

## Primary care Monitoring for depressive Patients' Trial



### Prompt erkennen – Prompt reagieren – Prompt handeln

#### Hausarztpraxisbasiertes Case Management zur Behandlung von Patienten mit Major Depression

#### Projektabschlussbericht

zur Vorlage beim Bundesministerium für Forschung und Bildung

[Förderzeichen: 01GK0302]

[Internationale Studienregistrierung: ISRCTN66386086]

(Stand: September 2008 - gekürzte Fassung – nicht zitierfähig)

Prof. Dr. med. Dipl. Päd. Jochen Gensichen, MPH (Studienleiter)

Arbeitsbereich: Chronic Care und Versorgungsforschung (Leitung)  
Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität Frankfurt am Main  
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt am Main, Tel.: 069-6301-5687  
gensichen@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de

und

Institut für Allgemeinmedizin (Direktor)  
Universitätsklinikum Jena, Friedrich-Schiller-Universität  
Bachstr. 18, 07743 Jena, Tel.: 03641-9395800  
jochen.gensichen@med.uni-jena.de

## **Abschlussbericht**

### **I. Kurze Darstellung**

#### **1.1. Aufgabenstellung:**

Die Studie mit dem Akronym PRoMPT (Primary care Monitoring for depressive Patients' Trial) wurde mit dem Ziel einer Verbesserung der ambulanten Versorgung von Patienten mit Major Depression in Deutschland durchgeführt. Zu diesem Zweck wurde in einer Cluster-randomisierten kontrollierten Studie ein hausarztpraxisbasiertes Case Management zur ambulanten Versorgung von Patienten mit Major Depression hinsichtlich seiner Wirksamkeit auf die Zielgrößen Depression, Therapietreue und andere Parameter untersucht.

Im Rahmen zusätzlicher Fragestellungen untersuchten wir zudem die Prädiktoren von Suizidgedanken bei Patienten mit Major Depression sowie mittels qualitativer Interviews die Perspektive von Ärzten und Arzthelferinnen / Medizinischen Fachangestellten (MFA) zum hausarztpraxisbasierten Case Management. Außerdem validierten wir ein englischsprachiges Instrument zur Erfassung der Patientenperspektive zur ambulanten Versorgung bei chronischen Erkrankungen (Patient Assessment of Chronic Illness Care, PACIC) an einer deutschen Stichprobe von Patienten mit Depression in der Primärversorgung.

#### **1.2. Voraussetzungen, unter denen das Vorhaben durchgeführt wurde:**

Chronische Erkrankungen dominieren zunehmend die Krankheitslast der Bevölkerung ebenso wie den medizinischen Versorgungsbedarf. Die zunehmende Bedeutung von chronischen Erkrankungen für die nationale und internationale Gesundheitsversorgung ist unter anderem auf die Alterung der Bevölkerung zurückzuführen. Im Jahr 2000 waren ca. 46% aller Erkrankungen chronisch, und bis 2020 wird der Anteil auf ca. 60% steigen, wobei insbesondere Herz-Kreislaufkrankungen, Schlaganfall, Diabetes, Tumore, muskuloskeletale und psychische Erkrankungen dazu beitragen werden (Pruitt et al. 2002). Depressive Syndrome (depressive Episoden nach ICD-10) sind die häufigsten psychischen Erkrankungen bei Erwachsenen und führen in Deutschland zunehmend zu Arbeitsunfähigkeit. Die Versorgung chronisch Kranker erfolgt in erster Linie ambulant, wobei die Mehrheit der Patienten allgemeinmedizinisch versorgt wird. Geschätzte 80% aller Beratungen in der hausärztlichen Praxis betreffen direkt oder indirekt chronische Erkrankungen (Wilson et al. 2005). Ein Kernproblem in der medizinischen Versorgung ist – neben der Diagnose-sicherung – ein diskontinuierlicher und unkoordinierter Behandlungsverlauf. Bei dieser Art von Versorgungsproblemen greifen innovative Versorgungsformen auf der Grundlage des „Chronic Care-Modells“ (Wagner et al. 2001; Wagner et al. 1996). Demnach können „aktivierte“ Patienten und „vorausschauende“ Praxisteams die gesundheitlichen Ergebnisse der Patienten gemeinsam verbessern. „Case Management“ ist dabei ein effektives Element, das auch in der hausärztlichen Praxis eingesetzt werden kann. Mittels eines strukturierten und regelmäßigen Monitorings sichert es die Kontinuität der medizinischen Behandlung. Verschlechterungen der Patientensituation können so frühzeitig erkannt bzw. verhindert werden. Bisherige Forschungsarbeiten konnten nachweisen, dass Case Management bei Patienten mit Major Depression zu einer Verbesserung der Symptomentwicklung und der Einhaltung der medikamentösen Therapie („Adherence“) führte. Die meisten Studien zu den Effekten von Case Management wurden in amerikanischen „Managed Care“-

Organisationen durchgeführt. Bislang wurde nicht geprüft, ob diese Ergebnisse auch auf andere Systeme wie die deutsche Regelversorgung übertragbar sind.

### **1.3. Planung und Ablauf des Vorhabens:**

Bei dieser Studie handelte es sich um eine Cluster-randomisierte kontrollierte Studie, wobei die Einheit der Randomisierung die hausärztliche Arztpraxis darstellte und die Beobachtungseinheit der Patient war. Die Patienten in der Interventionsgruppe erhielten ein hausarztpraxisbasiertes Case Management über einen Zeitraum von 12 Monaten, während die Patienten in der Kontrollgruppe eine Routineversorgung („Usual Care“) erhielten. Im Rahmen des Case Managements nahm eine geschulte Arzthelferin/ Medizinische Fachangestellte (MFA) regelmäßig einmal im Monat telefonisch Kontakt zum Patienten auf und erfragte den aktuellen Zustand anhand der Depressions-Monitoring-Liste (DeMoL) mit integriertem PHQ-D. Diese Kontaktaufnahme diente auch der Förderung des Patienten-Selbstmanagements sowie der Unterstützung einer „produktiven Interaktion“ zwischen Praxisteam und Patienten („behavioural activation“). Der sich aus dem Telefoninterview ableitende Kurzbericht wurde von der MFA an den Hausarzt weitergeleitet und bildete die Informationsgrundlage für mögliche Therapieanpassungen. Die MFA wiederum erhielt ein Feedback vom Arzt über etwaige Änderungen im weiteren Vorgehen. Dieses Zusammenwirken erfolgte im Sinne eines Case Management-Kreislaufes.

Die Studierenerhebungen fanden zu drei Zeitpunkten statt: Baseline, ein erstes Follow-up nach 6 Monaten sowie ein zweites Follow-up nach 12 Monaten. Eingesetzte Instrumente umfassten Fragebögen zum Erfassen von Depression (Prime Patient Health Questionnaire (PHQ-D) und Beck-Depressions Inventar (BDI)), Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC), Therapietreue (modifiz. Morisky), Lebensqualität (EQ-5D, SF-36), EUROPEP, gesundheitsökonomische u.a. Messinstrumente.

Im Vorfeld der Studie führten wir einen systematischen Review mit einer Meta-Analyse von 13 internationalen randomisierten kontrollierten Studien (RCTs) zum Case Management bei Major Depression durch und konnten zeigen, dass Case Management auch im ambulanten Sektor positive Effekte auf die Depressionssymptomatik hat (Gensichen et al. 2006).

Das Studienprotokoll wurde von der Ethikkommission des Klinikums der Johann Wolfgang Goethe-Universität am 25.04.2005 positiv bewertet. Am 10.06.2005 wurde die Studie in das internationale Studienregister für kontrollierte Studien eingetragen (<http://controlled-trials.com/isrctn>; Registrierungsnummer ISRCTN66386086). Die Durchführung des Datenmanagements erfolgte entsprechend der im Studienprotokoll und im Datenmanagement-Konzept festgehaltenen Vorgaben. Bei der Erstellung der Studiendatenbanken (Hard- und Software) fanden die aktuell geltenden Datenschutzbestimmungen Beachtung.

Für die Rekrutierung von Studienpraxen wurden hausärztlich tätige Ärztinnen und Ärzte aus den Kassenärztlichen Vereinigungs(KV)-Bezirken Frankfurt am Main, südlicher KV-Bezirk Gießen und nördlicher KV-Bezirk Darmstadt postalisch angeschrieben und zur Studienteilnahme eingeladen. Bis zum 16.05.2005 konnte erfolgreich das im Protokoll dargelegte Rekrutierungsziel für Studienpraxen (68 Praxisregistrierungen) erreicht werden. Da sich zu Beginn des Jahres 2006 mögliche Rekrutierungsverzögerungen abzeichneten, wurden 12 weitere Praxen rekrutiert, so dass im gesamten Projektverlauf 94 Praxen für die Studie registriert wurden. Die computer-gestützte Randomisierung wurde unter Aufsicht des Studienbeirates durchgeführt. Außerdem wurden Schulungsseminare und -materialien für Ärzte und MFA entwickelt und erprobt. Es wurden insgesamt 6 Veranstaltungen für MFA durchgeführt (jeweils

drei Basis- und Aufbauschulungen sowie Erfahrungsaustausch für die Interventions- bzw. Kontrollgruppe). Für die Studienärzte wurden 4 Schulungsveranstaltungen durchgeführt (jeweils zwei Basis- und Aufbauschulungen für Intervention- bzw. Kontrollgruppe). Alle Studienpraxen wurden mindestens alle 2 Monate persönlich kontaktiert. In Einzelfällen waren häufigere Kontakte notwendig. Alle Studienpraxen wurden nach Einschluss der ersten Patienten im Rahmen von Monitoring-Besuchen mindestens zwei Mal durch einen Mitarbeiter des Studienteams vor Ort aufgesucht (u.a. Quelldatenkontrolle, etc.).

Der erste Studienpatient wurde am 19.05.2005, der letzte am 10.07.2006 eingeschlossen. Der im Studienprotokoll festgelegte Zeit- und Rekrutierungsplan (mit einer Mindestrekrutierungsanzahl von 623 Studienpatienten) wurde erfolgreich umgesetzt. Die Intervention mittels Case Management durch MFA wurde in den Praxen im Juni 2006 begonnen. Sie erwies sich als praktikabel und wurde von allen Interventionspraxen – nachgewiesen durch regelmäßige Durchführungsberichte – protokollgerecht durchgeführt.

#### **1.4. Wissenschaftlicher und technischer Stand an den angeknüpft wurde:**

Epidemiologische Studien zeigen eine Punktprävalenz der Major Depression (MD) von 3 bis 7 %. Nach verschiedenen Patientengruppen unterschieden, ergeben sich nochmals erhebliche Unterschiede: So liegt die Punktprävalenz in der deutschen Allgemeinbevölkerung bei 2 bis 4 % (Wittchen und Jacob 2006), bei Patienten in der deutschen Hausarztpraxis bei 5 bis 11 % und bei stationären Patienten bei 10 - 14 % (Becker und Abholz 2005). Die Depression wird heute weniger als eine akute Erkrankung mit begrenzter Langzeitprognose gesehen, sondern vielmehr als eine Erkrankung (u.a.) mit Rückfällen und Remissionen (Berger und Calkers 2004). In Studien der sekundären und tertiären Versorgung erleiden über 50 % der erstmals depressiv Erkrankten mindestens eine weitere depressive Phase. Betrachtet man nur die schwer depressiven Patienten, müssen mindestens 75 % mit Rezidiven rechnen (Bschor 2005). Depressive Syndrome produzieren hohe gesellschaftliche Kosten, da sie auch in Deutschland immer häufiger zu Arbeitsunfähigkeit führen (Grobe et al. 2005). In erster Linie werden depressive Patienten ambulant behandelt, und zwar mehrheitlich durch den Hausarzt (Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2001; Linden 2004). Weniger als 0,2 % aller Versicherten mit Depression werden stationär behandelt und bei etwa 5 % aller Versicherten wird die Erkrankung durch einen niedergelassenen Arzt neu diagnostiziert (Grobe et al. 2005). Eine Vielzahl von fachspezifischen Behandlungsmöglichkeiten kommt dem Selbstbestimmungsrecht der Patienten entgegen. Infolge mangelnder Koordination führt sie aber auch zu einer Fragmentierung der Versorgung, Diskontinuität und zu kostspieligen Mehrfachbehandlungen (Linden 2005). Unzureichende Arzt-Patienten-Kommunikation bzw. fehlende Patientenaktivierung bei Haus- und Fachärzten führen dazu, dass effektive psychotherapeutische und pharmakologische Therapieoptionen nicht ihre optimale Wirkung erreichen (Coulter und Elwyn 2002).

Zeitgleich hat die Verschreibung von Antidepressiva weltweit über die letzten Jahre deutlich zugenommen: Im Jahre 2003 erhielten Männer wie Frauen über alle Altersklassen insgesamt 43 % häufiger Antidepressiva als 1998. Trotz dieser Zunahme lässt sich keine Reduktion der Krankheitslast erkennen. Der derzeitige Fokus auf besseres Erkennen und akute Initialtherapie erzielt demnach keine nachhaltigen Effekte (von Korff 2005).

Die kontinuierliche und aktivierende Begleitung der Patienten ist ein wesentlicher Bestandteil in der Depressionstherapie (National Institute for Clinical Excellence 2004). Hier können z.B. strukturierte Versorgungsprogramme unterstützend wirken. Die

hausärztliche Praxis erscheint als besonders geeigneter Ausgangspunkt für diese Intervention bzw. Versorgungsform: Sie bietet – erstens – ein niedrigschwelliges und gemeindenahes Angebot für die Patienten an. Im Rahmen der langjährigen vertrauensvollen Beziehung zwischen Hausarzt und Patienten liegen hier – zweitens – umfassende lebensweltliche Kenntnisse über den Patienten vor, die für die kontinuierliche Betreuung genutzt werden können (Knottnerus 2003). Übersichtsarbeiten zu internationalen Studien zeigen deutlich positive Effekte bei den Maßnahmen zur Strukturierung der Depressionsversorgung, z.B. durch Disease oder Case Management (Gensichen et al. 2006; Gilbody et al. 2003; Neumeyer-Gromen et al. 2004).

#### **1.4.1. Angabe bekannter Konstruktionen, Verfahren und Schutzrechte, die für die Durchführung des Vorhabens genutzt wurden:**

In dieser Studie wurden für die Primärversorgung validierte Erhebungsinstrumente eingesetzt: Gesundheitsfragebogen für Patienten (PHQ-D), Beck-Depressions Inventar (BDI), Patient Assessment of Chronic Illness Care (PACIC), Therapietreue (modifiz. Morisky), Lebensqualität (EQ-5D, SF-36), EUROPEP, gesundheitsökonomische u.a. Messinstrumente. Alle gesetzlichen Vorgaben zum Urheberrechtsschutz wurden eingehalten.

#### **1.4.2. Angabe der verwendeten Fachliteratur sowie der benutzten Informations- und Dokumentationsdienste:**

Zur systematischen Literaturrecherche wurden folgende Datenbanken verwendet: PubMed, DIMDI, EMBASE, DARE, Cochrane Library und OMNI.

Folgende Fachliteratur wird in diesem Bericht zitiert:

Becker N, Abholz HH (2005). Prävalenz und Erkennen von depressiven Störungen in deutschen Allgemeinarztpraxen – eine systematische Literaturübersicht. ZFA 81(11):474-81

Berger M, van Calker D (2004). Affektive Störungen. In: Berger M (Herausgeber). Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie. Urban und Fischer, München

Bschor T (2005). Depression. In: Linden M, Müller WE (Herausgeber). Rehabilitations-Psychopharmakotherapie. Psychopharmakotherapie chronifizierter und chronifizierender Erkrankungen. Deutscher Ärzte Verlag

Coulter A, Elwyn G (2002). What do patients want from high quality general practice and how do we involve them in improvement? Br J Gen Pract 52 Suppl:22-6

Gilbody S, Whitty P, Grimshaw J, Ruth T (2003). Educational and organizational Interventions to improve management of depression in primary care – a systematic review. JAMA 289(23):3145-51

Gensichen J, Beyer M, Muth C, Gerlach F, Von Korff M, Ormel J (2006). Case management to improve major depression in primary health care: a systematic review. Psychol Med 36(1):7-14

Grobe T, Bramesfeld A, Schwartz F (2005). Versorgungsgeschehen. Analyse von Krankenkassendaten. In: Stoppe G, Bramesfeld A, Schwartz FW (Herausgeber). Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven. Springer, Berlin

Gunn J, Diggins J, Hegarty K, Blashki G (2006). A systematic review of complex system interventions designed to increase recovery from depression in primary care. BMC Health Services Research 6:88

Knottnerus J (2003) European primary care. The Minister of Health Welfare and Sport. Den Hague, Niederlande

Kroenke K, Spitzer R, Williams JB (2001). The PHQ-9. Validity of a brief depression severity measure. J Gen Intern Med 16:606-13

Linden M (2004). Mental disorders in primary care. Adv Psychosom Med 26:52-65

Linden M (2005). Behandlungspotentiale in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung. In: Stoppe G, Bramesfeld A, Schwartz F (Herausgeber). Volkskrankheit Depression? Bestandsaufnahme und Perspektiven 423-45, Springer, Berlin

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). J Affect Disord 81(1):61-6

National Institute for Clinical Excellence. Depression – Management of depression in primary and secondary care. Clinical Guideline 23. December 2004, <http://www.nice.org.uk/page.aspx?o=cg023niceguideline> (26.01.2006)

Neumeyer-Gromen A, Lampert T, Stark K, Kallischnigg G (2004). Disease Management Programs for Depression – A systematic Review and Meta-analysis of randomized controlled trials. Med Care 42(12):1211-21

Pruitt S, Epping-Jordan JA, Diaz JMF, Khan M, Kisa A, Klapow J et al (2002). Innovative care for chronic conditions: Building blocks for actions. Global report, World Health Organization, Genf

Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (2001). Gutachten 2001. Bedarfsgerechtigkeit und Wirtschaftlichkeit. Bd. III, Über-, Unter- und Fehlversorgung, Berlin

Von Korff M. Depression Care: Translating Research into Practice. Kongressvortrag: Die Zukunft ist chronisch – das Chronic Care-Modell in der Primärmedizin. Vortrag auf dem Chronic Care-Kongress des Instituts für Allgemeinmedizin, 17.10.2005, Frankfurt a.M.

Wagner E, Austin B, Davis C, Hindmarsh M, Schaefer J, Bonomi A (2001). Improving chronic illness care: translating evidence into action. Health Affairs 20:64–78.

Wagner E, Austin B, von Korff M (1996). Organizing care for patients with chronic illness. Milb Quart 74:511–44.

Wilson T, Buck D, Ham C (2005). Rising to the challenge: will the NHS support people with long term condition? BMJ 330:657–61.

Wittchen HU, Jacob F (2006). Epidemiologie. In: Schwartz FW, Bramesfeld A, Stubbe B (Herausgeber). Volkskrankheit Depression. Springer, Berlin

### **1.5. Zusammenarbeit mit anderen Stellen:**

Die Durchführung dieser Studie erfolgte in enger Zusammenarbeit mit nationalen und internationalen Kooperationspartnern.

Der Projektleiter, Prof. Dr. med. Dipl. Päd. Jochen Gensichen, MPH, erhielt während der Studienlaufzeit ein Stipendium der Deutschen Forschungsgemeinschaft (Max-Kade-Fellowship), welches ihm einen einjährigen Studienaufenthalt in den USA von November 2006 bis November 2007 bei dem Kooperationspartner M. von Korff, ScD am Center for Health Studies in Seattle, USA ermöglichte. In dieser Zeit arbeitete er auch mit der Arbeitsgruppe von Prof. W. Katon (Psychiatry and Behavioral Science, University of Washington) in Seattle als „visiting scholar“ am Thema „Besonderheiten der Arzt-Patienten-Beziehung im Kontext chronischer Erkrankung“ zusammen.

Am 18.10. und 19.10.2005 wurde die PRoMPT-Studie und ihre Durchführung von den Kooperationspartnern M. von Korff (Universität Washington, Seattle) und E. Wagner (Group Health Cooperative, Seattle) umfassend evaluiert und positiv bewertet.

Alle statistischen Auswertungen erfolgten in Zusammenarbeit mit Herrn Dr. J. König vom Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Informatik in Mainz. Direktorin des Institutes ist Frau Prof. Dr. M. Blettner, welche im Rahmen eines projektübergreifenden Methodenverbundes eng mit dem Frankfurter Institut für Allgemeinmedizin kooperiert.

Die Umsetzung des gesundheitsökonomischen Studienteils wird zurzeit noch in Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe um PD Dr. Dipl.-Ökon. C. Krauth (Gesundheitsökonomie, Medizinische Hochschule Hannover) realisiert.

Gemeinsam mit dem Kooperationspartner Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. B. Löwe wurde zu Studienbeginn die Depressions-Monitoring-Liste mit integriertem PHQ-D entwickelt. Herr Löwe war leitender Oberarzt an der Klinik für psychosomatische und allgemeine klinische Medizin des Universitätsklinikums Heidelberg und ist mittlerweile Direktor des Instituts für psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf. Er hat den PHQ-9 ins Deutsche übersetzt und durch zahlreiche Studien, u.a. auch für die Primärversorgung, validiert.

Gemeinsam mit dem Kooperationspartner Prof. Dr. med. J. Szecsenyi (Abteilung für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung, Universitätsklinikum Heidelberg) hat der Studienleiter hausärztliche Case Management-Interventionen für zwei Studien zu Arthrose (Primary care based intervention to improve the quality of life of osteoarthritis patients (PraxArth); Förderkennzeichen 01GK0301) bzw. zu Herzinsuffizienz (Heidelberger Integriertes Case Management Herzinsuffizienz (HICMan); Förderkennzeichen 01GI0205/21) entwickelt. Beide Studien werden ebenfalls vom BMBF gefördert. Ein weiterer internationaler Kooperationspartner, Dr. H. van Marwijk, PhD, (Abteilung für Allgemeinmedizin, EMGO Institute, University Medical Centre, Amsterdam, Niederlande) unterstützte das Projekt in Fragen zur Leitlinienentwicklung und Epidemiologie in der Primärversorgung. Er ist derzeit verantwortlich für 12 Projekte zur Verbesserung der psychiatrischen Behandlung in der Primärversorgung in Holland.

Die Kooperation mit der Carl-Oelemann-Schule der Landesärztekammer Hessen hat zur gemeinsamen Entwicklung eines Moduls „Hausärztliches Case Management“ im Rahmen der Ausbildung zur Arztfachhelferin / Medizinischen Fachangestellten geführt. Dieses Curriculum wurde erstmalig im Frühjahr und im Herbst 2007 als Kurs angeboten. Weiterhin berät unsere Arbeitsgruppe die Bundesärztekammer bei der Entwicklung von Fortbildungsangeboten für Medizinische Fachangestellte sowie ei-

nes speziellen Curriculums zum Thema „Patientenkoordination und Case Management“ für medizinische Fachangestellte.

## II. Eingehende Darstellung

### 2.6. Darstellung der erzielten Ergebnisse:

Die in dieser Studie untersuchte Intervention (Hausarztpraxisbasiertes Case Management) erwies sich als effektiv in der Auswirkung auf depressive Symptome, auf die Therapie-Adherence und in der subjektiv von den Patienten beurteilten Behandlungsqualität. Mit der PRoMPT-Studie konnte nachgewiesen werden, dass hausarztpraxisbasiertes, einfaches Case Management durch Arzthelferinnen / Medizinische Fachangestellte in der Alltagspraxis umsetzbar und der Routineversorgung (signifikant) überlegen ist. So führte die Intervention zu einer Verbesserung der Depressionssymptome, mit besseren Mittelwerten im PHQ (10.72 vs. 12.13;  $p=0.01$ ) und einer verbesserten Responserate (41.2% vs. 27.3%;  $p=0.003$ ) im PHQ-9. Verglichen zur Kontrollgruppe, war die Therapie-Adherence von Patienten im Interventionsarm signifikant besser (2.70 vs. 2.53;  $p=0.04$ ) und die Behandlung von chronischen Krankheiten wurde signifikant besser beurteilt (3.41 vs. 3.11;  $p=0.01$ ). Bezogen auf die anderen Zielgrößen konnte kein statistisch signifikanter Unterschied gefunden werden.

Bezogen auf die vorläufigen Auswertungen zur Suizidalität ergab sich folgendes Bild: 56,4% der Patienten äußerten Suizidgedanken, überwiegend von niedriger Intensität. Depressionsschwere (OR 1,15 pro Einheit PHQ-D; 95% CI 1,09-1,21;  $p<0,001$ ), männliches Geschlecht (OR 1,68; 95% CI 1,11-2,55;  $p=0,02$ ) und Alter <40 Jahre (OR 2,35; 95% CI 1,28-4,33;  $p<0,01$ ) bzw. 40 bis 65 Jahre (OR 2,62; 95% CI 1,59-4,33;  $p<0,001$ ) waren mit Suizidgedanken assoziiert, während sich für Einnahme von Antidepressiva und körperliche Komorbidität kein Zusammenhang nachweisen ließ. Schmerzfreiheit war ein protektiver Faktor (OR 0,99 pro Einheit SF 36; 95% CI 0,98-1,00;  $p<0,01$ ).

In den qualitativen Interviews zeigte sich zudem, dass die MFA Interesse und Bereitschaft daran zeigten, mehr Verantwortung in der Behandlung von Patienten mit Major Depression zu übernehmen und ihre Kommunikationsfähigkeiten in den Patientengesprächen zu verbessern. Als vorteilhaft wurde angesehen, dass der Zugewinn von Tätigkeiten sich auf die Arbeit mit den Patienten und nicht auf Verwaltungstätigkeiten bezog. Als nachteilig wurde u.a. die zeitliche Mehrbelastung angegeben.

Die qualitativen Interviews mit den Hausärzten ergaben u.a., dass das Case Management zu einer verbesserten und „produktiveren“ Arzt-Patienten-Beziehung führte. Dies wurde auf die strukturierten Patienteninterviews sowie auf die Einbindung der MFA zurückgeführt.

Abschließend ergaben die Untersuchungen zum PACIC, dass dieses Instrument als valide in der Anwendung bei Patienten mit Major Depression angesehen werden kann.

### 2.7. Darstellung des voraussichtlichen Nutzens, insbesondere der Verwertbarkeit des Ergebnisses im Sinne des fortgeschriebenen Verwertungsplans:

Die Möglichkeit einer Patentanmeldung für das Instrument „Depressions-Monitoring-Liste mit integriertem PHQ“ wurde durch die zuständige Stelle des Fachbereichs Medizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main geprüft und unter Kosten-Nutzen Ab-

wägung als nicht wirtschaftlich erachtet. In Vorbereitung ist die Veröffentlichung des DeMoLs zusammen mit einem Handbuch in einem Verlag.

Das „Ärztetz Fulda“ setzt die von der Arbeitsgruppe entwickelten Instrumente und Materialien zum praxisbasierten Case Management von Patienten mit Depression in der Regelversorgung ein. Der zum 01.07.2008 in Kraft getretene Hausarztvertrag für AOK-Versicherte in Baden-Württemberg enthält erstmals eine Passage, in der ein Case Management durch MFA explizit erwähnt wird: Ein Zuschlag für chronisch Kranke von 25 € pro Quartal kann demnach um weitere 5 € gesteigert werden, *„wenn die Praxis eine zertifizierte und besonders qualifizierte Medizinische Fachangestellte hat, die im Rahmen der Chronikerbetreuung spezielle Case Management-Aufgaben übernimmt.“*

Die Kooperationen mit der Carl-Oelemann-Schule der Landesärztekammer Hessen sowie mit der Bundesärztekammer zur Entwicklung von Fortbildungsangeboten für medizinische Fachangestellte wurden bereits unter Punkt 1.5 beschrieben.

## **2.8. Darstellung des während des Vorhabens dem ZE bekannt gewordenen Fortschritts auf dem Gebiet des Vorhabens bei anderen Stellen:**

Seit der ursprünglichen Antragstellung wurde die klinische Bedeutung von Case Management für Patienten mit Depression in zwei weiteren systematischen Reviews untersucht. Gilbody et al. (2006) untersuchten in einem Review die Effektivität von „Collaborative Care“ für depressive Patienten in der Primärversorgung, u.a. auch für einen Zeitraum von bis zu 60 Monaten. Von den 37 Studien wurden in 11 Studien Langzeiteffekte untersucht. Hierbei konnten beim 12-Monats-Follow up (6 Studien), beim 18-Monats-Follow up (5 Studien), beim 24-Monats-Follow up (9 Studien) und beim 60-Monats-Follow up (2 Studien) statistisch signifikante Effekte für „Collaborative Care“ für depressive Patienten in der Primärversorgung gegenüber „Usual Care“ nachgewiesen werden. Die Autoren wiesen darauf hin, dass die meisten Studien mit signifikanten Effekten zu dieser Thematik in den USA durchgeführt wurden, und fordern Implementierungsstudien in unterschiedlichen Settings: *„We believe there is a need for further research in the form of randomized controlled trials to examine how best this intervention can be designed and implemented in wellfunded European health care systems ...“*

Auch Gunn et al. (2006) kommen in ihrem im Juli 2006 publizierten Review zu ähnlichen Ergebnissen: Von 11 RCT's zu „Complex System Interventions“ bei depressiven Patienten in der Primärversorgung mit einer Follow-up-Dauer zwischen 4 und 57 Monaten konnten 8 Studien eine statistisch signifikante Überlegenheit der Intervention bezüglich einer Genesung zeigen.

## **2.9. Darstellung der erfolgten und geplanten Ergebnisse**

### **Erfolgte Publikationen:**

- Peitz M, Gensichen J (2007). Vorausschauender Behandlungsansatz. Behandlungspotenziale für Patienten mit Depression in der allgemeinmedizinischen Versorgung. Gesellschaftspolitische Kommentare, Sonderausgabe 1/2007:23-26.
- Peitz M, Gensichen J, Gerlach F M (2007). Case Managerinnen in der hausärztlichen Versorgung: Das PRoMPT-Projekt. Hessisches Ärzteblatt 2/2007:90-91.
- Mosig-Frey J, Mergenthal K, Müller V, Peitz M, Gensichen J (2007). Case Managerinnen in der hausärztlichen Versorgung. Praxisnah 11 und 12/2007: 09.

- Gensichen J (2006). Impact collaborative care improves depression in elderly patients in primary care in the longer term. *Evid Based Ment Health*. 2006 Aug;9(3):76.
- Gensichen J, Beyer M, Muth C, Gerlach FM, von Korff M, Ormel H (2006). Case Management to improve major depression in primary health care – a systematic review. *Psychological Medicine* 36:7-14.
- Gensichen J, Muth C, Butzlaff M, Rosemann T, Raspe H, Müller de Cornejo G, Müller U, Angermann C, Beyer M, Gerlach FM, Wagner E (2006). Die Zukunft ist chronisch: Das Chronic Care-Modell in der deutschen Primärversorgung. Übergreifende Behandlungsprinzipien einer pro-aktiven Versorgung für chronische Kranke. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 100:365-374.
- Gensichen J, Peitz M, Torge M, Mosig-Frey J, Wendt-Hermainski H, Gerlach FM, Löwe B (2006). Die „Depressions-Monitoring-Liste (DeMoL)“ mit integrierem PHQ-D – Rationale und Entwicklung eines Instruments für das hausärztliche Case Management bei Major Depression. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 100:375-382.
- Gerlach F, Beyer B, Muth C, Saal K, Gensichen J (2006). Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Kranker – Wider die Dominanz des Dringlichen. Teil 1: Chronische Erkrankungen als Herausforderung für die hausärztliche Versorgungspraxis. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 100: 345-352.
- Gerlach F, Beyer B, Peitz M, Saal K, Gensichen J (2006). Neue Perspektiven in der allgemeinmedizinischen Versorgung chronisch Kranker – Wider die Dominanz des Dringlichen. Teil 2: Chronic Care-Modell und Case Management als Grundlagen einer zukunftsorientierten hausärztlichen Versorgung. *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 100:345-352.
- Beyer M, Gensichen J, Szecsenyi J, Wensing M, Gerlach FM (2006). Wirksamkeit von Disease Management-Programmen in Deutschland – Probleme der medizinischen Evaluationsforschung anhand eines Studienprotokolls *Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 100:355-363.
- Gensichen J (2006). Teaching chronic illness care. *Medical Teacher* 28: 92-93
- Gensichen J (2006). Depression – Der Hausarzt als Partner: Wachsam sein für die Signale der Patienten. *Der Hausarzt* 5: 39
- Torge M, Peitz M, Beyer M, Gerlach FM, van Marwijk H, Gensichen J (2006). Depressiv Erkrankte erkennen und behandeln. Am Anfang stehen oft nur diskrete Signale. *Der Hausarzt* 43:40-44.
- Beyer M, Gensichen J, Gerlach FM (2006). Aktive Teilnahme an Forschung sollte als zertifizierte ärztliche Fortbildung anerkannt werden – Ein Verfahrensvorschlag. *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 82: 18-20
- Gensichen J, Peitz M (2006). Behandlungsoptionen für Depression in der allgemeinmedizinischen Versorgung.
- Hermainski H, Peitz P, Torge M, Beyer M, Gerlach FM, Gensichen J (2005). Was muss beim Datenmanagement bei einer klinischen Studien beachtet werden? - Gute Forschungspraxis in der Allgemeinmedizin am Beispiel des PRoMPT-Projekts – *Zeitschrift für Allgemeinmedizin* 81:565-570
- Gensichen J, Peitz M (2006). Behandlungsoptionen für Depression in der allgemeinmedizinischen Versorgung. In: Schwartz FW, Bramesfeld A, Stubbe B, editors; *Volkskrankheit Depression*. Springer, Berlin

- Bramesfeld A, Gensichen J (2005). Versorgung depressiver Menschen. Public Health Forum, 13: 27-29
- Gensichen J, Peitz M (2005). Behandlungspotentiale für Patienten mit Depression in der allgemeinmedizinischen Versorgung. Anregungen für das deutsche Gesundheitswesen. In Bramesfeld A, Stoppe G, Schwartz FW (Hrsg.), Volkskrankheit Depression. Bestandsaufnahme und Perspektiven. Heidelberg, Springer.
- Gensichen J, Torge M, Peitz M, Wendt-Hermainski H, Raspe H, Aldenhoff J, Gerlach FM (2005). Case management for the treatment of patients with Major Depression in General Practices – Rationale, design and conduct of a cluster randomised controlled trial, PRoMPT (ISRCTN66386086) – Study protocol. BMC Public Health.
- Gensichen J, Huchzermeier C, Aldenhoff JB, Gerlach FM, Hinze-Selch D (2005). Signalsituationen für den Beginn einer strukturierten Depressionsdiagnostik in der Allgemeinarztpraxis. Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen 99: 57-63

#### **Abstracts und ausgewählte Vorträge:**

- Teising, A, Petersen J, König J, Gerlach FM, Gensichen J (2008). Prädiktoren für Suizidgedanken bei Patienten mit Major Depression in der Primärversorgung. Vortrag auf dem 42. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 25.-27.09.2008, Berlin
- Gensichen J, Peitz M, Torge M, Wendt-Hermainski H, Mergenthal K, König J, Gerlach FM. Case management improves clinical outcome for patients with major depression in primary care mini-practices: The PRoMPT project. Abstract. Conference of the North American Primary Care Research Group, 20-23.10.2007, Vancouver, Canada
- Peitz M, Torge M, Mergenthal K, Wendt-Hermainski H, Gerlach FM, Gensichen J. Gender aspects in symptoms and treatment of patients with Major Depression in Primary Health Care. Vortrag auf dem EGPRN Kongress, 10-13.05.2007, Nijmegen, Niederlande
- Jäger N, Peitz M, Torge M, Mergenthal K, Wendt-Hermainski H, Gerlach FM, Gensichen J. Attitude and practice of case managers in German general practices – a qualitative study. Vortrag auf dem EGPRN Kongress 10-13.05.2007, Nijmegen, Niederlande.
- Gensichen J, Peitz M, Torge M, Wendt-Hermainski H, Mergenthal M, König J, Gerlach FM (2007). Verbesserung der Depressionsbehandlung durch Case Management in der Hausarztpraxis? – Ergebnisse aus dem PROMPT Projekt. Vortrag auf dem 41. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 22.09.2007.
- Peitz M, Torge M, Mosig-Frey J, Wendt-Hermainski H, Gerlach FM, Gensichen J (2006). Arzthelferinnen als Case Manager in der Hausarztpraxis. 40. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin und 29. Deutscher Hausärzttag, 22.09.2006, Potsdam. Abstract in: Zeitschrift für Allgemeinmedizin 82: 7-8 (Kongress-Abstracts)
- Torge M (2006). Depression. Vortrag, Kongress. Medizin für die Praxis. Abteilung für Allgemeinmedizin, 23.-25.03.2006, Heidelberg
- Gensichen J (2006). Case Management in der Medizin. Vortrag, Kongress. Entwicklung im Case Management – wachsende Fachlichkeit und wechselnde Praxiserfahrungen. Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management. 30.01.-31.01.2006, Gelnhausen

- Gerlach FM (2005). Die Zukunft ist chronisch. Vortrag, Kongress. Die Zukunft ist chronisch – das Chronic Care-Modell in der Primärmedizin. Institut für Allgemeinmedizin. www.chronic-care.de, 17.10.2005, Frankfurt a.M.
- Peitz M (2005). Das PRoMPT-Projekt. Vortrag, Kongress. Die Zukunft ist chronisch – das Chronic Care-Modell in der Primärmedizin. Institut für Allgemeinmedizin, www.chronic-care.de, 17.10.2005, Frankfurt a.M.
- Gensichen J (2005). Das Chronic Care Modell in der Primärmedizin. Vortrag, Kongress. Die Zukunft ist chronisch – das Chronic Care-Modell in der Primärmedizin. Institut für Allgemeinmedizin, www.chronic-care.de, 17.10.2005, Frankfurt a.M.
- Torge M, Peitz M, Mosig-Frey J, Wendt-Hermainski H, Gerlach FM, Gensichen J (2005). Case Management für depressive Patienten In der Hausarztpraxis – Das PRoMPT-Projekt. 39. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 29.09.-01.10.2005, Potsdam
- Gensichen J, Beyer M, Gerlach M, Ormel H (2005). Ambulantes Case Management für Patienten mit Major Depression - update. 6. Jahrestagung des Deutschen Netzwerks Evidenzbasierte Medizin und Internationales Symposium 10 Jahre ÄZQ, 3.-5.03.2005, Berlin
- Gensichen J, Beyer M, Gerlach FM, Ormel H (2004). Improving depression care in primary health care with case management. 3rd Congress on Improving Chronic Illness Care, September 2004, Seattle, USA
- Gensichen J (2004). Case Management to Improve Depression Care in Primary Health Care. Results from a systematic review and a design for a clinical trial, Congress Rob Giel Onderzoekcentrum, Department of Psychiatry, University of Groningen, NL, November 30, 2004, Groningen, Niederlande
- Torge M, Peitz M, Mosig-Frey J, Wendt-Hermainski H, Gerlach FM, Gensichen J (2004). Case Management für depressive Patienten In der Hausarztpraxis – Das PRoMPT-Projekt. 39. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, 29.09.-01.10.2004, Potsdam

### III. Erfolgskontrollbericht

#### 1. Beitrag des Ergebnisses zu den förderpolitischen Zielen:

Mit dem Projektvorhaben wird neben dem wissenschaftlichen Erfolg die institutionell-strukturelle Etablierung allgemeinmedizinischer Forschungszentren angestrebt. Eine positive Entwicklung in diesem Sinne stellt die Einrichtung einer neuen W2-Professur für „Chronische Krankheit und Versorgungsforschung“ im Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main dar.

Die Professionalisierung des Faches spiegelt sich an unserem Institut auch in einer ausgeprägten Nachwuchsförderung wieder: Alle an der Studie beteiligten wissenschaftlichen und nichtwissenschaftlichen Mitarbeiter absolvierten fachliche Qualifizierungsmaßnahmen, insbesondere Kurse zum Erwerb von Methodenkompetenzen (u.a. Masterqualifikationen), z.B. an folgenden Einrichtungen: Deutsches Netzwerk Evidenz-basierter Medizin, Zentrum für Umfragen, Methoden und Analysen (ZUMA), Universität von Antwerpen (Allgemeinmedizin), Universität Washington (Psychiatry and Behavioral Science), Universität Mainz (Medizinische Biometrie), European Primary Care Research Network und DEGAM (Allgemeinmedizin). Zur Zeit werden zudem im Rahmen der PRoMPT-Studie fünf medizinische Promotionsvorhaben im Fach Allgemeinmedizin mit eigenen Zusatzfragestellungen betreut.

Diese vom BMBF geförderte Interventionsstudie hat wie oben dargelegt über die eigentliche Fragestellung hinaus die aktuelle wissenschaftliche Entwicklung des Faches Allgemeinmedizin in Deutschland maßgeblich beeinflusst. Die Bedeutung der allgemeinmedizinischen Forschung kommt insbesondere bei der Versorgung von chronisch kranken Menschen zum Tragen. In Deutschland ist mit dem Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) von 2004 ein erster Schritt der Neuorientierung, u.a. auch mit der Einrichtung von Disease Management-Programmen (DMP) unternommen worden. Um den individuellen Bedürfnissen von Patienten mit Multimorbidität und fortgeschrittenen chronischen Erkrankungen besser gerecht werden zu können, ist eine gezielte Weiterentwicklung und Ergänzung dieser bevölkerungsbezogenen Maßnahmen sinnvoll.

Die Arbeitsgruppe wirkt zudem an der nationalen und internationalen Vernetzung von Wissenschaftlern, Klinikern und Politikberatern mit. So hat der Studienleiter Prof. Dr. med. Dipl. Päd. Gensichen mit dem Entwickler des Chronic Care-Modells, Dr. E. Wagner, MPH vom Center for Health Studies in Seattle eine für das deutsche Gesundheitswesen adaptierte Version dieses Modells erstellt. In Zusammenarbeit mit der Rockefeller Foundation und der Bertelsmann Stiftung wurde ein einwöchiges internationales Expertentreffen (Bellagio Primary Care Group) zu Auswirkungen und innovativen Handlungsstrategien für die Versorgung von chronisch kranken Patienten in der Primärversorgung in sieben europäischen Ländern und den USA initiiert und wissenschaftlich vorbereitet ([www. Bertelsmann.de/cps/rde/xchg/bst/hs.xsl/nachrichten\\_86327.htm](http://www.Bertelsmann.de/cps/rde/xchg/bst/hs.xsl/nachrichten_86327.htm)). Gemeinsam mit dem Institutsdirektor Prof. Dr. med. F.M. Gerlach, MPH war Prof. Dr. med. Dipl. Päd. J. Gensichen wissenschaftlicher Leiter des ersten Kongresses in Deutschland zum Thema „The future is chronic – The Chronic Care Model in Primary Care“, ([www.chronic-care.org](http://www.chronic-care.org)). Der Studienleiter ist Sprecher der Fachgruppe „Betreuung von Patienten mit chronischen Krankheiten“ der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin e.V. (DEGAM), welche ein entsprechendes Positionspapier erstellt sowie eine Fachartikelserie zum Thema in der wissenschaftlichen Zeitschrift der Gesellschaft (Zeitschrift für Allgemeinmedizin) editiert hat. Der Studienleiter ist außerdem Vertreter der allgemeinmedizinischen Fachgesellschaft (DEGAM) und Mitglied der Steuerungsgruppe zur Entwicklung der „Nationalen Versorgungsleitlinie“ bzw. „S3-Leitlinie Depression“.

## **2. Das wissenschaftlich technische Ergebnis des Vorhabens, die erreichten Nebenergebnisse und die gesammelten wesentlichen Erfahrungen:**

In der PRoMPT-Studie konnte gezeigt werden, dass das bereitgestellte niedrigschwellige Case Management-Angebot in der Hausarztpraxis betroffenen Patienten eine wohnortnahe, ambulante Behandlung der Depression ermöglicht. Die langfristig durch die strukturierte Kommunikation verbesserte Kooperation sowohl innerhalb (Hausarzt und MFA) als auch außerhalb des Praxisteam mit niedergelassenen Fachkollegen (u.a. Psychiatern bzw. Psychotherapeuten) optimiert die Behandlung von Depressionspatienten. Case Management wird *innerhalb* der Regelversorgung angewandt, d.h. ohne die – zumeist nur innerhalb von Modellvorhaben „überlebensfähige“ – Schaffung von neuen Versorgungsstrukturen. Im Rahmen von strukturellen Anreizen zur Erhöhung der Versorgungsqualität wie z.B. Disease Management-Programmen tragen die Ergebnisse dieser Studie zu einer Verbesserung der Versorgung von Patienten mit Major Depression in der Primärversorgung bei.

### **3. Fortschreibung des Verwertungsplans – Erfindungen und Schutzrechtsanmeldungen:**

Vorgesehen ist ein Vertrieb der im Rahmen der Studie entwickelten Schulungs- und Interventionsmaterialien über einen Fachverlag. Hier ist insbesondere die „Depressions-Monitoring-Liste“ mit integrierten PHQ-9 zu nennen. Auf der Grundlage dieser Liste werden in Kooperationen mit anderen Forschergruppen und Medienexperten weitere Monitoring-Listen für die primärärztliche Versorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen entwickelt, geprüft und ggf. verbreitet (u.a. zu Arthrose, Herzinsuffizienz, Angststörung, Alkoholabhängigkeit und Demenz).

Die Kooperationen mit den Bildungsträgern der Arztfachhelferinnenausbildung werden vertieft. Die Zusammenarbeit mit der Carl-Oelemann-Schule der Landesärztekammer Hessen hat zur gemeinsamen Entwicklung eines Moduls „Hausärztliches Case Management“ im Rahmen der Ausbildung zur Arztfachhelferin / Medizinischen Fachangestellten geführt. Dieses Curriculum wurde im Frühjahr und Herbst 2007 erstmalig als Kurs angeboten. Weiterhin steht unsere Arbeitsgruppe beratend der Bundesärztekammer bei der Entwicklung von Fortbildungsangeboten für Medizinische Fachangestellte zur Seite. Die in Zusammenarbeit mit der Landesärztekammer Hessen und der Bundesärztekammer entwickelten Case Management-Curricula sollen als fester Bestandteil der Ausbildung zur Arztfachhelferinnen dauerhaft implementiert werden.

Desweiteren arbeitet unsere Arbeitsgruppe mit verschiedenen Institutionen wie beispielsweise Berufsverbänden (Deutscher Hausärzteverband) und ärztlichen Körperschaften (u.a. LÄK-Hessen, Bundesärztekammer und Kassenärztliche Bundesvereinigung) zusammen, um die Übernahme von Case Management-Elementen in die Regelversorgung zu ermöglichen. Weitere Kooperationen mit Kostenträgern (u.a. AOK, TK, BKK, GEK, DAK) bilden die Grundlage für eine Kostenerstattung von Case Management-Elementen in der Regelversorgung.

#### **- Wirtschaftliche Erfolgsaussichten nach Projektende:**

Die sehr guten Erfolge dieser Studie sind u.a. auf die intensive Teilnahme von Hausarztpraxen des institutseigenen Praxisnetzes im Rhein-Main-Gebiet zurückzuführen. Der Zuwachs an Kompetenz in Diagnostik und kontinuierlicher Therapie der Depression hat bereits zu einer weiteren Professionalisierung der Kollegen/innen beigetragen. Insbesondere die Stärkung von Stellung und Selbstbewusstsein des Praxisteams schafft Perspektiven für die Implementierung eines hausarztpraxisbasierten Case Managements auch anderer (chronischen) Erkrankungen. Die Ausbildung zum Case Manager bietet eine Qualifizierungsmöglichkeit mit Zertifizierung durch die Landesärztekammer Hessen und den Verband für Medizinische Fachberufe e.V. Das bereitgestellte niedrigschwellige Angebot ermöglicht betroffenen Patienten mit Depression eine wohnortnahe, ambulante Behandlung.

#### **- Wissenschaftliche und/oder technischen Erfolgsaussichten nach Projektende und Schritte zu ihrer Umsetzung:**

Eine Breitenimplementierung der in diese Studie getesteten einfachen Versorgungsform wird voraussichtlich zu einer Optimierung der Versorgung von Patienten mit Depression führen. Die Ergebnisse dieser Studie wirken sich unmittelbar auf das deutsche Versorgungssystem aus, da sie maßgeblich die Rolle der MFA als eine bereits vorhandene personelle Ressource in der Patientenbetreuung stärken. Arzthelferinnen / MFA stellen mit 511.000 Beschäftigten die zweitgrößte Berufsgruppe im deutschen Gesundheitswesen dar. Darüber hinaus findet derzeit eine Diskussion darüber

statt, ob einzelne Elemente des Case Managements aufgrund der in Studien nachgewiesenen Effekte als Bestandteil von aktuellen Hausarztverträgen aufgenommen und entsprechend vergütet werden können (Beispiel Baden-Württemberg siehe oben).

#### **4. Arbeiten die zu keiner Lösung geführt haben:**

Keine

#### **5. Präsentationsmöglichkeiten für mögliche Nutzer:**

Die Studienergebnisse wurden bislang auf verschiedenen nationalen (DEGAM, DGPNN, DKVF) und internationalen Kongressen (WONCA, AHRQ, EGPRN, EQUIP, NAPRAC) präsentiert. Desweiteren wurden die Ergebnisse in nationalen Fachzeitschriften (Zeitschrift für Allgemeinmedizin, Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen) und internationalen Zeitschriften (BMC Public Health, Psychological Medicine) publiziert, um ein Fachpublikum zu erreichen. Weitere Publikationen sind in Vorbereitung (z.B. für Annals of Internal Medicine, British Journal of General Practice, Journal of Family Medicine, Patient Education and Counseling, General Hospital Psychiatry, Journal of Affective Disorders).

Die hausärztlichen Kooperationspraxen wurden außerdem per Informationsbroschüren und Poster über die Studienergebnisse auf dem „1. Frankfurter Tag der Allgemeinmedizin“ am 26.04.2008 informiert, welcher von unserem Institut organisiert wurde. Mit über 200 Teilnehmern fand die Veranstaltung eine sehr erfreuliche Resonanz.

Die Homepage „www.prompt-projekt.de“ mit allgemeinen Informationen und einer Publikationsliste informiert zudem über die aktuelle Projektfortentwicklung, der Presspiegel zeigt die vielfältige Resonanz in lokaler und überregionaler Presse. Auf der Homepage werden darüber hinaus auch die in der Studie angewendeten Materialien zur Verfügung gestellt. Auf einer weiteren, auch von der Arbeitsgruppe betriebenen Homepage (www.chronic-care.de) werden zudem grundlegende Informationen zu chronischen Erkrankungen in der Primärversorgung präsentiert.

In den vergangenen Jahren hielten Teilnehmer unserer Arbeitsgruppe zudem verschiedene projektbezogene Vorträge vor Fachkreisen, wie z.B. bei Landesärztekammern und hausärztlichen Qualitätszirkeln.

Die Studienergebnisse fanden außerdem Eingang in die Ausbildung von Medizinstudierenden an der Universität Frankfurt. Der Projektleiter hielt darüber hinaus auch interne Fortbildungen zum Thema an der Universität Frankfurt.

#### **6. Einhaltung der Ausgaben- und Zeitplanung:**

Die Studiendurchführung bezüglich Ausgaben- und Zeitplanung erfolgte gemäß dem bei Antragstellung vorgestellten Konzept- und Studienprotokoll. Die Studie lag in allen Teilaufgaben innerhalb der im Studienprotokoll genannten Vorgaben.