Aus dem Universitätsklinikum Ulm

Abteilung Psychosomatik und Psychotherapie

Amtierender Leiter: Professor Dr. Harald Gündel

Sichtweisen und Umgang von Hausärzten/-innen auf männliche Patienten mit Depression und Burnout-Syndrom – Eine qualitative Studie

Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin

der Medizinischen Fakultät

der Universität Ulm

vorgelegt von

Leinberger-Gohr, Doris

geboren in Frankfurt am Main

2021

Amtierender Dekan: Prof. Dr. Thomas Wirth

1. Berichterstatter: Prof. Dr. Harald Gündel

2. Berichterstatter: Prof. Dr. Silvia Krumm

Tag der Promotion: 22.07.2022

Inhaltsverzeichnis

Tabellenverzeichnis III

Abbildungsverzeichnis IV

Abkürzungsverzeichnis V

1. Einleitung 1

1.1 Depression: Definition und Abgrenzung zum Burnout-Syndrom 5

1.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich Depression und Burnout-Syndrom 8

1.3 Männerdepression: Definition und Stand der Forschung 12

1.4 Relevante Faktoren im hausärztlichen Setting 14

1.5 MenDe Studienvorstellung 18

1.6 Forschungsziele 23

2. Methodik 25

2.1. Qualitative Studie – Experteninterviews mit Hausärzten/-innen 25

2.2 Rekrutierung 29

2.3 Datenerhebung 29

2.4 Datenauswertung 30

2.5 Ethik und Datenschutz 31

2.6 Gütekriterien der Studie 31

3. Ergebnisse 33

3.1 Kodierleitfaden 33

3.2 Auswertungen der Kategorien 42

3.2.1 Ursachen und Auslöser der Depression beim Mann 42

3.2.2 Eintritt in das Behandlungssystem 43

3.2.3 Diagnose 48

3.2.4 Behandlung 53

3.2.5 Wahrnehmung Hausarztrolle 64
3.2.6 Geschlechterspezifische Unterschiede 70
3.2.7 Typisierung der Patienten 74
3.2.8 Hausärztetypisierung 78
4. Diskussion 81
4.1 Interpretation der Ergebnisse aus den verschiedenen Kategorien 81
4.2 Vergleichende Betrachtung der Ergebnisse mit den Interviews mit psychiatrischem Fachpersonal 95
4.3 Limitationen 102
4.4 Schlussfolgerung 104
5. Zusammenfassung 108
6. Literaturverzeichnis 110
Danksagung 117
Lebenslauf 118

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1 Verwendeter Leitfaden für die Interviews mit Hausärzten/-innen aus Baden-Württemberg, 2017 27

Tabelle 2 Deskription der interviewten Hausärzte/-innen aus Baden-Württemberg im Jahr 2017 (n=15, 10 weiblich, 5 männlich) 30

Tabelle 3 Kodierungsleitfaden für die Auswertung der Interviews mit Hausärzten/-innen in Baden-Württemberg in 2017 mit Haupt- und Unterkategorien 39

Tabelle 4 Behandlungsziele der interviewten Hausärzte/-innen für männliche depressive Patienten sowie die von den Hausärzten/-innen wahrgenommenen Patientenziele (Baden-Württemberg, 2017)..... 60

Tabelle 5 In den Interviews mit Hausärzten/-innen genannte Behandlungsvorschläge der Patienten aus Sicht der Interviewten, Optimierungsvorschläge und Vorschläge bezüglich des Gesundheitssystems (Baden-Württemberg, 2017)..... 63

Tabelle 6 Geschlechterspezifische Eigenschaften von depressiven Männern im Vergleich zu depressiven Frauen aus den Interviews mit Hausärzten/-innen aus Baden-Württemberg (2017) 72

Tabelle 7 Typisierung der interviewten Hausärzte/-innen aus Baden-Württemberg im Jahr 2017 (n=15, 10 weiblich, 5 männlich) 79

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Die verschiedenen Komponenten des psychischen Stresszirkels nach Brühlmann (2010) 7

Abbildung 2: Rollenverständnis der interviewten Hausärzte/-innen (n=15, 10 weiblich) je nach Behandlungsphase der depressiven Männer, Baden-Württemberg, 2017..... 65

Abbildung 3: Von den interviewten Hausärzten/-innen (n=15, 10 weiblich) wahrgenommenes Rollenverständnis in Gegenüberstellung zu den von ihnen genannten benötigten Eigenschaften einer/s Hausärztin/-arztes, Baden-Württemberg, 2017 66

Abbildung 4: Aus den Interviews mit Hausärzten/-innen herausgearbeitete Typisierung der männlichen Patienten mit Depression, Baden-Württemberg, 2017..... 75

Abkürzungsverzeichnis

AG	Altersgruppen der Interviewten in Jahren
AVEM	Arbeitsbezogene Verhaltens- und Erlebnismuster (Persönlichkeitsdiagnostisches Verfahren)
BDI-II	Revidierte Beck Depressions Inventar (Selbstbeurteilungsinstrument der Depressionsschwere)
BOS	Burnout-Syndrom
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
DMP	Disease Management Programme (strukturierte Behandlungsprogramme für chronisch Kranke)
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition (diagnostischer und statistischer Leitfaden psychischer Störungen)
DSS	Depression-Stigma-Skala
EBM	Einheitlicher Bewertungsmaßstab, Verzeichnis, nach dem nahezu alle vertragsärztlichen ambulanten Leisungen der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th revision (internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme in der 10. Revision)
MBSR	Mindfulness based stress reduction (Meditationsprogramm zur achtsamkeitsbasierten Stressreduktion)
MDRS-22	Male Depression Risk Scale (Skala zur Messung von externalisierenden Depressionssymptomen bei Männern)
NGRO	Fragebogen/Skala zur Messung der normativen Geschlechterrollenorientierung

1. Einleitung

Depression ist eine weit verbreitete Krankheit und wird zunehmend als „Volkskrankheit“ bezeichnet. Die Punktprävalenz von Depression in der Allgemeinbevölkerung liegt bei circa zehn Prozent [4, 23, 46]. Bei sechs bis sieben Prozent aller Arbeitnehmer lassen sich außerdem Burnout-Symptome finden. In bestimmten Risikogruppen wie medizinischen oder sozialen Berufen kann diese Zahl sogar auf 20 Prozent ansteigen. [33] Wie das statistische Bundesamt beschreibt, zeigt sich in der Entwicklung der Statistiken aus den Jahren 2000 bis 2017 ein großer Anstieg, der in Deutschland vollstationär behandelten depressiven Patienten: „In Deutschland wurden im Jahr 2017 rund 266 000 Patientinnen und Patienten aufgrund einer Depression vollstationär im Krankenhaus behandelt. Die Zahl der Behandlungsfälle hat sich damit seit der Jahrtausendwende mehr als verdoppelt.“ [49] Diese Entwicklung erscheint zunächst alarmierend, allerdings wurde gleichzeitig ein Rückgang der bundesweiten Suizidrate verzeichnet. Dies deutet in Kombination wiederum auf eine Verbesserung der Versorgung und Behandlung von an Depression erkrankten Menschen in Deutschland hin. Nichts desto trotz lag 2017 bei den verstorbenen 15- bis 35-Jährigen der Anteil von Suizid an allen Todesursachen bei circa 20 Prozent [50]. Mit voranschreitendem Alter steigen die Suizidraten deutlich an: „[L]iegen sie bis zum Alter von 45 Jahren unter dem Bundesdurchschnitt, steigen sie bis zum 70. Lebensjahr auf rund 15 je 100.000 [Einwohner], um dann in der Altersgruppe der über 85-Jährigen auf über 30 je 100.000 anzusteigen.“ [50]

Die Relevanz einer adäquaten und effektiven Versorgung und Behandlung von Patienten/-innen mit depressiven Störungen bildet sich ebenfalls aus einer wirtschaftlichen Perspektive ab. So weisen Arbeitnehmer/-innen mit einer Depression doppelt so viele Tage auf, an denen sie arbeitsunfähig sind, wie Arbeitnehmer/-innen ohne eine solche Diagnose [29]. Laut dem statistischen Bundesamt verursachen psychische Störungen sowie Verhaltensstörungen 13 Prozent aller in Deutschland entstehenden Krankheitskosten. Damit sind diese Störungen die zweitmeist kostenverursachenden Krankheitsbilder nach Kreislaufsystemerkrankungen (14%). Eine geschlechterspezifische Betrachtung der 2015 entstandenen Krankheitskosten zeigt sogar, dass bei Frauen psychische

Störungen die teuerste Krankheitsklasse ist, was sich mit einem Betrag von durchschnittlich 600 Euro pro Einwohnerin abbildet. [50]

„Der Mann – das starke Geschlecht – darf und will sich keine Schwächen erlauben“ [58]. Diesem Ausschnitt aus einem Artikel, der bei Spiegel (online) erschien, folgte die Diskussion über ein zentrales Problem bei der Erkennung von Depressionen bei Männern. Diese präsentiert sich anders als mit den in der Gesellschaft allgemein bekannten Symptomen und wird dadurch schlechter erkannt.

Eine Studie von Brownhill et.al. [7] fand heraus, dass einige Männer, die depressiv sind, emotionale Not erleben können, die sich in Vermeidungs-, Betäubungs- und Fluchtverhalten manifestiert und zu Aggression, Gewalt und Suizid führen kann. Begründet wurde dieses Erleben durch emotionalen Disstress, der durch die traditionelle Vorstellung von Männlichkeit eingeschränkt ist und erklärt, warum Depressionen bei Männern oft versteckt, übersehen, nicht diskutiert oder ausgelebt werden.

Dass Männer eine Depression anders erleben und sich deren Symptomatik von denen der Frauen nicht nur bezüglich Intensität, sondern grundlegend in anderer Form äußert, beschreibt bereits 2005 die retrospektive Studie von Winkler et.al. [57]. Die Männer hatten laut der Studie in ihrer letzten depressiven Episode höhere Werte für Reizbarkeit, zeigten eine Tendenz zu Überreaktionen und litten signifikant häufiger unter Wutanfällen als betroffene Patientinnen. Weitere multivariate Analysen zeigten, dass Männer eine signifikant geringere Impulskontrolle hatten und während ihrer Depression häufiger symptomatischen Substanzkonsum und hyperaktives Verhalten zeigten, während Frauen häufiger unter Hypersomnie und Schweregefühl in den Gliedmaßen litten.

In neueren Studien von Rice, Möller-Leimkühler et al. [45] wurden externalisierenden Verhaltensweisen als Ausdruck eines männlichen Subtyps der Depression gedeutet, der nicht mit den aktuellen diagnostischen Kriterien übereinstimmt. Dies erschwert die Erkennung und Behandlung von depressiven Männern. Die Studie beinhaltete das Anwenden und Auswerten einer multidimensionalen Männlichen Depressions-Risiko-Skala (MDRS-22) zur Identifikation externalisierender Depressionssymptomatik bei Männern. Die Ergebnisse dieser Studie deuten darauf hin, dass sowohl Männer als auch Frauen externalisierende Depressionssymptome erleben, diese Symptome jedoch bei

Männern nach negativen Lebensereignissen besonders stark ausgeprägt sein können. Die Befunde legen nahe, dass externalisierende Symptome ein spezielles Merkmal der Depression bei Männern sein können. Angesichts der problematischen Natur solcher externalisierenden Symptome (z.B. exzessiver Substanzkonsum, Aggression, Risikobereitschaft) erscheint ihre klinische Bewertung gerechtfertigt.

Außer der zum Teil unterschiedlichen Symptomatik von depressiven Männern im Vergleich zu betroffenen Frauen, zeigen sich noch andere geschlechterspezifische Differenzen rund um die Erkrankungen *Depression* und *Burnout-Syndrom* (BOS, im weiteren Verlauf auch als Burnout bezeichnet). Andere demographische und sozio-ökonomische Faktoren sind außerdem entscheidend für die Entwicklung und Eigenschaften depressiver Erkrankungen.

Im Geschlechtervergleich zeigt sich, dass Männer durchschnittlich weniger zum Arzt gehen und damit ebenfalls weniger Hilfeleistungen in Anspruch nehmen. Ungeachtet demographischer geschlechterspezifischer Unterschiede manifestiert sich dies bezogen auf die Anzahl der Arztbesuche im Jahr in 14 Kontakten bei Männern im Vergleich zu 20 Kontakten bei Frauen. Frauen haben im Vergleich zu Männern außerdem doppelt bis dreifach so häufig Psychotherapiekontakt. [31] Eine mögliche Erklärung hierfür ist die Diagnostik von psychischen Erkrankungen. Männer werden beispielsweise mit einer Prävalenz von 8,1 Prozent im Vergleich zu 15 Prozent nur halb so häufig mit Depression diagnostiziert wie Frauen [62]. Die Suizidrate hingegen überwiegt bei Männern deutlich: auf drei suizidale Männer kommt eine Frau [11]. Übertragen auf absolute Zahlen der Selbstmorde pro Einwohner bedeutet dies, dass 2017 bundesweit 11,2 Suizide je 100.000 Einwohner vollzogen wurden – geschlechterspezifisch zusammengesetzt aus 16,5 Männern und 5,3 Frauen je 100.000 Einwohnern. Damit liegt Deutschland laut statistischem Bundesamt im europäischen Mittelfeld. [50] Unter der Annahme, dass einem Suizid sehr oft eine Depression voraus geht, weisen besonders die Statistiken bezüglich der Geschlechterungleichverteilung der Suizide in Deutschland auf eine Unterdiagnostizierung der Depression bei Männern hin (laut Skogman, Alsén und Öjehagen geht circa 60 Prozent der Suizide eine Depression voraus [48]).

Einerseits findet seitens männlicher depressiver Patienten eine geringere Kontaktaufnahme und -bereitschaft und andererseits eine unzureichende Diagnosestellung seitens der Ärzte/-innen statt. Dementsprechend scheint nicht nur

eine Unterdiagnose von depressiven Männern, die keine Hilfeleistung aufsuchen, problematisch, sondern auch Fehl- oder Nicht-Diagnostizieren von Männern, die Hilfe in Anspruch nehmen (wollen) [40]. Dies resultiert häufig in einer suboptimalen Behandlung von Männern mit Depression bei Inanspruchnahme von Hilfe.

Als vorgelagerte Bedingung für eine ärztliche Behandlung stellt sich in fast allen Fällen zunächst die Erstkontaktknüpfung der depressiven Patienten mit dem Hausarzt heraus, der nach der Diagnosefindung eine angemessene Behandlungsstrategie einleiten kann [3].

Kombiniert zeigen diese Gegebenheiten eine Notwendigkeit der Verbesserung und Optimierung des Erstkontaktes von Männern mit ihrem/r Arzt/Ärztin. Der Erstkontakt findet in fast allen Fällen mit dem Hausarzt statt, weshalb eine korrekte, akkurate Diagnosestellung durch den Hausarzt wichtig ist [3]. Nur wenn durch die richtige Diagnose „Depression“ (oder auch „Burnout“) die Weichen für eine angemessene Behandlung gestellt werden, kann der hohen Suizidalität bei Männern mit Depression entgegengewirkt und die Therapie effektiv gestaltet werden.

Einige Faktoren erschweren oder verhindern sogar die korrekte Diagnosestellung im hausärztlichen Setting. Vor allem die externalisierten Symptome von Männern mit Depression finden sich nicht auf den typischen Screening-Instrumenten mit DSM-IV oder ICD-10 Kriterien. Zu diesen bei männlichen Patienten mit Depression eher üblichen Symptomen gehören Aggression, Alkoholmissbrauch, Reizbarkeit und Feindseligkeit. Die internalisierten, „typisch weiblichen“ Symptome einer Depression wie Niedergeschlagenheit, Erschöpfung und Resignation können durch die externalisierenden Symptome in den Hintergrund gedrängt werden. [12, 40]

Aufgrund der Besonderheiten der sogenannten „Männerdepression“ im Vergleich zur Depression bei weiblichen Betroffenen, und nicht zuletzt der Ausrichtung der Herangehensweise an und Behandlung von Depressionen an der typisch „weiblichen“ Depressionssymptomatik, fordert Wolfersdorf [62] spezielle Therapieansätze für die Behandlung von Männern mit Depression.

Eine Untersuchung der Sichtweise von Hausärzten/-innen als erste Anlaufstelle von männlichen Patienten mit Depression ist daher von immenser Bedeutung. Neben dem Erlangen eines tieferen Verständnisses für den hausärztlichen Blickwinkel bei der Arbeit mit männlichen depressiven Patienten, sollen im Zuge dieser Dissertation neue Diagnose- und Verhaltensansätze im Setting mit den betroffenen Patienten

generiert werden. Dabei sollen die aktuell praktizierten Untersuchungs- und Therapiemethoden einbezogen werden.

1.1 Depression: Definition und Abgrenzung zum Burnout-Syndrom

Unter einer Depression ist eine primäre Erkrankung der Affektivität eines Menschen, d.h. der Stimmung und der Gefühle, zu verstehen [24, 59]. Beim Vorhandensein einer Depression treten somatische, affektive und kognitive Symptome vereint auf. Eine Depression wird dabei anhand einer bestimmten typischen Symptomatik beschrieben, die z.B. in der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) oder in dem 4th Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) als diagnostische Kriterien festgehalten ist [59]. Die Art von affektiver Störung, unter der ein Mensch leidet, wird über die Dauer, Art und die Polarität der Symptomatik definiert, die vorliegt. Liegen nur depressive Symptome wie gedrückt-depressive Stimmung, Freudlosigkeit, Interessenverlust und erhöhte Ermüdbarkeit vor, dann handelt es sich um eine unipolare Störung. Weiter wird bei einer Mindestdauer der depressiven Symptome von zwei Wochen von einer depressiven Episode oder auch einer Major Depression gesprochen. Dauern die Symptome und somit die affektive Verstimmung zwei Jahre oder länger an, dann handelt es sich um eine sogenannte Dysthymie. Liegen jedoch neben den depressiven Symptomen (phasenweise) auch manische Symptome vor, dann spricht man von einer bipolaren affektiven Störung. Eine manische Episode wird ebenfalls mittels eines Zeitkriteriums von einer langfristigen manisch-depressiven Phase, Zyklothymia, abgegrenzt, welche in diesem Falle eine Woche beträgt.[1] Diagnostisch wird zusätzlich der Schweregrad der depressiven Episode unterschieden, welcher von leicht über mittel zu schwer reicht. [24]

Ein weiterer nicht zu unterschätzender Bereich beim Betrachten von depressiven Störungen ist die Psychosomatik. Bei 20 bis 30 Prozent der Patienten/-innen mit chronischen somatischen Krankheiten liegt eine behandlungsbedürftige Depression vor [24]. Symptome wie Schlafstörung, diffuse Schmerzen, Müdigkeit und Appetitveränderung sind differenzialdiagnostisch schwer zu beurteilen, weil ihnen

[1] In der vorliegenden Arbeit soll der Fokus nicht auf den zuletzt genannten bipolaren affektiven Störungen liegen, dieser liegt auf einer depressiven Episode, bzw. einer Major Depression.

sowohl somatische als auch depressive Krankheitsprozesse zugrunde liegen können. Häufig überlappen die Symptome einer Depression mit denen von somatoformen (Angst-) Störungen oder die Krankheiten koexistieren tatsächlich im Krankheitsverlauf.

Die Wichtigkeit eines raschen Erkennens und einer effektiven Behandlung von depressiven Störungen wird nochmals durch die Forschungserkenntnis deutlich, dass eine Depression, sofern sie über ein Jahr lang besteht, mit hoher Wahrscheinlichkeit, die nächsten fünf Jahre andauert [24].

Nach dem Beschreiben der (typischen) Symptomatik einer Depression soll eine Abgrenzung zum Burnout-Syndrom erfolgen. Patienten/-innen mit der Diagnose Burnout leiden ebenfalls unter einer affektiven Störung. Bianchi, Schonfeld und Laurent definieren ein Burnout als ein dreidimensionales Konstrukt, welches (1) emotionale Erschöpfung, (2) Depersonalisation (auch Zynismus genannt) und (3) reduzierte persönliche Leistung (auch als mangelnde berufliche Effizienz bezeichnet) umfasst [5].

Eine simple und bildliche Differenzierung von Burnout und Depression gibt Brühlmann [8], der die Symbolik einer Spirale zu Abgrenzungszwecken benutzt. Laut Brühlmann ist der zentrale Unterschied zwischen einem Burnout und einer Depression die „Richtung“ der affektiven Spirale, in der sich der oder die Betroffene befindet. Diese Spirale setzt sich Brühlmann zu Folge in beiden Fällen Depression und Burnout aus dem psychischen Stresszirkel zusammen (siehe Abbildung 1). Dieser pathogenetische Stresszirkel umfasse vier Hauptelemente, die sich bedingend in der Manifestierung einer affektiven Erkrankung enden können. Der Stress wird durch eine äußere Ursache eingeleitet und in der Stressspirale durch innere Einstellungen verstärkt. So kann zum Beispiel die innere Stressverstärkung auf einen autoritären Vorgesetzten (äußere Ursache) aus hohen Selbstanforderungen oder geringem Vertrauen in die eigene Kompetenz bestehen. Der/die Betroffene kann somit mit einer antreibenden oder hemmenden Eigenreaktion zur äußeren Stressquelle beitragen. Mit der individuellen Reaktion der Betroffenen entwickelt sich die Bewertung der Stresssituation, wobei hier das Bewerten der Differenz zwischen Können und Sollen entscheidend ist. Diese kann entweder als stimulierend (Eustress) oder als überfordernd (Distress) wahrgenommen und bewertet werden. Sofern die Stresssituation (Zusammenspiel

von äußerer Ursache und individueller Reaktion) und damit die Differenz aus Sollen und Können als Distress eingeschätzt wird, so folgen spezielle körperliche und psychische Antworten des/der Betroffenen, die sogenannten Distressreaktionen. Bei einem Einbruch dieses Stresszirkels manifestiert sich schließlich laut Brühlmann das Krankheitsbild. [8]

Dieser beschriebene pathogenetische Stresszirkel wird beim Burnout-Syndrom als Aufwärts- und bei der Depression als Abwärtsspirale beschrieben. Die Richtung bildet sich in erster Linie aus der Reaktion des Betroffenen auf den äußeren Stressor. Bei Betroffenen mit dem Krankheitsbild einer Depression werden bestehende depressive Grundmuster aktiviert; die Reaktion ist hemmend, z.B. Selbstzweifel („Ich kann das nicht“). Die Reaktion von Betroffenen mit Burnout ist hingegen antreibend, z.B. Selbstaufforderung („Ich schaffe das“). Als Konsequenz werden die Stresssituationen zwar in beiden Fällen als Distress eingeschätzt, allerdings sind die dahinterliegenden emotionalen Zustände der Betroffenen unterschiedlich. Während der Betroffene in der depressiven Abwärtsspirale sich hilflos fühlt, so fühlt sich der Betroffene in der Burnout-Aufwärtsspirale überfordert. Die persönliche Distressreaktion ist im Falle einer affektiven Abwärtsspirale eine Entmutigung, die bei weiterem Durchlaufen der Spirale iterativ zunimmt, bis die Stressspirale zusammenbricht und das Krankheitsbild einer Depression mit dem Gefühl des „Abgestorbensein“ entsteht. [8]

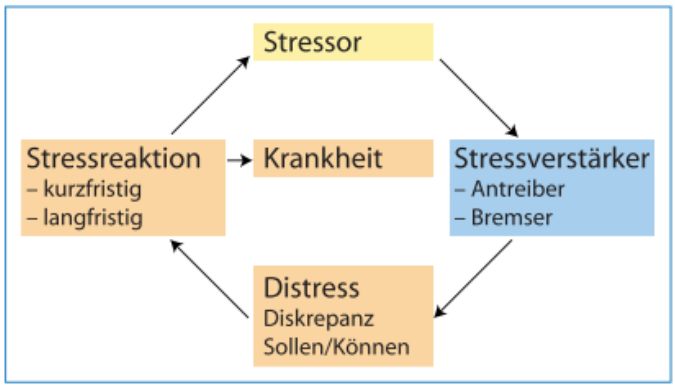


Abbildung 1: Die verschiedenen Komponenten des psychischen Stresszirkels nach Brühlmann (2010) [8]

Bei der affektiven Aufwärtsspirale ist die persönliche Distressreaktion eine „narzisstische Kränkung mit einer Trotzreaktion: ‚Ich schaffe es trotzdem´“.[8] Bei

wachsenden äußeren Anforderungen und iterativem Durchlaufen der Aufwärtsspirale manifestiert sich so das Krankheitsbild eines Burnouts mit dem Gefühl des „Ausgebranntsein“.

Lalouschek und Kainz [34] sehen in den steigenden Zahlen von Menschen, die an Burnout erkranken, ein Problem auf gesellschaftlicher, organisatorischer und individueller Ebene, welches auch auf allen drei Ebenen bekämpft werden müsse. Besonders heben die Autoren Burnout Prävention am Arbeitsplatz als Möglichkeit hervor, auf die Zielsetzung Burnout gefährdeter Arbeitnehmer einzuwirken. So könne zum Beispiel eine realistische Zielsetzung und -definition überprüft werden und realitätsnahes Wahrnehmen, Kreativität, Ausdauer, Flexibilität und Selbstvertrauen geschult werden. [34]

Burnout wird in der ärztlichen Versorgung fast ausschließlich mit dem Maslach Burnout Inventory gemessen [39, 54]. Thalhammer und Paulitsch [54] kritisieren an diesem jedoch die unzureichende Möglichkeit zur Abgrenzung von Burnout zu anderen psychischen Störungen und das Fehlen einer klaren Aussage über die Abnormität des Gesundheitszustands des Betroffenen.

In einer vorangegangenen Studie von Bahlmann, Angermeyer und Schomerus [2] wird deutlich, dass die Diagnose *Burnout* mit weniger Stigma versehen ist und die Diagnoseakzeptanz bei den Patienten oft höher ist, als bei der Diagnose *Depression.* Besonders im hausärztlichen Setting greifen die Ärzte/-innen daher oft auf die Diagnosestellung *Burnout* zurück. Aus diesem Grund wäre eine Trennung der männlichen Patienten mit den Diagnosen *Burnout* oder *Depression* in dieser Dissertation nicht sinnvoll, da die Experteninterviews mit Hausärzten/-innen geführt werden. Diese werden mit Blick auf die Ergebnisse von Bahlmann, Angermeyer und Schomerus [2] mit hoher Wahrscheinlichkeit ebenfalls keine strikte Diagnosetrennung praktizieren.

1.2 Geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich Depression und Burnout-Syndrom

In diesem Unterkapitel werden vorhandene geschlechterspezifische Erkenntnisse bei den Erkrankungen Depression und Burnout in den Bereichen *Epidemiologie*, *Symptomatik, Ursachen und Auslöser* sowie *Suizid* berichtet.

Epidemiologie

Die Prävalenz der Erkrankung *Depression* im Allgemeinen ist gut erforscht. Es gibt sowohl Befunde in verschiedenen Settings (klinisch, hausärztlich) bezüglich Punktprävalenzen sowie Zeitraumprävalenzen. Becker und Abholz [3] verglichen Studienergebnisse bezüglich Prävalenzen von Depression in Allgemeinarztpraxen. Die Ergebnisse fielen in den verschiedenen Studien je nach verwendetem Messinstrument teilweise unterschiedlich aus, mit Prävalenzen zwischen ca. acht und 17 Prozent. Geschlechterspezifisches Auftreten von Depression wurde ebenfalls bereits gut erforscht. Männer werden beispielsweise mit einer Prävalenz von 8,1 Prozent- im Vergleich zu 15 Prozent bei Frauen,- nur halb so häufig mit Depression diagnostiziert [62]. Die berichtete Prävalenz von Burnout beträgt laut Lalouschek und Kainz [33] ca. 6 bis 7 Prozent und ist damit niedriger als die von Depression. Es gibt jedoch keine eindeutigen Befunde zur Geschlechterspezifik der Prävalenz von Burnout [44]. In einigen Studien wurde eine Überrepräsentation von Burnout bei Frauen gefunden, was durch Ungleichbehandlung am Arbeitsplatz und durch doppelte Rollenbelastung (Haushalt/Kindererziehung und Arbeit) erklärt werden könnte [53]. Purvanova und Muros [44] fanden in ihrer Meta-Analyse jedoch keine Hinweise auf eine Überrepräsentation von Burnout bei Frauen.

Symptomatik

Bezüglich geschlechterspezifischer Symptomatik von Depression berichten Wolfersdorf, Schulte-Wefers und Schaller [61] von Studienergebnissen im stationären Bereich. Diese zeigen, dass bei stationär aufgenommenen depressiven Männern und Frauen zwar die gleiche Symptomatik vorlag, Männer wurden jedoch als schwerer depressiv krank eingeschätzt; ebenso wie die eigene Hoffnungslosigkeit von männlichen Patienten höher angegeben wurde. Die Selbsteinschätzung zum Schweregrad der Depression sowie zu typischen Symptomen wie Appetitlosigkeit, Herzklopfen, Erschöpfbarkeit, Angstgefühl und Energielosigkeit fällt bei stationär aufgenommenen depressiven Frauen allerdings höher aus, wenn diese mittels einer Beschwerdeliste gemessen wurde. Bei Männern hingegen war das Durchschnittsalter in der stationären Behandlung von Depression mit mehr als drei Jahren Unterschied signifikant höher, ebenso die Werte, welche die männlichen Patienten auf einem Depressionsinventar zur Sexualität (Beck Depressions-Inventar BDI-II) erzielten. Außerdem waren die Werte

der Männer bezüglich der selbst eingeschätzten Hoffnungslosigkeit auf der Hoffnungslosigkeitsskala nach Beck signifikant höher. [62]

Die Ergebnisse von Wolfersdorf et al. geben einen weiteren Hinweis darauf, dass bei männlichen Patienten mit Depression vermehrt „untypische“, externalisierende Symptome wie Aggression und Alkoholabhängigkeit vorliegen, die nicht Teil der Selbsteinschätzung in der Studie waren. Dies bestätigt auch Möller-Leimkühler, welche die sich teilweise stark von den Symptomen depressiver Frauen unterscheidenden Symptome männlicher Patienten hervorhebt [41].

Bei Patienten und Patientinnen mit Burnout-Syndrom konnten ebenfalls Unterschiede in der Symptomatik entdeckt werden. In ihrer Meta-Analyse fanden Purvanova und Muros [44] Geschlechterunterschiede in den Facetten von Burnout. So waren Frauen tendenziell stärker emotional erschöpft, Männer tendenziell stärker depersonalisiert. Bei dem vorhandenen Fokus von vielen gängigen Klassifikationsinstrumenten auf die emotionale Erschöpfung fürchten Purvanova und Muros eine Überdiagnostizierung von Frauen und eine Unterdiagnostizierung von Männern mit Burnout-Symptomen.

Ein weiterer geschlechterspezifischer Unterschied im Burnout-Prozess zeigt sich darin, dass Männer sich öfter vom Überengagement und dauerhaft hohen Leistungen durch Verleugnung von eigenen negativen Empfindungen direkt in ein Burnout begeben, ohne dass sie die Überbelastung zuvor richtig wahrgenommen haben.[33]

Ursachen und Auslöser

Wolfersdorf [60] erörtert in seiner Arbeit die Geschlechterspezifik in den Ursachen einer Depression. Als Auslöser einer Depression spielen Lebensereignisse sowohl bei Männern als auch bei Frauen eine zentrale Rolle. Männer seien tendenziell anfälliger für die Entwicklung einer Depression nach Lebensereignissen, die sie selbst betreffen. Das können zum Beispiel Rollenverluste wie Arbeitslosigkeit sein. Insbesondre seien jene Ereignisse Risikofaktoren, die die Leistungsfähigkeit betreffen oder einschränken. Frauen hingegen tendieren laut Wolfersdorf eher dazu, Depressionen nach Lebensereignissen zu entwickeln, die eine Person im engen familiären Kreis betreffen. Dieses Phänomen, bei dem eine Depression bei weiblichen Patienten zum Beispiel durch den Tod des Partners oder des Kindes ausgelöst wird, wird auch die „Cost of Caring“-Hypothese genannt. [60]

Es gibt des Weiteren Geschlechterunterschiede bezüglich Depressionsrisiken, die von Piccinelli und Wilkinson [43] aufgezeigt werden. Risikofaktoren für die Entwicklung einer Depression sind bei beiden Geschlechtern ein niedriger sozioökonomischer Status, bei Frauen außerdem unter anderem ein niedriger Bildungsstatus, (alleinerziehende) Mutter, Haus- oder Ehefrau zu sein sowie geringe soziale Unterstützung zu haben oder das Erfahren sexuellen Missbrauchs in der Kindheit. Bei Männern hingegen gilt zusätzlich zum sozioökonomischen Status unter anderem alleine leben, Trennung, Arbeitslosigkeit, Pensionierung und das Vorhandensein einer chronischen Erkrankung als Risikofaktor für die Entwicklung einer Depression. [40, 43]

Geschlechterspezifische Aspekte zeigen sich ebenfalls beim Burnout [20, 33, 35, 44]. Geschlechterunabhängig gelten überhöhte Erwartungen laut Lalouschek und Kainz [33] als Auslöser eines Burnouts. Diese überhöhten Erwartungen bestehen laut Lalouschek und Kainz bei Männern eher aus Leistungs- und Erfolgsorientierung, Aufgabenorientierung und individueller Orientierung. Bei Frauen hingegen sind die Erwartungen eher sozial, emotional und kollektiv ausgerichtet. Im zweiten Schritt in der Burnout-Entwicklung folgt die Enttäuschung bei Nichterfüllen der Erwartungen. Die Enttäuschung zeigt sich gemäß den Unterschieden bezüglich der übersteigerten Erwartungen bei Männern und Frauen in unterschiedlichen Bereichen (emotionale Erschöpfung versus Depersonalisierung). [33]

Suizid

Passend dazu zeigen sich Muster beim Thema Suizid. Während dieser bei Frauen eher beziehungsorientiert und schuldgefühlsgetrieben ist, wird er bei Männern eher durch Fehler, Scheitern und Schamgefühle begangen [60]. Diese Scham endet dann in einer suizidalen Krise. Männer zeigen außerdem eher innenorientierte Konfliktlösungsstrategien, was eventuell bereits im Kindesalter „antrainiert“ wurde. So wüchsen Männer laut Wolfersdorf [60] oft mit dem Erziehungsstil „ein Indianer kennt keinen Schmerz“ auf.

Dies könnte eine Erklärung für die weitaus höheren Suizidzahlen von Männern im Vergleich zu Frauen sein (3:1) [50, 61], denn die für Frauen typischen Schuldgefühle sind tendenziell leichter zu überwinden als die Scham, die Männer typischerweise fühlen. Die geschlechterspezifischen Unterschiede in der Selbstmordrate bilden

sich in absoluten Zahlen folgendermaßen ab. Während bundesweit je 100.000 Einwohnern 16,5 Männer Suizid begangen, waren es bei den Frauen 5,3 [50]. Belastend hinzuzufügen ist, dass bei Männern eine Depression öfter falsch oder nicht behandelt wird (durch Fehl-/Unterdiagnosen und/oder Nicht-Inanspruchnahme von Hilfeleistungen) [60]. Hinzu kommt, dass bei Frauen die Suizidversuche überwiegen, diese jedoch nicht so häufig im tatsächlichen Suizid enden. Eine simple Erklärung hierfür ist die gewählte Suizid-Methode, die bei Männern oft „determinierter“ und „extremer“ ist (z.B. Erhängen). Frauen werden aufgrund der von ihnen gewählten Methode zum Selbsttod öfter gerettet (z.B. durch Einnahme einer Überdosis an Tabletten) [60, 61].

1.3 Männerdepression: Definition und Stand der Forschung

Den geschlechterspezifischen Besonderheiten der Erkrankung *Depression* gerecht werdend, wurde das Konzept der sogenannten *Männerdepression* (oder auch der männlichen Depression) eingeführt, das sich gezielt mit Stresserleben und -verarbeitung von Männern beschäftigt, welche sich auf die Entwicklung von Depression und Burnout sowie in letzter Konsequenz Suizidalität auswirken. [60]

Die Beschäftigung mit männlicher Depression ist nicht zuletzt aus dem Grund des sogenannten Geschlechterparadoxons essenziell [41]. Dieses Paradoxon umfasst das bereits angesprochene Phänomen einer hohen Suizidrate bei gleichzeitig niedriger Depressionsrate, die 2017 je nach Altersgruppe der Patienten/-innen bei den Männern bis zu fünf Mal höher war [50].

Laut Möller-Leimkühler [41] ist die soziale Geschlechterrolle, mit der Männer behaftet sind, ein großes Gesundheitsrisiko, da eine Selbst- und Fremderwartung der Erfüllung dieser Rolle problematisch werden kann. Damit gemeint ist nicht die biologische Geschlechterzugehörigkeit, sondern jene Geschlechterrolle, die gesellschaftlich konstruiert ist und den Geschlechtern Rollenstereotype in Form von Einstellungen, Verhaltensweisen, Fähigkeiten und Persönlichkeitseigenschaften zuschreibt. Als stereotypisch „typisch“ männliche Eigenschaften werden zum Beispiel aggressiv, ehrgeizig, zielorientiert, selbstsicher, entscheidungs- und abenteuerfreudig, aktiv und rational angesehen. „Typisch“ weibliche Eigenschaften seien hingegen zum Beispiel passiv, vorsichtig, ängstlich, selbstunsicher, angepasst, konfliktvermeidend, emotional und abhängig.

Die traditionelle, typisch männliche, Geschlechterrolle ist geprägt vom Konzept der Hegemonie. Dieses schreibt dem männlichen Geschlecht Überlegenheit und eine dominante soziale Rolle zu. Erwartet wird den Wertevorstellungen der hegemonialen Männlichkeit zufolge von Männern Mut, Leistungsorientierung, Macht, Kontrolle, Dominanz, Unabhängigkeit und Unverletzlichkeit [40]. Das Konzept der hegemonialen Männlichkeit wird von Möller-Leimkühler [41] als für die meisten Männer unerreichbares Ideal und somit als ein extremes Gesundheitsrisiko gesehen, das zu Rollenkonflikten und weiterführend zu Depression führen kann. Möller-Leimkühler [41] und Wolfersdorf, Schulte-Wefers, Straub und Klotz [62] unterstreichen zudem weitere negative Effekte einer starken Identifikation mit einem normativem, hegemonialem Männlichkeitsbild. Denn je stärker sich Männer an diesem Männlichkeitsbild orientieren, desto schlechter ist ihr psychischer Gesundheitszustand und desto seltener gehen sie zu ärztlichen Vorsorgeuntersuchungen. Am traditionellen Männlichkeitsbild orientierte Männer, die unter Depression leiden, weisen zudem verstärkt externalisierende Symptome wie Gewalt und Alkoholsucht auf, und begehen eher einen Suizidversuch. Außerdem unternehmen Männer mit hoher hegemonialer Orientierung weniger oft Hilfesuchversuche, was durch gesteigerte Nichtwahrnehmung und Verleugnung von Symptomen unterstützt wird [41, 62].

Das Konstrukt der hegemonialen Männlichkeit kann andererseits in einigen Fällen als Ressource im Kampf gegen die Depression genutzt werden. Denn ein Hinarbeiten auf die (Wieder-)Erfüllung der im Konzept der hegemonialen Männlichkeit enthaltenen Eigenschaften und Rollen kann als Motivation dienen. Beispiele hierfür sind die Kontrolle wiedererlangen, „einer von den Jungs“ und verantwortungsbewusst zu sein [15]. Laut Emslie, Ridge, Ziebland und Hunt [15] spielt dies vor allem bei jenen betroffenen Männern eine Rolle, die selbst nicht die Ressourcen aufbringen können, eine Identität ihrer selbst aufzubauen, die den konstruierten Definitionen von Männlichkeit unberührt standhält. Für solche Männer kann es hilfreich sein, im Kampf gegen psychische Probleme das traditionelle Bild von „Männlichkeit“ neu zu interpretieren, und so zum Beispiel Erfahrungen mit potenziell weiblicher Attribution als „männlich“ zu werten, um somit ihre eigenen Erfahrungen als konform mit dem traditionellen Männerbild ansehen zu können.

Die Notwendigkeit einer geschlechterspezifischen Herangehensweise an und Behandlung von männlichen Patienten mit Depression sah ebenfalls die American

Psychological Association [6], die deshalb 2018 eine Guideline für den Umgang mit psychisch erkrankten Männern und Jungen veröffentlichte. In diesem Leitfaden werden Faktoren wie der im vorherigen Abschnitt bereits angesprochene Geschlechterrollenkonflikt im Zusammenhang mit dem richtigen Umgang erörtert, den Psychologen/-innen mit eben jenen Faktoren haben sollten.

1.4 Relevante Faktoren im hausärztlichen Setting

Wie bereits erwähnt stellen Hausärzte/-innen die erste Anlaufstelle für Patienten mit Depression dar. Daher ist es wichtig, dass diese korrekt diagnostiziert werden und eine angemessene Behandlung eingeleitet wird. Forschungsergebnisse haben immer wieder Diskrepanzen zwischen der Diagnosestellung von Hausärzten/-innen und denen von Psychiatern/-innen oder Screening-Instrumenten bezüglich depressiver Patienten/-innen festgestellt. Das führt dazu, dass einer beachtlichen Zahl an Patienten mit behandlungsbedürftiger Depression nicht oder falsch geholfen wird. Aufgrund der hohen Rate an nicht oder falsch diagnostizierter Patienten und Patientinnen mit Depression wird Hausärzten/-innen oft Inkompetenz vorgeworfen. Statt die Kompetenz von Allgemeinärzten/-innen anzuzweifeln, weisen Sielk und Abholz [46] auf eine Reihe an Rahmenbedingungen hin, die den Arbeits- und Diagnosealltag in Allgemeinarztpraxen bestimmen. Denn laut Sielk und Abholz [46] ist Kompetenzmangel eine unzureichende Erklärung für die konstant abweichenden Statistiken bezüglich Erkennungsraten in der primärärztlichen Versorgung, die sich über Nationen hinweg häufen.

Die Autoren verweisen auf die Erkenntnisse einer Studie von Kendrick [28], in der Gründe für das Ausbleiben einer Verbesserung der Diagnoserate in der primärärztlichen Versorgung von depressiven Patienten nach einer Schulung diskutiert wurden. Demnach sei bei der hausärztlichen im Gegensatz zu der psychiatrischen Diagnosestellung die zeitliche Gesamtsicht und ein Erkenntniskomplex, der neben dem Patienten selbst auch sein Umfeld und seine Beziehungskonstellationen mit einbezieht, zu berücksichtigen. Ebenfalls spielten exogene psychische Belastungen und soziale Probleme im Diagnoseprozess der Allgemeinärzte/-innen eine Rolle [46].

In der Primärversorgung zeigen sich folgende Probleme mit den ICD-10 Diagnosekriterien, welche häufige Anwendung finden. Zum einen sind die

„männlichen“, untypischeren Symptome im Kriterienkatalog nach ICD-10 nicht vorhanden, zum anderen werden die vielfältigen körperlichen und Schmerzsymptome nicht berücksichtigt. Diese werden aber besonders in primärärztlicher Versorgung und im Erstkontakt genannt und spielen eine wichtige Rolle. Im Hinblick auf die Zeitrestriktionen in Allgemeinarztpraxen empfiehlt Kampfhammer [24] aufgrund ihrer guten Sensitivität und Spezifität folgende Screening-Instrumente zur Verbesserung der Diagnostik: WHO-5 Wellbeing Index mit fünf Items, den Brief Patient Health Questionnaire mit neun Items und den General Health Questionnaire mit 12 Items.

Sielk und Albholz [46] heben hervor, dass hinter dem Problem der Unterdiagnostik von depressiven Störungen durch Hausärzte/-innen vor allem unter Einbezug der zeitlichen Gesamtsicht ebenfalls ein Schwellenwertproblem liegen könnte. Unterstützend für ihre These führen sie an, dass die Erkennungsrate von Depression in Hausarztpraxen mit der Schwere der Depression, das heißt mit zunehmender klarer Überschreitung der im ICD-10 und DSM-IV festgelegter Schwellenwerte, steigt. Bei geringfügiger Veränderung des Schwellenwertes wurden mehr als doppelt so viele Patienten mit der Diagnose Depression versehen. Viele Patienten scheinen sich demnach sehr nahe im Schwellenwertbereich zu befinden. Ein weiterer relevanter Faktor im hausärztlichen Setting scheint eine möglicherweise kleine Compliance oder eine Verweigerung einer vorgeschlagenen Therapie durch den Patienten. Dies könnte nach Sielk und Abholz [46] dazu führen, dass Hausärzte in solchen Fällen trotz richtigem Erkennen keine offizielle Diagnose stellen, um Konflikte mit dem Patienten zu vermeiden.

Was außerdem zu der geringen Erkennungsrate von Depression in Allgemeinarztpraxen beitragen könnte sind einerseits die geringere Zahl an Patienten mit schwerer, klassischer Symptomatik und andererseits der hohe Anteil an Patienten, die ausschließlich somatische Symptome berichten. Besonders im letzteren Fall sei die Depression laut M.Sielk und H.Abholz von Hausärzten/-innen besonders oft unterdiagnostiziert [46]. Es scheint, als ob sich Hausärzte/-innen beim Vorhandensein körperlicher Symptome wohler oder sicherer fühlen, eine somatische statt psychologischer Diagnose zu stellen, was in ihrer Expertise und Erfahrung mit körperlichen Krankheiten begründet sein könnte. Passend dazu fanden Dickmann, Dickmann und Broocks [13] heraus, dass 40 Prozent der 144 in ihrer Studie befragten Haus- bzw. Allgemeinärzte/-innen angaben, nicht genug

Wissen über psychische Krankheiten zu haben. 61 Prozent der Befragten würden zudem ein Desease Management Programm Depression ablehnen.

Die Diagnosestellung durch Hausärzte/-innen erschwert, dass häufig auch eine atypische Symptomatik bei depressiven Patienten vorliegt oder sie mit somatoformen und Angststörungen (symptomatisch) überlappen (Komorbiditäten). Außerdem spielen soziale Faktoren eine entscheidende Rolle [24]. Immer wieder genannt wird die Wichtigkeit des direkten Ansprechens von Symptomen im Arzt-Patienten Setting wie Suizidalität [60] oder durch Depression bedingte Libido-Störung [62].

Für die Diagnosestellung erschwerend kommt zusätzlich hinzu, dass die von den depressiven Patienten oft geäußerten Symptome meist nicht akut lebensbedrohlich sind, und zum Teil scheinen sie primär offensichtlich harmlos. In solchen Fällen wird in Allgemeinarztpraxen häufig auf eine Diagnose verzichtet. Behandelt werden insgesamt in circa der Hälfte aller Fälle die Symptome oder Symptomgruppen

ohne, dass (vorher) eine Diagnosestellung erfolgt. In nur ungefähr zehn Prozent der Fälle wird in Hausarztpraxen eine definitive Diagnose gestellt. [46]

Dass so oft auf eine Diagnosestellung verzichtet wird, vor allem bei nicht akut lebensbedrohlichen oder primär offensichtlich harmlosen Symptomen, hat mit den besonderen Rahmenbedingungen zu tun, die bei der hausärztlichen Entscheidungsfindung eine Rolle spielen. Zu diesen gehören: häufiges Vorhandensein „leichter Fälle“, seltenes Vorhandensein definierter und ernster Erkrankungen, Diagnosestellung im Behandlungsverlauf, Verzicht auf Diagnose bei fehlenden therapeutischen Möglichkeiten und komplexen Deutungszusammenhängen. [46]

Des Weiteren spielt im hausärztlichen Setting Stigmatisierung beziehungsweise vor allem eine Vermeidung von Stigma eine Rolle. Bahlmann, Angermeyer und Schomerus [2] untersuchen in ihrer Arbeit die Bezeichnung und Diagnostizierung depressiver Symptome als Burnout, was in der Allgemeinbevölkerung sowie im ärztlichen Setting aufgrund der vorherrschenden Stigmatisierung von depressiven Erkrankungen – insbesondere bei Männern – praktiziert wird. Die Autoren/-innen merken zwar die größere Akzeptanz der Betroffenen sowie deren Umfeld bei einer Bezeichnung der Depression als Burnout an, jedoch warnen sie vor gefährlichen Konsequenzen. Denn obwohl die Krankheiten *Burnout* und *Depression* sich in ihrer

Symptomatik ähneln und nicht überschneidungsfrei sind, so sind sie dennoch unterschiedliche Krankheitsbilder, die ebenso verschiedener Behandlungsansätze bedürfen. Durch die Bezeichnung von Depression als Burnout erhalten Betroffene weniger oft die Empfehlung, professionelle Hilfe zur Behandlung der Krankheit aufzusuchen [2]. Thalhammer und Paulitsch [54] unterstreichen allerdings, dass die Krankheitsbezeichnung *Burnout-Syndrom* weniger Stigma behaftet sei und im Zuge dessen der Zugang zu einer psychiatrischen Behandlung für die Betroffenen erleichtert werde.

Insgesamt ist es allerdings schwer, die aus Forschungsprojekten gewonnenen Behandlungsprinzipien und evidenzbasiertes Management für depressive Patienten unter Routinebedingungen des primärärztlichen Behandlungsalltags zu implementieren [24]. Es wäre daher empfehlenswert eine Vernetzung von primär- und fachärztlicher Versorgung zu unterstützen, um leitlinienkonforme Therapieschritte zu fördern und zu ermöglichen. Nur zehn Prozent der Hausärzte/-innen gaben an, dass sie die Fachärzte/-innen ihrer depressiven Patienten gerne kennenlernen und sich vernetzen würden [14]. Die einzige Zusammenarbeit, die sich die Mehrheit der Befragten in Dickmann, Dickmann und Broocks [14] Studie wünschten, ist eine schnellere Terminvereinbarung für ihre Patienten.

Der Forschungsbedarf im Gebiet der Diagnose und Therapie depressiver Erkrankungen bei Männern in Allgemeinarztpraxen ist in Anbetracht ihrer wegweisenden Rolle und multimodalen Möglichkeiten enorm groß. Insbesondere für Hausärzte/-innen besteht eine große Herausforderung darin, depressive und depressionsgefährdete Männer rechtzeitig zu identifizieren und somit einen wichtigen Beitrag zur Krankheitsfolgen- und Suizidprävention zu leisten. Das Beleuchten der Bedarfe, Möglichkeiten, Begrenzungen, Motivations- sowie Arzt-Patienten Bindungspotentiale ist daher notwendig, um die gewonnenen Forschungsergebnisse im Bereich der Männerdepression gezielter, effektiver und erfolgreicher in das Primärversorgungsgebiet zu integrieren. Die Forschungsziele dieser Studie konzentrieren sich auf die Herausarbeitung und Differenzierung der Probleme, Betrachtungs- und Deutungsweisen der Hausärzte/-innen in der Arzt-Patientenbeziehung mit depressiven Männern, vom Erstkontakt an bis zur Therapie und deren weiteren Krankheitsverlauf. Es sollen die unterschiedlichsten Problemebenen und Konfliktpotentiale herausgearbeitet werden, um neue

Behandlungsansätze im Bereich der hausärztlichen Männerversorgung zu generieren.

Im Rahmen dieser Promotion wurde eine qualitative Studie durchgeführt, welche in den Rahmen der nachfolgend beschriebenen MenDe Studie integriert wurde. Die MenDe Studie beschäftigt sich mit der Erkenntnisgenerierung im Bereich des Umgangs von Männern mit ihrer depressiven Symptomatik. Dies geschah im Rahmen dieser Studie mit einer vergleichenden Betrachtung der Ergebnisse mit den Interviews mit psychiatrischen Fachpersonal.

1.5 MenDe Studienvorstellung

Es ist bekannt, dass die Anzahl der Behandlungen für depressive Erkrankungen bei Männern und Frauen gleichermaßen seit den 90er Jahren kontinuierlich ansteigt. Dennoch gilt die Depression immer noch als typische Frauenkrankheit. Es finden und mehren sich in den letzten Jahren Hinweise auf eine Unterdiagnostizierung und -behandlung bei Männern mit Depression. Studien haben dabei gezeigt, dass das Gesundheitsverhalten von Männern auch durch gesellschaftliche Normen beeinflusst sein kann, jedoch insgesamt aber nur wenig darüber bekannt ist, wie Männer mit einer Depression und depressiven Symptomen umgehen und welchen psychiatrisch-psychotherapeutischen Unterstützungsbedarf sie haben. [36, 56]

Die MenDe Studie wurde mit dem Titel *„Männlichkeitskonstruktionen und psychosoziales Gesundheitshandeln von Männern mit depressiven Erkrankungen“* von 2016 bis 2020 durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) gefördert und von der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie 2 der Universität Ulm am Bezirkskrankenhaus Günzburg und Donauwörth unter der Leitung von Dr. Silvia Krumm, Professor Dr. Reinhold Kilian und Prof. Dr. Thomas Becker und der Psychosomatik der Universität Ulm unter der Leitung von Professor Dr. Harald Gündel und Dr. Petra Beschoner durchgeführt [31].

Das Ziel der MenDe Studie ist es, Grundlagen für die Entwicklung einer geschlechtergerechten, psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung zu schaffen.

Die MenDe Studie sammelt als erste deutsche Studie Erkenntnisse zum Umgang von Männern mit einer depressiven Symptomatik. Auch hatte keine bisherige Studie in Deutschland sich den Unterschieden zwischen depressiv erkrankten Männern

unter Berücksichtigung sozialer Faktoren gewidmet. Des Weiteren war wenig über die vielfältigen Formen des Umgangs von Männern mit einer depressiven Symptomatik oder eines Burnout-Syndroms bekannt, und die Aspekte wie subjektives Gesundheits- und Krankheitsverständnis im Alltag, eine sinnhafte Einbettung in die Biographie, sowie die Auseinandersetzung mit dem sozialen Umfeld und normativen Diskursen kaum erforscht. Die Studie sollte untersuchen, wie Männlichkeit (im Sinne von „doing gender“) im psychosozialen Gesundheitshandeln („doing health“) von depressiven Männern konstruiert wird, ob und in welcher Weise traditionelle Männlichkeitsentwürfe vor dem Hintergrund gesellschaftlicher Veränderungsprozesse modifiziert werden und welche Bedeutung dabei normative Diskurse zu Männlichkeit und Depression, sowie soziale Beziehungen und Erwerbsarbeit haben. Hier lag der Fokus auf der Bedeutung der Erwerbsarbeit und der subjektiven Auseinandersetzung mit dem „Ernährermodell“ im Gesundheits- und Krankheitsverhalten der erkrankten Männer. Weitere wichtige Fragestellungen der Studie beinhalten die Bedeutung von Männlichkeitskonstruktionen im Kontext von Depression für den Eintritt in das professionelle Versorgungssystem, den Umgang mit der Erkrankung und den Prozess der psychiatrischen Behandlung, sowie die speziellen Anforderungen, die sich daraus für die Praxis hausärztlicher, psychiatrischer und psychosozialer Hilfen ergeben.

1.5.1 Überblick über den Rahmen der MenDe Studie

Die MenDe Studie beinhaltet ein explanatives Mixed-Method-Design mit sequentiell vertiefendem Vorgehen, welches sich in vier Arbeitspakete teilt. Die Arbeitspakete sollen im Folgenden erläutert werden: *standardisierte Befragung* von Männern, die wegen einer depressiven Symptomatik oder eines *Burnout-Syndroms* psychiatrische oder psychosoziale Hilfe in Anspruch nehmen, *quantitative Datenauswertung, biographisch-narrative Interviews* mit sich in psychiatrischer Behandlung befindenden männlichen depressiven Patienten und *qualitative Experteninterviews* mit psychiatrischen Fachpersonal und Hausärzten/-innen.

Arbeitspaket 1

Das erste Arbeitspaket beinhaltet eine standardisierte Befragung bzw. ein Assessment.

Es wurde der Zusammenhang von Männlichkeit, psychosozialer Belastung, depressiver Erkrankung (bzw. Burnout) und ausgewählten Indikatoren des Gesundheitshandelns unter Einbezug relevanter Sozialindikatoren mit einem standardisierten quantitativen Forschungsansatz untersucht.

Arbeitspaket 2

Im zweiten Arbeitspaket wurde darauf aufbauend eine quantitative Datenauswertung in Form von konditionalen latenten Klassenanalysen und Pfadanalysen realisiert.

Zusammenfassend konnten die Befragten in drei Klassen eingeteilt werden. Die erste Klasse beinhaltet Probanden mit einer *niedrigen Orientierung an traditionellen Männlichkeitsnormen,* einer *geringen Priorität der beruflichen Tätigkeit* und einer *niedrigen Stressbewältigungsressource* (34% der Teilnehmer).

Der zweiten Klasse wurden Probanden zugeteilt, die eine *eher traditionelle Männlichkeitsorientierung*, eine *hohe Priorität der beruflichen Tätigkeit* und *hohe Stressbewältigungsressourcen* aufwiesen. (23% der Teilnehmer).

Die Klasse 3 beinhaltet Teilnehmer mit eher *geringer traditioneller Männlichkeitsorientierung,* einer *mittleren Priorität der beruflichen Tätigkeit* und *hohen Stressbewältigungsressourcen* (43%).

Die Teilnehmer, die den Klassen 1 und 2 zugeordnet wurden, zeigten im Vergleich zu den Teilnehmern aus Klasse 3 signifikant mehr psychiatrische sowie Burnout Symptome und eine höhere Stigmatisierungsneigung. Mit einer höheren Stigmatisierungsneigung war wiederum eine stärkere Tendenz zur Verzögerung der Inanspruchnahme professioneller Hilfe verbunden.

Arbeitspaket 3

Im dritten Arbeitspaket wurden aus einer Teilpopulation aus Arbeitspaket 1 und 2 biographisch-narrative Interviews (n=12) mit depressiven Männern geführt, anhand derer eine Rekonstruktion von Männlichkeitskonstruktionen im psychosozialen Gesundheitshandeln von Männern vorgenommen wurde.

Als Ergebnis zeigte sich, dass die berufsrollenbezogene Orientierung generell als Ursache der depressiven Erkrankung genannt wurde. Gleichzeitig zeigten sich für Befragte unterschiedlicher Klassen, die im vorherigen Arbeitspaket gebildet wurden,

Unterschiede im Umgang mit der Bewältigung der depressiven Erkrankung und in der subjektiven Bedeutung der sozialen Unterstützung.

Zusammenfassend für die Klasse 1 (niedrige traditionelle Orientierung, geringe berufliche Priorität und niedrige Stressbewältigung) ergab sich eine Kritik an männlichen Leistungserwartungen und die depressive Erkrankung wurde als Schutzraum genutzt und beschrieben.

In der Klasse 2 (traditionelle Orientierung, hohe berufliche Priorität und hohe Stressbewältigung) wurde eine Orientierung trotz des Scheiterns an männlichen Leistungserwartungen beschrieben und die depressive Erkrankung als Krise interpretiert.

Für Männer, die der dritten Klasse zugeordnet wurden (geringe traditionelle Orientierung, mittlere berufliche Priorisierung und hohe Stressbewältigung), stand eine Kontrolle über männliche Leistungserwartungen im Vordergrund und die depressive Erkrankung wurde als Chance gesehen.

Arbeitspaket 4

Im vierten Arbeitspaket wurden qualitative Experteninterviews mit psychiatrischen Fachkräften, sowie mit Hausärzten/-innen geführt und ausgewertet. Die Interviews mit Hausärzten/-innen sind Gegenstand der vorliegenden Promotion.

Im nächsten Unterpunkt soll der Teil dieses Arbeitspakets detailliert beschrieben werden, in dem die Experteninterviews mit psychiatrischem Fachpersonal geführt wurden, sowie dessen Ergebnisse zusammengefasst wurden, da die durchgeführte Studie den Erkenntnissen der im Zuge dieser Doktorarbeit geführten Interviews mit Hausärzten/-innen gegenübergestellt werden soll.

1.5.2 Männer mit Depression in der Behandlung: Bedarfe und Behandlungsziele aus Sicht von psychiatrischen Fachkräften

Ziel der qualitativen Befragung war die Erfassung der subjektiven Wahrnehmungen und Bewertungen der psychiatrischen Fachkräfte im Umgang mit Männern bzw. Männlichkeit im Kontext der psychiatrischen Depression. Die Fragestellungen umfassten die individuelle Sicht der psychiatrischen Fachkräfte auf geschlechterspezifische Aspekte in der Behandlung psychisch kranker Männer, die Wahrnehmung des sozialen Kontextes sowie normativer Erwartungen an Männer im Kontext *Depression*, wahrgenommene Erwartungen der behandelten Patienten

an die Behandlung, sowie der Umgang der Fachkräfte mit diesen Erwartungen, wahrgenommene Ressourcen und Konflikte in der Beziehungsgestaltung zu den männlichen Patienten. Ebenfalls beantwortet werden sollte die Frage, welche Anforderungen sich nach Auswertung der Studie daraus für die Praxis psychiatrischer und psychosozialer Hilfen ergeben.

Das in den leitfadenbasiert geführten Interviews mit psychiatrischen Fachkräften gesammelte Datenmaterial wurde unter inhaltsanalytischen Gesichtspunkten nach Kuckartz analysiert, sowie einzelne Instrumente zur Analyse der narrativen Identität angewandt. Die Experteninterviews wurden bei n=33 (m:11, w:22) Klinikmitarbeiter/-innen der Klinikstandorte BKH Augsburg, BKH Günzburg, BKH Donauwörth, Günztalklinik Allgäu und der Universitätsklinik Ulm-Psychosomatik durchgeführt.

Die Ergebnisse aus der Studie verdeutlichen, dass wesentliche Unterschiede zu weiblichen Patienten mit Depressionen beschrieben wurden und die betroffenen Männer von den Interviewten in zwei Hauptgruppen eingeteilt wurden: die *„typischen Männer“* mit traditionell männlichem Verhalten und die *„untypischen Männer“* mit Verwendung weiblicher Stereotype, Lebensstil und Behandlungsbereitschaft.

Die Mehrheit der Befragten sahen einen (zu) späten Behandlungsbeginn, sodass die Erkrankten schon tief in einer Krise seien oder schon Suizidgedanken oder -versuche erlebten. Familie bzw. Lebenspartner seien die wichtigste unterstützende und auch treibende Kraft bzgl. des Behandlungseintritts und der Behandlung. Als Gründe für den späten Eintritt in das Behandlungssystem wurden die folgenden Punkte als ausschlaggebend hervorgehoben:

Eine Behandlung von Depressionen würde als Schwäche und Versagen gewertet und die Probleme würden lange alleine gelöst werden wollen. Zudem sehen die Männer sich als Familienversorger und Verantwortliche und sorgten sich um ihren Arbeitsplatz. Hinzukommen würde eine schlechte Selbstwahrnehmung und wenig Wissen über das psychiatrische Hilfssystem.

Die Patientenerwartungen an die Behandlung seien sehr hoch und sollten schnell, erfolgreich und zielführend durchgeführt werden. Hier würde ein „*wenig prozesshaftes Denken“* der Männer und ein deutlich *„mechanisches Denken*“ der Behandelten deutlich (erwünschte „schnelle Reparatur“).

Die hervorgehobenen Bedarfe der männlichen Patienten waren Zeit geben und Behandlungsdruck vermeiden, informelle und individuelle Gespräche führen und Struktur sowie Übersicht geben. Wichtig sei es den Männern, Anerkennung und Akzeptanz vermittelt zu bekommen.

Für die Fachkräfte gehören zu den wichtigsten Behandlungszielen, bei den Männern das Selbstwertgefühl zu stärken, die Krankheitseinsicht zu fördern und ihre Leistungserwartungen zu reduzieren. Besonders wichtig sei auch, eine Reflektion normativer Erwartungen an Männern zu erreichen.

Als Behandlungsvorschläge für die depressiven männlichen Patienten wurden Männergruppen genannt, die den Austausch von Erfahrungen unter Männern, sowie sozialen Vergleich und kritische Reflektion von Rollenerwartungen ermöglichen. Kritik wurde an jenen klinikinternen Angeboten geäußert, die vorwiegend den Interessen der Frauen entsprächen (Kunsttherapie, Floristik, Chi Gong). Im Gegensatz dazu würden männertypische Interessen wie Sport und Handwerk unzureichend berücksichtigt.

1.6 Forschungsziele

Folgenden Forschungsfragen soll im Rahmen dieser Dissertation nachgegangen werden. Eine Beantwortung dieser Forschungsfragen soll durch die Durchführung und Auswertung qualitativer Interviews mit Hausärzten/-innen erreicht werden.

1. Inwiefern spielen die Faktoren *Männlichkeitskonstruktionen, psychosoziales Gesundheitshandeln, Stigmatisierung, berufliche Orientierung* und *geschlechterspezifische Unterschiede* eine Rolle im hausärztlichen Setting mit depressiven Patienten?
2. In welcher Weise können die interviewten Hausärzte/-innen bezüglich ihrer therapeutischen Haltung, den Erwartungen und Zielsetzungen für die Therapie und ihrer Hausarztrolle differenziert werden?
3. Inwiefern können die Wahrnehmungen von männlichen depressiven Patienten durch die interviewten Hausärzte/-innen bezüglich verschiedener Patiententypen, deren Umgang mit der Diagnosestellung und Erwartungen und Zielsetzungen für die Therapie differenziert werden?

4. Welche neuen Diagnosen- und Verhaltensansätze im Setting mit den betroffenen Patienten können, unter Einbeziehung der aktuell praktizierten Untersuchungs- und Therapiemethoden, generiert werden?
5. Inwieweit zeigen sich Unterschiede und Gemeinsamkeiten in den Ergebnissen der Interviews mit Hausärzten/-innen zu denen mit stationär psychiatrischem Fachpersonal bezüglich der Themen *Stigmatisierung*, *Männlichkeitskonstruktionen, geschlechterspezifischen Unterschiede* und *Konfliktpotentialen* mit den betroffenen männlichen Patienten?
6. Welche Ansätze von Hausärzten/-innen zur Problemlösung in der Diagnosestellung, Bindung in eine stabile Arzt-Patienten-Beziehung, sowie zu Behandlungszielen und männerspezifischen Angeboten lassen sich herausarbeiten?
7. Welche Anforderungen ergeben sich daraus für die Hausärzte/-innen und das Behandlungssystem?

2. Methodik

Um eine intensive Analyse der individuellen Meinungen und Einstellungen von Hausärzten/-innen zu eruieren, wurde ein qualitatives Studiendesign gewählt. Dieses erfasst die Handlungsmuster und Motive aus der Perspektive der Befragten und ist offen für unerwartete Ergebnisse. [18, 32]

2.1.Qualitative Studie – Experteninterviews mit Hausärzten/-innen

Zur Ermittlung individueller hausärztlicher Sichtweisen auf Beweggründe zur Kontaktaufnahme, Verhaltensweisen und Entscheidungsprozessen im Rahmen der Behandlung auf Seiten der depressiven Patienten und Ärzte/Ärztinnen sowie auf weitere Aspekte der geschlechterspezifischen Wahrnehmungen wurde ein qualitativer Forschungszugang gewählt.

Eine qualitative Forschungsmethode ist für die vorliegende Dissertation besonders geeignet, da sie eine tiefe Auseinandersetzung der Interviewten mit der Thematik „Männerdepression“ ermöglicht. Bei einem quantitativen Ansatz hingegen kann ein Forschungsgebiet vor allem breit, jedoch weniger in seiner Tiefe beleuchtet werden. Die Befragten eines qualitativen Forschungsvorhabens haben verglichen mit quantitativen Forschungsansätzen die umfassenden Möglichkeiten, ihre (beruflichen) Erfahrungen und Einstellungen zu teilen.

Mit Experteninterviews wurde eine Methode gewählt, die dieses Wissen zugänglich macht und es damit erschließt. Experteninterviews stellen eine besondere Form der qualitativen Interviews dar, in denen ausschließlich einschlägige Experten (d.h. Personen mit einer besonders hohen Wissenstiefe auf einem bestimmten Themengebiet) befragt werden. Da in dieser Dissertation die Sichtweise von Hausärzten/-innen auf depressiv erkrankte Männer beleuchtet werden sollte, stellen diese die geeigneten Experten dar, die im Rahmen der Experteninterviews befragt werden sollen. Sie verfügen über das notwendige Wissen, mithilfe dessen die Forschungsfragen dieser Studie beantwortet werden können.

Dadurch, dass bei der Formulierung der Forschungsziele und -fragen auf eine angemessene *Reichweite* geachtet wurde (d.h. eine ausreichend weites Spektrum der angeschnittenen Problemstellungen [22]), konnten während der Interviews aktiv zusätzliche relevante Themenbereiche aufgegriffen werden.

Vor Beginn der Experteninterviews wurde unter Einbeziehung der Fragestellungen der MenDe Studie mit deren Leitfadeninterviewplanung mit psychiatrischem Fachpersonal ein Interviewleitfaden für Hausärzte/-innen erstellt, der die verschiedenen Aspekte der Erfassung der subjektiven Wahrnehmung und Bewertungen der Hausärzte/-innen im Umgang mit männlichen Patienten im Kontext der Depression und des Burnout-Syndroms erfasste (siehe Tabelle 1). Auf der Basis von vorhandener Literatur, theoriegestützten Vorwissens und theoretischen Überlegungen der wissenschaftlichen Mitarbeiter der Forschungsgruppe der MenDe Studie wurde iterativ ein semi-strukturierter Leitfaden entwickelt. Er beinhaltete Frageimpulse für einzelne Bereiche und stellte die Thematisierung aller wichtigen Bereiche sicher. Diese reichten von Krankheitskonzepten und Ursachenbefragung über den Eintritt in das Behandlungssystem, die Behandlung selbst mit Wahrnehmung, Bedarfen, Umgang mit der Diagnose und Behandlungszielen, bis zu geschlechterspezifischen Unterschieden und Typisierungen der depressiven männlichen Patienten. Wichtige Forschungsfragen aus der MenDe Studien zum Gesundheitshandeln von Männern mit depressiven Erkrankungen konnten in den semistrukturieren Interviewleitfragen integriert werden, um diese auch aus dem Bereich der medizinischen Primärversorgung zu beleuchten und komplettieren.

Während durch einen semistrukturierten Interviewleitfaden das Beantworten der zentralen Forschungsfragen sichergestellt wird, kann gleichzeitig durch die Flexibilität des gewählten qualitativen Forschungsansatzes eine Gesprächsdynamik entstehen, die das Thematisieren von eventuell weiteren wichtigen Inhalten ermöglicht.

Tabelle 1
Verwendeter Leitfaden für die Interviews mit Hausärzten/-innen aus Baden-Württemberg, 2017

Thema		**Impuls**	**Hintergrund**
Krankheitskonzept		Was sind Ihrer Erfahrung nach bei Männern die Ursachen für Depressionen?	Risiko- und Schutzfaktoren, Biologische/gesellschaftliche/soziale Faktoren
Eintritt Behandlungssystem	Auslöser Symptome Zeitpunkt Diagnosestellung Diagnoseakzeptanz	Wann, wie und warum begeben sich Männer mit Depressionen Ihrer Erfahrung nach in Behandlung?	Familie, Lebensbereiche, Stigma, Symptomatik, Akzeptanz
Behandlung	Wahrnehmung	Wie nehmen Sie Männer in der Behandlung wahr?	Verhalten, Wirkung
	Bedarfe	Was brauchen Männer in der Behandlung?	Bedarf
	Umgang Diagnose	Wie ist der Umgang der Männer mit der Diagnose?	Generation; Milieu/Schicht, Ethnie, Migrationshintergrund, Stigma
	Sprache	Wie ist Ihre Erfahrung, wie sollte man mit Männern über Depressionen sprechen?	Zeitpunkt, Strategien, Gesprächsführung

Fortsetzung

Fortsetzung Tabelle 1

Thema		**Impuls**	**Hintergrund**
	Soziales Umfeld	Welche Bedeutung hat bei Männern mit Depressionen das soziale Umfeld?	Familie, Partner/-innen, Vaterschaft, Gewalt, Ansehen, Arbeit, Versagensängste
	Behandlungsziele	Was erwarten männliche Patienten mit Depressionen in/von der Behandlung? Was sehen Sie als Ziel in der Behandlung?	Rückkehr zum Arbeitsplatz, Therapie/Medikamente
Angebote		Gibt es spezifische Angebote für männliche Patienten mit Depressionen, die Ihnen bekannt sind? Welche Angebote würden Sie sich wünschen?	Bedarf gedeckt? Zugänglichkeit zu den Angeboten, Vorschläge
Geschlecht	Geschlechter-spezifische Unterschiede	Gibt es Unterschiede depressiver Patienten in der Diagnostik, Akzeptanz, Behandlung und den Zielen der Behandlung?	Stigma, Scham, Erwartungshaltung
	Geschlecht Behandelnde/-r/ Patient	Welche Rolle spielt das Geschlecht der Hausärzte/-innen bei der Behandlung männlicher Patienten? Welche Rolle spielt das Geschlecht des Patienten für die Hausärzte/-innen?	Stigma, Scham, Erwartungshaltung
Typisierung		Gibt es unterschiedliche Männertypen unter den depressiven Patienten? Wenn ja, unterscheiden sich deren Behandlungsbedarfe?	Typengerechte Behandlungsideen und -bedarfe

2.2 Rekrutierung

Die Auswahl der Hausärzte/-innen erfolgte nach dem Prinzip der maximalen strukturellen Variation. Es sollten möglichst viele Merkmale wie „Praxisform“ (Einzel- Gemeinschafts- oder Praxisgemeinschaft) und „Praxisumfeld“ (Großstadt, Kreisstadt oder Land) einbezogen werden, damit die Heterogenität der Hausärzte/-innen abgebildet werden konnte. Die befragten Hausärzte/-innen wurden möglichst unabhängig bezüglich der Faktoren Geschlecht, Alter, Berufserfahrung und Zusatzqualifikationen rekrutiert (siehe Tabelle 2). Alle telefonisch kontaktierten Hausärzte/-innen stimmten einem Interview zu und nahmen ohne Entlohnung am Interview teil. Die Stichprobengröße wurde an der voraussichtlichen theoretischen Sättigung mit 15 Interviews bemessen, was sich in den nachfolgenden Auswertungen als richtig bestätigte, da sich eine theoretische Sättigung einstellte.[1] Die Zusammensetzung der Experteninterviews bestand demnach aus 15 Hausärzten/-innen. Diese waren zu zwei Dritteln weiblich und hatten ein Durchschnittsalter von M_{Alter}= 50,1.

2.3 Datenerhebung

Für die Studie wurden von Juli bis Dezember 2017 leitfadengestützte Experteninterviews durchgeführt. Diese fanden in den Praxisräumlichkeiten der teilnehmenden Hausärzte/-innen ohne Anwesenheit von Dritten statt. Es wurde keine strikte Zeitvorgabe gegeben und darauf geachtet, dass keine zeitlimitierenden Faktoren eine beeinflussende Rolle spielten. Die Interviews dauerten durchschnittlich 32 Minuten (zwischen 20 und 48 Minuten). Der erarbeitete Leitfaden mit der Liste offener Fragen bildete die Grundlage der Gesprächsführung, die in vertrauter Umgebung der Interviewten mit offenen Fragestellungen stattfand. Zur detaillierten Analyse der Daten wurden während der Gespräche Feldnotizen festgehalten, die anschließend bearbeitet und in Form von Postskripten strukturiert wurden. Diese dienten in der Auswertungsphase als Interpretationshilfen für die vollständig transkribierten Gespräche. Nachdem sich eine inhaltliche Sättigung der Daten nach 15 Interviews abgezeichnet hatte, wurden keine weiteren Experteninterviews geplant und die Erhebung abgeschlossen. Es erschien unwahrscheinlich, dass weitere Experteninterviews zusätzliche Erkenntnisse erbringen würden.

Tabelle 2
Deskription der interviewten Hausärzte/-innen aus Baden-Württemberg im Jahr 2017 (n=15, 10 weiblich, 5 männlich)

Beschreibung der interviewten Hausärzte/-innen				
	Altersgruppen in Jahren			
	≥30 - 39	≥40 - 49	≥50 - 59	≥ 60
Anzahl (w/m)	6 (4/2)	2 (2/0)	1 (0/1)	6 (4/2)
Berufserfahrung in Jahren	1 - 4	3 - 9	26	24 - 32
Zusatzqualifikationen (Anzahl)	Psychotherapie (5), Naturheilverfahren (3), Akupunktur (2), Palliativmedizin (2), Schmerztherapie (1), Suchtmedizin (1), Berg- und Expositionsmedizin (1), Manuelle Therapie (1)			
Stadt-Landarztpraxis (Anzahl)	Großstadt (7), Große Kreisstadt (3), Dorf (3)			
Praxisform (Anzahl)	Einzelarztpraxis (4), Gemeinschaftspraxis (5), Praxisgemeinschaft (6)			

2.4 Datenauswertung

Die Interviews wurden für die Auswertung vollständig und wörtlich nach festgelegten Regeln transkribiert und Korrektur gelesen. Die Auswertung der Daten erfolgte mittels der inhaltlich-strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Kuckartz [32]. Die Erstellung und Strukturierung des Kategoriensystems erfolgte zunächst deduktiv, anhand der auf wissenschaftlichen Erkenntnissen, Überlegungen und Diskussionen basierenden Leitfragen. Anschließend wurden induktiv, direkt aus Interviewpassagen, ergänzende Kategorien aus dem Textmaterial abgeleitet. Die Entwicklung von Haupt- und Unterkategorien diente der Erfassung von Kernaspekten, sowie den dazugehörigen Teilaspekten in den Interviews (z.B. Hauptkategorie: Wahrnehmung der Hausarzt/-ärztinnenrolle, Unterkategorie: Konfliktpotentiale). Der Kodierungsleitfaden wurde kontinuierlich modifiziert und ergänzt und die Kategorien zum Abschluss des ersten Analysevorgangs aller Interviews klar definiert. Die Vorstrukturierung ermöglichte eine systematische Entwicklung des Problemhorizontes der Befragten und stellte die Thematisierung aller als wichtig erachteten Bereiche sicher. Das Interviewmaterial wurde

abschließend nochmals vollständig dem final entstandenen Kodierungsleitfaden zugeordnet. Der Prozess des Kodierens, der Ergebnisdarstellung in Form von Tabellen und eines Nachvollzugs der Analyseschritte erfolgte durch den Einsatz des computergestützten Auswertungsprogrammes MAXQDA (Version 11) [55]. Nach der Analyse des Datenmaterials der ersten Interviews wurden wissenschaftliche Mitarbeiter der Forschungsgruppe der MenDe Studie einbezogen, um die Auswertungen zu validieren.

2.5 Ethik und Datenschutz

Das positive Ethikvotum für die vorliegende Studie, die Teil der MenDe Studie ist, wurde von der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm mit der Nummer 202/15 vergeben. Darüber hinaus bekam die im Zuge dieser Dissertation durchgeführte qualitative Studie mit Hausärzten/-innen auf der Grundlage des Ethikvotums des Universitätsklinikums ein weiteres positives Votum der Ethikkommission der Landesärztekammer Baden-Württemberg.

Vor Beginn der Erhebung wurden den Studienteilnehmenden die Datenschutzbestimmungen mündlich und schriftlich mitgeteilt. Die interviewten Hausärzte/-innen unterschrieben vor Beginn der Interviews eine schriftliche Einverständniserklärung zur Aufzeichnung des Gespräches, der Speicherung und Verarbeitung, wie auch der Auswertung und späteren Veröffentlichung der Daten. Die angefertigten Transkripte wurden pseudonymisiert.

In der vorliegenden Studie werden lediglich Inhalte der Transkripte zitiert, aus denen die interviewte Person nicht ersichtlich wird. Die Zitate sind nur einem Geschlecht und dem Alter der/des Interviewten zugeordnet.

2.6 Gütekriterien der Studie

Um die Gütekriterien der qualitativen Forschung Validität, Reliabilität und Objektivität [19][17] in dieser Studie bestmöglich zu erfüllen, wurden von Beginn des Forschungsvorhabens an alle Studienphasen unter diesem Gesichtspunkt geplant und ausgearbeitet. Die Sicherstellung der, und die Einflussfaktoren auf die Validität wurden überprüft durch strukturiertes Vorgehen (z. B. die Auswahl der interviewten Hausärzte/-innen) und die professionelle Durchführung der Interviews mit

entsprechender Vorbereitung durch sozialwissenschaftliche Expertenunterweisungen und Interviewproben optimiert. Die Reliabilität der Studie konnte durch die ähnlichen Interviewrahmenbedingungen (Erhebung in den Praxisräumlichkeiten der Interviewten von einer Interviewerin, semistrukturierte Leitfadenanwendung, keine Zeitvorgaben) und die Objektivität durch die Anwendung der Qualitativen Inhaltsanalyse zur Dateninterpretation und Transkription durch eine unabhängige Person, bestmöglich umgesetzt werden. Die Vergleiche mit der qualitativen Studie mit den Interviews mit psychiatrischem Fachpersonal von Stiawa et. al. [51] unterstützen durch ähnliche Ergebnisse bei zentralen Forschungsfragen die Annahme gegebener Reliabilität und Objektivität der vorliegenden Studie.

3. Ergebnisse

In folgendem Kapitel wird das Kodierungssystem mit Haupt- und Unterkategorien detailliert vorgestellt (siehe Tabelle 3), gefolgt von Auswertungen der einzelnen Kategorien.

3.1 Kodierleitfaden

Alle 15 Experteninterviews wurden nach dem Kodierleitfaden bearbeitet, der in Tabelle 3 dargestellt ist, und das Material nach den Kategorien zugeordnet. Haupt- und Unterkategorien wurden schrittweise im Laufe der Bearbeitung der Experteninterviews angepasst. Dies geschah durch Umbenennungen der Kategorien, Umwandlungen von Unterkategorien- in Hauptkategorien und umgekehrt, Zusammenfassen von Unterkategorien und Verwerfen von Unterkategorien bis zur Endphase der vollständigen Bearbeitung aller 15 Experteninterviews. Exemplarische Beispiele sind die Benennung der Hauptkategorie „Geschlechterspezifische Unterschiede“ nach Durcharbeitung aller Experteninterviews, die aus vielen verschiedenen Unterkategorien (Eintritt ins Behandlungssystem, Wahrnehmung in der Behandlung, Symptomausprägung, Zeitpunkt des Erstkontaktes, Bedeutung des sozialen Umfeldes etc.) zusammengefasst wurde, in denen nach den Aspekten der Frau, im Unterschied zum Mann gefragt wurde. Die Hauptkategorie „Wahrnehmung der Hausarztrolle“ mit der Unterkategorie „Konfliktpotentiale“ entwickelte sich nach der 5. Experteninterviewdurchsicht hauptsächlich aus den ehemaligen Unterkategorien „Umgang der Hausärzte/-innen mit Diagnosestellung“, sowie „Wahrnehmung der Patienten in der Behandlung“. Diese neue Hauptkategorieneinteilung führte dazu, dass jedes Interview unter alleiniger Betrachtung der Hausarzt/-ärztinnen und ihren Einstellungen zum Rollenverständnis im medizinischen Gesundheitssystem und Patienten gegenüber, deren geschlechterspezifischen Aussagen und unterschiedlichen Behandlungsstrategien und -konzepten durchgearbeitet wurde. Hieraus entstand eine klar definierte Einteilung zu einem Hausarzt/-ärztinnen-Typus“, die sich aus den Analyseinterpretationen der genannten Kategorien ergab. Folgende Hauptkategorien wurden gebildet: Ursachen, Eintritt in das Behandlungssystem, Diagnose, Behandlung, Wahrnehmung der Hausarztrolle, Geschlechtsspezifische Unterschiede, Typisierung. Es erfolgte eine weitere

Zuordnung des Datenmaterials zu genau definierten Auswertungskategorien, die mithilfe von Gridtabellen in der Software für qualitative Datenanalyse *MAXQDA* [55] interpretiert und aggregiert wurden und ebenfalls Häufigkeitsangaben ermöglichten. Die nach kontinuierlichen Iterationen erarbeiteten finalen sieben Auswertungskategorien sind wie folgt definiert und unterteilt. (siehe auch Tabelle 3)

(1) Ursachen und Auslöser der Depression beim Mann

Die erste Auswertungskategorie *Ursachen und Auslöser der Depression beim Mann* beinhaltet alle Aspekte, die für die Auslösung einer Depression in Betracht kommen. Sowohl aus dem medizinischen wie auch gesellschaftlichem, sozialen, familiären, beruflichen, gesundheitlichen, traumatischen oder zwischenmenschlichen Bereich.

(2) Eintritt ins Behandlungssystem

Die zweite Auswertungskategorie *Eintritt ins Behandlungssystem* beinhaltet breit gefächerte Beschreibungen der Hausärzte/-innen der tatsächlich stattgefundenen Erstkontaktaufnahmen von Seiten des Patienten mit Depression und / oder dessen Familie. Dieser Auswertungskategorie wurden die vier Unterkategorien *Umstände des Erstkontakte*s, *Zeitpunkt des Erstkontakts*, *Erstsymptomatik* und *Zugang, Zugangserleichterung und Bindung* zugeordnet, welche im Folgenden beschrieben werden.

In der ersten Unterkategorie *Umstände des Erstkontaktes,* werden die von den Hausärzten/-innen beschriebenen Umstände der Erstkontaktaufnahme der depressiven Patienten oder dessen Familien und deren Anliegen aufgeführt.

Die Unterkategorie *Zeitpunkt Erstkontakt* umfasst Zeitpunktangaben in definierten Zeiträumen (Tage, Wochen, Monate, Jahre) oder auch grobe zeitliche Einordnungen (früh, spät) bezüglich der Erstkontaktknüpfung. Der Kategorie wurden außerdem die von den Hausärzten/-innen angegebenen Vermutungen zugeordnet, warum aus deren Sicht die Patienten mit Depression diesen Zeitpunkt für die Erstkontaktaufnahme wählten.

Ebenfalls die Thematik des Eintritts in das Behandlungssystem beleuchtend, fokussiert sich die Unterkategorie *Erstsymptomatik* auf die beschriebenen körperlichen und psychischen Symptome der depressiven Patienten im Erstkontakt und auf die dazugehörigen Gemütszustände, sowie die Verhaltensweisen im Erstkontakt und zu Beginn der Behandlung.

Unter der Unterkategorie *Zugang, Zugangserleichterung und Bindung* wurden Möglichkeiten beschrieben, die den Zugang für männliche depressive Patienten erleichtern würden oder die von den Hausärzten/-innen schon genutzt werden, aufgenommen. Außerdem umfasst die Unterkategorie Verhaltenskonzepte der Hausärzte/-innen, um eine Bindung des Patienten mit Depression an diese zu erreichen.

(3) Diagnose

Die dritte Hauptkategorie *Diagnose* umfasst thematisch Beschreibungen der Hausärzte/-innen bezüglich des Zeitpunktes und der Wortwahl der Diagnosestellung und der Akzeptanz der Diagnose durch den Patienten. Dies wurde in den drei Unterkategorien *Umgang Hausärzte/-innen mit Diagnosestellung, Akzeptanz Diagnose Depression* und *Stigmatisierung* dargestellt.

In der ersten Unterkategorie *Umgang Hausärzte/-innen mit Diagnosestellung* wird die Vorgehensweise der Hausärzte/-innen mit der Diagnosefindung und -stellung und den damit verbundenen Schwierigkeiten für die Hausärzte/-innen wie auch die Patienten beschrieben, sowie auch die Beschreibung von Diagnosestellungszeitpunkt und -wortwahl.

Die Unterkategorie *Akzeptanz der Diagnose Depression* beschreibt, wie die von Hausärzten/-innen gestellte Diagnose *Depression* der Wahrnehmung der Ärzte/-innen nach von den männlichen Patienten akzeptiert oder abgelehnt wird, wie sie darauf reagieren und mit welcher Einstellung und Argumentation dies geschieht.

Die dritte Unterkategorie *Stigmatisierung* beinhaltet die Deutungen der Hausärzte/-innen bezüglich der Stigmatisierung rund um die Depression, gewonnen aus dem Verhalten und den Aussagen der Patienten, sowie den Erfahrungen mit den depressiven Patienten. Ebenfalls mit berücksichtigt sind die für die Hausärzte/-innen resultierenden eigenen Verhaltens-, Diagnosestellungs- und erste Behandlungskonsequenzen.

(4) Behandlung

Die Hauptkategorie *Behandlung* umfasst sechs Unterkategorien, die sich mit Aspekten bezüglich des gesamten Behandlungsprozesses beschäftigen: *Wahrnehmung in der Behandlung, Behandlungsstrategien, Bedeutung soziales Umfeld, Behandlungsaspekte bei kulturellen Unterschieden,*

Behandlungsvorschläge und Optimierungspotentiale, Erwartungen, Zielsetzungen und Bewertung der Behandlung von Hausärzten/-innen und Patienten.

Die Kategorie *Wahrnehmung in der Behandlung* umfasst Beschreibungen der Einstellung des Patienten mit Depression zu den Hausärzten/-innen und zum hausärztlichen Behandlungsvorgehen und -vorschlägen. Außerdem enthält die Kategorie Behandlungsentscheidungen der Hausärzte /-innen auf Grund dieser Einstellungen des Patienten, sowie auch Verhaltensbeschreibungen der Patienten in der Behandlung sowie eine Bewertung der Behandlungsbeziehung mit dem Patienten.

Unter der Auswertungskategorie *Behandlungsstrategien* werden Angaben der Hausärzte/-innen über die eigenen Behandlungsstrategien gesammelt, die vorgenommen und dem jeweiligen Patienten mit Depression mit seiner Individualität und Krankheitsschwere angepasst werden. Darunter finden sich auch Vorschläge und Ideen für den Patienten, Therapiemöglichkeiten im Allgemeinen und konkrete eigene Vorgehensweisen.

Eine weitere Unterkategorie *Bedeutung des sozialen Umfeldes* umfasst die drei Bereiche: *Familie, Freunde und Arbeitsumfeld* sowie die Bewertung, Bedeutung und Gewichtung des sozialen Umfelds im Rahmen der Gesamtaspekte der Depression beim Mann.

Innerhalb der Unterkategorie *Behandlungsaspekte bei kulturellen Unterschieden* werden die Ansichten und Beschreibungen der Hausärzte/-innen über die Problematik im Umgang mit ausländischen Patienten bezüglich Zugangs- und Behandlungsmöglichkeiten der Depressiven gesammelt.

Die Unterkategorie *Erwartungen, Zielsetzungen und Bewertung der Behandlung* ist wiederum weiter in zwei Unterkategorien aufgeteilt; zum einen die Erwartungen, Zielsetzungen und die Bewertung der Behandlung durch die Hausärzte/-innen und zum anderen die angenommenen Erwartungen, Zielsetzung und Bewertung der männlichen Patienten.

Die Kategorie wurde weiter in zwei Unterkategorien unterteilt: Die Unterkategorie, die sich mit der Sicht der Hausärzte/-innen selbst beschäftigt, beinhaltet alle Zielsetzungen der Hausärzte/-innen an die eigene, wie auch weiterführende Behandlung für den Patienten mit Depression, mit Bewertungen und Priorisierung

der Zielsetzung wie auch der Behandlung. Die Unterkategorie, die sich mit Erwartungen, Zielsetzungen und Bewertung der Behandlung der männlichen *Patienten* beschäftigt, beschreibt die von den Hausärzten/-innen angenommen und ihnen von den Patienten mit Depression vermittelten Zielsetzungen von und Erwartungen an deren Behandlung, sowie die vom Patienten vermittelten Bewertungen der Behandlungen.

In der Kategorie *Behandlungsvorschläge und Optimierungspotentiale* wurden genannte Behandlungsvorschläge der Hausärzte/-innen aus weitreichenden Bereichen wie Freizeit, Sport, alternativen Heilmethoden, oder spezielle psychiatrische und psychologische Therapievorschläge für depressive Patienten gesammelt, inklusive Vorschlägen zur Optimierung ihrer eigenen hausärztlichen Arbeit.

(5) Wahrnehmung der Hausarztrolle

In der Hauptkategorie *Wahrnehmung der Hausarztrolle* wurden Beschreibungen der Hausärzte/-innen bezüglich ihrem eigenen Rollenverständnis dem depressiven Patienten gegenüber, sowie den Erläuterungen, was diese Patientengruppe im Speziellen benötigt, gesammelt.

Die der Kategorie zugeordnete Unterkategorie *Konfliktpotentiale* beinhaltet Konflikte und Verständigungsproblematiken rund um die Diagnosestellung, Behandlung und therapeutische Weiterführung der Patienten mit Depression, sowie auch mit deren Begleitpersonen und Familien und die daraus resultierende therapeutische Haltung, Überzeugungen, Ansprüche und Konsequenzen der Hausärzte/-innen.

(6) Geschlechterspezifische Unterschiede

In der Kategorie *Geschlechterspezifische Unterschiede* wurden Aussagen der Hausärzte/-innen gesammelt, in denen sie Unterschiede der Geschlechter beschreiben, die für den Behandlungsprozess eine Rolle spielen. Hierbei werden Themen wie die gesellschaftliche Entwicklung, der soziale Kontext, Rollen innerhalb der Familie, Umgang mit der Erkrankung *Depression* und das Verhalten im Arztkontakt angesprochen. Letzteres umfasst die gesamte Spanne vom Erstkontakt, über die Diagnoseakzeptanz, bis hin zur Behandlungsentwicklung.

Diese Hauptkategorie enthält zwei Unterkategorien. In der ersten Unterkategorie *Bedeutung von Geschlecht Arzt/Ärztin für Patient* werden die Stellungnahmen der Befragten, ob ein depressiver Patient ein bestimmtes Geschlecht für seinen Erstkontakt und Behandlung bei ihnen bzw. allgemein bei den Hausärzten/-innen oder in der weiterführenden Behandlung der Psychotherapie bevorzuge oder nicht beschrieben oder aufgeführt und warum dies angenommen wird.

Angelehnt an die vorherige Unterkategorie werden in der Kategorie *Bedeutung von Geschlecht Patient/-in für Arzt/Ärztin* die Stellungnahmen der Befragten zur eigenen Einstellung und Beurteilung bezüglich der Bedeutung des Geschlechtes des zu behandelnden depressiven Patienten beschrieben.

(7) Typisierung der männlichen Patienten mit Depression

Die letzte Auswertungskategorie Typisierung der männlichen Patienten mit Depression mit der Unterkategorie Typengerechte Behandlungsideen beinhaltet eine Einteilung der depressiven männlichen Patienten in Gruppen, die eine Typausrichtung beschreiben. Diese Ausrichtung beinhaltet spezielle Charakteristika, die den Gruppen von den Interviewten zugeschrieben wurden. Die Frage nach einer Typisierung von depressiven Patienten erfolgte am Ende des Leitfadeninterviews und führte zu einfach- bis mehrfach Einteilungen. Daraufhin wurden von einigen Befragten noch Depressions-Typen gerechte Behandlungsideen vorgeschlagen.

Tabelle 3

Kodierungsleitfaden für die Auswertung der Interviews mit Hausärzten/-innen in Baden-Württemberg in 2017 mit Haupt- und Unterkategorien

Hauptkategorie / Unterkategorie	Definition
(1) Ursachen der Depression beim Mann	Medizinische, gesellschaftliche, soziale, familiäre, berufliche, gesundheitliche, traumatische und zwischenmenschliche Aspekte, die für die Auslösung einer Depression in Betracht kommen
(2) Eintritt ins Behandlungssystem	Aspekte von der ersten Kontaktaufnahme zur Praxis bis zum Erstkontakt mit dem/der Arzt/Ärztin und dem Beginn der Behandlung
Umstände Erstkontakt	Beschreibungen der Hausärzte/-innen der Erstkontaktaufnahmen des depressiven Patienten oder dessen Familie und deren direktes Anliegen an den Hausarzt/-ärztin
Zeitpunkt Erstkontakt	Zeitpunktangaben in definierten Zeiträumen (Tage, Wochen, Monate, Jahre) oder grobe zeitliche Einordnungen (früh, spät) bezüglich der Erstkontaktknüpfung; Vermutungen der Hausärzte/-innen für Gründe der Zeitpunktwahl seitens des Patienten
Erstsymptomatik	Körperliche und psychische Symptome und Gemütszustände der depressiven Patienten im Erstkontakt
Zugang, Zugangserleichterung und Bindung	Beschriebene (oder bereits genutzte) Möglichkeiten für Zugangserleichterung und Verhaltenskonzepte der Hausärzte/-innen, um Bindung des depressiven Patienten zu erreichen
(3) Diagnose	Aspekte rund um die Diagnosestellung, -akzeptanz, -umgang und -konsequenz für das weitere Vorgehen
Akzeptanz der Diagnose *Depression*	Beschreibungen der Hausärzte/-innen wie die Männer die von ihnen gestellte Diagnose akzeptieren oder ablehnen, wie sie darauf reagieren und mit welcher Einstellung sowie Argumentation dies geschieht
Umgang Hausärzte/-innen mit Diagnosestellung	Beschreibung der Vorgehensweise der Hausärzte/-innen bei der Diagnosefindung und -stellung und den damit verbundenen Schwierigkeiten für die Hausärzte/-innen wie auch die Patienten, sowie Beschreibung von Diagnosestellungszeitpunkt und -wortwahl

Fortsetzung

Fortsetzung Tabelle 3

Hauptkategorie / Unterkategorie	Definition
Stigmatisierung	Deutungen der Hausärzte/-innen aus dem Verhalten und den Aussagen der depressiven Patienten, sowie den Erfahrungen mit ihnen bezüglich Stigmatisierung rund um *Depression*; resultierende Verhaltens-, Diagnosestellungs- und erste Behandlungskonsequenzen der Hausärzte/-innen.
(4) Behandlung	Aspekte der Behandlung wie Erwartungen, Zielsetzungen, Strategien, Konsequenzen, Schwierigkeiten und Ideenentwicklungen
Wahrnehmung in der Behandlung	Beschreibungen der Einstellung des depressiven Patienten zu den Hausärzten/-innen; Verhaltensbeschreibung der Patienten in Behandlung und Bewertung der Behandlungsbeziehung mit dem Patienten
Behandlungsstrategien	Behandlungsvorgehen und -vorschläge, sowie Behandlungsentscheidungen der Hausärzte /-innen auf Grund der Einstellungen des Patienten; Angaben der Hausärzte/-innen über die eigenen Behandlungsstrategien und Anpassung zu jeweiligem depressivem Patienten (z.B. Krankschreibungen, Psychotherapie, psychosomatische Rehabilitation, Medikamenteneinstellung, Gespräche im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung)
Bedeutung soziales Umfeld	Die Bedeutung des sozialen Umfeldes und dessen Bewertung, Bedeutung und Gewichtung im Rahmen des Gesamtaspektes der Depression beim Mann beschrieben
Behandlungsaspekte bei kulturellen Unterschieden	Ansichten und Beschreibungen der Hausärzte/-innen über die Problematik im Umgang mit ausländischen Patienten bezüglich Zugangs- und Behandlungsmöglichkeiten bei Depression
Erwartungen, Zielsetzungen und Bewertung	(Angenommene) Zielsetzungen von Hausärzten/-innen und Patienten an die Behandlung, mit Bewertungen und Priorisierungen der Zielsetzung und Behandlung
Hausärzte/-innen	Zielsetzungen der Hausärzte/-innen an die eigene und weiterführende Behandlung der depressiven Patienten mit Bewertungen und Priorisierung der Zielsetzung und Behandlung
Patienten	Von den Hausärzten/-innen angenommene und von den depressiven Patienten vermittelte Erwartungen an die Behandlung, sowie Zielsetzungen und Bewertungen

Fortsetzung

Fortsetzung Tabelle 3

Hauptkategorie / Unterkategorie	Definition
Behandlungsvorschläge und Optimierungspotentiale	Genannte Behandlungsvorschläge aus Bereichen wie Freizeit, Sport, alternativen Heilmethoden, spezielle psychiatrische und psychologische Therapievorschläge für depressive Patienten, inklusive Vorschlägen zur Optimierung ihrer eigenen hausärztlichen Arbeit
(5) Wahrnehmung der Hausarztrolle	Beschreibungen der Hausärzte/- innen bezüglich ihres Rollenverständnisses dem depressiven Patienten gegenüber
Konfliktpotentiale	Konflikte und Verständigungsproblematiken rund um die Diagnosestellung, Behandlung und therapeutische Weiterführung der depressiven Patienten sowie deren Begleitpersonen und Familien; daraus resultierende therapeutische Haltung, Überzeugungen und Ansprüche der Hausärzte/-innen, sowie Konsequenzen
(6) Geschlechtsspezifische Unterschiede	Aussagen der Hausärzte/-innen bezüglich Geschlechterunterschiede: gesellschaftlicher Entwicklung, sozialem Kontext, Rollen innerhalb der Familie, des Umgangs mit der Erkrankung *Depression* und des Verhaltens im Arztkontakt (Erstkontakt, Diagnoseakzeptanz, Behandlungsentwicklung)
Bedeutung von Geschlecht Arzt/ Ärztin für Patient	Stellungnahme der Befragten zu der Frage, ob ein depressiver Patient ein bestimmtes Geschlecht für seinen Erstkontakt und Behandlung bei Hausärzten/-innen oder für die weiterführende Behandlung der Psychotherapie bevorzuge oder nicht, und warum dies angenommen wird
Bedeutung von Geschlecht Patient/-in für Arzt/Ärztin	Stellungnahme der Befragten zur eigenen Einstellung und Beurteilung bezüglich der Bedeutung des Geschlechtes der von ihnen zu behandelnden depressiven Patienten/-innen
(7) Typisierung der männlichen Patienten mit Depression	Einteilung der depressiven männlichen Patienten in beschreibende Gruppen mit speziellen Charakteristika; einfache bis mehrfache Typisierungseinteilungen
Typengerechte Behandlungsideen	Behandlungsideen speziell für die zuvor eingeteilten „Depressionstypen“

3.2 Auswertungen der Kategorien

Im Folgenden werden die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse des Interviewmaterials nach Kuckartz [32] erläutert und nach dem eben beschriebenen Kodierleitfaden aufgegliedert.

3.2.1 Ursachen und Auslöser der Depression beim Mann

Alle Interviewten gaben unter anderem an, dass die Auslösung einer Depression aus einer *beruflichen Problematik* entstehe. Aussagen bezüglich beruflicher Aspekte und gesellschaftlicher Faktoren als Depressionsauslöser fließen ineinander und werden daher nicht streng getrennt ausgewertet.

Hier werden in erste Linie die berufliche Überforderung und Stressbelastung genannt. Die beruflichen Auslöser werden unter den *gesellschaftlichen Aspekten* der Depressionsauslösung erläutert und seien laut circa einem Drittel der Interviewten der Firmenpolitik geschuldet, die durch Umstrukturierungen im Betrieb und Entlassungswellen, Degradierungen als Ausdruck von fehlender Anerkennung und Würdigung des Arbeitnehmers, Wertverlust der Arbeit und schlechtere Arbeitsbedingungen geprägt sei. Zudem wurde von fünf der 15 Befragten die *Arbeitslosigkeit* als Depressionsursache erwähnt. Arbeitslosigkeit würde zum einen vom Patienten als gesellschaftlicher Abstieg gewertet, zum anderen entstehe durch die finanziellen Probleme und drohende Armut die Gefahr von Drogenkonsum und schwerwiegenden sozialen Schwierigkeiten.

Ebenfalls häufig erwähnt wurden Mobbing, Angst vor Arbeitsplatzverlust und Konflikte mit Kollegen oder Vorgesetzten als berufliche Auslöser für eine Depression bei Männern.

Dreiviertel der Interviewten gaben *familiäre und private Gründe*, insbesondere Beziehungsprobleme (z.B. Scheidungen, häufiger Beziehungswechsel), als Auslöser an.

Die Hälfte der Interviewten waren davon überzeugt, dass *Sucht* sowohl ein Auslöser, als auch ein Resultat einer Depression sein kann. (Als Selbsthilfemaßnahme zu Alkohol, Drogen oder anderen Suchtmitteln als „Problemstiller“ greifen)

Vier der 15 Befragten erwähnten als Depressionsursache die *genetische Disposition*, die laut den Befragten überwiegend für die „endogene Depression“

aber auch „bipolare Störung“ und „Wochenbettdepression“ verantwortlich sei. Bei keinem der Interviewten wurde die genetische Disposition allerdings als erstes als Ursache benannt.

Andere weniger häufig erwähnte mögliche Ursachen waren: *traumatische Erlebnisse*, z.B. aus der Kindheit, Tod von Angehörigen (2 Nennungen), *Lebensphasenwandel* wie Adoleszentenkrise, Midlifecrisis, „alternde Narzissten“ (2 Nennungen).

Von allen Befragten wurde während des Interviews mehrmals der *Stress* als Depressionsauslöser erwähnt, der durch alle oben genannten Ursachen entstehen könne.

Das folgende Zitat spiegelt wider, welchen Eindruck der Not und welche Ursachenbegründungen ein Hausarzt mit depressiven Patienten erlebt.

> *„Aber die Gründe, warum sich Männer in meine Praxis verirren, ist meistens, dass sie eben mehr als einem Lebensbereich irgendwie entgleiten, sei es im Beruf und Familie oder Beziehung […]. Solange eins noch funktioniert, ist in der Regel gut kompensiert, aber wenn es in beiden kriselt, dann ist es der Punkt, wenn das Fass überläuft.“*
>
> (Interviewter Hausarzt 7, AG $\underline{\geq}$ 40-49)

3.2.2 Eintritt in das Behandlungssystem

Umstände, die zum Erstkontakt führen

Zunächst erfolgt den Eintritt in das Behandlungssystem betreffend die Auswertung der ersten von vier Unterkategorie: *Umstände, die zum Erstkontakt führen.*

Das häufigste Anliegen an den/die Hausarzt/-ärztin und der damit verbundene Umstand für die Erstvorstellung bei diesem, sei laut Nennung durch etwa die Hälfte der Befragten, das *Verlangen nach einer Krankschreibung*. Die Gründe, die dahinter lägen, wurden vielfältig beschrieben: private Probleme in der Ehe und Familie, berufliche Konflikte und Stressoren, sowie Sucht oder einfach das Verlangen nach einer Auszeit.

Einige der Befragten (circa ein Drittel) gaben an, dass die Ehefrau den Patienten „geschickt“ oder den Termin sogar selbst vereinbart hätte. Laut der Befragten

würden diese Hilfe suchenden Ehefrauen bei der Terminvereinbarung oder eigenem Arztkontakt in ihrer Not angeben, dass der Ehemann z.B. zunehmend zu ihnen und den Kindern aggressiv, unausgeglichen, affektlabil, gereizt, sowie permanenter schlechter Laune sei. Nachfolgende Zitate beschreiben die Erfahrungen der Interviewten bezüglich der Anliegen der Partnerinnen an ihre depressiven Männer.

> „*Wenn die Frau sagt: So geht es nicht weiter. Deine Laune ist schlecht. […] wenn diese Konflikte in der Partnerschaft dann halt auftreten. Und die Frau halt ein bisschen Druck macht […] Sagt: Jetzt geh mal zum Arzt. Lass dir mal helfen.“*
>
> (interviewte Hausärztin 13, AG ≥ 60)

> *„Jetzt muss ich was verändern und wir gehen jetzt zur Hausärztin oder du musst einfach mal drüber sprechen und dich durchchecken lassen. Das ist auch so, dass man dann erst mal die Männer so vielleicht kriegt. Ne? Ist da irgendwas vielleicht auch, was so dann im Blut nicht in Ordnung ist, was dazu führt, dass es irgendwie nicht mehr gut ist.“*
>
> (interviewte Hausärztin 1, AG ≥ 40-49)

Fast einem Drittel der Befragten blieb der Wunsch des Patienten (oder der Ehefrau) nach einer *Laborabklärung/Check* in Erinnerung.

Jeweils von einem Befragten erwähnt wurden folgende Umstände, die zum Erstkontakt mit dem Hausarzt/-ärztin führten: Sucht, drohende Entlassung, Zusammenbruch und Suizidalität.

Zeitpunkt Erstkontakt mit Begründungen

Nun werden die Ergebnisse der Unterkategorie *Zeitpunkt Erstkontakt mit Begründungen* dargestellt.

Eine eindeutige Aussage, dass die männlichen depressiven Patienten „*spät“* (oder sogar sehr spät) in den Erstkontakt mit dem Hausarzt träten, formulierten zwei Drittel der Befragten. Im nachfolgenden Zitat wird deutlich ausgedrückt, zu welchem Zeitpunkt und unter welchen Umständen der Erstkontakt aus Erfahrung heraus stattfände.

„Also die Älteren sehr spät. Meistens nach einem Zusammenbruch oder einem Burnout, wie das heute ja vornehm heißt. Ja, also eine Erschöpfungsdepression eigentlich, ja. Wenn sie nicht mehr schlafen können, wenn sie körperlich alle möglichen Probleme haben. Und dann, ja, […] von der Ehefrau oder so gedrängelt werden, sie sollen doch mal nach sich gucken lassen."

(interviewter Hausarzt 14, AG ≥ 60)

Nur drei der Befragten denken, dass die Männer „*früh"* in den Erstkontakt kämen, mit den Begründungen, dass sie wegen dem Krankmeldungsbegehren den Kontakt suchten und sich vornehmlich mit somatischen Beschwerden vorstellten. Erwähnt wurde dabei auch die Annahme, dass sich der Zeitpunkt der Arztkontaktaufnahme in der heutigen Zeit im Vergleich zu früher verändert hätte und heutzutage früher zustande käme. Nimmt man diejenigen Befragten dazu, die den männlichen Patienten teilweise früher sehen, da sie zunächst nur psychosomatische Beschwerden präsentieren oder mit vegetativen Problemen wie Schlafstörungen Hilfe suchen, ohne primär depressiv zu erscheinen, dann kämen laut fast der Hälfte der Befragten die Männer schon „relativ früh" in den Erstkontakt.

Passend dazu wird mehrfach von den interviewten Ärzten/-innen ohne Zusatzqualifikation Psychotherapie die Meinung geäußert, dass durch die verschleierte Symptomatik des Patienten, sowie durch das eigene zurückhaltende Nachfragen, es unter Umständen sehr lange dauere, bis die richtige Diagnose gestellt würde.

Nur ein Befragter gab an, dass er glaube, betroffene Männer kämen früher als betroffene Frauen in den Erstkontakt.

Alle anderen waren der Meinung, die Männer kämen später als die Frauen in den Erstkontakt zum Hausarzt/-ärztin. Wie das nachfolgende Zitat verdeutlicht, müsse der Leidensdruck laut Aussagen der Befragten besonders hoch sein und ein „Zusammenbruch" auf psychischer, sozialer oder körperlicher Ebene drohen oder bereits eingetreten sein, um ärztliches Hilfesuchen zu erzeugen.

„Dann, wenn es wirklich beeinträchtigt oder die Teilhabe insgesamt so eingeschränkt ist, dass sie zum Beispiel nicht mehr arbeiten können. Und

wenn sie quasi wirklich kurz vor dem Zusammenbruch sind oder schon einen Zusammenbruch erlebt haben. […] Oder, [sie] dann irgendwie aggressiv geworden sind, und dann selbst erschrecken […], bekommen Angst, was mit ihnen vorgeht. Sie kommen eigentlich tendenziell eher deutlich später.“

(interviewter Hausarzt 7, AG ≥ 40)

Erstsymptomatik und Verhalten im Erstkontakt Mann

Nach dem Zeitpunkt des Erstkontaktes wird nun die Auswertung der Unterkategorie *Erstsymptomatik und Verhalten im Erstkontakt Mann* berichtet.

Bei der Beschreibung der Erstsymptomatik standen eindeutig die Angaben über (psycho-) somatische Beschwerden bei einem Großteil der Befragten im Vordergrund, wobei unter diesen die gastrointestinalen (z.B. Sodbrennen, Magenschmerzen, Gastritis) und muskuloskelettalen Beschwerden (z.B. Rückenschmerzen, Verspannungen) von der Hälfte der Befragten beschrieben wurden. Erektionsprobleme nannten fünf der 15 Befragten als Erstsymptomatik. Herzprobleme und Kopfschmerzen wurden außerdem von einigen Befragten aufgeführt. Eine Schlafstörung wurde sehr häufig als Erstsymptomatik angegeben. Das nachfolgende Zitat beschreibt diese Tendenz einer typischen Symptompräsentation der betroffenen Patienten im Erstkontakt.

„Also klassisch bei mir kommen die wegen Erkältung oder was ganz anderem. Schnuppern so rein, gucken, wie kann man denn mit der Ärztin so reden. Und meistens ist man dann auch grade fertig mit Rücken oder Erkältung oder sonst was, steht auf, und dann kommt von dem Mann so, eigentlich wollte ich Ihnen noch was anderes sagen...dann geht es meistens los, auch über so Erektionsprobleme…“

(interviewte Hausärztin 2, AG ≥ 40-49)

Ausnahmslos alle Befragten gaben zum Verhalten der Patienten im Erstkontakt Symptome einer Depression an. Diese waren Müdigkeit, Leistungsschwäche, Schlafstörungen, Freudlosigkeit, „nicht mehr Lachen können“, Erschöpft-, Depressiv-, Appetitlos-, Schweigsam- und Zurückhaltend-Sein.

Sechs der 15 Befragten erwähnten eindrücklich folgende atypischen Symptome*:* „Wut und Aggressivität gegenüber der Familie, Partnerin und Kindern“, „Angst auszuflippen“, „total reizbar und angespannt sein“, „Schreien die Partnerin an“. Diese Symptomatik als Ausdruck einer Depression wird in dem nachfolgenden Zitat beschrieben.

> *„Also auf Nachfrage kommt dann eigentlich immer raus, dass sie total angespannt sind, aggressive Tendenzen haben, total reizbar sind, sich über jede Kleinigkeit unglaublich aufregen können oder auch mal, ja, […] ihre Partnerin oder den Partner richtig angeschrien haben oder mit den Kindern gar nicht mehr klarkommen. Weil sie sich auf diese Ebene gar nicht mehr einlassen können.“*
>
> (interviewte Hausärztin 2, AG ≥ 40-49)

Unter allen Befragten hatten ein Drittel bei der Verhaltensbeschreibung die eindringliche Forderung nach einer Krankmeldung erwähnt. Relativ häufig wurden auch Alkoholprobleme als Erstsymptomatik depressiver Patienten genannt. Nur ein- oder zweimalig erwähnte Symptome und Verhaltensweisen waren: Essstörungen, Panikattacken, Suizidalität und das Verlangen nach Schlaftabletten.

Zugang, Zugangserleichterung und Bindung des Patienten

Als letzte Unterkategorie der Hauptkategorie *Eintritt in das Behandlungssystem*, werden Ergebnisse zu *Zugang, Zugangserleichterung und Bindung des Patienten* präsentiert.

Zwei Drittel der Befragten versuchen die Patienten mit Gesprächen, Verständnis, besonders nach der Diagnoseakzeptanz des Patienten, durch *Wiedereinbestellungen* an sich zu binden. Oftmals wird auch eine Medikamenteneinstellung genutzt, um diese und den Therapieerfolg bzw. -verlauf mit Wiedereinbestellungen zu begleiten. Gut ein Drittel aller Befragten *versuchen* mit einer Diagnostikabklärung (Laborabklärung) - auch im Rahmen eines „Check-ups“- den Patienten anzubinden. Ein weiteres Drittel nutzen die Krankmeldungen für Wiedereinbestellungen und setzen auch ganz gezielt auf lediglich kürzere Krankschreibungen, um den Patienten schneller wiederzusehen. Verdeutlichen kann diese Tendenz folgendes Zitat.

„[E]ine Krankmeldung [funktioniert] tatsächlich ganz gut. Und dass man sie dann auch durch regelmäßige Anbindung an die Praxis ein bisschen [aus ihrem beruflichen Stress] rausholt."

(interviewte Hausärztin 2, AG ≥ 40-49)

Des Weiteren wurde ein Vorschlag der To-Do-Listen Erstellung und deren Abarbeitung zur Bindung des Patienten genannt.

Nur drei von den 15 Befragten erwähnten, dass der Zugang der Patienten über das Internet durch Fragebogen-Diagnostik oder die eigene Homepage leichter sei oder überhaupt zustande kommen könnte. Nur eine der Befragten könnte sich eine Unterstützung des Patienten über das Internet bzw. die Homepage vorstellen. Nur zwei der Befragten sahen die Ehefrau bzw. Partnerin oder Familienmitglieder, die ebenfalls in der Praxis behandelt würden und zunächst selbst die Behandlung aufsuchen, als Zugangs- und Bindungsmöglichkeit zu dem Patienten.

In der Auswertung der Kategorie *Umstände, die zum Erstkontakt führen,* wurde bereits erwähnt, dass ein Drittel der Befragten die Ehefrauen oder Familienmitglieder als mögliche Erstkontaktaufnehmer angaben, die, ohne selbst in Behandlung beim Arzt/Ärztin zu sein oder die Sprechstunde aufzusuchen, den Zugang des Patienten zum Arzt bahnten.

3.2.3 Diagnose

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Hauptkategorie *Diagnose* vorgestellt.

Akzeptanz der Diagnose Depression beim Mann

Zunächst wird die Auswertung der ersten von drei Unterkategorien dieser Hauptkategorie*, Akzeptanz der Diagnose Depression beim Mann, dargestellt*

Die Mehrheit der Befragten träfen sowohl auf Akzeptanz wie auch auf Inakzeptanz nach Diagnosestellung und erläutern, warum und welcher „Männertyp" die Diagnose Depression akzeptiere und welcher dies nicht tue. Wenige der Befragten berichteten reine Inakzeptanz bei Diagnosestellung mit massiv abwehrendem Verhalten. Dass diese Patienten auf die Diagnose *Burnout-Syndrom* beharren oder sogar nur diese akzeptieren zeigt nachfolgendes Zitat: *„Die Männer beharren dann irgendwie auf der Diagnose Burnout, was für die dann beinhaltet, dass das ganze ja von außen kommt."* (interviewte Hausärztin 8, AG ≥ 60)

Nur ein Befragter gab an, auf reine Akzeptanz zu treffen und mit der Diagnosestellung eine Erleichterung der Patienten zu erleben, die zu einer guten Therapiebereitschaft führe.

Als Diagnoseverweigerer erwähnen auffällig viele Befragte die älteren Patienten, die noch einer älteren Generation angehören und für die eine Depression, wie das folgende Zitat verdeutlicht, ein Stigma sei.

> *„Die Älteren, die wehren sich meistens mehr dagegen. Weil, ja, die… Ich habe doch die Abteilung und ich muss doch da meinen Mann stehen und so. Und denen passt das sozusagen gar nicht ins Selbstbild rein."*
>
> (interviewter Hausarzt 14, AG $\geq$ 60)

Jüngere Patienten würden die Diagnose wesentlich besser akzeptieren. Es wird mehrfach erwähnt, dass zunächst ein längeres Gespräch mit Diagnoseerklärung der Akzeptanz vorrausgegangen sei.

Umgang Hausärzte/-innen mit der Diagnosestellung

Nachfolgend werden die Auswertungsergebnisse aus der nächsten Unterkategorie *Umgang Hausärzte/-innen mit der Diagnosestellung* beschrieben.

Die Mehrzahl der Befragten gibt im ersten Schritt der Heranführung an die Diagnosefindung an, zunächst die körperlichen Symptome abzuklären und daraufhin, bzw. im Laufe der weiteren Kontakte, durch Aufzählung von Symptomen des Patienten, die Möglichkeit des Vorliegens einer Depression in Erwägung zu ziehen und zu erläutern. Viele haben einen ähnlichen Ansatz und führen lange Gespräche, um über die Umstände, die zu den Symptomen führten, besser Bescheid zu wissen und die Problematik und Konflikte der Patienten besser zu erkennen. Die meisten seien sehr vorsichtig in ihrer Wortwahl und beschreiben einen langsamen Diagnosefindungsprozess, der unter Umständen durch lange Krankschreibungsperioden und Überweisungen zu Fachärzten erst spät zur richtigen Diagnose führe. Außer einem Befragten (Befragter mit Zusatzbezeichnung Psychotherapie) seien alle bezüglich der Diagnosestellung Depression stark sensibilisiert, da das Erreichen einer Diagnoseakzeptanz der Patienten oftmals sehr schwierig und heikel sei. Auch werde die Diagnose erst relativ spät und laut einigen Befragten nur selten gestellt: *„Ich habe das Gefühl, dass [Depression] eine*

Diagnose ist, die ich sehr, sehr spät stelle bei Männern." (interviewte Hausärztin 6, AG ≥ 30-40)

Einig sind sich alle Befragten, dass die Diagnosestellung *Burnout-Syndrom* oder *Erschöpfungssyndrom* wesentlich besser vom Patienten akzeptiert werde und vom Befragten selbst auch leichter gestellt werden könne. Die Stigmatisierung bei Diagnosestellung *Depression* und die Angst, der Patient könnte dies als Stigma empfinden, lasse die Behandelnden die Diagnose spät und bevorzugt als Diagnose *Burnout-Syndrom* stellen. Die nachfolgenden Zitate machen deutlich, wie schwer es einigen Hausärzten/-innen fällt, die Diagnose *Depression* beim Mann zu stellen.

> *„[M]an möchte ja auch das entsprechend vermitteln und auch irgendwie näherkommen. Wenn man einen da so gegen seinen Willen abstempelt und ihm […] den Stempel aufdrückt, dann hat man nichts gewonnen […]"*
>
> (interviewter Hausarzt 15, AG ≥ 40-49)

> *„Also, ich erinnere mich an ein paar klassische Patienten, wo die Diagnose Depressionen ewig nicht gestellt worden sind, also die ja auch schon lange in Behandlung waren bei meinen Kollegen hier in der Praxis und ich letztlich gesagt habe, hey, das ist eine Depression. Das heißt ja, das dauert lange und ich tu mir schwer, weil die Symptome meist nicht so klar definiert werden. Auch vom Mann selber, vom Patienten. Es wird viel beschönigt und erst wenn es wirklich um eine lange Arbeitsunfähigkeit geht, irgendwann auch die Bereitschaft des Patienten da ist darüber zu reden, dass es eine Depression sein könnte."*
>
> (interviewte Hausärztin 6, AG ≥ 30-39)

Dass bevorzugt die Diagnose *Burnout-Syndrom* gestellt würde erwähnt die Mehrheit der Befragten und äußert die verschiedensten Argumente dazu. So erleichtere dies ihnen selbst, wie auch dem Patienten den Akzeptanz- und Behandlungsprozess.

Dass in diesem Zusammenhang die Diagnosestellung Depression bei der Frau leichter, früher und auch ehrlicher ausfalle, erwähnen mehrere der Befragten. Dies spiegelt das folgende Zitat wider:

„[D]a würde ich sagen, gesteht sich die Frau das schneller ein und deswegen muss ich beim Mann da auch manchmal die Hintertür nehmen durch die Begrifflichkeit „Burnout“ […].“

(interviewter Hausarzt 5, AG ≥ 50-59 Jahre)

Stigmatisierung

Als nächstes folgt die Auswertung der letzten Unterkategorie *Stigmatisierung.*

Die große Mehrheit der Befragten erwähnt direkt die Bedeutung von Stigma oder umschreibt diese eindeutig als Schamgefühl. Ein Drittel davon erwähnen, dass es einen gesellschaftlichen Wandel gäbe und die älteren Männer eine viel stärkere Abwehr bzgl. der Diagnosestellung und Akzeptanz hätten, sich abwertend fragten: „Spinne ich jetzt?“, oder die Depression als „Geisteskrankheit“ beurteilten. Einer davon glaubt, die Männer unter 40 Jahren. sähen die Diagnose *Depression* nicht mehr als persönliche Kränkung an.

Die Beschreibungen bezüglich Einstellungen der betroffenen Patienten von den Befragten, sowie deren Ausdrucksweise dem/der Arzt/Ärztin gegenüber, werden in den nachfolgenden Zitatausschnitten aus verschiedenen Interviews zusammengefasst: „Männer haben immer stark zu sein“, „Depression gleich Schwäche“, „Eingeständnis: ich kann nicht mehr, sehr kränkend“, „Depression hat negativen Touch“, „fällt aus Rollenverständnis raus“, „Männer dürfen das nicht haben“, „Männer identifizieren sich als die Starken, die nicht weinen dürfen, keine Schwäche zeigen dürfen um nicht als Versager angesehen zu werden“, „Depression hat etwas Beschämendes“, „fühlen sich bei einer Überweisung zum Psychiater abgestempelt“, „fühlen sich in ihrer Männlichkeit verletzt“.

Nur wenige Ärzte/-innen sehen keine Probleme bei der Diagnosestellung *Depression*, erwähnen jedoch die Hemmschwelle der betroffenen Patienten, zunächst um Hilfe zu bitten. Es bestehe bei den Betroffenen die Tendenz, vor Eingeständnis der psychischen Erkrankung zunächst körperliche Symptome zu präsentieren.

Die Behandlungs- bzw. Diagnosestellungskonsequenz ist bei über der Hälfte der Befragten übereinstimmend, die Diagnose *Burnout-Syndrom* als die weniger

stigmatisierende Diagnose zu stellen. Zwei Interviewte drücken dies mit nachfolgenden Zitaten aus.

> *„Viele, wie gesagt, hören dann, na ja, auch diese moderneren Begriffe wie Burnout. Das hat ein höheres Sozialrenommee, wenn man ausgebrannt ist, als wenn man depressiv ist, was manche eben immer noch als Schwäche eben erleben, die sie sich nicht unbedingt eingestehen wollen. Dann ist es [ihnen] lieber, ich habe mich zu sehr verausgabt im Beruf oder ich muss alles schultern in der Partnerschaft und deswegen bin ich ausgebrannt. Das sagen sie manchmal eben lieber, als dass sie es sich eingestehen, ich bin seelisch erkrankt.“*
>
> (interviewter Hausarzt 5, AG ≥ 50-59)

> *„Weil oft kommt dann die Antwort: Ja, ich bin doch nicht verrückt. Ne? [...] Weil ich versuche dann immer, den Weg ein bisschen so übers Burnout zu gehen. Weil das ist für die Männer dann einfacher. Weil Depression, wie gesagt, dann denken sie: Bin ich jetzt verrückt? Oder was meint die denn?*“
>
> (interviewte Hausärztin 13, AG ≥ 60)

Auffällig ist bei der Behandlungskonsequenz, dass genau diese Befragten, die die Diagnose *Burnout-Syndrom* anstelle von *Depression* verwenden, versuchen, in den feinfühligen, erklärenden Gesprächen eine weitere Akzeptanz der psychischen Erkrankung und deren Behandlungskonsequenzen zu erreichen. Ein Befragter sagte, er versuche die Patienten zu „Entstigmatisieren“, zu integrieren und deren Ressourcen zu aktivieren. Ein Befragter stelle auf Grund des ansonsten „als psychisch krank Abgestempelt-Seins“ seine Überweisungen zum/r Neurologen/-in anstelle zum/r Psychiater/-in aus und ein anderer überweise generell zur Diagnosefindung auf Grund der „stigmatisierenden Diagnose“ zu Fachärzten/-innen.

3.2.4 Behandlung

Wahrnehmung in der Behandlung

Jetzt folgt die erste von sechs Unterkategorien *Wahrnehmung in der Behandlung,* aus der Hauptkategorie *Behandlung.*

Der weitaus größere Anteil der Befragten gab den Behandlungsprozess als schwierig an, jedoch meist mit der Erwähnung auch positiver Aspekte und Behandlungsmöglichkeiten. Die Hauptschwierigkeiten lägen bei der zunächst fehlenden Diagnose- und Krankheitsakzeptanz der Patienten, der fehlenden Offenheit im Gespräch und dem Verlangen nach Medikamenten, schnellem Erfolg der Behandlung und der Wiedererlangung der Leistungsfähigkeit. Nur eine Befragte überweist umgehend bei eindeutigen psychischen Problemen des Patienten an den/die Psychiater/-in. Knapp die Hälfte gibt eine Abgabe der Behandlung an den Psychotherapeuten und die psychosomatische Rehabilitationsklinik an, teilweise auch zur Diagnosestellung. Ein Viertel der Befragten sieht den Zugang in eine Behandlung des Patienten sowie auch den Erfolg der weiteren Therapie in der Krankheits- (und Diagnose-) Akzeptanz begründet, auch wenn diese durch andere Institutionen erfolgte. Rein positiv und ohne Schwierigkeiten sahen nur zwei von 15 der Befragten die Behandlung. Folgende Zitatausschnitte aus mehreren Interviews verdeutlichen die wahrgenommenen positiven Aspekte der eigenen Behandlungsaspekte: „[W]enn es zwischen Arzt und Patient passt, keine Schwierigkeiten“, „Dankbarkeit der Patienten, wenn man sich Zeit nimmt“, „Behandlungsprozess im Gespräch mit positiver Erarbeitung aller auch sozialen und beruflichen Konsequenzen“, „gute Bindung erarbeiten möglich“.

Eine auf Grund der Erstkontaktumstände besonders schwierig entstandene Behandlungssituation wird im folgenden Zitat beschrieben:

> *[D]ie eine Hälfte hat schon selber kapiert, was das Problem ist, und die kommt dann, sagen, so, ich kann nicht mehr, ich bin völlig am Ende, die Welt hat sich gegen mich verschworen, ich liege am Boden, ich brauche jetzt Hilfe, ich brauche jetzt erstmal zwei Wochen eine Krankmeldung, und dann wird das schon wieder werden. Genau. Wie auch immer.“*
>
> (interviewter Hausarzt 7, AG $\underline{\geq}$ 40-49)

Behandlungsstrategien

Es folgen die Auswertungen aus der zweiten Unterkategorie *Behandlungsstrategien.*

Fünf der 15 Befragten sind sowohl Hausärzte/-innen wie auch Psychotherapeuten/-innen und können Psychotherapie auch selbst durchführen. Ein Drittel der Befragten erwähnt die Überweisung zur ambulanten Psychotherapie als zusätzliche Behandlungsstrategie zu den eigenen Behandlungsideen. Über die Hälfte erwähnen die Überweisung zum Psychiater oder einer psychiatrische Tagesklinik (Ambulanz) als zusätzliche Therapieoption.

Im Folgenden sind die aggregierten Aussagen der Interviewten beschrieben, die von ihnen zur Konfliktvermeidung mit den betroffenen Patienten angewandt wurden.

Die Hälfte der Befragten tasten sich durch eine sensible, einfühlsame, Gesprächsführung mit dem Patienten durch vorsichtiges Nachfragen und Empathie an die Diagnosestellung und deren Akzeptanz heran. Viele sehen sich nicht nur als Vermittler und Ratgeber, sondern auch als Impulsgeber, der nicht nur die Familie mit einbeziehe, sondern auch den beruflichen und sozialen Konsequenzen der Erkrankung nachgehe und Gespräche mit den Verantwortlichen in den Betrieben bzgl. der weiteren beruflichen Zukunft des Patienten führe. Dies erfordere laut der Befragten eine „richtige Gesprächsführung“, die besser erlernt werden sollte. Es wird auf eine gute Bindung zu den Patienten Wert gelegt und verschiedene Strategien angewandt, wie kurze Krankschreibungszeiten, Gesprächstermine und somatische Abklärung und Kontrollen. Ein Befragter erwähnte die Wichtigkeit Strukturierung zu finden, von der Diagnosestellung bis zum Behandlungsplan des Patienten. Ein weiterer Befragter versuche bei den Patienten eine Sensibilität für sich selbst und deren Probleme zu entwickeln und diese somit in eine Eigenverantwortlichkeit zu führen. Etwa ein Drittel der Befragten führen die Patienten zur Akzeptanz einer Überweisung zum/zur Facharzt/-ärztin oder Psychotherapeuten/-in und sehen darin eine Erweiterung und Bereicherung in der Behandlungsmöglichkeit, nicht jedoch eine völlige Abgabe der eigenen Behandlungsverantwortung für die Patienten. Die völlige Abgabe der Behandlung durch Überweisung bestätigt nur eine der Befragten, mit der Begründung, dass sie sich bezüglich der Behandlung und Diagnosestellung zu unsicher fühle.

Elf der 15 Befragten favorisieren eine aktive Anbindung des Patienten durch selbst durchgeführte Gesprächstermine im Rahmen der Sprechstunde. Ein Interviewter organisiert Familiengespräche, um die Familie in den Behandlungsprozess mit einzubinden. Eine medikamentöse Therapie mit selbstständiger Verordnung und Einstellung der Medikation praktizieren fast die Hälfte der befragten Ärzte/-innen. Wichtig war einem Großteil davon, nicht nur mit einer Medikamenteneinstellung die Depression zu behandeln, sondern diese kombiniert mit einer Gesprächsanbindung oder Psychotherapie einzusetzen. Eine befragte Ärztin lehnt jegliche Behandlung von depressiv erkrankten Männern ab und nehme lediglich Rezepterneuerungen, Krankschreibungen und Über- wie auch Einweisungen bei depressiven Patienten vor. Krankmeldungen, als Therapiebaustein sehen über die Hälfte der Interviewten als wichtig an, wobei diese als therapeutisch erfolgsversprechende Auszeit, wie auch als unabdingbare Konsequenz der anstrengenden und überfordernden Berufssituationen, ausgestellt würden.

Spezielle Behandlungsideen, die schon in der Behandlungsstrategie mit integriert wurden, stellen ein Drittel der Befragten vor. Diese beinhalteten Familiengespräche, dem Patienten als „Ausgleich“ Freizeit- und Sportangebote unterbreiten, Motivation der Patienten zu Sport, künstlerischem Gestalten, Entspannungstraining, wie autogenem Training (und spezielle Informationsbroschüren dazu mitgeben), Psychotherapeutenlisten der Umgebung mitgeben, Aufgaben-Listen erstellen und vom Patienten abarbeiten lassen, zusammen mit dem Patienten Therapiepläne erstellen und zu Suchtgruppen und Beratungsstellen verweisen.

Bedeutung des sozialen Umfeldes

Nachfolgend wird die Auswertung der Unterkategorie *Bedeutung des sozialen Umfeldes* beschrieben.

Alle Befragten sprechen dem gesamten sozialen Umfeld des Patienten eine große Bedeutung zu. Die Bedeutung der Familie, vor allem der Ehefrauen und Kinder, wird besonders deutlich hervorgehoben und als am wichtigsten eingeschätzt. Die Ehefrauen bzw. Partnerinnen werden bei einem Drittel der Befragten mit in die Behandlung einbezogen, wobei ein Teil davon auch erwähnte, die Partnerinnen als Hausarzt/-ärztin auch mitbehandeln zu müssen, da diese selbst große Konflikte auf Grund der Erkrankung ihrer Ehepartner entwickelten. Zwei der Befragten würden die Familie mit einbeziehen und auch Familiengespräche anbieten. Falls die

Ehefrau/Partnerin auf Grund von Scheidung oder Trennung auslösend für die Depression des Mannes war, so seien die Betroffenen meistens sozial isoliert. Freunde spielten für die Männer eine weitaus weniger wichtige Rolle als für depressive Frauen. Je jünger der depressive Mann sei (und wenn dieser noch keine Familie gegründet hätte), desto wichtiger und bedeutsamer seien die Freunde, z.B. auch durch Vereinsmitgliedschaften (Sport/Musik/Fasching).

Die Meinung im unten aufgeführten Zitat teilt die Mehrheit der Befragten.

> *„Viele ziehen sich eher zurück. Also, junge Männer mit Depressionen sind ja eher sozial isoliert und kommen auch meist erst später damit raus, dass sie eigentlich schon seit langer Zeit gar keine Freunde mehr treffen."*
>
> (interviewte Hausärztin 6, AG $\geq$ 30-40)

Das Arbeitsumfeld wird von der Mehrheit als sehr wichtig beschrieben, da sich viele Männer mit ihrer Arbeit identifizieren und diese einen wichtigen Teil in deren Leben ausfüllen würde. Hier wird die Angst vor Entlassung, Karriereknick und mangelndem Verständnis oder Abwertung durch Kollegen und Vorgesetzten beschrieben. Ein kleiner Teil der Befragten sieht sich in der Rolle des Vermittlers zwischen Erkrankten und Arbeitsstelle (Arbeitnehmervertretung, Betriebsarzt, Betriebsrat und Sozialdiensten). Dieser Teil bietet den Erkrankten gemeinsame Gespräche mit dem Arbeitgeber an. Unterstützend für den Patienten wird das Arbeitsumfeld von keinem der Befragten beschrieben, es wird lediglich von wenigen erwähnt, dass manche Betriebe sich um ihre Mitarbeiter „kümmerten" und auch psychischen Erkrankungen aufgeschlossener gegenüberständen.

Behandlungsaspekte bei kulturellen Unterschieden

In der nächsten Unterkategorie werden *Behandlungsaspekte bei kulturellen Unterschieden* behandelt und nachfolgend ausgewertet.

Nur die Hälfte der Befragten hat sich zu diesem Punkt geäußert. Eine Befragte gibt an, auf dem Dorf zu praktizieren und daher keine Berührungspunkte mit Flüchtlingen oder Asylanten zu haben. Ihre Patienten mit Migrationshintergrund, besonders die aus der Türkei, die schon lange im Dorf lebten, hätten keine anderen Verhaltensweisen als die deutschen Patienten. Die restlichen Befragten geben einheitlich an, dass die Sprachbarriere der wichtigste und schwierigste Punkt

bezüglich der Zugangs-, Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten mit den ausländischen Patienten sei. Ist die Sprachbarriere so groß, dass Dolmetscher, also dritte Personen (egal ob Verwandte oder neutrale Dolmetscher) mit einbezogen werden müssten, fehle jegliche Vertrauensbasis. Die Patienten wollten sich dann keine Blöße geben, vor allem nicht vor den Frauen, da sie eine starke Männerrolle verkörpern wollen. Die Hälfte derjenigen, die sich zu diesem Thema äußerten, glauben, dass bei Türken die Depression als Erkrankung wesentlich stigmatisierter sei als bei Deutschen:

> *„Also in der Türkei wäre es das Peinlichste überhaupt, für Männer sowieso, depressiv zu sein. Das geht gar nicht. Da können sie 1000 Körpersymptome haben, aber das wird nie zugegeben."*
>
> (interviewter Hausarzt 14, AG $\geq$ 60)

Diese würden alleine über massive körperliche Symptome ihr Leid ausdrücken und wären für Gespräche kaum zugänglich. Ein Befragter beschreibt die gleiche Problematik bei Spätaussiedlern aus Russland, die ihren starken Leidensdruck auch nur über die körperliche Symptomatik ausdrücken würden. Italiener und Portugiesen werden von einem weiteren Befragten als sehr emotional beschrieben, mit der Mentalität, auch innerhalb der Familie starke Gefühle ausdrücken zu können. Diese seien für die Behandlung einer Depression sehr zugänglich. Flüchtlinge empfinden zwei Befragte als äußerst depressiv wirkend, wobei es noch bei keinem der Befragten zu einer Therapie gekommen sei. Als Grund wurde hier die Sprachbarriere genannt. Ein Befragter formuliert die Schwierigkeiten, die durch die Kultur- und Mentalitätsunterschiede vorhanden seien, wie folgt:

> *„Wie man sich noch bemüht, irgendwie einem nahe zu sein, aber man versteht halt die Zeichen der anderen Kultur und die Eigenheiten nicht. Man weiß nicht, was üblich ist und wie man da rangeht"*
>
> (interviewter Hausarzt 15, AG $\geq$ 40-49)

Erwartungen, Zielsetzung und Bewertung der Behandlung aus Sicht der Hausärzte/-innen

Als nächster Punkt wird die Unterkategorie *Erwartungen, Zielsetzung und Bewertung der Behandlung aus Sicht der Hausärzte/-innen ausgewertet.*

Fast alle Befragten gaben an, dass sie ihre Behandlungsziele durch die aktive Mitarbeit der Patienten erreichen wollten und die Behandelnden (die Befragten selbst) dies am besten durch die nachfolgend aggregierten Inhalte aus den Interviews erreichen würden.

Erwähnt wurde die Wichtigkeit den Patienten zu ermuntern und zu eigenem Handeln zu motivieren. Des Weiteren sollten die Ressourcen der Patienten gestärkt und die Patienten an ihre Probleme und Defizite herangeführt werden. Man solle ihnen helfen sich selbst zu finden, glücklicher zu werden und zu sein. Es wäre wichtig sie zum Nachdenken zu bringen und eine Aufmerksamkeit zum besseren Erspüren der eigenen Grenzen und auch der Familienbedürfnisse zu erlangen. Wichtig sei es ein Arbeitsbündnis mit dem Patienten herzustellen, das es ermöglicht, zusammen tiefer liegende Probleme zu erkennen und zu lösen und somit als Patient auch die Möglichkeit zu bekommen, berufliche Konflikte selbst zu lösen. In diesem Zusammenhang sollte auch zu einem Gespräch mit dem Arbeitgeber, Personalrat, Betriebsarzt etc. motiviert werden, um eine berufliche Problematik zu lösen (siehe Tabelle 4).

Erwartungen, Zielsetzung und Bewertung der Behandlung aus Sicht der Patienten

Innerhalb der Unterkategorie erfolgt nachfolgend auch die Auswertung der *Erwartungen, Zielsetzung und Bewertung der Behandlung aus Sicht der Patienten.*

Die Befragten gaben in den meisten Fällen nicht nur ein Ziel oder einen Wunsch der Patienten an die Behandlung an, sondern erwähnten die unten aufgeführten Zielsetzungen oft kombiniert. Die Mehrzahl der Patienten möchte laut zwei Drittel der Befragten wieder leistungsfähig sein, um wieder arbeitsfähig zu werden und in den Beruf zurück zu gelangen, bzw. ihre Arbeitsstelle nicht zu verlieren: *„[Der Patient] möchte wieder im Allgemeinen in Arbeit kommen und wenn er über 60 ist, möchte er in Rente kommen.“* (interviewte Hausärztin 8, AG $\geq$ 60)

Laut der Befragten wollen die Hälfte der Patienten aus ihrer Depression rauskommen, um wieder glücklicher an ihrem Sozialleben teilnehmen zu können:

> *„Ja, dass er eben auch wieder fröhlich sein kann. Auch wieder mal das soziale Umfeld ein bisschen nutzt. […] Und nicht nur zur Arbeit rennt, schichtet und dann schlaflos im Bett liegt und Streit mit der Frau [hat]. Also […] versucht halt einfach, wieder glücklicher zu sein.“*
>
> (interviewte Hausärztin 13, AG ≥ 60)

Laut knapp der Hälfte der Befragten wollen die Patienten wieder „funktionieren“, „wieder im Leben zurechtkommen“, die „Handlungsfähigkeit wiederherstellen“ um „die notwendigen Aufgaben im Leben wieder zu meistern“.

Knapp ein Drittel der Befragten gaben an, die Patienten wollten „wieder so sein wie früher“ und somit die völlige Heilung der Erkrankung erreichen. Ziel sei auch die Verbesserung ihrer jeweiligen Symptome (z.B. Schlafstörung, Depression oder Libidoverlust).

Laut der Befragten scheinen nur wenige der Patienten das Hauptziel in der Familienversorgung zu sehen: *„[A]lso in erster Linie ist dann der Beruf und in zweiter Linie natürlich auch die Familie.“* (interviewte Hausärztin 11, AG ≥ 60)

In Tabelle 4 werden die Zielsetzungen der interviewten Hausärzte/-innen für die Behandlung der depressiven männlichen Patienten und die von ihnen beschriebenen Zielsetzungen der Patienten zusammengefasst.

Tabelle 4

Behandlungsziele der interviewten Hausärzte/-innen für männliche depressive Patienten sowie die von den Hausärzten/-innen wahrgenommenen Patientenziele (Baden-Württemberg, 2017)

Behandlungsziele Hausärzte/-innen	Behandlungsziele Patienten aus Sicht der Interviewten
• Ermuntern und motivieren zum eigenen Handeln • Ressourcen der Patienten stärken • Heranführen und Bearbeitung der Probleme und Defizite • Helfen sich selbst zu finden • Helfen, glücklicher zu werden und zu sein • Zum selbstständigen Nachdenken bringen • Hinführen, eigene Grenzen besser zu setzen • Hinführen, die Familienbedürfnisse (der anderen) besser zu erspüren • Arbeitsbündnis herstellen mit dem Patienten und dann zusammen tieferliegende Probleme erkennen und lösen • Berufliche Konflikte selbst lösen lernen • Motivieren zum Gespräch mit dem Arbeitgeber, Personalrat, Betriebsarzt etc., um die berufliche Problematik zu lösen	• Wieder leistungsfähig sein • Wieder arbeitsfähig werden • Die Arbeitsstelle nicht verlieren • Wieder glücklich am Sozialleben teilnehmen • Wieder „funktionieren“ • Wieder im Lebern zurechtkommen • Handlungsfähigkeit wiederherstellen • Die notwendigen Aufgaben im Leben wieder meistern können • Wieder so sein wie früher • Völlige Heilung der Erkrankung erreichen • Besserung der Symptome wie Schlaflosigkeit, Depression und Libidoverlust • Sich wieder besser um die Familienversorgung kümmern

Anmerkung: Es handelt sich hierbei um eine Aggregation der Meinungsbekundungen aus allen durchgeführten Interviews.

Behandlungsvorschläge und Optimierungspotentiale

Im Folgenden wird die letzte Unterkategorie *Behandlungsvorschläge und Optimierungspotentiale* beschrieben. Die von den Befragten genannten Vorschläge sind in Tabelle 5 zusammengefasst.

Über die Hälfte der Befragten schlugen eine Gruppentherapie bzw. Selbsthilfegruppen für Männer vor. Der nächste mehrfach genannte Vorschlag waren Männer-Sportgruppen wie Fußball als Therapie mit nachfolgender Gesprächsmöglichkeit in der Gruppe (Kombination aus Bewegung und Gespräch).

Im Sportbereich wurden zusätzlich ähnlich angelegte Schwimmgruppen sowie Fitnessstudios mit Achtsamkeitsgruppen für Männer vorgeschlagen.

Ebenfalls mehrfach erwähnt wurde die Wichtigkeit von firmeninternen Angeboten zur Prophylaxe wie Yoga und Entspannungsverfahren, sowie geschulte Ansprechpartner am Arbeitsplatz und über die Arbeitsstellen organisierte „Kurz-Rehabilitationskuren“. Arbeitsplatzunabhängige Gesundheitsangeboten könnten laut den Befragten von den Krankenkassen gefördert und bezahlt werden, wie Homöopathie, Naturheilverfahren und Bewegungstherapie, sowie leicht zugängliche männerspezifische tagesklinische Behandlungen in der Psychosomatik mit der Möglichkeit zum Anschluss einer psychosomatischen Rehabilitationskur. Mehrfach vorgeschlagen wurden Achtsamkeitskurse als Männer-Gruppentherapien, „Mindfulness Based Stress Reduction“ (MBSR, [21]) für Männer und Entspannungsgruppen mit dem Fokus auf Körpererfahrung, um einen Zugang zu den seelisch-psychischen Beschwerden zu fördern. Ein Befragter schlug Schwitzhütten und Überlebenstrainingskurse für depressive Männer vor. Andere Befragte wünschten sich mehr Angebote in Form von online Programmen oder Apps zum Thema männliche Depression, sowie telefonisch oder per E-Mail schnell zugänglichere Beratungsstellen. Diese sollten anonym sein und den betroffenen Männern schnelle Antworten und Hilfe geben. Ein weiterer Vorschlag waren gezielte Angebote für Treffen gegen Vereinsamung älterer depressiver, evtl. verwitweter Männer und anthroposophische Angebote wie Tempeltänze und Kräutertherapie für Männer.

Vorschläge für Hausärzte/-innen, um deren Arbeit zu optimieren, waren mehr Sprechstundenzeit für psychisch Erkrankte einzuplanen, „Männersprechstunden“ einzurichten im weniger schamhaften Setting, die Männer zu „entstigmatisieren“ und ressourcenorientiert mit ihnen zu arbeiten. In der Diagnosestellung sollten andere Kriterien beachtet werden. Mehrere Befragte wünschten sich mehr Aus- und Weiterbildung in Gesprächsführung, Erlernen besserer Fragestellungen, eines besseren Zugangs und besserer Ratschläge.

Das folgende Zitat soll diese Vorschläge und Gedanken exemplarisch verdeutlichen:

> *„Ja, aber, also ich denke, da bräuchte man tatsächlich noch weitere Ausbildungen in Gesprächstherapie, Gesprächsführung, um da jetzt noch*

weiter in die Tiefe zu gehen. Und das müsste dann eben nicht nur im Zehn-Minuten-/Viertelstunden-Takt passieren, sondern da müsste man sich wirklich auch dann eben die angemessene Zeit dazu nehmen können.

(interviewte Hausärztin 3, AG ≥ 30-39)

Vorschläge im Allgemeinen in Bezug auf das Gesundheitssystem wurden ebenfalls von den Befragten geäußert. Laut den Interviewten sollten mehr männliche Psychotherapeuten ausgebildet und allgemein mehr Psychotherapieplätze geschaffen werden, um schnellere und umfangreichere Psychotherapiemöglichkeiten zu ermöglichen. Die schnellere Zugänglichkeit für die betroffenen Patienten zur ambulanten Psychotherapie und auch zu Gruppen- und Familientherapien zu ermöglichen, war vielen Befragten wichtig. Erwähnt wurde auch die Notwendigkeit, ausländische Psychotherapeuten vermehrt in das Gesundheitssystem zu integrieren, um auch betroffenen Männer ohne Deutschkenntnisse und, die einer anderen Kultur angehören, besser oder überhaupt behandeln zu können. Staatliche geförderte Übersetzer sollten für die hausärztliche Sprechstunde bezahlt und eingesetzt werden.

Tabelle 5

In den Interviews mit Hausärzten/-innen genannte Behandlungsvorschläge der Patienten aus Sicht der Interviewten, Optimierungsvorschläge und Vorschläge bezüglich des Gesundheitssystems (Baden-Württemberg, 2017)

Vorschläge der interviewten Hausärzte/-innen bezüglich Optimierungspotenzialen...	
...für die eigene Arbeit	• Mehr Sprechstundenzeit für psychisch Erkrankte • „Männersprechstunden“ • Entstigmatisierung • Andere Diagnosekriterien beachten • Aus- und Weiterbildung in Gesprächsführung • Erlernen besserer Fragestellungen, eines besseren Zugangs und besserer Ratschläge • Ressourcenorientiert arbeiten
...für die Behandlung depressiver Männer	• Gruppentherapie und Selbsthilfegruppen für Männer • *Männersportgruppen* wie: o Fußball oder Schwimmgruppen als Therapie mit nachfolgender Gesprächstherapie in der Gruppe o Fitnessstudio mit Achtsamkeitsgruppen o Entspannungsgruppen mit Körpererfahrung, um den Zugang zu den seelisch-psychischen Beschwerden zu fördern • Schwitzhütten für Männer • Überlebenstraining für depressive Männer • MBSR (Mindfulness-Based Stress Reduction) für Männer • Achtsamkeitskurse als Männergruppen-Psychotherapie • *Von der Krankenkasse unterstütze Gesundheitsangebote* wie: o Homöopathie, Naturheilverfahren, Bewegungstherapie o männerspezifische tagesklinische Behandlung in der Psychosomatik mit möglichem Anschluss einer psychosomatischen Rehabilitationskur o *Firmeninterne Angebote zur Prophylaxe* wie Yoga und Entspannungsverfahren, geschulte Ansprechpartner am Arbeitsplatz oder alle zwei Jahre eine über die Arbeitsstelle organisierte „Kurz-Rehabilitationskur“ • Online Programme und Apps zum Thema männliche Depression • Angebot für Treffen gegen Vereinsamung älterer depressiver, evtl. verwitweter Männer • Anthroposophische Angebote wie Tempeltänze und Kräutertherapie

Fortsetzung

Fortsetzung Tabelle 5

Vorschläge der interviewten Hausärzte/-innen bezüglich Optimierungspotenzialen...	
...im Gesundheitssystem	• Mehr männliche Psychotherapeuten ausbilden • Mehr Psychotherapieplätze schaffen • Schnellere Psychotherapiemöglichkeit, auch bzgl. Gruppen- und Familientherapie • Mehr ausländische Psychotherapeuten in das Gesundheitssystem integrieren • Staatlich geförderte Übersetzer für hausärztliche Sprechstunde vermitteln und bezahlen

Anmerkung: Es handelt sich hierbei um eine Aggregation der Meinungsbekundungen aus allen durchgeführten Interviews.

3.2.5 Wahrnehmung Hausarztrolle

Die folgende Hauptkategorie *Wahrnehmung Hausarztrolle* hat eine Unterkategorie und wertet die Antworten rund um das Hausarztrollenverständnis aus.

Die Befragten sehen sich in ihrer Rolle als Hausärzte/-innen in zwei Drittel der Fälle auch aktiv als die Behandler bzw. Therapeuten und Ansprechpartner der depressiv erkrankten männlichen Patienten. Hierbei werden die Sensibilisierung für psychische Probleme und das offene Gespräch genauso als Therapie erwähnt, wie „akute Interventionen“ und Medikamenteneinstellungen. Über ein Drittel sehen sich in der gesonderten Arztrolle als Hausarzt/-ärztin, auch als Familientherapeuten tätig zu sein und ebenfalls für die Kinder und Ehepartner der Betroffenen als Ansprechpartner und Vermittler zu fungieren. Ein Viertel der Befragten geben den Behandlungsauftrag ab, auf Grund von zu wenig Sprechstundenzeit, mangelnder Kompetenz in Gesprächstherapie und -führung und wegen Verunsicherung bei psychischen Erkrankungen durch ein eigenes Inkompetenzgefühl ab. Das nachfolgende Zitat verdeutlicht diese Meinung.

> *„Aber ich muss jetzt dazu sagen, dass ich jetzt nicht so […] gern mit der Psyche… Habe ich als Arzt nicht so gern mit zu tun. Also ich bin mehr so aufs Körperliche… weil ich mich da oft nicht reinversetzen kann und dann ist das für mich schwer. Ich kann mich nicht reinversetzen, was jetzt eine Depression ist…weil ich kann nicht lange mit jemand, der so psychisch angeschlagen ist […] reden.“*
>
> (interviewte Hausärztin 13, AG $\geq$ 60)

Die Behandlung wird zwar von einem Viertel der Befragten abgegeben, die Mehrzahl ist jedoch um die Diagnosefindung und -akzeptanz bemüht.

Über ein Drittel der Hausärzte/-innen gaben an, sich als Ansprechpartner/-in der Familie mit einfacher Zugangsmöglichkeit und Verfügbarkeit, Vermittler/-in, Lotse/-Lotsin und Wegweiser/-in im System zu sehen. Ebenfalls ein Drittel der Befragten nannten sich Helfer/-in, Therapeut/-in und Vertrauensperson für die betroffenen Patienten. Andere Interviewte sahen sich in ihrer Hausarztrolle als Vorbild und positive Identifikationsfigur, Ideengeber/-in, Zuhörer/-in, Berater/-in, Realist/-in, sowie als Über- und Einweiser/-in für die weiteren notwendigen Behandlungen. In Abbildung 2 sind die wahrgenommenen Rollen der interviewten Hausärzte/-innen den Phasen der Behandlung von depressiven Männern zugeordnet.

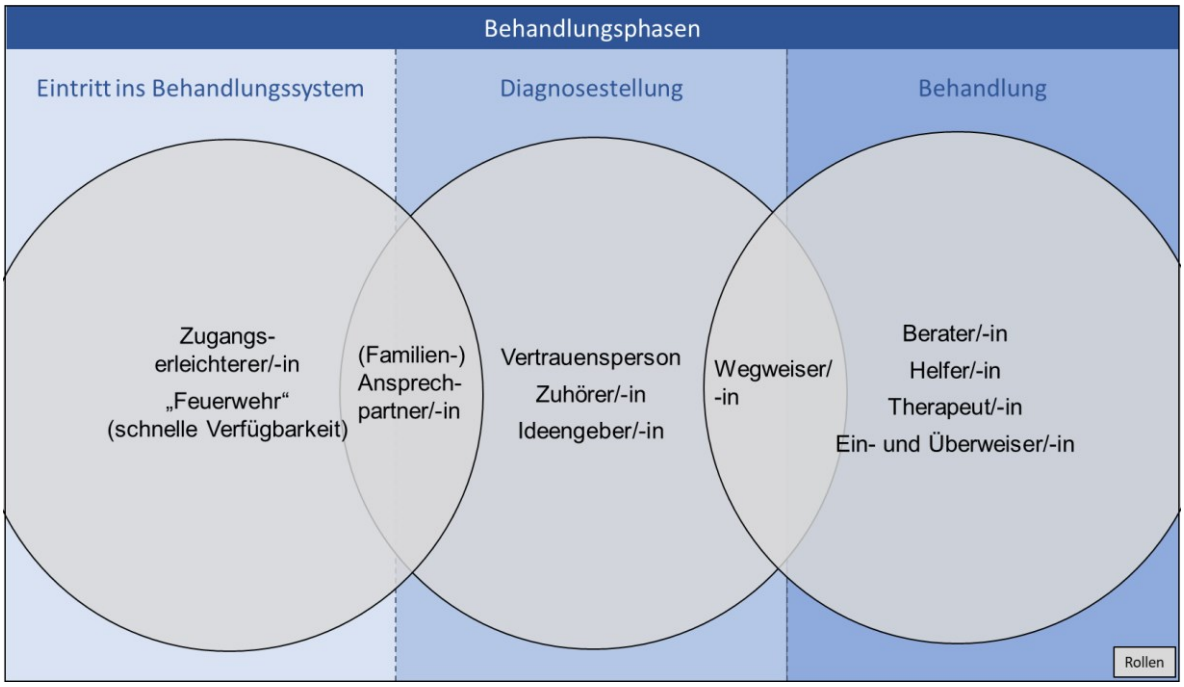


Abbildung 2: Rollenverständnis der interviewten Hausärzte/-innen (n=15, 10 weiblich) je nach Behandlungsphase der depressiven Männer, Baden-Württemberg, 2017 (eigene Abbildung)

Die Befragten gaben folgende notwendige Eigenschaften an, die sie als Hausärzte/-innen in ihrem Beruf haben sollten, um depressiv erkrankten Männern eine angemessene Behandlung ermöglichen zu können. Ein/-e Hausarzt/-ärztin sollte laut den Interviewten empathisch, einfühlsam, wohlwollend, unterstützend, erklärend, ermutigend, überzeugend, verständnisvoll, offen und ehrlich, stützend

sowie lösungsorientiert sein. Abbildung 3 zeigt eine Gegenüberstellung der von den Interviewten geäußerten notwendigen Persönlichkeitseigenschaften von Hausärzten/-innen für die Behandlung depressiver Patienten mit dem Rollenverständnis der Befragten selbst in der Behandlung.

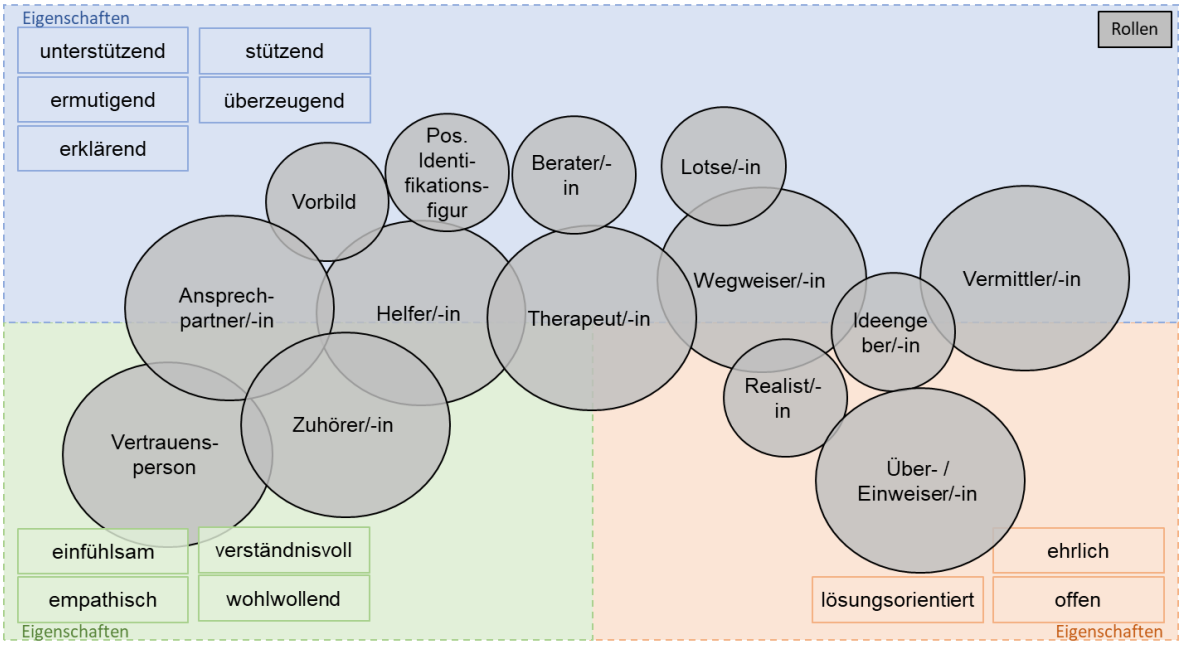


Abbildung 3: Von den interviewten Hausärzten/-innen (n=15, 10 weiblich) wahrgenommenes Rollenverständnis in Gegenüberstellung zu den von ihnen genannten benötigten Eigenschaften einer/s Hausärztin/-arztes, Baden-Württemberg, 2017 (eigene Abbildung)

Die größeren Kreise bedeuten, dass diese Rollenbenennung mindestens von drei oder mehr Interviewten genannt wurde, die kleineren Kreise, dass diese nur von einem oder zwei Interviewten erwähnt wurde. Die Kreise führen von links unten, symbolisch für den Behandlungseintritt und die Erstkontakte mit den Patienten über die Bindungsbildung, Diagnoseheranführung und Akzeptanzerarbeitung der Diagnose in der oberen Hälfte, bis zur Behandlungsplanung und -führung rechts unten. Dabei wurden den Phasen jeweils die Eigenschaften der Hausärzte/-innen zugeordneten.

Die nachfolgenden drei Zitate geben einen Einblick in die Meinung der Befragten und deren Sicht auf die Hausarztrolle.

„Also, es ist viel mehr Aufklärungsarbeit notwendig als bei Frauen und … meine Aufgabe [ist] als aller erstes die Stigmatisierung raus zu bringen, also dem Mann zu erklären, dass es nicht daran liegt, dass er eine Flachzange ist oder dass er es nicht kann oder dass er einfach schwer geschädigt ist […], sondern dass es jetzt eine Phase seines Lebens ist […], die wir vielleicht auch dafür nutzen können, etwas zu verändern und ins Positive zu verkehren… Das sehe ich so als meine Hauptaufgabe… sind wir als Hausärzte diejenigen, die sein soziales Umfeld kennen, die vielleicht seine Familie mitbetreuen, ja die sozusagen auch dafür sorgen können, […] im Familiengespräch auch […] die Frau ein bisschen darüber auf[zu]klären. [D]ass man [dem Mann] hilft, Anerkennung zu erfahren durch sein Umfeld.“

(interviewte Hausärztin 6, AG ≥ 30-40)

„Also wenn da mal das Ganze etabliert ist, die Krankheitsakzeptanz da ist, wenn man die mal auf die Spur gebracht hat und mal Absprachen getroffen hat, wie man es denn weitermacht, dann gibt es wenig Unterschiede zwischen Männern und Frauen. Dann haben die eigentlich schon natürlich immer einen starken Bezug zu mir. […] [W]enn Psychiater dabei sind,[sind die Männer] da halt meistens immer nur kurzfristig mal hingehen oder immer einmal im Quartal, das sind in der Regel nicht so die innigen Bindungen. Grade wenn es Krisen gibt, dann kommen die meistens hier [in der Praxis] vorbei, wenn sie nicht einen Therapeuten haben, dann macht man hier so kleine, verbale Interventionen. [...] Verfügbarkeit [sehe ich als meine Aufgabe], einfach falls sich was verschlechtert als Ansprechpartner. Ich glaube die Lotsen-Funktion ist da, und oftmals einfach als Backup. Wenn man irgendwie sich unsicher ist, eine Krise kommt, dann möchte man halt einen schnell verfügbaren Ansprechpartner haben, wo man nicht ewig warten muss, den man auch irgendwie kennt. [Als Hausarzt) ist [man] irgendwie quasi dann immer so die Feuerwehr.“

(interviewter Hausarzt 7, AG ≥ 40-49)

Konfliktpotentiale

Die einzige Unterkategorie *Konfliktpotentiale* beschreibt die Probleme und Konflikte der Hausärzte/-innen mit den männlichen depressiven Patienten.

Zum Anfang der Behandlung steht die fehlende Diagnoseakzeptanz der Patienten und die damit verbundenen Probleme in der Hinführung des Patienten zur Akzeptanz im Vordergrund. Genau aus diesem Grunde entstehe ein medizinischer Abklärungsdruck auf der rein körperlichen Ebene, und eine zugleich hohe Erwartungshaltung der Patienten, eine medizinische Sicherheit zu bekommen. An dieser Stelle verspüren die Interviewten Druck, dieser hohen Erwartung als Arzt/Ärztin auch gerecht zu werden.

Fast die Hälfte der Befragten empfinden ihre depressiven Patienten als fordernd und erwähnen diese fordernde Haltung ihnen gegenüber in den meisten Fällen im Zusammenhang mit der Forderung nach Krankschreibungen (Folgekrankschreibungen).

Die Konsultations- und Behandlungssituation sei oftmals unklar, da das eigentliche Anliegen hinter der Krankschreibungsforderung zunächst oftmals verborgen bleibe. Nachfolgendes Zitat beschreibt diesen Umstand wertend:

> *„Also da das bei diesen Leuten meistens mit einer Krankschreibung verbunden ist, die sie wollen, gibt es das gar nicht, dass die nicht mehr kommen. Die wollen zunächst mal raus aus dem […] Betrieb und sind dann eigentlich auch auf die Folgekrankmeldungen angewiesen, deswegen kommen die. Es ist bloß nicht immer klar, was die von mir wollen.“*
>
> (interviewter Hausarzt 12, AG $\geq$ 60)

Auch das Fordern nach Medikamenten, einer maximalen Abklärung der somatischen Beschwerden, einem Rehabilitationsklinikaufenthalt, sowie die Forderung nach Verständnis wird als belastend empfunden. Zudem komme das Problem des Zeitmangels im Rahmen einer hausärztlichen Sprechstunde (für ein Drittel der Befragten) zu der oben beschriebenen Problematik hinzu:

> *„Also ich bräuchte eigentlich mehr Zeit, dass die das Gefühl bekommen, dass ich verstanden habe, um was es geht. Dass man darüber hinauskommt. Und auch den Schritt wagen kann, zu überlegen, was das mit ihnen zu tun hat.*

Also ich habe immer das Gefühl, ich werde gedrängt, mich zu identifizieren und zuzustimmen.“

(interviewter Hausarzt 12, AG ≥ 60)

Die *Vermittlerrolle* wird einerseits als Chance für den Patienten und seiner Gesamtsituation, jedoch andererseits für die Behandelnden auch als schwierig empfunden, da diese in deren Rolle zwischen den Stühlen säßen und auf alle Seiten eingehen müssten. Dabei werden mehrfach die Gespräche mit der Ehefrau/ Partnerin erwähnt, jedoch auch die Vermittlungsgespräche zwischen Patienten und Arbeitgebern (über ein Drittel*),* Arbeitnehmervertretungen, Sozialdiensten und Betriebsärzten. Hier fühlen sich einige Befragte (ein Drittel) in ihrer Gesprächsführungskompetenz unsicher und inkompetent. Es werden auch die schwierigen Gesprächssituationen mit aggressiven depressiven Patienten, mit den Patienten, die eine Depression negieren, jedoch dringend Hilfe benötigten, sowie mit ausländischen Patienten, die ein anderes Männerrollenverständnis hätten, als sehr schwierig und belastend beschrieben. Hausärzte/-innen müssten sich zudem mit dem Rentenbegehren der Patienten auseinandersetzen, welches eine effektive und erfolgreiche Depressionsbehandlung unmöglich mache und diese Patienten nur zum „Klagen*“* in die Sprechstunde kämen, selbst jedoch wenig Eigeninitiative zeigten. Hier entstehe bei den befragten Ärzten/-innen eine Frustration. Diese würde ebenfalls durch die vom Schicksal gebeutelten, traumatisierten Patienten, den Spielsüchtigen und depressiven Suchterkrankten ausgelöst werden und führe zu einem Hilflosigkeitsgefühl*,* das durch deren begrenzte therapeutischen Möglichkeiten für diese Patienten entstehe. Zu diesem Punkt erwähnen die Befragten ebenfalls die Unzuverlässigkeit der Patienten (nicht nur der Suchtkranken), z.B. ihre Kontroll- und Gesprächstermine einzuhalten, sowie auch bei einigen Patienten die *fehlende Einsicht*, z.B. nach Klinikaufenthalten etwas bei sich selbst zu ändern. Dazu hätten manche noch die Tendenz, dem/der Hausarzt/-ärztin wenig von sich mitzuteilen.

3.2.6 Geschlechterspezifische Unterschiede

Die nachfolgende Hauptkategorie *Geschlechterspezifische Unterschiede* beinhaltet zwei Unterkategorien und wertet verschiedene Aspekte im Geschlechtervergleich aus.

Auffällig ist die bei zwölf von den 15 Interviewten übereinstimmende Erfahrung, dass sich Frauen weitaus besser im Gespräch öffnen könnten als Männer und im Kontakt zugänglicher seien. Im Rahmen dieser Schilderungen werden die offen präsentierten Gefühle der Frauen durch Weinen oder deutlichen Ausdruck ihrer Gefühlswelt betont. Sie seien kontaktfreudiger als die Männer, würden sich selbst eher hinterfragen und die psychische Komponente ihrer Probleme leichter als die Männer erkennen und akzeptieren. Dies thematisiert das folgende Zitat:

> *„Die Frau, die kommt, die spricht das gleich an: „Ich glaube, ich bin depressiv". Oder: "[I]ch hab schon gegoogelt" oder: „[M]eine Freundinnen sagen, ich bin depressiv. Eigentlich bin ich das ja gar nicht, weil ich hab keine Depression, aber jetzt hab ich doch mal geguckt, das passt schon alles da so rein". Die kommen so mit vorgefertigten Diagnosen."*
>
> (interviewte Hausärztin 2, AG $\underline{\geq}$ 40-49)

Auch treten die Frauen laut den Befragten früher in den Erstkontakt zum Arzt (von zwei Dritteln der Befragten erwähnt) und seien selbstkritischer und mit weniger Scham behaftet bezüglich ihrer psychischen Probleme und der Diagnoseakzeptanz. Sie seien auch flexibler in der Behandlung und eher bereit ihre Lebensumstände zu verändern. Die Auslöser der Depression seien bei den Frauen eher Beziehungs- oder Ehekrisen, sowie Hormonschwankungen in den verschiedenen Lebensphasen. Die Arbeit bzw. der Beruf sei bei den Frauen weniger wichtig als bei den Männern, und wenn es am Arbeitsplatz zu einer depressionsauslösenden Situation käme, wäre dies vorwiegend Mobbing am Arbeitsplatz. Frauen würden sich weniger mit der Arbeit identifizieren und es würde ihnen dadurch leichter fallen als Behandlungskonsequenz z.B. in eine weniger gut bezahlte und niedrigere berufliche Stellung zu wechseln. Konfliktursachen seien jedoch bei Frauen schwerer abgrenzbar als bei den Männern, da Männer sich klarer ausdrücken würden, z.B. bezüglich ihrer beruflichen Problemschilderung. Fast die Hälfte der interviewten Hausärzte/-innen glauben und erwähnen, dass Frauen innigere

Freundschaften hätten und einen intensiveren Kontakt zur Familie pflegten. Der Verlauf der Erkrankung sei bei Frauen oftmals schleichender und weniger dramatisch als bei Männern, da Männer erst in den Erstkontakt bzw. in die Behandlung einträten, wenn sie kurz vor dem Zusammenbruch stünden. Die Frauen zögen ihre Wertschätzung eher aus der Familie und die Männer eher aus der Arbeit und ihrem Beruf. Auch hätten die Frauen laut der Befragten andere vorrangige Behandlungsziele, wie eine Wiederteilnahme am sozialen Leben und die Haushaltsbewältigung.

Die Männer würden hingegen ein Wiedererlangen ihrer Arbeits- und Leistungsfähigkeit als häufigeres Behandlungsziel erwähnen und „es so haben wollen wie früher“.

Nur bei den Männern wird die verstärkte Neigung zu erhöhtem Alkoholkonsum und Drogenmissbrauch erwähnt. Dies geschehe, um ihre Probleme zu verdrängen. Die Patienten seien im weiteren Verlauf wesentlich bedürftiger und dramatischer als Frauen, im Sinne einer kompletten psychischen Dekompensation. Die Hemmschwelle und Scham mit psychischen Problemen zum Arzt zu gehen sei höher als bei Frauen und der Erstkontakt dadurch später, sowie der Leidensdruck größer. Einige Befragte erwähnen die im Vergleich zu weiblichen Patienten spätere Diagnoseakzeptanz, auf Grund derer die zeitlich verzögerte Kontaktaufnahme dadurch und die späteren Behandlungsmöglichkeiten bei den Männern noch größere Bedeutung hätten. In der nachfolgende Tabelle 6 werden die Männer in der Gegenüberstellung zu den Frauen beschrieben.

Die Befragten, die sich zu dem Unterschied der Diagnosefindung bei Männern und Frauen äußerten, taten sich selbst leichter, die Diagnose *Depression* bei Frauen zu stellen, da Frauen eine höhere Diagnoseakzeptanz hätten und sich selbst im Behandlungsgespräch besser mitteilen könnten. Auch hätten sich die Frauen in ihrem sozialen Umfeld schon Personen anvertraut und über ihre Probleme berichtet, so dass im ärztlichen Gespräch weniger Aufklärungsarbeit notwendig sei.

Unterschiedliche Meinungen gab es über die Somatisierungstendenz beider Geschlechter. Einige erwähnen, die Männer würden eher zur Somatisierung neigen, da sie ihre Probleme körperlich ausdrückten und die psychische Komponente schambesetzt sei. Andere finden die Frauen in ihrer Beschwerdesymptomatik

diffuser mit Neigung zur Somatisierung. Das nachfolgende Zitat bringt die oben genannte Eindrücke gut zum Ausdruck.

> *„Also ich hatte ja gesagt, dass die Männer dann eher sich zurückziehen, […] weil sie das ja eher mit sich ausmachen. [B]ei den Männern ist es, glaub ich, dann eher so, dass der Gesprächspartner fehlt beziehungsweise auch gar nicht aufgesucht wird. [I]ch glaube, das ist das, was der Mann eigentlich braucht. Ein Zugang zu jemandem, der eben die Konflikte mit ihm aufarbeitet. Der irgendwie ihn versucht, zu verstehen, den Mann. Und eine Frau, die kann […] eher, auch wenn es ihr schlecht geht, […] sich mitteilen […].“*
>
> (interviewte Hausärztin 1, AG ≥ 40-49)

Dass Männer schneller vereinsamen und verwahrlosen würden als Frauen wurde nur einmal erwähnt.

Tabelle 6
Geschlechterspezifische Eigenschaften von depressiven Männern im Vergleich zu depressiven Frauen aus den Interviews mit Hausärzten/-innen aus Baden-Württemberg (2017)

Beschreibung der Männer in Gegenüberstellung zu den Frauen
• Weniger Kompensationsmöglichkeiten
• Längeres Verdrängen ihre Probleme und Konflikte
• Weniger intensive Freundschaften
• Weniger kontaktfreudig
• Höhere Hemmschwelle und stärkeres Schamgefühl
• Schwerer, Emotionen auszudrücken und Probleme zuzugeben
• Weniger zur Veränderung bereit
• Leistungsbezogener
• Stärkere Definition über die Arbeit, Arbeitsplatz steht im Vordergrund
• Häufiger in sich gekehrt und weniger zum Gespräch bereit
• Verschlossener
• Weniger flexibel im Denken
• Weniger experimentierfreudig

Anmerkung: Es handelt sich hierbei um eine Aggregation der Meinungsbekundungen aus allen durchgeführten Interviews.

Bedeutung von Geschlecht Arzt/Ärztin für den Patienten

Es folgt die Auswertung der Unterkategorie *Bedeutung von Geschlecht Arzt/Ärztin für den Patienten.*

Die meisten der Befragten differenzierten ihre Antwort und gaben zu bedenken, dass je nach Patiententyp, Hausarzt-/-ärztinnentyp, Alter von Patient wie auch Arzt/ Ärztin und Problematik oder Auslöser, die zur Depression führten, das Geschlecht des Behandelnden mehr oder weniger wichtig sei. Nur ein Drittel der Befragten sah gar keine Tendenz bei ihren Patienten zu welchem Geschlecht diese tendiert. Die anderen zwei Drittel waren unterteilt in einen größeren Anteil derjenigen, die fanden, dass der männlich depressive Patient eher zu weiblichen Behandelnden tendiere. Die Befragten äußerten Ansichten wie, dass jüngere Patienten eher weibliche Hausärzte aufsuchen würden, und dass gegenüber Frauen weniger Scham bezüglich ihrer Arbeitsplatzproblematik empfunden würde und auch familiäre Probleme eher mit einer Frau zu besprechen wären, da sie sich bei diesen besser öffnen könnten und verstanden fühlten. Die Tendenz der anderen Befragten, Patienten präferierten gleichgeschlechtliche Behandelnde, erklärten sie damit, dass ältere Männer eher Männer aufsuchten, da sie bei Frauen sonst ihre empfundene Schwäche zugeben müssten („Gockel-Gehabe“) und bei den Frauen ein unangenehmes Schamgefühl entwickelten.

Die meisten Befragten äußerten eine Tendenz der Patienten zu weiblichen oder zu männlichen Behandelnden, die sich je nach den Umständen, Besonderheiten und dem Charakter und Alter der Patienten ergäbe.

Alleine davon überzeugt, dass depressive Männer sich bevorzugt von weiblichen Therapeuten behandeln ließen waren nur wenige Interviewte (zwei Befragte) mit den gleichen Argumenten, die bereits von den anderen angeführt wurden.

Zusammenfassend vermutet die Mehrheit der Befragten eine Präferenz der männlichen Patienten hin zu weiblichen Behandelnden (Hausärztinnen und Psychotherapeutinnen). Diese Ansicht war unabhängig vom Geschlecht der/des Befragten.

Das nachfolgende Zitat einer weiblichen Befragten unterstreicht diese Tendenz:

> *„Gut, in meiner Praxis gibt es nur weibliche Therapeutinnen. Das war überhaupt noch nie ein Problem. Die [depressiven Männer] rennen uns die*

Bude ein. [...] [V]ielleicht können sie sich auch den Frauen gegenüber mehr oder unkomplizierter öffnen. Das kann sein… auch alle meine Angestellten sind da bestimmt ganz empathisch, verständnisvoll.“

(interviewte Hausärztin 2, AG ≥ 40-49)

Bedeutung von Geschlecht des Patienten für den Arzt/ die Ärztin

Die letzte Unterkategorie *Bedeutung von Geschlecht des Patienten für den Arzt/ die Ärztin* wird nachfolgend ausgewertet.

Etwas mehr als die Hälfte der Befragten, die sich zu der Bedeutung des Geschlechts der Patienten für sie äußerten, erwähnten kurz und knapp, dass diese keinerlei Bedeutung für sie hätte.

Der Rest der Befragten misst dem Geschlecht der Patienten eine große Bedeutung bei. Zwei männliche Befragte erwähnen, sich als Mann besser in Männer und deren Problematik einfühlen zu können und sehen dadurch Zugang und Behandlung erleichtert. Eine Befragte argumentierte ähnlich und fühle sich viel leichter in Frauen ein, die ihren Gefühlen freien Lauf ließen. Die Männer schicke sie zu männlichen Therapeuten. Eine andere Befragte reflektierte, anders mit einem depressiven Mann, als mit einer depressiven Frau zu sprechen. Sie würde sanfter, leiser und langsamer mit Männern sprechen, wie sie dies auch von sich als Mutter kenne.

3.2.7 Typisierung der Patienten

In der letzten Hauptkategorie *Typisierung der männlichen Patienten mit Depression* mit einer Unterkategorie werden die nachfolgenden Auswertungen erläutert.

Folgende sehr prägnante und gut beschriebenen Männertypisierungen, bestehend aus fünf Männergruppen, der „Manager Typ“, der „abhängige Typ“, der „Traumata Typ“, der „Sucht Typ“ und der „geriatrische Typ“, konnten aus den Befragungen wie folgt zusammengefasst und beschrieben werden (siehe Abbildung 4):

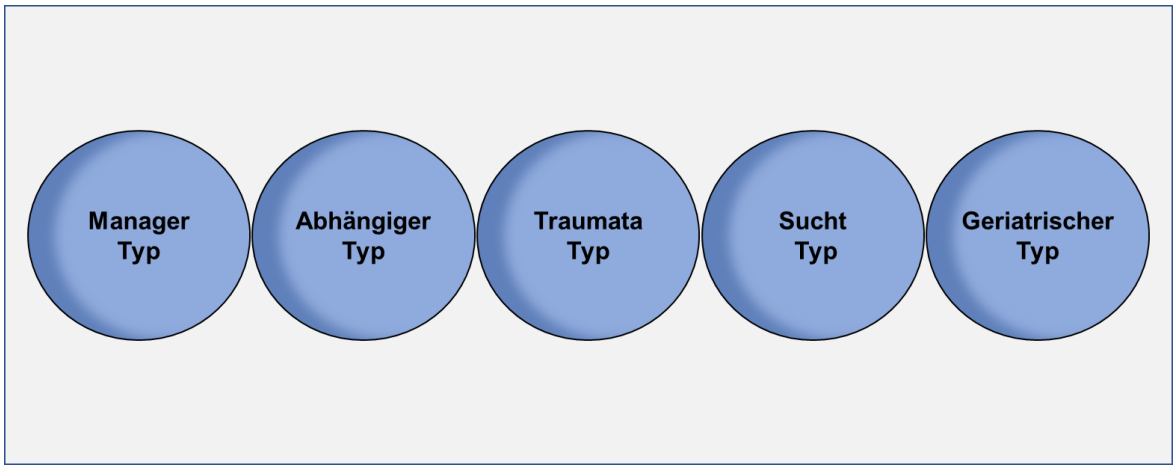


Abbildung 4: Aus den Interviews mit Hausärzten/-innen herausgearbeitete Typisierung der männlichen Patienten mit Depression, Baden-Württemberg, 2017 (eigene Abbildung)

Der „Manager Typ“:

Dieser Typus wird aus vielen Befragungen als narzisstisch getönt, leistungsbewusst, intelligent, hochqualifiziert, gutaussehend, gepflegt, stark und emotional ungebildet beschrieben. Durch Stress oder Kränkung - meist am Arbeitsplatz - käme er wütend, verletzt, sowie als „harter Typ“ und „Verneiner“ jeglicher psychischen Anteile seiner Problematik, in den primären Arztkontakt. Meist sei dieser Typus bei Erkrankung im mittleren Alter. Oft wurde diesem Typus das *Burnout-Syndrom* zugeordnet, da trotz maximalem Arbeitseinsatz Mobbing, Degradierung oder Erschöpfung erfahren geworden sei. Die Abbildung 2 stellt diesen Typ als ersten Kreis da, da dieser am prägnantesten von allen Befragten erwähnt wurde.

„Abhängiger Typ“:

Dieser Typus wird in den Interviews als mit Selbstzweifeln behafteter, zurückhaltender, introvertierter, „weicher“ Typus in eher jüngerem Alter beschrieben. Zudem sei er abhängig von der Meinung anderer, gutmütig, könne nicht „Nein“ sagen und sich selbst schlecht versorgen. In diese Typuskategorie wurden exemplarisch die Studienabbrecher, Männer mit Ablöseproblematik und Liebeskummer sowie Männer nach Scheidung eingeteilt.

„Traumata- Typ“:

Bei diesem Typus vermuteten die Interviewten eine genetische Vorbelastung für Depression und zusätzliche traumatische oder belastende Lebensereignisse, die die Depression auslösten. Charakterisierend für diesen Typ wurden eher jüngere Patienten beschrieben, die ihr Leid „jammernd“ und „leidend“ präsentierten und sich in schwerer Not befänden. Als Beispiele für die erlebten Notsituationen der Patienten wurden dramatische Familienereignisse, Kindheitstraumata wie Missbrauch und Vernachlässigung genannt. Die Patienten wurden ähnlich wie der „abhängige Typ“ als schwach beschrieben.

„Sucht-Typ“:

Die Beschreibung der Befragten zu diesem Typus war vielfältig. Es wurde ein zum übermäßigen Alkoholkonsum oder zu einer anderen Droge neigender, unberechenbarer Männertypus mit wenig Therapietreue und -akzeptanz beschrieben. Dieser Typ versuche oft eine Selbstbehandlung der Depression mit Hilfe von Drogenkonsum zu erreichen. Es gäbe zum einen die meist vom Alkohol abhängigen, zur Aggression und mangelnder Selbstreflexion neigenden depressiven Süchtigen. Zum anderen gäbe es die meist von anderen Drogen abhängigen, zur Selbstaufgabe tendierenden, schwachen und kraftlosen depressiven Süchtigen. Meist handele es sich um jüngere und aus der „unteren Gesellschaftsschicht“ kommende, eher ungebildete Männer.

„Geriatrische Typ“:

Diesem Typ werden vor allem die einsamen Witwer zugeordnet, die alt, zurückgezogen und mit wenig sozialen Kontakten leben. Diese wirken starr und zeigten sich wenig emotional im Gespräch. Eine Depression würde von diesem Typ negiert, da diese schamhaft und stigmatisierend besetzt sei. Im Gespräch sei dieser Typ wenig zugänglich, suche jedoch gerne den Arztkontakt, weil dieser ihm Aufmerksamkeit und sozialen Kontakt böte. Der „geriatrische Typ“ würde zunächst im Interview oftmals vergessen und erst auf Nachfrage erwähnt. Daher wird dieser in Abbildung 2 als letzter Kreis dargestellt.

Nachfolgend ist exemplarisch ein Zitat aus einem Interview abgedruckt, das zwei der oben beschriebenen Typen („Manager Typ“ und „abhängiger Typ“) beschreibt.

„Also einen Typus gibt es auf jeden Fall, den Macher-Typ als Workaholic, der sich quasi in den Burnout reinarbeitet, der minder leistet, wo er die Erkrankung als Kränkung empfinde. Das ist sicherlich ein Typus, den man häufig hat. Wo der dann auch relativ schnell wieder weg ist. Sobald sich das irgendwie wieder stabilisiert hat, versucht der auch wieder als Macher selber klarzukommen. Dann gibt es, […] eher abhängigen Typen, die sich im Leben aus dem Elternhaus quasi direkt in die Ehe gerettet haben. Dort zwar schon als Ernährer irgendwie tätig sind, aber so die Organisation des Alltags ist dann doch irgendwie bei anderen aufgehoben."

(interviewter Hausarzt 7, AG ≥ 40-49)

Typengerechte Behandlungsideen

Es folgen die Ergebnisse der Unterkategorie *Typengerechte Behandlungsideen.*

Nur ein Drittel der Befragten hatte Behandlungsideen für die verschieden depressiven Männertypen.

Der „Manager Typ" benötige spezielle Therapiegruppen mit weniger schamhaftem Setting.

Der „abhängige Typ", der die schweren Lasten im Alltag ertragen und oftmals Schicksalsschläge rund um die Familie, Scheidung, Arbeitslosigkeit o.ä. zu verkraften habe, benötige in der Behandlung vergleichsweise mehr Fürsorge. Auf die sozialen Aspekte sollte laut der Befragten intensiver eingegangen und gezielte Hilfestellungen angeboten werden. Dies könne in Form von Beratung oder Beratungszuweisungen erfolgen. Zusätzlich zur reinen Depressionsbehandlung sollten außerdem Medikationseinstellung und Gesprächstherapien angeboten werden.

Eine weitere Behandlungsidee für diese Typusgruppe war die Zuweisung zu oder Durchführung einer Familientherapie.

Zu der Gruppe „Sucht Typ" wurde mehrfach erwähnt, eine Suchttherapie in Form von „stationären Entgiftungen" sowie Vermittlungen zur Selbsthilfegruppe müsse an erster Stelle stehen. Erst im Anschluss wurde die weitere Behandlung der Depression empfohlen.

Der „Abhängige Typ“ der sich als zurückhaltenden Selbstzweiflers zeigt, sollte eine enge Anbindung an den Behandelnden bekommen und zur Psychotherapie überwiesen werden.

Sollte eine Arbeitslosigkeit bei dem „Abhängigen“- „Traumata“- oder „Sucht-Typ“ eine Ursache der Depression sein, sollte im Rahmen der hausärztlichen Behandlung zur Wiederaufnahme einer Arbeit motiviert und angeleitet werden, auch wenn diese in Form von Mini-Job oder Teilzeitarbeit erfolge. Laut der Befragten sollte dies als sehr wichtiger Therapieschritt gesehen werden, da diese Patienten sich durch Wiederaufnahme der Arbeit wieder sozial integrieren und aus ihrer Lethargie ausbrechen könnten.

3.2.8 Hausärztetypisierung

Im Rahmen der Auswertungen fielen ad hoc Tendenzen und Zusammenhänge der verschiedenen Hausärzte/-innen auf. Diese Unterschiede fanden sich bezüglich ihrer Einstellungen zu den „geschlechterspezifischen Bedeutungen“ der oben beschriebenen Hauptkategorien, und deren Diagnose- und weiterführenden Behandlungsansätzen und Behandlungsstrategien, sowie deren eigenem Behandlungsengagement. Die Präzision, mit der depressive Männer von den Befragten in verschiedene „Männertypen“ spontan, wie auch nach Nachfrage beschrieben und unterteilt wurden, wurde in Ausprägung der Beschreibungen, Anzahl der definierten „Männertypgruppen“ und Intensität der Bedeutungswahrnehmung ebenfalls in potentielle Zusammenhänge zu einer Hausärzte/-innen-Typisierung mit einbezogen. Diese auffälligen Zusammenhänge wurden im Rahmen der Kategorienauswertung intensiver berücksichtigt und betrachtet und die Auswertungsergebnisse miteinander in Verbindung gebracht.

Die Befragten wurden je nach deren Meinung bezüglich *geschlechterspezifischer Unterschiede* in eine „verallgemeinernde“, ein „neutrale“ und eine „spezifischer“ betrachtende Hausärzte/-innen-Gruppe eingeteilt. Eine weitere Zuordnung erfolgte unter Bezugnahme der drei unterschiedlichen Betrachtungsweisen bezüglich depressiven „Männertypbeschreibungen“. Es wurde untersucht ob der/ die Befragte spontane Angaben über auffällige unterschiedlich depressiver „Männertypen“ machte oder ob erst nach gezielter Nachfrage am Ende des Interviews eine gezielte Zuordnung in „Männertypen“ erfolgte, oder ob keinerlei Zuordnung zu

„Männertypen“ vorgenommen wurde. Diese verschiedenen Aspekte führten miteinander verknüpft zu einem spezifischen Hausarzt/-innen Typ der die betrachteten Parameter in den jeweils immer gleichen Kombinationen erfüllte. Somit konnte jeder einzelne Interviewte in eine ihm/ihr entsprechende Gruppe eingeteilt werden (Hausärztetypisierung, siehe Tabelle 7).

Tabelle 7
Typisierung der interviewten Hausärzte/-innen aus Baden-Württemberg im Jahr 2017 (n=15, 10 weiblich, 5 männlich)

Hausärztetyp	Definition
Typ 1: „Differenziert“	Geschlechterspezifische Unterschiede spielen eine Rolle und depressive Männer werden spontan „typisiert“.
Typ 2: „Verallgemeinernd“	Geschlechterspezifische Unterschiede spielen eine Rolle und über Männer wird verallgemeinernd ohne spezifische Typisierungen der depressiven Patienten gesprochen. Auf Nachfrage am Ende des Interviews werden nach Reflektion verschiedene depressive „Männertypen“ beschrieben.
Typ 3: „Distanziert“	Geschlechterspezifische Unterschiede spielen keine oder eine untergeordnete Rolle, und es wird vorwiegend Bezug auf die eigene Erfahrung genommen und keine spezifische Typisierung der depressiven Männer vorgenommen.

Die Einteilung aller Interviewten erfolgte unter anderem auch unter Bezugnahme auf das Hausarztrollenverständnis und den damit verbundenen therapeutischen Haltungen und Konflikten mit den depressiven männlichen Patienten.

Dem Hausärzte-Typ 1 „Differenziert“ wurden insgesamt sieben Befragte zugeordnet, dem Hausärzte-Typ-2 „Verallgemeinernd“ und -3 „Distanziert“ jeweils vier Befragte.

Die verschiedenen *Hausärztetypengruppen* zeigten deutliche Tendenzen in der Einstellung zu Diagnose, Behandlung und Umgang mit den männlichen depressiven Patienten.

Die dem Hausärztetyp 1 zugeordneten Interviewten sehen sich auch als Therapeuten/-innen und spezifizieren ihre Diagnose- und Therapieansätze wesentlich deutlicher als die anderen Hausärztegruppen. Sie legen auf die richtige Diagnosestellung *Depression* bzw. *Burnout* und Hinführung zur Akzeptanz der Diagnose durch den Patienten großen Wert. Obwohl in dieser Gruppe in der Typisierung der männlichen Patienten der „Managertyp“ ausnahmslos erwähnt wurde, wird die Erschöpfungs- oder Burnout-Diagnose zwar als weniger stigmatisierende Diagnose diskutiert, aber auf Grund des intensiven Diagnosefindungsprozesses weniger oft gestellt, wenn es sich um eine eindeutige männliche Depression handelt.

Die Befragten, die dem Hausärztetyp 2 zugeordnet wurden, bei denen geschlechterspezifische Unterschiede eine Rolle spielen, über Männer verallgemeinernd gesprochen und erst am Ende der Interviews depressive Männertypen eingeteilt wurden, erwähnen hingegen häufiger die für sie selbst und den Patienten als weniger schamhaft und stigmatisierend empfundene Diagnose *Burn-out-Syndrom* und scheinen diese auch häufiger zu stellen. Insgesamt ähneln sie im Umgang mit dem Patienten und deren Diagnose- und Behandlungskonzepten dem Hausärztetyp 1.

Die dem Hausärztetyp 3 zugeordneten Befragten, die weniger geschlechterspezifische Unterschiede beschreiben und diesen keine Bedeutung für ihre Diagnostik und Behandlung beimessen, lehnen die vollständige Diagnostik und Behandlung der männlichen depressiven Patienten ab. Diese Gruppe überweist den Patienten frühzeitig oder ausnahmslos zu Fachärzten/-innen oder in eine Rehabilitationsklinik oder Psychiatrie weiter.

4. Diskussion

Der nachfolgende Diskussionsteil enthält im ersten Hauptpunkt die *Interpretation der Ergebnisse aus den verschiedenen Kategorien.* Daraufhin wird eine *vergleichende Betrachtung der Ergebnisse aus dieser Studie mit denen aus den Interviews mit psychiatrischen Fachpersonal* vorgenommen. Im Anschluss findet eine *kritische Hinterfragung der eigenen Methodik und Limitationen* statt. Abschließend werden *Schlussfolgerungen* getroffen.

4.1 Interpretation der Ergebnisse aus den verschiedenen Kategorien

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit der Interpretation der Ergebnisse aus den Kategorien *Ursachen und Auslöser der Depression beim Mann*, *Eintritt in das Behandlungssystem, Behandlung, Wahrnehmung Hausarztrolle, Geschlechterspezifische Unterschiede, Typisierung der männlichen Patienten mit Depression* und aus der Arbeit entstandenen und hinzugekommenen Kategorie *Hausärztetypisierung.*

Ursachen und Auslöser der Depression beim Mann

Die Ergebnisse aus der ersten Auswertungskategorie *Ursachen und Auslöser der Depression beim Mann* zeigten, dass von der Mehrzahl der Befragten beobachtet wurde, dass Stress im Allgemeinen, insbesondere aber auch im Beruf, verbunden mit Überforderungsgefühlen, aber auch Arbeitsplatzverlustangst, Mobbing und Arbeitslosigkeit zu Depressionen oder Burnout führen können. Hier könnten gezielte vom Arbeitsgeber initiierte Programme und Angebote etabliert werden, um den oben genannten Gefahren zur Entwicklung einer Depression oder Burnout entgegenzuwirken. Dies wäre sicherlich auch im Interesse der Arbeitgeber, um die Folgen einer Depression beim Angestellten wie lange Krankheitsdauer, Motivationsverlust, sowie Verlust der qualitativen und quantitativen Arbeitsergiebigkeit oder sogar Verlust des Arbeitnehmers, entgegenzuwirken. Es könnten „Vertrauensmitarbeiter“ eingesetzt werden, die nach entsprechender Weiterbildung oder Ausbildung Ansprechpartner im Betrieb bei Problemen sein könnten und unabhängige, regelmäßige Gespräche mit allen Mitarbeitern führen könnten, um Missstände, Konflikte, Mobbing und psychische Krankheiten zu erkennen und dadurch früh Lösungen schaffen zu können. Zudem könnte Teamarbeit gezielt gefördert werden, um Mobbingtendenzen frühzeitig zu erkennen

und zu unterbinden. Es könnte in regelmäßigen Mitarbeitergesprächen über Fortbildungsangebote, Aufstiegsmöglichkeiten im Betrieb und Anerkennungsstrategien gesprochen werden. Eine große Befragungsstudie der „Perspektive Arbeit & Gesundheit“ [30] mit Betriebsleitungen und Arbeitnehmenden aus Personal- und Betriebsräten beschäftige sich mit Themen rund um die psychische Gesundheit in der „Arbeitswelt“. Die Studienergebnisse zeigten, dass ein hoher Bedarf nach niederschwelligen und kostenfreien Beratungsangeboten für Arbeitnehmer/-innen und Betriebsleitungen besteht und das Thema „psychische Gesundheit in der Arbeitswelt“ ein wichtiges Handlungsfeld ist.

Die Erkenntnisse aus den Interviews legen nahe, dass nicht nur die Hausärzte/-innen bei Lebensumbrüchen wie Arbeitsverlust oder Arbeitslosigkeit den Patienten psychologisch stützen und im Falle einer Depressionsentwicklung kompetent weiter therapeutisch begleiten und beraten können sollten. Auch die ersten Anlaufstellen von Personen, die gerade ihren Arbeitsplatz verloren haben, wie z.B. die Agentur für Arbeit, oder bei beruflicher Neuorientierung die Sozialdienste, sollten über die Möglichkeiten einer Vermittlung zu professioneller Hilfe bei den betroffenen Männern verfügen und ihre Mitarbeiter diesbezüglich ausreichend ausbilden und sensibilisieren.

Die sicherlich wichtigste Anlaufstelle der depressiv erkrankten Patienten sind primär die Hausärzte/-innen, die oftmals alleine schon wegen der Notwendigkeit einer Krankschreibung aufgesucht werden. Hier sollten die Kompetenzen der Hausärzte/-innen weiter in Form von gezielter Fortbildungsseminaren und anderen Informationsangeboten gefördert werden.

Als Depression auslösend im privaten Bereich wurden Scheidungen und häufige Beziehungswechsel genannt, sodass auch in diesem Falle die Hausärzte, die die familiären Verhältnisse oftmals gut kennen, eine wichtige Rolle als Therapeuten/-innen und „Erst“-Vermittler/-innen einnehmen können. Es könnten aktiv hausärztliche Hilfe und bessere Vermittlungen angeboten werden, wenn Hausärzte/-innen gezielter mit Listen zur Vermittlung zu Psychotherapie, Caritasberatung, Eheberatungsstellen o.ä. in ihrer Umgebung versorgt und zudem eigene Kompetenzen in psychologischer Gesprächsführung ausbauen würden.

Der gleiche Ansatz sollte auch für die Sucht als Depression auslösendes Problem angestrebt werden, da die Sucht von Hausärzten/-innen bei Verdacht kompetent thematisiert werden sollte. Dass die Hausärzte/-innen in der „Vorphase“ und in der „Nachsorgephase“ eines Suchtpatienten eine entscheidende therapeutische Rolle einnehmen beschreiben Marschall et al. [38]. Die Autoren identifizierten die Depression als häufigste Komorbidität. Gleichzeitig besteht jedoch eine geringe Behandlungsquote von Suchterkrankten durch niedergelassene Psychotherapeuten, da diese die Patienten nur „im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz“ behandeln. Umso notwendiger ist es für die Hausärzte/-innen, über die Gefahren eines Drogenmissbrauchs aufzuklären, die Ursachen ergründen zu können, und den Patienten trotzdem weiter vertrauensvoll an sich zu binden. Nur dann kann von Hausärzten/-innen eine geeignete Therapie eingeleitet werden. Hier könnten gezielte Fortbildungen angeboten und regelmäßiges Informationsmaterial (u.a. Behandlungslisten, Selbsthilfegruppen, Klinikinformationen) für die Hausärzte/-innen zur Verfügung gestellt werden. Auch die medizinischen Fachangestellten könnten auf die gleiche Weise sensibilisiert werden, um die Hausärzte/-innen rechtzeitig bei Verdacht auf eine Sucht aufmerksam zu machen.

Eintritt in das Behandlungssystem

In der Auswertungskategorie *Eintritt in das Behandlungssystem* finden sich vier Unterkategorien. In der ersten Unterkategorie *Umstände, die zum Erstkontakt führen* wird deutlich, dass der Wunsch und die Forderung nach einer Krankmeldung in vielen Fällen den Erstkontakt zur/zum Hausarzt/-ärztin für die erkrankten Männer bahnt. Dies allein ermöglicht den Hausärzten/-innen, die Not des Patienten zu erfassen und den weiteren Verlauf der Arzt-Patienten-Beziehung zu steuern. Hier kann vermutet werden, dass der Erstkontakt ohne die Krankmeldungsnotwendigkeit erst viel später entstehen würde. Wahrscheinlich würde der Patient erst aus reiner gesundheitlicher Not ärztliche Hilfe aufsuchen. Interessant ist der Aspekt, dass viele Hausärzte/-innen die Ehefrauen in der Vermittlerrolle für den ersten Arztkontakt sehen, da sie die Termine für ihre Männer vereinbaren oder die Hausärzte/-innen über ihre eigene Not informieren, die durch die Depression der Ehemänner entsteht. Auch die Tatsache, dass hausärztliche Check-Ups als Eintrittspforte zu einer Behandlung beim Hausarzt/-ärztin dienen können, ohne als Patient zunächst zu viel von sich preisgeben zu müssen, könnte ein wichtiger Ansatz sein. Mit diesem Wissen könnten eventuell mehr betroffene Männer identifiziert werden, die alleine

auf Grund ihrer psychischen Beschwerden keinen Arzttermin wahrnehmen würden. Die Mehrzahl der Befragten gibt an, dass der *Zeitpunkt des Erstkontaktes* der depressiven Männer spät sei. Einige davon beschreiben den Zeitpunkt als unmittelbar vor dem ultimativen psychischen, sozialen oder finanziellen Zusammenbruch. Es ist davon auszugehen, dass diese depressiven Männer suizidgefährdeter sind und ein früherer Zeitpunkt der Kontaktaufnahme dringend notwendig wäre, was auch durch eindeutige Statistiken höherer Suizidraten der Männer [50] und von Wolfersdorf et al. [61] untermauert wird. Die betroffenen Männer, die schon relativ früh in den Hausärztekontakt treten, tun dies laut der Befragten wegen anderen Beschwerden, die als Ausdruck ihre Depression entstanden sind. Diese Patientengruppe gilt es für die Hausärzte schon viel früher als „laviert depressiv" zu erkennen und sich mit den entsprechenden Symptomen als Ausdruck einer „männlichen Depression" vertrauter zu machen. Zu den genannten *Erstsymptomen und auch dem Verhalten im Erstkontakt* werden überwiegend somatische Symptome genannt, jedoch erstaunlicherweise von allen Interviewten immer auch klassische depressive Symptome. Einige der Hausärzte/-innen erwähnen nicht nur die typischen Symptome wie Traurig-, Freud- und Glücklosigkeit, sondern auch Wut, Aggression, Unausgeglichenheit, Alkoholkonsum und Streitlust. Die bereits erforschte Tatsache, dass sich die Depression beim Mann durch andere und anders gewichtete Symptome ausdrückt als bei der Frau (siehe z.B. [40, 42]), sollte weiter verbreitet werden, damit sie in den hausärztlichen Praxen mehr Beachtung finden kann.

Die *Bindung des Patienten* ist laut der Befragten wesentlich für den weiteren Verlauf der Diagnosestellung und Therapie und geschehe durch vertrauensvolle Gespräche, Wiedereinbestellung (zu Check-Ups oder zur Medikamentenkontrolle), sowie auch durch die Ausstellung von Krankmeldungen mit kurzen Arbeitsunfähigkeitszeiten. Diese bindungsfördernden und gleichzeitig eine klare Diagnosestellung umgehenden Maßnahmen können als Bindungsstrategien gewertet werden. Sie liefern einen Erklärungsansatz für die Kritik der Fachärzte/-innen an den Hausärzten/-innen, die ihnen häufig Inkompetenz in der Diagnosestellung vorwerfen. Was bei den Fachärzten/-innen als Inkompetenz gewertet wird, ist laut einheitlichen Beschreibungen der Befragten eine bewusst gewählte Behandlungs- und Bindungsstrategie. Es handelt sich um einen Spagat zwischen Bindung und Weiterbehandlung durch die Fachärzte/-innen. Der

Weiterbehandlung durch die Fachärzte/-innen müsste eine Diagnosestellung vorausgehen. Diese wird durch vermeintliche Stigmatisierung des Patienten und Angst vor Abbruch der hausärztlichen Bindung vermieden oder hinausgezögert. Diese Umstände beschreiben das Dilemma der Hausärzte, in dem sie sich zu Beginn der notwendigen Behandlung der Patienten befinden.

Diagnose

In der Auswertungskategorie *Diagnose* finden sich drei Unterkategorien, von denen die erste Unterkategorie *Akzeptanz der Diagnose Depression beim Mann* sehr gut veranschaulicht, dass die Mehrzahl der Befragten Probleme bei der Akzeptanz der Diagnose beschreiben und diese dann sowohl durch einen bestimmten „Männertyp“ mit der bevorzugten Akzeptanz der Diagnose *Burnout-Syndrom*, wie auch durch eine Generationendifferenz geprägt wären. Der Typ „Manager“ akzeptiere bevorzugt und teilweise ausschließlich die *Burnout* Diagnose, und die jüngeren Patienten zeigten eine höhere Depressionsdiagnoseakzeptanz als die älteren Generationen. Wenn in diesem Zusammenhang die Erkenntnisse aus der Unterkategorie *Umgang der Hausärzte mit der Diagnosestellung* betrachtet werden, wird deutlich, dass die Diagnosefindung ein oftmals langwieriger und schwieriger Prozess ist, der somatische Abklärung, lange Krankschreibungen und Gespräche mit dem Patienten beinhaltet. Erst dann würde die Diagnose ausgesprochen oder akzeptiert. Nicht nur der Patient trägt durch seinen eventuell zurückhaltenden, abweichenden und teilweise uneinsichtigen Umgang mit der Depression zur Verzögerung der Diagnosestellung bei, sondern auch die Hausärzte/-innen sind sich bewusst, dass sie auf Grund der vermeintlich „stigmatisierenden Diagnose“ und der Angst, der Patient könnte es als solche empfinden, eher spät und zögerlich die Diagnose stellen. Die Mehrzahl gab sogar an, auf Grund der besseren Akzeptanz der Patienten auch eine Erleichterung für sich selbst zu empfinden, die Diagnose *Burnout-Syndrom* anstelle von *Depression* zu stellen. Diese Erkenntnisse sind wichtig für die nachfolgenden Behandlungswege, die durch die Hausärzte/-innen eingeleitet werden. Thalhammer et al. [54] beschreiben eine Burnout Diagnosestellung der Hausärzte/-innen auf Grund der weniger stigmatisierenden Wirkung auf den Patienten, als wichtige Zugangsmöglichkeit zu einer psychisch-psychiatrischen Behandlung und nicht wie Bahlmann et al. [2] als ungünstig oder gar falsch, da die Patienten nicht den für sie notwendigen psychiatrischen Therapien zugeführt würden. In der Unterkategorie *Stigmatisierung* gibt die

Mehrzahl der Befragten an, dass diese eine große Rolle spiele, speziell bei der männlichen, im Gegensatz zur weiblichen Depression. Es wäre wichtig, durch diese Erkenntnis einen breiteren Aufklärungsansatz, z.B. in Form von nationalen und internationalen Kampagnen bezüglich psychischer Erkrankungen beim Mann, für die männlichen Patienten bzw. in der Bevölkerung bezüglich der Krankheit *Depression* zu erarbeiten und in das Gesundheitssystem zu integrieren. Denn mit weniger Stigmatisierung wären die männlichen Patienten offener für ärztliche Hilfesuche und die notwendigen Behandlungen, die vermutlich schneller und früher wahrgenommen würden. Die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung leistet einen innovativen Ansatz mit einem speziell eingerichteten „Männergesundheitsportal“. Im Falle einer Bekanntheitssteigerung könnte dieses Portal sicherlich zu einer Aufklärungsausbreitung des Themas beitragen.

Leider sind die bereits schon vorhandenen Screening-Instrumente zur Verbesserung der Diagnostik, wie der WHO-5 Wellbeing Index mit fünf Items, der Brief Patient Health Questionnaire mit neun Items und den General Health Questionnaire mit zwölf Items, scheinbar nicht in den Allgemeinarztpraxen bekannt oder als Screening Methode nicht etabliert. Um einen Anreiz zur Integration eines solchen Diagnose- bzw. Screening-Instrumentes in den hausärztlichen Versorgungsalltag zu schaffen, könnte eine neue Abrechnungsziffer eingeführt werden. Die Ziffer dürfte im Zusammenhang mit der Diagnosetestdurchführung angewandt werden und könnte die/den Allgemeinmediziner/-innen zur Durchführung des Tests überzeugen. Auch könnten in diesem Zuge neue zeitsparende Diagnosetestverfahren speziell für die Männerdepression geschaffen werden, um diese für eine effektivere Diagnosestellung in die hausärztlichen Praxen zu integrieren. Dies könnte beispielsweise mittels Einführung einer vereinfachten Version der MDRS-22 (Male Depression Risk Scale) umgesetzt werden. So könnten die Erfolge beim Anwenden des MDRS-22 zur Diagnosestellung einer Depression bei Männern, wie von Rice et al. [45] beschrieben, auf die (allgemeinärztliche) Versorgungspraxis übertragen werden.

So könnten möglicherweise lange Krankschreibungsperioden, schwere Krankheitsfälle (einschließlich Suizide) und chronische Verläufe durch die frühere Diagnosestellungen vermieden werden und effektivere Diagnosestellungsverfahren für die Hausärzte/-innen in den Praxisalltag integriert werden.

Behandlung

In der Kategorie *Behandlung* finden sich sechs Unterkategorien. In den Unterkategorien *Wahrnehmung in der Behandlung* und *Behandlungsstrategien* wird deutlich, dass die Mehrzahl der Befragten eine aktive Anbindung des depressiven Patienten durch Wiedereinbestellungen zu Behandlungs- und Gesprächsterminen im Rahmen der Sprechstunde favorisieren, auch wenn über die Hälfte der Befragten die „professionelle Behandlung“ an eine/-n Psychotherapeuten/-in, Psychiater/-in oder die psychosomatische Rehabilitationsklinik oder Psychiatrie abgeben. Dieser aktive Anbindungswunsch erscheint erstaunlich, da die Mehrzahl die Behandlung männlicher depressiver Patienten als schwierig empfindet und den Schlüssel zum Erfolg einer Therapie in der Krankheitsakzeptanz und dem damit verbundenen Zugang zur Therapie sieht. Die Hausärzte/-innen haben in der Mehrzahl ein Interesse, den depressiv erkrankten Männern nicht nur als „Krankschreiber“ und „Rezepte Aussteller“ zu begegnen, sondern diesen professionell auch mit eigenen Ideen in der Behandlung zu begleiten.

In den Auswertungen der Unterkategorie *Bedeutung des sozialen Umfeldes* wird dessen Wichtigkeit hervorgehoben, besonders die Bedeutung der Ehefrauen und Kinder, wie auch der Berufskollegen und des gesamten Arbeitsumfeldes. Da die Hausärzte/-innen zum großen Teil auch die Familien der betroffenen Patienten kennen und behandeln, obliegt ihnen eine ganz wichtige Vermittler- und Behandler-Rolle. Die Möglichkeit, dass für den Patienten wichtige soziale Umfeld mit in den Behandlungsprozess einzubeziehen, ist für die Hausärzte/-innen besonders präsent und von enormer Tragweite. Dieser wichtige Aspekt sollte dem Gesundheitssystem übermittelt und verdeutlicht werden. Darin läge eine große Chance, das Potential der hausärztlichen Versorgung im Bereich der psychischen Erkrankungen der männlichen Patienten zu erfassen und zu fördern.

Zu den *Behandlungsaspekten bei kulturellen Unterschieden* werden zwei sehr wichtige Punkte thematisiert. Zum einen ist es die sprachliche Barriere, die im Praxisalltag meist durch deutschsprechende Angehörige oder Freude überwunden werden kann, wobei dies jedoch entsprechende Hemmungen in der Benennung tatsächlich vorliegender psychischer oder anderer Probleme mit sich bringt. Zum anderen sind es die kulturellen Unterschiede, die zum Unverständnis bzw. der Distanz zwischen Patienten und Ärzten/ Ärztinnen führen können. Interessant ist

auch der Aspekt, dass keiner der Befragten bisher Flüchtlinge mit Depression bei sich in Behandlung hatte. Dies wird sicherlich durch die oben angegebenen Probleme mitbedingt. Ein wichtiger Beitrag, um die Sprachbarrieren Situation zu verbessern, könnte eine professionelle Übersetzung durch neutrale Übersetzer/-innen sein, die eine Verschwiegenheitserklärung abgegeben haben. Solche Übersetzer/-innen könnten dem Patienten im Rahmen der Gesundheitsversorgung beim Hausärztebesuch zur Verfügung gestellt werden. In der Schweiz sind solche „Telefondolmetscherdienste“ bereits etabliert. Diese werden von der Krankenkasse organisiert und bezahlt. Einen solchen Dienst ebenfalls in Deutschland anzubieten, wäre ein wichtiger Schritt hin zu einer Verbesserung der medizinischen Versorgung. Die unterschiedlichen kulturellen Aspekte könnten außerdem in Anbetracht der zunehmenden Multikulturalität bereits im Rahmen des Medizinstudiums integriert werden. Bungartz et al. [10] beschreiben Defizite in der medizinischen Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund und sehen Hausärzte/-innen als „Gate keeper“ bei gesundheitlichen Problemen von Migranten. Dies würde sich insbesondere auch im Hilfe-Such-Verhalten bei psychischen Problemen äußern, was die Notwendigkeit der Umsetzung der beschriebenen Vorschläge zur Verbesserung des Versorgungsalltags von depressiven Männern unterstreicht.

In den Unterkategorien *Erwartungen, Zielsetzung und Bewertung der Behandlung aus Sicht der Hausärzte/innen wie auch der Patienten“* wird deutlich, wie wichtig die Kompetenz in Gesprächsführung ist. Die Ärzte/-innen sehen ihre Aufgaben in entsprechender Aufklärungsarbeit, Motivation, Ressourcenstärkung und Herstellung eines Vertrauens- und Arbeitsbündnisses mit dem Patienten, um diesen zur aktiven Eigenverantwortlichkeit in der Therapie zu bringen. Da die Mehrzahl der Patienten laut der Befragten vor allem wieder leistungs- und arbeitsfähig werden will, müssten noch mehr Unterstützungsarbeit und Überlegungen im beruflichen Kontext vorgenommen werden. Angepasste berufliche Wiedereingliederungsmaßnahmen bei psychischen Erkrankungen könnten zum Beispiel ein nützliches Instrument sein. Die Wiedereingliederungszeiten könnten in diesen Fällen länger geplant und bewilligt und parallellaufende (zeit-) intensivere Unterstützungsmaßnahmen somit ermöglicht werden.

In der Auswertung der Unterkategorie *Behandlungsvorschläge und Optimierungspotentiale* wird deutlich, wie die Hausärzte/-innen ihre Defizite in der Gesprächsführung und den zeitlich begrenzten Möglichkeiten im Rahmen ihres

Arbeitsalltages bewerten und welche Vielzahl von Vorschlägen ihre hausärztliche Arbeit mit depressiv erkrankten Männern unterstützen könnten. Dies verdeutlicht, dass es durchaus sinnvoll wäre, die Bedarfe der Hausärzte/-innen besser abzufragen und auszuwerten. Durch eine solche zielgruppenorientierte Bedarfsanalyse könnten Maßnahmen zur Optimierung der hausärztlichen Versorgung psychisch Kranker entwickelt werden.

Wahrnehmung Hausarztrolle

Die Hauptkategorie *Wahrnehmung Hausarztrolle* beinhaltet die Unterkategorie *Konfliktpotentiale,* welche die Problemfelder der Hausärzte/-innen mit den Patienten widerspiegelt und dadurch die Möglichkeit bietet, in der direkten Kommunikation und Aufklärungsarbeit mit und über die betroffenen männlichen Patienten Verbesserungsansätze zu kreieren. Außerdem kann mithilfe der Ergebnisse die Organisation im Praxisalltag überdacht und überarbeitet werden. Da die Befragten sich in der Mehrzahl als Behandelnde und (Familien-) Therapeuten/-innen ihrer an Depression erkrankten Patienten sehen, wäre es sehr wichtig, Hausärzte/-innen in diesen Funktionen zu unterstützen und sie zu erweitern. Die Auswertung der *Konfliktpotentiale* macht sehr deutlich, wie und mit welchen Schwierigkeiten sich die Hausärzte/-innen konfrontiert sehen und in welchem Umfang sie es mit den unterschiedlichsten Anforderungen zu tun haben. Zu erwähnen seien hier für die Hausärzte/-innen zu behandelnde schwierige depressive Patienten wie „der fordernde, aggressive Depressive“, oder auch „der in sich gekehrte evtl. süchtige passive Depressive“. Diese Männer akzeptieren ihre Diagnose oftmals schwer und können Gefühle zudem häufig schlecht ausdrücken. Erschwerend kommen der Zeitmangel in der Sprechstunde hinzu, aufgrund dessen ausführliche Diagnostik und Gespräche oft kaum mit dem Praxisalltag zu verbinden sind. Patienten, die ein reines Rentenbegehren haben, müssen außerdem entsprechend ihrer Motivation behandelt und weitergeleitet werden. Die Anforderungen an die Hausärzte/-innen sind in diesem breiten Spektrum sehr groß. Diese stoßen besonders auch in ihrer Vermittlerposition zwischen den Familienmitgliedern oder auch dem Kranken und seiner Arbeitsstelle an ihre Kompetenzgrenzen. Die Kompetenzen der Hausärzte/-innen in diesen Bereichen zu stärken und mit gezielten Fortbildungsprogrammen diese in ihrer wichtigen Rolle für depressive Patienten zu stärken, wäre ein wichtiger Beitrag zur (Primär-) Versorgung depressiver Männer. Durch Kompetenzaufbau und -erweiterung könnte vermieden werden, dass das Gefühl der Hilflosigkeit,

welches mehrfach von den interviewten Hausärzten/-innen beschrieben wurde, gar nicht erst aufkommt. Somit würde die erste Anlaufstelle der hilfesuchenden depressiven Männer kompetent gestärkt werden, um die weiteren Diagnose- und Behandlungswege der betroffenen Patienten zu sichern.

Geschlechterspezifische Unterschiede

In der Auswertungskategorie *Geschlechterspezifische Unterschiede* sind klare Tendenzen beschrieben. Es überrascht zunächst nicht, dass Frauen von der Mehrzahl der Befragten als „zugänglicher und offener im Gespräch“ beschrieben werden. Psychische Komponenten ihrer Krankheitssymptomatik würden von den betroffenen Frauen leichter erkannt und besser akzeptiert werden. Frauen kämen früher in den hausärztlichen Erstkontakt als Männer und würden einen weniger dramatischen Verlauf der Depression aufzeigen. Es ist anzunehmen, dass hier die frühere Erstkontaktaufnahme die weniger dramatische Depressionssymptomatik bzw. die geringere Schwere der Depression bei Erstkontakt, bedingt. Das verdeutlicht die Wichtigkeit, dass Hausärzte/-innen durch geeignete Diagnoseverfahren und Instrumente schon einen früheren Zugang zum depressiv erkrankten männlichen Patienten bekommen, um zeitnah und effektiv ein Therapieverfahren einleiten zu können. Dies könnte mittels eines schnell durchführbaren und speziell auf Männer abgestimmten Depressions-Diagnosefragebogens geschehen [45].

Dieser Fragebogen sollte die vermehrt bei Männern vorkommenden atypischen Symptome (z.B. Aggression, Streitbarkeit, Kontrollverluste und Neigung zu Suchtmittelgebrauch) einer Depression in Kurzform beinhalten. Ebenfalls sollte die oft depressionsverschleiernde Somatisierung mit bedacht werden. In diesem Zusammenhang könnte ein Disease Management Programme (DMP) Depression eingeführt werden, das es allen Hausärzten/-innen mit entsprechenden, der neuesten Forschung zu Frauen und Männern angepassten Fragebögen, ermöglichen würde, die Erkrankten herauszufiltern und auf eine Akzeptanz der Diagnose hinzuarbeiten [14]. Hier ist zu erwähnen, dass die Mehrzahl der Befragten angibt, die Diagnosestellung *Depression* sei bei Frauen wesentlich leichter zu stellen, da sie von diesen als weniger stigmatisierend aufgenommen und empfunden würde. Durch die Einschreibung besonders des männlichen Patienten in das DMP Programm mit einem speziell dafür entwickelten Fragebogen, würde

eine gezielte Anbindung an die hausärztliche Praxis im Rahmen eines zusätzlichen Diagnoseverfahrens erfolgen. Es würde sowohl die Diagnosestellung erleichtert werden, als auch die gezielte Planung der weiterführenden Therapie. Es wäre viel Aufklärungsarbeit notwendig, um nicht nur die Patienten, sondern auch die Hausärzte/-innen von der Neueinführung eines DMP Depression mit entsprechenden Argumenten zu überzeugen [14], auch bezüglich der Effizienz im Rahmen der schwierigen Diagnosestellung bei den betroffenen Männern, und diese dann zu den entsprechend notwendigen Fortbildungs- und Weiterbildungsseminaren zu verpflichten. Mit dem finanziellen Ausgleich ihrer hausärztlichen Mehrarbeit und Fortbildungspflicht als Anreiz, wie bei der Vergütung der anderen DMP-Programme, würde die Motivation zur Teilnahme an einem neuen DMP sicherlich gefördert werden.

Auffallend häufig wurde auch die starke Identifikation der Männer mit ihrem Beruf, die Wichtigkeit ihrer beruflichen Position und des finanziellen „Versorgerstatus“ für die Familie hervorgehoben. Die berufliche Situation hat sich in den letzten Jahrzehnten in der Gesellschaft stark verändert. Der Anstieg an Arbeitsverträgen über Zeitarbeitsfirmen, der Stellenabbau in den verschiedenen Wirtschaftsbranchen und Kurzarbeit sind ein gesellschaftlich-wirtschaftliches Problem, das bei den Befragten immer wieder erwähnt wurde und als spezifisch „männliches Problem“ bzw. Unsicherheitsfaktor, der eine Depression auslösen könnte, beschrieben wurde. Hier sind vor allem gesellschaftspolitische arbeitnehmerfreundlichere Ansätze gefragt, auch um existentielle Probleme und Auslöser für depressive Krankheitsverläufe zu minimieren.[30]

Aus den Unterkategorien *Bedeutung von Geschlecht des Arztes/Ärztin für den Patienten* und *Bedeutung von Geschlecht des Patienten für den Arzt/Ärztin* kann zunächst die Schlussfolgerung gezogen werden, dass eine leichte Tendenz zur Wahl einer Therapeutin beim männlichen Patienten angenommen wird. Eine weitere Tendenz wurde von den Befragten beobachtet, nämlich dass vor allem jüngere männliche Patienten eher Therapeutinnen aufsuchen, da ihnen die emotionale Öffnung als weniger schwierig und schamhaft vorkäme und sie sich mit diesen nicht in (männliche) Konkurrenz setzten. Ältere männliche Patienten suchten eher männliche Therapeuten auf, vermutlich da sie ihnen gegenüber weniger Scham hätten, ihre „Männerrolle“, die traditionell mit Stärke, Potenz, Härte und Kraft verbunden wird, durch Eingeständnis von psychischen Problemen und

vermeintlichen Schwächen, in Frage zu stellen. Es wird in diesem Zusammenhang nicht explizit zwischen der eigenen Hausärztetherapeutenrolle und den für die weitere Therapie zu wählenden Psychotherapeuten/-innen unterschieden. Wichtig wäre es aus dieser Erkenntnis heraus, den Patienten als Hausarzt/-ärztin zu vermitteln, dass Geschlechterpräferenzen bei der Arzt- bzw. Therapeutenwahl normal seien, und dass sie als Patienten selbst die Wahl hätten, einen männlichen Therapeuten oder eine Therapeutin auszusuchen, um die Therapie optimal für sich selbst zu gestalten (z.B. aus der Psychotherapeutenliste).

Wichtig wäre es, die Geschlechteraspekte in der Arzt-Patient-Interaktion in ihrer großen Bedeutung besonders bezüglich psychischer Erkrankungen bereits im Studium zu vermitteln, da der Geschlechterbias im ungünstigen Fall zu Fehldiagnosen oder -behandlungen führen könnte. Die Auswirkungen von Voreingenommenheit der Behandelnden dem depressiven Patienten gegenüber sind schwer zu erforschen und sollten auf Grund ihrer großen Bedeutung für den Behandlungsweg und -erfolg weiter untersucht werden. Sieverding et.al [47] berichten eine Tendenz von Ärztinnen, dem Patienten im Durchschnitt mehr individuelle Zuwendung zu geben als die männlichen Kollegen. Dies würde die Präferenz der männlichen depressiven Patienten für eine Therapeutin erklären.

Typisierung der männlichen Patienten mit Depression

In der Hauptkategorie *Typisierung der männlichen Patienten mit Depression* wurden nach Auswertung aller Befragten fünf markante, unterschiedliche männliche Depressionstypen beschrieben: Manager Typ, Abhängiger Typ, Traumata Typ, Sucht Typ und Geriatrischer Typ. Diese könnten in der weiteren Entwicklung von individuell angepassten Diagnosestellungs- und Therapieregimeverfahren bei männlichen Depressiven von großer Bedeutung sein. Es kann davon ausgegangen werden, dass die beschriebenen „Depressions-Typen“ von unterschiedlichen Verfahren zur Diagnosefindung bzw. Therapieausarbeitung und -einbindung profitieren könnten.

Ideen zu einem dem „Depressionstyp“ angepassten Therapievorgehen hatten nur ein Drittel der Befragten zu den von ihnen beschriebenen „Typen“.

Der von der Mehrzahl sehr eindeutig und prägnant beschriebene „Manager Typ“ benötige ein weniger schamhaftes Setting und begrüße die Diagnosestellung *Burnout-Syndrom*, da diese ihm eher entspreche und als weniger schamhaft

empfunden würde. Wichtig wäre eine Kommunikation zwischen den Hausärzten/-innen und den weiterbehandelnden Fachkollegen (ambulant oder in der Klinik), diese unausgesprochen ausgeübte Diagnosetendenz für den „Manager Typ“, da die daraus folgende Bedeutung für das weitere Therapievorgehen nicht zu vernachlässigen ist. Sicherlich verbergen sich unter den, auf Grund der stigmatisierenden Faktoren, von den Hausärzten gestellten *Burnout-Syndrom* Diagnosen eine nicht unerhebliche Anzahl an *Depressionen,* die später weiterverfolgt und erkannt werden sollten. Eine engere Zusammenarbeit zwischen Hausärzten/-innen und weiter therapierender Institution ist nicht nur in diesem Zusammenhang unerlässlich. Sie ist im jetzigen Versorgungssystem verbesserungswürdig und sollte zielführend hin zu einer optimierten Depressionstherapie der männlichen Patienten ausgerichtet werden. Ebenfalls in dieser Hinsicht könnten Einschreibungen in ein gemeinsam genutztes, neu eingeführtes DMP Depression eine Zusammenarbeit und einen Informationsaustausch zwischen Fachärzten/-innen für Neurologie und Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie und Hausärzten/-innen fördern.

Des Weiteren wurde von vielen Befragten ein „Abhängiger Typ“ beschrieben, der auf Grund seiner Selbstzweifel, Verunsicherung und Zurückgezogenheit eine Gesprächsorientierte Therapie benötige, sowie eine enge Anbindung, um diesen durch die Therapie zu führen und weiterzuleiten. Der oftmals auch genetisch vorbelastete beschriebene „Traumata Typ“ sollte ebenfalls laut der Befragten seine Not und traumatische Biographie in Gesprächstherapie aufarbeiten und zusätzlich eine eventuell notwendige medikamentöse Therapie erhalten.

Im Falle des von fast allen Befragten erwähnten „Sucht Typ“ sei es von größter Bedeutung, diese (sehr schwer zu einer Anbindung und Therapie zu motivierbaren) männlichen Patienten zu erkennen und sie primär von einer *Entwöhnungstherapie* zu überzeugen, um dann parallel in der Klinik oder in der anschließenden Behandlung die Depression therapieren zu können. Hier sind die Hausärzte/-innen auf der einen Seite oft besser und vorzeitig informiert als andere Fachärzte/-innen, da sie eventuellen Suchtmittelgebrauch oft erkennen können, auch durch die Information der Angehörigen. Hausärzte/-innen sollten im Umgang mit diesem sehr schwierigen, unberechenbaren und therapieuntreuen depressiven „Sucht Typ“ mehr Unterstützung durch das Gesundheitssystem erfahren. Diese Unterstützung könnte eine besser zugängliche und überarbeitete Empfehlungs- und

Behandlungsstrategie bedeuten, die über alle in der Umgebung verfügbaren medizinischen Hilfsangebote und -möglichkeiten für die betroffenen Patientengruppe informiert und deren Zugang erleichtert (z.B. Selbsthilfegruppen, spezialisierte Psychotherapeuten/-innen, Neurologen/-innen, Psychiater/-innen, Entwöhnungskliniken und Psychiatrien).

Interessant ist auch der beschriebene „Geriatrische Typ“, der einer älteren Generation angehört und bezüglich Diagnoseakzeptanz und Therapiezugänglichkeit große Schwierigkeiten bereitet. Oftmals werde dieser Typ als depressiver Patient nicht erkannt und bei Erkennen der Depression teilweise aufgrund seiner ablehnenden Haltung nicht behandelt. Gerade in dieser älteren Patientengruppe steigen die Suizidraten, sodass ein dringender Bedarf an verbesserter Diagnostik und Sensibilisierung der Hausärzte/-innen besteht [50]. Im hausärztlichen Praxisalltag kann nach der Durchführung einer definierten Begutachtung der Patienten über 70 Jahren ein „Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex“ abgerechnet werden. Die Untersuchung sollte auch die kognitiven und neuropsychologischen Störungen einschließlich Depression erfassen. In diesem Rahmen werden häufig auch die „geriatrischen Basisassessments“ untersucht und ausgewertet, welche mit einer Leistungsziffer honoriert werden. Die in diesem Rahmen gestellten Fragen zu einer möglicherweise vorliegenden Depression scheinen nicht auszureichen, um eine Depression beim geriatrischen Mann ausreichend zu diagnostizieren. Es könnte mit zusätzlichen geschlechterspezifischen und auch detaillierteren „Depressionsfragebögen“ im Rahmen dieser Untersuchungen eine weitere Möglichkeit geschaffen werden, eine *Depression* bei älteren Männern zu erkennen. Diese zusätzliche Leistung der Hausärzte/-innen sollte dementsprechend mit einer zusätzlichen Leistungsziffer im Rahmen des „Hausärztlich-geriatrischen Betreuungskomplexes“ honoriert werden.

Hausärztetypisierung

Die interviewten Hausärzte/-innen wurden bezüglich geschlechterspezifischer Bedeutungsgewichtung, Diagnose- und weiterführende Behandlungsansätze und -strategien, sowie Behandlungsengagement in drei verschiedene Hausärztetypen eingeteilt.

Die Erkenntnisse legen nahe, dass die Hausärzte/-innen mit der Tendenz, die Burnout-Syndrom-Diagnose bevorzugt zu stellen (Hausärztetyp 1 und 2), auch

diejenigen sind, die spezielle „Männertypen“ einteilen und sich besonders um Gespräch, Bindung und eigene, sowie weiterführende Behandlung bemühen. Die Auswertungstendenz aus der im theoretischen Hintergrunde erwähnten Studie von Bahlmann und Kollegen [2], dass Burnout-Syndrom-Patienten weniger oft eine adäquate Behandlung und entsprechende Therapie empfohlen würden, konnte demnach nicht bestätigt werden.

Der Hausärztetyp 3 hingegen hat das Problem, die „männliche Depression“ vermutlich weniger häufig zu erkennen und zu diagnostizieren, so dass davon ausgegangen werden kann, dass von diesem Hausärztetyp weniger Betroffene einer adäquaten Behandlung zugeführt werden. Diese Hausärztetypgruppe 3 benötigt am meisten Information, Weiterbildung und Förderung bezüglich Diagnose und Behandlung von depressiv erkrankten Männern, wird diese allerdings vermutlich am wenigsten annehmen und umsetzen. Trotzdem könnten die im Diskussionsteil unter der Auswertungskategorie *Diagnose,* Unterkategorie *Stigmatisierung,* aufgeführten Vorschläge wie nationale und internationale Kampagnen zum Thema *männliche psychische Erkrankungen* und eine kontinuierlich aktualisierte verbesserte Übermittlung von speziellem Informationsmaterial für Hausärzte/-innen, zu einer Sensibilisierung bzgl. männlicher Depression auch bei diesem Hausärztetyp führen. Es könnten sich gezieltere Überweisungen ergeben, die die Versorgung der Betroffenen verbessert, auch wenn die Diagnostik und Behandlung von diesem Hausärztetyp weiterhin abgelehnt würde.

4.2 Vergleichende Betrachtung der Ergebnisse mit den Interviews mit psychiatrischem Fachpersonal

Im Rahmen der MenDe Studie wurden in einer ebenfalls qualitativen Studie in fünf verschiedenen psychiatrischen Kliniken leitfadengestützte Interviews mit psychiatrischem Fachpersonal (n=33) von Stiawa et al. [51] durchgeführt. Die Studie beleuchtet die Fremdwahrnehmung der unterschiedlichen Charakteristika und Eigenschaften der männlichen depressiven Patienten, deren Risikofaktoren für die Entwicklung einer Depression, sowie deren unterschiedliche depressiven Symptome und den Eintritt in das Behandlungssystem. Das psychiatrische Fachpersonal beschrieb außerdem die wahrgenommenen Bedürfnisse und Erwartungen der depressiven Patienten, sowie auch deren Ziele an die

Behandlung. Ebenfalls wurde die Wichtigkeit des sozialen Netzwerkes im Kontext mit der psychischen Gesundheit, die Behandlungsziele und Behandlungsmethoden der Fachkräfte und deren männerspezifischen Vorschläge und Angebote analysiert und diskutiert.

Die Ergebnisse aus der oben beschriebenen Studie von Stiawa et al. [51], werden in den nachfolgenden Ausführungen bezüglich der überlappenden Befragungsthemen mit Studienergebnissen aus den geführten Interviews mit Hausärzten/-innen aus der vorliegenden Studie verglichen und diskutiert.

Die Vergleichsthemen, die im Folgenden angesprochen werden, sind *die Beschreibung der männlichen Patienten, Ursachen und Auslöser einer Depression bei Männern, Eintritt ins Behandlungssystem, Patientenerwartungen, Stigmatisierungsproblematik* und *männerspezifische Behandlungsangebote und -vorschläge.*

In dem Vergleichsaspekt *Beschreibung männlicher Patienten* werden in beiden Studien sehr ähnliche männliche Patienten mit Depression identifiziert. In der Studie von Stiawa et al. werden zwei Männertypen unterteilt. In der ersten Gruppe werden die „harten Typen“ beschrieben, die von den Autoren auch als „typische Männer“ bezeichnet werden. Die Männer dieses Typus werden vom psychiatrischen Fachpersonal mit traditionellem männlichem Verhalten assoziiert. Diesen Männern ist der Beruf und die damit verbundenen Verpflichtungen sehr wichtig, sowie der Versorger und Verantwortliche für die Familie zu sein. Die Eigenfürsorge im Rahmen von Männergesundheit würde in dieser Gruppe vernachlässigt behandelt.

In der zweiten Gruppe werden die „weichen Typen“ beschrieben, die auch als „untypische Männer“ bezeichnet werden. Die Männer dieses Typus verwenden eher weibliche Stereotype und sind wesentlich offener und bewusster was ihre psychische Gesundheit und Bereitschaft zur Behandlung angeht.

In den Auswertungen dieser Studie mit Hausärzten/-innen wurden fünf Haupt-Männertypen beschrieben, die jedoch ebenfalls in zwei große Hauptgruppen eingeteilt werden können. Diese können mit den gleichen Verhaltensattributen wie die der oben beschriebenen Männertypen aus Stiawa et al.s Studie [51] belegt werden.

Die erste Hautgruppe ist der „harte Typ“, der den „Manager- und Geriatrischen Typ“ beinhaltet. Die zweite Gruppe beschreibt den „weichen Typ“, der den „Traumata- und Abhängigen Typ“ enthält. Der „Sucht Typ“ befindet sich in der Schnittstelle der beiden Haupttypengruppen, da dieser nicht eindeutig zugeordnet werden kann. In den Interviews werden aggressive, harte, wütende, uneinsichtige suchtgefährdete depressive Männer, aber auch die schwachen, willenlosen, drogenabhängigen „Sucht Typen“ beschrieben.

In den Ergebnissen von Stiawa et al. bezüglich *Ursachen und Auslöser einer Depression bei Männern,* werden von den befragten Fachkräften insbesondere psychosoziale Erklärungsmodelle angeführt. Außerdem werden das Nicht-Erfüllen von „männlichen Idealvorstellungen“, wie beruflichen Erfolg, Status und die Versorgerrolle genannt. Diese „männlichen Ideale“, kombiniert mit fehlenden, mangelhaft erlernten Copingstrategien der Männer, insbesondere bei narzisstischen Charakteren, führen laut psychiatrischen Fachkräften bei Konflikten, Stress, Druck oder Mobbing am Arbeitsplatz zur Entstehung von Depressionen. In der vorliegenden Hausarzt/-ärztinnen Studie erwähnen alle Befragten ebenfalls eine berufliche Ursachenproblematik und erklären diese unter anderem mit einer sich veränderten Firmenpolitik auf Grund der härteren wirtschaftlichen Bedingungen, die Umstrukturierungen, sowie Werksschließungen, Entlassungswellen und Degradierungen am Arbeitsplatz zur Folge hätten. Andere erwähnen die „männliche Versorgerrolle“ als entscheidenden Faktor dafür, dass Männer schlechter als Frauen mit Konflikten und Misserfolg besonders am Arbeitsplatz umgehen könnten. Die Sucht wird als Selbstbehandlungsversuch der Männer angesehen und in beiden Studien als eine typisch männliche Strategie beschrieben, da diesen die Fähigkeit fehle, andere Copingstrategien anzuwenden. Interessanterweise werden genetische Faktoren als Ursache für Depressionen bei Männern in beiden Studien gleichermaßen größtenteils vernachlässigt.

Bei einem Vergleich der Auswertungen bezüglich des *Eintritts ins Behandlungssystem* zeigt sich in beiden Studien die klare Wahrnehmungstendenz, die Männer träten „zu spät“ bzw. „spät“ in den Behandlungsprozess ein. In der Studie von Stiawa et al. beurteilt das Fachpersonal in den Kliniken die bereits mit *Depression* diagnostizierten, stationär behandlungsbedürftigen Männer. Der Zeitpunkt des Eintritts wird als spät beurteilt und die Ursachen für den Eintritt in das Behandlungssystem seien oftmals schwerwiegende Symptome wie

Suizidgedanken, Suizidversuche und schwere Lebenskrisen. Die Hausärzte/-innen sehen die depressiven männlichen Patienten hingegen oftmals schon in der Entwicklung hin zu einer schwereren Depression vor stationärer Aufnahme. Außerdem treffen Hausärzte/-innen auch jene Patienten, die nicht stationär, sondern in leichteren Fällen ambulant behandelt werden können. Diese tendieren laut der befragten Hausärzte/-innen oftmals zur Somatisierung und präsentieren sich als „körperlich krank“. Aber auch unter den Hausärzten/-innen wird der Zeitpunkt des Erstkontaktes als „zu spät“ wahrgenommen, wenn bereits „alles zusammenbricht“. Anders als in den Kliniken ist im Hausärztebereich der Prozess von der Überwindung des depressiven Mannes zum Erstkontakt (der oftmals durch die Krankschreibungsnotwendigkeiten für den Patienten unumgänglich ist), über den Prozess der Diagnosefindung und -akzeptanz, bis zum Behandlungseintritt. Dies ist oftmals ein langwieriger Entwicklungsprozess und unterscheidet sich von den Behandlungsprozessen in den Kliniken. Die Begründungen für den späten und problematischen Behandlungseintritt sind in beiden Befragungsgruppen trotzdem ähnlich: Die Männer tendieren dazu, ihre Probleme alleine lösen zu wollen und bewerten eine Depression als Schwäche, Versagen und Stigmatisierung. Zudem besitzen sie tendenziell eine schlechte Selbstwahrnehmung, scheuen die Behandlung als „Familienversorger“ und wegen des drohenden Arbeitsplatzverlustes.

Die aggregierten Ergebnisse zu den *Patientenerwartungen* verdeutlichen in beiden Studien die Vermutung der Interviewten, dass die männlichen Patienten das primäre Ziel haben, durch die Behandlung wieder leistungsfähig zu werden, um schnellstmöglich wieder arbeitsfähig zu werden oder ihre Arbeitsstelle nicht zu verlieren. Diese beruflich orientierten Ziele an die Behandlung gehen mit einer hohen Erwartungshaltung an die Therapie einher, die nicht zu lange dauern und effektiv sein sollte. In der Studie von Stiawa et al. machen die Befragten deutlich, dass ein „weniger prozesshaftes Denken“ bei den Erkrankten vorhanden sei und diese eher ein „mechanisches Denken“ für ihre Probleme und Konflikte anwenden würden. Die hohe Erwartungshaltung der Männer an die Therapeuten/-innen, die fordernde Haltung und der hohe Anspruch an die Behandlung werden in beiden Studien gleichermaßen beschrieben. Die befragten Hausärzte/-innen machen überwiegend deutlich, dass sie eine alleinige medikamentöse Therapie ablehnen und sie das eigentliche Verständnis des Patienten für seine Konflikte und

psychischen Probleme durch Vertrauensbildung und deren aktive Mitarbeit erreichen wollen. In den Kliniken werden wesentlich differenziertere Behandlungskonzepte angewandt und ermöglichen dem Fachpersonal einen tieferen Einblick in das Verhalten der Patienten innerhalb der unterschiedlichen Behandlungszweige

Die Medikamentenakzeptanz scheint bei Männern im Vergleich zu Frauen laut Auswertung beider Studien wesentlich stärker ausgeprägt zu sein, da Männer weniger als Frauen eine Gewichtszunahme als Nebenwirkung der Psychopharmaka befürchten. Außerdem fallen die Akzeptanz und Motivation der Männer, eine Psychotherapie als ergänzende oder alternative Therapieoption zu wählen, geringer aus. Die Krankheits- und Diagnoseakzeptanz wird von den Hausärzten/-innen als entscheidend angesehen, was auch der Meinung der befragten psychiatrischen Fachkräfte, entspricht. Diese sehen die Psychoedukation und Krankheitsakzeptanz der Depression als ihre wichtigsten Schlüsselziele in der Behandlung an. Beide Studien erzielen die gleichen Aussagen und Ergebnisse bezüglich der *Stigmatisierungsproblematik* der männlichen Depression. In der Studie von Stiawa et al. werden die „harten Männer“, die als narzisstische Persönlichkeiten, Männer mit Migrationshintergrund oder ältere Männer, die Vorurteile bezüglich psychischer Erkrankungen haben, beschrieben und als besonders schwierig in Kontakt und Therapie gesehen. Diese „typischen Männer“ versuchen, ihre Probleme selbst zu lösen, anstatt sie anderen mitzuteilen. Vergleichend dazu sind es in der vorliegenden Hausärztestudie die „Manager Typen“ und „Geriatrische Typen“ und ebenfalls Männer mit Migrationshintergrund, die eine Depression als beschämend empfinden. Mehrheitlich würden in der hausärztlichen Praxis zunächst körperliche Symptome präsentiert und eine Diagnosestellung und frühere Zuführung zu einer Therapie, z.B. in die psychiatrische Klinik, dadurch erschwert werden. Als Konsequenz der ausgeprägten Stigmatisierungstendenz der Männer würden viele Hausärzte/-innen bevorzugt die Diagnose *Burnout-Syndrom* stellen. Einige Befragte aus der psychiatrischen Fachpersonalstudie kritisieren die vermeintlich unzureichende Kompetenz der Hausärzte/-innen, eine männliche Depression zu erkennen und zu diagnostizieren. Dies bezog sich jedoch nicht auf die Tendenz der Hausärzte/-innen Burn-out-Diagnosen zu stellen, sondern auf die generell unterdiagnostizierten depressiven Männer im ambulanten Bereich und ein „zu spätes“ Einweisen. Diesen Aussagen steht der Versorgungsalltag mit begrenzten

Ressourcen der Allgemeinmediziner/-innen gegenüber, die zeitlich auf Grund des Sprechstundenbetriebes stark limitiert sind. Auch umfangreiche Fragebogenauswertungen in die Diagnostik zu integrieren, wäre aufgrund der zeitlichen Restriktionen im Alltagsbetrieb nicht möglich.

Beide Studien analysierten die Aussagen der Experten/-innen bezüglich *männerspezifischen Behandlungsangeboten und Behandlungsvorschlägen*. Beide Befragtengruppen forderten eine Etablierung weitaus mehr „männerspezifischer Gruppenangebote“ ambulant sowie klinikintern. Bei Stiawa et.al. äußerten die Interviewten, dass in den Männergruppen vor allem eine kritische Reflektion der männlichen Rollenerwartungen stattfinden sollte. Dadurch könnte ein Austausch von Erfahrungen und eine Normalisierung von eigenen Erwartungen und soziale Vergleiche ermöglicht werden. Die männliche Gesundheitsfürsorge im Gesundheitssystem sollte durch Aufklärungsarbeit angeregt und aktiv unterstützt werden. Die von den Fachkräften in der Klinik geäußerte Kritik, dass klinikinterne Angebote vorwiegend den Interessen der Frauen entsprächen („Kunsttherapie“, „Floristik“, „Chi Gong“) und männerspezifische Interessen wie „Sport“ und „Handwerk“ unzureichend berücksichtigt würden, steht der Kritik des traditionellen Männlichkeitsbildes und -erwartungen gegenüber. Solche vermeintlich „männerspezifischen Interessensangebote“ würden insbesondere dem „typischen Mann“ entsprechen und diesen unterstützen, die anderen Männertypen jedoch vernachlässigen.

Die Vorschläge der Hausärzte/-innen sind auch vorwiegend geprägt von dem „männertypischen Verhaltens- und Freizeitgedanken“, die therapeutisch kombiniert werden könnten, wie z.B. Fußball- und Schwimmgruppen mit anschließenden Gesprächsmöglichkeiten oder Achtsamkeitskursen für Männer in Fitnessstudios. Diese schlugen auch im beruflichen Bereich mehr Präventionsarbeit mit firmeninternen Angeboten für Männer vor und betrachten ihre eigene hausärztliche Arbeit mit Männern relativ kritisch. Mehrheitlich wurden mehr Sprechstundenzeit für psychische Erkrankungen oder „Männersprechstunde“, sowie auch mehrfach vom Gesundheitssystem bereitgestellte und bezahlte Dolmetscher für ausländische Patienten im hausärztlichen Alltagsbetrieb gefordert. Für praktizierende Hausärzte/-innen und im Studium sollten mehr Aus- und Weiterbildungsmöglichkeiten in Gesprächsführung angeboten und wahrgenommen werden. Außerdem sollte eine neue Anpassung der Diagnostik an und das Erlernen der Diagnosekriterien für

männliche Depression schon im Studium und weiterführenden Fortbildungskursen erfolgen.

Zusammenfassend bieten die beiden Studien in ihren Ergebnisauswertungen der oben aufgeführten Hauptpunkte eine erstaunliche einheitliche Ergebnistendenz, obwohl die Befragten die Patienten größtenteils in unterschiedlichen Krankheitsstadien und -schweren begegnen. In der hausärztlichen Studie wird vor allem deutlich, dass die Diagnosestellung von leicht bis mittelschwere männliche Depressionen auf Grund uneinheitlicher, von den „klassischen Depressionssymptomen“ differierenden Symptomen erschwert ist und die Stigmatisierung eine große Rolle besonders in Diagnosestellung, aber auch der weiterführenden Behandlung, spielt. In der Studie mit psychiatrischem Fachpersonal wird die Kompetenz der Hausärzte/-innen, die Diagnose männliche Depression zu stellen, auf Grund des späten Behandlungseintritts und der Schweregrade der Depressionen bei Klinikeinweisung, in Frage gestellt. Die Stigmatisierungsproblematik wird in den Kliniken insbesondere in der Bereitschaft der Patienten, sich auf eine Behandlung einzulassen und die Depression im beruflichen Umfeld und privat offenzulegen, gesehen. Hier werden noch deutlicher als in der hausärztlichen Studie die „harten Männer“ beschrieben, die durch mangelndes Gesundheitsverhalten in Form von wenig Vorsorge, schlechtem Lebensstil und mangelnder Selbstreflektion besonders anfällig für schwere und schwierige Verläufe der Depression sind.

In der Studie von Stiawa et.al.[51] wurde ebenfalls deutlich, dass das Fachpersonal die teilweise „weichen Männer“ eher abwertend beschreibt (z.B. „Jammerlappen“) und deren Einstellung diesen Patienten gegenüber ebenfalls eine große Bedeutung im weiteren Verlauf der Behandlung habe. Traditionelles männliches Verhalten wird auf der einen Seite kritisiert, da diese Männer weniger zugänglich und offen seien, auf der anderen Seite wird es vermutlich als „normales“ männliches Verhalten wahrgenommen und erwartet. Diese vermeintlich voreingenommene Haltung und Beurteilung der männlichen Patienten kann auch bei den Hausärzten/-innen beobachtet werden. Als Konsequenz weichen diese auf somatische Diagnosen, oder die weniger stigmatisierende Diagnose *Burnout-Syndrom* aus. Die Diagnose Burnout wird oft aus Furcht vor Ablehnung des Patienten bei Diagnosestellung Depression bevorzugt. Die erwartete Ablehnung und fehlende Akzeptanz der Patienten wird von den meisten Hausärzten/-innen zwar aus ihrer früheren

Erfahrung heraus beschrieben, wird jedoch sicherlich auch wegen ihrer eigenen Bewertung „männlichen Verhaltens“ angenommen. Die Hemmung, Männer auf psychische Konflikte und Probleme anzusprechen, scheint somit nicht nur vom Patienten aus begründet, der Ablehnung und Ignoranz diesbezüglich signalisiert, sondern ebenfalls von den Ärzten/-innen selbst ein bewusstes wie auch unbewusstes Problem zu sein. Dieses Problem fand bislang wenig Beachtung. In beiden Berufsgruppen verdeutlicht dies, dass eine Auseinandersetzung mit geschlechtsspezifischen Bedarfen und der Bedeutung normativer Geschlechterrollenerwartungen schon im Rahmen der Ausbildung dringend erforderlich ist, um die eigene Voreingenommenheit dem Patienten gegenüber zu reflektieren und zu reduzieren [47]. Der vom Fachpersonal wie auch den Hausärzten/-innen favorisierte Behandlungsansatz, „männlich orientierte Behandlungsideen“ (z.B. Handwerk, Schwitzhütten/ Überlebenstraining) mit Gesprächsgruppen anzubieten, unterstreicht die vorhandene Anknüpfung an die bestehenden Geschlechtsstereotype.

4.3 Limitationen

In diesem Unterpunkt sollen das eigene methodische Vorgehen und Limitationen der Studie kritisch hinterfragt und diskutiert werden. Es sollen hierbei die Themenbereich Stichprobe, Studiendesign und Studienumfang Beachtung finden.

Die Anzahl der interviewten Hausärzte ist auf 15 Befragte begrenzt und weist somit eine limitierte Stichprobengröße auf. Dem Prinzip der empirischen Sättigung zufolge, tritt bei qualitativen Inhaltsanalysen der Fall ein, dass zusätzliches Datenmaterial (z.B. Interviewinhalte) keine neuen Aspekte mehr für die Theoriebildung liefert [52]. Dieses Phänomen trat auch in dieser Studie bei der qualitativen Inhaltsanalyse auf, sodass trotz begrenzter Fallzahl von einem Aufstellen valider Aussagen ausgegangen werden kann.

Die Geschlechterverteilung war trotz der Zufallsverteilung bei Anfrage einer Studienteilnahme mit zwei Dritteln weiblichen Teilnehmern nicht ganz ausgeglichen und könnte dadurch zu speziellen Ergebnistendenzen geführt haben. Das Alter der Befragten war in der Studie durchschnittlich bei 50,1 Jahren, was dem Bundesdurchschnitt der niedergelassenen Ärzte und Psychotherapeuten von 54,3 im Jahre 2019 sehr nahekommt [25].

Bereits die Bereitschaft an der Studie teilzunehmen und sich einem Interview zum Thema Depression zu stellen, kann eine Selektion aller Allgemeinmediziner/-innen bedeuten, da die Teilnehmenden eventuell besonderes Interesse an psychischen Erkrankungen hatten oder kommunikativere Hausärzte/-innen waren. Es ist außerdem als Limitation anzunehmen, dass zwischen Interviewerin und Interviewten ein Kollegenstatus (Allgemeinmediziner/-in) herrschte. Dies könnte eventuell dazu geführt haben, dass sozial erwünschtere Aussagen getroffen wurden. Anderseits könnte durch die kollegiale Verbundenheit ein besonders offener Gesprächsrahmen entstanden sein.

Es ist ebenfalls limitierend zu bedenken, dass die Befragungen in einem begrenzten geographischen Umkreis in Baden-Württemberg stattfanden, diese jedoch ausgeglichen und zufallsverteilt sowohl im ländlichen als auch städtischem Raum durchgeführt wurden.

Auch der Anteil von psychotherapeutischen Zusatzqualifikationen von dreißig Prozent unter den Befragten liegt über dem Durchschnitt im hausärztlichen Bereich [9] und könnte zu leichten Verzerrungen geführt haben. Es ist davon auszugehen, dass diese Befragten qualifizierter und auch sensibilisierter rund um die Betreuung depressiver Patienten sind. Es wurden dennoch Wissensdefizite bezüglich der männlichen Depression von den Befragten selbst angeführt. In Deutschland finden sich 2019 34.335 Psychotherapeuten/-innen und insgesamt 55.073 niedergelassene Hausärzte/-innen mit steigender Tendenz bezüglich Psychotherapieausbildung [26]. Andererseits ist die Qualifikation der psychosomatischen Grundversorgung seit 2003 ein Pflichtkurs im Rahmen der Facharztprüfung Allgemeinmedizin und fördert schon über viele Jahre das Grundwissen der Allgemeinmediziner im Bereich der Psychosomatik.

Sicherlich sind zukünftige Studien zur Bestätigung der Ergebnisse dieser rein qualitativen Studie notwendig. Zu beachten ist jedoch die Tatsache, dass die Ergebnisse eine hohe Deckungsgleichheit mit den Ergebnissen aus der Studie von Frau Stiawa et. al. aufweisen.

Des Weiteren wurden in dieser Studie beide Diagnosen *Burnout-Syndrom* und *Depression* gleichgesetzt und nicht nach strengen Kriterien differenziert betrachtet. Dies könnte die Ergebnisse möglicherweise verzerrt haben. Im Versorgungsalltag wird in den Hausarztpraxen allerdings oft ebenfalls keine Differenzierung zwischen

beiden Erkrankungen vorgenommen und es zeigte sich sogar bei bestimmten Hausärztetypen die Tendenz der Burnout-Syndrom Diagnosestellung, da diese als weniger stigmatisierend empfunden würde. Die Studie von Bahlmann et.al. [2] deutet darauf hin, dass diese Patienten weniger häufig einer adäquaten Therapie zugeführt werden. Dies scheint nach den Ergebnissen dieser Studie in den Hausarztpraxen und deren Arzt/Patient-Setting weniger gravierende Bedeutung zu haben, da eine Diagnosestellung an sich -sei es Depression oder Burnout-Syndrom- zur Weiterführung des Behandlungswegs führt. Dies ist in der Primärversorgung eines der wichtigsten Ziele bei depressiv/psychisch Erkrankten.

4.4 Schlussfolgerung

Ideal wäre ein individuell angepasstes Behandlungssystem, das sich an den Bedürfnissen des betroffenen männlichen Patienten orientiert und gezielt vom kompetenten Fachpersonal ausgewählt werden kann. Dies könnte durch ein entsprechend erweitertes Behandlungsangebot in den Kliniken, wie aber auch ambulant, nach den Bedarfen der männlichen Depression verwirklicht werden.

Traditionelle Männlichkeit wird in mancher Literatur (siehe z.B. [16, 37]) auch als wertvolle und kraftvolle Ressource der Männer angesehen, die beim Durchleben und Überwinden der Depression helfen kann. Dagegen steht die einheitlich beschriebene Tendenz der männlich traditionellen Männertypen, psychische Erkrankungen auf Grund der Stigmatisierung abzulehnen, mangelnde Copingstrategien zu entwickeln und das eigene Gesundheitsverhalten zu vernachlässigen. Auf Grund dieser Erkenntnisse wäre eine Einführung von speziell für Hausärzte/-innen entwickelten praktikablen Diagnose-Fragebögen für die hausärztliche Sprechstunde, z.B. im Rahmen eines DMP Depression, die eine männliche Depression ebenfalls erfassen können, erfolgsversprechend. Die Studienergebnisse zeigen, dass keine der befragten Hausärzte/-innen Diagnosefragebögen wie das BDI-II (revidiertes Beck Depressions Inventar) oder andere vereinfachte Instrumente wie den WHO-5 Wellbeing Index (5 Items) anwenden. Die Diagnosefragebogenanwendung müsste für die Hausärzte/-innen entsprechend interessant gestaltet werden, z.B. finanziell durch die Aufnahme der entsprechenden Leistung in das EBM vergütet und vereinfacht ausgearbeitet werden. So könnte ein breites Interesse unter den Hausärzten/-innen entstehen. Es ist nach den Ergebnissen beider Studien mit Hausärzten/-innen und psychiatrischen

Fachpersonal davon auszugehen, dass besonders die frühere Diagnosestellung im ambulanten Bereich auch zum früheren Eintritt in das Behandlungssystem führen würde. Die Behandlung der männlichen Depression würde so bei Entdeckung weniger schwergradige Depressionsausmaße annehmen und wäre leichter und vermutlich auch erfolgreicher behandelbar. Vermutlich könnten auch die hohen Suizidraten der männlichen Depression durch die Einführung neuer überarbeiteter Diagnoseverfahren, individueller gestalteter Behandlungsmöglichkeiten und Aufklärungsarbeit im Präventionssystem wie auch allgemeinen Gesundheitssystem zum entsprechenden Erfolg führen.

Die meisten Hausärzte/-innen bemängeln eine begrenzte Sprechstundenzeit für die zeitintensiveren psychisch erkrankten Patienten und haben somit weniger Möglichkeiten, sich auf langwierige und schwierige Diagnose- und Behandlungsverfahren einzulassen. Dieser sehr wichtige Punkt, der die Gesamtmöglichkeiten im hausärztlichen Bereich, erfolgreicher und effektiver die richtige Diagnose und Behandlungsstrategien für psychisch erkrankte Männer anzuwenden, einschränkt, sollte im Gesundheitssystem bedacht und optimiert werden. Die Hausärzte/-innen bemängeln selbst eine teilweise fehlende Kompetenz in psychologischer Gesprächsführung und würden durch gezielte Fort- und Weiterbildungsangebote ihr Wissen bezüglich „Männerdepression“ und anderen psychischen Erkrankungen gerne erweitern können. Für die Teilnahme an den Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten könnten den Hausärzten/-innen entsprechende Anreize zur Teilnahme geschaffen werden (z.B. Fortbildungspunkte, DMP, Zusatzbezeichnungen, bessere Vergütung bei mehr Zeitaufwand im Rahmen der Depressionsdiagnostik).

Wie wichtig eine gute Arzt-Patienten-Beziehung im hausärztlichen Bereich ist, zeigte eine kanadische Studie von Kealy et al. [27]. Die Studie unterstreicht den positiven Zusammenhang zwischen einer qualitativ guten Hausarzt-Patienten-Beziehung und der Motivation der betroffenen Patienten, sich in eine Depressionsbehandlung zu begeben. Dies bestätigt die Wichtigkeit der Hausärzte/-innen in ihrer Rolle als primäre Ansprechpartner der depressiven Patienten.

Da sich rund zwei Drittel der befragten Hausärzte/-innen bereits aktiv als „Wegbegleiter“ in den Behandlungsprozess einbinden, gilt es, das andere Drittel der

Hausärzte/-innen für diesen Bereich der hausärztlichen Praxisarbeit zu sensibilisieren, zu motivieren und zu aktivieren.

Auf Seiten der Patienten verhindern oder verzögern Stigmatisierung und Scham den Weg zum Hausarzt oder der Hausärztin. Wie diese Studie ebenfalls zeigt, findet eine erschwerte Diagnosefindung durch unzureichende Öffnung und Ehrlichkeit des Patienten zum Hausarzt/zur Hausärztin statt. Daher sollte die Aufmerksamkeit bezüglich mentaler Gesundheit mit Gesundheitskampagnen verstärkt werden und dadurch gezielt die stigmatisierenden Gefühle bezüglich psychischer Gesundheitsprobleme abgebaut werden. Dies sollte für alle Altersgruppen im Speziellen angepasst und ausgearbeitet werden und könnte schon in den Schulen, in der Ausbildung, dem Studium, der Arbeit in den Betrieben und Fabriken, sowie in den verschiedenen Freizeitbereichen erfolgen. Je stärker ein so wichtiges Thema wie die *psychische Männergesundheit* und Informationen rund um Depression und Burnout-Syndrom in der Öffentlichkeit und allen Lebensbereichen integriert, etabliert, aufgeklärt und diskutiert würde, desto leichter würde es den Betroffenen fallen, vermutlich Hilfe zu suchen.

Dem sozialen Umfeld des Patienten wird große Bedeutung beigemessen. Dieses sollte folglich in der Diagnosestellung und Behandlung größere Beachtung finden und als Ressource Teil des Prozesses werden. Die Einbeziehung der Familie, des Partners oder der Freunde könnte fester Bestandteil eines neuartigen Therapiekonzeptes für männliche Depressive werden. Da das Wiedererlangen von Arbeitsfähigkeit und Leistungsvermögen für depressive Männer als Behandlungsziel scheinbar entscheidend ist, wären hier im Rahmen der Behandlung auch gemeinsame Gespräche mit Kollegen/-innen oder Arbeitgeber (-vertretern, Betriebsrat etc.) als optionale Möglichkeiten im Behandlungskonzept integrierbar. Dies könnte die Arbeitsfähigkeit auf längere Sicht sichern, bzw. eine Wiederaufnahme der Tätigkeit erleichtern und neu gestalten.

Kulturelle Unterschiede, insbesondere der männlichen psychisch erkrankten Patienten, werden als schwer überwindbar und gravierend, zu Diagnoseverschleppung und fehlender Behandlung führend, angesehen. Hier sollte das Gesundheitssystem sowie die Krankenkassen die Möglichkeit bieten, Dolmetscher für den ambulanten hausärztlichen, aber auch stationären Bereich, bereitzustellen. Somit könnte zumindest die familieninterne Scham, die eine

Öffnung des Patienten verhindert, wenn zum Beispiel nicht deutschsprechende Eltern auf die Übersetzung ihrer Kinder angewiesen sind, überwunden werden.

Die beschriebenen geschlechterspezifischen Unterschiede sollten im Gesundheitswesen zu mehr Förderung von „Männergesundheit“ in Form von Aufklärung und spezifischen Angeboten führen. Auch könnte in den Firmen die Gesundheit der männlichen Mitarbeiter regelmäßig über firmeninterne Vorsorge- und Gesundheitskonzepte verbessert werden und somit Depressions- und Burnout-Entwicklungen entgegengewirkt werden.

Die Ergebnisse der „Hausarzttypisierung“ zeigen einen eindeutigen Zusammenhang zwischen Hausärzten/-innen, die geschlechterspezifische Unterschiede von depressiven Patienten wahrnehmen, beschreiben und erfassen, und deren Motivation, depressive Männer selbst auf ihrem Behandlungsweg in Eigenverantwortung zu helfen und zu begleiten.

Umgekehrt gaben Hausärzte/-innen ohne differenzierte Sicht auf die verschiedenen „depressiven Männertypen“ und auf Geschlechterunterschiede in Symptomatik und Verlauf einer Depression, die Behandlung, sowie teilweise auch schon die Diagnosestellung, komplett an Fachärzte/-innen und Kliniken ab. Ob und wie häufig diese Patienten überhaupt von dieser Hausärztegruppe erkannt und es zur Über- oder Einweisung kommt, kann durch die Studienauswertung nicht geklärt werden. Es ist anzunehmen, dass dieser „Hausärztetyp“ viele depressive männlichen Patienten nicht erkennt und nicht zur weiteren Behandlung überführt.

Von fast allen Befragten kritisiert und als Problem in der weiteren Versorgung der durch die Hausärzte als depressiv diagnostizierten Patienten angesehen, sind die langwierigen Wartezeiten auf eine ambulante Psychotherapie, psychosomatische Klinikaufnahme oder Termin beim Psychiater. Da sich in den hausärztlichen Praxen laut den vorliegenden Studienergebnissen vor allem bei den depressiven Männern anfängliche und oftmals sehr ausgiebige Somatisierungstendenzen zeigen, wären vereinfachte Ein- und Überweisungen an psychosomatische Kliniken anzustreben. Bessere Informationsverbindungen zwischen Hausarztpraxen und Kliniken könnten die Versorgung ferner unterstützen.

5. Zusammenfassung

Die Depression ist eine weitverbreitete psychische Erkrankung mit steigender gesellschaftlicher Bedeutung und zunehmender Prävalenz, wobei Frauen fast doppelt so häufig diagnostiziert werden wie Männer. Gleichzeitig weisen Männer eine wesentlich höhere Suizidrate auf (3:1), weshalb von einer Unterdiagnostizierung von betroffenen Männern ausgegangen wird. Daher werden Forschungsarbeiten wie diese, die sich speziell mit „Männerdepression" beschäftigen, benötigt, um das männliche Depressionserleben zu erforschen und die Versorgung zu verbessern. Die vorliegende Promotionsarbeit ist Teil der von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderten und durch die Universität Ulm durchgeführte Studie mit dem Titel „*Männlichkeitskonstruktionen und psychosoziales Gesundheitshandeln von Männern mit depressiven Erkrankungen*" (MenDe). Im Rahmen dieser Promotion sollte die Wahrnehmung von männlichen an Depression oder Burnout erkrankten Patienten durch Hausärzte/-innen erfasst werden. Dies wurde mittels 15 leitfadengestützter qualitativer Experteninterviews mit Hausärzten/-innen umgesetzt und diese inhaltsanalytisch ausgewertet. Im Zuge der kodierleitfadenbasierten Auswertung des Datenmaterials wurden Ergebnisse zu den Kategorien *Ursachen und Auslöser der Depression beim Mann, Eintritt in das Behandlungssystem, Diagnose, Behandlung, Wahrnehmung der Hausarztrolle, Geschlechterspezifische Unterschiede* und *Typisierung der männlichen Patienten mit Depression* sowie eine Herausarbeitung von „*Hausarzttypen*" berichtet. Betroffene Männer träten laut Einschätzung der Interviewten zu spät in das Behandlungssystem ein, wobei die Erstsymptomatik einer Depression beim Mann sich meist durch somatische Probleme und die Forderung einer Krankschreibung äußere. Dadurch würde die eigentliche Diagnose einer Depression oder eines Burnouts zeitlich stark verzögert oder gar nicht gestellt werden. Viele Hausärzte/-innen erklärten, die Diagnose *Burnout-Syndrom* als Ausweichdiagnose zu stellen, da sie vor einer stigmatisierenden Diagnosestellung wie die der Depression zurückschreckten. Die Behandlung der männlichen depressiven Patienten würde neben der Stigma-Problematik unter anderem auch durch atypische Depressionssymptomatik (z.B. Aggression oder Alkoholmissbrauch), „männertypische" Verhaltensweisen wie Zurückhaltung und Verschlossenheit und eine hohe Erwartungshaltung erschwert. Von den Befragten wurden Behandlungsvorschläge geäußert, wie männerspezifische Gruppentherapien,

Kombinationsangebote aus Sport und Therapie, sowie firmeninterne Angebote im Rahmen von Prävention und Männergesundheit. Für sich selbst wünschten sich die meisten Befragten mehr Sprechstundenzeit für psychisch erkrankte Patienten, sowie mehr Gesprächsführungskompetenz. Die Interviewten beschrieben fünf verschiedene depressive Männertypen: „Manager Typ“ (leistungsbezogen, narzisstisch, oft Diagnose Burnout-Syndrom), „Abhängiger Typ“ (introvertiert, labil, Selbstwertproblematik), „Traumata Typ“ (genetisch vorbelastet, schwach, nach Scheidung oder Gewalttrauma), „Sucht Typ“ (konsumiert Alkohol oder andere Drogen), „Geriatrischer Typ“ (alt, wenig zugänglich, verwitwet). Unter den befragten Hausärzten/-innen fanden sich drei unterschiedliche Hausärztetypen, die in „distanziert“, „differenziert“ und „verallgemeinernd“ eingeteilt wurden. Diese weisen gruppenspezifische Ansätze in Diagnostik und Behandlung der depressiven Patienten auf. Besonders der „distanzierte“ Hausärztetyp benötigt eine stärkere Sensibilisierung und Informationsübermittlung bezüglich männlicher Depression, um Betroffenen eine bessere Versorgung zu ermöglichen. Bei einem Vergleich der Studienergebnissen mit denen einer anderen Teilstudie der MenDe-Studie, in der Experteninterviews mit psychiatrischem Fachpersonal geführt wurde, konnten viele Parallelen festgestellt werden. Diese fanden sich besonders in den identifizierten „Männertypen“ („harte, typische“ und „weiche, untypische“) und der großen Bedeutung von sozialem Umfeld und Beruf für Betroffene.

Die Studienergebnisse lassen darauf schließen, dass eine Verbesserung der Primärversorgung von an „Männerdepression“ oder Burnout Erkrankten möglich und medizinisch notwendig ist. Die Einführung von abrechnungsfähigen Diagnosefragebögen sowie eines Disease Management Programms Depression (DMP Depression) könnte zu einer effizienteren, schnelleren und zielführenderen Diagnosefindung führen. Speziell für Hausärzte/-innen entwickelte, praktikable Diagnosefragebögen könnten in den einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) eingebunden werden. Ein DMP Depression könnte durch gezielte Fort- und Weiterbildungen als Erweiterung der bisher vorhandenen DMPs zielführend sein. Stationäre und ambulante Behandlungsangebote sollten außerdem individuell an die Bedarfe der depressiv erkrankten Männer(-typen) angepasst werden, um die Versorgung zu optimieren.

6. Literaturverzeichnis

1. Akremi L (2019) Stichprobenziehung in der qualitativen Sozialforschung. In: Baur N, Blasius J (Hrsg) Handb. Methoden der empirischen Sozialforsch. Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden, S 313–331

2. Bahlmann J, Angermeyer M, Schomerus G (2013) „Burnout“ statt „Depression“ - eine Strategie zur Vermeidung von Stigma? Psychiatr Prax 40:78–82. https://doi.org/10.1055/s-0032-1332891

3. Becker N, Abholz H-H (2005) Prävalenz und Erkennen von depressiven Störungen in deutschen Allgemeinarztpraxen - eine systematische Literaturübersicht. Z Allgemeinmed 81:474–481. https://doi.org/10.1055/s-2005-872584

4. Beesdo-Baum K, Knappe S, Einsle F et al (2018) Wie häufig werden Patienten mit depressiven Störungen in der hausärztlichen Praxis erkannt? Eine epidemiologische Querschnittsstudie. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 61:52–64. https://doi.org/10.1007/s00103-017-2662-2

5. Bianchi R, Schonfeld IS, Laurent E (2015) Burnout-depression overlap: A review. Clin Psychol Rev 36:28–41. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.01.004

6. Boys and Men Guidelines Group APA (2018) APA guidelines for psychological practice with boys and men.

7. Brownhill S, Wilhelm K, Barclay L, Schmied V (2005) ‘Big Build’: Hidden Depression in Men. Aust New Zeal J Psychiatry 39:921–931. https://doi.org/10.1080/j.1440-1614.2005.01665.x

8. Brühlmann T (2010) Burnout und Depression – Überschneidung und Abgrenzung. Schweiz Med Forum 10:148–151

9. Bundesärztekammer (2020) Ärztinnen/Ärzte nach Facharztbezeichnungen und Tätigkeitsarten. https://www.aerztekammer-bw.de/40presse/05aerztestatistik/02.pdf. Zugegriffen: 30. November 2019

10. Bungartz J, Joos S, Steinhäuser J et al (2011) Herausforderungen und

Potenziale hausärztlicher Versorgung in einer multikulturellen Gesellschaft. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 54:1179–1186. https://doi.org/10.1007/s00103-011-1365-3

11. Call JB, Shafer K (2018) Gendered Manifestations of Depression and Help Seeking Among Men. Am J Mens Health 12:41–51. https://doi.org/10.1177/1557988315623993

12. Cavanagh A, Wilson CJ, Kavanagh DJ, Caputi P (2017) Differences in the Expression of Symptoms in Men Versus Women with Depression: A Systematic Review and Meta-analysis. Harv Rev Psychiatry 25:29–38. https://doi.org/10.1097/HRP.0000000000000128

13. Dickmann LM, Dickmann JR, Broocks A (2012) DMP Depression? Die Hausarztperspektive. Z Allgemeinmed 88:210–217. https://doi.org/10.3238/zfa.2012.0210-0217

14. Dickmann LM, Dickmann JR, Broocks A (2012) DMP Depression? Die Hausarztperspektive. Z Allgemeinmed 88:210–217. https://doi.org/10.3238/zfa.2012.0210-0217

15. Emslie C, Ridge D, Ziebland S, Hunt K (2006) Men’s accounts of depression: Reconstructing or resisting hegemonic masculinity? Soc Sci Med 62:2246–2257. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.10.017

16. Emslie C, Ridge D, Ziebland S, Hunt K (2006) Men’s accounts of depression: Reconstructing or resisting hegemonic masculinity? Soc Sci Med 62:2246–2257. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.10.017

17. Flick U (1987) Methodenangemessene Gütekriterien in der qualitativ-interpretativen Forschung. In: Bergold J, Flick U (Hrsg) Ein-Sichten Zugänge zur Sicht des Subj. mittels Qual. Forsch. dgvt-Verl., Tübingen, S 247–262

18. Flick U (1995) Qualitative Sozialforschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg

19. Flick U (2019) Gütekriterien qualitativer Sozialforschung. In: Baur N, Blasius J (Hrsg) Handb. Methoden der empirischen Sozialforsch. Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden, S 473–488

20. Greenglass ER, Burke RJ (1988) Work and Family Precursors of Burnout in Teachers: Sex Differences. Sex Roles 18:215–229

21. Grossman P, Niemann L, Schmidt S, Walach H (2004) Mindfulness-based stress reduction and health benefits. J Psychosom Res 57:35–43. https://doi.org/10.1016/S0022-3999(03)00573-7

22. Hopf C (2016) Die Pseudo-Exploration – Überlegungen zur Technik qualitativer Interviews in der Sozialforschung. In: Schriften zu Methodol. und Methoden Qual. Sozialforsch. Springer Fachmedien Wiesbaden, Wiesbaden, S 47–80

23. Jacobi F, Höfler M, Meister W, Wittchen HU (2002) Prävalenz, Erkennens- und Verschreibungsverhalten bei depressiven Syndromen. Eine bundesdeutsche Hausarztstudie. Nervenarzt 73:651–658. https://doi.org/10.1007/s00115-002-1299-y

24. Kapfhammer HP (2007) Depressive Störungen: Eine diagnostische und therapeutische Herausforderung auch in der Primärversorgung. Internist 48:173–188. https://doi.org/10.1007/s00108-006-1704-x

25. Kassenärztliche Bundesvereinigung KdöR (KBV) (2020) Gesundheitsdaten: Niedergelassene Ärzte werden immer älter. https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16397.php. Zugegriffen: 06. Dezember 2020

26. Kassenärztliche Bundesvereinigung KdöR (KBV) (2020) Gesundheitsdaten: Mehr Ärzte, aber kürzere Arbeitszeiten. https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16393.php. Zugegriffen: 06. Dezember 2020

27. Kealy D, Rice S, Ferlatte O et al (2019) Better doctor-patient relationships are associated with men choosing more active depression treatment. J Am Board Fam Med 32:13–19. https://doi.org/10.3122/jabfm.2019.01.170430

28. Kendrick T (2000) Why can’t GPs follow guidelines on depression?: We must question the basis of the guidelines themselves. BMJ 320:200–201. https://doi.org/10.1136/bmj.320.7229.200

29. Konrad M, Kostev K (2019) Sekundärdatenanalyse zur Dauer der

Arbeitsunfähigkeit. Monit Versorgungsforsch 12:68–72. https://doi.org/10.24945/MVF.05.19.1866-0533.2176

30. Kordsmeyer A, Robelski S, Harth V, Mache S (2019) Perspektive Arbeit & Gesundheit. Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergon 69:355–362. https://doi.org/10.1007/s40664-019-0344-7

31. Krumm S, Kilian R, Beschoner P et al (2018) Wenn Mann sein zum Problem wird - Zum Verhältnis von Männlichkeitsorientierung und Depression. Sozialpsychiatrische Informationen 48:23–26

32. Kuckartz U (2016) Qualitative Inhaltsanalyse. Methoden, Praxis, Computerunterstützung, 3. Auflage. Beltz Verlagsgruppe, Weinheim Basel

33. Lalouschek W, Kainz B (2008) Geschlechtsspezifische Aspekte von Burnout. Blickpkt DER MANN 6:6–12

34. Lalouschek W, Kainz B (2008) Geschlechtsspezifische Aspekte von Burnout. Blickpkt der Mann 6:6–12

35. Lanz C (2010) Burnout aus ressourcenorientierter Sicht im Geschlechtervergleich : Eine Untersuchung im Spitzenmanagement in Wirtschaft und Verwaltung, 1. Aufl. VS Verlag für Sozialwissenschaften, Wiesbaden

36. Latalova K, Kamaradova D, Prasko J (2014) Perspectives on perceived stigma and self-stigma in adult male patients with depression. Neuropsychiatr Dis Treat:1399–1405. https://doi.org/10.2147/NDT.S54081

37. Mahalik JR, Good GE, Englar-Carlson M (2003) Masculinity scripts, presenting concerns, and help seeking: Implications for practice and training. Prof Psychol Res Pract 34:123–131. https://doi.org/10.1037/0735-7028.34.2.123

38. Marschall U, Ullrich W, Sievers C (2009) Eine Sucht kommt selten allein-Sucht, Komorbidität und psychotherapeutische Behandlung. Gesundheitswes aktuell:252–276

39. Maslach C, Jackson SE (1981) The measurement of experienced burnout. J Organ Behav 2:99–113. https://doi.org/10.1002/job.4030020205

40. Möller-Leimkühler AM (2008) Geschlechtsspezifische Unterschiede bei Depression und Suizidalität. J für Neurol Neurochir und Psychiatr 9:40–45

41. Möller-Leimkühler AM (2010) Depression bei Männern: Eine Einführung. J für Neurol Neurochir und Psychiatr 11:11–20

42. Parker G, Brotchie H (2010) Gender differences in depression. Int Rev Psychiatry 22:429–436. https://doi.org/10.3109/09540261.2010.492391

43. Piccinelli M, Wilkinson G (2000) Gender differences in depression: Critical review. Br J Psychiatry 177:486–492. https://doi.org/10.1192/bjp.177.6.486

44. Purvanova RK, Muros JP (2010) Gender differences in burnout: A meta-analysis. J Vocat Behav 77:168–185. https://doi.org/10.1016/j.jvb.2010.04.006

45. Rice S, Fallon B, Aucote H et al (2015) Longitudinal sex differences of externalising and internalising depression symptom trajectories: Implications for assessment of depression in men from an online study. Int J Soc Psychiatry 61:236–240. https://doi.org/10.1177/0020764014540149

46. Sielk M, Abholz HH (2005) Warum bezeichnen Allgemeinärzte andere Patienten als depressiv als Psychiater es tun? Z Allgemeinmed 81:486–490. https://doi.org/10.1055/s-2005-872577

47. Sieverding M, Kendel F (2012) Geschlechter(rollen)aspekte in der Arzt-Patient-Interaktion. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz 55:1118–1124. https://doi.org/10.1007/s00103-012-1543-y

48. Skogman K, Alsén M, Öjehagen A (2004) Sex differences in risk factors for suicide after attempted suicide - A follow-up study of 1052 suicide attempters. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 39:113–120. https://doi.org/10.1007/s00127-004-0709-9

49. Statistisches Bundesamt DESTATIS (2019) Immer mehr Kinder und Jugendliche leiden an Depressionen. https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/depression-kinder-jugendliche-imfokus.html. Zugegriffen: 02. November 2019

50. Statistisches Bundesamt DESTATIS (2019) Unfälle, Gewalt, Selbstverletzung - Tabellenband - Ergebnisse der amtlichen Statistik zum Verletzungsgeschehen 2019. https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/SterbefaelleInsgesamt.html. Zugegriffen: 01. April 2020

51. Stiawa M, Müller-Stierlin A, Staiger T et al (2020) Mental health professionals view about the impact of male gender for the treatment of men with depression - a qualitative study. BMC Psychiatry 20:276. https://doi.org/10.1186/s12888-020-02686-x

52. Strauss A, Corbin J, Niewiarra S, Legewie H (1996) Grounded theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Psychologie-Verlag-Union, Weinheim Beltz

53. Strunk G, Hermann A, Praschak S (2009) Eine Frau muss ein Mann sein, um Karriere zu machen. In: Dalhoff J, Girlich J (Hrsg) Frauen für die Stärkung von Wisschenschaft und Forsch. GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften, Bonn, S 28–45

54. Thalhammer M, Paulitsch K (2014) Burnout – eine sinnvolle Diagnose? Kritische Überlegungen zu einem populären Begriff. Neuropsychiatrie 28:151–159. https://doi.org/10.1007/s40211-014-0106-x

55. VERBI Software (2021) MAXQDA - Software für qualitative Datenanalyse.

56. Wide J, Mok H, McKenna M, Ogrodniczuk JS (2011) Effect of gender socialization on the presentation of depression among men. Can Fam Physician 57:e74–e78

57. Winkler D, Pjrek E, Kasper S (2005) Anger attacks in depression - Evidence for a male depressive syndrome. Psychother Psychosom 74:303–307. https://doi.org/10.1159/000086321

58. Winter B (2018) Männer leiden anders. https://www.spiegel.de/gesundheit/psychologie/depressionen-so-aeussert-sich-die-krankheit-bei-maennern-a-1215443.html. Zugegriffen: 05. Dezember 2019

59. Wolfersdorf M (2007) Männerdepression. Blickpkt DER MANN 5:19–20

60. Wolfersdorf M (2009) Männersuizid: Warum sich „erfolgreiche“ Männer umbringen – Gedanken zur Psychodynamik. Blickpkt DER MANN 7:38–41

61. Wolfersdorf M, Schulte-Wefers H, Schaller E (2009) Depression bei Männern: Einige klinische Aspekte der so genannten „männlichen Depression“. Blickpkt DER MANN 7:8–14

62. Wolfersdorf M, Schulte-Wefers H, Straub R, Klotz T (2006) Männer-Depression : Ein vernachlässigtes Thema – ein therapeutisches Problem. Blickpkt DER MANN 4:6–9

Danksagung

Die vorliegende Dissertation wurde in der Zeit von Oktober 2017 bis Januar 2021 in der Universitätsklinik Ulm in der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie unter Leitung von Prof. Dr. Harald Gündel angefertigt.

An vorrangiger Stelle möchte ich mich bei Herrn Prof. Dr. Harald Gündel bedanken, der mir die Möglichkeit gegeben hat, diese Arbeit unter seiner Leitung durchzuführen. Insbesondere gilt mein Dank für die sehr gute Betreuung mit den vielen förderlichen Ratschlägen, sowie für die stets geöffnete Tür und seine freundliche Geduld.

Frau Prof. Dr. Silvia Krumm möchte ich von Herzen danken für die hervorragende Betreuung, ihrer Hilfsbereitschaft bei den sehr freundlich konstruktiv geprägten Treffen, interessierte Unterstützung, Geduld und Aufmunterungen, die mir sehr geholfen haben. Auch für die mühevolle Arbeit des Korrekturlesens möchte ich mich herzlich bedanken.

Besonderen Dank auch dem gesamten Team der Arbeitsgruppe rund um die MenDe Studie für ihre Hilfsbereitschaft und Begleitung in einer immer überaus sehr angenehmen Arbeitsklima. Insbesondere möchte ich Frau Maja Stiawa nennen die mich in der Zusammenarbeit immer freundlich unterstützt hat.

Ganz besonders möchte ich mich bei meiner Tochter bedanken für ihre unaufhörliche Unterstützung in aller Hinsicht. Ihr Beistand und Hilfe waren mir immer sehr wichtig im gesamten Verlauf dieser Dissertation.

An letzter, doch besonders wichtiger Stelle, möchte ich meiner Mutter für das Grammatik Korrekturlesen und meiner Familie für ihre Geduld mit mir danken. Vornehmlich bin ich meinem Ehemann für seine Rücksichtnahme, Unterstützung durch unermüdlichen Familieneinsatz, wenn es mir an der Zeit fehlte und uneingeschränkten Aufmunterungen in allen Phasen der Dissertation dankbar.

Lebenslauf

Der Lebenslauf wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.