

Aus dem Fachbereich Medizin
der Johann Wolfgang Goethe-Universität
Frankfurt am Main

Zentrum für Gesundheitswissenschaften
Institut für Allgemeinmedizin
Direktor: Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach, MPH

**Arzthelferinnen in der hausärztlichen Betreuung
depressiver Patienten:**

**Rollenverständnis, Krankheitstheorie,
Belastungsfaktoren**

Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
des Fachbereichs Medizin
der Johann Wolfgang Goethe-Universität
Frankfurt am Main

vorgelegt von
Cornelia Jäger
aus Lahr

Frankfurt am Main, 2011

Dekan: Prof. Dr. Josef M. Pfeilschifter

Referent: Prof. Dr. med., Dipl. Päd. Jochen Gensichen, MPH

Korreferent: Prof. Dr. med. Sebastian Harder

Tag der mündlichen Prüfung: 19.08.2011

Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. med., Dipl. Päd., Jochen Gensichen MPH, der mich während der verschiedenen Phasen dieser Studie begleitet und gefördert hat und mir neue Impulse für meinen beruflichen Werdegang gegeben hat.

Ich danke allen Mitarbeitern des PRoMPT-Projektes, für die gute Zusammenarbeit, die wertvollen Anregungen und die Unterstützung für diese Arbeit. Besonders erwähnt seien hier Karola Mergenthal, Dr. phil. Dipl.-Psych. Monika Peitz, Dr. med. Marion Torge, Vera Kleppel, Dr. phil., Dipl. Psych. Corina GÜthlin und Dr. med. Juliana J. Petersen, MPH.

Mein Dank gilt zudem den beteiligten Hausärzten und Arzthelferinnen, ohne deren Engagement diese Arbeit nicht zustande gekommen wäre.

Ich danke Dominik Rinnhofer, für die anregenden Diskussionen und die emotionale Unterstützung.

Schließlich danke ich meinen Eltern, dass sie mir meinen Werdegang ermöglicht haben. Ihnen sei diese Arbeit gewidmet.

Inhaltsverzeichnis

1	Zusammenfassung	1
2	Einführung.....	3
2.1	Case Management Konzepte – Entwicklung, Theorie, Anwendung	3
2.1.1	Historischer Hintergrund	3
2.1.2	Klassifizierung von Case Management Modellen.....	4
2.1.3	Kernfunktionen	5
2.1.4	Arbeitsschritte.....	6
2.1.5	Case Management in Deutschland	7
2.1.5.1	Case Management in der Jugendhilfe.....	9
2.1.5.2	Case Management in der Rehabilitation	9
2.1.5.3	Case Management in der Pflege.....	10
2.1.5.4	Case Management im medizinischen Bereich.....	10
2.1.5.5	Psychiatrisches Case Management.....	12
2.1.6	Case Management Standards	13
2.2	Allgemeinmedizin in Deutschland und international	15
2.2.1	Arztwahl und Rolle des Hausarztes.....	15
2.2.2	Arbeitsbedingungen.....	16
2.2.3	Die Rolle der Arzthelferin.....	17
2.2.4	Depressionen in der deutschen Primärversorgung.....	20
2.3	Stand der Forschung: Case Management in der Depressionsbehandlung	21
2.3.1	Ist Case Management effektiv? Ergebnisse quantitativer Studien.....	21
2.3.2	Ist Case Management akzeptiert? Ergebnisse qualitativer Studien.....	23
2.3.2.1	Studien zur ärztlichen Perspektive.....	23
2.3.2.2	Studien zur Perspektive der Arzthelferinnen	24
2.3.2.3	Studien zur Perspektive der Patienten	25
2.3.3	Warum eine neue qualitative Studie?	25

3	Materialien und Methoden.....	27
3.1	Methodendiskussion.....	27
3.1.1	Qualitative Forschung und Interviewstudien.....	27
3.1.2	Die PRoMPT Studie	29
3.1.2.1	Studiendesign.....	29
3.1.2.2	Intervention	29
3.1.2.3	Depression-Monitoring-Liste (DeMoL).....	30
3.1.2.4	Schulung der Arzthelferinnen	30
3.1.3	Qualitative Inhaltsanalyse	30
3.1.4	Typenbildung und Häufigkeitsanalyse.....	33
3.1.5	Reporting guidelines.....	34
3.2	Methodisches Vorgehen.....	36
3.2.1	Datenerhebung.....	36
3.2.1.1	Sample / Zielgruppe.....	36
3.2.1.2	Leitfaden.....	36
3.2.1.3	Rekrutierung	37
3.2.1.4	Setting.....	37
3.2.1.5	Aufnahmetechnik.....	37
3.2.1.6	Interviewer.....	37
3.2.2	Datenaufbereitung.....	38
3.2.3	Datenanalyse.....	38
3.2.3.1	Einschlusskriterien für die Analyse	38
3.2.3.2	Charakteristika der Kodierer.....	38
3.2.3.3	Herleitung der Kategorien.....	38
3.2.3.4	Bildung von Code-Familien.....	40
3.2.3.5	Begriffserklärung Belastung.....	40
3.2.3.6	Definition von Belastung und Entlastung	42
3.2.3.7	Begriffserklärung Krankheitskonzept.....	42
3.2.3.8	Definition von professionellem und laienhaftem Krankheitskonzept.....	43
3.2.3.9	Begriffserklärung Rollenverständnis	44
3.2.3.10	Definition professionelles und laienhaftes Rollenverständnis	46
3.2.4	Hufigkeitsanalyse des Categoriesystems: Typisierung	47
3.2.5	Software.....	50
3.2.6	Gütekriterien.....	50

4	Ergebnisse.....	51
4.1	Sample.....	51
4.2	Code- Schema.....	52
4.3	Code Familien	53
4.3.1	Zuordnung von Codes zu Code Familien.....	53
4.3.2	Erläuterung der Code-Familie „Rollenverständnis“	53
4.3.3	Erläuterung der Code Familie „Belastungsfaktoren“	57
4.3.3.1	Belastungen durch die Arbeitsbedingungen.....	57
4.3.3.2	Belastung durch die Arbeitsaufgabe.....	60
4.3.3.3	Belastung durch soziale Faktoren am Arbeitsplatz.....	64
4.3.4	Erläuterung der Code-Familie „Subjektive Krankheitstheorie“	65
4.4	Typisierung.....	70
4.4.1	Die hilfeschende Arzthelferin.....	70
4.4.2	Die hilflose Co-Therapeutin.....	72
4.4.3	Die Mental Health Nurse.....	73
5	Diskussion.....	76
5.1	Das Case- Management-Konzept der PROMPT-Studie.....	76
5.2	Diskussion der Hauptaussagen.....	77
5.2.1	Rollenwandel in der Hausarztpraxis: Die Arzthelferin als Vertrauensperson ?....	77
5.2.2	Theorie und Praxis: Umsetzung des Case Managements im Praxisalltag.....	79
5.2.3	Laien in der Depressionsbehandlung: Wieviel Professionalität ist nötig?.....	80
5.3	Diskussion der 3 Typen.....	84
5.4	Schlussfolgerung / Bedeutung der Ergebnisse	85
5.4.1	Schulungsinhalte für Case ManagerInnen.....	87
5.4.2	Rollenkonflikte vermeiden.....	89
5.4.3	Strukturen bereitstellen.....	89
5.4.4	„Typen“ von Arzthelferin berücksichtigen.....	90
5.5	Limitationen dieser Studie	91
5.6	Qualitäten dieser Studie	92
5.7	Fazit.....	93

6	Literaturverzeichnis.....
7	Anhänge
7.1	Code-Schema.....
7.2	Zuordnung der Codes zu Code-Familien
7.3	Interviewleitfaden.....
8	Schriftliche Erklärung.....
9	Lebenslauf.....

1 Zusammenfassung

Hintergrund: In der allgemeinmedizinischen Versorgung ist die Einbindung von Arzthelferinnen in der Betreuung depressiver Patienten ein innovatives Vorgehen. Jedoch ist wenig darüber bekannt, wie Arzthelferinnen ihre neue Aufgabe erleben. Die vorliegende Arbeit beschreibt die Sichtweise und Erfahrungen von Arzthelferinnen, die ein Case Management für depressive Patienten in deutschen Hausarztpraxen durchgeführt haben.

Methodik: Es handelt sich um eine qualitative Studie, die im Rahmen der PRoMPT-Studie (Primary Care Monitoring for Depressive Patients Trial) durchgeführt wurde. Mithilfe eines semistrukturierten Interviewleitfadens wurden 26 Arzthelferinnen interviewt und anschließend eine Inhaltsanalyse durchgeführt. Der Fokus lag dabei auf drei Schlüsselthemen: Rollenverständnis, Belastungsfaktoren und Krankheitskonzept.

Ergebnisse: Die meisten Arzthelferinnen empfanden ihre neue Rolle als Bereicherung auf einer persönlichen und beruflichen Ebene. Sie sahen Ihre Hauptaufgabe in der direkten Interaktion mit den Patienten, während die Unterstützung der Hausärzte für sie von untergeordneter Bedeutung war. Belastende Faktoren durch die neue Arbeitsaufgabe betrafen die Arbeitsbelastung, die Arbeitsbedingungen und die Interaktion mit depressiven Patienten. Es zeigte sich ein sehr heterogenes Krankheitsverständnis bezüglich der Erkrankung Depression.

Schlussfolgerung: Arzthelferinnen sind bereit, ihren Aufgabenbereich von Verwaltungsarbeiten auf mehr patientenzentrierte Tätigkeiten auszudehnen. Auch wenn Arzthelferinnen dabei verstärkt protokollierende Aufgaben übernehmen, ist die sich daraus ergebende Mehrbelastung nicht zu unterschätzen.

Abstract

PURPOSE: In primary care, the involvement of health care assistants (HCAs) in clinical depression management is an innovative approach. Little is known, however, about how HCAs experience their new tasks. We wanted to describe the perceptions and experiences of HCAs who provided case management to patients with depression in small primary care practices.

METHODS: This qualitative study was nested in the Primary Care Monitoring for Depressive Patients Trial on case management in Germany. We used a semi-structured instrument to interview 26 HCAs and undertook content analysis. We focussed on 3 key aspects: role perception, burdening factors, and disease conception.

RESULTS: Most HCAs said their new role provided them with personal and professional enrichment, and they were interested in improving patient-communication skills. They saw their major function as interacting with the patient and considered support for the family physician to be of less importance. Even so, some saw their role as a communication facilitator between family physician and patient. Burdening factors implementing the new tasks were the increased workload, the work environment, and difficulties interacting with depressed patients. HCAs' disease conception of depression was heterogeneous. After 1 year HCAs believed they were sufficiently familiar with their duties as case managers in depression management.

CONCLUSION: HCAs were willing to extend their professional responsibilities from administrative work to more patient-centred work. Even if HCAs perform only monitoring tasks within the case management concept, the resulting workload is a limiting factor.

2 Einführung

2.1 Case Management Konzepte – Entwicklung, Theorie, Anwendung

2.1.1 HISTORISCHER HINTERGRUND

Die Entwicklung von Case Management hat ihren Ursprung in den USA. Das Gesundheitssystem in den U.S.A. entwickelte sich zu einem Vertreter des sog. „Marktmodells“ mit überwiegend privater Finanzierung über eine freiwillige Mitgliedschaft bei privaten Krankenkassen. Auch Gesundheitsleistungen werden überwiegend von privaten Dienstleistern gestellt. Die fehlenden Regularien von übergeordneten Stellen führten zu einer unkoordinierten Aktivität zahlreicher privater Organisationen und Initiativen. Die Hauptprobleme, die sich aus dieser Versorgungsstruktur ergaben, können mit den Schlagworten *Diskontinuität* der Behandlung und *Desintegration* der verschiedenen Dienstleistungen umrissen werden. Vor allem chronisch kranke und langzeitpflegebedürftige Patienten leiden unter einer solchen Konstellation [1]. Die Idee des „modernen“ Case Managements entstand in den 1970er Jahren, als aus ethischen Gründen und Kostenüberlegungen im Rahmen einer Deinstitutionalisierung des Gesundheitswesens die stationäre Unterbringung von psychisch kranken, geistig behinderten und pflegebedürftigen Menschen durch eine ambulante Versorgung ersetzt werden sollte.

Es musste ein Konzept entwickelt werden, das die vorhandenen Versorgungsstrukturen mit größtmöglicher Effizienz zu nutzen wusste [2].

Der Begriff „Case Management“ ist im gesundheitspolitischen Kontext erstmals im „Developmental Disability Act“ erwähnt, ein 1975 in den USA verabschiedetes Gesetz, das körperlich und geistig behinderten Menschen ein Recht auf Dienstleistungen zuspricht, die ihnen ein möglichst unabhängiges Leben ermöglichen. Zur Umsetzung dieses Gesetzes wurde das Community Support Program verabschiedet, das erstmals auch „Case Management to ensure continuous availability of appropriate forms of assistance“ vorsah [3].

In der Folge entwickelten sich in kurzer Zeit zahlreiche Case Management – Modelle in der Pflege, der Sozialarbeit und der stationären Versorgung. Im Folgenden sollen Klassifizierung von Case-Management-Modellen vorgestellt sowie gemeinsame Kernelemente dargestellt werden.

2.1.2 KLASSIFIZIERUNG VON CASE MANAGEMENT MODELLEN

Bereits Mitte der 1980er Jahre wurden Versuche unternommen, die Vielzahl der Case Management Konzepte zu klassifizieren. Es existieren beispielsweise Einteilungen nach dem Qualifikationsgrad der Case Manager („professionals“ vs. „non-professionals“), der Größe und Organisation der das Case Management anbietenden Einrichtung, der Fachspezifik derselben und dem Einsatzgebiet des Case Managements [2]. Anbieter von Case Management-Modellen können beispielsweise Krankenversicherungen, Krankenhäuser, Jugendämter oder Arbeitgeber sein. Einsatzgebiete für Case Management umfassen unter anderem die Resozialisierung von Straftätern, die Wiedereingliederung von Behinderten in das Berufsleben, die Reintegration psychisch Kranker in das Alltagsleben oder die häusliche Versorgung geriatrischer Patienten nach einem stationären Krankenhausaufenthalt [2].

Besonders erwähnt werden soll hier das in der Allgemeinmedizin Anwendung findende „**Primary Care Case Management**“. Primary Care Case Management ist in den US-amerikanischen Modellen vor allem auf die klassische medizinische Akutversorgung ausgerichtet. Im Vordergrund steht die Zugangssteuerung und Kostenkontrolle. Es wird in den U.S.A. vor allem im Rahmen von „Health Maintenance Organisations (HMOs)“ und „Managed Care“ angewandt. Bei den HMOs handelt es sich um eine Versicherungsform, die verschiedene Leistungsanbieter des Gesundheitswesens unter Vertrag nimmt und meist auch räumlich in „HMO-Zentren“ vereint („Versorgung unter einem Dach“). Die Versicherten schreiben sich in diesem System bei einem Vertragsarzt ein, der als Gate-Keeper fungiert und entsprechend des Bedarfs des Patienten Zugang zu anderen Dienstleistern der HMO regelt. Dieses Prinzip wird als „**Managed Care**“ bezeichnet und hat viele Gemeinsamkeiten mit dem weiter unten erläuterten „Hausarztmodell“. In den U.S.A. erhalten die Angestellten der HMO zusätzlich zu ihrem Fixlohn eine Gewinnbeteiligung, so dass ein Sparanreiz besteht [4] [2]. Allerdings existieren neben diesen „investor-owned“ HMOs auch „nonprofit HMOs“ ohne Gewinnabsichten. Beispielhaft sind hier die „Kaiser Permanente“ oder die „Geisinger Health Centers“ zu nennen. In mehreren Studien wurde die Überlegenheit von „non-profit HMOs“ gegenüber den gewinnorientierten HMOs belegt [5] [6] [7].

2.1.3 KERNFUNKTIONEN

Trotz der vielfältigen Anwendungsbereiche lassen sich im Wesentlichen drei Kernfunktionen aller Case Management Modelle identifizieren: die Advocacy-, Broker- und Gate Keeper – Funktion. In der praktischen Umsetzung der Modelle dominiert meist eine Funktion über den anderen, denn das Nebeneinander dieser Rollen birgt durchaus Konfliktpotential [1].

„**Broker**“, zu deutsch „Makler“, beschreibt die vermittelnde und koordinierende Rolle des Case Managers. Eine Charakteristik des Case Managements ist, dass der Case Manager nicht selbst Dienstleistungen für den Klienten erbringt, sondern die Dienstleistungen externer Anbieter aufeinander abstimmt. So werden Interessenskonflikte vermieden und die Objektivität des „Maklers“ bleibt gewahrt. (Ausnahmen bilden das „clinical case Management“ und „managed care“, da hier der Therapeut bzw. der Hausarzt gleichzeitig als Case Manager fungieren) [1].

Mit **Advocacy**, zu deutsch „Anwaltschaft“, ist die Funktion des Case Managers als Interessensvertreter seines Klienten gemeint. Sie ist in der Sozialarbeit stärker ausgeprägt als in der medizinischen Versorgung, spiegelt aber die ureigenste Funktion des Case Management wieder. Der Case Manager soll dafür sorgen, dass die Bedürfnisse eines hilfsbedürftigen und partizipatorisch benachteiligten Menschen von der Gesellschaft wahrgenommen werden und Versorgungsgerechtigkeit entsteht. Dies kann er realisieren, indem er Fürsprache für die Belange seines Klienten hält und die Leistungserbringung überwacht. Dazu muss der Case Manager einerseits nah an der Seite seines Klienten arbeiten und seine Versorgungssituation kontinuierlich aus einer „Mikro-Ebene“ analysieren. Andererseits hat er auch den gesamtgesellschaftlichen Auftrag, allgemeine Versorgungslücken im System zu identifizieren. Um dieser Rolle gerecht zu werden, muss der Case Manager über sehr gute Kenntnisse des Versorgungssystems verfügen und fachlich in der Lage sein, die Entwicklung des Krankheitsgeschehens und des Versorgungsbedarf seines Klienten vorausszusehen [1].

Die dritte, wesentliche Funktion von Case Management ist das „**Gate Keeping**“. In dieser Funktion vertritt der Case Manager die Belange der Gesamtgesellschaft, indem er ausgleichend auf die auf Gewinnmaximierung ausgelegten Dienstleister und den nach möglichst umfassender Versorgung stre-

benden Patienten einwirkt. Er soll gezielt selektieren, welche Dienstleistungen für die Patientenversorgung angemessen sind und von welchem Dienstleister sie am sinnvollsten erbracht werden. Diese Funktion gewinnt im Rahmen der Ökonomisierung des Gesundheitssystem immer stärker an Bedeutung. Jedoch kann sie den Case Manager in einen Rollenkonflikt versetzen, wenn er gleichzeitig als als anwaltlicher Vertreter an der Seite seines Klienten stehen soll. In der Fachliteratur wird diese Konfliktkonstellation als „Case Management Dilemma“ bezeichnet. [1]

2.1.4 ARBEITSSCHRITTE

Neben den Kernfunktionen zeichnen sich Case Management Modelle auch durch eine gemeinsame methodische Konzeption der durchzuführenden Arbeitsschritten aus. Die früheste, immer noch angewandte Benennung dieser Schritte erfolgte von David Moxley. Er unterscheidet 5 Parameter, nämlich Assessment, Planning, Intervention, Monitoring und Evaluation (Moxley verwendet statt Planung auch die Begriffe direkte und indirekte Intervention) [8]. Manche Autoren nehmen noch feinere Untergliederungen vor. Die folgenden Ausführungen sollen sich jedoch auf die von Moxley vorgeschlagenen, fünf zentralen Aufgaben des Case Managers konzentrieren:

- **Assessment (Erhebung):** Assessment meint die kritische Einschätzung der Situation einer Person oder Familie im körperlichen, psychischen, personellen und materiellen Bereich. Es sollen sowohl Versorgungsdefizite und individuelle Versorgungsbedürfnisse als auch die Stärken des Klienten und die im Umfeld vorhandenen Ressourcen ermittelt werden. Die möglichst umfassende Datensammlung bildet das Kernstück des Case Managements, da sie den Ausgangspunkt für eine angemessene Versorgungsplanung bildet [2]. Daher wurden in den verschiedenen Bereichen eine Reihe standardisierter Erhebungsinstrumente entwickelt, wie zum Beispiel die AEDLs (Aktivitäten und existenzielle Erfahrungen des Lebens) von Monika Krohwinkel im geriatrischen Assessment [9].
- **Planning (Planung):** Ausgehend von den während des Assessments erhobenen Informationen wird mit dem Klienten ein Versorgungsplan

erstellt. Dazu gehört es, gemeinsam konkrete Ziele zu formulieren, eine Liste aller Dienstleistungen zu erstellen, die für die Erreichung der Ziele in Frage kommen und die Verantwortlichkeiten aller Beteiligten festzulegen [2].

- **Intervention (Durchführung):** Schließlich kommt es zur Umsetzung des Versorgungsplans. Nur in seltenen Fällen („Clinical Case Management“) ist der Case Manager selbst an der Durchführung beteiligt. In der Regel ist es seine Aufgabe, die verschiedenen Dienstleister und den Klienten zusammen zu führen und dann die Durchführung zu überwachen und zu evaluieren [2]. Ewers macht darauf aufmerksam, dass die Funktion des Case Managers im jeweiligen Case Management Model in dieser Phase eine entscheidende Rolle spielt. Überwiegt die „Advocacy“-Funktion, wird er sich für eine Ausweitung der Dienste stark machen. Ist er schwerpunktmäßig als „Broker“ oder „Gate-Keeper“ tätig, wird er verstärkt auf die Auswahl der günstigsten bzw. geeignetsten Dienstleister und die Einhaltung der Budget-Grenzen achten [1].
- **Monitoring (Überwachung):** Diese Aufgabe kann sowohl die Überwachung der Qualität der erbrachten Leistungen als auch die Überwachung des sich wandelnden Bedarfs des Klienten mit entsprechender Anpassung des Versorgungsplans beinhalten [2].
- **Evaluation:** Im Gegensatz zum Monitoring ist hier die abschließende Evaluation bei Beendigung der Versorgung (durch Genesung, Tod oder Entlassung des Case Managers) gemeint. Diese erfolgt sowohl auf einer direkten Handlungsebene, indem die eigene Berufspraxis bewertet wird, als auch auf Systemebene durch die Aufdeckung genereller Versorgungsmängel [2].

2.1.5 CASE MANAGEMENT IN DEUTSCHLAND

In Deutschland hat die Debatte über die Versorgungskoordination verspätet erst Ende der 1980er / Anfang der 1990er Jahre eingesetzt. Ende der 1980er Jahre wurde dann aber auch in Deutschland begonnen, vermehrt marktwirt-

schaftlich orientierte Reformen einzuleiten. Ursache waren finanzielle Probleme der Krankenkassen sowie wirtschaftliche Interessen, da durch die Beitragssteigerungen auch die Lohnnebenkosten stiegen. Aber auch Defizite in der Versorgung chronisch Kranker wurden immer offensichtlicher. 1995 beklagte der Sachverständigenrat in einem Sondergutachten die Versäumnisse in Prävention und Qualitätssicherung sowie die zunehmende Diskontinuität und Desintegration der medizinischen Versorgung [10]. Als Ursache identifizierte er zwei Bruchstellen im deutschen Versorgungssystem: Die starre Trennung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung sowie die traditionell bedingte Unterscheidung zwischen kurativ ausgerichteter Behandlung und rehabilitativ ausgerichteter Pflege. Für chronisch Kranke, die wechselhaft auf beide Versorgungssysteme angewiesen sind, ergeben sich bei dieser Konstellation Koordinationsprobleme.

Anfang der 1990er Jahre kam es daher auch in Deutschland zu einer intensiveren Diskussion über eine sinnvolle Versorgungscoordination. 1996 analysierte Ewers die Übertragbarkeit angloamerikanischer Case Management-Konzepte auf das deutsche System. Er sieht in den schlechten Qualifikationsbedingungen in Deutschland eine Barriere für die erfolgreiche Etablierung von Case Management Konzepten: *„Dem hierzulande dominierenden, vorwiegend medizinisch-kurativ und naturwissenschaftlich-technisch orientierten Mediziner stehen mit der Pflege oder der Sozialarbeit zwei in ihrem Selbstverständnis verunsicherte und zumeist minder-qualifizierte nicht-ärztliche Berufsgruppen gegenüber. Sie werden in der Regel auf Assistenz Tätigkeiten für die Medizin reduziert und können nur selten einen eigenständigen Beitrag bei der Versorgungsgestaltung leisten.“* [1]

Ewers fordert eine Reprofessionalisierung dieser Berufsgruppen, die er als die ausführenden Akteure des Case Managements sieht. Die Schaffung neuer Experten oder Instanzen hält er für wenig sinnvoll, da sie lediglich neue Schnittstellen schaffen würden. Er sieht Case Management nicht als eine neue Dienstleistung, sondern als eine patientenorientierte Sichtweise, die von allen gesundheitsrelevanten (Semi-)Professionen in ihrem beruflichen Handeln praktiziert werden soll [1].

Die ersten Case Management Modelle fanden in Deutschland Ende der acht-

ziger Jahre in der Sozialarbeit Anwendung. Später entwickelten sich auch Modelle in der Pflege und stationären und ambulanten Versorgung. Dennoch fällt auf, dass die Mehrzahl der Modelleinrichtungen trotz ihrer engen Verknüpfung mit der Kranken- und Altenpflege stark sozialarbeiterisch orientiert sind. Ewers sieht den Grund hierfür in der traditionellen, auf ärztliche Assistenz Tätigkeiten reduzierten Rolle des Pflegepersonals und dessen schlechter Ausbildung, die ein eigenständiges „Nursing Case Management“ nach dem Vorbild der USA nicht möglich machten [1].

Im Folgenden sollen einige Beispiele für die Anwendung von Case Management in Deutschland aufgeführt werden:

2.1.5.1 Case Management in der Jugendhilfe

Bereits 1993 wurde mit **§ 36 des Kinder- und Jugendhilfegesetz** die Durchführung eines Case Managements gesetzlich vorgeschrieben. Der Paragraph verpflichtet die Jugendämter dazu, vor der Installation einer Maßnahme für schwer erziehbare Jugendliche ein ordentliches Hilfeplanverfahren durchzuführen. Die Definition der einzelnen Schritte der Hilfeplanung vom Jugendamt Rheinland-Pfalz enthält die zentralen Elemente eines Case Management Konzepts.

2.1.5.2 Case Management in der Rehabilitation

Mit Rehabilitation ist hier die Wiedereingliederung ins Berufsleben gemeint. Seit 2004 müssen Betriebe in Deutschland nach **§ 84 SGB IX** ein „**Betriebliches Eingliederungsmanagement (BEM)**“ für alle Mitarbeiter anbieten, die innerhalb eines Jahres länger als sechs Wochen arbeitsunfähig waren. Dieses wird von der Arbeitnehmer- oder Schwerbehindertenvertretung durchgeführt und umfasst die Koordination von Leistungen, die den Arbeitsplatz erhalten und einer erneuten Arbeitsunfähigkeit vorbeugen.

Die Mitarbeiter der Arbeitnehmer- oder Schwerbehindertenvertretung können auf diese Aufgaben durch eine Weiterbildung zum „Certified Disability Manager“ vorbereitet werden. Die Prüfung wird von der Deutschen Unfallversicherung abgenommen.

2.1.5.3 Case Management in der Pflege

Nach **§7a und §45 des SGB XI** sind die Pflegeversicherungen ab Januar 2009 in Deutschland verpflichtet, Pflegepersonen, also Angehörigen oder anderen Laienpflegern, eine kostenfreie Schulung und **Pflegeberatung** zur Verfügung zu stellen.

Dazu müssen die Pflegeversicherungen ausgebildete Pflegeberater beschäftigen oder beauftragen, ein junges Berufsbild, für das erst im August 2008 Ausbildungsrichtlinien vom Spitzenverband der GKV vorgelegt wurden. Demnach können examinierte Alten- und Krankenpfleger sowie Sozialversicherungsfachangestellte in einer mindestens 400 Stunden umfassenden Weiterbildung die Zusatzbezeichnung „PflegeberaterIn“ erwerben und freiberuflich oder angestellt tätig werden. Die Aufgabenbeschreibung des Pflegeberaters nach §7a SGB XI enthält die klassischen Funktionen des Case Managers.

2.1.5.4 Case Management im medizinischen Bereich

Im Rahmen der Gesundheitsreformen in den Jahren 2000 – 2007 wurden grundlegende Änderungen im deutschen Gesundheitssystem vorgenommen, unter denen Case Management stärker an Bedeutung gewinnt [11]. Das Konzept „**Integrierte Versorgung (IV)**“ steht für das Reformziel, eine sektorenübergreifende Versorgungsform mit stärkerer Vernetzung der verschiedenen Fachdisziplinen zu etablieren. Hierzu dürfen Krankenkassen separate Verträge mit diversen Leistungserbringern abschließen, die Art, Umfang und Vergütung der bei einem bestimmten Krankheitsbild zu erbringenden Leistungen festlegen. Ziel ist fast immer eine Standardisierung der Behandlungswege und Vergütungen und somit eine Erhöhung der Transparenz und Vergleichbarkeit, was letztlich in einer Kostensenkung und Verbesserung der Versorgung resultieren soll [12]. Die Verträge sind oft an weitere Instrumente, wie Disease Management Programme, Hausarztmodelle oder Fallmanagement gekoppelt [12].

Disease Management Programme (DMP) sind systematische Behandlungsprogramme für chronische Erkrankungen, die genau festlegen, welche Leistungen ein Patient mit einem bestimmten Krankheitsbild zu erhalten hat. Die gesetzlichen Grundlagen für diese Behandlungsprogramme sind in **§137f-g SGB V** geregelt. Manche Autoren

sprechen bei DMP auch von „disease specific Case Management“, beiden Modellen liegen jedoch grundlegend verschiedene Konzeptionen zugrunde: Während Case Management für die akut- oder mittelfristige Versorgung von Individuen unter Berücksichtigung ihrer ganz persönlichen Lebenssituation entwickelt wurde, verfolgt Disease Management einen populationsbezogenen Ansatz zur langfristigen Versorgung von Bevölkerungsgruppen mit einer bestimmten chronischen Erkrankung [13].

Bei den „Hausarztmodellen“ oder der „hausarztzentrierten Versorgung“, gesetzlich niedergelegt im **§ 73b SGB V**, schreibt sich der Versicherte bei einem Hausarzt ein und verzichtet somit auf die freie Facharztwahl, das heißt Facharztkonsultationen können künftig nur noch mit Überweisung des Hausarztes getätigt werden. Der Versicherte erhält dafür Vergünstigungen. Seit 2004 sind alle gesetzlichen Kassen verpflichtet, ein Hausarztmodell anzubieten, die Teilnahme ist aber für die Versicherten freiwillig. Der Hausarzt soll den Patienten wie ein Lotse durch das Gesundheitssystem begleiten, er soll den Behandlungsablauf durch gezielte Einbeziehung von Fachärzten, Krankengymnasten, Psychotherapeuten usw. optimieren. Es wird daher auch von „ärztlichem Case Management“ gesprochen, allerdings gibt es kritische Stimmen dazu, ob Hausärzte die beste Besetzung für die Position des Case Managers darstellen. Während einerseits die mangelnde Kompetenz der Hausärzte auf den Gebieten des Sozialrechts und der Ökonomie bemängelt wird [14], werden an anderer Stelle Bedenken geäußert, ob eine Tätigkeit als Case Manager der ärztlichen Kompetenz gerecht würde:

„Die Überlegung, daß die Hausärzte im Endeffekt die tatsächlichen Case Manager sein werden, sollte man von vornherein ad acta legen. De facto werden angestellte Kräfte diese Aufgabe übernehmen (...) Die Ärzte werden das nicht selber machen. Denn es stellt sich ja auch die Frage: Ist das rentabel, ist das der richtige Einsatz Ihrer Kompetenz und dessen, was Sie ja auch verdienen wollen? Wenn man sich die USA anschaut (...) erkennt man, dass die Krankenschwestern sehr viel mehr machen als hier und dass das auch ohne jegliche Qualitätseinbuße möglich ist. Damit kann man durchaus gute patientenbezogene Erfolge erzielen“ [15]

Evers dagegen wirft die Frage auf, „welche Funktion dem Hausarzt dann –

außer organbezogener Intervention und Geschäftsführung seiner Praxis - bei der Krankenversorgung eigentlich noch zukommt“, wenn immer mehr Aspekte der Behandlung und Versorgung an externes Personal delegiert werden soll [1].

Sauer und Wissert geben außerdem zu bedenken, inwieweit der alternative Begriff „ärztliches Case Management“ für das Hausarztmodell überhaupt den methodischen Ansprüchen gerecht wird: *„Abgesehen von der Beschlagnahme eines Begriffs (Case Management) und der damit verbundenen Sicherung einer neuen Dienstleistung, gibt es bei der niedergelassenen Ärzteschaft keine nennenswerten methodischen, instrumentellen, handlungslogischen und praktischen Neuerungen. Die beruflichen Inhalte werden fast unverändert weiter geführt.“ [14]*

Trotz solch gegensätzlicher Stimmen ist das **Fall- oder Case Management** ein weiteres Instrument, das heute im Rahmen der Integrierten Versorgung zum Einsatz kommt und der ärztlichen Versorgung an die Seite gestellt wird. Beispielhaft kann hier das „Versorgungsnetz Qualität und Effizienz“ genannt werden, eine Weiterentwicklung des seit 1997 bestehenden Ärztenetzes „HomeCare Nürnberg“. Es handelt sich um eine Genossenschaft von derzeit 59 Ärzten aller Fachrichtungen, die IV-Verträge mit mehreren Krankenkassen abgeschlossen hat. Ein Bestandteil dieser Verträge ist das „ärztlich induzierte Case Management“, für das 2006 der 1. Platz des Berliner Gesundheitspreises vergeben wurde. Bei besonders komplexen Fällen können alle Ärzte des Netzwerkes, in der Regel aber der als Koordinationsarzt fungierende Hausarzt, „Home Care Nürnberg“ mit der Erstellung eines individuellen Versorgungsplans beauftragen. „Home Care Nürnberg“ beschäftigt für diese Aufgabe zertifizierte Case ManagerInnen [2] [16].

2.1.5.5 Psychiatrisches Case Management

In der Behandlung chronisch psychisch kranker Menschen kann ein Punkt erreicht werden, an dem nicht mehr allein die Erkrankung, sondern die Alltagsbewältigung durch den Patienten im Vordergrund steht. Das in der Psychiatrie angewandte „Klinische Case Management“ ist darauf ausgerichtet. Während der Case Manager normalerweise nicht selbst an der Behandlung beteiligt ist, sondern diese lediglich koordiniert, übernimmt beim

klinischen Case Management der Therapeut auch die Funktion des Case Managements. Er führt im Wesentlichen eine „Alltagsbegleitung“ durch, ganz alltägliche Verrichtungen wie Waschen, Einkaufen, Ernährung werden Teil der Behandlung. Bei suizidalen Patienten kommt ein „Verhaltensmanagement“ hinzu. Suizidale Patienten müssen ein anderes Problemlösungsverhalten erlernen. Dem Therapeut und Case Manager obliegt es, diese gemeinsam mit dem Patienten in seiner ganz persönlichen Umgebung zu erarbeiten [2].

Auch in Deutschland gab es die aus ethischen und Kosteneffizienzgründen motivierte Bemühungen, chronisch psychisch kranken Menschen ein Leben in ihrer eigenen Lebenswelt, also integriert in die Gemeinde, zu ermöglichen, anstatt sie auf Dauer in einer Einrichtung zu institutionalisieren. Bereits 1971 wurde die „Aktion Psychisch Kranke“ von Abgeordneten aller Fraktionen des Deutschen Bundestages und engagierten Fachleuten aus dem Bereich Psychiatrie gegründet. Ihr Ziel war es, *„mit politischen Mitteln auf eine grundlegende Reform der Versorgung psychisch Kranker in der Bundesrepublik Deutschland hinzuwirken“*. Die „Aktion Psychisch Kranke“ führt vom Gesundheitsministerium geförderte Modellprojekte zur Verbesserung der Versorgung psychisch Kranker durch, unter anderem das „Implementationsprojekt Personenzentrierter Ansatz“. Im Rahmen dieses Projekts wurde der "Integrierte Behandlungs- und Rehaplan" (IBRP) entwickelt, dessen Arbeitsschritte im Wesentlichen einem Case Management entspricht. Das Kerninstrumentarium des IBRP besteht aus einem Satz von Bögen, die zur Dokumentation dieser Verfahrensschritte nötig sind. Wichtig im Konzept ist auch das Vorhandensein einer therapeutischen Bezugsperson, meist erfahrene Psychologen oder Psychiater, die den gesamten Prozess koordiniert [17].

2.1.6 CASE MANAGEMENT STANDARDS

Seit den neunziger Jahren wird zunehmend Kritik an der bestehenden Praxis des Case Management laut. Bemängelt wird die fehlende theoretische Fundierung und die unklare Definition, die Case Management zu einem beliebig einsetzbaren Instrument und zur Universallösung aller Versorgungsprobleme mystifiziert. Gleichsam wird die immer stärkere Instrumentalisierung des Case

Managements für die Belange des Systems (Kosteneffizienzsteigerung) und die Entfernung von der ursprünglichen Idee einer patientenzentrierten Versorgung kritisiert. Auch besteht Uneinigkeit darüber, welche Berufsgruppe am geeignetsten für die Durchführung des Case Managements ist – das Spektrum reicht in den diversen Modellen von Professionellen bis hin zu ehrenamtlichen Laienhelfern.

In den 1990er-Jahren begannen diverse Organisationen, Leitlinien für die „good practice“ von Case Management in jeweils ihrem Bereich vorzuschlagen. In den USA wird Case Management inzwischen als eigene Berufstätigkeit, nicht jedoch als eigene Profession angesehen. Case Manager können sich bei der „Commission for Case Manager Career (CCMC)“ registrieren lassen [18]. Dafür ist ein Universitäts-, College- oder Nursing-School-Abschluss vorzuweisen, der es dem Absolventen erlaubt, unabhängig ohne Aufsicht zu praktizieren. Desweiteren muss der Bewerber je nach Kategorie 12 – 24 Monate Berufserfahrung in einem Case Management bezogenen Berufsfeld aufweisen und eine aus 180 Multiple Choice Fragen bestehende Prüfung absolvieren. Der Zuwachs an „Certified Case Managern“ ist innerhalb der letzten 10 Jahre von 15.000 auf über 100.000 gestiegen. Der Trend zu einer Professionalisierung des Case Managements ist somit eindeutig [18].

In Deutschland ist der Titel „Case Manager“ nicht geschützt, jedoch hat die 2005 gegründete „Deutsche Gesellschaft für Care und Case Management (DGCC)“ Richtlinien erlassen, nach denen die Zusatzbezeichnung „Zertifizierte/r Case Manager/in“ erworben werden kann. Momentan gibt es 43 Institute in Deutschland, die diese Weiterbildung anbieten. Nach den Richtlinien der DGCC hat sie mindestens 210 Stunden à 45 Minuten zu betragen. Zugelassen sind folgende Berufsgruppen: Aus dem akademischen Bereich Dipl. Sozialarbeiter / Sozialpädagogen, Dipl. Heilpädagogen, Dipl. Pädagogen, Dipl. Soziologen, Mediziner, akademische Pflegeberufe sowie Berufs- und Arbeitsberater; von den Fachschulberufen examinierte Krankenschwestern und Altenpfleger. Nur Sozialarbeiter und Pädagogen sind uneingeschränkt zugelassen, während die anderen vor oder während der Weiterbildung zusätzliche Qualifikationen im Bereich Kommunikation und Sozialrecht erwerben müssen [19].

2.2 Allgemeinmedizin in Deutschland und international

Nach der Definition der Europäischen Gesellschaft für Allgemeinmedizin (WONCA EUROPE) zeichnet sich die Allgemeinmedizin europaweit dadurch aus, dass sie *„normalerweise den ersten medizinischen Kontaktpunkt im Gesundheitssystem“* darstellt und dessen Ressourcen durch eine Koordinierung der Behandlung effizient nutzt. Weiterhin wird der personenbezogene Ansatz und die Besonderheit des Konsultationsprozesses betont, der auf den Aufbau einer Langzeitbeziehung zum Patienten ausgelegt ist. Gleichzeitig heißt es in der Definition, dass *„innerhalb Europas wesentliche Unterschiede in der Struktur der Gesundheitssysteme und in der Praxis der Allgemeinmedizin“* bestehen [20]. Um Studien und Ergebnisse aus der internationalen allgemeinmedizinischen Forschung auf Settings in Deutschland anwenden und übertragen zu können, ist es notwendig, sich mit diesen Unterschieden auseinander zu setzen. Im Folgenden sollen deshalb am Beispiel Deutschland, Englands und der USA die grundlegenden Merkmale der allgemeinmedizinischen Praxis mit Schwerpunkt auf die Rolle der Arzthelferin und der Erkrankung Depression erläutert werden:

2.2.1 ARZTWAHL UND ROLLE DES HAUSARZTES

In Deutschland besteht freie Arztwahl, das heißt der Hausarzt hat keine Gatekeeper – Funktion. Die Patienten können frei entscheiden, ob sie zuerst einen Allgemeinmediziner oder gleich einen Spezialisten konsultieren wollen. Die Arztwahl kann theoretisch deutschlandweit erfolgen, es besteht keine Beschränkung auf das Wohngebiet [21].

Im Rahmen der Gesundheitsreformen 2003 versuchte die Bundesregierung die Rolle des Hausarztes im Gesundheitssystem über diverse Maßnahmen, wie die Einführung einer Praxispauschale (§28 SGB V Abs. 4) oder die Verpflichtung der Krankenkassen zum Anbieten sog. „Hausarztmodelle“, zu stärken. Bei letzteren erhalten Teilnehmer Vergünstigungen, wenn sie sich bei einem Vertragsarzt der Krankenkassen einschreiben und sich verpflichten, Facharztbesuche nur noch mit Überweisung des Hausarztes zu tätigen (§ 73b SGB V).

Das deutsche Modell ist im internationalen Vergleich eher selten. Die meisten europäischen Länder verfügen über Restriktionen bei der Arztwahl [22]. In England beispielsweise können die Patienten ihren Hausarzt nur innerhalb

des Postleitzahlengebiets ihres Wohnortes wählen. Über 99% der Bevölkerung sind bei einem Hausarzt registriert [23], denn ohne Überweisung des Hausarztes haben Patienten keinen Zugang zu Spezialisten, ausgenommen in Notfallsituationen. Etwa 90% aller Arztkontakte in England sind Hausarztkontakte [24]. Zahlreiche Studien untersuchten die Effekte eines Gatekeeping-Systems gegenüber eines Free-Access-Systems. Eine eindeutige Überlegenheit des Gate-Keepings-System in Bezug auf Gesundheitsausgaben und die Arzt-Patienten-Beziehung konnte dabei nicht eindeutig belegt werden [25] [26] [27] [28].

2.2.2 ARBEITSBEDINGUNGEN

Die Arbeitsbedingungen für Allgemeinmediziner sind international sehr unterschiedlich, wie eine Befragung von 7223 Hausärzten in 30 europäischen Ländern bereits 1996 zeigte [29]. Große Unterschiede wurden bei der Praxisausstattung und -organisation, aber auch bei der Arbeitsbelastung festgestellt. Eine aktuellere, 2007 durchgeführte Studie in 7 europäischen Ländern sowie das Gutachten des Sachverständigenrats zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009 bestätigt diese Zahlen weitgehend [30] [23].

Mit 68% sind die überwiegende Mehrheit der Hausarztpraxen in Deutschland Einzelpraxen, während in den den U.S.A nur rund 27% und in England nur 14% der Allgemeinmediziner alleine eine Praxis führen. Typischerweise arbeiten englische und U.S.-amerikanische Hausärzte in Gemeinschaftspraxen mit bis zu sechs Ärzten [30]. Dabei beschäftigen deutsche Ärzte die meisten Arzthelferinnen, jedoch viel seltener separate Verwaltungsangestellte. Deutsche Hausärzte wenden mit 6,8 Stunden pro Woche mehr als doppelt so viel Arbeitszeit für Verwaltungsangelegenheiten auf als ihre Kollegen in den USA und England [30] [31]. Dies ist auch im Zusammenhang mit dem unterschiedlichen Aufgabenprofil von Arzthelferinnen in den verschiedenen Ländern zu sehen, wie unter 2.2.3. erläutert.

Die Arbeitsbelastung deutscher Allgemeinmediziner ist vergleichsweise hoch. Mit einer Wochenarbeitszeit von 50,6 Stunden arbeiten sie rund 5 Stunden länger als ihre Kollegen in den USA und GB [30]. Unverhältnismäßig ist dabei die Zahl der pro Woche gesehenen Patienten, die bei den deutschen Hausärzten mit durchschnittlich 243 Patienten 36% über den Werten Englands und 58% über denen der USA liegt [30] [32] [23]. Während die Dauer eines

Patientenkontaktes bei deutschen Hausärzten im Schnitt knapp 8 Minuten beträgt, lassen sich englische und U.S.-amerikanische Ärzte mit 13 bzw. 19 Minuten fast doppelt bzw. dreimal so viel Zeit [30] [33]. Auch bei den Hausbesuchen sind deutsche Hausärzte Spitzenreiter: 76% der Ärzte tätigen mehr als 15 Hausbesuche pro Woche, in England sind es nur 55% [34].

Unterschiede gab es auch im Patientenspektrum: 86% der englischen Ärzte gaben an, häufig Patienten mit psychischen Erkrankungen zu sehen, während es in den USA und Deutschland nur 59% waren. Dies mag im Zusammenhang mit der Gatekeeping-Funktion des Hausarztes in England stehen. Entsprechend der hohen quantitativen Arbeitsbelastung sind deutsche Allgemeinärzte auch unzufriedener mit der Betreuung ihrer Patienten und mit ihrem Einkommen [30]. Bei den Fragen nach konkreten Versorgungsproblemen wie Wartezeiten auf stationäre Eingriffe und Testergebnisse oder der pflegerischen Betreuung nahmen die deutschen Ärzte jedoch im Vergleich zu England und den USA weit weniger Schwierigkeiten wahr. Ihre Kompetenz schätzten die deutschen Ärzte vergleichsweise besser ein: Signifikant mehr deutsche Ärzte fühlten sich „gut“ auf die Betreuung chronisch und psychisch kranker Patienten vorbereitet. Überraschend dabei ist der Umgang mit evidenzbasierten Leitlinien: Während in den USA und England 90% der Ärzte „häufig oder manchmal“ Leitlinien bei der Behandlung der Patienten nutzten, taten dies in Deutschland weit weniger als die Hälfte der Ärzte.

2.2.3 DIE ROLLE DER ARZTHELFERIN

Während die ärztliche Ausbildung international vergleichbar ist, variiert die Qualifikation des ärztlichen Hilfspersonals in den verschiedenen Ländern erheblich. In Deutschland arbeiten typischerweise „Medizinische Fachangestellte“ als ärztliches Hilfspersonal in niedergelassenen Praxen, in England so genannte „nurse practitioners“ und „practice nurses“.

Für die Ausbildung zur „Medizinischen Fachangestellten“, bis 2006 „Arzthelferin“ genannt, ist gesetzlich keine bestimmte Schulbildung vorgeschrieben, die meisten Absolventen besitzen jedoch einen Haupt- oder Realschulabschluss. Die Ausbildung selbst erstreckt sich über drei Jahre und enthält sowohl einen theoretischen Teil in der Berufsschule als auch einen Praxisteil. Die Ausbildungsinhalte sind medizinischer, sozialer und administrativer Art. So werden im medizinischen Bereich Kenntnisse über

Hygiene, ärztliche Assistenz bei Diagnostik und Therapie, Prävention, Rehabilitation und Notfallsituationen vermittelt. Ebenso sind Kommunikationstraining und Patientenbetreuung/ -beratung Bestandteile des Lehrplans. Der administrative Teil beschäftigt sich vorwiegend mit dem Abrechnungswesen, der Datendokumentation und dem Management von Praxisabläufen [35]. Im späteren Berufsleben konzentrieren sich die Tätigkeiten von Arzthelferinnen in Allgemeinarztpraxen jedoch häufig auf Verwaltungsarbeiten [36] [37]. Sie sind für die Terminplanung und Abrechnung zuständig und führen kleinere ärztliche Assistententätigkeiten wie Blutentnahmen, Verabreichen von Spritzen oder das Schreiben von EKGs durch. Viele Arzthelferinnen beklagen den mangelnden Bezug zum Patienten und fühlen sich als Verwaltungskräfte missbraucht, da ihre eigentliche Motivation, den Beruf als Arzthelferin zu ergreifen, die Arbeit mit Patienten war. Tatsächlich beschäftigt nur etwa jede zweite Hausarztpraxis in Deutschland eine separate Verwaltungskraft [30].

Es gibt zahlreiche Fortbildungsmöglichkeiten für „medizinische Fachangestellte“, die jedoch selten zu einer weiterführenden Berufsbezeichnung führen und bislang auch nicht tariflich honoriert werden. So können durch Teilnahme an einem meist 120-stündigen Fortbildungskurs Zertifikate erworben, z.B. im Bereich Ernährungsberatung, Impfberatung, Praxismanagement und viele andere. Eine Aufstiegsfortbildung stellt die 400 Stunden umfassende Weiterbildung zur Arztfachhelferin dar. Mit dieser Zusatzbezeichnung wird die Ausbilderbefähigung erworben und in den Tarifverträgen eine höhere Einstufung erreicht [35].

Die „practice nurses“ in England sind examinierte Krankenschwestern, so genannte „registered nurses“, mit mindestens zweijähriger klinischer Erfahrung. „Nurse practitioners“ dagegen haben noch einen zusätzlichen Aufbaustudiengang absolviert [38]. Um ihrem Beruf nachgehen zu können, muss sich jede Krankenschwester beim „Nursing and Midwifery Council“ registrieren lassen. Anders als in Deutschland ist der Beruf der Krankenschwester seit 2000 akademisch und erfordert ein drei- bis vierjähriges Universitätsstudium, meist als Bachelor-Studiengang. Zuvor fand die Ausbildung überwiegend in Krankenhäusern statt, d.h.

Krankenschwestern die ihre Ausbildung vor dem Jahr 2000 absolviert haben, besitzen keinen akademischen Titel. Schon während des Studiums entscheiden sich die Studenten für eines von vier Fachgebieten: „Adult nursing“, „Child nursing“, „Mental health nursing“ oder „Learning disabilities nursing“. Alle examinierten Krankenschwestern sind verpflichtet, alle 3 Jahre mindestens 35 Fortbildungsstunden nachzuweisen. Zudem gibt es die Möglichkeit, einen Masterstudiengang anzugliedern und so eine weitere Spezialisierung in verschiedenen Bereichen zu erwerben, u.a. als oben genannter „nurse practitioner“ mit schwerpunktmäßigem Tätigkeitsfeld in allgemeinmedizinischen Praxen. Sowohl „practice nurses“ als auch „nurse practitioners“ arbeiten eng mit den Ärzten zusammen und übernehmen zahlreiche klinische Tätigkeiten wie Sprechstunden für Patienten mit chronischen Erkrankungen, Führen der Patientenakte, kleinere Operationen, Wundversorgung, Patientenberatung und -information bezüglich chronischer Erkrankungen und Verhütungsmethoden, Zervixabstriche, Routine-Check-Ups und andere [38]. Verwaltungsarbeiten werden dagegen zum großen Teil von „medical receptionists“ übernommen, ein Anlernberuf für den es zwar Kurse, aber keine gesetzlich vorgeschriebenen Einstellungsbedingungen gibt. Daneben existieren sogenannte „Health Care Assistants“, ein ungeschützter Begriff, der oftmals für völlig unterschiedliche Tätigkeiten verwendet wird. Health Care Assistants arbeiten meist in Krankenhäusern und entlasten dort die Krankenschwestern in Bereichen der direkten Patientenversorgung, wie Waschen oder Blutdruckmessen [39].

Die Rollenentwicklung von medizinischen Assistenzberufen wird sowohl in Deutschland als auch international aktuell diskutiert. Mehrere Studien beschäftigen sich mit einem möglichen Ausbau des Einsatzgebietes von Arzthelferinnen bzw. der Health Care Assistants und einer stärkeren Einbeziehung dieser Kräfte in die medizinische Behandlung von Patienten.

Hancock (2005) zeigte in einer qualitativen Studie, dass Health Care Assistants von der Teilnahme an einem „HCA Development Programme“ profitieren, betonte jedoch die Wichtigkeit einer angemessenen Vorbereitung auf die neuen Rollenanforderungen [40] [39].

Zu einem ähnlichen Ergebnis kommt Brant (2009) bei einer qualitativen

Studie, die die Rolle der Health Care Assistants aus der Perspektive anderer Praxismitarbeiter untersuchte [41]. Anderson (2009) forderte bei der Etablierung der in Australien noch weitgehend unbekanntes Rolle der „Medical Assistants“ eine klarere Definition der Aufgaben und Grenzen dieser Berufsgruppe [42]. Workman (1996) beschreibt in einer qualitativen Studie Rollenkonflikte bei Health Care Assistants, die nach einer speziellen Schulung als Assistenten für „trained nurses“ eingesetzt wurden [43].

Diese Studien zeigen einheitlich, dass ein Ausbau des Aufgabenbereiches von medizinischen Assistenzberufen einerseits möglich und für die Beteiligten profitabel ist. Andererseits treten bei der Neugestaltung der beruflichen Rollen Schwierigkeiten auf, denen mit einer ausreichenden Vorbereitung und Schulung begegnet werden muss.

2.2.4 DEPRESSIONEN IN DER DEUTSCHEN PRIMÄRVERSORGUNG

Trotz der freien Facharztwahl ist die Prävalenz von Depressionen in deutschen Hausarztpraxen hoch, sie wird in der Literatur mit 4 – 11,3 % angegeben [44]. Depressionen stellen den dritthäufigsten Konsultationsgrund in der allgemeinmedizinischen Praxis dar. Dabei diagnostizieren und therapieren Hausärzte die Mehrzahl der depressiven Störungen selbst [45] [46]. In einer bundesdeutschen Hausarztstudie wurden nur etwa 10 – 16% der als depressiv diagnostizierten Patienten an einen Spezialisten überwiesen [44]. Im Gegensatz zu der häufig anzutreffenden Vorstellungen, in Hausarztpraxen seien Patienten mit einer „umkomplizierten, milden“ Depressionsform anzutreffen, unterscheidet sich das Patientenspektrum kaum von dem bei Spezialisten [47]. Bei der Mehrzahl der depressiven Störungen handelt es sich um eine rezidivierende Major Depression, auch wenn die Patienten oft in einem Prodromal- oder Residualstadium vorstellig werden. 17% der depressiven Patienten in Allgemeinarztpraxen begehen Suizidversuche, mehr als 37% haben ernsthafte Suizidgedanken [48]. Das „Continuum of Care“ stellt bei der Behandlung von Depressionen die größte Herausforderung dar; mangelnde Adherence von Seiten der Patienten und ein unzureichendes Follow-up von Seiten der Ärzte beeinträchtigen die Behandlungsqualität [49][50]. Nur etwa 25 – 50% der Patienten nehmen ihre Medikation für die vorgesehene Dauer der Behandlung ein [51].

Dabei haben Patienten mit psychosozialen Problemen im Schnitt doppelt so

viele Arztkontakte wie Patienten mit somatischen Erkrankungen [52]. 45% der durch Suizid verstorbenen Patienten haben im Monat vor ihrem Tod ihren Hausarzt kontaktiert [53], davon zwei Drittel wegen psychischer Probleme [54]. Die Kontakte sind zeitintensiver und mit mehr Diagnosen verbunden. Ärzte sehen im Zeitmangel eine der größten Barrieren zu einer optimalen Versorgung der Patienten [52].

2.3 Stand der Forschung: Case Management in der Depressionsbehandlung

2.3.1 IST CASE MANAGEMENT EFFEKTIV? ERGEBNISSE QUANTITATIVER STUDIEN

In mehreren internationalen Studien wurde die Effektivität einer Strukturierung der Depressionsbehandlung in „community based settings“, wie z.B. Hausarztpraxen, nachgewiesen [55].

Banerjee (UK) zeigte 1996, dass die Angliederung von älteren depressiven Patienten an ein aus Ärzten, Psychologen, Sozialarbeitern und „psychiatric nurses“ bestehendes psychogeriatrisches Team, das einen individuellen Management-Plan erstellt, profitieren [56]. In einer Studie von Katon (USA) konnte durch eine strukturierte Zusammenarbeit von Hausärzten und Psychologen sowohl eine Symptomreduktion als auch eine Steigerung der Adherence und der Patientenzufriedenheit erreicht werden [57]. Eine Studie von Katzelnick (USA) im Jahr 2000 richtet sich an sog. „high utilizers“, Patienten mit sehr häufigen Arztkontakten. Das Case Management umfasste neben der Zusammenarbeit mit Psychologen unter anderem auch den Einsatz von Koordinatoren, qualifiziertes Personal mit Bachelorabschluss und psychiatrischer Erfahrung, die die Medikamenteneinnahme mittels der ausgestellten Rezepte und eines Telefonmonitoring überwachten. Die Symptomreduktion in der Interventionsgruppe war signifikant größer als in der Kontrollgruppe. [58]

Von Korff (USA) zeigte 2006, dass ein Telefonmonitoring und Feedback durch Care Manager im Gegensatz zu einem automatisierten, computerbasierten Feedbackmechanismus zu einer Senkung der Depressivität und zu einer adäquateren medikamentösen Therapie führten [59].

In der PRIDE – Studie (UK) betreute eine „psychiatric community nurse“ unter

regelmäßiger Rücksprache mit einem Psychiater 12 Wochen lang depressive Patienten über 60 Jahre. Es fanden sowohl Telefon- als auch persönliche Gespräche statt, in denen die Patienten über ihre Erkrankung und die Medikamenteneinnahme beraten und ggf. an Selbsthilfeorganisationen vermittelt wurden. Der Hausarzt erhielt regelmäßig schriftliche Berichte über die Gespräche. Die Depressivität konnte in der Interventionsgruppe signifikant stärker gesenkt werden als in der Kontrollgruppe [60].

Ein ähnliches Vorgehen wurde in der RESPECT – Studie gewählt: „Practice nurses“ mit psychiatrischer Erfahrung führten ein Telefonmonitoring durch, bei dem sie die Patienten zur Medikamenteneinnahme und zum Self-Management motivierten, die depressive Symptomatik mittels PHQ-9-Fragebogen erfassten und schließlich dem Hausarzt Feedback gaben. Die Depressivität nahm bei größerer Patientenzufriedenheit im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant stärker ab [61].

Ein komplexes Case Management wurde in der IMPACT-Studie (USA) angewandt. Es schloss ein 12-monatiges Follow-up durch Care Manager (Psychologen oder „nurses“) mittels PHQ-9, Telefon- und persönlichen Gesprächen sowie die Ausarbeitung eines Behandlungs- und nach Remission eines „Rückfallpräventionsplans“ ein. Die Interventionsgruppe erzielte bessere Werte in der Depressivität, der Behandlungsqualität und der Lebensqualität [62].

Die PROSPECT-Studie (USA) zielte auf die Senkung der Suizidrate unter älteren depressiven Patienten. In Allgemeinarztpraxis fungierten „nurses“, Sozialarbeiter oder Psychologen unter Supervision eines Psychiaters als Care Manager, indem sie über Telefonanrufe und persönliche Patientengespräche die Symptomatik und Adherence überwachten. In der Interventionsgruppe konnte eine größere Reduktion der Suizidgedanken und der Depressivität erreicht werden [63].

Diese Auswahl an Studien zeigt, dass ein Case Management die hausärztliche Betreuung depressiver Patienten verbessern kann. Den Studien ist aber auch ein relativ hoher Arbeits- und Personalaufwand sowie die Durchführung in hochstrukturierten Praxiseinheiten gemeinsam. Es ist fraglich, inwieweit sich die Erfahrungen aus diesen Studien auf deutsche Gegebenheiten übertragen lassen. In Deutschland stellt die unter 3.1.2 ausführlicher dargestellte PRoMPT – Studie die bisher einzige Studie zum Case Management in der

hausärztlichen Depressionsbehandlung dar. Charakteristisch an dieser Studie ist das „minimal-invasive“ Case Management, das ohne Standardisierung der Behandlung oder der Facharztkontakte auskommt und im internationalen Vergleich relativ niedrig qualifizierte Arzthelferinnen als Case Manager einsetzt. Die Patienten der Interventionsgruppe hatten im Vergleich zur Kontrollgruppe einen niedrigeren Depressionsscore und eine höhere Compliance [64].

2.3.2 IST CASE MANAGEMENT AKZEPTIERT? ERGEBNISSE QUALITATIVER STUDIEN

Die Einführung eines Case Managements in eine vorhandene Praxisstruktur ist immer auch mit einer Umdefinition der gegebenen Rollen und Arbeitsweisen verbunden. Unabhängig von der Effizienz eines Konzepts stellt sich die Frage, ob die damit verbundenen Verschiebungen bisheriger Handlungs- und Rollenmuster von den Beteiligten akzeptiert werden. Das ist besonders dann der Fall, wenn Aufgaben an niedriger qualifiziertes Personal übertragen werden und wenn, wie in der Depressionsbehandlung, persönliche Bindungen eine besondere Rolle spielen [40] [39] [41] [42] [43].

2.3.2.1 Studien zur ärztlichen Perspektive

Einige qualitative Studien untersuchen die ärztliche Perspektive bezüglich der Einführung eines Case Managements für depressive Patienten in die hausärztliche Versorgung. Die Kompetenz der Case Manager ist dabei ein zentrales Thema. In britischen Studien äußerten Ärzte Bedenken, ob die Nurse Practitioner oder Health Care Assistants über eine ausreichende Qualifikation für eine ausgeweitete Mitbetreuung der Patienten verfügen [65] [66] [67]. Generell wurde angenommen, dass ein großer Erfahrungsschatz und fundiertes Wissen für den Umgang mit psychisch kranken Patienten nötig sei. Zudem befürchteten einige Ärzte, die Nurse Practitioner könnten ihre Fähigkeiten überschätzen und die Grenzen ihres Zuständigkeitsbereichs überschreiten. Damit verbunden war die Befürchtung über den Status und den Wandel des eigenen Berufsbildes, wenn immer mehr ärztliche Aufgaben an Case Manager delegiert würden [65].

In einer deutschen Studie nannten Hausärzte Bereiche der Patientenbetreuung, die sie den Arzthelferinnen bedenkenlos überlassen würden. Dazu zählten Gebiete wie Life-Style-Änderung und

Ernährungsberatung [37]. Informationen über Diagnose, Therapie und Prognose einer Erkrankung war aus Sicht der Ärzte eine rein ärztliche Aufgabe und es wurde angenommen, dass auch die Patienten in solchen Fragen die Betreuung durch nicht-ärztliches Personal ablehnen würden, wohl mit der Einschränkung, dass die Patienten sich mit der Zeit an eine neue Rollenverteilung gewöhnen könnten [37][65].

In anderen Studien äußerten sich die Ärzte positiv über die Miteinbeziehung einer Case Managerin in die Patientenbetreuung. Sie empfanden es als Erleichterung, die Verantwortung für die Patienten mit einer weiteren Person zu teilen und glaubten, dass sich ein Case Management positiv auf die Versorgung der Patienten und die Arzt-Patienten-Beziehung auswirken könne [68][69].

Zurückhaltend äußerten sich die Ärzte bezüglich der Durchführung von Self-Management-Maßnahmen, welche schwer umzusetzen seien und eine hohe Qualifikation auf ärztlicher Seite erforderten [68][66]. Zur Verwendung standardisierter Fragebögen in der Depressionsbehandlung finden sich unterschiedliche Stimmen in der Literatur. Einige Ärzte schätzen das strukturierte Vorgehen bei Diagnose und Monitoring der Patienten, andere empfinden das persönliche Gespräch mit dem Patienten als hilfreicher und angemessener [70][68].

2.3.2.2 Studien zur Perspektive der Arzthelferinnen

Mehrere internationale Studien zeigen, dass Arzthelferinnen oder Practice Nurses gerne stärker in die Patientenbetreuung mit einbezogen werden würden und gleichzeitig die starke Theorielastigkeit ihrer Ausbildung beklagen [71][72][37]. Sie sehen ihre Stärken darin, gute Zuhörer zu sein und eine enge Beziehung zu den Patienten aufbauen zu können. Aus ihrer Sicht sei die Hemmschwelle der Patienten, sich einer Arzthelferin oder Practice Nurse anzuvertrauen, geringer als gegenüber ärztlichen Personals. Oftmals würden sie von Patienten nach alternativen Therapieoptionen oder Empfehlungen beispielsweise für die Wahl eines Facharztes gefragt [37][72]. Diese Sichtweise steht einerseits im Widerspruch zu der Annahme auf ärztlicher Seite, Patienten würden eine Beratung durch nicht-ärztliches Personal ablehnen. Andererseits betonen auch die Arzthelferinnen, dass sie sich für die Vermittlung von Informationen über Diagnose, Therapie und

Prognose einer (psychischen) Erkrankung nicht kompetent genug fühlten [37] [72] [73]. Aus ihrer Sicht profitierten gerade psychisch kranke Patienten von der Fürsorge und der engen Anbindung an die Praxis, die auch durch eine Arzthelferin oder Practice Nurse gewährleistet werden könne [68].

In Studien, in denen ein Case Management durchgeführt wurde, bemängelten die Case Managerinnen das mangelnde Interesse der Ärzte für ihre Arbeit und für depressive Patienten [74] [70]. Einige Case Managerinnen befürchteten, dass sich der vermehrte Umgang mit psychisch erkrankten Patienten auf ihr eigenes Seelenheil auswirken könnte [69].

2.3.2.3 Studien zur Perspektive der Patienten

Mehrere Studien zeigen, dass Patienten gerade die nicht-ärztliche Rolle der Arzthelferin schätzen und bestätigen damit die Sichtweise der Arzthelferinnen. Gerade depressive Patienten haben das Gefühl, dass Arzthelferinnen oftmals mehr Zeit und Geduld haben und somit die besseren Zuhörer sind [69] [74]. Interessanterweise erwarten sie aber auch von ihrem Hausarzt in erster Linie keinen Expertenrat, wissend, dass Hausärzte keine Spezialisten auf dem Gebiet psychischer Erkrankungen sind, sondern vor allem Zuwendung und geduldigtes Zuhören [75] [76]. Andererseits bestätigen die Patienten die Sichtweise der Ärzte und Arzthelferinnen, dass die Betreuung psychisch kranker Patienten große Kompetenz auf dem Sachgebiet voraussetze und die Aufklärung über Diagnose, Therapie und Prognose einer Erkrankung Sache des Arztes sei, folglich betonen sie die Wichtigkeit des direkten Zuganges zu ihrem Hausarzt [66] [37].

2.3.3 WARUM EINE NEUE QUALITATIVE STUDIE?

In Deutschland werden in den letzten Jahren im Rahmen der Einsparungen im Gesundheitssystem und deutlich hervortretender Mängel bei der Versorgung chronisch Kranker Stimmen nach neuen Versorgungskonzepten laut. Die in anderen Ländern erprobten Case Management-Konzepte sollen hierbei als Vorbild dienen.

Wie obige Ausführungen zeigen ist wenig dazu bekannt, wie Arzthelferinnen die Arbeit als Case Managerin bewerten und erleben. Qualitative Studien konzentrierten sich bisher auf die Perspektive von Ärzten und Patienten. Die meisten Studien stammen zudem nicht aus Deutschland und eine Übertra-

gung internationaler Studienergebnisse auf deutsche Gegebenheiten ist aus unter 2.2 erläuterten Gründen nur eingeschränkt möglich.

Ziel dieser Studie war es daher, Schwierigkeiten und erleichternde Faktoren bei der Umsetzung eines bestimmten, in deutschen Hausarztpraxen durchgeführten Case Management – Konzepts aus Perspektive der Case Managerinnen zu ermitteln. Dies sollte unter besonderer Berücksichtigung des Krankheitsbildes Depression sowie deutscher Gegebenheiten (beispielsweise der vergleichsweise niedrigen Qualifikation der Arzthelferinnen oder der niedrig organisierten Praxisstruktur) geschehen.

Die Forschungsfragen lassen sich also folgendermaßen formulieren:

- Wie erleben und bewerten Arzthelferinnen ihre neue Rolle als Case Managerin in einer Hausarztpraxis?
- Gibt es erschwerende oder erleichternde Faktoren für die Arbeit der Case Managerinnen, die sich aus der deutschen Praxis- und Versorgungsstruktur ergeben?
- Gibt es erschwerende oder erleichternde Faktoren für die Arbeit der Case Managerinnen, die mit der Betreuung speziell depressiver Patienten zusammenhängen?

3 Materialien und Methoden

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine qualitative Interviewstudie. Datengrundlage waren Interviews mit Arzthelferinnen, die im Rahmen der „Primary Care Monitoring for Depressive Patients Trial (PRoMPT)“ ein Case Management für depressive Patienten in Hausarztpraxen durchführten [77]. Die Auswertung der Interviews erfolgte nach dem Prinzip der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring. Zudem wurde über eine Häufigkeitsanalyse eine Typenkonstruktion vorgenommen. Die methodische Darstellung folgt international anerkannten „reporting guidelines“ für qualitative Studien [78][79].

3.1 Methodendiskussion

3.1.1 QUALITATIVE FORSCHUNG UND INTERVIEWSTUDIEN

Qualitative Forschung findet vor allem in Feldern Anwendung, in denen noch keine Hypothesen vorliegen, die sich quantitativ überprüfen ließen [80]. Die Analyse qualitativer Daten macht die wissenschaftliche Untersuchung von Sachverhalten möglich, die sich nicht auf Zahlenwerte reduzieren lassen, vornehmlich die Analyse sozialer Gefüge und zwischenmenschlicher Interaktionen [81] [82]. Es handelt sich um explorative fallrekonstruktive Verfahren, die versuchen, am einzelnen Fall Strukturen zu entdecken, anhand derer sich eine allgemeinere Theorie entwickeln ließe [83]. Häufig werden dabei keine repräsentativen, sondern theoretische Stichproben erhoben, die sich an der Forschungsfrage orientieren und auf theoretischen Überlegungen der ForscherInnen beruhen. Die Kategoriebildung erfolgt oft induktiv aus dem Material heraus [84] [85] [86]. Die qualitative Forschung beansprucht für sich, die „Gegenstandsangemessenheit“ zu erfüllen, die quantitative Methoden oft vermissen lassen. Das Prinzip, dass sich „die Methode am Gegenstand und nicht der Gegenstand an der Methode zu orientieren habe“, ist zentraler Bestandteil der qualitativen Forschungslogik [87] [88] [89]. Kritiker wenden ein, dass qualitative Verfahren an Objektivität und Kontrollierbarkeit einbüßten und aufgrund der kleinen Fallzahlen keine repräsentativen Aussagen machen könnten [90].

Wie bereits unter 2.3 dargelegt, ist bisher noch wenig über die vorliegenden Forschungsfragen bekannt. Im Gegensatz zu anderen Ländern liegen in Deutschland kaum Studien oder Modellversuche vor, in denen Arzthelferinnen als Case Managerinnen in die hausärztliche Versorgung von Patienten eingebunden waren. Informationen aus internationalen Studien sind nur eingeschränkt verwertbar, da sich das deutsche Gesundheitssystem wie unter 2.2 erörtert in mehreren Punkten wesentlich von den in internationalen Studien zugrunde liegenden Bedingungen unterscheidet. Zudem wurde auch in internationalen Studien das persönliche Erleben der Case Managerinnen kaum thematisiert. Gegenstand dieser Arbeit sind jedoch gerade die emotionalen, möglicherweise sehr subtilen und hoch individuellen Aspekte, die zum Erfolg oder Misserfolg eines Case Management - Konzepts beitragen können. Insgesamt lässt sich sagen, dass kaum Vorinformationen zum Forschungsgegenstand dieser Studie vorliegen und zudem Parameter untersucht werden sollen, die sich nur schwer auf Ordinal- oder Intervallskalen darstellen lassen. Daher wurde in der vorliegenden Arbeit ein qualitatives Verfahren gewählt.

Für die qualitative Forschung spielt das Interview als Zugangsmethode zum Forschungsgegenstand eine große Rolle. Die verschiedenen Interviewmethoden lassen sich grob nach dem Freiheitsgrad des Befragten (offenes vs. geschlossenes Interview) und dem Freiheitsgrad des Interviewers (strukturiertes vs. unstrukturiertes Interview) unterteilen [91]. Für den vorliegenden Forschungsgegenstand wurde das problemzentrierte Interview gewählt, ein Überbegriff für alle offenen, halbstrukturierten Befragungen. Der Interviewer lässt dabei den Befragten möglichst frei zu Wort kommen, das Interview ist aber auf einen bestimmten Themenschwerpunkt zentriert, den der Interviewer vorher schon analysiert und bestimmte Aspekte in einem Interviewleitfaden zusammengestellt hat [92]. Vorteil des problemzentrierten Interviews ist die teilweise Standardisierung, durch die die Auswertung erleichtert wird und größere Fallzahlen bearbeitet werden können [91]. Diese Interviewform wird eher in der theoriegeleiteten Forschung eingesetzt, wenn schon spezifische Fragestellungen bekannt sind oder wenn größere Stichproben zu bearbeiten

sind [93]. In der vorliegenden Arbeit lag ein Themenschwerpunkt – nämlich die Erfahrungen der Befragten mit dem Case Management - eindeutig fest und zudem stand eine relativ große Anzahl von Interviewpartnern zur Verfügung. Daher wurde das problemzentrierte Interview als Erhebungsmethode gewählt.

3.1.2 DIE PROMPT STUDIE

Alle in dieser Studie interviewten Arzthelferinnen fungierten als Case Managerinnen im Rahmen der PRoMPT-Studie, die von April 2005 bis September 2007 an insgesamt 74 deutschen Hausarztpraxen durchgeführt wurde. Eine ausführliche Beschreibung des Designs und der Durchführung der PRoMPT-Studie ist dem Hauptartikel der Studie zu entnehmen [77] [64]. Hier sollen kurz die Rahmenbedingungen, unter denen die in dieser Studie interviewten Arzthelferinnen ein Case Management durchführten, zusammengefasst werden.

3.1.2.1 Studiendesign

Es handelt sich um eine randomisiert kontrollierte Studie mit dem Ziel, ein hausarztbasiertes Case Management für Patienten mit Major Depression zu evaluieren. 70 Hausärzte wurden entweder in die Kontroll- oder Interventionsgruppe randomisiert. Im Schnitt rekrutierte jeder Hausarzt 8,3 Patienten mit Major Depression. In der Kontrollgruppe wurde die gewöhnliche Behandlung durchgeführt, in der Interventionsgruppe das zu evaluierende Case Management – Konzept [77].

3.1.2.2 Intervention

Ausführende Kraft dieses Case Managements war das „Praxisteam“, das heißt sowohl der Hausarzt als auch die Arzthelferin übernahmen Arbeitsschritte des Case Managements.

Aufgabe der Arzthelferin war es, die Patienten einmal monatlich telefonisch zu kontaktieren, mithilfe eines standardisierten Fragebogens, der Depressions Monitoring Liste (DeMoL) [94], verschiedene Symptome zu erheben und den Befund mit dem Arzt zu besprechen. Aufgabe des Arztes war es, die Behandlung des Patienten entsprechend des Befundes zu adaptieren und in Krisensituationen zu intervenieren. Desweiteren sollte er

im Sinne eines „Self-Managements“ individuell Alltagsziele mit den Patienten vereinbaren. Die Umsetzung dieser Ziele wurde wiederum über das Telefoninterview von der Arzthelferin kontrolliert.

Ziel des Case Managements war eine im Vergleich zur Kontrollgruppe größere Symptomreduktion sowie eine Erhöhung der Adherence und der Lebensqualität [77].

3.1.2.3 Depression-Monitoring-Liste (DeMoL)

Die Depressions-Monitoring-Liste umfasst 15 Items, von denen die ersten neun dem PHQ -D, einem international etablierten Instrument zur Diagnostik depressiver Störungen, entsprechen. Neben dem klinischen Befund erhebt die DeMoL auch die Adherence bezüglich der Medikamenteneinnahme und des Self-Managements und steuert über ein Ampelschema den praxisinternen Informationsfluss. Jeder Antwort auf der DeMoL wird eine Gefahrenstufe zugeordnet und farblich gekennzeichnet. Je höher die Dringlichkeitsstufe, desto eher muss die Arzthelferin den Arzt über die Situation informieren [94].

3.1.2.4 Schulung der Arzthelferinnen

Die Vorbildung deutscher Arzthelferinnen wurde bereits unter 2.2.3 beschrieben. Die Arzthelferinnen der Interventionsgruppe erhielten eine zweitägige Schulung von insgesamt 11 Zeitstunden. Anhand der DeMoL wurden die Leitsymptome depressiver Störungen erläutert und Grundkenntnisse über die Erkrankung vermittelt. Es fand ein Kommunikationstraining mit theoretischer Vermittlung von Kommunikationsmodellen und praktischen Übungen in Rollenspielen statt. Dabei wurde ein Schwerpunkt auf die Kommunikation mit depressiven Patienten unter Erörterung möglicher Nähe-Distanz-Probleme gelegt. Desweiteren wurde der Ablauf des Case Managements sowie studienorganisatorische Aspekte vermittelt. Bei den Arzthelferinnen der Kontrollgruppe beschränkte sich die Schulung auf diese Aspekte.

3.1.3 QUALITATIVE INHALTSANALYSE

Eine heute oft angewandte Form der qualitativen Inhaltsanalyse wurde in den achtziger Jahren von Philipp Mayring begründet. Im Zentrum der Analyse

steht die induktive, textnahe Entwicklung eines Kategoriensystems, mit Hilfe dessen die Gesamtheit des Materials strukturiert wird [95]. Im Vergleich zu vielen anderen, oft stärker interpretativen qualitativen Forschungsmethoden besteht ihr Charakteristikum in der sehr strukturierten, **regelgeleiteten Vorgehensweise** und damit in der **methodischen Kontrollierbarkeit**. Mayring betont hierbei, dass die Qualitative Inhaltsanalyse kein stereotyp anzuwendendes Instrument sei, sondern trotz der starken Strukturierung und Regelgeleitetheit immer auch eine **Materialangemessenheit** aufweisen müsse. Das konkrete Verfahren müsse letztlich für jede einzelne Studie entwickelt werden. Ein weiteres, von Mayring postuliertes Prinzip der Qualitativen Inhaltsanalyse, ist die **Theoriegeleitetheit** der Analyse. Obwohl das Kategoriensystem induktiv, sehr nah am Material entwickelt wird, darf eine theoretische Untermauerung des Vorgehens nicht fehlen. Der Stand der Forschung zum Gegenstand muss aufgearbeitet und bei der Interpretation berücksichtigt werden [96]. Eine Besonderheit der qualitativen Inhaltsanalyse ist, dass sie sich nicht als Gegenpol zur quantitativen Forschung sieht, sondern es durch ihre klare Strukturierung ermöglicht und anstrebt, **quantitative Analyseschritte** in den Forschungsprozess mit einzubeziehen. Dadurch kann beispielsweise der Forderung nach **Verallgemeinerung** der durch qualitative Inhaltsanalyse erlangten Ergebnisse Rechnung getragen werden. Ziel der Inhaltsanalyse ist es nicht lediglich das Material zu klassifizieren, sondern auch über eine Interpretation des Kategoriensystems (evtl. mit Hilfe quantitativer Analyseschritte) einen Bezug zu einem größeren Gesamtzusammenhang darzustellen [96].

Kritiker wenden ein, die Qualitative Inhaltsanalyse würde lediglich Inhalte strukturieren ohne latente Bedeutungen zu erfassen: "*Die qualitative Inhaltsanalyse klassifiziert u.E. eher, als dass sie Sinnstrukturen rekonstruiert, sie ist nicht in der Lage bzw. nicht darauf ausgelegt, implizite Bedeutungen, wie sie in der Art und Weise einer Formulierung oder einer Interaktionssequenz zum Ausdruck kommen können, zu erfassen. Das heißt aber nicht, dass sie dort, wo es primär um inhaltliche Klassifikation geht, nicht hilfreich ist*" [97].

Mayring unterscheidet verschiedene Formen der Inhaltsanalyse, die während

des Forschungsprozesses aufeinander folgen können [95]:

Die **zusammenfassende Inhaltsanalyse** dient dazu, große Materialmengen zu reduzieren, ohne wesentliche Inhalte zu verlieren. Sie ist eine Technik zur induktiven Kategoriebildung, mit Hilfe derer Categoriesysteme erstellt werden können, wenn eine theoriegeleitete Erstellung von Kategorien zum Beispiel aufgrund mangelnden Vorwissens nicht möglich ist. Das Ergebnis dieser Analyse ist ein System von Kategorien zu einer Thematik, dem bestimmte Textstellen zugeordnet sind [98].

Bei der **strukturierenden Inhaltsanalyse** dagegen handelt es sich um eine deduktive Analyserichtung, das heißt die Kategorien werden theoriegeleitet vor der eigentlichen Analyse entwickelt und dann an das Material herangetragen [99]. Das Ergebnis dieser Analyse ist ein theoriegeleitet erstelltes System von Kategorien, die nun eine unterschiedliche Sättigung mit konkreten Textstellen aus dem Forschungsmaterial aufweisen. Die so erlangten Categoriesysteme können nun im Hinblick auf die Forschungsfrage interpretiert oder quantitativen Analysen unterzogen werden.

Die **explizierende Inhaltsanalyse** wird angewandt, um die möglichen Bedeutungen unklarer, fraglicher Textbestandteile (Begriffe, Sätze) durch Heranziehen von zusätzlichem Material auszuleuchten [100].

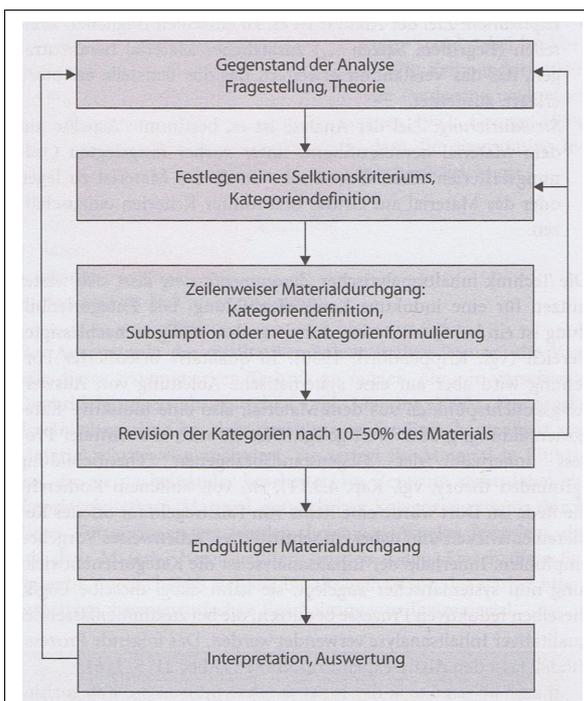


Abbildung 1: Zusammenfassende Inhaltsanalyse, zitiert nach Mayring, Einführung in die Qualitative Sozialforschung, 2. Auflage, Beltz Verlag; 2002. S. 114

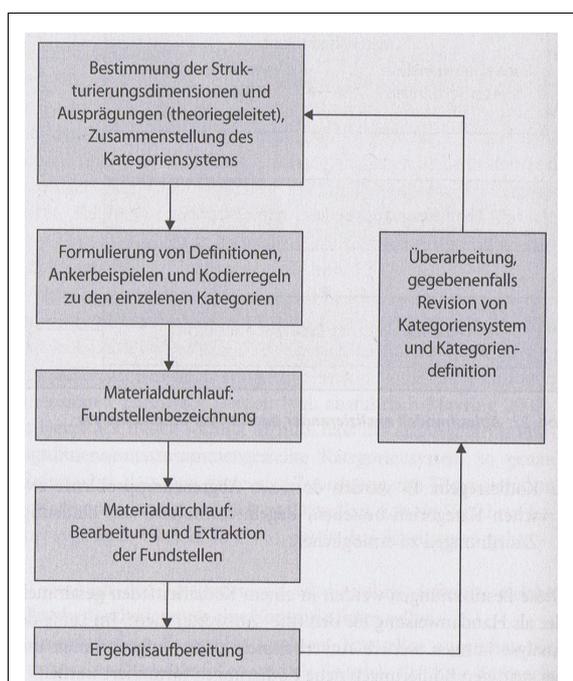


Abbildung 2: Strukturierende Inhaltsanalyse, zitiert nach Mayring, Einführung in die Qualitative Sozialforschung, 2. Auflage, Beltz Verlag; 2002, S. 120

Die zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse scheint aus mehreren Gründen geeignet für die Beantwortung der vorliegenden Forschungsfragen: Bei dem vorliegenden Forschungsgegenstand ging es vornehmlich darum, eine Reihe von Faktoren zu ermitteln, die die Durchführung eines Case Managements in der Praxis beeinflussen. Dabei sollte der Fokus zunächst auf den vordergründigen Inhalten liegen, die Ermittlung latenter Sinnstrukturen, beispielsweise durch die Analyse von Ausdrucksweisen oder Interaktionen, war nicht intendiert. Wie bereits erläutert, eignet sich die qualitative Inhaltsanalyse gut für die Klassifizierung und Strukturierung von Inhalten. Ein weiterer Vorteil der Methode besteht in der Möglichkeit, große Materialmengen mit relativ geringem Aufwand zu bearbeiten. In der vorliegenden Studie waren mehrere hundert Seiten Interviewtext auszuwerten, Zeit- und Ressourcenschonung waren daher bei der Auswahl des Auswertungsverfahrens relevante Kriterien. Zudem ist die Qualitative Inhaltsanalyse durch ihre klar strukturierte, regelgeleitete Vorgehensweise auch für junge, unerfahrenere Forscher verhältnismäßig leicht zu erlernen.

3.1.4 TYPENBILDUNG UND HÄUFIGKEITSANALYSE

In der vorliegenden Studie wurde im Anschluss an die Qualitative Inhaltsanalyse mithilfe von Häufigkeitsauswertungen auch eine Typenbildung vorgenommen. Die Typenbildung ist ein in den Sozialwissenschaften bekanntes Verfahren. Sie geht auf das von Max Weber in den siebziger Jahren begründete „idealtypische Verstehen“ zurück [101] [102]. Grundgedanke von typologischen Analysen ist es, die Bestandteile aus dem Material herauszufiltern, die das Material in besonderer Weise repräsentieren [101] [102]. Der Idealtypus erhebt dabei nicht den Anspruch, ein Abbild der Realität zu sein, er ist eine Konstruktion des Wissenschaftlers, die aus der Übersteigerung einiger Elemente resultiert. Weber formuliert dies folgendermaßen:

„Für die Forschung will der idealtypische Begriff das Zurechnungsurteil schulen: er ist keine Hypothese, aber will der Hypothesenbildung die Richtung weisen. Es ist nicht eine Darstellung des Wirklichen, aber er will der Darstellung eindeutige Ausdrucksmittel verleihen (...). Er wird gewonnen durch einseitige Steigerung eines oder einiger Gesichtspunkte und durch Zusammenschluss einer Fülle von diffus und diskret, hier mehr, dort weniger, stellenweise gar nicht vorhandener Einzelercheinungen, die sich jenen einseitig

herausgehobenen Gesichtspunkten fügen, zu einem einheitlichen Gedanken- gebilde. In seiner begrifflichen Reinheit ist dieses Gedankengebilde nirgends in der Wirklichkeit empirisch vorfindbar, es ist eine Utopie und für die histori- sche Arbeit erwächst die Aufgabe, in jedem einzelnen Falle festzustellen, wie nahe oder wie fern die Wirklichkeit jenem Idealbilde steht (...). Für den Zweck der Erforschung oder Veranschaulichung aber leistet jener Begriff, vorsichtig angewendet, seine spezifischen Dienste [102].“

Auch in der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring ist eine „typisierende Strukturierung“ vorgesehen, mit dem Ziel, besonders extreme oder im Materi- al häufig vorkommende Ausprägungen bzw. Ausprägungen von besonderem theoretischen Interesse zu veranschaulichen [103]. Die in dieser Arbeit kon- struierten „Typen“ sollen ganz im Sinne Webers verstanden werden. Es wird nicht der Anspruch erhoben, dass sich unter den interviewten Arzthelferin tat- sächlich ein Vertreter der erhobenen Idealtypen befindet. Die Typenbildung soll als eine prozessuale Methode zur Hypothesenbildung verstanden wer- den, die weiterer Überprüfung bedarf.

3.1.5 REPORTING GUIDELINES

Kritiker der qualitativen Forschung beklagen oft die fehlende Objektivität und Kontrollierbarkeit qualitativer Methoden. Um dem zu begegnen sind in der qualitativen Forschung eine Reihe methodisch kontrollierter Verfahren entwickelt worden, die versuchen Gütekriterien wie Validität, Objektivität und Reliabilität gerecht zu werden [87].

Zudem wurden in jüngerer Zeit Arbeiten veröffentlicht, die Qualitätsstandards für die Publikation qualitativer Studien vorschlagen. Eine Studie beschäftigte sich mit der Entwicklung bisheriger Leitfäden für qualitative Forschung und schlägt eine sieben Punkte umfassende „Publishability Guideline“ für qualitative Forschung vor [79]. Eine weitere Arbeit stellt die 32 Items umfassenden „Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ)“ vor [78]. Gemeinsam ist derartigen Checklisten die Forderung nach einer Selbstreflexion der Forschenden, nach einer vollständigen Offenlegung des methodischen Prozesses sowie der Anwendung von Gütekriterien. Die methodische Darstellung dieser Arbeit folgt diesen Empfehlungen.

Table 1 Consolidated criteria for reporting qualitative studies (COREQ): 32-item checklist

No	Item	Guide questions/description
Domain 1: Research team and reflexivity		
Personal Characteristics		
1.	Interviewer/facilitator	Which author/s conducted the interview or focus group?
2.	Credentials	What were the researcher's credentials? <i>E.g. PhD, MD</i>
3.	Occupation	What was their occupation at the time of the study?
4.	Gender	Was the researcher male or female?
5.	Experience and training	What experience or training did the researcher have?
Relationship with participants		
6.	Relationship established	Was a relationship established prior to study commencement?
7.	Participant knowledge of the interviewer	What did the participants know about the researcher? <i>e.g. personal goals, reasons for doing the research</i>
8.	Interviewer characteristics	What characteristics were reported about the interviewer/facilitator? <i>e.g. Bias, assumptions, reasons and interests in the research topic</i>
Domain 2: study design		
Theoretical framework		
9.	Methodological orientation and Theory	What methodological orientation was stated to underpin the study? <i>e.g. grounded theory, discourse analysis, ethnography, phenomenology, content analysis</i>
Participant selection		
10.	Sampling	How were participants selected? <i>e.g. purposive, convenience, consecutive, snowball</i>
11.	Method of approach	How were participants approached? <i>e.g. face-to-face, telephone, mail, email</i>
12.	Sample size	How many participants were in the study?
13.	Non-participation	How many people refused to participate or dropped out? Reasons?
Setting		
14.	Setting of data collection	Where was the data collected? <i>e.g. home, clinic, workplace</i>
15.	Presence of non-participants	Was anyone else present besides the participants and researchers?
16.	Description of sample	What are the important characteristics of the sample? <i>e.g. demographic data, date</i>
Data collection		
17.	Interview guide	Were questions, prompts, guides provided by the authors? Was it pilot tested?
18.	Repeat interviews	Were repeat interviews carried out? If yes, how many?
19.	Audio/visual recording	Did the research use audio or visual recording to collect the data?
20.	Field notes	Were field notes made during and/or after the interview or focus group?
21.	Duration	What was the duration of the interviews or focus group?
22.	Data saturation	Was data saturation discussed?
23.	Transcripts returned	Were transcripts returned to participants for comment and/or correction?
Domain 3: analysis and findings		
Data analysis		
24.	Number of data coders	How many data coders coded the data?
25.	Description of the coding tree	Did authors provide a description of the coding tree?
26.	Derivation of themes	Were themes identified in advance or derived from the data?
27.	Software	What software, if applicable, was used to manage the data?
28.	Participant checking	Did participants provide feedback on the findings?
Reporting		
29.	Quotations presented	Were participant quotations presented to illustrate the themes / findings? Was each quotation identified? <i>e.g. participant number</i>
30.	Data and findings consistent	Was there consistency between the data presented and the findings?
31.	Clarity of major themes	Were major themes clearly presented in the findings?
32.	Clarity of minor themes	Is there a description of diverse cases or discussion of minor themes?

Abbildung 3: zitiert nach Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007;19(6):349--357.

3.2 Methodisches Vorgehen

Im Folgenden wird das Vorgehen bei der Datenerhebung, der Datenaufbereitung und der Datenanalyse beschrieben.

3.2.1 DATENERHEBUNG

3.2.1.1 *Sample / Zielgruppe*

Zielgruppe der vorliegenden Interviewstudie waren alle Arzthelferinnen, die im Rahmen der PRoMPT-Studie in der Interventionsgruppe als Case Managerinnen für depressive Patienten tätig waren. Zudem mussten folgende Kriterien für die Studienteilnahme erfüllt sein:

- Die Studienteilnehmerin musste seit mindestens einem Jahr als Case Managerin tätig gewesen sein.
- Die Studienteilnehmerin musste die Ausbildung als Arzthelferin abgeschlossen haben.
- Die Studienteilnehmerin musste sich damit einverstanden erklären, dass das Interview mittels Diktiergerät aufgezeichnet wird.
- Die Studienteilnehmerin musste älter als 18 Jahre alt sein

3.2.1.2 *Leitfaden*

Aus unter 1.1.2 genannten Gründen wurde ein semi-strukturierter Leitfaden gewählt. Als Ausgangsmaterial für die Entwicklung des Leitfadens standen Fokusgruppeninterviews mit Arzthelferinnen der Interventionsgruppe (n = 11) und der Kontrollgruppe (n=9) zur Verfügung. Bei diesen Interviews handelte es sich um offene Interviews, die keinem Leitfaden folgten. Als Interviewer fungierten 3 Mitarbeiter des PRoMPT-Studententeams – eine Diplompsychologin, ein Arzt und eine zur Study Nurse weitergebildeten Arzthelferin. Die Interviews wurden transkribiert und die großen Gesprächsthemen ermittelt, welche als Ausgangsmaterial für die Entwicklung des Leitfadens und die Herleitung der Interviewfragen dienten. Zudem wurde der Leitfaden um Aspekte erweitert, die sich aus einer themenbezogenen Literaturrecherche ergaben. Ein Pretest des Leitfadens wurde anhand von 4 Interviews mit Personen aus dem Sample durchgeführt. Dabei wurden die unter 1.2.3 beschriebenen

Studienbedingungen eingehalten. Der Leitfaden erwies sich als praktikabel, lediglich die Formulierung einiger Fragen wurde modifiziert. Es wurden keine Fragen ergänzt oder gestrichen. Alle Pretest-Interviews gingen später mit in die Auswertung ein. Der Leitfaden besteht insgesamt aus 9 Themenkomplexen, zu denen jeweils Unterfragen formuliert wurden. Dabei sind die Fragen von einem offenen zu einem immer geschlosseneren Fragemodus hin gestaffelt, um kontrolliert auf den Befragten eingehen zu können. Je nachdem wie umfangreich die Antwort des Befragten auf die offene Frage ausfiel, konnte der Interviewer spezielle Aspekte genauer erfragen. Dem semistrukturierten Leitfaden entsprechend war es dem Interviewer gestattet, auch nicht vorformulierte Zwischenfragen zu stellen oder Fragen wegzulassen, wenn diese bereits in einem anderen Zusammenhang beantwortet wurden. Der Leitfaden ist in Anhang 7.3 abgebildet.

3.2.1.3 Rekrutierung

Alle Arzthelferinnen der Interventionsgruppen (n=38) wurden telefonisch kontaktiert, über die Studie aufgeklärt und nach der Einwilligung zur Teilnahme an der Interviewstudie gefragt. Bei Zustimmung wurde ein Termin zum Interview vereinbart.

3.2.1.4 Setting

Alle Interviews wurden in der Arztpraxis, in der die jeweilige Arzthelferin angestellt war, durchgeführt. Während des Interviews waren nur Interviewer und Arzthelferin anwesend.

3.2.1.5 Aufnahmetechnik

Alle Interviews wurden mittels eines digitalen Diktiergeräts aufgezeichnet. Eine Videoaufzeichnung fand nicht statt.

3.2.1.6 Interviewer

Die überwiegende Mehrheit der Interviews wurden von derselben Person, einer geschulten Interviewerin, durchgeführt. Zwei Interviews wurden aus organisatorischen Gründen von einer anderen Wissenschaftlerin mit vergleichbarer Qualifikation durchgeführt.

3.2.2 DATENAUFBEREITUNG

Alle Interviews wurden transkribiert. Vor der Transkription wurden die Transkriptionskriterien festgelegt. Berücksichtigt wurden neben den inhaltlichen Äußerungen auch Füllwörter und geräuschvolle Laute wie Husten, Räuspern oder Lachen. Dialektfärbungen wurden ins Hochdeutsche umgewandelt.

3.2.3 DATENANALYSE

3.2.3.1 *Einschlusskriterien für die Analyse*

Es wurden nur diejenigen Interviews ausgewertet, die alle der folgenden Einschlusskriterien erfüllten:

- Die Befragten mussten die Kriterien der Zielgruppe erfüllen, wie unter 3.2.1.1 beschrieben, also eine Ausbildung als Arzthelferin abgeschlossen haben, der Interventionsgruppe der PRoMPT-Studie zugeteilt sein und mindestens 1 Jahr Erfahrung als Case Managerin gesammelt haben.
- Wenn aufgrund des Datenrücklaufs Zweifel bestanden, ob die Intervention in einer Praxis überhaupt durchgeführt wurde, wurde das Interview nicht ausgewertet.
- Es wurden nur Interviews ausgewertet, die in Form einer Audioaufnahme vorlagen.
- In Praxen, in denen zwei Arzthelferinnen als Case Managerin tätig waren, wurde aus Zeitgründen nur eine der beiden Arzthelferinnen interviewt.

3.2.3.2 *Charakteristika der Kodierer*

Interviewführung und Kodierung wurden von der gleichen Person, Cornelia Jäger, durchgeführt. Wichtige Charakteristika der Kodiererin sind unter 3.2.1.6 aufgeführt.

3.2.3.3 *Herleitung der Kategorien*

Für die Analyse des Materials wurde eine induktive Kategoriebildung mittels zusammenfassender qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring herangezogen. Abb. 4 zeigt die einzelnen Analyseschritte.

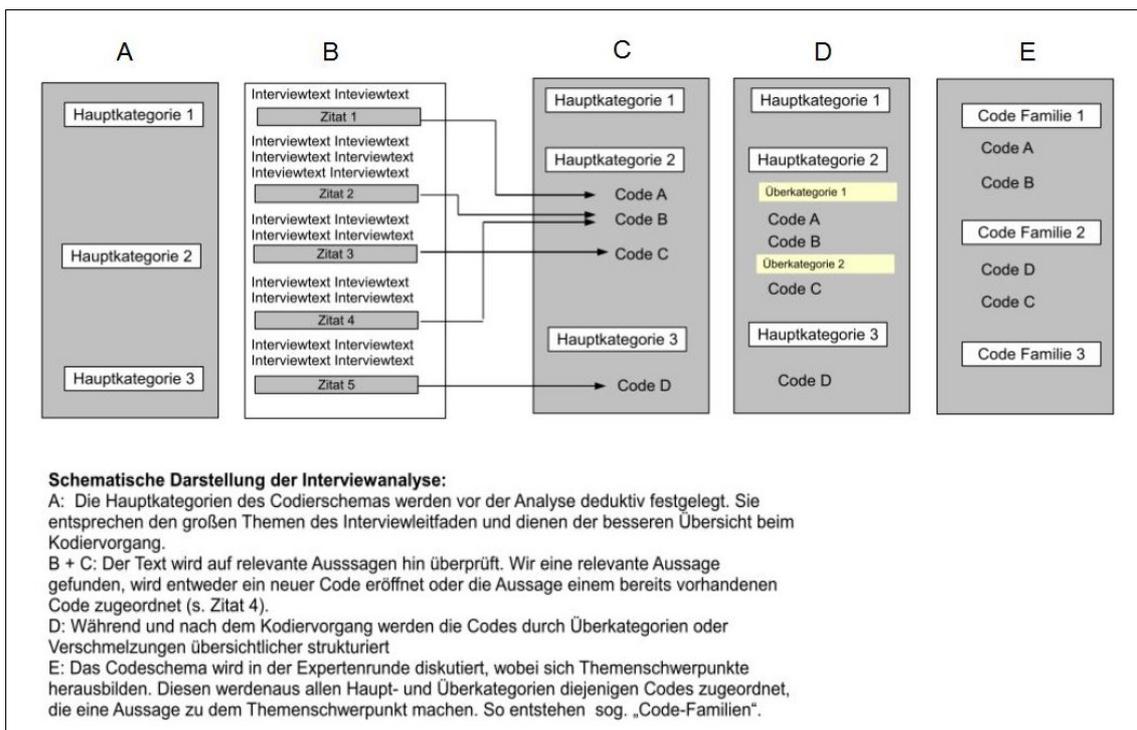


Abbildung 4: Schematische Darstellung der Interviewanalyse

Die Themenbereiche des Interviewleitfadens wurden vor Beginn der eigentlichen Analyse als „Hauptkategorien“ in das Codierschema übernommen. Dieser Schritt entspricht der von Mayring geforderten, theoriegeleiteten Einführung eines Selektionskriteriums, das heißt das Thema der Kategoriebildung, die Fragestellung an das Material wurde festgelegt (vgl.3.1.3). Ebenso wurde für jede Fragestellung das Abstraktionsniveau festgelegt, welches zunächst sehr niedrig gewählt wurde, das heißt es wurden relativ viele Einzelaussagen genutzt. Im Verlauf des Kodierprozess wurde das Abstraktionsniveau durch Einführung von Überkategorien heraufgesetzt. Entsprechend der induktiven Kategoriebildung wurde das Material Zeile für Zeile durchgearbeitet. Wurde eine Aussage zu einer der Fragestellungen gefunden, wurde eine Kategorie als Begriff oder Kurzsatz formuliert. Bei der nächsten Fundstelle wurde entschieden, ob diese unter eine bereits gebildete Kategorie subsumiert werden sollte oder ob eine neue Kategorie formuliert werden sollte. Auf diese Weise wurden 100% des Materials bearbeitet, zu jedem Zeitpunkt konnten Kategorien hinzugefügt und umstrukturiert werden. Auf diese Weise entstand ein System an Kategorien zu verschiedenen Themenbereichen,

verbunden mit konkreten Textpassagen. Interpretatorische Arbeit wurde auf dieser Ebene nur wenig geleistet, nämlich dann, wenn einzelne Codes bestimmten Überschriften zugeordnet wurden. Dieses Categoriesystem wurde nun weiteren Analysen unterzogen - einer qualitativen Interpretation und einer Häufigkeitsanalyse.

3.2.3.4 *Bildung von Code-Familien*

Einmal wurden über eine Diskussion innerhalb des Studienteams Schlüsselthemen definiert, also Themen, die vom Studienteam als besonders relevant und ergiebig erachtet wurden und auf die sich die weiteren Analysen konzentrieren sollten. Es wurden drei Schlüsselthemen festgelegt, die jeweils wieder dichotom in zwei Ausprägungen unterteilt wurden:

Schlüsselthema	Ausprägung
Krankheitskonzept	Professionelles Krankheitskonzept
	Laienhaftes Krankheitskonzept
Rollenverständnis	Professionelles Rollenverständnis
	Laienhaftes Rollenverständnis
Arbeitsbelastung	Belastungsfaktoren
	Entlastungsfaktoren

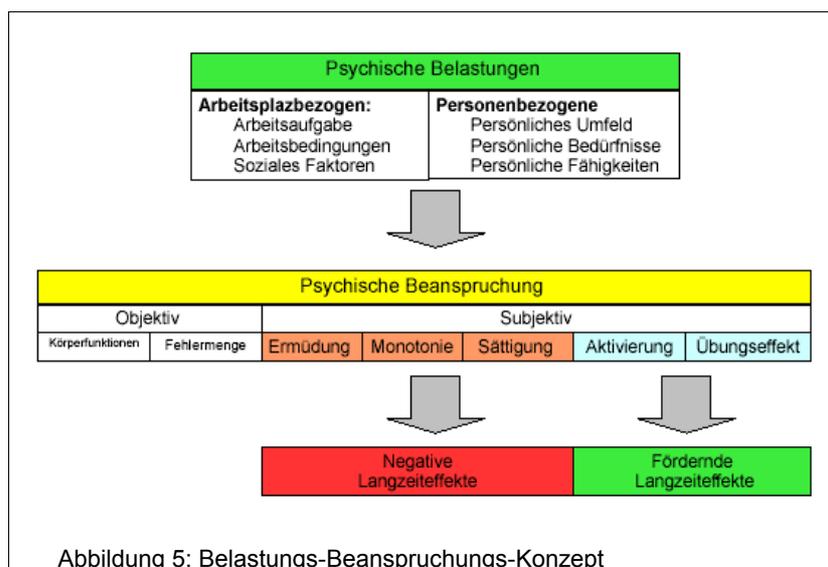
Tabelle 1: Die drei Schlüsselthemen mit den jeweiligen 2 Ausprägungen

Nachdem diese Schlüsselthemen feststanden, wurden den Schlüsselthemen aus der Gesamtheit des Categoriesystems diejenigen Codes zugeordnet, die eine Aussage über das jeweilige Thema machten. Auf diese Weise entstanden mehrere Code-Familien. Die Zuordnung der Codes zu einem Schlüsselthema erfolgte in der ausführlichen Diskussion innerhalb des Studienteams, nachdem die Begriffsdefinitionen der einzelnen Schlüsselthemen erörtert worden war.

3.2.3.5 *Begriffserklärung Belastung*

Bereits 1987 wurde die DIN 33405 „Psychische Belastung und Beanspruchung: Allgemeines, Begriffe“ in Deutschland verabschiedet und nach einer Überarbeitung 1991 fast unverändert als „ISO 10075-1“ übernommen [104]. In dieser Norm ist die Unterscheidung zwischen

Belastung und *Beanspruchung* wesentlich. Beide Begriffe sind im Allgemeinen Sprachgebrauch negativ konnotiert, obwohl der Arbeitswissenschaftler damit einen vollkommen neutralen Zustand beschreiben will. Nach der ISO 10075-1 sind psychische *Belastungen* „die Gesamtheit der erfassbaren Einflüsse, die von außen auf den Menschen zukommen und auf ihn psychisch einwirken“. Sie können direkt an den Arbeitsplatz gebunden (Inhalte der Arbeitsaufgabe, Arbeitsbedingungen, soziale Faktoren am Arbeitsplatz) oder personengebunden sein (z.B. persönliches Umfeld des Arbeiters). Die unmittelbare, nicht langfristige Reaktion auf eine psychische Belastung wird als psychische *Beanspruchung* bezeichnet. Beanspruchung kann objektiv auf einer physiologischen Ebene gemessen werden (Z.B. Herzfrequenz, Fehleranteil, Leistungsmenge), aber auch auf einer subjektiven Ebene über Veränderungen des Befindens wie Ermüdung, Sättigung, Monotonie oder Anregung. Wie hoch die aus einer Belastung resultierende Beanspruchung ist, hängt von den individuellen Eigenschaften des arbeitenden Menschen ab. Die langfristigen Effekte einer psychischen Beanspruchung werden Beanspruchungsfolgen genannt. Ob die langfristigen Effekte einer Beanspruchung fördernd oder beeinträchtigend für das Individuum sind, hängt stark von dessen individuellen Eigenschaften ab.



3.2.3.6 *Definition von Belastung und Entlastung*

Ziel der Interviewanalyse war es, Belastungsfaktoren und Entlastungsfaktoren zu ermitteln. Die Befragung beschränkte sich dabei im Wesentlichen auf arbeitsplatzbezogene Belastungen, da Design und Umfang des Interviews nicht angemessen waren, um die persönliche Situation jeder Studienteilnehmerin zu analysieren.

Der Code-Familie „Belastungsfaktoren“ wurden entsprechend obiger Definition all diejenigen Codes zugeordnet, die darauf schließen ließen, dass ein durch die Arbeitsaufgabe, die Arbeitsbedingungen oder das soziale Umfeld am Arbeitsplatz ausgehender Einfluss eine Beanspruchungsreaktion bei den Befragten auslöste. Auch Äußerungen, aus denen indirekt geschlussfolgert werden konnte, dass bestimmte Situationen als schwierig erlebt wurden, wie Verbesserungsvorschläge zur Case Managerin-Schulung oder zum Studiendesign oder der Vergleich mit den Aufgaben der Arzthelferin vor der Schulung wurden dieser Code-Familie zugeordnet. Aussagen darüber, warum keine Beanspruchungsreaktion eingetreten ist, wurden der Code Familie „Entlastungsfaktoren“ zugeordnet. Auch indirekte Aussagen, wie Zufriedenheit mit der Case Managerin-Schulung oder ein ähnliches Aufgabenprofil in der Praxis vor Studienbeginn wurden als entlastende Faktoren gesehen.

Wie sich diese langfristig auf den einzelnen auswirken, ist über die vorliegende Studie nicht zu eruieren, da dabei wie oben ausgeführt individuelle Eigenschaften eine wesentliche Rolle spielen, die in den Interviews nicht ermittelt wurden.

3.2.3.7 *Begriffserklärung Krankheitskonzept*

Der Begriff „Subjektive Theorie“ meint allgemein, dass Subjekte Erklärungsmuster über bestimmte Sachverhalte ausbilden [105]. Die Konstrukttheorie nach Kelly geht von einer grundsätzlichen Vergleichbarkeit alltäglichen und wissenschaftlichen Denkens aus: Ähnlich wie bei Wissenschaftlern, hängen die Erklärungsmuster des Subjekts thematisch miteinander zusammen und bilden so eine „Theorie“ [106]. Der wichtigste Unterschied zwischen Laien- und Wissenschaftstheorie besteht in der Funktionalität der subjektiven Theorie. Sie ermöglicht eine Erklärung eingetretener und eine Vorhersage künftiger Ereignisse, vermittelt so

Orientierungsgewissheit und dient der Erhaltung des Selbstwerts. Ein weiterer Unterschied zur wissenschaftlichen Theorie besteht in dem viel höheren emotionalen Anteil des Laienwissens. Erfahrungen und Befürchtungen und die persönliche Betroffenheit spielen bei der Entwicklung der subjektiven Theorie eine wesentlich Rolle.

Dies ist zum Beispiel bei subjektiven Krankheitstheorien der Fall [107]. Eine Definition der subjektiven Krankheitstheorie umfasst die „*Vorstellung von Patienten über das Wesen, die Entstehung und die Behandlung ihrer Erkrankung*“ [108], eine weitere Definition spricht synonym von „Krankheitskonzept“ und meint „*die Summe aller Meinungen, Deutungen, Erklärungen und Vorhersagen bezüglich Störungen des Gesundheitszustand eines Menschen*“ [109]. Weitere im deutschen Sprachraum gebrauchte Synonyme sind „Laientheorie“, „Krankheitsüberzeugungen“ oder „Krankheitsrepräsentationen“.

Einen wichtigen Beitrag zum Verständnis subjektiver Krankheitstheorien leistet auch die Theorie der Kausalattribution. Es gibt in der Psychologie mehrere Attributionstheorien, die im Wesentlichen auf Fritz Heider zurückgehen. Diese Theorien haben die Grundannahme gemeinsam, dass Individuen grundsätzlich interessiert sind, die Realität zu erfassen und kausale Erklärungen zu suchen und dass dies ein kognitiver Prozess ist, der der Adaption des Individuums an seine Umwelt bzw. der Vorhersagbarkeit und Kontrolle der Umwelt dient. Dementsprechend ist jedes Individuum geneigt, Attributionen aufzustellen, die seine Vorannahmen bestätigen [106]. Untersuchungen auf dem Gebiet der subjektiven Krankheitstheorien wurden am häufigsten bei Erkrankten und nur vereinzelt bei Gesunden durchgeführt. Allerdings ist anzunehmen, dass subjektive Krankheitstheorien für Nicht-Erkrankte eine andere Funktion haben als für Erkrankte, zum Beispiel den Glauben an die eigene Unverwundbarkeit aufrecht zu erhalten.

3.2.3.8 *Definition von professionellem und laienhaftem Krankheitskonzept*

Im vorliegenden Fall wurde die subjektive Krankheitstheorie von Arzthelferinnen bezüglich der Erkrankung der Depression untersucht, also von Nicht-Erkrankten, die aufgrund ihrer Vorbildung und Erfahrung mit depressiven Patienten am ehesten als Halb-Laien einzustufen sind. Die Studienteilnehmer wurden bezüglich der Ursache, der besten Therapie und

den Heilungschancen der Erkrankung Depression befragt. Zu jedem Item wurde bei der Auswertung eine Code-Familie mit zwei Unterfamilien gebildet. Bezüglich der „Ursachen“ wurde zwischen externaler und internaler Attributionen unterschieden. Bei der Frage nach der Behandlung der Depression wurden die Unterfamilien „professionelle Therapie“ und „Laientherapie“ gebildet. „Professionelle Therapieoptionen“ waren solche, die das Hinzuziehen von Fachpersonal nötig machen, wie Pharmakotherapie und alle Formen der Psychotherapie. Als „Laientherapie“ wurden Therapieoptionen betrachtet, die ohne Hinzuziehen von Fachpersonal auskamen, wie z.B. „Zuhören“ sowie Aussagen, die Skepsis gegenüber professionellen Therapieoptionen deutlich machten.

3.2.3.9 Begriffserklärung Rollenverständnis

In der Sozialpsychologie gibt es unterschiedliche Auffassungen des „Rollenbegriffs“, so dass es schwierig ist, eine einheitliche Rollentheorie zu verfassen. Ein Minimalkonsens der Definition des Rollenbegriffs ist in folgender Formulierung gegeben: *„Soziale Rollen sind Bündel normativer Verhaltenserwartungen, die sich an das Verhalten von Positionsinhabern richten“* [110].

Die „funktionalistische Perspektive“, die auf soziologische Theoretiker wie R. Linton, T. Parsons und R. Dahrendorfs zurück geht, betrachtet dabei die „Verhaltenserwartungen“ als statische, fest vorgegebene Größen, die passiv von außen an das Individuum gerichtet werden und mit der Zeit zu einem stabilen, vorhersagbaren Verhalten des Individuums führen („role taking“). Einzige Motivation des Individuums zum Rollenhandeln ist nach dieser Theorie die Sanktionsvermeidung [110].

Der „symbolisch-interaktionistische“ Ansatz dagegen betont den dynamischen Aspekt der Rolle, nach dem Rollen ständig der jeweiligen Situation und den Verhaltenserwartungen von außen angepasst werden („role – making“) [110].

Mit „Erwartungen“ sind in der Sozialpsychologie die Rechte und Pflichten gemeint, die mit der Rolle verbunden sind. Man unterscheidet **„Muss-Erwartungen“**, die in Form von Gesetzen oder Anordnungen fest vorgegeben sind. **„Soll-Erwartungen“** entstehen aus den sozialen Normen innerhalb des sozialen Gefüges. **„Kann-Erwartungen“** sind solche, die die

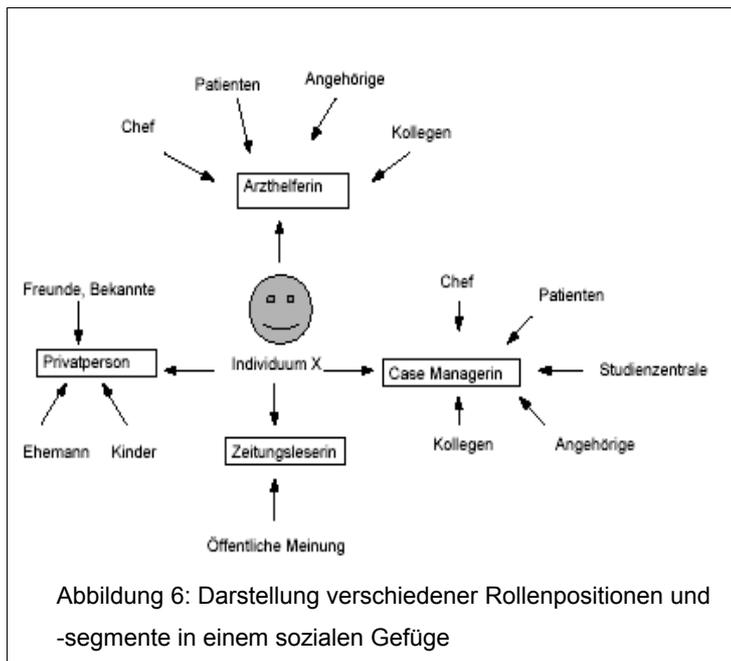
eigentlichen Anforderungen der Rolle übersteigen [110].

Jedes Individuum ist Teil eines sozialen Gefüges, in welchem es unterschiedliche Rollen (Positionen) einnimmt. Die Mitglieder des sozialen Gefüges (sog. Rollensegmente) tragen unterschiedliche Erwartungen an den Rolleninhaber heran.

Man kann nun das Rollenverständnis unter einem sehr weit gefassten Positionsbegriff untersuchen (welche Erwartungen hat das Individuum generell an seine Rolle als Case Managerin) oder unter einem sehr engen Positionsbegriff (welche Erwartungen hat Arzthelferin x in der Praxis y bei Patient z an ihre Rolle als Case Managerin?). Zudem ist zu berücksichtigen, dass jedes Individuum immer mehrere Rolle innerhalb eines sozialen Gefüges innehat. Es ist wahrscheinlich, dass auch die Erfahrungen, die das Individuum in anderen Rollen macht, die Erwartungen an eine bestimmte Rolle beeinflussen.

Aus den verschiedenen Positionen und Rollensegmenten können Rollenkonflikte entstehen. Von einem **Interrollenkonflikt** spricht man, wenn das Individuum mit Erwartungen aus verschiedenen Rollen konfrontiert wird, die nicht vereinbar sind und bei denen es keine Kompromisslösung geben kann. Von einem **Intrarollenkonflikt** spricht man, wenn innerhalb einer Rolle die verschiedenen Positionen unterschiedliche Erwartungen an den Rolleninhaber herantragen. Ein **Person – Rolle – Konflikt** entsteht aus dem Rollendruck heraus, nämlich wenn der Rolleninhaber sich auf eine Weise verhalten muss, die er innerlich ablehnt.

In einem Rollenkonflikt muss sich das Individuum zwangsweise für oder gegen die Einhaltung der Rolle entscheiden. Das Ausmaß, in welchem sich das Individuum in die Rolle einbringt, wird als **Rollenidentifikation** bezeichnet. Eng damit verwandt ist der Begriff der **Rollendistanz**, also die Fähigkeit, sich von einer innegehabten Rolle auch mittels öffentlicher Signale abzugrenzen, wenn eine Differenz zwischen Rollenidentität und Selbst vorliegt. E. Goffman sieht darin eine entscheidende Fähigkeit zum Rollenhandeln und zum Schutz des Selbst [110].



3.2.3.10 Definition professionelles und laienhaftes Rollenverständnis

In Sinne der obigen Definition wurden der Code Familie „Rollenverständnis“ all diejenigen Codes zugeordnet, die eine Aussage darüber machen oder konkrete Hinweise darauf geben

- welche Verhaltenserwartungen aus Sicht der Befragten an ihre Position als Case Managerin von Seiten der verschiedenen Positionensegmente gestellt wurde
- ob Rollenkonflikte auftraten und
- zu welchem Grad sich die Befragten die studienimmanenten Muss-Erwartungen im Sinne eines „role-taking“ erfüllten bzw. ihre Rolle im Sinne eines „role makings“ selbst gestalteten.

In einem weiteren Schritt wurde die Code-Familie weiter in zwei Unterfamilien, nämlich professionelles und laienhaftes Rollenverständnis unterteilt. Als Grundlage für diese Zuordnung dienten die Informationen, die den Arzthelferinnen in der Schulung zur Case Managerin vermittelt wurden: Sie sollten eine standardisierte Befragung von 10 bis maximal 15 Minuten Länge durchführen. Ihnen wurden Techniken vermittelt, Gespräche kurz zu halten oder notfalls zu beenden und wann immer nötig den Arzt mit

einzu beziehen. Ausführliche Gespräche mit den Patienten waren nicht beabsichtigt und die Beziehung zu den Patienten sollte eine gewisse „professionelle Distanz“ nicht unterschreiten. Als „professionell“ wurde ein Verhalten gewertet, das diese Verhaltenserwartungen im Sinne eines „role takings“ umsetzten. Als „laienhaft“ wurden Aussagen gewertet, die „Kann-Erwartungen“ ausdrückten und so deutlich machten, dass die vorgegebene Rolle im Sinne eines „role makings“ modifiziert wurde.

3.2.4 HÄUFIGKEITSANALYSE DES KATEGORIESYSTEMS:

TYPISIERUNG

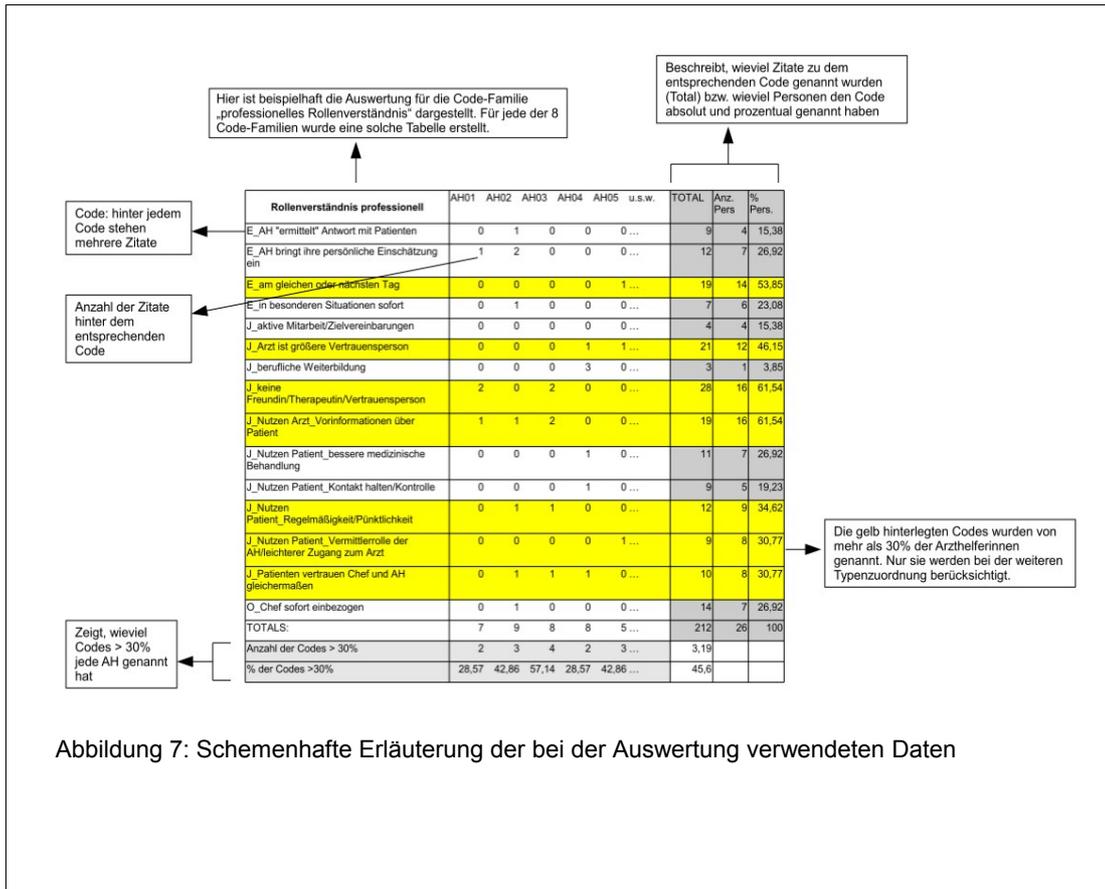
Ziel der Häufigkeitsanalyse war es, die Menge des Materials drastisch zu reduzieren und Typen von Arzthelferinnen mit bestimmten Verhaltensmustern herauszuarbeiten. Da jede der drei Code-Familien 2 Ausprägungen besitzt, ergeben sich theoretisch 8 Kombinationsmöglichkeiten, also 8 „Typen“ von Arzthelferinnen (s. Tabelle 2).

	Code Familie 1	Code Familie 2	Code Familie 3
Typ 1	Ausprägung 1	Ausprägung 1	Ausprägung 1
Typ 2	Ausprägung 1	Ausprägung 1	Ausprägung 2
Typ 3	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 1
Typ 4	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 2
Typ 5	Ausprägung 2	Ausprägung 2	Ausprägung 1
Typ 6	Ausprägung 2	Ausprägung 2	Ausprägung 2
Typ 7	Ausprägung 2	Ausprägung 1	Ausprägung 1
Typ 8	Ausprägung 2	Ausprägung 1	Ausprägung 2

Tabelle 2: Acht mögliche Typen von Arzthelferinnen

Über eine Häufigkeitsanalyse sollte jeder Arzthelferin eine Ausprägung zugeteilt werden und überprüft werden, ob es Häufungen bestimmter Typen gibt. Abb. 7 skizziert die dazu verwendeten Daten anhand der Code-Familie „professionelles Rollensverständnis“ (Angaben gekürzt). In jeder Code Familie wurden diejenigen Codes ermittelt, die von mindestens 30% der Arzthelferinnen genannt wurden und als „relevante Codes“ bezeichnet (Abb. 7, gelb hinterlegt). Für jede Arzthelferin wurde bestimmt, wieviel Prozent der relevanten Codes sie genannt hatte. Dabei wurde nur berücksichtigt, ob ein Code genannt wurde, die Anzahl der Zitate pro Code wurde vernachlässigt. Schließ-

lich wurde innerhalb einer Code-Familie verglichen, in welcher Ausprägung die Arzthelferin mehr relevante Codes genannt hatte (s. Tabelle 3 und Tabelle 4). Zu dieser Ausprägung wurde die Arzthelferin dann zugeordnet. Wurden in beiden Ausprägungen gleich viele Codes genannt, wurde die Arzthelferin der Kategorie „nicht klassifizierbar“ zugeordnet. Auf diese Weise wurde jede Arzthelferin einem Typus zugeschrieben. Die Bedeutung der drei häufigsten Typen wurde in der Diskussion innerhalb des Studienteams erörtert. Im Einzelnen wurde folgendermaßen vorgegangen: Einer Arzthelferin wurde ein wissenschaftliches Rollenverständnis attestiert, wenn sie mehr Aussagen zu der Unterfamilie „wissenschaftliches Rollenverständnis“ als zur Unterfamilie „laienhaftes Rollenverständnis“ getroffen hat. Eine niedrige Belastung wurde angenommen, wenn die Arzthelferin mehr Entlastungs- als Belastungsfaktoren genannt hat. Die Zuordnung zu wissenschaftlichem oder laieinhaftem Krankheitskonzept erfolgte auf der Basis mehrerer Subkategorien: Wenn eine Arzthelferin sowohl externale als auch internale Ursachenattributionen vornahm, wurde ihr ein wissenschaftliches Ätiologieverständnis zugeschrieben (entsprechend der multifaktoriellen Genese der Depression). Ein wissenschaftliches Verständnis bezüglich der Prognose der Erkrankung wurde dann angenommen, wenn die Arzthelferin mehr Aussagen zu einer optimistischen Prognose der Erkrankung als zu einer pessimistischen getroffen hat. Ein wissenschaftliches Therapieverständnis wurde einer Arzthelferin dann zugeschrieben, wenn sie bei der Code – Familie „professionelle Therapie“ mehr Nennungen hatte, als bei der Code – Familie „Laientherapie“. Aus diesen drei Subparametern wurde dann ein wissenschaftliches Krankheitskonzept abgeleitet, wenn die Arzthelferin bei mindestens zwei Parametern im „wissenschaftlichen oder professionellen“ Bereich lag.



	Code Familie 1		Code Familie 2		Code Familie 3	
	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 1	Ausprägung 2
AH1	75%	25%	20%	80%	10%	90%
AH2	20%	80%	10%	90%	20%	80%
Ah3	10%	90%	30%	70%	60%	40%

Tabelle 3: Die Zahlen zeigen die Anzahl der genannten relevanten Codes (in Abb. 7 gelb unterlegt)

	Code Familie 1		Code Familie 2		Code Familie 3	
	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 1	Ausprägung 2	Ausprägung 1	Ausprägung 2
AH1	x			x		x
AH2		x		x		x
Ah3		x		x	x	

Tabelle 4: Jede Arzthelferin wird in jeder Code-Familie einer Ausprägung zugeordnet, somit wird ihr Typus festgelegt

3.2.5 SOFTWARE

Alle Analyseschritte wurden computergestützt mit der Software Atlas.ti vollzogen.

3.2.6 GÜTEKRITERIEN

Ein Teil des Materials wurde von einer zweiten Wissenschaftlerin gegenkodiert. Eine weitgehende Übereinstimmung wurde bestätigt, eine Interrater Reliability wurde jedoch nicht bestimmt. Zudem wurden die Ergebnisse der Typenbildung innerhalb des Studienteams diskutiert, um die Realitätsnähe der Ergebnisse zu überprüfen.

4 Ergebnisse

Die Ergebnisse dieser Studie sind die Erfahrungen und Meinungen von Arzthelferinnen, die an der PRoMPT-Studie als Case Managerinnen teilgenommen haben. Zudem wurden mithilfe von Häufigkeitsanalysen drei verschiedene Typen von Arzthelferinnen konstruiert.

4.1 Sample

Es wurden 30 von 38 Arzthelferinnen interviewt. Drei Personen verweigerten die Teilnahme am Interview; alle drei gaben als Grund für ihre Nichtteilnahme den zu großen Zeitaufwand an. Eine Person arbeitete zum Zeitpunkt des Kontaktversuchs nicht mehr in der Praxis. In vier Praxen waren jeweils zwei Case Managerinnen tätig und es wurde entsprechend der Kriterien für die Zielgruppe darauf verzichtet, beide zu interviewen.

Von den 30 Interviews wurden vier von der Datenanalyse ausgenommen. In zwei Fällen stimmten die Teilnehmer der Aufzeichnung des Gesprächs nicht zu. Eine Arzthelferin hatte ein Medizinstudium abgeschlossen und entsprach somit nicht der Zielgruppe. In einem weiteren Fall bestanden berechtigte Zweifel, ob die Arzthelferin die Studie tatsächlich durchgeführt hatte. Die Interviews dauerten im Schnitt 39 Minuten. Das längste dauerte über eine Stunde, das kürzeste 23 Minuten.

Tabelle 5 zeigt die Charakteristika des Samples. Die Daten basieren auf den Angaben der 26 in die Auswertung eingeschlossenen Studienteilnehmerinnen. Die Tatsache, dass ausnahmslos alle Studienteilnehmer weiblich sind, spiegelt die typische Situation in Deutschland im Berufsfeld der medizinischen Fachangestellten wieder. Das Durchschnittsalter der Studienteilnehmer liegt mit 39 Jahren relativ hoch. Der Tabelle ist zu entnehmen, dass der größte Teil der Arzthelferinnen älter als 40 Jahre alt war. 64 % lebten in einer Partnerschaft und hatten Kinder. Diese Daten sind im Zusammenhang mit der Auffassung der Arzthelferinnen und der Ärzte zu sehen, dass eine gewisse Lebenserfahrung und Reife unerlässliche Qualifikationen einer Case Managerin darstellten. Mehr als die Hälfte der Arzthelferinnen hatten die Schule mit der mittleren Reife abgeschlossen und somit mehr als die Mindestanforderung für die Ausbildung zur Arzthelferin erfüllt. Fast alle haben die Berufsausbildung zur Arzthelferin abgeschlossen. Die durchschnittliche Berufserfahrung

liegt mit fast 17 Jahren sehr hoch. Wie der Tabelle zu entnehmen ist, haben die Arzthelferinnen den größten Teil ihrer Berufserfahrung in der Interventionspraxis gesammelt. Dagegen hat nur ein geringer Prozentsatz Erfahrungen mit psychiatrischen Patienten gesammelt oder Fortbildungen absolviert. Auffallend ist, dass der größte Teil der Arzthelferinnen als Teilzeitkraft arbeitete, was, wie unten dargestellt, die Integration des Case Managements in den Praxisalltag erschwerte.

		AH interviewed (n=24)	AH nicht interviewted (n=8)
Durchschnittsalter (Jahre)		39,25	44,1
Weiblich (% der AH)		100,0	100,0
Familienstatus (% der AH)	Unverheirated oder geschieden	29,2	37,5
	Verheirated oder in Partnerschaft lebend	70,8	62,5
Schulabschluss (% of AH)	Höher als Realschulabschluss	8,4	12,5
	Realschulabschluss	66,7	87,5
	Hauptschulabschluss	25,0	0,0
AH mit abgeschlossener Berufsausbildung (% der Arzthelferinnen)		95,8	75,0
Berufserfahrung als AH (Durschnitt in Jahren)		16,77	24,8
Arbeitsjahre in der aktuellen Praxis (Durchschnitt)		10,13	8,75
Erfahrung mit psychiatrischen Patienten (% der AH)		12,5	37,5
Fortbildungen (% der AH)		33,3%	0.0%
Durschnittliche Anzahl von AH in der Praxis		3,19	3,88

Tabelle 5: Soziodemographische Daten der Intviewteilnehmer bzw. nichtinterviewten und ausgeschlossenen Arzthelferinnen aus der Interventionsgruppe

Zusammenfassend bestand das Sample mehrheitlich aus gering qualifizierten Arzthelferinnen, die aber im Rahmen ihrer Qualifikationen über einen hohen Erfahrungsschatz und eine langjährige Bindung zur Praxis verfügten.

4.2 Code- Schema

Anlage 7.1 zeigt das Code Schema. Es umfasst 14 Hauptkategorien und 188 Codes, die teilweise durch Unterkategorien weiter gegliedert sind. Die methodische Herleitung des Code Schemas ist unter 3.2.3 ausführlich beschrieben.

4.3 Code Familien

4.3.1 ZUORDNUNG VON CODES ZU CODE-FAMILIEN

Die Tabellen in Anlage 7.2 zeigen, welche Codes den einzelnen Code-Familien zugeordnet wurden. Das methodische Vorgehen hierfür ist unter 3.2.4 ausführlich beschrieben.

4.3.2 ERLÄUTERUNG DER CODE-FAMILIE „ROLLENVERSTÄNDNIS“

Im Folgenden sollen die Codes der Unterfamilien „professionelles“ und „laienhaftes Rollenverständnis“ erläutert werden:

Zwei auffällige Codes wurden von fast allen Arzthelferinnen genannt: Die überwiegende Mehrheit (92%) betonte, dass sich ihr Verhältnis zu den Studienpatienten intensiviert habe und sie die Rolle eines ersten Ansprechpartners und einer Vertrauensperson für die Patienten eingenommen hätten. Sie berichteten, dass die Patienten sie zum einen viel häufiger bei administrativen Angelegenheiten ansprachen, ihnen zum anderen aber auch private bis hin zu sehr intimen Dingen anvertrauten, so dass die Arzthelferinnen gelegentlich mehr Informationen über die Lebenssituation der Patienten erhielten, als die behandelnden Ärzte:

Also die Patienten, die jetzt in der Studie waren, sind, wenn sie dann außerhalb der Studie hierher gekommen sind, so richtig fixiert auf einen. Also die wollen dann mit den normalen Anliegen, Rezeptwünsche oder was weiß ich was, tendieren sie dann irgendwie auch zu ihrer Case Managerin (...) [Sie] möchten das dann gerne bei mir tun, obwohl das ja bei den anderen genauso möglich ist (AH14)

Die sind dann schon von den Fragen auf private Themen gekommen. Das ist mir also oft aufgefallen. Die Frage ist so ein Anstoßpunkt und dann (...) haben die angefangen mir das zu erzählen, was ihnen eigentlich auf dem Herzen liegt (AH02)

Weiterhin war die Mehrzahl der Arzthelferinnen (82%) überzeugt, dass der Hauptnutzen des Case Managements für die Patienten in dieser intensiven Beziehung und in den „Beigesprächen“ bestand und nicht im Informationsge-

winn für den Arzt durch die standardisierte Befragung. Ihrer Meinung nach profitierten die Patienten von dem erhöhten Maß an Aufmerksamkeit, das sie bekamen und von der Gewissheit, dass sich jemand um sie kümmert:

Und dann kurz diese Fragen zu beantworten und sonst keinen Ton loswerden zu können, jetzt mal ganz lapidar ausgedrückt, das (...) bringt ihm ja dann auch nichts (AH10)

Einfach dieses zu wissen, das ist jemand da, der mir zuhört, dem kann ich meine Probleme erklären, ähm, da ist dann in ein paar Wochen wieder ein Anruf, jemand denkt an mich, diese Kleinigkeiten eben (...) Einfach die Gewissheit, da ist jemand für mich (AH20)

Eine Patientin, die war (...) ziemlich fertig und hat dann schrecklich geweint und hat sich aber hinterher bedankt (...), ihr hätte es so gut getan, dass sie mal alles so sich von der Seele reden konnte. Also ihr konnt' ich helfen, indem ich ihr zugehört hab (AH23)

Die Arzthelferinnen identifizierten sich sehr stark mit ihrer Rolle als Case Managerin. Sie empfanden die neue Aufgabe als Bereicherung auf einer persönlichen und beruflichen Ebene. Sie schätzten die abwechslungsreiche Tätigkeit, den besseren Einblick in medizinische Sachverhalte, die persönliche Befriedigung helfen zu können und die positive Rückmeldung für ihre Arbeit von Seiten der Patienten und ihrer Chefs. Sie hatten das Gefühl, dass dieses neue Aufgabenprofil mehr im Einklang mit ihrer ursprünglichen Motivation, Arzthelferin zu werden, stand:

Ja, das macht mir ganz schön viel Spaß (...) Mal aus dem Praxisalltag raus, dauernd: „Wie ist mein Befund, wie ist meine Blutabnahme, wie ist das und jenes“. Da sag ich, wozu bist du Arzthelferin? Um dich den ganzen Tag zu bücken und Kartons aufzureißen und nach Karteiakten zu gucken? Das ist wirklich mal was anderes und man fühlt sich gefordert und es ist schön. Macht Spaß, man hat das Gefühl man hat was bewirkt (AH05)

In einigen Fällen überstieg das Engagement die eigentlichen Rollenanforderungen. Einige Arzthelferinnen beschrieben, dass sie nicht nur versuchten, den Patienten zu hören, sondern ihnen auch aktiv Unterstützung und Rat zu geben:

Sagen wir mal so, ich verstehe es und versuch dann halt auch schon mal (...) mich insofern einzubringen, dass er vielleicht irgendwo eine Motivation findet oder kriegt, um eben da rauskommen zu können (AH10)

Die meisten Befragten verneinten die direkte Frage, ob ihr Verhältnis zu den Patienten auch Züge einer Freundschaft oder eines Arzt-Patienten-Verhältnisses angenommen habe. Einige betonten im Gegenteil die Wichtigkeit, einen „gewissen Abstand“ zu den Patienten zu halten:

Nein, ich hab rechtzeitig einen Schlussstrich von meiner Seite, dass es erst gar nicht tiefer in die Patientenseite rein geht dieses Freundschaftsverhältnis. Sondern das wirklich einfach ein Strich ist, hier ist meine Arzthelferin und dann ist fertig und das ist keine Freundin und hat nichts privat zu tun (AH01).

Im Gegenzug dazu beschreiben viele Arzthelferinnen einen sehr intimen und empathischen Umgang mit den Patienten, in dem sie beispielsweise die Patienten duzten oder Körperkontakt wie Umarmungen und Wangenküsschen tolerierten:

Die wollte auch nicht, dass ich mit ihr per du bin und auch nicht, dass wir uns eventuell mal treffen, dass wollte sie auch nicht, dass er das weiß. Weil sie dachte, dass das eventuell Schwierigkeiten für mich nachzieht wegen der Studie. Das war halt für sie ne Frage, ob das überhaupt erlaubt ist, dass wenn man während der Studie einen engeren Kontakt mit 'ner Patientin anfängt. Wie ist das überhaupt? Nichts dagegen zu sagen, gell? (...)
Auf einmal hat die mich gedrückt und hat mich geduzt, von da an ging's dann immer. (AH19)

Es zeigte sich, dass sich die Aufgabe der Case Managerin aus der Perspektive der Befragten sehr stark auf die direkte Interaktion mit den Patienten konzentrierte. An mehreren Stellen der Interviews wurde zudem deutlich, dass die Rolle der Ärzte innerhalb des Case Managements in der Wahrnehmung vieler Arzthelferinnen nur sehr schwach repräsentiert war.

Die Frage, was das Case Management dem Arzt gebracht habe, konnten viele nicht beantworten oder sie sahen gar keinen Vorteil für den Arzt. Das zeigt, dass die Möglichkeit, das Case Management könnte als Arbeitsinstrument für die Ärzte gedacht sein, in der Vorstellung vieler Arzthelferinnen nicht vertreten oder zumindest nicht vorrangig war. Sie legten ihren Fokus auf ihren Kontakt mit den Patienten, während ihre Funktion als Zuarbeiterin der Ärzte von untergeordneter Bedeutung war.

Ich würde eher sagen, die Patienten zu betreuen. Den Arzt zu unterstützen ist halt nebenbei natürlich auch gut, für sie sag ich mal. Es macht ihre Arbeit ein bisschen leichter, wenn sie schon vorher weiß was ist oder was sagen die, aber in erster Linie schon eher die Patienten (AH28)

Jedoch wurden von den Arzthelferinnen auch Vorteile für den Arzt genannt. Die meisten davon bezogen sich auf ein Zeitersparnis für den Arzt, beispielsweise dadurch, dass die Arzt-Patienten-Gespräche durch die Vorinformationen erleichtert würden oder die Patienten nun oft zuerst die Case Managerin kontaktierten und sich so viele Arztbesuche erübrigten. Nur wenige vermuteten, dass sich die Behandlung der Patienten aufgrund des Informationsgewinns verbessert habe, was zeigt, dass die Arzthelferinnen den Einfluss der Ärzte auf die Effektivität des Case Managements für eher gering hielten. Wie oben beschrieben, sahen sie den Hauptnutzen für die Patienten in den Gesprächen mit der Case Managerin. Einige sahen sich auch in einer „Vermittlerrolle“ zwischen Patienten und Ärzten, die den Patienten den Zugang zu medizinischer Betreuung erleichterte.

Trotz der vergleichsweise schwachen Rolle, die sie den Ärzten beimaßen, waren die Arzthelferinnen sehr gewissenhaft, die Ärzte regelmäßig und pünktlich über den Zustand der Patienten mithilfe des DeMoL-Bogens zu informieren.

4.3.3 ERLÄUTERUNG DER CODE FAMILIE „BELASTUNGSFAKTOREN“

Im Folgenden werden die drei Code-Familien (Belastung durch Arbeitsbedingungen, Arbeitsaufgabe und soziale Faktoren) mit ihren jeweiligen dichotomen Unterfamilien vorgestellt:

4.3.3.1 Belastungen durch die Arbeitsbedingungen

Mit Arbeitsbedingungen sind hier die Arbeitszeit- und Freizeitregelung, der Arbeitsort und das Entgelt der Arbeit gemeint. Diese wurden nicht von der Studienzentrale vorgegeben, sondern oblagen allein den Praxisinhabern. Die Handhabung fiel in den verschiedenen Praxen sehr unterschiedlich aus. Während in manchen Fällen den Arzthelferinnen ein halber Arbeitstag zu Verfügung gestellt wurde, wurde es in anderen Praxen vollständig der Arzthelferin überlassen, wie sie das Case Management mit ihren anderen Aufgaben in der Praxis vereinbarte. Auch die finanzielle Regelung bezüglich der von der Studienzentrale ausgezahlten Aufwandsentschädigung wurde von den Praxisinhabern sehr unterschiedlich getroffen: Manche leiteten den kompletten Betrag an ihre Arzthelferin weiter, andere teilten ihn auf oder behielten ihn komplett ein. Auch die Arbeitsmenge variierte stark in den einzelnen Praxen. Die Anzahl der Patienten, die die Arzthelferinnen betreuten, lag zwischen 3 und 16, in manchen Praxen teilten sich zwei Arzthelferinnen die Arbeit. Das Spektrum der Belastungsfaktoren durch die Arbeitsbedingungen war in den einzelnen Praxen also sehr heterogen, dennoch gab es Häufungen bestimmter Aussagen in den Interviews:

Viele Arzthelferinnen beklagten, dass sich das Case Management als sehr zeitintensiv erwies. Dabei ist zu berücksichtigen, dass die studienbedingte Dokumentation einen erheblichen Teil des Zeitaufwands darstellte und so die Einschätzung des eigentlichen Case Managements verzerrt ist. Jedoch wurde auch der Kontakt mit den Patienten als eine erhebliche zeitliche Mehrbelastung empfunden, weil sowohl die Gespräche am Telefon als auch der direkte Kontakt beim Praxisbesuch wesentlich länger dauerten als vor der Studie. Der Hauptgrund hierfür bestand darin, dass die Patienten ein sehr starkes Mitteilungsbedürfnis gegenüber ihrer Case Managerin entwickelten. Die Telefongespräche überschritten so häufig die vorgesehene Zeit von maximal 15 Minuten und beim Praxisbesuch wurde die Case Managerin mehr als Ihre Kollegen von den Patienten in Anspruch

genommen:

Also die Patienten, die jetzt in der Studie waren, sind, wenn sie dann außerhalb der Studie hierher gekommen sind, so richtig fixiert auf einen. Also die wollen dann mit den normalen Anliegen, Rezeptwünsche oder was weiß ich was, tendieren sie dann irgendwie auch zu ihrer Case Managerin (...) [Sie] möchten das dann gerne bei mir tun, obwohl das ja bei den anderen genauso möglich ist (AH14)

Die [Gespräche] werden auch immer länger bei dieser Studie. Also am Anfang hat man [mit] 5 Minuten oder 7 Minuten angefangen und jetzt ist es keine Seltenheit, dass so ein Gespräch eine halbe Stunde dauert (AH06)

Dagegen waren die meisten Arzthelferinnen mit der Mitarbeit der Patienten sehr zufrieden. Zwar beklagte etwa die Hälfte der Arzthelferin, dass die Unzuverlässigkeit einzelner Patienten zu einer zeitlichen Mehrbelastung geführt habe, weil zahlreiche Kontaktversuche nötig waren, bis der Patient erreicht werden konnte. Die Mehrheit der Patienten habe sich aber an die Absprachen gehalten:

Das hat relativ gut geklappt bis auf eine Patientin, die hat halt Ihre Termine nicht eingehalten, da musste man ständig hinterher telefonieren und das war dann schon schwierig, weil ich auch nicht immer die Zeit dann hatte, den ganzen Tag da dran zu bleiben, der hinterher zu telefonieren oder sie wieder an einem anderen Tag__ (AH26)

Weiterhin kamen in den Interviews Faktoren zur Sprache, die die Bewältigung dieses zeitlichen Mehraufwands und den vorgesehenen Ablauf des Case Managements erschwerten. Viele Arzthelferinnen sahen die Unterbesetzung in den Praxen als Hauptbarriere für die erfolgreiche Eingliederung des Case Managements in den Praxisalltag. Einmal, weil sie selbst so viele andere Aufgaben zu bewältigen hätten, dass ihnen für das Case Management während ihrer regulären Arbeitszeit keine Zeit blieb. Aber auch weil der allgemein hektische Betrieb in der Praxis die Telefonate

während der Sprechzeit unmöglich machten, zumal nicht in allen Praxen ein Raum als Rückzugsmöglichkeit in eine ruhige Umgebung zur Verfügung stand:

Selbst wenn man zu zweit ist, ist es schwierig, weil so viel in den Praxen los ist, dass das einfach nicht geht und da ich alleine bin, kann ich sowieso nicht diese zwei Dinge alleine machen, telefonieren in Ruhe mit einem Patienten und das ist wahnsinnig störend, wenn da ständig das Telefon, die Tür, der Doktor, andere Patienten. Das geht nicht (...) es ist einfach die Ruhe nicht da (AH09)

Dazu kam, dass wie auch Tabelle 5 zu entnehmen ist, ein Großteil der Arzthelferinnen als Teilzeitkräfte arbeiteten, viele Patienten aber berufstätig waren und es so schwierig war, Telefontermine zu finden. Eine Arzthelferin beschreibt zusätzlich, dass der fest strukturierte Tagesplan der Patienten, der ja Teil der Depressionsbehandlung darstellt, die Absprachen zusätzlich erschwerte:

Oft kam es vor, dass die Patienten__ halt bei den berufstätigen Patienten es nicht ging, dass ich dann von zuhause aus anrufen musste oder länger bleiben musste. Früher angefangen hab. Also von unserem Ablauf her, weil ich auch nur halbtags tätig bin, ging das nicht anders. Aber ich hab' vieles auch von zuhause aus gemacht, im Einverständnis vom Patienten (AH18).

Dass die Patienten sehr festgelegt waren auf Ihre Zeiten, also da konnte man nicht sagen, ich rufe jetzt um viertel nach acht an, dann haben manche gesagt, da schlaf ich aber noch eine halbe Stunde und waren auch nicht bereit, diese halbe Stunde vorher aufzustehen oder so wegen einem Telefonat. Also die hatten da eher ihr genaues Schema, ihr Gerüst, so durch den Tag. Das waren die Hauptprobleme. Müssen sie Essen kochen, dann müssen sie Straße kehren oder sowas, was sie sich fest vorgenommen hatten für diesen Tag und das wurde dann auch nicht verschoben. (AH23)

Insgesamt empfanden es die Arzthelferinnen also aus den genannten

Gründen schwierig, das Case Management neben ihren anderen beruflichen Pflichten in der Praxis zu bewältigen. In vielen Fällen wurde es nicht in den Praxisalltag integriert, sondern in der Freizeit in Form von Überstunden nach einem regulären Arbeitstag oder an freien Tagen von zuhause aus durchgeführt.

4.3.3.2 Belastung durch die Arbeitsaufgabe

Die Arbeitsaufgabe der Case Managerinnen wurde unter 3.1.2 beschrieben und meint hier im Wesentlichen die direkte Interaktion mit depressiven Patienten.

Ganz Allgemein empfanden viele Arzthelferinnen den Umgang mit depressiven Patienten als schwierig, einerseits aufgrund deren Persönlichkeit, der sie Begriffe wie „anstrengend“, „empfindlich“, „zurückhaltend“, „unkalkulierbar“, „schlecht gelaunt“, „jammernd“, „nervig“, „ich-bezogen“ und „fordernd“ attribuierten. Andererseits hatten die Arzthelferinnen das Gefühl, dass depressive Patienten ihnen bestimmte Fähigkeiten abverlangten, vor allem Sozialkompetenzen wie „Aufmerksamkeit“, „Einfühlungsvermögen“ und „Vorsicht“.

Bei der Arbeit als Case Managerin ergaben sich jedoch auch konkrete belastende Situationen. Diese betrafen sowohl die vorgesehene Rolle der Case Managerin, also die Muss-Erwartungen, mehr aber das erweiterte Rollenbild, also die Kann-Erwartungen.

Die wesentlichste Muss-Erwartung war die standardisierte Befragung der Patienten. Diese wurde von einigen Arzthelferinnen als anstrengend und fordernd empfunden:

Ja und das ist dann anstrengend. Oder halt bei der anderen Patientin, die dann immer wieder mit Ihrer Familie angefangen hat und abgeschweift hat, einfach diese Konzentration zu haben, raus zu hören, wenn sie die Frage beantwortet (AH26).

In Bezug auf die „Depression Monitoring List“ („DeMoL“) nannten die Befragten wiederholt zwei Fragen, die mit Schwierigkeiten verbunden waren: Die Frage nach Selbstmordgedanken (Frage Nr.9) und seltener die Frage nach dem Selbstbild der Patienten (Frage Nr. 7).

Bei Ersterem waren zwei Aspekte problematisch: Einmal fanden es die Arzthelferinnen unangenehm, die Frage zu stellen, weil sie sie als zu intim empfanden und befürchteten, die Patienten könnten ablehnend oder empört reagieren. Zum Anderen hatten einige Bedenken, ob sie richtig und schnell genug reagieren würden, falls ein Fall von akuter Suizidalität eintreten würde:

Also mir war die Frage immer und bei jedem Mal und das konnte ich auch nicht ablegen bis zum Schluss, unangenehm, „denken Sie an Selbstmord“. Das ist dann schon sowas Intimes, da schluck' ich dann schon innerlich um soweit zu gehen und direkt zu fragen (AH23)

Ja, dass dann wirklich vielleicht jemand sagt, mir geht es so schlecht oder ich, ich, ja, Alarmstufe rot, ne. Das man schnell handeln soll und müsste und dann, ja. Und wie dann mit der Situation, mit dem Patienten umgehen (AH21)

Zwei Befragte berichteten, dass die Frage nach dem Selbstbild der Patienten ein Gespräch provozierte, das ihre Kompetenzen überschritt:

Die Frage ging auch nie vonstatten, dass man sie einfach nur gestellt hat, da musste immer irgendeine Erklärung dazu (...) man hat auch gemerkt, wie dann so die Gedankenmaschine los gegangen ist, dass sie also überlegt haben, bin ich ein Versager oder bin ich kein Versager, ja und ich fand das eigentlich (...) schon heftig (...) das kann man vielleicht wenn ein Arzt davor sitzt oder ein Psychotherapeut, wenn man so ein Thema anspricht, aber wenn man in so einer belanglosen, in Anführungszeichen belanglosen, Fragerei so eine Frage stellt, fand ich das schon kritisch (...) (AH26)

Dieser Konflikt kam auch dann auf, wenn die Patienten den Arzthelferinnen private Dinge anvertrauten oder sie mit Gefühlsausbrüchen der Patienten wie Weinen oder Wut konfrontiert wurden. Zugrunde liegt eine generelle Unsicherheit der Arzthelferinnen über ihre Rolle für die Patienten:

Schon heftig. Weil man so genau gar nicht weiß, wie reagiere ich denn da jetzt drauf. Ich bin weder ein Arzt, noch eine Psychotherapeutin, noch eine beste Freundin (AH05)

Einige Arzthelferinnen bringen zum Ausdruck, dass sie sich den Patienten gegenüber stark verpflichtet fühlten oder sich mit einer hohen Erwartungshaltung der Patienten konfrontiert sahen:

Die erwarten von einem schon, dass man das irgendwie wertet oder dass man halt denen hilft oder dass man denen Ratschläge gibt und das kann ich ja nicht, ich habe die Ausbildung ja nicht (....) Ich musste das ja nicht machen, das werten und Ratschläge geben, aber die haben es irgendwie von einem abverlangt (AH06)

Neben dem Gefühl überfordert mit den Bedürfnissen der Patienten zu sein, äußerten einige Arzthelferinnen Besorgnis über ihr eigenes seelisches Wohlergehen bei der Konfrontation mit so vielen Schicksalsschlägen und ausweglosen Lebenssituationen:

Wenn die dann erzählt, die wird da von ihrem Mann verprügelt (...), wenn man solche Sachen dann weiß, das trägt man mit sich rum, ja (....) Man kann nicht da einfach so einen Schalter umlegen (....) Ich habe eh so ein Helfersyndrom und denke ich muss die Welt retten (Lachen). Ich hab das also schon dann mit nach Hause genommen (AH06)

Einige Interviewteilnehmerinnen beklagten, dass die Ausbildung der Arzthelferinnen in Deutschland zu theoretisch und zu konzentriert auf administrative Tätigkeiten sei und sie so nicht angemessen auf ihre Tätigkeit als Case Managerinnen vorbereitete. In der Ausbildung sollte mehr medizinisches Hintergrundwissen vermittelt werden und Methoden erlernt werden, sich von den Patienten und ihren Problemen abzugrenzen.

Ein weiterer Aspekt, der den wahrgenommenen Belastungsgrad im Umgang

mit den Patienten beeinflusste, war die Einbindung der Ärzte in den Ablauf des Case Managements. Obwohl die meisten Arzthelferinnen die generell sehr gute Zusammenarbeit mit ihren Chefs betonten, fanden es viele schwierig, das Case Management als Teamarbeit zu realisieren:

Zusammenarbeit? Ne, kann ich jetzt nicht sagen, also ich hab' meins gemacht und sie hat ihr's gemacht (AH15)

Diejenigen, die sich stark belastet fühlten, beklagten zusätzlich, dass ihr Chef zu wenig Energie in „seinen Part“ steckte oder „ihrem Part“ zu wenig Aufmerksamkeit widmete:

Auf die eigentliche Problematik mit der Depression ist er mir ganz ehrlich gesagt manchmal zu wenig eingegangen (...) Da hätte ich mir manchmal gewünscht, dass er da aufmerksamer wäre (...) Also eigentlich er hat sich im Prinzip, was er ja auch soll, darauf verlassen, dass ich ihm signalisiere, jetzt muss ich hier mitmachen (...) Aber er hat von sich aus nicht die Zeit gefunden, da jetzt noch intensiver drauf einzugehen. Dass er auch mal sagt, die bestellen wir jetzt alle viertel Jahre oder ich will mal hören, wie's aussieht (...). Er musste sich darauf verlassen, dass ich jetzt auf sie aufpasse, auf die Patienten (...) im Prinzip kann man fast sagen, dass das abgegeben wurde so ein bisschen an mich (AH26)

Jedoch war die Anwesenheit der Ärzte für die Mehrheit der Arzthelferinnen ein erleichternder Faktor. Sie wussten, dass die Ärzte letztendlich die Verantwortung für die Patienten trugen und dass sie immer erreichbar waren, telefonisch oder weil sie die Patienten nie anriefen, wenn die Ärzte nicht in der Praxis waren.

Wenn ich den Eindruck gehabt hätte, dass es jetzt wirklich kriselt, dass was getan werden muss, dann hätte ich den Herrn Doktor auch hingeschickt. Das ist so im Hinterkopf gewesen (AH20)

Berufserfahrung war ein weiterer Aspekt, dem die Arzthelferinnen große

Wichtigkeit beimaßen um die Herausforderungen einer Case Managerin bewältigen zu können.

Der Einblick in Krankengeschichten und die verbundenen emotionalen Reaktionen der Patienten war den Arzthelferinnen nicht völlig neu. Viele sagten, dass die Belastung sich mit der Routine, die sie innerhalb des Studienjahres gewannen, verringerte. Weiter hielten sie ein gewisses Alter und Reife für notwendig, um die nötige „innere Stärke“ für diese Aufgabe zu erlangen:

Das haben Sie sowieso alltäglich, dass Sie einen privaten Teil immer wieder erfahren werden und ich hab mir das schon so angewöhnt, dass ich sage, so wie ich jetzt von zu Hause privat nichts mit in die Praxis rein bringe, so versuche ich auch nichts mit raus zu nehmen (AH10)

Die Beziehung zu den Patienten wurde ebenfalls häufig als erleichternder Faktor genannt, aber auf zwei verschiedene Weisen. Während einige Arzthelferinnen beschrieben, dass ihnen die Distanz zu den Patienten half, mit bestimmten Situationen umzugehen, betrachteten andere die langjährige Bekanntschaft mit den Patienten als hilfreich:

Aber da ich diesen Patienten bestimmt seit 15 Jahren kenne und auch die Problematik kenne, war ich jetzt nicht__ bei jedem anderen wahrscheinlich wäre ich erschrocken gewesen, aber jetzt bei ihm nicht (AH15).

4.3.3.3 Belastung durch soziale Faktoren am Arbeitsplatz

Gemeint ist das Verhalten von und das Verhältnis zu Arbeitskollegen und Vorgesetzten. Wie sich die Identifizierung der Chefs mit ihrer eigenen Rolle im Rahmen des Case Managements auf die Belastung der Arzthelferinnen im Umgang mit den depressiven Patienten auswirkte, wurde bereits ausgeführt. Auch die unter 4.3.3.1 beschriebenen Arbeitsbedingungen wurden vom Verhalten der Kollegen und Chefs beeinflusst. In einigen Fällen sorgte ein verständnisloses Verhalten für zusätzliche Belastung:

Nicht einmal die Arzthelferinnen konnten akzeptieren, die können wir jetzt einfach nicht stören. Das ist schlecht (...) Es gab auch Situationen, wo der

Chef dann an die Tür gehämmert hat und gesagt hat: „(...) Du musst jetzt erst mal, egal wie weit du bist, du musst jetzt mit vorne [an der Anmeldung] helfen.“ (AH05)

Jedoch gab es Arzthelferinnen, die keinerlei Probleme hatten, das Case Management in den täglichen Arbeitsprozess zu integrieren, wobei die Unterstützung von Kollegen und Chefs ein erleichternder Faktor war:

[Meine Chefin] (...) wusste, dass ich das mache und äh, hat das auch akzeptiert, hat mir auch mir die Zeiten gegeben, die ich gebraucht habe (AH15)

War kein Problem, die Arzthelferinnen, die Kolleginnen die beiden, die wussten Bescheid und haben dann das auch so geschützt, dass ich hier nicht gestört werde (AH20)

4.3.4 ERLÄUTERUNG DER CODE-FAMILIE „SUBJEKTIVE KRANKHEITSTHEORIE“

Die Mehrheit der Arzthelferinnen gaben an, dass sich ihre Einstellung bezüglich der Erkrankung während des Studienjahrs verändert hätte, in dem Sinne, dass sie Depressionen nun bereitwilliger als ernsthafte Erkrankung akzeptierten und es ihnen leichter falle, Verständnis für die Patienten aufzubringen. Sie beobachteten auch aufmerksamer, ob Patienten, die nicht in der Studie eingeschlossen waren, Symptome einer Depression zeigten. Nur wenige deuteten an, dass sie bei einigen Patienten noch immer Zweifel hatten, ob sie wirklich erkrankt waren oder ob ihr Verhalten nicht übertrieben, zumindest aber schlecht nachvollziehbar war:

Depression, wo man früher dachte, ja die sollen sich nicht so anstellen und da hat man halt jetzt einen ganz anderen Blickwinkel. Man sieht das halt einfach als Krankheit und ähm, ja, man hat halt einfach mehr Verständnis dafür. Also das finde ich unheimlich wichtig, die Erfahrung. Für mich persönlich, ja. Dass ich da einfach einen ganz anderen Horizont gekriegt habe in dem letzten Jahr (AH06)

Bei der Frage nach der Ursache der Erkrankung neigten die Arzthelferinnen stark zu einer externalen Attribution. Schwierige Lebenssituationen und gesellschaftlicher Wandel standen an erster Stelle, während die Bedeutung der Persönlichkeitsstruktur viel seltener erwähnt wurde. Die Arzthelferinnen schienen sich kaum bewusst zu sein, dass die Patienten auch unter einer Empfindungsstörung leiden, die dazu führt, dass sie ihre Lebenssituation so pessimistisch wahrnehmen. In einigen Fällen erhöhte diese Sichtweise die emotionale Belastung der Arzthelferinnen, weil das Gefühl, nicht helfen zu können verstärkt wurde:

Wenn die dann auch noch vom Sozialamt irgendwelches Geld abgezogen kriegt und zum Schluss zum Leben noch 50 Euro hat (...), ich mein irgendwo, da weiß man ja selber nicht mehr, was man sagen soll (...) dann denkste, wie soll dieser Mensch aus so einer Depression raus kommen.

Die öffentliche mediale Berichterstattung scheint bei der Meinungsbildung der Arzthelferinnen über die Ätiologie der Erkrankung Depression ebenfalls eine Rolle zu spielen, wie folgendes Zitat veranschaulicht:

Es gibt ja immer einen der / (sieh--?) hört man ja oder warum drehen die Leut durch oder sowas? Wie jetzt die ganzen in der Schule da mit dem Amoklauf. Warum passiert sowas. Das ist vor 20 Jahren nie passiert. Und wir sind ja auch in die Schule gegangen. Bei uns war die Schule immer sicher. Warum das heut so ist? (AH12)

In einigen Zitaten beschreiben die Arzthelferinnen die Depression als einen Zustand, der Ihnen selbst schon widerfahren sei:

Ich glaube, wenn die Case Managerinnen, die am Seminar da waren, den hätten für sich selbst ausfüllen müssen, dann wäre jede zweite mit in die Studie rein gekommen (Lachen). Ich glaube die Kriterien __ also ich glaube diesen Hang zur Depression, oder ich weiß nicht ob Hang zur Depression, aber es gibt so viele Gründe, warum man schlecht drauf ist. Ob das dann gleich 'ne Depression ist? Aber, also ich mein Möglichkeiten depressiv zu

werden gibt's ja viele (AH14)

... und da hab ich gedacht, hoppla, man muss ich da__ es geht ja einem selber manchmal so, man rennt im Strom mit, man muss da hin und dies und da. Man muss sich immer wieder runter holen und sagen, also so jetzt nicht, jetzt muss ich mir ne Auszeit (AH30)

... also bei meinen Patienten bin ich schon vermehrt der Meinung, dass es die Lebensumstände waren von dem ein oder anderen Patienten. Wenn alles so zugeballt auf einen zukam, ja. Ich kenn's von mir auch manchmal, dass wenn einen so manche Dinge so runterziehen und das über die Jahre und über die Zeit (AH19)

Nach der besten Hilfe für depressive Patienten gefragt, legten die Arzthelferin großen Wert auf empathischen Umgang in Form von Zuhören, geduldig und verständnisvoll sein. Von den professionellen Therapieoptionen favorisierten sie eindeutig die Gesprächstherapie und zeigten Skepsis gegenüber Pharmakotherapie, die sie nur in Kombination mit Psychotherapie oder bei zeitlich begrenzter Anwendung in Erwägung zogen.

Ich denke die brauchen einfach jemanden, wo sie sich aussprechen können. Wo sie reden können, wo sie Vertrauen haben, wo sie ihr Herz mal ausschütten können. Einfach dass jemand da ist, mit dem sie sprechen, wo sie sich dran wenden können (AH24)

Die Prognose der Erkrankung betreffend hatten die Befragten eine eher pessimistische Sichtweise, wobei sie allerdings dazu neigten zwischen dem Schweregrad der Depression zu differenzieren. Viele glaubten, dass die Symptome lediglich gelindert werden könnten. Nur wenige waren überzeugt, dass die Krankheit tatsächlich heilbar ist:

Ja, es kommt drauf an, was für eine Depression es ist, denk ich mal, also es gibt mit Sicherheit Phasen, wo man depressiv ist, weil einem etwas passiert ist, womit man nicht klar kommt und wenn das aufgearbeitet ist, ist das auch

wieder weg und es ist gut. Aber es gibt auch mit Sicherheit Depressionen, die so__ dass der ganze Mensch mit allem nicht mehr klar kommt und ob so jemand noch zu heilen ist, weiß ich nicht (AH09)

In den Interviews zeigte sich bei einigen Befragten auch eine Tendenz, Depressionen hinsichtlich ihrer Gefährlichkeit, vor allem bezüglich der Suizidalität, einzuteilen. Die Interviewten gingen meist davon aus, dass sie einschätzen könnten, welche Patienten über ausreichend Bewältigungsstrategien verfügten, um nicht suizidgefährdet zu sein.

Bei einigen Patienten, war das halt eben__ die sind zwar depressiv, aber (...) die können damit gut umgehen. Ich weiß nicht, was man für einen Ausdruck dafür verwenden kann, ja. Die können damit umgehen und, die reden zwar drüber aber die sind auch nicht gefährdet sich irgendetwas anzutun oder irgendwie auszurasen, ja (AH18).

In einem anderen Fall unterstellt die Arzthelferin dem Patienten eine ganz andere Intention als den Suizid, wobei ihr Laienwissen über andere psychische Erkrankungen in ihre subjektive Krankheitstheorie über Depressionen mit einfließen. Es wird deutlich, dass dieses Konzept ihrer eigenen Beruhigung dient. Sie negiert und relativiert die Gefährdung des Patienten, um sich selbst einen größeren Handlungsspielraum zugestehen zu können:

Der hat es eher mehr mit dem Verletzen. Bei ihm geht es nicht um Suizid, sondern dieses__ irgendwas Aufschlitzen, blutig kratzen, irgendwas, dass der Druck raus geht. Bei dem ging's nicht um's Umbringen, um's Umbringen ging's bei dem nie (...). Vordergründig stand für mich halt immer dieses Verletzen. Weil ich hatte immer so das Gefühl, die meisten wollen eigentlich erst mal selbst verletzen, bevor sie sagen, ich bringe mich jetzt um. Also das habe ich mir dann im Kopf so ... naja, es geht ja eigentlich eher mal, vielleicht will er sich ja auch nur den Arm aufschneiden, so wie beim Borderline-Syndrom oder sonst irgendwie, es muss ja nicht unbedingt sein, dass es immer wirklich gleich um den Tod geht oder um Selbstmord. So habe ich mir das schön geredet. (AH05)

Eine andere Arzthelferin dagegen adaptiert ihre subjektive Krankheitstheorie nicht, sondern zeigt sich überrascht und überfordert, weil ihre Krankheitsüberzeugungen vor der Studie nicht mit dem übereinstimmen, was sie in der Praxis während des Studienjahrs erlebt hat:

Aber es wurde ja auch so vermittelt (...) „Sie brauchen keine Angst zu haben, das sind ja eigentlich Patienten, die halt eben diese__ die jeder mal bekommen kann die Depression ja“, oder in der Art. Zumindest hatte ich den Eindruck. Also ich habe jetzt nicht damit gerechnet schwer psychisch Kranke, äh schwer Depressive drunter zu haben. Also. Da hab ich dann immer gedacht, naja gut, das sind andere Depressionsformen und die meinen sie nicht, sondern sind wirklich Leute, die jetzt einfach mal ... ja, so abgleiten können, so hatte ich das den Eindruck, dass das einfach darum ging, Leute die so eine Form der Depression entwickeln, das vor zu verhindern, dass sie in eine tiefere Phasen__ oder so bewandert bin ich jetzt auch nicht in Depression (AH26).

4.4 Typisierung

Tabelle 6 zeigt die möglichen Typen und deren Verteilung, die mittels der im Methodenteil ausführlich beschriebenen Häufigkeitsanalyse ermittelt wurden. Die Kriterien für die Zuordnung der Codes zu der einen oder anderen Unterfamilie wurde unter 3.2.3.4 bei den jeweiligen Unterkapiteln beschrieben. Die drei häufigsten Typen sollen im Folgenden ausführlich dargestellt werden:

	Rollenverständnis	Belastung	Krankheitstheorie	Anzahl
Typ A	Laienhaft	Hoch	Laienhaft	6
	Laienhaft	Hoch	Wissenschaftlich	1
	Laienhaft	Niedrig	Laienhaft	1
	Laienhaft	Niedrig	Wissenschaftlich	2
Typ C	Professionell	Niedrig	wissenschaftlich	4
	Professionell	Niedrig	laienhaft	2
	Professionell	Hoch	Laienhaft	2
Typ B	Professionell	Hoch	wissenschaftlich	4
	Nicht klassifizierbar			4

Tabelle 6: Verteilung der Arzthelferinnen auf die 8 möglichen Typen

4.4.1 DIE HILFESUCHENDE ARZTHELFERIN

Die Arzthelferin mit professionellem Rollenverständnis, aber hoher Belastung und laienhaftem Krankheitskonzept. Sie wird als „Die hilfesuchende Arzthelferin“ bezeichnet, da sie sich nicht von der in der Einleitung beschriebenen „traditionellen“ Rolle der Arzthelferin lösen möchte und sich mit ihren neuen Aufgaben als Case Managerin überfordert fühlt.

Diese Arzthelferin kennt ihren Kompetenzbereich sehr genau. Sie sieht sich – der früheren Berufsbezeichnung entsprechend – als „Gehilfin“ des Arztes, hat aber keinerlei Intentionen, selbst ärztliche Aufgaben im Umgang mit den Patienten zu übernehmen. Auch hält sie es ihrer Rolle als Arzthelferin angemessen, ihr Verhältnis zu den Patienten die berufliche Ebene nicht überschreiten zu lassen. Damit übernimmt sie die von der Studienzentrale vorgegebene Rolle im Sinne eines „role-takings“. Es fällt ihr jedoch schwer, diese Vorstellungen in der praktischen Arbeit als Case Managerin umzusetzen. Sie sieht sich häufig mit Situationen konfrontiert, die sie zwingen, entgegen ihrer Rollenvorstellungen zu handeln. Diese Situationen entstehen vor allem deshalb, weil die Arzthelferin sich mit einer hohen Erwartungshaltung der Patienten

konfrontiert sieht, die aber nicht ihrem Rollenverständnis entspricht. So gerät sie immer wieder in Intrarollenkonflikte. Gleichzeitig fühlt sie sich den Patienten gegenüber stark verpflichtet, weshalb es ihr nicht gelingt, ihre Vorstellungen einer angemessenen Rollenverteilung zu kommunizieren und durchzusetzen. Dieses überhöhte Pflichtgefühl ist zum Teil mit dem laienhaften Krankheitskonzept der Arzthelferin erklärbar. Sie vollzieht eine stark externale Ursachenattribution, sieht die depressiven Patienten als „Opfer“ widriger Umstände in einer immer kälter werdenden Gesellschaft. Die Fürsorge von Angehörigen und Freunden, die die Arzthelferin für den wichtigsten therapeutischen Ansatz hält, bleibt ihnen in ihren Augen verwehrt, weil die Bevölkerung im Allgemeinen kein Verständnis für die Erkrankung Depression aufbringt. Insgesamt attestiert die Arzthelferin der Erkrankung eine eher schlechte Prognose. Sie sieht die Patienten also in einer Opferrolle – von anderen „krank gemacht“ und nun mit den Sorgen alleine gelassen. Entsprechend groß ist ihr Mitgefühl mit den Patienten und ihr Bedürfnis zu helfen und die Wünsche der Patienten nach Aufmerksamkeit, Rat und Nähe zu erfüllen. Es ist fraglich, ob die Patienten tatsächlich konkret solche Wünsche äußern oder ob die Arzthelferin die Kommunikation mit den Patienten nicht dahingehend interpretiert. Nach ihrer Krankheitstheorie „müssen“ die Patienten sich ja nach Aufmerksamkeit, Rat und Nähe sehnen. In jedem Fall widersprechen diese Wünsche aber den Rollenvorstellungen der Arzthelferin, die den Umgang mit den Patienten auf einen rein beruflichen Kontakt beschränken und alle beratenden Funktionen als Aufgabenbereich des Arztes ansehen. So entsteht ein Intrarollenkonflikt. Gleichzeitig schränkt die externale Ursachenattribution in der Wahrnehmung der Arzthelferin ihr Vermögen zu helfen ein, denn als Außenstehende kann sie die Lebenssituation der Patienten nicht wesentlich beeinflussen, vor allem dann nicht, wenn sie ihrem professionellen Rollenverständnis gerecht werden will. Diese konzeptionelle Konstellation stellt eine starke psychosoziale Belastung für die Arzthelferin dar – einerseits das Gefühl der professionellen Rolle nicht gerecht zu werden, andererseits das Bewusstsein, den Patienten nicht helfen zu können. Sie ist sich dieser Problematik auch bewusst, denn sie reflektiert ihre Rolle und die schwierige Interaktion mit den Patienten. Entsprechend kommuniziert sie ihre Bedenken und fordert Unterstützung ein.

Es bestehen gute Chancen, dass dieser Typ Arzthelferin mit der richtigen Hilfestellung die Belastung der neuen Aufgabe als Case Managerin in positiver Weise umsetzt und so langfristig eine Kompetenzerweiterung erreicht wird.

4.4.2 DIE HILFLOSE CO-THERAPEUTIN

Die Arzthelferin, die ein laienhaftes Rollenverständnis und laienhaftes Krankheitskonzept innehat und sich stark belastet fühlt. Sie wird als „Die hilflose Co-Therapeutin“ bezeichnet, weil sie den Anspruch an sich hat, den Krankheitszustand des Patienten durch ihre eigene Aktion in einem therapeutischen Sinne positiv zu beeinflussen, damit aber praktisch und emotional überfordert ist. Bei dieser Arzthelferin besteht die Gefahr, dass sie ihren Kompetenzbereich überschreitet. Sie sieht sich weniger als „Gehilfin“ des Arztes, sondern in direkter Verantwortung für die Patienten. Sie sieht es als Ihre Aufgabe, den Gemütszustand der Patienten durch ihren Umgang mit den Patienten positiv zu beeinflussen. Dabei beinhaltet ihr Rollenverständnis weniger Limitationen, was die „professionelle Distanz“ zum Patienten oder die Trennung von Arzt- und Assistentenaufgaben betrifft.

Sie vertritt ein ähnlich laienhaftes Krankheitskonzept wie die „Hilfesuchende Arzthelferin“. Auch sie sieht die Patienten als Opfer äußerer Umstände und bringt ihnen starkes Mitgefühl und einen großen Helferwunsch entgegen. Auch sie glaubt, dass der empathische Umgang mit den Patienten die wichtigste therapeutische Intervention darstellt. Im Gegensatz zur „Hilfesuchenden Arzthelferin“ aber ist sie der Überzeugung, auch in der Lage zu sein, diese Hilfe zu leisten und sieht diese Intention nicht im Widerspruch zu ihren Rollenüberzeugungen. In der Praxis aber stößt die Arzthelferin immer wieder an ihre Grenzen, fühlt sich im Gespräch mit den Patienten unsicher. Die Belastung dieses Typs Arzthelferin resultiert also nicht aus einem Intra-Rollenkonflikt, sondern aus ihren eigenen überhöhten Erwartungen an ihre Rolle. Im Gegensatz zur „Hilfesuchenden Arzthelferin“ ist ihr der zugrunde liegende Konflikt aber nicht bewusst. Sie versucht weiterhin, ihren hohen Erwartungen an sich selbst gerecht zu werden, ohne dabei Hilfe von außen einzufordern.

Diese Arzthelferin wird erheblich mehr Unterstützung benötigen, um die Herausforderung der neuen Aufgaben als Case Managerin auf positive Weise umsetzen zu können. Bei ihr ist ein erheblich größeres Maß an Eigenreflexion notwendig, um die Motivation des eigenen Handelns und des ausgeprägten

Wunsches zu helfen, zu verstehen und richtig kanalisieren zu können. Diese Konstellation ist typisch für das „Helfersyndrom“, das zum Beispiel von Schmidbauer untersucht wurde [111]. Zugrunde liegt oft ein starkes eigenes Hilfs- und Anerkennungsbedürfnis des „hilflosen Helfers“, das zum Beispiel in der Kindheit nicht befriedigt wurde und nun verleugnet wird. Kompensatorisch versucht der „hilflose Helfer“ Rollen einzunehmen, in denen er „Schützlinge“ an sich bindet und sich so einer überlegenen, „dank-empfangenden“ Position gewiss sein kann.

4.4.3 DIE MENTAL HEALTH NURSE

Die Arzthelferin mit professionellem Rollenverständnis, professionellem Krankheitskonzept und geringer Belastung. Sie wird als „Mental Health Nurse“ bezeichnet, weil sie das Case Management in idealer Weise durchführen kann.

Diese Arzthelferin sieht ihre Rolle weiterhin vor allem darin, den Arzt in der Behandlung der Patienten zu unterstützen. Auch wenn dies einen intensiveren Kontakt zu den Patienten erfordert, sieht sie die Hauptverantwortung für die Patienten noch immer beim Arzt und hat keine Ambitionen, selbst therapeutisch tätig zu werden. Diese Haltung hilft ihr im Umgang mit den Patienten. Sie ist in der Lage, die Nähe und Distanz im Verhältnis zum Patienten zu kontrollieren und gegebenenfalls zu beschränken. Sie stellt die Bedürfnisse des Patienten nicht über ihre eigenen und hegt kein übersteigertes Pflichtgefühl gegenüber den Patienten.

Dies ist zum Teil mit ihrer Krankheitstheorie erklärbar, die im Wesentlichen mit der aktuellen wissenschaftlichen Meinung übereinstimmt: Sie nimmt sowohl externale als auch internale Kausalattributionen vor, das heißt, ihr ist bewusst, dass neben Lebensumständen die Persönlichkeitsstruktur eine wichtige Rolle bei der Entwicklung der Krankheit spielt. Sie weiß, dass die Patienten an einer Empfindungsstörung leiden und kann die Erzählungen der Patienten so relativieren und richtig einordnen. Das hilft ihr, eine angemessene emotionale Distanz zum Schicksal der Patienten aufrecht zu erhalten, ohne dabei teilnahmslos zu sein. Sie ist überzeugt, dass die Erkrankung einer Behandlung durch Fachpersonal bedarf und kann so ihren eigenen Einflussbereich auf die Symptomatik der Patienten realistisch einschätzen.

Diese Arzthelferin nimmt also die Herausforderungen ihrer neuen Aufgaben

an, ist aber in der Lage, ihre Grenzen einzuschätzen und vor allem zu kommunizieren und sich bei Bedarf Unterstützung einzuholen oder die Verantwortung an den Arzt zu delegieren. Dieser Typ Arzthelferin ist in der Lage, das Case Management über lange Zeit durchzuführen, ohne dass sich ein Überforderungs- oder Erschöpfungszustand bei ihr einstellt. Sie könnte für den „Skill Mix“ in der Allgemeinmedizin sorgen, der kürzlich gefordert wurde [112]. Tabelle 7 stellt die verschiedenen Typen gegenüber und veranschaulicht sie mit Zitaten:

Die „Hilflose Co-Therapeutin“ Laienhaftes Rollenverständnis Starke Belastung Laienhaftes Krankheitskonzept	Die „Mental Health Nurse“ Professionelles Rollenverständnis Geringe Belastung Professionelles Krankheitskonzept	Die „Hilfesuchende Arzthelferin“ Professionelles Rollenverständnis Hohe Belastung Laienhaftes Krankheitskonzept
Fühlt sich stark verantwortlich für die Patienten. Sieht sich selbst eher als medizinischen Assistenten mit therapeutischen Ambitionen, anstatt als Gehilfin des Arztes.	Sieht ihre Hauptaufgabe darin, den Arzt in der Behandlung der Patienten zu unterstützen. Will keinen therapeutischen Einfluss auf die Patienten nehmen und lässt die Hauptverantwortung für den Patienten beim Arzt.	Will die „klassische“ Rollenverteilung zwischen Arzt und Arzthelferin beibehalten. Kennt ihren Kompetenzbereich genau, empfindet es aber als schwierig, diesen in der Praxis einzuhalten, weil sie die Patienten als sehr fordernd erlebt und sich ihnen stark verpflichtet fühlt.
Einen Menschen drauf anzusprechen, ob er sterben will. Das ist schon (...) eine ganz furchtbare Frage(...) Ich würd' das irgendwie nicht so schematisieren (...), irgendwie versuchen andersrum herauszukriegen, wie sie sich in dem Moment fühlt. Wenn die nämlich vertrauen zu Ihnen haben und wenn Sie dann mit der Frage kommen „Wie fühlen Sie sich heute?“, dann brechen die schon von alleine aus und erzählen (AH18)	Also ich hatte mich am Anfang relativ strikt an die Fragen gehalten und hab' mich eigentlich auch nicht so sehr viel drauf eingelassen (...), was so drum herum noch kam. Während ich dann von den anderen da gehört habe, also dass die da stundenlang mit den Patienten (...) telefonieren (...) weil ich das relativ strukturiert so gemacht habe und äh, ich war immer offen, wenn die Patienten mir etwas sagen wollten, aber ich hab' das jetzt nicht da ins uferlose gezogen (AH15)	Das ist halt manchmal schwierig, weil die erwarten von einem schon, dass man das irgendwie wertet oder dass man halt denen hilft oder dass man denen Ratschläge gibt und das kann ich ja nicht, ich habe die Ausbildung ja nicht (...) Ich musste das ja nicht machen, das werten und Ratschläge geben, aber die haben es irgendwie von einem abverlangt, ja (AH06)
Dabei gelingt es ihr nicht, eine professionelle Distanz zu den Patienten zu wahren. Sie pflegt einen sehr persönlichen, freundschaftlichen Umgang.	Sie pflegt einen freundlichen, aber angemessen distanzierten Umgang mit den Patienten. Sie ist in der Lage, das Nähe-Distanz-Verhältnis zu kontrollieren.	Sie empfindet das Verhältnis zu den Patienten als zu nah, es fällt ihr aber schwer, die Patienten auf Distanz zu halten.
Die eine schon wie 'ne Freundin, ja. Die hat mir ja wirklich sehr viel von sich erzählt (...) weil wir hatten so ne ähnliche Geschichte, was so familiär war, das hat mich dann wahrscheinlich auch so ein bisschen verbunden und deswegen hab' ich dann auch ein bisschen was von mir erzählt und so ging das halt hin und her (Ah19)	Nein, ich hab rechtzeitig einen Schlusstrich von meiner Seite, dass es erst gar nicht tiefer in die Patientenseite rein geht dieses Freundschaftsverhältnis. Sondern das wirklich einfach ein Strich ist, hier ist meine Arzthelferin und dann ist fertig und das ist keine Freundin und hat nichts privat zu tun (...) Also ich sehe es immer noch als Patienten-Arztthelferinnen-Kontakt (AH01)	Ja, sie haben halt ein Anspruchsdenken jetzt auch. Ich finde die fordernder auch uns gegenüber. Nicht böse irgendwie (...) Aber schon irgendwie so, dass sie dann so einen versuchen zu vereinnahmen, ja. Also nicht mehr so wie früher auf Distanz, sondern ähm.... WAR IHNEN DAS MANCHMAL ZU VIEL? Ja, doch, manchmal schon (AH06)
Sie glaubt, Depressionen seien allein Folge schwieriger Lebensumstände. Hält den empathischen Umgang mit dem Patienten für die beste Therapie. Zeigt eine skeptische Haltung gegenüber Medikamenten. Attestiert der Erkrankung insgesamt eine eher ungünstige Prognose.	Sie weiß, dass neben der Lebenssituation die Persönlichkeitsstruktur eine wichtige Rolle bei der Entwicklung der Erkrankung spielt. Weiß, dass die Erkrankung einer Behandlung durch Fachpersonal bedarf, erkennt die medikamentöse Behandlung als Therapieoption an. Sie hält Depressionen prinzipiell für heilbar.	Sie hat ein laienhaftes Krankheitskonzept, wie in der ersten Spalte beschreiben. Das laienhafte Krankheitskonzept trägt zur emotionalen Belastung bei, indem es das Mitgefühl für die Patienten und das Gefühl, nicht helfen zu können, verstärkt.
Zum Beispiel Umwelt, unsere Umwelt, viele sind wegen Arbeitslosigkeit depressiv geworden (...) Aber Umfeld würde ich sagen, wirklich, spielt sehr große Rolle. (AH22)	Ob das Umwelteinflüsse sind (...) das kann man glaub' ich bei einem depressiven Patienten nicht sagen. Ich denke, dass kommt auf den Charakter des Menschen an, (...) mancher kann halt mit Kleinigkeiten nicht umgehen und wird dadurch halt depressiv (...) ,aber das muss einem anderem wieder gar nichts ausmachen (AH09)	Man möchte die ja nicht enttäuschen, man möcht' ja nicht sagen, „ne, ich kann jetzt nicht“(...) Weil man vielleicht auch diese ganzen Hintergründe kennt, warum es ihr dann so schlecht geht (AH07)
Ich denke die brauchen einfach jemanden, wo sie sich aussprechen können. Wo sie reden können, wo sie Vertrauen haben, wo sie ihr Herz mal ausschütten können. Einfach dass jemand da ist, mit dem sie sprechen, wo sie sich dran wenden können (AH24)	Also ich denke medikamentöse Einstellung von einem Arzt, der sich da ein bisschen damit beschäftigt (...) und halt meiner Meinung nach so wirkliche Gesprächstherapie wären schon sinnvoll (...) (AH27)	
Sie ist sich ihrer Überforderung nicht bewusst. Sie relativiert und spielt schwierige Situationen herunter, aber von ihren Bemerkungen kann man schlussfolgern, dass sie unter hohem emotionalem Druck gearbeitet hat.	Sie fühlt sich nicht überfordert, weder auf emotionaler noch auf professioneller Ebene. Setzt die Herausforderungen der neuen Aufgaben in eine positive Entwicklung um.	Sie reflektiert ihre Rolle als Case Managerin und ist sich bewusst, dass manche Situationen stark belastend für sie waren. Fordert Unterstützung und Weiterbildung ein.
Da war ich klatschnass geschwitz (...) Ich war dann immer froh so, oh, jetzt ist gleich 6 Uhr, ich kann Feierabend machen, ich kann duschen gehen. Nicht weil es irgendwie anstrengend war oder die Patienten jede Menge von mir jetzt abverlangt hätten, aber dieses__ ich weiß auch nicht (AH05)	Ich bin jetzt in meinem Beruf schon so viele Jahre und da entwickelt man einen gewissen Selbstschutz. Man kriegt ja nicht nur psychische Sachen mit, sondern geht ja von ganz schlimmen bis tödlichen Erkrankungen. Ich glaub nach einer gewissen Anzahl von Jahren hat man da so ein Panzer um sich rum(...) Also ich nehm' da seltenst was mit nach Hause (AH23)	Mit was ich halt nicht gerechnet hatte (...) dass ich mich halt überfordert gefühlt hab zum Teil mit den Problemen der Leute. Ich bin halt im Nachhinein gar nicht sicher, ob das eine Sache ist, die Arzthelferinnen machen sollten (AH06)

Tabelle 7: Drei Typen von Arzthelferinnen

5 Diskussion

Gegenstand der vorliegenden Studie war ein Case Management für depressive Patienten in deutschen Hausarztpraxen. Untersucht wurde die Perspektive der Case Managerinnen anhand von 26 semistrukturierten Einzelinterviews. Die Daten wurden im Rahmen der PRoMPT – Studie erhoben, einer randomisiert kontrollierten Studie, bei der Arzthelferinnen in Hausarztpraxen im Raum Hessen ein Jahr lang ein Case Management für depressive Patienten durchführten. Die Auswertung der Interviews erfolgte mittels qualitativer Inhaltsanalyse, zudem wurden mithilfe einer Häufigkeitsanalyse 3 Typen von Arzthelferinnen konstruiert. Schwerpunktmäßig sollte das persönliche Erleben der Arzthelferinnen sowie Barrieren und erleichternde Faktoren bei der Umsetzung des Case Managements ermittelt werden, mit besonderer Berücksichtigung der Struktur des ambulanten Versorgungssystems in Deutschland und des Krankheitsbildes Depression.

5.1 Das Case- Management-Konzept der PRoMPT-Studie

Vergleicht man dieses Case Management-Modell mit den unter 2.1 erläuterten Charakteristika U.S.-amerikanischer Modelle oder mit bereits etablierten Case Management Formen, so fallen einige Unterschiede auf:

Zwar sind alle Arbeitsschritte des Case Management Kreislaufs vorhanden, jedoch mit anderer Gewichtung als in den übrigen Anwendungsbereichen. Auch werden die Aufgaben auf ein Team (Hausarzt und Arzthelferin) verteilt und nicht auf die Person des Case Managers konzentriert.

Das **Assessment** wird im vorliegenden Case Management Modell vom Hausarzt durchgeführt. Während die ursprüngliche, aus der Sozialarbeit stammende Bedeutung dieser Funktion in der exakten Analyse der individuellen Patientenbedürfnisse besteht, konzentriert sich das Assessment hier auf die Diagnosestellung, Prüfung der Eignung des Patienten für die Teilnahme am Case Management Programm sowie der Vereinbarung eines Alltagsziels unter Berücksichtigung der individuellen Interessen des Patienten.

Die **Planungsphase** obliegt in der PRoMPT-Studie der Arzthelferin. Sie umfasst jedoch nicht die inhaltliche Gestaltung der Behandlung oder Versorgung des Patienten, sondern die Planung der Monitoring-Zeitpunkte und die Terminvereinbarungen zum Telefoninterview.

An der **Durchführung** des vorliegenden Case Managements sind sowohl Arzt-, als auch Arzthelferin beteiligt, wenngleich letztere zumindest zeitlich den Hauptanteil übernimmt. Klassischerweise umfasst die Durchführungsphase die Beauftragung und Koordination verschiedener Dienstleister. Im vorliegenden Konzept ist vielmehr die Durchführung des Monitorings sowie die möglicherweise daraus resultierende ärztliche Reaktion gemeint. Monitorings- und Durchführungsphase sind hier also gleichzusetzen.

Die **Evaluation** im klassischen Sinne, also die Prüfung der Wirksamkeit des Konzepts, unterliegt in diesem Modellversuch der Studienzentrale. In kleinerer Dimension kann die Absprache zwischen Arzthelferin und Hausarzt als Evaluierung gesehen werden.

Wie aus diesen Ausführungen hervorgeht, besteht eine Besonderheit dieses Case Management Konzepts in der starken Betonung des Monitorings; der Arzthelferin kommt dabei am ehesten eine „Advocacy“-Funktion zu, indem sie den Arzt über die Situation und Bedürfnisse des Patienten unterrichtet.

In vielen anderen Modellen dagegen liegt der Schwerpunkt auf der Gate-Keeper oder Broker-Funktion des Case Managers. Im vorliegenden Case Management Konzept wurde gänzlich auf eine Koordination von Dienstleistern oder eine systematischen Zugangskontrolle verzichtet. Diese Funktionen verbleiben autonom in den Händen des Hausarztes. Damit wird die Forderung Ewers bedient, auf eine Ausweitung der Kompetenzen der verschiedenen Berufsgruppen im Sinne einer Reprofessionalisierung zu setzen, anstatt neue Instanzen und Schnittstellen zu schaffen (vgl. 2.1.5). Auch kann darin eine Anpassung des Case Managements Konzepts an den in Deutschland niedrigeren Qualifizierungsgrad der Arzthelferin gesehen werden. Die Gestaltung der Behandlung wird nicht an die Case Managerin delegiert, sondern bleibt allein in der Hand des Arztes.

5.2 Diskussion der Hauptaussagen

5.2.1 ROLLENWANDEL IN DER HAUSARZTPRAXIS: DIE ARZTHELFERIN ALS VERTRAUENSPERSON ?

Die Teilnehmerinnen dieser Studie bewerten ihre neue Rolle als Case Managerin überwiegend positiv. Sie gaben an, dass sie eine Rolle als Vertrauensperson und ersten Ansprechpartner für die Patienten eingenommen hätten.

Sie sahen den Hauptnutzen des Case Managements für die Patienten in diesem intensiven Kontakt, während sie die Rolle der standardisierten Befragung und des Arztes eher gering einschätzten. Sie kritisieren die hohe Theorielastigkeit ihrer bisherigen Tätigkeiten und empfinden den engeren Patientenkontakt als Bereicherung auf einer persönlichen und beruflichen Ebene. Sie sind motiviert, ihre berufliche Entwicklung stärker in diese Richtung zu lenken.

Auch in internationalen Studien konnte gezeigt werden, dass Case Managerinnen ihre neuen Aufgaben schätzen [37] [72], so dass hochmotivierte Arbeitskräfte für den geforderten "skill-mix-change" in der hausärztlichen Praxis zur Verfügung stehen würden [112] [113].

Die Diskussion um eine Neudefinition der Rollen und Aufgabenbereiche im Gesundheitswesen hat in den vergangenen Jahren angesichts zunehmender Versorgungslücken auch in Deutschland an Bedeutung gewonnen. Bereits 1996 forderte Ewers eine Reprofessionalisierung medizinischer, nicht-ärztlicher Berufsgruppen [1] (vgl. auch 2.1.5.4, S.12). Im Jahr 2007 führt der Sachverständigenrat zur Begutachtung des Gesundheitswesens in seinem Gutachten aus: *"Die Arbeitsbedingungen im Gesundheitswesen haben sich verändert. Dadurch entsteht die Notwendigkeit, dass die Berufsgruppen den Prozess der Arbeitsteilung, die kooperativen Beziehungen und den Zuschnitt von Versorgungsaufgaben weiter entwickeln (...) Bei sich abzeichnender regionaler Unterversorgung mit bestimmten Leistungserbringern, z.B. Hausärzten in strukturschwachen Bundesländern, könnten Aufgabenneuverteilungen ebenfalls Lösungen schaffen"* [114].

Der Sachverständigenrat stellt weiter fest, dass trotz einiger vielversprechender Modellansätze bislang die nicht-ärztlichen Gesundheitsberufe bei der Umsetzung der neuen Versorgungsformen unterrepräsentiert sind. Gleichzeitig zeichnen sich deutsche Ärzte im internationalen Vergleich wie unter 2.2 dargelegt durch eine besonders hohe Arbeitsbelastung aus. Doch eine Diskussion über eine veränderte Aufgabenverteilung zwischen den Gesundheitsberufen ruft Vorbehalte und Befürchtungen bezüglich Bedeutungs-, Reputations-, Geld- und Autonomieverlust sowie Überforderung und Gefährdung der Patientensicherheit hervor [114]. Eine Besonderheit des deutschen

Versorgungssystem stellt die verhältnismäßig niedrige Qualifikation der Arzthelferinnen dar, was Fragen nach dem möglichen Aufgabenbereich und der Versorgungsqualität aufkommen lässt. Auch in internationalen Studien ist die Qualifikation der potentiellen Case Manager ein zentraler Punkt der Diskussion. Ärzte fürchten „overconfident nurses“, die die Grenzen ihres Zuständigkeitsbereiches überschreiten und Patienten gefährden könnten [112][65]. Eine gute Grundlagenausbildung der Case Manager wird sowohl auf Arzt- als auch auf Patienten- und Arzthelferinnenseite gefordert. Andererseits schätzen Patienten gerade den Kontakt zu nicht-medizinischen Personal, in welchem sie die besseren und geduldigeren Zuhörer sehen [66] [74][69].

Bereits heute gibt es zahlreiche Weiterbildungsmöglichkeiten für Medizinische Fachangestellte, die einen verstärkten Einsatz im Bereich der Patientenberatung vorsehen, wie beispielsweise Diabetikerschulungen oder Ernährungsberatung [35]. Sicherlich bringt die Betreuung depressiver Patienten besondere Herausforderungen mit sich, jedoch legen die Ergebnisse dieser Studie nahe, dass Arzthelferinnen auch hier einen wertvollen Beitrag leisten können, wenn eine entsprechende Vorbereitung gewährleistet ist. In dieser Arbeit werden basierend auf den Studiendaten einige essentielle Ausbildungsinhalte genannt, jedoch sind weitere Studien und Erfahrungsberichte notwendig, um eine optimale Vorbereitung der Case Managerinnen zu gewährleisten.

5.2.2 THEORIE UND PRAXIS: UMSETZUNG DES CASE MANAGERINGS IM PRAXISALLTAG

Die praktische Umsetzung des Case Managements erschwerte sich für die Case Managerinnen v.a. durch den hohen Zeitaufwand der durchgeführten Maßnahme. Zu berücksichtigen ist, dass ein erheblicher Teil des Zeitaufwandes durch die studienimmanente Dokumentation bedingt war, welche unter alltäglichen Bedingungen wegfallen würde. Jedoch wurden auch die fordernde Haltung der Patienten, die intensive und lange Gespräche notwendig machte, von den Case Managerinnen als zeitraubend empfunden. Zudem wurde mangelnde Unterstützung von Seiten der Vorgesetzten und Kollegen und der allgemein hektische Praxisbetrieb als erschwerender Faktor

genannt.

Auch in anderen qualitativen Studien tritt das Zeitmanagement als limitierender Faktor auf [66] [72] [74] [73], jedoch kommt in Deutschland die kleinere Praxisstruktur erschwerend hinzu. Viele Praxen sind Einzelpraxen mit wenig Personal, Arzthelferinnen arbeiten oft nur in Teilzeit, so dass weniger Spielraum für zusätzliche Aufgaben bleibt.

Kosteneffektivität und Ressourcenschonung sind zentraler Punkt in der Diskussion um neue Versorgungsmodelle. So stellt der Sachverständigenrat 2007 folgende Forderungen an eine mögliche Neuordnung der Gesundheitsberufe: *In der Versorgung müssen gleichermaßen die Gesichtspunkte der Qualität und der Kosteneffektivität berücksichtigt werden. Leistungen sind stets dort zu erbringen, wo dies mit dem jeweils geringsten Ressourceneinsatz bei zumindest gleichbleibender Versorgungsqualität möglich ist [114].*

Die Ergebnisse dieser Studie zeigen, dass auch bei Versorgungsmodellen, die niedrig-strukturierte Maßnahmen vorsehen, ein gewisser zeitlicher und personeller Mehraufwand zu berücksichtigen ist. Ein angemessener und geschützter Rahmen ist für die erfolgreiche Durchführung eines Case Managements essentiell.

5.2.3 LAIEN IN DER DEPRESSIONSBEHANDLUNG: WIEVIEL PROFESSIONALITÄT IST NÖTIG?

Eine besondere Herausforderungen stellte für die Case Managerinnen der intensive Kontakt zu depressiven Patienten dar. Problematisch war hierbei vor allem das starke Mitteilungsbedürfnis der Patienten, die Konfrontation mit schweren Schicksalsschlägen, die Auseinandersetzung mit Suizidgedanken sowie die eigene Positionierung gegenüber den Patienten. Bisher gibt es auch international kaum Studien, die sich damit beschäftigen, welche Schwierigkeiten für medizinisch wenig geschultes Personal durch den Umgang mit depressiven Patienten auftreten. Symons beschreibt, dass Case Managerinnen, die im Rahmen einer Studie depressive Patienten betreuten, um ihr eigenes Seelenheil besorgt waren [69]. Die vorliegende Studie ermittelt jedoch erstmals, welche konkreten Probleme sich im Einzelnen in der Auseinandersetzung mit depressiven Patienten ergeben.

Es stellt sich die Frage ob die Konfrontation von Laien mit derartigen

Situationen diesen zumutbar und verantwortbar ist. In anderen Bereichen, beispielsweise in der Telefonseelsorge, werden Laien schon seit Jahrzehnten erfolgreich als erste Ansprechpartner zur Krisenintervention eingesetzt. In einer Abhandlung über Laienkompetenz von Michael Dieterich heißt es, *"dass Menschen, die in Lebenskrisen Hilfe suchen, sich nur in geringem Umfang von professionellen Helfern beraten lassen. 80% werden eher von Ehepartnern, Freunden, Nachbarn und Vertetern nicht direkt psychosozialer Berufe behandelt"* [115]. Zudem führt Dieterich mehrere Metastudien an, die belegen, *"dass der Erfolg von Laien in der Psychotherapie auch durch sehr kurzes Training ohne viel Erfahrung mit dem von professionellen Therapeuten vergleichbar ist"* [115] - eine Behauptung, die weit über die Intention des vorliegenden Case Management Modells hinaus geht. Interessant sind jedoch Dietrichs Erklärungsversuche für den Erfolg von Laien in der Psychotherapie: *"Wenn wir davon ausgehen, dass das therapeutische Geschehen sowohl von allgemeinen als auch von speziellen Qualifikationen des Therapeuten bestimmt wird, dann gilt, dass in jedem Falle einer Therapie bzw. Seelsorge die allgemeinen (unspezifischen) Qualifikationen gebraucht werden - und je nach Art und Schwere des Problems dann spezielle Fähigkeiten und Fertigkeiten hinzukommen (...) Es sind in Wahrheit gar nicht "Laien", bzw. Menschen ohne fachliche Qualifikation, die therapeutische Erfolge hatten, sondern zumeist im Umgang mit anderen sehr erfahrene Frauen und Männer"* [115].

Die individuellen Eigenschaften sind also bei der Bewältigung schwieriger Situationen im Umgang mit psychisch erkrankten Menschen von großer Bedeutung. Dies legt auch die in dieser Studie vorgenommene Typisierung der Arzthelferinnen nahe. Dennoch können Supervision und Ausbildung der Case Managerinnen den Umgang mit schwierigen Situationen erleichtern. Auch in der von Dieterich zitierten großen Metastudie zur Laienkompetenz bestand Einhelligkeit darüber, *"dass Supervision durchgängig angebracht sei"* [115]. Einige Case Managerinnen dieser Studie beklagten jedoch mangelndes Interesse und fehlende Unterstützung von Seiten der Ärzte, die wenigsten erlebten das Case Management als Teamarbeit. Eine Arzthelferin beschrieb anschaulich, wie die Verantwortung für die in die Studie eingeschlossenen Patienten regelrecht an sie abgegeben wurde. Dieses

Phänomen ist möglicherweise damit zu erklären, dass Ärzte sich aus mehreren Gründen nur ungern mit depressiven Patienten auseinandersetzen. In einer Abhandlung über "Affekte und Gegenübertragungsreaktionen von Therapeuten beim Umgang mit depressiven Patienten" führen Reimer und Rügers mehrere Studien an, die belegen, dass "*Depressive von vielen Therapeuten als besonders schwierige Patienten erlebt werden*" [116]. Eine Umfrage unter Assistenzärzten psychiatrischer Einrichtungen 1991 zeigte, dass depressive Patienten am unbeliebtesten sind. Die Befragten notierten hierzu häufig besondere Eigenschaften depressiver Patienten, die offensichtlich schwer erträglich sind, z.B. Depressive mit Somatisierungen, mit Anklammerungs- oder oral-kaptativen Tendenzen [116]. Auch Hausärzte beschreiben in mehreren Studien Schwierigkeiten im Umgang mit depressiven Patienten, meist aufgrund zeitlicher Barrieren [70] [117]. Eine solche Konstellation birgt das Risiko, dass bei der Einführung von Case Management-Modellen Teamarbeit in eine einseitige Delegation von Verantwortung umschlägt.

Diese Studie zeigt auch, dass medizinisches Hintergrundwissen sowie Kenntnisse im Bereich der Kommunikation und Interaktion wesentlich für die Ausübung der Case Manager Rolle sind. Falsche Vorstellungen über die Ätiologie, Pathogenese, Therapie und Prognose einer Erkrankung können gerade im Bereich psychischer Erkrankungen den Umgang mit den Patienten erschweren und zur Ausbildung unerwünschter Rollenmuster führen. Viele Arzthelferinnen zeigten in dieser Studie laienhaftes Wissen über die Erkrankung Depression.

Bei der Frage nach der Ursache der Erkrankung neigten die Arzthelferinnen stark zu einer externalen Attribution. Schwierige Lebenssituationen und gesellschaftlicher Wandel standen an erster Stelle, während die Bedeutung der Persönlichkeitsstruktur viel seltener erwähnt wurde. Es stellt sich die Frage nach der Funktion dieser stark externalen Attribution für die Befragten. Externale Attribution bei Erkrankten ist ein bekanntes Phänomen, das zum Beispiel anhand von Studien mit schizophrenen Patienten nachgewiesen werden konnte [118]. Die Studie zeigte, dass Patienten mit funktioneller Psychose am häufigsten psychosoziale Faktoren als ursächlich für ihre Erkrankung sahen, Persönlichkeitsfaktoren standen erst an zweiter Stelle. Diese Form der

Attribution könnte für den Erkrankten eine selbstwertschützende Funktion haben. Interessanterweise zeigten aber auch die Angehörigen ein identisches Attributionsschema. Angermeyer zieht den Schluss, „... dass das Stresskonzept das zur Zeit populärste kollektive Erklärungs- und Interpretationsangebot für Krankheit darstellt“ und dass Erkrankte und deren Angehörige dieses Angebot noch bereitwilliger aufgreifen als Gesunde [119]. Man sollte annehmen, dass Gesunde auf eine Art und Weise attribuieren, die den Glauben an ihre eigene Unverwundbarkeit aufrecht erhält, also eher internal. Dies war bei den Arzthelferinnen in der vorliegenden Studie nicht der Fall. Eine Erklärung könnte sein, dass zwischen der Erkrankung Depression und depressiver Verstimmung in der Bevölkerung oft nicht differenziert wird und so Depressionen als ein Zustand akzeptiert ist, den jeder schon einmal selbst erlebt hat. Das bringen vereinzelt auch die Arzthelferinnen in den Interviews zum Ausdruck, indem sie Depression als einen Zustand beschreiben, den sie aus eigener Erfahrung kennen (vgl. S. 66) Unter dieser Annahme könnte die externe Attribuierung auch für die Arzthelferinnen eine selbstwertschützende Funktion haben.

Auffällig war auch die Skepsis der Arzthelferinnen bezüglich einer medikamentösen Therapie der Depression. Nach der besten Hilfe für depressive Patienten gefragt, bevorzugten sie geduldiges Zuhören und Gesprächstherapie. Wie ist diese Haltung zu erklären? In einer Repräsentativerhebung in der BRD von Angermeyer, Held und Görtler zeigte sich, dass erwachsene Laien eindeutig die Psychotherapie gegenüber Psychopharmakotherapie favorisierten und zwar bei schizophrenen, depressiven und angstneurotischen Störungen gleichermaßen. Dabei haben die Laien eher globale Vorstellungen von Psychotherapie im Sinne von Psychoanalyse und von Psychopharmakotherapie als Sedation [119].

Eine weitere repräsentative Befragung der deutschen Gesamtbevölkerung beschäftigt sich mit dem Einfluss verschiedener Informationsquellen auf die Einstellungsentwicklung gegenüber Psychopharmaka [120]. Wichtige Größen waren die eigenen Krankheits- und Medikamentenerfahrungen und der persönliche Kontakt zu psychisch Kranken. Je stärker beides vorhanden war, umso größer die Akzeptanz der Befragten gegenüber Psychopharmaka. Die

Studie zeigte auch, dass Massenmedien sehr häufig über Psychopharmaka, jedoch kaum über schwere psychische Erkrankungen berichten. Somit fehlt den Mediennutzern der Bezug zwischen Medikation und Indikation.

Die Antworten der Befragten der vorliegenden Studie entsprechen den Ergebnissen dieser repräsentativen Studie. Die Arzthelferinnen zeigen trotz ihrer niedrig-medizinischen Ausbildung und ihrer Vorerfahrung mit depressiven Patienten während des Studienjahrs Laienwissen. Möglicherweise ist ihre Einstellungsentwicklung stark von der Berichterstattung der Massenmedien beeinflusst, wie folgendes Zitat veranschaulicht:

Es gibt ja immer einen der, / (sieh--?) hört man ja oder warum drehen die Leut durch oder sowas? Wie jetzt die ganzen in der Schule da mit dem Amoklauf. Warum passiert sowas. Das ist vor 20 Jahren nie passiert. Und wir sind ja auch in die Schule gegangen. Bei uns war die Schule immer sicher. Warum das heut so ist? (AH12)

Um dem entgegen zu wirken, ist eine Schulung der angehenden Case Managerinnen essentiell.

5.3 Diskussion der 3 Typen

Diese Studie schlägt drei Typen von Arzthelferinnen vor: Die "Mental Health Nurse", die "hilfesuchende Arzthelferin" und die "hilflose Co-Therapeutin". Die Typen unterscheiden sich bezüglich ihres Rollenverständnisses, ihres Krankheitskonzepts und ihres Belastungspotentials. Die Typenbildung ist eine in den Sozialwissenschaften anerkannte Methode, es lassen sich zahlreiche qualitative Studien nennen, in denen die Ergebnisse in Form verschiedener Typen veranschaulicht werden.

Ein Klassiker der empirischen Sozialforschung ist die „Morienthalstudie“, die 1933 unter Anwendung zahlreicher sozialwissenschaftlicher Forschungsmethoden und umfangreichster Erhebungen die Wirkungen lang andauernder Arbeitslosigkeit untersuchte [121]. Die Studie schlägt unter anderem vier „Haltungstypen“ von Arbeitslosen vor, die mit den Adjektiven „ungebrochen“, „resigniert“, „verzweifelt“ und „apathisch“ betitelt werden.

Ein aktuelleres Beispiel ist eine Studie von Stefan Weyers, die sich mit der biographischen Selbstpräsentation inhaftierter Jugendlicher beschäftigt [122].

Den Kern des Beitrags bildet die Darstellung von sechs Typologien von Selbstpräsentationen jugendlicher Straftäter anhand exemplarischer Fallanalysen, wie Tabelle 8 veranschaulicht.

	Typen	Zentrale Merkmale
1	„Reuiger Sünder“	Schuld und Scham, Leidensgeschichte, biographische Krise
2	„Opfer“	Massive Schuld/ Verantwortungsabwehr, Leidensgeschichte, biographische Krise
3	„Erwachsen-Gewordener“	Biographischer Wandel, negative Selbstbewertung ohne Krise
4	„Dummer Junge“	Naivität, Verharmlosung, biographische Kontinuität
5	„Held“	Erfolgsgeschichte, eigene Größe, biographische Kontinuität
6	„Krimineller Abweichler“	Abweichende Identität: „andere Seite“, „Faszination für Taten“, „Macht des Stärkeren“, zukünftige Taten

Tabelle 8: 6 Typen der Selbstpräsentation jugendlicher Straftäter. Zitiert nach Dr. Stefan Weyers, Vorlesungshandout

Dabei ist zu beachten, dass der Schritt der Typenbildung einen rein hypothesengenerierenden und veranschaulichenden Charakter besitzt (vgl. 3.1.4). Auch Weyers gibt zu bedenken, dass die empirisch begründete Typenbildung auf eine Systematisierung von Fallanalysen zielt, bei der von der Einzigartigkeit der Fälle abstrahiert wird, die Einzelfälle selbst jedoch nie vollständig in den Typen aufgehen [122].

Hinzu kommt, dass in der vorliegenden Studie kein klassisches Verfahren der Typenbildung angewandt wurde und keine biographischen Daten der Befragten erhoben wurden. Inwieweit die vorgeschlagenen Typen in der Realität Gültigkeit haben, muss in zukünftigen Forschungsprojekten mit speziellen typenbildenden Verfahren eruiert werden.

5.4 Schlussfolgerung / Bedeutung der Ergebnisse

In Deutschland wurden in den letzten Jahren vermehrt Stimmen laut, die auf die bestehenden Lücken vor allem im Bereich der Versorgung chronisch Kranker aufmerksam machten.

In mehreren Bereichen, vor allem der Sozialarbeit, der Pflege, aber auch in der medizinischen Versorgung wurden Case Management-Konzepte entwickelt, um diese Lücken zu schließen (vgl.2.1.5). Obwohl der Hausarzt auch in Deutschland für die Mehrzahl der Patienten Hauptansprechpartner für

Gesundheitsfragen ist (vgl. 2.2.1), steht die Versorgungsforschung im allgemeinmedizinischen Bereich noch in den Anfängen. Das Rollenbild des Hausarztes wird sich nach Einschätzung von Experten dahingehend ändern, dass Hausärzte Koordinatoren und Manager eines interdisziplinären Praxisteamts sein werden, dessen Mitglieder mehr Verantwortung übernehmen. Die Weiterentwicklung der Arzthelferinnenrolle hin zu einer stärkeren Miteinbeziehung in die Patientenversorgung ist ein neuartiger Gedanke, der derzeit lediglich in einigen Modellversuchen erprobt wurde.

Neben dem PRoMPT-Projekt, im Rahmen dessen die vorliegende Studie platziert ist, führte das Heidelberger Institut für Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung zwei Studien durch, bei denen Arzthelferinnen als Case Managerinnen für Patienten mit Herzinsuffizienz [123] bzw. Arthritis [124] agierten. Die Ergebnisse dieser Studien zeigen, dass Case Management in der Hausarztpraxis ein viel versprechender Ansatz ist, um die Versorgung chronisch kranker Patienten zu verbessern. In Deutschland wurden bereits einige Weiterbildungsangebote für Arzthelferinnen entwickelt, die sie auf die sich wandelnde Rolle ihres Berufsbildes vorbereiten sollen. Das Beta-Institut in Augsburg bietet eine Fortbildung für Arzthelferinnen zur Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis (VERAH) an, deren Curriculum auch ein Modul „Case Management“ beinhaltet [125]. Ein ähnliches Angebot gibt es von der Carl-Oelemannschule in Hessen.

Die vorliegende Studie liefert wichtige Informationen darüber, wie Arzthelferinnen in Deutschland ihre neue Rolle als Case Managerin erlebten, welche Probleme und welche Lösungsstrategien auftraten. Diese Studie stellt somit einen wichtigen Beitrag zu der derzeit in Deutschland geführten Debatte dar, wie sich das Berufsbild der Arzthelferin erweitern lässt und welche neuen Ausbildungsinhalte dafür nötig sind. Zudem wird mit der Depression ein Krankheitsbild untersucht, das einerseits besondere Herausforderungen an die Arzthelferinnen im Umgang mit den Patienten stellt, andererseits nach Einschätzung der WHO im Jahr 2020 die in den Industrieländern am häufigsten diagnostizierte Erkrankung sein wird und somit auch in Hausarztpraxen erheblich häufiger vertreten sein wird. Somit untersucht diese Studie ein hochrelevantes und aktuelles Forschungsgebiet

und die gewonnenen Erfahrungen und Ergebnisse können für zukünftige Forschungsprojekte mit ähnlichem Themenschwerpunkt von Nutzen sein. Im Folgenden sollen einige aus den Ergebnissen dieser Studie abgeleiteten Vorschläge für zukünftige Projekte vorgestellt werden:

5.4.1 SCHULUNGSINHALTE FÜR CASE MANAGERINNEN

5.4.1.1 Medizinische Hintergründe des Krankheitsbildes

Wie unter 4.3.4. dargelegt, können falsche Annahmen über die Ätiologie, Pathogenese, Therapie und Prognose einer Erkrankung sich stark belastend auf die Arbeit von Case Managerinnen auswirken. Einseitige Vorstellungen von den Hintergründen einer Erkrankung können einmal die eigene Positionierung gegenüber dem Patienten und die Wahrung einer „professionellen Distanz“ erschweren. Andererseits kann Laienwissen in diesen Bereichen auch zur Ausbildung verharmlosender subjektiver Krankheitstheorien führen, die dann möglicherweise unangemessene Reaktionen in Akutsituationen zur Folge haben.

Bei der Ausbildung gerade nicht-medizinischen Personals sollte deshalb ein besonderer Schwerpunkt auf die Vermittlung der aktuellen wissenschaftlichen Theorien zu einem Krankheitsbild gelegt werden. Die subjektiven Krankheitstheorien der Schulungsteilnehmer sollten dabei ebenfalls zur Sprache kommen. Auch Besonderheiten in der Persönlichkeitsstruktur und Psychodynamik eines bestimmten Patientenlientels sollten erörtert werden. Eine solch intensive Auseinandersetzung mit der Entstehung und dem Verlauf einer Erkrankung legt die Grundlagen dafür, dass angehende Case Managerinnen ein professionelles Rollenbild ausbilden und die mit ihren neuen Aufgaben verbundenen Belastungen in positiver Weise umsetzen können.

5.4.1.2 Schwierigen Situationen

Die Ergebnisse dieser Studie legen nahe, dass die Erörterung schwieriger und konflikträchtiger Situationen wesentlicher Teil einer Schulung für Case Managerinnen sein sollte. Gegebenenfalls müssen diese Situationen im Rahmen von Modellversuchen zunächst identifiziert werden. Wie unter 4.3.3 ausgeführt, ergaben sich schwierige Situationen für die Case Managerinnen

in ganz verschiedenen, vorher nicht bedachten Bereichen: Während des Telefons beim Abfragen des standardisierten Fragebogens, bei persönlichen Kontakten mit den Studienpatienten, im Austausch mit den Ärzten und in der Zusammenarbeit mit den Kollegen. Wichtig ist es, die Situationen zu konkretisieren, zu erörtern, warum eine Situation individuell als schwierig empfunden wird und praktische Lösungsstrategien zu erarbeiten, beispielsweise in Form von Rollenspielen. Eine solch intensive Beschäftigung mit den Herausforderungen der neuen Rolle kann das Selbstbewusstsein der Case Managerinnen stärken, die Bereitschaft Schwierigkeiten einzugestehen fördern und als Handlungsorientierung für die Praxis dienen.

5.4.1.3 Psychohygiene

In dieser Studie wird deutlich, dass ein intensiver Kontakt zu Patienten eine starke emotionale Belastung für eine Case Managerin zur Folge haben kann, v.a. wenn die Patienten an psychischen Erkrankungen leiden oder schwere Schicksalsschläge erlebt haben (vgl. 4.3.3.2). Die Belastung resultiert aus dem Gefühl Anteil nehmen zu müssen, den Patienten verpflichtet zu sein, nicht helfen zu können und aus Unsicherheit über die eigene Rolle für die Patienten. Wie beschrieben können einseitige subjektive Krankheitstheorien diese Gefühle verstärken. Es ist daher von großer Wichtigkeit, in der Ausbildung zum Case Manager Techniken zum Selbstschutz zu vermitteln. Neben bestimmten Gesprächstechniken und Selbstreflexion gehört dazu auch das Vermitteln von Hintergrundwissen über die Krankheit und die klare Definition der Rollenerwartungen an die Case Managerin.

5.4.1.4 Supervision

Im Rahmen der PRoMPT-Studie wurde von Seiten der Studienzentrale keine kontinuierliche Supervision der Arzthelferinnen durchgeführt. Obwohl die Mitarbeiter des Studienteams theoretisch immer zur Verfügung standen, war der Hauptansprechpartner der Arzthelferinnen in schwierigen Situationen der Hausarzt.

Wie unter 4.3.3.2 erläutert stellte die enge Zusammenarbeit mit den Ärzten einen wesentlichen Entlastungsfaktor für viele Arzthelferinnen dar.

Andererseits gab es Studienteilnehmerinnen, die sich mehr Engagement von Seiten ihres Chefs gewünscht hätten und in manchen Situationen einen Ansprechpartner gebraucht hätten. Auch die Supervision kann ein effektives Mittel zur Psychohygiene sein und sollte vor allem im Rahmen von Modellversuchen systematisch und kontinuierlich betrieben werden. Eine regelmäßige Supervision der Case Managerinnen kann auch dazu dienen, schwierige Situationen in einem bestimmten Setting zu identifizieren und so die Ausbildungsinhalte für Case Managerinnen zu verbessern.

5.4.2 ROLLENKONFLIKTE VERMEIDEN

Unter 4.3.2. wurde dargelegt, dass Rollenkonflikte und Unsicherheiten über die verschiedenen Rollenanforderungen die Arbeit als Case Managerin erschweren können. Gerade wenn im Rahmen von Forschungsprojekten die ursprünglichen Rollenverteilungen in einem bestimmten Setting umgestaltet werden sollen, ist es daher von essentieller Wichtigkeit, die neuen Rollenanforderungen für jeden Beteiligten deutlich zu definieren.

Was in den Zuständigkeitsbereich der jeweiligen Person fällt muss ebenso erläutert werden, wie die Aufgaben, die sie nicht zu übernehmen hat. In dieser Studie stellte sich heraus, dass in der Wahrnehmung der Arzthelferinnen die Rolle des Arztes nur schwach repräsentiert war. Zudem nahmen sie das Case Management weniger als Teamarbeit, denn als separat von Arzt und Arzthelferin abzuleistende Aufgaben war. Es ist also wichtig, sich bei der Definition der Aufgaben nicht nur auf die Rolle der Case Managerin zu konzentrieren, sondern die gleiche Beschreibung auch für die ärztliche Rolle vorzunehmen. Es muss vermieden werden, dass Case Management als einseitiger Transfer von Verantwortung an die Arzthelferin verstanden wird. Dazu muss überlegt und kommuniziert werden, an welchen Stellen des Arbeitsprozesses sich Teamarbeit realisieren lässt und was jeder Beteiligte dazu beitragen muss, damit diese gelingt.

5.4.3 STRUKTUREN BEREITSTELLEN

Im Rahmen der PRoMPT-Studie wurde nicht vorgegeben, wie die Arzthelferinnen ihren neuen Aufgaben in den Praxisalltag integrieren sollten, so dass die Arbeitsbedingungen für die Case Managerinnen in den verschiedenen Praxen sehr unterschiedlich waren. Wie unter 4.3.3.1

aufgezeigt, empfand die überwiegende Mehrheit der Studienteilnehmerinnen das Case Management jedoch als sehr arbeitsintensiv. Im Rahmen dieser Studie wurde deutlich, dass der zusätzliche Arbeitsaufwand für die Arzthelferinnen auch dann bedacht werden muss, wenn Case Management Konzepte mit einfachen Interventionen operieren. Zusätzliche Ressourcen sind zudem für die Ausbildung der Case Managerinnen nötig, denn die Ergebnisse dieser Studien legen nahe, dass eine fundierte Schulung für die Durchführung dieser Tätigkeit nötig ist. Bei der Frage nach der Kosteneffizienz auch einfacher Case Management Modelle sind diese Punkte zu berücksichtigen.

5.4.4 „TYPEN“ VON ARZTHELFERIN BERÜCKSICHTIGEN

In dieser Studie wurden drei Idealtypen konstruiert, die sich bezüglich ihres Rollenverständnisses, ihres Krankheitskonzepts und ihres Belastungspotentials unterscheiden. Diese Typen sind rein hypothetischer Natur, es handelt sich um eine stark verdichtete und idealisierte Darstellung der Ergebnisse der Interviewstudie. Es bleibt zu überprüfen, inwieweit diese Typen in der Realität Gültigkeit besitzen. Jedoch können sie auch in hypothetischer Form der Veranschaulichung dienen und so bei der Ausarbeitung neuer Case Management Konzepte hilfreich sein. Sie können aufzeigen, welche Entwicklungen möglich sind und dabei helfen, Ausbildungsinhalte für Case Managerinnen in einer Art zu gestalten, die solchen Tendenzen entgegenwirkt. Die aus den Ergebnissen dieser Studie abgeleiteten drei Typen legen nahe, dass klare Rollendefinitionen, ausführliche Informationen über die Pathogenese der jeweiligen Erkrankung sowie die Identifikation und Auseinandersetzung mit Problemsituationen elementare Inhalte für die Konzeption von Case Management Modellen und die Schulung von Case Managerinnen darstellen. Die sorgfältige Ausarbeitung dieser Inhalte kann möglicherweise die Arbeitsbelastung der Case Managerinnen reduzieren und zum Erfolg eines Case Managements beitragen.

5.5 Limitationen dieser Studie

Diese Studie folgte einem qualitativen Design. Wie alle qualitativen Studien hat auch diese Studie einen explorativen hypothesengenerierenden Charakter. Die Ergebnisse, insbesondere die mithilfe der Häufigkeitsanalyse konstruierten drei Typen von Arzthelferinnen, bedürfen daher weiterer wissenschaftlicher Überprüfung.

Qualitative Studien unterliegen stärker als quantitative Studien der Subjektivität des Forschers. Obwohl versucht wird, durch regelgeleitetes und transparentes Vorgehen ein höchst mögliches Maß an Objektivität zu erreichen, sind die Ergebnisse doch letztlich immer Interpretationen der Forschenden.

Als methodisches Verfahren wurde die zusammenfassende Inhaltsanalyse verwendet. Bei diesem Verfahren beschränkt sich die Informationsebene rein auf den Inhalt des Gesprochenen. Andere Informationsebenen wie Gestik und Mimik und implizite Bedeutungen werden mit diesem Verfahren nicht ausgewertet. Es ist also möglich, dass mit anderen Auswertungsmethoden Informationen erschlossen werden würden, die sich den Forschenden bei dem verwendeten Verfahren entzogen haben. Dies ist besonders unter dem Aspekt der „sozialen Erwünschtheit“ bei den Antworten der Arzthelferinnen von Bedeutung. Denn wie aus Tabelle 5, S. 50 hervorgeht, pflegten die meisten Arzthelferinnen eine langjährige Beziehung zu ihren Vorgesetzten, so dass von einer gewissen Loyalität ausgegangen werden muss. Zudem wurden in den Interviews oft sehr persönliche, emotionale Themen angesprochen, so dass durch Analyse non-verbaler Äußerungen mit einem Informationsgewinn zu rechnen ist.

Die Stichprobe dieser Studie wurde mittels eines unsystematischen Samplings ermittelt, das Sample bestand aus Arzthelferinnen, die innerhalb eines bestimmten Settings Erfahrungen mit einem Case Management Modell gesammelt hatten. Die Stichprobe ist somit nicht repräsentativ für alle Arzthelferinnen Deutschlands oder für die gesamte Breite an Case Management Konzepten. Eine Verallgemeinerung der Ergebnisse oder die Übertragung auf andere Settings ist daher nicht uneingeschränkt möglich.

Aus personellen und administrativen Gründen musste in dieser Studie auf die Anwendung von Gütekriterien wie die Bestimmung einer Interrater Reliability

oder die Rücküberprüfung der Ergebnisse durch die Interviewteilnehmer verzichtet werden. Die Ergebnisse wurden stattdessen innerhalb des Studienteams von Mitarbeitern diskutiert, die einen tiefen Einblick in die Forschungsmaterie hatten, so dass eine gewisse Realitätsnähe der Ergebnisse sichergestellt wurde.

Aus den beschriebenen Limitationen lässt sich weiterer Forschungsbedarf ableiten. In zukünftigen Studien könnten qualitative Verfahren verwendet werden, die stärker auf die Analyse latenter Sinnstrukturen abzielen, wie beispielsweise fallrekonstruktive Verfahren oder die Objektive Hermeneutik. Gerade wenn individuelle und emotionale Faktoren ermittelt werden sollen, können solche Verfahren tiefere Informationen gewinnen. Fallrekonstruktive Verfahren würden sich besonders eignen, um die Validität der in dieser Arbeit vorgeschlagenen drei Typen von Arzthelferinnen zu überprüfen. Andere in dieser Studie genannte Aspekte könnten hingegen durch stärker hypothesenprüfende, quantitative Verfahren validiert werden. Zudem sind Studien denkbar, die die Übertragbarkeit der Ergebnisse dieser Studie auf andere Case Management-Modelle und andere Krankheitsbilder untersuchen.

5.6 Qualitäten dieser Studie

Die besondere Stärke dieser Studie besteht darin, dass die Implementierung eines Case Managements für depressive Patienten in Hausarztpraxen unter Einbeziehung von Arzthelferinnen bisher noch nie untersucht wurde. Es lagen bisher keinerlei Erfahrungswerte dazu vor, wie deutsche Arzthelferinnen eine stärkere Einbindung in die Patientenbetreuung, besonders nicht in die Betreuung psychisch kranker Patienten, erleben. Die Debatte um eine Veränderung der bestehenden Versorgungsstrukturen zugunsten eines stärkeren „Skill mix“ ist jedoch auch in Deutschland von höchster Aktualität, so dass diese Studie grundlegende Erfahrungen für zukünftige Forschungsprojekte aufbereitet.

Eine weitere Stärke dieser Studie besteht in der Art und Größe der Stichprobe. Zwar handelt es sich nicht um ein repräsentatives Sample, jedoch wurde die einzige in Deutschland zu der Fragestellung vorhandene Grundgesamtheit befragt. Rund 80% aller Arzthelferinnen, die das Case Management durchgeführt hatten, wurden interviewt. Eine Selection Bias ist

somit unwahrscheinlich.

Datenerhebung und Datenauswertung wurden dieser Studie fast ausnahmslos von der gleichen Forscherin vorgenommen. Dies ist ein in der qualitativen Forschung erwünschtes Vorgehen, weil der Forschende dann besser mit dem Material vertraut ist und sich die Stabilität während des Kodiervorgangs erhöht, das heißt die Wahrscheinlichkeit, dass gleiche Aussagen auch konstant der dafür vorgesehenen Kategorie zugeordnet werden, ist höher. Zwar wurden in dieser Studie keine Gütekriterien wie die Interrater-Reliability bestimmt, jedoch wurden alle Ergebnisse und auch Teile des Categoriesystems ausführlich innerhalb des Studienteams diskutiert. Alle Mitarbeiter des Studienteams standen in engem Kontakt mit den in die Studie eingeschriebenen Praxen und bestätigten die Plausibilität der Ergebnisse. Somit ist trotz fehlender Gütekriterien der Realitätsbezug der Studienergebnisse sichergestellt.

5.7 Fazit

Diese Studie untersuchte erstmals die Erfahrungen von Arzthelferinnen, die in deutschen Hausarztpraxen als Case Managerinnen für depressive Patienten tätig waren. Sie trägt damit wichtige Erfahrungswerte zu der derzeit in Deutschland geführten Diskussion über die Neugestaltung der bestehenden Rollen und Versorgungsstrukturen in der hausärztlichen Versorgung bei. Die vorliegende Arbeit zeigt, dass Arzthelferinnen zahlreiche Aspekte ihrer neuen Rolle als Case Managerin positiv bewerten. Die damit verbundene Beanspruchung darf jedoch nicht unterschätzt werden.

Andere in dieser Studie aufkommenden Aspekte bedürfen der weiteren Abklärung in zukünftigen Forschungsprojekten. Mit stärker hypothesenüberprüfenden Methoden ist zu klären, inwieweit Rollenverständnis, Krankheitstheorie und Belastbarkeit der das Case Management ausführenden Personen den Erfolg der Implementation beeinflussen. Die Frage nach der Gültigkeit der in dieser Studie vorgeschlagenen drei Typen von Arzthelferinnen in der Praxis könnte zudem Thema zukünftiger Studien sein. Desweiteren stellt sich die Frage, ob die Erfahrungen dieser Studie auch in anderen Settings, beispielsweise in modifizierten Case Management Modellen oder bei anderen Patientenzielgruppen reproduzierbar sind.

6 Literaturverzeichnis

- 1: Ewers M (1996) Case Management: Anglo-amerikanische Konzepte und ihre Anwendbarkeit im Rahmen der bundesdeutschen Krankenversorgung. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. URL: <http://bibliothek.wz-berlin.de/pdf/1996/p96-208.pdf> (letzter Internetzugriff 23.01.2011)
- 2: Wendt WR (2008) Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Lambertus Verlag, Freiburg
- 3: Turner JC, Ten Hoor WJ. The NIMH Community Support Program: pilot approach to a needed social reform. Schizophrenia Bulletin 1978;4:319-49.
- 4: Kühn H (1997) Managed Care. Medizin zwischen kommerzieller Bürokratie und integrierter Versorgung. Am Beispiel USA. Veröffentlichungsreihe der Arbeitsgruppe Public Health Wissenschaftszentrum Berlin für Sozialforschung. URL: <http://bibliothek.wzb.eu/pdf/1997/p97-202.pdf> (letzter Internetzugriff 23.01.2011)
- 5: Gabel J. Ten ways HMOs have changed during the 1990s. Health Aff (Millwood) 1997;16:134-145.
- 6: Himmelstein DU, Woolhandler S, Hellander I, Wolfe SM. Quality of care in investor-owned vs not-for-profit HMOs. JAMA 1999;282:159-163.
- 7: Tu HT, Reschovsky JD. Assessments of medical care by enrollees in for-profit and nonprofit health maintenance organizations. N Engl J Med 2002;346:1288-1293.
- 8: Moxley DP (1989) The Practice of Case Management. SAGE publications, Newsbury Park, California, S.142
- 9: Löser AP (2003) Pflegekonzepte nach Monika Krohwinkel. Schlütersche Verlagsgesellschaft, Hannover, S.36
- 10: Sachverständigenrat für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen (1995) Gesundheitsversorgung und Krankenversicherung. Mehr Ergebnisorientierung, mehr Qualität und mehr Wirtschaftlichkeit. Kurzfassung und Empfehlungen. URL: <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Gutacht95/kurz95.pdf> (letzter Internetzugriff 23.01.2011)
- 11: Mühlbacher A (2007) Integrierte Versorgung: Auf dem Weg zur virtuellen Organisation. Zentrum für innovative Gesundheitstechnologie (ZiG). URL:

<http://www.zig.tu-berlin.de/uploads/media/2007-05.pdf> (letzter Internetzugriff 23.01.2011)

12: Jacobs K, Schulze S (2004) Wettbewerbsperspektiven integrierter Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung. In: Cassel D (Hrsg.) Wettbewerb und Regulierung im Gesundheitswesen. Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden, S.89-110

13: Erler A. Introduction of disease management programmes in Germany as reflected by differing interests of health insurance companies and the federal association of statutory health insurance physicians. Gesundheitswesen 2002;64:572-577.

14: Sauer P, Wissert M. Wer ist der richtige Case Manager?. Häusliche Pflege 1997;6:51-58.

15: Ahrens HJ (1995) Mein Arzt hat Zeit für mich - das hausärztliche Versorgungskonzept der AOK. In: AOK Bundesverband. AOK im Dialog, Bonn, S.59

16: Offizielle Website des Praxisnetz Nürnberg. URL: <https://www.praxisnetznuernberg.de> (letzter Internetzugriff: 23.01.2011)

17: Nerlich C (2005) Der integrierte Behandlungs- und Rehabilitationsplan (IBRP). Möglichkeiten und Grenzen seiner Anwendung aus heilpädagogischer Sicht. Rheinland-Westfalen-Lippe: Diplomarbeit, Evangelische Fachhochschule Rheinland-Westfalen-Lippe

18: Offizielle Website der Commission for Case Manager Certification (CCMC). URL: www.ccmcertification.org (letzter Internetzugriff: 23.01.2011)

19: Offizielle Website der Deutschen Gesellschaft für Care und Case Management. URL: <http://www.dgcc.de/> (letzter Internetzugriff: 23.01.2011)

20: Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Svab I, Ram P, Evans P (2002) Die europäischen Definitionen der Schlüsselemente der Disziplin der Allgemeinmedizin, der Rolle des Arztes für Allgemeinmedizin und eine Darstellung der Kernkompetenzen des Arztes für Allgemeinmedizin / Hausarztes. WONCA Europe. URL: <http://www.tgam.at/pdf/WONCA%20AM%20DEFINITION.pdf> (letzter Internetzugriff 23.01.2011)

21: Busse R, Riesberg A (2004) Health care systems in transition: Germany. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/80703/E85472.pdf (letzter Internetzugriff 23.01.2011)

- 22: Böcken J, Kunstmann W, Butzlaff M. Free choice of doctors - an international comparison. *Gesundheitswesen* 2002;64:267-271.
- 23: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2009) Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. URL: <http://www.svr-gesundheit.de/Gutachten/Uebersicht/GA2009-LF.pdf> (letzter Internetzugriff 23.01.2011)
- 24: European Observatory on Health Care Systems (1999) Health care systems in transition: United Kingdom. WHO Regional Office for Europe. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/96419/E68283.pdf (letzter Internetzugriff 23.01.2011)
- 25: Van den Brink-Muinen A, Verhaak PFM, Bensing JM, Bahrs O, Deveugele M, Gask L, Mead N, Leiva-Fernandez F, Perez A, Messerli V, Oppizzi L, Peltenburg M. Communication in general practice: differences between European countries. *Fam Pract* 2003;20:478-485.
- 26: Delnoij D, van Merode G, Paulus A, Groenewegen P. Does general practitioner gatekeeping curb health care expenditure?. *J Health Serv Res Policy* 2000;5:22-26.
- 27: Verhaak PFM, van den Brink-Muinen A, Bensing JM, Gask L. Demand and supply for psychological help in general practice in different European countries: access to primary mental health care in six European countries. *Eur J Public Health* 2004;14:134-140.
- 28: Böcken J. Hausarztmodelle in Deutschland - Zweifel an der Wirksamkeit. *Deutsches Ärzteblatt* 2008;105:135.
- 29: Boerma WG, van der Zee J, Fleming DM. Service profiles of general practitioners in Europe. European GP Task Profile Study. *Br J Gen Pract* 1997;47:481-486.
- 30: Koch K, Gehrman U, Sawicki PT. Primärärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich. *Deutsches Ärzteblatt* 2007;104:A-2584 / B-2282 / C-2214.
- 31: Schoen C, Osborn R, Huynh PT, Doty M, Peugh J, Zapert K. On the front lines of care: primary care doctors' office systems, experiences, and views in seven countries. *Health Aff (Millwood)* 2006;25:w555-w571.
- 32: Grobe TG, Dörning H, Schwartz FW (2007) GEK-Report ambulante-ärztliche Versorgung 2007: Auswertungen der GEK-Gesundheitsberichterstattung. In: GEK-Gmünder Ersatzkasse. Asgard-Verlag, Sankt Augustin, S.10-12

- 33: Sawicki PT. [Quality of health care in Germany. A six-country comparison]. Med Klin (Munich) 2005;100:755-768.
- 34: Weber I. Hohe quantitative Arbeitsbelastung deutscher Allgemeinärzte. Deutsches Ärzteblatt 1996;93:A-376.
- 35: März B (2008) Medizinische Fachangestellte - Informationen über einen anspruchsvollen und abwechslungsreichen Beruf. Verband medizinischer Fachberufe e.V.. URL: www.vmf-online.de/download/berufsbild-mfa (letzter Internetzugriff 23.01.2011)
- 36: Anke Thomas. [Self assessment of 920 physician assistants. High qualifications, but in IGel work has deficits]. MMW Fortschr Med 2009;151:10.
- 37: Rosemann T, Joest K, Körner T, Schaefert R, Heiderhoff M, Szecsenyi J. How can the practice nurse be more involved in the care of the chronically ill? The perspectives of GPs, patients and practice nurses. BMC Fam Pract 2006;7:14.
- 38: NHS Careers - Offizielle Website des National Health Service. URL: <http://www.nhscareers.nhs.uk/nursing.shtml> (letzter Internetzugriff 23.01.2011)
- 39: Hancock H, Campbell S. Developing the role of the healthcare assistant. Nurs Stand 2006;20:35-41.
- 40: Hancock H, Campbell S, Ramprogus V, Kilgour J. Role development in health care assistants: the impact of education on practice. J Eval Clin Pract 2005;11:489-498.
- 41: Brant C, Leydon GM. The role of the health-care assistant in general practice. Br J Nurs 2009;18:926, 928-30, 932-3.
- 42: Anderson A, Proudfoot JG, Harris M. Medical assistants: a primary care workforce solution?. Aust Fam Physician 2009;38:623-626.
- 43: Workman BA. An investigation into how the health care assistants perceive their role as 'support workers' to the qualified staff. J Adv Nurs 1996;23:612-619.
- 44: Jacobi F, Höfler M, Meister W, Wittchen HU. Prävalenz, Erkennens- und Verschreibungsverhalten bei depressiven Syndromen. Eine bundesdeutsche Hausarztstudie. Nervenarzt 2002;73:651-58.
- 45: Kamerow DB. Research on mental disorders in primary care settings: rationale, topics, and support. Fam Pract Res J 1986;6:5-11.
- 46: Ustun T, Sartorius N (1996) Mental illness in general health care - an international study. John Wiley&Sons, Chichester, England, S.104

- 47: Vuorilehto MS, Melartin TK, Rytsälä HJ, Isometsä ET. Do characteristics of patients with major depressive disorder differ between primary and psychiatric care?. *Psychol Med* 2007;37:893-904.
- 48: Vuorilehto MS, Melartin TK, Isometsä ET. Suicidal behaviour among primary-care patients with depressive disorders. *Psychol Med* 2006;36:203-210.
- 49: Melartin TK, Rytsälä HJ, Leskelä uS, Lestelä-Mielonen PS, Sokero TP, Isometsä ET. Continuity is the main challenge in treating major depressive disorder in psychiatric care. *J Clin Psychiatry* 2005;66:220-227.
- 50: Ormel J, Bartel M, Nolen WA. [Undertreatment of depression; causes and recommendations]. *Ned Tijdschr Geneesk* 2003;147:1005-1009.
- 51: Trivedi MH, Lin EHB, Katon WJ. Consensus recommendations for improving adherence, self-management, and outcomes in patients with depression. *CNS Spectr* 2007;12:1-27.
- 52: Zantinge EM, Verhaak PFM, Bensing JM. The workload of GPs: patients with psychological and somatic problems compared. *Fam Pract* 2005;22:293-297.
- 53: Luoma JB, Martin CE, Pearson JL. Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *Am J Psychiatry* 2002;159:909-916.
- 54: Draper B, Snowdon J, Wyder M. A pilot study of the suicide victim's last contact with a health professional. *Crisis* 2008;29:96-101.
- 55: Gensichen J, Beyer M, Muth C, Gerlach FM, von Korff M, Ormel J. Case management to improve major depression in primary health care: a systematic review. *Psychol Med* 2006;36:7-14.
- 56: Banerjee S, Shamash K, Macdonald AJ, Mann AH. Randomised controlled trial of effect of intervention by psychogeriatric team on depression in frail elderly people at home. *BMJ* 1996;313:1058-1061.
- 57: Katon W, von Korff M, Lin E, Simon G, Walker E, Unützer J, Bush T, Russo J, Ludman E. Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression: a randomized trial. *Arch Gen Psychiatry* 1999;56:1109-1115.
- 58: Katzelnick DJ, Simon GE, Pearson SD, Manning WG, Helstad CP, Henk HJ, Cole SM, Lin EH, Taylor LH, Kobak kA. Randomized trial of a depression management program in high utilizers of medical care. *Arch Fam Med* 2000;9:345-351.

- 59: Simon GE, von Korff M, Rutter C, Wagner E. Randomised trial of monitoring, feedback, and management of care by telephone to improve treatment of depression in primary care. *BMJ* 2000;320:550--554.
- 60: Chew-Graham CA, Lovell K, Roberts C, Baldwin R, Morley M, Burns A, Richards D, Burroughs H. A randomised controlled trial to test the feasibility of a collaborative care model for the management of depression in older people. *Br J Gen Pract* 2007;57:364-370.
- 61: Dietrich AJ, Oxman TE, Williams JW, Schulberg HC, Bruce ML, Lee PW, Barry S, Raue PJ, Lefever JL, Heo M, Rost K, Kroenke K, Gerrity M, Nutting PA. Re-engineering systems for the treatment of depression in primary care: cluster randomised controlled trial. *BMJ* 2004;329:602.
- 62: Unützer J, Katon W, Callahan CM, Williams JW, Hunkeler E, Harpole L, Hoffing M, Della Penna RD, Hitchcock Noël P, Lin EHB, Areán PA, Hegel MT, Tang L, Belin TR, Oishi S, Langston C, and I. M. P. A. C. T. Investigators. Collaborative care management of late-life depression in the primary care setting: a randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288:2836-2845.
- 63: Bruce ML, Ten Have TR, Reynolds CF, Katz II, Schulberg HC, Mulsant BH, Brown GK, McAvay GJ, Pearson JL, Alexopoulos GS. Reducing suicidal ideation and depressive symptoms in depressed older primary care patients: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004;291:1081-1091.
- 64: Gensichen J, von Korff M, Peitz M, Muth C, Beyer M, Gütthlin C, Torge M, Petersen JJ, Rosemann R, König J, Gerlach FM and PRoMPT (PRimary care Monitoring for depressive Patients Trial). Case management for depression by health care assistants in small primary care practices: a cluster randomized trial. *Ann Intern Med* 2009;151:369-378.
- 65: Wilson A, Pearson D, Hassey A. Barriers to developing the nurse practitioner role in primary care-the GP perspective. *Fam Pract* 2002;19:641-646.
- 66: Richards DA, Lankshear AJ, Fletcher J, Rogers A, Barkham M, Bower P, Gask L, Gilbody S, Lovell K. Developing a U.K. protocol for collaborative care: a qualitative study. *Gen Hosp Psychiatry* 2006;28:296-305.
- 67: Petrova M, Vail L, Bosley S, Dale J. Benefits and challenges of employing health care assistants in general practice: a qualitative study of GPs' and practice nurses' perspectives. *Fam Pract* 2010;27:303-311.
- 68: Nutting PA, Gallagher K, Riley K, White S, Dickinson WP, Korsen N, Dietrich A. Care management for depression in primary care practice: findings

- from the RESPECT-Depression trial. *Ann Fam Med* 2008;6:30-37.
- 69: Symons L, Tylee A, Mann A, Jones R, Plummer S, Walker M, Duff C, Holt R. Improving access to depression care: descriptive report of a multidisciplinary primary care pilot service. *Br J Gen Pract* 2004;54:679-683.
- 70: Burroughs H, Lovell K, Morley M, Baldwin R, Burns A, Chew-Graham C. 'Justifiable depression': how primary care professionals and patients view late-life depression? A qualitative study. *Fam Pract* 2006;23:369-377.
- 71: Eisner M, Britten N. What do general practice receptionists think and feel about their work?. *Br J Gen Pract* 1999;49:103-106.
- 72: Crosland A, Kai J. 'They think they can talk to nurses': practice nurses' views of their roles in caring for mental health problems. *Br J Gen Pract* 1998;48:1383-1386.
- 73: Jansink R, Braspenning J, van der Weijden T, Elwyn G, Grol R. Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis. *BMC Fam Pract* 2010;11:41.
- 74: Scanlan M, Smart D, Gregory S, Armstrong E, Parkes J. Evaluation of the effect of practice nurses on management of depression. *Primary Care Mental Health* 2006;4:107-12.
- 75: Lester H, Tritter JQ, Sorohan H. Patients' and health professionals' views on primary care for people with serious mental illness: focus group study. *BMJ* 2005;330:1122.
- 76: Backenstrass M, Joest K, Rosemann T, Szecsenyi J. The care of patients with subthreshold depression in primary care: is it all that bad? A qualitative study on the views of general practitioners and patients. *BMC Health Serv Res* 2007;7:190.
- 77: Gensichen J, Torge M, Peitz M, Wendt-Hermainski H, Beyer M, Rosemann T, Krauth C, Raspe H, Aldenhoff JB, Gerlach FM. Case management for the treatment of patients with major depression in general practices - rationale, design and conduct of a cluster randomized controlled trial - PRoMPT (PRimary care Monitoring for depressive Patient's Trial) [ISRCTN66386086] - study protocol. *BMC Public Health* 2005;5:101.
- 78: Tong A, Sainsbury P, Craig J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int J Qual Health Care* 2007;19:349-357.
- 79: Elliott R, Fischer CT, Rennie DL. Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *Br J Clin Psychol*

1999;38:215-229.

80: Brüsemeister T (2008) Qualitative Forschung. Ein Überblick. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S.23-25

81: Mayring P (2002) Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Beltz Verlag, Weinheim und Basel, S.20-21

82: Brüsemeister T (2008) Qualitative Forschung. Ein Überblick. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S.14

83: Mayring P (2002) Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Beltz Verlag, Weinheim und Basel, S.23-25

84: Mayring P (2002) Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Beltz Verlag, Weinheim und Basel, S.36

85: Brüsemeister T (2008) Qualitative Forschung. Ein Überblick. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S.25-28

86: Przyborski A, Wohlrab-Sahr M (2008) Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH, München, S.190-191

87: Mayring P (2002) Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Beltz Verlag, Weinheim und Basel, S.146

88: Brüsemeister T (2008) Qualitative Forschung. Ein Überblick. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S.28-29

89: Lamnek S (2005) Qualitative Sozialforschung. Lehrbuch. Beltz Verlag, Weinheim und Basel, S.23-24

90: Brüsemeister T (2008) Qualitative Forschung. Ein Überblick. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S.19-21

91: Mayring P (2002) Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Beltz Verlag, Weinheim und Basel, S.66-72

92: Mayer HO (2008) Interview und schriftliche Befragung. Entwicklung, Durchführung, Auswertung. Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH, München, S.37-38

93: Gläser J, Laudel G (2009) Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden, S.111-115

94: Gensichen J, Peitz M, Torge M, Mosig-Frey J, Wendt-Hermainski H, Rosemann T, Gerlach FM, Löwe B. [The "Depression Monitoring list" (DeMoL) with integrated PHQ-D-Rationale and design of a tool for the case management for depression in primary care]. Z Arztl Fortbild Qualitatssich 2006;100:375-382.

95: Mayring P (2002) Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Beltz Verlag, Weinheim und Basel, S.114-121

- 96: Mayring P (2008) Qualitative Inhaltsanalyse - Grundlagen und Techniken. Beltz Verlag, Weinheim und Basel, S.42-46
- 97: Przyborski A, Wohlrab-Sahr M (2008) Qualitative Sozialforschung. Ein Arbeitsbuch. Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH, München, S.183
- 98: Mayring P (2008) Qualitative Inhaltsanalyse - Grundlagen und Techniken. Beltz Verlag, Weinheim und Basel, S.59-76
- 99: Mayring P (2008) Qualitative Inhaltsanalyse - Grundlagen und Techniken. Beltz Verlag Weinheim und Basel, Weinheim und Basel, S.82-99
- 100: Mayring P (2008) Qualitative Inhaltsanalyse - Grundlagen und Techniken. Beltz Verlag Weinheim und Basel, Weinheim und Basel, S.77-82
- 101: Bohnsack R, Marotzki W (2006) Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung. Barbara Budrich Verlag/UTP, Opladen/Stuttgart, S.
- 102: Max Weber (1985) Gesammelte Aufsätze zur Wissenschaftslehre. Johannes Winckelmann, Tübingen, S.191
- 103: Mayring P (2008) Qualitative Inhaltsanalyse - Grundlagen und Techniken. Beltz Verlag Weinheim und Basel, Weinheim und Basel, S.90
- 104: Hofmann A, Keller KJ, Neuhaus R. Die Sache mit der psychischen Belastung. Eine praxisnahe Handlungshilfe für Unternehmen. Zeitschrift für Arbeitswissenschaft 2002;367. URL: http://www.ergonassist.de/Publikationen/Psych.Bel.Lg_01.pdf.
- 105: Flick U (1998) Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Juventa, Weinheim, S.13
- 106: Flick U (1998) Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Juventa, Weinheim, S.9-10
- 107: Flick U (1998) Wann fühlen wir uns gesund? Subjektive Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit. Juventa, Weinheim, S.14-17
- 108: Faller H. Subjektive Krankheitstheorien bei Patienten einer psychotherapeutischen Ambulanz. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie 1997;45:264-78.
- 109: Linden M, Nather J, Wilms HU. [Definition, significance and measurement of disease concepts of patients. The Disease Concept Scale for schizophrenic patients]. Fortschr Neurol Psychiatr 1988;56:35-43.
- 110: Joas H (1991) Neues Handbuch der Sozialisationsforschung. In: Hurrelmann K, Ulich D. Beltz Verlag, Weinheim, S.137-152
- 111: Wolfgang Schmidbauer (2007) Das Helfersyndrom. Hilfe für Helfer. Rowohlt Verlag, Hamburg

- 112: Bosley S, Dale J. Healthcare assistants in general practice: practical and conceptual issues of skill-mix change. Br J Gen Pract 2008;58:118-124.
- 113: Huw CJ, Latimer J, May C. Transforming general practice: the redistribution of medical work in primary care. Sociol Health Illn 2003;25:71-92.
- 114: Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen (2007) Kooperation und Verantwortung – Voraussetzungen einer zielorientierten Gesundheitsversorgung. URL: <http://infomed.mds-ev.de/sindbad.nsf/51293108f720804cc12571e700442bde/556f04098e002fc0c125730d0080e93f?OpenDocument> (letzter Internetzugriff 23.01.2011)
- 115: Dieterich M (2009) Einführung in die allgemeine Psychotherapie und Seelsorge. Scm R. Brockhaus, Witten, S.122-130
- 116: Rüger U, Reimer CH (2007) Psychotherapie der Depression: Krankheitsmodelle und Therapiepraxis - störungsspezifisch und schulenübergreifend. In: Schauenburg H & Hofmann B. Thieme, Stuttgart, S.162-163
- 117: Van Rijswijk E, van Hout H, van de Lisdonk E, Zitman F, van Weel C. Barriers in recognising, diagnosing and managing depressive and anxiety disorders as experienced by Family Physicians; a focus group study. BMC Fam Pract 2009;10:52.
- 118: Holzinger A, Müller P, Priebe S, Angermeyer MC. Die Ursachen der Schizophrenie aus der Sicht der Patienten. Causes of Schizophrenia - Patients' Viewpoint. Psychiat Prax 2001;28:174-179.
- 119: Angermeyer MC, Held T, Görtler D. Pro und contra: Psychotherapie und Psychopharmakotherapie im Urteil der Bevölkerung. Psychotherapie, Psychosomatik und Medizinische Psychologie 1993;43:286-292.
- 120: Benkert O (2001) Psychopharmaka. Medikamente - Wirkung - Risiken. C.H. Beck - Verlag, München, S.128
- 121: Jahoda M, Lazarsfeld PF, Zeisel H (1975) Die Arbeitslosen von Marienthal. Ein soziographischer Versuch über die Wirkungen langandauernder Arbeitslosigkeit. Suhrkamp-Verlag, Berlin, S.70-72
- 122: Weyers S. "Sünder", "Dummer Junge", "Opfer", "Held". Biographische Selbstrepräsentationen inhaftierter Jugendlicher. BIOS - Zeitschrift für Biographieforschung, Oral History und Lebensverlaufsanalysen 2005;18:236-263.
- 123: Peters-Klimm F, Müller-Tasch T, Schellberg D, Gensichen J, Muth C, Herzog W, Szecsenyi J. Rationale, design and conduct of a randomised

controlled trial evaluating a primary care-based complex intervention to improve the quality of life of heart failure patients: HICMan (Heidelberg Integrated Case Management). *BMC Cardiovasc Disord* 2007;7:25.

124: Rosemann T, Joos S, Laux G, Gensichen J, Szecsenyi J. Case management of arthritis patients in primary care: a cluster-randomized controlled trial. *Arthritis Rheum* 2007;57:1390-1397.

125: beta Institut für angewandtes Gesundheitsmanagement, Entwicklung und Forschung in der Sozialmedizin. VERAH– Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis. URL: http://www.beta-institut.de/fort_verah.php (letzter Internetzugriff: 23.01.2011)

7 Anhänge

7.1 Code-Schema

(A) MOTIVATION

(A1) Verbesserung der Patientensituation

A_ helfen wollen

A_ Hoffnung dass Patient sich betreuter fühlt

A_ Hoffnung, dass Patienten lernen besser mit Depression umzugehen

A_ Zusammenarbeit Hausarzt Psychologe verbessern

(A2) Verbesserung der eigenen Situation

A_ Abwechslung

A_ Depression im Bekanntenkreis

A_ Fähigkeiten/Wissen erweitern

A_ Wunsch nach mehr Patientenkontakt

(A3) Wissenschaftliches Interesse

(A4) Erwartungen

A_ Offenheit

A_ Bedenken

A_ keine Veränderung erwartet

(A5) häufig Kontakt mit psychosomatischen Patienten

(A6) Interesse am Thema

(B) INTEGRATION IN PRAXISABLAUF

(B1) organisatorische Probleme

B_ fehlende Räumlichkeiten

B_ allg. Arbeitsaufwand / fehlende Ruhe

B_ Alltag der Patienten

B_ Arbeitszeiten der AH

B_ fehlendes Personal/Praxisstruktur

B_ schlechte Erreichbarkeit/Mitarbeit der Patienten

(B2) Abweichungen vom Konzept

B_ Befragung in der Praxis

B_ Chef telefonisch erreichbar

B_ in Freizeit telefoniert

B_ Telefonate mussten abgesagt/verschoben werden/AH vergisstelefonate

B_ von zuhause telefoniert

B_ keine festen Termine vereinbart

(B3) Organisation gut gelaufen

B_ gute Erreichbarkeit/Mitarbeit der Patienten

B_ integrierbar in Praxisalltag

B_ nur in der regulären Arbeitszeit telefoniert

- (B4) Gesprächsdauer/Gesprächsverhalten der Patienten
 - B_Abschweifungen ziehen Gespräche in die Länge
 - B_AH kann die Patienten gut bremsen
 - B_Kurz angebundene Patienten
 - B_Telefonate grundsätzlich im Zeitrahmen

(C) NICHT-ORG. ASPEKTE

- (C2) Alter/Geschlecht der Patienten
- (C3) Anzahl der Patienten
 - C_Zehn Patienten = Maximum / zu viel
 - C_Haupttelefonat bevorzugt
 - C_Telefonate verteilt
- (C4) Telefon vs. persönlicher Kontakt
 - C_Patienten sind offener bei persönlichem Kontakt
 - C_Vorteile Anruf
 - C_Vorteile persönlicher Kontakt
- (C5) Unterstützung der Kollegen
 - C_Unterstützung Kollegen pos.
 - C_Unterstützung Kollegen neg.
- (C6) Missverständliche Fragen
- (C7) fehlende Verblindung

(D) PATIENTENVERSORGUNG ALLGEMEIN

- (D1) Versorgungsdefizite/Arbeitsüberlastung
 - D_seltene Arztbesuche
 - D_durch nicht-ernst-nehmen "schwieriger" Patienten
 - D_Unterversorgung durch Zeitmangel

(E) HANDHABUNG DES DEMOLS

- (E1) Info an Arzt
 - E_am gleichen oder nächsten Tag
 - E_Besprechung DeMoL nicht nötig
 - E_in besonderen Situationen sofort
 - E_jeden Bogen persönlich besprochen
 - E_später als am nächsten Tag
 - E_wenig / nur bei Besonderem persönlich besprochen
- (E2) Benutzung des DeMoLs im Patiententelefonat
 - E_Patienten füllen Bogen vor Telefonat aus
 - E_Patienten wollen Fragen nicht abwarten
 - E_Patienten wollen Fragen nicht beantworten
 - E_AH "ermittelt" Antwort mit Patienten
 - E_AH bringt ihre persönliche Einschätzung ein
 - E_Patienten können nicht 2 Wochen rekapitulieren
 - E_Patienten setzen sich mit Fragen auseinander

(E3) Benutzung des DeMoLs durch den Chef

E_ Chef hat nicht mit DeMoL gearbeitet

E_Chef vergleicht neue und alte DeMoLs

E_Notizen gemacht

(E4) Zielvereinbarungen

(F) QUALIFIKATIONEN

(F1) Vorschläge für Schulung

F_ Schulung_ mehr über Depression als Krankheit

F_ Schulung_ mehr "Abgrenzungen" / psycholog. Unterstützung

F_ Schulung_ mehr zu Umgang mit schwierigen Situationen

F_ weniger schriftliche Schulungsunterlagen/mehr persönlichen Austausch

(F2) persönliche Qualifikationen

F_ Einfühlungsvermögen/Freundlichkeit

F_ Enthusiasmus/Wille

F_ Organisationstalent

F_ "Sache zwischen 2 Menschen"

F_ Alter/Reife

F_ Ehrgeiz

F_ innere Stärke/Abgrenzung

(F3) Qualifikation durch Ausbildung

F_ Berufsausbildung bereitet nicht vor

F_ Berufserfahrung ist wichtig

F_ Schulung nötig

(F4) Hintergrundwissen über Lebensgeschichte der Patienten

(F5) gute Vorbereitung

(F6) keine medizinischen/fachlichen Qualifikationen nötig

(G) BEZIEHUNG AH-PATIENT-ARZT ALLG.

(G1) AH hat wenig Patientenkontakt

(G2) Betonung des engen AH-Patienten-Verhältnisses

G_ Patienten erzählen AH mehr als dem Doktor

G_ "freundschaftliches Verhältnis"

G_ AH kennt die Patienten sehr lange

G_ Patienten bevorzugen Hausarztpraxis statt Psychiater

(I) ZUSAMMENARBEIT AH-ARZT ALLG.

(I1) Teamarbeit

(J) AUSWIRKUNGEN / BEWERTUNGEN DES CM

(J1) Nutzen für Patient/Patientenfeedback

(J1.1) positiv

- J_ Nutzen AH/Patient_positives Patientenfeedback
- J_ Nutzen Patient_von Praxis wichtig genommen/betreuer gefühlt
- J_aktive Mitarbeit/Zielvereinbarungen
- J_Nutzen Patient_bessere medizinische Behandlung
- J_Nutzen Patient_Gespräche mit AH
- J_Nutzen Patient_Kontakt halten/Kontrolle
- J_Nutzen Patient_Regelmäßigkeit/Pünktlichkeit
- J_Nutzen Patient_Vermittlerrolle der AH/leichterer Zugang zum Arzt

(J1.2) negativ

- J_ Routine
- J_negatives Patientenfeedback
- J_nichts gebracht ohne Grund
- J_Patienten wollen verdrängen

(J1.3) weiß nicht

(J2) Nutzen Arzt

(J2.1) Nutzen Arzt positiv

- J_Nutzen Arzt_fachliche Weiterbildung
- J_Nutzen Arzt_Krisen vorbeugen
- J_Nutzen Arzt_Vorinformationen über Patient
- J_Nutzen Arzt_zeitliche Entlastung/weniger Patientenkontakt
- J_Nutzen für Arzt_Aufmerksamkeit für Depression geschärft

(J2.2) KEINEN Nutzen für Arzt/weiß nicht

(J3) Nutzen für die AH

(J3.1) positiv

- J_ Nutzen AH/Patient_positives Patientenfeedback
- J_AH würde CM weiterhin machen
- J_berufliche Weiterbildung
- J_helfen können
- J_interessantes gelernt/persönliche Erfahrung
- J_mehr Kontakt zu Patienten/Krankheiten
- J_mehr Verantwortung/Aufwertung
- J_Spezialisierung/überschaubarer
- J_wissenschaftliches Arbeiten

(J3.2) negativ

- J_AH möchte CM nicht weiter machen
- J_Arbeitsbelastung

(J3.3) keine Veränderung/neutrale Wertung

(J4) Veränderungen Einstellung Depression

(J4.1) veränderte Einstellung

(J4.2) unveränderte Einstellung / Bestätigung bisheriger Einstellung

(J6) Veränderung Bez. AH <--> Patient

(J6.1) engere Beziehung zum Patient

J_ AH erfährt mehr über die Patienten als der Arzt

J_besseres Verhältnis zu ehemals unsympathische Patienten

J_Einfluss auf Nicht-Studienpatienten

J_Intimität

J_Patienten sind offener/ AH ist Vertrauensperson geworden

(J6.2) "abgrenzende" Aussagen über Bez. zum Patient

J_Arzt ist größere Vertrauensperson

J_keine Freundin/Therapeutin/Vertrauensperson

J_Patienten vertrauen Chef und AH gleichermaßen

J_Verhältnis verschlechtert

(J7) Zusammenarbeit/Verhältnis AH-Arzt

(J7.1) engere Zusammenarbeit/Arzt zeigt Interesse/Aufwertung der AH

J_allgemein engere Zusammenarbeit

J_Arzt fragt AH nach ihrer Einschätzung

J_Arzt interessiert sich für die Infos der AH

J_Arzt versorgt AH mit Informationen

J_Aufwertung

J_Freiraum gegeben

J_Patientenversorgung übernommen

J_Supervision

J_Team

(J7.2) Zusammenarbeit weniger eng / Desinteresse

J_Arzt versorgt AH nicht mit Informationen

J_Arzt zeigt wenig Interesse

J_keine Teamarbeit

J_keinen Freiraum gegeben

(J7.3) veränderte Rollenverteilung/AH übernimmt Arztaufgaben

(J7.4) Zusammenarbeit unverändert

(J7.5) Unterstützung durch Chef nicht nötig

(J8) Selbstbild: supportiv vs. kurativ

J_kurativ

J_supportiv

J_supportiv und kurativ

(K) VERÄNDERUNGSVORSCHLÄGE

- K_ Anderes Krankheitsbild wählen
- K_ Fragen ändern nach 1/2 Jahr
- K_AH soll mitentscheiden, welche Patienten eingeschlossen werden
- K_bessere Absprache mit Chef
- K_Digitalisierung
- K_eine Kraft die nur CM macht
- K_als alleinige Aufgabe zu langweilig
- K_keine festen Termine
- K_kürzere Abstände zwischen den Telefonaten
- K_längere Abstände zwischen den Telefonaten
- K_Nur Patienten mit leichter Depression einschließen
- K_Patient soll Abstände zwischen Telefonaten bestimmen
- K_weniger Schematisierung
- K_Schematisierung ist nützlich

(L) EINSTELLUNG UND UMGANG MIT DEPRESSION

(L1) Ursache Depression

- (L1.1) externe Faktoren
- (L1.2) interne Faktoren / Persönlichkeit
- (L1.3) organische Ursachen

(L2) Beste Hilfe/Therapie

- L_Hilfe_Gesprächstherapie / Selbsthilfegruppen
- L_CARE unprofessionell
- L_Hilfe_Aussagen über Medikamente
- L_Medikamente helfen
- L_Medikamente in Kombi/als Unterstützung
- L_Skepsis gegen Medikamente
- L_Hilfe_kein Mitleid sondern Führung

(L3) Prognose

- L_gefährlichere und ungefährlichere Depressionen
- L_Linderung möglich/Heilung nicht möglich/Rückfälle
- L_optimistische Prognose
- L_Prognose "weiß ich nicht"
- L_Prognose hängt von der Art der Depression ab
- L_schlechte Prognose

(L4) Aussagen zu Scham

- L_keine Scham

(L5) Akzeptanz als Erkrankung

(L5.1) Skepsis

- L_"Lebensumstände oder Krankheit?"
- L_"schwer nachvollziehbar"
- L_Vortäuschung / Übertreibung

(L5.2) Akzeptanz

- (L6) "Umgang" mit Depressiven
 - (L6.1) Probleme beim Umgang
 - L_AH muss geben
 - L_allgemein schwierig
 - L_Patient macht etwas
 - (L6.3) Umgang unproblematisch

(M) AUSSAGEN ÜBER SICH SELBST

(N) EMOTIONALE BELASTUNGEN

(N1) Suizidfrage

- N_Angst vor Bejahung der Frage/Reaktion bei Suizidalität
- N_Ansprechen auf Tod
- N_durchgeführter Suizid
- N_Frage nach Suizid verschlimmert Symptomatik
- N_Patientenreaktionen auf Suizidfrage
- N_negative Patientenreaktion
- N_Patienten beantworten Frage problemlos
- N_Suizidfrage anders vorgelesen

(N2) Frage Versager birgt Konfliktpotential

(N3) KEINE Belastung da:

- N_ keine Belastung_Distanz zum Patient
- N_ keine Belastung_Handlungsmöglichkeiten sind beschränkt
- N_ keine Belastung_Routine/nur anfangs Belastung
- N_Keine Belastung ohne Grund
- N_keine Belastung_ Berufserfahrung
- N_KEINE Belastung_Chef
- N_keine Belastung_eigene Fähigkeiten
- N_keine Belastung_enges Verhältnis zum Patient
- N_keine Belastung_keine schwierigen Situationen

(N4) Kompetenzüberschreitung

(N5) Gespräche

(N6) Gefühlsausbrüche

(N7) Unsicherheit über eigene Rolle

(N8) Schlimme Situation / Stimmung der Patienten

(N11) Erwartungshaltung/Verpflichtungsgefühl

(N12) Schweigepflicht

(O) KONKRETE REAKTIONEN DER AH

- O_ besonderes Engagement der AH
- O_ Chef nicht einbezogen
- O_ Patient sowieso in der Praxis

- O_Absprache mit Chef dass rotes Kästchen kein Notfall
- O_beratende Gespräche / "nachhaken"
- O_absichtlich nicht nachgehakt
- O_Chef nach dem Telefonat einbezogen
- O_Chef sofort einbezogen
- O_Patienten eigenständig einbestellt

7.2 Zuordnung der Codes zu Code-FamilienCode Familie: Rollenverständnis

7.2.1 ROLLENVERSTÄNDNIS UNPROFESSIONELL

Rollenverständnis unprofessionell	AH01	AH02	AH03	AH04	AH05	AH06	AH07	AH08	AH09	AH10	AH12	AH14	AH15	AH16	AH18	AH19	AH20	AH21	AH22	AH23	AH24	AH26	AH27	AH28	AH30	AH31	TOTAL	Anz. Pers.	% Pers.	
(F4) Hintergrundwissen über Lebensgeschichte der Patienten	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	2	7,69
(J2.2) KEINEN Nutzen für Arzt/weiß nicht	0	0	0	1	0	0	0	2	1	0	1	2	1	0	2	0	3	1	0	0	0	0	1	0	0	0	15	10	38,46	
(N11) Erwartungshaltung/Verpflichtungsgefühl	1	0	0	0	1	8	1	2	2	3	0	0	0	0	1	1	0	0	1	2	0	2	0	3	6	0	34	14	53,85	
E_Besprechung DeMoL nicht nötig	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	1	3,85	
E_später als am nächsten Tag	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	1	0	0	0	7	6	23,08	
F_ "Sache zwischen 2 Menschen"	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3,85	
F_Alter/Reife	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	7,69	
F_Berufserfahrung ist wichtig	2	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	10	6	23,08	
J_Routine	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	7	1	0	2	0	16	7	26,92	
J_Einfluss auf Nicht-Studienpatienten	0	0	0	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	3	0	10	6	23,08	
J_Intimität	0	0	0	0	1	0	0	0	0	3	0	0	1	0	2	8	0	0	3	1	1	1	1	1	1	0	0	23	11	42,31
J_kurativ	1	0	0	1	2	0	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	2	0	0	3	0	1	1	0	0	17	13	50	
J_Nutzen Patient_Gespräche mit AH	0	3	2	1	5	1	1	0	2	7	1	1	2	1	0	2	4	5	1	5	1	5	4	2	8	0	64	22	84,62	
J_Patienten sind offener/ AH ist Vertrauensperson geworden	0	3	2	3	4	5	4	1	3	5	2	3	3	4	2	0	4	3	4	4	4	6	4	3	8	2	86	24	92,31	
J_Patienten wollen verdrängen	0	0	0	0	0	0	0	3	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	3	11,54	
K_weniger Schematisierung	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3,85	
O_Chef nicht einbezogen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	3	3	11,54	
O_beratende Gespräche / "nachhaken"	0	0	0	1	0	2	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	2	0	1	3	2	0	4	0	20	12	46,15	
TOTALS:	5	6	4	10	15	18	7	11	13	21	5	8	7	7	14	16	12	15	13	14	12	24	19	11	31	4	322	26	100	
Anzahl genannter Codes	4	2	2	7	7	5	4	7	7	6	4	5	4	4	9	6	4	7	7	5	6	6	11	6	6	3				
% genannter Codes	22,22	11,11	11,11	38,89	38,89	27,78	22,22	38,89	38,89	33,33	22,22	27,78	22,22	22,22	50	33,33	22,22	38,89	38,89	27,78	33,33	33,33	61,11	33,33	33,33	16,67	30,77			
Anzahl der Codes > 30%	2	0	0	3	3	2	2	3	3	3	1	2	2	2	4	3	2	3	3	2	3	3	4	3	2	0	3,19			
% der Codes >30%	40,00	0,00	0,00	60,00	60,00	40,00	40,00	60,00	60,00	60,00	20,00	40,00	40,00	40,00	80,00	60,00	40,00	60,00	60,00	40,00	60,00	60,00	80,00	60,00	40,00	0,00	63,85			

7.2.2 ROLLENVERSTÄNDNIS PROFESSIONELL

Rollenverständnis professionell	AH01	AH02	AH03	AH04	AH05	AH06	AH07	AH08	AH09	AH10	AH12	AH14	AH15	AH16	AH18	AH19	AH20	AH21	AH22	AH23	AH24	AH26	AH27	AH28	AH30	AH31	TOTAL	Anz. Pers.	% Pers.
(F6) keine medizinischen/fachlichen Qualifikationen nötig	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	9	7	26,92
B_AH kann die Patienten gut bremsen	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	4	4	15,38
E_AH "ermittelt" Antwort mit Patienten	0	1	0	0	0	0	0	1	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	9	4	15,38
E_AH bringt ihre persönliche Einschätzung ein	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	4	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	12	7	26,92
E_am gleichen oder nächsten Tag	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	3	3	0	1	1	0	2	1	1	19	14	53,85
E_in besonderen Situationen sofort	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	7	6	23,08
F_innere Stärke/Abgrenzung	3	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	3	11,54
J_Nutzen Patient_von Praxis wichtig genommen/betreuter gefühlt	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	9	5	19,23
J_aktive Mitarbeit/Zielvereinbarungen	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	4	4	15,38
J_Arzt ist größere Vertrauensperson	0	0	0	1	1	1	2	0	1	0	1	2	0	0	0	0	0	2	2	0	2	0	0	0	4	2	21	12	46,15
J_berufliche Weiterbildung	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	1	3,85
J_keine Freundin/Therapeutin/Vertrauensperson	2	0	2	0	0	0	0	1	0	1	5	0	0	1	2	1	3	0	1	0	1	2	1	2	2	1	28	16	61,54
J_Nutzen Arzt_Vorinformationen über Patient	1	1	2	0	0	1	2	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	2	0	0	1	1	1	19	16	61,54
J_Nutzen Patient_bessere medizinische Behandlung	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	3	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	3	0	11	7	26,92
J_Nutzen Patient_Kontakt halten/Kontrolle	0	0	0	1	0	0	4	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	9	5	19,23
J_Nutzen Patient_Regelmäßigkeit/Pünktlichkeit	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	2	1	0	0	2	0	0	1	12	9	34,62
J_Nutzen Patient_Vermittlerrolle der AH/leichterer Zugang zum Arzt	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	2	9	8	30,77
J_Patienten vertrauen Chef und AH gleichermaßen	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	1	2	1	0	10	8	30,77
J_supportiv	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	4	4	15,38
K_Schematisierung ist nützlich	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	3,85
O_absichtlich nicht nachgehakt	0	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	7,69
O_Chef sofort einbezogen	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	0	0	0	0	1	3	0	0	0	2	2	14	7	26,92
TOTALS:	7	9	8	8	5	3	10	5	9	14	10	4	4	10	7	10	5	10	12	8	10	5	6	7	13	13	212	26	100
Anzahl genannter Codes	4	9	6	7	5	3	5	5	8	7	6	3	4	6	5	6	3	5	6	8	7	3	6	6	7	10	5,77		
% genannter Codes	18,18	40,91	27,27	31,82	22,73	13,64	22,73	22,73	36,36	31,82	27,27	13,64	18,18	27,27	22,73	27,27	13,64	22,73	27,27	36,36	31,82	13,64	27,27	27,27	31,82	45,45	26,22		
Anzahl der Codes > 30%	2	3	4	2	3	2	4	1	4	2	4	3	3	3	1	2	3	3	4	4	5	2	3	5	5	6	3,19		
% der Codes >30%	28,57	42,86	57,14	28,57	42,86	28,57	57,14	14,29	57,14	28,57	57,14	42,86	42,86	42,86	14,29	28,57	42,86	42,86	57,14	57,14	71,43	28,57	42,86	71,43	71,43	85,71	45,6		

7.2.3 HOHE BELASTUNG DURCH DIE ARBEITSAUFGABE

Hohe Belastung durch die Arbeitsaufgabe	AH01	AH02	AH03	AH04	AH05	AH06	AH07	AH08	AH09	AH10	AH12	AH14	AH15	AH16	AH18	AH19	AH20	AH21	AH22	AH23	AH24	AH26	AH27	AH28	AH30	AH31	TOTAL	Anz. Pers.	% Pers.	
(G1) AH hat wenig Patientenkontakt	1	1	0	1	0	1	1	2	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	13	9	34,62
(N11) Erwartungshaltung/Verpflichtungsgefühl	1	0	0	0	1	8	1	2	2	3	0	0	0	0	1	1	0	0	1	2	0	2	0	3	6	0	34	14	53,85	
(N12) Schweigepflicht	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	3,85
(N2) Frage Versager birgt Konfliktpotential	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	8	2	7,69
(N4) Kompetenzüberschreitung	0	0	0	2	1	6	0	2	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	8	0	0	0	0	0	23	8	30,77
(N5) Gespräche	0	1	0	0	2	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	13	6	23,08
(N7) Unsicherheit über eigene Rolle	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	15,38
(N8) Schlimme Situation / Stimmung der Patienten	0	0	0	0	0	1	2	0	1	0	0	0	0	0	1	2	0	0	3	0	0	4	0	0	0	0	0	14	7	26,92
F_Schulung_mehr über Depression als Krankheit	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	2	0	0	0	5	3	11,54
F_Schulung_mehr "Abgrenzungen" / psycholog. Unterstützung	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	2	7,69
F_Schulung_mehr zu Umgang mit schwierigen Situationen	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	1	0	8	7	26,92
G_Patienten erzählen AH mehr als dem Doktor	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	15,38
J_AH erfährt mehr über die Patienten als der Arzt	3	0	0	1	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	3	1	1	1	0	2	17	10	38,46
J_AH möchte CM nicht weiter machen	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	4	15,38
J_negatives Patientenfeedback	0	0	4	1	3	0	0	4	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	4	0	0	21	9	34,62
J_Verhältnis verschlechtert	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	0	6	1	3,85
K_Anderes Krankheitsbild wählen	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3	3	11,54
K_Ah soll mitentscheiden, welche Patienten eingeschlossen werden	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	7,69
K_Nur Patienten mit leichter Depression einschließen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2	2	7,69
L_AH muss geben	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	2	0	0	0	2	1	13	10	38,46
L_allgemein schwierig	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	6	4	15,38
L_Patient macht etwas	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	7	7	26,92
N_Angst vor Bejahung der Frage/Reaktion bei Suizidalität	0	2	0	2	1	0	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	1	2	0	16	10	38,46
N_Ansprechen auf Tod	0	1	3	0	0	2	2	0	2	0	0	1	1	0	4	0	0	1	2	1	0	0	1	1	2	0	0	24	14	53,85
N_durchgeführter Suizid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	2	1	3,85
N_Frage nach Suizid verschlimmert Symptomatik	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	7,69
N_negativ Patientennektion	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	6	5	19,23
N_Suizidfrage anders vorgelesen	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	4	3	11,54
TOTALS:	6	7	11	9	14	24	9	18	19	9	3	5	7	2	8	5	4	11	10	8	2	38	5	11	17	5	267	26	100	
Anzahl genannter Codes	4	6	4	7	9	10	7	11	10	4	3	4	6	2	5	4	4	6	7	5	1	13	4	8	6	4	5,92			
% genannter Codes	14,29	21,43	14,29	25	32,14	35,71	25	39,29	35,71	14,29	10,71	14,29	21,43	7,14	17,86	14,29	14,29	21,43	25	17,86	3,57	46,43	14,29	28,57	21,43	14,29	21,15			
Anzahl der 5 wichtigsten Codes	2	3	4	5	4	5	4	5	7	3	1	2	3	0	5	3	2	2	6	5	0	4	2	5	7	2	3,5			
% der 5 wichtigsten Codes	28,57	42,86	57,14	71,43	57,14	71,43	57,14	71,43	100	42,86	14,29	28,57	42,86	0	71,43	42,86	28,57	28,57	85,71	71,43	0	57,14	28,57	71,43	100	28,57	50			

7.2.4 NIEDRIGE BELASTUNG DURCH DIE ARBEITSAUFGABE

Niedrige Belastung durch die Arbeitsaufgabe	AH01	AH02	AH03	AH04	AH05	AH06	AH07	AH08	AH09	AH10	AH12	AH14	AH15	AH16	AH18	AH19	AH20	AH21	AH22	AH23	AH24	AH26	AH27	AH28	AH30	AH31	TOTAL	Anz. Pers.	% Pers.	
(F5) gute Vorbereitung	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	2	1	0	2	1	1	0	0	0	0	0	14	12	46,15	
(J3.3) keine Veränderung/ neutrale Wertung	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	5	0	1	0	3	0	0	0	0	0	2	1	0	1	16	8	30,77	
(L6.3) Umgang unproblematisch	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	2	9	6	23,08
G AH kennt die Patienten sehr lange	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	3	0	2	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	11	6	23,08
J Nutzen AH/Patient_positives Patientenfeedback	0	3	3	2	0	1	0	0	3	3	1	1	2	5	1	0	1	0	1	2	1	0	2	1	4	1	38	19	73,08	
J AH würde CM weiterhin machen	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	4	0	0	0	10	7	26,92	
J besseres Verhältnis zu ehemals unsympathische Patienten	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	3	11,54	
J mehr Kontakt zu Patienten/Krankheiten	2	1	0	0	2	3	1	3	2	0	1	0	0	2	1	0	2	3	1	1	3	1	2	2	2	2	37	20	76,92	
J Spezialisierung/überschaubarer	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	2	7,69	
N Keine Belastung ohne Grund	3	0	1	0	0	0	0	0	0	0	3	0	2	0	0	2	1	1	0	0	1	1	1	0	1	3	20	12	46,15	
N keine Belastung Berufserfahrung	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	3	0	1	1	0	1	0	10	8	30,77	
N KEINE Belastung Chef	0	0	1	2	1	0	0	0	0	4	1	0	1	1	0	0	2	0	0	1	3	2	2	0	0	0	21	12	46,15	
N keine Belastung eigene Fähigkeiten	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	3	0	9	5	19,23	
N keine Belastung enges Verhältnis zum Patient	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	2	0	1	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	10	8	30,77	
N keine Belastung keine schwierigen Situationen	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	0	0	0	5	4	15,38	
N Patienten beantworten Frage problemlos	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	2	0	9	8	30,77	
TOTALS:	5	6	6	5	5	7	2	5	6	14	13	3	14	16	7	7	15	8	4	11	12	9	16	4	16	8	224	26	100	
Anzahl genannter Codes	2	2	3	1	2	4	1	2	2	3	4	2	4	5	2	4	6	4	1	5	4	5	5	2	5	2	3,15			
% genannter Codes	12,5	12,5	18,75	6,25	12,5	25	6,25	12,5	12,5	18,75	25	12,5	25	31,25	12,5	25	37,5	25	6,25	31,25	25	31,25	31,25	12,5	31,25	12,5	19,71			
Anzahl der 5 wichtigsten Codes	2	3	4	3	3	4	2	1	2	4	7	1	7	5	4	3	7	3	3	5	6	4	5	3	5	3	3,81			
% der 5 wichtigsten Codes	25,00	37,50	50,00	37,50	37,50	50,00	25,00	12,50	25,00	50,00	87,50	12,50	87,50	62,50	50,00	37,50	87,50	37,50	37,50	62,50	75,00	50,00	62,50	37,50	62,50	37,50	47,60			

7.2.5 NIEDRIGE BELASTUNG DURCH DAS ARBEITSUMFELD

Niedrige Belastung durch das Arbeitsumfeld	AH01	AH02	AH03	AH04	AH05	AH06	AH07	AH08	AH09	AH10	AH12	AH14	AH15	AH16	AH18	AH19	AH20	AH21	AH22	AH23	AH24	AH26	AH27	AH28	AH30	AH31	TOTAL	Anz. Pers.	% Pers.	
B_Chef telefonisch erreichbar	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	11	11	42,31	
(C5) Unterstützung der Kollegen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	3,85	
(I1) Teamarbeit	0	1	0	1	2	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	2	0	1	1	1	3	3	0	3	0	27	19	73,08	
J_allgemein engere Zusammenarbeit	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	2	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	10	9	34,62	
J_Arzt fragt AH nach ihrer Einschätzung	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	4	0	1	0	0	0	0	0	1	0	8	5	19,23	
J_Arzt interessiert sich für die Infos der AH	0	0	1	1	2	1	1	0	2	1	1	1	0	1	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	21	13	50
J_Arzt versorgt AH mit Informationen	0	2	0	1	0	0	3	0	2	3	0	0	1	1	0	0	1	0	0	2	0	0	1	0	4	1	22	12	46,15	
J_Freiraum gegeben	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	15,38	
J_Patientenversorgung übernommen	2	0	0	0	1	1	2	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	2	1	2	0	18	14	53,85	
J_Supervision	1	1	2	1	0	1	1	1	2	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	2	0	0	1	0	1	18	15	57,69	
J_Team	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	5	5	19,23	
N_KEINE Belastung_Chef	0	0	1	2	1	0	0	0	0	4	1	0	1	1	0	0	2	0	0	1	3	2	2	0	0	0	21	12	46,15	
Unterstützung Kollegen pos.	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	6	6	23,08	
TOTALS:	3	7	4	8	7	4	8	3	7	12	4	5	4	8	3	4	15	0	5	5	8	7	8	2	16	4	161	25	96,15	
Anzahl genannter Codes	3	6	4	7	5	5	5	3	5	7	4	5	5	8	4	4	8	1	6	4	5	5	5	2	6	4	4,85			
% genannter Codes	23,08	46,15	30,77	53,85	38,46	38,46	38,46	23,08	38,46	53,85	30,77	38,46	38,46	61,54	30,77	30,77	61,54	7,69	46,15	30,77	38,46	38,46	38,46	15,38	46,15	30,77	37,28			
Anzahl der 5 wichtigsten Codes	3	3	2	4	3	3	4	3	3	4	2	2	2	4	2	2	4	0	3	4	3	2	4	2	3	2	2,81			
% der 5 wichtigsten Codes	50	50	33,33	66,67	50	50	66,67	50	50	66,67	33,33	33,33	33,33	66,67	33,33	33,33	66,67	0	50	66,67	50	33,33	66,67	33,33	50	33,33	46,79			

7.2.6 HOHE BELASTUNG DURCH DAS ARBEITSUMFELD

Hohe Belastung durch das Arbeitsumfeld	AH01	AH02	AH03	AH04	AH05	AH06	AH07	AH08	AH09	AH10	AH12	AH14	AH15	AH16	AH18	AH19	AH20	AH21	AH22	AH23	AH24	AH26	AH27	AH28	AH30	AH31	TOTAL	Anz. Pers.	% Pers.
(J7.3) veränderte Rollenverteilung/AH übernimmt Arztaufgab	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	8	3	11,54
B_allg. Arbeitsaufwand / fehlende Ruhe	1	0	0	0	0	3	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	2	0	1	0	14	10	38,46
J_Arzt versorgt AH nicht mit Informationen	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	3	0	1	15	11	42,31
J_Arzt zeigt wenig Interesse	0	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	2	0	1	0	0	9	7	26,92
J_keine Teamarbeit	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	9	9	34,62
Unterstützung Kollegen neg.	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	4	4	15,38
TOTALS:	3	0	2	0	2	7	0	3	3	1	4	2	2	1	1	1	1	4	2	3	1	8	4	5	1	1	62	23	88,46
Anzahl genannter Codes	2	0	1	0	3	4	0	3	2	1	2	2	1	0	0	1	1	3	1	3	1	6	2	3	1	1	1,69		
% genannter Codes	33,33	0	16,67	0	50	66,67	0	50	33,33	16,67	33,33	33,33	16,67	0	0	16,67	16,67	50	16,67	50	16,67	100	33,33	50	16,67	16,67	28,21		

7.2.7 HOHE BELASTUNG DURCH DIE ARBEITSBEDINGUNGEN

Hohe Belastung durch Arbeitsbedingungen	AH01	AH02	AH03	AH04	AH05	AH06	AH07	AH08	AH09	AH10	AH12	AH14	AH15	AH16	AH18	AH19	AH20	AH21	AH22	AH23	AH24	AH26	AH27	AH28	AH30	AH31	TOTAL	Anz. Pers.	% Pers.
B_Abschweifungen ziehen Gespräche in die Länge	3	0	0	0	0	1	0	1	2	0	0	0	2	1	2	0	0	0	0	2	0	2	1	1	4	0	22	12	46,15
B_allg. Arbeitsaufwand / fehlende Ruhe	1	0	0	0	0	3	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	2	0	1	0	14	10	38,46
B_Alltag der Patienten	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	3	1	1	0	1	1	0	2	0	1	0	1	0	1	1	1	18	15	57,69
B_Arbeitszeiten der AH	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	0	2	9	7	26,92
B_fehlendes Personal/Praxisstruktur	0	0	1	3	2	2	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	0	3	0	3	0	0	22	14	53,85
B_in Freizeit telefoniert	2	0	0	1	0	4	0	0	2	2	2	1	2	1	2	0	0	0	0	1	0	4	1	2	0	0	27	14	53,85
B_schlechte Erreichbarkeit/Mitarbeit der Patienten	0	0	2	3	0	1	1	0	0	0	2	5	1	2	0	0	0	0	1	3	0	1	4	2	2	0	30	14	53,85
B_Telefonate mussten abgesagt / verschoben werden/AH vergisst Telefonate	0	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	2	1	0	0	1	0	2	0	11	7	26,92
B_von zuhause telefoniert	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	2	0	1	2	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	12	10	38,46
J_Arbeitsbelastung	0	0	0	0	0	1	1	2	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	9	6	23,08
J_keinen Freiraum gegeben	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	3,85
K_eine Kraft die nur CM macht	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	7,69
TOTALS:	4	1	7	9	6	12	3	5	7	5	8	10	4	6	7	3	0	5	3	9	0	12	10	10	9	2	157	24	92,31
Anzahl genannter Codes	4	1	4	5	3	7	3	5	6	4	4	5	4	6	6	3	0	4	2	8	0	7	6	6	7	2	4,31		
% genannter Codes	33,33	8,33	33,33	41,67	25	58,33	25	41,67	50	33,33	33,33	41,67	33,33	50	50	25	0	33,33	16,67	66,67	0	58,33	50	50	58,33	16,67	35,9		
Anzahl der 5 wichtigsten Codes	4	1	3	4	1	6	2	3	4	4	4	5	4	5	5	2	0	3	1	7	0	7	4	5	4	1	3,42		
% der 5 wichtigsten Codes	57,14	14,29	42,86	57,14	14,29	85,71	28,57	42,86	57,14	57,14	57,14	71,43	57,14	71,43	71,43	28,57	0	42,86	14,29	100	0	100	57,14	71,43	57,14	14,29	48,9		

7.2.8 NIEDRIGE BELASTUNG DURCH DIE ARBEITSBEDINGUNGEN

Niedrige Belastung durch Arbeitsbedingungen	AH01	AH02	AH03	AH04	AH05	AH06	AH07	AH08	AH09	AH10	AH12	AH14	AH15	AH16	AH18	AH19	AH20	AH21	AH22	AH23	AH24	AH26	AH27	AH28	AH30	AH31	TOTAL	Anz. Pers.	% Pers.	
B_gute Erreichbarkeit/Mitarbeit der Patienten	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	0	0	1	2	1	1	1	1	1	4	1	2	1	1	1	0	1	29	23	88,46
B_integrierbar in Praxisalltag	0	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	3	0	1	0	0	2	14	10	38,46	
B_nur in der regulären Arbeitszeit telefoniert	0	1	0	0	1	0	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	1	2	12	10	38,46	
J_Freiraum gegeben	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	4	15,38	
J_Spezialisierung/überschaubarer	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	2	7,69	
TOTALS:	1	4	1	3	3	1	5	2	1	0	0	2	4	2	1	2	3	1	6	2	6	1	3	1	1	5	61	24	92,31	
Anzahl genannter Codes	1	4	1	2	3	1	3	2	1	0	0	2	3	2	1	2	3	1	3	2	3	1	3	1	1	3	1,88			
% genannter Codes	20	80	20	40	60	20	60	40	20	0	0	40	60	40	20	40	60	20	60	40	60	20	60	20	20	60	37,69			

7.2.9 AKZEPTANZ ALS ERKRANKUNG

Akzeptanz als Erkrankung	AH01	AH02	AH03	AH04	AH05	AH06	AH07	AH08	AH09	AH10	AH12	AH14	AH15	AH16	AH18	AH19	AH20	AH21	AH22	AH23	AH24	AH26	AH27	AH28	AH30	AH31	TOTAL	Anz. Pers.	% Pers.
(J4.1) veränderte Einstellung	0	1	1	3	2	1	3	0	0	0	2	1	1	0	0	1	2	1	5	0	1	1	0	0	3	2	31	17	65,38
(L5.2) Akzeptanz	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	9	8	30,77
TOTALS:	0	1	1	3	2	1	3	0	1	2	2	1	2	0	0	1	2	2	5	0	2	1	1	0	4	3	40	20	76,92
Anzahl genannter Codes	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	2	0	0	1	1	2	1	0	2	1	1	0	2	2	0,96		
% genannter Codes	0,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	50,00	0,00	50,00	50,00	50,00	50,00	100,00	0,00	0,00	50,00	50,00	100,00	50,00	0,00	100,00	50,00	50,00	0,00	100,00	100,00	48,08		

7.2.10 KEINE AKZEPTANZ ALS ERKRANKUNG

Keine Akzeptanz als Erkrankung	AH01	AH02	AH03	AH04	AH05	AH06	AH07	AH08	AH09	AH10	AH12	AH14	AH15	AH16	AH18	AH19	AH20	AH21	AH22	AH23	AH24	AH26	AH27	AH28	AH30	AH31	TOTAL	Anz. Pers.	% Pers.
L "Lebensumstände oder Krankheit?"	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	4	4	15,38
L "schwer nachvollziehbar"	3	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	9	4	15,38
L Vortäuschung / Übertreibung	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	1	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	5	19,23
TOTALS:	3	0	0	0	1	0	0	4	0	0	0	2	0	0	1	5	0	1	0	0	3	0	0	0	0	0	20	8	30,77
Anzahl genannter Codes	1	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	2	0	0	1	3	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0,5		
% genannter Codes	33,33	0	0	0	33,33	0	0	66,67	0	0	0	66,67	0	0	33,33	100	0	33,33	0	0	66,67	0	0	0	0	0	16,67		

7.2.11 PESSIMISTISCHE PROGNOSE

Pessimistische Prognose	AH01	AH02	AH03	AH04	AH05	AH06	AH07	AH08	AH09	AH10	AH12	AH14	AH15	AH16	AH18	AH19	AH20	AH21	AH22	AH23	AH24	AH26	AH27	AH28	AH30	AH31	TOTAL	Anz. Pers.	% Pers.
L_gefährlichere und ungefährlichere Depressionen	0	0	0	0	2	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	0	2	0	0	0	0	11	9	34,62
L_Linderung möglich/Heilung nicht möglich/Rückfälle	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	2	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	7	6	23,08
L_Prognose "weiß ich nicht"	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	3	3	11,54	
L_Prognose hängt von der Art der Depression ab	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	2	0	1	0	0	0	1	1	0	0	2	12	10	38,46	
L_schlechte Prognose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2	7,69	
N_Frage nach Suizid verschlimmert Symptomatik	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	7,69	
TOTALS:	0	0	2	0	2	0	0	2	2	1	3	2	2	2	6	1	3	1	0	1	2	3	1	0	2	38	18	69,23	
Anzahl genannter Codes	0	0	1	0	1	0	0	2	2	1	3	2	2	2	4	1	3	1	0	1	2	2	1	0	1	0	1,23		
% genannter Codes	0	0	16,67	0	16,67	0	0	33,33	33,33	16,67	50	33,33	33,33	33,33	66,67	16,67	50	16,67	0	16,67	33,33	33,33	16,67	0	16,67	20,51			

7.2.12 OPTIMISTISCHE PROGNOSE

Optimistische Prognose	AH01	AH02	AH03	AH04	AH05	AH06	AH07	AH08	AH09	AH10	AH12	AH14	AH15	AH16	AH18	AH19	AH20	AH21	AH22	AH23	AH24	AH26	AH27	AH28	AH30	AH31	TOTAL	Anz. Pers.	% Pers.
L_optimistische Prognose	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	5	5	19,23
TOTALS:	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	5	5	19,23
Anzahl genannter Codes	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0,19		
% genannter Codes	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	0,00	100,00	100,00	0,00	0,00	100,00	0,00	0,00	100,00	19,23		

7.2.13 PROFESSIONELLES THERAPIEVERSTÄNDNIS

Professionelles Therapieverständnis	AH01	AH02	AH03	AH04	AH05	AH06	AH07	AH08	AH09	AH10	AH12	AH14	AH15	AH16	AH18	AH19	AH20	AH21	AH22	AH23	AH24	AH26	AH27	AH28	AH30	AH31	TOTAL	Anz. Pers.	% Pers.
L. Hilfe_Gesprächstherapie / Selbsthilfegruppen	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	8	8	30,77
L. Hilfe_kein Mitleid sondern Führung	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	4	2	7,69
L. Medikamente helfen	0	0	0	0	0	0	2	0	1	0	2	0	1	1	0	0	2	1	0	0	2	1	1	1	0	0	14	10	38,46
TOTALS:	0	0	0	0	0	0	2	0	2	0	3	0	3	2	0	4	2	1	0	0	2	1	2	1	0	1	26	13	50
Anzahl genannter Codes	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	2	0	3	2	0	2	1	1	0	0	1	1	2	1	0	1	0,77		
% genannter Codes	0	0	0	0	0	0	33,33	0	66,67	0	66,67	0	100	66,67	0	66,67	33,33	33,33	0	0	33,33	33,33	66,67	33,33	0	33,33	25,64		

7.2.14 LAIENHAFTES THERAPIEVERSTÄNDNIS

Laienhaftes Therapieverständnis	AH01	AH02	AH03	AH04	AH05	AH06	AH07	AH08	AH09	AH10	AH12	AH14	AH15	AH16	AH18	AH19	AH20	AH21	AH22	AH23	AH24	AH26	AH27	AH28	AH30	AH31	TOTAL	Anz. Pers.	% Pers.
L. CARE_unprofessionell	0	0	0	0	0	0	0	1	1	4	1	2	2	1	2	1	2	0	1	1	1	2	0	0	2	2	26	16	61,54
L. Medikamente in Kombi/als Unterstützung	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	7	5	19,23
L. Skepsis gegen Medikamente	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	3,85
TOTALS:	0	0	0	0	0	0	0	1	1	5	1	4	2	3	2	1	2	0	1	1	1	4	0	1	2	2	34	17	65,38
Anzahl genannter Codes	0	0	0	0	0	0	0	1	1	2	1	2	1	2	1	1	1	0	1	1	1	3	0	1	1	1	0,85		
% genannter Codes	0	0	0	0	0	0	0	33,33	33,33	66,67	33,33	66,67	33,33	66,67	33,33	33,33	33,33	0	33,33	33,33	33,33	100	0	33,33	33,33	33,33	28,21		

7.3 Interviewleitfaden

Interview – Leitfaden Arzthelferinnen Intervention

Motivation

1. Was waren Ihre Gründe an der Studie teilzunehmen?

2. Welche Erwartungen hatten Sie zu Beginn der Studie?

- 2.1. Was, glaubten Sie, würde sich für Sie verändern?
- 2.2. Was, glaubten Sie, würde sich für Ihre Patienten verändern?

CM – Kreislauf und Praktikierbarkeit

Ich würde nun gerne über Ihre Erfahrungen mit der praktischen Umsetzung des Case Management sprechen und dazu die einzelnen Arbeitsschritte (Terminvereinbarung, Telefonate, Rückmeldung an den Arzt) der Reihe nach durchgehen:

3. Zur Terminplanung: Zu welchen Tagen und Zeiten haben Sie telefoniert?

- 3.1. Haben Sie die Telefonate auf mehrere Tage verteilt (oder hatten Sie einen Haupttelefonatag?) *Warum haben Sie das so gemacht?*
- 3.2. Haben Sie in Ihrer Freizeit telefoniert? (Wochenende, nach der Sprechstunde?)
- 3.3. Welche Probleme gab es bei der Terminplanung?

4. Wie haben Sie die Telefonate geführt?

- 4.1. Waren die Patienten erreichbar?
 - Aus welchen Gründen waren sie nicht erreichbar?
- 4.2. Waren die Telefonate (in organisatorischer Hinsicht) problematisch?

5. Wie haben Sie Ihren Chef / Ihre Chefin über das Gespräch informiert?

- 5.1. Wie haben Sie den DeMoL an den Arzt weitergeleitet?
- 5.2. Haben Sie auch persönlich mit Ihrem Chef / Ihrer Chefin über die Telefonate gesprochen?
 - In welchen Situationen?
 - Wie häufig kam das vor?
- 5.3. Hatten Sie das Gefühl, Ihren Chef immer rechtzeitig informieren zu können? (Oder hätten Sie ihm manchmal gerne früher Bescheid gegeben?)
 - Wenn ja: warum ging das nicht?
 - Wieviel Zeit ist in etwa vergangen, bis der DeMoL dem Arzt vorlag? --> Versuchen Sie sich an die letzten 3 DeMoLs zu erinnern

6. Waren Sie mit der Rückmeldung zufrieden, die Sie von Ihrem Chef / Ihrer Chefin über den Patienten bekommen haben?

- 6.1. Haben Sie zu jedem Bogen eine Rückmeldung erhalten? *Wann ist das geschehen?*
- 6.2. Über welche Inhalte wurden Sie unterrichtet?
 - Hat Ihr Chef Sie auch über die Gespräche informiert, die er mit dem Patienten hatte, zum Beispiel nach einem Termin mit dem Patienten?
- 6.3. Hätten Ihnen manchmal mehr Informationen über den Patienten bei Ihrer Arbeit als CM geholfen?

7. Würden Sie insgesamt sagen, dass sich das Case Management in den Praxisalltag integrieren ließ? Welche Probleme gab es dabei?

- 7.1. Welcher Teil Ihrer Arbeit als CM war am zeitintensivsten?

Rolle als CM / Selbstbild

13. Was unterscheidet Ihre Arbeit als Arzthelferin von Ihrer Arbeit als Case-Managerin?

14. Wie haben Sie das CM erlebt: Als Teamarbeit ODER als Aufgabe, die vor allem in Ihrer Verantwortung liegt?

14.1. Wie würden Sie Ihre Aufgabe als CM beschreiben? Unterstützen Sie vor allem den Arzt oder helfen Sie vor allem den Patienten?

15. Sind Sie zufrieden mit diesen neuen Aufgaben?

15.1. Fühlten Sie sich insgesamt der Sache gewachsen?

Einstellung zur Depression

16. Beschäftigen Sie sich gerne mit depressiven Patienten?

16.1. Gibt es Unterschiede im Umgang mit depressiven Patienten und Patienten mit anderen Erkrankungen?

17. Was glauben Sie ist die Ursache dafür, dass Patienten depressiv werden?

18. Glauben Sie, dass Depressionen heilbar sind?

19. Welche Therapie hilft Ihrer Meinung nach depressiven Patienten am besten?

20. Hatten Sie schon immer dieser Ansichten oder hat sich Ihre Meinung zur Depression im Laufe der Studie verändert?

Beziehung zum Arzt

21. Wie hat sich Ihr Verhältnis zu Ihrem Chef durch Ihre Arbeit als CM verändert?

22. Hat sich Ihr Chef / Ihre Chefin für Ihre Arbeit als CM interessiert?

Effektivität

23. Wie beurteilen Sie das Case Management? Hat es etwas gebracht?

23.1. Wem hat es genutzt und wodurch?

23.2. Hat das CM den Patienten etwas gebracht?

- Von welchem Aspekt des CM haben die Patienten nach Ihrer Einschätzung am meisten profitiert?

23.3. Hat das CM Ihrem Chef / Ihrer Chefin etwas gebracht?

Zukünftige Überlegungen

24. Haben Sie Verbesserungsvorschläge?

25. Können Sie sich vorstellen, in Zukunft in mehr Bereichen stärker in die Patientenbetreuung mit einbezogen zu werden? Wenn ja, welche Aufgaben können Sie sich vorstellen?

MÖCHTEN SIE NOCH ETWAS ANMERKEN?

8 Schriftliche Erklärung

Ich erkläre ehrenwörtlich, dass ich die dem Fachbereich Medizin der Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main zur Promotionsprüfung eingereichte Dissertation mit dem Titel

Arzthelferinnen in der hausärztlichen Betreuung depressiver Patienten: Rollenverständnis, Krankheitstheorie, Belastungsfaktoren

in dem Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt a.M. unter Betreuung und Anleitung von Prof. Dr. med., Dipl. Päd. Jochen Gensichen, MPH ohne sonstige Hilfe selbst durchgeführt und bei der Abfassung der Arbeit keine anderen als die in der Dissertation angeführten Hilfsmittel benutzt habe. Darüber hinaus versichere ich, nicht die Hilfe einer kommerziellen Promotionsvermittlung in Anspruch genommen zu haben.

Ich habe bisher an keiner in- oder ausländischen Universität ein Gesuch um Zulassung zur Promotion eingereicht*. Die vorliegende Arbeit wurde bisher nicht als Dissertation eingereicht.

Vorliegende Ergebnisse der Arbeit wurden (oder werden) in folgendem Publikationsorgan veröffentlicht:

Gensichen J, Jaeger C, Peitz M, Torge M, Güthlin C, Mergenthal K, Kleppel V, Gerlach FM, Petersen JJ. Health care assistants in primary care depression management: role perception, burdening factors, and disease conception. Ann Fam Med.,7(6):513-9, 2009

(Ort, Datum) (Unterschrift)

9 Lebenslauf

Persönliche Daten

Name	Jäger, Cornelia
Geburtstag	06.08.1982
Geburtsort	Lahr
Familienstand	Ledig
Staatsangehörigkeit	Deutsch

Schulbildung und Studium

09/1989 – 07/1993	Grundschule Klosterschule Lichtental in Baden-Baden
08/1993 – 06/2002	Gymnasium Hohenbaden in Baden-Baden
06/2002	Abschluss mit allgemeiner Hochschulreife
09/2002	Immatrikulation an der J.W. Goethe Universität im Fachbereich Medizin
06/2009	Abschluss d. Studiums der Humanmedizin / Erlangung der Approbation

Berufliche Tätigkeiten

11/1999 – 08/2002	Beschäftigung als Produktionshilfe beim SWR in Baden-Baden
01/2005 – 09/2009	Beschäftigung als Pflegehelferin beim „Club Behinderter und ihrer Freunde e.V.“ in Frankfurt a. M.
07/2006 - 09/2007	HiWi-Stelle im Institut für Allgemeinmedizin der J.W. Goethe-Universität
seit 10/2009	Ärztin in Weiterbildung, Innere Medizin Krankenhaus Weinheim

Auslandspraktika

08/2003	Vierwöchiges Pflegepraktikum in Togo, Sokodé
03/2004	Vierwöchiges Pflegepraktikum in Paris, Pitié-Salpêtrière
10/2005 – 04/2006	Auslandssemester an der Karlsuniversität in Prag
10/2007 – 01/2008	Mitarbeit beim „Rwanda Village Concept Project“ und Absolvierung einer vierwöchigen Famulatur in der Chirurgie der National University Rwanda

Publikationen und Preise

09/2008	Deutscher Forschungspreis für Allgemeinmedizin (Dr. Lothar – Beyer – Preis) mit der Arbeitsgruppe des „PRoMPT“- Projekts
06/2009	„Health Care Assistants in primary care depression management: Role perception, burdening factors and disease conception“, erschienen „Annals of Family Medicine“, PMID: 19901310