Published in final edited form as:

Psychother Psychosom Med Psychol. 2010 ; 60(0): 98–103. doi:10.1055/s-0029-1202270.

Diagnose und Therapie einer Depression im höheren Lebensalter – Einflüsse von Patienten- und Arztmerkmalen

[Diagnosis and therapy of depression in the elderly – influence of patient and physician characteristics]

Olaf von dem Knesebeck¹, Markus Bönnte¹, Johannes Siegrist², Lisa Marceau³, Carol Link³, and John McKinlay³

¹Institut für Medizin-Soziologie, Universitätsklinikum Hamburg Eppendorf

²Institut für Medizinische Soziologie, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

³New England Research Institutes, Boston

Zusammenfassung

Studienergebnisse aus dem englischsprachigen Raum zeigen, dass diagnostische und therapeutische Entscheidungen von Hausärzten bei der Versorgung von depressiven Patienten systematischen Einflüssen unterliegen, und dass sowohl Merkmale des Arztes als auch des Patienten unabhängig vom Krankheitsbild Einfluss auf diese Entscheidungen haben. In der vorliegenden Arbeit werden Ergebnisse einer deutschen Studie präsentiert, in der die Einflüsse von Patienten- und Arztmerkmalen auf diagnostische und therapeutische ärztliche Entscheidungen bei einer Depression untersucht wurden.

Unter Anwendung eines faktoriellen Experimentaldesigns spielten professionelle Schauspieler in Videofilmen die Rolle von Patienten, die Symptome für eine depressive Erkrankung äußern. In den Videofilmen, die alle auf einem identischen Skript basieren, wurden systematisch die Patientenmerkmale Alter (55 vs. 75 Jahre), Geschlecht und sozialer Status (Hausmeister vs. Lehrer) variiert. Die randomisierte Ärzttestichprobe wurde nach dem Arztgeschlecht und professioneller Erfahrung (< 5 vs. > 15 Jahre) geschichtet. Der Videofilm wurde insgesamt 128 niedergelassenen Ärzten für Allgemeinmedizin und hausärztlich tätigen Internisten in ihrer Praxis vorgespielt. Danach wurden die Ärzte zu unterschiedlichen Aspekten von Diagnose und Therapie befragt. Es wurde erhoben, ob der Arzt dem Patienten über das gezeigte Gespräch hinausgehende Fragen stellen würde, welche Diagnosen er für wahrscheinlich hält, wie sicher er sich mit seiner Diagnose ist, welche diagnostischen Tests er anordnen würde, ob er den Patienten überweisen würde oder ob er Medikamente verordnen oder ihm Empfehlungen zur Änderung seines Lebensstils geben würde.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass sowohl die Diagnose als auch die Therapie einer Depression durch niedergelassene Hausärzte in Deutschland nur geringfügig durch die untersuchten Merkmale der Patienten und der behandelnden Ärzte beeinflusst wird.

Abstract

Studies from the United States and the United Kingdom show variations in medical decision making concerning the primary care of depression. Patient and physicians attributes independently

influence doctors' decisions regardless of the patients' condition. In this paper results are presented on how these factors influence primary care doctors' diagnostic and management decisions regarding a depression in Germany.

A factorial experiment with a videotaped patient consultation was conducted. Professional actors played the role of patients with symptoms of a depression. A videotape with typical symptoms of the disease under study was produced where actors differ according to age (55 vs. 75 years), gender, and social status (teacher vs. janitor) in order to mirror respective patient characteristics. The videotape was presented to a total of 128 randomly selected primary care physicians in Germany, taking gender and duration of professional experience (< 5 vs. > 15 years) into account. Physicians confronted with the videotape were asked to judge the clinical condition and to give recommendations for diagnosis and therapy. In particular, the physicians were asked what questions they would ask, to name the most likely diagnoses, what their certainty levels were, which test(s) they would order, which medication(s) they would prescribe, and what lifestyle recommendation(s) they would make if they saw the patient from the video in their everyday clinical practice.

Contrary to international studies results show only minor variation in the primary care of depression. Thus, in most aspects care of depression in Germany seems to be independent from patients' and physicians' characteristics under study.

Schlüsselwörter

Depression; Entscheidungsprozesse; Arztmerkmale; Patientenmerkmale

Keywords

depression; decision making; physician attributes; patient attributes

Hintergrund

Depression ist mit 120 Millionen Betroffenen weltweit, die häufigste psychische Erkrankung. Zudem ist sie eine wesentliche Ursache für Arbeitsunfähigkeit und für durch Behinderung beeinträchtigte Lebensjahre [1–5]. Auch in Deutschland gehören Depressionen zu den am häufigsten auftretenden Erkrankungen. Die Einjahresprävalenz für eine depressive Episode in der Gesamtbevölkerung beträgt etwa 15 Prozent bei Frauen und 8 Prozent bei Männern [6,7]. Dementsprechend häufig sind Patienten mit einer Depression in der hausärztlichen Praxis zu finden [8]. Beim Allgemein- und Hausarzt beträgt der Anteil von Patienten mit einer depressiven Störung etwa 10–12 Prozent des gesamten Patientenguts [9,10]. Einschlägige Studien gehen davon aus, dass ein großer Teil der Patienten mit einer depressiven Symptomatik nicht richtig diagnostiziert wird [11,12]. Und auch bei Patienten, bei denen eine Depression korrekt diagnostiziert worden ist, werden häufig nicht adäquate therapeutische Maßnahmen ergriffen [13]. Zudem basiert die Diagnosestellung einer Depression im hausärztlichen Kontext nicht immer auf den diagnostischen Kriterien einer depressiven Erkrankung nach ICD-10, so dass ein Teil der Fälle als falsch-positiv gelten kann [14]. Internationale Studien zeigen darüber hinaus, dass die Diagnose und Therapie einer Depression nicht nur durch die medizinische Indikation, sondern auch durch nicht-medizinische Faktoren beeinflusst werden. Dies sind zum einen die Charakteristika der behandelnden Ärzte selbst. Thomas et al. [15] konnten zeigen, dass es unterschiedliche Präferenzen in der medikamentösen Therapie in Abhängigkeit von der Länge der klinischen Erfahrung und vom Arztgeschlecht gibt. Aber auch Merkmale der Patienten, wie das Alter können die Ausgestaltung der Arzneimitteltherapie mit beeinflussen. Levin et al. [16] konnten in einer Studie mit Altenheimbewohnern zeigen, dass auch unter älteren Patienten

Ungleichheiten im therapeutischen Vorgehen zu finden sind. So wurden Patienten im hohen Lebensalter (älter als 85 Jahre) deutlich seltener als jüngere Patienten medikamentös therapiert. Einen ähnlichen Effekt zeigen Studien für das Patientengeschlecht. Hier scheinen Männer vor allem im höheren Lebensalter weniger umfangreich behandelt zu werden [17,18]. Schließlich kann auch der soziale Status des Patienten Einfluss auf die Behandlung einer depressiven Erkrankung nehmen. Kivimäki et al. [19] konnten zeigen, dass Patienten aus unteren sozialen Schichten seltener medikamentös behandelt werden als solche aus höheren sozialen Schichten. Solche Effekte von nicht-medizinischen Faktoren auf ärztliche Entscheidungen sind auch vor dem Hintergrund psychologischer Theorien zur Informationsverarbeitung zu interpretieren [20,21].

In den bisherigen Studien wird in den meisten Fällen ein rein deskriptives Design verwendet, bei dem andere Einflussfaktoren des Entscheidungsverhaltens kaum kontrolliert werden können [22]. Zudem ist relativ wenig darüber bekannt, welche Faktoren die Diagnose- und Therapieentscheidungen beim niedergelassenen Hausarzt in Deutschland beeinflussen. Vor diesem Hintergrund werden in der vorliegenden Arbeit Ergebnisse einer deutschen Untersuchung präsentiert, in der unter Anwendung eines randomisierten, experimentellen Studiendesigns systematisch untersucht wird, welchen Einfluss ausgewählte Arzt- und Patientenmerkmale auf diagnostische und therapeutische Entscheidungen bei einer Depression haben.

Methoden

Experimentaldesign

In der Untersuchung kam ein faktorielles Experimentaldesign zur Anwendung, bei dem professionelle Schauspieler in Videofilmen die Rolle von Patienten spielen, die Symptome für eine Depression äußern [22]. Dieses Design wurde bereits erfolgreich zur Erforschung des Einflusses dieser Faktoren bei anderen Erkrankungen eingesetzt [18,23]. Dabei wurden das Alter, das Geschlecht und der soziale Status der Patienten in den Videovignetten systematisch variiert. Die Patienten in den Videos waren entweder 55 oder 75 Jahre alt, Männer oder Frauen und unterschieden sich in ihrem gesellschaftlichen Status. Der Status wurde anhand des im Video eingeblendeten Berufes des Patienten (Hausmeister vs. Lehrer) und durch entsprechende Kleidung sowie durch nicht erkrankungsbezogene Gestik und Mimik verdeutlicht. Das Skript, das den Filmen zugrunde lag, also der Text, der von den professionellen Schauspielern in den Filmen gesprochen wurde, ist unter Einbeziehung von Allgemeinmedizinern und Internisten entstanden. In das Skript wurden Hinweise und Symptome aufgenommen, die als typisch für eine depressive Erkrankung gelten. Dazu gehören u.a. Müdigkeit, Antriebslosigkeit, diffuses Schmerzempfinden, Appetitlosigkeit, Konzentrations- und Schlafstörungen. Um Varianz im Antwortverhalten der Ärzte zu erhalten, und aufgrund der Tatsache, dass Patienten im Alltag selten ausschließlich typische Lehrbuchsymptome beschreiben, wurden in den Text des Patienten darüber hinaus einige Hinweise eingebaut, die auch in die Richtung anderer Krankheiten, wie Rheuma oder einer koronaren Herzerkrankung deuten können. Die Schauspieler wurden auf der Basis von Castingvideos von erfahrenen Ärzteteams ausgewählt.

Studienpopulation

Die in der Studie befragte Population setzt sich aus niedergelassenen Allgemeinmedizinern und hausärztlich tätigen Internisten zusammen. Die Stichprobe wurde aus einer Liste von 5732 Ärzten aus dem Kammerbezirk Nordrhein gezogen, die bestimmten Einschlusskriterien entsprachen. Es wurden nur Ärzte in die Studie eingeschlossen, die ihr Medizinstudium und ihre Approbation in Deutschland absolviert hatten. Zur Stichprobenziehung wurde ein randomisiertes Verfahren angewendet, um die Ärzte

auszuwählen, die als potenzielle Teilnehmer angeschrieben werden sollten. Die Videofilme sollten vier gleich großen Gruppen von Ärzten präsentiert werden (männlich, weiblich, mit weniger als 5 Jahren Erfahrung, mit mehr als 15 Jahren Erfahrung). Insgesamt wurden 128 Interviews durchgeführt. Es handelt sich um eine geschichtete Stichprobe, bei der in jeder Subgruppe gleich viele Befragte vertreten waren.

Die ausgewählten Ärzte wurden zunächst angeschrieben. In diesem Brief wurde die Studie kurz beschrieben, die Wissenschaftlichkeit und Unabhängigkeit der Untersuchung betont und darauf hingewiesen, dass sich in den nächsten Tagen ein Mitarbeiter des Instituts für Medizinische Soziologie der Universität Düsseldorf telefonisch melden wird, um nach einem Termin für das Interview zu fragen und auf etwaige unklare Punkte antworten zu können. Des Weiteren wurde ein Empfehlungsschreiben des Präsidenten der Ärztekammer Nordrhein beigefügt, in dem die Wissenschaftlichkeit und die Relevanz der Studie unterstrichen wurden. Aus der Literatur ist bekannt, dass ein finanzieller Anreiz die Teilnahmebereitschaft an Befragungen erhöhen kann [24,25]. So wurde im Anschreiben angekündigt, dass bei Teilnahme eine Aufwandsentschädigung von 100,- Euro gezahlt wird. In der vorliegenden Studie konnte eine Antwortrate von 65% realisiert werden. Eine Analyse der Non-Responder ergab zudem, dass sich die Ausfälle nur geringfügig von den Ärzten unterschieden, die bereit waren, an der Studie teilzunehmen.

Jedem der teilnehmenden Ärzte wurde ein etwa sieben Minuten dauernder Videofilm mit einem depressiven Patienten in seiner Praxis vorgespielt. Im Anschluss daran folgte ein ca. einstündiges semi-strukturiertes Interview, das von einem geschulten Sozialwissenschaftler durchgeführt wurde. In diesem wurde u.a. erhoben, ob der Arzt dem Patienten über das gezeigte Gespräch hinausgehende Fragen stellen würde, welche Diagnosen er für wahrscheinlich halte, wie sicher er sich mit seiner Diagnose wäre (von 0 bis 100%), welche diagnostischen Tests er anordnen würde, ob er den Patienten überweisen würde oder ob er Medikamente verordnen oder ihm Empfehlungen zur Änderung seines Lebensstils geben würde.

Datenanalyse

Es wurden Kodierpläne erstellt, um die von den Ärzten gegebenen Antworten zu kategorisieren. Im Hinblick auf die verschriebenen bzw. empfohlenen Medikamente wurden in den folgenden Analysen nur Nennungen der Ärzte berücksichtigt, die für die Behandlung einer Depression geeignet sind (beispielsweise Citalopram, Fluoxetin oder Amitriptylin). Um Effekte der Arzt- und Patientenmerkmale auf die oben genannten Indikatoren ärztlicher Entscheidungen zu untersuchen, wurden Varianzanalysen berechnet und relative Häufigkeiten verglichen. Zur Überprüfung der Signifikanz wurden entsprechend F-Tests und Chi²-Tests angewendet. In den Tabellen werden Prozentwerte, Mittelwerte und Signifikanzen dokumentiert. Signifikante Unterschiede ($p < 0,05$) werden hervorgehoben.

Ergebnisse

In Tabelle 1 ist der Einfluss von Patientenmerkmalen auf die ärztliche Diagnose einer Depression bzw. auf diagnostische Strategien dargestellt. Insgesamt zeigen sich nur wenige signifikante Effekte. Im Hinblick auf das Alter würde ein signifikant höherer Prozentsatz der befragten Ärzte bei jüngeren Patienten (55 Jahre) zusätzliche Fragen zu ihrem psychischen Befinden und zu ihrem sozialen Umfeld stellen als bei älteren Patienten (75 Jahre). Beim Geschlecht ergibt sich ein signifikanter Unterschied in der Sicherheit der Diagnose. Tendenziell wird eine Depression häufiger bei Frauen als bei Männern diagnostiziert und die Ärzte sind sich bei Frauen signifikant sicherer mit dieser Diagnose. Hinsichtlich des sozialen Status ergeben sich keine signifikanten Effekte. Es lassen sich jedoch Trends in den Unterschieden zwischen den Statusgruppen ausmachen. So sind sich die befragten Ärzte bei

Angehörigen höherer Statusgruppen sicherer mit ihrer Diagnose als bei sozial schlechter gestellten Patienten. Dementsprechend würden bei Letztgenannten mehr Ärzte einen diagnostischen Test machen.

Der Einfluss von Patientenmerkmalen auf die Therapie einer Depression ist in Tabelle 2 dargestellt. Auch hier erreichen die gefundenen Unterschiede mit einer Ausnahme nicht die Signifikanzgrenze ($p < 0,05$). Unterschiede in der Behandlung von Patienten mittleren Alters (55 Jahre) im Vergleich zu Patienten hohen Alters (75) sind in der Gabe von Antidepressiva und in der Häufigkeit der Überweisung zu einem Psychiater zu erkennen. In der Tendenz würde die jüngere Patientengruppe häufiger zu einem Psychiater überwiesen, aber seltener dazu angehalten, Antidepressiva einzunehmen. Ein ähnlicher Trend findet sich bei der Unterscheidung zwischen Männern und Frauen. Weiblichen Patienten würde häufiger ein Medikament verordnet als männlichen und sie würden seltener direkt zu einem Psychiater oder zu einem anderen Facharzt überwiesen werden. Demgegenüber würden die Ärzte männlichen Patienten den nächsten Termin etwa zwei Tage früher geben als weiblichen. Angehörigen höherer sozialer Schichten würde häufiger ein Antidepressivum verordnet und ihnen würde signifikant häufiger die Empfehlung zu mehr Entspannung gegeben als Patienten aus niedrigeren sozialen Schichten, jedoch würden sie seltener zu einem Facharzt überwiesen.

Die Tabellen 3 und 4 geben eine Übersicht über den Einfluss von Merkmalen des behandelnden Arztes auf die Diagnose und Therapie einer Depression. Hier wurde untersucht, ob Ärzte anders behandeln als Ärztinnen und ob die Jahre an Erfahrung als niedergelassener Arzt (weniger als 5 Jahre vs. mehr als 15 Jahre) Einfluss auf die Behandlung nehmen. Tabelle 3 stellt den Einfluss dieser Faktoren auf das diagnostische Vorgehen dar. Es zeigt sich, dass Ärzte häufiger Sachfragen zum somatischen Hintergrund der Erkrankung (Fragen zu Pathologie, zur Krankengeschichte und zum Alkoholkonsum) stellen würden als Ärztinnen, die ihrerseits häufiger Nachfragen zu psychosozialen Faktoren stellen würden als ihre männlichen Kollegen. Bei der Unterscheidung zwischen erfahrenen und weniger erfahrenen Ärztinnen und Ärzten finden sich die stärksten Einflüsse auf zusätzliche Fragen zur Pathologie. Insgesamt sind die Unterschiede in Abhängigkeit von der Berufserfahrung jedoch gering.

In Tabelle 4 wird der Einfluss der Arztmerkmale auf die Therapie einer depressiven Erkrankung dargestellt. Männliche Ärzte würden hier tendenziell eher Antidepressiva verordnen als weibliche und den Patienten häufiger zu einem Psychiater oder Psychologen überweisen. Demgegenüber tendieren Frauen eher dazu, ihre Patienten zu einem anderen Facharzt zu überweisen. Im Hinblick auf erfahrene und weniger erfahrene Ärzte zeigen sich die größten Unterschiede bei der Überweisung zu einem Facharzt, ansonsten ist der Einfluss der Berufserfahrung auf das therapeutische Vorgehen bei einer Depression ausgesprochen gering.

Diskussion

Im Rahmen der vorliegenden Studie wurde untersucht, ob und in welchem Umfang nicht-medizinische Faktoren die Diagnose und Therapie einer depressiven Erkrankung bei niedergelassenen Allgemeinmedizinern und hausärztlich tätigen Internisten in Deutschland beeinflussen. Entsprechend den Hinweisen aus der internationalen Literatur standen dabei verschiedene Charakteristika sowohl der behandelnden Ärzte (Jahre an professioneller Erfahrung und Geschlecht) als auch der Patienten (Alter, Geschlecht, sozialer Status) im Mittelpunkt der Analysen. Um den Einfluss dieser Variablen auf ärztliche Entscheidungsprozesse zu überprüfen, wurde ein faktorielles Experiment mit Videovignetten durchgeführt, in denen professionelle Schauspieler die Rolle von Patienten

spielten, die Symptome für eine depressive Erkrankung äußerten. Dieser methodische Ansatz erlaubt es, im Gegensatz zu rein deskriptiven Studien, den unabhängigen Einfluss dieser Faktoren abzuschätzen.

Im Gegensatz zu internationalen Studien, in denen gezeigt werden konnte, dass Arzt- und Patientenmerkmale diagnostische und therapeutische Entscheidungen bei Brustkrebs und koronarer Herzerkrankung beeinflussen können [23,26–31] und Hinweisen, dass dies auch für die Behandlung depressiver Patienten gilt [15–19,32], konnten in der vorliegenden deutschen Untersuchung kaum signifikante Einflüsse der untersuchten Patienten- und Arztmerkmalen auf Diagnose und Therapie einer Depression im höheren Lebensalter festgestellt werden. Allerdings wurde bei weiblichen Patienten häufiger und mit größerer Sicherheit eine Depression diagnostiziert als bei männlichen. Jüngeren Patienten wurden häufiger Nachfragen aus dem psychosozialen Themenbereich gestellt als älteren. Zudem gibt es Hinweise darauf, dass älteren Patienten, sowie Frauen, unabhängig von den geäußerten klinischen Symptomen häufiger ein Antidepressivum verschrieben würde und dass diese seltener überwiesen würden. Ähnliches ließ sich für den Einfluss der Arzteigenschaften zeigen. Hier stellten Ärzte häufiger Fragen zum somatischen Hintergrund der Erkrankung, während Ärztinnen eher den Fokus auf psychosoziale Aspekte legten. Zudem tendierten männliche Studienteilnehmer eher dazu, ein Antidepressivum zu verordnen. Die gefundenen Unterschiede waren aber in den meisten Fällen nicht signifikant. Diese von den Ergebnissen anderer Studien zum Teil abweichenden Befunde sind wahrscheinlich nicht vornehmlich darauf zurückzuführen, dass es sich im Unterschied zu den anderen Studien um eine deutsche Untersuchung handelt. Vielmehr kommen auch Unterschiede in den verwendeten Studiendesigns und in den untersuchten Populationen als Erklärungen in Betracht.

In der Literatur finden sich an verschiedenen Stellen Hinweise darauf, dass Depressionen in der primärärztlichen Versorgung häufig nicht richtig diagnostiziert werden [11–13]. In der vorliegenden Studie wurde die Mehrzahl der Patienten im höheren Lebensalter (55 und 75 Jahre), die in den Videofilmen Symptome einer depressiven Erkrankung äußerten, von den befragten Hausärzten als depressiv diagnostiziert (86,7%) und direkt nach dem ersten Patientenkontakt medikamentös behandelt (25,8%) oder überwiesen (50%). Gleichzeitig war jedoch diese Diagnose mit einem nicht unerheblichen Maß an Unsicherheit behaftet. So gaben die befragten Ärzte an, zu knapp 70% sicher zu sein, dass eine Depression wirklich vorliegt. Diesem Problem der Unsicherheit in der differenzialdiagnostischen Abklärung kann durch Diagnose- und Therapieempfehlungen in Form von Leitlinien und integrierten Versorgungskonzepten begegnet werden [33–35].

Ein experimentelles Studiendesign, wie es in der vorliegenden Arbeit angewendet wurde, hat einige generelle Stärken gegenüber rein deskriptiven Beobachtungsstudien [36,37]. Jedoch sind einige methodische Begrenzungen zu berücksichtigen. Erstens war es aufgrund des Designs notwendig, sich auf ausgewählte soziale Arzt- und Patientenmerkmale zu konzentrieren. Darüber hinaus ist als experimenteller Stimulus ein Videopatient eingesetzt worden. Diese Situation ist im gewissen Umfang künstlich und bildet das tagtägliche Praxisgeschehen nur mit Einschränkungen ab. Zudem könnte die Interviewsituation für den befragten Arzt Prüfungscharakter haben, wodurch sich Antworten ergeben haben könnten, die nicht in vollem Umfang die klinische Realität widerspiegeln [20,21]. Diesen Faktoren, die Einfluss auf die externe Validität der Studie haben, wurde durch verschiedene Maßnahmen begegnet. Die Ärzte wurden vor Beginn der Befragung explizit darauf hingewiesen, dass es darum gehe, ihre alltägliche klinische Realität abzubilden und sie wurden gebeten, den Patienten auf dem Videofilm so zu beurteilen, als ob er ein ganz normaler Patient der eigenen Praxis sei. Um dies zu unterstützen, wurden alle Ärzte in ihrer Praxis befragt. Darüber hinaus lagen den gezeigten Videofilmen Skripte zugrunde, die in

Zusammenarbeit mit erfahrenen Klinikern und anhand von Leitlinien entwickelt wurden, um den Fall möglichst realistisch zu gestalten. Auf die zu Beginn des Interviews gestellte Frage, wie typisch der gezeigte Patient in dem Videofilm für einen Patienten seiner Praxis sei, gaben etwa 80% der Ärzte an, dass er typisch oder sehr typisch sei. Schließlich ist von einer relativ guten Stichprobenqualität auszugehen, da eine vergleichsweise hohe Antwortrate von 65% erzielt wurde und sich nur geringfügige Unterschiede zwischen den Ärzten zeigten, die an der Untersuchung teilgenommen haben und jenen, die nicht erreichbar waren oder eine Teilnahme ablehnten.

Fazit

Insgesamt deuten die Ergebnisse darauf hin, dass die Erstbehandlung einer Depression im höheren Lebensalter durch niedergelassene Hausärzte in Deutschland relativ unabhängig von den hier untersuchten sozialen Arzt- und Patientenmerkmalen verläuft. In anderen nationalen [31] und internationalen Studien [18,28,29] zeigte sich, dass diese Faktoren Einfluss auf diagnostische und therapeutische Entscheidungen bei anderen epidemiologisch relevanten Erkrankungen (Brustkrebs, koronare Herzerkrankung) haben. Solche Einflüsse spielen bei der hausärztlichen Versorgung von älteren depressiven Patienten in Deutschland offenbar nur eine untergeordnete Rolle. Im Rahmen der hier vorgestellten Studie wurden auch Leitfadeninterviews mit den Ärzten durchgeführt, in denen ihre Entscheidungen im Detail erörtert wurden. Zukünftige weiterführende Analysen dieser qualitativen Daten sollen Aufschluss über kognitive Vorgänge geben, die den diagnostischen und therapeutischen Strategien zugrunde liegen, um daraus weitergehende Implikationen der hier präsentierten Befunde abzuleiten.

Acknowledgments

Dieses Projekt wird von den National Institutes of Health (NIH Grant No. R01AG16747) finanziert. Wir danken der Ärztekammer Nordrhein für die gewährte Unterstützung und den teilnehmenden Ärztinnen und Ärzten für ihre Mitarbeit.

Literatur

1. Weltgesundheitsorganisation. Psychische Gesundheit: Herausforderungen annehmen, Lösungen schaffen: Bericht über die Ministerkonferenz der Europäischen Region der WHO. Kopenhagen: WHO-Regionalbüro für Europa; 2006.
2. Murray, C.; Lopez, A. The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge: Harvard University Press; 1996.
3. Prince M, Patel V, Saxena S, et al. No health without mental health. *Lancet*. 2007; 370:859–877. [PubMed: 17804063]
4. Compton WM, Conway KP, Stinson FS, Grant BF. Changes in the prevalence of major depression and comorbid substance use disorders in the United States between 1991–1992 and 2001–2002. *Am J Psychiatr*. 2006; 163:2141–2147. [PubMed: 17151166]
5. World Health Organisation. The world health report 2001: mental health: new understanding, new hope. Geneva: World Health Organization; 2001.
6. Jacobi F, Wittchen HU, Höltling C, et al. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med*. 2004; 34:597–611. [PubMed: 15099415]
7. Statistisches Bundesamt. Gesundheit in Deutschland. Berlin: Robert Koch Institut; 2006.
8. Rudolf S, Bermejo I, Schweiger U, et al. Zertifizierte medizinische Fortbildung: Diagnostik depressiver Störungen. *Dtsch Arztebl*. 2006; 103 A-1754 / B-1503 / C-1455.
9. Runkewitz K, Kirchmann H, Strauß BM. Angst und Depressivität in der Allgemeinpraxis und ihr Zusammenhang mit Entwicklungsauffälligkeiten. *Psychother Psych Med*. 2005; 55

10. Wittchen, HU.; Höfler, M.; Meister, W. Die bundesweite Depressionsstudie. Stuttgart: Schattauer Verlag; 2000. Depressionen in der Allgemeinarztpraxis.
11. Jacobi F, Höfler M, Meister W, et al. Prävalenz, Erkennens- und Verschreibungsverhalten bei depressiven Syndromen. *Nervenarzt*. 2002; 73:651–658. [PubMed: 12212528]
12. Üstün, T.; Satorius, N. An international study. New York: John Wiley & Sons; 1995. Mental illness in general health care across the world.
13. Schulberg H, Block M, Madonia M. Treating major depression in primary care practice. Eight-month clinical outcomes. *Arch Gen Psychiatry*. 1996; 53:913–919. [PubMed: 8857868]
14. Schneider F, Dausend S, Bermejo I, et al. Insufficient depression treatment in outpatient settings. *German Med Sci*. 2004; 2 Doc01 (20040226).
15. Thomas N, Sleath BL, Jackson E, et al. Survey of characteristics and treatment preferences for physicians treating postpartum depression in the general medical setting. *Community Ment Health J*. 2008; 44:47–56. [PubMed: 17957469]
16. Levin CA, Wei W, Akincigil A, et al. Prevalence and treatment of diagnosed depression among elderly nursing home residents in Ohio. *J Am Med Dir Assoc*. 2007; 8:585–94. [PubMed: 17998115]
17. Hinton L, Zweifach M, Oishi S, et al. Gender disparities in the treatment of late-life depression: qualitative and quantitative findings from the IMPACT trial. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2006; 14:884–92. [PubMed: 17001028]
18. McKinlay J, Link C, Marceau L. How do doctors in different countries manage the same patient? Results of a factorial experiment. *Health Serv Res*. 2006; 41:2182–2200. [PubMed: 17116115]
19. Kivimäki M, Gunnell D, Lawlor DA, et al. Social inequalities in antidepressant treatment and mortality: a longitudinal register study. *Psychol Med*. 2007; 37:373–382. [PubMed: 17121686]
20. Chaiken, S.; Liberman, A.; Eagly, AH. Heuristic and systematic information processing within and beyond the persuasion context. In: Uleman, JS.; Bargh, JA., editors. *Unintended thought: limits of awareness, intention, and control*. New York: Guilford; 1989. p. 212-252. (Hrsg.)
21. Petty, RE.; Cacioppo, JT. *Communication and persuasion*. New York: Springer; 1986.
22. Feldman HA, Freund KM, Burns RB, et al. Nonmedical influences on medical decision making: An experimental technique using videotapes, factorial design, and survey sampling. *Health Serv Res*. 1997; 32:343–366. [PubMed: 9240285]
23. McKinlay JB, Lin T, Freund K, Moskowitz M. The unexpected influence of physician attributes on clinical decisions: Results of an experiment. *J Health Soc Behav*. 2002; 43:92–106. [PubMed: 11949199]
24. Sudman S. Mail surveys of reluctant professionals. *Eval Rev*. 1985; 9:349–360.
25. Berry SH, Kanouse DE. Physician response to a mailed survey - An experiment in timing of payment. *Public Opin Q*. 1987; 51:102–114.
26. Bönnte M, Siegrist J, Knesebeck Ovd, et al. Women and men with coronary heart disease in three countries. Are they treated differently? *Womens Health Issues*. 2008; 18:191–198. [PubMed: 18457754]
27. McKinlay JB, Link C, Freund K, et al. Sources of variation in physician adherence with clinical guidelines: Results from a factorial experiment. *J Gen Intern Med*. 2007; 22:289–296. [PubMed: 17356957]
28. Arber S, McKinlay J, Adams A. Influence of patient characteristics on doctors' questioning and lifestyle advice for coronary heart disease: A UK/US video experiment. *Br J Gen Pract*. 2004; 54:673–678. [PubMed: 15353053]
29. Arber S, McKinlay J, Adams A et al. Patient characteristics and inequalities in doctors' diagnostic and management strategies relating to CHD: A video-simulation experiment. *Soc Sci Med*. 2006; 62:103–115. [PubMed: 16002197]
30. Adams A, Buckingham CD, Arber S. The influence of patient's age on clinical decision-making about coronary heart disease in the USA and the UK. *Ageing Soc*. 2006; 26:303–321.
31. Bönnte M, Siegrist J, Knesebeck Ovd, et al. Einfluss von Patientenalter und Patientengeschlecht auf ärztliche Entscheidungen bei koronarer Herzkrankheit. *Dtsch Med Wochenschr*. 2007; 132:1–6.

32. Tai-Seale M, Bramson R, Drukker D, et al. Understanding primary care physicians' propensity to assess elderly patients for depression using interaction and survey data. *Med Care*. 2005; 43:1217–24. [PubMed: 16299433]
33. Kleese C, Bermejo I, Härter M. Neue Versorgungsmodelle in der Depressionsbehandlung. *Nervenarzt*. 2007; 2:585–594.
34. Härter M, Bermejo I, Dausend S, et al. Entwicklung und Evaluation von Diagnose- und Therapieempfehlungen. *Psychoneuro*. 2003; 29:217–226.
35. Härter M, Bermejo I, Schneider F, et al. Versorgungsleitlinien zur Diagnostik und Therapie depressiver Störungen in der hausärztlichen Praxis. *Z Arztl Fortbild Qualitätssich*. 2003; 97:16–35. [PubMed: 14710665]
36. Cochran, WG.; Cox, GM. *Experimental designs*. New York: John Wiley and Sons; 1957.
37. Fisher, RA. *Statistical methods, experimental design and scientific inference*. New York: Oxford University Press; 1990.

Tabelle 1

Der Einfluss von Patientenmerkmalen auf die Diagnose einer Depression, n=128*

Aspekte der Diagnose	Patientenmerkmale									
	Gesamt	55 Jahre	75 Jahre	p	Mann	Frau	p	Status niedrig	Status hoch	p
Anzahl der zusätzlichen Fragen (Mittelwert)	2,6	2,8	2,5	0,19	2,8	2,5	0,28	2,5	2,8	0,23
Fragen zur Pathologie (%)	28,9	29,7	28,1	0,84	32,8	25,0	0,30	29,7	28,1	0,84
Fragen zur Krankengeschichte (%)	23,4	17,2	29,7	0,06	26,6	20,3	0,35	23,4	23,4	1,00
Fragen zum Alkoholkonsum (%)	3,1	3,1	3,1	1,00	4,7	1,6	0,32	3,1	3,1	1,00
Fragen zu Schmerzen (%)	23,4	23,4	23,4	1,00	26,6	20,3	0,43	18,7	28,1	0,24
Fragen zum psychischen Befinden (%)	25,0	37,5	12,5	0,01	21,9	28,1	0,40	21,9	28,1	0,40
Fragen zum sozialen Umfeld (%)	37,5	46,9	28,1	0,04	32,4	40,6	0,48	35,9	39,1	0,72
Allgemeine Nachfragen (%)	32,8	29,7	35,9	0,47	31,3	34,4	0,72	29,7	35,9	0,47
Depression als Diagnose gestellt (%)	86,7	85,9	87,5	0,80	81,2	92,2	0,07	85,9	87,5	0,80
Sicherheit der Diagnose (%)	68,9	70,2	67,5	0,62	62,9	74,8	0,04	64,7	73,0	0,14
Depressions-Test (%)	20,3	20,3	20,3	1,00	23,4	17,2	0,44	26,6	14,1	0,12

* Signifikante Unterschiede (p 0,05) sind hervorgehoben.

Tabelle 2

Der Einfluss von Patientenmerkmalen auf die Therapie einer Depression, n=128*

Aspekte der Therapie	Patientenmerkmale									
	Gesamt	55 Jahre	75 Jahre	p	Mann	Frau	p	Status niedrig	Status hoch	p
Verordnung von Medikamenten (%)	25,8	21,9	29,7	0,30	18,7	32,8	0,06	21,9	29,7	0,30
Überweisung zum Psychiater/Psychologen (%)	13,3	17,2	9,4	0,20	15,6	10,9	0,44	12,5	14,1	0,80
Überweisung zu anderem Facharzt (%)	36,7	39,1	34,4	0,60	40,6	32,8	0,39	42,1	31,2	0,23
Tage bis zum nächsten Termin (Mittelwert)	7,6	7,8	7,3	0,74	6,6	8,5	0,13	7,3	7,7	0,77
Anzahl empfohlener Lebensstiländerungen (Mittelwert)	1,3	1,3	1,2	0,40	1,2	1,4	0,12	1,2	1,4	0,18
Empfehlung zur Reduzierung des Alkoholkonsums (%)	1,6	1,6	1,6	1,00	1,6	1,6	1,00	0	3,1	0,16
Empfehlung zu mehr Entspannung (%)	4,7	6,2	3,1	0,42	3,1	6,2	0,42	0	9,4	0,02
Empfehlung mehr Sport zu treiben (%)	13,3	9,4	17,2	0,23	14,1	12,5	0,81	10,9	15,6	0,47

* Signifikante Unterschiede (p 0,05) sind hervorgehoben.

Tabelle 3

Der Einfluss von Arztmerkmalen auf die Diagnose einer Depression, n=128*

Aspekte der Diagnose	Arztmerkmale					
	Gesamt	Mann	Frau	p	<5 Jahre Erfahrung	>15 Jahre Erfahrung
Anzahl der zusätzlichen Fragen (Mittelwert)	2,6	2,5	2,7	0,51	2,5	2,7
Fragen zur Pathologie (%)	28,9	31,2	26,6	0,53	21,9	35,9
Fragen zur Krankengeschichte (%)	23,4	26,6	20,3	0,35	26,6	20,3
Fragen zum Alkoholkonsum (%)	3,1	6,2	0	0,05	4,7	1,6
Fragen zu Schmerzen (%)	23,4	21,9	25,0	0,70	26,6	20,3
Fragen zum psychischen Befinden (%)	25,0	20,3	29,7	0,21	21,9	28,1
Fragen zum sozialen Umfeld (%)	37,5	29,7	45,3	0,08	39,1	35,9
Allgemeine Nachfragen (%)	32,8	32,8	32,8	1,00	35,9	29,7
Depression als Diagnose gestellt (%)	86,7	87,5	85,9	0,80	89,1	84,4
Sicherheit der Diagnose (%)	68,9	67,7	68,0	0,76	73,1	64,6
Depressions-Test (%)	20,3	21,9	18,7	0,70	18,7	21,9
						0,70

* Signifikante Unterschiede (p 0,05) sind hervorgehoben.

Tabelle 4

Der Einfluss von Arztmerkmalen auf die Therapie einer Depression, n=128

Aspekte der Diagnose	Arztmerkmale					p	
	Gesamt	Mann	Frau	<5 Jahre Erfahrung	>15 Jahre Erfahrung		
Verordnung von Medikamenten (%)	25,8	28,1	23,4	0,53	26,6	25,0	0,83
Überweisung zum Psychiater/ Psychologen (%)	13,3	17,2	9,4	0,20	12,5	14,1	0,80
Überweisung zu anderem Facharzt (%)	36,7	28,1	45,3	0,06	29,7	43,7	0,12
Tage bis zum nächsten Termin (Mittelwert)	7,6	7,5	7,7	0,87	8,0	7,1	0,44
Anzahl empfohlener Lebensstiländerungen (Mittelwert)	1,3	1,2	1,3	0,72	1,2	1,3	0,71
Empfehlung zur Reduzierung des Alkoholkonsums (%)	1,6	1,6	1,6	1,00	0	3,1	0,16
Empfehlung zu mehr Entspannung (%)	4,7	4,7	4,7	1,00	6,2	3,1	0,42
Empfehlung mehr Sport zu treiben (%)	13,3	12,5	14,1	0,81	14,1	12,5	0,81