

UNIVERSITÄTSKLINIKUM HAMBURG-EPPENDORF

Psychosoziales Zentrum

Institut und Poliklinik für Allgemeinmedizin

Direktor

Prof. Dr. med. Martin Scherer

Erfolgsfaktoren, Herausforderungen und Hemmnisse in der kollaborativen Versorgung depressiv erkrankter älterer Menschen

*Ein qualitativ kontrastierender Fallvergleich
der Patientenperspektive zur Evaluation
der Studie GermanIMPACT (QualIMP)*

INAUGURAL - DISSERTATION

zur Erlangung des Doktorgrades Dr. rer. biol. hum. / PhD

an der Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

vorgelegt von:

Thomas Kloppe M.A.

aus Neubrandenburg

Hamburg 2017

Angenommen von der

Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg am: 20. Februar 2018

Veröffentlicht mit Genehmigung der

Medizinischen Fakultät der Universität Hamburg.

Prüfungsausschuss, der/die Vorsitzende: Prof. Dr. Martin Scherer

Prüfungsausschuss, zweite/r Gutachter/in: Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck

Prüfungsausschuss, dritte/r Gutachter/in: Prof. Dr. Harald Ansen

Inhalt

Inhalt.....	III
Tabellen und Abbildungsverzeichnis.....	VI
1 Einleitung.....	1
2 Hintergrund.....	4
2.1 Depressive Störungen im Alter.....	5
2.1.1 Diagnostik depressiver Störungen.....	5
2.1.2 Epidemiologie depressiver Störungen im Alter.....	10
2.1.3 Ätiologie depressiver Störungen im Alter.....	14
2.2 Subjektive Vorstellungen von Gesundheit, Krankheit und Alter.....	23
2.2.1 Aspekte Subjektiver Theorien.....	24
2.2.2 Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Typen subjektiver Gesundheitstheorien.....	26
2.2.3 Subjektive Krankheitstheorien, Patientenkarrerien und Coping.....	29
2.2.4 Altersbilder als Teil subjektiver Theorien.....	32
2.2.5 Subjektive Theorien und Bilder von Gesundheit im Alter.....	35
2.3 Krankheitsperspektiven bei depressiven Erkrankungen im Alter.....	37
2.4 Versorgungsansätze für depressive ältere Menschen.....	42
2.4.1 Depressive Erkrankungen in der hausärztlichen Versorgung.....	43
2.4.2 Therapeutische und komplementäre Interventionsansätze.....	51
2.4.3 Zusammenfassung der Barrieren in der Versorgung.....	59
2.5 GermanIMPACT – Studie zu einem kooperativen Versorgungsmodell.....	64
2.5.1 Studiendesign, Methodik und Ergebnis.....	67
2.5.2 Kollaborative Zusammenarbeit und Elemente der abgestuften Intervention.....	71
2.6 Qualitative Studien und Mixed-Methods in der Versorgungsforschung.....	76
3 Zielsetzung und Fragestellungen.....	82
4 Material und Methoden.....	84
4.1 Untersuchungsdesign und Verlauf.....	84
4.2 Qualitativer Stichprobenplan.....	85
4.3 Rekrutierung der Interviewteilnehmer/-innen.....	87
4.4 Erhebungsverfahren.....	90
4.4.1 Interviewverfahren.....	90

4.4.2	Interviewleitfaden	92
4.4.3	Interviewsetting, informierte Einwilligung, Datenschutz	97
4.4.4	Vorverständnis und die Reflexion des Forschungsinteresses	98
4.5	Datenanalyse	102
4.5.1	Kodierung und Aufbau des typenbildenden Kategoriensystems.....	103
4.5.2	Themenmatrix und Kontrastierende Fallanalyse	109
5	Ergebnisse.....	118
5.1	Beschreibung der Population	118
5.2	Vergleichende Kontrastierung und Beschreibung der Typologie(n).....	121
5.2.1	Typen der Inanspruchnahme	121
5.2.2	Inanspruchnahmetypen und die Symptomentwicklung	131
5.2.3	Typen der Symptomentwicklung.....	133
5.2.4	Bewältigungsstrategien von „Benefiziaren“ und „Nicht-Benefiziaren“	146
5.3	Interpersonelle, typenübergreifende Erfahrungen mit IMPACT	151
6	Diskussion	164
6.1	Erfolgsfaktoren und Hemmnisse von GermanIMPACT	164
6.1.1	Inanspruchnahmetypen	166
6.1.2	Symptomentwicklungstypen.....	170
6.1.3	Zusammenführung von Inanspruchnahme- und Symptomentwicklungstypen	177
6.1.4	Hausärztliche Aspekte	180
6.1.5	Aspekte der Therapiebegleitung.....	186
6.2	Herausforderungen und Implikationen von GermanIMPACT	193
6.2.1	Anforderungen an die Interventionsanpassung	194
6.2.2	Ausblick und mögliche Schritte zur Implementierung.....	206
6.3	Stärken und Limitationen der Untersuchung.....	210
6.3.1	Reflexion des methodischen Vorgehens	211
6.3.2	Bewertung anhand von Gütekriterien an eine qualitative Typologie.....	216
6.4	Fazit	219
7	Zusammenfassung	221
8	Summary.....	222
9	Literaturverzeichnis.....	223

10	Danksagung.....	IX
11	Lebenslauf.....	X
Anhang.....		XI
I	Patient-Health-Questionnaire (PHQ-9).....	XI
II	Patienteninformation	XII
III	Einverständniserklärung.....	XIV
IV	Ethik-Votum	XVI
V	Daten-CD	XVIII
VI	Eidesstattliche Versicherung.....	XIX

Tabellen und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1: Symptome einer depressiven Episode (F32) gemäß ICD-10	6
Tabelle 2: Hauptschweregrade depressiver Episoden gemäß ICD-10	7
Abbildung 1: Depressive Verläufe.....	8
Abbildung 2: Differentialdiagnostik depressiver Symptome	9
Abbildung 3: Administrative Prävalenz nach Alter und Geschlecht in Deutschland	10
Tabelle 3: Somatische Komorbiditäten bei depressiv erkrankten älteren Menschen	12
Abbildung 4: Altersverteilung der Suizidziffern in Deutschland 2015	16
Abbildung 5: Risikofaktoren, die eine depressive Störung auslösen können	17
Abbildung 6: Depression als Komorbidität	19
Tabelle 4: Häufige depressionsauslösende Bedingungen	21
Abbildung 7: Ätiologisches Modell der depressiven Störung.....	23
Tabelle 5: Verknüpfung zwischen Copingfamilie, Anpassungsprozess und den damit verbundenen Funktionen.	31
Abbildung 8: Schematische Lebenszeitperspektive auf eine Depression im Alter	37
Tabelle 6: Copingstrategien älterer depressiv erkrankter Personen	41
Tabelle 7: Evidenzgesicherte Behandlungselemente bei depressiven Störungen.....	43
Tabelle 8: Symptompräsentation in der Hausarztpraxis	45
Tabelle 9: Schlüsselfragen in der Hausarztpraxis.....	48
Abbildung 9: Schätzung der diagnostischen und therapeutischen Defizite	59
Abbildung 10: Behandlungstriade in GermanIMPACT.....	67
Abbildung 11: Studienverlauf.....	69
Tabelle 10: Soziodemografie und Zielgrößen der Studienpopulation GermanIMPACT	70
Abbildung 12: Interventionsablauf	73
Abbildung 13: Das systemtheoretische Modell des Versorgungssystems	77
Tabelle 11: Vorteile bei der Kombination qualitativer und quantitativer Forschungsansätze.....	79
Abbildung 14: Sequentielles Vertiefungsdesign GermanIMPACT und QualIMP	84
Abbildung 15: Untersuchungsdesign QualIMP (Phase II)	85
Abbildung 16: Qualitativer Stichprobenplan von QualIMP	87
Abbildung 17: Verlauf des Studieneinschlusses.....	88
Abbildung 18: Tatsächliche Besetzung der Felder des qualitativen Stichprobenplans	89
Abbildung 19: Interviewleidfaden QualIMP	96
Tabelle 12: Die Kategorie Partnerschaft und ihre Subkategorien.....	104
Abbildung 20: Bildschirmausschnitt aus MAXQDA - Codesystem.....	105
Abbildung 21: Summary Grid der primären und sekundären Merkmale, verteilt über 26 Interviews.....	110
Tabelle 13: Primäre und sekundäre Merkmalsausprägungen, ihre Übersetzung in ordinale Skalenwerte	111
Abbildung 22: Stufenmodell empirisch begründeter Typenbildung.....	116
Tabelle 14: Themenmatrix chronologisch sortiert.....	117

Tabelle 15: Beschreibung der Population	120
Tabelle 16: Inanspruchnahmetypologie anhand der primären drei Merkmalsräume	121
Tabelle 17: Themenmatrix reorganisiert anhand der identifizierten Inanspruchnahmetypen.....	123
Abbildung 23: Darstellung der Inanspruchnahmetypen	132
Abbildung 24: Lineare Verteilung der „Benefiziare“	133
Tabelle 18: Themenmatrix reorganisiert anhand der Kategorien für Symptomentwicklung.....	135
Tabelle 19: Vereinfachte Krankheitsperspektive der Symptomentwicklungstypen	146
Tabelle 20: Auszählung der Bewältigungsstrategie-Kodierungen nach Gruppen.....	147
Abbildung 25: Zusammenhang der Sekundären Merkmale und der Inanspruchnahmeintensität.....	178
Abbildung 26: Zusammenhang der Sekundären Merkmale und der depressiven Symptomatik.....	179
Tabelle 21: Empfehlungen für die Versorgung depressiv erkrankter älterer Menschen	207
Abbildung 27: WHO-Service-Organisationspyramide für die psychische Gesundheit	208

“The simplest, and probably the most clinically useful type of approach to a person’s personal constructs, is to ask him to tell us what they are.”

(Kelly 1955, S. 139)

1 Einleitung

Die Weltgesundheitsorganisation „WHO“ stellte die Depression in den Mittelpunkt des Weltgesundheitstages 2017, weil sie weltweit mit einem Anteil von elf Prozent der häufigste Grund für krankheitsbedingt beeinträchtigte Lebensjahre ist (WHO 2013). Insbesondere wirtschaftlich schlecht gestellte Staaten haben mit einer vergleichsweise hohen bis sehr hohen Prävalenz depressiver Erkrankungen zu kämpfen (Ferrari et al. 2013). Weltweit (WHO 2013) sowie in Deutschland (Wittchen et al. 2010) leidet jeder fünfte Mensch im Verlauf seines Lebens mindestens einmal an einer klinisch relevanten depressiven Störung. Innerhalb eines Jahres ist jede/r siebte Deutsche betroffen (Andreas et al. 2017). Depressionen beeinträchtigen die Lebensqualität, verstärken besonders im höheren Alter das Risiko auf, beziehungsweise die Krankheitslast von Diabetes mellitus Typ 2, Koronarer Herzerkrankung, chronischen Schmerzen und anderer geriatrischer Syndrome (Schulz et al. 2012). Die erhöhte Morbidität, geht mit einer erhöhten Mortalität einher. Hinzu kommt, dass Depressionen der Hauptgrund für Suizid sind (van Orden und Conwell 2011). Gleichzeitig sind depressive Erkrankungen mit sehr hohen gesellschaftlichen Kosten verbunden. Krauth et al. (2014) schätzen die jährlichen Kosten pro Erkrankten auf 3.813 Euro und damit auf Gesamtkosten von 15,6 Milliarden Euro in Deutschland.

In der Hausarztpraxis sind Depressionen die häufigste psychische Erkrankung (Wittchen et al. 2010, S. 21). Eine umfassende Versorgung kann jedoch häufig nicht geleistet werden, da oft zeitliche und teilweise fachliche Ressourcen fehlen. Ältere Menschen sind nicht häufiger von Depressionen betroffen als Jüngere (Amrhein et al. 2015, S. 87), aber sie meiden aufgrund von Selbststigmatisierungen (Stenkamp et al. 2016a, S. 55) sowie negativer Altersbilder (Hüll und Hölzel 2017, S. 303) spezialisierte Angebote und verbleiben zu mindestens 50 Prozent ausschließlich in der Hausarztpraxis. Gleichzeitig nimmt die generelle Arbeitsbelastung in Hausarztpraxen, die Spezialisierung auf die Behandlung von Einzelerkrankungen und die Menge an depressiven älteren Patienten/-innen allein aufgrund der demografischen Entwicklung zu (Areán 2012). Die Frage, wie Patientinnen und Patienten, insbesondere wenn sie im höheren Lebensalter von Multimorbidität betroffen sind, ganzheitlich, effektiv und kostengünstig versorgt werden können, bestimmt die Diskussion in Politik, Forschung und Praxis (Andersson 2017).

Die Studie „GermanIMPACT – Koordinierte Behandlung der Altersdepression in der Primärversorgung: Implementierung des IMPACT-Programms in Deutschland“ ist eine Reaktion auf diese

Diskussion. Sie pilotierte nach US-amerikanischem Vorbild (Unützer et al. 2002) einen kollaborativen Versorgungsansatz für depressiv erkrankte Menschen ab 60 Jahren in den Städten Freiburg und Hamburg. Ziel dieses Projektes war es, Hausärztinnen und Hausärzte in der Behandlung von älteren depressiv erkrankten Menschen, durch geschulte Therapiebegleiter/-innen zu unterstützen und damit die Versorgungssituation für die Betroffenen zu verbessern. Innerhalb und außerhalb der USA hat dieser Ansatz bereits in zahlreichen Studien seine Wirksamkeit bewiesen (Archer et al. 2012), in dem er den Gesundheitszustand der Patientinnen und Patienten kosteneffektiv (Grochtdreis et al. 2015) verbessern konnte.

GermanIMPACT war eine komplexe Interventionsstudie, die aus unterschiedlichen methodischen Elementen bestand. Die komplexe Intervention führte 25,6 Prozent der Interventionspatienten/-innen zu einer Remission der depressiven Symptomatik. In der Kontrollgruppe remittierten die Symptome von 10,9 Prozent aller Teilnehmenden. Trotz des Erfolgs, bedeutet dieses Ergebnis: drei Viertel der Interventionsgruppe konnten nicht von der Therapiebegleitung profitieren.

Bei der Entwicklung der primären Zielgröße Depressivität waren die Behandlung, bestehend aus psychoedukativen Elementen, Aktivierung, Monitoring, Medikationsberatung, ggf. Problemlösetechniken, der therapeutischen Beziehung zur Therapiebegleitung sowie die subjektive Krankheitsperspektive der depressiv erkrankten älteren Patientinnen und Patienten von unterschiedlicher Bedeutung (Chew-Graham et al. 2007). Wie die einzelnen Elemente zu gewichten sind, welche Bestandteile der Intervention, in welchem Umfang zu den beobachteten Effekten beitragen, ist im Einzelnen nicht zu erklären (Vlasveld et al. 2008).

Die Berücksichtigung der Sichtweisen depressiv erkrankter Patienten/-innen wurde, bezogen auf die Behandlungsqualität, bisher eher vernachlässigt. Petrosyan et al. (2017, S. 6), trugen jüngst Qualitätsindikatoren bei der Depressionsbehandlung zusammen und kamen bei 53 identifizierten Indikatoren auf genau einen Indikator, der die Patientenperspektive miteinbezog. Coventry et al. (2014, S. 12) konstatieren, dass es für die Steigerung der Effektivität kollaborativer Versorgungsansätze unbedingt erforderlich ist, besser zu verstehen, welche Interventionsbestandteile, bei welchen Patienten/-innen in welcher Weise wirken. Mit diesem Verständnis könnte es gelingen, passgenaue Versorgungsangebote für die schwer erreichbaren, depressiven, älteren Menschen zu entwickeln.

Diese Motivation bildet die Grundlage der vorliegenden Arbeit. Sie beinhaltet eine differenzierte qualitative Betrachtung des Interventionspakets sowie der teilnehmenden Patientinnen und Patienten von GermanIMPACT. **Die zielführende Hauptfragestellung lautet: Welche patientenspezifischen und interventionsspezifischen moderierenden Faktoren sind für eine erfolgreiche beziehungsweise für eine nicht erfolgreiche Intervention verantwortlich?**

Für die Beantwortung dieser Fragestellung wird zunächst eine theoretische Auseinandersetzung den heuristischen Rahmen dieser Arbeit herstellen. Zuerst werden diagnostische, epidemiologische und ätiologische Perspektiven depressiver Störungen im Alter beschrieben. Daran anschließend werden Paradigmen subjektiver Theorien eingeführt, die die Grundlage für die Nachzeichnung der Patientenperspektive darstellen. Diese Aspekte werden anschließend in Bezug auf Krankheit, Gesundheit und Alter sowie für Depressionen exploriert. Den zahlreichen Aspekten subjektiver Krankheitsperspektiven wird anschließend die gegenwärtige medizinische Versorgungslandschaft mit ihren verschiedenen Interventionsansätzen entgegengestellt.

Die dabei skizzierten Barrieren in der Versorgung, bereiten die Einführung des Kollaborativen Versorgungsmodells GermanIMPACT vor, sowie die Darstellung der Ergebnisse der quantitativen Evaluationsstudie. Dem damit einhergehenden Erklärungsdefizit hinsichtlich förderlicher oder hinderlicher Faktoren wird das methodische Konzept Mixed Methods und der Wert qualitativer Studien entgegengestellt.

Auf Basis dieser Forschungsmethodik wird in Kapitel 3 die Fragestellung expliziert und zu Beginn des vierten Kapitels in ein Studiendesign transferiert. Damit einhergehend beginnt der empirische Teil dieser Arbeit, in dem Teilnehmende der Intervention interviewt und in einer fallübergreifenden Analyse untersucht werden. Der darauf aufbauende qualitative kontrastierende Fallvergleich resultiert in Kapitel 5 in zwei Typologien der Teilnehmenden. Es wird dargestellt, welche individuellen Einflussfaktoren mit der Wirksamkeit der Intervention assoziiert sind und welche hinderlichen oder förderlichen Faktoren für das Ansprechen auf die Intervention bestehen.

Diese Faktoren sowie die Typologie als solche, werden in Kapitel 6 vor dem Hintergrund des aktuellen Forschungsstands diskutiert und in verschiedenen Anpassungsempfehlungen artikuliert, die die Wirksamkeit der Intervention verstärken können. Den Abschluss dieser Arbeit bildet die kritische Betrachtung der methodischen Vorgehensweise in dieser Untersuchung.

2 Hintergrund

Depressionen im Alter bieten facettenreiche medizinische, psychologische und soziologische Zugänge. Ihre individuelle Manifestation ist hoch subjektiv und ihre Versorgung dementsprechend komplex. Der theoretische Teil dieser Arbeit beinhaltet zunächst eine diagnostische Annäherung an das Krankheitsbild, das epidemiologische Ausmaß der depressiveren Erkrankungen sowie die ätiologischen Faktoren, die für das Auftreten einer Depression verantwortlich sein können.

In Vorbereitung auf die subjektive Perspektive depressiv erkrankter älterer Patienten werden anschließend Grundlagen subjektiver Theorien skizziert. Subjektive Theorien versuchen individuelle Kognitionsprozesse in Verbindung mit gesellschaftlichen Deutungen und dem daraus resultierenden Verhalten zu erklären (Flick 1991a, S. 24). Für die Depression im Alter ist es daher auch wichtig, allgemeine Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit, spezifischere Krankheitstheorien, gesellschaftliche Altersbilder sowie subjektive Bilder von Gesundheit im Alter nachzuzeichnen. Sie alle sind für die Krankheitsperspektive depressiv erkrankter älterer Menschen und den damit einhergehenden Bewältigungsstrategien mitverantwortlich.

Die Krankheitsperspektive ist mitentscheidend für die Inanspruchnahme verschiedener Versorgungsansätze, auf die die Betroffenen zurückgreifen können. Die Hausarztpraxis ist zentrale Anlaufstelle bei depressiven Erkrankungen im Alter und Anknüpfungspunkt für die Intervention GermanIMPACT. Daher bekommt die Hausarztpraxis ein besonderes Gewicht in der Darstellung der Versorgungsangebote. Weitere therapeutische und komplementäre Ansätze werden nur skizzenhaft dargestellt, damit die IMPACT-Intervention in der Versorgungslandschaft in Deutschland verortet werden kann. Den Abschluss des Überblicks über die Versorgungsansätze bilden häufige Hemmnisse in der Versorgung, die die Begründung für die voranschreitende Bedeutung kollaborativer Versorgungsmodelle wie bei GermanIMPACT sind.

Daraufhin wird das Studiendesign und der Studienablauf von GermanIMPACT beschrieben. Insbesondere die Bestandteile der komplexen Intervention werden im Einzelnen dargestellt, da ihre Gewichtung ein Kern der Frage ist, warum manche Patientinnen und Patienten von der Therapiebegleitung profitieren und manche nicht. Das forschungsmethodologische Kapitel zu Mixed-Methods unterstreicht im Anschluss den Wert qualitativer Forschungsmethoden für die

Erklärung quantitativer Studienergebnisse und erlaubt die Entwicklung einer dezidierten Fragestellung, die den Abschluss des theoretischen Hintergrunds bildet.

2.1 Depressive Störungen im Alter

Depressive Episoden und rezidivierende depressive Störungen sind affektive Störungen mit typischem Verhalten wie gedrückter Stimmung, Interessenverlust, verminderter Leistungsfähigkeit und Antriebslosigkeit (Wittchen et al. 2010, S. 7). Insbesondere Depressionen im Alter können zusätzlich mit vielfältigen somatischen Syndromen einhergehen. Dieser Abschnitt liefert grundlegende Informationen zur Diagnostik, Epidemiologie und Ätiologie depressiver Störungen in der Allgemeinbevölkerung und spezifiziert die Besonderheiten depressiver Störungen im Alter.

2.1.1 Diagnostik depressiver Störungen

Die individuelle Symptomatik und das Ausmaß der subjektiven Beeinträchtigung entscheiden über eine leichte, mittelschwere, schwere und sehr schwere Manifestation. Die Diagnostik erfolgt in Deutschland hauptsächlich anhand des Kapitels V des Klassifikationssystems „ICD-10“, der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (Dilling 2011). Dieses Diagnosesystem in seiner zehnten Revision wird von der Weltgesundheitsorganisation herausgegeben und legt weltweit die diagnostischen Kriterien für anerkannte Krankheitsbilder fest. Ein weiteres System ist das Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen in seiner fünften Auflage: „DSM-5“ der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (APA 2013). In Deutschland ist es vor allem als Ergänzung zum ICD-10 zu verstehen und beinhaltet speziellere diagnostische Kriterien, die insbesondere US-amerikanisch geprägt sind, und international in der Wissenschaft verwendet werden (Wittchen et al. 2000, S. 4).

Grundlage für die Diagnosestellung und die Beurteilung des Schweregrads gemäß ICD-10 ist die Symptomaufstellung in Tabelle 1. Wesentlich für eine Depressionsdiagnose sind das Auftreten von jeweils mindestens zwei Leit- und zwei weiteren Symptomen über einen Zeitraum von wenigstens zwei Wochen.

Tabelle 1: Symptome einer depressiven Episode (F32) gemäß ICD-10

<p>Leitsymptome</p> <ol style="list-style-type: none">1. gedrückte Stimmung und Freudlosigkeit2. Interessenverlust3. Verminderung des Antriebs mit rascher Ermüdbarkeit oder Erschöpfungszustände <p>weitere häufige Symptome</p> <ol style="list-style-type: none">1. verminderte Konzentration, Aufmerksamkeit und Merkstörungen2. Vermindertes Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen3. Schuldgefühle und Gefühle von Wertlosigkeit4. Negative und pessimistische Zukunftsperspektiven5. Gedanken oder erfolgte Selbstverletzung oder Suizidhandlungen6. Schlafstörungen7. Verminderter Appetit <p>somatische (vegetative) Symptome:</p> <ol style="list-style-type: none">1. Interessenverlust oder Verlust der Freude an normalerweise angenehmen Aktivitäten2. mangelnde Fähigkeit auf eine freundliche Umgebung oder günstige Ereignisse emotional zu reagieren3. frühmorgendliches Erwachen (2 oder mehr Stunden vor der gewohnten Zeit)4. Morgentief5. der objektivierte Befund einer psychomotorischen Hemmung oder Agitiertheit6. deutlicher Appetitverlust und chronische Obstipation7. Gewichtsverlust, häufig mehr als 5% des Körpergewichts im vergangenen Monat8. deutlicher Libidoverlust <p style="text-align: right;"><i>Darstellung in Anlehnung an Wolfersdorf und Schüler (2005, S. 26)</i></p>

Werden allein die Leitsymptome erfüllt, handelt es sich um eine leichte depressive Episode. Wenn weitere Symptome durch gezielte Nachfragen erkannt werden, erhöht sich wie in Tabelle 2 dargestellt, der Schweregrad bis hin zu einer schweren depressiven Episode. **Suizidalität** ist das verheerendste Symptom einer depressiven Episode, bei der die Betroffenen in Gedanken, durch aktives Handeln, Zulassen oder durch Unterlassen den eigenen Tod anstreben (Wolfersdorf und Schüler 2005, S. 175). Ein direkter Zusammenhang zwischen Suizidalität und Depression ist nicht immer herzustellen, aber Schätzungen zu Folge sind 45 bis 70 Prozent aller Suizide die Resultate einer schweren depressiven Erkrankung. Depressive Episoden sind somit der größte Risikofaktor für Selbsttötung und Suizidalität ist ein starker Hinweis auf eine Depression. 60 bis 70 Prozent der Betroffenen haben suizidale Gedanken (ÄZQ und DGPPN 2015, S. 40).

Zusätzlich zu den Leit- und Zusatzsymptomen kennt das ICD-10 noch das „**somatische Syndrom**“, das diagnostiziert wird, wenn drei weitere somatische Symptome vorliegen, z.B. Emotionslosigkeit, tageszeitabhängige Stimmungstiefs oder Gewichtsverlust (Dilling 2011). Typisch sind hier chronobiologische depressive Episoden mit raschem Wechsel oder jahreszeitlichem Auftreten wie bei der Frühjahrs-, oder Winterdepression (ÄZQ und DGPPN 2015, S. 31).

Zusätzlich zu den Symptomen aus ICD-10 und DSM-5 beschreiben Winkler et al. (2005) eine atypische geschlechtsspezifische Symptomatik, die zum Teil bei männlichen Erkrankten zu beobachten ist. Sie zeichnet sich insbesondere durch eine geringe Stresstoleranz mit hoher Reizbarkeit, Aggressivität und generellem antisozialen Verhalten. Frauen hingegen sind eher von einer starken Tagesmüdigkeit und schweren Gliedmaßen betroffen.

Tabelle 2: Hauptschweregrade depressiver Episoden gemäß ICD-10

ICD-10 Kategorie	Schweregrad der depressiven Erkrankung	Kernsymptomatik	andere häufige Symptome
F 32.0	leichte depressive Episode	mindestens 2 Leitsymptome sind vorhanden	1 oder mehrere Symptome (Gesamtzahl inkl. Leitsymptome 4 oder 5)
F 32.1	mittelgradige depressive Episode	mindestens 2 Leitsymptome sind vorhanden	3 oder mehrere Symptome (Gesamtzahl inkl. Leitsymptome 6 oder 7)
F 32.2	schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	alle Leitsymptome sind vorhanden	mehrere Symptome sind vorhanden, davon einige besonders ausgeprägt (Gesamtzahl der Symptome inkl. Leitsymptome mindestens 8) Keine Halluzination, Wahn oder depressive Regungslosigkeit
F 32.3	schwere depressive Episode mit psychotischen Symptome	alle Leitsymptome sind vorhanden	schwere depressive Episode wie unter F32.2 beschrieben, es bestehen zusätzlich Halluzinationen, Wahnideen, schwere psychomotorische Hemmung oder Regungslosigkeit

Darstellung in Anlehnung an Lützenkirchen (2008, S. 23)

Ein weiteres Unterscheidungsmerkmal depressiver Erkrankungen ist die **Verlaufsform** (Abbildung 1). Depressive Störungen können einmalig auftreten (a) und remittieren, sie können unvollständig abklingen (b), sie können nach einer Remission wiederkehren beziehungsweise rezidivieren (c), sie können sich in Form einer Dysthymie (d) auf milderem Niveau manifestieren, sie können von einer Dysthymie in eine akute schwerer wiegende depressive Episode, die „Double Depression“ (e) übergehen und sie können sich schlimmstenfalls auf einem sehr belastenden Niveau chronifizieren. Insbesondere bei rezidivierenden depressiven Störungen (c) ist zu prüfen, ob zuvor eine Episode mit stark gehobener Stimmung und Aktivität stattfand, um eine bipolare Depression auszuschließen (ÄZQ und DGPPN 2015, S. 29), da sie einer besonderen Behandlung bedarf.

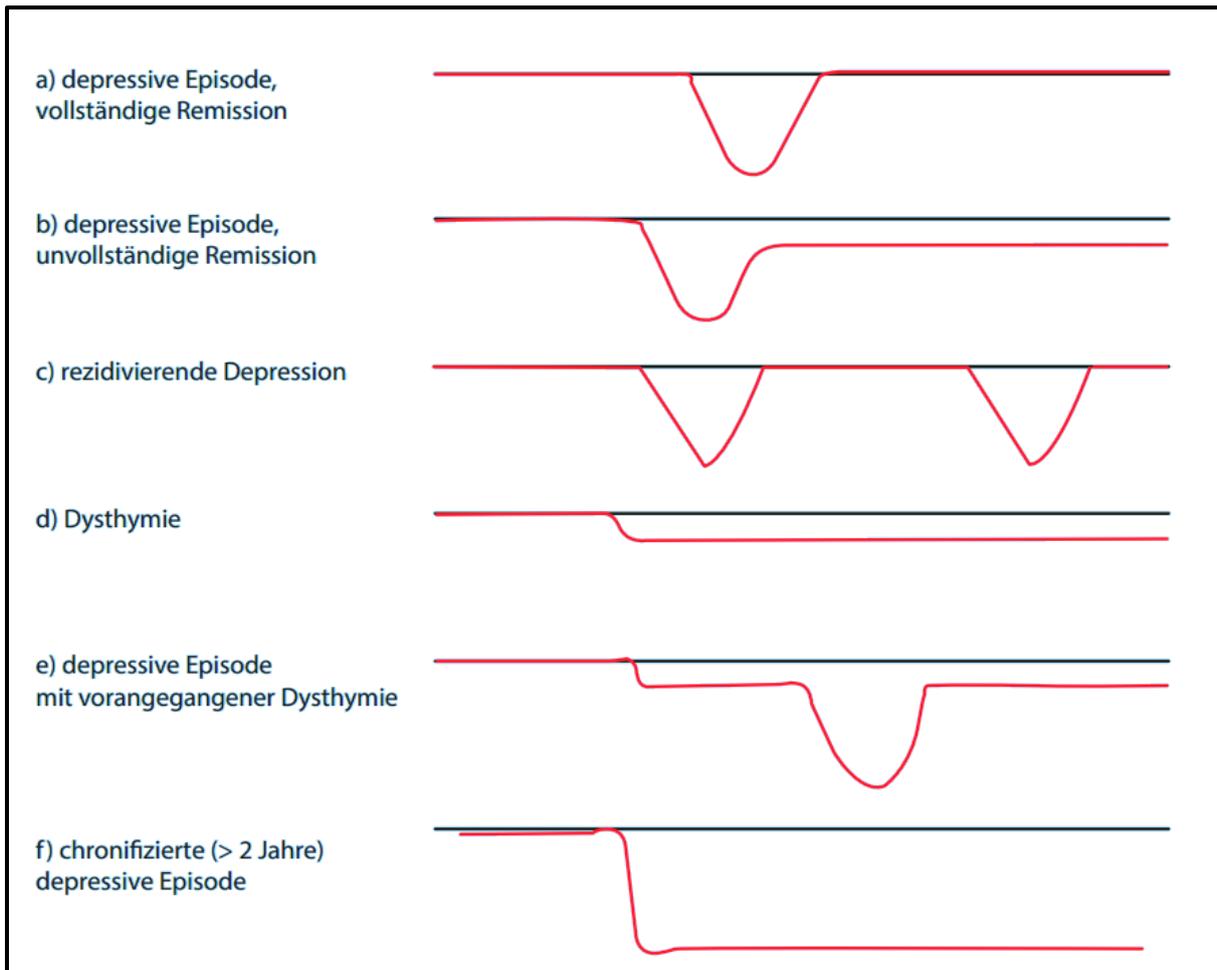


Abbildung 1: Depressive Verläufe (Losekam und Konrad 2017, S. 20)

Im Mittel **dauert** eine behandelte depressive Episode (a, b, e) 13 Wochen beziehungsweise sechs bis acht Monate, wenn sie nicht behandelt wird. Für ein Drittel der Betroffenen bleibt die Erkrankung einmalig, während ein weiteres Drittel wiederholt Episoden erleidet und das andere Drittel entweder chronisch an Depressionen erkrankt oder zumindest nicht vollständig gesundet (Wittchen et al. 2000, S. 5).

Im DSM-5 werden die Typen (a) bis (c) als „**majore Depression**“ zusammengefasst. Zusätzlich kennt die Klassifikation die „**minore Depression**“, womit analog zu einer leichten Depression im ICD-10 ein mengenmäßiger Mangel an Symptomen bezeichnet wird. Dieser muss sich jedoch nicht auf den Schweregrad der Erkrankung oder den damit verbundenen subjektiven Leidensdruck auswirken (Wolfersdorf und Schüler 2005, S. 33).

Ein etabliertes Instrument für die Erfassung einer depressiven Symptomatik ist der „Patient-Health-Questionnaire-9 - **PHQ-9**“ (Anhang I). Dieser von Patientinnen und Patienten selbst aus-

zufüllende Fragebogen, besteht aus neun Fragen zu den Symptombereichen der ICD-10 (Tabelle 1). Dabei wird auf einer viergestuften Skala abgefragt, wie häufig die Betroffenen beispielsweise von Niedergeschlagenheit in den vergangenen zwei Wochen geplagt waren (Löwe et al. 2004).

Eine damit erhobene Verdachtsdiagnose muss in jedem Fall mit einem **differentialdiagnostischen Verfahren** abgesichert werden. Hier stehen beispielsweise das von Wittchen (1994) validierte „Composite International Diagnostic Interview“ (CIDI) oder die **für ältere Personen** von Wittchen et al. (2015) angepasste Version (CIDI65+) zur Verfügung. Letztere ist einfacher aufgebaut, die Sprache ist angepasst, die Items teilweise stärker ausdifferenziert, somatische Beschwerden sind stärker berücksichtigt und auch aktuelle Verlust-, Kränkungs- und Vereinsamungssituationen werden erfasst. Diese Punkte haben bei depressiven älteren Patienten einen höheren Einfluss auf die Symptomatik als bei jüngeren Betroffenen und sind wie in Abbildung 2 schematisch dargestellt nur schwer zu unterscheiden. Typisch für depressive Episoden im Alter sind auch larvierte Depressionen. Die Symptomatik versteckt sich hier hinter einer „Larve“ (Maske), die sich häufig in Form von körperlichen Beschwerden zeigt. Die somatischen Beschwerden sind dann ein Zeichen psychischer Konflikte, die nur schwer als solche zu erkennen sind, da ältere Menschen ohnehin häufig an zusätzlichen Krankheiten leiden (Wolfersdorf und Schüler 2005, S. 33). Bei Verdacht einer larvierten Depression ist die symptombezogene Anamnese daher sehr wichtig. Sie muss durch psychiatrische, körperlich-internistische und neurologische ggf. instrumentelle Diagnostik erweitert werden, damit körperliche Erkrankungen als Ursache vollständig ausgeschlossen werden können (ÄZQ und DGPPN 2015, S. 39–42).

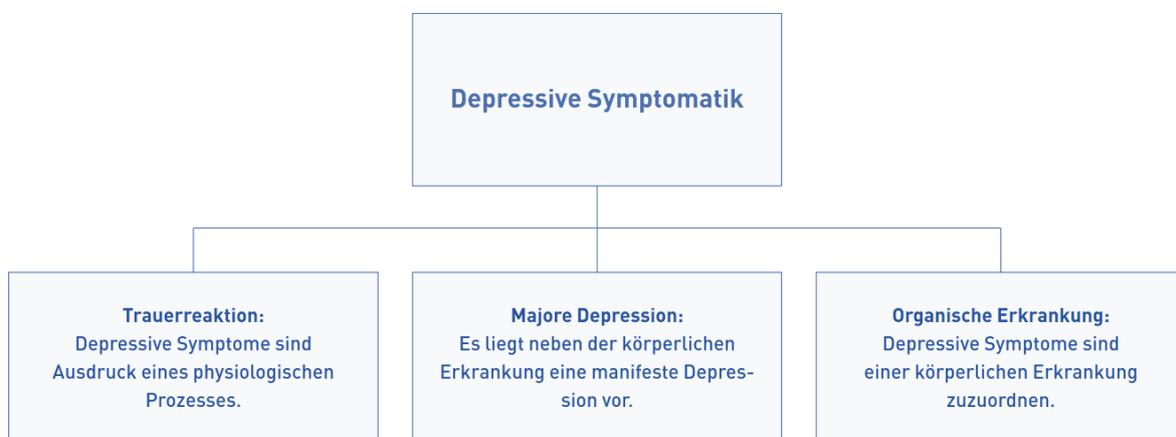


Abbildung 2: Differentialdiagnostik depressiver Symptome (Stenkamp et al. 2016a)

Untersucht werden derzeit auch diagnostische Verfahren mittels Magnetresonanztomografie und Biomarkern. Es existieren Hinweise, dass sich bei älteren depressiv erkrankten Menschen konkrete Unterschiede im linken frontoparietalem Netzwerk, im sensorisch motorischem Netzwerk sowie im linken dorsolateralen präfrontalen Kortex und im linken überlegenen Parietallappen gegenüber nicht erkrankten Personen nachweisen lassen (Cieri et al. 2017).

2.1.2 Epidemiologie depressiver Störungen im Alter

Depressive Störungen im Alter sind hinter den Angststörungen die häufigsten psychischen Erkrankungen. Die Prävalenzangaben variieren von Untersuchung zu Untersuchung, je nach Methodik und Zielgruppe. In der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1) wird die Jahresprävalenz in der Allgemeinbevölkerung für eine depressive Störung auf 7,7 Prozent geschätzt. Wobei Frauen mit 10,6 Prozent doppelt so häufig betroffen sind wie Männer mit 4,8 Prozent (Jacobi et al. 2014b). Eine andere Untersuchung die auf Abrechnungsdaten von sechs Millionen gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland basiert, berichtet wiederum von einer administrativen Einjahresprävalenz in der Allgemeinbevölkerung von 13,4 Prozent, die jedoch je nach Geschlecht und Altersgruppe erheblich schwankt (Melchior et al. 2014).

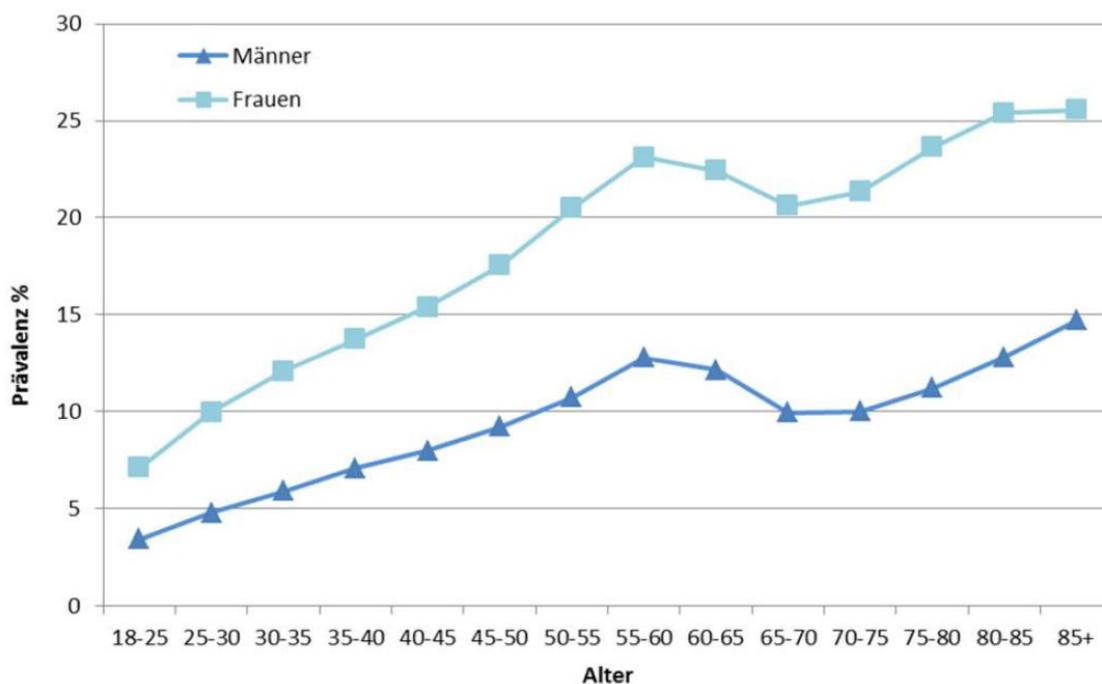


Abbildung 3: Administrative Prävalenz nach Alter und Geschlecht in Deutschland (Melchior et al. 2014)

Für die ältere Bevölkerung kommt eine Literaturübersicht von Djernes (2006) zu einer enormen Varianz von 0,9 Prozent bis hin zu 42 Prozent. Eine weitere Systematische Übersichtsarbeit von

Volkert et al. (2013), die 25 Studien einschloss und die Prävalenz von psychischen Erkrankungen bei älteren Menschen ab 50 Jahren untersuchte, berichtet von einer Einjahresprävalenz für mittelschwere depressive Episoden von 16,5 Prozent. Eine Metaanalyse mit 24 epidemiologischen Studien von Luppá et al. (2012) berichtet, dass im Mittel 7,2 Prozent der Menschen ab 75 Jahren in den Industrieländern von einer mittelschweren Depression betroffen sind. Eine Kohortenstudie aus Norwegen legt einen Anstieg mit zunehmender Hochaltrigkeit nahe und beobachtete einen Anstieg auf 15 Prozent um das 85. Lebensjahr (Solhaug et al. 2012). Eine Primärstudie mit klinischen Interviews von 3.142 Männern und Frauen ab 65 Jahren aus 6 europäischen Städten von Andreas et al. (2017) dokumentiert eine Einjahresprävalenz von 11,6 Prozent.

Auch wenn sich die Prävalenzraten je nach Studie unterscheiden, insgesamt weist die Gruppe der über 65-jährigen im Vergleich zu depressiv erkrankten Menschen anderer Altersgruppen **keine wesentlichen Besonderheiten** auf (Amrhein et al. 2015, S. 87). Die Bundesregierung schätzt pragmatisch, dass jeder Zehnte innerhalb eines Jahres von einer depressiven Episode betroffen ist (BMFSFJ 2010, S. 169), wobei sich auch hier die Erkrankungsrate bei Frauen mit 15 Prozent im Vergleich zu Männern mit ca. 8 Prozent deutlich unterscheidet (BMFSFJ 2006, S. 29). Erst ab einem Alter von 70 verringern sich die Geschlechterdifferenzen allmählich (Adam 1998, S. 259). Erklärungen könnten sein, dass ältere (alleinstehende, verwitwete) Frauen bedingt durch eine brüchige Erwerbsbiografie generell häufiger von Einkommensarmut und eventuell von geringerer Selbstwirksamkeit betroffen sind. Gleichzeitig ist die Symptompräsentation von Frauen ausgeprägter (Lützenkirchen 2008, S. 34), während Männer häufiger zu atypischen oder larvierten Symptommustern neigen (Winkler et al. 2005). Bemerkenswert ist in diesem Zusammenhang die 13-fach erhöhte Nachsterbensrate der Männer gegenüber Frauen nach dem Tod eines Lebenspartners. Als Erklärung wird die geringer ausgeprägte soziale Kompetenz gesehen, die es Männern erschwert, neue sinnstiftende Beziehungen einzugehen (Wolfersdorf und Schüler 2005, S. 143).

Die Depressionsrate korreliert immer stark mit dem Kontext der Untersuchung. Patientinnen und Patienten, die aufgrund körperlicher Erkrankungen in ein Allgemeinkrankenhaus eingewiesen werden, leiden zu 15 Prozent auch an einer Depression (Arolt et al. 1997). Ältere Menschen mit chronischen Gesundheitsproblemen (Tabelle 3) litten in einer Vergleichsstudie zu etwa 20 bis 50 Prozent unter Depressionen (Lützenkirchen 2008, S. 32; Arolt und Rothermundt 2003)

unabhängig davon, ob sie zu diesem Zeitpunkt im Krankenhaus waren (Härter et al. 2007). In der Berliner Altersstudie waren Personen mit mindestens drei chronischen Erkrankungen (**Multimorbidität**) zu 36,8 Prozent auch an einer Depression erkrankt (Helmchen et al. 1996) und in einer schottischen Studie, die auf Abrechnungsdaten basiert, war das Risiko bei fünf gleichzeitigen somatischen Erkrankungen fast um das Siebenfache erhöht, gleichzeitig auch an einer psychischen Erkrankung zu leiden (Barnett et al. 2012).

Tabelle 3: Somatische Komorbiditäten bei depressiv erkrankten älteren Menschen

Erkrankung	Depressionsrate	Erkrankung	Depressionsrate (%)
Myokardinfarkt	20 %	HIV	20 – 30 %
Zerebraler Insult	30 – 50 %	Multiple Sklerose	30 – 50 %
Krebserkrankungen	30 – 50 %	Demenz	40 %
Morbus Parkinson	20 – 30 %	chronisches Nierenversagen	20 – 30 %

(Darstellung in Anlehnung an Arolt und Rothermundt 2003)

Somatische Erkrankungen, die einen starken Einfluss auf die funktionelle Gesundheit im Sinne der „International Classification of Functioning, Disability and Health“ (WHO) besitzen, haben wiederum auch einen Einfluss auf einen Therapieerfolg. Oslin et al. (2002) beobachteten 671 ältere Patienten, die wegen einer Depression in 71 psychiatrische Kliniken aufgenommen wurden. Während Erkrankungen wie Diabetes mellitus Typ 2 und Bluthochdruck gut zu kontrollieren sind und keinen Einfluss auf die Remissionsrate ausübten, hatten Erkrankungen der Haut, Grüner Star, Sprachstörungen und Arthritis, aber vor allem die Kumulation aus verschiedenen somatischen Erkrankungen zum Teil eine Halbierung des Therapieerfolgs zur Folge.

Behandelte depressive Störungen haben drei **typische Verlaufsformen**. Eine niederländische Beobachtungsstudie von Beekman et al. (2002), die 277 ältere depressiv Erkrankte Personen zu 14 Zeitpunkten befragte, zeigte 35 Prozent der Depressionen treten episodisch also zeitlich begrenzt für etwa drei Monate auf. 23 Prozent blieben über den gesamten Beobachtungszeitraum in Remission, während zwölf Prozent wieder von einer depressiven Episode betroffen waren. 32 Prozent der depressiven Syndrome persistierten, aber fluktuierten in ihrem Schweregrad. Weitere 32 Prozent zeigten einen chronischen langjährigen Verlauf. Dabei zeigt sich ein typischer Gradient: Umso schwerer die Depression, desto wahrscheinlicher ist ein Wiederauftreten der Depression beziehungsweise eine **Chronifizierung** (Beekman et al. 2002). Hölzel et al. (2011) identifizieren in einer systematischen Übersichtsarbeit aus 25 Primärstudien eine Rangfolge an

Risikofaktoren, die mit einer chronischen Depression assoziiert sind: erste depressive Episoden in jungen Lebensjahren, langanhaltende Krankheitsphasen, eine positive Familienanamnese. Weniger stark assoziiert aber konsistent über die Mehrzahl der Studien sind zusätzliche psychische Erkrankungen: insbesondere Angsterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und Substanzabusus, geringe soziale Integration, negative soziale Interaktionen und eine vergleichsweise geringe Symptomschwere.

Das gleichzeitige Auftreten einer **weiteren psychischen Erkrankung ist häufig** und erhöht die Gefahr der Chronifizierung und der Suizidalität. Die Aussichten auf eine Remission verringern sich (Hasin et al. 2005). In der DEGS1-Studie zeigte sich beispielsweise, dass bei 60,7 Prozent aller als depressiv diagnostizierten Personen mindestens eine psychische Komorbidität in den letzten zwölf Monaten vorlag und bei 24,1 Prozent lagen sogar mehr als zwei zusätzliche psychische Erkrankungen vor (Jacobi et al. 2014a). Die Hälfte aller Personen, die unter einer Depression leiden, erleiden im Laufe ihres Lebens auch eine Angststörung (Hasin et al. 2005), ein Drittel entwickelt einen Substanzmittelabusus mit Alkohol, Medikamenten oder anderen Drogen. Die Depression wiederum ist bei bis zu 60 Prozent der Suchtkranken eine Folge der Erkrankung (Raimo und Schuckit 1998; Rich und Martin 2014). Häufig tritt eine Depression auch bei Betroffenen von Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen und somatoformen Störungen auf. Sie leiden zu 20 bis 40 Prozent auch an einer depressiven Störung, wobei die Datenlage noch nicht als gesichert gilt (Godart et al. 2007; Tyrer et al. 1997).

Ein weiterer herausragender **Risikofaktor** ist Einsamkeit beziehungsweise das Fehlen vertrauensvoller persönlicher Beziehungen (Mushtaq et al. 2014; van den Brink et al. 2017; Domenech-Abella et al. 2017). **Alleinstehende Menschen** ohne enge Bezugspersonen haben eine Einjahresprävalenz von 16,3 Prozent im Vergleich zu Menschen, die beispielsweise in einer Partnerschaft leben und nur zu 7,3 Prozent innerhalb eines Jahres von einer depressiven Störung betroffen sind (Jacobi et al. 2014a). Die Prävalenzraten korrelieren ebenso mit dem sozialen Gradienten. 14 von 100 Menschen aus **unteren sozialen Schichten** mit niedrigem Bildungsabschluss und unsicheren beruflichen oder ökonomischen Bedingungen erkranken innerhalb eines Jahres an einer Depression, während in hohen sozialen Schichten nur sechs Personen betroffen sind (Jacobi et al. 2014a). Auch die **Urbanität** scheint einen Einfluss zu haben. Während in kleinen Gemeinden unter 20.000 Einwohnern nur knapp acht von 100 Personen erkranken, sind es in der Stadt wiederum fast 14 Prozent (Jacobi et al. 2014a).

Vermutet wird, dass die Prävalenz depressiver Erkrankungen insgesamt zunehmen wird. Die WHO schätzt, dass im Jahr 2020 die Depression die zweithäufigste Krankheit nach der ischämischen Herzkrankheit (Verkalkung der Herzkranzgefäße) sein wird. Tatsächlich ist sie bereits jetzt der häufigste Grund für krankheitsbedingte verlorene Lebensjahre (WHO 2013). Letztlich wird auch die demografische Entwicklung für eine höhere Depressionsrate sorgen, da sich mit der ausweitenden Lebenserwartung schlicht die Wahrscheinlichkeit erhöht, im Laufe eines Lebens an einer depressiven Episode zu erkranken.

2.1.3 Ätiologie depressiver Störungen im Alter

Ab einem Alter von 65 Jahren werden Depressionen als Depression im Alter oder oft synonym als Altersdepression bezeichnet. Im Vordergrund der depressiven Erkrankungen im Alter stehen in erster Linie leichtere und mittelschwere Formen der Depression (Wolfersdorf und Schüler 2005, S. 14). Die Depression im Alter lässt sich anamnestisch in zwei Erscheinungsformen einteilen, die in etwa zu gleichen Teilen vorkommen. Die spät auftretende Depression (**Late-Onset Depression**, LOD) ohne eine erste Episode in früheren Lebensjahren und die früh auftretende Depression (**Early-Onset-Depression**, EOD) mit mindestens einer depressiven Erkrankungsphase in jüngeren Lebensjahren (Hüll 2017). Bei der früh auftretenden Depression steht ätiologisch vor allem der rezidivierende Charakter im Vordergrund und es wird vermutet, dass eine genetische Prädisposition wahrscheinlicher ist, als bei einer spät auftretenden Depression. Letztere hingegen wird stärker mit dem biologischen und sozialen Alterungsprozess in Verbindung gebracht (Brodaty et al. 2001). Selten unterscheiden Studien auch eine dritte Gruppe ab dem 75. Lebensjahr, die „Very Late-Onset Depression“ (Hüll und Bjerregaard 2015, S. 210).

Diese Einteilung sowie auch die spezifische Betrachtung der Depression im Alter wird jedoch nicht im ICD-10 (Dilling 2011) oder im DSM-5 (APA 2013) expliziert, da in der Phänomenologie der Erkrankung keine wesentlichen Unterschiede erkannt werden und es sich nicht um symptomatisch eigenständige Depressionserkrankungen handelt (Brodaty et al. 2001). **Begrifflichkeiten** wie „Jammerdepression“, „Spätdepression“ oder auch die oft verwendete „Altersdepression“ sind daher deplatziert und entstammen eher unreflektierten Alltagssituationen (BMFSFJ 2010, S. 170). Die Symptomschwere bezüglich Interessensverlust oder Apathie sowie auch die motorischen und kognitiven Beeinträchtigungen sind in beiden Gruppen sowie bei jüngeren Erkrankten identisch. Unter anderem kam in Deutschland die Berliner Altersstudie zu dem

Schluss, dass Alter für sich genommen, keine Depressionen auslöst (Helmchen et al. 1996). Daher ist depressiv zu sein auch nicht typisch für Ältere. **Primär hat die Erkrankung nichts mit dem Alter zu tun** (Wolfersdorf und Schüler 2005, S. 29).

Gleichzeitig beschreiben zahlreiche Autoren Unterschiede in der Symptompräsentation, der Ätiologie, den Risiko- und Schutzfaktoren sowie den jeweils optimalen Therapiestrategien (Fiske et al. 2009). Die deskriptive Diagnosestellung von DSM-5 und ICD-10, die lediglich Symptome zählt, die Kategorien „endogen“, „reaktiv“ und „neurotisch“ strich und die insgesamt nicht nach Gründen für die Entstehung der Depression sucht, wird insbesondere in der Allgemeinmedizin, aber auch in Teilen der Psychiatrie als kritisch bewertet (Sielk et al. 2009).

Als spezifisch für einen Teil der Gruppe älterer depressiver Menschen gilt, dass sie selbst **negative Altersbilder** und Defizitmodelle (Kapitel 2.2.4) verinnerlicht haben und sich fragen: „Was soll im Alter noch freuen?“ (Wolfersdorf und Schüler 2005, S. 20). Mit steigendem Alter heißt es, nimmt die Individualität jedes Menschen zu, was sich in der **Symptomatik** depressiver Erkrankungen biografietyisch ausdrücken kann und „die depressiven Episoden gestalten sich bunter.“ (Wolfersdorf und Schüler 2005, S. 29). Dazu kommt, wie im vorherigen Abschnitt dargestellt, dass im höheren Lebensalter depressive Syndrome oftmals mit zusätzlichen Erkrankungen interagieren und sich gegenseitig bedingen. Die Berliner Altersstudie (Helmchen et al. 1996) hat überdies gezeigt, dass bei alten Menschen **minore beziehungsweise leichte Depressionen** mit weniger eindeutigen Symptomen drei Mal so häufig auftreten als bei der Allgemeinbevölkerung. Da diese Form klinisch als weniger relevant eingeschätzt wird und meist von somatischen Symptomen überlagert wird, ist die depressive Erkrankung in diesen Fällen sehr schwer zu diagnostizieren. Sie bleibt also in vielen Fällen unbehandelt und kann mit zunehmender Dauer zu Invalidität, eingeschränktem psychosozialen Lebensraum, erhöhtem Pflegebedarf, hohem Konsum an Psychopharmaka und zum Teil auch zu Alkoholabhängigkeit führen. Im Ergebnis steht vielfach doch eine deutlich diagnostizierbare depressive Erkrankung (Wolfersdorf und Schüler 2005, S. 33).

Unterschiede zeigen sich manchmal in der **affektiven Symptomatik**. Beschrieben wird, dass ältere depressiv erkrankte Menschen weniger herabgestimmt sind, sondern eher abweisend oder sogar freundlich überangepasst wahrgenommen werden. Sie neigen zu ängstlicher Klagsamkeit in Hinblick auf körperbezogene Sorgen und leiden insbesondere unter dem Gefühl, am Ende ihres Lebens nichts vorweisen zu können (Wolfersdorf und Schüler 2005, S. 24).

Tatsächlich existiert eine Tendenz zu einer längeren Erkrankungsdauer, wenn eine somatische Komorbidität vorliegt und die Chance auf eine vollständige Remission (dauerhaftes Nachlassen der Symptome) nimmt ab, der Schweregrad der Depression nimmt wie das Suizidrisiko zu (Schoevers et al. 2009). Ältere Menschen mit Depressionen schätzen überdies eine Veränderung ihrer „Leidenssituation“ als weniger möglich ein als Jüngere, wodurch ebenfalls die Suizidalität wie in Abbildung 4 dargestellt erheblich zunimmt (van Orden und Conwell 2011). **Hoffnungslosigkeit** ist daher nicht nur ein Leitsymptom der Depression, sondern auch ein wesentlicher Risikofaktor für die Entstehung einer Depression (Kuo et al. 2004).

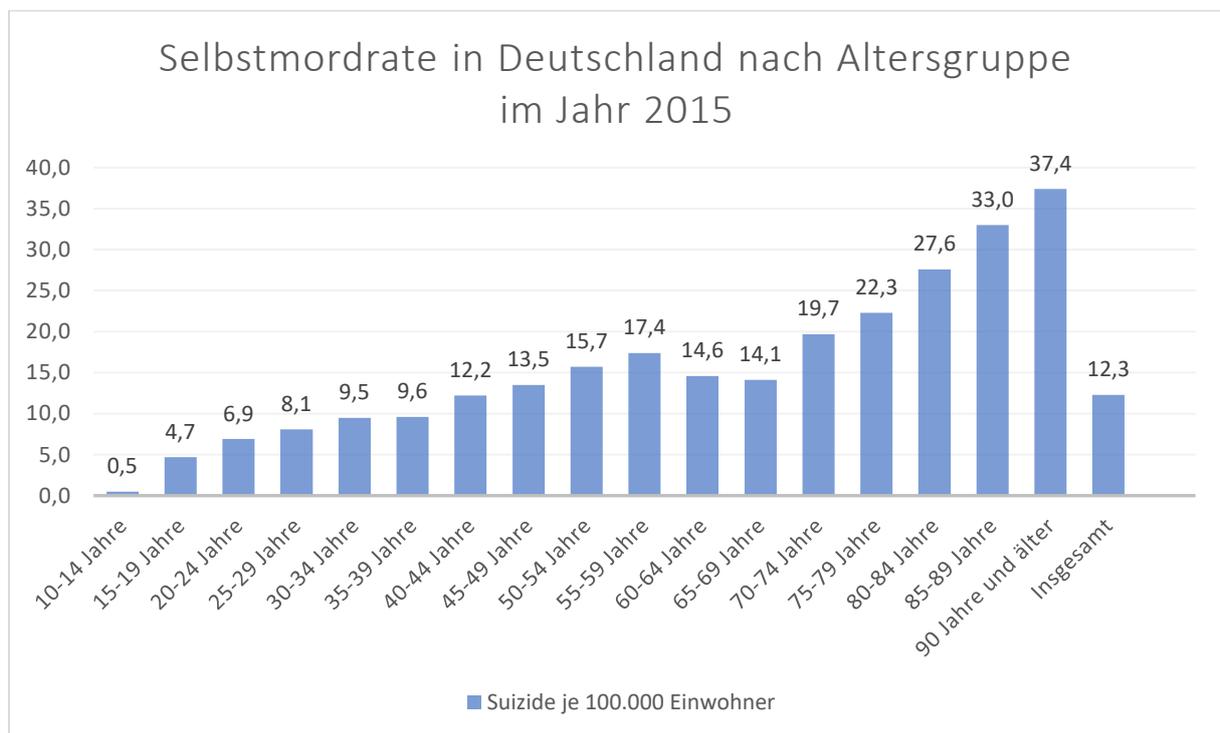


Abbildung 4: Altersverteilung der Suizidziffern in Deutschland 2015 (Statistisches Bundesamt 2017)

Als biografische depressionsauslösende Aspekte werden bei Depressionen im Alter auch vermehrt Kriegserinnerungen, der Verlust des Elternhauses oder die „Beraubung“ einer unbeschwernten Kindheit und Jugend beschrieben. Weiterhin drehen sich ihre episodendauernden Gedanken um Verarmung oder Sorgen über die Kinder und den Verlust der Autonomie (Wolfersdorf und Schüler 2005, S. 42).

Als weitere **Risikofaktoren** für die Entwicklung einer LOD oder einer EOD werden mit einer breiten Evidenz das weibliche Geschlecht, eine somatische Krankheit, Einsamkeit beziehungsweise der Mangel oder Verlust von engen sozialen Kontakten, starker Stress, Schlaflosigkeit, eine frühere depressive Episode oder auch eine depressive Herabgestimmtheit und vor allem, eine

kognitive Beeinträchtigung sowie eine funktionelle Beeinträchtigung beschrieben (Djernes 2006; Holley und Mast 2007; Weyerer et al. 2008; Lyness et al. 2009; Mushtaq et al. 2014; Sjöberg et al. 2017). Hinweise für eine Erhöhung des Erkrankungsrisikos gibt es auch für das Rauchen (Weyerer et al. 2013) für Übergewicht (Almeida et al. 2009), finanzielle Belastungen (Cole und Dendukuri 2003), Alkohol und körperliche Inaktivität (Almeida et al. 2011). Gemeinsam kann wie in Abbildung 5 vereinfacht dargestellt, davon ausgegangen werden, dass alles was Stress verursacht; einschneidende Verluste, andere komplexe belastende Lebensereignisse, ein schädlicher Lebensstil, verschiedene Komorbiditäten sowie eine grundsätzliche Anfälligkeit für psychische Störungen als Auslöser wirken können (Almeida 2014). Protektiv hingegen wirken ein hoher sozioökonomischer Status, eine höhere Bildung, ehrenamtliches, religiöses oder spirituelles Engagement, soziale Unterstützung durch Lebenspartner und Freunde sowie bezogen auf das eigene Leben ein Gefühl der Zufriedenheit und der Sinnhaftigkeit (Lützenkirchen 2008, S. 28; Fiske et al. 2009).

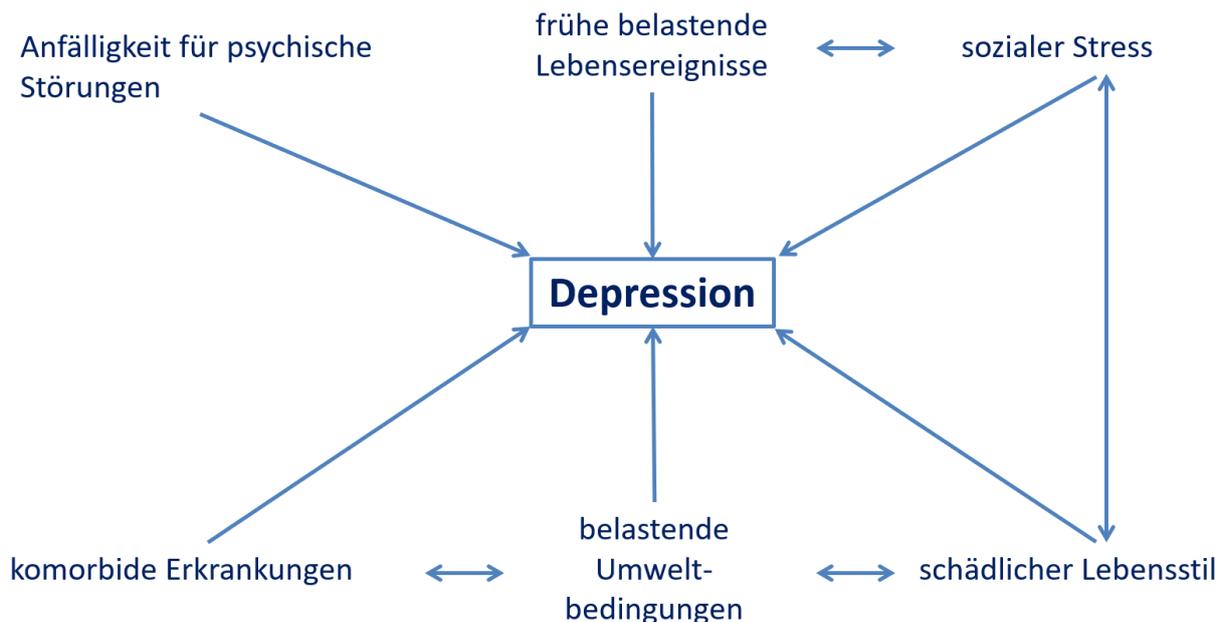


Abbildung 5: Risikofaktoren, die eine depressive Störung auslösen können (Almeida 2014)

Insgesamt werden sozial-psychiatrische, genetische, neurobiologische und verschiedene Umweltfaktoren als Einflussgrößen auf die **Entstehung einer depressiven Erkrankung** beschrieben. Typische psychische Depressionsauslöser sind erlebte oder drohende Beziehungsverluste (Schoevers et al. 2006), sowie andere einschneidende biografische Ereignisse, die durch diverse psychologische Theorien unterschiedlich interpretiert werden. Die drei bekanntesten Theorien sind die Psychoanalyse, die Lerntheorie und die Kognitionstheorie.

Die **Psychoanalyse** geht davon aus, dass die Ursachen der Depressionsentstehung in einer zu großen Abhängigkeit von den Eltern oder in einer zu frühen Eigenständigkeit liegen. Das Bedürfnis nach Pflege und Schutz in der „oralen Phase“ des Kindes wurde übermäßig oder zu wenig befriedigt, was sich in der Entwicklung eines labilen Selbstwertgefühls ausdrückt. Verlusterlebnisse und veränderte Lebenssituationen stellen die Betroffenen daraufhin vor existentielle Bewältigungsaufgaben, die sie nicht lösen können (Wolfersdorf und Schüler 2005, S. 38; Lützenkirchen 2008, S. 26). Der Psychoanalytiker Hubertus Tellenbach ging bei den Betroffenen zudem von einem „Typus Melancholicus“ aus, der durch seine Persönlichkeitsmerkmale Ordentlichkeit, Gewissenhaftigkeit und Verantwortlichkeit stark prädisponiert ist für die Entwicklung einer Depression (Tellenbach 1983, S. 55).

Die **Lerntheorie** nimmt an, dass verhaltensfördernde Gratifikationen ausbleiben und die Betroffenen sich daraufhin positiver Verhaltensweisen entwöhnen und depressive Erlebens- und Verhaltensstile entwickeln. Seligman (1975) beschreibt dieses Phänomen als erlernte Hilflosigkeit. Wenn Verluste wie der Tod des Partners oder die Berentung auftreten, ist es für Menschen, die bereits negative Verhaltensstile entwickelt haben noch schwieriger, konstruktive Einstellungen aufrechtzuerhalten. Die Folge ist ein Teufelskreis, der zu immer weniger Verstärkung führt (Lützenkirchen 2008, S. 27).

Ähnlich verhält es sich mit der **Kognitionstheorie**. Erfahrungen aus schlechten Beziehungen lassen das Selbstwertgefühl schrumpfen und negative Denkmuster entstehen. In der auch hier auftauchenden Theorie der erlernten Hilflosigkeit werden Menschen dann depressiv, wenn sie erwünschte Ziele für nicht zu erreichen und negative Konsequenzen für unvermeidlich halten. Misserfolge werden ausschließlich auf die eigene Person zurückgeführt, während Erfolgserlebnisse anderen Einflüssen zugeschrieben und entwertet werden. Positive Bestätigungen bleiben somit aus und Betroffene haben letztlich das Gefühl, keinerlei Kontrolle über ihr Leben zu haben. Sie verlieren auf diese Weise die Motivation für eigene Aktivitäten und geraten schlimmstenfalls in eine „Lähmung des Willens“ (Seligman 1999, S. 60; Hautzinger 2000, S. 35; Wolfersdorf und Schüler 2005, S. 37)

Organische und biologische Faktoren nehmen zusätzlich eine wichtige Rolle ein. Störungen der Schilddrüsenfunktion, hormonelle Veränderungen während der Schwangerschaft oder auch ein fehlerhafter Vitamin-B12- und Folsäurehaushalt können Depressionen auslösen (ÄZQ und

DGPPN 2015, S. 29). Häufig treten Depressionen als Begleiter anderer Krankheiten auf. Menschen die an einem Hirntumor, einer kardiovaskulären Erkrankung, an Diabetes mellitus Typ 2, an Morbus Parkinson, Multiple Sklerose oder einer Demenzerkrankung leiden, haben ein erhöhtes Risiko auch an einer Depression zu erkranken (Helmchen et al. 1996; Barnett et al. 2012). Gleichzeitig haben depressiv erkrankte Menschen ein höheres Risiko einen Diabetes mellitus Typ 2 zu entwickeln, einen Herzinfarkt zu erleiden (Katon und Ciechanowski 2002) oder an Alzheimer zu erkranken (Xu et al. 2015).

Dabei werden zwei Typen pathogenetischer Zusammenhänge beschrieben. Der erste Typus liegt vor, wenn somatische und psychische Erkrankung unabhängig voneinander existieren. Die Lübecker Allgemeinkrankenhausstudie von Arolt et al. (1997) zeigte diese nebeneinander beschriebene Koexistenz bei ungefähr der Hälfte der untersuchten Patienten/-innen. Beim zweiten Typ ist wie in

Abbildung 6 dargestellt, die somatische Erkrankung der Auslöser für die Depression. Entweder, weil die körperliche Erkrankung psychisch fehlerhaft verarbeitet wird, weil die Erkrankung (z.B. organische Hirnerkrankung) beziehungsweise dessen Behandlung (z.B. Hepatitis C mit Interferon- α) organische Veränderungen hervorrufen, die zu einer Depression führen oder, weil ein gemeinsamer Auslöser, wie chronischer Stress, sowohl für die Entstehung einer Depression, als auch für die Entwicklung eines metabolischen Syndroms verantwortlich sein kann (Arolt und Rothermundt 2003; Holley und Mast 2007). Auch Entzündungsreaktionen des Körpers könnten eine pathophysiologische Rolle spielen. Cepeda et al. (2016) entdeckten in einer Beobachtungsstudie mit 10.036 Untersuchten einen bei depressiv erkrankten Menschen um 30 Prozent höheren Wert des Entzündungsmarkers C-reaktives Protein als bei nicht Erkrankten. Intensiv beforscht wird aktuell auch der Zusammenhang zwischen der Zusammensetzung des Mikrobioms, also der Gesamtheit aller Darmbakterien und der Entstehung von Depressionen. Es existieren Hinweise, dass depressiv erkrankte sowie stressgeplagte Menschen eine weniger vielfältigere Bakterienzusammensetzung im Darm aufweisen. Versuche an Mäusen und Menschen haben zusätzlich gezeigt, dass die gezielte Gabe von Bakterien mit der Nahrung, sogenannte „Mikrobiota“, dass mit Depression und Stress assoziierte

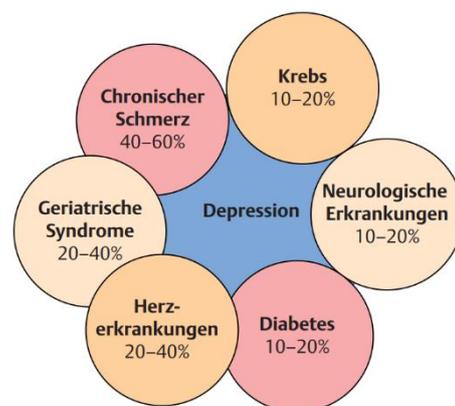


Abbildung 6: Depression als Komorbidität
(Schulz et al. 2012, S. 456)

Abbildung 6 dargestellt, die somatische Erkrankung der Auslöser für die Depression. Entweder, weil die körperliche Erkrankung psychisch fehlerhaft verarbeitet wird, weil die Erkrankung (z.B. organische Hirnerkrankung) beziehungsweise dessen Behandlung (z.B. Hepatitis C mit Interferon- α) organische Veränderungen hervorrufen, die zu einer Depression führen oder, weil ein gemeinsamer Auslöser, wie chronischer Stress, sowohl für die Entstehung einer Depression, als auch für die Entwicklung eines metabolischen Syndroms verantwortlich sein kann (Arolt und Rothermundt 2003; Holley und Mast 2007). Auch Entzündungsreaktionen des Körpers könnten eine pathophysiologische Rolle spielen. Cepeda et al. (2016) entdeckten in einer Beobachtungsstudie mit 10.036 Untersuchten einen bei depressiv erkrankten Menschen um 30 Prozent höheren Wert des Entzündungsmarkers C-reaktives Protein als bei nicht Erkrankten. Intensiv beforscht wird aktuell auch der Zusammenhang zwischen der Zusammensetzung des Mikrobioms, also der Gesamtheit aller Darmbakterien und der Entstehung von Depressionen. Es existieren Hinweise, dass depressiv erkrankte sowie stressgeplagte Menschen eine weniger vielfältigere Bakterienzusammensetzung im Darm aufweisen. Versuche an Mäusen und Menschen haben zusätzlich gezeigt, dass die gezielte Gabe von Bakterien mit der Nahrung, sogenannte „Mikrobiota“, dass mit Depression und Stress assoziierte

Verhalten, positiv beeinflussen können. Auch die Mikrobiotatransplantation von einem gesunden Spender in den Darm einer erkrankten Person verspricht in experimentellen Studien positive Effekte. Beweise in Form von randomisierten kontrollierten Studien stehen allerdings noch aus (Sherwin et al. 2017, S. 9–10).

In allen Fällen muss davon ausgegangen werden, dass Depressionen und körperliche Erkrankungen positiv korrelieren und sich in ihrer resultierenden subjektiven Belastung negativ verstärken. Komorbide Patienten/-innen zeigen eine erheblich stärkere Symptomlast und Mortalität (Katon et al. 2007), beanspruchen das Gesundheitssystem in wesentlich stärkerem Umfang (Maske et al. 2017) und nehmen dauerhaft erheblich mehr Medikamente zu sich (Holvast et al. 2017) als nicht-depressive Personen.

Ebenso können **komorbide psychische Erkrankungen** im Zusammenhang mit der Depression stehen. Die verschiedenen Ursache-Wirkungs-Beziehungen sind dabei identisch mit den somatischen Erkrankungen. Die Depression kann kausal für eine Substanzabhängigkeit sein, eine generalisierte Angststörung wiederum kann kausal für eine depressive Störung sein, eine Verlustfahrdung oder auch mehrere komplexe Faktoren können sowohl eine Depression, als auch eine Angststörung gleichzeitig auslösen. Teilweise sind psychische Erkrankungen auch nicht voneinander abzugrenzen und die Symptomatik von beispielsweise Angst, Depression und Demenz überlagern sich (ÄZQ und DGPPN 2015, S. 20).

Daneben legen Ergebnisse aus der Zwillings- und Familienforschung nahe, dass **genetische Faktoren** einen Einfluss auf das Erkrankungsrisiko haben und entsprechend vulnerable Personen ein erhöhtes Risiko aufweisen. Kinder, deren Eltern bereits an Depressionen litten, erkranken auch häufiger selbst. Arloth et al. (2015) konnten zeigen, dass bestimmte Genvarianten sich ungünstig auf die Glukokortikoid-Rezeptoren auswirken und damit für eine nachteilige Reaktion auf Stresssituationen verantwortlich sind. Damit nimmt das Risiko für psychische Erkrankungen zu. Es gibt Hinweise, dass die selbe genetische Prädisposition, für Depressionen, Schlafstörungen und Schmerzstörungen mitverantwortlich ist (Gasperi et al. 2017). Caspi et al. (2003) vermuten, dass eine Veränderung des Serotonintransportergens „5-HTT“ den generellen Einfluss von stressauslösenden Lebensereignissen auf Depressionen moderieren.

Die genetische Ausgangssituation bleibt jedoch nur ein Koeffizient, der immer in Verbindung mit anderen Wirkfaktoren auftritt (Lützenkirchen 2008, S. 30). Wahrscheinlich ist, dass belastende Umweltfaktoren, die zusätzlich zu einer genetischen Veranlagung wirken, hirnorganische Veränderungsprozesse auslösen, die sich in Störungen der Reizübertragung widerspiegeln. Die Hirnforschung beobachtet dabei eine Neurotransmitterstörungen bei Noradrenalin und Serotonin und schlussfolgert, dass **belastende Erlebnisse** die Funktionsweise des Gehirns verändern können (Wolfersdorf und Schüler 2005, S. 29; J. Bauer 2002, S. 95).

Das Alter selbst, ist wie bereits dargestellt, kein signifikanter Wirkfaktor bei der Depressionsentstehung. Zwar liegt die Vermutung nahe, dass mit zunehmendem Alter auch die Belastungen durch Verluste und Erkrankungen zunehmen (Amrhein et al. 2015), doch gleichzeitig bedeutet ein höheres Lebensalter in der Regel auch gestiegene Problemlösungskompetenzen (Kapitel 2.2.4: Kompensationsansatz), die vor einer Erkrankung schützen (vgl. BMFSFJ 2010, 168). Dennoch können zahlreiche Bedingungen depressionsauslösende Faktoren darstellen, wie sie exemplarisch in Tabelle 4 aufgelistet sind.

Tabelle 4: Häufige depressionsauslösende Bedingungen

- Verlust von wichtigen Bezugspersonen (z.B. Gefahr unzureichender Trauerarbeit)
- Verlust von Bekannten- und Freundeskreis (z.B. durch Tod, Umzug in Heim)
- Verlust von Gewohnheiten in Haushalt, Wohnen, Arbeit Freizeit, Umfeld (z.B. Heim, Rente)
- Abschied von Lebenskonzepten (Bsp. Vom mittleren Lebensabschnitt mit Erwerbsarbeit)
- Nachlassen beziehungsweise Verlust körperlicher Funktionstüchtigkeit und Selbstverfügbarkeit (Bsp. Rheuma)
- Angst vor „Altwerden/Altsein“ als Angst vor Autonomieverlust, Abhängigkeit vor letztem Lebensabschnitt
- objektive materielle Probleme, Wohnungsprobleme, Transportprobleme
- Beziehungsprobleme im höheren Lebensalter (Rollenwechsel: pflegebedürftiger Partner, Überforderung mit Kindern)

(Darstellung in Anlehnung an Wolfersdorf und Schüler 2005, 41)

Ältere Menschen sehen sich konfrontiert mit dem Ende ihrer Erwerbsbiografie und gleichzeitig mit ideellen Altersbildern eines „erfolgreichen Alterns“. Dabei gilt es zu bedenken, dass es zwar somatische Präventionsprogramme zu Ernährung oder auch Bewegung gibt, aber die Planung einer psychosozial befriedigenden Existenz im Alter ist weniger möglich. Insbesondere Frauen, die aufgrund ihrer Erwerbsbiografie wesentlich häufiger von Altersarmut betroffen sind als Männer, weisen hier eine erhöhte Vulnerabilität auf (Wolfersdorf und Schüler 2005, S. 43).

Aus **soziologischer Perspektive** ist dabei die gesamtgesellschaftliche Ausrichtung hin zu einer konkurrierenden subjektbezogenen Leistungsgesellschaft entscheidend für die zunehmende

Bedeutung depressiver Erkrankungen. Auf individueller (Ehrenberg 2008) und auf makroökonomischer Ebene (Ferrari et al. 2013) wird vermutet, dass die Depression die Kehrseite einer **kapitalistischen** Gesellschaft ist, die das kreative, produktive, unternehmerische Individuum als Norm definiert. Wer nicht in der Lage ist, eigenverantwortlich Projekte zu entwickeln und dabei motiviert und flexibel zu sein, dem mangelt es an Initiative (Ehrenberg 2008, S. 245) und: „Der Mangel an Initiative ist die grundlegende Störung des Depressiven.“ (Ehrenberg 2008, S. 223). Diese Entwicklung führt gleichzeitig zur Schwächung von sozialen Bindungen und zunehmender Privatisierung. Das allgegenwärtige Dogma ist laut Ehrenberg, dass alle eine originäre Identität entwickeln und **sich selbst verwirklichen sollen**. Früher hingegen bestand das Ideal der zusammenhaltenden Gesellschaft eher in der Zurückhaltung, im Konformismus und der Unterwerfung. Der Begriff Leistungsgesellschaft unterstreicht im Kapitalismus jedoch, dass es hier weniger um die persönliche Freiheit, als um die Ausbildung von ökonomischer Konkurrenz geht.

Ehrenberg deutet daher die Depression als eine „Krankheit der Verantwortlichkeit“ (Ehrenberg 2008, S. 15). Dieser Lesart zu Folge beginnt die „Karriere“ der Depression mit der zunehmenden Eigenverantwortung eines jeden Einzelnen, dem Zwang zur Autonomie und zur **Selbstoptimierung**. Insbesondere ältere Menschen können diesem Ideal ständiger Aktivität und Initiative nicht entsprechen, da sie durch Berentung aus dem Erwerbsleben ausscheiden und dem Wertekanon der kapitalistischen Leistungsgesellschaft nicht mehr gerecht werden können (vgl. Lützenkirchen 2008, 42).

Dieser Zustand verfestigt sich im Abbau traditioneller Familienstrukturen. Die Unterstützungsleistungen, die ehemals durch den klassischen Familienverbund geboten wurden, sind durch zunehmende Mobilität und demografische Veränderungen zum Teil weggefallen oder durch professionelle Dienstleistungen ersetzt. Insbesondere ältere Menschen leben allein und müssen sich selbst versorgen (Wolfersdorf und Schüler 2005, 165).

Zusammenfassend kann bei depressive Erkrankungen von einer „**multifaktoriellen Ätiopathogenese**“ gesprochen werden, bei der wie in Abbildung 7 schematisch dargestellt, genetische und biologische, entwicklungspsychologische, psychosoziale sowie körperliche Faktoren eine gewichtige Rolle einnehmen. Alle Einzelfaktoren müssen dabei immer im Zusammenspiel von Person und Umwelt betrachtet werden (Brakemeier et al. 2008). Wann genau es zu einer krankhaften Reaktion oder zu einer Anpassung kommt, ist bisher nicht abschließend untersucht.

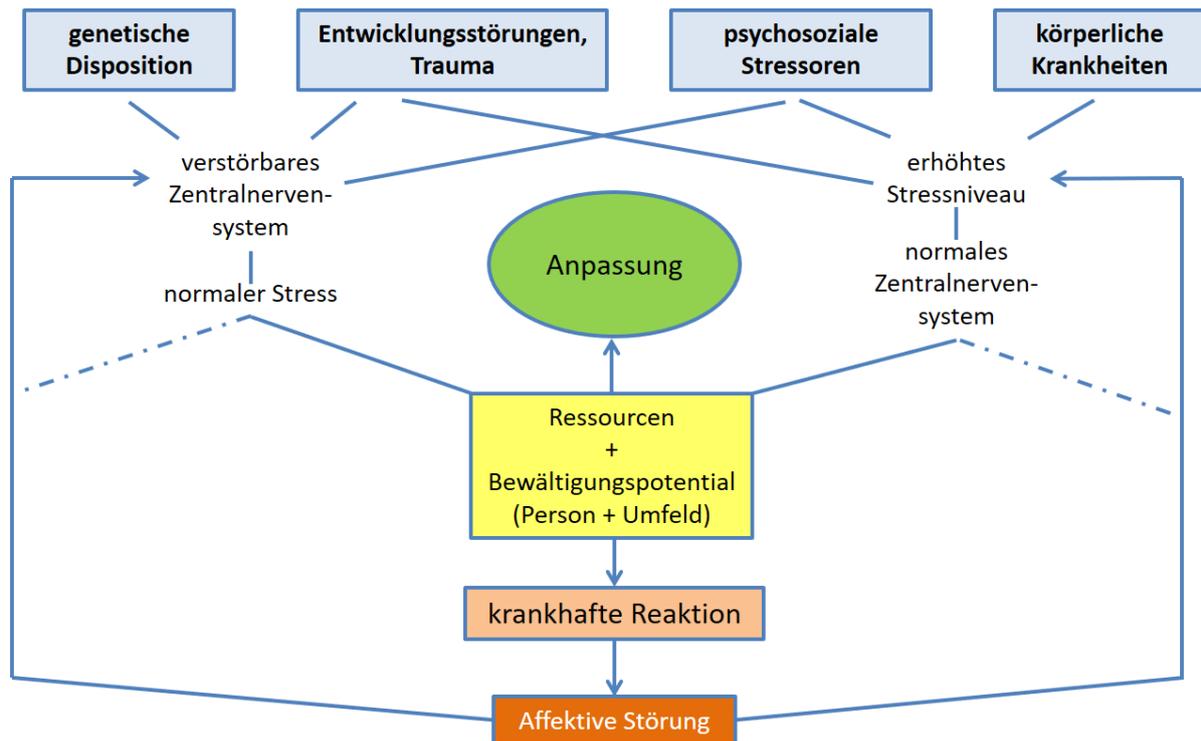


Abbildung 7: Ätiologisches Modell der depressiven Störung nach Callahan und Berrios 2004, S. 7)

2.2 Subjektive Vorstellungen von Gesundheit, Krankheit und Alter

Klassifikatorisch-diagnostische, epidemiologische und ätiologische Ansätze bemühen sich um ein größtmögliches Maß an Objektivität, Messbarkeit und Vergleichbarkeit. Für das Gelingen einer ärztlichen oder nichtärztlichen Behandlung ist jedoch die Betrachtung des individuellen Erlebens von Gesundheit und Krankheit sowie die subjektive Perspektive maßgeblich mitentscheidend (Dierks et al. 2001, S. 23). Sie bestimmt über die wahrgenommenen Einschränkungen und Belastungen, die eine Erkrankung individuell sehr unterschiedlich manifestiert. Darüber hinaus entscheidet die subjektive Perspektive maßgeblich über gesundheitsfördernde Verhaltensweisen sowie der Inanspruchnahme einer Betreuung und der Behandlungstreue (Hoefert und Brähler 2013, S. 238). Beispielsweise unterscheiden Wittchen et al. (1998, S. 10–12) in ihrem „Handbuch Psychische Störungen“ vier Dimensionen für die die Art und Weise der subjektiven Manifestation von psychischen Störungen:

1. wie Menschen ihre Gefühle erleben und äußern,
2. wie sie denken, urteilen und lernen,
3. wie sie sich verhalten,
4. wie sie sich körperlich empfinden.

Im Folgenden sollen zunächst die Paradigmen subjektiver Theorien skizziert werden, um darauf aufbauend, subjektive Theorien von Gesundheit und Krankheit einzuführen. Sie bilden sich vor dem Hintergrund alltäglicher, gesellschaftlicher und professioneller Vorstellungen, sogenannten „sozialer Repräsentationen“. Im Zuge der Vorstellung verschiedener Krankheitstheorien werden gleichzeitig Begriffe wie Patientenkarriere, Krankheitsperspektive und Coping eingeführt. Überaus wichtig bei der Betrachtung älterer Menschen sind überdies die Vorstellungen von normativen Altersbildern und die damit verbundenen Auswirkungen auf subjektive Krankheitstheorien. Auf dieser Grundlage werden anschließend im Kapitel 2.3 die Krankheitsperspektiven depressiv erkrankter älterer Menschen nachgezeichnet.

Eine enge theoretische Verbindung zu subjektiven Theorien hat der Symbolische Interaktionismus. Er findet jedoch in den Schriften zur Subjektorientierung eher implizit statt (Flick 2016, S. 86), daher soll in diesem Kapitel darauf verzichtet werden. Ein kurzer Bezug wird in Kapitel 4.4.4 hergestellt, da er für den erkenntnistheoretischen Hintergrund des Autors elementar ist.

2.2.1 Aspekte Subjektiver Theorien

Das für subjektive Theorien konstituierende subjekttheoretische Paradigma in Psychologie, Soziologie und Erziehungswissenschaften verdichtet sich in einem Subjektbegriff, der ein autonomes, verantwortliches Wesen meint, dass sich in seinen Beziehungen zur Welt erfasst und diese nach seinen Vorstellungen gestalten kann. Dieses Erkenntnissubjekt konstituiert sich, durch ihm eigene „komplexe Kognitionssysteme“, dessen Adäquatheit innerhalb eigener Referenzrahmen unablässig überprüft werden und maßgeblich für sein individuelles Verhalten sind (Groeben und Scheele 2000). Subjektive Theorien sind dabei hoch komplex, da sie grundsätzlich jegliches verfügbares Wissen beinhalten können (Flick 1991a, S. 14). Sie positionieren sich damit diametral gegen vereinfachende psychologisch behavioristische Konzepte (Skinner 1973) in denen ausschließlich beobachtbares Verhalten in den Blick genommen wird.

Dementsprechend postulieren die Begründer des Forschungsprogramms Subjektive Theorien Groeben und Scheele (2010) die interpersonale Forschung, die dem Subjektmodell gerecht werden will, immer Verhaltensdimensionen zusammen mit „internalen Kognitionsaspekten“ untersuchen muss. Sie berücksichtigen dabei in besonderer Weise, dass Menschen nicht immer

und überall rational handeln, beziehungsweise ihre Rationalitätsfähigkeit und Handlungskompetenz oft von latenten Motiven beeinflusst werden. Subjektive Theorien unterscheiden sich somit vom allgemeinen Gültigkeitsanspruch anderer wissenschaftlicher Theorien.

Das rationale realitätsadäquate Handeln ist insbesondere in Situationen der Desintegration von Emotionen und Kognitionen wie sie bei psychischen Erkrankungen auftreten eingeschränkt (Groeben und Scheele 2010, S. 153). Der alleinige Rückgriff auf die Disposition bspw. eine depressive Erkrankung kann aber immer nur eine unvollständige Erklärung liefern (Groeben 1986, S. 278–280). Doch auch wenn das rationale realitätsadäquate Handeln zuweilen oder überwiegend eingeschränkt ist, beschreibt u.a. der Soziologe Alfred Schütz (1953), dass jedem menschlichen Handeln ein subjektiver Sinn inhärent ist, auch wenn dies nicht unmittelbar sondern nur rückblickend zu erkennen ist:

„They become meaningful if I grasp them as well-circumscribed experiences of the past and, therefore, in retrospection. Only experiences which can be recollected beyond their actuality and which can be questioned about their constitution are, therefore, subjectively meaningful.“ (Schütz 1945, S. 535)

Die Entdeckung dieses subjektiven Sinns ist die Aufgabe subjektorientierter Forschung. Sie greift dabei unter anderem auf das frühe Konzept „Persönlicher Konstrukte“ des Psychologen George Kelly (1955, S. 74–127) zurück, wonach sich „Menschen als Wissenschaftler“ verstehen und ihre eigene Lebenswelt aktiv planend, modellbildend, hypothesenkonstruierend und -testend kreieren (Flick 1991b, 14ff). Diese Lebenswelt ist zwar nicht im wissenschaftlichen Sinne strukturiert, aber sie bildet die Gesamtheit der subjektiven Wahrnehmung der Welt. Sie muss von den Forschenden bestmöglich rekonstruiert werden, damit der subjektive Sinn phänomenologisch (Husserl 2012) entdeckt und nachvollzogen werden kann. Subjektorientierte Forschung zwingt dementsprechend dazu, den einzelnen Menschen in seiner gegenwärtigen Lebenssituation anzuerkennen und ihn auch dann als handelnd und verantwortlich zu begreifen, wenn es sich um ein augenscheinlich „leidendes Opfer“ handelt.

Nach Michael Winkler (1988, S. 147–153) konstituiert sich ein Subjekt durch die nie endende, individuelle, aktive **Aneignung der Umwelt**, die ihm objektiv also gegenständlich gegenübersteht. Der Prozess vollzieht sich in der Konfrontation mit konkreten Sachbedingungen, der „Objektivität“. Bei der Aneignung gibt das Subjekt seinen sicheren „Modus der Identität“ (Winkler

1988, S. 153) temporär auf und wechselt in eine Phase der „Nichtsubjektivität“, als Voraussetzung für den Aneignungsprozess. Winkler meint damit, dass der Mensch im Lernprozess bereit sein muss, seine bisherigen Denkmuster zu erweitern und ggf. zu revidieren. Er riskiert dabei den eigenen Subjektstatus und verlagert seine Subjektivität in die Zukunft. Er hat also eine Perspektive über den Ausgang des Aneignungsprozesses. Anschließend wird das potentiell Angeeignete im gesellschaftlichen Kontext am Maßstab der „Normalität“ gemessen. Wenn diese Herausforderung durch die Fähigkeiten des Subjekts produktiv bearbeitet werden konnte, tritt der Modus der Identität wieder ein und die Person fühlt sich in seiner Handlungsfähigkeit bestätigt. Da die beschriebenen Schritte jeweils von der Umwelt und von der variablen Verfasstheit des Individuums beeinflusst werden, ist dem Aneignungsprozess eine omnipräsente Kontingenz inhärent.

Als Voraussetzung und Ergebnis eines erfolgreichen **Aneignungsprozesses** beschreibt der Sozialpädagoge Winkler den Modus des Könnens, der letztlich akkumulierte „Aneignungsakten“ meint. Entwickelte Subjektpotenziale ergeben die Subjektivität. Wenn jedoch die Phase der Nichtsubjektivität (Winkler 1988, S. 152), nicht überwunden werden kann und das Aneignungshandeln behindert ist, kann ein produktiver Umgang mit der Umwelt nicht entstehen. Das Subjekt gerät in den Modus der Differenz. Jedes Subjekt ist zeitweise mit diesem Zustand konfrontiert und der ein oder andere Aneignungsgegenstand bleibt fremd, doch wenn eine Verfestigung eintritt, beispielsweise durch unzureichende kognitive Fähigkeiten oder auch als Überlebensstrategie, kann das Subjekt die Kontrolle über seine Lebensbedingungen verlieren. Eine weitere Entwicklung aus eigener Kraft ist dann kaum noch möglich. Winkler spricht ab hier vom absoluten Modus der Differenz: Der Zusammenhang zwischen eigenem Handeln und der realen Welt ist dem Subjekt entglitten, es fühlt sich uneins mit der Gesellschaft, einer fremden Kontrolle unterworfen und wird handlungsunfähig (Winkler 1988, S. 164).

2.2.2 Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Typen subjektiver Gesundheitstheorien

Der vorangegangene Aneignungsprozess insbesondere in seiner Kontingenz vollzieht sich ebenso bei der subjektiven Interpretation der eigenen Gesundheit beziehungsweise Krankheit. Die wissenschaftlichen Zugänge zu diesem Forschungsgebiet sind vielfältig.

Die **Medizinsoziologie** versteht ebenso „Krankheit als einen Prozess der Interaktion zwischen Individuen und ihrer Umwelt“ verschiebt jedoch den Schwerpunkt von der individuellen Definition von Krankheit auf die soziale Konstruktion von Gesundheit und Krankheit, die sich aus Kultur, Politik, Moralvorstellungen und Zeitgeist speist (Richter und Hurrelmann 2016, 12ff). Die **Sozialpsychologie** beschreibt ein ähnliches Modell von „Bildern, Glaubensinhalten und symbolischen Verhaltensweisen“ und nennt dies u.a. „Soziale Repräsentation“ (Moscovici 2001, 41ff) von Krankheit und Gesundheit, die bei der wissenschaftlichen Rekonstruktion von subjektiven Krankheitsbildern zwingend mit in den Blick genommen werden müssen.

Subjektive Gesundheits- und Krankheits-schemata haben auch in der **Gesundheitspsychologie** einen sehr hohen Stellenwert. Sie besitzen entscheidenden Einfluss auf die individuelle Wahrnehmung von Gesundheitsrisiken sowie auf die Umsetzung gesundheitsförderlicher Verhaltensweisen und bilden damit die Grundlage bei der zielgruppenspezifischen Konzeption präventiver und kurativer Angebote (Flick 1991b, S. 27). Subjektive Gesundheitstheorien entscheiden zudem auf individueller Ebene darüber, welchen Einfluss, Betroffene sich auf ihren Gesundheitszustand zuschreiben und mit welcher Logik sie gesundheitsbezogene Maßnahmen, sogenanntes „Gesundheitshandeln“ ergreifen oder unterlassen (Faltermaier et al. 1998, S. 312).

Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit sind dementsprechend disziplinenübergreifend ein Konglomerat aus alltäglichen sowie wissenschaftlichen Theorien, konkreten Erfahrungen und Kompetenzen. Zur Rekonstruktion dieser Einflussfaktoren eignen sich insbesondere qualitative Studien (Faller et al. 1991). In einer Zusammenfassung vielfältiger qualitativer Untersuchungen von Faltermaier et al. (1998, S. 312) wird einen Gesundheitsbegriff gezeichnet, der sich durch die Dimensionen: psychisches Wohlbefinden (psychische Ausgeglichenheit, Zufriedenheit, positive Stimmung), Leistungsfähigkeit (im Hinblick auf die Erfüllung von Rollenverpflichtungen), körperliche Stärke (Robustheit, Widerstandsfähigkeit und Energiepotential) und die Abwesenheit von Krankheit auszeichnet.

Faltermaier und Kühnlein (1998) untersuchten subjektive Gesundheitstheorien zusätzlich in Hinblick auf das damit verbundene Gesundheitshandeln von 61 „subjektiv gesunden Laien“ in qualitativen Interviews unter Berücksichtigung des biografischen und sozialen Kontexts. Die Befragten waren zwischen 20 und 50 Jahren alt und bestanden zur Hälfte aus Handwerkern und

zur anderen Hälfte aus Verwaltungsangestellten. Die Autoren entdeckten **vier Typen von subjektiven Gesundheitstheorien**:

1. Die Personen der ersten Gruppe sehen sich vornehmend durch Umweltfaktoren und ihren persönlichen Lebensstil gefährdet und ihr Gesundheitshandeln zielt darauf ab, Risiken zu minimieren.
2. Bei der zweiten Gruppe steht die Erhaltung und Stärkung externer oder interner Ressourcen wie der körperlichen und psychischen Disposition, der eigenen Lebensweise und der sozialen Umwelt. Die Ressourcen gelten hier als Widerstandskräfte um *negative Einflüsse abzuwehren*.
3. *Der dritte Typus beschreibt ein Kompensationsmodell. Risiken in einem Lebensbereich wie der Erwerbsarbeit können durch körperliche, psychische und soziale Ressourcen in anderen Lebensbereiche ausgeglichen werden.*
4. *Angehörige der vierten Gruppe beschreiben sich als passive Opfer zufällig eintretender Einflüsse auf die Gesundheit. Prävention und die Wiederherstellung von Gesundheit sehen sie allenfalls als Aufgabe von Ärztinnen und Ärzten.*

Die Typologie zeigt eindrücklich, je komplexer die wahrgenommene Wechselwirkung von gesundheitlichen Gefährdungen und Schutzfaktoren, desto größer die individuelle Kontrollüberzeugung und desto größer wird auch der subjektive Handlungsspielraum beschrieben. Das daraus resultierende konkrete Gesundheitshandeln kann auf Ebene der kognitiven Gesundheitsüberzeugungen aber nicht vorhergesagt werden. Außerdem wichtig ist die Betrachtung des subjektiven Stellenwerts von Gesundheit sowie der Lebenskontext in dem das Gesundheitshandeln umgesetzt werden kann. Faltermaier und Kühnlein (1998) beschreiben zum Abschluss ihrer Untersuchung:

„Das gesundheitsbezogene Handeln steht im Alltag immer in Konkurrenz mit anderen Handlungszielen und -anforderungen. Dabei wird es Zielkonflikte geben, selbst dann, wenn Gesundheit einen sehr hohen Stellenwert im Leben einnimmt.“

Amann und Wipplinger (1998, S. 170) beschrieben hingegen in einer Übersichtsarbeit vereinfacht, dass das Gesundheits- und Krankheitsverhalten maßgeblich vom Wissen über eine Erkrankung und dem Bewusstsein über die komplexen ätiologischen Zusammenhänge abhängig ist.

2.2.3 Subjektive Krankheitstheorien, Patientenkarrieren und Coping

Die subjektiven Theorien von Krankheit und Gesundheit sind entscheidend von der persönlichen Betroffenheit abhängig. Während die vorangegangene Untersuchung vornehmlich die individuellen Interpretationen von gesellschaftlichen Vorstellungen beziehungsweise „sozialen Repräsentationen“ von Gesundheit und Krankheit abbildet, ergänzt bei der Betrachtung von erkrankten Personen noch das individuelle Krankheitserleben die subjektive Theorie.

Uwe Flick (1991b, S. 25) zeichnet diesen kognitiven Prozess angelehnt an Klaus Dörner (1975, S. 150–177) und sehr nahe an Leventhal et al. (1992, S. 144) im Begriff der „**Patientenkarrriere**“ nach. Im ersten Stadium „Symptomerfahrung“ sucht das Subjekt nach Erklärungen und Definitionen für etwas, das nicht stimmt, was es als ungesund definiert. Die zweite Phase „Ich bin krank“ beschreibt die Bewusstwerdung des Krankseins und erster eigener Interventionen vor dem Hintergrund subjektiver Gesundheitstheorien. Das dritte Stadium „Ich muss zum Arzt“ beschreibt das Aufsuchen professioneller Hilfe und die Gewährleistung einer medizinischen Diagnose, die in die vierte Phase „Ich bin Patient“ mündet, in der es vor allem um das Vertrauen in die Behandlung und die Compliance, aber auch um die Reaktionen aus dem Umfeld geht. Das fünfte Stadium „Werde ich gesund“ bildet den chronologischen Abschluss bei der Entstehung subjektiver Krankheitstheorien und vereint die individuellen Erfahrungen, die sozialen Repräsentationen und die prognostische Einschätzung (Flick 1991b, S. 25). Alle, aber vor allem der letzte Prozessabschnitt macht für Erving Goffman (1959, S. 127) den Wert des Begriffs **Patientenkarrriere** aus, da er den Schnittpunkt zwischen persönlicher Entwicklung und gesellschaftlichen Institutionen ausmacht und hilft, diesen Einflüsse nachzuzeichnen:

„The concept of career, then, allows one to move back and forth between the personal and the public, between the self and its significant society, without having overly to rely for data upon what the person says he thinks he imagines himself to be.“

Uta Gerhardt (1986, 25f) spricht diesbezüglich noch der Statusdimension ein besonderes Gewicht zu, da sie insbesondere bei chronischen Erkrankungen den sozioökonomischen, das heißt den beruflichen, den finanziellen und den familiären Status bedroht sieht. Der Begriff Karriere drückt dementsprechend auch die gesellschaftlichen Rangkämpfe im Sinne Pierre Bourdieus (2015) aus, die im Sozialraum unter dem Einfluss der Erkrankung ausgetragen werden.

In Bezug auf subjektive Krankheitstheorien und Patientenkarrieren hat sich analog zum oben beschriebenen Begriff des Gesundheitshandelns, der Begriff **Krankheitsbewältigung** oder synonym der Begriff **Coping** entwickelt. Er beschreibt die Bewältigungsreaktionen auf die krankheitsbedingte Störung über alle Phasen hinweg, die zum einen, selbstverständliche Verhaltensweisen im Alltag, aber auch tiefergreifende Störungen des subjektiven Erklärungssystems betreffen (Gerhardt 1986, S. 38), wie sie insbesondere bei psychischen Störungen wie den Depressionen zu finden sind. Dabei finden sich enge Beziehungen zum allgemeinen Bewältigungsverhalten beziehungsweise mit Theorien der **Stressbewältigung**.

Die allgemeine Lebensbewältigung als Streben nach psychosozialer Handlungsfähigkeit in kritischen Lebenskonstellationen (Böhnisch und Schröder 2013, S. 30) wird dabei auf kognitive Prozessketten fokussiert, die von einem stressauslösenden Krankheitsereignis ausgelöst werden. Beeinträchtigt wird also die individuelle Lebenslage in Verbindung mit den zugeschriebenen subjektiven Vorstellungen über die Erkrankung und den damit verknüpften Lebensbeeinträchtigungen. Insbesondere die diesbezüglichen subjektiven Kontroll- und Kompetenzeinschätzungen, das eigene Selbstbild, die Persönlichkeit und die verfügbare soziale Unterstützung entscheiden über den Übergang in problemorientierte und emotionsregulierende Bewältigungsstrategien. Das Ge- oder Misslingen dieser Copingstrategien entscheidet mit über den Anpassungsprozess, den das Subjekt als Reaktion auf die Erkrankung gestaltet (Lazarus und Folkman 1984, S. 44).

Gerhardt (1986, S. 34) beschreibt diesen Vorgang auch als psychologisches Coping und meint damit analog zu Lazarus und Folkman (1984) die kognitive Verarbeitung bei der das Individuum versucht, durch Deutungsleistungen, bestenfalls zurückgreifend auf ein positives Selbstbild oder einem Bewusstsein der Umweltkontrolle, zu einer weniger bedrohlichen Sicht der Erkrankung zu gelangen. Hieraus können dann neue Anpassungsleistungen an die Umgebung resultieren, die sich mit den „Bedingungen der reduzierten Kräfte und Möglichkeiten“ harmonisiert.

Geleistet wird Coping in Hinblick auf die Erkrankung und ihre Auswirkungen nicht allein durch das Subjekt, sondern ebenso durch die Familie, das soziale Umfeld und die Gesellschaft, die insbesondere in der sozialökonomischen Existenz eine entscheidende Mitverantwortung trägt (Gerhardt 1986, S. 38).

Während der beschriebene Anpassungsprozess von Lazarus und Folkman (1984) weiterhin gültig ist, gilt die Dichotomie aus problemfokussierendem und emotionalen Bewältigungsstrategien als unterkomplex. Skinner et al. (2003, S. 227) stellten fest, dass Bewältigungsstrategien in erster Linie Aktionen und keine Funktionen sind. Vielmehr können einzelne Aktionen sogar mehrere Funktionen besitzen. Bei der Suche nach einer anderen Struktur stießen sie auf eine reichhaltige Differenzierung unterschiedlichster Copingstrategien. Skinner et al. (2003) entdeckten bei der Analyse von 100 Assessments über 400 unterschiedlich benannte Arten der Krankheitsbewältigung und identifizierten letztlich zwölf Kernkategorien. Diesen ordneten sie wie in Tabelle 5 dargestellt verschiedene Funktionskategorien zu.

Tabelle 5: Verknüpfung zwischen Copingfamilie, Anpassungsprozess und den damit verbundenen Funktionen. In Anlehnung an Skinner et al. (2003, S. 247)

Copingfamilie/Bewältigungsarten	Hauptfunktion im adaptiven Prozess	Adaptive Prozesse
Problemlösung strategisches Denken, instrumentelles Handeln, Planen	Maßnahmen anpassen, damit sie wirksam sind	Koordination von Möglichkeiten und Aktionen in der Umgebung
Informationsgewinnung Lesen, Beobachten, Andere fragen	Mehrere Möglichkeiten finden	
Hilflosigkeit Verwirrung, kognitive Störung, kognitive Erschöpfung	Grenzen der Handlungen finden	
Flucht Kognitive Vermeidung, Verhaltensvermeidung, Verweigerung, Wunschdenken	Flucht aus nicht vorhergesehener Umgebung	
Selbstvertrauen Emotionsregulierung, Verhaltensregulierung, emotionaler Ausdruck, Emotionsansatz	vorhandene sozialen Ressourcen schützen	Koordination von Eigenständigkeit und sozialen Ressourcen
Unterstützung suchen Kontakt suchen, Komfort suchen, Instrumentelle Hilfe und spirituelle Unterstützung	vorhandene soziale Ressourcen nutzen	
Delegation Hilfe suchen, Beschwerden, Weinen Selbstmitleid	Grenzen der Ressourcen finden	
Isolation sozialer Rückzug, Verbergen, Meidung anderer	von belastenden Beziehungen zurückziehen	
Zugeständnis Ablenkung, kognitive Umstrukturierung, Minimierung, Akzeptanz	flexibel Präferenzen an Optionen anpassen	Koordination von Präferenzen und verfügbaren Optionen
Verhandlung Feilschen, Überzeugen, Prioritäten setzen	neue Optionen finden	
Aufgeben Grübeln, Aushalten, negative Gedanken	Präferenzen aufgeben	
Widerspruch Andere verantwortlich machen, Projektion, Aggression	Restriktionen entfernen	

Damit einhergehend wird auch die grundsätzlich Unterscheidung zwischen **adaptiven und maladaptiven** Copingstrategien (Lazarus und Folkman 1984, S. 134) in Frage gestellt. Während adaptive Bewältigungsstrategien eine umfassende und vor allem produktive Anpassung an das Krankheitsereignis beschreiben, bezeichnen maladaptive Copingstrategien eher situationsbezogene Reaktionen, in denen die Ablenkung und Vermeidung im Vordergrund steht. In Verbindung stehen damit auch problematische Folgen wie zum Beispiel in Form von Abhängigkeiten (Jauregui et al. 2017). Skinner et al. (2003, S. 231) konstatieren jedoch, dass es nicht möglich ist, partikulare Bewältigungsaktionen zweifelsfrei zuzuordnen.

2.2.4 Altersbilder als Teil subjektiver Theorien

Altersbilder sind soziale Repräsentationen, die innerhalb subjektiver Theorien einen erheblichen Stellenwert einnehmen (Walter et al. 2006, S. 47). Individuell haben sie vor allem Einfluss auf die Bewertung der eigenen Bewältigungsanstrengungen, die mit dem persönlichen Alterungsprozess in Verbindung stehen. Problematisch können Altersbilder daher sein, wenn sie übergeneralisierende Charakterisierungen beinhalten, die den Handlungsspielraum der Menschen einschränken (Mayer und Filipp 2005, S. 30; Meier und Schröder 2007, S. 33).

Der Prozess des Alterns beschreibt ein lebenslanges dynamisches Entwicklungskonzept, das sich durch Kontinuität im Wandel auszeichnet. Es vollzieht sich individuell, vor einem biografischen Hintergrund, auf biologischem, sozialen, ökonomischen wie geschichtlichem Gebiet (Wahl und Heyl 2004, S. 17; Wolfersdorf und Schüler 2005, S. 8). Das Alter wie auch das Geschlecht, ist in unserer Gesellschaft ein kultureller Code, eine wichtige soziale Kategorie, die sich aus verschiedenen **Dimensionen** zusammensetzt (BMFSFJ 2010, S. 53). Die Geläufigste ist das chronologische oder auch kalendarische Alter, welches schlicht die absolvierten Lebensjahre beziffert. Die biologische Dimension beschreibt den individuellen Alterungsverlauf des menschlichen Organismus. Davon abhängig kann das psychisch/subjektive Alter sein, welches das spezifische Selbstkonzept, also die Einschätzung über das persönliche Alter und die dazugehörigen Fähigkeiten meint. Die soziale Dimension wiederum wird von der Gesellschaft bestimmt. Sie schreibt verschiedenen Jahrgängen unterschiedliche soziale Rollen zu. Dazu gehören unter anderem das generelle Erscheinungsbild oder der Familienstand. Dabei gilt:

„Alter ist relativ, weil es keine allgemeingültige Übereinstimmung zwischen kalendarischem Lebensalter und Persönlichkeitsmerkmalen gibt.“ (Meier und Schröder 2007, S. 24).

Zur Vereinfachung wird meist die chronologische Dimension verwendet. Sie verdeckt allerdings die vielseitigen Leistungspotentiale und die individuellen Erscheinungsformen des Alterns.

Die vermeintlich objektiven Kategorien zur Bestimmung des Lebensabschnittes sind zudem mit einer Fülle von Assoziationen verknüpft, die in vier Modellen zusammengefasst werden können (Prahl und Schroeter 1996, S. 85). Das **Defizitmodell** herrschte bis in die 1960er Jahre vor und setzte den Alterungsprozess mit dem generellen Abbau intellektueller, emotionaler und körperlicher Leistungsfähigkeit gleich. Altersbedingte Mangelerscheinungen können demnach weder vermieden, noch behoben werden (van den Berg 2007, S. 51). Der Defizitansatz genießt heute nur noch historische Bedeutung und gilt wissenschaftlich als überholt. Sein anhaltender Einfluss auf die Entstehung gegenwärtiger Altersbilder, sollte jedoch nicht unterschätzt werden.

Die **Disengagementtheorie** besagt auf ähnliche Weise, dass mit zunehmendem Alter ein Rückzug des Individuums aus Rollen und Aktivitäten der mittleren Jahre stattfindet. Die verminderte Interaktion führt demnach zu Veränderungen der Persönlichkeit und zu Beeinträchtigungen der physischen Merkmale. Dieser Prozess galt als unvermeidbar, natürlich und durch die Gesellschaft institutionalisiert. Wie der vorangegangene Ansatz verlor auch diese Theorie zumindest ihre fachliche Bedeutung Mitte der 1970er Jahre (Meier und Schröder 2007, S. 25).

Das **Kompetenzmodell** hingegen geht von einer grundsätzlichen Zweiteilung aus. Tendenziell nimmt die mechanische (fluide) Intelligenz mit zunehmendem Lebensalter ab. Das heißt der Mensch ist weniger in der Lage, neues Wissen aufzunehmen und sich neuen Situationen anzupassen. Gleichzeitig wird aber die erarbeitete pragmatische (kristalline) Intelligenz weitgehend bewahrt. Erworbene Kompetenzen wie berufliches Wissen und soziale Fähigkeiten bleiben erhalten und können angewendet werden (Meier und Schröder 2007, S. 26). Anfang der 90er Jahre entwickelte sich der **Kompensationsansatz**. Er geht ebenfalls davon aus, dass es im Alter nur zum Teil zu einem Abbau der körperlichen und geistigen Leistungsfähigkeit kommt. Auch hier kann die fluide Intelligenz abnehmen, und der Körper verliert Muskelstärke oder auch Hörvermögen. Jedoch hält sich dieser Vorgang, im Sinne der Kompensation, die Waage mit ansteigenden Fähigkeiten wie Lebenserfahrung, Verantwortungsbewusstsein, Genauigkeit und Beurteilungsvermögen. Ebenso kann jeder Bewältigungsprozess ein neuer **Resilienzfaktor** werden, der insgesamt die Widerstandsfähigkeit der Persönlichkeit erhöht (Baltes und Carstensen

1996). Das Kompensationsmodell unterstreicht eine stetige Weiterentwicklung bis ins hohe Alter (Meier und Schröder 2007, S. 27)

Das Merkmal Alter kann dementsprechend keine wertfreie Definition anbieten, dass was Altern bedeutet erschließt sich nur mittelbar in gesellschaftlichen Vorstellungen (Meier und Schröder 2007, S. 29). Altersbilder sind immer soziale Konstruktionen, die sich oft unbewusst in Beobachtererwartungen niederschlagen. Sie bestimmen das kollektive Wahrnehmungsergebnis, mit dem ältere Menschen bewertet werden und sind stets an normative Prämissen wie Fortschritts-, Technik- und Leistungsbilder gekoppelt. Deutschland ist eine wettbewerblich organisierte Leistungsgesellschaft und orientiert sich demnach an der Leistungsfähigkeit. Alter wird dabei zunehmend zu einem Selektionskriterium. Im politischen Diskurs werden oft Bilder wie „Demografie-Falle“, „Alterslast“, „Altersarmut“, „Überalterung“ und „Wandel des Sozialstaates“ instrumentalisiert, die vor allem stigmatisierend auf ältere Menschen wirken (Meier und Schröder 2007, S. 21–33). Böhnisch und Schröder (2013, S. 127) kritisieren in diesem Zusammenhang auch die gesellschaftliche Rollenlosigkeit des Alters, die sich subjektiv schnell in Orientierungslosigkeit niederschlagen kann. Insbesondere wenn sie ökonomisch nicht abgesichert sind, kann sich die subjektive Wahrnehmung der eigenen Kompetenzen regressiv entwickeln.

Weiterhin sind die vorherrschenden Verwandtschaftsmuster zu beachten. Wenn verschiedene Generationen wie in Deutschland nicht zusammenleben, suchen sie sich vornehmlich Kontakte in ihrer Altersgruppe. Es herrscht dann eine nicht zu leugnende Distanz zwischen den Altersstufen (Prahll und Schroeter 1996, 75f). Darüber hinaus vermitteln Körperideale und ästhetische Vorstellungen ein Bild über die Attraktivität des Alters. Weiße Haare können beispielsweise als Zeichen von Weisheit oder als körperlicher Verfall gedeutet werden. Einen besonderen Einfluss auf diese Wahrnehmung nehmen die Medien ein. Letztlich muss auch die quantitative Altersverteilung berücksichtigt werden. Der bloße Bevölkerungsanteil älterer Menschen bestimmt über Exklusivität oder Massenhaftigkeit und bestimmt damit das jeweilige Erscheinungsbild maßgeblich mit (Prahll und Schroeter 1996, S. 75–78).

Assoziationen mit dem Prozess des Älterwerdens besitzen ein breites Spektrum und reichen von Hinfälligkeit oder Einsamkeit, bis zur Biografie als Schatztruhe (Wahl und Heyl 2004, S. 18). Die Gruppe der älteren Menschen gilt heute als heterogenste Altersgruppe überhaupt. Positive Überzeichnungen werden ebenso verbreitet: „Sie reisen über den Globus, sie surfen im Internet und besuchen Universitäten.“ (Wahl und Heyl 2004, S. 22). Ein positives Altersbild ist eine

wesentliche Voraussetzung für die Entwicklung und Aufrechterhaltung eines positiven Selbstbilds von älteren Menschen. Es gilt jedoch, dass so wie die Gesellschaft die Älteren sieht, so sehen sie sich häufig auch selbst (Meier und Schröder 2007, S. 32).

Es entstehen also offene oder latente Erwartungen und Maßstäbe über den eigenen Altersprozess. Sie werden „**Possible Selves**“ genannt und sind ein wichtiger Prädiktor für erfolgreiches Altern. Nach Erikson (2007) sind sie verantwortlich für das Ergebnis der letzten psychosozialen Krise des Lebenslaufes, dem mit dem Alter korrelierenden Verlust sozialer Rollen (Wahl und Heyl 2004, S. 173).

Mayer und Filipp (2005, S. 30) stellen nach Sichtung zahlreicher qualitativer Studien zu Altersbildern fest, dass zwar ein stark differenziertes Bild des Alterns in der Gesellschaft vorherrscht, dieses jedoch in der Regel negativ gefärbt ist. Genannte Vorzüge des Alters sind meist die Freiheit von beruflichen Verpflichtungen, mehr Freizeit, Unabhängigkeit, Gelegenheit zur Entspannung, Selbstakzeptanz und eine größere Familienbezogenheit. Negativ hingegen wird vor allem die Verschlechterung des Gesundheitszustands, die damit verbundenen Einschränkungen in der Mobilität, soziale Probleme wie Einsamkeit und Armut sowie eine abnehmende Gedächtnisleistung beschrieben.

Es wirken jedoch nicht nur negative Auffassungen hemmend auf das Selbstkonzept von älteren Menschen. Auch positiv **überzeichnete Altersbilder** können den Selbstwert schmälern (BMFSFJ 2010, S. 145). „Wer altert ist selber schuld. Alte werden nur noch dann bewundert, wenn sie einen Pilotenschein erwerben oder bei einem Marathon mitlaufen.“ (Mayer und Filipp 2005, S. 30; Nourney 2006, S. 56).

2.2.5 Subjektive Theorien und Bilder von Gesundheit im Alter

Subjektive Theorien über Gesundheit, Krankheitstheorien und Patientenkarrieren zeichnen sich nach Walter et al. (2006, S. 111) in Verbindung mit Altersbildern durch fünf Spezifika aus:

1. **Multimorbidität**, die das gleichzeitige Vorhandensein mehrerer Erkrankungen beziehungsweise pathologischer Symptome bezeichnet.
2. **Kontextabhängigkeit**, was die soziale Repräsentation der Erkrankung beziehungsweise der altersbedingten physiologischen Veränderung und den Einfluss der Biografie, der Familie und die individuelle Eingebundenheit in ein soziales Netz auf die Erkrankung meint.

3. **Exposition**, die vor allem Umgebungseinflüsse und Situationen wie Krankheitserreger, Luftverschmutzung, mangelhafte Ernährung, aber auch Rauchen meint.
4. **Plastizität**, die analog zum oben eingeführten Begriff Coping, die Möglichkeit meint, durch gezielte Gegenmaßnahmen Abbauprozessen entgegenzuwirken und eigene Ressourcen produktiv zu entwickeln.
5. **Kompensation**, welche den Ausgleich gesundheitlicher Einschränkungen durch verstärkte Anstrengungen in anderen Bereichen meint.

Analog dazu unterscheidet Kruse (2010, 86ff) fünf Dimensionen, die subjektive Gesundheit im Alter determinieren: Erstens, das Fehlen von Krankheiten und Symptomen, zweitens, ein optimaler funktionaler Status, drittens, eine aktive, selbstverantwortliche, persönlich zufriedenstellende Lebensgestaltung, viertens, eine gelingende Bewältigung von Belastungen und Krisen und fünftens, ein individuell angemessenes System medizinisch-pflegerischer und sozialer Unterstützung.

Einmal mehr wird deutlich, dass die Untersuchung von Gesundheit im Alter immer persönliche Faktoren wie Lebensstil, Belastungen und Kompensationsfähigkeiten sowie Umweltfaktoren miteinschließen und vor dem Hintergrund sehr heterogener Altersbilder betrachten muss. Walter et al. (2006, S. 112–115) beschrieben diese Dimensionen von Gesundheit im Alter auch in einer qualitativen Studie mit Ärzte/-innen und Pflegekräften in der sie drei Typen identifizierten. Ein Typ betrachtet Gesundheit im Alter als Realität, die täglich bei den Patienten beobachtet wird, ein Typ betrachtet Gesundheit im Alter als erstrebenswertes Ziel und der dritte Typus definiert Gesundheit im Alter als eine Illusion.

Als determinierend für diese Typologie beschreiben Walter et al. (2006, S. 112–115), ob in der körperlichen Dimension **Normaler Verschleiß** als obligatorisch und zu bewältigen eingeschätzt oder ob dieser bereits als krankhaft definiert wird. Ärzte und Pflegekräfte der ersten beiden Typen finden, der Umgang mit den Einschränkungen sowie eine aktive und positive Lebenseinstellung sind entscheidend:

„Gesundheit im Alter wird definiert als Fähigkeit trotz gesundheitlicher Belastungen, Einschränkungen oder vorhandenen Krankheiten ein zufriedenes und sinnerfülltes Leben führen zu können.“ (Walter et al. 2006, S. 116)

Dabei wird herausgestellt, dass **Mobilität als Voraussetzung** zur Teilhabe am sozialen Leben, **kognitive Fähigkeiten, Unabhängigkeit, Selbstständigkeit und Selbstbestimmtheit** bei der Bewältigung von Alltagsanforderungen, und vor allem **soziale Integration und Teilhabe** einen höheren Stellenwert haben, als die reine medizinische Gesundheit (Walter et al. 2006, S. 119).

2.3 Krankheitsperspektiven bei depressiven Erkrankungen im Alter

Wenn Gesundheit im Alter als subjektiv gelingender Aneignungsprozess an die „normalen Verschleißerscheinungen des Alters“ betrachtet wird, erscheint die depressive Erkrankung als Ergebnis eines misslungenen Alterungsprozesses (Hüll 2017). Abbildung 8 fasst die Schutzfaktoren und die Risikofaktoren (Kapitel 2.1.3) zusammen, die für die Entstehung depressiver Erkrankungen nachgewiesen sind und die in der Krankheitsperspektive depressiv erkrankter Menschen eine entscheidende Rolle einnehmen.

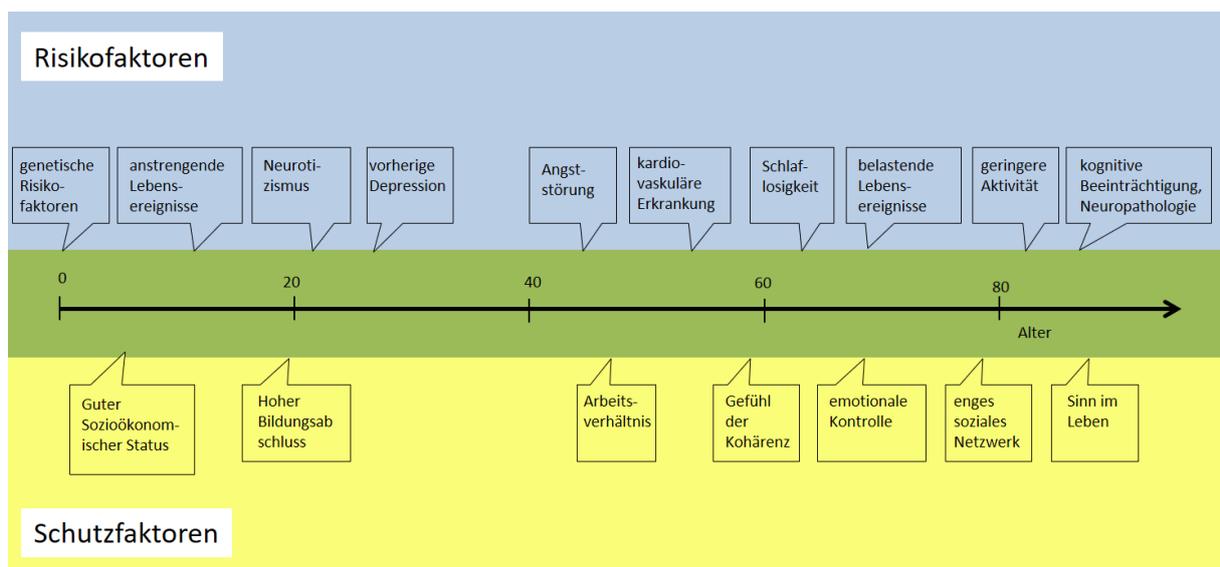


Abbildung 8: Schematische Lebenszeitperspektive auf mögliche protektive und risikoreiche Faktoren für eine Depression im Alter (Fiske et al. 2009, S. 28)

Deutlich wird die hohe Komplexität der impliziten Wechselwirkungen sowie das starke subjektive Gewicht, das bei der Interpretation der Faktoren und insbesondere möglicher Vorerkrankungen eine Rolle spielt. Das oben eingeführte Konzept der Patientenkarriere integriert die subjektive Bewältigungsstrategie des Erkrankten und die strukturell aufgezwungene Identifikation mit Stereotypen über die Erkrankung sowie die normative Umgangsweise (Gerhardt 1986, S. 23–26).

Die subjektiven Theorien nicht Betroffener über eine Erkrankung unterscheiden sich daher auch in Annahmen über Ursachen, Symptome und Handlungsoptionen, die die Erkrankung betreffen. Vollmann et al. (2010) untersuchten 41 Personen mit einer aktuellen depressiven Episode und 58 Personen, die keinerlei persönliche Erfahrung mit Depressionen hatten. Sie stellten heraus, dass diejenigen ohne depressive Vorgeschichte dazu tendieren, die emotionalen Auswirkungen sowie die Behandelbarkeit zu unterschätzen und sie zeigten, dass nicht depressive Personen eher davon ausgehen, dass es in ihrer Kontrolle liegt, Depressionsauslöser zu vermeiden. Eindrucksvoll ist auch der herausgearbeitete **Konflikt in der Einschätzung sozial aktivierender Unterstützung**. Nicht depressive Personen waren der Meinung, dass die Förderung von gemeinsamen Aktivitäten den Betroffenen hilft, während die Betroffenen der Ansicht waren, dass es eher hilft, Rückzug und schlechte Stimmung zuzulassen. Die Autoren sehen hierfür einen möglichen Hauptgrund für die oft problematisch werdenden Beziehungen zwischen Betroffenen und Personen ohne persönliche Depressionserfahrung.

Hinzu kommt, dass die Konstruktion der Patientenkarriere beziehungsweise der autobiografischen Krankheitsperspektive depressiver Patienten/-innen einige subjektive Verzerrungen aufweist. Depressive Personen neigen eher zu **verallgemeinernden Erinnerungen** mit einem geringen Detaillierungsgrad und somit auch zu unrealistischeren Einschätzungen als nicht-depressive Patienten (Rybak-Korneluk et al. 2016). Das Spezielle in der Krankheitsperspektive von depressiv Erkrankten ist dementsprechend ein höchst subjektives Resultat aus individuellem verallgemeinernden Erleben vor dem Hintergrund der Vergangenheit, der aktuellen Situation und der Zukunft, in Wechselwirkung mit der Außenwelt und den sozialen Repräsentationen der Depression.

Ein Symptom der Erkrankung ist jedoch auch das Gefühl der Gefühllosigkeit, welches mit einem kompletten Verlust der Selbstkontrolle einhergehen kann. Manchen Patienten/-innen fällt es sehr schwer, ihre Probleme und Bedürfnisse zu formulieren und zu konkretisieren, da sie selbst nicht wissen, was mit ihnen los ist und sie sich verloren fühlen (Rogers et al. 2009, S. 323). Der psychische und körperliche Zustand wirkt sich dabei auf die Lebenssituation aus und sie wirkt sich auf den **psychischen und körperlichen Zustand** aus (Walter et al. 2006, S. 117).

Insbesondere die Interpretation der Situation hat einen entscheidenden Einfluss auf den Umgang mit der Depression. Wenn Betroffene der Meinung sind, dass schlechte Stimmung und Niedergeschlagenheit aufgrund „normaler Alterseinschränkungen“ dazugehören und keinen

Krankheitswert an sich haben, gibt es auch keinen Grund daran etwas zu ändern (Burroughs et al. 2006). Eindrücklich beschreibt diesen Umstand ein Hausarzt in einem qualitativen Interview:

„The older generation, [presenting with depression] it’s not something that they do, it’s not something, they admit to themselves. It’s not something that they allow [to] happen to them . . . contrasting the sort of the teens, 20s generation, they’re very much geared up to being depressed and being treated for it and I wonder whether actually we’ve got an awful lot of skew of what’s really just people being unhappy with their life and it’s actually they’re no more depressed than I am, that are being treated for depression as a way of medicalizing their discontent.“ (GP4 in Burroughs et al. 2006, S. 372)

Doch auch wenn Betroffene eine Depression im Alter als Krankheit akzeptieren, nehmen sie eher keine Hilfe in Anspruch. In einer qualitativen Untersuchung mit semi-strukturierten Interviews bei 71 Betroffenen fanden Switzer et al. (2006) überwiegend die Einstellung, dass sie selbst dafür verantwortlich sind, **ihre Erkrankung zu bewältigen:**

„The way to manage depression must be through individual responsibility, action and hard work.“ (Switzer et al. 2006)

Die Autoren begründen es unter anderem durch die kollektiven sozialen Erfahrungen, die oft mit erheblichen Entbehrungen verbunden waren, die diese Generation erlebte. Als wesentlich für die untersuchte Gruppe der älteren depressiv erkrankten Menschen ist eine Überschätzung der eigenen Kompetenzen, eine Unterschätzung des Hilfebedarfs und des Nutzens psychotherapeutischer und medikamentöser Behandlungsansätze (Switzer et al. 2006, S. 7). Teilweise ist auch Scham der Grund für die Zurückhaltung wie Rogers et al. (2009) es in einer qualitativen Interviewstudie eindrücklich beschrieben:

“Respondents reported that they experienced anxiety in waiting to see the doctor and in deciding how to introduce the idea that they had a problem that they were unable to formulate clearly in their own minds.“ (Rogers et al. 2009, S. 323)

Eine Patientin äußert in dieser Studie, dass sie ihrem Hausarzt mit so etwas auf keinem Fall zur Last fallen möchte:

„You feel as though you’re taking their time you know, I’m not going to die of it.“ (Rogers et al. 2009, S. 324)

Insbesondere ältere Menschen verbinden mit psychischen Erkrankungen stark negative soziale Repräsentationen und daher einen hohen persönlichen Makel. Dieses **Stigma**, können sie im

Sinne des Soziologen Erving Goffman (Goffman 1995) für ihre Identität nicht annehmen. Es bedroht ihr angeeignetes Selbstkonzept eines eigenverantwortlichen rationalen Menschen und sie versuchen daher ihre Erkrankung eher zu verbergen. Zum großen Teil „täuschen“ sie sich dabei selbst und nicht in erster Linie ihre Mitmenschen (Stenkamp et al. 2016a, S. 55).

Das Stigma und die Selbststigmatisierung können im schlimmsten Fall belastender sein, als die Erkrankung an sich. Finzen (2013, S. 60–66) spricht in diesem Zusammenhang auch von der zweiten Krankheit, wenn Betroffene ihre Erkrankung um jeden Preis verbergen wollen. Ältere Menschen sind in einer Zeit sozialisiert, als Menschen mit psychischen Erkrankungen als verrückt und nicht gesellschaftsfähig galten. Daher ist ihr Verständnis von „Normalsein“ sehr eng gefasst. Aber auch aktuell werden depressiv erkrankte Menschen medial als Bedrohung dargestellt. Im Fall des „Germanwings Flugzeugabsturzes“ war unmittelbar die Rede von einem depressiven „Irren“, „Verrückten“, „Geisteskranken“ oder „Wahnsinnigen“, auch wenn der Zusammenhang des Absturzes mit der depressiven Erkrankung des Co-Piloten nicht abschließend geklärt war (Heydendorff und Dreßing 2016).

Die Angst vor Diskriminierung muss daher nicht an persönliche Erfahrungen gebunden sein, doch sie ist eine sehr hohe Hürde für die Betroffenen, sich ihre Erkrankung einzugestehen und Hilfe in Anspruch zu nehmen (Schomerus et al. 2009; Lasalvia et al. 2013). Teilweise herrschen auch noch **entsetzliche Assoziationen mit der Behandlung** psychisch Erkrankter in früheren Jahrzehnten vor (Hüll und Hölzel 2017, S. 303). Besonders schwerwiegend, bis zu Anfang der 1970er Jahre wurde bei einigen schwer depressiv Erkrankten eine Lobotomie, also eine irreversible Verstümmelung von Nervenbahnen um den Frontallappen sowie der grauen Substanz, durchgeführt. Operierte litten oft an großen körperlichen und geistigen Behinderungen (Jasper 1995).

Betroffene, die an einer depressiven Erkrankung leiden beziehungsweise litten müssen dieses jedoch nicht zwangsläufig nur als negativ interpretieren. Teilweise beschreiben sie einen **produktiven Umgang** mit ihrer Erkrankung, der sie wachsam sein lässt gegenüber Selbstüberforderungen oder sie den Wert einer Beziehung erkennen lassen. Manchmal berichten sie, dass sie gestärkt aus einer depressiven Episode hervorgehen (Gut 1985), gelernt haben, sich um nachhaltige Problemlösungen zu bemühen und ihre Verhaltens- und Denkmuster neu zu strukturieren (Meyer 2014, S. 161). In dieser Perspektive prägt McGrath (1994) in einem Selbsthilfebuch

für depressiv erkrankte Personen sogar den Begriff einer „gesunden Depression“, die nicht behandlungsbedürftig ist. Die Erkrankung kann den Betroffenen die Chance geben, sich in einer „inneren Vertiefung“ mit einem Verlust oder einem Scheitern sowie den daraus resultierenden Identitäts- und Persönlichkeitskrisen produktiv auseinanderzusetzen (Emrich 2009). Dies führt auch zu der Erkenntnis, dass die Depression eher akzeptiert werden muss, „als im Kampf gegen sie unterzugehen“ (Hell 2014, S. 157). Bei der Frage, ob eine behandlungsbedürftige Erkrankung entsteht oder nicht, sind wiederum bestimmte Gegebenheiten der physiologischen Konstitution des Individuums, seiner psychischen und sozialen Lage sowie die daraus entwickelten Copingstrategien von zentraler Bedeutung (Gerhardt 1986, S. 32–35).

Wie in Kapitel 2.2.3 skizziert, sind **Copingstrategien** wesentlich bei der Bewältigung krankheitsbedingter Belastungen und der Entwicklung einer subjektiven Krankheitsperspektive. Für die Depression konnten van der Weele et al. (2012) in einer qualitativen Studie die 13 häufigsten Copingstrategien von 21 depressiv erkrankten Personen ab 75 Jahren rekonstruieren (*Tabelle 6*). Der Fokus liegt vor allem auf Selbstermächtigung und die Wiederaufnahme von Aktivitäten. Als weitere wichtige zusätzliche Copingstrategie identifizieren Cornford et al. (2007) in einer qualitativen Interviewstudie mit jüngeren Erkrankten die Unterstützung durch die Partnerin beziehungsweise den Partner.

Tabelle 6: Copingstrategien älterer depressiv erkrankter Personen (van der Weele et al. 2012, S. 274)

- | | |
|-----|---|
| 1. | Frieden und Ruhe finden |
| 2. | Veränderung der Denkmuster |
| 3. | depressive Gedanken loslassen |
| 4. | Techniken aus Yoga oder Selbstverteidigungskursen |
| 5. | Aktivitäten im eigenen Heim |
| 6. | Rausgehen |
| 7. | alte Hobbies wiederaufnehmen |
| 8. | eine/n neue/n Partner/-in finden |
| 9. | neue Menschen treffen |
| 10. | Besuch einladen |
| 11. | mit Betroffenen austauschen |
| 12. | mit Hausarzt/-ärztin sprechen |
| 13. | mit Sozialarbeiter/-in sprechen |

Die Krankheitsbewältigung findet zu einem großen Teil ohne professionelle Hilfe statt. Faber et al. (2016) zeigten in der qualitativen Auswertung von 38 Interviews mit älteren depressiv Erkrankten Menschen, dass nur die Interviewten mit einem **sehr hohen Leidensdruck** der Gruppe der „Unterstützungssuchenden“ zuzuordnen sind. Sie haben komplexe Problemkonstellationen aus funktionellen, somatischen, psychischen und sozialen Einschränkungen. Die anderen drei weniger belasteten Gruppen der „Beherrschenden“, „Akzeptierenden“ und der „Ambivalenten“ möchten die Erkrankung eigenständig bewältigen, beziehungsweise haben sogar die Befürchtung, professionelle Unterstützung, könnte ihre Symptomatik verschlechtern. Gleichwohl

konnten Luck-Sikorski et al. (2016) zeigen, dass eine medikamentöse Therapie oder eine Psychotherapie bei über 75-jährigen fast so akzeptiert ist, wie Gespräche mit Freunden und der Familie. Es bleibt jedoch sehr fraglich, ob die hier zum großen Teil nicht-depressiven Befragungsteilnehmer/-innen professionelle Hilfe beim Auftreten einer depressiven Erkrankung tatsächlich in Anspruch nehmen würden. Stark et al. (2018) erhielten bei ihren Interviews mit über 75-jährigen depressiv Erkrankten viele Aussagen, die genau in die andere Richtung zeigen. Sie äußerten, dass sie die Erkrankung vor allem mit sich selbst ausmachen müssen, sie eher Angst vor der Reaktion von Angehörigen haben und das sie ihren Ärzten/-innen nicht die Zeit stehlen wollten.

2.4 Versorgungsansätze für depressive ältere Menschen

Wenn ältere depressiv erkrankte Menschen sich für eine Behandlung öffnen, stehen zahlreiche evidenzgesicherte professionelle Behandlungsansätze und Therapien zur Verfügung. **Zentrale Ziele** sind die Symptomverbesserung, die Befähigung der Erkrankten frühere Tätigkeiten wieder auszuüben, die Beziehungsfähigkeit in Partnerschaft, Familie und Umfeld zu verbessern und die Einsicht über depressionsfördernde Verhaltensweisen in sozialen Situationen herzustellen. Damit einhergehend soll eine grundsätzliche Veränderungsmotivation erzeugt und eine Suizidgefährdung minimiert werden. Dem Wiederauftreten neuer Krankheitsphasen wird entgegengetreten, indem unter anderem die Entwicklung der Person in Hinsicht auf Humor, Leidensfähigkeit, Einsichtsfähigkeit, Vertrauen in die eigene Leistungsfähigkeit und Autonomie gefördert wird (Wolfersdorf und Schüler 2005, S. 126). Dabei muss betont werden, dass depressive Symptome bis in das höchste Lebensalter erfolgsversprechend zu behandeln sind. „Gegenteilige Überzeugungen sind als das Ergebnis undifferenzierter, eben nicht an empirischen Befunden orientierter Altersbilder zurückzuweisen.“ (BMFSFJ 2010, S. 170).

Insgesamt werden wie bei jüngeren Betroffenen (Dwight-Johnson et al. 2000) medikamentöse Behandlungen innerhalb dieser Altersgruppe eher kritisch gesehen (Gum et al. 2006). Sie bevorzugen in der Regel beratende Unterstützungsangebote (Areán 2012). Unterschieden werden wie in Tabelle 7 dargestellt, vor allem acht nichtmedikamentöse Ansätze, die in Leitlinien zu Depressionen empfohlen werden (Dirmaier et al. 2012). Psychotherapie beschreibt ganz allgemein, eine Verhandlung über subjektive Krankheitstheorien, mit dem Ziel, die Aufmerksamkeit der Patienten/-innen auf ihre „naiven Theorien“ zu lenken, damit ihnen bewusst wird, wie sie die Welt wahrnehmen und wie sie in ihr agieren können (Flick 1991b).

Das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG 2017b)

hat in einer Leitliniensynopse aus **17 Leitlinien** zur unipolaren Depression festgestellt, dass sich alle Handlungsanweisungen mehr oder minder entsprechen und kaum Unterschiede zwischen den Richtlinien bestehen. Insgesamt drei Leitlinien, darunter die

Tabelle 7: Evidenzgesicherte Behandlungselemente bei depressiven Störungen, die in Leitlinien empfohlen werden (Dirmaier et al. 2012a)

1. Einzelpsychotherapie
2. Gruppenpsychotherapie
3. Therapien unter Einbezug der Familie, des Umfelds
4. Psychoedukation und Information
5. Übungsprogramme
6. Verhaltensaktivierung oder Erholungsmaßnahmen
7. Angebote zur Selbsthilfe
8. Problemlösetherapie

deutsche „Nationale Versorgungsleitlinie (NVL) Unipolare Depression“ (ÄZQ und DGPPN 2015), formulieren Empfehlungen speziell für die Gruppe der älteren Menschen. Die Quintessenz mit einem sehr hohen Evidenzgrad ist, dass allen Personen ab 65 Jahren mit einer leichten oder mittleren depressiven Episode eine Einzelpsychotherapie angeboten werden soll. Bei der Pharmakotherapie und auch bei der Elektrokrampftherapie ist der Evidenzgrad geringer, insbesondere weil bei älteren Patienten/-innen mit Nebenwirkungen zu rechnen ist und es länger dauern kann, bis sie auf diese Therapieformen reagieren (IQWiG 2017b, S. 666).

Trotz des theoretisch breiten Angebots an Therapieoptionen wird in der Untersuchung von Melchior et al. (2014, S. 95) bei chronisch depressiv diagnostizierten Personen ab 65 Jahren nur in 60 Prozent der Fälle auch eine Behandlung abgerechnet. Wenn eine Behandlung in Anspruch genommen wurde, beschränkte sie sich fast immer auf eine **pharmakotherapeutische Behandlung**. Es wird geschätzt, dass ungefähr die Hälfte der älteren Patientinnen und Patienten mit schweren Depressionen ausschließlich von Allgemeinmediziner/-innen oder anderen somatischen Ärzten/-innen behandelt werden (Jacobi et al. 2002; Jacobi et al. 2014b). Maximal ein Drittel sucht einen Psychiater auf oder beginnt eine längere Therapie in der Sekundärversorgung (Wittchen et al. 2000, S. 75; Wolfersdorf und Schüler 2005, S. 146).

2.4.1 Depressive Erkrankungen in der hausärztlichen Versorgung

Hausarztpraxen nehmen in Deutschland sowie in den meisten industrialisierten Ländern eine „**Gatekeeper-Funktion**“ ein. In der Berliner Altersstudie gaben bei den über 70-jährigen 93 Prozent an, einen Hausarzt zu haben, den sie häufig in Anspruch nehmen (Linden et al. 1996). Sie sind auch die erste Anlaufstelle für Menschen mit psychischen Problemen (Böcken 2007), stellen die erste Diagnostik, die weiterführende Differentialdiagnostik und sind verantwortlich für

die Initiierung einer weiterführenden Behandlung (Wittchen et al. 2000, S. 72), die jedoch oft nicht kurzfristig beginnen kann und lange Wartezeiten mit sich bringt.

Das Robert-Koch-Institut geht davon aus, dass Depressionen in der Hausarztpraxis die häufigsten psychischen Erkrankungen darstellen (Wittchen et al. 2010, S. 21). Analog zur Jahresprävalenz von Depressionen in der Allgemeinbevölkerung, leidet auch in spezifischen Untersuchungen in der hausärztlichen Versorgung ungefähr jede zehnte Patient/-in an einer klinisch relevanten Depression nach ICD-10-Kriterien (Wittchen et al. 2000, S. 76). Die **Punktprävalenz** depressiv erkrankter Menschen in der Hausarztpraxis lag in einer Studie von Jacobi et al. (2002) bei 11,3 Prozent und speziell bei Menschen ab 65 Jahren bei 11,7 Prozent. Andere Studien schätzen den Anteil depressiv erkrankter älterer Menschen als zwei bis drei Mal so hoch ein (deGruy und Schwenk 2007, S. 3).

In der Studie von Jacobi et al. (2002) wird von einer hohen **Erkennungsrate** (Sensitivität) der Hausärzte/-innen berichtet. Nur 8,1 Prozent aller mittelgradigen bis schweren Depressionen blieben unerkannt. Auch die Spezifität war mit 11,7 Prozent sicher falschpositiver Diagnosen verhältnismäßig gering. Insbesondere, wenn man berücksichtigt, dass die in der Studie als Goldstandard erhobenen Screeningergebnisse als Referenz zur ärztlichen Diagnose gewertet worden. Andere Studien schätzen die Erkennungsrate in der allgemeinmedizinischen Praxis zwischen 38,5 Prozent (BMFSFJ 2010, S. 170) und 50 Prozent (Sielk et al. 2009; Bermejo et al. 2002).

Überwiegend handelt es sich bei den nicht diagnostizierten Betroffenen um **leichte bis mittelgradige depressive Syndrome**, bei denen vor allem Energieverlust, Müdigkeit oder Abgeschlagenheit beklagt werden (Kapitel 2.1.3). Die Themen Traurigkeit und Niedergeschlagenheit werden von den Betroffenen eher verschwiegen und wenn, als Folge anderer somatischer Symptome beschrieben (Wittchen et al. 2000, S. 76).

Allgemeinmediziner/-innen haben zweifelsfrei eine große Verantwortung für eine umfassende Diagnostik und den Behandlungsverlauf depressiv erkrankter älterer Menschen. Die faktische Schwierigkeit ist, dass Patientinnen und Patienten in einer Hausarztpraxis generell weniger Anhaltspunkte für eine psychische Erkrankung zeigen als in einer psychiatrischen Klinik (deGruy und Schwenk 2007, S. 10). Ein Hausarzt beschreibt die Problematik in einer qualitativen Studie von Sussman et al. (2011) mit der pointierten Aussage:

„[...] an older person will not arrive in your office and say ‚I am depressed‘ he/she will present a series of somatic complaints.“ (Sussman et al. 2011)

Stenkamp et al. (2016a) zufolge existieren **drei Gruppen von Krankheitsperspektiven** depressiv erkrankter Patienten/-innen in der Hausarztpraxis. Erstens, Patienten/-innen, die sich selbst für depressiv halten, zweitens Patienten/-innen, die sich nicht für depressiv halten und drittens, Patienten/-innen, bei denen (zunächst) weder die Ärztin oder der Arzt noch der/die Patient/-in die Möglichkeit einer Depression in Betracht ziehen. Insbesondere die letzten beiden Gruppen stellen hohe Anforderungen an die hausärztliche Versorgung.

In der Regel sprechen ältere depressive Patienten/-innen depressive Symptome nicht spontan an und wenn, neigen sie dazu, sie zu bagatel-

lisieren (Haupt und Vollmar 2008, S. 520). Die vorrangigen **Konsultationsgründe** (einzeln aufgelistet in Tabelle 8) sind eher funktionelle somatische Syndrome wie Schlafstörungen, Schmerzen oder Verdauungsbeschwerden (Bourke et al. 2015) was die Diagnostik sehr erschwert (Hegeman et al. 2015). Ältere Patienten/-innen mit einer depressiven Symptomatik sind zudem häufig multimorbid und die Symptome können sich zum einen Überlap-

Tabelle 8: Symptompräsentation in der Hausarztpraxis

1. Erschöpfung
2. Schmerzen: Kopf, Rücken, Bauch
3. Schwindel, Schwäche
4. Appetit- und Gewichtsverlust
5. Schlafstörungen
6. Übelkeit, Obstipation
7. Reizdarmsyndrom, chronisches Müdigkeitssyndrom
8. unvollständige Genese anderer Erkrankungen
9. Gedächtnisstörungen, andere kognitive Störungen
10. Lern- und Konzentrationsstörungen
11. Beziehungsstörungen

(Hüll und Hölzel 2017, S. 302;
deGruy und Schwenk 2007, S. 7)

pen und zum anderen auch eine Folge der körperlichen Erkrankung sein. Diese **Somatisierung** ist unter anderem darin begründet, dass das Gespräch über somatische Beschwerden in der Hausarztpraxis meist über viele Jahre zur Gewohnheit wurde. Dazu kommt, dass psychische Erkrankungen insbesondere bei älteren Patienten oft aufgrund Sozialer Repräsentationen abgelehnt werden (Wittchen et al. 2000, S. 77). Für viele Betroffene mit einem negativen Altersbild gehören diese Beschwerden auch einfach zum Älterwerden dazu (Kapitel 2.2.4).

Wie in Kapitel 2.3. dargestellt, wird die Diagnose Depression insbesondere bei älteren Menschen selbststigmatisierend als persönlicher Makel wahrgenommen. Psychische Probleme machen Betroffene daher eher mit sich aus und es ist für sie oft abwegig, wegen „Befindlichkeits-

störungen“ zum Arzt zu gehen (Wolfersdorf und Schüler 2005, S. 21). Sie möchten ihrer Hausärztin beziehungsweise ihrem Hausarzt auch nicht zur Last fallen und die Zeit stehlen (Gask et al. 2003), wie diese Patientin eindrücklich beschrieb:

*„I couldn't sit and talk to Doctor H*****, I mean not that he would ever, ever give me the impression that he wanted me out and moving on. He's wonderful. But I didn't want to be wasting his time by rabbiting on about things“ (Patient 9 in Bennett et al. 2013)*

Die Autoren deGruy und Schwenk (2007, S. 7) beschrieben, dass von mehreren hundert Patienten lediglich einer, eine Depression als Hauptgrund für den Besuch der hausärztlichen Praxis angab. Die bundesweite Depressionsstudie von (Wittchen et al. 2000) ermittelte hingegen, dass 80 Prozent aller Personen mit einer Depression, ihre Symptome auch ihrem Hausarzt beziehungsweise ihrer Hausärztin mitgeteilt hatten.

Die oben skizzierten Studien über die Erkennungsraten in der Hausarztpraxis im Vergleich zu einer punktuell erhobenen **Prävalenz sind jedoch zweifelhaft**, da sich hinter einer (nicht)vergebenen Diagnose auch immer ein begründetes Dokumentationsverhalten verbergen kann (Hager und Abholz 2005). Die hausärztliche Arbeitsweise ist im Vergleich zur spezialistischen eher durch den Behandlungsanlass als durch eine formalisierte Diagnosestellung geprägt. Sielk und Abholz (2005) beschrieben verschiedene **Gründe für eine nicht vergebene Diagnose**. Die Hausarztpraxis frequentieren vor allem leichte Fälle und die sollten zunächst beobachtet und nicht gelabelt werden. Erst wenn sich die Symptome nicht von selbst limitieren, kommt es für viele Hausärzte/-innen in Frage, eine Diagnose zu stellen. Relevant sind jedoch immer die Vorgeschichte, das individuelle Risikoprofil sowie die Krankheitsperspektive der Patienten/-innen.

Eine qualitative Erhebung von Pilars de Pilar et al. (2012) mit 21 narrativen Interviews von Hausärztinnen und Hausärzten, die an einer Prävalenzstudie teilnahmen, fragte, warum sie bei positiv gescreenten Teilnehmenden **keine Diagnose** stellten. Fünf Begründungen wurden von den Allgemeinmediziner/-innen angegeben. Erstens, wenn äußere Faktoren für Niedergeschlagenheit und Antriebslosigkeit verantwortlich gemacht wurden, erschienen die Symptome eher als „natürlich“, statt als „pathologisch“. Zweitens, wenn somatische Beratungsanlässe vorgebracht wurden, kümmerten sich die Befragten auch zunächst um die körperlichen Diagnostik. Sie sollte dann unter anderem dazu dienen, dass nötige Vertrauensverhältnis für eine konsekutive psychische Diagnostik aufzubauen. Drittens wurde berichtet, dass sie auf eine Diagnostik zugunsten der Intuition verzichteten. Psychische Beeinträchtigten wurden zwar erkannt und

thematisiert, aber nicht in formalisierte Diagnosekriterien überführt. An vierter Stelle schilderten sie, dass es aus hausärztlicher Sicht nicht erforderlich ist, eine Diagnose zu vergeben, wenn daraus keine Konsequenzen folgen und wenn die potentiell Diagnostizierten das Krankheitsbild oder eine Behandlung ablehnen würden. Zuletzt wurde von manchen Ärzte/-innen auch beschrieben, dass sie depressive Erkrankungen nicht zu ihren Aufgaben zählen und dass sie sie manchmal auch wegen fachlicher Defizite übersehen haben (Pilars de Pilar et al. 2012).

Manchmal kann es der Hausärztin oder dem Hausarzt sogar passieren, dass ihre Patienten/-innen feindselig bei der Diagnose einer psychischen Störung reagieren und damit der Kontakt abbricht (Wolfersdorf und Schüler 2005, S. 21; deGruy und Schwenk 2007, S. 10). Manche Hausärzte/-innen (Rogers et al. 2009, S. 327) und Patienten/-innen (Rogers et al. 2009, S. 329) zweifeln zudem an der medikamentösen Behandelbarkeit von Depressionen, die mit lebensweltlichen Ursachen in Verbindung gebracht werden. Hier soll auch eine **Etikettierung und Stigmatisierung vermieden** werden, die Menschen gerade bei psychiatrischen Krankheitsbildern und ihrem Kontinuum von Gesundheit und Krankheit schnell pathologisieren kann. Aber auch das Gegenteil kann der Fall sein, wenn eine im psychiatrischen Sinn (noch) nicht diagnostizierbare Depression, als legitimierende Diagnose zur Inanspruchnahme von medizinischen Leistungen vergeben wird (Hager und Abholz 2005, S. 485).

Es wird deutlich Allgemeinmediziner/-innen nehmen Depressionen im Alter weniger als objektivierbare diagnostische Kategorien, sondern mehr als ein Problem ihrer täglichen Arbeit wahr, in der die Einsamkeit der Patienten/-innen, ihr Mangel an sozialen Netzwerken und ihre Funktionseinschränkungen eine große Rolle spielen. Sie versuchen in erster Linie mit den Betroffenen einen Lösungsansatz zu entwickeln (Burroughs et al. 2006). Grundsätzlich kann daher aus einer nicht vergebenen Diagnose, beziehungsweise allgemein dem Dokumentationsverhalten nicht geschlussfolgert werden, dass die Symptomatik und die Ursache vom Hausarzt oder der Hausärztin nicht mitbehandelt wird (Armstrong und Earnshaw 2004).

Hausärzte bedienen sich keinem breitgefächerten Screening wie in den oben beschriebenen Prävalenzstudien. Vielmehr nutzen sie neben ihrer Intuition Schlüsselfragen (Tabelle 9) zu Lebensgewohnheiten.

Table 9: Schlüsselfragen in der Hausarztpraxis

- können Sie sich noch freuen, können Sie Entscheidungen treffen,
- besteht noch Interesse an früheren Hobbys, am Beruf, der Familie,
- fühlen Sie sich oft angeschlagen, schlapp, müde, innerlich unruhig,
- haben Sie Schwierigkeiten sich zu konzentrieren,
- leiden Sie unter Grübeln, Schlafstörungen, Appetitstörungen, Gewichtsabnahme,
- beobachten Sie ein nachlassendes Gedächtnis,
- empfinden Sie eine Sinnlosigkeit des Lebens?

(Wolfersdorf und Schüler 2005, 147)

Initial empfohlen wird in der NVL Unipolare Depression (ÄZQ und DGPPN 2015, S. 152) auch der PHQ-2, ein mündlicher Fallfindungstest aus zwei Fragen:

1. „Haben Sie sich im letzten Monat öfter unglücklich, niedergeschlagen, bedrückt oder hoffnungslos gefühlt?“ und
2. „Haben Ihre Interessen und Ihre Lebensfreuden im letzten Monat abgenommen?“.

Er zeigte in einer neuseeländischen Studie eine Sensitivität von 97 Prozent, aber da er nur eine Spezifität von 67 Prozent aufwies, sollte bei positiver Testung immer ein erweitertes Instrument wie der PHQ-9 oder besser der CIDI65+ (Kapitel 2.1.1) eingesetzt werden.

Besonders wichtig ist es, **Risikogruppen** im Sinne einer Rezidivprophylaxe regelmäßig zu diagnostizieren (Bell et al. 2010, S. 7). Lyness et al. (2009) zeigten in einer Kohorte mit 617 Patienten/-innen, dass bei Personen mit dem Risikoprofil: leichte Depression, eingeschränkter funktionaler Status und mindestens einer depressiven Episode in der Vergangenheit, eine präventive Kurzberatung bereits in 20 Prozent der Fälle das Neuauftreten der Erkrankung verhindert.

Ein hoher Anteil von geschätzten 50 Prozent der an einer Depression im Alter Erkrankten, bleibt in der Hausarztpraxis. Die Selbststigmatisierung ist eine Begründung für die **Meidung spezialisierter Angebote** (Stenkamp et al. 2016a, S. 55), teilweise sind weite Wege und lange Wartezeiten hinderlich, es werden aber auch negative Altersbilder auf Seiten der Therapeuten beschrieben, die Ältere abschrecken (Hüll und Hölzel 2017, S. 303).

Negative Altersbilder werden aber auch auf Seiten der Allgemeinmediziner/-innen und Patienten/-innen beschrieben. Wenn beide Parteien sich darüber einig sind, dass Depressionen aufgrund „normaler Alterseinschränkungen“ auch gerechtfertigt sind, wird meist auch keine Anstrengung unternommen, die Depression zu behandeln oder die Patienten/-innen an andere Spezialisten zu überweisen (Burroughs et al. 2006). Teilweise fällt es den Hausärzten/-innen

selbst schwer, die Qualität psychotherapeutischer Angebote einzuschätzen und die Bandbreite verschiedener Ansätze nachzuvollziehen:

„There is a lot of variety of skills and competencies within the group of psychologists and psychiatrists.“ (dGP3 in van den Broeck et al. 2017, S. 4)

Die Patientinnen und Patienten schätzen es zudem, wenn die Hausärzte/-innen die Behandlung übernehmen (Dwight-Johnson et al. 2000) auch wenn ältere Erkrankte, die hausärztliche Versorgung nicht immer als Anlaufpunkt bei Depressionen wahrnehmen (Burroughs et al. 2006). Durch die oft langjährige Beziehung zwischen Patienten/-innen und Hausarztpraxis ergibt sich in jedem Fall der Vorteil, dass Veränderungen in der Persönlichkeit kontinuierlich beobachtet werden können (vgl. Wolfersdorf und Schüler 2005, 146). Ohnehin ist nicht davon auszugehen, dass die psychotherapeutische Therapieversorgung alle depressiv erkrankten Menschen aufnehmen könnte (Wittchen et al. 2000, S. 74).

Die häufigsten **Interventionen im hausärztlichen Setting** sind Beratung und Krisenintervention (62 Prozent), gefolgt von Pharmakotherapie (53 Prozent) und der Verschreibung von Psychotherapie (24 Prozent) (Wittchen et al. 2000, S. 76). Insbesondere der Beratung in der hausärztlichen Praxis kommt eine besondere Bedeutung zu. Faber et al. (2016) beschreiben in einer qualitativen Studie eindrücklich, wie die Patientinnen und Patienten durch Gespräche mit den Hausärzten/-innen über Niedergeschlagenheit und schlechte Stimmung zu funktionierenden **Copingstrategien** (Kapitel 2.3.) finden konnten. Gleichzeitig haben die Allgemeinmediziner/-innen durch das Monitoring der Bewältigungsanstrengungen sehr gute Indikatoren für den Krankheitsverlauf. Nicht zu unterschätzen, ist auch die generelle **Lebensstilberatung** in der Hausarztpraxis. Wenn ältere Menschen zu mehr Aktivitäten angeregt werden, Unterstützung bei der Beendigung des Rauchens und bei der gesünderen Ernährung erhalten, können Verbesserungen in diesen Bereichen auch direkte Auswirkungen auf die depressive Symptomatik haben (Singh und Okereke 2015, S. 29).

Zunehmend mehr Hausärztinnen und Hausärzte haben zudem die Zusatzfortbildung **psychosomatische Grundversorgung** absolviert, deren positive Effekte auf die Versorgung depressiv erkrankter Personen zweifelsfrei nachgewiesen sind (ÄZQ und DGPPN 2015, S. 54). Sie beinhaltet die Diagnosestellung, die verbale und die übende Basistherapie psychischer, funktioneller und psychosomatischer Erkrankungen und ggf. die Indikationsstellung zur ambulanten oder stationären Psychotherapie (Bergmann et al. 2012, S. 138). Die **verbale Therapie** ist eine Spezialform

des ärztlichen Gesprächs bei der in mindestens 20-minütigen Sitzungen Symptome und Konflikte der Patientin beziehungsweise des Patienten besprochen werden sollen. Ziel ist es, bei den Beratenen die Introspektion über mögliche Ursachen, seelische Probleme und Konflikte anzuregen, um die Zusammenhänge zwischen Symptomatik und auslösenden Faktoren zu verstehen. Die Patienten/-innen sollen befähigt werden ihre Konflikte selbst zu lösen und ihre Selbstheilungskräfte zu aktivieren (Bergmann et al. 2012, S. 141). Dabei ist es primäres Ziel, die Subjektiven Krankheitstheorien (Kapitel 2.2.3) der Betroffenen nachzuvollziehen und einen eventuell unbewussten subjektiven Sinn der Erkrankung wie die Flucht vor existenziellen Bedrohungen zu erkennen und zurückzuspielen.

Mögliche weiterführende Methoden in der **übenden Basistherapie** sind das Führen eines Beschwerde- und Symptomtagebuchs, welches die Wechselwirkung von Verhalten und Symptomatik herstellen soll und die Vermittlung von Entspannungstechniken wie autogenem Training sowie progressiver Muskelrelaxation (Bergmann et al. 2012, S. 142).

Auch die **Verordnung von Psychopharmaka** bei mittelschwereren Fällen kann unter der psychosomatischen Grundversorgung subsumiert werden. Vorrangig werden selektive Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRI) verwendet, da das Verhältnis von Wirkungen zu Nebenwirkungen als günstig bewertet wird (ÄZQ und DGPPN 2015, S. 68). Es kann jedoch davon ausgegangen werden, dass ca. ein Drittel der verschriebenen Medikamente gar nicht eingenommen werden und sogar bis zu 93 Prozent der Medikamente nicht der Verschreibung entsprechend verwendet werden (Pöldinger und Gerhard 1992 in Wolfersdorf und Schüler 2005, S. 147; Zivin et al. 2009).

Insgesamt sollen durch das diagnostisch-therapeutische Instrument „Arzt-Patienten-Beziehung“, das heißt durch empathisches sowie aktives Zuhören, die Patienten/-innen entlastet werden, um depressive Episoden besser ertragen oder überwinden zu können. Ein primäres Ziel der psychosomatischen Grundversorgung ist die **Akzeptanz der Depression**, die in der eigenen Krankheitsbewältigung als Meilenstein und als wichtiger Faktor für die **Compliance** gilt (Goesmann et al. 2007).

Die Akzeptanz der Depression ist auch die Voraussetzung für die Inanspruchnahme von **weiterführenden Behandlungsmaßnahmen** wie der ambulanten oder der stationären Psychotherapie. Sie ist unter anderem indiziert, wenn sich durch die Maßnahmen der psychosomatischen

Grundversorgung der Leidensdruck für die Patienten/-innen nicht mindert oder verstärkt, stark beeinträchtigende biografische Belastungsfaktoren hervortreten oder der Verdacht auf einen akuten Schub einer chronischen psychischen Störung vorliegt (Bergmann et al. 2012, S. 146; ÄZQ und DGPPN 2015, S. 55)

2.4.2 Therapeutische und komplementäre Interventionsansätze

In Deutschland existiert neben den hausärztlichen Ansätzen ein differenziertes Angebot evidenzbasierter psychotherapeutischer Behandlungsoptionen. Zur Verfügung stehen unter anderem stützende Psychotherapie, Krisenintervention, Aktivierung der Eigeninitiative durch Selbsthilfegruppen, Psychoedukation, konfliktzentrierte Kurzzeittherapie, Gruppentherapie, Langzeittherapie, jeweils verhaltenstherapeutisch, tiefenpsychologisch oder analytisch ausgerichtet. Ziele sind die Bewusstmachung der konflikthafter sozialen und personellen Ursachen, die konsequente Bearbeitung der negativen Affekte, die Bewusstmachung eigener Grenzen, der Umgang mit depressiven Symptomen, eine positive Zukunftsgestaltung sowie ein Wiederaufbau des Selbstwertgefühls (Goesmann et al. 2007; Dirmaier et al. 2012). Die Behandlungsmöglichkeiten der Depression beinhalten zudem auch soziotherapeutische Interventionen, die vor allem das soziale Umfeld mit einbeziehen sowie auch ergotherapeutische und kunsttherapeutische Verfahren. Zusätzlich verordnet werden auch Schlafentzugstherapie, Lichttherapie, Elektrokrampftherapie, Sport- und Bewegungstherapie und verschiedene Entspannungsverfahren (ÄZQ und DGPPN 2015, S. 47).

Bestandteil aller Therapiestrategien sollte die **Psychoedukation** sein. Wie in Kapitel 2.2.3 skizziert, hat das Wissen über eine Erkrankung und das Bewusstsein über die komplexen ätiologischen Zusammenhänge einen maßgeblichen Einfluss auf das Gesundheits- und Krankheitsverhalten (Amann und Wipplinger 1998, S. 170). Bei der Psychoedukation versuchen die Behandelnden, den Patienten/-innen erkrankungs- und behandlungsrelevantes Wissen zu vermitteln. Die Aufklärung über das Krankheitsbild soll dabei immer auch Selbsthilfemöglichkeiten aufzeigen. Im Falle der Depression sind das vorrangig die Steigerung angenehmer Aktivitäten, die Erarbeitung einer realistischen Sichtweise, das Erlernen von Entspannungstechniken sowie die Verbesserung sozialer Fertigkeiten (Schulz et al. 2012, S. 452). Psychoedukation beinhaltet auch die Aufklärung über niedrighschwellige Beratungsmöglichkeiten sowie über weiterführende Therapieansätze wie den verschiedenen Psychotherapieverfahren und der medikamentösen Behandlung.

Die **Pharmakotherapie** ist ebenso oft ein Baustein in der Therapieplanung. Depressiv erkrankte Patienten/-innen ohne Komorbidität erhalten die Medikamente oft von ihrer Hausärztin beziehungsweise von ihrem Hausarzt (Perreault et al. 2016). Empfohlen werden aufgrund der vergleichsweise geringen Nebenwirkungen vor allem die bereits erwähnten Selektiven Serotonin-Rückaufnahme-Inhibitoren (SSRI) und Monoaminoxidasehemmer (MAO-Hemmer). Von Tri- und tetrazyklische Antidepressiva (TZA) wird aufgrund häufiger unerwünschter Arzneimittelwirkungen bei älteren Patienten eher abgeraten (IQWiG 2017b, S. 671). Alle Medikamente sollen dabei helfen, die richtige Balance der sogenannten Neurotransmitter herzustellen, die bei Menschen mit einem depressiven Syndrom gestört ist (Wittchen 1998, S. 127). Antidepressiva führen bei schweren Depressionen teilweise zu schnellen Erfolgen in der Behandlung, ihre Wirkung wird jedoch häufig überschätzt und ist in der Regel nicht von Dauer (ÄZQ und DGPPN 2015, S. 67). Daher sollte ein Behandlungskonzept immer auch sozio- und psychotherapeutische Maßnahmen beinhalten (Lützenkirchen 2008, S. 43).

Darüber hinaus wurden die zur Verfügung stehenden Medikamente und Leitlinien nicht für den Organismus älterer Menschen entwickelt und die Wirkung kann stärker oder schwächer ausfallen. Ältere Menschen nehmen zudem aufgrund weiterer Krankheiten (**Multimorbidität**) häufig zusätzliche Medikamente (**Polypharmazie**), was zu unvorhersehbaren pharmakodynamischen Wirkungen führen kann (ÄZQ und DGPPN 2015, S. 143). SSRIs werden bei dieser Zielgruppe beispielsweise mit einer erhöhten Blutungsneigung in Verbindung gebracht. Die Pharmakotherapie bei älteren Menschen sollte daher unter einer möglichst vorsichtigen Dosierung (IQWiG 2017b, S. 670) und über einen Zeitraum von mindestens 6 Wochen beobachtet und nur langsam gesteigert werden (ÄZQ und DGPPN 2015, S. 78). Es wird vermutet, dass die Wirklatenz bei älteren Personen länger andauert, als dies bei Jüngeren mit ca. 4 Wochen der Fall ist. Ebenso wird betont, dass die Medikamente nach der Symptomverbesserung nicht abrupt, sondern langsam abgesetzt werden müssen, da ansonsten ein Rückfall wahrscheinlich ist (ÄZQ und DGPPN 2015, S. 81).

Mit noch nicht abschließend gesicherter Evidenz wird in Deutschland auch häufig **Johanniskraut** verschrieben (ÄZQ und DGPPN 2015, S. 72), dass aufgrund seiner assoziierten Natürlichkeit insbesondere von älteren Menschen bevorzugt wird (Khoromie et al. 2007, S. 608). Apaydin et al. (2016) bestätigen in einer Meta-Analyse von elf Studien Johanniskraut eine mit Antidepressiva

vergleichbare Wirkung für leichte bis mittelschwere Depressionen bei weniger Nebenwirkungen. Die Autoren weisen aber auch daraufhin, dass die Nebenwirkungen in den untersuchten Studien nicht gut erhoben worden.

Die **Psychotherapie** ist eine nebenwirkungsarme Therapieform (ÄZQ und DGPPN 2015, S. 96). Ältere Patientinnen und Patienten, die ihre Diagnose akzeptieren und zu einer Therapie bereit sind, bevorzugen diese Behandlungsform in der Regel (Areán et al. 2001; Areán 2012). Nach ca. drei Monaten (Wittchen et al. 2010, S. 31) ist sie mindestens genauso wirksam wie die Pharmakotherapie (ÄZQ und DGPPN 2015, S. 58). Angeboten wird Psychotherapie hauptsächlich von ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten. Sie versuchen mit psychologischen Methoden die depressive Symptomatik positiv zu beeinflussen. Die in Deutschland kassenabrechnungsfähigen Richtlinienverfahren sind die Verhaltenstherapie, die tiefenpsychologisch fundierte und die analytische Psychotherapie. Pro Quartal nehmen in Deutschland etwa 1,2 Millionen gesetzlich Versicherte psychotherapeutische Leistungen in Anspruch (DGPPN 2017, S. 2).

Insbesondere bei Depressionen gelten die Verhaltenstherapie, die kognitive Verhaltenstherapie, die interpersonale Psychotherapie, die „Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy“ und die psychodynamische Kurzpsychotherapie durch verschiedene Metaanalysen als wirksam (Stastka 2016, S. 186). Alle Interventionen sind auf die Veränderung der Kognition der Krankheitsvorstellungen der depressiv erkrankten Patienten (Kapitel 2.2) ausgerichtet (Hoefert und Brähler 2013, S. 238).

Die Vielfalt der Angebote erfordert eine ausführliche Beratung der Patienten/-innen, damit diese in der Lage sind, an der Entscheidungsfindung zu partizipieren. Viele Untersuchungen zeigen aber auch, dass es weniger auf das Verfahren als auf die **Qualität der therapeutischen Beziehung** ankommt (Churchill et al. 2001, S. 95). Der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung ist daher therapieübergreifend primäres Ziel. Die erste sechs- bis achtwöchige Phase beziehungsweise die Akutphase beinhaltet neben einer ausführlichen Diagnostik zudem in allen Therapieformen die oben eingeführte Psychoedukation, um Hilfestellungen für die Bewältigung der Depression zu geben. Darauf aufbauend versucht beispielsweise die **kognitive Verhaltenstherapie** in der zweiten Phase dysfunktionale Denkweisen und Einstellungsmuster über das eigene Leben im Alter aufzudecken und umzustrukturieren (Wittchen et al. 2010, S. 31). Negative, selbstabwertende Gedanken werden dafür grundlegend überprüft, in Frage gestellt und

widerlegt. Nach dem gleichen Prinzip sollen in der dritten Phase fatalistische, unrealistische Gedankengänge mit konkreten Übungen korrigiert werden. Die letzte Phase dient der vertiefenden Einübung dieser „Reframingtechniken“ (Lützenkirchen 2008, S. 44). Diese gedankliche Umstrukturierung wird in der kognitiven Therapie begleitet durch Rollenspiele und Trainings zum Aufbau sozialer Kompetenzen.

Die oben genannten Therapiekonzepte knüpfen an dieses Vorgehen an und erweitern das Methodenspektrum. Das **kognitiv-verhaltenstherapeutische-Gruppenprogramm** nach Hautzinger (2000), versucht beispielsweise durch die Unterstützung und Solidarität anderer Betroffener sowie durch die gezielte Förderung vorhandener Fähigkeiten im Alltag, eine Bewältigung der besonderen Lebensveränderungen und Belastungen zu ermöglichen (Hautzinger 2000, S. 31). Ein noch stärkeres Gewicht nehmen soziale Beziehungen in der **interpersonellen Psychotherapie** ein. Sie wird vorwiegend stationär eingesetzt, da sie ambulant im Rahmen der des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung selten erstattungsfähig ist (ÄZQ und DGPPN 2015, S. 57). Sie ist eine speziell für Depressionen entwickelte Kurzzeittherapiemethode mit 12-20 Sitzungen aufgeteilt auf drei Phasen (ÄZQ und DGPPN 2015, S. 100). Grundlegend ist die Annahme, dass die wesentlichen Problemlagen depressiver Menschen im Verhältnis zu deren Mitmenschen bestehen. Speziell für ältere Menschen können aber auch die Problembereiche „Trauer“, „Einsamkeit und Isolation“ sowie erlebte „Rollenwechsel“ vordergründig bearbeitet werden (Hüll und Bjerregaard 2015, S. 219). Unabhängig von den Ursachen sollen die Betroffenen in erster Linie durch die Entwicklung konkreter Konfliktlösungsstrategien in die Lage versetzt werden, zwischenmenschliche Beziehungen positiv zu gestalten (Stastka 2016, S. 187).

Noch stärker fokussiert die **Systemische Therapie** Umfeld- und Umweltfaktoren sowie deren Wechselwirkungen mit den Betroffenen sowohl in der Diagnostik als auch der Therapie. Dazu werden zusätzlich weitere relevante Personen aus dem Umfeld der Behandelten hinzugezogen und beispielsweise Soziogramme spielen eine große Rolle. Individuell geht es aber wie teilweise auch in den anderen psychotherapeutischen Verfahren um die Umdeutung der Krankheitsperspektiven, um die Herausarbeitung positiver Aspekte, um das Reframing von Situationen und auch um paradoxe, provokative Interventionen (Farrelly und Brandsma 2005). Die Systemische Therapie wurde zwar noch nicht abschließend von der Bundespsychotherapeutenkammer anerkannt, aber nach der wissenschaftlichen Anerkennung durch den Wissenschaftlichen Beirat

2008 und der positiven Bewertung des Instituts für Wissenschaftlichkeit und Qualität im Gesundheitswesen (IQWiG 2017c) könnte der Gemeinsame Bundesausschuss 2018 die Systemische Therapie in der nächsten Psychotherapierichtlinie zulassen.

Die **psychoanalytische** Variante der interpersonellen Therapie, fokussiert hingegen weniger die konkreten Beziehungen als wiederkehrende Themen wie Trauer und Traumata. Hier wird versucht durch analytische Aufarbeitung der (teilweise bereits frühkindlichen) Lebensgeschichte die Reflexion beziehungshemmender Faktoren zu erreichen und damit die Beziehungsfähigkeit zu stärken (Lützenkirchen 2008, S. 48). Psychoanalytische Verfahren sind für depressive ältere Patienten/-innen teilweise passender, wenn ein direktes Umdenken, wie es in kognitiven Therapien eingefordert wird, nicht möglich erscheint. Für sehr schwer Erkrankte kann mit einer **psychoanalytischen Langzeitbehandlung**, wenn auch keine Verbesserung der depressiven Symptomatik, zumindest eine korrigierende positive Erfahrung mit den Therapierenden ermöglicht werden (Lützenkirchen 2008, S. 47).

Das „**Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy**“ ist schulenübergreifend und integriert psychoanalytische und kognitive Ansätze speziell für die Behandlung chronischer Depressionen. Dieser Ansatz verfügt über eine sehr breite Methodenvielfalt aus psychoanalytischen Techniken, Beziehungsanalysen und Situationsanalysen von Beziehungserfahrungen, interpersonellen Diskriminationsübungen, verschiedenen Trainings von Fertigkeiten sowie Hilfestellungen zur Modifikation inadäquater Verhaltensweisen (Stastka 2016, S. 188).

Vermehrt verfügbar und zunehmend besser untersucht sind auch **internetgestützte Verhaltenstherapien**. Insbesondere die computerbasierte kognitive Verhaltenstherapie konnte in zahlreichen systematischen Reviews und auch in vier deutschen Studien ihre Wirksamkeit unter Beweis stellen (ÄZQ und DGPPN 2015, S. 65). Sie werden seltener autark, häufiger als Ergänzung zur persönlichen Therapie angeboten und beinhalten strukturierte Hilfeprogramme, die in der Regel von Psychotherapeuten angeleitet und überwacht werden. Doch auch wenn der Kontakt reduziert ist, konnte sich in verschiedenen Studien eine starke konstante therapeutische Beziehung entwickeln (Hadjistavropoulos et al. 2017).

Trotz der skizzierten Vielfalt wird die psychotherapeutische Versorgung dem **Behandlungsbedarf** älterer depressionserkrankter Menschen nicht gerecht. Ein großer Anteil von ihnen hat

keinen Zugang zu einer entsprechenden Behandlung und die Möglichkeit von einer Psychotherapie zu profitieren, nimmt deswegen mit zunehmendem Alter deutlich ab. Patienten/-innen, die über 65 Jahre alt sind, erhalten laut Faktencheck Depression (Melchior et al. 2014, S. 95) nur noch in 60 Prozent der Fälle überhaupt eine Therapie und der Großteil beschränkt sich auf die Verschreibung von Antidepressiva. Insgesamt nimmt die Gruppe der 60- bis 69-Jährigen nur einen Anteil von etwa 5,2 Prozent an der Gesamtheit aller Patientinnen und Patienten in der psychotherapeutischen Versorgung ein und in der Gruppe der über 70-Jährigen liegt er mit 1,3 Prozent noch einmal deutlich darunter (BMFSFJ 2010, S. 167). Ursachen hierfür sind zum einen die defizitären Krankheitsperspektiven älterer Menschen (Kapitel 2.3), die auch die Versorgung in der Hausarztpraxis erschweren (Kapitel 2.4.1) und zum anderen negative Altersbilder auf Seiten der Therapierenden. Depressive ältere Erkrankte werden auch als „schwierige Patienten/-innen“ gesehen, die potentiell eine geringere psychische Veränderbarkeit aufweisen, die weniger kommunikativ und kooperativ sind. Die Bundesregierung stellte fest, dass entwicklungsorientierte Denkweisen über Jahrzehnte keinen Einzug in die psychotherapeutische Diskussion gefunden haben (BMFSFJ 2010, S. 168). Das „[...] eklatante Unwissen über die psychosoziale Situation alter Menschen [...]“ kann dabei sogar zu der Einschätzung führen, dass sich eine Therapie geschäftsschädigend auswirkt (Hautzinger 2000, S. 41).

Neben den verschiedenen Psychotherapieformen existiert die Sammelkategorie **Soziotherapie**, die entweder als eigenständige Hilfe oder als unterstützende Maßnahme in einer Gesamttherapieplanung eingesetzt werden kann. Anspruchsberechtigt sind nach § 37a Abs. 1 SGB V Patienten/-innen, die schwer psychisch erkrankt sind und nicht in der Lage sind, ärztliche oder ärztlich verordnete Leistungen eigenständig in Anspruch zu nehmen. Eine klare Definition des Begriffs Soziotherapie existiert nicht. Die Interventionen sind ausgesprochen vielfältig Psychoedukation, Motivationstraining, Krisenintervention, Verbesserung der Krankheitswahrnehmung, klassische Sozialarbeit wie soziale Sicherung, die Beobachtung möglicher therapiehemmender Nebenwirkungen, die Vermittlung im lokalen psychosozialen Versorgungsnetz oder auch die Sicherstellung der Medikamenteneinnahme durch persönliche Beratung sowie die Beauftragung eines Pflegedienstes. Soziotherapie beinhaltet immer ein Gesamtkonzept sowie eine übergreifende Koordination der Gesamtmaßnahmen. Durch die Vielfalt überschneiden sich die Methoden häufig mit anderen soziotherapeutischen beziehungsweise sozialtherapeutischen Interventionen, psychoedukativen Elementen oder psychotherapeutischen und pflegerische Maßnahmen (Wolfersdorf und Schüler 2005, S. 164; Lützenkirchen 2008, S. 48). Wesentlich ist,

dass soziotherapeutische Maßnahmen unter Einbezug des sozialen Umfelds Fähigkeiten entwickeln oder wiederherstellen, die die Betroffenen dazu befähigen, ein eigenverantwortliches Leben zu führen. Wichtig sind daher immer auch **Angehörigengruppen, Partner- und Familiengespräche**. Viele Angehörige leiden unter Schuldgefühlen und Ratlosigkeit. Sie interpretieren das „Nichtkönnen“ als „Nichtwollen“ und können daher kein Verständnis für die Betroffenen entwickeln. Die Aufklärung über die depressive Symptomatik und die Behandlung können diese Belastung abmildern. Dabei können sie gleichzeitig „beauftragt“ werden, für einen erfolgversprechenden Therapieverlauf Sorge zu tragen (Wolfersdorf und Schüler 2005, S. 165).

Hervorzuheben ist, dass die **Wartezeiten** im Vergleich zur Psychotherapie sehr gering sind. Die Leistungserbringer können potentiellen Patientinnen und Patienten in 71 Prozent der Fälle ohne Verzögerung, einen Platz anbieten und nur bei 5 Prozent der Fälle dauert es länger als vier Wochen (GBA 2008, S. 105). Problematisch ist, dass in einer Umfrage des GBA (2008, S. 91), nur 5,4 Prozent der Allgemeinmediziner/-innen sich über die Angebote der Soziotherapie hinreichend informiert fühlten und 62,7 Prozent keine Kenntnis davon hatten.

Eine wichtige evidenzbasierte therapeutische Maßnahme die oft additiv zu psychiatrischen Therapien eingesetzt wird, stellt die **Ergotherapie** dar. Krankheitsunspezifisch ist das übergeordnete Ziel dieser Profession eine sinnstiftende Betätigung im Alltag zu etablieren, Handlungsfähigkeit herzustellen, Lebensqualität zu steigern und gesellschaftliche Teilhabe herzustellen. Diese Ziele verfolgt sie mit alltagsorientierten, lebenspraktischen, kompetenzzentrierten, ausdruckszentrierten, interaktionellen und kognitiv-übenden Methoden, die je nach Setting (ambulant, teil/stationär) angepasst werden können (Ott und Berding 2017, S. 444). Wie bei der Motivation zu angenehmen Aktivitäten im Rahmen der Psychoedukation sollen sich die Erkrankten unter Anleitung vor allem im eigenen Handeln erleben und reflektieren sowie verlorene Fähigkeiten wiedererlangen. Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich konnte die Ergotherapie ihre Wirksamkeit in Bezug auf die depressive Symptomatik, die Kontaktfähigkeit und die Kosteneffektivität in randomisiert kontrollierten Studien unter Beweis stellen (ÄZQ und DGPPN 2015, S. 129). Ähnlich wie die Soziotherapie weist die Ergotherapie nur geringe Wartezeiten auf und ist daher sehr gut geeignet, längere Wartezeit auf eine ambulante Psychotherapie zu überbrücken. Die Verordnung von Heilmitteln wie der Ergotherapie ist jedoch häufig eingeschränkt, da das Heilmittelbudget von Allgemeinmediziner/-innen schnell

erschöpft ist und ein Regressverfahren durch die Kassenärztliche Vereinigung befürchtet wird (Korzilius 2011).

Neben den skizzierten konventionellen Behandlungsansätzen werden zahlreiche **komplementäre und alternative Heilverfahren** bei depressiven Störungen genutzt. Bisher fehlen qualitativ hochwertige randomisierte kontrollierte Studien, daher werden sie vor allem adjuvant und nicht primär genutzt. Dennoch wächst in der Bevölkerung das Interesse und häufig werden diese Verfahren auch als Selbstmedikation ohne ärztliche Vorbesprechung in Anspruch genommen. Bei depressiven Erkrankungen sind das vor allem Entspannungstechniken, Sportangebote und Pflanzenheilkunde. Aber auch künstlerische Ansätze wie Musiktherapie und Tanztherapie, Akupunktur, Reiki, Massagen, Yoga, Meditationen, Aroma-, Farb- oder Lichttherapie, spirituelle Heilverfahren wie das Gebet sowie transkranielle Magnetstimulationen, werden bei depressiven Erkrankungen eingesetzt. Auch die Einnahme von Vitamin B12, Folsäure, Omega-3 Fettsäuren, des Hormons „Dehydroepiandrosteron“, der Supplementierung des Stoffwechsellprodukts S-Adenosyl-L-Methionin, der selektive oder generelle Verzicht auf Zucker und Alkohol sind Selbstmedikationsstrategien, die viele Betroffene ausprobieren (Khoromie et al. 2007, S. 605–632). Auch wenn qualitative randomisierte kontrollierte Studien fehlen, existieren dennoch viele Literaturübersichten, die positive Zusammenhänge einzelner Strategien insbesondere für das oben beschriebene Johanniskraut und körperliche Betätigung zeigen (Freeman et al. 2010; Nahas und Sheikh 2011).

Es ist davon auszugehen, dass alle Ansätze im richtigen Setting ihre Berechtigung haben. Ebenso schließen sich die meisten Behandlungsansätze nicht gegenseitig aus. Sie sind vielmehr als das Resultat verschiedener Zugänge zu sehen, deren Wirkmechanismen sich oftmals überschneiden. **Neben dem Placeboeffekt ist die therapeutische Beziehung einer der robustesten Prädiktoren des Therapieergebnisses** (Martin et al. 2000; Taylor et al. 2015). Sie wird am meisten dadurch bestimmt, dass die Unterstützten, die Anbietenden als überzeugend und authentisch wahrnehmen (Nienhuis et al. 2016).

Die vorangegangenen Therapieformen sowie viele komplementäre Ansätze finden in zahlreichen institutionellen Zusammenhängen, insbesondere in **psychosomatisch-psychotherapeutischen Behandlungen im Krankenhaus** statt (Lützenkirchen 2008, S. 44). Dort werden auch weitere spezielle Verfahren wie die oben skizzierte Interpersonelle Therapie sowie die Systemische Therapie angeboten, die ambulant nicht von der gesetzlichen Krankenkasse erstattet werden

(ÄZQ und DGPPN 2015, S. 57). Das umfassendste Versorgungs- und Beratungsangebot für depressive ältere Menschen findet sich in **Gerontopsychiatrischen Zentren** einer Kombination von ambulantem Dienst, Tagesklinik und Altenberatung. Sie können unter hoher fachlicher Kompetenz eine wohnortnahe Versorgung mit hohen Vernetzung anbieten, die zu einer geringeren Krankheitsschwere, einem geringeren Hilfs- und Pflegebedarfs und zu weniger Heimeinweisungen führt (Steinkamp und Werner 2000). Diese Zentren haben jedoch bisher nur Modellcharakter und sind, wie auch die schlankeren **Gerontopsychiatrischen Ambulanzen**, selten (Lützenkirchen 2008, S. 53).

Flächendeckend vorhanden sind die **Sozialpsychiatrischen Dienste**, die ebenfalls multiprofessionell mit medizinischen, psychologischen und sozialarbeiterischen Fachkräften besetzt sind und auch für depressiv erkrankte Menschen sowie deren Angehörigen offen stehen. Sie beraten die Erkrankten und Angehörigen in erster Line in sozialrechtlichen Versorgungsfragen und vermitteln in andere Einrichtungen. Sie beauftragen beispielsweise Sozialstationen und ambulante Pflegedienste, damit die Betroffenen im Alltag unterstützt werden und in ihrer häuslichen Umgebung bleiben können (Lützenkirchen 2008, S. 54).

2.4.3 Zusammenfassung der Barrieren in der Versorgung depressiver Erkrankungen im Alter in der Primärversorgung

Die Versorgung depressiver Erkrankungen weist eine Reihe von Defiziten auf, die in den vorangegangenen Versorgungsansätzen jeweils mit angeklungen sind. Wittchen et al. (2010) schätzen, dass ein Großteil der depressiv erkrankten nicht optimal versorgt werden, da ihre Depression entweder nicht erkannt wird oder weil sie bezüglich ihres Schweregrads unterschätzt wird.

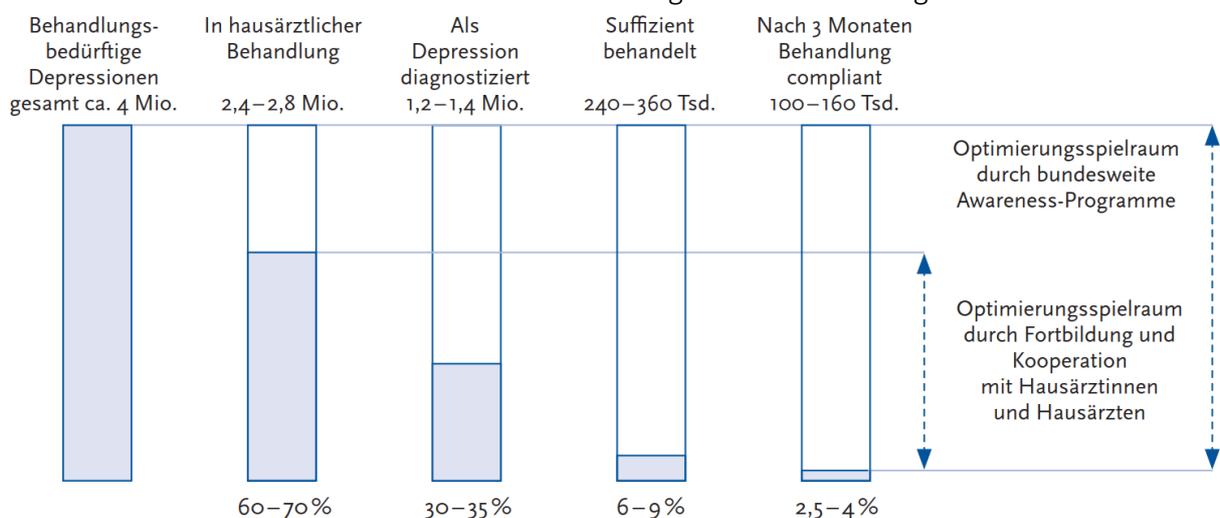


Abbildung 9: Schätzung der diagnostischen und therapeutischen Defizite (Wittchen et al. 2010, S. 31)

Abbildung 9 zeigt die geschätzte Versorgung depressiver Erkrankungen, die im Bundes-Gesundheitssurvey 1997-1999 erhoben wurden. Demnach sollen vier Millionen Menschen in Deutschland unter einer behandlungsbedürftigen depressive Symptomatik leiden. Davon sind zwei Drittel der Erkrankten in hausärztlicher Behandlung, ein Drittel wurde mit einer Depressionsdiagnose erfasst und weniger als jede/r Zehnte wurde ausreichend behandelt.

In der Nachfolgestudie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland von 2008-2011 kommen Jacobi et al. (2014a) zu dem Schluss, dass nur ein Drittel der Betroffenen überhaupt Kontakt zu Behandlungseinrichtungen haben. Die bundesweite administrative Prävalenz der Depressionsdiagnosen und die Behandlungsrate von Psycho- und oder Pharmakotherapie bekräftigen diesen Eindruck. Ab einem Alter von 60 Jahren steigt der Anteil von chronischen Depressionsverläufen auf 80 Prozent und der Anteil an alleiniger Pharmakotherapie sowie an nicht behandelten Patientinnen und Patienten nimmt stark zu, die Inanspruchnahme von Psychotherapie wird verschwindend gering (Melchior et al. 2014, S. 56, 85). Diagnosestellung und Behandlungsrate korrelieren zudem stark mit der regionalen Hausarzttdichte und mit der Zahl der zur Verfügung stehenden psychiatrischen und psychosomatischen Fachärzte. Während in Sachsen-Anhalt die Einjahresprävalenz mit 2,6 Prozent dokumentiert ist, liegt sie in Bayern bei ca. 14 Prozent. Ungefähr im gleichen Verhältnis unterscheidet sich zwischen den Regionen die Verteilung der psychiatrischen Fachärzte/-innen und der psychologischen Psychotherapeuten/-innen. Bei den Hausärztinnen und Hausärzten hat Bayern ca. ein Viertel mehr in Bezug zu den Einwohnerzahlen. Je geringer die Arztdichte, umso geringer die diagnostizierten Depressionen (Melchior et al. 2014, S. 42–49).

Eine **geringe Zahl von Ärzte/-innen** ist eine entscheidende Barriere in der Versorgung älterer Menschen. Je mehr Menschen in einer Sprechstunde behandelt werden müssen, desto weniger Minuten stehen pro Patient/-in zur Verfügung. Zusätzlich kommen strukturelle Barrieren wie Abrechenbarkeit von Beratungsleistungen, Budgetierung sowie lange Wartezeiten bei Überweisungen hinzu. Die Gatekeeper-Funktion der Allgemeinarztpraxis ist dadurch stark herausgefordert. Der hohen Erkrankungsvielfalt, der heterogenen diagnostischen Verfahren, der Aufklärung über die **Vielzahl der therapeutischen Varianten und der unübersichtlichen Versorgungslandschaft** können insbesondere die Allgemeinmediziner/-innen in der Kürze der Zeit nur schwer gerecht werden (Wittchen et al. 2000, S. 73–76). Darüber hinaus bleibt die oben beschriebene diagnostische Herausforderung, dass die vorliegenden Konsultationsgründe eher

körperliche Beschwerden, Schlafstörungen und Schmerzen sind (deGruy und Schwenk 2007, S. 7). Ein zusätzliches interdisziplinäres Problem ist, dass Altersmedizin an den medizinischen Fakultäten nicht oder nur unzureichend gelehrt wird (Wolfersdorf und Schüler 2005, S. 148).

Insbesondere bei Patientinnen und Patienten mit leichten Depressionen kann die Entscheidung gegen eine Behandlung und die **Symptompräsentation** auch mit der Angst vor **Stigmatisierungen** begründet sein (Schomerus et al. 2009; IQWiG 2017b, S. 25). Schwere Depressionen hingegen sind oft durch eine stark **erschwerte Kommunikation** geprägt. Betroffene strahlen durch ihre Erkrankung ein „Gefühl der Leere“ aus, die sich in der Hausarztpraxis auch auf die potentiell Helfenden übertragen kann und für eine insgesamt gedämpfte und gedrückte Atmosphäre sorgt. Die depressive Stimmung kann sich dadurch perpetuieren, alle Beteiligten können sich zunehmend unwohl fühlen und versuchen, weitere diesbezügliche Gespräche zu meiden (Lützenkirchen 2008, S. 37).

Veränderte Stimmungslagen älterer Menschen sind zwar ein starker Indikator für eine depressive Erkrankung, aber Ärztinnen und Ärzte sind ebenso wie ihre Patienten/-innen teilweise durch negative Altersbilder geprägt (Kapitel 2.2.4). Sie erklären sich die Veränderungen mit vermeintlich typischen altersbedingten Abbauprozessen und Verlusten (Wolfersdorf und Schüler 2005, S. 20). Wobei zu betonen ist, dass die **mangelnde Reflexion negativer Altersbilder** kein medizinisches Phänomen ist. Viele potentielle Helfer/-innen nehmen an, dass sich alte Menschen durch verminderte physische Kräfte und etwaige körperliche Erkrankungen automatisch sozial zurückziehen und dadurch psychische Beeinträchtigungen erleiden (Lützenkirchen 2008, S. 122). Depressive Erkrankungen werden somit bagatellisiert und bleiben unbehandelt. Gleiches gilt für die Betroffenen, die depressive Symptome oft ebenfalls auf ihr Alter zurückführen (Lawhorne 2005, S. 777; Lützenkirchen 2008, S. 33; Apesoa-Varano et al. 2010, S. 592).

„Betroffene empfinden sich oft nicht als depressiv, sondern als körperlich krank, Depression wird nicht erkannt, nicht diagnostiziert und nicht behandelt. Die Lebensqualität sinkt und der Leidensdruck steigt.“ (Wolfersdorf und Schüler 2005, S. 33)

Für eine erfolgreiche Depressionsversorgung müssen die Patienten/-innen daher als „beteiligte Experten“, als Koproduzenten von Gesundheit mit Ihrer subjektiven Krankheitsperspektive (Kapitel 2.2.3) verstanden werden, um in einem zeitaufwendigen Prozess eine entsprechende Akzeptanz mit der Depression zu entwickeln (Dierks et al. 2001, S. 9). Diese Arbeit ist mit den Abläufen in der hausärztlichen Praxis nur sehr schwer zu leisten und vor diesem Hintergrund

überlegen sich die Hausärztinnen und Hausärzte, ob sie das heikle Thema psychische Erkrankung ansprechen. Die Zusatzfortbildung Psychosoziale Grundversorgung verschafft den Allgemeinmediziner/-innen zwar ein etwas größeres Kontingent an abrechenbarer Beratungszeit, aber wenn mangelnde Einsichtsfähigkeit und fehlende Motivation bei den Betroffenen auftreten, verhindert der Zeitdruck dennoch eine ausreichende Versorgung (Bergmann et al. 2012, S. 146).

Auch eine sofortige Überweisung zu psychiatrischen oder psychologischen Kolleginnen und Kollegen ist nicht ohne weiteres möglich. Die Vermittlung in Psychotherapie erfordert oft viel Zeit und auch hier müssen Vorbehalte auf Seiten älterer Menschen besprochen und geeignete Angebote geprüft werden. Diese Beratung wird in der hausärztlichen Praxis aber in der Regel nicht vergütet (Kammerer et al. 2016). Die enge Taktung von durchschnittlich 45 Patienten am Tag mit jeweils acht Minuten Beratungszeit, beschränkt die Möglichkeiten der Hausärzte/-innen erheblich und auch die Patientinnen und Patienten verdrängen das Thema dann eher in den Hintergrund und nehmen es als Privatangelegenheit (Bell et al. 2010, S. 7) war:

„You feel as though you’re taking their time you know, I’m not going to die of it.“
(Rogers et al. 2009, S. 324)

In der Hausarztpraxis kann es daher passieren, dass sich aufgrund **fehlender Zeit** und aufgrund eines **fehlenden Psychotherapiewillens** auf Seiten der Betroffenen für eine alleinige Pharmakotherapie entschieden wird, auch wenn diese bei schweren depressiven Episoden nur kurzfristig und bei leichten Depressionen meist fehlindiziert ist (Lützenkirchen 2008, S. 120; DGPPN 2017, S. 68). Bell et al. (2010, S. 7) haben in einem Survey gezeigt, dass dies bei Patienten/-innen wiederum die Angst schüren kann, dass sie, wenn depressive Symptome angesprochen werden, zusätzliche Medikamente nehmen müssen.

Auch deswegen beklagen allgemeinärztliche Praxen im täglichen Umgang mit depressiv erkrankten älteren Menschen die Praxisuntauglichkeit von **Leitlinien**, da sie die Spezifika der **Multimorbidität, der Polypharmazie** und der **subjektiven Krankheitsperspektive** nur punktuell thematisieren und weil speziell für depressiv erkrankte ältere Menschen keine deutsche Leitlinie existiert (Gühne et al. 2015). Dies führt mit dazu, dass Erkrankte mit einer depressiven Episode nicht immer die optimale Therapie erhalten (deGruy und Schwenk 2007, S. 12).

Komorbide Erkrankungen wie die koronare Herzerkrankung, Diabetes mellitus Typ 2 oder Krebs stehen oft in einer Wechselwirkung mit Depressionen (Kapitel 2.1.3), so dass sich die Symptome überschneiden und in den Vordergrund rücken können. Die sogenannte **larvierte Depression** bleibt unentdeckt, wenn die Betroffenen multimorbid sind, auf somatische Symptome fokussieren und die Untersuchenden vom organorientierten „diagnostischen Eifer“ gepackt werden. Die psychische Dimension kann dann in den Hintergrund geraten, weil auch die Patientinnen und Patienten nur berichten, was Diagnostiker hören und woran sie selbst glauben wollen (Simpson et al. 2008, S. 98). Im schlechtesten Fall beginnt damit ein Marathon durch die Praxen verschiedener Fachärzte. Dies kann in einer hohen Zahl von Medikamenten und in einer noch höheren Belastung für die Betroffenen resultieren. Paradoxerweise steigt bei jeder Untersuchung die Hemmung eine Depressionsdiagnose zu stellen, da dies schnell zu einer Stigmatisierung und „Ich bilde mir das alles nur ein?“-Reaktion führen kann (Wolfersdorf und Schüler 2005, S. 33; Apesoa-Varano et al. 2010, S. 594).

Insgesamt führen diese Hemmnisse dazu, dass zwei Drittel der Erkrankten keine oder **initiale Fehldiagnosen** erhalten. Nur die Hälfte der Betroffenen bekommt eine zutreffende Diagnose (Jacobi et al. 2014a). Das oben beschriebene Dokumentationsverhalten von Hausärztinnen und Hausärzten ist eine weitere Erklärung, aber auch Fehldiagnosen wie fehlerhafte Deutung einer beginnenden Demenz und die Verwechslung einer Depression mit einer gesunden Trauerreaktion spielen eine Rolle (Stenkamp et al. 2016a, S. 52). Eine genaue Anamnese bleibt der wichtigste Faktor für die Entdeckung der Symptomatik und für die Einschätzung geeigneter Behandlungsstrategien (Hoefert und Brähler 2013, S. 249).

Doch auch wenn die Betroffenen eine korrekte Diagnose erhalten und sie ihre Depressionsdiagnose annehmen, sind sie selten bereit, eine sekundäre psychotherapeutische Versorgung in Anspruch zu nehmen. Hine et al. (2008, S. 126) schätzen, dass 60 bis 70 Prozent der Erkrankten davon profitieren würden. Lediglich 40 Prozent bekommen jedoch eine Überweisung und gerade einmal zehn Prozent machen tatsächlich einen Termin. Für viele Patientinnen und Patienten ist es nur **schwer vorstellbar** in das sekundäre psychiatrische oder psychotherapeutische Versorgungssystem zu wechseln, wie Rogers et al. (2009) es formulierten:

„In fact, for many of our respondents, general practitioners were consulted because they constituted the only source of help that seemed accessible at a particular moment in time.“
(Rogers et al. 2009, S. 324)

Sie bevorzugen eher die **vertraute hausärztliche Versorgung**, doch in diesem Rahmen sind kaum passende Angebote verfügbar, weshalb oft keine oder nur die Pharmakotherapie bleibt (Areán und Miranda 1996).

Zwar existieren auch noch andere potentiell akzeptierte niedrigschwellige ambulante Einrichtungen, die beispielsweise auf Basis von Sozialberatung und Selbsthilfe unterstützend wirken können, aber der Überblick über die Gesamtheit der Dienstleister ist nur schwer herzustellen und für depressiv erkrankte Personen nahezu unmöglich. Hausärztinnen und Hausärzte haben hier ebenso große Schwierigkeiten den Überblick zu behalten (Zimmermann et al. 2018).

2.5 GermanIMPACT – Studie zu einem kooperativen Versorgungsmodell

In den vorangegangenen Kapiteln wurde die Krankheitslast depressiver Störungen sowohl aus subjektiver als auch aus epidemiologischer wie ätiologischer Sicht expliziert und Versorgungsansätze, wie Barrieren skizziert, die dazu führen, dass die Versorgung meist in der primären allgemeinmedizinischen Versorgung stattfindet. Insbesondere fehlerhafte Altersbilder im Zusammenhang mit Stigmatisierungen bezüglich Depressionen, irrtümliche gedankliche Zwangsverknüpfungen zwischen Lebensalter und Depression, pessimistische Behandlungsaussichten aufgrund des fortgeschrittenen Alters, mangelnder Zugang zu entsprechenden Hilfen, fehlende zeitliche Ressourcen im Praxisalltag und das Ausbleiben einer erforderlichen Therapie sind im deutschen wie im US-amerikanischen Gesundheitssystem Herausforderungen, die nur schwer zu bewältigen sind und das Chronifizierungsrisiko der Erkrankten erhöhen (Korsen und Pietruszewski 2009).

Als ein Ansatz die Bedürfnisse in der Versorgung depressiv erkrankter älterer Menschen zu adressieren, gilt das IMPACT-Programm. IMPACT ist das Akronym für „Improving Mood – Promoting Access to Collaborative Treatment for Late-Life Depression“ und konnte 2002 seine Wirksamkeit unter Beweis stellen. Es gehört zu den international viel diskutierten kollaborativen Versorgungsansätzen („**Collaborative Care Modell**“) oder auch „Nurse-Led Interventions“. Sie zielen darauf ab, die ärztliche Patientenversorgung bei spezifischen Beratungsanlässen durch nicht-ärztliches, meist pflegerisches Personal zu unterstützen. Dieser Ansatz hatte sich bereits bei der Behandlung von chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus Typ 2 oder Hypertonie bewährt (Laurant et al. 2005; Weingarten et al. 2002).

Unützer et al. (2002) beobachteten in der IMPACT-Studie mit 1801 depressiv erkrankten älteren Menschen, dass 25,1 Prozent der Interventionsgruppe nach einem Jahr in Remission waren, während in der Kontrollgruppe nur 10,9 Prozent keine depressive Symptomatik mehr aufwiesen. Bei insgesamt 45 Prozent der Patientinnen und Patienten der Interventionsgruppe konnten sie am Ende des einjährigen Untersuchungszeitraums eine Reduktion der depressiven Symptomatik von mindestens 50 Prozent nachweisen. In der Kontrollgruppe, die die übliche Behandlung erhielt, erreichten nur 19 Prozent diesen Wert.

Die Wirksamkeit dieses Ansatzes wurde zusätzlich in zahlreichen weiteren Studien bewiesen. Die Cochrane Collaboration (Archer et al. 2012) verglich in einer systematischen Übersichtsarbeit 97 randomisiert kontrollierte Studien (RCT), die einen kollaborativen Versorgungsansatz bei Depression und Angst prüften und stellten übergreifend signifikante Verbesserungen in der Symptomatik fest. Bei einer Interventionsdauer von sieben bis zwölf Monaten, die auch dem IMPACT-Programm entspricht, konnten sie 13 RCT miteinander vergleichen und errechneten einen standardisierten Mittelwerteffekt von 0,28. Coventry et al. (2014) ermittelten in einer darauf aufbauenden Metaanalyse mit 74 RCT ohne Differenzierung des Beobachtungszeitraums ebenfalls einen standardisierten Mittelwerteffekt von 0,28 auf die depressive Symptomatik im Vergleich zu einer üblichen Behandlung. Dies entspricht einem kleinen bis mittleren Effekt und bedeutet in der überwiegenden Zahl der Studien nahmen die depressiven Symptome moderat ab, die Rückfallquoten sanken, die Suizidalität verringerte sich, die Zufriedenheit der Ärzte stieg und auch die monetären Kosten sind durch die kollaborative Versorgung gleichgeblieben und teilweise sogar gesunken.

Im IMPACT-Programm erfolgt die Behandlung der Patienten/-innen im Rahmen einer **Behandlungstriade** aus bereits behandelnder Hausärztin beziehungsweise behandelndem Hausarzt, einer zusätzlich installierten nicht-ärztlichen Therapiebegleitung und einer/s supervidierenden Psychiaterin/-s. Die **Intervention** bestand aus einer abgestuften Versorgung aus Begleitung, Psychoedukation, Monitoring der Depressivität, Aktivierung, Problemlösetraining und Medikationsberatung.

GermanIMPACT ist eine Adaption der US-amerikanischen Variante auf das deutsche Versorgungssystem, dessen markanteste Unterscheidungsmerkmale die Niederlassungsstruktur und die Krankenversicherungspflicht sind (Hüll und Hölzel 2017, S. 308). Anders als in Deutschland

findet die ambulante Erstversorgung in den USA oft nicht in einer selbstständig geführten Hausarztpraxis statt, sondern in einer ambulanten Primärversorgungsklinik. In dieser „Primary Care Clinic“ sind meist allgemeinmedizinische, internistische und pädiatrische Ärzte/-innen als Arbeitnehmende beschäftigt oder selbstständig tätig. In der US-Amerikanischen Studie wurden die 1.801 Patientinnen und Patienten aus 18 „Primary Care Clinics“ von 324 Ärzten/-innen rekrutiert, wohingegen in Deutschland **71 niedergelassene Hausärztinnen** und Hausärzte **insgesamt 248 Patienten/-innen** rekrutierten. In Deutschland ist eine Behandlung generell nicht mit zusätzlichen Kosten verbunden, während in den USA die Versorgung in der IMPACT-Studie auch für Nicht-Versicherte eine kostenfreie Möglichkeit darstellte, eine Behandlung zu erhalten (Unützer et al. 2002; Hölzel et al. 2018).

Abseits dieser Einschränkungen ist GermanIMPACT eine sehr nahe Adaption der Originalstudie von Unützer et al. (2002), die von **2012 bis 2016** an den Standorten **Freiburg und Hamburg** durchgeführt wurde und in Gänze im dazugehörigen Studienprotokoll (Wernher et al. 2014) beschrieben wird. Durchgeführt wurde Sie von ein einem Forschungsverbund aus dem Zentrum für Geriatrie und Gerontologie und dem Lehrbereich für Allgemeinmedizin der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg sowie dem Institut für Allgemeinmedizin, dem Institut für Gesundheitsökonomie und dem Institut für medizinische Psychologie des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf. Gefördert wurde GermanIMPACT durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und trägt das Förderkennzeichen 01GY1142. Zusätzlich wurde die Studie vor Beginn beim Deutschen Register für Klinische Studien (DRKS) unter der Nummer DRKS00003589 registriert. Positive Voten der zuständigen Ethik-Kommissionen in Hamburg (Bearb.-Nr.: MC-224/12) und Freiburg (Antrags-Nr.: 150/12) liegen vor.

Unter dem Studientitel **„Koordinierte Behandlung der Altersdepression in der Primärversorgung: Implementierung des IMPACT-Programms in Deutschland“** sollte die Frage geklärt werden, ob die Anpassung und Implementierung trotz der unterschiedlichen Versorgungsstrukturen auch in Deutschland praktikabel und sowohl die gut belegte Wirksamkeit sowie die positive Kosten-Nutzen-Bilanz der Intervention, auch in Deutschland zu beobachten sind. Nachfolgend sollen die wesentlichen Elemente der Studie und insbesondere der Intervention skizziert werden, die auch für die vorliegende Arbeit von Bedeutung sind.

2.5.1 Studiendesign, Methodik und Ergebnis

GermanIMPACT war eine **cluster-randomisierte** kontrollierte Studie, in dessen Kern eine komplexe Intervention überprüft wurde, welche unterschiedliche methodische Elementen kombiniert. Cluster-randomisiert bedeutet, dass die Behandlung, die die Patienten/-innen erfahren, von der zufälligen Zuordnung der Praxis abhängig war und nicht auf Ebene der Patienten randomisiert wurde. Eine Vermischung von Interventions- und Vergleichsgruppe innerhalb derselben Praxis sollte damit vermieden werden. Gleichzeitig wurde damit auch die Ansprache älterer depressiv erkrankter Menschen vereinfacht, da sie nicht zusätzlich durch die Auslosung verunsichert wurden. Ebenso wird durch eine Cluster-Randomisierung berücksichtigt, dass sich Patienten/-innen innerhalb einer Praxis meist ähnlicher sind, als Patienten/-innen unterschiedlicher Praxen.

Wie in der US-amerikanischen IMPACT-Studie wurde der hausärztlichen Versorgung eine speziell geschulte Therapiebegleiterin zugeordnet, die eine individuelle Patientenbetreuung mit psychotherapeutischen Elementen, ergänzend zu der regulären hausärztlichen Behandlung durchführte. Die komplementäre Intervention verfolgte eine **abgestufte Depressionsversorgung**, bestehend aus Psychoedukation zu Symptomatik, Krankheitsverlauf, Medikamenten und Nebenwirkungen, Elementen zur Verhaltensaktivierung, der Vermittlung von Problemlösetechniken sowie der Rückfallprophylaxe. Bei den Therapiebegleiterinnen handelte es sich um jeweils zwei weitergebildete Gesundheits- und Krankenpflegekräfte an den jeweiligen Standorten. Sie hatten einschlägige Erfahrungen im geriatrischen Bereich. Die dritte Instanz der Behandlungstriade, die in Abbildung 10 dargestellt ist, war in Hamburg eine psychologische Psychotherapeutin und in Freiburg eine Psychiaterin, die für regelmäßige Supervisionen hinzugezogen wurden und auch städteübergreifend interdisziplinäre Hilfestellungen zu den Patienten boten.

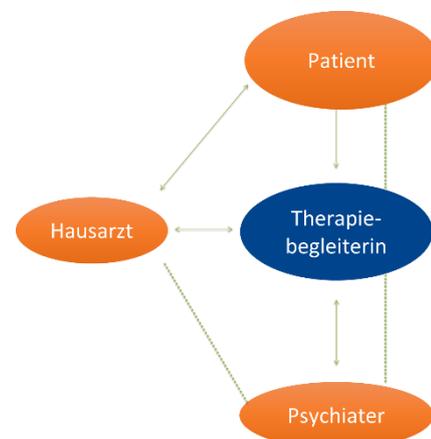


Abbildung 10: Behandlungstriade in GermanIMPACT

Die Vergleichsgruppe bekam keine Therapiebegleitung und erhielt die übliche Behandlung durch die Hausärztin oder durch den Hausarzt. Ziel und **primäre Zielgröße** war die Remission und damit die Verringerung der depressiven Symptomatik nach 12 Monaten, gemessen mit

dem Screeninginstrument PHQ-9 (Löwe et al. 2004), Kapitel 2.1.1)) auf unter fünf Punkte. **Sekundäre Zielgrößen** waren das Ansprechen (Response) auf die Therapiebegleitung, definiert mit einer Halbierung des PHQ-9 Punktwerts, die gesundheitsbezogene Lebensqualität, gemessen mit dem EQ-5D-3L (EuroQol Group 1990), Angstsymptomatik, gemessen mit dem GAD-7 (Spitzer et al. 2006), depressionsbezogenes Verhalten (Ludman et al. 2003), Problemlösefähigkeiten (nach Bleich & Watzke, unveröffentlicht) sowie Indikatoren für die individuelle psychische Widerstandsfähigkeit (Resilienz mittels RS-13 (Leppert et al. 2008)). Für die **longitudinale Messung** der depressiven Symptomatik erhielten die teilnehmenden Patientinnen und Patienten insgesamt drei Fragebögen, zu Anfang, nach sechs Monaten und mit der Beendigung der Intervention nach 12 Monaten. Die primäre statistische Analyse vergleicht den Anteil remittierter Patienten in Interventions- und Kontrollgruppe, von allen zu Beginn der Studie eingeschlossenen Patienten/-innen. Das bedeutet, auch Teilnehmende, die die Intervention abbrachen, wurden gemäß des sogenannten „Intention-to-Treat-Prinzip“ (Newell 1992) analysiert. Fehlende Daten aufgrund von Befragungsabbrüchen wurden mit einem „Expectation-Maximization-Algorithmus“ (Dempster et al. 1977) ersetzt.

Für die **Rekrutierung** der Hausärztinnen und Hausärzte wurden insgesamt 1963 personalisierte Einladungen in Freiburg und in Hamburg verschickt. 99 Ärztinnen und Ärzte, die eine vollumfänglich hausärztliche Versorgung anboten, haben einer Studienteilnahme zugestimmt und wurden im Anschluss an ihre individuelle Zusage, direkt in die Kontrollgruppe oder Interventionsgruppe randomisiert. Von diesen, blieben 87 Ärzte/-innen dabei. Sie identifizierten 1.505 potentiell geeignete Patienten/-innen. Sobald die Patienten/-innen die Praxis aufsuchten, wurden sie durch die Hausärztinnen und Hausärzte auf **Ein- und Ausschlusskriterien** hin überprüft. Eingeschlossen wurden Personen ab 60 Jahren, die eine mittlere Depressivität mit einer Punktzahl von 10-14 Punkten auf dem Screeninginstrument Patient-Health-Questionnaire PHQ-9 aufwiesen. Nicht teilnehmen, konnten Erkrankte mit einer aktuellen Psychotherapie, mit psychiatrischen Komorbiditäten einer bipolaren Störung sowie psychotischen Symptomen und Suizidalität.

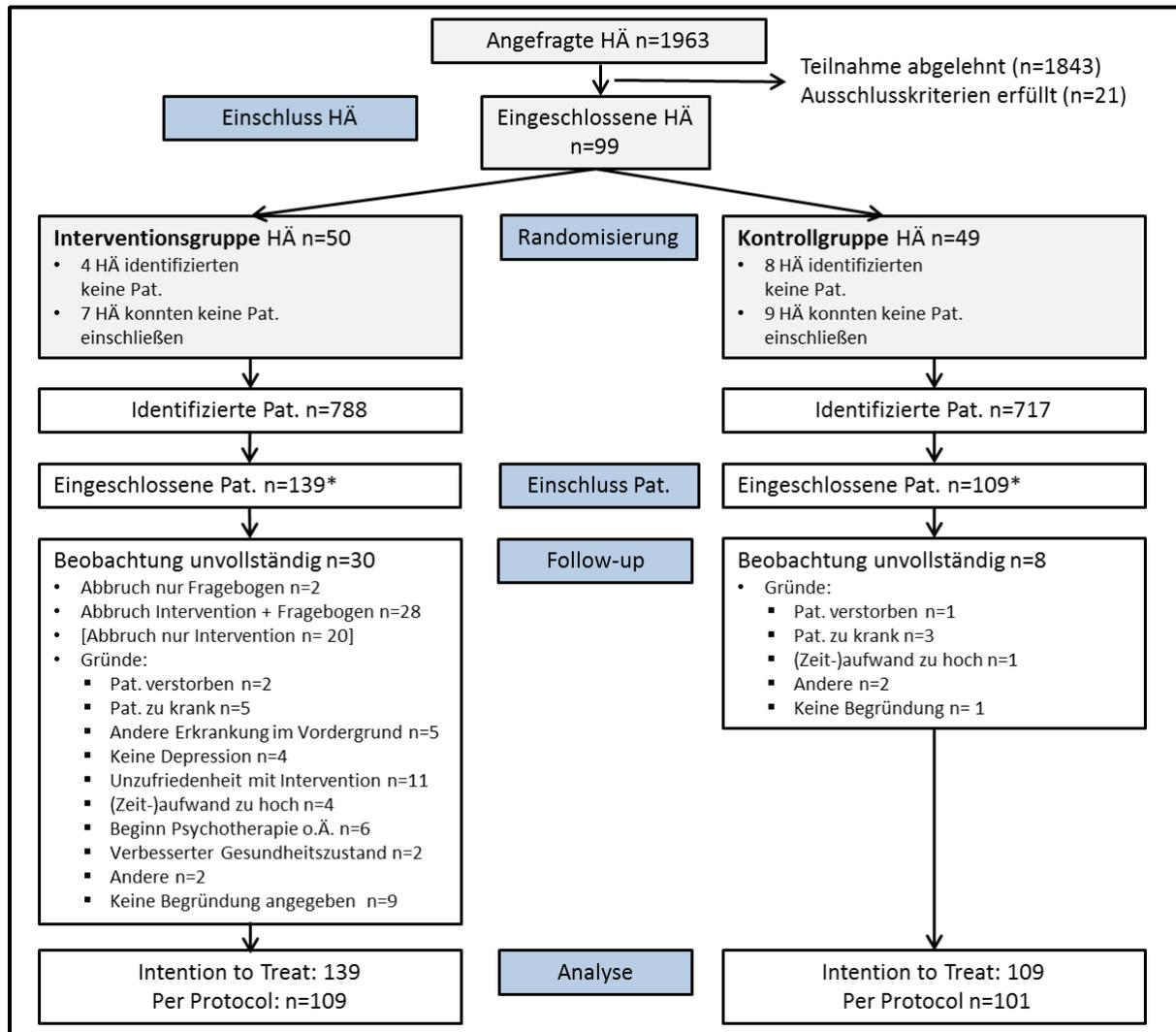


Abbildung 11: Studienverlauf (Hölzel et al. 2018)

Schlussendlich haben 71 Hausärzte/-innen 248 Patientinnen und Patienten in die Studie eingeschlossen. Die Clustergröße variierte mit eins bis zwölf Teilnehmenden pro Praxis. Alle Patienten/-innen erhielten weiterhin die übliche Behandlung durch Ihren Hausarzt und die Patienten der Interventionsgruppe, bekamen zusätzlich die einjährige Therapiebegleitung. Der detaillierte Studienverlauf ist in Abbildung 11 abgebildet.

Wie in Tabelle 10 dargestellt, waren die Teilnehmenden im Durchschnitt 71 Jahre \pm 7,5 Jahre und zu etwa dreiviertel Frauen. Einen **soziodemografischen Unterschied** gab es nur beim Anteil der Alleinlebenden mit 52,9 Prozent in der Interventionsgruppe und 38,3 Prozent in der Kontrollgruppe. Zum ersten Befragungszeitpunkt unterschieden sich auch die Werte für **Depressivität** zwischen den Gruppen, gemessen mit dem PHQ-9. Der mittlere Wert in der Interventionsgruppe lag mit 10,76 (SD 4,1) etwas höher als in der Kontrollgruppe mit 9,73 Punkten (SD 3,7).

Tabelle 10: Soziodemografie und Zielgrößen der Studienpopulation GermanIMPACT

Soziodemografie	IG	KG	Gesamt
N	139	109	248
Alter; Jahre M (SD)	71,18 (7,1)	71,58 (8,1)	71,35 (7,5)
Range	52-88	57-92	52-92
Geschlecht weiblich; n (%)	107 (77,0)	85 (78,0)	192 (77,4)
Wohnsituation alleinlebend n (%)	73 (52,9)	42 (38,9)	115 (46,7)
Primäre Zielgröße	Adj. Randmittel IG (SE/CI)	Adj. Randmittel KG (SE/CI)	p
PHQ-9 Baseline Mean (SD)	10,76* (4,05)	9,73* (3,66)	,038*
Range	1 – 22	2 – 21	
Befragungszeitpunkt 3, 1 Jahr nach Baseline	IG	KG	p
PHQ-9	8,13* (,37 / 7,42-8,85)	9,38* (,30 / 8,79-9,96)	,009*
Remission (PHQ <5)	25,6 %* (,037 / ,303-328)	10,9 %* (,028 / ,054-165)	,004*
Sekundäre Zielgrößen	Adj. Randmittel IG (SE/CI)	Adj. Randmittel KG (SE/CI)	p
PHQ-9 Response (PHQ <50%)	,225 (,041/,146-305)	,105 (0,033/,041-169)	,029*
GAD-7	6,75 (0,357/6,05-7,45)	7,15 (0,278/6,61-7,70)	,375
Ludman	3,02 (0,096/2,83-3,21)	2,97(0,090/2,79-3,14)	,670
RS-13	59,25 (1,095/57,11-61,40)	59,34 (1,054/57,27-61,41)	,955
PLF	15,94 (0,247/15,45-16,42)	15,58 (0,224/15,14-16,02)	,289
EQ-5D-3L Index	0,66 (0,022/0,61-0,70)	0,57 (0,023/0,52-0,61)	,005*

(*signifikante Unterschiede)

Nach zwölf Monaten lag der adjustierte PHQ-9-Wert in der Interventionsgruppe bei 8,13 (95% KI 7,42-8,85) und in der Kontrollgruppe bei 9,38 (95% KI 8,79-9,96). Bei der **primären Zielgröße** zeigten 25,6 Prozent (95%-KI 18,3-32,8%) der Teilnehmenden aus der Interventionsgruppe und 10,9 Prozent (95%-KI 5,4-16,5%) aus der Kontrollgruppe am Ende der Studie eine Remission und damit einen signifikanten Unterschied. Die **sekundäre Zielgröße**, definiert als das Ansprechen auf die Therapiebegleitung (Response) war in der Interventionsgruppe mit 22,5 Prozent (95%-KI 14,6-30,5%) ebenfalls etwa doppelt so hohe wie in der Kontrollgruppe mit 10,5 Prozent (95% KI 4,1-16,9%).

Ebenso zeigte sich eine geringe Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (EQ-5D) um 0,09 Punkte in der Interventionsgruppe. Auf die weiteren sekundären Zielgrößen Angstsymptomatik, depressionsbezogenes Verhalten, die Problemlösefähigkeiten sowie die Stärkung der Resilienz hatte IMPACT keinen nachweisbaren Einfluss. Insgesamt zeigte sich mit einer Verdopplung der primären Zielgröße Remission ein statistisch signifikanter (definiert als $p < 0,05$) und klinisch relevanter Effekt der Therapiebegleitung auf die depressive Symptomatik von älteren depressiv erkrankten Menschen (Hölzel et al. 2018).

2.5.2 Kollaborative Zusammenarbeit und Elemente der abgestuften Intervention

Das Kernelement des IMPACT-Programms ist die Zusammenarbeit verschiedener Professionen, die als Behandlungstriade die Versorgung der Erkrankten gewährleisten sollen. Es besteht aus dem jeweiligen Hausarzt beziehungsweise aus der jeweiligen Hausärztin, der Therapiebegleitung und der Supervision.

In Hamburg und Freiburg wurden jeweils zwei **Therapiebegleiterinnen (TB)** rekrutiert, die über eine Ausbildung zur Gesundheits- und Krankenpflegerin beziehungsweise in einem Fall über eine Ausbildung zur Altenpflegerin verfügten. Alle besaßen zudem einschlägige Erfahrung in der Arbeit mit älteren Menschen. Zu Beginn der Studie wurden alle Therapiebegleiterinnen gemeinsam in den Elementen der IMPACT-Intervention geschult. Weitere, jeweils zweitägige Vertiefungen erfolgten nach ungefähr drei und zwölf Monaten.

Mindestens alle zwei Wochen erfolgte zudem an jedem Standort eine **Supervision** durch eine psychologische Psychotherapeutin (Hamburg) beziehungsweise eine Psychiaterin (Freiburg) zu den Patientinnen und Patienten sowie zu den angewandten Methoden. Alle neuen Patienten/-innen mussten vorgestellt werden und bestehende Fälle sowie die Behandlungsabläufe wurden bei Bedarf diskutiert. Eine weitere standortübergreifende Supervision an der zusätzlich auch die Studienkoordinatorin (Freiburg) und der Studienkoordinator (Hamburg) teilnahmen, fand darüber hinaus monatlich via Videokonferenz statt. Der Fokus war hier vordergründig die Qualitätssicherung der studienbezogenen Prozesse, aber spezielle psychotherapeutische, beziehungsweise pharmakotherapeutische Fragen konnten hier durch die interdisziplinäre Ausrichtung der Supervisorinnen ebenfalls besprochen werden. Daneben waren die beiden psychotherapeutischen Fachkräfte auch die übrige Woche für klinische Fragen erreichbar. Die im Vorfeld angedachte direkte Patientenberatung durch die Supervisorinnen bei schwerwiegenden Fällen musste nicht in Anspruch genommen.

Potentielle Patienten wurden durch die Hausärztin beziehungsweise durch den Hausarzt auf die Studie aufmerksam gemacht, bei Interesse in der Sprechstunde anhand des PHQ-9 gescreent und nach Prüfung der Ein- und Ausschlusskriterien sowie einer vertiefenden Aufklärung in die Studie eingeschlossen. Daraufhin erhielten sie vom „Datenmanagement“ den ersten Fragebogen, der den Ist-Stand ermitteln sollte, mit der Post. Nach der Rücksendung vereinbarten die

Therapiebegleiterinnen ein Erstgespräch mit den Teilnehmenden in der vertrauten Atmosphäre der Hausarztpraxis. Alle anschließenden Kontakte fanden in der Regel telefonisch statt oder bei Bedarf erneut in der Hausarztpraxis.

Für eine aktive Einbindung der Erkrankten, bekamen sie zu Anfang eine **Arbeits- und Informationsmappe** zum Thema Depressionen im Alter, die über das Krankheitsbild und die Symptomatik aufklärte und konkrete Arbeitsmaterialien enthielt, die die Patientinnen bei der Beobachtung ihrer Symptome und bei der Suche angenehmer Aktivitäten unterstützen sollte.

Das IMPACT-Programm wurde dazu konzipiert, einen Teil der hausärztlichen Aufgaben bei der Behandlung von depressiven erkrankten älteren Patienten/-innen zu übernehmen. Die **Hausärztin beziehungsweise der Hausarzt** blieb zentrale Schnittstelle und war weiterhin dafür verantwortlich, die Behandlung zu überwachen, Antidepressiva zu verschreiben, die Behandlung von Komorbiditäten zu gewährleisten, entsprechende Überweisungen an Spezialisten vorzunehmen und die Therapiepartizipation in der Depressionsbehandlung zu stärken.

Die neu eingeführte Therapiebegleitung ist zunächst für eine erste Beurteilung des Schweregrads der Depression und die umfassende Patienteninformation zuständig. Daran anschließend übernimmt sie eine vertiefende Psychoedukation, die Verhaltensaktivierung, die Begleitung und Beobachtung der Symptomatik sowie bei Bedarf ein Problemlösetraining für die Primärversorgung. Dabei blieb die Therapiebegleiterin in Kontakt mit der Hausärztin oder dem Hausarzt und übersendete eine stichpunktartige **Dokumentation** der Behandlungsthemen nach jedem Kontakt per Faxprotokoll.

Das **Erstgespräch** beinhaltete eine ausführliche einstündige **Anamnese** mit einer klinischen Beurteilung, einer umfassenden Aufklärung über das IMPACT-Programm und eine darauf aufbauende Diskussion der Behandlungsmöglichkeiten. Die Ergebnisse wurden von den Therapiebegleiterinnen in der Supervision diskutiert und beim ersten Telefontermin mit den Patienten/-innen besprochen. Davon ausgehend, wurde im ersten Telefontermin eine gemeinsame achtwöchige Planung für die Therapiebegleitung entwickelt. Im Vordergrund stand, dass die Teilnehmenden die Ziele selbst festlegen und für sich eine stützende Therapiemotivation entwickeln sollten. Im Anschluss wurde die Begleitung und die Entwicklung der depressiven Symptomatik in einer **Entscheidungssitzung** bewertet. Wenn sich eine Verbesserung der Symptomatik zeigte und sich der Ausgangswert des PHQ-9 halbierte (Response) oder der PHQ-9-Punktwert

auf unter 5 gedrückt werden konnte (Remission), wurde die Frequenz der Kontakte von zwei auf vier Wochen verringert und zusammen mit dem Patienten oder der Patientin, sollte ein Rückfallvermeidungsplan erstellt werden.

Bei der überwiegenden Zahl der Fälle hat sich die depressive Symptomatik gemessen mit dem PHQ-9 jedoch nicht halbiert und die telefonischen Kontakte fanden zweiwöchentlich statt. Gleichzeitig wurde in den Entscheidungssitzungen überlegt, ob die Therapiebegleitung unverändert fortgesetzt werden sollte, ob das Erlernen der Problemlösetechnik Fortschritte versprechen könnte oder ob die Initiierung einer Pharmakotherapie beziehungsweise der Wechsel eines Medikaments die Symptomatik absenken könnte. Im zweiten Fall wurde über die Supervisorin eine Empfehlung an die Hausärztin beziehungsweise den Hausarzt ausgesprochen. Dieser achtwöchige Rhythmus wiederholte sich gemäß des einjährigen Interventionsablaufs, der in Abbildung 12 dargestellt ist, idealerweise 26 Mal.

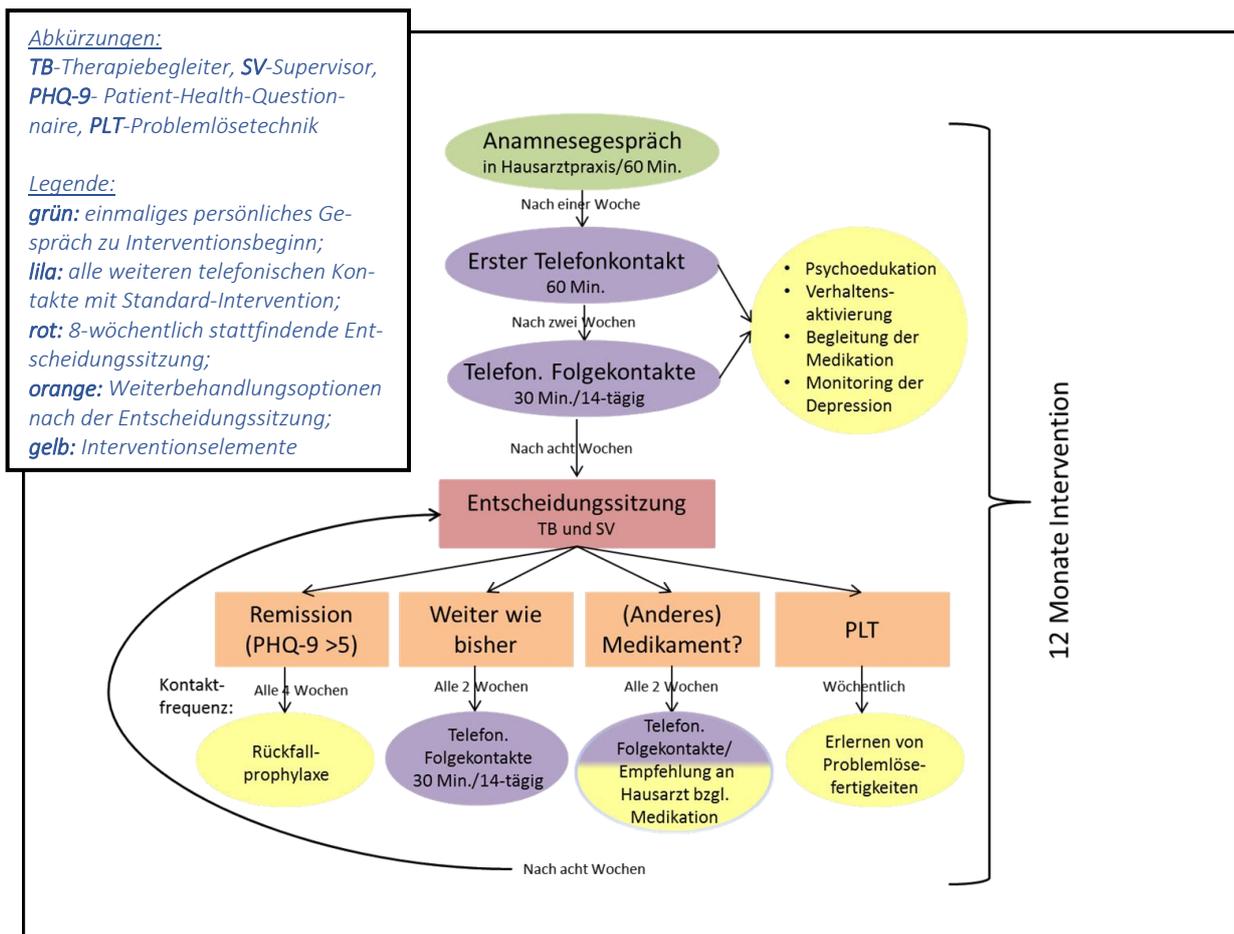


Abbildung 12: Interventionsablauf (Hölzel et al. 2018)

Wenn eine **pharmakologische Therapie** bestand oder eingeleitet wurde, beobachtete die Therapiebegleiterin, ob die Medikamenteneinnahme erfolgte und ob Nebenwirkungen auftraten, zu denen dann bei Bedarf eine Beratung stattfand. Beispielsweise konnte eine stark beruhigende Wirkung eintreten, die zum Beispiel mit einer Einnahme vor dem zu Bett gehen oder einer höheren Zufuhr von Koffein neutralisiert werden konnte. **Zwingend** erforderlich war eine umgehende gemeinsame Beratung zwischen Therapiebegleitung und Supervision bei schweren Nebenwirkungen, wie Ödemen, Fieber oder starkem Zittern. Hierfür und für akute suizidale, psychotische und manische Symptome wurde an jedem Standort ein dezidiertes Notfallplan entwickelt.

Bei Patientinnen und Patienten konnte durch die Entscheidungssitzung auch das **Problemlösetraining** in der Primärversorgung eingesetzt werden, wenn die depressive Symptomatik durch konkrete Probleme mitverursacht beziehungsweise verschlimmert wurde. Sie ist eine kurze Form der kognitiven Verhaltenstherapie (Kapitel 2.4.2), die Menschen darin schult, wie sie Probleme konkretisieren und lösen können. Sie ist speziell auf die Primärversorgung zugeschnitten, da beobachtet wurde, dass ältere Menschen es bevorzugen in diesem Rahmen behandelt zu werden und keine entsprechende psychotherapeutische Intervention vorhanden war (Areán und Miranda 1996). Sie dauert in der Regel sechs bis acht Wochen und beinhaltet sieben Stufen, die zur eigenständigen Problemlösung befähigen sollen (Haverkamp et al. 2004; Hölzel et al. 2017). Lösungsversuche waren dabei immer auch durch Erlebnisse des Scheiterns bestimmt. Es sollte darauf ankommen, die vermeintlichen Misserfolge nicht als solche zu bewerten. Sie waren elementarer Bestandteil des Prozesses und offenbaren meistens neue Informationen, die in einem höheren Verständnis über ein Problem resultieren sollten. Zur gedanklichen Umdeutung wurde konkret erörtert, was die Teilnehmenden neues über die Situation gelernt haben. Schließlich ging es nicht darum alle Probleme zu lösen, das Augenmerk lag darauf, dass die Patientinnen und Patienten exemplarisch lernen, Probleme selbst zu lösen.

Unabhängig vom Ergebnis der Entscheidungssitzung, und der Kontaktfrequenz sollten die **telefonischen Folgekontakte** vor allem Psychoedukation, die Beobachtung der Symptomentwicklung sowie die Aktivierung beinhalten. Dazu wurde bei jedem Telefonat zu Beginn ein PHQ-9-Fragebogen ausgefüllt. Die Diskussion der Ergebnisse und die damit verbundene Symptomentwicklung war gleichzeitig ein willkommener Gesprächsöffner für die anschließenden Themen.

Bereits gegen Ende des Anamnesegesprächs erläuterte die Therapiebegleitung das Konzept der **Verhaltensaktivierung** sowie den Zusammenhang mit der depressiven Symptomatik und bat die Patientin oder den Patienten, in der darauffolgenden Woche ein Tagesprotokoll zu führen. In der ersten telefonischen Sitzung begann die Aktivierung dann mit der Auswertung der Tagesprotokolle, mit der Feststellung des Aktivitätsniveaus und der Identifizierung von Zeiträumen, die genutzt werden könnten. Anschließend musste die Therapiebegleiterin zusammen mit den Teilnehmenden herausfinden, welche Aktivitäten sich individuell angenehm und förderlich erweisen konnten. Es kam dabei nicht darauf an, dass es sich um etwas Großes, Teures oder besonders Zeitintensives handelt. Im Gegenteil, sollte es etwas ganz Einfaches sein, wie der Genuss einer Tasse Kaffee, das Lesen eines Buches oder ein Spaziergang. Wichtig war, dass es sich ohne große Mühen in den Alltag integrieren ließ, damit eine sich androhende Stimmungsveränderung immer wieder durch wohltuende Aktivitäten gestoppt werden könnte. Zur Auswahl von Aktivitäten gab es in der Arbeits- und Informationsmappe eine mehrseitige Liste von Beschäftigungen wie: Blumen arrangieren, Hobbies pflegen, etwas Leckeres kochen, Fotos anschauen, Spazieren gehen, eine Parkbank aufsuchen und Leute beobachten, Dinge aus der Natur sammeln oder auch einfach Ruhe und Frieden genießen.

Die Planung einer oder mehrerer ausgewählter angenehmer und befriedigender Tätigkeiten war dann fester Bestandteil der sogenannten **Hausaufgaben** beziehungsweise der Vereinbarung, die beim Abschluss eines jeden Kontakts zwischen Therapiebegleitung und Patient/-in getroffen wurde. Im Anschluss an die Symptomerhebung mittels PHQ-9 war die Besprechung der geplanten Aktivitäten, die dabei empfundene Stimmung oder auch die Erörterung von Hinderungsgründen war wesentlicher Inhalt der telefonischen Folgekontakte an dessen Ende wieder eine neue Vereinbarung stand. Ziel war die **gezielte Implementierung angenehmer und befriedigender Aktivitäten** in den Alltag, um eine dauerhafte Verbesserung der Stimmung und damit eine Absenkung der Depressivität zu erzielen.

Neben den Behandlungsansätzen innerhalb der IMPACT-Intervention unterbreiteten die Therapiebegleiterinnen den Teilnehmenden **zusätzliche Hilfsangebote**. Dies konnten Selbsthilfegruppen, aktivitätsbezogene gemeindenahere Gruppen, wie Spaziertreffs, Gymnastikkurse oder Angehörigengruppen für die Bezugspersonen der Erkrankten sein. Zu diesem Zweck recherchierten die Therapiebegleiterinnen für alle Teilnehmenden wohnortnahe Einrichtungen und Angebote.

Überaus wichtig und quer zu allen Interventionsbestandteilen war die **Beziehungsarbeit**, die die Therapiebegleitung mit den Patienten/-innen leistete und die die Voraussetzung für alle anderen Bemühungen war. Es musste von Beginn an gelingen, eine belastbare Beziehung zu den Teilnehmenden aufzubauen. Insbesondere während des ersten Kontakts galt es Enthusiasmus, Interesse und Respekt zu signalisieren und sich als **empathische**, vertrauensvolle und belastbare Person zu zeigen. Depressiv erkrankte ältere Menschen haben wie in Kapitel 2.3. dargestellt verschiedene Besonderheiten, die teilweise in einer starken Schambelastung begründet waren. Die persönlichen Einstellungen der Erkrankten zu Depressionen, die Familiengeschichte, psychiatrische, medizinische oder psychosoziale Probleme zu ergründen und Herauszufinden, was weitere Barrieren für den Interventionsverlauf sein konnten, waren die größten Herausforderungen für die Therapiebegleitung.

2.6 Qualitative Studien und Mixed-Methods in der Versorgungsforschung

GermanIMPACT ist eine Studie **der interventionellen Versorgungsforschung**. Versorgungsforschung ist neben der Grundlagenforschung, der epidemiologischen und der klinischen Forschung, die vierte Säule medizinischer Forschung (Neugebauer et al. 2008, S. 81). Sie umfasst die Beobachtung, Analyse, Prognose, Bewertung, Weiterentwicklung und Evaluation der Routineversorgung (Meyer et al. 2012, S. 511). Ziel ist demnach nicht der isolierte Wirkungsnachweis einer Intervention, sondern ein entwickeltes innovatives Versorgungskonzept in seiner Implementierung zu evaluieren (Badura et al. 2004, S. 3).

GermanIMPACT zeigte bezogen auf den therapeutischen Effekt eine Verdopplung der Remissionsrate auf 25,6 Prozent im Vergleich zu 10,9 Prozent in der Kontrollgruppe (Hölzel et al. 2018). Dies ist zwar ein versorgungrelevantes Ergebnis, welches sogar um 0,5 Prozentpunkte höher liegt, als die Originalstudie von Unützer et al. (2002), es stellt aber auch die Frage, warum drei Viertel der Patienten/-innen nicht von der Intervention in Bezug auf die gewünschte Symptomreduktion profitieren konnten.

Nach Abschluss der Studie ist nicht zu klären, welche Faktoren sich hinderlich oder förderlich auf die Symptomentwicklung auswirkten. IMPACT ist eine komplexe Intervention mit einer Vielzahl an Interventionsbausteinen, die eine spezifizierte Rückführung der Effekte im Rahmen der primären Datenerhebung stark erschweren (Campbell et al. 2000). Es ist wahrscheinlich, dass

unterschiedliche Teilnehmer/-innen unterschiedlich stark von unterschiedlichen Interventionsbestandteilen profitierten. Neugebauer et al. (2008, S. 92) sprechen in diesem Zusammenhang auch vom „**Validitäts-Paradoxon**“. Die cluster-randomisierte kontrollierte Studie GermanIMPACT zeigt augenscheinlich einen hohen Strukturierungs- und Standardisierungsgrad, die Vergleichbarkeit und damit die interne Validität sind sehr hoch. Die externe Validität ist jedoch verhältnismäßig gering, da der individuelle Wirkmechanismus nicht berücksichtigt werden kann. Damit ist der Wert für die Versorgungspraxis limitiert.

Interventionelle Versorgungsforschung, definiert als die „Implementation innovativer Behandlungsverfahren sowie die Überprüfung ihrer Wirksamkeit in der Versorgungspraxis.“ (Morfeld und Wirtz 2006) beschäftigt sich insbesondere mit den methodischen Herausforderungen zahlreicher Störfaktoren sowie der Erfassung vorgelagerter Implementierungseffekte (Donner-Banzhoff und Bösner 2013, S. 65). Adressiert werden die Grundfragestellungen interventioneller Versorgungsforschung nach Implementations- und Umsetzungsproblemen bei der Umsetzung der Intervention (Neugebauer et al. 2008, S. 84). Im systemtheoretischen Modell des Versorgungssystems (Pfaff 2003) wird diese Dimension als „Throughput“ bezeichnet, welches wie in Abbildung 13 den konkreten Verarbeitungsprozess zwischen Versorgungsangebot und Versorgungsergebnis in den Blick nimmt.



Abbildung 13: Das systemtheoretische Modell des Versorgungssystems (Pfaff 2003)

Insbesondere für den prozessbasierten Erkenntnisgewinn können in der Versorgungsforschung zusätzlich zur quantitativen Erhebung, Methoden der qualitativen Sozialforschung angewandt werden (Neugebauer et al. 2008, S. 90; Creswell 2014; Stamer et al. 2015), um die Verbindung zwischen Evidenz und Praxis zu fördern (IQWiG 2017a, S. 200).

Qualitative Forschung ist ein Oberbegriff für multidisziplinäre Forschungsansätze, Philosophien und Arbeitsweisen, die sich seit einiger Zeit in der medizinischen Forschung und mit einigen Startschwierigkeiten etabliert haben (Malterud 2001). Sie vereinen laut der Arbeitsgruppe Qualitativer Methoden im Deutschen Netzwerk für Versorgungsforschung e.V. (DNVF) essentielle

Gemeinsamkeiten (Meyer et al. 2012). Qualitative Forschung geht **konstruktivistisch** davon aus, dass es verschiedene soziale Wirklichkeiten gibt. Qualitative Methoden in der Versorgungsforschung sind daher nahezu immer **subjektorientiert**. Das heißt die subjektiven Vorstellungen (Kapitel 2.2) der Untersuchungsteilnehmenden (und der Untersuchenden) sowie dessen Sinnstrukturen, sollen rekonstruiert werden. In der Regel geschieht dies mit einem **offenen Datenformat** in Form von Text, Bildern, Videos oder Erfahrungen aus teilnehmenden Beobachtungen. Zentrale Aufgabe qualitativer Forschung ist die **Interpretation** manifester Inhalte und in machen Methoden auch die Offenlegung latenter Sinnstrukturen. Dies geschieht in einem **iterativen Prozess**, bei dem sich möglichst mehrere Forschende über ihre Erkenntnis austauschen und ihre Erkenntnisprozesse gemeinsam beleuchten, verwerfen und wiederholen. Ziel ist die Induktion, also die Ableitung einer allgemeinen Aussage aus spezifischen Aussagen im Datenmaterial. Die Suche nach dem Widerspruch ist dabei oberstes Prinzip bei der Suche nach einer substantiellen Theorie als Antwort auf die Forschungsfrage.

Mit diesem Methoden-Mix, der auch Mixed-Methods oder Methodentriangulation (Kuckartz 2014a, S. 47) genannt wird, versucht die Versorgungsforschung, eine hohe interne Validität mit einer möglichst hohen externen Validität zu kombinieren. Es soll gelingen, Input, Throughput, Output und Outcome sowie die Wechselwirkungen zu beschreiben, damit die Vergleichbarkeit der Ergebnisse und die Übertragbarkeit auf die Versorgungswelt gleichzeitig berücksichtigt werden können (Neugebauer et al. 2008, S. 93).

Mixed-Methods meint immer die Kombination und Integration von qualitativen und quantitativen Methoden im Rahmen des gleichen Forschungsprojekts.

„Es handelt sich also um eine Forschung, in der die Forschenden im Rahmen von ein- oder mehrphasig angelegten Designs sowohl qualitative als auch quantitative Daten sammeln. Die Integration beider Methodenstränge, d.h. von Daten, Ergebnissen und Schlussfolgerungen, erfolgt je nach Design in der Schlussphase des Forschungsprojektes oder bereits in früheren Projektphasen.“ (Kuckartz 2014a, S. 33)

Idealerweise entsteht durch den subjektiven induktiven Ansatz der qualitativen Methodik und dem objektiven deduktiven Ansatz der quantitativen Methodik eine abduktive intersubjektive Hypothese. Kuckartz (2014a, S. 42) illustriert diesen Prozess eindrücklich mit einem Mann, der zuhause „deduktiv“ den Lichtschalter betätigt und Licht erwartet, das ausbleibt. „Induktiv“ weiß der Mann, dass ein Stromausfall, eine defekte Glühbirne oder eine herausgesprungene Sicherung verantwortlich ist. Davon ausgehend, kann er eine abduktive Hypothese bilden, die ihm

nur durch die Kombination beider Erkenntnisse gelingt, wie sie beispielhaft in Tabelle 11 dargestellt sind.

Tabelle 11: Vorteile bei der Kombination qualitativer und quantitativer Forschungsansätze

- statistische Zusammenhänge werden verständlicher und plastischer durch verbale Daten, Bilder und Filme.
- Befunde qualitativer Forschung gewinnen, wenn auch zahlenmäßige Angaben gemacht werden können.
- die Chance zur Generalisierung qualitativer Forschungsergebnisse wächst.
- quantitative Forschungsergebnisse gewinnen durch den detaillierten Blick nach innen, auf das Kleine, den einzelnen Fall und die persönlichen Erfahrungen der Einzelnen.
- die Kontextualisierung der quantitativen Forschungsergebnisse durch die Ergebnisse der qualitativen Forschung ermöglicht ein besseres Verständnis des untersuchten Problems.
- das Wissen und die Erkenntnisse, die das Projekt bringt, sind umfangreicher, mehrperspektivischer und somit vollständiger.
- das Spektrum und der Detailgrad der Fragen, die man durch die Forschung beantworten kann, sind breiter.

(Kuckartz 2014c, S. 54)

Kuckartz (2014a, S. 43) sieht in diesem Ansatz sogar das Ende des Streits zwischen Positivismus und Konstruktivismus, zwischen kritischem Rationalismus und symbolischem Interaktionismus der sich in der neuen Wissenschaftsphilosophie des „Pragmatismus“ mit der Grundhaltung „whatever works“ verorten lässt (Kuckartz 2014a, S. 53).

Bei der Methodenkombination und damit der Bestimmung des Studiendesigns gibt es riesige Möglichkeiten. Idealerweise richtet sich die Konzeption des Forschungsdesigns, also die Art und Weise wie eine empirische Untersuchung angelegt ist nach der Forschungsfrage. Grob unterteilt werden dabei explorative Studien, deskriptive Studien, hypothesentestende Studien und Evaluationsstudien.

Kuckartz (2014a, S. 71–90) unterscheidet in Anlehnung an (Creswell 2014, S. 270) vier Basis-Designs, die am häufigsten genutzt werden und für jede der eben genannten Studienarten genutzt werden können. Das **parallele Design** (beziehungsweise Convergent Parallel Mixed Methods) besteht aus einer qualitativen und einer quantitativen Teilstudie. Beide werden gleichzeitig durchgeführt, getrennt voneinander ausgewertet und anschließend gemeinsam interpretiert. Das **sequentielle Design** unterteilt sich in zwei Unterformen und versteht sich als Gegenstück. Hier finden der qualitative Studienteil und der quantitative Studienteil nacheinander statt. Wird mit dem quantitativen Teil begonnen, heißt der zweite Typ **Vertiefungsdesign** (beziehungsweise explanatory sequential Design), das heißt, die qualitative Studie im Anschluss soll vertiefende Erklärungen für die quantitativen Erkenntnisse zu Tage fördern. Der dritte Typ

namens **Verallgemeinerungsdesign** (exploratory sequential Design) hingegen beginnt mit einem qualitativen Ansatz in dem es Hypothesen generiert, welche im quantitativen Studienteil getestet werden sollen. Das vierte Mixed-Method-Design nennt (Kuckartz 2014a, S. 87) in Ergänzung zu Creswell (2014) **Transferdesign**. Die Besonderheit im Vergleich zu den vorher skizzierten Typen ist, dass die qualitativen beziehungsweise quantitativen Erhebungsdaten von dem einen in den anderen Typ umgewandelt, das heißt quantifiziert beziehungsweise qualifiziert und dann gemeinsam ausgewertet werden. Beispielsweise wird das Auftreten bestimmter Themen in Interviews gezählt oder es werden Fragebogendaten mit Freitextangaben in Fallvignetten zusammengeführt.

Zusätzlich gibt es vielfältige **komplexere Designformen** bei denen sich die qualitativen und quantitativen Methoden hinsichtlich Erhebungs-, Auswertungs- und Interpretationsverfahren vielfältig auffächern können. In Ergänzung zu qualitativen Interviews, können beispielsweise in einer Studie auch Fokusgruppen, teilnehmende Beobachtungen oder Delphi-Befragungen durchgeführt, Medienberichterstattungen analysiert und zusammen mit quantitativen Surveys, Evaluationen oder Ähnlichem ausgewertet werden. Auch die Reihenfolge kann je nach Fragestellung parallel, sequentiell oder gemischt verlaufen (Kuckartz 2014a, S. 90–96; Creswell 2014, S. 44).

Vorangegangene randomisierte Kontrollstudien die einen kollaborativen Versorgungsansatz wie GermanIMPACT evaluierten und ebenfalls qualitative Elemente beinhalteten, bieten meist wertvolle Zusatzinformationen. Chew-Graham et al. (2007, S. 369) entdeckten durch semi-strukturierte Interviews, dass ihre manualisierte Selbsthilfeintervention auf massive Ablehnung auf Seiten der Patienten/-innen stieß und vermutlich vor allem die empathische interessierte Zuwendung der „Community Psychiatric Nurse“ einen positiven Effekt hatte. Entgegengesetzt dazu, stellten Steinman (2012) heraus, dass die von ihnen eingesetzten Arbeitsmaterialien von den Patienten/-innen als sehr positiv bewertet wurden, da sie ihnen Struktur und dauerhaftes Werkzeug an die Hand gaben. Eine andere Studie stellte heraus, dass besonders die zusätzliche Zeit, die Niedrigschwelligkeit, die Aktivierung sowie die Vermittlung von sozialen Dienstleistungen entlastend auf die Betroffenen wirkte (England und Lester 2007). Und eine deutsche Studie mit einem verwandten Interventionskonzept zeigte, dass ein zu strukturiertes Vorgehen bei den Patienten/-innen schnell auf Ablehnung stößt (Gensichen et al. 2012).

Diese sehr kurze exemplarische Übersicht zeigt, wie nützlich qualitative Untersuchungen für die Interpretation quantitativer Ergebnisse sein können und wie unterschiedlich sie für relativ ähnliche kollaborative Versorgungsansätze ausfallen können. Eine Übertragbarkeit von spezialisierten qualitativen Untersuchungen auf verwandte kontrollierte Interventionsstudien, in unterschiedlichen Gesundheitssystemen und Kontexten ist daher nicht angemessen. Eine systematische qualitative Übersichtsarbeit über die kollaborative Versorgung von Depressionen und Angsterkrankungen von Overbeck et al. (2016) kommt zu dem Fazit:

„With regard to future research, this review has identified a number of limitations in the current knowledge base pointing to a need for well-sampled, in-depth, qualitative studies of the implementation of collaborative care in health settings outside the USA and the UK”
(Overbeck et al. 2016, S. 14)

3 Zielsetzung und Fragestellungen

Das vorangegangene Kapitel stellte die ätiologischen und epidemiologischen Gesichtspunkte depressiver Erkrankungen im Alter dar, zeichnete den theoretischen Rahmen subjektiver Theorien und skizzierte die spezifischen subjektiven Krankheitsperspektiven der Betroffenen. Davon ausgehend wurde die Versorgungssituation mitsamt ihren häufigsten Schwierigkeiten und Barrieren skizziert und das darauf fußende Forschungsprojekt GermanIMPACT vorgestellt. Es wurde deutlich, dass die quantitativen Ergebnisse der Studie nur eine begrenzte spezifizierte Rückführung der Effekte sowie einen geringen Detailgrad in der Interpretation erlauben und dass qualitative Studien nötig sind, um die Ergebnisse zu erklären.

Drei Viertel der Patienten/-innen konnten in Bezug auf die gewünschte Symptomreduktion nicht von der Intervention profitieren. Sie werfen die Frage auf, warum die Therapiebegleitung bei ihnen nicht zu einer Remission der Erkrankung führte. Erfolgreiche Behandlungsversuche demotivieren Behandelnde und Behandelte, sie vergeuden finanzielle Mittel des Gesundheitssystems und sie erhöhen das Risiko für eine chronifizierte Depression mit einer reduzierten Lebensqualität und einem steigendem Risiko für somatische und psychische Folgeerkrankungen (Areán 2012, S. 136). Qualitative Forschungsmethoden sowie ihre Kombination mit quantitativen Methoden innerhalb von Mixed-Method-Designs erweisen sich als erfolgversprechendstes Mittel in der inhaltlichen Vertiefung interventioneller Versorgungsforschung.

Es ist wahrscheinlich, dass die biografische Krankheitsperspektive, das subjektive Erleben der Erkrankung, subjektive Erfahrungen mit der Intervention, individuelles Verhalten sowie die soziale Realität den Ablauf der Intervention mitbestimmen. Insgesamt ist jedoch wenig bekannt über die Prädiktoren für eine erfolgreiche passgenaue Behandlung der Depression im Alter (Areán 2012). Wenn es gelingt die patientenspezifischen und interventionsspezifischen Moderatoren zu identifizieren, die für eine erfolgreiche Intervention verantwortlich sind, kann die Intervention personalisiert und die genaue Zielgruppe identifiziert werden.

Ziel dieser Arbeit ist es daher, förderliche und hinderliche Faktoren der Interventionen in GermanIMPACT offen zu legen, sie zu bewerten, Patiententypen zu identifizieren und es somit zu ermöglichen, Anpassungsempfehlungen zu formulieren. Im Sinne eines „lernenden Versorgungssystems“ (Neugebauer et al. 2008, S. 83) soll die IMPACT-Intervention durch die Sichtweise der Patienten/-innen passgenau angepasst werden, um eine höchstmögliche Effektivität des Programms herzustellen.

Die zielführenden Fragestellungen dieser Arbeit lauten daher:

1. Wie unterscheiden sich die Personen, bei denen die Intervention wirksam war („Benefiziere“¹), im Vergleich zu Personen, bei denen sie nicht gewirkt hat („Nicht-Benefiziere“), hinsichtlich der Wahrnehmung von gelungenen oder problematischen Prozessen der Therapiebegleitung?
2. Welche förderlichen oder hinderlichen Faktoren für das Ansprechen auf die Intervention lassen sich aus den Ergebnissen der ersten Fragestellung ableiten?
3. In welcher Hinsicht unterscheidet sich die Krankheitsperspektive bei Benefiziaren der Intervention gegenüber denen, bei denen sich kein Therapieerfolg eingestellt hat?
4. Welche Unterschiede existieren bei den Bewältigungsstrategien zwischen „Benefiziaren“ und „Nicht-Benefiziaren“?
5. Welche strukturellen Bedingungen wirken hemmend beziehungsweise sind hilfreich bei der Inanspruchnahme der Intervention?
6. Welche Typen von Patienten/-innen lassen sich bei der Inanspruchnahme der Intervention identifizieren?

¹ Als „Benefiziere“ werden Patienten/-innen definiert, die nach einjähriger Intervention eine Symptomverringering um mindestens 50%, oder eine Remission als Rückgang des PHQ-9-Scores auf 4 oder kleiner erzielen.

4 Material und Methoden

Wie in Kapitel 2.2. und 2.3 dargestellt, existiert eine Vielzahl von Erhebungen subjektiver Krankheitstheorien. Da jedoch Prädiktoren für eine erfolgreiche Behandlung der Depression im Alter innerhalb eines kollaborativen Versorgungsmodells allenfalls rudimentär (Areán 2012) und nicht für Deutschland bekannt sind, wurde für die Beantwortung der Frage, nach den Wirkmechanismen der Intervention ein explorativer qualitativer Forschungsansatz gewählt.

Im Folgenden wird die Planung und die Durchführung der Studie „QualIMP“ beschrieben. Ausgewählte Erhebungs- und Auswertungsmethoden werden eingeführt und im Zuge ihrer Anwendung detailliert erörtert. Den Schwerpunkt bildet die die Beschreibung der **typenbildender Inhaltsanalyse** (Kuckartz 2014b, S. 77–97) in Form eines **qualitativ kontrastierenden Fallvergleichs** (Kelle und Kluge 2010, S. 56–112).

4.1 Untersuchungsdesign und Verlauf.

Die Studie GermanIMPACT, inklusive der hier dargestellten qualitativen Untersuchung entspricht innerhalb des Mixed-Methods-Ansatz einem „sequentiellen Vertiefungsdesign“ (Kuckartz 2014a, S. 86) beziehungsweise einem „explanatory sequential Design“ (Creswell 2014, S. 43) wie es in Abbildung 14 dargestellt ist.

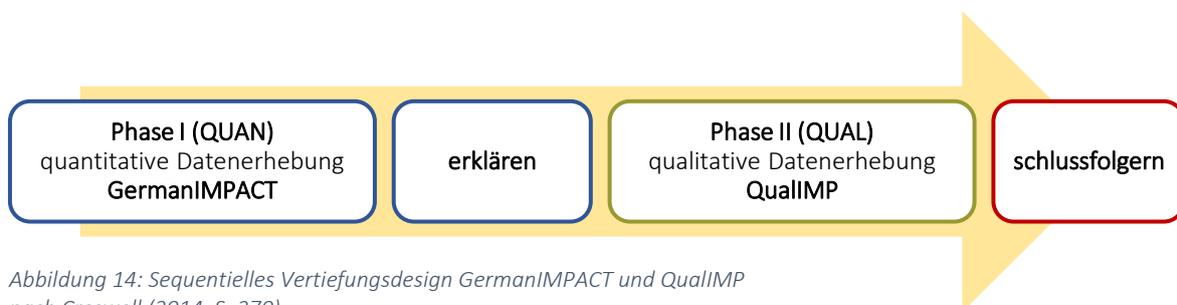


Abbildung 14: Sequentielles Vertiefungsdesign GermanIMPACT und QualIMP nach Creswell (2014, S. 270)

Dementsprechend besteht das Erkenntnisinteresse gezielt darin, die Erklärungslücken zu füllen, die die quantitative Studie GermanIMPACT hinterlassen hat. Ziel ist es, durch die Verknüpfung von statistische Zusammenhängen und dem dazugehörigen subjektiven Sinn ein größeres Verständnis über die Wirkmechanismen zu erhalten (Kuckartz 2014a, S. 78).

Der Quantitative Studienteil in Phase I wurde in Kapitel 2.5 beschrieben. Die qualitative Untersuchung der Phase II „QualIMP“ umfasst wie in Abbildung 15 dargestellt ein dreigliedriges lineares Vorgehen aus Datenerhebung, Datenanalyse und Interpretation. Die Interviews begannen nach dem Interventionsabschluss der ersten IMPACT-Teilnehmenden im Januar 2015 und endeten im September 2015. Parallel erfolgte die vollständige Transkription der Tonaufzeichnungen. Die Kodierung des Materials begann mit dem Abschluss der Interviews im Oktober 2015. Auf eine gleichzeitige Datenanalyse wurde verzichtet, damit die Offenheit des Interviewers nicht durch eine explizite Hypothesenbildung gestört wird. Die Kodierung des Materials und die Entwicklung des Kategoriensystems wurde im Oktober 2016 abgeschlossen, der kontrastierende Fallvergleich im Mai 2017.

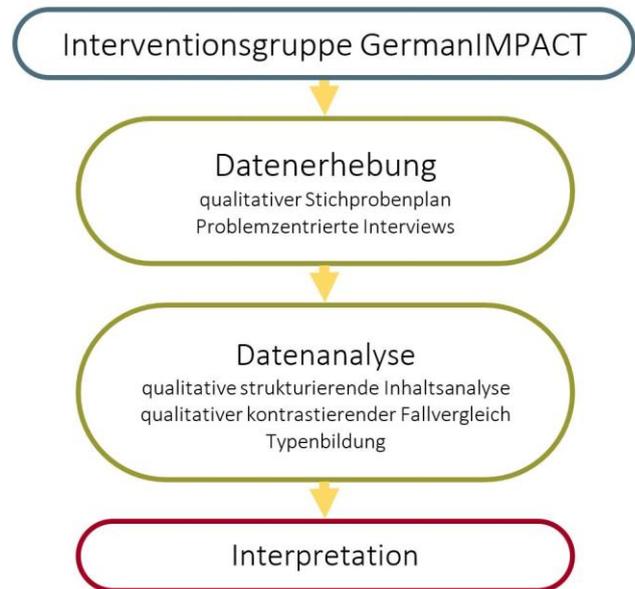


Abbildung 15: Untersuchungsdesign QualIMP (Phase II)

4.2 Qualitativer Stichprobenplan

Qualitative Studien haben nicht das Ziel, mit Masse statistische Repräsentativität herzustellen, vielmehr versuchen sie ihre auf Verallgemeinerung gerichteten Aussagen, auf Basis einer zielgerichteten („**Purposive Sampling**“) möglichst heterogenen Fallauswahl zu treffen (Kuckartz 2014a, S. 85; Schreier 2014, S. 241). Insbesondere für eine typenbilde Inhaltsanalyse ist es von Vorteil, sich anhand eines Qualitativen Stichprobenplans eine kriteriengeleitete Fallauswahl zu überlegen. Ausgewählt werden relevante Merkmale, Merkmalsausprägungen sowie die damit einhergehende Stichprobengröße. Damit soll sichergestellt werden, dass alle Träger/-innen theoretisch relevanter Merkmalskombinationen im qualitativen Sample vertreten sind (Kelle und Kluge 2010, S. 50). Hierbei können bewusst Extremfälle, typische Fälle oder Fälle ausgewählt werden, die eine maximale Variation aufweisen.

In der Studie QualIMP war die Auswahl der Studienteilnehmer/-innen zu einem hohen Maß von der Fragestellung eingeschränkt. Potentielle Probanden mussten die Intervention von GermanIMPACT vollumfänglich abgeschlossen haben und gewillt sein, an einem Interview teilzunehmen. Bei der spezifischen Fallauswahl stellte ein **qualitativer Stichprobenplan** die Vermeidung

theoretisch relevanter Verzerrungen durch sozialstrukturelle Kontextbedingungen sicher (Kelle und Kluge 2010, S. 51).

Das erste Unterscheidungsmerkmal war die Unterteilung in „**Benefiziere**“ und „**Nicht-Benefiziere**“. Befragt werden sollten Patienten/-innen bei denen sich nach Abschluss der zwölfmonatigen Intervention eine Remission um 50 Prozent im PHQ-9 („Benefiziere“) zeigte und ebenso viele, bei denen sich keine Symptomverbesserung eingestellt hatte („Nicht-Benefiziere“). **Alter** wurde als zweite Kategorie ausgewählt. Es zeigte sich in der US-amerikanischen IMPACT-Studie, dass die Remissionsrate der Depressionen bei jungen Alten nach 6, 12 und 24 Monaten höher ausfiel, als bei Personen ab 75 Jahren (van Leeuwen et al. 2009, S. 1046). In manchen Studien wird ab 75 Jahren auch von einer „Very Late-Onset Depression“ gesprochen (Hüll und Bjerregaard 2015, S. 210). Diese Gruppe benötigte in einer der IMPACT-Studie ähnlichen Untersuchung (Grypma et al. 2006, S. 106) zudem mehr Zeit und häufigere Kontakte als andere Patienten/-innen. Zusätzlich beschreiben Stark et al. (2018), dass Patientinnen und Patienten über 75 Jahre eine negativere Einstellung zu Unterstützungsangeboten bei Depressionen haben und nicht an deren Wirksamkeit glauben.

Als drittes Merkmal wurde die **Kategorie Geschlecht** als wesentliche sozialstrukturelle Kontextbedingung ausgewählt. Wie in Kapitel 2.1.2 dargestellt, bestehen große epidemiologische Unterschiede in der Prävalenz von Depressionen zwischen Männern und Frauen. Weiblichkeit wurde dort zugleich als bedeutender Risikofaktor beschrieben. Um je zwei Teilnehmer/-innen nach den Variablen Alter und Geschlecht zu interviewen, mussten jeweils mindestens acht Patienten/-innen ausgewählt werden, bei denen sich nach Abschluss der zwölfmonatigen Intervention mindestens eine Symptomverbesserung um 50 Prozent nach PHQ-9 zeigte und ebenso viele, bei denen sich keine Besserung im Sinne der Intervention eingestellt hat. Geplant wurde dementsprechend, mindestens 16 Interviews durchzuführen. Für den Fall, dass die Auswertung dieser 16 Interviews stetig neue Erkenntnisse und offene Fragen befördern würde, sollten für eine aussagekräftigere Erhebung weitere acht, also maximal 24 Interviews, durchgeführt werden. Abbildung 16 zeigt den qualitativen Stichprobenplan mit den als obligatorisch gesetzten 16 Fällen sowie den fakultativen Feldern für eine systematische Nachrekrutierung.

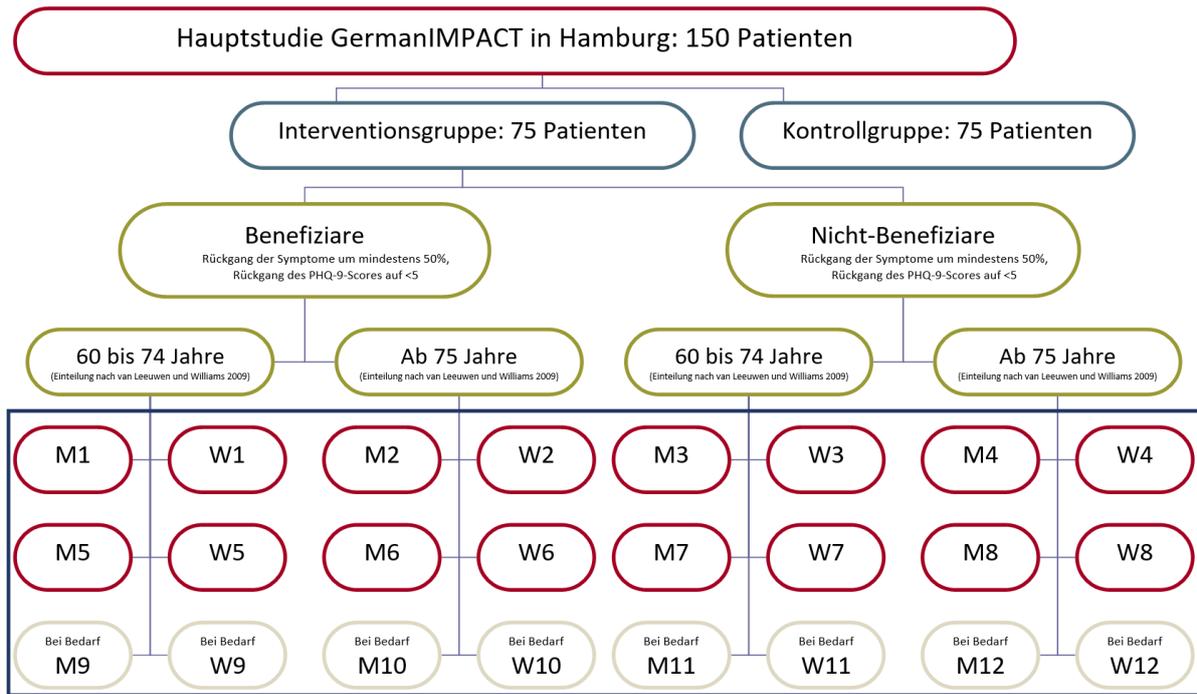


Abbildung 16: Qualitativer Stichprobenplan von QualIMP

(M=männlich; W=weiblich)

Guest et al. (2006, S. 76) gehen indes davon aus, dass ein qualitativer Stichprobenplan der eine insgesamt kleine Grundgesamtheit untergliedert dazu führt, dass nach ca. zwölf Interviews kaum noch neue Aspekte entdeckt werden können. Gleichzeitig schien es jedoch zweifelhaft, das aus zwölf Interviews Typen gebildet werden können, da Gemeinsamkeiten erst in größeren Fallzahlen auffällig werden. Eine zu große Patientenauswahl wäre indes für eine qualitative Studie ungeeignet, da sich eine umfassende interpretative Analyse der Interviews nur mit kleinen Stichproben realisieren lässt (Kelle und Kluge 2010, S. 42).

4.3 Rekrutierung der Interviewteilnehmer/-innen

Die Intervention haben in Hamburg insgesamt 34 Patientinnen und Patienten in der regulären Zeit von zwölf Monaten absolviert. 30 Personen beendeten die Intervention vorzeitig, unter anderem, weil sie ihrer Einschätzung nach keine behandlungsbedürftige Depression hatten, weil sich ihr Gesundheitszustand verbesserte, weil ihnen der Aufwand zu hoch erschien, weil eine andere körperliche Erkrankung sie mehr beschäftigte oder auch, weil sie der Meinung waren, dass die Therapiebegleitung ihnen nicht helfen konnte.

Nach Abschluss der Intervention wurden die potentiell zu Interviewenden von den Therapiebegleiterinnen zu einem Interview eingeladen. Interessierte wurde gebeten ihre Erfahrungen mit der Intervention mit dem Studienkoordinator zu besprechen, damit durch ihre Hinweise das Unterstützungsangebot weiterentwickelt werden kann. Die Therapiebegleiterinnen hatten die

Aufgabe die Probanden gemäß des Qualitativen Stichprobenplans (siehe Kapitel 4.2.) auszuwählen und für den Interviewer **verblindet** Termine zu vereinbaren. Es wurde vermieden, dass der Interviewende vor dem Interviewtermin wusste, ob es sich um eine/n „Benefiziar/-in“ handelt, damit eine möglichst große Unvoreingenommenheit und **Offenheit** des Interviews erzielt werden konnte.

Durch die bereits in der Therapiebegleitung etablierte Vertrauensbeziehung konnte eine hohe Teilnahmebereitschaft erreicht werden. Es war jedoch nicht möglich, aus dem Patientenstamm alle Felder zu besetzen. Es fehlten männliche Teilnehmer, da nur drei die Intervention nach den regulären 12 Monaten beendeten. Depressionen werden bei Männern aus unterschiedlichen Gründen (Kapitel 2.1.2) nur halb so oft diagnostiziert, aber in dieser Form war der Geschlechterüberhang von Frauen nicht zu erwarten. Zusätzliche Interviews mit Studienteilnehmern aus Freiburg konnten aus organisatorischen Gründen nicht durchgeführt werden. Um dennoch eine größtmögliche Varianz an verschiedenen Erfahrungsperspektiven zu erhalten, die auch Gemeinsamkeiten erkennen lassen würden, wurde die ursprünglich avisierte Interviewzahl von 16 auf insgesamt 26 erhöht. In Absprache mit den Therapiebegleiterinnen wurden daher konsekutiv alle Teilnehmer-/innen mit einer durch die Supervisorin eingeschätzten klinisch relevanten depressiven Störung eingeschlossen.



Abbildung 17: Verlauf des Studieneinschlusses

Wie in Abbildung 17 dargestellt, wurden sechs Patientinnen die nach Einschätzung der Therapiebegleitung und nach Einschätzung der psychotherapeutischen und der psychiatrischen Supervisorinnen vorrangig unter Störungen litten, auf die der PHQ-9 falschpositiv reagierte (Angst- und Schmerzsyndrome) und die bereits zu Beginn der Studie keine klinisch relevante depressive Symptomatik aufwiesen, nicht zu einem Interview eingeladen. Zwei Teilnehmerinnen konnten aufgrund einer starken somatischen Verschlechterung des Gesundheitszustands nicht am Interview teilnehmen.

Abbildung 18 zeigt, dass fünf Felder des qualitativen Stichprobenplans am Ende unbesetzt blieben. Alle nicht besetzten Felder fehlten bereits in der Grundgesamtheit der IMPACT-Absolvent/-innen und konnten somit nicht rekrutiert werden. Konkret fehlten ein männlicher Proband zwischen 60 und 74 Jahren und zwei Männer über 75 Jahre, die von der Intervention profitierten. Zwei weitere Männer fehlten ebenso in der Gruppe bis 74 Jahre bei den „Nicht-Benefiziaren“. Aus dem geplanten auf dem qualitativen Stichprobenplan fußenden „Judgement Sample“ wurde daher aufgrund der Rahmenbedingungen ein „Convenience Sample“ (Marshall 1996).

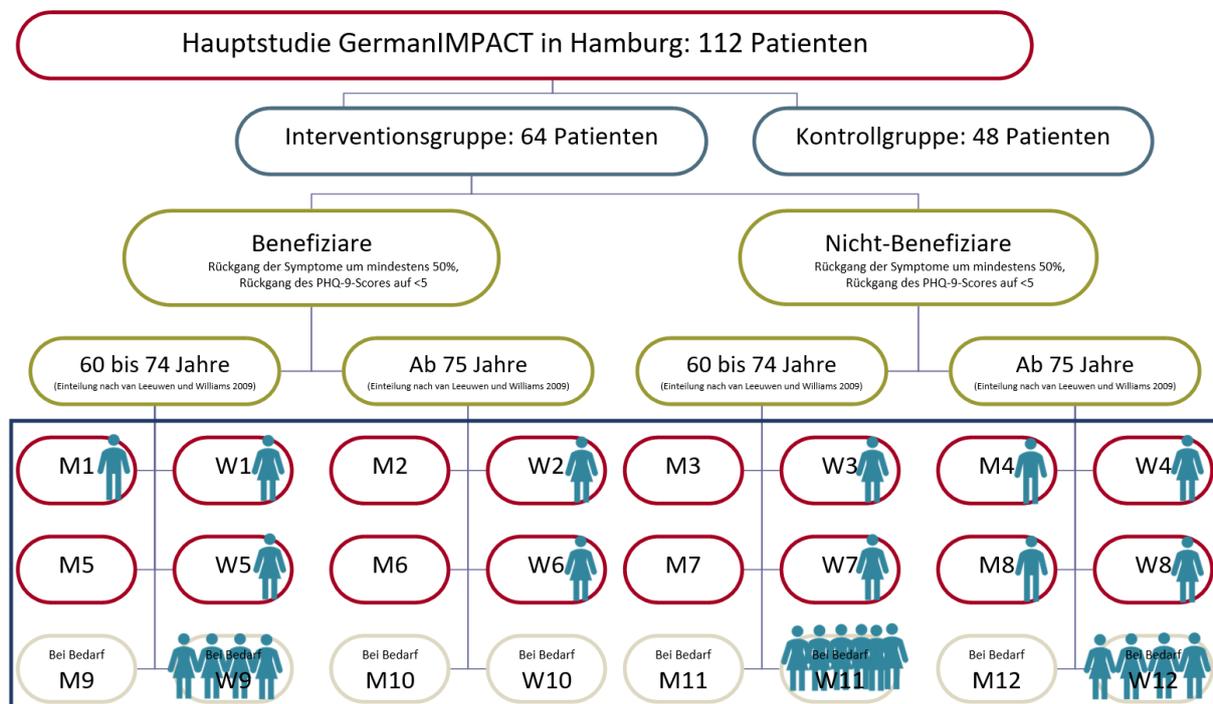


Abbildung 18: Tatsächliche Besetzung der Felder des qualitativen Stichprobenplans

4.4 Erhebungsverfahren

Zum Einsatz kamen leitfadengestützte Interviews mit einer Länge von 60 bis 90 Minuten. Im Sinne des Sozialforschers Kelly (1955, S. 139) wurde mit dem Problemzentrierten Interview (Witzel 2000) ein offenes Verfahren eingesetzt, das es den Probanden erlaubte, ihre Sichtweise umfassend darzustellen.

„The simplest, and probably the most clinically useful type of approach to a person’s personal constructs, is to ask him to tell us what they are.” (Kelly 1955, S. 139)

Im Vordergrund stand daher auch eine möglichst offene Gestaltung der Interviewsituationen, damit die subjektive Krankheitsperspektive und ihre Wahrnehmung der Therapiebegleitung sich entfalten konnten und nicht durch einen zu engen Leitfaden, eine zu direkte Gesprächsführung oder durch eine unangemessene Interviewsituation beschränkt wurde.

4.4.1 Interviewverfahren

Das Problemzentrierte Interview nach Witzel (2000) wird häufig in den Sozialwissenschaften und in der Psychologie eingesetzt, wenn spezifische Fragestellungen bearbeitet werden (Mey und Mruck 2010, S. 425). Es stützt sich auf die theoretische Konzeption subjektiver Theorien (Kapitel 2.2) und sieht das Subjekt als reflektiertes „Planungsbüro“ des eigenen Lebenslaufs. Oberstes Prinzip dieser Interviewform ist die möglichst unvoreingenommene Erfassung dieser subjektiven Wahrnehmung sowie den damit assoziierten individuellen Verhaltensweisen. Anders als das narrative Interview empfindet es jedoch **Nachfragen** nicht als störend, vielmehr werden diese bewusst als aktives mitgestaltendes Gesprächselement eingesetzt. Offenheit und Theoriegeleitetheit werden nicht als unauflösbarer Widerspruch angesehen, sondern eher als ein theoriegenerierendes induktiv-deduktives Wechselspiel (Witzel 2000, S. 2).

Die Interviewenden sollen ihr **Vorwissen** nutzen und konkret am Problemgegenstand orientierte Nachfragen stellen. Die Gesprächssituation im Problemzentrierten Interview ist ein hermeneutischer Prozess. Interviewende müssen die subjektiven Aspekte und Theorien der Befragten mit ihren eigenen Mustern in Einklang bringen (Deduktion) und im Stande sein aus den Einzelphänomenen neue Muster induktiv zu abstrahieren (Witzel 2000, S. 6). Im speziellen sollen die Interviewteilnehmer/-innen durch „Erzählaufforderungen“, „allgemeine und spezifische

Sondierungen“, „Sachnachfragen“, „Zurückspiegelungen“, „Verständnisfragen“ und „Konfrontationen“ eine realistische Gesprächssituation erleben, damit eine „diskursive Verständnis- und Materialgenerierung“ stattfinden kann.

Die Gesprächssituation wurde damit in hohem Maße natürlich und war besonders geeignet ein Vertrauensverhältnis zwischen Interviewer und Interviewten herzustellen. Das Vertrauensverhältnis kann sich wiederum positiv auf die Erinnerungsfähigkeit und die Selbstreflexion auswirken (Witzel 2000, S. 4). Insbesondere bei älteren Menschen, die wie in QualIMP an Niedergeschlagenheit leiden, hat sich diese Interviewform daher als sehr geeignet herausgestellt (Bien-darra 2005, S. 119). Es war darüber hinaus möglich, je nach Reflexivität und Eloquenz der Befragten die Interviewdurchführung anzupassen und dementsprechend stärker auf Narrationen oder stärker auf gezielte Nachfragen zu setzen (Witzel 2000, S. 3).

Das Problemzentrierte Interview verzichtet dementsprechend auf ein limitierendes Ablaufschema. Je nach Verlauf können die Interviewenden früher oder später in das Gespräch eingreifen, Nachfragen stellen, Fokussierungen oder auch Interpretationen erbitten. Ein **Gesprächsleitfaden** ist als Orientierungsrahmen zwar elementarer Bestandteil der Interviewvorbereitung, damit eine Vergleichbarkeit zwischen den Interviews hergestellt werden kann, aber während des Interviews soll er maximal als Gedächtnisstütze dienen. Das **Offenheitsprinzip** und die subjektspezifischen Relevanzsetzungen sollen immer wieder durch Narrationen angeregt werden. Dabei sind Redundanzen ausdrücklich erwünscht, da sie die spätere Interpretation erleichtern. Widersprüchlichkeiten deuten hingegen auf individuelle Ambivalenzen hin, die direkt thematisiert werden können.

Regelhaft besteht das Problemzentrierte Interview aus **vier Instrumenten**, einem Kurzfragebogen zur Soziodemografie, einem Interviewleitfaden, einer Tonaufzeichnung und einem Postskriptum. Auf den Einsatz des Kurzfragebogens konnte verzichtet werden, da die soziodemografischen Daten im Rahmen der IMPACT-Studie bereits erfasst und reine Faktenfragen als nicht relevant eingeschätzt wurden. Der erwähnte qualitative Interviewleitfaden diente in erster Linie als Gedächtnisstütze und Orientierungsrahmen, der sicherstellen sollte, dass in jedem Interview möglichst auf dieselben untersuchungsrelevanten Fragen eingegangen wurde (Kelle und Kluge 2010, S. 66). Die Audioaufzeichnung sowie die anschließende Transkription erlaubte die präzise Erfassung des Gesprächsinhalts, ohne dass sich der Interviewer auf die Dokumentation konzentrieren musste. Im Anschluss wurde ein ergänzendes Postskriptum angefertigt, das

Anmerkungen zu situativen und nonverbalen Aspekten sowie spontane thematische Auffälligkeiten und Gedanken zu möglichen Interpretationen festhielt (Witzel 2000, S. 4).

Anders als in der quantitativen Studie GermanIMPACT sind die Gütekriterien an das Erhebungsinstrument Interviewleitfaden nicht Validität, Reliabilität und Objektivität, sondern der angemessene Umgang mit Subjektivität (Helfferich 2011, S. 155). Das Gesagte eines Interviews ist stark kontextabhängig und „flüssig“, das heißt es würde je nach Situation, Tagesform oder auch Sympathie zum Interviewer vermutlich unterschiedlich ausfallen. Dennoch existieren Grundsätze, die eine **methodische Kontrolle** gewährleisten und eine möglichst hohe **Qualität** herstellen sollen.

Zentrales Prinzip ist die oben eingeführte Offenheit. Umso weniger die Befragten unterbrochen werden und umso mehr Gelegenheit sie haben, ihre Sichtweise darzustellen, desto geringer ist die Gefahr die Befragten misszuverstehen. Die oben skizzierten Gesprächselemente des Problemzentrierten Interviews sollen demnach erst greifen, wenn die Interviewten ihre Sichtweise dargestellt haben, sie sollten nicht unterbrochen werden. Das daran anschließende Prinzip der reflektierten Subjektivität fordert, dass sich die Forschenden bewusstmachen, welche erkenntnistheoretische Position sie einnehmen, mit welchem Vorwissen (Kapitel 4.4) sie in die Interviewsituation gehen und welche Vorbehalte sie gegenüber den Interviewten haben könnten, damit sie nicht unbeabsichtigt das Interview beeinflussen. Das dritte Hauptkriterium für Qualität in der qualitativen Forschung ist die intersubjektive Nachvollziehbarkeit. Für das Interview bedeutet dies, dass alle Schritte geplant und dokumentiert werden. Für die spätere Auswertung muss sichergestellt werden, dass Kodierungen (Kapitel 4.5) und Interpretationen (Kapitel 5) durch andere Forschende nachzuvollziehen sind (Helfferich 2011, S. 159).

4.4.2 Interviewleitfaden

Grundprinzip bei der Erstellung des Interviewleitfadens gemäß dem Offenheits- und dem Strukturierungsprinzips des Problemzentrierten Interviews war die Vermeidung isolierter Antworten, auf isolierte Fragen (Witzel 2000, S. 3). Helfferich (2011, S. 181) beschreibt einen idealen Leitfaden als:

„So offen und flexibel – mit der Generierung monologischer Passagen – wie möglich, so strukturiert wie aufgrund des Forschungsinteresses notwendig.“ (Helfferich 2011, S. 181)

Bestandteile des Leitfadens sind eine vorformulierte Frage zum Gesprächsbeginn, die eine möglichst starke Narration anregen soll, Forschungsthemen, die in jedem Interview besprochen werden sollen, Frageideen zur Einleitung der Forschungsthemen sowie ggf. weitere Formulierungen, die ad-hoc nützlich sein können (Witzel 2000, S. 4).

Die Erstellung des Leitfadens erfolgte in Anlehnung an Helfferich (2011, S. 182) nach dem strukturieren Verfahren: **„SPSS bei der Leitfadenerstellung“**. „SPSS“ steht für Sammeln, Prüfen, Sortieren und Subsumieren. Im ersten Schritt **„Sammeln“** wurden alle Fragen die zur Beantwortung der Kernfragen dienen konnten, zusammengetragen. Initial bildeten 55 Fragen unterschiedlichster Kategorien den „heuristischen Rahmen“ (Kelle und Kluge 2010, S. 109). Sie wurden spontan formuliert, aus der Forschungsliteratur (Kapitel 2) entnommen, diagnostischen Kriterien entlehnt, durch die protokollierten Erfahrungen des Studienteams gespeist und durch interventionsbezogene Hinweise der Therapiebegleiterinnen konstruiert. Im zweiten Schritt **„Prüfen“** wurde die Liste durch verschiedene Prüfungen drastisch reduziert. Das heißt: Reine Faktenfragen, die einsilbige Antworten produzieren konnten, wurden entfernt oder auf ein Stichwort reduziert. Zu komplexe Fragen, die nur sehr schwer oder aus subjektiver Sicht der Betroffenen gar nicht zu beantworten sind oder der Forschungsfrage ähnelten, wurden vereinfacht oder gestrichen. Direkte Fragen zu beispielsweise Coping, Bewältigung, Verarbeitung wurden an dieser Stelle umformuliert. Fragen, die nur das bereits bestehende Vorwissen bestätigen würden und bestenfalls mit Lebensgeschichten illustriert würden, wurden ebenso gestrichen. Daran anschließend wurden die Fragen daraufhin geprüft, ob die Interviewteilnehmer/-innen auch nicht Erwartbares äußern konnten oder ob die Fragen nur in eine Richtung zielen. Es wurde während der Prüfung auch konkret überlegt, welche Aussagen überraschen könnten. Daraufhin entstand beispielsweise eine potentielle Nachfrage, die nach subjektiv positiven Seiten der Depression fragt.

Im dritten Schritt **„Sortieren“** wurde das nun um zwei Drittel dezimierte Ergebnis chronologisch und thematisch sortiert. Mit dem Ziel, Fragen zu stellen, die in der Lage sind, Texte zu produzieren, wurden die Fragen zu zwei zentralen Themen gebündelt. Erstens die biografische Krankheitsperspektive mit Einstellungen, Handlungsstrategien und Bewältigungsmustern, zweitens das Erleben der Therapiebegleitung. Im vierten Schritt **„Subsumieren“** wurden die Themenbündel jeweils unter einer vereinfachten Erzählaufforderung subsumiert, die es den Befragten ermöglichen soll, ihre subjektiven Sichtweisen und ihre Deutungsmuster darzustellen:

1. Was meinen Sie, warum hat der Arzt/die Ärztin Sie auf die Studie aufmerksam gemacht? Was meinen Sie?
2. Beschreiben Sie mir doch einfach mal, wie das Programm der Therapiebegleitung für Sie war. Ich möchte mir gern vorstellen, wie das für Sie ablief, erzählen Sie doch mal von vorne bis hinten!

Im Sinne des Qualitätsmerkmals **intersubjektive Relevanz** wurde dieses Vorgehen, die initialen 55 Fragestellungen, die Themenbündel sowie die entwickelten Erzählaufforderungen in der interdisziplinären Arbeitsgruppe Qualitative Methoden am 15.10.2014 im Institut für Allgemeinmedizin unter der Leitung von Frau Dr. Nadine Pohontsch diskutiert, validiert und punktuell weiterentwickelt.

Der aus dem „SPSS-Verfahren“ resultierende Interviewleitfaden wird in Abbildung 19 dargestellt. Teil I beinhaltete in Anlehnung an Kapitel 2.3 das Themenbündel Krankheitsperspektive. Es umfasste, dass individuelle Erleben der depressiven Erkrankung vor dem Hintergrund der Vergangenheit, der aktuellen Situation und der Zukunft. Im Vordergrund steht die umfassende Exploration der subjektiven Krankheitstheorie. Im Problemzentrierten Interview ist es zudem besonders förderlich für die Gesprächsentwicklung, wenn biographische Erzählungen und Lebensgeschichten angeregt werden (Witzel 2000, S. 3). Aus diesem Grund wurde die Krankheitsperspektive als narrativer Impuls an den Anfang gestellt.

Teil II beinhaltete den Erzählimpuls zum Erleben der Therapiebegleitung und zielte darauf ab, dass die chronologische Spannweite eines ganzen Jahres umfangreiche Narrationen zum Ablauf, zu Beweggründen und zu Schwierigkeiten entstehen lassen sollte. Beiden Erzählaufforderungen wurde ein flexibel handhabbares, hierarchisiertes Nachfragereservoir zur Seite gestellt. Die zweite Spalte enthielt die aus dem ersten Schritt gesammelten Fragen in Form einer Checkliste. Diese Themen sollten in jedem Interview einmal besprochen worden sein, damit die Forschungsfrage auf diese Aspekte hin überprüft werden konnte. Wenn die Interviewten nicht von sich aus auf diese Aspekte zu sprechen kamen, fragte der Interviewer aktiv nach. Die dritte Spalte des Interviewleitfadens bot für diesen Zweck Frageideen, falls das Interview einmal ins Stocken geraten sollte, konnte somit ein Erzählimpuls gesetzt werden. Diesen Zweck verfolgte auch die vierte Spalte der inhaltsleeren Steuerungs- und Aufrechterhaltungsfragen, die dem Interviewenden methodisches Werkzeug waren, um bei Bedarf den Gesprächsfluss zu verlängern.

Der Interviewleitfaden und alle Interviews beinhalteten zudem einen abschließenden dritten Teil mit der Erzählaufforderung:

3. Wir haben jetzt viel über Ihre Erfahrungen mit der Depression und dem Programm der Therapiebegleitung gesprochen. Vielleicht gibt es aber noch etwas anderes, das Ihnen am Herzen liegt?

Diese Aufforderung sollte den Teilnehmenden die Gelegenheit geben, eigene Relevanzsetzungen zu wiederholen oder auch bis dahin außer Acht gelassene Themenbereiche anzusprechen. Der gesamte Interviewleitfaden wurde vom Interviewer vor dem ersten Interview eingeübt und vor jedem Termin rekapituliert. Während des Interviews wurde er nur am Schluss des Interviews genutzt, um einmal die Themen der Checkliste zu rekapitulieren. Der interviewten Person wurde somit gleichzeitig signalisiert, dass alle Themen zufriedenstellend besprochen wurden und es sich um ein gutes Ergebnis handelt (Helfferich 2011, S. 178–189).

Leitfrage (Erzählaufforderung)	Check – Wurde das erwähnt?	Konkrete Nachfragen	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsfragen
<p>Teil I: Was meinen Sie, warum hat der Arzt/die Ärztin Sie auf die Studie aufmerksam gemacht? Was meinen Sie?</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Vorgeschichte der depressiven Episode <input checked="" type="checkbox"/> Definition Depression, Symptome <input checked="" type="checkbox"/> Zeitpunkt, Ursache, Auslöser, Entstehung <input checked="" type="checkbox"/> Umgang mit der Erkrankung: Coping, Bewältigung, Verarbeitung <input checked="" type="checkbox"/> Auswirkungen auf Umfeld <input checked="" type="checkbox"/> Behandelbarkeit, Beste Methode, Probleme, Wünsche 	<p>War die Depression/Niedergeschlagenheit zwischen Ihnen und Ihrem Hausarzt schon öfters Thema?</p> <p>Erzählen Sie mir bitte etwas über Ihre Depression?</p> <p>Ø Beschreiben Sie doch bitte mal, was Depression für Sie heißt?</p> <p>Was hilft Ihnen bei Niedergeschlagenheit/Depression?</p> <p>→ Gibt es Menschen, denen Sie sich anvertrauen, wenn es Ihnen schlecht geht?</p>	<p>Non Verbal: Körperliche Zuwendung (Sitzhaltung, Anordnung der Stühle) Ruhige, nicht starre Körperhaltung Blickkontakt Freundlicher Tonfall Gesten wie Zunicken, Zulächeln, „Ah ja“, „Mh“</p> <p>Aufrechterhaltungsfragen „Wie ging das dann weiter?“, „Und dann?“ „Wie war das für sie?“, „Können Sie das noch näher/ausführlicher beschreiben?“ oder „Erzählen Sie doch noch ein bisschen mehr darüber.“</p> <p>Zurückspiegeln, Paraphrase, Angebot von Deutungen</p> <p>Aufklärung bei Widersprüchen, Selbstdarstellungen hinterfragen</p> <p>Steuerungsfragen Rückgrifffragen (immanent): „Können Sie ... noch ein wenig ausführlicher beschreiben?“ „Können Sie ein Beispiel für ... nennen?“ exmanente Fragen: „Spielte das ... eine Rolle?“</p>
<p>Teil II: Beschreiben Sie mir doch einfach mal wie das Programm der Therapiebegleitung für Sie war. Ich möchte mir gern vorstellen, wie das für Sie ablief, erzählen Sie doch mal von vorne bis hinten!</p>	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Motivation, Erwartungen, Vorwissen <input checked="" type="checkbox"/> Kontaktaufnahme, Aufklärung <input checked="" type="checkbox"/> Ablauf, Inhalt, Aktivitätenplanung, Arbeits- und Informationsmappe <input checked="" type="checkbox"/> weitere Themen / Problemlösung <input checked="" type="checkbox"/> Auswirkungen auf den Alltag / Umfeld <input checked="" type="checkbox"/> Kontakt- und Beziehungsqualität zu TB, Qualifikation der TB <input checked="" type="checkbox"/> Zusammenarbeit mit Hausarzt <input checked="" type="checkbox"/> Schwierigkeiten, Schönes <input checked="" type="checkbox"/> Therapiebegleitung geeignet? <input checked="" type="checkbox"/> Verbesserungsideen, Wünsche 	<p>Sie haben sich ja mit der Therapiebegleiterin gemeinsam Aktivitäten überlegt, die Ihnen Spaß machen könnten! Erzählen Sie mir doch mal was Sie da genau gemacht haben!</p> <p>Worüber haben Sie in den Telefonaten gesprochen?</p> <p>Was hat Ihnen gut getan?</p> <p>→ Was kam Ihnen denn völlig absurd vor bei der Therapiebegleitung?</p> <p>Wem haben Sie von der TB erzählt und wie haben diese reagiert?</p> <p>Nach 1 J. war die TB zu Ende wie war das für Sie, wie wurden Sie darauf vorbereitet?</p> <p>Und was wünschen Sie sich für die Zukunft?</p>	
<p>Teil III: Wir haben jetzt viel über Ihre Erfahrungen mit der Depression und dem Programm der Therapiebegleitung gesprochen. Vielleicht gibt es aber noch etwas anderes, das Ihnen am Herzen liegt?</p>			

Abbildung 19: Interviewleitfaden QuallIMP nach Helfferich (2011, S. 186)

4.4.3 Interviewsetting, informierte Einwilligung, Datenschutz

Die Interviews wurden in 21 Fällen bei den Befragten **zu Hause**, in zwei Fällen im Büro des Interviewers und in drei Fällen telefonisch durchgeführt. Vorrangig wurden die Patienten/-innen zu Hause besucht, um sie in ihrem vertrauten Umfeld kennenzulernen. Gleichzeitig wurde damit bewusst ein Kontrapunkt zum telefonischen Therapiebegleitungssetting gesetzt und der Aufwand, für die über ganz Hamburg verteilten Teilnehmenden konnte möglichst geringgehalten werden.

Jedes Interview begann mit einer Vorstellung des Interviewers, einer Zusammenfassung der Therapiebegleitung und einer vereinfachten Darstellung des Studienziels von QualIMP. Die Befragten wurden dazu ermutigt, alles zu erzählen, was ihnen in den Sinn kam. Ihnen wurde verdeutlicht, dass es ein „Falsch“ nicht gäbe und das sich sogar ihre Therapiebegleiterinnen darüber freuen würden, wenn sie auch Kritik üben und wir dadurch das Programm verbessern könnten.

Als nächstes wurden sie über die zwingend erforderliche **Tonbandaufzeichnung** informiert, dass wir alle Daten sofort pseudonymisieren und dass wir auch die persönlichen Daten wie Angaben zu Stadtteilen, Arbeitgebern, Vereinen anonymisieren. Erläutert wurde, dass die Verarbeitung der Interviewdaten und auch die Veröffentlichung ausschließlich anonymisiert erfolgt, so dass eine Rückführung zu ihnen nahezu ausgeschlossen sei. Die **Datenschutzerläuterungen** der Patienteninformation (Anhang II) beinhalteten immer auch die Aufbewahrung in verschlossenen Schränken, sowie die Vernichtung von Name und Anschrift nach drei Jahren sowie der geplanten Vernichtung der Transkripte nach zehn Jahren. Alle erläuterten Punkte wurden den Probanden/-innen in der Einwilligungserklärung gezeigt und eine Unterschrift wurde erbeten. Alle Befragten hatten insbesondere durch die zuvor absolvierte Studie GermanIMPACT keinerlei Bedenken und unterschrieben die Erklärung (Anhang III). Es gelang dem Interviewer dabei immer die nötige Vertraulichkeit herzustellen, sodass die Befragten in der Regel umfangreich und offen berichteten. Fast immer hatten sich die Interviewpersonen auf den Besuch vorbereitet, die Wohnung war meist sichtlich aufgeräumt, Kaffee und manchmal Kuchen waren bereitgestellt.

Der Studienplan, die Ausführungen zum Datenschutz sowie die rechtsverbindliche Einverständniserklärung für die Patienten wurde am 10.6.2013 durch die Ethik-Kommission der Ärztekammer Hamburg genehmigt (**Ethik-Votum**, Bearb.-Nr.: PV4480, Anhang IV).

4.4.4 Vorverständnis und die Reflexion des Forschungsinteresses

In der Forschungsethik qualitativer Forschung und insbesondere in der dialogisch konzipierten Methode des Problemzentrierten Interviews ist eine **Reflexion des eigenen Vorwissens**, der eigenen latenten sowie expliziten Annahmen, der eigenen Einstellungen und Werthaltungen, der eigenen Geschichte sowie dem damit verbundenen Erkenntnisinteresse unerlässlich (Kalitzkus 2005). Anerkannte Checklisten für die Beurteilung von Qualität in der qualitativen Forschung wie die „COREQ-List“ (Tong et al. 2007, S. 351) weisen explizit auf die damit verbundene Berichtspflicht hin. Forschende müssen sich bewusst sein, dass sie als Forschungsinstrument den Forschungsverlauf und die Forschungsergebnisse mitbestimmen (Meyer et al. 2012, S. 512). Insbesondere in der dialogisch konzipierten Form des Problemzentrierten Interviews werden das Vorwissen und die eigenen Deutungen explizit eingebracht. Interviewende müssen für Revisionen offen bleiben, damit „Verstehensleistungen“ erbracht werden können und sie in der Lage sind, intuitiv Gesprächsimpulse zu setzen und elementare Themen zu vertiefen (Helfferich 2011, S. 86).

Bereits bei der Erstellung des Leitfadens (Kapitel 4.4.2) fand eine reflexive Bewusstmachung der eigenen Ansichten, des theoretischen Vorwissens und blinder Flecken statt. Durch das Sammeln der Fragen vergegenwärtigte sich der Interviewer das teilweise diffuse Vorwissen, verschiedene Vorurteile sowie die bis dahin erlebten Situationen mit depressiv gestimmten Menschen (Helfferich 2011, S. 184).

Im **Vorfeld** beschäftigte sich der Autor bereits ausführlich mit der theoretischen Literatur des Untersuchungsgegenstands. Seine Master-Thesis „Gemeinsam gegen Depressionen im Alter – Internationale Implementierungen des IMPACT-Programms in Hinblick auf eine Einführung in Deutschland“ (Kloppe 2012), war eine systematische Übersichtsarbeit, die die internationalen Anforderungen an die Therapiebegleitung zusammenfasste. Ebenso prägte seine Rolle als Projektkoordination im Forschungsprojekt GermanIMPACT (2012 bis 2016) die Sichtweise auf das Kollektiv der Patienten/-innen. Die Gespräche mit den Therapiebegleiterinnen, den Hausärztinnen und Hausärzten sowie mit den Supervisorinnen skizzierten bereits vorab ein Bild über gelungene Prozesse und problematische Faktoren. Dieses unvermeidbare Vorwissen diente in der Erhebungsphase als heuristisch-analytischer Rahmen für die Frageideen im Leitfaden und im Dialog zwischen Interviewern und Befragten (Witzel 2000, S. 2).

Die eigentliche Verfassung des theoretischen Hintergrunds für die vorliegende Arbeit erfolgte jedoch vorsätzlich zum größten Teil im Anschluss an die geführten Interviews und parallel zur Datenauswertung. Um im Rahmen der Möglichkeiten eine möglichst große **Offenheit** des Interviewers zu gewährleisten, wurde zusätzlich darauf verzichtet, personenbezogenes Vorwissen zu generieren. Die Supervisionen innerhalb der Studie GermanIMPACT waren immer pseudonymisiert, Daten aus den erhobenen Fragebögen und der Prozessevaluation nutzte der Autor erst nach Abschluss der Interviews. Er wusste daher auch nicht vor oder während des Interviewtermins, ob die/der Befragte zur Gruppe der „Benefiziar“ oder zur Gruppe der „Nicht-Benefiziar“ gehörte.

Es bestand nur ein geringer Grad an **Fremdheit**, welcher die Offenheit der Interviewsituation negativ beeinflussen könnte (Helfferich 2011, S. 160). Den Patienten/-innen und dem Autor war das Programm vertraut, und beide hatten die Therapiebegleiterin als gemeinsame Vertraute. Der Interviewer genoss dadurch von Anfang an einen hohen Vertrauensvorsprung. Der Autor betonte zwar zu jedem Interviewbeginn, dass keine personenbezogener Austausch stattgefunden hat, aber dennoch gingen die Befragten während der Interviews des Öfteren davon aus, dass der Interviewende über Hintergrundinformationen verfügt. Bedenken aufgrund des Altersunterschieds oder des Geschlechts hatte der 31jährige Interviewer weder vor noch während der Gespräche, da ihm ähnliche Interviewsituationen (unten beschrieben) bereits vertraut waren. Der Altersunterschied von zum Teil mehr als 50 Jahren könnte sogar noch zu einer größeren Offenheit geführt haben, als dies bei ähnlich alten Personen der Fall gewesen wäre, da der unterschiedliche Erfahrungshorizont ein Mehr an Wissensvermittlung erforderlich macht und dadurch stärkerer Narrationen bei den Interviewten anregen kann (Kalitzkus 2005, S. 244).

Das **Erkenntnisinteresse** des Autors für diese Dissertation konstituierte sich zudem bereits im Studium der Sozialen Arbeit, als er im Rahmen eines Praktikums an ungefähr 15 dialogischen biografischen Interviews mit älteren, teilweise niedergeschlagenen Personen teilnahm, die ihn stark beeindruckten. In Funktion für die Hamburgische Brücke e.V. hat er im Auftrag einer gemeinnützigen Stiftung, finanziell bedürftige Personen zusammen mit seinem Praktikumsanleiter zu Hause besucht. Ziel war es, eine umfassende biografische Rekonstruktion über die Interviewten zu erstellen, um sie für die Förderung mit einer monatlichen Stiftungszuwendung vorzuschlagen. Ebenso hat der Autor im Rahmen einer Interviewstudie mit obdachlosen Menschen ca. zehn zum Teil ältere Personen interviewt, deren Lebenslauf durch gravierende Einschnitte

gekennzeichnet war und die in den allermeisten Fällen alkoholabhängig waren. Der Soziokulturelle Raum des Untersuchungsgegenstands, selbst in Hinblick auf Extreme war dem Interviewer demzufolge bekannt. Von gänzlich unterschiedlichen Wertesystemen zwischen Untersucher und Untersuchten ist daher nicht auszugehen (Kiegelmann 2010, S. 392).

Auf **emotionaler Ebene** war der Autor auf eine eventuell vorherrschende niedergedrückte Stimmung, problembeladene Lebensläufe und der Schilderung von Lebensmüdigkeit entsprechend vorbereitet. Dennoch lösten Interviewte teilweise wahrgenommene, aber nicht ausgesprochene Widerstände im Interviewer aus, wenn sie ihn mit einer stark fatalistischen Weltsicht und einer persönlichen Aussichtslosigkeit konfrontierten. Negativ verstimmte Interviews waren teilweise kürzer als Interviews, die von einer positiveren Stimmung getragen wurden.

Der Autor ist überzeugt vom **Bio-Psycho-Sozialen Modell** beziehungsweise von der Theorie der Körper-Seele-Einheit. Hier wird von einem ganzheitlichen Krankheitsverständnis ausgegangen in dem keine abgegrenzten Ebenen von Körper und Psyche existieren. Krankheiten betreffen immer beide Ebenen und Gesundheit ist das Ergebnis eines interpretativen Prozesses, der von jedem Menschen immer wieder neu durchlaufen werden muss (Egger 2005). **Erkenntnistheoretisch** verortet der Autor sich im Konstruktivismus und damit in der Annahme, dass absolute Wahrheit oder Wirklichkeit nicht existieren. Vielmehr wird sie in der Beobachtung eines jeden Wesens individuell erzeugt beziehungsweise vom Subjekt konstruiert (Siebert 2004, S. 95). Für die qualitative Interviewforschung kommt dies sehr eindrücklich in dem Ausspruch:

„Alles Gesagte ist von jemandem gesagt.“ (Maturana und Varela 2006, S. 32)

zum Ausdruck. Entsprechend haben die individuell-biografische Entwicklung, die evolutionsgeschichtliche Entwicklung sowie die gesellschaftlich-kulturelle Entwicklung jeweils einen entscheidenden Einfluss auf die individuelle Herstellung der Wirklichkeit. Die Konstruktion der eigenen Welt ist jedoch trotz ihrer Subjektivität ein sozialer Akt. Die Wirklichkeit wird stets in sozialen Milieus mit anderen oder in Abgrenzung zu anderen konstruiert. Doch auch das soziale Wesen Mensch konstituiert sich in erster Linie selbst und versucht wie in Kapitel 2.2.1 dargestellt in einem autopoetischen, also selbsterhaltenden Prozess, Einflüsse aus der Umwelt in die eigene Sichtweise einzubinden, ohne die eigene Konstruktion von Wirklichkeit in Frage zu stellen. Oberstes Ziel einer jeden Wirklichkeitskonstruktion ist die Herstellung von subjektivem Sinn, von einem stimmigen Weltbild.

Das Interesse des Autors am subjektiven Sinn entstammt der konstruktivistischen Forschungstradition des „**Symbolischen Interaktionismus**“. Blumer (1980) formulierte drei Prämissen die auf der Suche nach subjektivem Sinn und damit auch für die qualitative Forschung entscheidend sind. Erstens, Menschen handeln gegenüber Dingen auf der Grundlage der Bedeutung, die sie für sie haben. Zweitens, die individuelle Bedeutung von Dingen entsteht in der sozialen Interaktion mit anderen Menschen und Drittens, ebendiese Bedeutung wird im Interaktionsprozess interpretiert und permanent aktualisiert. Das „Ding“ steht hierbei für alles Erdenkliche. Es kann ein Stuhl, eine Person, eine Fähigkeit und auch das Krankheitsbild Depression sein. In jedem Fall ist ein Ding immer mit einer individuellen und einer gesellschaftlichen Bedeutung (Soziale Repräsentationen – Kapitel 2.2.2) versehen und die Interpretationsleistung des Individuums ist das soziale Produkt, dass es gilt zu erforschen, wenn der subjektive Sinn von Menschen und ihrem Verhalten eruiert werden soll.

Dies ist in Gesprächssituationen wie dem qualitativen Interview erkenntnistheoretisch äußerst herausfordernd. Auch wenn zwei Personen sich im Gespräch gegenseitig zuhören, findet ein fortwehrender „innerer Monolog“ zur Interpretation statt. Angefangene Sätze werden von den jeweils anderen gedanklich fortgesetzt, mit Erfahrungen assoziiert und in das eigene Weltbild integriert. In diesem sind auch die Wissenschaftler/-innen ein verzerrendes Element, sie erkennen, was sie bereit sind zu erkennen, beziehungsweise, was ihre Untersuchungsinstrumente hergeben (Siebert 2004, S. 97–99). Hinzu kommt, dass der Interviewende und die interviewte Person sich wechselseitig wahrnehmen und auf einander reagieren. Der Rahmen ist die von beiden als „Interview“ definierte Situation, die eine Konstellation komplementärer Rollen verankert. Interviewte und Interviewer nehmen sich also nicht nur bezogen auf ihren Hintergrund wahr sondern auch in ihrer Rolle im Interview und in der Bedeutung, die sie dieser Situation beimessen (Helfferich 2011, S. 132).

Bezogen auf die Interviewsituation traf dementsprechend ein Interviewer mit dezidiertem Vorwissen auf eine interviewte Person, die zwar mit der Therapiebegleitung vertraut war, die jedoch mit dieser konkreten Untersuchungssituation aller Voraussicht nach unvertraut war. Diesem Machtgefälle wurde mit dem Instrument des Problemzentrierten Interviews begegnet, um eine möglichst natürliche Gesprächssituation und einen Austausch auf Augenhöhe zu erzeugen (Kiegelmann 2010, S. 390). Es ist dennoch davon auszugehen, dass „**Soziale Erwünschtheit**“, also

die Produktion besonders wohlwollender Aussagen (Kiegelmann 2010, S. 386), um den unbekanntem Untersucher zufriedenzustellen, eine nicht zu unterschätzende Rolle spielte (Kapitel 6.3.1 Reflexion des methodischen Vorgehens).

4.5 Datenanalyse

Die aufgenommenen Interviews wurden mit der Transkriptionssoftware f4 (Dresing und Pehl 2014) verschriftlicht und bilden damit das qualitative Datenmaterial. **Transkribiert** wurde das gesprochene Wort mit einer „leichten Sprachglättung“ (Fuß und Karbach 2014, S. 40). Dies bedeutet, dass keine Korrektur der Grammatik oder Umgangssprache vorgenommen, aber auch keine Dialekte verschriftlicht wurden. Brüche in Äußerungen, subordinierende Äußerungen wie „*weil, wobei, obwohl*“, Modalpartikel wie „*eben, wohl, doch*“ und Reduktionen wie „*’ne*“ statt „*eine*“ wurden ebenfalls ohne Änderung übernommen (Dittmar 2004, S. 40). Längere Pausen, Störungen, non-verbale Äußerungen wie Schluchzen sowie unverständliche Stellen wurden analog zu standardisierten Vorgaben (Kuckartz 2014b, S. 136) im Transkript vermerkt.

Alle Transkripte wurden anschließend in die qualitative Datenanalyse Software MAXQDA 12 (VERBI Software. Consult 2016) übertragen. Durch **MAXQDA** ist es möglich, Textsegmente zu kodieren und zu vergleichen, ohne sie aus ihrem Kontext zu lösen.“ (Kelle und Kluge 2010, S. 60). Kuckartz konstatiert in diesem Zusammenhang, dass eine nachvollziehbare qualitative Typenbildung eigentlich erst durch die Verfügbarkeit qualitativer Datenanalyse-Software wie MAXQDA möglich ist (Kuckartz 2014b, S. 153).

Die Methodik des Problemzentrierten Interviews schreibt im Prinzip kein bestimmtes Auswertungsverfahren vor, aber es bietet sich insbesondere die qualitative Inhaltsanalyse an (Flick 2016, S. 213). Der ebenso mögliche sehr interpretative „Grounded-Theory-Ansatz“ wurde für die Forschungsfragen dieser Arbeit als nicht zielführend eingeschätzt. Er konzentriert sich eher auf die Generierung umfassender Theorien, in einem weniger bekannten Forschungsfeld, mit heterogeneren Untersuchungsteilnehmenden (Bryant und Charmaz 2010). Erforderlich für die Beantwortung der Fragestellung (Kapitel 3) und die damit verbundene Exploration der subjektiven Krankheitstheorien ist dennoch eine offene Herangehensweise, mit hauptsächlich induktiver Codierung. Die stark regelgeleitete deduktiv vorgehende Qualitative Inhaltsanalyse von Mayring ist aufgrund dieser Voraussetzungen eher weniger geeignet (Mayring 2000, S. 8; Steigleder 2008, S. 196).

Die vorliegende Auswertung ist eine gestufte Kombination aus den **drei Basismethoden** der qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz (2014b, S. 72–131):

1. einer inhaltlich-strukturierenden Qualitativen Inhaltsanalyse für die systematische Beschreibung von Kategorien, Merkmalen und Merkmalsausprägungen,
2. einer evaluativen, skalierenden Inhaltsanalyse und
3. einer fallkontrastierenden Typenbildung.

Hinzugezogen wird noch ein Element der explikativen Inhaltsanalyse (Schreier 2014; Mayring 2003), bei der gezielt Kontextinformationen genutzt werden. Bei QualiMP ist dies die bereits im Stichprobenplan (Kapitel 4.2.) eingeführte Unterteilung in „Benefiziar“ und „Nicht-Benefiziar“, die sich aus dem primären Endpunkt der Studie GermanIMPACT ableitet.

4.5.1 Kodierung und Aufbau des typenbildenden Kategoriensystems

Der erste Schritt der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse war die initiierte Textarbeit in der alle Transkripte erneut gelesen, wichtige Textstellen markiert und Auffälligkeiten in Memos notiert wurden (Kuckartz 2014b, S. 79). Im zweiten Schritt erfolgte die Kodierung und Kategorisierung des gesamten Datenmaterials. Der „**Kodiervorgang**“ bzw. das „Verkoden“ beschreibt eine systematische Fundstellenverwaltung und im Speziellen eine Indizierung von Textstellen zum Zweck der späteren vergleichenden Analyse. Jede Kodierung wurde einer Kategorie zugeordnet, die die Kodierungen z.B. in bestimmte Vorgänge, Gruppen, Ereignisse, Empfindungen oder auch soziologische Theorien klassifiziert (Kelle und Kluge 2010, S. 58–61). Bei der Kodierung wurden alle Interviews erneut angehört. Auf diese Weise wurden zum einen die Transkripte einer Kontrolle unterzogen und zum anderen konnten Modalitäten der Stimme, die beispielsweise Traurigkeit oder Ironie transportieren, identifiziert werden.

Die zwei **Hauptkategorien** des Interviewleitfadens (4.4.2): „Depressionsgeschichte“ und „Erfahrungen mit der Therapiebegleitung“ bilden anfangs die Hauptkategorien des Kategoriensystems und damit das „ex ante Kategorienschema“ (Kelle und Kluge 2010, S. 110). Darüber hinaus, erfolgte die Kodierung kombiniert deduktiv-induktiv (Steigleder 2008, S. 188), d.h. Textsegmente wurden immer zu ad-hoc-entwickelten Kategorien zugeordnet. Durch die im Interviewleitfaden indizierten Themen waren viele Kategorien jedoch bereits im Vorfeld determiniert. Jedes neu kodierte Ereignis wurde mit den bereits kodierten verglichen. Sehr ähnliche Kategorien wurden dabei direkt zusammengefasst, andere in weiteren Subkategorien ausdifferenziert.

Vorgegangen wurde zeilenweise, jede Aussage wurde dabei so vielen Kategorien zugeordnet wie möglich (Kelle und Kluge 2010, S. 58). Die vollständige **Kodierung** des gesamten Datenmaterials förderte im ersten Schritt 430 Kategorien und Subkategorien mit 3.580 Kodierungen zu tage.

Mit dem Ziel ein Kategoriensystem zu bilden, das Unterschiede zwischen den Patientinnen und Patienten sichtbar macht, wurden im zweiten Schritt ähnliche Kategorien fallvergleichend verdichtet und dimensionalisiert, das heißt in ihrer Rangordnung voneinander abgegrenzt (Schreier 2014, S. 8). Anders ausgedrückt, die verdichteten Kategorien wurden in unterschiedlich ausgeprägte Merkmalsräume aufgeteilt, um damit die spätere Typenbildung zu ermöglichen (Kelle und Kluge 2010, S. 67). Beispielsweise wurden in der Kategorie „Partnerschaft“, die Subkategorien: „unterstützende Partnerschaft“ und „eher belastende Partnerschaft“ differenziert. Sie sind gleichzeitig die für die Typenbildung notwendigen Merkmalsräume und enthalten Unterkategorien, die verschiedene Dimensionalisierungen ermöglichen, dargestellt in Tabelle 12.

Tabelle 12: Die Kategorie Partnerschaft und ihre Subkategorien

Partnerschaft	Kodierungen
Unterstützende Partnerschaft	
keine emotionale Unterstützung	5
harmonisches Zusammenleben	5
allgemeine Unterstützung	5
emotionale Unterstützung	17
eher belastende Partnerschaft	
Pflegebelastung	30
problematisches Zusammenleben	4
starke Abhängigkeit	3
Betrug	13
durch Krankheit	3
Allgemein Belastende Beziehung	31
Tod des Partners	11
Trauer	10
Verlust gut bewältigt	6

Nach Reorganisation des Kategoriensystems und der Kodierungen beziehungsweise der „subsumtiven Kodierung“ bleiben 334 Kategorien bestehen, die 3.534 kodierte Textstellen enthalten. Abbildung 20 bietet einen Überblick über die **Hauptkategorien**, die für die Beantwortung der Fragestellungen identifiziert wurden.

Codesystem		3534
▼	☐ Krankheitsperspektive	0
▼	☐ Depressionsaspekte	0
>	☐ Depressionsgeschichte	365
>	☐ Symptome der Depression	212
>	☐ Bewertung der Symptomlast	96
>	☐ Bewältigungsverhalten Coping	145
>	☐ Komorbiditäten	104
>	☐ Materielle Ausstattung	92
>	☐ Aktivität vor der Intervention	296
>	☐ Soziale Eingebundenheit	641
>	☐ Psychische Aspekte	460
▼	☐ Erfahrungen mit der Therapiebegleitung	0
>	☐ Rekrutierung durch Hausarzt/Hausärztin	185
▼	☐ Inanspruchnahme der Therapiebegleitung	4
▼	☐ Interventionselemente	6
	☐ Erstgespräch	8
>	☐ Psychoedukation	73
>	☐ psychische Entlastung	56
>	☐ Beziehung mit der Therapiebegleiterin	96
>	☐ Arbeits- und Informationsmappe	35
>	☐ Planung und Durchführung angenehmer Akt...	159
>	☐ Beratung zu Problemen	49
>	☐ Beratung zu Medikamenten	66
>	☐ Beendigung des Programms	54
>	☐ gelungene Prozesse	86
>	☐ problematische Prozesse	70
>	☐ Medium Telefon	45
>	☐ Ergebniseinschätzung durch Patient/-in	95

Abbildung 20: Bildschirmausschnitt aus MAXQDA - Codesystem

4.5.1.1 *Hauptkategorien, ihre Vergleichsdimensionen und Merkmalsräume*

Im nächsten Schritt wurden vor dem Hintergrund des entwickelten Codesystems für alle Interviews entsprechend gegliederte **Fallvignetten** angelegt, die die inhaltlichen Sinnzusammenhänge zwischen Merkmalen beziehungsweise Kategorien sowie Memos herstellen und systematisch ordnen (Witzel 2000, S. 7). Ziel war es Kernkategorien zu identifizieren, die Unterschiede und Ähnlichkeiten zwischen den Fällen besonders gut darstellen können. Der inhaltliche Vergleich der Fallvignetten emergierte **sieben** konstitutive **Kategorien für die Inanspruchnahme-Typen** der IMPACT-Intervention aus Sicht der Patientinnen und Patienten, die eine Fallkontrastierung ermöglichen und in Hinblick auf Ihre Dimensionalisierungen, einen hohen Differenzierungsgrad innerhalb ihrer Merkmalsräume aufweisen (Kelle und Kluge 2010, S. 78).

Die erste Kategorie **Planung und Durchführung angenehmer Aktivitäten** beinhaltet alle Aussagen, die das gleichlautende Kernelement der Therapiebegleitung und vor allem deren Umsetzung beschreiben. Dementsprechend wird hier die Wirksamkeit dieses Elements durch die Befragten eingeschätzt. Zusätzlich wurden hier Hindernisse benannt, die Methodik der Tagesprotokolle bewertet, Strategien von Motivation und Monitoring skizziert sowie konkrete Beispiele erfasst.

Unter **Psychoedukation** werden die Beratungsinhalte beschrieben, die die depressive Symptomatik des Krankheitsbildes Depression sowie deren Behandlungsmöglichkeiten betreffen. Die Patientinnen und Patienten thematisierten hier auch die Selbstbeobachtung der Symptomlast mithilfe des PHQ-9 und den Umgang mit den daraus resultierenden Beeinträchtigungen.

Eng mit diesem Punkt verwandt, ist die Kategorie **Arbeits- und Informationsmappe**, die die Selbstbeobachtungsbögen (PHQ-9) enthält sowie verschiedene Aufklärungstexte, Tagesprotokolle und Anregungen für angenehme Aktivitäten. Aussagen die hierunter zusammengefasst worden sind, beschreiben vor allem den selbstständigen Umgang mit der Mappe und ob diese als hilfreich eingeschätzt wurde.

In die Kategorie **Beratung zu Medikamenten**, fallen ebenso psychoedukative Aspekte, die die Wirkungsweise und Nebenwirkungen betreffen. Darüber hinaus wurden hier Aussagen eingruppiert, die eine begonnene Medikamenteneinnahme während der Intervention sowie einen Medikamentenwechsel in Absprache mit der Studienpsychiaterin und der Hausärztin beziehungsweise dem Hausarzt beschreiben.

Als eigenständiges charakteristisches Interventionselement war die **psychische Entlastung** der Patientinnen und Patienten durch die Gespräche mit der Therapiebegleiterin zwar nicht explizit im Manual vorgesehen, aber die Befragten nahmen es durchweg als Kernbestandteil wahr. Gemeint ist hier, dass der Intervention inhärente aktive Zuhören, die damit verbundene Würdigung der Person, die Reflexion von Verhalten, die Umdeutung von Situationen sowie das Angebot neuer Perspektiven.

Beratung zu Problemen erfasst in dieser Kategorisierung alle Kodierungen in denen Patientinnen und Patienten von der Besprechung von Problemen berichteten, die sie belasteten und die die depressive Symptomatik aus ihrer Sicht beeinflussten. Das Ergebnis einiger geschilderter Beratungssituationen kann auch als Aktivierung verstanden werden, aber im Unterschied zu den oben genannten angenehmen Aktivitäten, geht es hier immer um die Beseitigung von Belastungen. Den stimmungsaufhellenden Effekt, wenn die Befragten es beispielsweise schafften ihre Dokumente zu ordnen, zur Beratung beim Mieterschutzbund zu gehen oder ihre Fenster zu putzen, schilderten die Interviewten jedoch oftmals in ähnlicher Weise wie das gute Gefühl bei angenehmen Aktivitäten.

Die Beratung zu Problemen konnte neben ihrem Platz in den regulären Telefonaten auch in den Extra-Interventionsbestandteil, der **Problemlösetechnik (PLT)** übergehen. Aussagen von Patientinnen und Patienten, die dies in Anspruch nahmen, werden unter der gleichlautenden Kategorie geführt.

Diese sieben primären Merkmale sind die zentralen Themenbereiche, die die Patientinnen und Patienten berichteten, als ihnen die Frage (**Erzählimpuls**) gestellt wurde:

„Beschreiben Sie mir bitte wie das Programm der Therapiebegleitung für Sie war! Ich möchte mir gern vorstellen, wie das für sie ablief, erzählen sie doch mal von vorne bis hinten!“
(Interviewleitfaden Kapitel 4.4.2)

Diese Kategorien weisen innerhalb ihrer Kodierungen einen mittleren bis hohen Differenzierungsgrad auf und sind die Grundlage für die Bildung polythetischer Inanspruchnahmetypen, die einen vieldimensionalen Merkmalsraum besitzen (Kuckartz 2010b, S. 128). Die Aussagen der Interviewteilnehmer/-innen in den verbleibenden interventionsbezogenen Oberkategorien: „**Beziehung mit der Therapiebegleiterin**“, „**Rekrutierung durch Hausarzt/Hausärztin**“, „**Erstgespräch**“, „**Beendigung des Programms**“, „**Ergebniseinschätzung durch Patient/-in**“, „**Medium Telefon**“ sind sehr homogen und werden in der Fallkontrastierung nicht berücksichtigt, da sie

für eine Unterscheidung der Fälle und für die Charakterisierung der Inanspruchnahme nicht sachdienlich sind und eine Typologie laut Kuckartz (2010a, S. 564) immer auf dem Prinzip der „Sparsamkeit“ beruhen sollte. Sie werden in Kapitel „5.3 Interpersonelle Erfahrungen mit dem IMPACT-Programm“ beschrieben, um die Umsetzung der Intervention hinsichtlich förderlicher oder hinderlicher Faktoren zu illustrieren.

4.5.1.2 Sekundäre Merkmale

Inhaltlich wurden durch die Interviewten weitere Bereiche thematisiert, bei denen entweder ein direkter Einfluss auf die Elemente der Intervention beschrieben wurde, bei denen sich bezüglich der individuellen **Bewältigungsstrategien**, Verknüpfungen zeigten oder wo ein direkter Zusammenhang mit der empfundenen Symptomlast durch die Patienten/-innen wahrgenommen wurde. Für die Einordnung und weiterführende Analyse der Inanspruchnahmetypen wurden daher **sieben sekundäre Merkmale** mit einem hohen Differenzierungsgrad ausgewählt, die bei der individuellen Manifestation der **Krankheitsperspektive** ausschlaggebend waren und die überwiegend das Resultat auf den **ersten Erzählimpuls** des Interviewleitfadens sind:

*„Was meinen Sie, weshalb hat der Arzt/die Ärztin, Sie auf die Studie aufmerksam gemacht?“
(Interviewleitfaden Kapitel 4.4.2)*

Die anfänglichen Ausführungen der Interviewteilernehmer/-innen beinhalteten aufgrund dieser Frage meist Beschreibungen ihrer „**Depressionsgeschichte**“. Diese Kategorie beinhaltet alle Aussagen der Interviewteilernehmer in denen sie beschrieben, wie sie das erste Mal eine depressive Symptomatik erlebten, welchen Auslöser sie vermuteten, wie ihr Umgang damit aussah und welchen Verlauf die Erkrankung nahm. Auch ihre generelle Auffassung zur Behandelbarkeit der Depression ist hier oft implizit oder explizit abgebildet.

Die Kategorie „**Bewertung der Symptomlast**“ hat die Ausführungen zum Gegenstand, die einen Rückschluss auf die wahrgenommene Schwere der depressiven Symptomatik zum Zeitpunkt der Intervention zulassen. Sie enthält zudem Kodierungen, die zeigen, ob die Patientinnen und Patienten einen Unterstützungsbedarf für sich sahen, als die Hausärztin oder der Hausarzt sie auf die Studie ansprachen und ob sie generell der Meinung waren an einer Depression erkrankt zu sein.

„**Aktivität vor der Intervention**“ heißt die Kategorie, die Äußerungen zum generellen Bewegungsverhalten und insbesondere zur Freizeitgestaltung, Hobbys, Urlaubsreisen sowie sportlichen Aktivitäten vor der Intervention zusammenfasst. Sie gibt Aufschluss über das Ausgangsniveau der Interviewten, über ihre Vorlieben und über ihre Einstellung gegenüber Aktivitäten im Allgemeinen.

„**komorbiditätsbezogene Mobilität**“ meint alle Textstellen zu Beschwerden von denen die Interviewten berichtete und die ihre Mobilität einschränkten. In dieser Kategorie finden sich vor allem Erkrankungen des Bewegungsapparats, die mit Schmerzen verbunden sind, aber auch Aussagen über die Fähigkeiten den öffentlichen Personennahverkehr zu nutzen, ein eigenes Kraftfahrzeug zu führen oder im Extremfall, das Bett aus eigener Kraft verlassen zu können.

Die Kategorie „**Selbstwert**“ sammelt Aussagen, die das Selbstwertgefühl der Patientinnen und Patienten ausdrücken und die Erfahrungen beschreiben, in denen das eigene Verhalten einen Einfluss auf die Selbstwirksamkeit hat. Hierunter zählen beispielsweise Ausführungen zur Erwerbsbiografie, zum Umgang mit Schicksalsschlägen und schwierigen Situationen wie Trennungen oder Erkrankungen.

Die „**soziale Eingebundenheit**“ ist die Oberkategorie für alle Kodierungen, die die Partnerschaft, Kinder und Enkelkinder, Angehörige und Freunde, sowie Gruppen und Vereine betreffen. Sie umfassen entlastende und belastende Beziehungen, Aussagen über Beziehungsabbrüche, bedauernde Schilderungen über fehlende Kontakte sowie Beschreibungen von Einsamkeit und auch Wunschvorstellungen, die die Interviewten formulieren.

Der Kategorie „**materielle Ausstattung**“ wurden Textstellen zugeordnet, die die Themen Einkommen und Wohnen betreffen. Hierunter fallen unter anderem subjektive Einschätzungen zur finanziellen Absicherung und ob die Patientinnen und Patienten davon ausgehen sich den Wohnraum und die regelhaften Ausgaben weiterhin leisten zu können oder ob sie befürchten in finanzielle Schwierigkeiten zu geraten.

4.5.2 Themenmatrix und Kontrastierende Fallanalyse

Die Ergebnisse der inhaltsanalytischen Kodierung bilden die Grundlage für die Typenbildung (Kuckartz 2014b, S. 125). Für die kontrastierende Fallanalyse wurde aus den identifizierten 14 primären und sekundären Merkmale in MAXQDA ein „Summary-Grid“ (VERBI Software. Consult 2016) generiert und fallübergreifend analysiert. Wie in Abbildung 21 dargestellt, stellt es die

ausgewählten Kategorien in Zeilenform über die Interviewteilnehmerinnen (Spalten) hinweg dar. Wenn die Kategorien in den Interviews thematisiert wurden, war es durch Auswahl eines blauen Quadrats möglich, alle Kodierungen fallbezogen darzustellen und kontrastierend zu ordnen.

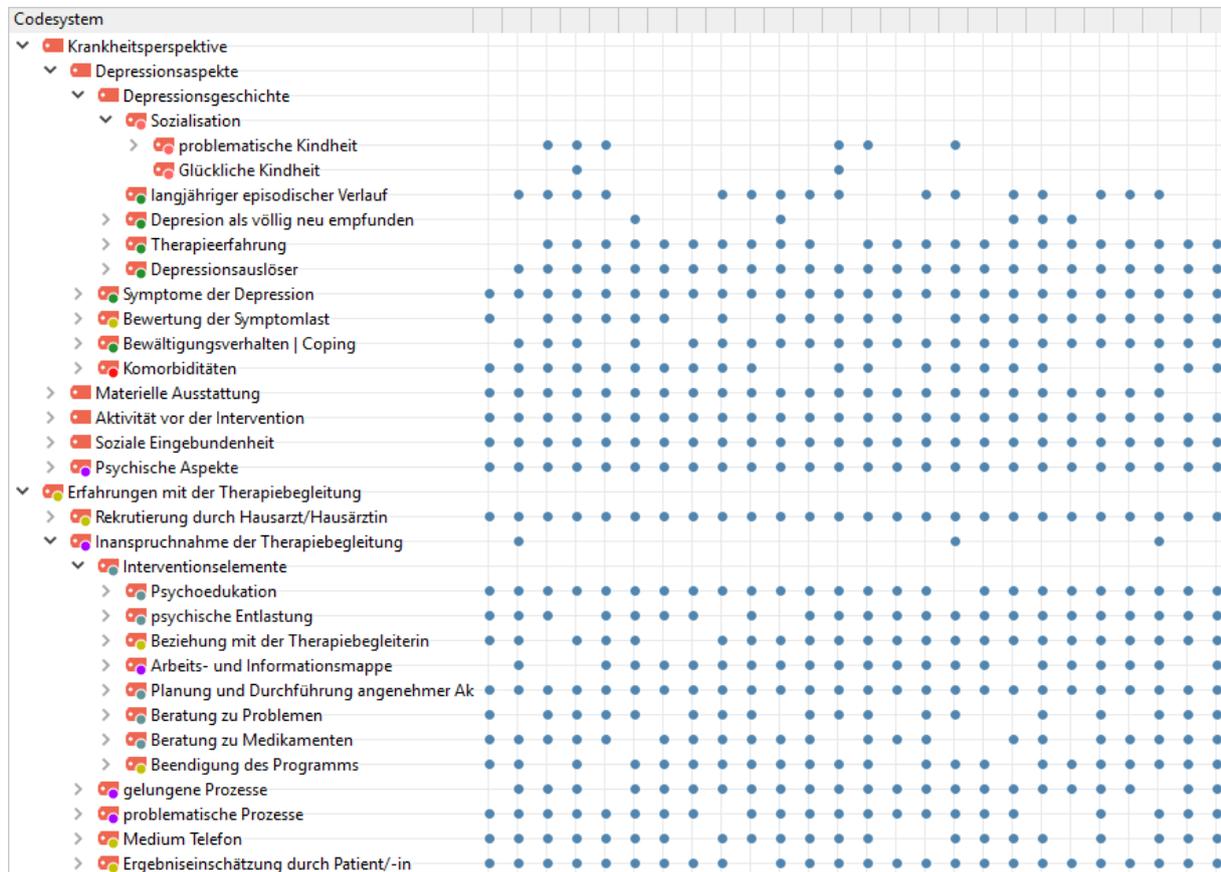


Abbildung 21: Summary Grid der primären und sekundären Merkmale, verteilt über 26 Interviews

Darauf aufbauend wurden die Kodierungen mit der Technik der evaluativen (Kuckartz 2014b, S. 113–115; Schreier 2014, S. 11) beziehungsweise der skalierenden (Mayring 2003, S. 92) qualitativen Inhaltsanalyse systematisch und fallübergreifend in ordinale Skalenwerte rückübersetzt. Die Kodiereinheit ist bei diesem Verfahren grundsätzlich mit dem gesamten Fall und sämtlichen Äußerungen identisch, die für die Kategorien und Merkmalsausprägungen als relevant zu erachten sind. Inkonsistente Äußerungen wurden dementsprechend vor dem Hintergrund des gesamten Interviews unter Zuhilfenahme der angefertigten Fallvignetten interpretiert und gewichtet. Die primären und sekundären Merkmalsausprägungen, ihre jeweilige Manifestation, ihre Übersetzung in ordinale Skalenwerte sowie exemplarische Ankerzitate sind in Tabelle 13 dargestellt.

Tabelle 13: Primäre und sekundäre Merkmalsausprägungen, ihre Übersetzung in ordinale Skalenwerte sowie zugrundeliegende Ankerbeispiele für die Konstruktion der Typologie

Merkmalsausprägung	Merkmalsausprägung	Manifestation/ Dimensionierung	Ankerzitate
Planung und Durchführung angenehmer Aktivitäten	1	Erfolgreich umgesetzt	„Jedenfalls scheint es 'ne sehr erfahrende Frau zu sein, sind wir darauf hingekommen, dass Musik mir guttut. Aber nicht diese autogene Musik, sondern meine Musik, die ich mag.“ (Patientin 20 ² , 64J. ³ , Abs. 278 ⁴)
	0,5	Bereits sehr aktiv am Anfang, Entspannungstechniken wurden umgesetzt	„[...] ⁵ hab ich mir so angewöhnt, wenn das Wetter so einigermaßen ist, setz ich mich da auf eine schöne Bank und dann komm ich so langsam erstmal wieder runter von der ganzen Situation.“ (Patientin 10, 80J., Abs. 29)
	0	Wurde ausgeschlagen und war bereits aktiv	„Nein, das mach ich wie ich Lust hab und wie ich Zeit hab, wie das Wetter ist. Zum Beispiel für draußen, ich habn Garten, ich muss auch Garten machen. Also ich hab genug zu tun.“ (Patientin 1, 72J., Abs. 70)
	-1	Umsetzung hat nicht funktioniert	„Eigentlich nicht so, weil ich immer nicht weiß, wozu ich dann gerade Lust hab oder so. Das lag aber nicht an ihr, das lag mehr an mir dann, dass ich das dann nicht so durchgezogen hab.“ (Patientin 16, 65J., Abs. 158)
Psychoedukation	1	Erfolgreich umgesetzt	„Dann hat sie versucht mir das zu erklären. Das könnte da und damit zusammenhängen und ich sollte das Mal, naja so ein bisschen anders angehen. Und so hat sich das ja abspielt am Telefon dann.“ (Patientin 12, 76J., Abs. 30)
	0	Wurde ausgeschlagen, wegen fehlender Symptomlast	„Ich bin, so ähnlich wie ich also Tabletten nicht haben möchte, bin ich der Meinung, dass ich mir Dinge selber ganz gut klarmachen kann und ich bin auch nicht, ich bin nicht in dem Sinne depressiv.“ (Patientin 9, 75J., Abs. 78)
Arbeits- und Informationsmappe	1	Wurde kontinuierlich benutzt	„Ja. Also man kriegt auch 'n anderen, also wie soll ich sagen, keinen Einblick, aber dass man vielleicht selber anders wird und sich mit dieser ganzen Materie anders vertraut macht. Sonst denkt man: ‚Geh man hin und naja, was ist das für 'n Arzt. Achso. Psychologe. Da musst du ja nicht unbedingt hin.‘ Und aber, dass das doch sehr sehr wichtig ist. Und das merkt man eben, wenn man das so durchliest.“ (Patientin 3, 73J., Abs. 142)
	0	Wurde nur wenig genutzt	„Ja. Ja, gelesen schon. Ich hab's auch mal am Anfang benutzt, aber später dann nicht mehr. Weil, also irgendwie wurde ich durch diese Geschichte innerlich auch immer mehr

² Die Zahl hinter den Patientinnen und Patienten bezieht sich jeweils auf die laufende Nummer des Interviews.

³ Die Zahl hinter dem Komma gibt das Alter der Patientinnen und Patienten an.

⁴ Die dritte Zahl eines jeden Zitatbelegs gibt die Absatznummer innerhalb des Transkripts an.

⁵ Eckige Klammern, die drei Punkte enthalten, kennzeichnen Auslassungen innerhalb von Zitaten.

			wieder aufgewühlt und und (2) also mit meiner Depression. Die, das wurde immer, ja, wie soll ich sagen, immer, immer mehr dadurch, wurde immer mehr dran erinnert dann.“ (Patient 2, 77J., Abs. 94)
	-1	wurde nicht genutzt	„Ich hab die noch liegen, ich hab die noch nicht weggetan und eigentlich mit dem Gedanken, dass ich da einmal reingucken kann und mal so überhaupt so n bisschen mal gucken kann. Aber keine Zeit.“ (Patientin 8, 77J., Abs. 158)
Beratung zu Medikamenten	1	hat funktioniert	„Und sie hatte mir durchaus, also da inzwischen, wo es mir so sehr schlecht ging, hat sie gesagt, also ich soll mir mal irgendwie also jetzt auch Medikamente besorgen, die mich also jetzt [...] Ich hatte damals, wo es mir so furchtbar schlecht ging, habe ich also auch schon Psychopharmaka, also wenn es absolut sonst nicht geht, dann muss man sich halt auch, dass man sich diese Hilfe holt.“ (Patientin 13, 64J., Abs. 94)
	0	hat nicht stattgefunden	„Sie fragte auch, ob ich gewillt wäre, Tabletten oder irgendwas zu nehmen medikamentös und das hab ich auch abgelehnt, denn ich nehm schon so viele Tabletten und mir wird schon teilweise schlecht [...]“ (Patientin 24, 72J., Abs. 163)
psychische Entlastung	1	stand im Vordergrund	„Ja, was mir Frau ***, das hab ich hier nochmal draufgeschrieben, nicht so drauf achten, was andere über mich denken, sondern was ich selber, wie mir 's selber geht. Und das ist mein Problem. Ich nehm immer wieder nur Rücksicht auf das Denken der anderen. Und das hängt mit der Depression glaub ich zusammen, dass man so immer unsicher ist und: “ „Was denken die anderen dann drüber?““ (Patientin 6, 76J., Abs. 210)
			„Also ich hab dann gesagt, wo ich drüber nachgedacht hab und was mich so'n bisschen geärgert hat oder so hier im häuslichen Bereich und dass ich da auch mit meinen Mann mal böse war und irgendwas nicht verstanden hab und dass es mit Freunden irgendwie so Fragen gab. Und dann hatte sie ja immer für mich so ne ganz andere Sichtweise.“ (Patientin 15, 68J., Abs. 117)
Beratung zu Problemen	1	hat funktioniert	„Wissen Sie, da hab ich so, so, so Halt, wo ich weiß, daran kann ich mich halten. Die sitzen richtig im Kopf tief fest. Zum Beispiel, wenn ich irgendwas zu bewältigen hab, ne? Dann hab ich immer gedacht oh Gott, das schaffst du nie im Leben mehr, ne? Wie willst du das alles schaffen? Dann hab ich von Frau ***, das hab alles richtig im Kopf gespeichert "Warum nehmen Sie sich nicht erst 'ne halbe Stunde vor und dann lassen Sie das alles wieder liegen und dann fangen Sie das nochmal an.". Klappt noch nicht immer, aber ich weiß, ich kann darauf zurückgreifen und das dann umsetzen.“ (Patientin 20, 76J., Abs. 76)
	0	hat nicht stattgefunden	Keine Nennung im Interview
	-1	hat nicht funktioniert	„Ja sie hat Ratschläge gegeben und alles, wie man das machen könnte und so, doch es hat nicht so viel gefruchtet.“ (Patientin 4, 87J., Abs. 145)

Problemlösetechnik (PLT)	1	hat funktioniert	„Ne, ne. Das einzige, was mir was gebracht hat, sie machte, Frau *** machte mich irgendwann auf ne Problemanalyse. Und das war so'n Knackpunkt. Wie gesagt, ich war jahrelang in der *** und hab genau solche Probleme aufgetischt und ausfindig gemacht. Und hab gesagt ‚Wie blöd bin ich denn eigentlich, dass ich meine eigenen Probleme nicht lösen kann?‘, nää? Das ist also, genau diese Strategie, war meine Strategie. (lacht) Ja. Ich saß da ‚Oh, hallo? Bin ich nun wirklich mega doof?‘. Und da wurde ich drauf aufmerksam gemacht, dass ich also diese Strategien kenne, nää?“ (Patientin 23, 62J., Abs. 130)
	0	hat nicht stattgefunden	Verneinung im Interview
	-1	hat nicht funktioniert	„Nur was mir gar nichts gebracht hat. Das habe ich auch auf dem Fragebogen vermerkt, auf dem letzten. Da war die, auch wie heißt das, Problemlösetechnik PLT. Das hat mir nichts gebracht. Da habe ich so die Wut gekriegt, denn ich habe nicht in dem Sinn. Das hat dann ja auch Frau *** eingesehen. Ich habe ja nicht in dem Sinne Probleme. Das waren ja nur so. Diese praktischen Sachen, wo ich mal angestupst werden musste. [...]. Ja ich das brauch ich nicht. Ich muss hier aufräumen. Ich muss meine schriftlichen. Ich muss die Akten aufräumen. Da brauche ich keine Problemlösetechnik. [...] Also das hat nichts gebracht für mich.“ (Patientin 25, 80J., Abs. 255)
sekundäre Merkmale			
Depressionsgeschichte	1	zeitlich abgrenzbarer junger Depressionsauslöser	„Ne, nie. Deshalb sag ich ja, ich hab immer gesagt, für sowas bin ich gar kein Typ. Und ich hab das noch nie gehabt. Ich hab, natürlich, mein Sohn war mal sehr krank als Neunjähriger, das war 'ne schlimme Zeit, aber ich hab immer, ich war immer sehr optimistisch“ (Patientin 14, 71J., Abs. 40)
	0	abgrenzbarer Depressionsauslöser vor über 10 Jahren	„Äh seit 2000. Wurde arbeitslos. Fand keine Arbeit mehr, weil zu alt, zu überqualifiziert. (Patientin 23, 62J., Abs. 8)
	-1	depressive Symptomatik besteht bereits sehr lange, Auslöser eher nicht abgrenzbar	„Ach, angefangen hat das schon sehr früh. Ich bin so 'n typisches Flüchtlingskind und da sind (3) begleitet einen das die ganze Jugend und die Kindheit. Und so haben wir dann geheiratet und ich war eben immer ein bisschen labil. Aber sonst fröhlicher Mensch. Also ich meine das ist so die eine Waagschale, die andere Waagschale. Gibt's ganz tief himmelhochjauchzend, zu Tode betrübt und das ist unstabil. Und das hat mir geholfen mit der Frau *** da.“ (Patientin 6, 76J., Abs. 24)
Bewertung der Symptomlast	1	hohe Krankheitseinsicht	„Ja, das ist immer dasselbe, das ist wie so Kreislauf, son Rad das dreht immer wieder und immer wieder.“ (Patientin 4, 87J., Abs. 49)
	0	geringe Krankheitseinsicht	„Deswegen, ich hab mich immer gewundert. Also, ich glaub, ich bin doch nicht depressiv oder was. Aber vielleicht ja doch 'n bisschen. Ich weiß das nicht.“ (Patientin 1, 72J., Abs. 66)

Aktivität vor der Intervention	1	sehr ausgeprägt	„Ich mein, sie hat einige Ratschläge, das war wirklich gut, aber wir gesagt, ich bin der Meinung noch mehr soll ich mir nicht ans Bein binden, also damit bin ich erst mal ausgelastet. Wenn ich dann mal mehr Zeit hab oder was weiß ich, ja vielleicht im Winter oder, ich weiß nicht.“ (Patientin 21, 71J., Abs. 104)
	0	mäßig	„Wäsche waschen, bügeln, kochen, backen, essen. Nicht zu viel, ja, nicht zu viel. Gut ich tu jetzt fast wenig, draußen auch, es geht nicht mehr so wie es geht, als erstes muss man den Löffel abgeben wie man sagt, ja. Wir haben früher die ganze Anlage, runter zu dritt gemacht?“ (Patient 22, 76J., Abs. 50)
	-1	sehr gering	„Früher hab ich die Fenster an einem Tag durchgeputzt. Geht alles nicht mehr und das guckt einen an, wissen Sie? Und dann kommen die Gedanken an früher und was du alles gemacht hast und wie viel gemacht haben und so.“ (Patientin 24, 72J., Abs. 125)
komorbiditätsbezogene Mobilität	1	hohe Mobilität	„Ja, es ist auch so, dass man, dass ich mir das morgens ja gar noch nicht so direkt vornehm: Heute Vormittag walkst du aber, oder gehst du los. Also das ergibt sich so beim Frühstück, sag ich so: "Also jetzt schnapp ich mir die Stöcke und marschier los!" obwohl ich mir gesagt hab, also ich will heute Vormittag nun erstmal Betten beziehen, oder ich will erstmal das Badezimmer machen. Nö, ich geh erstmal raus an die frische Luft, und dann beweg mich.“ (Patientin 8, 74J., Abs. 42)
	0	eingeschränkt möglich	„Also, ich sag ja, wenn es mir gut geht, dann unternehme ich ja auch was, dann hab ich keine Gedanken daran irgendwas zu machen, aber so wie die Schmerzen einsetzen, dann denk ich immer "Oh Gott, wenn das bloß zu Ende ist.". Das ist ganz schlimm, das ist ganz schlimm.“ (Patientin 24, 72J., Abs. 123)
	-1	immobil	„Die Schmerzen habe ich nun schon drei Jahre schon, bestimmt. Aber ich kann nur zehn Meter laufen für zwei Minuten und dann geht das wieder für zehn Minuten. Es ist schlimm.“ (Patientin 26, 64J., Abs. 72)
Selbstwertgefühl	1	ausgeprägtes Selbstwertgefühl	„Ich hatte erstmal um überhaupt körperlich wieder drauf zu, ich musste ja dann auch den Haushalt weitermachen ne. Und ich bin auch nicht der Typ, der dann wehleidig ist und guckt und sagt: „Ach wie schrecklich, nun hab ich nen Schlaganfall, oder bin halbseitig gelähmt.“ Ich hab von Beginn an geguckt: Was kann ich machen, um das zu tun was ich will, und hab also nur ein einziges Mal mich waschen lassen. Das war noch von dem Schreck, als ich mich nicht bewegen konnte. Und danach hab ich überlegt, wie kann ich das selber machen. Und hab dann von da an alles selbst gemacht. (Patientin 9, 75J., Abs. 56)
	0	ambivalente Aussagen zum Selbstwertgefühl	„Also aufgeregt und ängstlich war ich immer, aber das weiß ich nicht, ich denke mal, das ist auch wenn man jünger ist, sieht man das anders irgendwie, dann denkt man: Ach das schaffst du schon, das machst du schon. Und jetzt denk ich immer: Schaffst du nicht, aber ich schaff es trotzdem dann irgendwie.“ (Patientin 12, 76J., Abs. 13)

	-1	sehr unsicher bis schlechte Meinung von sich selbst	„Ja, mit dem Enkel nicht so, das ist eher, naja ich bin ja auch ne Niete.“ (Patientin 4, 87J., Abs. 227)
soziale Eingebundenheit	1	vertrauensvolle Kontakte, die unterstützen	„Einladungen von Freunden, das hat mir auch immer sehr gut getan. So zu sagen lassen die mich alle nicht sitzen, weil wir haben schon verschiedene Fälle in der Freundschaft da von Demenz und so. Jeder kann das schon heute besser, hat mehr Verständnis dafür.“ (Patientin 10, 80J., Abs. 71)
	0	wenig Kontakte/Unterstützung	„Sehen Sie ja, ich bin ja sonst viel alleine hier. Mein ich hab Freunde hier oben, ich hab unter Parterre auch noch eine Freundin. Aber die haben alle ihre Probleme. Die verstehen sich nicht so und ich krieg das bröckchenweise mit. Und das will ich nicht. Also zieh ich mich dann n bisschen zurück. Sollen die das alleine auskämpfen. Ich hab da keine Lust mehr zu.“ (Patientin 7, 76 J., Abs. 108)
	-1	traurig über fehlende Kontakte	„Nein, alles weg. Ich hab nur noch eine Cousine, ja und wie das ist, die sind alle schon verstorben. Ich bin der Letzte von meiner Familie, der letzte Alte von meinem Stamm. Das heißt mein Bruder ist noch, aber zu dem habe ich keinen Kontakt.“ (Patientin 4, 87J., Abs. 77)
materielle Ausstattung	1	keine finanziellen, wohnungsbezogenen, Probleme	„Ja, ich hab von meinem Mann ja nun 'ne gute Rente. Und meine kleine Rente ja noch dazu. Was heißt klein, aber was sind denn 500 Euro, eben über 500 Euro. Wenn ich 'ne Miete zahlen müsste, wenn ich alleine nur meine Rente hätte, da wär ich auch 'n Sozialfall. Mein Mann war immer Beamter und denn noch sein (3) Von früher. Von der Außer...na, LVA. Damit bin ich natürlich abgesichert.“ (Patientin 1, 72J., Abs. 174)
	0	kommt einigermaßen über die Runden	„Und da hatt ich auch die Tafel noch nicht, hab ich sehr, sehr wenig Geld, da ist mein Sohn immer einmal im Monat zum Aldi und hat, durft ich immer einkaufen, was mir auch peinlich war, können Sie sich vorstellen.“ (Patientin 20, 64J., Abs. 98)
	-1	finanzielle Schwierigkeiten oder drohender Wohnungsverlust	„Auch schlecht, weil ich (1) Auch schlecht, weil ich hab 680 Euro Rente. Und ich muss davon hier die Grundsteuer und den ganzen Gashahn, Heizung und Krempel, Lebensmittel und Versicherungen und alles bezahlen.“ (Patient 2, 77J., Abs. 142)

Der Merkmalsraum wurde durch die systematische Übersetzung in ordinale Skalenwerte stark vereinfacht und im nächsten Schritt, fallbezogen in Anlehnung an Kuckartz (2014b, S. 73) in Form einer **Themenmatrix** in Tabelle 13 zusammengetragen. Die Vergleichsdimensionen werden in den Spaltenüberschriften dargestellt und die Patienten/-innen bilden die Zeilen der Matrix. Die einzelnen Merkmalsausprägungen sind mit ihren ordinalen Skalenwerten eingetragen.

Ziel dieser Matrix war die simplifizierte Darstellung der Merkmale sowie deren Ausprägungen, um das Stufenmodell empirisch begründeter Typenbildung (Kelle und Kluge 2010, S. 124–131) für die Vielfalt an ausgewählten Merkmalsräumen umsetzen zu können. Wie in Abbildung

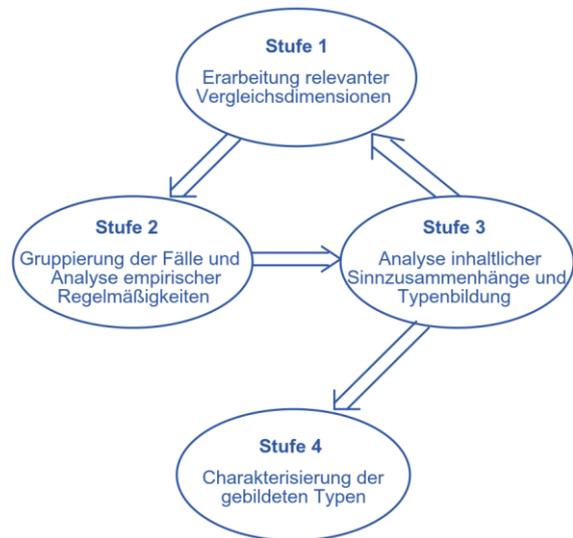


Abbildung 22: Stufenmodell empirisch begründeter Typenbildung (Kelle und Kluge 2010, S. 92)

innen anhand der Merkmalsausprägungen wiederholt reorganisiert und in Kodierungen zurückübersetzt, bis fallübergreifende Zusammenhänge hinsichtlich der Inanspruchnahme festgestellt, inhaltlich geprüft, mehrfach verworfen und letztlich bestätigt werden konnten.

Tabelle 14: Themenmatrix chronologisch sortiert. (Ordinale Skalenwerte beschrieben und farblich eingeteilt in Kapitel 4.5.2)

Primäre und sekundäre Merkmale Laufende Nummer der Pat.	angenehme Aktivitäten	Psychoedukation	Arbeits- und Informationsmappe	Beratung zu Medikamenten	psychische Entlastung	Beratung zu Problemen	Problemlöse-technik (PLT)	Depressionsgeschichte	Bewertung Symptomlast	Aktivität vor der Intervention	komorbiditäts-bezogene Mobilität	Selbstwertgefühl	materielle Ausstattung	soziale Eingebundenheit
Patientin 1	0,5	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1
Patient 2	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	-1	0	-1	0
Patientin 3	0,5	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1
Patientin 4	-1	0	-1	0	1	-1	-1	0	1	-1	-1	-1	1	-1
Patientin 5	1	1	0	1	1	1	0	-1	1	0	0	-1	1	-1
Patientin 6	1	1	0	0	1	1	-1	-1	1	1	0	0	1	1
Patientin 7	-1	0	0	1	1	1	0	0	1	-1	-1	0	0	0
Patientin 8	0	0	-1	0	1	1	0	1	0	1	1	-1	1	-1
Patientin 9	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1
Patientin 10	0,5	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1
Patientin 11	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	-1	0	1	0
Patientin 12	0	0	0	0	1	1	0	-1	0	1	1	0	1	1
Patientin 13	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1
Patientin 14	0,5	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1
Patientin 15	0,5	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1
Patientin 16	-1	0	-1	0	1	-1	-1	-1	1	-1	-1	0	0	1
Patientin 17	0	0	0	1	1	-1	-1	-1	1	0	0	0	0	1
Patientin 18	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1
Patient 19	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1
Patientin 20	1	1	-1	1	1	1	1	-1	1	-1	0	-1	0	0
Patientin 21	0	0	0	0	1	-1	0	1	0	1	1	1	1	0
Patient 22	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0
Patientin 23	-1	0	0	1	1	1	1	0	1	-1	1	-1	-1	-1
Patientin 24	-1	0	0	1	1	0	0	0	1	-1	-1	1	1	1
Patientin 25	-1	1	1	1	1	1	-1	-1	1	-1	-1	0	1	-1
Patientin 26	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	-1	0	1	-1

5 Ergebnisse

Mit den in Kapitel 4 durchgeführten Analysen, können im Folgenden, Antworten auf die in Kapitel 3 formulierten Fragestellungen gegeben werden. Nach einer kurzen Beschreibung der Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmer werden die identifizierten Inanspruchnahmetypen (Fragestellung 6), die Typen der Symptomentwicklung bezüglich ihrer Krankheitsperspektive (Fragestellung 3), die Typenkombination von Inanspruchnahme und Symptomentwicklung (Fragestellung 1 und 2) die Unterschiede in den Bewältigungsstrategien zwischen „Benefiziaren“ und „Nicht-Benefiziaren“ (Fragestellung 4) sowie typenübergreifende und strukturelle förderliche und hinderliche Faktoren der IMPACT-Intervention (Fragestellung 2 und 5) beschrieben.

5.1 Beschreibung der Population

Insgesamt konnten im Rahmen der vorliegenden Studie 26 Interviews zwischen Januar 2015 und Juni 2016 durchgeführt werden. Drei Teilnehmer waren männlich. Das Alter der Interviewteilnehmer/-innen reichte von 62 bis 87 Jahre und war im Mittel 72 Jahre. Acht Interviewte lebten im Privathaushalt zusammen mit ihrem Ehepartner, eine Teilnehmerin lebte mit ihrem Mann selbstständig in einer Seniorenwohnanlage, neun Patienten/-innen lebten seit dem Tod Ihres Ehepartners allein im Privathaushalt, wobei eine in einer Einliegerwohnung im Haus ihres Sohnes lebte. Drei Frauen waren verheiratet, lebten aber allein, da ihre Ehemänner im Pflegeheim waren. Drei weitere Interviewteilnehmerinnen waren geschieden und lebten alleine, eine Alleinwohnende war ledig und eine weitere ledige Frau wohnte in einer Senioreneinrichtung ohne Inanspruchnahme des Pflegedienstes.

Die Dauer der Interviews variierte zwischen 28 Minuten und 1 Stunde und 42 Minuten, die mittlere Dauer lag bei 56 Minuten. Die depressive Symptomatik, gemessen mit dem PHQ-9 im T2-Fragebogen zum Abschluss der Intervention, reichte von einem Punktwert von 1 bis hin zu 25 von 27 möglichen Punkten. Neun von 26 Patientinnen und Patienten konnten den „Benefiziaren“ zugeordnet werden, da sich ihre depressive Symptomatik gemessen mit dem PHQ-9 um mehr als die Hälfte verbesserte oder ihr Punktwert unter 5 sank. Der PHQ-9-Wert von den übrigen 17 Patientinnen und Patienten erfüllte dieses Kriterium nicht, weshalb sie laut Studiendesign den „Nicht-Benefiziaren“ zugeschrieben werden mussten. Die Differenzierung in „Benefiziar“ und „Nicht-Benefiziar“ des IMPACT Programms, wie sie in der ursprünglichen Planung der kontrastierenden Methodik (Kapitel 4.2.) vorgesehen war, erwies sich bei der inhaltlichen

Beurteilung der Interviews jedoch als nicht zielführend. Die Patientinnen 10, 12, 16, 17 trennte nur ein Punkt von der Zugehörigkeit zu den „Benefiziaren“. Die Trennschärfe, die damit suggeriert wurde, mag für eine quantitative Studie nötig sein. In der Praxis hat sie keine Relevanz und innerhalb der vorliegenden qualitativen Untersuchung, konnte sie empirisch nicht bestätigt werden.

Daher wurden zwei neue Gruppen gebildet, die den Übergangsbereich von „Benefiziaren“ und „Nicht-Benefiziaren“ darstellen sollen und eine differenziertere **Typologie der Symptomentwicklung** erlauben. Vier Patientinnen und Patienten bilden die Gruppe der „**leichten Konstanten**“. Sie hatten bereits bei der ersten Erhebung einen PHQ-9-Punktwert von 5 beziehungsweise 6 und nach einem Jahr Intervention einen Wert von 5. Sie waren damit über die gesamte Zeit hinweg auf der Grenze zu einer klinisch relevanten Symptomatik (Kroenke et al. 2001; Löwe et al. 2004). Ihre depressive Symptomatik wird durch die Intervention nicht verändert. Weitere drei Personen aus der ursprünglich definierten Gruppe der „Nicht-Benefiziare“ wurden der neu gebildeten Gruppe: „**etwas Verbesserte**“ zugeschrieben. Sie konnten Ihren Wert vom ersten bis zum dritten Befragungszeitpunkt um drei Punkte verringern, erreichten einen Punktwert von 10 oder weniger und schätzten die Therapiebegleitung als wirksam ein. Die fallbezogene Zuordnung ist in Tabelle 15 dargestellt.

Tabelle 15: Beschreibung der Population mit Kategorisierung in „Benefiziere“, „Nicht-Benefiziere“, „leichte Konstante“ und „etwas Verbesserte“

Pat. Nr.	Geschlecht	Familienstand und Wohnform	Praxis	Interview-dauer	PHQ 9 T0	PHQ 9 T1	PHQ 9 T2	PHQ Kategorie	Alter T0
1	W	verwitwet, alleinlebend	A	00:59	12	9	9	0	72
2	M	mit Ehepartnerin zusammenlebend	J	00:39	11	12	11	-1	77
3	W	verwitwet, alleinlebend	C	00:56	7	4	4	1	73
4	W	verwitwet, mit Sohn zusammenlebend	C	01:03	20	3	17	-1	87
5	W	verwitwet, alleinlebend	K	01:41	7	9	11	-1	82
6	W	verwitwet, alleinlebend	G	01:15	14	8	12	-1	76
7	W	verwitwet, alleinlebend	A	00:49	11	11	8	0	73
8	W	mit Ehepartner zusammenlebend	J	00:58	8	6	7	-1	74
9	W	verwitwet, alleinlebend	D	01:42	11	11	5	1	75
10	W	verheiratet, alleinlebend	D	00:28	5	6	5	0	80
11	W	mit Ehepartner zusammenlebend	J	00:40	8	10	10	-1	71
12	W	mit Ehepartner zusammenlebend	J	00:58	6	8	5	0	76
13	W	mit Ehepartner zusammenlebend	F	00:54	11	4	4	1	64
14	W	verheiratet, alleinlebend	D	00:45	13	14	5	1	71
15	W	mit Ehepartner zusammenlebend	F	00:56	14	9	1	1	68
16	W	mit Ehepartner zusammenlebend	C	00:48	5	5	5	0	65
17	W	geschieden, alleinlebend	D	00:48	6	8	5	0	70
18	W	verheiratet, alleinlebend	D	00:46	8	2	4	1	77
19	M	mit Ehepartnerin zusammenlebend	F	01:14	3	3	2	1	62
20	W	geschieden, alleinlebend	L	01:07	14	19	13	-1	64
21	W	verwitwet, alleinlebend	H	00:51	8	7	8	-1	71
22	M	verwitwet, alleinlebend	B	00:32	13	15	10	0	76
23	W	ledig, alleinlebend	E	00:51	9	12	11	-1	62
24	W	mit Ehepartnerin zusammenlebend	I	00:47	14	10	7	1	72
25	W	ledig, in Seniorenresidenz alleinlebend	H	01:10	22	5	25	-1	80
26	W	geschieden, alleinlebend	H	00:38	13	3	5	1	64

Benefiziere: 1	zwischen 60-74
Nicht-Benefiziere: -1	ab 75 Jahre
leichte Konstante: 0	
etwas Verbesserte: 0	

5.2 Vergleichende Kontrastierung und Beschreibung der Typologie(n)

Für die typenbildenden Analyse wurden die Kategorien, die anfangs zur Kodierung des Materials genutzt wurden, anhand synoptischer Vergleiche zwischen den Kategorien weiterentwickelt, überarbeitet, durch Subkategorien differenziert und erläutert, dimensionalisiert, in ordinale Skalen übersetzt, zueinander in Beziehung gesetzt und letztlich in einem übergreifendem Schema typisiert (Kelle und Kluge 2010, S. 61).

Im Folgenden wird die entwickelte Typologie beschrieben. Die Typen werden dabei zueinander kontrastiert, exemplarische Aussagen werden stellvertretend eingruppiert und wiederum gegenüber anderer Aussagen kontrastiert. Damit werden gleichzeitig die Ähnlichkeiten innerhalb der Gruppe und die Verschiedenheit zwischen den Gruppen geprüft.

5.2.1 Typen der Inanspruchnahme

Nach Prüfung aller potentiellen Kombinationsmöglichkeiten der Merkmalsräume, deren Vergleichsdimensionen und Ausprägungen (Kelle und Kluge 2010, S. 92) konnte die in Tabelle 16 dargestellte typenbildende **Trichotomie** aus „Planung und Durchführung angenehmer Aktivitäten“, „Beratung zu Problemen“ und dem typenübergreifenden Element „psychische Entlastung“ gebildet werden. Sie identifiziert hinsichtlich der Inanspruchnahme **fünf Realtypen** (Kuckartz 2010a, S. 555), die in der 1. Spalte aufgeführt sind.

Tabelle 16: Inanspruchnahmetypologie anhand der primären drei Merkmalsräume

Inanspruchnahmetyp	„Planung und Durchführung angenehmer Aktivitäten“	„psychische Entlastung“	„Beratung zu Problemen“
„Aktivierbare Entlastungssuchende“	konnten Aktivitäten planen und umsetzen	konnten von der psychischen Entlastung profitieren	konnten teilweise von der Beratung zu Problemen profitieren
„aktive Entlastungssuchende“	setzten bereits alle Aktivitäten um, die sie für wichtig erachteten		
„Aktive Entspannungssuchende“	suchten und planten bewusste Entspannungspausen		konnten mit Problemlösestrategien aktiviert werden
„passive Problemlösungssuchende“	konnten keine angenehmen Aktivitäten identifizieren und umsetzen		konnten in Form von Problemlösestrategien aktiviert werden
„passive Entlastungssuchende“			konnten nicht von der Beratung zu Problemen profitieren

Sie profitieren wie in Tabelle 16 dargestellt in unterschiedlichem Umfang, von verschiedenen Elementen der Intervention. Jede interviewte Person konnte dabei genau einem Typ zugeordnet werden. Von den 26 Interviewten bilden neun Personen den Typus „**aktivierbare Entlastungssuchende**“, sechs Interviews formen den Typ „**aktive Entlastungssuchende**“, fünf Interviews entsprechen dem Typ „**aktive Entspannungssuchende**“ und jeweils drei Patientinnen bilden die Typen „**passive Problemlösungssuchende**“ und „**passive Entlastungssuchende**“.

Allen Typen gemein ist die Teilbezeichnung „**-suchende**“, die das eigenaktive, bemühen, einfordernde Wesen der Inanspruchnahmetypen unterstreicht. Die Therapiebegleitung wurde spezifisch am Bedarf ausgerichtet. Das heißt, die Interventionselemente, die individuell im Vordergrund standen, wurden durch die Patientinnen und Patienten priorisiert und eingefordert. Die Typen unterscheiden sich in erster Linie in der Umsetzung der Aktivierung zu angenehmen Aktivitäten. Darüber hinaus unterscheiden sie sich aber auch in der gesamten Inanspruchnahmeintensität, das heißt der akkumulierten Nutzung, der von den Interviewteilnehmern/-innen beschriebenen Interventionselemente.

Tabelle 17 zeigt die differenzierte skalierende Darstellung, reorganisiert anhand der gebildeten Inanspruchnahmetypen in Kombination mit der Einteilung in „Benefiziar“, „Nicht-Benefiziar“, „leichte Konstante“ und „etwas Verbesserte“. Bestimmend für die Inanspruchnahmeintensität war insbesondere die **Eigenaktivität**, die die Interviewten am Anfang der Intervention schilderten und wie sie diese während der Therapiebegleitung entwickelten. „Aktivierbar“ bezeichnet dahingehend das Potential dieses Typs von dem Element der Aktivierung zu profitieren, während die anderen Typen auf einem überwiegend konstanten Aktivitätsniveau blieben. Die „aktiven Entspannungssuchenden“ reduzierten ihr Aktivitätslevel sogar etwas zugunsten bewusster Pausen und auch wenn die „passiven Problemlösungssuchenden“ keine angenehmen Aktivitäten für sich aufbauen konnten, konnten sie ihre Anstrengungen bei der Bearbeitung belastender Problembereiche ausbauen. Auch die weiteren primären Merkmale, die die Inanspruchnahme charakterisieren, hingen von der Eigenaktivität ab und weisen eine typenspezifische Verteilung auf, die im Folgenden expliziert werden soll.

Tabelle 17: Themenmatrix reorganisiert anhand der identifizierten Inanspruchnahmetypen (Ordinale Skalenwerte beschrieben und farblich eingeteilt in Kapitel 4.5.2)

Laufende Nummer der Pat.	Inanspruchnahmetyp	Alter T0	angenehme Aktivitäten	Psychoedukation	Arbeits- und Informationsmappe	Beratung zu Medikamenten	psychische Entlastung	Beratung zu Problemen	Problemlöse-technik (PLT)	Depressionsgeschichte	Bewertung Symptomlast	Aktivität vor der Intervention	komorbiditätsbezogene Mobilität	Selbstwertgefühl	materielle Ausstattung	soziale Eingebundenheit	PHQ_KAT
Patient 2	1 Aktivierbare Entlastungssuchende	77	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	-1	0	-1	0	-1
Patientin 5	1 Aktivierbare Entlastungssuchende	82	1	1	0	1	1	1	0	-1	1	0	0	-1	1	-1	-1
Patientin 6	1 Aktivierbare Entlastungssuchende	76	1	1	0	0	1	1	-1	-1	1	1	0	0	1	1	-1
Patientin 11	1 Aktivierbare Entlastungssuchende	71	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	-1	0	1	0	-1
Patientin 13	1 Aktivierbare Entlastungssuchende	64	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
Patientin 18	1 Aktivierbare Entlastungssuchende	77	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1
Patientin 20	1 Aktivierbare Entlastungssuchende	64	1	1	-1	1	1	1	1	-1	1	-1	0	-1	-1	0	-1
Patient 22	1 Aktivierbare Entlastungssuchende	76	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0
Patientin 26	1 Aktivierbare Entlastungssuchende	64	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	-1	0	1	-1	1
Patientin 8	2 aktive Entlastungssuchende	74	0	0	-1	0	1	1	0	1	0	1	1	-1	1	-1	-1
Patientin 9	2 aktive Entlastungssuchende	75	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1
Patientin 12	2 aktive Entlastungssuchende	76	0	0	0	0	1	1	0	-1	0	1	1	0	1	1	0
Patientin 17	2 aktive Entlastungssuchende	70	0	0	0	1	1	-1	-1	-1	1	0	0	0	0	1	0
Patient 19	2 aktive Entlastungssuchende	62	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	1
Patientin 21	2 aktive Entlastungssuchende	71	0	0	0	0	1	-1	0	1	0	1	1	1	1	0	-1
Patientin 1	3 Aktive Entspannungssuchende	72	0,5	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0
Patientin 3	3 Aktive Entspannungssuchende	73	0,5	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1
Patientin 10	3 Aktive Entspannungssuchende	80	0,5	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1	0
Patientin 14	3 Aktive Entspannungssuchende	71	0,5	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1
Patientin 15	3 Aktive Entspannungssuchende	68	0,5	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1
Patientin 7	4 passive Problemlösungssuchende	73	-1	0	0	1	1	1	0	0	1	-1	-1	0	0	0	0
Patientin 23	4 passive Problemlösungssuchende	62	-1	0	0	1	1	1	1	0	1	-1	1	-1	-1	-1	-1
Patientin 25	4 passive Problemlösungssuchende	80	-1	1	1	1	1	1	-1	-1	1	-1	-1	0	1	-1	-1
Patientin 4	5 passive Entlastungssuchende	87	-1	0	-1	0	1	-1	-1	0	1	-1	-1	-1	1	-1	-1
Patientin 16	5 passive Entlastungssuchende	65	-1	0	-1	0	1	-1	-1	-1	1	-1	-1	0	0	1	0
Patientin 24	5 passive Entlastungssuchende	72	-1	0	0	1	1	0	0	0	1	-1	-1	1	1	1	1

zwischen 60-74 Jahren
ab 75 Jahre

Benefiziere: 1
Nicht-Benefiziere: -1
leichte Konstante: 0
etwas Verbesserte: 0

AKTIVIERBARE ENTLASTUNGSSUCHENDE

Die „**aktivierbaren Entlastungssuchenden**“ beschrieben eine **hohe Inanspruchnahmeintensität** und den höchsten Nutzen bei der Suche und Durchführung nach angenehmen Aktivitäten, dem Kernelement des IMPACT-Programms. „Aktivierbar“ bezeichnet hier das Potential von dem Element der Aktivierung und der damit verbundenen gemeinsamen Suche und Planung angenehmer Aktivitäten zu profitieren. Die Patienten dieses Typs konnten von einem geringen Aktivitätsniveau ausgehend durch die Therapiebegleitung angenehme Aktivitäten in ihren Alltag aufnehmen und dauerhaft umsetzen.

Patient 2, illustriert die Aktivierung mit dem Beispiel:

*„Und das hat sie auch vorgeschlagen, ich sollte da mal dies und jenes und Blumen und Pflanzen und so. Und doch das fand ich gut. Also, was da Frau *** gesagt und gefragt hatte und angeregt hatte, das fand ich sehr gut.“ (Patient 2, 77J., Nicht-Benefiziar⁶, Abs. 80)*

Auf ähnliche Weise beschreibt Patientin 20 (64) die Aktivitätenplanung:

„[...] zum Beispiel Musik. Das ist im Laufe der Gespräche, ist das zum [...] Vorschein gekommen und dann haben wir darüber gesprochen und versucht das halt umzusetzen.“ (Patientin 20, 64J., Nicht-Benefiziarin, Abs. 78)

Sie hebt dabei besonders hervor, welchen hohen Wert es für sie hatte, verschollene Interessen wie das Lesen wiederzuentdecken:

*I: Das haben Sie sich vorher lange Zeit/ oder gar nicht gemacht?
IP: Überhaupt nicht, gar nicht, gar nicht, gar nicht. Und ich habe gerne gelesen, gerne gute Bücher gelesen. Ich sag immer, 'n gutes Buch. Aber und, und ich lese.
I: Ja, toll.
IP: Also das nochmal als positiv. Vielleicht kleine Dinge nur, für Sie, für mich, waren das Berge oder sind es Berge, eben das fällt einem eben schwer, sich, dass selber schön, gut gehen zu lassen, ne?“ (Patientin 20, 64J., Nicht-Benefiziarin, Abs. 282)*

Auch der Aspekt der Kontrolle wurde positiv beschrieben, denn durch die Besprechung avisierten Aktivitäten fühlten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer die Verpflichtung, diese Aktivitäten umzusetzen und ihre **Eigenaktivität** zu steigern:

⁶ Im Folgenden werden die Patientinnen und Patienten mit ihrer jeweiligen Einteilung in „Benefiziar“, „Nicht-Benefiziar“, „etwas Verbesserte“ und „leichte Konstante“ angegeben.

*„Ja für mich war das OK, gut. Ich wollt auch immer mein Versprechen einhalten, ich sag, Frau ***, ist mir nicht gelungen. Habe es nicht gemacht, aber ich mach es. Ja.“
(Patient 22, 76J., etwas Verbessertes, Abs. 122)*

An zweiter Stelle berichteten die „aktivierbaren Entlastungssuchenden“ von **der emotionalen Entlastung**, die sie durch die Gespräche mit den Therapiebegleiterinnen erfuhren. Die Patientinnen und Patienten berichteten von der wohltuenden Wirkung der Verhaltensspiegelung und der Umdeutung von Situationen, die es Ihnen ermöglichten, negative Gedankenkreisläufe zu durchbrechen:

„Ja, genau. Immer wieder. Dass das (3) Also das, der Kreis schließt sich an der Stelle. Dass das sich immer noch (3) Und inzwischen bin ich doch, was weiß ich, 78 Jahre alt geworden und hab im Grunde genommen mit den gleichen Problemen zu tun. Wenn meine Tochter lange nicht anruft, lange, das sind zwei, drei Tage vielleicht, dann denk ich schon: ‚Was hab ich denn falsch gemacht? Warum kümmert sie sich nicht?‘ Also dass sie keine Zeit hat, das kommt erst im zweiten Gedankengang.“ (Patientin 6, 76J., Nicht-Benefiziarin, Abs. 250)

Inhaltlich ging es bei der emotionalen Entlastung oft um alltägliche Dinge, die die Gedanken der Patienten bestimmten, ihnen war nicht möglich diese Art der Unterhaltungen mit ihren Angehörigen und Freunden zu führen, weshalb die Therapiebegleitung aus ihrer Sicht eine große Bereicherung darstellte:

*„Es muss ja nun nicht jedes Mal so fürchterlich produktiv sein, also es kann ja auch einfach nur eben, dass man sich bei jemandem ausheulen kann. Und was auch wichtig ist, dass dieser Jemand mit der ganzen Situation nichts zu tun hat.“
(Patientin 13, 64J., Benefiziarin, Abs. 62)*

Zusätzlich zu den vorangegangenen typbildenden Interventionselementen beschrieben die neun „aktivierbaren Entlastungssuchenden“ immer auch noch mindestens zwei **weitere Komponenten** der Intervention, die sie für sich nutzen konnten. Überwiegend wurde die **Beratung zu Problemen** in positiver Art und Weise beschrieben. Beispielsweise lernte Patientin 20 (64) eine neue Problembewältigungsstrategie für sich anzuwenden:

*„Wissen Sie, da hab ich so, so, so Halt, wo ich weiß, daran kann ich mich halten. Die sitzen richtig im Kopf tief fest. Zum Beispiel, wenn ich irgendwas zu bewältigen hab, ne? Dann hab ich immer gedacht, oh Gott, das schaffst du nie im Leben mehr, ne? Wie willst du das alles schaffen? Dann hab ich von Frau ***, das hab alles richtig im Kopf gespeichert: ‚Warum nehmen Sie sich nicht erst 'ne halbe Stunde vor und dann lassen Sie das alles wieder liegen und dann fangen Sie das nochmal an.‘. Klappt noch nicht immer, aber ich weiß, ich kann darauf zurückgreifen und das dann umsetzen.“ (Patientin 20, 64J., Nicht-Benefiziarin, Abs. 76)*

Etwa die Hälfte der „aktivierbaren Entlastungssuchenden“ beschrieben wie Patientin 13 (64) die **psychoedukativen** Inhalte, wie die Früherkennung sich anbahnender depressiver Episoden als förderlich:

„Und diese Anzeichen, wenn (3) Das kommt ja nun nicht von heute auf morgen. Und das sind so Sachen, die muss man denn halt rechtzeitig merken: ‚Oh, jetzt, jetzt geht's wieder los.‘ und denn (3) Und das ist das, ich kann das ja jetzt schon sagen, was also jetzt zum Beispiel mir sehr geholfen hat.“ (Patientin 13, 64J., Benefiziarin, Abs. 22)

Wobei die **Selbstbeobachtung** der Symptomlast mithilfe des **PHQ-9** nicht von allen als gewinnbringend, sondern teilweise als verwirrend eingeschätzt wurde:

„Die Fragen waren ja manchmal absurd. [...] Hier hab ich manchmal die Frage falsch verstanden. ‚Wenig Interesse‘, ‚Freude an Ihren Akt‘ oder ‚Freude an Aktivitäten‘. ‚Beinah jeden Tag‘ hab ich erst angekreuzt und dann hab ich gesagt: ‚Ne.‘ Das habe ich falsch verstanden. Also ‚Wenig Interesse‘.“ (Patientin 6, 76J., Nicht-Benefiziarin, Abs. 274)

Vier der neun Patienten/-innen berichteten überdies positiv über die Arbeitsmappe und über den Nutzen über den Interventionszeitraum hinaus:

„Das ist nämlich mein Ordner für alles. Da klemm ich immer, habe ich dann immer alles reingeklemmt. Alles was mir so über den Weg lief.“ (Patientin 26, 64J., Benefiziarin, Abs. 138)

Fünf Patientinnen und Patienten konnten mit der Arbeitsmappe jedoch nichts anfangen und beschrieben Aspekte der Überforderung:

„Ja. Ja, gelesen schon. Ich hab's auch mal am Anfang benutzt, aber später dann nicht mehr. Weil, also irgendwie wurde ich durch diese Geschichte innerlich auch immer mehr wieder aufgewühlt und und (2) also mit meiner Depression.“ (Patient 2, 77J., Nicht-Benefiziar, Abs. 94)

Sieben der neun Patienten/-innen dieses Typs nutzten überdies die **Beratung zu Medikamenten**. Wobei es in unterschiedlicher Weise um den Umgang mit Nebenwirkungen, um allgemeine Informationen und auch um das Absetzen von Medikamenten ging. Die Skepsis gegenüber der Pharmakotherapie war generell hoch und die Patientinnen und Patienten hatte immer den Wunsch, ohne Medikamente zu leben, was eine Interviewteilnehmerin mit den Nebenwirkungen begründet:

*„Joah, aber ich muss sagen ich bin nachher durch die Gespräche mit Frau *** besser zurecht gekommen. Also das war ja vorher mit den Tabletten, als das so alles rauskam mit meinem Mann, da hatte sie mir die verschrieben, und ich weiß nicht, ich hatte immer das Empfinden, die machen*

*mich müde, oder die machen mich noch hilfälliger und die Gespräche haben mir besser getan.“
(Patientin 18, 77J., Benefiziarin, Abs. 157)*

Die für sie nutzbaren weiteren Komponenten sind zwischen den Patienten/-innen heterogen verteilt, aber mit ungefähr vier bis fünf in Anspruch genommenen Interventionselementen zeigen die aktivierbaren Entlastungssuchenden eine durchweg **hohe Inanspruchnahmeintensität** und sie steigerten während der Therapiebegleitung ihre Eigenaktivität.

AKTIVE ENTLASTUNGSSUCHEDE

Der zweite Typus der „**aktiven Entlastungssuchenden**“ nahm die Komponente der emotionalen Entlastung in gleicher Weise in Anspruch wie Typ Eins. Bei Patient 19 wird deutlich, dass die Herstellung des hierfür notwendigen Vertrauens in die Therapiebegleitung im IMPACT Programm sehr gut funktionierte:

*„Also ich hatte Vertrauen zu ihr und wir haben ja auch ziemlich oft telefoniert dann, hinterher alles und ich muss sagen, es hat mir immer gutgetan, mir das von der Seele zu reden einiges da.“
(Patient 19, 62J., Benefiziar, Abs. 136)*

Andere Komponenten des IMPACT-Programms nahmen die Angehörigen dieses Typs kaum in Anspruch, so dass sie sich insgesamt durch eine **geringe Inanspruchnahmeintensität** und eine hohe Eigenaktivität auszeichneten. Das vorrangige Unterscheidungsmerkmal dieses Typs zum ersten Typ war der Umgang mit dem Element der Aktivierung. Die Patienten/-innen beschrieben sich bereits bei Beginn der Therapiebegleitung als aktiv und verneinten die gemeinsame Planung von angenehmen Aktivitäten:

*„Ich mein, sie hat einige Ratschläge, das war wirklich gut, aber wie gesagt, ich bin der Meinung noch mehr soll ich mir nicht ans Bein binden, also damit bin ich erst mal ausgelastet. Wenn ich dann mal mehr Zeit hab oder was weiß ich, ja vielleicht im Winter oder, ich weiß nicht.“
(Patientin 21, 71, Nicht-Benefiziarin, Abs. 104)*

AKTIVE ENTSPANNUNGSSUCHEDE

Die fünf Teilnehmerinnen des dritten Typs: „**aktive Entspannungssuchende**“ sahen ebenfalls keinen Bedarf an Aktivierung, aber wie die Patienten/-innen des zweiten Typs der „**aktiven Entlastungssuchenden**“ schätzten sie besonders die Besprechung ihrer Aktivitäten und dass sie immer wieder ermutigt und bestärkt wurden, etwas für sich zu tun.

„Also sie hat mir schon gutgetan, wenn sie so, wenn sie auch erzählt hat, dass man, dass das eben auch, wenn sie mir zugeredet hat, dass ich das weiter machen soll mit dem Sport und auch mit

dem Pilates und mit dem Turnen, was ich mache. Gymnastik, alles Mögliche. Also sie hat immer gesagt: ‚Das ist genau richtig. Sie sind aufm richtigen Weg.‘ Und das hat, das tut einem dann schon gut, wenn ein jemanden unterstützt.“ (Patientin 14, 71J., Benefiziarin, Abs. 102)

Bei den „aktiven Entspannungssuchenden“ zeigte sich entgegengesetzt zur Intention des Aktivierungselements des IMPACT-Programms ein Bedarf an bewussten Pausen. Bei diesen Patientinnen ging es darum, fest umrissene Phasen der Entspannung einzuplanen und die Struktur aufzubrechen, die sie unter Druck setzte und überforderte. Eine Patientin verband den Beginn ihrer depressiven Symptomatik mit dem Beginn ihrer Rente. Sie scheiterte an ihrem Anspruch jeden Tag wie im Berufsleben zu gliedern und vollständig mit Inhalt zu füllen. Die namensgebenden Elemente des Typs „aktive Entspannungssuchende“ beschrieb sie treffend:

„[...] ich hab mich auch nicht mehr so unter Druck gesetzt, dass ich nun immer jede Stunde da beschäftigt sein muss, nä? Es kann auch 'n bisschen mehr Ruhe eintreten, das ist ja auch ganz angenehm.“ (Patientin 15, 68J., Benefiziarin, Abs. 67)

Die sehr aktive Patientin 14 (71) beschrieb ebenso eine Technik, die sie vor Phasen der Überforderung schützte:

„[...] hab ich mir so angewöhnt, wenn das Wetter so einigermaßen ist, setz ich mich da auf eine schöne Bank und dann komm ich so langsam erstmal wieder runter von der ganzen Situation.“ (Patientin 10, 80J., leichte Konstante, Abs. 29)

Außer Aktivierung in Bezug auf angenehme Aktivitäten, nahmen die Patientinnen dieses Typs nahezu alle oben genannten Komponenten des IMPACT-Programms war. Sie zeichneten sich daher durch **die höchste Inanspruchnahmeintensität** aus. Besonders hervorzuheben ist auch hier das Element der emotionalen Entlastung. Die Angehörigen dieses Typs beschrieben sich auch in sozialen Interaktionen unter psychisch hohem Druck und durch die Umdeutung von Situationen innerhalb der Therapiebegleitung, konnten die Patienten sich entlasten wie Patientin 15 (68) es beschrieb:

„Denn wenn Sie mit jemanden im Clinch sind und sagen ‚Ah, die ist so blöd und hat das gesagt und ich hab das gesagt und (unverständlich) irgendwie so komisch reagiert.‘, dann ist das in Ihrem Kopf so drinnen. Und wenn jetzt jemand mal sagt, ‚Ja, aber wieso? Da hat er doch vielleicht auch Recht mit, dass er so denkt.‘, dann kommt man so drauf, dass man mal so'n anderen Blickwinkel bekommt und das, ja das war sehr gut für mich.“ (Patientin 15, 68J., Benefiziarin, Abs. 119)

PASSIVE ENTLASTUNGSSUCHEDE

Der fünfte Typ der „**passiven Entlastungssuchenden**“ kontrastiert die drei vorangegangenen, vorrangig durch Aktivität charakterisierten Typen. Im Gegensatz zum aktivierbaren Typ konnte dieser Typus während der Therapiebegleitung keine angenehmen Aktivitäten für sich umsetzen und die Angehörigen dieser Gruppe taten sich besonders schwer, ebensolche für sich aufzuspüren. Hier zeigten sich drei vorherrschende Begründungsmuster. Zum einen, fatalistische Aussagen, die der Aktivierung keinerlei Raum gaben und die Resignation in den Vordergrund stellten:

„Ne das ist nicht so, das ist alles weg, das war früher mal, da hab ich viel gelacht, aber das ist alles weg.“ (Patientin 4, 87J., Nicht-Benefiziarin, Abs. 139)

Zweitens zeigten sich komorbiditätsbezogene Argumente, die Aktivität und eine Planung von angenehmen Aktivitäten aus der Sicht der Patienten/-innen nicht ermöglichten:

*„Nö, an und für sich nicht. Das hab ich gesagt. Denn ich sag ja, bei mir geht es immer nur so. Und wenn ich was plane, ja dann ist es nächsten Tag wieder vorbei, weil die Schmerzen dermaßen sind, dass ich gar nicht. Ich kann ja dann also fast gar nicht auftreten.“
(Patientin 24, 72J., Benefiziarin, Abs. 109)*

Und an dritter Stelle stehen Äußerungen, die die Umsetzung und vorrangig die Motivation betrafen:

*„Hat sie ja auch immer versucht. Hat Sie immer versucht: ‚Frau *** woran haben Sie Spaß?‘ Aber ich muss es umsetzen, ich muss das auch wollen. Und dann sag ich in dem Moment ‚Ja‘ und dann denk ich ‚Och nö‘. Das ist es.“ (Patientin 7, 73J., etwas Verbesserte, Abs. 138)*

Angehörige des Typs „**passive Entlastungssuchende**“ akzentuieren wie die „aktiven Entlastungssuchenden“ die Komponente der emotionalen Entlastung, wofür die Gespräche mit der Therapiebegleiterin bei diesen Typen überwiegend genutzt wurden. Patientin 16 beschrieb hierzu einen unmittelbaren Zusammenhang mit ihrer depressiven Symptomatik:

„Ne, was mir immer weitergeholfen hat und deswegen hab ich auch daran teilgenommen, wenn ich mal mit jemandem gesprochen habe und wenn das nur mal so wie wir jetzt untereinander so reden, dann war das alles okay wieder. Das ist nur, dass ich vielleicht mal 'n Gedankenaustausch haben muss.“ (Patientin 16, 65J., leichte Konstante, Abs. 50)

Das diesem Typ inhärente niedrige Aktivitätsniveau resultierte teilweise in einem noch stärkeren Wunsch nach Austauschmöglichkeiten, die sie sich selbst nicht erschließen konnten:

„Ne ja, das war ja schon schön nich. Das war (2) Wie gesagt ich bin so menschenscheu geworden, also ich kann Momentan auch nicht mit Nachbarn, ich kann momentan nicht äh (2), ich weiß nicht

*irgendwie bin ich komisch geworden. Kenn ich so nicht.“
(Patientin 4, 87J., Nicht-Benefiziarin, Abs. 177)*

Über die emotionale Entlastung hinaus wurden von den „**passiven Entlastungssuchenden**“ keine weiteren Interventionselemente in Anspruch genommen. Sie konnten der Arbeitsmappe, den Tagesprotokollen, den PHQ-9-Selbstbeobachtungsbögen sowie der Beratung zu Problemen und Medikamenten nichts abgewinnen, weil sie sich wie Patientin 16 dadurch überfordert fühlten:

„Ja, es ist so. Es ist manchmal 'n bisschen oder es ist 'n bisschen viel drinnen für mich. Und ich glaube, die Leute, die wirklich in ner tiefen Depression sind, die lesen sich das nicht durch, bin ich der Meinung.“ (Patientin 16, 65J., leichte Konstante, Abs. 162)

PASSIVE PROBLEMLÖSUNGSSUCHEDE

Im Gegensatz zu der **sehr geringen Inanspruchnahmeintensität** der „**passiven Entlastungssuchenden**“ konnten die Angehörigen des Typs „**passive Problemlösungssuchende**“, bis auf die Planung angenehmer Aktivitäten und neben dem für alle Typen wichtigen Element der emotionalen Entlastung, weitere Interventionselemente und zu allererst die Problemanalyse für sich nutzen. „Problemlösungssuchend“ steht hier für eine erhöhte Eigenaktivität in Bezug auf die Bearbeitung von Problemen. Patientin 23 (62) beschrieb eindrücklich, wie sie mit der Hilfe der Therapiebegleiterin Lösungsstrategien für sie belastende Problembereiche entwickeln konnte:

*„Ne, ne. Das einzige, was mir gebracht hat, sie machte, Frau *** machte mich irgendwann auf ne Problemanalyse. Und das war so'n Knackpunkt. Wie gesagt, ich war jahrelang in der *** und hab genau solche Probleme aufgetischt und ausfindig gemacht. Und hab gesagt ‚Wie blöd bin ich denn eigentlich, dass ich meine eigenen Probleme nicht lösen kann?‘, nää? Das ist also genau diese Strategie, war meine Strategie. (lacht) Ja. Ich saß da ‚Oh, hallo? Bin ich nun wirklich mega doof?‘. Und da wurde ich drauf aufmerksam gemacht, dass ich also diese Strategien kenne, nää? Sie nur nicht anzuwissen, äh, wenden wusste. Naja, das war so'n Highlight.“
(Patientin 23, 62J., Nicht-Benefiziarin, Abs 130)*

Das heißt, die Patientinnen dieses Typs konnten in Form von Problemlösestrategien aktiviert werden, die jedoch nicht in erster Linie als angenehme Aktivitäten im Sinne des IMPACT-Programms betrachtet werden können. Die Ergebnisse der Aktivierung in Gestalt von Problemlösungsschritten haben jedoch für die Patientinnen einen ähnlich stimmungsaufhellenden Effekt:

*„Aufräumen, Papiere ich habe alles in die Akten und das noch nicht mal ordentlich [...] und dann lag im Nebenzimmer alles auf dem Fußboden. Das habe ich alles Frau ***, die war ja nicht hier, geschildert. Da habe ich gesagt: ‚das muss weg.‘ Da sagt sie: ‚ist ihr Stapel schon?‘ Sagt: ‚wenn sie 10 machen, dann gucken sie sich doch 10 Blätter an.‘ ‚Ich sage nö, wenn dann schon alles.‘ Da*

sagt sie: ‚das klappt doch nicht. Machen sie doch 10, gucken sich 10 an und dann 20.‘ Ich habe es geschafft. Es ist alles weg.“ (Patientin 25, 80J., Nicht-Benefiziarin, Abs. 188)

Wie bei den „**aktivierbaren Entlastungssuchenden**“, wurde hier der Kontrollaspekt durch die Patientinnen hervorgehoben, wodurch die Motivation zur Umsetzung der Lösungsschritte aufrechterhalten wurde:

„Und da war sie genau die Richtige für, obwohl sie auch sehr streng sein konnte mit der To-Do Liste, aber, wenn ich dann sagte, ich habe es wieder nicht, dann war auch gut. [...] Früher hätte ich so ein Antrieb nicht gebraucht und jetzt, aber wenn das hilft, dann ist nur gut nech. (Patientin 25, 80J., Nicht-Benefiziarin, Abs. 194)

Die Patientinnen dieses Typs beschäftigten sich auch mit der Arbeitsmappe, den darin enthaltenen psychoedukativen Inhalten und sie nahmen durch die Therapiebegleiterin Vorschläge für die medikamentöse Behandlung von der Studienpsychiaterin entgegen, die dann im Austausch mit der Hausärztin beziehungsweise des Hausarztes umgesetzt wurden. Die „**passiven Problemlösungssuchenden**“ zeichnen sich insgesamt durch eine **mittlere Inanspruchnahmeintensität** aus. Sie konnten wie die „aktivierbaren Entlastungssuchenden“ ihr Eigenaktivitätsniveau durch die Therapiebegleitung in erster Linie durch Problembewältigungsstrategien ausbauen. Es bestehen jedoch bei den passiven Typen Vier und Fünf, entgegen den aktiven Typen Zwei und Drei, nahezu keine für sie angenehmen Aufgaben und Verpflichtungen zu Beginn und zum Ende der Intervention.

5.2.2 Inanspruchnahmetypen und die Symptomentwicklung

Abbildung 23 zeigt die Interviewten innerhalb der Inanspruchnahmetypen in Hinblick auf die Inanspruchnahmeintensität und in Hinblick auf die Kategorisierung der Symptomentwicklung in „Benefiziare“, „Leichte Konstante und etwas Verbesserte“ sowie „Nicht-Benefiziare“. Es zeigt sich, dass die identifizierten Inanspruchnahmetypen sich **nicht in der Wirksamkeitskategorisierung von GermanIMPACT widerspiegeln**, die anhand des PHQ-9 zu Beginn, in der Mitte und am Ende der einjährigen Intervention erhoben wurden.

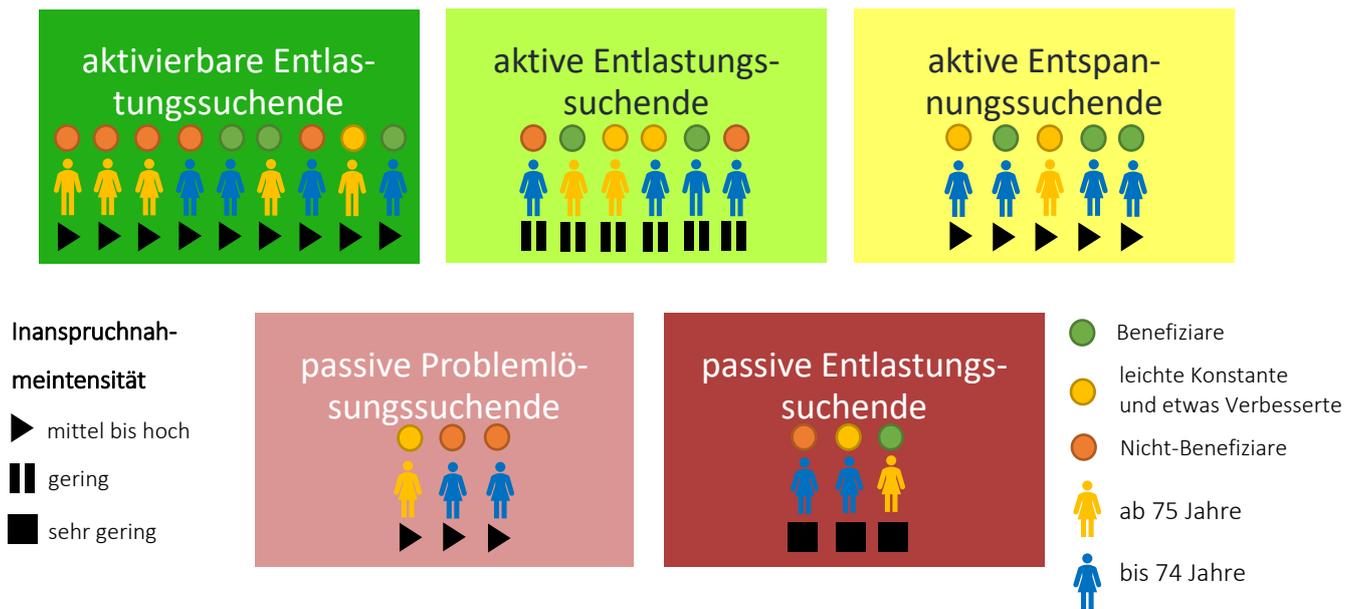


Abbildung 23: Darstellung der Inanspruchnahmetypen hinsichtlich der Inanspruchnahmeintensität und der Wirksamkeitskategorisierung

„Benefiziar“, „Nicht-Benefiziar“ sowie die in dieser Arbeit neu gebildeten Kategorien „leichte Konstante“ und „etwas Verbesserte“ verteilen sich über alle Inanspruchnahmetypen, jedoch in unterschiedlichem Ausmaß. Bei den „aktivierbaren Entlastungssuchenden“ zählen fünf Interviewte zu den „Nicht-Benefiziaren“ und nur drei Patientinnen zu den „Benefiziaren“. Das heißt, die neunköpfige Personengruppe, die in ihren Ausführungen am meisten vom Kernelement der IMPACT-Intervention: „Planung und Durchführung angenehmer Aktivitäten“ profitierte und auch darüber hinaus, über eine hohe Inanspruchnahme der weiteren Interventionselemente berichtete, verzeichnet nur bei drei Patientinnen einen Therapieerfolg im Sinne des PHQ-9. Erfolgreicher zeigt sich hier der zweite Typ mit einer ebenfalls hohen Inanspruchnahmeintensität. Die „aktiven Entspannungssuchenden“ profitierten zwar nicht von der Planung und Durchführung angenehmer Aktivitäten, aber von fünf Angehörigen dieser Gruppe, gehören drei zu den „Benefiziaren“, einer zu den „leichten Konstanten“ und einer zu den „etwas Verbesserten“.

Der zweiten Gruppe der „aktiven Entlastungssuchenden“, die die Aktivierung ebenso ausschlug und bis auf die psychische Entlastung nur vereinzelt weitere Interventionselemente wahrnahm, gehören jeweils zwei „Benefiziar“, zwei „Nicht-Benefiziar“ sowie zwei „leichte Konstante“ an. Ebenso ausgewogen verhält es sich scheinbar in der Gruppe der „passiven Entlastungssuchenden“, die eine noch geringere Inanspruchnahmeintensität aufweist und einen „Benefiziar“, einen „Nicht-Benefiziar“ sowie einen „leichten Konstanten“ beinhaltet. Festzuhalten ist hier, dass die „Benefiziarin“ im Interview keinerlei Indizien für eine Verbesserung ihrer Depressivität beschrieb. Im Gegenteil deuten ihre Aussagen eher auf eine Verschlechterung hin.

Keinen „Benefiziar“ enthält lediglich die Gruppe der „passiven Problemlösungssuchenden“, die zwar wie die „passiven Entlastungssuchenden“ nicht von der Planung und Durchführung angenehmer Aktivitäten profitieren konnten, die darüber hinaus aber eine mittlere Inanspruchnahmeintensität zeigten. Der Inanspruchnahmetypus sowie die Veränderung des PHQ-9 scheinen insgesamt nur einen geringen Zusammenhang zu haben. Es lässt sich höchstens eine schematische lineare Verteilung der „Benefiziare“ (Abbildung 24) darstellen, wenn die quantitative Zahl der „Benefiziare“ als Kontrastierungsmerkmal herangezogen wird. Ein Mehr oder Weniger der generellen Inanspruchnahmeintensität scheint mit dieser Verteilung jedoch nicht in Verbindung zu stehen.

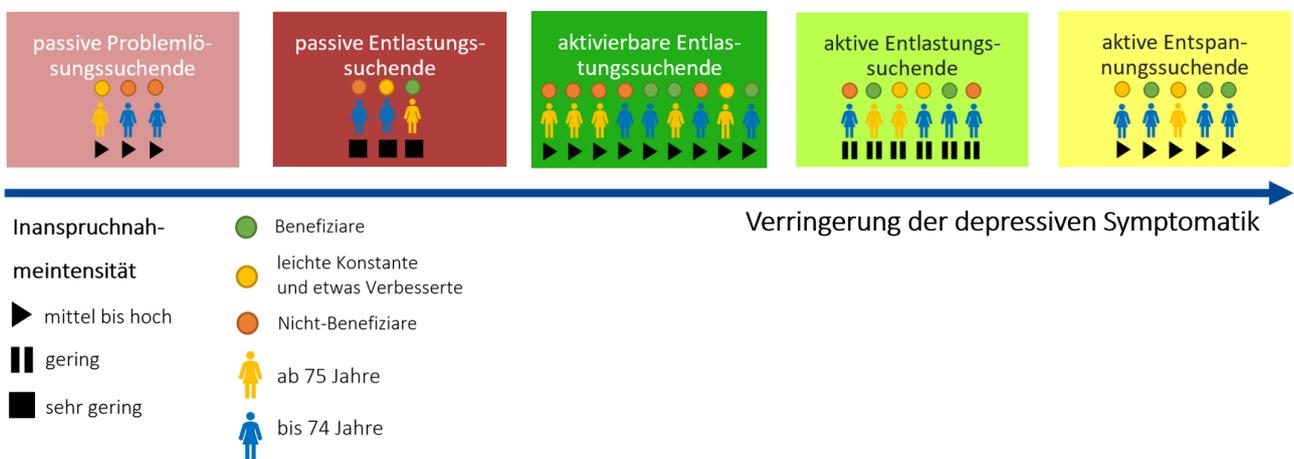


Abbildung 24: Lineare Verteilung der „Benefiziare“

Einen direkten Zusammenhang könnte es beim Grad der typenspezifischen Aktivität geben, denn in den beiden Gruppen, die die Planung und Durchführung von angenehmen Aktivitäten ablehnten, da sie aus ihrer Sicht bereits ausreichend aktiv waren, häufen sich auch die „Benefiziare“. Während die beiden Typen, die vor der Intervention nur wenig aktiv waren und auch innerhalb der Intervention keine angenehmen Aktivitäten für sich umsetzen konnten, sich eher nicht im Sinne des PHQ-9 verbessern konnten. Die mittlere Gruppe der „aktivierbaren Entlastungssuchenden“ hingegen, die zum Anfang der Intervention ein heterogenes Bild beim Aktivitätsniveau abgibt, beinhaltet ebenso „Nicht-Benefiziare“, „Benefiziare“ und eine „etwas Verbesserte“.

5.2.3 Typen der Symptomentwicklung – Darstellung der Krankheitsperspektive von „Benefiziaren“ und „Nicht-Benefiziaren“

Noch vor der Art und Weise der Inanspruchnahme der Intervention scheint die individuelle **Krankheitsperspektive** einen Einfluss auf die **Symptomentwicklung** beziehungsweise auf die Wirksamkeit der Intervention zu haben. Innerhalb der Inanspruchnahmetypen gibt es wie in Tabelle 17 dargestellt, eine

zum Teil starke Varianz der in Kapitel 4.5.1.2. erläuterten sekundären Merkmale. Diese zur subjektiven Krankheitsperspektive zählenden Kategorien: „Depressionsgeschichte“, „Bewertung der Symptomlast“, „Aktivität vor der Intervention“, „komorbiditätsbezogene Mobilität“, „Selbstwertgefühl“, „soziale Eingebundenheit“ und „materielle Ausstattung“ sind in ihren Merkmalsausprägungen viel homogener, wenn nicht die Inanspruchnahme, sondern die Kategorisierung „Benefiziere“, „Nicht-Benefiziere“, „leichte Konstante“ und „etwas Verbesserte“ als Unterscheidungsmerkmal betrachtet wird. Tabelle 18 zeigt die Reorganisation der Themenmatrix anhand der Kategorien für die Symptomentwicklung. Nach erneutem kontrastierenden Fallvergleich in Bezug auf die Krankheitsperspektive konnten starke Ähnlichkeiten der „Benefiziere“ untereinander und starke Unterschiede gegenüber den „Nicht-Benefiziaren“ identifiziert werden. Auch die „leichten Konstanten“ und die „etwas Verbesserten“ integrierten sich hinsichtlich ihrer Perspektive in den Übergangsbereich, den sie bereits durch die PHQ-9-Entwicklung einnahmen. Es konnte daher zusätzlich eine Typologie der Patienten/-innen hinsichtlich ihrer Symptomentwicklung gebildet werden. Im Folgenden wird diese Typologie in Bezug auf ihre subjektive Krankheitsperspektive dargestellt.

Tabelle 18: Themenmatrix reorganisiert anhand der Kategorien für Symptomentwicklung „Benefiziere“ oben und „Nicht-Benefiziere“ unten (Ordinale Skalenwerte beschrieben in Kapitel 4.5.2)

Nr.	Inanspruchnahmetyp	Alter T0	PHQ KAT	angenehme Aktivitäten	Psychoedukation	Arbeits- und Informationsmappe	Beratung zu Medikamenten	psychische Entlastung	Beratung zu Problemen	Problemlöse-technik (PLT)	Depressionsgeschichte	Bewertung Symptomlast	Aktivität vor der Intervention	komorbiditätsbezogene Mobilität	Selbstwertgefühl	materielle Ausstattung	soziale Eingebundenheit
Patientin 13	1 Aktivierbare Entlastungssuchende	64	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1
Patientin 18	1 Aktivierbare Entlastungssuchende	77	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1
Patientin 26	1 Aktivierbare Entlastungssuchende	64	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	-1	0	1	-1
Patientin 9	2 aktive Entlastungssuchende	75	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1
Patient 19	2 aktive Entlastungssuchende	62	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1
Patientin 3	3 Aktive Entspannungssuchende	73	1	0,5	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1
Patientin 14	3 Aktive Entspannungssuchende	71	1	0,5	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1
Patientin 15	3 Aktive Entspannungssuchende	68	1	0,5	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	0	1	1
Patientin 24	4 passive Entlastungssuchende	72	1	-1	0	0	1	1	0	0	0	1	-1	-1	1	1	1
Patient 22	1 Aktivierbare Entlastungssuchende	76	0	1	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0
Patientin 12	2 aktive Entlastungssuchende	76	0	0	0	0	0	1	1	0	-1	0	1	1	0	1	1
Patientin 17	2 aktive Entlastungssuchende	70	0	0	0	0	1	1	-1	-1	-1	1	0	0	0	0	1
Patientin 1	3 Aktive Entspannungssuchende	72	0	0,5	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1
Patientin 10	3 Aktive Entspannungssuchende	80	0	0,5	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	1
Patientin 16	4 passive Entlastungssuchende	65	0	-1	0	-1	0	1	-1	-1	-1	1	-1	-1	0	0	1
Patientin 7	5 passive Problemlöseungssuchende	73	0	-1	0	0	1	1	1	0	0	1	-1	-1	0	0	0
Patient 2	1 Aktivierbare Entlastungssuchende	77	-1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	-1	0	-1	0
Patientin 5	1 Aktivierbare Entlastungssuchende	82	-1	1	1	0	1	1	1	0	-1	1	0	0	-1	1	-1
Patientin 6	1 Aktivierbare Entlastungssuchende	76	-1	1	1	0	0	1	1	-1	-1	1	1	0	0	1	1
Patientin 11	1 Aktivierbare Entlastungssuchende	71	-1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	-1	0	1	0
Patientin 20	1 Aktivierbare Entlastungssuchende	64	-1	1	1	-1	1	1	1	1	-1	1	-1	0	-1	0	0
Patientin 8	2 aktive Entlastungssuchende	74	-1	0	0	-1	0	1	1	0	1	0	1	1	-1	1	-1
Patientin 21	2 aktive Entlastungssuchende	71	-1	0	0	0	0	1	-1	0	1	0	1	1	1	1	0
Patientin 4	4 passive Entlastungssuchende	87	-1	-1	0	-1	0	1	-1	-1	0	1	-1	-1	-1	1	-1
Patientin 23	5 passive Problemlöseungssuchende	62	-1	-1	0	0	1	1	1	1	0	1	-1	1	-1	-1	-1
Patientin 25	5 passive Problemlöseungssuchende	80	-1	-1	1	1	1	1	1	-1	-1	1	-1	-1	0	1	-1

zwischen 60-74 Jahren	1: Benefiziere
ab 75 Jahre	-1: Nicht-Benefiziere
	0: leichte Konstante
	0: etwas Verbesserte

DEPRESSIONSGESCHICHTE

Ein übereinstimmendes Merkmal der neun „Benefiziarer“ und der drei „leichten Verbesserten“, ist der **Auslöser der Depression in jüngerer Vergangenheit**. Die Interviewten dieser Kategorie berichteten von **abgrenzbaren Beeinträchtigungen**, die zusätzlich zu eher wenigen, bereits bestehenden Belastungen auftraten und die sie mit dem Beginn der depressiven Störung in Verbindung brachten.

Einige Patientinnen und Patienten beschrieben Zustände der Überforderung und Hilflosigkeit, die unmittelbar mit ihren Partnern und in einem Fall mit der Mutter zusammenhingen. Dabei drehte es sich zweimal um dementielle Erkrankungen, die nach einer langen Phase der häuslichen Pflege durch die Interviewten in eine stationäre Pflege mündeten und in den Patientinnen starke Schuldgefühle auslösten. Ein weiterer Interviewteilnehmer und eine weitere Interviewteilnehmerin berichteten vom plötzlichen Tod der Partnerin beziehungsweise des Partners, eine Teilnehmende vom Tod ihrer Mutter über den sie auch nach zwei Jahren noch nicht hinweg war. Eine Frau schilderte, die für sie erdrückende Stimmung ihrer Ehe, in der Unterhaltungen fast nur noch in Streitgesprächen stattfanden. Zwei Frauen beschrieben „unverzeihliche“ Vertrauensbrüche ihres Partners, einmal, eine über drei Jahrzehnte andauernde, verheimlichte Parallelbeziehung und im anderen Fall über eine langjährige Alkoholabhängigkeit, die nach ihrer Enthüllung eskalierte. Einmal war es der Renteneintritt und das dann einsetzende Gefühl der Leere im Alltag, welches die Patientin im Zusammenhang mit ihrer ersten depressiven Episode schilderte:

„Mir fehlte dieses morgens Losmüssen und dann meine Arbeit dann, ich wusste immer ganz genau was ich zu tun habe und so. Und das bricht ja dann so weg, nää? Und dann muss man sehen, dass man was findet, was einen so fordert und beschäftigt, nää? Nur morgens aufstehen und sagen ‚Oh, (unverständlich), ich kann ja jetzt machen was ich will. Ja, was ich will denn eigentlich?‘, nää? Das habe ich sonst immer neben der Berufstätigkeit gemacht. Ich bin ins Konzert, ins Theater und was nicht alles gegangen und jetzt hab ich den ganzen Tag immer so vor mir und das war dann manchmal nicht so leicht.“

(Patientin 15, 68J., Benefiziarin, Abs. 65)

Eigene Erkrankungen nannten zwei interviewte „Benefiziarer“ als depressionsauslösenden Faktor. Eine befürchtete, dass sie an einem zweiten Krebsrezidiv erkranken könnte und die zweite litt nach einer missglückten Rückenoperation unter starken Rückenschmerzen.

Patientinnen und Patienten aus der Gruppe der „Nicht-Benefiziere“ und „leichte Konstante“ berichteten hingegen eher von weit zurückliegenden, aber ähnlichen Auslösern: der Tod des Ehepartners vor 15 Jahren, langandauernde chronische Schmerzen oder der Arbeitsplatzverlust vor 18 Jahren. Teilweise konnten sie aber auch **keine Ursache in ihrer Biografie** benennen und bezeichneten den Ursprung ihrer depressiven Symptomatik eher als generelle Veranlagung:

„Also ich schätze, ja. Ich schätze ja, ich schätze schon. In der Kindheit. Aber die hab ich immer daher überspielen können, weil das so früh bei mir war. Und ich weiß ja nicht, ob das Ganze, die Erziehung früher anders war. Da hieß es ja immer, ja, die Kinder müssen mit Strenge erzogen werden, mit Härte. Mit Strenge. Ich denke dadurch ist man auch so geformt, dass darf keiner merken. Also so hab ich das eigentlich vernommen.“
(Patientin 5, 82J., Nicht-Benefiziarin, Abs. 75)

„Nicht-Benefiziere“ berichten im Gegensatz zu den „Benefiziaren“ zum Teil auch von verschiedenen zum Teil stationären Therapieerfahrungen, die sie in der Vergangenheit durchliefen, wodurch ihnen geschichtstherapeutische Aspekte durchaus vertraut waren. Zwei Interviewte berichteten auch von negativen Erfahrungen, die sie von dieser Unterstützungsform abbrachten:

*„[...] und dann war ich auch in *** in Behandlung, das hat mir auch nichts gebracht [...], Ne ich hab gesagt, dass machst Du nicht mehr mit. Ich bin da nicht [...] Na ja und dann Malen und Singen, das war sowieso alles nicht so. Das war nicht so meine Art ne.“*
(Patientin 4, 87J., Nicht-Benefiziarin, Abs. 20)

BEWERTUNG DER SYMPTOMLAST

Patientinnen und Patienten, die im Sinne der Intervention profitierten, berichteten zumeist davon, dass sie die Erkrankung annehmen konnten, aber im Gegensatz zu den „Nicht-Benefiziaren“ die **Symptomlast** als nicht besonders hoch und als veränderlich einschätzten:

„Ich hab immer zwei Möglichkeiten, entweder so: ‚Tut mir Leid, bin traurig, schrecklich.‘ oder: ‚Ich mach das Beste draus.‘“ (Patientin 9, 75J., Benefiziarin, Abs. 58)

Bei allen Teilnehmenden geht es in Phasen, in denen sie von einer depressiven Symptomatik betroffen waren, um Niedergeschlagenheit, sozialen Rückzug, Überempfindlichkeit, Verhaltensänderungen, Grübelkreisläufe, Schlaflosigkeit und Ängstlichkeit. Suizidale Gedanken spielen hingegen nur in der Gruppe der „Nicht-Benefiziere“ eine kleine Rolle. Bei „Benefiziaren“, „leichten Konstanten“ und „etwas Verbesserten“ war die empfundene Einschränkung durch depressive Symptome jedoch teilweise nur schwach ausgeprägt. Sieben von 16 Personen dieser

drei Gruppen fühlten sich eher nicht beeinträchtigt und formulierten es in etwa wie Patientin 3:

„Obwohl ich immer noch der Meinung bin, dass ich so hundertprozentig depressiv nicht bin. Wenn ich so die Fragen gelesen hab, die ich bekommen hab, war ich also immer noch auf der, für mich, auf der positiven Seite.“ (Patientin 3, 73J., Benefiziarin, Abs. 26)

Diese Patientinnen und Patienten berichteten auch davor schon von einem verhältnismäßig jungen Auslöser der Depression. Sie waren dementsprechend recht zuversichtlich, dass sie ihre gesundheitliche Situation wieder verbessern können. Patient 22 (76) des Symptomtyps „etwas Verbesserte“ beschreibt seinen Wunsch für die Zukunft daher sehr optimistisch mit:

„Gesund werden. Im Alter (lacht). Ja.“ (Patient 22, 76J., etwas Verbesserter, Abs. 136)

„Nicht-Benefiziarer“ litten zumeist unter einer sehr hohen Symptomlast, die bereits über einen langen Zeitraum hinweg bestand. Eine Patientin plagten seit über 40 Jahren starke Schlafstörungen, verbunden mit Grübelkreisläufen. Sie beschrieb ihre Symptomlast mit einem sehr hohen Leidensdruck:

„Oh das war ja. Ich hab ja 40 Jahre nur chemisch geschlafen. [...] irgendwie versteh ich was nicht. Wieso klappt es bei mir nicht? Da ist doch im Kopf irgendwas. Man hat doch sicher ein Schlafzentrum oder man ist noch nicht soweit [...] Und, naja, immer eigentlich viel nachgedacht [...]so ist mein Leben verlaufen, dass ich nie, also ein normaler Schlaf war überhaupt nicht drin.“ (Patientin 5, 82J., Nicht-Benefiziarin, Abs. 187)

Patientinnen und Patienten ohne Therapieerfolg beschreiben in diesem Sinne auch immer ihre Aussichtslosigkeit, die mit den Symptomen einherging. Selbst, wenn sie eine Idee davon hatten, wie es ihnen bessergehen könnte, benannten sie eine starke Antriebslosigkeit, die sie behinderte:

„Ich hab diese Ausdauer nicht. Die fehlt mir.“ (Patientin 7, 73J., etwas Verbesserte, Abs. 188)

Oder:

„Ja ich kann nichts machen, ich sitze stundenlang auf dem Sessel und mir kommt alles so sinnlos vor und dann denke ich, ich habe alles im Leben falsch gemacht und also alles negativ. Da kann ich an mir gar nichts, gar nichts mehr gut finden.“ (Patientin 25, 80J., Nicht-Benefiziarin, Abs. 51)

KOMORBIDITÄTSBEZOGENE MOBILITÄT

Teilweise erlaubten auch somatische Beschwerden den „Nicht-Benefiziaren“ keinen Ausweg aus der Symptombelastung:

„Ich bin depressiv, ich hab also Depressionen. Habe aber auch viele körperliche Probleme, also ich, das sind (2) Ja, ich muss mal ganz mal kurz ausholen. Ich bin seit 15 Jahren krank und ich nehme an und dadurch hat sich diese Depression auch entwickelt [...] ich kann höchstens 'ne Viertelstunde sitzen. Dann bauen sich solche Schmerzen auf, dass ich wieder aufstehen muss. Aber spazieren gehen, kann ich auch nicht. [...] Mir ist auch ständig übel und schlecht. [...] Hab ich Zähne, Probleme mit, [...] das ist alles für mich 'ne unglaubliche Qual.“ (Patient 2, 77J., Nicht-Benefiziar, Abs. 24)

Bei drei Patientinnen, die durchweg eine eher geringe Symptomlast aufwiesen, sind zudem Hinweise auf eine **psychische Komorbidität** auffällig geworden, die jedoch nicht mit einer Erhöhung des PHQ-9 einhergingen. Zwei Patientinnen der „leichten Konstanten“ und eine Patientin der „Benefiziare“ beschrieben eine ausgeprägte Angstsymptomatik. Die Schilderungen von Patientin 16 ähnelten beispielsweise den Rückzugssymptomen einer Agoraphobie:

„Dass ich manchmal Angst hatte, alleine rauszugehen. Das ist ja schon von zu Hause zur Arbeit hin, da hat man ja diesen Weg vor sich. [...] Dass mir irgendwas passiert unterwegs und keiner ist da, der mir hilft. Das war so das Hauptproblem dabei.“ (Patientin 16, 65J., leichte Konstante, Abs. 20)

Die zweite Patientin, die auch der Gruppe der „leichten Konstanten“ angehörte, beschrieb sehr starke Verlustängste:

„Aber ich weiß nicht, ich bin sehr ängstlich. Und je älter man wird, glaub ich, wird man automatisch ängstlicher. [...] möchte natürlich am liebsten meine Familie beschützen auf Deutsch gesagt, oder wie, [...] es ist immer mal was, [...] Mein Gott nochmal, es gehört ja auch zum Leben dazu. Es kann ja gar nicht alles glattgehen.“ (Patientin 12, 76J., leichte Konstante, Abs. 7)

Und die dritte Patientin, die den „Benefiziaren“ angehörte, beschrieb eine starke Angst vor einem Rezidiv ihrer Tumorerkrankung, die sie auch als Auslöser für ihre Depression ansah:

„Und, naja und dann hab ich eben selber bei mir festgestellt, dass ich selber dieses Wort ‚Angst‘ sehr oft benutze und das hat ja mit depressiv was zu tun, würde ich jedenfalls sagen.“ (Patientin 3, 73J., Benefiziarin, Abs. 26)

„Benefiziare“ berichteten im Unterschied zu den exemplarisch skizzierten durch zusätzliche Erkrankungen belasteten „Nicht-Benefiziaren“ insgesamt von einer verhältnismäßig **geringen**

Morbiditätslast. Es waren jedoch alle Interviewten durch Komorbiditäten belastet. Sie nannten Diabetes mellitus Typ 2, Bluthochdruck, Bronchialasthma, Gelenkarthrose, Arthrose des Hüftgelenks, Arthrose im Lendenwirbelbereich, Rheuma, Zustand nach Schlaganfall, Zustand nach einer Brustkrebserkrankung, Zustand nach einer operierten Spinalkanalstenose und eine weitere Patientin erhielt kurz vor dem Interview die Diagnose Tonsillenkrebs. Insbesondere Letztere fühlte sich aber unter anderem durch die Intervention gut gewappnet, der Erkrankung zu begegnen:

„Und deswegen nervt mich das auch, dass ich jetzt krank geworden bin, weil ich wollt ganz was anderes. Und hierhin und dahin und (2) Und jetzt bin ich, ja, wieder ans Haus gebunden, [...] Aber dadurch, dass ich jetzt weiß, wie es funktioniert, mit dem sich was Gutes tun, denk ich, hab ich das jetzt ganz gut im Griff. Natürlich gibt es Tage, wo ich heule, [...], Aber das ist ja nun auch erlaubt.“ (Patientin 13, 64J., Benefiziarin, Abs. 72)

„Benefiziare“ fühlten sich im Vergleich zu „Nicht-Benefiziaren“ bezüglich ihrer Erkrankung größtenteils eher gut „eingestellt“ beziehungsweise waren zuversichtlich, dass die Komorbiditäten medizinisch zu beherrschen waren und sie dadurch damit umgehen können.

„Ich hatte nen Schlaganfall mit 56 Jahren. Die Ursache wurde nie so ganz geklärt. Das ging so über Nacht los. Und dann war ich halbseitig gelähmt anfangs. Also von Fuß bis Zehen. Und da war meine berufliche Tätigkeit zu Ende. Und hab mich aber recht gut wieder erholt. Hab viel Förderung dann gehabt, durch Reha Maßnahmen.“ (Patientin 9, 75J., Benefiziarin, Abs. 52)

Darüber hinaus waren sie trotz der Komorbiditäten in der Lage, ihren Alltag **selbstständig** zu gestalten und besaßen meist eine **hohe Mobilität**, die es ihnen ermöglichte, sich in Hamburg und darüber hinaus zu bewegen, sportlichen Aktivitäten nach zu gehen und zu verreisen. Diese **komorbiditätsbezogene Mobilität** war in der Gruppe der „Nicht-Benefiziare“ zu einem Großteil entgegengesetzt ausgeprägt. Sieben von Zehn klagten über chronische Schmerzen durch muskuloskelettale Erkrankungen, die sie von körperlicher Aktivität ausschlossen, wie es Patientin 25 schilderte:

„Also gehen, kaum, gehen, ich zeige Ihnen mal eben mal mein Korsett. Da können Sie, da waren ja einige so schlau und die hatten so ganz elegante und wollten mir Ratschläge erteilen und da habe ich, was ich sonst nicht tue, da habe ich ihnen das gezeigt hier und da haben sie nichts mehr gesagt.“ (Patientin 25, 80J., Nicht-Benefiziarin, Abs. 132)

AKTIVITÄT VOR DER INTERVENTION

Die meisten „Benefiziarer“ beschrieben sich bereits zu Beginn der Therapiebegleitung als aktiv und formulierten daher wenig Bedarf nach Aktivierung. Sie gingen zu Sportkursen, joggten oder walkten, fuhren regelmäßig in den Urlaub, gingen in Konzerte oder ins Theater, lasen Bücher, trafen sich mit Freundinnen und Freunden, unternahmen Motorradausfahrten und vieles mehr:

„Also ich denk, ich komm ganz gut zurecht. Und ich hab auch viele Dinge worüber ich mich freu, was ich gerne mach, also bestimmt dauernd Konzerte, ich geh sehr gerne in Konzerte, ich lese gerne, ich handarbeite gern.“ (Patientin 9, 75J., Benefiziarin, Abs. 78)

Darüber hinaus wurde Aktivität von den „Benefiziaren“ meistens als **Bewältigungsstrategie** gegen die depressive Symptome verstanden:

„Ja, ich mach Sport. Also ich reite, das hab ich jetzt zwar ziemlich eingeschränkt, aber ich mach momentan so 'n Reha-Sport und ich geh zum Pilates. [...] Also ich beweg mich sehr viel. Und das tut mir eigentlich gut. Frische Luft, ich brauch viel frische Luft.“ (Patientin 14, 71J., Benefiziarin, Abs. 56)

SOZIALE EINGEBUNDENHEIT

Dabei bedingten sich oft das Aktivitätsniveau sowie die Eingebundenheit in soziale Zusammenhänge und sie verstärkten sich positiv bei der **Symptombewältigung**. Eine Patientin illustrierte dies mit ihrer Antwort auf die Frage nach ihren früheren Bewältigungsstrategien:

„[...] Und eben, ich war ja beschäftigt, ich hatte ja noch Kinder zu Hause. Die Tochter hat zwar gearbeitet, die war (2) Ne, die war schon ausgezogen. So. Und der Sohn, der war noch zu Hause. Also ich musste auch Mittag kochen. Mein Mann war zu Hause und ich hab gearbeitet. Also der Tag war ausgefüllt.“ (Patientin 3, 73J., Benefiziarin, Abs. 102)

„Benefiziarer“ verfügten überwiegend über ein **gefestigtes soziales Netz**, das ihnen vor allem kommunikativen Austausch ermöglichte, aber sie auch entlastete und unterstützte. Doch auch wenn sie teilweise durchaus emotionale Unterstützung erfuhren, konnte diese Gruppe wie die Gruppe der „Nicht-Benefiziarer“ nicht mit Vertrauten über ihre depressive Symptomatik sprechen. Eine „Benefiziarin“ beschrieb eine starke Hemmschwelle, sich mit ihrer Tochter über ihre Erkrankung auszutauschen:

*„Doch das hab ich ziemlich für mich behalten, also dass ich niedergeschlagen war. Weil ja meine Tochter, die hat immer angerufen und die wohnen bei hinter *** irgendwo. Aber immer Wochenende, die arbeiten ja auch beide, sind sie dann mal reingekommen und*

„Kann ich was tun?“ und so, aber ich hab nicht gesagt, wie schlecht es mir ging. Das wollte ich für mich behalten.“ (Patientin 18, 77J., Benefiziarin, Abs. 78)

Teilweise hatten sie niemanden, den sie als entsprechend vertrauensvoll erachten, zum Teil waren sie der Meinung, dass dieses Thema nicht mit Freunden und Bekannten besprochen werden sollte. Die Nähe zu Angehörigen empfand die überwiegende Mehrheit der Patienten/-innen nicht als Schutzraum, in dem intime Gespräche dieser Art stattfinden sollten, sondern eher als Schonraum in dem die Beziehung nicht belastet werden sollte, wie Patientin 7 es eindrücklich beschrieb:

„Man will andere auch nicht damit belästigen, wenn man da Probleme hat oder was weiß ich. Das will man nicht. Und das mit jemandem zu machen, der nicht zum persönlichen Umfeld direkt gehört. Wo man auch Sachen loswerden kann, die einem nicht so angenehm sind, wie bei halt Menschen mit denen man oft zu tun hat, oder die man halt kennt, schon lange.“ (Patientin 7, 76J., etwas Verbesserte, Abs. 215)

Daneben waren nahezu alle Patientinnen und Patienten ebenso der Meinung, dass sie Symptome wie Niedergeschlagenheit und Interessenlosigkeit selbst bewältigen müssten. Dementsprechend beschrieben auch alle Patientinnen und Patienten ihre vorrangigen Bewältigungsstrategien mit Grundsätzen wie **Selbstermächtigung, Selbstachtsamkeit und Ablenkung durch Aktivitäten**, wenn sie sich anbahnende Symptomschübe wahrnahmen:

„Ja, indem ich mir was vornehm oder (lacht) oder meine sämtlichen Gläser abwasch, ne? [...] Mich irgendwie so ablenk, dass ich da nicht weiter drüber nachdenken kann oder ich geh mal in die Stadt zum Bummeln [...] Ja, so lenk ich mich ab, ne?“ (Patientin 21, 71J., Nicht-Benefiziarin, Abs. 42)

Doch auch wenn die Interviewten ihr soziales Umfeld nicht für den unmittelbaren Austausch über die depressive Symptomatik nutzten, wurde die Eingebundenheit in soziale Interaktionen **immens wertgeschätzt**. Auch „Nicht-Benefiziare“, die sich zwar oft als selbstgenügsam beschrieben, verbrachten einen erheblichen Teil ihrer Zeit aktiv mit anderen Menschen:

*„Aber ehrlich gesagt, ich bin nicht so 'n Gruppenmensch, überhaupt nicht, überhaupt nicht so 'n Gruppenmensch. [...] dann hab ich ja, dann einmal Malen, einmal Gymnastik und dann mindestens einmal in der Woche den ***verein. Das ist dann auch genug, dann muss ich auch mal 'n Tag für mich haben wieder hier und so.“ (Patientin 21, 71J., Nicht-Benefiziarin, Abs. 96)*

Eine andere „Benefiziarin“, Patientin 9 hatte zwar noch den unterstützenden Kontakt zu ihren beiden Kindern, aber sie beschrieb eindrücklich eine Überzeugung, die verschiedene Interviewte von der Suche nach neuen Freundschaften abhielt:

„[...] ich hab zur rechten Zeit versäumt, mir Freunde zu schaffen. Und mit Gewalt kann man sowas jetzt nicht mehr, das geht nicht. Und ich bin, ich könnte das auch nicht, das ist ja auch 'ne Sache, jeder hat schon so seinen Kreis jetzt, ich weiß nicht, das kann ich schlecht erklären.“ (Patientin 9, 75J., Benefiziarin, Abs. 82)

„Nicht-Benefiziarer“ waren jedoch meist nicht mehr in vertrauten Bindungen und auch wenn sie mit viel Aufwand den Kontakt suchten, schafften sie es oft nicht, ihre **Einsamkeit** zu überwinden. Eine einsame Patientin, die vornehmlich über Ehrenamtlichkeit als Köchin und in der Lebensmittelausgabe fehlende Beziehungen zu kompensieren versuchte, beschrieb:

„Schicksal. Da stand drinne: ‚Ein Koch oder eine erfahrene Hausfrau gesucht für Kochkurse, ehrenamtlich.‘ und das war, das zog mich so an, ne? [...] und das lief aber wie geschmiert. Da kommt für mich viel, viel zurück. Viel, viel, viel zurück. Also wenn ich das nicht hätte, das wär echt schlimm.“ (Patientin 20, 64J., Nicht-Benefiziarin, Abs. 146)

MATERIELLE AUSSTATTUNG

Diese Patientin kam über ihre eigene finanzielle Notlage zu ihren Ehrenämtern, die sie als sinnstiftend und bereichernd erlebte. Sie schilderte aber auch die Belastung, die mit ihrer Einkommensarmut einherging:

*„Und da hatt ich auch die *******(Lebensmittelausgabe) noch nicht, hab ich sehr, sehr wenig Geld, da ist mein Sohn immer einmal im Monat zum *******(Supermarkt) und hat, durft ich immer einkaufen, was mir auch peinlich war, können Sie sich vorstellen, ich war. Na ja, wollt ich nie, abhängig sein von den Kindern und ich hatte ja sehr wenig Geld, richtig wenig Geld und dann hatte ich das meiner Freundin erzählt, da gibt's 'ne Lebensmittelausgabe und dann hat sie gesagt: ‚Dann geh doch mal dahin.‘ Ich hab 'n dreiviertel Jahr gebraucht, [...].“
(Patientin 20, 64J., Nicht-Benefiziarin, Abs. 98)*

In der Gruppe „Nicht-Benefiziarer“ sind noch zwei weitere Personen mit starken finanziellen Schwierigkeiten und über alle Gruppen hinweg, finden sich sechs Interviewte, die von kleineren bis mittleren Einschränkungen berichteten. Sie hatten nicht viel Geld, mussten auf ihre Ausgaben achten und manchmal bestanden auch Sorgen, ob sie ihren Lebensstandard mittelfristig aufrechterhalten können:

*„Das ist tageweise, nicht dass ich jetzt wochenweise hier häng oder so, das nicht, ne. Manchmal so zwei, drei Tage oder so und dann ist das auch ne, dann denk ich drüber nach. Ich krieg ne kleine Rente, mein Mann kriegt ne kleine Rente und irgendwann müssen wir das Haus verkaufen. Gut und dann kann man wieder gut leben, wenn man das. Und die Grundstückspreise sind sehr hoch hier. Aber man will es ja eigentlich nicht. Und das sind manchmal so Überlegungen, wo ich sag: ‚Alles scheiße.‘“
(Patientin 16, 65J., leichte Konstante, Abs. 64)*

Fast alle Interviewteilernehmerinnen und -teilnehmer der Gruppe „Benefiziar“ sind finanziell jedoch sehr gut abgesichert. Sie haben ein sehr ordentliches Zuhause, wohnen überwiegend in einem eigenen (Reihen-)Haus oder in einer geräumigen Mietwohnung.

SELBSTWERTGEFÜHL

„Benefiziar“ haben in ihrem Erwerbsleben überwiegend durchgehend gearbeitet und lebten von einer **guten Rente**. Ihre Erwerbsbiografie beschrieben sie überwiegend positiv und **sinnstiftend**. Sie konnten dabei viele selbstwertstiftende Erfahrungen sammeln und profitieren heute noch von ihren unter Beweis gestellten Kompetenzen. Beispielsweise berichtete eine Frau von der traumatischen Aufdeckung einer über 30 Jahre andauernden Zweitbeziehung ihres Ehemanns. Gleichzeitig konnte sie aber Bezug nehmen zu ihrem kaufmännischen Beruf, der ihr bei der plötzlich erzwungenen Selbständigkeit half:

„Ja, also es ist nicht so, dass ich dasaß und nicht wusste, wie ich die Dinge alle erledigen soll. Nein, nein, also war schon gut so. Ja bis zur Rentenzeit habe ich dann dort im Pflegeheim gearbeitet.“ (Patientin 18, 77J., Benefiziarin, Abs. 149)

Eine „etwas Verbesserte“ illustrierte ihre Zeit als selbstständige Taxifahrerin in den 1980er Jahren, als eine raue und anstrengende Zeit, in der sie sich aber auch viel Selbstbewusstsein erarbeiten konnte. Ähnliche Beschreibungen ihres Erwerbslebens schilderten bis auf eine Person alle Angehörigen des Inanspruchnahmetyps „aktive Entspannungssuchende“.

„Benefiziar“ zeichneten sich in erster Linie durch Aussagen aus, die eine eher **stabile, belastbare Persönlichkeit** kennzeichneten. Sie konnten in ihrem Leben auch im Umgang mit persönlichen Krisen, Selbstsicherheit aufbauen und begriffen sich auch in herausfordernden Situation als **handlungsfähig**.

*„Und das zu sehen alleine, das denke ich ist schon (2) Das ist ja dieses Positive, dass man denn: ‚Hast das ja doch geschafft.‘ Mit Hilfe, aber trotzdem alleine.“
(Patientin 13, 64J., Benefiziarin, Abs. 118)*

Insgesamt konnten sie ihr Leben als selbstbestimmt betrachten. Im Kontakt mit anderen fühlten sie sich wohl und sie beschrieben sich eher als selbstsichere Persönlichkeiten.

Darüber hinaus zeichneten sich alle „Benefiziere“ und auch „leicht Verbesserte“ durch einen hohen Grad an Organisation, Sorgfalt und Pflichtbewusstsein aus. Aufgaben, denen sie sich widmeten, erledigten sie in der Regel sehr gewissenhaft. Sie hatten überwiegend ein hohes Ideal von sich selbst, dass ein Interviewteilnehmer mit einem sinnbildlichen inneren Monolog illustrierte:

*„[...] wenn ich sage, ich will es probieren, dann bekomm ich immer ‚Du machst es, du probierst nicht, du machst es, du kannst es und.‘, ja. Ja. Gut, machen wir's, packen wir's an.“
(Patient 22, 76J., etwas Verbesserter, Abs. 174)*

„Nicht-Benefiziere“ hingegen, beschrieben viele Momente der Unsicherheit in ihrem Leben, ihrem Alltag und auch bei der Inanspruchnahme von Hilfe im Generellen sowie im Speziellen bei der Therapiebegleitung:

*„[...] das war eine so große Hilfe dieses Jahr, das war wirklich 'ne große Hilfe. Vor allen Dingen, ich hab's auch angenommen, das kommt ja auch noch dazu. Erstmals der Arzt, er hat mich dahin vermittelt, ich alleine mach solchen Schritt nicht. Ich mach das gar nicht so 'n Schritt. Und das schon alleine und dann, wie gesagt, ich musste nicht aus dem Haus, Frau *** hatte immer nen Ohr für mich, die hat mich immer angerufen. Also für mich optimal, ne? Ja.“ (Patientin 20, 64J., Nicht-Benefiziarin, Abs. 268)*

Zusammenfassend lassen sich die entwickelten Symptomentwicklungstypen mit den Aspekten ihrer jeweiligen Krankheitsperspektive wie in Tabelle 19 gruppieren und darstellen. Es zeigte sich: Je jünger und abgrenzbarer die Depressionsgeschichte, je ausgebildeter die Einschätzung mit einer vorhandenen depressiven Symptomatik umgehen zu können, je aktiver die Interviewten bereits vor der Intervention waren, je geringer die Komorbiditätslast, je höher die „Mobilität“, das „Selbstwertgefühl“, die „soziale Eingebundenheit“ und je sicherer die „materielle Ausstattung“, desto eher konnten die Patientinnen und Patienten die Intervention als „Benefiziere“ beenden.

Tabelle 19: Vereinfachte Krankheitsperspektive der Symptomentwicklungstypen

Symptomentwicklungstypen	„Benefiziere“	„etwas Verbesserte“	„leichte Konstante“	„nicht-Benefiziere“
„Depressionsgeschichte“	abgrenzbarer Auslöser in jüngerer Vergangenheit		rezidivierender Verlauf, über 10 Jahre	
„Bewertung der Symptomlast“	akzeptiert und veränderlich	mäßig, aber schwer veränderlich		hoch, nicht veränderlich
„komorbiditätsbezogene Mobilität“	gute Mobilität trotz Komorbidität			starke Einschränkungen
„Aktivität vor der Intervention“	Hobbys, Urlaub, Verpflichtungen		wenig	kaum aktiv
„soziale Eingebundenheit“	gefestigtes soziales Netz			Einsamkeit/belastende Beziehungen
„Selbstwertgefühl“	hoch		gering	

5.2.4 Bewältigungsstrategien von „Benefiziaren“ und „Nicht-Benefiziaren“

Der vorangegangenen Kontrastierung der sekundären Merkmale waren bereits viele Unterschiede in den Bewältigungsstrategien zwischen „Benefiziaren“ und „Nicht-Benefiziaren“ inhärent. Wenn die subjektive Krankheitsperspektive mit den dazugehörigen **sekundären Merkmalen**: „Depressionsgeschichte“, „Bewertung der Symptomlast“, „Aktivität vor der Intervention“, „komorbiditätsbezogene Mobilität“, „Selbstwertgefühl“, „soziale Eingebundenheit“ und „materielle Ausstattung“ als weniger beeinträchtigend empfunden wurde, beschrieben die Interviewten auch für sich gelingende Bewältigungsstrategien. Gelingendes „Coping“ ging dementsprechend mit einer positiven Einschätzung der sekundären Merkmale einher. Dass rein quantitative Verhältnis zwischen den Symptomentwicklungstypen, dargestellt in Tabelle 20, illustriert diese Tendenz eindrücklich, wenngleich die Quantifizierung innerhalb dieser qualitativen Arbeit keinerlei repräsentativen Anspruch hat.

Tabelle 20: Auszählung der Bewältigungsstrategie-Kodierungen nach Gruppen

	Interviewte	Kodierungen zum Thema: umgesetzte Bewältigungsstrategien	durchschnittliche Nennungen pro Interview
„Benefiziere“	9	67	7
„leichte Konstante“	4	26	6
„etwas Verbesserte“	3	6	2
„Nicht-Benefiziere“	10	26	3
Gesamt	26	125	5

Die Auszählung zeigt jedoch: „Nicht-Benefiziere“ wiesen eher negative Bewältigungsdynamiken auf und verharrten in ihren Grübelkreisläufen. Eine Patientin beschrieb fatalistisch:

„Nö, das ist alles noch nie, das wird auch nicht mehr kommen. [...] Und das kommt jetzt alles wieder hoch, das arbeitet alles in mir ne. [...] das ist wie so Kreislauf, son Rad das dreht immer wieder und immer wieder.“ (Patientin 4, 87J., Nicht-Benefiziarin, Abs. 55)

In den Phasen der Niedergeschlagenheit waren die meisten Patienten/-innen der Gruppe der „Nicht-Benefiziere“ auch nicht in der Lage, Unterstützung oder **professionelle Hilfe** anzunehmen und machten die Erkrankung eher mit sich aus:

*„Wenn es mir denn sehr schlecht ging, hat mein Mann gesagt: ‚Du gehst zum Arzt.‘ Ich sag: ‚Ich geh da nicht hin.‘ Hat er gesagt: ‚Du gehst zum Arzt.‘ Ja, dann hab ich gesagt: ‚Ich geh zum Arzt.‘ Dann bin ich aber nicht hingegangen. Ich bin nach *** gefahren. Da war ich in *** und bin zurückgekommen: ‚Was hat der Arzt gesagt?‘ Ich hab gesagt: ‚Nichts.‘“ (Patientin 5, 82J., Nicht-Benefiziarin, Abs. 153)*

Als Begründung nannte die Patientin **selbststigmatisierende** Aspekte, wie die gesellschaftliche Haltung gegenüber der psychischen Erkrankung Depression und ihr fortgeschrittenes Alter:

„Das ist eine Erkrankung, die die meisten Leute überhaupt nicht kennen. Und darüber kann man nicht reden. Krank sind die, die heute mit einem Rollator gehen. Das sind kranke Leute. [...] Ich bin fast 85. Ich denke, dass man da auch gar nicht jammern kann.“ (Patientin 5, 82J., Nicht-Benefiziarin, Abs. 157)

„Nicht-Benefiziere“ mieden eher **den zwischenmenschlichen Austausch** über ihre Erkrankung oder über ihre Sorgen. Sie wollten vor allem niemandem zur Last fallen und meinten, sie müssten die Erkrankung mit sich selbst ausmachen:

„Mit anderen Leuten spreche ich da nicht so drüber [...] Ja, mit austauschen, so 'ne richtig enge Freundschaft hab ich nur 'ne Freundin, [...] ich kann sie mit meinen Sogen nicht immer überschütten, ne? [...], weil ich genau merk, dass sie ihre eigenen Sorgen hat und sich

*freut, wenn ich mal anrufe und ihr erzähl, wie schön das Wetter in *** ist und was ich gemacht hab und so, also das geht nicht. [...] ich vergesse meinen Mann nicht, aber ich kann nicht immer nur von ihm reden und, und, und, ne? Es muss auch mal was anderes geben, ne? Ja!“ (Patientin 21, 71J., Nicht-Benefiziarin, Abs. 86)*

Die meisten Äußerungen, die sich in dieser Art positiv über die Inanspruchnahme von professionellen Unterstützungsleistungen drehten, fanden sich in der Gruppe der „Benefiziar“ . Grundsätzlich bleibt die bevorzugte Bewältigungsstrategie jedoch in allen Typen, wie im vorherigen Kapitel beschrieben: **Selbstermächtigung, Selbstachtsamkeit und Ablenkung durch Aktivitäten.**

Eine „Benefiziarin“ verknüpft ihre Fähigkeit, Hilfe anzunehmen und ihren Anspruch allein mit der Depression zurecht zu kommen in anschaulicher Weise:

„Ich hab immer sehr viel Unterstützung gefunden. Ermunterung, Unterstützung. Aber das muss man dann im Kopf machen vorher.“ (Patientin 9, 75J., Benefiziarin, Abs. 124)

Die angestrebten Bewältigungsstrategien der „Nicht-Benefiziar“ drehten sich vor allem um **Ablenkung**: Liegeengebliebene Arbeiten, Strickarbeiten, zu den Gemeindenachmittagen und verschiedenen Kursen gehen, auf dem Wochenmarkt einkaufen, den Hamburger Hafen beobachten. Aber auch **Selbstachtsamkeit** im Sinne von sich etwas Gutes tun sowie Ruhe und Entspannung, beschrieben einige Interviewte als Bewältigungsstrategien. Damit unterschieden sie sich inhaltlich nicht von den „Benefiziaren“. **Der Unterschied lag in der Umsetzung.** „Nicht-Benefiziar“ beschrieben ihre Copingstrategien vor allem für Phasen, in denen es ihnen gut ging, wie eine Patientin, die zum Zeitpunkt des Interviews gerade eine depressive Episode hinter sich hatte:

„Ja wieder mehr auf die Füße zu kommen, nicht mehr so viel in der Wohnung bleiben, [...]. Ne? Ich habe gestern sogar meiner Freundin, hab ich gestern angerufen und hab gesagt: ‚Ich musste heute zur Ärztin und dann hab ich mich richtig hübsch gemacht.‘ und dann sagt sie zu mir ‚Ja, das musst du eigentlich jeden Tag machen, nicht nur für die Ärztin, das musst du auch für dich machen.‘ und das ist, da bin ich wieder dabei, versuch das 'n bisschen, bisschen mehr zu tun.“ (Patientin 20, 64J., Nicht-Benefiziarin, Abs. 124)

„Benefiziar“ und „leichte Verbesserte“ schafften es hingegen **konstante Bewältigungsmuster** aufzubauen, die sie regelhaft umsetzten, auch wenn sie nicht in der Stimmung dafür waren:

„Ich mach momentan so 'n Reha-Sport und ich geh zum Pilates. Und das mach ich dann am Vormittag und das halt ich auch durch, auch wenn ich manchmal überhaupt keine Lust hab und ziemlich, ja, auch schon seelisch 'n bisschen down bin, dass ich denk, 'ne machst

du überhaupt nicht mehr, aber da rei ich mich eigentlich immer noch zusammen [...] weil ich weiß, dass das mir dann guttut. (Patientin 14, 71J., Benefiziarin, Abs. 56)

Die Patientinnen und Patienten die von der Intervention profitieren konnten, gingen einer Vielzahl an regelmäßigen **Aktivitäten** nach. Sie trafen sich in Gruppen, trieben draußen Sport auch wenn es regnete, gingen auf Reisen, machten Gartenarbeit, kümmerten sich um ihre Enkelkinder, gingen einer ehrenamtlichen Arbeit nach, hrten Musik oder malten. Eine Patientin beschrieb, dass sie auch, wenn sie wieder unter Schlaflosigkeit litt, sich mit der eingeübten Routine des Malens ablenken konnte:

„Ja, ich hab so meine Methoden für die schlaflosen Nächte entwickelt, aber wo das jetzt nicht in Grübeleien oder sowas ausartet [...] ich bau Häuser, ich male im Geiste. Und dann versuch ich das dann auch umzusetzen.“ (Patientin 13, 64J., Benefiziarin, Abs. 30)

Ein Interviewter beschrieb in sehr euphorischem Ton, dass er Laufen geht, wenn er nicht schlafen könne:

„Das ist für mich, also, wenn ich nicht schlafen kann, dass ich dann um halb sechs, sechs laufe. Das ist eigentlich, wie soll ich sagen, es ist still draußen, die, also still, die Vögel zwischern trotzdem jetzt schon wieder und man ist für sich alleine und ja, das (2), eigentlich kann man die Gedanken fliegen lassen.“ (Patient 19, 62J., Benefiziar, Abs. 148)

Allen gemein ist, dass sie den Effekt von Aktivität und Ablenkung auch unmittelbar erlebten, woraus sie ihre Motivation ableiteten, diese Aktivitäten beizubehalten:

IP: „Ne, da noch nicht. Da bin ich mit angefangen als diese erste, ja ich sag mal in Anführungsstrichen ‚Depression, diese Schlafstörungen‘ war.“

I: „Und konnten Sie das denn in der Phase, wo Sie sich depressiv fühlten, auch beibehalten?“

IP: „Ja, das hab ich auch in der Zeit gemacht. Und zwar bin ich morgens dann wirklich/ hab mich hin gequält, aber ich bin gegangen und dann, das weiß man ja, wenn ich dann [...] nach Hause gegangen und dann ging's mir besser.“ (Patientin 15, 68J., Benefiziarin, Abs. 73)

Patientin 24 und 26 beschrieben außerdem, dass **Verdrängung** für sie wichtig ist, so dass sie sich bewusst nicht mehr an ihren Depressionsauslöser erinnern mochten:

„Weil mich das wieder in so ein Tief runterholt dann, wenn ich daran denk und das will ich nicht mehr.“ (Patientin 26, 64J., Benefiziarin, Abs. 14)

Wesentlich in der Gruppe der „Benefiziare“ ist auch die **Unterstützung** bei den Bewltigungsversuchen **durch Angehörige**. Eine Patientin vermutet stark, dass es ihr nicht gelungen wäre,

die Niedergeschlagenheit zu überwinden, wenn sie nicht Unterstützung durch ihre Kinder erhalten hätte:

„Das ist wichtig, hab ich gemerkt. Ich glaube sonst wäre ich auch diese Zeit nicht so gut, hätte ich diese Zeit nicht so gut überstanden. Wenn nicht welche hinter mir gestanden hätten und gesagt hätten: Komm wir wollen da hin, komm mit. Und sowas alles. Ich glaube sonst hätte ich das gar nicht gemacht.“ (Patientin 18, 77J., Benefiziarin, Abs. 108)

Die Gruppe der „**leichten Konstanten**“ entspricht bei den Bewältigungsstrategien den „Benefiziaren“. Sie hatten durchweg Angehörige, denen sie sich anvertrauen konnten und sie haben auch aktive Alltagsroutinen entwickelt, die sie selbst in Phasen der Niedergeschlagenheit umsetzen konnten. Wie die Angehörigen der Gruppe „Benefiziar“, litten sie aber dennoch unter den Symptomen der Depression. Patientin 12 beschrieb ihren großen Wunsch nach Symptomfreiheit:

„Ich wünsch mir das eigentlich, dass das mal ein bisschen, dass hier innerlich, vom Bauch irgend so ein bisschen ruhiger wird. Aber ich glaub, das wird so bleiben bei mir, hab ich das Gefühl.“ (Patientin 12, 76J., leichte Konstante, Abs. 19)

Sie äußert aber direkt im Anschluss auch ihren Frieden mit der Situation:

„Ja ich bemüß mich auch. Und ab und zu darf man dann auch mal durchhängen und schwach sein.“ (Patientin 12, 76J., leichte Konstante, Abs. 79)

Eine wesentliche Bewältigungsstrategie ist dementsprechend die **Akzeptanz** der Erkrankung, wie sie auch Patientin 10 äußert:

„Und wie gesagt inzwischen, er ist ja jetzt im zweiten Jahr da. Und inzwischen kann ich da mit der Krankheit, und auch mit der Situation ganz gut umgehen.“ (Patientin 10, 80J., leichte Konstante, Abs. 33)

Aussagen über Akzeptanz oder eine grundsätzliche Zufriedenheit fehlten nur im Inanspruchnahmetyp der „passiven Entlastungssuchenden“, die auch schon in der Beschreibung der Inanspruchnahmetypen bei der „Bewertung der Symptomlast“ ein sehr schwerwiegendes fatalistisches Bild Ihrer Situation zeichneten. Ansonsten verteilen sich akzeptierende Aussagen über alle Gruppen der Inanspruchnahme und der Symptomentwicklung gleichmäßig. Das Screeninginstrument PHQ-9 scheint dementsprechend nicht sensitiv für eine solche Gefühlslage. So gar Patientin 25 mit einem PHQ-9 von 25 zum zweiten Befragungszeitpunkt beschrieb ihre Situation mit:

*„Ich sage, was ist schon Glück. Glücklich bin ich nicht, aber ich bin zufrieden.“
(Patientin 25, 80J., Nicht-Benefiziarin, Abs. 104)*

5.3 Interpersonelle, typenübergreifende Erfahrungen mit IMPACT

Die Darstellungen der Inanspruchnahmetypen beschrieben bereits den Großteil der von den Patientinnen und Patienten wahrgenommenen Interventionsbausteine. Die weiteren identifizierten Kategorien: „**Beziehung mit der Therapiebegleiterin**“, „**Rekrutierung durch Hausarzt/Hausärztin**“, „**Erstgespräch**“, „**Medium Telefon**“, „**Beendigung des Programms**“ und „**die Ergebniseinschätzung durch Patient/-in**“, waren inhaltlich eher homogen und wurden daher in den vorangegangenen Kontrastierungen nicht berücksichtigt. Doch auch wenn diese Kategorien für eine Unterscheidung der Typen nicht essentiell sind, sind sie für die Darstellung der Erfahrungen mit dem IMPACT-Programm sehr wichtig, um zu beurteilen, wie diese Interventionsbestandteile von den Teilnehmenden wahrgenommen wurden.

Der gemeinsame Nenner aller Typen und damit das am stärksten geschätzte Interventionselement war die „**psychische Entlastung**“. Ausnahmslos allen Teilnehmenden half das aktive Zuhören, die damit verbundene Würdigung der Person, die Reflexion von Verhalten, die Umdeutung von Situationen sowie das Angebot neuer Perspektiven. Die meisten Interviewten drückten ihren expliziten Dank aus, äußerten starke Sympathien für die Therapiebegleiterinnen und betonten die **Vertrauensbasis**, die zwischen den Patienten/-innen und der Therapiebegleitung entstehen konnte und teilweise tiefgründiger war, als die Teilnehmenden es erwartet hatten:

*„Die Gespräche haben mir eigentlich auch sehr gut getan, muss ich sagen. Haben uns richtig gut verstanden, die hat sogar Sachen aus mir rausgeholt, die ich gar nicht sagen wollte.“
(Patientin 14, 71J., Benefiziarin, Abs. 10)*

Als **Motivation bei der Studie teilzunehmen** und diese Themen mit der Therapiebegleiterin zu besprechen, nannten sie zudem mehrheitlich, dass sie ihr nahes Umfeld nicht damit belasten wollten;

„Ich glaub wenn man in solch einer Phase ist, da nervt man also eher die Kinder. Da überfordert man sie eigentlich glaub ich.“ (Patientin 17, 70J., leichte Konstante, Abs. 69)

oder, dass Sie bei der Therapiebegleitung die dafür nötige Zeit besser für sich in Anspruch nehmen konnten;

*„Mein Sohn unterstützt mich auch. Bloß der ist sehr viel unterwegs und hat dann oft die Zeit gar nicht, sich lange damit zu befassen. Da mach ich das dann mit meiner Schwiegertochter schon eher, aber Frau *** hatte halt Zeit. Wir haben denn halt 'ne Stunde telefoniert. Dadurch war ja genug Zeit da.“ (Patientin 14, 71J., Benefiziarin, Abs. 102)*

Dabei kam oft zur Sprache, dass die Interviewten, die Therapiebegleiterinnen als absolut **professionell und qualifiziert** einschätzten. Teilweise beschrieben sie die niedrigschwellige Form der Therapiebegleitung als förderlicher für ihre Offenheit, als bei einer höher qualifizierten Psychotherapeutin, wie es sogar eine Patientin mit Symptomen einer Agoraphobie darstellte:

*„Weil eine Psychologin, die stellt wahrscheinlich die Fragen anders und dann tritt man schon mal wieder zurück mit den Antworten, eventuell. Weil bei Frau *** war das mehr, wie soll ich sagen, privates Gespräch oder ne, kann man vielleicht nicht ganz so sagen, aber ich glaube, man ist ihr gegenüber offener. Und die Leute würden eher mit Frau *** sprechen, als wenn sie irgendwo in solche Psychiatrie oder zum Psychologen hingehen oder Psychotherapeuten, glaube ich.“ (Patientin 16, 65J., leichte Konstante, Abs. 226)*

Diese **Niedrigschwelligkeit** half vielen Patienten/-innen dabei, dass nötige Vertrauen zu fassen, um bei der Therapiebegleitung mitzumachen und sich auf Augenhöhe auszutauschen, wie es Patientin 18 beschrieb:

*„Ja das war so mein Gedanke, dass das eine ganz **neutrale Person** für mich ist, mit der man drüber sprechen kann. So wie wir jetzt drüber sprechen. (Patientin 18, 77J., Benefiziarin, Abs. 96)*

Fünf Patienten/-innen mit Therapieerfahrung verglichen die Therapiebegleitung auch konkret mit ihren Erinnerungen und bewerteten die Begleitung als mindestens gleichwertig. Eine Patientin skizzierte den Vorteil des praktischen Ansatzes des IMPACT-Programms:

*„Wir konnten immer besprechen, wie wollen wir das Problem, vor allen Dingen wie gehen wir das Problem an? ‚Wie schaffen Sie das bis nächste Woche, bis ich Sie wieder Anruf oder in 14 Tagen?‘. Bei der Psychologin, wo ich war, bin ich immer völlig fertig rausgegangen und wusste gar nicht weiter. Da stand ich dann. Wissen Sie, da hab ich nur geheult und wusste nicht weiter. Bei Frau ***, sie hat mir Angebote gebracht.“ (Patientin 20, 64J., Nicht-Benefiziarin, Abs. 76)*

Eine andere Patientin mit Therapieerfahrung beschrieb den Zugang zur Therapiebegleitung als besonders geeignet für eine beginnende Depression, da er niedrigschwellig war und die Patienten/-innen sich vermutlich eher darauf einlassen können, als auf eine spezialisierte Behandlung:

*„Also besser, gerade so am Anfang, wenn man das, wenn das noch nicht so, sagen wir mal so, als Krankheit, also wirklich festsitzende Depressionen sind. Und die Anfänge privat erstmal schon mal in den Griff kriegen. Wunderbar.“
(Patientin 13, 64J., Benefiziarin, Abs. 104)*

Die Interviewte 16 lobte den schnellen Beginn der Therapiebegleitung. Die **Wartezeiten** bei einem Psychotherapeuten schreckten sie ab, da sie in der Regel nicht so lange an den Symptomen einer depressiven Episode litt:

„Würde ich auch machen, bloß irgendwie ist das dann ja immer 'n bisschen schwierig, wenn ich da hinkomme, in drei Monaten oder vier Monaten 'n Termin hab. Wahrscheinlich geht mir das dann super, dann weiß ich gar nicht, was ich dem erzählen soll oder so, das ist ja das Problem dann dabei.“ (Patientin 16, 65J., leichte Konstante, Abs. 208)

Vertrauensbildend war bei allen Inanspruchnahmetypen auch die **Pünktlichkeit** der Therapiebegleiterinnen, was für die Interviewten ein starker Indikator für **Verlässlichkeit** war:

„Ja, also, die war auf die Minute, klingelte das Telefon. Das hat mir so gut gefallen, dass ich dadurch gleich offen war für sie. Also das macht so viel aus, wenn man auf jemanden wartet und klappt dann nicht und so. Also mir ist das jedenfalls, dafür bin ich wieder zu korrekt und zu akkurat.“ (Patientin 6, 76J., Nicht-Benefiziarin, Abs. 72)

Die Patientinnen und Patienten haben sich in der Regel auf die Telefontermine vorbereitet und den Anruf dann erwartungsvoll entgegengenommen:

„Ich hab da schon da schon richtig drauf gewartet, dass sie mich anruft, weil ich hatte schon wieder so viel in petto, so viel wo ich nicht mit klarkam. Und ich hab sie als sehr, sehr angenehm empfunden. Sehr empathisch so.“ (Patientin 17, 70J., leichte Konstante, Abs. 85)

Sehr förderlich für das Vertrauen war zudem, der persönliche **Ersttermin in der Praxis**. Die meist langjährigen Hausärzte/-innen haben den Teilnehmenden zuerst die Therapiebegleitung angepriesen und dann Therapiebegleiterin und Patient beziehungsweise Patientin einander vorgestellt:

*„Ja, sie hat gesagt, dass sie Gespräche führt, dass ich ihr alles anvertrauen kann, dass das eine Person ist, die dafür da ist und das neu vom UKE eingerichtet war glaub ich derzeit. Und ob ich, ob sie mir das anbieten könnte? Ja und dann hab ich ja gesagt.“
(Patientin 18, 77J., Benefiziarin, Abs. 94)*

Auf diese Weise genoss das Programm von Anfang an einen hohen **Vertrauensvorschuss** von den Patienten/-innen, die die Unterstützung in ihrer vertrauten Umgebung in Anspruch nehmen konnten und vermutlich den Schritt in die spezialisierte Versorgung nicht gegangen wären.

„Und hat [der Hausarzt] mir das erklärt und hat mir gesagt, worum es geht und so. Und, und, ja. Und das hat mir alles sehr gut zugesagt, hab mir auch viel davon versprochen, weil ich selber (2) na es ist mir unangenehm. Also selber für mich so, nicht das so unternehmen kann und da hat er mich darauf hingewiesen und dann fand ich das also genau passend für mich, was er mir so erzählt hatte. Ja.“ (Patientin 20, 64J, Nicht-Benefiziarin, Abs. 34)

Skepsis in Bezug auf die Therapiebegleitung war zu Beginn jedoch durchaus vorhanden. Eine Patientin beschrieb allgemeine **Bedenken**, weil ihr Ehemann aus ihrer Sicht in der Vergangenheit falsch behandelt wurde im Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Zwei Patientinnen fürchteten den Zeitaufwand, drei andere Patientinnen hielten sich eigentlich nicht für depressiv und wussten nicht genau, warum sie dabei mitmachen sollten. Eine andere Patientin befürchtete die zukünftige Gefahr inkompetenter Personen in der Rolle der Therapiebegleitung:

*„Dürfen sich aber nicht welche reinschleichen, die das aber nicht können, die dann irgendwo Nichtskönnern eine Nische wiederfinden und dann da Scharlatanerie betreibt. Da muss man dann auch wieder aufpassen. Aber so weit ist es noch nicht.“
(Patientin 25, 80J., Nicht-Benefiziarin, Abs. 344)*

Eine weitere Patientin erinnerte sich, dass sie anfangs sehr skeptisch gegenüber dem Medium Telefon war und zwei Patientinnen konnten sich zu Beginn nicht vorstellen, mit einer Fremden über ihre Gefühle zu sprechen:

*„Es ist ja eine Sache, ob ich es für mich selber mach, und nur für mich selber da schreibe, aber das dann, und einem relativ Fremden zu sagen. Also ich hab mich manchmal erwischt, dass ich gedacht hab: Ach machst das, oder schreibst es da, oder machst es da.“
(Patientin 9, 75J., Benefiziarin, Abs. 177)*

Letztlich konnten die Interviewten jedoch durch ihre Hausärztinnen und Hausärzte davon überzeugt werden, dass Risiko einzugehen. 25 der 26 Patientinnen und Patienten die von den Hausärzten/-innen in die Studie eingeschlossen wurden, sind zu dem Erstgespräch in die Praxis gekommen. Die **Rekrutierung** durch die Hausärztin beziehungsweise durch den Hausarzt verlief immer durch persönliche Ansprache und die Patienten/-innen fühlten sich sehr wertgeschätzt, wenn an sie gedacht wurde. Patientin 15 beschrieb eindrücklich, was sie empfand, als sie auf die Studie aufmerksam gemacht wurde:

„Naja, ich bin immer so jemand, der so sich auch viel, viel Gedanken macht, nää? Und wenn ich jetzt höre ‚Ja und jetzt hab ich da das Treffen mit dem Arzt und der Therapiebegleiterin.‘ Dann hab ich schon Beklemmungen, weil ich denke ‚Oh Gott, was ist da jetzt? Was muss ich da machen? Und was denken die von mir?‘ und so. Es ist schon nicht so (1) für mich war das jedenfalls nicht so einfach also(1) Aber weil ich immer im Hinterkopf habe

und „Mensch, der hat an mich gedacht und der will mir jetzt helfen und so.“ und dass das auch gut ist für mich und so bin ich also hin.“ (Patientin 15, 68J., Benefiziarin, Abs. 111)

Sie fühlte sich etwas geehrt und wurde dadurch ermutigt, teilzunehmen, obwohl sie wie fünf andere Teilnehmer/-innen skeptisch blieb. Für die Rekrutierung musste nicht unbedingt schon vorher das Thema Depression im Sprechzimmer behandelt worden sein:

„Ja schwierig. Wir haben uns ja immer unterhalten, ich hatte dann Magenbeschwerden, und mehr körperliche Beschwerden und dann gesagt: „Kommt das vielleicht auch davon, weil das nervlich, oder seelisch irgendwie bedingt ist?“ (Patientin 8, 74J., Nicht-Benefiziarin, Abs. 4)

Eine Patientin fühlte sich auch etwas überrumpelt, weil sie immer versuchte, ihre depressive Symptomatik vor dem Hausarzt zu verbergen:

„Ja, er hat mich aus dem Wartezimmer nochmal ins Sprechzimmer geholt und ich hab ihn wohl bisschen groß angeguckt und da sagt er: ‚Ja, das ist nicht nur bei Ihnen. Bei vielen anderen Patienten ist dieses auch.‘ Aber ich weiß nicht, wie mich die anderen beiden Ärzte eingestuft haben. Ob die gesagt haben: ‚Die Frau ist verrückt.‘ oder was. Aber ich war da immer zurückhaltend.“ (Patientin 5, 82J., Nicht-Benefiziarin, Abs. 161)

Eine Patientin berichtete, dass ihr Hausarzt ihr mit der Therapiebegleitung eine Alternative zu den verordneten Medikamenten anbieten wollte:

„Weil ich nehme seit Jahren Psychopharmaka und er sagte also ‚Sie nehmen nun Citalopram und wollen Sie nicht?‘. Ich sag ‚Ja, schaden kann's nicht. So. So komm ich dazu.“ (Patientin 23, 62J., Nicht-Benefiziarin, Abs. 4)

Und eine andere Patientin hatte die Vermutung, dass ihre Hausärztin sie damit aus ihrer Praxis fernhalten wollte:

*„Ja da hab ich auch richtig ne Frage dazu. Und zwar, ich hab so gemeint, sie hat mich dafür vorgeschlagen, weil ich ein bisschen viel in der Praxis war und öfter mal bei ihr geweint hab. Dummerweise ist das gerade bei Frau Dr. *** so, dass ich dann auch weinen muss. Das ist so ne tolle Frau und so menschlich und einfach, ich bin schon jahrelang bei ihr. Und vielleicht war ihr das ein bisschen zu viel. Hab ich gedacht. Dass sie mich irgendwo ein bisschen, dass sie nicht mehr so(3) weiß nicht.“ (Patientin 17, 70J., leichte Konstante, Abs. 4)*

Bei diesem Thema kam bei fast allen Patientinnen und Patienten zur Sprache, dass sie sehr **großes Vertrauen in ihre Hausärzte/-innen** setzten. Eine entsprechende Vorgeschichte in der die Teilnehmenden wichtige Unterstützungsleistungen durch die Hausärztin oder den Hausarzt erhielten, scheint daher größtenteils implizite Einschlussvoraussetzung, da Patienten/-innen in

GermanIMPACT nur auf diesem Weg auf die Studie aufmerksam gemacht werden konnten. Nur bei drei Patientinnen bestand das Behandlungsverhältnis erst seit kurzem und eine konnte sich nicht erklären, warum sie die Hausärztin in die Studie einschließen wollte:

*„Ich weiß das überhaupt nicht. Denn äh meine Ärztin hat nur angerufen: ‚Frau *** haben Sie Interesse da dran?‘ Ich sag: ‚Ja schaden wird es mir ja bestimmt nicht.‘“
(Patientin 7, 76J., etwas Verbesserte, Abs. 21)*

Alle Patienten/-innen hatten letztlich das Gefühl, die Studie ausprobieren zu müssen, wenn sie die Ärztin oder der Arzt darauf ansprachen. Neben der oben beschriebenen Motivation, mit IMPACT eine Gelegenheit zu erhalten, sich mit einer neutralen Person auszutauschen, beschrieben viele Patienten/-innen das altruistische Gefühl, mit ihrer Studienteilnahme anderen helfen zu können. Patient 19 und Patientin 26 rekapitulierten dazu aus ihrem Rekrutierungsgespräch in der Hausarztpraxis:

*„[...] und ob ich das machen würde. Und ich sag, ja, warum denn nicht, wenn ich damit anderen helfen kann, hört sich jetzt 'n bisschen hochgestochen an, ist aber so.“
(Patient 19, 62J., Benefiziar, Abs. 138)*

„[...] ob ich da nich Lust zu hätte das mitzumachen so. ‚Ja da habe ich kein Problem mit. Warum nicht. Bin schon eine alte Frau warum soll man da nicht mal mitmachen und anderen Leuten helfen. Ist doch in Ordnung.‘“ (Patientin 26, 64J., Benefiziarin, Abs. 32)

Das **Medium Telefon** hat sich ebenso bei allen Teilnehmenden als überaus erfolgreich gezeigt. Nach dem ersten persönlichen Treffen in der Praxis, konnte sich immer eine vertrauensvolle Beziehung etablieren. Es wurde überwiegend als **praktisch** angesehen, nicht extra in eine Praxis oder Beratungsstelle fahren zu müssen und eine sehr zurückhaltende Patientin war sich auch nicht sicher, ob sie zu Terminen hingegangen wäre:

„Nee, wie gesagt, ich hatte ja schon gesagt, dass man nicht aus dem Haus muss, das hilft einem oder so wie Sie heute, dass man ins Haus kommt, das find ich auch nochmal richtig gut.“ (Patientin 20, 64J., Nicht-Benefiziarin, Abs. 274)

Drei weitere Patientinnen hätten es von ihrer Mobilität nicht geschafft, regelmäßig an einen anderen Ort zu fahren und zwei Patientinnen beschrieben, **Scham** aufgrund eines unordentlichen Zuhauses. Eine hochaltrige Patientin beschrieb auch, dass ihr der direkte Kontakt unangenehm gewesen wäre und sie deswegen das Telefon bevorzugt hat:

*„Telefonisch war mir ganz angenehm, weil ich die letzten Jahre ein bisschen seltsam geworden bin und telefonisch geht das schon eher, aber nicht persönlich. Ich kann das nicht beschreiben, dann bin ich weg. Ich bin nicht mehr so, wie ich früher war. Früher war ich lebendig, habe gelacht und, aber das ist eben alles vorbei.“
(Patientin 4, 87J., Nicht-Benefiziarin, Abs. 131)*

Das Telefon an sich senkte dementsprechend für einige Teilnehmende die Zugangsbarriere. Nichtsdestotrotz haben sich aber auch vier Teilnehmer/-innen skeptisch über das Telefon geäußert. Wenn es sich um eine schwere depressive Episode handeln würde, würden sie eher das persönliche Gespräch bevorzugen. Eine „Benefiziarin“ meinte, entgegen einiger anderslautender Aussagen innerhalb desselben Interviews, dass sie sich am Telefon nicht vertrauensvoll austauschen konnte:

„Und ich würde auch am Telefon keine Dinge besprechen können, die mir wichtig sind. Wie ich eben schon sagte, ich brauch den Augenkontakt. Ich muss da irgendwie die Resonanz finden.“ (Patientin 9, 75J., Benefiziarin, Abs. 145)

Insgesamt haben sich zwölf Teilnehmer/-innen gewünscht, dass es regelhaft **mehr persönliche Kontakte** geben sollte. Es gab zwar in IMPACT die Möglichkeit dazu, aber diese Interviewten haben ihren Wunsch nicht explizit mitgeteilt, da sie den Therapiebegleiterinnen nicht zur Last fallen wollten. Wenn Interviewte eine Verschlechterung ihrer Symptome zeigten oder den Wunsch nach Treffen äußerten, wurde dies in der Regel möglich gemacht und berichtet:

*„Ja und wir haben zweimal, ne zweimal danach haben wir uns in der Praxis gesehen. Wo mir das dann mal nicht ganz so gut ging, aber das war dann auch durch die Gespräche oder war das dann wieder alles in Ordnung und dann war auch wieder.“
(Patientin 16, 65J., leichte Konstante, Abs. 106)*

Zehn Interviewte bemängelten auch, dass ihre Hausärztin beziehungsweise ihr Hausarzt während der gesamten Zeit nicht mit ihnen über die Therapiebegleitung sprach. Teilweise waren die Patienten/-innen in der Zeit jedoch auch kaum in Behandlung und wenn, dann aufgrund eines anderen Beratungsanlasses. Nur ein Patient, brachte größere Enttäuschung zum Ausdruck:

„Und wenn dann die Hausärztin mit mir drüber gesprochen hätte und so und hätte vielleicht und wär vielleicht dann auf 'ne bessere Therapie gekommen, dann wär das auch alles gut gegangen. Also ich geb die größte Schuld, geb ich, wenn überhaupt, ich geb keinem die Schuld, aber von der Hausärztin bin ich eben enttäuscht. Aber auch nicht ein einziges Wort, nicht einen Satz, nicht ein Wort drüber, von Anfang an. [...] Und das fand ich eben schade. Hät ja mehr draus werden können.“ (Patient 2, 77J., Nicht-Benefiziar, Abs. 134)

Die weiteren 16 Teilnehmenden berichteten ebenfalls nur sehr wenig über einen Austausch zwischen Hausärztin beziehungsweise Hausarzt und Therapiebegleitung. Sie vermissten es dementsprechend nicht, aber sie nahmen auch keine Kenntnis von der ursprünglich geplanten Behandlungstriade.

Im **selektiven Austausch mit engen Angehörigen** über die Therapiebegleitung wurden die meisten Patientinnen und Patienten sehr bestärkt in ihrer Teilnahme. Bei allen Interviewten wurden jedoch nur Wenige ins Vertrauen gezogen und viele Teilnehmende fühlten sich wohler, wenn niemand weiteres etwas mitbekam, da sie Angst vor **Stigmatisierungen** hatten:

„Nur eine beste Freundin. Da haben wir drüber gesprochen. Aber sonst, ne, das möchte ich denn auch wieder nicht. Nicht, dass die denken, man ist plem plem oder was. Nein, also das hab ich nun doch nicht gemacht.“ (Patientin 1, 72J., etwas Verbesserte, Abs. 98)

Wie schambelastet dieses Thema ist, zeigte eine sehr aufgebrachte Reaktion einer Teilnehmenden auf diese Frage:

*„Niemand. Das geht keinen, auch hier nicht. Nein was meinen sie?“
(Patientin 25, 80J., Nicht-Benefiziarin, Abs. 309)*

Wenn weitere Personen ins Vertrauen gezogen wurden, gab es jedoch nie negative Reaktionen und auch wenn Freunde oder Bekannte anfänglich komisch reagierten, revidierten sie nach kurzer Zeit ihre Meinung:

„Ja, also mit meinen Freundinnen, mit den ich mich manchmal in der Stadt treffe, hab ich das erzählt, jaja, die fanden das ganz gut. Also die fanden das nicht schlecht, die fanden das auch ganz gut, dass ich das mache. Erst haben sie gesagt: ‚Man, was willst du denn damit? Und die Zeit?‘ und so. Aber wo ich denn nun mehr erzählt hab, ne, die fanden das dann eigentlich ganz gut. Und mein Sohn fand das sowieso gut. Der sagte: ‚Schon in Ordnung, dass du dir einfach mal alles runterredest.‘ Ja, das tut einem ja auch gut. Glaubt man zwar anfangs eigentlich gar nicht.“ (Patientin 14, 71J., Benefiziarin, Abs. 118)

In einem Fall hat eine Patientin einer weiteren Ärztin von der Therapiebegleitung erzählt, die nach anfänglicher Skepsis ihre Meinung ins Positive wendete:

*„Während meine Schmerzärztin ganz dagegen war, die wollte das überhaupt nicht und das sind wohl nur Laien und das ist ja kein Doktor. Und, also die war negativ da eingestellt und da hatte ich auch darüber gesprochen, dass ich das machen möchte. Und die war sehr, sehr negativ eingestellt. Hatte sich nachher aber, ich hab ja dann auch darüber mit ihr gesprochen, wie das so läuft mit der Studie und mit Frau *** und dann wurde sie immer mehr und hat gemerkt wohl, dass das mir ja guttut und dass das wohl doch. Ich konnte sie aus ihrem negativen Denken überzeugen, dass das wirklich 'n tolles Angebot ist, was leider*

*ja noch nicht gibt, aber vielleicht doch mal geben wird.“
(Patientin 20, 64J., Nicht-Benefiziarin, Abs. 188)*

Die **Interventionsdauer** betrug regulär zwölf Monate. Ein Teil der Interviewten empfand die Länge als ausreichend, manche von ihnen hätten es auch gern länger in Anspruch genommen, wenn es möglich gewesen wäre und eine Mehrheit hatte sich explizit gewünscht, dass die Therapiebegleitung länger als ein Jahr gehen würde:

*„Ja, das (lacht) da hat sie gesagt, dass es am Ende und dann hat sie angekündigt, dass sie nochmal vorbeikommen und dann hat sie sich, wir haben uns verabschiedet, nett und freundlich und für die Zukunft alles Gute oder so und dann war's dass ja wohl, ne? Ich meine, ich hätte das gerne weitergemacht, aber wie gesagt, sie hat ja gesagt, das ist 'ne Studie und ich wusste wie lange das geht und so, das ist in Ordnung.“
(Patientin 21, 71J., Nicht-Benefiziarin, Abs. 128)*

Das Jahr verging für viele sehr schnell und die **Beendigung des Programms** stellte sich wie in dem vorangegangenen und dem anschließenden Zitat teilweise abrupt für die Interviewten dar:

„Das sie wegging? Ja ich war n Moment erschrocken nicht? Obwohl sie hat ja schon immer gesagt: ‚Irgendwann ist jetzt vorbei‘ aber das hab ich natürlich nicht geglaubt. Aber es ist so. Alles ist mal zu Ende.“ (Patientin 7, 73J., leicht Verbesserte, Abs. 210)

Aus Patientensicht ließ die Intervention ein **geordnetes Ende** vermissen. Im IMPACT-Programm ist angedacht, ab der vorletzten Sitzung mit einem Rückfallvermeidungsplan zu beginnen, aber die Teilnehmenden erinnerten dieses Element nur in wenigen Fällen. Bei den meisten Patienten/-innen verblieb die Erinnerung, dass sie sich jederzeit bei den Therapiebegleiterinnen oder in der Allgemeinmedizin im UKE melden können:

*„Nö, alles so gut seinen Gang gegangen. Denn Frau *** hatte mir gesagt: Wenn irgendwas ist, ich könnte anrufen. Aber ich hab keine Gründe gesehen. Also ich muss ehrlich sagen, mir geht es wieder gut. Kann ich nicht anders sagen.“
(Patientin 18, 77J., Benefiziarin, Abs. 127)*

Oder sie erinnerten noch viel allgemeiner, dass sie sich an das in der Therapiebegleitung Besprochene halten wollten:

„Ja ich glaube schon. Ich glaube, sie sagte auch zum Schluss: ‚Ja, was werden sie nun machen, wenn wir nicht mehr telefonieren.‘ Sage ich ‚ja dann werde ich mich an Sie erinnern und hoffe, dass was Auftrieb gibt.““ (Patientin 25, 80J., Nicht-Benefiziarin, Abs. 190)

Nur zwei Patientinnen erinnerten sich konkret an den **Rückfallvermeidungsplan**:

*„Das hab ich alles schön durchgeackert hier zum Aktivitätenplan und ja zum Schluss dann sollte ich mir was überlegen, was ich denn in Zukunft anders machen will. Rückfallvorsorgeplan, da hab ich auch richtig schön drüber nachgedacht.“
(Patientin 15, 68J., Benefiziarin, Abs. 173)*

Neben der Interventionsdauer, der abrupten Beendigung und dem Wunsch nach mehr persönlichen Kontakten, wurde der Ablauf der Therapiebegleitung von allen Interviewten als sehr gelungen betrachtet. Die Interventionselemente nahmen die Teilnehmenden je nach Inanspruchnahmetyp (Kapitel 5.2.1) in unterschiedlichem Ausmaß in Anspruch und für alle Interviewten stellte sich dies, als sehr gewinnbringend dar. 15 Interviewte hatten auf die Frage nach Verbesserungswünschen, keine Idee und fanden, dass die Intervention, so wie sie war, optimal war. Sinngemäß lagen alle Äußerungen zwischen der Aussage von der „Benefiziarin“ Patientin 26:

„Nein eigentlich fand ich, dass alles gut so. Was soll man da noch besser, besser kann man das gar nicht machen.“ (Patientin 26, 64J., Benefiziarin, Abs. 227)

und der „Nicht-Benefiziarin“ Patientin 4:

*„Ne ja, das war ja schon schön nich. Das war (2) Wie gesagt ich bin so Menschenscheu geworden, also ich kann momentan auch nicht mit Nachbarn, ich kann momentan nicht äh
(4) Ich weiß nicht irgendwie bin ich komisch geworden. Kenn ich so nicht.“
(Patientin 4, 87J., Nicht-Benefiziarin, Abs. 177)*

Vermisste Elemente kamen nur selten zur Sprache, aber manche Teilnehmer/-innen machten Vorschläge für die Erweiterung der Intervention. Eine Patientin schlug wegen eigener Betroffenheit die Integration schmerztherapeutischer Elemente vor:

„[...] also ich würde sagen, also Ihre Therapie da ist die ist gut, das sollte man so weitermachen, wenn jemand das macht, aber bei mir würde ich sagen, man muss die Schmerzen behandeln, dann wäre das anders.“ (Patientin 24, 72J., Benefiziarin, Abs. 201)

Drei Patientinnen wünschten sich die Integration von **Gruppenelementen** und eine Patientin regte in diesem Zusammenhang gemeinsame Unternehmungen an:

„Dass man auch mal was zusammen unternimmt mit (2) Gleichpräparierten hätte ich jetzt fast gesagt. Gleichbetroffenen.“ (Patientin 23, 62J., Nicht-Benefiziarin, Abs. 244)

In dieser Lesart sprach sich eine Patientin für mehr **Weitervermittlung** durch die Therapiebegleitung aus, zumindest war sie mit diesem Gedanken in die Therapiebegleitung gegangen:

*„Nur das war der Anfang, so dass ich gedacht hab: Ja die sagt dir vielleicht: ‚Gehen Sie mal da und da hin, da können Sie sich Rat holen, oder da können Sie sich unterhalten‘, oder so, aber das war ja am Ende eigentlich gar nicht so.“
(Patientin 8, 74J., Nicht-Benefziarin, Abs. 108)*

Eine Patientin hätte sich gewünscht, dass die Therapiebegleiterin eine größere **Dominanz** gezeigt hätte:

*„Aber ich brauch dann auch mal jemanden, der mich so mal Ellenbogenschubsen gibt, so: ‚Mach das doch mal!‘ Das brauchte ich ja. Und da ist sie gar nicht der Typ für. Sie kann nicht sagen: ‚So du, mach das!‘ Ne, da ist sie viel zu lieb zu.“
(Patientin 7, 73J., leicht Verbesserte, Abs. 122)*

Der **PHQ-9 als Verlaufskontrolle** wurde nur von vier Patienten/-innen als sinnvoll und praktikabel beschrieben. Insgesamt zehn Interviewte erlebten ihn negativ beziehungsweise als nicht valide. Manche Patienten konnten mit der Retrospektive von 14 Tagen nicht umgehen, weil für sie nur die akute Symptomatik von Bedeutung war;

„Ne, solche Überlegungen hab ich eigentlich nicht gemacht. So ‚Mir geht das doch besser als vor vierzehn Tagen oder vor drei Wochen.‘ Für mich ist dann das Jetzt, ‚Mir geht das gut jetzt.‘ so, nää? Oder ‚Jetzt geht's mir schlecht. Morgen ist das wieder gut.‘ red ich mir dann ein. Manchmal ist das auch so, manchmal nicht und dann ist das auch irgendwann dann mal.“ (Patientin 16, 65J., leichte Konstante, Abs. 134)

andere Patienten/-innen fanden ihn missverständlich und hatten Schwierigkeiten sich festzulegen;

„Die haben mich immer 'n bisschen belastet die Bögen. Also, das, weil ich so unsicher war. Soll ich da oder da? Mehr oder weniger? War's besser, war's weniger gut? Das hat mich oft verunsichert. Weiß ich noch, das Gefühl, also. Und haben wir dann besprochen, na nehmen wir das.“ (Patientin 6, 76J., Nicht-Benefziarin, Abs. 190)

wieder andere beschrieben, dass sie ihren Wert teilweise besser darstellten, als dies vielleicht hätte sein müssen;

„Und ja, dann, das hat sie mir mal gesagt, nachdem was ich angebe, so wie ich mit ihr spreche, müsste ich viel höhere Zahlen haben, als ich das und das stimmte auch, weil ich dann immer, wenn ich sagen sollte, unter welche, in welche Nummer ich das einsetzen soll, dann hab ich immer dazwischen auch immer im Kopf gehabt: ‚Ja, aber guck mal so schlimm. Da hast du doch dies wieder gemacht oder‘. Also so schlimm ist es ja dann doch nich‘. Also hab immer so'n bisschen ja mich besser dargestellt, als es manchmal, glaube ich, war. Aber das hat sie mir selber auch schon gesagt, dass sie das so. Gab's ja immer so

*ne von eins bis so und so viel, sollte man ankreuzen, nää?
(Patientin 15, 68J., Benefiziarin, Abs. 127)*

Ein Patient beschrieb eine starke Frustration, weil er immer wieder dieselben Antworten auf dieselben Fragen geben musste:

„Immer die gleichen Fragen. Und das, da kam ich auch nicht so gut mit zurecht. Weil, es ging mir immer (2) Es ging mir ja nicht von Woche zu Woche oder alle 14 Tage besser oder schlechter. Bei mir ging das ja konstant bergab, wollen wir mal sagen. Und dann musst ich immer die gleichen Fragen beantworten und hab dann fast immer die gleichen Antworten geben müssen“ (Patient 2, 77J., Nicht-Benefiziar, Abs. 74)

und bei anderen Patientinnen schien das Ankreuzverhalten eher dem Wunsch geschuldet, Gesprächsthemen zu definieren:

*„Ja. Die hat angerufen und dann hat sie gefragt wie's geht und, und diesen so 'n Fragebogen und dadurch ergaben sich natürlich auch gleich Gespräche wieder, ne? Wenn ich gesagt hab, dass ich schlecht schlaf, dann hab ich immer gesagt ‚Da können Sie gleich drei eintragen, da hat sich nichts geändert.‘. [...] Und dann kommt man ja in ein Gespräch, ne?“
(Patientin 21, 71J., Nicht-Benefiziarin, Abs. 94)*

Eine Patientin sagte auch ganz konkret, dass sie nicht ehrlich war beim Ausfüllen:

*„Ich dachte, dass macht sich dann ganz gut, oder so ähnlich. Ich war nicht immer ehrlich. Ich hab gedacht, das ist besser so, dann komm ich so auf die Punkte. Weil ich, ich hatte auch nicht das Gefühl ich schummle, also ja Schummeln schon. Ich fand's auch nicht so wichtig.
[...] Ein bisschen so die Erwartungshaltung erfüllen.“
(Patientin 9, 75J., Benefiziarin, Abs. 179)*

Diese Problematik setzte sich in den Äußerungen zum Fragebogen der IMPACT-Studie fort. Die Patienten/-innen wollten ihn einhundertprozentig ausfüllen und haben sich dadurch stark unter Druck gesetzt, wie es Patientin 25 beschrieb:

*„Aber mit unter dachte ich, oh Gott so ein Blödsinn. Wollte ich schon anrufen, aber ich denk immer, wenn nun jeder anruft. Manchmal hätte ich angerufen und hätte gesagt: ‚Wie soll ich das nur ausfüllen, wie soll ich das verstehen.‘ dann habe ich es aber gelassen.“
(Patientin 25, 80J., Nicht-Benefiziarin, Abs. 271)*

Die Persönlichkeitseigenschaften Genauigkeit und Pflichtbewusstsein ziehen sich durch die meisten Interviews und sie sind auch die **Motivation** für die Teilnahme an der Extrabefragung des Autors. Die Patienten/-innen beschrieben den Grund für ihre Teilnahme als innere Verpflichtung:

*„Das gehört nun man dazu, dann spreche ich auch mit Ihnen darüber.“
(Patientin 21, 71J., Nicht-Benefiziarin, Abs. 38)*

Oder, weil sie das Gefühl hatten, durch ihre Teilnahme an der Studie anderen helfen zu können:

„Warum nicht. Bin schon eine alte Frau warum soll man da nicht mal mitmachen und anderen Leuten helfen. Ist doch in Ordnung.“ (Patientin 26, 64J., Benefiziarin, Abs. 32)

Viele Patientinnen und Patienten äußerten zum Schluss des Interviews noch, dass sie es sehr sinnvoll fänden, wenn das IMPACT-Programm verstetigt und in die gesundheitliche **Regelversorgung** mitaufgenommen werden würde. Sie appellierten zum einen mehrfach aufgrund der erlebten Niedrigschwelligkeit:

*„Also, dass Sie bitte kämpfen, dass das durchkommt, weil, also, das war eine so große Hilfe dieses Jahr, das war wirklich 'ne große Hilfe. Vor allen Dingen, ich hab's auch angenommen, das kommt ja auch noch dazu. Erstmal der Arzt, er hat mich dahin vermittelt, ich alleine mach solchen Schritt nicht. Ich mach das gar nicht so 'n Schritt. Und das schon alleine und dann, wie gesagt, ich musste nicht aus dem Haus, Frau *** hatte immer ein Ohr für mich, die hat mich immer angerufen. Also für mich optimal, ne? Ja!“
(Patientin 20, 64J., Nicht-Benefiziarin, Abs. 268)*

und zum anderen argumentierten vier Interviewte mit vermuteten Kosteneinsparungen im Gesundheitssystem:

„Und das wird für die Krankenkasse wesentlich billiger, als wenn man irgendwas anderes nimmt.“ (Patientin 16, 65J., leichte Konstante, Abs. 222)

6 Diskussion

Die vorliegende Arbeit illustriert die Inanspruchnahme der GermanIMPACT-Studie aus Patientensicht und bietet die erste systematische Darstellung der subjektiven Krankheitsperspektive älterer depressiv erkrankter Menschen, die an einem kollaborativem Versorgungsansatz in Deutschland mit einer spezialisierten Therapiebegleitung teilnahmen. Bisher existiert für Deutschland lediglich eine kleinere qualitative Studie von Gensichen et al. (2012), die eine weniger komplexe Intervention innerhalb einer randomisiert kontrollierten Studie (RCT) betrachtete, die von Medizinischen Fachangestellten in der Praxis durchgeführt wurde. Zahlreiche weitere qualitative Studien existieren aus anderen Ländern (Steinman 2012; Bennett et al. 2013; Eghaneyan et al. 2014; van den Broeck et al. 2017) Die vorliegende qualitative Untersuchung bietet wichtige Erkenntnisse über die Implementierung des IMPACT-Programms in das deutsche Versorgungssystem sowie die erste umfassende Typologie.

Mit dem Ziel, patientenspezifische Prädiktoren zu identifizieren, die moderierend auf den Erfolg beziehungsweise Misserfolg der Intervention wirken, wurden zwei Typologien entwickelt, die es erlaubten, Patienten/-innen zu identifizieren, bei denen die Interventionsbestandteile in unterschiedlicher Weise genutzt wurden und bei denen die Therapiebegleitung im Sinne der Intervention wirkte und bei denen sie keine Wirkung zeigte. Zusätzlich wurden übergreifende Kategorien beschrieben, die für die erfolgreiche Umsetzung des Programms förderlich beziehungsweise hinderlich waren.

Im Folgenden werden die deskriptiven Typologien sowie die typenübergreifenden Ergebnisse unter Einbezug des beschriebenen Hintergrunds und des aktuellen Forschungsstands diskutiert, um anschließend Implikationen für Praxis und Forschung mit einer bestmöglichen Evidenz zu formulieren. Abschließend wird das methodische Vorgehen reflektiert und Limitationen der Studie beschrieben.

6.1 Erfolgsfaktoren und Hemmnisse von GermanIMPACT

Die Fragestellung dieser Arbeit sah vor, Unterschiede von Personen zu beschreiben, bei denen die Intervention wirkte („Benefiziar“) und bei denen sie nicht wirkte („Nicht-Benefiziar“). Diese Unterschiede sollten Typen von Patienten/-innen charakterisieren, die die Interventionsbestandteile unterschiedlich für sich nutzen konnten. Die damit verbundene Hypothese war,

dass die Inanspruchnahme der Intervention direkt mit der Symptomentwicklung zusammenhängt. Diese idealtypische Annahme konnte bei der induktiv empirisch begründeten Konstruktion von zwei „natürlichen Typologien“ nicht bestätigt werden. **Ein Ergebnis der Typenbildung ist, dass die Art und Weise der Inanspruchnahme des IMPACT-Programms kein starker Hinweis für die Symptomentwicklung war.** Patientinnen und Patienten, die ihre Symptombelastung um mindestens die Hälfte reduzierten und damit der Gruppe der „Benefiziare“ angehörten, mussten nicht vom Interventionskernelement Aktivierung profitiert haben. Ebenso zeigte sich für Patienten/-innen, die die Intervention in hohem Umfang für sich nutzen konnten und eine hohe Inanspruchnahmeintensität zeigten, nicht zwangsläufig, dass sich ihre Depressionssymptomatik positiv veränderte. Diese Problematik beschrieben auch (Petrosyan et al. 2017, S. 11), die bei ihrer systematischen Übersichtsarbeit zu Qualitätsindikatoren, ein Defizit in der Erklärung des Zusammenhangs zwischen Versorgungsqualität und der Entwicklung der depressiven Symptomatik entdeckten. Zusätzlich bemängeln sie, dass keine anderen Outcome Parameter außer der Symptomatik existieren und sie postulieren daher starken Nachholbedarf in der Entwicklung geeigneter Indikatoren.

Ausgehend von der mangelnden Übereinstimmung von Prozess und Ergebnis wurde daher eine Typologie der Inanspruchnahme und eine der Symptomentwicklung entwickelt. Das verbindende Element der Inanspruchnahme- und der Symptomentwicklungstypen ist der Faktor **Eigenaktivität**. Je mehr angenehme Aktivitäten die Patientinnen und Patienten während der Intervention umsetzen konnten, desto eher zeigte sich eine Verbesserung der depressiven Symptomatik.

Im Folgenden, werden die Inanspruchnahme- und die Symptomentwicklungstypologie singular diskutiert und in Kapitel 6.1.3 interpretativ zusammengeführt.

Typenübergreifende Hemmnisse und Erfolgsfaktoren, die sich in erster Linie auf die Hausarztpraxis und die Therapiebegleitung beziehen, werden in Kapitel 6.1.4 und 6.1.5 diskutiert. Hierbei werden die in GermanIMPACT ebenfalls durchgeführten Interviews mit den Hausärztinnen und Hausärzten von Bireckoven et al. (2016) und die von Bjerregaard et al. (2018) durchgeführten Interviews mit den Therapiebegleiterinnen triangulativ miteinbezogen.

6.1.1 Inanspruchnahmetypen

Die Inanspruchnahmetypologie basiert auf unterschiedlichen Ausprägungen der **drei Merkmalsräume** „Planung und Durchführung angenehmer Aktivitäten“, „Beratung zu Problemen“ und „psychische Entlastung“. Diese Ausprägungen bestimmen gleichzeitig über die Nutzung weiterer Interventionselemente. Somit ist der Kern der **Inanspruchnahmetypen**, die insgesamt betrachtete Inanspruchnahmeintensität. Sie ist wiederum wesentlich mit dem Merkmal der Eigenaktivität verknüpft, weshalb alle Typen die Teilbezeichnung „-suchende“ führen. Die Typen „aktivierbare Entlastungssuchende“, „aktive Entlastungssuchende“, „aktive Entspannungssuchende“, „passive Problemlösungssuchende“ und „passive Entlastungssuchende“ werden durch die zu Beginn bestehende und die während der Therapiebegleitung entwickelte Eigenaktivität charakterisiert.

Während die „passiven Entlastungssuchenden“ ihre Aktivität weitestgehend konstant hielten, steigerten die „passiven Problemlösungssuchenden“ und die „aktivierbaren Entlastungssuchenden“ ihre Eigenaktivität durch das IMPACT Programm. Die „aktiven Entlastungssuchenden“ veränderten hingegen ihre Aktivität zu Gunsten bewusster Pausen. Es galt, je höher die Veränderung der Aktivität, desto höher die Inanspruchnahmeintensität der IMPACT-Interventionsbestandteile. Die Inanspruchnahmetypen, können daher in die folgende absteigende Ordnung der Inanspruchnahmeintensität gebracht werden:

- Die „**aktivierbaren Entlastungssuchenden**“ beschrieben ihren vorrangigen Gewinn aus der Intervention im Element der Aktivierung und der damit verbundenen gemeinsamen Suche und Planung **angenehmer Aktivitäten**.
- Die „**aktiven Entspannungssuchenden**“ beschrieben nicht den Nutzen der Aktivierung, aber sie veränderten ihre als zu hoch charakterisierte Aktivität. Sie suchten und planten bewusste Entspannungspausen.
- Die „**passiven Problemlösungssuchenden**“ konnten für sich keine angenehmen Aktivitäten identifizieren und umsetzen, aber sie konnten in Form von Problemlösestrategien aktiviert werden.
- Die „**aktiven Entlastungssuchenden**“ profitierten ausschließlich von der psychischen Entlastung und beschrieben, dass sie bereits alle angenehmen Aktivitäten umsetzten, die sie für wichtig erachteten.

- Die „**passiven Entlastungssuchenden**“ konnten keine angenehmen Aktivitäten für sich umsetzen und keine Problemlösestrategien entwickeln. Sie sind ausschließlich auf der „Suche“ nach psychischer Entlastung und profitierten subjektiv von ihr.

Das typenübergreifende Merkmal „**psychische Entlastung**“ ist bei allen Patientinnen und Patienten stark ausgeprägt, auch wenn es kein expliziter Bestandteil des Therapiebegleitungsmanuals war. Alle Teilnehmenden beschrieben das wahrgenommene aktive Zuhören, die damit verbundene Würdigung der Person, die Reflexion von Verhalten, die Umdeutung von Situationen sowie das Angebot neuer Perspektiven. Wie in einer Arbeit von Alltag et al. (2017) bestätigte sich, dass nicht gedeckte psychologische Bedürfnisse, einen sehr hohen Zusammenhang mit depressiven Erkrankungen aufweisen. Sie waren in ihrer prospektiven Kohortenstudie mit einem 4,8-fachen Risiko und unerfüllte soziale Bedürfnisse mit einem doppelten Risiko für eine depressive Erkrankung bei über 75-jährigen verbunden. Die typenübergreifende Inanspruchnahme des Elements „psychische Entlastung“ und die damit verbundene Bedürfnisbefriedigung ist damit sehr naheliegend.

Voraussetzung und Ergebnis von gelingender „psychischer Entlastung“ ist zudem die **Therapeutische Beziehung**, die sich offenkundig zwischen den Therapiebegleiterinnen und allen Patientinnen entwickeln konnte. Bennett et al. (2013) schildern in einer Untersuchung, bei der schwer depressive Patienten/-innen von einer in der Praxis angestellten Krankenpflegekraft über zwei Jahre begleitet wurden, den gleichen Befund. Das entscheidende war wie in QualIMP das gemeinsame Gespräch in dem die Krankenpflegekräfte ein empathisches akzeptierendes Verständnis anboten, aber durchaus auch Verhaltensweisen der Teilnehmenden kritisch spiegelten, konstruktives Feedback anboten und gemeinsam nach Problemlösestrategien suchten. Dadurch gelangten die Patienten/-innen zu einem besseren Verständnis von sich und von ihrer Erkrankung. Anders als in GermanIMPACT gelang es jedoch nicht allen Krankenpflegekräften bei Bennett et al. (2013) eine therapeutische Allianz zwischen ihnen und den Patienten/-innen herzustellen. Von wenig motivierten Pflegekräften, die **mechanisch** nach Protokoll vorgingen, lediglich die studienbezogenen Fragebögen abfragten und schnelle Lösungen anboten, distanzieren sich die Patienten/-innen bei ihnen schnell. Gleiches passierte auch einigen Medizinischen Fachangestellten in der, der IMPACT-Studie ähnlichen PROMPT-Studie (Gensichen et al. 2012, S. 117).

Der vierstufigen Typologie von Bennett et al. (2013) zu Folge entsprachen die von den Interviewten in QualIMP beschriebenen Therapiebegleiterinnen ausschließlich dem Typ „**The Counselor**“. Das heißt sie waren vertraut mit der Zielgruppe sowie mit psychischen Erkrankungen und konnten bereits positive Erfahrungen mit ihnen sammeln. Sie hatten einen nichtdirektiven Beratungsstil und sie gingen auf die Bedürfnisse der Patienten/-innen ein.

Patientinnen und Patienten wiederum haben ebenfalls einen entscheidenden Einfluss auf das Gelingen einer empathischen Beziehung. Bennett et al. (2013) entdeckten zwei Typen: „**The engaged patient**“ und „**the reluctant patient**“. Die erste Gruppe berichtete von den meisten Fortschritten und zeichnete sich durch hohe Motivation und hohes Engagement aus. Sie vermittelten den Beratenden, dass sie ihre Symptomatik verbessern wollen und schufen aus Sicht der Pflegekräfte damit die Voraussetzung für eine therapeutische Allianz. Der zweite Typ vermittelte durch fehlende Motivation eher seinen Unwillen, nahm weniger oft an den Beratungsterminen teil und beschrieb eine Unveränderlichkeit der Situation. Mit diesen Patienten/-innen gelang es nicht, eine therapeutische Beziehung herzustellen. Auch wenn alle Interviewten in „QualIMP“ vom Gelingen dieser Beziehung überzeugt waren, finden sich Ähnlichkeiten zwischen den Typologien. Die „aktivierbaren Entlastungssuchenden“, die „aktiven Entlastungssuchenden“, die „aktiven Entspannungssuchenden“ und auch die „passiven Problemlösungssuchenden“ ließen wie der Typ „The engaged patient“ eine mittlere bis hohe Motivation erkennen, an ihrer Situation etwas zu verändern. Die „passiven Entlastungssuchenden“ ähnelten durch ihre fatalistische Krankheitsperspektive eher dem Typ „the reluctant patient“. Es zeigte sich je nach Aktivitätsgrad, dass wie bei den in Kapitel 2.2.2 eingeführten Typen von subjektiven Gesundheitstheorien, dass gesundheitsbezogenes Handeln in der Regel nur dann umgesetzt wurde, wenn der Alltag und die darin zu spürenden Einschränkungen, nicht in Konkurrenz standen.

Parallelen lassen sich ebenfalls zu einer Typologie bestehend aus Präferenzen zur Entscheidungsfindung bei Menschen mit einer psychischen Erkrankung ziehen. Michaelis et al. (2017) beschrieben in einer Population von 798 Patienten: autonome, gemeinschaftliche und passive Typen hinsichtlich verschiedener prädiktiver Werte. Umso stärker das Gefühl von Selbstwirksamkeit, umso geringer die Symptomschwere, desto autonomer waren die Patienten/-innen und desto aktiver wollten sie an ihrer Behandlung beteiligt sein. Teilnehmende mit einer hohen

Symptomlast und einer niedrig wahrgenommenen Selbstwirksamkeit zogen sich in einer passiven Rolle zurück.

Die Beziehungsqualität gilt in der Therapieforschung als der robusteste Prädiktor für den Therapieerfolg (Martin et al. 2000). Dieses Ergebnis schlug sich jedoch nicht in der Symptomentwicklung der in QualIMP Interviewten nieder. Bennett et al. (2013) berichten als einzigen „Erfolgsfaktor“ die Häufigkeit der Termine. Die quantitative Menge ist jedoch kein geeignetes Maß. Bei der US-amerikanischen IMPACT-Studie werteten Bao et al. (2011, S. 1439) das webbasierte klinische Informationssystem aus und stellten fest, dass die Ressourcennutzung besonders am Anfang sehr hoch war. Angstman et al. (2009, S. 229) kamen in einer ähnlichen Untersuchung zu dem gleichen Ergebnis. Nach spätestens sechs Monaten ging die Inanspruchnahmeintensität stark zurück und blieb stabil. In beiden Untersuchungen war diese Erkenntnis unabhängig vom Behandlungserfolg, wohingegen sich zeigte, dass je schwerer die Depression am Anfang war, desto höher war die Anzahl der Termine.

2006 (2006, S. 106) unterschieden hinsichtlich verschieden starker Eigenaktivität drei **Verlaufsgruppen**: „Kurzzeit“ weniger als zehn Wochen Inanspruchnahme, „Mittlere Zeit“ zehn Wochen bis sechs Monate und „Langzeit“ mehr als sechs Monate. Alle Gruppen erreichten ähnliche Verbesserungen. Die „Kurzzeit-Gruppe“ berichtete zudem von durchschnittlich weniger bisherigen depressiven Episoden. In der deutschen IMPACT-Adaption war der Behandlungszeitraum auf ein Jahr festgesetzt, so dass Unterschiede in der Dauer nicht auftreten konnten, wenn die Patienten/-innen regulär bis zum Ende in der Therapiebegleitung verblieben. Gleichwohl beschrieben einige Interviewte, dass der Abstand zwischen den Telefonaten an den jeweiligen Bedarf, gemäß der abgestuften Depressionsversorgung (Kapitel 2.5.1), angepasst wurde und die Dauer des einzelnen Gesprächs sich stark reduzierte, wenn die Teilnehmenden nicht durch eine akute Symptomatik belastet waren. Patientinnen und Patienten die vor Ende des Jahres entschieden, dass ihnen die Therapiebegleitung ausreichte, zählten in der Studie GermanIMPACT als Abbrecher. Sie waren gemäß der Forschungsfrage (Kapitel 3) dieser Arbeit nicht in im qualitativen Stichprobenplan (Kapitel 4.2) vorgesehen.

Die „passiven Problemlösungssuchenden“ schafften es nicht, für sich angenehme Aktivitäten umzusetzen, da ihre Symptomatik zu einem großen Teil aus Lethargie bestand. Dadurch entspricht der „engaged Patient“ auf den ersten Blick nicht dem „passiven Problemlösungssuchenden“. Trotzdem schafften sie es, einige ihrer subjektiv schwerwiegenden Probleme, erfolgreich

zu bearbeiten. Dies vermittelte ihnen das gute Gefühl von **Kontrolle und Selbstwirksamkeit** und wurde daher als großer Erfolg der Therapiebegleitung wahrgenommen, auch wenn sich dieser nicht in der Symptomentwicklung widerspiegeln konnte. Der beschriebene stimmungsaufhellende Effekt gelöster Probleme, unterschied sich in den Schilderungen der Teilnehmenden nicht von der dargelegten Wirkung angenehmer Aktivitäten.

6.1.2 Symptomentwicklungstypen

Das Hauptunterscheidungsmerkmal der Symptomentwicklungstypen wurde a priori durch die Fragestellung bestimmt. Ziel war es, „Benefiziere“ und „Nicht-Benefiziere“ in ihren Unterschieden zu beschreiben, um herauszufinden, bei welchen Patiententypen die Therapiebegleitung eine Reduzierung der depressiven Symptomatik um mindestens die Hälfte bewirken konnte. Die Fragestellung in Kapitel 3 beinhaltet initial die Hypothese, dass die Art und Weise der Inanspruchnahme der Intervention mit ihrer Wirkung auf die depressive Symptomatik, gemessen mit dem PHQ-9 verbunden ist. Dieser Zusammenhang ließ sich durch die typenbildende Inhaltsanalyse nicht nachweisen.

Bei den Interviewten in QualIMP zeigte sich kongruent, dass die individuelle Krankheitsperspektive operationalisiert mit den Kategorien: „Depressionsgeschichte“, „Bewertung der Symptomlast“, „Aktivität vor der Intervention“, „komorbiditätsbezogene Mobilität“, „Selbstwert“, „soziale Eingebundenheit“ und „materielle Ausstattung“ bestimmend für die Symptomentwicklung waren. Gleichzeitig wurden Zwischenstufen für den Übergang von „Benefiziaren“ zu „Nicht-Benefiziaren“ gebildet. „Leichte Konstante“ zeichneten sich durch einen PHQ-9 Ausgangswert von 5-6 aus und lagen damit bereits zu Beginn, nahe am Ziel der Remission. Dieses war bei weniger als 5 Punkten auf dem PHQ-9 erreicht und im Prinzip erfüllten sie damit nicht den IMPACT-Einschlusskorridor von 10-14 PHQ-9-Punkten. Die Differenz war jedoch die Folge des zeitlichen Abstands von Screening zu erstem Erhebungszeitpunkt und daher ein zulässiges Resultat, dass sich aus dem Rekrutierungsverfahren ergab. Es spiegelt darüber hinaus die hohe Prävalenz der **minoren beziehungsweise leichte Depressionen** mit weniger eindeutigen Symptomen bei älteren depressiv erkrankten Menschen wieder (Kapitel 2.1.3). Als vierter Zwischentyp wurden die „etwas Verbesserten“ gebildet, die Ihren PHQ-Ausgangswert von mindestens 10 Punkten um mindestens 3 Punkte verbessern konnten.

Es zeigte sich wie in der vereinfachten Darstellung der Symptomentwicklungstypen (Kapitel 5.2.3 Tabelle 19): Je jünger und abgrenzbarer die Depressionsgeschichte, je ausgebildeter die Einschätzung mit einer vorhanden depressiven Symptomatik umgehen zu können, je aktiver die Interviewten bereits vor der Intervention waren, je geringer die Komorbiditätslast, je höher die Mobilität, das Selbstwertgefühl, die soziale Eingebundenheit und je sicherer die materielle Ausstattung, desto eher konnten die Patientinnen und Patienten die Intervention als „Benefiziar“ und „etwas Verbesserte“ beenden.

„Nicht-Benefiziar“ zeichneten sich in erster Linie durch eine bereits **lang bestehende depressive Symptomatik** aus. Diese Unterscheidung deckt sich mit der anamnestischen Differenzierung von Depressionen im Alter in die spät auftretende Depression (Late-Onset Depression) und die früh auftretende Depression (Early-Onset-Depression), die in Kapitel 2.1.3 eingeführt wurde. Die lebenszeitlich früh auftretende Depression verläuft demnach häufiger rezidivierend und eine genetische Prädisposition ist wahrscheinlicher. Eine spätauf tretende Depression ist stärker mit dem biologischen oder dem sozialen Alterungsprozess verbunden, bei denen psychologische Anpassungsvorgänge eine starke Rolle einnehmen. Patienten/-innen, die über aktuellere Depressionsauslöser wie dem Ausscheiden aus dem Erwerbsleben, eine Krebserkrankung, die Pflegebedürftigkeit oder den Tod des Partners berichteten, konnten die IMPACT-Intervention als „Benefiziar“ beenden. Bei ihnen kann wie in Kapitel 2.2.1 eingeführt von einem erfolgreichen Aneignungsprozess gesprochen werden, der die Erkrankten zurück in den „Modus des Könnens“ finden lassen hat. „Nicht-Benefiziar“ gelang es hingegen nicht nach ihrem depressionsauslösenden Ereignis den „Modus der Differenz“ zu verlassen, sie schafften es nicht, die Erkrankung produktiv zu bearbeiten.

Grypma et al. (2006, S. 103) beschrieben in einer bereits oben skizzierten, IMPACT-ähnlichen Studie drei Verlaufstypen, die auch Parallelen zu den hier skizzierten Symptomentwicklungstypen aufweisen. Ihre Patienten/-innen der „Kurzzeitgruppe“ entsprachen eher dem Bild einer spätauf tretenden Depression und die Angehörigen der „Langzeitgruppe“ hatten bereits vorhergehende depressive Episoden, benötigten mehr Zeit pro Termin, häufigere persönliche Kontakte und sie erhielten fast immer eine Pharmakotherapie mit Antidepressiva.

Entgegen der vorab im **qualitativen Stichprobenplan** getroffenen Annahme, dass unter 75-Jährige sich von älteren Patienten in der Art und Weise der Inanspruchnahmeintensität oder der Symptomentwicklung unterscheiden würden, fanden sich in den Ergebnissen dieser Arbeit

keine Hinweise für diesen Unterschied. Beide Altersgruppen profitierten in der qualitativen typenbildenden Inhaltsanalyse im gleichen Ausmaß von der Intervention und beide Gruppen nahmen die Interventionsbestandteile in ähnlicher Weise wahr. Dies zeigte sich auch in einer quantitativen Analyse von drei Studien mit kollaborativen Versorgungsansätzen von Ell et al. (2010). **Alter war kein Prädiktor** für das Ansprechen auf die Interventionen. Van Leeuwen et al. (2009) hingegen zeigten in einer quantitativen Subgruppenanalyse der US-amerikanischen IMPACT-Studie geringere Remissionsraten für über 75-jährige nach 6, 12, und 24 Monaten. Quantitative Subgruppenanalysen aller Teilnehmer/-innen von GermanIMPACT stehen derzeit noch aus. Die systematische Übersichtsarbeit quantitativer Studien von Mitchell und Subramaniam (2005) kam aber ebenfalls zu dem Schluss, dass Alter an sich kein Prädiktor für eine bessere oder schlechtere Entwicklung der Symptomatik ist. Festzuhalten bleibt aber, dass Alter ein großer Risikofaktor für schwere somatische Krankheiten ist, die mit starken Einschränkungen einhergehen und somit auch die Genesungsaussichten der Betroffenen schmälern. Das hervorzuhebende Hemmnis ist dann aber die **Multimorbidität** und nicht das Alter.

Mit zunehmendem Alter steigt deshalb auch die Wahrscheinlichkeit für einen Rückfall und die beschwerdefreien Zeiträume verringern sich bei einem rezidivierenden Verlauf der Depression. Entscheidend dafür ist laut Mitchell und Subramaniam (2005) auch die steigende Wahrscheinlichkeit mit höherem Alter weitere belastende Komorbiditäten bewältigen zu müssen. Außerdem ist gerade bei Patienten/-innen mit einer **früh auftretenden Depression**, mit zunehmendem Alter, die Zahl der bereits erlebten depressiven Episoden und damit der Grad der Chronifizierung höher. **Alter** kann damit ein **Surrogat** für die Vorhersage des Behandlungserfolgs sein.

Zwar beschrieben Panagioti et al. (2016) in einer Meta-Analyse das die Präsenz chronischer physischer Erkrankungen keine Barriere für die Wirksamkeit kollaborativer Versorgungsansätze von depressive erkrankten Personen war, aber die 10.962 zusammengefassten Patienten/-innen wiesen auch nur ein Durchschnittsalter von 51 Jahren auf und hatten lediglich zwei bis drei physische Erkrankungen. Die in der vorliegenden Arbeit interviewten Patienten/-innen waren im Mittel 72 Jahre alt und zeichnen möglicherweise deshalb ein anderes Bild. Sieben von Zehn „Nicht-Benefiziere“ klagten über starke Einschränkungen durch muskuloskelettale Erkrankungen, die sie von körperlicher Aktivität ausschlossen und mit chronischen Schmerzen einhergingen. Sie bilden einen erheblichen Teil der „passiven“ Inanspruchnahmetypen. Auch wenn sie

sich, wie die „passiven Problemlösungssuchenden“ durch eine insgesamt hohe Inanspruchnahmeintensität auszeichneten und die Interventionsbestandteile als sehr nützlich für sich beschrieben, konnten sie ihre depressive Symptomatik, gemessen mit dem PHQ-9, nicht verringern. „Benefiziere“ klagten zwar auch über zahlreiche Beeinträchtigungen, erlebten diese aber als weniger beeinträchtigend.

Die hohe Prävalenz an somatischen chronischen Erkrankungen, die einen Einfluss auf die Mobilität haben, zeigten wie auch in anderen Studien deutlich wurde (Roberge et al. 2016), die Grenzen der IMPACT Intervention auf. IMPACT ist bisher nicht für die Bearbeitung von zusätzlichen Erkrankungen konzipiert und für die Behandlung mittelschwerer depressiver Erkrankungen ausgerichtet. Insbesondere bei den beiden besonders belasteten Patientinnen mit 20 und 22 Punkten auf dem PHQ-9 konnte sich keine Verbesserung der Symptomatik einstellen. Beide Patientinnen, 79 und 87 Jahre alt, klagten über starke **chronische Schmerzen**, die überwiegend ihren Rücken betrafen und ihren Ausführungen zu Folge, den Hauptgrund für ihre depressive Symptomatik darstellten.

Erschwerend für die Therapiebegleitung waren ebenfalls **Angsterkrankungen als psychische Komorbidität** zur Depression. Die drei davon betroffenen Interviewten schilderten Situationen, in denen sie die Angst daran hinderte, angenehme Aktivitäten umzusetzen. IMPACT bietet innerhalb der bisherigen Interventionen keinen Hebel für die Bearbeitung der daraus folgenden Vermeidungshaltung. Dementsprechend beschrieben auch die interviewten Therapiebegleiterinnen in Bjerregaard et al. (2018, S. 7), dass sie Patienten/-innen mit psychischen Komorbiditäten vor die größten Herausforderungen stellten, da sie nicht wussten, wie sie die Intervention auf sie anwenden konnten:

„Es gab einzelne Patienten, wo ich dachte, es wäre schön, wir hätten noch ein bisschen ein größeres Instrumentarium“ (TB in Bjerregaard et al. 2018, S. 6)

Auch andere Implementierungsstudien berichten von der Schwierigkeit vielfältige Krankheitsbilder gleichzeitig zu behandeln (Overbeck et al. 2016, S. 510). Auch wenn andersherum, Depressionen komorbid zu Angsterkrankungen in Studien auftraten, in denen die Angsterkrankung im Behandlungsfokus stand, konnte nur ein geringer Erfolg in der Reduzierung der Angstsymptomatik erzielt werden (Kelly et al. 2015).

Eine „Benefiziarin“ aus IMPACT äußerte bereits in den Interviews Bedenken, ob eine bereits **länger bestehende Depression** innerhalb der Therapiebegleitung bearbeitet werden könnte:

*„Kommen Sie denn an die ran? Können Sie die denn beeinflussen? [...] ich stell mir das sehr schwer vor. Grade wenn das eben Jahre (2), wenn sich das verfestigt hat, dann ist das doch ganz besonders schlimm. Wollen die denn überhaupt noch da raus?“
(Patientin 9, 75J., Benefiziarin, Abs. 171)*

Dementsprechend äußerte sich die subjektiv empfundene **Symptomlast**, abhängig von den Komorbiditäten und der Chronizität der Depression, die die Interviewten bezüglich ihrer depressiven Erkrankung beschrieben, unterschiedlich stark. „Benefiziare“ schätzten die symptomatischen Beeinträchtigungen überwiegend als weniger belastend und vor allem als veränderlich ein. „Nicht-Benefiziare“ beschrieben einen überwiegend hohen Leidensdruck, den sie wenn, als nur sehr schwer veränderlich einschätzten. Dies zeigte sich besonders im Ausmaß der Bewältigungsstrategien. Während „Benefiziare“ durchschnittlich ca. sieben Bewältigungsstrategien beschrieben, nannten „Nicht-Benefiziare“ ca. drei, deren Umsetzung in schwierigen Phasen auch mit größeren Schwierigkeiten verbunden waren (Kapitel 5.2.4). Übereinstimmend zeigte sich, in einer Beobachtungsstudie mit 792 Patienten/-innen von Rossom et al. (2016), dass die gesundheitliche Selbsteinschätzung, der stärkste Prädiktor für das Erreichen der Remission war. In diesem Zusammenhang beschrieb Areán (2012, S. 143) in einer Übersichtsarbeit, dass insbesondere die Neigung zu Grübelkreisläufen, negativen Verhaltensänderungen, sowie eine pessimistische Grundeinstellung zu schlechten Therapieaussichten führen. Es zeigte sich in Verbindung mit der Epidemiologie depressiver Erkrankungen im Alter (Kapitel 2.1.2), Betroffene mit einer hohen Krankheitslast erkranken nicht nur häufiger an einer Depression als Patienten/-innen mit weniger schwerwiegenden Komorbiditäten, sie hatten auch weniger Chancen, die Erkrankung zu überwinden.

„Nicht-Benefiziare“ litten zudem unter weniger **sozialer Unterstützung und Einsamkeit als „Benefiziare“**. Der Zusammenhang von Einsamkeit (Kapitel 2.1.2 und 2.1.3), der Entstehung von Depressionen sowie dem negativen Einfluss auf das Behandlungsergebnis wurde in vielfältigen Studien untersucht und gilt als gesichert (Mushtaq et al. 2014; Domenech-Abella et al. 2017; van den Brink et al. 2017). Zusätzlich zeigte eine systematische Übersichtsarbeit von Whitehead et al. (2017), dass die Familie und das soziale Umfeld zwei herausragende Rollen bei der Bewältigung chronischer Krankheiten einnehmen. Daher passt es ins Bild, dass die Patienten/-innen, die von der IMPACT-Intervention profitieren konnten, meistens in verschiedenste für sie positive soziale Interaktionen eingebunden waren. „Nicht-Benefiziare“ hingegen, hatten mehrheitlich keine vertrauten Beziehungen oder steckten sogar in belastenden zwischenmenschlichen

Konflikten. Alle Inanspruchnahmetypen, außer den „aktiven Entspannungssuchenden“ beinhalten Patienten/-innen die unter Einsamkeit und belastenden Beziehungen litten. Es zeigte sich, dass diese Interviewten unabhängig von ihrer Art und Weise der Inanspruchnahme, nicht von der Intervention profitieren konnten und dass die IMPACT-Intervention keine adäquate Methodik für den Miteinbezug von Angehörigen oder den Ausbau des sozialen Netzes bereithielt.

Bekannt ist, dass soziale Unterstützung, innerhalb der Familie oder in einem erweiterten Bezugsrahmen, die **Selbstwirksamkeit** erhöhen kann, die nötig ist, um Aktivitäten oder auch andere Bewältigungsstrategien umzusetzen. Im sozial-kognitiven Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens von (Seibt 2011, 524) ist dieser subjektive Selbstwert elementare Voraussetzung für das Gefühl von Handlungsfähigkeit innerhalb der eigenen Krankheitsperspektive. Nur wenn diese Überzeugung vorhanden war, schafften es die Teilnehmenden, besprochene Aktivitäten auch umzusetzen. Insbesondere die „passiven Entlastungssuchenden“ zeichneten sich durch eine **fatalistische Einstellung, eine fehlende Akzeptanz, eine Verbitterung über ihre Lebensumstände** und damit, durch ein geringes Selbstwertgefühl aus. Wie in Kapitel 2.2.4 dargestellt, verinnerlichten diese Personen, aber auch andere Teilnehmende, defizitäre **Altersbilder**, negative „soziale Repräsentationen“ der Depression und damit verbundene Stigmatisierungen.

Unabhängig von der Verfügbarkeit sozialer Kontakte schätzten jedoch alle Patienten/-innen in ähnlicher Weise den Austausch mit der **neutralen** Therapiebegleitung. Wie bei Chew-Graham et al. (2007, S. 367):

„As I say, I could talk to me daughters but with [the Clinical Practice Nurse] I could talk about anything, anything that was worrying me and the way I felt.“
(Patientin 42 in Chew-Graham et al. 2007, S. 367)

betonten die Interviewten dieser Arbeit, dass die **Neutralität** der Therapiebegleitung einen Vorteil gegenüber der Vertrautheit mit Angehörigen bedeutete. Auch Stark et al. (2018) zeigten in einer qualitativen Untersuchung mit zwölf depressiv erkrankten über 75 Jahren, dass der Austausch über die Depression im sozialen Umfeld meist vermieden wird. Die Interviewten fürchteten wie die IMPACT-Teilnehmenden, vor allem negative Reaktionen. Sie konnten sich nicht vorstellen, dass andere in der Lage sind, zu verstehen, wie sich ihre Erkrankung anfühlt.

„Nicht-Benefiziere“ schilderten im Gegensatz zu „Benefiziaren“ vermehrt Situationen, die Ausdruck eines geringen **Selbstwerts** waren. Sie zeigten sich vermehrt unzufrieden mit ihrer Ver-

gangenheit, mit ihrer aktuellen Situation und mit sich selbst. Dazu neigten sie zu Unsicherheiten, berichteten wenige Selbstwirksamkeitserfahrungen, klagten über Ärger und Schmerzen. Bush et al. (2004) fassten diese Eigenschaften zusammen und fragten mit einem **Neurotizismus** Fragebogen (NEO Personality Inventory) 156 Interventionsteilnehmer/-innen von zwei RCTs zu kollaborativer Versorgung bei depressiven Störungen. Im Ergebnis zeigten die Patienten/-innen mit hohen Neurotizismuswerten deutlich schlechtere depressivitätswerte nach der Intervention als Personen mit geringeren Werten und einem stärkeren Selbstwertgefühl. Neurotizismus, definiert als die Neigung zu Unsicherheit, starker Sensibilität und Melancholie, findet sich ebenso wieder in den Theorien über die Depressionsgenese aus Psychoanalyse, Lerntheorie und Kognitionstheorie (Kapitel 2.1.3). Hohe Neurotizismuswerte bieten für die „Nicht-Benefiziere“ daher vielfältige pathogenetische Erklärungsansätze und sie bestätigen die Unterschiede von früh aufgetretenen und spät aufgetretenen Depressionen.

Nicht zuletzt klagten „Nicht-Benefiziere“ vermehrt über **Einschränkungen ihrer Mobilität**, was den Selbstwert im Alter zusätzlich herabsetzen kann, da sie dadurch zunehmend auf die Nahwelt verwiesen sind und weiter entfernte soziale Kontakte nur noch schwer pflegen können (Böhnisch und Schröder 2013, S. 129). Im Kapitel 2.2.5 „Subjektive Theorien und Bilder von Gesundheit im Alter“ wurde diesbezüglich bereits die qualitative Studie von Walter et al. (2006, S. 115) zur Exploration von Altersbildern skizziert, bei der 15 Ärzte/-innen und Pflegekräfte, Mobilität als die wichtigste Voraussetzung für die Wahrnehmung von Gesundheit im Alter beschrieben.

Die dritte Differenzierung im qualitativen Stichprobenplan sah eine paritätische Verteilung von **Frauen und Männern** bei den Interviewteilernehmerinnen und -teilnehmern vor. Von den 34 Interventionspatienten/-innen in Hamburg, die den gesamten Zeitraum von einem Jahr dabei blieben, waren jedoch nur drei männlich. Dieses Ergebnis in Verbindung mit der Gesamtschau der Typologien verdeutlicht eine bekannte allgemeine Tatsache: **Angebote zur Gesundheitsförderung werden vor allem von jenen Gruppen in Anspruch genommen, die sie am wenigsten nötig haben, und gerade Männer werden oft nicht erreicht** (Altgeld 2007, S. 92). Depressive Erkrankungen werden seltener bei Männern diagnostiziert (Kapitel 2.1.2), Männer nutzen weniger oft sogenannte „sprechende“ Behandlungsansätze und sie hören weniger auf das, was Ärzte/-innen ihnen raten (Michaelis et al. 2017, 10). Die drei interviewten Teilnehmer zeigten letztlich keinen Unterschied zu den Teilnehmerinnen, aber es ist auch zu erwarten, dass sie innerhalb

der Gruppe männlicher depressiver älterer Menschen, eine spezielle Rolle einnehmen, die jedoch innerhalb dieser Untersuchung leider nicht untersucht werden konnte.

6.1.3 Zusammenführung von Inanspruchnahme- und Symptomentwicklungstypen

Ein wesentliches Ergebnis der typenbildenden Inhaltsanalyse ist, dass die Symptomentwicklung nicht auf die Unterschiede in der Inanspruchnahme zurückgeführt werden kann. Stiles-Shields et al. (2015) beschrieben einen ähnlichen Befund, als sie 325 Patienten/-innen hinsichtlich ihrer Inanspruchnahme unterschiedlicher kognitiver Verhaltenstherapien miteinander verglichen. Welche der Interventionen genutzt wurde, hatte auch bei ihnen keinen Einfluss auf die Symptomentwicklung. Wesentlich für die Entwicklung der depressiven Symptomatik waren, die zu Beginn bestehende Schwere der Depressivität, die Selbstwirksamkeit sowie das subjektiv eingeschätzte Bewältigungsverhalten. Den konkreten Inanspruchnahmeprozess der verschiedenen Therapieformen untersuchten sie jedoch nicht.

Dieses Bild zeigte sich auch bei Pöhlmann et al. (2008). Die wesentlichen Unterscheidungsmerkmale ihrer fünf identifizierten Verlaufstypen waren, Depressivität zu Beginn sowie die subjektive Einschätzung der Multimorbidität, das Selbstwerterleben, die eigene Handlungskompetenz sowie die Zukunftsorientierung. Je besser die jeweilige Ausprägung, desto höher war für die Teilnehmenden die Wahrscheinlichkeit, von der Therapie zu profitieren, das heißt, die depressive Symptomatik zu senken und die selbst gesteckten Therapieziele zu erreichen. Einen Unterschied im konkreten Inanspruchnahmeverhalten der 194 stationär aufgenommenen Patienten/-innen beschrieben die Autoren ebenfalls nicht. Studien mit einer expliziten Kombination aus der subjektiven Wahrnehmung der Inanspruchnahme von Therapieelementen, bezogen auf die Entwicklung der depressiven Symptomatik konnten in der Literaturrecherche innerhalb der vorliegenden Arbeit nicht identifiziert werden.

Wenn die hier entwickelten Inanspruchnahme- und Symptomentwicklungstypen in ihren akkumulierten Skalierungen zusammen betrachtet werden, ergibt sich – wie in Abbildung 25 schematisch illustriert – ein zunächst verwirrendes Bild. Genauer betrachtet, lässt sich jedoch vermuten, dass zwischen der Häufigkeit positiver Ausprägungen, innerhalb der subjektiven Krankheitsperspektive sowie der Wahrscheinlichkeit von der Intervention zu profitieren, ein Zusammenhang bestehen könnte, der auch mit der Zugehörigkeit zu den Inanspruchnahmetypen ver-

bunden sein könnte. Je stärker die Ausprägungen innerhalb der subjektiven Krankheitsperspektive und desto aktiver die Patienten/-innen während der Intervention waren, desto höher ist der quantitative Anteil von „Benefiziarern“ innerhalb des jeweiligen Typs.

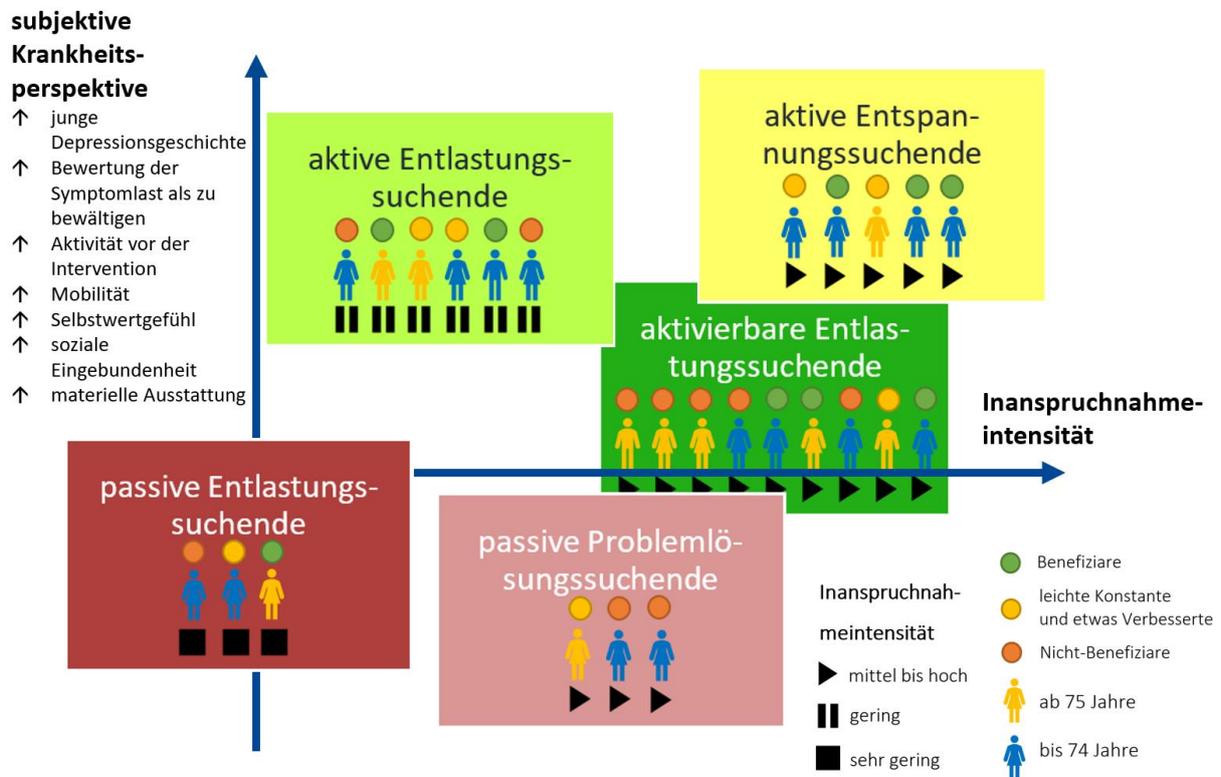


Abbildung 25: Schematischer Zusammenhang der subjektiven Krankheitsperspektive und der Inanspruchnahmeintensität

Teilnehmende, die bereits lange Zeit mit ihrer depressiven Erkrankung lebten, einen hohen Leidensdruck durch die Depression und durch zusätzliche Erkrankungen erfuhren, die daher nur sehr wenig mobil und aktiv waren, die zusätzlich noch finanzielle, familiäre oder andere soziale Probleme wie Einsamkeit beschrieben, konnten die IMPACT-Intervention zwar in unterschiedlicher Inanspruchnahmeintensität für sich nutzen, aber ihre depressive Symptomatik nicht entscheidend verbessern. Dieses Bild – wie in Abbildung 26 schematisch dargestellt – bestätigt sich, wenn die quantitative Häufung der „Benefiziarer“ als typenspezifische Verringerung der depressiven Symptomatik interpretiert wird und die Inanspruchnahmetypen horizontal entsprechend sortiert werden.

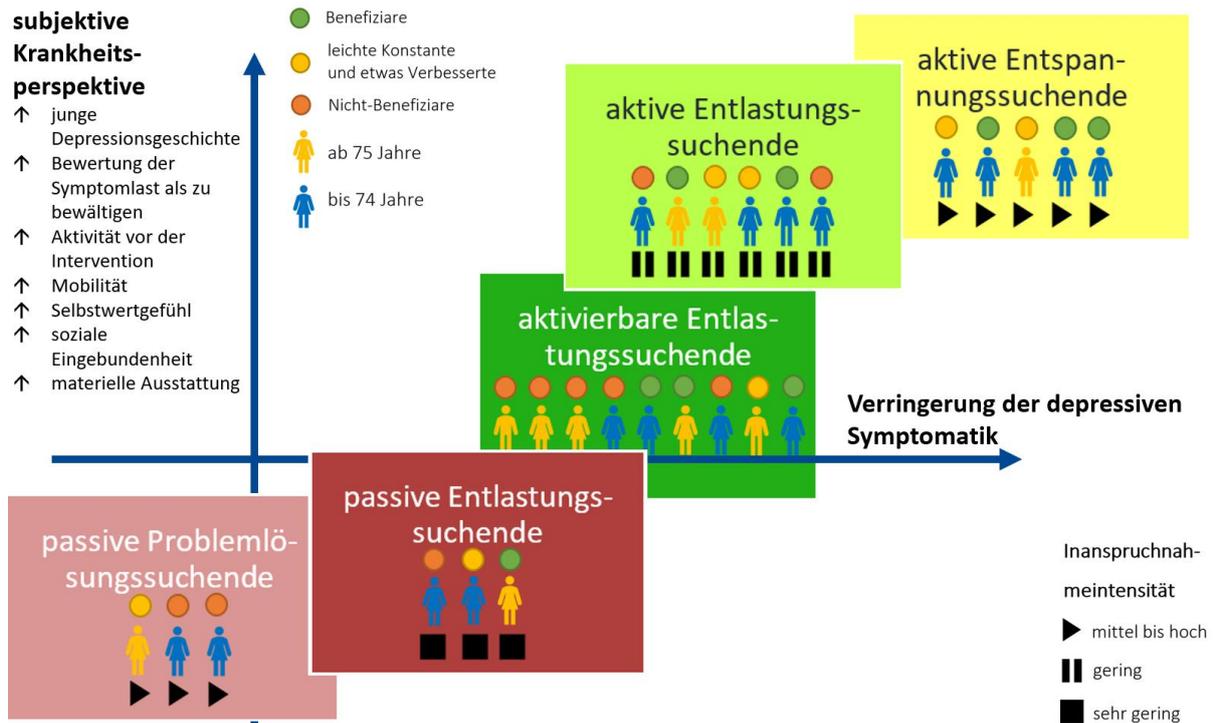


Abbildung 26: Schematischer Zusammenhang der subjektiven Krankheitsperspektive und der Verringerung der depressiven Symptomatik

Aktivität zu Beginn, sowie ihre Entwicklung während der Intervention, in Zusammenhang mit der subjektiven Krankheitsperspektive, sind dementsprechend die Hauptmerkmale von „Benefiziaren“. Um von der Intervention im Sinne einer Verbesserung der depressiven Symptomatik zu profitieren, muss man als potentielle/r Patient/-in eine vergleichsweise junge Depressionsgeschichte (Late-Onset-Depression) haben und darf nicht zu belastet von Komorbiditäten sein.

Im Kontrast dazu zeichnet sich der Inanspruchnahmetyp mit der geringsten Veränderung der depressiven Symptomatik die „passiven Problemlösungssuchenden“ durch eine hohe Inanspruchnahmeintensität aus. Sie beschrieben die Interventionsbestandteile als sehr nützlich für sich, konnten aber ihre depressive Symptomatik gemessen mit dem PHQ-9 nicht verringern, da sie bereits seit langer Zeit an ihrer depressiven Symptomatik litten und nur noch sehr begrenzt mobil waren. Es gelang ihnen durch den niedrigschwiligen Ansatz der Therapiebegleitung nicht, angenehme Aktivitäten für sich umzusetzen und ihr Aktivitätsniveau zu erhöhen.

In dieser Perspektive wird deutlich, dass die IMPACT-Intervention, den Personen mit dem größten Unterstützungsbedarf nicht zu einer Verbesserung der depressiven Symptomatik verhelfen konnte.

In Analogie zum Kapitel „2.2.5 Subjektive Theorien und Bilder von Gesundheit im Alter“ können die **vier** Spezifika für die subjektive Wahrnehmung von Gesundheit im Alter von Walter et al. (2006, S. 111) als bedingende Faktoren für die Symptomentwicklungs- und die Inanspruchnahmetypologie gesehen werden. Patientinnen und Patienten, die **erstens**, stark multimorbid waren und **zweitens**, von einer belasteten Biografie sowie einem schwachen sozialen Netz berichteten, zeigten auch eine geringere Inanspruchnahmeintensität und keine Verbesserung ihrer depressiven Symptomatik. Waren sie **drittens**, weiteren belastenden Umgebungseinflüssen, finanziellen Schwierigkeiten oder der Bedrohung der Wohnung ausgesetzt, konnte sich die Krankheitsperspektive noch weiter verschlechtern. „Nicht-Benefiziere“ schafften es dann nicht mehr, Bewältigungsstrategien (**viertes Spezifikum**) für die ersten drei Belastungsbereiche zu entwickeln, um Kompensationen für ihre gesundheitlichen Einschränkungen aufzubauen.

Diese Kompensationsleistung ist jedoch von elementarer Bedeutung um subjektiv positive Altersbilder gemäß des „Kompetenzmodells“ (Kapitel 2.2.4) zu entwickeln. Gelingt dies nicht, gewinnen negative Erwartungen an das Alter die Oberhand und schlagen sich wie bei der Mehrzahl der „Nicht-Benefiziere“ in einem Defizitmodell bezüglich der eigenen Zukunft nieder. Die manifestierte „Patientenkarriere“ (Kapitel 2.2.3), die sich aus der misslungenen Auseinandersetzung mit der Erkrankung entwickelt hat, behindert sie dabei Bewältigungsstrategien zu entwickeln.

6.1.4 Hausärztliche Aspekte

UMSETZUNG UND WIRKSAMKEIT

Die Studie GermanIMPACT wurde ebenfalls aus **hausärztlicher Sicht qualitativ** evaluiert. Bireckoven et al. (2016) beschreiben aus der Sicht von 18 Hausärzte/-innen drei zentrale Aspekte, die bei der Zusammenarbeit mit den Therapiebegleiterinnen sehr positiv aufgefallen sind. Sie schilderten die aus ihrer Wahrnehmung gute Gesprächsbegleitung der Patienten/-innen, die sie unterstützte und entlastete, zweitens die gewinnbringende proaktive Verlaufskontrolle durch die regelmäßigen Kontakte und die **unkomplizierte Kommunikation** zwischen Therapiebegleitung und Hausarztpraxis mittels kurzen Faxprotokollen. Insgesamt vertraten die Befragten Hausärzte/-innen aus der Interventionsgruppe eine sehr positive Meinung über die Therapiebegleitung und die Idee der kollaborativen Versorgung:

„Das ist ein bisschen das Modell, was ich auch denke, was man in Zukunft dann eben entwickeln möchte: Dass man schon selbstverantwortlich, sage ich mal, die Patienten behandeln kann, eventuell eben mit telefonischer Unterstützung durch eine Gesprächstherapie im weitesten Sinn, aber eben Psychiatrie im Hintergrund, um eben dann ja, auch mal über den Fall diskutieren zu können.“ (IG3 in Bireckoven et al. 2016, S. 6)

Veränderungsbedarf formulierten die Interviewten hinsichtlich der zu hohen **Altersgrenze** ab 60 Jahren und bezüglich der aus ihrer Sicht zu geringen Anzahl von **persönlichen Kontakten**. Lediglich Ärzte/-innen, die nicht an der GermanIMPACT-Studie teilnahmen, äußerten sich skeptisch hinsichtlich der **Wirtschaftlichkeit** und der **Ausbildung** der Therapiebegleitung (Bireckoven et al. 2016, S. 9).

Die positive Einschätzung der IMPACT-Hausärzte/-innen deckte sich stark mit der Sicht aus der US-amerikanischen IMPACT-Studie. Levine et al. (2005) werteten 267 Fragebögen aus. 94 Prozent sagten: die „Depressionsmanager“ waren sehr hilfreich und 89 Prozent vertraten die Meinung, dass sie genau die richtige Menge an Behandlung boten. Daneben gaben weitere 85 Prozent an, durch den beratenden Psychiater, eigenes Vertrauen zu gewinnen, so dass sie sich daher zutrauen würden, mehr Depressionsdiagnosen zu stellen, um eine anschließende Behandlung zu initiieren. Am nützlichsten fanden sie zudem die Aufklärung und die proaktive Nachbetreuung der Patientinnen und Patienten (Levine et al. 2005, S. 385).

International schätzen Hausärzte/-innen das Konzept der kollaborativen Versorgung, wenn sie einmal daran teilnahmen, da es für sie **einfach umzusetzen** war und keine „Rocket-Science“ bedeutete (Chew-Graham et al. 2007, S. 368; Webster et al. 2016, S. 11). Unabhängig von der mit dem PHQ-9 gemessenen **Symptomentwicklung**, bewerteten sie die Intervention in GermanIMPACT (Bireckoven et al. 2016) aber auch in anderen Studien (Eghaneyan et al. 2014, S. 510; Jenkinson et al. 2014) als sehr gewinnbringend für ihre Patienten/-innen, deren depressiver Symptomatik und deren allgemeiner Lebensqualität.

STUDIENEINSCHLUSS

Das hohe Vertrauen, dass die Patientinnen und Patienten zu ihrer Hausärztin beziehungsweise zu ihrem Hausarzt beschrieben, war die Grundvoraussetzung für ihre Teilnahme an der Studie. Bei der Betrachtung der eingeschlossenen Patienten/-innen bestätigte sich ein Resultat von Arora und McHorney (2000). Insbesondere wenn in der **subjektiven Krankheitsperspektive** der Betroffenen wie bei den „aktiven Entlastungssuchenden“ kein hoher Leidensdruck vorhanden

war und die depressive Symptomatik während der Interviews in Frage gestellt wurde, waren die Patienten/-innen weniger bereit, sich aktiv an der Behandlung zu beteiligen und eigene Copingstrategien zu entwickeln und zeigten eine geringere Inanspruchnahmeintensität.

Dies machte sich vermutlich bereits während der **Rekrutierung** in GermanIMPACT bemerkbar. Von den 1.505 Patienten/-innen, die die Hausarztpraxen als potentielle Teilnehmende für die IMPACT-Studie identifizierten, konnten letztlich nur 248 eingeschlossen werden (Kapitel 2.5.1). Wie die Hausärzte/-innen es in den Interviews von Bireckoven et al. (2016, S. 6) beschrieben, lag es vor allem an Unterschieden zwischen der hausärztlichen Krankheitsperspektive und der Perspektive der Betroffenen. Die Patientinnen und Patienten, die sich vor allem auf somatische Krankheiten konzentrierten oder grundsätzlich einer psychologischen Gesprächstherapie negativ gegenüberstanden, waren auch nicht bereit, an der Studie teilzunehmen. Die interviewten Hausärztinnen und Hausärzte vermuteten wie in Kapitel 2.4.3 vor allem eine hohe **Stigmatisierung** als Begründung für die geringe Teilnahmebereitschaft:

„Aber die Patienten haben immer noch [...], eine Scheu davor, die Krankheit beim Namen zu nennen. Und deswegen sträuben die sich auch gegen eine, ich sage mal, offizielle Therapie der Depression.“ (Hausarzt IG6 in Bireckoven et al. 2016, S. 6)

Die Gründe für eine Nicht-Teilnahme aus der Sicht der Patienten/-innen konnten in der Hauptstudie leider nicht systematisch erfasst werden. Die Angaben in der Dokumentation beschränken sich auf fehlende Motivation und fehlende Krankheitseinsicht. Aus einer niederländische Studie zum Umgang mit depressiven Störungen im Alter ist bekannt, dass Patienten/-innen, die bei einer ähnlichen Untersuchung nicht mitmachten, manchmal auch vor kurzem einen nahen Angehörigen verloren hatten, keine alten Wunden aufreißen wollten, nicht über traurige private Angelegenheiten sprechen wollten oder nicht mehr so gut hören konnten, was sie letztlich an der telefonischen Teilnahme hinderte (Faber et al. 2016).

Wie Switzer et al. (2006, S. 1211) es beschrieben, ist es aber besonders für die Altersgruppe der über 65-jährigen schwierig, Hilfe anzunehmen, da sie oft der Meinung sind, dass man sich bei einer depressiven Episode selbst zu helfen hat. Simpson et al. (2008) hörten in einer weiteren ähnlichen Studie ebenfalls diese Begründung von ihren Patienten/-innen:

*„I think there is a stigma to it isn't there? You know People think oh you're just shirking Work or there is nothing wrong with you, just get on with it, that's life.“
(Patient 5 in Simpson et al. 2008, S. 98)*

Als weiteres Rekrutierungshindernis beschrieben sie, dass manche Patienten/-innen sich zurückhalten, weil sie selbst stark verunsichert waren und nicht wussten, was mit ihnen los sein könnte:

„[...] it's very difficult to explain to someone else when you don't 100% understand it yourself.“ (Patient 4 in Simpson et al. 2008, S. 98)

Dieses Bild zeigte sich ebenso in einer weiteren qualitativen Untersuchung in Hamburg, in der einige der zwölf über 75-jährigen depressiv Erkrankten betonten, dass andere Personen diese Erkrankung nicht nachvollziehen können und dass man sich selbst helfen muss. Gleichzeitig beschrieben diese Patienten/-innen auch, dass sie die Zeit der Hausärztin beziehungsweise des Hausarztes damit nicht verschwenden wollten, weshalb sie ihre Symptome eher für sich behielten (Stark et al. 2018).

Zusätzlich kann auf hausärztlicher Seite auch vermutet werden, dass einige potentielle Teilnehmer/-innen nicht angesprochen wurden, obwohl die Einschlusskriterien und keine Ausschlusskriterien erfüllt waren. Konsultationen mit depressiven älteren Personen sind besonders anspruchsvoll und Mason et al. (2007) beschreiben in einer qualitativen Analyse **drei Barrieren** in Bezug auf das Einschlussverhalten innerhalb eines großen RCTs zu psychischen Erkrankungen. Hausärzte/-innen schlossen Patienten/-innen im Vorfeld aus, wenn sie **ihre Beziehung für sehr sensibel** hielten und sie schützen wollten. Sie dachten, die Patienten/-innen wollten nicht über das Thema sprechen, sie hielten sie für emotional zu erschöpft und hatten Angst die Patienten/-innen damit zu überfordern. Gleichzeitig wollten sie auch nicht das Gefühl vermitteln, dass sie sie loswerden wollen oder dass sie ihnen das Angebot nur machen, weil gerade diese Studie läuft. Die zweite Barriere schloss sich an die erste an. Die Hausärzte/-innen beschrieben, dass sie aufgrund **mangelnder Erfahrung** nicht wussten, wie sie das Thema eröffnen sollten, dass sie sich für schlechte „Verkäufer“ hielten, dass sie nicht wussten, wie sie das Thema in einer maximal zehninütigen Konsultation abarbeiten könnten. Sie hatten das unguete Gefühl, entgegen ihrer eigentlichen „Dienstleisterrolle“, Patienten/-innen mit ihren persönlichen Wünschen zu konfrontieren. An dritter Stelle berichteten sie über eigene **Vorbehalte** gegenüber Studien im Allgemeinen und im konkreten Moment. Wenn potentielle Patienten/-innen vor ihnen saßen, dachten sie, die richtige Behandlung wäre doch etwas anderes und sie wollten ihren Patienten/-innen nicht die Zeit durch eine nicht notwendige Studie stehlen (Mason et al. 2007, S. 521).

Entgegengesetzt dazu, beschrieben die Patienten/-innen in einer Studie von Tallon et al. (2011) ihre **Motivation für eine Studienteilnahme** explizit in der Gelegenheit, mit ihrer Teilnahme anderen Menschen helfen zu können. 94 Prozent ihrer 252 antwortenden Studienteilnehmer berichteten übereinstimmend ihren Willen anderen depressiv Erkrankten zu helfen. 88 Prozent äußerten zudem generelles Interesse an dem Forschungsgebiet als Motivation. Ebenfalls entgegengesetzt zu den Vorbehalten der oben befragten Ärzte/-innen, äußerten 96 Prozent der Befragten, dass sich ihre Beziehung zu ihren Hausärzten/-innen durch die Studie verbessert hat.

Ebenso ist **Zeitmangel** ein Problem. Während der Rekrutierung berichteten Ärzte/-innen der Studie GermanIMPACT dem Autor wiederholt, dass es in Phasen mit hohem Patientenaufkommen zeitlich unmöglich war, die Patienten/-innen für eine noch nicht gestellte Depressionsdiagnose und zusätzlich auch noch für ein neues Unterstützungsangebot zu sensibilisieren. Patientinnen und Patienten würden das Thema wie in Kapitel 2.3 dargestellt, aber auch nicht von sich ansprechen. In der qualitativen Untersuchung von Bennett et al. (2013) traf es wie bei den QuallIMP-Patienten/-innen auch zu, dass manche nicht mit ihrer Hausärztin beziehungsweise mit ihrem Hausarzt über die depressive Symptomatik sprechen wollten, weil sie es **aus Zeitgründen als unangemessen** empfanden:

*„I couldn't sit and talk to Doctor H*****, I mean not that he would ever, ever give me the impression that he wanted me out and moving on. He's wonderful. But I didn't want to be wasting his time by rabbiting on about things (Patient 9 in Bennett et al. 2013)*

Teilweise berichteten die Interviewten in QuallIMP auch davon, dass sie die Ansprache des Hausarztes beziehungsweise der Hausärztin im Rahmen der Studie erst darauf aufmerksam machte, ihre Stimmung bewusst zu beachten und sie als Behandlungswürdig wahrzunehmen. Sehr eindrücklich beschrieb dies auch ein Patient aus einer qualitativen Untersuchung eines ähnlichen Versorgungsansatzes:

*„It crept up on me really, how I felt. I think it had been coming on for a long time and I didn't realise how bad I'd got until I filled that form in and I just ticked the boxes and posted it.“
(PT6 in Overend et al. 2015, S. 4)*

Die Hemmnisse der Hausärzte/-innen können daher mit Erfolgsfaktoren bei den Patienten/-innen gleichgesetzt werden.

Trotz der Vorbehalte schafften es die teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte in GermanIMPACT 248 Patienten/-innen von einer Teilnahme zu überzeugen, obwohl diese von **Stigmatisierungen**

belastet waren und zum Teil aus **Scham** nicht wollten, dass jemand anderes von der Therapiebegleitung erfahren könnte. Eine Patientin aus der qualitativen Untersuchung von Webster et al. (2016), die sich wie die meisten Teilnehmenden aus IMPACT nicht mit nahestehenden Personen austauschen konnte, beschrieb treffend:

„People don't understand it unless they've had it.“ (PX02 in Webster et al. 2016, S. 5)

Einige Patienten/-innen aus GermanIMPACT benutzten auch während des Interviews nicht das Wort Depression. Sie deklarierten es eher mit Trauer- oder Stressreaktionen sowie es auch Apesoa-Varano et al. (2010, S. 589) als typisch für ältere Erkrankte beschrieben. Nicht gezeigt hat sich bei den Teilnehmenden die Erfahrung aus der Studie von Nutting et al. (2007, S. 131) wonach Hausärzte/-innen nur Patienten/-innen mit besonders schwerwiegenden weiteren medizinischen oder sozialen Probleme an die Therapiebegleitung übermittelten, die ihren ebenfalls niedrigschwelligen Versorgungsansatz stark überforderten. Bevorzugt mitgemacht, haben aber durchaus Patienten/-innen, die bereits **therapeutische Vorerfahrungen** hatten. Rund die Hälfte davon berichtete, dass Sie schon einmal entsprechende Behandlungsansätze wahrgenommen hatten. Dies deckt sich auch mit der Erkenntnis, dass depressiv Erkrankte ältere Menschen ihre Behandlungsmethode aufgrund von Vorurteilen und vorherigen Erfahrungen auswählen würden (Gum et al. 2006, S. 18).

Dabei ist jedoch festzuhalten, dass GermanIMPACT das Problem hatte, dass zwischen Screening in der Hausarztpraxis und Einschluss in die Studie **kein weiteres Assessment** stattfand. Während die US-amerikanische IMPACT-Studie (Unützer et al. 2002) noch ein ausführliches klinisches Assessment für die Sicherstellung der Depressionsdiagnose sowie eine Klärung der Veränderungsmotivation vorsah, gab es in GermanIMPACT keinerlei Verifizierung des hausärztlichen Einschlusses. Von da an wurden alle Patienten/-innen nach dem „Intention-to-Treat-Prinzip“ bis zum Ende der Studie geführt (Kapitel 2.5.1). Patienten/-innen folgten dem hohen Vertrauen und dem Rat ihrer Hausärztin beziehungsweise ihres Hausarztes, wollten mit ihrer Teilnahme anderen Menschen helfen, aber sie waren nicht unbedingt selbstmotiviert genug, um sich für die Intervention zu interessieren. Dementsprechend waren unter den Studienteilnehmer/-innen von GermanIMPACT einige Personen, bei denen der PHQ-9 falsch positiv screente und Personen, die kein Anliegen an die Therapiebegleitung hatten. Sie verließen die Intervention meist vorzeitig (Bjerregaard et al. 2018, S. 5).

GermanIMPACT wurde von den teilnehmenden Hausärztinnen und Hausärzten für den **gelungenen Austausch** mit der Therapiebegleitung und der intensiveren Beziehung zu den Patienten/-innen gelobt (Bireckoven et al. 2016, S. 7). Im Kontrast dazu, fällt die Wahrnehmung der Interviewten in der vorliegenden Arbeit auf. 16 der 26 Teilnehmenden berichteten, dass **während der Intervention kein Austausch** mit ihrer Hausärztin beziehungsweise ihrem Hausarzt stattfand. Die meisten Befragten fanden dies nicht schlimm, aber ein Interviewter zeigte sich sehr frustriert über die **fehlende Kommunikation mit seiner Hausärztin** und vermutete, dass die Intervention wesentlich effektiver wäre, wenn ein Austausch stattgefunden hätte. Es lässt sich daher vermuten, dass sich an dieser Stelle ein blinder Fleck auf Seiten der Hausärztinnen und Hausärzten befindet, da sie zwar durch die Faxprotokolle mehr über die Patienten/-innen wussten, aber scheinbar keinen Grund sahen, mit ihnen darüber zu sprechen, wenn es keinen akuten Anlass gab.

Entscheidend für die Inanspruchnahme der Intervention war dennoch das **Vertrauen in die Hausärztin** oder den Hausarzt. Fast alle Patienten berichteten davon, dass ihre Grundmotivation und ihre initiale Entscheidung für IMPACT von den Ärztinnen und Ärzten sehr protegiert wurde. Die Teilnehmenden erhofften sich wie bei der qualitativen Untersuchung von Webster et al. (2016) vor allem eine „**neutrale**“ Person von der Intervention, mit der sie sich austauschen konnten. Dies deckt sich auch mit anderen Forschungsergebnissen die die Arzt-Patienten-Beziehung im Hinblick auf die Compliance untersucht haben:

„For some older patients, there is only a right decision and a wrong decision—weighing up and discussing different options represent a pattern of behavior with which these older patients seem to be unfamiliar.“ (Wrede-Sach et al. 2013)

6.1.5 Aspekte der Therapiebegleitung

ZUSAMMENARBEIT

Die von Bjerregaard et al. (2018, S. 6) interviewten Therapiebegleiterinnen von GermanIMPACT beschrieben wie die Patienten/-innen, dass sie die Zusammenarbeit mit den Hausärzten/-innen nicht als gelungene „Teamarbeit“ empfanden, da sie Gelegenheiten zum Austausch vermissten. Dennoch beschrieben die Therapiebegleiterinnen das sichere Gefühl, sich in dringenden Fällen immer direkt an die Hausärzte/-innen wenden zu können. In verschiedenen Untersuchungen wurde immer wieder die **verbesserungswürdige Kommunikation** zwischen Therapiebegleitung

und Hausarzt/Hausärztin als Barriere hervorgehoben (Roberge et al. 2016; Overbeck et al. 2016, S. 10).

Eine systematische Übersichtsarbeit von van den Broeck et al. (2016), die auch GermanIMPACT miteinschloss, bemängelte generell fehlende Leitlinien und **fehlende Praxis** im Hinblick auf die Zusammenarbeit bei psychischen Störungen zwischen Hausärzten/-innen und weiteren Professionen. Das Phänomen selbst ist daher kein Spezifikum. Immerhin stellten sie heraus, dass die kollaborativen Versorgungsansätze zumindest anfängliche Bemühungen erkennen lassen, eine Zusammenarbeit herzustellen, während in der Regelversorgung größtenteils keinerlei Austausch existiert. Therapiebegleiter/-innen würden sich jedoch sehr über einen regelhaften Austausch freuen und dafür beispielsweise gerne an Teamsitzungen in der Hausarztpraxis teilnehmen dürfen (Oishi et al. 2003, S. 84).

Gegenseitige ausführliche Information wurde dementsprechend auch in der qualitativen Evaluation eines kollaborativen Versorgungsansatzes von Webster et al. (2016, S. 8) als elementare Voraussetzung für das Gelingen und als größte Schwierigkeit, in Bezug auf den Zeitaufwand beschrieben. Es ist demnach ungewiss, ob kollaborative Versorgungsansätze tatsächlich die Arbeitsbelastung von Hausärzten/-innen senken könnten. Ebenso wäre es denkbar, dass der zusätzlich Austausch eine Gleich- oder Mehrbelastung darstellt und das die Patientinnen und Patienten, die durch ein IMPACT-ähnliches Programm erreicht werden würden, vielleicht vorher einfach gar keine spezifische Behandlung erhalten hätten (Laurant et al. 2005).

NIEDRIGSCHWELLIGKEIT

In jedem Fall konnte durch GermanIMPACT die fehlende Zeit in der Hausarztpraxis aufgefangen werden. Eine Therapiebegleiterin beschrieb ihr diesbezügliches Gefühl:

„Ich glaube, dass man Hausärzte entlastet, wirklich sehr entlastet, weil das, was den Patienten fehlt, ist das Gespräch.“ (TB in Bireckoven et al. 2016, S. 7)

Wie die Teilnehmenden von QualIMP berichteten, wollten sie den Hausärzten/-innen nicht zur Last fallen, weshalb es ihnen viel leichter fiel, sich bei der Therapiebegleiterin zu öffnen. Webster et al. (2016, S. 9) beschreiben es auf ähnliche Art und weisen darauf hin, dass die geringer qualifizierte Therapiebegleiterin dementsprechend auch für eine geringere Pathologisierung und Stigmatisierung stehen, in der sich die Patienten/-innen möglicherweise erstmals mitteilen können. Zu betonen ist daher der hohe Wert der **Niedrigschwelligkeit**. Eine Therapiebegleiterin

beschrieb hierzu in einer englischen Studie explizit, dass die Option Therapiebegleitung es den Patienten/-innen erst **ermöglichte**, „**Behandlungszeit**“ für sich in Anspruch zu nehmen:

“You’re a nurse, you’ll understand me. I don’t want to bother the doctor with this.’ I mean that’s their opening line” (Nurse 1 in Bennett et al. 2013)

Auf diese Weise gelang es der Therapiebegleitung, eine **vertrauensvolle Beziehung** mit den Patienten/-innen aufzubauen, damit der Unterstützungsprozess überhaupt beginnen konnte (Nutting et al. 2007, S. 131).

Die Patienten/-innen in GermanIMPACT berichteten mehrfach übereinstimmend, dass sie den Schritt in die spezialisierte Versorgung nicht gegangen wären, weil sie sich nicht für „plem plem“ hielten. Ihnen fiel es leichter, den Therapiebegleiterinnen ihre Lebensprobleme anzuvertrauen. Die Patienten/-innen beschrieben es wie bei England und Lester (2007, S. 206) als „non-threatening“. Im Gegensatz zu der hemmenden professionellen Atmosphäre beim Psychiater:

„She didn’t sit there and try and analyse me and use lots of big words. She just sat there and talked to me like a friend would. (Patient 29 in England und Lester 2007, S. 206)

In der gleichen Studie äußerten die Patienten/-innen zusätzlich, dass sie sich durch den hohen Autoritätscharakter eines Psychiaters nicht frei ausdrücken konnten und sich dadurch stigmatisiert, weil psychisch krank gefühlt hätten. Die Interviewten aus GermanIMPACT beschrieben diese Wahrnehmung weniger hart, aber drei Patienten/-innen mit entsprechenden Erfahrungen erzählten, dass es schwerer für sie war mit früheren Psychotherapeuten/-innen eine Beziehung aufzubauen. Sie hatten auch teilweise, das Gefühl, dass sie diese Gespräche eher belasten würden, als ihnen zu helfen. Hausärzte/-innen beschrieben in den Interviews von Webster et al. (2016, S. 6) ebenso, dass die Patienten/-innen viel eher dazu bereit wären, sich mit einer niedrigschwelligen Therapiebegleitung auszutauschen als eine Überweisung zum Psychiater wahrzunehmen.

Chew-Graham et al. (2007) die in Großbritannien zusätzlich zu einem IMPACT-ähnlichen RCT semi-strukturierte Interviews durchführten, berichteten in diesem Zusammenhang, dass ihre Patienten/-innen selbstverständlich mitmachten, wenn die Hausärzte/-innen es ihnen vorschlugen. Sie sahen darin aber auch den Grund, dass die Teilnehmenden teilweise ohne Erwartung an die Intervention herantraten und oft nicht über ihre depressive Erkrankung aufgeklärt waren. Dieses Bild zeigte sich auch bei manchen Interviewten in GermanIMPACT, die **ohne ei-**

gene Zieldefinition an der Therapiebegleitung teilnahmen. Insbesondere die „aktiven Entlastungssuchenden“ und die „passiven Entlastungssuchenden“, die sich durch eine sehr geringe Inanspruchnahmeintensität auszeichneten, wussten nicht genau, wie sie von der Intervention profitieren sollten.

In der Beziehungsarbeit konnte daher stellenweise das Phänomen einer „**Deprofessionalisierung**“ auftreten. England und Lester (2007, S. 210) nannten es so, wenn die Therapiebegleitung zu stark in die Freundschaftsrolle geriet. Insbesondere, wenn die „aktiven und die passiven Entlastungssuchenden“ davon erzählten, dass sie mit der Therapiebegleitung über „Gott und die Welt sprachen“ konnte es sein, dass der themenzentrierte Fokus des Gesprächs in den Hintergrund rückte. In Kapitel 3 des IMPACT-Manuals (Unützer et al. 2004, S. 39) ist festgehalten, dass beispielsweise das Erzählen „langer Lebensgeschichten“ der Beziehung dienen kann, aber dem Patienten maximal für den Moment Linderung verschafft. Zweifelsfrei war es daher teilweise schwierig für die Therapiebegleiterinnen eine Balance zwischen der Beziehungsarbeit und der Fokussierung auf die Interventionselemente zu finden.

UMSETZUNG UND WIRKSAMKEIT

Die Angehörigen der Typen „aktivierbare Entlastungssuchende“, „aktive Entspannungssuchende“ und „passive Problemlösungssuchende“ berichteten darüber, dass die Therapiebegleiterinnen es schafften sie zu motivieren. Ihnen gelang es mehrheitlich angenehme oder problemlösende Aktivitäten zu planen, umzusetzen und mittelfristig neue selbstermächtigende Bewältigungsstrategien (Kapitel 2.3) zu etablieren. Laut einer systematischen qualitativen Übersichtsarbeit über die kollaborative Versorgung von Depressionen und Angsterkrankungen von Overbeck et al. (2016, S. 11) ist die Fähigkeit, diese **Motivation** herzustellen, der **Hauptfaktor** für das Gelingen der Therapiebegleitung. Die Autoren beschrieben, als Voraussetzung für das Gelingen der Motivationsarbeit durch die Therapiebegleitung; Empathie, patientengerechte Sprache, die langsame behutsame Steigerung der Aktivitäten, die Herausarbeitung von Erfolgen sowie die Vermittlung der Grundhaltung, dass die Therapiebegleitung die nötige Zeit für die Anliegen der Patienten/-innen hat. Von diesen Merkmalen berichteten gleichklingend die Interviewten in QuallIMP, weshalb davon auszugehen ist, dass die Therapiebegleiterinnen, eben diese Fähigkeiten umsetzen konnten.

Alle Patientinnen und Patienten profitierten zudem vom Element der **psychischen Entlastung** und beschrieben ihre Beziehung zu den Therapiebegleiterinnen mit den Kernbestandteilen einer **therapeutischen Allianz** (Hentschel 2005). Hauptmoderator für gewünschte Veränderungsprozesse ist dabei die therapeutische Beziehung. Nach Rogers (2014) ist diese therapeutische Beziehung vor allem durch Zugewandtheit und Zwanglosigkeit gekennzeichnet. Sie ermöglicht den Patienten/-innen dadurch einen maximalen Ausdruck von Gefühlen, Einstellungen und Problemen. Die beratende Person muss dafür einen hohen Grad an Kongruenz, Authentizität, Empathie und einen gewissen Grad an Bedingungslosigkeit aufweisen (Rogers et al. 2014) und den Therapiebegleiterinnen scheint dies bei allen Teilnehmenden über das Telefon gelungen zu sein.

Auch die Therapiebegleiterinnen aus GermanIMPACT berichteten bei Bjerregaard et al. (2018, S. 7) geschlossen, dass sie die **Beziehungsaspekte als Hauptwirkfaktor** der Intervention betrachteten. Nur dadurch war es möglich, Teilnehmende für die Aktivierung zu motivieren. Hier zeigte sich, dass der umfassendere IMPACT-Beratungsansatz teilweise patientenorientierter wahrgenommen wurde, als der sich hauptsächlich auf das Symptom-Monitoring konzentrierende schlankere kollaborative Versorgungsansatz der PROMPT-Studie (Gensichen et al. 2012).

Die Patienten/-innen in GermanIMPACT betonten aber auch, dass die **Verfolgung der depressiven Symptome** ihnen Sicherheit und Halt gab, was sich überwiegend auch bei Gensichen et al. (2012, S. 117) sowie bei Chew-Graham et al. (2007, S. 368) zeigte. Hausärztinnen und Hausärzte die im Rahmen von GermanIMPACT interviewt wurden (Bireckoven et al. 2016, S. 7), beschrieben das Element der ihnen übermittelten Nachverfolgung ebenso als sehr gewinnbringend für ihre Anbindung zu den Patienten/-innen. Sie berichteten analog zu den Erfahrungen zur PROMPT-Intervention (Gensichen et al. 2011, S. 567), von einer besseren Symptomwahrnehmung, einer damit einhergehenden schnelleren Reaktionszeit und einer insgesamt **besseren Arzt-Patienten-Beziehung**. Diese Ergebnisse finden sich ebenso in den Befragungen der Hausärzten/-innen zur IMPACT Studie (Levine et al. 2005, S. 387) in den USA sowie zur CADET-Studie (Coupe et al. 2014, S. 6) in England.

Sehr gut wurde das **Medium Telefon** von allen Teilnehmenden des GermanIMPACT-Programms wahrgenommen. Die Interviewten und verschiedene Studien ähnlicher Versorgungsmodelle berichteten zum Teil von anfänglicher Skepsis in Bezug auf die Akzeptanz seitens der Patienten/-innen (Simpson et al. 2008, S. 99) und seitens psychiatrischer Fachkräfte (Richards et al.

2006, S. 299). Wie in QualIMP zeigte sich jedoch immer, dass eine vertrauensvolle Beziehung über das Telefon möglich war, dass es aufgrund nicht notwendiger/möglicher Mobilität als sehr praktisch sowie barrierearm empfunden wurde, und dass es den Patienten/-innen teilweise leichter fiel, schambehaftete Themen zu besprechen, wenn sie der beratenden Personen nicht direkt gegenüber saßen.

Als förderlich für den Aufbau einer Vertrauensbeziehung wurde von Patientenseite aber auch von den Therapiebegleiterinnen immer wieder die **Wichtigkeit initialer persönlicher Kontakte** herausgestellt, wie sie bei QualIMP meist in der gewohnten Atmosphäre der Praxis stattfanden:

„Ganz wichtig jedenfalls auf alle Fälle das Anamnesegespräch, dass man überhaupt mal so einen Eindruck kriegt von dem Patienten (TB Bjerregaard et al. 2018, S. 6)“

Auf diese Weise konnte das bereits bestehende Vertrauensverhältnis zwischen Patienten/-innen und Praxismitarbeiter/-innen in Form eines Vertrauensvorschlusses genutzt werden.

Sehr wenig genutzt in GermanIMPACT wurde das **Problemlösetraining in der Primärversorgung**. Wolf und Hopko (2008, S. 135) beschrieben, dass die Evidenzlage ähnlich gut ist, wie bei einer intensiveren Interpersonellen Therapie oder einer Kognitiven Verhaltenstherapie. Hölzel et al. (2017) sammelten zudem bereits vielfältige positive Erfahrungen für die Versorgung in Deutschland. Sie integrierten diese Methode in GermanIMPACT, da sie effektiv vor einem Rückfall schützen kann und dadurch einen wesentlichen Einfluss auf die Wirksamkeit von GermanIMPACT ausüben sollte. Unklar bleibt, warum das Problemlösetraining nur von sechs der interviewten Patienten/-innen erinnert wurde und warum nur zwei sie als nützlich beschrieben. Hinweise geben die Interviews mit den Therapiebegleiterinnen (Bjerregaard et al. 2018, S. 5). Die Therapiebegleiterinnen beschrieben diese Technik als sehr komplex und bis zuletzt fühlten sie sich unsicher in der Vermittlung des Problemlösetrainings. Sie ließen sich bei der Durchführung von den Patienten/-innen schnell aus dem Konzept bringen und vermieden es daher anfänglich, diese Methode anzubieten. Die Therapiebegleiterinnen beschrieben aber auch, dass die Patienten/-innen es teilweise ablehnten, sich noch intensiver mit ihren Problemen zu beschäftigen. Hier kann vermutet werden, dass die Intervention sich in diesem Moment für diese Patienten/-innen als zu hochschwellig darstellte. Sie bevorzugten eher eine beiläufige Beratung zu ihren Problemen und wollten keine ausgedehnte Technik erlernen.

Ebenso scheint es dem Rückfallvermeidungsplan ergangen zu sein. GermanIMPACT hatte eine Interventionsspanne von zwölf Monaten vorgesehen. Für einige Patienten/-innen kam das

Ende der Intervention dennoch sehr abrupt. Viele Patienten/-innen erinnerten sich dabei auch nicht an das Element des **Rückfallvermeidungsplans**. Vor dem Hintergrund, dass es sich nur bei einem Drittel der depressiven Erkrankungen (Kapitel 2.1.2) um einmalige Episoden handelt, kann es sein, dass die fehlende Erinnerung an die Rückfallvermeidungstechniken ein Hinweis auf eine mangelnde Gewichtung innerhalb der Durchführung ist und somit die Wirksamkeit der Intervention beeinträchtigt wurde.

Zwölf Teilnehmende dieser Studie äußerten in den Interviews ihren Wunsch nach mehr persönlichen Kontakten. Gegenüber den Therapiebegleiterinnen äußerten sie dieses Bedürfnis vermutlich nicht, weil sie nicht wussten, dass dies möglich gewesen wäre. Simpson et al. (2008, S. 99) beschreiben diese wahrgenommene „rigide **Inflexibilität**“ ebenso als **Hauptkritikpunkt** ihrer Studienteilnehmer/-innen. Der Wunsch nach mehr persönlichen Treffen ist häufig. Die Patienten/-innen in den Untersuchungen von England und Lester (2007, S. 206) sowie von Richards et al. (2006, S. 301) beschrieben ebenfalls, dass sie die persönlichen Treffen bevorzugten, unklar blieb aber, ob mehr persönliche Treffen einen Einfluss auf die Wirksamkeit gehabt hätten.

Über die Hälfte der Patienten/-innen nahmen zumindest zeitweise Medikamente gegen die depressive Symptomatik und beschrieben die therapiebegleitende Beratung zur Wirkungsweise, zum Umgang mit Nebenwirkungen und zu den teilweise eingebrachten Anregungen der Studienpsychiaterinnen, bezüglich eines Medikamentenwechsels, als sehr wichtig. Ein großer Teil der Patienten/-inne beschrieb auch, dass sie aufgrund des **Wunsches** ihre depressionsbezogenen **Medikamente abzusetzen**, an der Studie teilnahmen. Einige der Teilnehmenden beschrieben, dass sie während der Intervention die Medikamente absetzten und bis zum Zeitpunkt des Interviews auch nicht wieder damit anfangen. Die Teilnehmenden berichteten im Einklang mit Richards et al. (2006, S. 300), dass die Einnahme von Medikamenten vor allem durch zwei zentrale Stigmata beeinflusst wurde. Die Interviewten hatten Angst vor Abhängigkeit und sie befürchteten, dass sich durch Psychopharmaka ihr Charakter zusätzlich zur Depression verändern könnte.

6.2 Herausforderungen und Implikationen von GermanIMPACT

Die Aussagen der Teilnehmenden zeigten übereinstimmend mit anderen Studien, dass die Integration zusätzlicher Berufsgruppen in die Therapie einen sehr positiven Einfluss auf die subjektive Zufriedenheit der Patienten hat (Roberge et al. 2016). Alle Interviewten in QualIMP sind hoch zufrieden mit der Intervention. Behandlungszufriedenheit ist aber kein einwandfreier Indikator für Qualität. Die Interessen von Patienten/-innen müssen sich nicht mit den Kriterien von evidenzbasierter Medizin decken (Donner-Banzhoff und Bösner 2013, S. 65). Zwar bot die niedrigschwellige Intervention von GermanIMPACT einem großen Teil der Interviewten eine akzeptable Möglichkeit, ihre depressive Symptomatik zu bearbeiten. Die Herausbildung von zwei Typologien – einer, die die Inanspruchnahme der Intervention und einer, die die Entwicklung der depressiven Symptomatik beschreibt – zeigte jedoch: Die Intervention erzielt mit den eingeschlossenen Patienten/-innen und den eingesetzten Interventionsbestandteilen nicht den erhofften Effekt.

Die 17 Patientinnen und Patienten, die nicht im Sinne der Intervention profitierten, benötigen eine andere Intervention oder ein modifiziertes Programm. Eine ineffektive fehllozierte Versorgung der Depression im Alter kann sonst, die ohnehin schwach ausgeprägte Hoffnung und damit das Potential der Besserung weiter schmälern sowie das Risiko einer Chronifizierung erhöhen (Areán 2012, S. 136).

Auf der einen Seite, könnte die unzureichende Wirksamkeit aber auch an der Umsetzung und an strukturellen Barrieren liegen. Coventry et al. (2014) identifizierten in einer systematischen Übersichtsarbeit aus 74 randomisierten kontrollierten Studien kollaborativer Versorgungsansätze bei depressiven Erkrankungen Kerncharakteristika für eine effektive Umsetzung. GermanIMPACT erfüllte in ihrer Lesart nur eines von drei Kriterien. **Es verfügte über eine psychologische Intervention, aber es verfolgte keine systematische Patientenauswahl und es hatte keine Methodik für Patientinnen und Patienten, die unter chronischen psychischen oder physischen Komorbiditäten litten.** Beide Defizite wurden in den Symptomentwicklungstypen und in den Inanspruchnahmetypen deutlich. Patienten/innen, ohne eindeutige depressive Symptomatik und mit geringer Bewertung der Symptomlast, nahmen in der Regel nur wenige Interventionsbestandteile in Anspruch. Umso geringer die Inanspruchnahmeintensität, umso geringer war dann auch die Wahrscheinlichkeit, als „Benefiziar“ die Intervention zu verlassen.

Auf der anderen Seite waren **hoch belastete Personen**, mit einer langen Depressionsgeschichte, die zusätzlich psychische und/oder physische Komorbiditäten aufwiesen, meist nicht in der Lage von der IMPACT-Intervention zu profitieren. Teilweise erlaubten ihnen ihre körperlichen Einschränkungen nur sehr bedingt an der Aktivitätenplanung teilzunehmen und teilweise, hat ihre depressive Symptomatik bereits in einem hohen Ausmaß ihre Motivation und ihr Selbstwertgefühl bestimmt. All dies führte voraussichtlich dazu, dass sie die Intervention als „Nicht-Benefiziar“ verließen. Eine Supervisorin beschrieb im Interview mit Bjerregaard et al. (2018, S. 5) diesbezüglich:

*„Also es braucht erst mal einen vernünftigen Arzt, der weiß, was die Einschlussgruppe sein soll, und der auch eine vernünftige Diagnostik machen kann und entsprechend auch nur depressive Patienten mit einer mittelgradigen Episode einschließt“
(SV in Bjerregaard et al. 2018, S. 5).*

6.2.1 Anforderungen an die Interventionsanpassung

Für die nötige Anpassung der Intervention sind **zwei Strategien** möglich, um sich der Charakteristik einer effektiven kollaborativen Versorgung nach Coventry et al. (2014) anzunähern. Eine **gezielte selektive Patientenauswahl**, mit einem zusätzlichen Assessment durch die Therapiebegleitung sowie einer obligaten Zieldefinition könnte die Performance der bestehenden Intervention vermutlich stark erhöhen. Die zweite Strategie ist die **Erweiterung der Intervention** an die Bedürfnisse der Patienten/-innen.

Patienten/-innen mit einem nicht zu lang zurückliegenden Depressionsauslöser, ohne stark einschränkende Komorbiditäten, mit einer zumindest früher bestehenden Neigung zu Aktivitäten, mit einer verhältnismäßig guten sozialen Eingebundenheit, einem damit meist einhergehenden guten Selbstwertgefühl und einer zusätzlich hohen subjektiven Symptomlast würden der Symptomentwicklungstypologie zufolge, am meisten von der Therapiebegleitung im Sinne einer Reduktion des PHQ-9 profitieren. Auf der anderen Seite berichteten die Therapiebegleiterinnen, dass teilweise auch Patienten/-innen rekrutiert wurden, die keine depressive Symptomatik aufwiesen (Bjerregaard et al. 2018, S. 5) und daher kein Anliegen an die Intervention hatten.

REGELGELEITETE AUSWAHL DER PATIENTEN/-INNEN

Voraussetzung für den Beginn der Therapiebegleitung muss daher eine **ausführliche Diagnosestellung, eine Auftragsklärung und eine gemeinsame Zielfindung sein**. Van der Weele et al. (2012) konstatierten bei der Evaluation ihres RCT mit über 75-jährigen:

„Although the unsolicited treatment offer closely matched the perceived needs of people screening positive for depressive symptoms, only those who combined feelings of being depressed or lonely with positive expectations about the offered course accepted it. Treatment should perhaps be more individually tailored to the patient’s motivational stage towards change, a process in which general practitioners can play an important role.“
(van der Weele et al. 2012)

AUSBAU DER INTERVENTION

Die **zweite Strategie** wäre eine **Ausdehnung der Intervention**, die zukünftige Therapeuten/-innen zuerst in die Lage versetzt, mit früh aufgetretenen Depressionen adäquat umzugehen. „Early Onset Depressions“ (Kapitel 2.1.3) gehen auch bei den Patienten/-innen in IMPACT oft mit einer Neigung zu Grübelkreisläufen, negativen Verhaltensänderungen, einem schlechten Selbstwert und einer pessimistischen Grundeinstellung einher. Sie führen daher zu schlechteren Therapieaussichten. Angepasste Programme, die es schaffen, die psychische Belastung zu verringern, die Aktivität und die Lebensqualität zu erhöhen, um dadurch die Selbstmanagementfähigkeiten zu steigern, existieren bereits (Turner et al. 2015). Insbesondere **zusätzlich Gruppenangebote** werden als sehr förderlich beschrieben. Areán (2012, S. 143) beschrieb in einer Übersichtsarbeit, dass insbesondere Methoden der achtsamkeitsbasierten kognitiven Therapie, in der Gruppe effektiv für das Durchbrechen negativer Gedankenkreislauf sind. Gruppenangebote könnten nicht zuletzt auch die soziale Eingebundenheit fördern, für die oft von Einsamkeit geplagten „Nicht-Benefiziarer“. Eine Integration in die abgestufte Depressionsversorgung von GermanIMPACT sollte angestrebt werden.

Früh aufgetretenen Depressionen könnte auch mit Elementen der Biographiearbeit oder der **Lebensrückblickstherapie** effektiv begegnet werden. Hier sollen frühere Konflikte sowie bisherige Lebenswege strukturiert aufgearbeitet und bilanziert werden (Hüll und Bjerregaard 2015, S. 218). Gleichzeitig sollte auch das bereits in IMPACT enthaltende **Problemlösetraining in der Primärversorgung** stärker forciert werden. Die Therapiebegleiterinnen müssten dafür intensiver geschult und begleitet werden, damit sie nicht wie in GermanIMPACT geschehen, die Intervention aus Unsicherheit vermeiden (Bjerregaard et al. 2018, S. 8). Auch das Element der Verhaltensaktivierung sollte in seiner Anwendung auf eine optionale Intensivierung überprüft werden. Richards et al. (2016, S. 873) untersuchten ein Konzept, welches stärker die subjektiv behindernden Faktoren in den Fokus nahm und versuchte, Gegenstrategien zu entwickeln. Diese

Intervention wurde im persönlichen Kontakt durch sogenannte „Junior Mental Health Workers“ durchgeführt und zeigte sich im direkten Vergleich in gleicher Weise effektiv, wie eine kognitive Verhaltenstherapie, die von ausgebildeten Psychotherapeuten angeboten wurde.

Der nächste Schritt wäre die **Integration häufiger chronischer psychischer und/oder physischer Komorbiditäten**. Bereits im Anschluss an die IMPACT-Intervention in den USA sprachen sich über 80 Prozent der Hausärzte/-innen (Levine et al. 2005, S. 385) für eine Erweiterung der kollaborativen Versorgung im Hinblick auf chronische Erkrankungen wie Diabetes mellitus Typ 2 und Herzinsuffizienz aus. Tatsächlich konnte die ausschließlich depressionsbezogene IMPACT-Intervention in den USA bereits das Risiko für eine koronare Herzerkrankung senken (Stewart et al. 2014). „Nicht-Benefiziere“ in GermanIMPACT klagten jedoch am meisten über chronischen Schmerz aufgrund von Rückenproblemen sowie über Angsterkrankungen und machten diese für ihre Depressivität und ihre geringe Aktivität verantwortlich.

Singuläre kollaborative Versorgungsansätze für Angsterkrankungen stellten ihre Effektivität bereits in einer systematischen Übersichtsarbeit von Muntingh et al. (2016) heraus. Die kollaborative Versorgung von chronischen Schmerzen wurde ebenfalls (Dobscha et al. 2009; Kroenke et al. 2014) als effektiv evaluiert und sie hatte auch einen positiven Effekt auf die Depressivität der Patienten/-innen (Thielke et al. 2015). Ebenso existieren bereits seit längerem bewährte kollaborative Versorgungsansätze von chronischen Erkrankungen wie Diabetes mellitus Typ 2 und Hypertonie (Weingarten et al. 2002; Laurant et al. 2005).

All diese Einzelansätze widersprechen jedoch der ganzheitlichen Sichtweise von Allgemeinmedizinern/-innen. Sie denken nicht in Einzeldiagnosen und ebenso wenig möchten Sie ihre Patientinnen und Patienten mit verschiedenen kleinen „Paketen“ ausstatten (Roy-Byrne 2017, S. 234), die die Ätiologie (Kapitel 2.1.3) depressiver Erkrankungen und damit die Wechselwirkungen mit Komorbiditäten außer Acht lassen.

Die Integration mehrerer somatischer Komorbiditäten könnte zudem die **stigmatisierende Wirkung** einer depressionsinduzierten Behandlung **abbauen**. Ein Hausarzt bei Webster et al. (2016, S. 6) beschrieb sehr treffend:

*„I think it's much more acceptable when it's seen to be the nurse, or the diabetic nurse. **People like to hang hooks on names**, patients don't generally go round talking about their depression, but you do hear them going around all the time talking about their diabetes or their angina or whatever“ (GP05 in Webster et al. 2016, S. 6).*

Verschiedene Studien mit verbreiterten Angeboten liegen mittlerweile vor. von Korff et al. (2011) und Katon et al. (2010) beschrieben effektive Ansätze für die Versorgung depressiv Erkrankter mit Diabetes mellitus Typ 2, Hypertonie und Koronarer Herzerkrankung. Die Evaluation eines Depressionseinzelfallmanagements durch Pflegekräfte, die **in der Praxis angestellt** waren von Murphy et al. (2014) kam zu dem Schluss, dass selbst bei chronischen Komorbiditäten wie Diabetes mellitus Typ 2, COPD, Rheumatoide Arthritis oder Koronarer Herzkrankheit das kollaborative Versorgungsmodell ideal funktioniert. Coventry et al. (2015) und Webster et al. (2016) beschrieben ebenso ihre überwiegend positiven Erfahrungen eines kollaborativen Ansatzes, in dem Patienten/-innen mit chronischen, somatischen Krankheiten und mit der Komorbidität Depression von speziell weitergebildeten nicht-ärztlichen Praxisangestellten versorgt wurden. Die Patienten/-innen zeigten zusätzlich zur Verbesserung der depressiven Symptomatik, höhere Selbstmanagementfähigkeiten und eine behandlungsübergreifende größere Zufriedenheit. Nach diesem Prinzip evaluierten Zimmermann et al. (2016) einen Sozial- und Case Management Ansatz für Patienten/-innen mit Angst-, depressiven oder somatoformen Störungen. Weitergebildete Krankenpflegekräfte, die in ihrer Untersuchung zu festen Zeiten in der Hausarztpraxis ansprechbar waren, boten direkt vor Ort, vermittelten weiterführende Beratungsangebote oder spezialisierte therapeutische Angebote. Noch einen Schritt weiter geht derzeit die Projektgruppe Fischer et al. (2017), die in einem „Gesundheitskiosk“ in einem deprivierten Stadtteil in Hamburg, indikationsübergreifende Gesundheitsberatungen, Coachings und Gesundheitskurse durch Pflegekräfte anbieten will. Das Ziel ist die allgemeine Verbesserung der gesundheitlichen Chancengleichheit sowie die Stärkung der Selbstwirksamkeit.

Die Quintessenz kann daher nur in **einer generischen gestuften Intervention** liegen, die der Multimorbidität der Patienten/-innen gerecht wird und je nach Schweregrad einzelner Erkrankungen eine Gesamtmethodik anbieten kann. Ausgehend vom Bedarf der in dieser Arbeit Interviewten, würde dieses in einem ersten Schritt, ein integratives kollaboratives Versorgungsmodell für verschiedene Depressionsschweregrade, chronische Schmerzen, sowie Angsterkrankungen bedeuten. Zu beachten wäre hierbei, dass einige Patienten/-innen bereits das **Problemlösetraining in der Primärversorgung** ablehnten, weil sie sich nicht noch intensiver mit ihren Problemen beschäftigen wollten. Je komplexer die Intervention wird, desto weniger niedrigschwellig könnte die Intervention daher wahrgenommen werden. Auf einen generalistischen

abgestuften Interventionsumfang, der sich nah an den Wünschen der Patienten/-innen orientiert ist daher zu achten.

Kollaborative Depressionsversorgung durch eine nicht-ärztliche Therapiebegleitung hat ebenso auch **klare Grenzen**. Bereits lang bestehende Depressionen mit einer sehr hohen Symptomlast bleiben für das niedrigschwellige Setting eher ungeeignet. Chronifizierte schwere Depressionen bedürfen einer umfangreicheren therapeutischen Behandlung (Kapitel 2.4.2), damit die Patienten/-innen auch von einer Reduzierung der depressiven Symptomatik profitieren (Rossom et al. 2016). Gleichwohl könnte ein kollaborativer Versorgungsansatz ebenso regelmäßige psychotherapeutische oder **psychiatrische Konsultationen miteinschließen** und bei den oben beschriebenen Vorbehalten auf Patientenseite niedrigschwellig auf eine weiterführende Therapie hinwirken (van den Broeck et al. 2017, S. 5).

Die Therapiebegleitung würde somit sowohl die hausärztliche als auch die spezialisierte Versorgung effektiv unterstützen (Roberge et al. 2016, S. 11). Bao et al. (2016) beschrieben diese Form insbesondere als sehr effektiv für schwere beziehungsweise veränderungsresistente Depressionen. Teilnehmende mit schwerer Symptomatik und einer geringen Mobilität könnten darüber hinaus auch von einer telefongestützten Kurzform der kognitiven Verhaltenstherapie durch Psychotherapeuten/-innen profitieren, wie sie derzeit in der Schweiz untersucht wird (Watzke et al. 2017).

FLEXIBILISIERUNG DER INTERVENTION

Leichtere Fälle hingegen, die bereits zu Beginn der Intervention ein verhältnismäßig hohes Aktivitätsniveau aufweisen, könnten bereits sehr gut von einer angeleiteten Selbstmanagementförderung profitieren, die in einer kürzeren Interventionszeit mit weniger Kontakten durchgeführt wird (Houle et al. 2013, S. 276). Die oben skizzierten drei Verlaufstypen von Grypma et al. (2006, S. 103), bestätigen diese Annahme. Patienten/-innen der „Kurzzeitgruppe“ entsprachen eher einer spätaufretenden Depression und die Angehörigen der „Langzeitgruppe“ hatten bereits vorhergehende depressive Episoden und benötigten zu dem ein Mehr an Zeit, häufigere Kontakte. Zumindest bei dem Symptomentwicklungstyp „etwas Verbesserte“ sowie dem Typ „aktivierbare Entlastungssuchende“ kann vermutet werden, dass eine **ausgedehnte Interventionsphase** sich in einer stärkeren Symptomverbesserung niederschlagen könnte. Der systematische Review von Williams et al. (2007, S. 98) unterstreicht eindringlich,

die Wichtigkeit einer bis zu zwei Jahre andauernden **Kontinuitätsphase**, da diese maßgeblich für bessere Ergebnisse verantwortlich ist. Insbesondere Risikogruppen, wie schwer depressiv erkrankte Personen mit einer bereits sehr lang bestehenden oder wiederkehrenden depressiven Symptomatik, die von Einsamkeit betroffen sind und noch weitere Erkrankungen aufweisen, sollten engmaschig angeschaut werden. Ebenso sollten weniger schwere Fälle die Intervention frühzeitig beenden können, sobald eine Remission eingetreten ist. Sie würden dann wieder ausschließlich durch die Hausärztin beziehungsweise durch den Hausarzt beobachtet werden, die bei Bedarf die Therapiebegleitung reaktivieren kann (van den Broeck et al. 2017, S. 5). Eine Abkehr vom zwölfmonatigen Interventionszeitraum mit einer **Flexibilisierung des Programms** ist in jedem Fall unumgänglich. Sie sollte jedoch durch eine stärkere Beachtung der Rückfallprophylaxe erfolgen, da diese von den Interviewten in QuallIMP nur unzureichend erinnert wurde.

Flexibel sollte in jedem Fall auch der Ablauf der Gespräche bleiben. Eine **zu starke Strukturierung** wurde von den Patenen/-innen anderer Studien, schnell als störend und unnatürlich wahrgenommen (Gensichen et al. 2012; Bennett et al. 2013) Der Aufbau einer therapeutischen Beziehung wurde dadurch stark erschwert. Das IMPACT-Manual sah vor, die Telefonate straff zu strukturieren, damit die kurze Gesprächszeit möglichst effektiv genutzt werden kann. Jeder Kontakt sollte mit einer Gliederung und mit genauen Zeitvorgaben eingeleitet werden. Die Struktur sollte helfen, unnötige Abschweifungen und das Erzählen „langer Lebensgeschichten“ zu vermeiden (Unützer et al. 2004, S. 38). Die Interviewten in QuallIMP beschrieben jedoch das Berichten von Alltagsgeschichten als wesentliche Voraussetzung für die gute Beziehung, die während der Therapiebegleitung aufgebaut werden konnten. Eine grundsätzliche Lockerung dieser Manualvorgabe sollte daher geprüft werden.

In diesem Zuge sollte IMPACT die typenübergreifend beschriebene Kategorie „**psychische Entlastung**“ und die damit verbundenen **Potentiale von Reframing und kognitiver Umstrukturierung** stärker herausarbeiten. Die Interviewten empfanden das Angebot neuer Sichtweisen als sehr bereichernd für die Auflösung von Grübelkreisläufen und die retrospektive Betrachtung belastender Situationen. Auch in der Psychotherapie wird diese Methodik unter dem Schlagwort „Modifikation negativer Umstände“ (Alford und Beck 2007, S. 91) als elementarer Bestandteil angewandt. Daher sollte IMPACT dieses bislang implizit angebotene Instrument in seinem Manual theoretisch aufarbeiten und professionalisieren. Gerade bei Patienten/-innen mit einer

früh aufgetretenen Depression könnte dieses Element verhärtete Verhaltensmuster bearbeiten. Überdies wurde die Bearbeitung von Alltagsthemen in IMPACT als sehr nützlich und beziehungsstiftend eingeschätzt. Sie kann damit gleichzeitig als Methodik für die vertrauensvolle Beziehung verstanden werden (Roberge et al. 2016). Die Herstellung der Balance zwischen beziehungsförderlichen Gesprächen und dem Erhalt einer effektiven Gesprächsstruktur bleibt dabei eine professionelle Herausforderung.

INTENSIVIERUNG DER BEHANDLUNGSTRIADE

16 der interviewten Patienten/-innen berichteten davon, dass die Hausärztinnen und Hausärzte sie während der Interventionszeit nicht auf die Therapiebegleitung ansprachen und zwischen ihnen keinerlei Austausch dazu stattfand. Da die Patienten/-innen, dies als Wunsch äußerten, ist zu überlegen, wie ein **regelmäßiger Austausch** über die Therapiebegleitung aussehen könnte, ohne dass dieser, die intendierte Entlastung der hausärztlichen Arbeit konterkariert. Die **Kommunikation zwischen Therapiebegleitung und Hausarzt** stellte ein Hindernis in der effektiven Versorgung der Patientinnen und Patienten dar. Da die Zusammenarbeit neu und nur auf wenige Patienten/-innen beschränkt gewesen ist, müssten Gelegenheiten zum Austausch institutionalisiert werden und auch gemeinsame IT-Lösungen sind zu überlegen (Coupe et al. 2014).

In jedem Fall sollten zukünftige Versorgungsansätze regelmäßige Besprechungen zwischen den Therapiebegleiter/-innen, den Allgemeinmediziner/-innen, dem weiteren Praxispersonal sowie bei Bedarf auch mit der supervidierenden psychiatrischen Fachkraft vorsehen. Eine **starke Beziehung** und eine gute Kommunikationsstruktur und -kultur zwischen den einzelnen Akteuren des Versorgungsteams gilt seit Beginn der kollaborativen Versorgung als Hauptkriterium für das langfristige Funktionieren der Zusammenarbeit (Oishi et al. 2003, S. 84; Nutting et al. 2007, S. 131; Rubenstein et al. 2010, S. 109). Beispielsweise scheiterte die IMPACT-ähnliche Studie DIAMOND aufgrund mangelnder Informationen der beteiligten Allgemeinmediziner/-innen:

„I couldn't remember the letters or what they stood for. [. . .] It was a wonderful idea – and if I was more involved and understood it more, I would have paid more attention.“
(Solberg et al. 2001, S. 245)

Mehr Austausch zwischen den Professionellen und mehr persönliche Kontakte zwischen Patienten/-innen und Therapiebegleitung könnten laut einer systematischen Übersichtsarbeit zu Barrieren in der kollaborativen Versorgung von Overbeck et al. (2016, S. 110) am sichersten,

durch eine **Kolozierung der Therapiebegleitung** in der Praxis hergestellt werden. Auf der anderen Seite heben Knowles et al. (2015) im Abschluss ihrer qualitativen Evaluation eines kollaborativen Versorgungsansatz hervor, dass die Patienten/-innen gerade die räumliche Distanz und das damit verbundene Mehr an Neutralität schätzten, um über psychische Beeinträchtigungen zu sprechen. Eine klare Empfehlung ist daher nur schwer auszusprechen. Es ist allerdings wahrscheinlich, dass die Lokalisierung in der Praxis mehr Vor- als Nachteile mit sich bringen würde. Die bislang vorherrschende Niederlassungsstruktur mit in Einzel- und kleinen Gemeinschaftspraxen tätigen Hausärzten/-innen ermöglicht diese Lösung jedoch allenfalls langfristig.

STÄRKUNG DER INTERVENTIONSBESTANDTEILE

Diskutiert wird in der Versorgung der Depression auch immer der **Miteinbezug der Familie** und des sozialen Umfelds. Wenn diese Bereiche aktiver Teil der Therapieplanung sind, es gelingt, dass diese, die Betroffenen unterstützen und die oft defizitäre Krankheitssicht der Patienten/-innen „Normalisieren“ und „Kontextualisieren“ bessert sich auch die Symptomlast der Betroffenen (Whitehead et al. 2017). Auf der anderen Seite beschrieben die Interviewten in dieser Arbeit, übereinstimmend mit der Literatur (Webster et al. 2016), dass sie es besonders schätzten, mit einer **neutralen** Person zu sprechen. Sie waren überwiegend der Ansicht, dass es sehr schwierig für sie ist, mit der Familie und guten Bekannten über dieses Thema zu sprechen bzw., dass sie dies als unangemessen empfinden würden. Für IMPACT ist kritisch zu prüfen, wie eine Integration des sozialen Umfelds der Patientin beziehungsweise des Patienten gelingen kann, ohne dass den Patienten/-innen dieses Element genommen wird.

Schwerwiegende Konfliktsituationen innerhalb der Familie wie sie auch bei manchen der in QuellIMP Interviewten auftraten, könnten auch mit Elementen der **interpersonellen Therapie** (Hüll und Bjerregaard 2015, S. 219 und Kapitel 2.4.2) bearbeitet werden, die aufgrund ihrer Kompaktheit und Alltagsnähe gut in das IMPACT Programm integriert werden könnten.

Überhaupt sind vorhandene oder fehlende **Bewältigungsstrategien** ein Hauptindikator für die Symptomentwicklung während des IMPACT-Programms (Kapitel 5.2.4). Bei einer Ausweitung der Intervention könnte die Therapiebegleitung, punktuell Konzepte der Sozialen Arbeit integrieren. Sie hat es überwiegend mit Bewältigungsproblemen in kritischen Lebenskonstellationen zu tun (Böhnisch und Schröder 2013, S. 25) und ist ihrem Wesen nach versucht, niedrigschwellige Unterstützung zu leisten. Im methodischen Konzept „Lebensbewältigung“ geht es analog zu

den Bedürfnissen der „Nicht-Benefiziere“ um **Selbstwert, soziale Anerkennung, Selbstwirksamkeit** und der Hinführung zu Handlungsfähigkeit. Böhnisch und Schröer (2013, S. 128) beschreiben ein vierdimensionales Konzept, das versucht, eine altersgerechte Bewältigungsbalance zwischen Aktivität und Rückzug zu wahren. In der ersten Dimension wird versucht, die Altersbefindlichkeit vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Altersbilder (Kapitel 2.2.4) zum Ausdruck zu bringen. Damit einhergehend werden in der Dimension Anerkennung, Lebensfragen der Endlichkeit und der Gebrechlichkeit thematisiert, um die subjektive Wahrnehmung der eigenen Kompetenzen und der teilweise empfundenen Rollenlosigkeit des Alters zu begegnen. Die dritte Dimension beschäftigt sich mit dem Abbau von Abhängigkeiten und die Vierte versucht emanzipatorisch die subjektive (Wieder-)Aneignung des Lebensraums (Kapitel 2.2.1) zu ermöglichen. Im Vordergrund steht dabei fortwährend die Stärkung der Lebensbewältigungskompetenzen beziehungsweise der **Resilienzfaktoren**. Es kann vermutet werden, dass durch eine größere Unterstützung in der Entwicklung gefühlvoller Bindungen, beim Ausbau persönlicher Stärken und im Erleben positiver Emotionen wesentliche Risikofaktoren für eine Wiederkehr depressiver Episoden gemildert werden können (Dowrick 2009, 323 und Kapitel 2.1.3).

Chew-Graham et al. (2007, S. 368) konstatierten ebenfalls, dass die vorrangigen Themen depressiv erkrankter älterer Menschen, Einsamkeit und Isolation sind. Vor dem Hintergrund depressogener Faktoren (Kapitel 2.1.3) ist zu vermuten, dass eine höhere Intensität resilienzstärkender Methoden auch zu einer höheren Effektivität von GermanIMPACT führen kann. Therapiebegleiter/-innen sollten zukünftig dazu ermutigt werden, ein hohes Maß ihrer Aufmerksamkeit auf patientenstärkende Aktivitäten zu richten. Es muss jedoch immer beachtet werden, dass es hier eine schmale Balance zwischen Unterstützung und **entmachtender Infantilisierung** gibt (Richards et al. 2006, S. 301). Das bedeutet, dass die Eigenmotivation insbesondere bei den Typen „passive Entlastungssuchende“ immer erst hergestellt sein muss, bevor Aktivität abgefordert wird.

Für **die Forcierung von Copingstrategien** sind auch weitere niedrighschwellige Hilfen im Bereich von „**E-Mental-Health**“ zu diskutieren. Beispielsweise ist seit 2015 die kostenlose Smartphoneapplikation „Arya Companion“ erhältlich (Arya mHealth UG 2015). Sie erlaubt ähnlich zur Therapiebegleitung in IMPACT das Monitoring der depressiven Symptomatik sowie das Planen von Aktivitäten und deren Nachverfolgung. Der Wirksamkeitsnachweis dieser und ähnlicher Apps

steht bisher aus, aber die niedrigschwellige Erreichbarkeit steht außer Frage. Auf wissenschaftlicher Basis wird derzeit die Schlafregulationsapplikation; „Get.App“ evaluiert (Stiftung Deutsche Depressionshilfe 2016). Dabei wird auf studienübergreifende Erkenntnisse gesetzt, in denen Schlafentzug bei ca. 60 Prozent der Untersuchten mit einer verbesserten Stimmung assoziiert war (Benedetti und Colombo 2011).

BERÜCKSICHTIGUNG VON STIGMATISIERUNGEN IN DER HAUSARZTPRAXIS

Eine mit der oben skizzierten geleiteten Patientenauswahl einhergehende Herausforderung, ist die Einigung über die Diagnose Depression zwischen Arzt beziehungsweise Ärztin und Patient/-in. Ohne sie kann keine zielgerichtete Unterstützung beginnen (Stenkamp et al. 2016b, S. 878). Patienten/-innen und Ärzte/-innen beschrieben in diesem Zusammenhang die Somatisierung und vor allem die **Stigmatisierung** psychischer Erkrankungen als Barriere. Daraus resultiert bei älteren depressiv erkrankten Personen häufig die Auffassung, symptomatische Probleme selbstständig lösen zu müssen. Diesen sozialen Repräsentationen depressiver Erkrankungen (Kapitel 2.3) ist nur sehr schwer zu begegnen. Entsprechende Aufklärungskampagnen sind sehr aufwendig und wie die Hamburger Studie „psychnet“ zeigte, haben entsprechende Interventionen auf Bevölkerungsebene nur eine sehr eingeschränkte Wirkung (Mnich et al. 2016).

Da Stigmatisierungen jedoch entscheidend die Inanspruchnahme von Behandlungsleistungen beeinflussen (Schomerus et al. 2009), ist es umso wichtiger, die skizzierten Barrieren (Kapitel 2.4.3 und 6.1.4) in der Hausarztpraxis zu bearbeiten. Jenkinson et al. (2014) beschrieben in einer Analyse von Ausschlusskriterien, dass bis zu 33 Prozent der Patienten/-innen nicht in ihre IMPACT-ähnliche Studie eingeschlossen wurden, obwohl sie die Einschlusskriterien erfüllten und keine Ausschlusskriterien aufwiesen. Vermutlich sahen sich einige Hausärzte/-innen daran gehindert Patienten/-innen auf eine Studie zur Depressionsversorgung aufmerksam zu machen, weil sie befürchteten, dass sie nicht teilnehmen wollen würden, dass sie dies überfordern könnte, dass die Intervention doch nicht das richtige wäre oder weil sie nicht wussten, wie sie das Thema angehen sollten, ohne die Arzt-Patienten-Beziehung zu gefährden. Auch bei GermanIMPACT gab es die Tendenz, dass die Hausärzte/-innen es nur dann für sinnvoll erachteten, die Erkrankung zu thematisieren, wenn Sie der Meinung waren, dass der vor ihnen sitzende Patient oder die vor ihnen sitzende Patientin zugänglich für eine Unterstützung war (Bireckoven et al. 2016, S. 6).

Mason et al. (2007, S. 525) fordern die Ärzte/-innen dazu auf, diese wohlwollende paternalistische Vorsicht aufzugeben. Der hausärztliche Anspruch, eine **partizipative Entscheidungsfindung** anzubieten (DEGAM 2012, 11), kann nur darin bestehen, den Patienten/-innen alle Behandlungsoptionen anzubieten und ihnen die damit verbundene Entscheidung zuzutrauen. Andernfalls muss von "Pre-Shared-Decision-Making" (Raue et al. 2010, S. 1106) gesprochen werden. Jenkinson et al. (2014) schlugen vor, dass größere Studien, spezifische Schulungen anbieten sollten, in denen die Ansprache der Patienten/-innen geübt werden müsste.

Nur eine Patientin äußerte, dass sie anfangs den Verdacht hatte, ihre Ärztin wolle sie loswerden, da sie in der Sprechstunde des Öfteren Weinen musste. Die anderen Interviewten in QualiIMP fühlten sich durchweg sehr wertgeschätzt, als sie auf die Intervention aufmerksam gemacht wurden. Während der Therapiebegleitung könnten die Hausärzte/-innen dieses Gefühl noch verstärken, wenn sie wie oben skizziert, ihre Patienten/-innen aktiv zu der Intervention begleiten würden. Deckungsgleich mit der Untersuchung von Tallon et al. (2011) zeigte sich in QualiIMP, dass die Teilnehmenden sich freuten an einer Studie teilzunehmen, da sie damit das altruistische Gefühl verbanden, anderen zu helfen.

Das Gefühl anderen helfen zu können, kann sich zudem direkt auf das Selbstwertgefühl der Helfenden auswirken. Das sogenannte „**Helper's High**“ (Post 2009, S. 21) könnte zukünftig bereits als ein Bestandteil und als ein Erfolgsfaktor für die Intervention gesehen werden, den die Hausärzte/-innen in ihren Gesprächen direkt nutzen könnten. Darüber hinaus könnte die Therapiebegleitung auch gezielt für einsame Patienten/-innen mit einem niedrigen Selbstwertgefühl, eine ehrenamtliche Mitarbeit in gemeinnützigen Institutionen anregen.

MITEINBEZUG ERGÄNZENDER UNTERSTÜTZUNGSEINRICHTUNGEN

Besonders geschätzt wurde von allen Beteiligten, dass sie auf die zusätzliche Unterstützung nicht viele Monate warten mussten, wie auf einen Termin beim Psychotherapeuten beziehungsweise Psychiater. Bei England und Lester (2007, S. 206) beschrieben die Patienten/-innen diesen **unmittelbaren Zugang** als „Sicherheitsnetz“, so dass sie nicht im System „verloren“ gehen konnten. Dieser Zugang sollte auch auf weitere Hilfseinrichtungen übertragen werden. Für viele Patienten/-innen sind die Hürden und das Informationsdefizit gerade während einer depressiven Episode zu hoch, um sich selbstständig zurechtzufinden. **Soziale Probleme**, die eine Auswirkung auf die Symptomentwicklung haben, spielten auch bei IMPACT eine belastende

Rolle. Finanzielle Schwierigkeiten, der drohende Verlust der Wohnung, Einsamkeit und Angst vor der Pflegebedürftigkeit waren in diesem Bereich vorrangige Themen. Hier müssen zukünftige Therapiebegleiter/-innen nicht für alle Bereiche Lösungen parat haben, aber sie sollten eine umfassende **Verweisungsfunktion** wahrnehmen und entsprechende Hilfen vermitteln können. Ältere Menschen in einer depressiven Episode können die Vielfalt des psychosozialen Versorgungsnetzes nicht durchblicken (England und Lester 2007, S. 206). Daher sollte ein Anspruch an GermanIMPACT sein, die Therapiebegleitung entsprechend auf das lokale Hilfs- und Versorgungssystem aus medizinischen Leistungen und Angeboten der freien Wohlfahrtspflege zu schulen, damit diese bedarfsgerechte Unterstützung vermitteln und wie Ell et al. (2010, S. 529) es formulierten, auch die **Patientennavigation** im sozialen Versorgungssystem übernehmen können. Hausärztinnen und Hausärzte wünschen sich indikationsübergreifend Unterstützung bei diesen Aufgaben (Zimmermann et al. 2018).

Niedrigschwellige Versorgungsansätze wie GermanIMPACT könnten im Gegensatz zur Psychotherapie ein **kurzfristig, niedrigschwellig erreichbares Unterstützungsangebot** sein, das zudem auch von Betroffenen eher in Betracht gezogen werden würde, als eine spezialisierte psychotherapeutische oder psychiatrische Therapie. Levine et al. (2005, S. 387) beschreiben im Ergebnis ihrer Interviewstudie, dass IMPACT eine klare Alternative zur Sekundärversorgung darstellt und zudem eine Lücke füllt für Patienten/-innen die nicht unbedingt medizinische, sondern soziale Unterstützung benötigen. Darüber hinaus ist zu erwarten, dass eine Implementierung niedrigschwelliger kollaborativer Versorgungsansätze in das Regelversorgungssystem und die damit einhergehende Nutzung mittelfristig zu einer breiten Akzeptanz bei älteren depressiv erkrankten Menschen führen würde. Insbesondere Personen über 75 Jahre benötigen verstärkt Unterstützung bei der Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten bei depressiven Erkrankungen (Stark et al. 2018).

6.2.2 Ausblick und mögliche Schritte zur Implementierung

Für eine Implementierung kollaborativer Versorgung in die Regelversorgung ist es unablässig, eine generische Variante der kollaborativen Versorgung für multimorbide Patientengruppen zu entwickeln. Ausgehend von den Interviewten der GermanIMPACT-Studie wären **Angsterkrankungen, Depressionen und chronische Schmerzen** das erste Bündel an Krankheiten, das zusammengefasst werden könnte. Aber auch die Integration weiterer schwerer somatischer Beeinträchtigungen sowie die Berücksichtigung von Abhängigkeitserkrankungen sind naheliegend. Aus allgemeinmedizinischer Perspektive und aus Sicht der „Cochrane Library“ (Coulter et al. 2015) empfiehlt sich ein Ansatz, der bei mehreren gesundheitlichen Problemen, schweregradabhängig, eine direkte individuelle niedrighschwellige Versorgung anbieten oder eine Überleitung in das spezialisierte Versorgungssystem herstellen könnte (Roy-Byrne 2017, S. 234).

Die Umsetzung eines solchen kollaborativen Versorgungsansatzes über den Status einer Studie hinweg erfordert umfangreiche strukturellen Anpassungen und einen Bewusstseinswandel bei Allgemeinmediziner/-innen, Patienten/-innen, Spezialisten/-innen und der Gesundheitspolitik. Aakhus et al. (2015) priorisierten in einer umfangreichen systematischen Übersichtsarbeit sechs Empfehlungen für die zukünftige Versorgung depressiver älterer Patientinnen und Patienten in der Primärversorgung und operationalisierten diese äußerst kleinteilig in sechs Fokusgruppen. Entwickelt wurde ein umfangreicher Versorgungsansatz, der präventive und therapeutische Ansätze verfolgt. Dabei zeigt sich, welche Rolle kollaborative Versorgungsansätze zukünftig einnehmen könnten. Die gröberen Themenbereiche wie sie in Tabelle 21 dargestellt sind, illustrieren die zentrale Stellung, die kollaborative Versorgungsansätze wie GermanIMPACT, zukünftig einnehmen könnten:

Tabelle 21: Empfehlungen für die Versorgung depressiv erkrankter älterer Menschen (Aakhus et al. 2015, S. 2)

<p>1. Sozialer Kontakt</p> <p>Allgemeinmediziner/-innen und andere Gesundheitsfachberufe sollten die sozialen Beziehungen älterer Menschen in den Blick nehmen und Empfehlungen für die Verstärkung bestehender Kontakte oder den Aufbau neuer Kontakte formulieren.</p> <p>2. Kollaborativer Versorgungsplan</p> <p>Auf Gemeindeebene muss ein Plan für die kollaborative Versorgung der Patienten/-innen mit mittelgradigen bis schweren Depressionen erstellt werden. Dieser soll die Verantwortlichkeiten und die Kommunikationsstruktur zwischen Allgemeinmediziner/-innen, „Depression Case Manager“, Psychotherapeuten/-innen, Psychiatern/-innen und Patienten/-innen beschreiben. Insbesondere soll er die Nachverfolgung der Patienten/-innen durch einen „Depression Case Manager“ sowie Routinen für die Überweisung zu Spezialisten beinhalten.</p> <p>3. „Depression Case Manager“</p> <p>Allgemeinmediziner/-innen sollten allen Patienten/-innen mit mittelgradiger bis schwerer Depression regelmäßige Kontakte mit einem „Depression Case Manager“ anbieten.</p> <p>4. Beratung</p> <p>Allgemeinmediziner/-innen und andere Gesundheitsfachberufe sollten Betroffenen Selbsthilfeprogramme und strukturierte Bewegungsprogramme (bestenfalls in der Gruppe) anbieten, sowie gesunde Schlafgewohnheiten und Bewältigungsstrategien für Angst und Depression empfehlen.</p> <p>5. Mittelgradige Depression</p> <p>Allgemeinmediziner/-innen sollten keine Antidepressiva an Patienten/-innen mit mittelgradiger Depression verschreiben.</p> <p>6. Schwere, rezidivierende und chronische Depressionen sowie Dysthymie</p> <p>Allgemeinmediziner/-innen sollten diesen Patienten/-innen immer eine Kombination aus Psychotherapie und Antidepressiva empfehlen.</p> <p style="text-align: right;"><i>Darstellung in Anlehnung an Aakhus et al. (2015, S. 2)</i></p>

Für die Umsetzung dieser Struktur geben sie in ihrem Aufsatz viele weitere konkrete Implikationen, die als **Blaupause** für die Implementierung „Maßgeschneiderter Interventionen“ genutzt werden könnten, aber hier nicht weiter ausgeführt werden sollen.

Konzeptionell entspräche dieser Ansatz den globalen Empfehlungen der Welthausärztevereinigung (WONCA) und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) für die notwendige umfassende Integration der psychischen Gesundheit in die Primärversorgung (WHO und WONCA 2008). Sie beschrieben die abgestufte koordinierte Versorgung von Personen mit psychischen Erkrankungen auf den Ebenen der Selbsthilfe, der informellen gemeindeorientierten Hilfe, der integrierten primären psychischen Gesundheitsversorgung in Form der Allgemeinmedizin sowie weiterführender Beratungsangebote und spezialisierter Hilfen. Auch hier sollen durch den Einsatz des „Mental Health Service Coordinator“ (WHO und WONCA 2008, S. 42), Betroffene die optimale

Unterstützungsintensität erhalten. Wie in Abbildung 27 dargestellt, versprechen sich WHO und WONCA durch die gezielte Allokation der Hilfsangebote nicht nur eine verbesserte Wiederherstellung der psychischen Gesundheit der Betroffenen, sondern auch die Einsparung immenser Kosten, die durch bisherige Fehlsteuerungen entstehen (WHO und WONCA 2008, S. 3).

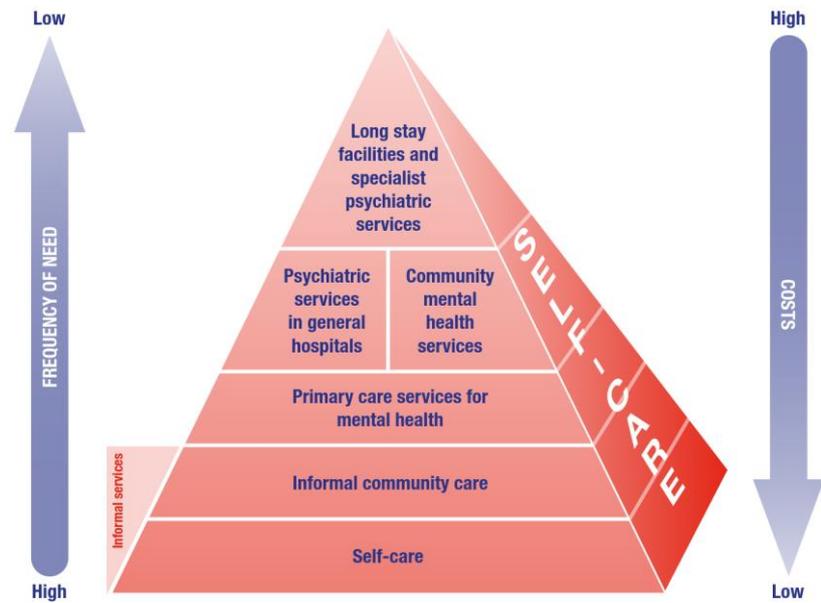


Abbildung 27: WHO-Service-Organisationspyramide für eine optimale Mischung von Dienstleistungen für die psychische Gesundheit (WHO und WONCA 2008, S. 16)

Es scheint außer Frage zu stehen:

“Collaborative care programs are here to stay, part of the inexorable push to better ‘integrate’ mental health and medical care.” (Roy-Byrne 2017, S. 234)

Doch auch wenn in den USA und in Großbritannien kollaborative Versorgungsmodelle zum Alltag gehören, steht die Antwort in Deutschland aus, wie eine Implementierung in die Regelversorgung gelingen kann. Ausgehend vom „Phasenmodell zur Implementierung und Evaluation komplexer Interventionen“, das von Donner-Banzhoff und Bösner (2013, S. 22) beschrieben wurde, sind die zwei prüfenden Phasen der Entwicklung und Erprobung „komplexer Interventionen“ abgeschlossen. GermanIMPACT wurde in einer clusterrandomisierten kontrollierten Studie evaluiert, ein erweitertes Verständnis der Zielgruppe wurde durch die vorliegende Arbeit sowie durch die Studien von Bireckoven et al. (2016) und Bjerregaard et al. (2018) hergestellt. Die grundsätzliche Akzeptanz der Intervention ist sowohl bei Patienten/-innen, als auch bei Allgemeinmedizinerinnen/innen und Therapiebegleitern/-innen gegeben. Barrieren wurden identifiziert und Vorschläge für die Anpassung der Intervention formuliert. Im nächsten Schritt muss die Intervention optimiert und erneut in einer verbreiteten Implementierung von IMPACT eingearbeitet werden. Diese muss sich dann in Phase III erneut bewähren, um in Phase IV einer Langzeit-Implementierung entgegenzusehen.

Fraglich bleibt, ob der PHQ-9 das richtige **Messinstrument** ist, um den Erfolg der Intervention abzuschätzen. Hausärzte/-innen, die an der GermanIMPACT-Studie teilnahmen, berichteten unabhängig vom gemessenen Wert der Depression von einer wahrgenommenen Verbesserung der Lebensqualität. Bei den interviewten Patientinnen und Patienten gab es innerhalb jeden Inanspruchnahmetyps „Nicht-Benefiziere“, die durch die IMPACT-Intervention, ihre Aktivität steigern, ihre Probleme bearbeiten, ihre festgefahrenen Sichtweisen hinterfragen oder sich zumindest psychisch entlasten konnten. Insbesondere fünf „Nicht-Benefiziere“ der Gruppe „aktivierbare Entlastungssuchende“ berichteten davon, dass sie ihre Aktivität steigern konnten und wieder angenehme Tätigkeiten aufgenommen haben, die sie lange vernachlässigten. Bereits Unützer et al. (2002, S. 2843) gaben im Fazit der US-amerikanischen IMPACT-Studie zu bedenken, ob die Freiheit von Symptomen wie beispielsweise Müdigkeit oder Energielosigkeit ein **realistisches Ziel** für Menschen mit mehreren chronischen Krankheiten sein kein. Bei den sekundären Zielgrößen war die geringe Verbesserung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität (EQ-5D) um 0,09 Punkte in der Interventionsgruppe (Kapitel 2.5.1) scheinbar ebenso kein geeigneter Veränderungsindikator. Auf die weiteren sekundären Zielgrößen; depressionsbezogenes Verhalten, die Problemlösefähigkeiten sowie die Stärkung der Resilienz hatte IMPACT keinerlei nachweisbaren Einfluss, möglicherweise, weil die Studie nicht dafür konzipiert wurde.

Andere Studien (von Korff et al. 2011; Zimmermann et al. 2016), die bereits generische Interventionen einsetzten, nutzten als primäre Zielgrößen die „General Self-Efficacy-Scale“ oder auch das „World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0“ (von Korff et al. 2011; Üstün et al. 2010), doch auch damit gelang es nur begrenzt die Wirksamkeit der Ansätze zu belegen. Ein verbreiteter kollaborativer Versorgungsansatz mit einer höheren Bandbreite an Erkrankungen und einer größeren Varianz muss dementsprechend mit anderen Zielgrößen arbeiten, die die Komplexität der Intervention und der subjektiven Krankheitsperspektive besser abbilden können. Eine kommende Studie sollte zudem einen **breiteren Mixed-Methods-Ansatz** verfolgen, der längsschnittliche qualitative Untersuchungen vorsieht. Dadurch wäre es möglich, qualitative Aussagen über eine tatsächliche Änderung der subjektiven Krankheitstheorien der Interventionsteilnehmer/-innen zu treffen.

Es zeigte sich in der Literaturrecherche dieser Arbeit, dass keine identifizierte Therapieverlaufsstudie verhaltensbezogene Aspekte zusammen mit der Symptomentwicklung auswertete. QualIMP konnte in der Kombination beider Perspektiven zeigen, dass die subjektive und die

objektivierte Nützlichkeit der Intervention durchaus voneinander entkoppelt sein können. Es sollten Ziele, unabhängig von der Entwicklung der depressiven Symptomatik erhoben werden, da diese, die entscheidende subjektive Wirksamkeitsperspektive mutmaßlich nicht vollumfänglich abbilden. Kommende Implementierungsstudien sollten aus Sicht des Autors zwingend, verhaltensbezogene Faktoren der Inanspruchnahme auch quantitativ erheben und kombiniert auswerten. Es sollte versucht werden, die tatsächliche Umsetzung einzelner Interventionsbestandteile zu beschreiben und in Verbindung mit dem primären Endpunkt zu setzen. Bisherige komplexe Interventionen werden zu häufig als „Black Box“ ausgewertet, ohne dass eine spezifizierte Auswertung der einzelnen Interventionsbestandteile möglich ist.

6.3 Stärken und Limitationen der Untersuchung

Dies ist die erste qualitative Untersuchung eines kollaborativen Versorgungsmodells bei Depressionen, in der der quantitativ gemessene Symptomverlauf mit der subjektiven Inanspruchnahme der Intervention zusammen mit der subjektiven Krankheitsperspektive exploriert wurde. Die Fragestellungen aus Kapitel 3 konnten damit vollumfänglich beantwortet werden. Wesentliche Barrieren in der Umsetzung von IMPACT wurden offengelegt und Implikationen für die Anpassung formuliert. Gemessen am Ziel guter Versorgungsforschung von Neugebauer et al. (2008, S. 82) kann diese Arbeit einen wertvollen Beitrag zur Weiterentwicklung der primärärztlichen Versorgung psychischer Erkrankungen leisten:

„Das globale Ziel der Versorgungsforschung ist es, einen wissenschaftlich fundierten Beitrag zur Optimierung des Gesundheitssystems zu leisten und grundlegendes als auch anwendungsnahe Wissen über die Praxis der Kranken- und Gesundheitsversorgung zu Tage fördern.“ (Neugebauer et al. 2008, S. 82)

In diesem Kapitel werden weitere Stärken und verschiedene Limitationen dieser Studie beleuchtet. Ausgangspunkt der Überlegungen sind zentrale Bewertungskriterien qualitativer Forschungsarbeiten, die immer die Reflexion des methodischen Vorgehens betrachten. Zentral sind dabei die intersubjektive Nachvollziehbarkeit und die Verallgemeinerbarkeit der Ergebnisse. Zusätzlich werden spezifische Gütekriterien geprüft, die an qualitative Typologien gestellt werden.

6.3.1 Reflexion des methodischen Vorgehens

Die ausgewählten Methodenbausteine der Typenbildung entsprechen dem etablierten Verfahren in der qualitativen psychologischen Therapieforschung (Kuckartz 2010a, S. 563). Das methodische Vorgehen sowie die Dokumentation des Forschungsprozesses orientiert sich darüberhinaus sehr stark an den Gütekriterien qualitativer Forschung in der Darstellung von Kuckartz (2014b, S. 165) und Flick (2010, 487). Die international anerkannten Checklisten „COREQ“ von Tong et al. (2007) und „SRQR“ von O'Brien et al. (2014) zur Sicherstellung interner Studiengüte im Hinblick auf die Genauigkeit der Dokumentation und der Umsetzung der Methodik dienen als Leitfaden für die Studiendurchführung, wie sie in Kapitel 4 dargestellt ist. Ergänzend werden im Folgenden weitere Gütekriterien der vorliegenden Arbeit evaluiert, die auch die externe Studiengüte belegen sollen.

EXTERNE STUDIENGÜTE, INTERSUBJEKTIVITÄT, OBJEKTIVITÄT

Wie in Kapitel 4.4.4 dargestellt, versuchte der Autor durch die forschungsethische Reflexion des eigenen Vorwissens, sowie durch geringe Vorabinformationen über die Untersuchungsteilnehmenden, eine möglichst große **Offenheit** gegenüber den Interviewten herzustellen. Die Studie gibt daher einen lebhaften Einblick in die hoch subjektive Erlebniswelt der teilnehmenden Patientinnen und Patienten. Diese Wiedergabe der individuellen Perspektiven ist unvermeidlich durch die interpretative Sichtweise des Autors beeinflusst. Dieser Bereich zwischen Fremdheit und Vertrautheit, zwischen Gesagtem und Gehörtem beschreibt Kuckartz (2014a, S. 32) auch als „**Hermeneutische Differenz**“. Um diese Differenz gering zu halten und um die **intersubjektive Nachvollziehbarkeit** beziehungsweise die **Objektivität bei der Auswertung** zu gewährleisten, sollten qualitative Studien eigentlich immer von mehreren Personen durchgeführt und ausgewertet werden (Kuckartz 2014b, S. 168). Leider war dies in der vorliegenden Monografie nicht möglich, da dieses Dissertationsprojekt (wie die allermeisten anderen auch) nur mit der Person des Autors ausgestattet war. Insbesondere das Verfahren des Problemzentrierten Interviews (Kapitel 4.1) erforderte es zudem, dass der Interviewer aktiver Teil des Interviews wurde, und durch situationsabhängige subjektive Nachfragen, den Erzählfluss förderte und im Sinne des „hermeneutischen Zirkels“ vertiefen konnte. Die Ergebnisse dieser Arbeit sind dementsprechend nicht unabhängig von der konkreten Person des Autors zu betrachten. Der Anspruch von Standardisierung zugunsten der Reliabilität, also der **Reproduzierbarkeit** von Forschungsarbeiten wie er in quantitativen Studien vorherrscht, ist jedoch auch nicht Prämisse

qualitativer Forschung. Die identische Reproduktion eines Interviews, wäre eher ein Hinweis auf „zurechtgelegte“ Ergebnisse (Flick 2010, S. 397) als auf die Verlässlichkeit der Methodik.

Für die Sicherstellung der **intersubjektiven Nachvollziehbarkeit** wurde auf die ausführliche reflexive Dokumentation (Flick 2010, S. 398) während der Planung, Erhebung und Auswertung sowie auf das sogenannte „Peer Debriefing“ also den regelmäßigen Kontakt mit kompetenten Personen außerhalb des Forschungsprozesses zurückgegriffen (Kuckartz 2014b, S. 119). In der **Arbeitsgruppe Qualitative Methoden** im Institut für Allgemeinmedizin wurden unter der Leitung von Frau Dr. Nadine Pohontsch und weiteren methodisch versierten Forschern/-innen Teile der Arbeit besprochen. Am 15.10.2014 stellte der Autor in diesem Rahmen den Interviewleitfaden und das methodische Vorgehen zur Diskussion und integrierte die Hinweise in den Studienablauf. Am 26.05.2016 wurden das Kategoriensystem sowie eine erste Typologie diskutiert und punktuell weiterentwickelt. Die Ergebnisse wurden am 27.01.2017 mit Prof. Dr. Martin Scherer, Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck und Prof. Dr. Harald Ansen im Rahmen eines **Thesis-Komitee-Treffens** vorgestellt und im Anschluss, grundlegend überarbeitet. Am 24.04.2017 wurden die überarbeiteten Ergebnisse erneut in der Arbeitsgruppe Qualitative Methoden besprochen und punktuell korrigiert. Begleitend dazu wurde der jeweilige Bearbeitungsstand der vorliegenden Studie einmal monatlich im **PHD-Kolloquium** unter Leitung von Dr. Thomas Zimmermann besprochen und durch Anregungen der Teilnehmenden beständig weiterentwickelt. Regelmäßige Besprechungen mit den Therapiebegleiterinnen aus GermanIMPACT während des Auswertungsprozesses validierten zusätzlich die Interpretationen des Autors. Darüber hinaus wurde die Studie QuallMP auf dem wissenschaftlichen Jahreskongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin am 23.09.2017 präsentiert und mit dem Fachpublikum diskutiert. Die Methodik, die Ergebnisse und die interpretative Diskussion haben sich dementsprechend für Außenstehende als intersubjektiv nachvollziehbar erwiesen und es ist nicht davon auszugehen, dass es sich um rein subjektive Auffassungen des Autors handelt. Siebert (2004, S. 98) gibt in diesem Zusammenhang zu bedenken, dass die Tatsache, dass empirisches Wissen intersubjektivierbar ist, nicht darauf hindeutet, dass eine starke System- und Kognitions-Unabhängigkeit besteht, sondern eher, dass ein generell hoher Grad an kognitiver und kommunikativer Parallelität vorherrscht.

Darüber hinaus bietet die hier vorgestellte Analyse der Patienten/-innen-Interviews in Triangulation mit den Interviews der Therapiebegleiterinnen von Bjerregaard et al. (2018) und den Interviews der Hausärzte/-innen von Bireckoven et al. (2016) ein plausibles intersubjektiv nachvollziehbares Gesamtbild über den Ablauf der Intervention. Identifizierte inhaltlichen Differenzen wie zum Beispiel in der Auffassung über die Zusammenarbeit innerhalb der Behandlungstriade, sind kein Ausdruck fehlgeleiteter Interpretation bei den Autoren/-innen, sondern ein sehr altes Konfliktfeld interprofessioneller Zusammenarbeit in der Hausarztpraxis (Smoyak 1977, S. 55). Insbesondere zeigte sich eine hohe Übereinstimmung bei den Aussagen von Patienten/-innen und Therapiebegleiterinnen. Nicht zuletzt, offenbarte die Diskussion der Ergebnisse (Kapitel 6.1) zahlreiche Parallelen zu anderen Studien, die die hier formulierten Erkenntnisse bekräftigen. Zusammengenommen, kann bei der vorliegenden Untersuchung von einer guten **Objektivität ausgegangen** werden.

VERALLGEMEINERBARKEIT

Das Ziel dieser Untersuchung war die qualitative Evaluation der GermanIMPACT-Intervention. Die Auswahl der Interviewteilnehmer/-innen beschränkt sich daher auf die Teilnehmenden der Intervention und die Aussagekraft dieser Untersuchung beschränkt sich sachgemäß auf die interviewten Patienten/-innen von GermanIMPACT. Mit absoluter Sicherheit können keine belastbaren Rückschlüsse auf die Nicht-Teilnehmer/-innen formuliert werden, die entweder bereits im Vorfeld nicht an der Intervention teilnahmen oder, die die Therapiebegleitung vorzeitig beendeten. Insgesamt 30 von 64 Patienten/-innen in Hamburg verließen die Intervention vorzeitig, weil sich ihre Depressivität besserte, sie eine Psychotherapie begannen, andere Erkrankungen im Vordergrund standen, ihnen die Teilnahme zu aufwendig war oder sie unzufrieden mit der Intervention waren (Kapitel 2.5.1). Die Übertragbarkeit der Ergebnisse auf andere Personen ist daher limitiert.

Alle angefragten Patienten/-innen stimmten der Studienteilnahme zu. Da diese Patientinnen und Patienten eben auch zu denen gehörten, die bis zum Schluss dabei blieben, muss von einer verhältnismäßig hohen Therapiemotivation und Zufriedenheit mit dem Programm ausgegangen werden. Die Teilnahme an der Studie war ausdrücklich freiwillig und die Probanden hatten keine Konsequenzen für ihren Behandlungsverlauf oder für ihre Beziehung mit ihren Hausärzten/-innen zu erwarten. Eine Interviewteilnahme aufgrund latenter Intentionen wie einem Beschwerdebedürfnis oder Vergleichbarem ließ sich nicht erkennen.

Patienten/-innen die keinerlei Krankheitseinsicht zeigten oder denen es komplett an Motivation mangelte, sich mit ihrer Depression auseinanderzusetzen, nahmen vermutlich nicht an der Studie GermanIMPACT teil. Dementsprechend sind alle Aussagen über die Wirkung und Wahrnehmung der Intervention von Personen, die einer sprechenden psychotherapieähnlichen Methode grundsätzlich offen gegenüberstanden. Festzuhalten ist jedoch, dass diese Personengruppe auch die vorrangige Zielpopulation für eine verbreitete Implementierung im Sinne der Fragestellung (Kapitel 3) darstellt.

Die Samplingstrategie des qualitativen Stichprobenplans (Kapitel 4.2) ließ sich in Hinblick auf das Geschlecht nicht umsetzen. Dennoch kann durch den kontrastierenden Fallvergleich (Kapitel 5.2) eine sehr weitreichende Heterogenität der Teilnehmenden hinsichtlich der Inanspruchnahme und der subjektiven Krankheitsgeschichte festgestellt werden. Das **nur drei Männer** die Intervention beendeten, war bei der Planung der Studie QualIMP vor Rekrutierungsbeginn in der Hauptstudie nicht absehbar. Zwar werden bei Frauen doppelt so häufig Depressionen diagnostiziert wie bei Männern (Kapitel 2.1.2), aber das insgesamt in Hamburg lediglich sieben Männer die Intervention beginnen würden, war nicht zu vermuten. Dies deutet auf ein grundsätzlich anderes Inanspruchnahmeverhalten der Patienten und auf ein weiblich orientiertes Rekrutierungsverhalten der Ärzte/-innen hin. Eine grundsätzliche Eigenart der drei männlichen Patienten, die bis zum Ende der Intervention teilnahmen, konnte indes nicht festgestellt werden. Sie verteilten sich auf zwei unterschiedliche Inanspruchnahme- und auf drei unterschiedliche Symptomentwicklungstypen. Zur Erzielung einer größtmöglichen inhaltlichen Bandbreite, trotz der geringen Beteiligung von Männern, wurde die Aufstockung der Interviewten von den ursprünglich geplanten 16 auf 26 durchgeführt. Aus dem geplanten „Judgement Sample“ wurde daher wie des Öfteren in der Versorgungsforschung ein „Convenience Sample“ (Marshall 1996). Dieses Vorgehen ermöglichte es, trotz eingeschränktem Sampling, eine beziehungsweise zwei differenzierte Typologien der Teilnehmenden zu entwickeln.

Ebenfalls nicht vertreten bei den Interviewten, sind Menschen mit **Migrationshintergrund**, sie konnten in der Regel nicht für eine Studienteilnahme gewonnen werden oder sie beendeten die Intervention nicht regulär. Es ist vielfältig belegt, dass vor allem kulturelle Unterschiede im Verständnis psychischer Erkrankungen, aber auch Informationsdefizite, Diskriminierungserfahrungen, sozialer Ausschluss (Lindert et al. 2008) sowie ein geringer sozioökonomischer Status

(Bermejo et al. 2012) entscheidende Zugangsbarrieren in Bezug auf psychosoziale Unterstützungsangebote darstellen. Zukünftige Untersuchungen müssen daher einen geschlechtsspezifischen und einen migrationssensiblen Rekrutierungsansatz verfolgen. Damit auch schwer erreichbare Zielgruppen erreicht werden können, müssten zudem **soziale Begleitumstände** in der Ansprache von Patientinnen und Patienten stärker berücksichtigt werden.

Nicht zuletzt wurde nur mit Patientinnen und Patienten vom **Studienstandort** Hamburg ein Interview geführt. Patienten/-innen aus Freiburg, die an der GermanIMPACT-Studie teilnahmen, wurden wegen des hohen Aufwands nicht befragt. Inhaltlich wurde nicht mit entscheidenden Abweichungen gerechnet, da der Autor innerhalb der regelhaften städteübergreifenden Supervisionen von GermanIMPACT, während der quantitativen Datenauswertung und innerhalb der Therapiebegleiterinneninterviews von Bjerregaard et al. (2018) keine standortspezifischen Eigenarten feststellen konnte. Auch der Vergleich mit ähnlichen Studien in der Diskussion zeigte keine Hinweise auf ein entscheidendes Selektionsbias aufgrund des Standorts.

Auch wenn **Verallgemeinerung** nicht Ziel dieser Arbeit war, geht der Autor dennoch davon aus, dass die Hinweise aus der subjektiven Krankheitsperspektive im Hinblick auf die Symptomentwicklung ebenfalls auf andere niedrigschwellige Interventionen und ähnliche Zielpopulationen übertragbar sind.

INTERVIEWSITUATION

Die **Interviewsituation** war in hohem Maße von gegenseitigem Vertrauen geprägt. Das Gespräch fand meist bei den Patienten/-innen zu Hause, in gewohnter Umgebung statt (Kapitel 4.4.3) und der Interviewer hatte wie in Kapitel 4.4.4 beschrieben, bereits zuvor Erfahrungen mit biografischen Interviews mit depressiven herabgestimmten älteren Menschen gesammelt. Daher gab es zwischen Interviewer und Interviewten trotz des großen Altersunterschieds kompatible Erfahrungshintergründe, die im Sinne des symbolischen Interaktionismus komplementär harmonierten. Das ebenfalls in Kapitel 4.4.4 skizzierte Machtgefälle und das damit verbundene Risiko, sozial erwünschte Aussagen zu produzieren, kann jedoch nicht ausgeschlossen werden. Die betonte Neutralität, Unvoreingenommenheit und Offenheit konnte diese Gefahr vermutlich reduzieren, ausgeschlossen werden, kann sie nicht.

Die Interviews wurden erst im Anschluss an die Intervention durchgeführt, damit Erhebung und Therapiebegleitung als unabhängig wahrgenommen werden konnten. Die retrospektive Betrachtung der Therapiebegleitung ist jedoch nicht unkritisch. Allgemein ist es schwierig, einen Interventionszeitraum von einem Jahr detailliert zu rekapitulieren und zum anderen neigen depressiv erkrankte Personen zu **verallgemeinernden Erinnerungen** und eingeschränkten Sichtweisen (Kapitel 2.3). Durch die Methodik des Problemzentrierten Interviews wurde daher explizit versucht, vertiefende differenzierte Aussagen zu produzieren. Subjektive Erinnerungsverzerrungen („**Recall-Bias**“) der individuellen Inanspruchnahme sind dennoch wahrscheinlich. Da die Triangulation der Ergebnisse mit der hausärztlichen Perspektive (Bireckoven et al. 2016) und den Interviews der Therapiebegleiterinnen (Bjerregaard et al. 2018) jedoch keine gravierenden Unterschiede offenbarte, scheint das Ausmaß im akzeptablen Bereich zu liegen.

Die Interviewdauer variierte über den gesamten Erhebungsprozess von Interview zu Interview zwischen 28 Minuten und 1 Stunde und 42 Minuten. Eine Steigerung der Differenzierung aufgrund detaillierterer Nachfragen als Folge einer zunehmenden thematischen Sicherheit des Interviewers im Laufe der Erhebungsphase konnte nicht festgestellt werden. Mit der Länge unterschied sich auch der inhaltliche Umfang der Interviews. Durch die im Interviewleitfaden (4.4.2) fixierten Themenbereiche, konnte dennoch eine weitgehende Vergleichbarkeit der Interviews hergestellt werden.

Unzweifelhaft liefern die Erkenntnisse zur Inanspruchnahme der Therapiebegleitung wertvolle Hinweise für die Anpassung der Intervention. Die Studie QualIMP mit ihrer qualitativen Methodik bietet trotz Limitationen wichtige Erklärungsansätze für die individuelle Wirksamkeit der IMPACT-Intervention. Sie trägt damit im Sinne des Mixed-Methods-Ansatzes einen großen Teil zur Erklärung des „Validitäts-Paradoxon“ bei (Kapitel 2.6). Durch QualIMP können prognostische Aussagen über den Therapieerfolg getroffen und für herausfordernde Patienten/-innen-Typen können die Bestandteile der Intervention zukünftig angepasst werden. Die Hauptstudie GermanIMPACT erreicht damit in Verbindung mit QualIMP eine hohe externe Validität.

6.3.2 Bewertung anhand von Gütekriterien an eine qualitative Typologie

Kuckartz (2010a, S. 564) beschreibt neben den allgemeinen Gütekriterien qualitativer Forschung auch spezielle Qualitätsmerkmale für qualitative Typologien, die im Folgenden anhand

der vorliegenden Inanspruchnahme- und Symptomentwicklungstypologie abschließend geprüft werden.

ES IST GENAU DEFINIERT, WAS EIN „FALL“ IST. JEDER FALL WIRD NUR EINEM TYP ZUGEORNET.

Die primäre Charakterisierung der Inanspruchnahmetypen anhand der Umsetzung der Aktivierung und in der gesamten Inanspruchnahmeintensität (Kapitel 5.2.1) erlaubte eine eindeutige Typenzuordnung. Jede interviewte Person wurde genau einem bestimmten Inanspruchnahmetyp zugeordnet. Die Apriori-Kategorisierung (Kapitel 3) der Symptomentwicklungstypen anhand der Entwicklung des PHQ-9 in der Hauptstudie erlaubte ebenso eine zweifelsfreie Zuordnung, wengleich der Autor für eine bessere Ausdifferenzierung die zwei Typen „leichte Konstante“ und „etwas Verbesserte“ interpolierte.

ES ERFOLGT EINE NACHVOLLZIEHBARE BESCHREIBUNG DES MERKMALSRAUMS UND DIE MERKMALE SIND AUS DEN ERHOBENEN DATEN ERSCHLIEßBAR.

Die Merkmale und Dimensionen der Typenbildung wurden explizit in Kapitel 4.5.2 beschrieben. Es erfolgte eine induktive Beschreibung des Merkmalsraums anhand kontrastierender Ankerbeispiele.

DIE AUSGEWÄHLTEN MERKMALE SIND RELEVANT FÜR DIE FRAGESTELLUNG. DIE RELEVANZ WIRD BEGRÜNDET.

Das Erkenntnisinteresse aus der zentralen Fragestellung in Kapitel 3 bezieht sich auf die Unterschiede in der subjektiven Wahrnehmung der Therapiebegleitung. Die primären Merkmale, die in Kapitel 4.5.2 beschrieben wurden und die konstituierend für die Inanspruchnahmetypologie sind, beziehen sich auf diese subjektive Nützlichkeit der Interventionsbestandteile.

Die Symptomentwicklungstypologie mit ihrem quantitativen Unterscheidungsmerkmal im PHQ ist ebenfalls in der zentralen Fragestellung begründet.

DIE GEBILDETE TYPOLOGIE FOLGT DEM PRINZIP DER SPARSAMKEIT, DAS HEIßT SIE BESTEHT AUS SO VIELEN TYPEN WIE NÖTIG UND SO WENIGEN WIE MÖGLICH.

Die Symptomentwicklungstypologie, die in der Fragestellung noch als dichotome Teilung zwischen „Benefiziaren“ und „Nicht-Benefiziaren“ vorgesehen war, wurde entgegen dem Prinzip Sparsamkeit, um die Typen „leichte Konstante“ und „etwas Verbesserte“ erweitert. Die Zweiteilung erwies sich in der inhaltlichen Beurteilung der Interviews nicht als zielführend, da sich

die scheinbare Genauigkeit dieser Unterteilung in der subjektiven Krankheitsperspektive empirisch nicht belegen ließ.

Die fünfgliedrige Typologie der Inanspruchnahme beinhaltet die grundsätzliche Unterscheidung in Personen mit hoher Eigenaktivität und in Personen mit niedriger Eigenaktivität. Da sich diese Aktivität jedoch in ihrer Entwicklung grundlegend unterscheidet, ist es nicht sinnvoll, diese sparsame Charakterisierung zu verfolgen. Jeder Typ hat spezifische Formen in der Entwicklung der Eigenaktivität (Kapitel 5.2.1) und leitet daraus einen individuellen Gewinn aus der Intervention ab. Eine dezidiertere Einteilung der Typologien, beispielsweise auf Basis weiterer singulärer Interventionsbestandteile, Bewältigungsstrategien, Krankheitsperspektiven oder Komorbiditäten wurde geprüft, sie konnte aber in Bezug auf die Fragestellung keinen Mehrerfolg zeigen.

DIE TYPOLOGIE ERWEIST SICH ALS FRUCHTBAR IM HINBLICK AUF DIE ENTDECKUNG NEUER PHÄNOMENE.

Insbesondere die Kombination aus Inanspruchnahme- und Symptomentwicklungstypologie (Kapitel 6.1.3) erwies sich als äußerst wertvoll. Es zeigte sich das Phänomen, dass die Art und Weise der Inanspruchnahme des IMPACT-Programms kein Hinweis für die Symptomentwicklung war. Gleichzeitig zeigte sich, dass die subjektive wahrgenommene Wirksamkeit der Interventionsbestandteile unabhängig vom PHQ-9, aber abhängig vom Inanspruchnahmetyp ist.

DIE TYPOLOGIE ERWEIST SICH ALS HEURISTISCH BRAUCHBAR, BEISPIELSWEISE FÜR DIE ANSPRACHE VON ZIELGRUPPEN, FÜR INTERVENTIONSMAßNAHMEN ETC.

Beide Typologien erwiesen sich wie in Kapitel 6.2.1 beschrieben, als sehr nützlich zur gezielten konzeptionellen Weiterentwicklung des IMPACT-Ansatzes. Darüber hinaus stellen die Inanspruchnahmetypen hinsichtlich ihrer subjektiven Wirksamkeitsbewertung, die Brauchbarkeit des PHQ-9 als patientenrelevanten Endpunkt in Frage.

DER ZUSAMMENHANG DER TYPEN ZU EINEM GANZEN IST GEGEBEN. DIE TYPEN BEZIEHEN SICH WECHSELSEITIG AUF EINANDER, UND DIE TYPOLOGIE WEIST ERKENNBAR EINE GESTALT AUF.

Insbesondere durch das Verfahren des kontrastierenden Fallvergleichs haben die Typen einen sehr starken inhaltlichen Bezug zueinander, da sie sich in jeweiliger Abgrenzung zueinander definieren (Kapitel 5.2). Die Gestalt in Form von Symptomentwicklung- und Inanspruchnahmetypologie ist zudem sehr praxisnah und eng an der entwickelten Fragestellung.

6.4 Fazit

Dies ist die erste deutsche qualitative Untersuchung, die es ermöglicht, in Abhängigkeit des primären Endpunkts Depressivität, förderliche und hinderliche Faktoren bei der kollaborativen Versorgung depressiv erkrankter älterer Menschen zu identifizieren. Sie trägt wesentlich zur Erklärung der primären Ergebnisse von GermanIMPACT bei und erlaubt eine zielgerichtete Anpassung der Intervention.

Die empirisch begründete Typenbildung aus 26 Patientinnen und Patienten zeigte, dass die initiale Hypothese dieser Arbeit falsch war. Die Art und Weise der Inanspruchnahme der Intervention steht nicht in direkter Weise mit einer messbaren Wirkung auf die depressive Symptomatik im Zusammenhang. Es zeigte sich, dass das evaluierte Interventionskonzept von GermanIMPACT insbesondere bei Personen mit einer spät aufgetretenen Depression, mit einem bis dahin ausgeprägten Sinn für Aktivitäten, mit unterstützenden Kontakten sowie mit einer wenig einschränkenden Komorbidität einen positiven Einfluss auf die depressive Symptomatik hat. Patienten/-innen mit einer langen Krankheitsperspektive, einer belastenden Komorbidität, einer damit verbundenen eingeschränkten Mobilität und einem hohen Grad an Einsamkeit konnten zwar in ihrer subjektiven Wahrnehmung, in vielfältiger Weise von der Inanspruchnahme profitieren, aber ihre depressive Symptomatik zeigte keine Veränderung.

IMPACT, in seiner derzeitigen Form als konzeptionell niedrighschwellige Intervention ist **besonders geeignet für moderat belastete Personen**. Für die zielgerichtete Unterstützung durch GermanIMPACT, die sich in der gemessenen Depressivität mittels PHQ-9 widerspiegeln soll, müsste eine zu enge Patientenauswahl erfolgen, die mit der Realität in der Primärversorgung nur schwer vereinbar ist. Empfohlen wird daher eine abgestufte Ausweitung der Intervention, die auch schwerwiegenden Depressionen in Umfang und Dauer gerecht wird. Dabei ist darauf zu achten, dass die Niedrighschwelligkeit der Therapiebegleitung erhalten bleibt, da viele Patienten/-innen nur aufgrund des einfachen Zugangs teilnahmen. Allgemeinmediziner/-innen sind Generalisten und es ist zu erwarten, dass ein generischer abgestufter Ansatz der Depressionsversorgung mit der Integration von Angsterkrankungen und chronischen Schmerzen, eine hohe Akzeptanz bei den Hausärzten/-innen und damit auch bei den Patienten/-innen erhalten würde.

Kollaborative Versorgungsmodelle entsprechen den Bedürfnissen von Patienten/-innen mit psychischen Störungen am besten (Roberge et al. 2016), dies bestätigte sich auch in dieser Arbeit. Patienten, die unter anderem aufgrund von Stigmatisierungen nicht mit engen Vertrauten über ihre Erkrankung sprechen können und die nicht in das sekundäre Versorgungssystem gelangen, erhalten hier eine niedrigschwellige, professionelle und effektive Unterstützung, die die depressive Symptomatik verbessern kann.

Gerade im Hinblick auf die starke Zergliederung der Gesundheitsversorgung in spezialisierte Akteure und Sektoren, die häufig wenig kooperativ und koordiniert vorgehen, liegt im Ansatz der kollaborativen Versorgung großes Potential (Hüll und Hölzel 2017). Kollaborative Versorgungsansätze sollten Ärztinnen und Ärzte jedoch nur bei geeigneten Tätigkeiten entlasten. Sie sollten auf keinen Fall primär als Sparmodell eingesetzt werden (Popert 2017).

Der nächste Schritt bei der mittelfristigen Implementierung in die Regelversorgung muss in einer generalistischen Anpassung der Intervention und in einer vergrößerten Evaluationsstudie mit einem strukturierten Patienteneinschluss bestehen. Die zu messenden Zielgrößen sollten sich weniger auf spezifische Einzelaspekte konzentrieren und in einem umfassenden Mixed-Methods-Ansatz evaluiert werden.

7 Zusammenfassung

Hintergrund: Negative gesellschaftliche Altersbilder, Selbststigmatisierungen, Symptomüberlagerungen mit somatischen Komorbiditäten sowie ein starker Zeitdruck in der primärärztlichen Versorgung, erschweren die Behandlung depressiver Störungen im Alter. Unbehandelt können depressive Syndrome chronifizieren, sie werden dann zum Risikofaktor für viele weitere Erkrankungen und sie sind der Hauptgrund für die im Alter ansteigende Suizidrate. Für die Verbesserung der Versorgung wurde in Hamburg und Freiburg der kollaborative Versorgungsansatz GermanIMPACT in einer cluster-randomisierten kontrollierten Studie evaluiert. Darin boten nichtärztliche Therapiebegleiterinnen eine komplexe abgestufte telefonische Intervention aus Monitoring, Psychoedukation, Verhaltensaktivierung sowie der Vermittlung von Problemlösetechniken an. Diese Intervention war der alleinigen Behandlung durch den Hausarzt überlegen. 25,6 Prozent der Interventionsgruppe zeigten eine Remission der depressiven Symptomatik, verglichen mit 10,9 Prozent in der Kontrollgruppe. Dennoch, drei Viertel der Interventionspatienten/-innen erreichten keine zufriedenstellende Reduktion der Depressivität.

Fragestellung: Welche patientenspezifischen und interventionsspezifischen Moderatoren sind für eine erfolgreiche beziehungsweise für eine nicht erfolgreiche Intervention verantwortlich?

Methodik: Problemzentrierte Interviews mit 26 Patientinnen und Patienten aus der Interventionsgruppe. Diese wurden mit einer typenbildenden qualitativen Inhaltsanalyse strukturiert und in einem qualitativen kontrastierenden Fallvergleich hinsichtlich förderlicher und hinderlicher Faktoren, in Bezug auf die Intervention und die Symptomentwicklung untersucht.

Ergebnisse: Es zeigte sich, dass die Intervention insbesondere bei Personen mit einer spät aufgetretenen Depression, mit einem bis dahin ausgeprägten Sinn für Aktivitäten, mit unterstützenden Kontakten sowie mit wenig einschränkenden Komorbiditäten, einen positiven Einfluss auf die depressive Symptomatik hat. Schwer belastete Patienten/-innen mit einem früh aufgetretenen Auslöser der Depression konnten subjektiv in vielfältiger Weise von der Inanspruchnahme profitieren, aber ihre depressive Symptomatik zeigte keine Veränderung.

Diskussion: IMPACT, in seiner derzeitigen Form als konzeptionell niedrigschwellige Intervention ist besonders geeignet für moderat belastete Personen. Ein Ausbau der Interventionsbestandteile könnte die Effektivität der Intervention erhöhen und die Versorgungssituation älterer depressiver Menschen verbessern.

8 Summary

Background: Treatment of depressive disorders in old age is hindered by several barriers, such as negative concepts of ageing, self-stigmatization, symptom overlays with somatic comorbidities and time pressure in primary care. Untreated depressive syndromes are more likely to become chronic, are risk factors for other diseases. Indeed, they are the main reason for the increase in the suicide rate in old age. To improve this condition, the so called collaborative care approach GermanIMPACT was evaluated in a cluster-randomized controlled study in Hamburg and Freiburg. In this approach non-medical therapists offered a complex stepped-care telephone intervention of monitoring, psychoeducation, behavioral activation, medication counseling and the mediation of problem-solving techniques. This intervention delivered by telephone was superior to the usual treatment by the family doctor. 25,6 percent of the intervention group showed a remission of depressive symptoms compared with 10,9 percent in the control group. Nevertheless, three quarters of the patients in the intervention group did not achieve a satisfactory reduction in depression.

Question: Which patient- and intervention-specific moderators contribute to a successful intervention in the GermanIMPACT-study?

Methods: Problem-centered interviews with 26 patients from the intervention group were carried out. These were structured with a type-forming qualitative content analysis and examined in a qualitative contrasting case comparison, regarding conducive and obstructive factors to the intervention and the symptom development.

Results: The telephone-intervention had a positive influence on the depressive symptoms, especially in individuals with late-onset depression, upbeat sense of activities, supportive contacts and limited comorbidity. In contrast, individuals with severe early onset depression could benefit subjectively in a variety of ways, but their depressive symptoms didn't change.

Discussion: GermanIMPACT, in its current form as a conceptual low-threshold intervention, is suitable for moderately burdened individuals. Extending interventions could increase their effectiveness and improve the care situation of elderly depressed people.

9 Literaturverzeichnis

- 1 Aakhus, E.; Granlund, I.; Oxman, A.; Flottorp, S. (2015): Tailoring interventions to implement recommendations for the treatment of elderly patients with depression: a qualitative study. In: *International journal of mental health systems* 9, S. 1–36.
- 2 Adam, Christian (1998): *Depressive Störungen im Alter - Epidemiologie und soziale Beziehungen*. Weinheim und München: Juventa Verlag.
- 3 Alford, B.; Beck, A. (2007): Psychotherapeutische Behandlung von Depression und bipolaren Störungen. Unter Mitarbeit von Anke Rohde. In: Dwight L. Evans und Andreas Marneros (Hg.): *Depressionen und bipolare Erkrankungen in der psychiatrischen und allgemeinärztlichen Praxis. Ein Leitfaden*. Berlin: ABW - Wissenschaftsverlag, S. 75–115.
- 4 Alltag, S.; Stein, J.; Pabst, A.; Weyerer, S.; Werle, J.; Maier, W. et al. (2017): Unmet needs in the depressed primary care elderly and their relation to severity of depression. Results from the AgeMooDe study. In: *Aging & Mental Health*, S. 1–8.
- 5 Almeida, O. (2014): Prevention of depression in older age. In: *Depression, dementia and cognition in older people* 79 (2), S. 136–141.
- 6 Almeida, O.; Alfonso, H.; Pirkis, J.; Kerse, N.; Sim, M.; Flicker, L. et al. (2011): A practical approach to assess depression risk and to guide risk reduction strategies in later life. In: *International psychogeriatrics* 23 (2), S. 280–291.
- 7 Almeida, O.; Calver, J.; Jamrozik, K.; Hankey, G.; Flicker, L. (2009): Obesity and metabolic syndrome increase the risk of incident depression in older men. The health in men study. In: *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 17 (10), S. 889–898.
- 8 Altgeld, T. (2007): Warum weder Hänchen noch Hans viel über Gesundheit lernen – Geschlechtsspezifische Barrieren der Gesundheitsförderung und Prävention. In: *Prävention und Gesundheitsförderung* 2 (2), S. 90–97.
- 9 Amann, G.; Wipplinger, R. (1998): Die Relevanz subjektiver Krankheitstheorien für die Gesundheitsförderung. In: Gabriele Amann und Rudolf Wipplinger (Hg.): *Gesundheitsförderung. Ein multidimensionales Tätigkeitsfeld*. Tübingen: DGVT-Verlag, S. 154–174.
- 10 Amrhein, Ludwig; Heusinger, Josefine; Ottovay, Kathrin; Wolter, Birgit (2015): *Die Hochaltrigen. Expertise zur Lebenslage von Menschen im Alter über 80 Jahren*. 1. Aufl. Köln (Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung, 47).
- 11 Andersson, A. (2017): How to Reach Effective Health Service Delivery. In: *J Gen Pract (Los Angel)* 5 (320), S. 2.
- 12 Andreas, S.; Schulz, H.; Volkert, J.; Dehoust, M.; Sehner, S.; Suling, A. et al. (2017): Prevalence of mental disorders in elderly people. The European MentDis_ICF65+ study. In: *The British Journal of Psychiatry* 210 (2), S. 125–131.
- 13 Angstman, K.; DeJesus, R.; Williams, M. (2009): Initial implementation of a depression care manager model. An observational study of outpatient utilization in primary care clinics. In: *Population Health Management* 12 (5), S. 227–230.
- 14 APA (2013): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. DSM-5 (5th edition)*. Washington DC.
- 15 Apaydin, E.; Maher, A.; Shanman, R.; Booth, M.; Miles, J.; Sorbero, M.; Hempel, S. (2016): A systematic review of St. John's wort for major depressive disorder. In: *Systematic reviews* 5 (1), S. 148.
- 16 Apesoa-Varano, E. C.; Hinton, L.; Barker, J. C.; Unützer, J. (2010): Clinician approaches and strategies for engaging older men in depression care. In: *American Journal of Geriatric Psychiatry* 18 (7), S. 586–595.

- 17 Archer, J.; Bower, P.; Gilbody, S.; Lovell, K.; Richards, D.; Gask, L. et al. (2012): Collaborative care for depression and anxiety problems (Review). In: *The Cochrane database of systematic reviews* 10.
- 18 Areán, P. (2012): Personalizing behavioral interventions. The case of late-life depression. In: *Neuropsychiatry* 2 (2), S. 135–145.
- 19 Areán, P.; Miranda, J. (1996): Do primary care patients accept psychological treatments? In: *General hospital psychiatry* 18 (1), S. 22–27.
- 20 Areán, P. A.; Hegel, M.; Reynolds, C. (2001): Treating Depression in Older Medical Patients with Psychotherapy. In: *Journal of Clinical Geropsychology* 7 (2), S. 93–104.
- 21 Arloth, J.; Bogdan, R.; Weber, P.; Frishman, G.; Menke, A.; Wagner, K. et al. (2015): Genetic Differences in the Immediate Transcriptome Response to Stress Predict Risk-Related Brain Function and Psychiatric Disorders. In: *Neuron* 86 (5), S. 1189–1202.
- 22 Armstrong, D.; Earnshaw, G. (2004): What constructs do GPs use when diagnosing psychological problems? In: *The British Journal of General Practice* 54 (505), S. 580–583.
- 23 Arolt, V.; Driessen, M.; Dilling, H. (1997): Psychische Störungen bei Patienten im Allgemeinkrankenhaus. In: *Deutsches Ärzteblatt International* 94 (20), A-1354.
- 24 Arolt, V.; Rothermundt, M. (2003): Depressive Störungen bei körperlich Kranken. In: *Der Nervenarzt* 74 (11), S. 1033–1054.
- 25 Arora, N.; McHorney, C. (2000): Patient preferences for medical decision making. Who really wants to participate? In: *Medical care* 38 (3), S. 335–341.
- 26 Arya mHealth UG (2015): ARYA App. Eine professionelle App, die dir dabei hilft dein Leben wieder in deine eigenen Hände zu nehmen. Online verfügbar unter <https://www.aryaapp.co/>, zuletzt geprüft am 15.09.2017.
- 27 ÄZQ; DGPPN (2015): S3-Leitlinie/NVL Unipolare Depression. 2. Aufl. Unter Mitarbeit von BÄK, KBV und AWMF. Hg. v. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e.V. und Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin. Berlin (Nationale Versorgungsleitlinie, NVL-005).
- 28 Badura, B.; Busse, R.; Gostomzyk, J.; Pfaff, H.; Rauch, B.; Schulz, K. (2004): Memorandum zur Versorgungsforschung in Deutschland, Situation – Handlungsbedarf - Strategien. In: *Deutsche Medizinische Wochenschrift* 129 (14), S. 771–773.
- 29 Baltes, M.; Carstensen, L. (1996): Gutes Leben im Alter. Überlegungen zu einem prozessorientierten Metamodell erfolgreichen Alterns. In: *Psychologische Rundschau* 47, S. 199–215.
- 30 Bao, Y.; Casalino, L.; Ettner, S.; Bruce, M.; Solberg, L.; Unützer, J. (2011): Designing Payment for Collaborative Care for Depression in Primary Care. In: *Health services research* 46 (5), S. 1436–1451.
- 31 Bao, Y.; Druss, B.; Jung, H.-Y.; Chan, Y.-F.; Unützer, J. (2016): Unpacking Collaborative Care for Depression. Examining Two Essential Tasks for Implementation. In: *Psychiatric Services (Washington, D.C.)* 67 (4), S. 418–424.
- 32 Barnett, K.; Mercer, S.; Norbury, M.; Watt, G.; Wyke, S.; Guthrie, B. (2012): Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: A cross-sectional study. In: *The Lancet* 380 (9836), S. 37–43.
- 33 Beekman, A.; Geerlings, S.; Deeg, D.; Smit, J.; Schoevers, R.; Beurs, E. et al. (2002): The Natural History of Late-Life Depression. A 6-Year Prospective Study in the Community. In: *Archives of General Psychiatry* 59 (7), S. 605–611.
- 34 Bell, R.; Paterniti, D.; Azari, R.; Duberstein, P.; Epstein, R.; Rochlen, A. et al. (2010): Encouraging Patients With Depressive Symptoms To Seek Care. A Mixed Methods Approach to Message Development. In: *Patient Education and Counseling* 78 (2), S. 1–17.

- 35 Benedetti, F.; Colombo, C. (2011): Sleep deprivation in mood disorders. In: *Neuropsychobiology* 64 (3), S. 141–151.
- 36 Bennett, M.; Walters, K.; Drennan, V.; Buszewicz, M. (2013): Structured Pro-Active Care for Chronic Depression by Practice Nurses in Primary Care: A Qualitative Evaluation. In: *PLoS ONE* 8 (9), e75810.
- 37 Bergmann, A.; Dörr, C.; Schuster, A.; Fischer, Thomas, Kochen, Michael M. (2012): Psychotherapeutische Aspekte in der Allgemeinmedizin. In: Michael M. Kochen (Hg.): *Allgemeinmedizin und Familienmedizin*. Unter Mitarbeit von Heinz-Harald Abholz. 4. vollständig überarb. u. erw. Aufl. Stuttgart: Thieme (Duale Reihe), S. 136–146.
- 38 Bermejo, I.; Frank, F.; Maier, I.; Hölzel, L. (2012): Gesundheitsbezogenes Inanspruchnahmeverhalten von Personen mit Migrationshintergrund und einer psychischen Störung im Vergleich zu Deutschen. In: *Psychiatrische Praxis* 39 (02), S. 64–70.
- 39 Bermejo, I.; Lohmann, A.; Berger, M.; Härter, M. (2002): Barriers and need for support in the primary care of depressive patients. In: *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung* 96 (9), S. 605–613.
- 40 Biendarra, I. (2005): Krankheit als Bildungsereignis? Ältere Menschen erzählen: Königshausen & Neumann.
- 41 Bireckoven, M.; Niebling, W.; Tinsel, I. (2016): Wie bewerten Hausärzte die koordinierte Versorgung von Patienten mit Altersdepression? Ergebnisse einer qualitativen Studie. In: *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 117, S. 1–11.
- 42 Bjerregaard, F.; Frank, F.; Zech, J.; Hüll, M.; Stieglitz, R.-D.; Hölzel, L. (2018): Implementierbarkeit des GermanIMPACT Collaborative Care Programmes zur Unterstützung der hausärztlichen Versorgung älterer depressiver Menschen - Eine qualitative Interviewstudie. In: *Die Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* (im Peer-Review), S. 1–11.
- 43 Blumer, H. (1980): Der methodologische Standort des symbolischen Interaktionismus. In: *Alltagswissen, Interaktion und gesellschaftliche Wirklichkeit*: Springer, S. 80–146.
- 44 BMFSFJ (2006): *Gesundheit in Deutschland: Gesundheitsberichterstattung des Bundes*. Hg. v. Bundesregierung. Bundesministeriums für Familie, Senioren Frauen und Jugend. Berlin.
- 45 BMFSFJ (2010): *Sechster Bericht zur Lage der Älteren Generation in der Bundesrepublik Deutschland Altersbilder in der Gesellschaft*. Hg. v. Bundesregierung. Bundesministeriums für Familie, Senioren Frauen und Jugend. Berlin (Drucksache, 17/3815).
- 46 Böcken, J. (Hg.) (2007): *Gesundheitsmonitor 2007. Gesundheitsversorgung und Gestaltungsoptionen aus der Perspektive von Bevölkerung und Ärzten*. 1. Aufl. Gütersloh: Verl. Bertelsmann Stiftung.
- 47 Böhnisch, Lothar; Schröer, Wolfgang (2013): *Soziale Arbeit - eine problemorientierte Einführung*. 1. Aufl. Stuttgart: UTB GmbH; Klinkhardt.
- 48 Bourdieu, P. (2015): Sozialer Raum, symbolischer Raum. In: Jörg Dünne und Stephan Günzel (Hg.): *Raumtheorie. Grundlagentexte aus Philosophie und Kulturwissenschaften*. 8. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, 1800), S. 354–377.
- 49 Bourke, J.; Langford, R.; White, P. (2015): The common link between functional somatic syndromes may be central sensitisation. In: *Journal of Psychosomatic Research* 78 (3), S. 228–236.
- 50 Brakemeier, E.-L.; Normann, C.; Berger, M. (2008): Ätiopathogenese der unipolaren Depression. In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 51 (4), S. 379–391.
- 51 Brodaty, H.; Luscombe, G.; Parker, G.; Wilhelm, K.; Hickie, I.; Austin, M.-P.; Mitchell, P. (2001): Early and late onset depression in old age. Different aetiologies, same phenomenology. In: *Journal of affective disorders* 66 (2), S. 225–236.
- 52 Bryant, A.; Charmaz, K. (2010): Grounded Theory Research: Methods and Practices. In: A. Bryant und K. Charmaz (Hg.): *The SAGE Handbook of Grounded Theory*. Paperback Edition: SAGE Publications, S. 1–28.

- 53 Burroughs, H.; Lovell, K.; Morley, M.; Baldwin, R.; Burns, A.; Chew-Graham, C. (2006): 'Justifiable depression'. How primary care professionals and patients view late-life depression? a qualitative study. In: *Family Practice* 23 (3), S. 369–377.
- 54 Bush, T.; Rutter, C.; Simon, G.; Korff, M. von; Katon, W.; Walker, E. et al. (2004): Who Benefits from More Structured Depression Treatment? In: *The International Journal of Psychiatry in Medicine* 34 (3), S. 247–258.
- 55 Callahan, Christopher M.; Berrios, German E. (2004): *Reinventing Depression. A History of the Treatment of Depression in Primary Care, 1940-2004*: Oxford University Press.
- 56 Campbell, M.; Fitzpatrick, R.; Haines, A.; Kinmonth, A.; Sandercock, P.; Spiegelhalter, D.; Tyrer, P. (2000): Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. In: *British Medical Journal* 321 (7262), S. 694–696.
- 57 Caspi, A.; Sugden, K.; Moffitt, T.; Taylor, A.; Craig, I.; Harrington, H. et al. (2003): Influence of Life Stress on Depression. Moderation by a Polymorphism in the 5-HTT Gene. In: *Science* 301 (5631), S. 386–389.
- 58 Cepeda, M. S.; Stang, P.; Makadia, R. (2016): Depression Is Associated With High Levels of C-Reactive Protein and Low Levels of Fractional Exhaled Nitric Oxide. Results From the 2007–2012 National Health and Nutrition Examination Surveys. In: *The Journal of Clinical Psychiatry* 77 (12), S. 1666–1671.
- 59 Chew-Graham, C.; Lovell, K.; Roberts, C.; Baldwin, R.; Morley, M.; Burns, A. et al. (2007): A randomised controlled trial to test the feasibility of a collaborative care model for the management of depression in older people. In: *The British journal of general practice* 57 (538), S. 364–370.
- 60 Churchill, R.; Hunot, V.; Corney, R.; Knapp, M.; McGuire, H.; Tylee, A.; Wessely, S. (2001): A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. In: *Health technology assessment (Winchester, England)* 5 (35), S. 1–173.
- 61 Cieri, F.; Esposito, R.; Cera, N.; Pieramico, V.; Tartaro, A.; Di Giannantonio, M. (2017): Late-Life Depression. Modifications of Brain Resting State Activity. In: *Journal of geriatric psychiatry and neurology* 30 (3), S. 140–150.
- 62 Cole, M.; Dendukuri, N. (2003): Risk factors for depression among elderly community subjects. A systematic review and meta-analysis. In: *The American Journal of Psychiatry* 160 (6), S. 1147–1156.
- 63 Cornford, C.; Hill, A.; Reilly, J. (2007): How patients with depressive symptoms view their condition: a qualitative study. In: *Family Practice* 24 (4), S. 358–364.
- 64 Coulter, A.; Entwistle, V.; Eccles, A.; Ryan, S.; Shepperd, S.; Perera, R. (2015): Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. In: *The Cochrane database of systematic reviews* (3), CD010523.
- 65 Coupe, N.; Anderson, E.; Gask, L.; Sykes, P.; Richards, D. A.; Chew-Graham, C. (2014): Facilitating professional liaison in collaborative care for depression in UK primary care; a qualitative study utilising normalisation process theory. In: *BMC family practice* 15 (1), S. 78.
- 66 Coventry, P.; Hudson, J.; Kontopantelis, E.; Archer, J.; Richards, D. A.; Gilbody, S. et al. (2014): Characteristics of Effective Collaborative Care for Treatment of Depression: A Systematic Review and Meta-Regression of 74 Randomised Controlled Trials. In: *PLoS ONE* 9 (9), S. e108114.
- 67 Coventry, P.; Lovell, K.; Dickens, C.; Bower, P.; Chew-Graham, C.; McElvenny, D. et al. (2015): Integrated primary care for patients with mental and physical multimorbidity. Cluster randomised controlled trial of collaborative care for patients with depression comorbid with diabetes or cardiovascular disease. In: *British Medical Journal* 350, 1-12.
- 68 Creswell, John W. (2014): *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 4. Aufl. Los Angeles: SAGE.

- 69 DEGAM (2012): DEGAM-Zukunftspositionen. Allgemeinmedizin — spezialisiert auf den ganzen Menschen. Positionen zur Zukunft der Allgemeinmedizin. 1. Aufl. Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM). Frankfurt am Main.
- 70 deGruy, F.; Schwenk, T. (2007): Diagnose und Therapie von depressiven und bipolaren Störungen in der Allgemeinarztpraxis. In: Dwight L. Evans und Andreas Marneros (Hg.): Depressionen und bipolare Erkrankungen in der psychiatrischen und allgemeinärztlichen Praxis. Ein Leitfaden. Berlin: ABW - Wissenschaftsverlag, S. 3–18.
- 71 Dempster, A.; Laird, N.; Rubin, D. (1977): Maximum Likelihood from Incomplete Data via the EM Algorithm. In: *Journal of the Royal Statistical Society*. 39 (1), S. 1–38.
- 72 DGPPN (2017): Zahlen und Fakten der Psychiatrie und Psychotherapie. Hg. v. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. Berlin (Factsheet).
- 73 Dierks, M.-L.; Bitzer, E.-M.; Lerch, M.; Martin, S.; Röseler, S.; Schienkiewitz, A. et al. (2001): Patientensouveränität. Der autonome Patient im Mittelpunkt (Arbeitsbericht / Akademie für Technikfolgenabschätzung in Baden-Württemberg, 193).
- 74 Dilling, Horst (2011): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F): klinisch-diagnostische Leitlinien. 8. Aufl. Bern: Huber.
- 75 Dirmaier, J.; Steinmann, M.; Krattenmacher, T.; Watzke, B.; Barghaan, D.; Koch, U.; Schulz, H. (2012): Non-pharmacological treatment of depressive disorders. A review of evidence-based treatment options. In: *Reviews on recent clinical trials* 7 (2), S. 141–149.
- 76 Dittmar, Norbert (2004): Transkription. Ein Leitfaden mit Aufgaben für Studenten, Forscher und Laien. 2. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- 77 Djernes, J. (2006): Prevalence and predictors of depression in populations of elderly. A review. In: *Acta Psychiatrica Scandinavica* 113 (5), S. 372–387.
- 78 Dobscha, S.; Corson, K.; Perrin, N.; Hanson, G.; Leibowitz, R.; Doak, M. et al. (2009): Collaborative care for chronic pain in primary care. A cluster randomized trial. In: *JAMA* 301 (12), S. 1242–1252.
- 79 Domenech-Abella, J.; Lara, E.; Rubio-Valera, M.; Olaya, B.; Moneta, M.; La Rico-Urbe et al. (2017): Loneliness and depression in the elderly. The role of social network. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*.
- 80 Donner-Banzhoff, Norbert; Bösner, Stefan (2013): Innovationen verbreiten, optimieren und evaluieren. Ein Leitfaden zur interventionellen Versorgungsforschung. Berlin, Heidelberg: Springer.
- 81 Dörner, Klaus (1975): Diagnosen der Psychiatrie. Über die Vermeidungen der Psychiatrie und Medizin. 1. Auflage. Frankfurt: Campus Verlag (Campus Studium).
- 82 Dowrick, C. (2009): Diagnosis, intervention and the emergence of the patient's voice. In: *Herrman, Helen [Ed]; Maj, Mario [Ed]; Sartorius, Norman [Ed]*, S. 322–324.
- 83 Dresing, T.; Pehl, T. (2014): f4transkript. zeitsparend transkribieren. Version 4.2. Berlin, Deutschland: Sozialforschung GmbH.
- 84 Dwight-Johnson, M.; Sherbourne, C.; Liao, D.; Wells, K. (2000): Treatment Preferences Among Depressed Primary Care Patients. In: *Journal of general internal medicine* 15 (8), S. 527–534.
- 85 Egger, J. (2005): Das biopsychosoziale Krankheitsmodell – Grundzüge eines wissenschaftlich begründeten ganzheitlichen Verständnisses 16 (2), S. 3–12.
- 86 Eghaneyan, B.; Sanchez, K.; Mitschke, D. (2014): Implementation of a collaborative care model for the treatment of depression and anxiety in a community health center: results from a qualitative case study. In: *Journal of Multidisciplinary Healthcare* 7, S. 503–513.

- 87 Ehrenberg, Alain (2008): Das erschöpfte Selbst - Depression und Gesellschaft in der Gegenwart. Erste Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- 88 Ell, K.; Aranda, M.; Xie, B.; Lee, P.-J.; Chou, C.-P. (2010): Collaborative Depression Treatment in Older and Younger Adults with Physical Illness. Pooled Comparative Analysis of Three Randomized Clinical Trials. In: *The American journal of geriatric psychiatry: official journal of the American Association for Geriatric Psychiatry* 18 (6), S. 520–530.
- 89 Emrich, H. (2009): Vom Sinn der Depression. In: *Psychopraxis* 12 (3), S. 17–23.
- 90 England, E.; Lester, H. (2007): Implementing the role of the primary care mental health worker: a qualitative study. In: *The British journal of general practice* 57 (536), S. 204–211.
- 91 Erikson, M. (2007): The meaning of the future: toward a more specific definition of possible selves. In: *Review of General Psychology*. (11), S. 348–358.
- 92 EuroQol Group (1990): EuroQol: a new facility for the measurement of health-related quality of life. In: *Health policy (Amsterdam, Netherlands)* 16 (3), S. 199–208.
- 93 Faber, M. von; van der Geest, G.; van der Weele, G.; Blom, J.; van der Mast, R.; Reis, R.; Gussekloo, J. (2016): Older people coping with low mood: a qualitative study. In: *International psychogeriatrics* 28 (4), S. 603–612.
- 94 Faller, H.; Schilling, S.; Lang, H. (1991): Die Bedeutung subjektiver Krankheitstheorien für die Krankheitsverarbeitung - im Spiegel der methodischen Zugänge. In: Uwe Flick (Hg.): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Heidelberg: Roland Asanger Verlag, S. 28–42.
- 95 Faltermaier, T.; Kühnlein, I.; Burda-Viering, M. (1998): Subjektive Gesundheitstheorien. Inhalt, Dynamik und ihre Bedeutung für das Gesundheitshandeln im Alltag. In: *Zeitschrift für Gesundheitswissenschaften* 6 (4), S. 309–326.
- 96 Farrelly, Frank; Brandsma, Jeffrey M. (2005): Provokative Therapie. Nachdruck. Heidelberg: Springer.
- 97 Ferrari, A.; Charlson, F.; Norman, R.; Patten, S.; Freedman, G.; Murray, C. et al. (2013): Burden of depressive disorders by country, sex, age, and year: findings from the global burden of disease study 2010. In: *PLoS medicine* 10 (11), e1001547.
- 98 Finzen, Asmus (2013): Stigma psychische Krankheit. Zum Umgang mit Vorurteilen, Schuldzuweisungen und Diskriminierungen. 1., Auflage 2013. Köln: Psychiatrie Verlag (Fachwissen).
- 99 Fischer, A.; Lorenz, I.; Gröne, O. (2017): Integrierte gesundheitliche Vollversorgung in deprivierten großstädtischen Regionen. INVEST Billstedt/Horn. In: Volker Eric Amelung, Susanne Eble, Helmut Hildebrandt, Franz Knieps, Ralph Lägel, Susanne Ozegowski et al. (Hg.): Innovationsfonds. Impulse für das deutsche Gesundheitssystem. 1. Auflage, neue Ausgabe. Berlin, Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft (BMC Managed Care), S. 380–385.
- 100 Fiske, A.; Wetherell, J.; Gatz, M. (2009): Depression in Older Adults. In: *Annual review of clinical psychology* 5, S. 363–389.
- 101 Flick, U. (1991a): Alltagswissen über Gesundheit und Krankheit. In: Uwe Flick (Hg.): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Heidelberg: Roland Asanger Verlag, S. 9–27.
- 102 Flick, U. (Hg.) (1991b): Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Heidelberg: Roland Asanger Verlag.
- 103 Flick, U. (2010): Gütekriterien qualitativer Forschung. In: Günter Mey und Katja Mruck (Hg.): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 395–407.
- 104 Flick, Uwe (2016): Qualitative Sozialforschung. Eine Einführung. 7. Aufl. Reinbek: Rowohlt Verlag.

- 105 Freeman, M.; Fava, M.; Lake, J.; Trivedi, M.; Wisner, K.; Mischoulon, D. (2010): Complementary and alternative medicine in major depressive disorder. The American Psychiatric Association Task Force report. In: *The Journal of Clinical Psychiatry* 71 (6), S. 669–681.
- 106 Fuß, S.; Karbach, U. (2014): Grundlagen der Transkription: Eine praktische Einführung: UTB GmbH.
- 107 Gask, L.; Rogers, A.; Oliver, D.; May, C.; Roland, M. (2003): Qualitative study of patients' perceptions of the quality of care for depression in general practice. In: *British Journal of General Practice* 53 (489), S. 278–283.
- 108 Gasperi, M.; Herbert, M.; Schur, E.; Buchwald, D.; Afari, N. (2017): Genetic and Environmental Influences on Sleep, Pain, and Depression Symptoms in a Community Sample of Twins. In: *Psychosomatic medicine* 79 (6), S. 646–654.
- 109 GBA (Hg.) (2008): Ursachen für die Umsetzungsproblematiken in der Soziotherapie. Evaluationsbericht des Gemeinsamen Bundesausschuss. Unter Mitarbeit von Bericht der Geschäftsführung im Auftrag. Siegburg.
- 110 Gensichen, J.; Guethlin, C.; Sarmand, N.; Sivakumaran, D.; Jager, C.; Mergenthal, K. et al. (2012): Patients' perspectives on depression case management in general practice - a qualitative study. In: *Patient Education and Counseling* 86 (1), S. 114–119.
- 111 Gensichen, J.; Güthlin, C.; Kleppel, V.; Jäger, C.; Mergenthal, K.; Gerlach, F.; Petersen, J. (2011): Practice-based depression case management in primary care. A qualitative study on family doctors' perspectives. In: *Family Practice* 28 (5), S. 565–571.
- 112 Gerhardt, Uta (1986): Patientenkarrieren. Eine medizinsoziologische Studie. Erstausg., 1. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Edition Suhrkamp, 1325 = N.F., Bd. 325).
- 113 Godart, N.; Perdereau, F.; Rein, Z.; Berthoz, S.; Wallier, J.; Jeammet, P.; Flament, M. (2007): Comorbidity studies of eating disorders and mood disorders. Critical review of the literature. In: *Journal of affective disorders* 97 (1-3), S. 37–49.
- 114 Goesmann, C.; Bühren, A.; Neuy-Bartmann, A. (2007): Die Behandlung depressiver Menschen in der Praxis. In: *Psychiatrische Praxis* 34 (S 3), S266-S268.
- 115 Goffman, E. (1959): The moral career of the mental patient. In: *Psychiatry* 22 (2), S. 123–142.
- 116 Goffman, Erving (1995): Asyle. Über die soziale Situation psychiatrischer Patienten und anderer Insassen. Berlin: Suhrkamp (Edition Suhrkamp).
- 117 Grochtdreis, T.; Brettschneider, C.; Wegener, A.; Watzke, B.; Riedel-Heller, S.; Härter, M.; König, H.-H. (2015): Cost-effectiveness of collaborative care for the treatment of depressive disorders in primary care: a systematic review. In: *PLoS ONE* 10 (5), S. e0123078.
- 118 Groeben, N.; Scheele, B. (2000): Dialog-Konsens-Methodik im Forschungsprogramm Subjektive Theorien. In: *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research* 1 (2).
- 119 Groeben, N.; Scheele, B. (2010): Das Forschungsprogramm Subjektive Theorien. In: Günter Mey und Katja Mruck (Hg.): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 151–165.
- 120 Groeben, Norbert (1986): Handeln, Tun, Verhalten als Einheiten einer verstehend-erklärenden Psychologie. Wissenschaftstheoretischer Überblick und Programmentwurf zur Integration von Hermeneutik und Empirismus. Tübingen: Francke Verlag.
- 121 Grypma, W.; Haverkamp, R.; Little, S.; Unützer, J. (2006): Taking an evidence-based model of depression care from research to practice: making lemonade out of depression. In: *General hospital psychiatry* 28 (2), S. 101–107.
- 122 Guest, G.; Bunce, A.; Johnson, L. (2006): How Many Interviews Are Enough? In: *Field Methods* 18 (1), S. 59–82.

- 123 Gühne, U.; Stein, J.; Scherer, M.; Wiese, B.; Weyerer, S.; Maier, W. et al. (2015): Der Bedarf an Leitlinienempfehlungen für die Behandlung depressiver Menschen im höheren Lebensalter aus Expertensicht. In: *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie* 83 (4), S. 232–237.
- 124 Gum, A. M.; Areán, P. A.; Hunkeler, E.; Tang, L.; Katon, W.; Hitchcock, P. et al. (2006): Depression Treatment Preferences in Older Primary Care Patients. In: *The Gerontologist* 46 (1), S. 14–22.
- 125 Gut, E. (1985): Productive and Unproductive Depression. Interference in the Adaptive function of the Basic Depressed Response. In: *British Journal of Psychotherapy* 2 (2), S. 95–113.
- 126 Hadjistavropoulos, H.; Pugh, N.; Hesser, H.; Andersson, G. (2017): Therapeutic Alliance in Internet-Delivered Cognitive Behaviour Therapy for Depression or Generalized Anxiety. In: *Clinical psychology & psychotherapy* 24 (2), S. 451–461.
- 127 Hager, W.; Abholz, H.-H. (2005): Zur Prävalenz von Depression und Angststörung in der Hausarztpraxis – eine Sekundärauswertung. In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 81, S. 482–485.
- 128 Härter, M.; Baumeister, H.; Reuter, K.; Jacobi, F.; Hofler, M.; Bengel, J.; Wittchen, H.-U. (2007): Increased 12-month prevalence rates of mental disorders in patients with chronic somatic diseases. In: *Psychotherapy and Psychosomatics* 76 (6), S. 354–360.
- 129 Hasin, D.; Goodwin, R.; Stinson, F.; Grant, B. (2005): Epidemiology of major depressive disorder. Results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. In: *Archives of General Psychiatry* 62 (10), S. 1097–1106.
- 130 Haupt, M.; Vollmar, H. (2008): Psychische Erkrankungen bei älteren Patienten. In: Frank Schneider und Wilhelm Niebling (Hg.): *Psychische Erkrankungen in der Hausarztpraxis*. Heidelberg: Springer Medizin.
- 131 Hautzinger, Martin (2000): *Depression im Alter: Erkennen, bewältigen, behandeln ; ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm*. Weinheim: Beltz PVU.
- 132 Haverkamp, R.; Areán, P.; Hegel, M.; Unützer, J. (2004): Problem-Solving Treatment for Complicated Depression in Late Life. A Case Study in Primary Care. In: *Perspectives in Psychiatric Care* 40.
- 133 Hegeman, J.; Waal, M. de; Comijs, H.; Kok, R.; van der Mast, R. (2015): Depression in later life. A more somatic presentation? In: *Journal of affective disorders* 170, S. 196–202.
- 134 Helfferich, C. (Hg.) (2011): *Die Qualität qualitativer Daten. Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. 4. Aufl. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften | Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH.
- 135 Hell, D. (2014): Macht Depression Sinn? In: Thomas Bock, Kristin Klapheck und Friederike Ruppelt (Hg.): *Sinnsuche und Genesung. Erfahrungen und Forschungen zum subjektiven Sinn von Psychosen*. 1. Aufl. Köln: Psychiatrie Verlag, S. 154–158.
- 136 Helmchen, H.; Linden, M.; Wernicke, T. (1996): Psychiatrische Morbidität bei Hochbetagten Ergebnisse aus der Berliner Altersstudie. In: *Der Nervenarzt* 67 (9), S. 739–750.
- 137 Hentschel, U. (2005): Die therapeutische Allianz. Teil 2: Ergänzende Betrachtungen über Verbindungen und Abgrenzungsmöglichkeiten zu ähnlichen Konstrukten. In: *Psychotherapeut* 50 (6), S. 385–393.
- 138 Heydendorff, S.; Dreßing, H. (2016): Mediale Stigmatisierung psychisch Kranker im Zuge der „Germanwings“-Katastrophe. In: *Psychiatrische Praxis* 43 (03), S. 134–140.
- 139 Hine, C. E.; Howell, H. B.; Yonkers, K. A. (2008): Integration of medical and psychological treatment within the primary health care setting. In: *Social work in health care* 47 (2), S. 122–134.
- 140 Hoefert, H.-W.; Brähler, E. (Hg.) (2013): *Krankheitsvorstellungen von Patienten. Herausforderung für Medizin und Psychotherapie*. Lengerich, Westf: Pabst Science Publishers.
- 141 Holley, C.; Mast, B. (2007): The Effects of Widowhood and Vascular Risk Factors on Late-Life Depression. In: *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 15 (8), S. 690–698.

- 142 Holvast, F.; van Hattem, B.; Sinnige, J.; Schellevis, F.; Taxis, K.; Burger, H.; Verhaak, P. (2017): Late-life depression and the association with multimorbidity and polypharmacy. A cross-sectional study. In: *Family Practice*.
- 143 Hölzel, L.; Bjerregaard, F.; Bleich, C.; Boczor, S.; Härter, M.; König, H.-H. et al. (2018): GermanIMPACT Koordinierte Behandlung der Altersdepression in der Primärversorgung – eine cluster-randomisiert kontrollierte Studie. In: *Deutsches Ärzteblatt International* (im Peer-Review).
- 144 Hölzel, L.; Frank, F.; Bjerregaard, F.; Areán, P. A.; Niebling, W.; Berger, M.; Bermejo, I. (2017): Problemlösetraining in der Primärversorgung – eine evidenzbasierte Methode für den Versorgungsalltag. In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 93 (6), S. 260–265.
- 145 Hölzel, L.; Härter, M.; Reese, C.; Kriston, L. (2011): Risk factors for chronic depression - a systematic review. In: *Journal of affective disorders* 129 (1-3), S. 1–13.
- 146 Houle, J.; Gascon-Depatie, M.; Bélanger-Dumontier, G.; Cardinal, C. (2013): Depression self-management support: a systematic review. In: *Patient Education and Counseling* 91 (3), S. 271–279.
- 147 Hüll, M. (2017): Besonderheiten der Depression im Alter. In: *InFo Neurologie & Psychiatrie* 19 (2), S. 30–38.
- 148 Hüll, M.; Bjerregaard, F. (2015): Depression im Alter. In: *PSYCH up2date* 9 (04), S. 209–224.
- 149 Hüll, M.; Hölzel, L. (2017): IMPACT. Kooperative Behandlungsmodelle der Depression. In: Anas Fellgiebel und Martin Hautzinger (Hg.): Altersdepression. Ein interdisziplinäres Handbuch. Berlin: Springer Science and Business Media; Springer, S. 301–309.
- 150 Husserl, Edmund (2012): Phänomenologie der Lebenswelt. Stuttgart: Reclam (Reclams Universal-Bibliothek, Nr. 8085).
- 151 IQWiG (2017a): Allgemeine Methoden Version 5.0 vom 10.07.2017. Hg. v. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Gemeinsamer Bundesausschuss. Köln.
- 152 IQWiG (2017b): Leitliniensynopse für ein DMP Depressionen (V15-02). Hg. v. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Gemeinsamer Bundesausschuss. Köln.
- 153 IQWiG (2017c): Systemische Therapie bei Erwachsenen als Psychotherapieverfahren [N14-02]. Hg. v. Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen. Gemeinsamer Bundesausschuss. Köln.
- 154 J. Bauer (2002): Das Gedächtnis des Körpers: wie Beziehungen und Lebensstile unsere Gene steuern. 12. Aufl. Frankfurt: Eichborn.
- 155 Jacobi, F.; Höfler, M.; Meister, W.; Wittchen, H. (2002): Prävalenz, Erkennens- und Verschreibungsverhalten bei depressiven Syndromen Eine bundesdeutsche Hausarztstudie. In: *Der Nervenarzt* 73 (7), S. 651–658.
- 156 Jacobi, F.; Höfler, M.; Siegert, J.; Mack, S.; Gerschler, A.; Scholl, L. et al. (2014a): Twelve-month prevalence, comorbidity and correlates of mental disorders in Germany. The Mental Health Module of the German Health Interview and Examination Survey for Adults (DEGS1-MH). In: *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 23 (3), S. 304–319.
- 157 Jacobi, F.; Höfler, M.; Strehle, J.; Mack, S.; Gerschler, A.; Scholl, L. et al. (2014b): Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. In: *Der Nervenarzt* 85 (1), S. 77–87.
- 158 Jasper, H. (1995): A historical perspective. The rise and fall of prefrontal lobotomy. In: *Advances in neurology* 66, S. 97–114.
- 159 Jauregui, P.; Onaindia, J.; Estévez, A. (2017): Adaptive and Maladaptive Coping Strategies in Adult Pathological Gamblers and Their Mediating Role with Anxious-Depressive Symptomatology. In: *Journal of Gambling Studies*, S. 1–17.
- 160 Jenkinson, C.; Winder, R.; Sugg, H.; Roberts, M.; Ridgway, N.; Kuyken, W. et al. (2014): Why do GPs exclude patients from participating in research? An exploration of adherence to and divergence from trial criteria. In: *Family Practice* 31 (3), S. 364–370.

- 161 Kalitzkus, V. (2005): Die Bedeutung von Reflexivität und Positionierung im Prozess qualitativer Forschung in der Allgemeinmedizin. In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 2, S. 243–247.
- 162 Kammerer, K.; Falk, K.; Heintze, C.; Döpfmer, S.; Heusinger, J. (2016): Hindernisse und Voraussetzungen für die Vermittlung älterer, depressiv erkrankter Menschen in Psychotherapie aus Sicht von HausärztInnen. In: *Das Gesundheitswesen*.
- 163 Katon, W.; Ciechanowski, P. (2002): Impact of major depression on chronic medical illness. In: *Journal of Psychosomatic Research* 53 (4), S. 859–863.
- 164 Katon, W.; Lin, E.; Korff, M. von; Ciechanowski, P.; Ludman, E.; Young, B. et al. (2010): Collaborative Care for Patients with Depression and Chronic Illnesses. In: *The New England journal of medicine* 363 (27), S. 2611–2620.
- 165 Katon, W.; Lin, E.; Kroenke, K. (2007): The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness. In: *General hospital psychiatry* 29 (2), S. 147–155.
- 166 Kelle, U.; Kluge, S. (2010): Vom Einzelfall zum Typus: Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Qualitative Sozialforschung).
- 167 Kelly, George (1955): *The Psychology of Personal Constructs. A theory of personality*: Routledge.
- 168 Kelly, J.; Jakubowski, E.; Bloch, M. (2015): Prognostic subgroups for remission and response in the Coordinated Anxiety Learning and Management (CALM) trial. In: *The Journal of Clinical Psychiatry* 76 (3), S. 267–278.
- 169 Khoromie, S.; Moquin, B.; Meegan, J.; Blackman, M. (2007): Komplementäre und alternative Heilverfahren bei affektiven Störungen. Unter Mitarbeit von Eliza Kozuch und Michael Bauer. In: Dwight L. Evans und Andreas Marneros (Hg.): *Depressionen und bipolare Erkrankungen in der psychiatrischen und allgemeinärztlichen Praxis. Ein Leitfaden*. Berlin: ABW - Wissenschaftsverlag, S. 605–638.
- 170 Kiegelmann, M. (2010): Ethik. In: Günter Mey und Katja Mruck (Hg.): *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie*. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 382–394.
- 171 Kloppe, T. (2012): *Gemeinsam gegen Depressionen im Alter - Internationale Implementierungen des IMPACT-Programms in Hinblick auf eine Einführung in Deutschland*. Master-Thesis. Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg, Hamburg.
- 172 Knowles, S.; Chew-Graham, C.; Adeyemi, I.; Coupe, N.; Coventry, P. (2015): Managing depression in people with multimorbidity: a qualitative evaluation of an integrated collaborative care model. In: *BMC family practice* 16 (1), S. 1–10.
- 173 Korsen, N.; Pietruszewski, P. (2009): Translating Evidence to Practice: Two Stories from the Field. In: *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings* 16 (1), S. 47–57.
- 174 Korzilius, H. (2011): Wirtschaftlichkeitsprüfung. „Kein Arzt wird für seine teuren Patienten bestraft“. In: *Deutsches Ärzteblatt International* 108 (18), 984–986.
- 175 Krauth, C.; Stahmeyer, J.; Petersen, J.; Freytag, A.; Gerlach, F.; Gensichen, J. (2014): Resource Utilisation and Costs of Depressive Patients in Germany. Results from the Primary Care Monitoring for Depressive Patients Trial. In: *Depression Research and Treatment* 2014.
- 176 Kroenke, K.; Krebs, E.; Wu, J.; Yu, Z.; Chumbler, N.; Bair, M. (2014): Telecare Collaborative Management of Chronic Pain in Primary Care. A Randomized Clinical Trial. In: *JAMA* 312 (3), S. 240–248.
- 177 Kroenke, K.; Spitzer, R.; Williams, J. (2001): The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. In: *Journal of general internal medicine* 16 (9), S. 606–613.
- 178 Kruse, A. (2010): Prävention und Gesundheitsförderung im Alter. In: Klaus Hurrelmann, Theodor Klotz und Jochen Haisch (Hg.): *Lehrbuch Prävention und Gesundheitsförderung*. 3. Auflage. Bern: Huber (Lehrbuch Gesundheitswissenschaften), S. 83–93.

- 179 Kuckartz, U. (2010a): Typenbildung. In: Günter Mey und Katja Mruck (Hg.): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften, S. 553–568.
- 180 Kuckartz, U. (Hg.) (2014a): Mixed Methods. Methodologie, Forschungsdesigns und Analyseverfahren. Wiesbaden: Springer Fachmedien.
- 181 Kuckartz, Udo (2010b): Einführung in die computergestützte Analyse qualitativer Daten. 3., aktualisierte Aufl. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften (Lehrbuch).
- 182 Kuckartz, Udo (2014b): Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung. 2. Aufl. Weinheim: Beltz Juventa.
- 183 Kuo, W.-H.; Gallo, J.; Eaton, W. (2004): Hopelessness, depression, substance disorder, and suicidality--a 13-year community-based study. In: *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 39 (6), S. 497–501.
- 184 Lasalvia, A.; Zoppei, S.; van Bortel, T.; Bonetto, C.; Cristofalo, D.; Wahlbeck, K. et al. (2013): Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder. A cross-sectional survey. In: *The Lancet* 381 (9860), S. 55–62.
- 185 Laurant, M.; Reeves, D.; Hermens, R.; Braspenning, J.; Grol, R.; Sibbald, B. (2005): Substitution of doctors by nurses in primary care. In: *The Cochrane database of systematic reviews* (2).
- 186 Lawhorne, L. (2005): Depression in the Older Adult. In: *Primary Care: Clinics in Office Practice* 32 (3), S. 777–792.
- 187 Lazarus, Richard S.; Folkman, Susan (1984): Stress, Appraisal, and Coping: Springer Publishing Company.
- 188 Leppert, K.; Koch, B.; Brähler, E. (2008): Die Resilienzskala (RS) – Überprüfung der Langform RS-25 und einer Kurzform RS-13. In: *Klinische Diagnostik und Evaluation* 2 (1), S. 226–243.
- 189 Leventhal, H.; Diefenbach, M.; Leventhal, E. (1992): Illness cognition. Using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. In: *Cognitive Therapy and Research* 16 (2), S. 143–163.
- 190 Levine, S.; Unutzer, J.; Yip, J.; Hoffing, M.; Leung, M.; Fan, M.-Y. et al. (2005): Physicians' satisfaction with a collaborative disease management program for late-life depression in primary care. In: *General hospital psychiatry* 27 (6), S. 383–391.
- 191 Linden, M.; Horgas, A.; Steinhagen-Thiessen, E. (1996): Die Inanspruchnahme medizinischer und pflegerischer Hilfe im hohen Alter. In: P. B. Baltes und K. U. Mayer (Hg.): Die Berliner Altersstudie. Berlin: Akademie Verlag GmbH, S. 475–495.
- 192 Lindert, J.; Priebe, S.; Penka, S.; Napo, F.; Schouler-Ocak, M.; Heinz, A. (2008): Versorgung psychisch kranker Patienten mit Migrationshintergrund. In: *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie* 58 (03/04), S. 123–129.
- 193 Losekam, S.; Konrad, C. (2017): Psychoedukation. In: Carsten Konrad (Hg.): Therapie der Depression. Praxisbuch der Behandlungsmethoden. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 15–30.
- 194 Löwe, B.; Kroenke, K.; Herzog, W.; Gräfe, K. (2004): Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). In: *Journal of affective disorders* 81 (1), S. 61–66.
- 195 Luck-Sikorski, C.; Stein, J.; Heilmann, K.; Maier, W.; Kaduszkiewicz, H.; Scherer, M. et al. (2016): Treatment preferences for depression in the elderly. In: *International psychogeriatrics*, S. 1–10.
- 196 Ludman, E.; Katon, W.; Bush, T.; Rutter, C.; Lin, E.; Simon, G. et al. (2003): Behavioural factors associated with symptom outcomes in a primary care-based depression prevention intervention trial. In: *Psychological Medicine* 33, S. 1061–1070.

- 197 Luppá, M.; Sikorski, C.; Luck, T.; Ehreke, L.; Konnopka, A.; Wiese, B. et al. (2012): Age- and gender-specific prevalence of depression in latest-life--systematic review and meta-analysis. In: *Journal of affective disorders* 136 (3), S. 212–221.
- 198 Lützenkirchen, Anne (2008): Depression im Alter - Soziale Arbeit und ambulante Versorgungsstruktur. 1. Aufl. Frankfurt am Main: Prisma Verlagsdruckerei.
- 199 Lyness, J.; Yu, Q.; Tang, W.; Tu, X.; Conwell, Y. (2009): Risks for depression onset in primary care elderly patients. Potential targets for preventive interventions. In: *The American Journal of Psychiatry* 166 (12), S. 1375–1383.
- 200 Malterud, K. (2001): The art and science of clinical knowledge. Evidence beyond measures and numbers. In: *The Lancet* 358 (9279), S. 397–400.
- 201 Marshall, M. (1996): Sampling for qualitative research. In: *Family Practice* 13 (6), S. 522–525.
- 202 Martin, D.; Garske, J.; Davis, M. (2000): Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables. A meta-analytic review. In: *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 68 (3), S. 438.
- 203 Maske, U.; Jaedtke, M.; Luppá, M.; Riedel-Heller, S.; Kleiber, D.; Busch, M. (2017): Diagnosed Depression and Utilization of Health Care Services and Preventive Measures in the General Adult Population in Germany. In: *Psychiatrische Praxis*.
- 204 Mason, V.; Shaw, A.; Wiles, N.; Mulligan, J.; Peters, T.; Sharp, D.; Lewis, G. (2007): GPs' experiences of primary care mental health research. A qualitative study of the barriers to recruitment. In: *Family Practice* 24 (5), S. 518–525.
- 205 Maturana, Humberto R.; Varela, Francisco J. (2006): Der Baum der Erkenntnis. Die biologischen Wurzeln menschlichen Erkennens. 12. Aufl. München: Goldmann.
- 206 Mayer, A.-K.; Filipp, S.-H. (2005): Alter und Altern. Zur Bedeutung von Altersstereotypen. In: *Aus Politik und Zeitgeschichte* 49-50 (49-50), S. 25–30.
- 207 Mayring, P. (2000): Qualitative Inhaltsanalyse. In: *Forum Qualitative Sozialforschung* 1 (2).
- 208 Mayring, Philipp (2003): Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. 8. aktualisierte und überarb. Aufl. Weinheim und Basel: Beltz (UTB Pädagogik).
- 209 McGrath, Ellen (1994): When feeling bad is good. Bantam ed. New York: Bantam Books.
- 210 Meier, Bernd; Schröder, Christoph (2007): Altern in der modernen Gesellschaft: Leistungspotenziale und Sozialprofile der Generation 50-Plus. Köln: Deutscher Instituts-Verlag.
- 211 Melchior, Hanne; Schulz, Holger; Härter, Martin (2014): Regionale Variation der Prävalenz und Behandlung von Depressionen - Ergebnisse des Faktencheck Depression. Gütersloh: German Medical Science GMS Publishing House; Düsseldorf (Faktencheck Gesundheit).
- 212 Mey, G.; Mruck, K. (Hg.) (2010): Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- 213 Meyer, H. (2014): Gestärkt hervorgehen - Erfahrungen mit Depression und Manie. In: Thomas Bock, Kristin Klapheck und Friederike Ruppelt (Hg.): Sinnsuche und Genesung. Erfahrungen und Forschungen zum subjektiven Sinn von Psychosen. 1. Aufl. Köln: Psychiatrie Verlag, S. 159–162.
- 214 Meyer, T.; Karbach, U.; Holmberg, C.; Güthlin, C.; Patzelt, C.; Stamer, M.; Des DNVF, f. (2012): Qualitative Studien in der Versorgungsforschung – Diskussionspapier, Teil 1. Gegenstandsbestimmung. In: *Das Gesundheitswesen* (74), S. 510–515.
- 215 Michaelis, S.; Kriston, L.; Härter, M.; Watzke, B.; Schulz, H.; Melchior, H. (2017): Predicting the preferences for involvement in medical decision making among patients with mental disorders. In: *PLoS ONE* 12 (8), e0182203.

- 216 Mitchell, A.; Subramaniam, H. (2005): Prognosis of depression in old age compared to middle age: a systematic review of comparative studies. In: *The American Journal of Psychiatry* 162 (9), S. 1588–1601.
- 217 Mnich, E.; Makowski, A.; Daubmann, A.; Bock, T.; Lambert, M.; Härter, M. et al. (2016): Evaluation einer bevölkerungsbezogenen Kampagne zu psychischen Erkrankungen – Erfahrungen aus dem Projekt „psychenet“. In: *Psychiatrische Praxis* 43 (08), S. 429–435.
- 218 Morfeld, M.; Wirtz, M. (2006): Methodische Ansätze in der Versorgungsforschung. In: *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 49 (2), S. 120–129.
- 219 Moscovici, Serge (2001): Social representations. Explorations in social psychology. New York: New York University Press.
- 220 Muntingh, A.; Feltz-Cornelis, Christina M van der; van Marwijk, H.; Spinhoven, P.; van Balkom, A. (2016): Collaborative care for anxiety disorders in primary care. A systematic review and meta-analysis. In: *BMC family practice* 17 (1), S. 62.
- 221 Murphy, R.; Ekers, D.; Webster, L. (2014): An update to depression case management by practice nurses in primary care. A service evaluation. In: *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 21 (9), S. 827–833.
- 222 Mushtaq, R.; Shoib, S.; Shah, T.; Mushtaq, S. (2014): Relationship Between Loneliness, Psychiatric Disorders and Physical Health ? A Review on the Psychological Aspects of Loneliness. In: *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 8 (9), 1-4.
- 223 Nahas, R.; Sheikh, O. (2011): Complementary and alternative medicine for the treatment of major depressive disorder. In: *Canadian Family Physician* 57 (6), S. 659–663.
- 224 Neugebauer, E.; Pfaff, H.; Schrappe, M.; Glaeske, G. (2008): Versorgungsforschung — Konzept, Methoden und Herausforderungen. In: Wilhelm Kirch und Badura, Bernhard, Pfaff, Holger (Hg.): Prävention und Versorgungsforschung: Ausgewählte Beiträge des 2. Nationalen Präventionskongresses und 6. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung Dresden, 24. bis 27. Oktober 2007. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 81–94.
- 225 Newell, D. (1992): Intention-to-treat analysis. Implications for quantitative and qualitative research. In: *International journal of epidemiology* 21 (5), S. 837–841.
- 226 Nienhuis, J.; Owen, J.; Valentine, J.; Winkeljohn Black, S.; Halford, T.; Parazak, S. et al. (2016): Therapeutic alliance, empathy, and genuineness in individual adult psychotherapy. A meta-analytic review. In: *Psychotherapy Research*, S. 1–13.
- 227 Nourney, Astrid (2006): Zu alt? Abgelehnt!: Berichte aus Deutschland über das Älterwerden. Bremen: Viola Falkenberg Verlag.
- 228 Nutting, P.; Gallagher, K.; Riley, K.; White, S.; Dietrich, A.; Dickinson, W. (2007): Implementing a depression improvement intervention in five health care organizations. Experience from the RESPECT-Depression trial. In: *Administration and Policy in Mental Health* 34 (2), S. 127–137.
- 229 O'Brien, B.; Harris, I.; Beckman, T.; Reed, D.; Cook, D. (2014): Standards for Reporting Qualitative Research: A Synthesis of Recommendations. In: *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*.
- 230 Oishi, S.; Shoai, R.; Katon, W.; Callahan, C.; Unutzer, J.; Arean, P. et al. (2003): Impacting late life depression: integrating a depression intervention into primary care. In: *The Psychiatric quarterly* 74 (1), S. 75–89.
- 231 Oslin, D.; Datto, C.; Kallan, M.; Katz, I.; Edell, W.; TenHave, T. (2002): Association Between Medical Comorbidity and Treatment Outcomes in Late-Life Depression. In: *Journal of the American Geriatrics Society* 50 (5), S. 823–828.
- 232 Ott, U.; Berding, J. (2017): Praxis der Ergotherapie in der Behandlung von Depression. In: Carsten Konrad (Hg.): Therapie der Depression. Praxisbuch der Behandlungsmethoden. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 439–451.

- 233 Overbeck, G.; Davidsen, A.; Kousgaard, M. (2016): Enablers and barriers to implementing collaborative care for anxiety and depression. A systematic qualitative review. In: *Implementation science: IS* 11.
- 234 Overend, K.; Bosanquet, K.; Della Bailey; Foster, D.; Gascoyne, S.; Lewis, H. et al. (2015): Revealing hidden depression in older people. A qualitative study within a randomised controlled trial. In: *BMC family practice* 16 (142).
- 235 Panagioti, M.; Bower, P.; Kontopantelis, E.; Lovell, K.; Gilbody, S.; Waheed, W. et al. (2016): Association Between Chronic Physical Conditions and the Effectiveness of Collaborative Care for Depression. An Individual Participant Data Meta-analysis. In: *JAMA Psychiatry* 73 (9), S. 978–989.
- 236 Perreault, M.; Toure, E.; Fleury, M.-J.; Beaulieu, S.; Caron, J. (2016): Development of a Typology of Antidepressant Users. The Role of Mental Health Disorders and Substance Use. In: *Journal of population therapeutics and clinical pharmacology* 23 (1), e90-102.
- 237 Petrosyan, Y.; Sahakyan, Y.; Barnsley, J.; Kuluski, K.; Liu, B.; Wodchis, W. (2017): Quality indicators for care of depression in primary care settings. A systematic review. In: *Systematic reviews* 6 (1), S. 1–14.
- 238 Pfaff, H. (2003): Versorgungsforschung - Begriffsbestimmung, Gegenstand und Aufgaben. In: H. Pfaff, M. Schrappe, Lauterbach K. W., U. Engelmann und M. Halber (Hg.): *Gesundheitsversorgung und Disease Management: Grundlagen und Anwendungen der Versorgungsforschung*. 1. Aufl. Bern [u.a.]: Huber, S. 19–23.
- 239 Pilars de Pilar, M.; Abholz, H.-H.; Becker, N.; Sielk, M. (2012): Was erzählen Hausärzte über ihre Patienten, bei denen sie eine vorliegende Depression nicht diagnostiziert haben? In: *Psychiatrische Praxis* 39 (02), S. 71–78.
- 240 Pöhlmann, K.; Altmann, U.; Butter, A.; Israel, M.; Keller, A.; Schellong, J. et al. (2008): Differenzielle Therapieerläufe in der stationären Psychotherapie. Eine störungsübergreifende clusteranalytische Differenzierung von Verlaufstypen auf der Basis des Merkmals Depressivität. In: Wilhelm Kirch und Badura, Bernhard, Pfaff, Holger (Hg.): *Prävention und Versorgungsforschung: Ausgewählte Beiträge des 2. Nationalen Präventionskongresses und 6. Deutschen Kongresses für Versorgungsforschung Dresden, 24. bis 27. Oktober 2007*. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 195–216.
- 241 Popert, U. (2017): Multitasking ist nötig – auch in der Politik. In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 93 (5), S. 227.
- 242 Post, S. (2009): It's good to be good. Science says it's so. Research demonstrates that people who help others usually have healthier, happier lives. In: *Health progress (Saint Louis, Mo.)* 90 (4), S. 18–25.
- 243 Prahl, H. W.; Schroeter, K. R. (1996): *Soziologie des Alterns: Eine Einführung*. Paderborn: Verlag Ferdinand Schöningh.
- 244 Raimo, E.; Schuckit, M. (1998): Alcohol dependence and mood disorders. In: *Addictive behaviors* 23 (6), S. 933–946.
- 245 Raue, P.; Schulberg, H.; Lewis-Fernandez, R.; Boutin-Foster, C.; Hoffman, A.; Bruce, M. (2010): Shared decision-making in the primary care treatment of late-life major depression: a needed new intervention? In: *International journal of geriatric psychiatry* 25 (11), S. 1101–1111.
- 246 Rich, J.; Martin, P. (2014): Co-occurring psychiatric disorders and alcoholism. In: *Handbook of Clinical Neurology* 125, S. 573–588.
- 247 Richards, D. A.; Ekers, D.; McMillan, D.; Taylor, R.; Byford, S.; Warren, F. et al. (2016): Cost and Outcome of Behavioural Activation versus Cognitive Behavioural Therapy for Depression (COBRA). A randomised, controlled, non-inferiority trial. In: *The Lancet* 388 (10047), S. 871–880.
- 248 Richards, D. A.; Lankshear, A.; Fletcher, J.; Rogers, A.; Barkham, M.; Bower, P. et al. (2006): Developing a U.K. protocol for collaborative care. A qualitative study. In: *General hospital psychiatry* 28 (4), S. 296–305.

- 249 Richter, M.; Hurrelmann, K. (Hg.) (2016): *Soziologie von Gesundheit und Krankheit*. Wiesbaden: Springer VS (Lehrbuch).
- 250 Roberge, P.; Hudon, C.; Pavilanis, A.; Beaulieu, M.-C.; Benoit, A.; Brouillet, H. et al. (2016): A qualitative study of perceived needs and factors associated with the quality of care for common mental disorders in patients with chronic diseases: the perspective of primary care clinicians and patients. In: *BMC family practice* 17 (1), S. 1–14.
- 251 Rogers, A.; May, C.; Oliver, D. (2009): Experiencing depression, experiencing the depressed. The separate worlds of patients and doctors. In: *Journal of Mental Health* 10 (3), S. 317–333.
- 252 Rogers, C. R.; Tausch, R.; Giere, J. (2014): *Entwicklung der Persönlichkeit. Psychotherapie aus der Sicht eines Therapeuten*. 19. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta (Konzepte der Humanwissenschaften).
- 253 Rossom, R.; Solberg, L.; Vazquez-Benitez, G.; Whitebird, R.; Crain, A.; Beck, A.; Unutzer, J. (2016): Predictors of Poor Response to Depression Treatment in Primary Care. In: *Psychiatric Services (Washington, D.C.)* 67 (12), S. 1362–1367.
- 254 Roy-Byrne, P. (2017): Collaborative Care for Anxiety. What's Inside the Black Box and How Can It Be Improved? In: *Journal of general internal medicine* 32 (3), S. 233–235.
- 255 Rubenstein, L.; Chaney, E.; Ober, S.; Felker, B.; Sherman, S.; Lanto, A.; Vivell, S. (2010): Using evidence-based quality improvement methods for translating depression collaborative care research into practice. In: *Families, Systems, & Health* 28, S. 91–113.
- 256 Rybak-Korneluk, A.; Wichowicz, H.; Zuk, K.; Dziurkowski, M. (2016): Autobiographical memory and its meaning in selected mental disorders. In: *Psychiatria polska* 50 (5), S. 959–972.
- 257 Schoevers, R.; Geerlings, M.; Deeg, D.; Holwerda, T.; Jonker, C.; Beekman, A. (2009): Depression and excess mortality. Evidence for a dose response relation in community living elderly. In: *International journal of geriatric psychiatry* 24 (2), S. 169–176.
- 258 Schoevers, R.; Smit, F.; Deeg, D.; Cuijpers, P.; Dekker, J.; van Tilburg, W.; Beekman, A. (2006): Prevention of late-life depression in primary care. Do we know where to begin? In: *The American Journal of Psychiatry* 163 (9), S. 1611–1621.
- 259 Schomerus, G.; Matschinger, H.; Angermeyer, M. (2009): The stigma of psychiatric treatment and help-seeking intentions for depression. In: *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences* 259, S. 298–306.
- 260 Schreier, M. (2014): Ways of Doing Qualitative Content Analysis: Disentangling Terms and Terminologies. In: *Forum Qualitative Sozialforschung* 15 (1).
- 261 Schulz, S.; Gensichen, J.; Dörr, C. (2012): Depression. In: Michael M. Kochen (Hg.): *Allgemeinmedizin und Familienmedizin*. Unter Mitarbeit von Heinz-Harald Abholz. 4. vollständig überarb. u. erw. Aufl. Stuttgart: Thieme (Duale Reihe), S. 447–456.
- 262 Schütz, A. (1945): On Multiple Realities. In: *Philosophy and Phenomenological Research* 5 (4), S. 533–576.
- 263 Schütz, A. (1953): Common-Sense and Scientific Interpretation of Human Action. In: *Philosophy and Phenomenological Research* 14 (1), S. 1.
- 264 Seibt, A. C. (2011): Sozial-kognitives Prozessmodell des Gesundheitsverhaltens. In: BZgA (Hg.): *Leitbegriffe der Prävention und Gesundheitsförderung*. Köln, 521 bis 527.
- 265 Seligman, Martin E. (1975): *Helplessness. On Depression, Development, and Death*: W. H. Freeman (A Series of books in psychology).
- 266 Seligman, Martin E. (1999): *Erlernte Hilflosigkeit. Über Depression, Entwicklung und Tod*. Unter Mitarbeit von Franz Petermann und Brigitte Rockstroh. 5., neu ausgestattete Auflage. Weinheim: Beltz J.

- 267 Sherwin, E.; Dinan, T.; Cryan, J. (2017): Recent developments in understanding the role of the gut microbiota in brain health and disease. In: *Annals of the New York Academy of Sciences*, S. 1–21.
- 268 Siebert, H. (2004): Sozialkonstruktivismus: Gesellschaft als Konstruktion. In: *Journal of Social Science Education* 3 (2), S. 95–103.
- 269 Sielk, M.; Abholz, H.-H. (2005): Warum bezeichnen Allgemeinärzte andere Patienten als depressiv als Psychiater es tun? In: *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 81, S. 486–490.
- 270 Sielk, M.; Altiner, A.; Janssen, B.; Becker, N.; Pilars, M. de; Abholz, H.-H. (2009): Prevalence and diagnosis of depression in primary care. A critical comparison between PHQ-9 and GPs' judgement. In: *Psychiatrische Praxis* 36 (4), S. 169–174.
- 271 Simpson, A.; Richards, D.; Gask, L.; Hennessy, S.; Escott, D. (2008): Patients' experiences of receiving collaborative care for the treatment of depression in the UK. A qualitative investigation. In: *Mental health in family medicine* 5 (2), S. 95–104.
- 272 Singh, A.; Okereke, O. (2015): Social and Behavioral Risk Factors for Late-Life Depression. In: Olivia I. Okereke (Hg.): *Prevention of late-life depression. Current clinical challenges and priorities*. Cham: Humana Press (Aging medicine), S. 19–33.
- 273 Sjöberg, L.; Karlsson, B.; Atti, A.-R.; Skoog, I.; Fratiglioni, L.; Wang, H.-X. (2017): Prevalence of depression. Comparisons of different depression definitions in population-based samples of older adults. In: *Journal of affective disorders* 221, S. 123–131.
- 274 Skinner, Burrhus F. (1973): *Wissenschaft und menschliches Verhalten. Science and human behavior*. München: Kindler (Kindler-Studienausgabe).
- 275 Skinner, E.; Edge, K.; Altman, J.; Sherwood, H. (2003): Searching for the structure of coping. A review and critique of category systems for classifying ways of coping. In: *Psychological bulletin* 129 (2), S. 216–269.
- 276 Smoyak, S. (1977): Issues in primary care. Problems in interprofessional relations. In: *Bulletin of the New York Academy of Medicine* 53 (1), S. 51–59.
- 277 Solberg, L.; Fischer, L.; Wei, F.; Rush, W.; Conboy, K.; Davis, T.; Heinrich, R. (2001): A CQI intervention to change the care of depression. A controlled study. In: *Effective clinical practice: ECP* 4 (6), S. 239–249.
- 278 Solhaug, H.; Romuld, E.; Romild, U.; Stordal, E. (2012): Increased prevalence of depression in cohorts of the elderly. An 11-year follow-up in the general population – the HUNT study. In: *International psychogeriatrics* 24 (1), S. 151–158.
- 279 Spitzer, R.; Kroenke, K.; Williams, J.; Lowe, B. (2006): A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. In: *Archives of Internal Medicine* 166, S. 1092–1097.
- 280 Stamer, M.; Guthlin, C.; Holmberg, C.; Karbach, U.; Patzelt, C.; Meyer, T. (2015): Qualitative Studien in der Versorgungsforschung - Diskussionspapier, Teil 3: Qualität qualitativer Studien. In: *Das Gesundheitswesen* 77 (12), S. 966–975.
- 281 Stark, A.; Kaduszkiewicz, H.; Stein, J.; Maier, W.; Heser, K.; Weyerer, S. et al. (2018): Depression in old age: A qualitative study on primary care patients' perspectives on depression and its treatments - Possible barriers and chances for the management of depression. In: *BMC family practice* (im Peer-Review), S. 1–24.
- 282 Stastka, K. (2016): Psychotherapie bei Depression. In: *psychopraxis. neuropraxis* 19 (5), S. 186–191.
- 283 Statistisches Bundesamt (2017): *Todesursachen in Deutschland 2015*. Berlin (Gesundheit, Fachserie 12 Reihe 4).
- 284 Steigleder, Sandra (2008): *Die strukturierende qualitative Inhaltsanalyse im Praxistest. Eine konstruktiv kritische Studie zur Auswertungsmethodik von Philipp Mayring*. Marburg: Tectum-Verlag.

- 285 Steinkamp, G.; Werner, B. (2000): Der Einfluß eines Gerontopsychiatrischen Zentrums auf die Versorgungsqualität psychisch erkrankter älterer Menschen. In: *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 33 (1), S. 59–66.
- 286 Steinman, L. (2012): Implementation of an Evidence-Based Depression Care Management Program (PEARLS). Perspectives From Staff and Former Clients. In: *Preventing chronic disease* 9.
- 287 Stenkamp, K.; Burian, R.; Diefenbacher, A. (2016a): Depressive Patienten beim Hausarzt. Teil 1: Sichtweisen und praktischer Umgang. In: *Der Allgemeinarzt* (38), S. 52–57.
- 288 Stenkamp, K.; Burian, R.; Diefenbacher, A. (2016b): Depressive Patienten beim Hausarzt. Teil 2: Individuelle Therapiestrategien entwickeln. In: *Der Allgemeinarzt* (38), S. 48–52.
- 289 Stewart, J.; Perkins, A.; Callahan, C. (2014): Effect of collaborative care for depression on risk of cardiovascular events. Data from the IMPACT randomized controlled trial. In: *Psychosomatic medicine* 76 (1), S. 29–37.
- 290 Stiftung Deutsche Depressionshilfe (2016): GET.UP Wirksamkeit und Akzeptanz moderater kontinuierlicher Bettzeitverkürzung im Selbstmanagement bei leichtgradiger Depression. Online verfügbar unter <https://home.uni-leipzig.de/screening/get-up.html>, zuletzt aktualisiert am 13.07.2016, zuletzt geprüft am 26.08.2017.
- 291 Stiles-Shields, C.; Corden, M.; Kwasny, M.; Schueller, S.; Mohr, D. (2015): Predictors of outcome for telephone and face-to-face administered cognitive behavioral therapy for depression. In: *Psychological Medicine* 45 (15), S. 3205–3215.
- 292 Sussman, T.; Yaffe, M.; McCusker, J.; Parry, D.; Sewitch, M.; van Bussel, L.; Ferrer, I. (2011): Improving the management of late-life depression in primary care: barriers and facilitators. In: *Depression Research and Treatment* 2011, S. 326307.
- 293 Switzer, J.; Wittink, M.; Karsch, B.; Barg, F. (2006): "Pull yourself up by your bootstraps": a response to depression in older adults. In: *Qualitative Health Research* 16 (9), S. 1207–1216.
- 294 Tallon, D.; Mulligan, J.; Wiles, N.; Thomas, L.; Peters, T.; Elgie, R. et al. (2011): Involving patients with depression in research. Survey of patients' attitudes to participation. In: *British Journal of General Practice* 61 (585), e134-e141.
- 295 Taylor, P.; Rietzschel, J.; Danquah, A.; Berry, K. (2015): The role of attachment style, attachment to therapist, and working alliance in response to psychological therapy. In: *Psychology and psychotherapy* 88 (3), S. 240–253.
- 296 Tellenbach, H. (1983): Vorlaufende Typologien in ihrem Bezug zum Problem der Pathogenese. In: Hubertus Tellenbach (Hg.): *Melancholie. Problemgeschichte Endogenität Typologie Pathogenese Klinik*. 4. Aufl. Berlin, Heidelberg: Springer, S. 54–63.
- 297 Thielke, S.; Corson, K.; Dobscha, S. (2015): Collaborative care for pain results in both symptom improvement and sustained reduction of pain and depression. In: *General hospital psychiatry* 37 (2), S. 139–143.
- 298 Tong, A.; Sainsbury, P.; Craig, J. (2007): Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. In: *International journal for quality in health care* 19 (6), S. 349–357.
- 299 Turner, A.; Anderson, J.; Wallace, L.; Bourne, C. (2015): An evaluation of a self-management program for patients with long-term conditions. In: *Patient Education and Counseling* 98 (2), S. 213–219.
- 300 Tyrer, P.; Gunderson, J.; Lyons, M.; Tohen, M. (1997): Extent of comorbidity between mental state and personality disorders. In: *Journal of personality disorders* 11 (3), S. 242–259.

- 301 Unützer, J.; Katon, W.; Callahan, C.; John W. Williams, JR; Hunkeler, E.; Harpole, L. et al. (2002): Collaborative Care Management of Late-Life Depression in the Primary Care Setting. A Randomized Controlled Trial. In: *JAMA* 288 (22), S. 2836–2845.
- 302 Unützer, Jürgen; Oishi, Sabine; Shoai, Rebecca; Smith, Christine; Della Ripa, Monica (2004): IMPACT: Late Life Depression Treatment. Manual for Collaborative Depression Management. Online verfügbar unter <http://impact-uw.org>.
- 303 Üstün, T.; Chatterji, S.; Kostanjsek, N.; Rehm, J.; Kennedy, C.; Epping-Jordan, J. et al. (2010): Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. In: *Bulletin of the World Health Organization* 88 (11), S. 815–823.
- 304 van den Berg, K. (2007): Semantiken des Alters. Diskursinterventionen durch Bildlektüren von Giorgione, August Sander und On Kawara. In: Gertrud M. Backes, Ursula Pasero und Klaus R. Schroeter (Hg.): *Altern in Gesellschaft. Ageing -- Diversity -- Inclusion*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 43–76.
- 305 van den Brink, R.; Schutter, N.; Hanssen, D.; Elzinga, B.; Im Rabeling-Keus; Stek, M. et al. (2017): Prognostic significance of social network, social support and loneliness for course of major depressive disorder in adulthood and old age. In: *Epidemiology and psychiatric sciences*, S. 1–12.
- 306 van den Broeck, K.; Ketterer, F.; Remmen, R.; Vanmeerbeek, M.; Destoop, M.; Dom, G. (2017): Why Collaborative Care for Depressed Patients is so Difficult. A Belgian Qualitative Study. In: *International journal of integrated care* 17 (2).
- 307 van den Broeck, K.; Remmen, R.; Vanmeerbeek, M.; Destoop, M.; Dom, G. (2016): Collaborative care regarding major depressed patients: A review of guidelines and current practices. In: *Journal of affective disorders* 200, S. 189–203.
- 308 van der Weele, G.; Jong, R. de; Waal, M.; Spinhoven, P.; Rooze, H.; Reis, R. et al. (2012): Response to an unsolicited intervention offer to persons aged ≥ 75 years after screening positive for depressive symptoms: a qualitative study. In: *International psychogeriatrics* 24 (2), S. 270–277.
- 309 van Leeuwen, E.; Unutzer, J.; Lee, S.; Noel, P. (2009): Collaborative depression care for the old-old: findings from the IMPACT trial. In: *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 17 (12), S. 1040–1049.
- 310 van Orden, K.; Conwell, Y. (2011): Suicides in Late Life. In: *Current psychiatry reports* 13 (3), S. 234–241.
- 311 VERBI Software. Consult (2016): MAXQDA. Software für qualitative Datenanalyse. Version 12.3.1. Berlin, Deutschland: Sozialforschung GmbH.
- 312 Vlasveld, M. C.; Anema, J. R.; Beekman, A. T.; Mechelen, W. v.; Hoedeman, R.; Marwijk, H. W. v. et al. (2008): Multidisciplinary collaborative care for depressive disorder in the occupational health setting: design of a randomised controlled trial and cost-effectiveness study. In: *BMC health services research* 8, S. 99.
- 313 Volkert, J.; Schulz, H.; Härter, M.; Wlodarczyk, O.; Andreas, S. (2013): The prevalence of mental disorders in older people in Western countries – a meta-analysis. In: *Ageing research reviews* 12 (1), S. 339–353.
- 314 Vollmann, M.; Scharloo, M.; Salewski, C.; Dienst, A.; Schonauer, K.; Renner, B. (2010): Illness representations of depression and perceptions of the helpfulness of social support. Comparing depressed and never-depressed persons. In: *Journal of affective disorders* 125 (1–3), S. 213–220.
- 315 von Korff, M. von; Katon, W.; Lin, E.; Ciechanowski, P.; Peterson, D.; Ludman, E. et al. (2011): Functional outcomes of multi-condition collaborative care and successful ageing: results of randomised trial. In: *British Medical Journal* 343, d6612.
- 316 Wahl, Hans Werner; Heyl, Vera (2004): *Gerontologie - Einführung und Geschichte*. Stuttgart: Kohlhammer.
- 317 Walter, Ulla; Flick, Uwe; Neuber, Anke; Fischer, Claudia; Schwart, Friedrich-Wilhelm (2006): *Alt und gesund? Altersbilder und Präventionskonzepte in der ärztlichen und pflegerischen Praxis*. 1. Auflage. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften (Alter(n) und Gesellschaft, Band 10).

- 318 Watzke, B.; Haller, E.; Steinmann, M.; Heddaeus, D.; Härter, M.; König, H.-H. et al. (2017): Effectiveness and cost-effectiveness of telephone-based cognitive-behavioural therapy in primary care. Study protocol of TIDE – telephone intervention for depression. In: *BMC Psychiatry* 17 (1), S. 263.
- 319 Webster, L.; Ekers, D.; Chew-Graham, C. (2016): Feasibility of training practice nurses to deliver a psychosocial intervention within a collaborative care framework for people with depression and long-term conditions. In: *BMC Nursing* 15 (1), S. 1–11.
- 320 Weingarten, S.; Henning, J.; Badamgarav, E.; Knight, K.; Hasselblad, V.; Jr, A.; Ofman, J. (2002): Interventions used in disease management programmes for patients with chronic illness which ones work? Meta-analysis of published reports. In: *British Medical Journal* 325 (7370), S. 925.
- 321 Wernher, I.; Bjerregaard, F.; Tinsel, I.; Bleich, C.; Boczor, S.; Kloppe, T. et al. (2014): Collaborative treatment of late-life depression in primary care (GermanIMPACT): study protocol of a cluster-randomized controlled trial. In: *Trials* 15 (1), S. 351.
- 322 Weyerer, S.; Eifflaender-Gorfer, S.; Köhler, L.; Jessen, F.; Maier, W.; Fuchs, A. et al. (2008): Prevalence and risk factors for depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older. In: *Journal of affective disorders* 111 (2), S. 153–163.
- 323 Weyerer, S.; Eifflaender-Gorfer, S.; Wiese, B.; Luppä, M.; Pentzek, M.; Bickel, H. et al. (2013): Incidence and predictors of depression in non-demented primary care attenders aged 75 years and older. Results from a 3-year follow-up study. In: *Age and Ageing* 42 (2), S. 173–180.
- 324 Whitehead, L.; Jacob, E.; Towell, A.; Abu-qamar, M.'e.; Cole-Heath, A. (2017): The role of the family in supporting the self-management of chronic conditions. A qualitative systematic review. In: *Journal of Clinical Nursing*, S. 19.
- 325 WHO: A Practical Manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) World Health Organization. World Health Organization. Genf.
- 326 WHO (2013): Mental Health Action Plan 2013-2020. World Health Organization. Genf.
- 327 WHO; WONCA (2008): Integrating Mental Health into Primary Care. A Global Perspective. World Health Organization, World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. Genf.
- 328 Williams, J.; Gerrity, M.; Holsinger, T.; Dobscha, S.; Gaynes, B.; Dietrich, A. (2007): Systematic review of multifaceted interventions to improve depression care. In: *Gen Hosp Psychiatry* 29, S. 91–116.
- 329 Winkler, D.; Pjrek, E.; Kasper, S. (2005): Anger attacks in depression-evidence for a male depressive syndrome. In: *Psychotherapy and Psychosomatics* 74 (5), S. 303–307.
- 330 Winkler, Michael (1988): Eine Theorie der Sozialpädagogik. Stuttgart: Klett-Cotta (Konzepte der Humanwissenschaften).
- 331 Wittchen, H. (1994): Reliability and validity studies of the WHO--Composite International Diagnostic Interview (CIDI). A critical review. In: *Journal of psychiatric research* 28 (1), S. 57–84.
- 332 Wittchen, H. (Hg.) (1998): Handbuch Psychische Störungen. Eine Einführung. Unter Mitarbeit von John M. Oldham, Herbert Pardes und Frederic I. Kass. 2. Aufl. Weinheim: Beltz, PsychologieVerlagsUnion.
- 333 Wittchen, H.; Jacobi, F.; Klose, Michael, Ryl, Livia (2010): Depressive Erkrankungen. Hg. v. Robert Koch-Institut. Berlin (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, 51).
- 334 Wittchen, H.-U.; Strehle, J.; Gerschler, A.; Volkert, J.; Dehoust, M.; Sehner, S. et al. (2015): Measuring symptoms and diagnosing mental disorders in the elderly community. The test–retest reliability of the CIDI65+. In: *International Journal of Methods in Psychiatric Research* 24 (2), S. 116–129.
- 335 Wittchen, Hans Ulrich; Höfler, Michael; Meister, Wolfgang (2000): Depressionen in der Allgemeinarztpraxis: Die bundesweite Depressionsstudie. Stuttgart: F. K. Schattauer Verlagsgesellschaft mbH.

- 336 Witzel, A. (2000): Das problemzentrierte Interview. In: *Forum Qualitative Sozialforschung* 1 (1), S. 1–9.
- 337 Wolf, N.; Hopko, D. (2008): Psychosocial and pharmacological interventions for depressed adults in primary care. A critical review. In: *Clinical psychology review* 28 (1), S. 131–161.
- 338 Wolfersdorf, Manfred; Schüler, Martin (2005): Depression im Alter. Diagnostik, Therapie, Angehörigenarbeit, Fürsorge, gerontopsychiatrische Depressionsstationen. Stuttgart: W. Kohlhammer.
- 339 Wrede-Sach, J.; Voigt, I.; Diederichs-Egidi, H.; Hummers-Pradier, E.; Dierks, M.-L.; Junius-Walker, U. (2013): Decision-Making of Older Patients in Context of the Doctor-Patient Relationship: A Typology Ranging from “Self-Determined” to “Doctor-Trusting” Patients. In: *International Journal of Family Medicine*, S. 1–10.
- 340 Xu, W.; Tan, L.; Wang, H.-F.; Jiang, T.; Tan, M.-S.; Tan, L. et al. (2015): Meta-analysis of modifiable risk factors for Alzheimer disease. In: *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 1-8.
- 341 Zimmermann, T.; Mews, C.; Kloppe, T.; Tetzlaff, B.; Hadwiger, M.; Knesebeck, O.; Scherer, M. (2018): Soziale Probleme in der hausärztlichen Versorgung - Häufigkeit, Reaktionen, Handlungsoptionen und erwünschter Unterstützungsbedarf aus der Sicht von Hausärztinnen und Hausärzten. In: *Die Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* (im Peer-Review).
- 342 Zimmermann, T.; Puschmann, E.; van den Bussche, H.; Wiese, B.; Ernst, A.; Porzelt, S. et al. (2016): Collaborative nurse-led self-management support for primary care patients with anxiety, depressive or somatic symptoms: Cluster-randomised controlled trial (findings of the SMADS study). In: *International Journal of Nursing Studies* 63, S. 101–111.
- 343 Zivin, K.; Ganoczy, D.; Pfeiffer, P.; Miller, E.; Valenstein, M. (2009): Antidepressant adherence after psychiatric hospitalization among VA patients with depression. In: *Administration and Policy in Mental Health* 36 (6), S. 406–415.

10 Danksagung¹

Ich bedanke mich sehr herzlich bei meinem Erstprüfer Prof. Dr. Martin Scherer, der mir bereits zu Beginn meiner wissenschaftlichen Arbeit die Koordination des Forschungsprojekts German-IMPACT anvertraute und mich für das Thema meiner Dissertation begeisterte. Ich erhielt immer die beste Unterstützung und die nötige Freiheit.

Auch den beiden weiteren Mitgliedern meines Thesis-Komitees Prof. Dr. Olaf von dem Knesebeck und Prof. Dr. Harald Ansen möchte herzlich danken für den stets ermutigenden und manchmal auch korrigierenden Austausch.

Ich danke darüber hinaus all meinen Kolleginnen und Kollegen für die sehr gute Atmosphäre in unserem Institut. Insbesondere bedanke ich mich bei meiner Kollegin Dr. Nadine Pohontsch, die mich in der forschungsmethodischen Konzeption meines Promotionsprojekts unterstützte und die sich auch vor dem Korrekturlesen nicht scheute. Ebenso danke ich Dr. Thomas Zimmermann und seinem Doktorandenkolloquium für die Begleitung meines Arbeitsprozesses.

Herzlichen Dank auch meiner Schwester Martina Kloppe, die dazu beitrug, dass Orthografie und Grammatik dieser Dissertation an sehr hoher Qualität gewannen und die meinen Arbeitsprozess stets interessiert begleitete.

Ich danke zudem allen meinen Interviewteilnehmerinnen und -teilnehmern, die mir ihr Vertrauen schenkten und mit mir über ihre sehr sensible Lebensgeschichte sowie über ihre depressive Erkrankung sprachen. Ich hoffe, dass ich ihre Erwartungen mit dieser Dissertation und der daran anschließenden Arbeit erfüllen kann.

Über alle Maßen danke ich zudem meinen Eltern Adelheid Kloppe und Ralf Kloppe, die mich auf meinem gesamten Lebensweg liebevoll begleiteten und die immer bereit waren, alles Erdenkliche für mich zu tun.

Abschließend bedanke ich mich für die sehr wertvollen Freundschaften mit Judith Arnold, Christian Berding, Paul Engels, Janina Fröse, Matthes Grundmann, Jury Kowalczyk, Anna-Lena Leifermann, Per Niemann, Robert Scherret, Johanna Schmidt, Sebastian Stegen, Sascha Stolle, Britta Tetzlaff und Holger Wilcke. Ohne sie und ihre motivierenden Gesten möchte ich mir die vergangenen Jahre nicht vorstellen.

¹ mit der Gewissheit nicht allen Menschen gerecht werden zu können.



11 Lebenslauf

THOMAS KLOPPE

geboren am 12. November 1984 in Neubrandenburg

DERZEITIGE TÄTIGKEIT

- | | |
|--------------|--|
| seit 09/2013 | Promovend im PhD-Programm für Nicht-Mediziner des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf |
| seit 02/2012 | Wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut und der Poliklinik für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf |

WEITERE BERUFSERFAHRUNG

- | | |
|---------------|---|
| 2010 bis 2012 | Studentische Hilfskraft am Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf |
| 2011 bis 2013 | Sozialpädagoge bei einer medienpädagogischen Jugendzeitung in Hamburg-Eidelstedt: „die Tastenquäler“ |
| 2009 bis 2012 | Sozialpädagoge im Projekt „Nest im Astweg“ in Eidelstedt. |
| 2006 bis 2011 | Verschiedene Tätigkeiten als studentische Hilfskraft und Tutor innerhalb des Departments Soziale Arbeit |

MITGLIEDSCHAFTEN (WISSENSCHAFTLICH UND BERUFSPOLITISCH)

- | | |
|-----------|--|
| seit 2014 | ver.di - Vereinte Dienstleistungsgewerkschaft |
| seit 2013 | Center for Health Care Research (CHCR) |
| seit 2012 | Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin |

AUSBILDUNG

- | | |
|---------------|--|
| 2012 | Master of Arts: Soziale Arbeit |
| 2010 bis 2012 | Konsekutives Masterstudium der Sozialen Arbeit an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg |
| 2010 | Bachelor of Arts: Soziale Arbeit |
| 2006 bis 2010 | Studium der Sozialen Arbeit (Bachelor of Arts) an der Hochschule für Angewandte Wissenschaften Hamburg |
| 2005 bis 2006 | Studium der Energie- und Umwelttechnik an der Technischen Universität Hamburg-Harburg |
| 2004 bis 2005 | Zivildienst bei der Diakonie Neubrandenburg als Gruppenhelfer im Bereich Elektrotechnik |
| 2004 | Abitur an der Kooperativen Gesamtschule Neubrandenburg |
| 1990 bis 2004 | Schulausbildung |

Anhang

I Patient-Health-Questionnaire (PHQ-9)

Gesundheitsfragebogen PHQ-9

Bitte kreuzen Sie an, wie oft Sie sich in den **letzten zwei Wochen** durch die folgenden Beschwerden beeinträchtigt gefühlt haben. Entspricht keine der Antwortmöglichkeiten Ihrer genauen Einschätzung, dann wählen Sie die Antwort, die am ehesten auf Sie zutrifft.

Heutiges Datum: _____	überhaupt nicht	an einzelnen Tagen	an mehr als ½ d. Tage	beinahe jeden Tag
1. Wenig Interesse / Freude an Ihren Aktivitäten	0	1	2	3
2. Niedergeschlagenheit, Bedrücktheit oder Hoffnungslosigkeit	0	1	2	3
3. Schwierigkeiten, ein- oder durchzuschlafen, oder vermehrter Schlaf	0	1	2	3
4. Müdigkeit oder Gefühl, keine Energie zu haben	0	1	2	3
5. Verminderter Appetit oder übermäßiges Bedürfnis zu essen	0	1	2	3
6. Schlechte Meinung von sich selbst; Gefühl, ein Versager zu sein oder die Familie enttäuscht zu haben	0	1	2	3
7. Schwierigkeiten, sich auf etwas zu konzentrieren, z.B. beim Zeitunglesen oder Fernsehen	0	1	2	3
8. Waren Ihre Bewegungen oder Ihre Sprache so verlangsamt, dass es auch anderen aufgefallen sein könnte? Oder waren Sie im Gegenteil eher „zappelig“ oder ruhelos und hatten dadurch einen stärkeren Bewegungsdrang als sonst?	0	1	2	3
9. Gedanken, dass Sie lieber tot wären oder sich Leid zufügen möchten	0	1	2	3

Spaltenwerte: _____ + _____ + _____

PHQ-9 Gesamtwert (Summe der Spaltenwerte): _____ / 27

(Löwe et al. 2004)

II Patienteninformation



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf

Institut für Allgemeinmedizin
Prof. Dr. med. Martin Scherer
Direktor

Zentrum für Psychosoziale
Medizin

Martinstraße 52
20246 Hamburg
Telefon: (040) 7410-52400
Telefax: (040) 7410-53681
m.scherer@uke.de
www.uke.de



Patienteninformation

GermanIMPACT

*Studie zur Unterstützung der Depressionsbehandlung
in der hausärztlichen Versorgung - Interview*

Thomas Kloppe (M.A.)
Telefon: (040) 7410-56479
Telefax: (040) 7410-53681
t.kloppe@uke.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

das Institut für Allgemeinmedizin des Universitätsklinikums Hamburg-Eppendorf freut sich sehr, dass Sie an der Studie zur Unterstützung der Depressionsbehandlung in der hausärztlichen Versorgung teilgenommen haben. Sie haben uns sehr dabei geholfen, wichtige Erkenntnisse beim Einsatz von Therapiebegleiterinnen zu gewinnen.

Am Ende der Studienteilnahme möchten wir Sie zusätzlich um ein persönliches Gespräch und um Ihre persönliche Meinung zum vergangenen Jahr bitten. Ihre Erfahrungen sollen uns dabei helfen, die Therapiebegleitung für zukünftige Patienten zu verbessern und anzupassen. Das Gespräch soll nicht länger als 60 Minuten dauern und kann in den Ihnen bekannten Räumen Ihrer Hausarztpraxis stattfinden.

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig

Sie können Ihre Mitwirkung auch während des Gesprächs jederzeit und ohne Angabe von Gründen beenden. Dies hat keine Nachteile für Ihre weitere medizinische Behandlung.

Was geschieht mit persönlichen Informationen?

Erläuterungen zum Datenschutz:

1. **Tonbandaufzeichnungen und Gesprächsdaten aus der persönlichen Befragung werden anschließend verschriftlicht und vollständig pseudonymisiert.** Das heißt, sobald Sie Ihr Einverständnis zur Studienteilnahme gegeben haben, erhalten Sie eine **persönliche Studiennummer**. Alle Ihre Angaben werden unter dieser Nummer und **ohne Verbindung zu Ihrem Namen** gespeichert. Ihre personenbezogenen Daten wie Name, Adresse und Telefonnummer, werden streng getrennt von Ihren restlichen Daten in einem **verschlossenen Raum aufbewahrt**. Nur Herr Thomas Kloppe im Institut für Allgemeinmedizin hat Zugang zu dieser Liste. Die Zuordnung Ihrer Antworten zu Ihrer Person wird somit ausgeschlossen beziehungsweise wesentlich erschwert (§ 40 Abs. 2 BDSG, § 35 Abs. 2 LDSG BW, § 27 Abs. 3 HmbDSG).

2. Ihre Daten werden **nicht an Dritte weitergegeben**, auch **nicht an den Hausarzt, das Praxispersonal oder Ihren Therapiebegleiter**.
3. Sie haben das **Recht, über alle von Ihnen erhobenen Daten Auskunft zu erhalten** und über alle personenbezogenen Ergebnisse der Studie ggf. informiert oder nicht informiert zu werden. Wenn Sie den Wunsch haben, Auskunft über Ihre eigenen Daten zu erhalten, wenden Sie sich bitte an einen Mitarbeiter des Instituts für Allgemeinmedizin.
4. Falls Sie Ihre **Teilnahme an der Studie vorzeitig beenden**, können die bis zu diesem Zeitpunkt von Ihnen erhobenen Daten ohne Nennung Ihres Namens weiterverwendet werden, es sei denn, Sie veranlassen die Löschung aller Ihrer bisher erhobenen Daten.
5. Alle im Rahmen dieser Studie erworbenen Daten werden **ausschließlich zu Forschungszwecken** verwendet. **Wissenschaftliche Veröffentlichungen erfolgen ausschließlich in anonymisierter Form und lassen keinerlei Rückschluss auf Ihre Person zu.**
 - ▶ **Alle erhobenen personenbezogenen Daten unterliegen den datenschutzrechtlichen Bestimmungen nach § 40 Abs. 1 BDSG, § 35 Abs. 1 LDSG BW und § 27 Abs. 3 HmbDSG.**
 - ▶ **Nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist von 3 Jahren** werden alle personenbezogenen Daten, die bis dahin unter Verschluss aufbewahrt werden, komplett gelöscht. Das heißt, die Forschungsdaten werden **vollständig anonymisiert**. Nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren werden alle erhobenen Daten vernichtet. Die zuständigen Landesdatenschutzbehörden können bei Bedarf Einsicht in die Studienunterlagen nehmen.

Wer leitet die Studie und wer ist Ihr Ansprechpartner?

Die Studie wird durch Thomas Kloppe wissenschaftlicher Mitarbeiter des **Instituts für Allgemeinmedizin** durchgeführt und von Herrn **Prof. Dr. Martin Scherer** im Institut für Allgemeinmedizin geleitet.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

III Einverständniserklärung



Universitätsklinikum
Hamburg-Eppendorf
Institut für Allgemeinmedizin

Institut für Allgemeinmedizin
Prof. Dr. med. Martin Scherer
Direktor

Zentrum für Psychosoziale
Medizin

Martinstraße 52
20246 Hamburg
Telefon: (040) 7410-52400
Telefax: (040) 7410-53681
m.scherer@uke.de
www.uke.de



Einverständniserklärung

GermanIMPACT

*Studie zur Unterstützung der Depressionsbehandlung
in der hausärztlichen Versorgung - Interview*

Thomas Kloppe (M.A.)
Telefon: (040) 7410-56479
Telefax: (040) 7410-53681
t.kloppe@uke.de

Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient,

Ich wurde über die o. g. Studie vollständig aufgeklärt und habe die Erläuterungen gelesen und verstanden. Ich hatte die Gelegenheit, Fragen dazu zu stellen. Die Antworten habe ich verstanden und akzeptiert. Ich hatte genügend Zeit, mich zur Teilnahme zu entscheiden. Ich weiß, dass die Teilnahme freiwillig und mit keinem unmittelbaren persönlichen Nutzen oder Nachteilen für mich verbunden ist. Ich bin weiterhin damit einverstanden, dass das Interview auf Tonband aufgezeichnet wird. Ich wurde über die hier aufgeführten Regeln des Datenschutzes ausreichend informiert und erkläre mich mit diesen einverstanden.

Die Teilnahme an der Studie ist freiwillig

Ich weiß, dass ich meine Mitwirkung auch während des Gesprächs jederzeit und ohne Angabe von Gründen beenden kann. Dies hat keine Nachteile für Ihre weitere medizinische Behandlung.

Was geschieht mit persönlichen Informationen?

Erläuterungen zum Datenschutz:

1. Tonbandaufzeichnungen und Gesprächsdaten aus der persönlichen Befragung unterliegen der Schweigepflicht und den datenschutzgesetzlichen Bestimmungen. Sie werden anschließend verschriftlicht und vollständig **pseudonymisiert**. Das heißt, sobald Sie Ihr Einverständnis zur Studienteilnahme gegeben haben, erhalten Sie eine **persönliche Studiennummer**. Alle Ihre Angaben werden unter dieser Nummer und **ohne Verbindung zu Ihrem Namen** gespeichert. Ihre personenbezogenen Daten wie Name, Adresse und Telefonnummer, werden streng getrennt von Ihren restlichen Daten in einem **verschlossenen Raum aufbewahrt**. Nur Herr Thomas Kloppe im Institut für Allgemeinmedizin hat Zu-

gang zu dieser Liste. Die Zuordnung Ihrer Antworten zu Ihrer Person wird somit ausgeschlossen beziehungsweise wesentlich erschwert (§ 40 Abs. 2 BDSG, § 35 Abs. 2 LDSG BW, § 27 Abs. 3 HmbDSG).

2. Ihre Daten werden **nicht an Dritte weitergegeben**, auch **nicht an den Hausarzt, das Praxispersonal oder Ihre Therapiebegleiterin**.
3. Sie haben das **Recht, über alle von Ihnen erhobenen Daten Auskunft zu erhalten** und über alle personenbezogenen Ergebnisse der Studie ggf. informiert oder nicht informiert zu werden. Wenn Sie den Wunsch haben, Auskunft über Ihre eigenen Daten zu erhalten, wenden Sie sich bitte an einen Mitarbeiter des Instituts für Allgemeinmedizin.
4. Alle im Rahmen dieser Studie erworbenen Daten werden **ausschließlich zu Forschungszwecken** verwendet. **Wissenschaftliche Veröffentlichungen erfolgen ausschließlich in anonymisierter Form und lassen keinerlei Rückschluss auf Ihre Person zu.**
 - ▶ **Alle erhobenen personenbezogenen Daten unterliegen den datenschutzrechtlichen Bestimmungen nach § 40 Abs. 1 BDSG, § 35 Abs. 1 LDSG BW und § 27 Abs. 3 HmbDSG.**
 - ▶ **Nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist von 3 Jahren** werden alle personenbezogenen Daten, die bis dahin unter Verschluss aufbewahrt werden, komplett gelöscht. Das heißt, die Forschungsdaten werden **vollständig anonymisiert**. Nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist von 10 Jahren werden alle erhobenen Daten vernichtet. Die zuständigen Landesdatenschutzbehörden können bei Bedarf Einsicht in die Studienunterlagen nehmen.

Mir ist bekannt, dass ich mich bei weiteren Fragen jederzeit direkt an **Thomas Kloppe: 040 – 7410 56479** wissenschaftlicher Mitarbeiter des Instituts für Allgemeinmedizin wenden kann. Mit meiner Unterschrift erkläre ich, dass ich mit vorstehend geschilderter Vorgehensweise einverstanden bin, dass ich die Studieninformation sowie diese Einwilligungserklärung erhalten habe und dass ich zustimme, an dieser Studie teilzunehmen.

Ort, Datum	Vorname	und	Name	Unterschrift
	Teilnehmer/in			

Ort, Datum	Thomas Kloppe	Unterschrift
------------	---------------	--------------

IV Ethik-Votum

EINGEGANGEN AM 21. JUNI 2013



ETHIK-KOMMISSION DER
ÄRZTEKAMMER
HAMBURG
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Ärztekammer Hamburg · Postfach 76 01 09 · 22051 Hamburg

Herrn
Prof. Dr. med. Martin Scherer
Institut für Allgemeinmedizin
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistr. 52
20246 Hamburg

10.06.2013

Bearb.-Nr.: PV4480 (Bitte stets angeben!)

Studientitel: Erfolgsfaktoren, Herausforderungen und Hemmnisse in der kollaborativen Versorgung depressiv erkrankter älterer Menschen

Sehr geehrter Herr Kollege Scherer,

über Ihr oben bezeichnetes, zur Primärberatung vorgelegtes Projekt hat die Ethik-Kommission in ihrer Sitzung am 04.06.2013 ausführlich beraten.

Die Ethik-Kommission hat gegen das Vorhaben unter berufsrechtlichen Gesichtspunkten keine Bedenken und sieht die gesetzlichen Anforderungen insoweit als erfüllt an. Die Ethik-Kommission stimmt dem Vorhaben zu.

Die Kommission weist darauf hin, dass die Verantwortung des Versuchsleiters für das Forschungsvorhaben und seine Durchführung durch das obige Votum der Kommission nicht berührt wird.

Für den Fall der Durchführung der Studie in Zentren anderer Kammerbereiche geht die Kommission von der Einbindung der lokal zuständigen Ethik-Kommission aus.

Sie werden gebeten, die Ethik-Kommission über alle schwerwiegenden oder unerwarteten Ereignisse, die während der Studie auftreten und die die Sicherheit der Studienteilnehmer gefährden, in Verbindung mit Ihrer Stellungnahme zu unterrichten.

Die Kommission geht davon aus, dass die personenbezogenen Daten der Probanden / Patienten den datenschutzrechtlichen Vorschriften entsprechend behandelt werden.

Die Kommission erlaubt sich zudem die folgenden Hinweise und empfiehlt eine entsprechende Überarbeitung der Unterlagen:

1. Da in der Hauptstudie 300 Patienten untersucht werden, stellt sich die Frage, warum hier nur 24 ausgesucht werden. Die Auswertung erfasst somit nur einen sehr kleinen Teil. Die Erklärung, die qualitative Stichprobennahme diene der Untermauerung der Hypothese, da eine „intensive interpretative Analyse des Datenmaterials sich nur mit kleinen Stichproben realisieren lässt“ ist wissenschaftlich/statistisch eher nicht ausreichend.

...2

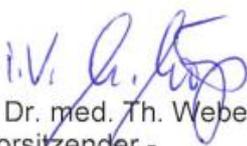
Bearb.-Nr.: PV4480 (Bitte stets angeben!)

-2-

2. Bei den Ausschlusskriterien ist unter nicht einwilligungsfähig z.B. alkoholisiert, unter Drogeneinfluss stehend, genannt. Da es sich um ältere Patienten handelt, sollte doch eher an kognitive und dementielle Störungen gedacht werden und nicht, dass diese Drogen einnehmen.
3. Die Ethik-Kommission weist vorsorglich darauf hin, dass die wissenschaftliche Aussagekraft dieses Vorhabens eher begrenzt sein dürfte.
4. Die Patienteninformation sollte zudem in folgenden Punkten überarbeitet werden:
 - a. Die Kommission bittet den mit dem Protokoll identischen vollständigen Titel der Studie in der Aufklärung und Einwilligungserklärung zu ergänzen.
 - b. Die Angaben zum Datenschutz sind lückenhaft und sollten anhand des beigefügten Musters ergänzt werden:
 - i. Es ist unklar welche Rechtsgrundlage eine Frist von 3 Jahren für die unter Verschluss gehaltenen, personenbezogenen Daten vorgibt; diese sollte entweder genannt werden oder die Zeitangabe korrigiert werden. Die Kommission empfiehlt vorsorglich eine ergänzende Beratung durch den Hamburgischen Datenschutzbeauftragten.
 - ii. Ebenfalls sollte ein Stellvertreter benannt werden, der ebenfalls die Zugangsberechtigung zu dem Pseudonymisierungsschlüssel hat.
 - iii. An wen muss sich der Teilnehmer wenden, um die mögliche Löschung der Daten zu veranlassen? Dieses sollte den Unterlagen zweifelsfrei zu entnehmen sein.
 - iv. Abschließend geht die Kommission davon aus, dass die Datenlagerung nicht nur in einem verschlossenen Raum, sondern in einem abgeschlossenen Schrank erfolgt.

Die Ethik-Kommission erwartet, dass ihr nach Abschluss des Projektes unaufgefordert ein Abschluss-Bericht übersandt wird (unter Angabe der Bearb.-Nr.), aus dem der Erfolg/Misserfolg der Studie sowie Angaben darüber, ob die Studie abgebrochen oder geändert bzw. ob Regressansprüche geltend gemacht wurden, ersichtlich sind.

Mit verbindlicher Empfehlung
Im Auftrage der Kommission:


Prof. Dr. med. Th. Weber
- Vorsitzender -

P.S. Die Ethik-Kommission arbeitet auf der Grundlage deutschen Rechts und Berufsrechts sowie in Anlehnung an die ICH-GCP.

V Daten-CD

VI Eidesstattliche Versicherung

Ich versichere ausdrücklich, dass ich die Arbeit selbständig und ohne fremde Hilfe verfasst, andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und die aus den benutzten Werken wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen einzeln nach Ausgabe (Auflage und Jahr des Erscheinens), Band und Seite des benutzten Werkes kenntlich gemacht habe.

Ferner versichere ich, dass ich die Dissertation bisher nicht einem Fachvertreter an einer anderen Hochschule zur Überprüfung vorgelegt oder mich anderweitig um Zulassung zur Promotion beworben habe.

Ich erkläre mich einverstanden, dass meine Dissertation vom Dekanat der Medizinischen Fakultät mit einer gängigen Software zur Erkennung von Plagiaten überprüft werden kann.

Unterschrift: