-Gruppe (3,03 ( $\pm 0,68$ ) versus 2,47 ( $\pm 0,77$ )  $p = 0,004$ , adjustiert für Alter). Im Verlauf zeigte sich jedoch eine Annäherung an das Niveau der „wie üblich“-Gruppe. Die Einstellungswerte unterschieden sich nach sechs Monaten nicht mehr signifikant voneinander (2,88 ( $\pm 0,87$ ) versus 2,74 ( $\pm 0,86$ ),  $p = 0.687$ , adjustiert für Alter).



**Abbildung 5: Entwicklung der Einstellung, Mittelwerte im Fragebogen zur Einstellung gegenüber antidepressiver Medikation, höhere Werte entsprechen einer günstigeren Einstellung, Messzeitpunkte T0 = Studienbeginn, T1 = nach 3 Monaten, T2 = nach 6-monatiger Behandlung**

Mit zunehmender Zeitdauer stieg die Sicherheit im Umgang mit Nebenwirkungen leicht an.

**Tabelle 5: Entwicklung der Sicherheit im Umgang mit Nebenwirkungen (Mittelwert, SD, 1–10 Skala)**

	Studienbeginn	3 Monate	6 Monate
„wie üblich“	3,81 ( $\pm$ 3,04)	4,74 ( $\pm$ 3,05)	4,40 ( $\pm$ 3,55)
Intervention	5,00 ( $\pm$ 3,01)	5,57 ( $\pm$ 3,92)	5,25 ( $\pm$ 3,31)

In der Interventionsgruppe wurde über den gesamten Untersuchungszeitraum der höchste Mittelwert gemessen. Es zeigte sich jedoch weder zu Studienbeginn (5,00 ( $\pm$ 3,01) versus 3,81 ( $\pm$ 3,04),  $p = 0,202$ , adjustiert für Alter) noch nach sechs Monaten (5,25 ( $\pm$ 3,31) versus 4,40 ( $\pm$ 3,55),  $p = 0,578$ , adjustiert für Alter) ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen. Auffallend ist, dass der höchste Mittelwert einer nahezu neutralen Sicherheit im Umgang mit Nebenwirkungen entspricht. Ein sicherer Bereich, ab einem Score von 7, wird zu keinem Zeitpunkt erreicht.

#### **4.6 Einstellung zur antidepressiven Medikation stratifiziert nach der psychopathologischen Verbesserung**

In Tabelle 6 ist die Veränderung der Einstellung zu Medikamenten gegen Depressionen gemeinsam mit der psychopathologischen Verbesserung im Rahmen der Depressionsbehandlung zusammengefasst.

**Tabelle 6: Psychopathologische Verbesserung und Einstellung zur antidepressiven Medikation (Mittelwert, SD, 1–5 Skala)**

	3 Monate	6 Monate
Non-Responder	2,67 ( $\pm$ 0,83)	2,73 ( $\pm$ 0,85)
Responder	2,69 ( $\pm$ 0,60)	3,15 ( $\pm$ 0,99)
Remitter	3,00 ( $\pm$ 0,69)	2,79 ( $\pm$ 0,91)

Stratifiziert nach der psychopathologischen Verbesserung der Patienten, gemäß der Kriterien des HAM-D-17, zeigte sich, dass der Responsestatus keinen signifikanten Einfluss auf die Einstellung zur Medikation hatte.

#### **4.7 Einstellung zur antidepressiven Medikation stratifiziert nach demographischen Variablen**

Das Alter der Probanden zeigte einen signifikanten Einfluss auf die Einstellung gegenüber einer antidepressiven Medikation zu Studienbeginn ( $p = 0,045$ ), wobei bei älteren Patienten eine positivere Einstellung gemessen wurde.

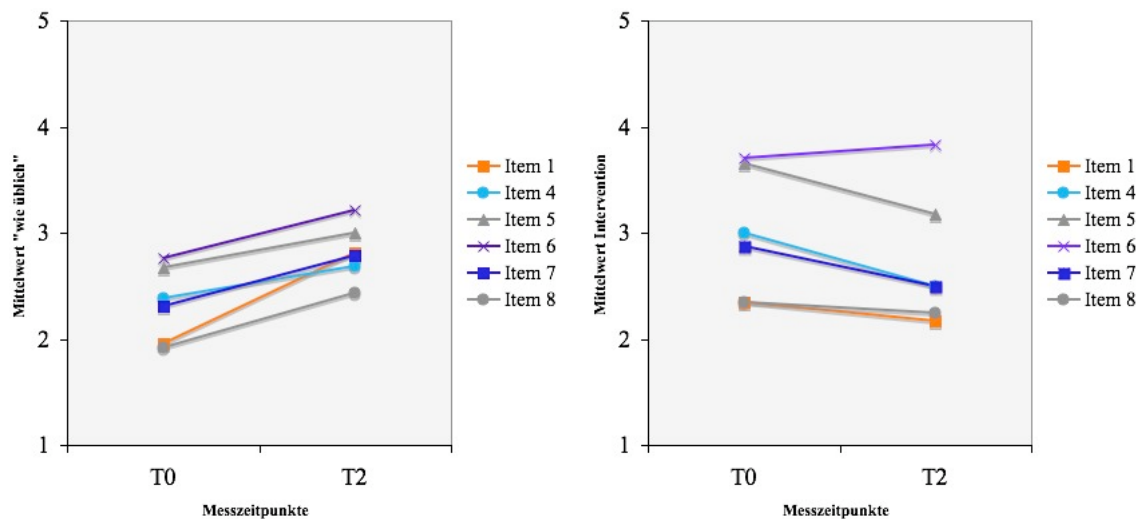
**Tabelle 7: Alter und Einstellung zu antidepressiver Medikation (Mittelwert, SD, Skala von 1–5)**

	Studienbeginn	3 Monate	6 Monate
Alter $\leq$ 50 Jahre	2,54 ( $\pm 0,54$ )	2,69 ( $\pm 0,67$ )	2,67 ( $\pm 0,62$ )
Alter $>$ 50 Jahre	2,77 ( $\pm 1,02$ )	2,79 ( $\pm 0,85$ )	2,88 ( $\pm 1,04$ )

Geschlecht und Bildungsstand zeigten keinen signifikanten Einfluss auf die Einstellung gegenüber Medikamenten gegen Depressionen.

#### **4.8 Auswertung einzelner Items des Fragebogens zur antidepressiven Medikation**

Zusätzlich zu der primären Auswertung der Einstellungsscores, die mittels des Fragebogens zu Einstellungen gegenüber antidepressiver Medikation gemessen wurden, wurde das Antwortverhalten zu den einzelnen Items betrachtet und wird im Einzelnen beschrieben. Die Auswertung einzelner Items nach der mittleren Zustimmung in den beiden Behandlungsgruppen ergab, dass sich die Einstellung insbesondere bei sechs Items nach sechsmonatiger Behandlung veränderte. Diese waren Item 1 „Medikamente gegen Angst und Depression sind nicht die Antwort auf Probleme im persönlichen Leben“, Item 4 „Ich könnte abhängig werden“, Item 5 „Meine Familie würde nicht wollen, dass ich solche Medikamente nehme“, Item 6 „Ich werde nicht in der Lage sein zu arbeiten, wenn ich solche Medikamente nehme“, Item 7 „Solche Medikamente werden zu häufig genommen“ und Item 8 „Solche Medikamente sollten nicht langfristig genommen werden“. Der Verlauf ist in Abbildung 6 dargestellt.



**Abbildung 6: Entwicklung der Einstellung zu einzelnen Items des Fragebogens zur Einstellung gegenüber antidepressiver Medikation, die eine Veränderung über die Untersuchungszeit aufwies, aufgeteilt in Ergebnisse der „wie üblich“-Gruppe und der Interventionsgruppe, höhere Werte entsprechen einer günstigeren Einstellung, Messzeitpunkte T0 = Studienbeginn, T2 = nach 6-monatiger Behandlung**

Auffällig ist, dass in der „wie üblich“-Gruppe die Einstellung zu den sechs Items nach sechsmonatiger Behandlung positiver wird, während in der Interventionsgruppe die Einstellung zu diesen Items negativer wird. Eine Ausnahme stellt Item 6 „Ich werde nicht in der Lage sein zu arbeiten, wenn ich solche Medikamente nehme“ dar, hier wird die Einstellung in der Interventionsgruppe über die Zeit nicht negativer.

Tabelle 8 zeigt die Entwicklung der Zustimmung zu den zwölf einzelnen Items des Fragebogens, zum Einen die Gesamtzustimmung aller Probanden zu Beginn der Untersuchung und nach sechs Monaten, und zum Anderen aufgeteilt nach der mittleren Zustimmung in den beiden Untersuchungsarmen.

**Tabelle 8: Häufigkeiten der Zustimmung (in Prozent) zu den zwölf Items des Fragebogens zu antidepressiver Medikation**

Item	Absolut zutreffend		Eher zutreffend		Neutral		Eher nicht zutreffend		Absolut nicht zutreffend		„wie üblich“-Gruppe		Interventionsgruppe	
	(%)		(%)		(%)		(%)		(%)		MD (SD)		MD (SD)	
	T0	T2	T0	T2	T0	T2	T0	T2	T0	T2	T0	T2	T0	T2
1 Medikamente gegen Angst und Depression sind nicht die Antwort auf Probleme im persönlichen Leben	42,9	39,1	25,0	26,1	17,9	19,6	10,7	8,7	3,6	6,5	1,95 (±1,19)	2,81 (±1,26)	2,35 (±1,11)	2,17 (±1,19)
2 Solche verschriebenen Medikamente sind nur eine Krücke	28,6	19,6	32,1	41,3	14,3	19,6	16,1	8,7	8,9	10,9	2,38 (±1,35)	2,53 (±1,18)	2,59 (±1,22)	2,42 (±1,37)
3 Ich sollte in der Lage sein, ohne solche Medikamente auszukommen	46,6	37,0	26,8	30,4	16,1	13,0	5,4	13,0	5,4	6,5	1,77 (±1,01)	2,21 (±1,32)	2,41 (±1,37)	2,25 (±1,13)
4 Ich könnte abhängig werden	35,7	32,6	14,3	19,6	19,6	17,4	17,9	13,0	12,5	17,4	2,38 (±1,42)	2,68 (±1,51)	3,00 (±1,45)	2,50 (±1,50)
5 Meine Familie würde nicht wollen, dass ich solche Medikamente nehme	23,2	15,2	19,6	17,4	21,4	34,8	8,9	13,0	26,8	19,6	2,67 (±1,47)	3,00 (±1,27)	3,65 (±1,45)	3,17 (±1,46)
6 Ich werde nicht in der Lage sein zu arbeiten, wenn ich solche Medikamente nehme	14,3	8,7	21,4	13,0	1,8	37,0	25,0	15,2	19,6	26,1	2,76 (±1,26)	3,21 (±1,32)	3,71 (±1,21)	3,83 (±0,93)
7 Solche Medikamente werden zu häufig genommen	16,1	15,2	33,9	23,9	37,5	45,7	10,7	4,3	1,8	10,9	2,31 (±0,97)	2,79 (±1,22)	2,88 (±0,78)	2,50 (±0,79)
8 Solche Medikamente sollten nicht langfristig genommen werden	33,9	26,1	37,5	34,8	19,6	21,7	7,1	8,7	1,8	8,7	1,92 (±1,01)	2,44 (±1,30)	2,35 (±0,93)	2,25 (±0,96)
9 Medikamente, die Ärzte gegen Angst und Depression verschreiben sind gefährlich	10,7	6,5	19,6	17,4	39,8	37,0	16,1	26,1	14,3	13,0	2,74 (±1,11)	3,06 (±1,04)	3,72 (±1,04)	3,67 (±1,15)
10 Solche Medikamente sind hilfreich für die Behandlung von Depressionen	12,5	23,9	50,0	41,3	33,9	23,9	3,6	4,3	0	6,5	3,62 (±0,71)	3,62 (±1,04)	3,94 (±0,74)	4,00 (±1,20)
11 Natürliche Ansätze gegen Depressionen wie Sport, Ernährung und Entspannung sind besser als solche Medikamente einzunehmen	25,0	28,3	25,0	21,7	33,9	37,0	8,9	6,5	7,1	6,5	2,33 (±1,13)	2,32 (±1,12)	2,82 (±1,23)	2,67 (±1,30)
12 Solche Medikamente können spätere Depressionen verhindern	10,7	8,7	10,7	10,9	50,0	52,2	21,4	17,4	7,1	10,9	2,92 (±0,98)	2,79 (±1,00)	3,06 (±1,14)	3,17 (±1,11)

Zur Auswertung wurden nur Datensätze benutzt, die vollständig waren. Die Mean Method kam hier nicht zur Anwendung. Zum Untersuchungszeitpunkt T0 entspricht n = 56 und zum Untersuchungszeitpunkt T2 entspricht n = 46.

Die einzelnen Items können entsprechend der Änderung in ihrer Zustimmung in der Gesamtpopulation grob in drei Gruppen unterteilt werden. Bei acht Items wurde die Einstellung zu Antidepressiva insgesamt positiver. Diese Items sind im folgenden aufgelistet.

Item 1, „Medikamente gegen Angst und Depression sind nicht die Antwort auf Probleme im persönlichen Leben“, traf auf große Zustimmung. 67,9 % der Patienten bezeichneten diese Aussage zu Studienbeginn als absolut oder eher zutreffend. Auch nach sechs Monaten stimmten noch 65,2 % der Patienten dieser Aussage zu.

Item 3, „Ich sollte in der Lage sein, ohne solche Medikamente auszukommen“, bekam von allen zwölf Items den größten Zuspruch. 73,4 % bezeichneten diese Aussage zu Studienbeginn als absolut oder eher zutreffend. Nur 5,4 % empfinden diese Aussage als absolut nicht zutreffend. Nach sechsmonatiger Behandlung stimmten nur noch 67,4 % zu. Bei diesem Item zeigte sich somit nach sechsmonatiger Behandlung eine Veränderung.

Item 5, „Meine Familie würde nicht wollen, dass ich solche Medikamente nehme“, umfasst antizipierte Reaktionen aus der eigenen Familie. Bei diesem Item stellte sich eine deutliche Verbesserung zum Positiven über den Behandlungszeitraum dar. Zu Beginn stimmten 42,8 % der Patienten der Aussage zu. Im Verlauf der Behandlung änderte sich jedoch die Zustimmung mit einer Tendenz zur Mitte, der Großteil der Befragten stimmte mit neutral, nur noch 32,6 % der Patienten stimmten ihr zu.

Auch bei Item 6, „Ich werde nicht in der Lage sein zu arbeiten, wenn ich solche Medikamente nehme“, veränderte sich die Einstellung. Zu Studienbeginn befürchteten 35,7 % der Patienten eine Einschränkung ihrer Arbeitsfähigkeit. Nach der Behandlung und somit auch größtenteils nach neuen persönlichen Erfahrungen mit Antidepressiva, glaubten nur noch 21,7 %, dass diese Medikamente sich negativ auf die Arbeitsfähigkeit auswirken. Bei dieser Frage gab es die deutlichsten Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten T0 und T2.

Item 7, „Solche Medikamente werden zu häufig genommen“, wurde zu Untersuchungsbeginn von 50 % der Probanden zugestimmt. Auch bei diesem Item wurde eine Veränderung sichtbar, nach der Behandlung stimmten nur noch 39,1 %

dieser Aussage zu. Der Großteil der Patienten hatte zu dieser Aussage zu beiden Zeitpunkten eine neutrale Einstellung. Dennoch ist mittels dieses Items eine deutliche Veränderung der Einstellung zu messen.

Item 8, „Solche Medikamente sollten nicht langfristig genommen werden“, bekam von den Befragten mit 71,4 % die zweithöchste Zustimmung zu Studienbeginn. Nach der sechsmonatigen Behandlung kam es zu einer positiveren Einstellung dieses Item betreffend, aber dennoch war die Zustimmung mit 60,9 % weiter hoch.

Item 9, „Medikamente, die Ärzte gegen Angst und Depressionen verschreiben, sind gefährlich“, bekam zu Studienbeginn eine Zustimmung von 30,3 %, 39,8 % stimmten mit neutral. Im Rahmen der Behandlung nahm die Zustimmung auf 23,9 % ab, die Mehrheit stimmte mit 37 % weiterhin mit neutral. Obwohl nach der Behandlung weniger Patienten Medikamente gegen Angst und Depressionen als gefährlich einstufen, ist es dennoch ein wesentlicher Anteil.

Item 10, „Solche Medikamente sind hilfreich für die Behandlung von Depressionen“, bezeichneten 62,5 % der Befragten zu Studienbeginn als absolut oder eher zutreffend, nach sechsmonatiger Behandlung 65,2 %. Jedoch nahm auch der prozentuale Anteil der Patienten zu, die dieser Aussage nicht zustimmten, er stieg von 3,6 % auf 10,8 % an.

Bei zwei Items wurde die Einstellung insgesamt negativer, diese sind im Folgenden aufgeführt.

Item 4, „Ich könnte abhängig werden“, stimmten zu Studienbeginn 50 % der Patienten zu. Nach sechsmonatiger Behandlung stimmten sogar 52,2 % der Befragten dieser Aussage zu.

Item 12, „Solche Medikamente können spätere Depressionen verhindern“, bekam sowohl zu Studienbeginn mit 21,4 % als auch nach sechsmonatiger Behandlung mit 19,6 % die geringste Zustimmung, im Vergleich zu den elf weiteren Items des Fragebogens.

Bei zwei Items zeigte sich insgesamt keine Veränderung in der Zustimmung.

Item 2, „Solche Medikamente sind nur eine Krücke“, stimmten zu Studienbeginn 60,7 % der Befragten zu. Während sich bei acht von zwölf Items die Zustimmung nach sechs Monaten veränderte, blieb sie bei dieser Frage völlig stabil, auch nach sechsmonatiger Behandlung stimmten 60,9 % der Patienten dieser Frage zu.

Bei Item 11, „Natürlichere Ansätze gegen Depressionen wie Sport, Ernährung und Entspannung sind besser, als solche Medikamente einzunehmen“, zeigte sich über den Untersuchungszeitraum hinweg eine stabile Einstellung, sowohl zum Untersuchungszeitpunkt T0 als auch zu T2 stimmten 50 % der Probanden dieser Aussage zu.

Die stärkste Veränderung über die Zeit zeigte sich bei den Items „Ich werde nicht in der Lage sein zu arbeiten, wenn ich solche Medikamente nehme“, „Solche Medikamente werden zu häufig genommen“, „Solche Medikamente sollten nicht langfristig genommen werden“ und „Meine Familie würde nicht wollen, dass ich solche Medikamente nehme“.

## **5 Diskussion**

In der vorliegenden Arbeit wurden insgesamt 63 Patienten untersucht. 44 Patienten wurden in die „wie üblich“-Gruppe und 19 Patienten in die Interventionsgruppe eingeschlossen. Die Untersuchung der Patienten erfolgte zu Studienbeginn sowie nach drei und sechs Monaten. In der „wie üblich“-Gruppe zeigte sich über alle Messzeitpunkte eine ungünstige Einstellung zu Medikamenten gegen Depressionen. Die Einstellungswerte in der Interventionsgruppe waren zu Studienbeginn signifikant höher als in der „wie üblich“-Gruppe. Die Einstellungswerte unterschieden sich nach sechs Monaten jedoch nicht mehr signifikant voneinander. In der Sicherheit im Umgang mit Nebenwirkungen zeigte sich weder zu Studienbeginn, noch nach sechs Monaten ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen. Obgleich in der Interventionsgruppe zu allen Messzeitpunkten numerisch größere Werte gemessen wurden. Bei älteren Probanden wurde eine positivere Einstellung gemessen, weitere demographische Variablen sowie die psychopathologische Verbesserung der Depressionsschwere zeigten keinen signifikanten Einfluss auf die Einstellung zur antidepressiven Medikation. Insgesamt waren die Einstellungen zur



Depressionsbehandlung sehr negativ. 73 % der Patienten gaben an, dass sie in der Lage sein sollten, ohne Medikamente gegen Depressionen auszukommen. 71 % denken, dass Medikamente gegen Depressionen nicht langfristig eingenommen werden sollten, und 50 % der Patienten gaben an, bei Antidepressiva die Gefahr der Abhängigkeit zu sehen.

## **5.1 Charakteristik der Patientengruppe**

Bei der betrachteten Patientenpopulation handelt es sich um Hochnutzer des Gesundheitssystems, 84,1 % der Probanden gaben bestehende somatische Erkrankungen an, und 89,5 % aus der „wie üblich“-Gruppe sowie 88,2 % aus der Interventionsgruppe nahmen bereits zu Studienbeginn regelmäßig Medikamente ein. Es handelt sich hiermit um eine spezielle Population depressiv erkrankter Patienten, die weitgehend bereits über Erfahrungen mit pharmazeutischen Präparaten verfügte.

Die Rekrutierung der Probanden war mit einigen Schwierigkeiten verbunden. Zum Einen gestaltete sich die Zusammenarbeit mit den in die Studienarme randomisiert zugeordneten Hausärzten schwieriger als erwartet. Die hohe Arbeitsbelastung innerhalb der Praxen führte bereits bei den ersten Screening-Untersuchungen der Patienten zu Problemen, so dass das Screening der Patienten zu einem großen Teil durch Studienmitarbeiter und nicht wie ursprünglich geplant durch den jeweiligen Arzthelfer/die Arzthelferin der Prüfarztpraxis durchgeführt wurde. Des Weiteren waren Informed Consent und weitere Formalitäten des Studieneinschlusses mit einem hohen Aufwand verbunden. Dazu bedurften insbesondere die Patienten in der Interventionsgruppe einer intensiveren Betreuung durch den Prüfarzt, die mit einem zeitlichen Mehraufwand verbunden war. Dieser erhöhte Aufwand wurde durch die Vergütung der Ärzte im Rahmen der Studie eventuell nicht ausreichend kompensiert. Dies ist vermutlich ein Grund dafür, dass im Interventionsarm weniger Patienten eingeschlossen werden konnten als im „wie üblich“-Arm. Um einen vorhandenen Unterschied in den Einstellungen zur Depressionsbehandlung nachzuweisen, wäre eine größere Anzahl von Probanden wünschenswert gewesen, insbesondere eine größere Patientenanzahl in der Interventionsgruppe. Einen weiteren Punkt stellt die in dieser Untersuchung betrachtete Population dar. Die eingeschlossenen Patienten

waren an einer akuten Episode einer majoren Depression erkrankt. Diese Erkrankung und die mit ihr häufig verbundene Hoffnungslosigkeit könnte zu einer sehr niedrigen Motivation zur Teilnahme an einer wissenschaftlichen Untersuchung geführt haben. Insbesondere vor dem Hintergrund, dass bereits die Vorstellung über den Nutzen einer pharmakologischen Behandlung einer Depression bei depressiven Patienten sowie auch in der Allgemeinbevölkerung relativ niedrig ausgeprägt ist (Althaus et al., 2002; Angermeyer et al., 1993, van Schaik et al., 2004; Jorm et al., 2000), haben sich diese Faktoren negativ auf die Rekrutierung ausgewirkt.

## **5.2 Behandlung der Patienten**

Auffallend ist, dass in der Gruppe des „wie üblich“-Arms nur 47,7 % der Patienten mit Antidepressiva behandelt wurden und bei 34,1 % keine depressionsspezifische Behandlung erkennbar war. Einschränkend muss erwähnt werden, dass in dieser Gruppe bei 13,6 % dieser Patienten keine Angaben bezüglich der Behandlung erhoben werden konnten.

In der Interventionsgruppe wurden 89,5 % der Patienten entsprechend des Interventionsprogramms mit Sertralin bzw. Doxepin behandelt. Bei zwei Patienten konnte aufgrund eines frühen Ausscheidens aus der Studie keine Angabe über eine depressionsspezifische Behandlung gewonnen werden.

Die relativ niedrige Behandlungsquote mit Antidepressiva in der „wie üblich“-Gruppe, 47,7 %, lässt sich in Einklang bringen mit Ergebnissen in anderen Untersuchungen, die niedrige Behandlungsquoten bei Patienten mit depressiven Störungen ermittelten (Bebbington, 2000). Möglicherweise hat ein größerer Anteil der Patienten Antidepressiva verschrieben bekommen, jedoch nicht eingenommen. Die Einstellung zu Antidepressiva kann ein Prädiktor der Fortführung einer antidepressiven Therapie sein (Kessing et al., 2005) und zeichnete sich in dieser Patientengruppe bereits zu Beginn der Untersuchung als negativ ab. Zudem wurde die regelmäßige Medikamenteneinnahme mittels Patientenfragebögen und nicht anhand von verordneten Medikamenten erhoben. Die negative Einstellung könnte jedoch auch einen direkten Einfluss auf das Behandlungskonzept des Allgemeinmediziners gehabt haben, da es Hinweise darauf gibt, dass Allgemeinmediziner Antidepressiva

seltener verschreiben, wenn sie negative Einstellungen zur Medikation vermuten (Kendrick et al., 2005). Einen Einfluss auf die Behandlungsquote könnte auch der Hochnutzerstatus haben. Alle eingeschlossenen Patienten waren Hochnutzer des Gesundheitssystems, was mit häufigen Arztkontakten und in einem Großteil der Fälle mit regelmäßig verordneten Medikamenten einherging. Die Population umfasste vor allem Patienten mit chronischen Erkrankungen, sowie mit Begleiterkrankungen. Die Tatsache, dass 89,5 % der Patienten des „wie üblich“-Arms bereits regelmäßig Medikamente verschrieben bekamen, könnte die Verordnung eines weiteren Medikamentes, eines Antidepressivums, beeinflusst haben.

Auch der Widerstand, depressive Symptome als Erkrankung zu werten, ist ein häufig genannter Grund für die Ablehnung einer Behandlung mit Antidepressiva (Gensichen et al., 2004) und könnte bei der betrachteten Population einen wesentlichen Einfluss gehabt haben. In dieser Studie wurden nur Patienten eingeschlossen, die im Rahmen der Studie als depressiv erkrankt diagnostiziert wurden, vermutlich, da sie bei ihren vorherigen Arztkontakten ihre depressive Stimmungslage nicht thematisierten oder nicht als eigenständige Krankheitsentität verstanden. Dabei darf nicht außer Acht gelassen werden, dass alle eingeschlossenen Patienten Hochnutzer waren und somit per Definition mehr als fünf Arztbesuche im letzten Quartal aufwiesen. Die vorliegende Depression wurde jedoch erst im Rahmen der Studienteilnahme entlarvt.

Die höhere Behandlungsquote in der Interventionsgruppe ergibt sich vor allem aus dem Studiendesign. Das Antidepressivum Sertralin war fester Bestandteil des Interventionsprogramms. Die Patienten stimmten zu Untersuchungsbeginn einer medikamentösen Therapie mit Sertralin zu.

### **5.3 Einfluss des Interventionsprogramms**

In der vorliegenden Untersuchung unterschied sich die Einstellung zu Medikamenten gegen Depression zu Studienbeginn in der Interventionsgruppe signifikant von der „wie üblich“-Gruppe, wobei in der Interventionsgruppe höhere Werte gemessen wurden. Das Interventionsprogramm hatte somit einen signifikanten Unterschied in den Einstellungen zu Antidepressiva zum Untersuchungszeitpunkt T0 zur Folge.

Dieser Unterschied kann unterschiedlichen Einflüssen zu Grunde liegen. Die Patienten in der Interventionsgruppe erhielten eine Informationsbroschüre über Depressionen, die auch spezifische Informationen über Antidepressiva enthielt. Dieses Informationsmaterial stand den Patienten bereits zum Studienbeginn zur Verfügung und somit auch vor der ersten Messung der Einstellung. Der Unterschied in der Einstellung zu Antidepressiva könnte somit durch dieses Informationsmaterial bedingt sein. Zum Anderen führten alle Interventionspatienten ein ärztliches Gespräch über die Behandlung mit Sertralin, die Bedingung für den Einschluss in die Interventionsgruppe war. Auch dieses Gespräch könnte die Einstellung der Interventionspatienten beeinflusst haben. Die Patienten des Interventionsprogramms mussten alle bereits zum Studieneinschluss einer pharmakotherapeutischen Behandlung ihrer majoren Depression zustimmen. Ein Einflussfaktor auf die höheren Werte im Einstellungsscore zum Studienbeginn könnte somit auch die generell höhere Bereitschaft der Interventionspatienten zu einer medikamentösen Therapie sein, da diese Patienten alle zu einer medikamentösen Behandlung bereit waren.

Die Patienten der „wie üblich“-Gruppe wurden zum Studienbeginn über die Studie informiert. Die Ärzte aus dem „wie üblich“-Arm behandelten ihre Patienten jedoch nach ihrem Ermessen. Das heißt, „wie üblich“-Patienten hatten zu diesem Zeitpunkt, wenn sie von ihrem behandelndem Arzt nicht pharmakotherapeutisch behandelt wurden, kein Aufklärungsgespräch sowie entsprechend der „wie üblich“-Gruppe kein standardisiertes Informationsmaterial.

Die Sicherheit im Umgang mit Nebenwirkungen war in der Interventionsgruppe nicht signifikant höher als in der „wie üblich“-Gruppe.

Nach dreimonatiger Behandlung hatte sich der Einstellungsscore in der Interventionsgruppe kaum verändert, in der „wie üblich“-Gruppe kam es zu einer leichten Steigerung. Die Sicherheit im Umgang mit Nebenwirkungen stieg in beiden Gruppen leicht an.

Nach sechsmonatiger Behandlung zeigte sich ein überraschendes Bild. Die Einstellung in der Interventionsgruppe nahm leicht ab, in der „wie üblich“-Gruppe hingegen stieg der Einstellungsscore weiterhin leicht an. Die Einstellung zu Antidepressiva unterschied sich nach sechs Monaten nicht mehr signifikant

voneinander. Das Interventionsprogramm scheint die Einstellung zu Antidepressiva zu Studienbeginn bei den Interventionspatienten verbessert zu haben. Diese Änderung war jedoch nicht nachhaltig, da nach sechs Monaten kein signifikanter Unterschied mehr in der Einstellung zu Antidepressiva zwischen der Interventions- und der „wie üblich“-Gruppe messbar war. Um Einstellungen zu Antidepressiva nachhaltig zu verbessern, scheint es somit größerer Bemühungen zu bedürfen.

Die Sicherheit im Umgang mit Nebenwirkungen ging in beiden Gruppen im Vergleich zur Untersuchung nach drei Monaten leicht zurück, blieb jedoch auf einem höheren Niveau als zu Studienbeginn. Auch nach sechs Monaten unterschieden sich die Gruppen nicht in ihrer Sicherheit im Umgang mit Nebenwirkungen. Obschon in der Interventionsgruppe über alle Messzeitpunkte hinweg höhere Werte gemessen wurden, zeigte das Interventionsprogramm keinen deutlichen Einfluss.

Lin et al. 2003 wiesen in ihrer Studie über einen Zeitraum von zwölf Monaten einen signifikanten Einfluss eines Interventionsprogrammes auf die Einstellung zu Medikamenten gegen Angst und Depression sowie zur Sicherheit im Umgang mit Nebenwirkungen auf. Auffällig ist, dass in ihrer Untersuchung zu allen Zeitpunkten höhere Messwerte ermittelt wurden als in der vorliegenden Untersuchung. Die Einstellung zu Beginn der Untersuchung lag bereits bei 3,5 in der Interventions- sowie in der „wie üblich“-Gruppe, die Sicherheit im Umgang mit Nebenwirkungen bei 7,2 in der Interventionsgruppe und bei 7,5 in der „wie üblich“-Gruppe. Nach sechsmonatiger Behandlung unterschieden sich die Gruppen signifikant voneinander, in der Interventionsgruppe wurde ein durchschnittlicher Einstellungsscore von 3,8 erreicht, im Vergleich dazu blieb der Wert in der „wie üblich“-Gruppe unverändert bei 3,51. Der Sicherheitsscore in der Interventionsgruppe lag bei 7,24, in der „wie üblich“-Gruppe bei 7,24.

Die Studienergebnisse sind sehr heterogen. Werte in einem so hohem Bereich wie in der Untersuchung von Lin et al. 2003 wurden in dieser Untersuchung zu keinem Zeitpunkt erreicht, weder in der Einstellung zu Medikamenten, noch in der Sicherheit im Umgang mit Nebenwirkungen. Lin et al. zeigten, dass ein Interventionsprogramm einen nachhaltigen Einfluss auf die Einstellung zu Antidepressiva haben kann. In ihrer Untersuchung unterschieden sich die Einstellungen zu Antidepressiva nach

sechs Monaten signifikant voneinander. Eine nahe liegende Erklärung für diese Unterschiede sind die unterschiedlichen Populationen. In der Untersuchung von Lin et al. wurden Patienten mit einem hohen Rezidivrisiko einer majoren Depression behandelt. Zum Studieneinschluss wurden ihre Patienten bereits sechs bis acht Wochen medikamentös behandelt, Bedingung war eine Anamnese von mindestens drei Episoden einer majoren Depression. Dies bedeutet, dass diese Patienten alle bereits über einen längeren Zeitraum mit Antidepressiva behandelt wurden und aufgrund ihrer Anamnese von mindestens drei vorhergegangenen depressiven Episoden vermutlich über einen größeren Erfahrungsschatz bezüglich einer antidepressiven Behandlung verfügten. Dies könnte ein Grund für die bereits zu Studienbeginn deutlich günstigere Einstellung zu Antidepressiva sein. In der vorliegenden Arbeit hingegen wurden Patienten mit Hochnutzerverhalten des Gesundheitssystems und aktuell diagnostizierter depressiver Episode untersucht. Die Populationen unterscheiden sich somit deutlich voneinander. Zudem gibt es weitere methodische Unterschiede. Das Interventionsprogramm von Lin et al. beinhaltete neben Pharmakotherapie und Informationsmaterial zusätzlich psychotherapeutische Maßnahmen. Psychotherapeutische Maßnahmen waren kein Bestandteil unserer Interventionsbehandlung, jedoch erhielten sieben Patienten des „wie üblich“-Behandlungsarms Psychotherapie.

In der Untersuchung von Hoencamp et al. stellten sich auch bei Patienten, die bereits über einen größeren Erfahrungsschatz im Umgang mit Antidepressiva verfügten, vorwiegend schlechte Einstellungen zur Medikation dar (Hoencamp et al., 2002). Der in dieser Studie verwendete Fragebogen ist jedoch nicht direkt mit den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung vergleichbar.

#### **5.4 Einfluss der psychopathologischen Verbesserung**

Die psychopathologische Verbesserung im Rahmen der Behandlung wurde mittels der Kriterien des HAM-D-17 gemessen. Obschon eine Tendenz zu einer positiveren Einstellung bei Patienten, die eine Verbesserung der Depressionsschwere bzw. keine depressionstypischen Beschwerden mehr aufwiesen, erkennbar ist, ergab die

Regressionsanalyse keinen signifikanten Einfluss des Responsestatus auf die Einstellung gegenüber der antidepressiver Medikation.

## **5.5 Einfluss demographischer Variablen**

Es gibt Hinweise dafür, dass insbesondere ältere Patienten eine negative Einstellung gegenüber Antidepressiva haben (Givens et al., 2006; Kessing et al., 2005). In der vorliegenden Arbeit zeigte das Alter der Probanden einen signifikanten Einfluss auf die Einstellung gegenüber einer antidepressiven Medikation zu Studienbeginn ( $p = 0,045$ ), wobei bei älteren Patienten eine positivere Einstellung gemessen wurde. Einschränkend muss beachtet werden, dass der Altersdurchschnitt in dieser Untersuchung mit 51,7 ( $\pm 13,8$ ) Jahren insgesamt hoch war.

Demographische Variablen wie Geschlecht und Bildungsstand zeigten keinen signifikanten Einfluss auf die Einstellung zu Medikamenten gegen Depression, weder zu Studienbeginn, noch im Verlauf der Behandlung.

Auch Kessing et al. 2005 fanden in der von ihnen durchgeführten Studie bezüglich des Wissens über und der Einstellung zu Antidepressiva keine Geschlechtsunterschiede, jedoch wurden in dieser Studie hospitalisierte Patienten mit Depressionen und bipolaren Erkrankungen untersucht, so dass ein direkter Vergleich mit den vorliegenden Ergebnissen nicht möglich ist.

## **5.6 Auswertung einzelner Items des Fragebogens**

Die Einstellungen über den Nutzen und das Risiko von Medikamenten gegen Depression sind auch in der vorliegenden Untersuchung sehr negativ. Bei einigen Items kam es zu einer positiveren Einschätzung nach sechs Monaten, jedoch zeigte das Interventionsprogramm keinen signifikanten Einfluss auf die Einstellung nach sechsmonatiger Behandlung. Betrachtet man die Zustimmung aller Probanden zu den einzelnen Items des Fragebogens denken 73,2 % der Befragten, dass sie in der Lage sein sollten, ohne Medikamente gegen Angst und Depression auszukommen. Dieses Item bekam in der vorliegenden Untersuchung die größte Zustimmung. Hier wird ein hoher Anspruch der Patienten an ihre eigenen Kräfte deutlich, der vermutlich

stark bedingt ist durch persönliche Vorstellungen zur Ätiologie der Depression, wie beispielsweise die Ansicht, Depressionen entstünden durch Versagen im persönlichen Leben. Führt man die Depression auf persönliches Versagen zurück, könnte dies die bevorzugte Behandlungsform beeinflussen. Entsprechend der Vorstellung über die Ätiogenese könnte der Wille entstehen, eine Depression auch wieder aus eigener Kraft und ohne Medikamente zu überwinden. Nach sechs Monaten glauben noch 67,4 %, dass sie in der Lage sein sollten, ohne solche Medikamente auszukommen. Vermutlich, da ein Teil der Probanden durch die Verbesserung der Depressionsschwere eine günstigere Einstellung zu Antidepressiva bekommt, was sich auch in der Stratifizierung nach der psychopathologischen Verbesserung widerspiegelt.

Die Zustimmung zu „Meine Familie würde nicht wollen, dass ich solche Medikamente nehme“, sank im Verlauf der Behandlung von 42,8 % auf 32,6 %. Die Erfahrungen, welche die Patienten im Rahmen ihrer antidepressiven Behandlung in der Familie gemacht haben, könnten entsprechend positiver als erwartet ausgefallen sein. Bei depressiven Patienten sind die antizipierten Stigmatisierungen oft größer als die erfahrenen (Holzinger et al., 2003). Insgesamt könnte die erfahrene Unterstützung des Patienten durch die Familie und durch den Partner einen wesentlichen Faktor für eine erfolgreiche Behandlung darstellen (Hoencamp et al., 2002). Es bedarf weiterer Untersuchungen um die Bedeutung der Akzeptanz der Antidepressiva durch Angehörige und Partner zu klären.

Insgesamt 71,4 % der Probanden denken, dass Medikamente gegen Depressionen nicht langfristig genommen werden sollten. Dieses Item bekam somit die zweithöchste Zustimmung in dieser Untersuchung. Auch nach sechsmonatiger Behandlung lag die Zustimmung noch bei 60,9 %. In anderen Studien wurde bereits gezeigt, dass viele Patienten Angst vor Langzeitwirkungen antidepressiver Medikamente haben (Brown et al., 2005). Eine negative Einstellung gegenüber einer langfristigen Pharmakotherapie könnte eine leitliniengerechte Behandlung deutlich erschweren. Dieses Ergebnis lässt sich mit hohen Abbruchraten bei der langfristig angelegten Therapie mit Antidepressiva vereinen (Cramer et al., 1998). Wie auch die Tatsache, dass nur 19,6 % der Patienten nach sechs Monaten glauben, dass solche Medikamente spätere Depressionen verhindern können. Die Vorstellung der



Patienten über den Nutzen der antidepressiven Therapie bezogen auf spätere Depressionen unterscheidet sich in der vorliegenden Untersuchung weitgehend vom derzeitigen Wissensstand, da eine remissionsstabilisierende Therapie einer weiteren depressiven Episode vorbeugen kann (Melfi et al., 1998).

Lange bestehende Vorurteile gegenüber einer Behandlung mit Psychopharmaka sind vermutlich nur schwer zu verändern (Hegerl et al., 2003). Ein großes Problem ist die Angst vor Abhängigkeit. Dies ist eine häufige Sorge antidepressiv behandelter Patienten (Brown et al., 2005; van Schaik et al., 2004). Auch in dieser Erhebung wird deutlich, wie viele Patienten in einer antidepressiven Medikation die Gefahr der Abhängigkeit sehen. 50 % der Patienten stimmte der Aussage „Ich könnte abhängig werden“ zu. In der vorliegenden Untersuchung scheint die Behandlung der depressiven Patienten keinen wesentlichen Einfluss auf die Vorstellung der Patienten über die Gefahren von Antidepressiva zu haben, da auch nach sechs Monaten 52 % der Probanden diesem Item zustimmten. In der Studie von Hoencamp et al. war der prozentuale Anteil der Patienten, die bei Antidepressiva die Gefahr der Abhängigkeit sahen, mit 30 % deutlich geringer (Hoencamp et al., 2002). Die Angst vor Abhängigkeit kann ein Grund für die Ablehnung einer Behandlung mit Antidepressiva sein (Givens et al., 2006).

Die stärkste Veränderung über die Zeit zeigte sich beim Item zur Arbeitsfähigkeit unter antidepressiver Medikation. Hier scheint die Depressionsbehandlung die Angst vor einer starken Einschränkung unter einer antidepressiven Medikation reduziert zu haben.

Item 1, „Medikamente gegen Angst und Depression sind nicht die Antwort auf Probleme im persönlichen Leben“, soll kritisch bewertet werden. Hier wird nicht gefragt, ob Medikamente gegen Angst und Depression eine Antwort auf Depressionen sind, sondern auf Probleme im persönlichen Leben. Zudem ist die Frage sehr kompliziert aufgebaut, da es sich um eine doppelte Verneinung handelt und scheint auch eine Vorstellung über die Entstehung einer Depression zu implizieren. Die Vorstellung, Probleme im persönlichen Leben führen zu Depressionen, ist weit verbreitet, jedoch kann Depression nicht einfach mit Problemen im persönlichen Leben gleichgesetzt werden. Um Missverständnissen

entgegenzuwirken, sollte dieses Item klarer formuliert werden. Die Zustimmung zu diesem Item war mit 65,2 % nach sechs Monaten hoch und ist vergleichbar mit den Ergebnissen von Hoencamp et al. 2002, bei denen 70 % der Probanden angaben, dass die Einnahme von Antidepressiva nicht die persönlichen Probleme löse.

Bei der Auswertung der Einzelitems wird deutlich, dass die Zustimmung zu einigen Items sehr stabil ist, während bei anderen Items eine deutliche Veränderung eintritt. In der vorliegenden Untersuchung scheint die Behandlung der Patienten ihre Einstellungen zu Antidepressiva nur in Teilbereichen verändert zu haben. So zeigte sich eine Veränderung zu den Items „Ich werde nicht in der Lage sein zu arbeiten, wenn ich solche Medikamente nehme“, „Solche Medikamente werden zu häufig genommen“, „Solche Medikamente sollten nicht langfristig genommen werden“ und „Meine Familie würde nicht wollen, dass ich solche Medikamente nehme“. Bei den Items „Solche Medikamente sind nur eine Krücke“ und „Natürliche Ansätze gegen Depressionen wie Sport, Ernährung und Entspannung sind besser, als solche Medikamente einzunehmen“ hingegen blieb der Anteil der Zustimmung über die Zeit hinweg sehr stabil. Diese Vorstellungen über Antidepressiva könnten sehr tief verankert sein und schwerer zu verändern.

Obwohl sich einzelne Items als stärker veränderungssensitiv herausgestellt haben, ist eine künftige Anwendung des Fragebogens zu Einstellungen gegenüber antidepressiver Medikation von Lin et al. 2003 in einer verkürzten Form nicht zu empfehlen. Eine kürzere Variante des Fragebogens, die sich auf die stärker veränderungssensitiven Items beschränken würde, könnte die Konstruktvalidität des Fragebogens gefährden. Das Konstrukt „Einstellungen gegenüber antidepressiver Medikation“, das mittels des Fragebogens gemessen wird, beinhaltet vermutlich unterschiedlich stark beeinflussbare Teilbereiche. Würde man sich auf Items beschränken, die im Rahmen einer Behandlung stärkere Veränderungen in der Zustimmung aufweisen, würde man nicht die Einstellung als Gesamtkonstrukt, sondern nur den Teilbereich veränderbarer Bereiche messen.

Ein größeres Verständnis über die Vorstellungen der Patienten über Antidepressiva könnte helfen, gezielte Aufklärungsarbeit zu leisten, um die Einstellungen der Patienten in weiteren Bereichen zu verändern und somit zu einer Besserung der

Versorgung depressiver Patienten führen. Insbesondere um den Patienten die Angst vor einer antidepressiven Medikation zu nehmen.

## **5.7 Limitationen**

Ziel der vorliegenden Arbeit war die Untersuchung der Einstellung zur Depressionsbehandlung bei Patienten mit Hochnutzerverhalten und majorer Depression in der Hausarztpraxis. In die Studie wurden daher ausschließlich Patienten eingeschlossen, die als Hochnutzer des Gesundheitssystems identifiziert wurden. Es handelt sich somit um eine spezielle Population depressiver Patienten. Nur Patienten, die in hausärztlicher Behandlung waren und unter einer behandlungsbedürftigen akuten depressiven Episode litten, die neu diagnostiziert wurde, wurden in die Studie eingeschlossen. Insofern handelt es sich bei den Patienten möglicherweise um eine Auswahl depressiv erkrankter Patienten, die eine besonders schlechte Einstellung zur Depressionsbehandlung haben.

Leider konnten trotz großer Bemühungen nur 64 Patienten in die Studie eingeschlossen werden. Da die Fragestellung der vorliegenden Untersuchung im Rahmen der Studie "Randomisierte Vergleichsstudie eines systematischen Behandlungsplans versus Therapie „wie üblich“ bei Hochnutzern der Primärversorgung mit majorer Depression" eine sekundäre Fragestellung darstellte, wurde für diese Fragestellung keine eigene Fallzahlschätzung angefertigt. Aufgrund der relativ niedrigen Fallzahl könnte die statistische Power nicht ausreichend gewesen sein, um einen eventuellen Unterschied in den Einstellungen zur antidepressiven Medikation nachzuweisen. Um einen vorhandenen Unterschied in den Einstellungen im Rahmen des Interventionsprogramms nachzuweisen, wäre eine größere Anzahl von Probanden wünschenswert gewesen, insbesondere eine größere Patientenzahl in der Interventionsgruppe.

## **6 Zusammenfassung**

Depressive Erkrankungen stellen ein häufiges Erkrankungsbild dar und gehen mit einer hohen Einschränkung der Lebensqualität Betroffener einher. Obschon es

wirksame Medikamente zur Behandlung dieser Erkrankung sowie ausgearbeitete Leitlinien gibt, die zu einer Verbesserung der Behandlung depressiver Störungen führen können, wird häufig nur eine Minderheit einer evidenzbasierten Behandlung zugeführt.

Insbesondere die Pharmakotherapie wird von Seiten des Patienten häufig aufgrund der Angst vor Abhängigkeit und unerwünschten Nebenwirkungen abgelehnt, obgleich Antidepressiva kein großes Abhängigkeitspotential besitzen und das Nebenwirkungsprofil der neueren Antidepressiva im Vergleich zu Antidepressiva der ersten Generation deutlich günstiger geworden ist. Die unzureichende medikamentöse Therapie bei depressiven Patienten stellt ein wesentliches Problem dar.

Als Hindernisse einer leitliniengerechten Behandlung werden auch von Ärzten häufig patientengebundene Faktoren wie Einstellungen und Vorstellungen der Patienten über die Depression und ihre Behandlung genannt. Zudem gibt es Hinweise darauf, dass Allgemeinmediziner seltener Antidepressiva verschreiben, wenn sie eine negative Einstellung zur Medikation bei den Patienten vermuten.

Die Literatur zeigt, dass die Einstellungen von Patienten zur antidepressiven Medikation und zur Sicherheit im Umgang mit Nebenwirkungen im Rahmen von Interventionsprogrammen verbessert werden konnten. In der vorliegenden Arbeit wurde im Rahmen einer randomisierten Vergleichsstudie eines systematischen Behandlungsplans versus Therapie „wie üblich“ der Einfluss auf die Einstellung zur antidepressiven Medikation bei Patienten mit Hochnutzerverhalten und majorer Depression in der Hausarztpraxis untersucht.

Insgesamt wurden 63 Patienten aus 31 Prüfarztpraxen in die Studie eingeschlossen. Die beteiligten Arztpraxen wurden den beiden folgenden möglichen Behandlungsalternativen randomisiert zugeordnet: 6-monatiges Behandlungsprogramm bestehend aus Pharmakotherapie (Präparat: Zoloft®) und standardisierten Aufklärungs- und Beratungsprogramm für Ärzte und Patienten oder 6-monatiger ärztliche Behandlung „wie üblich“. In den Prüfarztpraxen der „wie üblich“-Gruppe wurden 44 Patienten und in den Interventionspraxen 19 Patienten eingeschlossen. Datenerhebungen erfolgten bei Studienbeginn (T0), nach drei (T1) und sechs (T2)

Monaten. Die Patienten erhielten jeweils eine Mappe mit Fragebögen. Die Untersuchung des psychopathologischen Zustandes erfolgte anhand des B-PHQ (Brief Patient Health Questionnaire) sowie dem HAM-D-17 (Hamilton Depression Rating Scale). Die Untersuchung der Einstellung gegenüber antidepressiver Medikation erfolgte mit dem Fragebogen zur Einstellung gegenüber antidepressiver Medikation (Questionnaire of Attitudes towards Antidepressant Medikation, Lin et al., 2003). Außerdem wurden die Patienten zu soziodemographischen Variablen befragt.

Im „wie üblich“-Behandlungsarm zeigte sich über alle Messzeitpunkte eine ungünstige Einstellung zu Medikamenten gegen Depression. Die Einstellung in der Interventionsgruppe war zu Studienbeginn signifikant positiver als in der „wie üblich“-Gruppe (3,03 ( $\pm$  0,68) versus 2,47 ( $\pm$  0,77),  $p = 0,004$ , adjustiert für Alter). Im Verlauf zeigt sich jedoch eine Annäherung an das Niveau der „wie üblich“-Gruppe. Die Einstellungswerte unterschieden sich nach sechs Monaten somit nicht mehr signifikant voneinander (2,88 ( $\pm$  0,87) versus 2,74 ( $\pm$  0,86),  $p = 0,687$ , adjustiert für Alter). In der Sicherheit im Umgang mit Nebenwirkungen zeigte sich weder zu Studienbeginn (5,00 ( $\pm$  3,01) versus 3,81 ( $\pm$  3,04),  $p = 0,202$ , adjustiert für Alter), noch nach sechs Monaten (5,25 ( $\pm$  3,31) versus 4,40 ( $\pm$  3,55),  $p = 0,578$ , adjustiert für Alter), ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen. Obgleich in der Interventionsgruppe zu allen Messzeitpunkten numerisch größere Werte gemessen wurden.

Insgesamt waren die Einstellungen zur Depressionsbehandlung sehr negativ. 73 % der Patienten gaben an, dass sie in der Lage sein sollten, ohne Medikamente gegen Depressionen auszukommen. 71 % denken, dass Medikamente gegen Depressionen nicht langfristig eingenommen werden sollten und 50 % der Patienten gaben an, bei Antidepressiva die Gefahr der Abhängigkeit zu sehen.

In der vorliegenden Untersuchung konnte keine nachhaltige Änderung der Einstellung zu Antidepressiva durch das Interventionsprogramm gemessen werden. Die Einstellung zur antidepressiven Medikation war in der Interventionsgruppe zu allen Messzeitpunkten numerisch größer, erreichte im Vergleich zu den Werten in der „wie üblich“-Gruppe nach sechs Monaten jedoch keine statistische Signifikanz.

Somit konnte eine nachhaltige Verbesserung der Einstellung zur Medikation durch das Interventionsprogramm nicht nachgewiesen werden.

Es besteht ein großer Unterschied zwischen den Vorstellungen der Patienten und der Fachkreise über die Wirksamkeit und die Gefahren von Antidepressiva. Um eine Verbesserung der Versorgung depressiv erkrankter Patienten zu ermöglichen, sollten mehr Kräfte aufgewandt werden, um diese Differenzen zu verringern.

## 7 Literaturverzeichnis

Adli M, Bauer M, Rush AJ. Algorithms and collaborative-care systems for depression: are they effective and why? A systematic review. *Biol Psychiatry* 2006 Jun 1; 59(11):1129-38.

Ahrens B, Linden M. Faktoren der Chronifizierung von Depressionen. *MMW* 1991; 133:49-50.

Aikens JE, Nease DE, Nau DP, Klinkman MS, Schwenk TL. Adherence to Maintenance-Phase Antidepressant Medication as a Function of Patient Beliefs About Medication. *Am Fam Med* 2005 Jan- Feb; 3(1):23-30.

Althaus D, Stefanek J, Hasford J, Hegerl U. Wissensstand und Einstellungen der Allgemeinbevölkerung zu Symptomen, Ursachen und Behandlungsmöglichkeiten depressiver Erkrankungen. *Nervenarzt* 2002; 73:659-664.

Althaus D, Hegerl U. Mit Flyern und Kinospots Vorurteile bekämpfen. *Fortschr. Med.* 2003; 12:181-182.

American Psychiatric Association (APA). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). *American Journal of Psychiatry* 2000; 157 (Suppl. 4):1-45.

Anderson, I.M, Edwards, J.G. Guidelines for choice of selektive serotonin reuptake inhibitor in depressive illness. *Advances in Psychiatric Treatment* 2001; 7:170-180.

Angermeyer MC, Held T, Görtler D. Pro und contra: Psychotherapie und Psychopharmakotherapie im Urteil der Bevölkerung. *Psychother. Psychosom. med. Psychol.* 1993; 43:286-292.

Angermeyer MC, Matschinger H. Public Attitudes Towards Psychotropic Drugs: Have there been any Changes in Recent Years? *Pharmacopsychiatry* 2004; 37:152-156.

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften AWMF online. Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychotherapeutische Medizin (DGPM), Deutsche Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie,

Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT), Deutsches Kollegium Psychosomatische Medizin (DKPM), Allgemeine Ärztliche Gesellschaft für Psychotherapie (AÄGP). „Psychotherapie der Depression“. 2005.

Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Empfehlungen zur Therapie der Depression. Arzneiverordnung in der Praxis, Sonderheft 8, 1997.

Bauer M, Berghöfer A, Adli M. Akute und therapieresistente Depressionen Pharmakotherapie-Psychotherapie-Innovationen. Springer Medizin Verlag. Heidelberg 2005.

Bauer M, Whybrow PC, Angst J, Versiani M, Möller H. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Leitlinien für die biologische Behandlung unipolarer depressiver Störungen. Teil 1: Akut- und Erhaltungstherapie der Major Depression.

Bauer M, Bschor T, Pfennig A, Whybrow P, Angst J, Versiani M, Möller HJ & WFSBP Task Force on Unipolar Depressive Disorders. World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) Guidelines for Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders in Primary Care. The World Journal of Biological Psychiatry, 2007; 8(2):67-104.

Baune BT, Arolt V. Psychiatrische Epidemiologie und Bevölkerungsmedizin. Nervenarzt 2005; 76:633-646.

Bebbington PE. The need for psychiatric treatment in the general population. In: Andrews G, Henderson S (eds) Unmet need in psychiatry. Problems, resources, responses. Cambridge, Cambridge University Press, 2000; 85-96.

Benkert O, Hippus H. Psychiatrische Pharmakotherapie. Springer. Berlin Heidelberg New York. 1996.

Benkert O, Graf-Morgenstern M, Hillert A, Sandmann J, Ehmig S, Weissbecker H, Kepplinger H, Sobota K. Public Opinion on Psychotropic Drugs: An Analysis of the Factors Influencing Acceptance or Rejection. J Nerv Ment Dis, 1997; 185(3):151-158.

Berger M. Psychiatrie und Psychotherapie. Urban & Fischer. München Wien 1999.

Bland RC. International health and psychiatry. Can J Psychiatry 1996; 41:11-15.



Brown C, Battista DR, Bruehlman R, Sereika SS, Thase ME, Dunbar-Jacob J. Beliefs About Antidepressant Medications in Primary Care Patients: Relationship to Self-Reported Adherence. *Med Care*, 2005; 43(12):1203-1207.

Corrigan PW, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry* 2002; 1(1):16-20.

Cramer JA, Rosenheck R. Compliance with medication regimes for mental and physical disorders. *Psychiatr Serv* 1998; 49(2):196-201.

Dinos S, Stevens S, Serfaty M, Weich S, King M. Stigma: the feelings and experiences of 46 people with mental illness. *British Journal of Psychiatry* 2004; 184:176-181.

Dorsch F, Häcker H, Stapf KH. Dorsch Psychologisches Wörterbuch. 12. Auflage. Bern Göttingen Toronto Seattle. Verlag Hans Huber. 1994: 185, 765.

Gensichen J, Beyer M, Schwäbe N, Gerlach FM. Hausärztliche Begleitung von Patienten mit Depression durch Case Management - Ein BMBF- Projekt. *Z Allg Med* 2004; 80:507-511.

Givens JL, Datto CJ, Ruckdeschel K, Knott RN, Zubritsky C, Oslin DW, Nyshadham S, Vanguri P, Barg FK. Older Patients' Aversion to Antidepressants. A Qualitative Study. *J Gen Intern Med* 2006; 21(2): 146-151.

Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatr* 1960; 23:56-62.

Härter M, Bermejo I, Aschenbrenner A, Berger M. Analyse und Bewertung aktueller Leitlinien zur Diagnostik und Behandlung depressiver Störungen. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2001; 69:390-401.

Härter M, Bermejo I, Schneider F, Kratz S, Gaebel W, Hegerl U, Niebling W, Berger M. Versorgungsleitlinien zur Diagnostik und Therapie depressiver Störungen in der hausärztlichen Praxis. *Z ärztl Fortbild Qual sich* 2003; 97 Suppl IV:16-35.

Hegerl U, Althaus D, Niklewski G, Schmidke A. Optimierte Versorgung depressiver Patienten und Suizidprävention. *Deutsches Ärzteblatt* 2003; 100(42):2732-2737.

Hegerl U, Althaus D, Stefanek J. Public Attitudes towards Treatment of Depression: Effects of an Information Campaign. *Pharmacopsychiatry* 2003; 36:288-291.

Hoencamp E, Stevens A, Haffmans J. Patients' attitudes toward antidepressants. *Psychiatr Serv* 2002 Sep; 53(9):1180-1.

Holzinger A, Beck M, Munk I, Weithaas S, Angermeyer M. Das Stigma psychischer Krankheit aus der Sicht schizophrener und depressiv Erkrankter. *Psychiatr Prax* 2003; 30:395-401.

Horwitz A. Family, kin and friend networks in psychiatric help-seeking. *Soc Sci Med* 1978 Jul; 12(4A):297-304.

Jorm AF, Christensen H, Medway J, Korten AE, Jacomb PA, Rodgers B. Public belief systems about the helpfulness of interventions for depression: associations with history of depression and professional help-seeking. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2000 May; 35(5):211-9.

Jorm AF, Medway J, Christensen H, Korten AE, Jacomb PA, Rodgers B. Public beliefs about the helpfulness of interventions for depression: effects on action taken when experiencing anxiety and depression symptoms. *Aust N Z J Psychiatry* 2000 Aug; 34(4):619-26.

Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM. Belief in the harmfulness of antidepressants: Results from a national survey of the Australian public. *J Affect Disord* 2005 Sep; 88(1):47-53.

Karow T, Lang-Roth R. *Allgemeine und Spezielle Pharmakologie und Toxikologie*. Köln. 2004.

Katon W, Robinson P, Von Korff M, Lin E, Bush T, Ludman E, et al. A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care. *Arch Gen Psychiatry* 1996; 53(10):924-932.

Katzelnick DJ, Simon GE, Pearson SD, Manning WG, Helstad CP, Henk HJ, Cole SM, Lin EH, Taylor LH, Kobak KA. Randomized trial of a depression management program in high utilizers of medical care. *Arch Fam Med* 2000; 9:345-351.

Kendrick T, King F, Albertella L, Smith PWF. GP treatment decisions for patients with depression: an observational study. *Br J Gen Pract* 2005 Apr; 55(513):280-6.

Kerr M, Blizard R, Mann A. General practitioners and psychiatrists: comparison of attitudes to depression using the depression attitude questionnaire. *Br J Gen Pract* 1995 Feb; 45(391):89-92.

Kessing LV, Hansen VH, Demyttenaere K, Bech P. Depressive and bipolar disorders: patients' attitudes and beliefs towards depression and antidepressants. *Psychol Med*. 2005 Aug; 35(8):1205-13.

Kratz S, Harter M, Bermejo I, Berger M, Schneider F, Gaebel W. Reasons for encounter and diagnosis of depression in patients in general practice. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich*. 2003; Suppl 4:50-6.

Krech D, Crutchfield RS, Livson N, Wilson WA, Parducci A. Grundlagen der Psychologie. Benesch H, Hrsg. Weinheim. Beltz Psychologie Verlags Union. 1992.

Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med*. 2001; 16:606-613.

Lin EHB, Von Korff M, Katon W, Bush T, Simon GE, Walker E, et al. The role of the primary care physician in patients' adherence to antidepressant therapy. *Med Care* 1995; 33(1):67-74.

Lin EHB, Von Korff M, Ludman EJ, Rutter C, Bush TM, Simon GE, Unützer J, Walker E, Katon WJ. Enhancing adherence to prevent depression relapse in primary care. *Psychiatry and Primary Care* 2003; 25:303-310.

Linden M. Epidemiologie und Therapie depressiver Störungen. *Z Psychosom Med Psychother* 2003; 44(4):333-45.

Linden M, Maier W, Achberger M, Herr R, Helmchen H, Benkert O. Psychische Erkrankungen und ihre Behandlung in Allgemeinarztpraxen in Deutschland. *Nervenarzt* 1996; 67:205-215.

Link BG, Cullen FT, Struening E, Shrout PE, Dohrenwend BP. A modified labelling theory approach to mental disorder: An empirical assessment. *Am Sociol Rev* 1989; 54:400-423.

Manning C, Marr J. Real-life burden of depression surveys- GP and patient perspectives on treatment and management of recurrent depression. *Curr Med Res Opin* 2003; 19(6):526-31.

Melfi CA, Chawala AJ, Croghan TW, Hanna MP, Kennedy S, Sredl K. The effects of adherence to antidepressant treatment guidelines on relapse and recurrence of depression. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55:1128-1132.

Murray CJL, Lopez AD. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: global burden of disease study. *Lancet* 1997; 349:1498-1504.

Müller WE, Gastpar M. Behandlung von depressiven Patienten in der täglichen Praxis. Stellenwert von Johanniskrautextrakt. *LinguaMed Verlags-GmbH. Neu-Isenburg*. 2001.

Nutting PA, Rost K, Dickinson M, Werner JJ, Dickinson P, Smith JL, Gallovic B. Barriers to initiating depression treatment in primary care practice. *J Gen Intern Med* 2002; 17(2):103-11.

Paykel ES, Hart D, Priest RG. Changes in public attitudes to depression during the Defeat Depression Campaign. *British Journal of Psychiatry* 1998; 173:519-522.

Paykel ES, Tylee A, Wright A, Priest RG, Rix S, Hart D. The Defeat Depression Campaign: Psychiatry in the Public Arena. *Am J Psychiatry* 1997; 154:59-65.

Pearson SD, Katzelnick DJ, Simon GE, Mannig WG, Helstad CP, Henk HJ. Depression among high utilizers of medical care. *J Gen Intern Med* 1999; 14: 461-468.

Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Band 5: Behandlungsleitlinie Affektive Erkrankungen. Darmstadt, Steinkopff Verlag, 2000.

Pschyrembel Klinisches Wörterbuch. 257. Auflage. Berlin New York, de Gruyter, 1994: 400,1507.

Robins L, Wing J, Wittchen H, Helzer J, Babor T, Burke J, Farmer A, Jablenski A, Pickens R, Regier D, Sartorius N, Towle L. The Composite International Diagnostik Interview. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45:1069-1077.

Rudolf S, Bermejo I, Schweiger U, Hohagen F, Härter M. Diagnostik depressiver Störungen. Deutsches Ärzteblatt 2006; 25:1754-1761.

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Band III, Über-, Unter- und Fehlversorgung. Berlin, 2001.

van Schaik DJ, Klijn AF, van Hout HP, van Marwick HWJ, Beekman ATF, de Haan M, van Dyck R. Patients`preferences in the treatment of depressive disorder in primary care. Gen Hosp Psychiatry 2004 May-Jun; 26(3):184-9.

Schneider F, Härter M, Kratz S, Bermejo I, Mulert C, Hegerl U, Gaebel W, Berger M. Unzureichender subjektiver Behandlungsverlauf bei depressiven Patienten in der haus- und nervenärztlichen Praxis. Z. ärztl. Fortbild. Qual.sich. 2003; 97 Suppl.IV:57-66.

Scott J. Depression should be managed like a chronic disease. British Medical Journal 2006; 332:985-6.

Schulz V. Neue Therapiestudien und Metaanalysen - Johanniskrautextrakte vs. Synthetika. Pharm Unserer Zeit 2003; 32:228-234.

Schwarzer R. Psychologie des Gesundheitsverhaltens. Einführung in die Gesundheitspsychologie. 3. Auflage. Göttingen. Hogrefe Verlag. 2004.

Sheard MH. The influence of doctor`s attitude on the patient`s response to antidepressant medication. J Nerv Ment Dis 1963; 136:555-560.

Sheard MH. The influence of patients`attitudes on their response to antidepressant medication. J Nerv Ment Dis 1964 Aug; 139:195-7.

Sher I, McGinn L, Sirey JA, Meyers B. Effects of Caregivers` Perceived Stigma and Causal Beliefs on Patients` Adherence to Antidepressant Treatment. Psychiatr Serv 2005 May; 56(5):564-9.

Sirey JA, Bruce ML, Alexopoulos GS, Perlick DA, Friedman SJ, Meyers BS. Stigma as a Barrier to Recovery: Perceived Stigma and Patient-Rated Severity of Illness as Predictors of Antidepressant Drug Adherence. Psychiatr Serv 2001 Dec; 52(12):1615-20.

Spitzer RL, Kroenke K, Williams JB. Validation and utility of a self-report version of PRIME-MD: the PHQ primary care study. Primary Care Evaluation of Mental Disorders. Patient Health Questionnaire. JAMA 1999; 282:1737-1744.

Stengler-Wenzke K, Angermeyer M, Matschinger H. Depression und Stigma. Psychiat Prax 2000; 27:330-335.

Tylee A. Depression in Europe: experience from the Depres II survey. Eur Neuropsychopharmacol 2000; 10(suppl.4):445-448.

Unützer J, Patrick D, Simon G, Grembowski D, Walker E, Rutter C, Katon W. Depressive symptoms and the cost of health services in older adults: a four year prospective study. JAMA 1997; 277:1618-1623.

Unützer J, Rubenstein L, Katon WJ, Tang L, Duan N, Lagomasino IT, et al. Two-year effects of quality improvement programs on medication management for depression. Arch Gen Psychiatrie 2001; 58(10):935-942.

Weich S, Morgan L, King M, Nazareth I. Attitudes to depression and its treatment in primary care. Psychol Med 2007 Sep; 37(9):1239-48.

Wells KB, Sherbourne C, Schoenbaum M, Duan N, Meredith L, Unützer J, Miranda J, Carney MF, Rubenstein LV. Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: A randomized controlled trial. JAMA 2000; 283:212-220.

Williams JBW. A structured interview guide for the Hamilton Depression Rating Scale. Arch Gen Psychiatr 1988; 45:742-747.

Wittchen HU, Pfister H. Diagnostisches Expertensystem für Psychische Störungen. DIA-X Instruktionsmanual zur Durchführung von DIA-X-Interviews. Frankfurt, Swets & Zeitlinger, 1997.

Wittchen HU, Müller N, Storz S. Psychische Störungen: Häufigkeit, psychosoziale Beeinträchtigungen und Zusammenhänge mit körperlichen Erkrankungen. Gesundheitswesen 1998; Sonderheft 2:95-100.

Wittchen HU, Müller N, Schmitzkunz B, et al. Erscheinungsformen, Häufigkeiten und Versorgung von Depressionen. Ergebnisse des bundesweiten Zusatzsurveys „Psychische Störungen“. Fortschr Med 2000; 118 (Suppl.I):4-10.

Wittchen HU, Pittrow D. Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: Depression 2000 study. Hum Psychopharmacol 2002; 17 (Suppl1):1-11.

## **Lebenslauf**

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.



## **Erklärung**

Ich, Ilka Christiane Bruhn, erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertationsschrift mit dem Thema: „Einstellungen zur Depressionsbehandlung bei Patienten mit Hochnutzerverhalten und majorer Depression in der Hausarztpraxis“ selbst verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopie anderer Arbeiten dargestellt habe.

Berlin, 10.04.2008

Ilka Christiane Bruhn